

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 saudável 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 comprehende 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 consequentemente 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 indeléveis, 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 excessivamente

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. Precisará 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 idiosincrática 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 predispõem 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, consequentemente, 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.

Consequentemente, se o clínico falhar em identificar o significado que o paciente atribui ao seu sofrimento, terá menos chances de levar a cabo um tratamento bem-sucedido. Assim, questionamentos como “o que você diz a si mesmo sobre [sintoma relatado]”? são extremamente importantes para avaliar obstáculos potenciais ao progresso do tratamento (Malkinson, 2007).

Um obstáculo potencial à evolução do tratamento igualmente importante diz respeito à evitação de situações relacionadas à pessoa perdida. Em muitos casos, o paciente enlutado, na tentativa de evitar a experiência de dor, evita o contato com quaisquer circunstâncias que possam trazer à tona a lembrança de que o ente querido não está mais vivo. A evitação da experiência de dor, paradoxalmente, dificulta a elaboração do luto, uma vez que impede o indivíduo de enfrentar, de maneira saudável e efetiva, o inevitável sofrimento decorrente da perda. Dessa forma, uma vez identificada, a evitação excessiva da experiência de dor tornar-se-á um importante foco terapêutico.

TRATAMENTO

O tratamento cognitivo do indivíduo enlutado que não conseguiu elaborar o luto de forma saudável se propõe a ajudá-lo identificando o pensamento distorcido responsável pela perpetuação de seu sofrimento diante da perda. Esse, contudo, não é um processo simples – trata-se de um processo multidimensional que engloba todos os aspectos da vida do enlutado (Malkinson, 2007). Sendo a elaboração do luto um processo multidimensional, as intervenções terapêuticas não poderiam ser diferentes. Dito de outra forma, o terapeuta cognitivo do paciente enlutado lançará mão de estratégias cognitivas, comportamentais e emocionais para auxiliá-lo em seu processo de elaboração.

O início da TCC para o paciente enlutado difere em relação a outros casos no que diz respeito ao momento de implementação das estratégias de enfrentamento. Enquanto que, para maioria dos transtornos de Eixo I, o terapeuta lança mão de técnicas de enfrentamento

específicas logo no início do tratamento, no luto é dado um maior espaço para que o paciente possa ventilar e expressar suas emoções, antes da discussão da mudança propriamente dita (Wright, Turkington, Kingdon & Basco, 2010).

Inicialmente, o terapeuta deverá fazer a familiarização do paciente, explicando como funciona o modelo cognitivo, procedendo nas avaliações cognitivas, comportamentais e interpessoais, fazendo a verificação dos sintomas e da história de vida do paciente e verificando possíveis interpretações distorcidas dos eventos e dos seus próprios sintomas.

Ao fazer a familiarização do paciente quanto ao modelo cognitivo, é importante o terapeuta incluir os elementos que seguem. Em primeiro lugar, é preciso normalizar a experiência da dor, mostrando que ela é inevitável diante da situação de perda. Essa dor inevitável, por outro lado, não quer dizer que seja avassaladora. Em outras palavras, a terapia não vai levar o paciente a não mais sentir dor (isso seria impossível), mas vai ajudá-lo a experenciar um nível saudável e tolerável de dor. Ao fazer isso, o terapeuta valida a experiência emocional do paciente, auxiliando-o no enfrentamento de sua nova condição.

Com isso, trabalha-se o vínculo com o paciente, mostrando-se empático no sentido de legitimar o sofrimento pelo qual o indivíduo está passando. Deve-se também fazer a sinalização para o indivíduo enlutado sobre a elaboração do luto, enfatizando que esta não consiste na extinção do sofrimento, mas na sua compreensão e consequente resolução na medida em que vivenciar todas as suas etapas.

A apresentação do modelo cognitivo também deve incluir a diferenciação entre fatos e pensamentos. De maneira empática, o terapeuta indica que o sofrimento experenciado pelo paciente não é decorrente apenas da perda em si, mas também das interpretações que ele faz dessa perda e de suas consequências. Nesse sentido, o terapeuta indica que o paciente não teve escolha em relação à perda, mas agora ele tem escolha quanto às interpretações que faz dessa perda (Ellis, 2001a).

No primeiro momento em que o paciente se apresenta, o terapeuta estabelecerá, colaborativamente, um planejamento estratégico

de tratamento, seguindo os princípios básicos da TCC (Beck & cols, 1979; Kuyken, Padesky & Dudley, 2010). Esses princípios fundamentais são descritos a seguir.

É de extrema importância a investigação do nível de desesperança do enlutado, bem como da 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 na condição física geral desse indivíduo. Especialmente nas situações em que a pessoa perdida é o cônjuge, o paciente sobrevivente pode sentir-se sobre carregado com suas novas atribuições.

Suponha o caso de uma paciente, dona de casa, mãe de dois filhos pequenos, que perdeu o marido em um acidente de carro. Ao imaginar sua vida sem o marido, pode sentir-se desesperada ao pensar em ter de exercer o papel de pai e mãe. Em alguma medida, essa paciente está sendo realística no sentido de que ocupará um novo papel (pai), o qual será somado ao que já ocupava (mãe). Em contrapartida, podem ser não realísticas as autodemanda que essa paciente impõe sobre si mesma no que diz respeito aos seus novos papéis (Ellis, 2001b). Ela pode, por exemplo, exigir de si mesma a manutenção do padrão financeiro da família, o que pode ser inviável diante das circunstâncias.

Faz-se importante também, dentro desse processo, trabalhar a possível a autoacusação do indivíduo enlutado, uma vez que este pode assumir a responsabilidade (realística ou irrealisticamente) pela perda do ente querido. Um pai que perdeu o filho intoxicado por monóxido de carbono no banheiro de casa pode culpar-se morbidamente por ter permitido que os obreiros deixassem o aquecedor de água a gás dentro do banheiro por ocasião da reforma da casa, mesmo sabendo que isso é proibido por lei (justamente em função desse tipo de tragédia).

Nesses casos, a culpa é comumente potencializada pela distorção cognitiva “e se?”. A partir dessa distorção, o sobrevivente fica imaginando cenários alternativos à perda, a qual poderia ter sido evitada se o indivíduo tivesse agido de maneira diferente no passado. Mais do que isso, o indivíduo vê que era obrigação sua ter antecipado a tragédia, a qual, depois de ter acontecido, parece que era evidentemente previsível

(Freeman & DeWolf, 2006). Esse processo em que superestimamos a previsibilidade de um acontecimento depois dele ter ocorrido é chamado de viés da percepção tardia (Sternberg, 2000).

Uma frequente consequência decorrente dessas autoacusações é o questionamento quanto à veracidade e/ou qualidade do amor que o sobrevivente tinha em relação à pessoa perdida. O pai anteriormente citado, além de culpar-se pela morte do filho, pode passar a duvidar de seu amor paterno, uma vez que optou, por ocasião da reforma, economizar alguns reais ao deixar o aquecedor no próprio banheiro. A dúvida em relação aos sentimentos tidos pela pessoa perdida pode ser bastante perturbadora, de modo que, uma vez identificada, a dúvida torna-se um importante foco da terapia.

O sucesso da terapia depende do estabelecimento de objetivos realistas, os quais serão buscados ao longo do processo terapêutico. Assim, uma lista de metas tangíveis é colaborativamente elaborada. Nessa etapa, é comum que o paciente coloque objetivos pouco ou não realistas. Nesse sentido, o terapeuta o auxilia no ajuste dessas metas inicialmente colocadas, propondo versões mais realistas. Por exemplo, quando um paciente coloca como objetivo “quero esquecer de tudo que aconteceu”, o terapeuta pode propor “reorganizar a vida em aspectos significativos, mesmo lembrando da perda” como alternativa.

Dentre os objetivos comumente listados, encontram-se: melhorar a qualidade da relação com outros sobreviventes (p. ex.: aproximar-se dos filhos, no caso do paciente recém-viúvo), estabelecer novos relacionamentos, desenvolver uma nova rotina e dar um novo significado (mais adaptativo) à vida sem a pessoa perdida. Diversas técnicas são utilizadas para o alcance desses objetivos, as quais são descritas a seguir.

Exposição por imagens e ao vivo

Poderão ser utilizadas técnicas vivenciais com imagens mentais, visando a uma reestruturação imagística do sofrimento. Esta técnica irá buscar a transformação de uma imagem negativa em uma mais positiva, que poderá auxiliar o enlutado a amenizar o sentimento que o leva a buscar formas de punição, não raro com ideias suicidas.

A exposição pode ser feita tanto de forma imaginativa (por imagens visualizadas mentalmente) como ao vivo, sua indicação vai depender do contexto e dos sintomas previamente avaliados. A técnica de exposição consiste em expor o paciente de forma direta e repetida aos estímulos evitados que se tornam geradores de grande ansiedade para o paciente (Rangé, 2001).

A exposição deve levar o tempo suficiente para que se eleve o nível de ansiedade de forma gradativa até atingir seu nível máximo e posteriormente sua redução gradual. É durante o período de exposição, com a elevação da ansiedade, que se pretende levar o paciente à habituação e à extinção do estímulo evitado.

Ao se trabalhar a exposição por imagens com o paciente enlutado, o paciente é encorajado pelo terapeuta a imaginar mentalmente o estímulo que lhe é gerador de ansiedade. Pode este, por exemplo, ser o local da morte; no caso de uma morte accidental ou trágica, conduzindo o paciente à revivência mental da cena (caso a pessoa tenha presenciado), etc.

O terapeuta deve orientar o paciente a imaginar o estímulo de forma intensa e detalhada o bastante para gerar ansiedade elevada e que persista até finalmente o declínio gradual da ansiedade. As imagens mentais ou a cena imaginada pelo paciente podem ser conduzidas e descritas verbalmente pelo terapeuta (Knapp, 2004).

No caso da exposição ao vivo, o paciente é estimulado a se expor de forma real e a interagir pessoalmente no ambiente, na cena ou na situação geradora de ansiedade. Por exemplo, no tratamento do luto, o terapeuta poderá solicitar de forma empática e gradativa a exposição real do paciente aos estímulos geradores de ansiedade, como o local da morte, o cemitério, locais antes frequentados pela pessoa morta que gerem lembranças e que acabaram por ser evitados, ver fotos e assistir a vídeos que tragam imagens ou lembranças da pessoa falecida.

A exposição por imagens e a exposição ao vivo podem ser usadas, sempre que possível, de forma concomitante. Dessa forma, a exposição por imagens acaba sendo uma espécie de treino para o posteriormente real enfrentamento da situação geradora de ansiedade.

Resolução de problemas

Outra importante estratégia no tratamento é trabalhar usando a aplicação da Técnica de Resolução de Problemas, buscando tornar a vida do paciente mais funcional no pós-perda. Essa técnica procede à verificação da rotina anterior dessa pessoa (paciente enlutado) e o que poderá ser mantido e contornado apesar da ausência da pessoa falecida.

Conforme Rangé (2001), a resolução de problemas é muito importante de ser treinada com pacientes que alegam diversas e variadas situações em que apresentam dificuldades em obter respostas solucionáveis. Esse treinamento se dá por meio da modelagem de habilidades para resolver de forma adequada situações da vida real trazidas pelo paciente. Afinal, um de seus objetivos é promover um aprendizado que resulte na generalização para diversas situações problemáticas.

Podemos resumidamente distribuir nos seguintes passos a técnica de resolução de problemas (Rangé, 2001):

1. Definição do problema, na qual se identifica e descreve com clareza o problema com suas dimensões e consequências na vida da pessoa.
2. Identificar os objetivos de sua resolução e as especificidades do problema com o objetivo de reconhecer as possíveis variáveis externas relacionadas ao problema.
3. Propor diversas soluções e possíveis estratégias para solucionar o problema.
4. Avaliar as possíveis consequências de cada uma das possíveis estratégias de ação propostas e escolher uma para pôr em prática.
5. Avaliar os resultados e a eficácia conquistados.

Como terapeutas, podemos fazer uso dessa técnica para trabalharmos com nossos pacientes enlutados, ensinando-os a buscar soluções para diversos problemas inerentes a essa etapa de suas vidas. No tratamento do luto, a resolução de problemas deve ser treinada no paciente para que este lide de forma mais eficaz com os problemas

decorrentes da perda sofrida, ajudando-o a reorganizar sua vida de maneira funcional e adequada.

Quando se trabalha com processo de luto, algumas situações consideradas por eles geradoras de ansiedade por sua difícil resolução são trazidas pelos pacientes. Alguns problemas que podem ser trabalhados com a técnica: problemas relacionados a adaptação ao novo ambiente, novas rotinas, questões referentes a assumir novos papéis diante da perda, novas responsabilidades – sejam elas familiares, sociais, laborais ou referentes a questões financeiras, etc.

Assim, para que um indivíduo lide de forma eficaz com uma dificuldade, ele necessita aprender a avaliar e a encontrar soluções que lhe permitam resolver seu problema. Treinar um indivíduo em habilidades de soluções de problemas é mais do que uma forma de aumentar seu repertório de respostas diante dos problemas da vida, é um meio de facilitar sua competência social geral (Abreu & Guilhardi, 2004).

Reestruturação cognitiva

As técnicas cognitivas podem ser usadas efetivamente para tratar e modificar os níveis de cognição do paciente enlutado. Busca-se trabalhar os diferentes níveis cognitivos em diferentes momentos, começando pelos mais superficiais e avançando até os mais profundos (Beck, 1997).

Os pensamentos automáticos se constituem no nível mais superficial de cognição que um paciente aprende a identificar; por isso, são mais facilmente acessíveis. O intuito é posteriormente avaliar sua validade e/ou corrigi-los. Pensamentos automáticos (que podem ocorrer sob formas mais abstratas e/ou imagens com características sensoriais) estão na borda da consciência e fazem parte da visão que o paciente tem de si e do mundo e a ele não parecem distorcidos ou problemáticos.

Para evocar e identificar os pensamentos automáticos, o terapeuta pode utilizar algumas técnicas para examiná-los e testá-los quanto à sua adequação à realidade.

À medida que o paciente for fazendo o seu relato, poderá apresentar uma variação nas suas emoções influenciadas pelos seus pen-

samentos automáticos que apresentam forte carga emocional. Diante disso, o terapeuta deverá questionar diretamente tais pensamentos: “o que está passando pela sua cabeça neste momento?”. Uma vez identificados os pensamentos, o terapeuta passa a questioná-los.

Existem muitas formas por meio de que o terapeuta tenta evocar diretamente os pensamentos automáticos do paciente:

- recriação de uma situação vivenciada pelo paciente;
- descrição de uma situação ocorrida fora da sessão;
- foco nas situações ou nas emoções;
- role-play do que foi vivenciado (por meio da dramatização);
- utilização de uma imagem que passou pela cabeça do paciente e descrever o seu pensamento;
- descoberta guiada – busca de significados (o terapeuta utiliza esta técnica por meio do questionamento socrático, buscando trazer informações à consciência do paciente, correlacionando o pensamento automático a consequentes emoção e comportamento);
- análise ABC (o objetivo desta técnica é auxiliar o paciente a distinguir as diferentes situações de sua vida que ativam os mais variados pensamentos, os quais geram diferentes emoções e comportamentos);
- registros de pensamentos disfuncionais RPD.

O registro feito pelo paciente deverá ser revisado pelo terapeuta durante as sessões. Dessa forma, os dois poderão identificar algumas situações que têm se mostrado mais problemáticas na vida do paciente, passando a ser foco de atenção terapêutica. Por meio do sistemático automonitoramento (RPD), o automatismo no processamento disfuncional vai, gradativamente, sendo modificado, fazendo com que o paciente enfrente com maior eficácia e segurança as situações tidas como intransponíveis anteriormente.

Quando o paciente enlutado estiver bem treinado na detecção e na avaliação dos níveis mais superficiais de cognição, é esperado que os sintomas depressivos que o levaram a ter sentimentos de aban-

dono, tristeza, desesperança, entre outros, já estejam em processo de desaparecimento (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997).

A seguir, o terapeuta deverá passar à etapa seguinte do tratamento, indo em busca das crenças centrais desse paciente e acessando-as. Importante se torna o conhecimento dessas crenças, pois mostrará o “motivo real” (significado) pelo qual o paciente enlutado é levado a se sentir incapacitado para tocar em frente a sua vida sem a presença da pessoa perdida.

Nesse momento será utilizada a técnica da flecha descendente, que consiste em selecionar um pensamento automático, considerando-o verdadeiro e questionar o paciente a respeito do sentido que ele atribui a essa determinada cognição (Leahy, 2006).

A partir da utilização da técnica da flecha descendente, ficam evidentes os reais motivos que levam o paciente a ter determinados padrões disfuncionais de comportamento, além de facilitar a identificação de níveis mais profundos de cognição. Faz com que o próprio paciente tome consciência de sua linha de raciocínio, favorecendo a detecção de distorções cognitivas.

O terapeuta não deve tentar convencer o paciente de que este possui esta ou aquela crença, nem procurar persuadi-lo de que tal crença nuclear é irracional. Antes disso, deve conduzir a análise dos fatos auxiliando-o a chegar a suas próprias conclusões.

O trabalho junto ao paciente deverá ser feito no sentido de acessar os níveis mais profundos da cognição, buscando sua origem e o papel que ela exerce na sua vida. O terapeuta deverá auxiliar informando as características da rigidez e verdade absoluta que são comuns às crenças, surgindo daí muitas resistências às mudanças (Beck, Freeman & Davis, 2005).

Com o uso do questionamento socrático e o novo automatismo adaptativo que vai acontecendo, o paciente passa a gerenciar uma espécie de diálogo interno, procurando visões alternativas para o enfrentamento das situações com as quais se depara.

Quando esse diálogo interno é colocado em prática no dia a dia, crenças disfuncionais são sistematicamente detectadas e questionadas e, assim, vão sendo reestruturadas de maneira mais adaptativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Auxiliar pacientes enlutados não é tarefa fácil. A despeito do avanço das estratégias de intervenção – as quais foram brevemente delineadas neste capítulo – em diversos casos o progresso é lento e marcado por constantes avanços e retrocessos. Diante desse panorama, até mesmo os mais treinados terapeutas podem passar a desenvolver pensamentos desadaptativos em relação ao tratamento.

Assim, tolerância à frustração é uma característica extremamente desejável por parte dos terapeutas que trabalham com pacientes enlutados. É preciso estar constantemente em busca de um equilíbrio entre o acolhimento da dor emocional do paciente e o incentivo à mudança.

Para aqueles terapeutas que atendem uma parcela significativa de pacientes enlutados, é preciso ter consciência do grande desgaste psicológico que tal tarefa implica. Da mesma forma, é igualmente importante o reconhecimento de que os terapeutas são seres humanos como quaisquer outros, e que, como tal, também podem precisar de apoio.

Nunca podemos perder de perspectiva que é fundamental “cuidar do cuidador”, para que este possa realizar sua árdua tarefa adequadamente. Aqui cabe uma analogia com os procedimentos que escutamos todas as vezes que andamos de avião: “ao caírem as máscaras de oxigênio, coloque primeiramente em você, para depois auxiliar a pessoa que estiver com dificuldade”. Da mesma forma, nós, terapeutas, precisamos estar sempre com a nossa “máscara de oxigênio” em dia para que possamos ajudar nossos pacientes a colocarem a deles.

REFERÊNCIAS

- Abreu, C. N., & Guilhardi, H. J. (2004). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas*. São Paulo: Rocca.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (4. ed.). Porto Alegre: Artmed. (Original Publicado em 2000).
- American Psychological Association (2010). *Dicionário de Psicologia*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 2007).
- Áries, P. *O homem perante a morte*

- (2. ed.) Lisboa: Publicações Europa-América.
- Beck, A. T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence*. New York: Harper Collins.
- Beck, A. T., & Alford, B. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed. (Original Publicado em 2004).
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original Publicado em 1979).
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M., & Piccoloto, N. (2003). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Domingos, B., & Maluf, M. R. (2003). Experiências de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), p. 577-589
- Ellis, A. (2001a). *Feeling better, getting better, staying better: Profound self-help therapy for your emotions*. Atascadero, Calif.: Impact Publishers.
- Ellis, A. (2001b). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: New directions for rational emotive behavior therapy*. New York: Prometheus Books.
- Freeman, A., & Dattilio, F. M. (1998). *Comprendendo a terapia cognitiva*. Campinas: Editorial Psy.
- Freeman, A., & DeWolf, R. (2006). *As 10 bobagens mais comuns que as pessoas inteligentes cometem*. Rio de Janeiro: Guarda Chuva.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1999). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1995).
- Knapp, P. (Org.). (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes* (9. ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2010). *Conceitualização de casos colaborativa: O trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Leahy, R. L. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva: Manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 2003).
- Leahy, R. L. (2009). *Superando a resistência em terapia cognitiva*. São Paulo: LMP. (Original publicado em 2001).
- Malkinson, R. (2007). *Cognitive grief therapy: Constructing a rational meaning to life following loss*. New York: W. W. Norton.
- Martín, M. P. B., Arraz, P., Albanoz, C., Gutiérrez, J. B., & Sopena, R. B. (2007). Intervenção psicológica com pessoas na fase final da vida. In V. E. Caballo (Org.), *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade* (pp. 462-483). São Paulo: Livraria Santos.
- Oliveira, J. B. A., & Lopes, R. G. C.

- (2008). O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 217-221.
- Rangé, B. (Ed.). (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Riise, T., & Lund, A. (2001). *Prognostic factors in major depression: A long term follow-up study of 323 patients*. Journal of Affective Disorders, 65, 297-306.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2010). *A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação*. Porto Alegre: Artmed.
- Ruschel, P. P. (2006). *Quando o luto adoece o coração: Luto não elaborado e infarto*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (9. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed. (Original Publicado em 2006).
- Wright, J., Turkington, D., Kingdon, D. G., & Basco, M. R. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para doenças mentais graves*. Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: Uma abordagem focada no esquema*. Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weisshaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 2003).