

Lissia Ana Basso ¹
Ricardo Wainer ²

Luto e perdas repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental

Mourning and sudden losses: Contributions of Cognitive Behavioral Therapy

RESUMO

Nos dias de hoje, a morte ainda é vista como um tabu, cercada de mistérios e de crenças, e as pessoas, frequentemente, não se encontram preparadas para lidar com a finitude humana. Quando a morte ocorre de forma trágica e repentina, tende a causar inúmeras alterações na vida de uma pessoa, acarretando, muitas vezes, prejuízos e alterações, principalmente, nos funcionamentos emocionais e cognitivos. Neste momento, os enlutados poderão recorrer a um psicólogo, e este tende a priorizar o acolhimento e a escuta ao paciente. Diante do exposto, foram sugeridos alguns pontos essenciais da Terapia Cognitivo-Comportamental, pois acredita-se que ela tende a ter uma importante contribuição no que se refere ao manejo do luto. Assim, o objetivo deste artigo é enriquecer e proporcionar ao leitor alguns aspectos relativos a um auxílio terapêutico embasados na Terapia Cognitivo-Comportamental, diante de um evento estressor, que é a perda repentina de um ente querido.

Palavras-chave: luto, perdas, terapia cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

Currently, death is still seen as taboo, surrounded by mysteries and beliefs, and people, often, not prepared to deal with human finitude. When death occurs sudden, tragic, tends to cause many changes in a person's life, leading, many times, loss and changes, especially in emotional and cognitive function. At this time, the bereaved may use a psychologist and this tends to prioritize the receiving and listening to the patient. Therefore it is suggested some essential points of cognitive behavioral therapy, because it is believed that he tends to have an important contribution regarding in the handling of grief. The objective of this paper is to enrich and provide the reader with some aspects of a therapeutic aid grounded in Cognitive Behavioral Therapy, a stressful event that is sudden loss of a loved one.

Keywords: cognitive behavioral therapy, losses, mourning.

¹ Especialista em Psicologia Clínica - Psicoterapia Cognitivo-Comportamental - (Psicóloga Clínica) - Porto Alegre - RS - Brasil.

² Psicólogo. Doutor em Psicologia (PUCRS); Mestre em Psicologia Social e da Personalidade (PUCRS); treinamento avançado em terapia do esquema (New Jersey/New York Institute of Schema Therapy, USA) - (Professor da Faculdade de Psicologia (PUCRS); diretor e responsável técnico pelo curso de especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental da WP - Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental).

WP- Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental.

Correspondência:

Rua São Manoel, 1970-203
Rio Branco, Porto Alegre - RS. CEP: 90620110.

Recebido em 5/9/2011.

DOI: 10.5935/1808-5687.20110007

INTRODUÇÃO

Ao se deparar com o tema da morte e, posteriormente, com o luto resultante dessa perda, surgem inúmeras perguntas. E agora, o que o psicólogo, um profissional da saúde, pode fazer nesse momento difícil do rompimento de um vínculo afetivo? O que fazer com a dor? Como lidar com a raiva? Qual seria o mais adequado manejo para essas situações? É por essas e outras inquietações que este tema é o foco do presente artigo: como intervir na prática clínica, na Teoria Cognitivo-Comportamental, com esses pacientes enlutados devido à perda repentina de um ente querido.

Para entender um pouco mais sobre essa finitude é interessante apurar as concepções da morte, perpassando por diferentes culturas e décadas. Em seus estudos sobre a morte, Ariès (1990) refere que, por algum tempo, a morte foi considerada como natural ao ser humano, tranquila e resignada. A vivência de morte ocorria no âmbito familiar, os rituais se davam numa cerimônia pública, de que todos participavam e eram autorizados a expressar os sentimentos pela perda. Corroborando o autor referido, Araújo & Vieira (2001) apontam que, na Idade Média, as mortes eram vividas com mais tranquilidade, eram mais familiares, por isso eram consideradas como um fato natural, os moribundos pressentiam suas partidas e também faziam seus próprios rituais de despedidas. Passado-se alguns anos, embora a morte fosse vista como cotidiana, também foi percebida como um fracasso do morto em relação à vida, salientando a impotência diante dela. Nesse sentido, bem como através da comoção e de sentimentos de pesar, a face do morto era coberta por um tecido, tornando-se oculta aos olhares (Ariès, 1990).

A partir disso, houve um período em que aconteceram mudanças na atitude diante da morte, focando-se no dia derradeiro de cada um. A finitude era altamente ligada às religiões, suas causas eram atribuídas à vontade do ser divino, superior. Frente a isso, a entrada ao paraíso era julgada de acordo com as ações realizadas, a fé e a devoção. Na assombração por essa avaliação sobressaltavam-se a culpa e o medo, fazendo com que iniciassem o processo na busca de salvação no além. Nesse sentido, Giacóia (2005) refere que boa parte dos judeus e dos cristãos acreditam na ressurreição, na passagem para o inferno ou paraíso, dependendo dos pecados cometidos na Terra.

Ariès (1990) enfatiza outro aspecto importante na antiguidade: a percepção da morte como certo romantismo. A tendência filosófica do romantismo, as poesias, a música, contribuiu a desvendar o misterioso, o irracional, o imaginário. Libertou a fantasia, as emoções e possibilitou o encontro com as lembranças do passado, diminuindo o silêncio implícito.

O mesmo autor salienta que, com o avanço da ciência e o crescimento da industrialização, é percebido também o inconformismo diante da morte de si mesmo e do outro, uma vez que a prosperidade do coletivo está ameaçada. Porém,

essas mudanças socioculturais vão mais além, provocam o afastamento da morte no cotidiano. Aos enfermos é omitida a morte iminente, e perante a sociedade a morte é camuflada, pois é vista como tabu-objeto de interdição. A incapacidade de impedi-la caracterizava-se pelo silêncio. Este, por sua vez, fora imposto pela sociedade, tornando a expressão da morte interdita - os sentimentos, gestos, palavras e atitudes quase inaudíveis.

Posteriormente a isso, diante das descobertas da ciência, ocorre uma ruptura entre a morte e a religião. A ideia de que a morte era uma punição de um ser supremo, é desmascarada no momento em que a ciência revela as causas pelas doenças, causando assim, um abalo nos credos religiosos (Ariès, 1990).

Sobretudo, é no século XX que os avanços tecnológicos e os estudos da medicina aumentam a capacidade humana para adiar a morte, e por isso o sofrimento torna-se vergonhoso. Ariès (1990) enfatiza que a sociedade impossibilita a expressão da dor por morte, então ela passa a ser reprimida, escondida, solitária. Assim, contribui para o aumento do desconforto das repercussões da perda, pois, perante a sociedade, a morte, o feio e o diferente não têm mais espaço (Rabelo, 2006).

Como visto, no passado, observa-se que houve (e ainda há) muitas formas de perceber a morte. Nesse sentido, cabe expor que cada cultura abrange inúmeras representações do significado da morte. Hoje a morte é vista como um tabu, cercada por mistérios, crenças, e, independentemente de suas causas ou formas, ocorrem frequentes negações sobre esse tema obscuro e encoberto, um assunto do qual não podemos fugir, pois mais cedo ou mais tarde vamos nos deparar com isso em nossas vidas (Combinato & Queiroz, 2006). No entanto, geralmente as pessoas não estão preparadas para lidar com a finitude humana, o que torna mais difícil e delicada a aceitação do encerramento do ciclo da vida (Barbosa, 2006).

Além do mais, não se pode deixar de esclarecer que o significado de morte varia em diferentes civilizações, em diferentes culturas, religiões, credos e, principalmente, no tipo de morte. Cada uma delas possui valores e características sobre o conceito da finitude humana, acabando por refletir nos rituais da morte e do morrer, que são itens bastante relativos diante da diversidade, tornando-se características peculiares dos povos.

Este mistério que é a morte gera medo, medo do desconhecido talvez, que pode acarretar em muitas dores físicas, emocionais e psicológicas. A morte é um fenômeno que pode desencadear ou gerar uma sensação de fragilidade, não só para quem está morrendo, mas também para os familiares, amigos, etc. É um momento difícil de ser enfrentado. O rompimento do vínculo afetivo existente, o nível de aceitação, o tipo de morte – repentina ou não, são determinantes essenciais na elaboração dessa perda (Lisboa & Crepaldi, 2003).

Dentre esses determinantes, cabe destacar a forma com que a morte ocorre, pois acredita-se que estas influenciam diretamente no enlutado, seja na intensidade, seja na duração dos sintomas. A respeito disso, Moura (2006) afirma que, quan-

do ocorre uma perda devido a alguma doença degenerativa, ou uma morte natural e esperada, as pessoas possuem um tempo maior para se prepararem e até se conformam mais rapidamente com a partida do ente querido. O luto antecipatório é bastante encontrado nesses casos, pois as pessoas passam a ter sintomas de raiva, depressão, ajustes de papéis familiares e, de acordo com alguns estudiosos, são facilitadores da vivência do luto. Já, com perdas súbitas, o processo de elaboração do luto se torna mais complexo, pois tem o elemento surpresa, sem sinais, sem indício algum. Essas mortes são, por exemplo, devido a um AVC (Acidente Vascular Cerebral), a acidentes automobilísticos, a suicídio, etc. As pessoas próximas ficam tentando encontrar os porquês, os detalhes das mortes (como foi, onde foi). Elas precisam achar um entendimento racional de como aconteceu, isso lhes é fundamental para aliviar a dor, ansiedade e confusão do enlutado (Moura, 2006).

Nessa perspectiva, Parkes (1998) relata que as pessoas que haviam perdido um ente querido, repentinamente, choravam mais, sentiam-se entorpecidos e tinham mais saudades que as outras pessoas. Ainda, foi percebido que a perda súbita dos filhos, em acidentes automobilísticos, proporcionou nos pais mais raiva, depressão, culpa e, por consequência, mais problemas com a saúde, além de lembranças dolorosas da pessoa que morreu, do que em filhos que vieram a falecer por alguma doença da qual os pais tinham conhecimento. Com isso, fica claro que morte repentina, inesperada e precoce é preditora considerada complicadora para elaboração do luto normal; pode gerar problemas psicológicos como a depressão e a ansiedade (Parkes, 1998).

Nessa ótica, releva destacar que todos os tipos de perdas acabam afetando as pessoas que raramente saem ilesas desse pesar. O grau de parestesco, o gênero, o tipo de morte, os vínculos e os recursos internos disponíveis são itens que possibilitam ou não a elaboração do luto normal. Parkes (1998) aponta que o luto normal é uma resposta saudável a um fator estressante que é a perda significativa de um ente querido. Quando refere-se a uma resposta saudável, implica na capacidade de expressar a dor. Seja reconhecendo, reajustando e investindo em novos vínculos.

Entretanto, quando esses recursos são escassos, pode levar ao processo de luto complicado. O luto complicado é manifestado por sintomas físicos e mentais que fortemente propiciam a negação e a repressão da dor pela perda. Encontram-se incapazes, pressionados pela sociedade a se controlar, não manifestar suas tristezas, e, por consequência, se sentem solitários, frágeis e depressivos (Parkes, 1998).

Nesse sentido, muitos enlutados não conseguem restituir a perda. Não receberam apoio suficiente capaz de amenizar o sofrimento, ou não se encontraram encorajados a solicitar algum tipo de auxílio (Crepaldi & Lisboa, 2003). No entanto, algumas delas acabam por buscar ajuda, nos consultórios médicos e psicológicos, com intuito de findar com a dor e a reorganização de suas vidas.

Devido a essas questões, destaca-se o objetivo deste artigo: realizar uma revisão teórica acerca de com o que a Psicoterapia Cognitivo-Comportamental tem a contribuir, de como trabalhar nos consultórios a elaboração da perda repentina de um ente querido e apresentar possíveis contribuições a esses pacientes enlutados.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

COGNIÇÕES SOBRE A MORTE

Partindo da postulação da TCC, da ideia de que ao longo de nossas vidas são construídas e adquiridas cognições sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro, não raro as pessoas tendem a fazer interpretações errôneas acerca das situações. Através desses erros de pensamento, acaba-se proporcionando sofrimentos emocionais, físicos e psicológicos e, de acordo com os autores Dattilio e Freeman (2004), dentre os eventos ameaçadores e críticos, situações de crise e situações da perda de um ente querido podem ser situações ativadoras dessas crenças disfuncionais.

De acordo com o exposto, as crenças a respeito da perda de um ente querido, serão ativadas e processadas pelo entendimento que o indivíduo tem em relação à morte, ou seja, a reação dependerá do estilo de enfrentamento e dos padrões anteriormente aprendidos e internalizados, interferindo e refletindo, principalmente, na alteração emocional e comportamental, devido aos erros do pensamento (Remor, 1999).

No estudo realizado por Bretãs, Oliveira e Yamaguti (2006) com estudantes de enfermagem, desvendam-se crenças sobre a morte; na maior parte delas, revelou-se a aceitação da morte e do processo de morrer. Em outra pesquisa realizada, as autoras encontraram falas que representam o sofrimento, a angústia, a raiva, principalmente quando a morte se deu devido a um acidente automobilístico, além de crenças da continuação da vida após a morte, acometidos pela perda do ente querido (Basso & Marin, 2010). Estas são algumas falas que podem ser encontradas em estudos, as quais nos revelam algumas crenças sobre a morte para os participantes das pesquisas, para alguns, trazendo certo conforto e alívio ao acreditarem e se apegarem aos credos e princípios de cada religião, buscando subsídios e influenciando na maneira de pensar e aceitar a morte (Gutierrez & Ciampone, 2007).

Concomitantemente a isso, numa pesquisa realizada por Lückemeyer (2008), com uma mãe que perdeu seu filho num acidente automobilístico, pôde-se verificar sentimentos de fracasso, de incapacidade, por não conseguir prevenir a morte do filho. Além disso, sentimentos de culpa, imensa ansiedade e apatia também foram relatados por ela. Isso é encontrado na literatura quando Kovács (1992) salienta que a morte ocorrida de maneira brusca e repentina tem uma potencialidade de paralisção, desorganização, impotência, desesperança e desamparo, como descrito pela participante do estudo anteriormente citado.

Dentre as reações mencionadas, é visível que as implicações frente à morte são inúmeras e, na maioria das vezes, afetam os enlutados, tornando-os incapacitados na reorganização de suas vidas, tanto no contexto familiar como no social. Questões relacionadas à religião, mais especificamente sobre reencarnação, são, muitas vezes, lembradas e referidas nas pesquisas, pois acredita-se que essa crença de vida após a morte fornece um certo alívio nas pessoas enlutadas (Giacóia, 2005). Num estudo feito por Peruzzo, Jung, Soares e Scarparo (2007), os participantes da amostra relataram acreditar que a pessoa morta está num lugar bonito, bem e feliz, que pode ouvir e ver o que acontece depois da morte.

Os sentimentos de incapacidade, de vulnerabilidade são os preditores das dificuldades intrínsecas da perda; aliás, são os grandes geradores da desorganização que atinge as pessoas que perderam um ente querido. Dentre as dificuldades citadas, é importante apontar o quão difícil se torna a aceitação, a fase de readaptação em preencher o vazio que a pessoa querida deixou. A elaboração de outras perdas anteriores e as crenças relativas à morte também podem ser fatores que interferem no luto. Para a efetivação do luto, Elizabeth Kübler-Ross, referência no assunto, propôs cinco estágios: a negação e o isolamento, a raiva, a barganha, a depressão e a aceitação.

ESTÁGIOS DE REAÇÃO À PERDA, POR ELIZABETH KÜBLER- ROSS (2005)

No primeiro estágio, a negação e o isolamento servem como um mecanismo de defesa temporário, um para-choque que alivia o impacto da notícia, uma recusa a confrontar-se com a situação. Ocorre em quem é informado abruptamente a respeito da morte; embora considerado o primeiro estágio, pode aparecer em outros momentos.

A raiva, segundo estágio, é o momento em que as pessoas externalizam a revolta que estão sentindo. Neste caso, tornam-se por vezes agressivos. Há também a procura de culpados e questionamentos, tal como: “Por que ele?,” com o intuito de aliviar o imenso sofrimento e revolta pela perda.

Já a barganha, percebida no terceiro estágio de reação à perda, é uma tentativa, de negociar ou adiar os temores diante da situação; as pessoas buscam firmar acordos com figuras que segundo suas crenças teriam poder de intervenção sobre a situação de perda. Geralmente esses acordos e promessas são direcionados a Deus e mesmo aos profissionais de saúde que a acompanham.

A depressão, quarto estágio, é dividida em preparatória e reativa. A depressão reativa ocorre quando surgem outras perdas devido à perda por morte, por exemplo, a perda de um emprego e, conseqüentemente, um prejuízo financeiro, como também a perda de papéis do âmbito familiar. Já a depressão preparatória é o momento em que a aceitação está mais próxima, é quando as pessoas ficam quietas, repensando e processando o que a vida fez com elas e o que elas fizeram da vida delas.

Por fim, o último estágio de reação à perda é o de aceitação. Quando se chega a esse estágio, as pessoas encontram-se mais serenas frente ao fato de morrer. É o momento em que conseguem expressar de forma mais clara sentimentos, emoções, frustrações e dificuldades que as cercam. Quanto mais negarem, mais dificilmente chegarão a este último estágio. Cabe ressaltar que, esses estágios não são um roteiro a ser seguido e que podem sofrer alterações de acordo com cada perspectiva pessoal.

FASES DO LUTO, POR JOHN BOWLBY (1990)

Bowlby observou quatro fases do luto: 1) o entorpecimento, 2) o anseio, 3) a desorganização e o desespero e 4) a reorganização. Quando as pessoas são notificadas a respeito da perda, passam por uma fase de choque e negação da realidade, ficam extremamente aflitas, características principais da primeira fase, que tem duração de horas a uma semana – o entorpecimento. A segunda fase – o anseio –, é marcada pelo desejo de recuperar o ente querido, de trazê-lo de volta. Há buscas frequentes e espera pela aparição do morto; o enlutado passa a ter sonhos com ela e muita inquietação. Logo, culpa e ansiedade são manifestadas após o enlutado compreender a morte, devido a isso entra na terceira fase – o desespero e desorganização, sentimentos de raiva e tristeza são comumente encontrados, pois a pessoa se sente abandonada pela pessoa que partiu e incapacitada de fazer algo. No entanto, depois que a pessoa tiver passado por momentos de raiva, choque, tristeza, entorpecimento, é que vai conseguir se restabelecer. Embora com a saudade presente, e ainda se adaptando às modificações causadas pela perda, poderá retomar suas atividades, completando a última fase do luto – a reorganização (Bowlby, 1990).

Perante os estágios de reação à perda e fases do luto compostas por Kübler-Ross e Bowlby, é imprescindível citar a distinta leitura que os autores fizeram acerca das etapas que um indivíduo passa diante da perda iminente e após a perda de um ente querido. Não cabe julgar qual seria o correto, mas sim expor as excelentes contribuições particulares de cada um deles e o quanto é válido para o entendimento de uma situação geradora de sofrimento que é a morte.

Cabe salientar que o luto é o processo inevitável de elaboração de uma perda e que todas as pessoas que perdem um ente querido tendem a passar por isso. Possui um vasto leque de sentimentos, mudanças que invadem e interferem no funcionamento emocional de uma pessoa. Como mencionado anteriormente, perdas repentinas refletem um grau ainda maior de dificuldades em relação a uma perda que pode ser, de certa forma, preparada. Podem interferir a ponto de incapacitar a pessoa de resolver esses problemas, levar o indivíduo a desenvolver um funcionamento disfuncional como resposta à perda, como por exemplo, o luto complicado.

Nesse sentido, a perda de um ente querido é um fator gerador de muito estresse; se não for elaborada de uma forma funcional, pode trazer inúmeras repercussões na vida de um indivíduo. Parkes (1998) coloca que o processo do luto tende a causar desconforto, alterar funções, aumentar níveis de ansiedade, em potencial maior para aqueles que presenciaram o momento em que o ente faleceu.

Então, o modelo da Terapia Cognitivo-Comportamental mostra-se válido, importante no tratamento de situações traumáticas e tem sido a escolha inicial de vários algoritmos de tratamento. Devido a isso, o próximo subitem apresenta a contribuição desta terapia para a morte repentina. Como não há padrões específicos na teoria cognitiva acerca do luto, aborda-se os principais modelos cognitivos que englobam evidentemente os aspectos de processamento de informação, como por exemplo: representações mentais, acesso, avaliação e execução de respostas. É exatamente nesse contexto que o trabalho busca contribuir.

DIFERENTES FORMAS/MECANISMOS DE LIDAR COM A PERDA

A maioria das pessoas que passam por situações de estresse, como a perda de um ente querido, desenvolve respostas de enfrentamento desadaptativas, ou seja, uma estratégia que a pessoa apresenta em certas circunstâncias para conseguir lidar com o evento traumático. De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008), em algum momento os Esquemas Iniciais Disfuncionais (EIDs) latentes, caracterizados por um conjunto de crenças globais e enraizadas, com pressuposições e regras acerca do mundo, podem ser ativados devido a uma situação, alterando e predominando sobre humor bem como sobre o comportamento de um indivíduo.

Os mesmos autores afirmam que lutar, fugir, paralisar-se são as principais respostas à ameaça. Nos esquemas, essas respostas são denominadas de: 1) hipercompensação: quando eles lutam contra o esquema pensando, agindo, sentindo como se o oposto do esquema fosse verdadeiro; 2) evitação: os pacientes organizam suas vidas para que o esquema não seja ativado, bloqueiam pensamentos e imagens para evitar sentimentos ativados pelo esquema; e 3) resignação: quando os pacientes consentem o esquema, aceitam como verdadeiro, não tentam evitar nem lutar contra ele. É através desses processos que os esquemas continuam ativos na vida psíquica de um indivíduo (Young et al., 2008).

Ao abordarmos os estágios de reação à perda e as fases do luto descritas respectivamente por Kübler-Ross (2005) e Bowlby (1990), percebe-se que as respostas geradas pelo sofrimento da perda de um ente querido são respostas que os indivíduos apresentam diante de um evento estressor. Portanto, a perda repentina de um ente querido pode ser considerada um evento ameaçador à integridade física, psicológica e social de

um indivíduo. Devido a isso, como resposta de enfrentamento, alguns esquemas são ativados, e, para amenizar os sentimentos provocados, os pacientes podem então hipercompensar, evitar ou resignar tais esquemas.

Esquemas de privação emocional, abandono, defecividade, além de esquemas de inibição emocional, são caracterizados, principalmente, por uma evitação na expressão de sentimentos e pensamentos. São mecanismos defensivos que barram emoções desagradáveis ao indivíduo e podem ser encontrados nos primeiros estágios de reação à perda e nas fases do luto descritas por Kübler-Ross (2005) e Bowlby (1990), pois a negação e o entorpecimento não deixam de ser uma resposta de enfrentamento desadaptativa frente à situação de perda por morte.

Crenças do esquema de abandono também são ativadas no anseio. É o momento em que os enlutados passam a buscar incessantemente pela pessoa que partiu, hipergeneralizando: “Se ele me deixou, as outras pessoas vão me deixar também.” A barganha tem relação com a manutenção esquemática, pois envolve perdas e ganhos. Este também é o momento em que os indivíduos fazem acordos ou negociações com o intuito de alcançar algo profundamente desejado. Ou tudo ou nada: “Se Deus não atender meu pedido, não sei o que será de mim”.

A personalização aparece quando os indivíduos assumem a culpa pelo fato ocorrido: “Ele morreu por minha culpa, não podia ter deixado sair com o carro,” pois, além dos sentimentos de culpa e de revolta, eles encontram-se raivosos consigo mesmos. A raiva é percebida como uma prévia aceitação da realidade, caracterizada por esquemas de abuso: “Ele me sacaneou, não podia ter feito isso comigo”.

Já a depressão, o desespero e a desorganização poderão ser encontrados quando ativos esquemas de dependência/incompetência, de fracasso, de negatividade/pessimismo e de vulnerabilidade, por não conseguirem enfrentar a situação sozinhos. Algumas crenças e erros de pensamento manifestar-se-ão, como: catastrofização, abstração seletiva e pensamento dicotômico: “Eu não sou capaz de lidar com isso”; “Tudo está perdido”; “Não tenho saída”; “Eu não vou me recuperar dessa perda, vou entrar em depressão”.

Essas comparações feitas com o ponto de vista cognitivo revelam o quão importante e fluente são os esquemas que regem os pensamentos e as atitudes das pessoas. É por meio deles e dos erros de pensamento que a TCC vai poder auxiliar os pacientes enlutados na busca de um alívio e melhor aceitação da perda do ente querido e de todas as implicações que nela repercute. O impacto gerado por uma perda pode ser tão doloroso que impossibilita os indivíduos de uma recuperação saudável. Sendo assim, a reorganização e a aceitação são uma etapa difícil de alcançar, e, muitas vezes, é devido a elas que é solicitada uma ajuda de um profissional. Em seguida, aborda-se algumas contribuições e os passos de uma intervenção psicoterapêutica baseada na TCC.

COMO INTERVIR DENTRO DE UMA PERSPECTIVA BREVE COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Dentre as circunstâncias que são beneficiadas de uma psicoterapia breve, destacam-se situações de crise e mudanças drásticas provocadas por perdas repentinas, pois o enlutado possui uma necessidade de readaptação rápida e complexa para a obtenção do alívio de sintomas e a restauração no funcionamento do indivíduo.

Logo abaixo, acerca-se de alguns aspectos indispensáveis no auxílio terapêutico a um paciente enlutado. Um ponto essencial é que se possa transmitir confiança e apoio, que ele será acolhido e não estará sozinho. Antes de qualquer coisa, esta terapia tem como objetivo ajudar o paciente na resolução de conflitos existentes à separação, facilitando a superação das etapas do luto para elaborar a perda; para isso, no entanto, é importante levar em conta outras perdas vividas pelo paciente.

EM TERMOS DE OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

O objetivo terapêutico na Terapia Cognitivo-Comportamental perante uma situação de luto por perda repentina tem como base, identificar recursos disponíveis e avaliar quais são as principais preocupações do paciente. Num primeiro momento, recomenda-se defini-las; por seguinte, priorizá-las; e, por fim, abordá-las, levando em consideração e avaliando a rede de apoio social e auxiliando na tomada de decisões, pois possivelmente o enlutado encontra-se em estados psicológico e emocional prejudicados (Remor, 1999).

Além disso, é recomendável que possam diminuir as alterações emocionais, pois o enlutado encontra-se num estado frágil, vulnerável e desorganizado, tanto em níveis cognitivos como fisiológicos, motores e comportamentais. As alterações são fatores que podem dificultar o bom andamento do tratamento, prejudicando o funcionamento da terapia e sua meta principal, que é servir como uma facilitadora no processo de readaptação do indivíduo.

Sugestiona-se ao terapeuta expressar empatia, respeitar e adequar-se ao ritmo do paciente, principalmente no decorrer do uso das estratégias e técnicas terapêuticas. Adequar-se ao funcionamento do paciente e não confrontar diretamente com ele, pois há grandes chances de ele desenvolver resistência ao tratamento. Outro ponto importante é não fornecer informações nem desnecessárias nem insuficientes, não negar dados que lhe são solicitados, para que se evitem maiores distorções cognitivas. Sempre que possível, indica-se estimular a autoeficácia do enlutado, para que ele tenha conhecimento das suas capacidades estratégicas e condições para lidar com esse momento difícil (Miller & Rollnick, 2001).

EM TERMOS DE ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

Diante dos principais objetivos terapêuticos expostos, sugerem-se algumas estratégias essenciais para ajudar o enlutado a produzir uma resposta saudável, utilizando mecanismos e comportamentos que possam ser aprendidos e/ou modificados. Enfatiza-se que tanto as estratégias quanto as técnicas terapêuticas, foram listadas aleatoriamente, e não exigem, necessariamente, uma ordem específica, pois isso tende a variar de acordo com cada paciente. A seguir, podem-se verificar algumas delas:

- **Resolução de Problemas:** é usada para avaliar como e o que o enlutado está priorizando. Nesse momento, busca-se a melhora na habilidade de resolver problemas, maximizando o que está funcional e diminuindo a complexidade dos mesmos (Nezu & Nezu, 1999). É importante que o paciente consiga verificar a existência de distorções cognitivas que impossibilitam a busca e a tentativa de alternativas saudáveis. Ainda, é fundamental a construção de estratégias e recursos que podem facilitar e auxiliar no enfrentamento da situação problemática: “Será que não haveria outras formas de lidar com essa situação?”; “Que empecilhos podemos encontrar?”; “Haveria algum recurso disponível que pudesse nos auxiliar nesse momento?”
- **Automonitoramento:** aumentar a capacidade de metacognição, com intuito de o paciente perceber como pensa e passa a ter sentimentos e comportamentos devido às crenças (Flavell, 1979). Recomenda-se que, diante de uma situação aversiva, o paciente identifique o que está fazendo, pensando, sentindo. É o pensar sobre o pensamento: “Desde quando fulano faleceu, as pessoas não me procuraram mais [...]. Se esse pensamento fosse verdade, como me sentiria?”
- **Treino de Habilidades Sociais:** aumentar e ensinar novas habilidades cognitivas como o automonitoramento, habilidades verbais e, principalmente, comportamentais, para que o enlutado consiga perceber e lidar melhor com o ambiente (Caballo, 2003). Neste caso, recomenda-se que possam ser listadas algumas situações em que o paciente apresenta dificuldades para resolver. Na maioria das vezes, os pacientes enlutados encontram-se deprimidos e tendem a antecipar sentimentos negativos, bem como avaliam erroneamente o grau de dificuldade. Diante das situações listadas e por meio de um ensaio comportamental, avalia-se como o paciente se comportaria em determinada situação, e juntos, paciente e terapeuta, treinam uma resposta adaptativa: “Já que treinamos em sessão, o que você acha de tentar aplicar nas situações que,

num primeiro momento, você consideraria embaraçosas?"; "O que aconteceria se você tentasse?"

- **Estratégias de Coping:** o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas, ou seja, uma resposta cognitiva e comportamental ao estresse, com objetivo de suavizar características aversivas. É preciso que os pacientes busquem novas estratégias de enfrentamento, frente às anteriormente internalizadas (Lisboa et al., 2005; Folkman & Lazarus, 1980). Indica-se o levantamento de outros eventos adversos na vida dos enlutados e quais estratégias foram úteis para amenizar os sintomas gerados: "Quando você se encontrou numa situação difícil, como você lidou com ela?"; "Se uma pessoa amiga estivesse na mesma situação na qual você se encontra, que conselho daria a ela?"
- **Reestruturação Cognitiva:** numa colaboração entre paciente e terapeuta, identifica-se pensamentos irracionais e catastróficos, examina as evidências favoráveis e contrárias aos pensamentos distorcidos, a fim de avaliar e perceber outros pensamentos mais adaptativos (Beck, 1997). Nesse momento, pode ser usado o modelo A-B-C (A=situação, B=pensamento, C=consequência) para auxiliar o paciente a identificar a situação perturbadora e o pensamento automático: "O que aconteceu para eu me sentir assim?"; "O que passou pela minha cabeça?". Identificado esse pensamento, o segundo passo é avaliar a veracidade desse pensamento: "Que evidências eu tenho para comprovar esse pensamento?"; "Esse pensamento é realista?". Num último momento, orienta-se o paciente a desafiar e substituir o pensamento por afirmações mais racionais: "Qual vantagem tenho em manter esse pensamento irracional?"; "Qual seria o pensamento saudável nessa situação?"
- **Prevenção e Recaída:** psicoeducar o enlutado quanto ao seu funcionamento, suas dificuldades e também sua autoeficácia (Beck, et al., 1979). No decorrer do processo psicoterapêutico, foi-lhe orientado a utilizar estratégias e habilidades para lidar de maneira eficaz com o problema percebido. Ao se deparar com outras situações, terá recursos para enfrentar possíveis problemas: "Quais os pródromos de um evento adverso?"; "Que situações são consideradas como situação de risco?"; "Que estratégias disponíveis me auxiliariam neste momento?"

EM TERMOS DE TÉCNICAS

Como visto anteriormente, a TCC acredita que é a maneira como o indivíduo interpreta uma situação que faz com

que ele tenha sentimentos e emoções, por diversas vezes, desagradáveis e causadoras de sofrimento. As técnicas irão servir como instrumentos para identificar esses pensamentos disfuncionais, que geram interpretações catastróficas e errôneas. Em seguida, listaremos algumas técnicas selecionadas para auxiliar no processo terapêutico do luto:

- **Psicoeducação:** momento em que o terapeuta explica ao paciente o modelo da terapia e também o funcionamento disfuncional do paciente, para promover a compreensão deste perante a perda sofrida (Garner, 1997).
- **Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD):** o RPD é um instrumento bastante utilizado para verificar quais pensamentos passaram pela mente do paciente diante de uma determinada situação, e, a partir desses pensamentos, pode-se utilizar outra técnica, a flecha descendente para encontrar as crenças centrais que geraram tais emoções e comportamentos ao paciente (Beck, 1997).
- **Role-play:** É a simulação de um evento em que paciente e terapeuta identificam qual pensamento ocorreu naquele certo momento, para promover formas de manejo e enfrentamento mais funcionais. O paciente dramatiza o que diria para alguém que estivesse na mesma situação e o mesmo problema que ele, tentando mostrar a disfuncionalidade da crença da pessoa (Beck, 1997).
- **Descoberta Guiada:** esta técnica, como o próprio nome diz, busca descobrir significados mais profundos com base na informação dada pelo paciente. O que ele atribui, pensa e entende perante uma situação. Perguntas como: "O que significa isso para você?"; "Se isso fosse verdade, o que quer dizer de você?" são utilizadas para evocar as crenças centrais (Beck, 1997).
- **Dessensibilização Sistemática:** paciente e terapeuta hierarquizam quais situações são mais ansiogênicas ao paciente, e, gradativamente, do menor ao maior evento ansiogênico, há a confrontação deste com a finalidade de dessensibilização (D'Zurilla & Goldfried, 1971).

Em suma, a TCC é composta por inúmeros instrumentos que podem ser usados no decorrer dos tratamentos para auxiliar na modificação de padrões de funcionamento disfuncionais, provedores de sofrimento. O objetivo foi poder descrever apenas algumas delas, as mais relevantes e utilizadas na psicoterapia de um paciente enlutado. Ressalta-se que são poucos materiais encontrados na literatura que abordam o luto com ênfase na teoria cognitiva e comportamental. A proposta deste artigo, foi colher dados e estudos que pudessem nos guiar em como poder trabalhar na prática clínica o luto resultante de uma perda repentina e suas prováveis reflexões na vida de um paciente enlutado.

É fundamental enfatizar a importância de inicialmente proporcionar um acolhimento, um vínculo empático na terapia.

O terapeuta terá a função de facilitar a expressão dos sentimentos associados à perda do ente querido, observando todas as implicações que ela trará ao paciente. Claro que, para isso, é necessário levar em conta as crenças que o paciente enlutado tem acerca da morte e seus pensamentos disfuncionais. Outro item básico é que as técnicas e estratégias cognitivas e comportamentais possam aumentar as características adaptativas e auxiliar na tomada de decisões e na busca de novas atividades e relacionamentos, a fim de melhor elaborar a perda.

Além disso, conceitos errôneos podem potencializar complicações nos níveis cognitivos e funcionais, podendo gerar transtornos depressivos e ansiosos. Imperativos como: “devo que”, “tenho que” são facilmente encontrados e alimentam sentimentos de culpa e inadequação. A intervenção psicoterapêutica também orientará o paciente a buscar concepções mais realísticas e menos destrutivas ao seu funcionamento, fortalecendo suas capacidades de autonomia e desempenho (Frade & Barragán, 2005).

É imprescindível também, considerar aspectos de vulnerabilidade, crises de raiva, intensa ansiedade e culpa, assim como verificar a existência da negação, repressão, além da resistência à mudança. Assim, uma avaliação cuidadosa permitirá a identificação dos fatores de risco do processo do luto, como também os recursos disponíveis da rede de apoio, para evitar chegar a um luto complicado (Parkes, 1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente à revisão teórica exposta neste artigo, a respeito da morte repentina e das repercussões desse evento estressor na vida de uma pessoa, conclui-se que, sem dúvida nenhuma, é um evento provedor de sofrimento e de grandes alterações psicológicas, fisiológicas, comportamentais, bem como alterações no contexto social em que o enlutado está inserido. No entanto, as dificuldades que irão surgir poderão incapacitar e desorganizar a vida das pessoas enlutadas a tal ponto de não conseguirem suprir sentimentos desagradáveis. Neste momento, recorrem a um auxílio de um profissional da saúde, e, quando solicitada à ajuda de um psicólogo, este tende a priorizar o acolhimento e a escuta ao paciente enlutado.

Para este auxílio psicológico, foram sugeridos alguns pontos essenciais da Terapia Cognitivo-Comportamental, pois acredita-se que, por ela ser breve, estruturada, focal, tende a ter uma importante contribuição para o alívio dos sintomas gerados pela perda repentina. De acordo com os teóricos embaixadores da TCC, os comportamentos são regidos pelos pensamentos, que na maioria das vezes apresentam-se disfuncionais, desadaptativos, causam sofrimento aos indivíduos, inabilitando e incapacitando na reorganização de suas vidas, em grau maior se influenciados por um evento estressor que é a perda repentina de um ente querido. Portanto, podem ser

utilizados alguns instrumentos como estratégias e técnicas psicoterapêuticas que colaboram para o alívio de sintomas e a melhora do paciente.

Viu-se que as estratégias e técnicas anteriormente listadas não possuem uma ordem regrada e um roteiro a ser seguido, como também foi destacado que os estágios de reação à perda e as fases do luto podem sofrer alterações na ordem e intensidade. Perante essas considerações, indica-se que o terapeuta respeite e adapte-se ao funcionamento do paciente enlutado e, como já referido, utilize aspectos positivos como a expressão da empatia e a não confrontação para concretizar a obtenção do êxito.

O objetivo deste artigo foi enriquecer e proporcionar ao leitor alguns aspectos relativos a um auxílio terapêutico diante de um evento estressor, que é a perda repentina de um ente querido, baseando-se no manejo da Terapia Cognitivo-Comportamental. Como não há muitos estudos brasileiros que abordem o luto gerado por uma perda repentina, neste referencial teórico proposto, salienta-se que novas pesquisas possam ser realizadas, colocando à disposição dos profissionais interessados materiais atualizados, relacionados a este tema.

REFERÊNCIAS

- Araújo, P. V. R., & Vieira, M. J. (2001). As atitudes do homem frente à morte e o morrer. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, 10(3), 101-117.
- Ariès, P. (1990). *O Homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Barbosa, P. C. (2006). A Evolução nos Rituais de morte e sua importância na consciencialização deste fenômeno. *Lusíada. Psicologia*, 1(3-4), 323-334.
- Basso, L. A., & Marin, A. H. (2010). Comportamento de apego em adultos e a experiência da perda de um ente querido. *Alethéia*, 32(2), 92-103.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: a treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1995).
- Bowlby, J. (1990). Apego e perda. A natureza do vínculo (Álvaro Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1969).
- Brêtas, J. R. S., Oliveira, J. R., & Yamaguti, L. (2006). Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Revista Escola de Enfermagem*, 40(4), 477-483.
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais*. São Paulo: Santos.
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. de S. (2006). Morte: Uma Visão Psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 11(2), 209-216.
- Crepaldi, M. A., & Lisboa, M. L. (2003). Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. *Paidéia*, 13, 97-109.
- Dattilio, F. M., & Freeman, A. (2004). Estratégias cognitivo comportamentais de intervenção em situações de crise (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 2000).

- D’Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78,107-126.
- Flavell, J. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. *American Psychologist*, 34,906-911.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21,219-239.
- Frade, L. P., & Barragán, C. M. (2005). O manejo do luto em crianças e adolescentes sob o enfoque cognitivo-comportamental. Em: V. E. Caballo & M. A. Simón (Orgs.), *Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente – Transtornos Gerais* (p. 187-209). São Paulo: Santos.
- Garner, D. (1997). Psychoeducational principles in treatment. In: D. Garner & P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (p. 145-177). New York: The Guilford Press.
- Giacoaia, O. J. (2005). A visão da morte ao longo do tempo. *Medicina Ribeirão Preto*, 38(1),13-19.
- Gutierrez, B. A. O. , & Ciampone, M. H. T. (2007). O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem em UTIs. *Revista Escola de Enfermagem*, 41(4),660-667.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre a morte e o morrer* (Paulo Menezes, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Lisboa, C., Koller, S. H., Ribas, F. F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciuncula, L. P., et al. (2002). Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2),345-362.
- Lückemeyer, R. M. B. (2008). *Aonde está você agora além de aqui dentro de mim? Um estudo de caso acerca do luto materno decorrente de morte trágica*. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Psicologia, Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça - SC.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2001). *A Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moura, C. M. (2006). *Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília- Distrito Federal.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1999). Treinamento em solução de problemas. Em V. E. Caballo (Org.). *Manual de técnicas de terapia comportamental e modificação de comportamento* (p. 471-493). São Paulo: Santos.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta* (Maria Helena Franco Bromberg, Trad.). São Paulo: Summus.
- Peruzzo, A. S., Jung, B. M. G., Soares, T., & Scarparo, H. B. K. (2007). A expressão e a elaboração do luto por adolescentes e adultos jovens através da internet. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(3),449-461.
- Rabelo, M. K. O. (2006). Um olhar fenomenológico sobre a morte na sociedade ocidental: Testemunho histórico-antropológico. *Outras Palavras: Revista científica da ESPAM*, 3(1),71-84.
- Remor, E. A. (1999). Abordagem psicológica da Aids através do enfoque cognitivo comportamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1),89-106.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2008) *Terapia do esquema. Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.