



Contributos para a investigação dos efeitos do luto perinatal na esquizofrenia

Cátia Andreia de Sousa Nunes

Tese de Mestrado em Psicologia Clínica
Orientação: Prof. Doutor José Carlos Rocha

Gandra, Maio de 2016

Dissertação apresentada ao Instituto Universitário de Ciências da Saúde para obtenção do grau de mestrado, sob orientação do Prof. Doutor José Carlos Ferreirinha Cardoso da Rocha.

Agradecimentos

Este espaço é dedicado a todos aqueles que contribuíram para que esta etapa fosse concluída. Não posso deixar de manifestar nesta pequena homenagem o agradecimento sincero de todos aqueles que foram importantes nesta caminhada.

Quero agradecer em primeiro lugar a minha família e amigos, sem vocês seria muito mais complicado a realização deste objetivo. Não posso deixar de agradecer especialmente aos meus pais, que sempre me apoiaram e me deram forças para continuar. Assim como os meus amigos, que me aturavam nas piores alturas, não preciso mencionar nomes pois vocês sabem. Não consigo deixar de mencionar o meu afilhado, que no decorrer desta luta foi um incentivo para conseguir sempre mais.

Quero também agradecer ao meu orientador de dissertação, Professor José Carlos Rocha, por toda a paciência e disponibilidade manifestada que fizeram com este trabalho tenha chegado a bom termo. A sua calma e o seu apoio foram determinantes.

Agradeço ainda a todos os colegas e professores que de alguma forma tenham contribuído não só para este trabalho, mas que ao longo desta jornada me tenham apoiado e incentivado.

A todos vocês um muito obrigada! Sem a vossa paciência nunca teria conseguido!

Índice

Introdução	6
Parte I “Utilidade do Inventário de Luto Complicado (ICG) para a avaliação de sintomas de luto em doentes com Esquizofrenia”	9
Parte II “Generating narratives after an unwanted prenatal diagnosis: randomized controlled trial”.	33
Parte III “ The relevance of losses, grief and traumatic stress in schizophrenics and their caregivers”	54
Parte IV “Mourning in Schizophrenia and in the Caregivers of Patients with Schizophrenia”	79
Parte V “ The usefulness of a rating scale to evaluate grief symptoms in schizophrenic patients”	82
Parte VI “Traumatic exposure and symptoms in Angolan Civil War veterans”	85
Anexos	

Lista de anexos

Anexo1- Regras de submissão do artigo: “Utilidade do Inventário de Luto Complicado (ICG) para a avaliação de sintomas de luto em doentes com Esquizofrenia”

Introdução

Esta dissertação foi realizada no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica da CESPU-Instituto Universitário De Ciências Da Saúde. Não me posso centrar apenas num único tema, pois ao longo da minha estadia neste instituto e enquanto desenvolvia o meu projeto existiram outros que estavam diretamente ligados ao meu objetivo inicial que não posso deixar de mencionar aqui.

No início desta jornada, e quando foram apresentados alguns temas, esquizofrenia e luto foram os que me despertaram desde logo interesse. Assim sendo o objetivo principal inicialmente seria avaliar se os processos de luto complicado vividos ao longo de uma gravidez teriam alguma influência posteriormente no desenvolvimento de psicoses.

O meu primeiro projeto desenvolvido “Generating narratives after an unwanted prenatal diagnosis: randomized controlled trial” abordava alguns dos pontos-chave que seriam essenciais para o projeto com doentes esquizofrénicos, ao abordar as questões de perdas o período perinatal. O seu manuscrito foi submetido e aceite no Journal of Genetic Counseling.

Seguidamente foi-me proposto uma submissão de um poster no “*XIV Conference of European Society for Traumatic Stress Studies Trauma in Changin Societies: Social Contexts and Clinical Practice*” realizado em junho de 2015 na Lituânia. “Traumatic exposure and symptoms in Angolan Civil War veterans”. Este poster foi apenas construído por mim, a partir de uma dissertação que estava a ser realizada por uma outra aluna.

Ao longo destes desafios que foram desenvolvidos, mantinha mais dois projetos, estes relacionados com a minha recolha de dados, com os doentes esquizofrénicos, um deles já finalizado e apresentado seguidamente “Utilidade do Inventário de Luto Complicado (ICG) para a avaliação de sintomas de luto em doentes com Esquizofrenia”. Neste projeto é abordada a realidade dos dias de hoje, onde questões como a morte e o sofrimento são evitados em pacientes com diagnóstico psiquiátrico. O presente trabalho tem como objetivo a validação do ICG para a avaliação de sintomatologia de luto em doentes com psicoses. Para tal, pretende-se obter os valores descritivos deste instrumento neste grupo, efetuar estudo de fidelidade através da consistência interna e efetuar estudo de validade; validade externa com recurso aos sintomas de PTSD e com recurso ao emparelhamento entre pacientes e seus familiares; e validade fatorial.

Com este estudo espera-se que seja um ponto de partida para uma maior e melhor produção científica nesta área, uma vez que acaba por ser desvalorizada. De uma maneira geral, a ICG revelou possuir boas características psicométricas, a par disso, a análise da sensibilidade dos itens mostrou que os mesmos possuem bom poder discriminativo. Embora sejam reconhecidas limitações, este torna-se pertinente uma vez ser um dos primeiros que aborda estas variáveis a nível nacional.

Enquanto desenvolvia o projeto acima mencionado, estava também envolvida num outro, “The relevance of losses, grief and traumatic stress in schizophrenics and their caregivers”, este trabalho ainda esta em fase de desenvolvimento, contudo, considerando o meu contributo relevante, achei apropriado que estivesse inserido nesta dissertação. Neste trabalho, o meu contributo recaiu sobre a parte empírica do projeto.

Com os resultados obtidos nos dois últimos projetos mencionados, foram elaborados dois posters. O poster “Mourning in Schizophrenia and in the Caregivers of Patients with

Schizophrenia”, submetido no “*International Review of Psychosis & Bipolarity*”. E o poster “The usefulness of a rating scale to evaluate grief symptoms in schizophrenic patients” que será submetido no Reino Unido.

Esta dissertação encontra-se assim dividida em seis partes, onde na primeira se encontra o artigo “Utilidade do Inventário de Luto Complicado (ICG) para a avaliação de sintomas de luto em doentes com Esquizofrenia”.

Na segunda parte podemos então encontrar o artigo já submetido e aceite “Generating narratives after an unwanted prenatal diagnosis: randomized controlled trial”.

Na terceira parte vira um draft do trabalho desenvolvido até ao momento da entrega da dissertação do artigo “ The relevance of losses, grief and traumatic stress in schizophrenics and their caregivers”. Seguidamente estarão os resumos dos porters submetidos, pela seguinte ordem: “Mourning in Schizophrenia and in the Caregivers of Patients with Schizophrenia”, “ The usefulness of a rating scale to evaluate grief symptoms in schizophrenic patients” e “Traumatic exposure and symptoms in Angolan Civil War veterans”.

**“Utilidade do Inventário de Luto Complicado (ICG) para a avaliação
de sintomas de luto em doentes com Esquizofrenia”**

Artigo proposto a submissão á revista **“Psiquiatria Clinica”**

**Utilidade do Inventário de Luto Complicado (ICG) para a avaliação de sintomas
de luto em doentes com Esquizofrenia**

**Inventory of Complicated Grief (ICG) usefulness for the evaluation of grief
symptoms in patients with Schizophrenia**

C. Nunes¹, J. Rocha^{1,2}, M. Pinheiro³, D. Mendes³, N.Carvalho³

¹ IINFACTS, CESPU, PORTUGAL; ² Centro Genética Clínica, Porto, PORTUGAL;
³ Centro Hospitalar Tâmega e Sousa Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental,
PORTUGAL

Autor correspondente: Cátia Nunes

Catia.nunes.upt@gmail.com

Nº Telefone: 913538488

Resumo

Para uma atuação eficaz numa situação complexa como é o luto, junto de um grupo tão específico com são os doentes com psicose, é fundamental a utilização de instrumentos com características psicométricas adequadas. O objetivo é validar a utilização do ICG de Prigerson, et al.(1) com a finalidade de possibilitar o reconhecimento de indicadores de luto complicado em doentes com esquizofrenia, utilizando a sintomatologia de PTSD e os dados emparelhados entre doentes com esquizofrenia e cuidador para a validade externa.

A recolha de dados recai numa amostra constituída por dois grupos, o grupo de doentes com psicose com 33 participantes e o grupo dos seus cuidadores (n=21). Após a resolução das autorizações inerentes à recolha de dados, procedeu-se à sua recolha e análise dos mesmos.

Os resultados obtidos para o estudo de fidelidade do instrumento indicam um Alfa de *Cronbach* 0.967 o que permite inferir que é muito boa (2). A versão que pretendemos utilizar para avaliar a sintomas de luto em doentes com esquizofrenia é melhor entendida com uma estrutura unifatorial, como a sua versão original de Prigerson et al.(1). Face à validade externa, verificamos correlações significativas com os sintomas de PTSD e com os sintomas de luto dos cuidadores emparelhados.

Este estudo destaca a relevância dos sintomas de avaliação de luto em pacientes com esquizofrenia e conclui que, embora o padrão de sintomas é ligeiramente inferior, existe um impacto de perdas de um modo semelhante ao não-esquizofrênicas indivíduos que não pode ser desvalorizada.

Palavras-chave: Luto complicado; Esquizofrenia; ICG; Sintomas de luto em esquizofrênicos.

Abstract

For an efficient performance in a complex situation as is the mourning, from a group so specific with are the sick with psychosis, is fundamental to the use of instruments with adequate psychometric characteristics. The goal is to validate the use of the ICG to Prigerson, et al.(1). With the purpose of enabling the recognition of indicators of complicated grief in patients with schizophrenia, using the symptoms of depression and the paired data between patients with schizophrenia and care for external validity.

The collection of data falls on a sample consisting of two groups, psychotic patients group with 33 participants and the group of their caregivers (n=21). After resolution of commitments inherent in the collection of data and proceeded to its collection and analysis of them.

The results obtained for the study of fidelity of the instrument indicate a Cronbach's alpha of 0.967 which allows inferring that is very good (2). The version that you want to use to evaluate the symptoms of mourning in sick schizophrenics is best understood with a one-factor structure, as your original version of Prigerson et al.(1). In the face of external validity, we found significant correlations with the symptoms of depression and with the symptoms of mourning of caregivers paired.

This study highlights the relevance of the symptoms of evaluation of mourning in patients with schizophrenia and concludes that, although the pattern of symptoms is slightly lower, there is an impact of losses in a manner similar to the non-schizophrenic individuals who cannot be devalued.

Keywords: Complication grief; Schizophrenic; ICG; Grief Symptoms in schizophrenic.

Introdução

De acordo com a APA (3), a esquizofrenia é a perturbação mental, com maior frequência de manifestações psicóticas. Esta é caracterizada por sintomas positivos e sintomas negativos. Envolvendo um conjunto complexo de alterações do pensamento, percepção, afeto, comunicação e comportamento. A esquizofrenia é caracterizada por graves alucinações e delírios, ou seja, pós défices neurocognitivos e sintomas psicóticos (4).

Fatores biológicos, psicológicos e sociais estão na origem desta perturbação. O seu tratamento requer o auxílio dos profissionais de saúde, dos familiares e amigos, e, fundamentalmente, da participação do doente. A psicose e as suas consequências no sujeito pode prejudicar substancialmente a sua vida pessoal e o seu funcionamento social (3, 5-9). Esta perturbação atinge 1% da população mundial. Se tivermos em consideração uma forma mais branda de esquizofrenia a percentagem sobe substancialmente para os 3 a 5% (3).

Naturalmente, os doentes com esquizofrenia assim como a restante população, passam por processos de luto.

O luto, para Parkes (14), este é entendido como uma importante transição psicossocial, com impacto em todas as áreas de influência humana. O luto é definido como um conjunto de reacções emocionais, físicas, comportamentais e sociais, que aparecem como resposta a uma perda. O luto é uma resposta natural à perda de um ente querido, sendo este um acontecimento stressante que a maioria das pessoas terá que enfrentar ao longo da vida (15). Independentemente de este ser muito doloroso e perturbador, a maioria dos enlutados (80-90%) supera a perda e a descrença que sente inicialmente, encarando posteriormente a perda como uma realidade (16). Passados seis meses da perda, muitos

dos enlutados aceitam e percebem o futuro como uma possibilidade de se relacionarem satisfatoriamente com outra pessoa, sendo também capazes de trabalhar produtivamente e de se distraírem com atividades de lazer (17). No entanto, existem casos em que o luto não evolui favoravelmente, resultando em consequências severas que afectam a saúde mental e física dos sobreviventes. São as formas de luto complicado com maior associação a problemas de saúde como a depressão, a ansiedade, o abuso de álcool e medicamentos bem como o risco de surgimento de doenças e suicídios (18). Uma grande perda é um processo de transição que obriga o ser humano a adaptar as suas percepções sobre o mundo e sobre si próprio (19).

Nas últimas décadas é reportado um aumento de exposição a eventos traumáticos e uma maior incidência de lutos complicados (20). Relativamente à experiência traumática propriamente dita (21), podemos caracterizar como:

“(...) a experiência pessoal direta com um acontecimento que envolva a morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca de uma morte violenta ou não esperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo. A resposta da pessoa ao acontecimento deve envolver um medo intenso, sentimento de incapacidade de ter ajuda ou horror (...)”(21).

Para Raphael (22), a distinção entre trauma e luto detém à natureza da sintomatologia, assim sendo, apesar do tipo de sintomatologia ser semelhante, o conteúdo do experimento de cada um dos fenómenos é distinto (22). A exposição a eventos traumáticos e a presença de sintomas de PTSD são frequentemente observados em indivíduos com esquizofrenia (6,10,12,20). O sujeito pode evitar voluntariamente as recordações de acordo com o

evento, tendo dificuldade em abordar a situação. Por outro lado, no luto o indivíduo pode procurar sítios relacionados com o falecido, evitando expor os seus sentimentos e sintomatologia típica de luto. As crises e perdas são vividas em ambas as situações (23), desta forma, estas duas variáveis assemelham-se e ao mesmo tempo diferenciam-se, revelando assim pensamentos intrusivos e recordações (22).

Existem várias questões relacionando o luto e a esquizofrenia, contudo, quando interligadas, estes dizem respeito a perdas adquiridas após o diagnóstico da doença (11). Estas perdas estão relacionadas com o desenvolvimento do significado pessoal para com a doença, criando assim uma nova identidade (6). Estes pacientes refletem sobre a sua nova condição assim como compreendem o seu novo eu após diagnóstico.

A esquizofrenia e o luto são duas questões muito pouco estudadas quando relacionadas. Há um certo número de estudos, mas quando ambas estão relacionadas, existe muito pouca informação. Como é possível ver, as questões que se relacionam com a dor e os pacientes psicóticos são mais para as perdas que este adquire após a descoberta da doença e não a perda de alguém como uma entidade.

Há nos esquizofrénicos o luto por uma vida sem a doença, uma vida sem as limitações, estigma e constrangimentos. No modelo médico tradicional, questões como a morte e o sofrimento são evitadas em pacientes com diagnóstico psiquiátrico (12).

As perdas vividas ao longo do diagnóstico desta doença mental podem ser classificadas como perdas internas e externas (13). Entende-se por perdas internas as deficiências cognitivas (falta de concentração e defeitos de memória, confusão e diminuta capacidade de solução de problemas), a baixa autoestima e a falta de perspectivas para o futuro. Por outro lado, as perdas externas referem-se a um declínio na vida social e a uma mudança

no papel do paciente e posição na sociedade. Visto isto, o luto é visto numa outra perspetiva de perda.

No que se refere ao luto propriamente dito, sabe-se que há sintomatologia deste nos doentes com esquizofrenia, contudo acaba por ser desvalorizado, uma vez que este grupo se encontra sobre o efeito de medicação. De uma forma geral, não é dada a devida importância a sintomatologia de luto nos doentes com esquizofrenia, no entanto, pretendemos contribuir para que esta realidade seja modificada, assim sendo, o nosso objetivo é validar o ICG para a avaliação de sintomatologia de luto em doentes com psicoses, recorrendo aos sintomas de PTSD e ao emparelhamento entre doentes com psicose e cuidadores de forma a verificar a validade externa.

Parte empírica do estudo

A revisão da literatura realizada permitiu-nos reconhecer a importância da validação de instrumentos que nos permitam avaliar a sintomatologia do luto e dos problemas e queixas que as pessoas com perturbações psicóticas apresentam em resposta a um acontecimento ou experiência de vida stressantes. Dada a existência de instrumentos já validados para a população normal, afigura-se pertinente a validação destes para este grupo que representa um grupo relevante na população mundial.

Não foram localizados na literatura estudos sobre a sua validade para amostras portuguesas específicas como a de pacientes com psicoses. Por tal motivo, a proposta deste estudo é validar o ICG para a avaliação de sintomatologia de luto em doentes com psicoses.

Objetivo

O presente trabalho tem como objetivo a validação do ICG para a avaliação de sintomatologia de luto em doentes com psicoses. Para tal, pretende-se obter os valores descritivos deste instrumento neste grupo, efetuar estudo de fidelidade através da consistência interna e efetuar estudo de validade; validade externa com recurso aos sintomas de PTSD e com recurso ao emparelhamento entre pacientes e seus familiares; e validade fatorial.

Participantes

O presente estudo possui dois grupos, o grupo de doentes com esquizofrenia, o grupo dos seus cuidadores. De salientar que os dados dos doentes psicóticos e dos seus cuidadores encontram-se emparelhados. Seguidamente, será efetuada a descrição de cada um destes (Tabela 1).

A amostra do grupo de doentes é constituída por 33 participantes, com idades entre os 27 e os 64 anos ($M= 44.79$; $DP= 10.738$), sendo 69.7% ($n=23$) do sexo masculino e 30.3% ($n=10$) do sexo feminino. No que se refere ao estado civil, 69.7% ($n=23$) encontram-se solteiros, 15.2% ($n=5$), são casados ou vivem em união de facto e 15.2% ($n=5$) e divorciados. Quanto à profissão, 39.5% ($n=13$) encontram-se desempregados, 51.5% ($n=17$) são reformados e 9% ($n=3$) exercem uma atividade profissional. Relativamente à patologia, o grupo é caracterizado por 81.3% ($n=26$) de esquizofrénicos do tipo paranoide e 18.8% ($n=6$) do tipo residual. Quanto ao tratamento, 69.7% ($n= 23$) estão sujeitos a tratamento oral e injetável e 30.3% ($n=10$) apenas estão sujeitos a tratamento injetável.

Relativamente ao grupo de cuidadores, a amostra é constituída por 21 participantes, com uma média de idades de 66 e DP= 13.92. Estes são maioritariamente do sexo feminino 19 (90.48%), sendo o sexo masculino uma percentagem de 9.52% (n=2).

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a recolha de dados foram o ICG e ICD-11 e o questionário sociodemográfico.

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico pretende reunir informações dos participantes do estudo referentes à idade, ao sexo, as habilitações literárias, ao estado civil, à profissão e às histórias de perdas no seio familiar.

Para o grupo dos doentes com psicose, este questionário possuía ainda questões acerca dos dados clínicos, que assentam essencialmente no tipo de esquizofrenia, no tratamento que esta a ser administrado, assim como a sua iniciação e frequência, e na história de doença mental na família.

ICG

O ICG foi criado Prigerson, et al. (1) com a finalidade de possibilitar o reconhecimento de indicadores de luto patológico como a raiva e as alucinações, distinguindo o luto complicado (ICGtotal > 25) e não complicado (1). Veio ainda colmatar a necessidade de

instrumentos direcionados para a sintomatologia de luto complicado, diferenciando-o igualmente de “Outras perturbações emocionais tal como a depressão” (1).

No estudo de validação da versão original, a amostra era constituída por 70 indivíduos enlutados (M=66.90; SD=6.15), sendo 19 do sexo masculino e 51 do sexo feminino, em comparação com 27 indivíduos sem luto (M=81.63; SD=6.15), do sexo masculino (N=7) e do sexo feminino (N=20). O ponto de corte de >25 discrimina assim 20% (N=13) da amostra delimitando dificuldades em termos sociais, ao nível cognitivo e ao funcionamento geral em relação à perda, em comparação aos sujeitos que se situavam abaixo.

Para Prigerson et al (1), o ICG é melhor caracterizado por um único fator (eigenvalue=10.015, $R^2 = 0.999$), possuindo uma consistência interna alta (Alfa de Cronbach = 0.94). No que se refere à validade externa, o ICG foi validado em relação a outras escalas como o Inventário Depressivo de Beck – BDI (28) ($r=0.67$; $p < 0.001$) e o Texas Revised Inventory of Grief- TRIG (29) ($r=0.87$; $p < 0.001$).

As conclusões finais do autor original da escala vão no sentido de “*realização de estudos que repliquem as conclusões preliminares desta escala em indivíduos mais jovens*”(1) assim como a “*necessidade de maior validação do mesmo instrumento*” (26).

Este instrumento foi traduzido e validado para a população portuguesa por Frade (2009) e apresenta boa consistência interna (0,91; Frade et al, 2009). É cotado através de uma escala de Likert de 0 a 4 (“nunca” a “sempre”) com um total de pontuação que varia entre 0 a 76, sendo o ponto de corte igual à sua versão original (ICG>25) indicativo de luto complicado. O ICG é distribuído por 5 constructos. O 1.º constructo avalia as dificuldades traumáticas, tendo correspondência aos itens 11, 10, 9, 12 e 2; o 2.º constructo

corresponde as dificuldades de separação, que corresponde aos itens 4, 13, 5, 1 e 19. No que diz respeito aos itens 6, 7, 8 e 3 corresponde ao 3.º constructo que avalia a dimensão negação e revolta. O constructo 4 corresponde a dimensão psicótica e diz respeito aos itens 14 e 15, e por ultimo o 5.º constructo recai sobre a dimensão depressiva e corresponde aos itens 18, 17 e 16. Assim sendo, o ICG é um dos instrumentos mais utilizados a nível clínico devido a sua especificidade e fidelidade (1, 22, 30).

Resumidamente, o ICG é um instrumento fidedigno, curto, de rápida e fácil aplicação, revelando-se uma relevante ferramenta para avaliar e diferenciar sujeitos que possam estar na presença de um luto complicado, apesar de nunca ter sido aplicado a amostra de doentes com psicose.

ICD-11

O ICD-11 foi traduzido para a versão portuguesa por Rocha, Sá, Almeida, Chilembo, Silva e Maia (2014), a partir da versão inglesa de Cloitre et al. (27). O instrumento é constituído por 38 itens divididos em três escalas entre PTSD composta por 7 itens, C-PTSD (Complex Post-Traumatic Stress Disorder) composta por 17 itens e BPD (Borderline Perturbation Disorder) que por sua vez possui 14 itens. Esta escala tem como objetivo avaliar os problemas e queixas que as pessoas tem em resposta a um acontecimento ou experiencia de vida stressantes. Devido a dificuldades do público-alvo deste estudo, foi utilizada apenas a escala referente ao PTSD.

Procedimento de coleta

Os pacientes tiveram o direito de escolher participar ou não na investigação e as suas identidades foram preservadas. Inicialmente, foi efetuado o contato com a comissão de ética. Depois de aceite o protocolo, foi administrado a um grupo de doentes com esquizofrenia seguidos no domicílio e aos seus cuidadores. As visitas ao domicílio são efetuadas por uma enfermeira que aplica a dose injetável da medicação. Antes da aplicação dos protocolos foi efetuado um esclarecimento sobre a participação voluntária de cada um, assim de como da confidencialidade dos dados recolhidos, não podendo ser usados para outros fins de acordo com os requisitos éticos. Foi ainda assinado um termo de consentimento informado, em que constam os objetivos da pesquisa, e informação de como poderiam abandonar a investigação a qualquer momento. De salientar que todos os instrumentos são de auto resposta.

Análise de dados

Recorreu-se a um procedimento de estatística descritiva, nomeadamente médias, desvios padrão e variância para os dados sociodemográficos e para as características gerais do ICG. Foi calculado o alfa de *Cronbach* como medida de consistência interna de forma a analisar a fidelidade do ICG. Com vista a análise de validade externa, para calcular as correlações entre os grupos foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*. Foi ainda utilizado o teste-t para comparação de médias, assim como a Análise fatorial de componentes principais.

Resultados

Com o total dos 19 itens, o instrumento apresenta $M=7,48$, a variância corresponde a 151.19 e $DP= 12.30$ (tabela 2). De forma a verificar a fidelidade do instrumento elegeu-se o Alfa de *Cronbach*, que corresponde a uma medida da consistência interna do instrumento. Esta ferramenta possibilita explorar o grau em que o ICG produz resultados consistentes ou equivalentes, sendo uma exposição legítima e adequada do constructo ou ausência de erro aleatório. O valor do Alfa de *Cronbach* averiguado é de 0.967 (tabela 2), o que nos permite inferir que é muito bom (2, 32).

Relativamente a análise da consistência interna de cada item, na tabela 3 é possível observar os itens independentemente. Assim sendo, de forma geral, é possível observar que ao retirar os itens 6 e 16, o Alfa de *Cronbach* subiria para 0,968, contudo como o valor da escala completa já é elevado, opta-se por manter a mesma estrutura e composição.

De modo a correlacionar os dados, estes foram inseridos de forma emparelhada. Quando analisados os valores emparelhados entre os pacientes e os seus cuidadores, através da correlação de *Spearman*, é possível verificar que os sintomas de luto dos doentes com esquizofrenia seguem um padrão familiar dos seus cuidadores ($n=23$, r de *Spearman* =.607, $p<0,01$). Os resultados obtidos no ICG para o grupo de doentes esquizofrénicos são relativamente mais baixos do que no grupo de cuidadores, todavia, não desvaloriza a utilização do ICG para avaliar a sintomatologia de luto neste grupo de doentes. Quando comparados os valores obtidos com o grupo de referência, esses são mais baixos, contudo observa-se sintomatologia de luto.

Apesar da reduzida amostra, a análise fatorial foi efetuada através de análise de componentes principais e observa-se que 64.391% da variância da escala é explicada por apenas um fator. Apesar desta análise, decidi-mos ainda calcular a validade externa do ICG, e para isso recorremos a duas formas, a sintomatologia de PTSD e ao luto nos cuidadores.

Discussão dos resultados

A adaptação e validação portuguesa do ICG para a população de doentes psicóticos, corresponde à necessidade de colmatar um vazio presente ao nível dos instrumentos de avaliação e diagnóstico das manifestações de luto complicado nesta população. O presente instrumento mostra ser fiável por ter uma boa consistência interna, onde está incluída a validade dos itens selecionados para definir os critérios de diagnóstico (Alfa de *Cronbach* 0.967).

Após a análise independente dos itens é possível observar que existem itens que ao serem retirados do instrumento, o Alfa de *Cronbach* subiria, contudo o instrumento é mais fiável quando visto como uma escala unidimensional como a sua versão original criada por Prigerson et al.(1). Sendo o valor de Alfa de *Cronbach* já elevado, não retiraremos os itens em questão (6 e 16), uma vez que não é pertinente um aumento ainda maior deste. Todos os restantes itens apresentaram um Alfa de *Cronbach* inferior a media da escala geral. O presente estudo foi desenhado para avaliar indivíduos que tenham vivido uma perda, há pelo menos seis meses, uma vez que este é o critério fundamental para o diagnóstico do luto complicado (33).

No que se refere a análise fatorial, este instrumento segue o padrão da versão original, ou seja como um modelo unidimensional, melhor explicada por um fator, ao contrário da versão validada para a população portuguesa por Frade, onde este se revelou ser um modelo multidimensional, dividido em 5 constructos já referidos em cima.

De uma maneira geral, a ICG revelou possuir boas características psicométricas, a par disso, a análise da sensibilidade dos itens mostrou que os mesmos possuem bom poder discriminativo.

No que diz respeito à amostra, reconhecemos como principais limitações o reduzido número desta, no entanto, tal deveu-se a dificuldade de encontrar pessoas que sofram desta psicose capazes de responderem a este estudo, bem como o facto de dados terem sido recolhidos na mesma zona habitacional. Não efetuamos o cálculo do ponto de corte do ICG para os doentes com psicose, sendo esta também uma limitação, contudo, e uma vez que a média dos doentes com esquizofrenia é inferior ao grupo de referência, o ponto de corte deverá ser inferior.

Com o presente estudo deixamos em aberto sugestões para estudos futuros, nomeadamente, uma rigorosa avaliação de fatores de vulnerabilidade associada à perturbação de luto complicado, mais especificamente no seio familiar e nos cuidadores dos doentes com psicose, para uma melhor compreensão da evolução e da severidade dos sintomas de luto de forma a perceber a real necessidade de apoio perante a perda. Seria ainda pertinente criar mais investigações nesta área, visto que não há muito sobre o tema o que dificultou a procura de referências bibliográficas, será ainda pertinente calcular o ponto de corte para o grupo de doentes com esquizofrenia.

No que se refere à instituição que procedeu a recolha de dados, esta colaborou imenso com o estudo, embora tenha havido uma demora na recolha dos dados.

Conclusão

A versão que perfilhamos para avaliar os sintomas de luto em doentes com esquizofrenia é melhor entendida com uma estrutura unifatorial.

Pela observação das suas características psicométricas, decorre que esta versão demonstra ser útil igualmente que esta versão demonstra ser útil e adequada na avaliação de sintomas psicopatológicos de luto complicado no grupo de doentes com esquizofrenia.

Com a realização deste estudo esperamos que seja um ponto de partida para uma maior e melhor produção científica nesta área, uma vez que acaba por ser desvalorizada. Do mesmo modo, acreditamos que este estudo seja um reforço ao suporte empírico promovendo uma melhor prática clínica quer ao nível da avaliação quer ao nível da intervenção com este público-alvo.

Pese embora as limitações da amostra que utilizamos no presente estudo, cumpre referir que este é o primeiro a ser realizado em Portugal. O número de pessoas que sofrem de esquizofrenia representa uma percentagem significativa da população mundial, pelo que entendemos que se impõem mais e melhores estudos que recaiam neste público-alvo. Muito embora, regra geral, estes doentes se encontrem medicados e os sintomas de luto se possam mostrar manifestamente diferentes da população em geral, deste estudo decorrem resultados que demonstram que estes sintomas não podem ser desvalorizados.

Referências bibliográficas

1. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*. 1995;59(1):65-79.
2. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 2003.
3. Association AP. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM-IV-TR)*: Artmed; 2002.
4. Schneider JF. O cuidado e a família do esquizofrênico. *Mundo saúde (Impr)*. 2000;24(4):284-90.
5. Horowitz R. Psychotherapy and schizophrenia: The mirror of countertransference. *Clinical Social Work Journal*. 2002;30(3):235-44.
6. Lewis L. Mourning, insight, and reduction of suicide risk in schizophrenia. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2004;68(3):231-44.
7. Lewis L, Langer KG. Symbolization in psychotherapy with patients who are disabled. *American journal of psychotherapy*. 1994;48(2):231.
8. Lorencz B. Becoming ordinary: Leaving the psychiatric hospital. *The illness experience: Dimensions of suffering*. 1991:140-200.
9. Siris S, Docherty J. Psychosocial management of substance abuse in schizophrenia. *Psychosocial Treatment of Schizophrenia Handbook of Schizophrenia*. 1990;4:339-54.
10. Addington J, Williams J, Young J, Addington D. Suicidal behaviour in early psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109(2):116-20.

11. Wittmann D, Keshavan M. Grief and mourning in schizophrenia. *Psychiatry*. 2007;70(2):154-66.
12. TATE FB, LONGO DA. Death and dying: implications for inpatient, psychiatric care. *Palliative & supportive care*. 2005;3(03):239-43.
13. Appelo M, Slooff C, Woonings F, Carson J, Louwerens J. Grief: Its significance for rehabilitation in schizophrenia. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 1993;1(1):53-9.
14. Parkes CM. Luto estudos sobre a perda na vida adulta: Summus editorial; 1998.
15. Moura CMd. Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte. 2006.
16. Prigerson H, Vanderwerker L, Maciejewski P. Prolonged grief disorder as a mental disorder: inclusion in DSM. *Handbook of bereavement research and practice: 21st century perspectives* American Psychological Association Press, Washington, DC. 2007.
17. Boelen PA, Prigerson HG. The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2007;257(8):444-52.
18. Delalibera M, Coelho A, Barbosa A. Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *AMP Formação*. 2011;24(6):935-42.
19. Delalibera MA. Adaptação e validação portuguesa do instrumento de avaliação do luto prolongado: prolonged grief disorder (PG-13). 2010.
20. Breslau N, Wilcox HC, Storr CL, Lucia VC, Anthony JC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder: a study of youths in urban America. *Journal of Urban Health*. 2004;81(4):530-44.
21. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* American Psychiatric Association. Washington, DC. 1994:471-5.

22. Raphael B, Martinek N. Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. 1997.
23. Regehr C, Sussman T. Intersections between grief and trauma: Toward an empirically based model for treating traumatic grief. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2004;4(3):289.
24. Banville D, Desrosiers P, Genet-Volet Y. Translating questionnaires and inventories using a cross-cultural translation technique. *Journal of Teaching in Physical Education*. 2000.
25. Ribeiro PRM. Da psiquiatria à saúde mental: II-as renovações em psiquiatria e a ascensão das áreas afins. *J bras psiquiatr*. 1999;48(4):143-9.
26. Almeida-Filho N, de J Mari J, Coutinho E, Fran J, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *The British Journal of Psychiatry*. 1997;171(6):524-9.
27. Dokkedah S, Oboke H, Ovuga E, Elklit A. ICD-11 Trauma Questionnaires for PTSD and Complex PTSD: Validation among Civilians and Former Abducted Children in Northern Uganda. *Journal of Psychiatry*. 2015;2015.
28. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin*. 1998;25(5):245-50.
29. Faschingbauer T, Zisook S, DeVaul R. The Texas revised inventory of grief. *Biopsychosocial aspects of bereavement*. 1987:111-24.
30. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds C, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American journal of psychiatry*. 1997;154:616-23.

31. Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW. Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment*. 2004;11(4):330-41.
32. Spector PE. *Summated rating scale construction: An introduction*: Sage; 1992.
33. Prigerson HG, Maciejewski PK. A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *Omega-Journal of Death and Dying*. 2006;52(1):9-19.

Tabela 1.*Descrição da amostra.*

		Doentes com Esquizofrenia				Cuidadores			
		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sexo	Feminino	10	30.3			19	90.48		
	Masculino	23	69.7			2	9.52		
Idade				44.79	10.738			66	13.92
Estado civil	Casado	5	15.2			11	52.38		
	Solteiro	23	69.7			1	4.76		
	Divorciado	5	15.2			2	9.52		
	Viúvo					7	33.33		
Profissão	Exerce atividade	3	9			4	19.04		
	Desempregado	13	39.5			7	33.33		
	Reformado	17	51.2			10	47.63		

Tabela 2.*Descrição das características gerais do ICG*

<i>Número</i>	<i>Alfa de</i>			<i>M (DP) cuidadores</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>de itens</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Mín-Máx</i>	<i>Cronbach</i>			
19	7.48 (12.295)	0-49	0.967	11.94 (9.65)	4.59	>.001

Tabela 3.*Análise da consistência interna do ICG*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Correlação</i>	<i>Alfa de Cronbach se item for retirado</i>
ICG 1	.4839	.85131	.796	.965
ICG 2	.6774	.94471	.911	.963
ICG 3	.5484	.88840	.798	.965
ICG 4	.7097	1.16027	.922	.963
ICG 5	.2581	.68155	.870	.964
ICG 6	.5161	.85131	.552	.968
ICG 7	.3871	.76059	.646	.966
ICG 8	.2903	.58842	.683	.966
ICG 9	.2581	.68155	.827	.964
ICG 10	.2258	.66881	.842	.964
ICG 11	.3871	.98919	.766	.965
ICG 12	.1935	.65418	.789	.965
ICG 13	.4194	.99244	.858	.964
ICG 14	.4516	.85005	.806	.964
ICG 15	.3871	.76059	.666	.966
ICG 16	.0968	.53882	.441	.968
ICG 17	.5806	.84751	.878	.963
ICG 18	.3226	.83215	.758	.965
ICG 19	.2903	.73908	.815	.964

***“Generating narratives after an unwanted prenatal diagnosis:
randomized controlled trial”***

Generating narratives after an unwanted prenatal diagnosis: randomized controlled trial

J. Rocha^{1,2}, C. Nunes¹, V. Almeida¹, A. Leonardo³, M.J. Correia⁴, M. Fernandes⁵

¹IINFACTS, CESPU , PORTUGAL, ²Centro Genética Clínica, Porto, PORTUGAL,

³H.Sta.Maria, Lisbon, PORTUGAL, ⁴Mat. Alfredo da Costa, Lisbon, PORTUGAL,

⁵Mat. Júlio Dinis, Porto, PORTUGAL

Conflict of Interest statement

We, as authors of this manuscript, declare that there is no conflict of interest.

Acknowledgements

We acknowledge the support from CESPU in project reference 02-UnIPSa-CICS-11N; we acknowledge the support provided by *Centro de Genética Clínica* and other collaborating hospitals.

Word count: 3680

Abstract

We have defined a psychological intervention based on cognitive-narrative therapy and the Ottawa decision framework to help alleviate adjustment problems following a termination of pregnancy (TOP) after a positive prenatal diagnosis (PND). The intervention is composed of four sessions: Decision, Subjectivation, Metaphorization, and Projecting. The aim is to prevent depression and anxiety problems after TOP achieving episode narratives with multiple meaning and coherences.

The intervention was offered and accepted by 24 participants. The outcome is compared with a control group of 67 women who also terminated a pregnancy on medical grounds. Participants were from several Portuguese institutions; 64.4% had a genetic and 35.6% had ultrasound diagnosis; the average age was 30.0 years and the average gestational age was 19 weeks. There are two evaluations: a baseline at the fifteenth day, and a sixth month follow-up, using Beck Depression Inventory, Zung Anxiety Scale, Perinatal Grief Scale and an instrument to report participant's satisfaction. Women, six months after TOP, have less anxiety and depression ($p < .05$). We searched for negative evolutions and find 8% and 0% for both anxiety and depression in intervention group.

We discuss the results with the emphasis of making meaning in the context of terminating a much wanted pregnancy.

Introduction

Termination of Pregnancy (TOP) is a medical procedure offered to couples where a serious medical condition is detected in pregnancy or where a test reveals a high risk of disease. This type of diagnosis accompanies the inexorable recent developments of genetics, biochemistry and ultrasound exams; the information about fetal problems has expanded largely and the availability of prenatal testing and termination of pregnancies in communities has improved.

TOP, even when based on therapeutic or based clinical conditions incompatible with life, is often associated with deep psychological burden and trauma, with feelings of guilt, sadness, anger and, when compared with other losses, it has a relevant meaning with impact on personal lives.

The TOP emotional reactions concern both members of the couple, but woman commonly have a more intense grief reaction (1). Couples may also express their grief in different ways and there is evidence of a decline in relationship quality after TOP (2). TOP has a considerable psychological impact and burden with several reported coping difficulties (3).

In a study by Korenromp et al. in 2007 (4), 217 women and 169 men completed standardized psychological measures four months following a termination of pregnancy. Post-traumatic stress (PTSD) and depression were reported in both men and women with women experiencing higher levels of both. It was possible to differentiate men and women in the TOP adjustment process, both having high levels of post-traumatic stress

(PTSD), 44% in females and 22% in males, and concerning depression symptoms, 28% and 16%, respectively.

In order to prevent emotional distress in women and couples several intervention strategies have been developed. However, there are few intervention manuals and sparse evidence of their effectiveness. Within these, the cognitive narrative therapy may be considered an emotional expression intervention considering that language takes a central role of expression and construction of emotion. Through the techniques that structure this intervention, it enables a meaning-making process and the construction of a multitude of emotional experiences, in which the body itself is also used for the expression of emotions (5).

This study aims to assess the effectiveness of a cognitive narrative intervention to prevent depression and anxiety symptoms after TOP, achieving an episodic narrative with multiple coherences and meaning, comparing the differences between two groups: intervention and control group.

Method

Trial design

The method is based on a longitudinal randomized controlled trial design using CONSORT guidelines CONSORT (6). Repeated measures, including tests of intervention and bias control (7) are used to improve methodological approach.

We consider as operational objectives for this intervention: a. to lower values of symptoms comparing groups in the follow-up evaluation, six months after TOP; b. lower prevalence of depression and anxiety with clinical significance in the intervention group,

using known cut-off values; c. more participants from intervention group should decrease the symptoms on the longitudinal profile, compared with controls.

Participants

Ninety one women consented to participate and were distributed sequentially and randomly in either the intervention group (n = 24) or control group (n = 67). It was strictly guaranteed randomness of groups and the sequential allocation of cases was based on a time-frame defined to complete each group, two months for the intervention group and six months for the control group.

Participants completed the Perinatal Grief Scale (PGS), Beck Depression Inventory (BDI) and the Self-Evaluation Assessment Scale Zung Anxiety (Zung). When? Finally, six months after the intervention, the assessment was repeated with the BDI, Zung and PGS in both groups.

The program was implemented in eight Portuguese prenatal diagnosis institutions and the hospital setting was predominant, most services had a calm atmosphere and was conducted a prior contact with the attending physician.

The control group has the same sampling procedures as the intervention group, and this group had usually provided support in these circumstances (treatment as usual condition).

Informed consent procedures were implemented and the study was described in detail.

Intervention

In a general perspective, the American Psychological Association has encouraged in-depth discussions on the importance and on the methodology of empirically validated treatments and has organized a task force to define guidelines for these studies (8).

However, the results of this team were not consensual, on one hand it was pointed out that clinicians have no appetite for intervention manuals (9), on the other, psychological counseling interventions have space for considerably less structured manuals (10). We consider APA and CONSORT (6, 10) guidelines criteria to define and describe the intervention.

The manual should be descriptive and also should allow the practitioner to make adjustments. Our attention focuses on the Manual of cognitive narrative psychotherapy: manual of brief therapy (11).

The intervention is defined as a crisis intervention, preventing of emotional disorders symptoms. The program is based on the manual therapy from Gonçalves (12) with the cognitive-narrative model. This consists of five phases of the therapeutic process. The objectification phase was excluded because of the risks of re-traumatization of techniques focused on development of sensory memories.

The first session focuses on decision-making with the objective to update and to integrate information about the fetus as well as to understand the meaning, on both women and couple's perspective, of the detected problem. It further contextualize the prenatal result over the course of pregnancy and aims to understand the meaning, including the attitude towards abortion. Finally, it invites a clarification of the values related to the available options, about to terminate or not terminate the pregnancy, at least.

In the second session of subjectivation, the objectives are centered on the episodic description of termination of pregnancy with a sense of authorship, coherence, diversity of emotional and cognitive content. In this session, the sequence of scenes may structure the episode, exploring the physical sensations felt at the time that emotions were activated, through emotional evoking and activating that were triggered in the narrative

construction of the course, ending with the exploitation of cognitive components of the episode.

The third session- the metaphorization, aims to explore the different meanings for the episode and to select a metaphor with more condensation and tension meaning. It starts by summarizing the process of emotional and cognitive subjectivation, seeking to generate metaphors that condense the meaning of the experience by choosing the metaphor that carries higher tension and meaning condensation.

Finally, the projecting session aim the construction and experimentation of other new organizations of the episode. From the metaphor found in the previous session sought to generate alternative metaphors, beginning to explore episodes in which the patient had an alternative functioning.

At the beginning of each session, a summary of the previous session is presented, and at the end of each session there was an exploration and summary of patient's reactions. It is important to note that the objectification sensory phase described in the Cognitive-Narrative manual was not performed due to the increased risk of new traumatic memories, resulting from the activation of sensory experiences with intense traumatic emotions (11, 12).

Therapists and treatment reliability

Each protocol was implemented by the first author. The treatment was manualized and a detailed session protocol was used to increase the reliability of the treatment. Sessions were monitored; at the end of each session and for each patient, the psychologist performed a self-evaluation with a rating scale.

Outcomes

Variables were operationalized in three instruments versions; the BDI has 21 groups of statements that reflect the severity of depressive symptoms (13); Zung is a twenty items scale that assess state anxiety symptoms; PGS was originally developed by Toedter and Lasker (14), and is a Likert scale of thirty-three Items with five levels response, and evaluates perinatal grief symptoms. These instruments have good psychometric properties, concerning reliability and validity.

Randomization

The sampling process requires particular accuracy, ensuring randomness of groups and detect any bias generated by low sample size inherent to the low frequency of TOP.

The control group has same sampling procedures as intervention group, which is considered a treatment as usual (TAU) control procedure.

The selection of cases was random, sequential and blind. It was defined a sequential mechanism for enrollment, all cases on first six months were allocated to control condition, all cases on last two months were allocated to intervention group: Having the information of a positive PND, team was contacted to schedule an interview respecting the usual clinical routines.

Analysis of attrition rates in the sample

The values of the attrition rates that were considered are based on following elements: (a) number of initial participants (n = 26); (b) number of participants in the intervention (n = 24); (c) the number of participants who completed the intervention (n = 24); and (d) number of participants who completed the last evaluation (n = 23) (figure 1). One case

lost to follow-up on the intervention group due to professional reasons. Concerning to controls, of the 67 participants contacted, seventeen cases refused to participate or to follow-up with the following reasons: not considered necessary support and lack of any means of transportation for traveling to the hospital. In addition to the concerns regarding sampling attrition, it is important that the differences between the indicators for both groups at baseline are not significant, as an indicator that there is no relevant bias produced by sampling procedures.

Statistical methods

In order to provide clear evidences of this program effectiveness, we use a set of measures (average results, prevalence and frequencies of negative evolutions) that allow the use of several statistical strategies to compare groups.

The use of t tests for comparison of means between the two groups at six months through the mean values for each of the performance indicators is one of the strategies. However, given the limited information provided by t test (15), it is also used the calculation of effect sizes using the more conservative indicator considering the size of the groups, the Hedge's g.

Regarding the binary variables as the positive evolution or diagnosis through the cut-off values, we use the chi-square test in order clarify differences in the distributions between groups for the two possible outcomes.

Results

Comparison between IG and controls outcomes in the first and second assessments:

There are two essential conditions with which outcomes can be compared when addressing the effectiveness of an intervention. At 15 days, baseline assessment, it is not supposed to have significant differences, unlike the second evaluation which takes place at six months, it is desirable to exist a significant difference. The average BDI scores, Zung and PGS, 15 days and at the end of six months, differences were also compared using the t test.

As can be seen in table 2 on the first assessment, there are no significant differences between groups. But at six months, we can observe a significant difference ($p < 0.01$). BDI in the intervention group has an average lower than the control group ($M= 4.57$ and $SD=4.53$ while the control group had an $M=7.74$ and $SD=6.97$).

The Zung scale on the intervention group at six months scores a lower value than the control group. The treatment group has $M=31.26$ and $SD=5.67$, whereas in the control group $M=34.82$ and the $SD=8.96$. Also on PGS six months the treatment group achieved an average lower with $M= 69.35$ and $SD=19.78$, compared with $M=74.45$ $SD=23.93$ on the control group.

The effect sizes

Regarding the effect sizes of the program, comparing with controls at six months, it is possible to observe in Table 2 that the BDI, Zung and PGS have effect sizes considerably high. Of all the outcome variables BDI showed the highest value ($g=0.544$), followed by Zung ($g=0.412$) and PGS ($g=0.227$).

Positive developments and results above the cut-off values

For the analysis of positive developments in the intervention group and the control group was implemented flagging positive evolutions and using the chi-square test, using crosstabs. Procedure, which allowed us to quantify the number of positive cases that progressed along the longitudinal axis profile of each group. Also, we include the prevalence values based on instruments cut-off values.

As can be seen in Table 3, for BDI, at the baseline, 39.1% of participants in the intervention group obtain better results than a conservative cut-off value for Depression (>12) while in the control group are 41.3%. At the six months, the intervention group decrease this value to 4.3% and the control group decrease to 26.0%.

Considering the evolution of BDI on the longitudinal profile, 100% have a positive development in the intervention group and the control group was by 81.3%.

On the Zung, at first evaluation, the intervention group had a rate of 30.4% above the cut-off value for clinical anxiety (>40) and the control group 40.6%, values in the second assessment six months decrease to 4.3% in the intervention group and 26.0% in the control group. As the positive developments between six months and 15 days, the intervention group achieve 90.9% while the control group is 77.1%.

The chi square in the evaluation within 15 days of the BDI and Zung there were no significant differences as well as the positive developments of Zung. However BDI six months, the positive developments of this scale and Zung six months, it is possible to observe that there are significant differences.

Acceptability of narrative therapy

The participants in the intervention answered some questions about the acceptability and

program satisfaction. They had several response options ranged from 0-10.

Table 4 shows the results that were obtained, and it is possible to observe that the mean ranges and there are very satisfactory answers.

On issues such as "Clarified what I felt?" "Emotionally Supported?" "Helped organize my emotions?" and "Helped organize my thoughts?" the average was more than 8 which shows the importance of this program for the intervention group.

Discussion

The general objectives and operational objectives of this program were clearly defined in a generic perspective of prevention of symptoms of anxiety, depression and perinatal grief. With regard to depressive and anxiety symptoms, we found that the intervention reduce the symptoms comparing with the control group. We found one exception to success in anxiety, the evolution of anxiety symptoms was not significantly lower. This could be explained by the characteristics of the intervention group and suggest that some cases in the intervention group had already new pregnancy in progress and may explain increased anxiety. This variable should be considered and controlled in future research.

Regarding perinatal grief, the difference between groups was not statistically significant. Nevertheless, for both Perinatal Grief and Anxiety the effect size is considerable and comparable to other preventive interventions. Considering the meta-analysis of Jané-Llopis (16) that indicates an average value of effect size for preventive intervention depression of 0.22, ie, the effect of this intervention is considerably higher than the others for Depression.

As limitations, we consider the need to control posttraumatic stress symptoms which evolution may be important to other outcomes. Also, the variables related to new pregnancies should be controlled, maybe also as a possible outcome variable. There is a clear need to replicate these short protocols in other genetic counselling contexts and also in other grief related situations. The implications for the discussion between preventive and treatment approaches, that is, intervention offered to all cases or intervention offered only to high risk cases, these results improve the available evidence for preventive very short interventions. However, it would be expectable to improve the effects if the inclusion criteria only consider cases with higher symptoms.

The clinical implications of these results sustain the need and increase the options to best care for post termination in the context of prenatal diagnosis, with good effects, lower number of session and very high acceptability.

References

1. Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Termination of pregnancy for fetal abnormality: a meta-ethnography of women's experiences. *Reproductive health matters*. 2014;22(44):191-201.
2. Kersting A, Dorsch M, Kreulich C, Baez E. Psychological stress response after miscarriage and induced abortion. *Psychosomatic medicine*. 2004;66(5):795-6.
3. Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Women's experiences of coping with pregnancy termination for fetal abnormality. *Qualitative health research*. 2013;23(7):924-36.
4. Korenromp MJ, Christiaens G, Van den Bout J, Mulder E, Hunfeld J, Bilardo CM, et al. Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study. *Prenatal diagnosis*. 2005;25(3):253-60.
5. Clover K, Carter GL, Mackinnon A, Adams C. Is my patient suffering clinically significant emotional distress? Demonstration of a probabilities approach to evaluating algorithms for screening for distress. *Supportive care in cancer*. 2009;17(12):1455-62.
6. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMC medicine*. 2010;8(1):18.
7. Nezu AM, Nezu CM. Clinical prediction, judgment, and decision making: An overview. 1989.
8. Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1998;66(1):7.
9. Beutler LE. Empirically based decision making in clinical practice. *Prevention & Treatment*. 2000;3(1):27a.
10. Forrest L. APA Division 17 Division of Counseling Psychology Minutes of the Midyear Executive Board Meeting February 1-4, 1996 Tampa, Florida. *The Counseling Psychologist*. 1997;25(1):138-55.
11. Gonçalves OF. *Psicoterapia cognitiva narrativa: Manual de terapia breve*: Desclée de Brouwer; 2002.
12. Gonçalves O. *Viver narrativamente*. Coimbra: Quarteto Editora. 2000.
13. Serra ASV, Abreu JLP. *Aferição dos quadros clínicos depressivos*. Coimbra Médica. 1973;20.

14. Toedter LJ, Lasker JN, Alhadeff JM. The Perinatal Grief Scale: development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1988;58(3):435.
15. Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C, Robertson M. Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1997;38(7):813-22.
16. Jane-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention programmes Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;183(5):384-97.

Figure 1.

Flow of participants through each stage of experiment.

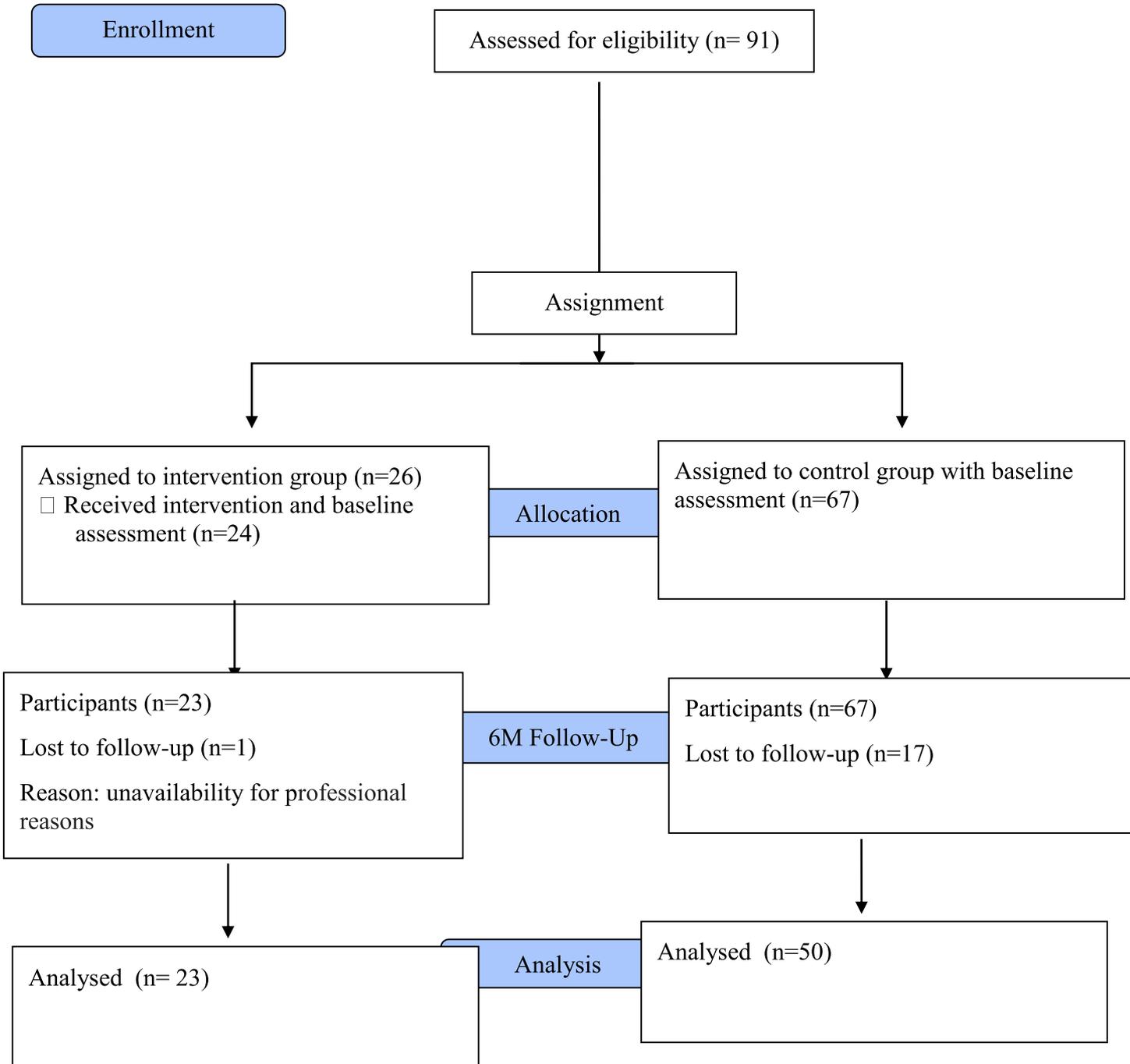


Table 1*Sociodemographic and clinical characteristics of both groups*

<i>Characteristics</i>	<i>Control group</i>			<i>Intervention group</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M (SD)</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M (SD)</i>
<i>Age</i>			33.3 (6.66)			32.3 (5.97)
<30	18	26.9%		9	39.1%	
30-35	23	34.3%		8	34.8%	
>35	26	38.8%		6	26.1%	
<i>Educational level</i>						
<12°	27	42.9%		14	58.3%	
≥12°	36	57.1%		10	41.7%	
<i>Gestational age*</i>			18.5 (3.35)			20.2 (2.32)
≤18 weeks	42	64.6%		11	45.8%	
>18 weeks	23	35.4%		13	54.2%	
<i>History of TOP:</i>						
Without prev. TOP	45	71.4%		14	58.3%	
With prev. TOP	18	28.6%		10	41.7%	
<i>History infertility:</i>						
Without infertility	48	90.6%		20	87%	
With infertility	5	9.4%		3	13%	
<i>History psychiatric:</i>						
Without Hist. psyc.	50	84.7%		10	71.4%	
With Hist. psyc	9	15.3%		4	28.6%	
<i>Previous children:</i>						
Without children	41	61.2%		10	41.7%	
With children	26	38.8%		14	58.3%	

PND type:

<i>Ultrasound</i>	25	37.9%	6	27.3%
<i>Genetic</i>	41	62.1%	16	72.7%

*test t, for p<0.05

Table 2

Descriptive, t-test and Hedge's effect size values for the outcome measures on baseline and follow-up on both groups

<i>Characteristic</i>	<i>Intervention group</i>			<i>Control group</i>			<i>t test</i>			<i>Effect size</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>g</i>
<i>BDI</i>										
<i>15 days</i>	23	9.87	7.88	63	12.13	8.86	1.14	43.70	n.s.	--
<i>6 months</i>	23	4.57	4.53	50	7.74	6.97	2.32	62.67	0.023	0.544
<i>Zung</i>										
<i>15 days</i>	23	36.57	9.10	64	38.83	9.50	1.01	40.45	n.s.	--
<i>6 months</i>	23	31.26	5.67	50	34.82	8.96	2.05	63.68	0.044	0.412
<i>PGS</i>										
<i>6 months</i>	23	69.35	19.78	49	74.45	23.93	0.95	51.47	n.s.	0.227

Table 3

Chi Squares and frequencies of above cut-off values for BDI and ZUNG on baseline and follow-up and for positive evolutions on the longitudinal profile for both groups

	Intervention		Control		X^2
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
BDI > 12 15 Days	9	39.1	26	41.3	0.032 (n.s.)
BDI > 12 6 Months	1	4.3	13	26.0	4.765*
BDI positive evolutions (six months versus 15 days)	22	100	39	81.3	4,734*
Zung > 40 15 Days	7	30.4	26	40.6	0.746(n.s.)
Zung >40 6 Months	1	4.3	13	26.0	4.765*
Zung positive evolutions (six months versus 15 days)	20	90.9	37	77.1	1.907 (n.s.)

*Pearson chi squared for $X^2 < .05$.

Table 4*Program acceptability as reported by participants*

	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
It helped to make better decisions?	1-10	5.21	3.56
It helped to better understand my moral values?	1-10	5.56	3.35
Clarified what I felt?	1-10	8.33	2.09
Supported emotionally?	5-10	8.73	1.56
Helped organize my emotions?	6-10	8.47	1.37
Helped organize my thoughts?	5-10	8.23	1.52
Facilitated communication with my partner?	1-10	6.83	2.85
It helped to be less afraid new pregnancy?	1-10	4.65	3.31
Clarified my personal meanings?	1-10	7.25	2.43
Provided information about the process?	1-10	7.58	2.76

Parte III

“Mourning in Schizophrenia and in the Caregivers of Patients with Schizophrenia”

Draft ainda em construção

THE RELEVANCE OF LOSSES, GRIEF AND TRAUMATIC STRESS IN SCHIZOPHRENICS AND THEIR CAREGIVERS

M. Pinheiro¹, C. Nunes², J. Rocha^{2,3}, , D. Mendes¹, N.Carvalho¹

¹ Centro Hospitalar Tâmega e Sousa Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, PORTUGAL

²IINFACTS, CESPU, PORTUGAL;

³Centro Genética Clínica, Porto, PORTUGAL;

A esquizofrenia é uma das doenças psiquiátricas major, com impacto dramático na vida de quem a possui e na vida daqueles que deles cuidam. Surge pauta da por sintomas positivos e sintomas negativos, que envolvem um conjunto complexo de alterações do pensamento, percepção, afeto, volição, comunicação e comportamento. A esquizofrenia tem despertado grande curiosidade científica pelos fatores extrínsecos (ex: condições adversas no período perinatal, eventos traumáticos ao longo da vida, perturbação de stress pós-traumático...) que poderão atuar sobre a expressão clínica da doença, exacerbando-a ou funcionando como trigger para o seu aparecimento (19). O componente genético e epigenético da esquizofrenia tem vindo a ser documentado e escrutinado nos últimos anos (1,2,14), contudo, pela complexidade da doença ainda se desconhecem as causas efetivas e detalhadas da sua origem e evolução (3). Apesar da necessidade e curiosidade das pesquisas científicas realizadas à cerca da esquizofrenia, verificam-se poucos estudos centrados nos cuidadores destes doentes e o seu impacto. De acordo com a Organização

Mundial de Saúde, há vários aspetos que devem ser considerados relativamente aos cuidadores de doentes esquizofrénicos como: a sobrecarga económica necessária para apoiar o paciente com conseqüente perda da produtividade da unidade familiar; os sentimentos de culpa, sensação de perda e medo sobre o futuro; o stress de lidar com os distúrbios de comportamento e a complexidade na abordagem do isolamento social com alteração da rotina familiar. (3)

Losses and grief

As perdas e o luto são dois conceitos que seguem em caminhos paralelos, não havendo um luto sem algum tipo de perda nem nenhuma perda sem que seja feito o devido luto, com maior ou menor impacto naquele que é objeto de perda. O luto é definido como um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais que aparecem como resposta a uma perda – real ou fantasiosa (perda de um ideal ou de uma expectativa) (4). O luto é multidimensional, ativo, personalizado e determinado por inúmeros fatores de vida do enlutado. Para além do luto por perda de alguém, há nos esquizofrénicos o luto por uma vida sem a doença, uma vida sem as limitações, estigma e constrangimentos. Por outro lado, nos familiares há também o luto das perspetivas, dos desejos, o luto do que gostariam que tivesse sido e não foi (23).

Davis e Schultz num artigo denominado grief, parenting and schizophrenia referem que o luto vivenciado por pais de crianças com esquizofrenia é um luto complicado, uma vez que não tem carácter definitivo e é recorrente. Apresenta-se como um sofrimento contínuo, numa reação à exposição repetida a representações de perda(6). Relativamente ao luto por perda de alguém, cerca de 10% a 15% dos enlutados apresentam angústia marcada durante vários anos após a perda (7). Uma das questões que se coloca é a de

como reagem os cuidadores de doentes com esquizofrenia perante a perda de um ente querido, encontrando-se já num suposto estado de luto condicionado pela doença dos que cuidam. E no caso dos esquizofrénicos, será que a perda de alguém tem tradução na clínica da doença. São algumas questões que não são objeto de grande exploração no campo desta patologia mas que poderão ter relevância, nomeadamente, na abordagem psicoterapêutica a ponderar no doente mas também naqueles que deles cuidam.

Traumatic stress

A exposição a eventos traumáticos e a presença de sintomas de PTSD são frequentemente observados em indivíduos com esquizofrenia (6,10,12,20). Cerca de 4/5 dos esquizofrénicos têm relato de trauma significativo em comparação com 3/5 da população em geral (6), há estudos que revelam que a exposição a eventos traumáticos ao longo da vida nestes indivíduos varia entre 34% e 98% (10). Por outro lado, a prevalência de PTSD surge entre 28-29% contrastando com os 8-9% da população em geral (8, 20, 21).

Quanto maior o número de sintomas de PTSD relatados, maior o aumento da alienação e medo, maior a sensibilidade à rejeição e a dificuldade de empatia com os outros (6). Os estudos nesta área apresentam alguns resultados contraditórios, há aqueles que referem que pacientes com PTSD tendem a ter sintomas psicóticos mais graves (8, 22), enquanto outros, relatam que esquizofrénicos com PTSD apresentam um maior sofrimento emocional, uma maior cronicidade de sintomatologia mas não uma maior gravidade dos sintomas associados à esquizofrenia (13). Estudos recentes, referem também que, apesar de tudo, a presença de trauma e/ou PTSD como co-morbilidade na

esquizofrenia, não parece estar está associada a um aumento do comprometimento cognitivo (16), embora hajam outros estudos que o contrariam (17, 22).

Apesar da literatura chamar atenção para a existência de eventos traumáticos e eventual PTSD, estes são ainda sub-diagnosticados em pacientes com doença mental grave (9, 12). Admite-se, no entanto, a existência de alguma dificuldade na valorização dos sintomas de PTSD, facilmente negligenciados e de difícil destrição da sintomatologia apresentada na esquizofrenia (8,18).

Contudo, avaliação da exposição a diferentes eventos traumáticos e a presença de PTSD em pessoas com esquizofrenia, que apresentam maior reatividade emocional e vulnerabilidade à psicose (13, 20), poderá reduzir a sintomatologia ansioso-depressiva, o risco de tentativa de suicídio (15) e contribuir para melhores resultados clínicos a longo prazo (11).

Neste campo, surge a dúvida relativa à influência que o PTSD do doente esquizofrénico terá no seu cuidador e se o PTSD do cuidador, por sua vez, tem algum tipo de influência no doente esquizofrénico. O contágio emocional refere-se a um estado emocional no observador como resultado direto da percepção do estado emocional de uma outra pessoa (26, 28), dependendo sobretudo de expressões corporais e não verbais, podendo ocorrer tanto a nível consciente como subconsciente (27). De acordo com estudos recentes, pacientes com esquizofrenia apresentam-se mais susceptíveis ao contágio emocional para emoções negativas do que indivíduos saudáveis, podendo, contudo, apresentar dificuldade em identificar corretamente os estados emocionais, apesar de não diferirem dos controlos saudáveis em sua capacidade de sentir com eles, empatia emocional (24). Outros estudos abordam, ainda que de uma forma insipiente,

a hipótese de haver uma hipersensibilidade à empatia afetiva nos doentes com esquizofrenia (25).

Objetivos:

O presente estudo tenta averiguar a existência de relação entre os sintomas de luto nos doentes esquizofrénicos e nos seus cuidadores, pressupondo a validação de uma escala para sintomas de luto nessa população psiquiátrica. Pretende-se documentar o reflexo do luto na sintomatologia positiva dos indivíduos com esquizofrenia. Para além do exposto, outra das vertentes do estudo, é analisar o papel que os sintomas de PTSD dos esquizofrénicos têm nos seus cuidadores e vice-versa.

Processo metodológico:

Seguidamente, será apresentada as etapas que caracterizaram o processo metodológico da investigação. Assim sendo, a primeira parte diz respeito ao paradigma que norteou a investigação e, na segunda parte, é apresentado o desenho da investigação, o qual contém a questão inicial, o mapa concetual, os objetivos (gerais e específicos), as hipóteses de investigação, a seleção e caracterização da amostra, os instrumentos e os procedimentos utilizados para a recolha e análise dos dados.

Enquadramento metodológico:

O processo de investigação implica a escolha de um paradigma, que especificamente diz respeito a um conjunto de crenças, conceitos e valores que orientam a ação (Guba, 1990) que guiam a investigação. Este estudo objetiva ser transversal e descritivo.

Descrição da amostra:

O presente estudo possui cinco grupos diferentes. Inicialmente temos o grupo de doentes com esquizofrenia; o grupo de cuidadores dos doentes com esquizofrenia; o grupo de doentes sem psicose; o grupo de cuidadores de doentes sem psicose. Os dados dos grupos mencionados em cima encontram-se emparelhados. Por último temos o grupo de controlo. Seguidamente será efetuada a descrição de cada um destes.

A amostra do grupo de doentes com esquizofrenia é constituída por 25 participantes, idades entre os 27 e os 64 anos ($M= 46.68$; $DP= 10.25$), sendo 72% ($n=18$) do sexo masculino e 28% ($n=7$) do sexo feminino. No que se refere ao estado civil, 68% ($n=17$) encontram-se solteiros, 16% ($n=4$) são casados ou vivem em união de facto e 16% ($n=4$) estão divorciados. Quanto a profissão, 40% ($n=10$) encontram-se desempregados, 52% ($n=13$) são reformados e 8% ($n=2$) exercem uma atividade profissional. Relativamente a patologia, o grupo é caracterizado por 72% ($n=18$) de esquizofrénicos do tipo paranoide e 24% ($n=6$) do tipo residual, sendo que um dos sujeitos omitiu a informação. Quanto ao tratamento, 80% ($n= 20$) estão sujeitos a tratamento oral e injetável e 20% ($n=5$) apenas estão sujeitos a tratamento injetável. No tratamento injetável, 84% ($n=21$) recaem sobre o decanoato e 16% ($n=4$) no risperdal, por outro lado no tratamento oral, dos 25 participantes, 5 (20%) consomem neurolépticos, 14 (56%) benzodiazepinas e 1 (4%) imidazopirinas, 20% ($n=5$) dos participantes omitiram a informação. Os anos decorridos entre o início do tratamento injetável varia entre 1 e 25 anos ($M= 10.25$; $DP= 6.03$).

No que se refere a amostra dos cuidadores dos doentes com esquizofrenia, esta é composta por 21 participantes, com idades compreendidas entre os 44 e os 95 anos ($M=66.00$; $DP=13.92$), sendo 90.48% ($n=19$) do sexo feminino e 9.52% ($n=2$) do sexo masculino. No que se refere ao estado civil, 52.38% ($n= 11$) estão casados, 33.33% ($n=7$) encontram-

se viúvos, 9.52% (n=2) são divorciados e 4.76% (n=1) solteiro. A situação profissional deste grupo encontra-se dividida entre reformados com 47.63% (n=10), participantes a desenvolver uma atividade profissional com 19.04% (n=4), o grupo doméstico diz respeito a 19.04% (n=4) e por último 14.29% (n=3) encontram-se desempregados.

Ainda no grupo de cuidadores de doentes com esquizofrenia, no que se refere a sua escolaridade, 14.29% (n=3) não tem escolaridade alguma, 52.38% (n=11) tem entre o 1º e 4º ano de escolaridade, 23.81% (n=5) possuem até ao 9º ano de escolaridade e 9.52% (n=2) tem 12ºano ou mais. Em relação ao grau de parentesco entre o grupo de doentes e o grupo de cuidadores, 61.90% (n=13) são progenitores, 23.81% (n=5) é irmão do paciente e 14.29% (n=3) são cônjuges.

No que diz respeito ao grupo de doentes sem esquizofrenia, a amostra é constituída por 24 participantes. Este grupo apresenta como media de idades de 71.33 (DP= 17.63), sendo 54.2% (n=13) do sexo feminino e 45.8% (n=11) do sexo masculino. No que se refere ao estado civil, 41.7% (n=10) encontram-se casados, 45.8% (n=11) são viúvos e 12.5% (n=3) são solteiros. Quanto a situação profissional, 29.17% (n=7) estão ativamente a trabalhar, sendo que 70.83% (n= 16) encontram-se reformados ou sem emprego. No que concerne à escolaridade, 33.4% (n=8) não tem escolaridade alguma, 62.4% (n=15) tem entre o 1º e 4º ano de escolaridade, 4.2% (n=1) tem o 9º ano.

Na amostra dos cuidadores para os doentes sem psicose, a média de idades é de 51.83% (DP=10.18), sendo que são todos do sexo feminino. Quanto ao estado civil, 79.2% (n=19) são casadas, 12.3% (n=3) são divorciadas e 8.3% (n=2) são viúvas. No que se refere as habilitações literárias, 8.3% (n=2) não tem qualquer escolaridade, 58.4% (n=14) possuem até o 4º ano, 29.1% (n=7) o 9º ano e por ultimo 4.2% (n=1) o 12º ano ou mais. Profissionalmente, 50 % (n=12) não tem emprego ou encontra-se reformada, 25% (n=6)

e os outros 50% encontram-se empregados. Relativamente ao grau de parentesco com os doentes, 45.8% (n=11) é filha do doente, 16.6% (n=4) é cônjuge, 12.5% (n=3) é mãe, 8.3% (n=2) são noras, e com 4.2% cada temos amiga (n=1), irmã (n=1), prima (n=1) e sogra (n=1).

Por ultimo, o grupo de controlo é constituído por 110 participantes com uma media de idades de 30.25 (DP= 12.54), sendo que 60.9% (n= 67) são do sexo feminino e 39.1% (n= 43) são do sexo masculino. Nesta amostra nas habilitações literárias, não existe participantes sem escolaridade, assim sendo, 4.5% (n=5) possuem o 4º ano de escolaridade, 20% (n=22) até ao 9 ano e os restantes 75.5% (n=84) possuem o 9º ano ou ensino superior.

Procedimento:

Inicialmente foi efetuado o contacto com a comissão de ética e após o protocolo ter sido aceite, foi administrado a um grupo de doentes esquizofrénicos e aos seus cuidadores, que estão a ser seguidos no domicílio por uma equipa médica do Hospital Padre Américo de Penafiel. As visitas ao domicílio são efetuadas por uma enfermeira, que aplica a dose injetável da medicação. Esta possuía total conhecimento do conteúdo das escalas assim como da sua aplicação. Antes da aplicação dos protocolos foi efetuado um esclarecimento sobre a participação voluntaria de cada um, assim de como os dados recolhidos através dos instrumentos são confidenciais, não podendo ser usados para outros fins, de acordo com os requisitos éticos. Foi ainda assinado um termo de consentimento informado, onde consta os objetivos da pesquisa, assim de como poderiam abandonar a investigação a qualquer momento. De salientar que todos os instrumentos são de auto resposta.

Numa outra fase do estudo, e após os resultados já analisados, foram recolhidos novamente dados de uma população constituída por doentes sem esquizofrenia e os seus cuidadores respetivamente, de forma a verificar se os resultados obtidos inicialmente eram lineares. Para esta recolha o protocolo foi o mesmo, a única diferença e que se retirou o PANSS. Nesta a população alvo foi escolhida aleatoriamente no concelho de Penafiel, e tinha como critérios de inclusão participantes sem diagnóstico de psicose que estavam a ser cuidados por um outro devido a algum problema de saúde.

Instrumentos

Como já referido anteriormente, o estudo foi constituído por três grupos, sendo que foi desenvolvido um protocolo para cada um de forma individualizada.

Para os participantes doentes de esquizofrenia o protocolo é constituído por um questionário sociodemográfico, pela PANSS, o ICG e pelo ICD-11 (este instrumento encontra-se dividido em 3 subescalas como será descrito de seguida, contudo nesta amostra devido as limitações do público-alvo, foi aplicada apenas a subescala de PTSD)

Quanto ao grupo de doentes sem psicoses o protocolo é constituído pelo questionário sociodemográfico, ICG e ICD-11.

Para o grupo de controlo, o protocolo consistia também num questionário sociodemográfico, ICD-11 e o LEC.

Nos cuidadores de ambos os grupos, o protocolo aplicado é constituído também por um questionário sociodemográfico, pelo ICG, o ICD-11 e LEC.

- Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográficos pretende reunir informações os participantes do estudo, referentes a idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, profissão e histórias de perdas no seio familiar. Neste questionário existe ainda os dados clínicos do utente, que assenta essencialmente no tipo de esquizofrenia, no tratamento que esta a ser administrado, assim como a sua iniciação e frequência, e história de doença mental na família. No que se refere ao questionário sociodemográfico referente ao grupo de cuidadores os dados iniciais são os mesmos, nomeadamente idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, profissão, ligação com o doente e histórias de perdas no seio familiar.

- PANSS

A PANSS é atualmente a escala de avaliação de sintomatologia da esquizofrenia mais utilizada (Möller, 2001). A versão portuguesa foi devidamente validada por Vessoni (1993). Foi devido a falta de instrumentos com boa capacidade psicométrica para avaliação de sintomas em pacientes de esquizofrenia o motivo para o seu desenvolvimento. Todos os domínios foram utilizados, sendo eles caracterizados de P1 a P7 referentes a: P1: delírios, P2: desorganização concetual, P3: comportamento alucinatorio, P4: excitação, P5: grandiosidade, P6: prejuízo e P7: hostilidade; e N1 a N7 que avaliam: N1: embotamento do afeto, N2: passividade emocional, N3: défice de relacionamento, N4: diminuição da interação social/apatia, N5: dificuldade no pensamento abstrato, N6: falta de espontaneidade e de fluidez na conversação e N7: pensamento estereotipado.

Quando comparada com outros instrumentos, vários estudos mostram que está é melhor (Chaves, 1998).

- ICG

O ICG foi traduzido e validado para a população portuguesa por Frade (2010). Neste é apresentada uma lista de dificuldades que são sentidas pelas pessoas após acontecimentos de vida traumáticos ou difíceis, com dificuldades de separação, dimensão negação e revolta, dimensão psicótica e dimensão depressiva com um total de dezanove itens. É através de uma escala de Likert de 0 a 4 que este é constituído e além da sintomatologia do luto, este diferencia ainda entre luto complicado e não complicado (Prigerson et al., 1995).

É um dos instrumentos mais utilizados a nível clínico devido a sua especificidade e fidelidade (Prigerson et al., 1995; Prigerson et al., 1997).

- ICD-11

O ICD-11 foi traduzido para a versão portuguesa por Rocha, Sá, Almeida, Chilembo, Silva e Maia (2014), a partir da versão 1.0 em língua inglesa de Cloitre. O instrumento é constituído por três escalas, divididas entre PTSD, C-PTSD e BPD, os itens são cotados numa escala dicotómica (0= Não; 1= Sim). Esta escala tem como objetivo avaliar os problemas e queixas que as pessoas tem em resposta a um acontecimento ou experiência de vida stressantes.

- LEC

A Lista de Acontecimentos de Vida (Gray, Litz, Hsu & Lombardo, 2004) é um instrumento de auto-administração constituído por 17 itens, e avalia a exposição a 18 acontecimentos potenciadores de PTSD ou stress. O seu preenchimento corresponde a situações pelas quais o sujeito tenha passado, que tenha testemunhado ou presenciado, que soube que aconteceu a alguém próximo de si, que tem a certeza de que se aplica a si, ou não sabe se aplica-se a si.

Análise de dados

Em relação à análise de dados, foi utilizado uma abordagem quantitativa, onde foi usado um programa informático Statistical Package from Social Sciences (SPSS 20).

Foi usado um procedimento de estatística descritiva, nomeadamente medias, desvios padrão e variância para os dados sociodemográficos e para os instrumentos utilizados.

Foi também calculado o alfa de Cronbach de forma a analisar a fidelidade dos instrumentos e a consistência interna.

Para as correlações foi utilizada a correlação de Spearman.

Resultados:

Através da utilização da ANOVA, podemos observar que existe para o ICG e para a PTSD um valor significativo em comparação com as duas outras variáveis ($p=0.001$), também

é possível observar que em ambas as variáveis os valores de f , utilizado para descobrir as diferenças entre os grupos, os valores mais elevados, dizem respeito ao ICG $f= 7.524$ assim como a PTSD $f= 6.972$ (Tabela 2).

A correlação de Spearman mostrou resultados significativos quando analisado o ICD – PTSD grupo de doentes sem psicose e nos seus cuidadores $r= .779$ (Tabela 3). Por outro lado nos doentes com psicose, a correlação significativa verificada foi no ICG $r= .535$, indicando uma correlação negativa no que se refere ao ICD-PTSD $r=-.520$ (Tabela 4).

Nos doentes que sofrem de psicose e respetivos cuidadores, quando correlacionadas varias variáveis, é possível examinar correlações significativas em relação ao ICG $r= .591$, LEC- PTSD $r=.503$ e na PTSD- CPTSD $r= -.522$ (Tabela 5).

Quando discriminadas as vertentes da PTSD e CPTSD nos doentes que sobrem de psicose e nos seus cuidadores, podemos observar correlações significativas negativas no que se refere à PTSD RE (doentes) - PTSD AV (cuidadores) $r= -.566$; PTSD RE (doentes) PTSD TH (cuidadores) $r= -.526$; PTSD AV (Doentes) – PTSD AV (cuidadores) $r= -.490$; CPTSD RE (doentes) - PTSD TH (cuidadores) $r= -.465$; CPTSD RE (doentes) - PTSD RE (Cuidadores) $r= -.495$; CPTSD RE (doentes) - PTSD AV (Cuidadores) $r= -.541$.

Discussão:

Neste estudo, observamos a existência de uma relação sintónica (positiva) entre os sintomas de luto nos doentes esquizofrénicos e seus cuidadores, o que é compreensível e esperado à luz do conceito de contágio emocional, que se sabe pouco alterado nos doente com esquizofrenia. No entanto, o resultado mais surpreendente prende-se com a presença de uma relação simétrica e negativa entre

alguns sintomas traumáticos e de PTSD, validada também para sintomas de C-PTDS de cuidadores e doentes esquizofrénicos. Este resultado, levou-nos a especular e a avaliar se este tipo de comportamento também se verificaria em cuidadores de outros doentes (não psiquiátricos), o que se veio a comprovar com uma relação negativa.

Este reforço positivo comprova que o mecanismo subjacente a estes resultados não se prende com a patologia Psiquiátrica em si, mas com a provável relação que se estabelece (de proteção/dependência) entre o cuidador e aquele que é cuidado. Serão necessários mais estudos para validarem estes resultados, com uma amostra populacional mais robusta.

Referências bibliográficas:

- (1) Path from schizophrenia genomics to biology: gene regulation and perturbation in neurons derived from induced pluripotent stem cells and genome editing. Jubao Duan
- (2) Epigenetic mechanisms in schizophrenia. Schahram Akbarian
- (3)WHO. Schizophrenia and public health.
- (4) Parkes, C. M. (1998) Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta. Summus. São Paulo
- (5)Psychose et traumatisme psychique. Pour un psycho-traumatiques et psychotiques chroniques. Y. Auxéméry
- (6) The relationship between post-traumatic symptom severity and object relations deficits in persons with schizophrenia. Kristine M. Chapleau
- (7) GRIEF, PARENTING, AND SCHIZOPHRENIA. DANIEL J. DAVIS and CYNTHIA L. SCHULTZ
- (8)Posttraumatic stress disorder, cognitive function and quality of life in patients with schizophrenia. Xiaoduo Fan
- (9)Cusack, K.J., Grubaugh, A.L., Knapp, R.G., Frueh, B.C., 2006. Unrecognized trauma and PTSD among public mental health consumers with chronic and severe mental illness. Community Mental Health Journal 42, 487–500.
- (10)Patrick S. Calhoun. Interpersonal trauma, war zone exposure, and posttraumatic stress disorder among veterans with schizophrenia
- (11)Trauma, post-traumatic stress disorder, and schizophrenia. ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA
- (12)Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness
- (13)Impact of Traumatic and Violent Victimization Experiences in Individuals With Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. Jennifer M. Newman

- (14) Which Environments for G 3 E? A User Perspective on the Roles of Trauma and Structural Discrimination in the Onset and Course of Schizophrenia. Catherine van Zelst
- (15) Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review. Maria Panagioti
- (16) Schizophrenia patients with and without Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) have different mood symptom levels but same cognitive functioning. Peleikis DE
- (17) Neurocognitive function in schizophrenia with comorbid posttraumatic stress disorder. Duke LA
- (18) Involuntary Admission and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Schizophrenia Patient. Stefan Prie
- (19) The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: John Read
- (20) Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. Sandra G. Resnick
- (21) Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. Breslau N
- (22) PTSD and comorbid psychotic disorder: comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder. Sautter FJ
- (23) Grief, guilt, and identification in siblings of schizophrenic individuals. David Titelman
- (24) A. Lehmann et al. Subjective experience of emotions and emotional empathy in paranoid schizophrenia *Psychiatry Research* 220 (2014) 825–833

- (25) T.M. Michaels et al. Cognitive empathy contributes to poor social functioning in schizophrenia: Evidence from a new self-report measure of cognitive and affective empathy. *Psychiatry Research* 220 (2014); 803-810
- (26) Preston, S. & Waal, F. (2002). The communication of emotions and the possibility of empathy in animals. In S. Post, L. Underwood, J. Schloss & W. Hurlburt (Eds.), *Altruistic love: Science, philosophy, and religion in dialogue* (pp 284-308). New York: Oxford University Press
- (27) Barsade, S. (2002). The ripple effect: Emotional contagion and its influence on group behavior. *Administrative Science Quarterly*, 47, 644-675.
- (28) Doherty, R. (1997). The Emotional Contagion Scale: A measure of individual differences. *Journal of Nonverbal Behavior*, 21 (2), 131-154.

Tabela 1 . Caraterísticas sociodemográficas dos grupos

		<i>Doentes com esquizofrenia</i>				<i>Cuidadores dos doentes com esquizofrenia</i>				<i>Grupo de controlo</i>				<i>Doentes sem esquizofrenia</i>				<i>Cuidadores de doentes sem esquizofrenia</i>			
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sexo	Feminino	7	28			19	90.48			67	60.9			11	45.8			24	100		
	Masculino	18	72			2	9.52			43	39.1			13	54.2			0	0		
Idade				46.68	10.25			66	13.92			30.25	12.54			71.33	17.63			51.83	10.18
Escolaridade	Sem escolaridade	0	0			3	14.29							8	33.4			2	8.3		
	4ºano	10	40			11	52.38			5	4.5			15	62.4			14	58.4		
	9ºano	11	44			5	23.81			22	20			1	4.2			7	29.1		
	> 12ºano	4	16			2	9.52			84	75.5							1	4.2		
Estado civil	Casado	4	16			11	52.38							10	41.7			19	79.2		
	Solteiro	17	68			1	4.76							3	12.5						
	Divorciado	4	16			2	9.52											3	12.5		
	Viúvo					7	33.33							11	45.8			2	8.3		
Profissão	Exerce atividade	2	8			4	19.04							7	29.17			12	50		
	Desempregado/doméstico/reformado	23	92			3	14.29							16	70.83			12	50		

Tabela 2. Diferenças entre grupos.

	<i>Doentes com esquizofrenia</i>			<i>Cuidadores</i>			<i>Grupo de Controlo</i>			<i>f</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
ICG	20	4.05	6.55	18	11.94	9.68	78	16.44	14.58	7.524	.001
LEC	20	1.45	1.57				110	3.33	2.09	2,13	.147
PTSD	20	12.35	4.88	19	11.79	6.09	110	7.61	6.72	6.972	.001
C-PTSD	20	16.40	9.15				110	16.60	11.75	.005	.943

Tabela 3. Correlações dos doentes sem esquizofrenia e os seus cuidadores

	<i>ICG Cuidadores doentes sem psicose</i>	<i>ICD PTSD Cuidadores sem psicose</i>	<i>ICG Pacientes sem psicose</i>	<i>ICD PTSD Pacientes sem psicose</i>
<i>ICG Cuidadores doentes sem psicose</i>		.297	.563	.327
<i>ICD PTSD Cuidadores sem psicose</i>			.086	.779**
<i>ICG Pacientes sem psicose</i>				.386

*Spearman value significant for .05 level

Tabela 4. Correlações dos doentes com esquizofrenia e seus cuidadores

	<i>ICG Cuidadores doentes com psicose</i>	<i>ICD PTSD Cuidadores com psicose</i>	<i>ICG Pacientes com psicose</i>	<i>ICD PTSD Pacientes com psicose</i>
<i>ICG Cuidadores doentes com psicose</i>		.359	.535*	-.429
<i>ICD PTSD Cuidadores com psicose</i>			-.010	-.520
<i>ICG Pacientes com psicose</i>				.250

*Spearman value significant for .05 level

Tabela 5. Correlações das diversas variáveis antes doentes com esquizofrenia e os seus cuidadores

		<i>Cuidadores</i>			
<i>Doentes com esquizofrenia</i>		<i>ICG</i>	<i>PTSD</i>	<i>CPTSD</i>	<i>LEC</i>
	<i>ICG</i>	.591*	-.040	-.169	-.221
	<i>PTSD</i>	-.489	-.363	-.522*	.383
	<i>PANSS +</i>	-.385	-.064	-.044	-.439
	<i>PANSS -</i>	.076	.235	.296	-.231
	<i>LEC (cuidadores)</i>	.380	.503*	.388	

*Spearman value significant for .05 level

Tabela 6.

		<i>Doentes com esquizofrenia</i>		
		<i>PTSD TH</i>	<i>PTSD RE</i>	<i>PTSD AV</i>
	<i>PTSD TH</i>	-.195	.418	-.276
	<i>PTSD RE</i>	-.526*	-.427	-.566*
	<i>PTSD AV</i>	-.457	-.204	-.490*
<i>Cuidadores</i>	<i>CPTSD RE</i>	-.465*	-.495*	-.541*
	<i>CPTSD NSC</i>	-.385	-.344	-.384
	<i>CPTSD DIS.REAL</i>	-.360	-.396	-.354

*Spearman value significant for .05 level

**“Mourning in Schizophrenia and in the Caregivers of Patients with
Schizophrenia”**

Mourning in Schizophrenia and in the Caregivers of Patients with Schizophrenia

Mariana Pinheiro^{1,3}, Cátia Nunes², Daniela Mendes¹, Noémia Carvalho¹, José Carlos Rocha^{2,3}

¹Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Av.do Hospital Padre Américo, nº 210 – 4564-007 Guilhufe, PenaRiel, Portugal

²Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde, CESPU, Rua Central da Gandra 1317, 4585-116 Gandra, Paredes, Portugal

³Centro de Psicologia do Trauma e do Luto, Vila Nova de Gaia, Porto, Portugal

- **Introduction:** Schizophrenia is a multifactorial mental disease in which genetic and environmental factors appear to be interconnected. Mourning is a mental state that can be responsible for psycho-emotional instability in human beings. There is a deficit of publications regarding mourning in patients with schizophrenia and in their caregivers. This is an importante field of research, because it could help healthcare professionals better manage this condition.

- **Hypothesis:** The main hypothesis of our study is to determine if patients with schizophrenia experience mourning in the same way has patients without schizophrenia, and how do their caregivers deal with this life event.

- **Methods:** We performed a socio-demographic questionnaire and used the Inventory of Complicated Grief (ICG) in 24 individuals with stabe schizophrenia and also in their caregivers. We used a control group of 24 non- schizophrenia patients and respective

careers. The statistical analysis was performed using SPSS 20. Cronbach's alpha was used to determine the internal consistency of the answers.

- **Results:** The Cronbach's Alpha of the ICG questionnaire for patients with schizophrenia was 0.948, which indicates a good internal consistency. With the pairing of dyads of patients, caregivers, with and without schizophrenia, we observe the existence of a positive Pearson correlation between the symptoms of grief in schizophrenic patients and their caregivers (0.535), and (0.563) for the control group of caregivers and patients without psychosis. Both values are significant, showing that in both groups there is a positive relationship bereavement symptoms among patients with and without schizophrenia and their caregivers.

- **Discussion / Conclusion:** Our results can be analyzed based on the concept of emotional contagion associated with empathy, which is known to be altered in patients with schizophrenia. This study highlights the relevance of evaluation symptoms of mourning in patients with schizophrenia and concludes that although the pattern of symptoms is slightly inferior, there is an impact of losses in a manner similar to nonschizophrenic individuals.

“The usefulness of a rating scale to evaluate grief symptoms in schizophrenic patients”

Resumo do poster

THE USEFULNESS OF A RATING SCALE TO EVALUATE GRIEF SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Mariana Pinheiro^{1,3}, Cátia Nunes², Daniela Mendes¹, Noémia Carvalho¹, José Carlos Rocha^{2,3}

¹Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Av.do Hospital Padre Américo, nº 210 – 4564-007 Guilhufe, Penafiel, Portugal

²Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde, CESPU, Rua Central da Gandra 1317, 4585-116 Gandra, Paredes, Portugal

³Centro de Psicologia do Trauma e do Luto, Vila Nova de Gaia, Porto, Portugal

AIMS: The objective is to validate the use of the Inventory of Complicated Grief from Prigerson, with the purpose of develop psychometric analysis that could sustain future research with schizophrenic patients. Also, we envisage to compare grief symptoms between caretakers and the outpatients.

BACKGROUND: There is a lack of information about bereavement related symptoms in schizophrenic patients, mainly justified by the absence of normative and psychometric data specific of this population. Also there is a common belief that most schizophrenic patients do not have grief symptoms.

METHOD: The convenience sample is divided in three groups, 25 outpatients with schizophrenia, the group of their caregivers (n=21) and a control group with 120 participants. The evaluation was paired between patients and caregivers with the Portuguese version of Inventory of Complicate Grief and the ICD-11 Trauma Questionnaire for traumatic stress assessment.

RESULTS: Inventory of Complicated Grief has very good reliability with Cronbach alpha of 0.948. There are two items without variance in schizophrenic patients: avoid reminders of the lost person and since loss life is unfair. The Spearman correlation between traumatic stress and grief symptoms in patients is 0.606. The global results are different between groups analysis, schizophrenic patients have indeed a lower level of grief symptoms. However, the standard deviation on schizophrenic patients sustain the ability to discriminate symptoms levels.

CONCLUSIONS: This study provides first evidence of reliability of a strategy for Complicated Grief assessment. Also, provides a clear picture of the differences between groups, generated new normative values for such group. Also there is and external validity result concerning the expected relation between grief and traumatic stress. The small sample size is one limitation that could not enable other statistical approaches, like exploratory factor analysis. The fact that all patients were treated with antipsychotic drugs and there could be a confounding natural effect of medication on the symptoms. This research may generate new clinical approaches based on another outcome variable for schizophrenic patients, concerning their own bereavement experiences.

“Traumatic exposure and symptoms in Angolan Civil War veterans”

Resumo do poster

“Traumatic exposure and symptoms in Angolan Civil War veterans”

Angolan Civil War (1975-2002) had high impact on both civilian and military and was not studied envisaging clarification of long term effects, including Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD).

The general aim is to describe traumatic exposure and traumatic symptoms in both civilians and military, including PTSD, CPTSD and Borderline Personality (BPD) symptoms 14 years after conflict.

The sample has 158 participants, 59 active or passive military (MG) and 99 civilians (CV), 106 men and 52 women, with an average age of 36.9 years ($SD=11.7$). Several instruments have been used: socialdemographical questionnaire, Life Events Checklist (LEC), ICD11 Trauma Questionnaire (ITQ) to assess PTSD, CPTSD and BPD.

Angolan Civil War had severe effects on both CV and MG, 78.9% of civilians report severe war experiences and 98.3% from the MG, which had been exposed to more potentially traumatic events and more frequently than the CV. Considering the symptoms, MG has more PTSD and CPTSD symptoms.

There is no significant difference on BPD between groups. PTSD and CPTSD can be severe and highly dysfunctional disorders and there are particularly high frequencies on veterans from Angola. We discuss the need for specific assessment and intervention both civilians and militaries exposed to Angolan Civil War.

Anexos