

Teorias da Adaptação à Perda e do Luto

Texto de apoio

José Carlos Rocha, GICPsi, 2005

Teorias da Adaptação à perda e luto

1 Contributos das teorias Psicanalíticas	
2 Teorias das fases	
3 Teorias do <i>stress</i>	
3.1 Conceitos base	
3.2 Modelo geral do <i>coping</i>	
3.3 Estratégias, processos ou estilos de <i>coping</i>	
3.4 Avaliação cognitiva	
3.5 Lidar com a perda	
3.6 Luto e trauma	
4 Teorias do suporte social	
4.1 Aspectos conceptuais	
4.2 Aplicações dos modelos	
4.3 O suporte social em relação ao luto	
5 Teorias cognitivas	
6 Teorias construtivistas	
6.1 Fundamentos	
6.2 Perspectivas construtivistas do luto	

Bibliografia

O sofrimento humano associado a uma perda de alguém querido tem um forte impacto tanto no bem-estar psicológico como físico. As consequências físicas compreendem dificuldades imunitárias (Irwin *et al.*, 1988), aumento de hospitalizações e consultas nos cuidados de saúde primários (Thompson *et al.*, 1984), e aumento da mortalidade (Niemi, 1979).

O primeiro estudo conhecido que afirma relação entre luto e aumento de mortalidade data de 1621, considera que o luto conduz a depressão, doença física, suicídio e morte por causas naturais. Num dos primeiros dados sobre a mortalidade em Londres, este mesmo autor contabiliza 10 mortes por luto (Dr. Heberden Bill, citado por Stroebe e Stroebe, 1992).

As reacções psicológicas à perda têm uma intensidade variável caracterizada por emoções negativas como depressão, ansiedade, desespero, descrença, raiva e apatia (Bowlby, 1980). Stroebe (2000) considera as reacções de luto de quatro tipos: A. manifestações afectivas, como humor depressivo, ansiedade, sentimentos de culpa, raiva, anedonia e solidão; B. manifestações comportamentais, inclui agitação, fadiga, comportamentos de procura, choro e isolamento; C. manifestações cognitivas, como preocupação com o ente falecido, baixa auto-estima, desânimo, lentidão no pensamento e perdas de memória; D. manifestações fisiológicas, incluindo perda de apetite, distúrbios do sono, queixas somáticas e susceptibilidade para doenças (M. Stroebe *et al.*, 2000).

Várias teorias desenvolvem explicações para as reacções à perda: umas propõem que este sofrimento está relacionado com conflitos internos associados às etapas da perda ou à falha de reinvestimento em novo relacionamento. Outras teorias consideram que a perda de um ente querido se trata de um acontecimento de vida stressor, ou representa uma perda de apoio social ou forte mudança no modo como a vida era assumida.

Procuramos descrever as principais teorias sobre o tema. Aprofundamos a perspectiva dominante, a perspectiva do stress e *coping*, que, ao distinguir vários stressores, permite uma análise da perda tanto como um evento traumático como um acontecimento de vida. Realçamos também aspectos teóricos sobre esta teoria, na perspectiva de uma melhor compreensão da adaptação à perda e à interrupção de gravidez. Para finalizar, expomos duas teorias complementares à teoria do stress: a teoria do suporte social e as teorias constructivistas.

1. Contributos das Teorias Psicanalíticas

Antes de Freud, as concepções dominantes acerca da perda eram iminentemente religiosas, baseadas em escritos que relatam reacções à morte intrínsecas a uma cultura e a determinados momentos históricos (Lyon, 2000). A teoria desenvolvida por Freud sugere que no processo de luto normal os sobreviventes perdem libido dirigida ao

objecto perdido (o falecido) e depois reinvestem num novo objecto (novo interesse amoroso). Este comportamento é associado à necessidade de reduzir o pesar emocional ligado à perda. O luto patológico surge quando um individuo tem predisposição para neurose obsessiva, apresenta ambivalência quanto à perda e se culpa pela mesma (Freud, 1917, cit. Kato e Mann, 1999).

Esta não explica alguns factos sobre o luto, nomeadamente, o porquê de os homens sofrerem mais do que as mulheres nem a importância dos factores de ordem social. Contudo, predizem que as pessoas lidam melhor com perdas esperadas do que com perdas inesperadas; quando a perda é esperada o reinvestimento da libido poderá surgir antes.

No entanto, esta teoria é uma marco importante na evolução do pensamento sobre o luto. Recentemente surgiu uma considerável transformação dentro do próprio modelo; Hagman (2001) procura rever conceptualmente alguns dos conceitos de Freud e introduz elevada coerência entre a prática e a teoria, o que realça o papel da procura de significado para a perda. Constata-se que este movimento evolutivo no sentido da elaboração de significado é comum a várias correntes.

Hagman define do seguinte modo o processo de luto: “O processo de luto refere-se a diversas e variadas respostas à perda de um ente significativo. O luto envolve a transformação dos significados e afectos associados com a relação com o ente perdido com o objectivo de permitir a sobrevivência sem o outro, enquanto assegura a continuidade de experiência relacional com o falecido. O trabalho de luto é raramente realizado em isolamento e pode envolver activamente outros companheiros de luto ou sobreviventes. Um aspecto importante do luto é a experiência de disrupção da organização do *self* devido à perda da função da relação com o outro” (Hagman, 2001, p. 24).

Ou seja, esta nova perspectiva de luto considera que o percurso de cada um é único: o normal e o patológico é considerado no contexto e considera que os afectos não são manifestações externas de processos intra-psíquicos, mas são tentativas de comunicação.

2. Teorias das fases

A investigação qualitativa com doentes terminais e com as suas viúvas permitiu a definição de vários padrões no processo adaptativo que, por sua vez, conduziram os investigadores à definição de etapas correspondentes aos sentimentos e pensamentos verificados nos enlutados. As teorias das fases são as teorias mais conhecidas e apreciadas entre os clínicos, mesmo no contexto do aconselhamento genético, no entanto, nas últimas décadas há poucos estudos empíricos que usem esta abordagem.

Kübler-Ross em 1969 definiu um conjunto de 5 fases pelas quais os indivíduos atravessam na aproximação da sua própria morte: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação (Kübler-Ross, 1998). Esta teoria foi expandida a situações de perda de um ente querido e é hoje vista como um modelo de desenvolvimento de significações (Joyce-Moniz, 1992).

O estudo de Kübler-Ross com 200 doentes estabeleceu algumas características para cada uma das etapas. Na fase de negação, verificou que a maioria dos doentes, ao tomar conhecimento da doença terminal que padecia, respondiam: “Não, eu não, não pode ser verdade”. A procura de melhores explicações, ou seja, a procura de

segundas opiniões clínicas é frequente e não será mais do que a necessidade de deixar de lado o pensamento da morte para lutar pela vida, protegendo-o de experienciar toda a extensão da realidade (Kübler-Ross, 1998). Seguidamente à afirmação “isso não pode ser verdade”, surge com frequência “Pois é, é comigo, não foi engano”. A esta frase são associados sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e surge a questão “Porquê eu?”. Numa terceira fase, Kübler-Ross sugere que há uma procura de novas estratégias para lidar com a resposta à questão “porquê eu?”; o doente terminal sabe que existe uma leve possibilidade de ser recompensado por um bom comportamento, quase sempre almeja um prolongamento da vida. Quando o doente em fase terminal não pode negar mais a sua doença, o seu afastamento, a sua raiva, os seus esforços cederão lugar a sentimento de grande perda. Segundo a autora, o doente estará na fase de depressão. Após ter exprimido as suas emoções o doente contempla o seu fim próximo com relativa tranquilidade e aceita os factos. O paciente estará então na fase de aceitação.

A teoria da vinculação de Bowlby sustenta que várias espécies animais, incluindo as crianças, sentem ansiedade de separação ao afastarem-se dos seus pais. Estende a sua teoria aos adultos e sugere que o luto é a reacção da ruptura da vinculação entre os adultos e os seus entes queridos. Bowlby só publicou a sua teoria do luto em 1980 e considera que a progressão do luto obedece a um padrão sistemático de fases com enfoque especial no processamento de informação (Bowlby, 1980). Considera quatro fases: 1. Choque, geralmente dura entre algumas horas até uma semana e pode ser interrompida por explosões de ansiedade e raiva extremamente intensas; 2. Procura, fase de procura da figura perdida, que dura alguns meses e por vezes anos; 3. Desorganização, fase de forte desespero e depressão; 4. Reorganização, fase de relativa recuperação. Esta estruturação baseou-se em estudos publicados sobre o luto

na perda do cônjuge. Não obstante, Bowlby descreve especificamente uma progressão para o caso de pais que perdem filhos e nados mortos, contudo, refere que não há diferenças acentuadas em relação à viuvez. Alerta para os cuidados hospitalares face à morte de recém-nascidos serem demasiado protectores dos pais, sugerindo que os pais podem ser estimulados a visitar o bebé doente, a participar nos cuidados, a estar junto dele enquanto morre, a vê-lo, a tocá-lo e a segurá-lo, o que, sem isso os pais enfrentariam um “não-acontecimento”.

Quando se trata da morte de um filho, o autor descreve a fase de choque referindo que todos os pais se sentem atordoados, com sentimento de desrealização, no momento em que são informados da doença do filho. Vivem como se não fosse um problema deles durante alguns dias. Considera depois uma fase de desespero e tentativa de modificar o resultado, aproximando-se das ideias de Kübler-Ross. Por fim, considera uma só fase de desorganização e reorganização. Considera a importância do relacionamento conjugal como factor facilitador da adaptação e consistentemente alerta para a influência de diferenças culturais. Também Parkes (1998) considera 4 fases em tudo idênticas às definidas por Bowlby.

Com uma estruturação diferente mas complementar, Worden (1991) identifica 4 tarefas que devem ser trabalhadas ao longo do processo de luto: primeira tarefa, aceitar a realidade da perda; segunda tarefa, experienciar a dor da perda; terceira tarefa, ajustar-se a um ambiente no qual falta o ente perdido; quarta tarefa, remover a energia emocional investida no ente perdido e reinvestir noutra relação (Worden, 1991). Este autor procura também definir algumas estratégias facilitadoras do processo de luto, sugerindo estratégias de aconselhamento para lutos não-complicados e estratégias de terapia de luto para o luto patológico. O conceito de luto patológico é definido como extremamente intenso ao ponto da pessoa se remeter para comportamento

desadaptativo ou mantendo-se intermitentemente em processo de luto sem progressão, sem assimilação ou acomodação, em vez disso, levando a repetições estereotipadas ou interrupções do ajustamento (M. J. Horowitz *et al.*, 1993). Este conceito é associado à co-ocorrência de stress pós-traumático, no entanto, Worden (1991) considera factores de risco de diversa ordem: a. relacionais, ou seja, o tipo de relacionamento que a pessoa tinha com o falecido; b. circunstanciais, nomeadamente quando a morte é incerta ou quando há mortes múltiplas; c. históricos, referindo-se a dificuldades anteriores em perdas anteriores; d. de personalidade, refere que há pessoas com dificuldades em tolerar extremas sensações emocionais e que falham na segunda tarefa de luto, também considera outras características de personalidade, como, o auto-conceito de ser a pessoa forte da família ou dificuldade em tolerar sentimentos de dependência e; e. sociais. Sugere-se que, por vezes, a perda é socialmente incomunicável o que conduz a fraco suporte emocional. Worden faz também alguma reflexão sobre determinados tipos de perdas, nomeadamente abortamento espontâneo e morte súbita do lactente, contudo, não aprofunda no sentido da compreensão geral da reacção neste tipo de situações.

As críticas a estas teorias argumentam que estes modelos sugerem que um determinado grau de sofrimento ou perturbação é condição necessária para a adaptação à perda. Por outro lado, as teorias que propõe etapas ou fases sustentam que a falha na experiência do sofrimento é indicador de patologia (C. B. Wortman & Silver, 1989).

3. Teorias do stress

O stress é um conceito unificador de diversos factores considerados importantes para a compreensão da adaptação do ser humano e da doença mental: conflitos internos, factores neurofisiológicos, cognitivos, sociológicos e antropológicos (Aldwin, 1994). Pelo reconhecimento multifactorial que os modelos de stress fazem da saúde mental, o ónus da doença mental deixou de se centrar na “falha” do indivíduo ou de ser definido em função de normas sociais.

Dado o seu sentido integrador e a sua versatilidade conceptual, as teorias do stress estão subjacentes a grande parte da investigação efectuada em vários campos da aplicação da psicologia. A doença e a saúde, a perda, as situações de elevada exigência como as situações de guerra, as catástrofes, ou outras mudanças na vida são temas muito frequentes na investigação que usam os paradigmas do stress.

3.1 Conceitos base

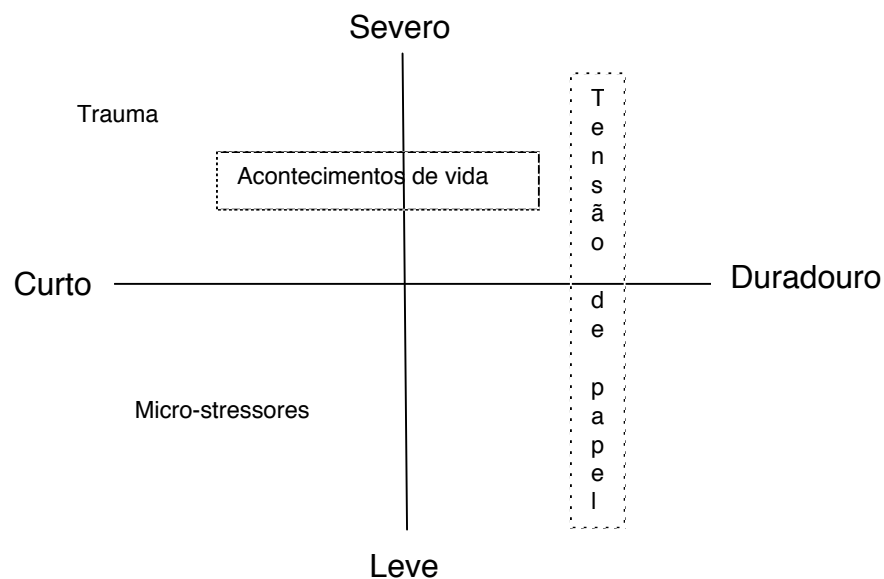
Apesar das múltiplas utilizações do termo *stress*, não se trata de um constructo reificado, refere-se antes à qualidade da experiência, produto da transacção entre a pessoa e o ambiente, que através de super-activação, ou de sub-activação, resulta em perturbação mental ou fisiológica.

Geralmente as investigações sobre o *stress*, que são conceptualizadas tendo em conta as exigências ambientais, referem-se ao estudo de situações extremas de

dificuldade de adaptação ou a acontecimentos de vida individuais, ou seja, do estudo dos próprios stressores.

Por outro lado, quando se centram nas transacções entre o individuo e o ambiente, os estudos tendem a focar-se nos pequenos stressores do dia-a-dia.

Na verdade, no entanto, a conceptualização dos stressores não é de todo clara, há sobreposições entre alguns conceitos, nomeadamente, alguns autores não separam o trauma de acontecimentos de vida. Apesar disso, tentamos aqui esclarecer sumariamente estes conceitos recorrendo a um simplificado esquema bi-dimensional em que o eixo do *x* refere-se à duração do stressor e o eixo do *y* à severidade do *stress*



Esquema 5.1 Adaptação de gráfico ilustrativo das diferenças entre os vários tipos de stressores (Aldwin, 1994).

Os investigadores que se debruçam sobre a perturbação de *stress* pós-traumático, argumentam que o trauma se diferencia dos acontecimentos de vida por

diferenças qualitativas caracterizadas por *flashbacks*, pesadelos e hiper-reactividade, enquanto os acontecimentos de vida apenas conduziriam a depressão e ansiedade.

De acordo com o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), o stress traumático é definido como acontecimentos que envolvem séria ameaça de vida ou da integridade física, seja para o próprio seja para outros significativos.

Podemos dividir o trauma em três categorias: desastres naturais ou tecnológicos, guerra e trauma individual. O trauma individual refere-se a acidentes graves envolvendo ferimento grave e ameaça percebida à vida que é associado a sentimento de desespero, disrupção, destruição e perda (Aldwin, 1994).

Outras definições de trauma procuram explicar a sintomatologia através do impacto que provocam nos sujeitos e não se limitam à descrição do stressor. Estas consideram acontecimentos traumáticos aqueles que abalam as crenças de um mundo predizível e com significado. Epstein refere quatro tipos de esquemas cognitivos que podem ser afectados numa situação traumática: 1. crenças sobre benignidade do mundo; 2. a possibilidade de justiça; 3. a confiança nos outros em geral; 4. e o valor de si próprio (Epstein, 1993). Contudo, estas definições mais latas podem ser aplicadas a diversos acontecimentos de vida e a situações de tensão no papel. Por esse, motivo aceitamos como mais adequada a definição que considera apenas as situações extremas como associadas aos trauma, ou seja, a definição exposta no DSM-IV.

Por outro lado, são considerados acontecimentos de vida as situações de vida de maior impacto pessoal, seja uma morte, um divórcio, uma doença grave ou uma gravidez. A distinção entre acontecimentos de vida e acontecimentos traumáticos centra-se na dificuldade de processamento cognitivo das situações traumáticas.

Por vezes, é utilizado o termo “crise” para definir as qualidades de um dado acontecimento de vida. Este termo tem raízes nos trabalho de Caplan nos anos

sessenta tendo sido definida como “um evento percebido como uma dificuldade intolerável que excede os recursos e estratégias de *coping* de um indivíduo” (Gilliland e James, 1988, p. 3).

O termo crise pode ainda ser definido de outras formas. Para Aguilera (1998) crise é simplesmente a incapacidade de uma pessoa para resolver um dado problema. As definições mais complexas contemplam três aspectos para definir crise: (1) um determinado evento ocorre; (2) a percepção desse acontecimento leva a um grau subjectivo de perturbação; e, (3) o modo usual para lidar para situações difíceis falha, o que leva a pessoa funcionar pior ao nível psicológico, emocionalmente ou comportamentalmente.

A crise é conceptualizada como tendo o potencial implícito de gerar a sensação de perigo e uma oportunidade de crescimento. No entanto, a crise é por natureza limitada no tempo, mas da qual a pessoa emerge mais forte ou mais fraca (Kanel, 1999). O aspecto relativo ao potencial de crescimento inerente a uma crise é hoje valorizado nas teorias mais recentes em relação ao luto (Calhoun & Tedeschi, 2001).

Como referimos anteriormente, o estudo dos stressores permite clarificar conceitos base, no entanto, não sustenta explicações para a diversidade de reacções individuais ao stress.

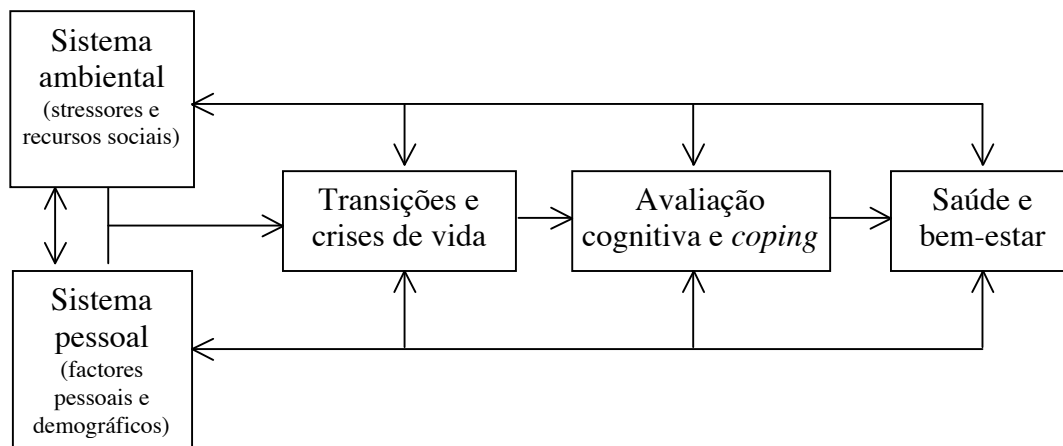
3.2 Modelo geral de *coping*

Perante um determinado stressor o indivíduo reage, ou pratica determinadas acções, de modo a repor o equilíbrio na transacção com o ambiente. O conceito que reporta ao estudos destas acções é genericamente chamado de *coping*.

Este conceito poderá ser traduzido de um modo incompleto para Português como “enfrentamento” ou como “lidar com”, no entanto, devido à falta de rigor conceptual preferimos o termo anglo-saxónico de *coping*.

Coping é definido como o uso de estratégias para lidar com um problema, actual ou antecipado, e com as emoções negativas inerentes (Aldwin, 1994). Ou também pode ser definido como os esforços cognitivos e comportamentais para melhorar, reduzir ou tolerar exigências externas ou internas que são geradas por uma dada situação (Susan Folkman, 1984).

O *coping* reflecte sobre o modo como cada pessoa lida um determinado tipo de acontecimento. Moos e Schaefer (1993) conceptualizaram um modelo que considera factores sociais e pessoais, mais estáveis, e factores situacionais, mais modificáveis, na caracterização do *coping*.



Esquema 5.2 Uma grelha conceptual geral para o processo de *coping* (adaptado de Moos e Schaefer, 1993)

O sistema ambiental é composto pelos stressores em curso, como uma doença crónica ou uma morte de familiar, assim como pelo suporte social, por exemplo, o apoio dos familiares. O sistema pessoal inclui as características sócio-demográficas e

recursos pessoais, como a auto-confiança. Estes sistemas, considerados relativamente estáveis, influenciam as transições e crises de vida que o sujeito enfrenta. Através da avaliação cognitiva e as respostas de *coping*, as crises de vida e transições influenciam a saúde e bem estar do indivíduo. As setas bidireccionais do modelo sugerem a possibilidade de *feedbacks* recíprocos.

Recentemente, um outro elemento tem sido evocado para completar este modelo. Folkman, depois de 1997, começou a referenciar a importância do significado atribuído ao acontecimento stressor e do próprio processo de construção de significado (Park & Folkman, 1997). Esta evolução é sustentada especificamente nos estudos sobre luto traumático decorrentes da teoria de Epstein, a que iremos dar particular destaque a este tema posteriormente.

3.3 Estratégias, processos ou estilos de *coping*

Um dos elementos mais controversos na discussão do *coping* diz respeito à sua avaliação psicométrica, o que conduziu a inúmeros debates. Consideramos o debate dos estilos de *coping* versus os processos de *coping* essencial para a correcta conceptualização e interpretação deste conceito.

Será o *coping* uma característica de personalidade, traço, estável perante diversas situações, ou antes será específico de uma dada situação e cujo o interesse se centra no estudo processual?

De facto os autores que entendem as competências de *coping* como estáveis, como traços de personalidade, tendem a desenvolver questionários de avaliação

usando expressões como “geralmente você reage” (Endler & Parker, 1990) sem referir a uma situação em específico, como acontece com os instrumentos construídos com base no modelos dos processos de *coping* (Moos & Schaefer, 1993). Ou seja, os modelos dos processos de *coping* não assumem a consistência temporal e situacional do *coping*.

Na realidade, ainda não foi provado que o *coping* é estável no tempo e, como Folkman e Lazarus afirmam, se o *coping* muda é porque é um processo (S. Folkman & Lazarus, 1985). Os autores de escalas centradas nos processos de *coping* procuram resolver esta questão através de questões muito específicas referentes a um dado acontecimento, de preferência, recente.

Outra questão que levanta alguma polémica está relacionada com os diferentes tipos de *coping* que cada autor considera. Se por um lado alguns consideram modelos simplistas, de apenas duas dimensões opostas, como confrontação-evitamento ou *coping* focado nas emoções e *coping* focado no problema; outros preferem uma considerável variedade de dimensões e argumentam referindo que para avaliar determinadas situações mais complexas não bastam duas dimensões de *coping*. No entanto, a utilização de diversas dimensões empobreceu a robustez conceptual e proliferaram diferentes estruturas (Endler & Parker, 1990). Moos (1992) sugere uma organização mista, em que por um lado há 2 pares de dimensões: enfrentamento versus evitamento e *coping* cognitivo versus *coping* comportamental, e por outro, divide cada um destes pares em 4 grupos diferentes. Ou seja, considera 8 dimensões de *coping* além das 4 mais gerais.

Relativamente à eficácia de determinadas estratégias de *coping* face a problemas específicos, é um tema muito frequente na literatura. No que diz respeito ao tratamento da depressão, o uso mais frequente de estratégias de resolução de problemas e menos

frequente de estratégias de descarga emocional, estão associadas a melhores resultados no tratamento de depressão num *follow-up* de 1 ano e 4 anos (Swindle *et al.*, 1989). Estes resultados merecem algumas cautelas devido à dificuldade em atribuir uma direcionalidade causal face ao *coping*, ou seja, além da co-ocorrência destes elementos será que existe uma relação causal? A possibilidade de um modelo em “cascata” para o stress, *coping* e depressão foi assumida por Aldwin, baseado nas regressões efectuadas por Folkman e Lazarus (S. Folkman & Lazarus, 1986), o que solucionou a questão da causalidade. Um indivíduo que tenha maior dificuldade em lidar com um stressor inicial poderá deprimir, que por sua vez levará a uma mais elevada probabilidade de futuros stressores piorarem o estado de humor (Aldwin, 1994).

3.4 Avaliação cognitiva

Como podemos observar no esquema sobre o modelo de Moos e Schaefer (1993), a avaliação realizada sobre um determinado acontecimento tem um papel central no processo adaptativo. Este conceito é definido como uma avaliação consciente sobre se a situação é benigna, ameaçadora, envolve danos e perdas ou constitui um desafio. Este aspecto é considerado de elevada relevância pelo conjunto de investigadores que se referem à perspectiva cognitiva do *coping*, também referida como perspectiva contextual (Aldwin, 1994; Susan Folkman, 1984; Holahan *et al.*, 1996; Moos, 1984). Poderemos dizer que estes autores consideram o modo como cada indivíduo avalia o problema, para depois perspectivarem o sujeito no que diz respeito às estratégias que usar para lidar com o problema.

3.5 Lidar com a perda

A perda é perspectivada como um acontecimento de vida muito stressante, uma vez que requer mais ajustamentos do que outros eventos. As teorias do *stress* consideram que a perda pode afectar mentalmente e fisicamente as pessoas de modo directo e indirecto. Consideram também influências neuro-fisiológicas associadas à forte activação resultante do *stress*, o que ajuda a compreender efeitos imunológicos do luto.

De acordo com estas teorias, o *stress* na perda resulta do desequilíbrio percebido face às exigências situacionais e as competências de *coping* do indivíduo. A situação é vivida como perturbadora quando as exigências percebidas excedem as competências de *coping* e quando a falha em lidar com a situação leva a importantes consequências negativas (W. Stroebe & Stroebe, 1992).

Quando um determinado acontecimento, um encontro entre a pessoa e o meio, gera stress são deliberadamente evocadas estratégias de *coping*. Essas estratégias alteram a atenção sobre a fonte de stress (por exemplo, distanciamento), alteram o significado da situação (por exemplo, reavaliação positiva) ou conduzem a comportamentos que alterem a natureza do encontro entre a pessoa e o meio (por exemplo, afrontamento, procura de apoio social).

Stroebe e Stroebe (1992) delinearam o Modelo do Deficit para a perda de companheiro. Esta grelha teórica é uma adaptação do modelo conceptual de *coping* previamente descrito e sistematiza em dois tipos de explicações contingenciais para as reacções de luto: a avaliação cognitiva das exigências contextuais e o *coping*.

Wortman e Silver (1989) fazem extensa reflexão sobre os mitos que existem sobre o modo como lidar com o luto. Um dos aspectos que mais discutem diz respeito à crença de que há necessidade de sofrimento para a recuperação face à perda. Fazem uma leitura extremamente crítica dos dados que permitiram esta conclusão. Justificam o mito do sofrimento por dois motivos: 1. os autores queriam exprimir que o sofrimento é muito frequente e não necessariamente patológico; 2. havia um enviesamento da leitura de resultados no sentido destes estarem integrados em pressupostos prévios (C. B. Wortman & Silver, 1989). Este mito sugeriu aos clínicos que a confrontação firme e realista com a realidade, mesmo que forçasse um período depressivo, era necessária.

A propósito de confrontação com a realidade, Shelley Taylor (1983) escreveu um dos artigos mais relevantes sobre a adaptação dos humanos a acontecimentos ameaçadores, baseando-se em investigação sobre a adaptação ao cancro. Esta autora ao formular a teoria cognitiva da adaptação considera a ilusão como essencial para o normal funcionamento cognitivo.

3.6 Luto e trauma

Como referimos anteriormente, o luto é genericamente considerado um acontecimento de vida, uma vez que se trata de uma experiência humana normal. Pelo contrário, o trauma refere-se a uma situação extrema em que, em grande medida, as estratégias de *coping* falham na tentativa de adaptação.

O trabalho de Mardi Horowitz na sistematização conceptual dos dados sobre o trauma são extensamente reportados pelos actuais modelos de trauma, especialmente

em relação ao luto patológico (Bonanno *et al.*, 1995; M. Horowitz *et al.*, 1979; M. J. Horowitz *et al.*, 1993; M. J. Horowitz *et al.*, 1997; Maercker *et al.*, 1998). O estudo do trauma no contexto da perda permitiu estabelecer bases conceptuais para o luto patológico ou o luto complicado (M. J. Horowitz *et al.*, 1993; M. J. Horowitz *et al.*, 1997; Maercker *et al.*, 1998).

As diferenças entre o luto como um acontecimento de vida ou como um acontecimento traumático residem na intensidade e frequência das reacções mais do que na natureza das mesmas (M. Stroebe *et al.*, 2000). Apesar do *continuum* sintomático entre ambas, o aspecto considerado mais distintivo é a intrusão. Horowitz (1986) define intrusão como a reexperiência compulsiva de sentimentos e pensamentos relacionadas com o acontecimento traumático; surge sob forma de perturbações do sono e do sonho, hipervigilância, dificuldades de concentração, reacções de susto, comportamento de busca e revisão do evento (Mardi J. Horowitz, 1986). Por outro lado, surge associado à intrusão o evitamento, correspondendo a sintomas dissociativos, amnésia, incapacidade para evocar memórias visuais, negação, desatenção selectiva e obnubilação (Stroebe, 2000).

Antes de expormos uma teoria compreensiva para a elaboração traumática de um acontecimento de vida, referimos a frequência com que um luto é elaborado deste modo. Um estudo longitudinal de 2 anos com 4 avaliações de 128 viúvos e viúvas verificou que 50% dos sujeitos, em pelo menos uma das avaliações, tinha sintomas suficientes para diagnóstico de perturbação de stress pós-traumático. Contudo, também esclareceu que apenas 9% da amostra teve estes sintomas nas 4 avaliações (Schut *et al.*, 1991).

O Seymour Epstein (1993) esclarece alguns aspectos de relevo que nos permite uma melhor compreensão para a ocorrência do trauma. Este autor considera que existe

um sequência padrão de processamento cognitivo. Inicialmente há uma destabilização da personalidade, uma vez que o trauma não pode ser assimilado para a teoria da realidade do sujeito. Depois dessa desestabilização inicial, podem surgir várias evoluções: 1. a destabilização persiste e o sujeito manifesta um humor disfórico com falta de intencionalidade e envolvimento com o mundo; 2. mais frequentemente, a pessoa assimila a experiência integrando-a e diferenciando-a na sua teoria da realidade, o que tornará a pessoa mais triste, contudo, mais sábia (Epstein, 1993). Neste modelo, os princípios que permitem validar a teoria pessoal representam quatro necessidades básicas: 1. maximizar o prazer; 2. minimizar a dor; 3. manter relacionamento com outros; e, 4. maximizar a auto-estima. Sustenta também que, quando estas quatro necessidades não se equilibram, estão criadas condições favoráveis à ocorrência de psicopatologia.

Este modelo sobre o trauma é muito inclusivo de vários elementos. Nomeadamente, explica a ocorrência de pensamentos intrusivos. O processamento incompleto do acontecimento traumático pode manter activas as memórias e precipitar recorrentemente pensamentos intrusivos sobre o acontecimento (Lepore *et al.*, 1996). Estes pensamentos podem ser perturbadores, contudo, alguns autores, consideraram que estes são adaptativos, uma vez que esta exposição facilitaria o processo de alteração de significado da experiência (Rachman, 1980). Não obstante, a realização de estudos empíricos demonstrou que os pensamentos intrusivos são indicadores de perturbação emocional, fisiológica e comportamental a longo prazo (Baum *et al.*, 1993).

Uma explicação para estes efeitos reside no modo como cada sujeito lida com os pensamentos intrusivos (Lepore *et al.*, 1996). Presume-se que os indivíduos cujos esquemas pré-existent são concordantes, ou coerentes, com o acontecimento traumático podem adaptar-se mais rapidamente (Camille B. Wortman & Silver, 1992; C.

B. Wortman *et al.*, 1993). Também, quando o indivíduo tenta evitar ou suprimir pensamentos intrusivos inicia um ciclo fechado de intrusão-evitamento que dificulta a adaptação (Mardi J. Horowitz, 1986).

O estudo de Lepore (1996) acrescenta variáveis de carácter psicossocial, como a qualidade dos relacionamentos e as auto-limitações para partilhar a experiência traumática. Verificou, num grupo de 128 mulheres que perderam o filho, que os sujeitos que evitavam activamente falar sobre o evento traumático tinham maiores dificuldades adaptativas a longo prazo. Pelo contrário, os sujeitos que não limitavam a expressão nos relacionamentos sociais apresentavam um melhor processamento do acontecimento traumático e uma mais célere recuperação emocional.

Como podemos verificar, as teorias do stress diferem das teorias psicanalíticas convencionais e das teorias fases, definidas anteriormente, nos seguintes pontos: 1. consideram o apoio social como um recurso importante; 2. o risco não é apenas entendido em função da relação com o ente perdido; 3. a reacção não é vista em função de luto normal e patológico, antes é conceptualizado um *continuum* na reacção à perda; 4. sugerem a avaliação dos estilos de *coping* no sentido de acções directas.

4. Teorias do suporte social

A emergência do relevo de aspectos sociais na adaptação e no luto surgiu com a própria evolução de disciplinas auxiliares como a psicologia social e as psicoterapias de base sistémica. Contudo, vários investigadores destacaram o impacto directo do apoio obtido por parte da família, do grupo de amigos, da comunidade profissional ou das políticas em geral.

Sistematizamos nesta análise teórica alguns dados relevantes sobre os conceitos, modelos e aplicações do suporte social para um completo enquadramento desta perspectiva no luto.

4.1 Aspectos conceptuais

O suporte social é definido como uma transacção interpessoal que envolve pelo menos um dos seguintes aspectos: 1. apoio emocional (gostar de, amar, empatia), 2. ajuda instrumental (meios e serviços), 3. informação (sobre o problema), 4. avaliação (informação relevante sobre a auto-avaliação) (LaRocco *et al.*, 1980). Este conceito tem sido intensamente associado ao estudo do *stress*, quer na componente fundamental, quer na componente aplicada do seu estudo. Por um lado, verifica-se que o apoio social é um mediador importante entre o *stress* e o bem estar, por outro, o apoio social é um aspecto relevante na intervenção com indivíduos em stress.

A importância das relações sociais no contexto de saúde tem vindo a ser verificada em estudos prospectivos que associam o suporte social com a mortalidade,

com a morbidade física e psiquiátrica e com a adaptação a condições de saúde (Dennis, 2003).

As características dos sujeitos, que influenciam o apoio social que têm sido estudadas, são de duas ordens: sócio-demográficas e pré-disposições de personalidade como a auto-estima, sociabilidade, locus de controlo e competências interpessoais. As características daqueles que providenciam o apoio social também estudadas revelam a importância da perspicácia e motivação.

O próprio sistema ambiental, nomeadamente as características da rede de suporte social são frequentemente descritas como influentes na percepção de suporte social.

Necessariamente, também os processos de *coping* são influentes no suporte social. Um estudo longitudinal de 6 meses com 150 sujeitos avaliados mensalmente no que diz respeito a um stressor em específico procurou verificar a influência da avaliação cognitiva, predisposições pessoais e as estratégias de *coping* no suporte social. Este estudo conclui que as estratégias de *coping* mobilizadas são as variáveis mais influentes no suporte social, particularmente a procura de apoio social e a reavaliação positiva (Dunkel-Schetter *et al.*, 1987). Ao que parece o *coping*, manifestado face a uma situação de stress, sugere pistas no que diz respeito às necessidades do indivíduo e aumenta as probabilidades de apoio proveniente do meio social envolvente.

Há três modelos gerais de suporte social; o primeiro, o modelo do efeito directo, propõe que as pessoas beneficiam do suporte social independentemente do stress; o segundo, o modelo do amortecedor (*buffering*) sustenta que o sistema de suporte social amortece e protege os indivíduos dos efeitos adversos do acontecimentos stressor (Cohen & Wills, 1985); o terceiro, o modelo do efeito mediado, sugere que o suporte social influencia os comportamentos, emoções e cognições.

O modelo do efeito directo é aplicado em desenhos de investigação em que o nível de integração na rede de suporte social é medido. Há resultados que apoiam este modelo em variados contextos (Dennis, 2003).

Por outro lado, o modelo do amortecedor baseia-se em estudos em que os sujeitos indicam que a rede de suporte ajudou a ultrapassar as dificuldades de um dado acontecimento de vida. Este modelo baseia-se nas teorias de *coping* e ajusta-se ao modelo de Moos, previamente apresentado.

Com objectivo de aplicar intervenções psicossociais, o modelo do efeito mediado tem mais relevância e baseia-se na teoria da cognição social; é realçado o papel das experiências vicariantes, da persuasão verbal e o avaliação dos resultados obtidos.

Decorrente de evoluções das terapias sistémicas, surge um novo modelo que procura intervir nas redes de suporte social de um modo integrado com a psicoterapia. Navarro-Góngora (2004) considera a necessidade de intervir preventivamente a dois níveis diferentes: ao nível dos doentes internados considera que um diagnóstico de doença terminal deve ser proferido com apoio, sempre que desejado, de técnicos de saúde mental que se disponha a realizar tradução psicossocial do diagnóstico para o doente, casal e família; e ao nível das redes de suporte pré-existentes no sentido de corresponderem às necessidades dos doentes e ajustar processos comunicacionais.

4.2 Aplicações dos modelos

As intervenções desenvolvidas para alterar o meio social e a transacção do indivíduo com o meio têm sido bem sucedidas ao facilitar a adaptação e recuperação de doenças crónicas, a acontecimentos traumáticos (Devine *et al.*, 2003) e estender a vida

para doentes com patologias graves (Helgeson & Cohen, 1996). Numa revisão de intervenções usando o suporte social efectuada por Dennis (2003), encontrámos referência a 3 áreas de intervenções na saúde: em transições desenvolvimentais (gravidez na adolescência, amamentação, depressão pós-parto ou mães de crianças que choram excessivamente); em stressores contextuais (diabéticos, cancro da mama, doença mental, hemofilia, incontinência urinária); e, em programas de promoção de saúde (prevenção de infecção por HIV's e doenças sexualmente transmissíveis, rastreio do cancro, prevenção de drogas e de comportamentos de risco).

As ajudas podem ser efectuadas através de sessões face-a-face, auto-ajuda, grupos de suporte, grupos de ajuda em fóruns mediados na internet, em diversos *settings* (em casa, na escola, no centro de saúde, no hospital, prisões, por telefone ou computador), através de vários prestadores (programas hospitalares, associações comunitárias e voluntárias) incorporando diversos papeis e graus de envolvimento.

A utilização do modelo do efeito amortecedor implica a utilização do suporte social no sentido da satisfação das necessidades sociais de *coping* para com a situação e através do ensino de técnicas de *coping*.

Contudo, dada a diversidade de intervenções é natural que haja reacções adversas a estas abordagens, nomeadamente decorrentes de criticismo, de conflitos, super-envolvimento emocional e reforço de comportamentos considerados desadequados. A crítica do *Shadow Work* ilustrada por Illich (1981) pode estar mais próxima da realidade, isto no caso de as redes artificialmente geradas substituírem as redes naturais e todo o potencial pessoal de ajustamento for substituído por estruturas sociais mais rígidas e uniformes.

4.3 O suporte social em relação ao luto

Os teóricos do suporte social consideram o luto como a perda de uma importante parte da rede de amigos ou membros da família. A morte de um cônjuge, por exemplo, é considerada na perspectiva de uma forte perda de apoio emocional e de ajuda instrumental.

Há dois elementos que validam a importância desta teoria no luto: a explicação das diferentes reacções ao luto entre homens e mulheres, e a predição de maiores dificuldades emocionais nos casos em que as mortes são inesperadas. No primeiro caso, a investigação sobre a viuvez tem relatado consistentemente mais dificuldades no processo de luto vivido pelos homens, o que se torna congruente com a teoria do suporte social se tivermos em conta que as mulheres têm redes de suporte mais extensas e mais funcionais (Kato & Mann, 1999).

Quanto à predição das dificuldades nas situações em que a morte é inesperada e súbita, estas teorias explicam que os enlutados terão menos acesso ou capacidade para usar o suporte instrumental e emocional para amortecer esta perda, por exemplo, a rede de suporte não está informada da ocorrência.

Na situação específica na perda durante a gravidez, verificámos um elevado número de referências sobre a importância do suporte social (Athey & Spielvogel, 2000; Brier, 1999; Congleton & Calhoun, 1993; Conway & Russell, 2000; Cote-Arsenault & Mahlangu, 1999; Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003; Hutti, 1988a, 1988b; Janssen *et al.*, 1997; Kowalski, 1991; Lepore *et al.*, 1996; McIntosh *et al.*, 1993; Schutt *et al.*, 2001; Shadmi *et al.*, 2002; Swanson, 2000; Toedter *et al.*, 2001). As características do seu

impacto, como factor de risco ou factor de resiliência, foram extensamente descritas em capítulo anterior.

5. Teorias Cognitivas

A ciência cognitiva gerou enumeras teorias e intervenções, desde a teoria da decisão, a teoria da atribuição, a teoria do desânimo aprendido, as terapias do condicionamento coberto, as terapias de resolução de problemas e as terapias de reestruturação cognitiva. No âmbito da adaptação a acontecimentos de vida difíceis, é incontornável e central o contributo de Shelley Taylor para a conceptualização de diversos aspectos cognitivos que tomam parte no processo adaptativo. Taylor (1983) condensa grande parte dos conhecimentos sobre as teorias cognitivas da reactância, da atribuição e do desânimo aprendido, e sugere ponte para teorias constructivistas.

Esta autora assume que a maior parte das pessoas não pede ajuda profissional para lidar com os seus problemas pessoais, antes recorrem à sua rede social e aos seus recursos pessoais. Considera que a generalidade das pessoas tem capacidades auto-curativas que são pouco conhecidas ou estudadas. Posteriormente, Bonanno (2004), num estudo que se centrou nos factores de resiliência ao luto, refere que 45,6% dos viúvos apresentam valores de depressão inferiores após a morte do cônjuge.

Na opinião de Taylor, há três temas centrais nos processos de ajustamento: 1. procura de significado para a experiência; 2. tentativa de recuperar mestria sobre o acontecimento em particular e sobre a sua vida em geral; 3. esforço no sentido de recuperar auto-valorização.

Uma das formas de gerar significado é a atribuição causal. O Modelo de Fritz Heider, da teoria da atribuição, considera que, após um acontecimento dramático ou ameaçador, as pessoas fazem atribuições causais para compreender, prever e controlar o seu ambiente. Taylor, considera este modelo minimalista e sem implicações empíricas na adaptação. Recentra a questão do significado nas implicações que um dado acontecimento tem na vida do sujeito. Clarifica, que o sujeito é passível de construir significados positivos e que pode, por esta via, ser produzido um melhor ajustamento.

A posição de Taylor sobre as atribuições causais não é unânime entre os investigadores. Försterling (1992) faz uma extensa revisão da literatura sobre a importância das atribuições na adaptação a acontecimentos de vida. Considera haver dados relevantes sobre este aspecto no âmbito de acidentes, cancro ou violação em que a atribuição de causalidade ao próprio sujeito indica melhor adaptação (Försterling, 1992). Na realidade, Taylor não desvaloriza por completo a importância das atribuições. Considera que o estilo atribucional poderá ser importante se propiciar a recuperação do controlo, principalmente quando as causas são atribuídas a factores internos. Não considera que o processo atribuição causal seja tão útil quanto o processo de construção de significado. Até porque em diversas situações a atribuição de causalidade é legitimamente dirigida a causas externas. Será legítimo e rigoroso atribuir causalidade de uma morte natural ou um defeito congénito considerando-se responsável por esse acontecimento?

O modelo de atribuição do desânimo aprendido (Abramson *et al.*, 1978) e a sua explicação da depressão é, certamente, uma das bases de sustentação das ideias de Taylor.

Os estudos de Seligman nos anos sessenta começaram a intrigar o seu espírito científico bem antes da publicação de um modelo. Seligman usou um estímulo aversivo, choque eléctrico, emparelhado com o som de uma campainha para o condicionamento de cães; depois colocou o cão condicionado numa gaiola com dois compartimentos dos quais podia saltar facilmente, de um para o outro. Ao contrário do que esperava, o som da campainha soava e o cão permanecia no seu compartimento; decidiram efectuar choque eléctrico no cão condicionado e, estranhamente, o cão mantinha-se no mesmo local. Este cão aprendeu que não tinha solução, aprendeu o desânimo.

Este estudo foi extensivo ao comportamento humano e forneceu um modelo explicativo para a depressão (Abramson et al., 1978). Quando expostas a acontecimentos incontroláveis, as pessoas sofrem alteração do seu sistema de crenças sobre si e sobre as suas capacidades de influenciar o ambiente (Camille B. Wortman & Silver, 1992).

Voltando à teoria da adaptação cognitiva. Com estas ideias subjacentes, para Taylor (1983) fica claro que a importância da recuperação do sentido de mestria ocorre sequencialmente à construção de significado que gera esse mesmo sentido.

O processo de recuperação da auto-valorização, na perspectiva de Taylor, não se limita à recuperação da auto-estima mas inclui um esforço de valorização de si mesmo. Taylor (1983) revela dados interessantes sobre este aspecto: numa amostra de doentes, com cancro, quando questionados sobre as mudanças efectuadas na vida depois do diagnóstico apenas 17% consideram terem sido negativas, 53% reportam terem havido alterações positivas.

Subjacente a estes três elementos da teoria da adaptação cognitiva, Taylor (1983) enfatiza a noção de ilusão. As causas atribuídas para o cancro são inventadas pois, em

grande parte, se desconhece as causas concretas de um dado cancro. Ou seja, esta teoria aceita os benefícios relativos da negação, tal como a opinião dos autores que se debruçaram sobre o trauma, anteriormente citados. Especificamente em relação à depressão, sustenta que os sujeitos não deprimidos inflacionam a visão dos outros sobre eles mesmos, têm ilusões de controlo sobre aspectos incontrolláveis, deflacionam os *feedbacks* negativos obtidos, sobrestimam o controlo sobre aspectos positivos e recompensam-se mais do que objectivamente o seu desempenho justifica.

Claro que a noção de ilusão pode implicar a consequente desilusão quando houver confrontação com a realidade. Taylor sustem que a desconfirmação das teorias, estas desilusões, não são particularmente preocupantes.

Contudo, mais uma vez, fica a sugestão sobre a importância da construção de teorias pessoais e constructos significativos.

6. Teorias construtivistas

As mais recentes teorias que procuraram conceptualizar o luto tem sido enquadradas no construtivismo. Vamos aqui expor alguns dos conceitos mais relevantes, sobre esta corrente do pensamento, que estão subjacentes a uma compreensão da leitura que faz do luto e da adaptação a acontecimentos de vida. Constructos pessoais, significados e um novo modo de pensar os factos psicológicos serão discutidos na primeira parte deste sub-capítulo. Na segunda parte, centraremos a atenção nas aplicações conceptuais nos processos de luto.

6.1 Fundamentos

Por oposição ao espírito racionalista que dominou grande parte do pensamento humano durante o século XX, surge o pós-modernismo como atitude genérica de oposição a uma verdade única e de descrença num universo objectivamente cognoscível. Tal como Taylor (1983) assegura que a definição de um dado significado para um acontecimento de vida não é central, mas antes são os processos que levam a pessoa a gerar significados num contínuo. O pós-modernismo manifesta-se no construtivismo admitindo realidades divergentes, socialmente construídas e historicamente situadas (Guidano, 1995).

A linguagem tem um papel central no pensamento constructivista. Enquanto os posicionamentos mais racionalistas consideram a linguagem como um sistema de signos que reflecte a realidade social, o construtivismo tende a considerar que a linguagem constitui a própria realidade social, constitui um sistema de diferenciações (Neimeyer, 1995) que define uma identidade e o modo de relacionamento com os outros.

O construtivismo têm aparentemente diversas leituras e perspectivas que, não obstante, apresentam diversos pontos em comum: 1. cognição proactiva, os processos do conhecimento humano implicam uma construção antecipada; 2. organização morfológica nuclear; 3. os seres humanos são metáforas do ambiente; 4. o conhecimento implica uma natureza evolutiva (Gonçalves, 1995).

Os percursores do construtivismo chamaram à atenção para os processos construtivos e semânticos da memória, cognição e da linguagem; pensadores como

Jean Piaget, Frederick Bartlett e Alfred Korzybski e psicoterapeutas como George Kelly e Viktor Frankl foram alguns dos protagonistas desta perspectiva.

George Kelly em particular, vivendo num contexto rural, apercebeu-se que os agricultores e as pessoas em geral também têm explicações para as dificuldades que vivem, são também cientistas; fazem construções da realidade como os cientistas fazem teorias, têm expectativas como os cientistas têm hipóteses, envolvem-se em comportamentos para testar essas expectativas como os cientistas fazem experiências, melhoram a sua compreensão da realidade através da experiência como os cientistas procuram que as teorias se relacionem com os factos.

A teoria de Kelly é conhecida pela sua vertente dos constructos pessoais, em enfatiza a unicidade e subjectividade dos conceitos que cada um tem sobre a realidade. Considera um postulado fundamental: as pessoas antecipam os acontecimentos através de processos psicológicos; a este postulado acrescenta onze corolários (Kelly, 1955): 1. considera que as pessoas constroem a antecipação tendo por base as suas replicações no passado; 2. o sistema de constructos pessoais varia quando se constrói e replica um dado acontecimento; 3. o sistema de constructos pessoais é constituído por um número finito de constructos dicotomizados; 4. de um modo característico, cada pessoa organiza o seu sistema de constructos convenientemente em que os constructos estabelecem relações ordinais; 5. cada constructo tem um âmbito finito; 6. os constructos são permeáveis mediante as variedades de situações em que podem ser aplicados; 7. cada pessoa escolhe um atributo, entre alternativas, que apresente maior probabilidade de extensão e definição do sistema; 8. uma pessoa distingue-se da outra pela sua construção de eventos; 9. podem ser usados sucessivamente constructos que inferencialmente são incompatíveis; 10. do mesmo modo que uma pessoa constrói

sobre o processo de construção de outra pessoa, essa pessoa poderá ter um papel social envolvendo a outra pessoa; 11. as emoções são constructos de transição que surgem quando uma pessoa muda o sistema de constructos, quando sente ansiedade é porque o sistema de constructos deixou de funcionar.

Estes fundamentos (Kelly, 1955) continuam a ser a base para diversos autores reflectirem, em específico sobre o luto (Janoff Bulman, 1989; Park & Folkman, 1997), através do construtivismo.

Por outro lado, Viktor Frankl, com a sua difícil experiência como detido em campos de concentração, após a invasão da Áustria pelo regime nazi, em que perdeu a sua mulher, pai, mãe e irmão, desenvolveu o seu pensamento na procura de significado (1959). Frankl considera que a procura de significado é a motivação primária do homem (Frankl, 1959).

Definir o significado não é tarefa simples, como Baumeister (1994) refere, em parte, a dificuldade de definir “significado” reside em aplicar a própria palavra ao estar a definir algo: o significado de significado é... No entanto, Park (no prelo) faz uma extensa revisão das definições de significado e do processo de significação e considera a definição de Baumeister: é uma representação mental partilhada que estabelece relações entre coisas, acontecimentos e relações (Baumeister & Newman, 1994). Park separa conceptualmente o significado em específico e o significado global, para depois definir o processo de significação; esclarece que o significado global se refere à vida em geral e seu significado subjectivo que consiste em três aspectos: crenças, objectivos e sentimentos. O processo de significação, ou de construção de significado, refere-se à restauração do significado global após a sua disrupção consequente a um acontecimento de vida difícil ou traumático. Park acrescenta que o grau de discrepância

entre o significado manifestado para um determinado acontecimento de vida e o significado global, determina o nível de perturbação associado ao evento. Essa perturbação é caracterizada por sensação de falta de controlo, falta de previsibilidade e de falta de compreensão do mundo (Park & Folkman, 1997).

6.2 Perspectivas construtivistas do luto

Esta corrente considera o luto como um processo de reconstrução do significado, com especial ênfase na individualidade. (1) Não tende a aceitar uma trajectória emocional predizível, pelo contrário, a procura das subtilidades que fazem do percurso de cada sujeito único é central no processo de luto; (2) afasta-se da presunção de que é essencial desligar-se do ente perdido, reconhecendo a importância de manter elos simbólicos com o falecido (Klass, 2001); (3) tem consciência de que uma perda significativa pode necessitar de uma revisão do sentido da identidade do enlutado (Janoff Bulman, 1989); (4) valoriza as possibilidades de crescimento pós-traumático (Calhoun & Tedeschi, 2001) e (5) aumenta o foco de atenção ao impacto recíproco na família (Neimeyer, 1999, 2000).

A perda, como um acontecimento de vida, pode perturbar profundamente os constructos sobre a vida, por vezes, pode abalar traumáticamente as fundações dos constructos pessoais sobre o mundo. Frequentemente, as suposições básicas são abaladas de um modo subtil, mesmo quando o sujeito funciona, em pensamentos e acções, como habitualmente fazia (Janoff Bulman, 1989).

Por muito que a perda seja uma inevitabilidade, o construtivismo sustenta que há um determinado grau de liberdade no processo de luto: desde um nível mais básico de opção: entre focar a atenção nos aspectos práticos da vida ou em aspectos mais emocionais da vivência do luto, até à focagem em determinados pormenores e não em outros. Esta ideia é sugerida também por Guidano (1995) através da metáfora cinematográfica da “moviola”, em que o cliente pode ver de um modo “panorâmico”, pode fazer ampliação de um dado pormenor ou distanciar-se de outros, passar à frente ou voltar atrás na sequência do evento (Guidano, 1995).

Os estudos de Pennebaker com sujeitos em luto após perda do parceiro com SIDA, clarificaram e abriram possibilidades na interligação entre a linguagem escrita e a adaptação (Pennebaker *et al.*, 1988; Pennebaker & King, 1999; Pennebaker *et al.*, 1997; Pennebaker *et al.*, 2003). Pennebaker (1988) verificou que, em condições laboratoriais, os sujeitos que escrevem sobre um determinado evento traumático têm melhorias de saúde superiores em relação aos sujeitos que escreveram sobre um tema banal. Por outro lado, acrescenta que este processo deve-se à rotulagem das emoções que, por sua vez, promove a construção de memórias mais coerentes, simples e organizadas. Embora os seus resultados não tenham sido replicados, apesar de pelo menos uma tentativa nesse sentido (M. Stroebe *et al.*, 2002), estas investigações evidenciam importantes relações entre linguagem e a adaptação ao luto.

Quanto às possibilidades de intervenção psicológica com recurso às teorias construtivistas, Neimeyer considera algumas técnicas para por em prática com sujeitos em luto. Epitáfios, diários, impressões na vida, objectos de ligação e imagens metafóricas, são algumas das técnicas referidas por Neimeyer (1999) como facilitadoras da reconstrução de significado através de narrativas pessoais.

Os epitáfios, as impressões de vida e as imagens metafóricas procuram condensar e captar o significado que o ente perdido representa para o enlutado. No entanto, é importante advertir que as técnicas de forte condensação de significado podem abreviar excessivamente a extensão da experiência vivida, pelo que o uso desta estratégia não deverá ser apressado, de modo a não esconder determinadas *nuances* importantes para a estrutura narrativa.

O uso de metáforas para a elaboração e condensação de significado é um dos aspectos centrais da terapia cognitiva narrativa e profundamente estudado pelos seus autores (Gonçalves, 1995; M. Gonçalves, 1997; Gonçalves, 1998, 2000; Gonçalves & Machado, 1999; Gonçalves *et al.*, 1997a; Gonçalves *et al.*, 1997b).

A formulação cognitiva narrativa sustenta a prévia necessidade da utilização de técnicas que evoquem dimensões menos abstractas, como a sensorialidade nos exercícios de objectivação, a emocionalidade e as dimensões cognitivas nos exercícios de subjectivação da narrativa. Deste modo, nessas etapas prévias da intervenção, a procura de autoria da narrativa evoca as *nuances* mais subjectivas da vivência da perda.

Por outro lado, este modelo enfatiza que a construção de significado não se esgota com a formulação de uma metáfora; procura manter activo o processo de construção e de procura de metáforas alternativas através dos exercícios de projecção, tal como desenvolvemos na terceira parte.

A formulação de Gonçalves (1998) sobre o desânimo e a depressão associada a um determinado episódio de vida explora precisamente a importância de narrativas múltiplas, coerentes e complexas. Estes aspectos são congruentes com as afirmações de outros autores que procuraram intervir e conceptualizar a adaptação e o luto (Taylor 1983; Neimeyer, 1999; Park, no prelo).

Se em grande parte as afirmações sobre a necessidade de construção sucessiva de significados tem por base pressupostos teóricos, Maia (1998) verifica através de diversas narrativas de sujeitos deprimidos a importância dos episódios de perda na organização depressiva e sustenta que os deprimidos constroem o episódio de perda de um modo definitivo.

Maia (1998) identifica que a narrativa protótipo dos sujeitos deprimidos indica que há uma resposta programada para o indivíduo se debruçar sobre si próprio, pelo que são “favorecidos os processos de recordação em oposição à abertura para informação exterior” (Maia, 1998, p. 375), o que reforça um funcionamento cognitivo redundante que o impede de antever múltiplas possibilidades para a sua experiência sensorial, emocional, cognitiva e de significações (Gonçalves, 1998).

Em relação aos aspectos psicotraumáticos, a abordagem cognitiva narrativa sugere que estes surgem como consequentes à ruminação obsessiva sobre as consequências negativas de um dado episódio (Gonçalves et al., 1997a).

Os pressupostos, relativamente à elaboração narrativa do deprimido, permitem reflectir sobre a perda de um modo preventivo das dificuldades adaptativas.

Bibliografia

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49-74.
- Aldwin, C. (1994). *Stress, coping and development: An integrative perspective*. New York: The Guilford Press.
- Athey, J., & Spielvogel, A. M. (2000). Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. *Prim. Care Update Ob Gyns, 7*(2), 64-69.
- Baum, A., Cohen, L., & Hall, M. (1993). Control and intrusive memories as possible determinants of chronic stress. *Psychosom Med, 55*(3), 274-286.
- Baumeister, R. F., & Newman, L. S. (1994). How stories make sense of personal experiences: Motives that shape autobiographical narratives. *Personality and Social Psychology Bulletin, 20*(6), 676-690.
- Bonanno, G. A., Keltner, D., Holen, A., & Horowitz, M. J. (1995). When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: Verbal-autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *J Pers Soc Psychol, 69*(5), 975-989.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression* (Vol. 3). Londres: Hogart press.
- Brier, N. (1999). Understanding and managing the emotional reactions to a miscarriage. *Obstet Gynecol, 93*(1), 151-155.
- Calhoun, L. G., & Tedeshi, R. G. (2001). Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the experience of loss* (pp. 157-172). Washington DC: American Psychological Association.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull, 98*(2), 310-357.
- Congleton, G. K., & Calhoun, L. G. (1993). Post-abortion perceptions: A comparison of self-identified distressed and non-distressed populations. *International Journal of Social Psychiatry, Vol 39*(4), 255-265.
- Conway, K., & Russell, G. (2000). Couples' grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. *Br J Med Psychol, 73 Pt 4*, 531-545.

- Cote-Arsenault, D., & Mahlangu, N. (1999). Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: Women's experiences. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 28(3), 274-282.
- Dennis, C. L. (2003). Peer support within a health care context: A concept analysis. *Int J Nurs Stud*, 40(3), 321-332.
- Devine, D., Parker, P. A., Fouladi, R. T., & Cohen, L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psychooncology*, 12(5), 453-462.
- Dunkel-Schetter, C., Folkman, S., & Lazarus, R. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of Personality & Social Psychology*, 53(1), 71-80.
- Endler, N., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*(58), 844-854.
- Epstein, S. (1993). Bereavement from the perspective of cognitive-experiential self-theory. In M. Stroebe, W. Stroebe & R. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 112-125). Cambridge: Cambridge University Press.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality & Social Psychology*, 46(4), 839-852.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress-processes and depressive symptomatology. *J Abnorm Psychol*, 95(2), 107-113.
- Frankl, V. (1959). *Man's search for meaning*. New York: Pocket books.
- Försterling, F. (1992). Antecedents and consequences of causal attributions for critical life-events. In L. Montada, S. Fillipp & M. Lerner (Eds.), *Life crises and experiences of loss in adulthood* (pp. 121-132). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Geerinck-Vercammen, C. R., & Kanhai, H. H. (2003). Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment. *Prenat Diagn*, 23(7), 543-548.

- Gonçalves. (1995). Hermeneutics, constructivism and cognitive-behavioral therapies: From object to project. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Gonçalves, M. (1997). Psicoterapia e inferioridade: Da metáfora do auto-conhecimento à metáfora da criatividade. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*(1), 265-274.
- Gonçalves, O. F. (1998). *Psicoterapia cognitiva narrativa: Manual de terapia breve*. Campinas: Editorial Psy.
- Gonçalves, O. F. (2000). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, O. F., & Machado, P. (1999). Cognitive narrative psychotherapy: Research foundations. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1179-1191.
- Gonçalves, O. F., Machado, P., & Rosas, M. (1997a). A elaboração narrativa dos aspectos psicotraumáticos do enfarte do miocárdio: Um manual terapêutico. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 1997(1), 381-392.
- Gonçalves, O. F., Machado, P., Soares, I., Fernandes, A. C., & Pereira, E. (1997b). Psicoterapia cognitiva narrativa: Uma versão manualizada de tempo limite. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 1997(1), 361-380.
- Guidano, V. F. (1995). Self-observation in constructivist psychotherapy. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 129-139). Washington DC: American Psychological Association.
- Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychol*, 15(2), 135-148.
- Holahan, C. J., Moos, R., & Shaefer, J. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Endler (Ed.), *Handbook of coping theory, research and application*. New York: Wiley.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom Med*, 41(3), 209-218.
- Horowitz, M. J. (1986). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital & Community Psychiatry*, 37(3), 241-249.

- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosom Med*, 55(3), 260-273.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry*, 154(7), 904-910.
- Hutti, M. H. (1988a). Perinatal loss: Assisting parents to cope. *J Emerg Nurs*, 14(6), 338-341.
- Hutti, M. H. (1988b). A quick reference table of interventions to assist families to cope with pregnancy loss or neonatal death. *Birth*, 15(1), 33-35.
- Irwin, M., Daniels, M., Risch, S. C., Bloom, E., & Weiner, H. (1988). Plasma cortisol and natural killer cell activity during bereavement. *Biol Psychiatry*, 24(2), 173-178.
- Janoff Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7(2), 113-136.
- Janssen, H. J., Cuisinier, M. C., de Graauw, K. P., & Hoogduin, K. A. (1997). A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Arch Gen Psychiatry*, 54(1), 56-61.
- Joyce-Moniz, L. (1992). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Kanel, K. (1999). *A guide to crisis intervention*. Pacific Grove: Brooks.
- Kato, P. M., & Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clin Psychol Rev*, 19(3), 275-296.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vol. 1 e 2). New York: Norton.
- klass, D. (2001). The inner representations of the dead child in the psychic and social narratives of bereaved parents. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction & the experience of loss* (pp. xiii, 359). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kowalski, K. (1991). No happy ending: Pregnancy loss and bereavement. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs*, 2(3), 368-380.

- Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer* (8ª Edição Portuguesa ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- LaRocco, J. M., House, J. S., & French, J. R., Jr. (1980). Social support, occupational stress, and health. *J Health Soc Behav*, 21(3), 202-218.
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *J Pers Soc Psychol*, 70(2), 271-282.
- Lyon, D. S. (2000). Before kübler-ross. *Obstet Gynecol*, 96(1), 151-152.
- Maercker, A., Bonanno, G. A., Znoj, H., & Horowitz, M. J. (1998). Prediction of complicated grief by positive and negative themes in narratives. *J Clin Psychol*, 54(8), 1117-1136.
- McIntosh, D. N., Silver, R. C., & Wortman, C. B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *J Pers Soc Psychol*, 65(4), 812-821.
- Moos, R. H. (1984). Context and coping: Toward a unifying conceptual framework. *American Journal of Community Psychology*, 12(1), 5-25.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In e. nd (Ed.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257): Free Press, New York, NY, US.
- Neimeyer, R. A. (1995). Constructivist psychotherapies: Features, foundations, and future directions. In *Neimeyer, robert a. (ed); mahoney, michael j. (ed). (1995). Constructivism in psychotherapy.* (pp. 11-38). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A. (1999). Narrative strategies in grief therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 12(1) Jan-Mar 1999, US, <http://www>.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24(6) Sep 2000.
- Niemi, T. (1979). The mortality of male old-age pensioners following spouse's death. *Scand J Soc Med*, 7(3), 115-117.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.

- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 56(2), 239-245.
- Pennebaker, J. W., & King, L. A. (1999). Linguistic styles: Language use as an individual difference. *J Pers Soc Psychol*, 77(6), 1296-1312.
- Pennebaker, J. W., Mayne, T. J., & Francis, M. E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *J Pers Soc Psychol*, 72(4), 863-871.
- Pennebaker, J. W., Mehl, M. R., & Niederhoffer, K. G. (2003). Psychological aspects of natural language use: Our words, our selves. *Annu Rev Psychol*, 54, 547-577.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behav Res Ther*, 18(1), 51-60.
- Schut, H. A., de Keijser, J., Van den Bout, J., & Dijkhuis, J. H. (1991). Post-traumatic stress symptoms in the first years of conjugal bereavement. *Anxiety Research*, 4(3), 225-234.
- Schutt, K., Kersting, A., Ohrmann, P., Reutemann, M., Wesselmann, U., & Arolt, V. (2001). Termination of pregnancy for fetal abnormality-a traumatic experience? *Zentralbl Gynakol*, 123(1), 37-41.
- Shadmi, N., Bloch, M., & Hermoni, D. (2002). The psychological (long-term) sequelae of abortion. *Harefuah*, 141(10), 898-901, 930, 929.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2000). Trauma and grief: A comparative analysis. In J. H. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 81-96). Philadelphia: Brunnel/Mazel.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Zech, E., & van den Bout, J. (2002). Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? Evidence from two prospective studies. *J Consult Clin Psychol*, 70(1), 169-178.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. (1992). Bereavement and health: Processes of adjusting to the loss of partner. In L. Montada, S. Fillipp & M. Lerner (Eds.), *Life crises and experiences of loss in adulthood*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Swanson, K. M. (2000). Predicting depressive symptoms after miscarriage: A path analysis based on the lazarus paradigm. *J Womens Health Gend Based Med*, 9(2), 191-206.

- Swindle, R. W., Jr., Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1989). Life stressors, social resources, coping, and the 4-year course of unipolar depression. *J Abnorm Psychol*, 98(4), 468-477.
- Thompson, L. W., Breckenridge, J. N., Gallagher, D., & Peterson, J. (1984). Effects of bereavement on self-perceptions of physical health in elderly widows and widowers. *J Gerontol*, 39(3), 309-314.
- Toedter, L. J., Lasker, J. N., & Janssen, H. J. (2001). International comparison of studies using the perinatal grief scale: A decade of research on pregnancy loss. *Death Stud*, 25(3), 205-228.
- Worden, J. W. (1991). *Grief counseling & grief therapy*. New York: Springer.
- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *J Consult Clin Psychol*, 57(3), 349-357.
- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1992). Reconsidering assumptions about coping with loss: An overview of current research. In S.-H. F. M. J. L. Leo Montada (Ed.), *Life crises and experiences of loss in adulthood*. (pp. 341-365): Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Hillsdale, NJ, US.
- Wortman, C. B., Silver, R. C., & Kessler, R. C. (1993). The meaning of loss and adjustment to bereavement. In M. Stroebe, W. Stroebe & R. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 349-366). Cambridge: Cambridge University Press.