

AURORA@ COVID19-EU

ARTICULATING A UNIFIED RESPONSE TO THE COVID-19 OUTBREAK
RECONSTRUCTION AFTER LOSS IN EUROPE

AURORA
@COVID19-EU



Esta publicação foi realizada no âmbito da ação Cooperação para a Inovação e partilha de boas práticas, KA2 - Parcerias Estratégicas: Formação Profissional do projeto "AURORA@COVID19-EU (2021-1-PT01-KA220-VET-000033092) que visa facilitar uma resposta articulada para suporte do luto e do sofrimento na sequência da pandemia COVID-19.

A produção deste Manual foi liderada pelo DANISH NATIONAL GRIEF CENTER (DNGC) com a colaboração da equipa AURORA@COVID19-EU. Se quiser fazer referência a este documento, por favor utilize o seguinte:

Tølbøll, M., Østergaard, T., Nogueira, D., Cunha, C. Soares, J., Venuleo, C., Gelo, O., Tiziana, M., Jodar-Anchia, R., Gamoneda-Larripa, J. & AURORA@COVID19-EU team (2022). *Manual for Psychologists – Articulating a Unified Response to the Covid-19 Outbreak Reconstruction After Loss in Europe*. Maia: UMAIA Press. ISBN 978-989-35689-5-8.

Funded by the European Union

O apoio da Comissão Europeia à produção desta publicação não constitui uma aprovação do seu conteúdo, que reflecte apenas as opiniões dos autores, e a Comissão não pode ser responsabilizada por qualquer utilização que possa ser feita da informação nela contida.

INDÍCE

Prefácio **4**

Sobre este manual 4

Pré-requisitos para a utilização do manual 4

Como utilizar este manual 4

1.Introdução **5**

2.Luto no contexto da pandemia COVID-19 na Europa **7**

Implicações para as intervenções 11

Contexto cultural 12

Itália 14

Portugal 16

Espanha 17

3.Teorias sobre o luto, reações de luto e níveis de apoio **19**

Teorias sobre o luto: uma breve visão geral 19

Entendimento clássico: sobre a separação do falecido 19

O luto como fases e tarefas 19

A importância da teoria do apego para a compreensão do luto 20

Continuing Bonds: sobre a manutenção do vínculo emocional 21

O Modelo de Processo Dual 21

Abordagens contemporâneas: Modelos de Reconstrução de Significado e Integrativos no contexto de luto 22

O luto na prática: quando as pessoas são afetadas pelo luto 23

Modelo de saúde pública aplicado ao contexto de luto - níveis de apoio e competências 23

Reações de luto naturais 24

O luto na fase aguda 25

Reações de luto complicadas 26

Fatores de risco e proteção 26

Luto que requer tratamento especializado 27

4.Considerações e propostas terapêuticas **29**

Aliança terapêutica 29

Postura relacional e mentalização 29

Como somos nós, psicólogos, afetados quando trabalhamos com os enlutados? 30

5.Métodos/Abordagens terapêuticas **31**

Entrevista de avaliação 32

Intervenções para a prevenção de reações de luto complicadas 34

Terapia focada nas Emoções (TFE) para o luto aplicado ao contexto pandémico (covid-19) 35
Tipos de expressão de emoções 36
Emoção primária desadaptativa 37
Emoções secundárias 39
Emoções instrumentais 39
Processos emocionais no luto complicado 39
Mudança de emoções 39
Sequências emocionais no luto complicado 40
Trabalhar no luto com a TFE em tempos de pandemia de COVID-19 41
Compreender e co-construir os principais blocos de luto 43
Considerações finais 44
Terapia Cognitiva Comportamental para o luto aplicado ao contexto pandémico (covid-19) 45
Insuficiente integração da perda na base de conhecimentos autobiográficos 45
Crenças globais negativas e interpretações erradas das reações de luto 48
A utilização de estratégias de evitamento ansiosas e depressivas 51
Abordagem terapêutica Eclética para o luto aplicado ao contexto pandémico (covid-19) 53
O Modelo de Processo Dual: O Luto como Processo Dinâmico e Complexo 53
Objetivos específicos da terapia 56
ESCRITA DE CARTAS COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NO LUTO 56
TIMELINE (LINHA DA VIDA)? 58
A UTILIZAÇÃO DE FOTOGRAFIAS 59
Considerações gerais sobre a Terapia de grupo 63
A configuração do grupo 63
Métodos de grupo 64
Considerações gerais sobre Terapia Online 65
Presença online
CONSIDERAÇÕES FINAIS 67
Anexo 1 - Outros recursos e leitura 68
Anexo 2 - Perturbação de Luto Prolongado 69
Anexo 3 - Entrevista de avaliação 71
Anexo 4 - Terapia on-line 73
Anexo 5 - Expressar e partilhar as emoções através das técnicas psicodramáticas em grupo 74
Referências **80**

PREFÁCIO

Sobre este manual

Este manual foi criado em 2022 numa colaboração entre a Universidade da Maia - UMAIA (ISMAI/Maiêutica, Portugal), Universita Del Salento (Itália), Universidad Pontificia Comillas (Espanha), Centro Hospitalar e Universitário de São João E.P.E. e o Danish National Center for Grief (Centro Nacional Dinamarquês de Luto - DNCG; Dinamarca). O processo de colaboração foi liderado pelo Centro Nacional Dinamarquês de Luto.

O desenvolvimento do presente manual constitui uma parte do Projeto de Investigação-Intervenção "AURORA@COVID19-EU: Articulating a Unified Response to the Covid-19 Outbreak Reconstruction After loss in Europe", financiado pela União Europeia - ERASMUS+ (2021-1-PT01-KA220-VET-000033092). O principal objetivo do manual é reforçar os esforços para prevenir o desenvolvimento de reações de luto complicadas em adultos após a pandemia de COVID-19 que atingiu a Europa, e o mundo inteiro, desde o início de 2020. Além disso, outro dos objetivos deste projeto é estimular comunidades mais compassivas e melhor preparadas para aceitar e apoiar as pessoas enlutadas na Europa. Por fim, o presente projeto tem ainda como ambição sensibilizar o público em geral e reforçar a educação e informação sobre o luto numa sociedade sensível e compassiva.

Pré-requisitos profissionais para a utilização do manual

O manual não é uma introdução à psicoterapia em geral. Pelo contrário, dá uma descrição de como um psicólogo experiente pode intervir com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de reações complicadas de luto em adultos, especificamente, em relação às mortes ocorridas durante a pandemia COVID-19. Inspirado e adaptado em trabalhos recentes que documentam tratamentos eficazes para reações complicadas de luto (Johannsen et al., 2019), o manual oferece orientação sobre como apoiar e trabalhar preventivamente com pessoas enlutadas através da utilização de três abordagens terapêuticas diferentes. Para utilizar o manual, é necessário ser um psicólogo qualificado/certificado. Além disso, é aconselhável que tenha, pelo menos, dois anos de experiência em psicoterapia e que tenha um supervisor ou um grupo profissional de pares que possa consultar quando enfrentar situações desafiantes.

Como utilizar este manual

Este manual é um ponto de partida para psicólogos interessados numa introdução sobre como trabalhar com pessoas enlutadas na sequência da pandemia COVID-19. O manual fornece um quadro para trabalhar com os enlutados, utilizando uma de três abordagens teóricas. Como leitor, é-lhe apresentado em primeiro lugar, a informação relevante sobre o luto durante a COVID-19 no Sul da Europa e as implicações da perda de um ente querido em circunstâncias tão extraordinárias. O manual fornece uma breve introdução aos aspetos culturais de particular relevância para os desafios e efeitos específicos da COVID-19 em Portugal, Espanha e Itália. Seguidamente, o manual oferece uma breve introdução à teoria do luto e à forma como pode utilizar a teoria contemporânea do luto na sua prática profissional. Finalmente, fornece orientação sobre como conduzir uma entrevista de avaliação e o que procurar ao avaliar clinicamente reações de luto complicado.

Este manual foi desenvolvido por investigadores e profissionais de quatro países europeus. A intervenção descrita neste manual reflete, portanto, diferentes posições teóricas e abordagens terapêuticas destinadas a prevenir reações complicadas de luto. Os leitores deste manual serão apresentados à terapia cognitivo-comportamental, à terapia centrada nas emoções

e a uma abordagem eclética que utiliza a escrita de cartas no contexto da intervenção no luto. O manual introduz diferentes ferramentas e estratégias, a fim de dar resposta a clínicos com diferentes formações e experiências terapêuticas. Além disso, procura facilitar o desenho de um tratamento personalizado a cada indivíduo enlutado, com vista a apoiá-lo nas suas necessidades e desafios específicos. Segue-se uma breve secção com considerações sobre terapia de grupo, bem como uma secção de terapia online. Finalmente, o manual oferece outros recursos e literatura sobre intervenção e trabalho com o luto.

Com a leitura deste manual ser-lhe-á apresentada:

- Luto no contexto da COVID-19 no Sul da Europa
- Teoria do luto
- Reação de luto natural versus complicada
- Aspetos importantes na avaliação das necessidades terapêuticas do cliente
- Três métodos terapêuticos diferentes que podem ser aplicados na prevenção de reações complicadas de luto após a COVID-19
- Aspetos a considerar ao trabalhar online ou em grupo com enlutados

1. INTRODUÇÃO

O surto da pandemia COVID-19 (SARS-CoV 2) levantou enormes desafios societais para a Europa. Além dos riscos para a própria vida, representou uma grande ameaça para a saúde mental, dinâmica social, e justiça social (Organização Mundial de Saúde, 2020). A capacidade humana para enfrentar o luto e a perda em circunstâncias extremas foi posta em causa durante e após esta crise pandémica (Moreira et al., 2020).

Na Europa, os países foram atingidos de forma diferente durante os surtos da COVID-19. O número de mortos na sequência da COVID-19 tem sido particularmente elevado no eixo sul da Europa, por exemplo, Itália, Espanha e Portugal. No entanto, autores como Morgan et al. (2020) argumentam que o número real de mortes inclui não só mortes devidas à COVID-19, mas também mortes indiretas registadas durante a pandemia, por exemplo, devido à falta de acesso aos cuidados de saúde em resultado da interrupção global dos serviços de saúde, aumento dos níveis de stress e problemas de saúde mental. Além disso, as práticas sociais em torno dos cuidados a doentes terminais, morte, serviços fúnebres e mesmo a eliminação de corpos, foram perturbadas pelo quadro de restrições de emergência (Lowe et al., 2020; Stroebe & Schut, 2021). É provável que estas restrições de emergência tenham tido um impacto negativo nos processos de luto. Além disso, a pandemia afetou as pessoas mais vulneráveis, em particular, agravando o seu já limitado acesso a cuidados de saúde (mental) adequados e a exposição a riscos socioeconômicos (Morris et al., 2020). Lidar com a dor e com o luto dos entes queridos neste contexto é considerado particularmente problemático, tendo em conta a brutalidade acrescida do isolamento social, a diminuição dos mecanismos de apoio social e a disponibilidade de serviços de saúde (Morris et al., 2020).

> **Agentes diretos:** Todos os profissionais que não sejam psicólogos e psicoterapeutas especializados no luto, mas que lidam com indivíduos enlutados nas suas funções profissionais. Por exemplo, enfermeiros, médicos, padres, professores, advogados, agentes funerários, bombeiros, entre outras.
>
> **Agentes indiretos:** Família, amigos, rede social mais ampla e comunidade de apoio a indivíduos enlutados.

Temos observado a falta de estratégias nacionais e/ou respostas unificadas para o luto. Isto pode resultar num aumento do número de pessoas que vivem com reações de luto complicadas após a pandemia COVID-19. Além disso, a falta de formação sistemática dos profissionais de saúde e de outros profissionais é suscetível de ter

resultado em serviços de luto insuficientes para as pessoas enlutadas (Aoun et al., 2019).

Neste contexto, o projeto de Investigação-Intervenção AURORA@COVID19-UE visa facilitar uma resposta unificada e articulada ajustada às necessidades das pessoas enlutadas na sequência da COVID-19. Este projeto visa desenvolver recursos de formação para facilitar práticas e proporcionar educação de agentes diretos e indiretos relacionados com a morte e o morrer, em particular com os processos de luto durante a pandemia COVID-19.

De acordo com um modelo de intervenção no luto em quatro níveis (ver página 23), estão a ser desenvolvidos manuais de formação para diferentes profissionais, respondendo a diferentes níveis de necessidades, com um enfoque específico no apoio ao luto durante a pandemia COVID-19.

Organizações parceiras de Portugal, Espanha e Itália foram escolhidas para esta Parceria de Cooperação e serão os principais divulgadores e participantes locais na fase piloto de implementação e execução nos mesmos países. O Centro Nacional Dinamarquês de Luto (DNCG) juntou-se a este consórcio devido a ser uma organização altamente especializada na condução de investigação, tratamento e formação na área do luto.

Ao combinar conhecimentos e esforços, o projeto AURORA@COVID19-UE reforçará as capacidades locais de formação, tratamento e divulgação de investigação no luto. Contribuirá, ainda, para o estabelecimento de comunidades mais compassivas para satisfazer as necessidades das pessoas enlutadas, através de redes locais de profissionais, voluntários e instituições.

O presente "Manual de Formação I - Psicólogos" dirige-se aos psicólogos que intervêm com pessoas em risco de desenvolver reações de luto complicadas durante ou após a pandemia COVID-19. No período de pré-pandemia, cerca de 10-20% das pessoas enlutadas experienciaram o que se pode designar de reações de luto complicadas, em que as emoções e reações de luto não reduziam, permanecendo num nível elevado e debilitante (Bonanno et al., 2008; Lenferink et al., 2020). Vários estudos sugeriram que, após a pandemia COVID-19, este número irá aumentar significativamente devido ao elevado número de fatores de stress e de fatores de risco associados à pandemia (Albuquerque et al., 2021; Cipolletta et al., 2022).

O Manual de Formação I - Psicólogos será produzido em cinco línguas - inglês, italiano, português, espanhol e dinamarquês - e disponibilizado para utilização não só nos países participantes, mas em toda a Europa e no mundo.

A elaboração do "Manual de Formação I - Psicólogos" incorpora recomendações da Federação Europeia de Associações de Psicólogos para o Desenvolvimento Profissional Contínuo.

Desenvolver e divulgar o "Manual de Formação I - Psicólogos" tem o objetivo ambicioso de ajudar a melhorar os serviços de resposta ao luto, especificamente no Sul da Europa, na sequência da pandemia COVID-19. No entanto, reconhecemos que este é apenas um primeiro esforço para atingir esse objetivo. A colaboração contínua entre educadores, investigadores, terapeutas e enlutados será necessária para melhorar a nossa capacidade de compreender e responder às necessidades dos últimos e promover respostas compassivas para o luto

2. LUTO NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19 NA EUROPA

A EXPERIÊNCIA DA PERDA

Estudos recentes sugerem que o contexto da pandemia COVID-19 pode complicar o processo de luto, confrontando os enlutados não só com a dor da perda, mas também com outros desafios dolorosos prévios e posteriores à morte do seu ente querido. Esses desafios incluem a incapacidade de estar presente e cuidar da pessoa doente, ou de obter informações do pessoal médico que presta cuidados ao seu ente querido. Após a perda, surgem outras dificuldades, como a falta de acesso ao apoio necessário e aos rituais de despedida devido a políticas de distanciamento social (Eisma et al., 2020; LeRoy et al., 2020; Zhai & Du, 2020). Um estudo preliminar (Eisma et al., 2021) sugeriu um risco mais elevado de luto prolongado em pessoas enlutadas pela COVID-19 e mortes não naturais (e.g., acidentes), em comparação com mortes por causas naturais (e.g., mortes por doenças crónicas). Um estudo mais recente (Breen et al., 2022) comparou as reações de luto de pessoas enlutadas por mortes relacionadas com a COVID-19 e outras mortes devido a outras causas naturais ou violentas durante este mesmo período; não tendo observado diferenças nos níveis de sintomas de luto prolongado, nem fatores de risco ou níveis de disfuncionalidade. Além disso, independentemente da causa da morte do ente querido, verificou-se que os níveis de disfuncionalidade das pessoas enlutadas no contexto COVID-19 eram iguais ou superiores aos dos grupos enlutados com perturbação de luto prolongado antes da pandemia. Da mesma forma, outro estudo (Eisma & Tamminga, 2020) iniciado antes do surto da COVID-19, e realizado durante a sua propagação, mostrou que a perda durante a pandemia provocou reações de luto agudas mais graves do que antes da pandemia.

Evidências deste tipo sugerem que lidar com perdas durante esta crise de saúde pode levar a consequências negativas e persistentes para os enlutados. As mortes na altura da COVID-19 podem ser consideradas perdas traumáticas, uma vez que ocorreram numa condição súbita, violenta e inesperada, não diferente dos casos de suicídios, homicídios e catástrofes naturais (Kristensen et al., 2012). Uma perda traumática aumenta o risco de um processo de luto traumático (Cipolletta et al.., 2022), com as pessoas a enfrentarem dificuldades em aceitar a morte e consequentemente a iniciarem o seu processo de luto (Torrens-Burton et al., 2022), o elevado nível de incerteza (Freeston et al., 2020) e, sentimentos de raiva e desespero (Selman et al., 2021). Tais aspectos, juntamente com o distanciamento social imposto e as restrições nas visitas a instalações de cuidados de saúde e funerais durante a pandemia COVID-19, parecem ter construído a base para outra epidemia, a da perturbação de luto prolongado (Albuquerque et al., 2021).

Estudos do Sul da Europa (e.g., Aguiar et al., 2020; Cipolletta et al., 2022; Farinha-Silva & Reis-Pina, 2020; Fernández & González-González, 2020; Menichetti-Delor et al., 2021) realçam três aspetos que se somam à experiência traumática de luto que se seguiu à COVID-19, nomeadamente: a incapacidade de dizer adeus, o carácter desconhecido da morte, o isolamento físico e a falta de apoio social, o que, entre outros, pode lançar pistas sobre a razão pela qual podemos esperar um aumento do número de indivíduos que sofrem de complicações no luto como resultado da pandemia COVID-19.

NÃO PODER DIZER ADEUS.

Não poder dizer adeus a um ente querido que morreu, antes e/ou depois da perda, foi identificado como um fator de risco de luto prolongado no contexto da pandemia COVID-19 (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021).

Pesquisas anteriores revelam que uma morte súbita e inesperada (Kersting et al., 2011; Lundin, 1984), bem como não ter a possibilidade de ver o corpo (Chapple & Ziebland, 2010; Merlevede et al., 2004) pode tornar difícil perceber que alguém está morto e, consequentemente, aceitar a perda e "deixá-lo ir". Por exemplo, num estudo multicêntrico realizado com um grande número de familiares de pacientes que morreram na Unidade de Cuidados Intensivos (Kentish-Barnes et al., 2015), verificou-se que os que não puderam dizer adeus apresentavam mais sintomas de luto complicado, perturbação de stress pós-traumático, bem como sintomas depressivos, quando comparados com os que tiveram oportunidade de dizer adeus. Durante a pandemia COVID-19, as pessoas perderam a vida rápida e inesperadamente com o vírus, afetando também cidadãos com menos de 80-70 anos de idade, que os meios de comunicação social tinham erroneamente descrito como não estando em risco. Por vezes, a rápida progressão do vírus fez com que os familiares sentissem que não estavam devidamente informados sobre a gravidade da situação e não estavam minimamente preparados quando a morte ocorreu (Menichetti-Delor et al., 2021).

Além disso, nos hospitais e outros serviços de saúde, as políticas de visitas foram revistas nos ambientes de cuidados de saúde, tendo sido as visitas desencorajadas e/ou proibidas: os membros da família não podiam proporcionar conforto e apoio emocional aos entes queridos moribundos. O processo de morte ocorreu em condições traumáticas sem precedentes, com pessoas a morrer em hospitais e lares sem as suas famílias ao seu lado (Cipolletta et al., 2022). A distância física do doente quando estava a morrer, ou depois de morto, fez com que as famílias sentissem que não tinham feito o suficiente, criando sentimentos de culpa e privação de algo importante (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021; Menichetti-Delor et al., 2021). Pelo contrário, a possibilidade de comunicar com os seus entes queridos no hospital, graças às enfermeiras que mantiveram o telefone perto da cama dos doentes, teve impacto na capacidade das pessoas darem sentido à sua perda e ajustarem a experiência de despedida (Wakam et al., 2020). Não poder ver o corpo do falecido aumentou a sensação de incredulidade e a dificuldade em aceitar a realidade da morte. Hernández-Fernández e Meneses-Falcón (2021) referem-se à forma como as famílias pediram aos profissionais de saúde detalhes concretos sobre o momento da morte e/ou prova do óbito (e.g., uma fotografia ou um item pessoal, a certidão de óbito) para que pudessem estruturar uma narrativa lógica dos factos e aceitar o que tinha acontecido. Além disso, a ausência de funerais, ou rituais para assinalar a morte, contribuiu para a noção de não dizer adeus e testemunhar a morte. Os funerais representam uma componente cultural e religiosa crucial no processo de luto (O'Rourke et al., 2011). Historicamente, proporcionam uma oportunidade de transmitir amor e respeito pelo falecido e de dizer "adeus"; marcam uma transição na qual a morte pode ser plenamente testemunhada, mas constituem também um momento em que os enlutados dão voz às suas emoções e recebem apoio social e psicológico das suas redes sociais próximas (Mortazavi et al., 2021). Em Itália, as medidas de confinamento proibiram as cerimónias fúnebres e os cemitérios foram fechados (Ingravallo, 2020). Em Espanha e Portugal, os funerais foram limitados, respectivamente, a três e dez pessoas (Aguiar et al., 2020). Foram tomadas medidas semelhantes em todo o mundo (Burrell & Selman, 2022). Em muitos casos, as famílias não podiam embalsamar e escolher a roupa do falecido, não viam o corpo, nem realizavam um funeral “adequado”, como desejado, nomeadamente cumprido as práticas culturais que permitiam à comunidade em geral honrar a vida do ente querido e prestar apoio social ao enlutado. Os velórios - outro importante

ritual de morte em países com uma forte herança cristã, como Portugal, Espanha e Itália - não foram possíveis por períodos prolongados, pelo que aos membros da família faltava também a sensação de fazer justiça aos falecidos, recordando as suas vidas, os seus feitos e as suas histórias (Aguiar et al., 2020; Burrell & Selman, 2020; Fernández & González-González, 2020).

A INCERTEZA EM TORNO DA MORTE.

A incerteza pode ser definida como "a incapacidade de determinar o significado de eventos relacionados com a doença" (Mishel, 1988, p. 225). Hebert et al. (2009) identificaram quatro tipos de incerteza: *médica*, que diz respeito ao diagnóstico, prognóstico e curso clínico; *prática,* envolvendo tarefas que precisam de ser concluídas antes da morte, ou preocupações relacionadas com o processo de luto (e.g., preocupações económicas/financeiras); *psicossocial*, que reflete preocupações sobre como as dinâmicas e relações familiares serão modificadas em resultado da doença e da morte; *religiosa/espiritual*, referida a preocupações existenciais e questões de atribuição de significado ou sentido. Segundo os autores, as formas mais importantes para ajudar os familiares a enfrentar todos estes contornos de incerteza são uma boa comunicação e relações de confiança entre esses prestadores de cuidados e os profissionais de saúde. Desta forma, os familiares podem estar melhor preparados para este cenário difícil. Caso contrário, a incerteza em torno da morte pode aumentar o risco de complicações no processo de luto: as dificuldades em gerir a incerteza têm sido associadas a um risco importante de luto prolongado, stress pós-traumático, e depressão (Boelen et al., 2016). Quanto mais a perda permanecer associada à incerteza, mais as pessoas têm a sensação de não saber realmente se o ente querido está morto ou vivo, ausente ou presente, pelo que podem não ser capazes de processar a morte (Boss et al., 2021).

De facto, este sentimento de incerteza é reconhecido como uma das principais causas de angústia no luto durante a COVID-19 (Cipolletta et al., 2022; Freeston et al., 2020; Mortazavi et al., 2021). A imprevisibilidade dos sintomas e do curso da doença, a falta de clareza sobre, por exemplo, o diagnóstico, as opções de tratamento, mas também a informação ambígua de diferentes fontes, e as lacunas de comunicação com o hospital, suscitaram sentimentos de injustiça e necessidade de clareza sobre o que aconteceu ao falecido (Menichetti-Delor et al., 2021). Em particular, a ausência e/ou ineficácia da comunicação entre profissionais de saúde e familiares é relatada como um aspecto crítico na gestão da morte durante a COVID-19. Por exemplo, num estudo realizado em Itália por Testoni e colegas (2021) destinado a considerar o processo de notificação de morte entre médicos (informantes), familiares dos doentes (recetores) e aqueles que trabalham entre eles (enfermeiros), constataram que se, de um lado, médicos e enfermeiros relataram dificuldades relacionais no apoio aos familiares dos doentes, os familiares relataram sofrimento relacionado com a ineficácia dos profissionais de saúde na comunicação antes e depois da morte.

Não ter a possibilidade de dar sentido a uma perda súbita, inesperada e traumática, torna a morte uma ferida aberta, levando à preocupação e ruminação (e.g., tentar reconstruir os acontecimentos para compreender o que correu mal; Testoni et al., 2021) e a "paralizar" o processo de luto. A preocupação com o falecido é um dos principais sintomas no diagnóstico da perturbação de luto complicado (Killikelly & Maercker, 2017). Isto mais uma vez apoia a ideia de que o luto durante a pandemia COVID-19 pode aumentar o risco de desenvolver reações de luto complicadas ao longo do tempo.

ISOLAMENTO FÍSICO E FALTA DE APOIO.

O papel do apoio social como moderador do impacto do luto na saúde e bem-estar psicológico é bem conhecido na literatura científica (para revisão, ver Burke & Neimeyer, 2012; Stoebe et al., 2005). Estudos realizados um ano após a perda mostraram como o apoio social da família e amigos permite suportar o processo de luto sem sofrer de depressão ou doença física (Benkel et al., 2009; Bonanno & Kaltman, 2001).

Durante a pandemia COVID-19, as medidas de distanciamento físico e quarentena forçaram em grande parte as famílias a enfrentarem sozinhas o processo de luto, sem o apoio das suas redes sociais, e dos restantes membros da família com quem não coabitam. Assim, alguns dos fatores de proteção mais importantes para se adaptarem ao luto e lidarem com a morte de um ente querido, como o envolvimento familiar, a presença física, o viver o luto com outros e o apoio social (Lyons & Chamberlain, 2006), foram negados às pessoas enlutadas no contexto da COVID-19 (Fernández & González-González, 2020). Em algumas entrevistas realizadas a psicólogos que ofereceram apoio às famílias enlutadas no Norte de Itália (Menichetti-Delor et al., 2021), foi relatado que uma grande causa de sofrimento era a impossibilidade de viver o luto juntamente com outros; por vezes, a sensação era que a falta de contacto físico e abraços bloquearam a experiência física do luto, dificultando, por exemplo, um aspeto importante como o choro coletivo ou consentido por outro. Além disso, as famílias podem também ter sentido um estigma social em relação às perdas pela COVID-19 (Albuquerque et al., 2021), que os fez sentir ainda mais abandonados, solitários e incapazes de beneficiar de apoio social à distância.

EMOÇÕES VIVENCIADAS NO LUTO NA PANDEMIA COVID-19

Como vimos, a falta de despedida, a incerteza em torno das mortes, juntamente com o isolamento físico que afetou o momento de dizer adeus, são dimensões que terão dificultado os processos de luto. As circunstâncias específicas das perdas acima mencionadas, tais como o carácter rápido e inesperado das mortes, a falta de compreensão de como morreram os entes queridos, e o corpo "invisível", tornaram a partida semelhante a uma **perda ambígua**, como foi referido por uma pessoa enlutada entrevistada em Madrid (Fernández & González-González, 2020) - "senti que foi uma espécie de rapto". De facto, como acontece no caso das pessoas desaparecidas, sobre os quais nunca haverá a certeza da sua morte, as pessoas enlutadas durante a COVID-19 podem ter dificuldades em acreditar que o seu ente querido está morto, uma vez que a incerteza, a brusquidão, a imprevisibilidade, e a ausência de rituais, tornam igualmente, a sua perda ambigua (Bertuccio & Runion, 2020; Fernández & González-González, 2020; Testoni et al., 2021).

Outros referem-se a este tipo de perda como um **luto não autorizado** (Albuquerque et al., 2021; Kaur et al., 2022; Kokou-Kpolou et al., 2020), como uma dor não reconhecida e legitimada, que não foi socialmente validada por outros devido ao isolamento e à falta de apoio social após a morte. Outros explicam o luto em termos de **luto traumático**, onde as circunstâncias traumáticas da morte, bem como o medo pela perda de outros e da sua própria vida, complicam a experiência do luto. Por exemplo, os estudos qualitativos no contexto da Europa do Sul, baseados nas narrativas do luto, realçam a frequência com que as narrativas apresentam traços traumáticos típicos, que congelam o processo de luto e complicam as respostas ao mesmo (e.g., Cipolletta et al, 2021; Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021; Menichetti-Delor et al., 2021; Mortazavi et al., 2021; Picardi et al., 2021; Testoni et al., 2021).

Globalmente, as circunstâncias específicas da perda parecem ter amplificado emoções

negativas, tais como raiva, culpa e tristeza, muito frequentes nos relatos de indivíduos enlutados no contexto da pandemia COVID-19 (Albuquerque et al., 2021; Chopra & Arora, 2020).

RAIVA.

A raiva, enquanto uma das principais reações à perda, poderá estar ligada a uma série de circunstâncias que caracterizam o contexto da pandemia COVID-19 (Cipolletta et al., 2022). Os enlutados referem-se a um sentimento intenso de abandono por parte dos trabalhadores de saúde, incapazes de oferecer uma comunicação clara sobre o que aconteceu ao falecido e de prestar cuidados e uma atitude compassiva para com os doentes. Descrevem um sentimento de mágoa pela morte do seu ente querido ser simplesmente um número quando se comunica com as autoridades de saúde, bem como na forma como o corpo do falecido foi tratado, criando uma sensação de desumanização. Alguns culpam os médicos por terem diagnosticado mal os pacientes, sugerindo hospitalização ou por terem prestado cuidados inadequados. A queixa é também expressa em relação aos prestadores de saúde que não foram capazes de proporcionar uma recuperação atempada. A raiva é também dirigida ao governo, incapaz de conter a propagação de infeções e de gerir a emergência sanitária (Marinaci et al., 2021).

INCREDULIDADE E RUMINAÇÃO CONSTANTE.

A incredulidade associou-se às perdas durante a COVID-19, ou seja, a sensação de que "não posso acreditar que eles estão mortos" (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021). O carácter súbito da morte, a falta de contacto imposta com o ente querido mesmo antes da sua morte e a falta de um ritual de despedida com o corpo, formaram um conjunto complexo de circunstâncias que aumentaram a ambiguidade (Imber-Black, 2020) e dificultaram a racionalização da perda. A ruminação relaciona-se com questões como, "o que correu mal?", "terá sido feito todo o possível para salvar a pessoa amada?", "o que terá sentido e pensado enquanto enfrentava a morte sozinho/a?" (Testoni et al., 2021).

CULPA.

A culpa relatada pelas pessoas enlutadas (Albuquerque et al., 2021; Cipolletta et al., 2022; Mencacci & Salvi, 2021; Testoni et al., 2021) está relacionada com não ter estado ao lado da pessoa amada, portanto, não ter sido capaz de oferecer ajuda e conforto emocional, bem como com sentimento de ter abandonado a pessoa amada. Em alguns casos, a culpa pode surgir por ter subestimado a letalidade do vírus ou do medo/confirmação de ter infectado pessoalmente a pessoa que faleceu.

VERGONHA.

O estigma de um possível contágio em torno de uma morte relacionada com a COVID-19 terá levado as pessoas a esconderem a doença dos seus entes queridos ou a causa da morte, para evitar a discriminação; como resultado, a possibilidade de receberem apoio social e prático terá ficado ainda mais comprometida (Albuquerque et al., 2021).

ANSIEDADE, ANGÚSTIA, E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO.

A um nível geral, a pandemia parece ter desafiado as estratégias de regulação das emoções, representando um elevado risco de desenvolvimento de sofrimento psicossocial (Di Blasi et al., 2021). As dificuldades em regular o sofrimento emocional têm sido relacionadas com a gestão da incerteza relacionada com o desfecho COVID-19, bem como do medo da própria doença, na altura ainda desconhecida que, conjugadas, aumenta o risco de sofrimento psicológico (ansiedade, depressão e stress; Gullo et al., 2022). Mais especificamente, tem sido argumentado que a presença de fatores de stress relacionados com a pandemia, tais como distanciamento social e restrições na disponibilidade e acesso à rede social, torna mais difícil para os indivíduos

implementarem estratégias adequadas para lidar com a perda, resultando em níveis mais elevados de angústia psicológica e saúde mental mais pobre (Fisher et al., 2022). Raiva, negação, culpa, vergonha, bem como quadros de sintomatologia depressiva e ansiosa, são sentimentos que usualmente surgem com cada perda relacionada com a morte (Buglass, 2010). Pode assumir-se que tais sentimentos tenham sido experimentados mais intensamente no contexto da pandemia COVID-19.

Implicações para intervenções

Considerando o que foi exposto acima, podem ser extraídas algumas implicações para intervenções terapêuticas. Para além de intervenções mais gerais no luto, devemos atender, em particular, ao significado atribuído por cada indivíduo aos seguintes aspetos: não poder dizer adeus, o carácter desconhecido da morte e a falta de apoio social, o que pode exigir uma atenção específica na terapia.

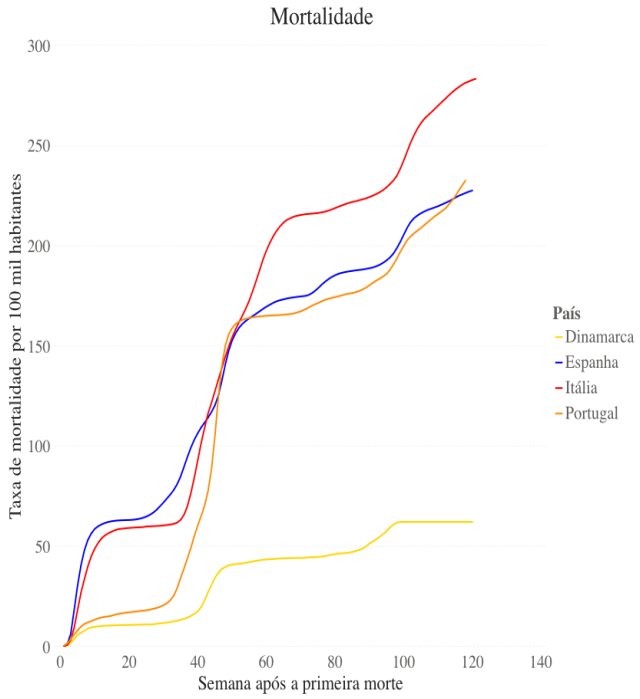
Como exemplo de como este tipo de intervenção tem sido abordado, é útil olhar para o estudo qualitativo de Menichetti-Delor et al. (2021). Este estudo centrou-se nas chamadas telefónicas de seguimento (follow up) no luto, oferecidas por uma unidade de psicologia clínica a famílias de pacientes com COVID-19, que morreram no hospital. Foram identificadas as seguintes necessidades expressas pelas famílias durante as entrevistas. Em primeiro lugar, a necessidade de *dar sentido* ao que aconteceu para conseguir "juntar as peças". Dar sentido é um processo central na recuperação do trauma, tanto nas perdas que envolvem morte, como nas que não envolvem morte, e implica um esforço para compreender o que foi perdido e também como construir a nova vida sem a pessoa falecida (Neimeyer & Sands, 2011). Para este objetivo, é determinante que os enlutados partilhem e narrem as suas perdas, para que o recontar da própria experiência possa facilitar a reconstrução de significado e encontrar coerência em tal experiência (Neimeyer et al., 2010). Em segundo lugar, a necessidade de *expressar emoções* (tais como tristeza, ansiedade, raiva, mas também anestesia emocional) foi frequentemente relatada. Tal processo foi dificultado pelo isolamento e, portanto, pela ausência de contextos relacionais. Terceiro, a necessidade *de dizer o último adeus* e de procurar formas alternativas de acompanhar a perda e o luto quando um funeral tradicional não podia ser organizado (e.g., acender uma vela, realizar uma cerimónia ao ar livre, ou recolher canções, fotografias e histórias ligadas ao falecido e/ou também experiências digitais como memoriais online; ver Coronavírus Memorial promovido pela emissora nacional espanhola *Radio Televisión Española:* rtve.es/coronavirus/memorial). A quarta necessidade principal identificada foi a *de recordar* o falecido juntamente com outros membros da família e de partilhar com eles memórias. Mais uma vez, tal processo foi dificultado pelo isolamento devido à COVID-19, levando os membros da família a vivenciar um luto solitário. Esta é uma possibilidade de abordagem de enquadramento dos aspetos específicos que moldaram o luto na pandemia COVID-19 que serão aprofundadas nas secções seguintes dedicadas à intervenção.

CONTEXTO CULTURAL

As circunstâncias específicas da pandemia COVID-19 nos diferentes países europeus, em termos de mortes diretas e indiretas, justificam uma intervenção adequada e ajustada às necessidades de cada país, e motivaram o desenvolvimento desta Parceria Estratégica para a Cooperação entre os quatro países envolvidos. Enquanto Portugal, Espanha e Itália tiveram mais de 280 mortes por 100.000 habitantes, a Dinamarca teve menos de 65 mortes. Na seção seguinte,

apresentamos o impacto global, as tendências e grupos-alvo mais atingidos em cada contexto.

Figura 1 - Situação comparativa da COVID-19 entre os países parceiros do Projeto AURORA.

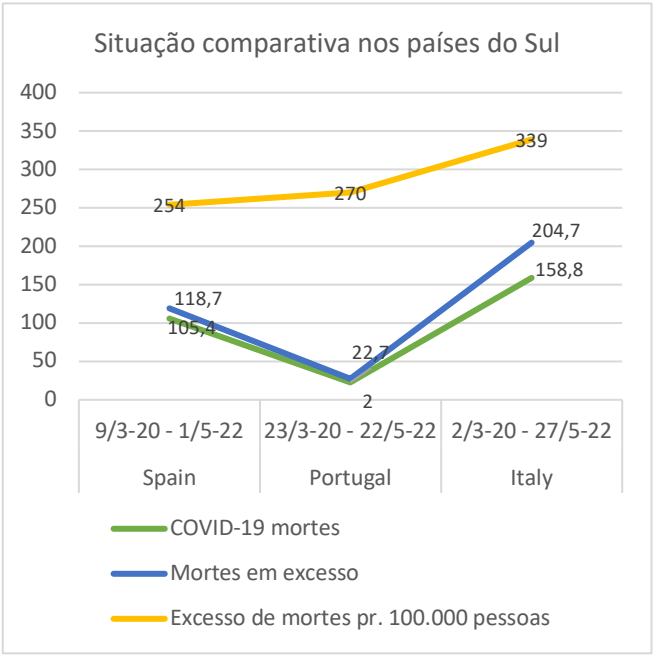


*Fonte:*https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/epidemiologia-da-covid-19/letalidade-e-mortalidade-entre-paises/

Muitas das restrições impostas para mitigar a pandemia COVID-19 entraram em conflito com as práticas e respostas coletivas, culturais, usuais em momentos de morte e situações de fim de vida, como descrito acima. As restrições associadas à COVID-19 aumentaram os riscos de desenvolver reações de luto complicado após uma perda, e antecipa-se que estas tenham impacto na saúde mental das pessoas enlutadas (Stroebe & Schut, 2021).

A fim de fornecer uma perspetiva global comparativa sobre os dados nacionais da COVID-19, apresentamos os dados globais mais recentes de um artigo do Economist "Tracking COVID-19 death across countries". O artigo foca-se no excesso de mortes em vez do número de mortes (esta última métrica subestima o número de mortes), fornecendo assim uma visão global do impacto real em termos de vidas perdidas devido à pandemia.[1]

Figura 2 - *Excesso de mortes por país*



Fonte: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained

Aplicando-se o modelo estatístico, estima-se que por cada morte existam nove pessoas enlutadas (Albuquerque et al., 2021; Carvalheiro et al., 2021). O número aproximado de pessoas enlutadas durante a pandemia COVID-19 nos três países é o apresentado na figura abaixo.

[1] "Tracking covid-19 excessos de mortes entre países: Em muitas partes do mundo, os números oficiais de mortes subestimam o número total de mortes", The Economist 20 de Outubro de 2021 (Atualizado a 13 de Maio de 2022), HTTPS://WWW.ECONOMIST.COM/GRAPHIC-DETAIL/CORONAVIRUS-EXCESS-DEATHS-TRACKER

Figura 3 - *Número aproximado de enlutados*

País	População total 01/2020	Mortes em excesso	Aprox. total de enlutados
Espanha	47,332,60	118,740	1,068,660
Portugal	10,295,90	27,440	246,960
Itália	59,641,50	204,710	1,842.390

Fonte: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained

Itália

Dados demográficos da COVID-19 no contexto italiano

A Itália foi o segundo país do mundo, depois da China, a ser atingido pela pandemia da COVID-19 e a sofrer um número dramático e recorde de vítimas mortais da COVID-19. A Itália sofreu um número total de 183 138 mortes COVID-19 de acordo com o **Dashboard da OMS Coronavírus (COVID-19)**[1] (Dezembro, 2022). A procissão de camiões do exército que atravessaram a cidade de Bérgamo[2], transportando corpos de hospitais, permanece provavelmente entre a imagem mais expressiva e simbólica da perda, dor e sofrimento vividos durante a experiência italiana da COVID-19, sendo que também se tornou uma imagem do medo sentido globalmente.



Desfile de camiões do Exército que transportavam cadáveres em Bergamo

A população idosa foi o grupo etário mais afetado pela mortalidade na COVID-19, com uma idade média de 80 anos (43,6% mulheres, 56,4% homens; Istituto Superiore di Sanità, 2021a; Polidori et al., 2020). Os lares de idosos sofreram a maioria dos surtos com uma elevada taxa de mortalidade, especialmente no início da pandemia. Um total de 9154 residentes em lares de idosos morreu entre 1 de Fevereiro e 5 de Maio de 2020, segundo dados de um inquérito nacional iniciado pelo Ministério da Saúde (Gnasso et al., 2022).

A faixa etária abaixo dos 50 anos foi a segunda mais afetada, com 1743 mortos com COVID-19, incluindo 440 mulheres com menos de 40 anos (273 homens e 167 mulheres com idades entre 0-39; Istituto Superiore di Sanità, 2021b). Até 82,3% das mortes ocorreram em hospitais, com quase 500 mortes registadas entre profissionais de saúde (Istituto Superiore di Sanità, 2021b).[3] Principalmente no início, mas também durante toda a pandemia, houve falta de pessoal de saúde, de unidades de cuidados intensivos e de equipamento de proteção individual. Isto aconteceu dentro de um sistema de saúde que já sofria de falta de recursos. O impacto psicológico sobre os profissionais de cuidados de saúde diretamente envolvidos na resposta COVID-19 ainda tem vindo a ser estudada.

Embora não existam estudos em Itália sobre o número e características dos enlutados durante a pandemia COVID-19, é provável que a elevada incidência entre a população idosa tenha deixado sobretudo cônjuges idosos, filhos adultos e netos enlutados.

[2] Uma cidade do Norte de Itália, sendo a zona geográfica afetada pela primeira vez.

[3] Mortes entre os profissionais de saúde entre Fevereiro de 2020 e Maio de 2020: 216 médicos de clínica geral, médicos de urgência, guardas médicos, especialistas em ambulatório, médicos particulares, 30 dentistas e mais de 90 enfermeiros (Istituto Superiore di Sanità, 2021b).

As famílias dos doentes hospitalizados foram privadas de cuidar dos seus familiares doentes, de estar presentes durante a hora da morte, de ver e cuidar do corpo do seu familiar falecido e de realizar rituais funerários católicos ou outras cerimónias fúnebres. Todas estas condições excecionais, frequentemente reunidas ou multiplicadas devido a várias perdas na mesma família, fomentaram um impacto emocional e psicológico muito intenso (Menichetti-Delor et al., 2021; Alberto Vito, 2021). Leia mais sobre este impacto nas seções anteriores.

Apoio no luto - pré e pós COVID-19

Em Itália, o apoio emocional e prático no luto, tanto na fase pré como pós COVID-19, é geralmente prestado pela família e amigos. Em parte, devido a restrições culturais relacionadas com a imagem da profissão de psicólogo, não é comum em Itália procurar-se ajuda profissional para lidar com o luto. Não existe uma resposta de luto coordenada a nível nacional, nem orientações nacionais para psicólogos, e a investigação científica no luto é relativamente limitada.

Existem várias associações voluntárias, pré e pós COVID-19, para apoiar os enlutados através de grupos de autoajuda mútua distribuídos por todo o território nacional. Estes grupos representam uma valiosa possibilidade de partilhar emoções, promovendo a auto-eficácia, evitando o isolamento social, e fomentando a criação de significado sobre o luto (Cipolletta et al., 2022); contudo, muitos não têm os conhecimentos/aptidões para providenciar uma resposta de intervenção especializada para ajudar os indivíduos enlutados em risco ou com reações de luto complicado.

A pandemia deu origem a várias iniciativas locais para apoiar as pessoas a lidar com o impacto psicológico geral da COVID-19. Foram oferecidos por psicólogos, a título individual, em consultórios privados, associações profissionais e serviços psicológicos académicos, serviços gratuitos de apoio psicológico em formato online ou por telefone (e.g., Parolin et al., 2021), dos quais muitos já não estão ativos. As ações empreendidas durante a pandemia pareceram ser curtas, fragmentadas, organizadas localmente, e não especificamente centradas no luto.

A pandemia COVID-19 não trouxe alterações significativas aos cuidados de luto, nem conduziu a uma estratégia a nível nacional. Também foi dada pouca atenção ao impacto psicológico decorrente das medidas de distanciamento físico. Esta é a preocupação atual, agravada pela grande escala, impacto e condições excecionais da COVID-19 em Itália; os profissionais reconhecem existir uma necessidade geral de cuidados de luto mais sistemáticos na sequência da COVID-19 (Costantini et al., 2020). Assim, em Itália mantém-se a necessidade de desenvolver uma estratégia de luto coordenada a nível nacional, juntamente com uma resposta profissionalizada de apoio no luto na sequência da pandemia COVID-19 .

Portugal

Dados demográficos da COVID-19 no contexto português

Portugal sofreu um número total de 25 714 mortes de COVID-19, de acordo com o **Dashboard da OMS Coronavírus (COVID-19)** (Dezembro de 2022), na sua maioria homens (52,6%, e 47,4% mulheres). Os idosos foram os mais afetados pela doença e o número de mortes foi mais elevado entre as pessoas com cerca de 80 anos.

Cuidados de luto – pré e pós COVID-19

Em Portugal, antes de 2019, como é o caso em muitos países da Europa, faltava uma resposta integrada de saúde pública para atender às pessoas enlutadas. Escasseavam, também, estruturas voluntárias para responder (in)formalmente e dar apoio às pessoas enlutadas, para colmatar as lacunas nos cuidados de saúde e

promover uma sociedade mais compassiva no luto.

Em 2019, o governo português representado pela Direção Geral de Saúde (DGS), propôs e aprovou legislação importante para a implementação do "Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado". Isto facultou às pessoas enlutadas, que sofrem de perturbações de luto prolongado, o direito e acesso a apoio no luto, baseado nas suas necessidades, por parte de profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Isto representa a adoção, por Portugal, do diagnóstico formalmente introduzido pela OMS de "perturbação de luto prolongado" na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11).

Cinco instituições nacionais foram designadas como centros de referência para prestar cuidados especializados a pessoas enlutadas, com reações de luto prolongado. Os clínicos receberam instrumentos de avaliação e diretrizes para uma intervenção adequada. Apesar desta melhoria nacional na prestação de serviços, este quadro era anterior à COVID-19 e ainda não estava a ser adequadamente implementado no sistema de saúde pública, devido à falta de recursos humanos nessas unidades-piloto.

Além disso, cerca de 60% das equipas portuguesas de cuidados paliativos oferecem um programa formalmente estruturado de apoio ao luto aos cuidadores familiares que perderam um membro da família (Carvalheiro et al., 2021).

Mesmo depois da COVID-19, a disponibilidade limitada dos psicólogos clínicos no sistema público continua a ser o problema fundamental da psicologia clínica subsidiada publicamente. Em Portugal, de aproximadamente 24 000 psicólogos, apenas 250 trabalham em cuidados primários no Sistema Nacional de Saúde, o que se traduz numa proporção de 2,5 psicólogos por cada 100.000 habitantes (OPP, 2020).

A COVID-19 trouxe uma mudança inimaginável e abrupta às práticas padrão do sistema nacional de saúde. Apesar de todas as restrições e limitações impostas pela COVID-19, a comunidade em geral tornou-se mais alerta e sensível à importância da saúde mental, mas também mais atenta à importância dos cuidados e do apoio aos enlutados, e muitos dos profissionais conseguiram reinventar-se e pensar em formas criativas de ultrapassar estes obstáculos.

Um exemplo de reinvenção criativa e de cooperação de psicólogos clínicos foi a criação do Serviço de Aconselhamento Psicológico da Linha SNS24, criada como resposta à COVID-19 pelo Sistema Nacional de Saúde, com a colaboração Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) e a Fundação Gulbenkian. Esta iniciativa desenvolveu várias linhas orientadoras e materiais importantes para a intervenção do psicólogo em diferentes contextos, inclusive para as especificidades do luto e do luto no contexto pandémico (ver https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_luto.pdf).

No entanto, e não menos importante, dado o elevado número de recém enlutados, é necessário que a educação e formação de mais profissionais seja capaz de responder a esta elevada e enorme procura pós pandemia.

Dados sobre o luto na pandemia COVID-19

Um estudo online realizado com população geral adulta, que contou com 929 participantes (Aguiar et al., 2020), concluiu que 17,9% perderam um ente querido desde o início da pandemia e o impacto na sua saúde mental foi demonstrado pela prevalência de 30,7% com sintomas de ansiedade clínica, 10,2% com sintomas depressivos, e 16,8% com pontuação elevada na escala de luto prolongado. Os resultados preliminares do estudo com população enlutada portuguesa "Grief and Bereavement in face of COVID-19 Pandemic: Transnational study on its impact on well-being" (Barbosa et al., 2022), cuja

recolha online decorreu entre janeiro e outubro de 2021, com um total de 127 participantes enlutados, foram semelhantes.[4] Os dados sobre a saúde mental dos participantes enlutados foram os seguintes: 75,6% apresentaram valores clinicamente significativos de sintomatologia ansiosa (59,1% com um nível ligeiro a moderado e 16,5% com sintomatologia grave); 30,5% dos participantes apresentaram sintomas clinicamente significativos de stress pós-traumático; 66,9% apresentaram níveis clinicamente significativos de sintomatologia depressiva (47,6% de ligeira a moderada e 19,3% de grave a grave). Finalmente, quanto aos dados sobre luto, 23,8% da sintomatologia manifesta de luto indicaram o início de uma potencial perturbação de luto prolongado. Apesar do enviesamento da recolha de dados (recolha exclusivamente online) e também do período da recolha durante a pandemia, estes números sugerem que devemos estar preparados para enfrentar os desafios que se avizinham.

Espanha

O Impacto da COVID-19 no contexto espanhol

De acordo com dados do **Dashboard da OMS Coronavírus (COVID-19)**, 116 658 pessoas morreram em Espanha devido à COVID-19, entre março de 2020 a dezembro de 2022. Como em Itália e Portugal, também em Espanha a faixa etária dos idosos foi a mais severamente afetada pela mortalidade da COVID-19; os dados durante a primeira e pior vaga revelam aumentos de 55,4% nas taxas de mortalidade nas pessoas dos 65-74 anos, e um aumento de 75,9% nas pessoas a partir dos 74 anos.

O luto no contexto espanhol no pré e pós COVID-19

A COVID-19 impôs a solidão nos processos de luto, numa sociedade espanhola que valoriza especialmente o apoio social de amigos próximos e familiares (Fernández & González-González, 2020). Os profissionais de saúde foram especialmente afetados por processos de luto traumáticos (Gilart et al., 2021).

Não tem havido uma avaliação profissional da necessidade de intervenções terapêuticas no luto nas reações de luto complicado em Espanha, mas tem havido alguns ajustamentos de Instituições Públicas de Saúde e Sociedades Privadas para lidar com essas necessidades.

A resposta pública à perda e ao luto após a COVID-19 continua a ser apoiada pelos cuidados de saúde primários, nos quais o médico se centra principalmente nos sintomas de ansiedade e depressão, raramente utilizando os critérios de diagnóstico de luto complicado ou prolongado. A prescrição de medicamentos psicoativos (i.e., ansiolíticos e/ou antidepressivos), e menos frequentemente, o encaminhamento para a psicologia clínica, são a principal resposta.

O problema fundamental da psicologia clínica subsidiada pelos orçamentos públicos reside na disponibilidade limitada dos psicólogos clínicos no sistema público (5,14/100.000 habitantes, dez vezes inferior ao sistema dinamarquês[3]), e nos consequentes atrasos no encaminhamento (1-9 meses, dependendo da região).

Embora não tenha havido uma mudança estrutural na resposta global no apoio ao luto no pós-COVID, houve um aumento significativo da

[4]Os inquiridos foram maioritariamente mulheres (83,6%), com uma idade média de 31 anos. A idade média do familiar falecido foi de 71,8 anos, e as principais causas de morte foram: doenças cardiorrespiratórias: 19,5%; doença oncológica 36,7%; e COVID-19: 10.2%. Apenas 10% dos participantes reportou não ter participado nos rituais fúnebres do seu ente querido.

presença de psicólogos clínicos em algumas regiões de Espanha. Durante o primeiro ano da pandemia, a perda e luto receberam uma atenção especial. Por exemplo, a Associação Oficial de Psicologia em Espanha ofereceu várias edições de cursos de formação para trabalhar no luto[5]. As Faculdades Oficiais de Psicologia disponibilizaram diferentes recursos à sociedade para lidar com o desconforto e o sofrimento causados pela pandemia, criando guias e orientações a serem divulgados para o público em geral e alguns profissionais (e.g., https://www.copmadrid.org/web/files/comunicacion/GUIA%20Duelo.pdf).

O Ministério da Saúde espanhol criou um grupo de trabalho com pessoas com diferentes formações: psicólogos, especialistas em medicina familiar e saúde comunitária e médicos especialistas em medicina preventiva e saúde pública, bem como especialistas em bioética e gestão de luto que trataram pessoas que tinham acabado de perder entes queridos devido à COVID-19. Como resultado, alguns infográficos foram divulgados para ajudar a população a lidar com a perda de entes queridos.

O Ministério da Saúde e o Conselho Geral de Psicólogos ofereceram uma linha de ajuda aos familiares de pessoas doentes ou falecidas em resultado da COVID-19. A Cruz Vermelha também criou um serviço ("Cruz Roja te escucha") para oferecer apoio e acompanhamento psicossocial, particularmente a familiares e amigos de pessoas gravemente doentes ou falecidas devido à COVID-19. Uma parte importante da resposta às necessidades das pessoas em luto veio de instituições de caridade como a "Fundación Mario Losantos del Campo" ou o "Centro de Humanización de la Salud".

Apesar dos esforços que foram feitos para responder às necessidades dos enlutados neste período sem precedentes, em todos estes países do sul da Europa muito mais precisa de ser feito.

3. TEORIA DO LUTO. REAÇÕES DE LUTO E NÍVEIS DE APOIO

O objetivo desta breve introdução ao campo da investigação na perda e do luto é oferecer conhecimentos básicos sobre os principais modelos e teorias explicativas que ajudam a contextualizar a atual compreensão sobre o luto em geral e a intervenção na área em particular.

TEORIA DO LUTO: BREVE INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos 100 anos, houve mudanças fundamentais na compreensão científica da psicologia sobre o luto. Este facto tem implicações importantes para o desenvolvimento de intervenções contemporâneas no luto. Este manual apresenta um quadro geral e, portanto, simplificado do desenvolvimento da compreensão do luto (para uma revisão aprofundada, ler, por exemplo, Stroebe et al., 2001).

Desde 1900, os modelos psicológicos mais centrais do luto consistiram, primeiro, na hipótese psicanalítica do luto, depois, nas teorias de fases do luto e nas teorias de tarefas do luto, do final dos anos 60 até ao final dos anos 80. Na década de 90 assistiu-se a uma mudança de paradigma na compreensão do luto, na investigação e intervenção com o Modelo dos Laços Contínuos (Continuing Bonds Model) e o Modelo do Processo Dual (Dual-Process Model). Estes modelos explicativos apresentaram diferentes conceptualizações teóricas para compreensão do luto, não oferecendo uma explicação teórica unificada, nem propostas completamente apoiadas empiricamente (Guldin, 2010; 2019). Este campo tem sido objeto de importantes discussões académicas sobre como compreender o luto.

Proposta clássica: a separação do falecido

Desvinculação (detachment) foi a palavra-chave na compreensão psicanalítica clássica do luto (Freud, 1913). A proposta de compreensão do luto de Sigmund Freud baseava-se na sua teoria do operacionismo e da economia de energia. Segundo este modelo de luto, considerava-se que a energia do enlutado estava ligada a um objeto amado que já não existia - mas o enlutado tinha de libertar energia para lidar com a separação, desvinculação, e libertar os seus sentimentos, memórias e expectativas relacionadas com a pessoa que perdeu. Esta compreensão teórica da psique levou à abordagem terapêutica da catarse - confrontar as emoções para resolver o luto - que dominou a compreensão do "trabalho de luto" durante décadas (Freud, 1917; Guldin, 2019; Klass & Steffen, 2018). Esta abordagem tem sido alvo de consideráveis críticas: estudos empíricos não conseguiram encontrar provas de que o confronto das emoções de luto é necessário para a recuperação neste quadro clínico (Archer, 2008 como citado em Guldin, 2019). Como o luto envolve múltiplos problemas, esta compreensão e abordagem torna-se demasiado unilateral. A proposta de trabalho baseada no desapego e separação do falecido através do confronto das emoções de luto mudou radicalmente nas últimas três décadas.

O luto como fases e tarefas

A partir dos anos 60 surgiram várias propostas baseadas nas teorias psicodinâmicas sobre as fases e tarefas do luto, denominadas de Teorias/Modelos das Fases (Stage Theories) e Teorias/Modelos das Tarefas (Task Theories). As Teorias das Fases incluem a Teoria da Fase de Luto de John Bowlby (Bowlby, 1980), as Cinco Fases de Elisabeth Kübler-Ross (Kübler-Ross, 2006), as Quatro Fases de Johan Cullberg (Cullberg, 2008), e o Modelo das Tarefas de James William Worden (Worden, 2018). A compreensão do modelo de distanciamento e catarse de Freud encontra-se na base dos modelos das fases e tarefas, que consideram basicamente que o luto requer trabalhar através das emoções para uma reorganização da relação de separação do

falecido. Tal como nas Teorias das Fase, as Tarefas baseiam-se numa compreensão do luto como um processo interno, no qual o enlutado deve confrontar e processar ativamente as emoções do luto através de uma série de tarefas, a fim de se desvincular e adaptar-se à vida sem o falecido (Guldin, 2019; Mogensen & Engelbrekt, 2013; Stroebe et al., 2001).

Provavelmente a Teoria das Fases de Luto mais significativa é o modelo de Bowlby, que se baseia na teoria da vinculação (Bowlby, 1969; 1973; 1980). A teoria da vinculação encontra-se fundamentada empiricamente em estudos observacionais da ligação entre as crianças pequenas e as suas mães, bem como em padrões de luto. Bowlby (1980) descreveu quatro fases no decurso do luto (choque e entorpecimento, saudade e busca, desorganização e reorganização) que refletem mudanças na vida quotidiana após a perda. De acordo com Bowlby, o objetivo do trabalho do enlutado é a reorganização da vinculação com o falecido. Ou seja, os modelos internos do eu/outro abalados pela perda são alterados de forma que o enlutado permanece ligado ao falecido, enquanto começa a voltar-se para a vida quotidiana. Bowlby desenvolve assim ainda mais a hipótese de trabalho no desapego, que já não é o objetivo final, mas algo com que o enlutado se relaciona no processo de reorganização dos modelos internos e da vinculação ao falecido (Bowlby, 1980).

A crítica aos modelos das Fases e das Tarefas é dirigida principalmente à compreensão do luto, que se tornou o legado primordial desde Freud, nomeadamente à exigência de confronto e de trabalho ativo e libertação de emoções para se desapegar do falecido. De acordo com Archer (2008), os Modelos das Fases e das Tarefas têm um apoio empírico limitado (Archer, 2008); Guldin assinala que não há provas de que "enfrentar a perda através de tarefas de luto redentoras promove o ajustamento em todos os enlutados". É, portanto, um problema para o campo do luto a discussão sobre se e quando "trabalhar com vista à desvinculação" facilita o processo de luto (Guldin, 2010; 2019).

Os Modelos das Fases e Tarefas são também criticados por serem demasiado esquemáticos na sua visão do enlutado, demasiado rígidos nas suas recomendações clínicas para processos de luto e terapia de luto, e demasiado limitados na sua compreensão etiológica das reações complexas de luto. Nem todos os enlutados passam pelas fases e tarefas na ordem sugerida. O luto nem sempre pode ser descrito empiricamente e observado em termos de fases particulares, ou com base em pressupostos teóricos particulares que, por exemplo, implicam uma "aceitação específica". Finalmente, os modelos não têm em conta as diferenças culturais no luto (Guldin, 2019; Klass & Steffen, 2018; Stroebe et al., 2001).

A importância da teoria da vinculação para a compreensão do luto

As Teorias/Modelos das Fases de Vinculação e de Luto de Bowlby (Bowlby, 1969; 1973; 1980), tal como descritas acima, tiveram um grande impacto na compreensão do luto. Segundo Bowlby, a vinculação consiste na tendência humana para formar laços emocionais estreitos e duradouros com determinadas pessoas que podem proporcionar proteção, segurança, conforto e paz (Bowlby, 1988; Broberg et al., 2008). Quando a ligação com uma figura de vinculação tão importante é quebrada no contexto de uma morte, pode ter um grande impacto na pessoa enlutada.

Bowlby salientou que as quatro fases da sua Teoria do Luto seguem um processo idiossincrático, cuja ordem depende do indivíduo (Bowlby, 1980). No entanto, para o progresso no processo de luto, as representações internas do outro perdido, do eu enlutado e a ligação entre elas devem ser reorganizadas. Isto significa que a ligação ao falecido deve ser transformada e

adaptada à nova realidade sem a sua presença física. Não se trata, portanto, de uma desvinculação, mas de uma reorganização da relação com o falecido.

A teoria da vinculação ajudou a transformar a compreensão do luto, no sentido de o ver à luz da relação com o falecido e da qualidade da relação com esse, i.e., a teoria contribui para a compreensão da expressão do luto em relação ao significado da pessoa perdida pelo enlutado. Desta forma, Bowlby também desenvolve uma visão particular do impacto que pode ter quando a perda da qualidade da relação com o falecido não é óptima.

Laços contínuos (Continuing Bonds): a manutenção do vínculo emocional

A recente compreensão do luto segue a mudança de paradigma do Modelo dos Laços Contínuos (Continuing Bonds; CB) (Klass et al., 1996; Klass & Steffen, 2018) e o Modelo do Processo Dual (Dual-Process Model) de processo de Luto (Stroebe & Schut, 1999). No modelo CB, o luto é visto como um processo vitalício, no qual a ligação ao falecido é mantida e se torna parte da vida interior do enlutado, ou seja, a relação é internalizada. A teoria diferencia-se da interpretação de Freud da necessária desvinculação do falecido. De acordo com esta teoria, o enlutado não precisa de se desvincular, mas simplesmente de reformular a ligação ao falecido. Mantém a ligação emocional com o falecido, de modo a integrá-lo na consciência e manter o significado da relação com o próprio na sua vida. Isto pode ser feito, por exemplo, através de diálogos internos, contacto emocional apaziguador, memórias, imaginação e rituais com significado pessoal. Desta forma, uma ligação interior vívida com o falecido facilita o luto e a adaptação à perda (Guldin, 2019).

A teoria surgiu como resultado de, tanto os clínicos, como os investigadores, começarem a notar que as pessoas enlutadas que mantinham um contacto interior, talvez espiritual, com os falecidos não desenvolviam reações complicadas de luto. Em vários grupos de investigação, uma série de resultados sistemáticos mostrou, em pessoas enlutadas, relações positivas entre a manutenção de uma ligação contínua com os falecidos e uma melhor adaptação social à perda. A partir daí, o modelo CB evoluiu como uma contraproposta, que ultrapassou décadas de defesa da necessidade de se desligar e desvincular da pessoa que morreu. A teoria é inclusiva, ampla e esforça-se por não simplificar o processo de luto ou as formas idiossincráticas como as pessoas processam o seu luto (Klass et al., 1996; Klass & Steffen, 2018).

Duas décadas após a nova compreensão do luto surgir, Klass e Steffen (2018), numa nova publicação sobre orientações para a futura investigação e intervenção no luto, argumentaram que a ligação com o falecido é intersubjetiva: que o luto é uma relação entre o enlutado e o falecido, que está tanto presente como ausente. Sentir falta e saudades representa em si mesmo uma relação com aquele que costumava estar presente. Assim, o luto é visto como uma atividade situada e de comunicação, onde a terapia do luto pode proporcionar acesso à história da relação, permitindo ao enlutado restaurar o vínculo e reconstruir um mundo cujo significado foi desafiado pela perda. No trabalho terapêutico, o enlutado deve criar e integrar uma representação interior equilibrada da ligação emocional ao falecido, o que pode resultar em formas idiossincráticas de ter o ente querido com eles. Faz parte da terapia avaliar quando a relação do enlutado com o falecido é ou não apropriada; desde que a manutenção da ligação emocional pareça útil ao enlutado, conduza ao ajustamento e não complique o luto, está-se no caminho apropriado (Klass et al., 1996; Klass & Steffen, 2018).

A teoria tem sido objeto de extensa investigação (ver mais em Klass et al., 1996; Klass & Steffen 2018) e a manutenção da ligação emocional desempenha sem dúvida um papel importante no processo de luto.

O Modelo do Processo Dual (Dual-Process Model)

O Modelo do Processo Dual identificou dois processos críticos, ou stressores, associados à perda: o processo orientado para a perda e o processo orientado para a recuperação. Stroebe e Schut (1999) defendem uma oscilação crucial, dinâmica e reguladora entre os dois processos. Assim, de acordo com o modelo, o luto adequado e adaptativo consiste no enlutado, alternadamente e em doses, enfrentar a realidade da perda e emoções difíceis, e noutros momentos, evitando e distraindo-se do luto, concentrar-se nas tarefas de restabelecimento da vida alterada pela ausência do falecido. Da mesma forma, o modelo concebe formas desadaptativas de luto, por exemplo, a ausência de oscilação equilibrada entre evitar e confrontar, ou intrusão involuntária como resultado de uma perda traumática, representando uma perturbação na oscilação entre os dois processos (Stroebe & Schut, 1999). Segundo Guldin (2019), o Modelo de Processo Dual enfatiza que o luto é um processo individual, dinâmico e adaptativo que está em constante movimento dentro da pessoa e na relação com o mundo exterior. Assim, circunstâncias externas influenciam o processo de luto interiormente, tal como os processos cognitivos internos influenciam o luto exteriorizado.

O enlutado deve ser capaz de alternar de forma flexível entre os dois processos, que são considerados equivalentes. A intensidade com que se envolve num processo em comparação com o outro é individual e depende da perda específica; esta possibilidade de integrar na compreensão do luto as nuances individuais é a grande força do modelo. No processo de perda, as pessoas enlutadas são distraídas da restauração e focam-se emocional e cognitivamente no reconhecimento da perda relacional irreversível. Isto pode implicar reações como saudade, perda de sentido, desespero, aceitação da finitude e reajustamento da ligação e do significado do falecido na representação interna do enlutado. No processo de restauração, as emoções dolorosas são 'pausadas', e a pessoa em luto foca-se nos problemas e mudanças concretas da vida e nos aspetos funcionais da perda, por exemplo, aprender novas competências em relação às tarefas que a pessoa falecida anteriormente desempenhava, alterar papéis, encontrar novos confidentes após a perda e criar laços mais estreitos com outros entes queridos. A construção contínua de significado sobre a perda orienta a compreensão e a forma de lidar com a perda. O processo global de luto envolve a integração da perda pelo enlutado; quando o processo de luto é desadaptativo, assume-se que falta oscilação entre a ativação de ambos os processos. Se o enlutado se envolve apenas num processo, algo importante será negligenciado no outro processo.

Proposta contemporânea: Modelos Integrativos & Reconstrução de Significado no luto

A literatura emergente procura incorporar a natureza idiossincrática da compreensão do luto, com ênfase nos processos de criação de significado implicados na experiência do luto, que podem facilitar a possibilidade de crescimento pós-traumático após a sua integração (Tedeshi & Calhoun, 2004). Neste sentido, Neimeyer (2000; 2001; 2022), com base numa perspetiva construtivista, afirma que o luto é um processo ativo de reconstrução de significado que foi desafiado pela perda. Estes modelos utilizam várias narrativas, rituais e procedimentos/estratégias expressivas para promover o recontar da perda traumática para fomentar a integração da nova identidade do

enlutado, permitindo, ao mesmo tempo, que a narrativa pessoal do enlutado continue (Neimeyer, 2022). A Terapia de Reconstrução do Significado no Luto é uma terapia construtivista, teoricamente consistente, que integra a contribuição da teoria da vinculação, dos laços contínuos e o modelo do processo dual sendo tecnicamente eclética (ver Neimeyer & Sands, 2022).

Alba Payàs e Adrian Chaurand (2019) propuseram um método específico de intervenção na intervenção no luto, facilitando a continuidade da ligação com o falecido e a ativação de memórias sobre a relação perdida. Partem de um processo integrado de reconstrução de significado a partir do qual emerge uma nova visão pessoal do mundo após o trauma. Na génese do modelo está o princípio de que as memórias relacionais despertam estados mais equilibrados e menos angustiantes, ao desfocarem os enlutados de pensamentos intrusivos relacionados com as circunstâncias da morte, dormência emocional, ativação somática e sintomas traumáticos (Boelen & Huntjens, 2008). Estas memórias assoberbadas relacionadas com a morte devem ser abordadas através de intervenções específicas orientadas para o trauma, a fim de aumentar a capacidade de autorregulação do cliente (Shear et al., 2011). Para conceber o seu modelo integrativo de focalização na reconstrução do significado, os autores baseiam-se em modelos cognitivistas e construtivistas sociais; procuram que os enlutados encontrem significado para as suas experiências de luto ao integrar a perda numa narrativa estruturada, que favoreça uma perspetiva do mundo como previsível e coerente (Folkman, 2001; Janoff-Bulman, 2010), que acomodam os significados da mudança na sua identidade (Gillies & Neimeyer, 2006), que experienciam crescimento e transformação (Calhoun & Tedeschi, 2014), que mantenham um sentido de propósito e valor da vida após a perda (Hershberger & Walsh, 1990).

Todos estes diferentes pontos de vista teóricos sustentam o modelo e operacionalizam técnicas específicas úteis para os clínicos facilitarem o processo de mudança dos seus clientes, considerando as suas experiências idiossincráticas.

Esta breve apresentação da evolução da concetualização do luto e dos modelos não é uma revisão exaustiva de todas as abordagens e autores que desenvolveram trabalho neste campo. No entanto, a nossa escolha prendeu-se com as principais abordagens que apoiam a intervenção que apresentaremos nas seções seguintes.

O LUTO NA PRÁTICA: QUANDO AS PESSOAS SÃO AFETADAS PELO LUTO

Após a introdução às conceptualizações teóricas mais antigas e contemporâneos do luto, vamos focar-nos na prática, destacando a forma como o luto se pode manifestar, como se desenvolvem as reações naturais de luto, e o que pode acontecer quando as reações de luto se complicam e necessitam de intervenção especializada.

Modelo de cuidado no luto - níveis de apoio e competências

Começamos por introduzir o que em linguagem mais informal é referido como a "Pirâmide do Luto" ou "Triângulo do Luto", dependendo do país. Este é uma abordagem que ilustra os níveis de resposta ao luto, baseados nos diferentes níveis de necessidades (stepped-care), o qual já está a ser aplicado e promovido em algumas organizações e países europeus.

O modelo é inspirado na abordagem de saúde pública, baseada em evidência, para o apoio no luto, tal como apresentada pelo NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2022), e aplicado ao contexto de luto por Aoun (2020), Aoun e outros (2017; 2018; 2019). A abordagem

de três níveis sugere que enquanto as reações de luto variam de pessoa para pessoa, em geral, as necessidades de cuidados no luto podem ser conceptualizadas como variando desde uma necessidade de informação e apoio básico, a um apoio e orientação adicionais, até, no nível mais elevado, necessidade de apoio especializado. Uma abordagem semelhante está atualmente a ser utilizada pela Associação Europeia de Cuidados Paliativos (Guldin et al., 2015).

A organização de luto em Dublin, a Irish Hospice Foundation, conduziu um debate nacional e desenvolveu um quadro nacional completo sob a forma de uma pirâmide de luto de adultos, que esboça necessidades, serviços e competências. Como estes afirmam: "a pirâmide foca-se nas necessidades dos enlutados e mostra o apoio/serviços adequados e a competência necessária para satisfazer, desde as necessidades básicas, até às necessidades complexas, no luto".

A rede europeia, Bereavement Network Europe, expandiu o trabalho da Irish Hospice Foundation e acrescentou um quarto nível adicional, focado na "sociedade", à pirâmide do luto, reconhecendo a importância da literacia social sobre o luto, da desestigmatização do luto e do trabalho político que precisa de ser desenvolvido e implementado na área. A base do modelo da pirâmide identifica a importância da sensibilização do público em geral, educação e informação sobre o luto, que conduz a uma sociedade mais compassiva. (Para referência, consultar: https://bereavement.eu/)

O modelo de luto de quatro níveis, baseado nas necessidades no luto, foi promovido e aplicado como uma estrutura organizadora da primeira Conferência Europeia de Luto (EGC) organizada em Copenhaga, em 2022, pelo Centro Nacional Dinamarquês de Luto (DNCG), em parceria com a Bereavement Network Europe, a Irish Hospice Foundation e o Instituto de Psicologia da Universidade de Aarhus, com o intuito de que este modelo possa evoluir para uma referência amplamente aceite por profissionais de luto, educadores e decisores políticos, etc., para avaliar e abordar adequadamente as necessidades, serviços e competências de luto na Europa. (Para referência, consultar: https://egc2022.dk/)

Figura 4 - *A pirâmide de luto apresentada na EGC*



Esta abordagem, de quatro níveis, de conceptualização das necessidades de apoio no luto, proporciona uma estrutura eficaz para organizar e apresentar informação sobre as necessidades e recursos de intervenção no luto. A terminologia da pirâmide do luto "todos, alguns e poucos" também se refere a estimativas baseadas na investigação de diferentes necessidades no luto. Leia mais sobre isto na seção seguinte sobre reações de luto.

Reações naturais de luto

O luto é um processo natural e adaptativo. É um processo necessário de adaptação após a perda de um ente querido com quem se formaram laços

emocionais. Estudos empíricos demonstraram que o luto é complexo e pode manifestar-se numa vasta gama de reações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas, bem como de preocupações existenciais. Exemplos são mostrados na figura 5.

Figura 5 - *Exemplos de reações comuns de luto*

Reações emocionais	Reações físicas	Reações comportamentais	Reações cognitivas	Preocupações existenciais
Choque Saudade Tristeza Raiva Culpa/alívio Medo Ansiedade Insegurança Entorpecimento	Problemas de sono Mudanças no apetite Dores de cabeça Dores de estômago Palpitações cardíacas Inquietação física Fadiga	Isolamento social Dependência dos outros Evitamento Agitação Ansiedade Hiperatividade Rituais	Dificuldade de concentração Distúrbios sensoriais Confusão Ruminação Pensamentos suicidas	Sentimentos de falta de sentido Sensação de perda de identidade e confusão Isolamento Experiência de injustiça "porquê eu?"

Fonte: Stroebe et al.2001b; Guldin, 2019

No rescaldo imediato de uma perda, é natural que a fase aguda de luto seja marcada por fortes emoções, incluindo saudade, tristeza e angústia. Ao mesmo tempo, as pessoas podem experienciar uma série de outras emoções e reações que podem parecer esmagadoras e estranhas, mas que são respostas típicas à perda, tais como ansiedade, palpitações e distúrbios sensoriais. A experiência do luto muda com o tempo, ou seja, os sentimentos dolorosos e as reações avassaladoras diminuem tanto em intensidade como em duração. Os enlutados começam a compreender (e a aceitar) a irreversibilidade da perda e a ajustar-se à nova vida sem o falecido. Os enlutados também encontram uma forma significativa de manter a relação com o falecido. Pode dizer-se que os indivíduos enlutados conseguem integrar a perda e o falecido na sua vida. A maioria das pessoas diria que o luto não desaparece, mas que a experiência de perda muda e se integra na história de vida de uma pessoa. Cerca de 80% das pessoas enlutadas experienciam um processo de luto natural e "resolvido" (Bonanno & Malgaroli, 2020; Lenferink et al., 2020; Nielsen et al., 2019).

É importante notar, que o processo de luto é expresso de forma diferente de pessoa para pessoa. A resposta dependerá da personalidade, história de vida, contexto cultural, quem e como se perdeu o falecido.

O luto na fase aguda

O tempo imediatamente após uma morte é tipicamente marcado por emoções intensas como saudade, tristeza, vazio, desespero, raiva, etc. A intensidade destes sentimentos pode ser estranha tanto para os enlutados como para os que os rodeiam, pelo que esta experiência pode ser assustadora e difícil de entender e conter. Para alguns, a fase aguda de luto sente-se como um estado violento e caótico talvez melhor comparado a um estado de choque ou crise. O luto nesta fase aguda não segue um padrão. Alguns sentem-se assoberbados de emoções e outros não conseguem sentir nada, devido à perda avassaladora que sofreram (Dyregrov & Dyregrov, 2009).

Imediatamente após uma morte, há, frequentemente, muitas exigências, tarefas e questões práticas para as pessoas em luto. É um período em que muitas decisões precisam de ser tomadas e, para alguns, é um momento em que diferentes respostas emocionais e interesses

precisam de ser geridos. Quando nós, como profissionais, encontramos pessoas na fase aguda do luto, os clientes podem sentir-se assoberbados e consumidos pelas tarefas práticas que têm de gerir.

APOIO EM VEZ DE TERAPIA NA FASE AGUDA

A intervenção terapêutica tem tipicamente como objetivo o desenvolvimento. Este processo muitas vezes requer que o cliente se mova para áreas periféricas do que é seguro e familiar para si, onde os mecanismos de defesa e de estratégias de coping, bem como as suas perspetivas são desafiadas. Na fase aguda de luto é necessária a autoproteção para que o enlutado se aproxime e se adapte lentamente à nova realidade dolorosa. Evitar a realidade da morte, bem como a falta de ação no sentido de compreender a finalidade da perda, são mecanismos de defesa apropriados na fase aguda de luto, para evitar uma experiência demasiado avassaladora. Portanto, estratégias mais confrontativas de lidar serão inúteis nesta fase do processo de luto. Além disso, nesta fase não sabemos se o enlutado se encontra num processo natural de luto, que será o caso para cerca de 80% dos enlutados (Bonanno et al., 2008; Lenferink et al., 2020). Para os enlutados com uma reação de luto natural, há provas da importância do apoio em vez da intervenção terapêutica direta com confrontação e verbalização (Guldin, 2014).

Portanto, a principal tarefa dos profissionais, perante a fase aguda de luto, é a de apoio e não de intervenção terapêutica. Os enlutados podem encontrar-se num estado desorganizado, sentindo-se fora de si mesmos e "sem chão". Um profissional pode aqui ajudar o enlutado a encontrar um lugar mais seguro. Uma forma de o fazer é oferecendo o seguinte (adaptado de Dyregrov, 2011; Guldin, 2014):

1. Primeiros socorros psicológicos: sono, alimentação, redução de fatores de stress adicionais, quem faz o quê, etc.
2. Curiosidade sobre o contexto e o apoio social em torno dos enlutados
3. Presença, compaixão e cuidado
4. Ouvir - não atuar ou "consertar"
5. Psicoeducação e normalização da experiência

O luto na fase aguda é frequentemente marcado por uma sensação de irrealidade. É um mecanismo de defesa natural e saudável que leva a que a perda e as suas implicações sejam assimiladas gradualmente. Para muitos será simplesmente avassalador se tudo tiver de ser absorvido de uma só vez e, como profissionais, devemos trabalhar com esta questão em mente.

Durante os primeiros seis meses após a morte, a amplitude e intensidade das emoções e reações começarão lentamente a encontrar um nível mais natural. O luto muda gradualmente com o tempo, à medida que a maioria dos enlutados começa lentamente a compreender, e a aceitar, a irreversibilidade da perda (Bonanno et al., 2008).

Reações complicadas de luto

No entanto, nem todas as pessoas enlutadas experienciam um processo de luto normativo. Cerca de 10-20% experienciam o que se pode chamar reações complicadas de luto, em que as emoções e reações de luto não diminuem, mas permanecem intensas e incapacitantes (Bonanno et al., 2008; Lenferink et al., 2020). É como se a pessoa enlutada estivesse presa, e a resposta de luto não evolui, nem muda com o tempo. Com base no Modelo de Processo Dual, isto pode ser visto como uma indicação de que a pessoa enlutada não oscila entre os dois processos de ajustamento de uma forma apropriada e adaptativa, mas está presa num dos processos. Como resultado, o luto não ocorre em doses apropriadas que ajudariam na aceitação e integração da perda. Em vez disso, o enlutado é assoberbado por emoções (permanece

exclusivamente no processo orientado para a perda) ou desliga-se completamente do luto e outras emoções (permanece exclusivamente no processo de reorientação).

Um processo de luto complicado pode contribuir para o reduzido bem-estar, o funcionamento global comprometido e problemas sociais/relacionais, bem como perturbações psicológicas como luto prolongado, depressão e PTSD (Lenferink et al., 2020; Zisook et al., 2014).

Fatores de risco e proteção

Há fatores que podem aumentar o risco de reações complicadas de luto (Guldin, 2018; Thomas et al., 2014; ver Figura 6). Primeiro, as pessoas enlutadas podem ter vulnerabilidades individuais, por exemplo um estilo de vinculação insegura, perturbação mental prévia, baixa autoestima, perdas anteriores ou negligência na infância. Além disso, importa se a relação com o falecido era conflituosa ou altamente dependente. As circunstâncias da morte podem também desempenhar um papel, por exemplo, se a perda foi súbita e imprevisível ou traumática (e.g., acidente, suicídio ou homicídio). Pode também ter havido um longo e cansativo curso de doença, com o sobrevivente, por exemplo, a assumir extensas responsabilidades de cuidados. Finalmente, grandes mudanças sociais e da rede de apoio (ou falta dele) são um fator importante após a perda (Boelen et al., 2006; Burke & Neimeyer, 2013; Larsen et al., 2018).

Figura 6 - *Exemplos de fatores de risco para o desenvolvimento de reações complicadas de luto*

Fatores pré-perda	Fatores relacionados com a perda	Fatores pós-perda
• Homens: maior risco de comportamento suicida após a perda. Mulheres: maior risco de desenvolver depressão e outras perturbações mentais após a perda • Idade: Os adultos mais jovens e as pessoas mais velhas estão geralmente em maior risco • Perturbação mental anterior • Perda significativa anterior, trauma ou negligência • Alto nível de sintomas de luto antes da morte • Outras perdas ou stressores simultâneos	• Relação muito próxima com o falecido (ex., filho, cônjuge) • Qualidade da relação: a relação era importante para o bem-estar e funcionamento do enlutado, e envolvia dependência • Perda sentida como traumática • Suicídio, homicídio, acidentes • Quando a reação à perda foi violenta, com elevada ativação, medo ou evitamento • Perda após elevada responsabilidade nos cuidados, por exemplo, ao parceiro ou progenitor doente	• Elevada vulnerabilidade • Falta de autoeficácia • Elevado nível de sintomas de luto aos 6 meses após a perda • Experiência de falta de apoio de outros • Solidão emocional após a perda • Outros eventos stressantes simultâneos

Fonte: Guldin (2018); Thomas et al. (2014)

Por outro lado, existem também fatores de proteção. A investigação sugere que um estilo de vinculação seguro, a experiência de ter uma rede de apoio social, e de procurar e estar receptivo a esse apoio, podem ser fatores protetores (Heeke et al., 2017; Levi-Belz & Lev-Ari, 2019). Além disso, os estudos mostram que se a pessoa moribunda e a sua família recebessem apoio de serviços de cuidados paliativos, poderia ser protetor (Levi-Belz & Lev-Ari, 2019; Mason et al., 2020). Do mesmo modo, estratégias de coping que se

concentram na resolução de problemas e incluam o planeamento ativo de atividades positivas/relaxantes, bem como a espiritualidade, podem ser úteis na prevenção de um processo complicado de luto (Parro-Jiménez et al., 2021).

Luto que requer tratamento especializado

Para os 10-20% dos adultos enlutados que experienciam um curso de luto mais complicado, persistente e debilitante, existem consequências negativas graves e duradouras para a qualidade geral de vida, bem-estar e funcionamento global do enlutado (Shear, 2015; Stroebe et al., 2007). Os enlutados neste grupo podem necessitar de psicoterapia para desbloquear os fatores que inibem o processo natural e curativo do luto (Boelen et al., 2007; Shear, 2017). A perturbação de luto prolongado ou complicado (Killikelly & Maercker, 2017) é um exemplo de uma reação de luto, mas existem outros tipos de luto que requerem tratamento. Estes incluem perturbações como a depressão, ansiedade e PTSD. A perda de um ente querido também pode causar uma crise existencial tão forte que as pessoas perdem a vontade de viver e precisam de ajuda. Para as pessoas enlutadas com estas reações de luto, recuperar uma vida segura e com significado, pode parecer um objetivo inalcançável (Neimeyer et al., 2010). Algumas pessoas enlutadas exibem padrões cognitivos e comportamentais desadaptativos que tendem a manter a pessoa nesse estado, por exemplo, sob a forma de pensamentos que giram constantemente em torno do falecido, ou do evitamento comportamental de qualquer estímulo que lembre o enlutado da perda (Boelen et al., 2007). Não é possível verificar se estes mecanismos causam ou mantêm o bloqueio no processo de luto. No entanto, parecem estar associados à sobrecarga emocional e à dificuldade em resolver problemas e dar sentido à perda e à vida após a mesma. Como discutido acima, nem sempre é o acontecimento em si - a morte - que determina se é necessária psicoterapia para lidar com o luto.

Apesar da enorme discussão nos últimos 40 anos sobre a patologização do amor e processos de luto, a OMS e a APA (Associação Psiquiátrica Americana) incluíram recentemente nos seus respetivos manuais de saúde (ICD-11[8] e DSM-5-TR[9]) a Perturbação de Luto Prolongado, como uma nova condição clínica (Boelen & Lenferink, 2022; Prigerson et al., 2021). Independentemente da discussão, e uma vez que esta condição está agora representada nos respetivos manuais que fazem parte da formação básica dos psicólogos, vamos referir os respetivos critérios de diagnósticos no anexo 2, bem como as fontes para consulta adicional. Além disso, como referido, este manual de formação concentra-se mais num papel preventivo dos psicólogos que lidam com reações complicadas de luto, do que num contexto remediativo para tratar esta nova condição na qual os psicólogos especializados devem atuar, assumindo que os psicólogos já estão familiarizados com estas classificações diagnósticas.

[8] https://www.psychiatry.org/patients-families/prolonged-grief-disorder

[9] https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314

4.CONSIDERAÇÕES E PROPOSTAS TERAPÊUTICAS

A investigação em psicoterapia mostrou que o cliente, o psicólogo, a relação terapêutica, o método de intervenção e o contexto contribuem para um tratamento eficaz (Norcross & Lambert, 2019). Nesta seção, concentramo-nos na aliança terapêutica entre o cliente e o psicólogo, e na postura terapêutica do psicólogo.

Aliança

A aliança terapêutica consiste em três componentes: 1) acordo quanto aos objetivos terapêuticos, 2) consenso quanto às tarefas terapêuticas, e 3) a ligação entre o cliente e o psicólogo. Pode dizer-se que a aliança constitui uma colaboração ativa e baseada no consenso mútuo (Horvath & Greenberg, 1989; Norcross & Lambert, 2019). A aliança pode flutuar durante e entre sessões de acordo com o que acontece na terapia. Para manter a aliança, é crucial que o psicólogo mantenha uma atitude positiva em relação à avaliação honesta da aliança por parte do cliente e responda de forma não defensiva a avaliações negativas/desacordo, percebendo o desacordo como um marcador de que pode ser útil falar sobre a interação terapêutica. Tanto o psicólogo como o cliente contribuem para a aliança, mas a capacidade de criar uma aliança é uma característica do psicólogo, e aqueles que conseguem formar melhores alianças com os seus clientes, conseguem melhores resultados (Norcross, 2011; Norcross & Lambert, 2019).

A aliança não é o mesmo que a relação terapêutica, embora estes termos sejam frequentemente utilizados como sinónimos. A relação terapêutica é também importante e consiste em muitos outros elementos, como empatia, que podem ser utilizados para fomentar e nutrir a aliança. Uma relação terapêutica segura, ou uma ligação segura, entre psicólogo e cliente, é uma condição necessária para explorar experiências dolorosas, a fim de reorganizar e rever representações mentais e facilitar um processo de luto (Mikulincer et al., 2013). Nos processos de terapia de luto, o psicólogo trabalha para estabelecer a relação/ligação, prestando particular atenção ao seu papel como 'base segura' e 'porto seguro' de ligação. O psicólogo deixa que as suas intervenções de luto sejam orientadas pelo tipo específico de padrão de vinculação do cliente e apoia-o na regulação emocional e mentalização.

A relação terapêutica não é uma técnica terapêutica, mas sim a expressão de uma forma específica de conexão e de relação com os enlutados. O psicólogo está interessado em compreender a experiência do enlutado, como ser humano individual e com propósito, compreender a experiência de luto e o que acontece no espaço terapêutico, incluindo as experiências e reações do psicólogo.

Postura relacional e mentalização

A relação terapêutica é um aspeto fundamental de qualquer intervenção psicológica. Contudo, a relação terapêutica é particularmente relevante - e pode tornar-se particularmente desafiante - para os psicólogos que trabalham com clientes enlutados, devido ao nível de sofrimento e angústia experienciado. Além disso, o estabelecimento de uma relação terapêutica pode tornar-se ainda mais complicado se o psicólogo tiver uma história pessoal de perdas e processos de luto.

Para desenvolver e gerir adequadamente a relação terapêutica com clientes enlutados, os psicólogos devem cultivar uma postura relacional caracterizada, entre outros, pelo seguinte:

- *autenticidade* e *congruência,* no sentido de ser livre e profundamente recetivo a todos os aspetos do seu próprio fluxo de experiência na relação com o cliente;
- *compreensão* e *perceção empática dos* estados internos (experiência) do cliente;

- *validação e aceitação positiva incondicional* de quem é o cliente e do que está a experienciar;
- capacidade mínima de *comunicar* a autenticidade/congruência acima referida, compreensão empática, e aceitação ao cliente (Abass & Town, 2021).

Cultivar uma tal postura relacional requer níveis adequados de mentalização do psicólogo, o que é fundamental para a auto e co regulação, o que poderia ser definido como a capacidade de se perceber a si próprio e aos outros como sendo caracterizados por estados mentais, ou seja, pressupostos, crenças, intenções e esperanças (Bateman & Fonagy, 2012). Esta noção coloca uma grande ênfase na representatividade dos afetos (ainda mais do que nas crenças cognitivas) que criam uma relação intersubjetiva (Bateman & Fonagy, 2012). Reconhece o aqui e agora das transações intersubjetivas que têm lugar na intervenção clínica como o principal instrumento de mudança (Karterud, 2015).

No entanto, a mentalização pode nem sempre ser fácil para o psicólogo, devido à grande angústia e sensação de fragilidade que um cliente enlutado pode experienciar. Na medida em que esta última pode tornar-se afetivamente ameaçadora para os psicólogos, estes podem experienciar dificuldades nas suas capacidades de mentalização, resultando em autoengano, distanciando-se afetiva e emocionalmente. Quando este for o caso, poderão ocorrer ruturas relacionais que terão de ser reparadas. Para este fim, os psicólogos devem prestar especial atenção ao seguinte:

1. Devem considerar que as ruturas relacionais representam uma oportunidade essencial de mudança para o cliente (ou seja, experiência emocional corretiva), na medida em que o psicólogo possa repará-las (Abbass & Town, 2021). Para que isto aconteça, os psicólogos devem:
   A) reconhecer que ocorreu uma rutura relacional ao serem sensíveis a marcadores de rutura (para ruturas de confrontação, por exemplo, o cliente queixa-se de falta de progresso ou desvalorização; para ruturas de desistência, por exemplo, o cliente mostra-se não envolvido verbalmente, apresenta incoerência entre expressão afetiva e conteúdo narrativo, ou faz uso de operações de aumento da autoestima);
   B) concomitantemente, focar e explorar tanto a sua própria experiência como a do paciente, em caso de rutura (tentando passar do sentimento de raiva ao sentimento de deceção e mágoa em caso de ruturas de confrontação; do sentimento de descontentamento, rejeição, e vulnerabilidade à autoafirmação e auto agência, em caso de ruturas de desistência);
2. O exposto acima pode proporcionar ao cliente uma experiência emocional corretiva. No entanto, uma vez que uma rutura relacional se deve essencialmente a uma quebra nas capacidades de mentalização tanto do cliente como do psicólogo, repará-la é uma tarefa muito delicada e requer que os psicólogos recuperem níveis adequados de mentalização:
   A) em caso de ruturas relacionais leves a moderadas (em termos de intensidade), isto significa melhorar a capacidade (i) de identificar os marcadores de rutura no aqui e agora na sessão e (ii) de ativar a memória episódica de rutura relacional passada no aqui e agora na sessão;
   B) em caso de ruturas relacionais moderadas a graves, isto significa (i) ativar explicitamente a reflexão durante/através (i) do relatório clínico e (ii) a necessidade de intervisão e supervisão.

Como somos nós, psicólogos, afetados pelo trabalho com enlutados?

Como mencionado na seção anterior, criar e manter uma relação terapêutica pode ser particularmente desafiante quando se trabalha como psicólogo com enlutados. Isto está expresso na citação abaixo:

"Há um custo para se cuidar. Os profissionais que ouvem as histórias de medo, dor e sofrimento dos clientes podem sentir o mesmo medo, dor e sofrimento, porque se preocupam. Por vezes sentimos que estamos a perder o nosso sentido de self para os clientes que atendemos" (Figley, 1995, p.1).

Existe risco ao trabalhar com clientes, quando o trabalho é considerado significativo, pois exatamente *porque* o trabalho é significativo, é difícil distanciarmos-nos. A fadiga por compaixão (*compassion fatigue*), um termo proposto por Figley em 1995, iniciou uma linha de investigação em psicologia destinada a compreender melhor e realçar a vulnerabilidade psicológica das pessoas que cuidam de outras que experienciaram traumas e sofrimento.

A fadiga da compaixão tornou-se particularmente relevante durante a pandemia COVID-19, na qual os profissionais foram expostos a uma enorme quantidade de trabalho stressante (Frenza et al., 2020; Serrão et al. 2021, Gilart et al. 2021; Franza et al. 2020). Tem sido realizada investigação sobre o impacto da COVID-19 nos profissionais de saúde, a que realça o sofrimento emocional que estes têm experienciado e o seu impacto no trabalho. Por exemplo, um inquérito online aos profissionais de saúde italianos mostrou que a COVID-19 teve um impacto negativo no seu humor e estilo de vida, caracterizado por níveis mais elevados de agitação, preocupação, solidão, humor negativo, e níveis mais baixos de felicidade (Mansueto et al., 2021). A literatura sobre as implicações de tais condições na qualidade e eficácia do trabalho é ainda escassa. No entanto, estas considerações preliminares sugerem a necessidade de monitorizar adequadamente a condição psicossocial dos trabalhadores da saúde e os seus efeitos no seu trabalho. Em Espanha, por exemplo, em resposta a isto, foi lançada uma iniciativa livre para ouvir e apoiar os profissionais de saúde (https://sanitarios.noestassolo.es/).

Outro aspeto que deve ser tido em consideração quando se trabalha como psicólogo no rescaldo da pandemia, é o papel atribuído a este profissional em algumas sociedades. Num estudo de Cipolletta et al. (2021), os investigadores exploraram como a intervenção dos profissionais de saúde pode ser dificultada pela diversidade de perspetivas que as pessoas têm em relação ao sistema de saúde em Itália. A conclusão foi que os psicólogos deveriam utilizar essas perspetivas ativamente ao trabalhar com pessoas enlutadas durante a COVID-19. Por exemplo, estando conscientes dessas perspetivas como uma possível barreira para o cliente no início da terapia e abordando-o de forma aberta e curiosa.

A pandemia COVID-19 teve um impacto profundo na vida de todos, incluindo psicólogos. Os aspetos apresentados nesta seção sublinham que trabalhar como psicólogo com indivíduos enlutados na pandemia requer uma postura e uma consciência particular sobre a monitorização tanto da aliança, como da relação terapêutica e dos objetivos pessoais deste trabalho. A supervisão clínica e a monitorização de uma quantidade de casos adequada, são aspetos importantes no trabalho, que podem apoiar o psicólogo e ajudá-lo a equilibrar com êxito este papel.

5. MÉTODOS TERAPÊUTICOS

Tal como descrito nas secções anteriores, a investigação indica que uma grande proporção de pessoas que perde um ente querido restabelece uma vida diária com o apoio da sua família e das suas redes sociais, enquanto numa proporção menor de enlutados o luto não diminui com o tempo e há a necessidade de intervenção profissional após a perda. A fim de determinar se o cliente tem um luto que requer tratamento e está motivado para um processo terapêutico, recomenda-se que seja realizada uma entrevista de avaliação antes de iniciar a terapia.

ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO

Na entrevista de avaliação, é realizada uma avaliação psicológica, na qual o psicólogo explora a história de vida do cliente e o atual nível de sintomas e de funcionalidade do cliente são avaliados através da informação dada pelo mesmo, bem como através do juízo clínico sobre o cliente e/ou através da utilização de medidas objetivas (ver anexo 1). São feitas perguntas específicas sobre quem morreu, que relação tinham, reações de luto, nível atual e habitual de funcionamento na vida diária, em casa, nas relações próximas, nas atividades sociais, na educação/trabalho. Ver anexo 1 para exemplo de uma entrevista de avaliação e um protocolo de possíveis instrumentos de medida para avaliar complicações no processo de luto.

A entrevista de avaliação é geralmente realizada no mínimo quatro a seis meses após a perda, pois pode ser difícil avaliar a necessidade de uma intervenção terapêutica antes. Se o enlutado for referenciado imediatamente após a perda, pode ser iniciada uma intervenção em crise, ou pode ser feita uma referenciação para uma intervenção em crise noutro local e a necessidade de intervenção no luto deve ser avaliada mais tarde.

Como mencionado acima, a entrevista de avaliação ajuda o psicólogo a determinar se um cliente está em risco de desenvolver - ou desenvolveu - um luto complicado e precisa de terapia de luto, ou se o cliente tem um luto natural que pode ser adequadamente apoiado pela família e rede de apoio social e, eventualmente, outras comunidades voluntárias.

Uma análise da literatura sobre fatores de risco, realizada por Burke e Neimeyer (2012), salienta que um processo de luto individual é influenciado pela disponibilidade de apoio adequado na rede de suporte social. Na prática, vemos que a qualidade do apoio da rede, incluindo o apoio da família ou de outros relacionamentos significativos, têm um impacto significativo na capacidade do cliente lidar com o luto. Outros fatores incluem a extensão das mudanças externas na vida quotidiana, que também influenciam o processo de luto do cliente. Outros fatores incluem os recursos e vulnerabilidades, sintomas, e características pessoais do cliente.

Os seguintes fatores, extraídos da investigação, estão incluídos na avaliação geral:

Fatores de risco

Na história dos clientes:

- Problemas de vinculação tanto no início da vida, como na relação com o falecido
- Abuso e negligência
- Relação altamente dependente com o falecido
- Perdas anteriores

No contexto de doenças/morte:

- Sobreenvolvimento devido a doença prolongada do falecido e ausência de ajuda nesse processo
- Falta de tempo para se preparar para a perda antes da morte
- Falta de apoio da rede de suporte social após a perda
- Grandes mudanças na vida quotidiana após a perda
- Intensidade e duração das reações de luto
- Experiências traumáticas e circunstâncias ambivalentes

Como explicado na seção sobre a fase aguda de luto, as reações esperadas nos primeiros meses após a perda podem ser angustiantes para o cliente, mas não são por si só indicativas de complicações no processo de luto. Por conseguinte, analisamos a intensidade e a duração das reações:

Intensidade

Se as reações de luto não diminuírem com o tempo e se forem tão generalizadas que o restabelecimento na vida quotidiana após a perda se torne difícil, isto pode indicar um luto complicado aos seis meses após a perda.

Exemplo: um jovem adulto pode achar difícil socializar com os seus pares no rescaldo imediato da perda. Se, vários meses após a perda, o jovem ainda não puder frequentar a escola ou se tiver isolado completamente da interação social com os seus pares, isto pode indicar a necessidade de ajuda profissional.

Duração

Se as reações de luto intenso persistirem para além de seis meses após a perda, ou se forem persistentemente intensas durante mais de seis meses, isto pode indicar um luto complicado.

Exemplo: é comum um indivíduo enlutado se sentir triste ou zangado regularmente no período imediatamente após a perda e tenha dificuldade em adormecer. Se, seis meses após a perda, o enlutado ainda se sentir triste ou zangado várias vezes por semana e tiver dificuldade em adormecer, isto pode indicar um luto complicado.

Na entrevista de avaliação, o psicólogo realizará, então, uma avaliação qualificada da necessidade de terapia de luto por parte dos indivíduos enlutados. O psicólogo fá-lo-á utilizando o conhecimento sobre os potenciais fatores de risco, avaliando a intensidade dos sintomas de luto ao longo do tempo, a necessidade de avaliação do risco de suicídio, a flexibilidade mental em torno da perda, o sofrimento emocional do cliente e da sua motivação para realizar terapia.

INTERVENÇÕES PARA A PREVENÇÃO DE REAÇÕES COMPLICADAS DE LUTO

Nos últimos anos, aumentou o conhecimento sobre intervenções eficazes para reações complicadas de luto. Revisões sistemáticas e meta-análises recentes encontraram evidência para a intervenção psicológica para adultos enlutados com reações de luto prolongado ou persistente (Johannsen et al., 2019; Maass et al., 2020; Wagner et al., 2020). Em 2020, o DNCG concluiu uma revisão dos conhecimentos existentes a nível nacional e internacional provenientes da investigação (e.g., Johansen et al., 2019) e da prática de intervenções psicológicas para adultos com reações complicadas de luto (Larsen et al., 2020). A revisão resultou em várias recomendações e sugestões de intervenções psicológicas para adultos que sofrem de complicações no luto. Considerou ser indicado intervenções psicológicas específicas para adultos com reações complicadas de luto (ou seja, com um elevado nível de sintomas de luto). "Intervenções específicas para luto" significava um tratamento que (a) se centra nos sintomas de luto, (b) inclui psicoeducação em relação ao luto; e (c) aborda desafios associados à perda, tais como evitamento, falta de aceitação e questões existenciais. Consistente com estas recomendações, o presente manual apresentará abordagens e métodos centrados na redução dos sintomas de luto em adultos após a pandemia COVID-19. Será abordada a Terapia Focada nas Emoções, a Terapia Cognitiva Comportamental e uma abordagem Eclética. Os métodos aqui apresentados abordam especificamente aspetos como a falta de aceitação, evitamento e questões existenciais no luto. Todos os métodos são aqui descritos com vista a implementar terapia individual. Contudo, a abordagem eclética também é usada em terapia de grupo, mas não será explorada a modalidade grupal no presente manual.

Este manual foi desenvolvido com o objetivo de prevenir reações complicadas de luto em adultos após a pandemia COVID-19. Para centrar a intervenção nos aspetos específicos do luto após a pandemia, este manual é inspirado pelo que aprendemos sobre a eficácia da terapia de luto (tal como descrito acima) e pelo recente estudo qualitativo de Menichetti-Delor e colegas (2021; ver secção 'Implicações para a intervenção', página 9). Esse estudo destaca quatro aspetos particularmente importantes no trabalho com pessoas enlutadas, que perderam os seus entes queridos durante a pandemia:

- Primeiro, a necessidade *de dar sentido* ao que aconteceu para 'juntar as peças'.
- Segundo, a necessidade de *expressar emoções,* tais como tristeza, ansiedade, raiva, mas também entorpecimento emocional.
- Terceiro, a necessidade *de dizer o último adeus* e de procurar, por exemplo, rituais alternativos a um funeral tradicional para facilitar o 'encerrar' (*closure*).
- Quarto, a necessidade de identificar formas *de recordar* o falecido juntamente com outros membros da família e de partilhar com eles essas memórias.

Esta proposta oferece um exemplo sobre como abordar os aspetos específicos que moldaram o luto devido à pandemia COVID-19. Estes tópicos serão aprofundados nas secções de intervenção abaixo.

TERAPIA FOCADA NAS EMOÇÕES PARA O LUTO APÓS A COVID-19

A Terapia Focada nas Emoções (EFT) incorpora princípios, processos e técnicas da tradição da terapia experiencial que incorpora o legado de Carl Rogers e a visão de mudança humana profundamente humanista de Fritz Perls (Elliott & Greenberg, 2021; Greenberg & Goldman, 2019). Esta perspetiva concebe as emoções como um sistema de sinalização fundamentalmente adaptativo que fornece às pessoas informações importantes sobre as suas necessidades e objetivos (Elliott & Greenberg, 2021). As emoções são, em última análise, simbolizadas com significado narrativo, através de uma visão idiossincrática dialético-construtivista do self (Greenberg et al., 1993).

A EFT propõe diferentes princípios de mudança emocional (Greenberg, 2011): consciência das emoções, expressão das emoções, reflexão sobre as emoções, regulação das emoções, e transformação das emoções (mudar emoção com emoção, mudar emoção com uma experiência interpessoal) que podem ser definidas como trabalho emocional produtivo. Greenberg (2002) salienta "como as emoções dolorosas e desagradáveis podem promover a cicatrização, uma vez que impulsionam o cliente numa trajetória auto-organizadora saudável que atinge a sua plenitude enquanto experiência significativa, emocionalmente diferenciada e integradora" (p. 10).

O luto pode ser considerado uma transição desenvolvimental perante a morte e a perda, onde os processos narrativos e a reconstrução de significado desempenham um papel importante na adaptação. De facto, as perdas podem facilitar o crescimento pessoal e assumem um papel central na mudança terapêutica (Sayar & Hjeltnes, 2021). A EFT ajuda os clientes a processar produtivamente a tristeza e a dor emocional (Paivio & Pascual-Leone, 2010; Rosner et al., 2011; Sharbanee & Greenberg, 2022; Kramer & Pascual-Leone, 2015). O processo de luto implica integrar os bons aspetos da relação bem como conseguir manter a ligação e o amor pelo outro mesmo depois da perda (Elliott & Greenberg, 2021).

Segundo Larson (2020), esta intervenção com os enlutados ajuda a explicar a "realidade clínica paradoxal de que a dor da perda ajuda realmente a processar a perda, por outras palavras, para mudar o luto, é preciso experienciar o luto" (p. 246). Portanto, como o modelo EFT propõe que "a única saída é através" [da dor] (Pascual-Leone, & Greenberg, 2007, p. 875), a natureza e os princípios desta abordagem empiricamente apoiada correspondem às necessidades do enlutado, facilitando a integração da perda.

Apesar desta experiência dolorosa ser essencialmente adaptativa, uma reação complicada de luto pode ser causada pela interrupção do contacto com a dor e a tristeza. Os clientes podem ser incapazes de lidar com uma perda importante e de seguir em frente. Muitas vezes, precisam de aprender a expressar raiva ou culpa não resolvida para serem capazes de seguir em frente. Podem também precisar de desenvolver uma perceção mais forte/competente de si próprios, para acreditarem que podem enfrentar a vida sem o falecido (Greenberg, 2009).

Por vezes, o luto pode ser bloqueado por outros estados emocionais, tais como culpa (por exemplo, em processos de autocrítica), medo ou evitamento/bloqueio da emoção (por exemplo, em processos autointerrupção). Por vezes, durante o trabalho de luto, outras emoções nucleares (i.e., emoções primárias desadaptativas) são acedidas (Sharbanee & Greenberg, 2022) e precisam de ser processadas. Nesses processos terapêuticos, o falecido desempenhava um papel nas memórias emocionais esquemáticas (e.g., sendo a única pessoa que acalmou a vergonha profunda do enlutado) que agora podem ser acedidas e transformadas. Assim, a vergonha, o medo ou a tristeza podem ser acedidas e transformadas

(Timulak, 2015) e, podem ajudar a integrar a perda.

Embora tenham sido desenvolvidas abordagens da EFT para trabalhar com o luto (ver uma revisão recente em Sharbanee & Greenberg, 2022), esta é uma proposta tentativa e inovadora que pode ser adaptada aos clientes enlutados no contexto específico da pandemia COVID-19 e das emoções que ela desencadeou. O acesso e a simbolização das emoções são processos terapêuticos centrais na EFT, mas iremos abordar as emoções com tarefas experienciais específicas que podem ser adaptadas ao processo idiossincrático dos clientes. A intervenção segue a abordagem modular proposta na intervenção EFT transdiagnóstica (Timulak & Keogh, 2022), ajudando o psicólogo a estruturar um tratamento breve para o luto no contexto pandémico.

Expressão de diferentes tipos de emoções

A EFT trabalha de forma diferente com diferentes tipos de emoções. A distinção é feita entre emoções primárias adaptativas, primárias dasadaptativas, secundárias e instrumentais (Elliott & Greenberg, 2021).

1.1. Emoções adaptativas primárias

As emoções adaptativas são a primeira reação a uma situação, associam-se a tendências de ação que mobilizam a pessoa para satisfazer as suas necessidades no aqui e agora. Por exemplo, a tristeza perante a perda que procura conforto, o sofrimento que nos leva a abrir mão do que está irrevogavelmente perdido, a solidão que procura o outro, a dor/mágoa que exprime uma ferida ou uma sensação de fragilidade ou inadequação, o medo pela ameaça, a raiva perante uma violação ou desesperança que nos faz abrir mão de uma necessidade que já não pode ser satisfeita (Kramer & Pascual-Leone, 2015).

O objetivo terapêutico com estas emoções é ajudar os clientes a utilizar o acesso às emoções para assim conseguirem aceder à informação que trazem para orientar a sua ação. Em seguida, analisaremos algumas das emoções adaptativas mais comumente trabalhadas no luto.

TRISTEZA

A emoção mais importante e dominante no trabalho de luto é a tristeza/dor perante a perda (Paivio & Pascual-Leone, 2010b; Pinto et al., 2021; Rosner et al., 2011). Este estado cognitivo-afetivo é qualitativamente diferente da tristeza relacionada com o desespero (geralmente secundário), ou a tristeza relacionada com a solidão (primária desadaptativa), estando mais ligada à sensação de perda e sendo o seu objeto de dor mais concreto. Como dissemos, este tipo de tristeza é entendido como resultado da separação ou da perda e permite-nos aprofundar esta questão apontando a causa da dor (Greenberg & Paivio, 1997; Pinto et al., 2021). Processar o luto e viver a realidade da perda está intimamente relacionado com as duas tendências de ação ordenadas sequencialmente (Paivio & Pascual-Leone, 2010; Pascual-Leone & Greenberg, 2005). A primeira tendência de ação é chorar por ajuda, procurar conforto e procurar o objeto perdido. Por vezes, o choro por ajuda não funciona, quer devido a uma reação negativa do contexto, quer por uma expressão inadequada do mesmo (Timulak & Keogh, 2021), ou porque a procura de contato se confronta com a ausência do que se perdeu. A segunda tendência de ação é a retirada e a conservação de energia para os tempos difíceis que se avizinham. É importante compreender que, embora de carácter relativamente linear, é natural e de esperar que haja movimento entre estas duas tendências e o que elas implicam.

No contexto pandémico Manicheti-Delor e colegas (2021) destacaram como as famílias precisavam da possibilidade de expressar tristeza nestes contextos extraordinários de barreiras e confinamentos relacionais e emocionais devido ao isolamento físico. Um estudo no Reino Unido aos enlutados durante a pandemia reporta

sentimentos intensos de tristeza por não terem podido visitar ou despedir-se dos seus entes queridos (Selman et al., 2022). Breen et al. (2021) acrescentam que a tristeza que emerge dos contextos de perda pandémica irá provavelmente prejudicar o funcionamento dos enlutados, particularmente para aqueles que manifestam angústia de separação, e stress pós-traumático.

RAIVA

A raiva é uma emoção de luto muito importante uma vez que pode ser uma emoção adaptativa primária que pode facilitar a resolução do luto (Sayar & Hjeltness, 2021): uma vez ativada, pode promover a assertividade e evitar os sentimentos intensos e contraditórios, encontrando um equilíbrio entre eles.

Por vezes a raiva assume a forma de rejeição do outro (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Por exemplo, a pessoa pode culpar a pessoa amada por não ter tomado medidas de proteção contra a COVID-19, ou pode culpar os médicos por não tentarem o suficiente ou não terem prestado os cuidados adequados para evitar a morte (Selman et al., 2022). Nestes casos, é comum que esta raiva seja secundária e desfoca outras experiências emocionais primárias, tais como a tristeza da perda ou o medo da falta de controle perante a morte.

Noutras ocasiões, a raiva pode manifestar-se como uma raiva assertiva ou protetora antes de uma transgressão de limites. Neste caso, a raiva defende a autonomia, os próprios limites, quando houve tratamento negligente por parte dos médicos, ou diretivas públicas de saúde que são experienciadas como profundamente injustas. Esta raiva, tipicamente adaptativa, quando afirmada e validada, orienta a pessoa e permite-lhe fortalecer o sentido de si mesma (Rosner et al., 2011) e experienciar os benefícios de estabelecer limites e defender as suas necessidades (Sayar & Hjeltness, 2021).

ALEGRIA NOSTÁLGICA

Abordando agora os processos de mudança relacionados em casos de luto de sucesso (terapêutico), é comum que os clientes comecem a sentir uma alegria nostálgica ao recordar o seu ente querido, recordando momentos significativos e especiais que captam as características únicas da pessoa e da relação. Estas expressões emocionais de alegria foram encontradas como preditores da recuperação da tristeza nos processos de luto (Bonanno & Keltner, 1997).

Esta emoção adaptativa confere uma qualidade de doçura nostálgica à tristeza, e expressões de alegria e satisfação, tais como sorrir e rir, são comuns (Sharbanee & Greenberg, 2022). Estas memórias de experiências positivas passadas trazem uma sensação de vitalidade ao enlutado e de celebração de parte de si perdida.

GRATIDÃO

A emoção de gratidão é comum nos processos de luto, expressando uma apreciação do legado positivo recebido do falecido. Expressar gratidão permite manter a ligação e a conexão com o ente que morreu, preservando o vínculo através da apreciação e do agradecimento pelo que foi recebido (Sharbanee & Greenberg, 2022). Enquanto o processo de luto permite aceitar a perda, a gratidão permite vivenciar as novas formas da relação de forma internalizada, sentindo que foram incorporados em si aspetos que vão perdurar.

COMPAIXÃO

A compaixão é uma emoção chave no trabalho emocional, é a resposta adaptativa à vulnerabilidade (Neff, 2003; Timulak, 2015). Os enlutados experimentam a compaixão dos outros no seu ambiente interpessoal e do psicólogo, mas em muitas ocasiões, a compaixão surge do eu, ao expressar emoções dolorosas, tais como o luto. A compaixão promove a tendência para a ação de confortar, alcançando a parte danificada e

vulnerável, sendo uma emoção chave na transformação (Timulak, 2015) e ajudando a processar o luto (Harris, 2021; Sayar & Hjeltnes, 2021; Sharbanee & Greenberg, 2022). Algumas investigações destacam o papel protetor da autocompaixão nas reações complicadas do luto, uma vez que promove a qualidade dos laços contínuos e do nível global de funcionalidade (Bussolari et al., 2021).

Emoção mal adaptativa primária

São descritas como emoções centrais dolorosas, que são reconhecidas como uma sensação familiar e, de alguma forma, rígida ou constante durante a sua vida, constituindo uma vulnerabilidade habitual, e que contribui para uma sensação deteriorada de si mesmo (uma sensação de ser inadequado, ou frágil, tipicamente).

No trabalho terapêutico, procuramos aceder, simbolizar e transformar este tipo de emoções. As emoções mal adaptativas primárias mais comuns são a vergonha ("não sou digno, não valho a pena"), o medo da desproteção ("ninguém me apoia, estou sozinho e desprotegido"), a tristeza/solidão ("anseio por um contacto que nunca vem") (Timulak, 2015).

ABANDONO/TRISTEZA DE ISOLAMENTO

No trabalho de luto, por vezes surgem velhas e dolorosas emoções nucleares, que são exacerbadas e/ou desencadeadas pela perda e que podem ser transformadas. Por exemplo, pode ter faltado historicamente à pessoa uma maior apreciação, maior proteção, ou maior afeto por parte do falecido. Estas emoções de tristeza/isolamento e abandono ligadas a essas necessidades têm uma história anterior à morte, e podem necessitar de um tratamento mais prolongado.

Outras vezes, a pessoa falecida era a única fonte de apreciação, proteção ou contacto, deixando a pessoa enlutada numa profunda sensação de impotência. Noutros processos, o falecido era a única fonte de conforto quando a pessoa sentia a sua dor nuclear crónica, de modo que o processo de luto é bloqueado pela ativação desta dor que já não se sente regulada (Gamoneda & Jódar, 2022).

CULPA/VERGONHA

Inadequação, autodepreciação e vergonha podem ser experienciadas sempre que o enlutado interioriza as suposições implícitas da sociedade sobre o luto e o que é esperado em termos da forma 'adequada' para expressar sentimentos, a sua duração ou mesmo a sua legitimidade. Se estes sentimentos durarem, podem levar o enlutado ao isolamento e consequentemente ao aumento de reações de luto complicadas. Harris (2021) afirma que a vergonha promove o retraimento, comprometendo o processo de procura de conexões significativas com outros. Outro aspeto importante sobre a vergonha é o sentimento interior de segurança que é inibido e ameaçado quando um crítico severo e um perfeccionismo excessivo levam a um sentimento de não ser merecedor, ou que de há alguma coisa em falta.

No contexto pandémico, a vergonha e a culpa estavam geralmente presentes devido ao facto de as pessoas não poderem visitar, confortar e apoiar os seus familiares doentes (Selman, et al., 2022).

ANSIEDADE

O medo (no presente) e a ansiedade (no futuro) materializa a sinalização do perigo, informando-nos que nós ou alguém que amamos está ameaçado (Elliott & Greenberg, 2021). A natureza desconhecida da pandemia da COVID-19 na fase inicial, e o número de mortes causadas pela doença impulsionaram este medo baseado em reações adaptativas, porém, o sentimento geral e contínuo de ameaça tornou-se, para alguns indivíduos, problemático. Enquanto o medo nos motiva a fugir da ameaça ou a paralisar para não atrair atenções, a ansiedade motiva-nos a evitar

um comportamento imbuído de preocupação. A necessidade subjacente é a segurança e está claramente em risco para os cuidadores (familiares) que antecipam os laços de ligação ameaçados pela separação física da morte. Embora a ansiedade antecipatória possa ter um papel protetor, uma vez que impede o contacto com a dor e o sofrimento, também impede um processamento emocional bem-sucedido e saudável (Timulak & Pascual-Leone, 2014) que pode intensificar as reações complicadas de luto.

A morte de um ente querido pode ser experienciada, como não significativa e, por vezes, pode ser sentida como uma experiência traumática (Harte et al., 2020), e a sua ocorrência no contexto pandémico pode potencialmente aumentar a sensação de perda traumática (Reitsma et al., 2021). Uma experiência de medo relacionado com o trauma pode desencadear evitamento emocional ao impedir o acesso às emoções dolorosas (ver em baixo como lidar com processos de autointerrupção), e deste modo, perturbar o processo de luto. Estes esquemas baseados no medo traumático podem ser enquadrados como emoções mal adaptativas que devem ser endereçadas e trabalhadas em reações de luto complicadas.

Emoções secundárias

As emoções secundárias são emoções que obscurecem na consciência a experiência de outras emoções primárias. Mascaram as emoções anteriores, e a pessoa não é capaz de perceber o que sente e precisa em primeiro lugar. Estas emoções são validadas em terapia, mas em vez de facilitar a elaboração e expressão dessas emoções, o psicólogo procura aprofundá-las para aceder à emoção primária subjacente, por outras palavras, facilitando a experiência da transformação emocional (Elliott & Greenberg, 2021).

O desespero, a ansiedade, a irritação que culpa os outros (encobrindo a dor nuclear) como uma raiva de rejeição, são emoções secundárias comuns (Timulak, 2015). Estes processos emocionais secundários precisam de ser validados e simbolizados, mas também contornados para aceder à dor central. Culpa, desespero, ansiedade, descrença e constante ruminação, um "sentimento de 'injustiça' e de 'protesto significativo' decorrente da crença de que as coisas deveriam ter sido diferentes" (Sharbanee & Greenberg, 2022, p.5) são emoções secundárias comuns no processo de luto. Estes sintomas secundários e as estratégias para os evitar são uma grande fonte de desconforto que a pessoa precisa de lidar antes de poder aprofundar nas emoções mais centrais acima descritas (Timulak & Keogh, 2021).

Emoções instrumentais

As emoções instrumentais são expressas para alcançar objetivos relacionais, tais como a tristeza que é expressa para procurar conforto, ou a raiva que a pessoa expressa para obter intimidação e obediência dos outros. Quando estas emoções aparecem no processo terapêutico, o psicólogo facilita a substituição destas expressões por pedidos honestos e diretos para os objetivos que a pessoa está a tentar alcançar (Greenberg, 2011).

Processos emocionais no luto complicado

As diferentes dificuldades psicológicas sintomáticas são compreendidas em EFT por diferentes processos emocionais: falta de consciência emocional, falta de regulação, presença de emoções mal adaptativas ou expressão inadequada de emoções em contextos interpessoais (Greenberg, 2011). A EFT distingue os tipos de luto com base na etiologia emocional subjacente e não na sua expressão de sintomas (Sharbanee e Greenberg, 2022). Assim, no processo típico ou não complicado, o luto é uma emoção adaptativa em torno da perda (Sharbanee & Greenberg, 2022). No entanto, nas reações de luto complicadas, outros processos emocionais, tais como a culpa (por exemplo, no processo de autocrítica) ou a emoção de medo/bloqueio (por

exemplo, no processo de autointerrupção), aparecem e bloqueiam o processo de luto natural. Por vezes, durante o trabalho de luto, outras mágoas emocionais centrais (ou seja, emoções primárias mal adaptativas) prevalecem e o processo de luto é também bloqueado.

Mudança de emoções

A EFT propõe diferentes princípios de mudança emocional (Elliott et al., 2004; Greenberg, 2011) concebidos para ajudar as pessoas a aceitar, expressar, regular, fazer sentido e, em última análise, transformar emoções difíceis. Outra característica da EFT é a facilitação destes processos emocionais através de tarefas que são propostas quando um estado problemático específico aparece no cliente (por exemplo, o marcador de autocrítica seria abordado com a sugestão da tarefa de diálogo de duas cadeiras).

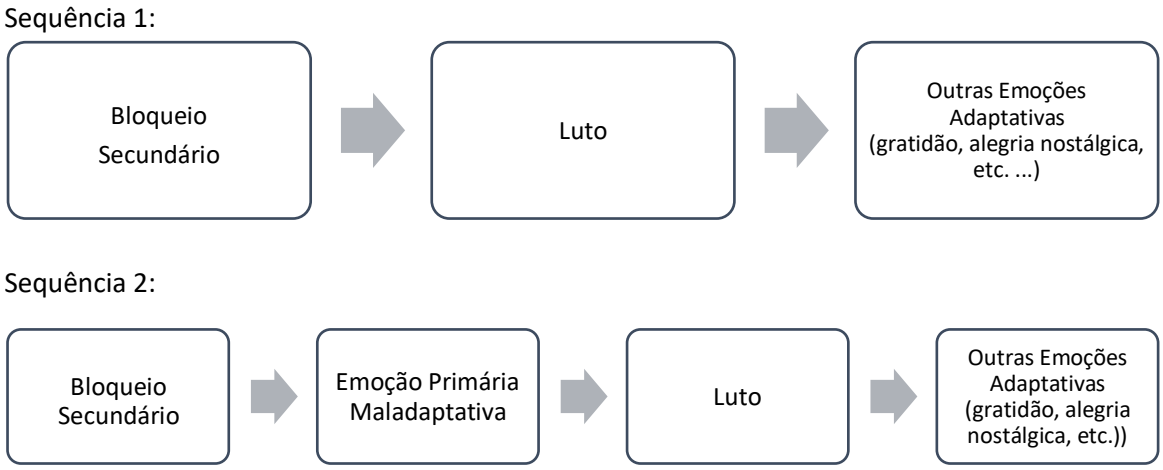
A mudança emocional requer tanto que a principal emoção mal adaptativa seja despertada (Warwar, 2005) como que seja atendida de uma forma produtiva. O processamento produtivo implica que o cliente experiencie a emoção com atenção plena e aceitação consciente, a expresse de uma forma congruente, a simbolize em palavras, de forma que a experiência seja diferenciada, regulada e vivida com um sentido de agência (Auszra & Greenberg, 2007). As emoções adaptativas primárias são experienciadas como resultado deste processamento produtivo, e transformam as anteriores emoções mal adaptativas, através da reconsolidação da memória (Greenberg, 2021). Como processo final de consolidação, a codificação das emoções em narrativa tem uma forte função de *atribuição de significado*, e inerentemente regular a dor e torná-la menos desorientadora (Sharbanee & Greenberg, 2022; Kennedy-Moore & Watson, 1999).

Sequências emocionais no luto complicado

É importante notar que embora agora se fale de sequências, estas não são equivalentes às fases ou tarefas que outros modelos de luto propõem. As sequências emocionais ocorrem momento a momento, imersas no trabalho das diferentes tarefas da sessão e seguindo o fluxo dinâmico do processamento emocional característico da experiência do cliente (Sharbanee & Greenberg, 2022). Estas sequências são apresentadas de uma forma linear, porque algumas emoções normalmente precedem e dão origem a outras. Contudo, não devemos esquecer que o curso natural das sequências de processamento emocional evidenciadas pela experiência do cliente ocorre normalmente de forma recorrente, uma vez que os clientes normalmente oscilam entre estados emocionais, e por vezes há passos para trás, para permitir os passos seguintes (Pascual-Leone, 2009).

Podemos compreender dois tipos de sequências em processos de luto complicado (ver figura 7): Na primeira sequência, o processo central consiste em ultrapassar o bloqueio emocional e as emoções secundárias, de modo a poder processar completamente o luto. Após a elaboração e expressão da tristeza e a diferenciação da raiva e tristeza (se necessário), podem aparecer outras emoções adaptativas, tais como compaixão, gratidão, alegria nostálgica. Nesta primeira sequência, o acesso à tristeza é o principal processo de mudança, um processo amplamente observado na experiência clínica: "Muitas pessoas beneficiam do luto, abrindo-se e deixando as lágrimas fluir" (in Sharbanee & Greenberg, 2022, p. 5).

Figura 7. Duas sequências emocionais em trabalhos de luto complicados (Sharbanee & Greenberg, 2022)



Na segunda sequência, o luto é normalmente acedido depois de se trabalhar com feridas históricas (ou seja, emoções mal adaptativas primárias) nas quais a pessoa amada perdida desempenhou um papel. Nestas sequências, após a validação e superação de bloqueios e reações secundárias é necessário trabalhar com a vergonha central, a vulnerabilidade baseada no medo ou solidão/abandono. Após o acesso e a simbolização destas emoções primárias, o luto e outras emoções adaptativas são suscetíveis de aparecer (Timulak, 2015), uma vez que "é essa dor que suscita a compaixão e guarda as memórias da alegria e a gratidão resultante" (in Sharbanee & Greenberg, 2022, p. 8).

Assim, "o processamento produtivo do luto complicado exige que os clientes sejam guiados desde as suas reações secundárias, até às suas emoções primárias mal adaptativas, tais como vergonha, indignidade, insegurança e vulnerabilidade, e depois até à expressão plena tanto da raiva assertiva contra falhas do passado como da sua dor pela perda, e da sua compaixão e alegria nostálgica" (in Sharbanee & Greenberg, 2022, p. 10). O progresso através desta sequência de processamento emocional tem sido associado ao aprofundamento da experiência em sessão (Pascual-Leone & Greenberg, 2007) e associado a resultados clínicos positivos em várias perturbações clínicas e terapias (ver Pascual-Leone & Kramer, 2019, para revisão). Pinheiro et al. (2021), num estudo comparativo de um caso de sucesso e de insucesso de um ensaio clínico de terapia construtivista para luto complicado, revelam como a terapia promoveu o processamento emocional. O processamento emocional está associado: a) à mudança das emoções relacionadas com o luto mal adaptativo, b) à capacidade de adaptação à nova vida sem o falecido, com base no acesso e reconhecimento saudáveis dadas pelas suas emoções, e c) à melhoria global dos sintomas no caso de sucesso terapêutico (Pinheiro et al., 2021).

Trabalhar com o luto com a EFT em tempos de pandemia de COVID-19

Embora tenham sido desenvolvidas abordagens EFT para trabalhar com o luto (Sharbanee & Greenberg, 2022), o nosso objetivo aqui é apresentar uma proposta inovadora e uma tentativa adaptada para clientes enlutados num contexto específico da pandemia da COVID19. A intervenção segue a abordagem modular proposta na EFT transdiagnóstica (Timulak & Keogh, 2022), ajudando o clínico a estruturar um breve tratamento para o luto nos desafios específicos do contexto pandémico.

Construção de uma aliança de trabalho produtiva: compassiva, enraizada na presença terapêutica e sintonização empática. Estes são os princípios básicos da relação construída sobre uma relação genuinamente prezada com uma precisão no atendimento e descodificação da experiência do cliente (Elliott & Greenberg, 2021).

Formulação do processo de luto em termos emocionais: orientar a terapia para os bloqueios centrais para o luto adaptativo (Shabernee, & Greenberg, 2022, p.10). "...um processo emocional de bloqueio não resolvido é o que distingue um processo de luto complicado de um processo de luto normal" (p.5). Portanto, a compreensão do bloqueio emocional e a sua transformação será o ponto crucial para a formulação do caso (ver as sequências descritas em cima).

Ouvir os marcadores (sinais de estados emocionais problemáticos no cliente):

Autocrítica: por vezes o bloqueio emocional pode ser uma forma interna de crítica (autocrítica). Esta autocrítica pode enfatizar o medo de ter contaminado o falecido, de não ter retirado o membro da família da residência/lar, de não poder dizer adeus, de não poder participar nos rituais, etc.

Processo autointerrupção: O processo de interromper a experiência, através de pensamentos como 'não adianta sentir esta dor' ou evitar cenários 'não vou para o seu bairro, não quero passar um mau bocado, está para além de mim'.

Marcadores de assuntos inacabados: Uma sensação de luto incompleto ou inexpressivo, ou questões não resolvidas em relação ao falecido.

Protesto de significado: A pessoa está presa, incapaz de processar uma experiência que tenha abalado as crenças centrais.

Reações problemáticas: A pessoa não compreende o significado das suas reações e fica perplexa com as suas emoções.

Pressão narrativa relacionada com a perda traumática: Há elementos traumáticos que a pessoa precisa de abordar.

OUÇA OS TEMAS E AS EMOÇÕES: A EXPERIÊNCIA DO LUTO PELAS LENTES EFT NA COVID-19

A) O CARÁCTER DESCONHECIDO DA MORTE

Diferentes aspetos relacionados com o carácter desconhecido da morte (tais como a incapacidade de determinar o significado de eventos relacionados com a doença, a imprevisibilidade dos sintomas, a falta de clareza sobre as opções de tratamento ou a grande desinformação geral), podem desencadear muita raiva e significar marcadores de protesto (por exemplo, para com os médicos e para com as políticas governamentais). Isto exige a tarefa de reconstrução do significado, para ajudar os clientes a expressar as especificidades da sua perda e os significados a ela ligados, aceder e especificar crenças centrais que foram violadas e recriar significado quando crenças centrais são quebradas pelas circunstâncias envolvidas na perda.

Muita raiva e medo precisam ser processados. A sintonização empática é fundamental para ajudar a diferenciar estas emoções fortes e importantes, que podem aparecer formando uma mistura complexa de medo e raiva.

B) NÃO PODER DIZER ADEUS

Parte da dor profunda da perda durante a COVID-19 vem de não se poder dizer adeus. Alguns clientes mostram uma espécie de choque e medo/ansiedade relacionada com a incredulidade. Não saber como o corpo foi enterrado ou não ter uma memória do contacto com o corpo, pode desencadear aquelas emoções que precisam de ser simbolizadas e aprofundadas enquanto são ativadas. Este processo irá promover a aceitação da morte (Sayar & Hjeltnes, 2021; Sharbanee & Greenberg, 2022).

Alguns aspetos da experiência são mais traumáticos e esmagadores (por exemplo, a morte súbita, sem caixões disponíveis). Assim, será fundamental para ajudar as pessoas a recontar a história e, ao mesmo tempo, usar a focalização experiencial e criar um espaço (Elliott & Greenberg, 2021) para ajudar as pessoas a regular as reações emocionais sub-reguladas e a aceder à experiência com um sentido de agência.

C) ISOLAMENTO FÍSICO E FALTA DE APOIO

Algumas das experiências mais singulares de perda durante a COVID-19 estão relacionadas com o isolamento físico e a falta de apoio da pessoa enlutada. Serão esperados marcadores de vulnerabilidade (Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021), quando os clientes exprimem angústia por fortes sentimentos negativos auto relacionados (geralmente com desespero e uma sensação de isolamento). Afirmação empática e auto-tranquilização compassiva são tarefas disponíveis para facilitar o processo.

Alguns clientes podem expressar dor imaginando o isolamento físico e a falta de apoio na pessoa amada falecida. Este processo pode ser entendido como um assunto inacabado, e o trabalho de cadeira vazia ajudará os clientes a processar esta dor e sofrimento (Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021).

Compreender e co construir os principais esquemas emocionais de luto

Por vezes o falecido está ligado à principal emoção mal-adaptada, tendo sido a pessoa que foi esquiva, abandonante ou humilhante. Noutras ocasiões, o falecido era a única pessoa que era fonte de conforto face a emoções crónicas dolorosas. Neste caso, o luto é complicado porque a pessoa sente-se mais desprotegida perante a dor da sua própria família.

FACILITAR A REGULAÇÃO DA EMOÇÃO

É muito importante considerar as capacidades de regulação emocional, uma vez que o trabalho emocional ativo só deve ser facilitado quando sabemos que a pessoa possui capacidades de regulação adaptativa. Em caso de abuso de substâncias, automutilação, ou processos muito frágeis, é muito relevante trabalhar previamente a regulação emocional (Greenberg, 2011). A aliança terapêutica é o instrumento fundamental que irá gerar um aumento da competência de regulação emocional do cliente. Para além da relação, temos diferentes tarefas que promovem um aumento na regulação emocional, face a estados problemáticos específicos:

1. Afirmação empática para vulnerabilidade intensa
2. Auto-tranquilização (self-soothing)
3. Criar um espaço

TRABALHAR COM A CULPA E OUTROS SINTOMAS COMUNS

Se através de uma sintonização empática não conseguirmos ultrapassar emoções secundárias e processos de bloqueio, temos à nossa disposição tarefas ativas que podem facilitar o processo. Trabalhamos com o diálogo de duas cadeiras para

trabalhar a culpa e outros processos sintomáticos, que bloqueiam a elaboração do luto (Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021). Nesta tarefa, o cliente é convidado a expressar (*enactment*) a voz interna que culpa, induz ansiedade, interrompe ou lança pensamentos obsessivos ou ruminações. Um dos ganhos que esta tarefa traz é a experiência de agência que o cliente tem no processo de gerar estes sentimentos. Ao convidar a pessoa a mudar de cadeira, podem emergir, ser simbolizadas e expressas experiências mal adaptativas primárias. Neste processo, a expressão das necessidades existenciais é muito importante. Isto permite o processo de transformação na parte do self que anteriormente culpava, interrompia ou assustava. As emoções transformadoras adaptativas podem emergir neste processo. A EFT oferece um trabalho de cadeira diferente para cada processo (ver Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021):

1. Culpa: trabalho com duas cadeiras
2. Autoexploração (Ansiedade dividida)
3. Autointerrupção
4. Ruminação/processo obsessivo

TRABALHAR COM AS EMOÇÕES PRIMÁRIAS

O trabalho de cadeira com o outro significativo é a tarefa mais emblemática para o trabalho de luto complicado em EFT (Sharbanee & Greenberg, 2022). Numa cadeira vazia, a presença do outro significativo é facilitada, para que o cliente possa aceder e expressar as emoções que surgem quando em contacto com o falecido (Elliott & Greenberg, 2021). O objetivo é aceder e diferenciar as emoções adaptativas e, se necessário, trabalhar com as emoções mal adaptativas primárias. Para este fim, se congruente com a formulação do caso, momento a momento, é normalmente sugerido ao cliente ocupar a cadeira do outro, e a partir dessa posição, *enact* (ser) o outro negativo, veiculando a sua mensagem (por exemplo, envergonhar ou deixar sozinho) para o eu experiencial da outra cadeira. Isto facilita, quando o cliente muda de cadeira, o acesso às emoções nucleares crónicas. Neste ponto, é crucial simbolizar e expressar estas emoções, para que possam ser processadas produtivamente. Nas fases posteriores desta tarefa, facilitamos a emergência de emoções adaptativas (Elliott & Greenberg, 2021).

CONSOLIDAÇÃO DA NARRATIVA:

O processo terapêutico de acesso às emoções primárias adaptativas e de transformação de emoções primárias mal adaptativas pode ser consolidado em narrativas que reúnem elementos da história pessoal, do passado e do futuro antecipado, resultando num novo sentido de identidade (Cunha et al., 2016). Mas a reflexão e a reconstrução narrativa requerem anteriormente que a dor do luto seja sentida, como mencionamos anteriormente.

Quando a pessoa sente plenamente a sua emoção primária, é capaz de articular a necessidade nela imbuída, e sente o direito de ter essa necessidade satisfeita ou pelo menos descobrir aquilo por que ansiou. Esta articulação de necessidades permite-nos sentir novas emoções adaptativas, tipicamente compaixão e raiva assertiva. Para nos despedirmos, temos de dizer e sentir tudo o que estava desarticulado e implícito nas nossas emoções. Todos os momentos significativos de mudança estão ancorados em encontros experiencialmente vívidos com o eu e os outros, e não em comentários terapêuticos, interpretações ou instruções, ainda que estes tenham um papel importante numa fase posterior para a consolidação de uma nova auto narrativa integrada (Neimeyer et al., 2009).
Neste processo de consolidação da elaboração da dor, construindo novas narrativas de identidade, podemos avançar para a tarefa de reconstrução

do significado (Elliott & Greenberg, 2021) e a tarefa de exploração empática (Elliott et al., 2004).

Observações finais

Como um modelo humanista, processo-experiencial, a abordagem EFT requer o desenvolvimento de um ambiente relacional específico, caracterizado por um psicólogo que está plenamente presente ao outro e em sintonia com o processamento emocional de fluxo dinâmico que é característico da experiência do cliente. A EFT ajuda os clientes enlutados a desbloquear processos de interrupção e a entrar em contacto com as emoções primárias. Neste processo, os psicólogos facilitam o acesso, a simbolização, a expressão e a regulação das emoções principais dos clientes. Por vezes, este processo envolve a transformação de feridas nucleares, tais como medo de trauma, vergonha, ou solidão e abandono. Na maioria dos processos, o psicólogo testemunha a dor devastadora de uma perda irrevogável que a morte traz consigo. No entanto, os psicólogos também testemunham os recursos dos pacientes, o que provoca profundas emoções adaptativas também no psicólogo: tristeza e compaixão perante a vulnerabilidade, alegria perante a cura, ou admiração perante o desdobramento dos recursos que os clientes colocam em prática e os guiam de volta à vida.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O LUTO APÓS A PANDEMIA POR COVID-19

O modelo cognitivo parte da premissa que os seres humanos são orientados por processos cognitivos. Uma conceptualização cognitivo-comportamental do luto complicado (LC) pressupõe a apresentação de três *processos centrais* que são cruciais para o seu desenvolvimento e manutenção: a) integração insuficiente da perda na base de conhecimentos autobiográficos, b) crenças globais negativas e interpretações erradas das reações de sofrimento, e c) o uso de estratégias ansiosas e depressivas de evitamento (Boelen et al., 2006b). Estes três processos são importantes, uma vez que cada um deles contribui para os diferentes resultados clínicos que constituem o LC. Uma conexão insuficiente entre a realidade da perda e a base de conhecimentos autobiográficos geram sintomas-chave do LC, tais como descrença, lembranças involuntárias e comportamento de verificação. As crenças globais negativas geram ansiedade, raiva, culpa e outras emoções associadas ao LC e as interpretações erradas das reações de luto geram desconforto e medo. Por sua vez, as estratégias ansiosas e depressivas de evitamento, alimentam o entorpecimento, o afastamento da realidade e as dificuldades em imaginar uma vida significativa (Boelen et al., 2006b; 2007). Esta conceptualização do LC oferece um enquadramento desta problemática que permite gerar hipóteses sobre os mecanismos subjacentes ao LC e, subsequentemente pode orientar a intervenção terapêutica.

Para efeitos deste manual, utilizaremos esta conceptualização do LC, bem como a investigação realizada pelo psicólogo holandês Paul Boelen e colegas sobre a Terapia Cognitiva Comportamental para o tratamento de luto complicado transdiagnóstico de adultos em terapia individual (Boelen et al., 2006b; 2007). Este trabalho constituirá um ponto de partida para a compreensão de como a TCC pode ser utilizada na terapia com indivíduos enlutados durante a pandemia de COVID-19 e onde há necessidade de trabalhar, terapeuticamente, para prevenir o LC. Tal como apresentado no capítulo 2 deste manual, as circunstâncias e restrições específicas em torno da morte e o morrer durante a pandemia de COVID-19 tiveram um grande impacto na experiência de luto no sul da Europa. Por conseguinte, uma abordagem cognitivo-comportamental para prevenir o LC pós-pandémico, terá de ter em consideração estes aspetos específicos do luto na era da COVID-19. Intervenções cognitivo-comportamentais, incluindo exposição, reestruturação cognitiva, e ativação gradual foram consideradas eficazes no alívio de reações de luto complicadas na investigação conduzida antes da pandemia COVID-19 (ver Johannsen et al., 2019; Bryant et al., 2017; Currier et al., 2010; Boelen et al., 2007).

Insuficiente integração da perda na base de conhecimentos autobiográficos

Uma característica chave do LC é que os enlutados recordam constantemente a pessoa que perderam, no entanto, a separação absoluta e a finalidade da perda parece irreal e as recordações desta realidade continuam a criar dor e angústia intensas (Boelen et al., 2006b). Na TCC este fenómeno é explicado propondo que a separação não é suficientemente compreendida e integrada na base de conhecimentos autobiográficos. A informação da perda não foi incorporada na memória existente, o que explica porque é que a dor emocional não diminui com o tempo. Ao trabalhar para evitar o desenvolvimento de uma dor complicada, poderá ser útil ajudar os clientes a compreender, aceitar e integrar a sua perda na sua base de conhecimentos existente e na narrativa da vida. Este aspeto pode, contudo, ser particularmente desafiante para os enlutados durante a COVID-19. Para muitas pessoas enlutadas, a incerteza sobre os acontecimentos em torno da morte foi uma característica chave, tornando a narrativa da perda particularmente difícil de compreender e de incorporar no conhecimento existente (Boss et al., 2021). Além disso, quando a morte é traumática, as memórias são muito difíceis de incorporar no conhecimento autobiográfico existente (Boelen et al., 2006b), o que mais uma vez coloca o luto durante a COVID-19 em risco de ser particularmente difícil de processar (Testoni et al., 2021).

Um aspeto chave dos pacientes que sofrem de reações complicadas de luto é a utilização do evitamento como estratégia para manter à distância os sentimentos dolorosos e a realidade da perda. Portanto, tratar este aspeto do luto prolongado exige enfrentar a realidade da perda e envolver-se com pistas internas e externas ligadas à realidade da morte (Boelen et al., 2007). Na TCC, o método utilizado para este fim é a exposição. Ao trabalharem para evitar o desenvolvimento de luto complicado, os clientes que parecem confiar na utilização do evitamento como estratégia de sobrevivência, podem beneficiar da exposição.

A exposição envolve o confronto (gradual) com estímulos internos e externos relacionados com perdas, tais como memórias, objetos e situações, que têm sido evitadas pelos enlutados (Boelen et al., 2021). O objetivo é integrar a perda na memória autobiográfica e aumentar a conectividade na narrativa de vida da pessoa. Os exercícios de exposição geral incluem recontar as circunstâncias da perda, para articular e elaborar as consequências da perda para o próprio, o para

o futuro, e para a relação com o falecido, e experienciar e expressar a angústia da separação associada a esta realidade (Boelen et al., 2021). As intervenções e métodos aplicados nesta fase visam ajudar o falecido a relacionar-se e a compreender, tanto com o cérebro como com o coração, que o falecido está morto e não regressa. O objetivo aqui é o de poder chegar a um acordo sobre a finalidade da perda. Na terapia, é da maior importância que o psicólogo seja empático e atencioso e crie um espaço seguro que permita ao enlutado explorar estes aspetos dolorosos e difíceis (Boelen et al., 2007).

INICIAR A INTERVENÇÃO

A terapia de exposição baseia-se na noção de que evitar as recordações da perda é um fator-chave que contribui e mantém o luto complicado e que, para que a recuperação ocorra, é importante que os clientes enfrentem, gradualmente, essas recordações e elaborem as implicações da perda (Boelen et al., 2007). Ao iniciar a terapia, é importante explicar este racional aos enlutados, para que eles compreendam o objetivo do confronto, muitas vezes doloroso. Em algumas intervenções de TCC no luto, é pedido ao enlutado que conte a história da sua perda nas primeiras sessões, para que o psicólogo possa identificar aspetos da perda que são particularmente angustiantes. São identificados tanto estímulos internos, como memórias e pensamentos, como estímulos externos, como lugares e pessoas que tendem a evitar.

Este relato inicial da história da perda dá informações sobre os três processos centrais:

a) integração insuficiente da perda na base de conhecimentos autobiográficos;
b) crenças globais negativas e interpretações erradas das reações de luto;
c) utilização de estratégias ansiosas e depressivas de evitamento.

Consequentemente, permite ao psicólogo criar hipóteses sobre quais são os aspetos mais críticos no processo de luto e onde a terapia se deve concentrar (Boelen et al., 2006b, Boelen et al., 2007).

Na terapia, a exposição por imaginação a tópicos relevantes de conversação, que podem promover a aceitação da realidade, podendo ter impacto em diferentes aspetos:

MUDANÇA DA AUTO-IMAGEM E IDENTIDADE DO ENLUTADO

As conversas em terapia podem concentrar-se em como a pessoa enlutada se vê agora a si própria e como é que o "novo eu" se parece. Para que o enlutado aceite que existe uma nova versão de si mesmo, deve aceitar que perdeu uma pessoa importante na sua vida e, portanto, aceitar a morte. Isto poderia ser conduzido através da exploração da mudança de autoimagem e da identificação dos papéis e responsabilidades na família ou em relação à rede social mais ampla. O que significa passar de fazer parte de um casal a estar agora sozinho num contexto social? Muitas vezes, as pessoas enlutadas dizem que se sentem como se tivessem perdido parte de si próprias - pode ser útil pôr isto em palavras, bem como validar essa experiência. Para os indivíduos enlutados durante a COVID-19, pode haver a noção de que a pandemia teve um impacto fundamental nas suas vidas e identidade. Através da perda de um ente querido, mas talvez também devido a outras perdas, por exemplo, os seus empregos, estabilidade financeira, confiança nas autoridades e mudanças nas redes sociais (Kokou-Kpolou et al., 2020), aumentando o nível de complexidade na aceitação de uma autoimagem alterada.

PLANOS E EXPECTATIVAS PARA O FUTURO

Na terapia, o falecido pode refletir sobre sonhos e planos para o futuro, possíveis mudanças nas circunstâncias financeiras e práticas, e situações em que o falecido estará 'desaparecido'. Falar sobre o futuro significa aceitar que será um futuro

sem a pessoa amada e, portanto, aceitar a morte. Pode também haver necessidade de falar sobre 'o que não conseguimos fazer', 'o que não nos foi dito', e/ou conflitos não resolvidos. Durante a pandemia COVID-19, muitos entes queridos foram perdidos sem aviso prévio ou tempo para dizer adeus. Este aspeto de 'assuntos inacabados' pode complicar gravemente o processo de luto, gerando culpa por não estar ao lado do ente querido ou raiva por ser impedido de o estar (Albuquerque et al., 2021; Cipolletta et al., 2022; Mencacci & Salvi, 2021; Testoni et al., 2021).

RELAÇÃO COM O FALECIDO

A terapia pode abordar quem foi o falecido como pessoa, o que mais sente falta, e o que pode não sentir falta. Ao falar sobre a pessoa e memórias no passado, isto confronta o enlutado com o estar no presente sem a pessoa amada. O psicólogo pode perguntar sobre exemplos de momentos quotidianos e como o falecido pode ter um papel na vida da pessoa enlutada, por exemplo, através de rituais, memórias, conversas com outras pessoas sobre o falecido, etc. A reestruturação da relação requer alguma forma de aceitação e isto pode ser difícil, se o luto parecer ambíguo devido, por exemplo, ao facto de não se ter despedido da pessoa amada devido a restrições de emergência pandémica. Isto precisa de ser reconhecido e, talvez, um ritual ou cerimónia para assinalar a morte nesta fase posterior possa ser útil para o cliente dizer o último adeus (Menichetti-Delor et al., 2021).

AS EMOÇÕES DOLOROSAS

Emoções dolorosas podem ser evitadas pelo luto porque são recordações da perda. Na terapia, as conversas podem concentrar-se nos sentimentos que estão a perturbar o enlutado. Como são vividas e como podem os enlutados lidar com elas? É possível que o enlutado apenas 'fique com' os sentimentos, espere e os deixe passar? Há emoções de que a pessoa enlutada tem medo ou talvez vergonha? Será que os sentimentos estão associados a memórias, medos sobre o futuro, a temas existenciais como a solidão e a vida sem sentido? Estudos de enlutados na pandemia COVID-19 descobriram que níveis mais elevados de angústia psicológica, tais como raiva, culpa e vergonha se entrelaçaram com a sua visão da pandemia (Gullo et al., 2022). Se os enlutados conseguirem uma melhor compreensão dos seus sentimentos e tiverem a oportunidade de os exprimir, em vez de os reprimir, isto poderá ajudar a iniciar um processo de ajustamento.

A fim de trabalhar com estímulos externos, tais como evitar lugares físicos, objetos e pessoas, a exposição in vivo pode ser introduzida juntamente com a exposição por imaginação através da conversação. Para os enlutados durante a pandemia isto poderia ser visitar o hospital onde o ente querido morreu ou procurar mais informação junto do pessoal do hospital que esteve com o ente querido nas horas finais. Poderia ser visitar lugares que lembrem ao enlutado a pessoa que perdeu. A exposição in vivo pode ser esmagadora para o enlutado. É fortemente encorajada uma abordagem gradual, permitindo o confronto primeiro com os aspetos menos perturbadores e a aproximação gradual aos lugares e objetos mais angustiantes. Será importante manter um contacto próximo e uma verificação contínua do cliente para garantir que a exposição não está a causar demasiada angústia (Boelen et al., 2006b). Gradualmente, a terapia de exposição deverá permitir aos enlutados compreender e confrontar a realidade da perda e incorporar a perda na sua história de vida.

Crenças globais negativas e interpretações erradas das reações de luto,

Perder um ente querido pode dar a sensação de ter a sua compreensão do mundo virada do avesso - já não faz sentido, e os seus alicerces existenciais foram abalados. Isto pode criar crenças globais negativas sobre si próprio, sobre os outros e sobre o futuro, que são consideradas particularmente

críticas no desenvolvimento e manutenção de reações de luto complicadas. Ao trabalhar para evitar o desenvolvimento de reações de luto complicadas, explorar e abordar potenciais crenças negativas e interpretações erradas pode ser útil. Interpretações erradas catastróficas das reações de luto contribuem para a perda de controlo, angústia e, como resultado, os enlutados usam frequentemente estratégias de evitamento a fim de minimizar os sentimentos e pensamentos da perda. Estes dois processos cognitivos, por sua vez, suscitam fortes emoções negativas, tais como raiva, culpa e medo (Boelen et al., 2006b). Durante a pandemia, a adaptação de crenças globais negativas pode ter sido um desafio para os enlutados. Muitos sofreram múltiplas perdas e fatores de stress. Não só perderam um ente querido, como também podem ter perdido o seu sustento, a sua fé nas autoridades, na sua rede social, etc. (Cipolletta et al., 2022; Gullo et al., 2022). A fim de se adaptar a estas perdas e à vida quotidiana sem o falecido, é importante trabalhar no restabelecimento de um sentimento de autoconfiança e confiança noutras pessoas, na vida e no futuro, envolvendo-se com a perda e aceitando os pensamentos e sentimentos associados (Boelen et al., 2006).

Utilizando a TCC, uma forma de trabalhar para restabelecer a confiança global é através da reestruturação cognitiva (RC). A RC visa identificar e desafiar as cognições mal-adaptadas que impedem o confronto com a realidade da perda e o envolvimento com o futuro, e mantêm emoções negativas e comportamentos inúteis (Boelen et al., 2006b; Boelen et al., 2021). Os conhecimentos mal-adaptados incluem conhecimentos negativos sobre o eu, o significado da vida, e o futuro, bem como interpretações erradas e catastróficas das reações de dor. Especificamente, após perdas traumáticas (tais como muitas das que ocorreram durante a pandemia COVID-19), o sentido do mundo como um lugar seguro, previsível e algo controlável é desafiado (Boelen et al., 2021). O objetivo na terapia passa por aumentar a confiança nas capacidades da pessoa em luto para lidar com a vida e para dominar, por exemplo, novas tarefas que o falecido costumava fazer ou estabelecer novas relações. Além disso, a terapia pode concentrar-se em encorajar o enlutado a procurar conforto nas relações com os outros, bem como aceitar experiências de fracasso e desapontamento dos amigos e família após a perda, para que estas experiências negativas não criem afastamento e isolamento social. O objetivo da reestruturação cognitiva não é ajudar os pacientes a pensar positivamente ou convencê-los de que os seus conhecimentos estão errados. Em vez disso, o objetivo é ajudá-los a aceitar que a perda destruiu alguns aspetos que anteriormente eram certezas e que, é importante alterar crenças mal-adaptadas em crenças úteis, refletindo confiança e esperança, a fim de aceitar a perda e avançar (Boelen et al., 2021).

No primeiro processo central, foi introduzida a exposição por imaginação, em que o enlutado começa por contar a história da perda. A exposição por imaginação é também um aspeto importante para a identificação e para o tratamento de cognições negativas. A narrativa da perda do enlutado fornece informações importantes sobre as cognições negativas em torno do evento que levou à morte ou à incapacidade de lidar com sua nova situação de vida (Boelen et al., 2006). Pode estar presente, por exemplo, uma responsabilidade exacerbada do enlutado com um parente afetado pela COVID-19 e subsequente culpa por, propositadamente, ter causado a sua morte (Boelen et al., 2021).

Nas sessões terapêuticas, o enlutado e o psicólogo podem explorar e abordar cognições e pressupostos negativos que contribuem para problemas de autoconfiança, confiança nos outros, e visões negativas da vida e do futuro. Por exemplo:

FALTA DE AUTOCONFIANÇA E AUTO-IMAGEM NEGATIVA

Algumas pessoas enlutadas pensam e temem que não serão capazes de lidar com a sua dor ou com a vida sem o falecido. Elas não acham que serão capazes de sobreviver, ou que serão capazes de servir os outros. Além disso, podem debater-se com sentimentos de pesar que são demasiado avassaladores para poderem enfrentar.

FALTA DE CONFIANÇA NOS OUTROS

A falta de confiança nos outros pode ser uma forma de culpar os médicos e outros profissionais de saúde por não fazerem o seu trabalho suficientemente bem durante a COVID-19. Também pode tratar-se de episódios de deceção com membros da família e da rede de suporte. Sentir-se esquecido durante a pandemia e a sua perda não reconhecida pela sua rede após o levantamento das restrições.

FALTA DE FÉ NA VIDA E ESPERANÇA NO FUTURO

Algumas pessoas enlutadas pensam que a vida agora não tem sentido e que o futuro é sombrio e assustador. A pandemia pode ter trazido múltiplos fatores de stress às suas vidas e é difícil ver como a sua vida pode, de alguma forma, ser boa e significativa novamente. As esperanças e planos para o futuro estavam ligados à vida com o falecido, e essa vida já não é possível.

Nas conversas de apoio, os pensamentos negativos podem ser desafiados e alterados através do diálogo socrático, identificação de distorções negativas e mudança para pensamentos alternativos mais úteis.

DIÁLOGO SOCRÁTICO

Trata-se de questionar os pensamentos negativos e inúteis de uma forma curiosa e exploratória, de modo a promover a reflexão sobre em que medida estes pensamentos são verdadeiros e úteis. Por exemplo:

Pergunte sobre provas que sustentam os pensamentos negativos

> *"O que é, exatamente, que o leva a pensar que a culpa é sua ___ ter morrido de COVID?*
>
> *"Diz que nunca mais serás feliz, será que esse pensamento é verdadeiro?*
>
> *Quais são as provas disso"?*

Perguntar sobre provas que vão contra os pensamentos negativos

> *"Fala de que foi por sua culpa que ___ morreu. Há alguma prova contra isso"?*
>
> *"A vida já não tem sentido. Haverá algo que contradiga esse pensamento?"*

Fazer perguntas sobre lógica

> *"Está convencido de que deveria ter estado com ___ quando ele morreu no hospital sozinho. Fale-me um pouco de como o poderia ter feito".*
>
> *"Diz que não pode contar com ninguém, mas também diz que o seu filho esteve ao seu lado o tempo todo. As duas afirmações serão verdadeiras"?*

DISTORÇÕES NEGATIVAS

As distorções cognitivas negativas são padrões de pensamento que perpetuam conceitos e pressupostos errados que não são lógicos ou úteis. Em conversação, o psicólogo e o cliente examinam em conjunto se estes estão presentes nos padrões de pensamento dos clientes:

Sobregeneralização: tirar conclusões gerais numa base frágil

> *"Nada me pode fazer feliz agora"*

Personalização: explicar o resultado de uma situação com base nas próprias falhas ou insuficiências

> *"A culpa é minha por ela ter morrido"*

Catastrofização: Avaliação negativa extrema de situações desagradáveis

> *"Se eu encontrar alguém que conheço, vou completamente a abaixo"*

Se o psicólogo e o cliente tomarem consciência de distorções cognitivas negativas, estas podem ser desafiadas usando questões socráticas (como instruído acima). É importante que o psicólogo continue a ser um explorador, curioso e reflexivo, bem como apoiante. O psicólogo deve mostrar aceitação das distorções cognitivas negativas, uma vez que estas foram desenvolvidas como resultado de uma experiência devastadora que virou as certezas anteriores da vida de 'pernas para o ar' (Boelen et al., 2006b).

IDENTIFICAÇÃO DE PENSAMENTOS ALTERNATIVOS

Uma vez identificados e discutidos pensamentos ou padrões de pensamento negativos e inúteis, o passo seguinte é ajudar o cliente a encontrar pensamentos alternativos e mais úteis. Ou seja, pensamentos que não mantêm os enlutados presos numa dor estagnada e sofrida, mas que são mais matizados, e que conseguem ser tanto descritivos de como o cliente se sente, como também esperançosos. É importante que as ideias alternativas sejam realistas e credíveis, como por exemplo:

> *Antes: "Nunca mais voltarei a ser feliz".*
>
> *Alternativa: "Ainda estou muito triste, mas opto por acreditar que posso ser feliz novamente um dia".*

> *Antes: "Eu devia ter evitado a sua morte".*
>
> *Alternativa: "Gostava de ter podido fazer mais".*

> *Antes: "Não suporto viver sem ele".*
> *Alternativa: "Vai ser difícil continuar a viver sem ele. Farei o melhor que puder".*

Os pensamentos alternativos são construídos de forma colaborativa entre o cliente e o psicólogo. Esta pode ser uma tarefa difícil e é importante não avançar demasiado depressa. O objetivo é encontrar pensamentos alternativos que sejam menos negativos e mais úteis. Não se trata apenas de pensar mais positivamente, mas sim de encontrar pensamentos que sejam realistas, lógicos e úteis para reduzir os sentimentos negativos e dar esperança para o futuro. Com a prática, o enlutado aprende a tomar consciência e a ser capaz de desafiar pensamentos e suposições inúteis que surgem.

A utilização de estratégias ansiosas e depressivas de evitamento

Os procedimentos de exposição introduzidos em secções anteriores são úteis para que os enlutados se envolvam com estímulos que tornem a perda uma realidade e, assim, enfrentem as estratégias ansiosas de evitamento. Quando as estratégias ansiosas de evitamento se manifestam numa tentativa de manter uma ligação inalterada com o falecido, isto pode ser abordado em conversa com o psicólogo. Uma hipótese poderia ser que a incerteza em torno da morte, a falta de rituais, apoio social após uma perda durante a pandemia pode torná-la irreal e aumentar as estratégias de evitamento ansiosas (Fisher et al., 2022). Juntamente com o psicólogo, a pessoa enlutada pode examinar quais os efeitos para o cliente de evitar a perda a curto e a longo prazo. Por exemplo, a curto prazo o enlutado pode evitar sentir a dor e a longo prazo, o enlutado não se adapta a uma vida sem a pessoa que perdeu, com todas as implicações que isto pode ter (Boelen et al., 2006b). Lentamente, numa abordagem passo a passo, o enlutado é encorajado a reduzir o comportamento compulsivo (por exemplo, não dormir na cama que foi partilhada por um marido

falecido). A redução dos esforços para manter uma relação inalterada com o falecido irá muito provavelmente causar dor e sofrimento, logo o psicólogo precisa de conhecer e acomodar este aspeto em terapia (Boelen et al., 2006b).

Para as pessoas enlutadas que sofram de evitamento depressivo, é encorajada a ativação comportamental que aumenta o humor e a qualidade de vida (Boelen et al., 2021). Durante a pandemia, o distanciamento social interrompeu a interação social e as atividades de lazer, dificultando o acesso dos enlutados ao apoio social que é um moderador chave no impacto do luto (Burke & Neimeyer, 2012; Stoebe et al., 2005). Por conseguinte, pode haver uma necessidade ainda maior de ajudar os doentes a aumentar gradualmente o seu envolvimento em atividades habituais que promoviam alegria, significado e realização antes da perda ocorrer. Caso a dependência mútua com o falecido fosse forte, a ênfase deve ser colocada em encontrar novas atividades e envolver-se em novas funções não relacionadas com o falecido. Para ajudar os enlutados a avançar, devem ser ajudados a tomar consciência dos valores pessoais e dos objetivos subsequentes, que pretendem atingir, e estabelecer passos para os alcançar (Boelen et al., 2021).

As atividades poderiam incluir:

- Contacto social com amigos e familiares
- Voltar ao trabalho ou à educação, encontrar trabalho voluntário
- Atividades desportivas e de lazer (por exemplo, clubes e associações)
- Hobbies e outros interesses (por exemplo, ler, ouvir música, tocar música, fazer caminhadas, etc.)

O psicólogo pode explicar que a atividade e o estado de espírito estão ligados. Ou seja, se se envolver numa atividade de que gosta, normalmente sentir-se-á melhor e menos mal-humorado do que se não fizer nada (por exemplo, sentar-se em casa sozinho). O psicólogo pode perguntar se o cliente pode reconhecer isto a partir de experiências anteriores.

Ao falar com o cliente sobre o envolvimento em atividades, pode ser útil falar sobre alguns dos possíveis obstáculos que o cliente está a enfrentar para se envolver novamente na vida quotidiana. Estes podem variar desde a experiência de falta de energia, problemas de concentração, falta de desejo, preocupação em lidar com a perda ou sentir-se triste, até à incerteza sobre como os outros irão reagir e medo de ter de falar com os outros sobre a perda. Estes podem refletir uma falta de autoconfiança e de confiança nos outros, bem como pressupostos pessimistas sobre como será benéfico envolver-se em atividades. A vida pode ter mudado drasticamente como resultado da pandemia e o encorajamento precisa ser feito pelo psicólogo para apoiar o re-envolvimento com o mundo. É aqui que se volta à segunda tarefa, para além de se concentrar na abordagem de resolução de problemas dos obstáculos. Pode ser bom começar com pequenas atividades manejáveis e depois ver como corre e se se sente como benéficas. Por exemplo, encontrar-se sozinho com um amigo antes de regressar ao clube de futebol. Ou começar a trabalhar alguns dias por semana antes de regressar a uma semana de trabalho completa.

A tentativa de atividades face a uma grande perda pode ser vista como exaustiva, inútil e trivial. Seja compreensivo, mas depois tente motivar o cliente a tentar atividades de qualquer maneira, como uma distração do luto e tristeza, e numa tentativa de integrar o luto na vida que avança.

Se o cliente tiver dificuldade em pensar numa atividade ou não conseguir enfrentar a necessidade de voltar a empenhar-se, perguntas simples como estas podem ajudar:

Que interesses/hobbies tinha antes de __ morrer?

Quais as atividades que o faziam feliz?

Que interesses partilha com outros na sua rede?

Se não se sentisse tão triste e cansado, o que poderia querer fazer?

Há alguém que o possa ajudar a voltar ao trabalho?

O que é que acha que ___ o encorajaria a fazer?

Alguns clientes pensam que precisam de se sentir melhor e ter mais energia antes de poderem retomar as atividades, mas na realidade é muitas vezes o contrário. Começar a fazer algo, ou seja, envolver-se em atividades, por mais pequenas que sejam, pode ajudá-los a sentirem-se melhor.

Como já foi dito, a estratégia é começar em pequena escala, aumentando assim a possibilidade de que a experiência da atividade seja positiva. Depois, a autoconfiança e confiança do cliente nos outros é reforçada e a coragem para se envolver ainda mais. Se a experiência não for positiva, a razão para tal pode ser discutida e outra atividade pode ser implementada e testada.

Os exercícios de ativação comportamental têm lugar entre sessões e pode ser útil pedir ao cliente que escreva como correu. Por exemplo, o cliente pode escrever uma breve descrição da atividade, quando e onde teve lugar, como foi, e como o cliente se sentiu antes, durante, e depois da atividade.

O aumento do comportamento saudável visa os três processos centrais, uma vez que confronta a irreversibilidade da separação, gera experiências que vão contra as crenças globais negativas, e para a espiral descendente do evitamento depressivo (Boelen et al., 2006b).

UMA ABORDAGEM TERAPÊUTICA ECLÉTICA NO LUTO APÓS A COVID-19

Os métodos eficazes de tratamento do luto são tipicamente fundamentados na teoria cognitivo-comportamental, mas utilizam frequentemente uma abordagem eclética na escolha de métodos e ferramentas terapêuticas (por exemplo, Boelen & Smid, 2017; Bryant et al., 2017; M. K. Shear et al., 2014, 2016; Wagner et al., 2006). Estes métodos e ferramentas incluem a psicoeducação sobre o luto, por exemplo, usando o Modelo de Processo Dual no Luto (DPM; Stroebe & Schut, 1999, 2010), exposição, reestruturação cognitiva, ativação comportamental, recontar o momento da morte e diálogo imaginário com o falecido.

Esta secção foi inspirada pela intervenção realizada no Centro Nacional Dinamarquês para o Luto (DNCG). O DNCG tem mais de 20 anos de experiência na condução de terapia de luto com crianças e jovens (até aos 28 anos de idade). O centro faz uso de uma abordagem psicoterapêutica eclética integrada que consiste numa integração de modelos teóricos e terapêuticos que abordam diferentes áreas nos processos de luto. Na prática, a terapia faz a ponte entre o modelo de processo Dual, a psicodinâmica, a vinculação, a narrativa, as abordagens cognitivas e existenciais. Também se inspira em elementos-chave da terapia baseada na mentalização e focada nas emoções valorizando a atitude terapêutica. Esta abordagem permite abordar questões complexas e adequar as intervenções às necessidades individuais dos clientes.

O Modelo de Processo Dual (MPD) representa uma pedra angular dos alicerces teóricos específicos da intervenção no luto. É também utilizado ativamente na terapia por psicoeducação. A forma como o MPD é utilizado para compreender o processo de luto individual e as necessidades de tratamento, será apresentada a seguir. Após esta secção, seguir-se-á uma breve introdução a algumas das abordagens teóricas mais centrais.

O Modelo de Processo Dual: O Luto como Processo Dinâmico e Complexo

Como mencionado acima, a base teórica específica do luto para o tratamento assenta no MPD (Stroebe & Schut, 1999, 2010). De acordo com este modelo, os psicólogos assumem a noção de que a dor, no seu âmago, é um processo dinâmico e complexo. A pessoa em luto precisa de abordar tanto os processos orientados para a perda como os processos de reorganização para se poderem ajustar e integrar a perda na sua vida. Ou seja, o enlutado precisa, por um lado, de enfrentar e experienciar os difíceis sentimentos dolorosos associados à perda; aprender a aceitar que o falecido está de facto morto; e estabelecer um novo e diferente tipo de ligação contínua (*continuing bonds*) com o falecido - o trabalho orientado para a perda (Stroebe & Schut, 1999). Ao mesmo tempo, o falecido deve encontrar uma forma de abraçar e adaptar-se às mudanças da vida quotidiana associadas à perda. Isto inclui, entre outras coisas, aprender coisas novas; encontrar soluções para desafios práticos; estabelecer novos papéis, identidade e relações independentes do falecido; e continuar o seu desenvolvimento pessoal - o trabalho de reorganização (Stroebe & Schut, 1999). O MDP explica que, idealmente, a pessoa de luto oscila entre os dois processos. Fornece um mecanismo de dosagem que facilita o confronto dos vários processos e desafios em porções geríveis, de modo que o ajustamento global possa ter lugar pouco a pouco. No decurso da terapia, este importante processo de ajustamento à perda é explicado aos clientes através da psicoeducação. Isto tende a aumentar a compreensão dos clientes sobre as suas próprias experiências, bem como a apontar onde podem ter ficado presos no processo de luto. Também parece útil para os clientes aprenderem que o luto não tem data de

expiração, mas que o seu luto se tornará mais controlável com o tempo.

O facto de o luto ter lugar num contexto cultural com normas e expectativas de como se vive o luto, e que isto tem impacto na experiência de luto, é também explicitamente abordado no decurso do tratamento. Obviamente, o contexto pessoal do cliente, a personalidade do enlutado, o padrão de vinculação, as estratégias de coping, os mecanismos de defesa, bem como as circunstâncias familiares e sociais, também influenciam o seu trabalho tanto com processos de perda como de restauração (Guldin, 2019).

Dentro deste entendimento do processo de luto, os psicólogos trabalham de forma flexível com os clientes, utilizando técnicas terapêuticas de várias abordagens terapêuticas (ver detalhes numa secção posterior) a fim de, entre outras coisas, encorajar a aceitação da morte, facilitar a criação de uma ligação contínua com o falecido (*continuing bonds*) enquanto ajudam o cliente a funcionar melhor na vida e estabelecer relações com outros apoiantes com vista a reforçar a esperança no futuro. A seguir, alguns dos modelos psicoterapêuticos mais centrais serão brevemente apresentados antes da introdução de três importantes áreas de luto selecionadas dentro desta abordagem.

O MODELO PSICODINÂMICO

Quando experiências dolorosas e pensamentos e emoções complexas relacionadas com o luto foram reprimidas e talvez excluídas da consciência, pode ter um poder de apreensão que pode criar vários problemas intrapsíquicos e interpessoais para os enlutados (Rubin, 1999). A tarefa da terapia é tornar o inconsciente relacionado com o falecido e o luto consciente, de modo que o enlutado ganhe maior perceção e seja capaz de melhor acomodar os sentimentos evitados e aceitar a perda. Ao fazê-lo, é dado espaço ao processo de luto. Isto é feito, entre outras coisas, concentrando-se nas relações de objeto da pessoa, ou seja, o modelo de si/outro, através da atenção à experiência de transferência em terapia, e examinando conflitos internos e defesas nos enlutados (Gullestad & Killingmo, 2007; Larsen et al., 2021;).

No que diz respeito à perspetiva das relações entre objetos, os padrões relacionais em que o enlutado entrou e as experiências com outros significativos são o foco da compreensão terapêutica. Na terapia, trabalha-se o significado que o enlutado atribui à relação com o falecido, bem como os pensamentos e sentimentos associados à perda. Quando as pessoas têm emoções complexas após uma perda (por exemplo, culpa, vergonha ou raiva), é no modelo psicodinâmico que a terapia do luto vai para além da normalização dessas emoções, mas permite uma compreensão mais profunda e matizada dos sentimentos de perda.

Quando a terapia inclui a aproximação de experiências, pensamentos e emoções evitadas relacionadas com o luto, pode ser provocada ansiedade e, portanto, suscitar defensividade. As defesas, tal como nós, como os conflitos e emoções subjacentes, são abordadas explicitamente nas sessões de terapia. A intenção é tentar desatar estes nós, frequentemente relacionais, e ajudar os enlutados a expandir a sua consciência e narrativa, a fim de reduzir a necessidade de defesa (Larsen et al., 2021; Rubin, 1999). Sentimentos de raiva dirigidos à resposta governamental inadequada durante a COVID-19, por exemplo, podem ser exacerbados numa tentativa de defesa contra sentimentos mais subjacentes e de longa data de impotência que têm sido desencadeados.

Como exemplo de trabalho da experiência de transferência em terapia de luto, a abordagem psicodinâmica utilizará as experiências de transferência e contratransferência para compreender as dinâmicas pessoais subjacentes ao cliente e explorar o impacto das mesmas na

resposta (ajustamento) do cliente à perda. Por exemplo, Rubin (1999) descreve situações terapêuticas em que o psicólogo pode experienciar estar em competição com uma pessoa falecida idealizada ou pode experienciar não 'existir' para o cliente, o que pode ser usado para compreender a representação mental da pessoa falecida, e a função do falecido para a auto-imagem do cliente - e resposta à perda (como por exemplo para comunicar "a minha mãe era perfeita, não posso viver sem ela, e vocês não me podem ajudar, porque não são perfeitos").

COMPREENDER O LUTO ATRAVÉS DA PERSPETIVA DA VINCULAÇÃO

Os padrões de vinculação dos adultos podem ser definidos como modelos mentais cognitivos, afetivos e comportamentais que envolvem estratégias de regulação e que se desdobram em relações íntimas de proximidade (George et al., 1996; Main et al., 2003). Isto significa que as experiências de infância com figuras de vinculação conduzem a certos padrões inconscientes na atenção, expectativas, regulação emocional e estratégias de ação em relação a outros significativos.

As pessoas estilo de vinculação seguro estão melhor equipadas para lidar com a perda, porque este padrão permite-lhes tolerar a separação. O processo de luto é também tipicamente menos complicado, porque é provável que reformulem a ligação emocional com os próprios falecidos de uma forma adaptativa. Em contraste, a vinculação insegura compromete o processo de luto. Cria problemas na forma como a vinculação insegura mantém a ligação emocional com o falecido (Kosminsky, 2018; Stroebe et al., 2010). Os clientes com vinculação insegura são mais frequentemente marcados pela desconfiança das intenções dos outros e têm uma auto-imagem mais negativa. Ou têm uma forte necessidade de afirmação dos outros ou são extremamente cautelosos em formar relações próximas, tornando muito mais difícil para eles construir e manter uma relação terapêutica e estabelecer um acordo sobre os objetivos e tarefas da terapia (Diener & Monroe, 2011). Assim, a compreensão do padrão de vinculação dos enlutados contribui para uma importante chave de como a pessoa é suscetível de responder à terapia e ao psicólogo (Levy et al., 2011; Larsen et al. 2021).

Na terapia de luto baseada na vinculação o psicólogo serve como uma figura de ligação transitória para ajudar os enlutados a aceitar e a adaptar-se a uma perda significativa. No processo terapêutico, a pessoa enlutada é apoiada na exploração, experimentação e tolerância dos sentimentos de luto e separação do falecido. Os problemas com a mentalização da perda são tratados, o que significa a capacidade de compreender o estado mental de si próprio e dos outros. A terapia encoraja a atenção flexível tanto para a perda como para a vida futura, de modo a que o enlutado comece a envolver-se novamente na vida sem desistir da ligação com o falecido.

De um modo geral, as abordagens de terapia de luto baseadas na vinculação abordam a história de vida da pessoa enlutada e a relação com a pessoa perdida, no contexto de uma "base segura e porto seguro" criada pelo psicólogo. Além disso, o psicólogo permite que o processo terapêutico seja guiado pelo estilo de vinculação e estratégias de autorregulação emocional do cliente (Bowlby, 1988; Daniel, 2015; Mikulincer & Shaver, 2013; Stroebe et al., 2010; Larsen et al., 2021).

O MODELO NARRATIVO

O modelo narrativo centra-se no impacto da perda sobre a identidade e auto narrativa da pessoa enlutada. Os processos narrativos criam uma sensação de significado para o indivíduo e podem assim ajudar no ajustamento após a perda (Neimeyer & Milman, 2020; Sayar & Hjeltnes, 2021). Neimeyer e Hooghe (2018) salientam que pode ser difícil "encontrar significado" numa perda, especialmente quando uma morte ocorre prematuramente, ou quando é assustadora ou violenta, ou se a nossa identidade e segurança dependiam do falecido - vários destes fatores de

risco podem ser relevantes se a morte ocorreu durante a pandemia da COVID-19. A importância de fazer sentido após o falecimento é apoiada por um estudo feito por Menichetti-Delor et al. (2021) sobre as necessidades das famílias de doentes da COVID-19 que morreram no hospital em Itália.

De acordo com Neimeyer e Hooghe (2018), a tentativa de se ajustar à perda através da afirmação ou reconstrução do significado ocorre através de dois tipos de narrativas: primeiro, a necessidade de se relacionar com a própria morte e o seu significado para o falecido; e segundo, um esforço para aceder ao passado da relação do enlutado com o falecido - isto para esclarecer questões inacabadas e (re)criar a vinculação segura (Neimeyer & Hooghe, 2018).

Através da narração de histórias, construímos a nossa identidade colocando partes de nós próprios num todo significativo que define quem somos, quem fomos, quem queremos ser. O narrador atribui significado a episódios e liga-os num enredo, mas crises existenciais, perdas ou eventos traumáticos podem levar a uma rutura narrativa, tal como a perda de um ente querido durante a COVID-19 (Riber & Lindvig, 2011; White, 2004). Em relação ao luto, o significado da perda, e a forma como uma identidade ou auto-narrativa foi afetada pela morte, pode ser explorada através de uma série de questões que podem ser revisitadas muitas vezes num processo de luto, a fim de integrar a experiência da perda numa narrativa coerente: *Como está a fazer agora? Pode falar-me de quando o seu parceiro morreu? Pode falar-me sobre a história de vida do seu parceiro? O que é que perdeu? Quem é você agora? O que é que precisa de manter também? Saiu alguma coisa de bom desta experiência para si? Como é que é o futuro que deseja?* (Kosminsky & Jordan, 2016; Neimeyer, 2012).

Objetivos específicos da terapia

Com base na revisão anterior da base teórica da terapia de luto, podemos definir objetivos globais concretos da intervenção eclética do luto. O objetivo da terapia é criar:

- Uma melhor regulação das emoções e uma melhor mentalização
- Sensibilização e capacidade de descrever sentimentos, pensamentos e ações
- Uma capacidade de reação emocional - a capacidade de responder a emoções fortes de forma adaptativa
- Oscilação flexível entre os processos de coping orientados para a perda e para a recuperação
- Capacidade de explorar e aceitar a realidade da morte
- Uma narrativa coerente de perda e auto-identidade
- Uma reorganização da ligação - Continuing Bonds
- Melhores relações/aptidões relacionais

Passamos agora a três exemplos que introduzem formas mais práticas de trabalhar em terapia.

ESCRITA DE CARTAS COMO MÉTODO NA TERAPIA DE LUTO

Desde os anos 80, a chamada escrita narrativa tem sido utilizada e estudada como um método para processar experiências stressantes e traumáticas (ver Pennebaker et al., 1988, 1990). Tem demonstrado um efeito positivo tanto no bem-estar físico como mental (Frattaroli, 2006), em parte devido ao aumento da perceção (Pennebaker, 1997), confronto com o que de outra forma se tentou evitar (Frattaroli, 2006; van der Houwen et al., 2010), e maior aceitação emocional do que aconteceu (Baum & Rude, 2013). O trabalho com a escrita narrativa é o precursor da utilização da escrita de cartas na terapia do luto e envolve a descrição de sentimentos e pensamentos profundos associados a uma experiência stressante ou traumática e à morte de uma pessoa importante.

A escrita de cartas como método fornece um quadro simples e fácil de usar para o trabalho de luto. É uma forma de estruturar o trabalho terapêutico que envolve trabalhos de casa, ou seja, contemplação entre sessões, e um método que dá ao cliente uma sensação de controlo sobre

o foco da terapia, uma vez que determinam o conteúdo das cartas. É também um método flexível que, através do foco específico das cartas, é adaptado às necessidades terapêuticas do indivíduo.

A tarefa de se sentar em casa e refletir sobre experiências, pensamentos e sentimentos em torno de um tema e ter de formular uma carta sobre o mesmo pode ajudar o cliente a trabalhar no sentido de estruturar experiências e sentimentos que de outra forma parecem caóticos e desorganizados. As experiências traumáticas dos últimos dias dos seus entes queridos podem ser decompostas e abordadas em pequenas porções, menos esmagadoras, se o cliente escrever uma série de cartas sobre diferentes temas. As cartas tornam possível processar experiências individuais e partes mais pequenas, em vez de ter de lidar com toda a história de perda de uma só vez. Com o tempo, este enfoque sobre os subelementos das experiências pode ajudar a criar uma melhor visão geral para o cliente e a ajudar a desvendar a aceitação da perda, bem como a controlar a sua própria história.

O ENQUADRAMENTO DA ESCRITA DE CARTAS

As cartas são escritas à pessoa que o cliente perdeu ou a outras pessoas importantes, quando apropriado. Não é importante o tamanho das cartas, mas sim que estas sejam pessoais, relevantes e significativas para o cliente. O psicólogo explica que a escrita das cartas é utilizada como uma ferramenta para processar experiências de perda e luto, e para evocar sentimentos e pensamentos associados à perda de uma pessoa importante nas suas vidas e o luto que a acompanha. O psicólogo pode explicar que as cartas podem ajudar a trazer maior clareza e perspetiva a situações que têm sido avassaladoras, confusas e traumáticas. Podem também ajudar a separar as emoções frequentemente emaranhadas do luto.

A carta é lida na sessão e, subsequentemente, desenvolve-se um diálogo entre o cliente e o psicólogo, no qual o psicólogo comenta, examina e faz perguntas sobre o que o cliente disse. O psicólogo destaca partes da carta que lhe pareceram particularmente importantes. O psicólogo pode falar e espelhar as reações emocionais e corporais do cliente durante a leitura e no diálogo que se segue. É aqui, no diálogo entre o cliente e o psicólogo, que se desenrola o trabalho de luto. No final do diálogo, o psicólogo e o cliente decidem conjuntamente sobre o foco da carta seguinte, um foco que é frequentemente acordado sob a forma de um título para a carta da próxima sessão.

CONSIDERAÇÕES AO UTILIZAR A ESCRITA DE CARTAS NUM CONTEXTO CLÍNICO

A escrita narrativa pode facilitar tanto o processo como os resultados da psicoterapia, conforme discutido acima. Dá aos clientes a oportunidade de trabalharem em privado, controlando a sua própria dosagem de intervenção. É de baixo custo e de fácil implementação. Além disso, a escrita narrativa tem demonstrado ser viável e tolerável numa variedade de situações difíceis, como se viu, por exemplo, no programa WET para pessoas com PTSD (Sloan et al., 2021), na utilização de narração de histórias em cuidadores recentemente enlutados (Barnato et al., 2017), em pessoas enlutadas através de mortes relacionadas com drogas em resposta a pedidos de escrita (Thatcher, 2021), e o breve programa "Writing for Recovery" testado em adolescentes refugiados enlutados afegãos (Kalantari et al., 2012). Finalmente, embora não testado empiricamente, o uso de escrita narrativa sob a forma de cartas é viável no contexto da terapia de luto, inferido pelo seu uso repetido através de tratamentos eficazes para o PGD (por exemplo, Boelen et al., 2013; Bryant et al., 2017).

No entanto, a utilização da escrita de cartas como instrumento clínico tem também as suas limitações. Por exemplo, a escrita narrativa pode resultar em aflição e desconforto imediatos (Smyth, 1998). Assim, alguns clientes podem optar por parar e não completar a tarefa da carta, se excederem a sua tolerância à angústia emocional. Alguns clientes podem ter dificuldade em compreender o valor em escrever cartas ao falecido sobre experiências perturbadoras. Aqui poderá ser útil rever alguns dos potenciais benefícios discutidos acima nesta seção.

Considerações práticas também merecem consideração ao determinar se a escrita de cartas pode ser um bom instrumento para utilizar com um determinado cliente. Por exemplo, clientes que tenham dificuldades de aprendizagem, deficiências cognitivas ou físicas ou problemas de alfabetização podem achar difícil escrever cartas e podem não ter motivação para se envolverem em atividades de escrita. Os clientes, que lutam com uma autoconsciência limitada e para os quais é difícil refletir sobre experiências, podem também não beneficiar de tarefas de escrita como descrito anteriormente, e concentrar-se na exploração de material clínico através de conversas tradicionais em sessão pode ser o melhor. Finalmente, em algumas situações, o cliente pode não ter tempo, privacidade em casa, ou a motivação para completar os trabalhos de casa. Se o psicólogo não for capaz de ajudar o cliente a resolver estes problemas, os trabalhos de escrita de cartas não são viáveis (Larsen, 2022).

TIMELINE/LINHA DO TEMPO

Outro método utilizado no DNCG, é a criação de uma linha temporal de acontecimentos importantes durante o curso da doença ou em torno da morte. Este é frequentemente utilizado como um quadro para a escrita de cartas e será apresentado na seção seguinte.

Em terapia, um bom ponto de partida para o cliente é completar uma linha temporal a fim de obter uma visão geral dos eventos que envolvem a perda, e a doença quando relevante. Isto pode ser feito no início da terapia ou mais tarde durante o curso do tratamento, quando puder haver a necessidade de uma maior visão geral do que aconteceu. Como mencionado, o luto durante a COVID-19 é caracterizado por uma sensação de confusão, desprendimento e incerteza (Cipolletta et al., 2022; Freeston et al., 2020; Mortazavi et al., 2021). A junção intencional das peças ajudará a criar uma visão geral do que é conhecido e do que ainda permanece incerto. Isto proporcionará aos enlutados uma narrativa mais forte do que aconteceu e ajudará à aceitação racional da perda. A linha temporal é ainda utilizada para decidir sobre quais as cartas que o cliente deve escrever, como os acontecimentos assinalados na linha temporal, o que indica episódios particularmente difíceis que estão atualmente a complicar o processo de luto. A linha do tempo é utilizada de forma flexível e de acordo com as necessidades dos enlutados.

Para alguns clientes, a sua educação e vida até a perda pode ter sido marcada por doença, stress familiar e/ou pessoal, o que significava que as memórias podiam ser fragmentadas e incoerentes, e o próprio sentido de identidade era experienciado como incerto. Durante a pandemia da COVID-19, aspetos e acontecimentos em torno da morte podem não ser conhecidos, e lidar com esta 'incógnita' é uma parte importante da aceitação da realidade da morte (Cipolletta et al., 2022). Ao abrir um diálogo sobre o tempo que levou à morte da pessoa amada ou à própria

morte, podem surgir novas memórias ou detalhes. O enlutado pode também ser encorajado a falar com alguém próximo ou a procurar conhecimentos junto de profissionais de saúde no hospital ou lar de idosos, onde o seu ente querido morreu durante a pandemia, a fim de o ajudar a criar uma narrativa mais coerente. A linha temporal permite ao enlutado pôr em palavras, refletir e reconsiderar experiências, sentimentos e ações que podem fornecer novos conhecimentos e explicações para as suas próprias ações e reações até à data.

Com uma melhor visão geral surge a possibilidade de se poder integrar uma representação mais completa do que aconteceu, enquanto um dos familiares estava gravemente doente ou (de repente) morreu. É importante que a pessoa se concentre nas suas próprias experiências da doença da pessoa amada quando trabalha com a linha do tempo, em vez de se concentrar no que a pessoa doente passou. Para muitos tem sido natural prestar mais atenção a como a pessoa doente se estava a sentir, em vez de como ela própria se estava a sentir.

A linha do tempo é feita no caderno do indivíduo ou num pedaço de papel. Pode ser implementada de diferentes maneiras. Alguns fazem uma linha do tempo como uma linha ou uma ilustração. Outros escrevem pontos ou fazem uma lista. Os participantes decidem sobre a forma, mas são orientados para que a linha do tempo possa incluir eventos específicos, bem como o seu significado para a pessoa. Por exemplo, eventos concretos podem ser escritos de um lado da linha e o significado dos eventos do outro lado da linha. Também pode optar por escrever eventos concretos de um lado e do outro lado uma descrição do que aconteceu na sua vida durante esse tempo, por exemplo, quem foram as pessoas mais importantes nas suas vidas durante o isolamento social/confinamento, quando começaram a reentrar na vida após a pandemia, etc.

Após a realização da tarefa, por exemplo como trabalho de casa, a tarefa será discutida com o psicólogo na sessão. No início, o cliente fala sobre os motivos para selecionar os pontos/eventos e como foi realizar a linha do tempo. Pode servir tanto para "abrir os olhos" e recordar as circunstâncias que rodeiam a morte de um ente querido, como para reativar as emoções relacionadas com o período da doença e os sentimentos que conduziram à morte e às suas circunstâncias.

Posteriormente, os pontos formulados pelo cliente na linha temporal são trabalhados com mais profundidade. É importante manter o cliente focado na sua própria experiência de circunstâncias stressantes. Pode haver experiências traumáticas que o cliente não tenha lidado, sentimentos severos de impotência e inadequação por não ser capaz de fazer algo quando a pessoa amada ficou doente ou um sentimento de culpa por não estar presente quando a pessoa amada morreu sozinha no hospital (Cipolletta et al., 2022; Testoni et al., 2021).

Trabalhar com a linha do tempo não tem necessariamente de ser feito por ordem cronológica. Pode haver pontos de impacto que tenham um peso particular e que impeçam o enlutado de sentir a importância de outros pontos de impacto. Por conseguinte, deve-se considerar se seria mais apropriado começar com o que os clientes acham mais difícil e depois trabalhar nos outros pontos a partir daí.

A UTILIZAÇÃO DE FOTOGRAFIAS

Outra abordagem quando se trabalha a aceitação da realidade da perda, é trabalhar com fotografias do falecido em terapia. Inicialmente, o cliente apresenta a fotografia da pessoa que perdeu,

mostrando e falando sobre a pessoa ao psicólogo. A pessoa falecida é o ponto focal do trabalho terapêutico, por isso faz sentido 'convidá-la' para o espaço terapêutico e estar visualmente presente através de fotografias. Em relação à escrita da carta, o cliente é instruído a olhar para a fotografia da pessoa falecida antes de escrever e ler a carta. O objetivo de olhar para as fotografias é, entre outras coisas, criar uma sensação de estar 'mais próximo' e mais ligado à pessoa falecida. Trabalhar com fotografias pode ajudar ainda mais a estimular sentimentos, pensamentos e memórias que são importantes para o trabalho terapêutico.

Alguns clientes gostam de ver fotografias e podem experimentar boas memórias e sentimentos positivos relacionados com o falecido ao relacionarem-se a partir de fotografias. Outros têm dificuldade em olhar para as fotografias do seu ente querido falecido. Têm dificuldade em enfrentar a morte e as emoções que a acompanham. Quando olham para uma fotografia da pessoa falecida, têm de enfrentar a perda e sentem o significado do facto de o falecido estar agora apenas numa fotografia e já não numa realidade física. Aqui, o cliente pode ser encorajado a olhar brevemente para a fotografia no início, e depois o psicólogo pode ajudar com uma exposição gradual e habituação de emoções dolorosas com as quais o cliente entra em contacto. Algumas pessoas falam no presente tenso quando olham para a fotografia e falam sobre o seu ente querido morto. Aqui o psicólogo pode orientar dizendo 'foi' em vez de 'é'. Isto é frequentemente experimentado como um confronto com uma realidade que o cliente resiste, mas pode ser útil para reconhecer a perda.

UTILIZAÇÃO DE FOTOGRAFIAS NA PRÁTICA CLÍNICA

Trabalhar com fotografias tem como objetivo permitir aos clientes olhar para as fotografias ao longo do tempo, de modo que estas se tornem mais uma fonte de alegria e de ligação do que uma fonte de desespero e de lembrança unilateral de tudo o que se perdeu.

Agora voltamo-nos para três aspetos comuns na terapia do luto e damos exemplos sobre como trabalhar com a escrita de cartas enquanto método em contextos terapêuticos quando se trabalha com pessoas enlutadas.

ACEITAÇÃO

O evitamento está frequentemente presente tanto nas reações de luto normativas como nas reações complicadas de luto. Como descrito acima no contexto do MPD, os enlutados oscilam entre o processo orientado para a perda e o processo orientado para a recuperação. Os problemas surgem se a pessoa enlutada se concentrar exclusivamente num processo e conscientemente ou inconscientemente tentar evitar o outro processo por completo. Por exemplo, quando a pessoa enlutada está tão sobrecarregada por emoções difíceis que se torna quase impossível lidar com a vida quotidiana. Ou quando a pessoa está tão ocupada em 'seguir em frente' que os sentimentos e pensamentos associados à perda são bloqueados e evitados. É aqui que o evitamento e, em última análise, o fracasso em aceitar a morte pode tornar-se problemático a longo prazo.

Esta dificuldade em aceitar a morte pode ser causada e mantida devido a uma série de fatores. Por exemplo, a perda pode ser tão devastadora, que confrontá-la é demasiado dolorosa e assustadora. Uma pessoa enlutada pode sentir-se incapaz de se envolver com estas emoções intensas, temendo perder o controlo se começar a envolver-se com as consequências da morte. Ou, pode haver uma sensação de que 'assuntos inacabados' se interpõem no caminho da aceitação, relacionados com a experiência de que algo não foi realizado ou não foi completado ou tratado antes da morte da pessoa. É algo com que muitos, senão todos, os enlutados sentem de alguma forma após a morte de um ente querido.

Uma série de reações emocionais complicadas pode acompanhar isto, por exemplo sentimentos de culpa, raiva e arrependimento, bem como tristeza esmagadora pelo que não foi concretizado com o seu ente querido. Tal como anteriormente explorado no capítulo 2, o luto durante a pandemia da COVID-19 foi especialmente marcado por 'assuntos inacabados', pois muitos não tiveram a oportunidade de se despedir ou ainda não se conformaram com a perda, porque muitos aspetos da morte permanecem desconhecidos. O evitamento pode, portanto, ser um aspeto agravante significativo após o falecimento durante a COVID-19.

CRIAÇÃO DE UMA NARRATIVA COERENTE ATRAVÉS DA ESCRITA DE CARTAS

Uma forma de trabalhar com a aceitação é através da escrita de cartas que permite aos enlutados reunir uma narrativa coerente da história da perda, antes e depois da mesma. A experiência da pessoa em relação ao curso da doença da pessoa falecida, quando esta estava a ser levada para o hospital, e o tempo e circunstâncias em torno da morte, são muitas vezes descritas como caóticas, confusas e 'aparentemente irreais'. As perdas durante a pandemia inscrevem-se neste cenário, onde as histórias de um ente querido da família, que foi levado para o hospital e depois nunca mais foi visto, são abundantes. Muitos aspetos dos últimos dias e horas do seu ente querido podem não ser contados, e os clientes podem ter dificuldade em reunir a sequência dos acontecimentos e qual foi a sua experiência em relação ao que aconteceu. O facto de estas experiências e eventos significativos serem tão confusos e difíceis de compreender torna difícil para uma pessoa relacionar-se, compreender e finalmente aceitar o que aconteceu (Menichetti-Delor et al., 2021).

O método de escrita de cartas pode ser uma forma eficaz de trabalhar no sentido de criar uma narrativa mais organizada em torno da experiência da perda. A pessoa pode ser instruída a escrever uma série de cartas relacionadas com o tempo que parecia particularmente caótico. Desta forma, uma narrativa pode desdobrar-se, tornando-se mais clara para os enlutados, permitindo-lhes começar a compreender e aceitar, que a pessoa que amam morreu (Larsen et al, 2020).

UMA REORGANIZAÇÃO DA LIGAÇÃO - *CONTINUING BONDS*

O conceito de laços contínuos (*continuing bonds*) foi introduzido por Klass e colegas em 1996. Com isso veio uma mudança de paradigma na compreensão do luto. O luto é agora entendido como um processo para toda a vida que não termina quando a fase final (a morte) é atingida, a última tarefa é resolvida, ou a ligação ao falecido é rompida. Pelo contrário, a perda, o luto subsequente, e uma ligação contínua significativa com o falecido devem ser integrados no self e tornar-se parte da vida da pessoa enlutada. Portanto, o processo de luto não é sobre a rutura da ligação com o falecido, mas sim sobre a internalização da relação, para que o enlutado possa levar a pessoa imaginativamente com ele para o futuro (Klass et al., 1996; Worden, 2018). A ideia de laços contínuos é vista por muitos como uma extensão da ideia básica da teoria da vinculação. Em vez de se manter a proximidade física à figura de vinculação, cria-se uma proximidade psicológica que pode proporcionar uma sensação de tranquilidade (Field et al., 2005). Por exemplo, pode ser tranquilizador para uma viúva pensar no que o seu amado marido a teria aconselhado a fazer quando confrontada com uma situação difícil, continuando assim o seu vínculo sob uma nova forma.

Quando os laços contínuos são um foco de dor, há uma tentativa de encorajar uma atenção flexível tanto para a perda como para a vida futura, de modo que os enlutados comecem a envolver-se novamente na vida sem desistir da ligação ao falecido.

FORTALECER A LIGAÇÃO CONTÍNUA ATRAVÉS DA ESCRITA DE CARTAS

A escrita de cartas narrativas pode ser utilizada como uma forma de encerramento (*closure*) e despedida da pessoa falecida na sua forma física, mas também para ajudar a promover uma ligação contínua com o falecido de uma forma psicológica, simbólica ou espiritual. Escrever diretamente ao ente querido é uma forma de os colocar ao seu alcance, permitindo uma comunicação contínua, embora simbólica. A pessoa enlutada é muitas vezes capaz de imaginar como o falecido teria respondido e pode até escrever isto como parte da carta. Assim, a pessoa enlutada pode ser instruída a escrever sobre os problemas, mas também como a pessoa falecida teria sido capaz de ajudar. Se o cliente imaginar que o falecido teria respondido com conselhos ou encorajamento, pode ser reconfortante para o cliente ser lembrado disto e das formas de manter o falecido com ele na sua vida à medida que progride. O falecido pode também ser encorajado a escrever sobre situações em que sentirá a falta do falecido, e descrever como o falecido estará 'presente', por exemplo, através de rituais em dias especiais (por exemplo, aniversários e férias), ao falar sobre o falecido (por exemplo, com netos), partilhando memórias, criando um legado e assim por diante (Larsen, 2022).

ESPERANÇAS PARA O FUTURO

Além de trabalhar para aceitar a realidade da perda e estabelecer um vínculo contínuo, outro foco relevante de tratamento pode ser trabalhar para voltar a envolver-se na vida e encontrar esperança para o futuro. Pensando no MDP, esta parte do processo de luto pertence ao processo orientado para a reorganização. O re-envolvimento na vida quotidiana, tal como ir trabalhar, ver amigos e assumir atividades de lazer prévias, pode ajudar no reajustamento da vida, e consequentemente encontrar esperança de que uma vida e um futuro sem o falecido poderá ser possível. O que pode complicar este processo, pode variar de pessoa para pessoa. Os exemplos podem ser a baixa energia ou humor, sentir-se culpado por ainda estar vivo ou temer a resposta de outras pessoas. Na terapia, é importante explorar o que pode ajudar a motivar a pessoa enlutada a retomar a sua vida anterior, mas também o que pode ser uma barreira para o fazer.

CRIAR ESPERANÇA PARA O FUTURO ATRAVÉS DA ESCRITA DE CARTAS

Na terapia, ao utilizar a escrita de cartas terapêuticas para criar um sentido de esperança para o futuro, o foco torna-se em ajudar o cliente a encontrar formas de se envolver em atividades significativas e a ultrapassar barreiras para o fazer. O psicólogo pode pedir ao cliente que escreva uma carta sobre os pensamentos e sentimentos associados ao início de uma determinada atividade. As cartas podem ser utilizadas para explorar formas de abordar a identificação de fontes de apreensão e formas de as abordar. Se a vida mudou de várias maneiras após a pandemia, isto também pode ser explorado em cartas. Que pensamentos e sentimentos estão associados ao re-envolvimento com o mundo, o que os está talvez a encorajar e o que os está a impedir. Depois de explorar os sentimentos e pensamentos, o cliente pode então realizar pequenas experiências comportamentais. Talvez o encontro com um colega de trabalho de confiança fora do local de trabalho possa ser um ponto de partida, antes de voltar ao trabalho. Depois de o cliente ter concluído a atividade, pode ser útil para o cliente escrever sobre a experiência real. Alguma coisa os surpreendeu na experiência? Talvez tenha havido um segundo em que quase perderam a coragem ou aconteceu alguma coisa, o que tornou a experiência mais fácil? Se o cliente talvez não começou a trabalhar como planeado ou falhou a sessão de treino no clube de futebol, escrever uma carta sobre essa experiência pode ser uma forma útil de obter uma maior perceção, tanto para o cliente como para o psicólogo, do que o estava a impedir de se envolver na experiência significativa. O psicólogo pode, numa base temporária, dar o apoio e incentivo, que anteriormente poderia ter sido fornecido pelo

falecido para ajudar a lidar com situações desafiantes.

Outros aspetos significativos para trabalhar na escrita de cartas quando se trata de regressar à vida após a perda, podem ser cartas sobre ter de "convidar" outras pessoas para a vida da pessoa enlutada, ou seja, ter de criar novas ou mudar relações antigas. Por exemplo, uma carta para a mãe na qual o jovem explica o que precisa agora dela após a morte do pai. Também podem ser cartas sobre a identidade da pessoa enlutada ser agora diferente, sobre ter de fazer coisas novas sem o parceiro morto, bem como cartas sobre como é para o marido ter de limpar os pertences preciosos da sua falecida esposa e as roupas favoritas, etc. O objetivo aqui é centrar-se nas consequências relacionais, identitárias e práticas da perda.

Esta foi uma breve introdução a alguns dos aspetos da abordagem eclética da terapia de luto utilizada no DNCG. Esta secção foi fortemente inspirada pelo manual terapêutico do DNCG sobre grupos abertos, que está atualmente a ser utilizado no DNCG. Para saber mais sobre a intervenção de luto do DNCG para jovens e a sua eficácia, ver Larsen, Guldberg e Kring, 2021; Harresen, Tølbøll e Larsen, 2022.

TERAPIA DE GRUPO

Este manual apresentou três abordagens teóricas para trabalhar com os enlutados, a fim de evitar reações de luto complicadas na sequência da pandemia COVID-19. As três abordagens foram apresentadas com vista a implementar terapia individual. Isto surge na sequência da meta-análise de Johannesen et al. (2019) que constatou que o efeito da intervenção de luto era maior na terapia individual do que em grupo. No entanto, isto poderia dever-se à falta de estudos RCT de intervenção de em grupo, pelo que é ainda necessária mais investigação para concluir sobre a eficácia da terapia individual versus terapia de grupo.

Historicamente, os grupos de luto têm sido utilizados durante décadas como uma forma de trabalhar com os enlutados, uma vez que oferece oportunidades únicas de divulgação, ligação empática, objetivos partilhados, e ajustamentos psicológicos tais como diminuição da angústia e sensação de isolamento social aos desafios da vida (Davison et al., 2000). Há também uma hipótese, de que para as pessoas enlutadas sob a pandemia, a terapia de grupo poderia ser particularmente benéfica, uma vez que é mais provável que tenham sofrido em isolamento e não tenham tido um ambiente social onde o seu luto pudesse ser expresso e processado. Portanto, seguir-se-á aqui uma breve seção sobre os aspetos específicos a ter em conta, quando se trabalha com grupos de luto.

Antes de mais, é essencial assegurar uma formação profissional adequada no trabalho com luto e com grupos. Espera-se que as terapias de grupo sejam conduzidas por um psicólogo experiente e com formação adicional, devido à especificidade das competências necessárias para desempenhar as funções psicológicas e à complexidade do processo emocional em grupo. Trabalho deste tipo requer que o psicólogo lide com a intimidade e represente e solicite a atitude reflexivo-analítica no grupo (Karterud & Bateman, 2012). Além disso, o facilitador tem de ser capaz de aplicar funções específicas relacionadas com a gestão de dinâmicas de grupo, que estão enraizadas na análise de grupo e na terapia de grupo psicodinâmica (Anthony & Foulkes, 1965; Karterud & Bateman, 2012): por exemplo, o facilitador estabelece as normas do processo, encoraja a tomada de decisões e a interação de grupo, e fomenta o processo de grupo interpessoal como um veículo de mudança.

A configuração do grupo

A intervenção no luto tende a ser concebida com um grupo homogéneo. Todos os membros do grupo que sofrem uma perda significativa, participam a fim de aumentar qualidades terapêuticas fundamentais, tais como

oportunidades de revelação, ligação empática, objetivos partilhados, e ajustamentos psicológicos (isto é, diminuição do sofrimento e sensação de isolamento social) aos desafios da vida (Davison et al., 2000). As investigações indicam que a intervenção do grupo pode ser mais eficaz quando contabiliza o nível de reações de luto, características de luto, relação com o falecido, e contexto da morte (Johannesen et al., 2019; Jordan & Neimeyer, 2003). O principal objetivo da composição do grupo é tentar criar as próprias oportunidades que aumentam e mantêm a coesão do grupo. O psicólogo pode apoiar isto com estrutura, intervenções e clima emocional no próprio grupo, bem como manter o grupo como um todo em mente ao criar o grupo e integrar novos membros no grupo.

A fim de conseguir o reconhecimento num grupo e ao mesmo tempo evitar que um participante "se destaque" e se sinta sozinho com a sua situação de perda, alguns autores sugerem que é aconselhável compor o grupo para que haja pelo menos duas pessoas com o mesmo problema, por exemplo, perda de parceiro, perda após suicídio, perda após doença, etc.

Ao mesmo tempo, o psicólogo deve não só lutar pela maior homogeneidade possível no grupo, mas também prestar atenção ao facto de que à diversidade, por exemplo, na personalidade, nas relações e na forma de lidar com as situações emocionais, é dado espaço no grupo. O grupo é um espelho - um microcosmos social - onde as pessoas interagem de forma exemplar e podem aprender com os seus desafios, resolver conflitos e lidar com o seu sofrimento de uma forma que reforce a coesão do grupo e onde o desenvolvimento tem lugar no potencial de fazer parte deste grupo em particular.

Quantas pessoas devem estar num grupo? Como noutros tipos de grupos clínicos, os grupos de luto, geralmente, são concebidos para serem constituídos com um mínimo de 5 pessoas e um máximo de 12 para facilitar o envolvimento efetivo e a comunicação entre os participantes. A experiência tem demonstrado que, embora reconhecendo que não é ótimo, pode ser aceitável gerir um grupo com 13-14 pessoas.

Tempo. Independentemente do tipo de grupo (por exemplo, grupo de apoio ou terapêutico; dirigido a enlutados que não corram o risco de perturbação de luto prolongado), horários e durações de sessão fixos são um aspeto importante do quadro de intervenção e proporcionam consistência, estabilidade e tranquilidade aos participantes quanto aos limites e oportunidades dentro do contexto do grupo.

Procedimentos de recrutamento. Devem enfatizar a atração de participantes motivados (Schut & Stroebe, 2005). Recomenda-se geralmente uma sessão de rastreio individual para que os potenciais membros do grupo avaliem a sua adequação ao trabalho de grupo. Nomeadamente a sua capacidade de trabalhar adequadamente com outros, bem como o seu nível de angústia. Os clientes que pareçam muito frágeis ou traumatizados podem não ser melhor ajudados num grupo, mas irão necessitar inicialmente de um acompanhamento individual mais próximo. Finalmente, os seus objetivos e expectativas para o grupo devem ser amplamente compatíveis com a terapia oferecida (Neimeyer et al., 2022). Além disso, é útil solicitar uma breve descrição das circunstâncias de vida e experiência de perda do entrevistado para adquirir um maior conhecimento antecipado das circunstâncias, lutas e pontos fortes dos membros.

Métodos de grupo

Está para além do âmbito deste manual fornecer um manual para intervenções de grupo. Os psicólogos interessados poderão procurar mais informações nas seguintes fontes:

- Hedtke, L. (2012). Bereavement support groups: Breathing life into stories of the dead. Taos Institute Pub.
- MacNair-Semands, R. R. (2004). Theory, Practice, and Research of Grief Groups. In J. L. DeLucia-Waack, D. A. Gerrity, C. R. Kalodner,

& M. T. Riva (Eds.), Handbook of group counseling and psychotherapy (pp. 518–531). Sage Publications Ltd.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Weideman, R. (2011). Short-term group therapies for complicated grief: Two research-based models. American Psychological Association.
- Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2012). Techniques of grief therapy: Creative practices for counseling the bereaved.
- Darrow, L. S., & Childs, J. (2020). Experiential action methods and tools for healing grief and loss-related trauma: Life, death, and transformation. Routledge.
- Inspiração no anexo 5 sobre como trabalhar com o luto utilizando o psicodrama em grupo.

TERAPIA ONLINE

Esta seção abordará brevemente a realização de terapia online para indivíduos enlutados. A seção introduz alguns dos aspetos chave da terapia online a ter em mente, bem como a sinalização para posterior leitura.

Um aspeto a ser considerado quando se faz terapia num ambiente pós-COVID-19, envolve o uso crescente da telepsicologia para fornecer assistência profissional (Boelen et al., 2020; Barker & Barker, 2022). É de salientar que o formato de consultas online, baseado na Internet, abrange uma multiplicidade de formas de contacto, desde sessões totalmente online e sincronizadas entre um cliente e um psicólogo, a tratamentos combinados (isto é, combinando sessões face a face com módulos online, psicoeducacionais) ou formas assíncronas de comunicação (tais como troca de correio electrónico, mensagens, entre outras formas), todas elas precisam de ser cuidadosamente analisadas e comparadas em termos de resultados de eficácia (ver Andersson et al., 2019).

Antes do cenário pandémico COVID-19, estudos de meta-analise tinham salientado que este formato de intervenções era globalmente eficaz e positivo, com uma maioria de clientes a beneficiar deste formato, especialmente quando comparado com uma condição de lista de espera (ver, por exemplo, a meta-análise de Andersson & Cuijpers, 2009, relativa ao tratamento da depressão). No entanto, estudos que analisam as perspetivas ou resultados dos clientes de intervenções online também podem produzir resultados contraditórios: por exemplo, Rozental, et al. (2015) mostraram que alguns clientes experimentaram efeitos negativos como resultados de intervenções online (cerca de 9% dos clientes reportaram efeitos negativos ou deterioraram-se), enquanto Treanor (2017) descobriu que os clientes experimentaram uma profundidade relacional importante e uma ligação profunda com os seus psicólogos em intervenções online. Algumas descrições dos clientes são, por exemplo, momentos "para além das palavras" e "libertadores". Por conseguinte, é melhor ser cauteloso relativamente ao estado atual das provas e manter a consciência de possíveis situações menos que ideais ou clientes com os quais esta pode não ser a modalidade preferida ou benéfica para realizar terapia.

Intervenções online e baseadas na web. Uma meta-análise recente mostrou que existem provas iniciais relativamente à eficácia das intervenções baseadas na Internet para clientes enlutados (Wagner et al., 2020). Todas as intervenções online na amostra recolhida (N = 7) seguiram uma abordagem cognitivo-comportamental, sendo seis delas manualizadas. Fizeram uso de apoio terapêutico mínimo, feedback individualizado após módulos de tratamento e incluíram trabalhos de casa por e-mail, trabalhos de escrita de exposição, módulos de ativação comportamental e restruturação cognitiva. Cinco deles foram adaptados dos protocolos de tratamento da perturbação de stress pós-traumático (TEPT). Os resultados mostraram que todas as intervenções na Internet consideradas mostraram efeitos moderados a grandes (em comparação com os grupos de controlo) para sintomas de luto e TEPT, mas menores para depressão.

Em Itália, foi desenvolvido um programa de intervenção psicológica de grupo baseado num smartphone (*"Italia Ti Ascolto"* [ITA] - *"Italia I*

listen to you") (Parolin et al., 2021). O objetivo era prestar apoio psicológico às pessoas que sofreram sofrimento psicológico durante a pandemia COVID-19 de 2020 na Lombardia (Itália). Em particular, reduzir rapidamente o sofrimento emocional, reduzir a preocupação com a pandemia, e ligar os indivíduos afetados aos serviços locais e nacionais de saúde mental. O aplicativo fornece várias salas on-line, cada uma com uma temática específica; uma sala temática específica foi incluída para aqueles que sofreram o luto devido à COVID-19. O grupo de intervenção online foi realizado durante três meses por psicólogos profissionais que foram submetidos a supervisão semanal. Os resultados de uma investigação preliminar mostram uma associação entre estratégias de regulação de emoções disfuncionais (supressão expressiva), sintomas de depressão e ansiedade, níveis de stress, e redução do apoio social percebido (Parolin et al., 2021). Em Espanha, foram realizadas iniciativas semelhantes, tais como a aplicação *Sperantia* (Halty et al., 2020), que oferece diferentes serviços de psicologia quando os resultados dos questionários dos utilizadores revelam resultados clínicos ou dão recomendações preventivas em caso de níveis subclínicos.

Em Portugal, a Linha de Aconselhamento Psicológico SNS 24 foi lançada em 2020 através de uma parceria entre a National Health Care, a Fundação Calouste Gulbenkian e a Ordem dos Psicólogos Portugueses. Mais de 148 mil pessoas, incluindo 9.500 profissionais de saúde, receberam apoio principalmente relacionado com problemas e sintomas associados à ansiedade, o agravamento da psicopatologia anterior, gestão e adaptação numa situação de crise. Os psicólogos deste serviço também identificaram a necessidade de encaminhamento para o serviço SNS 24 de Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento, se considerarem que a situação do utente não foi resolvida no âmbito deste breve aconselhamento psicológico (https://www.inem.pt/2022/04/06/linha-de-apoio-psicologico-do-sns-24/).

Um aspecto a ser considerado é a gestão da relação terapêutica. Em telepsicologia, a relação terapêutica é encetada num ambiente que é para muita invulgar e diferente dos *settings* mais tradicionais, com a consequência de possíveis questões problemáticas no desenvolvimento e gestão da relação terapêutica. A literatura sobre este tema é ainda escassa (ver Geller, 2021; Poletti et al., 2021; Sucala et al., 2012). Contudo, pode ser importante salientar que todos nós não devemos, pelo menos, tomar como certo que as formas habituais que aprendemos a construir e gerir uma relação terapêutica adequada em contextos mais tradicionais podem ser igualmente aplicáveis em cenários online. Isto exige que o psicólogo esteja consciente e auto-reflexivo em relação à sua postura relacional em tais cenários. A um nível muito geral, os efeitos a longo prazo de uma tal mudança (de ambiente de consultório para ambiente online) são ainda desconhecidos. Com certeza, parece que muitos profissionais sobrestimam as suas competências ao serem capazes de prestar assistência psicológica em cenários on-line (Sammons et al., 2020).

Presença online

A presença terapêutica é um processo que tem lugar entre o psicólogo e o cliente e está relacionada com a sua disponibilidade e abertura para estarem ambos, momento a momento. É uma forma de estar com o cliente que melhora o fazer e a aplicação das técnicas em terapia (Geller, 2017).

A teoria polivagal apresenta uma explicação bio-comportamental de como a presença terapêutica pode facilitar uma sensação de segurança tanto no psicólogo como no cliente (Geller & Greenberg, 2015; Porges, 2017, 2021). Esta teoria argumenta que os mecanismos neuronais comunicam a experiência de segurança do psicólogo, diminuindo os subsistemas defensivos involuntários do cliente. A confiança resulta da sincronização de ritmos fisiológicos, e movimentos corporais expressos pelo contacto visual e pela imitação de gestos e expressões do cliente, que facilita a regulação emocional dos clientes, assegurando uma sensação de tranquilidade e segurança que promove a interação social.

Figura 8 - Pistas corporais para comunicar a presença terapêutica

Presença
Tom prosódico da voz (acentuação, intensidade da pronúncia)
Inclinação para a frente
Gestos harmoniosos (em espelho)
Postura de corpo aberto
Expressão facial harmoniosa e calma

O psicólogo usa a sua autoestima e atenção à sua consciência corporal como uma ferramenta para compreender o cliente, bem como para compreender como as suas respostas estão a facilitar o processo terapêutico. É como uma antena/radar que permite aos psicólogos ler a experiência, momento a momento, e ecoar e afinar a sua própria experiência. O psicólogo procura pistas de expressão não verbal, ouvindo internamente uma combinação de a) ressonância com os clientes; b) a sua compreensão da história e dos objetivos do cliente; c) sabedoria clínica e teórica. Este é um processo muito exigente para os psicólogos porque os seus recursos internos e disponibilidade ativa são sempre altamente mobilizados, daí a importância do seu autocuidado, e uma prática de cultivar a presença na vida diária e nas relações interpessoais é fundamental para construir as vias neurais para o treino da presença e para a presença terapêutica (Geller, 2017).

Durante a crise pandémica, os psicólogos, especialmente durante a primeira vaga da COVID-19, como muitos outros profissionais de ajuda, foram inibidos de prosseguir a sua prática clínica em intervenções presenciais. A telepsicologia foi subitamente a única forma que puderam utilizar para continuarem a prestar os seus serviços. Embora alguns já estivessem familiarizados com os serviços online, foram disponibilizadas algumas diretrizes a fim de promover boas práticas, divulgadas por organizações profissionais como a Associação Psicológica Americana (https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf) ou a Associação Britânica de Aconselhamento e Psicoterapia (https://www.bacp.co.uk/media/10850/bacp-online-and-phone-therapy-user-guide-feb21.pdf).

No entanto, existem alguns desafios na intervenção online que podem interferir com os ingredientes relacionais tais como a presença terapêutica e a profundidade relacional. O principal obstáculo são as dificuldades técnicas relativas à ligação online, incluindo o mau sinal de Internet, que podem confundir o cliente. Outro aspeto importante é a falta de pistas não-verbais, o que dificulta o atendimento às pistas corporais do cliente (Cooper, 2020; Geller, 2020). Cooper (2020) acrescenta a distração do próprio que se vê no ecrã e Geller complementa com a contra-transferência dos psicólogos (as suas próprias ansiedades, medo da incerteza e processos de luto ativados pela pandemia) e um cansaço acrescido, dado que estar no computador durante muitas horas facilita a desconexão e exaustão do psicólogo.

No entanto, os atributos pessoais e profissionais do psicólogo, tais como ser autêntico, "ter limites", e ser competente, podem minimizar estas dificuldades. Treanor (2017) afirma que a distância física imposta pelo contexto online permitiu um diálogo mais honesto, e, portanto, um nível de comunicação mais profundo entre o cliente e o seu psicólogo, além da conveniência do encontro e a facilidade de estar em casa num local seguro para abraçar o aprofundamento emocional da experiência no final da sessão. Consulte o anexo 4 para mais informações sobre o cultivo da presença online.

Esta seção sobre terapia online introduziu novas pesquisas moldadas pela pandemia, bem como destacou aspetos chave que o psicólogo deve ter em mente ao trabalhar com clientes num ambiente online. A terapia online, que cobre uma multiplicidade de formas de contacto, oferece uma oportunidade de chegar aos clientes, que devido a questões de saúde ou restrições geográficas ou financeiras podem não ser capazes de se encontrar face a face com o psicólogo. Por razões de acessibilidade e princípios de equidade, a terapia online é um aspeto importante a ter em conta no planeamento de futuros serviços clínicos.

Observações finais

Este manual foi coproduzido a fim de reforçar ainda mais as intervenções terapêuticas para reações de luto complicadas para adultos como resposta à pandemia da COVID-19. O manual combina novos conhecimentos da investigação sobre a pandemia de COVID-19 e a forma como tem tido impacto no luto no Sul da Europa com três abordagens teóricas às intervenções de luto. O objetivo do manual é assistir os psicólogos no seu trabalho com indivíduos enlutados, em particular os psicólogos do Sul da Europa. Como já foi referido ao longo do manual, perder um ente querido durante a COVID-19 representa um risco específico para o desenvolvimento de reações de luto complicadas que poderão desencadear uma perturbação de luto prolongado. Este manual é uma contribuição e um ponto de partida para uma melhor compreensão destes aspetos específicos do luto e para proporcionar um tratamento clínico adequado a uma população enlutada em risco.

Anexo 1 - Outros recursos e leitura

Cognitive behavior therapy, leia mais de Paul Boelen e colegas sobre Cognitive Behavioural Therapy for transdiagnostic complicated grief.

- Boelen, P.A., de Keijser, J., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2):277-84. doi: 10.1037/0022-006X.75.2.277.

- Boelen, P. A., van Den Hout, M..A. & van Den Bout, J. (2006), A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*: 109-128.

- Boelen, P. A., Eisma, M. C., Smid, G. E., Keijser, J., & Lenferink, l. (2021). Remotely deliverd cognitive behavior therapy for disturbed grief during COVID-19 crisis: challenges and opportunities. Journal of Loss and Trauma, 26, 3, 211-219. https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1793547

Emotion focused Therapy

- Elliott, R., & Greenberg, L. (2021). *Emotion-Focused counseling in action*. SAGE.

- Greenberg, L. (2022). *Emotion-Focused Therapy. Coaching clients to work through their feelings*. APA.

- Timulak, L., & Keogh, D. (2021). Transdiagnostic Emotion-Focused Therapy. A clinical guide for transforming emotional pain. APA.

The eclectic approach and letter writing and in grief therapy

- Larsen, L. H. (2022). Letter Writing as a Clinical Tool in Grief Psychotherapy. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, doi: 10.1177/00302228211070155

- Franza, F., Basta, R., Pellegrino, F., Solomita, B., & Fasano, V. (2020). The role of fatigue of compassion, burnout and hopelessness in healthcare: Experience in the time of COVID-19 outbreak. *Psychiatria Danubina*, *32*(suppl. 1), 10-14.

- Neimeyer, R. & Sands, D. (2022). Meaning Reconstruction in Bereavement. From principles to pactice. In R. Neimeyer, D. Harris, H. Winokuer, & G. Thornton. Grief and Bereavemnet in Contemporary Society. Routeledge.

- Payàs, A. P., & Chauraud, A. M. (2019). Unfolding Meaning From Memories: An integrative Meaning Reconstruction Method for Counseling the bereaved. *Ilness, Crisis and Los, 27* ,3, 209-225. DOI: 10.1177/1054137316687954

Outros recursos:

Larson, D. (2020). *The helper's journey. Empathy, compassion and the challenge of caring*. Research Press.

Anexo 2 - Perturbação de Luto Prolongado

CID-11 PGD - Definição Narrativa

Criterion	Details
A. Event	Death of someone close at least six months ago
B. Core items	At least one of persistent and pervasive longing for the deceased, or persistent and pervasive preoccupation with the deceased
C. Accessory items	Accompanied by at least one example of intense emotional pain, e.g. Sadness Guilt Anger Denial Blame Difficulty accepting the death Feeling one has lost a part of one's self An inability to experience positive mood Emotional numbness
D. Impairment criteria	Substantial impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning as a result of the symptoms
E. Cultural features	The grief response has persisted for an atypically long period (≥6 months) and clearly exceeds norms for the individual's social, cultural, or religious context

PGD, prolonged grief disorder.
Fonte: Killikelly et al., 2021, disponível em https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.10.034

Table 3 Essential (required) features for prolonged grief disorder in the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements (CDDR)

- History of bereavement following the death of a partner, parent, child, or other person close to the bereaved.
- A persistent and pervasive grief response characterized by longing for the deceased or persistent preoccupation with the deceased accompanied by intense emotional pain. This may be manifested by experiences such as sadness, guilt, anger, denial, blame, difficulty accepting the death, feeling one has lost a part of one's self, an inability to experience positive mood, emotional numbness, and difficulty in engaging with social or other activities.
- The pervasive grief response has persisted for an atypically long period of time following the loss, markedly exceeding expected social, cultural or religious norms for the individual's culture and context. Grief responses lasting for less than 6 months, and for longer periods in some cultural contexts, should not be regarded as meeting this requirement.
- The disturbance results in significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning. If functioning is maintained, it is only through significant additional effort.

Fonte: Leia et al., 2022

Critérios para a Perturbação de Luto Prolongado no DSM-5-TR (2022)

A. The death, at least 12 months ago, of a person who was close to the bereaved (for children and adolescents, at least 6 months ago).

B. Since the death, there has been a grief response characterized by one or both of the following, to a clinically significant degree, nearly every day or more often for at least the last month:
1. Intense yearning/longing for the deceased person
2. Preoccupation with thoughts or memories of the deceased person (in children and adolescents, preoccupation may focus on the circumstances of the death)

C. As a result of the death, at least 3 of the following 8 symptoms have been experienced to a clinically significant degree since the death, including nearly every day or more often for at least the last month:
1. Identity disruption (e.g., feeling as though part of oneself has died)
2. Marked sense of disbelief about the death
3. Avoidance of reminders that the person is dead (in children and adolescents, may be characterized by efforts to avoid reminders)
4. Intense emotional pain (e.g., anger, bitterness, sorrow) related to the death
5. Difficulty with reintegration into life after the death (e.g., problems engaging with friends, pursuing interests, planning for the future)
6. Emotional numbness (i.e., absence or marked reduction in the intensity of emotion, feeling stunned) as a result of the death
7. Feeling that life is meaningless as a result of the death
8. Intense loneliness (i.e., feeling alone or detached from others) as a result of the death

D. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

E. The duration and severity of the bereavement reaction clearly exceeds expected social, cultural, or religious norms for the individual's culture and context.

F. The symptoms are not better explained by major depressive disorder, posttraumatic stress disorder, or another mental disorder, or attributable to the physiological effects of a substance (e.g., medication, alcohol) or another medical condition.

Anexo 3 - Entrevista de avaliação

Abaixo são sugeridos temas que podem ajudar a estruturar a entrevista de avaliação e, em conjunto, formar a base para uma avaliação sobre se um enlutado deve ser encaminhado para terapia. Debaixo de cada rubrica, encontrará uma série de perguntas de ajuda. Não se pretende que todas as informações sejam sempre obtidas (nem todas poderão ser aplicáveis).

Considerações relacionadas com a entrevista:

(antecedentes para a entrevista, desejos de ajuda, motivação)

A doença:

(Que doença, duração, mudanças nas capacidades físicas e mentais ao longo do tempo, episódios particularmente violentos, envolvimento, responsabilidade, impacto na vida quotidiana, por exemplo, coisas que não podiam fazer, como a doença era falada na família, preparada para a gravidade, incluindo a possível morte. Foco: impacto da doença na pessoa, incluindo quaisquer experiências traumáticas e arrependimentos).

Morte de um ente querido:

(quando, circunstâncias da morte, incluindo se a pessoa estava presente e/ou viu a pessoa morta, se estava preparada para a morte e se pode dizer adeus. Foco: quaisquer circunstâncias traumáticas da morte, por exemplo, pessoa encontrada morta, morte auto-envolvida, morte violenta e percepções, etc.)

***Reações dos enlutados*:**

(emocional, cognitivo, comportamental, físico, existencial, mudanças, nível de funcionamento, pós-imagens, pensamentos suicidas, auto-flagelação)

***Situação familiar*:**

(os membros da família, a convivência, a comunicação na família sobre o falecido e os sentimentos de luto, o funcionamento da família antes e agora, incluindo outros membros próximos do enlutado, consequências chave do curso da doença, por exemplo, mudança de casa, redes familiares.

Outros fatores sociais:

(situação habitacional, nível de funcionamento no trabalho antes e agora, nível de funcionamento social antes e agora, rede fora da família, dependência, nível de apoio na faculdade/trabalho, grandes mudanças na vida quotidiana)

Antecedentes:

(educação, relação com os pais, outras circunstâncias difíceis, incluindo possíveis perdas no passado e dificuldades psicológicas, possíveis dificuldades psicológicas próprias)

Tratamento anterior:

(intervenções especiais em torno do cliente e o seu impacto)

Impressão clínica:

(por exemplo, aparência, contacto, nível de mentalização, tom emocional, sensação de luto do cliente com evitamento/assoberbado, motivação)

Avaliação global:

(breve resumo das principais conclusões, incluindo estado de luto, nível de funcionamento, fatores de risco e proteção, plano (incluindo grupo/família/indivíduo e foco, se apropriado) para a criança/jovem e quaisquer outras intervenções, informação dada ao cliente)

Outros recursos disponíveis

Perturbação de Luto Prolongado (Escala PG13)

https://endoflife.weill.cornell.edu/sites/default/files/pg-13.pdf

Perturbação de Luto Prolongado Revisto (PG13-R)

https://endoflife.weill.cornell.edu/sites/default/files/pg-13.pdf

Anexo 4 - Terapia on-line

Dicas para cultivar uma presença online (Adaptado por Geller, 2020)			
	Antes da Sessão	**Durante a** Sessão	**Depois da** Sessão
Psicólogos	*Criar segurança online*: segurança cibernética básica, privacidade, e capacidades de proteção de dados, utilizando plataformas seguras com encriptação de dados que assegurem a confidencialidade e segurança de todos; *Consistência e configuração*: - Encontrar um espaço adequado em casa/escritório que seja sempre o mesmo para assegurar uma sensação de previsibilidade. - Incentivar a privacidade dos clientes, tentando pedir-lhes que estejam num local privado, que usem auscultadores, e que não sejam perturbados por membros da família. Distância *óptima* - A cerca de um metro do ecrã, mas podemos pedir aos clientes que encontrem a distância que lhes seja confortável. - Manter a câmara ao nível dos olhos para favorecer o contacto visual. *Iluminação* - Adequado, sem janelas no fundo. *Vestuário* - Manter o mesmo estilo de vestir como se estivesse no cenário presencial. Fornecer estas recomendações escritas antes das sessões para os ajudar a criar um ambiente seguro. Autocuidado: - Dar um passeio ou fazer algo físico, sair da sala de consulta, ir à casa de banho. - Tirar 5-10 minutos para se concentrar no aqui e agora, tal como um exercício de meditação, respiração profunda, postura de yoga (árvore), e só depois deixar o cliente entrar na sessão.	*Comunicação de presença, empatia, e* ressonância - Expressão facial, prosódia vocal (ritmo, timbre, volume e métrica), contacto visual, sinais não-verbais, gestos, são muitas formas de comunicar a nossa presença e sintonia com os clientes). Estarmos simultaneamente sintonizados com a nossa experiência interna: atenção à nossa tolerância aos afetos e aos sinais de presença - Manutenção do contacto visual Convidar sincronização - Permita-se co-regular com os clientes espelhando a sua expressão, contacto visual, ritmo e tom de voz, e treino de respiração diafragmática em conjunto. Receptividade: abertura à experiência, afastando as distrações Sintonia com a experiência interna - Estar em contacto com a experiência interna e estados emocionais de uma forma compassiva para ser capaz de reconhecer estados emocionais importantes nos clientes (como a experiência dos clientes se está a manifestar no nosso corpo) e para responder à contratransferência (desligar, desencadear, etc.) Rastrear a resposta do cliente - Atender às nuances das micro-expressões dos clientes, assistir quando estão abertos na sua janela de tolerância ou sobrecarregados e desconectados. Para facilitar um sentido de co-regulação, ajustar a postura ou o tom de voz - Aceder às micro-expressões faciais Contacto: Confirmar que a imagem se mantém alinhada Preste atenção às suas respostas para que reflitam a experiência e as necessidades do cliente Fazer o check in com o cliente Lidar com a contratransferência e os desafios da presença: se formos invadidos pela ansiedade do cliente, podemos nós próprios tornar-nos ansiosos. Neste sentido, é importante praticar o PNR (Pausa, Aviso e Retorno), ou uma curta prática de auto-compaixão, ou três longas respirações profundas, com Grounding (sentir os nossos pés no chão) para nos ajudar a re-centrar. Isto também dá ao cliente um sentido de humanidade e uma oportunidade de modelagem para o cliente. Se a tecnologia congelar/ligação má: tenha compaixão, reconheça o problema e tente novamente.	Autocuidado após as sessões - mover o corpo e/ou fazer alguns alongamentos. Sessões de Encerramento - Determinar se precisa de mais tempo entre sessões, para tomar notas, pausas, alongamentos, etc. Acabando com a intencionalidade: - Encerrar o dia, fechar o computador, arrumar o escritório - Antes de "ir para casa" também demorar alguns minutos a fazer uma pausa
Clientes	*Optimizar a* presença *dos clientes* - Assegurar que os clientes tenham um ambiente privado - Convidar os clientes a minimizar intencionalmente as distrações, tais como desligar os seus telefones, desligar aplicações informáticas como notificações por correio electrónico, etc. - Pedir para manter a câmara ligada - Relembrando-os de terem lenços de papel por perto - Se houver necessidade de utilizar material específico: por exemplo, em EFT ter cadeiras por perto; em CBT: cadernos de notas por perto; DBT: cartões de diário e ferramentas de regulação de emoções.		Ajudar os clientes a compreender o que precisam para fazer a transição após a sessão (no formato presencial alguns clientes vão à casa de banho ou fazem a viagem de carro para casa). Em formato online, podem precisar de algum tempo no final da consulta para a absorver ou processar antes de abrirem a porta e voltarem a entrar no seu ambiente doméstico.

Anexo 5 - Expressar e partilhar as emoções através das técnicas psicodramáticas em grupo

A maioria das pessoas enlutadas precisa de ser ajudada a expressar as suas emoções sobre o luto, saber que o seu luto é legítimo, que as emoções intensas que estão a experimentar são sentidas por outros, e que outras pessoas poderiam escutá-las, compreendê-las e aceitar como se sentem. Dickson (2002), introduzindo o valor das técnicas dramáticas num ambiente de grupo dirigido a pessoas enlutadas, notou como logo após a morte, a estreita rede de enlutados parece não ser capaz de os apoiar: quando o morto é o de um familiar, muitas vezes cada membro tem medo de sobrecarregar ainda mais os outros membros, acrescentando o seu próprio luto ao que os outros já estavam a sentir; alguns amigos evitam deliberadamente mencionar os mortos; outros evitam ativamente o enlutado ou queriam que o enlutado fosse tão feliz como costumava ser, e criticam-nos por ainda estarem de luto após vários meses. Em muitos locais de trabalho e escolas, esperava-se que os enlutados tivessem um desempenho normal, apesar dos efeitos conhecidos do luto, tais como falta de concentração, baixa energia e emoções intensamente dinâmicas, que levam a notas mais baixas na escola e a um desempenho no trabalho que desce abaixo do padrão anterior.

No cenário pandémico, à dificuldade social e cultural de contactar com o sofrimento da morte, foi acrescentado o isolamento relacionado com as medidas anti-COVID. A maioria das pessoas viveu a sua dor de uma forma privada, deixando-as com emoções intensas, esmagadoras e confusas, também relacionadas com o carácter traumático da experiência da perda (ver Capítulo 2): a impossibilidade de estar com os seus familiares nos seus momentos finais, o carácter rápido e inesperado dos mortos, a falta de compreensão clara de como morreram os entes queridos, a falta de despedida e de possibilidade de ver o corpo.
As técnicas (ou jogos) de psicodrama podem representar estratégias efetivas para gerir o efeito esmagador, favorecendo o contacto com elementos profundamente emocionais e facilitando a expressão e partilha emocional relacionada com experiências emocionais dolorosas (Margherita, 2009; McVea & Gow, 2006).

O psicodrama está largamente associado ao tratamento eficaz de sobreviventes de trauma, por exemplo, para aumentar a auto-revelação e a profundidade da experiência em pessoas com TEPT (McVea, Gow & Lowe, 2011). Poucas experiências utilizando o psicodrama para lidar com o luto são relatadas na literatura (por exemplo, Dayton, 2005; Dickson, 2002; Figush, 2009; Istvan, 2014; Testoni et al., 2019).

Nesta secção, iremos em primeiro lugar introduzir o princípio chave do psicodrama como método de ação e a sua estrutura clássica; depois, apresentaremos as técnicas principais, com a ideia de que podem constituir um instrumento da prática clínica, que pode ser integrado com diferentes métodos psicoterapêuticos e que também pode incluir conversação, utilizando desenho, cartas e outras técnicas criativas expressivas.
Em todos os casos, dado que uma experiência emocional intensa pode ser desencadeada pelo psicodrama, os profissionais requerem elevada competência metodológica e de formação em psicoterapia, para gerir o processo, seleccionar técnicas apropriadas ou também desenvolver novas técnicas de acordo com a situação, os clientes, o tema e o objetivo do encontro. Numa abordagem orientada para o processo, o diretor deve também estar consciente do nível da dinâmica de grupo, prestando atenção à integração do grupo, exigindo a adesão a normas e limites elementares, e ajudando a clarificar conflitos (von Ameln & Becker, 2020).

X1. Psicodrama como método de ação

O psicodrama é um método de ação pioneiro de Moreno (1946-1993), um dos fundadores da psicoterapia de grupo, no qual "as pessoas encenam cenas das suas vidas, sonhos ou fantasias num esforço para expressar sentimentos não expressos, ganhar novos conhecimentos e compreensões, e praticar

comportamentos novos e mais satisfatórios" (Garcia & Buchanan, 2000, p. 162).
A reconstituição de uma experiência dolorosa num grupo, a possibilidade de identificar, através da ajuda dos outros membros, formas mais adaptativas de pensar, sentir e agir sobre a experiência, a inversão de papéis permitindo uma perspetiva diferente ou o feedback de outros que partilham o mesmo problema, evento crítico, ou desafios da vida, são conceitos básicos do psicodrama.
Enquanto Freud considerava "agir" como resistência à psicoterapia, Moreno (1969) considera a ação que tem lugar na relação (por exemplo, o ambiente seguro e de apoio de uma sessão de grupo) um fator chave do processo de cura (Nolte, 2020). Atualmente, o psicodrama é recomendado por vários governos europeus como uma boa prática de saúde (Cruz et al., 2018).

Embora o psicodrama se tenha baseado historicamente no enquadramento psicanalítico e interpessoal, a partir do final do século XX, vários autores integraram a teoria psicodramática original com outras teorias ou sugeriram novas bases teóricas para o método (Cruz et al., 2018). Por exemplo, a prática do psicodrama foi utilizada no quadro da terapia cognitivo-comportamental (por exemplo Somov, 2008) e da terapia familiar para aumentar a empatia, dar oportunidade para a alteração de mal-entendidos, e estabelecer uma ligação (Farmer et al., 2018; Homes & Kirk, 2014).
Assim, na realidade, técnicas psicodramáticas específicas são aplicadas como intervenções independentes no âmbito da psicoterapia verbal mais tradicional (Kipper, 1997). Têm uma ampla utilização em ambientes de saúde, incluindo hospitais e serviços de saúde mental, e também em ambiente educativo e de trabalho (von Ameln, F., & Becker, 2020; Bendel, 2017; Lipman, 2003).

Estrutura

Utilizado principalmente como método de grupo, o psicodrama geralmente envolve pelo menos um psicodramatista, referido como o diretor, e aproximadamente cinco a quinze clientes ou participantes, destinados a acomodar a exploração de problemas individuais ou de grupo através do uso de encenações (*enactements*) e feedback (Holmes & Kirk, 2014).
No psicodrama centrado no protagonista, um dos membros do grupo - o protagonista - é o foco da sessão e os participantes representam "egos auxiliares", chamados a encarnar as relações dos protagonistas ou a representar entidades e coisas abstratas (von Ameln, & Becker, 2020). Não há protagonista no sociodrama, onde a sessão se concentra em todo o grupo e cada membro é um ego auxiliar.
A sessão começa de forma semelhante em cada encontro, com procedimentos concebidos para proporcionar uma sensação de previsibilidade e segurança aos membros do grupo, permitindo ao mesmo tempo aos membros uma medida de controlo. Os membros sentam-se num círculo, o que reforça o sentido literal e simbólico de segurança e cuidado. Os participantes são apresentados ao objetivo da sessão e os procedimentos e as expectativas do grupo são partilhados. Importante, a confidencialidade é revista.

No trabalho com pessoas enlutadas, o grupo pode ser apresentado como um tempo-espaço onde as pessoas podem falar umas com as outras sobre a forma como a morte do seu ente querido estava a afetar a sua vida e as emoções relacionadas podem ser expressas e partilhadas. As pessoas podem chorar livremente, expressar raiva e falar abertamente sobre a pessoa amada que tinha morrido (Dickson, 2002).

Após a criação do ambiente de exploração, um grupo de psicodrama padrão inclui três fases essenciais: aquecimento, ação e partilha (Kellermann, 1987).

A fase de aquecimento.
Serve tanto para aquecer os participantes à ação física como internamente para aquecer um psicodrama (Giacomucci, 2021). Esta fase foi concebida para trazer eventos críticos ou experiências angustiantes para o presente ("aqui e agora") da sessão. As atividades de

aquecimento destinam-se a ajudar os membros do grupo a i) identificar aquilo em que precisam de trabalhar, ii) permitir que um tema de grupo surja, e iii) facilitar a auto-expressão e auto-exploração dos membros do grupo. O diretor pode utilizar exercícios físicos (por exemplo, os participantes são convidados a andar pela sala), iniciadores mentais (por exemplo, os participantes são convidados a pensar como se sentem naquele momento) e check-ins (cada membro do grupo reconta eventos importantes vividos) (Nolte, 2019). Na fase de aquecimento, um membro do grupo é selecionado como protagonista da fase de ação seguinte. Os membros do grupo indicaram qual dos tópicos propostos os ajudaria mais; o tópico e protagonista são escolhidos democraticamente para assegurar que o tópico do grupo representa coletivamente o grupo como um todo e que a história de cada membro do grupo está relacionada com o tópico.

Um exemplo de técnica que pode ser utilizada no início de uma sessão com pessoas enlutadas é a "Introdução de Outro Papel" (von Ameln & Becker, 2020), onde os participantes, por sua vez, assumem o papel de figura de vinculação da sua escolha (por exemplo, o falecido pai, irmão, amigo, etc.) e se apresentam a partir do papel escolhido. Um exemplo:

> O Sr. Smith levanta-se e apresenta-se no papel da sua falecida esposa:
> "Este é o meu marido, John Smith. John tem 45 anos de idade e é piloto de aviões, por isso está muitas vezes longe de casa. Por esta razão, eu cuidei especialmente dos nossos dois filhos, Helen, 4 anos, e Stewart, 8 anos. Sei que John gosta muito dos seus filhos, mas pergunto-me se ele estará mais presente em casa, agora que eu já não estou lá (etc.)".

Esta técnica não é apenas uma forma de permitir que os participantes se apresentem na ronda introdutória, mas também permite que os participantes expressem os pensamentos, preocupações ou mudanças de papel que sentem ter herdado e/ou sentir que têm de lidar após a morte do seu ente querido.

A fase das ações

Visa trazer para o palco a vida intrapsíquica ou interpessoal dos participantes através de encenações e outras técnicas psicodramáticas. Dependendo dos temas que emergem durante a fase de aquecimento, podem ser encenadas várias cenas que aproximam situações da vida real (por exemplo, memórias de situações específicas partilhadas no passado com a pessoa falecida ou vivida no hospital, na relação com o pessoal de saúde que cuidou do seu ente querido, ou situações que podem surgir após a sua morte, como ter de lidar sozinho com decisões relacionadas com a educação das crianças), ou são externalizações de processos mentais interiores (dramas interiores, fantasias, sonhos, ou expressões não ensaiadas de estados mentais no aqui e agora). Normalmente, a atividade concentra-se num participante específico (psicodrama centrado no protagonista) que assume o papel do protagonista e encena uma experiência crucial específica, com o apoio de pelo menos um auxiliar que assume a parte do outro importante para o protagonista (por exemplo a pessoa falecida, um médico com quem entrou em conflito, um filho que partilha com o protagonista a perda da pessoa amada) ou de uma ideia abstrata (por exemplo, a força, a paciência, o apoio que o protagonista sente que precisa para enfrentar a perda) (Holmes & Kirk, 2014).

Um exemplo é oferecido por von Ameln e Becker (2020, p. 90) através do caso da Sra. Madison, uma paciente que tinha perdido a sua filha e o seu marido há alguns anos atrás. A Sra. Madison não tinha amizades próximas e não tinha ideia de como tornar as suas relações existentes mais ativas. O seu psicólogo, Sr. Smith, colocou uma cadeira para a Sra. Madison no meio da sala de terapia, enquanto mais cadeiras foram agrupadas em torno dela para as suas figuras de vinculação. A Sra. Madison foi convidada a mudar vários papéis, sentando-se nas respetivas cadeiras.

"Sra. Madison, por favor sente-se aqui e mude para o papel do seu irmão James. Agora, a senhora é James Madison. Por favor, apresente-se".
(O protagonista apresenta o irmão).
O Sr. Smith pergunta "Sr. Madison, como é a relação entre si e a sua irmã"?
"Bem, desde que a minha irmã perdeu o marido, ela tem estado muito retraída. Raramente tenho mais notícias dela" responde a Sra. Madison do papel do seu irmão.
"Gostaria de estar mais em contacto com ela?" pergunta o Sr. Smith.
"Agora, separamo-nos. Costumávamos encontrar-nos mais vezes no passado, por vezes durante um fim-de-semana" vem a resposta.
pergunta o Sr. Smith: "Gostaria de reanimar esse tempo, Sr. Madison?"
"Sim, claro, tenho muito tempo agora desde que estou reformado" vem a resposta.

A fase de partilha

Moreno descreve a partilha como a "parte terapêutica de grupo da sessão". Esta fase (também denominada "o regresso ao grupo", Schützenberger, 1979) visa permitir a cada um dos membros do grupo partilhar as suas emoções sobre a sua própria experiência de desempenhar um papel ou observar o psicodrama de outro participante realizado durante a sessão. Este processo ajuda o protagonista a voltar ao grupo, através do qual os membros do grupo podem identificar-se com o protagonista, expressando, de uma forma não analítica e não julgadora, onde se identificaram e/ou porque é que as suas próprias experiências são semelhantes àquilo que o protagonista retratou. Homes e Kirk (2014) referem-se à fase de partilha como um "love-back", para sublinhar que a partilha deve servir para expressar empatia e apoio ao protagonista. Leutz (1974) salienta que a comunicação afasta o protagonista e o público da ideia de que o sofrimento retratado é algo único. A partilha pode ser expressa através de declarações verbais e comunicações não verbais (por exemplo, abraçando o protagonista). Um exemplo:

A Sra. Katy Holmes encenou a sua dificuldade em pensar sozinha na gestão da vida diária e nos cuidados com os seus dois filhos pequenos após a morte do seu marido. Este último estava muito presente em casa; ajudou-a nas tarefas domésticas, mas também brincou muito com os seus filhos. Numa cena, a Sra. Holmes representou o medo de não estar à altura da tarefa, pedindo a um "ego auxiliar" para desempenhar o papel de um dos seus filhos que, enquanto brincava, lhe dizia: "Tenho saudades do pai". Outro participante tomou o lugar da Sra. Holmes; aproximou-se do seu filho, disse-lhe: "Também sinto muito a falta dele", e abraçou-o; depois choraram juntos. Durante a fase de partilha, intervenções deste tipo sucedem-se entre os outros participantes:
Joana (que, tal como a Sra. Holmes, perdeu recentemente o seu marido): "Identifiquei-me tanto com os medos de Katy. Pergunto-me sempre o que posso dizer aos meus filhos; agora sinto que o importante não é o que dizer, mas permitir-lhes expressar a sua dor, juntamente comigo".
Steven (que perdeu a sua mãe): Identifiquei-me com o filho de Katy e senti que uma das minhas maiores dificuldades quando perdi a minha mãe foi ter medo de pesar mais o meu pai com a minha dor; talvez fosse suficiente abraçarmo-nos e dizer um ao outro o quanto sentimos a sua falta
Mary (que perdeu o seu namorado): Quero mesmo abraçar-te, Katy, posso?
Sra. Katy Holmes: Claro, eu também preciso dele.

Quando o encontro está prestes a terminar, os participantes podem ser convidados a refletir sobre o que ganharam com a sua participação no grupo. Este estímulo pode ser proposto através de uma discussão livre em círculo ou mesmo utilizando um jogo psicodramático,

como "Tome o seu lugar porque ..." e "Adeus ao grupo".

Tome o seu lugar porque.... O maestro convida os participantes a formar um círculo juntamente com os outros. Por sua vez, quem quiser pode atravessar o círculo e colocar-se à frente de outro participante verbalizando com algumas palavras porque 'toma o seu lugar' (por exemplo, eu tomo o seu lugar porque gosto da forma como está a conseguir enfrentar esta experiência). Após a verbalização, os dois participantes trocam de lugar no círculo. Posteriormente, outros participantes podem pedir para ocupar o lugar de outra pessoa. Pode ser utilizado após um jogo real envolvendo todo o grupo, para exortar os participantes a partilhar impressões sobre os recursos que outros membros tenham demonstrado

Adeus ao grupo. O maestro sugere aos participantes que se distribuam na área disponível, sentem-se e imaginem a sua própria saudação. Em seguida, convidam cada um a formar um círculo juntamente com os outros, primeiro de mão em mão, depois lado a lado, finalmente com os braços entrelaçados, formando um grupo muito compacto, o mais próximo possível um do outro. Após alguns momentos nesta posição, cada um por sua vez pronuncia a sua própria saudação para com o grupo e, mantendo sempre o círculo, ele volta para o exterior. Depois de cada um ter dito a sua saudação, o maestro convida-os a imaginar o seu próprio regresso a casa e finalmente a derreter o círculo. Sendo um exercício para encerrar a sessão ou mesmo um ciclo de reuniões, este jogo não proporciona o momento da verbalização, tendo em si a função de proporcionar ao grupo uma espécie de "restituição" da experiência feita em conjunto.

As principais técnicas específicas do psicodrama

- Formação de papéis. O protagonista identifica papéis familiares e desconhecidos (por exemplo, um familiar de quem se sente abandonado, um médico que faz o protagonista sentir-se impotente), e depois pratica o ajustamento dos papéis pouco saudáveis em papéis funcionais saudáveis (Holmes & Kirk, 2014). Um membro do grupo (o ego auxiliar) serve como um outro importante para os protagonistas, tomando a parte de um indivíduo, ou uma ideia abstracta, como força ou esperança (Holmes & Kirk, 2014). Um exemplo:
  A Sra. John, que perdeu a sua mãe, relatou a dificuldade de lidar com as chamadas de familiares e amigos; muitas vezes encontra-se passivamente a ouvir conselhos, sugestões, convites para se distrair. Um ego auxiliar toma o lugar de um amigo que, ao telefone, a convida a ir em frente e a distrair-se. O Sr. John respira fundo e depois explica o que precisa: "Sinto que é demasiado cedo para me imaginar distraída, sinto a necessidade de estar um pouco sozinha comigo mesma, de navegar pelos álbuns e recolher pensamentos, mas tenho algo para lhe pedir: Marie e John disseram-me que adorariam brincar com os seus amigos. Poderia levá-los consigo quando leva os seus filhos para o parque? Sentir-me-ia aliviada".
- Inversão de papéis. O protagonista sai do seu papel e assume o papel de uma pessoa significativa na sua vida (por exemplo, a pessoa morta) ou parte do seu eu (por exemplo, a coragem, o idealismo, os valores que pensa ter herdado do seu ente querido que morreu), ou um objeto (por exemplo, uma carta, um colar herdado pela pessoa morta) (Holmes & Kirk, 2014).
- O dobro. Enquanto o protagonista representa o seu próprio papel, o ego auxiliar está ao seu lado ou atrás dele, adopta o seu corpo e expressão emocional mas também encoraja a auto-exploração (von Ameln & Becker, 2020), acrescentando

lentamente as emoções, medos, motivos, ou intenções ocultas sobre as quais o protagonista não está explícito. O duplo, portanto, diz em voz alta na primeira pessoa o que ele acredita que o protagonista está a sofrer/sentir mas, por alguma razão, ele não percebe ou evita expressar. Voltando ao exemplo da Sra. John, se ela tivesse dificuldade em expressar os seus sentimentos e necessidades na cena com o seu amigo, o ego auxiliar poderia instruir um membro a aumentar a sua expressão de angústia e a explicitar os pensamentos tácitos (por exemplo, "essa não é a ajuda de que preciso").

- Espelhamento O protagonista sai do "palco" e um membro do grupo ou o psicólogo (diretor) adota o papel do protagonista, cumprindo uma função semelhante à de um feedback vídeo, mas um vídeo que vai mais fundo e pode enfatizar alguns aspetos (von Ameln & Becker, 2020). Desta forma, os protagonistas podem ver-se a si próprios a partir de uma distância crítica (Holmes & Kirk, 2014).
- Solilóquio. O protagonista expressa verbalmente os seus pensamentos e emoções sobre algo (por exemplo, as coisas que teme ter perdido com a morte de um ente querido, os desafios que enfrentará, os conflitos não resolvidos, os sonhos não realizados).
- Cadeira vazia. O exercício começa com o grupo sentado num semicírculo em frente ao espaço com uma cadeira vazia colocada no centro. A cadeira é ocupada por aqueles que se sentem prontos para iniciar o exercício com a entrega de falar consigo próprios, articulando o diálogo em perguntas e respostas, permanecendo sentados ao responder, e de pé, com a cadeira vazia, ao fazer a pergunta, ou vice-versa, mas com a ideia de que nas duas fases o protagonista tem realmente como interlocutor, uma parte de si próprio.
- Cadeira com pessoa significativa. Neste caso, o protagonista é convidado a imaginar que na cadeira há uma pessoa significativa (pai, melhor amigo, namorado/namorada, etc.) e a escolher, entre os membros do grupo, uma pessoa que irá interpretar a personagem escolhida. No trabalho com o enlutado, a pessoa em falecida pode ser chamada a sentar-se na cadeira vazia e, ao fazê-lo, a trabalhar em tudo o que tinha sido suspenso no diálogo com a pessoa morta (por exemplo, contradições, ambiguidades e ambivalências e todos os "não ditos").

Aplicações e benefícios clínicos das técnicas de psicodrama

Os atores que atuam "as-if" têm múltiplas implicações clínicas, incluindo fornecer treino de papéis para situações futuras, oferecer momentos de reparação do desenvolvimento ou experiências emocionais corretivas e proporcionar ao corpo a oportunidade de completar respostas de sobrevivência a eventos traumáticos que foram interrompidos deixando-os bloqueados (Giacomucci, 2021). A ação numa relação de grupo permite ultrapassar o isolamento, através da comunicação com outros que sofrem de problemas semelhantes e beneficiar das experiências e pontos de vista do grupo sobre o problema que está a ser trabalhado. Cada evento é processado através de múltiplos e diversificados vértices de observação, e isto torna possível uma reflexão a várias vozes sobre materiais experimentados em comum.

Tele-psicodrama

Recentemente, as técnicas de psicodrama foram adaptadas à modalidade online (Biancalani et al, 2021). Por exemplo, eventos significativos dos participantes podem ser representados através de objetos significativos ou fotografias que os membros do grupo tinham em casa; sentimentos específicos relacionados com as circunstâncias de distanciamento físico podem ser representados, através de desenhos feitos pelos participantes que podem ser exibidos no ecrã e partilhados e comentados por todo o grupo. Biancalani e colegas (2021) investigaram qualitativamente o impacto de um tele-psicodrama de grupo implementado durante as medidas de confinamento. Os 15 membros, pertencentes a um grupo pré-existente de psicodrama em pessoa, referem o aumento do

bem-estar pessoal devido ao tele-psicodrama e à atenuação da sensação de isolamento social.

REFERÊNCIAS

Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2020). Psychotherapists' vicarious traumatization during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), 148–150. https://doi.org/10.1037/tra0000868

Abbass, A. A., & Town, J. M. (2021). Alliance rupture-repair processes in intensive short-term dynamic psychotherapy: Working with resistance. *Journal of Clinical Psychology*, *77*(2), 398–413. https://doi.org/10.1002/jclp.23115

Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2020). Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, *33*(9), 543-545. https://doi.org/10.20344/amp.14345

Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2020). Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. Acta Médica Portuguesa, 33(9), 543-545. https://doi.org/10.20344/amp.14345

Albuquerque, S., Teixeira, A. M., & Rocha, J. C. (2021). COVID-19 and Disenfranchised Grief. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 638874. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.638874

Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(4), 196–205. https://doi.org/10.1080/16506070903318960

Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: From innovation to implementation. *World Psychiatry*, *18*(1), 20–28. https://doi.org/10.1002/wps.20610

Aoun, S. M., Keagan O., Roberts, A., Breen., L., J. (2020). The impact of bereavement support on wellbeing: a comparative study between Australia and Ireland. *Palliative Care and Social Practice*. 14. https://doi.org/10.1177/2632352420935132

Aoun, S. M., Breen, L. J., Rumbold, B., Christian, K. M., Same, A., Abel, J. (2019). Matching response to need: What makes social networks fit for providing bereavement support*? PLoS ONE* 14(3): e0213367. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213367

Aoun, S.M., Breen, L. J., White, I., Rumbold, B., Kellehear, A. (2018). What sources of bereavement support are perceived helpful by bereaved people and why? Empirical evidence for the compassionate communities approach. *Palliative Medicine*, 32(8):1378-1388. doi:10.1177/0269216318774995

Aoun, S.M., Rumbold, B., Howting, D., Bolleter, A., Breen, L. J. (2017). Bereavement support for family caregivers: The gap between guidelines and practice in palliative care. *PLOS ONE* *12*(10): e0184750. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184750

Archer, J. (2008). Theories of grief: Past, present, and future perspectives. In: M. Stroebe, *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention, 45-65*. American Psychological Association.

Auszra, L., & Greenberg, L. S. (2007). Client emotional productivity. *European Psychotherapy*, *7*(1), 137-152.

Barbosa, E., Nogueira, D., Cunha, C., Pinheiro, P., Soares, J., Carqueja, E., Jódar, R., Gamoneda, J., Gismero, E., Prieto, M., & Núñes, J. (2022). The Grief and Bereavement and the pandemic by COVID-19: A transnational study on its impact on well-being. *Oral Presentation on the European Grief Conference,* September, Copenhagen, Denmark.

Barker, G. G., & Barker, E. E. (2022). Online therapy: Lessons learned from the COVID-19 health crisis. *British Journal of Guidance & Counselling*, *50*(1), 66–81. https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1889462

Bateman, A. W., Fonagy, P., & Bateman, A. (Eds.) (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (1. ed). American Psychiatric Publ.

Baum, E. S., & Rude, S. S. (2013). Acceptance-Enhanced Expressive Writing Prevents Symptoms in Participants with Low Initial Depression. *Cognitive Therapy and Research*, *37*(1), 35–42. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9435-x

Bendel, K. E. (2017). Social work and Moreno: A systematic review of psychodrama methods and implications. *ProQuest Dissertations and Theses*, Retrieved from: https://proxy.library.upenn.edu:7450/docview/1920065271?accountid=14707

Benkel, I., Wijk, H., & Molander, U. (2009). Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliative Medicine*, *23*(2), 141–149. https://doi.org/10.1177/0269216308098798

Bereavement Network Europe (n.d.). *Join BNE*. https://bereavement.eu/

Bertuccio, R. F., & Runion, M. C. (2020). Considering grief in mental health outcomes of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), 87-89. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/tra0000723

Biancalani, G., Franco, C., Guglielmin, M. S., Moretto, L., Orkibi, H., Keisari, S., & Testoni, I. (2021). Tele-psychodrama therapy during the COVID-19 pandemic: Participants' experiences. *The Arts in Psychotherapy*, *75*, 101836. https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101836

Boelen, P. A, de Keijser, J., van den Hout, M. A. & van den Bout, J. (2007) Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(2), 277-284. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.277

Boelen, P. A., Eisma, M. C., Smid, G. E., Keijser, J. de, & Lenferink, L. I. M. (2020). Remotely Delivered Cognitive Behavior Therapy for Disturbed Grief During the COVID-19 Crisis: Challenges and Opportunities. *Journal of Loss and Trauma*, *26*(3), 211–219. https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1793547

Boelen, P. A., & Huntjens, R. J. C. (2008). Intrusive images in grief: An exploratory study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *15*(4), 217–226. https://doi.org/10.1002/cpp.568

Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2022). Prolonged grief disorder in DSM-5-TR: Early predictors and longitudinal measurement invariance. Australian & New Zeland Journal of Psychiatry, 56, 6, 667-674. Doi: 10.1177/00048674211025728

Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Smid, G. E. (2016). Concurrent and prospective associations of intolerance of uncertainty with symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression after bereavement. *Journal of Anxiety Disorders*, *41*, 65–72. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.004

Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). Disturbed grief: Prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ: British Medical Journal*, *357*. https://doi.org/10.1136/bmj.j2016

Boelen, P. A., van den Hout, M. A., & van den Bout, J. (2006). A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *13*(2), 109–128. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x

Boelen, P. A., van den Hout, M., & van den Bout, J.. (2013). Prolonged grief disorder: Cognitive-behavioral theory and therapy. In: M. Stroebe, H. Schut, & J. V. d. Bout (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals*, 221–234. Routledge/Taylor & Francis Group.

Bonanno, G. A., Boerner, K., & Wortman, C. B. (2008). Trajectories of grieving. In: M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention,* 287–307. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14498-014

Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, *21*(5), 705–734. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00062-3

Bonanno, G. A., & Malgaroli, M. (2020). Trajectories of grief: Comparing symptoms from the *DSM-5* and ICD-11 diagnoses. *Depression and Anxiety*, *37*(1), 17–25. https://doi.org/10.1002/da.22902

Boss, P., Roos, S., & Harris, D. L. (2021). Grief in the Midst of Ambiguity and Uncertainty. I R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer, & G. F. Thornton, *Grief and Bereavement in Contemporary Society,*163–175. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003199762-16

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1). Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger* (Vol. 2). Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Sadness and depression* (Vol. 3). Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*. Routledge.

Breen, L. J., Mancini, V. O., Lee, S. A., Pappalardo, E. A., & Neimeyer, R. A. (2022). Risk factors for dysfunctional grief and functional impairment for all causes of death during the COVID-19 pandemic: The mediating role of meaning. *Death Studies*, *46*(1), 43-52. https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1974666

British Association for Counseling and Psychotherapy (2021). *Online and phone therapy (OPT) competence framework: User guide*. https://www.bacp.co.uk/media/10850/bacp-online-and-phone-therapy-user-guide-feb21.pdf

Broberg, A., Grandquist, P., Ivarsson, T., & Mothander, P. R. (2008). *Tilknytningsteori—Betydningen af nære følelsesmæssige relationer*. Hans Reitzels Forlag.

Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., & Nickerson, A. (2017). Treating Prolonged Grief Disorder: A 2-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *78*(9), 1363–1368. https://doi.org/10.4088/JCP.16m10729

Buglass, E. (2010). Grief and bereavement theories. *Nursing Standard*, *24*(41), 44–47. https://doi.org/10.7748/ns2010.06.24.41.44.c7834

Burke, L. A. & Neimeyer, R. A. (2012). Prospective Risk Factors for Complicated Grief: A Review of the Empirical Literature. In M. Stroube, H. Schut, & J. van den Bout (Eds.). *Complicated Grief: Scientific Foundations for Health Care Professionals*, 145-161. Routledge.

Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Meaning making. In: M. Cobb, C. M. Puchalski & B. Rumbold (Eds.). In *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare,* 127–133. Oxford University Press.

Burrell, A., & Selman, L. E. (2022). How do Funeral Practices Impact Bereaved Relatives' Mental Health, Grief and Bereavement? A Mixed Methods Review with Implications for COVID-19. OMEGA - Journal of Death and Dying, *85*(2), 345–383. https://doi.org/10.1177/0030222820941296

Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2014). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. http://site.ebrary.com/id/10895851

Carvalheiro, A.M., Faria, C., Semeão, I., & Martinho, S. M. (2021). Caring for End-of-Life Patients and Their Families, During Life, and Mourning, in the COVID-19 Era -The Experience of a Palliative Care Team in Portugal. *Front. Psychiatry*, 12. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.624665

Chan, H. (2022). Death, burials and funerals: grieving in the shadow of COVID-19. *The Journal of the Society for Advanced Legal Studies*, *3*(2), 250-277.

Chapple, A., & Ziebland, S. (2010). Viewing the body after bereavement due to a traumatic death: Qualitative study in the UK. *BMJ: British Medical Journal*, *340*(apr30 2), c2032–c2032. https://doi.org/10.1136/bmj.c2032

Chopra, K. K., & Arora, V. K. (2020). COVID-19 and social stigma: Role of scientific community. *Indian Journal of Tuberculosis*, *67*(3), 284-285. https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2020.07.012

Cipolletta, S., Entilli, L., Bettio, F., & De Leo, D. (2021). Live-Chat Support for People Bereaved by Suicide: A Thematic Analysis. *Crisis*, *43*(2), 1-7. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000759

Cipolletta, S., Entilli, L., & Filisetti, S. (2022). Uncertainty, shock and anger: Recent loss experiences of first-wave COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of Community & Applied Social Psychology,* 1-15. https://doi.org/10.1002/casp.2604

Cooper, M. (2020). Relational depth in online therapy: can it be experienced, and what facilitates and inhibiths it? Retrieved from https://mick-cooper.squarespace.com/new-blog/2020/3/18/relational-depth-in-online-counselling-and-psychotherapy-can-you-get-there-and-what-facilitates-and-inhibits-it

Costantini, M., Sleeman, K. E., Peruselli, C., & Higginson, I. J. (2020). Response and role of palliative care during the COVID-19 pandemic: A national telephone survey of hospices in Italy. *Palliative Medicine*, *34*(7), 889-895. https://doi.org/10.1177/0269216320920780

Cruz, A., Sales, C., Alves, P., & Moita, G. (2018). The core techniques of Morenian psychodrama: A systematic review of literature. *Frontiers in psychology*, 1263. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01263

Cullberg, J. (2008). *Krise og udvikling*. Hans Reitzel.

Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2010). Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*(1), 77–93. https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.1.77

Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist, 55*(2), 205–217. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.2.205

Dayton, T. (2005). The use of psychodrama in dealing with grief and addiction-related loss and trauma. *Journal of Group Psychotherapy Psychodrama and Soiometry*, 58(1), 15-35.

Di Blasi, M., Gullo, S., Mancinelli, E., Freda, M. F., Esposito, G., Gelo, O. C. G., ... & Coco, G. L. (2021). Psychological distress associated with the COVID-19 lockdown: A two-wave network analysis. *Journal of affective disorders*, *284*, 18-26 https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.016

Dickson, B. (2002). An Invisible Grief – Group Work with Bereaved Siblings. *Australian and Aotearoa New Zealand Psychodrama Association Journal*, (11), 20–30. https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.608472030430810

Diolaiuti, F., Marazziti, D., Beatino, M. F., Mucci, F., & Pozza, A. (2021). Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder. *Psychiatry Research*, *300*, 113916. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113916

Dorrucci, M., Minelli, G., Boros, S., Manno, V., Prati, S., Battaglini, M., Corsetti, G., Andrianou, X. Riccardo, F., Fabiani, M., Vescio, M. F., Spuri, M., Mateo-Urdiales, A., Del Manso, M., Pezzotti, P., Bella, A., & the Italian Integrated Surveillance COVID-19 Group. (2022). A population-based cohort approach to assess the excess mortality due to the spread of COVID-19 in Italy, January-May 2020. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*, *58*(1), 25-33.

Dyregrov, A. (2011). Akut kriseintervention. *Månedsskrift for Almen Praksis og Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, *89*(10).

Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2009). *Krisepsykologi i praksis*. Dansk Psykologisk Forlag.

Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, *288*, 113031. https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.psychres.2020.113031

Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief Before and During the COVID-19 Pandemic: Multiple Group Comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, *60*(6), e1–e4. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004

Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2021). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of affective disorders*, *278*, 54-56. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049

Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2007). The Essence of Process-Experiential/Emotion-Focused Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, *61*(3), 241–254. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.3.241

European Grief Conference (n.d.). *Welcome.* https://egc2022.dk/

Eurostat (n.d.). *Statistics Explained.* https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Main_Page

Farinha-Silva, S., & Reis-Pina, P. (2020). COVID-19: From Grief and Mourning to Prolonged Grief Disorder. *Acta Médica Portuguesa*, *33*(10), 709. https://doi.org/10.20344/amp.14701

Farmer, C., Moreno, Z. T., Campbell, D., & Draper, R. (2018). *Psychodrama and systemic therapy*. Routledge.

Fernández, Ó., & González-González, M. (2020). The Dead with No Wake, Grieving with No Closure: Illness and Death in the Days of Coronavirus in Spain. *Journal of Religion and Health*, *61*(1), 703-721. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01078-5

Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.* Brunner/Mazel.

Figusch, Z. (2009). From one-to-one psychodrama to large group socio-psychodrama: More writings from the arena of Brazilian psychodrama. *Morrisville, NC: www. lulu. com*.

Fisher, J. E., Rice, A. J., Zuleta, R. F., & Cozza, S. J. (2022). Bereavement during the COVID-19 Pandemic: Impact on Coping Strategies and Mental Health. *Psychiatry*, 1–19. https://doi.org/10.1080/00332747.2022.2051141

Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 563–584). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10436-024

Foulkes, S. H., & Anthony, E. J. (1965). *Group psychotherapy: The psychoanalytic approach.* Karnac Books.

Franza, F., Basta, R., Pellegrino, F., Solomita, B., & Fasano, V. (2020). The role of fatigue of compassion, burnout and hopelessness in healthcare: Experience in the time of COVID-19 outbreak. *Psychiatria Danubina*, 32 (suppl. 1), 10-14.

Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *132*(6), 823–865. https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823

Freeston, M., Tiplady, A., Mawn, L., Bottesi, G., & Thwaites, S. (2020). Towards a model of uncertainty distress in the context of Coronavirus (COVID-19). *The Cognitive Behaviour Therapist*, *13*, E31. https://doi.org/10.1017/S1754470X2000029X

Freud, S. (1913). Totem and Taboo. In *The Origins of Religion—The Pelican Freud Library*, Vol. 13. Penguin Books.

Freud, S. (1917). Sorg og Melankoli. In: Freud, S. (1983), *Metapsykologi,* Vol. 1. Hans Reitzels Forlag.

Garcia, A. Buchanan D.R. (2000). Psychodrama. In P. Lewis, D.R. Johnson (Eds.), Current approaches in drama therapy, Charles C. Thomas, Springfield, IL (2000), pp. 162-195

Geller, S. M. (2017). A practical guide to cultivating therapeutic presence. *American Psychological Association*. https://doi.org/10.1037/0000025-000

Geller, S. (2020). Cultivating online therapeutic presence: strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counseling Psychology Quarterly, 34*:3-4, 687-703. DOI: 10.1080/09515070.2020.1787348

Geller, S. (2021). Cultivating online therapeutic presence: Strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, *34*(3-4), 687-703. https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1787348

Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2015). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy* (2nd Ed.). American Psychological Association.

Giacomucci, S. (2021). Psychodrama and Social Work Theory. In: Social Work, Sociometry, and Psychodrama. Psychodrama in Counselling, Coaching and Education, vol 1. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-33-6342-7_6

Gilart, E., Lepiani, I., Núñez, M. J. C., Roman, I. C., & Bocchino, A. (2021). When Nurses Become Patients. Validation of the Content of the Diagnostic Label Professional Traumatic Grief. *Healthcare*, *9*(8), 1082. https://doi.org/10.3390/healthcare9081082

Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, Grief, and the Search for Significance: Toward a Model of Meaning Reconstruction in Bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, *19*(1), 31–65. https://doi.org/10.1080/10720530500311182

Gnasso, R., Iommazzo, I., Corbi, G., Celi, F., Iannicelli, A. M., Ferrara, N., & Ruosi, C. (2022). Italian long-term care facilities during COVID-19 era: A review. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, *70*(2), 1-10. https://doi.org/10.36150/2499-6564-N365

Goel, A., & Gupta, L. (2020). Social Media in the Times of COVID-19. *Journal of Clinical Rheumatology*, *26*(6), 220–223. https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001508

Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. Guilford Press.

Guldin, M. (2010). De store teoriers fald – Træk af sorgteori gennem tiden. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, *7*(12), 155–173. https://doi.org/10.7146/tfss.v7i12.2961

Guldin, M. (2014). *Tab og sorg: En grundbog for Professionelle*. Hans Reitzels Forlag.

Guldin, M. (2018). *Sorgterapi—Evidens og terapeutiske metoder i praksis*. Akademisk Forlag.

Guldin, M. (2019). *Tab og sorg—En grundbog for professionelle* (2nd ed.). Hans Reitzels Forlag.

Guldin, M.-B., Li, J., Pedersen, H. S., Obel, C., Agerbo, E., Gissler, M., Cnattingius, S., Olsen, J., & Vestergaard, M. (2015). Incidence of Suicide Among Persons Who Had a Parent Who Died During Their Childhood: A Population-Based Cohort Study. *JAMA Psychiatry*, *72*(12), 1227. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2094

Gullo, S., Gelo, O. C. G., Bassi, G., Lo Coco, G., Lagetto, G., Esposito, G., Pazzagli, C., Salcuni, S., Freda, M. F., Mazzeschi, C., Giordano, C., & Di Blasi, M. (2022). The role of emotion regulation and intolerance to uncertainty on the relationship between fear of COVID-19 and distress. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03071-5

Halty, L., Halty, A., & Gismero, E. (2020). Apoyo psicológico online durante de la declaración del primer estado de alarma en España a través de la herramienta iENCUIST. *Cuadernos de la Guardia Civil: Revista de seguridad pública*, (1), 83-98.

Harrsen, K., Tølbøll, M. M., & Larsen, L. H. (2022). Effects of an Integrated Treatment Program on Grief and Distress Among Parentally Bereaved Young Adults. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282110697. https://doi.org/10.1177/00302228211069713

Hart, V. A. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, *23*(1), 31-41. https://doi.org/10.1080/01612840252825464

Hebert, R. S., Schulz, R., Copeland, V. C., & Arnold, R. M. (2009). Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from caregivers of terminally ill patients. *Journal of pain and symptom management*, *37*(1), 3-12. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.010

Heeke, C., Kampisiou, C., Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2017). A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(sup6), 1583524. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1583524

Hernández-Fernández, C., & Meneses-Falcón, C. (2021). I can't believe they are dead. Death and mourning in the absence of goodbyes during the COVID-19 pandemic. *Health & Social Care in the Community*, *30*(4). https://doi.org/10.1111/hsc.13530

Hershberger, P. J., & Walsh, W. B. (1990). Multiple Role Involvements and the Adjustment to Conjugal Bereavement: An Exploratory Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *21*(2), 91–102. https://doi.org/10.2190/K8D3-NTBT-KTMF-58CB

Holmes, P., & Kirk, K. (2014). *Empowering therapeutic practice: Integrating psychodrama into other therapies*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*(2), 223–233. https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223

Imber-Black, E. (2020). Rituals in the Time of COVID-19: Imagination, Responsiveness, and the Human Spirit. *Family Process*, *59*(3), 912–921. https://doi.org/10.1111/famp.12581

Ingravallo, F. (2020). Death in the era of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*, *5*(5), e258. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30079-7

Irish Hospice Foundation (n.d.). *Adult Bereavement Care Pyramid*. https://hospicefoundation.ie/our-supports-services/bereavement-loss-hub/i-work-in-bereavement/adult-bereavement-care-pyramid/

Instituto de Salud Carlos Tercero (n.d.) *Panel de monitorización de la moratalidad (MoMo).* https://momo.isciii.es/panel_momo/

Istituto Superiore di Sanità (2021a). Epidemiology for Public Health. https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/sars-cov-2-surveillance-long-term#writers

Istituto Superiore di Sanità (2021b). Epidemiology for Public Health. https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/sars-cov-2-analysis-of-deaths

Istvan, P. (2014). *Tragedy in the potential space. The possibilities of psychodrama in the psychotherapy of the traumatic loss.* Enikoo Albert-Loorincz.

Janoff-Bulman, R. (1990). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma.* Free Press.

JHU CSSE - Johns Hopkins University Center for systems science and engineering. Available online: https://raw.githubusercontent.com/CSSEGISandData/COVID-19/master/csse_covid_19_data/csse_covid_19_time_series/time_series_covid19_confirmed_global.csv, Accessed 24th April 2022

Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, *253*, 69–86. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065

Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work?. *Death studies*, *27*(9), 765-786. https://doi.org/10.1080/713842360

Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, *68*(9), 791–800. https://doi.org/10.1037/a0035001

Jurist, E. L. (2005). Mentalized Affectivity. *Psychoanalytic Psychology, 22*, 426-444. https://doi.org/10.1037/0736-9735.22.3.426

Kalantari, M., Yule, W., Dyregrov, A., Neshatdoost, H., & Ahmadi, S.J. (2012). Efficacy of writing for recovery on traumatic grief symptoms of Afghani refugee bereaved adolescents: a randomized control trial. *Omega,65*(2):139-50. doi: 10.2190/OM.65.2.d. PMID: 22953510

Karterud, S. (2015). *Mentalization-based group therapy (MBT-G): A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford University Press.

Karterud, S., & Bateman, A. W. (2012). Group Therapy Techniques. In: A. W. Bateman and P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publishing, 81–105.

Kaur-Aujla, H., Lillie, K., & Wagstaff, C. (2022). Prognosticating COVID Therapeutic Responses: Ambiguous Loss and Disenfranchised Grief. *Frontiers in Public Health*, *10*, 799593. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.799593

Kellermann, P. F. (1992). *Focus on psychodrama: The therapeutic aspects of psychodrama*. Jessica Kingsley.

Kentish-Barnes, N., Chaize, M., Seegers, V., Legriel, S., Cariou, A., Jaber, S., ... & Azoulay, É. (2015). Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *European Respiratory Journal*, *45*(5), 1341-1352. 341-348. https://doi.org/10.1183/09031936.00160014

Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, *131*(1–3), 339–343. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032

Killikelly, C., & Maercker, A. (2017). Prolonged grief disorder for ICD-11: The primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup6), 1476441. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441

Kipper, D. A. (1997). Classical and contemporary psychodrama: A multifaceted, action-oriented psychotherapy. *International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing, 50*(3), 99–107.

Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief.* (pp. xxi, 361). Taylor & Francis.

Klass, D., & Steffen, E. M. (Eds.). (2018). *Continuing Bonds in Bereavement. New Directions for Research and Practice.* Routledge.

Kokou-Kpolou, C. K., Fernández-Alcántara, M., & Cénat, J. M. (2020). Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), S94–S95. https://doi.org/10.1037/tra0000798

Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *75*(1), 76–97. https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76

Kübler-Ross, E. (2006). *Døden og den døende*. Gyldendal.

Larsen, L. H. (2022). Letter Writing as a Clinical Tool in Grief Psychotherapy. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282110701. https://doi.org/10.1177/00302228211070155

Larsen, L. H., Guldberg, A., & Kring, V. (2021). A Group Therapy Program for Parentally Bereaved Young Adults With Grief Complications: Rationale, Method and Case Examples. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282199770. https://doi.org/10.1177/0030222821997705

Larsen, L., Joesen, B. V., O'Connor, M. & Farver-Vestergaard, I. (2020). *Psykologiske interventioner for mennesker med behandlingskrævende sorg – anbefalinger til praksis*. Det Nationale Sorgcenter.

Larsen, L., Lauritzen, L., & O'Connor, M. (2018). Kompliceret sorg og vedvarende sorglidelse: Begrebsmæssig adskillelse og sammenhæng. *Psyke & Logos*, *1*, 15–23.

Lenferink, L. I. M., Nickerson, A., Keijser, J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved people. *Depression and Anxiety*, *37*(1), 35–44. https://doi.org/10.1002/da.22850

LeRoy, A. S., Robles, B., Kilpela, L. S., & Garcini, L. M. (2020). Dying in the face of the COVID-19 pandemic: Contextual considerations and clinical recommendations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), 98-99. https://doi.org/10.1037/tra0000818

Leutz, G. (1974). *Psychodrama - Theorie und Praxis*. Springer Verlag.

Levi-Belz, Y., & Lev-Ari, L. (2019). Is There Anybody Out There? Attachment Style and Interpersonal Facilitators as Protective Factors Against Complicated Grief Among Suicide-Loss Survivors. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *207*(3), 131–136. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000940

Lipman, L. (2003). The triadic system: Sociometry, psychodrama, and group psychotherapy. In J. Gershoni (Ed.), *Psychodrama in the 21 century: Clinical and educational applications*. Springer Publishing Company

Lowe, J., Rumbold, B., & Aoun, S. M. (2020). Memorialisation during COVID-19: implications for the bereaved, service providers and policy makers. *Palliative Care and Social Practice,* 14, 2632352420980456.

Lundin, T. (1984). Morbidity following sudden and unexpected bereavement. *The British Journal of Psychiatry*, *144*(1), 84-88. https://doi.org/10.1192/bjp.144.1.84

Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2006). *Health psychology: A critical introduction*. Cambridge University Press.

Mansueto, G., Lopes, F. L., Grassi, L., & Cosci, F. (2021). Impact of COVID-19 outbreak on Italian healthcare workers versus general population: Results from an online survey. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(6), 1334–1345. https://doi.org/10.1002/cpp.2644

Margherita, G. (2009). *Narrazione e rappresentazione nella psicodinamica di gruppo* [Narration and representation in group psychodynamics]. Franco Angeli.

Marinaci, T., Venuleo, C., & Savarese, G. (2021). The COVID-19 pandemic from the health workers' perspective: Between health emergency and personal crisis. *Human Arenas*, 1-21. https://doi.org/10.1007/s42087-021-00232-z

Mason, T. M., Tofthagen, C. S., & Buck, H. G. (2020). Complicated Grief: Risk Factors, Protective Factors, and Interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, *16*(2), 151–174. https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726

Maass, U., Hofmann, L., Perlinger, J., & Wagner, B. (2020). Effects of bereavement groups-a systematic review and meta-analysis. *Death Studies*, 1–11. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1772410

Mcvea, C., & Gow, K. (2006). Healing a Mother's Emotional Pain: Protagonist and Director Recall of a Therapeutic Spiral Model (TSM) Session. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, & Sociometry*, *59*(1), 3–22. https://doi.org/10.3200/JGPP.59.1.3-22

McVea, C. S., Gow, K., & Lowe, R. (2011). Corrective interpersonal experience in psychodrama group therapy: A comprehensive process analysis of significant therapeutic events. *Psychotherapy Research*, *21*(4), 416–429. https://doi.org/10.1080/10503307.2011.577823

Mencacci, C., & Salvi, V. (2021). Expected effects of COVID-19 outbreak on depression incidence in Italy. *Journal of Affective Disorders*, *278*, 66–67. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.043

Menichetti-Delor, J. P., Borghi, L., Cao di San Marco, E., Fossati, I., & Vegni, E. (2021). Phone follow up to families of COVID-19 patients who died at the hospital: Families' grief reactions and clinical psychologists' roles. *International Journal of Psychology*, *56*(4), 498-511. https://doi.org/10.1002/ijop.12742

Merlevede, E., Spooren, D., Henderick, H., Portzky, G., Buylaert, W., Jannes, C., Calle, P., Van Staey, M., De Rock, C., Smeesters, L., Michem, N., & van Heeringen, K. (2004). Perceptions, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death. *Resuscitation*, *61*(3), 341–348. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2004.01.024

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Berant, E. (2013). An Attachment Perspective on Therapeutic Processes and Outcomes: Attachment and Therapeutic Processes. *Journal of Personality*, *81*(6), 606–616. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00806.x

Miles, L., & Corr, C. A. (2017). Death Cafe: What Is It and What We Can Learn From It. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 75*(2), 151–165. https://doi.org/10.1177/0030222815612602

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *The Journal of Nursing Scholarship*, *20*(4), 225–232. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x

Mogensen, J., & Engelbrekt, P. (2013). *At forstå sorg: Teoretiske og praktiske perspektiver*. Samfundslitteratur.

Montesarchio, G., & Marzella, E. (2004). Novantanove giochi per la scuola, il teatro, l'azienda, il gruppo (Ninety-nine games for school, theater, company, group). Milano, Franco Angeli.

Moreira, W., Sousa, K., Sousa, A., Santana, T., Zeitoune, R., & Nóbrega, M. (2021). Mantal health interventions implemented in the COVID-19 pandemic: what is the evidence? Rev Bras Enferm, 74, 1. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0635

Morgan, D., et al. (2020), "Excess mortality: Measuring the direct and indirect impact of COVID-19", OECD Health Working Papers, No. 122, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c5dc0c50-en

Morlino, I. (2020) Italy. In: K. M. Millar, Y. Han, M. Bayly, K. Kuhn, & I. Morlino, *Confronting the COVID-19 Pandemic. Grief, loss and social order*, 27-33. The London School of Economics and Political Science – Department of International Relations.

Morris, S., Moment, A., & Thomas, J. (2020). Caring for bereaved family members during the COVID19 pandemic: Before and after the death of a patient. *Journal of Pain and Symptom Management, 60*, 20. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.002

Mortazavi, S. S., Shahbazi, N., Taban, M., Alimohammadi, A., & Shati, M. (2021). Mourning During Corona: A Phenomenological Study of Grief Experience Among Close Relatives During COVID-19 Pandemics. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 00302228211032736. https://doi.org/10.1177/00302228211032736

Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, *24*(6), 541–558. https://doi.org/10.1080/07481180050121480

Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10397-000

Neimeyer, R. A. (2002). Deconstructing 9/11: A constructivist commentary. *The Humanistic Psychologist,* 30, 293-305.

Neimeyer, R. A. (2004). Fostering posttraumatic growth: A narrative contribution. *Psychological Inquiry,* 15, 53-59.

Neimeyer, R. (2005). Grief, loss, and the quest for meaning: Narrative contributions to bereavement care. *Bereavement Care*, *24*(2), 27–30. https://doi.org/10.1080/02682620508657628

Neimeyer, R. A. (2006). Defining the new normal: Scientific and social construction of complicated grief. *Omega, 52*, 95-97.

Neimeyer, R. A. & Currier, J. M. (2009). Grief therapy: Evidence of efficacy and emerging directions. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 352-356.

Neimeyer, R. A. (2022). *New techniques of grief therapy. Bereavement and Beyond*. Routledge.

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*(2), 73–83. https://doi.org/10.1007/s10879-009-9135-3

Neimeyer, R. A. & Hooghe, A. (2018). Reconstructing the continuing bond: A case study in grief therapy. In D. Klass & E. Steffan (Eds.). *Continuing bonds in bereavement: New directions for research and practice.* New York: Routledge.

Neimeyer, R. & Sands, D. (2022). Meaning Reconstruction in Bereavement. From principles to pactice. In R. Neimeyer, D. Harris, H. Winokuer, & G. Thornton. *Grief and Bereavemnet in Contemporary Society.* Routeledge.

Milman, E., & Neimeyer, R. A. (2020). Meaning-making in bereavement transitions: Review and clinical relevance. In E. M. Altmaier (Ed.), *Navigating life transitions for meaning* (pp. 69–89). Elsevier Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818849-1.00005-9

Neimeyer, R.A., Milman, E.J., & Steffen, E.M. (2022). The Meaning in Loss Group. Principles, Processes and Procedures. In R.A. Neimeyer (Eds.). *New techniques of Grief Therapy. Bereavement and Beyond* (pp. 26-45). Routdledge.

NICE (2022). *Developing NICE guidelines: the manual*. Retrieved by https://www.nice.org.uk/process/pmg20

Nielsen, M. K., Carlsen, A. H., Neergaard, M. A., Bidstrup, P. E., & Guldin, M.-B. (2019). Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Social Science & Medicine*, *232*, 460–469. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.007

Nolte, J. (2020). *J.L. Moreno and the psychodramatic method: On the practice of psychodrama*. Routledge.

Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidensbased responsiveness* (2nd Ed.). Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3rd Ed.). Oxford University Press.

O'Rourke, T., Spitzberg, B. H., & Hannawa, A. F. (2011). The Good Funeral: Toward an Understanding of Funeral Participation and Satisfaction. *Death Studies*, *35*(8), 729–750. https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553309

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (n.d.). *Health spending (2020).* Retrieved 12th of June, 2020, from https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm

OPP. (2020). *Comentário técnico e contributo da OPP. Estratégia de Resposta COVID-19- Saúde Mental*. OPP.

Parolin, L. A. L., Benzi, I. M. A., Fanti, E., Milesi, A., Cipresso, P., & Preti, E. (2021). Italia Ti Ascolto [Italy, I am listening]: An app-based group psychological intervention during the COVID-19 pandemic. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, *24*(1). https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.517

Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología*, *37*(2), 189–201. https://doi.org/10.6018/analesps.443271

Payàs Puigarnau, A., & Chaurand Morales, A. (2019). Unfolding Meaning From Memories: An Integrative Meaning Reconstruction Method for Counseling the Bereaved. *Illness, Crisis & Loss*, *27*(3), 209–225. https://doi.org/10.1177/1054137316687954

Pennebaker, J. W., Colder, M., & Sharp, L. K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(3), 528–537. https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.3.528

Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(2), 239–245. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.2.239

Pennebaker, J. W. (1997). Writing About Emotional Experiences as a Therapeutic Process. *Psychological Science*, *8*(3), 162–166. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x

Picardi, A., Miniotti, M., Leombruni, P., & Gigantesco, A. (2021). A Qualitative Study Regarding COVID-19 Inpatient Family Caregivers' Need for Supportive Care. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, *17*(1), 161-169. http://dx.doi.org/10.2174/1745017902117010161

Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R., Compare, A., & Silani, V. (2021). Telepsychotherapy: A leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*, *34*(3–4), 352–367. https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1769557

Polidori, M. C., Maggi, S., Mattace-Raso, F., & Pilotto, A. (2020). The unavoidable costs of frailty: a geriatric perspective in the time of COVID-19. *Geriatric Care*, *6*(1). https://doi.org/10.4081/gc.2020.8989

Porges, S. W. (2017). *The pocket guide to the polyvagal theory: The transformative power of feeling safe.* W. W. Norton & Co.

Porges, S. W. (2021). Polyvagal theory: a biobehavioral journey to sociability. *Comprehensive Psychoneuroendocronology, 7*, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.cpnec.2021.100069

Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criterio for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG13-R) scale. *World Psychiatry, 20*, 1, 96-106.

Rosner, R., Pfoh, G., & Kotoučová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psychotraumatology*, *2*(1), 7995. https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.7995

Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative Effects of Internet Interventions: A Qualitative Content Analysis of Patients' Experiences with Treatments Delivered Online. *Cognitive Behaviour Therapy*, *44*(3), 223–236. https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1008033

Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Internet-based cognitive—behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(4), 808–824. https://doi.org/10.1037/ccp0000023

Sammons, M. T., VandenBos, G. R., & Martin, J. N. (2020). Psychological Practice and the COVID-19 Crisis: A Rapid Response Survey. *Journal of Health Service Psychology*, *46*(2), 51–57. https://doi.org/10.1007/s42843-020-00013-2

Schut, H., & Stroebe, M. S. (2005). Interventions to Enhance Adaptation to Bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, *8*(supplement 1), s.140 - s.147. https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-140

Schützenberger-Ancelin, A. (1979). Psychodrama. *Ein Abriß, Erläuterung der*.

Selman, L. E., Chamberlain, C., Sowden, R., Chao, D., Selman, D., Taubert, M., & Braude, P. (2021). Sadness, despair and anger when a patient dies alone from COVID-19: A thematic content analysis of Twitter data from bereaved family members and friends. *Palliative Medicine*, *35*(7), 1267–1276. https://doi.org/10.1177/02692163211017026

Serrão, C., Duarte, I., Castro, L., & Teixeira, A. (2021). Burnout and Depression in Portuguese Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic—The Mediating Role of Psychological Resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(2), 636.

Serviço Nacional De Saúde (n.d.). *Linha de Apoio Psicológico do SNS 24.* https://www.inem.pt/2022/04/06/linha-de-apoio-psicologico-do-sns-24/

Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M.-F., … Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, *28*(2), 103–117. https://doi.org/10.1002/da.20780

Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*, *372*(2), 153–160. https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618

Shear, K. (2017). *Complicated Grief: A guidebook for therapists. An adaptation of Complicated Grief Therapy*. Unpublished treatment manual.

Shear, M. K., & Gribbin Bloom, C. (2017). Complicated Grief Treatment: An Evidence-Based Approach to Grief Therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *35*(1), 6–25. https://doi.org/10.1007/s10942-016-0242-2

Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of Complicated Grief in Elderly Persons: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *71*(11), 1287–1295. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242

Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C., Duan, N., Lebowitz, B., & Skritskaya, N. (2016). Optimizing Treatment of Complicated Grief. *JAMA Psychiatry*, *73*(7), 685–694. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0892

Somov, P. G. (2008). A psychodrama group for substance use relapse prevention training. *The Arts in Psychotherapy*, *35*(2), 151-161.https://doi.org/10.1016/j.aip.2007.11.002

Statistical National Institute (2022). Mortalidade por COVID-19 mais elevada e prematura nos homens – 2020. Retrieved in https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=540774816&DESTAQUESmodo=2

Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Introduction: Concepts and issues in contemporary research on bereavement. In *Handbook of Bereavement Research. Consequences, Coping, and Care.* American Psychological Association.

Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social science & Medicine*, *63*(9), 2440-2451. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, *23*(3), 197–224. https://doi.org/10.1080/074811899201046

Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *61*(4), 273–289. https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b

Stroebe, M., & Schut, H. (2021). Bereavement in times of COVID-19: A review and theoretical framework. OMEGA-Journal of Death and Dying, 82(3), 500-522.https://doi.org/10.1177/0030222820966928

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, *370*(9603), 1960–1973. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9

Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S., & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement?. *Journal of social and Clinical Psychology*, *24*(7), 1030-1050. https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.7.1030

Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H., & Montgomery, G. H. (2012). The Therapeutic Relationship in E-therapy for Mental Health: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(4), e110. https://doi.org/10.2196/jmir.2084

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1–18. http://www.jstor.org/stable/20447194

Testoni, I., Cichellero, S., Kirk, K., Cappelletti, V., & Cecchini, C. (2019). When death enters the theater of psychodrama: Perspectives and strategies of psychodramatists. *Journal of Loss and Trauma*, *24*(5-6), 516-532. https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1548996

Testoni, I., Azzola, C., Tribbia, N., Biancalani, G., Iacona, E., Orkibi, H., & Azoulay, B. (2021). The COVID-19 Disappeared: From Traumatic to Ambiguous Loss and the Role of the Internet for the Bereaved in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 620583. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.620583

The Economist (2021, Oct 20th). *Tracking covid-19 excess deaths across countries*. https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker. Retrieved May 13th, 2022.

Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2014). Risk Factors for Developing Prolonged Grief During Bereavement in Family Carers of Cancer Patients in Palliative Care: A Longitudinal Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, *47*(3), 531–541. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022

Torrens-Burton, A., Goss, S., Sutton, E., Barawi, K., Longo, M., Seddon, K., Carduff, E., Farnell, D. J. J., Nelson, A., Byrne, A., Phillips, R., Selman, L. E., & Harrop, E. (2022). 'It was brutal. It still is': A qualitative analysis of the challenges of bereavement during the COVID-19 pandemic reported in two national surveys. *Palliative Care and Social Practice*, *16*, 1-17. https://doi.org/10.1177/26323524221092456

Treanor, A. (2017). *The extent to which relational depth can be reached in online therapy and the factors that facilitate and inhibit that experience: a mixed methods study*. PsychD dissertation. University of Roehampton.

van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., & Bout, J. van den. (2010). Mediating processes in bereavement: The role of rumination, threatening grief interpretations, and deliberate grief avoidance. *Social Science & Medicine*, *71*(9), 1669–1676. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.047

Vito, A. (2021). Chi aiuta le famiglie in lutto? (Who helps grievin family?) *Frattali*, *1*, 133-139. von Ameln, F., & Becker-Ebel, J. (2020). *Fundamentals of psychodrama*. Springer.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *Death Studies*, *30*(5), 429–453. https://doi.org/10.1080/07481180600614385

Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L., & Maass, U. (2020). Web-based Bereavement Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 525. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00525

Wakam, G. K., Montgomery, J. R., Biesterveld, B. E., & Brown, C. S. (2020). Not Dying Alone—Modern Compassionate Care in the COVID-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, *382*(24), e88. https://doi.org/10.1056/NEJMp2007781

Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (Fifth edition). Springer Publishing Company.

World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Retrieved from https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19

Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S., Seay, K., Vahia, I., Young, I., Lebowitz, B., Pies, R., Reynolds, C., Simon, N., & Shear, M. K. (2014). Bereavement: Course, Consequences, and Care. *Current Psychiatry Reports*, *16*(10), 482. https://doi.org/10.1007/s11920-014-0482-8

Zhai, Y., & Du, X. (2020). Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, Behavior, and Immunity*, *87*, 80-81. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053



AURORA

@COVID19-EU

Articulating a Unified Response to the Covid-19 Outbreak Reconstruction After Loss in Europe

(2021-1-PT01-KA220-VET-000033092)

Funded by the European Union

PARTNERS

UNIVERSIDADE DA MAIA – UMAIA

SÃO JOÃO

COMILLAS UNIVERSIDAD PONTIFICIA

UNIVERSITÀ DEL SALENTO

Danish National Center for Grief