

Virgínia Natália Barbosa da Silva

***A Eficácia de uma Intervenção
Cognitiva Narrativa no Luto
Complicado em Viúvos***

Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte

2011

Virgínia Natália Barbosa da Silva

Orientador: Prof. Doutor José Carlos Rocha

**A Eficácia de uma Intervenção
Cognitiva Narrativa no Luto
Complicado em Viúvos**

Dissertação apresentada no Instituto Superior de
Ciências da Saúde-Norte para obtenção do grau
de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Agradecimentos

Esta dissertação é fruto de um contínuo e sistemático trabalho que contou com a colaboração e apoio de diversas pessoas e entidades às quais desde já agradeço:

Ao Prof. Doutor José Carlos Rocha pela sua sabedoria enquanto investigador e disponibilidade constante. Metaforicamente namoramos ... casamos ... e ... agora vem aí um difícil divórcio ... Para mim é um modelo a seguir com quem partilho o gosto pela investigação.

Às Instituições que consentiram o recrutamento dos participantes para o estudo.

Um especial agradecimento à Doutora Sónia Leite pela sua gentileza, faculdade de dispor o acesso a casos, partilha de experiências e credibilidade quanto ao meu trabalho.

A todos os idosos que me inspiraram e ensinaram, passo a redundância, a viver todos os dias cheios de vida.

A todos os meus amigos pela companhia e motivação.

Aos meus pais pela educação e apoio no decorrer de toda a minha vida.

À minha irmã, a benjamim, por ser uma camarada perfeita.

À Rita, ao Zulu e ao Jimmy pelo amor e companhia.

Ao João por estar sempre ao meu lado e ser uma fonte inesgotável de apoio.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo.....	vi
<i>Abstract</i>	viii
I. Introdução.....	1
1.1. O luto, sintomas e fatores associados.....	2
1.1.1. O luto saudável e o luto complicado.....	3
1.1.2. O luto complicado na atualidade.....	4
1.1.3. Nosologia do luto complicado e a sua comorbilidade com a depressão e com o stress traumático.....	7
1.2. Intervenções psicológicas no luto.....	9
1.2.1. Metanálises de intervenções no luto, necessidades e perspetivas futuras.....	9
1.2.2. Modelo cognitivo narrativo.....	12
1.2.2.1. Terapia cognitiva narrativa no luto: construir uma imagem do falecido mais adaptada.....	12
1.2.2.2. Fases da psicoterapia cognitiva narrativa.....	14
II. Método.....	17
2.1. Objetivos e hipóteses.....	17
2.2. Desenho metodológico.....	17
2.2.1. Manual do programa cognitivo narrativo no luto complicado.....	18
2.2.1.1. Caraterísticas específicas do paciente.....	18
2.2.1.2. Caraterísticas específicas da psicóloga.....	19
2.2.1.3. Caraterísticas específicas do processo.....	19
2.2.1.4. Objetivos, método e indicações para cada sessão.....	19
2.2.2. Operacionalização da avaliação do programa de intervenção.....	24
2.2.2.1. Contexto de aplicação.....	24
2.2.2.2. Avaliação do programa.....	24
2.3. Amostra.....	25
2.3.1. Seleção da amostra.....	25
2.3.2. Caraterização da amostra e dos grupos.....	26
2.3.3. Análise de taxas de atrito na amostra.....	28

2.4. Instrumentos.....	29
2.4.1. Questionário Sócio Demográfico	29
2.4.2. Inventário de Luto Complicado.....	29
2.4.3. Inventário de Depressão de Beck.....	30
2.4.4. Escala de Impacto de Eventos Revista.....	31
2.4.5. Instrumentos para avaliação da robustez e aceitabilidade com o programa	31
2.5. Procedimentos.....	32
III. Resultados.....	33
3.1. Comparação entre grupo intervenção e grupo controlo no primeiro e segundo momentos.....	33
3.2. Comparação da frequência e prevalência de LC, PDM e PTSD nos grupos e sua evolução positiva.....	35
3.3. <i>Effect Sizes</i>	36
3.4. Análise multivariada de medidas repetidas (efeito tempo e efeito interação)	37
3.5. Aceitabilidade do programa de intervenção cognitivo narrativo pelo grupo de intervenção.....	39
IV. Discussão.....	41
Referências.....	46
Anexos.....	62

Índice de Abreviaturas

BDI: Inventário de Depressão de Beck

GC: grupo controlo

GI: grupo intervenção

H0: hipótese nula

H1: hipótese alternativa

ICG: Inventário de Luto Complicado

IES R: Escala de Impacto de Eventos Revista

LC: luto complicado

PDM: Perturbação Depressiva Major

PTSD: Perturbação Pós Stress Traumático

QSD: Questionário Sócio Demográfico

TCC: terapia cognitiva comportamental

TCN: terapia cognitiva narrativa

T1: primeiro momento de avaliação

T2: segundo momento de avaliação

Índice de Anexos

Anexo A: Questionário Sócio Demográfico

Anexo B: Monitorização da adesão ao manual (versão terapeuta) e folha de registo da investigação

Anexo C: Monitorização da adesão ao manual (versão paciente)

Anexo D: Consentimento informado (versão instituições)

Anexo E: Consentimento informado (versão viúvo)

Anexo F: Artigo

Anexo G: Resumo da comunicação oral realizada no “12th European Conference on Traumatic Stress”

Anexo H: Poster apresentado nas XII Jornadas de Psicologia do ISCS-N

Anexo I: *Curriculum vitae*

Índices de Figuras

Figura 1: Fluxograma de participantes em cada fase da investigação.....	26
---	----

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Análise comparativa das médias de luto complicado no GI e GC em T1 e T2	37
Gráfico 2: Análise comparativa das médias de sintomatologia depressiva no GI e GC em T1 e T2.....	38
Gráfico 3: Análise comparativa das médias de sintomatologia traumática no GI e GC em T1 e T2.....	38

Índice de Tabelas

Tabela 1: Características sócio demográficas do GI e do GC e valores de significância das diferenças entre grupos com teste <i>t</i> ou teste qui-quadrado.....	28
Tabela 2: Luto complicado (ICG), sintomatologia depressiva (BDI) e sintomatologia traumática (IES R): comparação entre GI e GC em T1 e em T2.....	34
Tabela 3: Frequência e prevalência de LC, PDM e PTSD no GI e GC em T1 e T2.....	35
Tabela 4: Análise do tamanho do efeito do programa cognitivo narrativo na segunda avaliação.....	36
Tabela 5: GLM de medidas repetidas para o luto complicado (ICG), sintomatologia depressiva (BDI) e sintomatologia traumática (IES R).....	39
Tabela 6: Aceitabilidade do programa de intervenção pelos participantes (GI).....	40

Resumo

O luto é um acontecimento marcante e de poderosos significados na vida dos indivíduos. Quando não é ultrapassado de modo saudável e prejudica o bom funcionamento do indivíduo, mais do que se considera normativo, falamos de luto complicado (LC). Aquando da presença de LC, o viúvo tem elevada probabilidade de cumprir critérios para perturbação depressiva major (PDM) e/ou perturbação pós stress traumático (PTSD). A realização de investigação sobre intervenções neste âmbito é de extrema utilidade e pretende potenciar uma evolução face ao que se tem realizado na área do LC e nos cuidados a viúvos idosos.

O objetivo desta investigação é avaliar a eficácia da intervenção cognitiva narrativa na redução dos valores totais de luto complicado, sintomatologia depressiva e sintomatologia traumática em viúvos idosos. As variáveis consideradas são: a) como variáveis dependentes o luto complicado, a sintomatologia depressiva e a sintomatologia traumática e b) como variável independente a intervenção cognitiva narrativa. O estudo é longitudinal, ensaio clínico aleatoriamente controlado com recurso a medidas repetidas, com teste de robustez de intervenção e de enviesamentos, utilizando-se um Questionário Sócio Demográfico (QSD), o Inventário de Luto Complicado (ICG), o Inventário de Depressão de Beck (BDI), a Escala de Impacto Eventos Revista (IES R), um programa manualizado de intervenção cognitiva narrativa para o luto complicado e um instrumento de avaliação da aceitabilidade dos participantes.

Há três momentos metodológicos sequenciais: (1) Aplicou-se o QSD e o ICG, que avalia o luto complicado, a viúvos/as ($n=82$) (idade ≥ 60 anos de ambos os sexos; viúvo/a há ≥ 6 meses). Destes, os que tinham valores totais de ICG ≥ 25 (ponte de corte para luto complicado) mais elevados constituíram a nossa amostra final de 40 participantes. Estabelecemos dois grupos: grupo de intervenção (GI) ($n=20$) e grupo de controlo (GC) ($n=20$). (2) A estes dois grupos foi aplicado o BDI e a IES R e o GI foi solicitado para participação num programa de intervenção breve baseado na terapia cognitiva narrativa (4 sessões semanais de 60 *min*) e que admitiu como fases terapêuticas: a recordação, a subjetivação emocional e cognitiva, a metaforização e a

projeção. (3) Num último momento, repetiu-se a avaliação com o ICG, BDI e IES R quer ao GI como ao GC, de modo aos resultados serem comparados (2 meses após a finalização da intervenção).

Para a avaliação das diferenças entre GI e GC recorreremos a análises do teste *t*, qui quadrado, *effect sizes* e análise de medidas repetidas (GLM *repeated measures*).

O GI manifestou diferenças estatisticamente significativas de redução dos valores de luto complicado, sintomatologia depressiva e traumática comparativamente ao GC. Obtivemos um valor de tamanho do efeito para o ICG, BDI e IES R bastante elevado para amostras pequenas o que denota a eficácia da intervenção ao longo do perfil longitudinal. A adesão e a aceitabilidade para com o programa de intervenção foram elevadas.

Este estudo reforça a importância de promover intervenções breves que aliam um menor número de sessões logo com menores custos o que se repercute numa maior aderência a estes programas, com elevada eficácia.

Palavras-Chave: intervenção cognitiva narrativa, viuvez, luto complicado.

Abstract

Grief is a well-marked event with a powerful meaning in individual lives. When one can not overcome the loss, it hinders the good performance of the individual, consequently what it is considered normative turns to be a complicated grief (CG). When the presence of CG, the bereaved has a high likelihood of meeting criteria for major depressive disorder (MDD) and/or post-traumatic stress disorder (PTSD). The realization of investigation about interventions in this context is extremely useful and intends to appear a significant advance over what has been accomplished in the area of CG and care to bereaved elders.

The aim of this research is to evaluate cognitive narrative intervention reducing the total values of complicated grief, depressive symptoms and traumatic symptoms in bereaved participants. The variables considered are: a) as dependent variables complicated grief, depressive symptoms and traumatic symptoms and b) as independent variable cognitive narrative intervention. The study is longitudinal, randomized controlled clinical trial, use of repeated measures, with robustness tests of intervention and bias control, using a Socio-Demographic Questionnaire (SDQ), the Inventory of Complicated Grief (ICG), the Beck Depression Inventory (BDI), the Impact of Events Scale Revised (IES R), a manualized cognitive narrative program for complicated grief on bereaved participants and a tool for assessing the acceptability of the participants.

There are three methodological moments sequential: (1) was applied the SDQ and the ICG, which assesses the complicated grief, to bereaved ($n=82$) (age ≥ 60 years of both sexes, bereaved for ≥ 6 months). Of these, those who have total values of ICG ≥ 25 (cutoff for complicated grief) higher constituted our final sample of 40 participants. We established two groups: the intervention group (IG) ($n=20$) and control group (CG) ($n=20$). (2) Of these two groups we applied BDI and IES R and the IG was asked to participate to an intervention program based on cognitive narrative therapy (4 weekly sessions of 60 *min* each) and which admits as therapeutic stages: the recalling, the emotional and cognitive subjectivation, the metaphorization and the projection. (3) In a last moment we repeated the evaluation with ICG, BDI and IES-R either the IG and the

CG, so the results of the IG were compared with CG (2 months after completion of intervention).

To assess the differences between IG and CG we resort the *t* test analysis, chi square, effect sizes and repeated measures analysis (GLM repeated measures). The IG showed statistically significant reduction of the values of complicated grief, depressive symptoms and traumatic symptoms compared to CG. We obtained a value of effect size for the ICG, BDI and IES R very high for small samples, which demonstrates the effectiveness of the intervention along the longitudinal profile. The adherence and the acceptability with the intervention program, by the IG, were high.

This study reinforce the importance of promoting brief interventions that combine a smaller number of sessions so with lower costs which is reflected in a increased adherence to these programs, with high efficiency.

Keywords: cognitive narrative intervention, widowhood, complicated grief.

I. Introdução

O luto é um estado específico causado pela morte de alguém que nos é querido ou próximo (Silva, 2004; Parkes, 2006; Bonanno & Kaltman, 2001). Esta experiência constitui um acontecimento marcante, possivelmente traumático e de poderosos significados para a vida dos indivíduos (Bonanno, 2001; Bonanno & Keltner, 1999; Silva, 2004; Parkes, 1998, 2006; Stroebe & Stroebe, 1992; Rocha, 2004; Boelen, Keijser, Hout & Bout, 2007; Wagner, 2006; Golden & Dalgleish, 2010; Kang & Yoo, 2007).

Amor e luto são duas faces da mesma moeda, sendo que não é possível sentirmos o primeiro sem correremos o risco de nos depararmos com o segundo (Parkes, 2006). Especificamente, a viuvez é considerada uma das mais stressantes transições experienciadas pelas pessoas (Kang & Yoo, 2007). Os efeitos provocados pela morte do cônjuge podem ser traumatizantes e até assustadores para a pessoa enlutada (Bonanno, 2001). O lidar com a morte do parceiro constitui-se como uma tarefa normativa do ciclo de vida, ou seja, do desenvolvimento humano, tarefa difícil, uma vez que, perturba o equilíbrio do indivíduo (Havighurst, 1972; cit. por Silva, 2004; Marcia, 2002). A forma como a perda é vivida é única e assume, assim, as suas particularidades. Quando a dor do luto não é ultrapassada, de um modo saudável, a necessidade de intervir impõem-se. Ora com este trabalho, pretendemos através da aplicação de um programa manualizado de intervenção cognitiva narrativa reduzir sintomas caraterísticos do luto complicado e obter níveis de aceitabilidade dos participantes em relação à intervenção que permitam que a validação do programa seja exequível.

A presente dissertação está dividida em quatro seções principais: I. Descrição fenomenológica do luto; luto saudável e luto complicado; luto complicado na atualidade; luto complicado, depressão e trauma; meta-análises de intervenções no luto; análise teórica e empírica do modelo cognitivo narrativo; II. Descrição do método em que se inclui a análise do manual do programa de intervenção e sua respetiva operacionalização e avaliação; III. Apresentação dos resultados da aplicação do programa e sua análise; IV. Discussão dos resultados obtidos, vantagens, limitações constatadas e alternativas que se impõem para futuras investigações.

1.1. O luto, sintomas e fatores associados

O luto, pela perda de um ente querido, é um evento do ciclo vital (*life-event*) pelo qual, universalmente, todos já passamos ou iremos passar (Bonanno & Kaltman, 2001; Bonanno & Keltner, 1999; Sanders, 1999; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2007; Wittouck et al., 2011). Esta perda implica que passemos por um trabalho de luto individual e não por estádios como se postulava anteriormente (Stroebe & Hansson, 2001). Assim, aquando de uma situação de luto pressupõe-se que ocorra uma resposta natural, normal, inevitável e que é variável na forma como enfrentamos essa perda ao longo do nosso percurso vital (Parkes, 1998, 2006; Boelen, 2009).

As reações psicológicas ao luto incluem uma grande variedade de sintomas afetivos (e.g. depressão, desespero, culpa), comportamentais (e.g. agitação, fadiga, isolamento social), cognitivos (e.g. auto reprovação, preocupações com o falecido), e fisiológicos (e.g. perda de apetite, distúrbios do sono, queixas somáticas) (Stroebe, Schut & Finkenauer, 2001; Stroebe, Schut & Stroebe, 2007; Currier, Neimeyer & Berman, 2008; Tomita & Kitamura, 2002). As emoções que mais se associam ao luto são o choque, a paralisia de emoções, a descrença, o estado de alerta, a ansiedade, a revolta, a preocupação em preservar as imagens da pessoa que faleceu (Parkes, 2006). Sentimentos como a raiva, culpa, impotência, perda de expectativas do futuro estão muito relacionados com esta vivência (Parkes & Markus 1998; cit. por Andrade, 2010).

As diferenças de resposta das pessoas a um acontecimento de luto têm em conta certos **determinantes antecedentes** (Stroebe & Schut, 2001), como sendo, o **tipo de relação com o morto** (e.g. parentesco, força e segurança da relação, grau de confiança, envolvimento) (Bonanno & Kaltman, 2001). Segundo Parkes (1998), a perda do cônjuge é o tipo mais frequente de perda de relacionamento que dá margem a problemas psicológicos. Importante ter também em conta as experiências na infância (e.g. um estilo de vinculação segura encontra-se associado a uma melhor adaptação ao luto assim como personalidades bem adaptadas) e experiências posteriores (e.g. doença mental anterior à perda, crises vitais prévias à perda) e o **tipo de morte** (e.g. prematura, mortes múltiplas, avisos anteriores à ocorrência da perda, morte violenta) (Parkes, 1998; Stroebe, Shut & Stroebe, 2007; Bonanno & Kaltman, 2001). Para Sanders (1993), os tipos de morte que podem aumentar a probabilidade de luto complicado são: a morte inesperada, repentina, ou prematura, a morte grotesca ou dolorosa, a morte violenta,

traumática ou estigmatizante (e.g. acidente de viação, suicídio, morte por sida) e a morte envolvendo múltiplas perdas. Além destes aspectos, outros **determinantes** têm influência como sendo os **simultâneos**. Quanto ao **sexo**, em geral as mulheres apresentam mais problemas em ultrapassar o luto do que os homens (Stroebe, Stroebe & Schut, 2001). Estas superam os homens em todas as categorias de luto numa proporção de quatro ou cinco para um (Clayton, Desmarais & Winokur, 1968; cit. por Parkes, 1998). Grande parte desta diferença pode ser atribuída à tendência masculina de esconder os seus sentimentos e à relutância em pedir ajuda o que se repercute numa maior taxa de mortalidade nos viúvos do que nas viúvas (Martikainen & Valkonen, 1996), isto pode indicar que os homens podem apresentar uma maior dificuldade em ultrapassar o luto mas camuflam mais a sua dor (Brabant, Forsyth & Melancon, 1992; Parkes, 1998, 2006) tornando-se, deste modo, mais vulneráveis (Stroebe et al., 2007). No que concerne à **idade**, quanto mais velhos os (as) viúvos (as) menos ajuda procuram (Parkes, 1998) e verifica-se uma menor capacidade em lidar com o luto em idades menos avançadas (Stroebe et al., 2007). Outros determinantes simultâneos são a **personalidade/vulnerabilidade pessoal** (tendência a sofrer “em excesso” ou inibir sentimentos) (Gana & K’Delant, 2011), **status socioeconómico** (e.g. em geral os efeitos da perda são semelhantes em todas as classes económicas) (Stroebe et al., 2007), **nacionalidade, religião** (e.g. crenças religiosas podem ajudar no ultrapassar da perda) (Stroebe et al., 2007), **fatores culturais e familiares, relação de dependência**. De entre os **determinantes posteriores** destacam-se o **apoio social ou isolamento** (e.g. quanto maior o apoio social melhor é a adaptação à situação de luto) (Stroebe et al., 2007), **stress secundário**, aparecerem ou não novas **oportunidades** na vida (Parkes, 1998, 2006; Stroebe, Schut & Stroebe, 2000; Boelen, Bout & Hout, 2009; Bonanno & Kaltman, 2001). Um suporte social adequado funciona como fator protetor (Scharzer & Leppin, 1989). Alguns dos indicadores aqui descritos podem ser classificados como potenciais fatores de risco e outros como fatores protetores (Bonanno, Wortman & Nesse, 2004; Stroebe & Schut, 2001; Stroebe et al., 2007).

1.1.1. O luto saudável e o luto complicado

Falamos de luto saudável ou não complicado, quando a perda é tolerável (Stroebe et al., 2007), acaba por ser aceite (Boelen & van den Bout, 2008) e mantém-se

a habilidade ou capacidade de continuar a vida regularmente (Parkes, 2006; Bonanno & Kaltman, 2001). Assim, o indivíduo lida adequadamente com as manifestações do luto sem recorrer à ajuda externa de profissionais de saúde, quer seja a nível de uma intervenção psicológica e/ou farmacológica e sem haver uma influência negativa dessa perda no seu curso normal de vida (Stroebe & Hansson, 2001; Stroebe et al., 2006). Ocorre uma recuperação e aceitação da perda acompanhada de um retorno ao nível de funcionamento precedente à perda (Hensley, 2006; Tomita & Kitamura, 2002).

Mas quando este processo não é vivenciado de uma forma normativa estamos diante uma situação de luto complicado, ou seja, um luto mais prolongado e intenso do que o esperado (Bonanno et al., 2002; Bonanno, 2007; Stroebe et al., 2007; Pacheco, 2010; Parkes, 1998, 2006; Prigerson et al., 1995; Bonanno & Kaltman, 2001; Newson, Boelen, Hek, Hofman & Tiemeier, 2011) que afeta a capacidade funcional do indivíduo (Tomita & Kitamura, 2002; Wittouck et al., 2011) e o impede de regressar ao seu funcionamento normal anterior à perda (Prigerson et al., 1995; Tomita & Kitamura, 2002; Newson et al., 2011). O luto propõe quase que uma dialética permanente entre a procura de uma condição anterior, a presença da pessoa falecida, e a necessidade de aprender a viver com a sua ausência de uma forma permanente. Este paradoxo não é de fácil resolução daí que surjam, muitas vezes, lutos complicados (Silva, 2004; Golden & Dalgleish, 2010).

1.1.2. O luto complicado na atualidade

A temática alusiva ao luto complicado é bastante atual na sociedade contemporânea, visto este ser um fenómeno que afeta uma grande parte da população mundial (Piper, Ogrodniczuk, Hassan, Azim & Weideman, 2001). Cerca de 9 a 10% da população está a vivenciar um processo de luto complicado (Zissok & Shear, 2009; cit. por Frade et al., 2010; Wittouck et al., 2011; Stroebe et al., 2007). Outros estudos referem que cerca de 10 a 15% de pessoas que vivenciam um sofrimento intenso causado pela morte de um elemento significativo, têm uma maior probabilidade de ficarem debilitadas física e psicologicamente, o que pode mesmo vir a ser fatal (Currier et al., 2008; Rogers, Floyd, Seltzer, Greenberg & Hong, 2008; Maccallum & Bryant, 2011). Esta probabilidade mantém-se significativamente alta nos 5 anos que seguem a morte do ente querido (Rogers et al., 2008).

A questão do diagnóstico do luto complicado é uma das mais frequentes na literatura científica. Assume-se que o LC deve estar numa categoria de diagnóstico com critérios bem definidos capazes de auxiliar na prática clínica, na assumpção de um diagnóstico diferencial e na intervenção mais adequada (Horowitz, Siegel, Holen, Bonanno, Milbrath & Stinson, 1997; Jacobs, Mazure & Prigerson, 2000; Jacobs & Prigerson, 2000; Newson et al., 2011).

A evolução científica na área do luto complicado tende a assumir uma considerável e crescente evidência que indica que a sintomatologia do luto complicado deve ser conhecida enquanto definição do DSM-5 como uma verdadeira entidade clínica (Hensley, 2006; Gana & K'Delant, 2011). Isto iria permitir uma melhor diferenciação do LC relativamente às perturbações de depressão, de ansiedade, de pós-stress traumático e de luto saudável.

Foram propostos alguns critérios atuais de Luto Complicado para o DSM-5 (Prigerson, Horowitz, Jacobs, Parkes, Aslan, et al., 2009). Sugere-se que os sintomas de LC se dividem em duas categorias principais: (1) sintomas de angústia de separação (e.g. saudade e procura pelo falecido, solidão, preocupação com pensamentos acerca do falecido) e (2) sintomas de angústia traumática (e.g. sentimentos de descrença, desconfiança, raiva, choque, desprendimento dos outros, bem como a experiência de sintomas somáticos relacionados com o falecido) (Prigerson & Jacobs, 2001; Prigerson & Maciejewski, 2006; Boelen et al., 2006). Esta inclusão teria um impacto de relevo uma vez que este é um manual dirigido a profissionais e constata-se uma grande necessidade de intervir de forma apropriada sobre os enlutados. Segundo Parkes (2006) o conceito de LC é tão singular que deveria ser reconhecido como um transtorno específico e não ser incluído em uma qualquer categoria a ele relacionada. Para Horowitz (2006) o LC deve ser incluído no DSM-5 numa categoria separada de resposta aos Síndromes de *Stress* ou numa categoria completamente separada com os seus próprios critérios de diagnóstico. Para Prigerson e Maciejewski (2006) o LC não se deve agrupar nem entre os transtornos de humor nem de ansiedade, mas sim colocado separadamente no âmbito de uma nova categoria de perturbações de vinculação. O diagnóstico de LC deve ser feito quando o *focus* clínico de atenção é a reação à morte de um ente querido (Horowitz et al., 1997; Bonanno & Kaltman, 2001).

Segundo Horowitz et al. (1997), existem dois momentos chave de avaliação de luto complicado: 6 e 14 meses após a perda, salientando, deste modo, um período de luto prolongado até aos 14 meses após a perda da pessoa significativa. A partir dos 6 meses já se considera um diagnóstico de luto complicado (Stroebe et al., 2007; Prigerson et al., 2009; Zuckoff, Shear, Frank, Daley, Seligman & Silowash, 2006; Maccallum & Bryant, 2011; Gana & K'Delant, 2011).

A definição mais comumente aceite de luto complicado refere que este ocorre quando existem sintomas que predizem prejuízos funcionais a longo prazo que, consequentemente, revelam um fracasso no desempenho em restabelecer o estado pré-perda, persistindo após um período de adaptação após a perda (Prigerson, Maciejewski, Reynolds, Newson, Fasiczka, Frank et al., 1995). Nestes casos, a situação de perda é vivida de um modo tão perturbador que as exigências sinalizadas excedem as competências de *coping*, conduzindo à ineficácia na tentativa de adaptação, podendo induzir a consequências negativas ao nível da saúde (Bonanno, Neria, Mancini, Coifman, Insel & Litz, 2007). Esta incapacidade de lidar com a perda depende da habilidade de reconstrução da realidade pessoal (Neimeyer, 2002).

Perdas múltiplas, perdas de filhos e perdas de cônjuges são mais traumáticas e com uma maior probabilidade de levar a uma indicação psiquiátrica do que a morte de um dos pais idosos ou de um dos avós (Parkes, 2006). A morte do cônjuge é o tipo de luto que com mais frequência resulta em encaminhamento psiquiátrico e psicológico e, que dá margem ao surgir de sentimentos de pesar e solidão mais severos e prolongados do que outros tipos de perda (Parkes, 1998, 2006; Prigerson et al., 1995). Cerca de 45% das mulheres e 15% dos homens com idade superior a 65 anos tornar-se-ão viúvos (Stroebe et al., 2007), o que denota que esta é uma situação frequente (Stroebe et al., 2007; Prigerson et al., 1995). Segundo Newson et al. (2011) 4.8% dos idosos apresentam luto complicado. A perda do cônjuge apresenta para o enlutado 2.42 maior probabilidade de vir a experienciar LC (95% IC 1.38 – 4.21) (Newson et al., 2011). Este acontecimento leva a uma forte perda de apoio emocional (Stroebe et al., 2007) e de ajuda instrumental (Kato & Mann, 1999), ou seja, presença de perdas secundárias, incluindo as materiais, as pessoais, as interpessoais e as simbólicas (Pacheco, 2010) que implicam uma mudança de papéis na vida do enlutado (Dyregrow, Nordanger & Dyregrow, 2003; Kang & Yoo, 2007) e pode acabar com as suas expectativas de futuro

(Boelen et al., 2006). Assim, existe maior dificuldade de adaptação à morte se outros fatores stressantes estiverem presentes (Murray, 2001; Stroebe et al., 2007).

1.1.3. Nosologia do luto complicado e a sua comorbilidade com a depressão e com o stress traumático

São várias as investigações que se dedicam ao esclarecimento da co-morbilidade entre o LC e outras perturbações psiquiátricas como a PDM, a PTSD e as perturbações de ansiedade (Horowitz, 1986; Zuckoff et al., 2006) para tentar aclarar quais os fatores que permitem a distinção do LC enquanto perturbação psiquiátrica (Golden & Dalgleish, 2010; Prigerson et al., 2009; Simon et al., 2007).

Assim, apesar do LC ainda não estar retratado no DSM (Prigerson, Jacobs, Rosenheck, & Maciejewski, 1999; Jacobs, Mazure, & Prigerson, 2000) muitos investigadores acreditam que constitui uma entidade diagnóstica que se distingue da depressão e da perturbação pós-stress traumático (Pacheco, 2010; Golden & Dalgleish, 2010; Zuckoff et al., 2006). O LC pode ocorrer mesmo na ausência de qualquer outra perturbação (Simon et al., 2007). Lichtenthal et al., (2004) refere que cerca de 40% da população em geral apenas cumpre critérios para LC e não para PDM ou PTSD. Logo, após a perda de um ente querido, os enlutados que preenchem critérios para LC, não satisfazem necessariamente critérios para PDM e PTSD (Prigerson et al., 1999). Silverman, Johnson e Prigerson (2001) verificaram que dois terços dos seus participantes viúvos que preenchiam critérios de diagnóstico para LC não tinham critérios para PTSD e mais de um terço não reunia os critérios quer para a PTSD quer para a PDM. Por exemplo, apesar da avaliação dos sintomas depressivos e de LC serem muitas vezes co-mórbidas estes podem ocorrer separadamente. Segundo Prigerson et al., (1995) cerca de 46% dos indivíduos diagnosticados com LC não apresentam critérios para PDM. Assim, apesar de se considerar que o luto é expressão de uma PDM, hoje sabe-se que após a perda, existe risco de desenvolvimento de sintomas específicos de luto, distintos dos das perturbações de humor e de ansiedade, mas que predizem prejuízos de saúde e até mesmo de invalidez (Prigerson & Jacobs, 2001; Golden & Dalgleish, 2010).

Por outro lado, durante um processo de luto, além de complicações de luto complicado grande parte das pessoas pode vivenciar vários sintomas (Kristjanson, Lobb, Aoun, & Monterosso, 2006): tristeza, perda de interesse, pensamentos intrusivos

e, deste modo, estarmos na presença de critérios semelhantes aos de outras desordens, tais como Perturbação Depressiva Major (Zisook, Shuchter, Sledge, Paulus, & Judd, 1994), Perturbação de Pós-Stress Traumático (Schut, De Keijser, Van Den Bout, & Dijkhuis, 1991) ou outras perturbações de ansiedade (Jacobs et al., 1990). Deste modo, pacientes com LC podem apresentar níveis mais elevados de depressão, ansiedade e pós stress traumático relacionado com a perda comparativamente a pacientes sem LC (Piper et al., 2001; Kersting et al., 2009).

Num estudo piloto, Shear et al. (2001) relataram que vinte e três indivíduos diagnosticados com LC, 52% apresentavam também PDM e 30% PTSD. Assim, aquando da presença de LC verifica-se muitas vezes a coexistência de transtornos psiquiátricos (PDM e PTSD) que poderá estar associada a maior gravidade do luto (Shear et al., 2001). Simon et al. (2007), verificaram que além de LC, 55% da amostra do seu estudo apresentava PDM e 49% cumpria critérios para a PTSD. Silva (2010) constatou que 70.9% de pacientes psiquiátricos apresentam LC e PDM, 73.6% têm LC e PTSD e existe tripla comorbilidade entre LC, PDM e PTSD de 69%.

Uma série de estudos já diferencia o LC e a PDM (Boelen, Van Den Bout, & Keijser, 2003; Ogrodniczuk et al., 2003; Prigerson et al., 1995; Prigerson et al., 1996), em que se constata uma comorbilidade significativa, que varia entre os 21% (Horowitz et al., 1997) e os 54% (Prigerson et al., 1995). A tristeza, perda de interesse e sentimento de culpa ocorre em ambos os transtornos. Contudo, existem algumas particularidades (Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005). A PDM caracteriza-se por tristeza generalizada, ao passo que no LC a tristeza é específica, relacionada com a perda. Na PDM existe perda de interesse ou prazer, no LC ocorrem pensamentos agradáveis sobre o falecido e os enlutados continuam a manifestar interesse, desejo e saudade do ente querido (Shear et al., 2005). Quem tem PDM pode sofrer um intenso sentimento de culpa, quem apresenta LC o mais provável é apresentar um sentimento de culpa específico às interações com o falecido. Na PDM é comum o indivíduo ruminar sobre fracassos do passado, no LC as preocupações são relacionadas a pensamentos específicos ao falecido. O LC apresenta três sintomas que permitem uma precisa distinção da PDM: a intrusão, o evitamento e a falha na adaptação à perda (Horowitz et al., 1997). Com o passar do tempo os sintomas depressivos tendem a desaparecer

enquanto os de LC tendencialmente ficam mais severos e estáveis (Pasternak et al., 1993).

LC e PTSD também se diferenciam em diversas questões, apesar da comorbidade significativa, entre ambas as perturbações, que varia entre 30% (Melhem et al., 2004) e 50% (Silverman et al., 2000), uma vez que ambas podem apresentar sensação de choque, desamparo, imagens intrusivas e evitamento, ou seja, LC e PTSD podem apresentar fatores precipitantes comuns (Lichtenthal et al., 2004). Contudo, estas são entidades distintas. A PTSD desencadeia-se, de uma forma típica, por uma ameaça física (Mattiesen & Einarsen, 2004), o LC é desencadeado pela perda (Zuckoff et al., 2006). Na PTSD a principal emoção é o medo ou horror, no LC é geralmente a tristeza que predomina (Lichtenthal et al., 2004; Zuckoff et al., 2006). Os sonhos, em forma de pesadelos, são comuns na presença de PTSD, mas pouco frequentes aquando da presença de LC (Shear et al., 2005). Quando as recordações dolorosas estão ligadas ao trauma no caso da PTSD podem ser menos previsíveis e mais persistentes do que nos casos de LC (Pacheco, 2010; Prigerson & Jacobs, 2001). Pessoas com LC tendem a experienciar saudade, desejo e memórias agradáveis pelo falecido, o que não é característico da PTSD (Shear et al., 2005; Zuckoff et al., 2006). O impacto do luto tem em conta a relação do enlutado com o falecido ao passo que o trauma é mediado pela gravidade do evento (Horowitz, Bonanno & Hoelen, 1993). Outra distinção tem em conta que indivíduos com LC tendem a falar sobre a perda com outras pessoas enquanto que os que têm PTSD evitam situações sociais de modo a não serem confrontados com a necessidade de explorar o evento traumático (Stroebe, Schut & Finkenauer, 2001).

Com base no que descrevemos podemos referir que viúvos com luto complicado podem apresentar também sintomatologia depressiva e sintomatologia traumática o que deve ser tido em consideração na planificação de intervenções neste contexto.

1.2. Intervenções psicológicas no luto

1.2.1. Metanálises de intervenções no luto, necessidades e perspetivas futuras

Tendo em conta estudos bem fundamentados e metanálises sabe-se que a intervenção psicológica nesta área tem obtido resultados controversos, todavia, os investigadores reconhecem que as intervenções psicológicas ajudam a atenuar a intensidade das respostas no luto (Stroebe et al., 2005), fomentam uma maior resiliência

na adaptação à perda (Kato & Mann, 1999; Allumbaugh & Hoyt, 1999) e que é mais benéfico intervir no luto do que nada fazer (Currier, Neimeyer & Berman, 2008; Harvey, Snowdon & Elbourne, 2008).

Estudos mais recentes têm demonstrado que existem evidências empíricas de que uma intervenção com avaliação longitudinal ajuda a estabilizar as reações à experiência de luto (Bonanno et al., 2004) e aumenta a capacidade de resiliência do indivíduo (Bonanno & Lillienfeld, 2008).

A controvérsia nesta área tem por base revisões de literatura e metanálises acerca do efeito de intervenções no luto que mostram resultados limitados (Neimeyer, 2000; Currier, Neimeyer & Berman, 2008) e outras que evidenciam resultados mesmo negativos acerca da intervenção nesta área (Neimeyer, 2000; Larson & Hoyt, 2007). Estes resultados pouco positivos podem ser explicados por problemas metodológicos dos estudos (Kato & Mann, 1999).

Reynolds et al. (1999) verificaram, numa amostra de idosos enlutados, que o tratamento com antidepressivos e/ou psicoterapia reduziu a depressão mas não o LC. Por outro lado, Shear et al. (2001) tratou 21 enlutados com base em psicoterapia interpessoal e cognitivo comportamental e constatou que o tratamento reduziu o LC.

Wittouck et al. (2011) numa metanálise recente enfatiza a compreensão da eficácia das intervenções preventivas¹ versus de tratamento² sobre o luto complicado, para adultos, a curto prazo (imediatamente após a intervenção) e efeito a longo prazo (*follow-up*). Para isso utilizaram-se rigorosos critérios de inclusão de que resultou a elegibilidade de catorze ensaios clínicos aleatoriamente controlados. A maioria dos estudos ($n=11$) relata o uso de um protocolo de intervenção manualizado (Murphy et al., 1998; Goodkin et al., 1999; Kovac & Range, 2000; Range et al., 2000; Piper et al., 2001; Shear et al., 2005; Sikkema et al., 2006; Wagner et al., 2006; Boelen et al., 2007; de Groot et al., 2007; Piper et al., 2007).

¹ Intervenção Preventiva para o Luto Complicado – é definida como qualquer técnica ou qualquer intervenção mais vasta para indivíduos enlutados que é projetada para reduzir a probabilidade de desenvolvimento de luto complicado (Wittouck et al., 2011).

² Intervenção de Tratamento para o Luto Complicado - é definida como qualquer técnica ou qualquer intervenção mais extensa para indivíduos que sofrem de luto complicado e que o seu intuito é o de reduzir a gravidade dos sintomas de luto complicado (Kato & Mann, 1999; Wittouck et al., 2011).

Os investigadores verificaram que as intervenções que visam o tratamento do luto complicado apresentam durante o período de pós-teste e *follow-up* melhores resultados do que as intervenções preventivas, ou seja, as intervenções que visam o tratamento são efetivas na redução dos sintomas de luto complicado a curto e a longo prazo (Wittouck et al., 2011). Ao contrário das intervenções preventivas, ocorre um efeito positivo (aumento) das intervenções de tratamento ao longo do tempo. A falta de eficácia das intervenções preventivas pode ser devida à possibilidade de que o luto complicado pode não ser passível de prevenir. Esta afirmação é suportada pela ideia de que as intervenções preventivas (primárias) não têm efeito em pessoas que sofreram uma perda e que terão uma maior ou menor predisposição para desenvolver luto complicado (Currier et al., 2008). Assim, trabalhar o luto nos primeiros meses aquando de uma perda pode interferir com um processo de “cura natural”. Isto confirma a proposição de que a ajuda profissional é indicada para apenas um subgrupo de pessoas enlutadas, ou seja, aquele que mostrar reações de luto complicado (Jacobs & Prigerson, 2000; Jordan & Neimeyer, 2003; Bonanno et al., 2004; Wittouck et al., 2011; Houwen et al., 2010; Currier et al., 2008; Stroebe et al., 2007; Rosner et al., 2010). Esta perspetiva indica que não é eficaz prevenir o LC se não sabemos se a pessoa no futuro o viria a desenvolver.

Apesar das intervenções de tratamento do LC parecerem eficazes os valores de *effect sizes* são pequenos ou moderados quando comparados com outros tratamentos para outros transtornos psiquiátricos (Kato & Mann, 1999; Allumbaugh & Hoyt, 1999; Wittouck et al., 2011; Rosner, Kruse & Hagl, 2010; Stroebe et al., 2005; Sandler et al., 2010).

As investigações incentivam a testagem de intervenções breves (custos-benefícios) (Kang & Yoo, 2007; Kato & Mann, 1999; Jané-Llopis et al., 2003; Jané-Llopis & Barry, 2010), a sua validade e aceitabilidade pelos pacientes (Munõz et al., 1993; Munõz, 2001) e referem mesmo que o tratamento mais adequado para o luto complicado ainda não foi desenvolvido até ao momento (O’ Conner et al., 2003; Wittouck et al., 2011) e que não existe um protocolo psicológico bem definido para as intervenções nesta área (Stroebe et al., 2006). Assim, um indivíduo que apresente LC fica mais vulnerável a graves complicações de saúde mental (Stroebe, Schut & Stroebe, 2005) que em grande parte dos casos não são alvo de tratamento psicológico adequado (Stroebe, Folkman, Hansson & Schut, 2006). Enfatiza-se a necessidade de existência de

um sistema de detecção preciso e de tratamento especializado para o LC (Prigerson et al., 2009; Prigerson & Jacobs, 2001; Newson et al., 2011).

Tendo em conta que o uso de narrativas têm evidenciado resultados positivos na intervenção com indivíduos em luto (Parkes, 2006; Currier et al., 2008), que a expressão de emoções (Stroebe et al., 2005) e pensamentos tem efeitos terapêuticos (Pennebaker et al., 1988) e que a utilização de metáforas criativas promove a reconstrução de significados (Gonçalves, 1994; Gonçalves 2002a), tendo em atenção um uso cuidado das memórias sensoriais devido ao risco de PTSD (Rocha, 2004), é possível a construção de uma narrativa de luto mais adaptada.

Pretendemos, deste modo, investigar se é possível tratar os problemas manifestados pelo luto complicado tendo por base as narrativas do paciente, pela aplicação da terapia cognitiva narrativa (TCN).

1.2.2. Modelo cognitivo narrativo

1.2.2.1. Terapia cognitiva narrativa no luto: construir uma imagem do falecido mais adaptada

Contar histórias, narrativas, é uma forma básica de operação mental humana. Uma boa narrativa deve ser consistente no tempo e no espaço, ser explícita e coerente (Dimaggio & Semerari, 2001).

As idiosincrasias do ser humano levam-no a descrever a sua perda de uma forma singular, assim, a vivência deste processo é particular e única em cada indivíduo. A forma como cada um descreve sentimentos, emoções e pensamentos relativos ao luto constitui uma metáfora que permite compreender a organização cognitiva do indivíduo (Neimeyer, 1999, 2002).

O trabalho no luto pode e deve ser um ato criativo, um gradual colocar de peças de um quebra-cabeças que, no final, nos permitem encontrar uma imagem e um lugar nas nossas vidas para as pessoas que amamos e perdemos. O que se pretende é restabelecer o equilíbrio, adaptando o nosso modelo de mundo para encaixá-lo no que existe agora (Parkes, 1998, 2006), desenvolvendo novas estratégias que permitam ligar o passado, o presente e o futuro (Neimeyer, 2000, 2006).

Neimeyer (2001; cit. por Parkes, 2006) tem escrito muito sobre as narrativas de que as pessoas fazem uso para explicar e construir o seu mundo. Segundo este autor, o

terapeuta tem o papel de ajudar as pessoas a rever essas narrativas. Esta perspectiva permite um avanço na maneira de pensar a respeito do luto e tem, atualmente, recebido uma atenção especial. Ao indivíduo é atribuído sentido de autoria experiencial (Gonçalves, 2002b; Neimeyer, 2006), ele é o protagonista das suas narrativas e tem, através da terapia, a possibilidade em ouvir-se de fora, de exteriorizar os seus sentimentos e pensamentos (Andrade, 2010).

A perspectiva cognitiva narrativa enfatiza o poder da palavra, a “cura pela palavra”, e vê o indivíduo como construtor das suas experiências, através da narração (Gonçalves, 2002b). O luto é visto como uma reconstrução de significados, mesmo que ténue, das fundações dos constructos pessoais sobre o mundo. A coerência, a complexidade e a multiplicidade, que a narrativa potencia, levam a um melhor bem-estar psicológico e saúde em geral (Pennebaker, 1997; cit. por Rocha, 2004).

As pessoas têm a necessidade de expressar os seus sentimentos e pensamentos sobre a perda (Houwen, Schut, Bout, Stroebe & Stroebe, 2010; Pennebaker, 1997). Pennebaker, Kiecolt-Glaser e Glaser (1988) fizeram uma experiência em que dividiram estudantes universitários em quatro grupos. Os do grupo 1 deveriam escrever sobre assuntos neutros, durante quatro dias consecutivos. Os do grupo 2 deveriam escrever sobre assuntos que os tivessem aborrecido mas sem expressar os seus sentimentos. Os do grupo 3 deveriam escrever sobre os seus sentimentos em relação a acontecimentos desagradáveis mas não sobre fatos. Por fim, os do grupo 4 deveriam escrever sobre sentimentos e fatos. Os resultados mostraram que os do grupo 4 que escreveram sobre sentimentos e fatos traumáticos que vivenciaram precisavam recorrer com muito menos frequência a serviços de saúde. A expressão de pensamentos e sentimentos pode interromper uma sequência negativista e ter efeitos terapêuticos (Bonanno et al., 1995; Pennebaker, 1997; Pennebaker et al., 1988; Gonçalves, 1994, 2002a; Houwen et al., 2010; Stroebe et al., 2005). Deve-se dar oportunidade à expressão de sentimentos (Harvey et al., 2008; Stroebe et al., 2005). Como refere Shakespeare (1623; cit. por Shakespeare, 2004, p.694), na sua obra Macbeth, *“Dê palavras à tristeza ... O pesar que não fala endurece o coração já sofrido, e fá-lo quebrantar”*.

A expressão cognitiva narrativa induz a necessidade da utilização de técnicas que evoquem grandezas menos abstratas, como a sensorialidade na objetivação, a emocionalidade e a cognição na subjetivação narrativa. Estas etapas prévias de

intervenção possibilitam a busca da autoria narrativa que evoca *nuances* mais subjetivas acerca da perda (Rocha, 2004). A construção de significado não se esgota na metaforização, uma vez, que existe a procura por manter ativo o processo de construção e de procura de metáforas alternativas com base na projeção (Gonçalves, 1994, 2002b; Rocha, 2004).

“A psicoterapia não consiste apenas em chegar a um acordo amargo com a perda, como a poesia, ela também, necessariamente, coloca-nos em contacto fisiológico, emocional, cognitivo com o nosso “primeiro mundo”, de modo que, com sorte, possamos viver mais plenamente no nosso “segundo mundo” (Holmes 2001, p.118; cit. por Parkes, 2006).

A psicoterapia procura a desconstrução do discurso sintomático do paciente saturado patologicamente para, em alternativa, criar condições para um aumento da coerência e multiplicidade da construção discursiva do mesmo (Ferreira-Alves & Gonçalves, 1999; Dimaggio & Semerari, 2001). É neste sentido que a psicoterapia narrativa é muito mais voltada para o desenvolvimento do que para a cura, para a potenciação do que para a estigmatização, para a libertação do que para a opressão (Gonçalves, 1994, 2002b). A orientação para o restabelecimento envolve uma adaptação específica à perda do cônjuge que se constitui como um elemento fundamental do processo de luto (Stroebe & Schut, 1999; cit. por Silva, 2004). A reorganização da relação com o falecido, e não perante uma quebra, desvinculação, dos laços que unem a pessoa enlutada ao morto é uma atitude facilitadora para garantir condições de adaptação à perda (Silva, 2004; Dimaggio & Semerari, 2001; Gonçalves, 2002b).

A narrativa encerra em si própria todos os elementos de um ato criativo e, é da construção deste ato que se alimenta o sucesso terapêutico (Gonçalves, 2002b).

1.2.2.2. Fases da psicoterapia cognitiva narrativa

O processo terapêutico com base no modelo cognitivo narrativo desenvolve-se em cinco fases: recordação, objetivação, subjetivação, metaforização e projeção que assentam em dois eixos, o sincrónico (indivíduo se aperceba da importância da sua capacidade narrativa e de que as suas experiências são singulares) e o diacrónico (terapeuta e paciente aplicam essa capacidade de consciencialização ao tema central da intervenção) (Gonçalves, 2002a, 2002b).

Realiza-se, de seguida, uma sucinta descrição das fases desta psicoterapia:

Recordação: Não é um processo evocativo mas sim construtivo (ato criativo). É uma fase importantíssima pois sem recordatória não há narrativa (Gonçalves, 2002a, 2002b). O paciente é solicitado a evocar narrativas significativas da sua vida como se as estivesse a viver no aqui e no agora.

Objetivação: corresponde a um grau de complexidade dos processos sensoriais. Terapeuta convida o paciente a dar-se progressivamente conta da diversidade de experiências sensoriais que ocorrem a cada momento da sua vida (Gonçalves, 2002a, 2002b).

Subjetivação emocional e cognitiva: A subjetivação é “*um processo de criação da própria experiência dita interna*” (Gonçalves, 2002b, pp. 140). Exige-se ao paciente o princípio criativo, ou seja, uma visão multifacetada da experiência. Gonçalves (2002b, pp.139) chama à subjetivação “*a floresta tropical das emoções e pensamentos*”. Nesta fase, solicita-se ao paciente que verbalize as suas emoções, relativamente a uma certa recordação, dando-lhes nomes e que a essas emoções relacione qual o pensamento associado. O disfuncionamento psicológico resulta da incapacidade de construir a experiência subjetiva nas suas diversas formas. É esta dedicação exclusiva a uma emoção ou a um conjunto de pensamentos que leva o sujeito a ficar preso no círculo fechado da sua construção narrativa e, conseqüentemente, à disfunção (Gonçalves, 2002b). A consciencialização emocional e sua expressão conduz a uma maior e melhor capacidade de adaptação ao luto (Greenberg, 2002). É importante haver uma regulação das emoções negativas e a valorização das positivas que promovem uma maior adaptação através de avaliações retrospectivas que permitem ao indivíduo entender que a vida continua após a perda de um ente querido (Bonanno & Keltner, 1999).

Metaforização: As metáforas podem ser vistas como formas de condensação do significado das narrativas. É através delas que as redundâncias da expressão narrativa configuram uma multiplicidade de significados (Gonçalves, 2002b). Para Lakoff e Johnson (1980) nós vivemos através da construção de metáforas. Como referem Omer e Strenger (1992, pp. 253 cit. por Gonçalves, 2002b, pp. 150) “*os significados não estão objetivamente lá, para serem encontrados, mas constituem construções mentais do paciente e terapeuta*”. Encontrada a metáfora representativa do funcionamento do paciente é realizada a objetivação e subjetivação emocional.

Projeção: Pede-se ao paciente que, de algum modo, crie as suas próprias memórias do futuro intencionalizando novas metáforas de si próprio e do seu dia-a-dia de modo a atualizar novos significados, emoções, cognições e sensações. O objetivo final é orientar o paciente para um processo ininterrupto de produção de metáforas (Gonçalves, 2002a, 2002b). Esta fase é assim designada pois o termo projeto remete para a noção de um objeto em movimento, que é o sujeito ativo da experiência. Encontradas as metáforas alternativas, estas são sujeitas à objetivação e subjetivação.

II. Método

No presente capítulo explicitam-se os objetivos e hipóteses gerais do estudo, o desenho metodológico da investigação, descreve-se o manual do programa de intervenção cognitivo narrativo no luto complicado e a sua operacionalização, seleção e caracterização da amostra e respetivas taxas de atrito, os instrumentos utilizados e quais os procedimentos.

2.1. Objetivos e hipóteses

Considera-se que o objetivo da presente investigação é avaliar a eficácia³ da intervenção cognitiva narrativa na redução dos valores totais de luto complicado, sintomatologia depressiva e sintomatologia traumática em viúvos idosos, examinando, diferenças entre dois grupos: GI (grupo com intervenção) e GC (grupo controlo, sem intervenção, em lista de espera). Deste modo, hipotetiza-se que:

Hipótese **H0** (nula): A intervenção cognitiva narrativa não é mais eficaz na redução dos valores totais de luto complicado (ICG), sintomatologia depressiva (BDI) e sintomatologia traumática (IES R) comparativamente ao que se verifica no GC.

Hipótese **H1** (alternativa): A intervenção cognitiva narrativa é mais eficaz na redução dos valores totais de luto complicado (ICG), sintomatologia depressiva (BDI) e sintomatologia traumática (IES R) comparativamente ao que se verifica no GC.

2.2. Desenho metodológico

O estudo é longitudinal, uma vez que, avalia os valores de luto complicado, sintomatologia depressiva e sintomatologia traumática em dois momentos distintos no tempo, e representa um ensaio clínico aleatoriamente controlado, com recurso a medidas repetidas, com procedimentos de robustez de intervenção e de controlo de enviesamentos (Nezu & Nezu, 2008).

As variáveis dependentes, ou seja, as que interessam ao investigador e que evoluem em função da variável independente, são o luto complicado, a sintomatologia depressiva e a sintomatologia traumática e, a variável independente, que será alvo de manipulação experimental para medir o efeito nas variáveis dependentes, é a

³ Eficácia – o grau em que os resultados obtidos correspondem aos objetivos pretendidos. É o sucesso na obtenção de um dado objetivo (Cordioli, 1998).

intervenção cognitiva narrativa. A possível presença de sintomatologia depressiva e sintomatologia traumática (c.f.1.1.3), além do luto complicado, é o motivo de se ter optado por inserir também essas variáveis dependentes no estudo, uma vez que, o foco inicial incidia apenas na inserção do LC.

Delinearam-se três momentos metodológicos sequenciais: (1) avaliação dos valores totais de luto complicado a um total de $n = 82$ viúvos bem como recolha de dados para o Questionário Sócio Demográfico. Quarenta destes, com os valores totais do ICG (≥ 25) mais elevados, foram recrutados e aleatoriamente alocados em GI ($n=20$) e GC ($n=20$); (2) Participantes ($N=40$) foram avaliados com o BDI e a IES R e ao GI foi requerido consentimento para a participação no programa de intervenção cognitivo narrativo; (3) Dois meses após a intervenção repetiu-se a avaliação com o ICG, o BDI e a IES R a ambos os grupos.

2.2.1 Manual do programa cognitivo narrativo no luto complicado

Para se alcançar o objetivo da investigação há que considerar a robustez do tratamento tendo por base um manual de intervenção, ou seja, uma intervenção manualizada (Nezu & Nezu, 2008; Jané-Llopis & Barry, 2010). O manual deve ser suficientemente descritivo e permitir que o investigador faça adaptações. Aqui a atenção foca-se no manual *Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve* (Gonçalves, 2002a). Houve a necessidade de abreviar o número de sessões, devido ao tempo disponível para a investigação, mantendo sempre o programa congruente com os pressupostos da TCN. Assim, o programa reduziu-se a 4 sessões, semanais, com duração de 60 *min*. A estruturação do manual abarca as características específicas do paciente, do psicólogo e do processo e a metodologia adoptada para cada sessão.

2.2.1.1. Características específicas do paciente

- (1) Idosos que tenham perdido o cônjuge e que, através da avaliação com o ICG, sejam diagnosticados como tendo LC;
- (2) O participante deverá ter boa motivação para a realização do tratamento;
- (3) Ter uma boa capacidade para focalizar-se e envolver-se nas tarefas terapêuticas.

2.2.1.2. Características do(a) psicólogo(a)

- (1) Psicóloga foi submetida à leitura atenta do manual, acima descrito, de modo a haver uma maior familiarização com o mesmo;
- (2) Psicóloga foi supervisionada no que respeita à organização do programa bem como quanto ao processo subsequente;
- (3) No final de cada uma das sessões, e para cada um dos pacientes, a psicóloga fez uma auto-avaliação no sentido de refletir sobre como estas decorreram;
- (4) Tendo em conta a especificidade da faixa etária, a psicóloga apresentou quer os objetivos como as técnicas de uma forma clara e simples;
- (5) O processo é exigente quanto à estrutura e à directividade. Contudo, a psicóloga teve de estabelecer empatia, aceitação positiva, neutralidade e genuidade.

2.2.1.3. Características específicas do processo

- (1) Processo organizado em quatro sessões, de cerca de uma hora cada, com uma frequência semanal;
- (2) Os objetivos e a metodologia utilizada para cada sessão foram operacionalizados;
- (3) No início de cada sessão houve uma sumarização do encontro anterior;
- (4) No final de cada sessão ocorreu uma sumarização da mesma e exploração das reações do paciente à sessão realizada.

2.2.1.4. Objetivos, método e indicações para cada sessão

Descrevem-se, de seguida, as fases que foram executadas com os pacientes do GI. De ressaltar que a fase de objetivação não foi realizada uma vez que traz consigo alguns riscos, nomeadamente, o fato da vivência sensorial poder fazer emergir lembranças muito fortes e difíceis de colmatar posteriormente. Na objetivação há um maior risco de evocação traumática (Rocha, 2004).

1ª Sessão: Recordação

Objetivos: que a pessoa evoque um episódio relacionado ao luto/perda e que fique claro o significado do falecido na vida do paciente.

Método: paciente descreve a importância do falecido e como foi o percurso de vida em comum. De seguida, solicita-se ao paciente que evoque memórias relativas a um dado

episódio relacionado com a perda. Exige-se uma organização estrutural das memórias episódicas de um modo coerente. No final da sessão realiza-se uma sumarização integradora do que foi narrado: reações do paciente ao exercício (e.g. dificuldades); comentários do investigador no que respeita à capacidade do paciente em evocar os acontecimentos do episódio escolhido; pede-se ao paciente que avalie a sessão (grau de importância).

Indicações:

“ Vou-lhe pedir que se acomode e relaxe. Cada pessoa tem diferentes modos de relaxar e vou-lhe pedir que encontre a forma mais apropriada de se sentir relaxado. Deixe cair tranquilamente as suas pálpebras até que os seus olhos se fechem ... respire profundamente duas vezes para libertar a tensão e observe como os seus olhos ficam cada vez mais pesados ... Respire normalmente desejando que o ar passe por entre os seus lábios ... inspire ... expire ... inspire ... expire ... deixe que agora todo o seu corpo relaxe profundamente ...as suas mãos... os seus braços... a sua cabeça... todo o seu corpo relaxe completamente.

Centre agora a sua atenção nas imagens e pensamentos que lhe vêm à cabeça e deixe que fluam livremente ... Vou-lhe pedir para usar o som da minha voz para recordar um episódio que considere ser o mais significativo, para si, da perda. Caso seja necessário, utilizar alguns encorajamentos, como por exemplo “ (...) Pode ser uma experiência/episódio que nunca quis esquecer, de que sempre se lembrará, que o marcou profundamente. Procure trazer esse episódio (o que está a recordar) para o momento presente e contá-lo como se o estivesse a viver aqui e agora/como se fosse real neste momento. Qual o contexto em que a ação decorre? (local onde a ação decorre) Qual a sequência? Quem está presente? O que é que essas pessoas estão a dizer ou a fazer? Consegue lembrar-se exatamente do que está a acontecer? O que está a fazer? E a dizer? Qual o impacto que a evocação do episódio tem em si? Como os diferentes elementos se relacionam entre si? “.

Para transitar entre o ambiente intenso da entrevista e a vida diária, obter comentários e opiniões adicionais: *"Tem alguns comentários a fazer em relação à experiência pela qual acabou de passar".*

2ª Sessão: Subjetivação emocional e cognitiva

Objetivos: pretende-se que os pacientes descrevam o episódio e estruturam a sua experiência com sentido de autoria, coerência e diversidade de conteúdos emocionais e cognitivos que na sessão anterior não foram valorizados.

Método: recapitula-se o que foi descrito na recordação e posteriormente solicita-se que o paciente narre sobre as emoções e cognições/pensamentos associadas ao acontecimento descrito na recordação. Inicialmente são ativadas emoções e numa segunda fase há a exploração da componente cognitiva. Realizam-se associações entre pensamentos e emoções.

Indicações:

“Vou-lhe pedir que use o som da minha voz para recordar o episódio da sessão anterior (da última vez que estivemos juntos). Esteve a falar do momento em que...”

Utiliza-se:

- a) Lista de pensamentos: *“Pense no episódio que escolheu como significativo da perda e procure identificar o primeiro pensamento que lhe aparece associado bem como imagens”*.

Descasca da cebola: tendo o paciente falado do pensamento, o investigador prossegue na exploração de outros pensamentos associados que lhe possam surgir: *“ que pensamento lhe surge associado a esse? ... e agora que pensamento surge associado a esse último?”, “Que emoções sente relativamente à situação que está a viver?”*.

- b) Simbolização: *“O que é que isso simboliza para si? (interferência na vida).*

- c) Externalização: *“Há algo no meio onde vive que alimente os seus medos/tristeza/desconforto com a situação? Como acha que se pode libertar dessas influências culturais? O que tem feito?”*.

“Quais foram as suas principais sensações, sentimentos e emoções na altura? (...) Onde é que localiza essas emoções? (...) Procure agora reviver essas emoções (...)”.

“Em que é que pensou? (...) O que disse para si próprio? (...) Qual foi o seu diálogo interno? (...) Que imagens ou fantasias surgiram na altura? (...)”.

Nota: é importante fazer frequentes reflexões da essência do que o paciente diz, tanto a nível emocional, como a nível de conteúdo.

No final, o exercício de subjetivação é discutido com o paciente explorando: reações ao exercício, comentários do investigador às dificuldades do paciente e acerca da importância do exercício. Culmina, então, com um breve resumo da sessão: sumarização integradora.

Para transitar entre o ambiente intenso da entrevista e a vida diária é útil obter comentários e opiniões adicionais: *"Tem alguns comentários a fazer em relação à experiência pela qual acabou de passar?"*.

3ª Sessão: Metaforização

Objetivos: paciente explore diferentes significados para o episódio que escolheu e opte por uma metáfora/título unificador. Podem dar-se exemplos de filmes e livros.

Método: sumarização integradora do percurso já efetuado. É importante utilizar algumas competências da entrevista como sendo as paráfrases (repetição da essência daquilo que o paciente disse), os silêncios (que têm diferentes leituras: passivo, regressivo, defensivo, pausa, reflexivo, oposição, empático, etc.), as reflexões de significado (e.g. *"Você sente-se muito triste com esta situação"*). A construção de metáforas condensadas e ricas em significado é um dos aspetos mais frequentemente relatados em estudos recentes sobre luto (Rocha, 2004; Gonçalves, 2002a, 2002b). Algumas técnicas são relatadas por Neimeyer (1999) que fomentam a condensação de significados para a terapêutica do luto. Exemplos são: o uso de imagens metafóricas (narrativa verdadeiramente pessoal); técnica do Epitáfio: metáforas ilustram o ente querido de um modo pessoal; técnica da poesia da perda: metáforas dirigem-se ao próprio sujeito da narrativa e ao modo como tem lidado com a perda, encorajando-se metáforas na perspectiva de outros sujeitos, como sendo, o marido, familiares, etc. (e.g. *"Se o seu marido conseguisse neste momento falar consigo o que acha que ele lhe diria?"*).

Indicações:

"Esteve a recordar uma situação de perda (resumo do percurso já efetuado). Pedia-lhe que tentasse encontrar uma metáfora, um conceito, que constitua uma espécie de título que simbolize os significados básicos da situação de perda que temos vindo a trabalhar/uma metáfora que represente a sua memória (permitir que o paciente encontre uma metáfora) ... Que outras metáforas poderia construir dessa experiência? (incentivar o paciente a encontrar uma diversidade de significados através de várias

metáforas) ... *Procure agora eleger uma metáfora que constitua a síntese das diversas metáforas produzidas. Se tivesse que escolher uma só metáfora, qual seria a seu ver a que melhor se adequa ao episódio que narrou?*” (animar o paciente na identificação de elementos comuns de significado através de uma metáfora de síntese). Num último momento, pede-se, assim, ao paciente um título ou tema unificador para todas as metáforas anteriormente expressas: *“Explique-me, em que medida o título encontrado é exemplificativo do seu funcionamento?”*.

Discussão do exercício de metaforização explorando: reações do paciente, comentários do terapeuta acerca das dificuldades do paciente e da importância do exercício para os objetivos da fase de metaforização. Faz-se, também, síntese do trabalho realizado nesta sessão: sumarização integradora.

Nota: muitas vezes a metaforização surge em outras fases do processo de uma forma natural sendo importante estar atento.

Para transitar entre o ambiente intenso da entrevista e a vida diária é importante obter comentários e opiniões adicionais: *“Tem alguns comentários a fazer em relação à experiência pela qual acabou de passar?”*.

4ª Sessão: Projeção

Objetivos: anseia-se que o paciente construa e experimente outras possibilidades organizativas do episódio.

Método: pede-se ao investigado que construa e reconstrua narrativas diversificadas criando um projeto futuro. As metáforas na projeção pretendem um funcionamento alternativo mais positivo (Gonçalves, 2002a, 2002b), ou seja, permitem encontrar uma alternativa à metáfora de raiz. Encontrada a metáfora alternativa esta é discutida quanto ao significado, quanto às diferenças a nível de emoções e pensamentos e em que medida representa um funcionamento mais adaptativo do paciente.

Indicações:

“Gostaria que se imaginasse na situação de perda que temos vindo a trabalhar. Procure identificar os pensamentos e, com base nisso, o que projeta para futuro/como acha que a sua vida fará sentido a partir deste momento? Que metáforas alternativas? Que título daria agora à sua vida? “.

Discussão do exercício de projeção: reações do paciente ao exercício; comentários do investigador acerca das dificuldades do paciente e da importância do exercício para os objetivos da fase de projeção.

Síntese do trabalho realizado e breve resumo da sessão: sumarização integradora.

Finalização do Processo: pede-se ao paciente que enumere alguns dos principais resultados que tenha identificado como produto deste trabalho. O nosso intuito é animar o paciente a relatar que momentos foram mais significativos de todo o processo.

Tal como nas outras sessões, para transitar entre o ambiente intenso da entrevista e a vida diária, tentámos obter do paciente comentários e opiniões adicionais: *"Tem alguns comentários a fazer em relação à experiência pela qual acabou de passar; Que vantagens viu nestas sessões? Quais os momentos que considera de maior importância/ mais significativos?"*.

2.2.2. Operacionalização da avaliação do programa de intervenção

2.2.2.1. Contexto de aplicação

O programa de intervenção foi aplicado em instituições asilares para idosos das zonas de Santo Tirso (CERLAR) e Vila Nova de Famalicão (Lar Jorge Reis e Lar São João de Deus). Em todas as instituições foi cedido um gabinete que permitiu que as sessões se realizassem com comodidade. Estas foram levadas a cabo sempre pelo mesmo terapeuta⁴, que fez breve formação em TCN, o que é benéfico para uma homogeneidade da intervenção.

2.2.2.2. Avaliação do programa de intervenção

Com base no objetivo de avaliar a eficácia da intervenção cognitiva narrativa na redução dos valores totais de luto complicado, sintomatologia depressiva e sintomatologia traumática são considerados como objetivos específicos de operacionalização: (1) não haver diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nos valores *baseline* do ICG, do BDI e da IES R; (2) o GI apresentar valores inferiores de sintomas de luto complicado, depressivos e traumáticos comparativamente

⁴ primeiro autor da investigação.

ao GC na segunda avaliação; (3) o GI apresentar uma maior evolução positiva entre os momentos T1 e T2, de decréscimo dos valores de LC, PDM e PTSD comparativamente ao GC; (4) que o programa tenha efeitos positivos ao nível do luto complicado, sintomatologia depressiva e sintomatologia traumática quanto ao tempo e quanto à interação (tempo x grupos).

A aceitação dos participantes do GI para com o programa é indagada pelos dados de taxa de mortalidade experimental da intervenção e pelos resultados do instrumento que avalia a aceitabilidade do paciente relativamente ao programa.

2.3. Amostra

2.3.1. Seleção da amostra

Tendo em conta o desenho da investigação recorreu-se à tarefa de elegibilidade dos viúvos. Foram selecionados os que preencheram os seguintes critérios de inclusão: idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, que voluntariamente colaborassem no preenchimento dos questionários e, que tivessem como referência uma situação de luto com significado pessoal, neste caso específico, a morte do cônjuge, no mínimo há 6 meses. Estes critérios pressupuseram o consentimento informado para a participação na investigação de acordo com os padrões éticos atuais. Indivíduos que não consentiram participar na investigação e/ou intervenção, com demência, acamados, com abuso ou dependência de substâncias, com problemas graves do foro psiquiátrico (e.g. sintomas psicóticos, depressão grave com risco de suicídio), dificuldades auditivas graves e viúvos que estivessem a receber, no presente, acompanhamento psicológico e/ou a tomar medicação com efeitos psicotrópicos foram excluídos.

Deste modo, foram elegíveis 82 viúvos aos quais foi aplicado o questionário de luto complicado, o ICG. Vinte e nove não apresentaram LC, e portanto foram excluídos, e 53 viúvos apresentaram LC (Ponto de corte ICG \geq que 25) (Prigerson et al., 1995; Frade et al., 2010) . Treze, dos 53 casos, foram excluídos, uma vez, que eram os que apresentavam os valores de LC mais baixos, os designados casos *borderline*. No final deste processo obtiveram-se os 40 participantes pretendidos (ver Figura1).

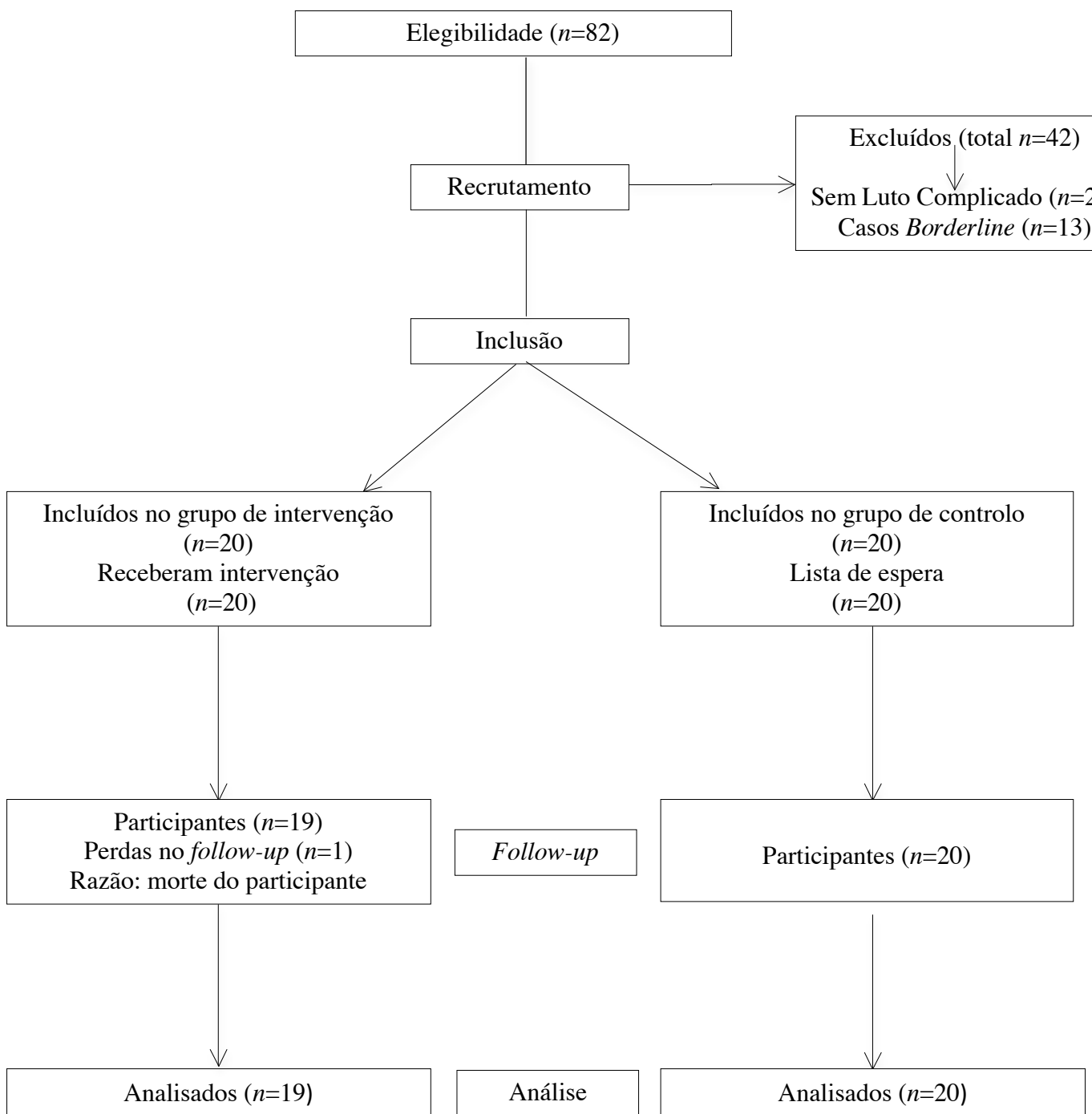


Figura 1. Fluxograma de participantes em cada fase da investigação

2.3.2. Caracterização da amostra e dos grupos

A amostra, após exclusão de casos com menores níveis de LC, tem 40 participantes ($N = 40$). Foi dificultada a obtenção de um número equilibrado ou uma aproximação da frequência de ambos os sexos, dado que há mais viúvas do que viúvos.

Assim, 87.5% dos participantes são do sexo feminino ($n = 35$) e 12.5% são homens ($n = 5$). A idade dos participantes varia entre os 65 e os 92 anos de idade ($M = 80.10$; $DP = 7.34$). O nível médio educacional é de 3 anos ($DP = 1.43$). Os idosos estão viúvos em média há 10.21 anos ($DP = 9.62$) e descrevem de 0 a 10 a importância média do falecido nas suas vidas de 9.53 ($DP = 1.38$). Dos 40 participantes, 27 referem ter tido outras perdas, além da perda do conjugue, o que equivale a 67.5 % do total da amostra. De 0 a 10 os viúvos em média referem que a dificuldade da perda do conjugue é de $M = 8.77$ ($DP = 1.64$). A maioria dos viúvos são residentes no lar ($n = 27$; 67.5%), os restantes $n = 13$ são frequentadores dos centros de dia (32.5%). A causa da morte do conjugue mais comum são as doenças do aparelho circulatório ($n = 25$; 62.5%) ao que se segue o cancro ($n = 6$; 15%), os acidentes e os envenenamentos ($n = 3$; 7.5%), doenças do aparelho digestivo ($n = 3$; 7.5%), doenças do aparelho respiratório ($n = 1$; 2.5%), doenças infecciosas e parasitárias ($n = 1$; 2.5%) e outras causas ($n = 1$; 2.5%). Quanto ao local do falecimento 17 faleceram no hospital (42.5%), 16 na sua casa (40%) e 7 no lar (17.5%). O tipo de morte predominante é a inesperada ($n = 27$; 67.5%), o que denota que esta era esperada em 13 dos casos (32.5%).

Estes 40 participantes foram incluídos em dois grupos, um grupo de intervenção e um grupo de controlo, cada um com 20 participantes (ver Figura 1). A formação dos dois grupos foi aleatória, portanto, o GI teve os mesmos procedimentos de amostragem que o GC.

A Tabela 1 descreve as características dos participantes dos dois grupos. Pode-se constatar que os participantes do GI e do GC assumem semelhanças quanto às características sócio demográficas, logo, são homogéneos. Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das características o que sugere que a randomização foi bem sucedida.

Tabela 1

Caraterísticas sócio demográficas do GI (n=20) e do GC (n=20) e valores de significância das diferenças entre grupos com teste t ou teste qui-quadrado

Características	Grupo Intervenção				Grupo Controlo				p
	n	%	M	DP	n	%	M	DP	
Sexo									.50
Mulher	17	85			18	90			
Homem	3	15			2	10			
Nível educacional			3.20	1.24			2.80	1.61	.38
Tempo de luto (anos)			8.06	7.25			12.35	11.98	.18
Importância do falecido			9.30	1.84			9.75	0.91	.33
Outras perdas	12	60			15	75			.50
Dificuldade da situação			9.0	1.28			8.53	2.00	.49
Situação no lar									.50
Residente	13	65			14	70			
Centro de dia	7	35			6	30			
Causa da Morte									.12
Local do falecimento									.80
Hospital	8	40			9	45			
Lar	3	15			4	20			
Casa	9	45			7	35			
Tipo de morte									.50
Esperada	8	40			5	25			
Inesperada	12	60			15	75			

Nota. Testes de significância de acordo com o tipo de variável, contínua ou categorial, respetivamente, teste t ou teste qui-quadrado.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

2.3.3. Análise das taxas de atrito na amostra

Os valores de taxas de mortalidade experimental ou de atrito para o **GI** tiveram em conta: (a) número de participantes iniciais ($n=20$), (b) número de participantes na intervenção ($n=20$), (c) número de participantes que completaram a intervenção ($n=20$) e (d) número de participantes que realizaram a última avaliação ($n=19$) (ver Figura 1).

Tendo em conta que toda a investigação se realizou em instituições, o problema do horário das sessões não se colocou, uma vez que, os participantes se encontravam no local e com marcação do dia já realizada. A redução de uma pessoa no GI deveu-se à sua própria morte. Deste modo, não houve qualquer desistência durante as 4 sessões do

programa de intervenção nem na avaliação subsequente (adesão = 95%; taxa de atrito = 5%). No que respeita ao GC, dos 20 participantes contactados inicialmente, nenhum dos casos foi perdido na avaliação final (ver Figura 1).

2.4. Instrumentos

As variáveis dependentes foram operacionalizadas através de três instrumentos de medida: o Inventário de Luto Complicado (ICG), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Impacto de Eventos Revista (IES R). Para se obterem alguns dados acerca dos participantes, num primeiro momento, administrou-se um breve Questionário Sócio Demográfico (QSD).

2.4.1 Questionário Sócio Demográfico

No presente estudo, foi aplicado um questionário de caracterização sócio demográfica, elaborado pelos investigadores e preenchido pela investigadora, que inclui alguns dados de identificação do viúvo (e.g. sexo, habilitações), história da sua relação com o conjugue (e.g. idade do falecido, há quanto tempo se relacionavam, importância do falecido na sua vida) e contextualização da perda na perspetiva do enlutado (e.g. causa da morte, história de lutos anteriores) (ver Anexo A). Os dados do QSD permitiram salvaguardar os critérios de elegibilidade, controlar a homogeneidade entre GI e GC e, especificamente para o GI, foram úteis para contextualizar a perda na primeira sessão da intervenção. As informações do QSD não foram utilizadas para a análise dos resultados.

2.4.2. Inventário de Luto Complicado

O *Inventory of Complicated Grief*, denominado em português de Inventário de Luto Complicado, traduzido e adaptado por Frade et al. (2010), é sugerido como um dos mais consolidados e utilizados instrumentos auxiliares da prática clínica em casos de luto complicado assim como em contexto de investigação (Frade et al., 2010) e que auxilia na discriminação entre Luto Complicado (ponto de corte de ICG total ≥ 25) e não complicado quando aplicado 6 meses ou mais após a morte do ente querido (Zuckoff et al., 2006). O ICG é composto por 19 itens, numa escala tipo *Likert* [0-4] (0=*nunca*; 1=*raramente*; 2= *às vezes*; 3=*muitas vezes*; 4=*sempre*) (Prigerson et al.,

1995). Este instrumento revela ter uma estrutura multidimensional (5 fatores). O primeiro fator sugere dificuldades traumáticas avaliadas pelo item 2 (sintomatologia traumática intrusiva), item 9, 10 e 12 (sintomas de evitamento), item 9 e 12 (desesperança para o futuro), item 11 (sentimentos de dor ou doença similar do falecido) e item 10 (solidão). O segundo fator refere-se a dificuldades de separação e inclui itens que avaliam preocupação intrusiva e angustiante (item 1 e 5), dificuldades de separação marcadas por sintomatologia intrusiva (item 4 e 5), de evitamento (item 1) e de angústia de separação (item 1, 4, 13 e 19), preocupação (item 1), solidão (item 13 e 19), choro, percepções tácteis, ilusões auditivas e procura da pessoa falecida (item 5). O terceiro fator corresponde à dimensão negação e revolta e é representado pelos itens 3, 7 e 8 (negação) e item 6 (revolta). O quarto fator é relativo à dimensão psicótica e abrange os item 14 (alucinações visuais) e item 15 (alucinações auditivas). O quinto fator indica dimensão depressiva representada pelos itens 16, 17 e 18 (Frade et al., 2010).

O ICG revela possuir boas características psicométricas ao nível da fidelidade (Alfa de *Cronbach* = 0.91) (Frade et al., 2010).

2.4.3. Inventário de Depressão de Beck

O *Beck Depression Inventory*, designado em português de Inventário de Depressão de Beck, é o instrumento mais utilizado na avaliação da sintomatologia depressiva, que foi traduzido e adaptado por Serra e Abreu (1973) e, permite diferenciar populações deprimidas e não deprimidas através de um total de 21 grupos de afirmações que refletem sintomas e atitudes que estão sob a forma de *Gutman*, ou seja, para cada item existem quatro frases e o sujeito terá que optar pela que melhor descreve o seu funcionamento na última semana, com a inclusão do dia de preenchimento. Para cada um dos itens permite-se obter resultados de 0 (ausência de sintoma) a 3 (grau mais severo do sintoma) que espelham a gravidade da sintomatologia depressiva. A soma de todos os 21 itens permite indagar sobre se existe um quadro depressivo leve, moderado ou grave. Admite-se o valor de ponto de corte maior que 12 (BDI total > 12) para indicar a presença de um quadro depressivo (Serra & Abreu, 1973), valor esse que consideramos neste estudo. Segundo Serra e Abreu (1973) o valor médio do BDI para a população normal é de 3.87 (com desvio padrão de 4.15) e o valor médio para a

população deprimida é de 25.03 (com desvio padrão de 8.17). O valor de Alfa de *Cronbach* da escala é de 0.89 (Serra & Abreu, 1973).

2.4.4. Escala de Impacto de Eventos Revista

O *Impact of Events Scale Revised*, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Castanheira, Vieira, Glória, Afonso e Rocha (2006), é intitulado em português de Escala de Impacto de Eventos Revista. Esta é provavelmente a escala de avaliação de reações traumáticas mais utilizada e traduzida em inúmeras línguas (Castanheira et al., 2006). É composta por 22 itens de tipo *Likert* [0-4] (0=*nunca*; 1=*um pouco*; 2=*moderadamente*; 3=*muitas vezes*; 4=*extremamente*) que permite às pessoas escolher a opção que no seu entender o descreve melhor. As sub-escalas da IES R estão em consonância com os critérios do DSM-IV-TR para Perturbação Pós Stress Traumático (Creamer, Bell & Failla, 2003). Os itens 1, 3, 6, 9, 12, 14, 16, 20 e 21 avaliam o constructo Pensamentos Intrusivos; a Hipervigilância é avaliada pelos itens 2, 4, 10, 15, 18 e 19 ; sintomas de Evitamento são indagados pelos itens 5, 8, 11, 17 e 22; os itens 7 e 13 denunciam a presença ou ausência de características de Embotamento Afetivo. No que concerne ao valor de ponto de corte vários estudos são unânimes em o afirmar como superior a 35 (IES R total > 35) para indicar a presença de sintomatologia traumática e até diagnosticar PTSD. A IES R apresenta um valor de consistência interna de Alfa de *Cronbach* = 0.94. As suas propriedades psicométricas são adequadas para a avaliação de sintomas psicológicos e de reações de stress a eventos traumáticos, bem como para a sinalização de casos para tratamento (Castanheira et al., 2006).

2.4.5 Instrumentos para avaliação da robustez e aceitabilidade com o programa

Além do ICG, do BDI e da IES R, que permitem averiguar a eficácia do programa de intervenção, para se avaliar a robustez do programa de intervenção utilizou-se uma folha de auto monitorização que permitiu verificar o cumprimento de todos os parâmetros definidos no programa (monitorização da adesão ao manual para o terapeuta), em cada sessão da intervenção e para cada um dos participantes (ver Anexo B) e, um breve questionário de avaliação da aceitabilidade do GI com a intervenção (monitorização da adesão ao manual em relação ao paciente) (ver Anexo C).

2.5. Procedimentos

Para a exequibilidade deste estudo foram necessárias várias etapas. Primeiro a equipa de investigação elaborou o protocolo de avaliação e intervenção e, de seguida, tendo em conta um consentimento preliminar por parte do ISCS N, a investigação iniciou-se através do contato com as instituições no sentido de obter uma autorização formal para a constituição da amostra (ver Anexo D). Após o consentimento junto das entidades foram consultados os dossiers de cada utente de modo a ir de encontro aos critérios de inclusão e exclusão. Os viúvos foram informados sobre os objetivos da investigação, de todo o processo descrito no consentimento informado e acerca das questões do questionário e das escalas. Além disso, foram dadas garantias de confidencialidade dos dados (ver Anexo E). Obtido o consentimento procedeu-se à administração do protocolo previamente elaborado: avaliação inicial com o QSD e o ICG; os questionários ICG foram analisados e foi constituído o grupo de participantes com LC, que aleatoriamente foi dividido em GI e GC; os grupos responderam às escalas BDI e IES R (c.f. Figura 1). Depois, cada participante do GI participou na intervenção baseada na terapia cognitiva narrativa. O GC não participou neste segundo momento ficando em lista de espera para a segunda avaliação. Assim, num terceiro momento administrou-se novamente o ICG, o BDI e a IES R aos dois grupos e o GI respondeu qualitativa e quantitativamente a algumas questões relativas à aceitabilidade com programa de intervenção. Terminada a recolha procedeu-se à construção da base estatística, anonimização dos dados⁵ e sua inserção no IBM SPSS *statistical* (versão 19) do *windows* dado ser a ferramenta mais ajustada ao tratamento deste tipo de dados.

⁵ Os nomes dos participantes foram substituídos por números de modo a proteger o anonimato e a confidencialidade.

III. Resultados

Este capítulo está organizado em cinco resultados principais. (1) Primeiro, cada variável dependente é analisada e comparada entre grupos no primeiro momento de avaliação (T1) e no segundo momento de avaliação (T2) através do teste *t*. (2) Segundo, as frequências e as prevalências de LC, PDM e PTSD são determinadas e comparadas entre grupos em ambos os momentos de avaliação e, são sinalizados os casos que apresentaram um decréscimo da sintomatologia (evolução positiva) ao longo do perfil longitudinal através do teste qui quadrado. (3) Em terceiro, calculou-se o tamanho do efeito, *effect size*, da intervenção com recurso à calculadora do *effect size* (Devilley, 2004). Utilizou-se o valor de *g* de *Hedges* uma vez que este é o mais apropriado para o tamanho da amostra que aqui se apresenta. O *effect size* é uma medida recomendada pela APA como crucial para uma boa investigação (APA, 2010; Andrade, 2010), que possibilita a uniformidade de resultados para futuras metanálises (APA, 2010). Se o valor for positivo indica melhores resultados no GI. Os valores são descritos do seguinte modo: .20 (pequeno efeito), .50 (efeito médio), .80 (efeito elevado) (Cohen, 1994; cit. por Rocha, 2004; Kato & Mann, 1999). (4) Quarto, considerando que a análise do *effect size* inclui apenas o efeito entre grupos, realizou-se, também, uma análise multivariada de medidas repetidas (GLM *repeated measures*) para LC, sintomatologia depressiva e sintomatologia traumática, no sentido de se proceder à análise da sua evolução ao longo do perfil longitudinal, verificando a influência do fator tempo e da interação (tempo x grupos) no programa de intervenção. (4) Por último, apresentam-se os valores descritivos de aceitabilidade dos pacientes para com o programa de intervenção.

3.1. Comparações entre grupo de intervenção e grupo de controlo no primeiro e segundo momentos

Existem duas condições essenciais que permitem concluir acerca da eficácia de uma intervenção: (1) em T1, não devem existir diferenças estatisticamente significativas e, (2) em T2, devem existir diferenças significativas entre os grupos (APA, 2002).

Assim, calcularam-se as pontuações médias do ICG, BDI e IES R em T1 e em T2 e compararam-se diferenças usando o teste *t* para grupos independentes.

Constata-se, na Tabela 2, que quanto à 1ª avaliação com o ICG não existem diferenças significativas entre grupos. Contudo, em T2, existem diferenças estatisticamente muito

significativas entre grupos para o LC ($p < .01$). O GI teve um valor médio inferior ($M = 25.32$; $DP = 6.46$) quando comparado com o GC ($M = 39.80$; $DP = 5.31$).

Em T1 com recurso ao BDI (ver Tabela 2) obtiveram-se diferenças não significativas entre os grupos, o que é esperado tendo em conta os procedimentos de randomização mas, em T2 existem diferenças muito significativas entre os grupos.

Tabela 2

Luto complicado (ICG), sintomatologia depressiva (BDI) e sintomatologia traumática (IES R): comparação entre GI e GC em T1 e T2

Variável dependente	Intervenção		Controlo		df	t	p
	M	SD	M	SD			
ICG T1	37.60	8.50	42.50	8.32	37.98	1.84	n.s
ICG T2	25.32	6.46	39.80	5.31	34.90	7.63	.00**
BDI T1	19.65	7.21	23.25	6.88	37.92	1.62	n.s
BDI T2	12.26	5.34	21.00	5.53	36.99	5.02	.00**
IES R T1	33.70	10.75	41.25	8.75	36.51	2.44	.02*
IES R T2	15.00	7.45	42.80	7.73	36.99	11.44	.00**

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Em T1 com a IES R verificam-se diferenças significativas entre os grupos. No entanto, em T2 observa-se uma diferença muito significativa na variável sintomatologia traumática, com um nível de significância de $p < .01$. O GI obteve uma média inferior ($M = 15$; $DP = 7.45$) quando comparado com o GC ($M=42.80$; $DP=7.73$).

Devido aos problemas nos valores de *baseline*, T1, este procedimento estatístico não é suficientemente claro para clarificar o efeito da intervenção na sintomatologia traumática e, então, esta questão será investigada mais à frente através da análise de medidas repetidas.

3.2. Comparação da frequência e prevalência de LC, PDM e PTSD nos grupos e a sua evolução positiva

De modo a calcular a frequência e a prevalência de LC, PDM e PTSD para cada um dos grupos e em cada um dos momentos de avaliação (T1 e T2) considerou-se para o ICG o ponto de corte ≥ 25 , para o BDI o ponto de corte > 12 e para a IES R o ponto de corte > 35 . Para a análise da evolução positiva do GI e do GC utilizou-se o teste qui-quadrado, efectuado pelo procedimento *crosstabs*, que permite quantificar o número de casos que evoluíram positivamente ao longo do perfil longitudinal em cada um dos grupos.

Pela observação da tabela 3, verifica-se que em T1, tanto no GI como no GC, todos os participantes apresentam LC. Este foi um dos critérios estabelecidos à priori (ver Figura 1). Constata-se que em T2, após a aplicação do programa de intervenção, ocorre uma diminuição da prevalência de LC no GI de 94.7% que corresponde à evolução positiva de 18 participantes. O GC em T2 teve uma redução da prevalência de LC de 80% que equivale à evolução positiva de 16 participantes. No GI cinco participantes mantêm-se com LC (26.3%) enquanto que no GC há um manter de LC em 19 (95%) participantes.

Tabela 3

Frequência e prevalência de LC, PDM e PTSD no grupo de intervenção e no grupo controlo em T1 e T2

	Intervenção		Controlo		$\chi^2(I)$
	n	%	n	%	
Com luto complicado T1	20	100	20	100	a
Com luto complicado T2	5	26.3	19	95	.00*
Evolução positiva	18	94.7	16	80	.17
Com depressão T1	17	85	18	90	.63
Com depressão T2	8	42.1	19	95	.00*
Evolução positiva	16	84.2	15	75	.48
Com trauma T1	8	40	14	70	.06
Com trauma T2	0	0	18	90	.00*
Evolução positiva	19	100	8	40	.00*

Nota. T1 = 1ª avaliação; T2 = 2ª avaliação

a. Valores estatísticos não foram computados uma vez que o luto complicado em T1 é uma constante

* Qui quadrado de Pearson para $\chi^2 < .05$.

Pela leitura da Tabela 3, constata-se que em T1 as prevalências de PDM no GI e no GC assumem valores similares. Em T2, o GI apresenta uma evolução positiva de 16 casos (84.2%) e o GC apresenta evolução positiva de 15 (75%). Há um manter de 19 casos com PDM (95%) no GC o que contrasta com o que ocorre no GI ($n=8$; 42.1%).

Na primeira avaliação, com recurso à IES R, o GI apresenta oito participantes com PTSD enquanto que o GC apresenta 14 participantes (ver Tabela 3). Assim, embora o LC seja, neste estudo, o principal problema clínico foco de atenção, constata-se a presença de PTSD em alguns dos participantes. Apesar destes números dispares entre o GI e o GC, em T1, verifica-se que o GI tem uma evolução positiva de 100% uma vez que passa a ter, em T2, zero participantes com PTSD. Por sua vez, o GC apresenta, em T2, 18 (90%) participantes com PTSD e ocorre uma evolução positiva de oito participantes (40%). Pelo cálculo do qui quadrado de *Pearson*, em T1, é claro que não existem diferenças significativas entre os grupos na frequência e prevalência de LC, PDM e PTSD e que em T2 existem diferenças significativas entre os grupos.

3.3. Effect Sizes

Tabela 4

Análise do tamanho do efeito do programa cognitivo narrativo na segunda avaliação

Variáveis	Hedges's <i>g</i>	95% IC	
		LI	LS
ICG	2.41	1.58	3.23
BDI	1.57	0.86	2.29
IES R	3.59	2.57	4.60

Nota. IC = Intervalo de confiança; LI = Limite inferior; LS = Limite Superior.
g de Hedges (DeVilly, 2004)

Pela observação da tabela 4 pode-se referir que o *effect size* (ES) para o ICG, BDI e IES R é consideravelmente elevado ($ES > .08$) para amostras pequenas. De todas as variáveis a IES R foi a que mostrou ter um valor de ES mais elevado ($g = 3.59$). Verifica-se um tamanho do efeito positivo, que se encontra entre o intervalo de confiança (95% IC para o ICG, 1.58-3.23; BDI, 0.86-2.29; IES R, 2.57-4.60), devido ao GI apresentar melhores resultados na segunda avaliação comparativamente com o GC.

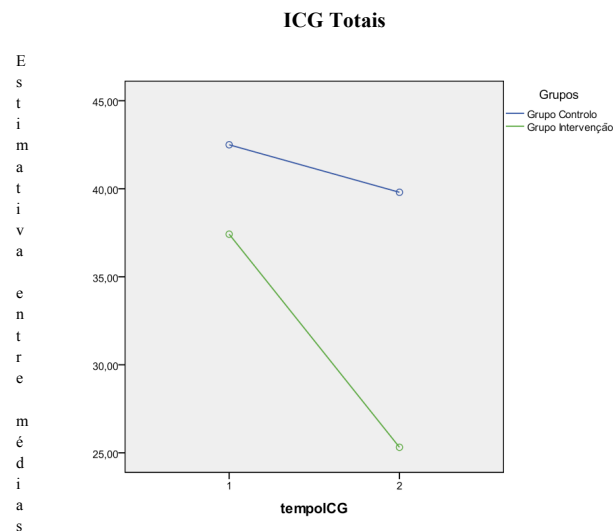
3. 4. Análise multivariada de medidas repetidas (efeito tempo e efeito interação)

Apresenta-se a evolução do GI e do GC graficamente de modo a ser mais representativa a diferença entre grupos de T1 para T2, quanto ao ICG, BDI e IES R. Além disso, na tabela 5, está representada a relação entre a variável tempo e interação (tempo x grupos).

Pelo *Mauchly's test of sphericity* verifica-se que o valor obtido é inferior a .05 logo existe confiança de que os dados do GLM não atendem a suposição de esfericidade (Bryman & Cramer, 2003).

Gráfico 1

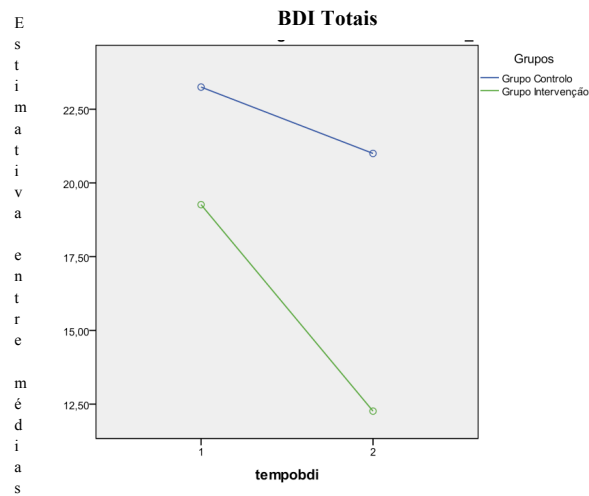
Análise comparativa das médias de luto complicado no GI e no GC nos momentos T1 e T2 ($p < .05$)



Pela observação do Gráfico 1 é visível que existe uma evolução positiva entre T1 e T2 no GI no que se refere à diminuição dos valores totais de luto complicado quando comparado com o GC. O GC apesar de sofrer um decréscimo, este não é tão acentuado como acontece com o GI.

Gráfico 2

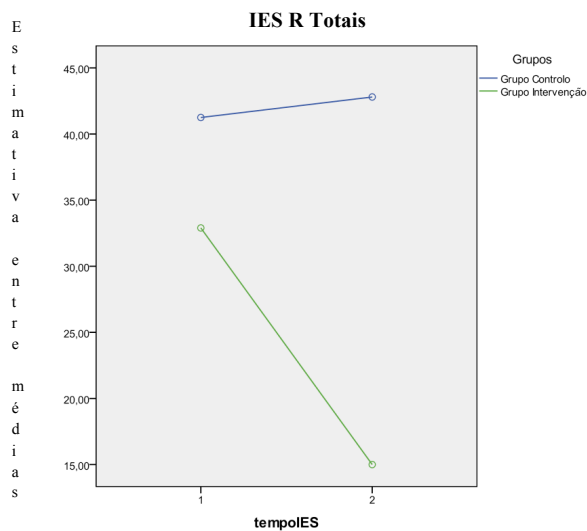
Análise comparativa das médias de sintomatologia depressiva no GI e GC nos momentos T1 e T2 ($p < .05$)



Analisando o Gráfico 2, constatamos que, também neste caso, existe uma evolução positiva mais acentuada, entre T1 e T2, no GI no que se refere à diminuição dos valores médios totais de sintomatologia depressiva quando comparado com o GC.

Gráfico 3

Análise comparativa das médias de sintomatologia traumática no GI e GC nos momentos T1 e T2 ($p < .05$)



Pela leitura do Gráfico 3 é evidente que para a IES R total ocorreu uma evolução positiva entre T1 e T2 no GI no que se refere à diminuição dos valores médios totais de

sintomatologia traumática quando comparado com o GC. No GC ocorreu até aumento dos valores médios totais da IES R em T2.

Tabela 5

GLM de medidas repetidas para o luto complicado (ICG), sintomatologia depressiva (BDI) e sintomatologia traumática (IES R)

	Tempo	df	F	p
Tempo ICG	Antes e depois da intervenção	1	35.89	.00**
Tempo x grupos ICG	Antes e depois da intervenção	1	14.48	.001**
Tempo BDI	Antes e depois da intervenção	1	17.71	.00**
Tempo x grupos BDI	Antes e depois da intervenção	1	4.67	.037*
Tempo IES R	Antes e depois da intervenção	1	31.69	.00**
Tempo x grupos IES R	Antes e depois da intervenção	1	44.86	.00**

* $p < .05$. ** $p < .01$

Examinando a tabela 5, pode-se referenciar que o programa de intervenção obteve um efeito muito positivo de eficácia quanto ao tempo, verificado pela obtenção de valores estatisticamente muito significativos ($p < .01$), para o ICG, o BDI e a IES R. Quanto à interação, obteve-se um efeito positivo para o BDI, valores estatisticamente significativos ($p < .05$) e, um efeito muito positivo para o ICG e a IES R, valores estatisticamente muito significativos ($p < .01$). Pela observação dos Gráficos 1, 2 e 3 é possível, também, verificar a interação existente. No caso de ausência de efeito da interação, entre o tempo e os grupos, graficamente esta seria representada por linhas que se mantêm mais ou menos paralelas uma em relação à outra (Bryman & Cramer, 2003), o que não se verifica neste caso. Uma vez que existe um efeito da interação este é designado de efeito principal (*main effect*).

3.5. Aceitabilidade do programa de intervenção cognitivo narrativo pelo grupo de intervenção

Os participantes do GI responderam a algumas questões acerca da sua aceitabilidade relativamente ao programa de intervenção. Apresentam-se agora, na Tabela 6, os resultados obtidos, numa escala de zero (nada importante) a dez (muito importante). Obtiveram-se respostas muito satisfatórias, com uma variação média (arredondada) de oito a dez, o que denota que o programa foi importante para os sujeitos do GI. Realça-se o fato dos participantes verem esta intervenção como uma

oportunidade para clarificar pensamentos e emoções. O GI sentiu que obteve mais suporte e que é importante procurar ajuda para a resolução de problemas e consequentemente conseguir viver uma vida melhor, mais adaptativa.

Tabela 6

Aceitabilidade do programa de intervenção pelos participantes (GI)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Importância da Intervenção	19	9.84	.50
Ajudar-me a decidir melhor	19	8.11	1.56
Clarificar pensamentos e emoções	19	7.74	1.56
Mais suporte	19	9.32	.82
Viver melhor a vida	19	7.79	1.47
Importância de procurar ajuda	19	9.16	.96

IV. Discussão

A intervenção psicológica com idosos implica ter em atenção alguns aspetos centrados no terapeuta, como os conhecimentos acerca desta fase da vida, a realização de um trabalho pessoal de desenvolvimento e pesquisa (APA, 2004) e, aspetos centrados no *setting*, como seja, uma maior flexibilidade na duração e frequência das sessões (Leal, 2008). Os idosos recebem com maior agrado as terapias breves e focalizadas na resolução dos problemas (APA, 2004). Os objetivos devem ser menos ousados e por vezes reformulados. Num idoso o acumular de experiências de vida passíveis de serem stressantes é maior, deste modo, é importante termos em conta que o seu potencial de melhoria fica mais limitado (Fernandes, 2006). Assim, o que se pretende no trabalho com a população idosa é a maior autonomia do indivíduo possível (APA, 2004; Rebelo, 2007). No caso de muitas das pessoas enlutadas, as suas experiências de luto são vividas em silêncio, seja por imposição social e familiar ou por desconhecimento das suas consequências nefastas a longo prazo, o que leva a que grande parte da população afetada não receba os cuidados de saúde apropriados (Parkes, 1998, 2006; Stroebe et al., 2005, 2006).

A investigação aqui exposta insere-se num projeto mais amplo que permitiu a realização de outras investigações na área do luto. Em particular neste estudo avaliou-se a eficácia de uma intervenção cognitiva narrativa, de 4 sessões, na redução dos valores totais de luto complicado, sintomatologia depressiva e sintomatologia traumática em viúvos idosos, examinando diferenças entre GI e GC. O objetivo foi atingido e, deste modo, refuta-se a hipótese H0 e confirma-se a H1 (c.f. 2.2.). Verifica-se eficácia da intervenção ao longo do perfil longitudinal, com a existência de um efeito tempo e uma interação significativa tempo x grupos (*main effect*). No segundo momento de avaliação, após a aplicação do programa de intervenção, verifica-se a existência de diferenças significativas entre os grupos para as variáveis dependentes ($p < .01$), com o GI a revelar uma média inferior no ICG, BDI e IES R quando comparado com o GC. Estes resultados reforçam a ideia de que muitas pessoas precisam de falar acerca dos seus acontecimentos de vida e que, narrar os episódios dando significado às emoções e pensamentos é por si só terapêutico (Gonçalves, 2002a, 2002b; Neimeyer, 2000, 2002; Pennebaker et al., 1988). Encorajar os pacientes a enfrentar e trabalhar a perda é importante para o tratamento do luto complicado (Boelen et al., 2007; Greenberg,

2002). A TCN é inovadora no sentido de que o recurso às metáforas ricas de significado, quer na fase da metaforização como na projeção, permite ao paciente refletir sobre a situação que para si é foco de preocupação e, a partir daí, desconstruir as metáforas portadoras de significado negativo e projetar para o futuro metáforas alternativas e mais adaptativas (Gonçalves, 2002b). Assim, os resultados obtidos são animadores. A eficácia desta intervenção, cognitiva narrativa, mostrou-se mais forte do que intervenções no luto realizadas anteriormente (Allumbaugh & Hoyt, 1999; Kato & Mann, 1999; Shear et al., 2005; Boelen et al., 2007; Wittouck et al., 2011; Neimeyer, 2000; Currier et al., 2008; Larson & Hoyt, 2007). Os valores obtidos de *effect size* para o ICG, o BDI e a IES R são muito elevados. Isto reforça a ideia, já citada anteriormente, de que intervenções que visam o tratamento (prevenção terciária) são as que se mostram mais efetivas (Boelen et al., 2007; Currier et al., 2008; Houwen et al., 2010; Stroebe et al., 2005, 2007; Rosner et al., 2010; Wittouck et al., 2011).

Ao longo da dissertação já se referiu que o foco principal foi o luto complicado. Mas, com base no que a literatura refere acerca da comorbilidade entre LC, depressão e trauma (Kristjanson et al., 2006; Piper et al., 2001; Kersting et al., 2009; Shear et al., 2001; Simon et al., 2007; Silva, 2010) optou-se por inserir estas variáveis. Verificou-se presença de PDM e PTSD em alguns viúvos em T1 o que reforça a ideia de que além do LC os viúvos podem cumprir critérios para sintomatologia depressiva e traumática e que, noutros casos apenas se verifica presença de LC.

Esta intervenção apresentou uma elevada aceitabilidade pelos participantes e, deste modo, podemos refletir que isto pode estar associado a uma hipotética baixa expectativa de suporte social nesta população. Com esta intervenção, os viúvos sentiram um maior suporte no seu processo de luto (c.f. 3.5.). Isto também poderá estar relacionado com a elevada frequência de mulheres, estas costumam ter uma percepção mais comum de que a ajuda é útil, o que se traduz numa maior adesão (Stroebe et al., 2007).

Este estudo fortalece a importância das intervenções breves, que aliam um menor número de sessões (Kang & Yoo, 2007; Jané-Llopis & Barry, 2010) a menores custos que se traduzirão numa maior aderência aos programas de intervenção (Munõz, 2001; Kato & Mann, 1999) e, sensibilizou a população que a amostra representa, bem como os responsáveis dos lares, acerca da importância de trabalhar o luto, alertando

para a relevância da modificação de emoções e pensamentos saturados patologicamente, dos benefícios de procurar ajuda e que o luto seja mais valorizado como algo passível de tratar e que, em alguns casos, não passa simplesmente com a “cura do tempo”. Os sintomas característicos do luto complicado não se resolvem espontaneamente daí a necessidade de intervir (Prigerson et al., 1995; Wittouck et al., 2011).

Existem algumas advertências a colocar face ao exercício de interpretação destes resultados. Primeiro, o luto complicado, no momento, ainda não é reconhecido como uma entidade de diagnóstico (DSM) (Piper et al., 2001; Wiltouck et al., 2011; Horowitz et al., 1997; Jacobs et al., 2000; Jacobs & Prigerson, 2000; Newson et al., 2011; Hensley, 2006; Gana & K’Delant, 2011), o que levanta algumas reservas sobre o estar a tratar uma “patologia” que ainda não o é inteiramente considerada. Segundo, as respostas aos questionários, sobretudo as respostas pelo GI às questões acerca da aceitabilidade do programa de intervenção, podem estar contaminadas pela desejabilidade social, uma vez que, foram dadas oralmente e preenchidas pelo investigador que foi também o terapeuta do programa de intervenção (Jané-Llopis & Barry, 2010). Os viúvos podem veicular uma imagem da viuvez que consideram ser a mais socialmente correta. Terceiro, a amostra deste estudo não é representativa da população, porque a sua dimensão é relativamente reduzida. Também a predominância de participantes do sexo feminino, limita a generalização dos resultados para os homens, assim, é necessário replicar o estudo em diferentes contextos para que haja generalização dos resultados (APA, 2002; Boelen et al., 2007; Jané-Llopis & Barry, 2010) usando nomeadamente um mais elevado número de participantes do sexo masculino. Os estudos de tratamento devem ser replicados usando amostras maiores (Boelen et al., 2007; Bennett et al., 2011) bem como seguimento a longo prazo (Kang & Yoo, 2007; Houwen et al., 2010; Jané-Llopis & Barry, 2010). Pretendemos realizar novo *follow-up*, utilizar estes dados como critério externo, seis meses após a intervenção, recorrendo à aplicação do ICG, do BDI e da IES R. Este é um modo possível de calcular a sensibilidade e a especificidade da intervenção tendo em consideração os sintomas que não mudam com o passar do tempo, ou seja determinar se os ganhos obtidos com a intervenção são duráveis (Zuckoff et al., 2006; Houwen et al., 2010).

Esperamos que esta investigação sirva como estímulo para iniciar mais estudos ativos de intervenção na área do luto complicado. Como direções futuras de investigação nesta área propomos, através da utilização de um desenho metodológico como o que aqui se apresenta, a comparação da eficácia de diferentes abordagens terapêuticas, por exemplo, da terapia cognitivo comportamental (TCC) e da TCN. Isto porque referem que há evidências crescentes de que o tratamento de escolha preferencial para o LC é a TCC (Boelen et al., 2006; Boelen et al., 2007; Maccallum & Bryant, 2011; Bennett et al., 2011). A terapia mais eficaz permitir-nos-á explorar e refletir sobre o que a torna tão especial. Além disso, é importante usar mais do que um terapeuta treinado e proceder à randomização dos participantes pelos terapeutas de modo a permitir uma análise sobre o possível efeito do terapeuta sobre o resultado. Investigação adicional é, assim, necessária para confirmar a utilidade desta intervenção. Uma outra indicação para futuras investigações tem em conta que apesar do GC não participar na intervenção, ficando em lista de espera, idealmente deveria ser-lhe oferecida a oportunidade de usufruir de uma intervenção, tal como o GI, imediatamente após o responder ao último conjunto de questionários (depois de T2), de modo a garantir o bem estar dos participantes. Isto porque, no GC ocorreu, em T2, um aumento dos valores médios totais da IES R. Podemos refletir neste resultado dizendo que quanto à sintomatologia traumática é prejudicial realizar avaliação sem intervenção. Isto vai de encontro à ideia, já referida, de que se deve ser cuidadoso com as memórias sensoriais devido ao risco do emergir da sintomatologia traumática (Rocha, 2004). Neste estudo utilizaram-se como instrumentos de medida as escalas, no futuro sugerimos que estas sejam suplementadas por uma avaliação clínica mais pormenorizada de modo a haver um maior rigor na identificação da sintomatologia.

Esta investigação, de reduzido número de sessões e de elevada eficácia, abre caminho para que no futuro outras investigações sigam o mesmo protocolo, por exemplo, em outras áreas de intervenção.

A experiência da intervenção foi transformadora para investigador e “investigado”. Esse, em essência, é o privilégio que se quer da terapia e uma das coisas que a tornam uma experiência que vale a pena, tanto para paciente como terapeuta.

Concluimos *narrando* que o interesse particular pelo luto como tema de pesquisa psicológica surge na medida em que inúmeras perdas ocorrem na nossa vida e algumas

não são susceptíveis de evitar. O luto por morte é apenas um dos muitos eventos que enfrentamos de tempos em tempos na vida e que é, talvez, uma das experiências mais graves e dolorosas, o que faz do “Luto” um tema apropriado para a pesquisa clínica. É um objeto de estudo *apaixonante*.

A melhor música como o melhor teatro é a mais triste e, a sua grandeza assenta na emergência de expor a discórdia, a perda e a dor. O sublime na música como na vida espelha a procura humana por significado (Parkes, 2006).

Referências

- Allumbaugh, D., & Hoyt, W. (1999). Effectiveness of grief therapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 370-380.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist, 59*, 1052-1059.
- American Psychological Association. (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist, 59*(4), 236-260.
- American Psychological Association. (2010). *Manual of the american psychological association* (6rd ed.). Washington: DC.
- Andrade, A. (2010). *Avaliação empírica de um programa cognitivo narrativo no luto*. Tese de mestrado não publicada. Paredes: Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte.
- Bennett, S., Ehrenreich-May, J., Litz, B., & Barlow, D. (2011). Development and preliminary evaluation of a cognitive behavioral intervention for perinatal grief. *Cognitive and Behavioral Practice, XX*, XXX-XXX.
- Boelen, P. (2009). The centrality of a loss and its role in emotional problems among bereaved people. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 616-622.
- Boelen, P., Keijsers, J., Hout, M., & Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2), 277 – 288.
- Boelen, P., & van den Bout, J. (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research, 157*, 311-314.

- Boelen P., van den Bout J., & de Keijser J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. *American Journal of Psychiatry*, *160*(7), 1339-41.
- Boelen, P., van den 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., van den Hout, M., & van den Bout, J. (2006). A cognitive behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology Science Practice*, *13*(2), 109-128.
- Bonanno, G. (2001). Introduction. New directions in bereavement research and theory. *American Behavioral Scientist*, *44*(5), 718-725.
- Bonanno, G., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, *21*(5), 705-734.
- Bonanno, G., & Keltner, D. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, *125*(6), 760-776.
- Bonanno, G., Keltner, D., Holen, A., & Horowitz, M. (1995). When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: verbal-autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *J Pers Soc Psychol*, *69*(5), 975-989.
- Bonanno, G., Lilienfeld, S. (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., Wortman, C., Lehman, D., Tweed, R., 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., Wortman, C., & Nesse, R. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology & Aging*, 19, 260-271.
- Brabant, S., Forsyth, C., & Melancon, C. (1992). Grieving men: thoughts, feelings e behaviour following the death of wives. *Hospital Journal*, 8(4), 33-47.
- Bryman, A., Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS para windows*. Oeiras: Celta Editora.
- Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., & Rocha, J.C. (2006). *Impact of event scale-revised (IES-R): portuguese validation, European Congress of Traumatic Stress*, Opatija, Croacia, 5-9 June.
- Cordioli, A. (1998). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.
- 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: a comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134 (5), 648-661.

- De Groot, M., de Keijser, J., Neeleman, J., Kerkhof, A., Nolen, W., & Burger, H. (2007). Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*, *334*, 994-996A.
- Deville, G. (2004). *The effect size generator for windows: version 2.3 (computer programme)*. Center for neuropsychology, Swinburne University, Australia.
- Dimaggio, G., & Semerari, A. (2001). Psychopathological narrative forms. *Journal of Constructivist Psychology*, *14*, 1-23.
- Dyregrow, K., Nordanger, D., & Dyregrow, A. (2003). Predictors of psychosocial stress after suicide. *Death Studies*, *27*, 143-165.
- Fernandes, L. (2006). Psicoterapias no Idoso (Eds.), *Psicogeriatría (pp. 133-154)*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Ferreira-Alves, J., & Gonçalves, O. (1999). *Manual de Avaliação da coerência narrativa*. Braga: Universidade do Minho.
- Frade, B., Sousa, H., Pacheco, D., & Rocha, J. (2010). *Validação e adaptação para a língua portuguesa do inventário de luto complicado*. Tese de Mestrado não publicada, Paredes: CESP.U.
- Gana, K., & K'Delant, P. (2011). The effects of temperamental, character and defensive mechanisms on grief severity among the elderly. *Journal of Affective Disorders*, *128*, 128-134.
- Golden, A., & Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement related posttraumatic stress? *Psychiatry Research*, *178*, 336-341.

- Gonçalves, O. (1994). Cognitive narrative psychotherapy: the hermeneutic construction of alternative meaning. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 105-126.
- Gonçalves, O. (2002a). *Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve*. Bilbao: Editorial Desclée.
- Gonçalves, O. (2002b). *Viver narrativamente: a psicoterapia como adjetivação da experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Goodkin, K., Blaney, N., Feaster, D., Baldewicz, T., Burkhalter, J., & Leeds, B. (1999). A randomized controlled clinical trial of a bereavement support group intervention in human immunodeficiency virus type 1-seropositive and -seronegative homosexual men. *Archives of General Psychiatry*, 56, 52-59.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Harvey, S., Snowdon, C., & Elbourne, D. (2008). Effectiveness of bereavement interventions in neonatal intensive care: a review of the evidence. *Seminars in fetal & Neonatal Medicine*, 13, 341-356.
- Hensley, P. (2006). Treatment of bereavement related depression and traumatic grief. *Journal of Affective Disorders*, 92, 117-124.
- Horowitz, M. (1986). Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital & Community Psychiatry*, 37(3), 241-249.
- Horowitz, M. (2006). Meditating on complicated grief disorder as a diagnosis. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 52, 87-89.

- Horowitz, M., Bonanno, G., Holen, A. (1993). Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Horowitz, M., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G., Milbrath, C., et al. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904–910.
- Houwen, K., Schut, H., Bout, J., Stroebe, M., & Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 359-367.
- Jacobs, S., Hansen, F., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L., & Kim, K. (1990). Anxiety disorders during acute bereavement: risk and risk factors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 269-74.
- Jacobs, S., Mazure, C., & Prigerson, H. (2000). The diagnosis of traumatic grief: the development of a new nosological entity. *Death Studies*, 24, 185-199.
- Jacobs, S., Mazure, C., & Prigerson, H. (2000). The diagnosis of traumatic grief: the development of a new nosological entity. *Death Studies*. 24, 185-99.
- Jacobs, S., & Prigerson, H. (2000). Psychotherapy of traumatic grief: a review of evidence for psychotherapeutic treatments. *Death Studies*, 24(6), 479-495.
- Jané-Llopis, E., & Barry, M. (2010). What makes mental health promotion effective? A framework for intervention: settings for mental health promotion. *Promotion & Education*, 12, 47-54.
- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R., & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 183, 384-397.

- Jordan, J., & Neimeyer, R. (2003). Does grief counseling work? *Death Studies*, 27, 765-786.
- Kang, H., & Yoo, Y. (2007). Effects of a bereavement intervention program in middle-aged widows in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(3), 132-140.
- Kato, P., & Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 19(3), 275-296.
- Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baume, B., Arolt, V., et al. (2009). Complicated grief in patients with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 118, 201-204.
- Kovac, S., & Range, L. (2000). Writing projects: lessening undergraduates' unique suicidal bereavement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 50-60.
- Kristjanson, L., Lobb, E., Aoun, S., & Monterosso, L. (2006). *A systematic review of the literature on complicated grief*. Commonwealth Department of Health & Ageing, Canberra.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1980). *Metaphors we live by*. London: University of Chicago Press.
- 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, 347-355.
- Leal, I. (2008). *A Entrevista psicológica: técnica, teoria e clínica*. Lisboa: Fim de Século.

- Lichtenthal, W., Cruess, D., & Prigerson, H. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM V. *Clinical Psychology Review, 24*, 637-662.
- Maccallum, F., & Bryant, R. (2011). Autobiographical memory following cognitive behavior therapy for complicated grief. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*, 26-31.
- Marcia, E. (2002). Identity and psychologist development in adulthood. *International Journal of Theory and Research, 2*(1), 7-28.
- Martikainen, P., & Valkonen, T. (1996). Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet, 348*, 909-912.
- Mattiesen, 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.
- Melhem, N., Day, N., Shear, K., Day, R., Reynolds, C., & Brent, D. (2004). Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1411-1416.
- Munõz, R. (2001). How shall we ensure that the prevention of onset of mental disorders becomes a national priority? *Prevention and Treatment, 4*, Sp.
- Munõz, R., 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., Johnson, C., Cain, K., Das Gupta, A., Dimond, M., & Lohan, J. (1998). Broad-spectrum group treatment for parents bereaved by the violent deaths of their 12- to 28-year-old children: a randomized controlled trial. *Death Studies*, 22, 209-235.
- Murray, J. (2001). Loss as a universal concept: A review of the literature to identify common aspects of loss in diverse situations. *Journal of Loss and Trauma*, 6, 219-241.
- Neimeyer, R. (1999). Narrative strategies in grief therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 12(1), 65-85.
- Neimeyer, R. (2000). Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 26(6), 541-558.
- Neimeyer, R. (2002). Traumatic loss and the reconstruction of meaning. *Journal of Palliative Medicine*, 5, 935-942.
- Neimeyer, R. (2006). Narrating the dialogical self: toward an expanded toolbox for the counselling psychologist. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(1), 105-120.
- Newson, R., Boelen, P., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132, 231-238.
- Nezu, A., & Nezu, C. (2008). *Evidence-based outcome research: a practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions*. New York: Oxford University Press.

- O'Connor, M., Nikoletti, S., Kristjanson, L., Loh, R., & Willcock, B. (2003). Writing therapy for the bereaved: evaluation of an intervention. *Journal of Palliative Medicine*, 6, 195-204.
- Ogrodniczuk, J., Piper, W., Joyce, A., Weideman, R., McCallum, M., et al. (2003). Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(2), 87-93.
- Pacheco, D. (2010). *Modelo predictor do luto complicado 6 meses após a perda de um familiar*. Tese de mestrado não publicada, Gandra: ISCS-N – CESPU.
- Parkes, C. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta* (3ª.ed.). São Paulo: Summus editorial.
- Parkes, C. (2002). Grief: lessons from the past, visions for the future. *Death Studies*, 26, 367-385.
- Parkes, C. (2006). *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações* (1ª.ed.). São Paulo: Summus editorial.
- Pasternak, R., Reynolds, C., Frank, E., Miller, M., Houck, P., Schlernitzauer, M., et al. (1993). The temporal course of depressive symptoms and grief intensity in later life spousal bereavement. *Depression*, 1, 45-49.
- Pennebaker, J. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 165-169.
- Pennebaker, R., Kiecolt – Glaser, J., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 239-245.

- Piper, W., McCallum, M., Joyce, A., Rosie, J., & Ogrodniczuk, J. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy, 51*, 525-552.
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Hassan, D., Azim, F., & Weideman, R. (2001). Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatric Service, 52*, 1069-1074.
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Joyce, A., Weideman, R., & Rosie, J. (2007). Group composition and group therapy for complicated grief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 116-125.
- Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S., Reynolds, C., Anderson, B., Zubenko, G., et al. (1995). Complicated grief and bereavement related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry, 152*, 22-30.
- Prigerson, H., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C., Aslan, M., Goodkin, K., et al. (2009). Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *Journal Pmed, 6*(8), 1-12.
- Prigerson, H., & Jacobs S. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria and a preliminary empirical test. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 613-647). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prigerson, H., Jacobs, S., Rosenheck, R., & Maciejewski, P. (1999). Criteria for traumatic grief and PTSD: Reply. *British Journal of Psychiatry, 174*, 560–561.

- Prigerson, H., & Maciejewski, P. (2006). A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *Omega: Journal of Death & Dying*, 52(1), 9.
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds, C., Newsom, J., Fasiczka, A., Frank, E., et al. (1995). Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(2), 65-79.
- Prigerson, H., Shear, K., Newsom, J., Frank, E., Reynolds, C., et al. (1996). Anxiety among widowed elders: is it distinct from depression and grief? *Anxiety*, 2, 1-12.
- Range, L. M., Kovac, S. H., & Marion, M. S. (2000). Does writing about the bereavement lessen grief following sudden, unintentional death? *Death Studies*, 24, 115-134.
- Rebello, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4, (25), 543-557.
- Reynolds, C., Miller, M., Pasternak E., Frank, E., Perel, J., Cornes, C., et al. (1999). Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 152, 202–208.
- Rocha, J. (2004). *Factores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez*. Tese de Doutorado não publicada, Porto: ICBAS.
- Rogers, C., Floyd, F., Seltzer, M., Greenberg, J., & Hong, J. (2008). Long-term effects of the death of a child on parents' adjustment in midlife. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 203-211.
- Rosner, R., Kruse, J., & Hagl, M. (2010). A meta-analysis of intervention for bereaved children and adolescents. *Death Studies*, 39, 99-136.

- Sanders, C. (1993). Risk factors in bereavement outcome. In M. Stroebe, W. Stroebe, & R. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 255-267). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sanders, C. (1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sandler, I., Tein, Y., Ayers, T., Wolchik, S., Kennedy, C., & Millsap, R. (2010). Long-Term effects of the family bereavement program on multiple indicators of grief in parentally bereavement children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 131-143.
- Scharzer, R., Leppin, A. (1989). Social support: a meta analysis. *Psychology and Health, 3*, 1-15.
- Schut, H., de Keijser, J., van den Bout, J., & Dijkhuis (1991). Posttraumatic stress symptoms in the first year of conjugal bereavement. *Anxiety Research, 4*, 225-234.
- Serra, A., Abreu, P. (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.
- Shakespeare, W. (2004). Romeu e Julieta, Hamlet e Macbeth. *Os Grandes Génios da Literatura Universal*. Mediasat group: Barcelona.
- Shear, M., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds, C., et al. (2001) Traumatic grief treatment: a pilot study. *American Journal of Psychiatry, 158*(9): 1506-1508.

- Shear K., Frank, E., Houck, P., & Reynolds, C. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 293*, 2602-2608.
- Sikkema, K., Hansen, N., Ghebremichael, M., Kochman, A., Tarakeshwar, N., Meade, C., et al. (2006). A randomized controlled trial of a coping group intervention for adults with HIV who are AIDS bereaved: Longitudinal effects on grief. *Health Psychology, 25*, 563-570.
- Silva, M. (2004). *Processos de luto e educação*. Tese de Mestrado não publicada, Braga: Universidade do Minho.
- Silva, T. (2010). *Luto complicado e regulação emocional em doentes psiquiátricos*. Tese de Mestrado não publicada, Paredes: Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte.
- Silverman, G., Jacobs, S., Kasl, S., Shear, M., Maciejewski, P., et al. (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological Medicine, 30*, 857-862.
- Silverman, G., Johnson, J., & Prigerson, H. (2001). Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 38*(3-4), 202-215.
- Simon, N., Shear, K., Thompson, E., Zalta, A., Perlman, C., et al. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry, 48*(5): 395-399.
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine, 63*, 2440-2451.

- Stroebe, M., & Hansson, R. (2001). *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: a methodological and empirical review. In M. Stroebe, W. Stroebe, R. Hansson, H. Schut (eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care* (pp. 349-371). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M., Schut, H., & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry, 38*, 185-201.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2000). Trauma and grief: a comparative analysis. In J. H. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (p. 81-96). Philadelphia: Brunnel/Mazel.
- Stroebe, W., Schut, H., Stroebe, M. (2005). Grief work, disclosure and counseling: do they help the bereaved? *Clinical Psychology Review, 25*, 395-414.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet Journal, 370*, 1960–1973.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: an empirical and theoretical review. *Review of General Psychology, 5*, 62-83.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. (1992). Bereavement and health: processes of adjusting to the loss of partner. In L. Montada, S. Fillipp & M. Lerner (Eds.), *Life Crises and experiences of loss in adulthood*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Tomita, T., Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: a reconsideration. *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 95-102.
- Wagner, B. (2006). *Internet based cognitive behavioral therapy for complicated grief*. Unpublished doctoral dissertation. Zurich: University of Zurich.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429-453.
- Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., Van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: a meta analysis. *Clinical Psychological Review*, 31, 69-78.
- Zisook, S., Shuchter, S., Sledge, P., Paulus, M., & Judd, L. (1994). The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 29-36.
- Zuckoff, A., Shear, K., Frank, E., Daley, D., Seligman, K., & Silowash, R. (2006). Treating complicated grief and substance use disorders: a pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 205-211.

Anexos

(Proposta de Artigo; Abstract da Comunicação)

Cover letter

Title: The Effectiveness of a Cognitive Narrative Intervention for Complicated Grief in Widowhood

Extension of article: twenty nine pages, five tables and one figure.

Authors: Virgínia Barbosa and José Carlos Rocha, UnIPSa, Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte, CESPU, Gandra, Portugal.

This work was presented (oral communication) in the 12th European Conference on Traumatic Stress, on 3 June of 2011, at 12 o'clock, in University of Vienna, Austria.

This manuscript is original, not previously published, and not under concurrent consideration elsewhere.

Correspondence concerning this article should be addressed to Virgínia Barbosa, UnIPSa, Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte, CESPU, Rua Central de Gandra, 1317. 4585-116 Gandra PRD, Portugal. E-mail: vn.silva@live.com.pt. Telephone number: +351939884979

Running Head: THE EFFECTIVENESS OF A COGNITIVE NARRATIVE
INTERVENTION FOR COMPLICATED GRIEF

The Effectiveness of a Cognitive Narrative Intervention for Complicated Grief in
Widowhood

Submission date:

Abstract

The implementation of bereavement interventions is frequently requested, and its effectiveness has been controversial. The aim of this study is to evaluate the effectiveness of a cognitive narrative intervention for complicated grief (CG) for controlling post-traumatic and depressive issues. The study is a randomised controlled trial and uses the Socio Demographic Questionnaire (SDQ), the Inventory of Complicated Grief (ICG), the Beck Depression Inventory (BDI) and the Impact of Events Scale - Revised (IES-R). There were three phases in the study: (1) The SDQ and CG evaluations were applied to bereaved elders ($n=82$). The bereaved elders with the 40 highest ICG values (≥ 25) were randomly allocated into two groups: the intervention group ($n=20$) and control group ($n=20$); (2) Participants were evaluated using the BDI and IES-R and the IG gave informed consent to participate in an intervention with four weekly 60 *min* sessions addressing recall, emotional and cognitive subjectivation, metaphorisation and projection. (3) Two months later, the ICG, BDI and IES-R assessments were repeated. Outcome measures showed a statistically significant reduction of CG, depressive and traumatic symptoms compared to the controls. Very high effect sizes for the ICG, BDI and IES-R reflect the effectiveness of the intervention along the longitudinal profile. These results reinforce the importance of brief interventions that combine a reduced number of sessions with lower costs, which is reflected in an increased adherence to the program along with high effectiveness.

Keywords: randomised trial, cognitive narrative intervention, widowhood, complicated grief.

The Effectiveness of a Cognitive Narrative Intervention for Complicated Grief in Widowhood

Grief is a well-marked event with powerful meaning in individual lives (Bonanno, 2001; Boelen, Keijser, Hout & Bout, 2007; Wagner, 2006). We discuss healthy grief or uncomplicated grief when the loss turns out to be accepted and the ability to function in everyday life is regained (Stroebe et al., 2007; Boelen & van den Bout, 2008).

However, when this process is not experienced in a normative way, the process is referred to as complicated grief (CG). CG is more prolonged and severe than expected (Bonanno et al., 2007; Stroebe et al., 2007; Newson, et al., 2011), affects the individual's functional capacity (Tomita & Kitamura, 2002; Wittouck et al., 2011), and prevents their return to the level of functioning prior to the loss (Prigerson et al., 1995; Newson et al., 2011). Spousal bereavement is the type of loss that most often results in psychological and psychiatric referral and leadings to severe and prolonged feelings of grief and loneliness (Parkes, 1998, 2006; Prigerson et al., 1995). Newson and colleagues (2011) reported that in a sample of elderly patients, 4.8% had CG. The loss of a spouse presents a 2.42-fold increased risk of experiencing CG (95% CI 1.38 to 4.21). However, CG is not yet included in the DSM-4 (Prigerson, Jacobs, Rosenheck & Maciejewski, 1999; Jacobs, Mazure & Prigerson, 2000); despite this, many researchers believe that CG is a diagnostic entity that is distinct from major depressive disorder (MDD) and posttraumatic stress disorder (PTSD) (Golden & Dalgleish, 2010; Zuckoff et al., 2006). Lichtenthal and colleagues (2004) reported that approximately 40% of the general population meet the criteria for CG and not for MDD or PTSD. On the other hand, during a mourning process, in addition to CG, many people experience various symptoms (Kristjanson, Lobb, Aoun, & Monterosso, 2006), such as sadness, loss of

interest, and intrusive thoughts; thus, they display symptoms that meet the criteria of other disorders as well, such as MDD (Zisook, Shuchter, Sledge, Paulus, & Judd, 1994) or PTSD (Schut, De Keijser, Van Den Bout, & Dijkhuis, 1991). Simon and colleagues (2007) found that in addition to CG, 55% of complicated grievers presented with MDD symptoms, and 49% met the criteria for PTSD. Silva (2010) concluded that 70.9% of psychiatric outpatients have both CG and MDD, 73.6% have both CG and PTSD, and 69% show triple comorbidity. As a result, bereaved elders with CG are likely to meet the criteria for MDD and/or PTSD; therefore, intervention in this area is clinically relevant and should at a minimum address this triple group of comorbid symptoms. Researchers and clinicians would benefit from short-term interventions (Kang & Yoo, 2007; Kato & Mann, 1999; Jané-Llopis et al., 2003; Jané-Llopis & Barry, 2010) that are validated and acceptable for patients (Munõz, 2001). It has been stated that the best treatment for CG may have not been developed yet (O' Conner et al., 2003; Wittouck et al., 2011) and that there is no well-defined protocol for psychological interventions in this area (Stroebe et al., 2006). Taking this into account, the use of narratives has demonstrated positive results in interventions with the bereaved (Parkes, 2006; Currier et al., 2008); the expression of emotions (Stroebe et al., 2005) and thoughts has therapeutic effects (Pennebaker et al., 1988); and the creative use of metaphors promotes meaning reconstruction (Gonçalves, 1994, 2002b). Careful use of sensorial memories with patients at risk for PTSD (Rocha, 2004) would enable the construction of a better-adapted bereavement narrative.

The current study, performed in Portugal, aimed to evaluate the effectiveness of cognitive narrative intervention in reducing the total values of complicated grief, depressive and traumatic symptoms in bereaved participants by examining differences

between two groups: the IG (intervention group) and controls (control group, without intervention, waiting list).

Method

Study design

This study, approved by an institutional review board, is a longitudinal randomised controlled clinical trial. Repeated measures, including robustness tests of intervention and bias control (Nezu & Nezu, 2008), were used. The variables considered are the following: (a) complicated grief, depressive and traumatic symptoms (dependent variables) and (b) cognitive narrative intervention (independent variable). There are three sequential phases: (1) assessment of the total value of the Inventory of Complicated Grief of bereaved elders and data collection for the sociodemographic questionnaire. Forty of these, with the highest ICG levels (equal to or greater than 25, considering the cutoff value for this instrument (Prigerson et al., 1995; Frade et al., 2010)), consented to participate and have been randomly allocated into either the intervention group ($n=20$) or the waiting list group ($n=20$). (2) Participants ($N=40$) were then assessed with the BDI and IES-R, and those participants in the intervention group began a program based on cognitive narrative therapy (CNT). (3) Finally, two months after the intervention, we repeated the evaluation with the ICG, BDI and IES-R on members of both groups.

Intervention: manualised cognitive narrative program for complicated grief in widowhood

Treatment conditions

To achieve our objective, it is important to consider the robustness of the treatment based on an intervention manual (Nezu & Nezu, 2008; Jané-Llopis & Barry, 2010). The manual should be descriptive and allow the investigator to make adjustments. Our attention focuses on the *Manual of cognitive narrative psychotherapy: manual of brief therapy* (Gonçalves, 2002a). It was necessary to shorten the number of sessions due to time constraints, while still remaining consistent with the methodology of CNT. The program was reduced to four individual weekly sessions lasting approximately 60 min each. The first session involved **recalling**; the objective of this session is to evoke the most significant episode of loss and to make clear the meaning of the deceased. Patients described the importance of the deceased and their journey through life together, and they were then asked to evoke memories from a specific episode related to the loss. The second session addressed **emotional and cognitive subjectivation**. Patients described the episode and structured their experience with sense of authorship, coherence and diversity of cognitive and emotional content, in contrast with the previous session. Initially, emotions were activated, and the second step was the exploration of the cognitive components, followed by the realisation of associations between thoughts and emotions. The third session involved **methaphorisation**, in which the objective was for the patient to explore different meanings for the chosen episode and to choose a metaphor/title unifier. For example, *“If it was a movie or a book, what title would you give?”* Frequent use of specific interview skills was suggested, such as paraphrasing, silence and reflection of meaning, as well as

techniques eliciting metaphors from the perspective of another. For example, *“If your husband was here, what would you think he would say?”* Finally, during the fourth session, **projection** took place; the patients built and experimented with other possible organisations of the episode, generating meaningful future projections. The therapist invited the patients to build up and reconstruct several narratives. The metaphors in the projection envision circumstances more positively, providing an alternative to a root metaphor. This can be discussed as follows *“Does this narrative represent a more adaptative functioning?”*

At the beginning of each session, a summary of the previous meeting was presented, and at the end of each session, there was an exploration and summarisation of the patients’ reactions.

It is important to note that the sensorial objectivation phase described in CNT manuals was not performed due to increased risk of traumatic recall (Rocha, 2004), resulting from activation of sensory experiences with intense traumatic emotions (Gonçalves, 1994, 2002a, 2002b).

Therapists and treatment reliability

Treatments were conducted by the first author of this work, who had undergone training and continued supervision in CNT. The treatment was manualised and described in a detailed session-by-session protocol to increase treatment reliability. Therapy sessions were monitored; at the end of each session, as well as for each patient, the psychologist conducted a self-assessment. Some sessions were monitored by supervisors to ensure that the therapist adhered to the protocol.

Sample

Sample selection

Bereaved elders were recruited from three nursing homes in northern Portugal. Those who fulfilled the inclusion standards were eligible; spousal loss over 6 months ago and age over 60 years were the criteria. Individuals with current substance abuse or dependence, psychotic symptoms, severe depression with a risk of suicide, presence of dementia, severe hearing difficulties, or current psychotherapy or psychotropic medication use were excluded. The study was disclosed in detail, and informed consent was requested from eligible participants.

A total of 82 bereaved elderly were eligible and were administered the Inventory of Complicated Grief. Cases with higher scores were flagged. Twenty-nine did not have CG, and they were excluded as a result; 53 participants had CG. Thirteen of the 53 cases displayed borderline symptoms of CG, and they were also excluded. Upon completion of the selection process, 40 participants were chosen (see Figure 1).

Participants

The selected sample contained 40 participants ($N=40$). These participants were randomly allocated into two groups: an intervention group and a control group, each with 20 participants (see Figure 1). Both groups' participants underwent the same sampling and assessment procedures. Table 1 describes participant characteristics for each group. The participants in the IG and control group were homogenous in that they displayed similarities in sociodemographic characteristics. There were no significant differences between groups in all characteristics, suggesting that randomisation was successful.

Analysis of attrition rates in the sample

The values of attrition rates for IG considered were the following: (a) number of initial participants ($n=20$), (b) number of participants in the intervention ($n=20$), (c) number of participants who completed the intervention ($n=20$) and (d) number of participants who completed the last evaluation ($n=19$) (see Figure 1). There was attrition of one participant in the IG due to his own death. Thus, there was no abandonment during the four sessions of the intervention program or the subsequent evaluation (adhesion=95%, attrition rate=5%). Regarding the controls, of the 20 participants initially contacted, none of the cases had been lost at the final evaluation (see Figure 1). Given that all of the research was conducted in institutions, issues with session scheduling did not arise; however, there is a clear indication of good acceptability, and there is no bias related to missing cases in either group.

Assessment

A brief SDQ was delivered to collect data from the bereaved elders; this included information regarding personal identification, a history of the couple's relationship and contextualisation of the loss from the bereaved's perspective. These data were utilised to screen eligibility criteria, control homogeneity between the IG and control group and (in the case of the IG) to contextualize the loss. The dependent variables were operationalised with three measurement instruments in their Portuguese versions: the ICG, a 19-item measure of CG (Frade et al., 2010); the BDI, which has 21 groups of statements reflecting the severity of depressive symptoms (Serra & Abreu, 1973); and the IES-R, a 22-item measure of traumatic symptomatology (Castanheira et al., 2006). These instruments have adequate psychometric properties in terms of reliability

(Cronbach's Alpha: ICG, .91; BDI, .89; IES-R, .94). The ICG, the BDI and the IES-R were administered at pretreatment and again at two month follow-up. In addition to these instruments, a brief questionnaire was used to evaluate the acceptability of the intervention by the IG.

Data analysis

Before proceeding to the data analysis, participants' names were replaced with numbers to protect anonymity and confidentiality. We used the IBM SPSS Statistics software (version 19) for statistical analysis and effect size calculator. Four steps were followed. (1) Each dependent variable was analysed and compared between groups at first assessment phase (T1) and at the second assessment phase (T2) using *t* test analysis. Subsequently, we calculated the effect sizes of the intervention, using the Hedges conservative procedure adjusted to the number of cases. (2) After evaluating the instruments' cutoff values and flagging those cases with a decrease in symptoms (better evolution) on the longitudinal profile, a nonparametric chi-square test was used to compare frequencies and prevalences between groups. (3) With the consideration that the previous effect-size analysis only includes between-groups effects, we also applied a multivariate general linear model (GLM) of repeated measures for CG, depressive and traumatic symptoms. This was performed in order to undertake an analysis of evolution over the longitudinal profile (the influence of time factors and the interactions (time x groups) in the intervention program. (4) Finally, we presented the descriptive values of the patient's acceptability with the intervention program.

Results

Comparison between IG and controls outcomes in the first and second phases

There are two essential conditions with which outcomes can be compared when addressing the effectiveness of an intervention; at T1, there should not be statistically significant differences between groups, while at T2, there should be significant differences between groups (APA, 2002). We calculated the mean of the ICG, BDI and IES-R scores at T1 and T2 and compared the differences using the *t* test for independent groups. As seen in Table 2, at baseline, there is no significant difference between groups on the ICG. However, at T2, there is a significant difference between groups for complicated grief ($p < .01$). The IG had a lower mean ($M=25.32$; $SD=6.46$) when compared to the controls ($M=39.80$; $SD=5.31$). Among the baseline BDI scores (see Table 2), we noted non-significant differences between groups, which is expected, considering the randomisation procedures; in T2, however, there are very significant differences between the groups. At T1 for the IES-R, we found a significant difference between the groups; nevertheless, at T2, we observed a very positive difference in traumatic stress outcome, with a significance level of $p < .01$. The IG had a lower mean ($M=15$; $SD=7.45$) compared to the controls ($M=42.80$; $SD=7.73$). Due to problems with the baseline assessment, this statistical procedure did not sufficiently clarify the intervention effects on traumatic stress; this issue will be addressed later, using a repeated measures analysis.

Effect Sizes

Regarding the effect size analysis of the cognitive narrative program's second evaluation control intervention (see Table 2), we can say that the value of the ICG, the

BDI and the IES-R is considerably high (ES values $>.08$) for small samples. Of all the variables, the IES-R showed the highest ES value ($g=3.59$). We found a positive effect that falls within the confidence interval (95% CI for ICG, 1.58-3.23; BDI, 0.86-2.29; IES R, 2.57-4.60), due to the IG demonstrating better results during the second evaluation compared to the controls.

Comparing the frequency and prevalence of CG, MDD and PTSD in groups and their positive evolution

In order to calculate the frequencies and prevalences of CG, MDD and PTSD for each group and for each phase (T1 and T2), a ICG cutoff point of ≥ 25 was used, as well as > 12 for the BDI and > 35 for the IES-R. For the analysis of the positive evolution of the IG and controls, we used the chi-square test implemented using the crosstabs procedure, which allowed us to quantify the number of cases that progressed positively along the longitudinal profile of each group. As seen in Table 3, we found that at T1, all participants had CG. This was one of the initial criteria for participation (see Figure 1). At T2, a decrease in prevalence of CG in the IG (94.7%) is evident, with five participants maintaining CG; they represented 26.3% of the group. The controls, at T2, displayed had a reduced prevalence of CG of (80%), that correspondings to the positive evolution of 16 participants; 95% of participants still had CG. As shown in Table 3, depression prevalences in both intervention and control participants were similar at T1. At T2, the IG showed a positive evolution for 16 cases (84.2%), while the controls had a positive evolution for 15 cases (75%). There is a stay of 19 cases with MDD (95%) in the controls, in contrast with the number of MDD cases in the IG ($n=8$; 42.1%). In the first evaluation, using the IES-R, the IG contained eight participants with PTSD, while

the control group had 14 participants (see Table 3). Thus, although complicated grief was the main clinical focus problem, we noted the presence of PTSD in some participants. Despite these disparate differences between the IG and controls at T1, we see that at T2, the IG had a positive development of 100%, as it had no participants with PTSD. In turn, the controls showed a positive evolution of eight cases. By calculating the value of the Pearson chi squared, at T1, we did not find significant differences between groups in frequency and prevalence of CG, MDD or PTSD, and we also found are significant differences between the groups at T2.

Multivariate repeated measures (time effect and interception effect)

Using Mauchly's test of sphericity, we obtained a value less than .05; thus, we can be confident that the data from the GLM do not meet the assumption of sphericity (Bryman & Cramer, 2003). Examining Table 4, we concluded that the intervention program had a very positive effect on time effectiveness ($p < .01$) for the ICG, the BDI and the IES-R. There was also a positive effect on interception (time x groups) ($p < .05$) for the BDI and a very positive effect on interception for the ICG and IES-R ($p < .01$).

Intervention group acceptability of the cognitive narrative program

Intervention group participants responded to questions regarding the acceptability of the intervention program. The response options ranged from zero to ten. Table 5 shows that we obtained very satisfactory answers, with an average variation (approximated) of eight to ten, indicating that the program was important for the participants. We emphasise that the participants see this intervention as an opportunity to clarify their thoughts and emotions. The IG felt that they received more support and that it is

important to receive such help when solving problems, leading to a better and more adaptive life.

Discussion

This study was part of a wider project that included the results of other studies in the area of bereavement. In particular, this randomised controlled trial evaluated the effectiveness of a four-session cognitive narrative intervention reducing complicated grief, depressive and traumatic symptoms in bereaved participants and examined differences between the two groups. The objective was achieved, as there was a large and consistent decrease of symptoms along the longitudinal profile; additionally, there was an expected time effect and a significant interaction (time x groups). The interception is, in this case, the main effect. At T2, there were significant differences between groups for the outcome variables ($p < .01$), with the IG displaying lower mean values on the ICG, the BDI and the IES-R compared to the controls. These results reinforce the general idea that most people can improve if they discuss their life events, narrating the episodes and constructing meaning for their emotions and thoughts (Gonçalves, 2002a, 2002b; Neimeyer, 2000; Pennebaker et al., 1988). Therefore, encouraging patients to face their personal stories and to work creatively through their loss is important for the treatment of complicated grief (Boelen et al., 2007; Greenberg, 2002). CNT is innovative in the sense that the use of metaphors rich in meaning for metaphorisation and projection allows the patient to reflect on their situation and focus of concern and, afterwards, to deconstruct the metaphors carrying negative meaning and project alternative and additional adaptive metaphors onto the future (Gonçalves, 2002b). The results of these sessions are encouraging. The effectiveness of this intervention is stronger than previously conducted interventions in mourning

(Allumbaugh & Hoyt, 1999; Kato & Mann, 1999; Shear et al., 2005; Boelen et al., 2007; Wittouck et al., 2011; Neimeyer, 2000; Currier et al., 2008), shown by the very high effect-size values obtained for the ICG, BDI and IES-R. This intensifies the assumption that interventions aimed at treatment (tertiary prevention) are the most effective (Boelen et al., 2007; Houwen et al., 2010; Stroebe et al., 2005, 2007; Rosner et al., 2010; Wittouck et al., 2011). This intervention also had a high acceptability of among participants, and, so, we can reflect suggesting that high adherence to such programs may be related to lower perceived of social support. In this intervention, the bereaved felt supported throughout the mourning process. This may be related to gender, as most of the participants were women; women usually share the perception that help is useful, which translates into greater adherence (Stroebe et al., 2007). This study reinforces the importance of promoting brief interventions, combining a smaller number of sessions (Kang & Yoo, 2007; Jané-Llopis & Barry, 2010) with lower cost; this would result in increased adherence to intervention programs (Munõz, 2001; Kato & Mann, 1999). This also can educate the population that the sample represents, as well as the staff in nursing homes, about the importance of grief work; it is important to pay attention to the importance of changing thoughts and emotions, the benefits of seeking help, as well as to recognise that mourning does not pass with the “cure of time”. The characteristic symptoms of complicated grief do not resolve spontaneously, necessitating intervention (Prigerson et al., 1995; Wittouck et al., 2011).

This study has some caveats. First, complicated grief is not currently recognised as a diagnostic entity in the DSM (Piper et al., 2001; Wittouck et al., 2011; Newson et al., 2011; Gana & K’Delant, 2011), which raises some reservations about treating a “pathology” that still is not officially recognised. Second, the questionnaire responses,

especially the IG responses to questions regarding satisfaction with the intervention program, may be contaminated by social desirability; responses were given orally and were noted by the investigator, who was also the therapist in the intervention program (Jané-Llopis & Barry, 2010). Third, this study is not representative of the population because the sample size is relatively small. The predominance of female participants limits the generalisation of the results to men, and therefore, it is necessary to replicate the study in different contexts for generalisation of the results (APA, 2002; Jané-Llopis & Barry, 2010) using, for example, a larger number of male participants. Randomised controlled trials should be replicated using larger samples (Boelen et al., 2007; Bennett et al., 2011), as well as long-term monitoring of critical outcome measures (Kang & Yoo, 2007; Houwen et al., 2010; Jané-Llopis & Barry, 2010).

For future direction of research in this area, we suggest the comparison of the efficacy of different therapeutic approaches, such as cognitive behavioural therapy (CBT) and CNT, as there is growing evidence that the preferred treatment for CG is CBT (Boelen et al., 2006; Maccallum & Bryant, 2011; Bennett et al., 2011). Moreover, it is important use more than one trained therapist and perform randomisation of the participants in order to consider the possible effects of the therapist on the outcome. Another indication for further research is that although the controls did not participate in the intervention, placement on a waiting list should ideally lead to the opportunity to receive an intervention, such as IG, immediately after the last set of answers to questionnaires (after T2). This is important to ensure the well-being of the participants, as evaluation without intervention proved harmful. In the controls, there was an increase in the average total score on the IES-R in T2. It is advisable, then, to be cautious with the sensory memories due to the risk of activating traumatic symptoms (Rocha, 2004).

In this study, certain scales were used as instruments of measurement; in the future, we suggest that these measures be supplemented by a more detailed clinical assessment in order to conduct a more rigorous identification of the symptoms. Additional research is required to confirm the utility of this intervention.

We conclude that this investigation, with a reduced number of sessions and high effectiveness, paves the way for future investigations; the same protocol could be followed, for instance, in other areas of intervention.

References

- Allumbaugh, D., & Hoyt, W. (1999). Effectiveness of grief therapy: a meta- analysis. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 370-380.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist, 59*, 1052-1059.
- Bennett, S., Ehrenreich-May, J., Litz, B., & Barlow, D. (2011). Development and preliminary evaluation of a cognitive behavioral intervention for perinatal grief. *Cognitive and Behavioral Practice, XX*, XXX-XXX.
- Boelen, P., Keijsers, J., Hout, M., & Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: a comparasion between cognitive behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2), 277 – 288.
- Boelen, P., & van den Bout, J. (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research, 157*, 311-314.
- 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. (2001). Introduction. New directions in bereavement research and theory.

American Behavioral Scientist, 44(5), 718-725.

Bryman, A., Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS para windows*. Oeiras: Celta Editora.

Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., & Rocha, J.C. (2006). *Impact of event scale-revised (IES-R): portuguese validation, European Congress of Traumatic Stress*, Opatija, Croacia, 5-9 June.

Currier, J., Neimeyer, R., & Berman, J. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychological Bulletin*, 134 (5), 648-661.

Deville, G. (2004). *The effect size generator for windows: version 2.3 (computer programme)*. Center for neuropsychology, Swinburne University, Australia.

Frade, B., Sousa, H., Pacheco, D., & Rocha, J. (2010). *Validação e adaptação para a língua portuguesa do inventário de luto complicado*. Tese de Mestrado não publicada, Paredes: CESPUP.

Gana, K., & K'Delant, P. (2011). The effects of temperamental, character and defensive mechanisms on grief severity among the elderly. *Journal of Affective Disorders*, 128, 128-134.

- Golden , A., & Dalgleish, T. (2010). Is prolonged grief distinct from bereavement related posttraumatic stress? *Psychiatry Research*, 178, 336-341.
- Gonçalves, O. (1994). Cognitive narrative psychotherapy: the hermeneutic construction of alternative meaning. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 105-126.
- Gonçalves, O. (2002a). *Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve*. Bilbao: Editorial Desclée.
- Gonçalves, O. (2002b). *Viver narrativamente: a psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Houwen, K., Schut, H., Bout, J., Stroebe, M., & Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 359-367.
- Jacobs, S., Mazure, C., & Prigerson, H. (2000). The diagnosis of traumatic grief: the development of a new nosological entity. *Death Studies*, 24,185-199.
- Jané-Llopis, E., & Barry, M. (2010). What makes mental health promotion effective? A

framework for intervention: settings for mental health promotion. *Promotion & Education, 12*, 47-54.

Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R., & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *Br J Psychiatry, 183*, 384-397.

Kang, H., & Yoo, Y. (2007). Effects of a bereavement intervention program in middle-aged widows in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing, 21*(3), 132-140.

Kato, P., & Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review, 19*(3), 275-296.

Kristjanson, L., Lobb, E., Aoun, S., & Monterosso, L. (2006). *A systematic review of the literature on complicated grief*. Commonwealth Department of Health & Ageing, Canberra.

Lichtenthal, W., Cruess, D., & Prigerson, H. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM V. *Clinical Psychology Review, 24*, 637-662.

Maccallum, F., & Bryant, R. (2011). Autobiographical memory following cognitive

behavior therapy for complicated grief. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 26-31.

Munõz, R. (2001). How shall we ensure that the prevention of onset of mental disorders becomes a national priority? *Prevention and Treatment*, 4, Sp.

Neimeyer, R. (2000). Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 26(6), 541-558.

Newson, R., Boelen, P., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132, 231-238.

Nezu, A., & Nezu, C. (2008). *Evidence-based outcome research: a practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions*. New York: Oxford University Press.

O'Connor, M., Nikoletti, S., Kristjanson, L., Loh, R., & Willcock, B. (2003). Writing therapy for the bereaved: evaluation of an intervention. *Journal of Palliative Medicine*, 6, 195-204.

Parkes, C. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta* (3^a.ed.). São Paulo: Summus editorial.

- Parkes, C. (2006). *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações* (1ª.ed.). São Paulo: Summus editorial.
- Pennebaker, R., Kiecolt – Glaser, J., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 239-245.
- Piper, W., Ogrodniczuk, J., Hassan, D., Azim, F., & Weideman, R. (2001). Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatric Service*, 52, 1069-1074.
- Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S., Reynolds, C., Anderson, B., Zubenko, G., et al. (1995). Complicated grief and bereavement related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22-30.
- Prigerson, H., Jacobs, S., Rosenheck, R., & Maciejewski, P. (1999). Criteria for traumatic grief and PTSD: Reply. *British Journal of Psychiatry*, 174, 560–561.
- Rocha, J. (2004). *Factores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez*. Tese de Doutoramento não publicada, Porto: ICBAS.
- Rosner, R., Kruse, J., & Hagl, M. (2010). A meta-analysis of intervention for bereaved children and adolescents. *Death Studies*, 39, 99-136.

- Schut, H., de Keijser, J., van den Bout, J., & Dijkhuis (1991). Posttraumatic stress symptoms in the first year of conjugal bereavement. *Anxiety Research, 4*, 225-234.
- Serra, A., Abreu, P. (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.
- Silva, T. (2010). *Luto complicado e regulação emocional em doentes psiquiátricos*. Tese de Mestrado não publicada, Paredes: Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte.
- Simon, N., Shear, K., Thompson, E., Zalta, A., Perlman, C., et al. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry, 48*(5): 395-399.
- Stroebe, M., Folkman, S., Hansson, R., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine, 63*, 2440-2451.
- Stroebe, W., Schut, H., Stroebe, M. (2005). Grief work, disclosure and counseling: do they help the bereaved? *Clinical Psychology Review, 25*, 395-414.

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet Journal*, 370, 1960–1973.

Tomita, T., Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: a reconsideration. *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 95-102.

Wagner, B. (2006). *Internet based cognitive behavioral therapy for complicated grief*. Unpublished doctoral dissertation. Zurich: University of Zurich.

Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., Van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: a meta analysis. *Clinical Psychological Review*, 31, 69-78.

Zisook, S., Shuchter, S., Sledge, P., Paulus, M., & Judd, L. (1994). The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 29-36.

Zuckoff, A., Shear, K., Frank, E., Daley, D., Seligman, K., & Silowash, R. (2006). Treating complicated grief and substance use disorders: a pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 205-211.

Title: The Effectiveness of a Cognitive Narrative Intervention for Complicated Grief in Widowhood

Topic: Complicated Grief

Key Words: randomised trial

cognitive narrative intervention

widowhood

complicated grief.

Pres. Pref.: Oral preferred

Authors: Barbosa, V.N., Rocha, J.C.

UnIPSa; Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, CESPU. Rua Central de Gandra, 1317. 4585-116 Gandra PRD, Portugal.

Abstract: The implementation of bereavement interventions is frequently requested, and its effectiveness has been controversial. The aim of this study is to evaluate the effectiveness of a cognitive narrative intervention for complicated grief (CG) for controlling post-traumatic and depressive issues. The study is a randomised controlled trial and uses the Socio Demographic Questionnaire (SDQ), the Inventory of Complicated Grief (ICG), the Beck Depression Inventory (BDI) and the Impact of Events Scale - Revised (IES-R). There were three phases in the study: (1) The SDQ and CG evaluations were applied to bereaved elders ($n=82$). The bereaved elders with the 40 highest ICG values (≥ 25) were randomly allocated into two groups: the intervention group ($n=20$) and control group ($n=20$); (2) Participants were evaluated using the BDI and IES-R and the IG gave informed consent to participate in an intervention with four weekly 60 min sessions addressing recall, emotional and cognitive subjectivation, metaphorisation and projection. (3) Two months later, the ICG, BDI and IES-R assessments were repeated. Outcome measures showed a statistically significant

reduction of CG, depressive and traumatic symptoms compared to the controls. Very high effect sizes for the ICG, BDI and IES-R reflect the effectiveness of the intervention along the longitudinal profile. These results reinforce the importance of brief interventions that combine a reduced number of sessions with lower costs, which is reflected in an increased adherence to the program along with high effectiveness.

Nota: Este resumo foi submetido e aceite, pela comissão científica do “12th European Conference on Traumatic Stress”, para comunicação oral. A comunicação ocorreu no dia 3 de Junho de 2011, pelas 12h00 na Univeridade de Viena (Áustria).