



**Luto prolongado, mudança narrativa e ambivalência:  
Como se reconstrói significado de uma perda?**

Rita Castro

UMinho | 2019



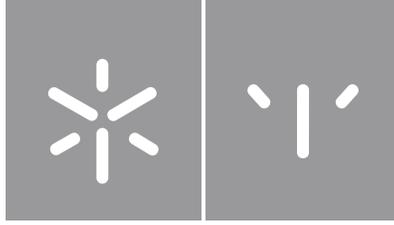
**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Rita Magalhães de Castro

**Luto prolongado, mudança narrativa e  
ambivalência: Como se reconstrói  
significado de uma perda?**

Outubro de 2019





**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Rita Magalhães de Castro

**Luto prolongado, mudança narrativa e ambivalência: Como se reconstrói significado de uma perda?**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob a orientação do  
**Doutor João Batista**  
e do  
**Professor Doutor Miguel Gonçalves**

### Direitos de autor e condições de utilização do trabalho por terceiros

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada. Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



**Atribuição-NãoComercial-SemDerivações**

**CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Rita Magalhães de Gusmão

## **Agradecimentos**

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”

Antoine de Saint-Exupéry

Queria começar por agradecer aos meus pais e irmã. Sem o seu apoio, incentivo, confiança e investimento, este percurso não teria sido o mesmo com toda a certeza. Ao meu pai, pelo apoio incondicional, confiança que deposita sempre em mim, por nunca me deixar desistir e por me mostrar que sou capaz de tudo o que me propuser fazer. À minha mãe pelo carinho e disponibilidade, por me amparar nos momentos de maior nervosismo, por valorizar e acreditar sempre no meu trabalho e nas minhas capacidades. À minha irmã pelas expectativas, confiança e força que me transmite, muitas vezes sem saber.

Aos meus avós por todo o amor, carinho e dedicação. Particularmente ao meu avô, Magalhães, por todos os ensinamentos, aprendizagens e conhecimentos que me transmitiu e pelo orgulho e confiança que sempre teve em mim (é recíproco!).

Ao meu namorado, Miguel, pelo amor, tempo, compreensão, e por acreditar em mim e nas minhas capacidades. Por me transmitir sempre que sou capaz de tudo. Pela paciência, disponibilidade e incentivo, principalmente na reta final deste percurso. Pelos bons e maus momentos, tudo contribuiu e teve importância para o meu crescimento. Pelo acompanhamento desde o início até ao final deste longo percurso, muito obrigada por tudo.

Aos meus amigos, em particular à Filipa, que sempre me acompanhou, incentivou e amparou para que nunca desistisse. Por toda a amizade, atenção, auxílio e preocupação. O percurso não teria sido o mesmo se não me acompanhasses, um enorme obrigada.

Sou muito feliz por vos ter a todos na minha vida! A minha trajetória e esta dissertação reflete também uma parte de todos vocês!

Ao Doutor João Batista, pelo apoio e acompanhamento regular neste percurso. Pela orientação, disponibilidade e confiança que motivou o meu conhecimento e persistência durante este projeto. Pelo conhecimento, disponibilização de informação e auxílio neste processo.

Ao Professor Doutor Miguel pela sua orientação, observações e sugestões no processo deste projeto. A toda a equipa de investigação, pela aprendizagem, sugestões, disponibilidade com que me integraram. Aos meus colegas de equipa, pelo auxílio durante a codificação dos casos desta dissertação, em especial à Andreia pela disponibilidade e preocupação.

### Declaração de Integridade

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Rita Magalhães de Castro

Luto prolongado, mudança narrativa e ambivalência: Como se reconstrói significado de uma perda?

### **Resumo**

Esta investigação explora como a mudança narrativa e a ambivalência se relacionam com a reconstrução de significado da perda, em psicoterapia breve. O modelo terapêutico utilizado foi a terapia construtivista-narrativa em formato *online*. A amostra foi constituída por seis casos de luto prolongado, com resultado terapêutico contrastante (sucesso vs insucesso). Foram codificadas cinco sessões de cada caso, centradas na reconstrução de significado. Os casos foram codificados com o Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI), que identifica momentos de inovação (MIs), e o Sistema de Codificação dos Marcadores de Ambivalência (SCMA), que identifica a presença de ambivalência (MAs). Os resultados revelaram que a codificação parcial permitiu o estudo da mudança narrativa, tendo sido possível identificar um perfil distinto de MIs nos casos de sucesso e de insucesso, ao contrário do que aconteceu com os MAs. Observou-se uma associação entre a emergência de MIs de nível 2 e 3 e a melhoria sintomática. A presença de MAs foi mais frequente nos casos de insucesso, e independentemente do resultado terapêutico, a seguir a MIs de nível 1. Esta investigação contribuiu para o estudo da reconstrução de significado no luto prolongado, concluindo que a mesma parece estar associada a maior mudança narrativa.

Palavras-Chave: Ambivalência; Luto prolongado; Mudança narrativa; Reconstrução de significado; Terapia construtivista-narrativa.

Prolonged grief, narrative change, and ambivalence: How do you reconstruct the meaning of a loss?

### **Abstract**

This research explores how narrative change and ambivalence relate to the reconstruction of the meaning of loss in brief psychotherapy. The therapeutic model used was constructivist-narrative therapy in the online format. The sample consisted of six cases of prolonged grief, with contrasting therapeutic outcome (recovered vs unchanged). Five sessions of each case were coded, those centered on meaning reconstruction. The cases were coded with the Innovative Moments Coding System (IMCS), that identifies innovation moments (IMs), and the Ambivalence Markers Coding System (AMCS), that identifies the ambivalence markers (AMs). The results revealed that the partial coding allowed the identification of a distinct MI profile in the recovered and unchanged cases, in contrast with the MAs. An association between the emergence of level 2 and 3 MIs and symptomatic improvement was observed. The presence of MAs was more frequent in cases of failure, and regardless of therapeutic outcome, following level 1 MIs. This research contributed to the study of meaning reconstruction in prolonged grief, concluding that it seems to be associated with higher narrative change.

Keywords: Ambivalence; Constructivist-narrative therapy; Meaning reconstruction; Narrative change; Prolonged grief.

## Índice

Direitos de autor e condições de utilização do trabalho por terceiros.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Declaração de Integridade.....	iv
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
Índice.....	vii
Introdução.....	1
Método.....	4
Participantes.....	4
Terapia e terapeutas.....	5
Investigadores.....	6
Instrumentos/Medidas.....	6
Procedimento.....	7
Resultados.....	9
Discussão.....	16
Referências.....	21
Anexo.....	25

## Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Amostra</i> .....	4
Tabela 2. <i>Sessões codificadas por fase relativamente a cada cliente</i> .....	6

## Índice de Figuras

<i>Figura 1. Proporção de MIs e MAs de cada nível e pontuação no ILC e BDI-II (notas t), no caso 4</i> .....	10
<i>Figura 2. Proporção de MIs e MAs de cada nível e pontuação no ILC e BDI-II (notas t), no caso 5</i> .....	10
<i>Figura 3. Proporção de MIs e MAs de cada nível e pontuação no ILC e BDI-II (notas t), no caso 6</i> .....	11
<i>Figura 4. Proporção de MIs e MAs de cada nível e pontuação no ILC e BDI-II (notas t), no caso 1</i> .....	12
<i>Figura 5. Proporção de MIs e MAs de cada nível e pontuação no ILC e BDI-II (notas t), no caso 2</i> .....	12
<i>Figura 6. Proporção de MIs e MAs de cada nível e pontuação no ILC e BDI-II (notas t), no caso 3</i> .....	13

## Introdução

O luto ocorre após a perda de uma pessoa significativa, caracterizando-se por uma fase transitória acompanhada por elevados níveis de ansiedade e sentimentos de desconexão com as vivências passadas (Alves, Neimeyer, Batista, & Gonçalves, 2018). As respostas a estas perdas variam e são tendencialmente intensas, manifestando-se como ansiedade, humor deprimido, falta de interesse no mundo ou em novos relacionamentos (Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007).

De um ponto vista construtivista-narrativo participamos ativamente na construção das nossas experiências de vida, organizando-as em auto-narrativas (Bruner, 2004; White & Epston, 1990). O luto envolve reconstrução de significados desafiados pela perda, porém, não significa uma desorganização das auto-narrativas, pois muitos indivíduos conseguem integrar e aceitar a perda (Attig, 2000). Cerca de 90% da população adulta (Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard, & O'Connor, 2017) não representa motivos de preocupação a nível clínico (Prigerson et al., 1997), aceitando a perda como uma realidade, ultrapassando-a gradualmente (Prigerson, 2004). Contudo, aproximadamente 10% da população evidencia dificuldades na atribuição de significado e integração da perda (Lundorff et al., 2017). Isto relaciona-se com manifestações de luto prolongado associado a elevado risco de mortalidade e comorbilidade com outras perturbações como depressão (Sung et al., 2011) e *stress* pós-traumático (McDevitt-Murphy, Neimeyer, Burke, & Williams, 2011). Está igualmente associado a abuso de medicamentos e álcool, depressão, ansiedade, suicídio (Prigerson, 2004) e maior procura pelos serviços de saúde (Parkes, 1998; Kato & Mann, 1999).

O luto prolongado diferencia-se do luto normativo (Prigerson et al., 1995) pela manifestação e gravidade dos sintomas, que devem durar 6 meses ou mais (Holland, Neimeyer, Boelen & Prigerson, 2009). Investigação nesta área enfatiza a necessidade de criar critérios de diagnóstico e intervenções relativamente ao luto prolongado (Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005). Assim, este foi recentemente reconhecido como perturbação de luto prolongado (PLP), pelo *International Classification of Diseases* (ICD-11, 11<sup>th</sup> revision, World Health Organization, 2019). Segundo o ICD-11, as características para o diagnóstico de PLP são manifestações persistentes/ generalizadas de luto durante pelo menos 6 meses, associadas a intensa dor emocional (e.g., culpa, negação, tristeza), disfunção social, ocupacional ou noutras áreas importantes de funcionamento.

Intervenções terapêuticas que proporcionem reconstrução de significado do luto podem ser benéficas e facilitadoras do investimento em significados mais adaptativos (Neimeyer, Burke, Mackay, & van Dyke-Stringer 2010). A produção de significado na adaptação à perda reduz os sintomas de luto prolongado e trauma (Bellet, Neimeyer, & Berman, 2017). Assim, a terapia construtivista-narrativa (TCN;

## LUTO PROLONGADO, MUDANÇA NARRATIVA E AMBIVALÊNCIA

Alves et al., 2018) pretende promover a reconstrução de significado da perda e a sua integração, tornando as auto-narrativas que sofreram uma desorganização perante a perda mais adaptativas e integradoras (Alves, 2013).

A TCN é utilizada em diferentes formatos (Alves et al., 2018), presencial, em grupo e *online*, sendo este último o utilizado neste estudo. Este formato alia as tecnologias de informação e comunicação às diferentes formas de psicoterapia. A sua eficácia foi demonstrada em diversas perturbações e problemas de saúde como *stress* pós-traumático, depressão e luto (Andersson, 2009). O formato *online* permite alcançar indivíduos em diferentes contextos sem se deslocarem da sua zona de residência ou que de outra forma não beneficiariam desse apoio (e.g., indivíduos com deficiências/ limitações físicas).

O sofrimento advém de um padrão rígido e inflexível que limita a atribuição de significado às experiências (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos, & Santos, 2011). A terapia, reconhece os significados que atribuímos às experiências da nossa vida e o sofrimento psicológico relacionado com a elaboração de auto-narrativas problemáticas (Dimaggio, 2006; White & Epston, 1990). A terapia revela-se, portanto, uma oportunidade de construir novo(s) significado(s), facilitando a ligação a uma realidade mais adaptativa, incentivando o indivíduo a reconstruir ou resignificar o problema (White, 2007; White & Epston, 1990). Os novos significados, também denominados de momentos de inovação (MI; Gonçalves et al., 2011), são exceções a um padrão problemático de agir, interpretar e conceber a realidade. A emergência da inovação é fundamental para que ocorra transformação e se estabeleça um padrão adaptativo e flexível, destacando-se como uma possível mudança relativamente à atribuição de significado a determinada experiência (Gonçalves, Ribeiro, Silva, Mendes, & Sousa, 2015; Gonçalves et al., 2011).

Gonçalves et al. (2011) desenvolveram um sistema de codificação em psicoterapia baseado nos MIs e na sua ocorrência - Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI). O sistema classifica os MIs em níveis: nível 1, correspondente a MIs centrados na criação de distanciamento e desafio da auto-narrativa problemática (e.g., ações, intenções, compreensões); nível 2, referente a MIs centrados na mudança que evidenciam contrastes face à auto-narrativa problemática ou identificam o processo de mudança; e nível 3, constituído pelos MIs que combinam o que mudou (contraste) no *selfe* como ocorreu essa mudança (processo).

O SCMI foi aplicado a diferentes amostras de clientes em psicoterapia (e.g., terapia construtivista (Alves et al., 2014), terapia cognitivo-comportamental (Gonçalves et al., 2016)); com diferentes problemas clínicos (e.g., depressão (Gonçalves et al., 2012), violência doméstica (Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009), e luto prolongado (Alves, 2013).

## LUTO PROLONGADO, MUDANÇA NARRATIVA E AMBIVALÊNCIA

Investigação com o SCMI concluiu que os casos de sucesso evidenciam, comparativamente aos de insucesso, maior proporção de MIs (Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010; Gonçalves et al., 2012) e emergência e maior frequência de MIs de nível 2 e 3 (Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg, & Gonçalves, 2011; Montesano, Oliveira & Gonçalves, 2017). Relativamente à emergência e evolução dos MIs, os MIs de nível 1 revelam-se notórios desde a fase inicial da terapia, independentemente do resultado terapêutico (Mendes et al., 2011). A emergência de MIs de nível 2 e 3 encontra-se associada à mudança e são mais frequentes desde meio ou final da terapia, enquanto os MIs de nível 3 nos casos de insucesso têm uma emergência tendencialmente baixa (Mendes et al., 2011; Batista & Gonçalves, 2016).

Um fenómeno frequentemente associado à mudança narrativa é a ambivalência (Gonçalves et al., 2017). Após a emergência de MIs, estes podem ser atenuados, originando um marcador de ambivalência (MA; Ribeiro & Gonçalves, 2010). Os MAs assinalam o retorno à narrativa problemática, evidenciando um conflito interno (Gonçalves et al., 2017). Isto é, apesar do investimento no processo de mudança, os clientes podem ter propensão a retornar ao padrão familiar (embora não adaptativo), originando um padrão oscilatório (Oliveira, Gonçalves, Braga, & Ribeiro, 2016). Gonçalves et al. (2017) desenvolveram o Sistema de Codificação de Marcadores de Ambivalência (SCMA) para estudar e identificar este fenómeno.

Na investigação com o SCMA, a ambivalência encontra-se presente em casos de diferentes modalidades e resultado terapêutico (Gonçalves et al., 2011; Ribeiro, Gonçalves, Silva, Brás, & Sousa, 2015; Ribeiro, Mendes, Stiles, Angus, Sousa, & Gonçalves, 2014). Relativamente aos casos de sucesso, observa-se, tendencialmente, uma redução de MAs, enquanto nos casos de insucesso estes estabilizam ou aumentam (Alves et al., 2016; Gonçalves et al., 2011; Ribeiro et al., 2015; Ribeiro et al., 2014).

Um estudo com seis clientes com PLP em terapia construtivista (Alves, 2013) obteve resultados semelhantes aos descritos noutras amostras: (a) a emergência dos MIs aumentou durante a terapia de forma diferente em casos de resultado terapêutico distinto, tendo sido superior nos casos de maior mudança clínica; (b) a ocorrência de MAs foi comum a todos os casos; (c) casos com menor alteração sintomática apresentaram um aumento de MAs ao longo do tempo, enquanto que nos casos com maior alteração sintomática estes diminuíram.

Este estudo surge do interesse em aprofundar a investigação no âmbito da PLP, considerando a sua importância para a saúde pública. O objetivo geral é estudar o padrão de mudança narrativa e ambivalência numa amostra de clientes com PLP acompanhados na modalidade *online* da TCN. Pretende-se igualmente explorar os resultados clínicos dos clientes e o impacto das estratégias centradas na reconstrução de significado. Concretamente, este estudo pretende: (a) analisar a associação entre a

## LUTO PROLONGADO, MUDANÇA NARRATIVA E AMBIVALÊNCIA

sintomatologia de PLP e depressiva; (b) caracterizar os padrões de mudança narrativa e ambivalência; e (c) analisar se as estratégias terapêuticas centradas na reconstrução de significado influenciam a mudança narrativa.

### Método

#### Participantes

A amostra foi selecionada a partir dos 23 clientes que integraram o estudo *Clinical and Narrative Change in Online Constructivist-Narrative Intervention for Complicated Grief: Exploration of the use of the Internet and the New Technologies in Psychotherapy*, devidamente aprovado pela comissão de ética da Universidade do Minho. Os potenciais participantes contactaram a equipa de investigação através de um *site* criado para o efeito. Os critérios de inclusão para o estudo foram presença de diagnóstico de PLP e condições necessárias para a realização da terapia *online*. Os critérios de exclusão consistiam na existência de perturbação psicótica, abuso de álcool ou outras substâncias aditivas, acompanhamento psicoterapêutico atual ou outro diagnóstico primário (exceto depressão). Os critérios de amostragem utilizados neste estudo foram resultado terapêutico extremo (sucesso vs insucesso) e boas condições audiovisuais das gravações das sessões para a codificação. A amostra encontra-se descrita na tabela 1, sendo a média das idades 40 anos ( $DP = 12.65$ ) e, do tempo após a perda 34 meses ( $DP = 31.45$ ).

Tabela 1

#### Amostra

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	35	37	34	48	61	25
Estado Civil	Solteiro	Coabitação	Viúva	Viúva	Viúvo	Coabitação
Habilitações	E. Superior	E. Superior	E. Superior	E. Superior	12º ano	E. Superior
Ocupação	E. T. Inteiro	E. T. Parcial	E. T. Inteiro	E. T. Inteiro	Reformado	Estudante
Tempo após perda (meses)	5	60	24	7	24	84
Parentesco c/ falecido	Filho	Mãe	Esposa	Esposa	Marido	Irmã
Motivo	Doença	Reação Anafilática	Morte Súbita	Doença	Doença	Afogamento

*Nota.* E. Superior = Licenciatura/Bacharelato; E. T. Inteiro/Parcial = Empregado a tempo inteiro/parcial.

### **Terapia e terapeutas**

Utilizou-se a TCN formato *online*, através de vídeo-chamada entre terapeuta e cliente. A terapia foi realizada por cinco terapeutas com experiência clínica entre 5 e 10 anos, sendo quatro do sexo feminino e um do sexo masculino. Três terapeutas eram doutorados e dois mestres. Todos foram treinados na TCN pelo seu fundador, Dr. Robert Neimeyer, e supervisionados por dois terapeutas com experiência na mesma.

A terapia seguiu o protocolo da TCN proposto por Alves et al. (2018), composto por cinco fases organizadas em 12 sessões (de ocorrência semanal). Quando justificável, considerando a história da perda e consolidação dos ganhos terapêuticos, podem realizar-se quatro sessões adicionais (quinzenais) até um máximo de 16 sessões. O protocolo combina técnicas experienciais, narrativas e construtivistas, cujo objetivo é a integração da perda na narrativa de vida do cliente.

A primeira fase, *reabertura da história da perda e da relação com a pessoa significativa*, centra-se na apresentação da relação e da pessoa significativa, descrição da experiência da perda, dos sentimentos acerca da mesma e objetivos para a terapia. A segunda fase, *processamento da história da perda*, pretende captar os episódios importantes da relação com a pessoa perdida, destacando o episódio da perda e as vivências após a mesma. A reconstrução de significado é explorada através de determinadas questões propostas pelo/pela terapeuta, sendo propostas tarefas de escrita acerca da perda. A terceira fase, *aceder à história passada que envolve a relação do/da cliente com a pessoa que perdeu*, foca a história do relacionamento com a pessoa significativa e o seu impacto e vínculos na vida dos clientes. Explora-se também a reconstrução de significado e a comunicação com a pessoa significativa através da escrita de cartas. A quarta fase, *consolidação*, dedica-se à análise e reflexão acerca dos temas, sentimentos e memórias que surgiram na terapia, considerando alguns modelos contemporâneos do luto. Incentiva-se os clientes a criar uma história simbólica abrangendo os temas da perda, colocando-a em perspetiva e proporcionando uma reflexão acerca de si mesmos. Finalmente, na quinta fase, *finalização*, explora-se o impacto da terapia, as aprendizagens e como estas influenciaram a forma dos clientes viverem o luto no presente e no futuro.

Contudo, apesar da estrutura flexível do protocolo, as técnicas propostas não têm de ocorrer na ordem proposta. Foi selecionada uma sessão correspondente a cada fase, centrada numa técnica de reconstrução de significado. Assim, as sessões codificadas variaram consoante os clientes porque se pretendeu codificar uma técnica específica (tabela 2).

Tabela 2

*Sessões codificadas por fase relativamente a cada cliente*

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5
Caso 1	1	5	9	12	15
Caso 2	1	6	8	11	16
Caso 3	1	5	7	10	14
Caso 4	1	4	9	11	14
Caso 5	1	6	9	13	16
Caso 6	1	6	9	11	15

*Nota.* Os números referem-se à sessão codificada.

Como os MIs e MAs são identificados no discurso do cliente, optou-se pela codificação destas sessões por serem aquelas onde se esperava haver maior articulação e elaboração de significados, quer problemáticos quer adaptativos. A primeira e última sessões selecionadas corresponderam à primeira (*introdução da pessoa significativa*) e última fases (*ritual de finalização*), e foram utilizadas para estabelecer um ponto de situação na avaliação da evolução dos clientes na terapia. Das restantes fases, selecionaram-se respetivamente, a *entrevista de reconstrução de significados, marcas de vida, e exploração de novas fontes de significado*.

### **Investigadores**

A codificação realizou-se em pares, por quatro codificadores (um do sexo feminino e três do sexo masculino). Dois eram estudantes de mestrado, um de doutoramento, e um investigador com grau de doutoramento. Os codificadores principais analisaram 100% das sessões previamente selecionadas (30 sessões) e os co-codificadores 50% dessas sessões (15 sessões).

### **Instrumentos/Medidas**

Os instrumentos de resultado terapêutico (questionários de autorrelato) foram preenchidos no início de cada sessão.

#### **Medidas de resultado terapêutico**

***Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado (PG-13; Prigerson & Maciejewski, 2008; versão portuguesa adaptada por Delalibera, Coelho, & Barbosa, 2011).*** Avalia a presença de sintomatologia de PLP mediante cinco critérios: ocorrência do evento e duração dos

sintomas há pelo menos 6 meses, ocorrerem várias vezes por dia com intensidade elevada, e redução significativa na vida social, profissional ou noutras áreas importantes. Apresenta 13 itens expressos numa escala Likert de frequência de sintomas, de 1 a 5, exceto os itens 3 e 13 (de resposta dicotómica (sim/não)). Demonstra forte consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0.93).

***Inventário de Luto Complicado (ILC; Prigerson et al., 1995; versão portuguesa adaptada por Frade, Sousa, Rocha, & Pacheco, 2009).*** Avalia a severidade da sintomatologia de PLP. Possui 19 itens classificados numa escala Likert de 5 pontos, variando a pontuação total de 0 a 76 pontos. Um total acima de 30, após pelo menos 6 meses da perda, sugere existência de PLP. Demonstra forte consistência interna (.91).

***Inventário de Depressão de Beck (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996; versão portuguesa por Coelho, Martins, & Barros, 2002).*** Avalia a presença de sintomatologia depressiva. Compreende 21 itens expressos numa escala de Likert de 4 pontos, variando o total entre 0 e 63 pontos. Um total acima de 13 indica sintomatologia mínima, de 14 a 19 depressão ligeira, 20 a 28 depressão moderada e de 29 a 63 depressão severa. Apresenta forte consistência interna de (.90).

### **Medidas de processo**

***Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI; Gonçalves et al., 2011).*** Permite a codificação de MIs em três níveis: nível 1, MIs centrados em criar distanciamento do problema; nível 2, MIs centrados na mudança; nível 3, que representam uma posição meta-reflexiva que requer a identificação de um contraste e o respetivo processo de mudança. Apresenta fidelidade elevada, medida através do *kappa* de Cohen (entre .80 e .97) e da percentagem de acordo (entre 84% e 89%) (Gonçalves et al., 2017).

***Sistema de Codificação de Marcadores de Ambivalência (SCMA; Gonçalves et al., 2017).*** Permite identificar a atenuação do potencial de mudança dos MIs, isto é, o retorno à auto-narrativa problemática. Identifica a frequência dos MAs. A sua fidelidade varia entre .80 a .92 para valores de *kappa* de Cohen (Gonçalves et al., 2017).

### **Procedimento**

Inicialmente foram esclarecidos os objetivos e informações acerca do estudo aos participantes. Posteriormente, foi assinado o consentimento informado. As informações que identificavam os participantes foram armazenadas em código e omitidas, sendo utilizadas apenas informações demográficas gerais. Os questionários preenchidos foram temporariamente armazenados numa plataforma *online* (*surveygizmo*), onde o acesso era restrito aos responsáveis pelo projeto de investigação.

As gravações das sessões usadas para codificação foram armazenadas *offline*, num servidor de acesso restrito aos investigadores do projeto, mediante assinatura de um termo de responsabilidade, garantindo assim total confidencialidade dos dados.

**Codificação dos MIs e MAs.** Foram analisadas 30 sessões de seis clientes com o SCMI e SCMA. A codificação foi realizada nos vídeos das sessões, com o programa *The Video Annotation Research Tool* (ANVIL; Kipp, 2017). Visto este ser um processo de análise moroso, optou-se pela codificação parcial dos casos. A seleção das sessões realizou-se considerando as técnicas utilizadas, como referido. Os casos foram distribuídos aleatoriamente pelos pares de codificadores. O codificador principal codificou a totalidade das sessões selecionadas. O co-codificador codificou metade das mesmas, sendo que em três dos casos codificou duas sessões e nos restantes três casos, três sessões. Os codificadores desconheciam o resultado terapêutico dos casos, exceto um por ser o responsável pela gestão de informação do projeto.

Todos os codificadores efetuaram um treino na utilização do SCMI e SCMA. O treino iniciou-se com exercícios relativos a excertos de sessões terapêuticas, terminando com a codificação de um caso terapêutico completo. Os codificadores foram avaliados a nível da fidelidade na identificação dos MIs, com o cálculo do *kappa* de Cohen ponderado e da percentagem de acordo. Concluiu-se o treino quando os codificadores alcançaram um *kappa* de Cohen ponderado superior a .75 e uma percentagem de acordo superior a 80% (Gonçalves et al., 2017). Na identificação dos MAs, a fidelidade, avaliada através do *kappa* de Cohen, foi superior a .75.

Após o treino, a codificação dos casos iniciou-se com o registo dos problemas dos clientes, de forma independente por cada codificador, através da observação da sessão de avaliação. Seguidamente, os dois codificadores debateram os problemas identificados, elaborando uma lista de problemas consensual. Procederam depois à visualização independente de cada sessão, codificando o início e fim de cada MI e classificando-os em níveis. Os desacordos foram analisados após a codificação independente e decididos por consenso. A proporção de cada nível de MI correspondeu à duração dos mesmos relativamente à duração da sessão (duração do MI/duração total da sessão\*100). Finalmente, foram calculados os dois índices de acordo entre os codificadores, a percentagem de acordo e o *kappa* de Cohen ponderado. A percentagem de acordo avalia o tempo da sessão em que os codificadores codificaram simultaneamente MIs ( $2 * \text{MIs do acordo entre os codificadores} / (\text{MIs totais do codificador 1} + \text{MIs totais do codificador 2}) * 100$ ), sendo a média do acordo nesta amostra 81%. O *kappa* de Cohen ponderado avalia o acordo para a classificação dos MIs em níveis, sendo a média nesta amostra de .87.

Quanto à identificação dos MAs, o processo foi semelhante, tendo sido assinalada a sua presença/ausência por cada codificador de forma independente, e depois resolvidos os desacordos por consenso. A média do *kappa* de Cohen, como índice de acordo para a identificação dos MAs, foi .88.

### **Resultados**

De seguida, encontram-se os resultados obtidos organizados de acordo com o resultado terapêutico dos casos. Optou-se por uma apresentação descritiva dos resultados, devido ao número reduzido de casos e de sessões analisadas por caso. Para facilitar a comparação dos resultados das escalas (BDI-II e ILC), estes são apresentados em notas t nas respetivas figuras. Posteriormente analisou-se a emergência dos MIs considerando as cinco fases da terapia e o resultado terapêutico, com o propósito de estudar se existe relação entre a sua emergência e as técnicas selecionadas de cada fase.

### **Sintomatologia e emergência de MIs nos casos de sucesso**

**Evolução de sintomatologia.** A sintomatologia depressiva acompanhou o percurso da sintomatologia de PLP durante a terapia (figuras 1, 2 e 3). O caso 4 revelou ausência de sintomatologia clínica depressiva e uma redução na sintomatologia de PLP, terminando a terapia abaixo do ponto de corte. O caso 5 apresentou uma trajetória decrescente de ambas as sintomatologias. O caso 6 teve um percurso decrescente nos sintomas de PLP e de melhoria na sintomatologia depressiva, revelando no final ausência de sintomatologia clínica.

**Emergência de MIs.** A proporção total média de MIs foi 17.91% (8.67% de nível 1, 5.58% de nível 2 e 3.66% de nível 3). Os MIs de nível 1 emergiram em todas as fases. Os MIs de nível 2 surgiram das fases iniciais até ao final e os MIs de nível 3 a partir de meio ou final da terapia.

Os resultados da emergência dos MIs evidenciaram-se consistentes com a evolução clínica descrita. O caso 4 apresentou MIs de nível 2 desde o início da terapia (1.32%), com um percurso gradualmente crescente até à fase final (15.02%), onde surgiram MIs de nível 3 (4.49%). No caso 5, os MIs de nível 2 emergiram desde a fase 3 (1.37%), adotando maior proporção na última fase (8.33%), onde surgiram também MIs de nível 3 (6.06%). No caso 6, os MIs de nível 2 e 3 emergiram desde a fase 2 (6.81% e 4.87% respetivamente) e aumentaram até ao final (13.72% e 18.02%, respetivamente).

**Emergência de MAs.** A proporção total média de MAs foi 6.64% (5.81% relativos a MIs de nível 1 e 0.83% relativos a MIs de nível 2). A trajetória dos MAs revelou-se oscilatória em todos os casos. Os MAs estiveram principalmente associados a MIs de nível 1. Os MAs relativos aos MIs de nível 2 foram menos frequentes (caso 4 e 5).

## LUTO PROLONGADO, MUDANÇA NARRATIVA E AMBIVALÊNCIA

Os resultados da emergência dos MAs estiveram de acordo com o desenvolvimento clínico dos casos. O caso 4 revelou MAs relativos a MIs de nível 1 ao longo da terapia, com maior proporção de MAs na terceira fase (10.34%), decrescendo até ao final (3.13%). No caso 5, os MAs estiveram presentes nas três primeiras fases. Na fase 1 e 2, os MAs estiveram associados aos MIs de nível 1 (11.11% e 18.75%, respetivamente). Na terceira fase, os MAs estiveram associados a MIs de nível 2 (5.26%). No caso 6, os MAs, presentes na fase 1 e 3, estiveram associados aos MIs de nível 1 (7.69% e 18.18%, respetivamente).

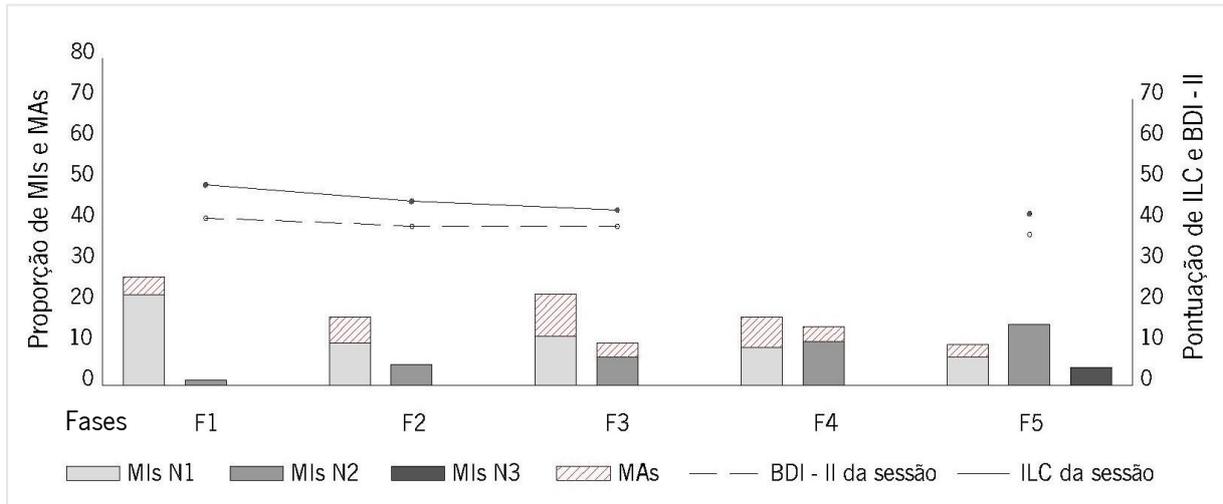


Figura 1. Proporção de MIs e MAs de cada nível e pontuação no ILC e BDI-II (notas t), no caso 4.

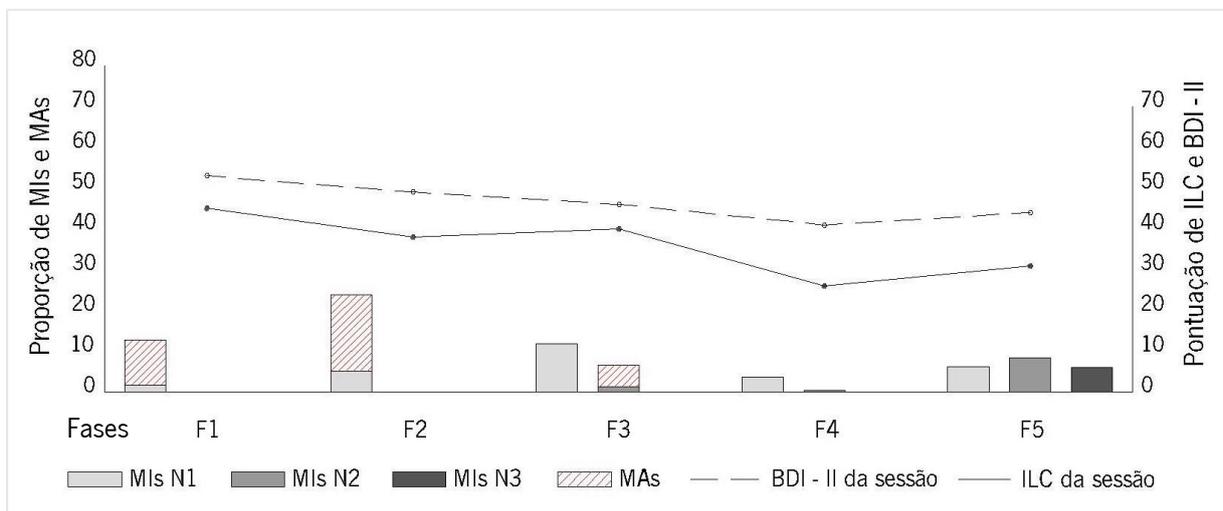


Figura 2. Proporção de MIs e MAs de cada nível e pontuação no ILC e BDI-II (notas t), no caso 5.

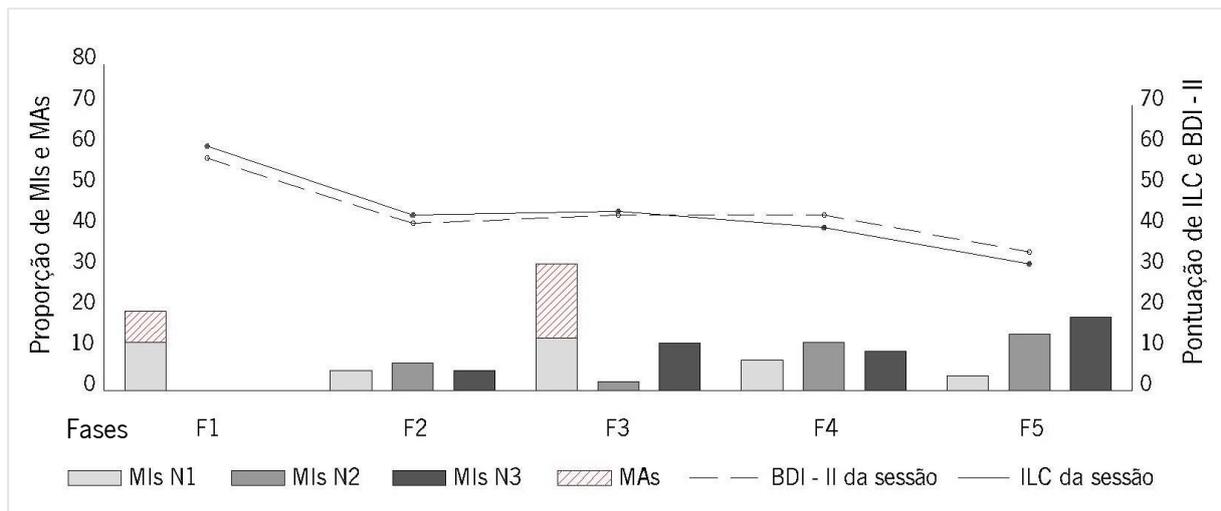


Figura 3. Proporção de MIs e MAs de cada nível e pontuação no ILC e BDI-II (notas t), no caso 6.

### Sintomatologia e emergência de MIs nos casos de insucesso

**Evolução da sintomatologia.** Nos casos de insucesso (figuras 3, 4 e 5), a sintomatologia foi ligeiramente mais elevada no início da terapia, comparativamente aos casos de sucesso. Observou-se semelhanças entre o percurso da sintomatologia depressiva e de PLP, e ambas descreveram um percurso oscilatório. Apesar de alguma melhoria sintomatológica percebida, os três casos de insucesso iniciaram e terminaram a terapia com indicadores de PLP elevados. Dois casos (1 e 2) demonstraram um agravamento dos sintomas depressivos no final da terapia, sugerindo sintomatologia depressiva severa. O caso 3 apresentou uma melhoria no final da terapia na sintomatologia de PLP e depressiva, continuando com sintomatologia de depressão ligeira.

**Emergência de MIs.** A proporção total média de MIs foi 11.31% (8.04% de nível 1 e 3.28% de nível 2). Os MIs de nível 1 foram predominantes em todos os casos com um percurso crescente. Os MIs de nível 2 apresentaram-se reduzidos, surgindo a partir de meio ou no final da terapia. Os MIs de nível 3 foram inexistentes.

Estes resultados evidenciaram-se congruentes com a evolução clínica descrita. Os casos 1 e 2 tiveram uma dominância de MIs de nível 1 e um aparecimento residual de MIs de nível 2. O caso 3, consistentemente com a evolução clínica (melhoria em ambas as sintomatologias), revelou emergência de MIs de nível 2 desde a fase 3 (5.17%) até ao final, tendo um crescimento acentuado na última fase (29.51%), destacando-se aí como nível predominante.

**Emergência de MAs.** A proporção total média de MAs foi 20.09% (19.77% relativos a MIs de nível 1 e 0.32% relativos a MIs de nível 2). Com um percurso irregular em todos os casos, os MAs

estiveram maioritariamente associados a MIs de nível 1. Quanto aos MAs referentes a MIs de nível 2, estes foram reduzidos, verificando-se apenas no caso 3.

Os resultados da emergência dos MAs foram consistentes com a evolução clínica dos casos. O caso 1 apresentou MAs nas primeiras quatro fases, com valores elevados, sendo o mínimo de proporção na fase 3 (37.5%) e o máximo na fase 2 (75%). No caso 2 observou-se a presença contínua de MAs demonstrando maior proporção na fase 4 (22.73%) e menor na fase 5 (7.69%). No caso 3, os MAs revelaram-se em todas as fases (exceto na fase 4) principalmente associados a MIs de nível 1 com uma proporção máxima na fase 1 (25%) e mínima na fase 5 (3.45%). Na fase 3 os MAs estiveram também associados a MIs de nível 2 (4.76%).

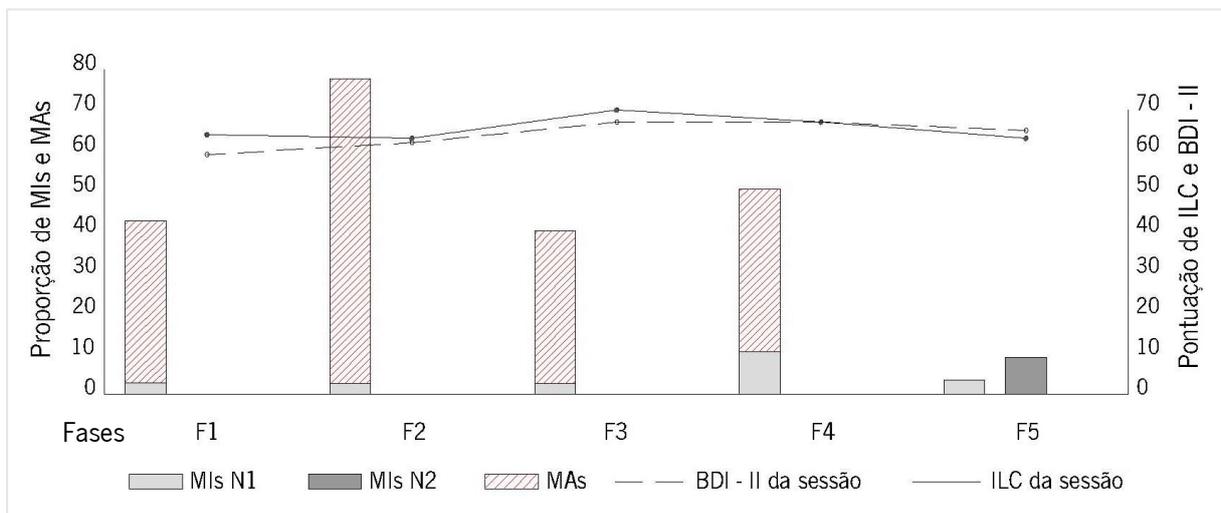


Figura 4. Proporção de MIs e MAs de cada nível e pontuação no ILC e BDI-II (notas t), no caso 1.

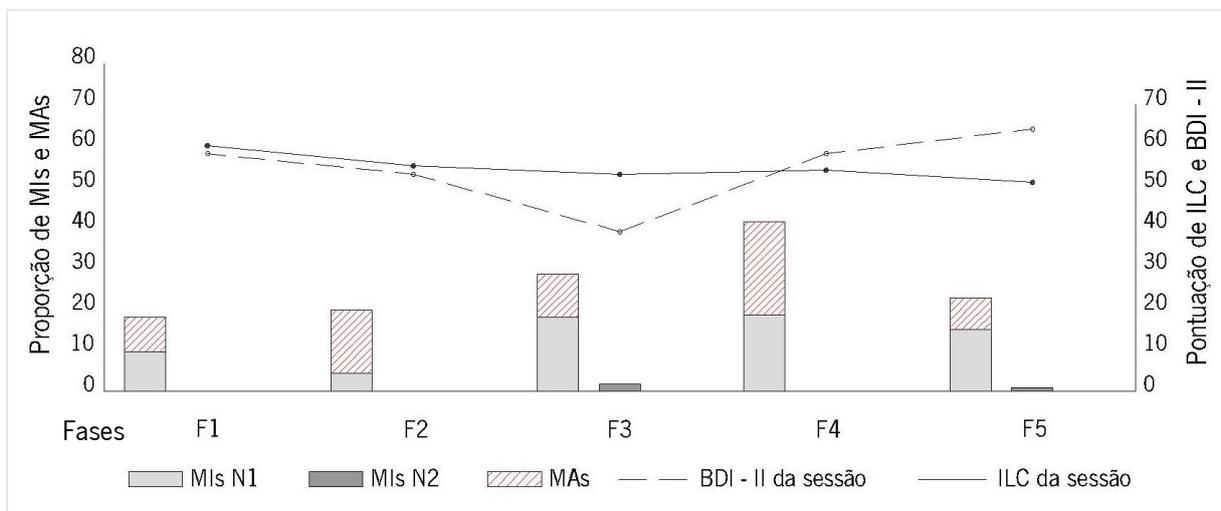


Figura 5. Proporção de MIs e MAs de cada nível e pontuação no ILC e BDI-II (notas t), no caso 2.

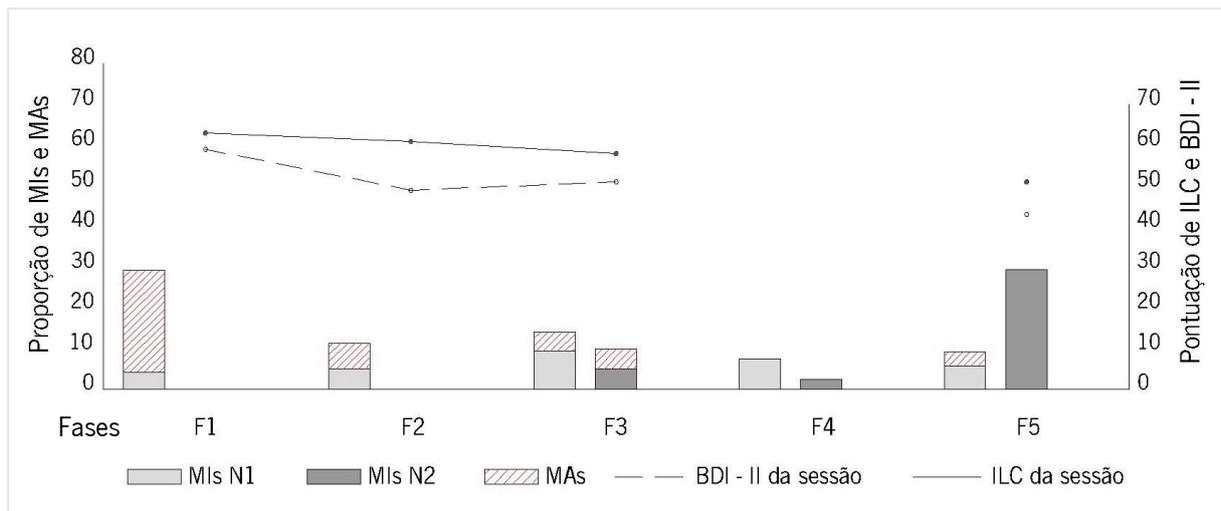


Figura 6. Proporção de MIs e MAs de cada nível e pontuação no ILC e BDI-II (notas t), no caso 3.

### Associação da emergência de MIs e fases da terapia

A análise seguinte refere-se à emergência de MIs consoante as técnicas escolhidas de cada fase da terapia. Apresenta-se ilustrada com vinhetas clínicas com os MIs assinalados a negrito.

Na fase inicial da terapia, a *introdução da pessoa significativa* baseia-se na introdução da perda e na pessoa significativa para o cliente. Nesta fase, pareceu haver por parte dos clientes, elaboração de reflexões, compreensões ou ações, traduzíveis em MIs de nível 1, representativas de uma tentativa de abertura à mudança que permite criar distância do problema, observável no caso 3:

**C: Apesar de tudo acho que todas as reações que tenho são perfeitamente normais e compreensíveis... e a minha expectativa é conseguir ultrapassar certas coisas, sentir-me melhor comigo própria e com a minha perspetiva de vida. É continuar de uma forma melhor.**

**T: Como é que continuo agora com o R na minha vida, mas não da mesma forma, não fisicamente?**

**C: Sim, exato.**

**T: Como estava antes deste processo de reconstrução?**

**C: Sim.**

Na fase 2, a *entrevista de reconstrução de significados*, consiste num conjunto flexível de questões que pretendem direccionar para o investimento e elaboração de novos significados acerca da perda. O facto de nos casos de insucesso apenas emergirem MIs de nível 1 pode indicar que os clientes ainda estão muito focados no processo de perda. Nos casos de sucesso, o aparecimento de MIs de nível 2 pode ser explicado pelo facto dos clientes evidenciarem uma leitura alternativa da perda. Isto permite

ao terapeuta uma exploração dessa leitura e de questões que promovam conteúdo mais centrado na mudança (e.g., contrastes em relação ao período anterior à terapia). Isto parece congruente com a emergência de MIs de nível 2, centrados na mudança, como verificamos no caso 6:

*T: Esse caminho que vê está mais perto/longe de quê?*

***C: A questão é que estou a enveredar por outro caminho, e aquele que vinha de 2008 está a chegar ao fim, era isso que eu queria tanto.***

Na fase 3, a técnica *marcas de vida*, foca-se no impacto que a pessoa significativa tem na identidade do cliente e incentiva um processo de elaboração sobre memórias e histórias pelo legado que este herdou e adquiriu em si mesmo. Nesta fase observou-se a predominância de MIs de nível 1 e 2, quer nos casos de sucesso quer nos casos de insucesso. Nos casos de sucesso, observou-se a dominância de MIs de nível 1 e presença de MIs de nível 2. Verificou-se também (no caso 6) MIs de nível 3, elaborando a cliente não só acerca da perda e da pessoa perdida, mas também sobre o aceitar que esta possa continuar na sua vida de um modo mais adaptativo, entendendo assim quais os processos que estiveram subjacentes a esta mudança e realçando o papel da terapia neste processo:

*T:...(...) Neste momento estamos a conseguir trazer o R de outra forma, temos feito isso ao longo das sessões, de maneiras diferentes temos trabalhado e percebido que o revisitar de memórias que eram difíceis e dolorosas, que o trazê-las para cá e falar sobre elas as tornou de certa forma menos dolorosas, tem sentido isso?*

***C: Sim, eu até acho que por causa da terapia esta semana fiz uma coisa interessante, na altura da perda do R eu ouvia muito um álbum de uma banda que falava sobre a perda e morte, mais tarde deixei de ouvir e durante esta semana estava a trabalhar e lembrei-me de ouvir novamente outras músicas deles e soou-me bem parecia que estavam numa realidade em que eu estava, e depois fui novamente ouvir o álbum de 2008 e de repente já não tinha o mesmo peso já não voltava para 2008 enquanto ouvia estas músicas.***

Da fase 4, a *exploração de novas fontes de significado*, são introduzidos modelos do luto (Modelo do Processamento Dual, (Stroebe & Schut, 2010), Modelo das Suposições Despedaçadas, (Janoff-Bulman & Berger, 2000) e Modelo de Duas Vias de Luto, (Rubin, Malkinson, & Witztum, 2011)), transmitindo aos clientes um sentimento de normalização face à oscilação que muitos referem sentir e ajudando na interpretação e reflexão para a atribuição de significado ao evento da perda. Nos casos de insucesso, os MIs predominantes foram de nível 1, possivelmente devido à centração em MIs associados ao problema e a intenções de mudar perante a apresentação dos modelos conceituais do luto.

Nos casos de sucesso, o aparecimento de MIs de nível 1 e 2 foi comum a todos, embora no caso 6 tenham surgido também MIs de nível 3. Isto verifica-se, provavelmente, por nestes casos existir uma melhor integração das suas experiências do luto que se reflete na identificação e relatar de mudanças muitas vezes associadas à oscilação equilibrada entre a perda e a restituição da vida, como observamos no caso 6:

*T: Estas alterações que se têm processado (...) acha que alteraram o significado da morte do R, ou a forma como percebe essa ausência e como consegue agora incorporá-la?*

*C: **Sim, acho que agora vejo isso de forma mais pacífica. Acho que não tenho aquela raiva que sentia.***

*T: **O que é que acha que contribuiu para essa mudança?***

*C: **Acho que o que temos vindo a fazer aqui na terapia tem ajudado bastante porque tenho abordado a questão de forma diferente. O escrever também tem ajudado.***

*T: **Sente que consegue celebrar a vida e o R em vez de se centrar na morte/perda dele?***

*C: **Sim, acho que sim. Acho que antes pensava sempre na circunstância da morte e agora nem por isso. Agora não evito olhar para fotografias, até pus uma foto dele no corredor. Já não me sinto mal com isso.***

*T: **A perda, dor e saudade vão estar lá sempre, o objetivo que temos trabalhado é não nos centrarmos tanto nessa dor/angústia, mas sim conseguir também quando pensa no R trazer coisas boas, pensar no que ele foi e no que ainda é para si, criando um equilíbrio.***

*C: **Eu acho que isto é um processo, há 1 ano não conseguiria fazer isso. Acho que a morte da minha avó também tem algo a ver com isto, não sei bem explicar o porquê. É a questão do desfecho de um ciclo, e a morte dela simbolizou o fim do ciclo que se iniciou com a morte do R.***

Por fim, da fase 5 analisou-se o *ritual de finalização*, que pretendeu promover reflexões acerca do impacto e aprendizagens na terapia, de como elas podem ser relevantes na forma de ver a perda e o futuro. Os casos de insucesso revelaram a presença de MIs de nível 1 e 2, pois a sessão é dirigida à reconstrução de significado e reflexão sobre o processo terapêutico. Isto implicou que o/a cliente refletisse acerca das mudanças de forma a encarar a perda, e dos ganhos terapêuticos na sua vida (MIs de nível 2). Nos casos de sucesso os clientes são capazes de identificar não só as mudanças que

desenvolveram, como o processo implícito a essas mudanças (MIs de nível 3), o que podemos comprovar no caso 6:

***T: Consegue identificar as fases mais significativas neste processo?***

***C: Quando comecei a conseguir olhar para as fotos do meu irmão, isso foi o twist. As coisas começaram a ficar mais leves. Já não havia aquele tabu.***

***T: Qual é a diferença na forma de ver o seu luto hoje?***

***C: Antes era pesado, era para chorar, era negro, era para esquecer. Agora é um acontecimento do meu passado que continua, que tem relevo hoje mas que não me define só, há mais do que isso.***

***T: Quais defesas e progressões é que se fez para chegar a este ponto, tornar a experiência menos pesada e mais integrada na sua vida?***

***C: Foi o que temos vindo a fazer, o escrever e falar sobre isso, acho que ao longo do nosso processo a sua forma de tentar procurar, guiar-me para eu chegar à minha resposta, acho que isso ajudou e a questão de deixar de ver a morte do meu irmão como um tabu.***

### **Discussão**

Esta investigação estudou o processo de reconstrução de significado no luto prolongado em psicoterapia, através da identificação de mudança narrativa e marcadores de ambivalência. Este é um estudo exploratório, no qual se analisou a possibilidade de identificar um perfil de mudança narrativa e ambivalência em TCN, utilizando uma codificação parcial.

### **Evolução de sintomatologia**

Os resultados da evolução sintomatológica parecem indicar uma proximidade entre os valores da sintomatologia depressiva e de PLP, independentemente do resultado terapêutico, o que é congruente com a literatura (Shear et al., 2005; Bryant et al., 2014). Isto acontece provavelmente pelo facto da PLP poder estar relacionada com outras perturbações físicas ou mentais, entre elas a depressão, como referido anteriormente (Prigerson et al., 1997; Stroebe et al., 2007). Apesar desta associação, estas perturbações são fenómenos distintos (Prigerson et al., 1997). Além disso, o que parece acontecer é uma oscilação dos sintomas de PLP e depressivos, possivelmente relacionada com as diferentes estratégias utilizadas nas sessões. De facto, o protocolo da TCN combina estratégias mais centradas na reconstrução de significados mas também outras mais experienciais que podem aumentar o nível de

desconforto dos clientes. A oscilação pode ainda dever-se a eventos específicos (e.g., datas, espaços, objetos) ou ao reavivar determinadas memórias que foram evitadas pelos clientes durante algum tempo e com a terapia foram reativadas. Isto pode levar a maior ativação emocional e, conseqüentemente, maior/menor sintomatologia.

### **Emergência de MIs de acordo com o resultado terapêutico**

O principal objetivo foi estudar a possível associação do perfil de mudança e ambivalência com o resultado terapêutico. Esperava-se que os casos de sucesso manifestassem maior proporção de MIs (Alves, 2013), o que foi corroborado pelos resultados, sugerindo uma relação entre a melhoria sintomática e o resultado terapêutico.

Os resultados sugerem que a emergência de MIs está relacionada com a passagem do tempo e a melhoria sintomática (Gonçalves et al., 2012; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010). De facto, a diminuição da sintomatologia de PLP durante a TCN pode traduzir a capacidade crescente que o/a cliente demonstra ao integrar a perda de uma forma mais saudável e adaptativa (Alves, Fernández-Navarro, Ribeiro, Ribeiro, & Gonçalves, 2014; Lichtenthal, Currier, Neimeyer, & Keesee, 2010). Os casos onde se verifica uma maior mudança narrativa são os que refletem uma crescente reconstrução e integração de novas formas de lidar com o luto, como é traduzido pelo ILC.

Os MIs de nível 2 e 3 aumentam a partir de meio da terapia nos casos de sucesso (Gonçalves et al., 2017; Gonçalves et al., 2015), concluindo-se que a emergência destes níveis parece estar relacionada com ocorrência de mudança, contrariamente aos MIs de nível 1 (Mendes et al., 2011; Batista & Gonçalves, 2016). Nos casos de insucesso, os MIs de nível 2 revelam-se praticamente ausentes ou têm proporção reduzida (Mendes et al., 2011; Montesano et al., 2017; Batista & Gonçalves, 2016).

Como referido, nesta amostra os MIs de nível 3 aumentam desde a fase intermédia ou final, nos casos de sucesso, distinguindo-se dos casos de insucesso, onde não foram identificados, tal como referido na literatura (Gonçalves et al., 2017; Gonçalves et al., 2015). Fernández-Navarro et al. (2018) reconhecem que os MIs de nível 3 têm maior potencial para estimular a mudança. Gonçalves e Ribeiro (2012) especularam que a emergência destes MIs está associada à reintegração de experiências difíceis dos clientes na auto-narrativa emergente, identificação e compromisso com o processo de mudança. Este resultado é consonante com literatura que reconhece em indivíduos capazes de reconhecer, compreender e integrar a perda, um forte preditor na adaptação ao luto (Holland, Currier, & Neimeyer, 2006; Holland & Neimeyer, 2010). É possível identificar essa melhor integração e articulação da perda, sobretudo através dos MIs de nível 3, visto referirem-se a um processo meta-cognitivo em que o/a cliente

se distancia do problema e reconhece os processos envolvidos na mudança. Em todos casos existem MIs de nível 2, pois evidenciam mudanças no final da terapia. Porém, apenas os casos com maior mudança sintomatológica encontraram uma forma de integrar e se adaptar à perda. Este resultado é um suporte empírico da importância dos MIs de nível 3 como forma de identificar processos de atribuição de significado e como estes processos se encontram associados com uma maior adaptação ao luto.

### **Associação da emergência de MIs e fases da terapia**

Considerando a TCN, tentou-se relacionar as técnicas selecionadas de cada fase da terapia, com a emergência dos três níveis de MIs. Sabendo que a TCN é flexível e que um dos principais objetivos é assegurar o foco nos clientes e nos seus significados pessoais (Alves et al., 2018), as tarefas e temas abordados em cada sessão refletem o processo de reconstrução de significado que ocorre no cliente. Assim, quando surgem mudanças associadas a um processo ativo de reconstrução de significado, o/a terapeuta elabora-as e expande-as. No entanto, se o/a cliente se debater em encontrar significado para a perda, as sessões refletem isso mesmo, apresentando sobretudo MIs de nível 1, não mudanças efetivas (nível 2) ou sequer elaborações em torno das mesmas (nível 3). Isto pode ser uma explicação para o resultado terapêutico e diferenças na elaboração e reconstrução de significados que caracterizam os casos de sucesso e insucesso. Nos casos de insucesso, devido à maior rigidez, centração na perda ou ambivalência, não existe uma integração da perda, o que conseqüentemente se manifestou numa maior proporção de MIs de nível 1. Nos casos de sucesso, os clientes parecem ter encontrado um espaço para a perda e para a concepção da vida sem a presença física da pessoa que perderam. Isto parece refletir-se numa maior reconstrução de significado, flexibilidade de pensamento, compreensão e integração da perda (MIs de nível 2, e 3).

### **Emergência de MAs de acordo com o resultado terapêutico**

Os resultados indicam que a proporção média de MAs foi superior nos casos de insucesso, o que vai ao encontro do resultado terapêutico, tal como em investigação anterior (Ribeiro et al., 2014). Também em congruência com a literatura, a proporção média de MAs relativos a MIs de nível 1 é superior aos MIs de nível 2 independentemente do resultado terapêutico (Alves, 2013). Podemos entender estes resultados tendo em conta que os MIs de nível 1 são mais centrados em intenções futuras do *self*e mais próximos da narrativa problemática, podendo ser mais facilmente atenuados do que os de nível 2 ou 3. Estes MIs descrevem mudanças atingidas e, por isso, são provavelmente menos propícios a retornarem

## LUTO PROLONGADO, MUDANÇA NARRATIVA E AMBIVALÊNCIA

à narrativa problemática, principalmente os MIs de nível 3 em que não só é descrita uma mudança como há por parte do/da cliente a consciência de como ocorreu o processo de transformação.

Note-se que na PLP o processo de transformação se revela particularmente exigente, pois implica o que é familiar para o indivíduo, ou seja, requer encontrar um espaço para a pessoa significativa e a reconstrução da sua vida sem ela (Alves et al., 2016). A ambivalência pode interpretar-se como uma expressão de um conflito interno entre duas tendências opostas e, quando frequente, pode dificultar a mudança (Gonçalves et al., 2017). No luto, este fenómeno é persistente, porque a forma como o/a cliente se sente é variável, podendo num dia estar mais confortável face à perda e noutra (e.g., datas específicas) mais vulnerável e retornar à auto-narrativa problemática. Como referido, a oscilação dos sintomas também pode estar relacionada com a ambivalência, já que o retorno ao problema pode ser reflexo de diversos fatores (e.g., a resposta do/da cliente à técnica utilizada nessa sessão, podendo provocar maior exposição, reavivar de memórias). Este fenómeno pode representar, ainda, uma forma dos clientes respeitarem o seu processo de mudança, uma vez que cada indivíduo necessita do seu tempo para se adaptar ao luto e integrar a perda.

Segundo Alves et al. (2014), outra possível explicação para as irregularidades no padrão de ambivalência é a proteção dos clientes face à ansiedade e/ou culpa de investir em novas formas de viver o luto, isto é, evitar pensar na pessoa significativa, optando por uma vivência menos dolorosa da perda. Contudo, mais estudos serão necessários para comprovar esta hipótese. Os casos de insucesso, ou com menores mudanças clínicas, podem necessitar de mais tempo para atribuir significado e integrar melhor a incerteza associada à mudança e experiências desconhecidas na sua nova auto-narrativa. Até isto acontecer, estes casos podem provavelmente continuar a manifestar ambivalência como forma de proteção contra uma mudança excessivamente rápida (Alves et al., 2014).

Não foi possível identificar um padrão na evolução de MAs nesta amostra. Apesar dos resultados obtidos serem congruentes com o resultado terapêutico, há uma evolução irregular na proporção de MAs. Isto poderá dever-se à codificação parcial, visto apenas terem sido analisadas cinco sessões de cada caso, e pela ambivalência ser um fenómeno menos estável do que a mudança narrativa. Assim, com a codificação de apenas algumas sessões não se identificou um padrão claro de ambivalência.

### **Limitações**

A primeira limitação deste estudo prende-se com tamanho reduzido da amostra que compromete a generalização dos resultados. Tentou-se minimizar esta limitação selecionando casos com evolução de

## LUTO PROLONGADO, MUDANÇA NARRATIVA E AMBIVALÊNCIA

sintomas contrastante (sucesso vs insucesso), como forma de evidenciar mais diferenças entre eles, tendo sido possível uma análise considerando o contraste do resultado terapêutico.

Uma segunda limitação consiste na codificação parcial que se tentou colmatar selecionando as sessões associadas ao fenómeno de estudo, a reconstrução de significado. Apesar da perda de informação das restantes sessões, foi possível identificar um perfil da evolução dos MIs, em conformidade com a literatura anterior. Outra limitação é a disparidade em termos de sessões de cada caso, já que este é um protocolo flexível e, portanto, nem todas as técnicas escolhidas de cada fase correspondiam à mesma sessão em todos os casos.

Embora tenha sido identificado um perfil de MIs, o mesmo não aconteceu com a ambivalência, por ser um fenómeno provavelmente mais oscilatório e possivelmente dependente da codificação de todas as sessões. Porém, a ambivalência média dos casos de insucesso foi superior à dos casos de sucesso, o que está de acordo com a literatura.

Por último, apesar do acordo obtido ter sido adequado tanto a nível da identificação dos MIs e MAs como na identificação dos níveis dos MIs, o facto de um dos codificadores saber *a priori* o resultado terapêutico dos casos pode comprometer a validade dos resultados.

Não obstante, é de realçar as contribuições que esta investigação proporcionou. O estudo é inovador na medida em que proporcionou o estudo de clientes com PLP aliando simultaneamente a codificação parcial, o SCMI em 3 níveis e o SCMA através da versão *online* da TCN. Foi possível concluir que a codificação parcial, apesar das suas limitações, permite o estudo de fenómenos como a mudança narrativa e ambivalência, sendo que seria interessante futuramente utilizar este tipo de codificação com uma amostra maior. Assim percebia-se provavelmente melhor os perfis de cada processo e possibilitava-se a generalização dos resultados.

Contribuiu, ainda, para estudar um fenómeno central na TCN e PLP, a reconstrução de significado, sendo que maior reconstrução de significado parece estar associada a maior mudança narrativa. Investigação futura poderá estudar como as estratégias usadas na TCN promovem a reconstrução de significado, apostando numa análise qualitativa dos temas presentes nas sessões.

### Referências

- Alves, D. (2013). *Narrative change in constructivist grief therapy: The innovative moments model*. (Tese de doutoramento). Universidade do Minho. Escola de Psicologia, Braga.
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., & Gonçalves, M. M. (2014). Ambivalence and innovative moments in grief psychotherapy: The cases of Emily and Rose. *Psychotherapy, 51*(2), 308
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2016). Ambivalence in grief therapy: The interplay between change and selfstability. *Death Studies, 40*(2), 129-138. doi: 10.1080/07481187.2015.1102177
- Alves, D., Neimeyer, R. A., Batista, J., & Gonçalves, M. M. (2018). Finding Meaning in Loss: A Narrative Constructivist Contribution. In *Clinical Handbook of Bereavement and Grief Reactions* (pp. 161-187). *Humana Press*, Cham
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 175-180.v
- Attig, T. (2000). *The heart of grief*. New York: Oxford
- Batista, J. & Gonçalves, M. (2016). Mudança narrativa em psicoterapia breve: os momentos de inovação. *Rumus, 3*, 171-191.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio, 78*(2), 490-498.
- Bellet, B. W., Neimeyer, R. A. & Berman, J. S. (2017). Event centrality and bereavement symptomatology: The moderating role of meaning made. *Omega-Journal of Death and Dying, 78*(1), 3-23, DOI: 10.1177/0030222816679659.
- Bruner, J. (2004). The narrative creation of the self. In L. E. Angus & J. McLeod (eds.), *The handbook of narrative psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 3 - 14). London: Sage.
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., ... & Nickerson, A. (2014). Treating prolonged grief disorder: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry, 71*(12), 1332-1339.
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry, 17*(4), 222-226.
- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validação do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado para a população portuguesa. *Acta médica portuguesa, 24*(6).

- Dimaggio, G. (2006). Disorganized narratives in clinical practice. *Journal of Constructivist Psychology*, *19*, 103-108.
- Fernández-Navarro, P., Rosa, C., Sousa, I., Moutinho, V., Ventura, H., Antunes, A., & Gonçalves, M. M. (2018). Reconceptualizing the self during treatment for depression: Meaning making changes precedes symptomatology improvement. *Manuscript submitted for publication*.
- Frade, B., Rocha, J., Sousa, H., & Pacheco, D. (2009). Validation of Portuguese version for inventory of complicated grief. In *Oslo, Norway: European Congress of Traumatic Stress*.
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A. P., Sousa, I., Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2012). Innovative moments and change in client-centered therapy. *Psychotherapy Research*, *22* (4), 389-401. doi: 10.1080/10503307.2012.662605
- Gonçalves, M. M., & Ribeiro, A. P. (2012). Therapeutic change, innovative moments and the reconceptualization of the self: A dialogical account. *International Journal of Dialogical Science*, *6*, 81-98.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Alves, D., Silva, J., Rosa, ... Braga, C. (2017). Three narrative-based coding systems: Innovative moments, ambivalence and ambivalence resolution. *Psychotherapy Research*. doi: 10.1080/10503307.2016.1247216
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The Innovative Moments Coding System. *Psychotherapy Research*, *21*, 497-509.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Stiles, W. B., Conde, T., Matos, M., Martins, C., & Santos, A. (2011). The role of mutual in-feeding in maintaining problematic self- narratives: Exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, *21*(1), 27-40. doi:10.1080/10503307.2010.507789
- Gonçalves, M.M., Ribeiro, A.P., Silva, J.R., Mendes, I., & Sousa, I. (2015). Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research*, *26* (4), 425-435. doi:10.1080/10503307.2015.1035355
- Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Mendes, I., Rosa, C., Ribeiro, A. P., Batista, J., ... Fernandes, C. F. (2016). Narrative changes predict a decrease in symptoms in CBT for depression: An exploratory study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.2048
- Holland, J., Currier, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Meaning reconstruction in the first two years of bereavement: The role of sense-making and benefit-finding. *Omega*, *53*, 173-191.
- Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2010). An examination of stage theory of grief among individuals

- bereaved by natural and violent causes: A meaning-oriented contribution. *Omega*, *61*, 105-122.
- Holland, M., Neimeyer, R.A., Boelen, P.A., & Prigerson, H.G. (2009). The underlying structure of grief: A taxometric investigation of prolonged and normal reactions to loss. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *31*: 190-201.
- Kato, P.M.; Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*. *19* (3): 275-296
- Kipp, M. (2017). ANVIL: The Video Annotation Research Tool (Versão 6.0) [Programa de computador]. Recuperado de <http://anvil-software.org>
- Lichtenthal, W. G., Currier, J. M., Neimeyer, R. A., & Keesee, N. J. (2010). Sense and significance: A mixed methods examination of meaning-making following the loss of one's child. *Journal of Clinical Psychology*, *66*, 791812
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *212*, 138-149.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, *19* (1), 68-80. doi:10.1080/10503300802430657
- McDevitt-Murphy, M. E., Neimeyer, R. A., Burke, L. A., & Williams, J. L. (2011). Assessing the toll of traumatic loss: Psychological symptoms in African Americans bereaved by homicide. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(3), 303.
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L., & Gonçalves, M. M. (2011). Narrative change in emotion-focused psychotherapy: A study on the evolution of reflection and protest innovative moments. *Psychotherapy Research*, *21*, 304-315. doi: 10.1080/10503307.2011.565489
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg L.S., Sousa, I., & Gonçalves, M.M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the innovative moments coding system?. *Psychotherapy Research*, *20* (6), 692-701. doi: 10.1080/10503307.2010.514960
- Montesano, A., Oliveira, J.T., & Gonçalves, M. M. (2017). How do self-narratives change during psychotherapy? A review of innovative moments research. *Journal of Systemic Therapies*, *36* (3), 81–96. doi:org/10.1521/jsyt.2017.36.3.81
- Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & van Dyke-Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *40*, 73-83. [DOI 10.1007/s10879-0099135-3].

## LUTO PROLONGADO, MUDANÇA NARRATIVA E AMBIVALÊNCIA

- Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., Braga, C., & Ribeiro, A. P. (2016). How to Deal with Ambivalence in Psychotherapy: A Conceptual Model for Case Formulation. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 119-137.
- Parkes, C. M. (1998) *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. Summus. São Paulo
- Prigerson, H.G. (2004). Complicated grief: when the path of adjustment leads to a dead-end. *Bereavement Care*. 23: 38-40.
- Prigerson, H., & Maciejewski, P. (2008). Prolonged grief disorder (PG-13) scale. *Boston, MA: Dana-Farber Cancer Institute*.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry research*, 59(1-2), 65-79.
- Prigerson, H. G., Wolfson, L., Shear, M. K., Hall, M., Bierhals, A. J., Zonarich, D. L., ... & Reynolds III, C. F. (1997). Case histories of traumatic grief. *Omega-Journal of Death and Dying*, 35(1), 9-24.
- Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2010). Innovation and stability within the dialogical self: The centrality of ambivalence. *Culture & Psychology*, 16(1), 116-126
- Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Brás, A., & Sousa, I. (2015). Ambivalence in narrative therapy: A comparison between recovered and unchanged cases. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(2), 166-175. doi:10.1002/cpp.1945
- Ribeiro, A. P., Mendes, I., Stiles, W. B., Angus, L., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2014). Ambivalence in emotion-focused therapy for depression: The maintenance of problematically dominant self-narratives. *Psychotherapy Research*, 24(6), 702-710. doi: 10.1080/10503307.2013.879620
- Shear, M.K., Frank, E., Houck, P.R., & Reynolds, C.F.(2005). Treatment of Complicated Grief: A randomized Controlled Trial. *JAMA*, 293 (21): 2601 – 2608
- Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., 2007. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 370, 1960-1973.
- Sung, S. C., Dryman, M. T., Marks, E., Shear, M. K., Ghesquiere, A., Fava, M., & Simon, N. M. (2011). Complicated grief among individuals with major depression: prevalence, comorbidity, and associated features. *Journal of affective disorders*, 134(1-3), 453-458.
- White, M. (2007). *Maps of Narrative Practice*. New York: Norton.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- World Health Organization (2019). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics*. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1183832314>

**ANEXO**



**DECLARAÇÃO**

Como orientadores da aluna de mestrado Rita Magalhães de Castro (A72294), que realizou a tese de mestrado intitulada “Luto prolongado, mudança narrativa e ambivalência: Como se reconstrói significado de uma perda?”, vimos por este meio declarar que o referido estudo não foi submetido à Comissão de Ética das Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Minho uma vez que utilizou dados recolhidos no âmbito de um projeto de investigação anterior, intitulado "Clinical and Narrative Change in Online Constructivist-Narrative Intervention for Complicated Grief: Exploration of the use of the Internet and the New Technologies in Psychotherapy", que recebeu a aprovação da referida Comissão de Ética.

Assim, não se julgou necessário uma nova submissão à Comissão de Ética das Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Minho por a tese de mestrado anteriormente referida utilizar dados de arquivo.

Braga, 16 de Outubro de 2019.

O orientador

(João Carlos Batista Silva)

O orientador

---

(Mário Miguel Osório Machado Gonçalves)