



Duarte Nuno Couto Pacheco

Modelo preditor de Luto Complicado 6 meses após a perda de um familiar

Março de 2010

Duarte Nuno Couto Pacheco

**Modelo preditor de Luto Complicado
6 meses após a perda de um familiar**

Dissertação apresentada por Duarte Nuno Couto Pacheco, ao Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte (ISCS-N), para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação do Prof. Doutor José Carlos Rocha, do ISCS-N.

Agradecimentos

A concretização desta dissertação resultou do esforço de um grupo de pessoas que permitiram a sua idealização e efectivação, às quais não poderia deixar de agradecer.

O meu primeiro reconhecimento não poderia deixar de ser dirigido ao Prof. Doutor José Carlos Rocha, pelo seu inegável contributo para o meu desenvolvimento enquanto investigador. Manifesto-lhe o meu reconhecimento pela orientação desta dissertação, pela motivação, pelas sugestões críticas e pelas grandes aprendizagens que permitiram a realização deste trabalho. A disponibilidade e a preocupação que demonstrou, aliadas ao seu saber e experiência nunca serão esquecidas.

Também uma palavra a todos os docentes e Coordenadora do Departamento de Psicologia Clínica, com quem ao longo dos anos venho partilhando o gosto pela investigação e pela busca do conhecimento desconhecido.

Aos meus colegas do projecto, Bruno, Ana, Carina, Flávia e Mónica um agradecimento especial por permitirem que se mantivesse aceso o espírito de união, mesmo nos momentos mais delicados.

Às Direcções dos Centros de Saúde de Paredes e de Rebordosa, que forneceram os contactos para a recolha dos participantes no estudo.

Um agradecimento especial ao Sr. Filipe, por ter sido um elemento fundamental na disponibilização rápida desses contactos.

Aos utentes que compreenderam e permitiram a realização deste trabalho, concordando com a sua participação no mesmo.

À Daniela, aos meus pais e ao meu irmão pelo apoio, carinho e compreensão que sempre demonstraram, mesmo nos momentos mais difíceis. A eles dedico este trabalho!

Índice

Índice de Quadros.....	iv
Índice de Tabelas	iv
Índice de Anexos	v
Resumo	vi
Abstract	vii
I. Introdução	1
I.1. Luto Complicado	2
I.1.1. <i>Definição e Avaliação</i>	2
I.1.2. <i>Critérios de Diagnóstico</i>	6
I.2. Teorias Explicativas do Luto Complicado	8
I.2.1 <i>Teoria Psicodinâmica</i>	9
I.2.2. <i>Teorias das fases</i>	9
I.2.3. <i>Teorias Comportamentais</i>	11
I.2.4. <i>Teorias Sociológicas e Construtivistas</i>	11
I.2.5. <i>Modelo do Processo Dual</i>	12
I.3. Factores de Risco do Luto Complicado	13
I.3.1. <i>Factores de risco situacionais</i>	14
I.3.2. <i>Factores de risco intrapessoais</i>	15
I.3.3. <i>Factores de risco interpessoais</i>	18
I.3.4. <i>Variáveis Familiares</i>	18
II. Método.....	22
II.1. Objectivos	22
II.2. Desenho Metodológico	22
II.3. Amostra.....	23
II.4. Instrumentos.....	24
II.4.1. <i>Questionário sócio-demográfico</i>	24
II.4.2. <i>Inventory of Complicated Grief</i>	24
II.4.3. <i>Impact of Events Scale - revised</i>	25
II.4.4. <i>Beck Depression Inventory</i>	26
II.4.5. <i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – III</i>	27
II.5. Procedimento	29

III. Resultados	30
III.1. Variáveis associadas à perda.....	30
III.2. Prevalência de sintomas.....	31
III.3. Evolução das medidas repetidas no perfil longitudinal	32
III.4. Psicopatologia e variáveis sócio-demográficas	37
III.5. Modelo preditor do luto complicado seis meses após a morte de um familiar	39
IV. Discussão	42

Bibliografia

Anexos

Índice de Quadros

Quadro 1 – Semelhanças entre Luto Complicado e Perturbações do DSM-IV

Quadro 2 – Diferenças entre Luto Complicado e Perturbações do DSM-IV

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Frequências e percentagens de participantes com valores superiores e inferiores aos pontos de corte dos três instrumentos, nos dois momentos de avaliação

Tabela 2 – Evolução dos participantes entre os dois e os seis meses, no ICG, no IES-r e no BDI

Tabela 3 – Teste de Qui-quadrado entre valores superiores e inferiores ao ponto de corte do ICG em ambos os momentos de avaliação

Tabela 4 – Teste de Qui-quadrado entre valores superiores e inferiores ao ponto de corte do IES-r em ambos os momentos de avaliação

Tabela 5 – Teste Exacto de Fischer entre valores superiores e inferiores ao ponto de corte do BDI em ambos os momentos de avaliação

Tabela 6 – Testes t entre os dois momentos de avaliação para as questões – Quão difícil está a ser para si esta situação – e – Importância do falecido para o sujeito –

Tabela 7 – Testes t de Student entre as duas avaliações no ICG, IES-r, BDI e FACES;

Tabela 8 – Testes t de Student entre as duas avaliações nas dimensões do ICG

Tabela 9 – Testes t de Student entre as duas avaliações nas dimensões do IES-r

Tabela 10 – Testes t de Student entre as duas avaliações nas dimensões do BDI

Tabela 11 – Testes t de Student entre as duas avaliações nas dimensões do FACES-III

Tabela 12 – Qui-quadrados para medidas binominais dos três instrumentos em T1 e T2 com as variáveis sócio-demográficas

Tabela 14 – Correlações de Pearson entre as dimensões do BDI em T1 e T2 com o ICG T2

Tabela 14 – Correlações de Pearson entre as dimensões do IES-r em T1 e T2 com o ICG T2

Tabela 15 – Correlações de Pearson entre as dimensões do FACES em T1 e T2 com o ICG T2;

Tabela 16 – Análise de Regressão Múltipla preditora do ICG aos seis meses.

Índice de Anexos

Anexo I – Questionário sócio-demográfico

Anexo II – Formulário de consentimento informado

Anexo III – Abstract para submissão de comunicação oral

Anexo IV – Artigo em formato publicável em revista com *peer-review*

Resumo

Num momento em que se discute a inclusão do Luto Complicado no DSM-V como uma nova entidade nosológica consideramos de extrema importância a disponibilização de documentação estruturada que permita a avaliação consistente da sintomatologia depressiva, traumática e familiar inerente a um processo de Luto.

Desta forma, estabelecemos como principal objectivo deste estudo longitudinal, descritivo e multicorrelacional a predição da ocorrência de Luto Complicado, seis meses após a perda. Para tal, a amostra de conveniência constituída por 52 participantes encaminhados pelos Cuidados de Saúde Primários, foi avaliada 2 meses e 6 meses após a perda, com as versões portuguesas do Inventário Depressivo de Beck (BDI), da Escala de Eventos Traumáticos – Revista (IES-r), do Inventário de Luto Complicado (ICG) e da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES-III) e com um questionário sócio-demográfico produzido para o efeito.

Foram encontradas associações estatisticamente significativas ($\chi^2 = 4.333$, $p < .05$, OR = 3.889, CI 1.03-14.57) entre IES-r T1 e a existência de suporte social, entre BDI T2 e o género ($\chi^2 = 5.663$, $p < .05$, OR = 4.952, CI 0.76 - 31.93) e as habilitações literárias ($\chi^2 = 8.309$, $p < .05$). No que concerne ao modelo preditor do ICG em T2, é estatisticamente significativo ($F = 19.148$, $p = 0.016$), explicando 99,2% dessa variável. A relação com o falecido e os sintomas concomitantes (Trauma e Depressão) explicam 30% e 22% do modelo, respectivamente. A coesão e a adaptabilidade familiares (dimensões do FACES-III) apresentam um efeito insignificante na variação do mesmo.

Relativamente à prevalência de sintomas, esta amostra apresentou resultados superiores aos de outros estudos. O sexo feminino apresenta 5 vezes maior risco de apresentar sintomatologia depressiva aos 6 meses. Este estudo também nos sugere uma grande comorbilidade entre depressão, trauma e luto complicado, em ambos os momentos de avaliação, com uma capacidade preditora considerável. Reforça a importância de uma identificação precoce de aspectos relacionados com o luto complicado, sobretudo ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Palavras-chave: Luto complicado, Predição, Risco, Avaliação.

Abstract

At a time when we are discussing the inclusion of complicated grief in the DSM-V as a new nosologic entity, we consider extremely important the provision of structured documentation that allows consistent assessment of depressive and traumatic symptoms, and family variables inherent in a process of grieving.

Thus, the primary aim of this longitudinal, descriptive and multicorrelacional study is the prediction of the occurrence of complicated grief six months after the loss. To this end, the convenience sample of 52 subjects referred by Primary Health Care was evaluated 2 months and 6 months after the loss with the portuguese versions of the Beck Depression Inventory (BDI), the Traumatic Events Scale - revised (IES-r), the Inventory of Complicated Grief (ICG) and the The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale - III (FACES-III) and with a socio-demographic questionnaire produced for the purpose.

There was statistically significant relationships ($\chi^2 = 4.333$, $p < .05$, OR = 3.889, CI 1.03 - 14.57) between IES-r T1 and the existence of social support, between BDI T2 and gender ($\chi^2 = 5.663$, $p < .05$, OR = 4.952, CI 0.76 - 31.93) and qualifications ($\chi^2 = 8.309$, $p < .05$). Concerning to the model predicting ICG at T2, it is statistically significant ($F = 19.148$, $p = 0.016$), explaining 99.2% of total ICG variable at 6 months. Kinship and concomitant symptoms (Trauma and Depression) at 2 months explain 30% and 22% of the model, respectively. FACES-III dimensions have an insignificant effect on that variation.

The prevalence of symptoms of this sample showed worst results than other studies. The female had 5 times higher risk of having depressive symptoms at 6 months. This study also suggests a high comorbidity between depression, trauma and complicated grief, in both time points, with a significant predictive capacity. Reinforces the importance of early identification of issues related to complicated grief, especially at the Primary Health Care.

Keywords: Complicated grief, prediction, risk, evaluation.

I. Introdução

O Luto Complicado (Prigerson, Jacobs, Rosenheck, & Maciejewski, 1999; Jacobs, Mazure, & Prigerson, 2000) ainda não foi definido como uma perturbação a incluir no DSM-V, mas muitos investigadores acreditam que constitui uma entidade diagnóstica distinta da depressão, das desordens de ansiedade e também da perturbação de pós-stress traumático.

Os estudos que investigam acerca da prevalência do Luto Complicado reportam níveis entre 20 a 33% (Piper, Ogrodniczuk, Azim, & Weideman, 2001). Contudo, apesar destes níveis elevados, esta patologia é frequentemente negligenciada e não detectada nas avaliações iniciais.

É então pertinente endividar esforços no sentido de aumentar o conhecimento acerca dos factores predictores do comportamento desadaptativo do indivíduo ao longo deste processo e, deste modo, possibilitar avanços na promoção e protecção da saúde durante o mesmo.

Pensando o indivíduo numa perspectiva holista, é necessário considerar o comportamento humano como resultado de uma imensa interacção de diversos factores externos e internos, passados e presentes, individuais, situacionais ou interpessoais. Neste sentido, o sexo masculino, a existência prévia de psicopatologia, a saúde física pobre, a falta de suporte social, a perda repentina ou inesperada, entre outros, têm vindo a ser considerados como parte integrante dos factores de risco para esta patologia, que podem ter consequências a longo prazo no estado de saúde do indivíduo.

Mesmo actualmente, uma vez que muitas destas experiências são vividas em silêncio, seja por imposição social e familiar, ou por desconhecimento das suas consequências nefastas a longo prazo, grande parte da população afectada não recebe os cuidados de saúde apropriados (Grol & Grimshaw, 2003).

Desta forma, julgamos de particular interesse reunir informações que permitam reafirmar a necessidade de inclusão deste diagnóstico no DSM-V, bem como fornecer ferramentas de avaliação úteis aos profissionais dos cuidados de saúde primários no sentido de detectarem com maior eficácia esta patologia nos seus serviços.

I.1. Luto Complicado

I.1.1. Definição e Avaliação

Nas últimas décadas o interesse com objectivos clínicos e de investigação pela temática do luto cresceu exponencialmente, particularmente nos adultos.

Embora de ocorrência rara na infância, a perda é considerada um evento do ciclo vital (*life-event*), que, mais cedo ou mais tarde, todos experienciam (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007).

O luto normal pode combinar sentimentos de angústia com pensamentos confusos e até mesmo violentos. Contudo, assume-se que o equilíbrio é eventualmente restabelecido pela resolução do processo de luto (Horowitz et al., 2003) e que a maioria das pessoas lida eficazmente com esta experiência (Bonanno, 2004).

Com efeito, dependendo das medidas utilizadas entre 50% e 85% dos indivíduos enlutados, em diversos estudos, parecem exibir um padrão que consiste em luto comum, caracterizado por disfunções moderadas no funcionamento cognitivo, emocional, físico ou interpessoal durante os primeiros meses após a perda (Bonanno & Kaltman, 2001). Apenas um subconjunto relativamente pequeno (aproximadamente 15%) das vítimas nesses estudos tendem a continuar a apresentar graves perturbações no funcionamento (Bonanno et al., 2001).

A família, os amigos e os cuidadores podem ser profundamente afectados pela morte de um ente querido. Com efeito, a maioria destes entristece-se profundamente durante um período de semanas ou meses (Shear & Shair, 2005), mas podem não sofrer apenas a tormenta e o desespero inerentes à situação, podendo colocar-se em alto risco de ocorrência de um sofrimento prolongado, desorganização social, prejuízos ao nível da saúde física e psicológica, e mesmo de morte (Jacobs, 1993; Parkes, 1972; Stroebe, Stroebe, & Hansson, 1993). Ou seja, para um grupo minoritário de enlutados, que se estima de cerca de 10-20% (Byrne & Raphael, 1994; Middleton, Burnett, Raphael, & Martinek, 1996; Prigerson & Jacobs, 2001; Shear et al., 2005, Forstmeier & Maercker, 2007), não ocorre a integração da perda e o luto agudo prolonga-se para a forma de luto complicado (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1995, 1999).

Esta terminologia foi definitivamente estabelecida após muitos investigadores tentarem conceptualizar ou definir as várias complicações resultantes da perda, tendo surgido, por consequência, várias definições dessas condições, tais como o luto não

resolvido, o luto mórbido, o luto distorcido, o luto patológico ou o luto neurótico, sendo provável que cada uma abordasse aspectos diferentes da resposta de luto (Zisook et al., 1995).

Com efeito, a natureza do luto complicado (LC) e a sua relação com outras síndromes e condições, bem como as dúvidas quanto a como deve ser definido, avaliado e classificado, tem estado em significativo e persistente debate (Stroebe et al., 2000), pois é reconhecido que o LC não é a única complicação que pode surgir durante o processo de luto (Kristjanson, Lobb, Aoun, & Monterosso, 2006). Após a morte de uma pessoa próxima, a maioria das pessoas pode experienciar vários sintomas, tais como tristeza, perda pelo interesse na realização de actividades, pensamentos intrusivos, mas também pode assumir critérios semelhantes aos de outras desordens, tais como Depressão Major (Maercker et al., 2006; Zisook, Shuchter, Sledge, Paulus, & Judd, 1994), Perturbação de Pós-Stress Traumático (Schut, de Keijser, van den Bout, & Dijkhuis, 1991) ou outras perturbações de ansiedade (Jacobs et al., 1990).

No início dos anos 90 era comumente aceite que o LC seria uma expressão de uma Perturbação Depressiva *Major* (PDM) ou de um transtorno de ansiedade, desencadeado pela morte de uma pessoa próxima (Kim & Jacobs, 1991). Já a literatura recente acrescenta-nos que, após a perda, existe risco de desenvolvimento de sintomas específicos de luto, distintos dos das perturbações de humor e de ansiedade, mas preditores de prejuízos de saúde e até mesmo de invalidez (Prigerson & Jacobs, 2001).

Num estudo piloto, Shear et al. (2001) relataram que vinte e três indivíduos diagnosticados com CG, 52% apresentavam também PDM e 30% PTSD, 26% transtorno do pânico. Esta coexistência de transtornos psiquiátricos estaria associada a maior gravidade do luto. Num estudo mais recente, Simon et al. (2007), com uma amostra mais alargada verificaram que 55% da mesma apresentava PDM e 49% cumpria critérios para a PTSD, para além de LC.

Apesar de não estar incluído no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª ed., text rev.; DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), a investigação tem acumulado evidências que apoiam a validação do constructo de um síndrome de Luto Complicado, seguindo os modelos nosológicos que identificaram perturbações já estabelecidas (Marshall & Klein, 1999).

Por exemplo, uma série de estudos já suporta a diferenciação entre o LC e a PDM (Boelen, van den Bout, & Keijser, 2003; Ogrodniczuk et al., 2003; Prigerson et al., 1995; Prigerson et al., 1996). Realmente, existe uma comorbilidade significativa,

que varia entre os 21% (Horowitz et al., 1997) e os 54% (Prigerson et al., 1995). A experiência de tristeza, perda de interesse e auto-estima e sentimento de culpa ocorre em ambos os transtornos. Contudo, existem algumas diferenças muito claras (Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005). Em primeiro lugar, enquanto que a PDM se caracteriza por tristeza generalizada, o LC caracteriza-se por uma tristeza específica relacionada com a perda. Em segundo lugar, enquanto a PDM se caracteriza por perda de interesse ou prazer, o LC caracteriza-se por pensamentos agradáveis sobre o falecido e os enlutados continuam a apresentar interesse, desejo e saudade do mesmo. Em terceiro lugar, ao passo que um indivíduo com PDM pode sofrer um intenso sentimento de culpa, um indivíduo com LC mais provavelmente apresenta um sentimento de culpa específico às interações com o falecido. Finalmente, considerando que na PDM pode ocorrer ruminação sobre fracassos do passado, no LC pode ocorrer a preocupação com pensamentos específicos ao falecido. Assim, tais achados sugerem que o LC deve ser conceptualizado como um distúrbio distinto da PDM, tanto para fins de avaliação como de tratamento.

Outros estudos ainda sugerem uma clara diferenciação entre o trauma, na sua forma de perturbação de pós-stress traumático (PTSD), e o LC (Maercker et al., 2006; Momartin, Silove, Manicavasagar, & Steel, 2004; Prigerson & Jacobs, 2001; Prigerson, Jacobs, Rosenheck, & Maciejewski, 1999; Raphael & Martinek, 1997). Neste caso, em particular, alguns autores também consideram que o LC seja encarado como um evento traumático (Simpson, 1997). Contudo, o facto comum destas patologias poderem ocorrer após o mesmo evento precipitante, quando a morte é causada de forma violenta ou traumática, a resposta ao stressor pode ser diferente (Wagner, 2006). Há também uma comorbilidade significativa entre a PTSD e o LC variando entre 30% (Melhem, 2004) e 50% (Silverman et al., 2000). São semelhantes na evolução a partir da experiência de um evento traumático e ambos podem ser acompanhados por uma sensação de choque, desamparo, imagens intrusivas e comportamentos de evitamento. No entanto, Shear et al. (2005) sugerem que, enquanto a PTSD se desencadeia tipicamente por uma ameaça física, o LC é desencadeado pela perda. Além disso, o principal estado emocional associado à PTSD é o medo, em contraste com a tristeza que caracteriza o LC. Embora os pesadelos sejam comuns em indivíduos com PTSD, são pouco frequentes nos indivíduos com LC. Finalmente, quando as lembranças dolorosas estão ligadas ao trauma no caso da PTSD, podem ser menos previsíveis e mais pervasivas nos casos de LC. Estes autores observaram também que indivíduos que

experimentam LC tendem a experienciar saudade e desejo pela pessoa que morreu, bem como memórias agradáveis acerca da mesma, o que não caracteriza a PTSD.

Os estudos que examinaram a prevalência de PTSD, PDM e LC fornecem evidências que sugerem que, após a perda de um ente querido, os indivíduos que preenchem os critérios diagnósticos para LC não satisfazem necessariamente os critérios para PTSD e PDM. Por exemplo, Prigerson et al. (1999), num estudo em que a amostra foi constituída por amigos de alunos do ensino médio que haviam cometido suicídio, 50% dos participantes com os níveis sintomáticos de LC preencheram os critérios de diagnóstico para PTSD, seis anos após o suicídio. Da mesma forma, Silverman, Johnson, e Prigerson (2001) constaram que dois terços dos participantes recentemente viúvos que reuniam critérios para LC não satisfaziam os critérios para PTSD e mais de um terço não preenchia os critérios de diagnóstico quer para a PTSD, quer para a PDM.

Para melhor compreensão apresentam-se nos quadros seguintes um resumo das semelhanças e diferenças entre o LC e outras desordens do DSM-IV.

Quadro 1

Semelhanças entre Luto Complicado e Perturbações do DSM-IV

Perturbação Depressiva Major	Perturbação de Pós-Stress Traumático
Tristeza, perda de interesse	Desencadeado pelo evento traumático
Perda de auto-estima	Sensação de choque, desamparo
Culpa	Imagens intrusivas
	Comportamento de evitamento

Quadro 2

Diferenças entre Luto Complicado e Perturbações do DSM-IV

Perturbação Depressiva Major	Luto Complicado
Humor triste permanente	Tristeza relacionada com a falta do falecido
Perda de interesse ou prazer	Manutenção do interesse em memórias do falecido; ânsia e desejo de o contactar
Sensação de culpa permanente	Culpa focada nas interações com o falecido
Ruminação sobre erros ou más acções passadas	Preocupação com pensamentos positivos do falecido
	Imagens intrusivas da morte da pessoa
	Evitamento de situações ou pessoas que relembrem a perda
Perturbação de Pós-Stress Traumático	Luto Complicado
Desencadeado por ameaça física	Desencadeado pela perda
A emoção primária é o medo	A emoção primária é a tristeza
Os pesadelos são muito comuns	Os pesadelos são raros
Memórias dolorosas relacionadas com o evento traumático; usualmente específico ao evento	Memórias dolorosas mais permanentes e inesperadas
	Ânsia e desejo pela pessoa que morreu

I.1.2. Critérios de Diagnóstico

Das inúmeras tentativas de diferenciação destas patologias, surgiu a necessidade de estabelecer critérios específicos para uma perturbação própria de LC. Assim, até ao momento, duas grandes equipas de investigação tentaram propor critérios de diagnóstico para este síndrome. O primeiro grupo, de Horowitz et al. (1997), conceptualizou-o como uma resposta de stress caracterizada pelo evitamento, pela intrusão e pela dificuldade de adaptação. O outro grupo, coordenado por Prigerson (Prigerson & Jacobs, 2001; Prigerson, Shear et al., 1999) apresentou critérios que incluíam sintomas traumáticos e de separação.

De acordo com o DSM – IV, a morte de um familiar ou amigo próximo implica uma tensão com consequências geralmente normativas e previsíveis. Assim, actualmente, a perda é considerada no *eixo V* do DSM e utilizada para diagnóstico quando o nosso foco de atenção clínica se baseia na reacção à morte de alguém próximo.

No estudo de Horowitz et al. (1997), de um vasto leque de trinta sintomas avaliados aos 6 meses e 14 meses após a perda, foi possível extrair sete, que poderiam servir como possíveis critérios de diagnóstico para o transtorno de LC, com alto grau de sensibilidade e especificidade. É também importante referir que, sobre este estudo, apenas um quinto dos pacientes recebeu um diagnóstico concomitante de DPM.

Os critérios de diagnóstico para o distúrbio de Luto Complicado (Horowitz, 1997) são os seguintes: **A. Sintomas Intrusivos:** 1. Memórias espontâneas ou fantasias intrusivas relacionadas com a relação perdida; 2. Fortes períodos de intensa emoção relacionada com a relação perdida; 3. Anseios ou desejos fortes e perturbadores de que o(a) falecido(a) esteja presente; **B. Sintomas de Evitamento:** 4. Afastamento excessivo das pessoas, locais ou actividades que recordam o tema do falecimento; 5. Perda de interesse pelas actividades profissionais, sociais, recreativas ou para tomar conta de terceiros, num grau que é desadaptativo; **C. Sintomas de Dificuldades de Adaptação:** 6. Sentimentos de intensa solidão ou de vazio; 7. Níveis pouco habituais de interferência no sono; **D. Critério relacionado com o acontecimento/resposta prolongada:** Luto (por perda de cônjuge, outro familiar ou amigo íntimo) há pelo menos 14 meses (evita-se os 12 meses devido à possível reacção turbulenta no primeiro aniversário da morte).

Já Prigerson et al. (2006) apresentaram os seguintes critérios, tendo em conta que para se diagnosticar Luto Complicado deverão ser preenchidos os critérios A, B, C e D: **A. Angústia crónica e persistente**, desejando o falecido, reflectindo uma

necessidade de conexão ao mesmo que não pode ser satisfeita por outros. Sofrimento diário intrusivo e perturbador caracterizado por: 1. Angústia / Desejo / Saudade; **B.** A pessoa deve apresentar **quatro dos oito sintomas várias vezes ao dia ou num grau intenso o suficiente para ser perturbador**: 1. Dificuldades de aceitação da morte; 2. Incapacidade de acreditar nos outros; 3. Excesso de irritabilidade, amargura ou raiva relacionadas com a morte; 4. Dificuldades em prosseguir com a vida/rotina; 5. Dormência emocional/Desapego; 6. Sentimento de que a vida é vazia ou sem significado sem o falecido; 7. Futuro sombrio; 8. Agitação; **C.** A sintomatologia acima descrita causa **dano clinicamente significativo** no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes; **D.** A sintomatologia acima descrita deverá **perdurar, no mínimo, 6 meses**.

Resumindo, ambas as equipas sugeriram que os sintomas de LC se dividem em duas categorias: (a) sintomas de angústia de separação, tais como saudade e procura pelo falecido, solidão, preocupação com pensamentos acerca do falecido e (b) sintomas de angústia traumática, tais como sentimentos de descrença, desconfiança, raiva, choque, desprendimento dos outros, bem como a experiência de sintomas somáticos relacionados com o falecido (Prigerson & Jacobs, 2001; Prigerson & Maciejewski, 2006). Nos estudos iniciais que originaram estes critérios, foi desenvolvido o *Inventário de Luto Complicado* (ICG), de Prigerson et al. (2001), instrumento especificamente desenvolvido para avaliar este conjunto de sintomas, tal como descrito pormenorizadamente no capítulo II.

Goodkin et al. (2005), comparando os dois critérios de diagnóstico, identificou que Horowitz não considera a angústia da separação um critério essencial (Horowitz et al., 1997), ao contrário de Prigerson (Prigerson & Maciejewski, 2006). O autor alemão também insistiu nos 14 meses de luto para a realização de um diagnóstico, enquanto que a investigadora norte-americana considerava inicialmente apenas 2 meses (a partir do início dos sintomas) (Prigerson & Maciejewski, 2006). Refere ainda que, por um lado, apenas Horowitz incluiu a interferência com o sono e o evitamento de lembranças (Horowitz et al., 1997) e que apenas Prigerson incluiu a solidão, o embotamento emocional, os sintomas de identificação, a descrença e a raiva (Prigerson & Maciejewski, 2006). Embora ambos tenham incluído dificuldades de funcionamento, apenas Prigerson considerou este critério como essencial (Critério D) (Prigerson & Maciejewski, 2006).

Para Forstmeier e Maercker (2007), os dois sistemas de diagnóstico conduziram a taxas de prevalência diferentes. De 4,2%, no uso dos critérios de Horowitz, a 0,9%, no uso dos critérios de Prigerson. Segundo os mesmos, a diferença poderá dever-se ao facto de os critérios de Prigerson indicarem que para ser diagnosticado com LC, o indivíduo deverá apresentar comprometimento substancial, pelo que os participantes avaliados segundo estes critérios tendem a ser mais deprimidos do que os avaliados pelos critérios estipulados por Horowitz.

Para estes mesmos autores, um modo possível de calcular a sensibilidade e a especificidade de ambos os sistemas de diagnóstico é utilizar dados de follow-up como critério externo, considerando como úteis aqueles sintomas que não mudam muito com o passar do tempo.

Independentemente das diferenças entre as duas propostas, estas também apresentam uma grande similaridade, que fornece um quadro para o diagnóstico e integração dos dois conjuntos de critérios propostos (Wagner, 2006). Assim, colocam-se eminentemente duas questões: a) quão comprometido a nível social, ocupacional, e em outras áreas de funcionamento deverá apresentar-se um paciente para ser diagnosticado com LC?; b) e quantos sintomas deverão estar presentes para tal?

Quanto à inclusão efectiva do luto complicado no DSM-V, existem várias opiniões. Na opinião de Horowitz (2006) deve ser incluído numa categoria separada de resposta aos Síndromes de *Stress* ou numa categoria completamente separada, com os seus próprios critérios de diagnóstico, atrás referidos. A recomendação de Prigerson (2006) é de que o LC não se agrupe entre os transtornos de humor nem de ansiedade e não se baseie no evento, mas que seja colocado separadamente no âmbito de uma nova categoria de Perturbações de Vinculação.

I. 2. Teorias Explicativas do Luto Complicado

É importante descrever sumariamente as teorias explicativas do luto complicado, na medida em que estas permitiram um bom ponto de partida para a identificação dos factores de risco (Stroebe, Folkman, Hansson, & Schut, 2006).

I.2.1. Teoria Psicodinâmica

Freud (1957) propôs uma das teorias psicanalíticas mais influentes que foi decisiva para os trabalhos consequentes de Lindemann (1944), Parkes (1970) e Marris (1974). Acreditou que, quando uma pessoa percebe a perda de um objecto, deve rever a natureza e o valor da relação para possibilitar a separação emocional do falecido. Esta catarse é dura e frequentemente resistente, mas quando se alcança, o enlutado reordena a sua vida mais positivamente. Para o mesmo autor, o “luto anormal” pode ser o resultado de sentimentos ambivalentes para com o falecido, tais como amor/ódio, desconhecidos pelo sujeito.

Assim, esta visão enfatizava a necessidade de um processo de luto adaptativo, antes da reorientação da vida pessoal. Na abordagem ao luto e à perda, a revisão das relações, tanto passadas como presentes, estaria no centro da teoria psicodinâmica (Aranda & Milne, 2000). Um exemplo fundamental desta aproximação pode ser visto no trabalho de Lindemann, pois acreditou que a recuperação da perda envolveria a emancipação da relação com o falecido, um reajustamento com o ambiente, e o estabelecimento de novas relações. Este trabalho, porém, não diferenciou os efeitos da psicopatologia pré-existente, dos efeitos da perturbação de pós-stress traumático, pelo que a realização de extrapolação dos seus resultados para outras populações se torna mais difícil.

Recentemente, surgiu uma considerável transformação a este modelo, em que Hagman (2001) introduz elevada coerência entre a prática e a teoria, realçando o papel da procura do significado da perda.

I.2.2. Teorias das fases

Estas teorias aproximam as vertentes psicodinâmicas com a Teoria de Vinculação de Bowlby (1969).

Nesse mesmo ano, Kubler-Ross definiu um conjunto de 5 fases pelas quais os indivíduos atravessam na aproximação da sua própria morte: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação. Contudo, estas fases poderiam não surgir pela ordem expressa, nem serem experimentadas por todos os doentes.

Bowlby, por sua vez, entende o processo de luto em quatro dimensões, podendo as mesmas também não ocorrer pela ordem descrita. O comportamento de luto caracteriza-se pelo protesto e pela procura, seguido de desespero e possivelmente

depressão. Para a resolução do luto enfatizavam a necessidade de desvinculação do falecido através da reorganização e reestruturação cognitiva da situação.

Segundo este autor, a sua teoria pressupunha a existência de processos inconscientes e considerava como factores importantes as experiências de vinculação na infância para o desenvolvimento posterior, nomeadamente a relação mãe-criança, em que a ansiedade de separação seria o aspecto patológico mais visível. Assim, uma vinculação ansiosa poderia resultar em relações inseguras e dependentes. A alternativa contrária previa uma criança confiante, independente e relutante em ser cuidada, mas que se sentiria abandonada. Após uma perda, a pessoa com vinculação ansiosa predisponha-se a exibir luto crónico, negando e atrasando o luto.

Van Doorn, Kasl, Beery, Jacobs, e Prigerson (1998) concordaram com a visão de Bowlby, considerando que quando uma pessoa com vinculação ansiosa perdia um companheiro, poderia predispor-se à ocorrência de perturbações de ansiedade e depressão. Mas sugeriram ainda uma modificação, considerando que vinculações inseguras, por si só, poderiam não contribuir para a ocorrência de LC.

Mas contrariamente a Freud, Bowlby afirmava que “num processo de luto saudável, a relação com o falecido poderia não ser quebrada. O enlutado poderia ter um sentimento de *presença interna* do falecido, que confortava e encorajava à reestruturação das suas vidas” (p. 16). Na mesma linha, Worden (1991) propôs uma relação reconceptualizada, cujas memórias do falecido eram enfrentadas e usadas para a readaptação à vida. Da mesma forma, Klass, Silverman, e Nickman (1996) propuseram que a resolução do luto se estabeleceria com uma vinculação contínua ao falecido.

Também como Bowlby, Parkes (1993) conceptualizou as reacções de luto em termos ansiedade de separação e o seu processo como uma resposta a essa separação, que, num luto saudável, seria procedido de recuperação e num luto não-saudável, se manteria a sintomatologia.

Para Parkes (1970), o enlutado procura pelo falecido enquanto a perda se torna mais real e permanente. Esta procura conduziria ao desespero e à desorganização. A fase final envolveria a criação de um mundo novo, mais previsível e controlável.

Finalmente, com uma estruturação diferente, mas complementar, Worden (1991) identifica quatro tarefas a trabalhar durante o processo de luto: aceitar a realidade da perda; experienciar a dor da perda; ajustar-se ao ambiente sem o ente perdido; reinvestimento noutra relação.

I.2.3. Teorias Comportamentais

Esta abordagem apologiza a mudança e preocupa-se principalmente com a sua promoção depois da perda. Assim, consideravam que os sintomas decorrentes do processo de luto condicionavam o meio. Estas teorias conceptualizam o luto como uma reacção normal à perda, tendo-se concentrado nas disfunções deste processo, principalmente as observáveis (Aranda & Milne, 2000). Assim, comportamentos que indicassem não só angústia, choro, procura, mas também comportamentos consistentes com a presença do falecido, tais como preparar o lugar dos mesmos para jantar, seriam alguns dos exemplos observados.

Estas teorias oferecem uma explicação plausível para vários sintomas característicos do luto normal, tais como a procura pelo falecido e o protesto contra a perda.

Na sua perspectiva, a predição do risco de ocorrência de LC pressupunha a compreensão do grau de redução de reforço que a morte originaria (Van Doorn, Kasl, Beery, Jacobs, & Prigerson, 1998). Assim, a severidade do luto era predita pela magnitude desta redução.

Outros autores atestam ainda o papel importante que o meio social tem para o desenvolvimento de luto patológico. De acordo com Gauthier e Marshall (1977), as condições inesperadas da ocorrência da morte, o significado da perda e a disponibilidade para a substituição do falecido, determinaria a severidade da reacção à perda. Adicionalmente, o reforço social para enfrentar ou evitar o processo de luto poderia contribuir para o desenvolvimento de luto complicado.

I.2.4. Teorias Sociológicas e Construtivistas

Para estas perspectivas, tudo o que dissermos, como cientistas sociais que escrevem sobre o luto, é moldado pelo nosso ambiente sociocultural (Rosenblatt, 1993).

Esta vertente presta particular atenção às respostas de luto dos membros da família e da sua rede social, enfatizando que a necessidade de integração social também se aplicaria na morte, e naqueles que lidam com a mesma. Cada pessoa seria activa nesta rede onde interagem indivíduos, famílias, grupos, instituições e conseqüentemente diferentes modos de pensar. Todos requereriam um lugar no mundo, mas a sua participação reger-se-ia pela adesão a normas culturais sobre como se deveriam comportar e sentir.

Assim, o conceito de bom luto, tal como de boa morte, descreveria os modos preferidos como a sociedade integraria os enlutados e regularia os seus comportamentos.

Uma vez que as sociedades ocidentais contemporâneas se encontram em transição, as práticas de luto reflectem as várias formas de organização social. Algumas derivam de formas tradicionais, em que a religião é a autoridade central. Outras práticas reflectem as organizações sociais modernas, em que este estatuto pertence à medicina (Aranda & Milne, 2000).

Contudo, como parte do processo dinâmico de construção social do luto, considera-se que o processo de luto desviante é resistido tipicamente pela família, pela comunidade e pela sociedade no seu sentido lato. Assim, as reacções sociais a tal fenómeno aparentam não ser apenas uma escolha entre um padrão ou outro. Geralmente existem riscos envolvidos nesse desvio, tanto para o indivíduo, como para a sua família ou mesmo para toda a comunidade (Rosenblatt, 1993).

Um quadro mais teórico concentra-se nos desafios com vista à reconstrução na sequência do falecimento (Neimeyer, 2001). O *Meaning-making* ou a reconstrução do significado enfatiza as respostas ao luto, a partir da perspectiva de um indivíduo que tenta dar um sentido aos acontecimentos problemáticos e que seria muitas vezes expressa na organização das experiências sob forma narrativa. O significado seria, por vezes, formulado pela interpretação do indivíduo, pelas suas crenças e auto-declarações. A consciência individual "representa um local para a construção de sentido, e que também reside e surge nas práticas culturais, na linguagem, nas tradições espirituais, nas conversas, que interagem para moldar o significado de luto para um determinado indivíduo ou grupo" (Neimeyer, Prigerson, & Davies, 2002, p.248).

I.2.5. Modelo do Processo Dual

Este modelo assenta na ideia vincada da existência de outros stressores a considerar no processo de luto, que não só o stressor da perda.

Segundo Stroebe e Schut (1999), este modelo distingue dois tipos de stressores, nomeadamente, os orientados para a perda (que se focalizavam no falecido e no evento da morte) e os orientados para o restabelecimento (lidar com stressores secundários, tais como as finanças, etc.). Ou seja, enquanto que o primeiro se caracterizava por se focar na pessoa falecida em eventos relacionados com a morte do cônjuge, o segundo referia-se a fontes secundárias de stress, bem como às formas de lidar com o próprio stress.

Como terceira componente, a qual, segundo os seus autores o distingue de outros modelos, propunha que os indivíduos enlutados oscilassem entre os stressores indicados, entre esforços por resolver a experiência de luto e por se adaptar aos desafios associados às mudanças inerentes ao falecimento. Assim, a medida em que os indivíduos oscilassem dependeria de vários factores, tais como a personalidade ou expectativas e práticas culturais (Stroebe, 2001).

Ou seja, esta análise do processo de *coping* com o luto focalizava-se especificamente nos aspectos do confronto e do evitamento, na valência positiva e negativa da emoção ou na situação a ser confrontada ou evitada, e os seus efeitos na forma como lidamos com o processo de luto (Stroebe & Schut, 2001) e não no trabalho faseado do luto. Com efeito, este modelo propõe um conjunto de adaptações que a pessoa falecida tem que realizar, não considerando somente aquelas relacionadas com o stressor perda. Defendendo uma espécie de vaivém entre as duas outras dimensões, e baseando-se na capacidade de escolha das pessoas enlutadas entre a confrontação e o evitamento, esta teoria diferencia-se do modelo fásico, onde estas atitudes eram vistas separadamente, como uma característica do processo de lidar com o luto e não como um processo dinâmico, como uma estratégia cognitiva (Stroebe & Schut, 1999).

I.3. Factores de Risco do Luto Complicado

Os pesquisadores relatam que a maioria das pessoas enlutadas são resistentes, a longo prazo, recuperando emocional e fisicamente, após a perda, com o tempo (Boerner, Wortman, & Bonanno, 2005; McCrae & Costa, 1993).

Alguns autores têm utilizado o termo factor de risco para significar a identificação de características pessoais e situacionais possivelmente associadas ao aumento da vulnerabilidade ao luto (Stroebe & Schut, 2001). Mais especificamente, podemos definir factor de risco como uma variável que, quando presente, aumenta a probabilidade de ocorrência de um mau resultado (Stroebe et al., 2006).

Primeiramente, alguns autores tentaram sistematizar e categorizar os tipos de factores de risco. Depois, duas equipas de investigação tentaram desenvolver as chamadas teorias integrativas de predição dos resultados do luto (Stroebe et al., 2006). O primeiro, Parkes (1990), classificou esses determinantes em termos de factores

anteriores (pe., a doença mental prévia), factores concomitantes (pe., a idade, a religião) e os factores consequentes (pe., o isolamento social).

Por outro lado, Stroebe & Schut (2001) assumem a existência de factores de risco específicos do processo de luto e factores de risco gerais do processo de luto. Os primeiros são situações que influenciam o impacto e/ou a recuperação do luto e os segundos prendem-se com variáveis contextuais sociais ou da própria personalidade dos indivíduos enlutados. Também os categorizam em factores associados à situação de luto e/ou circunstâncias da morte (p.e., o modo da morte), à pessoa ou intrapessoais (p.e., a personalidade, a religiosidade, a idade, o sexo) e aos recursos não-pessoais ou interpessoais (p.e., o apoio social, a relação de parentesco).

Na enumeração dos diversos factores de risco será utilizada esta metodologia, sendo ainda acrescentada uma outra, que se prende com os factores de risco associados a variáveis familiares, no sentido de se adequar aos objectivos desta investigação.

I.3.1. Factores de risco situacionais

Relativamente aos tipos de morte, para Sanders (1993), a presença dos seguintes factores aumenta a probabilidade da ocorrência de um luto prolongado acompanhado de mais problemas psicológicos: a) a morte inesperada, repentina, ou prematura, b) a morte grotesca ou dolorosa, c) a morte violenta ou estigmatizante (pe., suicídio, homicídio, morte por HIV), d) a morte envolvendo múltiplas perdas, e e) a morte de uma criança.

Os resultados são inconsistentes quando se comparam as mortes esperadas com as mortes súbitas (Carr, House, Wortman, Nesse, & Kessler, 2001; Stroebe & Schut, 2001) mas, com efeito, as mortes traumáticas, tais como os acidentes de viação, o homicídio ou o suicídio (Figley, Bride, & Mazza, 1997) têm piores resultados (Kaltman & Bonanno, 2003), especialmente as súbitas (Stroebe, Stroebe, & Domittner, 1988) que têm um maior efeito sobre as pessoas mais vulneráveis (Barry, Kasl, & Prigerson, 2001).

Segundo Wagner e Maercker (2008) as pesquisas também apontam para uma maior propensão dos indivíduos que perderam um filho ao sofrimento de formas prolongadas e complicadas de luto, do que os indivíduos que perderam um dos pais ou o cônjuge (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999). Por exemplo, Dyregrov, Nordanger, e Dyregrov (2003) constataram que um número considerável de pais apresentou problemas de saúde, sintomas de stress pós-traumático, e as reacções de LC, 1,5 anos após a morte repentina de uma criança através de suicídio, morte súbita ou acidente.

Silverman, Johnson, e Prigerson (2001) investigaram os efeitos da ocorrência de trauma ou perda prévias sobre o risco de desenvolver transtornos psiquiátricos numa amostra de 85 viúvas recentes. O questionário aplicado foi o Traumatic Grief Evaluation of Response to Loss (TRGR2L). Assim, aqueles participantes que relataram adversidades prévias, apresentaram-se geralmente mais angustiados após o falecimento do que aqueles que não relataram dificuldades. As adversidades ocorridas na infância, tais como a morte de um dos pais (OR = 8,83, CI 1,90-41,0, $p < 0,01$) e o abuso, têm um maior impacto e foram significativamente associados ao luto traumático.

Bonanno et al. (2002) examinaram os padrões de luto em relação ao preditores pré-perda, de LC em dados prospectivos de 205 indivíduos (180 mulheres e 25 homens) durante vários anos antes da morte do seu cônjuge e aos 6 e 18 meses após a morte. As escalas utilizadas foram a CES-D (Self-report depression scale) para a depressão, o Bereavement Index, a Present Feelings about Loss Scale e o Texas Revised Inventory of Grief para medir os sintomas de luto. O preditor padrão essencial do luto crónico encontrado foi a excessiva dependência ($F = 2,58$, $gl = 4$, $n = 80$, $p < 0,05$), e a dependência do cônjuge como uma variável de personalidade mais geral ($F = 3,30$, $gl = 4$, $n = 80$, $p < 0,05$). Os do grupo do luto crónico também relataram menos suporte instrumental ($F = 3,17$, $gl = 4$, $n = 80$, $p < 0,05$) e uma maior probabilidade de ter um cônjuge saudável.

Perdas múltiplas prévias também são um importante factor de risco (Stroebe, Shut, & Stroebe, 2007) bem como o anterior testemunho de uma doença terminal intensamente stressante poderá aumentar o efeito de uma perda posterior (Prigerson et al., 2003).

I.3.2. Factores de risco intrapessoais

Chen et al. (1999) exploraram as diferenças de género no luto conjugal ao nível da saúde física e mental, entrevistando uma amostra de 92 futuras viúvas e 58 futuros viúvos, durante o internamento hospitalar do cônjuge, às 6 semanas, aos 6 meses, aos 13 meses e aos 25 meses depois da primeira entrevista. O Luto foi avaliado pela Grief Measurement Scale modificada. As conclusões gerais sugerem que níveis elevados de sintomatologia de LC, depressão e ansiedade previram diferentes resultados físicos e mentais nos homens e nas mulheres. Assim, as viúvas apresentaram níveis médios mais altos de sintomatologia de luto traumático ($F = 10,33$, $gl = 1,94$, $p < 0,01$), depressão e ansiedade às 6 semanas, aos 6 meses, aos 13 meses e aos 25 meses após a perda. Estes

níveis também prevêm as alterações do sono, no aniversário da morte do cônjuge ($\beta = 2,12$, $gl = 4$, $p < 0,01$, $RR = 8,39$). Para os viúvos, os níveis elevados de sintomatologia de luto traumático prevêm a hospitalização ($\beta = 0,28$, $gl = 4$, $p < 0,01$, $RR = 1,32$), associada a um evento de saúde física, tal como um cancro, um acidente vascular cerebral ou um ataque cardíaco ($\beta = 0,15$, $gl = 4$, $p < 0,05$, $RR = 1,16$).

Os efeitos específicos do luto são também consistentes nesta matéria, pelo menos no que diz respeito ao impacto da perda de um parceiro (Stroebe & Stroebe, 1983), porque quando comparados com elementos do mesmo sexo, os indivíduos não enlutados, após a perda de um parceiro, resulta no aumento da mortalidade e das taxas de depressão nos mesmos.

Relativamente à mortalidade verifica-se uma taxa maior nos viúvos do que nas viúvas (Martikainen & Valkonen, 1996).

Alguns estudos referem ainda que os indivíduos mais novos são mais vulneráveis do que os mais velhos (Stroebe & Schut, 2001). Com efeito, são os grupos mais jovens que sofrem mais consequências na saúde como resultado do luto (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007).

Hardison, Neimeyer, e Lichstein (2005), num estudo que investigou a insónia e sintomas de luto complicado em 508 vítimas e 307 estudantes de psicologia não-enlutados, relataram que 22% do grupo de luto e de 17% do grupo não-enlutado relataram insónia ($\chi^2 = 4,89$, $p < 0,05$). O Inventário de Luto Complicado (ICG) avaliou a gravidade das complicações do luto. Para os insones, a insónia média foi maior no grupo de luto que o grupo não-enlutado (67% vs 50%, $\chi^2 = 4,05$, $p < 0,05$). Insones enlutados obtiveram resultados significativamente mais altos do que os não-insones enlutados ($t(492) = -2,93$, $p < 0,01$). As variáveis do sono relacionadas com o luto (sonhos com os mortos e ruminacões sobre o falecido) estiveram significativamente relacionadas com a sintomatologia de LC. A insónia é um importante preditor de LC ($p < 0,01$), juntamente com a natureza da morte (se violenta ou não), a menor idade do falecido, a proximidade temporal, a relação com o falecido e o sexo dos enlutados (mulheres mostrando maiores níveis de luto).

Germain, Caroff, Buysse, e Shear (2005), avaliaram a gravidade dos distúrbios do sono num grupo de 105 adultos com LC, com e sem transtorno de depressão comórbida e PTSD. O ICG foi utilizado para medir o luto e neste estudo verificou-se que os valores no ICG previram má qualidade do sono ($\beta = 0,20$, $p < 0,05$). A depressão piora a qualidade do sono de indivíduos com LC, enquanto que a PTSD não.

Vanderwerker, Jacobs, Parkes, e Prigerson (2006) analisaram as relações entre a ansiedade de separação na infância (ASI) e a ocorrência de LC mais tarde. Uma amostra de 283 recém-enlutadas foi avaliada com a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV, o Inventário de Luto Complicado - Revisto, e itens da ansiedade de separação na infância Panic Agoraphobic Questionnaire. Os resultados mostraram que a ASI está significativamente associada ao LC bivariavelmente (OR = 3,3, IC 95% 1,3-8,2) e após o controle do sexo, nível de educação, relação de parentesco, história de distúrbios psiquiátricos e história de abuso na infância (OR = 3,2, IC 95% 1.2-9.0). Embora a ASI esteja bivariavelmente associada à PDM, não está significativamente associada à mesma e à PTSD, nos modelos ajustados.

O LC também parece estar associado a um risco acrescido de pensamentos e ações suicidas entre jovens adultos amigos de vítimas de suicídio na adolescência (Prigerson et al., 1999).

Os indivíduos com pré-condições de psicopatologia são menos propensos a ter os recursos disponíveis para lidar com o luto, em comparação com aqueles sem uma história significativa médica ou psiquiátrica (Schum, Lyness, & King, 2005).

Com efeito, Piper, Ogradniczuk, Azim, e Weideman (2001) referem que os pacientes psiquiátricos são uma população em risco no que concerne ao luto. Este grupo entrevistou 729 pacientes institucionalizados sobre perdas ao longo da sua vida. Mais de metade (403) dos pacientes relataram que tiveram uma ou mais mortes significativas, e um terço, reuniram critérios para serem diagnosticados com LC moderado ou severo. O tempo médio desde a perda foi de 10 anos. Quando os pacientes com LC grave foram comparados com os pacientes que não tinham experimentado a perda de uma outra pessoa, os primeiros apresentavam níveis significativamente mais altos de depressão, de ansiedade e de stress.

A depressão prévia ao luto está também provavelmente associada a um maior risco de intensificação da mesma ao longo do processo de luto (Raphael, Minkov, & Dobson, 2001).

Noutro estudo de Piper et al. (2001), a ambivalência, a afiliação, a dependência na relação, os sintomas específicos de luto e a depressão foram examinados em duas amostras (n = 277) de pacientes psiquiátricos em ambulatório, 84,7% dos quais receberam um diagnóstico do eixo I e 55,6% um diagnóstico do Eixo II do DSM-IV. O tempo médio desde a perda foi de 9 anos. Na primeira amostra, 56% dos pacientes preencheram os critérios de luto complicado, avaliados pelos Pathological Grief Itens,

pela Impact of Event Scale, e pela Escala de Ajustamento Social - SR, e 100% da segunda amostra preencheu esses critérios. As descobertas não suportam a crença tradicional de que a ambivalência tem um impacto negativo sobre os sintomas específicos de luto. Pelo contrário, quanto mais ambivalente, menos intenso era o luto. Também refere que quanto mais positivo fosse o relacionamento com o falecido, mais severo era o luto.

I.3.3. Factores de risco interpessoais

Alguns estudos referem que o tipo de relação com o falecido modera o efeito que o luto tem para a saúde do indivíduo.

Estudos comparativos acerca da relação de parentesco têm consistentemente demonstrado que a perda de uma criança resulta num processo de luto mais intenso e mais persistente, bem como depressão, do que a perda do cônjuge, do pai, da mãe ou do irmão (Cleiren, 1991; Nolen-Hoeksema & Larson, 1999).

Num estudo realizado por Cleiren, Diekstra, Kerkhof, e Van der Wal (1994), 73 cônjuges enlutados, 68 pais, 86 irmãos e 82 adultos que haviam perdido um dos pais foram entrevistados num estudo longitudinal aos 4 e 14 meses após a perda. Os resultados indicam que a relação de parentesco com o falecido desempenha um papel de destaque em praticamente todos os aspectos de funcionamento, com os pais (principalmente mães), viúvas e irmãs do falecido a serem mais fortemente afectados do que os filhos adultos, irmãos e as viúvas e que a adaptação antecipada é altamente preditiva de uma melhor adaptação a longo prazo.

Existem também evidências que a perda de um filho adulto está associado a um luto mais intenso e persistente e a maior depressão do que a perda de um cônjuge (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007).

Considera-se ainda que o suporte social ajuda os enlutados, mas aqueles com maior apoio não são mais ajustados comparativamente àqueles que percebem um apoio fraco, em comparação com os não-enlutados (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2005).

I.3.4. Variáveis Familiares

De todas as experiências humanas, é a morte que coloca os desafios mais profundos para as famílias (Walsh, 1996). Na verdade, a morte de um familiar próximo pode ser o principal stressor que a maioria de nós enfrenta (Ringdal, Jordhøy, Ringdal, & Kaasa, 2001).

Mesmo indivíduos que não estão directamente afectados por uma perda poderão ser perturbados pela reacção da família, com repercussões para todos os membros e todas as outras relações (Bowen, 1978).

Quando há uma perda, há sempre um vazio correspondente no sistema. Tristeza, raiva, alívio, vazio, e outras reacções emocionais em cada membro da família e um processo de ajustamento pode mudar toda a família (Large, 1989).

Perdas relacionadas com a morte podem envolver perdas secundárias, incluindo as materiais, as pessoais, as interpessoais, e as simbólicas. As famílias têm mais dificuldade de adaptação à morte se outros factores stressantes estiverem presentes (Murray, 2001).

Num estudo de Ringdal et al. (2001), uma amostra de 183 familiares de pacientes com cancro avançado completaram diversos questionários em quatro pontos de avaliação (1 mês, 3 meses, 6 meses e 13 meses após a morte). As reacções de luto foram medidas pela parte *Sentimentos presentes* do Texas Revised Inventory of Grief (TRIG). Para testar e comparar os resultados no TRIG entre os enlutados de um a 13 meses após a morte dos pacientes, uma MANOVA para medidas repetidas foi utilizada usando o procedimento GLM (General Linear Model). Assim, os entrevistados do sexo feminino apresentaram reacções mais fortes de luto do que os do sexo masculino. Estas reacções aumentam com a idade e aqueles que perderam um membro jovem da família apresentaram reacções mais fortes de luto do que aqueles que perderam um membro mais velho.

Famílias disfuncionais e intermédias são responsáveis pela proporção substancial de morbilidade psicossocial individual que ocorre durante os cuidados paliativos e o luto (Kissane, Bloch, Burns, McKenzie, & Posterino, 1994; Kissane et al., 1994; Kissane et al., 1996a; Kissane et al., 1996b).

Num estudo que tinha como objectivo principal identificar padrões de funcionamento familiar em famílias adultas, foram entrevistadas 115 famílias que preencheram questionários acerca do funcionamento familiar (Family Environment Scale - FES e a The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale - FACES-III), do luto (Bereavement Phenomenology Questionnaire), do estado psicológico (BDI e BSI) e de ajustamento social, 6 semanas (T1), 6 meses (T2) e 13 meses (T3) após a morte de um familiar. Através de uma análise de clusters foi desenvolvida uma tipologia das percepções de funcionamento familiar durante o luto. Assim, foram consideradas dois tipos de famílias disfuncionais (as hostis e as desconectadas), que

declinaram em termos de frequência de 30% para 15 % entre T1 e T3. Contudo, as tipologias em T1 predizem as tipologias em T2 e T3 (Kissane et al., 1996).

Kissane et al. (2003) tentaram ainda provar uma associação significativa entre a disfunção familiar e o sofrimento psicológico e o funcionamento social deficiente. Este estudo foi composto por uma amostra de 81 famílias (363 pessoas) avaliada com o FRI (Family Relationships Index), FAD (Family Assessment Device), BDI (Beck Depression Inventory), BSI (Brief Symptom Inventory) e SAS (Social Adjustment Scale). Os resultados mostraram maior depressão em famílias hostis, em comparação com as famílias de classe intermediária. Famílias com relacionamentos disfuncionais contêm significativamente mais membros angustiados ($p = 0,032$). A classe hostil apresenta mais raiva e sensibilidade interpessoal do que a classe mal-humorada, que por sua vez contém mais do que a classe intermediária. As famílias mais disfuncionais também apresentam os níveis proporcionalmente mais pobres de funcionamento numa série de domínios sociais. Os membros deprimidos apresentaram uma tendência significativa ($p < 0,001$) para demonstrarem relacionamentos mais frágeis com os filhos. As famílias hostis mostram ter coesão pobre, conflitos graves e um baixo nível de expressividade dos pensamentos e sentimentos.

Wayment e Vierthaler (2002) exploraram as associações entre estilos de vinculação globais, vinculação ao falecido, subitaneidade da morte, e 3 reacções específicas ao luto (tristeza, depressão e somatização) numa amostra de 91 adultos que perdeu um ente querido nos 18 meses passados. Como previsto, os indivíduos que relataram ter uma mais estreita ligação com o falecido e que tiveram uma perda súbita relataram maiores níveis de luto. Indivíduos com um estilo de vinculação ansioso-ambivalente relataram maiores níveis de tristeza e depressão. A somatização foi mais relatada por aqueles com um estilo de vinculação evitante. Os autores também descobriram que os indivíduos com um estilo de vinculação seguro relataram menos depressão. Um maior tempo decorrido desde a morte e menor escolaridade foram associados a menor depressão, e os respondentes mais velhos relataram menos somatização. Resumindo, altos níveis de dor e depressão foram relatados por aqueles com vinculação ansiosa ou ambivalente, e a somatização é mais comum entre pessoas com vinculação evitante.

Traylor, Hayslip, Kaminski, e York (2003) aprofundaram a relação bilateral entre o processo de luto e as características das relações dentro do sistema familiar. Assim, sessenta e uma pessoas que tinham experimentado recentemente a morte de um

pai ou cônjuge preencheram o Grief Experience Inventory (GEI), o Family Environment Scale (FES) e da Family Assessment Measure - Terceira Edição (FAM-III). O primeiro foi utilizado para avaliar a sua sintomatologia actual de luto e os dois últimos, para medir características das relações no seio da família, 4-5 semanas após a morte (T1), e novamente, seis meses depois (T2). Os resultados sugerem que a elevada expressão na família de afecto, a coesão familiar, os resultados totais no FES e no FAM-III foram preditores de sintomas menos intensos de luto ao longo do tempo. Uma maior pontuação total no FAM-III em T1 foi um preditor de sintomas intensos de luto em T2 e uma maior pontuação total da FES em T1 foi um preditor significativo de sintomas menos intensos de luto em T2. Usando uma análise de correlação de painel cruzado (cross-lagged panel correlation analyses), o afecto, a comunicação e coesão foram preditores significativos de luto em T2, sugerindo que as famílias que estão mais conscientes e capazes de expressar as suas emoções ao outro apresentam sintomatologia menos intensa de luto ao longo do tempo, em comparação com famílias mais estóicas. A comunicação foi considerada um importante indicador de luto, mas a coesão é o mais forte preditor. Assim, para estes autores, os resultados sugerem que a avaliação do funcionamento sistémico dos participantes enlutados logo após a morte podem ajudar a prever como irão lidar com a perda, mais tarde.

Cerel, Fristad, Weller, e Weller (2000) estudaram o funcionamento familiar parental em 15 famílias enlutadas pelo suicídio de um pai. Essas famílias foram comparadas com famílias em que o progenitor morreu por outros motivos que não o suicídio ou homicídio. As avaliações dos sintomas psicopatológicos nos pais sobreviventes indicaram que os pais enlutados com suicídio não diferiram dos pais enlutados sem suicídio em termos psicopatológicos. Os pais sobreviventes em ambos os grupos tiveram depressão ligeira, um mês após a perda e relataram diminuição de sintomas de depressão ao longo do tempo. Famílias enlutadas com suicídio são mais prejudicadas do que as famílias enlutadas sem suicídio, em quatro índices de estabilidade da família, incluindo o estado civil anterior e intervenções em saúde mental para qualquer membro da família.

II. Método

II.1. Objectivos

A pesquisa bibliográfica realizada fez denotar que o projecto por nós desenvolvido se reveste de um cariz exploratório, uma vez que mesmo após mais de uma década de extensa pesquisa, ainda não foi possível incluir no DSM-V um diagnóstico de luto complicado diferenciado. Com efeito, ainda se procura uma standardização internacional para o mesmo, para a qual pretendemos contribuir com este estudo longitudinal em que acrescentamos as características familiares como possível variável preditora. Neste sentido, estabelecemos como objectivos principais:

- a) descrever a amostra enlutada em termos de sintomatologia depressiva, sintomatologia traumática e sintomatologia de luto complicado, aos 2 meses (T1) e até 6 meses (T2) após a perda;
- b) identificar e compreender os factores de risco associados ao desenvolvimento de perturbação de luto complicado;
- c) fornecer dados preditivos da ocorrência desta(s) sintomatologia(s), tendo em conta variáveis familiares, como a coesão e a adaptabilidade.

II.2. Desenho Metodológico

Foi escolhido um desenho metodológico longitudinal, descritivo, multicorrelacional, utilizando análises univariadas, bivariadas e multivariadas para investigar a sintomatologia dos participantes em luto, bem como o seu funcionamento familiar.

A análise estatística dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao programa informático SPSS na sua versão 17.0 para Windows. Realizamos diversos testes estatísticos: a) testes t de Student para amostras independentes; b) testes de correlação momento-produto de Pearson, para examinar a relação entre as variáveis de estudo; c) testes de qui-quadrado para verificar a associação entre variáveis; d) análise de regressão para testar um modelo preditor para o luto complicado aos seis meses após a perda.

Ou seja, foram realizados testes t para amostras independentes e emparelhadas, bem como qui-quadrados para testar as diferenças na amostra entre as duas avaliações, ou seja, para examinar as suas diferenças ao longo do tempo.

Segundo Abbad e Torres (2002), modelos multivariados de pesquisa envolvem a análise da relação entre múltiplas variáveis explicativas e, em alguns casos, múltiplas variáveis dependentes. Grande parte das pesquisas delineadas para examinar o efeito exercido por duas ou mais variáveis independentes sobre uma variável dependente utiliza a análise de Regressão Múltipla. Esta é definida por Tabachnick e Fidell (1996) como um conjunto de técnicas estatísticas que possibilita a avaliação do relacionamento de uma variável dependente com diversas variáveis independentes. Apenas as variáveis com uma relação estatisticamente significativa nas análises univariadas e bivariadas realizadas, bem como aquelas que se verificaram como importantes factores de risco na revisão bibliográfica foram introduzidos no modelo de regressão multivariado, devido à pequeno tamanho da amostra no segundo momento de avaliação.

II.3. Amostra

Foram recolhidos dados numa amostra de conveniência de utentes dos Cuidados de Saúde Primários que tinham perdido um familiar próximo há 1-2 meses.

A amostra entrevistada é constituída por 52 participantes, sendo que 73,1% são do sexo feminino ($n = 38$) e 26,9% do sexo masculino ($n = 14$). A idade dos participantes varia entre os 22 e os 72 anos de idade ($M = 43,10$; $DP = 12,48$). 17,3% dos participantes são solteiros ($n = 9$), 59,6% são casados ($n = 31$) e 23,1% são viúvos ($n = 12$). No que diz respeito às habilitações literárias, 38,5% têm o primeiro ciclo completo ($n = 20$), 28,8% o 2º ciclo ($n = 15$), 13,5% o 3º ciclo ($n = 7$), 11,5% o secundário ($n = 6$) e 7,7% uma licenciatura ($n = 4$). Quanto às perdas no perfil longitudinal, na segunda avaliação estiveram presentes 29 sujeitos, pelo que se verificou uma morte experimental de 23 participantes entre ambas as avaliações.

II.4. Instrumentos

Na presente investigação foram utilizados os instrumentos de recolha de dados a seguir expostos, tendo o primeiro sido desenvolvido especificamente para este estudo.

II.4.1. Questionário sócio-demográfico

No sentido de obter informação sócio-demográfica procedeu-se à preparação de um questionário sócio-demográfico (ver anexo I) que foi questionado e preenchido pelo investigador durante a entrevista. Este é composto por 4 partes e visa obter dados genéricos sobre a identificação do sujeito, a sua história médica/psiquiátrica, a história da relação falecido-enlutado, e a contextualização da perda para o enlutado.

II.4.2. Inventory of Complicated Grief (ICG)

Segundo Prigerson et al. (1995) a necessidade de elaboração desta escala surgiu pela verificação da persistência e morbilidade associada a determinados sintomas de luto, e consequente carência de uma avaliação apurada da sintomatologia de luto complicado. Assim, o objectivo inerente à sua elaboração prende-se com a identificação dessa sintomatologia e que permita a discriminação entre sujeitos enlutados complicados e não-complicados, a longo-prazo.

Este instrumento composto por 19 itens, de auto-preenchimento numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (0 = Nunca; 1 = Raramente; 2 = Ocasionalmente; 3 = Regularmente; e 4 = Sempre), avalia sintomatologia de luto que ajuda a discriminar a existência de luto complicado e não-complicado.

Será utilizada a versão traduzida e validada para a população portuguesa por Frade, Sousa, Pacheco, e Rocha (2009), que contrariamente à versão original monofactorial apresenta 5 factores. O valor do α de Cronbach da escala é de 0,914.

O primeiro factor denomina-se *Dificuldades traumáticas* (item 2, 9, 10, 11 e 12), que dizem respeito quando uma pessoa está traumatizada pela morte de uma pessoa significativa, apresentando sintomas de evitamento, desesperança para o futuro, sentimentos de dor ou doença similar do falecido e solidão. Este factor apresentou um α de Cronbach de 0,83.

O segundo factor, revela *Dificuldades de separação* (item 1, 4, 5, 13, 19), pois envolve uma preocupação intrusiva e angustiante face à perda e à pessoa, caracterizada

por um penoso sentimento de saudade, preocupação, solidão, choro, percepções e visões tácteis, ilusões auditivas e procura da pessoa falecida. Este factor apresentou um α de Cronbach de 0,87.

O terceiro factor denomina-se por dimensão de *Negação e revolta* (item 3, 6, 7 e 8) que implica, tal como o nome indica, reacções de negação e revolta, a procura de melhores explicações onde ainda estão associados sentimentos de raiva e de inveja ou ainda emoções características tais como a ansiedade ou o medo. Este factor apresentou um α de Cronbach de 0,88.

Relativamente ao quarto factor, *Dimensão psicótica*, composto pelos itens 14 e 15 expressam de facto sintomas de índole psicótica que comumente se apresentam no luto, tais como as alucinações visuais ou auditivas. Este factor apresentou um α de Cronbach de 0,63.

Finalmente, o quinto factor, denominado de *Dimensão depressiva*, composto pelos restantes itens revela-nos a relação intrínseca entre sintomatologia de luto complicado e sintomatologia observada em casos de Depressão major, já descrita em capítulos anteriores. Este factor apresentou um α de Cronbach de 0,56.

Como já foi dito, a versão original era caracterizada pela presença de apenas um factor, com um alpha de Cronbach de 0,94, e com um valor de 0,80 após teste-reteste 6 meses depois.

Uma vez que este inventário ainda não está aferido para a população portuguesa, será utilizado o ponto de corte ≥ 25 para diferenciar os sujeitos com luto complicado e não-complicado, defendido por Prigerson et al. (1995), já associado a disfunções funcionais significativas e utilizado em vários estudos (Reynolds et al., 1999; Barrow, 2004; Mitchell, Kim, Prigerson, & Mortimer-Stephens, 2004).

II.4.3. Impact of Events Scale – Revised (IES-r)

Apesar de vários tipos de instrumentos estarem disponíveis para avaliar reacções traumáticas, este instrumento é provavelmente o mais frequentemente utilizado (Stroebe & Schut, 2006).

A IES-r é composta por vinte e dois itens, com cinco níveis de resposta tipo likert, sendo estes incluídos na sub-escala de *Evitamento* - oito itens -, na sub-escala de *Intrusão* - oito itens originais e um item novo - e na sub-escala de *Hipervigilância* - seis itens, capazes de avaliar sintomas como irritabilidade, agressividade, dificuldades de concentração, entre outros (Weiss & Marmar, 1997). Esta escala quantifica a frequência

de sintomatologia pós-traumática dos indivíduos, cotando-se através da média da mesma e a sua cotação é realizada através do somatório das médias das sub-escalas. Quanto mais elevado o resultado, maior é a presença de sintomatologia pós-traumática e consequentemente maior gravidade da situação. O inverso também se verifica, ou seja, quanto menor o resultado, menor será a presença de sintomas desta patologia.

Num estudo de Biere (1997) esta escala apresenta um alfa de Cronbach com valores entre 0,87 e 0,92 na sub-escala de *Intrusão*, entre 0,84 e 0,86 na sub-escala de *Evitamento* e entre 0,79 e 0,90 na sub-escala de *Hipervigilância*. Comparativamente, esta escala traduzida e validada para a população portuguesa (Castanheira, Vieira, Glória, Afonso, & Rocha, 2007) apresenta um alfa de Cronbach de 0,94, bem como um factor latente, denominado *Embotamento Emocional* (ou *Emotional Numbing*), em consonância com análises factoriais que destacaram tal componente ao estudarem a IES e a IES-R originais (Sundin & Horowitz, 2002).

Neste estudo foi utilizado o ponto de corte ≥ 35 , também ele replicado noutros estudos (Creamer, Bell, & Failla, 2003; Matthiesen & Einarsen, 2004), valor que apresenta sensibilidade diagnóstica de 0.91 e especificidade diagnóstica de 0.82.

II.4.4. Beck Depression Inventory (BDI)

Segundo Stroebe e Schut (2006) a administração deste instrumento indica-nos a extensão da sintomatologia depressiva inerente a situações de luto.

Assim, o Inventário Depressivo de Beck (BDI) (Beck et al., 1961) é um instrumento constituído por 21 grupos de 4 afirmações, respeitantes a toda a sintomatologia depressiva, em que 11 relacionam-se com aspectos cognitivos, 5 com sintomas somáticos, 2 com comportamentos observáveis, 2 com o afecto e 1 com sintomas interpessoais (Vaz-Serra, 1994) e que McIntyre e McIntyre (1995) discriminam como tendo 6 itens respeitantes à componente *Afectiva* (itens 1, 4, 7, 10, 11 e 12), outros 6 à componente *Cognitiva* (itens 2, 3, 5, 8, 13 e 14), 4 itens respeitantes ao *Desvio Funcional Depressivo* (itens 16, 18, 19 e 21), 2 itens à componente *Motivacional* (itens 9 e 15), outros 2 à componente *Física* (itens 17 e 20) e finalmente o item restante que representa a componente *Delirante* (item 6).

Os itens foram escolhidos com base na sua relação com as manifestações comportamentais observáveis no quadro clínico depressivo, e não por reflectirem, especificamente, uma teoria etiopatogénica da depressão. Cada categoria corresponde a uma manifestação comportamental da depressão, e é constituída por quatro frases, com

valores de 0 a 3 pontos, dispostas por ordem crescente de intensidade, escolhendo o indivíduo a expressão que melhor define o seu estado emocional, que sentiu na última semana, incluindo o dia do questionário. As dimensões deste questionário pretendem abranger toda a sintomatologia depressiva.

Esta ordenação das questões permite ao sujeito responder a este inventário escolhendo facilmente aquela que melhor descreve a forma como se sente no momento do seu preenchimento. O total da soma das 21 pontuações varia no intervalo de um mínimo de 0 e um máximo de 63, permitindo diferenciar os níveis de depressão, desde ausente a grave. Segundo Beck, Steer, e Garbin (1988) a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objectivos do estudo. Neste estudo foi adoptado o ponto de corte a partir do somatório de 12 pontos, uma vez que o propósito foi o de identificar a presença de sinais indicativos de depressão entre os sujeitos.

II.4.5. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale–III (FACES-III)

Como instrumento de medida para avaliar o funcionamento das famílias dos sujeitos que fazem parte da amostra do nosso estudo foi utilizada a versão portuguesa do Faces-III (Olson et al., 1985), de Curral et al. (1999), que avalia a coesão e a adaptabilidade da família de acordo com o Modelo Circumplexo, de Olson et al. (1979).

Este modelo sustenta-se em duas dimensões: a *Coesão* e a *Adaptabilidade* familiares. A Coesão familiar é definida pelas ligações afectivas que existem entre os vários elementos da família e a Adaptabilidade familiar é definida pela mudança que o sistema opera na liderança, nos papéis e regras, em resposta a situações de stress ou crise familiar.

Os valores extremos nestas dimensões são mais esperados em famílias disfuncionais, enquanto os valores médios serão indicadores de famílias saudáveis. Estas duas dimensões centrais são conjugadas em quatro níveis que identificam dezasseis tipos de sistemas familiares, que por sua vez são agrupados em 3 ou 4 tipos mais gerais.

Em função deste modelo são definidos quatro graus de coesão familiar, variando de coesão mínima (família desligada) a coesão extrema (família emaranhada). Os dois grupos intermédios quanto a esta variável permitem definir famílias separadas e famílias ligadas.

Em relação à adaptabilidade são definidos quatro graus que variam entre adaptabilidade mínima (família rígida) e adaptabilidade máxima (família caótica). Os

dois grupos intermédios quanto a esta variável permitem definir famílias estruturadas e famílias flexíveis. Quanto ao índice de adaptabilidade as famílias podem ser consideradas: rígidas, estruturadas, flexíveis e caóticas.

Para cada uma das dimensões (coesão e adaptabilidade) os graus intermédios estarão potencialmente mais de acordo com famílias funcionais. Os graus extremos estarão, por sua vez, mais de acordo com famílias disfuncionais. Assim, as famílias que partilham os graus extremos, quer na dimensão coesão, quer na dimensão adaptabilidade, tenderão a apresentar maiores dificuldades em crises situacionais e de desenvolvimento que possam colocar-se à família. Para valores mais baixos ou mais altos de coesão e adaptabilidade serão encontrados tipos de família mais disfuncionais, o que traduz a relação curvilínea que existe nas dimensões coesão e adaptabilidade.

Assim, esta escala, constituída por 20 itens, permite-nos identificar uma sub-escala de coesão, de 10 itens, cujos valores variam entre 10 e 50, e uma escala de adaptabilidade de 10 itens, cujo intervalo de variação possível é também de 10 a 50. Os valores obtidos em cada uma destas escalas são correspondentes a níveis, respectivamente de coesão e adaptabilidade. As vinte perguntas de auto preenchimento são avaliadas numa escala de Likert de 5 pontos (1 = quase nunca; 2 = de vez em quando; 3 = às vezes; 4 = frequentemente; 5 = quase sempre).

Relativamente ao estudo da consistência interna, Olson et al. (1985) encontraram um valor de alpha de Cronbach de 0,77 e de 0,68 respectivamente para a coesão e adaptabilidade. Em relação às intercorrelações entre as duas dimensões, os autores encontraram uma correlação de 0,03. Os resultados da análise factorial evidenciam uma estrutura com dois factores (coesão e adaptabilidade) bem definidos.

Para validar o instrumento à população portuguesa, Curral et al. (1999) procederam à análise dos itens, através do estudo da sua consistência interna e da sua estrutura factorial. Os resultados apresentam um valor de consistência interna para a coesão de 0,80, de 0,62 para a adaptabilidade e os valores de correlação entre as duas variáveis são de 0,39, apresentando portanto boa consistência interna.

II.5. Procedimento

Foram contactados os Centros de Saúde (CS) de Rebordosa, de Paredes e de Stº. Tirso, após pedido de autorização à Administração Regional de Saúde do Norte e respectiva permissão e aceitação do protocolo.

A amostra é constituída por sujeitos a quem tenha falecido um familiar há cerca de um mês, após contacto intermediado pelas Unidades de Cuidados de Saúde Primários.

Como critérios de inclusão, os participantes que compõem a amostra: têm idade superior a 18 anos; têm, no mínimo, o 4º ano de escolaridade; apresentam história de perda de um familiar significativo há cerca de um mês.

Os sujeitos foram contactados por telefone, confirmando-se a sua inclusão/exclusão, e combinando-se a data de entrevista.

Nesta, em primeiro lugar, explicávamos ao participante, de forma breve, o tema, os objectivos e o enquadramento do estudo. Depois, era utilizado o formulário de consentimento informado (ver anexo II) no qual constava informação sobre os objectivos do estudo, tempo estimado para o preenchimento do questionário, garantia de anonimato e confidencialidade no tratamento dos dados e carácter voluntário da sua participação. O sujeito preenchia então os questionários, num local que respeitava as necessárias condições de silêncio, luminosidade adequada, conforto e ausência de interrupções. Sempre que necessário, prestávamos quaisquer esclarecimentos adicionais. No final da entrevista era marcada a data da segunda avaliação, quatro meses após esta, na qual seriam utilizados os mesmos instrumentos de avaliação.

A recolha de dados ocorreu em gabinetes do CS de Paredes, do CS de Rebordosa, do CS de Stº. Tirso e do Departamento de Psicologia Clínica do ISCS-N. Cada entrevista teve uma duração média de 60 minutos.

III. Resultados

Nesta secção são apresentados os resultados das análises efectuadas. Os dados foram introduzidos numa matriz do SPSS v17.0 para análise estatística.

Em primeiro lugar, é apresentada a análise estatística descritiva.

Posteriormente, serão abordadas as associações entre as variáveis estudadas através das análises de correlação, testes t e qui-quadrados.

Seguidamente, apresentam-se os resultados das análises multivariadas entre a variável dependente resultante da soma total dos itens do ICG da segunda avaliação, aos 6 meses, e as variáveis independentes que tenham apresentado resultados estatisticamente significativos nas análises bivariadas, ou que sejam consideradas como importantes factores de risco na revisão bibliográfica abordada anteriormente.

Assim, com vista a uma adequada contextualização do estudo torna-se premente debruçar-nos sobre a população inquirida no que concerne às variáveis associadas à perda, uma vez que desta caracterização nasce informação abundante que não podemos ignorar.

III.1. Variáveis associadas à perda

Nesta parte debruçar-nos-emos sobre a caracterização da amostra relativamente às variáveis associadas à perda, com a finalidade de compreendermos melhor os contextos em que estas mortes foram vivenciadas pelos participantes.

Mais de metade das causas de morte dos familiares dos participantes entrevistados devem-se a cancro, precisamente 57,7% (n = 30), sendo seguido por 11,5% de mortes por AVC (n = 6), 7,7% de causa desconhecida (n = 4), sendo que os valores das restantes causas são residuais, não tendo relevância para esta apresentação de resultados.

Quanto ao local da morte dos familiares dos participantes entrevistados, a grande maioria, ou seja, 73,1% (n = 38) ocorreu no hospital, 25% em casa (n = 13) e 1,9% (n = 1) na ambulância.

No que diz respeito ao modo como foram informados do óbito, 51,9% (n = 27), ou seja, mais de metade foram contactados por telefone, 21,2% (n = 11) estavam presentes no momento da morte, 19,2% (n = 10) foram informados por um familiar, 5,8% (n = 3) por uma enfermeira e 1,9% (n = 1) por um médico.

Relativamente à história de lutos anteriores, de salientar que 75% (n = 39) da amostra já tinha vivenciado a morte de outro(s) familiar(es) próximo(s), e os restantes 13 participantes (25%) nunca tinham experienciado tal situação.

Relativamente ao usufruto de baixa clínica, 69,2% da amostra (n = 36) nunca teve essa necessidade, enquanto que 28,8% (n = 15), ao longo da sua vida, já tinha usufruído dessa situação.

Também cerca de 75% nunca recorreu a serviços de saúde mental (n = 39), enquanto que 23,1% (n = 12) já tinham sido acompanhados pelas valências de psiquiatria e/ou psicologia.

A idade média do sujeito falecido (n = 50) situa-se nos 61,74 anos ($DP = 19,69$), com um mínimo de 14 anos e um máximo de 92 anos. 54% destes participantes tinham mais de 61 anos aquando a morte (n = 27). Já 34% tinha entre 31 a 60 anos de idade (n = 17) e apenas 11,5% tinha menos do que 30 anos (n = 6).

Finalmente, quanto ao grau de parentesco do sujeito falecido ao entrevistado (n = 51), mais de metade, ou seja, 52,9% era um dos progenitores (n = 27), 25,5% era um dos cônjuges (n = 13), 7,8% eram irmãos (n = 4), 5,9% eram avós (n = 3) e os restantes participantes apresentam resultados marginais, não necessitando de aqui serem descritos.

III.2. Prevalência de sintomas

Neste subcapítulo é nosso intuito descrever a amostra em termos de prevalência de sintomatologia de luto complicado, depressiva e traumática, tendo em conta os pontos de corte estabelecidos para cada um dos instrumentos utilizados em ambos os momentos de avaliação.

Como se constata pela visualização da tabela 1, no momento da primeira avaliação (T1 - 1 a 2 meses após a perda), uma grande maioria dos participantes (n = 18; 78,3%) apresentavam um valor superior ou igual ao ponto de corte no ICG e os restantes 21,7% (n = 5) um valor inferior ao mesmo, enquanto que aos 6 meses, 43,5%

(n = 10) dos participantes apresentavam um valor superior ou igual ao ponto de corte e 56,5% (n = 13) um valor inferior.

No que diz respeito ao IES-r, em T1, 69,2% (n = 36) dos participantes apresentavam um valor superior ou igual ao ponto de corte e os restantes 30,8% (n = 16) um valor inferior ao mesmo. Em T2, 48,3% (n = 14) dos participantes apresentavam um valor superior ou igual ao ponto de corte e 51,7% (n = 15) um valor inferior.

Finalmente, relativamente aos resultados no BDI, em T1, 63,5% (n = 33) dos participantes apresentavam um valor superior ou igual ao ponto de corte e os restantes 36,5% (n = 19) um valor inferior ao mesmo. Em T2, 48,3% (n = 14) dos participantes apresentavam um valor superior ou igual ao ponto de corte e 51,7% (n = 15) um valor inferior.

Tabela 1

Frequências e percentagens de participantes com valores superiores e inferiores aos pontos de corte dos três instrumentos, nos dois momentos de avaliação

		n T1	% T1	n T2	% T2
ICG	≥ 25	18	78,3	10	43,5
	< 25	5	21,7	13	56,5
IES-r	≥ 35	36	69,2	14	48,3
	< 35	16	30,8	15	51,7
BDI	≥ 12	33	63,5	14	48,3
	< 12	19	36,5	15	51,7

3. Evolução das medidas repetidas no perfil longitudinal

No sentido de compreender a evolução do impacto do processo de luto na amostra foram comparados os resultados em cada um dos instrumentos utilizados, nos dois momentos de avaliação (ver tabela 2).

Assim, é possível verificar que, entre as duas avaliações, 87% dos participantes (N=20) melhoram em termos de sintomatologia de LC enquanto que 13% (N = 3) não melhoraram. 79,3% dos participantes (N=23) melhoram em termos de sintomatologia traumática enquanto que 20,7% (N = 6) não melhoraram. Finalmente, 86,2% dos participantes (N=25) melhoram em termos de sintomatologia depressiva enquanto que 13,8% (N = 4) não melhoraram (ver tabela 2).

Tabela 2

Evolução dos participantes entre os dois e os seis meses, no ICG, no IES-r e no BDI

		n	%
ICG	Sem evolução negativa	20	87
	Evolução negativa	3	13
IES-r	Sem evolução negativa	23	79,3
	Evolução negativa	6	20,7
BDI	Sem evolução negativa	25	86,2
	Evolução negativa	4	13,8

Quando comparados os resultados superiores e inferiores ao ponto de corte nos três instrumentos, em ambas as avaliações (ver tabelas 3, 4 e 5), de realçar a associação estatisticamente significativa entre estes dois momentos no que concerne ao BDI ($\chi^2(1) = 7,061, p = 0,011$).

Tabela 3

Teste de Qui-quadrado entre valores superiores e inferiores ao ponto de corte do ICG em ambos os momentos de avaliação

		ICG T2		χ^2
		< 25	≥ 25	
ICG T1	≥ 25	4	1	1,433
	< 25	9	9	

Tabela 4

Teste de Qui-quadrado entre valores superiores e inferiores ao ponto de corte do IES-r em ambos os momentos de avaliação

		IES-r T2		χ^2
		< 35	≥ 35	
IES-r T1	≥ 35	4	1	1,934
	< 35	11	13	

Tabela 5

Teste Exacto de Fischer entre valores superiores e inferiores ao ponto de corte do BDI em ambos os momentos de avaliação

		BDI T2		χ^2
		< 12	≥ 12	
BDI T1	≥ 12	6	0	7,061*
	< 12	9	14	

Nota: p < .05

Tabela 6

Testes *t* entre os dois momentos de avaliação para as questões – *Quão difícil está a ser para si esta situação* – e – *Importância do falecido para o sujeito* –

	<i>Média ± Dp</i>	<i>N</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
<i>Quão difícil está a ser para si esta situação T1</i>	8,07 ± 2,58	29	4,402	28	,000**
<i>Quão difícil está a ser para si esta situação T2</i>	6,28 ± 2,20				
<i>Importância falecido T1</i>	9,24 ± 1,41	29	2,415	28	,023*
<i>Importância falecido T2</i>	8,72 ± 1,77				

Nota: ** $p < .001$; * $p < .05$.

Como se pode constatar pela tabela 6, relativamente à questão – *Quão difícil está a ser para si esta situação* –, verifica-se que, em média, os participantes relatam maior dificuldade em T1 ($M = 8,07$, $DP = 2,58$) do que em T2 ($M = 6,28$, $DP = 2,20$), apresentando uma diferença estatisticamente significativa entre eles ($t(28) = 4,402$, $p < 0,001$), tal como sucede com a questão relativa à – *Importância do falecido* – para o sujeito, uma vez que, em média, os participantes consideram o falecido mais importante em T1 ($M = 9,24$, $DP = 1,41$) do que em T2 ($M = 8,72$, $DP = 1,77$, $t(28) = 2,415$, $p < 0,05$).

Já no que diz respeito à evolução dos valores totais nos instrumentos utilizados (ver tabela 7), entre os dois momentos de avaliação, é possível referir que se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o ICG em T1 ($M = 33,74$, $DP = 13,38$) e em T2 ($M = 21,83$, $DP = 11,52$, $t(22) = 5,066$, $p < 0,001$), entre o IES-r em T1 ($M = 46,79$, $DP = 13,99$) e em T2 ($M = 34,07$, $DP = 15,74$, $t(28) = 4,951$, $p < 0,001$), e entre o BDI em T1 ($M = 21,03$, $DP = 10,33$) e em T2 ($M = 13,55$, $DP = 9,53$, $t(28) = 5,831$, $p < 0,001$). Já o FACES III não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação.

Tabela 7

Testes *t* de Student entre as duas avaliações no ICG, IES-r, BDI e FACES-III

	<i>Média ± Dp</i>	<i>N</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
<i>ICG Total T1</i>	33,74 ± 13,38	23	5,066	22	,000**
<i>ICG Total T2</i>	21,83 ± 11,52				
<i>IES-r Total T1</i>	46,79 ± 13,99	29	4,951	28	,000**
<i>IES-r Total T2</i>	34,07 ± 15,74				
<i>BDI Total T1</i>	21,03 ± 10,33	29	5,831	28	,000**
<i>BDI Total T2</i>	13,55 ± 9,53				
<i>FACES Total T1</i>	33,83 ± 8,22	23	-0,305	22	n.s.
<i>FACES Total T2</i>	34,26 ± 8,99				

Nota: ** $p < .001$.

Foi também realizada uma análise mais pormenorizada acerca da evolução entre os dois momentos nas dimensões dos quatro instrumentos utilizados. Assim, relativamente ao ICG (ver tabela 8), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre médias na dimensão *Dificuldades Traumáticas* em T1 ($M = 1,36$, $DP = 0,84$) e em T2 ($M = 0,81$, $DP = 0,64$, $t(22) = 3,99$, $p < 0,01$), na dimensão *Dificuldades de Separação* em T1 ($M = 2,44$, $DP = 0,81$) e em T2 ($M = 1,67$, $DP = 0,86$, $t(22) = 5,76$, $p < 0,001$), na dimensão *Negação e Revolta* em T1 ($M = 2,29$, $DP = 1,09$) e em T2 ($M = 1,61$, $DP = 1,02$, $t(22) = 3,54$, $p < 0,01$), na dimensão *Depressiva* em T1 ($M = 1,25$, $DP = 0,87$) e em T2 ($M = 0,77$, $DP = 0,77$, $t(22) = 2,42$, $p < 0,05$) e na dimensão *Psicótica* em T1 ($M = 0,91$, $DP = 1,10$) e em T2 ($M = 0,35$, $DP = 0,75$, $t(22) = 2,32$, $p < 0,05$).

Tabela 8

Testes t de Student entre as duas avaliações nas dimensões do ICG

	<i>Média ± dp</i>	<i>N</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
<i>Dificuldades Traumáticas T1</i>	1,36 ± 0,84	23	3,99	22	,001**
<i>Dificuldades Traumáticas T2</i>	0,81 ± 0,64				
<i>Dificuldades Separação T1</i>	2,44 ± 0,81	22	5,76	22	,000***
<i>Dificuldades Separação T2</i>	1,67 ± 0,86				
<i>Negação Revolta T1</i>	2,29 ± 1,09	23	3,54	22	,002**
<i>Negação Revolta T2</i>	1,61 ± 1,02				
<i>Depressiva T1</i>	1,25 ± 0,87	23	2,42	22	,024*
<i>Depressiva T2</i>	0,77 ± 0,77				
<i>Psicótica T1</i>	0,91 ± 1,10	23	2,32	22	,030*
<i>Psicótica T2</i>	0,35 ± 0,75				

Nota: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$.

No que diz respeito às dimensões do IES-r (ver tabela 9), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre médias na dimensão *Evitamento* em T1 ($M = 1,68$, $DP = 0,85$) e em T2 ($M = 1,28$, $DP = 0,78$, $t(28) = 2,05$, $p < 0,05$), na dimensão *Intrusão* em T1 ($M = 2,38$, $DP = 0,68$) e em T2 ($M = 1,72$, $DP = 0,77$, $t(28) = 4,98$, $p < 0,001$), na dimensão *Hipervigilância* em T1 ($M = 2,29$, $DP = 0,83$) e em T2 ($M = 1,66$, $DP = 0,80$, $t(28) = 4,97$, $p < 0,001$), e na dimensão *Emotional numbing* em T1 ($M = 1,64$, $DP = 1,16$) e em T2 ($M = 1,10$, $DP = 0,98$, $t(28) = 2,44$, $p < 0,05$).

Tabela 9

Testes *t* de Student entre as duas avaliações nas dimensões do IES-r

	Média ± dp	N	t	gl	p
<i>Evitamento T1</i>	1,68 ± 0,85	29	2,05	28	,0495*
<i>Evitamento T2</i>	1,28 ± 0,78				
<i>Intrusão T1</i>	2,38 ± 0,68	29	4,98	28	,000**
<i>Intrusão T2</i>	1,72 ± 0,77				
<i>Hipervigilância T1</i>	2,29 ± 0,83	29	4,97	28	,000**
<i>Hipervigilância T2</i>	1,66 ± 0,80				
<i>Emotional numbing T1</i>	1,64 ± 1,16	29	2,44	28	,021*
<i>Emotional numbing T2</i>	1,10 ± 0,98				

Nota: *** p < .001; ** p < .05.

No que concerne às dimensões do BDI (ver tabela 10), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre médias no factor *Afectivo* em T1 ($M = 1,08$, $DP = 0,52$) e em T2 ($M = 0,71$, $DP = 0,43$, $t(28) = 4,52$, $p < 0,001$), no factor *Cognitivo* em T1 ($M = 0,87$, $DP = 0,54$) e em T2 ($M = 0,55$, $DP = 0,47$, $t(28) = 5,56$; $gl = 28$; $p < 0,001$), no factor *Desvio Funcional Depressivo* em T1 ($M = 1,20$, $DP = 0,71$) e em T2 ($M = 0,76$, $DP = 0,59$, $t(28) = 4,05$, $p < 0,001$), no factor *Motivacional* em T1 ($M = 0,67$, $DP = 0,57$) e em T2 ($M = 0,45$, $DP = 0,51$, $t(28) = 2,55$, $p < 0,05$), no factor *Delirante* em T1 ($M = 0,83$, $DP = 1,23$) e em T2 ($M = 0,28$, $DP = 0,65$, $t(28) = 2,89$, $p < 0,05$), mas não no factor *Físico*.

Tabela 10

Testes *t* de Student entre as duas avaliações nas dimensões do BDI

	Média ± dp	N	t	gl	P
<i>Afectivo T1</i>	1,08 ± 0,52	29	4,52	28	,000**
<i>Afectivo T2</i>	0,71 ± 0,43				
<i>Cognitivo T1</i>	0,87 ± 0,54	29	5,56	28	,000**
<i>Cognitivo T2</i>	0,55 ± 0,47				
<i>Desvio Funcional Depressivo T1</i>	1,20 ± 0,71	29	4,05	28	,000**
<i>Desvio Funcional Depressivo T2</i>	0,76 ± 0,59				
<i>Motivacional T1</i>	0,67 ± 0,57	29	2,55	28	,017*
<i>Motivacional T2</i>	0,45 ± 0,51				
<i>Físico T1</i>	1,21 ± 0,81	29	2,05	28	,050
<i>Físico T2</i>	0,90 ± 0,72				
<i>Delirante T1</i>	0,83 ± 1,23	29	2,82	28	,009*
<i>Delirante T2</i>	0,28 ± 0,65				

Nota: *** p < .001; ** p < .01.

Relativamente às dimensões do FACES-III (ver tabela 11), não se verificaram variações estatisticamente significativas entre médias dos dois momentos de avaliação.

Tabela 11

Testes t de Student entre as duas avaliações nas dimensões do FACES-III

	<i>Média ± dp</i>	<i>N</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>P</i>
<i>Coesão T1</i>	24,17 ± 6,78	23	-0,617	28	n.s.
<i>Coesão T2</i>	24,91 ± 6,83				
<i>Adaptabilidade T1</i>	58,00 ± 13,41	23	-0,541	28	n.s.
<i>Adaptabilidade T2</i>	59,17 ± 14,60				

III.4. Psicopatologia e variáveis sócio-demográficas

Serão agora apresentadas as frequências e qui-quadrados estatisticamente significativos para as variáveis sócio-demográficas relativamente às medidas binominais do ICG, nomeadamente as respeitantes àqueles participantes com luto complicado (ponto de corte ≥ 25) e sem luto complicado (ponto de corte < 25).

Como é possível verificar na tabela 12, nenhuma das variáveis sócio-demográficas apresenta uma relação estatisticamente significativa com as medidas binominais do ICG criadas para o efeito, nomeadamente as que correspondiam aos participantes com luto complicado (ponto de corte ≥ 25) e sem luto complicado (ponto de corte < 25).

Quanto às frequências e qui-quadrados (ver tabela 12) para as variáveis sócio-demográficas relativamente às medidas binominais do IES-r, nomeadamente as respeitantes aos participantes com trauma (ponto de corte ≥ 35) e participantes sem trauma (ponto de corte < 35) e respectiva evolução de sintomatologia, nos dois momentos de avaliação, verificou-se a ocorrência de uma relação estatisticamente significativa ($\chi^2 = 4,333$, $p < 0,05$, OR = 3,889, IC 95% 1,03-14,57) entre a medida IES-r T1 e a existência de suporte social.

Relativamente às frequências e qui-quadrados (ver tabela 12) para as variáveis sócio-demográficas relativamente às medidas binominais do BDI, nomeadamente as respeitantes aos participantes deprimidos (ponto de corte ≥ 12) e participantes não deprimidos (ponto de corte < 12) e respectiva evolução de sintomatologia, nos dois momentos de avaliação, verifica-se a ocorrência de relações estatisticamente significativas entre a medida BDI T2 e o género ($\chi^2 = 5,663$; $p < 0,05$, OR = 4,952, IC 95 % 0,76 – 31,93) e a medida BDI T2 e as habilitações literárias ($\chi^2 = 8,309$, $p < 0,05$).

Tabela 12

Qui-quadrados para medidas binominais dos três instrumentos em T1 e T2 com as variáveis sócio-demográficas

	ICG T1				ICG T2				IES-r T1				IES-r T2				BDI T1				BDI T2				
	< 25	≥ 25	χ ² (p)	OR (IC 95%)	< 25	≥ 25	χ ² (p)	OR (IC 95%)	< 35	≥ 35	χ ²	OR (IC 95%)	< 35	≥ 35	χ ² (p)	OR (IC 95%)	< 12	≥ 12	χ ² (p)	OR (IC 95%)	< 12	≥ 12	χ ² (p)	OR (IC 95%)	
Gênero																									
<i>Feminino</i>	3	13	n.s.	----	9	7	n.s.	----	9	29	n.s.	----	10	11	n.s.	----	12	26	n.s.	----	8	13	5,663* (p=.022)	4,952 (0,76-31,93)	
<i>Masculino</i>	2	5			4	3			7	7			5	3			7	7			7	1			
Cônjuge																									
<i>Sim</i>	1	2	n.s.	----	1	2	n.s.	----	3	10	n.s.	----	1	5	n.s.	----	5	8	n.s.	----	2	4	n.s.	----	
<i>Não</i>	4	16			12	8			13	26			14	9			14	25			13	10			
Progenitor																									
<i>Sim</i>	2	13	n.s.	----	9	6	n.s.	----	8	19	n.s.	----	11	7	n.s.	----	9	18	n.s.	----	9	9	n.s.	----	
<i>Não</i>	3	5			4	4			8	17			4	7			10	15			6	5			
Idade falecido																									
<i>Até 30</i>	----	----	n.s.	----	----	----	n.s.	----	1	5	n.s.	----	----	----	n.s.	----	2	4	n.s.	----	----	----	n.s.	----	
<i>31 a 60</i>	2	5			4	3			5	12			4	5			6	11			8	3			
<i>Mais de 61</i>	3	11			7	7			10	17			10	8			11	16			6	10			
Habilitações																									
<i>Até 6 anos</i>	3	10	n.s.	----	7	6	n.s.	----	9	26	n.s.	----	8	10	n.s.	----	11	24	n.s.	----	7	11	8,309* (p=.016)	----	
<i>7 a 12 anos</i>	2	6			6	2			6	7			7	2			6	7			8	1			
<i>Superiores</i>	0	2			0	2			1	3			0	2			2	2			0	2			
Local Morte																									
<i>Ambulância</i>	0	0	n.s.	----	0	0	n.s.	----	0	1	n.s.	----	0	----	n.s.	----	1	0	n.s.	----	----	----	n.s.	----	
<i>Casa</i>	1	5			3	3			5	8			3	5			5	8			2	6			
<i>Hospital</i>	4	13			10	7			11	27			12	9			13	25			13	8			
Morte Cancro																									
<i>Sim</i>	4	12	n.s.	----	10	6	n.s.	----	10	20	n.s.	----	12	9	n.s.	----	11	19	n.s.	----	12	9	n.s.	----	
<i>Não</i>	1	6			3	4			6	16			3	5			8	14			3	5			
Lutos ants.																									
<i>Não</i>	1	5	n.s.	----	5	1	n.s.	----	3	10	n.s.	----	4	3	n.s.	----	6	7	n.s.	----	4	3	n.s.	----	
<i>Sim</i>	4	13			8	9			13	26			11	11			13	26			11	11			
Sup. Social																									
<i>Não</i>	0	0	n.s.	----	0	0	n.s.	----	7	6	4,333* (p=.037)	3,889 (1,03–14,57)	2	2	n.s.	----	7	6	n.s.	----	2	2	n.s.	----	
<i>Sim</i>	5	18			13	10			9	30			13	12			12	27			13	12			
Sat. Sup. Soc.																									
<i>Não</i>	0	1	n.s.	----	0	1	n.s.	----	0	1	n.s.	----	1	0	n.s.	----	0	1	n.s.	----	0	1	n.s.	----	
<i>Sim</i>	4	14			10	8			7	27			9	11			11	23			10	10			
Saúde Mental																									
<i>Não</i>	3	12	n.s.	----	9	6	n.s.	----	11	28	n.s.	----	10	9	n.s.	----	16	23	n.s.	----	10	9	n.s.	----	
<i>Sim</i>	2	5			4	3			5	7			5	4			3	9			5	4			
Baixa clínica																									
<i>Não</i>	3	11	n.s.	----	8	6	n.s.	----	13	23	n.s.	----	11	7	n.s.	----	15	21	n.s.	----	10	8	n.s.	----	
<i>Sim</i>	2	6			4	4			3	12			3	7			4	11			4	6			

III.5. Modelo preditor do luto complicado aos 6 meses após a morte

Atendendo aos objectivos do presente estudo, foram efectuadas correlações de Pearson no sentido de analisar o modo como as variáveis contínuas respeitantes aos instrumentos de avaliação utilizados se relacionam com o valor do ICG em T2.

Na tabela 13, referente às correlações de Pearson entre os factores do BDI em T1 e T2, com o valor no ICG em T2, constata-se a existência de uma relação positiva estatisticamente significativa entre este e o valor Total do BDI em T1 ($r = 0,611$, $p = 0,002$) e as suas dimensões *Afectivo* ($r = 0,597$, $p = 0,003$), *Cognitivo* ($r = 0,512$, $p = 0,013$), *Desvio Funcional Depressivo* ($r = 0,425$, $p = 0,43$) e *Físico* ($r = 0,573$, $p = 0,004$). No que diz respeito à relação do valor do ICG em T2 com o valor Total do BDI em T2 é possível referir a existência de uma relação positiva estatisticamente significativa entre ambos ($r = 0,619$, $p = 0,002$), bem como com as dimensões *Afectivo* ($r = 0,768$, $p = 0,000$), *Cognitivo* ($r = 0,517$, $p = 0,12$), *Desvio Funcional Depressivo* ($r = 0,463$, $p = 0,026$), *Físico* ($r = 0,418$, $p = 0,047$) *Motivacional* ($r = 0,503$, $p = 0,014$) e *Delirante* ($r = 0,422$, $p = 0,045$).

Relativamente às correlações de Pearson entre os factores do IES-r em T1 e T2 (ver tabela 14), com o valor no ICG em T2, constata-se uma relação positiva estatisticamente significativa entre as dimensões *Intrusão* ($r = 0,419$, $p = 0,047$) e *Hipervigilância* ($r = 0,489$, $p = 0,018$) em T1. No que se refere a T2, constata-se uma relação positiva estatisticamente significativa entre as dimensões *Evitamento* ($r = 0,801$, $p = 0,000$), *Intrusão* ($r = 0,892$, $p = 0,000$), *Hipervigilância* ($r = 0,813$, $p = 0,000$) e *Emotional Numbing* ($r = 0,681$, $p = 0,000$), bem como o próprio valor total da escala ($r = 0,926$, $p = 0,000$).

Finalmente, no que diz respeito ao FACES (ver tabela 15) podemos referir que nenhuma das suas escalas se correlaciona com o valor total do ICG, com significado estatístico significativo.

Tabela 13

Correlações de Pearson entre as dimensões do BDI em T1 e T2 com o ICG T2

	BDI T1							BDI T2						
	Total	Afe.	Cog.	DFD	Mot.	Fís.	Del.	Total	Afe.	Cog.	DFD	Mot.	Fís.	Del.
ICG Total	0,611	0,597	0,512	0,425	0,301	0,573	0,305	0,619	0,768	0,517	0,463	0,418	0,503	0,422
T2	**	**	*	*		**		**	***	*	*	*	*	*

Nota: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$.

Tabela 14

Correlações de Pearson entre as dimensões do IES-r em T1 e T2 com o ICG T2

	IES-r T1					IES-r T2				
	Total	Evit	Intr.	Hip.	EN	Total	Evit	Intr.	Hip.	EN
ICG Total T2	0,399	-0,005	0,419*	0,489*	0,300	0,924***	0,801***	0,892***	0,813***	0,691***

Nota: *** p < .001; ** p < .01; * p < .05.

Tabela 15

Correlações de Pearson entre as dimensões do FACES em T1 e T2 com o ICG T2

	FACES T1			FACES T2		
	Total	Coe.	Ada.	Total	Coe.	Ada.
ICG Total T2	-0,107	-0,028	-0,178	0,084	0,062	0,098

Na sequência das análises de correlação acima apresentadas, e uma vez que se verificaram algumas correlações significativas, realizamos análises de regressão linear, através do método *Enter Blockwise* sendo o valor total do ICG aos 6 meses tratado como variável dependente, enquanto que os preditores foram inseridos sequencialmente em blocos. O primeiro diz respeito a variáveis sócio-demográficas relevantes (sexo, habilitações e idade), seguido de um segundo bloco onde constam factores intrapessoais (ocorrência de lutos anteriores e morte por cancro). O terceiro bloco é composto por duas variáveis respeitantes ao grau de parentesco, enquanto que do quarto constam as duas dimensões do FACES III (coesão e adaptabilidade). O quinto bloco diz respeito a duas questões relacionadas com a ligação ao falecido, aos 2 meses, e o sexto bloco com o valor do ICG nesse período. Os sétimo e oitavo blocos referem-se aos sintomas concomitantes (trauma e depressão), aos 2 meses e aos 6 meses, respectivamente.

Nesta regressão, como se pode verificar pela tabela 15, o bloco 1 explica 9% da variância do LC. No bloco 2, os factores intrapessoais acrescentaram 8% à variância. Já o bloco 3 acrescenta 30% à variância, sendo que as habilitações ($\beta = -0,803$; $t = 2,857$; $p = 0,012$), a história de lutos anteriores ($\beta = 0,622$; $t = 2,565$; $p = 0,022$), os cônjuges ($\beta = -0,786$; $t = -2,561$; $p = 0,022$) e os progenitores ($\beta = -0,811$; $t = -2,792$; $p = 0,014$) explicam significativamente esta variância. Quanto ao bloco 4, que diz respeito às duas dimensões do FACES-III, apenas explica 0,3% da variância. Relativamente ao bloco 5, explica 13% da variância, sendo esta explicada pelas variáveis habilitações ($\beta = 0,738$; $t = 2,458$; $p = 0,032$), cônjuges ($\beta = -0,857$; $t = -2,567$; $p = 0,026$) e progenitores ($\beta = -0,868$; $t = -2,740$; $p = 0,019$). Quanto ao bloco 6, acrescenta 11% à variância. Já o sétimo bloco explica 22% da variância, sendo que esta é explicada pela variável sexo (β

= 0,645; $t = 2,979$; $p = 0,031$), dificuldade da situação ($\beta = -1,288$; $t = -3,991$; $p = 0,010$), importância do falecido ($\beta = 0,951$; $t = 3,681$; $p = 0,014$) e Depressão aos 2 meses ($\beta = 0,827$; $t = 4,056$; $p = 0,010$). Segundo o teste ANOVA é possível verificar que o modelo é estatisticamente significativo aquando da análise deste bloco, que diz respeito aos sintomas concomitantes aos 2 meses ($F = 5,158$; $p = 0,039$), explicando o modelo 94,6% da variável ICG Total aos 6 meses.

Finalmente, o oitavo bloco explica apenas 5% da variância, sendo também um modelo estatisticamente significativo ($F = 19,148$; $p = 0,016$) segundo o teste ANOVA, explicado pelo Evitamento ($\beta = -0,432$; $t = -1,937$; $p = 0,048$) aos 2 meses, e pelo Trauma ($\beta = 0,787$; $t = 3,568$; $p = 0,038$), pelo que também se deve considerar que há efeito do mesmo na variação da variável dependente. Assim, globalmente, este modelo explica 99,2% da variável ICG Total aos 6 meses.

Tabela 16

Análise de Regressão Múltipla preditora do ICG aos seis meses

	Bloco 1: Variáveis sócio-demográf. B	Bloco 2: Factores intrapessoais β	Bloco 3: Grau de parentesco β	Bloco 4: FACES (2 meses) β	Bloco 5: Relação com falecido β	Bloco 6: Luto Comp. (2 meses) β	Bloco 7: Sintomas concomit. (2 meses) B	Bloco 8: Sintomas concomit. (6 meses) β
Variáveis sócio-dem.								
Sexo	-0,054	-0,086	-0,072	-0,073	-0,140	0,072	0,645*	0,391
Habilitações	0,114	0,249	0,803*	0,805*	0,738*	0,357	0,142	0,050
Idade	0,299	0,297	0,183	0,186	0,172	0,098	-0,109	-0,038
Factores Intrapessoais								
Lutos anteriores		0,324	0,622*	0,577	0,511	0,092	0,173	0,065
Cancro		0,144	0,309	0,309	0,275	0,146	-0,134	-0,058
Grau de parentesco								
Cônjuge			-0,786*	-0,776*	-0,857*	-0,636	-0,782	-0,208
Progenitor			-0,811*	-0,806*	-0,868*	-0,458	-0,826	-0,277
FACES (2 meses)								
Coesão				0,015	-0,209	-0,241	-0,091	0,028
Adaptabilidade				-0,080	0,147	-0,037	0,618	0,407
Relação falecido (2 meses)								
Dificuldade situação					-0,323	-0,484	-1,288*	-0,386
Importância falecido					0,515	0,444	0,951*	0,424
Luto Complicado (2 meses)								
ICG						0,559	-0,640	-0,290
Sint. concomitantes (2 meses)								
Depressão							0,827*	0,476
Evitamento							-0,509	-0,432*
Intrusão							0,248	0,042
Hipervigilância							0,117	-0,071
Emotional Numbing							1,086	0,552
Sint. concomitantes (6 meses)								
Depressão								-0,138
Trauma								0,787*
R^2	0,098	0,181	0,484	0,487	0,616	0,729	0,946	0,992
R^2 change	0,098	0,083	0,304	0,003	0,129	0,112	0,217	0,046
F	0,684	0,751	2,013	1,373	1,606	2,237	5,158*	19,148*

Nota: * $p < .05$

IV. Discussão

No culminar deste percurso justifica-se uma reflexão sobre as contribuições e limitações deste estudo, tecendo também algumas considerações sobre pistas que cremos serem importantes para futuras investigações.

Para esta investigação foram estabelecidos objectivos que permitissem não só descrever uma amostra de familiares próximos que tivessem sofrido uma perda recente (há menos de 2 meses) em termos de sintomatologia psicopatológica, como também aprofundar conhecimentos acerca de factores de risco associados especificamente à perturbação de luto complicado.

Uma vez que foi delineado um perfil longitudinal para este estudo, idealizou-se a prossecução de um objectivo mais ambicioso, nomeadamente o estabelecimento de um modelo preditor do Luto Complicado. Esta necessidade surgiu no sentido de colmatar uma falha na investigação desta temática, pois, segundo Boelen (2009), ainda não existem modelos que forneçam dados preditivos concretos e estabelecidos desta perturbação.

Outra das particularidades deste estudo prendeu-se com a inclusão de variáveis familiares, nomeadamente a coesão e a adaptabilidade, componentes do funcionamento familiar, no sentido de conhecer a sua influência nesta problemática.

Um dos aspectos a reter da análise descritiva efectuada acerca das variáveis associadas à perda prende-se com o número de mortes por doença cancerígena. Com efeito, mais de metade dos respondentes reportaram uma perda recente devido a uma das variantes desta patologia. Mesmo não sendo um dos nossos objectivos estudar especificamente as reacções de luto a esta doença, mas dada a sua relevância, foi criada uma variável dicotómica, tendo sido inserida no modelo preditor, que irá ser abordado mais adiante, neste capítulo. Também mais de metade da população inquirida apresentava história de lutos anteriores significativos. Este acaba por ser um dado importante a reter, uma vez que, tal como já foi abordado, perdas múltiplas prévias são um importante factor de risco (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007) bem como o anterior testemunho de uma doença terminal intensamente stressante, que poderá aumentar o efeito de uma perda posterior (Prigerson et al., 2003), como é o caso de uma doença cancerígena.

Por outro lado, quando nos remetemos para o grau de parentesco do sujeito entrevistado à pessoa falecida, constata-se, como seria de esperar neste estudo aleatório, que mais de metade da amostra sofreu uma perda de um progenitor, tipo de perda menos propensa ao sofrimento de forma prolongada e complicada do luto (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999; Wagner & Maercker, 2008).

Relativamente à prevalência de sintomas esta amostra apresentou resultados interessantes e que, de certa forma, se diferenciam dos de outros estudos. Se, por um lado, em termos de sintomatologia traumática, depressiva e de luto complicado, a maioria dos participantes evoluiu favoravelmente, a percentagem de participantes acima dos pontos de corte estabelecidos para cada um dos instrumentos que avaliaram especificamente essa sintomatologia, no segundo momento de avaliação, é superior ao esperado. Com efeito, segundo Piper, Orgradniczuk, Azim, e Weideman (2001), os estudos reportam níveis entre 20 a 33% de perturbação de luto complicado. Esta amostra, por sua vez, apresenta valores acima do ponto de corte para os três instrumentos que vão para além dos 40%. Mas mesmo considerando este aspecto, a amostra considera, com diferenças estatisticamente significativas, muito menos difícil lidar com a situação de luto bem como menos importante o falecido, 6 meses após a sua morte. Verifica-se ainda uma evolução positiva estatisticamente significativa nos valores totais reportados no ICG, IES-r e BDI, entre ambas as avaliações, bem como em todas as suas dimensões. Contudo, numa análise mais detalhada das mesmas, verifica-se que o Evitamento (IES-r) apresenta uma melhoria mais fraca, comparativamente às restantes.

Em primeiro lugar, no nosso entender, dever-se-á analisar esta melhoria enquadrada na perspectiva de que o tempo nos possibilita uma adaptação física e psicológica à perda (Boerner, Wortman, & Bonanno, 2005; McCrae & Costa, 1993), bem como a própria percepção de menor dificuldade em lidar com a mesma. Contudo, não se poderá negligenciar a elevada percentagem de participantes acima do ponto de corte em T2 e que, segundo Prigerson et al. (1995), se encontrarão a lidar com disfunções funcionais significativas.

Relativamente à dimensão Evitamento, devemos considerar que tanto para Horowitz (1997) como para Prigerson et al. (2006) este é um dos critérios de diagnóstico para Luto Complicado.

Já relativamente às dimensões do FACES-III, tal como o seu valor total, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre ambas as avaliações. Este

facto é condizente com as outras investigações desenvolvidas que consideram que existe uma concordância de valores (tipologias) entre momentos de avaliação, independentemente da intensidade do luto (Kissane et al., 1996). Contudo, alguns autores consideram que duas avaliações, no espaço de 6 meses, é um espaço muito curto para se detectarem mudanças nas características dos sistemas familiares (Traylor, Hayslip, Kaminski, & York, 2003).

Após a descrição da amostra enlutada em termos de sintomatologia depressiva, sintomatologia traumática e sintomatologia de luto complicado, até 6 meses após a perda, outro dos nossos objectivos passava por identificar e compreender os factores de risco associados ao desenvolvimento de perturbação de luto complicado.

Desta forma, foram identificadas associações estatisticamente significativas entre os valores no IES-r em T1 e o suporte social. Com efeito, aqueles participantes que o consideram ausente, apresentam um risco quatro vezes maior de apresentar sintomatologia traumática. Contudo, reportando-nos aos 6 meses, esta associação já não se verifica, apresentando-se, aparentemente, mais ajustados, o que, de certa forma, contraria Stroebe, Schut, e Stroebe (2005), na medida em que não consideram que uma maior percepção de suporte social seja sinónimo de maior ajustamento psicológico. Desta forma, poder-se-á considerar que o suporte social é importante mas não essencial para uma adaptação positiva ao processo de luto?

Relativamente aos valores do BDI, verificaram-se duas associações estatisticamente significativas, ambas no segundo momento de avaliação. A primeira reporta-se para as diferenças de género. Com efeito, o sexo feminino apresenta 5 vezes maior risco de apresentar sintomatologia depressiva aos 6 meses. Também se verifica uma associação estatisticamente significativa com variável habilitações literárias, pelo que se considera que quanto mais reduzidas forem, maior será o risco.

Finalmente, no sentido de responder ao último objectivo por nós delineado que se prendia com a possibilidade fornecer dados preditivos da ocorrência desta sintomatologia, incluindo as variáveis familiares, efectuamos, numa primeira instância correlações de Pearson entre a variável escolhida para figurar como dependente no modelo de regressão (ICG em T2) e os valores totais e das dimensões dos outros instrumentos utilizados.

Como seria de esperar, verificaram-se associações mais sólidas entre variáveis respeitantes ao segundo momento de avaliação, o que nos sugere uma frequente comorbilidade entre depressão, trauma e luto complicado, neste caso, sobretudo entre os

dois últimos. Já no que concerne ao primeiro momento de avaliação (2 meses), o BDI apresenta uma relação positiva forte, ao contrário do IES-r. Com efeito, apenas as dimensões Intrusão e Hipervigilância relacionam-se com significado estatisticamente significativo fraco com o ICG em T2.

Uma vez que este estudo não pretendeu diferenciar o Luto Complicado de outros diagnósticos concomitantes, estes resultados não serão comentados exaustivamente. Contudo, é de realçar a forte associação entre o Trauma e o Luto que se verifica, bem como entre o BDI e o Luto. Com efeito, estes resultados comprovam as dificuldades que a investigação apresenta em diferenciar os diagnósticos, depois de quase duas décadas de intenso trabalho, o que suporta a necessidade de ainda mais investigação nesta área.

E não relegando estas variáveis de comorbilidade, as mesmas foram inseridas no modelo de regressão, para ambos os momentos de avaliação. Desta forma, seria possível verificar qual o peso que ambas apresentavam para o dito modelo.

Verificou-se então que, segundo o mesmo, as variáveis mais importantes para a explicação deste modelo são as que se referem ao grau de parentesco, bem como aos sintomas concomitantes aos 2 meses. O modelo em que estas últimas variáveis são inseridas apresenta significância estatística, que significa a presença de uma influência poderosa para a variação do modelo. Estes aspectos são importantes, uma vez que fornecem dados relevantes para a possibilidade de se avaliar situações de desajustamento já neste momento, com uma capacidade preditora considerável, mesmo com a dificuldade de diferenciação de diagnósticos que os próprios sintomas concomitantes, em especial a Depressão, sugerem. Tal como no estudo de Bonanno et al. (2007), a alta correlação entre sintomatologias dificulta a distinção entre LC da Depressão e da PTSD. Contudo, no sentido de responder a Zisook e Lyons (1990), que enfatizaram a importância de uma identificação precoce de aspectos relacionados com o luto, estes resultados permitem realçar a necessidade de uma avaliação prematura para posterior sinalização de casos que eventualmente necessitarão de intervenção/acompanhamento psicológico mais tarde. Por outro lado, sustentam a ideia da necessidade de criação e estabelecimento de programas de prevenção que permitam, a par da própria evolução natural do processo de luto, um melhor ajustamento social, físico e emocional, mais cedo.

O sexo volta também a aparecer como uma variável relevância nesta temática, o que reforça a necessidade de o ter em conta como um importante factor de risco, em

momentos de avaliação de situações de luto. Também o tipo de relação com o falecido apresenta um papel importante neste modelo, contrariamente às variáveis Idade e a variável dicotómica relativa à morte por cancro, já abordada anteriormente.

Por outro lado, as variáveis concernentes às dimensões do FACES-III (funcionamento familiar) apresentam uma influência residual na explicação do luto complicado, facto comprovado também pelas não-significâncias nos testes para além da regressão. A coesão e a adaptabilidade familiar demonstram então apresentarem pouca influência nos resultados do processo de luto.

Em suma, este estudo fornece informações importantes e úteis uma vez que suporta a relação entre a depressão, o trauma e o luto complicado, apelando para um tratamento condizente com as especificidades de cada caso, em que sintomatologia concomitante não deverá ser negligenciada.

Aqui, os técnicos de saúde dos Cuidados de Saúde Primários surgem como a primeira e principal linha de sinalização desta patologia, assumindo um papel extremamente importante na sua prevenção, encaminhamento e intervenção. O uso do ICG, do BDI e do IES-r facilita a identificação do luto complicado pelos clínicos. Com efeito, este estudo suporta a crença de que estes instrumentos são valiosos para uma identificação precoce de aspectos relacionados com o luto, tendo sempre em conta que a perturbação apenas poderá ser estabelecida, no mínimo, seis meses após a morte de um ente querido.

Por outro lado, o estudo actual apresenta questões que necessitam de ser exploradas com um controlo adequado. São fundamentais pesquisas futuras com amostras maiores e com mais momentos de avaliação no perfil longitudinal.

A generalização dos resultados actuais deve ser realizada com cautela, sendo necessária a replicação com amostras com outras características. Com efeito, o facto de uma grande percentagem da amostra apresentar uma perda por doença cancerígena não nos permite a comparação com outros tipos de morte. Também devemos ter em conta que a utilização dos instrumentos não substituem os diagnósticos psiquiátricos e que as pontuações não poderão ser interpretadas em termos dos diagnósticos do DSM-IV.

Este estudo complementa a pesquisa realizada acerca das fronteiras entre o patológico/complicado e normal/luto sem complicações. Contudo, somos da opinião que a questão premente acerca da possível inclusão do Luto Complicado no DSM-V continua a merecer uma consideração muito cuidadosa, pelo que são essenciais mais estudos para explorar esses limites.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, International Version, Washington, DC.
- Abbad, G., & Torres, C. (2002). Regressão múltipla stepwise e hierárquica em psicologia organizacional: aplicações, problemas e soluções. *Estudos de Psicologia*, 7(especial), 19-29.
- Aranda, S., & Milne, D. (2000). Guidelines for the assessment of complicated bereavement risk in family members of people receiving palliative care. Melbourne: Centre for Palliative Care.
- Barrow, G. (2004). *An analytic approach in identifying a latent structure to determine scoring criteria for a clinical diagnosis of traumatic grief*. Unpublished Master's degree dissertation. University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA.
- Barry, L., Kasl, S., & Prigerson, H. (2001). Psychiatric disorders among bereaved persons: The role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 447-457.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Biere, J. (1997). Psychological assessment of adult Posttraumatic states. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Boelen, P. (2009). The centrality of a loss and its role in emotional problems among bereaved people. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 616-622.
- Boelen P., van den Bout J., & de Keijser J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study with bereaved mental health care patients. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1339-41.
- Boerner, K., Wortman C., & Bonanno, G. (2005). Resilient or at risk? A 4-year study of older adults who initially showed high or low distress following conjugal loss. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, 60, 67-73.

- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated our capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*, 20–28.
- Bonanno, G., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, *21*, 705-734.
- Bonanno, G., Wortman, C., Lehman, D., Tweed, R., Haring, M., et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre-loss to 18 months post-loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*, 1150–1164.
- Bonanno, G., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K., Litz, B., & Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 342–351.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Aronson.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Byrne, G., & Raphael, B. (1994). A longitudinal study of bereavement phenomena in recently widowed elderly men. *Psychological Medicine*, *24*, 411-421.
- Carr, D., House, J., Wortman, C., Nesse, R., & Kessler, R. (2001). Psychological adjustment to sudden and anticipated spousal loss among older widowed persons. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *56*, S237–48.
- Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., & Rocha J. (2007, June). *Impact of Event Scale - Revised (IES-R): Portuguese Validation*, Paper presented at European Congress of Traumatic Stress, Opatija.
- Cerel, J., Fristad, M., Weller, E., & Weller, R. (2000). Suicide-bereaved children and adolescents: II. Parental and family functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*(4), 437-44.
- Chen, J., Bierhals, A., Prigerson, H., Kasl, S., Mazure, C., & Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological Medicine*, *29*, 367–380.
- Cleiren, M. (1991). *Adaptation after bereavement: a comparative study of the aftermath of death from suicide, traffic accidente and ilnesse for next of kin*. Leiden: DSWO Press.
- Cleiren, M., Diekstra, R., Kerkhof, A., & van der Wal, J. (1994) Mode of death and kinship in bereavement: focusing on “who” rather than “how”. *Crisis*, *15*, 22–36.

- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the impact of event scale – revised. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1489–1496.
- Curral, R., Dourado, F., Roma Torres, A., Barros, H., Palha, A., & Almeida L. (1999). Coesão e adaptabilidade familiares numa amostra portuguesa: Estudo com o FACES- III. *Psiquiatria Clínica*, *20*(3), 213-217.
- Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS, and accidents. *Death Studies*, *27*, 143–165.
- Forstmeier, S., & Maercker A. (2007). Comparison of two diagnostic systems for Complicated Grief. *Journal of Affective Disorders*, *99*, 203-211.
- Frade, B, Sousa, H., Pacheco, D., & Rocha, J. (2009, June). *Complicated Grief - A validation of ICG instrument*. Paper presented at 11th European Conference on Traumatic Stress, “Trauma in Lives and Communities: Victims, Violators, Prevention and recovery”, Oslo.
- Freud, S. (1957). Mourning and Melancholia. In J. Strachey (Ed.), *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press.
- Gauthier, J., & Marshall, W. (1977). Grief: A Cognitive Behavioural Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, *1*, 39-44.
- Germain, A., Caroff, K., Buysse, D.J., & Shear, K. (2005). Sleep quality in complicated grief. *Journal of Traumatic Stress*, *18*(4), 343-346.
- Goodkin, K., O’Mellan, S., Lee, D., Asthana, D., Molina, R., Shapshak, P., Zheng, W., Khamis, I., & Frasca, A. (2005). Complicated bereavement: Disease state or state of being? *Omega: The Journal of Death and Dying*, *52*, 21-36.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care, *Lancet*, *362*(9391), 1225-1130.
- Hagman, G. (2001). Beyond deathecis: toward a new psychoanalytic understanding and treatment of mourning. In R. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 13-32). American Psychological Association: Washington, DC.
- Hardison, H., Neimeyer, R., & Lichstein, K. (2005). Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behavioral Sleep Medicine*, *3*, 99-111.
- Horowitz, M. (2006). Meditating on complicated grief disorder as a diagnosis. *Omega: The Journal of Death and Dying*, *52*, 87-89.

- Horowitz, M., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G., Milbrath, C., et al. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 904–910.
- Horowitz, M., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G., Milbrath, C., & Stinson, C. (2003). Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder. *Focus*, *1*, 290-298.
- Jacobs, S. (1993). *Pathologic grief: maladaptation to loss*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Jacobs, S., Hansen, F., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L., & Kim, K. (1990). Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *51*, 269-74.
- Jacobs, S., Mazure, C., & Prigerson, H. (2000). The Diagnosis of Traumatic Grief: The Development of a New Nosological Entity. *Death Studies*, *24*, 185-99.
- Kaltman, S., & Bonanno G. (2003). Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*, 131–47.
- Kim, K., & Jacobs, S. (1991). Pathologic grief and its relationship to other psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders*, *21*(4), 257-263.
- Kissane, D. (2003). Family focused grief therapy: the role of the family in preventive and therapeutic bereavement care. *Bereavement Care*, *22*(1), 6-8.
- Kissane, D., Bloch, S., Burns, W., McKenzie, D., & Posterino, M. (1994). Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psycho-oncology*, *3*, 47-56.
- Kissane, D., Bloch, S., Burns, W., Patrick, J., Wallace, C., & McKenzie, D. (1994). Perceptions of family functioning and cancer. *Psycho-oncology*, *3*, 259-269.
- Kissane, D., Bloch, S., Dowe, D., et al. (1996a) The Melbourne Family Grief Study I: Perceptions of family functioning in bereavement. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 650-658.
- Kissane, D., Bloch, S., Onghena, P., et al. (1996b) The Melbourne Family Grief Study II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved families. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 659-666.
- Klass, D., Silverman, P., & Nickman, L. (1996). *Continuing Bonds: New Understanding of Grief*. Washington: Taylor and Francis.
- Kristjanson, L., Lobb, E., Aoun, S., & Monterosso, L. (2006). *A Systematic Review of the Literature on Complicated Grief*. Commonwealth Department of Health & Ageing, Canberra.

- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Large, T. (1989). Some aspects of loneliness in families. *Family Process*, 2, 25-35.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Maercker, A., Zollner, T., Menning, H., Rabe, S., & Karl, A. (2006). Dresden PTSD treatment study: Randomized controlled trial of motor vehicle accident survivors. *BMC Psychiatry*, 6, 29.
- Marris, P. (1974). *Loss and Change*. New York: Pantheon.
- Marshall, R., & Klein, K. (1999). Diagnostic classification of anxiety disorders: Historical context and implications for neurobiology. In D. S. Charney & B. S. Bunney (Eds.), *Neurobiology of mental illness* (pp. 437–450). New York/Oxford: Oxford University Press.
- Martikainen, P., & Valkonen, T. (1996). Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet*, 348, 909-912.
- Matthiesen, S., & Einarsen, S. (2004). Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance and Counselling*, 32, 335-356.
- McCrae, R., & Costa, P. (1993). Psychological resilience among widowed men and women: a 10-year follow-up of a national sample. In M. Stroebe, W. Stroebe, R. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. New York: Cambridge University Press.
- McIntyre, L., & McIntyre, S. (1995). Inventário de Beck para a Depressão (BDI). Versão de Investigação. Universidade do Minho.
- Melhem, N., Day, N., Shear, K., Day, R., Reynolds, C., & Brent, D. (2004). Traumatic Grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1411-1416.
- Middleton, W., Burnett, P., Raphael, B., & Martinek, N. (1996). The bereavement response: a cluster analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 169, 167-171.
- Mitchell, A., Kim, Y., Prigerson, H., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Crisis*, 25(1), 12–18.
- Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (2004). Complicated grief in Bosnian refugees: associations with posttraumatic stress disorder and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 475-82.

- Murray, J. (2001). Loss as a universal concept: A review of the literature to identify common aspects of loss in diverse situations. *Journal of Loss and Trauma, 6*, 219-241.
- Neimeyer, R. (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Neimeyer, R., Prigerson, H., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist, 46*(2), 235-251.
- Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ogrodniczuk, J., Piper, W., Joyce, A., Weideman, R., McCallum, M., et al. (2003). Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*(2), 87-93.
- Olson, D., Sprenkle, D., & Russell, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process, 18*, 3-28.
- Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES - III*. St. Paul, MN: Family Social Science, University of Minnesota.
- Parkes, C. (1970). The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widows to the death of their husbands. *Psychiatry, 33*, 444.
- Parkes, C. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: International Universities Press.
- Parkes C. (1990). Risk factors in bereavement: Implications for the prevention and treatment of pathologic grief. *Psychiatric Annals, 20*, 308-313.
- Parkes, C. (1993). Bereavement. In D. Doyle, G. Hanks, N. MacDonald (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (1st Ed., pp. 665-678), Oxford: Oxford University Press.
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Azim, H., & Weideman, R. (2001). Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services, 52*, 1069-1074.
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Joyce, A., McCallum, M., Weideman, R., & Azim, H. (2001). Ambivalence and other relationship predictors of grief in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*, 781-787.
- Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S., Reynolds, C., Anderson, B., et al. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders:

- preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22–30.
- Prigerson, H., Shear, K., Newsom, J., Frank, E., Reynolds, C., et al. (1996). Anxiety among widowed elders: is it distinct from depression and grief? *Anxiety*, 2, 1-12.
- Prigerson, H., Bierhals, A., Kasl, S., Reynolds, C., Shear, M., et al. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154, 616–623.
- Prigerson, H., Bridge, J., Maciejewski, P., Beery, L., Rosenheck, R., et al. (1999). Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1994-5.
- Prigerson, H., Jacobs, S., Rosenheck, R., & Maciejewski, P. (1999). Criteria for traumatic grief and PTSD: Reply. *British Journal of Psychiatry*, 174, 560–561.
- Prigerson, H., Shear, M., Jacobs, S., Reynolds, C., Maciejewski, P., et al. (1999). A preliminary empirical test consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Prigerson, H., & Jacobs, S. (2001). Caring for bereaved patients: "All the doctors just suddenly go". *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 286(11), 1369-1376.
- Prigerson, H., & Jacobs S. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria and a preliminary empirical test. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 613-647). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prigerson, H., Cherlin, E., Chen, J., Kasl, S., Hurler, R., & Bradley, E. (2003). The Stressful Caregiving Adult Reactions to Experiences of Dying (SCARED) scale: a measure for assessing caregiver exposure to distress in terminal care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 309–19.
- Prigerson, H., & Maciejewski, P. (2006). A Call for Sound Empirical Testing and Evaluation of Criteria for Complicated Grief Proposed for DSM-V. *Omega: Journal of Death & Dying*, 52(1), 9.
- Prigerson H., Horowitz M., Jacobs S., Parkes C., Aslan M., et al. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med.*;6:e1000121. doi: 10.1371/journal.pmed.1000121.

- Raphael, B., & Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 373-395). New York: The Guilford Press.
- Raphael, B., Minkov, C., & Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 587-612). Washington, DC: American Psychological Association.
- Reynolds, C., Miller, M., Pasternak, R., Frank, P., Cornes, C., et al. (1999). Treatment of bereavement related major depressive episodes in later life: A controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 156, 202-208.
- Ringdal, G., Jordhøy, M., Ringdal, K., & Kasa, S. (2001). Factors affecting grief reactions in close family members to individuals who have died of cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22, 1016-1026.
- Rosenblatt, P. (1993). *Grief: The social context of private feelings*. In M. Stroebe, W. Stroebe, & R. Hansson (Eds.), *Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention* (pp. 102-111). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sanders, C. (1993). Risk factors in bereavement outcome. In M. Stroebe, W. Stroebe, & R. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 255-267). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schum J., Lyness J., & King D. (2005). Bereavement in late life: risk factors for complicated bereavement. *Geriatrics*, 60, 18-24.
- Schut, H., de Keijser, J., van den Bout, J., & Dijkhuis (1991). Posttraumatic stress symptoms in the first year of conjugal bereavement. *Anxiety Research*, 4, 225-234.
- Shear, M., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds, C., et al. (2001) Traumatic grief treatment: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 158(9): 1506-1508.
- Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253-267.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P., & Reynolds, C. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 293(21), 2601-2608.
- Silverman, G., Jacobs, S., Kasl, S., Shear, M., Maciejewski, P., et al. (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological Medicine*, 30, 857-862.

- Silverman, G., Johnson, J., & Prigerson, H. (2001). Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38(3-4), 202-215.
- Simon, N., Shear, K., Thompson, E., Zalta, A., Perlman, C., et al. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5): 395-399.
- Simpson, M. (1997). Traumatic bereavements and PTSD-related PTSD. In B. Figley & N. Mazza (Eds.), *Death and Trauma - The traumatology of grieving*. Washington, D. C.: Taylor & Francis.
- Stroebe, M. (2001). Bereavement research and theory: Retrospective and prospective. *American Behavioral Scientist*, 44(5), 854-865.
- Stroebe, M., & Stroebe, W. (1983). Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed. *Psychological Bulletin*, 93, 279-301.
- Stroebe, W., Stroebe, M., & Domittner, G. (1988). Individual and situational differences in recovery from bereavement: A risk group identified. *Journal of Social Issues*, 44, 143-158.
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Hansson, R. (1993). *Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 29-31.
- Stroebe, M., van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., & van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, 20(1), 57-75.
- Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: a methodological and empirical review. In M. Stroebe, W. Stroebe, R. Hansson, H. Schut (eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care* (pp. 349-371). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, W., Schut, H., & Stroebe, M. (2005). Grief work, disclosure and counseling: do they help the bereaved? *Clinical Psychology Review*, 25, 395-414.
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science and Medicine*, 63, 2440-2451.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2006). Complicated grief: A conceptual analysis of the field. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52(1), 53-70.

- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370, 1960–1973.
- Sundin, E., & Horowitz, M. (2002). Impact of Event Scale: psychometric properties. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 205-209.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (1996). *Using Multivariate Statistics*. Harper Collins: New York.
- Traylor, E., Hayslip, B., Kaminski, P., & York, C. (2003). Relationships between grief and family system characteristics: A cross-lagged longitudinal analysis. *Death Studies*, 27, 575–601.
- Van Doorn, C., Kasl, S., Beery, B., Jacobs, S., & Prigerson, H. (1998). The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 566-573.
- Vanderwerker, L., Jacobs, S., Parkes, C., & Prigerson, H. (2006). An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 121-3.
- Vaz-Serra, A. (1994). Inventário de avaliação clínica da depressão. Edição da Psiquiatria Clínica. Coimbra.
- Wagner, B. (2006). Internet-based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief. Unpublished doctoral dissertation, University of Zurich, Zurich, Switzerland.
- Wagner, B., & Maercker, A. (2008). An internet-based cognitive-behavioral preventive intervention for complicated grief: A pilot study. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 30(3 sup. B), 47–53.
- Wayment, H., & Vierthaler, J. (2002). Attachment style and bereavement reactions. *Journal of Loss and Trauma*, 7, 129-149.
- Walsh, F. (1996). Family Resilience: A Concept and Its Application, *Family Process*, 35(3), 261-282.
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J.P. Wilson and T.M. Keane (Eds.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 399-411). NY: The Guilford Press.
- Worden, J. (1991). *Grief Counselling and Grief Therapy*. London: Tavistock.
- Zisook, S., & Lyons, L. (1990). Bereavement and unresolved grief in psychiatric outpatients. *Omega*, 20, 307–322.

- Zisook, S., Shuchter, S., Sledge, P., Paulus, M., & Judd, L. (1994). The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 29-36.
- Zisook, S., Peterkin, J., Shuchter, S., Bardone, A., Nicassio, P., & Timothy, S. (1995). *Managing chronic illness: A biopsychosocial perspective* (pp. 351-390). Washington, DC, US: American Psychological Association.

ANEXOS

Anexo I

Questionário sócio-demográfico

Formulário de Avaliação | Código _____

Data da 1ª Sessão: ____/____/____; pelo Psicólogo Clínico: _____

Data do Óbito: ____/____/____

Encaminhamento: _____

Data da 2ª Sessão: ____/____/____; pelo Psicólogo Clínico: _____

Identificação

Nome: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ (____/____/____)

Morada: _____

Contactos Telefónicos: _____

Habilitações Literárias: _____

Profissão: _____

Estado Civil: _____

Unidade de Saúde: _____ Médico de Família: _____

Genograma:

(Ter em conta, pelo menos: três gerações na família, agregados familiares actuais, óbitos, enfatizar o símbolo do paciente designado, salientar tipos de relações inter e intra-familiares quando certos do mesmo, idades dos vários elementos, etc.)

História Médica/Psiquiátrica

Baixa Clínica:

- Não ____; Sim _____. Quanto tempo? _____ (dias)

Recorrência a Serviços da Saúde Mental:

- Não ____; Sim _____.

- Se sim, indicar:

*tipo(s) de Serviço(s) - _____

*número de vezes - _____

*percurso - _____

*causa atribuída - _____

*sintomatologia - _____

*diagnóstico - _____

*medicação psicofarmacológica prescrita - _____

História da Relação Falecido – Enlutado

- Idade do Falecido: _____ - Grau de Parentesco do Falecido: _____

- Há quanto tempo se relacionavam? _____

- Percurso da relação: _____

- Importância do falecido na vida do sujeito (nada importante – muitíssimo importante):



- Papel/função do falecido na família/grupo de pares: _____
(*Educação; *Liderança; *Chefe de Família; *Financeiro; *Negligente; *Confidente; *etc.)

Contextualização da Perda para o Enlutado

- Causa da Morte: _____ - Local da Morte: _____

- Como foi informado(a) do óbito? _____

- Como reagiu (comportamentos, cognições, emoções)? _____

- História de lutos anteriores:

*Não ____; Sim ____.

*Quantos? _____

*Percurso (relacionar graus de parentesco numa cronologia): _____

*Quão difícil está a ser para si esta situação (nada difícil – extremamente difícil)?



Observações: _____

*No decorrer desta última perda, como tem oscilado o seu estado psicológico (auscultar sintomatologia imediatamente prévia e posterior ao óbito)? _____

- Existência de Factores de Stress Concorrentes: _____

- Se sim, indicar como reagiu após esses acontecimentos: _____

- Existência de Suporte Social:

*Não ____; Sim ____.

*Se sim, quais? _____

*Quantas vezes por semana contacta com esse(s) tipo(s) de Suporte Social? _____

*Sente-se satisfeito(a) com esse(s) tipo(s) de Suporte Social? Não ____; Sim ____.

Avaliação Psicométrica (aplicar pela ordem da tabela)

Provas Psicológicas		1ª Avaliação (____ / ____ / ____)	2ª Avaliação (____ / ____ / ____)
BDI (Total)			
I E S <small>(Rev.)</small>	Intrusão		
	Hipervigilância		
	Evitamento		
	Outros Itens		
	Total		
ICG (Total)			
P G 13	B. Sint. de Separação		
	C. Duração		
	D. Sints. Cognitivos, Emocionais e Comports.		
	E. Incapacidade		
	Total		
F A C E S	A. Coesão (ímpares)	() -	() -
	B. Adaptabilidade (pares)	() -	() -
	Tipologia (total esp./ 2)		
Narrativa			

Observações

(Contactos telefónicos de familiares, mudanças de habitação, saídas do país ou da zona de residência, recurso a serviços da Saúde Mental durante a Investigação, alterações diversas identificadas pelo investigador nas sessões posteriores, etc.)

Nº de familiares de 1º grau do falecido disponíveis para recolha de narrativa e avaliação (> 18 anos; > 4º ano): _____

Contactos:

Data da Avaliação: ____ / ____ / ____

Local da Avaliação: _____

Anexo II

Formulário de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, após ser devidamente informado(a) sobre os objectivos e sobre o protocolo de investigação, declaro que aceitei participar de livre vontade no estudo que está a ser realizado sobre o processo de Luto, pela Unidade de Investigação em Psicologia Clínica e Saúde (Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, UnIPSa).

Além disso, declaro que estou informado(a) de que poderei desistir de participar no estudo, se assim desejar, comprometendo-me por isso a contactar a Equipa de Investigação para a informar dessa decisão (Dra. Ana Sofia Coelho de Andrade – 917105480, Dr. Duarte Pacheco – 912766514). Neste estudo procura-se obter diversos dados da população para recolher indicadores que permitam compreender melhor o Luto e todos os circunstancialismos que lhe estão inerentes, bem como ajudar a validar um programa de intervenção psicológica.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Anexo III

Abstract para submissão de comunicação oral

Título

Modelo Preditivo do luto complicado 6 meses após a perda

Autores

Pacheco, D., Frade, B., Castanheira, C., Sá, M. Andrade, A., Rocha, J.

Instituição

Departamento de Psicologia Clínica do ISCS-N, CESP

UnIPSa - Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde

Palavras-chave

avaliação, predição, luto complicado

Resumo

Num momento em que se discute a inclusão do Luto Complicado no DSM-V como uma nova entidade nosológica consideramos de extrema importância a necessidade de informação que permita a avaliação da sintomatologia depressiva, traumática e familiar inerente a um processo de Luto.

O objectivo deste estudo longitudinal é a definição de um modelo preditivo da ocorrência de Luto Complicado 6 meses após a perda.

Para tal, a amostra é constituída por 53 participantes (idade média=43,1; DP= 12,8) encaminhados pelos Cuidados de Saúde Primários, avaliada 2 meses e 6 meses após a perda com as versões portuguesas do Inventário Depressivo de Beck, da Escala de Impacto de Eventos – Revista, do Inventário de Luto Complicado e da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar e com um questionário sócio-demográfico. Através de regressão linear, os resultados deste estudo permitem concluir pela clarificação de factores de risco.

Nota: Este resumo foi submetido e aceite pela Comissão Científica do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, para comunicação no Simpósio nº 707, “Contributos para novas abordagens na avaliação e intervenção psicológica no luto”, dia 5 de Fevereiro de 2010, pelas 17h15.

Anexo IV

*Artigo em formato publicável em revista com
peer-review*

Title: Predictive model of Complicated Grief six months after loss on a Portuguese population

Authors: Pacheco D., Frade, B., Andrade, S., Sá, M., Rocha, J. C.

Summary

At a time when we are discussing the inclusion of complicated grief in the DSM-V as a new nosologic entity, we consider extremely important the provision of structured documentation that allows consistent assessment of depressive and traumatic symptoms, and family variables inherent in a process of grieving.

Thus, the primary aim of this longitudinal, descriptive and multicorrelacional study is the prediction of the occurrence of complicated grief 6 months after loss. To this end, the convenience sample of 52 subjects referred by Primary Health Care was evaluated 2 months and 6 months after the loss with the portuguese versions of the Beck Depression Inventory (BDI), the Impact of Event Scale - revised (IES-r), the Inventory of Complicated Grief (ICG), the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale - III (FACES-III) and with a socio-demographic questionnaire produced for the purpose.

There was statistically significant relationships ($\chi^2 = 4.333$, $p < .05$, OR = 3.889, CI 95% 1.03 - 14.57) between IES-r T1 and the existence of social support, between BDI T2 and gender ($\chi^2 = 5.663$, $p < .05$, OR = 4.952, CI 95% 0.76 - 31.93) and qualifications ($\chi^2 = 8.309$, $p < .05$). Concerning to the model predicting ICG at T2, it is statistically significant ($F = 19.148$, $p = 0.016$), explaining 99.2% of total ICG variable at six months. Kinship and concomitant symptoms (Trauma and Depression) at two months explain 30% and 22% of the model, respectively. FACES-III dimensions have an insignificant effect on that variation.

The prevalence of symptoms of this sample showed worst results than other studies. The female had 5 times higher risk of having depressive symptoms at 6 months. This study also suggests a high comorbidity between depression, trauma and complicated grief, in both time points, with a significant predictive capacity. Reinforces the importance of early identification of issues related to complicated grief, especially at the Primary Health Care.

Keywords: Complicated grief, prediction, risk, evaluation.

Complicated Grief

In the past decades clinical and research interest in the subject of grief has grown exponentially. Normal grief can combine distressing moods and turbulent, even confusing thoughts. It is assumed that equilibrium will return eventually as a result of mourning processes (Horowitz et al., 2003) and that the majority of people cope effectively with this experience (Bonanno, 2004).

Bereaved individuals not only suffer from the torment and emotional upheaval that are part of acute grief, but may also be at high risk for prolonged suffering, social disorganization, impaired psychological or medical health, and even mortality (Jacobs, 1993; Stroebe, Stroebe, & Hansson, 1993). So, by contrast, for an unfortunate minority of people bereaved of a close attachment currently estimated at 10-20% (Byrne & Raphael, 1994; Middleton et al., 1996; Prigerson & Jacobs, 2001; Shear & Shair, 2005, Forstmeier & Maercker, 2007), integration of the loss does not occur and acute grief is prolonged in the form of complicated grief (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1995).

Indeed, the nature of complicated grief (CG) and its relationship to other syndromes and conditions and questions about how it should be defined, assessed, and classified, have been topics of significant and persistent debate (Stroebe et al., 2000), because it is recognised that CG is not the only complication that may follow from bereavement (Kristjanson, Lobb, Aoun, & Monterosso, 2006). So, after the death of a significant person most people experience a wide variety of symptoms such as sadness, loss of interest in activities, intrusive thoughts, but also meet criteria for disorders such as Major Depressive Disorder (Zisook, Shuchter, Sledge, Paulus, & Judd, 1994), Post-Traumatic Stress Disorder (Schut, de Keijser, van den Bout, & Dijkhuis, 1991) and other anxiety disorders (Jacobs et al., 1990).

Although not included in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), research is accumulating to support construct validity for a complicated grief syndrome, following the historical nosologic models that identified established disorders (Marshall & Klein, 1999).

However the distinction between complicated grief and bereavement-related depression or anxiety is difficult by the tendency for the three syndromes to occur

simultaneously (...), a number of studies already support the differentiation between CG and major depression (Boelen, van den Bout, & Keijsers, 2003; Ogrodniczuk et al., 2003; Prigerson et al., 1995; Prigerson et al., 1996). Other studies also support that anxiety symptoms are distinct from those of grief (Prigerson et al., 1996) and other studies suggest a clear differentiation between trauma (or PTSD) and CG (Maercker et al., 2006; Momartin, Silove, Manicavasagar, & Steel, 2004; Prigerson & Jacobs, 2001).

There is significant comorbidity between CG with MDD ranging from 21% (Horowitz et al., 1997) to 54% (Prigerson et al., 1995) and also between PTSD and CG ranging from 30% (Melhem, 2004) to 50% (Silverman et al., 2000).

Until now two research groups have proposed diagnostic criteria for CG. The first one, of Horowitz et al. (1997), conceptualized it as a stress response syndrome characterized by intrusion, avoidance, and failure to adapt symptoms. The other group, of Prigerson and colleagues (Prigerson & Jacobs, 2001) presented consensus criteria that include separation and traumatic distress symptoms. Following this author's, a person must be more impaired to receive a CG diagnosis (...) and individuals with CG tend to be more depressive than individuals with CG following Horowitz criteria (Forstmeier & Maercker, 2007).

Irrespective of the differences of the two proposed diagnostic criteria they also show a great similarity, which provides a framework for diagnosis and integrating the two proposed criteria sets (Wagner, 2006). So, Horowitz (2006) considers that it should be included in a separate category of stress syndrome responses or a completely separate category, with its own diagnostic criteria. Prigerson (2006) recommends that CG should not be grouped among the mood or anxiety disorders or trauma (including PTSD), not based on the event, but be placed separately under a new category of Bounding Disorders.

Risk Factors for Complicated Grief

Stroebe and Shut (2001) assume that risk factors for complicated grief can be either bereavement-specific or general. The first ones are aspects of the bereavement situation that influence bereavement impact or recovery and the second ones are personality or social context variables that affect the health of bereaved and non-bereaved individuals. They also categorize them into factors that are associated with the bereavement situation, with the person, and with the interpersonal context.

Situational risk factors

Concerning the types of death there are inconsistent results for sudden vs expected deaths (Carr, House, Wortman, Nesse, & Kessler, 2001; Stroebe & Schut, 2001) but traumatic deaths have worse outcomes (Kaltman & Bonanno, 2003), especially sudden deaths that have the most effect on vulnerable people (Barry, Kasl, & Prigerson, 2001). Moreover, research has demonstrated that individuals who have lost a child are more likely to experience prolonged and complicated forms of grieving than individuals who have lost a spouse or parent (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999). For instance, Dyregrov, Nordanger and Dyregrov (2003) found that a considerable number of parents showed general health problems, symptoms of posttraumatic distress, and CG reactions 1.5 years after the sudden death of a child through suicide, sudden infant death, or accident.

Intrapersonal risk factors

Chen et al. (1999) explored gender differences in spousal bereavement on mental and physical health outcomes. Widows had higher mean symptom levels for traumatic grief, depression, and anxiety at 6 weeks, 6 months, 13 months, and 25 months post-loss.

Young people are reported to be the group that suffers more severe health consequences as a result of bereavement (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007).

Concerning to mortality, there is a higher rate in widowers than for widows. But CG has been found to be associated with a heightened risk of suicidal thoughts and actions among young adult friends of adolescent suicide victims (Prigerson, Bridge, Maciejewski, Beery, Rosenheck, et al., 1999).

As with other stressors, individuals with pre-existing health conditions or psychopathology are less likely to have the resources available to cope with bereavement, compared with those without a significant medical or psychiatric history (Schum, Lyness, & King, 2005).

Pre-bereavement depression is probably associated with high risk of intensification of depression in bereavement (Raphael, Minkov, & Dobson, 2001).

Accordingly to Piper, Ogrodniczuk, Azim, and Weideman (2001) psychiatric patients are at risk for problems with grief. When patients who had severe CG were compared with patients who had not experienced the loss of another person, they were

found to have significantly higher levels of depression, anxiety, and general symptomatic distress.

In another study by Piper et al. (2001), findings did not support the traditional belief that ambivalence has a negative impact on grief-specific symptoms. Rather, the more ambivalent, the less severe was the grief. The more positive the relationship with the deceased, the more severe was the grief.

Previous multiple losses are also an important risk factor (Stroebe, Shut, & Stroebe, 2007), as well as witnessing extreme distress in terminal illness increases effect of loss (Prigerson et al., 2003)

Interpersonal risk factors

Findings of a few studies show that kinship relationship moderates type of effect on health, showing that the loss of an adult results on a more intense and persistent grief process, as well as depression, comparing with a loss of a partner, father, mother or brother (Cleiren, 1991; Nolem-Hoeksema & Larson, 1999). On the other hand, to Stroebe, Schut, and Stroebe (2005), there are some evidences that show that the loss of a son is associated with a more intense grief and depression comparing to a loss of a partner.

Concerning to the social support helps bereaved and non-bereaved individuals alike, but bereaved people with higher support are not comparatively better adjusted than those with low support, compared with non-bereaved counterparts (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2005).

Family variables

In a study of Ringdal, Jordhøy, Ringdal, and Kasa (2001), female respondents showed stronger grief reactions than the male respondents. Grief reactions increased with age, and those who had lost a younger family member experienced stronger grief reactions than those who had lost an older family member.

Kissane et al. (2003) tried to prove a significant association between family dysfunction and both psychological distress and poor social functioning. The results showed greater depression in hostile families, in comparison with intermediate class families. Families with dysfunctional relationships carry significantly more distressed members. The hostile class carries more anger and interpersonal sensitivity than does

the sullen class, which in turn carries more than the intermediate class. The more dysfunctional families also carry proportionately poorer levels of functioning across a range of social domains. In the depressed members was a significant trend for the more dysfunctional families to have poorer relationships with children. Hostile families show poor cohesiveness, high conflict and a low level of expressiveness of thoughts and feelings.

Method

Subjects

Data was collected from a convenience sample of users of Primary Health Care services that had lost a close relative 1 to 2 months ago. The subjects were contacted by telephone one month after the death of the family member, and it was confirmed its inclusion / exclusion by the criteria (more than 18 years old and at least having the first cycle at school), and was combined the interview date.

The sample interviewed in this evaluation consists of 52 subjects, 73.1% are female (N = 38) and 26.9% male (N = 14). The subjects' age ranges between 22 and 72 years of age ($M = 43.10$, $SD = 12.48$). 17.3% of subjects were single (N = 9), 59.6% were married (N = 31) and 23.1% are widowed (N = 12). With regard to qualifications, 38.5% have the complete first cycle (N = 20), 28.8% the 2nd cycle (N = 15), 13.5% the third (N = 7), 11, 5% the secondary (N = 6) and 7.7% had a higher degree (N = 4). For losses in longitudinal profile, at the second assessment 29 subjects were present, so there was a death trial of 23 participants between the two evaluation times.

Measures

Socio-demographic questionnaire

Consists of 4 parts and seeks generic data as the identification of the subject, is medical/psychiatric history, history of the relationship with the dead relative, and the contextualization of the loss to the bereaved.

Inventory of Complicated Grief (ICG)

This instrument is composed of 19 items, with a *Likert* scale of 5 points (0 = Never, 1 = Rarely, 2 = Occasionally, 3 = Regularly, and 4 = Always), assesses grief symptoms and helps to discriminate the existence of complicated and uncomplicated grief. It was used the Portuguese version translated and validated by Frade, Sousa, Pacheco, and Rocha (2009), which unlike the original monofactorial version (Prigerson et al., 1995), has 5 factors. The value of Cronbach's α of the scale is 0.914.

Once this inventory has not yet been surveyed for the Portuguese population, will be used the original cutoff point (≥ 25) to differentiate between individuals with complicated grief and uncomplicated, defended by Prigerson et al. (1995), already associated with significant functional disorders and used in several studies (Reynolds et al., 1999; Barrow, 2004; Mitchell, Kim, Prigerson, & Mortimer-Stephens, 2004).

Impact of Events Scale – Revised (IES-r)

Consisting in 22 items, with 5 levels of response type scale, it has 4 subscales. This scale quantifies the frequency of post-traumatic symptoms of individuals being rated through the medium of the same and their value is achieved by the sum of the averages of the sub-scales. The higher the outcome, the greater the presence of post-traumatic symptoms and therefore, more severe situation we have.

This scale was translated and validated for the Portuguese population by Castanheira, Vieira, Glory, Rocha, and Afonso (2006), in which study presented a Cronbach's alpha of 0.94. In this study was used the cutoff point of ≥ 35 , value also replicated in other studies (Creamer, Bell, & Failla, 2003; Matthiesen & Einarsen, 2004).

Beck Depression Inventory (BDI)

According to Stroebe and Schut (2006) the administration of this instrument shows us the extent of depressive symptoms inherent in situations of grief.

Thus, the Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961) is an instrument consisting of 21 questions and in this study we adopted the cutoff point of ≥ 12 , since the purpose was to identify the presence of signs indicative of depression among subjects.

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – III (FACES-III)

Its Portuguese version (Curren et al., 1999) was used to measure the cohesion and adaptability of the family (family functioning) according to the *Circumplex Model* of Olson et al. (1979).

This scale consists of 20 items, 10 for each dimension, on a scale of 5-point *Likert* scale (1 = almost never, 2 = occasionally, 3 = sometimes, 4 = often and 5 = almost always).

Statistical Analysis

We choose a longitudinal methodological design, descriptive and multicorrelational, using univariate, bivariate and multivariate analysis to investigate the symptomatology of the subjects in grief and their family functioning.

The data statistical analysis was performed using SPSS software in its version 17.0 for Windows. We performed several statistical tests: a) Student's t test for independent samples, b) testing of product-moment correlation of Pearson, to examine the relationship between all the variables c) chi-square to determine the association between variables; d) regression analysis to test a predictive model for complicated grief 6 months after the loss.

That is, T tests were performed for independent and paired samples and chi-square test for differences in the sample between the two assessments, i.e., to examine their differences over time.

Only variables that showed statistically significant differences and associations in the univariate and bivariate analysis, and those that were seen as important risk factors in the literature were introduced in the logistic regression analysis due to small sample size in the second stage of evaluation.

Results

Loss related variables

More than half of the deaths of relatives of the individuals are due to cancer, precisely 57.7% (N = 30), followed by 11.5% of stroke (N = 6), 7.7% of unknown cause (N = 4). Regarding to the place of death, 73.1% (N = 38) occurred in hospital, 25% at

home (N = 13) and 1.9% (N = 1) at the ambulance. 51.9% (N = 27) of the subjects were informed of the death by telephone, 21.2% (N = 11) were present at death, 19.2% (N = 10) were informed by a family member, 5.8% (N = 3) were informed by a nurse and 1.9% (N = 1) by a doctor. Concerning to previous history of grief, 75% (N = 39) of the sample had experienced the death of another close family member and the remaining 13 subjects (25%) had never experienced such a situation. Also about 75% never used mental health services (N = 39), while 23.1% (N = 12) had been accompanied by psychiatry and/or psychology services. The average age of the subject deceased (N = 50) stands at 61.74 years ($SD = 19.69$), with a minimum of 14 years and a maximum of 92 years. 54% of these subjects had more than 61 years at death (N = 27), 34% had between 31 and 60 years of age (N = 17) and only 11.5% had less than 30 years (N = 6). Finally, the degree of relationship to the deceased, 52.9% were parents (N = 27), 25.5% were partners (N = 13), 7.8% were brothers (N = 4), 5.9% were grandparents (N = 3).

Prevalence of symptoms

As we can see on table 1, at the moment of first assessment (T1 - 1 to 2 months after the loss), 78.3% (N = 18) show values equal or above cutoff at the ICG and the remaining 21.7% (N = 5) a lower value, while at 6 months, 43.5% (N = 10) of subjects had a value greater or equal to cutoff and 56.5% (N = 13) a lower value. Regarding to IES-R at T1, 69.2% (N = 36) of the subjects had a value greater or equal to cutoff and the remaining 30.8% (N = 16) a value lower than it. At T2, 48.3% (N = 14) of subjects had values equal or above to cutoff and 51.7% (N = 15) a lower value. Finally, at T1, 63.5% (N = 33) of subjects had a value greater or equal to cutoff on BDI and the remaining 36.5% (N = 19) a lower value. In T2, 48.3% (N = 14) of subjects had a value greater or equal to cutoff and 51.7% (N = 15) a lower value.

(TABLE 1)

Table 1 – Frequencies and percentages of participants with values above and below the cutoff of the three instruments, at the two evaluation periods

According to table 2, there is a statistically significant association between the two moments of evaluation with respect to the subjects above and below the cutoff point of BDI ($\chi^2(1) = 7.06, p = .011$).

(TABLE 2)

Table 2 – Fisher's exact test between values above and below the cutoff point in BDI and both time points (* $p < .05$, $p = .011$).

Evolution of repeated measures in longitudinal design

As shown at table 3, on the question "How hard it is for you this situation," it appears that, on average, participants reported greater difficulty in T1 ($M = 8.07$, $SD = 2.58$) than in T2 ($M = 6.28$, $SD = 2.20$), showing a statistically significant difference between them ($t(28) = 4.402$, $p < 0.001$), as with the question of the "Importance of the deceased" to the subject, since, on average, the participants consider it most important at T1 ($M = 9.24$, $SD = 1.41$) than at T2 ($M = 8.72$, $df = 1, 77$, $t(28) = 2.415$, $p < 0.05$).

(TABLE 3)

Table 3 - T-tests between the two moments of assessment for the questions "How hard it is for you this situation" and about the "Importance of the deceased" to the subject (** $p < .001$; * $p < .05$).

In what concerns to the evolution of the total values of the instruments used (see Table 4) between the two assessment periods, it can be noted that there were significant differences between the ICG T1 ($M = 33.74$, $SD = 13,38$) and T2 ($M = 21.83$, $SD = 11.52$, $t(22) = 5.066$, $p < .001$), between IES-r at T1 ($M = 46,79$, $SD = 13, 99$) and T2 ($M = 34.07$, $SD = 15.74$, $t(28) = 4.951$, $p < .001$), and between the BDI at T1 ($M = 21.03$, $SD = 10.33$) and T2 ($M = 13.55$, $SD = 9.53$, $t(28) = 5.831$, $p < .001$). The FACES III scores did not show significant differences between the two evaluation times.

(TABLE 4)

Table 4 – T-tests between the two assessments in ICG, IES-R, BDI and FACES-III

It was also carried out a more detailed analysis of developments between the two moments in the dimensions of the four instruments. All the dimensions of all the instruments, except those of FACES-III also showed significant differences between T1 and T2.

Psychopathology and socio-demographic variables

There was the occurrence of a statistically significant relationship ($\chi^2 = 4.333$, $p < .05$, OR = 3.889, CI 1.03-14.57) between the measure IES-R T1 and the existence of social support. There were statistically significant relationships between BDI T2 and gender ($\chi^2 = 5.663$, $p < .05$, OR = 4.952, CI 0.76 - 31.93) and BDI T2 and qualifications ($\chi^2 = 8.309$, $p < .05$). Regarding to the ICG measures at both moments of evaluation it wasn't found statistically significant relationships with any of socio-demographic variables.

Model predicting complicated grief at six months after loss

Following the analysis presented above, and since there were some significant relationships, we performed linear regression analysis from a total of ICG at 6 months treated as the dependent variable, while the predictors were entered sequentially in blocks.

In this regression, as shown by table 5, block 1 explains 9% of the variance of CG. At block 2, the intrapersonal factors added 8% to the variance. Block 3 adds 30% to the variance, and qualifications ($\beta = -0.803$, $t = 2.857$, $p = 0.012$), history of previous bereavements ($\beta = 0.622$, $t = 2.565$, $p = 0.022$), partners ($\beta = -0.786$, $t = -2.561$, $p = 0.022$) and parents ($\beta = -0.811$, $t = -2.792$, $p = 0.014$) significantly explain this variance. Block 4, which concerns the two dimensions of the FACES-III, only explains 0.3% of the variance. Block 5 explains 13% of the variance, which is explained by the variable qualifications ($\beta = 0.738$, $t = 2.458$, $p = 0.032$), partners ($\beta = -0.857$, $t = -2.567$, $p = 0.026$) and parents ($\beta = -0.868$, $t = -2.740$, $p = 0.019$). Block 6 adds 11% to the variance and the seventh block 22%, and this is explained by gender ($\beta = 0.645$, $t = 2.979$, $p = 0.031$), difficulty of the situation ($\beta = -1.288$, $t = -3.991$, $p = 0.010$), importance of the deceased ($\beta = 0.951$, $t = 3.681$, $p = 0.014$) and depression at 2 months ($\beta = 0.827$, $t = 4.056$, $p = 0.010$). Finally, the eighth block explains only 5% of it and is explained by the Avoidance and Trauma.

According to the ANOVA this model is statistically significant ($F = 19.148$, $p = 0.016$). So, we can consider an effect of that variation at the dependent variable. Thus, overall, this model explains 99.2% of ICG variable at 6 months.

(TABLE 5)

Table 5 – Multiple Regression Analysis for predictors of ICG to six months

Pacheco D., Frade, B., Andrade, S., Sá, M., Rocha, J. C.

11

Departamento de Psicologia do ISCS-N – UnIPSa-CICS, CESPU

Discussion

For this investigation it has been established some objectives that could allow not only to describe a sample of close relatives who had suffered a recent loss in terms of psychological symptomatology, but also more knowledge about risk factors specifically associated with complicated grief. Other feature of this study was linked to the inclusion of family variables, such as cohesion and adaptability, components of family functioning, in order to understand its influence on this issue.

At the descriptive analysis carried out it there are some aspects to retain, because they are important risk factors already studied. For example, more than a half of the sample reported previous losses and are due to cancer diseases. Also more than half of the surveyed population had a history of previous significant grief. This turns out to be an important fact to remember, since multiple prior losses are an important risk factor (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007) and the previous testimony of a terminal illness intensely stressful may increase the effect of a subsequent loss (Prigerson et al., 2003), as at the case of a cancerous disease.

In terms of symptoms prevalence, this study showed that more than 40% of the sample had higher results than the cutoff points at the three measures. This differs from other studies that report a maximum of 33% (Piper, Orgodniczuk, Azim, & Weideman, 2001).

Since this study did not intend to differentiate complicated grief of other concomitant diagnoses, the strong correlations observed between measures of trauma, depression and complicated grief would not be commented extensively. However, these results demonstrate the difficulties for research to differentiate those diagnoses, after nearly two decades of intensive work, which supports the need for further research in this area.

Indeed, at the regression analysis it was noted that the most important variables for the explanation of this model are those concerning to the degree of kinship, and the concomitant symptoms (especially depression) at 2 months. This is very important as it provides relevant information to early assess situations of maladjustment, with a significant predictive ability, even with the difficulty of differentiate diagnoses. Bonanno et al. (2007) refers that the high correlation between symptomatology is an handicap to distinguish between CG, Depression and PTSD. However, in order to

answer to Zisook and Lyons (1990), who emphasized the importance of early identification of issues related to grief, these results allow us to perceive the need for an evaluation of early signs of further cases that may require intervention or counseling later on. On the other hand, it supports the necessity of creating and establishing prevention programs that could enable, together with the natural evolution of the mourning process, a better social, physical and emotional adjustment, sooner.

Concerning to familiar variables, the dimensions of FACES-III, as its total score, didn't show statistically significant differences between both evaluations. They also had a residual influence on the explanation of complicated grief predictive model. This is consistent with other investigations carried out considering that there is stability on typologies between evaluation periods, regardless the intensity of grief (Kissane et al., 1996). However, some authors consider that two evaluations within 6 months are way too short to detect changes in family systems characteristics (Traylor, Hayslip, Kaminski, & York, 2003).

In summary, this study provides important and useful information because it supports the relationship between depression, trauma and complicated grief, calling for an appropriate treatment to the particular circumstances of each case, in which concomitant symptoms should not be overlooked.

Here, the professionals of Primary Health Care services emerge as the first and main line to sign and fight this disease, taking an extremely important role in prevention, referral and intervention. The use of ICG, BDI and IES-r could facilitate complicated grief detection by clinicians. Indeed, this study supports the belief that these instruments are valuable for early identification of issues related to grief, always bearing in mind that the disturbance can only be established at least 6 months after the death of a loved one.

Moreover, the current study poses questions that need to be conducted with proper control groups. Future research is needed with larger samples with other characteristics and with more time points on the longitudinal profile.

This study could complement the research conducted about the boundaries between the pathological/normal and complicated/uncomplicated grieving process. However, we believe that the burning question on the possible inclusion of complicated grief in DSM-V still deserves a very careful consideration and further studies are to explore these limits.

References

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, International Version, Washington, DC.
- Barrow, G. (2004). *An analytic approach in identifying a latent structure to determine scoring criteria for a clinical diagnosis of traumatic grief*. Unpublished Master's degree dissertation. University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA.
- Barry, L., Kasl, S., & Prigerson, H. (2002). Psychiatric disorders among bereaved persons: The role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *10*, 447-457.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 53-63.
- Boelen P., van den Bout J., & de Keijser J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study with bereaved mental health care patients. *American Journal of Psychiatry*, *160*(7): 1339-41.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated our capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*, 20–28.
- Bonanno, G., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K., Litz, B., & Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 342–351.
- Byrne, G. & Raphael, B. (1994). A longitudinal study of bereavement phenomena in recently widowed elderly men. *Psychological Medicine*, *24*, 411-421.
- Carr, D., House, J., Wortman, C., Nesse, R., & Kessler, R. (2001). Psychological adjustment to sudden and anticipated spousal loss among older widowed persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, *56*, S237–48.
- Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., & Rocha J. (2007). *Impact of Event Scale - Revised (IES-R): Portuguese Validation*, European Congress of Traumatic Stress, Opatija, Croacia, 5-9 June 2007.
- Chen, J., Bierhals, A., Prigerson, H., Kasl, S., Mazure, C., & Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological Medicine*, *29*, 367–380.

- Cleiren, M., Diekstra, R., Kerkhof, A., & van der Wal, J. (1994) Mode of death and kinship in bereavement: focusing on ‘‘who’’ rather than ‘‘how’’. *Crisis*, *15*, 22–36.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the impact of event scale – revised. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1489–1496.
- Currall, R., Dourado, F., Roma Torres, A., Barros, H., Palha, A., & Almeida L. (1999). Coesão e adaptabilidade familiares numa amostra portuguesa: Estudo com o Faces III. *Psiquiatria Clínica*, *20*(3): 213-217.
- Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS, and accidents. *Death Studies*, *27*, 143–165.
- Forstmeier, S. & Maercker A. (2007). Comparison of two diagnostic systems for Complicated Grief. *Journal of Affective Disorders*, *99*, 203-211.
- Frade, B, Sousa, H., Pacheco, D., & Rocha, J. (2009). *Complicated Grief - A validation of ICG instrument*. 11th European Conference on Traumatic Stress, ‘‘Trauma in Lives and Communities: Victims, Violators, Prevention and recovery’’ Oslo Congress Centre, 15 a 18 de Junho, Oslo - Noruega.
- Horowitz, M. (2006). Meditating on complicated grief disorder as a diagnosis. *Omega: The Journal of Death and Dying*, *52*, 87-89.
- Horowitz, M., Siegel, B., Holen, A, Bonanno, G., Milbrath, C., et al. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry*, *154*, 904–910.
- Horowitz, M., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G., Milbrath, C., & Stinson, C. (2003). Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder. *Focus*, *1*, 290-298.
- Jacobs, S. (1993). *Pathologic grief: maladaptation to loss*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Jacobs, S., Hansen, F., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L., & Kim, K. (1990). Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *51*, 269-74.
- Kaltman, S. & Bonanno G. (2003). Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders*, *17*, 131–47.
- Kissane, D. (2003). Family focused grief therapy: the role of the family in preventive and therapeutic bereavement care. *Bereavement Care*, *22*(1): 6-8.
- Kristjanson, L., Lobb, E., Aoun, S., & Monterosso, L. (2006). *A Systematic Review of the Literature on Complicated Grief*. Commonwealth Department of Health & Ageing, Canberra.

- Maercker, A., Zollner, T., Menning, H., Rabe, S., & Karl, A. (2006). Dresden PTSD treatment study: Randomized controlled trial of motor vehicle accident survivors. *BMC Psychiatry*, *6*, 29.
- Marshall, R. & Klein, K. (1999). Diagnostic classification of anxiety disorders: Historical context and implications for neurobiology. In D. S. Charney & B. S. Bunney (Eds.), *Neurobiology of mental illness* (pp. 437–450). New York/Oxford: Oxford University Press.
- Matthiesen, S. & Einarsen, S. (2004). Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance and Counselling*, *32*, 335-356.
- Melhem, N., Day, N., Shear, K., Day, R., Reynolds, C., & Brent, D. (2004). Traumatic Grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1411-1416.
- Middleton, W., Burnett, P., Raphael, B., & Martinek, N. (1996). The bereavement response: a cluster analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *169*, 167-171.
- Mitchell, A., Kim, Y., Prigerson, H., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Crisis*, *25*(1), 12–18.
- Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (2004). Complicated grief in Bosnian refugees: associations with posttraumatic stress disorder and depression. *Comprehensive Psychiatry*, *45*, 475-82.
- Nolen-Hoeksema, S. & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ogrodniczuk, J., Piper, W., Joyce, A., Weideman, R., McCallum, M., et al. (2003). Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, *48*(2): 87-93.
- Olson, D., Sprenkle, D., & Russell, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, *18*, 3-28.
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Azim, H., & Weideman, R. (2001). Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*, *52*, 1069-1074.
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Joyce, A., McCallum, M., Weideman, R., & Azim, H. (2001). Ambivalence and other relationship predictors of grief in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *189*, 781-787.

- Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S., Reynolds, C., Anderson, B., et al. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry*, 152, 22–30.
- Prigerson, H., Shear, K., Newsom, J., Frank, E., Reynolds, C., et al. (1996). Anxiety among widowed elders: is it distinct from depression and grief? *Anxiety*, 2, 1-12.
- Prigerson, H. & Jacobs, S. (2001). Caring for bereaved patients: "All the doctors just suddenly go". *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 286(11): 1369-1376.
- Prigerson, H. & Jacobs S. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria and a preliminary empirical test. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 613-647). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prigerson, H. & Maciejewski, P. (2006). A Call for Sound Empirical Testing and Evaluation of Criteria for Complicated Grief Proposed for DSM-V. *Omega: Journal of Death & Dying*, 52(1): 9.
- Raphael, B., Minkov, C., & Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. In: MS Stroebe, RO Hansson, W Stroebe, H Schut (Eds.) *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, 587–612.
- Reynolds, C., Miller, M., Pasternak, R., Frank, P., Cornes, C., et al. (1999). Treatment of bereavement related major depressive episodes in later life: A controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 156, 202–208.
- Ringdal, G., Jordhøy, M., Ringdal, K., & Kasa, S. (2001). Factors affecting grief reactions in close family members to individuals who have died of cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22, 1016-1026.
- Schum J., Lyness J., & King D. (2005). Bereavement in late life: risk factors for complicated bereavement. *Geriatrics*, 60, 18-24.
- Schut, H., de Keijser, J., van den Bout, J., & Dijkhuis (1991). Posttraumatic stress symptoms in the first year of conjugal bereavement. *Anxiety Research*, 4, 225-234.
- Shear, K. & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3): 253-267.

- Silverman, G., Jacobs, S., Kasl, S., Shear, M., Maciejewski, P., Noaghiul, F., et al. (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological Medicine*, *30*, 857–862.
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Hansson, R. (1993). *Handbook of Bereavement: Theory, Research, and Intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Stroebe, M., van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., & van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, *20*(1): 57-75.
- Stroebe, W. & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: a methodological and empirical review. In: MS Stroebe, W Stroebe, RO Hansson, H Schut (Eds.). *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, 349–71.
- Stroebe M., Schut H., & Stroebe W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, *370*, 1960–1973.
- Traylor, E., Hayslip, B., Kaminski, P., & York, C. (2003). Relationships between grief and family system characteristics: A cross-lagged longitudinal analysis. *Death Studies*, *27*, 575–601.
- Wagner, B. (2006). Internet-based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief. Unpublished doctoral dissertation, University of Zurich, Zurich, Switzerland.
- Zisook, S. & Lyons, L. (1990). Bereavement and unresolved grief in psychiatric outpatients. *Omega*, *20*, 307–322.
- Zisook, S., Shuchter, S., Sledge, P., Paulus, M., & Judd, L. (1994). The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *Journal of Clinical Psychiatry*, *55*, 29-36.

(Table 1)

		<i>Freqs. T1</i>	<i>% T1</i>	<i>Freqs. T2</i>	<i>% T2</i>
ICG	≥ 25	18	78,3	10	43,5
	< 25	5	21,7	13	56,5
IES-r	≥ 35	36	69,2	14	48,3
	< 35	16	30,8	15	51,7
BDI	≥ 12	33	63,5	14	48,3
	< 12	19	36,5	15	51,7

(Table 2)

		BDI T2		χ^2
		< 12	≥ 12	
BDI T1	≥ 12	6	0	7,061*
	< 12	9	14	

Note: $p < .05$

(Table 3)

	<i>Mean ± Sd</i>	<i>N</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
How hard it is for you this situation T1	8,07 ± 2,58	29	4,402	28	,000**
How hard it is for you this situation T2	6,28 ± 2,20				
Importance of the deceased T1	9,24 ± 1,41	29	2,415	28	,023*
Importance of the deceased T2	8,72 ± 1,77				

Note: ** $p < .001$; * $p < .05$.

(Table 4)

	<i>Mean ± Sd</i>	<i>N</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
ICG Total T1	33,74 ± 13,38	23	5,066	22	,000**
ICG Total T2	21,83 ± 11,52				
IES-r Total T1	46,79 ± 13,99	29	4,951	28	,000**
IES-r Total T2	34,07 ± 15,74				
BDI Total T1	21,03 ± 10,33	29	5,831	28	,000**
BDI Total T2	13,55 ± 9,53				
FACES Total T1	33,83 ± 8,22	23	-0,305	22	n.s.
FACES Total T2	34,26 ± 8,99				

Note: ** $p < .001$.

(Table 5)

	Block 1: Sócio-demograp. variables	Block 2: Intraper- sonal factors	Block 3: Kinship	Block 4: FACES (2 months)	Block 5: Relation- ship with decesead	Block 6: Complica- ted grief (2months)	Block 7: Concom. symptoms (2months)	Block 8: Concom. symptoms (6months)
	β	β	β	β	β	β	β	B
Sócio-demographic variables								
Gender	-0,054	-0,086	-0,072	-0,073	-0,140	0,072	0,645*	0,391
Qualifications	0,114	0,249	0,803*	0,805*	0,738*	0,357	0,142	0,050
Age	0,299	0,297	0,183	0,186	0,172	0,098	-0,109	-0,038
Intrapersonal factors								
Previous deaths		0,324	0,622*	0,577	0,511	0,092	0,173	0,065
Cancer		0,144	0,309	0,309	0,275	0,146	-0,134	-0,058
Kinship								
Partner			-0,786*	-0,776*	-0,857*	-0,636	-0,782	-0,208
Parent			-0,811*	-0,806*	-0,868*	-0,458	-0,826	-0,277
FACES - 2 months								
Coesion				0,015	-0,209	-0,241	-0,091	0,028
Adaptability				-0,080	0,147	-0,037	0,618	0,407
Relationship with deceased (2 months)								
Dificuldade situação					-0,323	-0,484	-1,288*	-0,386
Importância falecido					0,515	0,444	0,951*	0,424
Complicated Grief - 2months								
ICG						0,559	-0,640	-0,290
Concomitant symp. -2months								
Depression							0,827*	0,476
Avoidance							-0,509	-0,432*
Intrusion							0,248	0,042
Hypervigilance							0,117	-0,071
<i>Emotional Numbing</i>							1,086	0,552
Concomitant symp.-6months								
Depression								-0,138
Trauma								0,787*
	R^2	0,098	0,181	0,484	0,487	0,616	0,729	0,992
	R^2 change	0,098	0,083	0,304	0,003	0,129	0,112	0,046
	F	0,684	0,751	2,013	1,373	1,606	2,237	5,158*
								19,148*

Note: * $p < .05$