



Luto Complicado e Regulação Emocional em Pais que perderam os Filhos

Elisabete Rodrigues Ferreira

Gandra, Outubro de 2010

Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte

**Luto Complicado e Regulação Emocional
em Pais que perderam os Filhos**

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

Elisabete Rodrigues Ferreira

Gandra, Outubro de 2010

Agradecimentos

Desde o início desta caminhada, tive a oportunidade de contar com o apoio e a confiança de algumas pessoas que se tornaram muito importantes e válidas na minha vida. É a essas pessoas e às suas contribuições, a quem agradeço e dedico este trabalho. A todos os que me ajudaram e inspiraram... A todos os que me motivaram e incentivaram os momentos de aprendizagem e crescimento ao longo destes 5 anos...

Aos meus Pais, pelo Amor incondicional... pela paz e compreensão com que rechearam a minha vida. Por serem o melhor modelo que alguma vez poderia ter... por demonstrarem todos os dias o orgulho que sentem em mim... por todos os sacrifícios que foram verdadeiras provas de Amor!

À Princesinha que deu um novo significado à minha vida e a encheu de alegria... pelas pequenas conquistas e aquisições que tanto me orgulham... por fazer despertar em mim, um Amor que eu não sabia que existia... Obrigada por trazeres tanta cor à minha vida!

A Ti, que assististe a todas as evoluções e recuos... que me fizeste acreditar que eu sou capaz de fazer mais e melhor, mesmo quando eu já não achava possível... a tua simples presença transmitia o conforto que eu precisava para continuar todos os dias...

Ao meu Irmão, com quem tanto aprendo... pelo extraordinário sentido de humor que tantas vezes me deu forças nos momentos em que elas faltavam... Obrigada por me fazeres sentir que posso sempre, sempre contar contigo...

À Carla, o exemplo vivo de aceitação incondicional! O exemplo de generosidade e compreensão... um verdadeiro exemplo de uma grande Mulher!

Ao Professor Doutor José Carlos Rocha, pela disponibilidade, partilha e confiança... Pelas palavras e gestos de incentivo! Por me fazer acreditar que ia conseguir, independentemente de todas as pedras que fui encontrando pelo caminho! Por me ensinar o verdadeiro valor das palavras empenho e curiosidade...

À Tânia, sem a qual este percurso seria tremendamente mais difícil... pelas constantes provas de amizade e pelos imensos momentos de partilha... Foste um auxílio académico e emocional...

À Sara, pela amizade que construímos e pelos momentos que partilhamos... pela certeza que tenho de que este sentimento não acaba aqui...

Ao grupo que criamos ao longo deste ano! Foi maravilhoso trabalhar convosco, Tânia, Catarina e Fábio... Sinto muito orgulho de todos...

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	vi
Abstract.....	vii
I. Introdução.....	1
1.1 Conceptualização de Luto Complicado e a sua relação com Pais que perderam filhos.....	2
1.1.1 O Processo de Luto: Luto Normal e Luto Complicado	2
1.1.2 Distinção entre Luto Complicado, Depressão e Pós-stress Traumático	4
1.1.3 Luto Complicado em Pais que perderam filhos	6
1.1.4 Factores de Risco do Luto Complicado em Pais que perderam os filhos	8
1.2 Conceptualização de Regulação Emocional e a sua relação com Pais que perderam filhos	10
1.2.1 Regulação Emocional	10
1.2.2 Estratégias de Regulação Emocional Adaptativas e Desadaptativas.....	13
1.2.3 Regulação Emocional e Pós-Stress Traumático	15
1.2.4 Regulação Emocional e Luto.....	16
II. Objectivos.....	18
III. Métodos	19
a) Amostra.....	19
b) Instrumentos	21
c) Procedimento	22
IV. Resultados.....	24
a) Caracterização dos grupos relativamente à perda.....	24

b)	Prevalência de Luto Complicado e PTSD nos Pais que perderam filhos.....	27
c)	Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional, Luto Complicado e Sintomatologia Traumática.....	29
d)	Clarificação do papel preditor das Dificuldades de Regulação Emocional no Luto Complicado e na Sintomatologia Traumática.	33
V.	Discussão de Resultados.....	35
VI.	Conclusão	45
	Bibliografia.....	47
	Anexos.....	61

Índice de Tabelas

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra	20
Tabela 2: Grau de parentesco do falecido nos grupos.	25
Tabela 3: Tipo e Causa de Morte nos grupos	26
Tabela 4: Características relativas à perda do elemento significativo nos grupos	26
Tabela 5: Diferenças significativas entre a prevalência de Luto Complicado e Pós-Stress Traumático entre os Grupos 1 e 2.....	27
Tabela 6: Variáveis descritivas contínuas e testes comparativos entre grupos	28
Tabela 7: Resumo das correlações entre ICG, IES-R, Evitamento, Intrusão, Hipervigilância, Embotamento Afectivo e as Dimensões de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS), no Grupo 1.....	30
Tabela 8: Resumo das correlações entre ICG, IES-R, Evitamento, Intrusão, Hipervigilância, Embotamento Afectivo e as Dimensões de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS), no Grupo 2.....	33
Tabela 9: Resumo do impacto das Dificuldades de Regulação Emocional no Luto Complicado e Sintomatologia Traumática do grupo 1.....	34
Tabela 10: Resumo do impacto das Dificuldades de Regulação Emocional no Luto Complicado e Sintomatologia Traumática do grupo 2.....	34

Índice de Figuras

Figura 1: A possível relação entre Luto Complicado e Dificuldades de Regulação Emocional em Pais que perderam filhos e em indivíduos que perderam outro elemento significativo. 18

Índice de Anexos

Anexo I: Consentimento Informado

Anexo II: Protocolo de Avaliação

Anexo III: Artigo

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

do II Congresso Bienal ORASI.

Anexo V: Curriculum Vitae

Resumo

A morte de um filho é um acontecimento possivelmente traumático que pode ser associado a problemas de saúde mental graves como Depressão, Ansiedade e/ou Pós-Stress Traumático (PTSD). Vários estudos indicam que a morte de um Filho prediz níveis mais elevados de Luto Complicado (LC) do que outro tipo de perdas, contudo, não se conhece o efeito relativo de variáveis de Dificuldades de Regulação Emocional neste processo desadaptativo.

Deste modo, o presente estudo tem como principal objectivo descrever a prevalência de LC e PTSD e a sua relação com as Dificuldades de Regulação Emocional em Pais que perderam os filhos. A amostra foi constituída por 119 adultos, 19 Pais que perderam filhos e 100 indivíduos que perderam outro elemento significativo. Os participantes foram avaliados com as versões Portuguesas do *Inventory of Complicated Grief* (ICG), do *Impact of Event Scale - Revised* (IES-R) e do *Difficulties in Emotional Regulation Scale*.

Observámos que 94,7% dos participantes com perda de filho têm sintomatologia de LC (ICG \geq 25), enquanto os casos com outros tipos de perdas revelam uma prevalência de LC de 75%, sendo a diferença estatisticamente significativa. Observámos igualmente uma prevalência de 94,7% de PTSD (IES-R \geq 35) nos Pais em Luto, e de 84% em casos com outro tipo de perdas.

Verificámos correlações significativas entre as Dificuldades de Regulação Emocional e sintomatologia de LC (.75) e de Sintomatologia Traumática (.68) em Pais em Luto.

Cinco das seis dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional têm correlações elevadas com a sintomatologia de LC: Não aceitação das Respostas Emocionais (.61); Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (.79); Dificuldades no Controlo de Impulsos (.68); Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (.79) e Falta de Clareza Emocional (.49).

Numa regressão linear múltipla, os valores totais das Dificuldades de Regulação Emocional predizem o LC ($R^2=.558$) e a Sintomatologia Traumática ($R^2=.456$) nos casos de Pais que perderam filhos.

Estes resultados permitem verificar a elevada prevalência de LC e Sintomatologia Traumática, bem como a importância das Dificuldades de Regulação Emocional na predição destas perturbações em Pais enlutados.

Abstract

The death of a child is a possibly traumatic event, which can be associated with serious mental health problems such as Depression, Anxiety and / or Posttraumatic Stress (PTSD). Several studies indicate that the death of a child predicts higher levels of Complicated Grief (CG) than other types of losses. However, the relative effect of variables of emotional adjustment difficulties in this maladaptive process is yet to be known.

Thus, this study is primarily intended to describe the prevalence of CG and PTSD and its relationship to emotional adjustment difficulties in parents who lost children. The sample comprised 119 adults and has been divided into two groups, 19 parents who lost children and 100 individuals who have lost another significant element. The evaluation was performed using the following instruments: Portuguese versions of the *Inventory of Complicated Grief* (ICG), the *Impact of Event Scale - Revised* (IES-R) and the *Difficulties in Emotional Regulation Scale* (DERS).

We found that 94.7% of participants with the loss of a child have symptoms that are compatible with the designation of CG (ICG \geq 25), while cases with other types of losses reveal a prevalence of 75% of CG, being the difference statistically significant. We also observed a 94.7% prevalence of PTSD (IES-R \geq 35) in grieved parents, and 84% in cases with other types of losses.

We found significant correlations between emotional adjustment difficulties, symptoms of CG (.75) and Traumatic Symptomatology (.68) in grieved parents.

Five of the six dimensions of Difficulties in Emotional Regulation have high correlations with the symptoms of CG: Nonacceptance of Emotional Responses (.61); Difficulties Engaging in Goal-directed Behaviors (.79), Impulse Control Difficulties (.68); Limited Access to Emotional Regulation Strategies (.79) and Lack of Emotional Clarity (.49).

In a multiple linear regression, the total values of Difficulties in Emotional Regulation predict CG ($R^2=.558$) and Traumatic Symptomatology ($R^2=.456$) in cases of parents who lost children.

These results allow us to verify the high prevalence of Traumatic Symptomatology and CG as well as the importance of Difficulties in Emotional Regulation in predicting these disorders in bereaved parents.

I. Introdução

A morte de alguém significativo é um acontecimento traumático, intemporal e transcendente a qualquer sociedade, que tem como consequência inevitável a quebra de laços vinculativos. Apesar de muito sofrido, é um processo necessário e fundamental para a adaptação a uma nova vida (Arnold, Gemma, & Cushman, 2005).

Quando esta perda é associada a uma criança ou jovem, este processo é considerado dos eventos mais difíceis que um adulto pode experimentar, especialmente quando se trata de um filho (Prigerson et al., 1999; Wijngaards-de Meij, et al., 2005; Boelen, Bout & Hout, 2006; Tychev & Dollander, 2007; Rogers, Floyd, Seltzer, Greenberg & Hong, 2008; Lichtenthal, Currier, Neimeyer, & Keese, 2010).

Em Portugal, este tipo de perda ocorre com uma frequência conhecida, uma vez que segundo o Instituto Nacional de Estatística (2010) entre os anos 2007 e 2009 perderam a vida 1769 pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 35 anos.

São vários os estudos que incluem os Pais em Luto num grupo de elevado risco de virem a sofrer consequências devastadoras, em termos de intensidade e duração, após a morte de um Filho (Lichtenthal et al., 2010; Rogers et al., 2008; Bonanno, 2001; Nolen-Hoeksema & Larson, 1999; Sanders, 1999).

Esta vivência pode ser associada a reacções de Luto Complicado, uma vez que a dissolução deste tipo de vinculação pode provocar elevados níveis de ansiedade, bem como outro tipo de emoções negativas relacionadas (Rogers et al., 2008; Wagner, 2006).

No entanto, e apesar de ser reconhecida a gravidade da situação, não são ainda integrados nos sistemas de saúde, programas elaborados especificamente para avaliar e intervir em situações como estas. Este facto contribui para as dificuldades em obter resultados sustentados cientificamente, quanto à prevalência do Luto Complicado nesta população em particular.

Os factores que aumentam o risco de este grupo vir a sofrer um processo de Luto Complicado, têm sido largamente explorados (Rogers et al., 2008; Wijngaards-de Meij, et al., 2005), porém, o trabalho relacionado com a influência que a Regulação Emocional desempenha, tem sido escasso.

Após uma minuciosa revisão bibliográfica acerca das Dificuldades de Regulação Emocional, conclui-se que não existem ainda estudos que as relacionem com o grupo de Pais de perderam os filhos. O mesmo não se passa com outros grupos de risco, nomeadamente com os doentes psiquiátricos, cujos estudos têm sustentado a hipótese de que as Dificuldades de Regulação Emocional se encontram relacionadas com as perturbações psiquiátricas (Piper, Ogrodniczuk, Azim, & Weideman, 2001; Greenberg, 2002; Kersting et al., 2009; Machado-Vaz, Branco Vasco, & Greenberg, 2010).

São nestes aspectos particulares em que residem a pertinência do actual estudo, sendo importante, para além de descrever a prevalência de Pais que perderam os filhos com Luto Complicado, esclarecer o impacto que as Dificuldades de Regulação Emocional possam ter nesse processo.

1.1 Conceptualização de Luto Complicado e a sua relação com Pais que perderam filhos

1.1.1 O Processo de Luto: Luto Normal e Luto Complicado

O processo de Luto normal, é considerado como uma reacção à perda de um elemento significativo, cuja expressão e duração variam consoante vários factores, como por exemplo, o grupo cultural em que o individuo de insere.

Segundo Stroebe, Schut, & Stroebe (2000), este é um processo caracterizado por quatro tipos de manifestações: manifestações afectivas como o humor depressivo, ansiedade, sentimentos de culpa, raiva, anedonia e solidão; manifestações comportamentais como o cansaço, comportamentos de procura, choro e isolamento; manifestações cognitivas, como a preocupação com o ente falecido, baixa auto-estima, desânimo, lentidão no pensamento e perdas de memória e ainda por manifestações fisiológicas, como perda de apetite, distúrbios de sono, queixas somáticas e susceptibilidade para doenças.

A distinção entre o Luto normal e o Luto Complicado não é ainda clara, uma vez que, para o diagnóstico de Luto Complicado não existem ainda critérios consensuais que o distingam de outras perturbações psiquiátricas, como as Perturbações Depressivas,

Perturbações de Ansiedade e Pós Stress Traumático (Prigerson et al., 2009; Lichtenthal, Cruess, & Prigerson, 2004; Stroebe & Hansson, 2001).

Um estudo de Boelen & Prigerson (2007) demonstrou que o Luto Complicado ocorre em aproximadamente 15% da população em luto, podendo estar presente quando após a morte de um elemento significativo, um indivíduo apresenta um conjunto de sintomas que causam um prejuízo significativo no funcionamento do seu dia-a-dia.

O Luto Complicado é caracterizado por sintomas que se desviam na norma cultural do indivíduo, em termos de duração e intensidade, e incluem a saudade, lamentação, culpa, raiva ou amargura, angústia, pensamentos intrusivos relativos ao falecido e dificuldade em reassumir uma vida normal (Golden, Dalgleish, & Mackintosh, 2007; Prigerson & Maciejewski, 2005; Prigerson et al., 1999; Prigerson, Frank et al., 1995).

Segundo Shear, Frank, Houck & Reynolds (2005), o Luto Complicado é uma desordem debilitante, com importantes consequências de saúde negativas e com uma prevalência estimada de aproximadamente 10% a 20% de pessoas enlutadas. Estes autores afirmam ainda que nos Estados Unidos da América, por ano, cerca de um milhão de indivíduos desenvolvam Luto Complicado.

Um outro estudo realizado por Piper et al. (2001), demonstrou que numa amostra de doentes psiquiátricos que perderam alguém significativo, cerca de 31% apresentava Luto Complicado moderado, e cerca de 29% apresentava Luto Complicado grave.

Ainda relativamente à mesma população, Kersting et al. (2009) concluíram que 96% da sua amostra apresentava história de perda de um elemento significativo. Entre os pacientes com Luto Complicado verificaram que um familiar próximo era o grau de parentesco mais frequentemente referido.

Investigações recentes (Houwen et al., 2010; Stroebe, Schut & Stroebe, 2007) referem que o Luto está associado a um maior risco de mortalidade e a decréscimos de saúde, tanto a nível físico como a nível mental. Esta condição pode apresentar consequências graves e potencialmente fatais, uma vez que os indivíduos diagnosticados com Luto Complicado têm uma propensão significativamente maior para o suicídio (Latham & Prigerson, 2004), bem como para o cancro, doenças cardíacas e distúrbios do sono quando comparados com indivíduos que têm uma resposta à perda mais normativa (Prigerson et al., 1997).

1.1.2 Distinção entre Luto Complicado, Depressão e Pós-stress Traumático

A semelhança presente entre os sintomas associados ao Luto, depressão, ansiedade e Pós-Stress Traumático, é um facto que dificulta a distinção entre as respostas consideradas normais, ou patológicas (Lichtenthal et al., 2004; Gibson, 2006; Prigerson et al., 2009; Boelen, Van de Schoot, Van den Hout & Keijsers, 2010).

Relativamente ao Luto Complicado e depressão, existe uma comorbilidade significativa, que varia entre 21% (Horowitz et al., 1997) a 54% (Prigerson, Frank, et al., 1995).

Em ambos ocorrem sentimentos de tristeza, perda de interesse, perda de auto-estima e culpa, no entanto, existem algumas diferenças muito claras entre as duas (Sheer et al., 2005).

Enquanto que a depressão é caracterizada por uma tristeza generalizada, o Luto Complicado é caracterizado por tristeza relativa à falta da pessoa falecida (Lichtenthal et al., 2004; Gibson, 2006). Uma outra diferença significativa, consiste no facto de que o indivíduo com depressão, experiencia perda de interesse ou prazer, enquanto que um indivíduo com sintomas de Luto Complicado pode ter pensamentos prazerosos associados ao ente querido, e pode continuar a ter interesse e desejo pelo falecido.

Um indivíduo com depressão pode sofrer de um difuso sentimento de culpa, no entanto, um indivíduo com sintomas de Luto Complicado pode sentir culpa acerca de algumas interacções com o falecido. Finalmente, verifica-se que enquanto um indivíduo com depressão pode ter pensamentos ruminativos sobre os fracassos do passado em geral, um indivíduo com Luto Complicado pode estar preocupado somente com pensamentos específicos acerca do falecido (Gibson, 2006).

Outras distinções observadas pelos investigadores, incluem o facto de no Luto Complicado os pensamentos poderem ser acompanhadas por imagens intrusivas do falecido e de existir um evitamento às situações e às pessoas ligadas a lembranças da perda (Sheer et al., 2005). Nenhum destes sintomas é coerente com os sintomas associados à depressão, nem são significativamente reduzidos através de terapia ou utilização de fármacos (Reynolds et al., 1999; Pasternak et al., 1991).

Deste modo, estes resultados sugerem que o Luto Complicado deve ser conceptualizado como um distúrbio distinto da depressão, tanto para fins de avaliação, como para fins de terapêuticos (Gibson, 2006).

Existe também uma significativa comorbilidade entre o Luto Complicado e o Pós-Stress Traumático variando de 30% (Melhem, 2004) a 50% (Silverman et al., 2000).

Os sintomas característicos do Pós-Stress Traumático e do Luto Complicado são semelhantes na medida em que ambos evoluem a partir da experiência de um evento traumático, e ambos podem ser acompanhados por uma sensação de choque, desamparo, imagens intrusivas e comportamento de evitamento (Gibson, 2006).

No entanto, alguns investigadores (Prigerson et al., 2009; Shear et al., 2005) sugerem que, apesar do Pós-Stress Traumático ser normalmente desencadeado por uma ameaça física, o Luto Complicado é desencadeado pela perda.

Um outro factor de distinção consiste no facto de o estado emocional primário associado ao Pós-Stress Traumático ser o medo, enquanto que a tristeza é estado principal que caracteriza o Luto Complicado. Os pesadelos são considerados outro factor que distingue estas duas condições, sendo comuns em indivíduos com Pós-Stress Traumático e invulgares em indivíduos com Luto Complicado (Gibson, 2006).

Segundo Shear et al. (2005) as lembranças dolorosas são mais comumente ligadas ao trauma, no caso do Pós-Stress Traumático, enquanto que no caso do Luto Complicado as lembranças dolorosas podem ser menos previsíveis mas mais intensivas.

Indivíduos com Luto Complicado, demonstram sentir anseio e desejo pela pessoa que faleceu, e tendem a experimentar memórias agradáveis relacionadas com o falecido, facto que não caracteriza o Pós-Stress Traumático (Gibson, 2006). Apesar de se verificar que a perda traumática de um ente querido poder ser incluída no Critério A para Pós-Stress Traumático incluído no do *DSM-IV-TR*¹, ou ser considerada um desencadeante para um episódio depressivo major, existe a evidência empírica convincente para sugerir que a adaptação à perda, não é totalmente incluída nos sintomas de depressão ou Pós-Stress Traumático (Prigerson et al., 2009; Boelen et al., 2010).

O quadro sintomatológico de Luto Complicado oferece uma ampla descrição das sequelas que podem acompanhar a perda de alguém significativo. Os estudos que se debruçam sobre a prevalência de depressão, Pós-Stress Traumático e Luto Complicado, fornecem dados que sugerem que após a perda de um ente querido, os indivíduos que

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

preenchem os critérios de diagnóstico para Luto Complicado, não necessariamente atendem aos critérios de Pós-Stress Traumático ou depressão (Lichtenthal et al., 2004; Gibson, 2006; Prigerson et al., 2009; Boelen et al., 2010).

1.1.3 Luto Complicado em Pais que perderam filhos

*“Every time an earth mother smiles over the birth of a child,
a spirit mother weeps over the lost of a child”
(Ashanty saying, Leming & Dickinson, 2007, p. 497)*

A morte de um filho tem impacto no sistema familiar, que sofre alterações profundas no seu funcionamento. De facto, a morte é a crise que todas as famílias enfrentam e é reconhecida como o acontecimento de vida mais stressante com que este sistema pode ser confrontado (Murray, Toth, & Clinkinbeard, 2005).

A morte de um Filho é vista como a perda mais difícil que o ser humano pode enfrentar, uma vez que é contrária ao esperado no ciclo de vida (Klass, 2001; Rubin & Malkinson, 2001).

De facto, considerando o percurso normal do ciclo de vida, um indivíduo está preparado para sofrer a perda dos avós, seguidamente dos pais e somente após a sua própria morte, partirem os seus descendentes. No entanto, constatasse uma realidade bem diferente, e o que parece presumível acontecer nem sempre ocorre, como é o caso da morte de um Filho.

O modo como os Pais vivenciam a perda, parece ser diferente entre as mães e pais, sendo que a diferença mais consistente está relacionada com a forma como ambos lidam com a morte do Filho (Leming & Dickinson, 2007). As mães que perderam os filhos parecem utilizar mais estratégias de *coping* centradas nas emoções, o que as leva a recorrer mais frequentemente a formas de expressão verbal e emocional.

De um modo geral, as mães sentem uma forte necessidade de falar sobre o Filho que perderam, expressando deste modo os seus sentimentos, enquanto os pais têm tendência a aumentar as suas actividades regulares, com o objectivo de se manterem ocupados (Leming & Dickinson, 2007).

As mortes dos filhos podem ir desde a perda fetal até à perda de um Filho adulto, que além do Luto Complicado, podem causar reacções de Pós-Stress Traumático (Znoj & Keller, 2002).

O Luto é um processo de desvinculação da relação com o elemento significativo, moderado pela identificação e no caso de ser uma morte fetal ou neonatal, o processo de luto vai diferir no sentido em que a identificação do feto, ou recém-nascido, não existe como uma pessoa separada, mas sim, como parte integrante de outra (Leming & Dickinson, 2007). Deste modo, especialmente para as mães em Luto, esta desvinculação é extremamente delicada, uma vez que emocionalmente os seus filhos continuam a fazer parte do seu próprio corpo (Tychey & Dollander, 2007).

Neste caso, os Pais têm de reajustar a sua própria imagem e o seu auto-conceito, com o conhecimento de que o bebé não voltará a fazer, fisicamente, parte deles. Contudo, apesar de se caminhar no sentido de valorizar este tipo de perdas, estas continuam a ser minimizadas quando comparadas com a morte de filhos adultos (Leming & Dickinson, 2007).

Um estudo, realizado por Schwab (1992), analisou 20 casais que perderam filhos entre o primeiro ano de vida e os vinte e oito anos e verificou que em todos eles existia o permanente desejo de morrer e a total perda de interesse no futuro. O autor conclui que para os Pais, a morte da sua criança representa simbolicamente uma forma de eles próprios morrerem. Geralmente, os Pais idealizam um futuro para os seus filhos, e quando a criança morre, todos os planos concebidos perdem sentido (Tychey & Dollander, 2007).

Um estudo, realizado por Livneh, Antonak & Maron (1995), enfatiza o peso de um factor que complica o processo, que está relacionado com o facto de os Pais sentirem que não foram capazes de proteger a sua criança e, como tal, sentirem culpa por não terem conseguido desempenhar eficazmente a sua função parental.

A experiência continua devastadora, quando se trata da morte de um filho adulto, apresentando-se igualmente difícil para os pais ou para as mães em Luto. Neste caso, os Pais são confrontados com as responsabilidades e tarefas inacabadas dos seus filhos (Dean, McClement, Bond, Daeninck, & Nelson, 2005).

Com a perda de um Filho adulto os Pais experienciam um sentimento de não terem realizado o sonho de continuar a geração, sentindo assim que a vida parece incompleta e

injusta, uma vez que foi quebrada a continuidade do ciclo de vida (Leming & Dickinson, 2007).

Considerando todos os aspectos ligados ao Luto Parental, Prigerson et al., (2002), conclui que o aspecto mais devastador associado a este processo reside nas graves complicações que surgem como consequência do acontecimento, tais como episódios de depressão major e Pós-Stress Traumático.

Dada a intensidade e a persistência da Sintomatologia de Luto entre Pais que perderam filhos (Arnold, Gemma, & Cushman, 2005; Kreicbergs, Lannen, Onelov, & Wolfe, 2007; Talbot, 1997), esta população encontra-se particularmente em risco de desenvolver reacções desadaptativas no durante o processo, como o Luto Complicado (Prigerson et al., 2009; Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski, 2008).

Do mesmo modo, Lichtenthal et al. (2010) afirma que o Luto se mantém durante mais tempo e com mais intensidade entre Pais que perderam os seus filhos, do que em indivíduos que sofreram outro tipo de perdas significativas.

Alguns dos estudos realizados acerca do processo de Luto de Pais que perderam filhos (Murray et al., 2005; Rogers et al., 2008) apoiam igualmente as conclusões de que uma grande percentagem de Pais que perderam filhos, têm elevado risco desenvolverem Luto Complicado e perturbações psiquiátricas, como a depressão e o Pós-Stress Traumático.

1.1.4 Factores de Risco do Luto Complicado em Pais que perderam os filhos

Vários investigadores têm desenvolvido um trabalho muito significativo no que se refere aos factores de risco do Luto (Sanders, 1999; Bonnano & Kaltman 1999; Wijngaards-de Meij et al., 2005; Stroebe et al., 2007; Rogers et al., 2008; Keesee, Currier & Neimeyer, 2008). Estes factores são definidos como uma situação ou uma característica pessoal, que podem ser associadas a um aumento da probabilidade de ocorrência de dificuldades adaptativas (Stroebe, Folkman, Hansson & Schut, 2006).

Os trabalhos desenvolvidos nesta área são importantes para a prática clínica, uma vez que a identificação precoce dos grupos de risco permite a possibilidade de prevenir ou intervir nas complicações do processo de Luto (Houwen et al., 2010).

Um estudo realizado por Stroebe & Schut (2006), baseado nas perspectivas do *Dual Process Model*, explorou uma variedade de factores que colocam o indivíduo em risco

de desenvolver Luto Complicado. Assim, definiu cinco grupos de factores, nomeadamente, a natureza do stressor, factores interpessoais, factores intrapessoais, processos de coping e de avaliação e consequências.

Relativamente à natureza do stressor, conclui que no que se refere ao grau de parentesco, a morte de um Filho resulta em níveis mais elevados de Luto Complicado do que outro tipo de perdas (Stroebe & Schut, 2006).

A literatura existente sugere ainda que as mães enfrentam maiores dificuldades de adaptação à perda do que pais (Sidmore, 1999). Além disso, estudos têm demonstrado que os pais que perderam filhos por morte violenta apresentam risco elevado de Luto Complicado (Murphy, Johnson, Wu, Fan & Lohan, 2003).

Outro factor relevante diz respeito à presença de outros filhos na família, uma vez que, Pais que perderam um filho único tem mais probabilidade experimentarem emoções negativas, durante mais tempo (Dyregrov, Nordanger & Dyregrov, 2003).

Segundo Wijngaards-de Meij et al., (2005), surpreendentemente existem ainda poucos estudos empíricos que indiquem que características ligadas aos Pais e características ligadas à perda, aumentam a probabilidade de estes virem a sofrer consequências extremamente negativas nas suas vidas.

Em consequência dessa limitação, foi realizado um estudo longitudinal por Wijngaards-de Meij et al. (2005), que acompanharam a sintomatologia depressiva e de dor entre 219 casais que perderam os seus filhos, num intervalo de 6, 13 e 20 meses após a morte. Assim, foram analisados os factores preditores de Luto e depressão numa amostra de pais enlutados, tendo sido encontrados quatro factores partilhados pelo casal e cinco factores individuais.

Os factores partilhados pelos casais eram nomeadamente, a idade do filho falecido, a causa da morte, o facto de a morte ser esperada ou inesperada e o número de filhos restantes. Foi registada uma relação curvilínea entre o Luto e a idade da criança, em que se verifica um aumento das reacções de Luto até aos 17 anos, idade a partir da qual estas reacções diminuem. Pais que perderam os filhos por morte violenta têm mais sintomas de Luto, seguidos por aqueles que perderam os filhos por doença. Quanto mais esperada for a morte, menos sintomatologia de Luto é experimentada pelos Pais. E, por fim, quando existem outros filhos na família, os Pais apresentam menos sintomatologia de Luto e depressiva.

Relativamente aos factores individuais, e não apenas do casal, encontram-se 5 variáveis significativas, sendo elas, o sexo, o número de horas de trabalho, os níveis de educação, a religiosidade e o apoio psicológico profissional. Deste modo, verificaram que as mães apresentam mais Luto Complicado e sintomatologia depressiva, comparativamente com os pais, e que trabalhar mais horas parece estar associado a menores índices de Luto Complicado e depressão. Observou-se ainda que quanto maior o nível de educação e a presença de apoio psicoterapêutico, menor a sintomatologia depressiva. Por fim, verificou-se que Pais não religiosos e que não pertençam a grupos de apoio, reportam menos Luto Complicado e depressão que Pais religiosos que associados a grupos de auto-ajuda.

Num outro estudo realizado por Keese et al. (2008) foi analisada a contribuição dos factores de risco e do significado que é atribuído à perda. Os resultados mostraram que a violência da morte e a idade da criança no momento da morte, estão relacionados com a duração e intensidade do Luto, no entanto a causa da morte foi o único factor de risco objectivo, com valor preditor significativo para o desenvolvimento de Luto Complicado. Um outro resultado salientado pelo autor, refere-se à importância do sentido atribuído à perda, como o maior preditor do Luto Complicado, verificando-se que os Pais que reportaram não terem atribuído qualquer sentido à morte dos seus filhos, possuíam níveis mais intensos de Luto Complicado.

1.2 Conceptualização de Regulação Emocional e a sua relação com Pais que perderam filhos

1.2.1 Regulação Emocional

*If emotions are an organizing force in people's lives,
then why can they be so disorganizing and painful?
(Greenberg, 2002 p.19)*

As últimas três décadas têm sido muito importantes para a área da psicologia, no que diz respeito às emoções, a todo o seu processamento e à sua associação com a saúde mental (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha &

Dias, 2010). Interessa deste modo, compreender o papel desempenhado pelas emoções na vida do ser humano.

As perspectivas actuais enfatizam a importância das emoções nas respostas comportamentais, nas tomadas de decisão, na qualidade da memória para acontecimentos importantes e até mesmo na facilitação dos relacionamentos interpessoais. Contudo, as emoções tanto podem ser benéficas como podem prejudicar o indivíduo, caso ocorram no tempo errado ou com um nível de intensidade desadequado (Gross, 2007).

Vários estudos têm salientado o facto de as respostas emocionais desadequadas estarem implicadas em diversas formas de psicopatologia (Campbell-Sills & Barlow, 2007; Mullin & Hinshaw, 2007; Linehan & Bohus, 2007; Sher & Grekin, 2007), em dificuldades sociais, (Wranik, Barrett, & Salovey, 2007; Eisenberg, Hofer, & Vaughan, 2007; Shaver & Mikulincer, 2007), e ainda na própria saúde do indivíduo (Sapolsky, 2007). Efectivamente, estes aspectos dependem muito da capacidade de cada um em regular as suas próprias emoções (Gross, 2007).

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

Outros autores recentes reforçam a definição atribuída por Gross (1998) referindo que a regulação das emoções pode ser conceptualizada como os processos através dos quais os indivíduos, consciente ou inconscientemente (Bargh & Williams, 2007; Rottenberg & Gross, 2000) modulam as suas emoções para dar uma resposta adequada às exigências ambientais (Campbell-Sills & Barlow, 2007; Cole, Martin, & Dennis, 2004; Gratz & Roemer, 2004; Gross, 1998; Gross & Muñoz, 1995; Thompson, 1994).

Recentemente, as investigações acerca da Regulação Emocional, para além da área desenvolvimental, têm-se expandido para a psicopatologia e psicoterapia. Este acontecimento deve-se ao facto de as Dificuldades na Regulação das Emoções poderem estar relacionadas com o desenvolvimento de psicopatologias, ou seja, défices na Regulação Emocional podem constituir um factor importante no desenvolvimento de algumas perturbações psicológicas (Gross & Muñoz, 1995; Kring & Werner, 2004).

De facto, alguns modelos teóricos relacionam a Regulação Emocional adaptativa com bons níveis de saúde, interacções sociais positivas e com um bom rendimento académico e profissional (Brackett & Salovey, 2004; John & Gross, 2004).

Pelo contrário, as Dificuldades de Regulação Emocional, podem estar associadas com: perturbações mentais (Berenbaum, Raghavan, Le, Vernon & Gomez, 2003; Greenberg, 2002; Kring & Bachorowski, 1999; Mennin & Farach, 2007) com perturbação de personalidade *borderline*; (Linehan, 1993; Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007), depressão maior; (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008; Rottenberg, Gross, & Gotlib, 2005), perturbação bipolar; (Johnson, 2005), ansiedade generalizada; (Mennin, Holoway, Fresco, Moore, & Heimberg, 2007; Kashdan & Breen, 2008), perturbações alimentares; (Bydlowski et al., 2005; Clyne & Blampied, 2004; Polivy & Herman, 2002), e também com perturbações de adição (Sher & Grekin, 2007; Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper, & Sinha, 2007).

Alguns autores assumem uma perspectiva que salienta a natureza funcional das emoções (Gratz & Romer, 2004). Desta forma, defendem que os processos de tomada de decisão dependem directamente da associação emocional que o indivíduo faz quando é confrontado com as diferentes situações do seu dia-a-dia (Coutinho et al., 2010). Considerando esta linha de pensamento, em que as emoções desempenham um papel funcional, a regulação emocional e o controlo emocional podem ser pensados como dois constructos diferentes (Cole, Martin, & Dennis, 2004; Gross & Thompson, 2007; Rottenberg & Gross, 2003).

A Regulação Emocional não é um processo que está presente desde o nascimento do indivíduo, mas sim um processo que se vai desenvolvendo ao longo da vida. Deste modo, o início do processo de Regulação Emocional é influenciado pelo meio em que o indivíduo se insere, pelas pessoas com quem interage e ainda com as tarefas desenvolvimentais que enfrenta (Dodge & Garber, 1991).

Um dos aspectos que apresenta uma grande influência na Regulação Emocional é a capacidade desenvolvida ao longo do desenvolvimento, a linguagem verbal e não verbal. De facto, é através destas que o ser humano trabalha a capacidade de regular as suas emoções, e a sua posterior expressão (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 (Dodge & Garber, 1991).

No entanto, o facto de a Regulação Emocional ser um processo que se desenvolve ao longo da vida, a probabilidade de acontecerem falhas na aquisição destas competências é significativa. Quando ocorrem estas falhas, estamos perante as Dificuldades de Regulação Emocional, em que a resposta emocional atribuída pelo indivíduo não foi a mais adaptada à situação (Dodge & Garber, 1991).

No caso de estas falhas não assumirem um carácter permanente, podem estar presentes sintomas de ansiedade e/ou dor, excessos comportamentais, ou até mesmo comportamentos de fuga. No entanto, no caso de existir Dificuldades de Regulação Emocional de carácter crónico, podem ocorrer perturbações psicopatológicas (Dodge & Garber, 1991).

1.2.2 Estratégias de Regulação Emocional Adaptativas e Desadaptativas

O processo de Regulação Emocional inclui um conjunto de estratégias às quais o indivíduo recorre com o objectivo de aumentar, manter ou diminuir as componentes de uma determinada resposta emocional (Gross, 1999).

Ao longo dos últimos anos, são vários os modelos teóricos que têm salientado as diferenças específicas entre Estratégias de Regulação Emocional adaptativas e desadaptativas (Aldao et al., 2010).

Deste modo, alguns autores têm defendido a existência de algumas estratégias positivas de Regulação Emocional, como a reavaliação cognitiva, a resolução de problemas e a aceitação (Gross, 1998).

A reavaliação cognitiva, consiste nas tentativas que o indivíduo realiza para pensar acerca da situação, de forma a alterar o seu significado e o impacto emocional subjacente (Gross, 1998). Segundo Balzarotti, John & Gross, (2010), esta é uma estratégia que ocorre anteriormente à activação da resposta emocional, permitindo deste modo, a modificação da resposta. A reavaliação possibilita assim, a diminuição de comportamentos e de emoções negativas, sem que ocorram consequências adversas na Regulação Emocional.

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

Outra estratégia de Regulação Emocional adaptativa é a resolução de problemas, que consiste nas tentativas conscientes realizadas pelo indivíduo, com o objectivo de modificar uma situação stressante ou para moderar as suas consequências. No entanto, as estratégias de resolução de problemas não são directamente direccionadas à situação stressante, mas ajudam na sua resolução, como é o exemplo das estratégias de *brainstorming* e de planeamento de tarefas (Aldao et al., 2010).

São várias as investigações que sugerem que a utilização limitada desta estratégia pode promover o desenvolvimento de 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).

Alguns autores salientam a importância da aceitação das reacções emocionais como outra estratégia de Regulação Emocional considerada adaptativa, sendo que a tendência contrária para evitar experiências internas negativas pode estar na origem de diferentes sintomas psicopatológicos como a perturbação de ansiedade generalizada (McLaughlin, Mennin & Farach, 2007; Roemer et al., 2008), perturbação de pânico (Tull & Roemer, 2007) perturbações de adicção (Tull, Schulzinger, Schmidt, Zvolensky, & Lejeuz, 2007) e personalidade borderline (Gratz, Rosenthal, Tull, & Lejeuz, 2006).

Pelo contrário, existem algumas estratégias consideradas desadaptativas, sendo que as mais importantes consistem na supressão expressiva (Balzarotti et al., 2010), o evitamento e a ruminação (Aldao et al., 2010).

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

A supressão conduz a uma diminuição de comportamentos, mas não tem impacto na experiência de emoções negativas. Esta estratégia leva ao aumento de fenómenos fisiológicos, e quando é utilizada de forma desadaptativa, cronicamente, pode ter

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

Apoiados pela literatura existente acerca da deste processo, Gratz e Roemer (2004) propõe uma conceptualização multidimensional da Regulação Emocional, que envolve dimensões como: “ (a) a consciência e a compreensão das emoções, (b) a aceitação das emoções, (c) a capacidade para, em momentos de emoção negativa, controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objectivos desejados e (d) a capacidade para usar a regulação emocional apropriadamente mediante a implementação de estratégias que modulem as respostas emocionais de um modo flexível de forma a alcançar objectivos individuais ao mesmo tempo que se atende às exigências da situação.” (Coutinho et al., 2010, p.146).

O facto de não ocorrerem estas dimensões no processo de Regulação das Emoções, pode indicar a presença Dificuldades de Regulação Emocional ou Desregulação Emocional (Coutinho et al., 2010), correspondentes às dimensões que constituem a subescala do *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), instrumento utilizado para a avaliação das Dificuldades de Regulação Emocional.

1.2.3 Regulação Emocional e Pós-Stress Traumático

A exposição a um evento potencialmente traumático pode ser definido em parte, pela experiência de uma intensa resposta emocional, como o medo, desamparo e o horror (Tull, Barret, McMillan, & Roemer, 2007). Após a vivência do acontecimento traumático, é comum os indivíduos experienciarem respostas emocionais e fisiológicas que vão constituir lembranças acerca do evento (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992; Shalev et al., 1998).

A importância das Dificuldades de Regulação das Emoções na Sintomatologia Traumática tem vindo a ser destacada na literatura (Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002). A associação entre a perturbação de Pós-Stress Traumático e as respostas emocionais intensas têm indicado que o indivíduo necessita de realizar um esforço significativamente maior para regular as suas emoções perante eventos que evoquem memórias acerca do trauma (Mennin, 2005).

As Dificuldades em Regular as Emoções podem contribuir para a percepção das emoções como incontroláveis e imprevisíveis, dois factores que podem influenciar a probabilidade de aquisição do medo (Bouton, Mineka, & Barlow, 2001).

Desta forma, os indivíduos podem aprender a temer e conseqüentemente a evitar situações que despoletem determinado tipo de emoções, evitando a exposição a estímulos funcionais que associam ao evento traumático. Neste sentido, as Dificuldades na Regulação das Emoções podem influenciar a manutenção dos sintomas traumáticos (Cloiter et al, 2002).

Os factores que podem estar associados à persistência da Sintomatologia Traumática têm sido alvo de estudos, no entanto, ainda não tem sido atribuída a devida atenção ao papel das Dificuldades de Regulação Emocional neste processo (Tull et al., 2007).

Com o objectivo de colmatar a falta de estudos que relacionem as variáveis Regulação Emocional e Pós-Stress Traumático, Tull et al. (2007) desenvolveram um estudo que pretendia correlacionar as dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional propostas por Gratz & Romer (2004) com a Sintomatologia Traumática. Para tal, foram avaliados 108 indivíduos, estudantes que haviam experienciado eventos potencialmente traumáticos, que evocaram sentimentos de medo, desamparo e horror, tendo sido analisadas as suas Dificuldades de Regulação Emocional. Concluíram assim que a severidade da sintomatologia de Pós-Stress Traumático está relacionada com a Não aceitação das Respostas Emocionais, com as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos, com as Dificuldades no Controlo de Impulsos, com o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional e com a Falta de Clareza Emocional.

1.2.4 Regulação Emocional e Luto

A presença de emoções intensas após a perda de um ente querido parece ser transversal em todas as culturas, sendo que esse aspecto por si só, não é um indicador da presença de psicopatologia. De facto, alguns dos sintomas associados à perda, são necessários para o processo emocional, uma vez que implicam o confronto com a realidade da perda facilitando a sua adaptação (Boelen, Bout, & Hout, 2003).

Deste modo, alguns autores consideram que a capacidade de Regulação Emocional é um preditor importante no bem-estar emocional e na adaptação à perda (Bonanno, 2001; Znoj & Keller, 2002).

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

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

Efectivamente, estas reacções podem interferir no modo como o indivíduo integra a perda, uma vez que podem bloquear o processamento das emoções. O indivíduo com Luto Complicado concentra a sua atenção nas experiências em torno da perda, facto que aumenta os pensamentos negativos e o estado de humor depressivo (Boelen et al., 2003).

Deste modo, a Regulação Emocional desempenha um papel fundamental na adaptação a eventos considerados traumáticos, (Lazarus, 1991; Gross & Muñoz, 1995; Keltner, Moffitt, & Stouthamer-Loeber, 1995), como se verifica ser o caso da perda de um elemento significativo, especialmente a perda de um filho (Bonanno & Keltner, 1997).

Assim, Bonanno & Keltner (1997) consideram que a Regulação ou Dissociação das Emoções negativas e a valorização das emoções positivas são extremamente importantes para a adaptação ao Luto, uma vez que a consciência dessas emoções fará com que o indivíduo expresse adequadamente os seus sentimentos e tenha a capacidade de Regular as suas Emoções com mais eficácia (Greenberg, 2002).

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

Com o objectivo de colmatar a relativa ausência de estudos nesta área, iniciamos um trabalho de investigação, que tem como principal objectivo, compreender o impacto das Dificuldades de Regulação Emocional no processo de Luto Complicado de Pais que

perderam filhos e comparar com o impacto que possam em Indivíduos que perderam outro elemento significativo (ver Figura 1).

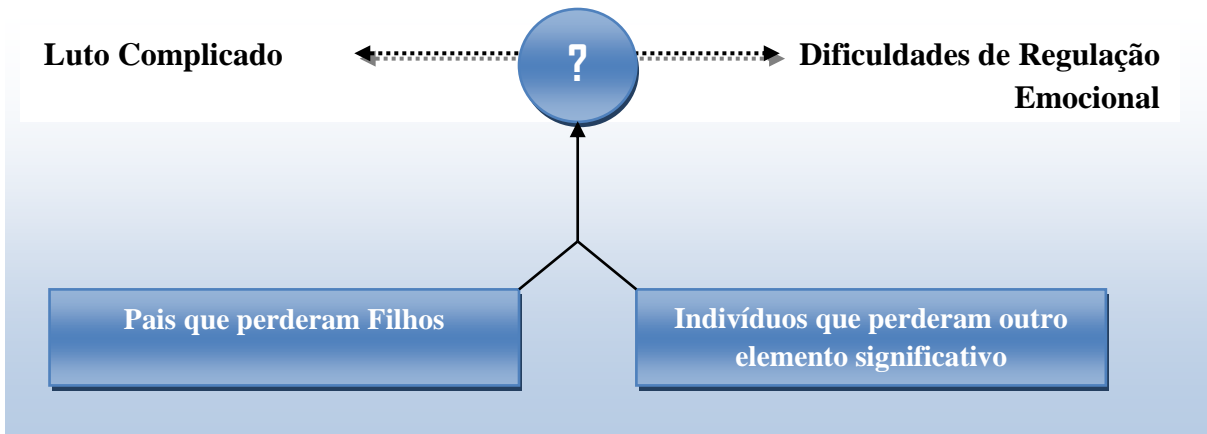


Figura 1: A possível relação entre Luto Complicado e Dificuldades de Regulação Emocional em Pais que perderam filhos e em indivíduos que perderam outro elemento significativo.

II. Objectivos

Tendo em vista o processo que os Pais que perdem filhos enfrentam e o modo como a Regulação das suas Emoções pode interferir na adaptação a este acontecimento, o presente estudo tem como principais objectivos: (a) caracterizar a amostra relativamente à perda; (b) descrever e comparar a sintomatologia de Luto Complicado e de Pós-Stress Traumático, entre Pais que perderam filhos e indivíduos que perderam outro elemento significativo; (c) descrever as correlações entre Dificuldades de Regulação Emocional, Luto Complicado e Sintomatologia Traumática, em Pais que perderam filhos e comparar com as correlações obtidas nos indivíduos que perderam um elemento significativo e ainda (d) a clarificação do papel preditor das Dificuldades de Regulação Emocional no Luto Complicado e na Sintomatologia Traumática.

III. Métodos

a) Amostra

A amostra é constituída por 119 adultos, tendo sido separada em dois grupos, o grupo 1 constituído por Pais que perderam filhos, e o grupo 2 constituído por indivíduos que perderam outro elemento significativo.

A recolha da amostra foi realizada no Hospital de São João, E.P.E, no Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E. – Guimarães, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. – Penafiel, na Associação “A Nossa Âncora” e no Centro de Respostas Integradas Porto Oriental - Equipa de Tratamento de Gondomar.

Foram incluídos na amostra indivíduos habilitados com pelo menos o 4º ano de escolaridade e com história de perda de um elemento significativo nas suas vidas.

O grupo 1 é constituído por 19 Pais adultos que perderam filhos, 14 do sexo feminino (73,7%) e 5 do sexo masculino (26,3%). Quanto ao estado civil, 18 encontram-se casados (94,7%) e 1 divorciado (5,3%).

Acerca das habilitações literárias dos participantes, verifica-se que 9 (47,4%) frequentaram até ao 2ºciclo de escolaridade, 4 (21,1%) têm o 3ºciclo, 3 (15,8%) possuem uma licenciatura, 2 (10,5%) têm o 1ºciclo, e 1 (5,3%) frequentou até ao 12º ano de escolaridade.

No que diz respeito à actividade profissional desempenhada pelos participantes, verifica-se que 10 (52,6%) encontram-se empregados, 5 (26,3%) estão desempregados, e 4 (21,1%) são estudantes.

O grupo 2 é constituído por 100 adultos, 57 mulheres (57%) e 43 homens (43%), com uma idade média de (40,69) anos ($SD = 11,69$). Relativamente ao estado civil, 51 participantes são casados (51%), 28 são solteiros (28%), 12 são divorciados (12%) e 9 são viúvos (9%).

No que se refere às habilitações literárias, 39 participantes (39%) têm o segundo ciclo de escolaridade, 27 (27%) possuem o primeiro ciclo, 21 (21%) frequentaram até o terceiro ciclo, 6 (6%) concluíram o secundário, outros 6 (6%) possuem uma licenciatura e 1 (1%) possui um bacharelato.

Relativamente à actividade profissional desempenhada pelos participantes, 55 (55%) encontram-se empregados, 34 (34%) estão desempregados, 8 (8%) apresentam-se reformados e 3 (3%) são actualmente estudantes (*ver tabela 1*).

Tabela 1
Características sociodemográficas da amostra (N=119)

Características	Grupo 1				Grupo 2				df	χ^2	p
	n	%	M	SD	n	%	M	SD			
	19				100						
Sexo ^a									1	,174	
Feminino	14	73,7			57	57					
Masculino	5	26,3			43	43					
Idade ^b			51,11	10,88			40,69	11,69			0,46
Estado Civil ^a									3	,005**	
Solteiro					28	28					
Casado	18	94,7			51	51					
Divorciado	1	5,3			12	12					
Viúvo					9	9					
Habilitações Literárias ^a									5	,509	
1ºCiclo	2	10,5			27	27					
2ºCiclo	9	47,4			39	39					
3ºCiclo	4	21,1			21	21					
Secundário	1	5,3			6	6					
Bacharelato	-	-			1	1					
Licenciatura	3	15,8			6	6					
Profissão ^a									3	,312	
Empregado	10	52,6			55	55					
Desempregado	5	26,3			34	34					
Reformado	4	21,1			8	8					
Estudante	-	-			3	3					

Nota. ^a Teste qui-quadrado, ^b Teste U Mann-Whitney
*p < ,05. **p < ,01.

A análise das variáveis categoriais foi realizada através do teste qui-quadrado. As diferenças entre os grupos no que se refere às variáveis contínuas foram analisadas através do teste U de Mann-Whitney. O estado civil foi a única variável estatisticamente significativa ($p = 0,005$), facto que é resultado directo da condição de separação de grupos, dado que aqueles que perderam filhos têm menor probabilidade de serem solteiros ou viúvos.

b) Instrumentos

A recolha de dados foi realizada através do recurso a questionários de auto-resposta, constituídos por duas partes distintas. A primeira parte correspondia a um questionário sociodemográfico construído pelos investigadores (*ver anexo II*), enquanto que a segunda parte foi constituída pelas versões Portuguesas dos seguintes instrumentos de avaliação: *Inventory of Complicated Grief (ICG)* (Prigerson, Maciejewski et al., 1995; Frade, Sousa, Pacheco, & Rocha, 2009); *Impact of Event Scale -Revised (IES-R)* (Castanheira, Vieira, Glory, Afonso, & Rocha, 2007) e o *Difficulties in Emotion Regulation Scale (EDRS)* (Gratz & Roemer, 2004; Coutinho et al., 2010). Estes instrumentos tinham como objectivo avaliar a sintomatologia do luto complicado e a sintomatologia traumática, bem como avaliar as dificuldades de regulação emocional.

O *Questionário sociodemográfico* foi constituído por questões que pretendiam identificar o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias e a profissão dos indivíduos enlutados. Existiam inclusive questões relacionadas com a perda, como, o grau de parentesco do falecido, a idade do falecido, há quanto tempo faleceu, a causa da morte e o tipo de morte.

O *Inventory of Complicated Grief (ICG)* consiste num inventário que tem como objectivo avaliar a sintomatologia de Luto Complicado e é constituído por 30 itens. Os itens que constituem o ICG estão relacionados com as cognições, emoções e comportamentos que definem o luto complicado. Os estudos de validação revelam que o instrumento apresenta qualidades psicométricas adequadas, possuindo um valor do α de

Cronbach de 0,914 (Frade et al., 2009). É possível com este inventário diferenciar o Luto Complicado (ICG *score* total ≥ 25) do Luto não complicado (Prigerson, Maciejewski et al., 1995).

A versão Portuguesa do *Impact of Event Scale – Revised* consiste numa escala que avalia a reacção traumática a um evento específico, e é constituído por 22 itens, respondidos através de uma escala de *likert* de 0 a 4. O IES-R possui quatro subescalas denominadas de: Evitamento, Intrusão, Hipervigilância e Embotamento Afectivo. Estas subescalas avaliam sintomas como irritabilidade, agressividade, dificuldades de concentração, entre outras, através dos quais é possível avaliar o impacto de um evento traumático, como por exemplo a perda de alguém significativo. O ponto de corte utilizado para identificar a presença de perturbação de Pós-stress traumático é (IES-R *score* total ≥ 35) e 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) tem como objectivo avaliar as Dificuldades de Regulação Emocional. É constituída por 36 itens que deverão ser respondidos através de uma escala de *likert* de 1 a 5 valores, em que 1 corresponde a “Raramente” e 5 corresponde a “Sempre”.

São categorizados seis dimensões, sendo elas a Não aceitação das Respostas Emocionais (Não Aceitação), as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (Objectivos), as Dificuldades no Controlo de Impulsos (Impulsos), a Falta de Consciência Emocional (Consciência), o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (Estratégias) e a Falta de Clareza Emocional (Clareza). O valor do α de *Cronbach* da escala é de 0,93 (Coutinho et al., 2010; Gratz & Roemer, 2004).

c) Procedimento

Com o intuito de concretizar os objectivos acima referidos, iniciou-se a elaboração do protocolo de avaliação, constituído pelo questionário sociodemográfico e os 3 instrumentos descritos anteriormente (ICG, IES-R e DERS).

As autorizações formais, necessárias para a realização da investigação foram iniciadas através do pedido 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, todos situados no Norte do País.

Os participantes foram convidados a participar na presente investigação, tendo sido apresentado o consentimento informado e protocolo de avaliação, que foi preenchido com a ajuda do psicólogo estagiário do respectivo local.

Uma vez preenchidos os questionários, todos os dados foram anonimizados e posteriormente inseridos numa base de dados.

Após a introdução de todos os dados recolhidos, procedeu-se à sua análise através do programa informático *PASW Statistics 18*.

IV. Resultados

Os resultados encontrados na análise de dados são descritos de seguida na sequência dos objectivos previamente estabelecidos e sustentados pelas respectivas tabelas.

Relativamente às características sociodemográficas realizamos uma análise estatística descritiva, às variáveis categorias e contínuas dos dois grupos. É incluída uma análise comparativa entre os grupos, com o intuito de verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre eles, no que se refere às características sociodemográficas.

Realiza-se uma análise descritiva e comparativa das frequências/prevalências das sintomatologias de Luto Complicado e de Pós-stress traumático em ambos os grupos.

Posteriormente, é efectuado um estudo correlacional entre cada dimensão da DERS com o Luto Complicado e Sintomatologia Traumática.

Por fim é utilizado o método de regressão linear múltipla com o objectivo de elaborar dois modelos preditores para os quais definimos o Luto Complicado e a Sintomatologia Traumática como variáveis dependentes e Dificuldades de Regulação Emocional como variáveis constantes.

a) Caracterização dos grupos relativamente à perda

A realização da análise estatística dos dados obtidos da primeira parte do protocolo de avaliação permitiu a caracterização da perda sofrida pelos indivíduos, nos aspectos seguintes: grau de parentesco do falecido, causa da morte e tipo de perda, idade média do falecido e tempo médio em que ocorreu a perda,

Relativamente ao grau de parentesco do falecido no grupo 1, verifica-se que os 19 participantes que o constituem, perderam os seus filhos (*ver tabela 2*).

Verifica-se que no grupo 2, 43% ($n = 43$) dos indivíduos perderam os pais, 17% ($n = 17$) perderam os seus avós, 16% ($n = 16$) perderam um elemento da família alargada, 10% ($n = 10$) perderam o cônjuge e 2% ($n = 2$) perderam irmãos (*ver tabela 2*).

Tabela 2

Grau de parentesco do falecido nos grupos.

	Grupo 1 (n=19)		Grupo 2 (n=100)	
	n	%	n	%
Grau de parentesco do falecido				
Filhos	19	100		
Pais			43	43
Avós			17	17
Família alargada			16	16
Irmãos			12	12
Conjuge			10	10
Amigos			2	2

Relativamente ao grupo 1, a causa de morte maioritariamente assinalada foram os acidentes e envenenamentos 52,6 % ($n = 10$), seguindo-se o cancro a 31,6 % ($n = 6$) e igualmente as doenças do sistema circulatório, o suicídio e outras causas, cada um correspondendo a 5,3% ($n = 1$). O tipo de perda mais referido relaciona-se com as perdas inesperadas, 78,9% ($n = 15$), sendo que as perdas esperadas têm uma prevalência de 21,1% ($n = 4$) (ver tabela 3).

Quanto à causa de morte, referida pelo grupo 2, encontra-se como a mais assinalada a morte devido a cancro com 40 % ($n = 40$) de prevalência, seguindo-se os acidentes e envenenamentos que correspondem a 20% ($n = 20$), as doenças do aparelho circulatório com uma prevalência de 18% ($n = 18$), as doenças do aparelho respiratório correspondentes a 4% ($n = 4$), as doenças do aparelho digestivo que correspondem igualmente a 4% ($n = 4$), as doenças infecciosas e parasitárias, com uma prevalência de 1% ($n = 1$), a morte por suicídio com 2% ($n = 2$) e por fim, outras causas com 11% ($n = 11$) O tipo de perda mais referido, relaciona-se com as perdas inesperadas, 55% ($n = 55$), sendo que as perdas esperadas têm uma prevalência de 45% ($n = 45$) (ver tabela 3). Através do teste do qui-quadrado, verifica-se que existem diferenças significativas entre os grupos, relativamente ao tipo de morte ($\chi^2=,043^*$) (ver tabela 3).

Tabela 3
Tipo e Causa Morte nos grupos.

	Grupo 1 (n=19)		Grupo 2 (n=100)		$\chi^2(1)$
	n	%	n	%	
Causa da Morte					
Cancro	6	31,6	40	40	
Acidentes e envenenamentos	10	52,6	20	20	
Doenças do aparelho circulatório	1	5,3	18	18	
Doenças do aparelho respiratório			4	4	
Doenças do aparelho digestivo			4	4	
Doenças infecciosas e parasitárias			1	1	
Suicídio	1	5,3	2	2	
Outras causas	1	5,3	11	11	
Tipo de Morte					
Inesperada	15	78,9	55	55	,043*
Esperada	4	21,1	45	45	

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

Foi possível verificar que, no grupo 1, a idade média do falecido é de 17,00 anos ($SD = 8,86$) e as perdas ocorreram em média há 88,95 meses ($SD = 104,28$) enquanto que no grupo 2, verificou-se que a idade média do falecido é de 59,09 anos ($SD = 18,90$) e as perdas ocorreram em média há 62,67 meses ($SD = 64,85$); (ver tabela 4).

Tabela 4
Características relativas à perda do elemento significativo nos grupos.

Características relativas à perda	Grupo 1 (n=19)		Grupo 2 (n=100)	
	M	SD	M	SD
Idade do falecido (anos)	17,00	8,86	59,09	18,90
Há quanto tempo faleceu (meses)	88,95	104,28	62,67	64,85

b) Prevalência de Luto Complicado e PTSD nos Pais que perderam filhos

Para realizar a análise da prevalência do Luto Complicado e Pós-Stress Traumático em ambos os grupos, foi utilizado o ponto de corte sugerido pelos autores originais dos respectivos testes.

Relativamente ao grupo de Pais que perderam filhos, foi possível verificar que ambas variáveis, Luto Complicado e Pós-Stress Traumático, possuem uma prevalência de 94,7% ($n = 18$), enquanto que para os indivíduos que sofreram outra perda significativa, verificou-se uma prevalência do Luto Complicado de 75% ($n = 75$), e uma prevalência de Pós-Stress Traumático de 84% ($n = 84$) (ver tabela 5).

Na comparação das distribuições entre os dois grupos através do teste qui-quadrado, verifica-se que existem diferenças significativas entre o Luto complicado no grupo de Pais que perderam filhos no grupo de indivíduos que perderam um outro elemento significativo, no entanto, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos relativamente ao Pós-Stress Traumático (ver tabela 5).

Tabela 5

Diferenças significativas entre a prevalência de Luto Complicado e Pós-Stress Traumático entre os Grupos 1 e 2.

	<i>Grupo 1</i> <i>(n=19)</i>		<i>Grupo 2</i> <i>(n=100)</i>		$\chi^2(1)$
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Luto Complicado					,056*
Com LC	18	94,7	75	75	
Sem LC	1	5,3	15	15	
Pós-Stress Traumático					,220
Com PTSD	18	94,7	84	84	
Sem PTSD	1	5,3	16	16	

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

Com o objectivo de verificar se existiam diferenças significativas entre os grupos 1 e 2, relativamente às médias do ICG, IES-R Total e as suas dimensões, foi realizado o teste de Mann-Whitney U para amostras independentes.

Observa-se, para o ICG, diferença estatisticamente significativa ($,000$) entre a média do grupo de Pais que perderam os filhos ($M = 50,63$; $SD = 14,87$) e a média do grupo 2 ($M = 36,34$; $SD = 16,69$).

Existe, igualmente, uma diferença estatisticamente significativa ($,010$) entre a média do de Pais em Luto ($M=59,53$; $SD=16,61$) e a média do grupo 2 ($M = 48,54$; $SD = 18,62$), no que diz respeito ao IES-R.

Verificam-se, diferenças estatisticamente significativas nas médias de duas das dimensões do IES-R, designadamente: a hipervigilância ($,004$), que no grupo 1 possui $M = 17,89$ ($SD = 5,71$) e no grupo 2 apresenta $M = 14,27$ ($SD = 5,59$); e o embotamento afectivo ($,007$) que apresenta para o grupo de Pais que perderam os filhos uma $M = 5,05$ ($SD = 2,78$) e para o grupo 2 uma $M = 3,48$ ($SD = 2,08$) (ver tabela 6).

Tabela 6

Variáveis descritivas contínuas e testes comparativos entre grupos.

		<i>M</i>		<i>SD</i>	<i>U</i>
					<i>Significância</i>
ICG	Grupo 1	50,63	14,87		,000**
	Grupo 2	36,34	16,69		
IES-R Total	Grupo 1	59,53	16,61		,010**
	Grupo 2	48,54	18,62		
Evitamento	Grupo 1	9,68	5,53		,447
	Grupo 2	8,50	5,59		
Intrusão	Grupo 1	30,37	6,80		,780
	Grupo 2	29,89	6,12		
Hipervigilância	Grupo 1	17,89	5,71		,004**
	Grupo 2	14,27	5,59		
Embotamento Afectivo	Grupo 1	5,05	2,78		,007**
	Grupo 2	3,48	2,08		

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

c) Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional, Luto Complicado e Sintomatologia Traumática

Relativamente à análise de correlações entre as Dificuldades de regulação Emocional e as variáveis Luto Complicado e Sintomatologia Traumática, observa-se, nos Pais que perderam filhos, resultados significativos entre as DERS e o ICG (,75) e entre a DERS e o IES-R (,68) (*ver tabela 7*).

É igualmente realizada a análise da correlação entre cada dimensão das Dificuldades de Regulação Emocional, com a sintomatologia de Luto Complicado e a Sintomatologia Traumática (*ver tabela 7*).

No grupo 1, verificam-se correlações positivas entre o ICG e as seguintes dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional: Não aceitação das Respostas Emocionais (,61); Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,79); Dificuldades no Controlo de Impulsos (,68); Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,79) e Falta de Clareza Emocional (,49).

As correlações significativas encontradas entre o indicador de Sintomatologia Traumática e as várias dimensões da Regulação Emocional são: Não aceitação das Respostas Emocionais (,55); Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,77); Dificuldades no Controlo de Impulsos (,65) e Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,78).

Foi igualmente realizada a correlação entre as dimensões da DERS e as dimensões do IES-R, tendo sido encontrados resultados estatisticamente significativos (*ver tabela 7*).

Foram encontradas correlações positivas entre cada dimensão do IES-R e a DERS Total, nomeadamente, com o Evitamento (,68), com a Intrusão (,92), com a Hipervigilância (,59) e com o Embotamento afectivo (,52).

O Evitamento está positivamente correlacionado com as seguintes dimensões: Não aceitação das Respostas Emocionais (,61); Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,65); Dificuldades no Controlo de Impulsos (,71) e Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (0,61).

A Intrusão evidencia correlações significativas com as dimensões Não aceitação das Respostas Emocionais (,84), Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,72),

Dificuldades no Controlo de Impulsos (,81), Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,66) e Falta de Clareza Emocional (,86).

A Hipervigilância apresenta correlações positivas significativas com as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,74), as Dificuldades no Controlo de Impulsos (,53) e o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,80).

Por fim, o Embotamento Afectivo apresenta correlações significativas com a Não aceitação das Respostas Emocionais (,51), as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (0,48) e ainda com as Dificuldades no Controlo de Impulsos (0,77).

Tabela 7

Resumo das correlações entre ICG, IES-R, Evitamento, Intrusão, Hipervigilância, Embotamento Afectivo e as Dimensões de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS), no Grupo 1.

	DERS Total	Não-aceitação	Objectivos	Impulsos	Consciência	Estratégias	Clareza
<i>Grupo 1 (n=19)</i>							
ICG	,75**	,61**	,79**	,68**	-,18	,79**	,49**
IES-R	,68**	,54*	,77**	,65**	-,32	,78**	,36
Evitamento	,68**	,60**	,65**	,71**	-,05	,61**	,38
Intrusão	,92**	,84**	,72**	,81**	,35	,66**	,86**
Hipervigilância	,59**	,45	,74**	,50*	-,43	,80**	,31
Embotamento Afectivo	,52**	,51*	,48*	,77**	-,19	,34	,18

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

Relativamente ao grupo 2, a análise de correlações entre as Dificuldades de Regulação Emocional com o Luto Complicado e a Sintomatologia Traumática evidencia resultados significativos entre as DERS e o ICG (,45) e entre a DERS e o IES-R (,42) (ver tabela 8).

Contudo, apesar de em ambos os grupos existirem correlações estatisticamente significativas, no grupo de Pais de que perderam filhos, os valores encontrados são

visivelmente superiores aos apresentados pelo grupo 2, respectivamente (.75; e .68) (*ver tabela 8*).

Verificou-se no grupo 2 a existência de correlações estatisticamente significativas entre o ICG e as seguintes dimensões da DERS: Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (.51), Dificuldades no Controlo de Impulsos (.42), Falta de Consciência Emocional (.38) e ainda o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (0,42) (*ver tabela 7*).

Comparativamente com as correlações com o ICG, encontradas no grupo de Pais que perderam filhos, existem duas dimensões significativas para este grupo que não são significativas para o grupo 2, nomeadamente a Não aceitação das Respostas Emocionais e a Falta de Clareza Emocional.

Verifica-se ainda que de forma semelhante ao que acontece com o grupo de Pais que perderam filhos, a dimensão relacionada com a Falta de Consciência Emocional, não se apresenta significativa nenhuma das variáveis (*ver tabela 7*).

Foram encontrados resultados que correlacionam positivamente a Sintomatologia Traumática e as seguintes dimensões da DERS: Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (.51); Dificuldades no Controlo de Impulsos (.43); Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (.36) e Falta de Clareza Emocional (.38) (*ver tabela 8*).

Verifica-se que a Falta de Clareza Emocional não apresenta resultados significativos nos Pais que perderam filhos, e que a dimensão Não aceitação das Respostas Emocionais, não apresenta correlações com o ICG, no grupo 2, ao contrário do que acontece com o grupo de Pais em Luto (*ver tabela 7*).

No grupo 2 foram encontradas correlações positivas entre cada dimensão do IES-R e a DERS Total, nomeadamente, com o Evitamento (.23), com a Intrusão (.89), com a Hipervigilância (.44) e com o Embotamento afectivo (.39) (*ver tabela 8*).

Uma vez mais, verifica-se que apesar de ambos os grupos apresentarem valores significativos nas correlações, o grupo de Pais que perderam filhos possuem valores claramente superiores, quando comparados com os indivíduos que sofreram outro tipo de perda (*ver tabela 7*).

O Evitamento está positivamente correlacionado com as dimensões Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (.31), Dificuldades no Controlo de Impulsos (.26) e

a Falta de Clareza Emocional (,27) (*ver tabela 8*). Comparativamente com as correlações encontradas no grupo de Pais que perderam filhos, existem duas dimensões significativas para este grupo que não são significativas para o grupo que sofreu outro tipo de perdas, nomeadamente a Não aceitação das Respostas Emocionais e o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional. Diferentemente ao que se sucede no grupo 2, a dimensão Falta de Clareza Emocional, não se apresenta significativa para o grupo de Pais que perderam filhos (*ver tabela 7*).

Apesar de se correlacionar com valores inferiores, a Intrusão tem correlações significativas com as mesmas dimensões, em ambos os grupos, sendo elas a Não aceitação das Respostas Emocionais (,79), as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,67) as Dificuldades no Controlo de Impulsos (,75) o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,69) e a Falta de Clareza Emocional (,66).

A Hipervigilância apresenta correlações positivas significativas com as dimensões Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,52), Dificuldades no Controlo de Impulsos (,48), Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,35) e Falta de Clareza Emocional (,34) (*ver tabela 8*). Apenas esta última dimensão não apresenta correlação significativa no grupo de Pais que perderam filhos (*ver tabela 7*).

Por fim, o Embotamento Afectivo apresenta correlações significativas com a Não aceitação das Respostas Emocionais (,35), com as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,32), com as Dificuldades no Controlo de Impulsos (,36) com o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (0,33) e ainda com a Falta de Clareza Emocional (,40). Pelo contrário, no grupo de Pais que perderam filhos, verifica-se que as dimensões Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional e a Falta de Clareza Emocional não apresentam correlação com o Embotamento Afectivo.

Tabela 8

Resumo das correlações entre ICG, IES-R, Evitamento, Intrusão, Hipervigilância, Embotamento Afectivo e as Dimensões de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS), no Grupo 2.

	DERS Total	Não-aceitação	Objectivos	Impulsos	Consciência	Estratégias	Clareza
<i>Grupo 2 (n=100)</i>							
ICG	,45**	,20	,51**	,42**	,12	,38**	,42**
IES-R	,41**	,20	,51**	,43**	-,02	,36**	,38**
Evitamento	,23*	,18	,31*	,26*	-,16	,18	,27**
Intrusão	,89**	,79**	,67**	,75**	,12	,69**	,66**
Hipervigilância	,44**	,18	,52**	,48**	,07	,35**	,35**
Embotamento Afectivo	,39**	,35**	,32**	,36**	-,24	,33**	,40**

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

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

Através de regressão linear verificamos que as Dificuldades de Regulação Emocional predizem 55,8% do Luto Complicado em Pais que perderam filhos (*ver tabela 9*), enquanto que para outro tipo de perdas as Dificuldades de Regulação Emocional predizem 20,5% do Luto Complicado (*ver tabela 10*).

Observa-se inclusive que as Dificuldades de Regulação Emocional predizem 45,6% (*ver tabela 9*) da Sintomatologia Traumática em Pais que perderam filhos, enquanto que para outro tipo de predizem 17,3% (*ver tabela 10*).

Tabela 9

Resumo do impacto das Dificuldades de Regulação Emocional no Luto Complicado e Sintomatologia Traumática do grupo 1.

Variáveis	LC			Sint. Traumática		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
EDRS	,428	,092	,747**	,432	,114	,676**
R^2	,558			,456		

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

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

Tabela 10

Resumo do impacto das Dificuldades de Regulação Emocional no Luto Complicado e Sintomatologia Traumática do grupo 2.

Variáveis	LC			Sint. Traumática		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
EDRS	,341	,068	,453**	,349	,077	,416**
R^2	,205			,173		

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

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

V. Discussão de Resultados

A discussão dos resultados obtidos após a análise dos dados permite-nos desenvolver algumas discussões, por um lado, acerca do que foi encontrado com a presente investigação e, por outro, acerca da sua relação com o que já vem descrito na literatura actual.

Através dos resultados obtidos com a elaboração desta investigação, é possível dar resposta ao objectivo principal, verificando-se que de facto existe uma relação significativa entre o desenvolvimento de Luto Complicado e as Dificuldades de Regulação Emocional, tanto em Pais que perderam filhos, como em indivíduos que tenham sofrido outro tipo de perdas.

Efectivamente, as especificidades relacionadas com cada um dos grupos em estudo, permite-nos traçar algumas diferenças entre eles, que se encontram implicadas nas conclusões obtidas nesta investigação.

Os dados recolhidos permitem caracterizar os grupos, relativamente a vários aspectos relacionados com a perda.

Uma das diferenças referidas anteriormente está relacionada com o grau de parentesco, facto que é resultado directo da condição de separação de grupos. Deste modo, enquanto que o grupo 1 é totalmente constituído por Pais que perderam filhos, no grupo 2 verificam-se vários graus de parentesco com o falecido, cuja prevalência mais elevada se encontra relacionada com a perda de Pais.

Relativamente ao tipo de perda, observa-se que as mortes inesperadas são as mais prevalentes em ambos os grupos, contudo, a prevalência da ocorrência deste tipo de morte é significativamente superior quando relacionada com a morte de um filho. Estes resultados devem-se essencialmente ao facto de que, ao contrário do que acontece com outro tipo de perdas, a morte de um filho ocorre mais frequentemente sem qualquer aviso e é oposta ao esperado no ciclo de vida (Klass, 2001, Rubin & Malkinson, 2001).

As causas de morte maioritariamente referidas pelos Pais que perderam os seus filhos foram acidentes e envenenamentos, enquanto que se verifica que as mais testemunhadas em outros tipos de perdas estavam relacionadas com o cancro. Os acidentes e envenenamentos são acontecimentos considerados traumáticos e, segundo a literatura os

Pais que perderam os filhos por morte violenta apresentam risco elevado de Luto Complicado (Murphy et al., 2003).

Na verdade, estes aspectos são considerados extremamente relevantes, uma vez que segundo Wijngaards-de Meij et al. (2005), quando a morte de um Filho é inesperada e traumática os níveis de Luto são significativamente mais elevados do que se acontecesse uma morte esperada, causada por uma doença como o cancro.

Ainda relativamente ao grupo de Pais que perderam os filhos, verifica-se que em média estes últimos perderam a vida com 17 anos. No estudo realizado por Wijngaards-de Meij et al (2005) foi registada uma relação curvilínea entre o luto e a idade do filho falecido, observando-se um aumento das reacções de luto até aos 17 anos, idade a partir da qual estas reacções diminuem.

Considerando o que vem descrito na literatura e tendo em conta todas as características relacionadas com a perda, como o grau de parentesco, o tipo e a causa da morte, e a idade dos filhos falecidos, verifica-se que os Pais enlutados são uma população que se encontra em elevado risco de desenvolver Luto Complicado.

Relativamente à prevalência de Luto Complicado encontrada em ambos os grupos, verificam-se valores significativamente mais elevados em Pais que perderam filhos, facto que, mais uma vez é corroborado pela revisão bibliográfica, que considera que o Luto mantém-se durante mais tempo e com mais intensidade, entre Pais que perderam filhos, do que em outro tipo de perdas (Lichtenthal et al., 2010).

Do mesmo modo, foram encontradas prevalências mais elevadas de Pós-Stress Traumático no grupo de Pais que perderam filhos, facto que igualmente é consolidado por alguns dos estudos realizados acerca do processo de Luto Parental (Murray et al., 2005; Rogers et al., 2008) que apoiam as conclusões de que uma grande percentagem de Pais que perderam filhos, sofrem o risco de desenvolverem perturbações psiquiátricas como o Pós-Stress Traumático.

Quando comparadas as médias de sintomatologia de Luto Complicado e de Sintomatologia Traumática, encontram-se efectivamente diferenças significativas entre o grupo de Pais que perderam filhos e o grupo que sofreu outro tipo de perda significativa. Os valores médios do Pais enlutados, tanto para a sintomatologia de Luto

Complicado, como para a sintomatologia Traumática, evidenciam-se mais elevados, o que, uma vez mais consolida as conclusões referidas anteriormente.

Ainda no que diz respeito à comparação das médias dos grupos, foram encontradas diferenças significativas, em duas das dimensões que constituem o IES-R, nomeadamente na Hipervigilância e no Embotamento Afectivo, sendo que em ambas os valores médios são significativamente superiores no grupo de Pais enlutados.

Deste modo, sustentados pelos resultados encontrados, podemos concluir que Pais em Luto, quando comparados com indivíduos que sofreram outro tipo de perda, têm um aumento significativo da atenção passiva, associada à hipervigilância, e têm mais dificuldades em expressar emoções e sentimentos, facto que está relacionado com o embotamento afectivo. O facto de existir um aumento da atenção passiva, vai causar um decréscimo da atenção para os temas e para as tarefas que realmente são significativas para a vida do enlutado, causando assim dificuldades de adaptação ao processo de luto (Olf, Langeland, & Gersons, 2005). As dificuldades na expressão das emoções e sentimentos, especialmente relacionados com o Luto, têm influências negativas para a adaptação ao processo e conseqüentemente para o bem-estar do indivíduo (Baddeley & Singer, 2009).

De facto, a alarmante prevalência de Luto Complicado e Pós-Stress Traumático nos Pais enlutados (94,7%), e a diferença significativa existente entre os grupos relativamente às médias das sintomatologias, comprovam uma vez mais o que tem vindo a ser defendido pelos investigadores que inserem esta população num grupo de elevado risco de virem a sofrer conseqüências extremamente devastadoras, em termos de intensidade e longevidade (Lichtenthal et al., 2010; Rogers et al., 2008; Nolen-Hoeksema & Larson, 1999; Sanders, 1999).

Estes valores são preocupantes, uma vez que em nenhuma outra população considerada de risco, como é o exemplo dos doentes psiquiátricos em que cerca de 60% apresentavam Luto Complicado (Piper et al., 2001; Kersting et al., 2009), se evidenciaram prevalências tão significativas, como as encontradas no grupo de Pais que perderam filhos.

Analisando agora os resultados que integram o terceiro objectivo do trabalho, são tecidas as conclusões relativamente às correlações encontradas entre variáveis

sintomatologia de Luto Complicado, Sintomatologia Traumática e Dificuldades de Regulação Emocional, em Pais que sofreram a perda de filhos.

As correlações significativas encontradas entre as variáveis em estudo foram positivas, indicando que quanto mais elevados os níveis de sintomatologia de Luto Complicado, mais elevados os níveis de sintomatologia Traumática (Lichtenthal et al., 2004; Prigerson et al., 2009).

De forma a compreender a relação existente entre as Dificuldades em lidar e Regular as próprias Emoções e o processo de Luto Complicado, acrescenta-se a análise da variável Dificuldades de Regulação Emocional. Assim, uma vez que foram igualmente encontradas correlações positivas entre as Dificuldades de Regulação Emocional e as restantes variáveis, podemos verificar que quanto mais Dificuldades de Regulação Emocional, mais sintomatologia de Luto Complicado, sucedendo o mesmo para a Sintomatologia Traumática.

A análise estatística correlacional, permite relacionar a sintomatologia de Luto Complicado de Pais que perderam filhos, com cinco das Dificuldades de Regulação Emocional, nomeadamente, a Não Aceitação das Respostas Emocionais, 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.

Deste modo, verifica-se que o facto de os Pais não aceitarem as respostas emocionais negativas advindas da perda dos seus filhos, dificulta a sua adaptação ao processo de luto.

Contudo, esta correlação não se verifica significativa para outro tipo de perdas, salientado deste modo, a importância que a dimensão apresenta para a população de Pais que perderam filhos.

Na realidade, a morte de um filho é um acontecimento extremamente traumático e frequentemente inesperado, (Lichtenthal et al., 2010), o que implica que os Pais não estejam preparados para lidar com as suas angústias e emoções consequentes do processo, apresentando assim uma dificuldade na aceitação das mesmas. Neste sentido, verifica-se que a Não Aceitação das Respostas Emocionais tem como consequência o aumento da probabilidade de desenvolvimento de Luto Complicado em Pais que perderam filhos.

Outra dimensão que apresenta uma relação significativa com a sintomatologia de Luto Complicado em Pais enlutados é a dificuldade em agir de acordo com os objectivos. Efectivamente, este tipo de perda em particular é extremamente traumático (Rogers et al., 2008; Wijngaards-de Meij et al., 2005), e é muitas vezes acompanhado de um aumento de dificuldades na realização de tarefas que impliquem a deslocalização da atenção na perda. O facto de o enlutado se manter constantemente focado no evento traumático que é a perda, (Boelen et al., 2003) faz com que recorra a estratégias de regulação emocional frequentemente desadaptativas, como é o exemplo da ruminação (Papageorgiou & Wells, 2003).

Assim, uma vez que estão focalizados nessa experiência emocional e em todos os aspectos que a circundam, como o sentimento de culpa de não terem sido capazes de proteger os seus filhos (Livneh, Antonak, & Maron, 1995), os Pais enlutados apresentam uma considerável dificuldade de resolução de problemas, que os impedem de agir de acordo com os objectivos.

De facto, a literatura sugere que os processos de tomada de decisão dependem directamente da associação emocional que o indivíduo faz quando é confrontado com as diferentes situações do seu dia-a-dia (Coutinho et al., 2010). Assim, quando existe uma dificuldade em processar essas emoções, estão presentes dificuldades nas tomadas de decisões, e conseqüentemente dificuldades em agir de acordo com os objectivos.

Verifica-se desde modo, uma relação entre esta dificuldade de Regulação Emocional e o desenvolvimento de Luto Complicado, significativamente mais elevada em Pais enlutados, do que em indivíduos que sofreram outra perda.

As Dificuldades no Controlo dos Impulsos encontram-se igualmente relacionadas com maiores níveis de sintomatologia de Luto Complicado. Estas necessidades de agir perante um determinado acontecimento, como a perda, são caracterizadas por serem irreflectidas e constituem uma Dificuldade de Regulação Emocional. Este comportamento tem conseqüências devastadoras na vida dos enlutados, uma vez que é associado a comportamentos de risco que podem interferir na própria saúde do indivíduo (Sapolsky, 2007).

Em consistência com o que acontece nas outras Dificuldades de Regulação Emocional analisadas até este ponto, a dificuldade no controlo dos impulsos e o Luto Complicado

apresentam uma correlação mais significativa em Pais que perderam filhos, do que em indivíduos que perderam outro elemento significativo nas suas vidas.

Quanto ao Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional, verifica-se igualmente uma correlação significativa com o Luto Complicado. De facto, quando o indivíduo tem dificuldades em recorrer a um conjunto de estratégias cujo objectivo são aumentar, manter ou diminuir as componentes de uma determinada resposta emocional (Gross, 1999), apresenta um acesso limitado às estratégias de Regulação Emocional que podem facilitar a sua adaptação ao Luto. O indivíduo não recorre às estratégias, uma vez que acredita não existir nada que possa fazer para regular as suas emoções quando confrontado com situações de stress.

A existência de algumas Estratégias de Regulação Emocional, como a reavaliação cognitiva, a resolução de problemas e a aceitação (Gross, 1998), são extremamente positivas para a adaptação a um acontecimento traumático, como a morte, no entanto o seu acesso limitado causa Dificuldades de Regulação Emocional, e consequentemente o desenvolvimento de Luto Complicado. A recorrência a estratégias consideradas desadaptativas, como supressão expressiva (Balzarotti et al., 2010), o evitamento e a ruminação (Aldao et al., 2010), dificultam igualmente a adaptação à perda.

Verifica-se que, apesar de ambos os grupos apresentarem correlações significativas entre estas duas variáveis, os Pais que perderam filhos têm mais dificuldades em lidar com a morte e com as emoções associadas, e por consequência, uma maior dificuldade em regular as estratégias adaptativas e desadaptativas usadas para a adaptação à perda.

A última dimensão das Dificuldade de Regulação Emocional que se correlaciona significativamente com o Luto Complicado é a Falta de Clareza Emocional. Esta dimensão encontra-se relacionada com a dificuldade que o indivíduo apresenta em reconhecer as emoções que experiencia, e é igualmente significativa em Pais que perderam filhos e enlutados que sofreram outro tipo de perda.

De facto, esta conclusão é comprovada pela literatura, que sugere que indivíduos com elevada consciência emocional tem mais facilidade em expressar os seus sentimentos, e mais capacidade regular as suas emoções (Greenberg, 2002), e consequentemente, adaptam-se melhor ao processo de luto. O facto de verificarmos o oposto, uma vez que os enlutados de ambos os grupos apresentam dificuldades em reconhecer as emoções

experienciadas, permite-nos sugerir que quando esta consciência não existe, a probabilidade de Luto Complicado é superior.

É ainda realizada a análise da relação entre as diferentes Dificuldades de Regulação Emocional e a Sintomatologia Traumática, verificando-se a existência de correlações positivas entre algumas destas variáveis.

Assim, verifica-se a existência de uma relação entre a Sintomatologia Traumática presente em Pais que perderam filhos e quatro dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional, nomeadamente, a Não aceitação das Respostas Emocionais, as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos, as Dificuldades no Controlo de Impulsos e o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional.

No entanto, a análise realizada nos grupos de indivíduos que perderam outro elemento significativo, aponta para a não existência de uma relação entre a Não aceitação das Respostas Emocionais e a Sintomatologia Traumática.

Deste modo, podemos sugerir que o facto de os Pais não aceitarem as respostas emocionais negativas advindas da perda dos seus filhos, dificulta não só a sua adaptação ao processo de luto, como tem um papel de manutenção da Sintomatologia Traumática.

A Falta de Clareza Emocional, parece não estar relacionada com a Sintomatologia Traumática em Pais enlutados, contudo, em outro tipo de perdas, verifica-se que constitui uma dificuldade importante. Este aspecto parece ser relevante, na medida em que a dificuldade sentida pelos Pais em reconhecer as emoções que experienciam, ao contrário do que acontece com outras populações, não tem um papel fundamental na presença e manutenção da sintomatologia traumática (Tull et al., 2007).

A relação entre as Dificuldades de Regulação Emocional e as dimensões que constituem o IES-R, nomeadamente o Evitamento, a Intrusão, a Hipervigilância e o Embotamento Afectivo, é igualmente analisada, verificando-se a existência de algumas correlações positivas.

Relativamente ao Evitamento, verifica-se que este se correlaciona com as Dificuldades de Regulação Emocional, de um modo semelhante à Sintomatologia Traumática em geral, nos Pais que perderam os seus filhos. Neste sentido, ao evitarem situações que despoletem emoções negativas, os Pais enlutados vão desenvolver formas

desadaptativas de regular as suas emoções, que conseqüentemente podem influenciar a manutenção da Sintomatologia Traumática.

No que se refere à correlação entre a Intrusão e as Dificuldades de Regulação Emocional, verificam-se valores significativos para as mesmas dimensões em Pais que perderam filhos e em indivíduos que sofreram outro tipo de perda, no entanto, os níveis de significância são superiores nos Pais enlutados. Este acontecimento parece estar relacionado com o que foi anteriormente analisado, que é o facto de o enlutado se manter constantemente focado no evento traumático, desenvolvendo frequentemente estratégias de Regulação Emocional desadaptativas como a ruminação (Papageorgiou & Wells, 2003).

As correlações descritas entre a Intrusão e as Dificuldade de Regulação Emocional vão de encontro aos resultados anteriormente analisadas entre as Dificuldades de Regulação Emocional e o Luto Complicado, permitindo assim uma reflexão sobre uma proximidade existente entre estas duas perturbações (Prigerson et al., 2009; Lichtenthal et al., 2004).

Quanto à Hipervigilância em Pais que perderam filhos, verifica-se a correlação com três dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional, nomeadamente com as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos, as Dificuldades no Controlo de Impulsos e o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional. Na verdade, o facto de existir um aumento significativo da atenção passiva, que coloca o indivíduo num estado de alerta constante, pode acarretar conseqüências como a dificuldade em realizar tarefas quotidianas, o envolvimento em comportamentos irreflectidos e ainda dificuldades em recorrer a estratégias que diminuam a sua atenção excessiva, por considerar que não existe nada que possa fazer para regular as suas emoções.

Verifica-se igualmente uma correlação entre o Embotamento Afectivo e as Dificuldades de Regulação Emocional relacionadas com a Não aceitação das Respostas Emocionais as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos e as Dificuldades no Controlo de Impulsos. Uma vez que os indivíduos enlutados apresentam dificuldades em aceitar as suas emoções, possuem mais dificuldades em expressá-las, e conseqüentemente reproduzem comportamentos desadequados e irreflectidos, que não satisfazem a sua finalidade. No entanto o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional e a Falta de Clareza Emocional parecem não ter um papel importante na relação com o

embotamento afectivo em Pais que perderam filhos, contrariamente ao que se passa com outro tipo de perdas.

Verifica-se ainda que relativamente à dimensão Falta de Consciência Emocional não foram encontradas correlações significativas com nenhuma das restantes variáveis em estudo, o que nos leva a sugerir que o facto de os enlutados estarem atentos às suas emoções não interfere significativamente nos níveis de Luto Complicado e de Sintomatologia Traumática, facto que já havia sido concluído por Coutinho et al., (2010) no que diz respeito à sintomatologia psicopatológica em geral.

Contudo, podemos apontar para a existência de uma correlação negativa entre esta dimensão e o desenvolvimento de Sintomatologia de Luto Complicado e Sintomatologia Traumática em Pais que perderam filhos. Deste modo, a Falta de Consciência Emocional parece funcionar como um factor protector das perturbações referidas, nesta população em específico, uma vez que quanto mais falta de consciência acerca das emoções menores são os níveis de Sintomatologia de Luto Complicado e de Sintomatologia Traumática.

Relativamente à análise da regressão linear múltipla verifica-se que as Dificuldades de Regulação Emocional predizem o desenvolvimento de Luto Complicado e de Sintomatologia Traumática.

Relacionando o poder preditor no grupo de Pais que perderam filhos com o grupo de indivíduos que perderam outro elemento significativo, verifica-se que as Dificuldades de Regulação Emocional constituem um factor preditor importante no desenvolvimento do Luto Complicado, uma vez que permitem prever cerca de 55,8% desta perturbação em Pais que perderam filhos. De facto, este revela ser um valor bastante superior ao encontrado em indivíduos que sofreram a perda de outro elemento significativo (20,5%).

O mesmo se passa para a Sintomatologia Traumática, em que se verifica que as Dificuldades de Regulação Emocional têm um valor preditor mais elevado nos Pais em Luto (45,6%), do que em indivíduos que perderam outro elemento significativo (17,3%).

Este facto consolida o que já havia sido constatado pela literatura, de que a Regulação Emocional desempenha um papel fundamental na adaptação a eventos considerados

traumáticos, como é o caso da perda de um elemento significativo, especialmente a perda de um filho (Lazarus, 1991; Gross & Muñoz, 1995; Keltner, Moffitt, & Stouthamer-Loeber, 1995; Bonnano & Keltner, 1997).

Considerando todos os aspectos analisados ao longo da presente investigação, sugerimos que as Dificuldades de Regulação Emocional, possuem um papel importante no desenvolvimento e predição de Luto Complicado e Sintomatologia Traumática, mais significativamente em Pais que perderam filhos do que em outro tipo de perdas.

VI. Conclusão

Como forma de concluir a presente investigação, propomos uma reflexão acerca de alguns aspectos relacionados com a temática abordada ao longo deste estudo.

O tema sobre o qual nos debruçamos para a realização da investigação compreendeu variáveis como o Luto Complicado, Pós-Stress Traumático e Dificuldades de Regulação Emocional, que cada vez mais têm sido alvo de análise por parte dos investigadores.

De facto, as variáveis Luto Complicado e Pós-Stress Traumático têm sido largamente exploradas, contudo o trabalho relacionado com a influência que as Dificuldades de Regulação Emocional desempenham nestes processos, tem sido surpreendentemente escassa. É principalmente neste aspecto que reside a pertinência desta investigação e importância destes resultados.

A morte, quando associada a um filho, é um acontecimento extremamente traumático que pode causar complicações na adaptação ao processo de Luto e conseqüentemente no quotidiano dos Pais que sofreram a perda. No entanto, apesar de verificarmos através da literatura que esta é uma população de risco para o desenvolvimento de Luto Complicado, não existiam ainda estudos que fornecessem dados quanto à real prevalência de Luto Complicado e Pós-Stress Traumático nesta população.

Assim, os resultados obtidos excederam todas as expectativas que criamos acerca da prevalência destas Perturbações em Pais que perderam filhos, alertando assim para as conseqüências devastadoras que estão associadas a estes tipos de perdas em particular.

Os resultados do nosso estudo têm também implicações clínicas importantes, na medida em que pela primeira vez é analisada a relação entre Dificuldades de Regulação Emocional e o Luto Complicado. Neste sentido, o facto de se verificarem maiores Dificuldades de Regulação Emocional em Pais que perderam filhos do que em indivíduos que sofreram outro tipo de perdas, permite-nos sugerir que a intervenção nesta população é urgente e deve ser focada na tentativa de trabalhar as estratégias de Regulação Emocional que facilitem a adaptação à perda.

Efectivamente, a intervenção é um aspecto importante a considerar, uma vez que pode ser nesta fase em que se implementam as conclusões acerca destes tipos de estudos.

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

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

Contudo, esta investigação apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Estas limitações encontram-se particularmente relacionadas com a amostra, que devido ao seu número reduzido não é representativa desta população no geral. A dificuldade em obter uma amostra que fosse representativa de Pais que perderam filhos, era um factor presente desde o início da investigação e que efectivamente se confirmou, uma vez que prevíamos uma difícil aceitabilidade da participação neste estudo.

Outra limitação relacionada com este estudo, prende-se com o facto de não ter sido realizada uma avaliação da Depressão, uma vez que a literatura revela existirem índices relativamente elevados de sintomas depressivos nesta população em particular. Deste modo, teria sido possível realizar uma análise que nos permitisse verificar a existência de uma co-morbilidade entre as Perturbações de Luto Complicado, Pós-Stress Traumático e Depressão.

Por fim, consideramos necessário referir que a dor provocada pela não adaptação ao processo de Luto é tão intensa, angustiante e incapacitante que deveria ser incluída nos futuros sistemas de classificação de Perturbações Mentais, *DSM-V*² e / ou no *CID-11*³, como uma perturbação mental distintas das restantes.

² *DSM-V*: Diagnostic and Statistical Manual, Fifth Edition.

³ *ICD-11*: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Edition.

Bibliografia

- 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*. (6thed.) Washington, DC: American Psychological Association.
- Arnold, J., Gemma, O., & Cushman, L. (2005). Exploring Parental Grief: Combining Quantitative and Qualitative Measures. *Archives of Psychiatric Nursing, 19*, (6), 245-255.
- Baddeley, J. & Singer, J. (2009) A Social Interactional Model of Bereavement Narrative Disclosure. *Review of General Psychology, 13* (3), 202–218.
- Balzarotti, S., John, O., & Gross, J. (2010) An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 26* (1) 61–67.
- Bargh, J., & Williams, L. (2007). On the nonconscious of emotion regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 429–445). New York: Guilford Press.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H., Vernon, L., & Gomez, J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 206–226.
- 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.

- Boelen, P., & Prigerson, H. (2007). The influence of symptoms of Prolonged Grief Disorder, Depression, and Anxiety on quality of life after bereavement: a prospective study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257 (8), 444-52
- Boelen, P., Bout, J., Hout, M. (2003). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 225–238.
- Boelen, P., Bout, J., Hout, M. (2006). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1657–1672.
- 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, 760–776.
- Bonanno, G., & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 126-137.
- Brackett, M., & Salovey, P. (2004). Measuring emotional intelligence as a mental ability with the Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test. In G. Geher (Ed.), *Measurement of emotional intelligence* (pp. 179–194). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Bouton, M., Mineka, S., & Barlow, D. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108, 4–32.
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., et al. (2005). Emotional-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 321–329.

- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542–559). New York: Guilford Press.
- 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.
- Chang, E., Downey, C., & Salata, J. (2004). Social problem solving and positive psychological functioning: Looking at the positive side of problemsolving. In E. C. Chang, T. J. D'Zurilla, & L. J. Sanna (Eds.), *Social problem solving: Theory, research, and training* (pp. 99–116). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & 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.
- Clyne, C., & Blampied, N. (2004). Training in emotion regulation as a treatment for binge eating: A preliminary study. *Behaviour Change, 21*, 269–281
- Cole, P., Martin, S., & Dennis, T. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development, 75*, 317–333
- Cooper, M., Russell, M., Skinner, J., Frone, M., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 139–152.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010) Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiq Clín.*, 37 (4), 145-51.

- Dean, M., McClement, S., Bond, J., Daeninck, P., & Nelson, P. (2005). Parental Experiences of Adult Child Death from Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (5).
- 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.
- Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS, and accidents. *Death Studies*, 27, 143–165.
- D'Zurilla, T., Chang, E., Nottingham, E., IV, & Faccinni, L. (1998). Social problem solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1091–1107.
- Eisenberg, N., Hofer, C., & Vaughan, J. (2007). Effortful control and its socioemotional consequences. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 287–306). New York: Guilford Press.
- Fox, H., Axelrod, S., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 298–301.
- Frade, B., Rocha, J., Sousa, H., Pacheco, D. (2009). Validation of Portuguese Version for Inventory of Complicated Grief. European Congress of Traumatic Stress, Oslo.
- Gibson, L. (2006). Complicated Grief: A Review of Current Issue. *Research Education Disaster Mental Health*
- Gratz K., & Roemer L. (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal Psychopathol Behav Assess.* 26, 41-54.

- Gratz, K., Rosenthal, M., Tull, M., & Lejuez, C. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 850–855.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Golden, A., Dalgleish, T. & Mackintosh, B. (2007). Levels of Specificity of Autobiographical Memories and of Biographical Memories of the Deceased in Bereaved Individuals With and Without Complicated Grief. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 4, 786–795.
- Gross, J. (2007) *Handbook of Emotion Regulation*. USA: Guilford.
- 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., & 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. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, New York: Guilford Press.
- Horowitz, M., Siegel, B., Hoelen, A., Bonanno, G., Milbrath, C., & Stinson, C. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*, 904-910.
- Houwen, K., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Bout, J. & Wijngaards-de Meij, L. (2010). Risk factors for bereavement outcome: a multivariate approach. *Death Studies, 34*, 195–220.

- Instituto Nacional de Estatística (2010). *Tábuas de mortalidade para Portugal – 2007 – 2009*. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=83112751&DESTAQUESmodo=2
- John, O., & Gross, J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality, 72*, 1301–1334.
- Johnson, S. (2005). Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Clinical Psychology Review, 25*, 241–262.
- Kashdan, T., & Breen, W. (2008). Social anxiety and positive emotions: A prospective examination of a self-regulatory model with tendencies to suppress or express emotions as a moderating variable. *Behavior Therapy, 39*, 1–12.
- Keltner, D., Moffitt, T., & Stouthamer-Loeber, M. (1995). Facial expressions emotion and psychopathology in adolescent boys. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 644-652.
- Klass, D. (2001). The inner representation of the dead child in the psychic and social narratives of bereaved parents. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 77–94). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keesee, N., Currier, J., & Neimeyer, R. (2008). Predictors of grief following the death of one's child: The contribution of finding meaning. *Journal of Clinical Psychology, 64* (10), 1145–1163.
- Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baume, B., Arolt, V., et al. (2009). Complicated Grief in Patients with Unipolar Depression. *Journal of Affective Disorders, 118*, 201-204.
- Kreicbergs, U., Lannen, P., Onelov, E., & Wolfe, J. (2007). Parental grief after losing a child to cancer: Impact of professional and social support on long-term outcomes. *Journal of Clinical Oncology, 25* (22), 3307–3312.

- Kring A., & Werner K., (2004). Emotion regulation and psychopathology. In: Philipot P, Feldman RS, (eds). *The regulation of emotion*. New York: LEA, pp. 359-85.
- Kring, A., & Bachorowski, J. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and Emotion*, 13, 575–599.
- Latham A., & Prigerson, H. (2004). Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behavior*, 34 (4), 350-362.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Leming, M., & Dickinson, G. (2007) *Understanding Dying, Death & Bereavement*. (6th ed.) Wadsworth Publishing Co.
- Lichtenthal, W., Cruess, D., & Prigerson, H. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in the DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.
- Lichtenthal, W., Currier, J., Neimeyer, R., & Keesee, N. (2010). Sense and Significance: A Mixed Methods Examination of Meaning Making After the Loss of One's Child. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (7), 791-812.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M., Bohus, M., & Lynch, T. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581–605). New York: Guilford Press.
- Livneh, H., Antonak, R., & Maron, S., (1995). Progeria: Medical aspects, psychosocial perspectives and intervention guidelines. *Death Studies*, 19, 433–452.

- Lynch, T., Trost, W., Salsman, N., & Linehan, M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 181–205.
- Machado Vaz, Branco Vasco, A. & Greenberg, L. (2010). *Processos emocionais na adaptação e perturbação na idade adulta - Caracterização e evolução em Psicoterapia*. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- McLaughlin, K., Mennin, D., & Farach, F. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1735–1752
- Melhem, N. (2004). Traumatic grief among adolescents exposed to their peer's suicide. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1411-1416
- Mennin, D. (2005). Emotion and the acceptance-based approaches to the anxiety disorders. In S. M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 37–70). New York: Plenum
- Mennin, D., & Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*, 329–352.
- Mennin, D., Holoway, R., Fresco, D., Moore, M., & Heimberg, R. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy, 38*, 284–302.
- Mullin, B., & Hinshaw, S. (2007). Emotion regulation and externalizing disorders in children and adolescents. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 523–541). New York: Guilford Press.
- Murphy, S., Johnson, J., Wu, L., Fan, J., & Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide, or homicide: A comparative study demonstrating differences. *Death Studies, 27*, 39–61.

- Murray, C., Toth, K., & Clinkinbeard, S. (2005). Death, dying and grief. In P.C. McKenry and S. Price (Eds.) *Families and change: Coping with stressful events*. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400–424.
- Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ, Erlbaum.
- Olf, M., Langeland, W., & Gersons, B. (2005) The psychobiology of PTSD: coping with trauma. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 974–982
- 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., Schlernitzauer, M., Hoch, C., Buysse, D., Houck, P., et al. (1991). Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 307- 310.
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Azim, H., & Weideman, R. (2001). Prevalence of Loss and Complicated Grief Among Psychiatric Outpatients. *Psychiatric Services*, 52 (8), 1969-1074.
- Polivy, J., & Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 18213.
- Prigerson, H., Bierhals, A., Kals, S., Reynolds, C., Shear, M., Day, et al. (1997) Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154, 616-623.
- 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., 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.
- Prigerson, H., Shear, M., Jacobs, S., Reynolds III, C., Maciejewski, P., Davidson, J. et al. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 67–73.
- Prigerson, H., Ahmed, I., Silverman, G., Saxena, A., Maciejewski, P., Jacobs, S., et al. (2002). Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi. *Death Studies*. Manuscript submitted for publication.
- Prigerson, H., & Maciejewski, P. (2005) A Call for Sound Empirical Testing and Evaluation of Criteria for Complicated Grief Proposed for DSM-V. *Omega: Journal of Death & Dying*, *52* (1).
- Prigerson, H., Vanderwerker, L., & Maciejewski, P. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 165–186). Washington, DC, American Psychological Association.
- 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.
- Pressman, D., & Bonanno, G., (2007). With whom do we grieve? Social and cultural determinants of grief processing in the United States and China. *Journal of Social and Personal Relationships*, *24* (5), 729-746.
- Reynolds, C., Miller, M., Pasternak, R., Frank, E., Perel, J., Cornes, C., et al. (1999). Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: A controlled study of acute and continuation treatment with Nortriptyline and interpersonal therapy. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 202–208.

- 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.
- Rogers, C., Floyd, F., Seltzer, M., Greenberg, J., & Hong, J. (2008). Long-Term Effects of the Death of a Child on Parents' Adjustment in Midlife. *Journal of Family Psychology, 22* (2), 203-211.
- Rothbaum, B., Foa, E., Riggs, D., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 455–475
- Rottenberg, J., & Gross, J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology Science and Practice, 10*, 227–232.
- Rottenberg, J., Gross, J., & Gotlib, I. (2005). Emotion context insensitivity in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 627–639.
- Rubin, S., & Malkinson, R. (2001). Parental response to child loss across the life cycle: Clinical and research perspectives. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 219–240). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sanders, C. (1999). *Grief: The mourning after: Dealing with adult bereavement* (2nd ed.). New York, Wiley and Sons.
- Sapolsky, R. M. (2007). Stress, stress-related disease, and emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 606–615). New York: Guilford Press.
- Schwab, R. (1992). Effects of a child's death on the marital relationship: a preliminary study. *Death Studies, 16*, 141-154.

- Shalev, A., Sahar, T., Freedman, S., Peri, T., Glick, N., Brandes, et al (1998). A prospective study of heart rate response following trauma and the subsequent development of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 553–559.
- Shaver, P., & Mikulincer, M. (2007). Adult attachment strategies and the regulation of emotion. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 446–465). New York: Guilford Press.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P., & Reynolds C. (2005). Treatment of Complicated Grief: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2601-2608
- Sher, K. J., & Grekin, E. R. (2007). Alcohol and affect regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 560–580). New York: Guilford Press.
- Sidmore, K. (1999). Parental bereavement: Levels of grief as affected by gender issues. *Omega*, 40, 351–374.
- Silverman, G., Jacobs, S., Kasl, S., Shear, M., Maciejewski, P., Noaghiul, F., et al. (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological Medicine*, 30, 857-862.
- Stroebe, M., 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., & 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. (2006). Complicated grief: A conceptual analysis of the field. *Omega, Journal of Death and Dying*, 52 (1), 53-70.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health Outcomes of Bereavement. *Lancet*, 370, 1960–1973.
- Talbot, K. (1997). Mothers now childless: Survival after the death of an only child. *The Journal of Death and Dying*, 34, 177–189.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25–52.
- Tichey, C., & Dollander, M. (2007). Maternal Resilience and Chronic Depression in Mourning for a Child: A Preliminary Case-Based Analysis. *Rorschachiana* 28, 16–35.
- 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.
- Tull, M., Schulzinger, D., Schmidt, N., Zvolensky, M., & Lejeuz, C. W. (2007). Development and initial examination of a brief intervention for heightened anxiety sensitivity among heroin users. *Behavior Modification*, 31, 220–242.
- VanBoven, A., & Espelage, D. (2006). Depressive symptoms, coping strategies, and disordered eating among college women. *Journal of Counseling and Development*, 84, 341–348.
- Wagner, B. (2006). *Internet-based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief*. (Unpublished doctoral dissertation). University of Zurich: Zurich.
- Wegner, D., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615–640.

- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guildford.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., Bout, J., Heijden, P., et al. (2005). Couples at Risk Following the Death of Their Child: Predictors of Grief Versus Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, (4), 617–623.
- Wranik, T., Barrett, L., & Salovey, P. (2007). Intelligent emotion regulation: Is knowledge power? In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 393–407). New York: Guilford Press.
- Znoj, H. J., & Keller, D. (2002). Mourning parents: Considering safeguards and their relation to health. *Death Studies*, 26, 545–565.

Anexos

Anexo I: Consentimento Informado



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Actualmente, apesar de se verificar um aumento de investigações sobre o Luto, existe ainda um grande vazio no que se refere ao estudo de variáveis específicas de Luto Complicado e Regulação Emocional. Como tentativa de diminuir essa falta, esta investigação tem como principal objectivo, estudar o impacto que a morte do filho tem na saúde mental dos pais e os factores de regulação e expressão emocional subjacentes a esta perda. Para tal, será pedido aos Pais que perderam Filhos, o preenchimento dos questionários anexados a este termo. Todos os dados recolhidos através dos questionários são confidenciais, não podendo ser usados para outros fins.

Assim, 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).

(Rubrica)

Obrigado pela sua colaboração

Anexo II: Protocolo de Avaliação



Avaliação do Processo de Luto em Pais que Perderam os Filhos

- Parentesco: Mãe Pai - Sexo: F M - Idade: _____
- Estado Civil: _____ - Habilitações Literárias: _____
- Profissão: _____

Sobre a sua perda

- Sexo do/a falecido/a: F M - Há quanto tempo ocorreu? _____
- Que idade tinha a/o sua/seu filha/o: _____
- Morte esperada Morte inesperada
- Causa da morte: _____

- **DERS** (Gratz, K & Roemer, L. 2004; adaptado por Coutinho 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 circulo, 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

– IES-R (Weiss & Marmar, 1997; adaptada por Rocha et al., 2006)

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	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

– ICG (Prigerson et al., 1995 adaptada por Frade et al., 2009)

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	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

FIM

Anexo III: Artigo



LUTO COMPLICADO E REGULAÇÃO EMOCIONAL EM PAIS QUE PERDERAM
FILHOS

Luto Complicado e Regulação Emocional
em Pais que perderam Filhos

Elisabete R. Ferreira, José Carlos F. Rocha, Tânia Marisa M. Silva,
Catarina Andreia S. Gonçalves, Fábio Rafael T. Moreira

UnIPSa-CICS, ISCS-N, CESPu, Portugal

Resumo

A morte de um Filho prediz níveis mais elevados de Luto Complicado (LC) do que outro tipo de perdas, contudo, não se conhece o efeito das variáveis de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS) neste processo. O objectivo é descrever a prevalência de LC e Pós-Stress Traumático (PTSD) e a sua relação com as DERS em Pais que perderam filhos.

A amostra foi constituída por 119 adultos, 19 Pais que perderam filhos e 100 indivíduos que perderam outro elemento significativo. Os participantes foram avaliados com as versões Portuguesas do *Inventory of Complicated Grief (ICG)*, do *Impact of Event Scale - Revised (IES-R)* e do *Difficulties in Emotional Regulation Scale*.

Observámos que 94,7% dos Pais em luto têm sintomatologia de LC ($ICG \geq 25$), enquanto os casos com outros tipos de perdas revelam uma prevalência de LC de 75%, uma diferença estatisticamente significativa. A prevalência de PTSD ($IES-R \geq 35$) é 94,7% nos Pais em Luto. Verificámos correlações significativas entre as DERS e as sintomatologias de LC ($,75$) e Traumáticas ($,68$) em Pais em Luto.

Numa regressão linear múltipla, os valores totais das DERS predizem o LC ($R^2 = ,558$) e a Sintomatologia Traumática ($R^2 = ,456$) nos casos de Pais em luto.

Estes resultados permitem verificar a elevada prevalência de LC e Sintomatologia Traumática, bem como a importância das DERS na predição destas perturbações em Pais enlutados.

Luto Complicado e Regulação Emocional em Pai que perderam os Filhos

A morte de alguém significativo é um acontecimento traumático, intemporal e transcendente a qualquer sociedade, que tem como consequência inevitável, a quebra de laços vinculativos. Apesar de muito sofrido, é um processo necessário e fundamental para a adaptação a uma nova vida (Arnold, Gemma, & Cushman, 2005).

Quando esta perda é associada a uma criança ou jovem, este processo é considerado dos eventos mais difíceis que um adulto pode experimentar, especialmente quando se trata de um filho (Prigerson et al., 1999; Wijngaards-de Meij, et al., 2005; Boelen, Bout & Hout, 2006; Tychey & Dollander, 2007; Rogers, Floyd, Seltzer, Greenberg & Hong, 2008; Lichtenthal, Currier, Neimeyer, & Keesee, 2010).

Em Portugal, este tipo de perda ocorre com uma frequência conhecida, uma vez que segundo o Instituto Nacional de Estatística (2007) todos os anos perdem a vida 1769 pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 35 anos.

São vários os estudos que incluem os Pais em Luto num grupo de elevado risco de virem a sofrer consequências devastadoras, em termos de intensidade e duração, após a morte de um Filho (Lichtenthal et al., 2010; Rogers et al., 2008; Bonanno, 2001; Nolen-Hoeksema & Larson, 1999; Sanders, 1999).

Esta vivência pode ser associada a reacções de Luto Complicado, uma vez que a dissolução deste tipo de vinculação pode provocar elevados níveis de ansiedade, bem como outro tipo de emoções negativas relacionadas (Rogers et al., 2008; Wagner, 2006).

Os factores que aumentam o risco de este grupo vir a sofrer um processo de Luto Complicado, têm sido largamente explorados (Rogers et al., 2008; Wijngaards-de Meij,

et al., 2005), porém, o trabalho relacionado com a influência que a Regulação Emocional desempenha, tem sido escasso.

Após uma minuciosa revisão bibliográfica acerca das Dificuldades de Regulação Emocional, conclui-se que não existem ainda estudos que as relacionem com o grupo de Pais de perderam os filhos (Piper, Ogrodniczuk, Azim, & Weideman, 2001; Greenberg, 2002; Kersting et al., 2009; Machado-Vaz, Branco Vasco, & Greenberg, 2010).

Deste modo é importante, para além de descrever a prevalência de Pais que perderam os filhos com Luto Complicado, esclarecer o impacto que as Dificuldades de Regulação Emocional possam ter nesse processo.

Luto Complicado em Pais que perderam Filhos

A distinção entre o Luto normal e o Luto Complicado não é ainda clara, uma vez que, para o diagnóstico de Luto Complicado não existem ainda critérios consensuais que o distingam de outras perturbações psiquiátricas, como as Perturbações Depressivas, Perturbações de Ansiedade e Pós Stress Traumático (Prigerson et al., 2009; Lichtenthal, Cruess, & Prigerson, 2004; Stroebe & Hansson, 2001).

O Luto Complicado é caracterizado por sintomas que se desviam na norma cultural do individuo, em termos de duração e intensidade, e incluem a saudade, lamentação, culpa, raiva ou amargura, angústia, pensamentos intrusivos relativos ao falecido e dificuldade em reassumir uma vida normal (Golden, Dalgleish, & Mackintosh, 2007; Prigerson & Maciejewski, 2005; Prigerson et al., 1999; Prigerson, Frank et al., 1995).

Segundo Shear, Frank, Houck & Reynolds (2005), o Luto Complicado é uma desordem debilitante, com importantes consequências de saúde negativas e com uma prevalência estimada de aproximadamente 10% a 20% de pessoas enlutadas.

Dada a intensidade e a persistência da Sintomatologia de Luto entre Pais que perderam filhos, (Arnold et al., 2005; Kreichbergs, Lannen, Onelov, & Wolfe, 2007; Talbot, 1997), esta população encontra-se em risco de desenvolver reacções desadaptativas no durante o processo, como o Luto Complicado (Prigerson et al., 2009; Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski, 2008).

A morte de um Filho é vista como a perda mais difícil que o ser humano pode enfrentar, uma vez que é contrária ao esperado no ciclo de vida (Klass, 2001; Rubin & Malkinson, 2001).

Considerando todos os aspectos ligados ao Luto de Pais que perderam filhos Lichtenthal et al. (2010), afirmam que o Luto se mantém durante mais tempo e com mais intensidade, entre Pais que perderam os seus Filhos, do que em indivíduos que sofreram outro tipo de perdas significativas.

Alguns dos estudos realizados acerca do processo de Luto Parental (Murray et al., 2005; Rogers et al., 2008) apoiam igualmente as conclusões de que uma grande percentagem de Pais que perderam Filhos sofrem o risco de desenvolverem Luto Complicado e perturbações psiquiátricas, como a depressão e o Pós-Stress Traumático.

Dificuldades de Regulação Emocional

Vários estudos têm salientado o facto de as respostas emocionais desadequadas estarem implicadas em diversas formas de psicopatologia (Campbell-Sills & Barlow, 2007; Mullin & Hinshaw, 2007; Linehan & Bohus, 2007; Sher & Grekin, 2007), em dificuldades sociais, (Wranik, Barrett, & Salovey, 2007; Eisenberg, Hofer, & Vaughan, 2007; Shaver & Mikulincer, 2007), e ainda na própria saúde do indivíduo (Sapolsky, 2007). Efectivamente, estes aspectos dependem muito da capacidade de cada um em regular as suas próprias emoções (Gross, 2007).

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

O processo de Regulação Emocional inclui um conjunto de estratégias às quais o indivíduo recorre, com o objectivo de aumentar, manter ou diminuir as componentes de uma determinada resposta emocional (Gross, 1999).

Alguns autores têm defendido a existência de algumas estratégias positivas de Regulação Emocional, como a reavaliação cognitiva, a resolução de problemas e a aceitação (Gross, 1998).

Pelo contrário, existem algumas estratégias consideradas desadaptativas, sendo que as mais importantes consistem na supressão expressiva (Balzarotti, John, & Gross, 2010), o evitamento e a ruminação (Aldao et al., 2010).

A presença de emoções intensas após a perda de um ente querido parece ser transversal em todas as culturas, sendo que esse aspecto por si só, não é um indicador da presença de psicopatologia. De facto, alguns dos sintomas associados à perda, são necessários para o processo emocional, uma vez que implicam o confronto com a realidade da perda facilitando a sua adaptação (Boelen, Bout & Hout, 2003).

Deste modo, alguns autores consideram que a capacidade de Regulação Emocional é um preditor importante no bem-estar emocional e na adaptação à perda (Bonanno, 2001; Znoj & Keller, 2002).

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

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

Deste modo, a Regulação Emocional desempenha um papel fundamental na adaptação a eventos considerados traumáticos, (Lazarus, 1991; Gross & Muñoz, 1995; Keltner, Moffitt, & Stouthamer-Loeber, 1995), como se verifica ser o caso da perda de um elemento significativo, especialmente a perda de um filho (Bonnano & Keltner, 1997). Tendo em vista o processo que os Pais que perdem filhos enfrentam e o modo como a Regulação das suas Emoções pode interferir na adaptação a este acontecimento, o presente estudo tem como principais objectivos: (a) caracterizar a amostra relativamente à perda; (b) descrever e comparar a sintomatologia de Luto Complicado e de Pós-Stress Traumático, entre Pais que perderam filhos e indivíduos que perderam outro elemento significativo; (c) descrever as correlações entre Dificuldades de Regulação Emocional, Luto Complicado e Sintomatologia Traumática, em Pais que perderam filhos e comparar com as correlações obtidas nos indivíduos que perderam um elemento significativo e ainda (d) a clarificação do papel preditor das Dificuldades de Regulação Emocional no Luto Complicado e na Sintomatologia Traumática.

Método

Amostra

A amostra é constituída por 119 adultos, tendo sido separada em dois grupos, o grupo 1 constituído por Pais que perderam filhos, e o grupo 2 constituído por indivíduos que perderam outro elemento significativo.

A recolha da amostra foi realizada no Hospital de São João, E.P.E, no Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E. – Guimarães, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. - Penafiel, na Associação “A Nossa Âncora” e no Centro de Respostas Integradas Porto Oriental Equipa Técnica de Gondomar.

Foram incluídos na amostra, indivíduos habilitados com pelo menos o 4º ano de escolaridade e com história de perda de um elemento significativo nas suas vidas.

O grupo 1 é constituído por 19 Pais adultos que perderam os filhos, 14 do sexo feminino (73,7%) e 5 do sexo masculino (26,3%). Quanto ao estado civil, 18 encontram-se casados (94,7%), e 1 divorciado (5,3%). Acerca das habilitações literárias dos participantes, verifica-se que 9 (47,4%) frequentaram até ao 2º ciclo de escolaridade, 4 (21,1%) têm o 3º ciclo, 3 (15,8%) possuem uma licenciatura, 2 (10,5%) têm o 1º ciclo, e 1 (5,3%) frequentou até ao 12º ano de escolaridade. No que diz respeito à actividade profissional desempenhada pelos participantes, verifica-se que 10 (52,6%) encontram-se empregados, 5 (26,3%) estão desempregados, e 4 (21,1%) são estudantes.

O grupo 2 é constituído por 100 adultos, 57 mulheres (57%) e 43 homens (43%), com uma idade média de (40,69) anos ($SD=11,69$). Relativamente ao estado civil, 51 participantes são casados (51%), 28 são solteiros (28%), 12 são divorciados (12%) e 9 são viúvos (9%). No que se refere às habilitações literárias, 39 participantes (39%) têm o segundo ciclo de escolaridade, 27 (27%) possuem o primeiro ciclo, 21 (21%) frequentaram até o terceiro ciclo, 6 (6%) concluíram o secundário, outros 6 (6%)

possuem uma licenciatura e 1 (1%) possui um bacharelato. Relativamente à actividade profissional desempenhada pelos participantes, 55 (55%) encontram-se empregados, 34 (34%) estão desempregados, 8 (8%) apresentam-se reformados e 3 (3%) são actualmente estudantes (*ver tabela 1*).

Tabela 11
Características sociodemográficas da amostra (N=119)

Características	Grupo 1				Grupo 2				df	χ^2	p
	n	%	M	SD	n	%	M	SD			
Sexo ^a	19				100				1	,174	
Feminino	14	73,7			57	57					
Masculino	5	26,3			43	43					
Idade ^b			51,11	10,88			40,69	11,69			0,46
Estado Civil ^a									3	,005**	
Solteiro					28	28					
Casado	18	94,7			51	51					
Divorciado	1	5,3			12	12					
Viúvo					9	9					
Habilitações Literárias ^a									5	,509	
1ºCiclo	2	10,5			27	27					
2ºCiclo	9	47,4			39	39					
3ºCiclo	4	21,1			21	21					
Secundário	1	5,3			6	6					
Bacharelato	-	-			1	1					
Licenciatura	3	15,8			6	6					
Profissão ^a									3	,312	
Empregado	10	52,6			55	55					
Desempregado	5	26,3			34	34					
Reformado	4	21,1			8	8					
Estudante	-	-			3	3					

Note. ^a Teste qui-quadrado, ^b Teste U Mann-Whitney

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

A análise das variáveis categoriais foi realizada através do Teste qui-quadrado. As diferenças entre os grupos no que se refere às variáveis contínuas foram analisadas através do teste U de Mann-Whitney. O estado civil foi a única variável estatisticamente significativa (P=0,005), facto que é resultado directo da condição de separação de

grupos, dado que aqueles que perderam Filhos têm menor probabilidade de serem solteiros ou viúvos.

Instrumentos

A recolha de dados foi realizada através do recurso a questionários de auto-resposta, constituídos por duas partes distintas. A primeira parte correspondia a um questionário sócio-demográfico construído pelos investigadores, enquanto que a segunda parte foi constituída pelas versões Portuguesas dos seguintes instrumentos de avaliação:

Inventory of Complicated Grief (ICG) (Prigerson, Maciejewski et al., 1995; Frade, Sousa, Pacheco, & Rocha, 2009); *Impact of Event Scale -Revised (IES-R)* (Castanheira, Vieira, Glory, Afonso & Rocha, 2007) e o *Difficulties in Emotion Regulation Scale (EDRS)* (Gratz & Roemer, 2004; Coutinho et al., 2010). Estes instrumentos tinham como objectivo avaliar a sintomatologia do Luto Complicado e a Sintomatologia Traumática, bem como avaliar as Dificuldades de Regulação Emocional.

O *Questionário Sócio-demográfico* foi constituído por questões que pretendiam identificar o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias e a profissão dos indivíduos enlutados. Existiam inclusive questões relacionadas com a perda, como, o grau de parentesco do falecido, a causa da morte e o tipo de morte.

O *Inventory of Complicated Grief (ICG)* consiste num inventário que tem como objectivo avaliar a sintomatologia de Luto Complicado e é constituído por 30 itens. Os itens que constituem o ICG estão relacionados com as cognições, emoções e comportamentos que definem o luto complicado. Os estudos de validação revelam que o instrumento apresenta qualidades psicométricas adequadas, possuindo um valor do α de Cronbach de 0,914 (Frade et al., 2009). É possível com este inventário diferenciar o

Luto Complicado (ICG *score* total ≥ 25) do Luto não complicado (Prigerson, Maciejewski et al., 1995).

A versão Portuguesa do *Impact of Event Scale – Revised* consiste numa escala que avalia a reacção traumática a um evento específico, e é constituído por 22 itens, respondidos através de uma escala de *likert* de 0 a 4. O IES-R possui quatro subescalas, denominadas de: Evitamento, Intrusão, Hipervigilância e Embotamento Afectivo. Estas subescalas avaliam sintomas como irritabilidade, agressividade, dificuldades de concentração, entre outras, através dos quais é possível avaliar o impacto de um evento traumático, como por exemplo a perda de alguém significativo. O ponto de corte utilizado para identificar a presença de perturbação de Pós-stress traumático é (IES-R *score* total ≥ 35) e 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), tem como objectivo avaliar as Dificuldades de Regulação Emocional. É constituída por 36 itens que deverão ser respondidos através de uma escala de *likert* de 1 a 5 valores, em que 1 corresponde a “Raramente” e 5 a “Sempre”. São categorizados seis dimensões, sendo elas a Não aceitação das Respostas Emocionais (Não Aceitação), as Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (Objectivos), as Dificuldades no Controlo de Impulsos (Impulsos), a Falta de Consciência Emocional (Consciência), o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (Estratégias) e a Falta de Clareza Emocional (Clareza). O valor do α de *Cronbach* da escala é de 0,93 (Coutinho et al., 2010; Gratz & Roemer, 2004).

Procedimento

Com o intuito de concretizar os objectivos acima referidos, iniciou-se a elaboração do protocolo de avaliação, constituído pelo questionário sociodemográfico e os três instrumentos descritos anteriormente (ICG, IES-R e DERS).

As autorizações formais, necessárias para a realização da investigação foram iniciadas através do pedido 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, todos situados no Norte do País.

Os participantes foram convidados a participar na presente investigação, tendo sido apresentado o consentimento informado e protocolo de avaliação, que foi preenchido com a ajuda do psicólogo estagiário do respectivo local. Uma vez preenchidos os questionários, todos os dados foram anonimizados e posteriormente inseridos numa base de dado e analisados através do programa informático *PASW Statistics 18*.

Resultados

a) Caracterização dos grupos relativamente à perda

A análise estatística dos dados sociodemográficos permitiu a caracterização da perda relativamente ao grau de parentesco do falecido, causa da morte e tipo de perda.

Relativamente ao grau de parentesco do falecido no grupo 1, verifica-se que os 19 participantes que o constituem, perderam os seus filhos (*ver tabela 2*).

Verifica-se que no grupo 2, 43% ($n=43$) dos indivíduos perderam os seus pais, 17% ($n=17$) perderam os seus avós, 16% ($n=16$) perderam um elemento da família alargada, 10% ($n=10$) perderam o conjugue e 2% ($n=2$) perderam irmãos (*ver tabela 2*).

Tabela 12

Grau de Parentesco do falecido nos grupos.

	Grupo 1 (n=19)		Grupo 2 (n=100)	
	n	%	n	%
Grau de parentesco do falecido				
Filhos	19	100		
Pais			43	43
Avós			17	17
Família alargada			16	16
Irmãos			12	12
Conjuge			10	10
Amigos			2	2

Relativamente ao grupo 1, a causa de morte mais assinalada foram os acidentes e envenenamentos 52,6 % (n=10), seguindo-se o cancro a 31,6 % (n=6), as doenças do sistema circulatório, o suicídio e outras causas, cada um correspondendo a 5,3% (n=1). O tipo de perda mais referido, relaciona-se com as perdas inesperadas, 78,9% (n=15), sendo que as perdas esperadas têm uma prevalência de 21,1% (n=4) (ver tabela 3).

Quanto à causa de morte, referida pelo grupo 2, encontra-se primeiro a morte devido a cancro com 40 % (n=40) de prevalência, seguindo-se os acidentes e envenenamentos com 20% (n=20), as doenças do aparelho circulatório 18% (n=18), as doenças do aparelho respiratório 4% (n=4), as doenças do aparelho digestivo igualmente com 4% (n=4), as doenças infecciosas e parasitárias 1% (n=1), a morte por suicídio 2% (n=2) e por fim, outras causas com 11% (n=11). O tipo de perda mais referido, relaciona-se com as perdas inesperadas, 55% (n=55), sendo que as perdas esperadas têm uma prevalência de 45% (n=45) (ver tabela 3).

Através do teste do qui-quadrado, verifica-se que existem diferenças significativas entre os grupos, quanto ao tipo de morte ($\chi^2=,043^*$) (ver tabela 3).

Tabela 13
Tipo e Causa Morte nos grupos.

	Grupo 1 (n=19)		Grupo 2 (n=100)		$\chi^2(1)$
	n	%	n	%	
Causa da Morte					
Cancro	6	31,6	40	40	
Acidentes e envenenamentos	10	52,6	20	20	
Doenças do aparelho circulatório	1	5,3	18	18	
Doenças do aparelho respiratório			4	4	
Doenças do aparelho digestivo			4	4	
Doenças infecciosas e parasitárias			1	1	
Suicídio	1	5,3	2	2	
Outras causas	1	5,3	11	11	
Tipo de Morte					
Inesperada	15	78,9	55	55	,043*
Esperada	4	21,1	45	45	

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

b) Prevalência de Luto Complicado e PTSD nos Pais que perderam Filhos

Para realizar a análise da prevalência do Luto Complicado e Pós-Stress Traumático em ambos os grupos, foi utilizado o ponto de corte sugerido pelos autores originais dos respectivos testes.

Relativamente ao grupo de Pais que perderam Filhos, foi possível verificar que ambas variáveis, Luto Complicado e Pós-Stress Traumático, possuem uma prevalência de 94,7% ($n=18$), enquanto que para os indivíduos que sofreram outra perda significativa, verificou-se uma prevalência do Luto Complicado de 75% ($n=75$), e uma prevalência de Pós-Stress Traumático de 84% ($n=84$) (ver tabela 4).

Na comparação das distribuições entre os dois grupos através do teste qui-quadrado, verifica-se que existem diferenças significativas entre o Luto complicado no grupo de Pais que perderam filhos no grupo de indivíduos que perderam um outro elemento significativo, no entanto, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos relativamente ao Pós-Stress Traumático (ver tabela 4).

Tabela 4

Diferenças significativas entre a prevalência de Luto Complicado e Pós-stress Traumático entre os Grupos 1 e 2.

	Grupo 1 (n=19)		Grupo 2 (n=100)		$\chi^2(1)$
	n	%	n	%	
Luto Complicado					,056*
Com LC	18	94,7	75	75	
Sem LC	1	5,3	15	15	
Pós-Stress Traumático					,220
Com PTSD	18	94,7	84	84	
Sem PTSD	1	5,3	16	16	

Nota.: LC = Luto Complicado

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

Com o objectivo de verificar se existiam diferenças significativas entre os grupos 1 e 2, relativamente às médias do ICG, IES-R Total e as suas dimensões, foi realizado o teste de Mann-Whitney U para amostras independentes.

Observa-se, para o ICG, uma diferença estatisticamente significativa ($,000$) entre a média do grupo de Pais que perderam os Filhos ($M=50,63$; $SD=14,87$) e a média do grupo 2 ($M=36,34$; $SD=16,69$).

Existe, igualmente, uma diferença estatisticamente significativa ($,010$) entre a média do IES-R do grupo 1 ($M=59,53$; $SD=16,61$) e do grupo 2 ($M=48,54$; $SD=18,62$).

Verificam-se, diferenças estatisticamente significativas nas médias de duas das dimensões do IES-R, designadamente: a hipervigilância ($,004$), que no grupo 1 possui $M=17,89$ ($SD=5,71$) e no grupo 2 apresenta $M=14,27$ ($SD=5,59$); e o embotamento afectivo ($,007$) que apresenta para o grupo de Pais que perderam os Filhos uma $M=5,05$ ($SD=2,78$) e para o grupo 2 uma $M=3,48$ ($SD=2,08$) (ver tabela 5).

Tabela 5

Variáveis descritivas contínuas e testes comparativos entre grupos

		<i>M</i>		<i>SD</i>	<i>U</i>
					<i>Significância</i>
ICG	Grupo 1	50,63	14,87		,000**
	Grupo 2	36,34	16,69		
IES-R Total	Grupo 1	59,53	16,61		,010**
	Grupo 2	48,54	18,62		
Evitamento	Grupo 1	9,68	5,53		,447
	Grupo 2	8,50	5,59		
Intrusão	Grupo 1	30,37	6,80		,780
	Grupo 2	29,89	6,12		
Hipervigilância	Grupo 1	17,89	5,71		,004**
	Grupo 2	14,27	5,59		
Embotamento Afectivo	Grupo 1	5,05	2,78		,007**
	Grupo 2	3,48	2,08		

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

c) Relação entre Dificuldades de Regulação Emocional, Luto Complicado e Sintomatologia Traumática

Relativamente à análise de correlações entre as Dificuldades de regulação Emocional e as variáveis Luto Complicado e Sintomatologia Traumática, observa-se, nos Pais que perderam Filhos, resultados significativos entre as DERS e o ICG (.75) e entre a DERS e o IES-R (.68) (*ver tabela 6*). É igualmente realizada a análise da correlação entre cada dimensão das Dificuldades de Regulação Emocional, com a sintomatologia de Luto Complicado e a Sintomatologia Traumática.

No grupo 1, verificam-se correlações positivas entre o ICG e as seguintes dimensões das Dificuldades de Regulação Emocional: Não aceitação das Respostas Emocionais (.61); Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (.79); Dificuldades no Controlo de Impulsos (.68); Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (.79) e Falta de Clareza Emocional (.49).

As correlações significativas encontradas entre o indicador de Sintomatologia Traumática e as várias dimensões da Regulação Emocional são: Não aceitação das Respostas Emocionais (,55); Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,77); Dificuldades no Controlo de Impulsos (,65) e Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,78).

Tabela 6

Correlações entre ICG, IES-R, Evitamento, Intrusão, Hipervigilância, Embotamento Afectivo e as Dimensões de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS), nos Grupos 1 e 2.

	DERS Total	Não-aceitação	Objectivos	Impulsos	Consciência	Estratégias	Clareza
<i>Grupo 1 (n=19)</i>							
ICG	,75**	,61**	,79**	,68**	,-18	,79**	,49**
IES-R	,68**	,54*	,77**	,65**	,-32	,78**	,36
<i>Grupo 2 (n=100)</i>							
ICG	,45**	,20	,51**	,42**	,12	,38**	,42**
IES-R	,41**	,20	,51**	,43**	,-02	,36**	,38**

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

Relativamente ao grupo 2, a análise de correlações entre as Dificuldades de Regulação Emocional com o Luto Complicado e a Sintomatologia Traumática, evidencia resultados significativos entre as DERS e o ICG (,45) e entre a DERS e o IES-R (,42). Contudo, apesar de em ambos os grupos existirem correlações estatisticamente significativas, no grupo de Pais de que perderam Filhos, os valores encontrados são visivelmente superiores aos apresentados pelo grupo 2, respectivamente (,75 e ,68). Verificou-se, no grupo 2, a existência de correlações estatisticamente significativas entre o ICG e as seguintes as dimensões da DERS: Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,51), Dificuldades no Controlo de Impulsos (,42), Falta de Consciência Emocional (,38) e ainda o Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (0,42). Comparativamente com as correlações com o ICG, encontradas no grupo de Pais que perderam Filhos, existem duas dimensões significativas para este

grupo que não são significativas para o grupo 2, nomeadamente a Não aceitação das Respostas Emocionais e a Falta de Clareza Emocional.

Verifica-se ainda que de forma semelhante ao que acontece com o grupo de Pais que perderam Filhos, a dimensão relacionada com a Falta de Consciência Emocional, não se apresenta significativa nenhuma das variáveis.

Foram encontrados resultados que correlacionam positivamente a Sintomatologia Traumática e as seguintes dimensões da DERS: Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (,51); Dificuldades no Controlo de Impulsos (,43); Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (,36) e Falta de Clareza Emocional (,38).

Verifica-se que a Falta de Clareza Emocional não apresenta resultados significativos nos Pais que perderam Filhos, e que a dimensão Não aceitação das Respostas Emocionais, não apresenta correlações com o ICG, no grupo 2, ao contrário do que acontece com o grupo de Pais em Luto.

Apesar de ambos os grupos apresentarem valores significativos nas correlações, o grupo de Pais que perderam filhos possuem valores claramente superiores, quando comparados com os indivíduos que sofreram outro tipo de perda.

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

Através de regressão linear múltipla verificamos que as Dificuldades de Regulação Emocional predizem 55,8% do Luto Complicado em Pais que perderam filhos (*ver tabela 7*) e 20,5% do Luto Complicado enquanto em outro tipo de perdas (*ver tabela 8*). Observa-se inclusive que as Dificuldades de Regulação Emocional predizem 45,6% (*ver tabela 7*) da Sintomatologia Traumática em Pais que perderam filhos, enquanto que para outro tipo de predizem 17,3% (*ver tabela 8*).

Tabela 7

Resumo do impacto das Dificuldades de Regulação Emocional no Luto Complicado e Sintomatologia Traumática do grupo 1.

Variáveis	LC			Sint. Traumática		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
DERS	,428	,092	,747**	,432	,114	,676**
R^2	,558			,456		

Nota. LC= Luto Complicado; Sint. Traumática = Sintomatologia Traumática. **p*

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

Tabela 8

Resumo do impacto das Dificuldades de Regulação Emocional no Luto Complicado e Sintomatologia Traumática do grupo 2.

Variáveis	LC			Sint. Traumática		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
DERS	,341	,068	,453**	,349	,077	,416**
R^2	,205			,173		

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

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

Discussão

A discussão dos resultados obtidos após a análise dos dados, permite-nos desenvolver algumas discussões, por um lado, acerca do que foi encontrado com a presente investigação, e por outro, acerca da sua relação com o que já vem descrito na literatura actual.

Os dados recolhidos permitem tirar algumas conclusões acerca da caracterização dos grupos, relativamente a vários aspectos relacionados com a perda.

Na verdade, a prevalência elevada de mortes traumáticas e inesperadas são aspectos considerados extremamente relevantes, uma vez que segundo Wijngaards-de Meij et al.

(2005), quando a morte de um Filho é inesperada e traumática, os níveis de Luto são significativamente mais elevados do que se acontecesse uma morte esperada, causada por uma doença como o cancro.

Relativamente à prevalência de Luto Complicado encontrado em ambos os grupos, verificam-se valores significativamente mais elevados em Pais que perderam Filhos, facto que, mais uma vez é corroborado pela revisão bibliográfica, que considera que o Luto mantém-se durante mais tempo e com mais intensidade, entre Pais que perderam Filhos, do que em outro tipo de perdas (Lichtenthal et al., 2010).

Do mesmo modo, foram encontradas prevalências mais elevadas de Pós-Stress Traumático no grupo de Pais que perderam Filhos, facto que igualmente é consolidado por alguns dos estudos realizados acerca do processo de Luto Parental (Murray et al., 2005; Rogers et al., 2008) que apoiam as conclusões de que uma grande percentagem de Pais que perderam Filhos, sofrem o risco de desenvolverem perturbações psiquiátricas como o Pós-Stress Traumático.

Quando comparadas as médias de sintomatologia de Luto Complicado e Traumática, encontram-se diferenças significativas entre o grupo de Pais que perderam Filhos e o grupo que sofreu outro tipo de perda significativa, sendo os Pais quem evidenciam valores mais elevados.

A prevalência de Luto Complicado e Pós-Stress Traumático nos Pais enlutados (94,7%), e a diferença significativa existente entre os grupos, relativamente às médias das sintomatologias, comprovam o que tem vindo a ser defendido pelos investigadores, que inserem esta população num grupo de elevado risco de virem a sofrer consequências extremamente devastadoras, em termos de intensidade e longevidade (Lichtenthal et al., 2010; Rogers et al., 2008;; Nolen-Hoeksema & Larson, 1999; Sanders, 1999).

Relativamente às correlações encontradas entre variáveis sintomatologia de Luto Complicado e Sintomatologia Traumática em Pais que sofreram a perda de Filhos, verifica-se que quanto mais elevados os níveis de sintomatologia de Luto Complicado, mais elevados os níveis de sintomatologia Traumática (Lichtenthal et al., 2004; Prigerson et al., 2009).

Assim, sugerimos que as Dificuldades de Regulação Emocional em quase todas as suas dimensões, possuem um papel importante no desenvolvimento de Luto Complicado e Sintomatologia Traumática, mais significativamente em Pais que perderam Filhos do que em outro tipo de perdas.

Relacionando o poder preditor no grupo de Pais que perderam filhos com o grupo de indivíduos que perderam outro elemento significativo, verifica-se que as Dificuldades de Regulação Emocional constituem um factor preditor importante no desenvolvimento do Luto Complicado, uma vez que permitem prever cerca de 55,8% desta perturbação em Pais que perderam filhos. Este valor +e bastante superior ao encontrado em indivíduos que sofreram a perda de outro elemento significativo (20,5%).

O mesmo se passa para a Sintomatologia Traumática, em que se verifica que as Dificuldades de Regulação Emocional têm um valor preditor mais elevado nos Pais em Luto (45,6%), do que em indivíduos que perderam outro elemento significativo (17,3%). Este facto consolida o que já havia sido constatado pela literatura, de que a Regulação Emocional desempenha um papel fundamental na adaptação a eventos considerados traumáticos, como é o caso da perda de um elemento significativo, especialmente a perda de um filho (Lazarus, 1991; Gross & Muñoz, 1995; Keltner, Moffitt, & Stouthamer-Loeber, 1995; Bonnano & Keltner, 1997).

Considerando todos os aspectos analisados ao longo da presente investigação, sugerimos que as Dificuldades de Regulação Emocional, possuem um papel importante

no desenvolvimento e predição de Luto Complicado e Sintomatologia Traumática, mais significativamente em Pais que perderam filhos do que em outro tipo de perdas.

Em conclusão, os resultados obtidos excederam todas as expectativas que criamos acerca da prevalência destas Perturbações em Pais enlutados, alertando assim para as consequências devastadoras que estão associadas a estes tipos de perdas em particular.

O facto de se verificarem maiores Dificuldades de Regulação Emocional em Pais que perderam Filhos do que em indivíduos que sofreram outro tipo de perdas, permite-nos sugerir que a intervenção nesta população é urgente e deve ser focada na tentativa de trabalhar as estratégias de Regulação Emocional que facilitem a adaptação à perda.

As limitações desta investigação encontram-se relacionadas com a amostra, que devido ao seu número reduzido não é representativa desta população no geral.

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

Bibliografia

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217-237.
- Arnold, J., Gemma, O., & Cushman, L. (2005). Exploring Parental Grief: Combining Quantitative and Qualitative Measures. *Archives of Psychiatric Nursing, 19*, (6), 245-255.
- Balzarotti, S., John, O., & Gross, J. (2010) An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 26*, (1) 61–67.
- Boelen, P., Bout, J., Hout, M. (2003). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 34*, 225–238.
- Boelen, P., Bout, J., Hout, M. (2006). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1657–1672.
- 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., & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of bereavement. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 126-137.

- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542–559). New York: Guilford Press.
- 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 Psiq Clín.*, 37, (4), 145-51.
- Eisenberg, N., Hofer, C., & Vaughan, J. (2007). Effortful control and its socioemotional consequences. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 287–306). New York: Guilford Press.
- Frade, B., Rocha, J., Sousa, H., Pacheco, D. (2009). Validation of Portuguese Version for Inventory of Complicated Grief. European Congress of Traumatic Stress, Oslo.
- Golden, A., Dalgleish, T. & Mackintosh, B. (2007). Levels of Specificity of Autobiographical Memories and of Biographical Memories of the Deceased in Bereaved Individuals With and Without Complicated Grief. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 4, 786–795.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Gratz K., & Roemer L. (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal Psychopathol Behav Assess.* 26, 41-54.
- 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.
- Instituto Nacional de Estatística (2010). *Tábuas de mortalidade para Portugal – 2007 – 2009*. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=83112751&DESTAQUESmodo=2
- Keltner, D., Moffitt, T., & Stouthamer-Loeber, M. (1995). Facial expressions emotion and psychopathology in adolescent boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 644-652.
- Klass, D. (2001). The inner representation of the dead child in the psychic and social narratives of bereaved parents. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 77–94). Washington, DC: American Psychological Association.

Kreicbergs, U., Lannen, P., Onelov, E., & Wolfe, J. (2007). Parental grief after losing a child to cancer: Impact of professional and social support on long-term outcomes. *Journal of Clinical Oncology*, 25 (22), 3307–3312.

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 the DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.

Lichtenthal, W., Currier, J., Neimeyer, R., & Keesee, N. (2010). Sense and Significance: A Mixed Methods Examination of Meaning Making After the Loss of One's Child. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (7), 791-812.

Linehan, M., Bohus, M., & Lynch, T. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581–605). New York: Guilford Press.

Mullin, B., & Hinshaw, S. (2007). Emotion regulation and externalizing disorders in children and adolescents. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 523–541). New York: Guilford Press.

Murray, C., Toth, K., & Clinkinbeard, S. (2005). Death, dying and grief. In P.C. McKenry and S. Price (Eds.) *Families and change: Coping with stressful events*. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ, Erlbaum.

Prigerson, H., Ahmed, I., Silverman, G., Saxena, A., Maciejewski, P., Jacobs, S., et al. (2002). Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi. *Death Studies*. Manuscript submitted for publication.

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., Shear, M., Jacobs, S., Reynolds III, C., Maciejewski, P., Davidson, J. et al. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67–73.

Prigerson, H., & Maciejewski, P. (2005) A Call for Sound Empirical Testing and Evaluation of Criteria for Complicated Grief Proposed for DSM-V. *Omega: Journal of Death & Dying*, 52, (1).

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.

Prigerson, H., Vanderwerker, L., & Maciejewski, P. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances*

in theory and intervention (pp. 165–186). Washington, DC, American Psychological Association.

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.

Rogers, C., Floyd, F., Seltzer, M., Greenberg, J., & Hong, J. (2008). Long-Term Effects of the Death of a Child on Parents' Adjustment in Midlife. *Journal of Family Psychology*, 22, (2), 203-211.

Sapolsky, R. M. (2007). Stress, stress-related disease, and emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 606–615). New York: Guilford Press.

Shaver, P., & Mikulincer, M. (2007). Adult attachment strategies and the regulation of emotion. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 446–465). New York: Guilford Press.

Shear, K., Frank, E., Houck, P., & Reynolds C. (2005). Treatment of Complicated Grief: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2601-2608

Stroebe, M., & Hansson, R. (2001). *Handbook of Bereavement Research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association.

Talbot, K. (1997). Mothers now childless: Survival after the death of an only child. *The Journal of Death and Dying*, 34, 177–189.

- Tichey, C., & Dollander, M. (2007). Maternal Resilience and Chronic Depression in Mourning for a Child: A Preliminary Case-Based Analysis. *Rorschachiana* 28, 16–35.
- Wagner, B. (2006). *Internet-based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief*. (Unpublished doctoral dissertation). University of Zurich: Zurich.
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., Bout, J., Heijden, P., et al. (2005). Couples at Risk Following the Death of Their Child: Predictors of Grief Versus Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, (4), 617–623.
- Wranik, T., Barrett, L., & Salovey, P. (2007). Intelligent emotion regulation: Is knowledge power? In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 393–407). New York: Guilford Press.
- Znoj, H. J., & Keller, D. (2002). Mourning parents: Considering safeguards and their relation to health. *Death Studies*, 26, 545–565.

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

II CONGRESSO BIENAL ORASI

CRISE E TRAUMA NO SÉC. XXI

Porto, 05 e 06 de Novembro de 2010

PROPOSTA DE ABSTRACT

IDENTIFICAÇÃO DO PRIMEIRO AUTOR	
Nome Completo	Elisabete Rodrigues Ferreira
Serviço/ Instituição	UnIPSa – CICS, CESPU
E-mail	beta_cespu@hotmail.com
Telefone	-
Telemóvel	917858328
Fax	-
Morada Completa para correspondência	Rua da Estrada nº14 Irivo 4560-173 Penafiel
IDENTIFICAÇÃO DOS OUTROS AUTORES - Primeiro e último nome seguido do Serviço/ instituição. ex. Pereira, Pedro; Serviço de Psicologia da Santa Casa XYZ)	
Autor 2	Rocha, José; UnIPSa – CICS, CESPU
Autor 3	Silva, Tânia; UnIPSa – CICS, CESPU
Autor 4	Moreira, Fábio; UnIPSa – CICS, CESPU
Autor 5	Gonçalves, Catarina; UnIPSa – CICS, CESPU
Autor 6	
TÍTULO DO TRABALHO (máximo de 160 caracteres)	
Luto Complicado e Regulação Emocional em Pais que perderam Filhos	
ABSTRACT/ RESUMO (Máximo de 2.000 caracteres, já incluindo espaços)	
<p>Em Portugal, anualmente, perdem a vida 1769 pessoas com idades entre 0 e 35 anos. A morte de um filho é um acontecimento possivelmente traumático, que pode ser associado a problemas de saúde mental graves como depressão, ansiedade e/ou Pós-stress Traumático (PST). Vários estudos indicam que a morte de um filho prediz mais elevados níveis de Luto Complicado (LC) do que outro tipo de perdas, contudo, não se conhece o efeito relativo de variáveis de Dificuldades de Regulação Emocional (DRE) neste processo adaptativo.</p> <p>Os objectivos são (1) caracterizar a sintomatologia de LC e de PST após a perda de um filho, através de médias e prevalências; (2) comparar as sintomatologias decorrentes da morte de um filho com os efeitos da morte de outro elemento significativo, bem como comparar o impacto que as covariáveis (DRE) têm no LC e no PST.</p> <p>Foram avaliados 119 adultos com idade média de 42,36 ($SD=12,14$) que perderam um elemento significativo, dos quais, 19 perderam filhos. Foram utilizados os instrumentos: Escala de DRE, Escala de Impacto de Eventos Revista e a Escala de LC.</p> <p>Observamos que 94,7% dos participantes com perda de filho têm sintomatologia de LC</p>	

(ICG>24), enquanto nos casos com outros tipos de perdas verificamos uma prevalência de LC de 75%, sendo a diferença estatisticamente significativa. Observamos igualmente uma prevalência de 94,7% de PST (IES-R>34) nos pais em luto.

Quatro dos seis factores de DRE têm correlações elevadas quer com a sintomatologia de LC como de ST: Não experiênciação de activação emocional ($r=,65$ e $r=,54$) e dificuldades de compreensão da resposta emocional ($r=,79$ e $r=,77$), não aceitação da resposta emocional ($r=,68$ e $r=,65$) e dificuldades de compreensão da resposta emocional ($r=,77$ e $r=,81$). Numa regressão linear múltipla, os valores totais de DRE predizem o LC ($R^2=,56$) nos casos de pais que perderam filhos.

Estes resultados permitem verificar a elevada prevalência de LC e PST, bem como a importância da DRE na predição do LC em pais enlutados.

FORMA DE APRESENTAÇÃO PRETENDIDA (coloque uma cruz no formato pretendido)

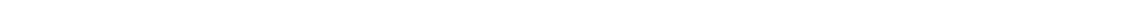
Comunicação	Póster (<i>altura 1,5 m; largura 0,90m</i>)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso tenha algum gráfico ou tabela a anexar, coloque-a neste ficheiro.

DEPOIS DE PREENCHIDA ESTA FICHA, ENVIE-A POR E-MAIL PARA
geral@orasi.pt ou orasiformacao@gmail.com

DATA 30/07/2010

Anexo V: Curriculum Vitae





Europass-Curriculum Vitae

Informação pessoal

Apelido(s) / Nome(s) próprio(s) **Ferreira, Elisabete Rodrigues**
Morada(s) Rua da Estrada, n.º14
4560-171 Irivo, Penafiel, Portugal
Telefone(s) -
Correio(s) electrónico(s) beta_cespu@hotmail.com
Nacionalidade Portuguesa
Data de nascimento 14.07.1986
Sexo Feminino

Telemóvel: 917858328



Emprego pretendido / Área funcional

Área de Psicologia

Experiência profissional

Datas	Outubro de 2009 a Julho de 2010
Função ou cargo ocupado	Psicóloga Estagiária
Principais actividades e responsabilidades	Consulta de Psicologia Pediátrica Consulta de Desenvolvimento Avaliação e Intervenção no Serviço de Hematologia e Oncologia Pediátrica
Nome e morada do empregador	Hospital de São João, E.P.E. Alameda Professor Hernâni Monteiro, 4200-329 Porto Portugal
Tipo de empresa ou sector	Entidade Pública Empresarial
Datas	2003 (Julho e Agosto) 2004 (Julho e Agosto)
Função ou cargo ocupado	Assistente do projecto "Música a Brincar"
Principais actividades e responsabilidades	Dinamizar os vários grupos de crianças; Incentivar o convívio entre elas e o gosto pela música; Ensino de diversos repertórios instrumentais e vocais.
Nome e morada do empregador	Associação Coro Gregoriano de Penafiel Rua do Passeio Alegre n.º 20, Porto
Tipo de empresa ou sector	Associação Coro Gregoriano de Penafiel

Educação e formação

Datas Setembro 2008 – Outubro de 2010
Designação da qualificação atribuída **Mestre 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 e tipo da organização de ensino ou formação	Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte (ISCS-N)																																								
Datas	10 de Outubro de 2008 – 21 de Janeiro de 2009																																								
Designação da qualificação atribuída	Formadora com CAP (114 horas)																																								
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Inforfiel – Formação Profissional, Lda.																																								
Nível segundo a classificação nacional ou internacional	Formação Pedagógica Inicial de Formadores.																																								
Datas	Setembro 2005 – Junho 2008																																								
Designação da qualificação atribuída	Licenciada em Psicologia e Saúde																																								
Principais disciplinas/competências profissionais	Domínio das Ciências Básicas Anatomia/ Neuroanatomia; Bioquímica Geral/ Bioquímica Metabólica; Biologia Celular/ Histologia; Fisiologia/ Genética Domínio da Psicologia Clínica Psicopatologia Geral; Avaliação Psicológica; Diagnóstico Clínico; Modelos de Intervenção Psicológica; Psicologia do Desenvolvimento; Psicofisiologia; Investigação em Psicologia																																								
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte																																								
Outra (s) língua (s)																																									
Auto-avaliação																																									
Nível europeu (*)																																									
Inglês																																									
Francês																																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Compreensão</th> <th colspan="4">Conversaço</th> <th colspan="2">Escrita</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Compreensão oral</th> <th colspan="2">Leitura</th> <th colspan="2">Interacção oral</th> <th colspan="2">Produção oral</th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C1</td> <td>Utilizador Experiente</td> <td>B2</td> <td>Utilizador Independente</td> <td>B1</td> <td>Utilizador Independente</td> <td>B1</td> <td>Utilizador Independente</td> <td>B1</td> <td>Utilizador Independente</td> </tr> <tr> <td>B2</td> <td>Utilizador Independente</td> <td>A2</td> <td>Utilizador Elementar</td> <td>A2</td> <td>Utilizador Elementar</td> <td>A2</td> <td>Utilizador Elementar</td> <td>A2</td> <td>Utilizador Elementar</td> </tr> </tbody> </table>	Compreensão				Conversaço				Escrita		Compreensão oral		Leitura		Interacção oral		Produção oral				C1	Utilizador Experiente	B2	Utilizador Independente	B1	Utilizador Independente	B1	Utilizador Independente	B1	Utilizador Independente	B2	Utilizador Independente	A2	Utilizador Elementar	A2	Utilizador Elementar	A2	Utilizador Elementar	A2	Utilizador Elementar
Compreensão				Conversaço				Escrita																																	
Compreensão oral		Leitura		Interacção oral		Produção oral																																			
C1	Utilizador Experiente	B2	Utilizador Independente	B1	Utilizador Independente	B1	Utilizador Independente	B1	Utilizador Independente																																
B2	Utilizador Independente	A2	Utilizador Elementar	A2	Utilizador Elementar	A2	Utilizador Elementar	A2	Utilizador Elementar																																
	(*) Nível do Quadro Europeu Comum de Referência (CECR)																																								
Aptidões e competências sociais	Experiência e interesse em trabalhos de equipa adquiridos ao longo da formação académica Competência em comunicações orais e escritas																																								
Aptidões e competências de organização	Capacidades de liderança, iniciativa e planeamento adquiridas em contexto académico e pessoal através da ocupação do cargo de Vice-Presidente da comissão de curso de Psicologia nos anos 2008/2009. Elaboração de projectos com especial cuidado no cumprimento de prazos.																																								
Aptidões e competências técnicas	Avaliação Psicológica (Testes Psicométricos)																																								

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 <i>PASW Statistics 18</i> . Competências adquiridas com Experiência Diária e Curso de Informática.
Aptidões e competências artísticas	Conhecimentos de piano adquiridos numa academia de música ao longo de 8 anos.
Carta de condução	Carta de veículos ligeiros (B)
Informação adicional	<p>Comunicação Oral “Luto Complicado e Regulação Emocional em Pais que perderam os Filhos” Apresentado no II Congresso Bienal ORASI: “A Crise e Trauma no Séc. XXI” Ferreira, E., Rocha, J., Silva, T., Gonçalves, C., & Moreira, F. 06 de Novembro de 2010, Hotel Vila Galé, Porto.</p> <p>Comunicação Oral em colaboração “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 2010, Centro de Congressos e Exposições da Alfândega do Porto (ISCS-N).</p> <p>Poster em colaboração: “Luto Complicado e Regulação Emocional em Doentes Psiquiátricos” Silva, T., Rocha, J., Ferreira, E., Gonçalves, C., & Moreira, F. Apresentado no II Congresso Bienal ORASI: “A Crise e Trauma no Séc. XXI”.</p> <p>“Narrativa protótipo do Luto Complicado” Moreira, F., Ferreira, E., Gonçalves, C., Silva, T., & Rocha, J. Apresentado no II Congresso Bienal ORASI: “A Crise e Trauma no Séc. XXI”.</p> <p>“Luto Complicado e Regulação Emocional em Toxicodependentes” Gonçalves, C., Rocha, J., Silva, T., Ferreira, E., & Moreira, F. Apresentado no II Congresso Bienal ORASI: “A Crise e Trauma no Séc. XXI”.</p> <p>Workshop’s Frequentados “Dependência Sexual” realizado no dia 20 de Novembro de 2006 no Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte (ISCS-N)</p> <p>Participação em Seminário “Abuso Sexual de Menores” realizado no dia 8 de Setembro de 2006 (ISCS-N)</p> <p>Participação em Conferência “Dilemas do Fim de Vida: A medicina intensiva e o estado vegetativo persistente” realizado no dia 29 de Outubro de 2008 (ISCS-N).</p> <p>Participação em Congressos 1. XI Jornadas de Psicologia subordinadas ao tema “Emoções e Comportamentos” 29 e 30 de Abril de 2009, Centro de Congressos e Exposições da Alfândega do Porto (ISCS-N).</p>

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).