

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Assimilação de experiência problemática de luto por
suicídio ao longo do processo terapêutico

Ana Sofia Araújo Silva, n.º 31691

Dissertação de Mestrado em
Psicologia Clínica e da Saúde

Orientador Institucional:

Professora Doutora Isabel Basto

Professora Doutora Patrícia Pinheiro

Outubro de 2021





Ana Sofia Araújo Silva, 31691

ASSIMILAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROBLEMÁTICA DE LUTO POR SUICÍDIO
AO LONGO DO PROCESSO TERAPÊUTICO

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob orientação da:

Professora Doutora Isabel Basto

Professora Doutora Patrícia Pinheiro

Outubro, 2021

Agradecimentos

Ao fim deste percurso, mais longo do que seria exetável, importa refletir e agradecer a todas as pessoas que me acompanharam nesta jornada de desenvolvimento pessoal e profissional. Todos foram essenciais para concluir mais uma etapa importante da minha vida.

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus pais, os meus pilares, Lurdes e Manuel pelo esforço e por me permitirem realizar a minha formação académica naquilo que gosto, em Psicologia. Obrigada por toda a compreensão nos momentos mais difíceis e acreditarem sempre nas minhas capacidades. Sem vocês nada disto era possível. Quero agradecer também ao meu irmão por todo o apoio, pelas brincadeiras que permitiram transformar os momentos mais difíceis, obrigada por seres o meu porto de abrigo. Ao Zé, por ser toda a compreensão do meu mau feitio e falta de tempo, obrigada por seres o meu companheiro de todas as horas, por todo o apoio. Ao meu padrinho, por ser um segundo pai, um pilar na minha vida. Obrigada por todo o apoio e por estares sempre disponível.

À restante família e amigos que estiveram sempre do meu lado. Quero fazer um agradecimento especial, à Cristiana, minha companheira de curso, por todas as conversas, por todo o apoio. Levo sem dúvida uma amiga para a vida, obrigada por partilhares esta aventura comigo.

Por último, e muito especial um agradecimento às minhas orientadoras porque sem vocês este trabalho não era a mesma coisa, Professora Dr.^a Isabel Basto e Professora Dr.^a Patrícia Pinheiro, obrigada por todos os ensinamentos, por todas as palavras de coragem e de motivação nos momentos mais difíceis, pela disponibilidade e por acreditarem sempre nas minhas capacidades. Sem dúvida que foram a melhor escolha que fiz para me acompanharem nesta caminhada, obrigada por tudo!

A todos, o meu sincero obrigada por me ajudarem a chegar até aqui!

Assimilação De Experiência Problemática De Luto Por Suicídio Ao Longo Do Processo Terapêutico

Resumo

Quando um indivíduo perde um ente querido por suicídio, depara-se com um desafio de atribuir significado e sentido à sua vida. A psicoterapia parece promover a reconstrução de significado da experiência de luto (Gonçalves et al., 2009; Neimeyer, 2006; 2012), contudo pouco se conhece sobre a forma como este processo ocorre em terapia. Neste sentido, o modelo de assimilação de experiências problemáticas poderá permitir esclarecer estas questões. A presente investigação tem como objetivo analisar e compreender como ocorre, ao longo da psicoterapia, o processo de assimilação de experiência problemática da perda de uma pessoa significativa por suicídio. Neste estudo serão analisados dois casos de duas clientes que perderam a mãe por suicídio. Usamos a escala de assimilação de experiências problemáticas (APES) para medir o processo de assimilação. Em termos de resultados foi possível constatar uma evolução gradual no processo de assimilação, em ambos os casos, evidenciado semelhanças e diferenças ao longo do processo terapêutico. Este estudo com foco na terapia narrativa-constructivista permite um acréscimo do conhecimento aos estudos previamente realizados do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas.

Palavras chave: Suicídio; Luto complicado; Terapia de Reconstrução de Significado no Luto; Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas.

Assimilation of the Problematic Experience of Mourning for Suicide Along the Therapeutic Process

Abstract

When an individual loses a loved one by suicide, he/she is faced with the challenge of attributing meaning and significance to his/her life. Psychotherapy seems to promote the reconstruction of meaning in the grief experience (Gonçalves et al., 2009; Neimeyer, 2006; 2012), however, little is known about how this process occurs in therapy. In this sense, the model of assimilation of problematic experiences may allow clarifying these issues. The present research aims to analyze and understand how the process of assimilation of the problematic experience of the loss of a significant person by suicide occurs during psychotherapy. In this study, two cases of two clients who lost their mother by suicide will be analyzed. We used the problematic experience assimilation scale (APES) to measure the assimilation process. In terms of results, it was possible to see a gradual evolution in the assimilation process in both cases, evidencing similarities and differences throughout the therapeutic process. This study with a focus on narrative-constructivist therapy allows for an addition of knowledge to previously conducted studies of the Assimilation Model of Problematic Experiences.

Keywords: Suicide; Complicated grief; Meaning Reconstruction Therapy in Grief; Problematic Experiences Assimilation Model

Índice

Introdução.....	10
Capítulo I - Enquadramento teórico	12
1. Suicídio.....	12
2. Processo de luto	14
2.1. Luto Normativo e Luto Complicado.....	16
2.2. Luto por suicídio.....	19
3. Modelo de Reconstrução de Significado no luto.....	20
4. Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas	23
Capítulo II – Estudo exploratório: Comparação da evolução da assimilação de experiências problemáticas em dois casos clínicos de luto por suicídio	29
5. Método.....	29
5.1. Objetivos e questões de investigação	29
5.2. Participantes.....	29
5.2.1. Clientes	29
5.2.2. Terapeutas	31
5.2.3. Terapia	31
5.3. Instrumentos	32
5.3.1. Medidas de Resultado	32
5.3.2. Medidas de Processo.....	33
5.4. Procedimentos de recolha e análise de dados	33

5.4.1. Medidas de resultado	33
5.4.2. Medidas de processo	34
6.Resultados.....	35
6.1. Análise do processo de assimilação nos dois casos clínicos	35
7. Discussão.....	49
Conclusão	54
Referências	56

Índice de Figuras

Figura 1. Níveis de assimilação (APES) atingidos ao longo das sessões no caso da *Joana*

Figura 2. Níveis de assimilação (APES) atingidos ao longo das sessões no caso da *Carolina*

Índice de Tabelas

Tabela 1. Resumo da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas

Introdução

O suicídio é um problema de saúde pública, marcado pelo aumento do número de casos registrados, pelo que constitui um foco de preocupação a nível nacional e internacional (WHO, 2002; OMS, 2017). A morte por suicídio é também relevante pelo impacto nos sobreviventes (Currier et al., 2006). O processo de luto é influenciado por vários fatores, nomeadamente pelo vínculo com a pessoa falecida e pelas circunstâncias da morte, constituindo a morte por suicídio de pessoas significativas um fator de risco para o desenvolvimento de luto complicado (Currier et al., 2006; Shear, 2010).

Após o suicídio, ocorre o processo de luto rigoroso para os sobreviventes (Cerel & Campbell, 2008). Quando se perde alguém por suicídio, os sobreviventes defrontam-se com o desafio de atribuir significado ao que aconteceu e atribuir sentido à sua vida (Alves et al., 2016). Diversos estudos evidenciam que a incapacidade de reconstruir um sentido depois da experiência de morte é um fator preditor para o desenvolvimento de luto complicado (Currier et al., 2006). Assim, pesquisas na área evidenciam que a reconstrução de significado é essencial na formação de uma narrativa de vida e de perda que permitam uma melhor adaptação do sobrevivente (Neimeyer, 2006; 2012). A psicoterapia parece promover a reconstrução de significado da experiência de luto (Gonçalves et al., 2009; Neimeyer, 2006; 2012), no entanto, pouco se conhece sobre a forma como este processo ocorre, nomeadamente em condições mais desafiantes para a sua integração, como as associadas ao luto de uma morte por suicídio.

O modelo de assimilação de experiências problemáticas (Caro-Gabalda & Stiles, 2016; Honos-Webbb & Stiles, 1998; Stiles, 2002; Stiles, 2011; Stiles et al., 1990; 1991; 2001) poderá ser útil no esclarecimento desta questão. Podemos assumir, à luz do Modelo de Assimilação, que a perda de alguém por suicídio constitui uma experiência problemática, difícil de atribuir significado e, portanto, de integrar de uma forma coerente

no self do enlutado. Atendendo aos resultados de estudos prévios com o Modelo de Assimilação noutras problemáticas e abordagens psicoterapêuticas (e.g., Terapia Cognitivo- Comportamental, Terapia Centrada no Cliente e Terapia Focada nas Emoções), a psicoterapia poderá contribuir para a integração ou assimilação da experiência de luto (Currier et al., 2006; Stiles, 2001), e para o maior bem-estar ao nível dos sintomas clínicos de luto. Neste seguimento, a presente dissertação foca-se num estudo exploratório, cujo objetivo envolve analisar e compreender como ocorre o processo de assimilação da experiência de perda da pessoa significativa ao longo da Terapia de Reconstrução de Significado no Luto (Neimeyer, 2006; 2012). Especificamente, exploramos o processo de assimilação da experiência de luto ao longo da psicoterapia de duas jovens mulheres que perderam a mãe.

A presente dissertação divide-se em dois capítulos, que dizem respeito, respetivamente, ao enquadramento teórico e à parte empírica do estudo. No primeiro capítulo, serão abordados aspetos ligados ao suicídio e ao processo de luto, nomeadamente aspetos ligados ao luto por suicídio. Posteriormente, será apresentado uma descrição de como ocorre o processo de Reconstrução de Significado no processo de luto. No final do capítulo, será realizada uma descrição do Modelo de assimilação de experiências problemáticas, nomeadamente conceitos associados e a forma como ocorre o processo de assimilação. O segundo capítulo contemplará a componente empírica deste estudo, onde será descrita a metodologia utilizada bem como os resultados, a discussão e a conclusão.

Capítulo I - Enquadramento teórico

1. Suicídio

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 800.000 pessoas suicidam-se no mundo por ano, representando uma das principais causas de morte na faixa etária entre os 15 e os 29 anos de idade (OMS, 2017). Anualmente, corresponde a cerca de metade das mortes violentas assinalados em todo o mundo (DGS, 2017). Diariamente, suicidam-se em todo o mundo cerca de 3000 pessoas, uma a cada 40 segundos, sendo que por cada indivíduo que se suicida, 20 ou mais já cometeram tentativas prévias (DGS, 2017). Neste seguimento, o suicídio é visto, atualmente, como um problema de saúde pública marcado pelo aumento do número de casos registados, tornando-se um foco de preocupação a nível nacional e mundial (OMS, 2002; 2017). Encontra-se entre as principais causas de morte a nível mundial nas populações de todas as faixas etárias (Gonçalves et al., 2011; Souza et al., 2010).

Podemos definir um comportamento suicida como qualquer ato que tem como objetivo a pessoa causar dano a si própria, independentemente do grau de gravidade (Moreira & Bastos, 2015). Assim, o ato suicida encontra-se associado a experiências dolorosas, intensas e o suicídio funciona como uma resposta imediata de pôr fim a esse sofrimento profundo que a pessoa sente (Moreira & Bastos, 2015).

Existem diversas formas de o indivíduo causar dano a si próprio, pelo que o comportamento suicida inclui três categorias: ideação, tentativa e suicídio (Gonçalves et al., 2011). Desta forma, a ideação suicida consiste em cognições ou pensamentos com a intenção de pôr fim à própria vida em forma de desejo e/ou plano (Borges & Werlang, 2006). Estas ideias podem levar à realização de comportamentos autolesivos ou atos suicidas (Madge et al., 2008). Os comportamentos autolesivos correspondem a ações

que o indivíduo realiza que originam lesões a si próprio, sendo que o intuito não é a morte, mas expressar emocionalmente o sofrimento psicológico que está a vivenciar (Madge et al., 2008).

É importante salientar que em alguns casos pode resultar na própria morte (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2014). A ideação suicida é vista como o primeiro fator de risco para suicídio, uma vez que a maior intensidade e frequência representam uma maior probabilidade de resultar em suicídio consumado (Santos et al., 2012; Suominen et al., 2004; Vidal et al., 2013). A intencionalidade é uma temática fundamental na suicidologia, uma vez que permite distinguir os casos em que foi realizada uma tentativa de suicídio ou comportamento autolesivo (Peixoto & Azenha, 2006). Assim, a tentativa de suicídio constitui a intenção de pôr fim à própria vida, no entanto, por algum motivo, essa intenção não foi concretizada, mas existe a intencionalidade de morrer, o que não se verifica nos comportamentos autolesivos (Santos, 2016). Por último, o suicídio consumado diz respeito ao ato intencional de autoagressão que origina a morte (Oliveira et al., 2001).

Posto isto, um dos aspetos essenciais para prevenir comportamento suicidários é identificar os fatores de risco que causam vulnerabilidade, assim como a compreensão do contexto que influencia o suicídio (Pereira et al., 2018). Quando se fala nos fatores de risco e de proteção, é essencial referir que um fator, só por si, não predispõe nem protege uma pessoa de um comportamento suicidário, uma vez que nem todos os fatores são igualmente significativos (Beaudoin et al., 2018; DGS, 2017). Assim, devem ser considerados vários fatores em simultâneo e enquadrados no contexto e na sua história de vida do sujeito (Pereira et al., 2018).

Os fatores de risco para comportamento suicidário podem ser traços de personalidade, condições, ou circunstâncias que fazem com que a probabilidade de a pessoa cometer suicídio seja mais elevada (Carvalho et al., 2013; DGS, 2017). A

existência de determinadas perturbações mentais, tais como perturbações do humor, psicóticas, de ansiedade, de abuso e dependência de substâncias e da personalidade, constitui um risco mais elevado para o desenvolvimento de comportamentos suicidários (Santos, 2019). Nesta linha de pensamento, vários estudos demonstram que cerca de 90% das pessoas que morrem por suicídio sofrem de uma perturbação mental (DGS, 2017). Paralelamente, o acesso a meios letais, como armas de fogo, medicamentos, locais ou edifícios com facilidade de acesso e não protegidos, aumentam a probabilidade do risco de suicídio (Carvalho et al., 2013; DGS, 2017). Adicionalmente, acontecimentos de vida negativos recentes, como por exemplo, divórcio, violência doméstica, abuso sexual/físico, perda de estatuto económico, viuvez, perdas relacionais significativas, podem também constituir fatores de risco para o suicídio (Carvalho et al., 2013; DGS, 2017). Importa referir que o fator de risco com mais importância na avaliação do risco é a existência de tentativas de suicídio prévias, uma vez que aumenta de forma significativa a probabilidade de reincidência (Burns, 2016). Estima-se que a taxa de suicídio consumado aumenta 100 vezes no caso de já existir uma tentativa prévia (Burns, 2016).

Por outro lado, os fatores de proteção constituem características individuais, socioculturais e coletivas que permitem a prevenção dos comportamentos suicidários quando estão presentes (Beaudoin et al., 2018). Assim, podem constituir fatores protetores, a existência de uma rede de apoio e suporte, vinculação segura, relações significativas, uso de estratégias de *coping* adaptativas e/ou crenças religiosas (Waldvogel et al., 2008; DGS, 2017).

2. Processo de luto

Quando se aborda o tema de suicídio, devemos olhar para ele em dois sentidos, para a pessoa que o comete e para as pessoas que, após o suicídio, vivem, frequentemente, um período intenso de sofrimento (Jordan & McIntosh, 2011). Estas pessoas que a vida foi

modificada de uma forma significativa devido ao suicídio de um significativo, na literatura, são designados de sobreviventes (Jordan & McIntosh, 2011). Assim, posteriormente a um suicídio, ocorre o processo de luto dos sobreviventes.

Atendendo às elevadas taxas de suicídio, esta questão, do processo de luto para os seus significativos, parece merecer também maior atenção. Este processo poderá ser especialmente desafiante para quem fica (Barreto et al., 2008).

O luto é um processo inevitável à condição humana, que evidencia a irreversibilidade da morte (Calvalcanti et al. 2013). Neste sentido, a maior parte das pessoas, em distintas circunstâncias da vida, vão ser confrontadas com a perda de um alguém próximo ou de um familiar (Bonanno & Kaltman, 2001), mas não, necessariamente, por suicídio.

É uma experiência emocional humana universal, idiossincrática e dolorosa que implica uma adaptação a uma nova realidade após a morte de uma pessoa significativa (Barreto et al., 2008).

Segundo Freitas (2013), o luto pode ser visto como uma reação à perda de algo/alguém significativo, sendo que o sentido da perda é crucial para a compreensão daquilo que a pessoa está a experienciar no momento, principalmente na perda de um ente querido. Definir o processo de luto é complexo, uma vez que cada indivíduo experiencia de uma forma distinta, pessoal, influenciada pela cultura, pelo meio em que está inserido, sendo que o próprio contexto de perda vai contribuir para a forma como a pessoa vai lidar o luto (Ramos, 2016). Neste sentido, existem diferenças de indivíduo para indivíduo na intensidade e na duração do luto (Bonanno & Kaltman, 2001). Algumas pessoas sofrem de uma forma profunda durante anos e lentamente voltam ao seu funcionamento normativo, outras sofrem intensamente, mas superam num período de tempo curto, e

outras parecem superar depressa, seguindo com as suas vidas (Bonanno & Kaltman, 2001).

2.1. Luto Normativo e Luto Complicado

O luto normativo consiste num processo em que o indivíduo compreende e aceita a perda do ente querido, adaptando-se à nova realidade sem a presença física daquela pessoa (Franco, 2010; Golden & Dalgleish, 2010; Stroebe, et al., 2001). Inevitavelmente, este processo poderá levar a que a pessoa experiencie diversas emoções como a tristeza e a saudade em relação à pessoa que partiu (Franco, 2010). No entanto, quando o indivíduo experiencia uma desorganização por um longo período de tempo, que interfere de uma forma significativa na sua qualidade de vida e nas atividades que desenvolvia, estamos perante um processo de luto complicado (Franco, 2010).

Em termos clínicos, a sintomatologia associada ao luto complicado pode ser categorizada tendo em consideração o DSM-5 (APA, 2014) como Perturbação de Luto Complicado Persistente. Contudo, esta perturbação no DSM-5 ainda está sujeita e estudos futuros, uma vez que os critérios propostos evidenciam informações escassas para permitir a inclusão como diagnóstico oficial de perturbações mentais (APA, 2014). Os critérios propostos no DSM-5 são os seguintes (APA, 2014): o indivíduo vivenciou a morte de alguém com quem tinha uma relação próxima (Critério A); desde a morte, pelos menos um dos seguintes sintomas é experienciado na maior parte dos dias e num grau clinicamente significativo, e persistem, no caso de adultos em luto, por pelo menos 12 meses após a morte (Critério B): Saudade persistente pelo falecido; Mágoa intensa e dor emocional em resposta à morte; Preocupação com o falecido; Preocupação com as circunstâncias da morte. Desde a morte, pelo menos 6 dos seguintes sintomas são experienciados na maior parte dos dias e num grau clinicamente significativo, e persistem, pelo menos 12 meses após a morte (Critério C): Mal-estar reativo à morte Dificuldade

marcada em aceitar a morte; Experienciar incredulidade ou entorpecimento emocional relativamente à perda; Dificuldade em lembrar positivamente o falecido; Amargura ou raiva relacionadas com a perda; Avaliações desadaptativas sobre o próprio em relação ao falecido ou à morte; Evitamento excessivo de lembranças da perda.

Disrupção social de identidade: 7. Desejo de morrer de forma a estar com o falecido; 8. Dificuldade em confiar noutros indivíduos desde a morte; 9. Sentir-se só ou desligado dos outros indivíduos desde a morte; 10. Sentir que a vida não tem significado, ou que é vazia sem o falecido, ou a crença de que não consegue funcionar sem o falecido; 11. Confusão acerca do seu próprio papel na vida ou um sentido diminuído da sua própria identidade (por exemplo, sentir que uma parte de si morreu com o falecido); 12. Dificuldade ou relutância em perseguir interesses desde a perda ou planear o futuro (por exemplo, amizades, atividades).

A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento, Critério D); A reação de luto é desproporcional ou inconsistente com as normas culturais, religiosas ou apropriadas à idade, Critério E).

Desta forma, torna-se importante conhecer os fatores de proteção e de risco para o desenvolvimento do luto complicado persistente. Portanto, entende-se por fator protetor aquele que, apesar de não impedir o indivíduo de sentir a morte de um ente querido, podem auxiliar no sentido de tornar essa experiência num processo saudável (Braz & Franco, 2017). Por outro lado, os fatores de risco tornam o indivíduo mais vulnerável ao desenvolvimento da perturbação de luto complicado (Braz & Franco, 2017). Posto isto, os fatores de proteção e risco podem influenciar a forma como o indivíduo vai experienciar o luto, sendo que devem ser compreendidos atendendo ao contexto, e à

cultura, personalidade, função e significado que a pessoa atribui à perda (Braz & Franco, 2017).

Existem fatores que podem ser considerados como protetores, nomeadamente ter uma vinculação segura, na medida em que as pessoas evidenciam uma estrutura e habilidade para incluir novas situações, estando mais predispostas a ativar a resiliência (Braz & Franco, 2017). Além disso, a qualidade do vínculo, um relacionamento saudável poderá auxiliar neste processo; o luto antecipatório, a possibilidade de se despedir, de resolver problemas pendentes com o falecido, a construção de novos significados poderá ser benéfico (Braz & Franco, 2017; Gillies & Neimeyer, 2006). A aceitação da morte do ente querido, as crenças num mundo justo e apoio ao nível instrumental também podem constituir fatores protetores (Barreto, Yi & Soler, 2008). O tipo de morte, se for uma morte por doença crónica, onde não existe sofrimento; A resiliência, ou seja, a capacidade do indivíduo de se compreender em função das suas competências com o intuito de criar opções exequíveis também protegem do desenvolvimento de luto complicado.

Por outro lado, os fatores de risco podem estar relacionados com o estilo de vida, situação ambiental, características hereditárias ou inatas (Barreto et al., 2008). Em específico, os fatores de risco associados ao desenvolvimento de um luto complicado são vários, normalmente são fatores do contexto social ou de personalidade (Barreto et al., 2008). Por exemplo, o suporte social, pode influenciar de forma intensa o impacto do luto ou atrasar a sua superação (Sanders, 1998). Paralelamente, indivíduos com uma vinculação insegura, ou seja, mais desorganizados, não conseguem selecionar a estratégia que deve ser ativada para ultrapassar e conseqüentemente, repetem padrões de comportamentos fracassados (Braz & Franco, 2017). A qualidade da relação com o ente querido, se for uma relação pautada por conflitos ou dependência, poderá constituir um potencial complicador do processo de luto. Por último, questões relacionadas com o indivíduo

enlutado, como a história de vida e o facto de ter na sua história de vida múltiplas e sucessivas perdas. O facto de existirem condições prévias da personalidade e saúde mental, como a rigidez, dificuldade de adaptar a condições novas e possuir uma perturbação mental podem constituir também fatores vulneráveis ao desenvolvimento da perturbação de luto complicado persistente (Braz & Franco, 2017). O tipo de morte também tem influência, uma vez que quando a morte é repentina, violenta, suicídio, não permite ao enlutado uma despedida, o que tem implicações no processo de luto (Braz & Franco, 2017). Neste estudo, iremos analisar em específico as especificidades do luto por suicídio.

2.2. Luto por suicídio

A morte por suicídio, é um acontecimento súbito que ocorre sem aviso, antecipação, não existe uma preparação prévia. Este tipo de morte, muitas vezes está associado a perturbações mentais e/ou conflitos familiares (Hauser, 1987; Silva, 2008).

Diversos investigadores fizeram estudos para compreender as diferenças do processo de luto em função do tipo de morte. Assim, os estudos sugerem que existem diferenças entre o luto por suicídio e o luto por outro tipo de morte (Cvinar, 2005). O luto por suicídio tem algumas especificidades, na medida em que é caracterizado por um sentimento de choque (Jordan & McIntosh, 2011; Ness & Pfeffer, 1990), confrontando os enlutados com a necessidade de atribuir sentido aos motivos que levaram à morte do ente querido (Neimeyer, 2016).

Estudos revelam que a proximidade ao suicidado está diretamente associada ao impacto do suicídio (Mitchell et al., 2004). Além disso, existem evidências consideráveis de que os sobreviventes, após a morte de alguém amado, apresentam um risco mais elevado de desenvolver problemas médicos e psiquiátricos (Cerel et al. 2008; Santos et al., 2015), nomeadamente sintomas de perturbação de stress pós-traumático (Dyregrov,

2009), depressão (McMenamy et al., 2014), abuso de substâncias (Brent et al., 2009), dificuldades sócio-culturais, traduzindo a natureza traumática do evento (Oulanova et al., 2014). Os sobreviventes, apresentam ainda um risco elevado de repetição dos comportamentos suicidários (Crosby & Sacks, 2002; Santos et al., 2015). Um estudo de Crosby e Sacks (2002) relata que os sobreviventes estão 1,6 vezes mais propensos a desenvolver ideação suicida, 2,9 vezes mais propensos a delinear planos suicidas e têm 3,7 vezes mais probabilidade de tentarem o suicídio.

Neste estudo, será dado ênfase ao luto por suicídio, concetualizando-o através do modelo construtivista que tentam explicar o processo de luto – Modelo de Reconstrução de Significado proposto por Neimeyer (2006; 2012).

3. Modelo de Reconstrução de Significado no luto

Neimeyer (2012) propõem o modelo de reconstrução de significado, quer como uma abordagem de concetualização do luto, quer como uma abordagem terapêutica. Esta abordagem construtivista conceptualiza a construção de significados como um processo crucial para o ser humano, sendo esse também fulcral no processo de luto (Neimeyer, 2000). De acordo com a perspectiva construtivista-narrativa, ao longo da vida construímos significado de forma ativa sobre as nossas experiências de vida, estruturando-as em auto-narrativas coerentes e organizadas (Alves et al., 2016). Quando um indivíduo passa por uma experiência problemática, como a perda por suicídio, a integração com significado coerente dessa experiência na auto-narrativas pode constituir um desafio acrescido e originar a incapacidade da pessoa incluir a perda na sua vida de maneira ajustada, resultando em sofrimento psicológico (Alves et al., 2016). Desta forma, um processo de luto implica a reconstrução de significados desafiados pela perda (Gonçalves et al., 2009). Nesta linha de pensamento, a pessoa em processo de luto ao procurar e/ou reconstruir significados sobre a perda vai ajustar-se melhor ao mundo modificado pela perda do

falecido (Gillies & Neimeyer, 2006). Desta forma, os principais objetivos terapêuticos consistem na facilitação da reconstrução de significados mais flexíveis e adaptativos relativamente à perda do ente querido, permitindo uma integração saudável da experiência na auto-narrativa do indivíduo (Alves et. al, 2012; Neimeyer, 2012).

A morte de um ente querido é um acontecimento que levará a que o indivíduo avalie ou reavalie a estrutura de significados contruída antes da perda e a utilidades desses significados para ajudá-lo na integração da experiência do luto (Neimeyer, 2012). Assim, as estruturas de significados anteriores à perda vão permitir que o individuo construa significado do acontecimento difícil, o que normalmente diminui a tristeza e angústia e permite algum conforto perante o sofrimento originado pela morte da pessoa significativa (Alves et. al, 2012; Neimeyer, 2012). Contrariamente, quando existe inconsistência da estrutura de significados contruída, dificultando a integração da perda, esta situação irá desafiar o indivíduo a reavaliar os significados que compões a sua de auto-narrativa (Gillies & Neimeyer, 2006). Esta inconsistência, conduz a que o enlutado reconheça que os significados que tinha construído previamente às perdas não se constituem mais válidos, significativos ou úteis para integrar essa nova experiência (Gillies & Neimeyer, 2006).

Desta forma, o processo de reconstrução após a perda irá produzir novas estruturas de significado em que o indivíduo enlutado percecionará o mundo de uma forma diferente ou nova. Poderá assim, desenvolver novas atividades e reavaliar as suas prioridades; crescimento pessoal; novas relações e restabelecimento da relação com o ente querido; nova perspetiva do mundo, fé e espiritualidade. Assim, o facto de existirem novas estruturas de significado permite que a pessoa dê sentido à experiência, a encaixe na sua auto-narrativa e, conseqüentemente, reduz os sintomas de mal-estar (Gillies & Neimeyer, 2006).

As pessoas que apresentam um processo de luto normativo, evidenciam sucesso na construção do significado após a perda, ou, por outras palavras, na assimilação ou acomodação da perda nas suas estruturas de significados prévias, mantendo um sentido de continuidade (Gillies & Neimeyer, 2006). Assim, a pessoa é capaz de formar uma história coerente e consistente relativamente à situação de perda (Coleman & Neimeyer, 2010; Keesee et al., 2008). Contrariamente, segundo Neimeyer (2002), as pessoas que não conseguem integrar a perda no seu mundo de significados tendem a vivenciar uma história sem esperança, pois a experiência de perda não é coerente com as estruturas de significado que orientam a compreensão da sua vida, criando sofrimento. Normalmente, estas narrativas estão associadas às reações de luto complicado, em que se verifica que os indivíduos não conseguem encaixar a experiência atual de perda nas suas narrativas pré-existentes (Currier & Neimeyer, 2006; Prigerson et al., 2009).

Pesquisas relacionadas com o luto complicado corroboram a perspectiva de Neimeyer e colaboradores, sugerindo que a dificuldade de encontrar um significado para a perda é um fator preditor do sofrimento e do desenvolvimento da condição de luto complicado (Prigerson et al., 2009; Neimeyer, 2016). Portanto, intervenções terapêuticas com base na reconstrução de significado podem ser benéficas para a pessoa enlutada integrar as experiências de perda na sua história de vida com significados mais adaptativos (Bellet et al., 2017; Neimeyer et al., 2010). Assim, a terapia construtivista-narrativa de reconstrução de Significado no luto pretende promover a reconstrução de significado e integração da perda, permitindo que a experiência de perda seja integrada numa auto-narrativa organizada, adaptativa e integrada (Alves, 2013; Neimeyer, 2012).

A perda por suicídio pode ser uma experiência problemática e a terapia construtivista-narrativa propõem a integração e criação de novos significados que permitam a integração da experiência de luto em casos que apresentam dificuldades nesse

processo. Porém, ainda não é claro como tal processo ocorre ao longo da terapia, sendo que o modelo de assimilação de experiências problemáticas poderá ser útil no esclarecimento desse processo.

4. Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas

O Modelo de Assimilação, desenvolvido por Stiles e colaboradores (Caro-Gabalda & Stiles, 2016; Honos-Webbb & Stiles, 1998; Stiles, 2002; Stiles, 2011; Stiles et al., 1990; 1991; 2001) propõe uma explicação integrativa e transteórica relativa à forma como as pessoas assimilam, gradualmente, experiências problemáticas no self. As experiências problemáticas referem-se a situações incompatíveis com os esquemas previamente formados pelos indivíduos (e.g., situações de perda, rejeição, trauma). Nesse sentido, a perda de um ente querido por luto por suicídio poderá ser concetualizada como uma experiência problemática para a pessoa enlutada, sendo difícil de integrar no self.

Honos-Webbb e Stiles (1998) utilizam a metáfora das vozes na explicação do funcionamento do self e da assimilação das experiências problemáticas. As experiências são designadas como vozes que retratam os acontecimentos que o indivíduo experiencia ao longo da sua vida (Stiles, 2001). Desta forma, as experiências que fazem parte do self constituem traços de experiências prévias experienciadas pelo indivíduo, que são reativadas quando as situações que o sujeito vivência atualmente são semelhantes às experiências pré-existentes (Caro-Gabalda, 2006). De acordo com este modelo, ao longo da nossa vida, surgem novas experiências, sendo que precisam de ser assimiladas no self, numa estrutura hierarquicamente organizada, denominada de comunidade de vozes pré-existente. Neste sentido, quando as vozes das novas experiências são congruentes com a comunidade, são assimiladas e não evidenciam qualquer ameaça para o indivíduo. Contrariamente, quando as vozes não são conciliáveis, são vistas como problemáticas e por isso são rejeitadas pelo self. Estas vozes problemáticas têm origem em situações

complicadas ou dolorosas, que o sujeito não conseguiu assimilar, sendo que o contacto com as mesmas gera desconforto e sofrimento (Stiles, 2002; Honos-Webb & Stiles, 1998).

A comunidade de vozes, para manter a sua estabilidade, tende a evitar e a ignorar a voz problemática (Osatuke et al., 2011). Contudo, o evitamento destas vozes acarreta consequências para os sujeitos, uma vez que estas experiências são recursos essenciais para o self. Além disso, quando na comunidade as vozes dominantes são sempre as mesmas, habitualmente origina uma dificuldade acrescida do self se ajustar a novos acontecimentos de vida ou situações mais desafiantes (Stiles, 1990). Posto isto, é visível que a negligência de vozes problemáticas e o conflito entre a voz problemática e as vozes dominantes na comunidade podem fomentar o desenvolvimento de quadros clínicos (Stiles, 1990).

A psicoterapia deverá permitir uma comunicação entre as vozes problemáticas e as vozes dominantes, através de um diálogo interno, com o objetivo de chegarem a uma linguagem comum, ou entendimento mútuo (Honos-Webb & Stiles, 1998). Desta forma, esta linguagem comum resulta da criação de pontes de significado que vão permitir, de uma forma gradual, a inclusão da voz problemática no self, como um recurso para a pessoa (Honos-Webb & Stiles, 1999). Estas pontes de significado implicam a construção de significados coerentes, permitindo que a voz problemática se integre na comunidade de vozes do self. Assim, este processo é essencial, uma vez que permite que o indivíduo assimile, gradualmente, as experiências consideradas problemáticas no self, ou seja, permite a mudança e redução do sofrimento associado ao conflito entre as duas vozes (Honos-Webb & Stiles, 1999).

O processo de mudança, recorrendo ao Modelo de assimilação, tem sido essencialmente estudado no contexto psicoterapêutico (Honos-Webb, et al., 1998; Honos-

Webb et al., 1999; Shapiro, et al.,1992; Stiles, et al., 1995; Stiles et al., 1991). A evolução do processo de assimilação ao longo da terapia é, usualmente, avaliada recorrendo à Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES; Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 1999; Stiles et al. 1991), representada na tabela 1. Esta escala permite que os investigadores monitorizem o processo gradual de assimilação da voz problemática até se transformar num recurso para o sujeito, sendo totalmente integrada no self. A APES, é constituída por oito estádios e tem como objetivo avaliar o nível de assimilação da voz problemática do cliente. Os níveis representam os estádios que o sujeito vivencia no processo de integração dessa experiência no self (Osatuke et al., 2004; Stiles et al., 1999): APES 0 – Evitamento, nesta fase o cliente evita abordar o problema, e o desconforto é quase inexistente; APES 1- Pensamentos indesejados, o cliente não pensa no problema, sendo que a voz problemática surge através de situações externas ou pelo terapeuta, o que desencadeia sentimentos negativos; APES 2- consciência vaga / emergência – o cliente torna-se parcialmente consciente da experiência problemática e vivencia sentimentos de mal-estar, tristeza, sendo que tem dificuldade em formular o problema maneira clara; APES 3- colocação do problema / clarificação, nesta fase o cliente já se torna capaz de formular o problema, permitindo que este seja trabalhado com o intuito de reduzir a intensidade dos sintomas negativos; APES 4- compreensão / insight – o cliente tem capacidade de formular e compreender o problema, os sentimentos são mistos entre a surpresa com reconhecimentos dolorosos, sendo que se verifica o entendimento entre as vozes – pontes de significado; APES 5 -aplicação / elaboração – o cliente torna-se capaz de fazer novas formulações e compreensões do problema, permitindo trabalhar as vozes e a resolução do mesmo, fomentando sentimentos positivos e otimistas; APES 6- solução do problema – o cliente atinge a solução para o problema e os sentimentos são positivos, sentindo-se satisfeito e orgulho; por último, o APES 7- domínio – o cliente generaliza e

usa as aprendizagens adquiridas para novas situações, observando-se uma afetividade neutra e positiva (Osatuke et al., 2004; Stiles et al., 1999).

Tal como proposto teoricamente, os estudos evidenciam que, ao longo do processo terapêutico, as vozes consideradas problemáticas são assimiladas gradualmente e de forma progressiva até alcançarem a integração completa no self (Stiles, 2011). A investigação tem observado que os casos de sucesso terapêutico alcançam níveis mais elevados de assimilação, nomeadamente APES 4 ou níveis superiores, ao longo da terapia (Brinegar, et al., 2008; Caro Gabalda, 2006, 2011; Gray & Stiles, 2011; Honos-Webb et al., 2003; Osatuke et al., 2007). Estes resultados foram observados em diversos quadros psicopatológicos, como na perturbação depressiva major (Basto et al., 2014; Barbosa et al., 2018; Brinegar et al., 2008; Caro Gabalda, 2003; Field et al., 1994; Gonçalves et al., 2014; Honos-Webb et al., 2003; Meystre et al., 2017; Mosher et al., 2008; Osatuke et al., 2007; Stiles, et al., 2006), nas perturbações de ansiedade (Caro Gabalda, 2006, 2008; Penttinen, et al., 2017), na perturbação borderline da personalidade (Kramer, et al., 2016; Osatuke & Stiles, 2006) e dissociativa da personalidade (Humphreys, et al., 2005), na perturbação de *stress* pós-traumático (Varvin & Stiles, 1999); esquizofrenia (Osatuke et al., 2011), perturbação de sintomas somáticos (Reid & Osatuke, 2006), e em quadros de demências (Lishman, et al., 2016; Snow, et al., 2016; Watkins, et al., 2006). Os estudos sugerem que além do processo de assimilação ser transversal quanto ao diagnóstico, também é transteórico, ou seja, não depende do modelo terapêutico utilizado. Assim sendo, observaram-se resultados semelhantes em diferentes abordagens terapêuticas: Terapia Cognitivo- Comportamental (Osatuke, et al., 2005, 2007; Stiles et al., 1997); Terapia Centrada no Cliente (Osatuke, et al., 2005; Mosher et al., 2008; Brinegar et al., 2006; Stiles et al., 1997); Terapia Focada nas Emoções (Brinegar et al., 2008; Honos-Webb et al., 2003; Leiman & Stiles, 2001; Brinegar, et al., 2006); Terapia Psicodinâmica

(Field et al., 1994; Heaton, et al., 1998; Knobloch et al., 2001; Stiles et al. 2007; Varvin & Stiles, 1999); Terapia Linguística de Avaliação (Caro Gabalda, 2003; 2006; 2009; 2011); Terapia de Grupo (Penttinen & Wahström, 2013; Penttinen et al., 2017); e Terapia familiar (Laitila & Aaltonen, 1998).

Em suma, é importante referir que a experiência de perda, nomeadamente luto por suicídio, pode ser concetualizada como uma experiência problemática. A terapia de Reconstrução de Significado de Neimeyer (2012) parece promover a aceitação ou a assimilação desta experiência na história de vida do indivíduo. Porém, pouco se sabe como é que este processo ocorre e evolui ao longo da terapia, pelo que neste estudo propomo-nos contribuir para esclarecer esta questão.

Tabela 1:*Resumo da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas*

Nível	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 é 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, trabalhar 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).

Nota. Fonte: Caro Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica*, 2, 199-212.

Capítulo II – Estudo exploratório: Comparação da evolução da assimilação de experiências problemáticas em dois casos clínicos de luto por suicídio

5. Método

5.1. Objetivos e questões de investigação

A presente investigação tem como objetivo analisar e compreender como ocorre, ao longo da psicoterapia, o processo de assimilação de experiência problemática da perda de uma pessoa significativa por suicídio. Nomeadamente, propomo-nos a analisar e comparar o processo de duas irmãs que experienciam luto complicado associado ao suicídio da mãe. Pretende-se analisar como ocorre a evolução da assimilação da experiência de perda por suicídio, em ambos os casos, nomeadamente explorar e comparar a evolução no processo de assimilação durante a terapia perante a mesma perda.

Assim sendo, as questões de investigação que orientam este estudo são:

- Como evolui, em ambos os casos, a assimilação da experiência de perda da pessoa significativa ao longo da terapia?
- De que forma os processos de assimilação da experiência de perda são semelhantes nos dois casos?
- De que forma os processos de assimilação da experiência de perda diferem nos dois casos?

5.2. Participantes

5.2.1. Clientes

Neste estudo serão analisados dois casos de duas clientes que perderam a mãe por suicídio. Ambos os casos foram selecionados a partir da amostra recolhida no âmbito do ensaio clínico “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”. Esse ensaio clínico tinha como objetivo central avaliar a eficácia, em formato online, da Terapia de Reconstrução de Significado do Luto de Neimeyer (2012). Teve como critério de inclusão o diagnóstico da perturbação de luto complicado, avaliado através do Inventário de Perturbação de Luto Prolongado 13 (PG-13; Prigerson et al., 2009; versão em português Delalibera, Coelho, & Barbosa, 2011) e do Inventário de luto complicado (ICG; Prigerson et al., 1995; versão em português Frade, Sousa, Rocha, & Pacheco, 2009). Os critérios de exclusão foram: não preencher as condições necessárias para consulta online, a presença de ansiedade social debilitante, alto risco de suicídio ou automutilação, ou estar a usufruir de psicoterapia. Antes da entrevista de avaliação, os participantes receberam o consentimento informado para o estudo. A avaliação e intervenção foi realizada pelos psicólogos investigadores através de videochamada. Os casos foram categorizados como casos de sucesso e insucesso no final do estudo através do Inventário de luto complicado (Prigerson et al., 1995; versão portuguesa adaptada por Frade et al., 2009).

Para efeitos deste estudo, dos 18 casos do projeto foram selecionadas duas clientes com base no critério: morte por suicídio. Dos casos atendidos apenas 3 casos cumpriam o critério, no entanto, um deles apresentava problemas ao nível da gravação de grande parte das sessões, pelo que selecionamos os outros dois.

Os casos deste estudo são duas irmãs que perderam a mãe por suicídio (enforcamento). A *Joana* (pseudônimo) era uma mulher de 18 anos, estudante. Iniciou a terapia 12 meses após a perda da mãe por suicídio. A *Carolina* (pseudônimo) era uma mulher de 22 anos, estudante universitária, iniciou a terapia 24 meses após a perda da mãe por suicídio. Ambos os casos foram considerados de sucesso, no caso da *Joana* os

níveis de sintomatologia de luto complicado (ICG) no pós terapia atingem o *score* de 18, e no caso da *Carolina* alcançam o *score* de 17.

5.2.2. Terapeutas

O terapeuta da *Joana* era um homem de 44 anos, doutorado em psicologia, com 10 anos de experiência como psicoterapeuta, incluindo 2 anos de experiência na terapia construtivista-narrativa de luto. A terapeuta da *Carolina* era uma mulher de 42 anos, doutorada em psicologia, com 10 anos de experiência como psicoterapeuta, incluindo 1 ano de experiência na terapia construtivista-narrativa de luto.

Para garantir que os terapeutas tinham a experiência necessária realizaram 12 sessões de treino online previamente ao início da intervenção com os enlutados. Após esse treino, também puderam discutir os seus casos com dois supervisores, sendo mantida a supervisão durante todo o acompanhamento.

5.2.3. Terapia

A terapia que as clientes receberam teve por base o protocolo da terapia construtivista-narrativa fundamentado no modelo de reconstrução de significado (Neimeyer, 2012). O protocolo de intervenção é composto por 12 a 16 sessões semanais, via videoconferência.

O protocolo engloba um conjunto de técnicas narrativas, experienciais e construtivistas que visam a construção de formas mais adaptativas de dar sentido e integrar a experiência de perda (Neimeyer, 2012). Desta forma, a primeira fase consiste na reabertura da história de perda. O objetivo nesta etapa é que o participante entre em contacto com a história de perda no contexto de uma relação empática e responsiva. Nesta fase também são estabelecidos os principais objetivos a serem trabalhados em terapia. A segunda fase consiste no processamento da história da perda. Aqui o cliente é convidado a contruir um cronograma de perdas e descrever como reagiu em termos emocionais e

práticos em cada momento mencionado. Esta fase tem como objetivo captar episódios importantes da relação com a pessoa falecida, evidenciando o episódio de perda e as vivências após esse momento. É feita uma Entrevista de Reconstrução de significado (Neimeyer, 2006; 2012). A terceira fase consiste em aceder à história de fundo do relacionamento com a pessoa falecida. O cliente é convidado a centrar-se na história da relação com a pessoa falecida, não só em vida, mas também para após a morte. Neste sentido, é solicitado que o cliente escreva uma carta ao ente querido que faleceu. Esta tarefa tem como objetivo fornecer ao cliente recursos para reconstruir de maneira sustentável a ausência física do ente querido (Neimeyer, 2012). A quarta fase consiste na consolidação, nesta etapa o objetivo é a integração do trabalho realizado em terapia. O cliente é incentivado a escrever uma história simbólica integrando a experiência de perda. Na fase final da terapia, o participante é convidado a planear um ritual de lembrança, que homenageie o ente querido, ou um ritual de renovação, que simbolize as novas possibilidades que deseja alcançar no futuro. Por fim, existe a fase da finalização, em que o objetivo centrar-se na exploração do impacto da terapia, nas mudanças e novos significados reconstruídos e como estas vão influenciar a forma como o cliente viverá o luto no presente e no futuro (Neimeyer, 2012).

A *Joana* recebeu 12 sessões e a *Carolina* 13 sessões semanais da terapia construtivista-narrativa fundamentado no modelo de reconstrução de significado (Neimeyer, 2012).

5.3. Instrumentos

5.3.1. Medidas de Resultado

Inventário de luto complicado (Prigerson et al., 1995; versão portuguesa adaptada por Frade et al., 2009) - O ICG é um questionário de autorrelato composto por 19 itens. Tem como objetivo avaliar a gravidade dos sintomas de luto. Os itens são classificados

numa escala de Likert de 5 pontos (0 = Nunca; 1 = Raramente; 2 = Ocasionalmente; 3 = Regularmente; e 4 = Sempre), com pontuação total variando de 0 a 76. O ponto de corte para a população portuguesa corresponde a valores superiores a 25 pontos, pelo menos 6 meses depois da perda. Aferido para a população portuguesa, o ICG revela uma boa consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,91 (Frade et al., 2009).

5.3.2. Medidas de Processo

Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES; Stiles, 2002; Stiles, 2011; Stiles et al., 1990; 1991; 2001; Honos-Webbb & Stiles, 1998) – A APES foi utilizada para avaliar a evolução dos níveis de assimilação da experiência problemática. Esta evolução é avaliada através de oito níveis sequenciais, sendo que é possível observar os diferentes processos cognitivos e emocionais implícitos ao processo de assimilação. A mudança na relação entre as vozes ocorre de forma gradual, permitindo a APES identificar desde o nível 0, ou seja, evitamento da experiência problemática, até ao nível 7, que corresponde à integração da voz problemática na comunidade de vozes (Osatuke et al., 2004; Stiles et al., 1999, 1991; Caro Gabalda & Stiles, 2009). A tabela com a descrição da APES encontra-se na tabela 1.

5.4. Procedimentos de recolha e análise de dados

5.4.1. Medidas de resultado

O ICG foi utilizado para avaliar a gravidade dos sintomas de luto, tendo sido aplicado na entrevista clínica inicial. Além disso, no caso da *Joana* foi aplicado ao longo de todas as sessões terapêuticas (1 a 12). No caso da *Carolina* foi aplicado ao longo das sessões, exceto nas sessões 3, 4, 6, 10 e 12.

5.4.2. Medidas de processo

Atendendo à morosidade do processo de codificação, foram selecionadas 5 sessões de cada caso para serem codificadas de acordo com a APES. Para o caso da *Carolina* foram selecionadas e codificadas com a APES as sessões 1,4, 7, 10, 13 e para o caso da *Joana* as 2, 4, 7, 10, 12 sessões. Importa salientar que no caso da *Joana* a sessão inicial, devido a problemas de técnicos, não foi gravada em vídeo, impossibilitando a sua transcrição e análise.

A codificação das sessões implicou que as codificadoras, duas alunas de mestrado em psicologia clínica e da saúde, fossem previamente treinadas nos procedimentos da APES por uma supervisora, Doutorada em Psicologia, experiente no uso desta metodologia. O treino da assimilação durou aproximadamente quatro meses, durante os quais ocorreram reuniões semanais de uma hora cada. Numa fase inicial foram analisados artigos referentes ao modelo de assimilação, assim como o respetivo manual de codificação. Posteriormente, foram codificados casos de treino, de forma autónoma, até atingir um nível de acordo satisfatório com a codificação da codificadora experiente (ICC >0,65). As divergências relativamente à codificação foram discutidas no sentido de chegar a um consenso.

Após o período de treino, procedeu-se à codificação dos casos apresentados no presente estudo. As sessões terapêuticas foram codificadas de acordo com a APES, com base em quatro passos, seguindo os procedimentos de Stiles e Angus (2001): 1) familiarização e categorização do conteúdo das transcrições; 2) identificação dos temas emergentes e definição das vozes problemáticas e das vozes dominantes; 3) seleção dos excertos das transcrições das sessões; e 4) codificação dos excertos com a APES (Brinegar et al.,2006; Honos-Webb et al., 1998, Stiles & Angus, 2001). Desta forma, o primeiro passo correspondeu à familiarização e categorização do conteúdo das

transcrições, com o intuito de selecionar os temas frequentes que emergiram ao longo da terapia. O segundo passo correspondeu à identificação dos temas emergentes, de forma consensual, sendo escolhidos tendo em conta a sua pertinência clínica (maior dimensão de tempo utilizado nas sessões terapêuticas), e identificadas e caracterizadas as vozes dominantes e não dominantes (problemáticas). O terceiro passo correspondeu à seleção dos excertos, nas transcrições das sessões, onde os temas previamente identificados apareciam. Por último, o quarto passo, correspondeu à codificação dos excertos, com base na escala APES (Stiles et al., 1990; 1991; Honos-Webb & Stiles, 1998; Honos-Webb, et al., 1999), com o objetivo de analisar a evolução das experiências problemáticas, das participantes, ao longo do processo terapêutico. A unidade de análise para a codificação correspondeu às diferentes passagens identificadas. Uma nova passagem foi selecionada sempre que se verificar uma mudança de tema, marcador ou nível de assimilação no discurso terapêutico (Honos-Webb et al., 1999; 2003). A codificação com recurso à APES foi realizada pelas duas codificadoras, de forma independente, sendo supervisionada pela investigadora mais experiente. As divergências foram resolvidas por discussão, até alcançarem consenso. A confiabilidade foi calculada com recurso ao ICC, com base nas codificações independentes. O ICC no caso da *Joana* foi de 0,93 (ICC [2,2]) e no caso da *Carolina* foi de 0,86 (ICC [2,2]), sendo ambos considerados bons (Cicchetti, 1994).

6.Resultados

Nesta secção serão apresentados os resultados relativos à assimilação da experiência de perda da mãe por suicídio ao longo do processo terapêutico das duas clientes

6.1. Análise do processo de assimilação nos dois casos clínicos

Joana

Esta cliente iniciou a terapia com uma elevada intensidade dos sintomas de luto complicado apresentando um *score* de 46, e terminou a terapia com um *score* de 18, evidenciando uma diminuição dos sintomas.

No caso da *Joana* foi identificado um tema, isto é, um problema fulcral em todo o processo terapêutico. O tema identificado foi o processo de luto, que diz respeito às dificuldades em gerir o vazio e as emoções avassaladoras, sendo que a cliente recorreu ao evitamento da expressão emocional. A voz dominante de “Joana” foi caracterizada como “Tenho de ser forte e capaz”, pois ela apresenta um padrão intrapessoal e interpessoal caracterizado por um elevado perfeccionismo, tanto na escola como no desporto, sendo os seus principais focos. Este grau de exigência tem como objetivo sentir orgulho da parte da mãe. A voz problemática foi identificada para o tema como “Sinto-me vulnerável e frágil”. Esta voz problemática de vulnerabilidade emergiu ligada ao sentimento de vazio relacionado com a perda da mãe, manifestando-se de diversas formas: 1) não consegue ficar contente com os objetivos de vida que alcança; 2) isolamento social; 3) sente-se sozinha mesmo estando com os amigos, surgindo até pensamentos sobre ser um incómodo para os outros; 4) sente falta que lhe digam que têm orgulho nela; e 5) ansiedade relativamente ao futuro.

A figura 1 representa a assimilação do tema identificado no caso da *Joana* ao longo do processo terapêutico, apresentando os níveis da APES atingidos ao longo das sessões. É possível observar uma evolução positiva ao longo do processo, embora existam alguns retrocessos. Em termos específicos, é possível identificar níveis mais baixos de assimilação (APES 1 e 2) principalmente na sessão 2 e 4 (Figura 1). A presença destes níveis evidencia que a experiência problemática de luto ainda não foi compreendida ou formulada.

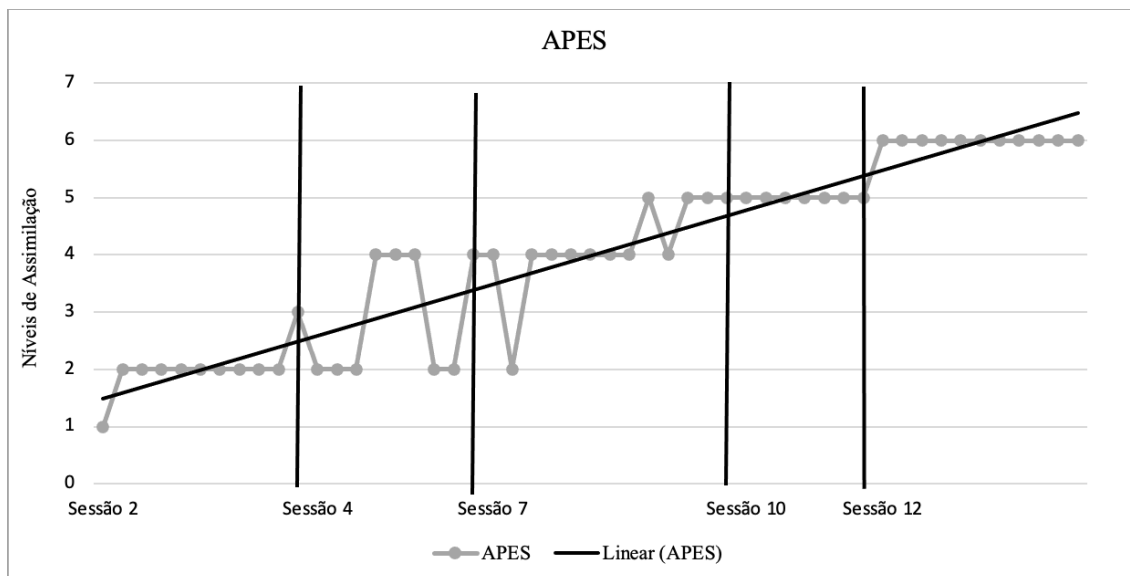


Figura 1. Níveis de assimilação (APES) atingidos ao longo das sessões no caso da *Joana*.

O excerto a seguir, codificado com APES 2, ilustra como a voz dominante apareceu no *início do processo terapêutico*, onde a cliente demonstra a sua exigência em termos escolares e no desporto com o intuito de sentir orgulho por parte da mãe.

Joana: Eu acho que primeiro eu tinha, tenho que aceitar que o que eu sou é suficiente porque mesmo tendo a média que eu tinha, eu achei sempre que poderia ter melhor. Porque a minha turma era a melhor da escola, as três melhores alunas da escola estavam todas na mesma turma, fui a terceira melhor. (Terapeuta: Hm-mm.) E ser a terceira melhor, não sei deixou-me a sentir que se calhar não foi suficiente o que eu fiz, até porque as duas melhores alunas da turma são muito competitivas e eu sinto que não era suficiente se calhar tinha que ser melhor. (...) Eu para além de ser exigente na escola também era muito exigente com o atletismo. Eu treinava todos os dias da semana e não conseguia parar porque tinha aulas de manhã à tarde ia treinar ocupava 4 horas da minha tarde a treinar e ficava um bocado sem tempo, para estar com os outros (...) E acho que é um bocado por isso que eu sou um bocado exigente porque eu não sei o que é que eu preciso de fazer para ela ficar orgulhosa.

(Sessão 1, APES 2)

O excerto a seguir apresentado, codificado com APES 2, demonstra o aparecimento da voz problemática *na primeira fase do processo terapêutico*, onde a cliente demonstra a sua vulnerabilidade face à perda da mãe. A voz problemática surge através da expressão do sentimento de solidão. No entanto, a voz dominante continua a prevalecer, expressando a exigência e o perfeccionismo sentido pela cliente, originado o seu afastamento dos outros.

Terapeuta: (...) *A “Joana” disse-me que sente esta frustração por querer sempre fazer, fazer melhor ah como é que como é que esta frustração se liga á a esta á ideia de estar sozinha?*

Joana: *Porque eu acho, eu pelo menos afasto-me um bocado dos outros porque tento focar-me no que eu acho que é importante.*

Terapeuta: *Hmm-mm ok ok, estou a perceber, portanto aqui a sensação de estar sozinha é dupla, ou seja, é a sensação de estar sozinha porque não tem a sua mãe.*

Joana: *Hmm-mm*

Terapeuta: *E é a sensação de estar sozinha porque há aqui uma forma de funcionar da “Joana” que ás vezes, ou de alguma forma a afasta um bocadinho dos outros, é isto não é “Joana”?*

Joana: *Sim.*

(Sessão 1, APES 2, linhas 276-297)

Na sessão 4, os níveis de assimilação identificados são maioritariamente mais baixos (APES 2), como é possível verificar na Figura 1, surgindo associados a uma certa dificuldade em clarificar o problema, embora esteja reconhecido. O excerto a seguir

apresentado, codificado com APES 2, surge a voz problemática através da expressão da necessidade de partilhar com o outro os aspetos mais difíceis de lidar com o luto. No entanto, é abafada pela voz dominante pela exigência e sobrecarga das tarefas relacionadas com a escola e com os treinos.

Terapeuta: *“Joana”, e outra coisa também que nós já falamos um bocadinho, que foi a questão da exigência, ou seja, das exigências que a “Joana” coloca em si mesma, não é, quais é que acha que são as exigências neste momento para a “Joana”?*

Joana: *Eu acho que é um bocado conciliar os estudos com os treinos (...)*

Terapeuta: *Qual é que é, consegue me descrever mais ou menos, qual é esse impacto? “Joana”?*

Joana: *É assim, eu acho, eu acho que as conversas eu começo a pensar mais na minha mãe e na minha tia, nestas conversas e já não começo a ter os outros pensamentos fora da conversa.*

Terapeuta: *Hmm-mm, ou seja, é quase como ok estas as nossas conversas acabam estão a funcionar um bocadinho como aquilo que eu estava a dizer, ou seja, estão a ser aqui um espaço que a “Joana” tem para elas para elas as duas não é*

Joana: *Sim.*

Terapeuta: *Ok, “Joana” e em relação aquilo que nós, desculpe vou só anotando, ah em relação aquilo que a “Joana” identificou como como dois aspetos ah mais difíceis de lidar neste processo de luto, ou seja, estou a tentar recordar-me era era o vazio.*

Joana: *Sim.*

Terapeuta: *As emoções avassaladoras, foram estas as expressões que a “Joana” que a “Joana” usou ah este vazio estas emoções continuam a aparecer na sua vida “Joana”?*

Joana: Eu acho que não tanto, mas também tenho andado um bocado atarefada então não tenho tempo para pensar muito nessas coisas.

(Sessão 4, linhas 69-100)

Nas *sessões intermédias* (7 e 10), as vozes problemáticas atingiram níveis de assimilação mais elevados: APES 4 a APES 6 (Figura 1). Isto quer dizer que as experiências problemáticas começaram a ser formuladas e compreendidas na comunidade de vozes. *Joana* continua a experienciar o vazio, no entanto, é visível novas reconstruções de significado face ao seu processo de luto. O vazio surge ligado ao stress e à exigência que sente em querer dar resposta a todas as tarefas de casa e da universidade. No entanto, é visível uma aceitação que também tem que ter tempo para si, para estar com as suas emoções sem as evitar. Neste sentido, identificou-se uma compreensão do problema e a assimilação da voz problemática na comunidade de vozes. A voz problemática foi sendo gradualmente integrada junto da comunidade existente tendo sido criadas pontes de significado entre a voz problemática e a voz dominante. A aceitação de que o autocuidado é um aspeto fundamental na sua vida vai sendo integrado gradualmente na comunidade através de pontes de significado, fazendo com que a exigência seja ajustada ao necessário. A compreensão e clarificação face ao problema, bem como a identificação de um novo significado, codificado com APES 4, é ilustrado no excerto apresentado a seguir.

Terapeuta: Ok “Joana”, falando do outra outro tipo de organização, se calhar da organização que nós andamos a fazer de coisas que não são tão fáceis de organizar não é, sentimentos, de emoções ah nós na última, na nossa última consulta, a “Joana” leu-me a carta que escreveu á sua mãe e aconteceu uma coisa curiosa, pelo menos nunca tinha acontecido nas nossas, nas nossas consultas, que foi a “Joana”, começou a nossa conversa sorridente, não é, como está agora bem disposta e depois de ler a carta, ah aquele vazio, aquela falta de que a “Joana” falava, na na carta parece que veio um

bocadinho ter connosco e nós tivemos oportunidade, diria pela primeira vez não é, (...), o que é que ficou para a “Joana” da nossa última da nossa última consulta?

Joana: Eu acho que estive mais atenta ao que eu sentia e ao que se passava à minha volta, se calhar tive mais atenção aos pormenores.

Terapeuta: Ok, e como é que foi essa experiência para a “Joana”?

Joana: Foi diferente porque é algo que eu nunca tinha pensado em fazer.

Terapeuta: Hm-mm ok ah houve algum eu digo isto, meio pergunta meio afirmação, houve algum grau de desconforto,

Joana: Não.

(Sessão 7, linhas 27- 46)

Na sessão 10, as vozes problemáticas mantêm níveis de assimilação elevados: APES 5 a 6 (Figura 1). Neste sentido, as novas compreensões face ao problema são expressas e a voz problemática ganha poder. Nesta fase, *Joana* parece dar continuidade à aceitação da experiência problemática, aceitando a necessidade de autocuidado. A cliente já não vê o autocuidado como um crime ou algo errado, mas sim uma necessidade enquanto pessoa. A seguir, apresenta-se dois excertos codificado com APES 5 e APES 6, respetivamente, em que a cliente refere-se à importância de se colocar em primeiro lugar e conseqüentemente, de expressar essa necessidade sem evitar.

Joana: Não, porque eu acho também comecei a pensar um bocadinho se calhar devia pôr-me um bocado primeiro às vezes devia pensar primeiro em mim.

(...)

Joana: Eu acho que percebi que às vezes pensar mais em mim não é assim tão mau, não é um crime.

Terapeuta: Claro.

Joana: É algo que nós precisamos.

(Sessão 10, linhas 41- 61)

Terapeuta: *É um bocadinho quase como se a “Joana” estivesse, desculpe quase como se a “Joana” estivesse um bocadinho estas ferramentas em relação a isto, mas, mas tivesse não as tivesse a aplicar, se calhar o que a questão aqui podemos perguntar porque que a “Joana” não estava a aplicar essas ferramentas, o que é que acha?*

Joana: *Não sei, eu acho que eu nunca pensei muito em mim, então para mim pensar em mim era um bocado errado, sentia-me mal por o fazer às vezes, mas acho que comecei a ter mais a noção disso agora (...).*

(Sessão 10, linhas 248-256)

Como é possível verificar na Figura 1, *no final do processo terapêutico* (Sessão 12) a *Joana* evoluiu para um nível mais elevado de assimilação (APES 6), atingindo a identificação de soluções para o problema, bem como o reconhecimento dos ganhos adquiridos são evidentes. A voz problemática foi inserida na comunidade de vozes do *self*, e o autocuidado e a expressão emocional deixam de representar um problema para a cliente. Os ganhos adquiridos em terapia, nomeadamente, novas ligações e significados foram consolidados. A emoção é positiva, a cliente projeta-se no futuro demonstrando um desejo de pôr em prática as competências adquiridas, principalmente as questões do autocuidado e assertividade.

A seguir apresenta-se dois excertos codificados com APES 6, num primeiro momento a cliente refere-se aos ganhos adquiridos em terapia e demonstra a construção de um novo significado em relação à experiência de luto. E no segundo excerto, é visível um desejo de por em prática as competências adquiridas, através de uma lista de aprendizagens que fez como exercício de consulta.

Terapeuta: (...) *Ao longo da terapia, o que é que acha que a ajudou e o que é que acha que não ajudou, ou que não interessante?*

Joana: *Acho que se calhar o que me ajudou mais foi se calhar criar uma ligação entre o que eu sentia e o que aconteceu, que era uma coisa que me faltava que eu não conseguia associar. (...) Não acho que não, acho que tudo me ajudou um bocadinho até porque uma coisa que eu fazia muito antes da terapia era pensar como resolver os problemas e nunca pensei no porque dos problemas por isso eu acho que tudo ajudou um bocadinho a perceber o porque.*

Terapeuta: *Quase como um puzzle, não é?*

Joana: *Sim.*

(Sessão 12, linhas 78-129)

Terapeuta: *(...) Antes de vermos não é, antes de vermos o que a “Joana” escreveu queria lhe perguntar como é que foi fazer esta lista?*

Joana: *Acho que me ajudou, eu pensei um bocado fazê-la de forma a ajudar-me no futuro quando eu não souber como reagir às situações e não propriamente apenas para a consulta eu pensei nisto um bocado a longo prazo.*

(Sessão 12, linhas 144-152)

Carolina

A Carolina iniciou a terapia com uma elevada intensidade dos sintomas de luto complicado apresentando um *score* de 35, e terminou a terapia com um *score* de 1, evidenciando uma diminuição dos sintomas.

No caso da Carolina foi também identificado um tema, especificamente o processo de luto, que diz respeito às dificuldades em gerir a ausência e o vazio que sente em relação á 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 ela apresenta uma necessidade de enquanto irmã mais velha assumir o papel da mãe. A voz problemática foi identificada como “Sou incapaz, não vou conseguir lidar com tudo

sozinha”, pois a *Carolina* apresenta dificuldades em gerir as emoções e todas as responsabilidades acrescidas a este novo papel recorrendo a estratégias de fuga em relação à nova realidade e rotina, impostas após a perda da mãe.

A figura 2 representa a assimilação do tema identificado no caso da *Carolina* ao terapia, apresentando os níveis da APES nas sessões codificadas. É possível observar uma evolução positiva ao longo do processo, embora existam alguns retrocessos.

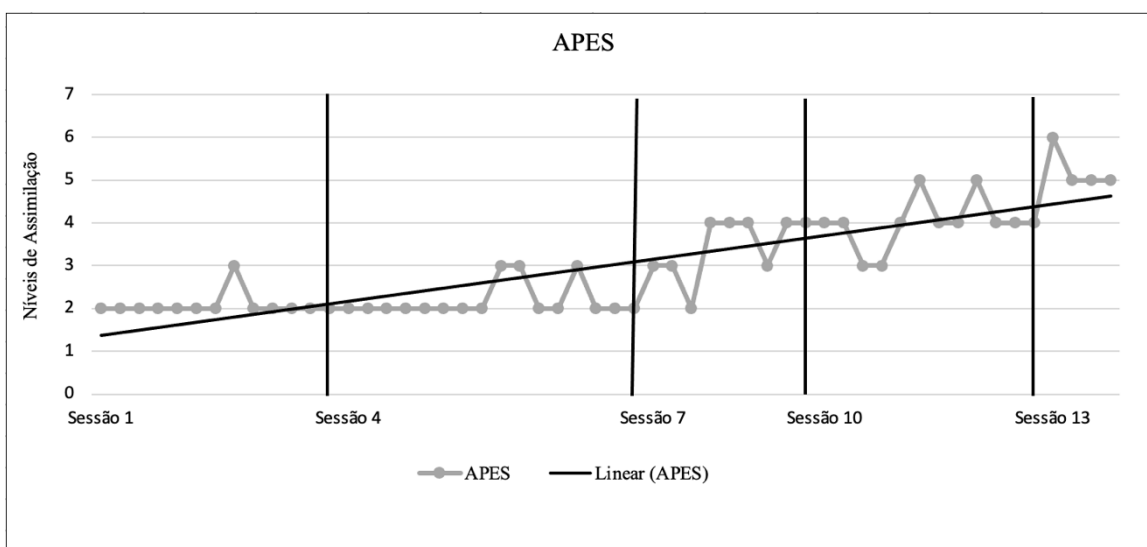


Figura 2. Níveis de assimilação (APES) atingidos ao longo das sessões no caso da *Carolina*.

Tal como é possível verificar na Figura 2, numa fase inicial (Sessão 1 e 4) os níveis mais baixos de assimilação (APES 2 e 3), surgem associados a uma certa dificuldade em clarificar a experiência problemática de luto, embora seja reconhecida. O excerto a seguir, codificado com APES 2, ilustra como a voz dominante apareceu no início do processo terapêutico, onde a cliente demonstra que tem que ser forte para desempenhar o seu papel enquanto filha e irmã mais velha, exprimindo uma obrigação em assumir o papel da mãe.

Terapeuta: (...) *Que expectativa, se eu lhe pudesse perguntar, que expectativa o que é que é o seu desejo maior neste momento sobre como ser capaz de gerir isso, o que é que me diria?*

Carolina: *Não sei, acho que é um bocadinho o aprender a lidar com a falta dela, porque eu sendo a filha mais velha sinto que toda a questão da casa, e a gestão da casa acaba por cair um bocadinho em cima de mim é nesses momentos que eu me lembro dela, porque ela fazia muita falta ... (Terapeuta: Hum hum).*

Terapeuta: *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. Senti 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...*

Carolina: *Sim.*

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

Carolina: *Sim.*

(Sessão 1, APES 2, linhas 261-391)

O excerto a seguir apresentado, codificado com APES 2, demonstra o aparecimento da voz problemática na primeira fase do processo terapêutico. Neste sentido, é possível identificar a expressão da voz problemática, associada ao facto de se sentir incapaz de lidar com todas as exigências de assumir o papel da sua mãe, evidenciando sentimentos de solidão. A voz problemática surge através do receio de não conseguir lidar com tudo sozinha, surgindo uma pressão por parte da voz dominante de enquanto irmã mais velha ter que assumir o papel da mãe.

Terapeuta: *Hum, hum E o que seria falhar?*

Carolina: *Não sei, perder as forças. Como tenho tanta coisa para fazer tenho que tratar da casa, ir buscá-lo à escola, fazer jantar, sinto uma pressão no meu dia-a-dia que tenho medo que isso me esgote ou que me deixe sem forças não sei.*

Terapeuta: *Hum hum.*

Carolina: *E que não consiga continuar a fazer o que fiz até agora.*

(Sessão 1, linhas 503-508)

Na sessão 4, são identificados maioritariamente níveis baixos (APES 2), apesar de já existir alguma clarificação do problema (APES 3). A voz problemática expressa-se através das atividades compensatórias para lidar com estes novos desafios que surgem. No entanto, acaba por ser reprimida pela voz dominante que expressa a necessidade de ter que ser forte e capaz. Neste sentido, o excerto apresentado de seguida, codificado com APES 2, evidencia os desafios que surgem neste novo papel.

Terapeuta: *Porquê estas palavras a fazem emocionar-se?*

Carolina: *Não sei, porque acho que tento ter sempre mais cuidado, com o que lhe dizer, porque primeiro ela tá numa idade assim, salvo seja complicada, não é só, são os 17 anos, é adolescência, mas também sinto que tenho uma responsabilidade maior em transmitir-lhe certas coisas, e essa responsabilidade faz-me lembrar a minha mãe.*

Terapeuta: *Como?*

Carolina: *Lembrar que, se calhar acabo por assumir um bocadinho o papel dela, porque ela não está cá. Não sei, e sinto aquele peso em cima de mim.*

Carolina: *Estes últimos dias tem sido um bocado, não sei, não me tenho sentido muito bem, mesmo para adormecer.*

Terapeuta: *Tem sido mais intenso? E alguma coisa tem ajudado? O que é que tem tentado?*

Carolina: *Tenho tentado fazer a rotina normal, tentar me abstrair das coisas, não sei, ir ao yoga, ver uma série, não sei, sair um bocadinho dessas coisas. (Terapeuta: Hum hum, e tem...), tenho tentado sair da realidade, mas não sei se o ignorar isso estou a fazer o correto, não sei.*

(Sessão 4, linhas 160-178)

Nas *sessões intermédias* (7 e 10), as vozes problemáticas atingem níveis de assimilação mais elevados, APES 3 a 5 (Figura 2). Isto significa que as experiências problemáticas começaram a ser formuladas e compreendidas na comunidade de vozes. Nesta fase a *Carolina* evidencia uma nova compreensão relativamente ao processo de luto. Consegue experienciar alguma tranquilidade, e compreende que a morte da mãe foi algo destruturante que implicou um processo de adaptação e transformação. A aceitação da voz problemática é gradual. No excerto seguinte, codificado com APES 5, demonstra a compreensão e a clarificação face ao problema, bem como a identificação de uma nova perspetiva. Aqui a cliente refere-se a novas compreensões que adquiriu relativamente ao seu processo de luto.

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

Carolina: *Sim muito*

Terapeuta: *Hmm-mm tem sentido variações?*

Carolina: *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. (Terapeuta: Hmm-mm...), 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 sobre pressão ou ter muitas coisas para fazer, quando tinha quebras minhas sem ter haver com isso automaticamente eu associava a isso (Terapeuta: Hmm-mm), e pensava nessa falta agora isso já não acontece tanto, eu tenho um bocado dessas 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.

(Sessão 10, linhas 321-339)

No final do processo terapêutico (sessão 13) o nível mais frequente corresponde a APES 5. Neste sentido, verifica-se uma maior compreensão face ao problema, bem como um trabalho para a resolução do mesmo. É notório uma evolução no discurso da *Carolina*, onde o problema aparenta estar quase resolvido. Neste ponto a *Carolina* já introduz algumas estratégias de atividades de prazer na sua vida, algo que não acontecia anteriormente. E existe um equilíbrio nas tarefas domésticas, algo que deixa de ser um problema para a cliente. A seguir apresenta-se um excerto codificado com APES 5. Neste momento a cliente evidencia os ganhos adquiridos ao longo da terapia e demonstra algumas estratégias mais adaptativas para lidar com a sua nova rotina.

Terapeuta: *Que que mostram que na, não houve, que também o seu processo de transformação na nesta mudança não morreu á 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?*

Carolina: *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.*

Terapeuta: *O capitão desse barco conseguiu por toda a gente por todos*

Carolina: *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.*

(Sessão 13, linhas 145-159)

Em termos comparativos, é possível observar que em ambos os casos evidenciou-se uma evolução na assimilação da experiência problemática de luto. O caso da *Joana* apresenta níveis de assimilação mais elevados do que o caso da *Carolina*. Numa fase inicial (Sessão 1, 2 e 4), é possível verificar o surgimento de níveis mais baixos em ambos os casos (APES 2 e 3). Nas sessões intermédias (S7 e S10) é possível identificar uma evolução nos dois casos, no entanto, no caso da *Joana* apresenta níveis mais elevados (APES 4 a 6) do que o caso da *Carolina* (APES 3 a 5). Numa fase final do processo (Sessão 12 e 13), no caso da *Joana* existe uma evolução, apresentando níveis elevados (APES 6). No caso da *Carolina* é possível identificar uma manutenção dos níveis de assimilação (APES 5).

7. Discussão

Ao longo da nossa vida vamos passar por situações de perda, o que inevitavelmente levará a um processo de luto (Bonanno & Kaltman, 2001). No entanto, quando as pessoas são confrontadas com mortes repentinas, súbitas, como é o caso do

suicídio, se essa experiência não for integrada de forma coerente no *self*, é um fator preditor para o desenvolvimento de luto prolongado (Currier et al., 2006). Neste sentido, o facto de os indivíduos estarem sujeitos à experiência de morte por suicídio torna-os mais vulneráveis e o facto de ter estado em contacto com alguém que se suicidou, constitui um dos principais indicadores de risco de suicídio futuro (Rocha & Lima, 2019). Estudos indicam que a psicoterapia parece promover a reconstrução de significado da experiência de luto (Currier et al., 2006), no entanto, pouco se conhece sobre a forma como este processo contribui para a assimilação dessa experiência. Posto isto, torna-se pertinente analisar o processo de assimilação de experiência de perda da pessoa significativa por suicídio ao longo da psicoterapia, uma vez que os estudos sobre esta problemática são escassos. Desta forma, os estudos de processo tornam-se essenciais no sentido de permitir explorar o processo de mudança em psicoterapia (Honos-Webb, et al., 1998; Honos-Webb et al., 1999; Shapiro, et al., 1992; Stiles, et al., 1995; Stiles et al., 1991). Assim, o presente estudo pretendeu analisar e comparar o processo de duas irmãs que experienciam luto complicado associado ao suicídio da mãe. No sentido de compreender e comparar como ocorre o processo de assimilação ao longo da terapia de reconstrução de significado, focando-se nos elementos comuns e distintos deste processo.

Com base na literatura, o modelo de assimilação de experiências problemáticas (Caro-Gabalda & Stiles, 2016; Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles, 2002; Stiles, 2011; Stiles et al., 1990; 1991; 2001) propõe que a mudança ocorre devido à integração das experiências problemáticas no *self*. No caso da *Joana* foi possível observar uma evolução positiva e gradual ao longo do acompanhamento. É possível identificar uma evolução constante, evidenciando níveis de assimilação mais elevados ao longo da terapia (APES 5 e 6). Inicialmente, existiu por parte da cliente alguma resistência, evidenciada pela voz dominante. A voz problemática surge através da expressão de sentimentos de solidão face

à perda da mãe, no entanto, a voz dominante ganha poder expressando a exigência e o perfeccionismo sentido pela cliente (APES 2 a 3). Ao longo da fase intermédia do processo terapêutico, de uma forma gradual, foi possível uma comunicação entre as vozes problemáticas e dominantes possibilitando a integração da voz problemática na comunidade de vozes do *self* (APES 4 a 6). No final do processo terapêutico, a *Joana* alcança um nível mais elevado de assimilação (APES 6), a voz problemática foi inserida junto da comunidade, e o autocuidado e a expressão emocional deixam de ser um problema para a cliente. Surge, portanto, pontes de significado, através de uma reconstrução de significado relativamente à experiência de luto. Portanto, a última sessão é marcada por uma estabilidade no nível de assimilação (APES 6), sugerindo a resolução da experiência problemática de luto e a utilização das competências adquiridas ao longo do processo terapêutico. Em relação ao caso da *Carolina* foi possível também identificar uma evolução em termos de assimilação. Neste caso, a voz problemática surge associada à sensação de incapacidade de lidar com as exigências de assumir o papel da sua mãe sozinha, surgindo uma pressão da voz dominante de enquanto irmã mais velha ter que ser forte e assumir esse papel (APES 2 a 3). Na fase intermédia do processo terapêutico, a voz problemática parece ter sido gradualmente integrada na comunidade de vozes deixando de ser um problema as exigências de assumir o papel da mãe, dando possibilidade ao erro e à necessidade de ajuda por parte da família (APES 3 a 5). Na fase final da terapia, a cliente demonstra uma maior compreensão face ao seu processo de luto, bem como um trabalho para a resolução do mesmo (APES 5). São incluídas na sua rotina atividades compensatórias (e.g. ir a concertos) algo que não acontecia anteriormente, de forma a conseguir lidar de uma forma mais adaptativa com a sua nova rotina. Existe também um equilíbrio em termos das tarefas domésticas, o que permite conciliar os seus estudos na universidade.

Os resultados identificados no presente estudo vão de encontro ao que a literatura diz relativamente ao modelo de assimilação das experiências problemáticas (Caro-Gabalda & Stiles, 2016; Honos-Webbb & Stiles, 1998; Stiles, 2002; Stiles, 2011; Stiles et al., 1990; 1991; 2001). Assim, em ambos os casos é possível constatar que à medida que a experiencia vai sendo assimilada na comunidade de vozes existente, deixa de ter um impacto tão significativo na vida da cliente. Paralelamente, analisando os resultados do inventário de luto complicado, estamos perante dois casos de sucesso, que terminaram a terapia sem sintomas significativos de luto complicado.

Estes resultados vão de encontro aos estudos prévios relativamente ao sucesso terapêutico. A investigação tem observado que os casos de sucesso terapêutico alcançam níveis mais elevados de assimilação, nomeadamente APES 4 ou níveis superiores ao longo da terapia (Basto et al., 2014; Brinegar, et al., 2008; Caro Gabalda, 2006, 2011; Gray & Stiles, 2011; Honos-Webb et al., 2003; Osatuke et al, 2007). O presente estudo é concordante com este dado, uma vez que ambos os casos alcançaram níveis iguais ou superiores a APES 4, o que corrobora o pressuposto de que não é esperado que os clientes sejam capazes de atingir todos os níveis da escala de assimilação (Stiles et al., 1991). Ambos os casos são considerados casos de sucesso no final da terapia e atingem níveis APES 4 ao longo do processo terapêutico.

Podemos identificar diferenças e semelhanças entre os casos em termos de assimilação da experiência de perda por suicídio no caso da *Joana* e da *Carolina*. Existem semelhanças no que diz respeito ao processo de assimilação, uma vez que em ambos os casos observamos uma evolução gradual ao longo do processo terapêutico, demonstrado pelo aumento dos níveis de assimilação. No entanto, é notório diferenças ao nível deste processo, nomeadamente o caso da *Joana* apresenta níveis mais elevados de assimilação do que a *Carolina*. No caso da *Joana* ao longo do processo terapêutico os níveis de

assimilação tendem a aumentar, tendo sido identificados níveis mais elevados (APES 6) na fase final da terapia, estes resultados à luz do modelo de assimilação poderão estar associados uma mudança mais estruturada, sugerindo a resolução do problema e a utilização das competências adquiridas ao longo do processo terapêutico. Por outro lado, no caso da *Carolina* não se verifica estes níveis, apesar do processo de assimilação ter sido gradual, na fase final do tratamento o nível mais frequente corresponde ao APES 5, o que sugere alguma integração e implementação de estratégias adquiridas ao longo da terapia. No entanto, esta mudança parece pouco estruturada e sustentada que seria evidente na presença de níveis mais elevados (APES 6 e 7) de assimilação. Uma hipótese explicativa para os presentes resultados poderá estar relacionada com o facto da experiência problemática, como a perda por suicídio da mãe, ser um desafio acrescido na integração de um significado coerente nas auto-narrativas existentes (Alves et al., 2016). Estes resultados parecem corroborar a perspetiva que existem diferenças de indivíduo para indivíduo, mesmo estando perante a mesma situação de perda (Bonanno & Kaltman, 2001). Portanto, o processo de luto é uma experiência emocional humana universal, mas idiossincrática (Barreto et al., 2008).

Conforme a literatura, o processo de assimilação de experiências problemáticas ocorre de forma transversal quanto ao diagnóstico e também é transteórico, ou seja, é independente do modelo terapêutico. O presente estudo parece validar esta perspetiva, uma vez que nunca havia sido estudada uma amostra de casos de luto, mas o percurso parece similar aos casos com outras patologias (Basto et al., 2014; Barbosa et al., 2018; Brinegar et al., 2008; Caro Gabalda, 2003, 2006, 2008; Field et al., 1994; Gonçalves et al., 2014; Honos-Webb et al., 2003; Humphreys, et al., 2005; Kramer, et al., 2016; Lishman, et al., 2016; Meystre et al., 2017; Mosher et al., 2008; Osatuke & Stiles, 2006).

Conclusão

O presente estudo teve como objetivo analisar e compreender como ocorre, ao longo da psicoterapia, o processo de assimilação de experiência problemática da perda de uma pessoa significativa por suicídio. No sentido de compreender e comparar como ocorre o processo de assimilação ao longo da terapia de reconstrução de significado.

As principais conclusões são: 1) o processo de assimilação ocorre de uma forma gradual ao longo da terapia; e 2) existem semelhanças e diferenças ao nível do processo de assimilação nos indivíduos que experienciam a mesma perda.

A presente dissertação contempla também limitações que devem ser tidas em conta em investigações futuras, nomeadamente a impossibilidade de analisar todas as sessões de ambos os casos apresentados. Desta forma, se fosse possível considerar a totalidade das sessões do processo terapêutico permitira um maior conhecimento dos casos, e conseqüentemente, uma visão mais ampla da evolução da assimilação, sendo que este poderá ser um mote para investigações futuras. O facto de se tratar de estudos de caso não é possível uma generalização dos resultados obtidos, uma vez que estamos perante indivíduos em particular e não amostras representativas de grupos populacionais.

Contudo, o presente estudo, com foco na terapia narrativa-construtivista permite um acréscimo do conhecimento aos estudos previamente realizados do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas. O facto de constituir um “*theory building case studies*”, as observações efetuadas permitem verificar se corroboram com a teoria, ou por outro lado, sugerem novas elaborações ou modificações à mesma, promovendo o seu aperfeiçoamento (Stiles, 2015). De uma forma geral, o estudo constitui um ponto de partida para futuras análises, nomeadamente ligadas à evolução do processo de assimilação na problemática de luto complicado. Por outro lado, poderá ainda, ser

interessante explorar a associação, sessão a sessão da relação entre a assimilação e a sintomatologia de luto complicado.

No que concerne à prática clínica, estes resultados poderão ser úteis na medida em que a identificação de níveis mais elevados de assimilação em casos de luto complicado associados ao sucesso terapêutico, poderá funcionar como um indicador de uma mudança mais estruturada em termos do processo de reconstrução de significado após a morte de um ente querido por suicídio.

Referências

- Alves, D., Mendes, I., Gonçalves, M. M., & Neimeyer, R. A. (2012). Innovative moments in grief therapy: Reconstructing meaning following perinatal death. *Death Studies, 36*(9), 795-818.
- Alves, D., Neimeyer, R. A., Batista, J., & Gonçalves, M. 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 Behavioral Scientist, *44*(5), 854-865.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- 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. *Psicooncologia, 5*, 2-3, 383- 400.
- Barros, A. P. R., Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F., & Castanha, A. R. (2006). As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estudos de Psicologia, 23*(1), 19-28.
- Basto, I., & Salgado, J. (2014). La investigacion sobre el proceso de cambio en psicoterapia y los diferentes enfoques terapêuticos: un analisis de los mecanismos cognitivos y emocionales. *Revista de Psicoterapia, 25* (99), 31-47.
- Beaudoin, V., Séguin, M., Chawky, N., Affleck, W., Chachamovich, E., & Turecki, G. (2018). Protective factors in the inuit population of nunavut: A comparative

- study of people who died by suicide, people who attempted suicide, and people who never attempted suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(144), 1–15.
- Bellet, B. W., Neimeyer, R. A. & Berman, J. S. (2017). Event centrality and bereavement symptomatology: The moderating role of meaning made. *Omega-Journal of Death and Dying*, 78(1), 3-23,
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(8), 444-452.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical psychology review*, 21(5), 705-734.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 a 19 anos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 195-209.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 195–209
- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M. B., & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 786-794.
- Brinegar M. G., Salvi L. M., & Stiles W. B., (2008). The case of Lisa and the assimilation model: The interrelatedness of problematic voices. *Psychotherapy Research*, 18, 657-66.

- Brinegar M. G., Salvi L. M., & Stiles W. B., (2008). The case of Lisa and the assimilation model: The interrelatedness of problematic voices. *Psychotherapy Research, 18*, 657-66.
- Brinegar, M. G., Salvi, L. M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 165–180.
- Brinegar, M. G., Salvi, L. M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 165–180.
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28*(1), 1-23.
- Caro Gabalda, I. (2003). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación (I). *Boletín de Psicología, 79*, 31-57.
- Caro Gabalda, I. (2003). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación (I). *Boletín de Psicología, 79*, 31-57.
- Caro Gabalda, I. (2006). The assimilation of problematic experiences model in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research, 16*, 436-452.
- Caro Gabalda, I. (2006). The assimilation of problematic experiences model in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research, 16*, 436-452.

- Caro Gabalda, I. (2006). The assimilation of problematic experiences model in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research, 16*, 436-452.
- Caro Gabalda, I. (2008). Assimilation of problematic experiences in Linguistic Therapy of Evaluation: A case study. *Journal of Constructivist Psychology, 21*, 151-172.
- Caro Gabalda, I. (2011). El cambio terapéutico a través del modelo de asimilación: su aplicación en la terapia lingüística de evaluación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*, 169-188.
- Caro Gabalda, I. (2011). El cambio terapéutico a través del modelo de asimilación: su aplicación en la terapia lingüística de evaluación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*, 169-188.
- Caro Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica, 2*, 199-212.
- Carvalho, A., Peixoto, B., Saraiva, C. B., Sampaio, D., Amaro, F., Santos, J. C., & Santos, N. (2013). *Plano nacional de prevenção do suicídio 2013/2017*. Lisboa, Portugal: Direcção Geral da Saúde.
- Cavalcanti, A. K. S., Samczuk, M. L., & Bonfim, T. E. (2013). O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. *Psicólogo informação, 17*(17), 87-105.
- Cerel, J., & Campbell, F. (2008). Suicide survivors seeking mental health services: A preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 38*, 30-34.

- Cerel, J., Jordan, J. J., & Duberstein, P. R. (2008). Impact of suicide on family survivors. *Crisis*, 29, 38–44.
- Chin, J., & Holden, R. R. (2013). Multidimensional Future Time Perspective as Moderators of the Relationships between Suicide Motivation, Preparation, and Its Predictors. *Suicide and LifeThreatening Behavior*, 43, 395-405.
- Cicchetti, D. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284– 290.
- Coleman, R. A., & Neimeyer, R. A. (2010). Measuring meaning: searching for and making sense of spousal loss in late-life. *Death studies*, 34(9), 804–834.
- Crosby, A. E., & Sacks, J. J. (2002). Exposure to suicide: Incidence and association with suicidal ideation and behaviour: United States, 1994. *Suicide and LifeThreatening Behavior*, 32, 321–328.
- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death Studies*, 30(5), 403– 428.
- Currier, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Fragmented stories: The narrative integration of violent loss. In E. K. Rynearson (Ed.), (2007) *Violent death* (pp. 85–100). New York: Routledge.
- Dejonckheere E., Fried E.I. (2016) Bereavement. In: Zeigler-Hill V., Shackelford T. (eds) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer, Cham.

- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validation of prolonged grief disorder instrument for Portuguese population. *Acta Medica Portuguesa*, 24(6), 935-942.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Dutton, Y. C., & Zisook, S. (2005). Adaptation to bereavement. *Death studies*, 29(10), 877-903.
- Dyregrov, K. (2009). The important role of the school following suicide in Norway. What support do young people wish that school could provide? *Omega: Journal of Death and Dying*, 59, 147-161.
- Field, S. D., Barkham, M., Shapiro, D. A., & Stiles, W. B. (1994). Assessment of assimilation in psychotherapy: A quantitative case study of problematic experiences with a significant other. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 397-406.
- Field, S. D., Barkham, M., Shapiro, D. A., & Stiles, W. B. (1994). Assessment of assimilation in psychotherapy: A quantitative case study of problematic experiences with a significant other. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 397-406.
- Franco (Org.), *Formação e rompimento de vínculos* (pp. 17-42). São Paulo, SP: Summus.
- Franco, M. H. P. (2010). Por que estudar o luto na atualidade? In M. H. P.
- Freitas, J. (2013). Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 19(1), 97-105.

- 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.
- Golden, A. & Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Research, 178*, 336–341.
- Gonçalves, A. M., Freitas, P. P., & Sequeira, C. A. C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: fatores de risco e de proteção. *Millenium, 40*, 149-159.
- Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of “innovative moments” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology, 22*(1), 1-23.
- Gonçalves, M., Caro Gabalda, I., Ribeiro, A. P., Pinheiro, P., Borges, R., Sousa, I., & Stiles, W. B. (2014). The innovative moments coding system and the assimilation of problematic experiences scale: a case study comparing two methods to track change in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 24*(4), 442-55.
- Gray, M. A., & Stiles, W. B. (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*, 529–557.
- Heaton, K. J., Hill, C. E., Hess, S. A., Leotta, C., & Hoffman, M. A. (1998). Assimilation in therapy involving interpretation of recurrent and nonrecurrent dreams. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 35*(2), 147-162.

- Honos-Webb, L., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2003). A Method of Rating in Psychotherapy Based on Markers of Change. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (2), 189-198.
- Honos-Webb, L., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2003). A Method of Rating in Psychotherapy Based on Markers of Change. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (2), 189-198.
- 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. L., Rubin, J. S., Knudson, R. M., & Stiles, W. B. (2005). The assimilation of anger in a case of dissociative identity disorder. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 121-132.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). Estatísticas demográficas – taxa de mortalidade padronizada. Lisboa: INE; 2015.
- Keesee, N. J., Currier, J. M., & Neimeyer, R. A. (2008). Predictors of Grief Following the Death of One's Child: The Contribution of Finding Meaning. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1145-1163.
- Knobloch, L. M., Endres, L. M., Stiles, W. B., & Silberschatz, G. (2001). Convergence and divergence of themes in successful psychotherapy: An assimilation analysis. *Psychotherapy*, 38.
- Kposowa, A. J., & McElvain, J. P. (2006). Gender, place, and method of suicide. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(6), 435-443.

- 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.
- 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
- Latham, A., & Prigerson, H. (2004). Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behavior, 34*(4), 350-36
- Lee, J. Y., & Bae, S. M. (2015). Intra-personal and extra-personal predictors of suicide attempts of South Korean adolescents. *School Psychology International, 36*(4), 428–444.
- Leiman, M., & Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research, 11*, 311-330.
- 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.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E., Corcoran, P., Fekete, S., Heeringen, k, Leo, D., & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 4*(6), 667–677.

- Magalhães, A. P. N. de, de Medeiros Alves, V., Comassetto, I., Lima, P. C., Mancussi, A. C., & Faro, A. E. N. (2014). Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *63*, 16-22.
- McMenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *38*, 375-389.
- McMenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *38*, 375-389.
- Mergenthaler, E., & Stinson, C. (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, *2*, 125-142.
- Meystre, C., Kramer, U., Despland, J., & Rotten, Y. (2017) Insight level in the assimilation process: A comparison of good- and poor-outcome cases in shortterm dynamic psychotherapy of depressive inpatients. *Counselling Psychology Quarterly*, *30*, 134-151.
- Miller, M. D. (2012). Complicated grief in late life. *Dialogues in clinical neuroscience*, *14*(2), 195.
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Crisis*, *25*, 12-18.
- Moreira, L. C. O., & Bastos, P. R. H. O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: Revisão de literatura. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, *19*(3), 445-453.

- 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.
- 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. A. (2000). Searching for meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541–558.
- Neimeyer, R. A. (2002). Traumatic loss and the reconstruction of meaning. *Journal of Palliative Medicine*, 5, 935-942.
- Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & van Dyke-Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 73-83.
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhares sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4, 509-521.
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4 (19), 509-521.
- Organização Mundial da Saúde. Departamento de saúde mental e abuso de substâncias (2006). *Prevenção de suicídio: um recurso para conselheiros*.
- Organização Mundial de Saúde (2017). *Saúde mental: prevenção do suicídio*
- Osatuke, K., & Stiles, W. B. (2006). Problematic internal voices in clients with borderline features: An elaboration of the assimilation model. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 287-319.

- Osatuke, K., Humphreys, C. L., Glick, M. J., Graff-Reed, R. L., Mack, L. T., & Stiles, W. B. (2005). Vocal manifestations of internal multiplicity: Mary's voices. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 78, 21-44.
- Osatuke, K., Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Barkham, M. (2007). Submissive voices dominate in depression: Assimilation analysis of a helpful session. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 153-164.
- Osatuke, K., Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Barkham, M. (2007). Submissive voices dominate in depression: Assimilation analysis of a helpful session. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 153-164.
- Osatuke, K., Stiles, W., Barkham, M., Hardy, G., & Shapiro, D. (2011). Relationship between mental states in depression: The assimilation model perspective. *Psychiatry Research*, 190, 52–59.
- Osatuke, K., Glick, M. J., Stiles, W. B., Greenberg, L. S., Shapiro, D. A., & Barkham, M. (2005). Temporal patterns of improvement in client-centred therapy and cognitive-behaviour therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 95–108.
- Oulanova, O., Moodley, R., & Séguin, M. (2014). From suicide survivor to peer counselor: breaking the silence of suicide bereavement. *Omega: Journal of Death and Dying*, 69, 151-168.
- Palmer, E. J., & Connelly, R. (2005). Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15(3), 164–170. doi: 10.1002/cbm.4.

- Penttinen, H., & Wahlström, J. (2013). Progress in assimilation of problematic experience in group therapy for social phobia: A sub-group analysis. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 43*, 123–132.
- 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.
- 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.
- Pereira, A. S., Willhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. M. D. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adulez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva, 23*, 3767-3777.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM–V and ICD–11. *PLoS Medicine, 8*, 1- 12.
- Prigerson, H.G., Bierhals, A.J., Kasl, S.V., Reynolds, III, C.F., Shear, M.K. Day, N., et al. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry, 154*, 616-623
- Ramos, V. A. B. (2016). O processo de luto. *Psicologia-Portal do psicólogo*.
- 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.
- Sanders, C. (1998). Risk factors in bereavement outcome. *Journal of Social Issues*, Vol. 44, pp. 97-111.
- Santos, J., Façanha, J. D. N., Gonçalves, M. A. B., Erse, M. P. Q. A., Cordeiro, R. A. C., & Façanha, R. M. P. S. (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Santos, S., Campos, R. C., & Tavares, S. (2015). Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal. *Death Studies*, 39, 332-341.
- Santos, S., Tavares, S., & Campos, R. C. (2015). Distress in Portuguese family members bereaved by suicide: An exploratory study. *Journal of Loss and Trauma*, 20, 267-280.
- Santos, S., Tavares, S., & Campos, R. C. (2015). Distress in Portuguese family members bereaved by suicide: An exploratory study. *Journal of Loss and Trauma*, 20, 267-280.
- Santos, W. S., Ulisses, S. M., Costa, T. M., Farias, M. G., & Moura, D. P. F. (2016). A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(3), 515-526.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. 3rd. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293(21), 2601–2608.
- Shear, M. K. (2010). Complicated grief treatment: The theory, practice and outcomes. *Bereavement Care*, 29(3), 10-14.

- Silva, M., & Ferreira-Alves, J. (2012). O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 588-595.
- 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.
- Souza, L. D. M., Ores, L., Oliveira, G. T., Cruzeiro, A. L. S., Silva, R. A., et al. (2010). Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 286-292.
- Stiles, W. B. (1997). Signs and voices: Joining a conversation in progress. *British Journal of Medical Psychology*, 70 (2), 169-76.
- Stiles, W. B. (2002). Assimilation of problematic experiences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 357-365). New York: Oxford University Press.
- Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7, 122-127.
- Stiles, W. B. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research*, 21 (4), 367–384.
- Stiles, W. B., & Angus, L. (2001). Qualitative research on clients' assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychologische Beiträge*, 43, 570–585.

- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27, 411–420.
- Stiles, W. B., Meshot, C. M., Anderson, T. M., & Sloan, W. W. (1992). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2, 81- 101.
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28, 195–206.
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28, 195–206.
- Stiles, W.B., Leiman, M., Shapiro, D.A., Hardy, G.E., Barkham, M., Detert, N.B., & Llewelyn, S.P. (2006). What does the first exchange tell? Dialogical sequence analysis and assimilation in very brief therapy. *Psychotherapy Research*, 16,408- 421.
- Stroebe, M. (2001). Bereavement research and theory: Retrospective and prospective.
- Stroebe, M. & Schut, H. & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38(3-4), 185-201.
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23,197-224.

- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A decade on. *Omega*, 61, 273-289.
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science and Medicine*, 63, 2440-2451.
- Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. (pp. 349–371).
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 161, 562-563.
- 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.
- 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.
- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 175-187.
- Waldvogel, J. L., Rueter, M., & Oberg, C. N. (2008). Adolescent Suicide: Risk Factors and Prevention Strategies. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 38, 110–125.

- Watkins, R., Cheston, R., Jones, K., & Gillard, J. (2006). 'Coming out' with Alzheimer's disease: Changes in awareness during a psychotherapy group for people with dementia. *Aging and Mental Health, 10*, 166-176.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista interamericana de Psicologia, 39*, 259-266.
- Werlang, B., Borges, V., & Fensterseifer, L. (2005). *Interamerican Journal of Psychology, 39*(2), 259- 266.
- World Health Organization (2002). Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental, nova concepção, nova esperança. Trad. Gabinete de Tradução Climepsi Editores. Lisboa: Climepsi Editores.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. World Health Organization