



*Luto Complicado e Regulação Emocional
em Doentes Psiquiátricos*

Tânia Marisa Moreira da Silva

Gandra, Outubro de 2010

Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte

**Luto Complicado e Regulação Emocional
em Doentes Psiquiátricos**

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte,
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Elaborada sob orientação do Professor Doutor José Carlos Rocha

Tânia Marisa Moreira da Silva

Gandra, Outubro de 2010

Agradecimentos

Neste momento tão importante não poderia deixar de agradecer a algumas das pessoas que marcaram esta longa caminhada. Em primeiro lugar agradeço aos meus pais que desde sempre me proporcionaram todas as condições emocionais para que fosse possível percorrer esta caminhada académica e assim cumprir um dos grandes objectivos da minha vida.

Ao Rui por todas as palavras de coragem, por toda a confiança que sempre depositou em mim e por ser o meu maior suporte nestes momentos de conquista e felicidade mas também naqueles de maior insegurança.

À minha irmã, pelos conselhos e apoio incondicional dado, não só ao longo destes 5 anos de curso, como também em tudo na minha vida. Ao Sérgio que sempre acreditou que eu era capaz, mesmo quando eu duvidava das minhas capacidades.

Ao Professor Doutor José Carlos Rocha pela preciosa orientação, pela segurança transmitida ao longo deste ano repleto de muitas dúvidas e incertezas, a quem devo as sábias palavras de força, coragem e motivação que me mantiveram focada nos meus objectivos.

À Dra. Emanuela Lopes e ao Professor Doutor Carlos de Mendonça Lima que tiveram um papel preponderante para que a autorização formal deste trabalho fosse conseguida, e que contribuíram para a recolha da amostra presente neste trabalho.

À Catarina e ao Fábio pelo óptimo trabalho de equipa que fomos capazes de desempenhar ao longo deste ano e que se mostrou a principal fonte de inspiração e o despertar de muita partilha de ideias.

À Beta pelas longas horas de trabalho em conjunto, com quem pude partilhar conhecimento. Obrigado por me continuares a ensinar sempre um pouco mais. E não só à Beta, como também à Sara, obrigada pela enorme amizade que nasceu por entre uma vida académica agitada. Obrigada por todo o carinho e por todo o apoio que sempre me deram e que se traduz num “obrigada por tudo!”.

À Cláudia e ao Nuno, os amigos sem os quais este ano teria sido mais difícil. Obrigada por toda a ajuda, por toda amizade e por toda a partilha de experiências que ficará guardada muito para além do contexto onde esta amizade nasceu.

A todos os que de alguma forma passaram pela minha vida deixando a sua marca e que contribuíram para a conclusão deste trabalho, o meu muito Obrigada!

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	vii
Abstract.....	viii
I. Introdução	1
1.1. Luto Complicado	2
1.1.1. Conceptualização do Luto: Luto Normal e Complicado	2
1.1.2. Luto Complicado em Doentes Psiquiátricos	4
1.1.3. Factores de Risco do Luto Complicado.....	5
1.1.4. Distinção entre Luto Complicado e outras Perturbações Psiquiátricas	9
1.2. Regulação Emocional	13
1.2.1. Desenvolvimento da Regulação Emocional	16
1.2.2. Estratégias de Regulação Emocional Adaptativas e Desadaptativas.....	16
1.2.3. Desregulação Emocional e o Desenvolvimento da Psicopatologia.....	20
1.2.4. Regulação Emocional e Luto.....	22
II. Objectivos.....	24
III. Método.....	24
3.1. Amostra.....	24
3.2. Instrumentos.....	26
3.3. Procedimento	27
IV. Resultados.....	29
a) <i>Caracterização da população psiquiátrica relativamente à história da perda mais significativa.....</i>	29
b) <i>Prevalência de Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático em doentes psiquiátricos.....</i>	32
c) <i>Descrição da co-morbilidade e correlações entre Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático em doentes psiquiátricos.....</i>	33
d) <i>Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional, Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática em doentes psiquiátricos.....</i>	35

<i>e) Clarificação do papel preditor das Dificuldades de Regulação Emocional no Luto Complicado, Depressão e na Sintomatologia Traumática</i>	<i>37</i>
V. Discussão de Resultados.....	39
VI. Conclusão	48
Referências Bibliográficas.....	50
Anexos.....	60

Índice de Figuras

Figura 1: Factores de risco preditores das consequências no Luto.....	6
Figura 2: Co-morbilidade actual entre Pós-Stress Traumático e Depressão Major em indivíduos com LC que se encontram em tratamento.	10
Figura 3: As relações estabelecidas e não estabelecidas empiricamente entre o Luto Complicado, Complicações na Saúde Mental e Dificuldades de Regulação Emocional.	23
Figura 4: Co-morbilidade entre Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático.	34
Figura 5: As relações empiricamente estabelecidas na presente investigação entre o Luto Complicado, Complicações na Saúde Mental e Dificuldades de Regulação Emocional.	39

Índice de Tabelas

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica da amostra.....	25
Tabela 2: Parentesco do Falecido	30
Tabela 3: Papel e função do falecido na vida do enlutado	30
Tabela 4: Tipo e Causa de Morte	31
Tabela 5: Descrição das características relativas à perda de alguém significativo em doentes psiquiátricos	32
Tabela 6: Prevalência de Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático em doentes psiquiátricos	33
Tabela 7: Correlações significativas de Pearson entre o Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática	35
Tabela 8: Resumo das correlações entre o ICG, BDI, IES-R e as suas dimensões e as Dificuldades de Regulação Emocional.....	37
Tabela 9: Resumo do impacto das Dificuldades de Regulação Emocional (variáveis independentes) no Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática.....	38

Índice de Anexos

Anexo I: Consentimento Informado

Anexo II: Protocolo de Avaliação

Anexo III: Autorização do CHAA

Anexo IV: Artigo

Anexo V: Resumo submetido para Comunicação Oral nas “XI Jornadas de Psicologia do ISCS-N”.

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

Anexo VII: Curriculum Vitae

Resumo

O Luto Complicado (LC) encontra-se frequentemente associado a diversas complicações na saúde mental, nomeadamente ao aumento do risco para as Perturbações de Humor, Perturbações de Ansiedade e Pós-Stress Traumático. Neste sentido, vários estudos têm demonstrado uma elevada prevalência de LC em doentes psiquiátricos. Piper et al. (2001) avaliou 235 utentes de consulta de psiquiatria com história de perdas e observou uma prevalência de 60% com LC. No que refere à Regulação Emocional, Stroebe (2007) considera que a confrontação, evasão e apreciações positivas, constituem um factor de protecção no processo de Luto. Porém, os estudos empíricos que sustentem esta afirmação são escassos. Deste modo, este estudo pretende descrever a prevalência de LC e a sua relação com as Dificuldades de Regulação Emocional na população psiquiátrica.

Para o efeito foram avaliados 110 adultos (CHAA, CHTS e CRI Oriental ET de Gondomar) diagnosticados com perturbação psiquiátrica, recorrendo aos seguintes instrumentos de avaliação: versões Portuguesas do *Inventory of Complicated Grief* (ICG), *Beck Depression Inventory* (BDI), do *Impact of Event Scale - Revised* (IES-R) e do *Difficulties in Emotional Regulation Scale* (DERS).

Observamos uma taxa de prevalência de LC nos participantes (ICG \geq 25) de 77,3%. Verificamos correlações significativas entre as Dificuldades de Regulação Emocional e os indicadores de Depressão (,74), Pós-Stress Traumático (,45) e Luto Complicado (,49).

Ao nível das Dificuldades de Regulação Emocional, através de regressão linear, verificamos que a Não-aceitação das Respostas Emocionais, as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos e a Falta de Clareza Emocional predizem 39.3% do LC.

Deste modo, estes resultados permitem verificar a elevada prevalência da perturbação de LC em doentes psiquiátricos, assim como a relevância das Dificuldades de Regulação Emocional na predição do LC.

Abstract

The Complicated Grief (CG) is often associated with many complications of mental health, including increased risk for mood disorders, anxiety disorders and posttraumatic stress disorder. In this context, several studies have demonstrated a high prevalence of CG in psychiatric patients. Piper et al. (2001) evaluated 235 users of psychiatric cares with a history of losses and noted a prevalence of 60% with GC. In terms of emotional regulation, Stroebe (2007) believes that the confrontation, avoidance, and positive assessments constitute a protective factor in the process of mourning. However, empirical studies that support this assertion are lacking. Thus, this study aims to describe the prevalence of CG and its relation with the difficulties in emotional regulation in psychiatric population.

So, we evaluated 110 adults (*C.H.A.A.*, *CHTS* and *CRI Eastern ET of Gondomar*) diagnosed with psychiatric disorders, using the following Portuguese version of assessment tools: Inventory of Complicated Grief (ICG), Beck Depression Inventory (BDI), Impact of Event Scale - Revised (IES-R) and Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS).

We observed a prevalence of 77.3% patients with CG ($ICG \geq 25$).

We also observed significant correlations between Difficulties in Emotional Regulation and indicators of Depression (.74), Posttraumatic Stress (.45), and Complicated Grief (.49). By linear regression we found that the Nonacceptance of emotional responses, Difficulties engaging in goal-directed behavior and Lack of emotional clarity predict 39.3% of the CG.

So, these results allow us to verify the high prevalence of disturbance of CG in psychiatric patients, as well as the importance of difficulties in emotional regulation predicting the CG.

I. Introdução

“The experience of bereavement is universal, the symptoms of complicated grief and their requisite severity and persistence are not”.

(Lichtenthal et al., 2004, p. 648)

Ao longo da vida, todo o ser humano se vê confrontado com a necessidade de lidar com a perda de alguém significativo. Este é um acontecimento inevitável no ciclo de vida e, mais cedo ou mais tarde, o indivíduo vê-se obrigado a lidar com este tipo de eventos stressantes. Deste modo, quando uma pessoa perde alguém significativo, existe normalmente um período de elevado stress, frequentemente associado a sentimentos de culpa, arrependimento, solidão, e a outras reacções físicas e psicológicas, características de uma fase pautada pelo sofrimento da perda (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2000).

No entanto, este período, no qual o indivíduo procura adaptar-se à perda, atinge por vezes um nível de complexidade caracterizada por complicações pouco comuns no ciclo de vida e que podem ser associadas a inúmeras complicações de saúde física e mental que se encontram relacionadas com o processo de Luto. O conjunto de todas estas complicações é designado de Luto Complicado (Golden & Dalgleish, 2008; Lichtenthal, Cruess, & Prigerson, 2004).

Podemos assim concordar que a perda de alguém significativo constitui uma das experiências universais mais dolorosas e de difícil adaptação de entre as crises experienciadas ao longo do ciclo da vida (Wagner, 2006).

No caso do Luto Complicado, o facto da intensidade e da longevidade do processo ser mais elevada do que o normal, torna o indivíduo vulnerável a graves complicações de saúde mental, que na maioria das vezes não chegam a ser alvo de tratamentos psicológicos adequados (O'Connor, Allen, & Kaszniak, 2002; Stroebe, Folkman, Hansson, & Schut, 2006; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007).

Falando especificamente do desenvolvimento do Luto Complicado em doentes psiquiátricos, a literatura mostra que, apesar de esta população específica referenciar inúmeras vezes dificuldades na adaptação à perda, estas nem sempre são documentadas de forma clara ou alvo de avaliação e intervenção nos protocolos utilizados nos Serviços de Saúde.

Embora os estudos nesta área sejam ainda escassos, tem-se verificado a existência de uma elevada prevalência de Luto Complicado em doentes psiquiátricos (Piper, Ogrodniczuk, Azim, & Weideman, 2001; Greenberg, 2002; Kersting et al., 2009). Neste sentido, é possível considerar que esta constitui uma população de risco para dificuldades na adaptação à perda.

Os factores que colocam esta população específica em risco são ainda pouco claros, tornando assim necessário a exploração de novos factores que permitam a predição desta perturbação. Após revisão bibliográfica foi possível constatar que existe uma elevada prevalência de Dificuldades de Regulação Emocional nesta população e que estas se encontram intimamente relacionadas com as perturbações psiquiátricas, nomeadamente com a Depressão e o Pós-Stress Traumático (Piper et al., 2001; Greenberg, 2002; Kersting et al., 2009; Machado-Vaz, Branco Vasco, & Greenberg, 2010). Tendo em conta esta relação já documentada em estudos anteriores, torna-se importante esclarecer o impacto que as Dificuldades de Regulação Emocional poderão ter no desenvolvimento de um processo de Luto Complicado em doentes psiquiátricos.

1.1. Luto Complicado

1.1.1. Conceptualização do Luto: Luto Normal e Complicado

A reacção normal à perda constitui o processo de Luto e caracteriza-se por manifestações de quatro tipos: 1) manifestações afectivas, nomeadamente humor depressivo, ansiedade, sentimentos de culpa, raiva, anedonia e solidão; 2) manifestações comportamentais, como fadiga, comportamentos de procura, choro e isolamento; 3) manifestações cognitivas, como preocupação com o ente falecido, baixa auto-estima, desânimo, lentidão no pensamento e perdas de memória e por fim, 4) manifestações fisiológicas, como perda de apetite, distúrbios de sono, queixas somáticas e susceptibilidade para doenças (Stroebe et al., 2000).

Estas reacções poderão ocorrer com uma intensidade variável, dependendo de diversos factores. Porém, perante um processo de Luto normal, o indivíduo geralmente é capaz de lidar com as manifestações características do mesmo, sem recorrer à ajuda de profissionais de saúde e sem permitir que este processo influencie negativamente o curso normal da sua vida (Stroebe & Hansson, 2001; Stroebe, Schut, & Finkenauer,

2001; Raphael, Minkov, & Dobson, 2001; Stroebe et al., 2006).

O Luto é considerado complicado quando afecta a capacidade funcional do indivíduo, de tal modo que o impede de regressar ao seu funcionamento normal anterior à perda. Neste sentido, quando o processo de Luto se desvia da norma cultural do indivíduo relativamente à duração, intensidade e sintomas específicos e gerais do Luto, considera-se que o indivíduo se encontra a vivenciar um processo de Luto Complicado (Prigerson, Frank et al., 1995).

Em termos práticos, a distinção entre Luto normal e Luto Complicado é ainda difícil, uma vez que o Luto Complicado não é considerado um síndrome independente de outras perturbações psiquiátricas, não possuindo por isso critérios claros e consensuais de diagnóstico (Prigerson et al., 2009).

Esta tarefa é também extremamente difícil pois são encontradas algumas fragilidades na distinção entre o Luto Complicado e outras perturbações psiquiátricas que se encontram intimamente relacionadas com o mesmo, a título de exemplo: as Perturbações Depressivas, as Perturbações de Ansiedade e o Pós-Stress Traumático (Stroebe & Hansson, 2001).

No entanto, os pacientes psiquiátricos apresentam frequentemente queixas relativas a dificuldades no modo de lidar com o Luto, as quais nem sempre são claras, nem tidas em conta nos protocolos de avaliação e de intervenção psicológica e / ou psiquiátrica comumente utilizados (Simon et al., 2007).

Falando especificamente do Luto Complicado no doente psiquiátrico, é essencial ter em conta que esta constitui uma população que poderá encontrar-se em elevado risco no que refere à possibilidade de desenvolverem Luto Complicado. Este facto justifica-se pelas fragilidades inerentes às perturbações psiquiátricas que fazem com que os doentes revelem uma maior predisposição para o desenvolvimento de outras complicações na saúde mental (Stroebe & Hansson, 2001; Prigerson et al., 2009).

Além disso, o Luto Complicado associa-se a uma perda que por si só é um evento stressante e possivelmente traumático, que afecta o bem-estar físico, social e psicológico do ser humano e que se encontra associado a reacções psicológicas de intensidade variável, que se caracterizam pela presença de emoções negativas como: depressão, ansiedade, desespero, descrença, raiva e apatia (Stroebe & Hansson, 2001; Prigerson et al., 2009).

As emoções suprapreferenciadas constituem ainda factores centrais de outras perturbações psiquiátricas, sendo essenciais para o seu diagnóstico. Deste modo, torna-

se uma vez mais evidente a extrema dificuldade em distinguir o processo de Luto Complicado de outras perturbações, facto que tem levado inúmeros investigadores a dedicarem-se ao estudo de indicadores específicos do Luto Complicado e ao impacto que este tem na saúde mental (Stroebe & Hansson, 2001; Prigerson et al., 2009).

1.1.2. Luto Complicado em Doentes Psiquiátricos

Com o objectivo de clarificar a relação existente entre Luto Complicado e a psicopatologia foram realizados até ao momento dois estudos de relevância científica que clarificam a presença de Luto Complicado em doentes psiquiátricos.

Piper et al. (2001) realizaram um estudo que pretendia explorar a prevalência de perdas significativas e de Luto Complicado em doentes psiquiátricos. Estes verificaram que, numa amostra de 729 doentes psiquiátricos, cerca de 55,3% tinham experienciado a perda de uma ou mais pessoas significativas na sua vida. Porém, apenas 235 pacientes cumpriam os critérios de inclusão e consentiram participar na investigação. Piper et al. constataram que 31% da sua amostra apresentavam Luto Complicado Moderado e 29% de Luto Complicado Grave, perfazendo assim um total de 60% de prevalência de Luto Complicado nesta população.

Finalmente, estes autores compararam a presença de sintomatologia depressiva, ansiedade e sintomas gerais de stress entre os pacientes com e sem Luto Complicado, concluindo que pacientes com Luto Complicado apresentavam níveis mais elevados de Depressão, ansiedade e sintomas gerais de stress, do que pacientes sem Luto Complicado. Observaram assim que a perda de alguém significativo pode ser problemática e que seria importante considerá-la um factor etiológico na avaliação de todos os doentes psiquiátricos (Piper et al., 2001).

Kersting et al. (2009) optaram por dar continuidade ao estudo anterior, clarificando aspectos específicos do Luto Complicado.

Tendo em conta a pouca informação relativa à prevalência de Luto Complicado em pacientes com Depressão unipolar e da sua relação específica com esta perturbação psiquiátrica, Kersting et al. (2009) avaliaram 73 doentes psiquiátricos diagnosticados com Depressão Unipolar, uma perturbação de humor.

O estudo realizado por Kersting et al. (2009) concluiu que 96% da sua amostra apresentava história de perda de alguém significativo e que entre os pacientes com Luto

Complicado o grau de parentesco mais frequente relacionava-se com a perda de um familiar próximo (pais, irmãos ou esposo). Além disso, os pacientes com Depressão e com Luto Complicado mostraram níveis mais elevados de Sintomatologia Depressiva e Pós-Stress Traumático relacionado com a perda e níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, do que pacientes deprimidos sem Luto Complicado.

1.1.3. Factores de Risco do Luto Complicado

O Luto constitui por si só um elevado factor de risco para complicações na saúde física e mental que podem persistir por longos períodos de tempo após a perda, culminando num processo de Luto Complicado (O'Connor et al., 2002; Stroebe et al., 2006).

No entanto, tendo em conta que a maioria da população mostra-se capaz de se adaptar à perda e vivenciar um processo de Luto normal, é importante estabelecer quais os factores de risco que predispõem o indivíduo para o desenvolvimento de um processo de Luto Complicado.

Perante um processo de Luto normal, geralmente o indivíduo não necessita de recorrer a uma intervenção psicológica ou farmacológica de modo a ser capaz de lidar com este processo. O facto de as necessidades relativas ao Luto Complicado abrangerem uma população mais restrita leva a que actualmente não exista um protocolo farmacológico e psicológico definido para uma intervenção nesta área (Raphael et al., 2001; Stroebe et al., 2006).

Neste sentido, é importante definir qual a população em risco de desenvolver um processo de Luto Complicado, na qual poderá ser crucial uma intervenção psicológica primária. A definição dos factores de risco para o Luto Complicado permite assim circunscrever esta intervenção a uma população específica.

De acordo com Stroebe et al. (2006, p. 2441), um factor de risco constitui “*uma variável susceptível de aumentar a presença de consequências negativas a nível pessoal, social e profissional na vida de um indivíduo*”, enquanto um factor protector é definido como sendo uma condição que, quando presente, prediz a existência de resultados positivos na vida de um indivíduo.

Ao longo das últimas décadas, diversas investigações têm explorado uma variedade de factores associados a diferentes consequências individuais do Luto Complicado.

Baseado nas perspectivas do *Dual Process Model*, Stroebe et al. (2006) identificaram 5

grupos de factores que permitem descrever as características que o indivíduo apresenta que o colocam em risco de desenvolver um Luto Complicado, sendo eles: a) a natureza do stressor; b) factores interpessoais; c) factores intrapessoais; d) processos de *coping* e de avaliação; e e) consequências (ver figura 1).

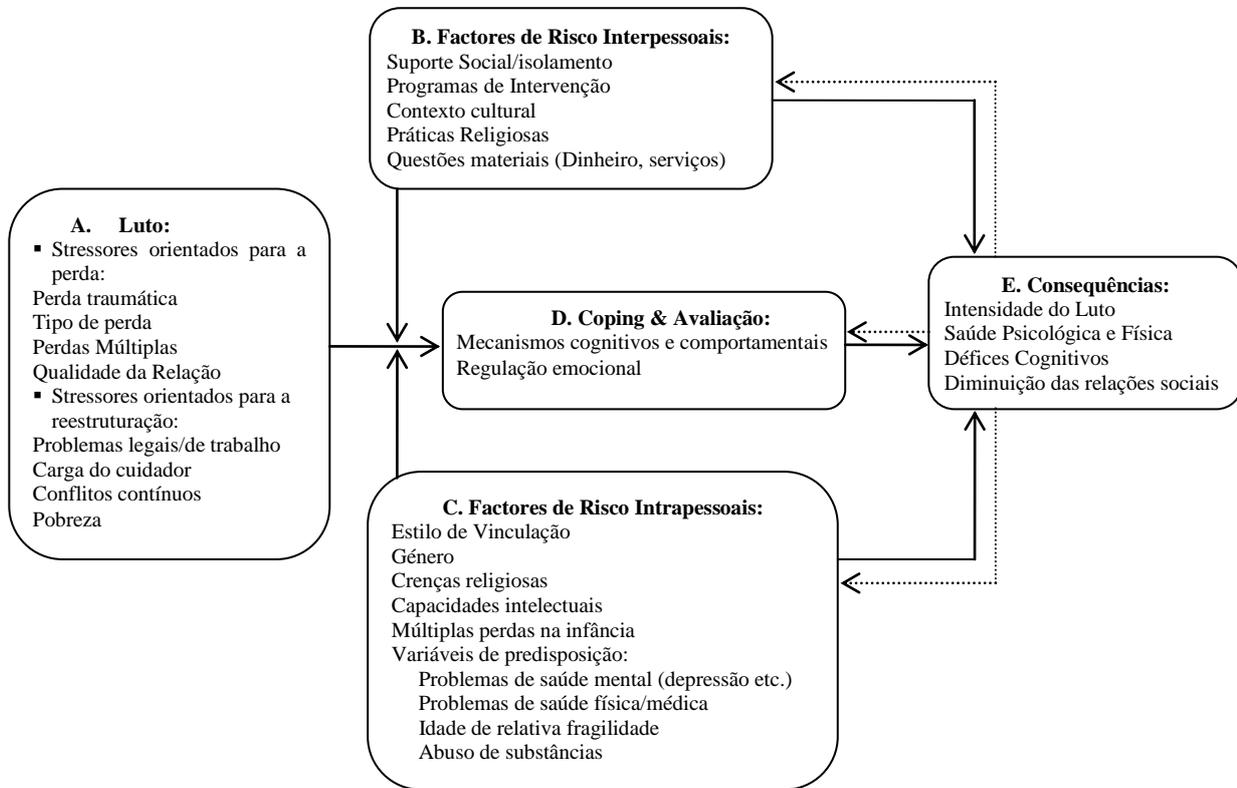


Figura 1: Factores de risco preditores das consequências no Luto (Stroebe et al., 2006).

Relativamente à (a) **natureza do stressor**, verifica-se que a reacção à perda é modelada pelo tipo de morte e pela relação que o enlutado mantinha com o falecido. Sendo assim, a natureza da morte, o facto de esta ter ocorrido de uma forma esperada ou inesperada, pacífica ou traumática, bem como o facto de o falecido ter tido um vida longa e bem sucedida, parece diferenciar o impacto da perda no enlutado e a sua adaptação ao longo do processo de Luto e a relativa ausência de complicações a este nível (Stroebe et al., 2006).

Alguns autores consideram que perante uma morte inesperada o indivíduo apresenta uma maior probabilidade de apresentar consequências de saúde mais severas, do que perante uma morte esperada, podendo por isso apresentar níveis mais elevados de Depressão e de queixas somáticas (Raphael & Martinek, 1997; Stroebe & Schut, 2001).

A qualidade e o tipo de relação entre o enlutado e o falecido têm também um papel importante na moderação do impacto do Luto na saúde do indivíduo. No que refere à relação com o enlutado, verifica-se que a morte de um filho relaciona-se com um Luto mais intenso e persistente do que a morte de um esposo, pai ou irmão (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999; Sanders, 1999).

Perante a perda, o enlutado vê-se obrigado, não só a lidar com o Luto e com a perda de alguém significativo, como também com um amplo conjunto de stressores secundários entre os quais se salientam possíveis problemas no trabalho, problemas legais decorrentes da morte, aprender como realizar tarefas que até então eram da responsabilidade do falecido, bem como lidar com a possibilidade de pobreza devido à perda dos rendimentos do falecido (Stroebe et al., 2006).

Os problemas relacionados com a natureza do stressor podem ainda estender-se a dificuldades a nível social, uma vez que, para além de se constatar frequentemente que o falecido era a pessoa em quem o enlutado procurava suporte sempre que necessário, a morte obriga a uma mudança de papéis, muitas vezes radical, na vida do enlutado. Além disso, ainda a nível social, poderá ocorrer um isolamento social do enlutado, de tal modo que este poderá ficar mais susceptível a mortes inesperadas como o suicídio (Dyregrow, Nordanger, & Dyregrow, 2003).

No que concerne aos (b) **factores de risco interpessoais**, estes são entendidos como originários do contexto e ambiente em que o indivíduo se insere, envolvendo factores externos à pessoa em Luto (Stroebe et al., 2006).

O suporte social, a participação num programa de intervenção psicológica, a dinâmica familiar e os factores culturais são considerados factores de risco interpessoais para complicações no Luto. O suporte social adequado funciona como factor protector do Luto Normal, no entanto são ainda escassos os esclarecimentos empíricos relativos ao real impacto deste constructo no processo de Luto (Scharzer & Leppin, 1989).

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

Ainda dentro dos factores de risco interpessoais, a dinâmica familiar constitui o contexto em que o Luto se desenvolve e o primeiro nível de suporte do enlutado, sendo por isso considerada um elemento importante no modo como este decorre. No entanto, ao longo do tempo, o suporte fornecido pela família pode tornar-se menos perceptível

pelo enlutado, e as dificuldades de adaptação inerentes à adopção de novos papéis no seio familiar pode ser de tal modo difícil que pode culminar numa desestruturação familiar, colocando assim o indivíduo em risco para o desenvolvimento de um processo de Luto Complicado (Hansson & Carpenter, 1994; Winchester-Na-deau, 2001).

Os (c) **factores intrapessoais** referem-se às características intrínsecas do enlutado. A presença de um estilo de vinculação segura encontra-se associada a uma melhor adaptação ao Luto, do mesmo modo que pessoas com personalidades bem adaptadas evidenciam uma melhor capacidade para lidar com a perda. Por outro lado, pessoas que se mantêm altamente angustiadas após a perda apresentam níveis elevados de propensão para o desenvolvimento de ansiedade e de sentimentos de culpa (Stroebe & Schut, 2005).

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

Os factores de risco sociodemográficos, são parte integrante dos factores interpessoais e constituem outro factor de risco no Luto.

No que refere ao estatuto socioeconómico, este parece não moderar os efeitos negativos do Luto na saúde do indivíduo (Stroebe & Stroebe, 1987). O género, por outro lado, apresenta algum efeito no decorrer do Luto, verificando-se que as mulheres apresentam-se geralmente mais vulneráveis (Stroebe et al., 2001). Relativamente à idade, Archer (1999) demonstra que pessoas mais novas encontram-se mais vulneráveis a desenvolver consequências negativas no Luto, do que pessoas mais velhas.

O (d) **estilo de coping** constitui outro aspecto a ter em conta enquanto factor de risco. Apesar do estilo de *coping* poder ter uma influência diminuta no Luto Complicado, quando comparado com outros factores, este mostra-se crucial quando o indivíduo se depara com a necessidade de uma intervenção psicoterapêutica no Luto de modo a adaptar-se a este processo (Folkman, 2001).

Por fim, as (e) **consequências** podem ser avaliadas em várias dimensões. As consequências do Luto abrangem um leque extenso que se relaciona com a intensidade do Luto e com diversos problemas de saúde física e mental no indivíduo. De acordo com a literatura, parece razoável assumir que os stressores orientados para a perda tendem a prever as consequências do Luto a curto prazo como a intensidade do Luto e

problemas de saúde física e mental; enquanto stressores orientados para a reestruturação tendem a predizer consequências a longo prazo como limitações a nível funcional, dos quais são exemplo os problemas de memória (Stroebe et al., 2006).

1.1.4. Distinção entre Luto Complicado e outras Perturbações Psiquiátricas

Ao longo das últimas décadas, diversos investigadores têm-se dedicado ao esclarecimento da co-morbilidade entre Luto Complicado e diversas perturbações psiquiátricas, como a Depressão Major, a Perturbação de Pós-Stress Traumático e as Perturbações de Ansiedade, de modo a tentar clarificar quais os factores que permitem a distinção do Luto Complicado enquanto perturbação psiquiátrica (Lichtenthal et al., 2004; Simon et al., 2007; Golden & Dalgleish, 2008; Prigerson et al., 2009; Boelen, Van de Schoot, Van den Hout, & Keijser, 2010).

É realmente importante salientar que uma considerável fracção dos pacientes que apresentam Luto Complicado, e uma perturbação de humor ou de ansiedade co-mórbida a este, revelam mais sintomatologia psicopatológica, distúrbios de sono, Depressão, trauma, sintomas de ansiedade generalizada e ainda níveis mais elevados de Luto Complicado. De acordo com o estudo de Simon et al. (2007), cerca de 32% da amostra de indivíduos em Luto ($N = 217$) apresentam um diagnóstico de Luto Complicado, no entanto, não cumprem os critérios de diagnóstico para qualquer outra perturbação do Eixo I do *DSM-IV-TR*¹ (Ver figura 2).

Neste sentido, Simon et al. (2007) considera que os dados deste estudo contribuem para perceber que o Luto Complicado pode ocorrer mesmo na ausência de qualquer outra perturbação do Eixo I do *DSM-IV-TR*. Este aspecto justifica-se pela presença de sintomatologia apenas de Luto Complicado em aproximadamente um quarto de pessoas em tratamento, contribuindo para o prejuízo funcional do indivíduo, mesmo após as consequências de uma perturbação psiquiátrica co-existente.

¹ *DSM-IV-TR*: Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision.

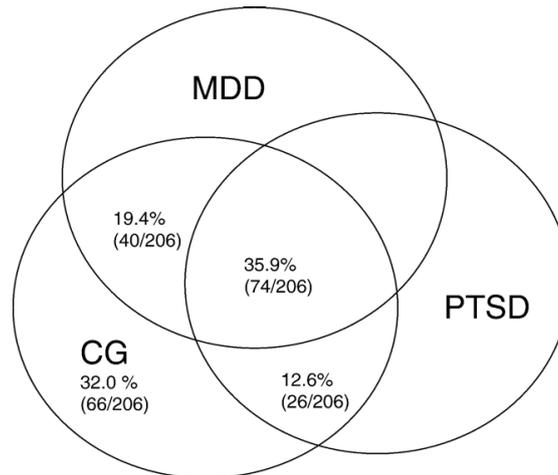


Figura 2: Co-morbilidade actual entre Pós-Stress Traumático (PTSD) e Depressão Major (MDD) em indivíduos com LC que se encontram em tratamento ($n = 206$) (Simon et al., 2007).

Por outro lado, Lichtenthal et al. (2004) refere uma prevalência mais elevada de indivíduos que apresentam critérios de diagnóstico para o Luto Complicado, mas que não cumprem critérios para Depressão Major ou Pós-Stress Traumático, indicando que cerca de 40% da população em geral apenas cumpre critérios para o Luto Complicado. Segundo Prigerson et al. (2009) o Luto Complicado constitui uma forma de sofrimento psicológico associado a disfunção substancial na vida do indivíduo, cumprindo assim os critérios do *DSM*² para a inclusão desta problemática enquanto uma perturbação mental distinta. Além disso, Prigerson et al. consideram que na ausência de outra perturbação mental presente no *DSM-IV-TR*, o Luto Complicado mostra ser o melhor preditor da disfunção, apesar de não se encontrar documentado no actual sistema de avaliação psiquiátrica.

Além disso, verifica-se que a eficácia evidente das psicoterapias especificamente desenvolvidas para intervenção nos sintomas de Luto Complicado, contrastam com os tratamentos elaborados para intervirem na Depressão e que não mostraram efeitos positivos na redução da sintomatologia de Luto Complicado. Desde modo, salienta-se a necessidade da existência de um sistema de detecção preciso e de tratamento especializado para o Luto Complicado (Prigerson et al., 2009).

Lichtenthal et al. (2004) consideram que a distinção entre o Luto Complicado e a

² *DSM*: Diagnostic and Statistical Manual.

Perturbação de Pós-Stress Traumático (PTSD) é possível com base em alguns factores. Apesar de, segundo os critérios do *DSM-IV-TR* para a PTSD, esta perturbação e o Luto Complicado poderem ter factores precipitantes comuns, principalmente quando a morte de um ente querido ocorre de forma violenta e traumática, são vários os aspectos que permitem a diferenciação entre estas duas perturbações.

Os critérios de diagnóstico da PTSD referem que a resposta à PTSD deve envolver sentimentos de medo, de desamparo, ou de horror. No entanto, estes não constituem aspectos totalmente concomitantes entre a PTSD e o Luto Complicado, uma vez que geralmente os indivíduos em Luto não revelam sentimentos de horror, apesar de poderem apresentar sentimentos de desamparo (Lichtenthal et al., 2004).

Além disso, o impacto do Luto encontra-se relacionado com a relação que o enlutado mantinha com o falecido, enquanto o trauma é mediado pela gravidade do evento (Horowitz, Bonanno & Hoelen, 1993; Stroebe, Schut, & Finkenauer, 2001). A ansiedade sentida pelos indivíduos com PTSD é tipicamente relacionada com o evento traumático, enquanto a ansiedade sentida pelos enlutados é relativa à ansiedade de separação e, esta última, apresenta um papel muito menos significativo para o indivíduo em Luto do que a ansiedade sentida pelos indivíduos com PTSD (Stroebe, Schut, & Finkenauer, 2001).

No que refere à tristeza, esta tende a ser mais sentida e referenciada por enlutados do que por indivíduos com trauma; os pensamentos intrusivos experienciados na PTSD são também diferentes dos presentes no Luto Complicado, uma vez que nos primeiros os pensamentos envolvem geralmente a activação de memórias negativas e desconfortantes relacionadas com o evento traumático, por outro lado nos segundos, os pensamentos intrusivos são geralmente positivos e reconfortantes e envolvem imagens relativas ao falecido (Prigerson & Jacobs, 2001; Lichtenthal et al., 2004).

Outro aspecto que permite a diferenciação das duas perturbações consiste no facto de que os indivíduos em Luto Complicado tendem a tentar falar com os outros sobre a perda, enquanto os indivíduos com PTSD evitam as situações sociais de modo a não se verem confrontados com a necessidade de explorar o evento traumático (Stroebe, Schut, & Finkenauer, 2001).

Seguindo a mesma linha de pensamento, Lichtenthal et al. (2004) consideram possível a distinção entre o Luto Complicado e a Depressão Major, com base no facto de que apesar de a experiência do Luto envolver frequentemente sintomas depressivos, estas perturbações apresentam factores de risco distintos, diferentes cursos e consequências,

diferentes respostas à avaliação e ainda diferentes estratégias de intervenção.

A distinção entre o Luto Complicado e a Depressão Major não é uma tarefa fácil devido às crenças inevitáveis de que, em consequência de uma perda, o enlutado deverá apresentar sintomas depressivos (Prigerson, Frank et al., 1995).

De acordo com Horowitz et al. (1997), o Luto Complicado apresenta três sintomas essenciais que permitem a sua distinção da Depressão Major, sendo eles a intrusão, o evitamento e a falha na adaptação à perda.

Quanto aos factores de risco presentes no Luto e que não se encontram associados a sintomas depressivos, Van Doorn, Kasl, Beery, Jacobs, & Prigerson (1998), numa amostra com 251 participantes em luto, identificaram que a existência de uma relação próxima e de segurança com o falecido, assim como a existência de estilos de vinculação inseguros que incluem uma dependência excessiva encontram-se relacionados com o Luto Complicado.

Além disso, a realização de uma avaliação longitudinal (18 meses) do Luto Complicado e da Depressão com 60 participantes, permitiu verificar que os sintomas depressivos tendem a desaparecer, enquanto os sintomas de Luto Complicado tendem a tornar-se mais severos e estáveis ao longo do tempo (Pasternak et al., 1993).

No que refere à avaliação e intervenção, é possível afirmar que, apesar da avaliação dos sintomas depressivos e de Luto Complicado serem frequentemente co-mórbidos, estes podem ocorrer separadamente, sendo exemplo disso um estudo realizado por Prigerson, Frank et al. (1995), segundo o qual cerca de 46% dos indivíduos diagnosticados com Luto Complicado, não apresentam critérios para Depressão Major.

As questões relativas aos processos de intervenção psicoterapêuticos são outro ponto que permitem a distinção entre estas duas perturbações uma vez que, perante o recurso a terapêuticas farmacológicas usadas no tratamento da Depressão (*i.e.*, antidepressivos tricíclicos) os sintomas de Luto Complicado não demonstram os efeitos desejados, sendo por isso necessária uma terapêutica diferenciada para aliviar o sofrimento do enlutado (Prigerson et al., 1996; Prigerson & Jacobs, 2001).

Neste sentido, todos estes aspectos levantam questões relativas a indicadores específicos do Luto Complicado que o permitem distinguir de outras perturbações e que nos leva a pensar em novos indicadores que permitam esta diferenciação. Neste sentido, abordamos de seguida uma temática recentemente abordada na área da saúde mental e para o qual nos propomos a clarificar o seu papel no desenvolvimento de Luto Complicado.

1.2. Regulação Emocional

As emoções, e todo o processamento emocional que estas envolvem, têm sido alvo de inúmeras investigações ao longo dos últimos vinte anos, realizadas pelas mais diversas áreas, nomeadamente, Psicologia, Neuropsicologia, Psicofisiologia e Biologia.

Neste sentido, torna-se inevitável abordar o modo como as emoções se desenvolvem e como se realiza o seu processamento, o qual inclui a regulação emocional. A presença de dificuldades de Regulação Emocional poderá ser um importante factor na predisposição para algumas complicações na saúde mental. Efectivamente, é possível afirmar que a regulação emocional apresenta um papel importante em diversos domínios da vida do indivíduo, como é o caso da ocorrência de emoções negativas consequentes à perda de alguém significativo.

Deste modo, considerando todos estes aspectos relacionados com as Dificuldades de Regulação Emocional, passaremos a abordar esta temática.

Ao longo da vida, o ser humano desenvolve estratégias de Regulação Emocional que vão permitir ao indivíduo regular as suas emoções através do processamento emocional. O conceito Regulação Emocional foi usado pela primeira vez na literatura na década de 80. Desde essa altura, o processo de regulação das emoções tem sido alvo de uma atenção crescente, não só no que concerne ao seu desenvolvimento na criança e no adulto, como também ao estudo da sua implicação em diversas áreas da vida do indivíduo (Garber & Dodge, 1991).

De modo a entendermos a Regulação Emocional é essencial definir o conceito de emoções. As emoções constituem um fenómeno multimodal, que envolve mudanças nas experiências subjectivas, na fisiologia e nas tendências para a acção de cada indivíduo. Estas podem ocorrer em resposta quer a estímulos internos, quer a estímulos externos que são significativos para o bem-estar do organismo (Gross, 2007; Garber & Dodge, 1991).

Zelazo e Cunningham (2007) sugerem que o termo “emoção” é usado para nos referirmos a um aspecto do processamento da informação humana que se manifesta em múltiplas áreas como: a experiência subjectiva, o comportamento observado e a actividade psicofisiológica, entre outras áreas. A emoção é mais do que meros sentimentos. A emoção constitui uma constelação de características psicológicas e biológicas que ocorrem em torno de um estado afectivo particular, e que inclui

pensamentos, motivos, tendência de respostas e alterações fisiológicas que ocorrem em consequência de uma dada situação (Gross, 2007).

Falando especificamente da Regulação Emocional, esta refere-se a um conjunto de processos heterogéneos, com base nos quais estas mesmas emoções são reguladas com recurso a processos cognitivos e comportamentais que influenciam a ocorrência, intensidade, duração e expressão das emoções. Este processo poderá levar a um aumento ou diminuição tanto das emoções negativas, como das emoções positivas, podendo ser automático ou controlado, consciente ou inconsciente, e ter o seu efeito em um ou em vários pontos do seu processo generativo (Gross, 1999; Gross, 2007; Garber & Dodge, 1991).

Deste modo, a Regulação Emocional refere-se à modulação da emoção e das suas diversas manifestações que ocorrem ao nível do processamento emocional.

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

Sendo assim, a Regulação Emocional corresponde a todos os processos intrínsecos e extrínsecos, conscientes ou inconscientes que influenciam as componentes da emoção, as suas ligações, as suas manifestações, o seu crescimento em situações particulares e, como não poderia deixar de ser, as suas consequências (Gross, 2007).

Uma questão que se coloca quando nos referimos à Regulação Emocional é se existem tipos de Regulação Emocional mais adaptativos. De facto, a literatura mostra que, ao longo do desenvolvimento humano, o indivíduo cria padrões e estilos individuais de Regulação Emocional que lhe permitem adaptar-se a diversas situações e contextos, possíveis de activar as mais diversas emoções.

Contudo, é importante referir que a Regulação Emocional adaptativa não diz respeito a um predomínio das emoções positivas e a uma supressão das emoções negativas. Pelo contrário, a Regulação Emocional adaptativa implica que a pessoa seja capaz de experienciar emoções genuínas, positivas e negativas, e expressá-las de forma a conseguir atingir os seus objectivos regulatórios, mantendo assim um comportamento organizado e saudável na interacção com o meio (Martins, 2007).

Em termos práticos, tal como foi referido, a Regulação Emocional pode envolver o recurso a estratégias de diminuição ou supressão emocional, ou por outro lado de

activação e aumento das emoções (Gross, 1999).

Assim, a Regulação Emocional que envolve o recurso a estratégias de diminuição ou supressão emocional podem ocorrer quando: a) as emoções envolvem respostas comportamentais que já não são necessárias (ex. Agressões físicas, ou irritação); b) as emoções são activadas devido a uma avaliação demasiado simples de uma situação (ex. confundir um pau com uma cobra); e c) quando as respostas emocionais activadas são pesadas tendo em conta outros objectivos importantes (Gross, 1999).

Por outro lado, a Regulação Emocional que envolve a activação ou o aumento de intensidade de emoções, pode ocorrer quando: a) perante uma situação imediata o indivíduo sente necessidade de responder positivamente e de forma entusiástica a um aspecto positivo (ex. uma boa notícia), mesmo quando o indivíduo tinha a sua mente e pensamento focado noutra situação que não exigia uma resposta emocional; ou b) quando alguém que apresenta diversas emoções negativas, provocadas por um acontecimento específico, tende a desejar ter sentimentos positivos, por exemplo, antes de se encontrar com os seus amigos (Gross, 1999).

Num outro âmbito, a desregulação emocional consiste na utilização, de forma continuada e não flexível, de um conjunto de estratégias que dificultam a adaptação do indivíduo a diferentes contextos (Martins, 2007).

Ao longo do tempo, as diferenças individuais nas capacidades de Regulação Emocional desenvolvem-se de acordo com a personalidade. No caso das crianças, estas gerem as suas emoções de uma forma consistente com a sua personalidade que ainda se encontra em desenvolvimento, e com as suas características específicas, como a sua capacidade de tolerância e o seu temperamento de base. Tendo em conta a necessidade frequente de regulação externa das emoções da criança, estas necessitam de segurança, estimulação e capacidades de auto-controlo que se desenvolvem de acordo com a sua personalidade e que se mostram como métodos adequados de regular as emoções. No entanto, estes modos de Regulação Emocional não são considerados adaptativos na idade adulta (Garber & Dodge, 1991).

Neste sentido, a investigação ao nível da Regulação Emocional tem demonstrado que este processo continua a desenvolver-se ao longo da idade adulta, pois perante as diferentes exigências com que o indivíduo se vai defrontando ao longo da sua vida, surge a necessidade de adaptar os seus sistemas de Regulação Emocional, de modo a torna-los coerentes e capazes de responder às exigências do meio. De um modo geral, é

possível afirmar que, no início da idade adulta, existem mais situações que requerem supressão do que no final da vida adulta, confirmando assim esta necessidade de adaptação das estratégias que o indivíduo possui para regular as emoções (Garber & Dodge, 1991).

Associado ao aumento da experiência de vida, a capacidade de pesar os custos e benefícios das diferentes formas de regular as emoções permite ao indivíduo que este altere o seu modo de Regulação Emocional, tornando-o progressivamente mais adaptativo com a idade (Garber & Dodge, 1991).

1.2.1. Desenvolvimento da Regulação Emocional

O processo de Regulação Emocional não é inato, mas vai sendo desenvolvido ao longo da vida do indivíduo, sendo por isso influenciado pelo meio em que este se insere, bem como pelas pessoas que o rodeiam (Dodge & Garber, 1991).

Uma das principais capacidades adquiridas ao longo do desenvolvimento e que revelam ter uma maior influência ao nível da Regulação Emocional prende-se com a capacidade da criança comunicar com recurso à linguagem e a outras estratégias de comunicação. Este facto auxilia a capacidade da criança para expressar as suas emoções e, previamente, regulá-las seja internamente ou externamente (Dodge & Garber, 1991).

Sendo assim, o choro em conjunto com o olhar (ex. uma criança que olha para a sua mãe perante um estímulo ambíguo) demonstram ser competências extremamente comunicativas numa fase inicial da vida, permitindo à criança sinalizar o cuidador sempre que é necessária uma regulação externa do seu processamento emocional (Dodge & Garber, 1991).

É deste modo que inicialmente se processa a capacidade de Regulação Emocional, que se vai tornando progressivamente mais complexa com o passar dos anos e com a aquisição de novas competências características de cada fase da vida.

1.2.2. Estratégias de Regulação Emocional Adaptativas e Desadaptativas

Diversos modelos de Regulação Emocional têm identificado inúmeras estratégias de Regulação Emocional adaptativas e desadaptativas. No entanto, a opinião é ainda divergente relativamente a este aspecto, uma vez que este é influenciado pelas

abordagens teóricas adoptadas pelos autores.

De acordo com as abordagens comportamentais, intimamente relacionadas com os modelos de *coping*, existem três estratégias de Regulação Emocional que, de um modo geral, podem ser consideradas adaptativas e sem as quais se poderá revelar a presença de psicopatologia, sendo elas a reavaliação positiva, a resolução de problemas e a aceitação (Gross, 1998).

A **reavaliação positiva** consiste na criação de interpretações e perspectivas positivas de uma situação caracterizada como stressante, e na utilização destas interpretações como forma de reduzir a angústia sentida num determinado momento (Gross, 1998).

De acordo com diversos modelos, os processos de avaliação desadaptativos encontram-se no centro do desenvolvimento de perturbações depressivas e ansiosas (Beck, 1976; Clark, 1988; Salkovskis, 1998).

De acordo com Gross (1998), a estratégia de reavaliação positiva permite que o indivíduo seja capaz de reproduzir respostas físicas e emocionais positivas a estímulos emocionais negativos.

As **estratégias de resolução de problemas** são estratégias de Regulação Emocional consideradas adaptativas que consistem em tentativas conscientes para alterar uma situação stressante ou para moderar as suas consequências. Estas estratégias incluem acções que, não sendo directamente dirigidas ao problema ou situação stressante, poderão permitir a futura resolução do mesmo, como por exemplo estratégias de brainstorming e de planeamento de tarefas (Aldao et al., 2010).

Estas estratégias de resolução de problemas não reproduzem um efeito directo nas emoções. O seu papel consiste em alterar ou remover stressores que, conseqüentemente, poderão influenciar de forma positiva as emoções de um indivíduo (Aldao et al., 2010).

De acordo com a literatura, o facto de um indivíduo possuir poucas estratégias de resolução de problemas poderá levar à Depressão (D'Zurilla, Chang, Nottingham, & Faccinni, 1998), ansiedade (Chang, Downey, & Salata, 2004), abuso de substâncias (Cooper, Wood, Orcutt, & Albino, 1992) e perturbações alimentares (Van Boeven & Espelage, 2006).

A **aceitação** constitui outra estratégia de Regulação Emocional considerada adaptativa e altamente relacionada com consequências positivas no processo de Regulação Emocional. Por outro lado, uma baixa capacidade de aceitação encontra-se relacionada com algumas perturbações entre as quais se salientam a Perturbação de Ansiedade Generalizada, a Perturbação de Pânico, o uso de heroína e a Perturbação de

Personalidade Borderline (Heffner, Eifert, Parker, Hernandez, & Sperry, 2003; Gratz, Rosenthal, Tull, & Lejuez, 2006; Tull & Roemer, 2007; Roemer, Orsillo, & Salters-Pedneault, 2008).

Relativamente a estratégias de Regulação Emocional desadaptativas, alguns autores consideram que o evitamento, a supressão, e a ruminação constituem três estratégias merecedoras de especial atenção (Gross, 1998; Ward, Lyubomirsky, Sousa, & Nolen-Hoeksema, 2003).

Hayes et al. (1999) verificaram que o **evitamento** experiencial constitui uma estratégia de Regulação Emocional desadaptativa, que consiste no evitamento de uma série de experiências psicológicas que o indivíduo classifica como negativas e que incluem pensamentos, emoções, sensações, lembranças e desejos. Hayes et al. consideram que o evitamento pode conduzir a um conjunto de consequências negativas que vão desde problemas de humor ao uso de substâncias, uma vez que contrariamente ao que seria esperado, o evitamento aumenta os pensamentos negativos, impedindo os indivíduos de adoptarem as medidas adaptativas necessárias.

De acordo com Gross (1998), a **supressão** da expressão emocional, constitui uma estratégia de Regulação Emocional que, apesar de reduzir a manifestação externa das emoções e possivelmente a experiencição subjectiva das emoções negativas a curto prazo, não constitui uma estratégia eficaz quando se analisa os seus efeitos a longo prazo (Gross, 1998; John & Gross, 2004; Gross & Thompson, 2007).

A supressão de pensamentos indesejados, tal como a estratégia anterior, apesar de resultar num aumento da facilidade de acessibilidade à supressão de pensamentos, conduz a um aumento da activação do domínio fisiológico, resultando assim num aumento das respostas electrodérmicas provocadas por estímulos emocionais (Wegner, Broome, & Blumberg, 1997; Wenzlaff & Wegner, 2000). Este facto sugere que a tentativa de controlar a expressão emocional pode aumentar o risco de desregulação emocional, uma vez que níveis mais elevados de activação fisiológica são mais difíceis de controlar (Gratz & Roemer, 2004).

O recurso crónico a este tipo de estratégia de regulação das emoções pode mesmo levar a uma maior predisposição do indivíduo para o desenvolvimento de uma Depressão, ou de sintomas e pensamentos relacionados com a ansiedade (Wegner & Zanakos, 1994).

Perante situações stressantes, alguns indivíduos mantêm-se constantemente focados numa determinada experiência emocional, nomeadamente nas suas causas e consequências, entrando assim em **ruminação**. A ruminação encontra-se associada a uma pobre capacidade de resolução de problemas, fazendo com que o indivíduo fique imobilizado perante a sua indecisão (Papageorgiou & Wells, 2003; Noelen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008).

Para além destas três estratégias algumas conceptualizações da Regulação Emocional adoptam uma visão direccionada para a importância da aceitação e da valorização das respostas emocionais. Assim, o facto de um indivíduo demonstrar uma tendência para experienciar emoções negativas em resposta às suas próprias reacções emocionais é visto como uma não-aceitação das respostas emocionais, sendo por isso considerada desadaptativa e associada a maiores Dificuldades de Regulação Emocional (Gratz & Roemer, 2004).

Além disso, algumas conceptualizações da Regulação Emocional consideram que para a Regulação Emocional adaptativa é necessário que o indivíduo adopte uma postura flexível no uso de estratégias de Regulação Emocional e que seja capaz de alterar a intensidade ou duração de uma emoção, em vez de tentar mudar a emoção que é experienciada. Este aspecto mostra-nos então que a Regulação Emocional adaptativa envolve a modulação da experienciação das emoções, em vez da eliminação das mesmas (Gratz & Roemer, 2004).

Esta modulação da activação emocional é conceptualizada no sentido de reduzir a activação emocional de modo a permitir ao indivíduo um maior controlo dos comportamentos que surgem em consequência a uma resposta emocional. Deste modo, a Regulação Emocional adaptativa sugere que o indivíduo deverá então ser capaz de inibir comportamentos impulsivos desadequados, e agir de acordo com os seus objectivos, mesmo quando experiencia emoções negativas (Gratz & Roemer, 2004).

Tendo em conta toda esta conceptualização da Regulação Emocional adaptativa e desadaptativa, Gratz & Roemer (2004) considera que a Regulação Emocional pode ser conceptualizada em 4 dimensões gerais: (a) a consciência e a compreensão das emoções, (b) a aceitação das emoções, (c) a capacidade para, em momentos de emoção negativa, controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objectivos desejados e (d) a capacidade para usar a Regulação Emocional apropriadamente, mediante a implementação de estratégias que modulem as respostas emocionais de um modo flexível, de forma a alcançar objectivos individuais ao mesmo tempo que se

atende às exigências da situação.

A relativa ausência de todas ou algumas destas capacidades poderão indicar a presença de Dificuldades de Regulação Emocional ou Desregulação Emocional.

1.2.3. Desregulação Emocional e o Desenvolvimento da Psicopatologia

Tendo em conta que a Regulação Emocional constitui um processo adquirido ao longo do desenvolvimento, as oportunidades de falhar na aquisição de competências de regulação são vastas. Estas falhas podem ser chamadas de Desregulação Emocional ou Dificuldades de Regulação Emocional e consiste no facto do sistema de resposta emocional não ter sido capaz de encontrar uma outra forma de regulação mais adaptativa (Dodge & Garber, 1991).

Quando estes erros são transitórios, tornam-se evidentes através de uma crise de ansiedade, dor aguda, excessos comportamentais, ou em comportamentos de fuga. No entanto, quando as falhas se tornam crónicas estas evidenciam-se através da psicopatologia (Dodge & Garber, 1991).

A Regulação Emocional tem vindo progressivamente a ocupar um papel determinante nos modelos de psicopatologia. Cada vez mais a Depressão e a ansiedade são amplamente vistas como resultado das dificuldades dos indivíduos em regular as suas emoções (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Machado-Vaz et al., 2010).

Diversos investigadores defendem que indivíduos que não possam efectivamente gerir as suas respostas emocionais perante os eventos do dia-a-dia, experienciam períodos mais longos e mais severos de stress, podendo mesmo enveredar por um estado psicopatológico, como Depressão ou ansiedade, ou até mesmo adoptar comportamentos desadaptativos relativos ao consumo de álcool ou a padrões alimentares, com o único objectivo de diminuir as suas emoções negativas (Aldao et al., 2010).

Os modelos teóricos associam o sucesso na Regulação Emocional à saúde do indivíduo e a melhores relações, bem como a melhores resultados académicos e profissionais.

Por outro lado, as Dificuldades de Regulação Emocional encontram-se associadas a perturbações mentais, encontrando-se incorporadas em diversos modelos de perturbações específicas, nomeadamente a) Perturbação de Personalidade Borderline, b) Perturbação Depressiva Major, c) Perturbação Bipolar, d) Perturbação de Ansiedade Generalizada, e) Perturbação de Ansiedade Social, f) Perturbações Alimentares, g)

Perturbações relacionadas com o consumo de álcool, e h) Perturbações de Abuso de Substâncias (Aldao et al., 2010).

Centrando a atenção na Depressão, uma perturbação com elevada co-morbilidade com o Luto Complicado, verifica-se que esta perturbação se encontra associada à relativa ausência de estratégias de Regulação Emocional adaptativas (Coutinho et al., 2010).

Um estudo realizado por Garnefski & Kraaij (2007) com 611 adultos da população em geral, permitiu verificar que uma percentagem considerável da variância de sintomas depressivos pode ser explicada pelo uso de estratégias de Regulação Emocional como a auto-culpabilização, ruminação, catastrofização e pela reavaliação positiva.

Neste sentido, se tivermos em conta as dimensões gerais de Dificuldades de Regulação Emocional propostas por Gratz & Roemer (2004) e que se encontram anteriormente descritas, é possível verificar que estas três estratégias de Regulação Emocional relacionadas com a Depressão encontram-se intimamente relacionadas com as Dificuldades em Agir de acordo com os objectivos e com o Acesso limitado a estratégias de Regulação Emocional, duas dimensões que incluem ideias de ruminação, catastrofização e auto-culpabilização.

Além disso, diversos autores têm destacado a importância que as Dificuldades de Regulação Emocional adoptam na sintomatologia do Pós-Stress Traumático, uma outra perturbação com uma elevada co-morbilidade com o Luto Complicado (Cloitre, 1998; Cloitre, Koenen, Cohen & Han, 2002; van der Kolk, 1996).

Esta importância é conceptualizada no sentido em que, tendo em conta que o Pós-Stress Traumático se encontra associado a níveis mais elevados de activação emocional e a respostas emocionais mais intensas, então serão exigidas ao indivíduo melhores capacidades de regular as suas emoções.

A ausência da capacidade do indivíduo diminuir a activação emocional ou a presença de dificuldades na diferenciação dos estados emocionais podem constituir a base para uma percepção das emoções desadaptada, contribuindo para que este percepcione as emoções como incontroláveis e imprevisíveis (Bouton, Mineka, & Barlow, 2001).

Estas duas dificuldades são vistas por Bouton et al. (2001) como dois factores que influenciam a probabilidade da aquisição do medo e que podem, conseqüentemente, levar o indivíduo a evitar situações em que determinadas emoções são provocadas.

Deste modo, segundo um estudo realizado por Tull, Barret, McMillan, & Roemer (2007) com 108 estudantes que descreveram ter experienciado eventos potencialmente

traumáticos que evocaram sentimentos de medo, desamparo e horror, a severidade da sintomatologia de Pós-Stress Traumático parece estar relacionada com a Não aceitação das Respostas Emocionais, Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos, Dificuldades no Controlo dos Impulsos, Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional e com a Falta de Clareza Emocional.

1.2.4. Regulação Emocional e Luto

Após a perda de alguém próximo, a família em Luto experiencia frequentemente um período de disrupção mediado pela intensidade e cronicidade do stress familiar (Mick, Medvene, & Strunk, 2003). Alguns autores consideram que, no seio familiar, a adaptação à perda é facilitada pela capacidade de Regulação Emocional de cada elemento da família, pela não reactividade à intensidade emocional presente no sistema familiar, pela coesão e adaptabilidade e pela intimidade do casal (Nadeau, 2001; Shapiro, 2001; Znoj & Keller, 2002). É ainda considerado que o melhor preditor do bem-estar emocional encontra-se relacionado com a capacidade de Regulação Emocional de cada elemento da família e não com os estilos de *coping* centrados nas emoções que estes possam adoptar (Bonanno, 2001; Znoj & Keller, 2002).

De acordo com a perspectiva desenvolvimental, a regulação da experiência e a expressão da emoção têm sido consideradas como uma tarefa desenvolvimental primária essencial ao bem-estar do indivíduo (Campos, Campos & Barrett, 1989; Eisenberg & Fabes, 1992). No indivíduo adulto, a conceptualização da Regulação Emocional encontra-se intimamente relacionada com o seu papel, crucial na manutenção da saúde mental e na adaptação a eventos stressantes (Lazarus, 1991; Gross & Muñoz, 1995; Keltner, Moffitt, & Stouthamer-Loeber, 1995), nomeadamente na adaptação ao Luto (Bonanno & Keltner, 1997).

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

Deste modo, indivíduos em Luto que tendam a focar a sua atenção nas emoções, isto é, que revelem níveis mais elevados de consciência emocional, tendem a expressar os seus sentimentos e a ter boas capacidades de Regulação Emocional, facto que conduz a uma

maior e melhor capacidade de adaptação ao Luto (Greenberg, 2002).

De acordo com a perspectiva integrativa do Luto proposta por Bonanno & Kaltman (1999), na qual os autores esclarecem componentes fundamentais do Luto, os processos de Regulação Emocional que permitam a regulação das emoções negativas e a valorização das emoções positivas promovem a adaptação ao Luto. Este processo permite ao indivíduo que este mantenha os seus níveis de funcionamento relativamente elevados, facto que se encontra intimamente relacionado com uma maior facilidade do indivíduo realizar avaliações retrospectivas e, conseqüentemente, perceber mais facilmente que a vida é passível de continuar após a perda de um ente querido.

No entanto, é importante salientar que os aspectos referidos relativos ao modo como a Regulação Emocional poderá influenciar a adaptação ao Luto e à perda não são baseados em estudos empíricos, sendo apenas sugeridos com base em análises teóricas, facto que obriga a uma reflexão sobre a aplicação prática destes conceitos.

Tendo em conta este aspecto e a relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e as complicações na saúde mental, bem como a ausência de dados claros relativos ao modo como os doentes psiquiátricos se adaptam ou não à perda, optamos por definir os objectivos deste trabalho de dissertação no âmbito da definição do impacto que as Dificuldades de Regulação Emocional adoptam no desenvolvimento de um processo de Luto Complicado nos doentes psiquiátricos (*ver figura 3*).

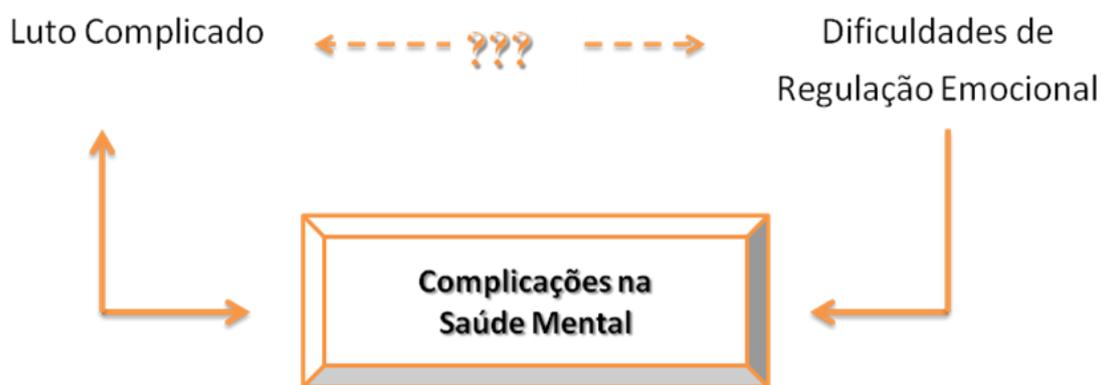


Figura 3: As relações estabelecidas e não estabelecidas empiricamente entre o Luto Complicado, Complicações na Saúde Mental e Dificuldades de Regulação Emocional.

II. Objectivos

Considerando a relação existente entre o Luto Complicado e os problemas na Saúde Mental, bem como a relação existente entre esta última e a adopção de estratégias de Regulação Emocional desadaptativas, é esperado que a Regulação Emocional possua um papel mediador no desenvolvimento do Luto Complicado em Doentes Psiquiátricos. Deste modo, este trabalho de investigação pretende estudar a possível relação entre as Dificuldades de Regulação Emocional e o Luto Complicado, uma vez que é evidente a inexistência de estudos científicos desenvolvidos nesta área, bem como a relação das Dificuldades de Regulação Emocional, a Depressão e o Pós-Stress Traumático.

Tendo isto em conta, pretendemos: (a) caracterizar a população psiquiátrica relativamente à história da perda mais significativa, (b) descrever a prevalência de Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático em doentes psiquiátricos, (c) descrever a co-morbilidade e correlações entre Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático em doentes psiquiátricos, (d) descrever a relação entre Dificuldades de Regulação Emocional, Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática em doentes psiquiátricos, e (f) clarificar o papel preditor das Dificuldades de Regulação Emocional no Luto Complicado, na Depressão e na Sintomatologia Traumática.

III. Método

3.1. Amostra

A amostra é constituída por 110 adultos, 65 mulheres (59,1%) e 45 homens (40,9%), com uma idade média de 41,67 anos ($SD = 11,85$) com pelo menos o 4º ano de escolaridade, diagnosticados com perturbação psiquiátrica e que se encontram a frequentar a consulta externa de Psiquiatria e / ou Psicologia.

A recolha da amostra foi realizada no Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E., Guimarães, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E., Penafiel, dois hospitais da região Norte do país, e no Centro de Respostas Integradas Porto Oriental Equipa Técnica de Gondomar.

Foram excluídos da amostra doentes psicóticos e doentes em processo demencial, uma

vez que estes apresentam elevadas dificuldades na utilização de escalas de auto-preenchimento.

No que diz respeito ao estado civil, 55,5% ($n = 61$) dos pacientes são casados, 25,5% ($n = 28$) são solteiros, 10,9% ($n = 12$) são divorciados e 8,2% ($n = 9$) dos pacientes são viúvos.

Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que 40,9% ($n = 45$) dos pacientes têm o 2º ciclo de escolaridade, 25,5% ($n = 28$) têm o 1º ciclo, 21,8% ($n = 24$) frequentaram o 3º ciclo, 5,5% ($n = 6$) o ensino secundário, 5,5% ($n = 6$) têm o grau de Bacharelato e 0,9% ($n = 1$) a Licenciatura.

Por fim, no que concerne à actividade profissional dos participantes na investigação, 53,6% ($n = 59$) encontram-se a realizar actualmente alguma actividade profissional remunerada, 34,5% ($n = 38$) encontram-se desempregados, 9,1% ($n = 10$) são reformados e 2,7% ($n = 3$) são estudantes (*ver tabela 1*).

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra ($N = 110$).

Características	n	%	M	SD
Sexo				
Feminino	65	59,1		
Masculino	45	40,9		
Idade			41,67	11,85
Estado Civil				
Casado	61	55,5		
Solteiro	28	25,5		
Divorciado	12	10,9		
Viúvo	9	8,2		
Habilitações Literárias				
2ºCiclo	45	40,9		
1ºCiclo	28	25,5		
3ºCiclo	24	21,8		
Secundário	6	5,5		
Bacharelato	6	5,5		
Licenciatura	1	0,9		
Profissão				
Empregado	59	53,6		
Desempregado	38	34,5		
Reformado	10	9,1		
Estudante	3	2,7		

3.2. Instrumentos

O protocolo de avaliação desenvolvido no âmbito deste trabalho de investigação é constituído por um questionário sociodemográfico e por 4 escalas de avaliação, seleccionadas com base nas variáveis que pretendemos avaliar e nas qualidades psicométricas de cada uma das escalas (*ver anexo II*).

O questionário sociodemográfico inicial abrange as questões relativas ao sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão e há quanto tempo recebe acompanhamento psicológico. Além disso, o questionário possui questões específicas relacionadas com a perda como: grau de parentesco do falecido, há quanto tempo faleceu, idade do falecido, importância do falecido na sua vida, papel e função do falecido na sua vida, tipo de morte e, por fim, a causa da morte.

Com o objectivo de avaliar a sintomatologia relacionada com o Luto Complicado e as Dificuldades de Regulação Emocional, foram utilizados quatro instrumentos de avaliação, nomeadamente a Versão Portuguesa do *Inventory of Complicated Grief* (ICG), a versão Portuguesa do *Beck Depression Inventory* (BDI), a versão Portuguesa do *Impact of Event Scale - Revised* (IES-R) e a versão Portuguesa do *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS).

O *Inventory of Complicated Grief* (ICG) foi desenvolvido com o objectivo de avaliar o Luto Complicado e é constituído por 30 itens (Prigerson, Maciejewski et al., 1995; Frade, Sousa, Pacheco, & Rocha, 2009). O ICG abrange um vasto número de cognições, emoções e comportamentos que definem o Luto Complicado e os seus itens proporcionam boas medidas psicométricas. O valor do α de *Cronbach* da escala é de 0,914 (Frade et al., 2009). Este inventário permite assim diferenciar o Luto Complicado (ICG *score* total ≥ 25), do Luto não complicado ou dito “normal” (Prigerson, Maciejewski et al., 1995).

O *Beck Depression Inventory*, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Vaz-Serra e Abreu (1973), tem como objectivo verificar a presença ou ausência de sintomatologia depressiva, indicando ainda o nível de Depressão em que o indivíduo se encontra (Depressão leve, moderada ou grave). O inventário é constituído por 21 grupos de afirmações que caracterizam sintomas inerentes à Depressão, sendo que cada grupo é constituído por 4 afirmações numeradas de 0 a 3 e que apontam para sintomatologia

progressivamente mais grave, das quais o indivíduo deverá escolher uma para cada grupo de afirmações (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). A cotação dos itens é realizada com base na numeração das afirmações e perante um total superior a 12 podemos considerar que a pessoa se encontra deprimida. O valor do α de *Cronbach* da escala é de 0,89 (Vaz-Serra & Abreu, 1973).

A versão Portuguesa do *Impact of Event Scale - Revised* foi adaptada à população portuguesa por Castanheira, Vieira, Glória, Afonso, & Rocha (2007) e é constituída por 22 itens, respondidos através de uma escala de *Likert* de 0 a 4 e avalia a reacção traumática a um evento específico. O IES-R é constituído por quatro subescalas, sendo elas: Evasão, Intrusão, Hipervigilância e Embotamento Afectivo que avaliam sintomas como irritabilidade, agressividade, dificuldades de concentração, entre outras, permitindo assim avaliar o impacto de um evento traumático, e neste contexto específico o impacto traumático da perda. Deste modo, consideramos que perante um IES-R *score* total \geq a 35 estamos perante uma Perturbação de Pós-Stress Traumático (PTSD). O valor do α de *Cronbach* da escala é de 0,94 (Castanheira et al., 2007; Weiss & Marmar, 1997).

A *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) foi adaptada para a população portuguesa por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias (2010) e tem como objectivo avaliar seis Dificuldades de Regulação Emocional: 1) Não aceitação das Respostas Emocionais (Não Aceitação); 2) Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (Objectivos); 3) Dificuldades no Controlo de Impulsos (Impulsos); 4) Falta de Consciência Emocional (Consciência); 5) Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (Estratégias) e 6) Falta de Clareza Emocional (Clareza). A escala é constituída por 36 itens que deverão ser respondidos pelo indivíduo segundo uma escala de *Likert* de 5 valores (desde 1-Raramente a 5-Sempre). O valor do α de *Cronbach* da escala é de 0,93 (Coutinho et al., 2010; Gratz & Roemer, 2004).

3.3. Procedimento

O projecto de investigação iniciou-se com a elaboração de um protocolo de avaliação construído com o objectivo de avaliar a sintomatologia relacionada com o Luto Complicado e as Dificuldades de Regulação Emocional.

Com o objectivo de obter a autorização formal para a realização desta investigação

foram iniciadas as formalidades necessárias ao pedido de autorização ao Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E., Guimarães, ao Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E, Penafiel e ao Centro de Respostas Integradas Porto Oriental, Equipa Técnica de Gondomar, todas instituições situadas no Norte do País. A aprovação da comissão de ética foi requisitada e obtida com sucesso, permitindo assim dar início à investigação.

Sendo assim, procedeu-se ao contacto com os pacientes após a verificação dos critérios de inclusão supra referenciados. Os pacientes que satisfaziam os critérios de inclusão foram então convidados a participar nesta investigação através de consentimento informado e, recorrendo a uma entrevista programada com um psicólogo estagiário, procedeu-se à aplicação do protocolo previamente elaborado.

Após o término da recolha da amostra os dados obtidos foram anonimizados e introduzidos numa base de dados, tendo sido posteriormente analisados estatisticamente através do software *PASW Statistics 18*.

IV. Resultados

A análise estatística dos dados obtidos foi realizada no sentido de alcançar cada um dos objectivos definidos e com recurso a diversos métodos estatísticos que passamos a descrever.

Para a análise de dados recorreremos à análise estatística descritiva, de modo a descrever as variáveis categoriais e contínuas relativas às características relativas à perda, ao Luto Complicado, Depressão e aos sintomas de Pós-Stress Traumático.

Realizamos também uma correlação entre cada subescala da DERS e o Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática, com o intuito de clarificar a relação existente entre as variáveis.

Além disso, recorreremos ao método *crosstabs*, que permite a associação entre duas ou mais variáveis, de modo a ser possível analisar a co-morbilidade entre Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático.

Finalmente, o método de regressão linear múltipla foi utilizado com o objectivo de elaborar três modelos preditores para os quais definimos o Luto Complicado, a Depressão e a Sintomatologia Traumática como variáveis dependentes e as subescalas da DERS como variáveis independentes, que incluem: a 1) Não aceitação das Respostas Emocionais (Não Aceitação); as 2) Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (Objectivos); as 3) Dificuldades no Controlo de Impulsos (Impulsos); a 4) Falta de Consciência Emocional (Consciência); o 5) Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (Estratégias) e a 6) Falta de Clareza Emocional (Clareza).

a) Caracterização da população psiquiátrica relativamente à história da perda mais significativa

Após a análise estatística descritiva dos dados sociodemográficos obtidos através do questionário, foi possível caracterizar os doentes psiquiátricos em relação à perda em diversos aspectos, nomeadamente: ao grau de parentesco do falecido, ao papel e função do falecido na vida do doente psiquiátrico, ao tipo de perda e causa da morte, ao tempo médio em que ocorreu a perda, à idade média do falecido, à importância média do falecido na vida do enlutado e há quanto tempo os doentes psiquiátricos recebem acompanhamento psicológico e / ou psiquiátrico.

Verificou-se assim que, no que concerne ao parentesco do falecido, 39,1% ($n = 43$) dos doentes psiquiátricos perderam os seus pais, 15,5% ($n = 17$) perderam os seus avós, 14,5% ($n = 16$) perderam um elemento da família alargada, 10,9% ($n = 12$) perderam irmãos, 9,1% ($n = 10$) perderam filhos, 9,1% ($n = 10$) perderam o cônjuge e 1,8% ($n = 2$) perderam amigos (*ver tabela 2*).

Tabela 2

Parentesco do Falecido ($N = 110$).

Parentesco do falecido	<i>n</i>	%
Pais	43	39,1
Avós	17	15,5
Família alargada	16	14,5
Irmãos	12	10,9
Filhos	10	9,1
Cônjuge	10	9,1
Amigos	2	1,8

Em relação ao papel e função do falecido na vida do enlutado, verificámos que, entre os doentes psiquiátricos, 40,9% ($n = 45$) dos pacientes psiquiátricos referiram que o falecido tinha um papel de suporte, 27,3% ($n = 30$) referiram um papel de confidente, 15,4% ($n = 17$) referiram um papel de liderança, 12,7% ($n = 14$) referiram um papel de educação, 2,7% ($n = 3$) referiram um papel financeiro e 0,9% ($n = 1$) referiu um papel negligente (*ver tabela 3*).

Tabela 3

Papel e função do falecido na vida do enlutado ($N = 110$).

Papel e função do falecido	<i>n</i>	%
Suporte	45	40,9
Confidente	30	27,3
Liderança	17	15,4
Educação	14	12,7
Financeiro	3	2,7
Negligente	1	0,9

Os tipos de perdas mais frequentemente referidas pelos doentes psiquiátricos relacionam-se com as perdas inesperadas, verificando-se uma prevalência deste tipo de mortes de 59,1% ($n = 65$) e uma prevalência de 40,9% ($n = 45$) de mortes esperadas. Como se pode verificar, a causa da morte mais referenciada relacionava-se com a morte devido a cancro, correspondendo a 36,4% ($n = 40$) das mortes referidas, seguindo-se os acidentes e envenenamentos que correspondem a 24,5% ($n = 27$), as doenças do aparelho circulatório que correspondem a 17,3% ($n = 19$), as doenças do aparelho respiratório correspondentes a 3,6% ($n = 4$), as doenças do aparelho digestivo que correspondem a 3,6% ($n = 4$), a morte por suicídio com 2,7% ($n = 3$); as doenças infecciosas e parasitárias que correspondem a 0,9% ($n = 1$) e, por fim, outras causas com 10,9% ($n = 12$) (ver tabela 4).

Tabela 4

Tipo e Causa da Morte ($N = 110$).

Tipo e Causa da Morte	<i>n</i>	%
Tipo de morte		
Morte inesperada	65	59,1
Morte esperada	45	40,9
Causa da morte		
Cancro	40	36,4
Acidentes e envenenamentos	27	24,5
Doenças do aparelho circulatório	19	17,3
Doenças do aparelho respiratório	4	3,6
Doenças do aparelho digestivo	4	3,6
Doenças infecciosas e parasitárias	1	0,9
Suicídio	3	2,7
Outras causas	12	10,9

Os dados sociodemográficos obtidos permitiram ainda verificar que as perdas ocorreram em média há 65,50 meses ($SD = 71,93$) que corresponde a cerca de 5 anos e 5 meses; a idade média do falecido é de 55,27 anos ($SD = 21,93$); a importância média do falecido é de 9,54 ($SD = 1,04$) numa escala de 0 a 10; e que os doentes psiquiátricos presentes na amostra recebem acompanhamento psicológico em média há 44,98 meses ($SD = 46,81$) (ver tabela 5).

Tabela 5

Descrição das características relativas à perda de alguém significativo em doentes psiquiátricos ($N = 110$).

Características	<i>M</i>	<i>SD</i>
Há quanto tempo faleceu (meses)	65,50	71,93
Idade do falecido (anos)	55,27	21,93
Importância do falecido (0-10)	9,54	1,04
Acompanhamento psicológico (meses)	44,98	46,81

b) Prevalência de Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático em doentes psiquiátricos.

Tal como foi anteriormente referido, para a análise do Luto Complicado em doentes psiquiátricos, bem como da sintomatologia depressiva e traumática recorreremos ao ponto de corte sugerido pelos autores das versões originais de cada teste. Deste modo, observámos uma prevalência de Luto Complicado em doentes psiquiátricos ($ICG \geq 25$) de 77,3% ($n = 85$).

Verificámos ainda uma prevalência de 86,4% ($n = 95$) de doentes psiquiátricos com Depressão ($BDI \geq 12$) e uma prevalência de Pós-Stress Traumático ($IES-R \geq 35$) de 85,5% ($n = 94$) (ver tabela 6).

Tabela 6

Prevalência de Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático em Doentes Psiquiátricos (N = 110).

Variáveis	n	%
Luto Complicado		
Com LC	85	77,3
Sem LC	25	22,7
Depressão		
Com Dep.	95	86,4
Sem Dep.	15	13,6
Pós-Stress Traumático		
Com PTSD	94	85,5
Sem PTSD	16	14,5

Nota. LC = Luto Complicado; Dep. = Depressão; PTSD = Pós-Stress Traumático.

c) *Descrição da co-morbilidade e correlações entre Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático em doentes psiquiátricos*

Ao nível da co-morbilidade entre Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático verificámos uma prevalência de 70,9% de sintomatologia de Luto Complicado co-mórbida à Depressão (Dep.); 73,6% de co-morbilidade entre Luto Complicado e Pós-Stress Traumático (PTSD) e ainda uma co-morbilidade de 80% entre Depressão e Pós-Stress Traumático. Além disso, salienta-se a co-morbilidade de 69% existente entre as três perturbações: o Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático (*ver figura 4*).

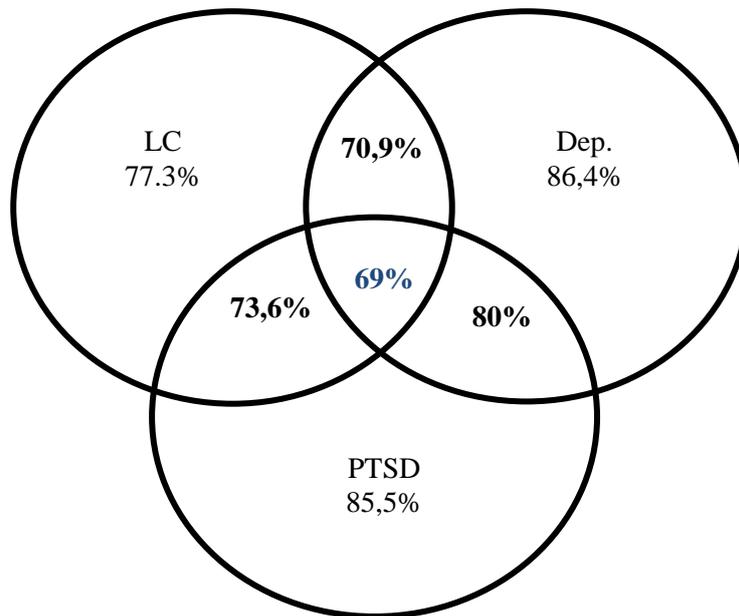


Figura 4: Co-morbilidade entre Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático ($N = 110$).

Além disso, após a análise das correlações existentes entre as variáveis em estudo, verificámos que existem correlações positivas significativas entre todas as variáveis. Deste modo, o Luto Complicado correlaciona-se com os indicadores de Depressão (BDI) ($,54$) e com a sintomatologia traumática (IES-R) ($,77$), assim como os indicadores de Depressão (BDI) também se correlacionam com a sintomatologia traumática (IES-R) ($,55$) (ver tabela 7).

Importa ainda referir que a correlação com um impacto mais significativo verifica-se entre o Luto Complicado e a Sintomatologia Traumática, e não entre o Luto Complicado e a Depressão.

Tabela 7

Correlações significativas de Pearson entre o ICG, BDI e IES-R ($N = 110$).

	ICG Total	BDI Total	IES-R Total
ICG Total	-	0,54**	0,77**
BDI total		-	0,55**
IES-R Total			-

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

d) Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional, Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática em doentes psiquiátricos.

Através de análise de correlações de Pearson entre as Dificuldades de Regulação Emocional e as sintomatologias, verificámos correlações significativas entre as Dificuldades de Regulação Emocional e os indicadores de Depressão (.74), Sintomatologia Traumática (.45) e Luto Complicado (.49).

Além disso, realizámos uma análise da correlação entre cada subescala da DERS e o Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática (ver tabela 8), de acordo com a qual foi possível verificar que existem correlações estatisticamente significativas entre o indicador do Luto Complicado (ICG) e todas as dimensões da DERS, à excepção da dimensão Falta de consciência da resposta emocional. Com efeito, verificou-se assim que este se correlaciona positivamente com: a Não aceitação das Respostas Emocionais (.21), com as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (.54), com a Dificuldade no Controlo de Impulsos (.46), com o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (.42) e com a Falta de Clareza Emocional (.46).

Verificámos a existência de correlações estatisticamente significativas entre o indicador da Depressão (BDI) e todas as dimensões da DERS: Não aceitação das Respostas Emocionais (.50); Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (.61); Dificuldades no Controlo de Impulsos (.63); Falta de Consciência Emocional (.21);

Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,68) e a Falta de Clareza Emocional (,57).

Por fim, verificámos a existência de correlações estatisticamente significativas entre o indicador de Sintomatologia Traumática (IES-R total) e as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,54), as Dificuldades no Controlo de Impulsos (,45), o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,40) e a Falta de Clareza Emocional (,40), verificando-se assim uma ausência de correlação significativa entre a sintomatologia traumática, a Não aceitação das Respostas Emocionais e a Falta de Consciência Emocional.

É ainda importante salientar que as dimensões do IES-R também se correlacionam positivamente com algumas dimensões da DERS. Sendo assim, o Evitamento correlaciona-se positivamente com as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,34), com as Dificuldades no Controlo de Impulsos (,30), com o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,22) e com a Falta de Clareza Emocional (,32).

A intrusão apresenta correlações positivas significativas com a Não aceitação das Respostas Emocionais (,79), com as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,68), com as (3) Dificuldades no Controlo de Impulsos (,75), com o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,70) e com a Falta de Clareza Emocional (,68).

A hipervigilância apresenta correlações positivas significativas com a Não aceitação das Respostas Emocionais (,19), com as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,55), com as Dificuldades no Controlo de Impulsos (,50), com o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,39) e com a Falta de Clareza Emocional (,38).

O embotamento afectivo também apresenta correlações positivas significativas com a Não aceitação das Respostas Emocionais (,34), com as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,35), com as Dificuldades no Controlo de Impulsos (,42), com o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,36) e com a Falta de Clareza Emocional (,43) (*ver tabela 8*).

Tabela 8

Resumo das correlações entre ICG, BDI, IES-R e respectivas dimensões e as seis dimensões de Dificuldades de Regulação Emocional ($N = 110$).

	DERS Total	Não-aceitação	Objectivos	Impulsos	Consciência	Estratégias	Clareza
ICG	,49**	,21*	,54**	,46**	,13	,42**	,46**
BDI	,74**	,50**	,62**	,63**	,21*	,68**	,57**
IES-R	,45**	,18	,54**	,45**	,01	,40**	,40**
Evitamento	,28**	,13	,34**	,30**	-,10	,22*	,32*
Intrusão	,89**	,79**	,68**	,75**	,17	,70**	,68**
Hipervigilância	,47**	,19*	,55**	,49**	,09	,39**	,38**
Embotamento Afectivo	,43**	,34**	,35**	,42**	-,19	,36**	,43**

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

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

Através de regressão linear verificamos que a Não-aceitação das Respostas Emocionais, as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos e a Falta de Clareza Emocional predizem 39,3% do Luto Complicado (*ver tabela 9*).

As Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos, o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional e a Falta de Clareza Emocional predizem 56,2% de Depressão.

Além disso, a Não-aceitação das Respostas Emocionais, as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos e a Falta de Clareza Emocional predizem 37,6 % da sintomatologia traumática.

Tabela 9

Resumo do impacto das Dificuldades de Regulação Emocional (variáveis independentes) no Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática ($N = 110$).

Variáveis	LC			Dep.			Sint. Traumática		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Não-aceitação	-,658	,240	-,268**	-			-,774	,268	-,286**
Objectivos	2,086	,369	,506**	,741	,273	,240**	2,454	,413	,541**
Impulsos		-			-			-	
Consciência		-			-			-	
Estratégias		-		,702	,174	,373**		-	
Clareza	1,939	,467	,388**	1,062	,281	,283**	1,835	,522	,333**
R^2		,393			,562			,376	

Nota. LC= Luto Complicado; Dep. = Depressão; Sint. Traumática = Sintomatologia Traumática.

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

V. Discussão de Resultados

Os dados empíricos obtidos na presente investigação relativa ao tema “Luto Complicado e Regulação Emocional em doentes psiquiátricos” sugerem uma discussão dos resultados em dois níveis essenciais: a) a discussão dos resultados obtidos ao longo da investigação e da sua relevância; e b) a comparação dos mesmos com os dados descritos na bibliografia existente relativa ao tema.

De um modo geral, os resultados obtidos neste trabalho de investigação permitiram responder à questão de investigação inicialmente colocada de que existe uma relação entre o desenvolvimento do Luto Complicado e as Dificuldades de Regulação Emocional em doentes psiquiátricos (*Ver Figura 5*). Todavia, a análise detalhada dos resultados permitiu concluir que os doentes psiquiátricos constituem uma população com elevado risco de ter Luto Complicado e que as Dificuldades de Regulação Emocional têm um impacto significativo no Luto Complicado, justificado por um conjunto de aspectos que descreveremos nesta discussão.

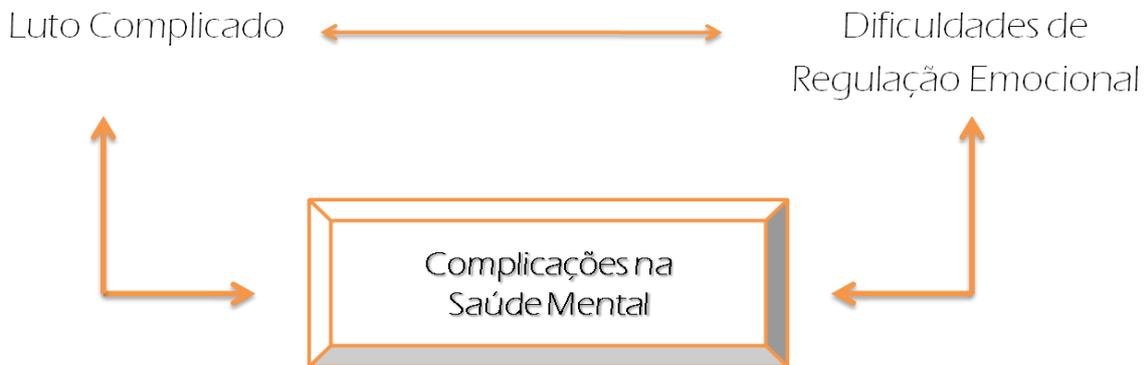


Figura 5: As relações empíricamente estabelecidas na presente investigação entre o Luto Complicado, Complicações na Saúde Mental e Dificuldades de Regulação Emocional.

A análise dos dados obtidos ao longo deste estudo permitiu, num primeiro momento, realizar a descrição da população psiquiátrica no que refere às características associadas à perda, e que poderão, de certo modo, ser interpretadas como indicadores das características apresentadas pelos doentes psiquiátricos da população portuguesa.

De facto, é possível caracterizar a amostra de doentes psiquiátricos num leque

diversificado de aspectos.

No que refere ao parentesco do falecido, verifica-se que, entre os doentes psiquiátricos, as perdas mais frequentes envolvem os pais, correspondendo a uma parcela significativa das perdas relatadas.

Quanto ao tipo de perda, as mortes inesperadas são as mais referidas, correspondendo a mais de metade das perdas descritas, e a causa de morte mais frequentemente referenciada prende-se com a morte devida a cancro. No entanto, é extremamente importante esclarecer que o tipo de morte acima referido (morte esperada ou inesperada) relaciona-se essencialmente com o facto do doente psiquiátrico se encontrar preparado ou não para a perda de alguém significativo na sua vida, e não necessariamente com o carácter médico inerente à gravidade de determinadas doenças e que tornam a morte previsível.

Quanto ao papel e função que o falecido mantinha na vida do enlutado, verifica-se que este se relaciona em grande parte com um papel de suporte, sendo de ressaltar os elevados valores registados quanto à importância do falecido nas suas vidas.

A discussão destes dados requer uma análise comparativa com a literatura existente relativa aos factores de risco para o desenvolvimento do Luto Complicado. De facto, verifica-se que as características relativas à perda descritas pela amostra sobrepõem-se às características descritas por Stroebe et al. (2006) como factores de Risco inerentes ao Luto Complicado.

Tal como foi anteriormente descrito, a natureza da morte, o facto de esta ter ocorrido de uma forma traumática e inesperada, bem como a qualidade e o tipo de relação entre o enlutado e o falecido têm um papel preponderante na moderação da adaptação Luto, bem como no impacto que este processo terá na saúde física e mental do indivíduo (Stroebe et al., 2006).

Neste sentido, o facto de as perdas ocorrerem maioritariamente de forma inesperada, dos pacientes revelarem uma relação próxima e baseada em funções de suporte com o falecido, bem como a presença de uma perturbação psiquiátrica coloca-os desde logo como uma população de elevado risco para o desenvolvimento do Luto Complicado.

Tendo em conta estes aspectos, a análise da sintomatologia de Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático entre a população avaliada permitiu verificar que realmente os doentes psiquiátricos apresentam uma prevalência extremamente elevada destas três perturbações.

As elevadas percentagens de Luto Complicado obtidas na análise dos dados, 77,3%, mostram-se um pouco mais elevadas do que as referidas na literatura explorada, entre a qual se salientam os estudos de Piper et al. (2001) e Kersting et al. (2009), que indicam uma prevalência de Luto Complicado que ronda os 60%.

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

Além disso, a elevada prevalência de sintomatologia Depressiva (86,4%) e de Pós-Stress Traumático (85,5%) descrita nos resultados vai de encontro à reportada por Kersting et al. (2009) no seu estudo realizado com indivíduos com Depressão unipolar, confirmando assim a existência de elevada co-morbilidade entre as três perturbações: Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático.

Neste sentido, e tal como foi anteriormente referido, o terceiro objectivo deste estudo prendia-se com o esclarecimento da co-morbilidade existente entre Luto Complicado, Depressão e Pós-Stress Traumático na amostra de doentes psiquiátricos portugueses.

A análise deste aspecto mostrou-se simultaneamente surpreendente e preocupante. Surpreendente pelos resultados elevados de co-morbilidade obtidos, quando comparados com os dados de co-morbilidade obtidos por Simon et al. (2007) numa amostra de indivíduos em luto.

E preocupante porque a análise da co-morbilidade existente permitiu perceber que a amostra da população psiquiátrica portuguesa apresenta 69% de co-morbilidade entre as três variáveis, cerca do dobro dos valores obtidos por Simon et al. (2007) na sua amostra de indivíduos com Luto. De facto, os resultados discutidos revelam que esta é uma população debilitada e afectada em diversas áreas da psicopatologia e não apenas ao nível do Luto Complicado.

Verificámos ainda que, apesar de haver uma co-morbilidade idêntica entre o Luto Complicado com a Depressão e do Luto Complicado com o Pós-Stress traumático, esta última revela ser ligeiramente superior talvez pelo carácter traumático que a perda de alguém significativo acarreta, e pelo facto da amostra avaliada apresentar uma prevalência elevada de perdas inesperadas.

A interpretação da elevada prevalência de Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática torna-se mais clara quando analisámos os resultados da

análise estatística correlacional entre as diversas variáveis em estudo (Luto Complicado, Depressão, Sintomatologia Traumática e Dificuldades de Regulação Emocional).

Tendo em conta que foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre todas as variáveis analisadas, é possível afirmar que quanto mais elevados os níveis de Luto Complicado, mais elevados os níveis de Sintomatologia Depressiva e de Sintomatologia Traumática.

Estes dados empíricos relativos ao Luto Complicado e Depressão levam-nos de encontro aos estudos realizados por outros autores que revelam a presença de uma elevada co-morbilidade entre estas variáveis (Lichtenthal et al., 2004; Golden & Dalgleish, 2008; Prigerson et al., 2009; Boelen et al., 2010).

Acrescenta-se a esses dados a presença de uma nova variável em estudo, recentemente abordada na bibliografia no âmbito do Luto Normal e, no presente estudo, no âmbito do Luto Complicado. Neste sentido, é evidente através dos resultados expostos que, de um modo geral, as Dificuldades de Regulação Emocional correlacionam-se positivamente com o constructo do Luto Complicado.

Este aspecto leva-nos a abordar o Luto Complicado num novo âmbito dos factores de risco intrapessoais, que se relaciona com as dificuldades que o indivíduo apresenta no modo como lida e como regula as suas emoções.

Focando a nossa atenção neste aspecto é possível referir que o desenvolver de um processo de Luto Complicado encontra-se relacionado com cinco Dificuldades de Regulação Emocional que passamos a clarificar.

Podemos afirmar que o Luto Complicado correlaciona-se com a Não aceitação das Respostas Emocionais, ou seja, correlaciona-se com o facto de o indivíduo apresentar uma tendência para adoptar emoções secundárias negativas em resposta a uma reacção emocional negativa, ou por outro lado, com o facto de o indivíduo não ser capaz de aceitar as suas próprias reacções perante sentimentos de angústia. Neste sentido, sugerimos que perante a perda, e tendo em conta os sentimentos negativos comuns durante o processo de Luto, o indivíduo mostra-se incapaz de aceitar a sua própria angústia, caminhando assim para possíveis níveis de Luto Complicado.

Outra Dificuldade de Regulação Emocional associada ao desenvolvimento de um processo de Luto Complicado prende-se com as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos. É importante frisar que, perante um evento stressante extremamente associado a emoções negativas, como a perda de alguém significativo, o indivíduo que

recorre a esta estratégia é incapaz de pensar noutra situação e de realizar tarefas e comportamentos que o permitam descentrar a atenção do Luto e ultrapassá-lo de modo adaptativo. Assim, estaremos, possivelmente, perante alguém que irá recorrer a estratégias de ruminação (Papageorgiou & Wells, 2003; Noelen-Hoeksema et al., 2008) como estratégia de regulação das suas emoções, fazendo com que as emoções negativas se mantenham por um período superior ao considerado normal, e levando ao conseqüente aparecimento do Luto Complicado.

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

O Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional parece ser outra Dificuldade de Regulação Emocional correlacionada com o Luto Complicado. Esta dificuldade relaciona-se com a crença de que pouco pode ser feito para regular as suas emoções perante situações de stress. Nesse caso, se o indivíduo se considera incapaz de gerir e regular um vasto leque de emoções negativas experienciadas durante o Luto, este terá certamente mais dificuldade em controlar o modo como as suas emoções serão expressadas, podendo mesmo recorrer a estratégias desadaptativas já anteriormente referidas por Gross (1998) e Ward et al. (2003) como a supressão, o evitamento e a ruminação e que dificultarão a adaptação à perda.

Por fim, a Falta de Clareza Emocional, intimamente relacionada com o grau em que cada indivíduo reconhece as emoções que experiencia, relaciona-se com o Luto Complicado. Tendo em conta que, segundo Greenberg (2002), indivíduos com níveis elevados de consciência emocional terão melhores capacidades de expressar os seus sentimentos, melhores capacidades de Regulação Emocional e, conseqüentemente, uma melhor adaptação ao processo de Luto, então a ausência desta capacidade levará certamente a um processo de Luto desadaptativo, ou Luto Complicado. De acordo com os nossos resultados, estes dados são confirmados, uma vez que a ausência de capacidade de um indivíduo reconhecer as emoções que experiencia correlaciona-se com o Luto Complicado.

Além de tudo o que foi referido até então, a análise correlacional das variáveis estudadas permitiu ainda verificar que a Depressão se correlaciona com as seis Dificuldades de Regulação Emocional identificadas através da DERS.

Este constitui um dado curioso, e que deveria ser alvo de uma atenção mais direccionada de modo a compreender o fenómeno. Pois, apesar de ser importante salientar que estes resultados vão de encontro à afirmação de Aldao et al. (2010) de que as Dificuldades de Regulação Emocional se encontram associadas à Perturbação Depressiva Major, o estudo específico das Dificuldades de Regulação Emocional realizado por Gratz & Roemer (2004) demonstra que apenas as subescalas de Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional, Dificuldades no Controlo de Impulsos e a Falta de Clareza Emocional se correlacionam com a Depressão avaliada através do Brief Symptom Inventory, um questionário de avaliação da sintomatologia psicopatológica.

Assim, pode afirmar-se que os resultados obtidos neste trabalho de investigação vão mais longe que a literatura abordada por ser possível verificar que a Depressão se correlaciona com as seis Dificuldades de Regulação Emocional analisadas. É assim possível sugerir que as intervenções realizadas ao nível da Depressão deverão dar especial atenção às dificuldades do indivíduo em regular as suas emoções, dotando-o de competências de regulação emocional adaptativas.

Relativamente à relação entre as Dificuldades de Regulação Emocional e a Sintomatologia Traumática, é de extrema importância salientar que esta sintomatologia se relaciona com: as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos, as Dificuldades no Controlo de Impulsos, o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional e a Falta de Clareza Emocional.

Do mesmo modo, importa referir que estes resultados estendem-se, de um modo geral, a três das quatro dimensões do IES - R, a Intrusão, a Hipervigilância e o Embotamento afectivo, facto que deverá ser explorado em perspectivas futuras de investigação na área do trauma, acrescentando-se nestas três subescalas a correlação com a Não Aceitação das Respostas Emocionais.

No entanto, salienta-se o facto de a subescala de Evitamento, ao contrário das outras subescalas do IES-R, não se correlacionar com a Não Aceitação das Respostas Emocionais.

Tendo em conta que a Não Aceitação das Respostas Emocionais refere-se à

incapacidade de o indivíduo aceitar as suas próprias reacções emocionais negativas perante sentimentos de angústia, sugerimos que esta Dificuldade de Regulação Emocional não se correlaciona com o evitamento porque o indivíduo ao evitar determinada situação negativa estará automaticamente a evitar a reacção emocional primária advinda desse mesmo acontecimento, não chegando por isso a experienciar a não aceitação das suas respostas emocionais (Tull et al., 2007).

Porém, nunca é demais referir que os preciosos dados obtidos nesta análise deverão ser alvo de uma investigação direccionada especificamente à análise das Dificuldades de Regulação Emocional em Indivíduos com Pós-Stress Traumático relacionado com a Perda.

Efectivamente, verifica-se a existência de uma co-morbilidade de 69% entre o Luto Complicado, a Depressão e a Sintomatologia Traumática. Porém, a análise da correlação entre estas três perturbações, permite verificar que estas constituem perturbações que devem ser alvo de intervenções distintas.

Um exemplo deste facto relaciona-se com a Falta de consciência emocional, que sendo uma dificuldade importante no desenvolvimento da Depressão, não parece ter uma relação com o Luto Complicado e com o Pós-Stress Traumático. Deste modo, a intervenção realizada ao nível da Depressão deverá fornecer ao indivíduo estratégias de tomada de consciência das suas emoções, intervenção esta que não se revela crucial na diminuição da sintomatologia de Luto Complicado e de Pós-Stress Traumático.

No que concerne à análise de regressão linear múltipla relativa ao poder preditivo das Dificuldades de Regulação Emocional em relação ao Luto Complicado, Depressão e Sintomatologia Traumática, verifica-se que estas permitem predizer estas três perturbações.

As Dificuldades de Regulação Emocional que revelam um impacto mais elevado na predição do Luto Complicado relacionam-se com a Não Aceitação das Respostas Emocionais, com as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos e com a Falta de Clareza Emocional.

Tendo em conta que estas dificuldades específicas permitem predizer cerca de 39,3% do Luto Complicado, é importante que os clínicos adoptem mais atenção às questões relativas a Dificuldades de Regulação Emocional, como forma de prevenir e intervir precocemente junto de doentes psiquiátricos que tenham perdido alguém significativo e

que revelem estas dificuldades específicas.

Além disso, importa referir que, tal como seria de prever, tendo em conta a elevada comorbilidade existente entre as Dificuldades de Regulação Emocional e a Depressão, as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos, a Falta de Clareza Emocional, e o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional permitem predizer cerca de 56,2% de Depressão.

No entanto, apesar de se verificar que as dificuldades relacionadas com as subescalas de Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos e com a Falta de Clareza Emocional serem coexistentes na predição da Depressão e do Luto Complicado, verifica-se que a presença de Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional permitem diferenciar a Depressão do Luto Complicado.

De facto, estes resultados levam-nos uma vez mais de encontro aos aspectos relativos, por um lado, à co-morbilidade e, por outro lado, à distinção entre estas duas perturbações. Neste sentido, o facto de ambos os constructos terem duas variáveis em comum que permitem predizê-los mostra realmente a existência de uma elevada comorbilidade entre os mesmos. No entanto, a existência de uma variável que os diferencia permite reflectir sobre o facto de que estes são constructos distintos que, apesar de terem diversas características em comum, devem ser diferenciados pelas suas especificidades.

O mesmo se passa em relação à sintomatologia traumática (forte indicadora de PTSD), para a qual se verifica que as Dificuldades de Regulação Emocional que permitem predizer cerca de 37,6% de Sintomatologia Traumática são as mesmas que permitem a predição do Luto Complicado. Porém, estas mesmas Dificuldades de Regulação Emocional predizem com um pouco mais de precisão o Luto Complicado, do que a Sintomatologia Traumática.

Deste modo sugerimos que esta sobreposição poderá relacionar-se com o facto de a perda de alguém significativo acarretar um carácter traumático influente no decorrer do processo de Luto Complicado, pois tal como refere a literatura revista a ocorrência de uma perda traumática constitui um factor de risco para o Luto Complicado (Stroebe et al., 2006).

Importa ainda frisar que o facto da subescala Falta de Consciência Emocional apenas se correlacionar com uma das variáveis estudadas, a Depressão, permite-nos clarificar a ideia

já sugerida por Coutinho et al. (2010) de que esta subescala possui um carácter pouco central na presença de sintomatologia psicopatológica.

Todos estes dados revelam-se extremamente importantes, uma vez que permitem a existência de um modelo de Dificuldades de Regulação Emocional que prediz, com um impacto elevado, não só o Luto Complicado como também a existência de outras perturbações como a Depressão e a Sintomatologia Traumática. Além disso, os resultados obtidos ao nível das Dificuldades de Regulação Emocional preditoras destas perturbações sugerem que estas dimensões poderão também ser incluídas em intervenções psicológicas direccionadas para as competências do indivíduo na regulação das emoções.

VI. Conclusão

O presente trabalho de investigação insere-se numa tendência actual para a exploração do impacto que as Dificuldades de Regulação Emocional poderão ter nas mais variadas áreas da vida do indivíduo. E sem esquecer que a vida é constituída por perdas, as quais conduzem ao processo de Luto que muitas das vezes ocorre de modo desadaptativo, tornou-se crucial a exploração da relação entre as Dificuldades de Regulação Emocional e as complicações no Luto ou Luto Complicado.

De um modo geral, podemos afirmar que os resultados obtidos vão de encontro às questões de investigação inicialmente colocadas e que o conjunto de dados obtidos no decorrer desta investigação revela também importância do ponto de vista clínico. Não só no sentido em que confirmam dados relativos à co-morbilidade e factores de risco do Luto Complicado, alguns deles já referidos por outros autores ainda que em populações diferenciadas da população de doentes psiquiátricos portugueses, mas também por ter permitido a exploração de novos factores que permitem a predição do Luto Complicado, da Depressão e da Sintomatologia de Pós-Stress Traumático.

Deste modo, este trabalho fornece dados para a avaliação precoce de casos de Luto Complicado que colocam frequentemente em risco a qualidade de vida do enlutado diagnosticado com uma perturbação psiquiátrica. Além disso, os dados obtidos possibilitam o recurso a um novo factor que permite predizer com um elevado grau de precisão o desenvolvimento do Luto Complicado, bem como a distinção deste relativamente a quadros Depressivos e Traumáticos.

O conjunto destas variáveis, entre as quais é possível ressaltar o carácter determinante e preditor das Dificuldades de Regulação Emocional para o Luto Complicado, deverão fornecer aos profissionais de saúde novas áreas de avaliação e a adopção de um olhar mais atento a estes aspectos, que deverão passar a constituir parte integrante do processo de avaliação de um doente psiquiátrico em Luto.

Neste sentido, os profissionais de saúde surgem como a primeira linha de contacto directo com este processo de avaliação, que se espera precoce, e que deverá ter em conta os dados obtidos nesta investigação. Este facto permite assim, não só a identificação dos doentes psiquiátricos que se encontram em risco de desenvolver um Luto Complicado, como também a consequente intervenção, evitando o culminar num conjunto de défices e dificuldades frequentemente associadas ao Luto Complicado.

Este trabalho permite assim uma melhor compreensão da dinâmica presente no Luto Complicado, bem como dos factores inerentes ao desenvolvimento destas complicações numa população que evidencia um elevado risco para complicações na saúde mental.

No entanto, é inevitável reflectir que apesar da pertinência dos resultados obtidos, seria deveras interessante aprofundar esta investigação e realizar uma abordagem mais específica do desenvolvimento do Luto Complicado em diferentes grupos de perturbações psiquiátricas, de modo a complementar todos os resultados aqui expostos.

Por fim, não poderíamos deixar de salientar que os resultados obtidos fornecem fortes indicadores do modo como os doentes psiquiátricos da população portuguesa lidam com a perda. No entanto, uma das principais limitações desta investigação prende-se com a impossibilidade de fazer uma generalização segura para os doentes psiquiátricos no geral, devido a questões relacionadas com o tamanho amostra, que não é representativa desta população no geral.

Outra das limitações deste estudo prende-se com o facto de não ter sido realizada uma comparação entre os dados obtidos pelos doentes psiquiátricos e uma amostra da população em geral, de modo a tornar ainda mais claras as conclusões aqui reflectidas.

Seria também pertinente a realização de um novo desenho de investigação que permitisse a avaliação e diferenciação de doentes psiquiátricos que se encontrassem a realizar uma intervenção direccionada ao Luto Complicado, daqueles que não eram alvo de uma intervenção neste sentido.

Os resultados obtidos ao longo da investigação ultrapassaram as expectativas iniciais que se mostravam conservadores devido ao conjunto de dificuldades inerentes a uma população psiquiátrica que revela sintomatologia psicopatológica que, frequentemente, se sobrepõe à sintomatologia presente no Luto Complicado e faziam prever uma difícil aceitabilidade da participação que não se verificou.

Sendo assim, parece-nos crucial que esta área continue a ser explorada no sentido de esclarecer as idiosincrasias relativas ao Luto Complicado e, possivelmente, à futura classificação nosológica do Luto Complicado enquanto perturbação diferenciada no *DSM-V*³ e / ou no *ICD-11*⁴.

³ *DSM-V*: Diagnostic and Statistical Manual, Fifth Edition.

⁴ *ICD-11*: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Edition.

Referências Bibliográficas

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217-237.
- APA (2010). *Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Archer, J. (1999). *The mature of grief: The evolution and psychology of reactions to loss*. London: Routledge.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 53-63.
- Boelen, P., Van de Schoot, R., Van den Hout M., & Keijsers, J. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders, 125* (1-3), 374-378.
- Bonanno, G. (2001). Grief and emotion: A social-functional perspective. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bonanno, G., & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin, 125* (6), 760-776.
- Bonanno, G., & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of bereavement. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 126-137.
- Bouton, M., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review, 108*, 4-32.

- Campos, J., Campos, R., & Barrett, K. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25, 394-402.
- Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., & Rocha J. (2007, Junho). Impact of Event Scale - Revised (IES-R): Portuguese Validation, European Congress of Traumatic Stress, Opatija, Croacia.
- Chang, E., Downey, C., & Salata, J. (2004). Social problem solving and positive psychological functioning: Looking at the positive side of problemsolving. In E. Chang, T. D'Zurilla, & L. Sanna (Eds.), *Social problem solving: Theory, research, and training* (pp. 99–116). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Clark, D. (1988). A cognitive model of panic disorder. In S. Rachman, & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cloitre, M. (1998). Sexual revictimization: Risk factors and prevention. In V. Follette, J. Ruzek, & F. Abueg (Eds.), *Cognitive-behavioural therapies for trauma* (pp. 278–304). New York: The Guilford Press.
- Cloitre, M., Koenen, K., Cohen, L., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067–1074.
- Cooper, M., Wood, P., Orcutt, H., & Albino, A. (2003). Personality and predisposition to engage in risky behaviors or problem behaviors during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 390–410.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiq Clín.*, 37 (4), 145-51.
- Dodge, K., & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. In J. Garber, & K. Dodge (Eds.), *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*. New York: Cambridge Studies.

- Dyregrow, K., Nordanger, D., & Dyregrow, A. (2003). Predictors of psychosocial stress after suicide. *Death Studies*, 27, 143-165.
- D'Zurilla, T., Chang, E., Nottingham, E., & Faccinni, L. (1998). Social problems solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1091–1107.
- Eisenberg, N., & Fabes, R. (1992). *Emotion and its regulation in early development*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Washington: American Psychological Association.
- Frade, B, Sousa, H., Pacheco, D., & Rocha, J. (2009, Junho). Complicated Grief - A validation of ICG instrument. 11th European Conference on Traumatic Stress, “Trauma in lives and communities: Victims, violators, prevention and recovery” Oslo Congress Centre, Oslo - Noruega.
- Garber, J., & Dodge, K. (1991). *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*. New York: Cambridge Studies.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-9.
- Golden, A., & Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Research*, 178, 336–341.
- Gratz, K., Rosenthal, M., Tull, M., & Lejuez, C. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 850–855.

- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271–299.
- Gross, J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion, 13* (5), 551-573.
- Gross, J. (2007) *Handbook of Emotion Regulation*. USA: Guilford.
- Gross, J., & Muñoz, R. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 151-164.
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Hansson, R. & Carpenter, B. (1994). *Relationships in old age: Coping with the challenge of transition*. New York: Guilford.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999). The ACT model of psychopathology and human suffering. In *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change* (pp. 49–80). New York: Guilford Press.
- Heffner, M., Eifert, G., Parker, B., Hernandez, D., & Sperry, J. (2003). Valued directions: Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 378–383.
- Hensley, P. (2006). Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *Journal of Affective Disorders, 92*, 117-124.
- Horowitz, M., Bonanno, G., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine, 55*, 260-273.
- Horowitz, M., Siegel, B., Hoelen, A., Bonanno, G., Milbrath, C., & Stinson, C. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*, 904-910.

- John, O., & Gross, J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality, 72*, 1301–1334.
- Keltner, D., Moffitt, T., & Stouthamer-Loeber, M. (1995). Facial expressions emotion and psychopathology in adolescent boys. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 644-652.
- Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baume, B., Arolt, V., et al. (2009). Complicated Grief in Patients with Unipolar Depression. *Journal of Affective Disorders, 118*, 201-204.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lichtenthal, W., Cruess, D., & Prigerson, H. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review, 24*, 637-662.
- Machado-Vaz, F., Branco Vasco, A., & Greenberg, L. (2010). *Processos emocionais na adaptação e perturbação na idade adulta - Caracterização e evolução em Psicoterapia*. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- Martins, E. (2007). *Regulação emocional diádica, temperamento e nível de desenvolvimento aos 10 meses como preditores da qualidade da vinculação aos 12-16 meses*. Universidade do Minho.
- Mick, K., Medvene, L., & Strunk, J. (2003). Surrogate decision making at end of life: Sources of burden and relief. *Journal of Loss and Trauma, 8*, 149–167.
- Nadeau, J. (2001). Family construction of meaning. In R. Neimeyer (Ed.). *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 95–111). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Noelen-Hoeksema, S., Wisco, B., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*, 400-424.

- O'Connor, M., Allen, J., & Kaszniak, A. (2002). Autonomic and Emotion Regulation on Bereavement and Depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 52 (4), 183-185.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261-273.
- Pasternak, R., Reynolds, C., Frank, E., Miller, M., Houck, P., Schlernitzauer, M., et al. (1993). The temporal course of depressive symptoms and grief intensity in late-life spousal bereavement. *Depression*, 1, 45-49.
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Azim, H., & Weideman, R. (2001). Prevalence of Loss and Complicated Grief Among Psychiatric Outpatients. *Psychiatric Services*, 52 (8), 1069-1074.
- Prigerson, H., Bierhals, A., Kasl, S., Reynolds III, C., Shear, M., Newton, J., et al. (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1484-1486.
- Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S., Reynolds III, C., Anderson, B., Zubenko, G., et al. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22-30.
- Prigerson, H., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C., Aslan, M., et al. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*, 6 (8), e1000121.
- Prigerson, H., & Jacobs, S. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 613-645). Washington, DC: American Psychological Association.

- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, A., et al. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, *59*, 65-79.
- Raphael, B., & Martinek, N. (1997). Assessing traumatic bereavements and PTSD. In J. Wilson, & T. Keane (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp.373-395). New York: Guilford.
- Raphael, B., Minkov, C., & Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & Schut (Eds.) *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 587-612). Washington: American Psychological Association.
- Roemer, L., Orsillo, S., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized control trial. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, *76*, 1083–1089.
- Salkovskis, P. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. In R. Swinson (Ed.), *Obsessive–compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 33–50). New York: Guilford Press.
- Sanders, C. (1999). *Grief: The mourning after: Dealing with adult bereavement* (2nd ed.). New York: Wiley and Sons.
- Scharzer, R., & Leppin, A. (1989). Social support: a meta-analysis. *Psychology and Health*, *3*, 1-15.
- Schut, H., Stroebe, M., van den Bout, J., & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & M. Schut (Eds.) *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 705-737). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shapiro, E. (2001). Grief in interpersonal perspective: Theories and their implications. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 301–327). Washington, DC: American Psychological Association.

- Simon, N., Shear, K., Thompson, E., Zalta, A., Pearlman, C., Reynolds, C., et al. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 395–399.
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*, 63, 2440-2451.
- Stroebe, M., & Hansson, R. (2001). *Handbook of Bereavement Research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. In M. Srtoebe, R. Hansson, W. Stroebe, & M. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 63-88). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9, 48-66.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2006). Complicated grief: A conceptual analysis of the field. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52 (1), 53-70.
- Stroebe, M., Schut, H., & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 185-201.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2000). Trauma and Grief: A Comparative Analysis. In J. H. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 81-96). Philadelphia: Brunnel/Mazel.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health Outcomes of Bereavement. *Lancet*, 370, 1960–1973.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. (1987). Bereavement and health: The psychological and physical consequences of partner loss. Cambridge: Cambridge Unniversity.

- Tull, M., & Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy, 38* (4), 378–391.
- Van der Kolk, B. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus, discrimination, and characterological development. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 182–213). New York: The Guilford Press.
- Van-Boven, A., & Espelage, D. (2006). Depressive symptoms, coping strategies, and disordered eating among college women. *Journal of Counseling and development, 84*, 341–348.
- Van-Doorn, C., Kasl, S., Beery, L., Jacobs, S., & Prigerson, H. (1998). The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 566-573.
- Vaz-Serra, A., & Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: I. Ensaio da aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra Portuguesa de doentes deprimidos. *Separata da Coimbra Médica, XX* (VI), 623-644.
- Wagner, B. (2006). *Internet-based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief*. (Unpublished doctoral dissertation). University of Zurich: Zurich.
- Ward, A., Lyubomirsky, L., Sousa, L., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Can't quite commit: Rumination and uncertainty. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 96–107.
- Wegner, D., Broome, A., & Blumberg, S. (1997). Ironic effects of trying to relax under stress. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 11–21.
- Wegner, D., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality, 62*, 615–640.

- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guildford.
- Wenzlaff, R., & Wegner, D. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, *51*, 59–91.
- Winchester-Nadeau, J. (2001). Meaning making in family bereavement: A family system approach. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & M. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 329-347). Washington, DC: American Psychological Association.
- Zelazo, P., & Cunningham, W. (2007). Executive Function: Mechanisms underlying emotion regulation. In J. Gross (2007) *Handbook of Emotion Regulation*. USA: Guilford.
- Znoj, H., & Keller, D. (2002). Mourning parents: Considering safeguards and their relation to health. *Death Studies*, *26*, 545–565.

Anexos

Anexo I: Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, após ser devidamente informado(a) sobre os objectivos e protocolo de investigação, declaro que aceitei de livre vontade fazer parte do estudo que está a ser realizado pela Unidade de Investigação em Psicologia Clínica e Saúde (Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte - UnIPSa).

Além disso, declaro estar informado(a) de que poderei abandonar a investigação, sem qualquer tipo de repercussões, devendo contactar a Investigadora para informar dessa decisão (Dr.^a Tânia Silva). Este estudo pretende descrever e avaliar a sintomatologia do luto complicado e os seus dados são confidenciais, não podendo ser usados para outros fins.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura

Obrigada Pela Sua Colaboração!

Anexo II: Protocolo de Avaliação

Avaliação do Processo de Luto

- Sexo: F M

- Idade: _____

- Estado Civil: _____

- Habilitações Literárias: _____

- Profissão: _____

- Há quanto tempo recebe acompanhamento psicológico: _____

Relação com o Falecido

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

- Grau de Parentesco do Falecido: _____

- Há quanto tempo faleceu? _____

- Idade do Falecido: _____

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



- Papel/função do falecido na sua vida: _____

(Educação; Liderança; Chefe de Família; Financeiro; Negligente; Confidente; Suporte, etc.)

Contextualização da Perda

- Morte Esperada Morte Inesperada

- Causa da morte: _____

- EDRS -

(Gratz, K & Roemer, L. 2004; adaptado por Machado Vaz et al, 2010)

Instruções: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, com base na seguinte escala de 1 a 5, fazendo um círculo, no valor seleccionado, na linha ao lado de cada item.

1	2	3	4	5
Quase Nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maioria do tempo (66-90%)	Quase Sempre (91-100%)

1. É claro para mim aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
2. Eu presto atenção a como me sinto	1	2	3	4	5
3. Eu experiencio as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo	1	2	3	4	5
4. Não tenho ideia nenhuma de como me estou a sentir	1	2	3	4	5
5. Tenho dificuldade em atribuir um significado aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
6. Sou atento aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
7. Sei exactamente como me estou a sentir	1	2	3	4	5
8. Preocupo-me com aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
9. Estou confuso acerca do que sinto	1	2	3	4	5
10. Quando estou emocionalmente incomodado, reconheço as minhas emoções	1	2	3	4	5
11. Quando estou emocionalmente incomodado, fico zangado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
12. Quando estou emocionalmente incomodado, fico envergonhado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
13. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em ter o trabalho feito	1	2	3	4	5
14. Quando estou emocionalmente incomodado, fico fora de controlo	1	2	3	4	5
15. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que me irei manter dessa forma durante muito tempo	1	2	3	4	5
16. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que acabarei por me sentir muito deprimido	1	2	3	4	5
17. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes	1	2	3	4	5
18. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em focar em outras coisas	1	2	3	4	5
19. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5

20. Quando estou emocionalmente incomodado, ainda consigo fazer as coisas	1	2	3	4	5
21. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me envergonhado comigo mesmo por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
22. Quando estou emocionalmente incomodado, sei que consigo encontrar uma forma para eventualmente me sentir melhor	1	2	3	4	5
23. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que sou fraco	1	2	3	4	5
24. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos	1	2	3	4	5
25. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me culpado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
26. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em concentrar	1	2	3	4	5
27. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade controlar os meus comportamentos	1	2	3	4	5
28. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que não há nada que possa fazer para me fazer sentir melhor	1	2	3	4	5
29. Quando estou emocionalmente incomodado, fico irritado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
30. Quando estou emocionalmente incomodado, começo a sentir-me mesmo mal comigo próprio	1	2	3	4	5
31. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que permitir o que estou a sentir é tudo o que posso fazer	1	2	3	4	5
32. Quando estou emocionalmente incomodado, perco o controlo sobre os meus comportamentos	1	2	3	4	5
33. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldades em pensar acerca de outra coisa qualquer	1	2	3	4	5
34. Quando estou emocionalmente incomodado, paro um tempo, para perceber o que estou mesmo a sentir.	1	2	3	4	5
35. Quando estou emocionalmente incomodado, demoro muito tempo para me sentir melhor	1	2	3	4	5
36. Quando estou emocionalmente incomodado, as minhas emoções parecem avassaladoras	1	2	3	4	5

– BDI –

Neste questionário existem grupos de 4 afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir seleccione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu na semana que passou, incluindo o dia de hoje. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 1 Sinto-me triste.
 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.
 3 Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou particularmente desencorajada(o) em relação ao futuro.
 1 Sinto-me desencorajada(o) em relação ao futuro.
 2 Sinto que não tenho nada a esperar.
 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto fracassada(o).
 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo normal.
 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
 3 Sinto que sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanta satisfação nas coisas como dantes.
 1 Não tenho satisfação com as coisas como costumava ter.
 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.
 3 Estou insatisfeita(o) ou entediada(o) com tudo.

5. 0 Não me sinto particularmente culpada(o).
 1 Sinto-me culpada(o) grande parte do tempo.
 2 Sinto-me bastante culpada(o) a maior parte do tempo.
 3 Sinto-me culpada(o) o tempo todo.

6. 0 Não sinto que esteja a ser punida(o).
 1 Sinto que posso ser punida(o).
 2 Sinto que mereço ser punida(o).
 3 Sinto que estou a ser punida(o).

7. 0 Não me sinto desapontada(o) comigo mesma(o).
1 Sinto-me desapontada(o) comigo mesma(o).
2 Sinto-me desgostosa(o) comigo mesma(o).
3 Odeio-me.
8. 0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.
3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.
9. 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.
1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.
2 Gostaria de me matar.
3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.
10. 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava fazer.
2 Actualmente, choro o tempo todo.
3 Costumava conseguir chorar, mas agora não consigo ainda que queira.
11. 0 Não me irrita mais do que costumava.
1 Fico aborrecida(o) ou irritada(o) mais facilmente do que costumava.
2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritada(o).
3 Já não consigo ficar irritada(o) com as coisas que antes me irritavam.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões tão bem como antes.
1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Já não consigo tomar qualquer decisão.

14. 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me porque estou a parecer velha(o) ou nada atraente.
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
3 Considero-me feia(o).
15. 0 Sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito para fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem como habitualmente.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansada(o) do que é habitual.
1 Fico cansada(o) com mais facilidade do que antes.
2 Fico cansada(o) ao fazer quase tudo.
3 Estou demasiado cansada(o) para fazer qualquer coisa.
18. 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
2 O meu apetite, agora, está muito pior.
3 Perdi completamente o apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
- Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos? Sim _____*
Não _____
20. 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
1 Sinto-me preocupada/o com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis.
2 Estou tão preocupada(o) com a maneira como me sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa.

- 3 Encontro-me totalmente preocupada(o) pela maneira como me sinto.
- 21.** 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.
- 1 Encontro-me menos interessada(o) pela vida sexual do que costumava.
- 2 Actualmente sinto-me muito menos interessada(o) pela vida sexual.
- 3 Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

- ICG -
(Prigerson et al, 1995)

Instruções: A seguir encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após acontecimentos de vida difíceis. Por favor, leia cada um dos itens e indique, com um círculo, a resposta que melhor descreve como se sente em relação a uma situação de luto actualmente:

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Regularmente	Sempre
1. Eu penso tanto nesta pessoa que é difícil fazer as coisas que normalmente faço...	1	2	3	4	5
2. As memórias da pessoa que morreu perturbam-me...	1	2	3	4	5
3. Eu sinto que não aceito a morte da pessoa que morreu...	1	2	3	4	5
4. Eu dou por mim a sentir a falta da pessoa que morreu...	1	2	3	4	5
5. Eu sinto-me atraído às coisas e lugares associados à pessoa que morreu...	1	2	3	4	5
6 Não consigo evitar sentir-me zangado com a sua morte...	1	2	3	4	5
7. Eu sinto descrença sobre o que aconteceu...	1	2	3	4	5
8. Eu sinto-me atordoado ou confuso com o que aconteceu...	1	2	3	4	5
9. Desde que ele(a) morreu é-me difícil confiar nas pessoas...	1	2	3	4	5
10. Desde que ele(a) morreu, sinto que perdi a capacidade de me interessar com outras pessoas ou sinto-me distante das pessoas de que gosto...	1	2	3	4	5
11. Eu sinto dor na mesma parte do corpo ou tenho alguns dos sintomas da pessoa que morreu...	1	2	3	4	5
12. Eu desvio-me do meu caminho para evitar lembranças da pessoa que morreu...	1	2	3	4	5
13. Sinto a minha vida vazia sem a pessoa que morreu...	1	2	3	4	5
14. Eu ouço a voz da pessoa que morreu falar-me...	1	2	3	4	5
15. Eu vejo a pessoa que morreu diante de mim...	1	2	3	4	5
16. Eu sinto que é injusto que eu deva viver enquanto esta pessoa morreu...	1	2	3	4	5
17. Eu sinto-me amargo sobre a morte desta pessoa...	1	2	3	4	5
18. Eu sinto inveja daqueles que não perderam ninguém próximo...	1	2	3	4	5
19. Eu sinto-me só grande parte do tempo desde que ele(a) morreu...	1	2	3	4	5

– IES-R –

(Weiss & Marmar, 1997; adaptada por Rocha et. al, 2006)

Instruções: Por favor, leia cada um dos itens e indique, com um círculo, a resposta que melhor descreve como se sente em relação a uma situação de luto actualmente.

	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Muitas vezes	Extremamente
1. Qualquer lembrança traz consigo sentimentos sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
2. Tive dificuldades em dormir continuamente.	0	1	2	3	4
3. Outras coisas continuam a fazer-me pensar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
4. Senti-me irritada(o) ou zangada(o).	0	1	2	3	4
5. Evitei ficar perturbada(o) quando pensava ou me lembrava disso.	0	1	2	3	4
6. Pensei sobre o que aconteceu quando não o desejava.	0	1	2	3	4
7. Senti como se não tivesse acontecido ou que não era real.	0	1	2	3	4
8. Afastei-me de coisas que me lembravam o sucedido.	0	1	2	3	4
9. Surgiram-me imagens do que aconteceu.	0	1	2	3	4
10. Estive agitada(o) e assustava-me facilmente.	0	1	2	3	4
11. Tentei não pensar sobre isso.	0	1	2	3	4
12. Eu percebi que ainda tinha muitos sentimentos sobre o que aconteceu mas não os suportava.	0	1	2	3	4
13. Os meus sentimentos sobre isso estavam como que paralisados.	0	1	2	3	4
14. Dei comigo a agir ou a sentir como se estivesse nos momentos em que aquilo aconteceu.	0	1	2	3	4
15. Tive dificuldades em adormecer.	0	1	2	3	4
16. Tive momentos de emoções intensas sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
17. Tentei apagar da minha memória o que aconteceu.	0	1	2	3	4
18. Tive dificuldade em concentrar-me.	0	1	2	3	4
19. As recordações do que aconteceu causaram-me sensações físicas como suores, dificuldade em respirar, náusea ou aperto no coração.	0	1	2	3	4
20. Sonhei sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
21. Senti-me defensivo ou em alerta.	0	1	2	3	4
22. Tentei não falar sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4

Avaliação Psicométrica

Instrumentos de Avaliação		Avaliação (___/___/___)
DRE		
BDI (Total)		
ICG (Total)		
I E S (Rev.)	Intrusão	
	Hipervigilância	
	Evitamento	
	Outros Itens	
	Total	

Anexo III: Autorização do C.H.A.A.



Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
 Comissão de Ética para a Saúde
Comunicação Interna

AO CA
 10/03/2010

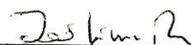


Comunicação nº:	3/CES	Data:	19.01.2010	Para:	Exmº Senhor, Presidente do Conselho de Administração
-----------------	-------	-------	------------	-------	---

Assunto: Pedido de parecer projectos de investigação

Apreciado o pedido de realização do projecto de investigação apresentado pela estagiária do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, *Tânia Marisa Moreira da Silva*, aluna do Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, tendo como designação "Luto Complicado e Regulação Emocional em Doentes Psiquiátricos" através da aplicação de questionários. A Comissão de Ética em face das informações constantes do processo, entendeu nada a opôr sob o ponto de vista ético, ao projecto de investigação proposto, desde que na sua execução a candidata obtenha o parecer favorável do director de serviço da especialidade e siga os princípios aplicáveis na deliberação nº 227 da Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Com os melhores cumprimentos.


 João Lima Reis
 Presidente da CES

Comissão de Ética para a Saúde
 Reunião CAAP 15 Data 12/4/2010
 Deliberação: Autorizado nos termos do parecer da comissão de ética.



Anexo IV: Artigo

Emotional regulation difficulties and Complicated Grief in psychiatric outpatients

Tânia Silva¹, José Rocha², Elisabete Ferreira¹, Catarina Gonçalves¹, Fábio Moreira¹

¹ Researcher, UnIPSa-CICS, Portugal

² Research Unit Coordinator, UnIPSa-CICS, Portugal

Abstract

Background: The Complicated Grief (CG) is often associated with many complications of mental health, like mood, anxiety and posttraumatic stress disorders. Several studies have demonstrated a high prevalence of CG in psychiatric patients. Piper et al. (2001) evaluated 235 psychiatric patients with a history of losses and noted a prevalence of 60% with CG. In terms of emotional regulation, Stroebe (2007) believes that confrontation, avoidance and positive assessments constitute a protective factor in the process of mourning. However, empirical studies that support this assertion are lacking. Thus, this study aims to describe the prevalence of CG and its relation with the difficulties in emotional regulation in psychiatric patients.

Methods: We evaluated 110 adults (C.H.A.A., CHTS and CRI Eastern ET of Gondomar) diagnosed with psychiatric disorders, using the following Portuguese versions assessment tools: Inventory of Complicated Grief, Beck Depression Inventory, Impact of Event Scale-Revised and Difficulties in Emotional Regulation Scale.

Results: We observed a 77.3% prevalence of CG in participants ($ICG \geq 25$).

We observed significant correlations between Difficulties in Emotional Regulation and indicators of depression (.74), posttraumatic stress (.45), and Complicated Grief (.49). By linear regression we found that the Difficulties engaging in goal-directed behavior, Lack of emotional clarity and nonacceptance of emotional responses predicts 39.3% of the CG.

Limitations: This work should be done with a control group of the general population.

Conclusions: These results allow us to verify the high prevalence of GC in psychiatric patients and the importance of difficulties in emotional regulation predicting the CG.

Keywords: Complicated Grief, Emotion Regulation, predictor model, risk factors.

Introduction

Almost everyone has to deal with the loss of someone they cared or loved. It is an inevitable fact of life, sooner or later, persons have to learn how to deal with this kind of events. So, when a person loses a significant other, there is normally a period of acute distress usually connected with sorrow, guilt, loneliness and other physical and psychological reactions (Stroebe et al., 2000). Sometimes, this period of dealing with loss, grows into a whole new level of complexity bringing unusual complications that can be associated with numerous mental and physical debilities of the bereavement process. The scientific name used to describe these situations is Complicated Grief (Golden and Dalgleish, 2008; Lichenthal et al., 2004).

We can say that generally, the loss of someone significant consists in one of the most stressful and painful universal experiences of the life cycle (Wagner, 2006). But in cases of Complicated Grief (CG) the much higher intensity and longevity of bereavement can create several mental health complications, worthy of psychological treatment (O'Connor et al., 2002; Stroebe et al., 2006; Stroebe et al., 2007).

Complaints of bereavement difficulties on psychiatric patients are frequently observed, however, not always clear nor addressed on assessment and intervention protocols. Trying to relate the key points of this paper, psychiatric disorders have important connections with both emotional regulation difficulties and Complicated Grief (Machado-Vaz et al., 2010; Greenberg, 2002; Kersting et al., 2009; Piper et al., 2001). On other hand, the interaction between emotional regulation and Complicated Grief has not been empirically validated.

Complicated Grief

Grief can be viewed as complicated when it affects the functional capacity of the individual in such a way that prevents him from returning to its normal functions, prior to the loss, meaning that when the grief process deviates of individual culture norms relatively to duration, intensity and general or specific symptoms of grief (Prigerson et al., 1995).

In practical terms, the distinction between normal and Complicated Grief is still difficult. This is justified by the fact that Complicated Grief is not considered an independent syndrome of other psychiatric disorders, not having so clear and agreed criteria for diagnosis (Prigerson et al., 2009).

Complicated Grief is associated with psychological reactions of varying severity which are characterized, not only by the presence of negative emotions such as depression, anxiety, despair, disbelief, anger, apathy, but also by the high functional impairment of the individual (Stroebe and Hansson, 2001; Prigerson et al., 2009).

Those negative emotions are essential factors for diagnostic of other psychiatric conditions. Thus, it is evident the difficulty in distinguishing the process of Complicated Grief from other psychiatric disorders. In fact, these difficulties have been leading many researchers to explore the specific indicators of Complicated Grief and its impact on mental health (Stroebe and Hansson, 2001; Prigerson et al., 2009).

There are two papers about Complicated Grief on psychiatric patients that clarify this topic. First, Piper et al. (2001) produced a research which aimed to explore the prevalence of losses of significant ones and Complicated Grief among psychiatric outpatients. They review in a sample of 729 psychiatric patients, that about 55.3% had experienced a loss of one or more significant others on their lives. However, just 235 patients have consented to participate and had inclusion criteria. The authors found that

31% of outpatients had Moderate Complicated Grief and 29% had severe Complicated Grief. Finally, they compared depressive, anxiety and general symptomatic distress between patients with and without Complicated Grief finding that patients with Complicated Grief had higher levels of depressive, anxiety and general distress symptoms.

The authors demonstrated that the loss of someone significant could be problematic and prolonged for a long time, and losses should be considered as important risk factor in the management of all psychiatric patients.

Considering the particular relationship between Complicated Grief and unipolar depression, Kersting et al. (2009) evaluated 73 psychiatric patients diagnosed with unipolar depression - a mood disorder and observed that 96% of their sample had a history of loss of someone significant and that, within the patients with Complicated Grief, the most frequent losses were related to family members (parents, siblings or spouses). They also reported a higher impairment when compared to the impairment before the loss. Furthermore, patients with both unipolar depression and Complicated Grief show higher levels of depressive symptoms, post-traumatic stress related to loss and much higher levels of psychopathological symptoms, than depressed patients without Complicated Grief.

In general, among the grieving persons, about 40% present criteria for major depression, when assessed a month after the death, and about 15% kept these criteria one year after the loss (Lichenthal et al. 2004; Hensley, 2006). However, according to the literature, only a subgroup (about 10-20%) has Complicated Grief with distinct symptoms of anxious or depressive symptoms (Prigerson et al., 1996). Thus, several studies have concluded that Complicated Grief is a high risk factor for complications in mental health, including depression (O'Connor et al., 2002; Stroebe et al., 2006; Lichtenthal et

al., 2004; Simon et al., 2007; Golden and Dalgleish, 2008; Prigerson et al., 2009; Boelen et al., 2010).

On another perspective, several psychiatric disorders include difficulties in emotional regulation as a diagnostic criteria, especially mood disorders, impulse control problems, substance abuse and eating disorders (Machado-Vaz et al., 2010). Still, it is not clear the impact that the difficulties in regulating emotions may have on the development of Complicated Grief.

Emotional Regulation

Emotional regulation is a part of emotional processing, without whom the emotional expression gets affected. Faced with a significant stimulus, the individual reacts physiologically through the process of emotional activation. Therefore, the individual gives meaning to his emotions, allowing emotional differentiation. After differentiation the individual resorts to emotional regulation strategies through which chooses to express emotion or not, thus performing their emotional expression (Greenberg, 2002).

Throughout life, humans develop strategies for emotional regulation that allow them to regulate emotions during the emotional processing (Garber and Dodge, 1991; Diamond and Aspinwall, 2003).

The concept of emotion regulation was used for the first time in literature on the decade of 1980. Since then, emotion regulation has been focus of an increasing attention, not only in regard to its development in children, as well as in adults (Campos et al., 1989; Garber and Dodge, 1991; Gross, 1999; Aldao et al., 2010).

Emotions are a multimodal phenomenon that involves changes in subjective experiences, in physiology and trends of action for each individual. Emotions occur in response to internal and external stimuli that are significant to the well being of the

organism (Gross, 2007; Garber and Dodge, 1991).

So, emotion regulation refers to a heterogeneous process in which the emotions are regulated. The process of emotion regulation could be automatic or controlled, conscious or unconscious, and may have its effect on one or more points in the emotion generative process, in particular, at physiological, cognitive, behavioral, experiential and social levels (Garber and Dodge, 1991).

Thus, emotion regulation refers to cognitive and behavioral processes that influence the occurrence, intensity, duration and expression of emotions and allows adequately respond to the demands of the environment. This process could lead to an increase or decrease of negative or positive emotions (Gross, 1999; Gross, 2007).

The success of emotion regulation is associated with the general health of the individual, since adaptive emotional expressions allow a subsequent proper functioning throughout the life course (Machado-Vaz et al., 2010).

Also, the theoretical models associate success in emotional regulation to individual health and better relationships, as well as better academic and professional performance (Aldao et al., 2010; Dodge and Garber, 1991).

Moreover, the emotional dysregulation or the difficulties in regulating emotions are the use of a continuous and not flexible set of strategies that hinder the individual's adaptation to different contexts (Martins, 2007). These difficulties in emotion regulation could lead to a lesser ability to cope with developmental challenges, and are incorporated into various models of specific disorders, including: a) Borderline Personality Disorder, b) Major Depressive Disorder c) Bipolar Disorder, d) Generalized Anxiety Disorder, e) Social Anxiety Disorder, f) Eating Disorder, g) Disorders related to alcohol consumption, e h) Substance Abuse Disorders (Aldao et al., 2010; Garber and Dodge, 1991).

Emotion regulation has been progressively incorporated in psychopathology theoretical models. Similarly to distress disorders, depression and anxiety are largely viewed as result of difficulties in emotion regulation.

Individuals who are unable to regulate their emotional responses facing daily life events experience longer periods, more severe stress and this can result in a psychopathological state that could be diagnosed as depression, anxiety, or even maladaptive behaviors as a form of decrease their negative emotions (Aldao et al., 2010).

Considering the reported relation between Complicated Grief and Mental Health problems, it can be expected a mediating role of emotional regulation difficulties on this effect. We question about a possible relation between emotion regulation and Complicated Grief that hasn't been verified by any empirical study.

Our objectives are (a) to characterize the psychiatric population in terms of loss; (b) to describe the prevalence of Complicated Grief in psychiatric patients (c) to describe the co-morbidity between Complicated Grief, depression and PTSD symptoms and (d) to clarify the predictive role of emotional regulation difficulties on Complicated Grief, depression and PTSD symptoms.

As for maladjusted emotional regulation strategies, some authors consider that avoidance, suppression and rumination are three strategies worthy of special attention (Gross, 1998, Ward et al., 2003).

Hayes et al. (1999) found that experiential avoidance is a maladaptive emotional regulation strategy, which consists in the avoidance of a series of psychological experiences that individuals classified as negative, including thoughts, emotions, feelings, memories and desires. Hayes et al. consider that the avoidance may lead to a range of adverse effects ranging from mood disorders to substance use, being that as

opposed to what would be expected, the avoidance increases the negative thoughts, preventing individuals from taking the necessary adaptive measures.

According to Gross (1998), suppression of emotional expression, is a strategy of emotional regulation that, although reducing the external manifestation of emotions and possibly the subjective experience of negative emotions in short term, does not constitute an effective strategy when considering their long-term effects (Gross, 1998; John and Gross, 2004; Gross and Thompson, 2007).

The suppression of unwanted thoughts, like the previous strategy, although resulting in increased ease of access to thought suppression, leads to increased activation of the physiological domain, hence resulting in increased electrodermal responses triggered by emotional stimuli (Wegner et al. 1997; Wenzlaff and Wegner, 2000;). This suggests that the attempt to control emotional expression may increase the risk of emotional dysregulation, since higher levels of physiological activity are more difficult to control (Gratz and Roemer, 2004).

The chronic use of this type of strategy of emotional regulation can even lead to an increased willingness to the development of a depression, or symptoms and thoughts related to anxiety (Wegner and Zanakos, 1994).

Faced with stressful situations, some individuals remain constantly focused on a particular emotional experience, particularly in its causes and consequences, and therefore coming into rumination. Rumination is associated with a poor ability to solve problems, making the individual immobilized before his indecision (Papageorgiou and Wells, 2003; Noelen-Hoeksema, et al., 2008).

In addition to these three strategies some conceptualizations of emotional regulation adopt a vision focused on the importance of acceptance and appreciation of emotional responses. Thus, the fact that an individual demonstrates a tendency to experience

negative emotions in response to their own emotional reactions is seen as a non-acceptance of emotional responses, so it is considered maladaptive and associated with greater difficulties in emotion regulation (Gratz and Roemer, 2004). Moreover, some conceptualizations of emotional regulation consider that, for an adaptive emotional regulation it's necessary for the individual to adopt a flexible approach in the use of strategies of emotional regulation and being also able to alter the intensity or duration of an emotion, rather than trying to change the emotion that is experienced. This shows us that the adaptive emotional regulation involves modulation of experiencing emotions, instead of disposing of these (Gratz and Roemer, 2004).

This modulation of emotional activation is conceptualized in order to reduce the emotional activation to allow the individual greater control of behaviors that arise due to an emotional response. Therefore, adaptive emotional regulation suggests that the individual should be able to inhibit impulsive behavior inappropriate, and act according to their objectives, even when experiencing negative emotions (Gratz and Roemer, 2004).

Considering all this conceptualization of adaptive and maladaptive emotional regulation, Gratz and Roemer (2004) found that emotional regulation can be conceptualized into four general dimensions: (a) awareness and understanding of emotions, (b) acceptance of emotions, (c) ability to control impulsive behaviors and behave in accordance with desired goals when experiencing negative emotions, and (d) ability to use situationally appropriate emotion regulation strategies flexibly to modulate emotional responses as desired in order to meet individual goals and situational demands.

The relative absence of some or all of these capabilities might indicate the presence of difficulties in emotional regulation or emotional dysregulation.

Method

Sample

The sample has 110 adults, outpatients, all diagnosed with psychiatric disorders, on psychiatric or psychological care units with grief history, being 40.9% ($n = 45$) male and 59.1% ($n = 65$) female, with an average age of 41.67 years ($SD = 11.85$).

Participants were contacted on the outpatient care institutions (two hospitals): on *Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães*, on *Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel*, and on a drug abuse treatment centre, *Centro de Respostas Integradas Porto Oriental, Gondomar*. All participants had informed consent to participate in this research. Psychotic and dementia patients have been previously excluded, considering their difficulties on using self-assessment scales.

With regard to marital status, 55.5% ($n = 61$) patients were married, 25.5% ($n = 28$) patients were single, 10.9% ($n = 12$) patients were divorced, and 8.2% ($n = 9$) patients were widowed.

With regard to qualifications, it appears that 40.9% ($n = 45$) patients have 6 years of studies, 25.5% ($n = 28$) have 4 years of studies, 21.8% ($n = 24$) attended 9 years of studies, 5.5% ($n = 6$) have 12 year of studies, 5.5% ($n = 6$) have a Bachelor's degree and 0.9% ($n = 1$) Bachelor's equivalent degree.

Finally, with regard to occupation of the participants in research, 53.6% ($n = 59$) are workers, 34.5% ($n = 38$) are unemployed, 9.1% ($n = 10$) are pensioners and 2.7% ($n = 3$) are students.

Table 10

Demographic Characteristics of the sample ($N = 110$)

Characteristics	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Sex				
Male	65	59.1		
Female	45	40.9		
Age			41.67	11.85
Marital status				
Single	28	25.5		
Married	61	55.5		
Divorced	12	10.9		
Widowed	9	8.2		
Education				
4 years	28	25.5		
6 years	45	40.9		
9 years	24	21.8		
12 years	6	5.5		
Bachelor's degree	6	5.5		
Bachelor's equivalent degree	1	0.9		
Occupation				
Workers	59	53.6		
Unemployed	38	34.5		
Pensioners	10	9.1		
Students	3	2.7		

Instruments

To quantify Complicated Grief, depression, Post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms and emotional regulation difficulties have used four instruments (Portuguese versions): (a) Inventory of Complicated Grief (ICG) (Frade et al., 2009); (b) Beck

Depression Inventory (BDI) (Vaz-Serra and Abreu, 1973); (c) Impact of Event Scale - Revised (IES-R) (Castanheira et al., 2006); and (d) Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS) (Coutinho et al., 2010).

The Inventory of Complicated Grief (ICG) (Prigerson et al., 1995; Frade et al., 2009) was developed with the aim of evaluating the Complicated Grief and it's constituted by 30 items. The ICG assesses a wide range of cognitions, emotions and behaviours that define Complicated Grief and provide good psychometric properties (Frade et al., 2009).

This scale allows to differentiate between Complicated Grief (ICG total score ≥ 25) or not Complicated Grief (normal grief) (Prigerson et al., 1995).

The Beck Depression Inventory was translated and adapted for Portuguese population by Vaz-Serra and Abreu (1973) and has good psychometric characteristics to verify the presence of depressive symptoms. The scale has 21 groups of affirmative sentences that characterize characteristic symptoms of depression. Each group has four sentences indicating an increase on symptoms severity, and each participant chooses one statement for each group.

The Portuguese version of Impact of Event Scale Revised has 22 items, responded through a Likert scale (0-never to 4- extremely) and evaluate the traumatic reaction to a specific event, in this case the loss of someone significant (Castanheira et al., 2006; Weiss and Marmar, 1997). The IES-R has four subscales: avoidance, intrusion, hyperarousal symptoms and emotional numbing that evaluate symptoms related to DSM-IV-TR definition of Posttraumatic Stress event.

The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) was adapted for Portuguese people by Coutinho et al. (2010) and aims to evaluate six difficulties of emotion regulation: (a) nonacceptance of emotional responses; (b) difficulties engaging in goal-

directed; (c) impulse control difficulties; (d) lack of emotional awareness; (e) limited access to emotion regulation; and (f) lack of emotional clarity.

The scale is constituted by 36 items that should be answered for the participant according to a likert scale which responses range from 1 to 5 (1-almost never to 5-almost always).

Procedure

Initially, the evaluation protocol was defined envisaging the assessment of Complicated Grief related symptoms and emotional regulation difficulties.

The evaluation protocol has four assessment scales (ICG, BDI, IES-R and DERS) selected based on variables that we pretended to evaluate and according to their psychometric qualities.

Institutional authorizations for the project were requested to *Alto Ave* and *Tâmega & Sousa* Hospital Centers and *Gondomar* Integrated Response Center for drug abuse, all on northern Portugal. Ethical Committee approval was requested and obtained.

Then we proceeded to make contact with the patients following the inclusion criteria. Patients with inclusion criteria have been invited to participate on this research through informed consent form. An interview was scheduled with a psychologist internship student and the assessment protocol was implemented.

The data obtained was introduced anonymously on a database and results were computed. We used the descriptive statistics to relate continue and categorical variables about the general characteristics of the sample and also, study a relation with Complicated Grief, depression and traumatic stress symptoms.

We also made a correlation between each subscale of DERS and Complicated Grief, depression and traumatic stress symptoms. Finally, the method of multiple linear

regression analysis was performed with Complicated Grief, depression and traumatic stress symptoms as dependent variables. Independent variables included a) nonacceptance of emotional responses; b) difficulties engaging in goal-directed; c) impulse control difficulties; d) lack of emotional awareness; e) limited access to emotion regulation; and f) lack of emotional clarity.

Results

a) Characteristics of the psychiatric population in terms of loss

Prior to the descriptive statistics analysis of the obtained data through social demographic protocol, it was possible to characterize the psychiatric patients in terms of loss, according to various aspects like the degree of relationship with the deceased, the role and function of the deceased in the life of the psychiatric patient, the type of loss and cause of death and still the average time where the loss occurred, the average age of the deceased, the average importance of the deceased and for how long the psychiatric patients receive psychology and or psychiatric treatment (see table 2).

The results showed that, as for the kinship of the deceased of the psychiatric patients, 39.1% ($n = 43$) had lost their parents, 15.5% ($n = 17$) had lost their grandmothers, 14.5% ($n = 16$) had lost an element of the widened family, 10.9% ($n = 12$) had lost a brother, 9.1% ($n = 10$) had lost children, 9.1% ($n = 10$) had lost their mate, and 1.8% ($n = 2$).

As for the role and function of the deceased in the life of the bereaved ones, we verify that, between the psychiatric patients, 40.9% ($n = 45$) of them referred that the deceased

had a support role, 27.3% ($n = 30$) had referred a confident role, 15.4% ($n = 17$) had referred a leadership role, 12.7% ($n = 14$) had referred an education role, 2.7% ($n = 3$) had referred a financial role and 0.9% ($n = 1$) referred a negligent role.

The types of losses more frequently described by the psychiatric patients are related with unexpected losses, existing a prevalence for this type of death of 59.1% ($n = 65$) and a prevalence of 40.9% ($n = 45$) for waited deaths. So, it was verified that the most referred cause of the death was related with death due to cancer, having 36.4% ($n = 40$) of deaths this type of relation. Following this relation pattern we have accidents and poisonings that correspond to 24.5% ($n = 27$) of deaths related, illnesses of the circulatory system correspond to 17.3% ($n = 19$), illnesses of the respiratory system correspond to 3.6% ($n = 4$), illnesses of the digestive system correspond to 3.6% ($n=4$), death by suicide with 2.7% ($n = 3$), Infectious and parasitic diseases that match and 0.9% ($n = 1$) and, finally, other causes with 10.9% ($n = 12$).

The social demographic data had still allowed to verify that the losses had occurred in average of 65.50 months ($SD = 71.93$); the average age of the deceased is of 55.27 years ($SD = 21.93$); in a scale of 0 to 10, the average importance of the deceased is of 9.54 ($SD = 1.04$) and the psychiatric patients in the sample, on average, received psychological treatment of 44.98 months ($SD = 46.81$).

Table 11

Description of Complicated Grief in psychiatric patients.

Characteristics related to loss	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Relationship with the deceased				
Parents	43	39.1		
Grandparents	17	15.5		
Extended family	16	14.5		
Siblings	12	10.9		
Childs	10	9.1		
Spouse	10	9.1		
Friends	2	1.8		
Role and function of deceased				
Education	14	12.7		
Leadership	17	15.4		
Financial	3	2.7		
Negligent	1	0.9		
Confident	30	27.3		
Support	45	40.9		
Type of death				
Expected death	45	40.9		
Unexpected death	65	59.1		
Cause of death				
Cancer	40	36.4		
Accidents and poisonings	27	24.5		
Diseases of the Circulatory System	19	17.3		
Diseases of the Respiratory System	4	3.6		
Diseases of the Digestive System	4	3.6		
Infectious and Parasitic Diseases	1	0.9		
Suicide	3	2.7		
Other causes	12	10.9		
How long had died (months)			65.50	71.93
Age of the deceased (years)			55.27	21.93
Importance of the deceased (0-10)			9.54	1.04
How long take psychological or psychiatric cares (months)			44.98	46.81

b) Prevalence of Complicated Grief, depression and traumatic symptoms in psychiatric patients

As it was previously told, for the analysis of Complicated Grief in psychiatric patients, as well as for the depressive and traumatic symptoms, we appeal to the point of cut suggested by the authors of the original versions of each test. Therefore, we observe a prevalence of Complicated Grief in psychiatric patients ($ICG \geq 25$) of 77.3% ($n = 85$).

We still observed a prevalence of 86.4% ($n = 95$) on psychiatric patients with depression ($BDI \geq 12$) and a prevalence of traumatic symptoms ($IES-R \geq 35$) of 85.5% ($n = 94$) (see table 3).

Table 12

Prevalence of Complicated Grief, depression and traumatic symptoms in psychiatric patients ($N = 110$).

Variables	<i>n</i>	%
Complicated grief		
With CG	85	77.3
Without CG	25	22.7
Depression		
With Dep.	95	86.4
Without Dep.	15	13.6
Traumatic Symptoms		
With trauma	94	85.5
Without trauma	16	14.5

Note. CG = Complicated Grief; Dep. = Depression

c) Description of the co-morbidity between Complicated Grief, depression and traumatic symptoms

After the analysis of the obtained data we verify the existence of a significant correlation between all the variables on study. Thus, significant correlations between Complicated Grief and predictors of depression (0.54), traumatic symptoms (0.77) and difficulties of emotional regulation (0.49) are verified (see table 4). We also verify significant correlations between the Difficulties of Emotional Regulation and the predictors of depression (0.74), traumatic symptoms (0.45) and Complicated Grief (0.49) (see table 4).

Table 13

Summary of correlations between: Complicated Grief (ICG Total), Depression and Post-traumatic stress symptoms ($N = 110$).

	ICG Total	BDI Total	IES-R Total	DERS Total
ICG Total	-	.54**	.77**	.49**
BDI total		-	.55**	.74**
IES-R Total			-	.45**
DERS Total				-

Note. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Moreover, we carried through an analysis of the correlation between each subscale of the DERS and Complicated grief, depression and traumatic symptoms (see table 5), which made possible to verify that significant statistical correlations exist between the ICG (Indicator of Complicated Grief) and all the dimensions of the DERS, to the exception of the Lack of emotional awareness.

We verified the existence of significant statistical correlations between the BDI and all the dimensions of the DERS and finally, we watched the existence of significant statistical correlations between the total IES-R and almost all the dimensions of the DERS, except Nonacceptance of emotional responses, and Lack of emotional awareness.

It's still important to refer that the dimensions of the IES-R are also positively correlated with some of the dimensions of the DERS. Being thus, the Avoidance is positively correlated with Difficulties engaging in goal-directed behavior, with Impulse control difficulties, with Limited access to emotion regulation strategies, and with Lack of emotional clarity. The intrusion, the hyperarousal and the emotional numbing present significant positive correlations with Nonacceptance of emotional responses, with Difficulties engaging in goal-directed behavior, with Impulse control difficulties, with Limited access to emotion regulation strategies, and with Lack of emotional clarity.

Table 14

Summary of intercorrelations between ICG, BDI, IES-R, avoidance, Intrusion, hyperarousal and emotional numbing and difficulties in emotion regulation ($N = 110$).

	DERS Total	Nonacceptance of Emotional Responses	Difficulties engaging in goal- directed behavior	Impulse control difficulties	Lack of emotional awareness	Limited access to emotion regulation strategies	Lack of emotional clarity
ICG	.49**	.21*	.54**	.46**	.13	.42**	.46**
BDI	.74**	.50**	.62**	.63**	.21*	.68**	.57**
IES-R	.45**	.18	.54**	.45**	.01	.40**	.40**
Avoidance	-	.13	.34**	.30**	-.10	.22*	.32*
Intrusion	-	.79**	.68**	.75**	.17	.70**	.68**
Hyperarousal	-	.19*	.55**	.49**	.09	.39**	.38**
Emotional numbing	-	.34**	.35**	.42**	-.19	.36**	.43**

Note. * $p < .05$. ** $p < .01$.

d) Clarification of the predictive role of emotional regulation difficulties on
Complicated Grief, depression and PTSD symptoms.

Through linear regression we verify that (see table 6):

Difficulties engaging in goal-directed behavior, Lack of emotional clarity and Nonacceptance of emotional responses predict 39.3% of Complicated Grief.

The Limited access to emotion regulation strategies, Lack of emotional clarity and Difficulties engaging in goal-directed behavior predict 56.2% of depression.

The Nonacceptance of emotional responses, difficulties engaging in goal-directed behavior and the Lack of emotional clarity predict 37.6% of traumatic symptoms.

Table 15

Stepwise regression analysis of the independent variables of difficulties in emotion regulation on Complicated Grief, depression and post-traumatic stress symptoms ($N=110$).

Variable	CG			DEP			PTSD		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
Nonacceptance of Emotional Responses	-,658	,240	-,268**	-			-,774	,268	-,286**
Difficulties engaging in goal-directed behavior	2,086	,369	,506**	,741	,273	,240**	2,454	,413	,541**
Impulse control difficulties		-			-			-	
Lack of emotional awareness		-			-			-	
Limited access to emotion regulation strategies		-		,702	,174	,373**		-	
Lack of emotional clarity	1,939	,467	,388**	1,062	,281	,283**	1,835	,522	,333**
R^2		,393			,562			,376	

Note. CG = Complicated Grief; DEP = Depression; PTSD = Posttraumatic Stress Disorder.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Discussion

Taking into account the goals set, this research work allowed to answer the research question initially raised that there is a relation between the development of Complicated Grief and difficulties in emotional regulation in psychiatric patients. However, the detailed analysis of the results showed that psychiatric patients are a population at high risk of developing Complicated Grief and that difficulties in emotional regulation have a very significant impact on Complicated Grief, justified by a number of aspects that we shall now describe.

At first, this investigation allowed the description of the psychiatric population according to characteristics associated with loss, and that could somehow be interpreted as indicators of risk factors for Complicated Grief. So, the fact that the losses mostly occurred in an unexpected way, that the patients show a close relationship based in support functions with the deceased as well as the presence of a psychiatric disorder, are factors which, according to Stroebe et al. (2006) places this population with a high risk for the development of Complicated Grief.

Concerning the high rates of Complicated Grief in the analysis of the obtained data (77.3%), they are a little higher than those explored in the literature, among which stand out the studies of Piper et al. (2001) and Kersting et al. (2009), indicating both a prevalence of Complicated Grief around 60%, thus confirming that the features described above relating to loss may actually be alarming risk factors to be taken into account in the assessment processes used in psychiatric context.

Furthermore, we observed a high positive correlation between Complicated Grief, depression and traumatic symptoms which, going against the reported data suggest a significant relation between these three disorders (Lichtenthal et al., 2004; Golden and Dagleish, 2008; Prigerson et al., 2009, Boelen et al., 2010). However, it is added to the

data the presence of a new variable in study, recently addressed in the literature within normal grief and in the present study, as part of Complicated Grief. Thus, it is evident through the obtained results that, in general, difficulties in emotional regulation are correlated positively with the construct of Complicated Grief.

In this same context, these difficulties of emotional regulation showed through regression analysis that they are not only great predictors of Complicated Grief, as well as depression and traumatic symptoms. Thus, it is possible to say that the presence of difficulties in emotional regulation as to Nonacceptance of emotional responses, as Difficulties engaging in goal – directed behavior and Lack of emotional clarity allow the prediction of 41.2% of Complicated Grief. Thus, it is important that psychiatrists and psychologists adopt a careful attitude to issues relating to difficulties in emotional regulation as a way to predict and intervene early in psychiatric patients who have lost someone significant in their lives and show these particular difficulties.

In conclusion, this research work is part of an actual trend which explores the impact that difficulties in emotional regulation may have in the most various areas of the individual and in this particular case on its impact on complications in grief. From a clinical standpoint, the data set obtained during this investigation reveals an extreme importance, in a way that they confirm data on comorbidity between Complicated Grief, depression and trauma and also reveal the presence of risk factors for Complicated Grief in psychiatric patients.

Moreover, the data obtained allow the use of a new factor that can predict, with a high degree of accuracy, the development of Complicated Grief, as well as to distinguish it from depression and posttraumatic stress disorder. All these variables, among which it's possible to highlight the decisive character and a predictor of difficulties in emotional

regulation for Complicated Grief, will provide to healthcare professionals new areas of evaluation and adoption of a closer look at these aspects that should become an integral part of the evaluation process of a psychiatric patient in grief.

Moreover, the current study raises questions that need to be conducted with proper control groups. Future research is needed and we can suggest a longitudinal investigation that compares psychiatric patients in treatment and psychiatric patients with no treatment.

For us, it is crucial that this area continues to be exploited in order to clarify the idiosyncrasies related to Complicated Grief and possibly the nosological classification of Complicated Grief as a distinct disorder in *DSM-V* and / or *ICD-11*.

References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S., 2010. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, G., 1961. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Boelen, P., Van de Schoot, R., Van den Hout M., Keijsers, J., 2010. Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 374-378.
- Campos, J., Campos, R., Barrett, K., 1989. Emergent themes in the study of
- Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., Rocha J. (2007). Impact of Event Scale - Revised (IES-R): Portuguese Validation, European Congress of Traumatic Stress, Opatija, Croacia, 5-9 June 2007.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P., 2010. Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiquiátrica*, 37(4), 145-51.
- Diamond, L., and Aspinwall, L., 2003. Emotion Regulation Across the Life Span: An Integrative Perspective Emphasizing Self-Regulation, Positive Affect, and Dyadic Processes. *Motivation and Emotion*, 27 (2), 125-156.
- Dodge, K., and Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. In: J. Garber, & K. Dodge (Eds.), *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*. New York: Cambridge Studies.
- emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25, 394-402.
- Frade, B, Sousa, H., Pacheco, D., Rocha, J., 2009. Complicated Grief - A validation of

ICG instrument. 11th European Conference on Traumatic Stress, “Trauma in lives and communities: Victims, violators, prevention and recovery” Oslo Congress Centre, 15 a 18 de Junho, Oslo - Noruega.

Garber, J., and Dodge, K., 1991. *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*. Cambridge.

Golden, A.-M., and Dalgleish, T., 2010. Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Research*, 178, 336–341.

Gratz, K., Rosenthal, M., Tull, M., & Lejuez, C., 2006. An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 850–855.

Greenberg, L., 2002. *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association. Washington, DC.

Gross, J., 1999. Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 551-573.

Gross, J., 1998. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*. 2, 271–299.

Gross, J., and Thompson, R., 2007. Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* New York: Guilford Press.

Gross, J., 2007. *Handbook of Emotion Regulation*. Guilford: USA.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G., 1999. The ACT model of psychopathology and human suffering. In *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change* (pp. 49–80). New York: Guilford Press.

Hensley, P., 2006. Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *J. Affect. Disord.*. 92, 117-124.

- John, O., and Gross, J., 2004. Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301–1334.
- Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baume, B., Arolt, V., Suslow, T., 2009. Complicated Grief in Patients with Unipolar Depression. *J. Affect. Disord.* 118, 201-204.
- Lichenthal, W., Cruess, D., Prigerson, H. (2004). A case for establishing Complicated Grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.
- Machado-Vaz, F., Branco Vasco, A., Greenberg, L., 2010. Processos emocionais na adaptação e perturbação na idade adulta - Caracterização e evolução em Psicoterapia. Tese de Doutoramento, Lisboa.
- Martins, E., 2007. Regulação emocional diádica, temperamento e nível de desenvolvimento aos 10 meses como preditores da qualidade da vinculação aos 12-16 meses. Universidade do Minho.
- Noelen-Hoeksema, S., Wisco, B., & Lyubomirsky, S., 2008. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- O'Connor, M., Allen, J., Kaszniak, A., 2002. Autonomic and Emotion Regulation on Bereavement and Depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 52 (4), 183-185.
- Papageorgiou, C., & Wells, A., 2003. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261–273.
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Azim, H., Weideman, R., 2001. Prevalence of Loss and Complicated Grief Among Psychiatric Outpatients. *Psychiatric Services*, 52 (8)

1969-1074.

- Prigerson, H., Bierhals, A., Kasl, S., Reynolds, C., Shear, M., Newsom, J., Jacobs, S., 1996. Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *Am. J. Psychiatry* 153, 1484-1486.
- Prigerson, H., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C., Aslan, M., et al., 2009. Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*, 6 (8).
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, et al., 1995. Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- Simon, N., Shear, K., Thompson, E., Zalta, A., Pearlman, C., Reynolds, C., et al. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with Complicated Grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 395–399.
- Stroebe, M., and Hansson, R., 2001. *Handbook of Bereavement Research: consequences, coping, and care*. American Psychological Association: Washington, DC.
- Stroebe, M., and Schut, H., 2006. Complicated grief: A conceptual analysis of the field. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52(1), 53-70.
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R., Schut, H., 2006. The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine*, 63, 2440-2451.
- Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., 2007. Health Outcomes of Bereavement. *Lancet*, 370, 1960–1973.
- Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., 2000. *Trauma and Grief: A Comparative Analysis*. In: J. H. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook*. Philadelphia:

Brunnel/Mazel, 81-96.

- Vaz-Serra, A., and Abreu, J., 1973. Aferição dos quadros clínicos depressivos: I. Ensaio da aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra Portuguesa de doentes deprimidos. *Separata da Coimbra Médica*, XX (VI), 623-644.
- Wagner, B., 2006. Internet-based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief. (Unpublished doctoral dissertation). University of Zurich, Zurich.
- Wegner, D., Broome, A., & Blumberg, S., 1997. Ironic effects of trying to relax under stress. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 11–21.
- Wegner, D., & Zanakos, S., 1994. Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615–640.
- Weiss, D., and Marmar, C., 1997. The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. Guildford, NY.
- Ward, A., Lyubomirsky, L., Sousa, L., & Nolen-Hoeksema, S., 2003. Can't quite commit: Rumination and uncertainty. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 29, 96–107.
- Wenzlaff, R., and Wegner, D., 2000. Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59–91.

***Anexo V: Resumo da Comunicação Oral nas
“XI Jornadas de Psicologia do ISCS-N”.***

Luto complicado e regulação emocional em doentes psiquiátricos

O Luto Complicado (LC) encontra-se frequentemente associado a diversas complicações na saúde mental, nomeadamente ao aumento do risco para as perturbações de humor, perturbações de ansiedade e pós-stress traumático. Neste sentido, vários estudos têm demonstrado uma elevada prevalência de LC em doentes psiquiátricos. Piper et al. (2001) avaliou 235 utentes de consulta de psiquiatria com história de perdas e observou uma prevalência de 60% com LC. No que refere à regulação emocional, Stroebe (2007) considera que a confrontação, evasão e apreciações positivas constituem um factor de protecção no processo de luto. Porém, os estudos empíricos que sustentem esta afirmação são inexistentes. Deste modo, este estudo pretende descrever a prevalência de LC e a sua relação com as dificuldades de regulação emocional na população psiquiátrica.

Para o efeito foram avaliados 30 adultos (7 CHAA, 16 CHTS e 8 CRI Oriental ET de Gondomar) diagnosticados com perturbação psiquiátrica, recorrendo aos seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Dificuldades de Regulação Emocional, Inventário Depressivo de Beck, Escala de Impacto de Eventos Revista e a Escala de Luto Complicado

Observamos uma taxa de prevalência de LC (ICG>25) de 71% dos participantes. No estudo das correlações, verificamos correlações significativas entre os indicadores de depressão (.74), pós-stress traumático (.44), luto complicado (.52) e as Dificuldades de Regulação Emocional. Através de regressão linear verificámos que as dificuldades de envolvimento em comportamentos orientados para a acção, as dificuldades controlo dos impulsos e o acesso limitado a estratégias de RE predizem 39,2% do Luto Complicado.

Deste modo, estes resultados permitiram verificar a elevada prevalência da perturbação de Luto Complicado, assim como a relevância das Dificuldades de Regulação Emocional na predição do Luto Complicado na população avaliada.

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

Luto complicado e regulação emocional em doentes psiquiátricos

O Luto Complicado (LC) encontra-se frequentemente associado a diversas complicações na saúde mental, nomeadamente ao aumento do risco para as Perturbações de Humor, Perturbações de Ansiedade e Pós-Stress Traumático. Neste sentido, vários estudos têm demonstrado uma elevada prevalência de LC em doentes psiquiátricos. Piper et al. (2001) avaliou 235 utentes de consulta de psiquiatria com história de perdas e observou uma prevalência de 60% com LC. No que refere à Regulação Emocional, Stroebe (2007) considera que a confrontação, evasão e apreciações positivas, constituem um factor de protecção no processo de Luto. Porém, os estudos empíricos que sustentem esta afirmação são escassos. Deste modo, este estudo pretende descrever a prevalência de LC e a sua relação com as Dificuldades de Regulação Emocional na população psiquiátrica.

Para o efeito foram avaliados 110 adultos (CHAA, CHTS e CRI Oriental ET de Gondomar) diagnosticados com perturbação psiquiátrica, recorrendo aos seguintes instrumentos de avaliação: versões Portuguesas do Inventory of Complicated Grief (ICG), Beck Depression Inventory (BDI), do Impact of Event Scale - Revised (IES-R) e do Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS).

Observamos uma taxa de prevalência de LC nos participantes ($ICG \geq 25$) de 77,3%. Verificamos correlações significativas entre as Dificuldades de Regulação Emocional e os indicadores de Depressão ($,74$), Pós-Stress Traumático ($,45$) e Luto Complicado ($,49$).

Ao nível das Dificuldades de Regulação Emocional, através de regressão linear, verificamos que a Não-aceitação das Respostas Emocionais, as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos e a Falta de Clareza Emocional predizem 39.3% do LC.

Deste modo, estes resultados permitem verificar a elevada prevalência da perturbação de LC em doentes psiquiátricos, assim como a relevância das Dificuldades de Regulação Emocional na predição do LC.

Anexo VII: Curriculum Vitae



Europass-Currículum Vitae

Informação pessoal

Apelido(s) / Nome(s) próprio(s)

Tânia Marisa Moreira da Silva

Morada(s)

Rua Dr. Adriano Magalhães, nº57
4580-352 Cristelo – Paredes

Telefone(s)

255776493

Telemóvel: 918642461

Correio electrónico

taninha_marisa@hotmail.com

Nacionalidade

Portuguesa

Data de nascimento

02 de Outubro de 1987

Sexo

Feminino

Emprego pretendido / Área funcional

Área de Psicologia

Experiência profissional

Datas

13 Maio de 2010

Designação da qualificação atribuída

Co-Formador num total de 30 minutos

Principais disciplinas

“Luto: Um confronto entre a vida e a morte”

Nome da organização de formação

Centro de Formação Contínua do Centro Hospitalar do Alto Ave (C.H.A.A.)



Nível segundo a classificação nacional ou internacional	<p>Formação em Serviço com a duração total de 1 hora</p> <p>Comunicação Oral “Luto Complicado e Regulação Emocional em Doentes Psiquiátricos” Apresentado nas XI Jornadas de Psicologia subordinadas ao tema “Emoções e Comportamentos” Silva, T., Rocha, J., Ferreira, E., Gonçalves, C., & Moreira, F. 30 de Abril de 2009, Centro de Congressos e Exposições da Alfândega do Porto (ISCS-N).</p> <p>“Luto Complicado e Regulação Emocional em Pais que perderam filhos” Ferreira, E., Rocha, J., Silva, T., Gonçalves, C., & Moreira, F. (2010, Nov.) Apresentado no II Congresso Bienal ORASI: A Crise e o Trauma no Séc. XXI</p> <p>Posters em Congressos: “Impact of complicated grief in executive functions in mild dementia”. Silva, T., Sousa, C., Lopes, E., de Mendonça Lima, C. A., & Rocha, J. (2010, Set.). Trabalho apresentado no Internacional Psychogeriatric Association - IPA 2010 International Meeting.</p> <p>“Luto Complicado e Regulação Emocional em Doentes Psiquiátricos”. Silva, T., Rocha, J., Ferreira, E., Gonçalves, C., & Moreira, F. (2010, Nov.). Trabalho apresentado no II Congresso Bienal ORASI: A Crise e o Trauma no Séc. XXI.</p> <p>Poster em colaboração: “Luto Complicado e Regulação Emocional em Toxicodependentes” Gonçalves, C., Rocha, J., Silva, T., Ferreira, E., & Moreira, F.</p> <p>“Narrativa protótipo do Luto Complicado” Moreira, F., Ferreira, E., Gonçalves, C., Silva, T., & Rocha, J. Trabalho apresentado no II Congresso Bienal ORASI: A Crise e o Trauma no Séc. XXI.</p>
Educação e formação	
Datas	Setembro 2008 – Outubro de 2010
Designação da qualificação atribuída	Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
Principais disciplinas/competências profissionais	Avaliação Psicológica na Infância, na Adolescência e Adulto Consulta Psicológica na Infância, na Adolescência e Adulto Promoção da Saúde e Prevenção da Doença Psicopatologia do Adulto Modelos de Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde Saúde Mental
Nome da organização de ensino	Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte (ISCS-N)
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	2º Ciclo de Estudos (Mestrado) em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde
Datas	10 de Outubro de 2008 – 21 de Janeiro de 2009
Designação da qualificação atribuída	Formadora com CAP (114 horas)
Nome da organização de formação	Inforfiel – Formação Profissional, Lda.
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	Formação Pedagógica Inicial de Formadores.
Datas	Setembro 2005 – Junho de 2008
Designação da qualificação atribuída	Licenciada em Psicologia e Saúde

Principais disciplinas/competências profissionais	<p>Avaliação Psicológica Psicologia do Desenvolvimento Psicossociologia da Saúde Psicologia da Educação Comportamento Desviante Diagnóstico Clínico e Psicopatologia Neuropsicologia Psicologia da Dor Modelos de Intervenção Psicológica Psicofisiologia Psicofarmacologia</p>
Nome da organização de ensino	Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte (ISCS-N)
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	1º Ciclo de Estudos (Licenciatura) em Psicologia e Saúde
Formações	
Datas	18 de Março de 2010
Principais disciplinas	“Neuropsicologia da Doença Bipolar I e II”
Nome da organização da formação	Centro de Formação Contínua do Centro Hospitalar do Alto Ave (C.H.A.A.)
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	Projecto de Formação no Serviço de Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, com a duração total de 1 horas
Datas	18 de Fevereiro de 2010
Principais disciplinas	“Como é que as perturbações afectivas vão influenciar o funcionamento cerebral? Uma actualização das principais linhas de investigação”
Nome da organização da formação	Centro de Formação Contínua do Centro Hospitalar do Alto Ave (C.H.A.A.)
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	Projecto de Formação no Serviço de Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, com a duração total de 1 horas
Datas	17 de Fevereiro de 2010 a 3 de Março de 2010
Principais disciplinas	“Avaliação do Desenvolvimento d Infância: As Escalas de Desenvolvimento de Ruth Griffiths”
Nome da organização de formação	Centro de Formação Contínua do Centro Hospitalar do Alto Ave (C.H.A.A.)
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	Projecto de Formação no Serviço de Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, com a duração total de 12 horas
Workshop's Frequentados	
“Dependência Sexual” realizado no dia 20 de Novembro de 2006 no Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte	
Participação em Seminários	
“Abuso Sexual de Menores” realizado no dia 8 de Setembro de 2006 no Campus Universitário de Gandra.	
Participação em Conferência	
“Dilemas do Fim de Vida: A medicina intensiva e o estado vegetativo persistente” realizado no dia 29 de Outubro de 2008 no Campus Universitário de Gandra.	
Participação em Congressos	
1. XI Jornadas de Psicologia subordinadas ao tema “Emoções e Comportamentos” 29 e 30 de Abril de 2010, Centro de Congressos e Exposições da Alfândega do Porto (ISCS-N).	

2. X Jornadas de Psicologia subordinadas ao tema "No limiar da vida" 17 e 18 de Abril de 2009, Centro de Congressos e Exposições da Alfândega do Porto (ISCS-N).
3. IX Jornadas de Psicologia Clínica subordinadas ao tema "Psicologia Forense e da Transgressão" 18 e 19 de Abril de 2008, Centro de Congressos e Exposições da Alfândega do Porto (ISCS-N)
4. IV Ciclo de Conferências do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, subordinado ao tema "N'o Limite da Ciência" 17 de Abril de 2008, Centro de Congressos e Exposições da Alfândega do Porto.
5. VIII Jornadas de Psicologia Clínica subordinadas ao tema "Neurociências: Pensando e Agindo o Cérebro" 16 e 17 de Março de 2007, Centro de Congressos e Exposições da Alfândega do Porto (ISCS-N).
6. VII Jornadas de Psicologia Clínica subordinadas ao tema "Para além da Crise" 10 e 11 de Março de 2006, Centro de Congressos e Exposições da Alfândega do Porto (ISCS-N).

Aptidões e competências pessoais

Língua materna

Português

Outra(s) língua(s)

Inglês e Espanhol

Auto-avaliação

Nível europeu (*)

Língua Inglesa

Língua Espanhola

Compreensão				Conversaão			Escrita	
Compreensão oral		Leitura		Interacção oral		Produção oral		Escrever
C1	Utilizador Experiente	C1	Utilizador Experiente	B2	Utilizador Independente	Utilizador Independente		C1 Utilizador Experiente
B2	Utilizador Independente	B2	Utilizador Independente	B2	Utilizador Independente	Utilizador Independente		B2 Utilizador Independente

Utilizador

(*) [Nível do Quadro Europeu Comum de Referência \(CECR\)](#)

Experiente

Aptidões e competências sociais

Boa capacidade de trabalho de equipa comprovado pelo trabalho em equipa multidisciplinar realizado em contexto de estágio curricular e pela integração da comissão de curso de Psicologia do ISCS-N em 2008/2009, com o cargo de secretária.

Aptidões e competências informáticas

Bons conhecimentos de informática na óptica do utilizador. Conhecimento elevado e domínio do sistema operativo Windows, Windows Vista e Windows 7, Office 2003 e 2007. Conhecimento de SPSS Statistics 19.

Carta de condução

Ligeiro de Passageiros