

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Assimilação da experiência de luto- Comparação entre
morte por suicídio e por causas naturais

Cristiana Tavares Oliveira, nº31864

Dissertação de Mestrado em
Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação:

Professora Doutora Isabel Basto

Professora Doutora Patrícia Pinheiro

Outubro de 2021 



Cristiana Tavares Oliveira, 31864

Assimilação da experiência de luto- Comparação entre morte por suicídio e por
causas naturais

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob orientação de:

Professora Doutora Isabel Basto

Professora Doutora Patrícia Pinheiro

Outubro, 2021

Agradecimentos

Nesta reta final, é importante refletir sobre o quanto este trabalho foi fruto de uma enorme dedicação, empenho e paciência. Foi realmente desafiante realizar este trabalho! É o resultado de momentos bons, mas também de momentos de dúvidas, incertezas e inseguranças, mas agora é realmente um orgulho chegar ao fim desta etapa! Contudo, o meu percurso acadêmico não se fez sozinho, e desta forma tenho que agradecer às pessoas que sempre me acompanharam e me apoiaram, sem nunca me deixarem desistir.

Em primeiro lugar, quero agradecer às minhas orientadoras:

Professora Isabel Basto, hoje, ao olhar para trás percebo que não podia ter feito melhor escolha. Obrigada por partilhar o seu amor pela Psicologia e por me contagiar! Agradeço-lhe por todo o apoio e dedicação ao longo deste ano, foi realmente um prazer trabalhar consigo. Obrigada por acreditar em mim!

Professora Patrícia Pinheiro, quero agradecer-lhe por partilhar comigo esta experiência tão enriquecedora, por partilhar os seus conhecimentos, por toda a paciência e por todo o apoio! Um enorme obrigada, de coração!

Em segundo lugar, mas tão importante, obrigada mãe, pai e mana, sem vocês isto não era possível! Obrigada por partilharem comigo este sonho, por toda a ajuda, apoio, motivação e dedicação. Obrigada pela paciência e por acreditarem em mim, quando eu já não acreditava! Não tenho palavras para vocês! Um enorme obrigada à minha família, avô, padrinho ...

Obrigada, avó, tenho tanta pena que não estejas aqui, mas espero que estejas orgulhosa por veres o meu crescimento e tudo aquilo que consegui atingir! Esta tese é tua!

Quero agradecer também ao Carlos, não tenho palavras para descrever tudo o que fizeste (fazes) por mim. Obrigada por me amparares, por me amares nos momentos mais difíceis e por seres tu! Foste (és) o meu porto de abrigo. Obrigada por seres o melhor companheiro do mundo!

Sofia, a ti tenho tanto para te dizer, minha companheira de mesa, de momentos bons, de momentos de stress, de felicidade, de alegria, minha companheira de vida! Obrigada por partilhares comigo este sonho, e por seres quem és!

Obrigada a todos os docentes que partilharam comigo este percurso académico!

Obrigada a todos que se cruzaram comigo neste percurso que foi tão desafiante, mas que sempre foi o meu sonho, o sonho que está prestes a começar!

Resumo

O luto é uma experiência difícil e cada indivíduo vivencia este processo de forma individual. Desta forma, existem fatores que podem complicar o processo de luto, como por exemplo quando a morte é por suicídio, a literatura demonstra que os enlutados apresentam níveis mais elevados a nível de sintomatologia quando a morte é deste tipo (Bailey et al., 1999; Kristensen et al., 2012; Reed, 1998). Neste sentido, torna-se essencial compreender como ocorre a assimilação desta experiência e como os enlutados desenvolvem novos significados em relação à sua perda. Assim, o principal objetivo deste estudo consiste em explorar a evolução, ao longo da terapia, do processo de assimilação de experiências de luto em dois casos diagnosticados com perturbação de luto complicado. Um caso de luto por suicídio e outro caso por morte natural. Paralelamente, vai ser também analisado a relação entre o processo de assimilação e a sintomatologia no decorrer do processo terapêutico. Para tal, irão ser analisadas cinco sessões de cada caso onde serão identificados os diferentes níveis de assimilação da experiência de perda e a respetiva evolução. Os resultados sugerem que, no que toca à assimilação ambos os casos alcançaram uma evolução positiva e a nível da sintomatologia verificou-se que níveis mais elevados da APES (5 e 6) surgem associados a baixos níveis de sintomatologia. Desta forma, estes resultados poderão ser considerados úteis uma vez que demonstram que a utilização do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas, pode ser essencial em terapias relacionadas com o luto.

Palavras-Chave: Processo de luto; Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas; Modelo de Reconstrução de Significado; Suicídio; Luto complicado

Abstract

Grief is a difficult experience and each individual experiences this process individually. Thus, there are factors that can complicate the grieving process, such as when death is by suicide, the literature shows that mourners have higher levels of symptoms when death is of this type (Bailey et al., 1999; Kristensen et al., 2012; Reed, 1998). In this sense, it is essential to understand how the assimilation of this experience occurs and how the subjects develop new meanings in relation to its loss. Thus, the main objective of this study is to explore the evolution, over the course of therapy, of the process of assimilating grief experiences in two cases diagnosed with complicated grief disorder. A case of mourning for suicide and another case for natural death. At the same time, the relationship between the assimilation process and symptomatology during the therapeutic process will also be analyzed. To this end, five sessions of each case will be analyzed where the different levels of assimilation of the loss experience and the respective evolution will be identified. The results suggest that, with regard to assimilation, both cases achieved a positive evolution and in terms of symptomatology, it was found that higher levels of APES (5 and 6) were associated with low levels of symptomatology. Thus, these results may be considered useful as they demonstrate that the use of the Problematic Experiences Assimilation Model can be essential in therapies related to grief.

Key words: Grief process; Assimilation Model of Problematic Experiences; Meaning Reconstruction Model; Suicide; Complicated Grief.

Índice

Introdução.....	- 10 -
Capítulo 1- Enquadramento Teórico	- 12 -
1.1 Definição de Luto	- 12 -
1.2 Luto complicado	- 13 -
1.3. Luto complicado: Fatores de risco e proteção	- 15 -
1.4. Modelo de Reconstrução de Significado: concetualização e intervenção terapêutica .	- 18 -
1.3. Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas	- 21 -
Capítulo 2. Método.....	- 27 -
2.1 Objetivos e questões de investigação	- 27 -
2.2 Participantes.....	- 28 -
2.2.1 Clientes	- 28 -
2.2.2Terapeutas	- 30 -
2.3 Terapia.....	- 30 -
2.4 Medidas	- 32 -
2.4.1 Medida de resultado	- 32 -
2.4.2Medida de Processo	- 32 -
2.5 Procedimentos	- 33 -
2.5.1 Medida de resultado	- 33 -
2.5.2 Medida de processo.....	- 33 -
2.6 Resultados	- 34 -
2.6.1 Análise do processo de assimilação nos dois casos.....	- 34 -
2.6.2. Análise da relação entre a assimilação e a sintomatologia nos dois casos clínicos-	49 -
2.7 Discussão dos resultados	- 51 -
3.Conclusão, implicações para a prática clínica, limitações	- 54 -
4. Referências Bibliográficas	- 57 -

Índice de Figuras

Figura 1- Níveis de assimilação (APES) ao longo das sessões no caso da “Carolina”

Figura 2- Níveis de assimilação (APES) ao longo das sessões no caso da “Maria”

Figura 3- Evolução dos níveis APES e ILC no caso “Carolina”

Figura 4-- Evolução dos níveis APES e ILC no caso “Maria”

Índice de Anexos

Anexo 1- Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas

Introdução

A experiência de perda de uma pessoa significativa implica frequentemente uma mudança de vida difícil, demarcada por uma vasta sintomatologia biopsicossocial (ex. humor deprimido, relações sociais interrompidas, dificuldades a nível profissional; Neimeyer & Thompson, 2014). Neste sentido, a dor que é sentida durante o processo de luto é diferente de pessoa para pessoa (Bonanno & Katlman, 2001), mas este é uma resposta inevitável à perda (Schenck et al., 2016). Contudo, 10%-15% da população desenvolve o luto complicado, sendo que este fenómeno começa a influenciar de forma significativa o funcionamento do enlutado (Stroebe et al., 2006).

Neste sentido, existem inúmeros fatores que vão influenciar o luto, principalmente a forma como ocorreu a morte do indivíduo. Esta vai influenciar significativamente o processo de luto. Alguns autores referem que as mortes violentas (ex. suicídio) estão relacionadas com o desenvolvimento de sintomas mais severos do luto complicado uma vez que dificulta a atribuição de sentido à perda (Currier et al., 2006). Assim, investigações mais recentes (Neimeyer & Thompson, 2014) e a ligação entre os resultados empíricos e a prática clínica (Alves et al., 2016) têm potenciado o desenvolvimento de teorias contemporâneas do luto complicado (Neimeyer, 2009). Estas propõem novas perspetivas sobre o papel da perda na narrativa de vida de cada ser humano (Neimeyer, 2009). Desta forma, o modelo de reconstrução de significados serve como base para explicar o luto, e vê este processo como a tentativa de reafirmar ou reconstruir um mundo de significados que foi desafiado pela perda (Neimeyer, 2002 como citado em Neimeyer, 2017).

Adicionalmente, diferentes estudos demonstram que a dificuldade em atribuir um sentido após a experiência de perda é um marcador fulcral no desenvolvimento de luto complicado (Currier et al., 2006). Assim sendo, os enlutados devem beneficiar de terapias que promovam uma reconstrução de significado através do desenvolvimento de uma auto-narrativa

mais adaptativa e flexível (Neimayer, 2012). Contudo, ainda pouco se conhece sobre como esta experiência problemática, i.e., a experiência o luto complicado, é assimilada ao longo do processo terapêutico, e a sua associação com a intensidade dos sintomas clínicos. Desta forma, vai ser utilizado Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas de Stiles e colaboradores (Stiles et al., 1990; 1991; Stiles et al., 1997 Stiles, 2002; Stiles, 2011) para compreender como a vivência de luto complicado é integrada no self ao longo da terapia em diferentes tipos de perda. Este modelo apresenta uma explicação transteórica sobre como ocorre o processo de mudança psicológica dos clientes ao longo do processo terapêutico (Stiles et al., 1990; 1991; Stiles et al., 1997 Stiles, 2002; Stiles, 2011). A mudança a nível psicológica, neste modelo, ocorre através de um processo de integração de experiências problemáticas, inicialmente ignoradas ou evitadas e que precisam de ser progressivamente assimiladas no self, para se tornarem um recurso para a pessoa (Stiles et al., 1995). A experiência de luto complicado poderá ser concetualizada, á luz deste modelo, como uma experiência problemática.

Assim sendo, neste estudo, pretendemos explorar a evolução, ao longo da terapia, do processo de assimilação de experiências de luto complicado de dois casos diagnosticados com perturbação de luto complicado. Propomo-nos a desenvolver um estudo de caso comparativo, sendo o luto associado a morte por suicídio num dos casos e a causa natural no outro.

O presente trabalho encontra-se dividido em dois capítulos: num primeiro capítulo foi realizada pesquisa sobre a literatura existente, no sentido de caracterizar o processo de luto e posteriormente o processo de luto complicado. Adicionalmente, foi também realizada uma descrição dos fatores que influenciam o processo de luto. Em seguida foi feito um levantamento da literatura sobre o Modelo de Reconstrução de Significado bem como do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas. No segundo capítulo, é apresentado um estudo realizado bem como as informações relevantes do mesmo.

Capítulo 1- Enquadramento Teórico

1.1. Definição de Luto

O luto pode ser definido como um conjunto de reações físicas, comportamentais, emocionais e sociais, que são desenvolvidas como uma resposta à perda ocorrida (Barbosa, 2010). Esta perda pode ser real (perda de uma pessoa, animal ou um objeto significativo) ou simbólica (perda de um ideal, expectativa ou de uma potencialidade; Barbosa, 2010). Neste sentido, a perda torna-se um fenómeno experienciado por todos os seres humanos, sendo que o tipo de perda que provoca mais sofrimento é a morte de uma pessoa significativa (Granek, 2010).

Inerente a uma perda encontra-se o processo de luto, sendo uma resposta inevitável à morte de uma pessoa significativa (Schenck et al., 2016). As reações psicológicas a este fenómeno consistem em sintomas afetivos (ex. desespero, culpa, depressão), cognitivos (ex. preocupações com o falecido), comportamentais (ex. isolamento social, fadiga e agitação) e, por último sintomas fisiológicos (ex. diminuição ou perda de apetite, queixas somáticas e distúrbios do sono; Currier et al., 2008; Stroebe et al., 2007). Cada indivíduo apresenta diferenças na intensidade e na duração do processo de luto (Bonanno & Kaltman, 2001). Alguns enlutados experienciam um sofrimento profundo durante anos e de forma gradual vão voltando ao seu funcionamento normativo, por outro lado, outras pessoas sofrem intensamente, mas a recuperação é atingida num curto espaço de tempo, outras ainda recuperam e seguem as suas vidas de uma forma mais rápida (Bonanno & Kaltman, 2001). Desta forma, as pessoas que estão em processo de luto normativo conseguem continuar a sua vida regularmente e voltam a envolver-se e a dar significado às suas vidas, ajustando-se à perda de forma saudável, sem que haja uma influência negativa dessa perda no seu curso normal de vida (Folkman et al., 2006; Hansson & Stroebe, 2001). Contudo, estima-se que aproximadamente 10% a 15% dos enlutados

não consegue progredir no processo do luto e por isso desenvolvem um quadro clínico, i.e., Luto Complicado (Shear et al., 2011).

1.2. Luto complicado

Num processo de luto normativo, o sujeito consegue enfrentar as manifestações deste processo sem que haja influências negativas na sua vida e não necessita de procurar ajuda de profissionais de saúde (Stroebe et al., 2006). Por outro lado, o luto começa a ser percebido como complicado quando afeta significativamente o funcionamento do enlutado, de tal forma que este não consegue recuperar a capacidade funcional prévia à experiência de perda (Stroebe et al., 2006). Neste sentido, considera-se que o indivíduo está a experienciar luto complicado quando este se desvia do normativo no que toca à duração, aos sintomas e à intensidade dos mesmos, considerando o seu contexto sociocultural (Prigerson et al., 1995).

Investigadores nesta área revelaram a necessidade de criar critérios de diagnóstico e intervenções relacionadas com o luto complicado (Shear et al., 2005). Desta forma, este foi recentemente reconhecido como perturbação de luto prolongado (PLP), pelo International Classification of Diseases (ICD-11; World Health Organization, 2019) e o Luto Complicado é uma perturbação em estudo no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 5 (DSM-5; APA, 2014). Em suma, o luto complicado persistente de acordo com a o DSM-5 (APA, 2014) refere-se a uma perturbação que envolve que perante a morte de alguém, o enlutado experiencie, de forma clinicamente significativa saudades persistentes da pessoa que morreu, mágoa e dor emocional intensa em resposta ao falecimento da pessoa, ou preocupação com o falecido e com as circunstâncias da morte. Relativamente ao tempo de sofrimento necessário para se considerar patológico, e embora não exista consenso entre vários autores, Prigerson e colaboradores (1999) apontaram que esta sintomatologia tende a estender-se a um período superior a seis meses. O DSM-5 (APA, 2014), por sua vez, sugere que é necessário que

se mantenha, no caso de adultos enlutados, por pelo menos 12 meses após a morte. Adicionalmente, existem seis critérios necessários para que esta perturbação esteja considerada, incluindo: dificuldade significativa em aceitar que a pessoa morreu, como por exemplo o enlutado preparar refeições para o falecido; dificuldade na criação de lembranças positivas sobre o falecido; raiva e amargura pela perda; sentimentos de culpa; e evitamento significativo de relembrar o indivíduo que faleceu, como por exemplo evitar pessoas ou locais relacionadas com o falecido (APA, 2014). O enlutado pode também mencionar que tem desejo de morrer e de estar com o falecido, sente desconfiança em relação aos outros depois da perda, sente-se isolado, começa a desenvolver a crença de que a vida para ele não tem significado e que não tem objetivos para concretizar sem a pessoa que faleceu (APA, 2014). Desta forma, o sujeito vivencia uma diminuição no sentido de identidade e começa a sentir que uma parte de si morreu e tem dificuldade em seguir a sua vida, como por exemplo, não consegue pensar nem planear o seu futuro (APA, 2014). Posto isto, o luto complicado causa mal-estar clinicamente significativo ou défice marcado em diferentes níveis da vida do sujeito como a nível social, ocupacional e profissional. É importante mencionar que, o luto complicado pode-se manifestar através de diversos sintomas sendo que estes ocorrem em ambos os géneros e em diferentes grupos sociais e culturais (APA, 2014)

Neste sentido, a pessoa enlutada pode desenvolver stress pós-traumático, ansiedade de separação e experienciar sentimentos intensos de culpa (Simon, 2012). Alguns autores, evidenciam que o luto complicado pode também influenciar o desenvolvimento de doenças cardíacas, problemas em dormir, perturbações de ansiedade e depressão e, conseqüentemente, também ideação suicida (Zisook et.al, 2014). Desta forma, surgem fatores que potenciam complicações no processo de luto e é importante tomar conhecimento dos mesmos (Marques, 2015).

1.3. Luto complicado: Fatores de risco e proteção

Existem alguns fatores que podem ser mediadores num processo de luto, ou seja, isto significa que há fatores que podem definir a forma como os enlutados vão experienciar o luto (Barreto et al., 2008). Podemos identificar dois tipos de fatores: fatores de proteção e fatores de risco. Os fatores de proteção surgem com o intuito de os enlutados desenvolverem um luto normativo (Barreto et al., 2008). Como fatores de proteção foram identificados fatores relativos às crenças dos sujeitos (crenças religiosas, confiança na sua recuperação, capacidade de encontrar sentido, sentimentos de utilidade e sentir-se eficiente na prestação de cuidados), bem como o facto de o sujeito manter as suas rotinas, ou seja, o facto de planear as suas tarefas, manter o seu autocuidado, conseguir comunicar com os outros e ser capaz de desenvolver atividades que sejam positivas e despertem emoções agradáveis (Barreto et al., 2008). Por fim, existem ainda fatores associados ao vínculo, ou seja, quando na relação com a pessoa que faleceu não existem conflitos e não ficam assuntos pendentes, a probabilidade de ocorrer um luto complicado é menor (Braz & Franco, 2016).

Por outro lado, os fatores de risco consistem em aspetos do estilo de vida do enlutado, do comportamento, do contexto onde está inserido ou de características hereditárias que estão relacionadas com condições de saúde e que se consideram relevantes prevenir (Barreto et al., 2008). Este tipo de fatores podem aumentar a probabilidade do desenvolvimento do luto complicado (Tofthagen et al., 2020) influenciando a saúde mental e física do enlutado, bem como na sua recuperação (Stroebe et al., 2001). De acordo com Worden (2009), salientam-se como fatores de risco cruciais os fatores relacionais, ou seja, o tipo de relação que o enlutado mantinha com a pessoa que faleceu, como por exemplo, uma relação caracterizada pela dependência vai dificultar o processo de luto, uma vez que perdeu a sua fonte de dependência. Outro tipo de fatores importantes são os da personalidade, estes estão associados ao

funcionamento da pessoa e como isso influencia a forma de lidar com o sofrimento emocional (Worden, 2009). Existem pessoas que não conseguem lidar com o sofrimento e por isso afastam-se com o objetivo de se defenderem de experienciar sentimentos tão fortes (Worden, 2009). Assim, as pessoas que demonstram esta incapacidade de tolerar sentimentos negativos intensos desenvolvem mais facilmente uma reação do luto complicado, pois a resolução do luto carece da vivência desses sentimentos (Worden, 2009).

Barreto e colaboradores (2008), identificaram outros fatores que influenciam negativamente o processo de luto, tais como a existência de indicadores afetivos (a culpa, a raiva e dificuldade em expressar emoções) e de indicadores de vulnerabilidade psíquica, ou seja, a existência de antecedentes psicopatológicos e lutos anteriores, recentes ou que ainda não estão resolvidos. Adicionalmente, a existência de indicadores relativos ao processo de doença da pessoa que faleceu (o tempo que demorou a receber um diagnóstico, desenvolvimento rápido da doença, ter conhecimento do prognóstico, duração dos cuidados e a intensidade da progressão dos sintomas) são também um fator de risco (Barreto et al., 2008). Por último, indicadores contextuais da família, como a existência de problemas a nível económico, falta de apoio familiar e a presença de crianças (p.ex. ter filhos) são também fatores de risco (Barreto et al., 2008).

Outros autores, identificaram a forma como a morte ocorre (inesperada, repentina ou súbita), como um fator que contribui de forma negativa para o desenvolvimento de um luto complicado, uma vez que o choque proporcionado pode inibir ou, por outro lado, prolongar o processo de luto (Piper et al., 2007). Quando a morte ocorre através de um acidente, além de ser inesperada, a sociedade vê estas mortes como evitáveis e que atingem faixas etárias mais jovens (Piper et al., 2007). Neste tipo de mortes os enlutados sentem necessidade de procurar e saber os pormenores de como ocorreu a morte (ex. onde e como morreu) e é frequente que a

pessoa pense na forma como a podia ter prevenido e qual a sua causa (Kristensen et al., 2012). O processo de luto após a perda de alguém por morte súbita e violenta pode ter uma evolução diferente, ser mais difícil, o que leva a que as consequências para a saúde mental sejam diferentes em comparação com as mortes naturais (Kristensen et al., 2012; Parkes, 1998).

Outro aspeto a ter em conta dentro do tipo morte, centra-se nas mortes vistas como não naturais (Piper et al., 2007). Currier e colaboradores (2006) salientam que mortes violentas requerem uma adaptação a nível psicológico mais profunda, sendo que tal como as mortes por acidente, são vistas por a pessoa que está de luto como uma morte que poderia ser evitada. Desta forma, neste tipo de morte estão inseridos o suicídio e o homicídio o que leva os enlutados a desenvolverem sintomas mais severos do luto complicado, dado não conseguirem atribuir sentido à perda (Currier et al., 2006). A morte por suicídio pode afetar o curso do processo de luto, devido ao facto de esta morte ser violenta e ter um impacto negativo para o enlutado (Currier et al., 2006). A reação ao luto por suicídio tem vários níveis, tais como: a tristeza, o desejo de estar com a pessoa que morreu, o choque (devido à sensação de irrealidade sobre a morte) e o trauma de encontrar o corpo, em alguns casos desfigurado (Feigelman et al., 2011).

Adicionalmente, quando comparados com outros tipos de morte súbita e violenta (e.g. homicídio e acidente), os enlutados por suicídio normalmente apresentam níveis mais elevados de sintomas específicos, tais como o sentimento de rejeição ou abandono, a vergonha, o estigma, a responsabilidade e o sentimento de culpa (Bailey et al., 1999; Kristensen et al., 2012; Reed, 1998). Por outro lado, segundo Jordan (2001) os sentimentos de abandono ou rejeição e revolta dirigido à pessoa que faleceu são exclusivos no luto por suicídio. Para Reed (1998) é o sentimento de rejeição que é único neste tipo de luto.

É importante salientar, que o enlutado por vezes consegue continuar a sua vida sem precisar de ajuda de profissionais. Por outro lado, existem pessoas que desenvolvem problemas graves e por isso torna-se fulcral a identificação precoce dos mesmos em conjunto com uma

intervenção terapêutica e um acompanhamento adequado devido ao facto de existir um elevado risco de suicídio das pessoas que estão a sofrer (Wilson & Marshall, 2010). Posto isto, é importante integrar, à luz de um modelo compreensivo, como estes fatores de risco e proteção se associam ao desenvolvimento do quadro de luto complicado e o eventual papel da psicoterapia.

1.4. Modelo de Reconstrução de Significado: concetualização e intervenção terapêutica

O modelo de reconstrução de significado é o resultado de diversos trabalhos sustentados na abordagem construtivista e narrativa desenvolvidos por Neimeyer e colaboradores (Gillies & Neimeyer, 2006; Neimeyer, 2000; 2005; 2006; 2009; 2012; Neimeyer et al., 2010; Neimeyer & Thompson, 2014). Os autores sugerem um modelo conceptual que vê o luto como um processo ativo na procura da reconstrução de significado em relação à perda de uma pessoa significativa, referindo que o facto de reconstruir ou encontrar um significado auxilia o enlutado neste processo de adaptação a um mundo que se encontra diferente após a perda (Gillies & Neimeyer, 2006). O foco deste paradigma construtivista, incide no significado das estruturas e do processo através do qual elas atuam e mudam as nossas experiências (Gillies & Neimeyer, 2006). Esta abordagem é coerente com uma visão construcionista social do luto, uma vez que, este processo é narrado, validado e contestado a vários níveis, nomeadamente a nível pessoal, familiar, cultural e comunitário (Neimeyer et al., 2014).

Neimeyer (2000) sugere que cada pessoa se envolve neste processo de encontrar ou construir um sentido ou significado para a sua vida de forma individual e única. Neste modelo, o processo de luto envolve a tentativa de reafirmar ou reconstruir um mundo de significados que foi desafiado pela perda (Neimeyer, 2002, como citado em Neimeyer, 2017). A perda apresenta dois desafios narrativos para o enlutado: o primeiro centra-se em processar a morte de maneira a dar sentido ao que aconteceu e às implicações que teve na vida do enlutado; o segundo desafio consiste em aceder à história da relação com a pessoa que faleceu, como um

meio de reconstruir um vínculo contínuo com essa (Neimeyer & Sands, 2011 como citado em Neimeyer, 2017).

Desta forma, a perda de uma pessoa significativa é um fenômeno que pode ser, ou não, consistente com as estruturas de significado prévias da pessoa (Neimeyer, 2005). Quando o enlutado não consegue encontrar um significado para a perda, surge a necessidade de reavaliar e voltar a analisar as suas estruturas de significado prévias (Braun & Berg, 1994). Estas dificuldades na integração da experiência causam dissonância, levando o enlutado a reconhecer que os significados prévios podem não ser mais úteis, significativos ou válidos para encaixar a perda (Braun & Berg, 1994). Posto isto, Gillies e Neimeyer (2006) mencionam que a consistência de um evento vai reforçar as estruturas de significado pois estas auxiliam na explicação do evento difícil e frequentemente acarretam algum conforto. Para estes autores “os processos chave para a reconstrução de significado propostos neste modelo são: a construção do sentido de perda, procura de benefícios e mudança de identidade” (Gillies & Neimeyer, 2006, p. 54). Através destes processos, a pessoa que está de luto, empenha-se na reconstrução de significado através das estruturas anteriormente formadas, sendo que estas são reavaliadas, renovadas e até reconstruídas para acomodar a perda e a vida sem a pessoa que faleceu (Gillies & Neimeyer, 2006). Assim, a perda exige a reconstrução de novas estruturas de significado, implicando que o indivíduo que está de luto signifique o mundo de uma forma diferente da que fazia antes; assim, assistimos ao criar de novas rotinas e reavaliação de prioridades, crescimento a nível pessoal, novas relações e restabelecimento da relação com o ente querido que faleceu, e criar de novas perspetivas, fé e espiritualidade (Gillies & Neimeyer, 2006). À medida em que estas estruturas são úteis para a pessoa que está de luto, esta começa a dar sentido à sua experiência de perda, o que terá como resultado uma diminuição de sofrimento, nomeadamente da angústia que sente pela perda (Gillies & Neimeyer, 2006).

Contrariamente, quando ocorre a perda, e esta não faz sentido para a pessoa que está de luto, ou seja, quando não consegue atribuir significado ao evento, essa experiência problemática é inconsistente e difícil de integrar ou assimilar pelo enlutado, levando a sofrimento (Gillies & Neimeyer, 2006). Isto acontece nas mortes inesperadas, uma vez que se verifica uma maior dificuldade em encontrar significado para a perda (Kristensen et al., 2012). Currier e colaboradores (2006) concluíram que o risco de luto complicado é elevado em mortes violentas e sugeriu que o facto de a pessoa tentar encontrar um significado constitui a principal diferença entre a morte natural e a não natural (Hunt & Greeff, 2011). Posto isto, devemos mencionar que, mais importante do que deixar o passado para trás e investir num futuro diferente sem a presença da pessoa que perdemos, é central reconstruir a relação com essa, adaptada à nova realidade e baseada em novos significados (Gillies & Neimeyer, 2006).

Com o Modelo de Reconstrução de Significado, pretende-se que o enlutado volte a atingir o equilíbrio, desenvolvendo novos significados que lhe permitam interligar o passado, o presente e o futuro da sua existência sem o ente querido (Neimeyer, 2000). A investigação recente (Neimeyer & Thompson, 2014) e a prática clínica (Alves et al., 2016) têm potenciado o desenvolvimento de teorias contemporâneas do luto complicado (Neimeyer, 2009). Assim, várias pesquisas demonstram que a falta de capacidade de encontrar um sentido pós-perda é um aspeto crucial para o desenvolvimento de luto complicado (Currier et al., 2006). Os estudos demonstram que esta incapacidade ocorre em diferentes populações, nomeadamente jovens (Holland et al., 2006), adultos (Coleman & Neimeyer, 2010) e pais (Keese et al., 2008).

Adicionalmente, estudos mais recentes sobre o luto complicado apoiam a importância do modelo de reconstrução dos significados na elaboração de uma história de vida e de perda de forma mais adaptativa (Currier et al., 2006). Assim sendo, os sujeitos que vivenciam o luto complicado devem receber intervenções psicoterapêuticas que proporcionem uma reconstrução de significado através do desenvolvimento de uma nova auto-narrativa mais flexível e

adaptativa (Neimeyer, 2012). De acordo com a terapia construtivista de luto complicado de Neimeyer e colaboradores (Gillies & Neimeyer, 2006), os principais objetivos terapêuticos consistem na facilitação da construção de um significado mais adaptativo e flexível associado à perda do ente querido, possibilitando uma integração saudável dessa experiência na história de vida do enlutado (Alves et al., 2012; Neimeyer, 2012). Posto isto, a adaptação ao luto está associada à capacidade em dar sentido a uma nova realidade de vida após a perda de uma pessoa significativa (Alves et al., 2012; Neimeyer, 2009).

Apesar de se perceber que a terapia, nomeadamente a terapia de reconstrução de significado (Gillies & Neimeyer, 2006) poderá ter um contributo relevante para a resolução de um processo de luto complicado, ainda pouco se conhece sobre como o luto se resolve, ou é integrado, ao longo do processo terapêutico. O modelo de assimilação de experiências problemáticas de Stiles e colaboradores (Stiles et al., 1990; 1991; Stiles et al., 1997 Stiles, 2002; Stiles, 2011) poderá ser útil para compreender como a vivência de luto complicado é integrada no self ao longo da terapia em diferentes tipos de perda.

1.5. Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas

O modelo de assimilação das experiências problemáticas apresenta uma explicação transteórica sobre como ocorre o processo de mudança psicológica dos clientes ao longo do processo terapêutico (Stiles et al., 1990; 1991; Stiles et al., 1997 Stiles, 2002; Stiles, 2011). A mudança a nível psicológico, neste modelo, ocorre através de um processo de integração de experiências problemáticas, inicialmente ignoradas ou evitadas e que precisam de ser progressivamente assimiladas no self, para se tornarem um recurso para a pessoa (Stiles et al., 1995). A experiência de luto complicado poderá ser concetualizada, á luz deste modelo, como uma experiência problemática. Para Stiles e colaboradores (1990), a assimilação de experiências problemáticas é um mecanismo de mudança, que é transversal a diversos modelos

terapêuticos e que engloba diferentes fenômenos, nomeadamente processos cognitivos, comportamentais ou emocionais. Este modelo integra uma perspectiva dinâmica e dialógica do funcionamento intrapsíquico, concetualizando o *self* como sendo composto por múltiplas vozes (Honos-Webb & Stiles, 1998). Estas vozes representam as experiências que vivenciadas ao longo da vida que, segundo este modelo, operam como agentes ativos que interagem mutuamente, construindo uma estrutura organizada e estável designada de comunidade de vozes do self (Honos-Webb & Stiles, 1998).

Quando se lida com uma situação de vida atual específica, a voz que está interligada com uma vivência parecida do passado adota um papel mais dominante na comunidade de vozes, possibilitando ao *self* lidar com a situação atual de uma forma mais adaptativa e congruente com a sua experiência (Caro Gabalda & Stiles, 2009). Deste modo, experiências novas são representadas por novas vozes que necessitam de ser assimiladas e integradas na comunidade de vozes do self (Osatuke et al., 2011). Este processo ocorre de uma forma suave quando há compatibilidade entre as novas vozes e a comunidade do self, não representando uma ameaça para a sua estrutura. Quando ocorre o contrário, e a nova voz é incompatível com as da comunidade de vozes do self, esta estrutura é ameaçada (Mosher & Stiles, 2009). Essas vozes que representam experiências incompatíveis, ameaçadoras, ou dolorosas são denominadas por experiências problemáticas, sendo representadas por vozes problemáticas (Honos-Webb & Stiles, 1998). Neste sentido, as vozes problemáticas representam experiências que não são congruentes com experiências prévias e que podem ter origem em acontecimentos desafiantes ou complicados.

Perante uma voz problemática, quando o self é composto por uma comunidade de vozes com uma estrutura rígida, ou inflexível, ocorre um conflito entre a voz problemática e as vozes da comunidade do self (Brinegar et al., 2006). Deste modo, o conflito deriva do confronto entre a voz problemática, que tenta ser ouvida, e a comunidade de vozes, que tenta ignorar e evitar

esta voz, com o objetivo de manter a sua estabilidade (Osatuke et al., 2011). Ignorar as vozes problemáticas conduz a que se negligencie experiências que contêm recursos cruciais para o *self*, principalmente quando estas vozes assumem papéis importantes na comunidade. Assim, a sua não assimilação implica uma maior dificuldade do *self* em se adaptar a novas situações de vida ou que sejam mais desafiantes (Stiles 1991). nesta perspectiva, o aparecimento de problemas clínicos resulta da emergência da voz problemática que tenta ser percebida e aceite, mas por ser incongruente com a comunidade de vozes do *self*, gera-se um conflito que pode estar associado ao afeto negativo e sofrimento (Detert et al., 2006).

De acordo com Honos-Webb & Stiles (1998), a psicoterapia vai promover um diálogo entre a voz problemática e a voz dominante, sendo que ao longo deste processo, que vai ter na sua base uma relação terapêutica segura, o indivíduo vai tomar consciência das suas experiências problemáticas. Para os autores, o entendimento entre as vozes deriva da criação de pontes de significado, sendo que estas vão contribuir para que haja uma integração gradual da voz problemática do *self* (Honos-Webb & Stiles, 1999; Stiles & Brinegar, 2007). Esta criação de significado entre as vozes acarreta a construção de significados que são comuns a ambas (Stiles, 2011). Assim, é construída uma ligação e comunicação entre as vozes, beneficiando a progressiva inclusão da voz problemática na comunidade de vozes do *self* (Stiles, 2011). Posto isto, a criação de pontes de significado entre as vozes surge como um processo crucial para a assimilação de experiências problemáticas no *self* e, conseqüentemente, para a mudança terapêutica. No presente estudo, a experiência de luto pode ser concetualizada, tal como supracitado, como uma experiência problemática incompatível com a comunidade de vozes do *self*. A psicoterapia pode contribuir para a assimilação dessa experiência, pela reconstrução de significados sobre a perda.

Este processo de mudança proposto pelo Modelo de assimilação pode ser avaliado através da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES; Caro Gabalda &

Stiles, 2009; Stiles et al., 1991). A APES possibilita a medição e compreensão da evolução do diálogo interno entre as vozes problemáticas e a comunidade de vozes dominante, proporcionando uma análise detalhada do discurso do cliente e da sua posição no que toca ao problema (Stiles, 2011). A escala descreve oito níveis sequenciais, que avaliam as mudanças existentes na relação entre a voz problemática e as vozes dominantes da comunidade de vozes (Stiles et al., 1991). Posto isto, no que concerne aos níveis da APES (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles et al., 1991), no nível 0, denominado por *evitamento*, verifica-se um silenciamento da voz problemática; o cliente não tem consciência do problema e estão presentes esforços de forma a evitar o problema, como por exemplo mudar de assunto. No nível 1 da APES, designado *pensamentos indesejados*, ocorrem pensamentos associados a desconforto e a emoções negativas, tais como tristeza, ansiedade e raiva, contudo o cliente desvaloriza ou evita estes pensamentos, sendo usualmente abordados por iniciativa do terapeuta. A *consciência vaga/emergência*, corresponde ao nível 2 da APES, sendo caracterizado pela identificação da existência do problema/voz problemática. Contudo, neste nível o cliente não consegue clarificar o problema, notando-se algum desconforto a nível psicológico quando a voz problemática surge, i.e., quando fala dos pensamentos que estão associados ao problema. Assim, no nível 2 da APES surge a voz problemática, no entanto essa é submissa no que toca à comunidade de vozes. O nível 3 da APES, denominado por *clarificação*, o cliente já é capaz de formular claramente o problema e é cada vez menos intenso o afeto negativo; ambas as vozes são identificáveis e conseguem comunicar entre si. *Compreensão/ Insight*, é o quarto nível da APES, referindo-se ao entendimento da experiência problemática e sua integração na comunidade de vozes do cliente. Neste nível, as vozes conseguem colaborar, construindo um entendimento entre si, i.e., constroem “pontes de significado”. A *aplicação/elaboração* refere-se ao nível 5 da APES, sendo a fase onde são notórios os esforços para a resolução do problema, ainda que a resolução não seja total. É importante mencionar que o otimismo e a capacidade

das vozes trabalhem em conjunto é evidente neste nível. Neste seguimento, a *resolução do problema* é finalmente conseguida com sucesso no nível 6 da APES. Neste nível são explícitas as emoções positivas, nomeadamente de satisfação. Por último, no nível 7 da APES, designado *domínio*, o cliente tem a capacidade de generalizar o que aprendeu e aplicar nas situações futuras de uma forma natural, já que a voz problemática está completamente integrada no self, funcionando como um recurso. Cada nível da APES está associado com uma valência emocional, sendo que esta está associada com a atenção dirigida à experiência problemática (Detert et al., 2006; Stiles et al., 1991). À medida que vai aumentando o nível de assimilação da experiência problemática, vai ao mesmo tempo diminuindo o afeto negativo que lhe está associado, até à fase em que este afeto é neutro. De salientar que nos níveis iniciais da APES também se encontra afeto neutro, em que o sujeito não tem qualquer consciência do problema, e as emoções que estão relacionadas a ele são rejeitadas (Stiles et al., 1999).

Ao longo dos anos, têm sido realizados diversos estudos que permitem consolidar a nível teórico e metodológico o Modelo de Assimilação, essencialmente no processo de mudança psicoterapêutica (Honnos-Webb et al., 1998; Stiles et al., 1995). A maior parte da investigação realizada utiliza estudos de caso e metodologia qualitativa, sendo que estes estudos são denominados por “*theory building case studies*” (Stiles et al., 2015). Segundo Stiles (2015), estes estudos consistem em analisar como as observações realizadas nesses casos coincidem com a teoria, confirmando-a, ou, contrariamente, propondo alterações ou novas elaborações à teoria, refinando-a. Neste sentido, os estudos de casos que foram elaborados dentro do modelo de assimilação apontam que os casos de sucesso terapêutico evoluem até níveis mais elevados na APES durante o processo terapêutico (Brinegar et al., 2008; Field et al., 1994; Gray & Stiles, 2011). Nos casos de sucesso terapêutico as vozes problemáticas podem ser integradas na comunidade do *self*, proporcionando transformações no indivíduo, ao longo do processo terapêutico (Brinegar et al., 2006; Brinegar et al., 2008; Honos-Webb et al., 1999). Os estudos

sugerem que os clientes atingem o sucesso devido ao facto de existir progressão nas sessões, onde se verifica uma correlação negativa entre nível mais elevados na APES e sintomas menos intensos (Brinegar et al., 2006; Brinegar et al., 2008; Honos-Webb et al., 1999).

Resultados semelhantes ao nível da evolução da APES foram observados em diferentes quadros psicopatológicos tais como: perturbação depressiva (Barbosa et al., 2018; Basto et al., 2016; Brinegar et al., 2008; Honos-Webb et al., 1999; Osatuke et al., 2007); perturbação de ansiedade (Caro Gabalda, 2006; Penntinen et al., 2017; Stiles et al., 1992); perturbação dissociativa da personalidade (Humphreys et al., 2005); demências (Lishman, et al., 2016; Snowet al., 2016); perturbação de sintomas somáticos (Reid & Osatuke, 2006); perturbação borderline da personalidade (Kramer et al., 2016; Osatuke & Stiles, 2006); perturbação de stress pós-traumático (Varvin & Stiles, 1999); e esquizofrenia (Osatuke et al., 2011). Para além do modelo de assimilação parecer ser útil para explicar o processo de mudança em diferentes quadros psicopatológicos, também o é em diferentes modelos, nomeadamente na terapia cognitivo-comportamental (Goodridge & Hardy, 2009), terapia focada nas emoções (Brinegar et al., 2008), terapia de grupo (Penttinen et al., 2017), terapia familiar (Laitila & Aaltonen, 1998), terapia centrada no cliente (Mosher et al., 2008), terapia psicodinâmica (Heaton et al., 1998), terapia de casal (Schielke et al., 2011) e até em psicofarmacoterapia (Osatuke et al., 2011). Posto isto, os estudos demonstram que, nas diferentes abordagens, a mudança ao longo do processo terapêutico está relacionada com a integração de experiências problemáticas inicialmente evitadas (Detert et al., 2016). Os casos que alcançaram o sucesso terapêutico atingem níveis mais elevados de assimilação do que os de insucesso, especificamente o nível quatro na escala de assimilação, isto é, existe uma formulação e compreensão da experiência problemática (Detert et al., 2016). Isto é possível ser verificado no estudo de Basto e colaboradores (2018) especificamente no caso da “Laura”, uma mulher de 33 anos, diagnosticada com Perturbação Depressiva Major moderada, que participou num estudo

relacionado com a depressão com tratamento através da Terapia Cognitivo Comportamental ao longo de 16 sessões. “Laura” demonstrava preocupações com a sua situação profissional e com a imagem corporal. Apesar de existirem algumas dificuldades, a cliente atingiu níveis elevados de assimilação e conseqüentemente segundo o Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck et al., 1996), verificou-se uma diminuição significativa da sintomatologia clínica, o que levou a uma melhoria da saúde mental avaliado pelo Outcome Questionnaire-10 (OQ; Lambert et al., 1998; Basto et al., 2017)

Assim, investigações anteriores (e.g., Basto et al., 2017; Basto et al., 2018) referentes ao modelo de assimilação indicam que existe uma associação negativa entre os níveis de assimilação e a sintomatologia clínica. Desta forma, confirmou-se que ao longo das sessões do processo terapêutico, níveis elevados de assimilação precediam uma melhoria no bem-estar do cliente (Basto et al., 2018). Por fim, é crucial referir que, ainda que estudado noutras problemáticas e abordagens terapêuticas, ainda não se conhecem estudos que utilizem o Modelo de Assimilação, especificamente a APES, para compreender como a experiência do luto complicado é assimilada ao longo da psicoterapia, nomeadamente da Terapia de reconstrução de significado do luto (Gillies & Neimayer, 2006). O estudo da forma como essa experiência é assimilada poderá contribuir para perceber que o Modelo de Assimilação de Experiências problemáticas, nomeadamente a APES, pode ser utilizado em terapia de luto de forma a compreender a evolução que o enlutado vivencia ao longo da terapia.

Capítulo 2. Método

2.1 Objetivos e questões de investigação

O objetivo do presente estudo centra-se em explorar a evolução, ao longo da terapia, do processo de assimilação de experiências de luto em dois casos diagnosticados com perturbação de luto complicado, um por morte natural e outro por suicídio. Pretende-se compreender as

diferenças e semelhanças no processo de luto, a nível da assimilação da experiência de luto complicado durante o processo terapêutico. Paralelamente, vai ser também analisado a relação entre o processo de assimilação e a sintomatologia no decorrer do processo terapêutico.

Teremos, assim, as seguintes questões orientadoras do desenvolvimento deste projeto de investigação:

- Como evoluiu, ao longo da terapia, o processo de assimilação da experiência de luto, em ambos os casos clínicos?
- Quais as diferenças existentes no processo de assimilação ao longo da terapia entre os dois casos?
- Qual a relação entre a assimilação de experiências de luto e a sintomatologia ao longo do processo terapêutico?

2.2 Participantes

2.2.1 Clientes

Os dois casos foram seleccionados do projeto “Clinical and Narrative Change in Online Constructivist-Narrative Intervention for Complicated Grief: Exploration of the use of the Internet and the New Technologies in Psychotherapy”. Este projeto teve como objetivo avaliar a eficácia da terapia de Reconstrução de Significado para o luto em formato online. O recrutamento foi realizado através do site do projeto. Os critérios de inclusão neste projeto foram os seguintes: diagnóstico de luto prolongado, morte de ente querido há mais de seis meses e ter condições para a intervenção em formato online. Por outro lado, foram excluídos sujeitos que tivessem um alto risco de automutilação e/ou suicídio, bem como aqueles que apresentassem qualquer condição que impossibilitasse a intervenção online. Importa salientar que os procedimentos éticos e deontológicos propostos pela Ordem dos Psicólogos e pela American Psychological Association-APA foram adotados. Os participantes deram o seu

consentimento livre e esclarecido para que os seus dados fossem utilizados para fins de investigação, nomeadamente estudos de processo-resultado.

Dos 18 casos atendidos no projeto, selecionamos 2 para o presente estudo - luto por suicídio experienciado pela “Carolina” e luto por causa natural experienciado pela “Maria”. O caso da “Carolina” foi selecionado, pois dos três casos existentes no estudo, apenas este tinha as sessões todas gravadas em vídeo. Após a seleção desse caso, e atendendo a que se referia à perda da mãe por suicídio, selecionamos o caso da “Maria” que também experienciou a perda da mãe, mas cuja morte não esteve associada a suicídio ou morte violenta (ex. acidente). Desta forma, no que diz respeito à seleção do caso de luto por morte natural, selecionamos o único que correspondia a esses critérios. Os dois casos foram avaliados como casos de sucesso considerando os sintomas reportados no pós terapia ao nível do Inventário de luto complicado (score inferior a 25; ver Medidas de resultado).

A “Carolina” é uma mulher portuguesa, com 24 anos, solteira e estudante universitária. A mãe de “Carolina” desenvolveu depressão crónica e acabou por recorrer ao suicídio, enforcando-se em casa, onde posteriormente foi encontrada sem vida por “Carolina”. Posteriormente, “Carolina” também vivenciou a perda da madrinha o que intensificou o seu processo de luto. A cliente integrou o estudo 12 meses após a perda da mãe e demonstrava uma elevada preocupação em relação ao contexto familiar. Sentia-se incapaz de lidar com a sua nova realidade e com a sua nova rotina sem a presença da mãe. A “Maria” tem 44 anos, é portuguesa e à data do estudo vivia com a filha e mantinha uma união de facto. A nível profissional é assistente operacional. A mãe de “Maria” faleceu devido ao aparecimento de uma hérnia no estômago, sendo que recorreu várias vezes ao hospital, mas sem conseguir resolver o problema. A cliente processou por negligência a médica que atendeu a mãe. A cliente integrou o estudo 28 meses após o falecimento da mãe, pois não conseguia aceitar a sua perda e procurava frequentemente justificações para a morte da mãe.

2.2.2 Terapeutas

No projeto participaram sete terapeutas (cinco mulheres e dois homens), sendo que os terapeutas que conduziram o processo terapêutico dos dois casos acima descritos foram duas terapeutas do género feminino. Os terapeutas realizaram um treino de 10 sessões semanais que teve a duração de três meses. Este treino foi supervisionado por dois terapeutas seniores, sendo um deles o autor do modelo, Robert Neimeyer. No caso da “Carolina”, a terapeuta tinha 42 anos, doutorada em Psicologia, com 10 anos de experiência em psicoterapia e 1 ano no modelo de luto (Modelo de Reconstrução de Significado). No caso da “Maria”, a terapeuta tinha 38 anos, doutorada em Psicologia, com cerca de 14 anos de experiência em psicoterapia e dois anos de experiência no modelo de luto (Modelo de Reconstrução de Significado).

2.3. Terapia

Com base numa abordagem construtivista, o Modelo de Reconstrução de Significado propõe diferentes técnicas narrativas que estão organizadas em fases terapêuticas sequenciais (Gillies & Neimeyer, 2006; Neimeyer, 2012). As participantes deste estudo são duas pessoas do sexo feminino que foram submetidas a um processo terapêutico de 12 sessões que se realizavam semanalmente. Este processo de psicoterapia teve como base a Terapia de Reconstrução de Significado de Neimeyer (Gillies & Neimeyer, 2006; Gillies & Neimeyer, 2006; Neimeyer, 2000; Neimeyer, 2005; Neimeyer, 2006; Neimeyer, 2009; Neimeyer et al., 2010; Neimeyer, 2012; Neimeyer & Thompson, 2014). O protocolo inclui técnicas experienciais, narrativas e construtivistas, sendo que o objetivo se centra na integração da perda na narrativa de vida do cliente. Neste sentido, estas técnicas têm como objetivo promover a construção de novas e mais adaptativas formas de dar sentido/integrar a experiência de perda e ao mesmo tempo conectar-se com a pessoa significativa de forma simbólica (Alves et al., 2018).

A terapia foi composta por cinco fases organizadas em doze sessões. A primeira fase denomina-se por reabertura da história da perda e da relação com a pessoa significativa e é onde

decorre as duas primeiras sessões. Esta fase consiste em apresentar a relação e a pessoa significativa. Realiza-se a descrição da experiência de perda, os sentimentos sobre a mesma e objetivos da terapia. O processamento da história da perda é a segunda fase e centra-se em captar os episódios relevantes da relação com a pessoa que faleceu, salientando o episódio da perda e as vivências depois da mesma. Adicionalmente, a reconstrução de significado é explorada através de questões orientadas pelo/pela terapeuta, desta forma são propostas tarefas de escrita acerca da perda. Esta fase ocorre entre a terceira e quarta sessão do processo terapêutico. A terceira fase, exploração de fontes de significado, pretende aceder à história passada que envolve a relação com a pessoa significativa e o seu impacto e vínculos na vida do cliente. Nesta etapa, explora-se a reconstrução de significado e a comunicação com a pessoa que faleceu através de cartas escritas pelo cliente. Nesta fase apenas decorre a sessão cinco.

A quarta fase, consiste na análise e reflexão dos temas, sentimentos e das memórias que surgiram ao longo do processo terapêutico. Motiva-se os clientes a criar uma história simbólica, onde incluem os temas da perda, colocando-a em perspetiva, proporcionando uma reflexão acerca de si mesmos. Aqui estão inseridas as sessões seis, sete e oito. Por último, a quinta fase, denomina-se por consolidação, onde se vai explorar o impacto da terapia, as aprendizagens e como estas influenciaram a forma dos clientes experienciarem o luto, seja no presente, seja no futuro. Neste protocolo, estão também inseridas sessões adicionais para casos mais graves, como a morte de um filho, viuvez precoce ou a morte súbita ou violenta de alguém. Estas sessões têm o objetivo de dar mais apoio e consolidação a nível dos ganhos terapêuticos. Apesar, deste protocolo ter uma estrutura flexível, as técnicas que foram propostas não tiveram de decorrer obrigatoriamente por uma ordem (Alves et al., 2018).

2.4 Medidas

2.4.1 Medida de resultado

Inventário de Luto Complicado- ILC

Inventário de Luto Complicado (ILC) (Prigerson et al., 1995; versão portuguesa adaptada por Frade et al., 2009). O inventário é um questionário de auto-preenchimento que avalia a sintomatologia de luto, sendo que ajuda a identificar a existência de luto complicado e não complicado. O inventário é composto por 19 itens classificados numa escala de likert de 5 pontos (0=Nunca, 1= Raramente, 2= Ocasionalmente, 3= Regularmente e 4= Sempre), sendo que a pontuação total pode variar entre 0 a 76. Uma pontuação acima de 25, depois de seis meses após a perda, sugere luto complicado. Este instrumento apresenta uma boa consistência interna (0,94).

2.4.2. Medida de Processo

Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas

A Escala de Assimilação de Experiências problemáticas (resumida na tabela 1), descreve oito níveis sequenciais, que permitem avaliar as mudanças na relação entre a voz problemática e as vozes dominantes da comunidade (Caro Gabalda & Stiles, 2009). As mudanças ocorrem de forma gradual e podem ocorrer entre o nível 0, ou seja, o cliente não tem consciência do problema, e o nível 7, no qual existe a integração total da voz problemática na comunidade de vozes do self (ver tabela 1; Stiles, et al., 1991; Caro Gabalda & Stiles, 2009).

2.5. Procedimentos

2.5.1 Medida de resultado

O Inventário de Luto Complicado-ILC (Prigerson et al., 1995; versão portuguesa adaptada por Frade et al., 2009) foi aplicado antes e após o término da terapia. Este questionário foi utilizado para avaliar os sintomas do luto complicado e definir os casos como sucesso ou insucesso ao nível do luto complicado.

2.5.2 Medida de processo

Foram transcritas 5 sessões terapêuticas de cada caso, nomeadamente as sessões 1, 4, 7, 10 e 13 do caso da “Carolina” e as sessões 1, 4, 8, 12 e 15 no caso da “Maria para serem codificadas com a APES. Posteriormente, foi realizado o treino de codificação na APES. As codificadoras foram duas alunas do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, sendo a supervisora doutorada em Psicologia Clínica e com experiência neste tipo de codificação. O treino de codificação da APES teve a duração de aproximadamente quatro meses, durante os quais as codificadoras se reuniram duas vezes por semana durante duas horas. A primeira parte do treino envolveu a leitura e discussão de artigos e a segunda parte consistiu em codificar sessões de psicoterapia (não deste estudo) de acordo com a APES. Inicialmente as codificações foram realizadas em grupo e posteriormente individualmente, com o intuito de atingirem um bom nível de acordo na codificação, ou seja, alcançando um coeficiente de confiabilidade de ICC > 0.60 (Cicchetti, 1994). Os desacordos sobre as codificações da APES foram discutidos entre as codificadoras e a supervisora e resolvidas atingindo o consenso (Hill et al., 2005).

Depois de terminar a fase do treino, procedeu-se à codificação dos casos apresentados neste estudo. Os procedimentos de análise dos dados, no que diz respeito à assimilação da experiência de luto (codificação segundo a APES), envolveram quatro passos (Brinegar et al., 2006; Honos-Webbet al., 1998; Stiles & Angus, 2001). Neste sentido, numa fase inicial todas as sessões de ambos os casos foram lidas e os problemas principais manifestados ao longo do processo

terapêutico foram identificados. Posteriormente, por consenso entre as codificadoras, os temas mais importantes foram identificados tendo em conta a sua significância clínica, e as vozes problemática e dominante foram identificadas.

Seguidamente, de acordo com as leituras feitas, foram selecionados os excertos das transcrições das sessões. Por fim, os excertos foram codificados de acordo com a APES, selecionando passagens com diferentes níveis de assimilação e respetivos marcadores dos níveis da APES. A unidade de análise corresponde às diferentes passagens identificadas, sendo que uma nova passagem é identificada cada vez que existe uma mudança de tema, marcador, nível de assimilação, ou o conteúdo da conversação altera-se (Honos-Webb et al., 1999). As discrepâncias foram resolvidas em discussão até ser atingido o consenso. O nível de acordo entre as codificações foi calculado com recurso ao ICC. O ICC no caso da “Carolina” foi de 0,86 (ICC [2,2]) e no caso da “Maria” foi de 0,97 (ICC [2,2]), sendo ambos considerados bons (Cicchetti, 1994). Após este processo, os resultados foram agregados para identificar a progressão na APES ao longo das sessões. Procedemos à análise qualitativa das sessões utilizando vinhetas clínicas para a ilustração de mudanças. Foi utilizada a estatística descritiva sobre os dados, realizando cálculo de médias para descrever o nível assimilação ao longo das sessões.

2.6 Resultados

Em seguida serão apresentados os resultados obtidos a partir da análise dos dois casos. Primeiramente, vai ser apresentada a análise mais detalhada em relação à evolução da assimilação das experiências problemáticas nos dois casos e seguidamente a análise da relação entre os níveis da APES e a sintomatologia e

2.6.1 Análise do processo de assimilação nos dois casos

Caso “Carolina”

No caso de “Carolina” o tema identificado foi o “processo de luto”, que diz respeito às dificuldades em gerir a ausência e o vazio que sente em relação à morte da mãe e os desafios inerentes a este processo. A voz dominante de “Carolina” foi caracterizada como “Tenho de ser forte, não posso falhar”, pois demonstra uma elevada preocupação em relação ao contexto familiar, no sentido de assumir o papel da mãe. A voz problemática foi identificada para o tema como “Sou incapaz, não vou conseguir lidar com tudo sozinha”, pois a “Carolina” recorre a estratégias de fuga em relação à nova realidade e rotina impostas após a perda da mãe.

A voz dominante de “Carolina” surgiu principalmente nos contextos relacionados com o seu papel enquanto filha e irmã, uma vez que se sentia na obrigação de assumir o papel da mãe, ou seja, a “Carolina” sentia que tinha que realizar as tarefas diárias, gerir a casa, ajudar a irmã e o pai, tal e qual como a mãe fazia. Sentia-se na obrigação de festejar datas significativas como a mãe as festejava anteriormente, ou seja, no fundo sentia que tinha que ter o papel que a mãe tinha no ambiente familiar. O excerto seguinte, retirado da sessão 1, codificado com APES 2, ilustra a voz dominante da “Carolina” uma vez que demonstra a preocupação constante em assumir o papel que a mãe tinha na gestão da casa e das rotinas das filhas e do marido. “Carolina”, sente que tem de ser ela a realizar as tarefas diárias:

T: Relativamente a uma das questões que que falava também no seu pedido de ajuda que queria de alguma forma, gerir também para poder ajudar os outros elementos. Sentiu no fundo que, não sei se um bocadinho pelas palavras de que foi falando que havia um bocadinho este este papel de gerir a casa que fazia parte da das funções da mãe...

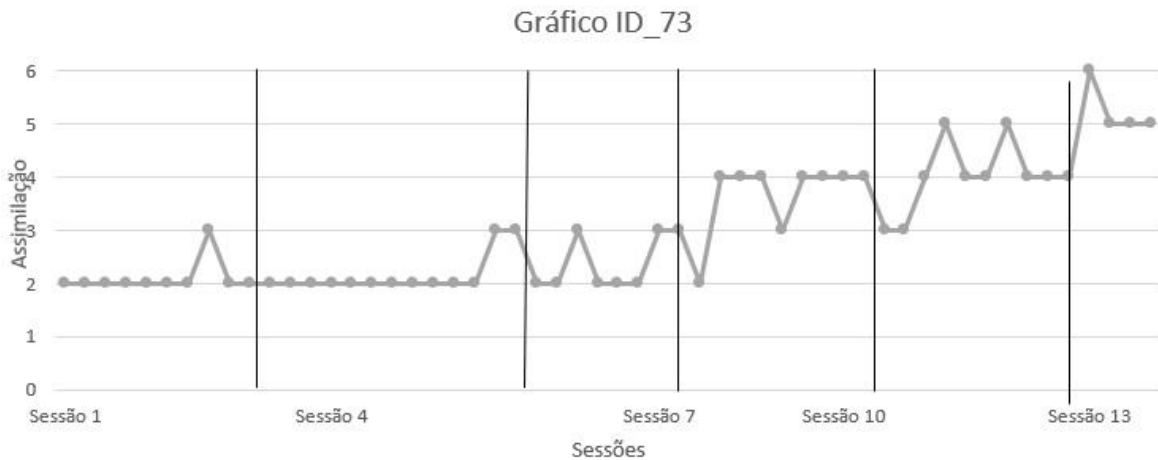
C: Sim.

T: Da mãe “Susana”, que lhe foi agora, que herdou este papel?

C: Sim.

T: Que o assumiu? Por iniciativa própria, que sentiu que era, como é que foi esta? Sentiu que era a sua, que agora era esta a sua função?

C: *Sim um pouco. Porque o meu pai trabalha bastante, a minha irmã também esta a estudar ela é muito focada nos estudos porque tem objetivos muito específicos e e eu senti que apesar deles me ajudarem, não é? Em algumas coisas, então senti que a obrigação maior seria a minha.*



que sente face ao sentir-se incapaz de não conseguir realizar as tarefas de casa. A voz dominante continua a manifestar-se, demonstrando a necessidade de a cliente estar à altura de assumir o papel da mãe. É possível também verificar que entre a Sessão 1 e 4 existiram diferentes avanços e recuos para o nível 3 da APES, o que significa que apesar de existirem momentos em que a experiência problemática aparenta estar mais integrada, são vários os momentos em que se verifica um retrocesso no que toca à integração da experiência

Adicionalmente, foi também identificada a voz problemática que estava relacionada com sentir-se incapaz de lidar com as responsabilidades sozinha, uma vez que “Carolina” expressou estratégias de evitamento à sua nova realidade após a perda da mãe. A voz problemática expressa-se através de estratégias de fuga. O excerto seguinte foi codificado com APES 2 (Sessão 4; Figura 1), uma vez que existe um algum reconhecimento da experiência problemática, mas “Carolina” demonstra emoções negativas face ao problema. Aqui a cliente sente que não vai ser capaz de lidar com a sua nova rotina e tem receio de não conseguir assumir o papel que a mãe tinha na sua família utilizando estratégias para evitar a sua nova realidade.

C: Tenho tentado sair da realidade, mas não sei se o ignorar isso estou a fazer o correto, não sei.

T: E o que é que sente?

C: Sinto que me ajuda, que preciso sair desta realidade me distrair com outras coisas mas não sei acho, às vezes acho que se ignorar não estou a fazer o melhor, se calhar devia de enfrentar não sei só que não sei como fazer também.

T: Este quando diz sair desta realidade é esta realidade da responsabilidade, do cumprir, do cuidar, do ...

C: Sim, da minha vida agora.

Adicionalmente, verificou-se que a voz problemática sente uma pressão da voz dominante, uma vez que “Carolina” tem receio de não conseguir assumir o papel de irmã mais velha da forma correta. O excerto seguinte demonstra este medo, codificado com nível 2 da APES na sessão 1:

T: *E também alguém herdou esse papel? Nesta nova casa.*

C: *É assim, para já nem por isso porque ainda nos estamos a adaptar não é, mesmo a questão dos aniversários, eu falo por mim, eu fiz anos em outubro a mãe faleceu em maio e foi uma data para mim muito difícil, porque faltava ela ali, foi estranho, o primeiro aniversário sem ela, o Natal também, foi complicado. Sinto que também ainda não tenho a força de ser eu para representar esse papel em casa seguir*

T: *E sente que eu tem de assumir? Ou que o quer assumir?*

C: *Eu gostava, mas, eu acho que aos pouquinhos, as coisas vão normalizando e voltaremos a ter isso de novo.*

T: *Voltar a ter aquela sensação do aconchego do momento?*

C: *Sim, sim.*

Nas sessões 7 e 10, ou seja, na *fase intermédia* do processo terapêutico, as vozes problemáticas atingiram níveis de assimilação mais elevados: APES 3 a 5 (Figura 1). Na sessão 7 (Figura 1), foi possível verificar que a “Carolina” atingiu os níveis 3 e 4 na APES, o que significa que já foi capaz de formular claramente o problema, existindo uma compreensão da experiência problemática bem como a sua integração na comunidade de vozes. Nesta fase existe uma aceitação gradual da voz problemática, uma vez que “Carolina” sente-se mais tranquila em relação ao seu processo de luto e com uma nova perspetiva e visão do mesmo, havendo uma reconstrução do significado da perda da mãe. É possível verificar esta aceitação no excerto seguinte, retirado da sessão 10 codificado com o nível 5 da APES:

T: *Hmm-mm mas sente que de alguma forma este este processo ah de lidar com esta ausência tem sido diferente ao longo do tempo?*

C: *Sim muito*

T: *Hmm-mm tem sentido variações?*

C: *Sim, acho que agora já não existe tanto aquela componente caótica que quando sentia falta dela era tudo um caos, agora já começa a haver alguma paz associada a isso, sinto saudades e sinto falta, mas já é uma coisa mais calma.*

T: *Hmm-mm e este percurso pensar perceber que houve diferentes momentos e que tem sido neste sentido de de alguma forma não da ausência não causar total destruturação de haver aqui algum alguma base que se mantém de haver aqui um momento de de conforto ah o que é que lhe faz sentir pensar sobre isto, ter noção disto, falar sobre isto?*

C: *Faz-me sentir que as coisas estão a tomar o rumo natural que aos poucos vai ficando tudo mais leve, e tudo mais nítido já não é aquele caos nem aquele quando quando me acontecia estar sob pressão ou ter muitas coisas para fazer, quando tinha quebras minhas sem ter haver com isso automaticamente eu associava a isso*

T: *Hmm-mm*

C: *e pensava nessa falta agora isso já não acontece tanto, eu tenho um bocado essas quebras de rendimento e de me sentir pressionada e cansada, mas já não associo essa essa dor da perda, acho que já vou conseguindo separar as duas coisas.*

Aqui identificou-se um diálogo entre as vozes bem como um entendimento entre si, como é possível verificar no excerto seguinte retirado da sessão 7, codificado com nível 3 da APES:

T: *Que diferenças é que tem notado desde o momento em que perdeu a mãe nesta saudade ah mais física digamos assim, da presença como é que tem notado variações neste sentir da saudade?*

C: *Não sei é diferente porque ao início acho que não era tanto a saudade era mais a dor de da memória tudo mais há medida que o tempo passou, a saudade começou aparecer porque começou a ser mais tempo sem ela e começou a ser mais tempo sem esses momentos, começar a ter noção que a minha realidade tinha mudado, que ela nunca mais ia estar presente e que a minha vida daqui para a frente ia ser sem ela e a saudade aumentou.*

T: *E é aí que surgem os momentos inevitáveis em que sinto dentro de mim em cada célula do meu corpo que não sei viver sem ti?*

C: *Sim, isso é quando eu tenho aquelas aquelas quebras porque nos primeiros tempos eu pensava isso todos os dias, há medida que o tempo passou eu fui me adaptando e fui*

não ia ficar parada não é tinha de continuar e isso foi desaparecendo um bocado mas quando há aqueles momentos de quebra penso sempre nisso

Desta forma, utilizou-se esta compreensão para trabalhar o problema e começaram a surgir soluções. “Carolina” sente que não vai ser capaz de lidar com as responsabilidades que surgiram após a perda da mãe, sentindo imensas saudades da mãe o que conseqüentemente leva a que sinta vontade de desistir da sua rotina. Contudo nesta fase do processo foi possível verificar que começa a existir aceitação da nova realidade e que esta vai sendo integrada gradualmente na comunidade de vozes, fazendo com que as emoções não a influenciem negativamente. Assim, é possível notar aceitação da voz problemática. A compreensão e clarificação face ao problema, bem como a identificação de uma nova perspectiva, codificado com APES 4, é ilustrado no excerto seguinte

C: O que eu acabo por trabalhar mais lá (aula de yoga) é conseguir me abstrair de pensamentos, conseguir abstrair-me da dor um bocado, porque fazemos um bocado aquele exercício de concentração e de foco, em que é normal que as coisas apareçam, mas nós temos que saber pô-las de lado naquele momento. Concentrarmo-nos só numa coisa e acho que isso me tem ajudado, não sei, em várias mesmo nos momentos de rutura, pensar “ok este momento é para isso, vou aceitá-lo, vou senti-lo”, mas quando eu sentir que chegou o momento de parar, eu abstenho-me daquilo e começo outra vez a minha vida.

Este excerto demonstra que “Carolina”, começou a ver a sua realidade de forma diferente, incluindo na sua rotina estratégias adaptativas, como frequentar as aulas de Yoga que a ajudam a aceitar de forma positiva os seus sentimentos e que os momentos negativos não se tornem avassaladores ao ponto de influenciarem a sua vida. Ainda nesta fase, na sessão 10 foram codificadas passagens com o nível 5 da APES, ou seja, começa-se a perceber os esforços por parte da “Carolina” para que haja uma resolução do problema, mesmo que ainda não seja a resolução total. É importante salientar que existe capacidade de as vozes trabalharem em conjunto.

Na *fase final* do processo (sessão 13), como é possível verificar na Figura 1, o nível mais frequente corresponde a APES 5 e 6. Neste sentido, é possível constatar que há uma maior compreensão em relação ao problema e também um trabalho para a resolução do mesmo. A voz problemática foi sendo gradualmente integrada junto da comunidade de vozes tendo sido criadas pontes de significado entre as duas vozes (problemática e dominante). A presença destas pontes de significado permite a aplicação prática das compreensões que foram obtidas ao longo da terapia. Com isto, parece ser possível evidenciar que a voz dominante ganhou poder, afirmando as suas necessidades e fazendo com que a comunidade entenda que a “Carolina” realmente é capaz de lidar com as responsabilidades e com o seu novo papel enquanto filha e irmã mais velha. Desta forma, a recriminação e a exigência por parte da voz dominante acarretam menos poder junto da comunidade, surgindo espaço para aceitação de sentir-se capaz.

É notório que “Carolina” tem uma nova perspectiva sobre a realização das tarefas, uma vez que utiliza estratégias adaptativas para que não se volte a sentir incapaz de lidar com as responsabilidades, tendo assim atividades prazerosas para que não a sua rotina não seja apenas as tarefas de casa, conseguindo conciliar os dois tipos de atividades. O excerto seguinte representa a expressão da voz problemática, codificado com APES 6. Aqui “Carolina” refere como se sente em relação ao ambiente em casa e às suas responsabilidades.

T: Que que mostram que na, não houve, que também o seu processo de transformação na nesta mudança não morreu à partida como aquelas plantinhas, nem oxidou estamos, está a conseguir criar raízes portanto, de alguma forma é engraçado ver ah eu não consigo desligar o nosso processo desde seu processo das suas análises estão sempre a pensar nas plantinhas (risos) e portanto, de alguma forma vejo aqui este paralelismo interessante relativamente ah ah ao ambiente de casa, às outras pessoas, a sua irmã, o seu pai, o seu namorado como é que?

C: Neste momento está tudo está tudo também controlado porque eles entraram de férias e também tem mais tempo para ajudar em casa, por isso as coisas estão mais calmas.

T: O capitão desse barco conseguiu por toda a gente por todos

C: Foi um bocado difícil, no início das férias eu comecei a mandar-lhes uma mensagem não é todos os dias que eles dormiam até tarde eu mandar-lhes uma mensagem no estágio a dizer as tarefas de hoje são isto isto isto e isto nos primeiros dias não estava a resultar porque eles revoltavam-se (risos) era muita coisa e que queriam ir para o rio ou queriam descansar.

T: Muito, estou muito orgulhosa (risos) da sua perseverança, porque realmente é preciso não é, nós também sabemos que às primeiras tentativas que mudar também é um processo que exige, mas está tudo bem?

Por fim, foi possível identificar algumas mudanças que foram ocorrendo ao longo do processo terapêutico como por exemplo, a “Carolina” conseguir conciliar o contexto académico com o contexto familiar e ainda incluir atividades prazerosas na sua rotina, como p.ex ir a um concerto. “Carolina” também desenvolveu estratégias adaptativas para lidar com os momentos mais difíceis (p.ex. ir à praia depois do trabalho). Estas mudanças foram codificadas com o nível 6 da APES, uma vez que demonstram o esforço que “Carolina” fez para que as mudanças ocorressem.

Caso “Maria”

No caso de “Maria” foi identificado um tema, ou seja, um problema relevante em toda a terapia. O tema principal identificado em “Maria” consiste essencialmente em questões relacionadas com o processo de luto, nomeadamente associadas às dificuldades de aceitação da morte da mãe evidenciadas por emoções como a raiva e a revolta em relação a uma

sensação e percepção de injustiça/negligência por não terem sido realizados os exames necessários de forma a detetar o problema da mãe. Neste sentido, foi possível identificar a voz dominante e problemática de “Maria”, a voz dominante de “Maria” foi caracterizada como “Tenho de encontrar uma justificação”, pois ela apresenta uma elevada necessidade de encontrar uma resposta para os procedimentos médicos implementados. No âmbito desta situação, está a decorrer um processo em tribunal. A voz problemática foi identificada para o tema como “Sinto-me sozinha”, pois a “Maria” apresenta dificuldades em fazer o seu processo de luto, uma vez que sente necessidade de responsabilizar alguém pela perda da mãe, visto que acha que existiu negligência médica em relação ao tratamento que a mãe obteve no hospital. Desta forma, esta variável parece estar a influenciar negativamente o processo de luto devido ao facto de a mãe da “Maria” ter sido um grande apoio e terem uma ligação bastante forte e “Maria” neste momento sentir-se sozinha por ter perdido este apoio. A voz dominante de “Maria” surge principalmente nos contextos relacionados com o seu papel enquanto filha, uma vez que sente que tem de perceber o que aconteceu com a sua mãe no hospital, quais os procedimentos utilizados com a mesma e perceber o motivo do seu falecimento. O excerto seguinte, retirado da sessão 4, codificado com APES 2 (Figura 2), ilustra a voz dominante da “Maria” uma vez que demonstra uma grande necessidade em encontrar uma justificação para o que aconteceu com a sua mãe no hospital:

T: hum hum. A “Maria” procurava uma resposta, não é?

C: É.

T: Procurava uma justificação, e senão acontecer essa justificação?

C: Não é só me dizerem com uma carta o que eles disseram, que é de normal, que isto poderá acontecer num prazo de 24 horas, pode acontecer, mas se há uma hérnia intestinal como é que a hérnia não foi detetada antes, para a infetar a hérnia não é em 24 horas que se forma. Pronto é isso, porque a resposta que me deram, não foi uma resposta, que para mim não é nada.

T: *O que, o que é vem?*

C: *Mas porquê.*

T: *É essencialmente esse “porquê” que lhe vem à ideia, é essencialmente esse “porquê”?*

C: *É, é o porquê, porque é que não foram feitos os exames, porquê aqueles tubos pelo nariz, para que aquilo, porque é que não foi feito qualquer coisa a nível abdominal, como é que é possível, uma hérnia intestinal infetada, hérnia intestinal infetada, estrangulamento, não digo que não poderá acontecer num espaço inferior a 24 horas, mas a hérnia intestinal já estava lá, não é, e é isso que eu, que eu no outro dia quando recebi a carta estive aqui, vim aqui para o computador estive a pesquisar, estive a ver pronto o que é que falava mas não há nada pronto que quando há uma hérnia intestinal, tem que haver cuidados, tem de haver exames, pronto uma série de coisas que vejo, mas não há, pronto não sei, eu sei la, precisava de um medico que me dissesse, “não, isto realmente acontece “pode acontecer uma hérnia, então mas, pronto, é aquela coisa, não me mentalizo, não me conformo, parece que fiquei aqui fechada, não sei.*

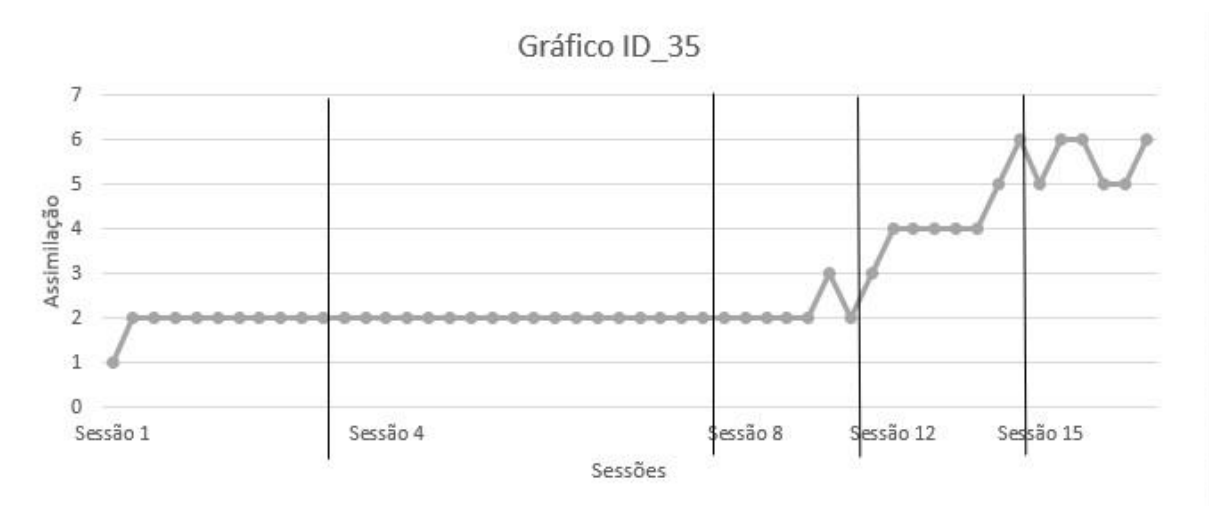


Figura 2. níveis de assimilação (APES) ao longo das sessões no caso da “Maria”

A Figura 2 representa a assimilação do tema identificado em “Maria” no decorrer do processo terapêutico, apresentando os valores de cada sessão. Neste sentido, é possível verificar que inicialmente a “Maria” estava a ter dificuldades em assimilar a experiência de luto, mantendo-se no nível 2 da APES, posteriormente houve um aumento dos níveis de assimilação.

Realizando uma análise mais específica da assimilação ao longo do processo terapêutico, identificou-se *na fase inicial* (Sessão 1 e 4; Figura 2) níveis mais baixos de assimilação (APES 1 e 2), ou seja, na sessão 1 existiu uma passagem codificada com nível 1, uma vez que “Maria” descreveu sintomas corporais que influenciavam negativamente o seu bem-estar, contudo, o nível 2 da APES foi codificado na maior parte das passagens da fase inicial o que significa que a “Maria” teve dificuldades em clarificar o problema, embora este seja reconhecido. Em seguida, foi identificada a voz problemática que estava relacionada com “Maria” sentir-se sozinha, uma vez que apresenta dificuldades em realizar o seu processo de luto pois sente necessidade de responsabilizar alguém pela perda da mãe, onde a cliente exprime a dor que sente face à perda do grande apoio Apesar da tentativa da normalização desta dor, como sendo algo normal neste processo, a voz dominante continua a manifestar-se, revelando a necessidade de procurar justificações para o que aconteceu no hospital. O excerto seguinte foi codificado com APES 2 (Sessão 4; Figura 2). Aqui a cliente demonstra a sua revolta por não conseguir responsabilizar alguém pelo que aconteceu à sua mãe,

T:(..), porque a “Maria” dizia-me a bocado “ eu só queria que um medico me dissesse olhe não havia nada a fazer” se um medico lhe dissesse isso “Maria” o que é que isso mudava? Mudava alguma coisa em si? Ou seja, a “Maria” sente de alguma forma alguma responsabilidade naquilo que aconteceu?

C: Não, eu não sinto responsabilidade, eu por mim não sinto, mas sinto que há quem fosse responsável e pronto, continuo com a minha.

T: Oh “Maria” acha que é a revolta e a raiva relativamente a essa sensação, e a percepção de, de injustiça ou de negligência que a impede de avançar?

C: É.

Na *fase intermédia* da terapia, sessões 8 e 12 as vozes problemáticas atingiram níveis de assimilação mais elevados: APES 3 a 5 (Figura 2). Contudo, ao longo destas duas sessões foram possíveis identificar alguns retrocessos. Na sessão 8 (Figura 2), verificou-se que a

“Maria” inicialmente não progrediu a nível da assimilação mantendo-se no nível 2 da APES, por outro lado na sessão 12 conseguiu atingir o nível 3, 4 e 5 da APES. Desta forma, verificou-se que “Maria” começou a ser capaz de formular o problema existindo uma compreensão da experiência problemática bem como a sua integração na comunidade de vozes (APES 3 e 4). Assim, é possível verificar este progresso, uma vez que a “Maria” começa a ter uma visão diferente do acontecimento, no excerto seguinte retirado da sessão 12 codificado com nível 4 da APES:

T: Hum, hum. Mas ao centrar-se neste tema, ao revivê-lo ao escrevê-lo, e ao estruturá-lo melhor, não é, ao pensar de novo sobre ele há alguma coisa de novo que surgiu na forma como se sentiu, na forma como pensou ou?

C: Não, não porque é o que eu tenho pensado sempre, é era o querermos ter, querermos nos despedir, pronto e pronto essas situações ...

T: Hum, hum ok. Não porque a semana passada, era a questão do o que será que ela queria dizer, o que é que será que ela pensava, pensei que fosse aqui uma coisa que a incomodasse, e portanto hoje já me parece uma forma mais, resoluta e mais determinada não é nessa, ok acho que era isso que ela nos queria dizer, e portanto, se foi também que ela nos tentou passar, sempre o que ela tentou, foi no fundo esse legado, essa mensagem que ela queria passar, e que me ia deixar para mim e para a minha irmã ahm e portanto com certeza o que ela queria era que a gente estivesse próximo dela naquele momento que sentia, que seria final. Hoje já sinto mais tranquilidade, percebe, e mais resolução na forma como a “Maria” diz isto.

C: hum hum

Ainda na mesma sessão (12) verificou-se que a “Maria” começou a vivenciar o processo de luto de uma forma diferente, ou seja, viveu o seu processo da forma como quis no tempo que ela achou necessário. As vozes atingiram níveis de assimilação mais elevados: APES 3 a 6, isto significa que as experiências problemáticas começaram a ser formuladas e compreendidas na comunidade de vozes, utilizando-se esta compreensão para trabalhar o problema, e posteriormente gerar soluções. É possível verificar que a “Maria” já não sente tanta necessidade

em responsabilizar alguém pela morte da sua mãe. A voz problemática e a voz dominante debatem-se e esta necessidade de responsabilizar alguém vai diminuindo. Desta forma, o processo de luto vai sendo realizado de forma gradual e esta necessidade vai sendo integrada na comunidade de vozes através da criação de pontes de significado, deixando de ter tanto impacto na sua vida. A aceitação da voz problemática ocorre gradualmente. Começa-se a perceber uma emoção mais positiva e um reconhecimento do ganho adquirido. O excerto seguinte, codificado com o nível 5 da APES, demonstra como “Maria” está a experienciar o processo de luto tendo em conta a sua nova perspetiva:

T: Claro, claro, mas acha que isso dificultou o seu processo de luto? Porque muitas pessoas dizem isso, que é, sentem muitas vezes que estão a falhar com determinada expectativa da sociedade, aquilo que as pessoas acham que deve ser não é, que a pessoa tem que usar preto determinado tempo, porque a pessoa tem que fazer isto, tem que fazer aqui aquilo, não é? Quer dizer, aqui o “tem que”, aquilo que a sociedade queria, como aquilo como deve ser o luto, como deve ser vivido, como, ahm, sente que isso dificultou, o que é já de si, uma forma, um processo doloroso e complicado?

C: Sim, acho que sim, pronto não pelo luto, mas pronto nesse sentido, de que parece que a pessoa, parece que é uma obrigação das outras pessoas, quando é os finados, porque as outras pessoas vão ver como é que as campas estão, porque as pessoas conhecem, e falam, e porque não sei quê, isso para mim é igual ao litro como se costuma dizer (risos).

T: Claro, claro.

C: Não ligo muito ao que as outras pessoas possam dizer ou pensar, ou, não faz muito o meu estilo.

T: hum hum

C: Eu faço o que eu acho que devo fazer, e vivo um bocado em função da minha cabeça e do meu pensamento, não do que o que as outras pessoas possam pensar ou dizer.

Na fase final do processo terapêutico (sessão 15), como é possível verificar na Figura 2, os níveis mais frequentes correspondem a APES 5 e 6. Desta forma, é notório que existe uma

maior compreensão no que diz respeito ao problema e também um trabalho para a resolução do mesmo. Verificou-se que “Maria” tem uma nova perspectiva sobre a sua nova realidade após a perda da mãe e sobre o seu processo de luto. O excerto seguinte retirado da sessão 15, codificado com o nível 6 da APES, demonstra as mudanças (voltar ao terreno da mãe, começa a experienciar emoções positivas, nova visão sobre a sua nova realidade após a perda da mãe e volta a ter vontade de sair de casa) que se foram notando ao longo do processo terapêutico,

T: O que é que permitiu está transformação? O que é que foi? O que é que acha que permitiu que estas mudanças acontecessem?

C: Pronto, acho que, o apoio que eu tenho tido, estas sessões, pronto, acabaram por conseguir fazer com que eu começasse a ver as coisas de maneira diferente, de, pronto acabasse por, não sei, o falar, pronto deve ser talvez por isso que eu ...

T: Hum, hum.

C: O tempo vai passando, mas não sei, pronto, se conseguiria ultrapassar sozinha, não sei se continuaria com a mágoa, pronto apesar de a ter na mesma, de não esquecer o que se passou...

T: Claro, claro.

C: naquele hospital.

T: Claro.

C: Ahm, pronto, acho que se eu continuasse com, com pronto, com a mágoa, com este sofrimento todo, fechado, era mais complicado, e assim tenho conseguido, falar um bocado e meter, meter para for a, tirar da Caixa o que estava, o que eu fechei, o que eu decidi não falar, para não sofrer.

T: Hum, hum, e o tirar da caixa ajudou-a de que forma? O que é que mudou em si?

C: Acho que fez com que eu conseguisse ver as coisas, pronto de uma maneira mais suave, não com tanta tristeza, não digo que estou bem, bem, há uma outra situação toda, que é complicado, mas pronto.

Comparação da evolução da assimilação de ambos os casos clínicos:

Em termos de assimilação pode-se concluir que, em ambos o caso se evidenciou uma evolução. Contudo, o caso “Carolina” apresenta níveis mais elevados do que “Maria”. Numa fase inicial, no caso da “Carolina” verificou-se o surgimento de níveis mais baixos (APES 2 e 3). No decorrer da fase intermédia, houve uma evolução mais acentuada a nível da assimilação (APES 3 e 4). Na fase final, existiu uma evolução positiva obtendo níveis de 5 e 6 da APES. No caso “Maria”, na fase inicial do processo terapêutico foi possível observar níveis mais baixos de assimilação (APES 1 e 2). Na fase intermédia não houve evolução, mantendo-se o nível 2 da APES. Na fase final da terapia, verificou-se que no caso da “Maria” existiu uma evolução bastante positiva aumentando os níveis de assimilação (APES 5 e 6).

É possível identificar algumas diferenças na comparação dos dois casos: “Carolina” apesar dos retrocessos iniciais manteve níveis altos de assimilação ao longo das sessões (APES 4 a 6), ou seja, verificou-se uma evolução rápida na progressão para níveis mais elevados do que a “Maria”, enquanto “Maria” apesar de inicialmente manter níveis de assimilação baixos, no final atingiu elevados níveis de assimilação com maior frequência do que “Carolina”.

2.6.2. Análise da relação entre a assimilação e a sintomatologia nos dois casos clínicos

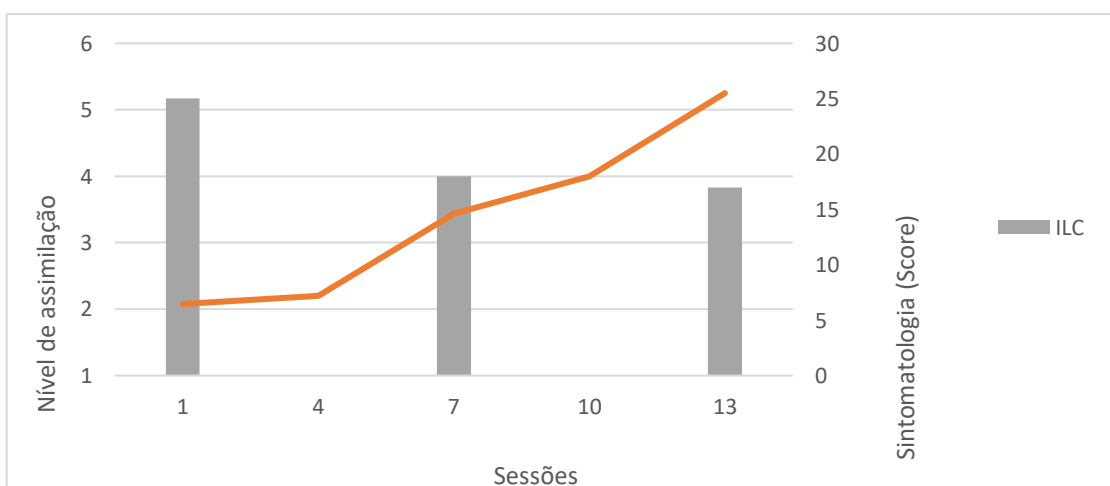


Figura 3. Evolução dos níveis de assimilação e ILC no caso “Carolina”

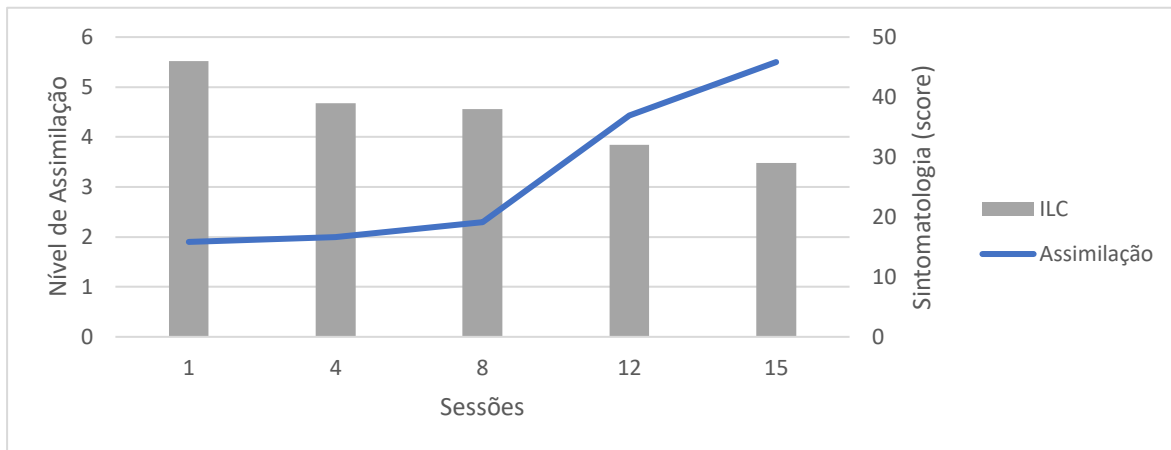


Figura 4. Evolução dos níveis de assimilação e ILC no caso “Maria”

Analisou-se a relação entre a evolução dos níveis de assimilação com a sintomatologia do luto complicado identificada nos dois casos. As figuras 1 e 2 demonstram os resultados da relação entre os níveis de assimilação com a intensidade dos sintomas medidos com o recurso ao ILC em cada caso clínico. No caso “Carolina” (Figura 3) é possível identificar que na fase inicial do processo (sessão 1 e 4) a sintomatologia manteve-se por outro lado, o nível de assimilação aumentou de forma gradual. Posteriormente, a partir da sessão 7, verificou-se uma diminuição acentuada da sintomatologia acompanhada por um aumento da assimilação.

No caso “Maria” (Figura 4) é possível constatar que na fase inicial do processo terapêutico a sintomatologia atingiu níveis elevados nomeadamente entre as sessões 1, 4 e 8 e posteriormente existiu uma diminuição da mesma. A nível da assimilação verificou-se inicialmente que não existiu progressos entre as sessões 1,4 e 8 e a partir da sessão 12 houve um aumento progressivo da assimilação. Posto isto, foi possível verificar que em ambos os casos quando os níveis de assimilação aumentaram e os sintomas de luto complicado diminuíram.

2.7 Discussão dos resultados

A dor que o enlutado vivência após a perda varia de pessoa para pessoa (Bonnano & Kaltman, 2001). Se por um lado, alguns indivíduos demonstram resiliência face à experiência problemática que estão a vivenciar (Bonnano & Kaltman, 2001), outros experienciam dor aguda por um período de 1-2 anos (Bonnano & Mancini, 2006). No entanto, 10% a 15% dos enlutados não consegue progredir no processo do luto e por isso desenvolvem um quadro clínico, i.e., Luto Complicado (Shear et al., 2011). Neste sentido, torna-se fulcral estudar estes casos com dificuldades no processo de luto, percebendo como ocorre a assimilação dessa experiência, uma vez que esta dificuldade influencia todos os outros contextos de vida (familiar, profissional, social) do enlutado (Shear et al., 2011). É importante referir que o tipo de morte é um fator importante no processo de luto, uma vez que contribui de forma negativa para o desenvolvimento de um luto complicado, pois o choque proporcionado pode inibir ou, por outro lado, prolongar este processo (Piper et al., 2007). O modelo de assimilação de experiências problemáticas assenta no pressuposto de que a mudança deriva da integração das experiências problemáticas no *self* (Brinegar et al., 2006; Gabalda & Stiles, 2016; Stiles et al., 1990). A investigação vem validar a visão deste modelo sobre o processo de mudança terapêutica (Basto et al., 2016; Brinegar et al., 2008; Caro-Gabalda, 2006, 2011; Mosher et al., 2008; Osatuke et al., 2005, 2007). Assim, o presente estudo teve como objetivo explorar a evolução, ao longo da terapia, do processo de assimilação de experiências de luto em dois casos diagnosticados com perturbação de luto complicado. Neste sentido, pretendeu-se compreender as diferenças e semelhanças no processo de luto, a nível da assimilação da experiência de luto complicado durante o processo terapêutico em dois casos, um por morte por suicídio, outro caso de morte natural. Paralelamente, foi também analisado a relação entre o processo de assimilação e a sintomatologia no decorrer do processo terapêutico.

Primeiramente, pretendeu-se explorar de forma mais aprofundada a evolução da assimilação ao longo do processo terapêutico dos dois casos clínicos. Em relação ao caso da “Carolina”, esta apresentou uma evolução positiva da assimilação e uma melhoria a nível da sintomatologia, o que sugere que esta evolução parece ser o do trabalho em relação ao problema e à consciencialização do mesmo. Inicialmente a evolução não foi linear (Caro Gabalda & Stiles, 2009). Com isto, foi verificado um retrocesso na sessão 4. Contudo, os retrocessos não influenciaram negativamente o processo (Caro Gabalda & Stiles, 2009). É importante referir que, por vezes é necessário permanecer num nível inferior e de seguida explorar a experiência para ser corretamente assimilada e avançar para um nível superior da APES (Caro Gabalda & Stiles, 2009). Posteriormente, verificaram-se níveis elevados de assimilação (APES 5 e 6), mas não foram atingidos níveis 6 da APES de uma forma sustentada. O nível 6 da APES só foi atingido uma vez, o que significa que existem novas compreensões e alguma aplicação destas no seu dia-a-dia, mas estas compreensões não são utilizadas em novas situações que seria evidente no nível 7 da APES. Por fim, na fase final do processo terapêutico ocorreram mudanças em relação ao desempenho na terapia o que ajudou no reconhecimento, reformulação e compreensão da resolução da experiência problemática (Stiles, 2001; Stiles et al., 1990).

No caso da “Maria” à semelhança com o da “Carolina”, também existiu uma evolução positiva no processo de assimilação. Desta forma, verificaram-se inicialmente algumas dificuldades a nível da progressão da assimilação, mas por outro lado após a fase intermédia de trabalho existiu uma evolução positiva da assimilação, uma vez que atingiu níveis mais elevados (APES 6). Apesar de inicialmente existir alguma dificuldade em confrontar a voz dominante, esta conseguiu fazê-lo com sucesso, tendo sido evidente um trabalho constante para atingir uma solução para o seu problema.

Em relação a ambos os casos foi possível verificar diferenças tais como: o caso da “Carolina” parece ter evoluído mais rapidamente em termos da assimilação, mas parece não apresentar

uma mudança sólida. Por outro lado, no caso da “Maria” apesar de demorar mais tempo a evoluir atingiu níveis mais elevados de assimilação de forma sistemática e sustentada. Isto significa que no caso da “Carolina” o facto de ter vivenciado um luto por morte por suicídio parece dificultar mais o processo de luto ao contrário do caso da “Maria” que vivenciou um luto por morte natural. Desta forma, os resultados deste estudo parecem ir de encontro ao que a literatura refere, que o suicídio tem um impacto maior no processo de luto do que uma morte natural, uma vez que a sua evolução é mais difícil (Kristensen et al., 2012; Parkes, 1998).

Em seguida, analisou-se a relação entre assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia ao longo do processo terapêutico em ambos os casos. Tendo em conta a análise do estudo, existem resultados benéficos na assimilação de experiências problemáticas, que facilitaram o sucesso terapêutico o que parece ser congruente com estudos anteriores no âmbito da assimilação (Basto et al., 2018; Caro Gabalda & Stiles, 2013; Caro Gabalda et al., 2016). Desta forma, parece existir uma relação negativa entre os níveis de assimilação e de sintomatologia, uma vez que enquanto os níveis de assimilação iam aumentando, a sintomatologia ia diminuindo ao longo do processo terapêutico. Em relação ao caso da “Maria” existiu uma evolução a nível da assimilação acompanhada com uma melhoria a nível da sintomatologia. É possível afirmar que a integração gradual da voz problemática junto da comunidade de vozes aparenta estar associada com a diminuição da sintomatologia e consequentemente com o alcance do bem-estar psicológico.

O presente estudo, vai de encontro ao que a literatura refere no que toca ao sucesso terapêutico, uma vez que são várias as investigações que demonstram que o nível 4 da APES está associado ao sucesso no processo terapêutico (Caro-Gabalda, 2003; Detert et al., 2006). O estudo aqui apresentado está de acordo com esta noção, uma vez que os dois casos de luto complicado atingiram níveis iguais ou superiores a APES 4, assim estes níveis parecem estar relacionados com o sucesso terapêutico e, também, com a diminuição da sintomatologia

(Goodridge & Hardy, 2009). Importa salientar que o processo de assimilação ocorreu de forma similar a casos com outros problemas emocionais e verificou-se que os dois casos de sucesso atingiram níveis mais elevados (Honos-Webb et al., 1999; Shapiro et al., 1992). A nível da experiência de luto, os dois casos clínicos alcançaram uma evolução positiva, mas no final existiram algumas diferenças. Foi possível verificar que a morte por suicídio parece ser de facto mais difícil de assimilar, uma vez que a mudança que ocorreu em “Carolina” não foi sustentada ao contrário do caso da “Maria” que inicialmente teve dificuldades em progredir a nível de assimilação, mas posteriormente conseguiu obter uma manutenção nos ganhos adquiridos. Apesar do processo de luto diferenciar de enlutado para enlutado, nestes casos específicos o processo de luto por suicídio foi mais desafiante a nível de assimilação.

Por fim, é crucial referir que tendo em conta estes dois casos clínicos a assimilação gradual da experiência problemática parece ter contribuído para uma facilitação na construção de um novo significado em relação à perda, possibilitando a integração desta experiência na nova realidade do enlutado (Alves et al., 2012; Neimayer, 2012). Ao longo da análise da terapia, recorrendo a APES, foi possível verificar que os enlutados vão atribuindo novos significados à perda de forma gradual, criando assim novas autonarrativas (Gonçalves et al., 2009).

3. Conclusão, implicações para a prática clínica, limitações

O presente estudo prendeu-se com a exploração da evolução, ao longo da terapia, do processo de assimilação de experiências de luto em dois casos diagnosticados com perturbação de luto complicado. Especificamente, pretendeu-se compreender as diferenças e semelhanças no processo de luto, a nível da assimilação da experiência de luto complicado durante o processo terapêutico em dois casos, um por morte por suicídio sendo que esta pode ser mais desafiante e outro caso de morte natural. Paralelamente, foi também analisado a relação entre a sintomatologia e o processo de assimilação no decorrer do processo terapêutico.

Tendo por base a APES, foram codificados e analisados os casos da “Carolina” e da “Maria” sendo que foram considerados dois casos de sucesso. As principais conclusões estão relacionadas essencialmente com: a) a assimilação caracteriza-se como um processo que ocorre de forma gradual; b) níveis da APES mais elevados surgem relacionados a níveis mais baixos da sintomatologia; c) o caso da “Maria” que estava a vivenciar um processo de luto por morte natural obteve níveis mais altos de assimilação (APES 5 e 6) enquanto que o caso da “Carolina” que vivenciou um processo de luto por suicídio, neste caso existiram alguns retrocessos e não conseguiu obter níveis altos (APES 6), desta forma este tipo de morte é mais desafiante a nível do processo de luto, uma vez que a morte por suicídio influencia negativamente a evolução deste processo tornando-o mais difícil e doloroso e comparação com as mortes naturais.

Outra conclusão retirada deste estudo centra-se no facto de a intervenção ter sido online, ou seja, apesar de todos os contratempos que esta ferramenta pode trazer (como p.ex. problemas na internet, terem que terminar as chamadas devido a problemas de rede, por vezes não se perceber o que a outra pessoa disse, entre outras) a terapia teve resultados positivos, uma vez que ambos os casos aqui apresentados conseguiram evoluir de forma positiva sendo por isso dois casos de sucesso.

Importa referir que a presente investigação comporta algumas limitações, como a natureza e o tamanho da amostra que foi utilizada, isto é, a utilização de amostras reduzidas ou de estudos de caso dificultam a possibilidade de generalizar os resultados encontrados. Assim, em investigações futuras seria importante analisar um maior número de casos. Importa referir que o processo de codificação ocupa bastante tempo e depende do acordo entre codificadores. Contudo, o acesso a este tipo de procedimento de análise tem as suas vantagens como aceder com maior profundidade a aspetos que ocorrem ao longo da terapia. Outra limitação centra-se na impossibilidade de analisar todas as sessões de cada caso, podendo ter-se perdido algum conteúdo de relevância para a interpretação dos casos e em termos de evolução da assimilação.

Importa salientar que o facto de utilizar uma amostra já recolhida no âmbito do projeto “*Clinical and Narrative Change in Online Constructivist-Narrative Intervention for Complicated Grief: Exploration of the use of the Internet and the New Technologies in Psychotherapy*” trouxe inúmeras vantagens, contudo, diminui a possibilidade de generalizar os resultados obtidos, devido às características mais restritivas da amostra, sendo que só foi realizada uma análise de dois casos com dois tipos de morte diferentes. Em estudos futuros, seria importante analisar um maior número de casos. Seria importante realizar mais estudos sobre como ocorre a assimilação no processo de luto, uma vez que existe pouca informação sobre o tema e também para perceber se os resultados aqui apresentados são transversais.

No que diz respeito à prática clínica, os resultados aqui evidenciados poderão ser considerados úteis uma vez que demonstram que a utilização do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas, nomeadamente a APES, pode ser essencial em terapia para perceber como a experiência de luto está a ser vivenciada e assimilada nas diferentes fases do processo terapêutico, compreendendo assim as necessidades do cliente e também perceber se a terapia está a ser ou não eficaz. Adicionalmente, a realização do presente estudo com foco na terapia narrativa-constructivista permite um contributo com novos conhecimentos às investigações realizadas no Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas. O facto de ser um “*theory building case studie*”, as observações realizadas permitem verificar se comprovam a teoria existente, ou se recomendam novas elaborações ou mudanças à mesma, possibilitando desta forma o seu aperfeiçoamento (Stiles, 2015). Sugerimos assim, para estudos futuros a utilização da APES em experiências de luto complicado em diferentes tipos de morte, para perceber se os resultados observados neste estudo são transversais e também perceber as diferenças que podem existir de pessoa para pessoa, uma vez que o processo de luto é individual.

4. Referências Bibliográficas:

- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A., Ribeiro, E., Sousa, I., & Gonçalves, M. (2016). Ambivalence in grief therapy: The inter play between change and self-stability, *Death Studies*, 40(2), 129-138.
- Alves, D., Mendes, I., Gonçalves, M. & Neimeyer, R. (2012). Innovative Moments in Grief Therapy: Reconstructing Meaning Following Perinatal Death. *Death Studies*, 36, 795-818.
- Alves, D., Neimeyer, R., Batista, J., & Gonçalves, M. (2018). Finding Meaning in Loss. A Narrative Constructivist Contribution. In *Clinical Handbook of Bereavement and Grief Reactions* (pp. 161- 187). *Humana Press*, Cham
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico estatística nas perturbações mentais*. Editores
- Bailey, S. E., Kral, M. J., & Dunham, K. (1999). Survivors of suicide do grieve differently: Empirical support for a common sense proposition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(3), 256-271.
- Barbosa, A. (2010). Processo de Luto. In Barbosa, A. & Neto, I. (eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Barbosa, E., Couto, A., Basto, I., & Salgado, J. (2018). Immersion and distancing during assimilation of problematic experiences in a good outcome case of emotion-focused therapy. *Psychotherapy Research*, 28(2), 313-327.
- Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psico oncología*, 5(2-3), 383-400.
- Basto, I., Pinheiro, P., Stiles, W., Rijo, D. & Salgado, J. (2016). Changes in symptom intensity and emotion valence during the process of assimilation of a problematic experience: A quantitative study of a good outcome case of cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 27(4), 437-449.
- Batista, J., Alves, D., Pires N., Silva, J., Mendes, I., Magalhães, C., Rosa, C., Oliveira, J. T.,

- & Neimeyer, R. A. (2021). The Meaning in Loss Protocol: Clinical Trial of Online Brief Therapy. Manuscript in preparation.
- Bonanno, G. (2008). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychological Association*, 59 (1), 20-28.
- Bonanno, G., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical psychology review*, 21(5), 705-734
- Bowlby, J. (2004). *Perda, Tristeza e Depressão*. (3ªed). São Paulo: Martins Fontes Ed.
- Braun, M., & Berg, D. (1994). Meaning reconstruction in the experience of parental bereavement. *Death studies*, 18, 105-129.
- Braz, M., & Franco, M. (2016). Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 13(1), 90-105.
- Brinegar, M., Salvi L., & Stiles W., (2008). The case of Lisa and the assimilation model: The inter relatedness of problematic voices. *Psychotherapy Research*, 18, 657-66.
- Brinegar, M., Salvi, L., Stiles, W., & Greenberg, L. (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 165–180.
- Buglass, E. (2010). Grief and bereavement theories. *Nursing Standard*, 24(41), 44-47.
- Caro Gabalda, I. (2006). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 16, 436-452.
- Caro Gabalda, I., & Stiles, W. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica*, 2, 199-212.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychol. Assess.* 6, 284–290.
- Coleman, R. & Neimeyer, R. (2010). Measuring meaning: searching for and making sense of spousal loss in late-life. *Death Studies*, 34, 804-834.

- Currier J., Holland, J., & Neimeyer, R. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death studies, 30*, 403-428.
- Currier, J., Berman, J., & Neimeyer, R. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin, 134* (5), 648-661
- Detert, N., Llewelyn, S., Hardy, G., Barkham, M., & Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good- and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research, 16*, 393-407.
- Dillen, L., Fontaine, J. & Verhofstadt-Denève, L. (2008). Are normal and complicated grief different constructs? A confirmatory factor analytic test. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15*, 386-395.
- Feigelman, W., Jordan, J., & Gorman, B. (2011). Parental grief after a child's drug death compared to other death causes: Investigating a greatly neglected bereavement population. *OMEGA, 63*(4), 291-316. doi: 10.2190/OM.63.4.a
- Field, S., Barkham, M., Shapiro, D., & Stiles, W. (1994). Assessment of assimilation in psychotherapy: A quantitative case study of problematic experiences with a significant other. *Journal of Counseling Psychology, 41*, 397-406.
- Folkman, S., Hansson, R., Stroebe, M., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science e Medicine, 63*, 2440-2451.
- Franco, H. & Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. (2008). Luto em cuidados paliativos. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Org.). *Cuidado paliativo, 559-570*.
- Gillies, J., & Neimeyer, R. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology, 19*, 31-65.
- Goodridge, D., & Hardy, G. (2009). Patterns of change in psychotherapy: An investigation of sudden gains in cognitive therapy using the assimilation model. *Psychotherapy Research, 19*, 114-123.

- Granek, L. (2010). Grief as pathology: The evolution of grief theory in psychology from Freud to the present. *American Psychological Association, 13*(1), 46-73.
- Gray, M. & Stiles, W. (2011). Employing a case study in building an assimilation. Theory account of generalized anxiety disorder and its treatment with cognitive-behavioral therapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 7*(5), 529-557.
- Hall, C. (2014). Bereavement theory: Recent developments in our understanding of grief and bereavement. *Bereavement Care, 33*(1), 7-12.
- Hansson, R., & Stroebe, M. (2001). *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Heaton, K., Hill, C., Hess, S., Leotta, C., & Hoffman, M. (1998). Assimilation in therapy involving interpretation of recurrent and non-recurrent dreams. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 35*(2), 147-162.
- Hill, C., Knox, S., Thompson, B., Williams, E., Hess, S., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: an update. *J. Couns. Psychol. 52*, 196–205.
- Holland, J., Currier, J. & Neimeyer, R. (2006). The Integration of Stressful Life Experiences Scale (ISLES): Development and Initial Validation of a New Measure. *International journal of stress Management, 17*(4), 325-352.
- Honos-Webb, L., Stiles, W., Greeneberg, L., & Goldam, R. (1999). Assimilation analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychoterapy Research, 8* (3), 264-286
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy, 35* (1), 23-33.
- Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W. B., & Greenberg, L S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 448–460.
- Humphreys, C., Rubin, J., Knudson, R., & Stiles, W. (2005). The assimilation of anger in a case of dissociative identity disorder. *Counselling Psychology Quarterly, 18*, 121-132.
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2018). Causas de morte 2016. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

- Jordan, J. R. (2001). Is Suicide Bereavement Different? A Reassessment of the Literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 91-102.
- Keesee, N., & Neimeyer, R. (2008). Predictors of Grief Following the Death of One's Child: The Contribution of Finding Meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1145-1163.
- Kramer, U., Meystre, C., Imesch, C., & Kolly, S. (2016). Assimilative processes in a client with borderline personality disorder: Tracking internal multiplicity over the first ten sessions of therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(2), 144-159.
- Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 75, 76-97.
- Laitila, A., & Aaltonen, J. (1998). Application of the assimilation model in the context of family therapy: A case study. *Contemporary Family Therapy*, 20, 277–290.
- Lishman, E., Cheston, R., & Smithson, J. (2016). The paradox of dementia: Changes in assimilation after receiving a diagnosis of dementia. *Dementia*, 15(2), 181-203.
- Marques, M. (2015). Fatores que impedem a resolução do luto. *Psicologia.pt*, 1-8.
- Mason, T., Tofthagen, C., & Buck, H. (2020). Complicated grief: Risk factors, protective factors, and interventions. *Journal of Social work end-of-life & Palliative Care*, 16(2), 151-174.
- Mergenthaler, E., & Stinson, C. (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, 2, 125–142.
- Mosher, J., & Stiles, W. (2009). Clients' assimilation of experiences of their therapists. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 46(4), 432-47.
- Mosher, J., Goldsmith, J., Stiles, W., & Greenberg, L. (2008). Assimilation of Two Critic Voices in a Person-Centered Therapy for Depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 7, 1-19.
- Neimeyer, R. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-558.

- Neimeyer, R. (2005). Widowhood, grief and the quest for meaning: A narrative perspective on resilience. In Carr, D., Nesse, R. M., & Wortman, C.B. (Eds.), *Late life widowhood in the United States*. New York: Springer
- Neimeyer, R. (2006). *Lessons of Loss: A Guide to Coping*. Memphis, TN: Center for the Study of Loss and Transition.
- Neimeyer, R. (2009). *Constructivist psychotherapy*. London & New York: Routledge.
- Neimeyer, R. (2012). Presence, process, and procedure, a relational frame for technical proficiency in grief therapy. In R.A. Neimeyer (Ed.), *Techniques of grief therapy, creative practices for counseling the bereaved* (pp. 3-11). New York: Routledge.
- Neimeyer, R. (2017). Complicated Grief: Assessment and Intervention. In Apa, *APA Handbook of Trauma Psychology* (pp- 343-362). Steven N. Gold <http://dx.doi.org/10.1037/0000020-016>
- Neimeyer, R., & Thompson, B. (2014). Meaning making and the art of grief therapy. In B. E. Thompson & R. A. Neimeyer (Eds.), *Grief and the healing arts* (pp. 3–13). New York, NY: Routledge.
- Neimeyer, R., Burke, L., Mackay, M., & van Dyke-Stringer, J. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 73-83.
- Osatuke, K., & Stiles, W. (2006). Problematic internal voices in clients with borderline features: An elaboration of the assimilation model. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 287-319.
- Osatuke, K., Glick, M. J., Stiles, W. B., Greenberg, L. S, Shapiro, D. A., & Barkham, M. (2005). Temporal patterns of improvement in client-centered therapy and cognitive-behaviour therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 18 (2), 95-108.
- Osatuke, K., Mosher, J., Goldsmith, J., Stiles, W., Shapiro, D., Hardy, G., & Barkham, M. (2007). Submissive voices dominate in depression: Assimilation analysis of a helpful session. *Journal of Clinical Psychology*, 63(2), 153–164.

- Osatuke, K., Reid, M., Stiles, W., Kasckow, J., Zisook, S., & Mohamed, S. (2011). Narrative evolution and assimilation of problematic experiences in a case of pharmacotherapy for schizophrenia. *Psychotherapy Research, 21*, 41-53.
- Penttinen, H., Wahlström, J., & Hartikainen, K. (2017) Assimilation, reflexivity, and therapist responsiveness in group psychotherapy for social phobia: A case study. *Psychotherapy Research, 27*(6),710-723.
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Weideman, R., Joyce, A., & Rosie, J. (2007). Group composition and group therapy for complicated grief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 116-125.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., III, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research, 59*, 65–79.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R. ... Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry, 174*(1), 67-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.174.1.67>
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Bierhals, A., Newson, J., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J. & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research, 59*, 65-79.
- Reed, M. D. (1998). Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28*(3), 285-301.
- Reid, M., & Osatuke, K. (2006). Acknowledging problematic voices: Processes occurring at early stages of conflict assimilation in patients with functional somatic disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 79*, 539–555.
- Reynolds, L., Botha, D. (2006), Anticipatory grief: Its nature, impact, and reasons for contradictory findings, *Counselling, Psychotherapy, and Health, 2*(2), 15-26.
- Schenk, L., Eberle, K., & Rings, J. (2016). Insecure attachment styles and complicated grief

- severity: Applying what we know to inform future directions. *Omega- Journal of death and dying*, 73 (3), 231-249.
- Schielke, H., Stiles, W., Cuellar, R., Fishman, J, Hoener, C., Castillo, D., & Greenberg, L. (2011). A case investigating whether the process of resolving inter personal problems in couple therapy isomorphic to the process of resolving problems in individual therapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7, 477–528.
- Schut, H., Stroebe, M., Bout, J., & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: determining who benefits. In Stroebe, M., Hansson, R., Stroebe, W & Schut, H. (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp.705-737). American Psychological Press.
- Shear, K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajimi, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M-F., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A., & Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for dsm-5. *Depression and Anxiety*, 28, 103-117.
- Shear, M., Frank, E., Houck, P., & Reynolds, C. (2005). Treatment of Complicated Grief: A randomized Controlled Trial. *JAMA*, 293 (21): 2601 – 2608
- Simon, N. (2012). Is complicated grief a post-loss stress disorder? *Wiley Online Library* 29, 541-544.
- Snow, K., Cheston, R., & Smart, C. (2016). Making sense of dementia: Exploring the use of the Markers of Assimilation of Problematic Experiences in Dementia scale to understand how couples process a diagnosis of dementia. *Dementia*, 15 (6), 1515-1533.
- Stiles, W. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research*, 21 (4), 367-384.
- Stiles, W. (2015). Theory-Building, Enriching, and Fact-Gathering: Alternative Purposes of Psychotherapy Research. In O. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: General issues, process, and outcome*(pp. 159–180). New York, NY: Springer-Verlag..
- Stiles, W., & Angus, L. (2001). Qualitative research on clients' assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychologische Beiträge*, 43, 570– 585.

- Stiles, W., & Brinegar, M. (2007). Insight as a stage of assimilation: A theoretical perspective. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.). *Insight in psychotherapy* (pp. 101-118). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stiles, W., Elliott, R., Llewelyn, S., Firth-Cozens, J., Margison, F., Shapiro, D., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy, 27*, 411-420.
- Stiles, W., Hill, C., & Elliott, R. (2015). Looking both ways. *Psychotherapy Research, 25*, 282-293.
- Stiles, W., Honos-Webb, L. & Lani, J. (1999). Some functions of narrative in the assimilation of problematic experiences. *Journal of Clinical Psychology, 55* (10), 1213-1226
- Stiles, W., Meshot, C., Anderson, T., & Sloan, W. (1992). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research, 2*, 81-101.
- Stiles, W., Morrison, L., Haw, S., Harper, H., Shapiro, D., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 28*, 195–206.
- Stiles, W., Shapiro, D., & Morrison, L. (1995). Therapist contributions to psychotherapeutic assimilation: An alternative to the drug metaphor. *British journal of Medical Psychology, 68*, 1-13
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science e Medicine, 63*, 2440-2451.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet Journal, 370*, 1960–1973.
- Stroebe, M., Shut, H., & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? Conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Isr J Psychiatry Relat Sci 38*(4), 185-201.
- Thimm, J. & Holland, J. (2017). Early maladaptive schemas, meaning making, and complicated

- grief symptoms after bereavement. *International Journal of stress Management*, 24(4), 347-367.
- Toftagen, C., Kip, K., Witt, A., & McMillan, S. (2020). Complicated grief. Risk factors, interventions, and resources for oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21 (3), 331-337.
- Varvin, S., & Stiles, W. B. (1999). Emergence of severe traumatic experiences: An assimilation analysis of psychoanalytic therapy with a political refugee. *Psychotherapy Research*, 9, 381-404.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429-453.
- WHO (World Health Organization) (2018). Suicide. Retirado de <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Wilson, A., & Marshall, A. (2010). The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends. *Death Studies*, 34 (7), 625-640.
- Worden, J. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer.
- World Health Organization (2019). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/11-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1183832314>
- Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S., Seay, K., Yahia, I., Young, I., Lebowitz, B., Pies, R., Reynolds, C., Simon, N., & Shear, M. (2014). Bereavement: Course, consequence, and care. *Curr Psychiatry Rep*, 16, 481-492.

Anexos

Anexo 1. *Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (retirado de Caro Gabalda & Stiles, 2009)*

ESTÁDIO	DESCRIÇÃO
0- Evitamento	O conteúdo não está formado; o cliente não está consciente do problema. O desconforto pode ser mínimo, refletindo o evitamento bem-sucedido
1- Pensamentos indesejáveis	O conteúdo da experiência problemática é formado por pensamentos desconfortáveis. O cliente prefere não pensar neles; os tópicos são sugeridos pelo terapeuta ou por circunstâncias externas. A emoção é frequentemente mais saliente do que o conteúdo e envolve fortes pensamentos negativos- ansiedade, medo, raiva, tristeza.
2- Consciência vaga/emergência	O cliente reconhece a experiência problemática e descreve pensamentos desconfortáveis associados, mas não consegue formular o problema claramente. A emoção inclui dor psicológica aguda ou pânico associado a pensamentos e experiências.
3- Colocação do problema/clarificação	O conteúdo inclui a colocação clara de um problema- algo que pode ser trabalhado. A emoção é negativa, mas pode ser gerida, não há pânico.
4- Compreensão/insight	A experiência problemática é colocada em forma de esquema, formulada, compreendida com estabelecimento de ligações claras. A emoção pode ser mista, com reconhecimentos desagradáveis, mas também com curiosidade e por vezes com agradável surpresa.
5- Aplicação/elaboração	A compreensão é utilizada para se trabalhar um problema; existem esforços específicos para a resolução do problema. O cliente pode descrever a consideração de alternativas ou a seleção sistemática de percursos de ação. O tom emocional é positivo e otimista.
6- Solução do problema	O cliente atinge a solução para um problema específico. A emoção é positiva, o cliente está satisfeito, orgulhoso da sua realização. À medida que o problema diminui a emoção torna-se mais neutral.
7- Domínio	O cliente usa de forma bem-sucedida as soluções em novas situações; esta generalização é em grande medida automática e não saliente. A emoção é neutra (ou seja, já não se trata de algo acerca do qual sentir excitação).
