



Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Avaliação Empírica de um Programa Cognitivo - Narrativo no Luto

Ana Sofia Rodrigues Coelho de Andrade

Março de 2010



Ana Sofia Coelho de Andrade

Avaliação Empírica de um Programa Cognitivo - Narrativo no Luto

Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efectuado sob orientação do

Professor Doutor José Carlos Rocha

Março de 2010



Ana Sofia Coelho de Andrade

Avaliação Empírica de um Programa Cognitivo - Narrativo no Luto

Dissertação de Tese de Mestrado apresentado no Instituto Superior de Ciências da
Saúde do Norte - Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde.

Trabalho realizado sob orientação do Professor Doutor José Carlos Rocha

Março de 2010

Introdução

Todas as pessoas, num certo momento das suas vidas confrontam-se com o inevitável sofrimento associado à perda de alguém significativo. Esta é vivenciada de modo único por cada indivíduo, sendo que alguns lutos perduram profundamente durante anos, alterando o seu funcionamento biopsicossocial, outros são vivenciados de modo intenso, mas num tempo mais determinado e ainda há os que ultrapassam tão facilmente a dor da perda que mais não parece ser uma tentativa de a mascarar (Bonanno & Kaltman, 2001).

Esta ideia suscitou a questão: Podem os técnicos de saúde actuar sobre o risco aumentado de morbilidade associado ao luto e preveni-la?

Apesar de a investigação no luto, nomeadamente ao nível de programas de prevenção, ser já uma realidade, não se conhecem trabalhos empíricos baseados nos resultados positivos que a terapia cognitiva narrativa tem demonstrado na intervenção em indivíduos em luto (Currier, Neimeyer & Berman, 2008) nos cuidados de saúde primários em Portugal.

Deste modo, procuramos colmatar esta lacuna através da realização de um programa de intervenção cognitivo narrativo, que teve como principais objectivos, prevenir sintomas de depressão e de trauma, seis meses após a perda, obter níveis elevados de aceitabilidade dos sujeitos em relação à intervenção e, conseqüentemente, validar o programa.

A presente dissertação encontra-se organizada em seis capítulos, no sentido de uma melhor estruturação. No primeiro, é apresentada uma conceptualização teórica do luto e uma análise teórica e empírica do modelo cognitivo narrativo no luto. No segundo capítulo explicamos a metodologia e, num terceiro momento analisamos o desenho metodológico da avaliação do programa. No IV capítulo apresentamos os resultados da aplicação do programa de intervenção psicológica e, no final, analisamos os dados obtidos. No VI capítulo fazemos referência às conclusões do estudo, enquadrando as suas limitações e, sugerindo alternativas para investigações futuras.

1. O Luto e a Saúde

Tem sido demonstrado que a vivência de uma perda pode assumir múltiplos modos de expressão, tendo na generalidade consequências ao nível da saúde física e psicológica (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007; Currier, Neimeyer & Berman, 2008).

Como consequências físicas podem nomear-se as dificuldades imunitárias (Irwin, Daniels, & Weiner, 1987), aumento de hospitalizações e cirurgias (Glick, Weiss, & Parkes, 1974), de consultas nos cuidados de saúde e até o aumento da mortalidade (Prigerson, Vanderwerker & Maciejewski., 2008). O primeiro estudo conhecido que afirmou a relação entre o luto e o aumento da mortalidade, data de 1961 e considerou que a perda de alguém significativo conduz à depressão, a doença física, suicídio e a morte por causa naturais (Stroebe & Stroebe, 1992).

Adicionalmente, alguns indivíduos tendem a desenvolver reacções psicológicas à perda, caracterizadas por emoções negativas como a depressão, ansiedade, descrença, raiva, isolamento social, auto-culpabilização, desespero (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007) e de luto complicado (Boelen, 2009).

Paralelamente, sabe-se que existe uma correlação positiva entre sintomas depressivos e o absentismo laboral, que se reflecte nos níveis de produtividade nacional (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005). A possibilidade de outras situações clínicas, como o consumo de substâncias susceptíveis de dependência e comportamentos sexuais de risco poderão também estar associadas (Le et al., 2003).

Os trabalhos de Bowlby (1980), Byrne e Raphael (1994), Jacobs (1993), Parkes e Markus (1998), demonstraram que determinadas emoções estão associadas ao luto, como o choque, a paralisia de emoções, a descrença, o estado de alerta, a ansiedade, a revolta e a preocupação em preservar as imagens da pessoa que faleceu. Os sentimentos de raiva, zanga, de culpa, impotência, e perda de expectativas de voltar a ter a vida reestruturada também estão intimamente associados a esta vivência.

Assim, reitera-se a importância de construir e efectivar uma abordagem, que enfatize as particularidades inerentes ao funcionamento e dinâmicas do indivíduo, que valorize o luto enquanto fenómeno intrínseco ao ciclo de vida e que permita que os indivíduos enlutados mantenham a capacidade de dar respostas familiares, sociais e de trabalho adaptativas.

2. Luto e sintomatologia associada

2.1. Depressão

Está previsto que em 2020 a depressão se torne a segunda doença mais comum em todo o mundo, representando 12% de desajustamento emocional ao longo dos anos (Murray & Lopez, 1996).

A depressão tem como comorbidade outros factores de risco, que podem provocar danos irreparáveis na saúde física, psicológica e social das pessoas, tais como: o uso abusivo de substâncias psicotrópicas (Gilvarry, 2000), ansiedade, perturbações de personalidade (Andrews, Henderson & Hall, 2001), diminuição das competências de resiliência e consequente vulnerabilidade ao stress, problemas conjugais, ocupacionais e financeiros (Gillham, Shatte & Freres, 2000).

Muitos são os estudos que têm pretendido reduzir os factores de risco como a depressão e a comorbidade a ela associada. Contudo, e embora tenha sido evidenciado que é possível reduzir a sintomatologia depressiva (Munõz et al., 2001) apenas alguns programas permitiram concluir que é possível prevenir a mesma (Clarke et al, 1995).

A metanálise realizada por Jané-Llopis (2003) a 69 artigos permitiu compreender que os programas que duraram entre 2 e 3 meses e aqueles que tiveram mais de oito sessões apresentaram efeitos mais elevados, a autora realçou, igualmente, a eficácia das sessões mais prolongadas, entre 60 a 90 minutos. O seu estudo assumiu o valor do efeito médio das intervenções de g de Hedges de 0,22, sustentado pela investigação de Serra e Abreu em 1973.

Contudo, as investigações têm evoluído no sentido de procurarem testar estratégias mais curtas no tempo, no sentido de elevar a eficiência de custos-benefícios e a validade e aceitabilidade das intervenções pelos utentes (Munõz, 2001).

Kato e Mann (1999) realizaram um estudo com indivíduos em luto e com risco elevado para a depressão e, verificaram efeitos médios mais elevados em comparação com as intervenções de prevenção da depressão, $0,52 d$ de Cohen. Contudo, estas intervenções diferem das que foram reunidas por Jané-Llopis, uma vez que tinham um carácter psicoterapêutico de maior duração.

As investigações que têm surgido consideram que a depressão e o luto devem ser analisados distintamente, isto porque, há sujeitos que sofrem durante um período, podendo durante o mesmo apresentar sintomas depressivos, mas há outros que se desviam do processo

natural e mais comum e o seu luto parece prolongar-se no tempo (a partir de 6 meses já se considera um diagnóstico de luto complicado, segundo Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski, 2008). Nestes casos, que dependem de muitas variáveis, como as sociais, a relação com o falecido e a própria personalidade, podemos falar da depressão como comorbilidade ao luto (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007).

No estudo de Bennet, Litz, Lee & Maguen em 2005 compreendeu-se que, apesar de a maioria dos casais que experienciaram uma morte perinatal arranjar estratégias de resiliência, estudos indicaram que ainda assim 15% a 25% das mulheres tiveram problemas em se adaptarem e procuraram ajuda profissional para conseguirem ultrapassar a perda (Hughes, Turton, Hopper & Evans, 2002; Klier, Geller & Neugebauer, 2000; Swanson, 1999). Deste modo, os estudos revelaram que se verifica, de facto, um aumento de sintomas depressivos na população enlutada, todavia, estes resultados sugeriram que apenas 10-20% dos indivíduos manifestaram sintomas clinicamente preocupantes e, nestes casos podemos estar perante um luto complicado. Deste modo, e apesar de existirem muitos programas com o objectivo de reduzirem os factores de risco como a depressão e os sintomas associados, apenas alguns conseguiram evidenciar empiricamente que a mesma pode ser prevenida (Munõz et al., 1993; Clarke et al., 1995, 2001 & Guillham et al., 2000). Assim sendo, nesta fase parece pertinente começar a procurar dar resposta à questão: Podemos através de um programa terapêutico prevenir a sintomatologia depressiva a partir do primeiro mês após a perda?

2.2. Trauma

O estudo do trauma no contexto da perda permitiu estabelecer as bases conceptuais para explicar o luto complicado (Horowitz et al., 1993; Horowitz et al., 1997; Maercker et al., 1998). A sintomatologia traumática é outro dos sintomas associados ao luto e, manifesta-se em situações extremas em que as estratégias de *coping* falham na tentativa de adaptação. As investigações têm indicado que quando a morte é traumática, os indivíduos podem desenvolver perturbação de stress pós-traumático. Um estudo que envolveu uma amostra de pais que perderam os filhos e que foram avaliados 5 anos após a perda revelou que 27.7% das mães e 12.5% dos pais evidenciavam sinais de trauma quando comparados com o grupo de controlo (Murphy, Johnson, Chung & Beaton, 2003).

A intrusão é o sintoma mais referenciado pelos indivíduos. Horowitz (1986) definiu-a como a reexperiência compulsiva de sentimentos e pensamentos relacionados com o acontecimento traumático, manifestando-se através das dificuldades de concentração, reacções ao susto, comportamento de busca e revisão do evento, perturbações de sono e do sonho e hipervigilância (Mardi & Horowitz, 1986 in Rocha 2004).

Em simultâneo, podem surgir igualmente reacções de evitamento, como a dissociação, amnésia, dificuldade e até mesmo incapacidade para evocar memórias, negação e desatenção selectiva (Stroebe, 2000).

Seymour Epstein (1993) clarificou alguns aspectos que conduziram a uma melhor compreensão para a ocorrência do trauma. O autor considerou que existe uma sequência no padrão de processamento cognitivo. Inicialmente, há uma destabilização da personalidade, uma vez que o trauma não pode ser assimilado para a teoria da realidade do sujeito, mas depois poderão surgir várias evoluções, sendo a mais favorável aquela que permite que haja uma assimilação e integração da experiência na sua teoria da realidade.

Um processamento incompleto do acontecimento traumático pode manter activas as memórias e precipitar pensamentos intrusivos sobre o acontecimento (Lepore, Silver, Wortman & Wayment, 1996). O estudo destes autores envolveu variáveis de carácter psicossocial, como as relações interpessoais e a sua qualidade (no sentido de facilitar a partilha da experiência traumática com outros significativos), e verificou, numa amostra de 128 mulheres que perderam o filho, que os sujeitos que evitavam falar sobre o evento traumático tinham maiores dificuldades adaptativas a longo prazo. Pelo contrário, as mulheres que falavam livremente da sua perda aos seus relacionamentos sociais apresentavam um processamento cognitivo e emocional mais efectivo e, conseqüentemente, uma melhor adaptação.

Neste âmbito, parece justificar-se a pertinência de encetar novos estudos que levem à compreensão e prevenção de reacções e eventuais sintomas inerentes a uma vivência da perda, que se poderá qualificar como patológica.

2.3. Luto Complicado

É amplamente aceite que o indivíduo, aquando uma perda, deverá passar por um trabalho de luto individual, e não por estádios ou fases como se postulava anteriormente (Stroebe, Hansson, Stroebe & Schut, 2001; Wortman & Silver, 1989). Não se espera que haja uma recuperação total, mas antes uma mudança conceptual, que irá implicar um confronto emocional com a realidade da perda (Stroebe, Schut & Stroebe, 2005).

O luto é um processo construtivo em que a pessoa enlutada terá que desenvolver novas estratégias para lidar com a situação, estabelecendo, deste modo, uma ligação entre o passado, o presente e o futuro. Contudo, esta mudança não é assim tão linear uma vez que a consideração atribuída ao novo papel social e a forma como é encarada pelo resto da sociedade poderá condicioná-la (Neimeyer, 2000).

A propósito desta subjectividade no processo de luto, Wortman e Silver (1989) fizeram uma reflexão sobre os mitos que existiam sobre o modo como lidar com a perda, e um dos aspectos que mais debateram relacionou-se com a crença de que há necessidade do indivíduo sofrer para recuperar da mesma. Esta crença conduziu ao mito de que a confrontação firme e realista com a perda, mesmo que esta implicasse um período depressivo, era necessária.

De acordo com Boelen et al. (2008), apesar da perda de uma pessoa amada ser geralmente considerada um dos acontecimentos de vida mais stressantes que a pessoa pode experimentar, a maioria dos indivíduos recuperam da perda sem ajuda profissional. Todavia, nem todas as pessoas conseguem realizar o processo do luto de modo consistente ao que é preconizado pela sociedade. A situação de perda é vivida de modo tão perturbador que as exigências sinalizadas excedem as competências de *coping*, conduzindo à ineficácia na tentativa de adaptação, podendo induzir consequências negativas ao nível da saúde (Bonanno et al., 2007).

Nestes casos, os indicadores sintomatológicos que os indivíduos apresentam parecem ultrapassar o que entendemos por compreensível e, em vez de estarmos perante um caso de luto “normal”, podemos compreendê-lo e enquadrá-lo no diagnóstico de Luto Complicado (Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski, 2008). Esta terminologia será usada, tendo em conta o seu uso corrente ao nível da investigação, sobretudo após os estudos de Prigerson e os seus colegas que definiram uma lista de sintomas - *Inventory of Complicated Grief (ICG)*, associados ao luto complicado e, por isso o querem incluir como critério de diagnóstico no DSM-IV. Todavia, o conceito de luto patológico também tem sido utilizada como sinónimo e é possível encontrá-lo em alguns artigos científicos (Stroebe e Schut, 2005, 2006).

Num estudo realizado foi possível perceber que os indivíduos experimentaram alterações constantes na saúde mental, por um período igual ou superior a seis meses (Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski, 2008) e os problemas comumente observados incluíram depressão, sintomas da perturbação de stress pós-traumático, outras perturbações ansiosas, raiva e sentimentos de culpa (Bonanno & Kaltman, 2004). Variáveis cognitivas como a ansiedade de separação (saudade, procura, preocupação com o falecido ao ponto de incapacidade funcional), a angústia traumática (entorpecimento, amargura, falta de confiança nos outros, desprendimento emocional, etc.), a depressão e a ansiedade estão também significativamente relacionadas com a severidade dos sintomas.

Deste modo, o luto complicado é uma condição clínica conceptualizada como uma falha, um não comprometimento com o tradicional processo de luto. Em relação à intensidade e à duração de sintomas, dois tipos de reacção assumem-se como potenciais manifestações. A primeira, caracteriza-se como uma tendência para prolongar o período de pesar; a segunda, refere-se a uma tendência para adiar a reacção ao luto e à negação das emoções desagradáveis a ele associadas (Bonanno et al., 1995).

3. Factores de risco

É instintivo pensar que a expressão do luto é influenciada não só pela personalidade do indivíduo, como também pelas condicionantes inerentes ao mesmo, enquanto ser social e cultural. Tem sido objectivo de alguns investigadores perceberem e identificarem o porquê do luto assumir diferentes efeitos nos indivíduos.

A morte de alguém significativo poderá estar associada a um aumento do risco de morbidade e mortalidade, particularmente nas semanas e meses a seguir à morte (Stroebe, Schut & Stroebe, 2005). Um estudo demonstrou que os homens que perderam a sua cónjuge têm maior risco de cometer suicídio ou de morrer por outras causas (Agerbo, 2005 cit in. Stroebe, Stroebe & Schut, 2001). Parkes (1995), explicou este fenómeno dizendo que as mulheres admitem mais facilmente os sintomas psiquiátricos e, procuram mais ajuda durante o primeiro ano após a perda do que os homens.

Muitas foram as teorias que surgiram para explicar o luto, contudo, e apesar de estas divergirem nos seus dogmas, proporcionaram demonstrar a consistência de algumas descobertas, que permitiram, por sua vez, explicar que o luto é condicionado por factores como a idade, o género, a causa da morte (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007) e a existência de

suporte social (Dennis, 2003). Estes indicadores podem ser classificados como factor de risco ou factor de resiliência (Bonanno, 2004).

A teoria psicanalítica de Freud (1917) explicou que aquando a perda de alguém, o indivíduo perdia a sua libido, até então dirigida ao falecido e depois, através de um trabalho de luto, reinvestia-a num novo objecto libidinal. Contudo, as teorias psicanalistas não conseguiram explicar o porquê dos homens enlutados manifestarem mais sintomas físicos e psicológicos que as mulheres, porém, demonstraram que a adaptação à perda é mais rapidamente resolvida quando a morte é esperada e, que os sintomas mais comumente associados ao luto são a ansiedade e a depressão (Stroebe, Schut & Stroebe, 2005; Kato & Mann, 1999).

As teorias dos estádios do luto, propostas por Bowlby (1989) e Kublër- Ross (1969) também tiveram muita influência entre os clínicos. Ambos postularam a existência de fases pelas quais o indivíduo teria que passar, no sentido de resolverem o processo de luto. Uma falha na resolução de uma das etapas poderia implicar a vivência de um luto complicado (Engle, 1961). Os autores também não conseguiram explicar o porquê dos homens manifestarem mais problemas psicológicos do que as mulheres durante o luto, contudo conjecturaram que numa morte esperada as pessoas começavam a fazer o seu “trabalho de luto” mais cedo, preparando-se antecipadamente para a perda.

O determinismo e a falta de resultados empíricos com que os autores da teoria dos estádios explicaram o processo do luto suscitou críticas por parte de outras escolas, que argumentavam que existem diferentes padrões de adaptação à perda e que nem todos os indivíduos reagem do mesmo modo. Os indivíduos não têm obrigatoriamente que passar por estádios standardizados, nem tão pouco que evidenciar stress ou negação face à perda (Wortman & Silver, 1989).

Assim, apesar do seu importante contributo, os autores não conseguiram explicar outros determinantes face às reacções do luto, como por exemplo, a existência de suporte social (Stroebe et al., 1981; Stroebe & Stroebe, 1987).

A teoria de suporte social sustentou que a percepção do apoio social é por si só motor de ajuda. Os estudos realizados no âmbito desta teoria demonstraram que as mulheres e os homens vivenciam a perda de maneira diferente, os homens tendem a desenvolver mais sintomatologia depressiva do que as mulheres e tendem a morrer logo após a morte da sua cónjuge (Umberson, Wortman & Kessler, 1992; Stroebe & Stroebe, 1993; Stroebe & Stroebe, 1996; Kasler, 2004), o que se torna congruente com a teoria de suporte social se tivermos em

conta que as mulheres têm redes de suporte mais extensas e mais funcionais (Kato & Mann, 1999).

A experiência de luto está também relacionada com a causa da morte. A uma morte inesperada está associado um aumento significativo e prolongado de reacções físicas e psicológicas associadas ao luto (Osterweiss, Solomon & Green, 1984; Schut et al., 1991). A teoria de suporte social explica que nestes casos, os enlutados terão menos acesso ou capacidade para amortecer esta perda (Cohen & Wills, 1985), por exemplo: a rede social não teve conhecimento do sucedido.

Os estudos que se centraram nos efeitos a longo prazo de uma morte súbita e inesperada de um cônjuge ou de um filho, verificaram que os resultados obtidos, tendo em conta a comparação com um grupo de controlo, revelaram-se significativos ao nível de indicadores como a depressão e outros sintomas psiquiátricos, funcionamento social, divórcio e bem-estar (Pressman & Bonanno, 2007; Leoniek, 2008).

Em relação à idade um estudo sobre a estatística da mortalidade nacional de vários países (com excepção dos países que passam fome e dos que estão em Guerra) permitiu perceber que a perda acontece em todas as faixas etárias. Numa investigação realizada em 2002 nos Estados Unidos foi possível compreender uma elevada incidência de mortalidade infantil, que conduziu a consequências devastadoras na saúde dos pais (Gilbert, 1992). A perda de um filho parece ser indicador de vulnerabilidade mental e física. Estudos indicaram que para ajudar estes pais não só foi importante identificar os factores preditivos dessa vulnerabilidade, como também relevante centrarem-se no sofrimento individual, procurando compreender como está a ser vivenciada a dor pelo casal (Meij et al., 2005).

As teorias cognitivas também tiveram um contributo importante no luto, uma vez que valorizaram a capacidade de auto-valorização da pessoa em relação à experiência. Esta capacidade conduziu à reconstrução de significados, permitindo a adaptação da pessoa à perda (Taylor, 2000). Em 1997 os autores Zisook, Paulus, Shuchter & Judd realizaram um estudo que se centrou nos vários níveis de depressão e, verificaram que 50% da amostra não apresentava valores de depressão, o que sugeriu e sustentou a capacidade de resiliência dos indivíduos face a uma situação como o luto (Bonanno, 2004; Sandler, Wolchick, & Ayers, T, 2008).

Esta teoria e os seus pressupostos sugeriram uma ponte para as teorias construtivistas, que também procuraram conceptualizar o luto.

Esta corrente defendeu que a linguagem tem um papel central na construção de significados e deu particular ênfase à individualidade. Considerou o luto um processo de reconstrução único e subjectivo de significado (Neimeyer, 2000).

Os estudos de Pennebaker, Mehl, & Niederhoffer em 2003 foram reveladores na compreensão da relação entre a linguagem escrita e a adaptação à perda, demonstraram que quando os sujeitos escrevem sobre um determinado evento traumático têm melhorias significativas de saúde. Outros estudos permitiram igualmente revelar a importância das narrativas, mas serão abordados no terceiro capítulo.

Reitera-se mais uma vez, neste contexto, a importância de construir e efectivar uma abordagem alicerçada numa visão sistémica e integrada, que enfatize as particularidades inerentes ao funcionamento e dinâmicas dos indivíduos.

4. Intervenções no luto e sua eficácia.

4.1. Metanálises das intervenções no luto.

As reacções adversas, quer a nível psicológico quer físico, associadas ao luto sugerem a necessidade de continuar a intervir junto dos indivíduos que experienciam o mesmo (Stroebe, Hansson, Stroebe, Schut & Henk, 2001; Kato & Mann, 1999).

É comumente aceite pelos investigadores que as intervenções psicológicas ajudam a reduzir a intensidade das respostas ao luto, promovem uma maior resiliência no processo de adaptação logo após a perda (Stroebe & Stroebe, 1988; kato & Mann, 1999) e, que intervir no luto é mais eficaz do que não o fazer (Currier, Neimeyer & Berman, 2008).

Neste capítulo procuramos fazer uma análise dos estudos empíricos que se conhecem sobre o luto, através de duas metanálises (Kato & Mann,1999; Litterer Allumbaugh & Hoyt,1999). Contudo, e tendo em conta o estudo em questão, apenas serão referidos os estudos de intervenção individual que tiveram um processo metodológico idêntico ao da presente investigação: (a) comparação entre dois grupos, um de controlo e um experimental, aleatoriamente escolhidos, (b) indivíduos maiores de 18 anos de idade, (c), o início da intervenção após a perda, (d) e os que tiveram em conta os critérios de validade externa e interna.

Apenas quatro estudos, e apesar de diferirem uns dos outros, em aspectos como o treino do terapeuta, a duração das intervenções e a sua flexibilidade, assumiram os critérios de inclusão referidos.

Vachon et al. (1980) desenvolveram um programa de auto-ajuda a viúvas que, por sua vez, foram ajudadas por outras viúvas, que conseguiram resolver as suas próprias reacções ao luto de um modo eficaz e que, após um treino específico, providenciaram às primeiras, recursos relevantes de auto-adaptação. Os autores utilizaram o *General Health Questionnaire* (GHQ) e constataram que, após os 6 meses de intervenção e os 12 meses, as viúvas do grupo de intervenção desenvolveram mais mecanismos de resiliência do que as do grupo de controlo. Resultado este que se acentuou aos 24 meses em que os níveis de stress diminuíram acentuadamente. Contudo, o controlo destas interações e os critérios de selecção não foram muito rígidos e o que se verificou foi que algumas viúvas não estavam mentalmente preparadas para este tipo de intervenção. Deste modo, os resultados deste programa foram discutíveis e limitados ao nível da avaliação empírica do mesmo.

Raphael (1977) realizou um estudo que procurou avaliar os efeitos de uma intervenção em participantes com elevado risco de morbilidade, que foram avaliados com os seguintes parâmetros: indivíduos que não percepcionavam a existência de suporte social; que vivenciaram uma morte traumática, que estabeleceram uma relação ambivalente com o falecido e que, concomitantemente, experienciaram acontecimentos de vida difíceis. Os participantes do estudo foram escolhidos aleatoriamente e distribuídos pelo grupo de controlo e experimental. A intervenção foi individual e não-directiva, baseando-se na terapia do suporte do ego, expressão emocional e no trabalho do luto dos indivíduos. O tratamento foi aplicado tendo em conta o modelo psicodinâmico e as sessões variaram de indivíduo para indivíduo de uma a nove sessões. Os resultados desta intervenção verificaram que 13 meses após a intervenção, as viúvas do grupo experimental demonstraram melhores resultados de adaptação, sobretudo na diminuição da sintomatologia depressiva e na recorrência a consultas médicas. Todavia, e apesar de este estudo ter contribuído para confirmar que a intervenção psicológica produz efeitos ao nível da sintomatologia somática e social, não foi contundente, uma vez que não foi possível predizer se as viúvas responderam positivamente aos questionários, porque estavam realmente melhores a nível físico e emocional ou porque já tinham um espaço de acompanhamento psicológico onde podiam falar dos seus pensamentos e sentimentos.

Gerber e colaboradores em 1975 realizaram um estudo que sustentou os resultados do estudo anterior. A investigação teve a duração de seis meses (através de chamadas telefónicas), e os indivíduos tiveram que falar e discutir sobre os seus sentimentos, falaram sobre a sua relação com o falecido, discutiram questões legais e foram ajudados a organizar as suas actividades sociais. No final, os autores centraram-se nos efeitos da intervenção ao nível da procura de consultas médicas, recorrência a fármacos e aqueles que, apesar de sentirem dor, não ligaram ao médico. Os procedimentos foram os mesmos, quer para o grupo de controlo quer para o experimental e o que se verificou foi que, entre os 5 e os 6 meses após a perda, o primeiro grupo revelou maior procura dos indicadores referidos e que a intervenção pareceu ser mais eficaz nos homens do que nas mulheres. Contudo, as consultas de follow-up (8/15 meses após a perda) contrariaram estes resultados e demonstraram que estes deixaram de ter continuidade, sugerindo a ideia dos mesmos provocarem um efeito temporário.

O último estudo que será aqui referido comparou os efeitos de três intervenções no luto, todas elas diferentes e comparadas com um grupo de controlo (Brom, Kleber & Defares, 1989). A investigação incluiu indivíduos que estavam a experienciar sintomas (sem explicação etiológica) como: os pensamentos intrusivos, a negação, o evitamento, a ansiedade e sentimentos de culpa. Os pacientes foram aleatoriamente escolhidos, através de uma lista de espera e integraram terapias como a dessensibilização traumática, a hipnose e a terapia psicodinâmica.

Os resultados destas três intervenções e após a análise do questionário do IES-R (*Impact of Event Scale-Revised*) revelaram que os indivíduos do grupo experimental apresentaram respostas menos sintomáticas ao nível da ansiedade e do psiconeuroticismo. Contudo, e apesar de efectivo, este estudo também não conseguiu reduzir significativamente e a longo termo o número de indivíduos que voltaram a somatizar.

Assim sendo, e talvez pelas falhas metodológicas supracitadas, as intervenções realizadas não revelaram conclusões claras nas tentativas de avaliar empiricamente a eficácia das intervenções psicológicas nos indivíduos que estavam a vivenciar a perda (Jordan & Neimeyer, 2003; Schut & Stroebe, 2005). Estas conclusões conduziram a argumentos de que as investigações no âmbito da intervenção do luto foram ineficazes, erradas e até contraproducentes.

A intervenção psicológica no luto tem sido uma questão controversa, contudo, os estudos mais recentes têm demonstrado que existem evidências empíricas que uma intervenção longitudinal ajuda a estabilizar as reacções à experiência de luto (Bonanno, 2004), que

aquando uma intervenção, os indivíduos, geralmente, demonstram maior resiliência, isto é, diminuem os seus níveis de depressão nos primeiros meses após a perda (Bonanno, Moskowitz, Papa & Folkman, 2005; Bonanno et al., 2002; Bonanno, Wortman & Nesse, 2004) e, que não existem resultados empíricos que efectivem a ideia de que a intervenção psicológica no luto tenha efeitos negativos (Bonanno & Lilienfeld, 2008; Larson & Hoyt, 2007; Litterer Allumbaugh & Hoyt, 1999).

Deste modo, a equipa de investigação, baseando-se nos resultados positivos que a terapia cognitiva-narrativa tem demonstrado na intervenção com indivíduos em luto (Currier, Neimeyer & Berman, 2008), formulou a seguinte questão: Podem os Psicólogos portugueses ajudar a prevenir os problemas de saúde manifestados pelas pessoas a vivenciar luto, tendo por base as narrativas do cliente?

Antes de procurar explicar empiricamente a tentativa dos investigadores em dar resposta à mesma, será pertinente fazer uma conceptualização sobre o modelo cognitivo-narrativo e alguns dos estudos que o sustentam.

4.2. Modelo cognitivo narrativo

4.2.1. Terapia Cognitiva Narrativa no Luto

A perspectiva cognitiva narrativa é uma abordagem construtivista e vê o indivíduo como construtor das suas próprias experiências, tendo a possibilidade de as narrar (Gonçalves, 2000).

Nesta perspectiva, as pessoas constituem e são constituídas pelas histórias que vivem e pelas histórias que contam (Mair, 2000), as suas narrativas permitem um conhecimento mais profundo e rico acerca da sintomatologia psicológica, uma vez que é dado ao indivíduo a oportunidade de falar à vontade dos seus pensamentos e das suas emoções. É-lhe atribuído um sentido de autoria experiencial, ele é o protagonista das suas narrativas (Shucter & Zisook, 1993) e tem, através da terapia, a possibilidade em “ouvir-se de fora”, de exteriorizar os seus sentimentos e pensamentos.

No caso do luto, nem todos os indivíduos conseguem activar a sua “criatividade literária” produzindo histórias sem diversidade e qualidade. Nestes casos, a terapia poderá servir para editar, elaborar e re-autorar essas histórias (Neimeyer, 1993).

Na terapia procura-se ajudar os clientes a desempenhar histórias alternativas que os libertem do conhecimento único de conteúdos que tendem a dominar as suas vidas.

Os indivíduos que estão em luto geralmente procuram contextos seguros onde possam contar e recontar as suas histórias de perda. Na terapia, querem que os psicólogos mais do que assumirem uma postura de encorajamento, assumam uma atitude de escuta, ouvindo coisas que muitas vezes não são ditas aos outros significativos e, querem que estes sintam a sua dor como real, “quase palpável” (Neimeyer, 1998).

Este processo de narrar o que aconteceu é por si só terapêutico e pode ser usado para perceber as mudanças ocorridas em relação à percepção da sua experiência de luto (Maercker et al., 2008), através de um discurso narrativo diversificado, complexo e coerente (Gonçalves, 1995).

Neimeyer (2000) constatou que as terapias que enfatizam a procura do significado da perda são as mais promissoras no que diz respeito ao tratamento do luto, uma vez que não tem como objectivo único a sinalização de sintomas, mas também procuram promover mudanças na construção narrativa de metáforas que condensem todo o significado da sua experiência. A sua opinião é apoiada pela investigação de Davis, Wortman, Lehman & Silver (2000) e pelos estudos de Gonçalves (2000).

Harvey, Stein, & Scott (1995) constataram que os veteranos de guerra que narraram as suas experiências demonstraram melhores mecanismos de *coping* face à perda e à consequente sintomatologia traumática.

A contínua emergência de estratégias inovadoras de prevenção e intervenção face a esta população, considerada de risco, parece ser premente. Neste seguimento, justifica-se o desiderato de promover a estruturação e implementação de um programa interventivo, baseado na terapia cognitiva narrativa, que inclua não só o indivíduo, mas também toda a sua esfera familiar e social.

Neste momento, para contextualizar o presente estudo, justifica-se a relevância de compreender a psicoterapia cognitiva narrativa como Gonçalves a formulou e que serviu de base a esta investigação (Gonçalves, 1998), assim como perceber, através da análise de dois estudos, a aplicação da mesma em contextos de saúde.

4.2.2. Fases da Psicoterapia cognitiva narrativa

O processo terapêutico segue uma sequência de cinco fases, e cada uma delas consiste num trabalho terapêutico assente em dois eixos: sincrónico e diacrónico. O primeiro procura que o indivíduo desenvolva a consciência da importância da sua capacidade narrativa e que assuma atitudes narrativas enriquecedoras do processo narrativo no contexto das suas experiências singulares. No segundo, terapeuta e cliente aplicam essas atitudes aos temas centrais, neste caso à experiência do luto.

O manual terapêutico compreende três aspectos essenciais: (1) características específicas do manual; (2) objectivos e processo terapêutico; (3) instrumentos de aferição do processo terapêutico.

Depois de analisadas as características gerais do Manual de Psicoterapia Cognitiva Narrativa, passamos à explicação sucinta de cada uma das fases terapêuticas que este contém.

Recordação: Nesta fase, pretende-se que o cliente desenvolva uma atitude de recordação, aprendendo a usar as suas experiências diárias e do passado como meio de criação de novos significados. Neste momento, é pedido ao cliente que recolha narrativas significativas da sua vida para poderem ser analisadas, no sentido de criar novos significados que façam a ponte entre o passado, o presente e o futuro.

Objectivação: Nesta etapa procura-se desenvolver no cliente uma atitude objectiva, como que trazendo o autor para dentro do texto (McLeod, 1997 cit in Seabra de Almeida, 2006). Deste modo, possibilita-se a identificação de dimensões sensoriais de uma determinada narrativa. Segundo Gonçalves (1994), a sensorialidade pode ser considerada um meio para a construção única, criativa e múltipla da experiência.

Subjectivação: Depois de a narrativa ser objectivada, pretende-se que o cliente aprenda a ter percepção das suas experiências internas, aprenda a construir as suas experiências emocionais, centrando-se na simbolização emocional, terá que dar nome às suas emoções. Esta capacidade conduz à subjectivação cognitiva, que explora a natureza idiossincrática da narrativa.

Metaforização: A finalidade desta fase terapêutica é a construção de significado. Procura ajudar o cliente a desenvolver metáforas físicas, estruturais ou de orientação – Metáforas de raiz - que sejam simbolizadoras do processo de construção de significado. O objectivo é dar títulos às experiências, associá-las a determinados contextos, pessoas, objectos ou lugares, depois de geradas as metáforas, passa-se à objectivação e à subjectivação emocional e cognitiva das mesmas.

Projectão: Esta é a última fase do processo terapêutico e procura ajudar o cliente a desenvolver metáforas alternativas às metáforas de raiz. Depois passa-se novamente à objectivação e à subjectivação emocional e cognitiva das mesmas, procurando que o cliente consiga pôr em prática as narrativas projectivas, ou seja, consiga seguir novos guiões das experiências em consequência destas novas metáforas. A projecção consiste em intencionalizar e perspectivar as experiências do futuro. Esta fase remete para a ideia de um indivíduo que está constantemente a construir e a desconstruir cada experiência, no sentido de a tornar mais enriquecedora.

4.2.3. Aplicação da terapia cognitiva narrativa em contextos de saúde.

4.2.3.1. Terapia cognitiva narrativa no enfarte do miocárdio.

Gonçalves, Machado e Rosas (1996) conceptualizaram um programa psicológico de intervenção narrativa para doentes que sofreram um enfarte do miocárdio, que teve como objectivo ajudar os doentes a aprenderem a lidar com as consequências psicotraumáticas do enfarte ao longo da sua vida pessoal e profissional.

Os autores consideraram que a construção narrativa produziria alterações significativas ao nível do sistema nervoso central e neurovegetativo, provocando melhorias, tanto a nível físico como psicológico.

Este estudo tratou-se de um manual de tratamento breve (três dias consecutivos), uma vez que teve que ser aplicado durante a estadia dos doentes na unidade de cuidados do serviço de cardiologia. No primeiro dia, procedeu-se à recordação e à objectivação do episódio, no segundo dia, à subjectivação emocional e cognitiva e, no último dia à metaforização e projecção.

Para além das características do manual, definiu-se igualmente as características do doente e do terapeuta e foram construídos instrumentos de aferição do manual, que permitiram a aferição dos objectivos e do processo: um para a monitorização da adesão ao manual – versão terapeuta e um para a monitorização da adesão ao manual do cliente.

4.2.3.2. Terapia cognitiva narrativa na interrupção médica da gravidez

Rocha (2004) desenvolveu um estudo empírico acerca da interrupção médica da gravidez, implementando e avaliando uma intervenção cognitiva narrativa a uma amostra de mulheres que obtiveram um resultado adverso no diagnóstico pré-natal e que tiveram que ponderar a decisão de fazer uma interrupção da gravidez medicamente assistida.

Este estudo foi definido como uma intervenção em crise, preventiva dos sintomas de perturbação emocional e, em termos de *timing* de aplicação, a intervenção ocorreu até ao final do primeiro mês após a interrupção médica da gravidez, através de quatro sessões semanais.

O programa seguiu o manual de terapia de Gonçalves (1998b), contudo foi adaptado, tendo sido excluída a fase da objectivação, uma vez que a recordação das memórias sensoriais ligadas à interrupção médica da gravidez poderia ter consequências na elaboração da narrativa.

Este programa foi aplicado a 91 mulheres, vinte e quatro constituíam o grupo experimental e 67 o grupo de controlo. Para além do instrumento de auto-monitorização, foram também utilizados instrumentos para avaliar a eficácia da intervenção: Escala de Luto Perinatal - PGS; Escala para avaliar a depressão - o BDI e o Zung, escala de auto-avaliação da ansiedade.

Os resultados do estudo demonstraram uma diminuição dos sintomas de ansiedade e de depressão seis meses após a interrupção médica da gravidez, no grupo experimental, quando comparado com o grupo de controlo, considerando-se que esta intervenção, tendo em conta o seu carácter breve, se revelou eficiente para esta população.

Capítulo II. Metodologia

Através da conceptualização do modelo precursor deste estudo e da análise dos contributos de outros estudos empíricos vamos procurar, neste capítulo, explicar, os objectivos do programa, o desenho de investigação proposto, a estruturação do manual do programa cognitivo narrativo no luto, a caracterização da amostra, os instrumentos e os procedimentos utilizados. De referir que este é um estudo longitudinal e empírico que se insere num projecto mais amplo, que permitiu a realização de outras investigações na área.

1. Objectivos do programa cognitivo narrativo no luto

Apesar de a investigação no luto, nomeadamente ao nível de programas de prevenção, ser já uma realidade, não se conhecem trabalhos empíricos que se tenham baseado nas narrativas e que tenham estudado o fenómeno do luto nos cuidados de saúde primários em Portugal. Deste modo, este estudo empírico procurou colmatar esta lacuna, tendo como objectivos principais prevenir sintomas de depressão e psicotraumáticos nas pessoas que estão a experienciar um luto. Pretendeu igualmente que este programa assumia níveis de aceitabilidade elevada por parte dos participantes.

2. Desenho da intervenção

Este programa consistiu num manual de tratamento breve a utilizar com pessoas a vivenciar uma perda significativa. Embora na sua aplicação habitual a terapia cognitiva narrativa não tenha uma estruturação de tempo limite, a necessidade de fazer uma intervenção entre o primeiro e o sexto mês após a morte fez com que a limitássemos a quatro sessões, realizadas semanalmente, com duração de uma hora.

O *Debriefing*, programa desenvolvido para prevenir o stress pós-traumático dos profissionais de equipas de emergência, alertou a comunidade científica para os riscos das intervenções preventivas de curta duração (Kenardy, 2000; Mayou, Ehlers & Hobbs, 2000) e por isso vamos ter em consideração este programa em relação aos resultados obtidos.

Este estudo teve como base: o manual de Psicoterapia Cognitiva Narrativa para a depressão (Gonçalves, Machado, Soares, Fernandes & Pereira, 1997), a intervenção no enfarte do miocárdio e os aspectos psicotraumáticos associados (Gonçalves, Machado &

Rosas, 1997) e, o estudo de Rocha (2004) sobre os efeitos da terapia cognitiva-narrativa na interrupção médica da gravidez.

O manual está estruturado em características do cliente, do psicólogo, do processo, dos objectivos e metodologia de cada sessão.

2.1. Características específicas do cliente:

- (1) Indivíduos que tenham perdido uma pessoa significativa há um mês;
- (2) Indivíduos com o 4º ano de escolaridade no mínimo e maiores de 18 anos.

2.2. Características específicas do(a) psicólogo(a):

- (1) A psicóloga submeteu-se ao manual terapêutico, de modo a ter uma experiência pessoal das características e exigências da tarefa;
- (2) A psicóloga foi supervisionada para a verificação do comprometimento da estrutura do programa e para a resolução de possíveis dificuldades resultantes do processo;
- (3) A psicóloga fez a sua própria avaliação no final de cada uma das sessões e para cada caso, no sentido de reflectir sobre a estruturação das mesmas;
- (4) A psicóloga teve que ser capaz de apresentar os objectivos e técnicas numa linguagem clara e simples aos clientes;
- (5) Apesar dos exigentes níveis de estrutura e directividade do processo, a psicóloga teve que ser capaz de estabelecer empatia, aceitação positiva, neutralidade e genuinidade.

2.3. Características específicas do processo

- (1) O processo estruturou-se em 4 sessões de cerca de 60 minutos cada;
- (2) As sessões ocorreram com uma periodicidade semanal;
- (3) Os objectivos e técnicas utilizadas em cada sessão foram discriminadamente operacionalizados (as);
- (4) O início de cada sessão teve um resumo da anterior;
- (5) Todas as sessões terminaram com um sumário da mesma.

2.4. Objectivos e processo terapêutico

Após terem sido descritas as características gerais do manual deste programa cognitivo narrativo no luto, passamos à apresentação sumária, sessão a sessão, dos objectivos e técnicas terapêuticas utilizadas, que foram planeadas para decorrerem entre o primeiro e o segundo mês após a perda e o sexto mês após a mesma.

Sessão 1 - Recordação

Objectivos:

1. Compreender o significado do falecido na vida do cliente.
2. Promover a recordação de um episódio específico (de algum modo relacionado com a perda).

Método:

Inicialmente pretendeu-se que o cliente descrevesse a importância do falecido na sua vida e o tipo de relação que os unia (percurso de vida conjunto). Posteriormente, foi pedido ao cliente que descrevesse um episódio, de modo a que este estruturasse a sua experiência com sentido de autoria e coerência.

Sessão 2 - Subjectivação Emocional e Cognitiva

Objectivos:

1. Proporcionar uma maior consciência das dimensões emocionais e cognitivas da experiência,
2. Promover a exploração de outros aspectos da experiência emocional e cognitiva, anteriormente não valorizados,
3. Levar o cliente a explorar a multiplicidade e diversidade de experiências emocionais e cognitivas do episódio.

Método:

Inicialmente, a psicóloga fez uma recapitulação, sumariando o episódio construído na sessão anterior para depois evocar e activar emoções que foram sendo desencadeadas no decurso da construção narrativa. Posteriormente, a psicóloga sugeriu que o cliente explorasse a componente cognitiva do episódio e fizesse sucessivas associações aos pensamentos e emoções evocados.

Sessão 3 - **Metaforização**

Objectivos:

Explorar diferentes significados possíveis para o episódio e escolher uma metáfora que apresente maior condensação e tensão de significado.

Método:

Inicialmente, foi importante sumariar e reevocar o percurso já descrito centrando-se, neste momento, particularmente, na subjectivação emocional e cognitiva da experiência. A utilização de paráfrases, silêncios, reflexões de significado e sumarização como competências de entrevista foram importantes. Posteriormente, foi pedido ao cliente que gerasse metáforas, títulos ou temas unificadores que estabelecessem analogias entre referenciais diferentes, potenciando tensão entre níveis diferentes de significação e sugerindo respostas alternativas da experiência.

No final, o cliente foi encorajado a criar metáforas na perspectiva de outros sujeitos significativos, de modo a abranger mais referenciais.

Sessão 4 - **Projecção**

Objectivos:

Promover a construção e experimentação de outras possíveis organizações do episódio.

Método:

Reflectindo na metáfora construída foi solicitado ao cliente que apresentasse um episódio em que funcionou de modo alternativo à metáfora de raiz, seguindo-se a metaforização desse mesmo.

Depois o cliente foi incentivado a imaginar como seria o episódio com a metáfora alternativa, e questionado quanto às diferenças de emoções e pensamentos nas duas narrativas. Finalmente, foi discutido de que forma a metáfora alternativa representou um modo de funcionamento mais adaptativo.

Capítulo III. Desenho metodológico de avaliação do programa

Neste capítulo fizemos uma descrição das características operacionais do programa; o contexto, os objectivos específicos, o processamento de amostragem e as características do grupo, a análise das taxas de mortalidade experimental, os instrumentos de avaliação da eficácia do programa e os procedimentos.

1. Contexto

O programa de intervenção foi aplicado no contexto sociocultural e funcional das Unidades de Cuidados de Saúde Primários de Paredes e Rebordosa, que facultaram o acesso aos participantes e a cedência de um gabinete para a realização das sessões. As sessões foram efectuadas sempre pelo mesmo terapeuta, o que facilitou a homogeneidade da intervenção. A psicóloga antes de começar fez formação em terapia cognitiva narrativa.

2. Operacionalização da avaliação do programa

Este programa tem como objectivos centrais diminuir a sintomatologia depressiva e psicotraumática na última avaliação, isto é, aos 6 meses após a perda e, 5 meses após o programa de intervenção.

A operacionalização deste objectivo, no sentido de fazer uma análise de resultados numa experiência que foi, longitudinal, experimental, controlada e aleatória, resultou da necessidade de avaliar dois grupos em dois momentos distintos (1 mês após a perda e 6 meses após a perda). Deste modo, constituiu-se um Grupo de controlo – G.C e um Grupo Experimental – G.E, sendo que ao grupo experimental, escolhido aleatoriamente, foi aplicado o programa cognitivo-narrativo, variável independente do estudo.

As variáveis dependentes, variáveis de *outcome*, relacionaram-se com a sintomatologia depressiva e psicotraumática. Estas variáveis foram operacionalizadas através de dois instrumentos de medida: o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Escala de Avaliação do Impacto dos Eventos Traumáticos– Revista (IES-R).

Deste modo, consideramos como objectivos específicos a operacionalizar: (1) Os sujeitos do grupo de controlo e o grupo experimental apresentam menos sintomas entre a primeira e a segunda avaliação (2) Não há diferenças significativas entre os grupos na primeira avaliação

no que se refere às variáveis dependentes; (3) O grupo experimental apresenta valores inferiores de sintomas depressivos e psicotraumáticos quando comparamos os dois grupos após os 6 meses da perda; (4) O grupo experimental apresenta menor prevalência de depressão e de sintomatologia psicotraumática; (5) O G.E apresenta evolução positiva entre T1 e T2 nos indicadores de depressão e trauma; (6) e que o programa tenha efeitos positivos ao nível da depressão e trauma quando comparamos o grupo de intervenção com a variável tempo nos dois momentos de avaliação.

Em relação à aceitabilidade do programa por parte dos participantes, foram dois os aspectos considerados: a taxa de mortalidade experimental da intervenção e os resultados do instrumento de avaliação da satisfação do cliente com o programa.

3. Instrumentos

3.1. Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é o instrumento mais usado para avaliar a depressão e foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Serra e Abreu (1973), tendo como principal objectivo distinguir populações deprimidas das não deprimidas.

Este inventário é constituído por 21 itens destinado a avaliar a severidade da depressão em adolescentes e adultos. Surgiu das observações clínicas e das descrições de sintomas frequentemente feitas pelos pacientes psiquiátricos depressivos em contraste com as informações raramente dadas pelos pacientes psiquiátricos não deprimidos. Deste modo, o BDI cobre aspectos do quadro clínico de depressão, como a tristeza, o pessimismo, desencorajamento, a sensação de falhar, a insatisfação, a culpa, a expectativa de punição, o facto de não gostar de si mesmo, a culpabilização, a ideação suicida, o choro, a irritabilidade, o isolamento social, a indecisão, a distorção da imagem corporal, os problemas a nível de trabalho, a insónia, a fadiga, a anorexia, a perda de peso, a preocupação somática, e a perda da libido (Maia, 2010).

Os seus 21 itens reflectem 21 sintomas e atitudes, e estão sob a forma de *Gutman*, ou seja, em cada item são apresentadas 4 frases e o sujeito terá de escolher a que melhor descreva a forma como se tem sentido durante a última semana, incluindo o dia de preenchimento. Os resultados em cada um dos itens podem ir de 0 (ausência de sintoma) a 3 (grau mais severo do sintoma), reflectindo a gravidade da sintomatologia depressiva, ou seja, a soma da resposta de

cada item permite esclarecer se há um quadro depressivo e se este é leve, moderado ou grave (Maruish, 1994). O resultado que pode ser obtido neste inventário pode ir de 0 a 63 pontos.

No presente estudo consideramos o valor de ponto corte 12, avaliado pelo estudo de Serra e Abreu (1973), que admitiu que um valor acima desta cotação poderá indicar um quadro depressivo. Paralelamente a isso, o seu estudo permitiu compreender que o valor médio para a população normal é de 3, 87 (desvio padrão de 4, 15) e o valor médio para a população deprimida é de 25, 03 (desvio padrão de 8, 17).

3.2. Escala de Impacto de Eventos–Revista (IES-R)

São vários os instrumentos disponíveis para avaliar reacções traumáticas, contudo o IES-R é provavelmente o mais frequentemente utilizado (Stroebe & Schut, 2006), assim como é o mais traduzido para muitas línguas (Joseph, 2000, Sudin & Horowitz, 2003). Deste modo, a avaliação da sintomatologia traumática vai ser baseada no mesmo.

Weiss e Marmar (1999) criaram uma versão revista da Escala de Impacto de Eventos (IES-R) de Mardi Horowitz e colaboradores em 1979. Renovaram a versão original da escala e tornaram-na mais adequada à evolução nosológica das perturbações mentais. Nesta nova versão, às sub-escalas de Evitamento e Intrusão da escala original, os dois autores adicionaram a sub-escala de Hipervigilância, de forma a cobrir todos os critérios para a Perturbação de Stress Pós-Traumático do DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais).

A IES-R é composta por 22 itens, sendo estes distribuídos pelas três escalas já referidas, nomeadamente a sub-escala de Evitamento (8 itens), a sub-escala de Intrusão (8 itens, tendo-lhe sido adicionada um item novo) e a sub-escala de Hipervigilância (com 6 itens, capazes de avaliar sintomas como irritabilidade, agressividade, dificuldades de concentração, entre outros). Esta escala é auto-administrada, tendo cada item 5 níveis de resposta do tipo *lickert*, escolhendo o sujeito a opção que melhor o descreve.

Paralelamente, após múltiplas análises, os autores depararam-se com a existência de um quarto factor, latente e diferenciado, estando este factor em consonância com outras análises factoriais que destacaram tal componente ao estudarem a IES e a IES-R originais (Sudin & Horowitz, 2002). A esta nova sub-escala atribuíram o nome de IES-R de embotamento emocional (“*emotional numbing*”).

Um estudo de O'Bierne-Kelly e Reppuci (1997) verificou que esta escala apresenta um alfa de Cronbach com valores entre 0,87 e 0,92 na sub-escala de intrusão, entre 0,84 e 0,86 na sub-escala de evitamento e entre 0,79 e 0,90 na sub-escala de hipervigilância. Num estudo comparativo, numa escala que está a ser traduzida e validada para a população portuguesa, verificou-se um *alfa de Cronbach* de 0,94 (Castanheira, Vieira, Glória, Afonso & Rocha, 2006), bem como consistência da presença do factor latente, denominado Embotamento Emocional, que está em concordância com outras análises factoriais que destacaram esta componente ao estudarem a IES e a IES-R (Sundin & Horowitz, 2002).

Relativamente ao ponto de corte, e após a análise de vários estudos consideramo-lo superior a 35, valor este que foi replicado por outros estudos e que apresenta uma sensibilidade diagnóstica de 0,91 e especificidade diagnóstica de 0,82 (Creamer, Bell & Failla, 2003; Matthiesen & Einarsen, 2004).

4. Caracterização da amostra

Um estudo com as características anteriormente descritas exigiu um procedimento de amostragem rigoroso, de modo a garantir a aleatoriedade dos grupos e detectar eventuais desvios gerados pela dimensão da amostra. Assim sendo, o grupo de controlo teve os mesmos procedimentos de amostragem que o grupo de intervenção, tendo sido aplicada uma entrevista semi-estruturada e os instrumentos, BDI e IES-R, na primeira e segunda avaliação (ver anexo 1) nos dois grupos.

5. Procedimentos efectuados para a recolha da amostra.

A selecção da amostra foi aleatória e consistiu no encaminhamento de clientes por parte dos médicos e dos funcionários das unidades de saúde.

Depois de termos o acesso aos dados, os participantes foram contactados, por telefone, e foi marcada a data da primeira sessão, de acordo com a disponibilidade do sujeito e da psicóloga, onde se procedeu aos procedimentos de consentimento informado (Anexo1).

6. Características gerais da amostra

A amostra foi constituído por 29 sujeitos, sendo que 18 são do grupo de controlo e 11 do grupo de intervenção, todos eles a experienciar um luto à menos de dois meses.

Através da análise do quadro 1 é possível verificar que, de um modo geral, o grupo de controlo e o de intervenção assumem semelhanças nas características sócio-demográficas e clínicas. Contudo, verificam-se diferenças ao nível da escolaridade, no que diz respeito ao ensino secundário, o grupo de intervenção, apesar de heterogéneo a este nível, parece apresentar maior número de sujeitos com o ensino secundário (18,2%), quando comparado com o grupo de controlo.

Observamos igualmente que os sujeitos do grupo de intervenção apresentam uma maior prevalência de baixa médica (45,5%). O absentismo laboral, como já foi referenciado, pode ser uma das consequências do luto.

Um outro aspecto relacionou-se com uma maior frequência de sujeitos viúvos/as no grupo experimental, conduzindo à noção da importância do suporte social que, quando observado o quadro 1 é possível perceber que 32,7% dos sujeitos do grupo experimental referenciaram não o sentir. Por tudo isto, estes aspectos sugerem que estamos perante um grupo de intervenção com mais dificuldades teóricas do que o grupo de controlo.

Variável	N	Grupo de controlo Frequências	Média (d.p.)	n	Grupo intervenção Frequências	Média (d.p.)
Idade						
≤30 anos	5	28%		2	18,2%	
>35 anos	9	72,7%		9	81,9%	
			44, 28 (d.p.= 13,57)			42,18 (d.p. =11,47)
Habilitações Literárias						
1º Ciclo	7	38,9%		4	36,4%	
2º Ciclo	3	16,7%		4	36,4%	
3º Ciclo	5	27,8%		1	9,1%	
Secundário	1	5,6%		2	18,2%	
Licenciatura	2	11,1%		0		
			2,33 (d.p. =1,37)			2,09 (d.p. =1,14)
Estado civil						
Solteiro(a)	2	11,1%		3	27,3%	
Casado(a)	12	66,7%		5	45,5%	
Viúvo(a)	4	22,2%		3	27,3%	
			2,33 (d.p.= 0,97)			2,27 (d.p.= 1,19)
História de lutos anteriores						
Não						
Sim	5	27,8%		2	18,2%	
	13	72,2%		9	81,8%	
			1,72 (d.p.= 0,46)			1,82 (d.p. = 0,40)
Percepção de suporte social						
Não	4	22,2%		5	32,7%	
Sim	14	77,8%		6	67,3%	
			1,78 (d.p.=0,00)			2,00 (d.p.= 0,43)
Baixa médica						
Não	12	66,7%		6	54,5%	
Sim	6	27,8%		5	45,5%	
			1,29 (d.p.= 0,47)			1,45 (d.p. = 0,52)

Quadro1: Características sócio-demográficas e clínicas dos grupos.

7. Análise das taxas de mortalidade experimental

As taxas de mortalidade experimental ou de atrito para o grupo experimental foram calculadas tendo em conta:

- a) o número de sujeitos que foram contactados (n = 15);
- b) o número de sujeitos que iniciaram o programa (n = 11);
- c) o número de sujeitos que terminaram o programa (n = 11);
- d) o número de sujeitos que compareceram à última sessão (n= 11).

O que se verificou foi que durante as 4 sessões do programa não houve nenhuma desistência e a adesão foi a 100%, ou seja, 0% de atrito. Este resultado poderá ser explicado pelas condições dadas pela psicóloga aos sujeitos, no que diz respeito à flexibilidade de marcação de datas e horários. Procurou ir ao encontro das necessidades dos clientes.

No caso do grupo de controlo, inicialmente foram contactados 37 sujeitos, contudo, 19 foram casos perdidos, uma vez que não fizeram a 2ª avaliação. Esta condição poderá ter enviesado os valores de depressão e trauma no grupo de controlo, assim como prejudicado o poder estatístico da intervenção ao nível da sintomatologia depressiva e psicotraumática.

8. Instrumentos de avaliação da eficácia do programa

Neste estudo procuramos seguir os critérios propostos pela *American Psychologist Association* (2002) para a avaliação dos manuais para tratamentos psicológicos. Deste modo, a equipa de investigação, no sentido de uma avaliação mais eficaz do programa, construiu dois instrumentos que incluíram uma avaliação específica da intervenção: a) uma *rating scale* para a monitorização da adesão ao manual – versão terapeuta, que incluiu perguntas gerais e específicas para cada uma das fases da terapia b) e um instrumento para a monitorização da adesão ao manual do cliente (ver anexo 2).

O primeiro permitiu uma auto-monitorização, pela psicóloga, sobre cada caso, e em cada sessão. O segundo instrumento foi construído com o objectivo de avaliar a nível genérico e específico (através de questões categóricas) a atribuição de valores quantificáveis para compreender a percepção subjectiva dos participantes na intervenção.

9. Procedimentos

No sentido de concretizar os objectivos deste estudo empírico foi necessário estruturar uma série de etapas as quais passamos a explicar:

- Inicialmente procedeu-se ao pedido de autorização à Administração Regional de Saúde – Norte;
- Depois foi pedida a colaboração aos directores clínicos das Unidades de Cuidados de Saúde Primários de Paredes e Rebordosa;
- Aquando a autorização, procedeu-se à sensibilização dos médicos e auxiliares de acção médica sobre o estudo e processo de selecção, no sentido de obtermos registos de óbitos, através da base de dados dos familiares inscritos na unidade.
- Depois de obtidos os dados procedeu-se ao recrutamento dos sujeitos por contacto telefónico, auscultou-se as características dos sujeitos (idade e escolaridade) e foi marcada uma primeira sessão;
- Depois de obtido o consentimento informado, foi aplicado aos participantes do grupo de controlo e do grupo experimental uma entrevista semi-estruturada e os instrumentos, BDI e IES-R, nos momentos T1 e T2.
- Foi construída uma matriz com todos os dados, utilizando-se o programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 17. De seguida procedeu-se à análise estatística com o objectivo de analisar a eficácia do programa de intervenção no grupo de intervenção comparativamente ao grupo de controlo (sem intervenção).

Tendo em conta o tamanho da amostra e o objectivo da investigação, realizou-se uma repeated-measures designs (GLM 4), uma vez que permitiu detectar com maior precisão a relação existente entre a variável independente, neste caso o programa cognitivo-narrativo, e as variáveis dependentes: a depressão e a sintomatologia psicotraumática.

Este tratamento estatístico ao incluir as variáveis dependentes na mesma análise permitiu compreender as relações existentes entre elas e entre o grupo de controlo e experimental.

No final da 2ª avaliação, aplicou-se aos indivíduos do grupo experimental um Instrumento de Avaliação de Satisfação do Programa Cognitivo-Narrativo no Luto – versão cliente. Através da análise dos mesmos foi possível perceber o impacto que a intervenção teve em cada um dos participantes, assim como os aspectos que mais realçaram acerca do mesmo.

Capítulo IV. Resultados da aplicação do programa de intervenção psicológica.

A American Psychological Association (1996) ainda não propôs um modelo de certificação de tratamentos empiricamente validados para intervenções preventivas, especialmente ao nível da intervenção psicológica no luto (Larson & Hoyt, 2007). Deste modo, exigentes padrões metodológicos devem ser cumpridos.

Estruturamos este capítulo numa sequência de resultados, primeiro fazemos uma análise de cada uma das variáveis, enquanto indicadores de sintomatologia depressiva e psicotraumática nos dois momentos de avaliação (T1 e T2).

Num segundo momento, calculamos o tamanho dos efeitos, *effect size*, da intervenção e realizamos uma análise multivariada de medidas repetidas para a depressão e o trauma, no sentido de analisarmos dois tipos de resultados: a prevalência e a evolução negativa ao longo do perfil longitudinal e a influência do factor tempo no programa de intervenção.

Concluimos o estudo com os dados relativos à satisfação dos clientes em relação ao programa.

1. Análise da Eficácia na Prevenção da Depressão

1.1. Evolução do indicador BDI

Ao analisar o quadro 2 observamos, através da média e desvio padrão que houve uma diminuição do indicador da depressão entre o 1º mês ($x = 21,03$; d.p. = 10,32) e o 6º mês ($x = 13,55$; d.p. = 9,53). Esta diferença, após análise do teste t para variáveis emparelhadas revelou-se significativa ($p < 0,05$), ou seja, houve uma diminuição estatisticamente significativa na sintomatologia depressiva entre os dois momentos de avaliação. Contudo, este resultado não permitiu revelar o efeito do programa, uma vez que não houve uma comparação entre os grupos.

Quadro 2: Resultados descritivos do indicador de depressão no 1º e 2º momento de avaliação em toda a amostra.

	Média	N	Desvio padrão	T	p
BDI 1 mês	21,03	29	10,33		
BDI 6 meses	13,55	29	9,53		
BDI entre o 1º e o 6º mês	7,48	29	6,91	5,83	0,00*

*p <0,05

1.2. Comparações entre o grupo de controlo e o grupo experimental

Separámos os participantes pelos respectivos grupos, controlo e intervenção, e calculámos os valores resultantes do BDI na 1ª e 2ª avaliação. Como podemos observar no quadro 3, as médias e os desvio padrão entre os grupos não diferiram significativamente, contudo, quando analisamos a avaliação aos 6 meses, verificamos que o grupo de intervenção teve um valor médio ($x= 9,73$; d.p. =6,45) claramente inferior, quando comparado com o grupo experimental 1 mês após a perda ($x=20,09$; d.p.=10,74)

Através do teste t de variáveis independentes foi possível verificar que, quando comparamos o BDI entre o 1º mês e o 6º mês, os resultados apesar de não serem significativos ($p<0,05$) revelam uma tendência nesse sentido. Contudo, o tamanho da amostra levantou reservas quanto à utilização deste teste estatístico, pelo que consideramos mais à frente a utilização de estatística não-paramétrica.

Quadro 3: Resultados comparativos entre os dois grupos nas duas avaliações.

	Grupo	n	Média	Desvio Padrão	T	Df	p
BDI 1 mês	Controlo	18	21,61	10,34			
	Experimental	11	20,09	10,75			
BDI 6 meses	Controlo	18	15,89	10,49	- 0,37	20,62	0,71
	Experimental	11	9,73	6,45			
BDI (1º - 6º mês)					-1,99	26,98	0,06

*p <0,05

1.3. Análise não-paramétrica das prevalências de depressão nos grupos

No sentido de calcular a frequência e a prevalência da depressão para cada grupo, nos dois momentos de avaliação, considerou-se, para o BDI o ponto de corte de 12, ou seja, valores superiores a este representam elevada probabilidade de apresentarem depressão (Serra & Abreu, 1973).

Quando observamos o quadro 4 verificamos que no 1º mês após a perda e tendo em conta o tamanho da amostra do grupo experimental (n=11) verificou-se que a maior parte dos participantes apresentavam maior prevalência de sintomatologia depressiva (34,5%). Quando observamos a segunda avaliação, aos 6 meses após a perda e 5 meses após a aplicação do programa verificou-se uma diminuição de prevalência de 13,8% no grupo experimental.

Calculamos o qui-quadrado de pearson, no sentido de perceber se existiu uma diferença significativa entre os dois grupos nos dois momentos de avaliação, mas concluímos que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($X^2 = 0,194$).

Quadro 4: Frequência, prevalência e diferenças entre os dois grupos para a depressão no 1º e 6º mês após a perda.

	Com depressão no 1º mês após a perda (BDI>12)		Com depressão no 6º mês após a perda (BDI>12)		X ²
	Frequência	Prevalência (%)	Frequência	Prevalência (%)	
Controlo	15	51,7%	10	34,75%	0,194
Experimental	10	34,5%	6	20,7%	
Diferença entre grupos					

*Qui-quadrado de pearson para $X^2 < 0,05$.

2. Análise da Eficácia da Prevenção no trauma.

2.1. Evolução do indicador de trauma no grupo de intervenção em T1 e T2.

Ao analisarmos o quadro 5 observamos que se verificou uma diminuição estatisticamente significativa da primeira (T1) para a segunda avaliação (T2) ao nível da escala e sub-escalas que permitem avaliar a sintomatologia traumática ($p < 0,05$). Contudo estes resultados não nos permitiram concluir nada sobre o efeito do programa no grupo de intervenção.

Quadro 5: Resultados descritivos do indicador do trauma, no 1º e 6 mês após a perda no grupo de intervenção.

	Média	n	Desvio padrão.	T	p
IES-R T1	46,79	29	13,98		
IES-R T2	34,06	29	15,79		
IES-R Intrusão T1	2,38	29	0,68	4,95	0,00*
IES-R intrusão T2	1,728	29	0,77	4,97	0,00*
IES-R Hipervigilância T1	2,29	29	0,82		
IES-R Hipervigilância T2	1,65	29	0,81	4,97	0,00*
IES-R Embotamento Emocional T1	1,64	29	1,16		
IES-R Embotamento Emocional T2	1,10	29	0,97	2,44	0,02*
IES-R Evitamento T1	1,68	29	0,85		
IES-R Evitamento T2	1,28	29	0,78	2,05	0,05*

*P<0,05

2.2. Comparações entre o grupo de controlo e o grupo experimental

Através de uma análise descritiva dos indicadores de sintomatologia traumática foi possível observar (ver quadro 6) que as médias diminuíram proporcionalmente entre T1 e T2 nos dois grupos, controlo e intervenção, à excepção do IES-R de Intrusão, que na segunda avaliação apresentou uma média e um desvio padrão igual no grupo de controlo e no grupo experimental.

Realçamos a diferença positiva dos valores da média da sub-escala IES-R de Embotamento Emocional entre T1 e T2 ao nível do grupo experimental. Diferença esta que foi estatisticamente significativa ($p < 0,02^*$), revelando um efeito claro no grupo de intervenção.

Quadro 6: Resultados comparativos entre os dois grupos nos dois momentos de avaliação.

	N	Média	Desvio Padrão	t	df	p
IES-R T1						
Controlo	18	48,17	14,66			
Intervenção	11	44,55	13,15	-0,69	23,11	0,50
IES-R T2						
Controlo	18	35,22	16,03			
Intervenção	11	32,18	15,82	-0,50	21,50	0,62
IES-R Intrusão T1						
Controlo	18	2,45	0,70			
Intervenção	11	2,27	0,68	-0,68	21,79	0,50
IES-R Intrusão T2						
Controlo	18	1,73	0,79			
Intervenção	11	1,73	0,78	-0,04	21,68	0,99
IES-R Hipervigilância T1						
Controlo	18	2,18	0,84			
Intervenção	11	2,47	0,80	0,91	22,03	0,37
IES-R Hipervigilância T2						
Controlo	18	1,65	0,85			
Intervenção	11	1,67	0,76	0,061	23,27	0,95
IES-R Embotamento afectivo T1						
Controlo	18	1,80	1,27			
Intervenção	11	1,36	0,92	-1,08	26,04	0,29
IES-R Embotamento Afectivo T2						
Controlo	18	1,39	1,04			
Intervenção	11	0,64	0,64	-2,42	26,99	0,02*
IES-R Evitamento T1						
Controlo	18	1,90	0,81			
Intervenção	11	1,31	0,83	-1,90	20,95	0,71
IES-R Evitamento T2						
Controlo	18	1,40	0,70			
Intervenção	11	1,07	0,89	-1,04	17,42	0,31

*P<0,05

2.3. Análise não-paramétrica das prevalências do trauma nos grupos entre T1 e T2.

Quando calculamos o valor de frequência e prevalência da sintomatologia psicotraumática, considerando o ponto de corte maior que 35, verificamos que ao nível do grupo de controlo verificou-se uma subida e uma descida proporcional, ou seja, 6 sujeitos diminuíram a sintomatologia traumática, mas outros 6 aumentaram (50%).

Ao analisarmos o grupo experimental verificamos que 4 sujeitos com sintomatologia traumática na 1ª avaliação evoluíram positivamente após os seis meses da perda, valores esses que foram consolidados com um aumento da prevalência de ausência de sintomatologia psicotraumática. Todavia, após análise do teste de qui-quadrado concluímos que estas

diferenças não foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nos dois grupos e na comparação entre os mesmos.

Quadro 7: Frequência, prevalência e diferenças entre os dois grupos no IES-R no 1º e 6º mês após a perda.

	Com trauma no 1º mês após a perda (pc>35)		Com trauma no 6º mês após a perda (pc>35)		X ²	
	Frequência	Prevalência (%)	Frequência	Prevalência (%)		
Controlo						
Sem trauma	3	16,7%	9	50%	0,19	
Com trauma	15	83,3%	9	50%		
Experimental						
Sem trauma	2	18,2%	6	54,5%		
Com trauma	9	81,8%	5	45,5%		
Diferença entre grupos					0,19	

*Qui-quadrado de pearson para $*X^2 < 0,05$

3. Análise da evolução positiva e negativa nos grupos.

Através da codificação dos casos que evoluíram no perfil longitudinal, realizamos um *crosstabs* no sentido de compreender a evolução positiva e negativa entre o grupo de intervenção e o de controlo. Após análise do quadro 9 verificamos que houve uma evolução totalmente positiva no grupo de intervenção (100%) entre a 1ª e a 2ª avaliação.

No grupo de controlo, 4 dos participantes não revelaram melhorias ao longo do tempo na sintomatologia depressiva e psicotraumática, sendo que apenas 77,8%, dos 18 indivíduos do grupo de controlo evoluíram positivamente. Esta observação foi consolidada, aquando a realização do teste do qui-quadrado que revelou existir significância estatística entre os dois momentos ($X^2 < 0,05$).

Quadro 9: Sinalização de casos com evolução negativa.

	Evolução negativa	Evolução positiva	Total	df	X ²
Grupo experimental	0	11	11	1	0,04*
	0%	100%	100%		
Grupo control	4	14	18		
	22,2%	77,8%	100%		
Diferenças entre grupos	4	25	29		
	13,8%	86,2%	100%		

Qui-quadrado de Pearson $*X^2 < 0.05$ valor de likelihood ratio.

4. Análise do tamanho do efeito do Programa Cognitivo-Narrativo

4.1. Effect Sizes

A *American Psychological Association* (2001) recomenda a análise do tamanho do efeito, ou a magnitude do efeito, uma vez que possibilita a uniformidade de resultados para futuras meta-análises. Esta análise condensa o sentido e o poder do efeito de uma dada condição experimental (Wilkinson & Task Force on Statistical Inference American Psychological Association Science Directorate, 1999). Se o tamanho do efeito for positivo indica melhores resultados no grupo de intervenção, sendo que o valor de 0,2 indica um pequeno efeito, 0,5 um efeito médio e 0,8 um efeito elevado (Cohen, 1994).

Uma metanálise (Jané-Llopis, Hosman, Jenkins & Anderson, 2003) considerou um valor médio de size-effect de 0,22 para os diferentes tipos de programa de prevenção da depressão publicados, com um efeito que varia entre 0,14 a 0,30 (I.C=95%). Neste estudo utilizamos o valor de *g* de Hedges, uma vez que este é o mais ajustado ao tamanho da amostra.

Através do quadro 10 realçamos o efeito elevado do indicador da sintomatologia depressiva ($g=0,65$) na segunda avaliação. Assim como o efeito significativo da sub-escala IES-R de Embotamento Emocional, um valor de *g* de Hedges de 0,80 num intervalo de confiança entre 0,02 e 1,58.

Contudo, com este tipo de análise não se inclui o efeito do tempo, pelo que consideramos pertinente realizar uma análise multivariada.

Quadro 10: Análise do efeito do programa dos indicadores de depressão e trauma na 2ª avaliação.

	G	Intervalo de confiança (95%)
BDI	0,65	{-0,12 a 1,4}
IES-R	0,19	{-0,57 a 0,94}
IES-R Embotamento emocional	0,80	{0,02 a 1,58}
IES-R Evitamento	0,04	{0,07 a 0,79}
IES-R Hipervigilância	0,02	{-0,73 a 0,77}
IES-R Intrusão	0,01	{-0,07 a 0,76}

g de Hedges (Devilley, 2004).

4. Análise multivariada de medidas repetidas

Com o objectivo de obter uma análise mais complexa, que permitisse avaliar a variável tempo, enquanto mediadora de possíveis enviesamentos, realizamos uma análise multivariada de medidas repetidas (Field, 2009).

Recorremos à análise dos gráficos, com o objectivo de tornar mais visível a evolução das médias da primeira para a segunda avaliação no grupo de controlo e no grupo experimental ao nível do BDI, do IES-R e da sub-escala, IES-R de Embotamento Emocional.

5.1. Evolução da sintomatologia depressiva nos grupos em T1 e T2.

Se considerarmos a diferença entre médias de um grupo para o outro foi possível verificar que houve uma evolução elevada entre a 1ª e a 2ª avaliação no grupo experimental ao nível da sintomatologia depressiva, quando comparado com o grupo de controlo, a média encontrava-se muito mais afastada de T2. Contudo, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,08$) (ver gráfico 1).

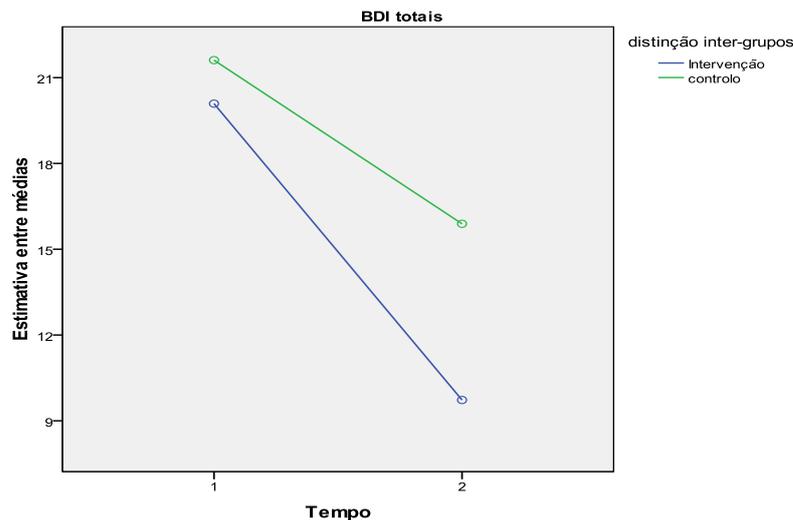


Gráfico 1: Análise comparativa das médias dos grupos entre T1 e T2 ($p<0,05$).

5.2. Evolução da sintomatologia traumática nos grupos no IES-R em T1 e T2.

Se considerarmos a diferença entre médias de um grupo para o outro foi possível verificar uma evolução positiva entre a 1ª e a 2ª avaliação no grupo experimental ao nível da sintomatologia traumática quando comparado com o grupo de controlo, onde a média

encontrava-se relativamente mais afastada de T2. Contudo, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,08$) (ver gráfico 2).

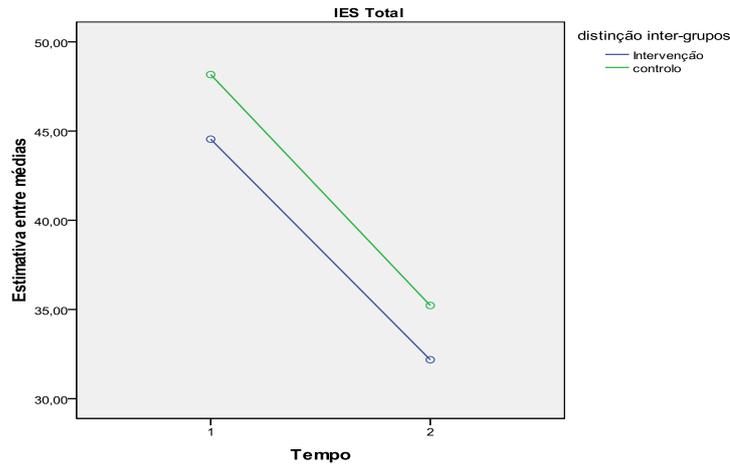


Gráfico 2: Análise comparativa das médias dos grupos entre T1 e T2 ao nível da sintomatologia traumática ($p < 0,05$).

5.3. Evolução da sintomatologia traumática nos grupos na sub-escala de IES-R de Embotamento Emocional em T1 e T2.

Ao analisarmos o quadro 3 comprovamos a diferença estatisticamente significativa na sub-escala da IES-R de Embotamento Emocional no grupo experimental entre a 1ª e a 2ª avaliação ($p = 0,02$) (ver gráfico 3).

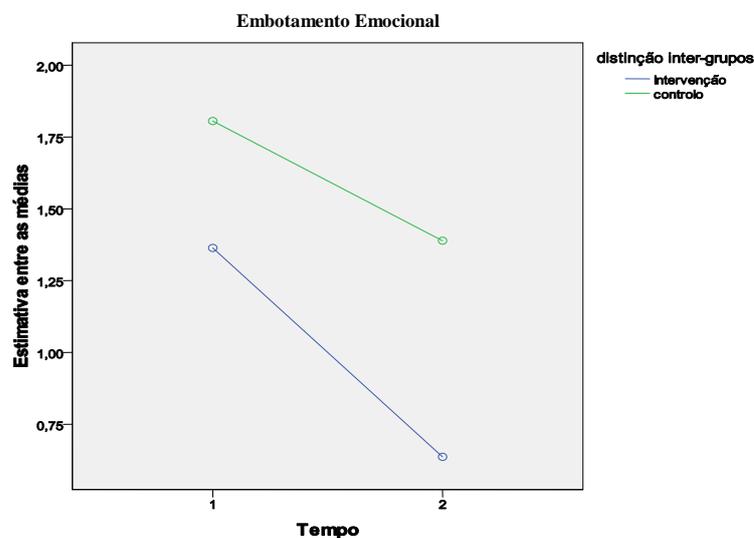


Gráfico 3: Análise comparativa das médias dos grupos entre T1 e T2 ao nível da sub-escala de Embotamento Emocional ($p < 0,05$)

5.5. Avaliação do efeito do programa de intervenção.

Através da comparação da variável tempo no grupo experimental foi possível perceber que não existiram diferenças estatisticamente significativas do programa, uma vez que o nível de significância foi maior do que seria esperado ($p=0,08$).

Quadro 13: Relação da variável tempo no grupo experimental.

	Tempo	df	F	P
Tempo	1º mês vs. 6 meses	1	40,0	,00*
Tempo – GE	1º mês vs. 6 meses	1	3,33	,08

* $p < 0,05$

6. Avaliação da intervenção pelos clientes do grupo experimental.

Como já foi referido anteriormente, aplicou-se a cada um dos participantes, aos seis meses após a perda, um instrumento de satisfação do programa a cada um dos clientes do grupo experimental. Os resultados foram descritivos e sugeriram uma avaliação sobre a apreciação que os mesmos fizeram da intervenção.

A primeira questão: “*Acha que foi importante para si participar no programa?*”, sugerindo uma resposta de “*sim ou “não*”, permitiu compreender uma apreciação do programa totalmente positiva (100%).

A segunda questão: “*Quantifique de 1 a 10 o grau de importância que atribuiu a estas sessões face às dificuldades no momento*”, procurou uma avaliação das sessões de 0 a 10 (0 nada importante e 10 muito importante) face à situação pela qual estavam a passar. Verificamos, através do quadro 14, que as respostas foram elevadas, variando entre 8 a 10, sendo que existiu uma maior prevalência (45,5%) no valor de atribuição máxima (10), ou seja, o programa teve muita importância para os sujeitos.

Quadro 14: Análise do grau de importância atribuída pelos clientes em relação ao programa.

Cotação (0 a10)	Frequência	Frequência (%)
8	2	18,2%
9	4	36,4%
10	5	45,5%

Relativamente às questões que especificaram os elementos da intervenção, os sujeitos tiveram que avaliar o quão importante é que estes foram. Deste modo, verificámos a máxima amplitude em todas as componentes avaliadas, pontuação média superior a oito.

Destacamos, por ter uma pontuação mais elevada de média, que a intervenção ajudou a tornar mais claros os seus sentimentos e que os clientes sentiram-se mais apoiados face ao que estavam a experienciar (ver quadro 15).

Quadro 15: Resultados descritivos da apreciação dos sujeitos através do questionário de avaliação do programa.

	N	Média	Desvio Padrão
A intervenção ajudou-me a decidir melhor.	11	8,91	,83
Ajudou-me a entender melhor os meus valores morais	11	8,36	,92
Ajudou-me a tornar mais claro o que sentia.	11	9,36	,50
Ajudou-me a apoiar face ao que senti.	11	9,27	,47
Ajudou-me a organizar melhor os meus sentimentos.	11	9,00	,89
Ajudou-me organizar melhor os meus pensamentos e dúvidas.	11	9,00	0,63
Ajudou-me a comunicar melhor com os outros significativos	11	8,91	,70
Ajudou-me a viver melhor a minha vida	11	8,91	,94
Ajudou-me a ter menos receio de uma eventual nova relação	11	8,00	1,09
Ajudou-me a +ter melhor noção dos meus significados pessoais.	11	9,00	,63
Ajudou-me para me dar informação sobre este processo	11	9,00	,63

Capítulo V: Discussão de Resultados

Tendo em consideração os resultados descritos no capítulo anterior, procedeu-se à sua discussão, confrontando-os com o quadro teórico de referência e comparando-os com outras investigações na área.

Deste modo, pretendemos responder ao objectivo desta intervenção que consistiu em compreender se os sujeitos do grupo de intervenção e de controlo apresentavam menor sintomatologia depressiva e psicotraumática entre a primeira e a segunda avaliação. Concluímos que, apesar de ter havido uma diminuição dos indicadores sintomatológicos, a mesma não foi estatisticamente significativa numa primeira análise, mas quando realizada uma análise estatística não-paramétrica mais complexa e adequada para amostras pequenas concluímos uma evolução positiva de todos os participantes do grupo de intervenção.

Operacionalizamos igualmente comparar os indicadores de depressão e trauma no grupo experimental aos seis meses. Concluímos que, ao nível da depressão, apesar do resultado não estar muito afastado do que seria esperado, a sua prevalência não é suficiente para considerar que existiu uma melhoria significativa. Na metanálise de Jané-Llopis (2003) verificou-se que os programas que não procuram intervir directamente sobre a depressão têm resultados positivos neste indicador e noutros indicadores sintomatológicos. Este resultado deverá servir para futuras reflexões na construção de programas preventivos para a depressão.

Ao nível da sintomatologia traumática constatamos melhorias na 2ª avaliação nos dois grupos, mas realçamos o valor das diferenças para a sub-escala do Embotamento Emocional no grupo experimental. Este dado pode ser explicado pelas características do grupo de intervenção, que poderá, de algum modo, ter facilitado o processo de narrar a sua “história” de luto, em vez de interiorizar as suas emoções.

Existem evidências empíricas que a maior parte das pessoas sentem necessidade de falar acerca dos seus acontecimentos de vida, inclusive os que se relacionam com a perda de alguém significativo (Rime, Mesquita, Philippot & Boca, 1991). Assim sendo, este resultado parece confirmar a importância que o processo de narrar o episódio, de atribuir significado às emoções e pensamentos é por si só terapêutico e pode ser usado para entender as mudanças ocorridas em relação à percepção da sua experiência de luto (Maercker et al., 2008).

Os resultados do *size-effect* permitiram-nos comparar os resultados desta intervenção com outras já publicadas. Como já foi referido, a metanálise Jané-Llopis (2003) considerou um valor médio de *size-effect* de 0,22 para os diferentes tipos de programa de prevenção da depressão publicados, ou seja, o efeito desta intervenção é consideravelmente elevado para amostras pequenas.

Segundo a literatura a depressão é um dos indicadores mais frequentes após a perda de alguém significativo, sendo assim e se pensarmos no sistema custo-benefício (Munoz, 2001) podemos concluir que estes programas de intervenção, baseados em terapias breves, podem ter efeito ao nível do absentismo laboral e outras situações clínicas (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Almeida, 2005; Le et al, 2003).

Constatamos igualmente um efeito positivo do sub-item da IES-R de Embotamento Emocional, um valor de *g* de *hegdes* de 0,80 num intervalo de confiança entre 0,02 e 1,58. Um estudo que envolveu variáveis de carácter psicossocial, como as relações interpessoais e a sua qualidade (no sentido de facilitar a partilha da experiência traumática com outros significativos) verificou numa amostra de 128 mulheres que perderam o filho que os sujeitos que evitavam falar sobre o evento traumático tinham maiores dificuldades adaptativas a longo prazo. Pelo contrário, as mulheres que falavam livremente da sua perda apresentavam um processamento cognitivo e emocional mais efectivo e uma melhor adaptação (Lepore, Silver, Wortman & Wayment, 1996).

Estes resultados, quando comparados com estudos anteriores, parecem explicar a necessidade de falar sobre o acontecimento traumático, de exteriorizar as suas emoções face à

perda. Contudo, ainda não existem resultados contundentes em relação à estrutura do IES-R, nomeadamente nas correlações das outras escalas quando comparadas com a de Embotamento Emocional ou “*emotional numbing*” (Asmundson, Frombach, McQuaid, Pedrello, Lenox & Stein, 2000; Duhamel et al., 2004), pelo que sugerimos futuras investigações. Um outro aspecto que deve ser realçado relativamente à sintomatologia traumática é que o programa não foi prejudicial para os participantes do mesmo, contrariando os resultados do debriefing que alertou para os riscos das prevenções preventivas de curta duração (Kenardy, 2000, Mayou, Ehlers & Hobbs, 2000).

Ao analisarmos a evolução dos grupos nos dois momentos de avaliação, através de testes não-paramétricos concluímos que 100% dos sujeitos do grupo de intervenção evoluíram positivamente 5 meses após a intervenção. Estes resultados evidenciam a eficácia da intervenção no perfil longitudinal.

Ao analisarmos o processo aleatório de amostragem concluímos que este poderá ter sido desfavorável à eficácia do programa, já que os participantes do grupo de intervenção referiram menor percepção de suporte social e a maior parte já tinha perdido o(a) cônjuge. Segundo os estudos, a morte do cônjuge parece criar um sentimento de solidão, fazendo com que os indivíduos evitem expressar as suas emoções e conseqüentemente aumentar a sintomatologia associada ao luto (Stroebe et al., 1996). As teorias cognitivas explicaram que a maior parte das pessoas não recorre a ajuda profissional para resolverem os seus problemas pessoais, preferindo recorrer à sua rede de suporte social. (Taylor, 2000). Contudo, e por outro lado, a não percepção da existência do mesmo poderá induzir uma maior procura e adesão a este tipo de programas.

O teste t não permitiu revelar dados significativos, uma vez que não é o teste ideal para amostras pequenas, todavia, quando procuramos analisar o efeito do programa com uma estatística não-paramétrica, como foi o caso de comparar, através do qui-quadrado, a evolução dos grupos no perfil longitudinal verificamos a eficácia do programa.

Tendo em conta os circunstancialismos actuais da vida dos indivíduos, parece pertinente realçar a importância de mais estudos que sigam o protocolo deste, uma vez que se trata de um programa com um número reduzido de sessões, considera a análise dos custos-benefícios e demonstrou resultados que devem servir como ponto de partida para futuras investigações.

Capítulo VI – Conclusão

Neste estudo procuramos, do ponto de vista metodológico, assumir os critérios definidos pela *American Psychological Association* (2002) para a avaliação e validação de tratamentos psicológicos.

Em relação ao programa propriamente dito consideramos como principal critério a aceitabilidade do programa por parte dos sujeitos, sendo que um dos valores assumidos para avaliar o mesmo foi a redução para um menor número de sessões possível.

Neste projecto houve, por parte dos investigadores, um esforço no sentido de antecipar e minimizar as dificuldades inerentes ao processo de investigação, no entanto, importa salientar um conjunto de aspectos que consideramos ter influenciado os resultados obtidos. No que concerne à amostra e ao processo de amostragem salienta-se a não representatividade da população portuguesa, foi uma amostra pequena e aleatória, que não considerou os factores de risco como critérios de inclusão. Deste modo, os resultados encontrados devem ser estritamente enquadrados nos objectivos traçados para esta investigação.

A estatística não-paramétrica, específica para amostras pequenas, permitiu-nos concluir uma evolução totalmente positiva dos participantes no grupo de intervenção, permitindo concluir a eficácia do programa. Constatamos igualmente, através dos instrumentos construídos pela equipa de investigação, a elevada aceitabilidade e satisfação com o programa, verificamos que o mesmo não provocou efeitos negativos nos sujeitos ao nível da sintomatologia depressiva e psicotraumática, contrariando os estudos baseados no *debriefing*, revelou-se estatisticamente significativo para o factor: IES-R de Embotamento Emocional e que, quando comparado com outros programas de prevenção teve um valor de *size effect* consideravelmente elevado para amostras pequenas.

Por tudo isto, e numa perspectiva crítica do estudo, consideramos pertinente que futuras investigações contemplem a utilização de desenhos longitudinais com follow-up de um ano após a perda, no sentido de contrariar a ideia de que aquando uma intervenção, os indivíduos

geralmente diminuem os seus níveis de depressão apenas nos primeiros meses após a perda, sugerimos que sejam feitos mais estudos sobre a sub-escala do IES-R de Embotamento Emocional e que, apesar da eficácia demonstrada do programa, a mesma deverá ser trabalhada em futuras investigações, no sentido de aumentar a amostra e replicar resultados.

<

Bibliografia

- Agerbo, E. (2003). Risk of suicide and spouse's psychiatric illness or suicide: nested case control study, *British Medical Journal*, 327 (7422), 1025-1026.
- Allumbaugh, D. L., & Hoyt, W.T. (1999). Effectiveness of Grief Therapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 46(3), 370-380.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052-1059.
- American Psychological Association. (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association: Fifth edition*. Washington DC: American Psychological Association.
- American Psychological Association Division of Counseling Psychology. (1996). Empirically validated treatments in Counseling Psychology. *Division 17 Newsletter*, 17,(2).
- Andrews, G., Henderson, S. & Hall, W. (2001a) Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support in mid and late life. *Sex Roles*, 17, 737-749.
- Asmundson, G., Frombach I., McQuaid, J., Pedrelli P., Lenox R, Stein M. (2004). Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: A confirmatory factor analysis of DSM-IV symptom clusters and other symptom models. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 203-214.
- Bennett, S., Litz, B., Sharnoff Lee, B., & Maguen, S. (2005). The Scope and Impact of Perinatal Loss: Current Status and Future Directions. *Professional Psychology: Research and Practice the American Psychological Association*, 36(2), 180-187.
- Boelen, P., Bout, J. & Hout, M. (2009). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1123-1136.
- Boelen, P. (2008). Cognitive behaviour therapy for complicated grief. *Bereavement care Journal*, 27 (2), 27-30.
- Bonanno, G.A., Lilienfeld, S.O. (2008). Let's be Realistic: When Grief Counselling is Effective and When it's not. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 342-380.

- Bonanno, G., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K.C., Insel, B., & Litz, B.I. (2007). There more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorders? A test of incremental validity, *Journal of Abnormal Psychology*, *116*(2), 342.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*(1), 20-28.
- Bonanno, G., Wortman, C., & Nesse, R. (2004). Prospective Patterns of Resilience and Maladjustment During Widowhood. *Psychology and Aging*, *19*(2), 260.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal Personality Social Psychology*, *83*(5), 1150-1164.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, D. (2001). Toward and integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, *125*, 760-776.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (Vol. 3). New York: Basic Books.
- Brito de Pina. (2006). Associação entre duas variáveis qualitativas: Teste do qui quadrado e teste exacto de Fisher. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt> (consultado em 23/01/09).
- Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders: A controlled outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 607–612.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Byrne, G. J. & Raphael, B (1994). A longitudinal study of bereavement phenomena in recently widowed elderly men. *Psychological Medicine*, *24*, 411–421.
- Castanheira, C., Vieira, v., Glória, A., Afonso, A., & Rocha, J.C. (2007). *Impact of Event Scale- Revised (IES-R): Portuguese Validation, European Congress of Traumatic Stress*, Opatija, Croacia, 5-9 June.
- Clarke, G., et al (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 312-321.
- Cordeiro, J. (2002). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste de Gulbenkian.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*, *98*(2), 310-357.
- Creamer, M., Bell, R., Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale – Revised. *Behaviour research and therapy*, *41* (12), 1489-1496.

- Currier, J., Neimeyer, R., Berman, J. (2008). The Effectiveness of Psychotherapeutic Interventions for Bereaved Persons. *American psychological Association*, 134(5), 648-661.
- Davis, C. G., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Silver, R. C. (2000). Searching for meaning in loss: Are clinical assumptions correct? *Death Studies*, 24, 497- 540.
- Devilley, G. J. (2004). *The Effect Size Generator for MacOSX*. Austrália: Centre for Neuropsychology, Swinburne University.
- DuHamel, K., et al. (2004). Construct validity of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist in cancer survivors: Analysis based on two samples. *Psychological Assessment*, 16, 255–266.
- Engle, G. L. (1961). Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosomatic Medicine*, 23, 18–22.
- Epstein, S. (1993). Bereavement from the perspective of cognitive-experiential selftheory. In M. Stroebe, W. Stroebe & R. Hansson (Eds.), *Handbook of Bereavement* (pp. 112-125). Cambridge: Cambridge University Press.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS*. London: Sage Publications, Ltd.
- Flaherty, J. A., & Richman, J. A. (1986). Effects of childhood relationships on the adult's capacity to form social supports. *American Journal of Psychiatry*, 143, 851–855.
- Gerber, I., Wiener, A., Battin, D., & Arkin, A. (1975). Brief therapy to the aged bereaved. In B. Schoenberg, A. Carr, A. Kutscher, D. Peretz, & I. Goldberg (Eds.), *Bereavement: Its psychosocial aspects* (pp. 310–333). New York: Columbia University Press.
- Gilbert, K. (2002). Taking a Narrative Approach to Grief Research: Finding Meaning in Stories. *Death Studies*, (26), 223-224.
- Gillham, J. E., Shatte, A. J. & Freres, D. P. (2000) Preventing depression: a review of cognitive behavioral and family interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 63-88.
- Gilvarry, E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 55-80.
- Girden, E. R. (1992). *ANOVA: Repeated-measures*. Sage university paper series on quantitative applications in the social sciences. Bewbury Park, CA: Sage.
- Glick, I., Parkes, C.M., Weiss, R.S. (1974). *The first year of bereavement*. Nova York, Londres, Sydney e Toronto: Wiley Interscience.
- Gonçalves, O. F. (2000). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto.

- Gonçalves, O.F. (1998b). *Psicoterapia cognitiva narrativa: Um manual de psicoterapia breve*. S. Paulo: Edipsy.
- Gonçalves, O. F. (1998). *Psicoterapia Cognitiva Narrativa: Manual de terapia breve*. Campinas: Editorial Psy.
- Gonçalves, O. F., Machado, P., & Rosas, M. (1997). A elaboração narrativa dos aspectos psicotraumáticos do enfarte do miocárdio: um manual terapêutico. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 381-392.
- Gonçalves, O.F. (1995). Psicoterapia Cognitiva Narrativa e construção múltipla de conhecimento. *Viver Psicologia.*, 3, 26-27.
- Gusmão, R.M., Xavier, M., Heitor, M^a, J., Bento, A., & Almeida, J.M. (2005). O peso das Perturbações Depressivas – Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129-146.
- Harvey, J.H., Stein, S.K., & Scott, P. K. (1995). Fifty years of grief: Accounts and reported psychological reactions of Normandy invasion veterans. *Journal of Narrative and Life History*, 5, 315-332.
- Horowitz, M. J. (1986). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital & Community Psychiatry*, 37(3), 241-249.
- Horowitz, M., Wilner, M., Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosom Med*, 55(3), 260-273.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry*, 154(7), 904-910.
- Howard, G. (1991). Culture tales: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology and psychotherapy. *American Psychologist*, 46, 187–197.
- Hughes, P. M., Turton, P., Hopper, E., & Evans, C. D. H. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study. *Lancet*, 360, 114–118.
- Irwin, M.R., Weiner, H. (1987). *Depressive Symptoms e Immune Function during Bereavement*. Biopsychosocial Aspects of Bereavement. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Jacobs, S. (1993). *Pathologic grief: Maladaptation to loss*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.

- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R., & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes- Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 18(3), 384.
- Jordan, J.R., & Neimeyer, R.A.(2003) Does grief counselling work?, *Death Studies*, 27
- Kaslow, F. (2003). Death of one's partner: The anticipation and the reality, *Professional Psychology: research and practice*, 35(3), 227-233.
- Kato, P. M., & Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 19(3), 275-296.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vol. 1 e 2). New York: Norton.
- Kenardy, J. (2000). The current status of psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry*, 321, 1032-1033.
- Klier, C. M., Geller, P. A., & Neugebauer, R. (2000). Minor depressive disorder in the context of miscarriage. *Journal of Affective Disorders*, 59, 13–21.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Larson, D., Hoyt, W. (2007). What Has Become of Grief Counseling? An Evaluation of the Empirical Foundations of the New Pessimism. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(4), 347–355.
- Leoniek, W., et al. (2008). Parents grieving the loss of their child: interdependence in coping. *British Journal of Clinical Psychology*, 47 (1), 31-42.
- Le, H. N., Munoz, R. F., Ippen, C. G., & Stoddard, J. L. (2003). Treatment is Not Enough: We Must Prevent Major Depression in Women. *Prevention and Treatment*, 6,(np).
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 271-282.
- Litterer Allumbaugh, D., & Hoyt, W. T. (1999). Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 370-380
- LLopis-Jané, E; Hosman, C; Jenkins, R & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes – Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.
- Maercker, A., Bonanno, G. A., Znoj, H., Horowitz, M. J. (2008). Prediction of complicated grief by positive and negative themes in narratives. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1117-1136.
- Maia, A. (2001). Modelos de avaliação da experiência depressiva. *Psiquiatria Clínica*, 22 (2), 197-204.

- Mair, M. (1988). Psychology as story telling. *International Journal of Personal Construct Psychology, 1*, 125–137.
- Maruish, M. (1994). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Matthiesen, S., Einarsen, S. (2004). Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance & Counselling, 32* (3), 335-356.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 176*, 589-593.
- McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. London: Sage.
- Middleton, W., Burnett, P., Raphael, B., & Martinek, N. (1996). The bereavement response: A cluster analysis. *British Journal of Psychiatry, 169*, 167–171.
- Munõz, R. F. (2001). How shall we ensure that the prevention of onset of mental disorders becomes a national priority? *Prevention and Treatment, 4*, Sp.
- Munõz, R. F., Ying, Y., Bernal, G., et al (1993) Prevention of depression with primary care patients: a randomized controlled trial. *American Journal of Community Psychology, 23*, 199-222.
- Murphy, S.A., Johnson, L.C., Chung, I., Beaton, R.D. (2003). The prevalence of PTSD following the violent death of a child and predictors of change 5 years later. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 17-25.
- Murray, C., & Lopez, A. (1996). *The Global Burden of Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Neimeyer, R.A. (2000). Narrative disruptions in the construction of self. In R.A. Neimeyer & J. Raskin (Eds), *Constructions of Disorder* (pp. 207-242). Washington, DC: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies, 24*, 541-558.
- Neimeyer, R. A. (1999). Narrative strategies in grief therapy. *Journal of Constructivist Psychology, 12*(1).
- Neimeyer, R. A. (1998b). *Lessons of Loss: A guide to coping*. New York: McGraw-Hill.
- Neimeyer, R. A. (1993a). Constructivism and the cognitive psychotherapies: Some conceptual and strategic contrasts. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 7*(3), 159-171.
- O'Bierne-Kelly, H., & Reppucci, N. D. (1997). The sequelae of childhood sexual abuse: Implications of empirical research for clinical, legal and public policy domains. In D.

- Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Developmental Perspectives on Trauma: Theory, Research and Intervention*, (pp. 535-552). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Parkes, C. M. & Markus, A. (1998). *Coping with loss*. Montreal, Canada: Canadian Medical Association.
- Parkes, C. M. (1995). Guidelines for conducting ethical bereavement research. *Death Studies*, 19, 171-181.
- Pennebaker, J. W., Mehl, M. R., & Niederhoffer, K. G. (2003). Psychological aspects of natural language use: our words, our selves. *Annu Rev Psychol*, 54, 547-577.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, NY: State University of New York.
- Pressman, D. & Bonanno, G. (2007). With whom do we grieve? Social and cultural determinants of grief processing in the united States and China, *Journal of Social and Personal Relationships*, 24, 729.
- Prigerson, H. C., Vanderwerker, L.C., & Maciejewski, P.K. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-IV. In M. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. A. W. Schut (Eds), *Handbook of bereavement research and practice: 21st century perspectives* (pp.165-186). Washington, D.C: American Psychological Association Press.
- Prigerson, H. G., & Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale , consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M.S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. A. W. Schut (Eds), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (pp. 613-647). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C.F., Bierhals, A.J., Fasiccka, A., Frank, E., Doman, J. & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A Scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatric Research*, 59, 65-79.
- Raphael, B. (1977). Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- Rocha, J.C. (2004). *Fatores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez*. Dissertação de Doutorado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. & Seeley, J. (1991) Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214-222.
- Sanders, C. (1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Sandler, I., Wolchick, S., Ayers, T. (2008). Resilience rather than recovery: a contextual framework on adaptation following bereavement. *Death Studies*, 32(1), 59-73.
- Sarbin, T. R. (1986a). *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
- Schut, H., & Stroebe, M.S. (2005). Interventions to enhance adaptation to bereavement, *Journal of Palliative Medicine*, 8, 140-147.
- Seabra de Almeida, V. (2006). *Somatização e Expressão Emocional - Um Estudo nos Cuidados de Saúde Primários*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Serra, A.V. & Abreu, P.J. (1973). *Aferição dos quadros clínicos depressivos I: Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos*. Coimbra Médica. 20, 623-644.
- Epstein, S. (1993). Bereavement from the perspective of cognitive-experiential self-theory. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 112-125). Cambridge: University Press.
- Shucler, S. R., & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R.O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 23-43). Cambridge: Cambridge University Press.
- Silver, R., & Wortman, C. (1980). Coping with undesirable life events. In H J. Garber, & M.E.P. Seligman (Eds), *Human Helplessness: Theory and Applications* (pp. 279-340). New York, Academic Press.
- Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe. W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet Journal*, 70, 1960-1973.
- Stroebe & Schut (2006). Complicated Grief: A conceptual analysis of the field. *Omega*, 52, 53-70.
- Stroebe, W., Schut, H., & Stroebe, M. (2005). Grief work, disclosure and counseling: Do they help the bereaved? *Clinical Psychology Review*, 25, 395.
- Stroebe, M., Hansson, O., Stroebe, W., Schut, H., Stroebe, M. (2001). *Future directions for bereavement research: Consequences, coping, and care*. Handbook of bereavement research. 15 eds, p. 814. Washington, DC: American psychological Association.
- Stroebe, M.S., Stroebe W., Schut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: an empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, 5, 62-83.

- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2000). Trauma and Grief: A Comparative Analysis. In J. H. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 81-96). Philadelphia: Brunnel/Mazel.
- Swanson, K. M. (1999). Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. *Nursing Research, 48*, 288-298.
- Sundin, E., Horowitz, M. (2002). Impact of Event Scale: psychometric properties, *British Journal of Psychiatry, 180*, 205-209.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *Am Psychol, 55*(1), 99-109.
- Vachon, M.L.S., Lyall, W.A.L., Rogers, J., Freedman-Letofsky, K., & Freeman, S.J.J. (1980). A controlled study of self-help interventions for widows. *American Journal of Psychiatry, 10*, 148-164.
- Wilkinson, L. (1999). Statistical Methods in Psychology Journals Guidelines and Explanations. *American Psychological Association, 54* (8), 584-604.
- Wortman, C., & Silver, R. (1989). The Myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 349-357.
- Zisook, S., Paulus, M., Shuchter, S. R., & Judd, L. L. (1997). The many faces of depression following spousal bereavement. *Journal of Affective Disorders, 45*, 85-94.

Anexo 1

Avaliação Psicométrica | Código _____

Avaliação Nº _____

Data: ____/____/____

- Nome: _____

- Contacto Telefónico: _____

Pelo Psicólogo Clínico,

Formulário de Avaliação | Código _____

Data da 1ª Sessão: ____/____/____; pelo Psicólogo Clínico: _____

Data do Óbito: ____/____/____

Encaminhamento: _____

Data da 2ª Sessão: ____/____/____; pelo Psicólogo Clínico: _____

Identificação

Nome: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ (____/____/____)

Morada: _____

Contactos Telefónicos: _____

Habilitações Literárias: _____

Profissão: _____

Estado Civil: _____

Unidade de Saúde: _____ Médico de Família: _____

Genograma:

(Ter em conta, pelo menos: três gerações na família, agregados familiares actuais, óbitos, enfatizar o símbolo do paciente designado, salientar tipos de relações inter e intra-familiares quando certos do mesmo, idades dos vários elementos, etc.)

História Médica/Psiquiátrica

Baixa Clínica:

- Não ____; Sim ____ . Quanto tempo? _____ (dias)

Recorrência a Serviços da Saúde Mental:

- Não ____; Sim ____ .

- Se sim, indicar:

*tipo(s) de Serviço(s) - _____

*número de vezes - _____

*percurso - _____

*causa atribuída - _____

*sintomatologia - _____

*diagnóstico - _____

*medicação psicofarmacológica prescrita - _____

História da Relação Falecido – Enlutado

- Idade do Falecido: _____ - Grau de Parentesco do Falecido: _____

- Há quanto tempo se relacionavam? _____

- Percurso da relação: _____

- Importância do falecido na vida do sujeito (nada importante – muitíssimo importante):



- Papel/função do falecido na família/grupo de pares: _____

(*Educação; *Liderança; *Chefe de Família; *Financeiro; *Negligente; *Confidente; *etc.)

Contextualização da Perda para o Enlutado

- Causa da Morte: _____ - Local da Morte: _____

- Como foi informado(a) do óbito? _____

- Como reagiu (comportamentos, cognições, emoções)? _____

- História de lutos anteriores:

*Não ____; Sim ____.

*Quantos? _____

*Percurso (relacionar graus de parentesco numa cronologia): _____

*Quão difícil está a ser para si esta situação (nada difícil – extremamente difícil)?



Observações: _____

*No decorrer desta última perda, como tem oscilado o seu estado psicológico (auscultar sintomatologia imediatamente prévia e posterior ao óbito)? _____

- Existência de Factores de Stress Concorrentes: _____

- Se sim, indicar como reagiu após esses acontecimentos: _____

- Existência de Suporte Social:

*Não ____; Sim ____.

*Se sim, quais? _____

*Quantas vezes por semana contacta com esse(s) tipo(s) de Suporte Social? _____

*Sente-se satisfeito(a) com esse(s) tipo(s) de Suporte Social? Não ____; Sim ____.

Avaliação Psicométrica (aplicar pela ordem da tabela)

Provas Psicológicas		1ª Avaliação (___ / ___ / ___)	2ª Avaliação (___ / ___ / ___)
BDI (Total)			
I E S (Rev.)	Intrusão		
	Hipervigilância		
	Evitamento		
	Outros Itens		
	Total		
ICG (Total)			
P G 13	B. Sint. de Separação		
	C. Duração		
	D. Sints. Cognitivos, Emocionais e Comports.		
	E. Incapacidade		
	Total		
F A C E S	A. Coesão (ímpares)	() -	() -
	B. Adaptabilidade (pares)	() -	() -
	Tipologia (total esp./ 2)		
Narrativa			

Observações

(Contactos telefónicos de familiares, mudanças de habitação, saídas do país ou da zona de residência, recurso a serviços da Saúde Mental durante a Investigação, alterações diversas identificadas pelo investigador nas sessões posteriores, etc.)

Nº de familiares de 1º grau do falecido disponíveis para recolha de narrativa e avaliação (> 18 anos; > 4º ano): _____

Contactos:

Data da Avaliação: ___ / ___ / ___

Local da Avaliação: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, após ser devidamente informado(a) sobre os objectivos e sobre o protocolo de investigação, declaro que aceitei participar de livre vontade no estudo que está a ser realizado sobre o processo de Luto, pela Unidade de Investigação em Psicologia Clínica e Saúde (Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, UnIPSa).

Além disso, declaro que estou informado(a) de que poderei desistir de participar no estudo, se assim desejar, comprometendo-me por isso a contactar a Equipa de Investigação para a informar dessa decisão (Dra. Ana Sofia Coelho de Andrade – 917105480, Dr. Duarte Pacheco – 912766514). Neste estudo procura-se obter diversos dados da população para recolher indicadores que permitam compreender melhor o Luto e todos os circunstancialismos que lhe estão inerentes, bem como ajudar a validar um programa de intervenção psicológica.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Anexo 2 - EASC

1. Recordação

1.1 Ficou clara a relação da pessoa com o falecido(a)

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

1.2 O Terapeuta explorou aprofundadamente o significado da perda

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

1.3 Tendo em conta o contexto da perda, o terapeuta convida a explorar opções.

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

1.4 O Terapeuta procurou entender as opiniões de outros significativos face à perda

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

1.5 Foi realizada sumarização do percurso, incluindo os significados para as alternativas.

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

1.6 Foi sugerida projecção no futuro das alternativas

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

1.7 Foram evocadas emoções relativas ao percurso de cada alternativa

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

1.8 Foram evocadas cognições relativas ao percurso de cada alternativa

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

1.9 O cliente foi encorajado a explorar episódios análogos a este

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

2. Subjectivação

2.1 Foram apresentados os objectivos do trabalho de subjectivação

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

2.2 O Terapeuta explora com o cliente o episódio da perda.

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

2.3 Ficou clara a sequência narrativa do episódio

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

2.4 O Terapeuta convida o cliente a explorar a componente emocional da experiência

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

2.5 Foram evocadas e activadas as emoções da sua experiência

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

2.6 O Terapeuta explorou sensações físicas sentidas ao evocar as emoções

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

2.7 O Terapeuta convidou o cliente a explorar a componente cognitiva

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

2.8 O Terapeuta convidou o cliente a identificar pensamentos associados às emoções evocadas

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

2.9 Foi encorajado a associar livremente outros pensamentos ao pensamento inicial. “Que associa a esse pensamento?”

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

3 Metaforização

3.3 O Terapeuta apresentou os objectivos do trabalho de metaforização

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

3.4 Foram apresentados exemplos deste trabalho

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

3.5 Foram reevocados os pensamentos e emoções experimentados no episódio

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

3.6 O Terapeuta encoraja o cliente a gerar metáforas que condensem o significado do episódio

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

3.7 Foi pedido que o cliente gere metáfora na perspectiva de outros

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

3.8 Condensando referenciais, foi elaborada uma metáfora unificadora.

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

3.9 Foi discutido o significado da metáfora

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

3.10 O Terapeuta discute com o cliente a analogia e tensão entre a metáfora e a experiência

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

4. Projecção

3.11 O terapeuta apresentou os objectivos do trabalho de projecção

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

3.12 Recordando episódios análogos, foi pedido que escolhesse um com funcionamento alternativo

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

3.13 O Terapeuta sugeriu ao cliente que gere metáfora para esse episódio

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

3.14 Foi pedido ao cliente que imaginasse como seria o episódio com a metáfora alternativa

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

3.15 O Terapeuta questionou sobre diferentes emoções e pensamentos na nova narrativa e sugere comparação com a inicial

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

3.16 Foi discutido de que forma esta metáfora representa um modo de funcionamento mais adaptativo

1	2	3	4	5
Totalmente claro	Em grande parte de acordo	Mais ou menos de acordo	Em grande parte de acordo	Totalmente em desacordo

Instrumento de Avaliação de Satisfação com o Programa de Intervenção Cognitivo-Narrativo no Luto – Versão Cliente

1) Acha que foi importante para si ter participado nesta intervenção?

Não____Sim____

2) Quantifique de 1 a 10 o grau de importância que atribuiu a estas sessões face às dificuldades no momento _____

3) Que aspectos recorda mais destas consultas?

4) Em quê que sente que esta intervenção foi negativa?

5) Em quê que sente que esta intervenção foi positiva?

6) Sente que esta intervenção ajudou-o (a) a viver melhor o que se passou?

Não____Sim____

7) O que mudou em si com esta ajuda?

8) De 1 a 10 (sendo que 1 é nada importante e 10 é muito importante) considere o quão importante foi para si esta intervenção,

- a. me ajudar a decidir melhor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- b. entender melhor os meus valores morais 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- c. tornar mais claro o que sentia 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- d. me apoiar face ao que senti 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- e. organizar melhor os meus sentimentos 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- f. organizar melhor os meus pensamentos e dúvidas 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- g. comunicar melhor com os outros significativos 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- h. viver melhor a minha vida 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- i. ter menos receio de uma eventual nova relação 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- j. ter melhor noção dos meus significados pessoais 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- k. para me dar informação sobre este processo 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- l. outro..... 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9) Qual destes aspectos sentiu ter sido mais importante na sua recuperação?

Anexo 3

Artigo em formato publicável em revistas com *peer-review*:

Running head: Effects of a cognitive-narrative intervention program on bereavement

Title: Effects of a cognitive-narrative intervention program on bereavement

Authors: Ana S. Andrade, Sílvia A. Ferreira, Hugo. Sousa, H, Carina. Castanheira, Duarte
N. Pacheco, Bruno A. Frade, José C. Rocha.

UnIPSa- CICS, ISCS-N – CESPU, Portugal

Adress: Rua Central de Gandra, 1317; 4585-116 Gandra PRD; Portugal

Summary:

Grief can take multiple ways of expression and generally have consequences on physical and mental health. Research team based on the positive effects of cognitive-narrative intervention designed a program, which goals were to prevent depression and psychotraumatic symptoms on bereavement persons.

Methods: This study resulted from the comparison between two groups: control group (n=18) and the experimental group (n=11) in two separate assessments (1 month after the loss and 6 months after the loss). Both assessments included a semi-structured interview and two instruments: Beck Depression Inventory (BDI) and Impact of Event Scale-Revised (IES-R). The experimental group was subjected to a four sessions program: recall, cognitive and emotional subjectivation, metaphorization and projection. The experimental group completed a checklist in order to evaluate the effectiveness of the program.

Results: Participants in the experimental and control groups showed to be different in the indicators of depression and trauma six months after the loss. We obtained statistically significant results in sub-scale of the IES-R emotional numbing; the acceptance of the program was high, registering a positive evolution in the experimental group.

Conclusions: This low-resource program seems to have high level of acceptance and a significant effect on the sub-scale of the IES-R emotional numbing and depression.

Keywords: Bereavement, Grief Therapy, Depression, Trauma, Narrative.

Effects of a cognitive-narrative intervention program on bereavement

Everyone, at some point in their lives, faced with the inevitable pain associated with loss of someone significant. This experienced is uniquely by each individual, some deep grief linger for years, changing person psychosocial functioning, others are experienced so intense, but in periods more determined and there are still those in which the pain of loss is so easily outweigh that seems to be an attempt to mask it (Bonanno & Kaltman, 2001).

It has been demonstrated that experiences of loss can take multiple forms of expression, and generally have consequences on physical and psychological health (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007; Currier, Berman & Neimeyer, 2008).

Additionally, some individuals tend to develop psychological reactions to loss, characterized by negative emotions such as depression, anxiety, disbelief, anger, social isolation, self-blame, despair (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007) and complicated grief (Boelen, 2009). In parallel, we also know that there is a positive correlation between depressive symptoms and absenteeism, which is reflected at the levels of national productivity (Gusmão, Xavier, Hector, Pope & Almeida, 2005). The possibility of other medical conditions, such as substance abuse and dependence with sexual risk behaviors may also be associated (Le et al., 2003).

Psychological intervention in grief has been a controversial issue. However, it has been generally accepted by researchers that psychological interventions help to reduce the intensity of the mourning, promote greater resilience in the process of adjustment after the loss (Stroebe & Stroebe, 1988, Kato & Mann, 1999) and intervene in the mourning is more effective than not doing so (Currier, Berman & Neimeyer, 2008). Studies have shown that there is empirical evidence that a longitudinal intervention helps to stabilize the reaction to bereavement (Bonanno, 2004), during an intervention, people usually show resilience, i.e., reduce their levels of depression in early after the loss (Bonanno, Moskowitz, Papa & Folkman, 2005, Bonanno et al., 2002, Bonanno, Wortman & Nesse, 2004). Based on the negative results of the debriefing (Mayou, Ehlers & Hobbs 2000) and on the positive results that cognitive-narrative therapy has shown in intervention with bereaved individuals (Currier, Berman & Neimeyer, 2008) and after a review of empirical studies that have followed its protocol in health settings, which results proved to be effective at the level of psychotraumatic (Gonçalves, Machado & Rosas, 1996),

depressive and anxious (Rocha, 2004) symptoms, the research team formulated the following question: Can portuguese psychologists help to prevent health problems manifested by people experiencing grief, based on the narratives of the client? In order to answer this question we developed a longitudinal empirical study with the following main goals: *a)* to prevent psychotraumatic and depression symptoms of whom are experiencing grief, *b)* to promote high levels of participation in the program by clients and *c)* to implement a brief therapy that considers the costs-benefits of sustainability of the program.

In this work, we intend to understand whether the clients in the experimental group had lower depressive and psychotraumatic symptoms between the first and second evaluation always comparing to the control group. Both assessments included a semi-structured interview and two instruments, the Beck Depression Inventory (BDI) and the Impact of Event Scale-Revised (IES-R). Besides the realization of others methodological tasks, the experimental group was subjected to a program consisted in four sessions, which were recall, cognitive and emotional subjectivation, metaphorization and projection. At the end, the experimental group completed a checklist in order to evaluate the applicability and the success of the program.

Method

Procedures:

Participants were recruited by doctors and medical auxiliaries of a Primary Health Care Unit. Following data treatment the clients were contacted by phone to book the first session. After giving informed consent, participants were randomly allocated in the control and experimental groups and both were subjected to a semi-structured interview and to two instruments, BDI and IES-R. This longitudinal, experimental, controlled trial resulted from the comparison between two groups, at times T1 (the first month after the loss) and T2 (the sixth month after the loss). Besides the realization of other methodological tasks, the experimental group was subjected to a program.

Sample:

A total of 29 persons participated in the study, with three inclusion criteria, individuals with a significant loss within a month, older than 18 years old and with at least fourth grade of primary school completed. Both control group (n=18) and experimental group (n=11) experienced bereavement and assumed social-demographic and clinical similarities (Table 1). However, there were differences in terms of education where the experimental group had greater number of individuals with high school (18.2%) compared with the control group. We also noted that the experimental group had a higher prevalence of sick leave (45.5%), which follows the referred idea that the absenteeism might be a consequence of mourning. Another aspect is related to a higher frequency of widow(er) in the experimental group, leading to the concept of the importance of social support that 32.7% of the clients referred not to feel (1). All these aspects suggested that experimental group had more theoretical difficulties than the control group

(Table 1)

Table 1: Social-demographic and clinical characteristics of studied groups.

Measures

Depressive symptoms:

The instrument used to assess depression was the BDI adapted to the Portuguese population by Serra and Abreu (1973), with the main goal of distinguishing the non-depressed and the depressed persons, with the cut-point value of 12. A published meta-analysis (Jané-Llopis, Hosman, Jenkins & Anderson, 2003) found an average-effect size of 0.22 for the different types of programs for the prevention of depression, with an effect ranging from 1.09 to 1.44. In this study, we used the value of g Hedges, since this was the most suitable for the size of the sample. Table 2 highlighted the effect of medium to high value of depressive symptoms ($g = 0.65$) in the experimental group during the second evaluation.

Psychotraumatic symptoms:

The IES-R is the most frequently used instrument for assessing traumatic reactions (Stroebe and Schut, 2006). We used the cut-off point > 35 , a value that has been used in other studies, with a diagnostic sensitivity of 0.91 and diagnostic specificity of 0.82 (Creamer, Bell & Failla, 2003; Matthiesen and Einarsen, 2004). The IES-R included 22 items, which were distributed among the three scales, namely the subscale avoidance (8 items), the subscale intrusion (8 items, having been added a new item) and subscale hypervigilance (with 6 items). In addition, a fourth factor became known as sub-scale emotional blunting (Sundin & Horowitz, 2002). A positive effect was found in the sub-item IES-R emotional numbing ($g=0.80$ with confidence interval ranging between 0.02 and 1.58).

(Table 2)

Table 2: Analysis of the effect of the program parameters of depression and trauma at 2nd evaluation.

Study conditions

Cognitive-Narrative Intervention Program:

Cognitive-narrative intervention program consisted of a brief manual treatment divided in four sessions of approximately 60 minutes, which were recall, cognitive and emotional subjectivation, metaphORIZATION and projection. At the end, the experimental group completed a checklist in order to evaluate the applicability and success of the program. The manual was structurally separated in characteristics of the client, psychologist, the process, objectives and methodology of each session.

(Figure1)

Figure 1: Manual

Experimental analysis of mortality rates:

During the 4 sessions of the program participation of the clients was 100%, i.e., 0% of attrition. This result might be explained by the flexibility given to the clients by therapist in terms of booked dates and timetables. For the control group 37 clients were initially

contacted, but 19 were lost as they did not frequent the 2nd assessment. This condition might have biased the values of depression and trauma in the control group and reduced the statistical effect of the intervention.

Statistical analyses:

To assess the differences between the groups, during both periods of analysis, T1 and T2, at the level of the depression and the psychotraumatic symptoms we performed, chi-square and size-effects. In order to obtain a more complex analysis that allowed evaluating the time variable, as a mediator of possible bias, we performed repeated-measures. We used the analysis of tables, with the objective of making more visible the evolution of the mean from the first to the second assessment in the control and experimental groups at the level of BDI, IES-R and the sub-scale, IES-R Emotional numbing. At the end of the 2nd evaluation, the experimental group completed a checklist in order to evaluate the applicability and success of the program.

Results

Comparative analysis of the prevalence of depression in groups:

There was a higher frequency and prevalence (79.3%) of depressive symptoms in the experimental group compared with the control during T1. However, 5 months after the implementation of the program there was a decrease in prevalence of 31%. Using the chi-square test we observed that there was not a significant difference between the two groups in the two evaluation periods ($X^2 = 0.19$),

(Table 3)

Table 3: Frequency, prevalence and differences at level of depression.

Comparative analysis of the prevalence of trauma:

When we calculated the value of frequency and prevalence of psychotraumatic symptoms, considering the cut-off point greater than 35, we found, for the control group, a proportional rise and fall i.e., 6 clients decreased trauma symptoms, but other 6 increased (50%). Analyzing the experimental group we found that 4 clients with psychotraumatic symptoms developed positively between T1 and T2, which were consolidated with an increased in prevalence of non-traumatic symptomatology. However, after examining the chi-square we observed that these differences were not statistically different ($p < 0.05$) in both groups and between them.

(Table 4)

Table 4: Frequency, prevalence and differences between both groups in IES-R.

Analysis of the positive and negative evolutions:

In order to understand the positive and negative evolutions between the experimental and control groups we used a crosstab including a moderator variable of time. We obtained a strictly positive evolution in the experimental group (100%) between the first and second evaluation.

In the control group, 4 participants did not show improvement over time in symptoms of depression and trauma, and only 77.8% of the 18 clients showed positive evolution. This observation was consolidated by the chi-square results which showed significance between the two time points ($X^2 < 0.05$).

(Table 5):

Table 5: Analysis of evolution cases.

Repeated-measures designs

Evolution of depressive symptoms:

Considering the difference of one group to another was possible to see that there was a high positive evolution between T1 and T2 in the experimental group at the level of depressive symptoms when compared with the control group, since the average was much further away in T2, however, this difference was not statistically significant ($p=0.08$).

(Figure 2)

Figure 2: Comparative analysis of the means of groups in T1 and T2 considering depressive symptoms.

Evolution of psychotraumatic symptoms:

Considering the difference of one group to another was possible to see a positive evolution between T1 and T2 in the experimental group at the level of traumatic symptoms when compared with the control group where the average was relatively further from T2. However, this difference was not statistically significant ($p=0.08$).

(Figure 3):

Figure 3: Comparative analysis of the means of groups in T1 and T2 considering psychotraumatic symptoms.

Evaluation of psychotraumatic symptoms in groups on the subscale of IES-R emotional numbing:

This graph illustrated a statistically significant difference in subscale of IES-R emotional numbing in the experimental group between the T1 and T2 ($p=0.02$).

(Figure 4)

Figure 4: Comparative analysis of the means of groups in T1 and T2 considering emotional numbing results.

Effect of the intervention program:

Comparing the time variable in the experimental group we observed none statistically significant differences in the program, since the significance level was greater than what would be expected ($p=0.08$).

(Table 6)

Table 6: Relation of time variable in the experimental group.

Evaluation of the intervention by the client:

As mentioned above, it was applied to each client from the experimental group, six months after the loss, a checklist to evaluate the satisfaction of the program. With an answer "yes or no" to the first question: "Do you think it was important for you to participate in the program?" was possible to understand a general entirely positive appreciation of the program (100%). The answers to the second question: "Quantify the 1-10 degree of importance given to these sessions considering the difficulties in the moment?" ranged between 8 and 10, with a higher prevalence (45.5%) in the maximum, which meant the program was very important for the clients.

(Table 7)

Table 7: Analysis of the importance attributed by clients to the program.

The clients had to evaluate the importance of the elements of the intervention using specific questions. With their answers we found the maximum amplitude in all components assessed, with mean higher than eight. The highest means pointed out that the intervention helped to support clients and also helped them to clarify their feelings.

(Table 8)

Table 8: Descriptive results obtained with the checklist used by the clients in the evaluation of the program).

Discussion:

Taking into account the results described in the previous chapter, we proceeded to discussion, confronting them with the theoretical framework and comparing them with other research in the area.

Thus, the objective of this intervention has been to understand whether the subjects in the intervention group and control had lower depressive and psychotraumatic symptoms between the first and second evaluation.

Research team compare the indicators of depression and trauma in the experimental group at six months and concluded that the level of depression, although the outcome is far away from what would be expected, its prevalence is not enough to consider that there was a significant improvement. In meta-analysis of Jané-Llopis (2003) found that programs that do not seek to intervene directly on depression have positive results in this indicator and other indicators symptoms. This result should serve to further reflections on building preventive programs for depression.

At the level of psychotraumatic symptoms we found improvements at 2nd assessment in both groups, but emphasize the value of differences for sub-scale of emotional numbing in the experimental group.

There is empirical evidence that most people feel the need to talk about their life events, including those that were related to the loss of someone significant (Rime, Mesquita, Philippot & Boca, 1991). Therefore, this result seems to confirm the importance that the process of narrating the episode, to give meaning to the emotions and thoughts is itself therapeutic and can be used to understand the changes on the perception of his bereavement (Maercker et al., 2008).

We also note a positive effect of the sub-scale of IES-R emotional numbing, a g Hegdes 0.80 with a confidence interval between 0.02 and 1.58. A study involving psychosocial variables, interpersonal relationships and the perception of their quality with a sample of 128 women who lost her son, showed that clients who avoided talking about the traumatic event had more difficulties to adjust in long term. By contrast, women who spoke freely of their loss had an emotional and cognitive processing more effective and better adjustment (Lepore, Silver, Wortman & Wayment, 1996).

The results obtained in our study, when compared with previous studies, seem to explain the necessity to talk about the traumatic event, to externalize the emotions at the

loss. However, there are no conclusive results regarding the structure of the IES-R and its sub-scales, in particular at level of emotional numbing (Asmundson, Frombach, McQuaid, Pedrell, Lenox & Stein, 2000; Duhamel et al., 2004). For that reason we suggest future investigations.

The results of size-effect allowed us to compare the results of this intervention with other already published. As previously mentioned, the meta-analysis of Jané-Llopis (2003) found a mean size-effect of 0.22 for the different types of programs for the prevention of depression, i.e., the effect of this intervention was very large for small samples ($g=0.65$). According to the literature, depression is one of the most common indicators after the loss of someone significant. We think that these intervention programs based on brief therapies with low-resources (Munõz, 2001), may have an effect at level of absenteeism and other clinical conditions (Gusmão, Xavier, Hector, Pope & Almeida, 2005, Le et al, 2003).

In the experimental group 100% of the clients showed positive evolution 5 months after the intervention. These data may be explained by the characteristics of the experimental group, in which clients perceived smaller social support and were widow(er)s. According to other studies, the death of the spouse seems to create a feeling of loneliness, causing individuals to avoid expressing their emotions and consequent increase of the symptoms associated with the grief (Stroebe et al, 1996). Cognitive theories have explained that most people do not seek professional help to solve their personal problems, preferring to rely on their social support network (Taylor, 2000). However, the non-perception of the existence of that support could lead to greater demand and adherence to such programs. Thus, this evolution fully significant seems to have influenced the risk factors observed in the experimental group and goes against the study of Neimeyer (2000), in which was concluded that interventions are ineffective in mourning for people who are not experiencing a complicated bereavement.

We can't underestimate the high levels of satisfaction of the clients about the program and the experimental mortality rate of zero, pointing out that this intervention had a high acceptability.

We found a no statistically significant positive effect of the intervention in terms of indicators of depression and trauma, in the experimental group, between the first and second assessment. This value can be justified by the small sample size and other limitations of the study, such as the limited number of sessions and the brief nature of the program. Other studies referred that the most efficient of all the interventions were extended in time and included protocols with more than eight sessions (Jané-Llopis, 2003).

However, taking into account the complexity of the individual lives, it seems pertinent to draw attention to the importance of following this protocol as a starting point for further investigations, since this program had few sessions, acceptable results despite being not statistically significant and low-resources.

Conclusion:

In this study at the methodological point of view we assumed the criteria defined by the American Psychological Association (2002) for the evaluation and validation of psychological treatments. Considering the acceptability of the intervention by the clients of the experimental group as the main criteria for the program, we seek to design and evaluate a program with a reduced number of sessions. In this project researchers made an effort to anticipate and minimize the difficulties inherent in the process, however, is important to note a number of aspects that have influenced the results. Regarding the sample and the process of sampling one must consider that Portuguese population is not representative. At the level of risk factors set we found that the experimental group considering their social-demographic characteristics had higher levels of depressive and psychotraumatic symptoms. Therefore, the obtained results should be strictly defined with the objectives set for this research. Although we have not achieved statistically significant results to consider this prevention program effective in depression and trauma, we found that it had high acceptability, was statistically significant at the level of the sub-scale of IES-R emotional numbing and did not cause negative effects in the clients of the experimental group at the level of depressive and psychotraumatic symptoms, in opposition to the published studies based on the debriefing.

Research team considered appropriate for further investigations the use of a subscale IES-R emotional numbing and also the use of longitudinal designs with follow-up of one year after the loss, diverging the concept that in an intervention, clients generally decrease their levels of depression only in the initial months after the loss.

References:

- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, *57*, 1052-1059.
- Asmundson, G., Frombach I., McQuaid, J., Pedrelli P., Lenox R, Stein M. (2004). Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: A confirmatory factor analysis of DSM-IV symptom clusters and other symptom models. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 203–214.
- Boelen, P., Bout, J. & Hout, M. (2009). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 1123-1136.
- Bonanno, G.A., Lilienfeld, S.O. (2008). Let's be Realistic: When Grief Counselling is Effective and When it's not. *Professional Psychology: Research and Practice*, *39*(3), 342-380.
- Bonanno, G., Wortman, C., & Nesse, R. (2004). Prospective Patterns of Resilience and Maladjustment During Widowhood. *Psychology and Aging*, *19*(2), 260.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*(1), 20-28.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal Personality Social Psychology*, *83*(5), 1150-1164.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, D. (2001). Toward and integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, *125*, 760-776.
- Creamer, M., Bell, R., Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale – Revised. *Behaviour research and therapy*, *41* (12), 1489-1496.
- Currier, J., Neimeyer, R., Berman, J. (2008). The Effectiveness of Psychotherapeutic Interventions for Bereaved Persons. *American psychological Association*, *134*(5), 648-661.
- DuHamel, K., et al. (2004). Construct validity of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist in cancer survivors: Analysis based on two samples. *Psychological Assessment*, *16*, 255–266.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS*. London: Sage Publications, Ltd.
- Girden, E. R. (1992). *ANOVA: Repeated-measures*. Sage university paper series on quantitative applications in the social sciences. Bewbury Park, CA: Sage.

- Gonçalves, O. F., Machado, P., & Rosas, M. (1997). A elaboração narrativa dos aspectos psicotraumáticos do enfarte do miocárdio: um manual terapêutico. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 381-392.
- Gusmão, R.M., Xavier, M., Heitor, M^a, J., Bento, A., & Almeida, J.M. (2005). O peso das Perturbações Depressivas – Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129-146.
- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R., & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes- Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 18(3), 384.
- Kato, P. M., & Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 19(3), 275-296.
- Larson, D., Hoyt, W. (2007). What Has Become of Grief Counseling? An Evaluation of the Empirical Foundations of the New Pessimism. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(4), 347–355.
- Le, H. N., Munoz, R. F., Ippen, C. G., & Stoddard, J. L. (2003). Treatment is Not Enough: We Must Prevent Major Depression in Women. *Prevention and Treatment*, 6, (np).
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 271-282.
- Litterer Allumbaugh, D., & Hoyt, W. T. (1999). Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 370-380
- Maercker, A., Bonanno, G. A., Znoj, H., Horowitz, M. J. (2008). Prediction of complicated grief by positive and negative themes in narratives. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1117-1136.
- Matthiesen, S., Einarsen, S. (2004). Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32 (3), 335-356.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589-593.
- Munoz, R. F. (2001). How shall we ensure that the prevention of onset of mental disorders becomes a national priority? *Prevention and Treatment*, 4, Sp.
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-558.
- Rocha, J.C. (2004). *Factores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

- Stroebe, M. & Schut, H. (2006). Complicated Grief: A conceptual analysis of the field. *Omega*, 52, 53-70.
- Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe. W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet Journal*, 70, 1960-1973.
- Sundin, E., Horowitz, M. (2002). Impact of Event Scale: psychometric properties, *British Journal of Psychiatry*, 180, 205-209.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychology*, 55(1), 99-109.

(Table 1)

Social demographic measures	n	Control group		Experimental group		mean \pm s.d.
		Frequencies (%)		Frequencies (%)		
Age						
≤ 30 years old	5	28%		2	18.2%	
> 35 years old	9	72.7%		9	81.9%	
						44.28 \pm 13.57
						42.18 \pm 11.47
Educational level						
Primary School	7	38.9%		4	36.4%	
Elementary	8	44.5%		5	45.5%	
High School	1	5.6%		2	18.2%	
Graduated	2	11.1%		0		
						2.33 \pm 1.37
						2.09 \pm 1.14
Marital Status						
Single	2	11.1%		3	27.3%	
Married	12	66.7%		5	45.5%	
Widow(er)	4	22.2%		3	27.3%	
						2.33 \pm 0.97
						2.27 \pm 1.19
Previous histories of grief						
No	5	27.8%		2	18.2%	
Yes	13	72.2%		9	81.8%	
						1.72 \pm 0.46
						1.82 \pm 0.40
Perception of social support						
No						
Yes	4	22.2%		5	32.7%	
	14	77.8%		6	67.3%	
						1.78 \pm 0.00
						2.00 \pm 0.43
Sick leave						
No	12	66.7%		6	54.5%	
Yes	6	27.8%		5	45.5%	
						1.29 \pm 0.47
						1.45 \pm 0.52

(Table 2)

	g Hedges (Deville, 2004)	Confidence Interval
BDI	0.65	{-0.12-1.40}
IES-R	0.19	{-0.57-0.94}
IES-R Emotional numbing	0.80	{0.02-1.58}
IES-R Avoidance	0.04	{0.07-0.79}
IES-R Hypervigilance	0.02	{-0.73-0.77}
IES-R Intrusion	0.01	{-0.07-0.76}

(Figure 1)

<p><i>Specific features of the client:</i></p> <p>Clients were individuals who have lost a significant person within a month, with the 4th grade completed and older than 18.</p> <p><i>Specific features of the therapist:</i></p> <p>The therapist was subjected to a manual therapy, in order to have a personal experience of the characteristics and requirements of the task. The therapist was monitored to maintain the structure of the program and to resolve the difficulties arising from the process and had to make his/her own assessment at the end of each session. The therapist had to be able to present the techniques and objectives in a clear and simple language. Despite the demanding levels of structure and directivity of the process, the therapist had to be able to establish empathy, positive acceptance, neutrality and authenticity.</p> <p><i>Specific features of the process:</i></p> <p>The process was structured in 4 weekly sessions of 60 minutes. The objectives and techniques used in each session were discriminately operationalized. Each session began with a summary of the previous and ended up with a review of it.</p> <p><i>Objectives:</i></p> <p>After describing the general characteristics of this cognitive-narrative manual program in grief, we present the objectives and therapeutic techniques used during sessions.</p> <p><i>Therapeutic process:</i></p> <p><i>1st Session – Recall.</i> The main objectives of first session were to understand the meaning of the deceased in the life of the client and to promote the memory of a specific episode (something to do with the loss). Initially the client had to describe the importance of the deceased in his/hers life and the type of their relationship. Subsequently the client had to describe an episode so that he/she structure his/her experience with a sense of authorship and consistency.</p> <p><i>2nd Session - Cognitive and Emotional subjectification.</i> The main objectives of this session were to provide a greater awareness of emotional and cognitive dimensions of the experience; to promote the exploration of other aspects of emotional and cognitive experience, not previously appreciated; and to explore the multiplicity and diversity of cognitive and emotional experiences of the episode. The therapist activated and evoked emotions from the narrative construction and later suggested the client to explore the cognitive component of the episode and to make successive associations to the thoughts and emotions evoked.</p> <p><i>3rd Session – Metaphorizing.</i> The main objectives of this session were to explore the different possible meanings for the episode and to choose a metaphor that has more tension and condensation of meaning. Initially it was important to summarize and retrace the route already described focusing particularly the emotional subjectification and the cognitive experience. The use of paraphrases, silence, reflection of meaning, summarization and interview skills were important. Subsequently the client was prompted to generate metaphors establishing analogies between different frameworks, fostering tension between different levels of meaning and suggesting answers. Therapist should encourage metaphors from the perspective of others to include more references and ask the client to create a unifying metaphor that condensed the meaning of the episode.</p> <p><i>4th Session – Projection.</i> In this session we wanted to promote the construction and the experience of other possible organizations of the episode. Reflecting on the metaphor, client was requested to present an episode that ran in an alternative way to the root metaphor, followed by metaphorization of this episode. Therapist should encourage the client to imagine the episode as the alternative metaphor and question him/her about the differences of emotions and thoughts in the two narratives. Finally, it was discussed how the metaphor might be an alternative way more suitable to operate.</p>
--

(Table 3)

	Depression in T1 (BDI>12)		Depression in T2 (BDI>12)		X^2
	Frequency	Prevalence (%)	Frequency	Prevalence (%)	
Control group	6	23	15	14	
Experimental group	20.7%	79.3%	51.7%	48.3%	
Differences between groups					0.19

** $X^2 < 0.05$.*

(Table 4)

	Trauma in T1 (p.c.>35)		Trauma in T2 (p.c.>35)		X^2
	Frequency	Prevalence (%)	Frequency	Prevalence (%)	
Control group					
without trauma	3	16.7%	9	50%	
with trauma	15	83.3%	9	50%	
Experimental group					1.00
without trauma	2	18.2%	6	54.5%	
with trauma	9	81.8%	5	45.5%	
Differences between groups					0.76
					0.19

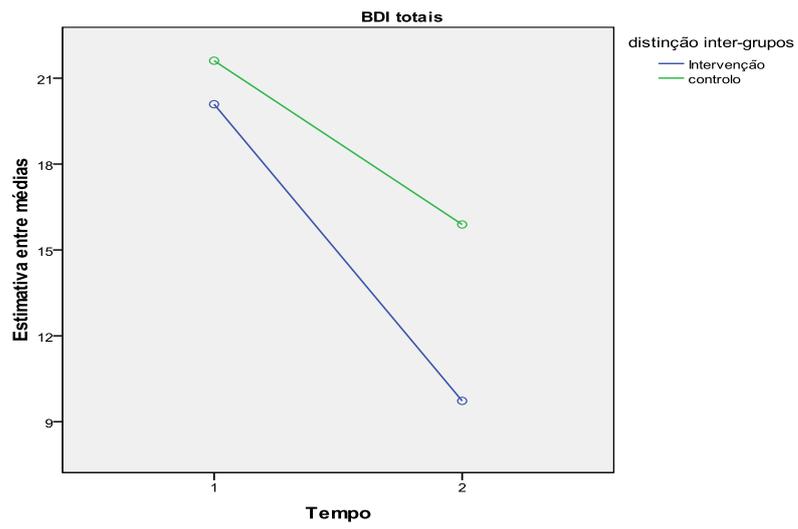
**Chi-square of Pearson, * $X^2 < 0.05$*

(Table 5).

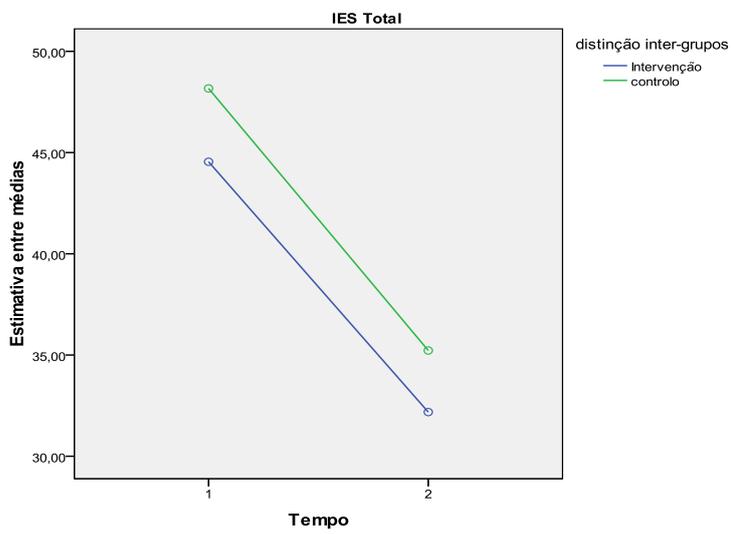
	Negative evolution	Positive evolution	Total	df	X^2
Experimental group	0	11	11		
	0%	100%	100%		
Control group	4	14	18		
	22.2%	77.8%	100%		
Differences between groups	4	25	29		
	13.8%	86.2%	100%		
				1	0.04*

** $X^2 < 0.05$ value of likelihood ratio.*

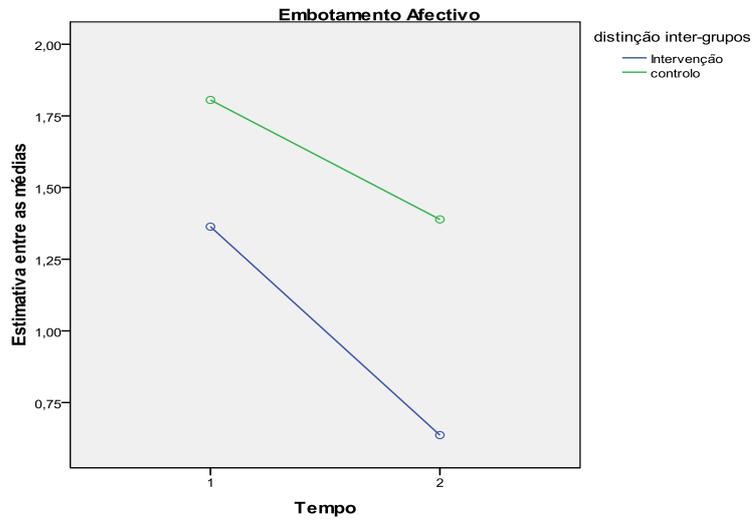
(Figure 2)



(Figure 3)



(Figure 4).



(Table 6)

	Time	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Time	T1 vs. T2	1	40.08	0.00*
Time-Experimental group	T1 vs. T2	1	3.34	0.08

* $p < 0.05$

(Table 7)

Result (0 a10)	Frequency	Prevalence (%)
8	2	18.2%
9	4	36.4%
10	5	45.5%

(Table 8)

	n	mean	s.d.
Intervention helped me to decide better	11	8.91	0.83
Intervention helped me to understand better my moral values	11	8.36	0.92
Intervention helped me to clarify my feelings	11	9.36	0.50
Intervention supported me in relation of what I felt	11	9.27	0.45
Intervention helped me to organize my feelings	11	9.00	0.89
Intervention helped me to organize better my thoughts and doubts	11	9.00	0.63
Intervention helped me to communicate better with significant persons	11	8.91	0.70
Intervention helped me to live better my own life	11	8.91	0.94
Intervention helped me to be less afraid of an eventually new relationship	11	8.00	1.09
Intervention helped me to be aware of my personal meanings	11	9.00	0.63
Intervention helped me to give information about this process	11	9.00	0.63

Anexo 4 – Resumo para Comunicação livre

Avaliação Empírica de um Programa Cognitivo-Narrativo no Luto

Andrade, A.S; Rocha, J.C., Frade, B.; Castanheira, C.; Pacheco

A perda de alguém significativo é um processo inerente à vida de qualquer ser humano. As reacções à perda são variadas, algumas pessoas conseguem ultrapassar por si só, outras, porém, experienciam sintomas duradouros.

Considerando a evolução das terapias narrativas no luto e as necessidades de acompanhamento psicológico nos Cuidados de Saúde Primários, desenvolvemos, aplicamos e avaliamos um programa de intervenção cognitivo-narrativo com o objectivo de prevenir as complicações associadas às perdas.

O estudo é composto por duas avaliações (1 mês e 6 meses após perda), com recurso a indicadores de depressão, sintomatologia traumática e luto complicado, em dois grupos de participantes (média idade=43,1; DP=12,8): intervenção (n=10, 2 homens, 8 mulheres) e controlo (n=43, 13 homens, 30 mulheres).

Os resultados revelam diferenças significativas na evolução sintomatológica dos dois grupos ao longo do perfil longitudinal o que sugere discussão sobre a eficácia da intervenção.

Author notes:

This study was presented in oral communication and poster presentation

Oral presentations:

Andrade., S., F. Afonso, Pacheco. D, Castanheira. C e J. Rocha (2007). Bereavement in Life Cycle: Towards a deeper understanding of the phenomenon in the health context. Évora: XV International Congress INFAD.

UnIPSa, ISCS-N, CESPU, CRL

Andrade., S, H. Sousa, B. Frade, D. Pacheco e J. Rocha (2010, February). Avaliação Empírica de um Programa Cognitivo-Narrativo no Luto; VII Simpósio Nacional Investigação em Psicologia: Braga (2010).

UnIPSa, ISCS-N, CESPU, CRL

Andrade, S., B. Frade, D. Pacheco, C, Castanheira e J. Rocha (2010). Empirical Evaluation of a cognitive-narrative program in grief. Gandra: *workshop*, Spring trends workshop on bereavement research.

UnIPSa, ISCS-N, CESPU, CRL

Frade., B, H. Sousa, D. Pacheco, S. Andrade e J. Rocha (2010, February). Luto Complicado: Proposta de Tradução e validação do Inventory of Complicated Grief – ICG; VII Simpósio Nacional Investigação em Psicologia: Braga (2010).

UnIPSa, ISCS-N, CESPU, CRL

Posters:

Andrade., S., F. Afonso, Pacheco. D, Castanheira. C e J. Rocha (2007). Bereavement in Life Cycle: Towards a deeper understanding of the phenomenon in the health context. Évora: XV International Congress INFAD.

UnIPSa, ISCS-N, CESPU, CRL.

Andrade, S., C. Castanheira, D. Pacheco, B. Frade e J. Rocha (2007): Grief as an intrinsic phenomenon of family and life cycle: walking towards a (re) construction of the meaning of loss. Porto: ORASI Congress.

UnIPSa, ISCS-N, CESPU, CRL.

Andrade, S., C. Castanheira, D. Pacheco, B. Frade e J. Rocha (2007): Avaliação Empírica de um programa cognitivo-narrativo no luto. Porto: IX Jornadas de Psicologia Clínica ISCSN.

UnIPSa, ISCS-N, CESPU, CRL.

Frade., B, H. Sousa, D. Pacheco, S. Andrade e J. Rocha (2010, February). Luto Complicado: Proposta de Tradução e validação do Inventory of Complicated Grief – ICG; VII Simpósio Nacional Investigação em Psicologia: Braga (2010).

UnIPSa, ISCS-N, CESPU, CRL.

Article:

Andrade, S., F. Afonso, D. Pacheco, C. Castanheira e J. Rocha (2007). Bereavement in Life Cycle: *Towards a deeper understanding of the phenomenon in the health context. Internacional Journal Developmental and Education Psychology*. Évora: XV International Congress INFAD.

UnIPSa, ISCS-N, CESPU, CRL.