

Terapia Cognitivo- Comportamental no Luto

Débora Cerentini

Eva Regina Costa Lima Duarte

Giovanni Kuckartz Pergher



INTRODUÇÃO

Tipicamente, os textos de TCC versam sobre o tratamento dos transtornos mentais descritos nos manuais diagnósticos, com destaque para o *Manual diagnóstico e estatístico do transtornos mentais* (APA, 2002). O sofrimento humano, contudo, não se restringe às categorias nosográficas propostas por tais manuais. A dor emocional pode assumir formas não enquadradas na psicopatologia descritiva. Assim, uma “visão em túnel” por parte do clínico, que leve em conta apenas a taxonomia atual dos transtornos mentais, pode negligenciar alvos importantes de atenção terapêutica.

Dentre as formas de sofrimento humano que atualmente não recebem uma classificação específica por parte dos manuais diagnósticos, encontra-se o luto. O DSM-IV-TR (APA, 2002) propõe que sejam avaliados os estressores psicossociais que se relacionam, de alguma forma, às queixas apresentadas pelo paciente (Eixo IV). Assim, a perda de um ente querido é codificada somente no Eixo IV como um estressor psicossocial, não havendo, nas categorias do Eixo I (transtornos clínicos), um espaço específico para o luto. Essa desconsideração da possibilidade do luto como um transtorno à parte, entretanto, não deve ser motivo para ignorar sua importância na prática clínica.

Em TCC, o uso da psicopatologia descritiva como ponto de partida para proposição de modelos teóricos explicativos dos trans-

tornos mentais tem como objetivo melhorar a comunicação entre os pesquisadores da área (Beck, 1976). Como consequência, aqueles transtornos descritos nos manuais diagnósticos tendem a receber uma maior atenção por parte dos pesquisadores, levando a uma maior produção científica. A recíproca também é verdadeira, ou seja, as formas de sofrimento humano não classificadas nos manuais diagnósticos acabam por receber menor atenção da comunidade científica, acarretando a produção de um volume de conhecimento correspondente. Um exemplo disso ocorre com o luto: embora se trate de uma demanda frequentemente presente na prática clínica, há uma reduzida quantidade de publicações sobre o assunto dentro da abordagem de TCC.

Nesse sentido, o presente capítulo se propõe a preencher parte dessa lacuna, apresentando o enfoque cognitivo-comportamental para o tratamento de indivíduos enlutados. Para tanto, será exposto, inicialmente, o entendimento do ponto de vista cognitivo do processo de luto, bem como uma definição de luto normal e patológico. Em seguida, apresentaremos uma proposta de avaliação e tratamento cognitivo comportamental da pessoa enlutada. Ressaltamos que o foco do presente capítulo reside na intervenção com os indivíduos sobreviventes, e não com aqueles que estão se deparando com o processo da própria morte. (Para o leitor interessado na TCC para pacientes terminais, sugerimos a leitura de Martín, Albornoz, Gutiérrez e Sopena, 2007).

LUTO NORMAL E LUTO PATOLÓGICO

No curso de nossas vidas, todos somos levados a enfrentar uma série de perdas significativas e inevitáveis. Perdem-se amigos queridos, familiares e pessoas próximas, que despertam, com suas mortes, um sentimento de perda chamado luto. O luto, porém, é um fato natural, um processo que acontece em todos os estágios do ciclo vital. De acordo com a American Psychological Association, o luto [normal] é definido como

o processo de sentir ou expressar tristeza após a morte de um ente querido, ou período durante o qual isso ocorre. Envolve tipicamente sentimentos de apatia e abatimento, perda de interesse no mundo exterior e diminuição na atividade e iniciativa. Essas reações são semelhantes à depressão, mas são menos persistentes e não são consideradas patológicas (APA, 2010, p. 586).

Apesar de o fenômeno do luto ser universal, o seu significado é multifacetado na experiência de vida humana, uma vez que existem grandes diferenças em relação a como os indivíduos reagem diante das perdas. Segundo Oliveira e Lopes (2008), o luto pode ser definido como um processo que gera um conjunto de reações diante de uma perda. O luto é uma fase da expressão dos sentimentos decorrentes dessa perda, a qual pode ser demonstrada tanto por reações de choque e desorganização ou mesmo ser elaborada de forma organizada e sem maiores problemas.

Para Oliveira e Lopes (2008), o processo de luto torna-se organizado quando a morte é tomada como algo real e quando o sujeito enlutado apresenta certa disponibilidade para novos investimentos em sua vida. Esses novos investimentos sugerem a reorganização da nova rotina do dia a dia, tanto funcional como emocional. Esse investimento sadio caracterizaria então o processo de luto bem elaborado.

Já o luto se torna patológico quando ocorre a intensificação dos processos presentes no luto normal (tanto em relação ao tempo de duração quanto em relação ao comprometimento provocado pelos sintomas), os quais assumem caráter irreversível, integrando-se a vida do enlutado. Nesse processo, o indivíduo não consegue reorganizar sua vida e construir novos projetos para o futuro (Kovács, 1992).

Dentro do processo de luto considerado normal, o esperado é que tanto o paciente terminal quanto familiares ou pessoas próximas passem por uma série de etapas. Kübler-Ross (1981), após extensivos estudos com indivíduos que receberam diagnóstico de doenças terminais, identificou cinco estágios no processo de enlutamento: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Esses estágios são considerados inerentes ao processo de luto saudável, porém cada pessoa experimenta cada uma dessas fases de maneira diferente e não

necessariamente devem passar por todas elas. Quando o indivíduo não consegue lidar com a situação de perda, ou seja, quando não consegue ultrapassar uma dessas etapas, instala-se então o luto patológico.

O luto patológico deve ser compreendido como um estado em que o indivíduo nega, reprime ou evita aspectos da perda, apresentando resistência em se desligar da pessoa que se foi. Esse processo ainda pode desencadear sintomas, entre eles, psicológicos, comportamentais, sociais e físicos; como também perturbações mentais (Domingos & Maluf, 2003).

Worden (1982, *apud* Beckwith, 1996), identificou quatro reações que devem fazer parte do processo de avaliação do luto e classificou como características do luto patológico:

- luto crônico, em que o pesar continua durante vários anos;
- reação marcada por uma expressão emocional insuficiente quando ocorreu a perda que posteriormente reaparece intensamente;
- reação exagerada que leva o indivíduo oprimido a um comportamento desadaptado;
- reações mascaradas podem ser caracterizadas por sintomas físicos, sintomas psiquiátricos, ou comportamentos acting out, no entanto o indivíduo não os associa à perda.

Após apresentarmos as características do luto normal e patológico, passaremos agora para uma compreensão desses processos à luz do modelo cognitivo.

MODELO COGNITIVO DO LUTO

Conforme colocado anteriormente, o luto é um complexo processo psicológico que compreende diversas emoções. A experiência de cada emoção em particular depende de vários fatores, tais como as condições em que houve a perda, o vínculo com a pessoa falecida e a rede de apoio social com a qual o indivíduo pode contar entre outros. De especial interesse para o presente capítulo são as crenças prévias à

vivência da perda, uma vez que estas, frequentemente, serão alvo das intervenções em TCC.

O modo como a morte é encarada traz informações sobre a típica forma de enfrentamento que a pessoa assume diante das situações-problema em sua vida (Kovács, 2003). Cada reação, cada sintoma apresentado fornece informações relevantes acerca das estratégias de enfrentamento que a pessoa lança mão no dia a dia para lidar com seus problemas e suas frustrações.

Dessa forma, vemos que as crenças prévias do indivíduo, as quais ditam a maneira pela qual ele interpreta os fatos à sua volta, são decisivas nas reações diante da perda. Nossos esquemas mentais, gerenciados por nossas crenças e nossos pensamentos, ditam, em grande parte, a forma como iremos encarar a morte e como iremos reagir diante de um processo de luto, resultando em nossos comportamentos e sentimentos em relação à perda (Wright, Turkington, Kingdon & Basco, 2010).

Segundo Caminha, Wainer, Oliveira e Piccoloto (2003, p. 20), “somos frutos do que pensamos, do modo como percebemos o mundo”. Por meio de nossas representações mentais, são categorizadas nossas cognições (crenças centrais e esquemas) e gerenciados nossos comportamentos.

Esquemas mentais são toda a representação cognitiva que possibilita ao indivíduo reproduzir a realidade social e contextual na qual está inserido; intitulamos crenças todo e qualquer conteúdo dessas representações. A distinção entre esquemas e crenças, contudo, não é inequívoca na literatura de TCC. Dada essa falta de ubiquidade na definição precisa dos conceitos de esquemas e crenças, bem como a reduzida importância da sua diferenciação para os propósitos do presente capítulo, utilizaremos esses termos de maneira intercambiável ao longo do texto.

Os esquemas mentais são sistemas automáticos de armazenamento e processamento de informações. São padrões cognitivos de certa forma estáveis que servem como parâmetro para a interpretação de um grupo similar de situações. Assim, esse sistema, ao ser ativado, funciona categorizando e codificando os estímulos ambientais e apli-

cando-os às mais variadas situações relacionadas ao esquema ativado (Caminha et al., 2003). Podemos dizer, portanto, que as cognições baseiam-se em nossos esquemas a partir de atitudes e pressuposições desenvolvidas perante nossas experiências prévias.

Segundo Wright, Basco e Thase (2008), os esquemas são o alicerce do autoconceito do indivíduo e de como ele se relaciona com o mundo, e as crenças são seu conteúdo. As crenças contidas nesses esquemas, quando disfuncionais, são globais, muito rígidas e generalizadas. Assim, a disfuncionalidade das reações do indivíduo diante da perda está diretamente relacionada às crenças disfuncionais que ele possuía anteriormente.

É na infância que desenvolvemos as crenças mais nucleares sobre nós mesmos, sobre as pessoas e sobre o mundo. Essas crenças são consideradas como verdades absolutas, entendimentos tão profundos que acabam por tornarem-se inquestionáveis; sendo dessa forma que se mantém, mesmo sendo imprecisas ou disfuncionais. Quando essas crenças estão ativadas, as situações acabam sendo interpretadas pela “lente” dessas crenças. Assim, nossa tendência acaba sendo focar seletivamente informações que venham a confirmar nossas crenças, desconsiderando ou considerando informações que possam vir a ser contrárias (Beck, 2007).

Situações em que poderíamos pensar que criariam a mesma reação, o mesmo estado de humor em todas as pessoas de um modo geral, em virtude das diferentes crenças e significados atribuídos, na verdade desencadeiam variados estados de humor (Greenberger & Padesky, 1999). Assim, as diferentes reações emocionais diante de um mesmo evento são decorrentes dos diferentes significados atribuídos a ele.

Por outro lado, cada significado específico está estreitamente relacionado a uma reação correspondente. Em outras palavras, se uma pessoa experencia determinada emoção em frente de um acontecimento, é porque ela interpretou esse evento de uma maneira específica. Por exemplo, se surgirem sentimentos de raiva, o indivíduo atribuiu um significado de injustiça/prejuízo ao ocorrido. Se o sentimento for tristeza, a interpretação do evento se dá em torno do tema da perda. Esse princípio de que cada sentimento é o produto de uma

atribuição de significado específica é denominado “especificidade de conteúdo” (Beck & Alford, 2000).

As crenças que determinam nossas reações diante da perda, por sua vez, vão sendo construídas ao longo de nossa história de vida, a partir da nossa interação com o ambiente. Segundo Greenberger e Padesky (1999, p.27): “as experiências provenientes do meio podem moldar fortemente as crenças e os estados de humor que colorem nossas vidas”. Essa afirmativa ajudaria a explicar o porquê de algumas pessoas serem mais ou menos propensas a certos tipos de crenças, pensamentos e conseqüentemente interpretações referentes a determinadas situações.

Dessa forma, a maneira como a morte é interpretada pelo indivíduo e o luto é instaurado, acabam por expor, de uma forma geral, as experiências vividas por essa pessoa, a sua visão de mundo e sua história psicológica (Sadock & Sadock, 2007).

Segundo Young (2003), experiências significativas em nossas vidas deixam sua marca, ficam registradas como lembranças, como um estímulo interno incrustado. Uma vez registrados, seus efeitos tornam-se indelévels, e seus resíduos, mais do que contribuir com uma parcela para o presente, orientam, moldam ou distorcem os acontecimentos correntes. Assim sendo, depois que um indivíduo adquire um sistema de expectativas, responde de forma semelhante a variadas situações de sua vida.

Durante o processo de luto, muitos sentimentos e pensamentos negativos são experimentados. O processo cognitivo de uma pessoa, porém, desempenha um papel importante na adaptação à perda. Para Freeman e Dattilio (1998), cognições regidas do tipo: “minha vida não faz sentido sem essa pessoa...”, “não posso continuar sozinho...”, podem levar a um quadro de depressão clínica se não trabalhados. Assim, são necessárias para ajudar na compreensão do processo de luto, tanto intervenções cognitivas (reestruturação) quanto intervenções comportamentais que auxiliem na estabilidade emocional do indivíduo enlutado.

Conforme Beck (1997), na ativação de padrões cognitivos negativos há uma tendência em se fazer uso de interpretações excessivamen-

te negativas e de distorções cognitivas. Assim, com essas distorções e interpretações negativas, para as pessoas, a transposição dos obstáculos da vida (no caso, a perda) torna-se praticamente inatingível.

Para ilustrar, podemos citar uma das distorções cognitivas mais frequentes em indivíduos enlutados no que se refere à negação da morte de um ente querido. Cognições do tipo “por que eu, por que acontecer comigo?” (que atribuem um significado de injustiça à situação) são bastante comuns, o que torna muito difícil lidar com esse estágio, pois a raiva torna-se algo generalizado e aplicado em tudo à volta (Beck, 1999). A pessoa, ao dizer a si mesma não aceitar que aquilo esteja acontecendo consigo, desenvolve sentimentos muito intensos de raiva devidamente gerados por essa cognição (Kübler-Ross, 1981).

As emoções e a memória são o núcleo de um esquema que por sua vez é um padrão de vida, não apenas uma cognição, e o comportamento do indivíduo normalmente é o seu estilo de enfrentamento das situações. Os esquemas desadaptativos são estáveis e duradouros, tendo sido desenvolvidos na infância e elaborados ao longo da vida. Eles são disfuncionais e servem de modelo para as experiências futuras do indivíduo (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

Para que o processo de elaboração do luto ocorra de forma saudável, é necessário que haja não só uma desidentificação e um desligamento do sentimento em relação ao morto como a aceitação da inevitabilidade da morte. Se o indivíduo não for competente para encontrar essas soluções de ajuste em sua vida após o impacto causado pela perda, porém, isso é sugestivo de que o ele tenha esquemas desadaptativos remotos, ou seja, padrões cognitivos disfuncionais com origem na infância (Leahy, 2009).

AValiação

Sabemos que cada indivíduo experimentará um conjunto de respostas fisiológicas, psicológicas, sociais e comportamentais diante da perda de um ente querido. Precisarà lidar com a falta da pessoa em situações concretas, pois não irá desfrutar mais da sua presença

em datas especiais, aniversários, almoços dominicais nem situações alegres ou difíceis que costumavam compartilhar.

Como já vimos, o luto compreende fases e reações próprias, que o enlutado precisa experimentar para atravessar o processo de luto de maneira saudável e, assim, evitar que o mesmo venha se tornar patológico. Há vários fatores que influenciam nessa experimentação e no resultado do luto. Compreender a influência idiossincrática desses fatores em cada paciente é uma das metas da fase de avaliação. Um resumo dos aspectos a serem avaliados é apresentado no Quadro 1, os quais são descritos mais detalhadamente em seguida.

QUADRO 1 – Resumo de itens a serem avaliados com o paciente enlutado

- Quais crenças prévias esse indivíduo possui que podem dificultar seu enfrentamento da perda?
- Qual a natureza de sua relação com a pessoa perdida?
- Qual o nível de desesperança diante da perda?
- O paciente perdeu sua funcionalidade em aspectos importantes de sua vida? Se sim, em quais aspectos e qual o prejuízo que vem tendo?
- Como está constituída a sua rede de apoio?
- Qual a interpretação que o paciente faz de seus próprios sintomas?

Em especial, é preciso identificar as crenças que predisõem o indivíduo a apresentar dificuldades no enfrentamento da perda, pois, de acordo com Young (1999), essas mesmas crenças estão presentes em outras situações na vida desse indivíduo, se constituindo em importante indicador de vulnerabilidade para o estresse e para os comportamentos evitativos e disfuncionais. Sendo assim, as crenças de abandono, insegurança, incapacidade, desamparo e desvalia, entre outras, conseqüentemente, terão de ser trabalhadas na tentativa de aliviar o sofrimento psíquico do indivíduo.

Avaliar e diagnosticar o luto como normal ou patológico é uma tarefa delicada que requer o cuidado necessário na identificação dos sinais e sintomas que o paciente apresenta. Para isso, torna-se crucial

ao profissional que fará a avaliação ser profundamente conhecedor dos esquemas disfuncionais que foram adquiridos pelo indivíduo desde a mais tenra infância, que irão acompanhá-lo pela vida afora, determinando, assim, como e quanto deverá sofrer nas situações de perdas.

O tipo e a intensidade do vínculo entre o enlutado e a pessoa perdida devem ser um dos focos de avaliação. No luto patológico, Ruschel (2006) diz que o vínculo com a pessoa morta, com o objeto ou a situação perdida, permanece intenso, prejudicando a elaboração saudável do luto e a realização de novos investimentos, gerando reações como negação, ambivalência, distorção e fixação no passado. Tomemos o exemplo de uma jovem viúva que, ao perder o cônjuge, pode também estar perdendo o apoio do esposo na educação dos filhos, o suporte financeiro da família, o companheiro de um projeto de vida, o parceiro sexual, entre outros. São perdas secundárias importantes, a serem destacadas quando formos avaliar a resolução do luto nesse indivíduo.

Durante a avaliação, o clínico deve ter em mente que não é “somente” a pessoa em si que o indivíduo estará perdendo; haverá ainda outras perdas significativas que irão interferir nos aspectos operacionais da vida da enlutada (no caso da viúva mencionada anteriormente) que mudam com a perda. É possível que essa nova situação imponha a necessidade de ela envolver-se em atividades com que nunca teve contato anteriormente. Como consequência, essa viúva pode apresentar significativos prejuízos na sua funcionalidade cotidiana. Esses prejuízos funcionais concretos podem, por seu turno, obstaculizar o processo de enfrentamento da perda.

Faz-se necessária a investigação do nível de desesperança e a menos-valia, em que se fazem presentes o baixo autoconceito e a baixa autoestima, bem como o esquema disfuncional e sua tríade cognitiva.

É preciso, também, avaliar os sentimentos de culpa ao longo do processo, como a perda de um filho; os pais se sentem impotentes para evitar esse evento, vindo a colocar a dúvida na qualidade do seu amor, como se esse tivesse fracassado condenando-os a sobreviverem ao filho.

Importante ainda se torna, também, avaliar a existência de um suporte social e familiar consistente que se disponibilize em fornecer

ajuda, tanto na reorganização da rotina do dia a dia como no estado de saúde e condição física geral desse indivíduo. Segundo Áries (2000, p. 87), atualmente

as manifestações aparentes do luto não são bem toleradas dentro do círculo familiar, restando então, o direito de chorar quando ninguém vê nem escuta, e a obrigação de sofrer só e às escondidas agravam o traumatismo devido à perda de um ente querido.

Tendo isso em perspectiva, fica evidente que a qualidade da rede de apoio é mais importante que o seu tamanho.

Para que o clínico possa estabelecer o prognóstico de uma patologia, se faz necessário conhecer as características da rede de apoio social, pois mais importante que a rede de apoio é a percepção que o paciente tem a seu respeito, (Ezquiagua et al., 1999), então é possível que o terapeuta avalie o entorno social de alguém que procura atendimento como sendo favorável, e essa pessoa não veja a situação da mesma maneira.

O que se torna relevante nesses casos, não é a rede de apoio propriamente, e sim a satisfação do paciente em relação a ela, pois isso trará um aumento da probabilidade de melhora do paciente. Por outro lado (Riise & Lund, 2001), uma história de estabilidade nas amizades durante a adolescência, bem como no funcionamento familiar, são indicativos de bom prognóstico.

Áries (2000) coloca também que enlutados podem apresentar alterações nas relações com familiares e amigos, devido à irritabilidade e evitação de encontros sociais. Nesse sentido, o clínico deve estar atento para avaliar não só a composição atual da rede de apoio do paciente, uma vez que esta pode estar comprometida em função do próprio luto. Assim, uma investigação cuidadosa da composição anterior da rede de apoio do indivíduo se faz necessária, fornecendo dados valiosos acerca dos recursos que este pode resgatar ao longo do processo de terapia.

A avaliação de transtornos prévios também deve receber atenção especial durante o processo de avaliação do luto patológico. Read e Greewald (1991) alertam que enlutados com histórico de depres-

são, por exemplo, são mais vulneráveis a perdas que aqueles que não apresentam esse histórico. Zisook e Shuchter (1991 *apud* Reed 1998) constataram também que um histórico prévio de depressão é um importante indicador de vulnerabilidade diante da perda. Indivíduos que possuem histórico de depressão estão mais propensos a apresentar comportamentos evitativos, como abuso de álcool e drogas, os quais dificultam o enfrentamento do luto.

Nos casos em que há comorbidade com transtornos de personalidade, frequentemente é exigido do terapeuta o conhecimento de um amplo arsenal de estratégias psicoterapêuticas, bem como uma elevada flexibilidade clínica em sua utilização. Tais habilidades funcionam como auxílio para lidar com a refratariedade intrínseca a esses transtornos. A tolerância à frustração é igualmente importante, pois a melhora em muitos casos é insatisfatória.

Sendo o estudo da personalidade (e de seus transtornos) de grande relevância, uma das características que vem sendo extensamente investigada é o neuroticismo, definido como uma “instabilidade emocional, vulnerabilidade ao estresse e propensão à ansiedade” (Riso, Miyatake & Thase, 2002:105). O neuroticismo, quando presente em quadros depressivos, apresenta uma forte relação com resultados de tratamento pouco satisfatórios.

Outra classe de transtornos também encontrada em comorbidade com quadros de depressão em paciente enlutados refere-se a comportamentos adictivos. As substâncias psicoativas são consumidas como paliativos para aliviar o sofrimento experienciado, porque o indivíduo possui um repertório de estratégias de enfrentamento muito restrito.

Por fim, um aspecto que não pode ser deixado de lado da avaliação inicial é a percepção que o paciente tem de seus próprios sintomas decorrentes da perda. Em diversos casos, o sofrimento do paciente é intensificado em função de interpretações desadaptativas que este faz acerca de suas reações. Exigências irrealísticas como “eu deveria ser uma pessoa mais forte, que não fica se lamentando por algo que não tem mais volta” ou “eu não posso deixar isso atrapalhar o meu trabalho, afinal de contas ainda tenho uma família que depende de mim” geralmente atrapalham o processo de elaboração da perda.