

JOANA FILIPA DUARTE FEIO

**DEPRESSÃO, VINCULAÇÃO E RELAÇÕES
AMOROSAS DE PESSOAS EM LUTO**

Orientadora: Fernanda Salvaterra

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2012

JOANA FILIPA DUARTE FEIO

**DEPRESSÃO, VINCULAÇÃO E RELAÇÕES
AMOROSAS DE PESSOAS EM LUTO**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre no curso de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Professora Doutora Fernanda Salvaterra

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2012

Agradecimentos

Agradeço à Professora Doutora Maria Fernanda Salvaterra por toda a disponibilidade prestada ao longo destes meses, pela sua compreensão e paciência passo a passo na elaboração da minha dissertação.

À minha mãe, que sempre me apoiou, investindo em mim e acreditando nas minhas capacidades e na pessoa que sou, ajudando a que chega-se até aqui.

Ao meu namorado, por todo o apoio ao longo destes anos, por me ajudar nas alturas de maior aflição, pelo apoio e pela compreensão.

A toda a minha família, que me apoiaram nesta fase da minha vida. Obrigada a todos.

Ao Excelentíssimo Senhor Presidente da Direcção da associação de São Gonçalo: Lar Nossa Senhora do Carmo Sr. Juvenal Martinho e ao Excelentíssimo Senhor Presidente da Direcção da associação Desportiva, Recreativa e Cultural de Monte Redondo, por se mostrarem disponíveis.

Obrigado aos utentes das instituições e a todos aqueles que não estavam institucionalizados, que permitiram a recolha dos dados para a dissertação, por estarem dispostos a ajudar-me mesmo sendo um tema que lhes causava sofrimento, a todos eles agradeço do fundo do coração.

Às minhas queridas amigas que me apoiaram ao longo destes anos, com as quais caminhei e cresci, como profissional e como mulher, obrigada a todas.

À memória do meu pai, por ele, para ele e com ele.

Resumo

Esta investigação procurou compreender a relação entre a depressão e vinculação nas relações amorosas de pessoas em luto por morte do cônjuge.

Participaram neste estudo 107 indivíduos viúvos entre os 45 e os 96 anos de idade, 23 do género masculino e 84 do género feminino.

Para avaliar as variáveis deste estudo, os instrumentos utilizados foram: Escala de Vinculação do Adulto – EVA, de modo a avaliar a vinculação nos adultos, o Inventário Depressivo de Beck – BDI, para avaliação da sintomatologia depressiva, e um questionário de relações amorosas construído de modo a compreender-se a relação existente com o cônjuge falecido.

Os resultados obtidos nesta investigação quanto ao tempo de viuvez, e a duração da relação amorosa para com a depressão, vinculação e relação amorosa não foram conclusivos.

No entanto os resultados evidenciaram que o padrão de vinculação inseguro se relaciona negativamente com a depressão, assim como a depressão aumenta com a idade.

Ainda assim pode-se concluir que há uma relação entre a depressão e a qualidade da vinculação bem como entre estas e a relação amorosa.

Palavras-chave: Vinculação, Depressão, Relações amorosas, Luto por morte do cônjuge.

Abstract

This research sought to understand the relationship between depression and attachment in romantic relationships of people mourning the death of a spouse.

107 individuals participated in this study were widowed between 45 and 96 years old, 23 of them males and 84 females.

To evaluate the variables the instruments used were: the Adult Attachment Scale-VAS in order to evaluate the binding in adults, The Beck Depression Inventory-BDI to assess depressive symptoms, and a questionnaire Love relations constructed to understand the relationship with the deceased spouse.

The results obtained in this investigation as to the time of widowhood, and duration of depression relationship, bonding and loving relationship were inconclusive.

However the results showed that the pattern of binding relates negatively with anxious depression, and depression increases with age.

Still can conclude that there is a relationship between depression, and quality of attachment as well as between them and the relationship.

Keywords: Attachment, depression, relationships, grief for death of spouse.

Lista de Abreviaturas

APA – *American Psychological Association*
BDI – *Inventário Depressivo ou de Depressão de Beck*
CID – *Classificação Internacional de Doenças*
DEPRES – *Depression Research in European Society*
DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
EVA – *Escala de Vinculação do Adulto*
MID – *Modelos internos dinâmicos*
OMS – *Organização Mundial de saúde*
RA – *Relações Amorosas*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	9
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
CAPÍTULO I – VINCULAÇÃO	12
1. CONCEITOS GERAIS DA TEORIA DA VINCULAÇÃO	13
1.1 Sistema comportamental de vinculação	14
1.2 Padrões de vinculação.....	16
1.3 Modelos dinâmicos internos	18
2.VINCULAÇÃO NA IDADE ADULTA	21
3.RELAÇÃO ENTRE VINCULAÇÃO E DEPRESSÃO	24
CAPÍTULO II – DEPRESSÃO	26
1. PERSPECTIVA HISTÓRICA DA DEPRESSÃO	27
2. DEFINIÇÃO E EVOLUÇÃO DA DEPRESSÃO.....	30
3. SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO NOSOLÓGICOS DA DEPRESSÃO.....	32
4. INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA NA DEPRESSÃO	35
5. DEPRESSÃO E MORTE DO CÔNJUGE.....	38
CAPÍTULO III – LUTO POR MORTE NO CÔNJUGE	41
1. DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LUTO	42
1.1.Processo de luto	42
1.2. Fases no processo de luto	46
2. MORTE DO CÔNJUGE: VINCULAÇÃO E RELAÇÃO AMOROSA	48
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	51
I-MÉTODO	52
1.OBJETIVOS	52
2.PARTICIPANTES.....	52
3.MEDIDAS	54
3.1. Questionário Sociodemográfico.....	54
3.2. Escala de vinculação no adulto (EVA)	55
3.3. Inventário depressivo ou de depressão de Beck.....	56
4.PROCEDIMENTO	58
II – RESULTADOS.....	59
III – DISCUSSÃO	64
CONCLUSÃO	68
REFERENCIAS CITADAS	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70

ANEXOS	I
ANEXO I.....	II
CONSENTIMENTOS.....	II
ANEXO II	V
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO	V

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1.</i> Caracterização sociodemográfica da Amostra	52
<i>Tabela 2.</i> Caracterização sociodemográfica da Amostra por Géneros nas dimensões quantitativas	53
<i>Tabela 3.</i> Normalidade das dimensões através do teste Kolmogorov-Smirnov.....	58
<i>Tabela 4</i> Diferenças entre as dimensões da variável RA, com quem vive.....	59
<i>Tabela 5.</i> Diferenças entre as dimensões das variáveis EVA e BDIT com a caracterização da relação.....	60
<i>Tabela 6.</i> Diferenças entre a variável RA com a caracterização da relação.....	60
<i>Tabela 7.</i> Correlações entre as dimensões da EVA, RA e BDIT.....	61
<i>Tabela 8.</i> Correlações entre as dimensões do BDIT e dimensões de RA	62
<i>Tabela 9.</i> Correlações entre as dimensões EVA, RA e BDIT com a idade, duração da relação e tempo de viuvez.....	62

Introdução

Naturalmente a vida pode ser vista como um caminho que se segue ao longo dos tempos em que normalmente há uma evolução quer a nível emocional, físico, social e cognitivo, variando consoante os padrões de vinculação do indivíduo. Neste sentido, a vinculação na idade adulta envolve múltiplos e complexos sistemas que regulam o comportamento, a emoção e as relações interpessoais do indivíduo (Feeney, 2008).

A perda do cônjuge é algo que um dos cônjuges poderá ter que enfrentar, e vai ser um acontecimento que influencia o equilíbrio do indivíduo.

Essa perda poderá ser encarada de forma normal ou de forma patológica e os sentimentos associados ao luto podem, precipitar, manter, dificultar ou até ajudar a resolver a crise instalada (Bonanno, 2001).

Muito do que sabemos acerca da perda, limita-se ao conhecimento de como as pessoas lidam com a morte do cônjuge ou de um parente próximo (Bonanno, 2001), em que muitos comportamentos de luto podem ser confundidos com manifestações depressivas.

Contudo, luto e depressão não são sinónimos. O facto de se sofrer uma perda e de se atravessar um luto não significa que se vá sofrer, obrigatoriamente, uma depressão. (Kaplan & Sadock, 1996)

Ainda assim o luto tem sentimentos semelhantes á depressão podendo mesmo levar á sua origem, quer após a perda ou quando esta é recordada mais tarde (Klerman, 1981 citado por Worden, 1998).

Deste modo, o estudo da depressão e da vinculação em pessoas que se encontram em luto por morte do seu cônjuge torna-se bastante pertinente, na medida em que tenta compreender como o indivíduo enlutado reagiu a essa perda.

A presente investigação tem como principal objetivo analisar a relação entre a depressão, vinculação e relações amorosas de pessoas em luto pela morte do cônjuge pretendendo-se caracterizar e compreender a ligação existente entre estas variáveis.

Esta investigação encontra-se organizada em duas partes, nomeadamente, o enquadramento teórico e o estudo empírico, sendo que a primeira está dividida em três capítulos.

O primeiro capítulo refere-se à vinculação e a todos os aspetos relativos à mesma, onde são abordados os conceitos gerais da teoria da vinculação e os conceitos mais específicos como o sistema comportamental de vinculação, padrões de vinculação e modelos

dinâmicos internos. Neste capítulo é também abordada a vinculação na idade adulta assim como a relação entre a vinculação e depressão.

No segundo capítulo é abordada a depressão, especificamente a sua perspetiva histórica, a sua definição e como esta tem evoluído. São apresentados os sistemas de classificação nosológicos atualmente, e são ainda apresentados alguns estudos que indicam a incidência e a prevalência da depressão. Ainda no mesmo capítulo é descrito especificamente a ligação existente entre a depressão e a morte do cônjuge.

No capítulo três, a revisão da literatura apresentada aborda o luto por morte do cônjuge, sendo apresentada a definição e a caracterização do luto, assim como o processo de luto e as fases deste processo. É ainda explicada a vinculação e a relação amorosa por morte do cônjuge.

A segunda parte é dividida em três secções, na primeira é apresentada a metodologia onde são apresentados os objetivos do estudo assim como a descrição dos participantes, das medidas de avaliação e o procedimento utilizado.

Na segunda seção são descritos os resultados obtidos na investigação.

E por último, na terceira secção é feita uma reflexão dos resultados face aos objetivos do estudo, apresentando uma discussão dos resultados segundo os modelos teóricos em que esteve fundamentada esta investigação, assim como uma conclusão onde são descritas as limitações do estudo, bem como sugestões para estudos futuros na área.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Vinculação

1. Conceitos gerais da teoria da vinculação

A vinculação é considerada um constructo psicológico que dispõe de uma capacidade explicativa do desenvolvimento, da formação do “eu” e do comportamento humano, mostrando que o ser se desenvolve ao crescer, sentindo, pensando e comunicando com os outros (Soares, 2007).

A teoria da vinculação refere a necessidade que o Homem possui universalmente de desenvolver ligações afetivas de proximidade ao longo da sua existência com o objetivo de atingir segurança, permitindo uma exploração do eu, dos outros e do mundo com confiança (Ainsworth & Bowlby, 1991; Bowlby, 1969/91, 1973, 1980).

Esta teoria defende também, que existe uma capacidade para a criação de laços emocionais que tendem a formar um elemento determinante para o desenvolvimento e mesmo para um funcionamento psicológico, que procura assim contribuir para a compreensão das perturbações psicológicas, que se baseiam numa dissolução ou rutura que possa ser indesejada para os laços afetivos.

Ao referir a vinculação fala-se de John Bowlby investigador que possibilitou a formação de uma consciência coletiva que permitisse uma melhor compreensão da vinculação. O seu desenvolvimento científico foi marcado pela capacidade de integração de resultados de investigação, apoiada em diferentes áreas como a psiquiatria, psicanálise, psicologia, cibernética etologia e teoria da informação (Parkes & Stevenson-Hinde, 1982).

Bowlby através das suas ideias possibilitou compreender o desenvolvimento da ciência assim como permitiu que se olhasse e pensasse de outra forma sobre temáticas importantes, como a teoria da vinculação permitindo que se desenvolvesse uma das linhas de investigação mais criativa, profunda e inclusiva dos nossos tempos (Cassidy & Shaver, 1999).

Este autor revelou não acreditar que interações precoces que o bebé estabelece com a sua mãe sejam determinantes para um padrão de vinculação da criança eternamente (Bowlby, 1973). Fala-nos inicialmente de investigações na infância, para uma melhor compreensão das origens do desenvolvimento e a relevância da vinculação que vai ocorrer ao longo da vida do indivíduo.

Segundo Bowlby (1975) a vinculação pode explicar-se como uma forma de comportamento que resulta quando o bebé atinge ou mantém a proximidade com a mãe (ou com outra figura de substituição), quando esta é vista como mais forte e mais sábia incluindo comportamentos como, de chorar, agarrar, chamar, sorrir, cumprimentar, que são desenvolvidos durante o segundo trimestre da sua vida, tornando-se evidente que a partir dos

seis meses o bebé mostra através dos seus comportamentos que se identifica com outras figuras conhecidas para além da mãe, começando a explorar mais o ambiente que o envolve.

Porém, quando se encontra a sós com estranhos tornar-se mais angustiado, começando a contestar a ausência da mãe de forma a recuperar o contacto com ela. Esta resposta vai ocorrer durante o segundo e terceiro anos de vida, começando a diminuir lentamente (Bowlby, 1975).

Ainsworth (1982) refere que, a relação de vinculação vai desenvolver-se ao longo do tempo, sendo construída progressivamente. Relação de vinculação que se difere das outras relações sociais, definindo-se por quatro características particulares: a procura de proximidade, o conceito de base segura, a noção de comportamento de refúgio e as reacções marcadas perante a separação (Ainsworth, 1989).

Para Ainsworth (1969) quando é formado o laço, quer com a mãe quer com outra pessoa, este tende a durar. Refere também que a vinculação não é um termo aplicável a uma relação transitória ou meramente de dependência situacional, mas a dependência das relações seria de acordo com as exigências da situação, tornando a vinculação duradoura apesar do impacto de condições adversas.

1.1 Sistema comportamental de vinculação

Um sistema comportamental trata-se de um sistema específico da espécie que é constituído por comportamentos que têm uma finalidade em comum, ainda que possam ser morfologicamente diferentes um deles tem que contribuir para a eficácia reprodutiva.

Desta forma, os seres humanos estão biologicamente predeterminados a desenvolver laços de vinculação, sendo que esta predisposição auxilia a uma melhor eficácia reprodutiva, contribuindo para a sobrevivência da espécie (Bowlby, 1973).

Konrad Lorenz (1936) através do seu conceito de *imprinting* permitiu que Bowlby (1969/91) referisse a existência de um sistema comportamental que se destina à regulação de uma predisposição inata para a formação de laços emocionais, particularmente do laço emocional entre o bebé e a figura cuidadora.

Este sistema comportamental evoluiu através do processo de seleção natural da espécie humana, no sentido de permitir a proteção dos bebés e das crianças pequenas de perigos diversos, nomeadamente predadores.

Assim, o sistema comportamental de vinculação consiste num conjunto diversificado de comportamentos que resultam na aquisição ou na manutenção da proximidade a uma determinada figura, referenciando-se qualquer forma de comportamento que é destinado a manter ou atingir uma proximidade desejada a uma determinada figura de vinculação, usualmente é concebida como mais forte ou mais sábia, por isso mesmo, com maior probabilidade de lidar com as dificuldades impostas por um meio mais exigente.

A conceção de sistema de vinculação, através de Bowlby foi concebida para se compreender o comportamento de vinculação. Este sistema é entendido como uma junção de comportamentos de vinculação utilizados pela criança para atingir a proximidade á mãe (Salvaterra, 2011).

Segundo Wets e Sheldon-Keller (1994) a vinculação é uma construção organizacional em que os comportamentos de vinculação permitem a manutenção desse sistema.

Outros autores acrescentam que o comportamento de vinculação refere-se a dados observáveis em que os comportamentos do bebé se destinam a favorecer a proximidade para com a figura de vinculação. Comportamentos como o sorriso e a vocalização são considerados comportamentos de sinalização que informam a mãe, e os comportamentos aversivos, como o choro, denominados por comportamentos de alerta (Guedeney & Guedeney, 2004; Salvaterra, 2011). Pode descrever-se também o comportamento activo, referindo-se ao conjunto de comportamentos que permitem à criança aproximar-se, como agarrar ou gatinhar.

A maior parte destes comportamentos é mediada por um sistema comportamental, que uma vez completamente desenvolvido pretende uma aproximação á mãe, através dos comportamentos mediadores de vinculação reconhecidos por orientação, sinalização e execução.

Abreu (2005) refere que o sistema de vinculação é também um sistema comportamental semelhante e independente de outros sistemas comportamentais como o sistema de alimentação, a satisfação das necessidades fisiológicas e a exploração do ambiente. Para este autor este sistema pode ser ativado e desativado e deve desenvolver-se desde as primeiras experiências com as figuras centrais desde o seu nascimento, sendo que estas experiências vão favorecer a criação de “modelos dinâmicos internos” que orientam a criança nos seus laços afetivos.

Mais especificamente (Guedeney & Guedeney, 2004) referem que o desenvolvimento do sistema de vinculação é dividido em três períodos, dos 0 aos 6 meses,

altura em que ocorrem os processos de discriminação, mais especificamente entre os 4 e os 6 meses tornando-se mais sensível; Dos 6 meses até 3 anos, ocorre a etapa em que se acionam os esquemas de vinculação, que se baseiam em sistemas de retro controlo ligados a um objetivo principal, de se manter próximo da figura de vinculação; Dos 7 aos 9 meses o sistema de vinculação está totalmente funcional; Após os 3 anos, observa-se a formação de uma relação de reciprocidade em que a criança desenvolve uma vontade própria e compreende as intenções do outro. Após este período a criança já desenvolveu as suas capacidades de pensar em função do tempo e do espaço aumentando as suas capacidades cognitivas o que lhe permite suportar o afastamento das figuras de vinculação.

Segundo Holmes (1995), a criança tem uma tendência inata para a vinculação, especialmente a uma figura, o que representa que num grupo de adultos estáveis, uma das figuras tornar-se-á a figura distinta (Guedeney & Guedeney, 2004).

A regulação do sistema, ou seja, a manutenção da relação com a figura de vinculação dentro de certos limites de proximidade e de acessibilidade, é deste modo feito com base na interação do sujeito com o meio interno e com o meio externo. E é desta avaliação subjetiva das circunstâncias do meio interno e externo e do seu confronto com um critério de segurança percebida que resulta a ativação/desativação do sistema (Ainsworth 1978).

Segundo a teoria de vinculação, o comportamento de vinculação continua a ser activado durante a juventude e a idade adulta em circunstâncias semelhantes àsquelas que ocorrem na infância, sendo adaptadas a novas faixas etárias (Bowlby, 1973/80).

1.2 Padrões de vinculação

A experiência de Ainsworth denominada por situação estranha permitiu classificar três padrões de vinculação designados por inseguro/evitante (padrão A), seguro (padrão B), e inseguro/resistente ou ambivalente (padrão C).

Segundo Soares (2009) o padrão inseguro/evitante (A), é caracterizado por crianças que apresentam comportamentos de evitamento face à figura de vinculação, principalmente em circunstâncias em que está reunida com essa figura, ignorando-a ou afastando-se dela. Quando isso ocorre, a criança não tende a resistir ao contacto físico, desta forma não protesta a ausência da figura de vinculação, como ocorre com um estranho, podendo com este haver menor evitamento.

Neste padrão identifica-se dois subgrupos: o A1 em que se observa um evitamento da figura de vinculação nos episódios em que estão reunidos, enquanto no A2 observa-se uma manifestação de aproximação moderada combinada com um forte evitamento (Salvaterra, 2011; Soares, 2009).

Segundo Abreu (2005) as crianças com este tipo de padrão demonstram ser bastante evitantes e são caracterizadas por não apresentarem uma determinada particularidade nos assuntos das conversas.

Em relação ao padrão de vinculação seguro (B), Abreu (2005) refere que a criança se apoia na mãe como base da sua segurança para explorar o ambiente, apenas se separa em situações como quando brinca, partilhando as suas emoções, criando relação com o estranho na presença da mãe. Quando há separação sente falta da mãe, principalmente em episódios em que se reúne com esta, sorrindo, vocalizando ou faz gestos enquanto a cumprimenta expansivamente, se de alguma forma ficou contrariada procura o contacto físico com a mãe, permitindo ajudá-la a aliviar a angústia, quando que se sentir reconfortada, volta a explorar o seu meio (Ainsworth, 1978, citado por Salvaterra, 2011).

Crianças com este tipo de padrão abordam os pais de forma amigável e mais relaxada, estabelecendo intimidade espontaneamente, a sua interação verbal tende a ser livre e tranquila (Abreu, 2005).

O padrão seguro divide-se em quatro subgrupos: o B1 e o B2, que se caracteriza por uma interação mais distante da mãe ainda que no (B1) haja uma forte interação com a mãe, e no (B2) ocorre uma procura mais ativa de proximidade. No B3 e B4, existe uma procura ativa de proximidade com a mãe quando esta se ausenta, apresentando-se este comportamento mais forte no B3 podendo associar-se a alguma ambivalência no B4 (Salvaterra, 2011).

No padrão de vinculação inseguro/resistente ou ambivalente (C) ocorre uma maior dificuldade numa situação não familiar, agarrando-se à mãe com frequência não conseguindo explorar o ambiente. Quando há separação da mãe a angústia torna-se mais elevada, mas quando reunidos, a criança mostra-se ambivalente apesar de permanecer junto dela apresenta sinais de zanga e rejeição, mostrando-se resistente quando há contacto físico iniciado pela mãe não se conseguindo confortar junto dela. Com os estranhos, torna-se mais cautelosa mesmo quando a mãe se encontra presente (Salvaterra, 2011).

Neste padrão distingue-se dois subgrupos: o C1 em que a procura do contacto associa-se a uma irritação significativa, já no C2 é apresentado principalmente uma possibilidade de ocorrer, podendo acontecer mais comportamentos de sinalização face à mãe do que de aproximação ativa, nos episódios em que está reunido.

Pode ainda identificar-se um quarto padrão de vinculação referido como inseguro/desorganizado. Este padrão é reconhecido pela ausência de uma estratégia lógica que lide com a ansiedade, sendo manifestado por uma mistura de comportamentos de evitamento e ambivalência. Este surge quando o principal cuidador desta criança está deprimido, ou quando, está perturbado ou é abusivo de algum modo (Main & Salomon, 1990; citado por Hazen & Shaver, 1994).

A criança identificada como insegura/desorganizada ou desorientada (D) mostra comportamentos em que revela não ter objetivos fixos, sem intenção ou explicação; estereótipos; sequências contraditórias de comportamentos; confusão e desorientação; medo dos pais, mostrando confusão evitando aproximar-se dos pais; quando se reúne com a mãe a criança apresenta-se confusa e demonstra frieza, não parecendo existir uma estratégia de vinculação forte (Main & Solomon, 1990 citados por Hazen & Shaver, 1994).

A qualidade de cuidados recebidos, a forma de ser do cuidador, o ambiente emocional onde reside, condições de saúde e a natureza do cuidador, são fatores que influenciam os padrões de vinculação que as crianças vão estabelecer com as figuras de vinculação. A qualidade de cuidados que as figuras de vinculação dão há criança, como sugere Shaffer (1999) citando Ainsworth (1978), as crianças que apresentavam mães cuja qualidade de vinculação fosse segura, tornar-se-iam mais sensíveis e cuidadoras desde o início.

Shaffer (1999) refere em estudos mais recentes que os cuidadores que apresentam características de serem mais sensíveis, que agem positivamente, que têm em atenção as necessidades da criança, que fornecem suporte, vão proporcionar uma formação de vinculação segura nas crianças.

1.3 Modelos dinâmicos internos

Como apresentado anteriormente, Bowlby (1969/91) considera que existem vários tipos de sistemas comportamentais e que em cada um, poderá haver vários níveis de complexidade, em que Bowlby situa os sistemas comportamentais de vinculação num nível elevado.

Os “modelos internos” são criados através do tipo de organização dos sistemas comportamentais mais complexos, sendo determinantes no comportamento e nas expectativas dos relacionamentos na vida adulta (Platts, Tyson & Mason, 2002).

Segundo Crowell, Fraley e Shaver (1999), a teoria atual de investigação da vinculação adulta fala fundamentalmente no conceito de Bowlby de representação mental ou modelos dinâmicos internos. A inclusão da noção de representações mentais na teoria da vinculação que permite a perspetiva de ciclo de vida do sistema comportamental da vinculação, proporciona compreender a mudança desenvolvimental na expressão da vinculação e a sua influência continuada no desenvolvimento e comportamento relacional.

De acordo com Grossmann (1999) a existência dos Modelos Dinâmicos Internos é um pré-requisito para a explicação dos efeitos trans-situacionais e longitudinais das experiências precoces no desenvolvimento individual. A formação do sistema de vinculação como MDI permite explicar o funcionamento e dinâmica da organização da vinculação (Bretherton, Ridgeway & Cassidy, 1990).

A teoria da vinculação supõe que os seres humanos criam laços afetivos íntimos de modo a assegurar a sobrevivência. Estes laços afetivos ou relação de vinculação vão promover o desenvolvimento e manutenção de representações mentais do “Eu” e dos outros. Das interações com a figura de vinculação o indivíduo vai desenvolver ou construir representações mentais que orientam o comportamento, o ajudam a prever e interpretar o comportamento dos outros e do meio envolvente, juntando-se a comportamentos que promovem a sua sobrevivência, como manutenção da proximidade e estabelecimento de um sentimento de segurança (Bretherton, 1985; Sroufe & Watters, 1977).

Como resultado das experiências de vinculação precoces, a criança reúne conhecimentos e desenvolve um conjunto de expectativas acerca do “eu”, dos outros e do mundo, os chamados MDI (Bowlby, 1985; Bretherton, 1999; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

Deste modo, os MDI do self e das figuras de vinculação foi definido por Bowlby (1969/91) como representações dinâmicas que predizem e interpretam o comportamento dos outros que são significativos e orientam na definição de planos da ação como resposta a essas interpretações.

Estas representações dinâmicas internas foram descritas como internal working models (Bowlby, 1980, 1973, 1969/1982).

Bretherton (1999) refere que Bowlby utilizou esta terminologia para a teoria da vinculação, fazendo-o cuidadosamente. Este termo working model surgiu originalmente através de uma publicação de Kenneth Craik (1943) intitulada *The nature of explanations* e, que Bowlby admitiu nunca ter lido, mas encontrou nos trabalhos de um outro autor, J. Z. Young (1964) que defendia a noção dos processos representacionais como modelos em

construção e em permanente verificação/atualização, tomando-a por base para formular o conceito.

Bowlby (1980) pretendia ao escolher este termo acentuar a dimensão dinâmica, de movimento/mudança de constante interação entre os processos mentais e as características dos contextos de vida do indivíduo por oposição a uma visão estática e linear.

Segundo Bretherton (1985, 1999), a escolha de Bowlby foi muito adequada sendo uma designação bastante sintetizada que apresenta a dimensão dinâmica das representações mentais que permitem ao sujeito interpretar os acontecimentos e desta forma permite ponderar alternativas de ação futuras, assim como a dimensão desenvolvimental em que modelos ou representações mais simples e precoces vão sendo progressivamente transformadas em modelos mais complexos e integradores. Conceito que observa a natureza da representação mental sendo aplicável à representação em geral do mundo físico e interpessoal e não apenas às representações do self, dos outros e do mundo relacional no âmbito dos processos de vinculação.

É importante esclarecer que os MDI não se tratam apenas de estruturas de natureza cognitiva, mas sim de acordo com Bowlby (1980), enquanto representações mentais que incluem a par dos componentes cognitivos, componentes afetivos, encontram-se carregados de afeto que resultam das características e qualidade afetiva da relação de vinculação, dessa forma, trabalhos mais recentes sugerem que seja a componente emocional associada aos MDI a promover a coerência concetual dos mesmos, ao conduzir os indivíduos a categorizar e organizar numa mesma categoria experiências, pessoas e relações que desencadeiam emoções similares (Niedenthal, Halberstadt & Innes-Ker, 1999).

Neste campo, compreende-se a proposta de Main e cols. (1985), quando consideraram que os MDI disponibilizam regras que regularizam o comportamento de vinculação ao longo do ciclo de vida, regras que dirigem e constituem a atenção, memória e afeto do indivíduo em termos da vinculação e que conseqüentemente vão condicionar ou potenciar o acesso ao conhecimento ou informação relevante sobre o self, os outros ou o “eu” na relação com os outros. Têm também tendência a tornar-se inconscientes à medida que o indivíduo cria outras relações de vinculação e podem ser entendidas através da organização e qualidade do discurso sobre a vinculação e do pensamento que lhe está subjacente. Usando esta noção de MDI, é possível gerar uma etiologia direta para a organização da vinculação na idade adulta (Main, 1985).

Embora sabendo que a maioria dos estudos de vinculação se focalizou na infância, à medida que o interesse foi avançando para os adolescentes e jovens, o alvo da investigação

passou a ser a dimensão representacional da vinculação. Tornando-se um conceito essencial e estruturante na investigação sobre a vinculação na adolescência e idade adulta. E, apesar da formulação da teoria de vinculação e o conceito de MDI ter estado presente desde o início (Bowlby, 1969/1982), só a partir de década de oitenta é que os investigadores da vinculação começaram a dedicar-lhe mais atenção.

Verifica-se que pode ser possível assistir à divergência entre os modelos internos dinâmicos das relações com os pais e aqueles que se formam no contexto de relações amorosas ou de amizades significativas (Bartholomew & Shaver, 1998).

2.Vinculação na idade adulta

A vinculação na idade adulta envolve múltiplos e complexos sistemas que regulam o comportamento, a emoção e as relações interpessoais do indivíduo (Feeney, 2008).

Durante os anos 80 o estudo da vinculação na adolescência e na idade adulta alcançou maior evidência, ao surgirem vários trabalhos relevantes nessa área, na revisão feita por Canavarro, Dias e Lima (2006), podendo salientar-se os estudos elaborados por Main, Kaplan e Cassidy (1985) acerca da dimensão representacional da vinculação.

Segundo Bowlby (1973), as ferramentas para o desenvolvimento das relações íntimas na adolescência e na idade adulta iniciam-se na infância. Segundo os modelos dinâmicos internos, este processo constrói-se através da circunstância da relação da criança com as figuras de vinculação, possibilitando a organização da experiência através das representações do self, das figuras de vinculação e das suas próprias relações.

As relações estabelecidas precocemente entre a criança e as figuras de vinculação podem ser entendidas como modelos das relações íntimas na idade adulta. Um estudo realizado por Lima, Vieira & Soares (2006), revelou existir uma associação entre a qualidade da organização da representação e comportamentos característicos da vinculação.

Desta forma, de modo a compreender-se a vinculação nos adultos, deve-se entender as necessidades particulares do adulto. Os acontecimentos característicos deste período fixam-se, principalmente no fim da escolaridade, início da atividade profissional, autonomia financeira, casamento, sendo alturas marcantes no desenvolvimento e na personalidade.

Nesta fase do ciclo da vida existem aspetos importantes como a procura de um parceiro, intimidade e autonomia, embora se deva salientar que a procura deste parceiro não implica a dissolução de vinculação aos pais.

Salvaterra (2011) refere um conceito de Ainsworth que afirma que as vinculações da infância não só intervêm na vida do adulto, como interferiam antes.

Hazan e Shaver (1987) nos seus trabalhos sobre a aplicação da classificação da vinculação de Ainsworth (vinculação segura, ansiosa/ambivalente e evitante) e a organização emocional e comportamental dos adolescentes e jovens adultos, ao explorar o amor romântico como forma de vinculação, e nos trabalhos de um conjunto de investigadores que, separadamente criaram instrumentos tendo o objetivo de avaliar diversos aspetos que se relacionam com a vinculação, observaram mais especificamente a qualidade da relação com figuras de vinculação especiais, como os pais ou os pares (Armsden & Greenberg, 1987).

Na idade adulta a configuração e as funções da vinculação são mais complexas, desenvolvendo-se sistemas no comportamento que buscam a prestação de cuidados, de intimidade, comportamento sexual e de exploração (George & Solomon, 1999).

Desta forma pode-se observar que enquanto o estudo da vinculação na infância se centra na dimensão dos comportamentos, na vida adulta centra-se em medidas, quer representacionais, cognitivas, narrativas e auto percetivas (Hazan & Shaver, 1994).

Neste sentido ao haver uma concordância entre os laços dos pares adultos e os estilos de vinculação que o indivíduo já tinha anteriormente, sabe-se que as relações com as primeiras figuras de vinculação influenciarão o estilo característico das relações íntimas (Hazan & Shaver, 1994; Salvaterra, 2011).

Para Weiss (1982) a vinculação na idade adulta é vista como uma relação de reciprocidade entre iguais que procuram uma proximidade e que vêm a separação ou a ameaça desta como um contributo para um aumento de ansiedade por haver um sentimento que a figura de vinculação se torna inacessível, os adultos recorrem a esta para uma regulação das emoções para que haja uma diminuição da ansiedade, porque segundo o autor essa figura é vista como capaz de provisionar os cuidados necessários e embora esta por vezes possa não estar disponível o comportamento de vinculação permanece.

Mais especificamente a vinculação nos adultos torna-se mais particular, assemelhando-se no processo de procura e prestação de cuidados entre os membros da díade, em que cada indivíduo executa simultaneamente o papel de figura de vinculação ao prestar cuidados, contribuindo para a auto-regulação emocional e cognitiva do outro que é recetor dos

cuidados de protecção e segurança, a figura de vinculação (Hazan & Zeifman, 1999; Weiss, 1982).

Há uma consolidação da relação íntima, em que os membros da díade vão aumentando gradativamente a procura e prestação de cuidados um ao outro, sendo que num primeiro momento, a prestação de cuidados envolve dimensões a nível instrumental e emocional, devido à segurança que progressivamente vai sendo conquistada na relação. Ao haver esta reciprocidade na busca de prestação de cuidados faz com que se promova um sentimento de segurança quando os membros começam a confiar um no outro sendo capazes de se protegerem, gerando cuidado e conforto, e são estes sentimentos de segurança e de protecção que resultam da relação de vinculação que permitem que o adulto explore e desenvolva atividades e tarefas fora daquelas que estavam na sua base segura (Faria, 2008; Feeney, 2008; Hazan & Zeifman, 1999).

Sendo assim, Zeifman e Hazan (2008) apoiam que a função principal da vinculação é a protecção e a segurança, num momento de stress e fragilidade. O adulto procura conforto e segurança numa figura sensível e com capacidade de lhe prestar auxilio quando precisa de se reorganizar psicologicamente. Além desta função primordial, as relações de vinculação na idade adulta proporcionam um sentimento de pertença importante para o funcionamento adaptativo do adulto, favorecem a construção conjunta de objetivos, das metas desenvolvimentais e, por fim, impulsionam e fortalecem um sentido de competência (Feeney & Noller, 1996; Fraley & Shaver, 2000).

Quando se fala de vinculação do adulto surge na literatura de três formas diferentes. Segundo a revisão de Canavarro, Dias e Lima (2006), distingue-se as seguintes abordagens: (1) vinculação como *estado*, que surge em situações de stress quando há um esforço para restabelecer contato com a figura de vinculação; (2) vinculação como *traço* ou tendência para que as relações que se vão formar ao longo da vida sejam semelhantes; e (3) vinculação como um *processo de interação* no contexto de uma relação específica.

Ao referir os estilos de vinculação dos adultos não se verifica uma unanimidade. A maioria dos investigadores propõe a existência de apenas um estilo seguro e de vários inseguros. Através de uma revisão da literatura, os mais referidos são: (1) o modelo original de Ainsworth e colaboradores (1978), compreendendo os estilos “seguro”, “evitante” e “ansioso/ambivalente”, que foi utilizado mais tarde por Hazen e Shaver (1987) no estudo das relações amorosas como processos de vinculação; (2) um modelo tripartido adoptado inicialmente por Main e a sua equipa (1985 citado por Canavarro et al., 2006), e que mais tarde se incluiu um quarto grupo: “autónomo”, “desligado”, “preocupado” e a classificação

“*unresolved*” que geralmente é associada a perdas ou situações traumáticas; (3) Bartholomew e Horowitz (1991) apresentam o modelo com quatro categorias, que se baseia em representações internas sobre si próprio e sobre os outros, o que para além das dimensões “segura” e “preocupada” apresentadas nos modelos anteriores aparecem os dois subtipos do estilo “evitante” – o “evitante desligado”, combinando a perceção do próprio como merecedor de cuidados dos outros, com a representação destes como não respondendo às suas necessidades, e o “evitante amedrontado” que se caracteriza pela perceção do próprio como não merecedor de cuidados dos outros, combinado com uma avaliação destes como pessoas em quem não se pode confiar.

Bartholomew e Shaver (1998) referem que para além destas variações, é ainda possível identificar diferenças relativamente às dimensões consideradas como subjacentes aos estilos referidos, assim como à natureza dos modelos considerados que incluem abordagens categoriais ou tipológicas, dimensionais ou prototípicas.

As quatro categorias – seguro, preocupado, desinvestido e amedrontado – são definidas baseando-se na combinação da auto-imagem (positiva ou negativa) e da imagem acerca dos outros (positiva ou negativa) (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991).

Hazan e Shaver (1987) tentaram transpor para a idade adulta o mesmo sistema de classificação mas para as relações amorosas. Estes autores permitiram, que se assistisse a uma mudança focada na avaliação da vinculação, que anteriormente apenas ocorria na organização comportamental da criança para depois também se desenvolver na organização representacional do adulto.

Referido por Bowlby (1982) a vinculação do adulto tem as suas origens nas interações com as figuras de vinculação que ocorrem durante a infância, mas ela é influenciada, no decorrer da vida, por diferentes experiências como a morte de uma figura de vinculação e a qualidade de uma relação amorosa.

3.Relação entre vinculação e depressão

O estilo de vinculação correlaciona-se positivamente com a sintomatologia depressiva (Brennan, Clark & Shaver, 1998; Dozier et al, 1999; van Ijzendoorn & Bakermas-Kranenburg, 1996; citado por Rholes & Simpson, 2004; Riggs & Han, 2009).

Estes estudos revelaram que a segurança dos vínculos estabelecidos com pais ou pares relacionam-se de forma consistente com níveis mais baixos tanto de depressão (Berman & Sperling, 1991; Papini et al, 1991; Cotterell, 1992; Zhang & Labouvie-Vief, 2004; cit por Mikulincer & Shaver, 2007; Ferriter, Eberhart & Hammen, 2010). Estes estudos apontam também para uma relação entre o estilo de vinculação preocupado e níveis mais altos de depressão.

As investigações relativas aos estilos de vinculação estabeleceram também elos observáveis entre vinculações de estilo ansioso-ambivalente e sintomatologia depressiva.

Mickelson, Kessler e Shaver (1997, citado por Rholes & Simpson, 2004), por exemplo, descobriram que, comparativamente com um grupo de indivíduos com vinculação segura, indivíduos que apresentavam um estilo de vinculação ansiosa-ambivalente obtinham resultados mais altos numa escala que media a sintomatologia depressiva como apresentada no DSM-III.

Cooper, Shaver e Collins (1998), confirmaram também que indivíduos com um estilo de vinculação ansioso apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva, enquanto, os indivíduos seguros experienciam valores mais baixos e indivíduos com estilos de vinculação evitantes obtêm classificações medianas.

Este efeito observa-se também no período de transição para a idade adulta, vários estudos (Cooper, Shaver & Collins, 1998; Burge et al, 1997; Hammen et al, 1995) ao analisarem a transição de mulheres do liceu para a vida adulta verificaram que estas apresentaram níveis mais altos não só de stress mas também de sintomatologia depressiva em quando tinham um padrão de vinculação ansioso.

Sendo assim, conclui-se que indivíduos adultos com estilos de vinculação inseguros (ansioso) evidenciam um maior risco sintomatologia depressiva, especialmente em alturas de maior stress com a transição para a idade adulta Levinson (1977).

Grinberg (2000) refere que Klein numa vertente psicanalítica, afirma que nos estados maníaco-depressivos a pessoa não conseguiu, na infância precoce, estabelecer objetos internos e de sentir segurança no seu mundo interior.

Neste sentido, as experiências de perda de objetos de vinculação durante a infância, e a capacidade de criar uma boa imagem da mãe dentro de si, como determinantes para a formação depressiva precoce no estado adulto, perante a perda de um ente querido, o depressivo fracassa ao tentar restabelecer o ente querido perdido no seu ego.

Capítulo II – Depressão

1. Perspetiva histórica da depressão

A depressão tem sido alvo de alterações na sua classificação nosológica, assim como na definição das suas características, ao longo dos tempos. Poder-se-á perguntar se foi a depressão que evoluiu na sua essência e expressão, acompanhando a evolução da Humanidade, ou se sempre se tratou de uma mesma entidade, observada de formas diversas, consoante o contexto sócio científico cultural das várias épocas.

A depressão é uma das perturbações identificadas há mais tempo desde 2600 anos antes de cristo (Menninger & colaboradores, 1963, citado por Spitzer & Williams, 1980).

Existe um reconhecimento desde o século XV a.C., estando descrita no Antigo Testamento. Têm sido apresentadas várias descrições ao longo da sua evolução.

O conceito depressão teve origem no termo *melancolia* usado por Hipócrates em que este autor atribuía o estado melancólico ao excesso e às alterações de *bílis negra* conhecidos por humores básicos, que ocorria particularmente na primavera e Outono.

Este termo remonta o século IV a.C., tendo sido criado na Grécia antiga, por Hipócrates, correspondendo a “uma perturbação psíquica resultante de um desequilíbrio entre os quatro humores fundamentais: sangue, linfa, *bílis amarela* e *bílis negra*” (Hardy-Bayle, 1991, Doron & Parot, 2001). Esta ação no cérebro era referida como a responsável pelo estado depressivo.

Mais tarde, na Idade Média, a depressão foi compreendida como um castigo de Deus pela consciência de pecado (Firmino; Santos & Marques, 1990).

Pinel, Esquirol, Falret, Baillarger, Morel e outros, descreveram a monomania, a *lipemia*, a *insanidade circular*, a *insanidade mista* (Silva, 1993).

Na era de Kraepelin (Silva, 1993), no século XIX foi destacada pela publicação da quarta edição do seu compêndio de *Psiquiatria*, onde descreveu a doença *maníaco-depressiva* como uma unidade nosológica independente, pertencente ao grupo das *psicoses*.

Já por volta do século XX, decorreu a fase conhecida como “era pós-Kraepelin”, que incluiu Kretschmer e Conrad, que se referiram à *psicose constitucional autóctone*, as contribuições psicanalíticas de Freud e Melanie Klein, que vieram a introduzir a *neurose depressiva*, e ainda, ocorreu a participação de fenomenologistas e existencialistas como Jaspers, Kurt Schneider, Strauss, Gebattel. Nessa fase, foram ocorrendo novas designações de depressão.

Nos séculos precedentes, inúmeros autores descreveram a melancolia e outros conceitos neles inseridos até ter sido elaborada uma nova conceptualização, na viragem do século XIX, mais clara por Kraepelin, que estabelece a fronteira entre a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce.

Este autor trouxe uma nova nosologia que serviu de base a muitos dos modelos atuais da depressão, embora alguns aspectos kraepelinianos sejam motivo de grande controvérsia.

Freud na sua publicação *Mourning and melancholia* (1917) veio elucidar a diferença entre o luto normal que não constitui um problema psiquiátrico e as perturbações depressivas que segundo o autor eram predominantemente resultantes de conflitos intrapsíquicos e podendo ter uma predisposição genética.

Um seu contemporâneo, Adolf Meyer (Moreira, 2001) propôs que o termo depressão poderia substituir o termo melancolia. Este autor descreveu que as perturbações depressivas correspondem a reacções mal adaptativas ao stress ambiental, introduzindo o conceito de reactividade na depressão.

Recentemente as classificações internacionais contêm expressões como distúrbios afectivos (APA, 1986), ou perturbações do humor (APA, 1996 e 2002), que demonstram diversas formas de depressão. Todas estas classificações vêm exprimir a evolução do conceito teórico, sem uma clara correspondência com a evolução da doença propriamente dita. Desta forma, as categorias que têm sido criadas ao longo da história da depressão, reflectem os diferentes pontos de vista de cada autor.

Na escola europeia, influenciada por Kraepelin, destacou a depressão no curso da doença, no prognóstico e na sua história familiar, enquanto a escola americana se apoiou em Adolf Meyer, que referia os distúrbios mentais como representações de reacções da personalidade perante factores psicológicos, sociais e biológicos (APA, 1986), valorizando mais a etiologia psicossocial.

A divulgação de termos relacionados com a etiologia, como depressão neurótica versus psicótica, depressão unipolar versus bipolar, depressão endógena versus exógena, depressão primária versus secundária, a acrescentar a termos relacionados com outros aspectos da doença, como depressão involutiva, depressão na adolescência, depressão mascarada, depressão infantil tem vindo a acompanhar o último século até à classificação dos nossos dias.

Esta variabilidade que tem ocorrido nas definições, parece testemunhar que “o estatuto nosológico da depressão é bastante confuso” (Guidano & Liotti, 1983).

Neste sentido o autor Stuart Montgomery (1995) mantém a opinião, considerando que a distinção entre vários tipos de depressão e as discussões decorrentes da validade ou da utilidade dessas distinções dão origem a uma literatura mais contraditória e confusa.

Segundo Pedro Afonso (2004) seria mais adequado falar-se em “depressões” no plural.

Já Moreira (2002) afirma que na psiquiatria atual há uma propensão a empregar o termo “depressão” como sinónimo e em substituição ao termo melancolia.

O que segundo Berlinck & Fedida (2000) as recentes publicações psiquiátricas tendem a dissolver a melancolia na depressão e que, aquilo que no passado era chamado de “melancolia”, denomina-se hoje de depressão. Sendo assim, de acordo com estes autores, é apenas uma nova forma para o que nos séculos passados era chamado de “melancolia”.

Assim, é importante referir que, no século XIX, depressão e melancolia eram termos indistintos na psiquiatria alemã, embora houvesse a tendência para abandonar o segundo conceito. Apenas em meados do século XX, com a elaboração da CID 6, é que se fixou “oficialmente” uma definição. Esta edição da CID, apresentava apenas três tipos de depressão reconhecido como a reacção maníaco-depressiva, a depressão neurótica e a melancolia involutiva, o que já na sua décima edição, a CID 10 contava com mais de vinte e cinco tipos e subtipos depressivos catalogados.

Desta forma o conceito depressão passa a prevalecer na psiquiatria, sob classes mais modernizadas de transtornos afetivos (CID-10) ou transtornos de humor (DSM-IV). O termo melancolia, por sua vez, vai aparecer como uma subclasse dentro da depressão, a dos distúrbios de humor.

Estes manuais de classificações psiquiátricas destacaram-se pela observação e pela descrição dos fenómenos que são diagnosticados a partir de determinados sintomas que se manifestam, tendo em conta a sua frequência, duração, e intensidade. Os transtornos bipolares conhecidos como a antiga psicose maníaco depressiva, são abrangidos nos capítulos sobre os transtornos de humor e afetivos, e referem -se à “depressão-mania”, e não mais à “melancolia-mania”. Esta desordem bipolar pode apresentar-se de maneira mais suave, recebendo o nome de “ciclotimia”. Já depressão pode ocorrer como transtorno mais grave – a “depressão maior”, ou mais branda – a “distímia” (Delouya, 2001; Moreira, 2002; Peres, 1996, 1999, 2003; Rodrigues, 2000).

Além destas classificações terem evoluído, ao longo da História da Humanidade, todas as explicações dadas à depressão mostram conter um denominador comum, constituído por um conjunto de sintomas fundamentais bastante aceites pela comunidade científica. As

diversas classificações resultantes parecem então corresponder apenas a várias distinções de uma só entidade clínica conhecida como depressão sendo uma doença em tudo parecida àquela de que podem ter sofrido os nossos antepassados mas actualmente com denominada de outra forma.

2. Definição e evolução da depressão

Segundo a World Health Organization (WHO, 2003), o conceito de Saúde, na sua carta constitutiva de 1948, é definido como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Neste amplo conceito de Saúde, são englobados termos tais como consciência de auto-eficácia e bem-estar, autonomia, competência e reconhecimento da habilidade, os quais servem para realizar o potencial intelectual e emocional de um indivíduo.

Desta forma, a Saúde Mental é exposta como um estado de bem-estar em que o indivíduo reconhece as suas competências, sendo capaz de lidar com o stress da vida do dia-a-dia, tem produtividade profissional e sucesso, e ainda, contribui para a sua comunidade (WHO, 2003).

O fato de não ter saúde mental é o sofrer de alguma psicopatologia, pelo que este conceito é definido como o estudo, a teoria e psicologia das formas de sofrimento, quaisquer que sejam as suas causas (Anaut, 2005).

Assim, quando a saúde mental não prevalece perante as adversidades da vida, como acontece no caso da depressão, há uma necessidade de uma resposta efetiva, para a prevenção ou o remedar de situações, as consequências e custos económicos e sociais desta doença mental, uma vez que estas são vastas e significativas. Para além do sofrimento emocional, a depressão vai aumentar a vulnerabilidade a doenças físicas (Gallo, Armenian, Ford, Eaton, & Khachaturian, 2000).

A “depressão, ao desenvolver-se vai afectar a pessoa no seu todo. Tendo impacto a nível psicológico, biológico e social do indivíduo” (Vaz-Serra, 2003).

A sintomatologia depressiva é multifacetada e a forma como se manifesta é oscila entre as pessoas (Schotte, Bossche, Doncker, Claes, & Cosyins, 2006), sendo possível encontrar teorias e perspectivas, quer mais simples às mais complexas, cujo objectivo foi sempre de descrever, explicar e compreender melhor a psicopatologia depressiva.

As evidências mostram que o primeiro episódio depressivo experienciado é aquele que está geralmente mais associado a um factor stressor substancial (interpessoal), e os episódios depressivos seguintes são precedidos de menor grau de stress severo, até aos episódios depressivos recorrentes de maior grau, que surgem, praticamente, desarticulados e são causadores de stress (Nierenberg, Sussman, & Trivedi, 2003; Monroe & Reid, 2009).

Este facto possibilita concluir que quanto mais vezes um indivíduo deprime, mais autónomos os episódios depressivos se tornam, com cada vez menor ligação a fatores ambientais (Schotte et al., 2006; Nierenberg, Sussman, & Trivedi, 2003; Monroe & Reid, 2009).

Podemos assim compreender a depressão como uma perturbação do humor que está assente no continuum emocional e extremado, e assim, ser concebida como a tristeza fora de controlo (Wolpert, 2000).

Apesar de geralmente a depressão ser sub diagnosticada, é um quadro clínico de elevada prevalência na população geral e muitas vezes é associada a uma deterioração grave dos funcionamentos físico e social, e implicando o recurso constante aos cuidados de saúde primários (McQuaid, Stein, Laffaye, & McCahill, 1999; Simon, Ormel, VonKorff, & Barlow, 1995).

Zuroff, Moskowitz, Wielgus, Powers e Franko (1983), explicam que o termo depressão pode aplicar-se quer à síndrome clínica, quer a um estado de humor que pode ocorrer em indivíduos normais mas que é também um dos sintomas da depressão, ou ainda, aplicar-se a tipos de organização da personalidade. Estes indivíduos com temperamentos depressivos estão propensos a vivenciar estados ou episódios depressivos mais ou menos graves e humor depressivo.

Noutra perspectiva teórica, de Sidney Blatt sobre depressão referido por Wilson (1988), as manifestações analíticas da depressão podem ser distintas concetualmente das experiências relacionadas com a depressão de culpa, que incluem o medo de perder o amor do objecto e sentimentos de auto- acusação e de inferioridade. Segundo este mesmo autor existe, um grande consenso na literatura sobre a dicotomização da depressão como depressão de culpa e depressão de vazio. Quanto menos integrado for o super-eu, mais possível será a experiência da depressão de vazio. Também o nível de representação objectal e o nível de coesão do self determinam o tipo de depressão.

Os sentimentos centrais na depressão anaclítica são, segundo Blatt (1974), o desamparo, a fraqueza e o não se sentir amado onde existem desejos marcados de ser cuidado, protegido e amparado.

Para este autor há dificuldades em suportar a espera havendo uma busca desesperada de satisfação, uma necessidade intensa de ser amado e uma «luta desesperada para manter o contacto directo com o objecto gratificante» (Blatt, 1974, p. 107).

Por outro lado Blatt (1974), refere que na depressão introjetiva encontra sentimentos de desvalorização, de culpa e de não ter vivido à altura das expectativas, o que é sentido como conduzindo à desaprovação e crítica por parte do objecto, encontra-se um super-eu severo, uma moralidade fechada e uma constante auto-avaliação. (Blatt & Shichman, 1983).

3. Sistemas de classificação nosológicos da depressão

No intuito de entender as perturbações mentais ao longo dos anos foram ocorrendo modificações na história da saúde mental com diferentes definições, embora havendo dificuldades em acordar as perturbações que deverão ser incluídas e os seus critérios assim como a sua organização, as perturbações diferenciaram-se no seu campo de actuação clínico de investigação ou estatístico (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Não existindo um consenso em relação à sua nosografia, onde se justifica a existência de múltiplas abordagens devido às diversas formas assumidas pelas perturbações depressivas, quanto melhor for a nosografia das perturbações depressivas, mais facilmente se requer o diagnóstico e a conduta terapêutica a adotar (Ey, Bernard, & Brisset, 1998).

Segundo Montgomery (1995) a maioria dos autores considera a tristeza como o seu sintoma mais comum. Como refere Vaz – Serra (2003), o indivíduo deprimido apresenta ausência de alegria, sentimento de tristeza, mostrando-se frequentemente aborrecido e irritado, apresenta vontade de chorar, e foca-se em acontecimentos negativos. O indivíduo revela uma grande intolerância à frustração e uma incapacidade de tomar decisões.

Além disso alguns autores defendem ser a tristeza a característica central da depressão, enquanto outros defendem que esta emoção não constitui um critério de confiança para o seu diagnóstico assim como existem os que consideram que “o defeito nuclear na depressão é uma atrofia central do desejo” (Pelicier, 1993).

Segundo Helmchen (1993) existem outras definições, além de humor deprimido e de perda de interesse, de desejo ou de prazer (anedonia), diminuição do auto estima e perda de autoconfiança, acompanhadas por sentimentos de culpa; perda de perspectivas quanto ao futuro; sentimentos de desespero; pensamentos sobre a morte ou ideação suicidam; perda da

capacidade de concentração; lentificação ou agitação psicomotora; perda de energia ou fadiga; perda de apetite; diminuição da libido e insónia.

Pode-se acrescentar características menos específicas, que descrevem justamente outro aspecto desta condição clínica, a depressão atípica ou mascarada.

Nesta situação, sem qualquer referência a queixas psicológicas, encontramos deprimidos com hiperfagia, hipersónia e queixas somáticas, como por exemplo, cefaleias ou outras dores, o que contribui em larga escala para o subdiagnóstico da depressão e a consequente ausência de um tratamento adequado.

A nível dos aspectos sociais alterados no doente deprimido, identifica-se a “dificuldade em estabelecer e manter um relacionamento interpessoal adequado” (Vaz-Serra, 2003); isolamento social, mudança radical na qualidade das relações e absentismo escolar ou profissional, o que globalmente contribui para uma perda generalizada da qualidade de vida.

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2000), um Episódio Depressivo Major é caracterizado por humor depressivo ou perda de interesse, em quase todas as actividades, durante um período nunca menor a duas semanas. Aqui o sujeito deve sentir ainda, pelo menos, quatro dos seguintes sintomas: alterações no apetite ou no peso; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades em pensar; sono e actividade psicomotora concentrar-se ou em tomar decisões; pensamentos recorrentes, a propósito da morte, ideação suicida, ou planos ou tentativas de suicídio.

Para que se possa diagnosticar um Episódio Depressivo Major, o sintoma deve estar presente há pouco tempo ou ter havido um aumento, quando comparado com o estado anterior ao episódio. Estes sintomas devem durar a maior parte do dia e quase todos os dias, com a duração de pelo menos, duas semanas contínuas. Este episódio é acompanhado de sofrimento ou uma redução da sociabilidade, de incapacidade para o trabalho ou outras áreas importantes do seu funcionamento.

Seguidamente são apresentados os critérios de diagnóstico para Episódio Depressivo Major e os critérios de Perturbação Depressiva Major (episódio único e episódio recorrente).

Nos Critérios de Diagnóstico para Episódio Depressivo Major (DSM-IV-TR, APA, p.356), têm de estar presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas observados durante o mesmo período de duas semanas e que representam uma alteração do funcionamento prévio. Pelo menos um dos sintomas é (1) humor depressivo ou (2) perda de prazer ou de interesse. Não se inclui os sintomas que são claramente provocados por um estado físico geral, ou ideias delirantes, alucinações que são incoerentes com o humor.

1) Humor depressivo durante a maior parte do dia, e quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjetivo (exemplo, quando se sente triste e vazio) ou pela observação de outros. É importante referir que em crianças e adolescentes o humor pode ser de maior irritabilidade; 2) Diminuição mais observável do interesse ou prazer em todas ou mesmo na maioria das actividades, durante o dia e quase todos os dias; 3) Perda de peso acentuada quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso considerável, ou ainda a diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nas crianças, deve-se ter em atenção o não atingimento dos aumentos esperados de peso; 4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias; 5) uma agitação ou lentificação psicomotora acentuada quase todos os dias em que os outros conseguem observar; 6) Fadiga ou perda de energia que ocorra quase todos os dias; 7) Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva que possa ser mesmo inapropriada tornando-se delirante e que ocorrer quase todos os dias; 8) Uma diminuição da capacidade de pensamento ou de concentração, ou mesmo indecisão que ocorra quase todos os dias sendo observável por outra pessoa; 9) Pensamento recorrente acerca da morte assim como ideação suicida recorrente sem quaisquer planos específicos, ou mesmo uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer tal ato.

Os sintomas referidos não preenchem os critérios para Episódio Misto; mas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional e mesmo em qualquer outra área importante; não ocorrem devido aos efeitos fisiológicos directos de uma substância como a droga ou abuso de uma medicação ou de um estado físico geral. Sendo importante referir que estes sintomas não são melhor explicados por Luto, pois, ao ocorrer a perda de um ente querido, os sintomas perduram por mais de dois meses ou são caracterizados por uma deficiência funcional distinta, uma preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal de ideação suicida ou os sintomas psicóticos com lentificação psicomotora.

A nível dos Critérios de Diagnóstico para Perturbação Depressiva Major com episódio único (DSM-IV-TR, APA, p.375), observa-se a presença de um Episódio Depressivo Major, em que este não se explica por uma Perturbação Esquizoafectiva e não é sobreposto a uma Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme, Perturbação Delirante ou Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação; Nunca ocorreu um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco. Esta exclusão não é aplicável se todos os episódios de tipo maníaco, misto ou hipomaníaco forem incitados por substâncias ou por algum tratamento, ou mesmo se ocorrerem pelos efeitos fisiológicos directos de um estado físico geral.

Por fim nos Critérios de Diagnóstico para Perturbação Depressivo Major – Recorrente (DSM-IV-TR, APA, p.376), vai-se observar a presença de dois ou mais Episódios Depressivos Major que para se poderem separar tem de haver a ocorrência de um intervalo de, pelo menos, dois meses sucessivos durante os quais esses critérios não são preenchidos para Episódio Depressivo Major.

Episódios que não se explicam por uma Perturbação Esquizoafectiva, e não se podem sobrepor a uma Esquizofrenia, ou a uma Perturbação Esquizofreniforme, a Perturbações delirantes ou mesmo Perturbações Psicóticas Sem Outra Especificação.

Nesta perturbação não pode haver a existência de um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou mesmo de um Episódio Hipomaníaco. Esta exclusão que não se aplica se todos os episódios de tipo maníaco, misto ou hipomaníaco forem incutidos por substâncias ou tratamento, ou mesmo se forem provocados pelos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral.

4. Incidência e prevalência na depressão

A Depressão é uma síndrome bastante prevalente na população, que se manifesta nas cognições, no humor, nas funções neurovegetativas e motoras (Nierenberg, Sussman, & Trivedi, 2003), cujo aparecimento, expansão e gravidade não são independentes dos acontecimentos de vida e das relações interpessoais (Nesse, 1998).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a depressão ocupa o segundo lugar das doenças mentais que mais prevalecem na clínica médica mundial, estimando-se que 121 milhões de pessoas possam sofrer desta doença num dado momento da vida.

Em Portugal, estima-se que, por ano, mais de 100 mil pessoas possam ter esta doença relativamente à Depressão Major.

As taxas de incidência e prevalência da depressão nos vários países do mundo são muito variadas devido às diferentes culturas e às diferentes categorizações nosológicas e métodos utilizados para avaliar a depressão.

É importante destacar que a maioria das pessoas não desenvolve depressão face a eventos stressores, apesar de um destes eventos na maioria das vezes, se precedente de depressão (Monroe & Reid, 2009).

Monroe e Reid (2009) referem que 1 em 5 indivíduos são expostos a eventos de vida stressantes e desenvolvem depressão, podendo ser mais elevada dependendo da natureza do evento.

Além disso, muitos dos eventos depressivos não têm remissão completa, e os seus sintomas podem ser persistentes durante anos, com uma taxa de repetição estimada em 60% ou superior (Talbot, 2003). Daí que, a depressão seja uma doença crónica para a maioria dos doentes com esta perturbação.

Num estudo de prevalência ao longo de 12 meses, da National Comorbidity Survey de Kessler, McGonagle e Zhao (1994, citando Nierenberg, Sussman & Trivedi, 2003) verificou-se que a depressão obtinha, nesse ano, 10.3%, com uma prevalência ao longo da vida de 17.1%, o que é comprovado pela ideia de que, ao longo da vida, cerca de 1 em 5 mulheres e 1 em 10 homens, irão experienciar um episódio clinicamente significativo de depressão (Schotte, 2006).

A National Institute of Mental Health (2002), através de um estudo demonstrou também que no período de 1 ano, 9.5% da população americana sofre de uma depressão, ou seja, 18.8 milhões de americanos.

Num outro estudo epidemiológico denominado Depression Research in European Society (DEPRES) (Tylee, 2000, citando Schotte, 2006), com mais de 78.000 adultos entrevistados de seis países diferentes, revelou uma prevalência a 6 meses de 17% de episódios de depressão.

A prevalência e incidência tem sido bastante relevante tanto em estudos a nível Nacional como Internacional que demonstraram que a psicopatologia depressiva tende a ser, cada vez mais, uma causa de incapacidade (WHO, 2003), manifestando-se através de um conjunto de sintomas negativos auto referentes, e muitas vezes é acompanhado de pensamentos e comportamentos autodestrutivos, com elevado risco associado em que nos casos mais graves pode ocorrer mesmo a morte por suicídio.

As variáveis sociodemográficas podem condicionar, à partida, o risco de depressão na idade adulta.

Relativamente ao sexo, sabe-se que as mulheres sofrem mais de depressão do que os homens, numa proporção de quase três para um (Talbot, 2003), ou de 25% para 15%, respectivamente (Olié & Guedi, 1996, cit. Stablon, 1999/2000).

Vários estudos epidemiológicos têm mostrado resultados consistentes, apresentando que as mulheres têm o dobro da prevalência de perturbações depressivas, comparativamente com os homens (Kessler, 2000; Piccinelli & Wilkinson, 2000).

Facto que pode ser justificado com a maior vulnerabilidade psicobiológica da mulher, uma maior frequência e severidade de acontecimentos de vida traumáticos, e esquemas e estilos de coping mal adaptativos, a maior predominância de doenças somáticas e vulnerabilidade para dependências, assim como uma maior instabilidade e insegurança social e cultural (Schotte, 2006).

Podemos afirmar também que as mulheres identificam com maior facilidade os sentimentos dos outros, são mais dependentes nas relações e têm maior necessidade de apoio comparativamente com os homens (Rosenfield, 2000).

Esta proporção duplicada da depressão em mulheres relativamente aos homens pode ser elucidada ainda pelo facto das mulheres terem maior capacidade em assumirem os seus problemas ou procurarem ajuda mais facilmente que os homens (Wise, Zierler, Krieger e colaboradores., 2001, citando Talbott, 2003). Tem uma prevalência entre os 10 a 15% para as mulheres e 5 a 12% para os homens (American Psychiatric Association, 1994).

Segundo a APA (2000), a idade é também um factor de risco comum para a depressão, tendo uma prevalência da perturbação depressiva Major referindo o episódio único ou recorrente, mais elevada entre os 25 e 44 anos, sendo menor entre homens e mulheres com mais de 65 anos.

Um outro factor de risco de depressão é o estado civil, os indivíduos divorciados, separados, viúvos ou solteiros, mostram-se mais vulneráveis à depressão comparativamente com os casados ou em união de facto (Moran, Bifulco, Ball & Campbell, 2001; Talbott, 2003).

O facto de se viver em áreas urbanas pode ser também um factor de risco para a depressão. Os diagnósticos desta perturbação realizados em áreas rurais são relativamente mais baixos comparativamente com áreas urbanas (Michalak, Wilkinson, Hood, Srinivasan, Dowrick & Dunn, 2002; Talbott, 2003).

Para além dos fatores sociodemográficos, deve-se também considerar as relações interpessoais e experiências de vida, pois, estes factores, são fundamentais na etiologia e manutenção da depressão.

Já no ano de 1993, estimava-se uma incidência anual da Depressão Major, na população mundial, de 1% (Silva, 1993). Após dez anos, a literatura apontou para que o valor duplica-se, ou seja, “a taxa de incidência a nível mundial da Depressão Major andarà em torno de 2,1 novos casos por cada 100 habitantes, com mais de 15 anos de idade” (Ramalheira, 2003).

Actualmente, a incidência da depressão é constantemente ascendente (Schotte et al., 2006), esperando-se que o número de indivíduos com perturbações mentais aumente com o envelhecimento da população, piorando os problemas e desequilíbrios sociais, o que leva a enormes custos em termos de miséria humana, incapacidade e perdas económicas (WHO, 2003).

O aumento da incidência da depressão acentuou-se no último século, possivelmente devido às profundas mudanças sociodemográficas da nossa sociedade.

5. Depressão e morte do cônjuge

Muitos comportamentos de luto podem ser confundidos com manifestações depressivas. Contudo, luto e depressão não são sinónimos. Na verdade, o facto de se sofrer uma perda e de se atravessar um luto não significa que se vá sofrer, obrigatoriamente, uma depressão.

É normal que ambos os sentimentos se exprimam através de tristeza, choro, stress, perda de apetite ou de peso, insónia, perda de interesse sexual, abandono de actividades externas.

Freud (1987), considerou que a depressão – ou “melancolia”, – é a forma patológica do luto. A manifestação da depressão e do luto normal é, na sua opinião, semelhante, com excepção de, na primeira, impulsos de raiva dirigidos à pessoa amada de forma ambivalente são direccionados para dentro do próprio indivíduo.

Desta forma, o luto é muito parecido com a depressão e pode, mesmo, constituir uma sua origem, tanto imediatamente após a perda como mais tarde quando esta é recordada (Klerman, 1981 citado por Worden, 1998).

Apesar dos padrões de depressão e luto serem bastante semelhantes, as duas condições são realmente distintas. Freud considerou que as sensações de pobreza e vazio, no luto, são sentidas em relação ao mundo, enquanto na depressão são sentidas pela pessoa em relação a si própria.

Clark, Beck, e Alford (1999) observaram que na depressão havia esquemas activados associados ao esquema mais primitivo de perda. Referiram também que, no deprimido seria observável uma organização cognitiva apoiada neste esquema mais primitivo caracterizado por Esquema cognitivo conceptual, referenciado como uma perda real ou com uma ameaça de perda; O Esquema afectivo que demonstrava a tristeza ou a alteração de

humor; Esquema Fisiológico relacionado com a fadiga; Esquema comportamental que representava a perda de atividade e uma necessidade de isolamento e o Esquema motivacional, relacionado com a perda de satisfação ou de objetivos resultando num sentimento de desamparo.

Schweitzer (1992) considera que as pessoas podem chegar a um estado de depressão, apresentando dificuldades em dormir e em comer; surgem, também problemas relacionados com o aparecimento de pensamentos sobre a pessoa falecida, tal como já o defendia Weizman & Kamm (1987).

Sentimentos como o de inutilidade, degeneração no funcionamento, atraso psicomotor e condutas ou ideias suicidas insinuam, um quadro depressivo grave. Mais uma vez o tempo é aqui chamado para explicar o carácter saudável ou patológico da depressão no contexto do luto.

Enquanto, que no luto normal os sintomas depressivos mais agudos podem durar cerca de 1 a 2 meses, nas pessoas com um transtorno depressivo a duração é essencialmente mais prolongada.

O sentimento de culpa assume formas diferentes na depressão e no luto. A culpa eventualmente sentida pela pessoa enlutada está associada a algum aspecto específico da perda e não a um sentimento geral e total de culpa sentido pela pessoa deprimida.

A nível das diferenças entre géneros, um estudo realizado por Grootheest (1999) pretendeu-se averiguar que factores estariam por detrás desta constatação que referia que a diferença na taxa de depressão entre homens e mulheres tem maior evidência entre viúvos por um longo período de tempo.

Ao colocarem a experiência de casamento os autores advogam que homens e mulheres retiram diferentes benefícios do casamento. Enquanto para os homens os benefícios retirados do casamento incluíam ter alguém que realizasse as tarefas domésticas, para as mulheres o principal benefício parece ser a segurança financeira.

Concluíram, que os homens experienciavam a viuvez como um evento mais angustiante que as mulheres. Esta situação só se verificava para aqueles que são viúvos há muito tempo. Em relação às mulheres não se verificaram diferenças no nível de depressão entre aquelas que são viúvas há pelo menos quatro anos. Estes autores consideram que as diferentes formas de stress ou ramificações provocadas pela viuvez entre homens e mulheres produziram diferentes significados para ambos.

Assim a viuvez traz diferentes desafios para viúvos e para viúvas, como é o fato de uma pesquisa realizada por Peggy e Kalyani (2001) sobre as viúvas de Singapura e a forma

como estas experienciam a sua viuvez. Os resultados obtidos retratam a relação conjugal. Foi constatado por estes autores que 10,3% dos viúvos estavam preocupados com as tarefas diárias, enquanto só 7,3% das viúvas apresentavam essa preocupação.

Os níveis de depressão, entretanto apresentados pelos homens viúvos, podem ter ficado a dever-se a estas doenças surgirem com mais frequência em idades avançadas. Os resultados deste estudo apresentaram, que os homens são mais vulneráveis, a longo prazo, que as mulheres. Estes homens têm tendência para desenvolver sintomas depressivos se ficarem sozinhos por longos períodos de tempo após o luto. Nas mulheres a probabilidade disto acontecer é reduzida.

Os autores Clark, Siviski e Weiner (1986) tinham encontrado a solidão como o tipo de problema mais considerável, entre os homens viúvos, na investigação que efetuaram sobre estratégias de lidar com a viuvez no primeiro ano de luto.

Estes estudos apontaram para a ideia de que no estudo do processamento do luto se devem identificar outros factores, como a solidão ou o isolamento de quem vive só e a diminuição das capacidades físicas de quem já é idoso e que influenciam a vivência da viuvez.

O processo de luto reverte-se à medida que o tempo decorre e a pessoa enlutada recupera o estado de ânimo normal. A maioria das depressões que são associadas ao luto são de natureza transitória e desta forma, não necessitam de atendimento profissional, o mesmo não sucedendo quando se prolongam para além do primeiro ano de luto (Jacobs, 1987 citado por Worden, 1998).

Capítulo III – Luto por morte do cônjuge

1. Definição e caracterização do luto

O luto é um processo comportamental com características diferentes que faz com que se distinga dos outros. Existem duas perspetivas divergentes, a psicanalítica e a clínica que sugerem contributos complementares que são decisivos para uma compreensão mais integrada de toda a vastidão do luto.

O conceito de luto pode ser visto de diferentes perspetivas mudando a nível de conteúdo sendo observado de diferentes formas. Pode ser visto como uma perda, decorrente do desaparecimento mais ou menos súbito do objeto de vinculação e também, pelo dispêndio de tempo necessário para a sua assimilação psicológica.

Freud (1987), na segunda década do século passado referiu-se ao luto como uma reação à perda de alguém querido ou quando havia a perda de alguma abstração ocupando o lugar de um ente querido. Oito décadas depois, Kaplan e Sadock (1996) definiram o luto como uma síndrome que ocorria ao haver a perda de um ente querido.

No século atual, Rojas (2001), refere-se ao luto como um processo psicológico em que ocorre tristeza que é dissipada através de perdas significativas.

No luto existem traços emocionais marcantes, como um desânimo profundamente doloroso influenciando a disposição do indivíduo; deixando de haver interesse pelo mundo externo; surge a incapacidade de amar outro objeto de amor por pensar que estava a substituir o que perdeu, existe ainda a dificuldade em pensar em qualquer actividade com receio de não envolver a pessoa. Desta forma ao observar-se e analisar-se o luto observaram-se comportamentos que parecem representar alguma anormalidade das pessoas enlutadas, parecendo que estas problematizavam o conceito de doença associada ao luto (Freud, 1987).

Ainda assim Freud julgava que apesar de serem visíveis modificações a nível do comportamento normal da vida, não se pode aceitar o luto como uma condição patológica

No trabalho *Luto e Melancolia*, Freud (1987), considerou que ao haver uma prova de que o objecto perdido deixou de existir, manifesta-se na pessoa em luto a exigência de que toda a libido desenvolvida em relação ao objeto seja retirada de todas as ligações com ele, existentes. Quando ocorre o luto normal a realidade acaba por predominar. Mesmo assim, a sua assimilação não é instantânea. Vai-se prolongando pelo tempo com elevado consumo de energia catexial, permanecendo, entretanto, ao nível psíquico, o objeto perdido. De forma distinta, cada uma das parcelas emocionais (recordações e esperanças) que vinculavam a libido ao objeto é rememorada e hipercatexizada, ocorrendo o seu desligamento.

Segundo este mesmo autor, uma vez concluído o trabalho de luto, o ego, cujo envolvimento neste trabalho foi tão forte ao ponto de absorver todas as suas energias, fica de novo livre e desinibido, uma vez que desiste do objeto, declarando-o morto, e retoma o incentivo de continuar a viver.

O processo de luto desencadeia-se então a partir de numerosas causas e circunstâncias, que não têm de ser necessariamente a morte de um ente querido. Ainda assim, todas as causas têm em comum: a elevada importância afetiva atribuída à perda (Freud, 1987; Grinberg, 2000).

González (1965) refere que o trabalho de luto não anula a relação existente com o objeto perdido, mas antes estabelece um novo tipo de vínculo que lhe permite, em caso de necessidade, libertar suficiente quantidade de catexia para enformar um objeto substituto. Menciona ainda que o luto é uma reação patológica que visa a recuperação do equilíbrio somático e psíquico alterado. Quando se processa sem deformar substancialmente a realidade, então está-se perante um luto normal. Quando o contrário acontece verifica-se o luto patológico.

Ainda outra perspetiva mostra ser contraditória, alguns autores da corrente psicanalítica consideram que a pessoa em luto é “doente” (González, 1965; Grinberg, 2000).

Embora o estado mental da pessoa enlutada seja comum, parecendo normal, e por isso não é referida como doente, nela se reativam as ansiedades psicóticas precoces (Klein, 1940).

Por sua vez, Worden (1998), abordou o luto numa perspetiva clínica, no percurso do acompanhamento realizado a pessoas em luto, no Hospital Geral de Massachusetts, nos EUA.

Esta perspetiva considerou que as manifestações normais de luto podem ser descritas em quatro categorias gerais como os sentimentos que abrangeriam tristeza; raiva; culpa e auto-recriminação; ansiedade; solidão; fadiga; desamparo; choque; anseio; emancipação; alívio e estarecimento; assim como as sensações físicas que descreviam como um vazio no estômago; aperto no peito; nó na garganta; hipersensibilidade ao barulho; sensação de despersonalização; falta de ar; fraqueza muscular; falta de energia e boca seca; ainda as cognições que falavam e descrença; confusão; preocupação; sensação da presença e alucinações; e por fim os comportamentos retratados como o distúrbios do sono; distúrbios do apetite; comportamento “aéreo”, tendendo a esquecer as coisas; isolamento social; sonhos com a pessoa que falecida; o evitamento de coisas que lembrem a pessoa que faleceu; procura e chamamento da pessoa falecida; suspiros; hiperatividade; choro e visita a lugares e/ou trazer consigo objetos que lembram a pessoa que faleceu.

Segundo Kaplan e Sadock (1996) as causas de luto podem ser organizadas em quatro grandes grupos: o primeiro, na perda de um ente querido, que resulta da separação, divórcio ou encarceramento; seguidamente na perda de um objeto com elevado valor afetivo, ou de uma circunstância muito particular, como a imagem pública ou mesmo o estatuto profissional; na perda de um objeto fantasiado de afeto, exemplificando, um feto intra-uterino ou o nascimento de uma criança mal-formada; e por último na perda que resulta de danos narcisistas.

Este processo resulta da perda de um objeto de vinculação bastante intensificada, quer de natureza física ou emocional. Tendo o seu grau de importância do objeto de vinculação que pode, inclusivamente, ser de aparente superficialidade, embora se tenha já transformado num hábito de conforto para o indivíduo como a privação da condução automóvel ou da visualização de televisão, por exemplo.

George Engel (1961), respondeu à pergunta sobre se o luto era uma doença, “que o luto representa uma saída do estado de saúde e bem-estar, e assim como a cura é necessária no campo fisiológico para trazer o corpo de volta ao equilíbrio homeostático, um período de tempo é igualmente necessário para que o enlutado retorne a um estado de equilíbrio”.

Afastado o conceito de doença associado à fragilidade emocional decorrente do luto, é necessário detalhar o seu percurso, especialmente ao explicar os sintomas visíveis, e compreender a necessidade de resolução deste facto. As explicações sustentadas primeiramente surgiram no domínio psicanalítico explicado por Freud ao longo da sua obra, destacado no trabalho *Luto e Melancolia*.

Após esta abordagem, praticamente só a partir do fim da década sessenta é que o luto começou a ter maior relevância por parte da ciência.

Elisabeth Kübler-Ross, em 1969, *On death and dying*, analisou mais especificamente o luto do doente com morte anunciada (Kübler-Ross, 1998), e John Bowlby, em 1973, *Attachment and Loss*, que aborda as principais consequências emocionais da perda (Bowlby, 1985), foram estes autores que executaram dois excelentes trabalhos compreensivos sobre o luto. A importante contribuição psicanalítica para a explicação do processo, partindo da análise dos comportamentos de vinculação, perda e luto, Elisabeth Kübler-Ross, em 1969, e John

Bowlby, em 1973, estabeleceram um conjunto de comportamentos ao longo de um percurso de luto saudável, onde são visíveis comportamentos como, o Entorpecimento, que incluem o choque e a negação; a Desorganização, que incluem a ansiedade e o medo, a tristeza, a cólera, a culpabilidade, o sentimento de libertação e a consciência plena da perda e

sua aceitação: a Reorganização, que incluem a realização das tarefas subsequentes ao luto, a descoberta do sentido para a perda, a troca dos perdões e a herança.

As emoções vividas pelas pessoas em luto em relação ao ente querido perdido dependem do grau de vinculação desenvolvido em vida e dos traços de personalidade dos enlutados.

1.1.Processo de luto

Ao ocorrer uma perda significativa, quer de uma pessoa ou de um objeto estimado vai desenrolar-se um processo necessário e fundamental que permite que o vazio possa voltar a preencher-se. Este processo denomina-se por processo de Luto, consiste numa adaptação à perda, para que este aconteça passa por várias fases.

Bowlby (1980, citado por Sanders, 1999) foi um dos autores que possibilitou que ocorresse este processo. Através da teoria da vinculação o autor veio a considerar este processo adaptativo e universal, quando há uma perda os mecanismos adaptativos como o choro, vão ocorrer em vista de recuperar a figura perdida, sendo esta uma resposta automática e intrínseca.

Sanders (1999) considera que o luto é um estado experiencial que a pessoa sofre após consciencializar-se dessa perda.

Segundo Worden (1991), existem quatro tarefas essenciais no processo de luto para que se restabeleça o equilíbrio, sendo elas: o aceitar a perda, o trabalhar a dor trazida por essa perda, o ajustamento a um ambiente em que o falecido desapareceu, e a transferência emocional do falecido prosseguindo com a vida. Estas tarefas são essenciais para que o processo de luto seja concluído.

Independentemente das definições que estes autores referiram, existe um consenso quanto a inevitabilidade de ocorrer este processo, sendo que este varia de indivíduo para indivíduo, em que a forma de realizar o processo tende a variar.

O modelo de Kübler-Ross (1997) a que chama de etapas, apesar de se referir às etapas da morte, foi largamente adotado e aplicado por outros autores (Silverman 1981; Weizman & Kamm, 1987) a muitas outras situações, como o processo de luto.

Ao contrário a Kübler-Ross (1997) que utilizou o conceito de “etapa” para se referir à evolução do processo de adaptação à morte, Weizman e Kamm (1987) usam a palavra “fase”, que consideram que esta caracteriza a flexibilidade e transitoriedade de um processo

de luto. A opção por este termo prende-se com o facto de que, segundo estas autoras, o termo etapa “*has been interpreted more rigidly than intended*” (1987, p.42).

Todo o processo de luto é único e pessoal, sendo necessário considerar e reconhecer estes aspetos no momento de o descrever e caracterizar.

1.2. Fazes no processo de luto

Weizman e Kamm (1987) utilizaram cinco fases para descrever o processo de luto: *Choque, Desconcerto, Raiva, Tristeza e Integração*.

Enquanto Silverman (1981) apresenta três fases: *Impacto, Recuo e Acomodação*. Silverman (1981) adota este conceito de fases para caracterizar este período de transição, característico do ciclo de vida, que é a morte.

Cavanaugh (1993) apresenta da mesma forma três fases, mas com nomes diferentes: *Fase Inicial, Fase Intermédia e a Fase de Recuperação*.

Estas fases explicam-nos como se processa o luto. Ou seja, o decorrer do luto faz-se através de fases e, desta forma, ficamos a saber como é que as pessoas sofrem e o que é que elas experienciam durante todo o processo.

As autoras deixam claro que estas fases não têm um limite no tempo nem são sequenciais. As orientações são flexíveis, analisadas e aplicadas a cada indivíduo e em cada caso.

Segundo Weizman e Kamm (1987) a primeira fase, a fase do “Choque”, encontra-se ligada ao peso que a situação da morte tem neste início do processamento do luto. Nesta fase são experienciados sentimentos como de choque, descrença, negação, confusão, embaraço, isolamento ou afastamento, podendo, contudo ser vividos outros sentimentos assim como tristeza, revolta ou culpa.

Após este primeiro impacto, a realidade e a dor se instalam fazendo surgir variados e intensos sentimentos.

Este impacto inicial pode provocar uma certa confusão e embaraço. Em que o enlutado fica sem saber o que fazer, a quem se dirigir ou como se expressar. O choque e a negação são reações normais e que visam a auto-proteção do impacto e da dor. Esta atitude é mais notória quando a morte é repentina, isto é, a incerteza, o não acreditar, são mais acentuados quando ocorre este tipo de morte. Nesta linha, Silverman (1981) ao caracterizar a fase de “impacto” refere que: “*When the husband’s death is sudden and totally unexpected,*

the widow's chock and numbness are likely to be allpervasive” (p.41). A atitude que protege a viúva de uma angústia mais dolorosa visando, uma auto-proteção. Sobre este assunto, Cavanaugh (1993) afirma que nesta primeira fase, a que ele chama de “inicial”, a pessoa enlutada apresenta uma reação de choque, descrença e de entorpecimento. As pessoas revelam, frequentemente, sentimentos de vazio, frio e confusão.

Sendo que o isolamento e afastamento também visam este objetivo, apesar do enlutado procurar comunicar com os outros, ao mesmo tempo deseja estar só e afasta-se.

Segundo Weizman e Kamm (1987), o período de choque vai variando consoante a circunstância da morte. O período de choque pode ter uma duração de cerca de seis ou sete meses, quando, em circunstâncias ditas “normais”, este período tem uma duração de dois a três meses.

De acordo com Weizman e Kamm (1987) e Silverman (1981) a duração desta fase depende da circunstância da morte do marido.

Para Silverman (1981), quando a morte do marido é súbita e inesperada, o choque é mais profundo e intenso. Porque não houve tempo para qualquer preparação, não havendo tempo para dizer adeus, para pensar como serão as coisas, agora que se encontra só.

Cavanaugh (1993) citando Hill, Thompson e Gallagher, dizem que para o facto de os sentimentos, só por si, não diferenciam as viúvas, cujos maridos estiveram doentes pelo menos um mês, daquelas cujos maridos morreram subitamente, assim, o tempo de recuperação não depende do tipo ou circunstância da morte.

A fase do choque baseia-se em dois aspetos essenciais: a fase da auto-proteção refletida nos sentimentos de confusão, desorientação, descrença e negação; e a circunstância da morte que determina a duração da fase e influência a forma de vivenciar estes primeiros momentos do luto.

Na segunda fase, Weizman e Kamm (1987), Cavanaugh (1993) e Silverman (1981) estão de acordo em relação aos sentimentos que caracterizam esta fase. Podemos encontrar, sentimentos de culpa, auto censura e impotência. O enlutado responsabiliza-se pela morte e sente-se culpado, querendo recuperar a pessoa perdida e trazê-la de volta à vida.

Weizman e Kamm (1987) explicam este sentimento de culpa atribuindo-o às ações que foram omissas ou a oportunidades falhadas.

Cavanaugh (1993), afirma que os enlutados tentam perceber porque é que a pessoa morreu. Deste modo, sentem a presença da pessoa morta, conversando e sonhando com ela.

Já Silverman (1981) concorda com esta ideia ao afirmar que esta fase revela ainda outros sentimentos que, exemplificando, Weizman e Kamm (1987) distribuem por mais duas

fases, a terceira e a quarta. Estas autoras falam nesta terceira fase chamada de Raiva, que se caracteriza pelo aparecimento de alguns sentimentos como a raiva. Este sentimento encontra-se, muitas vezes, associado a sentimentos de culpa (Weizman & Kamm, 1987).

A tristeza surge na quarta fase. Weizman e Kamm (1987) falam-nos deste sentimento que se torna predominante quando a realidade da morte se torna mais clara para a pessoa enlutada que reconhece a morte da pessoa querida. Nesta última fase do processo (quinta para Weizman e Kamm, 1987) consiste na integração, acomodação ou recuperação.

Cavanaugh (1993) revela que esta fase consiste na tomada de consciência, por parte da viúva, de que não adianta viver no passado.

Já Silverman (1981), por seu lado, afirma que a viúva desenvolve uma “nova” identidade. Deste modo significa que a pessoa não corta com o passado nem renúncia a ele, apenas modifica a sua relação com ele.

Segundo Bowlby (1998), as pessoas reagem à perda de alguém próximo e durante semanas ou meses passam por fases que podem oscilar entre duas delas. Geralmente, seguintes fases: a fase do entorpecimento, que geralmente pode durar de horas a uma semana podendo ser interrompida por explosões de aflição e/ou raiva extremamente intensas. Na segunda fase, a de anseio e busca da figura perdida, que dura de meses ou por vezes anos e na fase da desorganização, e desespero e na quarta fase a de maior ou menor grau de reorganização.

No de luto, um dos pressupostos básicos é a necessidade de tempo para a reabilitação emocional da pessoa enlutada em relação ao objeto perdido. Na resolução do processo de luto, a que Freud designou de “trabalho de luto”, exige um percurso tipificado num conjunto de fases, subdivididas em estádios.

Partindo de cinco fases, definidas por Kübler-Ross (1998), ou quatro, descritas por Bowlby (1985), o processo de luto é atualmente apresentado de modo diverso, tendo como base os tipos de indivíduos envolvidos no luto, como pais, filhos, esposas e avós, ou outros.

2. Morte do cônjuge: vinculação e relação amorosa

Hazan e Shaver (citado por Fletcher, 2002), defenderam que os comportamentos nos adultos se observavam no contexto das relações amorosas.

Foi descrito por Fletcher (2002) que o amor íntimo consistia em três componentes quase independentes, nomeadamente, a intimidade (vinculação), compromisso (prestar cuidados) e paixão (atração sexual).

Estudos recentes demonstraram que ao ocorrer mudanças numa relação íntima, os estilos de vinculação tendem a ser estáveis ao longo da vida, sendo extremamente sensíveis a influências externas, principalmente no que diz respeito às relações íntimas (Fletcher, 2002).

Segundo Sternberg e Grajek (citado por Narciso, 1996) a intimidade apresenta dez sinais: o desejo de promover o bem-estar do outro; sentimento de felicidade do outro; respeito pela pessoa amada; compreensão mútua; possibilidade de contar com o outro quando é necessário; partilha do Eu e de bens materiais; apoio emocional; comunicação íntima e valorização do amado.

Narciso (1996), refere que no contexto de uma relação conjugal, a intimidade desempenha funções de proteção, gerando bem-estar.

Ao haver uma experiência íntima, a pessoa ao entregar-se sente um desejo de infinidade da relação que se mantém sempre presente, o medo da separação pode ser experienciado desde as relações com os pais e mais tarde em outras relações afetivas, como é o caso da relação com o cônjuge.

Contudo, ao longo da vida de uma pessoa a adaptação a outras situações da vida e a adoção de novos papéis vão surgindo quando ocorre por exemplo a morte do cônjuge.

A perda do cônjuge é algo que, mais tarde ou mais cedo, um indivíduo casado poderá ter que enfrentar, e vai ser um acontecimento que influencia o momento do desenvolvimento em que o indivíduo se encontra, o conflito ou crise cujo equilíbrio procura alcançar. Deste modo, terá que aprender a lidar com diferentes assuntos ao qual poderia não estar habituado, sobretudo, aprender a viver sozinho.

Trata-se de *“unlearning of old ways and learning of new ways, at a time when learning comes harder than it did in earlier years”* (Havighurst, 1972, p.110). Pode-se dizer que, no fundo, se trata de construir uma nova identidade.

Pode-se afirmar que Erikson, ao traduzir o desenvolvimento humano como um processo que se desenrola do nascimento até à morte, estivesse a descrevê-lo como um sistema cujo equilíbrio pode ser alterado por várias ocorrências normativas ou não normativas. A viuvez apresenta-se como um acontecimento desequilibrante, capaz de perturbar o equilíbrio alcançado, num certo momento do ciclo de vida, constituindo-se, por isso, como um período de transição.

Os sentimentos associados ao luto podem, assim, precipitar, manter, dificultar ou até ajudar a resolver a crise instalada.

Segundo Bonanno (2001), os indivíduos que sofrem de um enlutamento crónico ou severo, descritos nesta literatura, pareciam apresentar um perfil comum. A relação que estas pessoas possuíam com a pessoa falecida era uma relação ambivalente, estando incapazes de aceitar a perda e de progredir ao longo das suas vidas.

De acordo com a teoria da vinculação, referencia-se que a vinculação é um fator central no desenvolvimento, em que a perda vai gerar um custo emocional bastante elevado, assim como uma ativação de comportamento de vinculação como resposta ao risco de estar só, o que é de se supor que esta perda da pessoa com quem se mantém o vínculo, traz muita dor e ameaça, como é o caso da perda do cônjuge.

Parte II – Estudo Empírico

I-Método

1.Objetivos

Esta investigação tem como objetivo geral, analisar a relação entre a depressão, vinculação e relações amorosas de pessoas em luto por morte do cônjuge.

Como objetivos específicos, pretende-se caracterizar os indivíduos em termos de depressão, qualidade da vinculação e a sua relação com as relações amorosas, verificando se existe relação entre estas e o género e a idade e o tempo de viuvez.

2.Participantes

A amostra recolhida nesta investigação foi de 107 indivíduos em luto pela morte do seu cônjuge, com idades compreendidas entre os 45 e os 96 Anos ($M=77,2$; $DP=10,9$), sendo que 84 são do género feminino (78,5 %) e 23 são do género masculino (21,5 %).

O critério de inclusão dos participantes na amostra definiu-se que só poderiam participar os sujeitos que atualmente são viúvos.

É apresentado na tabela 1 os dados de caracterização do questionário sociodemográfico dos indivíduos incluídos no estudo (tabela 1).

		Género				
		Masculino		Feminino		
		(N=23)		(N=84)		
		N	%	N	%	X ²
Meio de residência	Rural	12	11.2	60	56.1	3.041
	Urbana	11	10.3	24	22.4	
Nível de escolaridade	1º Ciclo	14	13.1	70	65.4	10.773
	2º Ciclo	4	3.7	4	3.7	
	3º Ciclo	4	3.7	3	2.8	
	Ensino Secundário	1	0.9	6	5.6	
	Licenciatura	0	0.0	1	0.9	
Tem filhos	Sim	18	16.8	70	65.4	

	Não	4	3.7	14	13.1	3.714
	Não se aplica	1	0.9	0	0.0	
Relação com os filhos	Não se aplica	4	3.7	14	13.1	
	Má	1	0.9	0	0.0	
	Nem boa nem má	5	4.7	10	9.3	5.492
	Boa	8	7.5	37	34.6	
	Muito boa	5	4.7	23	21.5	
Com quem vive	Sozinho	7	6.5	17	15.9	
	Com filhos	5	4.7	13	12.1	2.169
	Lar	10	9.3	47	43.9	
	Outros	1	0.9	7	6.5	
Caracterização da relação conjugal	Nada satisfatória	2	1.9	5	4.7	
	Pouco satisfatória	3	2.8	21	19.6	1.574
	Muito satisfatória	18	16.8	58	54.2	

p>.05

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da amostra por géneros

Os participantes desta amostra viviam na maioria em meio Rural e em Lar, apresentando um nível de escolaridade de 1º ciclo. A maioria tinha filhos e via essa relação como boa. A nível da relação conjugal que tinham com o seu cônjuge, a maior parte caracterizou-a como muito satisfatória.

A nível de diferenças significativas, não foram encontradas para os géneros ($p > .05$).

A tabela 2 representa os resultados das dimensões quantitativas, obtidos através do teste T-Student de modo a observar-se se ocorreram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros .

	Género				t	p
	Masculino		Feminino			
	M	DP	M	DP		
Idade	74.43	11.47	77.98	10.64	1.39	0.167
Tempo de viuvez	8.04	5.22	16.30	12.19	4.80	0.000***
Duração da relação	40.91	11.14	40.20	14.67	0.252	0.802

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica da amostra por géneros nas dimensões quantitativas

Quanto á idade, o género feminino apresentou uma média mais baixa do que o género masculino ($M=74.43$; $DP= 11.47$; $M=77.98$; $DP= 10.64$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p> .05$).

Quanto ao tempo de viuvez o género feminino apresentou uma maior média em relação ao género masculino ($M=16.30$; $DP=12.19$; $M=8.04$; $DP= 5.22$). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o tempo de viuvez ($p \leq .001$).

A nível da duração da relação, o género Masculino apresenta uma maior média em relação ao género feminino ($M=40.91$; $DP=11.14$; $M=40.20$; $DP=14.67$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a duração da relação ($p> .05$).

3. Medidas

3.1. Questionário Sociodemográfico

O protocolo de investigação é composto por um questionário sociodemográfico organizado em quatro partes, sendo a primeira constituída por questões de caracterização da amostra incluindo o sexo, a idade, meio onde vive, escolaridade; a segunda parte é composta por dados profissionais, como a situação de emprego; na terceira parte os dados pessoais e familiares, como a existência de filhos, com quem vive e a relação com os filhos, e a quarta e última parte a relação afetiva com o cônjuge, a duração da relação, a caracterização da relação e o tempo de viuvez.

Foram formuladas ainda questões sobre a relação amorosa que tinha com o cônjuge, num questionário de relações amorosas de oito itens (Aceitava-o/a como ele/a era? Era fácil para si perdoá-lo/a; Podia contar com ele/a em alturas de necessidade?; Aceitava as falhas e defeitos dele/a?; Existiam coisas que só fazia com ele/a?: Tinha sentimentos por ele/a que não tinha por outra pessoa?; Essa pessoa era um bom ouvinte ?; Podia contar com essa pessoa para lhe emprestar dinheiro quando precisava?), avaliados através de uma escala de Likert com 5 alternativas de resposta (nunca=1, quase nunca = 2, algumas vezes=3, quase sempre = 4, sempre = 5).

Estas questões foram inspiradas no questionário *Relationship Rating Form* (RRF).

Um questionário que pretende medir 7 características globais e 20 facetas de relações românticas ou de amizade (Davis, 1996), a versão portuguesa deste questionário foi desenvolvida por Wolfgang Lind em 2007 (Lind, Faísca, Moreira, Relvas & Saraiva, 2010).

Foram elaboradas questões específicas à população em estudo, por não se adequarem todas as questões do *Relationship Rating Form* (RRF).

Em relação às qualidades psicométricas, o RRF apresentou *alphas de Cronbach* bastante elevados, quanto ao estudo de consistência interna da RRF foram encontrados como valores globais de *alpha de Cronbach* 0.98 para o sexo feminino e 0.97 para o sexo masculino, numa estabilidade temporal da escala, correspondente a quatro a cinco semanas de intervalo entre o teste e o reteste foi 0.87 para o sexo feminino e 0.85 para o sexo masculino.

Neste estudo realizou-se a análise de fidelidade, com o cálculo de *alpha de Cronbach*. Os valores globais para o questionário de Relações Amorosas neste estudo foram de 0.81.

3.2. Escala de vinculação no adulto (EVA)

Esta escala (EVA, Canavarro, 1995) é a versão portuguesa da *Adult Attachment Scale* desenvolvida por Collins e Read em 1990, com o intuito de identificar os três padrões de vinculação adulta conhecidos como seguro, evitante e ansioso (Canavarro, 1999).

É constituída por 18 itens que quantificam o tipo de vinculação mais acentuada, em que estes itens se organizam em três dimensões, a *Ansiedade*, *Confiança nos Outros* e *Conforto com a Proximidade* que são constituídas por seis itens cada.

A resposta aos itens da escala é dada numa escala de Likert de 5 pontos, que varia de 1 (*nada característico em mim*) a 5 (*extremamente característico em mim*), e o seu resultado é dado pela média da soma dos itens em cada factor. A designação das dimensões baseou-se na organização dos itens e reflete de forma mais linear as adotadas por Collins e Read (1990; 1994).

A primeira dimensão, *Ansiedade* refere-se ao grau de ansiedade sentido pelo indivíduo relacionando questões interpessoais em que este apresenta receio de abandono ou de não ser bem querido; a segunda dimensão, *Conforto com a Proximidade*, refere-se quando o indivíduo se sente confortável com a proximidade e a intimidade; e a terceira e última dimensão, *Confiança nos Outros*, refere-se quando um indivíduo confia em outros sujeitos,

assim como quando está disponível quando estes necessitam dessa mesma confiança (Arriaga, veríssimo, Salvaterra, Maia & Santos, 2010).

Segundo Canavarro (1999), a análise factorial permitiu-nos observar os três fatores, O Fator 1 – Vinculação Ansiosa – caracteriza-se pela vontade de manter a proximidade dos parceiros o que é alcançado através de níveis elevados de hipervigilância nomeadamente no que se refere a sinais de separação, sendo a presença e disponibilidade dos parceiros percebida como incerta; O Fator 2 – Vinculação Segura – é caracterizado pela percepção dos parceiros como responsivos às necessidades do indivíduo o que provoca sentimentos de segurança e bem-estar; O Fator 3 – Vinculação Evitante – refere-se a estratégias de desvalorização da importância das relações, em que os parceiros são percebidos como fontes de stress e não confiáveis.

A nível dos estudos psicométricos da versão portuguesa da escala (Canavarro, 1999), quanto ao estudo de consistência interna, foram encontrados como valores globais de *alpha de Cronbach* 0.735, sendo o coeficiente de Spearman-Brown de 0.732, numa estabilidade temporal da escala, correspondente a seis semanas de intervalo entre o teste e o reteste foi de $r=0.645$, $p=0.000$.

Os indicadores de fidelidade para as subescalas da EVA apresentarem valores de *alpha de Cronbach*, um pouco inferiores ao desejável, nomeadamente, nas subescalas *Conforto com a Proximidade* (0.67) e *Confiança nos Outros* (0.54), na subescala *Ansiedade* não sucede o mesmo, apresentando um valor elevado de *alpha de Cronbach* (0.84).

Ainda assim, os estudos realizados com a EVA possibilitam-nos afirmar que as características psicométricas deste instrumento permitem a sua utilização científica e clínica (Canavarro, Dias e Lima, 2006), indicando que o instrumento possui bons indicadores de fidelidade e validade.

Neste estudo a dimensão da EVA, *Ansiedade* revelou um α de 0.788 e a dimensão *Confiança com a proximidade* e *Confiança com os outros* revelou um α de 0,433.

3.3. Inventário depressivo ou de depressão de Beck

O Inventário Depressivo de Beck (Beck *et al.*, 1961) é uma das mais antigas, e “mais utilizada de todas as escalas de auto-avaliação” da depressão (Beck, 1992, citado por Vaz-Serra, 1994). Foi construído por Beck e os seus colaboradores em 1961, mas é ainda hoje usada para a avaliação da depressão.

A adaptação da versão portuguesa do inventário Depressivo de Beck foi elaborada por Vaz Serra e Pio Abreu em 1973. Na sua constituição, este instrumento é composto por um questionário de auto-resposta composto por 21 grupos de 4, 5 ou 6 afirmações acerca da sintomatologia depressiva, podendo a intensidade dos sintomas e atitudes variar entre 0 a 3 (0,1, 2 ou 3), o indivíduo deve selecionar aquela que melhor descreve o seu estado no momento atual. As afirmações de cada grupo são apresentadas por ordem crescente de gravidade do sintoma, para que o sujeito que responde a este inventário escolha apenas uma que melhor descreve como se sente no momento do preenchimento. Os 21 itens valorizam aspetos cognitivos da depressão, tais como, sentimento de fracasso, insatisfação, pessimismo, sentimento de punição, ódio a si mesmo, auto-acusações, desejos suicidas, crises de choro, perda de apetite, irritabilidade, afastamento social, estado de ânimo triste incapacidade de decisão, distorção da imagem corporal, incapacidade de trabalhar, perturbações do sono, fadigabilidade, perda de peso, sentimento de culpabilidade hipocondria e diminuição da libido (Pais Ribeiro, 2007; Serra & Abreu, 1973).

O total da soma das 21 pontuações vai variar num intervalo de 0 a 63, possibilitando diferenciar os níveis de depressão, desde “ausente” a “grave”. Vaz Serra e Pio Abreu (1973) propõem o ponto de corte de 12 para a identificação da depressão. Diegas e Cardoso (1986, citado por Pais Ribeiro, 2007) referem por sua vez a utilização dos seguintes pontos de corte: de 0 a 12: ausência de depressão; 12 a 18: depressão leve; de 18 a 24: depressão média; acima de 24: depressão grave.

Em relação às qualidades psicométricas deste inventário, sendo uma das escalas mais antigas para a avaliação da depressão validadas em português está bem fundamentada, demonstrando possuir boas características psicométricas (Pais Ribeiro, 2007; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973). Neste estudo o alpha obtido foi de 0,85.

4.Procedimento

Para a realização do estudo foi facultado aos participantes um protocolo de investigação (ver anexo II), constituído por três instrumentos: um questionário de caracterização sociodemográfica com um questionário de relações amorosas, a Escala de Vinculação do Adulto (EVA, Canavarro, 1995), e o Inventário de depressão de Beck (BDI, Serra & Abreu, 1973).

Primeiramente os participantes foram informados do objetivo da investigação e do caráter desta, sendo anónimo e confidencial e a sua participação voluntária, podendo desistir a qualquer momento, seguidamente solicitou-se o preenchimento do protocolo.

Os questionários foram aplicados individualmente, sendo o local da recolha variado, na casa da pessoa ou em Instituição (Lar).

No caso de o local ser a instituição, além de serem informados os indivíduos que preencheram o questionário, foi também requerido através de um consentimento informado (Anexo I) a autorização à instituição.

A amostra para este estudo incluiu uma amostra de conveniência, sendo a amostra recolhida no local onde os indivíduos poderiam sendo acordado antecipadamente, os participantes deste estudo foram avaliados apenas uma vez, sendo o estudo transversal.

Relativamente ao desenho de investigação o estudo apresentado é correlacional, querendo-se, assim, analisar a relação entre as variáveis Vinculação, Depressão e Relações Amorosas dos indivíduos que perderam o cônjuge.

Depois de efetuada a recolha de dados, os questionários foram cotados de acordo com as indicações dos autores e fez-se o tratamento e análise dos dados. Os cálculos foram realizados através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 19.0, utilizando-se os procedimentos estatísticos de forma a encontrar os objetivos formulados.

II – Resultados

1. Análise de Normalidade da Amostra

Antes de efectuarmos as análises descritivas relevantes, realizámos o teste Kolmogorov-Smirnov para todas as medidas de avaliação, para compreendermos o tipo de estatística (paramétrica ou não paramétrica) que teríamos de realizar. Desta forma, apresentam-se em seguida os resultados obtidos.

	Kolmogorov-Smirnov Test	P
EVA		
Ansiedade	0.998	.272
Conforto com a proximidade/confiança nos outros	1.186	.120
R.A.		
Paixão	1.582	.013*
Intimidade	1.596	.012*
Confiança	2.063	.000***
BDIT	1.342	.055

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabela 3. Teste de Aderência Kolmogorov-Smirnov para as dimensões da EVA, R.A. e BDIT

Apesar de se ter verificado que três das dimensões seguem uma distribuição normal optou-se pela utilização de testes paramétricos e não paramétricos para as respetivas dimensões.

2. Análise da Amostra de Viúvos

Após se observar se existiam diferenças significativas para as dimensões da EVA, R.A. e BDIT, com todas as variáveis sociodemográficas, serão apresentadas apenas aquelas em que se encontraram diferenças significativas.

2.1. Diferenças entre as dimensões da RA e com quem vive

Para analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a existência ou não de filhos, para a dimensão RA, foi realizada uma análise através do teste Kruskal-Wallis (tabela 4).

Com quem vive										
	Sozinho (N=24)		Com filhos (N=18)		Lar (N=57)		Outros (N=8)		χ^2	p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
RA										
Paixão	52.27	2.13	46.83	1.72	56.32	1.41	58.75	1.25	1.60	0.66
Intimidade	66.29	1.64	48.25	1.65	51.70	1.78	46.44	0.74	5.38	0.15
Confiança	71.00	2.03	57.19	2.60	45.20	2.35	58.50	1.60	12.76	0.005**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Tabela 4. Diferenças entre as dimensões da RA e com quem vive

Esta análise veio revelar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre quem vive com a dimensão confiança na relação ($\chi^2 = 12.76$; $p = 0.005$). Pode ainda verificar-se que a confiança que existia na relação amorosa é superior nos participantes que vivem sozinhos atualmente ($M = 71.00$; $DP = 2.03$).

2.2. Diferenças entre as dimensões do BDIT e EVA com a caracterização da relação amorosa

Para analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da EVA e BDIT, de acordo com a caracterização da relação amorosa realizou-se uma ANOVA (tabela-5).

Caracterização da relação								
EVA	Nada satisfatória (N=7)		Pouco satisfatória (N=24)		Muito satisfatória (N=76)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		

Ansiedade	18.57	2.99	17.62	4.63	20.86	4.43	5.29	0.01**
CP / CO	30.43	7.25	34.21	5.31	32.62	4.34	1.954	0.147
BDIT	18,57	8.38	20.08	7.07	17.41	10.11	0.75	0.48

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabela 5. Diferenças entre as dimensões da EVA e BDIT com a caracterização da relação

Através da análise da tabela verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre a caracterização da relação e a dimensão Ansiedade ($F=5.29$; $p=0.01$).

Pode ainda verificar-se que a Ansiedade é superior quando a relação amorosa era muito satisfatória ($M=20.86$; $DP=4.43$).

2.3. Diferenças entre as dimensões da RA com a caracterização da relação amorosa

De modo a analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas da dimensão RA, de acordo com a caracterização da relação foi utilizado o teste kruskal-Wallis (tabela 6).

Caracterização da Relação								
RA	Nada satisfatória (N=7)		Pouco satisfatória (N=24)		Muito satisfatória (N=76)		χ^2	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
Paixão	23.64	1.11	35.46	1.42	62.65	1.54	21.939	0.000***
Intimidade	12.21	0.98	26.19	1.46	66.63	1.22	46.345	0.000***
Confiança	10.07	1.51	22.75	1.95	67.91	1.20	56.339	0.000***

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabela 6. Diferenças entre as dimensões da RA com a caracterização da relação

Os resultados obtidos indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a caracterização da relação e a dimensão Paixão ($x^2=21.939$; $p=0.00$), Intimidade ($x^2=46.345$; $p=0.00$) e Confiança ($x^2=56.339$; $p=0.00$). Pode ainda verificar-se que a Paixão que existia na relação era superior quando a relação amorosa era muito satisfatória ($M=62.65$; $DP=1.54$), assim como a Intimidade ($M=66.63$; $DP=1.22$) e a Confiança ($M=67.91$; $DP=1.20$).

2.4. Relações entre as dimensões da EVA, Relações Amorosas e BDIT

Para verificar se existem correlações entre as dimensões da EVA, RA e BDIT, recorreu-se ao coeficiente de correlação linear de *Pearson*. Em seguida serão apresentados os resultados numa tabela por cada teste de correlação realizado.

	Ansiedade	Conforto com a proximidade / Confiança nos outros
RA		
Paixão	0.325*	-0.229*
Intimidade	0.270**	-0.103
Confiança	0.255**	-0.030
BDIT	-0.443**	-0.163

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Tabela 7. Correlações entre as dimensões da EVA, RA e BDIT

Através dos resultados obtidos verifica-se que a dimensão Ansiedade estabelece uma relação moderada e negativa com a dimensão BDIT ($r=-0.443$; $p \leq .01$). Verificando-se que quanto maior a Ansiedade menor a sintomatologia depressiva.

Quanto às dimensões Paixão, Intimidade e Confiança correlacionam-se positivamente com a dimensão Ansiedade ($r=0.325$; $p \leq .05$ (Paixão), $r=0.270$; $p \leq .01$ (Intimidade) e a $r=0.255$; $p \leq .01$ (Confiança)), surgindo uma correlação fraca entre a Paixão e a Ansiedade e moderada para a Intimidade e Confiança para com esta mesma dimensão (Ansiedade). Revelando que quanto mais inseguros são maior é a paixão, intimidade e confiança na relação que tinha com o seu cônjuge.

A dimensão Conforto com a proximidade / Confiança com os outros correlacionou-se de forma fraca e negativa com a Paixão ($r = -0.229$; $p \leq .01$). Verifica-se assim, que quanto

maior a confiança nos outros /confiança com a proximidade, ou seja quanto mais seguros são menor a paixão.

Para avaliar a relação entre BDIT e as dimensões das RA, utilizou-se o teste correlação linear de Pearson (tabela 8).

	BDIT
RA	
Paixão	-0.290**
Intimidade	-0.158
Confiança	-0.176

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Tabela 8. Correlações entre o BDIT e as dimensões das RA

O BDIT correlacionou-se de forma moderada e negativa com a dimensão Paixão ($r = -0.290$; $p \leq .01$), o que revela que, quanto maior a depressão menor a paixão na relação.

Para se analisar as associações entre as dimensões da EVA, RA, BDIT com a Idade, duração da relação e tempo de viuvez, foi utilizado o teste de correlação linear de Pearson (tabela 9).

	Idade	Duração da relação	Tempo de viuvez
EVA			
Ansiedade	-0.068	-0.018	-0.023
Conforto com a proximidade/ Confiança nos outros	-0.55	-0.038	0.062
RA			
Paixão	0.086	0.095	-0.012
Intimidade	-0.118	-0.089	-0.061
Confiança	-0.224*	-0.149	-0.126
BDIT	0.209*	0.067	-0.012

* $p \leq .05$

Tabela 9. Correlações entre as dimensões da EVA, RA E BDIT com a Idade, Duração das relações e tempo de viuvez

A idade correlacionou-se fraca e negativamente com a confiança e com a depressão de forma fraca e positiva ($r = -0.224$; $p \leq .05$ (confiança) e $r = 0.209$; $p \leq .05$ (BDIT)).

Desta forma os resultados mostram que quanto mais velhos forem, menor era a confiança na relação e maior são os índices de depressão.

III – Discussão

Neste estudo de carácter exploratório, procurou-se analisar o modo como a relação entre a depressão, a vinculação e as relações amorosas se relacionam em pessoas que perderam o seu cônjuge.

Relativamente à relação amorosa verifica-se neste estudo que a confiança existente na relação que tinha com o seu cônjuge apresenta-se mais elevada em quem vive sozinho, o que está em consonância com Bowlby (2009), ao referir que quando ocorre uma ruptura da relação de vinculação por morte ou separação voluntária, os indivíduos têm reações emocionais previsíveis, como o protesto, o desespero e a desvinculação, ao ocorrer o desespero, sentem demasiada tristeza, que tende a diminuir quando há uma adaptação por parte do indivíduo, fechando um ciclo com a desvinculação emocional do parceiro perdido, retomando, desta forma, a sua vida normal, mostrando-se mais confiante.

Em relação à paixão existente na relação amorosa que existia com o seu falecido cônjuge, esta apresenta-se mais elevada quando uma relação é muito satisfatória, o que pode ir de encontro ao estudo de Karpel (1994) que refere que um relacionamento conjugal satisfatório é caracterizado por sentimentos de paixão, compreensão, alegria, proximidade e equilíbrio entre a vinculação e a autonomia e a aceitação de limitações e decepções. Desta forma, estes autores corroboram com os resultados obtidos ao haver sentimentos mais intensos na relação mais satisfatória, que será a relação.

Tendo em conta os resultados obtidos neste estudo, em que aos indivíduos com um padrão de vinculação ansioso apresentavam uma relação amorosa muito satisfatória não é concordante com os estudos pesquisados. Como refere Collins (1996), indivíduos com um padrão de vinculação ansioso, tendem a sentir-se rejeitados e a considerar o companheiro como não responsivo e confiável, para além de avaliarem como mais negativo o impacto do acontecimento sobre si próprios e sobre a relação.

De acordo com as correlações observadas neste estudo, constatou-se que indivíduos com um padrão de vinculação ansioso, apresentam níveis mais baixos de depressão, o que não vai de acordo com Cooper, Shaver e Collins (1998), que afirmam que indivíduos com um padrão de vinculação ansioso, experienciam níveis mais altos de sintomatologia depressiva, enquanto indivíduos seguros, experienciam valores mais baixos, assim como indivíduos com um padrão de vinculação evitante, que obtêm classificações medianas nesse âmbito.

O mesmo foi referido por Mickelson, Kessler e Shaver (1997, citado por Rholes & Simpson, 2004), ao apresentarem resultados que comparativamente a um grupo de indivíduos com vinculação segura, indivíduos que exibiam um padrão de vinculação ansioso obtinham resultados mais altos, numa escala que media a sintomatologia depressiva.

Observou-se também que os indivíduos com um padrão de vinculação ansioso apresentavam uma melhor relação amorosa com o seu cônjuge, o que não é concordante com os observados, que indicam que nestes indivíduos existe uma preocupação constante com a falta de proximidade ou de abandono, um desejo constante de união, percepção que os outros se assustam como o seu desejo exagerado de intimidade, que prevalece sobre a autonomia, um sofrimento psíquico persistente e aumento dos problemas, percepção de que o outro é complexo, sendo difícil de o entender, reciprocidade e fusão com o outro, manifestações exageradas de sofrimento e raiva, assim como submissão para obter aceitação, ciúmes extremos, facilidade em se apaixonar, sensação de serem mal compreendidos (Montoro, 2004). Estes indivíduos apresentam baixa capacidade para fornecer suporte na relação, e como referido anteriormente por Levy e Davis (1988), o padrão de vinculação ansioso encontra-se negativamente correlacionado com a intimidade, capacidade para cuidar, compromisso, paixão e satisfação na relação conjugal.

Observou-se que a paixão na relação amorosa é superior em indivíduos inseguros, o que é discordante dos estudos feitos por Belsky e Cassidy (1994); Crowell, Fraley e Shaver (1999); Scharf (2001). Assim os indivíduos inseguros apresentam um menor investimento na relação, visionando o amor como pouco positivo, baixo envolvimento e pouca satisfação nas interações com o parceiro, descrença na paixão e no amor duradouro (Montoro, 2004). Para além disso, os sujeitos inseguros apresentam baixa ineficácia na procura de suporte, contrariamente aos indivíduos que apresentam um padrão de vinculação seguro, que são bons a desenvolver relações íntimas com os pares.

Ainda relativamente à paixão que tinha na relação para com o seu cônjuge, observou-se que é mais elevada, quando o indivíduo apresenta menor depressão. Observando os estudos apresentados anteriormente por Cooper, Shaver & Collins (1998), de que a depressão é mais elevada nos indivíduos com um padrão de vinculação ansioso, enquanto indivíduos seguros apresentam valores mais baixos, também foi observado anteriormente, que a paixão será maior em indivíduos seguros e menor em indivíduos ansiosos (Levy & Davis, 1988), por isso, pode-se ponderar que essa correlação pode variar consoante os padrões de vinculação.

Como objetivos específicos, pretendeu-se caracterizar os indivíduos em termos de depressão, qualidade da vinculação e a sua relação com as relações amorosas, verificando se existem diferenças significativas entre o género e a idade e o tempo de viuvez.

Apenas se verificou através da correlação relação para com a idade a Idade.

Observou-se que quanto menor é a idade, maior é a confiança nas relações amorosas. No entanto, não foi encontrada literatura neste sentido. O resultado apenas pode aludir-se a Bowlby, que referencia as relações precoces como modelo para as relações futuras, influenciando também as expetativas que cada indivíduo tem de si mesmo e influenciando as competências sociais e o bem-estar ao longo da vida (Collins & Read, 1990).

Relativamente ao nível de depressão, verificou-se que há um aumento quando a idade é superior, ou seja, quanto mais velhos forem maior são os índices de depressão. Os estudos encontrados revelam que a idade é um factor de risco para a depressão, havendo uma prevalência da perturbação da depressão major, quer para um episódio único, quer para um episódio recorrente, mais elevado entre os 25 e os 44 anos, baixando a partir dos 65 anos (APA, 2002).

Conclusão

Hazen e Shaver (1987) referem que os estilos de vinculação se relacionam com o modo como os sujeitos experienciam as relações amorosas.

Segundo a ideia central de Bowlby (1988), embora a vinculação do adulto tenha as suas raízes nas interações com as figuras de vinculação durante a infância, estas são influenciadas ao longo da vida, com a qualidade da relação amorosa.

A relação amorosa é geradora de bem-estar no indivíduo (Narciso 1996), considerando a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson. Segundo o autor, ao longo da vida de uma pessoa, existe uma adaptação a outras situações como a morte do cônjuge que pode ser desequilibrante para o indivíduo, embora se trate de uma ocorrência normativa, esta perda apresenta-se como um acontecimento capaz de perturbar o equilíbrio alcançado, num certo momento do ciclo de vida, constituindo-se por isso, como um período de transição, durante o qual as pessoas podem chegar a um estado de depressão (Schweitzer, 1992).

Pretendeu-se desta forma, neste estudo, compreender os indivíduos em termos de depressão, qualidade da vinculação e a sua relação com as relações amorosas, para uma melhor compreensão da viuvez.

Considerando os objetivos deste estudo, passamos a apresentar as principais conclusões.

É possível concluir que indivíduos com um padrão de vinculação ansioso, apresentaram uma menor sintomatologia depressiva. Assim como se concluiu relativamente à depressão, que é mais elevada quando a idade aumenta, o que não foi de acordo com os estudos apresentados.

Os resultados evidenciaram que os padrões de vinculação inseguros foram apresentados como indicadores de melhor relação amorosa, embora os estudos refiram que estes padrões não são favoráveis a desenvolver relações íntimas com os pares.

Relativamente ao tempo de viuvez, não se verificou relações significativas com as variáveis vinculação, depressão e relação amorosa, não sendo possível concluir a sua influência quanto a estas variáveis, assim como o género e a duração da relação amorosa.

Ainda que se tenha obtido algumas relações com as diferentes variáveis, observaram-se diversas limitações, nomeadamente, as dificuldades nas escalas utilizadas com esta população, devido ao fato de não serem específicas para a sua condição.

Embora não se tenha analisado o luto neste estudo, em futuras investigações sugere-se a utilização de outras provas que o permitissem avaliar, de modo a compreender a fase de luto em que o indivíduo se encontra, de modo a haver uma certificação da avaliação apresentada.

Os estudos feitos para a exploração desta temática são ainda insuficientes. Esta temática deverá assim ser mais explorada, de modo a encontrar formas de minimizar o sofrimento dos viúvos.

É importante reconhecer a forma de ser e de reagir a uma perda tão importante como a do cônjuge, compreendendo que, embora normativa, o ciclo de vida acaba por gerar sofrimento a quem perde esta figura.

Referências Citadas

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Blatt, S.(1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Loss: Sadness and depression* (Vol. 3). New York: Basic Books.
- Brennan,K. A., Clark, C. L., & Shaver(1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson, & W.S. Rohles (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Cavanaugh, J. (1993). *Adult Development and Aging*. California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Grossman, K. E., Grossmann, K., & Zimmermann, P. (1999). A wider view of attachment and exploration: Stability and change during the years of immaturity.
- Guedeney,N.,Guedeney,A. (2004).*Vinculação: conceitos e aplicações*. Climepsy Editores.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. [versão eletrónica]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Holmes, J. (1995). “Something there is that doesn’t love a wall”. John Bowlby, Attachment Theory and Psychoanalysis. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*, 19-43. London: The Analitic Press.
- Kessler, R. C., McGonale, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M ., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month +revalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51 (1), 8-19.
- Main, M. & Salomon, J.(1990). Procedures for Identifying Infants of Disorganized/ Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D.

- Cicchettib & E. Cummings (Eds.). Attachment in the preschool Years (pp. 121-160). Chicago : University of Chicago Press.
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R.(1997). Adult attachment in a nationally representative sample. [versão eletrónica]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1092-1106.
- Shaffer, David R. (1999). *Developmental Psychology: Childhood & Adolescence*. Brooks/Cole.
- Spitzer, R. L.; Williams,J.B.W. (1980). Classification in psychiatry. In H.I. Kaplan, A.M.Freeman & B.J. Sadock (eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimor, MD: Williams & Wilkins.
- Worden, J. W. (1998).Terapia do luto. Porto Alegre: Artes Médicas.

Referências Bibliográficas

- Abreu, G.N. (2005). Teoria do Apego. Casa do Psicólogo.
- Afonso, P. (2004). Será Depressão ou Simplesmente Tristeza? Cascais: Editora Principia.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002).
DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais . Lisboa: Climepsi Editores
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parents and peer attachment: Relationships to well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.
- Ainsworth, M. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). London: Routledge.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. [versão eletrónica]. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C, Waters, W., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment; A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, Mary D.S. (1969). Object Relations, Dependency, and Attachment : A Theoretical Review of the Infant-Mother Relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Anaut, M. (2005). A resiliência: ultrapassar os traumatismos. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of Intimacy: An Attachment Perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. [versão eletrónica]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Berlinck, M. T., & Férida, P. (2000). A clínica da Depressão: questões atuais. In M. T. Berlinck, *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Editora Escuta
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6 (2), 187-254.
- Blatt, S. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1, 2nd ed. rev.). New York: Basic Books (Original work published, 1969).
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol 2. Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Loss: Sadness and depression* (Vol. 3). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1985). Apego e Perda; Vol. III. Perda – Tristeza e Depressão . São Paulo: Martins Fontes.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of attachment relationships: An attachment story completion task for 3-year-olds. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool years: Theory, Research, and Intervention* (pp. 273-308). Chicago: University of Chicago Press.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. In Bretherton & E. Waters (Eds.) *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 209, 50 (1-2).
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Bonano, A. G. (2001). Introduction. *New Directions in Bereavement Research and Theory. American Behavioral Scientist*, 44 (5), 718-725.
- Burge, D. Hammen, C., Davila, J., Daley, S.E., Paley, B., Lindberg, N. et al. (1997).

The relationship between attachment cognitions and psychological adjustment in

late adolescent women. *Development and Psychopathology*, 9, 151-167

Canavarro, M. C. Dias, P. ,& Lima, V.(2006). A avaliação da vinculação do adulto:Uma revisão critica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa.Psicologia, XX (1), 11-36.

Canavarro, M., Dias, P., & Lima, V. (2006). *A avaliação da vinculação do adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população Portuguesa*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Acedido em 30 de Setembro de 2011, em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psi/v20n1a08.pdf>

Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford.

Cavanaugh, J. (1993). *Adult Development and Aging*. California: Brooks/Cole Publishing Company.

Cooper, M.L., Shaver, P.R. & Collins, N.L.(1998).*Attachment Styles, Emotion Regulation, and Adjustment in Adolescence*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1380-1397.

Delouya, D. (2001). *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dozier, M., Stovall, K.C., & Albus, K.E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*. (p. 497-519). New York: The Guilford Press.

Engel, G. L. (1961). Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosomatic Medicine*, 23, 18-22.

Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1998). *Tratado de Psiquiatria* (8ªed). Barcelona: Masson.

Faria, C.M (2008).Vinculação e desenvolvimento epistemológico em jovens adultos. Tese de Doutoramento em Psicologia apresentada à Universidade do Minho, sob orientação de Prof. Doutora Isabel Soares e Prof. Doutora Alice Bastos, Braga.

- Feeney, J. A. (2008). *Adult romantic attachment and couple relationships*. Acedido em 15 de Novembro de 2011, em <http://digilib.bc.edu/reserves/sw821/feeney821.pdf>
- Firmino, H., Santos, G & Marques, A.R. (1990). *Distúrbios Afetivos*. Lisboa: Laboratórios Azevedos.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. [versão eletrónica]. *Review of General Psychology*, 4(2), 132-154.
- Fraley, R. C., & Davis, K. E. (1997). Attachment formation and transfer in young adult's close friendships and romantic relationships. [versão eletrónica]. *Personal Relationships*, 4, 131-144.
- Freud, S. (1917/1996). Luto e melancolia. *Obras completas, ESB*, v. XV. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1987). *Obras psicológicas completas: edição standard brasileira*. 23 volumes. Rio de Janeiro: Imago
- George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioural system. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 649-670). New York: Guilford Press .
- González, A. (1965). Aspectos normales y patológicos del duelo. *Cuadrenos de Psicoanálisis*, I(1), 83-97.
- Grinberg, L. (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guedeney, N., Guedeney, A. (2004). *Vinculação: conceitos e aplicações*. Climepsy Editores.
- Guidano, V.F. & Liotti, G. (1983). *Cognitive Proceses and Emotional Disorders – A Structural Approach to Psychotherapy*. New York London: The Guilford Press.
- Havighurst, J. R. (1972). *Developmental Tasks and Education*. New York: David Mackay Company, Inc.
- Hazan, C. & Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an

attachment process. M *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, p. 511-524.

Hazan, C., & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments:

Evaluating the evidence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 336-354). New York: The Guilford Press.

Hazan, C., & Shaver, P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. [versão eletrónica]. *Psychological Inquiry*, 5(1), 1-22.

Hammen, C.L., Burge, D., Daley, S.E., Davila, J., Paley, B., & Rudolph, K.D. (1995).

Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 436-443.

Helmchen, H. (1993). The Expression of Depressive Illness. WPA Teaching Bulletin on Depression, World Psychiatric Association, 1, 2, 1-2.

Holmes, J. (1995). "Something there is that doesn't love a wall". John Bowlby, Attachment Theory and Psychoanalysis. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*, 19-43. London: The Analytic Press.

Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1996). *Pocket handbook of clinical psychiatry* (2nd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Karpel, M.A. Evaluating couples: a handbook for practitioners. New York: WW Norton & Company, 1994.

Kessler, R.C. (2000). Epidemiología psiquiátrica: algunos avances recientes y futuras orientaciones. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4): 464-474.

Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer* (8ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Levinson, D. (1977). *The Seasons of a Man's Life*. New York: Albert A. Knopf.

Kübler-Ross, E. (2002). *Accueillir la mort*. Paris, Pocket.

Lima, V. Vieira, F. Soares, I. (2006). Vinculação em Casais:

Avaliação da Representação da Intimidade e da Interação Conjugal. *Psicologia*, 20 (1), 51-63.

- Lind, W., Faísca, L., Moreira, J., Relvas, A., & Saraiva, R. (2010). *A Relationship Rating Form Revista e a Satisfação Conjugal em Casais Mono e Biculturais*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.
- Main, M. & Salomon, J. (1990). Procedures for Identifying Infants of Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.). *Attachment in the preschool Years* (pp. 121-160). Chicago :University of Chicago Press.
- McQuaid, J. R., Stein, M. R., Laffaye, C., & McCahill, M. E. (1999). Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *Journal of Affective Disorders*, 55, 1-10.
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. [versão eletrónica]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1092-1106.
- Montgomery, S.A. (1995). *Ansiedade e Depressão*. 2ª Ed, Lisboa : Climepsi Editores.
- Montoro, G. Amor Conjugal e padrões de relacionamento. Em Vitale, Faller, M.A. (org). *Laços Amorosos: Terapia de Casal e Psicodrama*. São Paulo. Editora Agora, 2004.
- Nierenberg, A.A., Sussman, N., & Trivedi, M. (2003). *Managing Relapse in Depression*. London: Science Press, Ltd.
- Parkes, C. M., & Stevenson-Hinde, J. (1982). *The place of attachment in human behavior*. New York: Basic Books
- Peres, U. T. (1996). *Melancolia*. São Paulo: Escuta.
- Peres, U. T. (1999). *Mosaico de letras: ensaios de psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Peres, U. T. (2003). *Depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Ramalheira, C. (2003). Dados Epidemiológicos Mais Salientes das Perturbações Depressivas. In Vaz Serra (coord), *Medicina –Temas Actuais: Depressão*. Atralcipan.
- Rholes, W.S., & Simpson, J.A. (Eds) (2004). *Adult attachment: theory, research and clinical implications*. New York: The Guilford Press.
- Riggs, S., & Han, G. (2009). Predictors of anxiety and depression in emerging adulthood. *Journal of Adult Development*, 16(1), 39-52. doi:10.1007/s10804-009-9051-5.
- Rosenfield, S. (2000). Gender and dimensions of the self: Implications for

- internalizing and externalizing behavior. In E. Frank (Ed.) (pp.23-36), *Gender and its effects on psychopathology*. NewYork, USA: American Psychiatric Press.
- Rojas, G. (2001). Luto patológico?: a propósito de um caso. *Psiquiatria Clínica*, 22 (2), 205-207.
- Soares, I. (2007). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In I. Soares (Ed.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e Avaliação* (pp. 15-45). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Salvaterra, M.F. (2011). *Vinculação e Adopção*. Edições Universitárias Lusófonas.
- Salvaterra, M. F. (2007). *Vinculação e Adopção*. Dissertação apresentada à Universidade Nova de Lisboa e ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia Aplicada, orientada por Professora Doutora Manuela Veríssimo, Lisboa. Retirado a 2 de Outubro, 2011, em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/75/1/TES%20SALV1.pdf>
- Sanders, C.(1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement* (2nd ed).New York: Jonh Wiley & Sons,inc.
- Schotte, C.K.W., Bossche, B.V.D., Doncker, D., Claes, S., & Cosyns, P. (2006). A biopsychossocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. *Depression and Anxiety*, 23, 312-324.
- Silva, J.A.C. (1993). Editorial. WPA Teaching Bulletin on Depression, World Psychiatric Association, 1, 2.
- Shaffer, David R. (1999). *Developmental Psychology: Childhood & Adolescence*. Brooks/Cole.
- Silverman, R, P. (1981). *Helping Women Cope with Grief*. California: Sage Publications.
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (1997). *Attachment Theory and Close Relationships*. New York: Guilford Press.
- Soares, Isabel. (1996). *Representação da Vinculação na idade adulta e na adolescência*. Instituto de Educação e Psicologia- Universidade do Minho.
- Soares, Isabel. (2009). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Psiquilíbrios Edições.

- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J.L. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I-Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J.L. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II-Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 713-736.
- West, M., & Sheldon-Keller, A. (1994). *Patterns of Relating: An Adult Attachment Perspective*. New York: Guilford Press.
- Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes, & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The Place of Attachment in Human Behavior* (pp. 171-184). New York: Basic Books.
- Weizman, G.S., Kamm, P. (1987). *About Mourning. Support & Guidance for the Bereaved*. New York: Human Sciences Press.
- Wilson, A. (1988). Levels of depression and clinical assessment. In H. Lerner, & P. Lerner (Ed.), *Primitive mental states and the Rorschach* (pp. 441- 462). Madison: International Universities Press.
- Worden, J. W. (1998). *Terapia do luto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S., Wielgus, M. S., Powers, T. A., & Franko D. L. (1983). Construct validation of the dependency and self-criticism scales of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 17, 226-241.

Anexos

Anexo I- Consentimentos

Excelentíssimo Senhor Presidente da
Direcção da associação de S. Gonçalo:
Lar Nossa Senhora do Carmo
Sr. Juvenal Martinho

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionários.

Eu, Joana Filipa Duarte Feio, aluna do 2º ano do Mestrado de Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, encontro-me a realizar uma tese sobre Depressão, Vinculação e Qualidade de satisfação da relação de pessoas em Luto por morte do conjugue.

O trabalho é orientado pela Professora Doutora Fernanda Salvaterra, docente da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Venho por este meio solicitar a V^a. Ex^a. a autorização para proceder à aplicação de um questionário aos utentes da sua instituição que já tenham perdido o conjugue, a participação nos questionários é, naturalmente, voluntária e anónima, não lhes sendo portanto solicitada, em local nenhum, a indicação do nome. Para além disso, todas as suas respostas são estritamente confidenciais: ninguém terá acesso, exceptuando os investigadores responsáveis.

Espero a sua melhor disponibilidade sobre o assunto, com a brevidade que lhe for possível.

Para mais informações sobre o estudo poderá contactar-me para o seguinte e-mail: joanafeio@hotmail.com

Sem outro assunto e desde já agradecendo, fico ao dispor para eventuais esclarecimentos.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Feio

Excelentíssimo Senhor Presidente da
Direcção da associação Desportiva,
Recreativa e Cultural de Monte Redondo

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionários.

Eu, Joana Filipa Duarte Feio, aluna do 2º ano do Mestrado de Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, encontro-me a realizar uma tese sobre Depressão, Vinculação e Qualidade de satisfação da relação de pessoas em Luto por morte do conjugue.

O trabalho é orientado pela Professora Doutora Fernanda Salvaterra, docente da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Venho por este meio solicitar a V^a. Ex^a. a autorização para proceder à aplicação de um questionário aos utentes da sua instituição que já tenham perdido o conjugue, a participação nos questionários é, naturalmente, voluntária e anónima, não lhes sendo portanto solicitada, em local nenhum, a indicação do nome. Para além disso, todas as suas respostas são estritamente confidenciais: ninguém terá acesso, exceptuando os investigadores responsáveis.

Espero a sua melhor disponibilidade sobre o assunto, com a brevidade que lhe for possível.

Para mais informações sobre o estudo poderá contactar-me para o seguinte e-mail: joanafeio@hotmail.com

Sem outro assunto e desde já agradecendo, fico ao dispor para eventuais esclarecimentos.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Feio

Anexo II- Protocolo de Avaliação

Questionário:

O objectivo de estudo é a análise das relações existentes entre Depressão, Vinculação e Relações Amorosas no Luto pela morte do conjugue.

Para tal peço-lhe que preencha o questionário que lhe é fornecido.

Tem o direito de solicitar, a qualquer momento, maiores esclarecimentos sobre esta investigação, de sigilo absoluto relativamente a informações que possam levar à identificação pessoal, pois trata-se de um estudo anónimo em que todas as respostas são confidenciais de ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral ou social tem opção: de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido e de desistir, a qualquer momento, de participar nesta investigação. Se aceitar, solicito que seja o mais sincero possível, pois disso dependerá o rigor deste estudo.

Agradeço desde já a sua atenção para com este estudo.

Questionário Sócio- demográfico:

1 – Dados biográficos

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Idade: ____ anos

Meio de residência : Rural ☐ Urbano ☐

Escolaridade:

1º Ciclo / 4ª classe ☐

2º Ciclo / 6º ano ☐

3º Ciclo / 9º ano ☐

Secundário ☐

Licenciatura ☐

Mestrado ☐

Doutoramento ☐

2 – Dados profissionais

Situação de emprego:

Empregado(a)

3.Desempregado ☐

1.Activo(a) ☐

4. Reformado(a) ☐

2.Com baixa ☐

5. Doméstica ☐

Se sim, qual é/era o seu trabalho? _____

Se trabalha, sente-se realizado com a sua profissão? Sim ☐ Não ☐

3–Dados pessoais/ familiares

Tem filhos? Sim ☐ Não ☐

Se sim, quantos? _____

Com quem vive?

Sozinha ☐

Com filhos ☐

Lar ☐

Outros ☐

Como descreve a sua relação com os filhos?

Muito má ☐

Má ☐

Nem boa/Nem má ☐

Boa ☐

Muito boa ☐

4-Relação afectiva com o conjugue

Responda de acordo com a relação que tinha com o seu conjugue:

Duração da relação (anos): _____

Caracterização da relação conjugal:

Nada satisfatória ☐

Pouco satisfatória ☐

Muito satisfatória ☐

Tempo de viuvez: _____

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem assinalando com um X o grau em que cada uma descreve a forma como se sentia em relação á relação afectiva que estabeleceu com o seu cônjuge antes de ter falecido, respondendo como se sentia.

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1.Aceitava-o/a como ele/a era?					
2.Era fácil para si perdoá-lo/a?					
3.Podia contar com ele/a em alturas de necessidade?					
4.Aceitava as falhas e defeitos dele/a?					
5.Existiam coisas que só fazia com ele/a?					
6.Tinha sentimentos por ele/a que não tinha por outra pessoa?					
7.Essa pessoa era um bom ouvinte ?					
8.Podia contar com essa pessoa para lhe emprestar dinheiro quando precisava?					

Escala de Vinculação do Adulto

EVA – M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale* – R; Collins & Read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e **assinale o grau** em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afetivamente envolvido com um parceiro/a, responda de acordo com o que sentiria nesse tipo de situação.

		Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1.	Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas	1	2	3	4	5
2.	Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros	1	2	3	4	5
3.	Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim	1	2	3	4	5
4.	As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5
5.	Sinto-me bem dependendo dos outros	1	2	3	4	5
6.	Não me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim	1	2	3	4	5
7.	Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias	1	2	3	4	5
8.	Sinto-me de alguma forma desconfortável quando me aproximo das pessoas	1	2	3	4	5
9.	Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem	1	2	3	4	5
10	Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim	1	2	3	4	5
11	Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo	1	2	3	4	5
12	Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas	1	2	3	4	5
13	Fico incomodado quando alguém se aproxima emocionalmente de mim	1	2	3	4	5
14	Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas	1	2	3	4	5
15	Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a)	1	2	3	4	5
16	Acho difícil confiar completamente nos outros	1	2	3	4	5
17	Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar	1	2	3	4	5
18	Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas	1	2	3	4	5

BDI

Neste questionário existem grupos de quatro afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve com se sentiu **na semana que passou, incluindo o dia de hoje**. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação que escolheu. Se escolher, dentro de cada grupo, várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.
 - 0 Não me sinto triste.
 - 1 Sinto-me triste.
 - 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.
 - 3 Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2.
 - 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.
 - 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.
 - 2 Sinto que não tenho nada a esperar.
 - 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.
3.
 - 0 Não me sinto fracassado.
 - 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.
 - 2 Quando olho para a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
 - 3 Sinto que sou um completo falhado.
4.
 - 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas como antes.
 - 1 Não tenho satisfação com as coisas como costumava ter.
 - 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com coisa alguma.
 - 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.
5.
 - 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
 - 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.
 - 2 Sinto-me culpado(a) a maior parte do tempo.
 - 3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.
6.
 - 0 Não sinto que esteja a ser castigado.
 - 1 Sinto que posso ser castigado(a).
 - 2 Sinto que mereço ser castigado(a).
 - 3 Sinto que estou a ser castigado(a).
7.
 - 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
 - 1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
 - 2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).
 - 3 Eu odeio-me.
8.
 - 0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
 - 1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
 - 2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.
 - 3 Culpo-me por todas as coisas más que acontece.
9.
 - 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.
 - 1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.
10.
 - 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava fazer.
 - 2 Actualmente, Choro o tempo todo
 - 3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

- 11.
- 0 Não me irrita mais do que costumava.
 - 1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
 - 2 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) muito mais facilmente do que costumava.
 - 3 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
- 12.
- 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
 - 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 - 2 Perdi a maior parte do interesse nas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo o interesse nas outras pessoas.
- 13.
- 0 Tomo decisões tão bem como antes.
 - 1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
 - 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 - 3 Já não consigo tomar qualquer decisão.
- 14.
- 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
 - 1 Preocupo-me porque estou a ficar velho(a) ou nada atraente.
 - 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
 - 3 Considero-me feio(a).
- 15.
- 0 Sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
 - 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 - 2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
 - 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16.
- 0 Durmo tão bem como habitualmente.
 - 1 Não durmo tão bem como costumava.
 - 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que é habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
 - 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
- 17.
- 0 Não fico mais cansada(o) do que é habitual.
 - 1 Fico mais cansado(a) com mais facilidade do que antes.
 - 2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
 - 3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.
- 18.
- 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
 - 1 Não tenho tanto apetite como costumava ter
 - 2 O meu apetite, agora, está muito pior.
 - 3 Perdi completamente o apetite
- 19.
- 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
 - 1 Perdi mais de 2,5 kg.
 - 2 Perdi mais de 5 kg.
 - 3 Perdi mais de 7,5 kg.
- Estou propositadamente a tentar perder, comendo menos Sim _____ Não _____
- 20.
- 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
 - 1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago ou prisão de ventre.
 - 2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
 - 3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
- 21.
- 0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
 - 1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.
 - 2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.
 - 3 Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.