



*Luto Complicado e Regulação Emocional  
em População Toxicodependente*

**Catarina Andreia dos Santos Gonçalves**

Gandra, Janeiro de 2011

Catarina Andreia dos Santos Gonçalves  
Gandra, Janeiro de 2011

# Luto Complicado e Regulação Emocional em População Toxicodependente

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte (ISCS-N) para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação do Professor Doutor José Carlos Rocha (Departamento de Psicologia do ISCS-N).

## **Agradecimentos**

Para a realização desta tese foram inúmeras as pessoas que contribuíram directa ou indirectamente para a sua concretização. Não podia, por isso, deixar de reservar algumas palavras de agradecimento, um agradecimento curto tendo em conta a grandeza da ajuda recebida.

A todos os professores que ao longo do curso me proporcionaram uma aprendizagem a nível profissional, mas também pessoal.

Ao Professor José Carlos Rocha pela inspiração, apoio e, sobretudo paciência com que me amparou nesta “penosa” caminhada. Sem a sua insistente ajuda tenho a certeza que o produto final não seria de igual qualidade.

Aos utentes do Centro de Respostas Integradas do Porto Oriental, Equipa de Tratamento de Gondomar, que gentilmente aceitaram participar no meu estudo.

Aos técnicos do CRI Porto Oriental - ET Gondomar que me acolheram e amparam tornando mais fácil a minha integração, em especial à Dra. Laura Costa, minha orientadora de estágio que se tornou também uma amiga.

À Tânia, à Beta e ao Fábio que comigo partilharam angústias desta caminhada, mas também os sucessos, foi na partilha de opiniões e experiências que residiu a riqueza deste grupo que se amparou mutuamente.

À Vânia e à Filipa, companheiras de per(curso), de grupo, mas sobretudo por serem amigas para a vida.

Aos meus amigos, especialmente à Lúcia por procurar sempre soluções para mim, por mais irreais que estas fossem.

Aos meus pais pela educação que me deram, direccionada para a procura do sucesso com motivação, empenho e muito trabalho. Também a eles agradeço o apoio incondicional a todos os níveis, sem eles nada teria sido possível, são o meu exemplo a seguir.

Ao meu irmão pela fonte de inspiração que sempre foi, e pelo apoio espiritual que senti sempre comigo, é para ti que sei que sempre acreditaste em mim.

Ao Ivo pelo apoio e paciência incondicional e por me fazer ver que todos os sonhos são realizáveis com muito trabalho e determinação.

# Índice Geral

Resumo .....	v
<i>Abstract</i> .....	vi
I. Introdução .....	1
1.1. Luto Complicado .....	3
1.1.1. Factores de Risco do Luto Complicado .....	5
1.1.2. Luto Complicado e Toxicodependência .....	9
1.2. Regulação Emocional.....	11
1.2.1. Estratégias de Regulação Emocional adaptativas e desadaptativas....	13
1.2.2. Regulação Emocional e Luto Complicado .....	16
1.2.3. Regulação Emocional e Toxicodependência .....	18
II. Objectivos .....	20
III. Método .....	20
3.1. Amostra.....	20
3.2. Instrumentos.....	21
3.3. Procedimento .....	23
IV. Resultados.....	25
4.1. Caracterização da população toxicodependente relativamente à história de perda mais significativa .....	25
4.2. Prevalência de Luto Complicado em Toxicodependentes.....	28
4.3. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional, Depressão e Sintomatologia Traumática em toxicodependentes.....	29
4.4. Clarificação do papel preditor das Dificuldades de Regulação Emocional no Luto Complicado, na Depressão e na Sintomatologia Traumática.....	31
4.5. Luto Complicado e Consumos .....	31
V. Discussão .....	33
VI. Conclusão.....	38
VII. Bibliografia.....	41
Anexos	

## **Índice Figuras**

Figura 1: Relação empírica que poderá existir entre o consumo de drogas e o aparecimento de Luto Complicado e relação empírica que poderá existir entre o Luto Complicado e a manutenção dos consumos.....	11
Figura 2: Relação empírica que poderá existir entre o Luto Complicado em Toxicodependentes e as Dificuldades de Regulação Emocional em Toxicodependentes, assim como as possíveis relações entre este último e a Depressão e Sintomatologia Traumática nos Toxicodependentes .....	18

## **Índice Tabelas**

Tabela 1: Características sociodemográficas da Amostra .....	21
Tabela 2: Parentesco do falecido .....	26
Tabela 3: Papel e função do falecido na vida do enlutado.....	26
Tabela 4: Tipo e causa da morte.....	27
Tabela 5: Características relativas à perda significativa .....	27
Tabela 6: Situação de consumos do enlutado antes e após a perda.....	28
Tabela 7: Prevalência do Luto Complicado em toxicodependentes.....	28
Tabela 8: Diferenças na prevalência de Luto Complicado entre sexos.....	29
Tabela 9: Resumo das correlações entre ICG, BDI, IES-R e as 6 dimensões de Dificuldades de Regulação Emocional.....	30
Tabela 10: Resumo do impacto das Dificuldades de Regulação Emocional no Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática.....	31
Tabela 11: Diferenças nos consumos antes e após a perda em indivíduos com Luto Complicado e sem Luto Complicado.....	32

## **Índice Anexos**

Anexo I: Consentimento Informado

Anexo II: Protocolo de Avaliação

Anexo III: Artigo

Anexo IV: Resumo submetido para Comunicação Oral “Crise e Trauma do Séc. XXI”  
do II Congresso Bienal ORASI.

Anexo V: Curriculum Vitae

## **Resumo**

Uma considerável parte da população geral apresenta sintomatologia de Luto Complicado (LC) após a perda de alguém significativo. Esta é uma temática que, não sendo empiricamente muito apoiada, é de grande relevância, pois pode trazer novas directrizes para intervenções futuras e eficazes na área da toxicodependência.

Neste estudo foi avaliado de que modo a Regulação Emocional está relacionada, como factor preditivo, com o LC numa população específica de Toxicodependentes, assim como de que forma o LC influencia situações de consumo após a perda.

Foram avaliados 50 indivíduos (15 mulheres e 35 homens) com uma média de idades de 35,20 anos ( $DP=7,99$ ), toxicodependentes em tratamento de ambulatório e com história de perdas, utilizando os seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Dificuldades de Regulação Emocional, Inventário Depressivo de Beck, Escala de Impacto de Eventos Revista e a Escala de Luto Complicado.

Observamos uma taxa de prevalência de LC de 74,0% ( $ICG > 24$ ). Através da regressão linear múltipla, as Dificuldades de Agir de Acordo com os objectivos, predizem 20,3% do LC. Verifica-se, também que, após a perda, 86,2% dos participantes não-abstinentes em tratamento apresentam sintomatologia de LC, independentemente da substância consumida, enquanto 13,8% dos abstinentes em tratamento não apresenta LC.

Estes resultados sugerem a integração de aspectos relacionados com o luto no tratamento de toxicodependentes, dada a sua relevância no percurso de consumos.

## **Abstract**

A considerable part of the general population has symptoms of complicated grief (CG) after loss of someone significant. This is an issue that is not empirically supported too, is of great importance because it can bring new guidelines for future interventions and effective in the field of addiction. This study assessed how the Emotional Regulation relates, predictive factor, with the CG in a specific population of drug addicts, as well as how the CG influence consumption situations after the loss.

We evaluated 50 individuals (15 women and 35 men) with a mean age of 35.20 years (SD = 7.99), drug addicts in outpatient treatment and history of losses, using the following assessment instruments: Difficulties in Emotion Regulation Scale, Beck Depression Inventory, Impact of Event Scale Revised and Inventory of Complicated Grief.

We observed a prevalence rate of 74.0% of CG (ICG > 24). Through multiple regression, Difficulties Engaging in Goal-Directed Behavior predict 20,3% of the CG. There is also that after the loss, 86.2% of participants in non-abstinent treatment have symptoms of LC, regardless of substance, while 13.8% of abstinent in treatment presents no LC. These results suggest the integration of aspects of the mourning for the treatment of addicts, their relevance in the path of consumption.



## **I. Introdução**

A morte faz parte da vida. À medida que atravessamos as diversas etapas do nosso ciclo de vida vamos tomando cada vez mais consciência de que a morte é o fim que nos aguarda. No nosso dia-a-dia, por vezes, há acontecimentos que nos fazem antecipar o nosso contacto inevitável com a morte, acontecimentos como a perda de alguém que nos era querido. Apesar desta inevitabilidade, a morte é um tema que se evita, a finitude é, ainda um tema tabu na sociedade portuguesa.

Morrem em Portugal, anualmente, vítimas de diversas causas, aproximadamente 100 000 pessoas (Instituto Nacional de Estatística, 2010). Esses defuntos deixam familiares e amigos às portas de atravessar um processo de adaptação à perda, o processo de luto.

Estudos demonstram que este processo de luto manifesta-se através de uma diversidade sintomática. Esta diversidade, apesar de variar de pessoa para pessoa, apresenta um padrão específico que permite a sua separação de outras perturbações, como a perturbação de ansiedade ou a depressão (Boelen, Van de Schoot, Van den Hout & Keijsers, 2010).

É normativo e adaptativo que a pessoa passe pelo processo de luto apresentando emoções e comportamentos específicos desta fase. No entanto, é esperado que a intensidade destas emoções e comportamentos se vá desvanecendo ao longo do tempo dando lugar, de novo, ao equilíbrio (Horowitz, Siegel, Hoelen, Bonanno, Milbrath & Stinson, 1997). Assim, quando uma pessoa perde alguém significativo, existe normalmente um período de elevado stress, frequentemente associado a sentimentos de culpa, arrependimento, solidão, e a outras reacções físicas e psicológicas, características de uma fase marcada pelo sofrimento da perda (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2000).

Há, porém, situações em que os sintomas, considerados normais numa perda significativa, devido à sua intensidade e duração, se tornam desadaptativos interferindo significativamente no quotidiano e impedindo que a pessoa retome a normalidade que tinha pré-perda (Prigerson et al, 1995).

Estudos demonstram que existe uma considerável parte de indivíduos com desordens de uso e abuso de substâncias que apresentam sintomas de luto complicado ou de uma má adaptação à perda de alguém significativo (Bellwood, 1975; Blankfield, 1982,1983 cit in Zuckoff, 2006).

Contudo, e apesar de reconhecida a relevância da problemática, não encontramos, nos nossos sistemas de saúde, programas de avaliação e intervenção especificamente direccionados para o luto. Destacando-se o facto de que, nos toxicodependentes, a relevância dada ao luto é ainda menor, apenas se dando algum destaque a situações consideradas de depressão reactiva à perda. Assim, e apesar de minuciosa pesquisa bibliográfica, são escassos os estudos sustentados empiricamente quando à prevalência de Luto Complicado especificamente na população toxicodependente.

São diversos os factores de risco que propiciam o processo de Luto Complicado e estes têm vindo a ser explorados por diversos autores (Rogers et al., 2008, Wijngaards-de Meij, et al., 2005; Prigerson et al, 2006), no entanto, o estudo da Regulação Emocional e da interferência que esta poderá ter neste processo, ainda se encontra numa fase muito embrionária.

Quando nos centramos no estudo da Regulação Emocional numa população específica como a de toxicodependentes a escassez de estudos é ainda mais preponderante. Já quando falamos de doentes psiquiátricos, há estudos que sustentam que as Dificuldades de Regulação Emocional se encontram relacionadas com as perturbações psiquiátricas (Piper, Ogrodniczuk, Azim, & Weideman, 2001; Greenberg, 2002; Kersting et al., 2009; Machado-Vaz, Branco Vasco, & Greenberg, 2010).

A importância da temática, a relevância do tema, e a escassez de estudos para a população toxicodependente, são pontos onde reside a pertinência deste estudo. É importante para além de descrever a prevalência de Luto Complicado e relevância que as Dificuldades de Regulação Emocional possam ter neste processo nesta população particular, verificar a implicação que esta problemática poderá ter nos tratamentos.

### **1.1. Luto Complicado**

O luto é considerado uma reacção normal de adaptação à perda. É saudável que após um evento traumático do ponto de vista emocional e afectivo, que os indivíduos tenham que passar por um processo de reacção e acomodação à nova realidade da qual já não faz parte a pessoa que faleceu. A forma como este período é vivido varia de pessoa para pessoa no que concerne à duração, intensidade e tipo de sintomas. Esta diversidade depende de vários factores, alguns referentes ao próprio funcionamento interno de indivíduos e outros relativos a questões culturais, visto que o luto é um processo cuja forma como é vivenciado sofre grande influência cultural.

Perante um processo de luto, o indivíduo é capaz de lidar com as características inerentes ao mesmo sem permitir que estas interferiam negativa e permanentemente no curso normal da sua vida (Stroebe & Hansson, 2001; Stroebe, Schut, & Finkenauer, 2001).

Há autores que caracterizam o processo de luto com quatro conjuntos de manifestações sintomáticas, sendo elas: manifestações afectivas (humor depressivo, ansiedade, sentimentos de culpa, raiva, anedonia e solidão); manifestações comportamentais (cansaço, comportamentos de procura, choro e isolamento); manifestações cognitivas (preocupação com o falecido, baixa auto-estima, desânimo, lentidão no pensamento e perdas de memória) e manifestações fisiológicas (perda de apetite, distúrbios de sono, queixas somáticas e susceptibilidade para doenças) (Stroebe, Schut & Stroebe, 2000).

Mas nem sempre o luto pode ser considerado um processo “normal” e adaptativo. Por vezes a intensidade e duração das manifestações sintomáticas são desproporcionais de forma a afectar consideravelmente o funcionamento normal do indivíduo e impede-o de recuperar o estado de equilíbrio que tinha anteriormente à perda. Assim, quando o processo de luto se desvia, dentro dos parâmetros culturais do indivíduo, da normalidade esperada quanto à duração, intensidade e sintomas específicos e gerais, considera-se que o indivíduo está a vivenciar um processo de Luto Complicado (Prigerson, *et al.*, 1995).

No entanto, e tendo em conta as lacunas existentes em diferenciar o Luto Complicado de outras perturbações como Depressão, Perturbação de Ansiedade e Pós Stress Traumático (Stroebe & Hansson, 2001), é ainda difícil fazer uma distinção clara entre o que é luto normal de Luto Complicado. Devido a esta dificuldade ou porque esta dificuldade existe não se encontram ainda estabelecidos critérios claros e consensuais relativamente ao Luto Complicado (Prigerson et al., 2009).

Como já foi referido e destacado, o Luto Complicado é um processo de reacção à perda de alguém emocionalmente significativo. Esta perda é um acontecimento de vida possivelmente traumático, que por ter esta conotação atinge o bem-estar físico, social e psicológico do enlutado. Este evento traumático trás associado a si reacções psicológicas de intensidade variável, que se caracterizam pela presença de emoções negativas como: depressão, ansiedade, desespero, descrença, raiva e apatia (Stroebe & Hansson, 2001; Prigerson et al., 2009).

Se compararmos as emoções, referidas anteriormente, com emoções presentes em outras perturbações, encontramos vários pontos convergentes. Este é mais um factor que dificulta o estabelecimento de indicadores específicos do Luto Complicado. Este motivo tem movido um elevado número de investigadores a dedicarem-se ao estudo de factores específicos do Luto Complicado assim como a clarificar as verdadeiras implicações desta perturbação na saúde mental dos indivíduos (Stroebe & Hansson, 2001; Prigerson et al., 2009).

São alguns os estudos que se encontram que descrevem prevalências elevadas de Luto Complicado nas suas amostras (Piper et al., 2001; Kersting et al., 2009). Num estudo de 2001, realizado com doentes psiquiátricos, em que 15% da amostra era indivíduos com Desordens de Comportamentos Aditivos, verifica uma incidência de 60% de Luto Complicado na totalidade da amostra (Piper et al, 2001).

Mais recentemente, surgem estudos que associam o Luto Complicado a um declínio da saúde mental e física (Houwen et al., 2010; Stroebe, Schut & Stroebe, 2007), chegando a verificar-se que indivíduos que sofrem desta perturbação, apresentam mais cadência para o cancro, doenças cardíacas e

distúrbios de sono (Prigerson et al., 1995) assim como um maior risco de suicídio (Latham & Prigerson, 2004) comparativamente com indivíduos que têm luto mais normativo.

### 1.1.1. Factores de Risco do Luto Complicado

A perda de algum significativo é, só por si, um factor de risco para o desencadear de perturbações de foro mental ou físico, que podem afectar a vida dos indivíduos q culminar num Luto Complicado.

São diversos os factores que poderão estar na índole do aparecimento do Luto Complicado. Diversos autores têm centrado as suas investigações na procura de esclarecer esses factores (Sanders, 1999; Wijngaards-de Meij et al., 2005; Stroebe et al., 2006; Rogers et al., 2008; Keesee, Currier & Neimeyer, 2008).

Nem todas as pessoas são igualmente susceptíveis, assim, torna-se importante definir factores de risco e, com isso, poder circunscrever populações que poderão ser mais vulneráveis ao aparecimento de Luto Complicado. Ter identificadas populações mais propensas ao desenvolvimento de um processo de Luto Complicado, torna possível o desenvolver de estratégias de intervenção primária, assim, como definir protocolos de intervenção farmacológica e psicológica para intervenções secundárias (Raphael, Minkov, & Dobson, 2001; Stroebe et al., 2006).

Diversos foram as investigações desenvolvidas nos últimos anos para definir factores de risco do Luto Complicado.

Um factor de risco é uma característica que varia de forma a aumentar o aparecimento de consequências negativas a nível pessoal, social e profissional na vida da pessoa enlutada, podendo também ser considerado como um factor protector, na medida em que, quando presente, funciona como alerta para o problema e assim poder predizer a existência de resultados positivos na vida de um indivíduo (Stroebe et al., 2006).

Diversos são os factores que poderão estar associados às consequências de uma má adaptação à perda. Tendo por base os fundamentos do *Dual Process Model*, desenvolvido por Stroebe e seus colaboradores (2006), são descritos cinco conjuntos de factores: a) a natureza do stressor; b) factores

interpessoais; c) factores intrapessoais; d) processos de *coping* e de avaliação; e e) consequências. Estes factores permitem uma descrição das características que o indivíduo possui e que o colocam em situação de risco para o desenvolvimento de um processo de Luto Complicado.

O primeiro conjunto de factores diz respeito à natureza do stressor, isto é, denota-se que a reacção à morte depende da relação que o enlutado mantinha com o falecido, assim como o tipo de morte de que o falecido foi vítima. Assim sendo, o facto da morte ter ocorrido de forma esperada ou inesperada, natural ou traumática, assim como se o falecido manteve uma vida bem sucedida e longa, são factores que indiciam diferenciação no impacto que a perda tem na vida do enlutado assim como na sua adaptação ao processo de Luto (Stroebe et al., 2006).

Perante uma morte inesperada, o processo de adaptação torna-se mais difícil, levando a que o enlutado apresente consequências mais severas a nível da saúde como taxas mais elevadas de Depressão e queixas somáticas (Raphael & Martinek, 1997; Stroebe & Schut, 2001).

Outro ponto de diferenciação na forma de adaptação à perda, reside no tipo de relação que o enlutado mantinha com a pessoa falecida. Verifica-se que a morte de um filho relaciona-se com um Luto mais intenso e persistente do que a morte de um esposo, pai ou irmão (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999; Sanders, 1999). No caso dos enlutados toxicodependentes, a morte de um dos progenitores é a que proporciona um maior impacto no dificultar do seu processo de Luto (Rosch, 1988 *cit in* Fleming, 1995).

Perante uma situação de perda de alguém significativo, o enlutado, à margem de lidar com factores emocionais defronta-se também com factores de stress secundários que advêm da morte daquela pessoa. Esses factores prendem-se com problemas relacionados com tarefas que até aqui eram realizadas pelo falecido assim como situações laborais e legais. Por outro lado podem também acontecer situações de dificuldades monetárias quando se verifica que existia uma dependência económica por parte do enlutado face ao falecido (Stroebe et al., 2006).

As dificuldades a nível social, constituem também problemas relacionados com a natureza do stressor. Se por um lado a perda provoca uma lacuna na vida do

enlutado, por outro provoca também uma mudança nesta. Para além de se constatar, frequentemente, que a pessoa morta era em quem o enlutado procurava suporte sempre que necessário, o seu desaparecimento obriga a uma mudança de papéis, muitas vezes radical, na vida do enlutado. Além disso, poderá ocorrer um isolamento social do enlutado, de tal modo que este poderá ficar mais susceptível ao suicídio (Dyregrow, Nordanger, & Dyregrow, 2003).

O segundo conjunto de factores de risco do Luto Complicado diz respeito aos factores de risco interpessoais. Estes são compreendidos como tendo origem no contexto ambiental de que o indivíduo faz parte, envolvendo assim factores externos a este (Stroebe et al., 2006).

Factores como a dinâmica familiar, o suporte social, questões culturais e programas de intervenção psicológica adquirem um papel fundamental no aparecimento ou não de complicações no processo de Luto.

É no contexto familiar que o Luto se vai desenvolver, e é este contexto que vai fornecer o primeiro suporte ao enlutado, a forma como este processo decorre será preponderante no decorrer do processo de Luto. Com o passar do tempo, e há medida que a própria familiar se vai reajustando à nova realidade, o suporte fornecido ao enlutado pode modificar-se e levar a que o enlutado tenha a sensação de abandono por parte da família, por outro lado podem ocorrer dificuldades na adaptação a novos papéis no seio familiar o que pode resultar numa desestruturação familiar, colocando assim o indivíduo em risco para o desenvolvimento de um processo de Luto Complicado (Hansson & Carpenter, 1994; Winchester-Nadeau, 2001).

O suporte social adequado funciona como factor protector do Luto Normal, no entanto são ainda escassos os esclarecimentos empíricos relativos ao real impacto deste no processo de Luto (Scharzer & Leppin, 1989).

Em relação a questões culturais, é do senso comum saber-se que há culturas onde é dada muita importância à morte, sendo esta vista apenas uma modificação da vida e noutras culturas onde a morte apenas representa a perda de alguém que desapareceu para sempre. Estas questões são importantes para a compreensão das atitudes do enlutado face à morte.

Indivíduos que se encontrem a participar num programa de intervenção psicológica podem ser vistos como elementos predispostos a complicações no Luto, principalmente perante uma perda inesperada e / ou traumática (Schut, Stroebe, van den Bout, & Terheggen, 2001).

No que concerne aos factores de risco intrapessoais, estes dizem respeito a características internas do enlutado. Destas características destacam-se o tipo de vinculação e a personalidade. Indivíduos com estilos de vinculação segura apresentam uma maior adaptação ao Luto, assim como que pessoas com personalidades bem adaptadas lidam melhor com situações de perdas traumáticas (Stroebe & Schut, 2006).

A existência de perturbações psiquiátricas, como por exemplo a Depressão, com sintomatologia já presente antes da perda, prediz dificuldades na adaptação ao Luto, fazendo com que o indivíduo apresente um elevado risco de Luto Complicado. A existência de perdas anteriores contribui também como um factor de risco intrapessoal, principalmente se a perda tiver ocorrido durante infância (Stroebe & Schut, 2001; Stroebe et al., 2006).

Outros factores intrapessoais de predisposição para o aparecimento de Luto Complicado são as crenças religiosas, os problemas físicos, sendo que quando existe alguma debilidade física o enlutado fica mais susceptível a dificuldades no processo de Luto. Algumas idades são também mais propensas ao aparecimento de dificuldades, pessoas mais novas encontram-se mais vulneráveis ao aparecimento de consequências negativas no Luto (Archer, 1999), assim como o abuso de substâncias anteriormente à perda e a sua manutenção posteriormente aumenta o risco de aparecimento de Luto Complicado (Stroebe et al., 2006).

Os factores relacionados com o estilo de coping têm a ver com mecanismos cognitivos e comportamentais e com mecanismos de Regulação Emocional. Folkman (2001) defende que estes mecanismos terão uma relevância diminuta no aparecimento de Luto Complicado, quando comparados com outros factores, no entanto são importantes aquando de uma intervenção psicoterapêutica no Luto.

Por fim, as consequências do Luto abrangem um largo espectro que se relaciona com a intensidade do Luto e com diversos problemas de saúde física



e mental no indivíduo. De acordo com a literatura, parece razoável assumir que os stressores orientados para a perda tendem a prever as consequências do Luto a curto prazo como a intensidade do Luto e problemas de saúde física e mental; enquanto stressores orientados para a reestruturação tendem a prever consequências a longo prazo como limitações a nível funcional, dos quais são exemplo os problemas de memória (Stroebe et al., 2006).

### **1.1.2. Luto Complicado e Toxicodependência**

A Toxicodependência é uma perturbação crónica, que se caracteriza por um comportamento compulsivo de procura e consumo de uma, ou mais, substâncias que têm a capacidade de produzir no consumidor estados de prazer ou de alívio do stress (Camí & Farré, 2003).

A Toxicodependência é considerada, por um lado, um problema sociocultural e, por outro lado, um problema do foro psiquiátrico e de saúde mental. O indivíduo apresenta um padrão socialmente desadaptado, pelo consumo de substâncias ilícitas ou lícitas que alteram o seu normal funcionamento, o que conduz a implicações de ordem médica, psicológica, moral e jurídica (Cardoso, 2001). Embora, se considere que o percurso do dependente se inicia aquando do primeiro consumo, a verdadeira compreensão só será possível se examinarmos situações que poderão ter surgido antes, e que levaram ao início dos consumos, ou que surgem depois, e que levam à sua manutenção (Brito & Esteves, 2001).

Encontramos frequentemente na história de vida de um consumidor, situações de perdas, por morte, de algum dos progenitores ou familiares directos (Amaral Dias, 1980; Fleming, 1995). Esta perda é considerada, por alguns autores, sendo de maior relevância, no que toca às consequências negativas, comparativamente com a população em geral (Rosch, 1988 *cit in* Fleming, 1995).

Para o toxicodependente, uma perda é um acontecimento traumático e devastador do ponto de vista afectivo e emocional, assim, o luto, que deveria ser um processo de adaptação, torna-se demasiado penoso sendo, por isso,

por vezes adiado. Frequentemente, esquecida no tempo, a dor da perda que, continuando presente, é aliviada e mascarada pelo consumo de drogas. O diagnóstico de toxicodependência insurge-se, ocultando a verdadeira índole dos sintomas (Fleming, 1995).

O luto tem vindo a ser considerado, ao longo do tempo, de grande relevância no tratamento de pessoas com comportamentos de abuso de substâncias (Zuckoff et al, 2006).

Estudos demonstram que existe uma considerável parte de indivíduos com desordens de uso e abuso de substâncias que apresentam sintomas de luto complicado ou de uma má adaptação à perda de alguém significativo (Bellwood, 1975; Blankfield, 1982,1983 *cit in* Zuckoff, 2006; Zuckoff, 2006).

Bellwood (1975), defende que o perceber questões relacionadas com situações de “luto não resolvido” na vida de alcoólicos pode ser a chave para o seu tratamento. Por seu lado Blankfiel (*cit in* Zuckoff, 2006) refere que uma percentagem de 20% dos indivíduos que se encontram em tratamento apresenta sintomatologia compatível com Luto Complicado.

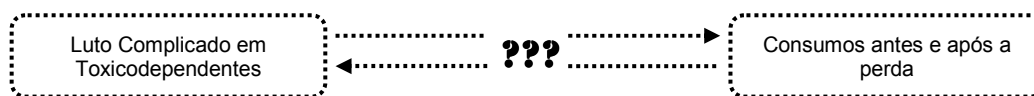
Zuckoff (2006) publica um estudo piloto sobre tratamento de Luto Complicado em indivíduos com perturbação do comportamento aditivo, referindo que existe uma grande lacuna no que concerne ao entendimento e relevância dada a esta problemática na comunidade toxicodependente, sendo por isso, importante um maior aprofundar de conhecimentos sobre o Luto Complicado nesta população pois a implementação de tratamento específicos pode levar a resultados benéficos no tratamento de comportamento aditivos.

É apoiado empiricamente, que o início dos consumos, coincide, frequentemente, com a ocorrência de eventos traumáticos como a perda por morte de algum dos progenitores (Duncan, 1978; Coleman & Stanton, 1978; Stanton, 1977). Em Portugal, num estudo realizado por Amaral Dias (1980) com toxicodependentes, um dos factores identificados como mais categóricos na passagem de consumo de cannabis para o consumo de outras drogas consideradas “duras”, é a perda por morte do pai.

É também apoiado pela literatura que uma dos factores intrapessoais que predispõe o indivíduo para o aparecimento de dificuldades no processo de Luto é o consumo de substâncias, sejam elas álcool ou outras drogas que alterem o

normal funcionamento do individuo e que causem dependência (Stroebe et al, 2006).

Tendo em conta estes aspectos e deparando-nos com a escassez de dados empíricos que correlacionem o Luto Complicado e a Toxicodependência em Portugal, definimos como um dos objectivos desta dissertação a clarificação desta problemática nesta população assim como de que forma ela se relaciona com os consumos (*ver figura 1*).



**Figura 1:** Relação empírica que poderá existir entre o consumo de drogas e o aparecimento de Luto Complicado e relação empírica que poderá existir entre o Luto Complicado e a manutenção dos consumos.

## **1.2. Regulação Emocional**

A compreensão de processos emocionais e de que forma o ser humano os regula é uma das grandes questões com que a humanidade se depara desde remotos tempos. Tendo em conta a subjectividade do tema torna-se difícil uma definição universal e consensual sobre o que é realmente a emoção. Existe, no entanto consenso sobre o facto de as emoções serem fenómenos biológicos e inatos tendo, nos últimos anos, o processamento emocional, sido alvo de diversas investigações em áreas como a Psicologia, Neuropsicologia, Psicofisiologia e Biologia.

Actualmente as perspectivas dão grande importância ao papel das emoções nos comportamentos, nas tomadas de decisão, na qualidade da memória para acontecimentos importantes e até mesmo no facilitar dos relacionamentos interpessoais. As emoções podem ocorrer como resposta a estímulos internos ou externos ao indivíduo significativos para o seu bem-estar (Gross, 2007; Garber & Dodge, 1991). Contudo, as emoções tanto podem ser benéficas (adaptativas) como podem prejudicar o indivíduo (desadaptativas), caso

ocorram no tempo errado ou com um nível de intensidade desadequado (Gross, 2007).

As emoções podem estar relacionadas com o aparecimento e manutenção de diversas patologias mentais (Sher & Grekin, 2007) e físicas (Sapolsky, 2007) assim como em dificuldades de integração e relação sociais (Wranik, Barrett, & Salovey, 2007). No entanto, estes aspectos dependem quase exclusivamente da capacidade de cada um em regular as suas próprias emoções (Gross, 2007).

Subjacente à emoção surge, em meados da década de 80, pela primeira vez o conceito de Regulação Emocional.

A Regulação Emocional pode ser definida como *“processos pelos quais os indivíduos influenciam as emoções que têm, quando as têm e como experienciam e expressam essas emoções”* (Gross, 1998, p. 275).

Esta definição tem sido corroborada por diversos outros autores que a reforçam ao referir que a regulação das emoções é um processo através do qual os indivíduos, consciente ou inconscientemente (Bargh & Williams, 2007), modulam as suas emoções para dar uma resposta adequada às exigências ambientais (Gratz & Roemer, 2004; Gross & Muñoz, 1995).

O processo de Regulação Emocional encontra-se inter-relacionado com o processo de diferenciação emocional, na medida em que uma boa capacidade de diferenciação emocional, ou seja, a simbolização da experiência emocional, permite ao indivíduo desenvolver e expressar estratégias de Regulação Emocionais mais adaptativas (Machado Vaz, Branco Vasco & Greenberg, 2010).

Mais recentemente esta temática tem sido alvo de diversas investigações que correlacionam a Regulação Emocional com a psicopatologia e revelam grande importância da mesma em psicoterapia. É comprovado pela literatura que as Dificuldades de Regulação Emocional poderão estar na origem de diversas psicopatologias ou mesmo ter grande influência na sua manutenção (Gross & Muñoz, 1995; Kring & Werner, 2004). De destacar as perturbações mentais (Greenberg, 2002; Kring & Bachorowski, 1999), perturbações de personalidade borderline (Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007), depressão major (Rottenberg, Gross, & Gotlib, 2005), perturbações alimentares (Clyne &

Blampied, 2004) e com comportamentos aditivos (Sher & Grekin, 2007). Por outro lado, uma Regulação Emocional adaptativa conduz a bons níveis de saúde, interações sociais positivas e com um bom rendimento académico e profissional (Brackett & Salovey, 2004; John & Gross, 2004).

A Regulação Emocional pode ocorrer de diversas formas. No entanto, uma das suas variedades mais óbvias e comuns consiste na auto-regulação mediada através do recurso a processos cognitivos conscientes. Porém, também é possível o indivíduo regular as suas emoções de forma independente, ainda que esta forma de Regulação Emocional ocorra um menor número de vezes (Gross, 2007).

A Regulação Emocional não é um processo inato ao indivíduo, mas sim um processo que se vai desenvolvendo ao longo da vida. Deste modo, o início e desenvolvimento do processo de Regulação Emocional é influenciado directamente pelo meio em que o indivíduo se insere, sendo que as relações interpessoais que estabelece e os processos desenvolvimentais por que atravessa assumem também papéis preponderantes neste processo. A aquisição e desenvolvimento da linguagem verbal e não verbal são aspectos que apresentam grande influência na Regulação Emocional, pois é através da linguagem que o ser humano vai trabalhar a capacidade de regular as suas emoções, e a sua posterior expressão (Dodge & Garber, 1991).

É deste modo que se afirma que a Regulação Emocional é um processo que ocorre ao longo de toda a vida, e é ao longo desta que se vai desenvolvendo e aperfeiçoando correspondendo às exigências de cada fase da vida. Assim é, também, de alto risco a ocorrência de problemas quando as respostas emocionais dadas pelo indivíduo a determinada situação não são as mais adaptadas à mesma, assim estamos perante as Dificuldades de Regulação Emocional (Dodge & Garber, 1991).

As Dificuldades de Regulação Emocional podem ocorrer de forma esporádica ou permanente. Quando de forma esporádica surgem sintomas de ansiedade, excessos comportamentais ou comportamentos de fuga. Quando de forma mais permanente podem conduzir ao aparecimento de perturbações psicopatológicas (Dogde & Garber, 1991).

### **1.2.1. Estratégias de Regulação Emocional Adaptativas e Desadaptativas**

O facto de se saber que a Regulação Emocional abarca um conjunto de estratégias às quais o indivíduo recorre com o objectivo de manter, aumentar ou diminuir determinada resposta emocional (Gross, 1999), levou a que ao longo dos últimos anos, tenham sido vários os modelos apresentados sobre as estratégias mediadoras da Regulação Emocional. Esses modelos têm vindo a identificar e a diferenciar aquilo que são estratégias de Regulação Emocional adaptativas e desadaptativas (Aldao et al., 2010).

Autores com base numa orientação comportamentalista, referem três estratégias de Regulação Emocional consideradas adaptativas e fundamentais para a ausência de psicopatologia, sendo elas a reavaliação cognitiva, resolução de problemas e a aceitação (Gross, 1998).

A reavaliação cognitiva consiste na simbolização, isto é, o indivíduo vai criar interpretações e perspectivas positivas de uma situação tida como stressante. Essas interpretações serão utilizadas como forma de reduzir a tensão e angustia criadas pela situação (Gross, 1998).

Sendo uma resposta que ocorre anteriormente à activação emocional, permite a modificação da resposta. Assim, são diminuídos os comportamentos e emoções negativas permitindo boas respostas de Regulação Emocional (Balzarotti, John & Gross, 2010).

Esta estratégia permite que o indivíduo seja capaz de realizar reinterpretções positivas quando confrontado com situações de vida stressantes, desenvolvendo assim respostas físicas e emocionais adaptativas (Gross, 1998).

Quando esta estratégia não se encontra presente, ou se desenvolve de forma desadaptativa conduz ao desenvolvimento de perturbações depressivas e ansiosas (Beck, 1976; Clark, 1988; Salkovskis, 1998).

As estratégias de resolução de problemas, também são estratégias consideradas adaptativas. Estas consistem em tentativas conscientes de alterar uma situação considerada stressante ou diminuir as suas consequências negativas. As acções desencadeadas, apesar de não estarem

directamente dirigidas para a situação, levam a uma resolução do problema. Também não produzem efeito directo nas emoções mas, ao alterar ou remover o problema vai influenciar positivamente as emoções do indivíduo (Aldao et al., 2010).

De acordo com a literatura, uma utilização limitada desta estratégia pode conduzir a perturbações como Depressão (D'Zurilla, Chang, Nottingham, & Faccinni, 1998), ansiedade (Chang, Downey, & Salata, 2004), abuso de substâncias (Cooper, Wood, Orcutt, & Albino, 1992) e perturbações alimentares (Van Boeven & Espelage, 2006).

Quando o individuo aceita as suas respostas emocionais esta a utilizar outra estratégia de Regulação Emocional adaptativa que influencia positivamente a Regulação Emocional.

Por outro lado, uma baixa capacidade de aceitação encontra-se relacionada com algumas perturbações entre as quais se salientam a Perturbação de Ansiedade Generalizada, a Perturbação de Pânico, o uso de heroína e a Perturbação de Personalidade Borderline (Gratz, Rosenthal, Tull, & Lejuez, 2006; Tull & Roemer, 2007; Roemer, Orsillo, & Salters-Pedneault, 2008).

Se por um lado a ausência ou limitado acesso a estas estratégias de Regulação Emocional adaptativas podem conduzir a perturbações, por outro lado, a presença de determinadas estratégias de Regulação Emocional desadaptativas como supressão expressiva (Balzarotti, John & Gross, 2010), o evitamento e a ruminação (Aldao et al., 2010), pode igualmente conduzir a Dificuldades de Regulação Emocional.

A supressão expressiva consiste na tentativa de inibir ou reduzir comportamentos de expressão emocional indesejados (Gross, 1998). Esta estratégia é focada na resposta, uma vez que acontece quando a emoção já esta presente e quando a tendência da resposta já está totalmente gerada (Balzarotti, John & Gross, 2010).

Apesar desta estratégia poder conduzir a uma diminuição dos comportamentos, não vai evitar a experiencição de emoções negativas

Esta estratégia leva ao aumento de fenómenos fisiológicos, e quando é utilizada de forma desadaptativa, frequentemente, pode ter consequências

negativas como a diminuição da memória, dificuldades sociais, ou ainda como o desenvolvimento de psicopatologias (Wegner & Zanakos, 1994).

O evitamento experiencial constitui uma estratégia que leva ao evitamento de uma série de experiências psicológicas que o indivíduo classifica como negativas e que incluem pensamentos, emoções, sensações, lembranças e desejos. Esta estratégia pode levar a um conjunto de consequências negativas que vão desde problemas de humor ao uso de substâncias, uma vez que contrariamente ao que seria esperado, o evitamento aumenta os pensamentos negativos, impedindo os indivíduos de adotarem as medidas adaptativas necessárias (Hayes et al., 1999)

A ruminação acontece quando, em determinadas situações, alguns indivíduos se mantêm constantemente focados numa determinada experiência emocional, nomeadamente nas suas causas e consequências. A ruminação encontra-se associada a uma pobre capacidade de resolução de problemas, fazendo com que o indivíduo fique imobilizado perante a sua indecisão (Papageorgiou & Wells, 2003).

Tendo por base esta concepção de estratégias adaptativas e desadaptativas, Gratz e Roemer (2004) propõe uma conceptualização multidimensional da Regulação Emocional, que envolve 4 dimensões gerais: a) a consciência e a compreensão das emoções, b) a aceitação das emoções, c) a capacidade para, em momentos de emoção negativa, controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objectivos desejados e d) a capacidade para usar a regulação emocional apropriadamente mediante a implementação de estratégias que modulem as respostas emocionais de um modo flexível de forma a alcançar objectivos individuais ao mesmo tempo que se atende às exigências da situação (Coutinho et al., 2010).

O facto de não se verificarem estas dimensões no processo de Regulação Emocional, pode indicar a presença Dificuldades de Regulação Emocional ou Desregulação Emocional (Coutinho et al., 2010), correspondentes às dimensões que constituem cada subescala do instrumento utilizado para a avaliação destas dificuldades.



### 1.2.2. Regulação Emocional e Luto Complicado

Quando ocorre um evento traumático como a perda de alguém significativo, a família em Luto passa por um período de reajustamento que será mediado pela duração e intensidade (Mick, Medvene, & Strunk, 2003). A presença de emoções intensas após a perda de um ente querido parece ser transversal em todas as culturas, sendo que esse aspecto por si só, não é um indicador da presença de psicopatologia. De facto, alguns dos sintomas associados à perda, são necessários para o processo emocional, uma vez que implicam o confronto com a realidade da perda facilitando a sua adaptação (Boelen, Bout & Hout, 2003).

Shapiro (2001), Znoj e Keller (2002) consideram que, no seio familiar, a adaptação à perda é facilitada pela capacidade de Regulação Emocional de cada elemento da família, pela não reactividade à intensidade emocional presente no sistema familiar, pela coesão e adaptabilidade e pela intimidade do casal. É ainda considerado que o melhor preditor do bem-estar emocional encontra-se relacionado com a capacidade de Regulação Emocional de cada elemento da família e não com os estilos de *coping* centrados nas emoções que estes possam adoptar (Znoj & Keller, 2002).

No indivíduo adulto, a conceptualização da Regulação Emocional encontra-se intimamente relacionada com o seu papel, crucial na manutenção da saúde mental e na adaptação a eventos stressantes (Gross & Muñoz, 1995), nomeadamente na adaptação ao Luto (Bonnano & Keltner, 1997).

Neste sentido, Bonnano & Keltner (1997) consideram que um aspecto importante da Regulação Emocional durante o decorrer de um processo de Luto parece relacionar-se com a regulação ou dissociação das emoções negativas e com a valorização das emoções positivas experienciadas pelo enlutado.

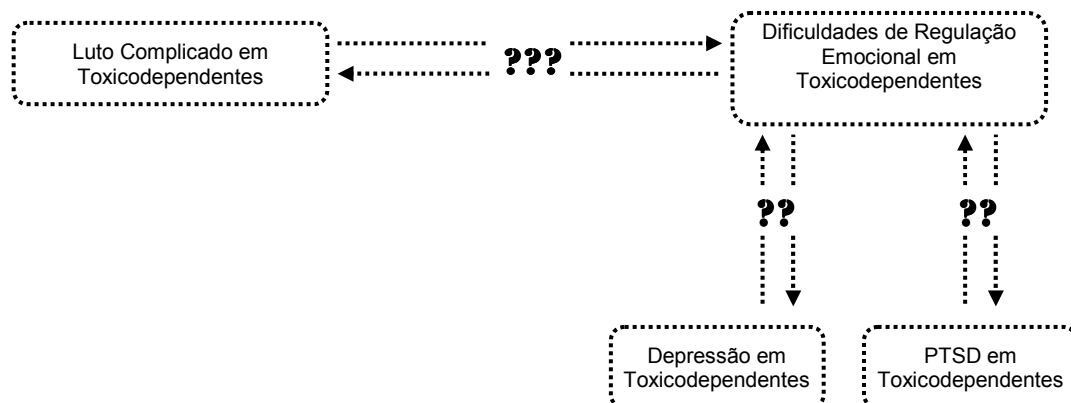
Assim, aquando do processo de Luto, se o enlutado focalizar a sua atenção nas suas emoções e expressar convenientemente os seus sentimentos facilita a Regulação Emocional conduzindo assim a uma melhor adaptação ao Luto (Greenberg, 2002).

Um estudo realizado por Boelen et al. (2003), concluiu que os enlutados que atribuem significados mais negativos às emoções que experienciam, têm maior tendência a evitar estímulos associados com a perda, desenvolvendo Estratégias de Regulação Emocional negativas como a supressão, o evitamento e a ruminação.

Segundo o autor, a utilização recorrente destas estratégias desadaptativas, está significativamente relacionada com o desenvolvimento de Luto Complicado, depressão e Pós-Stress Traumático, e têm uma influência extremamente negativa no processamento emocional (Boelen, Bout & Hout, 2003).

Apesar de se verificar que a Regulação Emocional assume um papel preponderante na vida do indivíduo, não existem ainda estudos empíricos que validem e descrevam a real importância da influência das Dificuldades de Regulação Emocional no processo de Luto Complicado.

Com o objectivo de colmatar a relativa ausência de estudos nesta área, iniciamos um trabalho de investigação, que tem como um dos objectivos, compreender o impacto das Dificuldades de Regulação Emocional no processo de Luto Complicado em toxicodependentes, sendo esta uma população em risco acrescido, pelas suas características e perturbações adjacentes (ver *Figura 2*).



**Figura 2:** Relação empírica que poderá existir entre o Luto Complicado em Toxicodependentes e as Dificuldades de Regulação Emocional em Toxicodependentes, assim como as possíveis relações entre este último e a Depressão e Sintomatologia Traumática nos Toxicodependentes.

### **1.2.3. Regulação Emocional e Toxicodependência**

O pensamento distorcido ou disfuncional é comum nas perturbações de consumo de substância, o que levanta a hipótese que emoções e comportamentos são distorcidos pela percepção que o sujeito adicto tem do evento. Estes indivíduos têm tendência a desviar a sua atenção na procura de objectivos mais imediatos, ocorrendo por vezes uma perda de controlo dos impulsos, que, na toxicodependência, se constitui como a procura e consumo de drogas (Gross, 2002).

Segundo um estudo realizado por Gratz e Roemer (2004), são identificadas seis dimensões essenciais de avaliação de Dificuldades de Regulação Emocional que podem estar profundamente relacionadas com o início do consumo de substâncias psicoactivas pelo indivíduo toxicodependente.

Características como a impulsividade, a incapacidade de controlo dos comportamentos, nomeadamente agressividade, e a baixa tolerância à frustração são frequentemente associadas ao sujeito adicto (Morel, Hervé & Fontaine, 1997). Assim, podemos antecipar que dificuldades de controlo dos impulsos e comportamentos orientados para objectivos sejam frequentes nos toxicodependentes, principalmente perante situações geradoras de stress, como é o caso de uma perda por morte de alguém significativo. O evitamento (Hayes et al, 1999) e uma deficiente utilização de estratégias de resolução de problemas (Cooper, et al, 1992) também levam a Dificuldades de Regulação Emocional intimamente relacionadas com o abuso de substâncias.

O consumo de substâncias psicoactivas pode ser encarado como uma tentativa por parte do indivíduo consumidor de aliviar, diminuir ou suprimir a expressão de emoções geradoras de stress ou sofrimento psicológico, ocorrendo desta forma, uma não-aceitação da resposta emocional (Tull et al, 2007) conduzindo a uma supressão emocional.

Alguns estudos revelaram também a existência de uma importante relação entre a capacidade de regulação dos estados emocionais e a dependência de substâncias, na medida em que uma pobre regulação dos afectos, estados de

humor negativos, nomeadamente a depressão, a ansiedade e a raiva, mecanismos de defesa e estratégias de *coping* imaturas, têm sido identificados como factores de risco para o abuso de substâncias psicoactivas (Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995; Cooper, Russell, Skinner, Frone, & Mudar, 1992; Tarter et al., 1999 cit in Suh et al., 2008).

Apesar de já haver alguns estudos empíricos sobre a relação Regulação Emocional e Toxicodependência, nenhum estudo relaciona estas duas variáveis e o Luto Complicado na população Portuguesa.

## **II. Objectivos**

Considerando que a presença de historial de perdas na vida dos toxicodependentes é um padrão que se encontra frequentemente e que a Regulação Emocional possui um papel importante no Luto, os objectivos deste estudo prendem-se com: 1) caracterizar a população toxicodependente relativamente à história da perda mais significativa; 2) descrever a prevalência de Luto Complicado, assim como verificar a relevância desta problemática nesta população; 3) descrever de que modo as dificuldades de Regulação Emocional predizem o Luto Complicado, nesta população, e identificar as principais dificuldades e 4) analisar a relação entre a abstinência de consumo, após a perda, e o Luto Complicado.

## **III. Método**

### **3.1. Amostra**

Foram avaliados 50 indivíduos (15 mulheres e 35 homens), toxicodependentes em tratamento em ambulatório no Centro de Respostas Integradas Porto Oriental - Equipa de Tratamento de Gondomar. Estes toxicodependentes apresentavam histórias de perdas de alguém significativo. As idades variavam entre os 20 e os 58 anos correspondendo a uma média de 35,2 anos ( $DP=7,99$ ).

Maioritariamente os indivíduos eram casados ou viviam em união de facto (54%,  $n=27$ ) e os restantes eram solteiros (38%,  $n=19$ ), viúvos (2%,  $n=1$ ) ou divorciados (6%,  $n=3$ ).

No que concerne às habilitações literárias, verifica-se que 8,0% ( $n=4$ ) dos pacientes têm o 1º ciclo de escolaridade, 60,0% ( $n=30$ ) têm o 2º ciclo, 26,0% ( $n=12$ ) frequentaram o 3º ciclo, 4,0% ( $n=2$ ) o ensino secundário e 2,0% ( $n=1$ ) possuem grau de Licenciado.

A maioria dos toxicodependentes desta amostra apresentava, na altura da avaliação, ocupação profissional (62%,  $n=31$ ).

Todos os indivíduos residiam no norte do país.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas da amostra ( $N=50$ )

Características	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Sexo				
Feminino	15	30		
Masculino	35	70		
Idade			35,2	7,99
Estado Civil				
Solteiro	19	38,0		
Casado	27	54,0		
Divorciado	3	6,0		
Viúvo	1	2,0		
Habilitações Literárias				
1ºCiclo	4	8,0		
2ºCiclo	30	60,0		
3ºCiclo	12	26,0		
Secundário	2	4,0		
Licenciatura	1	2,0		
Profissão				
Empregado	31	62,0		
Desempregado	18	36,0		
Reformado	1	2,0		

### 3.2. Instrumentos

O Protocolo de Avaliação estabelecido para recolha de amostra é constituído por: Questionário de Dados Demográficos e Avaliação da Situação de Luto, *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Inventory of Complicated Grief* (ICG) e *Impact of Event Scale - Revised* (IES-R).

#### *Questionário de Dados Demográficos e Avaliação da Situação de Luto*

Este questionário foi desenvolvido pelos investigadores e é subdividido em duas partes. A primeira parte é composta por um conjunto de questões cujo fundamento se prende com a recolha de alguns dados sociodemográficos como idade, estado civil, habilitações literárias, profissão e sexo. Estes dados

poderão ser indicadores importantes para a caracterização da amostra. A segunda parte deste questionário pretende avaliar a situação de Luto e tem três grupos de questões: a primeira explora a relação do enlutado com o falecido, a segunda contextualiza a perda e a terceira aborda a situação do enlutado aquando a perda no que diz respeito aos consumos.

#### *Difficulties in Emotion Regulation Scale*

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional encontra-se adaptada à população Portuguesa por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias (2010) e tem como objectivo a avaliação de dificuldades de regulação emocional que se encontram agrupadas em seis factores: 1) Não aceitação das Respostas Emocionais (Não Aceitação); 2) Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (Objectivos); 3) Dificuldades no Controlo de Impulsos (Impulsos); 4) Falta de Consciência Emocional (Consciência); 5) Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (Estratégias) e 6) Falta de Clareza Emocional (Clareza).

A escala é constituída por 36 itens cuja resposta é dada através de uma escala *Likert* de 5 valores em que 1 corresponde a “Raramente” e 5 a “Sempre”.

O valor do  $\alpha$  de *Cronbach* da escala é de 0,93 (Coutinho et al., 2010; Gratz & Roemer, 2004).

#### *Beck Depression Inventory*

Esta é uma escala que se encontra traduzida e adaptada à população Portuguesa (Vaz-Serra & Abreu, 1973). Tem como objectivo averiguar a presença ou ausência de sintomatologia depressiva (sintomas afectivos, cognitivos e psicológicos) e com isso indicar em que nível de depressão se encontra o indivíduo (Depressão leve, moderada ou grave). Este questionário é composto por 21 grupos de afirmações de auto-resposta, cada grupo possui 4 afirmações que se encontram numeradas de 0 a 3, das quais o indivíduo terá de escolher uma afirmação para cada grupo de questões (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). A cotação faz-se através do somatório dos números correspondentes às afirmações escolhidas e consideramos que

cotações acima de 12 representam presença de depressão. O valor do  $\alpha$  de *Cronbach* da escala é de 0,89 (Vaz-Serra & Abreu, 1973).

#### *Inventory of Complicated Grief*

O objectivo deste questionário é avaliar a sintomatologia de Luto Complicado. É um inventário constituído por 30 itens, relacionados com as cognições, emoções e comportamentos que definem o luto complicado, cuja resposta é dada através de uma escala tipo *Likert* de 5 valores em que 1 corresponde a “Nunca” e 5 corresponde a “Sempre” (Prigerson et al., 1995; Frade, Sousa, Pacheco, & Rocha, 2009). Os itens têm boas propriedades psicométricas e o  $\alpha$  de *Cronbach* da escala é de 0,914 (Frade, Sousa, Pacheco, & Rocha, 2009). Este inventário permite a diferenciação entre Luto Complicado, quando ICG score total  $\geq 25$ , de Luto não complicado ou dito “normal” (Prigerson et al., 1995; Frade, Sousa, Pacheco, & Rocha, 2009).

#### *Impact of Event Scale - Revised*

O objectivo desta escala é avaliar a reacção traumática a um evento específico, no caso deste estudo o evento seria a perda por morte de um elemento significativo. É uma escala que se encontra adaptada à população portuguesa por Castanheira, Vieira, Glória, Afonso, & Rocha (2007) e é constituída por 22 itens, respondidos através de uma escala de *Likert* de 0 a 4 em que 0 representa “Nunca” e 4 “Extremamente”. O IES-R é constituído por 4 subescalas, nomeadamente, Evasão, Intrusão, Hipervigilância e Embotamento Afectivo, que avaliam sintomas como irritabilidade, agressividade, dificuldades de concentração, entre outros. Assim, consideramos que perante um IES-R score total  $\geq 35$  estamos perante uma Perturbação de Pós-Stress Traumático (PTSD). O valor do  $\alpha$  de *Cronbach* da escala é de 0,94 (Castanheira, Vieira, Glória, Afonso, & Rocha., 2007; Weiss & Marmar, 1997).

### **3.3. Procedimento**



O projecto iniciou-se pela elaboração, por parte dos investigadores, de um Protocolo de Avaliação com o objectivo de avaliar a sintomatologia relacionada com o Luto Complicado e as Dificuldades de Regulação Emocional.

Para a realização deste estudo foi pedida autorização ao Director do Serviço (CRI Porto Oriental - ET Gondomar), onde seria recolhida a amostra. A autorização foi concedida sem exigência de requisitos protocolares.

Inicialmente foi feita uma pré-selecção da amostra de forma a apenas incluir no estudo indivíduos com historial de perda significativa. Essa perda teria de ter ocorrido há pelo menos 6 meses.

Após esta pré-selecção, e satisfeitos os requisitos de inclusão na amostra, era apresentado aos indivíduos o Termo de Consentimento Informado<sup>1</sup> em que é explicita a finalidade da avaliação assim como garantida a confidencialidade dos dados.

Posteriormente passava-se a aplicação do Protocolo de Avaliação constituído por: Questionário de Dados Demográficos<sup>2</sup> e Avaliação da Situação de Luto, *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Inventory of Complicated Grief* (ICG) e *Impact of Event Scale - Revised* (IES-R).

Após recolhida a totalidade da amostra sucedeu-se a análise de dados. Estes dados foram anonimizados e inseridos numa base de dados para posterior tratamento através do programa *PASW Statistics 18*.

---

<sup>1</sup> Ver Anexo I - Termo de Consentimento Informado

<sup>2</sup> Ver Anexo II - Protocolo de Avaliação

## IV. Resultados

A realização da análise estatística teve como propósito alcançar cada um dos objectivos definidos. Para isso foram usados diversos métodos estatísticos.

Para uma descrição das características relativas à perda, foram realizadas análises descritivas das variáveis categoriais e contínuas. Num primeiro ponto relativamente aos dados relativos às características da perda e, num segundo ponto, a descrição das prevalências de Luto Complicado, Depressão e Pós Stress Traumático.

Recorrendo ao método *crosstabs*, realizaram-se análises fazendo a associação de duas ou mais variáveis. Com este método analisou-se a relação entre a variável *sexo* e *Luto Complicado* e a variável *tempo de perda* e *Luto Complicado*.

Através da análise de correlações pretendeu-se explicitar as correlações existentes entre Luto Complicado (ICG), Dificuldades de Regulação Emocional (EDRS).

### 4.1. Caracterização da população Toxicodependente relativamente à história da perda mais significativa

Através da análise descritiva feita aos dados sociodemográficos obtidos com o questionário foi possível caracterizar a população toxicodependentes relativamente ao grau de parentesco com a pessoa falecida, papel e função do falecido na vida do enlutado, tipo e causa da morte, tempo decorrido após a perda, idade média do falecido, a importância que o falecido tinha na vida do enlutado e situação de consumos do enlutado antes e após a perda.

Relativamente ao grau de parentesco com a pessoa falecida, verifica-se que a maior incidência recai sobre a perda de avós, 26% ( $n=13$ ), seguida pela perda de um progenitor, 24% ( $n=12$ ). A perda de um elemento da família alargada também é frequente, apresentando uma percentagem de 22% ( $n=11$ ), as incidências menores ocorrem relativas com 18% ( $n=9$ ) a irmãos, 4% ( $n=2$ ) a amigos, 4% ( $n=2$ ) a conjuge e 2% ( $n=1$ ) a filhos (*ver tabela 2*).

**Tabela 2** - Parentesco do Falecido (N=50)

Parentesco do falecido	n	%
Avós	13	26,0
Pais	12	24,0
Conjuge	2	4,0
Filhos	1	2,0
Família Alargada	11	22,0
Amigos	2	4,0
Irmãos	9	18,0

No que diz respeito ao papel e função do falecido na vida do enlutado, podemos verificar que na sua maioria, os indivíduos indicam o papel de Suporte com uma percentagem de 38% ( $n=19$ ), no entanto o papel de Confidente também se apresenta significativamente representado com 32% ( $n=16$ ) (ver *tabela 3*).

**Tabela 3** - Papel e função do falecido na vida do enlutado (N=50)

Papel e função do falecido	n	%
Educação	3	6,0
Liderança	4	8,0
Chefe de Família	5	10,0
Financeiro	2	4,0
Negligente	1	2,0
Confidente	16	32,0
Suporte	19	38,0

Com a análise da variável Tipo de Morte, verificou-se que é reportada de igual forma a morte esperada e a morte inesperada (50%,  $n=25$ , para os dois casos). Já quando analisamos a Causa de Morte são visíveis discrepâncias com o Cancro a assumir a maior expressividade dos números (38%,  $n=19$ ), seguido de Acidentes e Envenenamentos com 30% ( $n=15$ ) (ver *tabela 4*).

**Tabela 4** - Tipo e causa da morte (N=50)

Tipo e Causa da Morte	<i>n</i>	%
Tipo de morte		
Morte inesperada	25	50,0
Morte esperada	25	50,0
Causa da morte		
Cancro	19	38,0
Acidentes e envenenamentos	15	30,0
Doenças do aparelho circulatório	5	10,0
Doenças do aparelho respiratório	1	2,0
Doenças do aparelho digestivo	4	8,0
Outras causas	6	12,0

Analisando o o tempo decorrido desde a perda até ao momento da avaliação constata-se que este variava entre os 12 meses e os 120 meses correspondendo a uma média de 40,48 meses ( $SD=22,50$ ) correspondente a 3 anos e 4 meses aproximadamente.

A idade média do falecido é de 53,06 ( $SD=18,72$ ).

Numa escala que variava entre 0 e 10, em que 0 significava nada importante e 10 muitíssimo importante, era pedido aos indivíduos que indicassem o grau de importância do falecido na sua vida, a importância média do falecido era de 9,38 ( $SD=1,05$ ) (ver tabela 5).

**Tabela 5** - Características relativas à perda significativa (N=50)

Características	<i>M</i>	<i>SD</i>
Há quanto tempo faleceu (meses)	40,48	22,50
Idade do Falecido (anos)	53,06	18,72
Importância do falecido (0 - 10)	9,38	1,05

Através das respostas a questões específicas, relativas aos consumos, realizadas no questionário foi possível fazer uma análise sobre a situação de consumo do indivíduo antes e após a perda. Assim vê-se que 84% ( $n=42$ ) mantinham consumos antes da perda enquanto que apenas 16% ( $n=8$ ) não mantinham consumos. Quanto à situação após a perda verifica-se que 58%

( $n=29$ ) iniciaram ou mantiveram os consumos e 42% ( $n=21$ ) não apresentavam consumos.

Então, concluí-se que em relação às situações de consumo, há uma diminuição da percentagem de consumo após a perda, mantendo esta, no entanto, superior relativamente ao não consumo (*ver tabela 6*).

**Tabela 6** - Situação de Consumos do enlutado antes e após a perda ( $N=50$ )

Consumos	<i>n</i>	%
Antes da perda		
Sim	42	84,0
Não	8	16,0
Após a perda		
Sim	29	58,0
Não	21	42,0

#### 4.2. Prevalência de Luto Complicado

Através de uma análise de frequências, verifica-se que existe uma elevada prevalência de Luto Complicado na amostra de toxicodependentes sendo que 74% ( $n=37$ ) apresenta sintomatologia indicativa de Luto Complicado. Para esta análise recorreu-se ao ponto de corte proposto pelos autores do teste ( $ICG \geq 25$ ) (*ver tabela 7*).

**Tabela 7** - Prevalência de Luto Complicado em Toxicodependentes ( $N=50$ )

	<i>n</i>	%
Toxicodependentes sem LC	13	26.0
Toxicodependentes com LC	37	74.0

Tendo em conta os toxicodependentes que apresentam sintomatologia de Luto Complicado, realizou-se uma análise de referências cruzadas (*crosstabs*) utilizando a variável sexo.

Com esta análise verificou-se que apesar da percentagem de mulheres a apresentar Luto Complicado ser menor do que a dos homens, essa discrepância é reduzida não sendo estatisticamente significativa (ver tabela 8).

**Tabela 8** - Diferenças na Prevalência de Luto Complicado ( $n=37$ ) entre sexos.

Sexo	Com LC		Sem LC	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Mulheres	73,3	11	26,7	4
Homens	74,3	26	25,7	9

#### **4.3. Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional, Depressão e Sintomatologia Traumática Toxicodependentes**

Foi realizada uma análise de correlações de *Pearson* entre as Dificuldades de Regulação Emocional e as sintomatologias avaliadas pelo ICG, BDI, IES-R e as suas dimensões (Evitamento, Intrusão, Hipervigilância e Embotamento Afectivo). Verificámos correlações significativas entre as Dificuldades de Regulação Emocional e os indicadores de Luto Complicado ( $,37$ ). Depressão ( $,72$ ) e Sintomatologia Traumática ( $,35$ ).

Foi, também feita uma análise da correlação entre cada subescala da DERS e o Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática (ver tabela 7). Foi possível verificar que há correlações estatisticamente significativas entre o indicador do Luto Complicado (ICG) e Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos ( $,45$ ), com a Dificuldade no Controlo de Impulsos ( $,37$ ), e com a Falta de Clareza Emocional ( $,30$ ).

Verificámos a existência de correlações estatisticamente significativas entre o indicador da Depressão (BDI) e todas as dimensões da DERS, com excepção da dimensão Falta de Consciência Emocional onde não se verifica correlação. Assim, as dimensões com as quais se correlaciona são: Não aceitação das Respostas Emocionais ( $,49$ ); Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos ( $,56$ ); Dificuldades no Controlo de Impulsos ( $,64$ ); Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional ( $,62$ ) e a Falta de Clareza Emocional ( $,47$ ).

Por fim, verificámos a existência de correlações estatisticamente significativas entre o indicador de Sintomatologia Traumática (IES-R total) e as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,39), as Dificuldades no Controlo de Impulsos (,40) e a Falta de Clareza Emocional (,36).

Foram ainda encontradas correlações positivas entre dimensões da DERS e algumas dimensões do IES-R, nomeadamente a Intrusão, Hipervigilância e Embotamento Afectivo. Assim a Intrusão correlaciona-se com Não aceitação das Respostas Emocionais (,71), com as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,65), com as Dificuldades no Controlo de Impulsos (,65), com o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,59) e com a Falta de Clareza Emocional (,52). A Hipervigilância apresenta correlações positivas significativas com as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,40), com as Dificuldades no Controlo de Impulsos (,40) e com a Falta de Clareza Emocional (,29). Por último, Embotamento Afectivo apresenta correlações positivas significativas com a Dificuldades no Controlo de Impulsos (,32), com a Falta de Clareza Emocional (,32) e correlação negativa com Falta de Consciência Emocional (-,40) (ver tabela 9).

**Tabela 9** - Resumo das correlações entre ICG, BDI, IES-R e as seis dimensões de Dificuldades de Regulação Emocional (N = 50)

	DERS Total	Não- aceitação	Objectivos	Impulsos	Consciência	Estratégias	Clareza
ICG	,37**	,10	,45**	,37**	,17	,26	,30*
BDI	,72**	,49**	,56**	,64**	,05	,62**	,47**
IES-R	,35*	,08	,39**	,40**	-,01	,28	,36*
Evitamento	,20	,05	,17	,24	-,18	,23	,27
Intrusão	,81**	,71**	,65**	,65**	,05	,59**	,52**
Hipervigilância	,33*	,06	,40**	,40**	,13	,21	,29*
Embotamento Afectivo	,22	,21	,12	,32*	-,40**	,15	,32*

Nota. \* $p < ,05$ . \*\* $p < ,01$ .

#### 4.4. Clarificação do papel preditor das Dificuldades de Regulação Emocional no Luto Complicado, Depressão e na Sintomatologia Traumática

Através de regressão linear verificamos que as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos, prediz 20,3% do Luto Complicado ( $R^2=,203$ , pelo método *stepwise*) (ver tabela 10).

As Dificuldades no Controlo de Impulsos e Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional, predizem 51,1% de Depressão ( $R^2=,511$ ) (ver tabela 10).

Além disso, as Dificuldades no Controlo de Impulsos, prediz 16,0% da sintomatologia traumática ( $R^2=0,16$ ) (ver tabela10).

**Tabela 10** - Resumo do impacto das Dificuldades de Regulação Emocional (variáveis independentes) no Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática ( $N = 50$ ).

Variáveis	LC			Dep.			Sint. Traumática		
	B	SE B	$\beta$	B	SE B	$\beta$	B	SE B	$\beta$
Não-aceitação	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Objectivos	1,88	,54	,45**	-	-	-	-	-	-
Impulsos	-	-	-	,99	,28	,43**	1,41	,47	,40**
Consciência	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estratégias	-	-	-	,72	,23	,38**	-	-	-
Clareza	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota. \* $p <,05$ . \*\* $p <,01$ .; Luto Complicado  $R^2=,203$ ; Depressão  $R^2=,51$ ; sintomatologia traumática  $R^2=0,16$ , pelo método *stepwise*.

#### 4.5. Luto Complicado e consumos

Através de uma análise de frequências é possível verificar que há diferenças nos consumos entre indivíduos que apresentam Luto Complicado e os que não apresentam.



Assim, denota-se que, tendo em conta apenas os indivíduos que apresentam Luto Complicado a percentagem que consumia antes da perda aumenta para depois da perda. Então, 71,4% ( $n=30$ ) dos indivíduos que apresenta Luto Complicado tinha consumos antes da perda, e 86,2% ( $n=25$ ) dos indivíduos com Luto Complicado consumiu após a perda.

Nos indivíduos onde não é patente a presença de Luto Complicado, existe uma diminuição das percentagens de indivíduos que consomem antes (28,6%,  $n=12$ ) para os que consomem depois (13,8%,  $n=4$ ).

**Tabela 11** - Diferenças nos consumos antes e após a perda em indivíduos com Luto Complicado ( $n=37$ ) e sem Luto Complicado ( $n=13$ ).

Consumos	Com LC		Sem LC	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Antes da perda				
Sim	71,4	30	28,6	12
Não	87,5	7	12,5	1
Após a perda*				
Sim	86,2	25	13,8	4
Não	57,1	12	42,9	9

Nota: LC – Luto Complicado. \* $p < ,05$  (McNemar test)

## **VIII. Discussão**

Os resultados empíricos obtidos através desta investigação levam-nos a uma discussão de resultados que se subdivide em dois níveis. Por um lado a uma discussão sobre os resultados obtidos e qual a sua relevância e, por outro lado, à comparação dos mesmos com os dados obtidos em outros estudos e expostos na literatura encontrada.

De um modo geral, verifica-se que os resultados encontrados respondem às questões de investigação colocadas inicialmente de modo a atingir os objectivos estabelecidos. Assim, foi possível caracterizar a população toxicodependente relativamente à história da perda mais significativa, descrever a prevalência de Luto Complicado, assim como verificar a relevância desta problemática nesta população, descrever de que modo as dificuldades de Regulação Emocional predizem o Luto Complicado, nesta população, identificando as principais dificuldades e analisar a relação entre a abstinência de consumo, após a perda, e o Luto Complicado.

Relativamente ao primeiro ponto, foram encontrados dados que nos permitem a caracterização desta população em relação à história de perda.

Analisando a perda mais significativa, verifica-se que a morte de avós constitui a perda mais relevante nesta população (26%) seguida de a morte de um dos progenitores (24%). Em comparação com a literatura encontrada, encontra-se uma compatibilidade, visto que a perda de um dos pais é considerado um factor de risco para a toxicodependência e encontra-se frequentemente na história de vida destes indivíduos (Amaral Dias, 1980; Fleming, 1995). O facto de a morte de um dos avós ser a perda referida como significativa na nossa amostra pode significar que estes parentes assumiam o papel dos progenitores que ou se encontravam ausentes ou eram negligentes, facto muito comum entre os toxicodependentes.

Quanto ao tipo de morte, não se verificam diferenças entre as mortes esperadas e inesperadas, existindo uma divisão simétrica da amostra (50%). É, no entanto, importante referir que o facto de a morte ser esperada ou inesperada se refere apenas ao modo como o indivíduo encarou a perda ou para ela estava preparado e não necessariamente com o carácter médico

inerente à gravidade de determinadas doenças e que tornam a morte previsível, como é o caso de Cancro, a causa de morte mais referenciada pela amostra (38%).

Relativo ao papel e função que o falecido mantinha na vida do enlutado, verifica-se que este se relaciona, na sua maioria, com um papel de suporte (38%), o que é compreensível à luz das necessidades monetárias, afectivas e sociais frequentemente presentes na vida destes indivíduos. É ainda de ressaltar os elevados valores registados quanto à importância do falecido nas suas vidas.

Comparando estes resultados com os descritos pela literatura, encontra-se uma discrepância. Na literatura a morte inesperada é considerada um factor de risco para o aparecimento de Luto Complicado (Stroeb et al, 2006), nesta população este facto não se verifica. No entanto, referente à qualidade e ao tipo de relação entre o enlutado e o falecido, verifica-se uma congruência de entre a literatura e os resultados obtidos nesta investigação, afirmando-se um papel preponderante destes factores na moderação do processo de adaptação ao Luto bem como no impacto que este processo terá na saúde física e mental do indivíduo (Stroebe et al., 2006).

Obteve-se uma elevada prevalência de Luto Complicado nesta amostra de população toxicodependente, 74%. Não sendo possível a comparação com resultados obtidos em anteriores estudos com esta população específica devido à escassez dos mesmos, sendo que o único ponto de comparação é um estudo de Blankfield realizado na década de 80, onde se encontra uma prevalência de 20% de indivíduos com sintomatologia de Luto Complicado num centro de tratamento de toxicodependentes (Blankfield, 1982/1983 cit in Zuckoff et al, 2006), e podendo a população toxicodependente ser considerada uma população psiquiátrica, estes resultados, em comparação com estudos realizados com populações psiquiátricas, revelam-se superiores. Destacando-se os estudos de Piper et al. (2001) e Kersting et al. (2009), cujos resultados rondam uma prevalência de 60%.

Estes mesmos resultados confirmam ainda que as características relativas à perda poderão realmente constituir factores de risco alarmantes e a ter em

conta nos processos de avaliação utilizados em contexto de tratamento da toxicodependência.

Na literatura não são descritas diferenças significativas entre sexos nos que diz respeito à prevalência do Luto Complicado, este dado é corroborado pelos resultados desta investigação, pois apesar de existirem diferenças na frequência estas não são estatisticamente significativas.

Outro resultado relevante aparece quando se compara os consumos pré e pós perda. A frequência de indivíduos que consumia antes da perda é significativamente maior do que os que não consumiam e o mesmo se verifica após a perda. No entanto, denota-se que a percentagem de indivíduos que consumia antes da perda é maior do que a percentagem dos que consomem depois da perda. Este dado, apesar de grande relevância, necessitará de ser trabalhado em estudos futuros, pois devido ao reduzido número de indivíduos da amostra não podem ser tiradas conclusões definitivas.

Pegando apenas nos dados dos indivíduos que apresentavam Luto Complicado, verifica-se que percentagem que consumia antes da perda, 71,4%, aumenta para depois da perda, 86,2%.

Nos indivíduos onde não é patente a presença de Luto Complicado, existe uma diminuição das percentagens de indivíduos que consomem antes, 28,6%, para os que consomem depois, 13,8%.

Estes dados conduzem-nos a uma questão ficando a duvida sobre se “o consumo após a perda aumenta o risco de luto complicado” ou se a presença de Luto Complicado propicia os consumos após a perda. Não nos foi possível responder devido a, por um lado ausência de literatura que nos desse directrizes sobre a questão e, por outro lado, a reduzida amostra não nos proporcionou a possibilidade de realizar análises mais específicas e rigorosas.

Relativamente à questões inicialmente colocadas sobre a possível relação das Dificuldades de Regulação Emocional e o Luto Complicado, nesta população específica, os resultados obtidos permitem concluir que os toxicodependentes, constituem uma população com elevado risco de ter Luto Complicado e que as Dificuldades de Regulação Emocional têm um impacto significativo no Luto

Complicado, justificado por um conjunto de aspectos que descreveremos nesta discussão.

O primeiro resultado que insurge prende-se com o facto de existirem correlações significativas entre as Dificuldades de Regulação Emocional e os indicadores de Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática nesta população.

Este aspecto leva-nos a abordar o Luto Complicado num novo âmbito dos factores de risco intrapessoais, que se relaciona com as dificuldades que o indivíduo apresenta no modo como lida e como regula as suas emoções. Focando a nossa atenção neste aspecto é possível referir que o desenvolver de um processo de Luto Complicado em toxicodependentes encontra-se relacionado com três Dificuldades de Regulação Emocional, nomeadamente, Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos, Dificuldade no Controlo de Impulsos, Falta de Clareza Emocional. Estes resultados vão de encontro ao que a literatura relata (Cooper, et al, 1992; Tull, et al, 2007; Hayes, et al, 1999). Relativamente às Dificuldades de Agir de Acordo com os Objectivos podemos dizer que o indivíduo que recorre a esta estratégia é incapaz de pensar noutra situação e de realizar tarefas e comportamentos que o permitam descentrar a atenção do Luto e ultrapassa-lo de modo adaptativo. Assim, estaremos, possivelmente, perante alguém que irá recorrer a estratégias de ruminação (Papageorgiou & Wells, 2003; Noelen-Hoeksema et al., 2008) como estratégia de regulação das suas emoções, fazendo com que as emoções negativas se mantenham por um período superior ao considerado normal, e levando ao consequente aparecimento do Luto Complicado.

As Dificuldades no Controlo de Impulsos correspondem a outra Dificuldade de Regulação Emocional associada à probabilidade de ocorrer um processo de Luto Complicado em toxicodependentes. Efectivamente, a dificuldade em controlar os impulsos e o seu comportamento perante um acontecimento negativo como a perda e a morte, poderá levar o indivíduo a recorrer a comportamentos desadaptativos de modo impulsivo como, iniciar o consumo de substâncias, recorrer à violência física em situações de stress, realizar actos irreflectidos de auto-punição, ou até mesmo tentativas de suicídio.

Tendo em conta que, segundo Greenberg (2002), indivíduos com níveis elevados de consciência emocional terão melhores capacidades de expressar os seus sentimentos, melhores capacidades de Regulação Emocional e, conseqüentemente, uma melhor adaptação ao processo de Luto, então a ausência desta capacidade levará certamente a um processo de Luto desadaptativo, ou Luto Complicado. De acordo com os nossos resultados, a ausência de capacidade de um indivíduo reconhecer as emoções que experiencia correlaciona-se com o Luto Complicado.

As dificuldades de Regulação Emocional correlacionadas com o Luto Complicado são as mesmas que apresentam correlações significativas com a Sintomatologia Traumática, o mesmo pode ser interpretado à luz de que o Luto Complicado resulta de um acontecimento de vida traumático.

Verificámos a existência de correlações estatisticamente significativas entre o indicador da Depressão (BDI) e todas as dimensões da DERS, com excepção da dimensão Falta de Consciência Emocional onde não se verifica correlação, dado curioso que vai de encontro ao descrito na literatura que correlaciona as Dificuldades de Regulação Emocional e Depressão Major (Aldao, et al, 2010).

Por último analisando de que forma as Dificuldades de Regulação Emocional predizem o luto, a depressão e o trauma, verificamos que a Dificuldade em Agir de Acordo com os Objectivos, prediz 20,3% do Luto Complicado, As Dificuldades no Controlo de Impulsos e Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional, predizem 51,1% de Depressão e as Dificuldade no Controlo de Impulsos, prediz 16,0% da sintomatologia traumática.

No seu conjunto, todos estes resultados são de grande relevância na compreensão e no tratamento da Toxicodependência.

Por um lado, permitem um alertar sobre uma problemática pouco estudada na Toxicodependência, como é o caso do Luto Complicado e que se pode revelar importante no tratamento da mesma.

Por outro lado, permite a percepção de um modelo de Dificuldades de Regulação Emocional que prediz, com um impacto elevado, não só o Luto Complicado como também a existência de outras perturbações como a

Depressão e a Sintomatologia Traumática na Toxicodependência podendo vir a ser úteis intervenções psicológicas direcionadas para as competências do indivíduo na regulação das emoções.

No entanto, é importante referir que os resultados obtidos não poderão ser generalizados para a população toxicodependente tendo em conta a falta de representatividade da amostra.

## **IX. Conclusão**

A presença de Luto Complicado é uma situação debilitante e que acarreta consequências devastas para a qualidade de vida do enlutado.

A identificação desta sintomatologia pós perda, poderá conduzir à elaboração de eficazes programas de tratamento nos indivíduos toxicodependentes. O nosso estudo é pioneiro no que respeita à identificação da taxa de prevalência assim como das suas consequências nos consumos, desta problemática.

Este estudo é também, pioneiro no que respeita à inclusão das Dificuldades de Regulação Emocional como factores preditivos do Luto Complicado nesta população de toxicodependentes.

Como forma de conclusão, propõe-se uma reflexão acerca de alguns aspectos relacionados com a temática abordada ao longo deste estudo.

A Toxicodependência é um fenómeno que, apesar de muito estudado, ainda não está totalmente compreendido. Pensar no Luto Complicado como um factor de grande relevância para a compreensão da temática poderá levar a implementação de eficazes estratégias de intervenção psicológica.

A perda por morte de um elemento significativo é dos acontecimentos de vida mais traumáticos que se pode vivenciar, esses acontecimentos nesta população têm, em muitos casos, papel de desencadear ou de manter o uso e abuso de substâncias. O prazer momentâneo proporcionado pelo consumo, vai camuflar a dor sentida e retardar a sua real expressão, fazendo que quando se expressa essa dor seja ainda mais avassaladora trazendo dificuldades para o normal processo de Luto e podendo desencadear num processo de Luto Complicado.

Os resultados obtidos excederam todas as expectativas que criamos acerca da prevalência destas Perturbações em toxicodependentes alertando assim para as consequências devastadoras que estão associadas a esta problemática nesta população em particular.

Os resultados do nosso estudo, têm também implicações clínicas importantes, na medida em que pela primeira vez é analisada a relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e o Luto Complicado em toxicodependentes. O facto de se verificarem Dificuldades de Regulação Emocional bem patentes nesta



população é importante sugerir que a intervenção nesta população é urgente e deve ser focada na tentativa de trabalhar as estratégias de Regulação Emocional que facilitem a adaptação à perda.

A falta de suporte empírico neste âmbito, implica que não existam intervenções especializadas que tenham como o objectivo a diminuição dos níveis de Luto Complicado através da regulação das emoções, nesta população altamente vulnerável, que são os toxicodependentes.

Deste modo, salientamos que seria fundamental alargar os parâmetros de avaliação de indivíduos em Luto, incluindo as variáveis estudadas de Luto Complicado e Dificuldades de Regulação Emocional, uma vez que estes dados forneceriam informações importantes a considerar no momento da intervenção.

Esta investigação deparou-se com algumas limitações. Estas limitações encontram-se particularmente relacionadas com a amostra, cujo reduzido número não os permite uma generalização a este tipo de população.

Algumas questões ficaram por resolver, pelo que se espera que investigações futuras se centrem nelas para um maior complemento da compreensão desta problemática.

Por fim, consideramos necessário referir que a dor provocada pela não adaptação ao processo de Luto é tão intensa, angustiante e incapacitante que deveria ser incluída nos futuros sistemas de classificação nosológica de Perturbações, *DSM-V*<sup>3</sup> e / ou no *CID-11*<sup>4</sup>, como uma perturbação mental distintas das restantes.

---

<sup>3</sup> DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual, Fifth Edition.

<sup>4</sup> ICD-11: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Edition.

## X. Bibliografia

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217-237.
- Amaral Dias, C. (1980). A Influência Relativa dos Factores Psicológicos e Sociais no Evolutivo Toxicómano. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Coimbra.
- Archer, J. (1999). *The mature of grief: The evolution and psychology of reactions to loss*. London: Routledge.
- Balzarotti, S., John, O., & Gross, J. (2010) An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 26*, (1) 61–67.
- Bargh, J., & Williams, L. (2007). On the nonconscious of emotion regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 429–445). New York: Guilford Press.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 53-63.
- Bellwood, L. R. (1975). Grief work in alcoholism treatment. *Alcohol Health and Research World, Exp Issue*, 8–11.
- Boelen, P., Bout, J., Hout, M. (2003). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 34*, 225–238.

- Boelen, P., Van de Schoot, R., Van den Hout M., & Keijser, J. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125 (1-3), 374-378.
- Bonanno, G., & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 126-137.
- Brackett, M., & Salovey, P. (2004). Measuring emotional intelligence as a mental ability with the Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test. In G. Geher (Ed.), *Measurement of emotional intelligence* (pp. 179–194). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Brito, M. & Esteves, M. (2001). *Consumos que nos consomem. Toxicodependência e toxicodependente*. Porto: Âmbor
- Camí, J., & Farré, M. (2003). Mechanisms of Disease: Drug Addiction. *The New England Journal of Medicine*, 349 (10), 975-986.
- Cardoso, C.M. (2001). “Droga” um problema de saúde pública. *Saúde Mental*, 4 (3), 9-17
- Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., & Rocha J. (2007, Junho). Impact of Event Scale - Revised (IES-R): Portuguese Validation, European Congress of Traumatic Stress, Opatija, Croacia.
- Chang, E., Downey, C., & Salata, J. (2004). Social problem solving and positive psychological functioning: Looking at the positive side of problemsolving. In E. C. Chang, T. J. D'Zurilla, & L. J. Sanna (Eds.), *Social problem solving: Theory, research, and training* (pp. 99–116). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Clark, D. (1988). A cognitive model of panic disorder. In S. Rachman, & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Clyne, C., & Blampied, N. (2004). Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: A preliminary study. *Behaviour Change*, 21, 269–281
- Coleman, S. & Stanton, M. (1978). The role of death in the addict family. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 79-91.
- Cooper, M. , Russell, M., Skinner, J., Frone, M., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 139–152.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiq Clín.*, 37 (4), 145-51.
- Dodge, K., & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. In J. Garber, & K. Dodge (Eds.), *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*. New York: Cambridge Studies.
- Duncan, D. (1978). Family stress and the initiation of adolescent drug abuse: a retrospective study. *Correct and Social Psychiatry*, 24 (3), 111-114.
- Dyregrow, K., Nordanger, D., & Dyregrow, A. (2003). Predictors of psychosocial stress after suicide. *Death studies*, 27, 143-165.
- D'Zurilla, T., Chang, E., Nottingham, E., IV, & Faccinni, L. (1998). Social problem solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1091–1107.
- Fleming, M. (1995). *Família e toxicodependência*. Porto: Edições Afrontamento
- Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington: American Psychological Association.

- Frade, B., Rocha, J., Sousa, H., Pacheco, D. (2009). Validation of Portuguese Version for Inventory of Complicated Grief. European Congress of Traumatic Stress, Oslo.
- Garber, J., & Dodge, K. (1991). *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*. New York: Cambridge Studies.
- Gratz K., & Roemer L. (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal Psychopathol Behav Assess*. 26, 41-54.
- Gratz, K., Rosenthal, M., Tull, M., & Lejuez, C. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 850–855.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Gross, J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion*, 13, (5), 551-573.
- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291
- Gross, J. (2007) *Handbook of Emotion Regulation*. USA: Guilford.
- Gross, J., & Muñoz, R. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164.
- Hansson, R. & Carpenter, B. (1994). *Relationships in old age: Coping with the challenge of transition*. New York: Guilford.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). The ACT model of psychopathology and human suffering. In *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change* (pp. 49–80). New York: Guilford Press.
- Horowitz, M., Siegel, B., Hoelen, A., Bonanno, G., Milbrath, C., & Stinson, C. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 904-910.
- Houwen, K., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Bout, J. & Wijngaards-de Meij, L. (2010). Risk factors for bereavement outcome: a multivariate approach. *Death Studies*, *34*, 195–220.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- John, O., & Gross, J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, *72*, 1301–1334.
- Keesee, N., Currier, J., & Neimeyer, R. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology*, *64*, (10), 1145–1163.
- Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baume, B., Arolt, V., & Suslow, T. (2009). Complicated Grief in Patients with Unipolar Depression. *Journal of Affective Disorders*, *118*, 201-204.
- Kring, A., & Bachorowski, J. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and Emotion*, *13*, 575–599.
- Kring A., & Werner K., (2004). Emotion regulation and psychopathology. In: Philipot P, Feldman RS, (eds). *The regulation of emotion*. New York: LEA, pp. 359-85.
- Latham A., & Prigerson, H. (2004). Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behavior*, *34*, (4), 350-362.

- Lynch, T., Trost, W., Salsman, N., & Linehan, M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 181–205.
- Machado-Vaz, F., Branco Vasco, A., & Greenberg, L. (2010). *Processos emocionais na adaptação e perturbação na idade adulta - Caracterização e evolução em Psicoterapia*. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- Mick, K., Medvene, L., & Strunk, J. (2003). Surrogate decision making at end of life: Sources of burden and relief. *Journal of Loss and Trauma, 8*, 149–167.
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1997). *Cuidados ao Toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ, Erlbaum.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 261–273.
- Piper, W., Ogradniczuk, J., Azim, H., & Weideman, R. (2001). Prevalence of Loss and Complicated Grief Among Psychiatric Outpatients. *Psychiatric Services, 52* (8), 1069-1074.
- Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S., Reynolds III, C., Anderson, B., Zubenko, G., 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., 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* (8), e1000121.

- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, A., et al. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59: 65-79.
- Raphael, B., & Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavements and PTSD. In J. Wilson, & T. Keane (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp.373-395). New York: Guilford.
- Raphael, B., Minkov, C., & Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & Schut (Eds.) *Handbook of bereavement*
- Rogers, C., Floyd, F., Seltzer, M., Greenberg, J., & Hong, J. (2008). Long-Term Effects of the Death of a Child on Parents' Adjustment in Midlife. *Journal of Family Psychology*, 22, (2), 203-211.
- Roemer, L., Orsillo, S., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized control trial. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 76, 1083–1089.
- Rottenberg, J., Gross, J., & Gotlib, I. (2005). Emotion context insensitivity in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 627–639.
- Sanders, C. (1999). *Grief: The mourning after: Dealing with adult bereavement* (2nd ed.). New York, Wiley and Sons.
- Salkovskis, P. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. In R. Swinson (Ed.), *Obsessive–compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 33–50). New York: Guilford Press.
- Sapolsky, R. M. (2007). Stress, stress-related disease, and emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 606–615). New York: Guilford Press.



- Scharzer, R., & Leppin, A. (1989). Social support: a meta-analysis. *Psychology and Health, 3*, 1-15.
- Schut, H., Stroebe, M., van den Bout, J., & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & M. Schut (Eds.) *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 705-737). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shapiro, E. (2001). Grief in interpersonal perspective: Theories and their implications. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 301–327). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sher, K. J., & Grekin, E. R. (2007). Alcohol and affect regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 560–580). New York: Guilford Press.
- Stanton, M. (1977). The addict as savior: heroin, death and the family. *Family Process, 16*, 191-197.
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine, 63*, 2440-2451.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & M. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 63-88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., Schut, H., & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 38*, 185-201.

- Stroebe, M., & Hansson, R. (2001). *Handbook of Bereavement Research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 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. (2000). Trauma and Grief: A Comparative Analysis. In J. H. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 81-96). Philadelphia: Brunnel/Mazel.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health Outcomes of Bereavement. *Lancet, 370*, 1960–1973.
- Suh, J.J, Robins, C.E., Ruffins, S., Albanese, M.J., & Khantzian, E.J. (2008). Self-medication Hypothesis: Connecting Affective Experience and Drug Choice. *Psychoanalytic Psychology, 25* (3), 518-532.
- Tull, M., & Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy, 38*, (4), 378–391.
- VanBoven, A., & Espelage, D. (2006). Depressive symptoms, coping strategies, and disordered eating among college women. *Journal of Counseling and Development, 84*, 341–348.
- Wegner, D., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality, 62*, 615–640.
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guildford.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., Bout, J., Heijden, P., et al. (2005). Couples at Risk Following the Death of Their Child:

Predictors of Grief Versus Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, (4), 617–623.

Winchester-Nadeau, J. (2001). Meaning making in family bereavement: A family system approach. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & M. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 329-347). Washington, DC: American Psychological Association.

Wranik, T., Barrett, L., & Salovey, P. (2007). Intelligent emotion regulation: Is knowledge power? In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 393–407). New York: Guilford Press.

Znoj, H. J., & Keller, D. (2002). Mourning parents: Considering safeguards and their relation to health. *Death Studies*, 26, 545–565.

Zuckoff, A. (2006). Treating Complicated Grief and Substance Abuse Disorders: A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 30 (3): 205-211

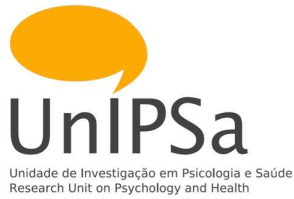


## **XI. Anexos**

---

**Anexo I:** *Termo de Consentimento Informado*

---



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro(a) Senhor(a), pertenço uma equipa de investigação designada de UnIPSa do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte e estou a realizar uma investigação sobre o Luto na população portuguesa. Para que a realização deste estudo seja possível, é indispensável a sua colaboração. Para tal é-lhe solicitado que preencha os questionários anexos a este termo de consentimento.

Informo ainda que poderá abandonar a investigação, sem qualquer tipo de repercussões, devendo contactar a Investigadora Dr.<sup>a</sup> Catarina Gonçalves.

Todos os dados recolhidos através dos questionários são confidenciais, não podendo ser usados para outros fins.

Obrigada pela sua colaboração!

Declaro que tomei conhecimento e que concordo em participar:

---

## **Anexo II: *Protocolo de Avaliação***

---



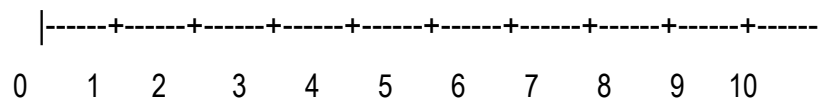
## Avaliação do Processo de Luto

- Sexo: F  M
- Idade: \_\_\_\_\_
- Estado Civil: \_\_\_\_\_
- Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_
- Profissão: \_\_\_\_\_

### Relação com o Falecido

A seguir encontram-se um conjunto de questões relacionadas com a perda de alguém que considere significativo na sua vida.

- Grau de Parentesco do Falecido: \_\_\_\_\_
- Há quanto tempo faleceu? \_\_\_\_\_
- Idade do Falecido: \_\_\_\_\_
- Importância do falecido na sua vida (nada importante – muitíssimo importante)



- Papel/função do falecido na sua vida: \_\_\_\_\_  
(Educação; Liderança; Chefe de Família; Financeiro; Negligente; Confidente; Suporte, etc.)

### Contextualização da Perda

- Morte Esperada  Morte Inesperada
- Causa da morte: \_\_\_\_\_

### Situação do Enlutado aquando da perda:

- Consumos anteriores à perda: Sim  Não
- Se sim, que substância: \_\_\_\_\_
- Com que frequência: \_\_\_\_\_
- Consumos após a perda: Sim  Não
- Se sim que substância: \_\_\_\_\_
- Com que frequência: \_\_\_\_\_

**Anexo III: Artigo**

---

LUTO COMPLICADO E REGULAÇÃO EMOCIONAL

Luto Complicado e Regulação Emocional em Toxicodependentes

Catarina S. Gonçalves

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte / UnIPSa

### Resumo

Uma considerável parte da população geral apresenta sintomatologia de Luto Complicado (LC) após a perda de alguém significativo. Esta é uma temática que é de grande relevância, pois pode trazer novas diretrizes para intervenções eficazes na área da toxicodependência. Foram avaliados 50 indivíduos (15 mulheres e 35 homens) com uma média de idades de 35,20 anos ( $DP=7,99$ ), toxicodependentes em tratamento de ambulatório e com história de perdas, utilizando os seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Dificuldades de Regulação Emocional, Inventário Depressivo de Beck, Escala de Impacto de Eventos Revista e a Escala de Luto Complicado. Observamos uma taxa de prevalência de LC de 74,0%. As Dificuldades de Agir de Acordo com os objectivos, predizem 20,3% do LC. Verifica-se, também que, após a perda, 86,2% dos participantes não-abstinentes em tratamento apresentam sintomatologia de LC, independentemente da substância consumida, enquanto 13,8% dos abstinentes em tratamento não apresenta LC. Estes resultados sugerem a integração de aspectos relacionados com o luto no tratamento de toxicodependentes, dada a sua relevância no percurso de consumos.

Palavras-chave: Luto Complicado, Regulação Emocional, Toxicodependência

### Abstract

A considerable part of the general population has symptoms of complicated grief (CG) after loss of someone significant. This is an issue that is of great importance because it can bring new guidelines for interventions in the field of addiction. We evaluated 50 individuals (15 women and 35 men) with a mean age of 35.20 years ( $SD = 7.99$ ), drug addicts in outpatient treatment and history of losses, using the following assessment instruments: Difficulties in Emotion Regulation Scale, Beck Depression Inventory, Impact of Event Scale Revised and Inventory of Complicated Grief. We observed a prevalence rate of 74.0% of CG. Difficulties Engaging in Goal-Directed Behavior predict 20,3% of the CG. There is also that after the loss, 86.2% of participants in non-abstinent treatment have symptoms of LC, regardless of substance, while 13.8% of abstinent in treatment presents no LC. These results suggest the integration of aspects of the mourning for the treatment of addicts, their relevance in the path of consumption.

Key words: Complicated Grief, Emotional Regulation, Drugs Addicts.

## Luto Complicado e Regulação Emocional em Toxicodependentes

Morrem em Portugal, anualmente, vítimas de diversas causas, aproximadamente 100 000 pessoas (Instituto Nacional de Estatística, 2010). Esses defuntos deixam familiares e amigos às portas de atravessar um processo de adaptação à perda, o processo de luto. Estudos demonstram que este processo de luto manifesta-se através de uma diversidade sintomática. Esta diversidade, apesar de variar de pessoa para pessoa, apresenta um padrão específico que permite a sua separação de outras perturbações, como a perturbação de ansiedade ou a depressão (Boelen, Van de Schoot, Van den Hout & Keijser, 2010). É normativo e adaptativo que a pessoa passe pelo processo de luto apresentando emoções e comportamentos específicos desta fase. No entanto, é esperado que a intensidade destas emoções e comportamentos se vá desvanecendo ao longo do tempo dando lugar, de novo, ao equilíbrio (Horowitz, Siegel, Hoelen, Bonanno, Milbrath & Stinson, 1997). Assim, quando uma pessoa perde alguém significativo, existe normalmente um período de elevado stress, frequentemente associado a sentimentos de culpa, arrependimento, solidão, e a outras reacções físicas e psicológicas, características de uma fase marcada pelo sofrimento da perda (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2000).

Há, porém, situações em que os sintomas, considerados normais numa perda significativa, devido à sua intensidade e duração, se tornam desadaptativos interferindo significativamente no quotidiano e impedindo que a pessoa retome a normalidade que tinha pré-perda (Prigerson et al, 1995).

Estudos demonstram que existe uma considerável parte de indivíduos com desordens de uso e abuso de substâncias que apresentam sintomas de luto complicado ou de uma má adaptação à perda de alguém significativo (Bellwood, 1975; Blankfield, 1982,1983 cit in Zuckoff, 2006).

São diversos os factores de risco que propiciam o processo de Luto Complicado e estes têm vindo a ser explorados por diversos autores (Rogers et al., 2008, Wijngaards-de Meij, et al., 2005; Prigerson et al, 2005), no entanto, o estudo da Regulação Emocional e da interferência que esta poderá ter neste processo, ainda se encontra numa fase muito embrionária.

Quando nos centramos no estudo da Regulação Emocional numa população específica como a de toxicodependentes a escassez de estudos é ainda mais preponderante. Já quando falamos de doentes psiquiátricos, há estudos que sustentam que as Dificuldades de

Regulação Emocional se encontram relacionadas com as perturbações psiquiátricas (Piper, Ogrodniczuk, Azim, & Weideman, 2001; Greenberg, 2002; Kersting et al., 2009; Machado-Vaz, Branco Vasco, & Greenberg, 2010).

### *Luto Complicado*

Perante um processo de luto, o indivíduo é capaz de lidar com as características inerentes ao mesmo sem permitir que estas interferiam negativa e permanentemente no curso normal da sua vida (Stroebe & Hansson, 2001; Stroebe, Schut, & Finkenauer, 2001).

Mas nem sempre o luto pode ser considerado um processo “normal” e adaptativo. Por vezes a intensidade e duração das manifestações sintomáticas são desproporcionais de forma a afectar consideravelmente o funcionamento normal do indivíduo e impede-o de recuperar o estado de equilíbrio que tinha anteriormente à perda. Assim, quando o processo de luto se desvia, dentro dos parâmetros culturais do indivíduo, da normalidade esperada quanto à duração, intensidade e sintomas específicos e gerais, considera-se que o indivíduo está a vivenciar um processo de Luto Complicado (Prigerson, *et al.*, 1995).

No entanto, e tendo em conta as lacunas existentes em diferenciar o Luto Complicado de outras perturbações como Depressão, Perturbação de Ansiedade e Pós Stress Traumático (Stroebe & Hansson, 2001), é ainda difícil fazer uma distinção clara entre o que é luto normal de Luto Complicado. Devido a esta dificuldade ou porque esta dificuldade existe não se encontram ainda estabelecidos critérios claros e consensuais relativamente ao Luto Complicado (Prigerson et al., 2009).

Um evento traumático como a morte, trás associado a si reacções psicológicas de intensidade variável, que se caracterizam pela presença de emoções negativas como: depressão, ansiedade, desespero, descrença, raiva e apatia (Stroebe & Hansson, 2001; Prigerson et al., 2009).

Se compararmos as emoções, referidas anteriormente, com emoções presentes em outras perturbações, encontramos vários pontos convergentes. Este é mais um factor que dificulta o estabelecimento de indicadores específicos do Luto Complicado. Este motivo tem movido um elevado número de investigadores a dedicarem-se ao estudo de factores específicos do Luto Complicado assim como a clarificar as verdadeiras implicações desta perturbação na saúde mental dos indivíduos (Stroebe & Hansson, 2001; Prigerson et al., 2009).

São alguns os estudos que se encontram que descrevem prevalências elevadas de Luto Complicado nas suas amostras (Piper et al., 2001; Kersting et al., 2009). Num estudo de 2001, realizado com doentes psiquiátricos, em que 15% da amostra era indivíduos com Desordens de Comportamentos Aditivos, verifica uma incidência de 60% de Luto Complicado na totalidade da amostra (Piper et al, 2001).

Mais recentemente, surgem estudos que associam o Luto Complicado a um declínio da saúde mental e física (Houwen et al., 2010; Stroebe, Schut & Stroebe, 2007), chegando a verificar-se que indivíduos que sofrem desta perturbação, apresentam mais cadência para o cancro, doenças cardíacas e distúrbios de sono (Prigerson et al., 1995) assim como um maior risco de suicídio (Latham & Prigerson, 2004) comparativamente com indivíduos que têm luto mais normativo.

#### *Luto Complicado e Toxicodependência*

Encontramos frequentemente na história de vida de um consumidor, situações de perdas, por morte, de algum dos progenitores ou familiares directos (Amaral Dias, 1980; Fleming, 1995). Esta perda é considerada, por alguns autores, sendo de maior relevância, no que toca às consequências negativas, comparativamente com a população em geral (Rosch, 1988 *cit in* Fleming, 1995).

Para o toxicodependente, uma perda é um acontecimento traumático e devastador do ponto de vista afectivo e emocional, assim, o luto, que deveria ser um processo de adaptação, torna-se demasiado penoso sendo, por isso, por vezes adiado. Frequentemente, esquecida no tempo, a dor da perda que, continuando presente, é aliviada e mascarada pelo consumo de drogas. O diagnóstico de toxicodependência insurge-se, ocultando a verdadeira índole dos sintomas (Fleming, 1995).

O luto tem vindo a ser considerado, ao longo do tempo, de grande relevância no tratamento de pessoas com comportamentos de abuso de substâncias (Zuckoff et al, 2006).

Estudos demonstram que existe uma considerável parte de indivíduos com desordens de uso e abuso de substâncias que apresentam sintomas de luto complicado ou de uma má adaptação à perda de alguém significativo (Bellwood, 1975; Blankfield, 1982,1983 *cit in* Zuckoff, 2006; Zuckoff, 2006).

Bellwood (1975), defende que o perceber questões relacionadas com situações de “luto não resolvido” na vida de alcoólicos pode ser a chave para o seu tratamento. Por seu lado

Blankfiel (cit in Zuckoff, 2006) refere que uma percentagem de 20% dos indivíduos que se encontram em tratamento apresenta sintomatologia compatível com Luto Complicado. Zuckoff (2006) publica um estudo piloto sobre tratamento de Luto Complicado em indivíduos com perturbação do comportamento aditivo, referindo que existe uma grande lacuna no que concerne ao entendimento e relevância dada a esta problemática na comunidade toxicodependente, sendo por isso, importante um maior aprofundar de conhecimentos sobre o Luto Complicado nesta população pois a implementação de tratamento específicos pode levar a resultados benéficos no tratamento de comportamento aditivos.

É apoiado empiricamente, que o início dos consumos, coincide, frequentemente, com a ocorrência de eventos traumáticos como a perda por morte de algum dos progenitores (Duncan, 1978; Coleman & Stanton, 1978; Stanton, 1977). Em Portugal, num estudo realizado por Amaral Dias (1980) com toxicodependentes, um dos factores identificados como mais categóricos na passagem de consumo de cannabis para o consumo de outras drogas consideradas “duras”, é a perda por morte do pai.

É também apoiado pela literatura que uma dos factores intrapessoais que predispõe o indivíduo para o aparecimento de dificuldades no processo de Luto é o consumo de substâncias, sejam elas álcool ou outras drogas que alterem o normal funcionamento do individuo e que causem dependência (Stroeb et al, 2006).

### *Regulação Emocional*

Actualmente as perspectivas dão grande importância ao papel das emoções nos comportamentos, nas tomadas de decisão, na qualidade da memória para acontecimentos importantes e até mesmo no facilitar dos relacionamentos interpessoais. As emoções podem ocorrer como resposta a estímulos internos ou externos ao indivíduo significativos para o seu bem-estar (Gross, 2007; Garber & Dodge, 1991). Contudo, as emoções tanto podem ser benéficas (adaptativas) como podem prejudicar o indivíduo (desadaptativas), caso ocorram no tempo errado ou com um nível de intensidade desadequado (Gross, 2007). As emoções podem estar relacionadas com o aparecimento e manutenção de diversas patologias mentais (Sher & Grekin, 2007) e físicas (Sapolsky, 2007) assim como em dificuldades de integração e relação sociais (Wranik, Barrett, & Salovey, 2007). No entanto, estes aspectos dependem quase exclusivamente da capacidade de cada um em regular as suas próprias emoções (Gross, 2007).



Subjacente à emoção surge, em meados da década de 80, pela primeira vez o conceito de Regulação Emocional.

A Regulação Emocional pode ser definida como “*processos pelos quais os indivíduos influenciam as emoções que têm, quando as têm e como experienciam e expressam essas emoções*” (Gross, 1998, p. 275).

Esta definição tem sido corroborada por diversos outros autores que a reforçam ao referir que a regulação das emoções é um processo através do qual os indivíduos, consciente ou inconscientemente (Bargh & Williams, 2007), modulam as suas emoções para dar uma resposta adequada às exigências ambientais (Gratz & Roemer, 2004; Gross & Muñoz, 1995).

O processo de regulação emocional encontra-se inter-relacionado com o processo de diferenciação emocional, na medida em que uma boa capacidade de diferenciação emocional, ou seja, a simbolização da experiência emocional, permite ao indivíduo desenvolver e expressar estratégias de regulação emocionais mais adaptativas (Machado Vaz, Branco Vasco & Greenberg, 2010).

Mais recentemente esta temática tem sido alvo de diversas investigações que correlacionam a Regulação Emocional com a psicopatologia e revelam grande importância da mesma em psicoterapia. É comprovado pela literatura que as Dificuldades de Regulação Emocional poderão estar na origem de diversas psicopatologias ou mesmo ter grande influência na sua manutenção (Gross & Muñoz, 1995; Kring & Werner, 2004). De destacar as perturbações mentais (Greenberg, 2002; Kring & Bachorowski, 1999), perturbações de personalidade borderline (Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007), depressão major (Rottenberg, Gross, & Gotlib, 2005), perturbações alimentares (Clyne & Blampied, 2004) e com comportamentos aditivos (Sher & Grekin, 2007). Por outro lado, uma Regulação Emocional adaptativa conduz a bons níveis de saúde, interações sociais positivas e com um bom rendimento académico e profissional (Brackett & Salovey, 2004; John & Gross, 2004).

A Regulação Emocional pode ocorrer de diversas formas. No entanto, uma das suas variedades mais óbvias e comuns consiste na auto-regulação mediada através do recurso a processos cognitivos conscientes. Porém, também é possível o indivíduo regular as suas emoções de forma independente, ainda que esta forma de Regulação Emocional ocorra um menor número de vezes (Gross, 2007).

A Regulação Emocional não é um processo inato ao indivíduo, mas sim um processo que se vai desenvolvendo ao longo da vida. Deste modo, o início e desenvolvimento do processo de Regulação Emocional é influenciado directamente pelo meio em que o indivíduo se insere, sendo que as relações interpessoais que estabelece e os processos desenvolvimentais por que atravessa assumem também papéis preponderantes neste processo. A aquisição e desenvolvimento da linguagem verbal e não verbal são aspectos que apresentam grande influência na Regulação Emocional, pois é através da linguagem que o ser humano vai trabalhar a capacidade de regular as suas emoções, e a sua posterior expressão (Dodge & Garber, 1991).

É deste modo que se afirma que a Regulação Emocional é um processo que ocorre ao longo de toda a vida, e é ao longo desta que se vai desenvolvendo e aperfeiçoando correspondendo às exigências de cada fase da vida. Assim é, também, de alto risco a ocorrência de problemas quando as respostas emocionais dadas pelo indivíduo a determinada situação não são as mais adaptadas à mesma, assim estamos perante as Dificuldades de Regulação Emocional (Dodge & Garber, 1991).

As Dificuldades de Regulação Emocional podem ocorrer de forma esporádica ou permanente. Quando de forma esporádica surgem sintomas de ansiedade, excessos comportamentais ou comportamentos de fuga. Quando de forma mais permanente podem conduzir ao aparecimento de perturbações psicopatológicas (Dodge & Garber, 1991).

#### *Regulação Emocional e Luto Complicado*

Quando ocorre um evento traumático como a perda de alguém significativo, a família em Luto passa por um período de reajustamento que será mediado pela duração e intensidade (Mick, Medvene, & Strunk, 2003). A presença de emoções intensas após a perda de um ente querido parece ser transversal em todas as culturas, sendo que esse aspecto por si só, não é um indicador da presença de psicopatologia. De facto, alguns dos sintomas associados à perda, são necessários para o processo emocional, uma vez que implicam o confronto com a realidade da perda facilitando a sua adaptação (Boelen, Bout & Hout, 2003).

Shapiro (2001), Znoj e Keller (2002) consideram que, no seio familiar, a adaptação à perda é facilitada pela capacidade de Regulação Emocional de cada elemento da família, pela não reactividade à intensidade emocional presente no sistema familiar, pela coesão e adaptabilidade e pela intimidade do casal. É ainda considerado que o melhor preditor do bem-estar emocional encontra-se relacionado com a capacidade de Regulação Emocional

de cada elemento da família e não com os estilos de *coping* centrados nas emoções que estes possam adoptar (Znoj & Keller, 2002).

No indivíduo adulto, a conceptualização da Regulação Emocional encontra-se intimamente relacionada com o seu papel, crucial na manutenção da saúde mental e na adaptação a eventos stressantes (Gross & Muñoz, 1995), nomeadamente na adaptação ao Luto (Bonnano & Keltner, 1997).

Neste sentido, Bonnano & Keltner (1997) consideram que um aspecto importante da Regulação Emocional durante o decorrer de um processo de Luto parece relacionar-se com a regulação ou dissociação das emoções negativas e com a valorização das emoções positivas experienciadas pelo enlutado.

Assim, aquando do processo de Luto, se o enlutado focalizar a sua atenção nas suas emoções e expressar convenientemente os seus sentimentos facilita a Regulação Emocional conduzindo assim a uma melhor adaptação ao Luto (Greenberg, 2002).

Um estudo realizado por Boelen et al. (2003), concluiu que os enlutados que atribuem significados mais negativos às emoções que experienciam, têm maior tendência a evitar estímulos associados com a perda, desenvolvendo Estratégias de Regulação Emocional negativas como a supressão, o evitamento e a ruminação.

Segundo o autor, a utilização recorrente destas estratégias desadaptativas, está significativamente relacionada com o desenvolvimento de Luto Complicado, depressão e Pós-Stress Traumático, e têm uma influência extremamente negativa no processamento emocional (Boelen, Bout & Hout, 2003).

Apesar de se verificar que a Regulação Emocional assume um papel preponderante na vida do indivíduo, não existem ainda estudos empíricos que validem e descrevam a real importância da influência das Dificuldades de Regulação Emocional no processo de Luto Complicado.

A importância da temática, a relevância do tema, e a escassez de estudos para a população toxicodependente, são pontos onde reside a pertinência deste estudo. É importante para além de descrever a prevalência de Luto Complicado e relevância que as Dificuldades de Regulação Emocional possam ter neste processo nesta população particular, verificar a implicação que esta problemática poderá ter nos tratamentos.

## Método

### *Participantes*

Foram avaliados 50 indivíduos (15 mulheres e 35 homens), toxicodependentes em tratamento em ambulatório no Centro de Respostas Integradas Porto Oriental - Equipa de Tratamento de Gondomar. Estes toxicodependentes apresentavam histórias de perdas de alguém significativo. As idades variavam entre os 20 e os 58 anos correspondendo a uma média de 35,2 anos ( $DP=7,99$ ).

Maioritariamente os indivíduos eram casados ou viviam em união de facto (54%,  $n=27$ ) e os restantes eram solteiros (38%,  $n=19$ ), viúvos (2%,  $n=1$ ) ou divorciados (6%,  $n=3$ ).

No que concerne às habilitações literárias, verifica-se que 8,0% ( $n=4$ ) dos pacientes têm o 1º ciclo de escolaridade, 60,0% ( $n=30$ ) têm o 2º ciclo, 26,0% ( $n=12$ ) frequentaram o 3º ciclo, 4,0% ( $n=2$ ) o ensino secundário e 2,0% ( $n=1$ ) possuem grau de Licenciado.

A maioria dos toxicodependentes desta amostra apresentava, na altura da avaliação, ocupação profissional (62%,  $n=31$ ).

Todos os indivíduos residiam no norte do país.

### *Instrumentos*

#### Questionário de Dados Demográficos e Avaliação da Situação de Luto

Este questionário foi desenvolvido pelos investigadores e é subdividido em duas partes. A primeira parte é composta por um conjunto de questões cujo fundamento se prende com a recolha de alguns dados sociodemográficos como idade, estado civil, habilitações literárias, profissão e sexo. Estes dados poderão ser indicadores importantes para a caracterização da amostra. A segunda parte deste questionário pretende avaliar a situação de Luto e tem três grupos de questões: a primeira explora a relação do enlutado com o falecido, a segunda contextualiza a perda e a terceira aborda a situação do enlutado aquando a perda no que diz respeito aos consumos.

#### Difficulties in Emotion Regulation Scale

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional encontra-se adaptada à população Portuguesa por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias (2010) e tem como objectivo a avaliação de dificuldades de regulação emocional que se encontram agrupadas em seis factores: 1) Não aceitação das Respostas Emocionais (Não Aceitação); 2) Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (Objectivos); 3) Dificuldades no Controlo de Impulsos

(Impulsos); 4) Falta de Consciência Emocional (Consciência); 5) Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (Estratégias) e 6) Falta de Clareza Emocional (Clareza).

A escala é constituída por 36 itens cuja resposta é dada através de uma escala *Likert* de 5 valores em que 1 corresponde a “Raramente” e 5 a “Sempre”.

O valor do  $\alpha$  de *Cronbach* da escala é de 0,93 (Coutinho et al., 2010; Gratz & Roemer, 2004).

#### Beck Depression Inventory

Esta é uma escala que se encontra traduzida e adaptada à população Portuguesa (Vaz-Serra & Abreu, 1973). Tem como objectivo averiguar a presença ou ausência de sintomatologia depressiva (sintomas afectivos, cognitivos e psicológicos) e com isso indicar em que nível de depressão se encontra o indivíduo (Depressão leve, moderada ou grave). Este questionário é composto por 21 grupos de afirmações de auto-resposta, cada grupo possui 4 afirmações que se encontram numeradas de 0 a 3, das quais o indivíduo terá de escolher uma afirmação para cada grupo de questões (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). A cotação faz-se através do somatório dos números correspondentes às afirmações escolhidas e consideramos que cotações acima de 12 representam presença de depressão. O valor do  $\alpha$  de *Cronbach* da escala é de 0,89 (Vaz-Serra & Abreu, 1973).

#### Inventory of Complicated Grief

O objectivo deste questionário é avaliar a sintomatologia de Luto Complicado. É um inventário constituído por 30 itens, relacionados com as cognições, emoções e comportamentos que definem o luto complicado, cuja resposta é dada através de uma escala tipo *Likert* de 5 valores em que 1 corresponde a “Nunca” e 5 corresponde a “Sempre” (Prigerson et al., 1995; Frade, Sousa, Pacheco, & Rocha, 2009). Os itens têm boas propriedades psicométricas e o  $\alpha$  de *Cronbach* da escala é de 0,914 (Frade, Sousa, Pacheco, & Rocha, 2009). Este inventário permite a diferenciação entre Luto Complicado, quando ICG *score* total  $\geq 25$ , de Luto não complicado ou dito “normal” (Prigerson et al., 1995; Frade, Sousa, Pacheco, & Rocha, 2009).

### Impact of Event Scale - Revised

O objectivo desta escala é avaliar a reacção traumática a um evento específico, no caso deste estudo o evento seria a perda por morte de um elemento significativo. É uma escala que se encontra adaptada à população portuguesa por Castanheira, Vieira, Glória, Afonso, & Rocha (2007) e é constituída por 22 itens, respondidos através de uma escala de *Likert* de 0 a 4 em que 0 representa “Nunca” e 4 “Extremamente”. O IES-R é constituído por 4 subescalas, nomeadamente, Evasão, Intrusão, Hipervigilância e Embotamento Afectivo, que avaliam sintomas como irritabilidade, agressividade, dificuldades de concentração, entre outros. Assim, consideramos que perante um IES-R *score* total  $\geq$  a 35 estamos perante uma Perturbação de Pós-Stress Traumático (PTSD). O valor do  $\alpha$  de *Cronbach* da escala é de 0,94 (Castanheira, Vieira, Glória, Afonso, & Rocha., 2007; Weiss & Marmar, 1997).

### *Procedimento*

Para a realização deste estudo foi pedida autorização ao Director do Serviço (CRI Porto Oriental - ET Gondomar), onde seria recolhida a amostra. A autorização foi concedida sem exigência de requisitos protocolares.

Inicialmente foi feita uma pré-selecção da amostra de forma a apenas incluir no estudo indivíduos com historial de perda significativa. Essa perda teria de ter ocorrido há pelo menos 6 meses.

Após esta pré-selecção, e satisfeitos os requisitos de inclusão na amostra, era apresentado aos indivíduos o Termo de Consentimento Informado em que é explícita a finalidade da avaliação assim como garantida a confidencialidade dos dados.

Posteriormente passava-se a aplicação do Protocolo de Avaliação constituído por: Questionário de Dados Demográficos e Avaliação da Situação de Luto, *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Inventory of Complicated Grief* (ICG) e *Impact of Event Scale - Revised* (IES-R).

Após recolhida a totalidade da amostra sucedeu-se a análise de dados. Estes dados foram anonimizados e inseridos numa base de dados para posterior tratamento através do programa *PASW Statistics 18*.

## Resultados

A realização da análise estatística teve como propósito alcançar cada um dos objectivos definidos. Para isso foram usados diversos métodos estatísticos.

Para uma descrição das características relativas à perda, foram realizadas análises descritivas das variáveis categoriais e contínuas. Num primeiro ponto relativamente aos dados relativos às características da perda e, num segundo ponto, a descrição das prevalências de Luto Complicado, Depressão e Pós Stress Traumático.

Recorrendo ao método *crosstabs*, realizaram-se análises fazendo a associação de duas ou mais variáveis. Com este método analisou-se a relação entre a variável *sexo* e *Luto Complicado* e a variável *tempo de perda* e *Luto Complicado*.

Através da análise de correlações pretendeu-se explicitar as correlações existentes entre Luto Complicado (ICG), Dificuldades de Regulação Emocional (EDRS).

### *Caracterização da população Toxicodependente relativamente à história da perda mais significativa*

Através da análise descritiva feita aos dados sociodemográficos obtidos com o questionário foi possível caracterizar a população toxicodependentes relativamente ao grau de parentesco com a pessoa falecida, papel e função do falecido na vida do enlutado, tipo e causa da morte, tempo decorrido após a perda, idade média do falecido, a importância que o falecido tinha na vida do enlutado e situação de consumos do enlutado antes e após a perda.

Relativamente ao grau de parentesco com a pessoa falecida, verifica-se que a maior incidência recai sobre a perda de avós, 26% ( $n=13$ ), seguida pela perda de um progenitor, 24% ( $n=12$ ). A perda de um elemento da família alargada também é frequente, apresentando uma percentagem de 22% ( $n=11$ ), as incidências menores ocorrem relativas com 18% ( $n=9$ ) a irmãos, 4% ( $n=2$ ) a amigos, 4% ( $n=2$ ) a conjuge e 2% ( $n=1$ ) a filhos (VER TABELA 1).

No que diz respeito ao papel e função do falecido na vida do enlutado, podemos verificar que na sua maioria, os indivisuos indicam o papel de Suporte com uma percentagem de 38% ( $n=19$ ), no entanto o papel de Confidente também se apresenta significativamente representado com 32% ( $n=16$ ) (VER TABELA 2).

Com a análise da variável Tipo de Morte, verificou-se que é reportada de igual forma a morte esperada e a morte inesperada (50%,  $n=25$ , para os dois casos).

Já quando analisamos a Causa de Morte são visíveis discrepâncias com o Câncer a assumir a maior expressividade dos números (38%,  $n=19$ ), seguido de Acidentes e Envenenamentos com 30% ( $n=15$ ) (VER TABELA 3).

Analisando o tempo decorrido desde a perda até ao momento da avaliação constata-se que este variava entre os 12 meses e os 120 meses correspondendo a uma média de 40,48 meses ( $SD=22,50$ ) correspondente a 3 anos e 4 meses aproximadamente.

A idade média do falecido é de 53,06 ( $SD=18,72$ ).

Numa escala que variava entre 0 e 10, em que 0 significava nada importante e 10 muitíssimo importante, era pedido aos indivíduos que indicassem o grau de importância do falecido na sua vida, a importância média do falecido era de 9,38 ( $SD=1,05$ ) (VER TABELA 4).

Através das respostas a questões específicas, relativas aos consumos, realizadas no questionário foi possível fazer uma análise sobre a situação de consumo do indivíduo antes e após a perda. Assim vê-se que 84% ( $n=42$ ) mantinham consumos antes da perda enquanto que apenas 16% ( $n=8$ ) não mantinham consumos. Quanto à situação após a perda verificou-se que 58% ( $n=29$ ) iniciaram ou mantiveram os consumos e 42% ( $n=21$ ) não apresentavam consumos.

Então, conclui-se que em relação às situações de consumo, há uma diminuição da percentagem de consumo após a perda, mantendo esta, no entanto, superior relativamente ao não consumo (VER TABELA 5).

#### *Prevalência de Luto Complicado*

Através de uma análise de frequências, verifica-se que existe uma elevada prevalência de Luto Complicado na amostra de toxicodependentes sendo que 74% ( $n=37$ ) apresenta sintomatologia indicativa de Luto Complicado. Para esta análise recorreu-se ao ponto de corte proposto pelos autores do teste ( $ICG \geq 25$ ) (VER TABELA 6).

Tendo em conta os toxicodependentes que apresentam sintomatologia de Luto Complicado, realizou-se uma análise de referências cruzadas (*crosstabs*) utilizando a variável sexo.

Com esta análise verificou-se que apesar da percentagem de mulheres a apresentar Luto Complicado ser menor do que a dos homens, essa discrepância é reduzida não sendo estatisticamente significativa (VER TABELA 7).



*Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional, Depressão e Sintomatologia Traumática Toxicodependentes*

Foi realizada uma análise de correlações de *Pearson* entre as Dificuldades de Regulação Emocional e as sintomatologias avaliadas pelo ICG, BDI, IES-R e as suas dimensões (Evitamento, Intrusão, Hipervigilância e Embotamento Afectivo). Verificámos correlações significativas entre as Dificuldades de Regulação Emocional e os indicadores de Luto Complicado (,37), Depressão (,72) e Sintomatologia Traumática (,35).

Foi, também feita uma análise da correlação entre cada subescala da DERS e o Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática (ver tabela 7). Foi possível verificar que existem correlações estatisticamente significativas entre o indicador do Luto Complicado (ICG) e Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,45), com a Dificuldade no Controlo de Impulsos (,37), e com a Falta de Clareza Emocional (,30). Verificámos a existência de correlações estatisticamente significativas entre o indicador da Depressão (BDI) e todas as dimensões da DERS, com excepção da dimensão Falta de Consciência Emocional onde não se verifica correlação. Assim, as dimensões com as quais se correlaciona são: Não aceitação das Respostas Emocionais (,49); Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,56); Dificuldades no Controlo de Impulsos (,64); Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,62) e a Falta de Clareza Emocional (,47).

Por fim, verificámos a existência de correlações estatisticamente significativas entre o indicador de Sintomatologia Traumática (IES-R total) e as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,39), as Dificuldades no Controlo de Impulsos (,40) e a Falta de Clareza Emocional (,36).

Foram ainda encontradas correlações positivas entre dimensões da DERS e algumas dimensões do IES-R, nomeadamente a Intrusão, Hipervigilância e Embotamento Afectivo. Assim a Intrusão correlaciona-se com Não aceitação das Respostas Emocionais (,71), com as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,65), com as Dificuldades no Controlo de Impulsos (,65), com o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,59) e com a Falta de Clareza Emocional (,52). A Hipervigilância apresenta correlações positivas significativas com as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,40), com as Dificuldades no Controlo de Impulsos (,40) e com a Falta de Clareza Emocional (,29). Por último, Embotamento Afectivo apresenta correlações positivas significativas com a Dificuldades no Controlo de Impulsos (,32), com a Falta de

Clareza Emocional (.32) e correlação negativa com Falta de Consciência Emocional (-.40) (VER TABELA 8).

*Clarificação do papel preditor das Dificuldades de Regulação Emocional no Luto Complicado, Depressão e na Sintomatologia Traumática*

Através de regressão linear verificamos que as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos, prediz 20,3% do Luto Complicado ( $R^2=,203$ , pelo método *stepwise*) (VER TABELA 10).

As Dificuldades no Controlo de Impulsos e Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional, predizem 51,1% de Depressão ( $R^2=,511$ ) (VER TABELA 10).

Além disso, as Dificuldades no Controlo de Impulsos, prediz 16,0% da sintomatologia traumática ( $R^2=0,16$ ) (VER TABELA 9).

*Luto Complicado e consumos*

Através de uma análise de frequências é possível verificar que existem diferenças nos consumos entre indivíduos que apresentam Luto Complicado e os que não apresentam. Assim, denota-se que, tendo em conta apenas os indivíduos que apresentam Luto Complicado a percentagem que consumia antes da perda aumenta para depois da perda. Então, 71,4% ( $n=30$ ) dos indivíduos que apresenta Luto Complicado tinha consumos antes da perda, e 86,2% ( $n=25$ ) dos indivíduos com Luto Complicado consumiu após a perda. Nos indivíduos onde não é patente a presença de Luto Complicado, existe uma diminuição das percentagens de indivíduos que consomem antes (28,6%,  $n=12$ ) para os que consomem depois (13,8%,  $n=4$ ) (VER TABELA 10).

Discussão

Os resultados empíricos obtidos através desta investigação levam-nos a uma discussão de resultados que se subdivide em dois níveis. Por um lado a uma discussão sobre os resultados obtidos e qual a sua relevância e, por outro lado, à comparação dos mesmos com os dados obtidos em outros estudos e expostos na literatura encontrada.

De um modo geral, verifica-se que os resultados encontrados respondem às questões de investigação colocadas inicialmente de modo a atingir os objectivos estabelecidos. Assim, foi possível caracterizar a população toxicodependente relativamente à história da perda mais significativa, descrever a prevalência de Luto Complicado, assim como verificar a

relevância desta problemática nesta população, descrever de que modo as dificuldades de Regulação Emocional predizem o Luto Complicado, nesta população, identificando as principais dificuldades e analisar a relação entre a abstinência de consumo, após a perda, e o Luto Complicado.

Relativamente ao primeiro ponto, foram encontrados dados que nos permitem a caracterização desta população em relação à história de perda.

Analisando a perda mais significativa, verifica-se que a morte de avós constitui a perda mais relevante nesta população (26%) seguida de a morte de um dos progenitores (24%). Em comparação com a literatura encontrada, encontra-se uma compatibilidade, visto que a perda de um dos pais é considerado um factor de risco para a toxicodependência e encontra-se frequentemente na história de vida destes indivíduos (Amaral Dias, 1980; Fleming, 1995). O facto de a morte de um dos avós ser a perda referida como significativa na nossa amostra pode significar que estes parentes assumiam o papel dos progenitores que ou se encontravam ausentes ou eram negligentes, facto muito comum entre os toxicodependentes.

Quanto ao tipo de morte, não se verificam diferenças entre as mortes esperadas e inesperadas, existindo uma divisão simétrica da amostra (50%). É, no entanto, importante referir que o facto de a morte ser esperada ou inesperada se refere apenas ao modo como o indivíduo encarou a perda ou para ela estava preparado e não necessariamente com o carácter médico inerente à gravidade de determinadas doenças e que tornam a morte previsível, como é o caso de Cancro, a causa de morte mais referenciada pela amostra (38%).

Relativo ao papel e função que o falecido mantinha na vida do enlutado, verifica-se que este se relaciona, na sua maioria, com um papel de suporte (38%), o que é compreensível à luz das necessidades monetárias, afectivas e sociais frequentemente presentes na vida destes indivíduos. É ainda de ressaltar os elevados valores registados quanto à importância do falecido nas suas vidas.

Comparando estes resultados com os descritos pela literatura, encontra-se uma discrepância. Na literatura a morte inesperada é considerada um factor de risco para o aparecimento de Luto Complicado (Stroeb et al, 2006), nesta população este facto não se verifica. No entanto, referente à qualidade e ao tipo de relação entre o enlutado e o falecido, verifica-se uma congruência de entre a literatura e os resultados obtidos nesta investigação, afirmando-se um papel preponderante destes factores na moderação do processo de

adaptação ao Luto bem como no impacto que este processo terá na saúde física e mental do indivíduo (Stroebe et al., 2006).

Obteve-se uma elevada prevalência de Luto Complicado nesta amostra de população toxicodependente, 74%. Não sendo possível a comparação com resultados obtidos em anteriores estudos com esta população específica devido à escassez dos mesmos, sendo que o único ponto de comparação é um estudo de Blankfield realizado na década de 80, onde se encontra uma prevalência de 20% de indivíduos com sintomatologia de Luto Complicado num centro de tratamento de toxicodependentes (Blankfield, 1982/1983 cit in Zuckoff et al, 2006), e podendo a população toxicodependente ser considerada uma população psiquiátrica, estes resultados, em comparação com estudos realizados com populações psiquiátricas, revelam-se superiores. Destacando-se os estudos de Piper et al. (2001) e Kersting et al. (2009), cujos resultados rondam uma prevalência de 60%.

Estes mesmos resultados confirmam ainda que as características relativas à perda poderão realmente constituir factores de risco alarmantes e a ter em conta nos processos de avaliação utilizados em contexto de tratamento da toxicodependência.

Na literatura não são descritas diferenças significativas entre sexos nos que diz respeito à prevalência do Luto Complicado, este dado é corroborado pelos resultados desta investigação, pois apesar de existirem diferenças na frequência estas não são estatisticamente significativas.

Outro resultado relevante aparece quando se compara os consumos pré e pós perda. A frequência de indivíduos que consumia antes da perda é significativamente maior do que os que não consumiam e o mesmo se verifica após a perda. No entanto, denota-se que a percentagem de indivíduos que consumia antes da perda é maior do que a percentagem dos que consomem depois da perda. Este dado, apesar de grande relevância, necessitará de ser trabalhado em estudos futuros, pois devido ao reduzido número de indivíduos da amostra não podem ser tiradas conclusões definitivas.

Pegando apenas nos dados dos indivíduos que apresentavam Luto Complicado, verifica-se que percentagem que consumia antes da perda, 71,4%, aumenta para depois da perda, 86,2%.

Nos indivíduos onde não é patente a presença de Luto Complicado, existe uma diminuição das percentagens de indivíduos que consomem antes, 28,6%, para os que consomem depois, 13,8%.

Estes dados conduzem-nos a uma questão ficando a dúvida sobre se “o consumo após a perda aumenta o risco de luto complicado” ou se a presença de Luto Complicado propicia os consumos após a perda. Não nos foi possível responder devido a, por um lado ausência de literatura que nos desse directrizes sobre a questão e, por outro lado, a reduzida amostra não nos proporcionou a possibilidade de realizar análises mais específicas e rigorosas.

Relativamente às questões inicialmente colocadas sobre a possível relação das Dificuldades de Regulação Emocional e o Luto Complicado, nesta população específica, os resultados obtidos permitem concluir que os toxicodependentes, constituem uma população com elevado risco de ter Luto Complicado e que as Dificuldades de Regulação Emocional têm um impacto significativo no Luto Complicado, justificado por um conjunto de aspectos que descreveremos nesta discussão.

O primeiro resultado que surge prende-se com o facto de existirem correlações significativas entre as Dificuldades de Regulação Emocional e os indicadores de Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática nesta população.

Este aspecto leva-nos a abordar o Luto Complicado num novo âmbito dos factores de risco intrapessoais, que se relaciona com as dificuldades que o indivíduo apresenta no modo como lida e como regula as suas emoções. Focando a nossa atenção neste aspecto é possível referir que o desenvolver de um processo de Luto Complicado em toxicodependentes encontra-se relacionado com três Dificuldades de Regulação Emocional, nomeadamente, Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos, Dificuldade no Controlo de Impulsos, Falta de Clareza Emocional. Estes resultados vão de encontro ao que a literatura relata (Cooper, et al, 1992; Tull, et al, 2007; Hayes, et al, 1999).

Relativamente às Dificuldades de Agir de Acordo com os Objectivos podemos dizer que o indivíduo que recorre a esta estratégia é incapaz de pensar noutra situação e de realizar tarefas e comportamentos que o permitam descentrar a atenção do Luto e ultrapassá-lo de modo adaptativo. Assim, estaremos, possivelmente, perante alguém que irá recorrer a estratégias de ruminação (Papageorgiou & Wells, 2003; Noelen-Hoeksema et al., 2008) como estratégia de regulação das suas emoções, fazendo com que as emoções negativas se

mantenham por um período superior ao considerado normal, e levando ao conseqüente aparecimento do Luto Complicado.

As Dificuldades no Controlo de Impulsos correspondem a outra Dificuldade de Regulação Emocional associada à probabilidade de ocorrer um processo de Luto Complicado em toxicodependentes. Efectivamente, a dificuldade em controlar os impulsos e o seu comportamento perante um acontecimento negativo como a perda e a morte, poderá levar o indivíduo a recorrer a comportamentos desadaptativos de modo impulsivo como, iniciar o consumo de substâncias, recorrer à violência física em situações de stress, realizar actos irreflectidos de auto-punição, ou até mesmo tentativas de suicídio.

Tendo em conta que, segundo Greenberg (2002), indivíduos com níveis elevados de consciência emocional terão melhores capacidades de expressar os seus sentimentos, melhores capacidades de Regulação Emocional e, conseqüentemente, uma melhor adaptação ao processo de Luto, então a ausência desta capacidade levará certamente a um processo de Luto desadaptativo, ou Luto Complicado. De acordo com os nossos resultados, a ausência de capacidade de um indivíduo reconhecer as emoções que experiencia correlaciona-se com o Luto Complicado.

As dificuldades de Regulação Emocional correlacionadas com o Luto Complicado são as mesmas que apresentam correlações significativas com a Sintomatologia Traumática, o mesmo pode ser interpretado à luz de que o Luto Complicado resulta de um acontecimento de vida traumático.

Verificámos a existência de correlações estatisticamente significativas entre o indicador da Depressão (BDI) e todas as dimensões da DERS, com excepção da dimensão Falta de Consciência Emocional onde não se verifica correlação, dado curioso que vai de encontro ao descrito na literatura que correlaciona as Dificuldades de Regulação Emocional e Depressão Major (Aldao, et al, 2010).

Por último analisando de que forma as Dificuldades de Regulação Emocional predizem o luto, a depressão e o trauma, verificamos que a Dificuldade em Agir de Acordo com os Objectivos, prediz 20,3% do Luto Complicado, As Dificuldades no Controlo de Impulsos e Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional, predizem 51,1% de Depressão e as Dificuldade no Controlo de Impulsos, prediz 16,0% da sintomatologia traumática.

No seu conjunto, todos estes resultados se revelam de grande relevância na compreensão e no tratamento da Toxicodependência.

Por um lado, permitem um alertar sobre uma problemática pouco estudada na Toxicodependência, como é o caso do Luto Complicado e que se pode revelar importante no tratamento da mesma.

Por outro lado, permite a percepção de um modelo de Dificuldades de Regulação Emocional que prediz, com um impacto elevado, não só o Luto Complicado como também a existência de outras perturbações como a Depressão e a Sintomatologia Traumática na Toxicodependência podendo vir a ser úteis intervenções psicológicas direccionadas para as competências do indivíduo na regulação das emoções.

No entanto, é importante referir que os resultados obtidos não poderão ser generalizados tendo em conta o reduzido número da amostra.

### Conclusão

Este estudo é pioneiro no que respeita à inclusão das Dificuldades de Regulação Emocional como factores preditivos do Luto Complicado nesta população de toxicodependentes.

Salientamos que seria fundamental alargar os parâmetros de avaliação de indivíduos em Luto, incluindo as variáveis estudadas de Luto Complicado e Dificuldades de Regulação Emocional, uma vez que estes dados forneceriam informações importantes a considerar no momento da intervenção.

Esta investigação deparou-se com algumas limitações. Estas limitações encontram-se particularmente relacionadas com a amostra, cujo reduzido número não os permite uma generalização a este tipo de população.

Algumas questões ficaram por resolver, pelo que se espera que investigações futuras se centrem nelas para um maior complemento da compreensão desta problemática.

Por fim, consideramos necessário referir que a dor provocada pela não adaptação ao processo de Luto é tão intensa, angustiante e incapacitante que deveria ser incluída nos futuros sistemas de classificação nosológica de Perturbações, *DSM-V*<sup>5</sup> e / ou no *CID-11*<sup>6</sup>, como uma perturbação mental distintas das restantes.

---

<sup>5</sup> DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual, Fifth Edition.

<sup>6</sup> ICD-11: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Edition.

Referências

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217-237.
- Amaral Dias, C. (1980). A Influência Relativa dos Factores Psicológicos e Sociais no Evolutivo Toxicómano. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Coimbra.
- Bargh, J., & Williams, L. (2007). On the nonconscious of emotion regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 429–445). New York: Guilford Press.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 53-63.
- Bellwood, L. R. (1975). Grief work in alcoholism treatment. *Alcohol Health and Research World, Exp Issue*, 8–11.
- Boelen, P., Bout, J., Hout, M. (2003). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 34*, 225–238.
- Boelen, P., Van de Schoot, R., Van den Hout M., & Keijser, J. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders, 125* (1-3), 374-378.
- Bonanno, G., & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of bereavement. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 126-137.
- Brackett, M., & Salovey, P. (2004). Measuring emotional intelligence as a mental ability with the Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test. In G. Geher (Ed.), *Measurement of emotional intelligence* (pp. 179–194). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.



- Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., & Rocha J. (2007, Junho). Impact of Event Scale - Revised (IES-R): Portuguese Validation, European Congress of Traumatic Stress, Opatija, Croacia.
- Clyne, C., & Blampied, N. (2004). Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: A preliminary study. *Behaviour Change*, 21, 269–281
- Coleman, S. & Stanton, M. (1978). The role of death in the addict family. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 79-91.
- Cooper, M. , Russell, M., Skinner, J., Frone, M., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 139–152.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiq Clín.*, 37 (4), 145-51.
- Dodge, K., & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. In J. Garber, & K. Dodge (Eds.), *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*. New York: Cambridge Studies.
- Duncan, D. (1978). Family stress and the initiation of adolescent drug abuse: a retrospective study. *Correct and Social Psychiatry*, 24 (3), 111-114.
- Fleming, M. (1995). *Família e toxicodependência*. Porto: Edições Afrontamento
- Frade, B., Rocha, J., Sousa, H., Pacheco, D. (2009). Validation of Portuguese Version for Inventory of Complicated Grief. European Congress of Traumatic Stress, Oslo.
- Garber, J., & Dodge, K. (1991). *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*. New York: Cambridge Studies.
- Gratz K., & Roemer L. (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal Psychopathol Behav Assess.* 26, 41-54.

- Gratz, K., Rosenthal, M., Tull, M., & Lejuez, C. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 850–855.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271–299.
- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology, 39*, 281-291
- Gross, J. (2007) *Handbook of Emotion Regulation*. USA: Guilford.
- Gross, J., & Muñoz, R. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 278–290.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). The ACT model of psychopathology and human suffering. In *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change* (pp. 49–80). New York: Guilford Press.
- Horowitz, M., Siegel, B., Hoelen, A., Bonanno, G., Milbrath, C., & Stinson, C. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*, 904-910.
- Houwen, K., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Bout, J. & Wijngaards-de Meij, L. (2010). Risk factors for bereavement outcome: a multivariate approach. *Death Studies, 34*, 195–220.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- John, O., & Gross, J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality, 72*, 1301–1334.
- Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baume, B., Arolt, V., & Suslow, T. (2009). Complicated Grief in Patients with Unipolar Depression. *Journal of Affective Disorders, 118*, 201-204.

- Kring, A., & Bachorowski, J. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and Emotion, 13*, 575–599.
- Kring A., & Werner K., (2004). Emotion regulation and psychopathology. In: Philipot P, Feldman RS, (eds). *The regulation of emotion*. New York: LEA, pp. 359-85.
- Latham A., & Prigerson, H. (2004). Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behavior, 34*, (4), 350-362.
- Lynch, T., Trost, W., Salsman, N., & Linehan, M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 181–205.
- Machado-Vaz, F., Branco Vasco, A., & Greenberg, L. (2010). *Processos emocionais na adaptação e perturbação na idade adulta - Caracterização e evolução em Psicoterapia*. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- Mick, K., Medvene, L., & Strunk, J. (2003). Surrogate decision making at end of life: Sources of burden and relief. *Journal of Loss and Trauma, 8*, 149–167.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 261–273.
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Azim, H., & Weideman, R. (2001). Prevalence of Loss and Complicated Grief Among Psychiatric Outpatients. *Psychiatric Services, 52* (8), 1969-1074.
- Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S., Reynolds III, C., Anderson, B., Zubenko, G., 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., 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* (8), e1000121.

- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, A., et al. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59: 65-79.
- Rogers, C., Floyd, F., Seltzer, M., Greenberg, J., & Hong, J. (2008). Long-Term Effects of the Dead of a Child on Parents' Adjustment in Midlife. *Journal of Family*
- Rottenberg, J., Gross, J., & Gotlib, I. (2005). Emotion context insensitivity in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 627–639.
- Sapolsky, R. M. (2007). Stress, stress-related disease, and emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 606–615). New York: Guilford Press.
- Shapiro, E. (2001). Grief in interpersonal perspective: Theories and their implications. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 301–327). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sher, K. J., & Grekin, E. R. (2007). Alcohol and affect regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 560–580). New York: Guilford Press.
- Stanton, M. (1977). The addict as savior: heroin, death and the family. *Family Process*, 16, 191-197.
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*, 63, 2440-2451.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & M. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 63-88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., Schut, H., & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 185-201.

- Stroebe, M., & Hansson, R. (2001). *Handbook of Bereavement Research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 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. (2000). Trauma and Grief: A Comparative Analysis. In J. H. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 81-96). Philadelphia: Brunnel/Mazel.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health Outcomes of Bereavement. *Lancet*, 370, 1960–1973.
- Tull, M., & Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy*, 38, (4), 378–391.
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guildford.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., Bout, J., Heijden, P., et al. (2005). Couples at Risk Following the Death of Their Child: Predictors of Grief Versus Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, (4), 617–623.
- Wranik, T., Barrett, L., & Salovey, P. (2007). Intelligent emotion regulation: Is knowledge power? In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 393–407). New York: Guilford Press.
- Znoj, H. J., & Keller, D. (2002). Mourning parents: Considering safeguards and their relation to health. *Death Studies*, 26, 545–565.
- Zuckoff, A. (2006). Treating Complicated Grief and Substance Abuse Disorders: A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 30 (3): 205-211.

## Tabelas

**Tabela 1** - Parentesco do Falecido ( $N=50$ )

Parentesco do falecido	<i>n</i>	%
Avós	13	26,0
Pais	12	24,0
Conjuge	2	4,0
Filhos	1	2,0
Família Alargada	11	22,0
Amigos	2	4,0
Irmãos	9	18,0

**Tabela 2** - Papel e função do falecido na vida do enlutado ( $N=50$ )

Papel e função do falecido	<i>n</i>	%
Educação	3	6,0
Liderança	4	8,0
Chefe de Família	5	10,0
Financeiro	2	4,0
Negligente	1	2,0
Confidente	16	32,0
Suporte	19	38,0

**Tabela 3** - Tipo e causa da morte ( $N=50$ )

Tipo e Causa da Morte	<i>n</i>	%
Tipo de morte		
Morte inesperada	25	50,0
Morte esperada	25	50,0
Causa da morte		
Cancro	19	38,0
Acidentes e envenenamentos	15	30,0
Doenças do aparelho circulatório	5	10,0
Doenças do aparelho respiratório	1	2,0
Doenças do aparelho digestivo	4	8,0
Outras causas	6	12,0

**Tabela 4** - Características relativas à perda significativa ( $N=50$ )

Características	<i>M</i>	<i>SD</i>
Há quanto tempo faleceu (meses)	40,48	22,50
Idade do Falecido (anos)	53,06	18,72
Importância do falecido (0 - 10)	9,38	1,05

**Tabela 5** - Situação de Consumos do enlutado antes e após a perda (*N*=50)

Consumos	<i>n</i>	%
Antes da perda		
Sim	42	84,0
Não	8	16,0
Após a perda		
Sim	29	58,0
Não	21	42,0

**Tabela 6** - Prevalência de Luto Complicado em Toxicodependentes (*N*=50)

	<i>n</i>	%
Toxicodependentes sem LC	13	26,0
Toxicodependentes com LC	37	74,0

**Tabela 7** - Diferenças na Prevalência de Luto Complicado (*n*=37) entre sexos.

Sexo	<i>Com LC</i>		<i>Sem LC</i>	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Mulheres	73,3	11	26,7	4
Homens	74,3	26	25,7	9

**Tabela 8** - Resumo das correlações entre ICG, BDI, IES-R e as seis dimensões de Dificuldades de Regulação Emocional (*N* = 50)

	DERS Total	Não-aceitação	Objectivos	Impulsos	Consciência	Estratégias	Clareza
ICG	,37**	,10	,45**	,37**	,17	,26	,30*
BDI	,72**	,49**	,56**	,64**	,05	,62**	,47**
IES-R	,35*	,08	,39**	,40**	-,01	,28	,36*
Evitamento	,20	,05	,17	,24	-,18	,23	,27
Intrusão	,81**	,71**	,65**	,65**	,05	,59**	,52**
Hipervigilância	,33*	,06	,40**	,40**	,13	,21	,29*
Embotamento Afectivo	,22	,21	,12	,32*	-,40**	,15	,32*

Nota. \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

**Tabela 9** - Resumo do impacto das Dificuldades de Regulação Emocional (variáveis independentes) no Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática ( $N = 50$ ).

Variáveis	LC			Dep.			Sint. Traumática		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$
Não-aceitação	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Objectivos	1,88	,54	,45**	-	-	-	-	-	-
Impulsos	-	-	-	,99	,28	,43**	1,41	,47	,40**
Consciência	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estratégias	-	-	-	,72	,23	,38**	-	-	-
Clareza	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota. \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .; Luto Complicado  $R^2 = .203$ ; Depressão  $R^2 = .51$ ; sintomatologia traumática  $R^2 = 0,16$ , pelo método *stepwise*.

**Tabela 10** - Diferenças nos consumos antes e após a perda em indivíduos com Luto Complicado ( $n=37$ ) e sem Luto Complicado ( $n=13$ ).

Consumos	Com LC	Sem LC
----------	--------	--------



	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Antes da perda				
Sim	71,4	30	28,6	12
Não	87,5	7	12,5	1
Após a perda*				
Sim	86,2	25	13,8	4
Não	57,1	12	42,9	9

Nota: LC – Luto Complicado. \* $p < ,05$  (McNemar test)

**Anexo IV:** *Resumo submetido para Comunicação Oral*  
*“Crise e Trauma do Séc. XXI” do II Congresso Bienal*  
*ORASI.*

---

## **Luto Complicado e Regulação Emocional em Toxicodependentes**

Uma considerável parte da população apresenta sintomatologia de Luto Complicado (LC) após a perda de alguém significativo. Esta é uma temática que, não sendo empiricamente muito apoiada, é de grande relevância, pois pode trazer novas directrizes para intervenções futuras e eficazes nesta área.

É constatado por Rosenfeld (1960), que o sujeito adicto possui uma baixa tolerância à dor e à depressão, assim em situações traumáticas ou perdas, não há uma adaptação positiva o que pode conduzir a situações problemáticas.

Estudos de neuroimagem revelam que, o abuso de substâncias provoca alterações em determinadas áreas do cérebro que se encontram implicadas na experiência e regulação emocional.

Neste estudo foi avaliado de que forma a Regulação Emocional está relacionada, como factor preditivo, com o LC numa população específica de Toxicodependentes, assim como de que forma o LC influencia situações de consumo após a perda.

Foram avaliados 50 indivíduos (15 mulheres e 35 homens) com uma média de idades de 35,20 anos ( $SD=7,99$ ), toxicodependentes em tratamento de ambulatório e com história de perdas, utilizando os seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Dificuldades de Regulação Emocional, Inventário Depressivo de Beck, Escala de Impacto de Eventos Revista e a Escala de Luto Complicado.

Observamos uma taxa de prevalência de LC de 74,0% ( $ICG > 24$ ). Através da regressão linear múltipla, as dificuldades de envolvimento em comportamentos orientados para a acção, as dificuldades no controlo de impulsos e as dificuldades de diferenciação emocional predizem 24,0% do LC. Verificou-se, também que, após a perda, 86,2% dos participantes não-abstinentes em tratamento apresentam sintomatologia de LC, independentemente da substância consumida, enquanto 13,8% dos abstinentes em tratamento não apresenta LC.

Estes resultados sugerem a integração de aspectos relacionados com o luto no tratamento de toxicodependentes.

Catarina Gonçalves

## **Anexo V: *Curriculum Vitae***

---