

Sofia Isabel Serrazina da Costa Simões - Vinculação e Desesperança nos Processos de Luto

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

Vinculação e Desesperança nos Processos de Luto

Dissertação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia

Sofia Isabel S. Costa Simões

Orientador Científico: Professora Doutora Fernanda Salvaterra

Lisboa, 2010

*As coisas vulgares que há na vida
Não deixam saudades
Só as lembranças que doem
Ou fazem sorrir
Há gente que fica na história
da história da gente
e outras de quem nem o nome
lembramos ouvir
São emoções que dão vida
à saudade que trago
Aqueles que tive contigo
e acabei por perder*

*Há dias que marcam a alma
e a vida da gente
e aquele em que tu me deixaste
não posso esquecer*

*A chuva molhava-me o rosto
Gelado e cansado
As ruas que a cidade tinha
Já eu percorrera*

*Ai... meu choro de moça perdida
gritava à cidade
que o fogo do amor sob chuva
há instantes morrera*

*A chuva ouviu e calou
meu segredo à cidade*

*E eis que ela bate no vidro
Trazendo a saudade*

Chuva – Marisa (Fadista)

Aos meus pais por sempre

terem acreditado em mim

Agradecimentos

A elaboração desta tese de Mestrado constitui mais uma etapa importante do meu percurso académico, e que sem a preciosa ajuda de uma série de pessoas que me acompanharam neste percurso com carinho e compreensão não teria sido possível:

Gostaria de agradecer em primeiro lugar à Professora Doutora Fernanda Salvaterra, pela orientação deste tese, por todo o incentivo, disponibilidade e dedicação. Por tudo o que com ela aprendi, o meu muito obrigada.

Aos meus pais, que sem os seu esforços e sem a confiança que depositaram em mim nada disto teria sido possível. O meu MUITO obrigada.

Ao Carlos por todo o incentivo, por toda a ajuda prestada, por toda a paciência e carinho. O meu obrigado por tudo.

À Marisa, amiga, colega de curso e de grandes batalhas. O meu muito obrigado por todo o apoio.

À Ermelinda e à Sandra, colegas e amigas de curso, por todo o incentivo ao longo destes meses.

À Nati pela Revisão Literária, apoio e incentivo, o meu obrigado.

A todos os corajosos e corajosas que tiveram coragem para participar neste estudo cujo assunto lhes era bastante delicado.

A todas as outras pessoas que de uma forma ou de outra forma contribuíram para que este tese se tornasse possível. O meu Obrigado.

Resumo

O estudo do processo de luto assume-se como pertinente para compreender a dor e o sofrimento originados pela perda de alguém, bem como a forma como é ultrapassada essa dor. A presente investigação possui como objectivo central o estudo dos processos de luto, bem como a relação com a qualidade da vinculação e a desesperança. Pretendemos verificar se a qualidade da vinculação se relaciona com as perspectivas de morte e a desesperança.

Participaram neste estudo 81 pais, 46 dos quais constituem uma amostra clínica em processo de luto, os restantes 35 constituem um grupo de controlo. Foram utilizadas três escalas: a escala de perspectivas breves sobre a morte (EMDPM), com o intuito de avaliar as diversas perspectivas sobre a morte, bem como a complexidade de sentimentos face à mesma; a escala da vinculação para adultos (EVA), com o intuito de verificar a qualidade da vinculação; e a escala de desesperança de Beck (HS), com o intuito de verificar qual o grau de desesperança/depressão.

Palavras-chave: Vinculação, Desesperança, Luto e Perspectivas de Morte.

Abstract

The bereavement study assumes a relevant role in the understanding of the pain and suffering inflicted by someone's lost and the way that pain is overcome. This study main goal is the understanding of the bereavement process as well as its relation with the attachment quality and hopelessness. We intend to confirm if the quality of attachment it's related with perspectives of death and hopelessness.

In this study took part 81 parents, 46 of which compose the test group, in bereavement process, the remaining 35 constitute the control group. In this study have been used three different scales: the scale of brief perspectives about death (EMDPM) to assess several perspectives about death as well as the complexity of the feelings originated by it; the adults attachment scale (EVA), with the aim of confirming the attachment quality; and the Beck's hopelessness scale, with the intention of rating the degree of hopelessness/depression.

Keywords: Attachment, Hopelessness, Bereavement and perspectives about death

Índice

Introdução.....	11
Capítulo 1 – Vinculação	12
1 - Origens e Conceitos Fundamentais	15
1.1 Mary Ainsworth	15
1.2 Bowlby	17
1.3 Stern	18
2. Padrões de Vinculação.....	20
3. Fases da Vinculação	23
4. Natureza da relação mãe/filho	25
5. Figuras de Vinculação	26
6. Desenvolvimento da Vinculação na idade adulta	28
7 - Comportamentos de Vinculação	28
8 - Desvinculação	29
Capítulo 2 - Luto.....	31
1.Definição de Luto	32
2. Etapas do luto	33
2.1. Kubler-Ross.....	34
2.2. Bowlby	35
2.3. Teoria Integrativa de Sanders	36
3. Sintomas	37

4. Luto Normal VS Luto Patológico.....	39
4.1. Condições que afectam o decurso do luto	42
5. A morte de um filho	43
5.1. Testemunhos de Pais	44
5.2. Adaptação ao Luto.....	45
6. Psicoterapia.....	46
6.1. Grupos de Apoio.....	47
Capítulo 3 - Luto e	
Desesperança	49
1. Depressão VS Desesperança	49
2. Luto e Desesperança.....	55
Capítulo 4 - Objectivos e	
Metodologias	59
1. Objectivos.....	60
2. Método.....	60
2.1. Participantes	60
2.2. Medidas	62
2.2.1. Roteiro de Caracterização.....	62
2.2.2. Inventário da Desesperança de Beck.....	62
2.2.3. Escala de Perspectivas Breves sobre a Morte.....	64
2.2.4. Escala de Vinculação do Adulto.....	64
3. Procedimento	66

Capítulo	5	–
Resultados.....		69
Capítulo	6	–
Discussão		78
Referências		82

Anexos

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição Etária dos Pais enlutados e Não enlutados

Tabela 2: Habilitações Literárias em Pais enlutados e Não enlutados

Tabela 3: Profissão dos Pais enlutados e Não enlutados

Tabela 4: Tempo e causa da Perda em Pais enlutados.

Tabela 5: Fidelidade das provas utilizadas

Tabela 6: Caracterização Demográfica de Pais Enlutados

Tabela 7: Diferenças entre Enlutados e Não Enlutados para a Vinculação, Perspectivas da Morte e Desesperança

Tabela 8: Diferenças entre Níveis de Escolaridade para a Vinculação, Perspectivas da Morte e Desesperança

Tabela 9: Diferenças entre Níveis de Escolaridade para as Perspectivas da Morte e Desesperança

Tabela 10: Correlações entre as Dimensões Estudadas

Tabela 11 - Correlações entre as Dimensões Estudadas e o Tempo de Perda

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Género dos pais enlutados

Figura 2: Género dos pais não enlutados

Figura 3: Estado Civil dos pais não enlutados

Figura 4: Escolaridade dos pais não enlutados

Figura 5: Profissões dos pais não enlutados

Introdução

Esta tese incide essencialmente no estudo da vinculação e da desesperança em pais enlutados. Deste modo, torna-se pertinente a análise destes processos para uma melhor compreensão dos mesmos, uma vez que em Portugal poucos são os programas e serviços de apoio a pais. Existem no entanto, algumas associações que visam esse tipo de apoio, nomeadamente *A Nossa Ancora* – Apoio a Pais em Luto, e a *Artemis* - Associação de apoio a mulheres que perderam os seus filhos devido a aborto espontâneo. Ao longo deste trabalho será efectuada uma revisão teórica, apresentada nos capítulos I, II e III, bem como um trabalho empírico de investigação da relação da qualidade da vinculação e da desesperança em pais enlutados.

No primeiro Capítulo pretende-se enquadrar os processos de Vinculação enquanto etapas do desenvolvimento. Nesse sentido pretende-se compreender como se processa o desenvolvimento da vinculação na infância, na adolescência e na idade adulta, segundo vários autores de referência. Baseado nessas mesmas perspectivas será analisada a natureza da vinculação, bem como os modelos internos dinâmicos que irão determinar um modelo relacional e a qualidade de vinculação com o outro.

O segundo Capítulo visa compreender o processo de Luto (etapas, sintomas, condições que afectam o seu decurso) nos pais, assim como o processo de adaptação ao mesmo. Tentando cruzar as diferentes posturas teóricas na compreensão do luto, o mesmo é encarado como uma série de reacções tendentes à aceitação da perda, bem como a readaptação à realidade. Este Capítulo finda com uma breve apresentação dos grupos de apoio. Têm como objectivos a reunião regular de pessoas que atravessam o processo de luto, para que dessa forma possam partilhar as suas experiências (Rebelo, 2008).

Por último, no Capítulo III é traçado um paralelismo entre a desesperança e o luto. A desesperança será explicada enquanto sentimento de tristeza associada a certos traços de

Personalidade (Clark & Treisman, 2004). Posteriormente, serão discutidas terapêuticas para a mesma, bem como a relação luto/desesperança. Este capítulo permite distinguir a desesperança/depressão dos sintomas associados ao luto, ao mesmo tempo que contesta que a depressão aquando associada ao luto é passageira e não exige tratamento profissional (Worden, 2002).

Capítulo 1 - Vinculação

“When we look back in time and study former cultures and peoples, we are impressed that death has always been distateful to man and will probably always be”

Elisabeth Kubler-Ross

1 – Origens e conceitos fundamentais

Durante as décadas de 30 e 40, vários autores observaram de forma independente os efeitos do desenvolvimento da personalidade no cuidado institucional prolongado e/ou das mudanças frequentes da figura materna nos primeiros anos de vida. Na década de 40 surgiu a necessidade de estudo da capacidade de construir relações próximas. Esta relação designa-se de vinculação e pode ser definida como “uma relação entre indivíduos baseada em qualidades essencialmente apetitivas” (Doron & Parot, 2001). Assim, consoante a natureza e a força dessa mesma relação, poderão ser sentidas pelo sujeito algumas emoções - tais como ansiedade, angústia, tristeza e depressão - oriundas de um relacionamento instável. Por outro lado, poderá o sujeito sentir alegria, equilíbrio, adaptação, sentimentos derivados de um relacionamento estável (Doron & Parot, 2001). A figura de vinculação é habitualmente quem presta os cuidados à criança, sendo tradicionalmente a mãe (Salvaterra, 2007). Em 1951 foi publicado no World Health Organization (WHO) uma monografia da autoria de John Bowlby, intitulada “Maternal care and mental health” na qual foi possível verificar as influências adversas no desenvolvimento da personalidade, provocadas por cuidados maternos inadequados durante os primeiros anos de vida. Como principal conclusão, Bowlby apreendeu que para crescer com uma boa saúde mental, as crianças “*should experience a warm, intimate, and continuous relationship with his mother (or permanent mother substitute) in which both find satisfaction*

and enjoyment” (Bowlby, 1951, p.13). Bowlby e Robertson (1952) verificaram que as crianças pequenas, quando separadas das suas progenitoras, manifestavam comportamentos de angústia. Numa primeira fase, como numa forma de protesto choravam de forma inconsolável, tentavam seguir ou encontrar a mãe que havia desaparecido. Numa segunda fase apresentavam comportamentos de desespero, tristeza, isolamento e apatia. Caso a separação continuasse por vários dias ou semanas, a criança passava de uma forma progressiva para uma terceira fase de desvinculação, evidenciando uma aparente falta de interesse pela mãe. No entanto, caso a mãe surgisse, a criança evidenciava um diversificado conjunto de comportamentos: zanga, choro, ligação e/ou rejeição. Este estudo permitiu aos investigadores apreenderem que os bebés mantêm laços fortes com os seus prestadores de cuidados, sendo que quando estes são quebrados causam uma enorme tristeza e desespero. Em 1951 Bowlby, tendo por base os estudos de Lorenz com animais (patos e gansos), interessa-se pelo mesmo tema, uma vez que as investigações no âmbito da etologia poderiam de alguma forma explicar o processo de vinculação no ser humano. Bowlby demonstrou especial interesse nos registos de Lorenz (1935) acerca do “*imprinting*” (forma inata ou instintiva de aprendizagem), essencialmente porque estes demonstravam a existência de fortes laços com uma figura materna durante os primeiros dias de vida, especialmente pela exposição ou familiarização da cria com essa figura. Harlow, em 1965, veio confirmar estas observações através dos seus estudos com os macacos Rhesus bebés que, em situação de stress, preferiam a mãe de pêlo que lhes proporcionava conforto, em detrimento da mãe de arame que lhes dava comida. As investigações de Harlow no âmbito da Etologia inspiraram-se no trabalho pioneiro de Spitz, que em 1950 constatou que as crianças em condições de privação materna experimentavam sentimentos de angústia, correndo o risco de desenvolver psicopatologia. Spitz desenvolveu estudos sobre o abandono em fases precoces do desenvolvimento, demonstrando a existência de prejuízos no desenvolvimento físico e psíquico dessas crianças. Durante a década de 70, devido à dificuldade de compreensão das fases iniciais de interacção entre a mãe e o seu bebé, vários autores debruçaram-se sobre o mesmo assunto. Os estudos de Klaus e Kennel possuem na perspectiva de Bowlby bastante interesse, especialmente no que se refere às observações do comportamento das mães após o parto. Assim, em 1975, Klaus, Trause e Kennel descrevem que as mães logo após o nascimento dos seus filhos pegam neles e acariciam-nos na face, o que permite à criança ficar mais calma. Daí em diante a mãe despende várias horas a olhar para o seu bebé, acariciando-o numa tentativa de o conhecer melhor. Passadas duas a três semanas, já se verifica a interacção social entre a mãe e o bebé ao se olharem mutuamente. Cada fase de interacção começa com uma saudação

mútua, construída com base em interações faciais e vocais, durante as quais a criança se direcciona para a figura materna com movimentos excitatórios dos braços e das pernas (Klaus, Trause & Kennel, 1975).

A teoria da vinculação contribuiu para a compreensão da origem e do desenvolvimento dos padrões de relacionamento que se estabelecem ao longo do desenvolvimento, realçando a importância da primeira relação que a criança estabelece na infância com as figuras de vinculação (Feeney & Noller, 1996). Assim, o termo vinculação surge na Psicologia associado às primeiras relações afectivas, e em particular às relações sociais. Segundo Bowlby (1958), para que haja vinculação é necessário existirem padrões comportamentais específicos tais como o chupar, o agarrar, o seguir, o chorar e o sorrir. Estes cinco tipos de comportamentos que se verificam até aos 6 meses, permitem desenvolver uma relação entre a mãe e o seu bebé. Com o passar do tempo os comportamentos passam a ser sociais, denotando-se um carácter preferencial nas relações. De acordo com a literatura Psicanalítica, existem quatro teorias explicativas: a teoria do impulso secundário, a teoria da sucção objectal primária, a teoria do desejo primário de regressar ao útero e o contacto objectal primário. No que concerne à teoria do impulso secundário, esta refere que o bebé apenas possui necessidades fisiológicas, não possui necessidades sociais. Assim, o bebé só se encontra ligado à figura humana com o intuito de satisfazer as suas necessidades fisiológicas. Por outro lado, a teoria da sucção objectal primária assenta na ideia de que os bebés possuem a necessidade inata de se relacionarem com o seio materno, de o chupar e possuir oralmente. Desta forma o bebé aprende a relacionar-se com a mãe quando está ligado ao seu peito. A teoria do desejo primário de regressar ao útero surge quando o bebé ao se ressentir com a sua expulsão do útero, tenta regressar ao mesmo. E por último, a teoria do contacto objectal primário que depreende a necessidade inata que o bebé possui de estar em contacto com o ser humano e de o agarrar, independentemente do alimento, sendo esta considerada uma necessidade tão primária como a necessidade de alimento e calor (Bowlby, 1958). Vários autores defendem que os seres humanos nascem com um sistema de vinculação, permitindo-lhes uma maior proximidade com a figura que lhes fornece protecção e uma base de segurança, a partir da qual o bebé possa explorar o meio (Canavarro, 1999). Shaffer & Emerson (1964), preconizaram algumas hipóteses, tendo como base o cognitivismo. Para estes autores, a vinculação existe entre o bebé e a pessoa que mantém com mais frequência interações com ele e que melhor o interpreta. A partir dos sete meses surgem os primeiros sinais da capacidade do bebé para sentir a falta da figura materna, levando-o a experimentar a separação da mãe como aniquiladora, caso a separação aconteça em circunstâncias traumáticas

ou permaneça num ambiente estranho, como por exemplo um hospital. Sullivan (1953) considera as necessidades fisiológicas, referindo que os bebés podem desenvolver uma necessidade primária de contacto e de estabelecer relações humanas. Refere ainda que a única necessidade que não é induzida físico-quimicamente é a necessidade de contacto. O primeiro artigo científico elaborado por Bowlby acerca da teoria da vinculação surge em 1958, intitulado “The nature of the child’s tie to his mother” e tem por base conceitos da etologia e da psicologia do desenvolvimento. Neste artigo, foram apresentados os principais pontos da teoria da vinculação, no qual Bowlby recorre à formulação de Freud de que a sexualidade humana é construída por componentes instintivos. Esta formulação considera que o comportamento de vinculação aos 12 meses resultava de um conjunto de respostas instintivas, cuja função assenta na necessidade de ligar a criança à mãe e vice-versa. Tendo por base as observações de Robertson com crianças hospitalizadas, de Heinicke e o trabalho de Harlow e Zimmermann’s acerca dos efeitos da privação materna em macacos rhesus, Bowlby em 1959 redigiu “Separation Anxiety”. Contestando as ideias de Freud, Bowlby refere que a ansiedade de separação excessiva deve-se a experiências familiares desfavoráveis, tais como ameaças repetidas de abandono, rejeição por parte dos pais ou a morte de um dos pais ou irmãos, pela qual a criança se sinta responsável. A existência de uma ansiedade de separação baixa ou até mesmo ausente, ao contrário do que se possa pensar como estando associada a uma maturação da criança, diz respeito aos mecanismos de defesa da mesma. No seu terceiro artigo publicado em 1960, “Grief and mourning in infancy and early childhood”, Bowlby questiona Anna Freud por esta considerar que a angústia das crianças não pode dar origem ao luto, pois o seu ego não se encontra desenvolvido o suficiente. Bowlby, por sua vez considera que os processos de dor e luto surgem nas crianças e nos adultos cada vez que o comportamento de vinculação é activado e a figura de vinculação contínua indisponível. Este admite ainda que a incapacidade para formar laços profundos com os outros pode acontecer, quando se verifica uma frequente sucessão de figuras substitutas. Parkes e Bowlby (1970) propuseram-se a estudar um grupo não clínico de viúvas, onde lhes foi possível reelaborar as fases da separação (descritas por Robertson para as crianças) em quatro fases de desgosto no adulto: entorpecimento, saudade e protesto, desorganização e desespero e reorganização (Bretherton, 1992).

1.1 - Mary Ainsworth

Em 1963, Ainsworth efectuou o primeiro estudo empírico sobre vinculação numa tribo do Ganda, uma investigação que se revelou determinante para o desenvolvimento da teoria da

vinculação. Os dados da sua investigação foram essenciais para o estudo das diferenças individuais na qualidade da interacção mãe/criança, bem como para a avaliação da sensibilidade materna aos sinais da criança. Durante o seu estudo examinou de forma atenta a interacção mãe-bebé durante as três primeiras semanas de vida do mesmo (Ainsworth, in Goldberg, Muir & Kerr, 1993). Esta concluiu que em todas as crianças Ganda, exceptuando numa pequena minoria, o comportamento de vinculação estava presente por volta dos seis meses de idade, manifestando-se através do choro, do sorriso, da agitação dos braços e do balbucio de prazer. Cerca dos nove meses, os bebés seguem a sua mãe quando esta se ausenta do quarto, agarrando-se a ela de forma insistente, especialmente quando se encontravam assustados. A partir dos nove meses, caso a mãe não esteja presente a criança segue qualquer membro da família que esteja por perto. No estudo de Ainsworth, 23 das 27 crianças Gandas mostraram de maneira inconfundível o comportamento de vinculação. Ao aprenderem a gatinhar, exploram os objectos e as pessoas à volta e, se lhe for permitido poderão ficar fora do alcance da mãe. No entanto, voltam frequentemente para junto dela, para se certificarem de que esta ainda lá está. Contudo, estas incursões da criança poderão ser interrompidas por dois motivos: a criança assusta-se ou aleija-se e/ou a mãe afasta-se (Ainsworth, 1963, citado por Salvaterra, F., 2007). Em 1967, Ainsworth efectuou a sua segunda observação e a partir de 26 famílias Baltimore, estudou com base em dados de uma entrevista, a evolução da sensibilidade materna aos sinais do bebé. As mães que fornecem mais detalhes espontâneos foram classificadas como sensíveis ao desenvolvimento da criança. Observou então três padrões de relação: os bebés com vinculação segura choram pouco e parecem felizes na presença da mãe; os bebés com vinculação insegura choram frequentemente e exploram pouco, mesmo quando a mãe está presente; e, por último, os bebés que ainda não possuem vinculação manifestam um comportamento indiferente à presença da mãe. A qualidade do vínculo está significativamente correlacionada com a sensibilidade materna. Todos os padrões de interacção do 1º trimestre estão correlacionados com o comportamento da criança em situação experimental, conhecida como “*Strange Situation*”¹. A Situação Estranha é uma situação efectuada em ambiente laboratorial, durante aproximadamente 20 minutos, com oito episódios. A mãe e o seu bebé são colocados numa sala onde existem brinquedos, aos quais se junta uma mulher estranha.

¹ *Strange Situation* – Trata-se de um procedimento experimental introduzido por Ainsworth, com o objectivo de determinar a qualidade da vinculação do bebé à mãe. É constituído por 8 episódios que procuram simular (1) a interacção natural mãe-criança na presença de brinquedos; (2) as separações breves da mãe e os encontros com um estranho; (3) os episódios de reunião;

Enquanto a pessoa estranha brinca com o bebé a mãe sai, voltando logo de seguida. Posteriormente efectua-se uma segunda separação na qual o bebé é deixado completamente só. Numa fase final, a pessoa estranha e a mãe regressam. Ainsworth concluiu que as crianças exploram mais a sala e os brinquedos quando a mãe se encontra presente, em detrimento da sua ausência ou da presença de um estranho. Os bebés cujas mães são sensíveis tendem a ter uma vinculação segura por oposição aos bebés com mães menos sensíveis, e que são classificados como inseguros. Inicialmente, o comportamento de vinculação com a mãe apesar de precoce é o mais frequente. No entanto a criança também estabelece contacto com outros adultos familiares, que se assumem enquanto figuras secundárias de vinculação. Entre os seis e os nove meses verifica-se o reconhecimento do pai e uma consequente manifestação de Vinculação com o mesmo. Posteriormente, também as outras crianças e outros adultos se tornam figuras de Vinculação secundárias, sendo que quanto maior o número de figuras de vinculação da criança, mais intenso seu vínculo à mãe enquanto figura de vinculação (Schaffer e Emerson, 1964). Ainsworth e colaboradores (1978) formularam categorias de relacionamento entre a mãe e o bebé, permitindo assim uma clarificação da interacção de uma forma mais profunda. Observando o relacionamento mãe-bebé em diferentes culturas, desenvolveram uma técnica de investigação do comportamento relacional, permitindo a criação de categorias de comportamento que traduzem as diferentes formas como a vinculação surge e se manifesta nas relações. A situação estranha só permite, no entanto, avaliar crianças com idades compreendidas entre os 12 e os 24 meses, uma vez que após esta idade a criança está mais habituada a separar-se da mãe e a encontrar-se com estranhos.

1.2 – Bowlby

Nos humanos, aos três meses de idade e quando integrado num contexto familiar, o bebé responde de forma diferente à mãe. Ao vê-la sorri e vocaliza prontamente, seguindo-a com o olhar por mais tempo em relação a qualquer outra pessoa. O comportamento de vinculação estará presente a partir do momento em que exista a evidência de que o bebé se comporta de determinada forma para manter a sua mãe por perto. A manutenção da proximidade verifica-se quando por exemplo a mãe sai do quarto e o bebé chora. A criança começa a manifestar uma reacção quando a mãe se separa dela e uma reacção quando esta regressa. Estas duas reacções sugerem que o bebé formou uma ligação específica a uma só pessoa, que geralmente é a mãe. Representa igualmente a consolidação da representação interior dela, evidenciando a permanência do objecto. A partir do primeiro ano de vida o bebé passa a ter uma série de

comportamentos que poderão sugerir relações, sendo que por volta dos nove meses começa a manifestar a designada reacção a estranhos. Reacção essa que poderá variar entre uma pequena apreensão e uma angústia extrema à aproximação de um estranho (Stern, 2002). Bowlby (1982) refere que não só os bebés estão propensos a comportarem-se de determinada forma, como também as suas mães, que ao aconchegarem o bebé contra si facilitam a relação. Bowlby (1982) refere ainda que as primeiras respostas que o bebé devolve às pessoas são a orientação, o voltar a cabeça, o sugar, o agarrar, prender e alcançar, o sorrir, o balbuciar e o chorar. O recém-nascido possui um equipamento perceptivo bem delineado, que se encontra preparado para processar os estímulos provenientes de outras pessoas, e que contém modos típicos de resposta. Possuindo uma certa tendência para olhar para determinados padrões, especialmente quando estes se assemelham à face humana, a partir das 14 semanas o bebé demonstra preferência por olhar para o rosto da mãe em contraposição aos restantes. A interacção visual assume um papel fulcral na relação mãe-bebé, e por isso amamentar é tão importante para a promoção dessa mesma relação. Uma vez desperto, o bebé fixará facilmente o rosto materno e promoverá uma vinculação segura (Bowlby, 1982;1988). Quando bem situado, o rosto evoca facilmente a convergência de um objecto inanimado (McGrown, 1943). A mãe assume um papel de especial relevância na medida em que é gratificante para o bebé olhá-la e especialmente ouvi-la devido às potencialidades apaziguadoras da sua voz.

1.3– Stern

Daniel Stern em 2002 observou as interacções sociais entre os adultos e as crianças, num contexto laboratorial, em casa, em creches, em parques, (...). Esta observação possuía como principal intuito compreender como num curto espaço de tempo (seis meses de vida) o bebé se transforma num ser humano social. A mãe e o bebé estão envolvidos num processo natural, embora possam não estar conscientes das suas próprias interacções sociais. Tudo o que a mãe faça com o rosto, a voz, o corpo e as mãos, proporciona ao bebé o princípio da sua experiência como material de comunicação e das ligações humanas. A partir daí o bebé começa a construir o seu conhecimento e experiência da relação humana. Stern (2002) refere que as expressões sociais possuem especial relevância para a capacidade de a criança apreender expressões humanas. Geralmente, estas são empregues pelas pessoas que cuidam de crianças e são exageradas no espaço e no tempo. As expressões mais comuns são a careta, a surpresa, o sorriso, a preocupação e a simpatia. A mãe exagera bastante nas expressões, com o intuito de desenvolver um forte relacionamento entre ela e o bebé. A mãe e o bebé aproveitam qualquer

oportunidade para brincar, sendo esse momento de brincadeira bastante importante para o desenvolvimento. Piaget (1975) postula que durante os primeiros anos de vida o bebé adquire esquemas mentais que se processam através de uma interiorização de actos, sensações e percepções, resultantes desses mesmos actos. No entanto, é importante notar que aquilo que inicialmente é interiorizado como esquema, não é o objecto em si só, nem o acto propriamente dito, mas sim a interacção entre o bebé e o objecto. Tronick, em 1989 desenvolveu o modelo de regulação mútua, no qual sugere que a função do bebé passa por regular simultaneamente os seus estados internos e o seu envolvimento com o meio externo. Para essa regulação é necessário o apoio do adulto, sendo que a capacidade de auto-regulação do bebé está directamente relacionada com a resposta que obtém do meio exterior. Schaffer e Emerson (1964) tentam explicar a selectividade pela figura materna com base nos encontros perceptivos do bebé. Estabelecida a vinculação, a criança entende a figura de vinculação como uma base segura, que lhe permite explorar o meio, sabendo que pode regressar para se tranquilizar (Ainsworth, 1967; Schaffer & Emerson, 1964; in Bretherton, 1992). Segundo Schaffer e Emerson, a figura de vinculação é a pessoa que melhor consegue interpretar, decodificar e responder aos sinais emitidos pelo bebé, e que inicia e mantém com mais frequência as interacções com ele.

Em 1976, Klaus e Kennell mencionaram o termo *bonding* para se referirem a um vínculo único, específico e duradouro que se estabelece desde o início entre a mãe e o bebé. Este termo tem sido descrito sob dois aspectos: o primeiro é inerente à preocupação com a segurança e com o bem-estar da criança, enquanto que o segundo diz respeito ao investimento emocional e ao espaço mental que o bebé ocupa no universo representativo dos pais. O vínculo desenvolve-se progressivamente durante a gravidez – constelação materna – permitindo à mãe elaborar uma representação mental do seu bebé, facilitando assim o envolvimento afectivo e uma interacção adequada com a criança logo após o parto (Stern, 1995). Vários são os autores que consideram que o investimento emocional dos pais assume-se como sendo decisivo para a qualidade dos cuidados e da interacção que se verifica com o bebé, sendo por sua vez um factor determinante no desenvolvimento e bem-estar da criança (Klaus & Kennell, 1976; Brazelton & Cramer, 1993; Stern, 1995).

O sorriso do bebé assume uma importância extrema e actua como um desencadeador social. Assim, durante o seu primeiro ano de vida o sorriso do bebé desenvolve-se de acordo com quatro etapas: o sorriso espontâneo, o sorriso social não selectivo, o sorriso selectivo e a

resposta social diferenciada. Numa primeira fase, a resposta ocasional é provocada por uma variedade de estímulos, ainda que fugazes e incompletos. Inicia-se por ocasião do nascimento e dura normalmente até às cinco semanas. Numa segunda fase, os estímulos que provocam o sorriso social não selectivo são cada vez mais limitados, e os que derivam da voz e do rosto humano são os mais eficazes. Na maioria dos bebés esta fase está presente no final da quinta semana de vida. Na terceira fase, o bebé torna-se cada vez mais discriminatório. Às dez semanas o rosto da pessoa que habitualmente cuida dele começa a provocar o sorriso de uma forma imediata. Por último, a quarta fase durará o resto da vida. O sorriso é aberto a figuras familiares, sendo que os estranhos poderão ser tratados de várias maneiras, ou seja, desde uma saudação relutante até ao sorriso social. A vinculação permanece ao longo da vida do sujeito, e embora o comportamento seja sempre o mesmo os meios para obtê-lo tornam-se cada vez mais diversos. Durante os primeiros nove meses, pode parecer que o bebé não elabora nenhuma tentativa de forma planeada que o levem ao comportamento de vinculação. No entanto, se as condições necessárias prevalecerem, o bebé ficará satisfeito. Caso contrário, ficará aflito. Quando ultrapassa os oito meses torna-se mais habilidoso, descobrindo as condições necessárias transformam-se na meta-fixada para o plano de vinculação que o bebé adopta (Stern, 2002). Estes planos de vinculação corrigidos para a meta podem variar e podem ir desde os mais simples até aos mais complexos. O grau de complexidade varia de acordo com a meta-fixada que tiver sido escolhida. O facto de os sistemas comportamentais serem dirigidos para a meta ou corrigidos para a meta pode ser explicado de duas formas: primeiro porque grande parte do comportamento é orientado por esses mesmos sistemas; em segundo lugar, devido à explicação dos princípios subjacentes nesses sistemas. Assumindo-se como um dos tipos mais simples de sistema, os padrões fixos de acção são um padrão estruturado de movimento e distinguem-se inteiramente de um reflexo. Estes podem variar em complexidade podendo ir desde o bocejo ao espirro. O termo meta-fixada, por sua vez, designa um evento limitado no tempo ou uma condição em curso, sendo produzido pela acção de sistemas comportamentais que estão estruturados para levar em conta as discrepâncias entre a instrução e o desempenho. Assim, a meta-fixada não é um objecto no meio ambiente mas sim um desempenho motor ou a realização de uma relação específica. Por outro lado, Bowlby (1982) refere-se a orientações do comportamento para designar os eixos espaciais em que o comportamento é organizado, e cujos pontos de referência são comumente objectos no meio ambiente ou componentes do meio ambiente. O comportamento corrigido para a meta caracteriza-se por um vasto repertório de movimentos estereotipados ou variáveis. O sistema selecciona movimentos de um modo não

casual de maneira tal que leva o animal a aproximar-se cada vez mais da meta fixada (Bowlby, 1982).

2. Padrões de Vinculação:

Ainsworth e colaboradores foram responsáveis em grande parte pelo trabalho empírico realizado nesta área, bem como pelo procedimento experimental da *situação estranha*, o qual permite avaliar a segurança na vinculação. Em 1978 referenciaram a existência de quatro escalas interactivas comportamentais, concretamente a proximidade, a manutenção, a resistência e o evitamento. A proximidade pressupõe a procura de contacto, avaliando a intensidade e a persistência dos esforços do bebé para diminuir a separação da figura de vinculação; a manutenção de contacto avalia a persistência do bebé em manter o contacto físico; a resistência avalia a resistência ao contacto; e por fim, o evitamento que avalia a resistência da interacção ou contacto com a figura de vinculação. A análise de uma forma conjunta estas quatro escalas resulta da identificação de três padrões de vinculação que, organizados, permitiam avaliar as reacções da criança face à situação estranha - o sistema A/B/C: *inseguro-evitante* (A), *seguro* (B) e *inseguro-ambivalente* (C). O padrão de vinculação *inseguro/ansioso evitante* (A) possui como principal característica a presença de comportamentos de evitamento para com a mãe, tais como ignorar a sua presença ou afastar-se fisicamente, sobretudo nos momentos de reunião (Ainsworth et al., 1978);. Verifica-se uma baixa tendência para demonstrar comportamentos de vinculação como por exemplo o choro, na presença e ausência da mãe, bem como a resistência ao contacto com esta. A criança interage com a mãe e com a estranha de uma forma semelhante, podendo, no entanto, demonstrar menos comportamentos de evitamento para com a estranha. Geralmente são crianças que passam a maior parte do tempo a interagir com os objectos. Podem ser isolados dois subgrupos, o A1 e o A2. No primeiro, verifica-se um evitamento marcado e consistente ao longo dos episódios de reunião. Por seu turno, no A2 observam-se também comportamentos de procura de proximidade moderada, sobretudo no segundo episódio de reunião. O *padrão seguro* (B) descreve a procura activa de proximidade e interacção com a figura de vinculação, bem como a manutenção do contacto físico, quando este é obtido. Os comportamentos de evitamento ou de resistência são pouco frequentes. Contudo na ausência da mãe a criança poderá exhibir comportamentos de vinculação entre os quais o chamar ou chorar por ela. Na presença da mãe, esta é capaz de explorar o ambiente envolvente, observando-se comportamentos de base segura como partilha de afecto à distância (Ainsworth et al., 1978; Holmes, 1993). Dentro da vinculação segura ainda é possível

distinguir diferentes subgrupos de crianças seguras. Assim, as crianças B1 mantêm uma interacção forte, mas mais distante com a figura de vinculação, que se processa através da mobilização de comportamentos de vinculação como o sorrir ou através de vocalizações. No entanto não são seguidos de procura de proximidade e contacto, chegando mesmo a exibir comportamento de evitamento ligeiros. As crianças B2 são semelhantes às anteriores, embora exibam mais comportamentos de procura de proximidade e manutenção de contacto. As crianças B3 por seu lado são seguras pois exibem os comportamentos de procura de proximidade e manutenção de contactos esperados, sem se verificarem comportamentos de evitamento ou resistência. Pelo contrário, as crianças B4 manifestam comportamentos de resistência. O traço marcante destas crianças é a presença de resistência ao contacto e à interacção com a mãe (Ainsworth et al., 1978). No entanto, estas crianças procuram igualmente a proximidade e manutenção do contacto com a figura de vinculação, o que lhes confere uma aparência ambivalente na relação com esta. As *inseguras-ambivalentes* – C - evidenciam muitos comportamentos de protesto à saída e ausência da mãe e raramente são acalmadas pela estranha. São crianças que exploram pouco o ambiente, podendo mesmo, nos episódios de pré-separação, procurar estar próximas da figura de vinculação não investindo nos objectos. De uma forma geral, a qualidade da sua exploração é pobre. Tal como nos casos anteriores, identificam-se subpadrões dentro deste: o C1, no qual se verifica uma procura de contacto activa, acompanhada de uma elevada resistência ao contacto; enquanto o C2 tende a sinalizar mais a necessidade de contacto, demonstrando mais passividade no seu comportamento. Posteriormente, Main e Solomon (1986;1990) identificaram um quarto tipo de vinculação, a desorganizada – desorientada, na qual se encaixam as crianças com comportamentos contraditórios e com sinais de extrema perturbação. Os sujeitos que possuem uma vinculação segura foram também descritos como tendo, geralmente, representações de si e dos outros mais complexas, diferenciadas e integradas. Verifica-se igualmente uma associação negativa entre a vinculação segura e vários indicadores de mal-estar psicológico como por exemplo a depressão (Levy, 2000).

Estes padrões de vinculação espelham as principais diferenças na forma como as primeiras relações sociais são estabelecidas, tendo um especial enfoque no grau de segurança na primeira relação de vinculação. Postula-se que a segurança da vinculação se assume enquanto factor determinante nos modelos dinâmicos internos que a criança constrói sobre as relações afectivas, tornando-se fulcrais na modelagem das relações interpessoais, bem como no estabelecimento de laços afectivos futuros. Posteriormente, os padrões de Vinculação propostos

por Mary Ainsworth foram revistos por Main e Solomon em 1985, autores introduziram uma nova categoria - “*inseguro/desorganizado*”. Esta nova categoria era utilizada para classificar aquelas crianças difíceis caracterizar com o critério A-B-C. Main e Solomon descreveram comportamentos característicos dessas mesmas crianças, e desenvolveram orientações que permitissem enquadrá-las numa quarta classificação, denominada de desorganizado/desorientado (D). A criança insegura/desorganizada ou desorientada (D) exhibe sequências contraditórias de comportamentos, estereotípias, confusão, desorientação, medo ou apreensão perante os pais. Nos episódios de reunião com a mãe comportam-se de uma forma fria ou confusa, parecendo não existir uma estratégia de vinculação coerente (Main & Solomon, 1990, citado por Salvaterra, F., 2007).

3 - Fases da Vinculação

Quando nasce, o bebé está longe de ser uma tábua rasa, verificando-se uma tendência para reagir a estímulos auditivos, visuais, tácteis e cinéticos. Vem munido com uma série de sistemas comportamentais que se encontram preparados para serem activados através de estímulos. Dentro desses sistemas, existem alguns que fornecem bases para o desenvolvimento do comportamento de vinculação, tais como o choro, o agarrar, a sucção e a orientação. Semanas mais tarde juntam-se-lhes o sorriso e o balbucio. Meses depois surge o gatinhar e o andar (Bowlby, 1982). O comportamento de vinculação desenvolve-se então de acordo com quatro fases: 1) orientação e sinais de discriminação limitada da figura; 2) orientação e sinais dirigidos para uma figura discriminada ou mais que uma; 3) manutenção da proximidade com a figura discriminada por meio de locomoção e sinais; 4) formação de uma parceria corrigida para a meta; Após o nascimento, o bebé responde aos estímulos de forma a aumentar a probabilidade de contacto com outros seres humanos, despontando o interesse e a prestação de cuidados, como a proximidade, o contacto físico, a nutrição e o afecto. Assim, durante a primeira fase, o bebé comporta-se de uma forma característica, sendo que a sua capacidade para reconhecer outras pessoas encontra-se limitada aos estímulos olfactivos e auditivos. Reage à face e à voz humana, ostentando um comportamento pro-social. A forma como o bebé se comporta em relação às pessoas que o rodeiam inclui a orientação para essa pessoa, podendo por vezes deixar de chorar ao ouvir uma voz ou ver um rosto, aumentando assim o tempo em que o bebé se mantém próximo dessa mesma pessoa. Esta fase inicia-se com o nascimento e finda entre as oito e as 12 semanas, podendo no entanto prolongar-se em condições desfavoráveis. Durante a segunda fase, e após as 12 semanas, o bebé comporta-se em relação

às pessoas de uma forma amistosa, no entanto fá-lo de forma mais acentuada para com a figura materna. Nesta fase, a criança responde com vocalizações, sorrisos e mais choro às figuras familiares do que propriamente a estranhos. Verifica-se um interesse crescente pela pessoa que lhe presta cuidados, geralmente a mãe, favorecendo desta forma a interacção do bebé com a mesma. Os sistemas comportamentais do bebé complexificam-se, sendo que nesta fase é ele que inicia a maior parte das interacções sociais e de vinculação com o principal prestador de cuidados. Esta fase, dura até aos seis meses ou mais tarde, dependendo das circunstâncias.

Na terceira fase, o bebé solidifica a vinculação com o prestador de cuidados. Nesta altura verifica-se um conjunto de mudanças significativas, entre as quais mudanças motoras, cognitivas e linguísticas, e ao nível da organização dos sistemas comportamentais. O bebé torna-se cada vez mais discriminatório em relação às pessoas que o rodeiam, passando também a seguir a sua mãe cada vez que esta se afasta. Recebe-a de forma afectuosa cada vez que esta regressa e usa-a para explorar o que está em redor. A forma amigável como o bebé reagia às pessoas que estavam em seu redor, e que se verificava na fase anterior diminui. Durante esta fase os estranhos passam a ser encarados com cautela, ao mesmo tempo que se torna evidente o comportamento de vinculação do bebé em relação à mãe. A fase três surge normalmente entre os seis e os sete meses prolongando-se até aos 2/3 anos. Na quarta fase, e última, graças aos mapas cognitivos desenvolvidos durante a fase três, a criança passa a ver a mãe como uma figura independente, que se movimenta de um modo mais ou menos previsível num contínuo espaço-tempo. A criança começa a desenvolver não só uma maior compreensão do comportamento da mãe, como também do seu próprio. No entanto, apesar de ter adquirido esse conceito, não quer dizer que compreenda o que influencia a aproximação ou afastamento da mãe em relação a ela. Mais tarde, a criança começa a perceber as metas que são fixadas pela mãe e a partir desse momento esta torna-se mais flexível, adquirindo um discernimento intuitivo acerca dos sentimentos e motivos da mãe. É algo complicado definir em que fase surge o comportamento de vinculação, no entanto na fase um é certo não existir (Bowlby, 1982). A partir dos 2/3 anos, a criança sente menos necessidade de estar constantemente próxima da mãe, desenvolvendo assim um sentido de autonomia. O facto de esta ser capaz de representar os seus pais de uma forma simbólica, permite-lhe possuir um sentimento de segurança assegurado (Ainsworth, 1972; Bowlby, 1979; Schaffer, 1966). Bowlby (1979; 1969/1982) coloca ênfase nas experiências actuais, referindo-se a estas como “*internal working models*”, ou seja, modelos dinâmicos internos. Este considera que apesar de o bebé não ser capaz de construir estruturas simbólicas a partir das interacções que estabelece, é capaz de interiorizar sequências de

acontecimentos, que lhe permitem adaptar o seu comportamento, tendo como base experiências anteriores - modelos dinâmicos internos. Os modelos dinâmicos internos permitem ao sujeito antecipar o seu futuro e fazer planos, de maneira a obter um maior proveito do seu comportamento. São esses modelos que vão determinar qual o comportamento específico de vinculação que vão usar, numa situação específica e com aquela pessoa específica. Partindo da teoria de Piaget acerca do desenvolvimento infantil, Bowlby considera que a partir dos cinco meses a criança (quando adquirida a noção da permanência do objecto), inicia a construção desses modelos mentais. Desta forma o bebé, à medida que se relaciona com o meio envolvente começa a compreender sobre o seu eu e sobre os outros. A relação mais importante é com o seu prestador de cuidados que se torna, a maioria das vezes, na sua principal figura de vinculação. Podemos, então, dizer que é na relação com o outro que aprendemos mais sobre nós e, se nos compreendermos a nós próprios, será um princípio para compreendermos o outro. Foi a partir de 1969, quando baseado na formulação de Craig, que Bowlby escolheu o termo *internal working models* para designar as representações a partir das quais o sujeito pode construir profecias. Para este autor, para que os modelos dinâmicos internos possam ser aplicados a novas situações, têm de ser extensíveis, também a situações novas. Os *internal working models* concebem crenças e expectativas não só sobre o nosso próprio comportamento, como também sobre o comportamento do outro, sobre o valor próprio e sobre a disponibilidade e interesse do outro e sua capacidade de aprontar protecção. Estas expectativas e crenças vão crescendo durante os primeiros anos de vida ao mesmo tempo que a criança experimenta e conhece o comportamento e os sentimentos da figura de vinculação. Com o passar do tempo, a criança constrói mentalmente, sob a forma de modelos dinâmicos internos a relação que possui com os seus pais, bem como os seus comportamentos. Esta representação permite que baseada nas expectativas e nas experiências permite que a criança desenvolva estratégias comportamentais para atestar que as suas necessidades são satisfeitas. Estes modelos dinâmicos internos são preponderantes no desenrolar do desenvolvimento da criança (Bowlby, 1969/1982, citado por Salvaterra, 2007). À medida que a criança compreende melhor os sentimentos e as motivações da figura de vinculação, verificam-se mudanças, que lhes permite desenvolver modelos dinâmicos internos das relações de vinculação (Bretherton, 2005).

4 - A Natureza da Relação Mãe/Filho

Ao desenvolver um vínculo com o prestador de cuidados, a criança utiliza-o como fonte de conforto e de segurança face aos perigos e ameaças do meio envolvente. Contudo, a

qualidade da vinculação estabelecida, difere de díade para díade consoante a natureza do vínculo e a forma como o prestador de cuidados é utilizado pela criança face a situações de perigo. John Bowlby (1969/1982) considera que a relação de vinculação que se estabelece entre a criança e os pais é uma relação recíproca, na qual a criança se vincula aos pais e os pais se ligam afectivamente a ela. No entanto, os pais possuem uma vantagem, no que respeita ao estabelecimento da relação afectiva, na medida em que mesmo antes de a criança nascer estes ligam-se a ela de forma afectiva. Ainda na barriga da mãe, os pais falam para o bebé, constroem planos para ele, expressam prazer pelo seu desenvolvimento, ouvem o batimento cardíaco, sentem os seus movimentos, entre outros. Contudo, torna-se importante realçar o facto de que a relação de vinculação vai-se construindo ao longo dos primeiros anos de vida, e que tal pode ocorrer mesmo que não tenha existido um contacto precoce entre os pais e o recém-nascido (Brockington, 1996). As rotinas sincronizadas que se estabelecem durante os primeiros anos de vida são importantes no estabelecimento da relação mãe/criança (Stern, 2002; Tronick, 1989). Actualmente é conhecido que a qualidade dos cuidados parentais assume uma importância fulcral no que respeita ao desenvolvimento futuro da criança. Assim, é fundamental que a criança vivencie uma relação calorosa, íntima com a mãe ou com o substituto materno permanente, na qual ambos encontrem satisfação e prazer. É através desta relação complexa que se estabelece com a mãe, e que de certa forma é enriquecida pelas relações que estabelece com o pai e com os irmãos, que se desenvolve a personalidade e a saúde mental (Bowlby, 1979). A prestação de cuidados maternos não se cinge apenas às horas que a mãe despende por dia com o seu filho, mas sim à qualidade desse tempo, bem como ao prazer que ambos alcançam no seu relacionamento. Por conseguinte, torna-se essencial que exista uma continuidade na relação, e que ambos experienciem uma relação afectuosa, íntima e contínua, na qual encontrem satisfação e prazer. A mãe necessita de expressar o seu orgulho e satisfação pelo filho, pois só assim será capaz de lhe dar uma atenção constante, de evidenciar a sua satisfação ao vê-lo crescer e autonomizar-se, sabendo que os seus cuidados se tornaram possíveis. O comportamento parental assume uma grande importância, uma vez que é no seio de uma família que existe uma relação de qualidade, apesar de existirem famílias que falham na prestação de cuidados aos filhos. No entanto, a criança só deverá ser retirada da sua família em último recurso, pois corre riscos para o seu desenvolvimento (Bowlby, 1979).

5 - As Figuras de Vinculação

Praticamente em todas as culturas, a criança liga-se de uma forma afectiva à mãe, ao pai, aos irmãos mais velhos e aos avós, sendo que é entre elas que esta escolhe a sua figura de vinculação principal e as figuras de vinculação alternativas. Ao longo de toda a sua obra, Bowlby (1969/1982) apontou ser a mãe a primeira figura de Vinculação da criança. Baseado nos estudos de Shaffer&Emerson e Ainsworth, Bowlby (1969/1982) afirma que as crianças com uma vinculação mais forte a uma figura tendem a dirigir o seu comportamento social para outras figuras discriminadas. Isto é, quanto mais insegura a criança for, maior será a sua inibição para desenvolver ligações com outras figuras – Monotropia. A teoria da vinculação parte do princípio de que a relação mãe/bebé se estabelece desde o nascimento. No entanto, o papel da figura principal de vinculação pode ser atribuído a outras pessoas que não a mãe (Bowlby, 1969/1982). Tal facto é comprovado nos estudos de Ainsworth (1967), com as crianças gandas, e de Schaffer e Emerson (1964) com os bebés escoceses. A criança ao longo do seu desenvolvimento encontra figuras alternativas de vinculação, sendo que a partir dos 5/6 meses é capaz de estabelecer uma relação de vinculação com outra pessoa que não a mãe. Dois grupos de investigação (IJzendoorn, Sagi e Lambermon,1992 e Howes, Hamilton e Althusen,1999) propuseram um conjunto de critérios para identificar figuras de vinculação alternativas. IJzendoorn, Sagi e Lambermon, em 1992, propuseram cinco critérios, tendo em conta a avaliação da segurança, os seus antecedentes e as consequências úteis para identificar classes ou categorias de figuras de vinculação, sobretudo em bebés e crianças pequenas. Os critérios apresentados foram os seguintes: (1) não existir uma sobre-representação de classificações criança/prestador de cuidados, evitante; (2) não existir uma sobrerrepresentação de classificações criança/prestador de cuidados, não classificáveis; (3) a classificação da criança/prestador de cuidados ser independente da classificação pais/criança; (4) a relação entre a sensibilidade do prestador de cuidados e a classificação da situação estranha criança/prestador de cuidados; (5) a classificação criança/prestador de cuidados ser preditora do funcionamento emocional posterior (IJzendoorn et al., 1992). Howes e colaboradores (1988), por sua vez, propuseram três critérios de identificação das figuras de vinculação: (1) proporcionarem cuidados físicos e emocionais; (2) terem continuidade ou consistência na vida da criança; (3) fazerem um investimento emocional na criança. Os critérios de Howes são idênticos aos de Ainsworth, pois ambos permitem identificar figuras de vinculação específicas para cada criança, todavia divergem no facto de Ainsworth (1967) não considerar os cuidados físicos e emocionais como um critério. Howes, identificou categorias de pessoas que pudessem ser figuras de vinculação (pais, familiares, prestadores de cuidados) e, através de entrevistas e das

análise das redes sociais, tentou compreender quais seriam as figuras de vinculação para cada criança.

6 - Desenvolvimento da Vinculação na Idade Adulta

Bowlby afirma que a vinculação se trata de um constructo aplicável ao longo de todo o ciclo da vida do indivíduo, apesar de esta ser mais evidente na infância. (Bowlby, 1979/1982). A vinculação não se cinge só aos primeiros anos de vida, continuando a desenvolver-se nos adolescentes e nos jovens adultos, nomeadamente nas relações amorosas. O estabelecimento de uma nova relação amorosa com um par não implica, no entanto o término da vinculação com os pais, apenas não interfere tanto na vida do adulto como antes (Ainsworth, 1990). Hazen e Shaver (1994) afirmam que a relação que se estabelece com as primeiras figuras de vinculação irá produzir um estilo característico no envolvimento nas relações íntimas. Bowlby (1956) equiparou os laços pais/filho com os laços que se estabelecem entre o par numa relação amorosa. Assim, fez notar que estamos perante dois tipos de relações distintas, e que ambos os sistemas são activados e determinados por circunstâncias diferentes, passando por fases distintas no seu desenvolvimento. Bowlby (1969/1982) e Ainsworth (1990) consideraram que os sistemas comportamentais de reprodução, vinculação e “*caregiving*”² estão envolvidos nas relações amorosas entre pares. Existem contudo algumas diferenças individuais e culturais. Ainsworth (1990) considerou importante a existência de vinculação durante o período de envelhecimento, apesar de tradicionalmente ser considerado mau existir uma inversão de papéis (pais/filhos). Contudo, torna-se importante na medida em que com o avanço da idade os pais tornam-se mais frágeis, e tendem a procurar cuidados com adultos mais novos, geralmente os filhos. Este é um período no qual ocorrem grandes mudanças, existindo um conflito entre a necessidade de ser protegido e o desejo de continuar a ser autónomo (Bowlby, 1979/1982).

7 - Comportamentos de Vinculação

O comportamento de vinculação designa qualquer comportamento que vise levar a criança a uma relação próxima, protectora com a(s) figura(s) de vinculação, em situações de ansiedade ou stress. Para a maioria das crianças a sua primeira figura de vinculação é a mãe, contudo actualmente é aceite que as crianças possam ter outras relações de vinculação com outras pessoas, tais como o pai, os avós e os irmãos mais velhos. No entanto, estas figuras de

² O termo “*caregiving*” reporta-se a comportamentos parentais, que visam a proximidade e o conforto da criança quando esta se encontra numa situação de perigo. Quando a criança se encontra numa situação de perigo despoleta comportamentos tais como o chamar, estender os braços, agarrar, seguir, conter, embalar, entre outros.

vinculação não são todas tratadas da mesma forma pela criança, uma vez que a mãe continua a ser a figura eleição nas situações de stress (Salvaterra, 2007). Cassidy, em 1999, enunciou três tipos de comportamentos de vinculação:

- Os comportamentos de sinalização, como o sorrir e as vocalizações, visam alertar a mãe para o interesse da criança na interacção;
- Os comportamentos aversivos, como o choro, que se constituem enquanto comportamentos de alerta;
- Os comportamentos activos da criança, como o seguir, em busca da proximidade.

Estes comportamentos favorecem a criança no que respeita à protecção do perigo, à nutrição e à interacção social, proporcionando oportunidades de aprendizagem acerca do meio, das relações com o outro e sobre ela própria. Bowlby (1962) considera o comportamento de vinculação um produto do sistema de controlo biológico, afirmando que os comportamentos que asseguram a sobrevivência estão incorporados no equipamento biológico da espécie. Assim, os comportamentos e emoções associados à vinculação são maioritariamente observados em situações de stress e ansiedade, sendo que podem envolver o medo, o perigo, o conflito, os desafios sociais e as ameaças à disponibilidade física e emocional do prestador de cuidados. Desta forma, essas situações poderão ser intrínsecas à criança (estar doente, cansada, com fome, entre outras), ou respeitantes à figura de Vinculação (ausência da mãe, comportamentos de rejeição, hostilidade, ou abuso).

8 - Desvinculação:

A desvinculação refere-se a crianças com idades compreendidas entre os seis meses e os três anos e que já passaram pelo menos uma semana ou mais longe da mãe, sem no entanto terem sido entregues aos cuidados de um substituto. Esta fase é caracterizada por uma ausência quase total do comportamento de vinculação quando a criança reencontra a mãe (Bowlby, 1980). Foi efectuado um estudo com crianças com idades compreendidas entre os 13 e os 32 meses que passaram pelo menos 12 dias em creches. Heinicke e Westheimer em 1966 (cit. por Salvaterra, 2007), constaram que quando a criança reencontrava a mãe denotava um certo grau de desvinculação. Este estudo permitiu então concluir dois aspectos: primeiro, que a desvinculação é característico da maneira pela qual uma criança separada se comporta ao

reencontrar a sua mãe. E, por outro lado, que a duração da desvinculação da criança em relação à mãe tem uma relação significativa com a extensão da separação. A experiência da separação ou perda da figura materna numa criança pequena pode provocar processos psicológicos cruciais para o desenvolvimento de psicopatologia (Bowlby, 1982).

Existem algumas crianças que aparentam não ter estabelecido relações de vinculação com ninguém. Geralmente são crianças que, durante o seu primeiro ou segundo ano de vida, tiveram poucos contactos com adultos, na maioria dos casos criadas em casa com prestadores de cuidados muito negligentes ou abusivos, ou criadas em instituições, com pouco pessoal, em que as crianças só tinham contacto com um prestador de cuidados para o banho, alimentação e muda de fraldas. São crianças não vinculadas por privação de cuidados maternos e ausência de estimulação.

Capítulo 2 – Luto

1 - Definição de luto

Segundo Karien Botha (2006) “Grief is defined as the expression of our reaction of loss”. Assim, o luto envolve um processo de reorganização do sujeito em relação à pessoa falecida, com o próprio e com o mundo. O processo do luto é por definição um conjunto de reacções diante de uma perda, que não se restringem apenas à morte física, mas também à perda de um objecto, a uma separação (Bowlby, 1985).

Em 1916, Freud define o luto como “uma reacção à perda de um ser amado ou de uma abstracção equivalente, a pátria, a liberdade, o ideal, etc.”. Sendo um processo psíquico, o luto pode ser realizado após uma perda, no decurso de uma “vivência de perdas”. O processo do luto consiste na elaboração da perda, perda essa que é significativa para o sujeito. Apesar de no presente trabalho o tema central ser o luto enquanto perda de pessoas, essa não é a única forma de luto. Rebelo (2007) enuncia cinco causas de luto: a perda da pessoa amada; a perda de alguém sobre a qual se tinha desenvolvido uma “grande fantasia de afecto”; a perda resultante de dano efectuado ao amor-próprio; a perda de posição social; e a perda de objectos e animais. A perda de uma pessoa amada verifica-se em consequência da morte, de uma separação física, de uma separação conjugal, quando os pais renegam os filhos por estes serem toxicodependentes, entre outros. Por outro lado, a perda de alguém sobre quem se tinha desenvolvido uma grande fantasia de afecto verifica-se em casos de aborto, a criança nasce mal-formada ou com mal formações. A perda resultante de um dano efectuado ao amor-próprio, verifica-se por exemplo em casos de amputação de um membro, da ablação de um seio ou paralisia resultante de um acidente. A perda de posição social também se assume enquanto luto, por exemplo quando a perda de estatuto social e/ou profissional, ou não se atingir o curso universitário ambicionado, entre outras. E, por último, a perda de objectos e animais, que possuem geralmente um valor sentimental/emocional, tal como uma jóia ou um animal de estimação. Ao se referir ao luto, Freud (1916) refere a necessidade de elaborar a separação, de se efectuar um desinvestimento libidinal do objecto perdido, podendo este ser uma pessoa, dinheiro, algum bem material ou uma parte do corpo. O luto implica um processo dinâmico que envolve a personalidade total do indivíduo e abarca de uma forma consciente, ou inconsciente, todas as funções do Eu, as suas atitudes, defesas e relações com os outros (Grinberg, 1992). De acordo com Sullivan (1956 cit. por Sanders, 1999), o processo de luto possibilita ao

sobrevivente a oportunidade de se desintrinsicar dos laços da vinculação. Assim, quanto maiores os vínculos existentes, maior o sofrimento perante a perda. Elizabeth

Kubler-Ross em 1973, afirma que a morte ainda é um acontecimento universal assustador, e mesmo quando os sujeitos pensam que a conseguem dominar a vários níveis, não estão ainda preparados para tal. Um dos factos salientados pela autora, é que morrer hoje em dia é de certa forma mais horrível, mais solitário e desumano. Kaplan et al (1997), consideram o luto como resultado de várias perdas, no entanto atribuem maior ênfase à morte de alguma pessoa. Definem o luto como um “processo psicológico complexo, de retirada do apego e elaboração da dor da perda”, indo, assim, ao encontro daquilo que Freud refere. O luto representa a experiência que a pessoa sofre após a consciência da perda, sendo utilizada para designar um vasto leque de emoções, experiências, mudanças e condições que ocorrem como resultado da perda (Sanders, 1999).

Firth (1961) referencia a importância dos rituais fúnebres, salientando as três funções dos mesmos. Primeiramente, o funeral proporciona à pessoa enlutada a ajuda necessária para encarar os factos e expressar publicamente o seu pesar, ao mesmo tempo que é introduzido o novo papel social que passa a ter de desempenhar. Por outro lado, o funeral permite que toda a comunidade tenha conhecimento da perda e possa de certa não só despedir-se do morto como também expressar emoções de medo e raiva. E, por último, proporciona uma troca de bens e serviços entre famílias (Firth, 1961). Também Pangrazzi (2008) realçou a importância de as crianças participarem nos rituais fúnebres. Muitas vezes os progenitores evitam a sua presença, no entanto isso não impedirá que elas não se apercebam do que se está a passar e não procurem uma explicação para tal. Assim, caso a criança deseje participar no funeral, é conveniente que o faça, pois é uma forma de integrar essa experiência ao observar a condolência dos outros. Lindemann (1944) introduziu o conceito de luto antecipado ao observar as esposas dos soldados durante a Segunda Guerra Mundial, que perante a ameaça de morte de seus entes queridos, passaram por todas as fases do luto. O termo luto antecipatório descreve o processo de luto que uma pessoa sofre mesmo antes de a perda ocorrer (Lindemann, 1944; Bowlby, 1980). Neste sentido, cada vez mais, se tem vindo a manifestar uma preocupação com os pais de crianças que nascem mortas ou que morrem pouco tempo depois (Bowlby, 1980).

2 - Etapas do luto

O trabalho de luto inclui uma série de reacções tendentes à aceitação da perda e à readaptação do Eu à realidade (Grinberg, 1992). Como tal, e conscientes da necessidade de compreender os processos de luto, vários foram os autores que se debruçaram sobre o tema.

2.1 – Kubler-Ross

Elisabeth Kubler-Ross (1973) foi uma das interessadas no tema e afirma que quando a pessoa é confrontada com uma perda poderão ser observadas reacções similares. Elaborou então os cinco estádios do luto: o choque e a negação, a raiva, a negociação, a depressão e, por último, a aceitação. A negação caracteriza-se pela recusa consciente ou inconsciente da aceitação dos factos, das informações, da realidade, relacionados com a situação em causa. É considerado um mecanismo de defesa perfeitamente natural. Algumas pessoas podem ficar bloqueadas nesta fase quando se trata de uma mudança traumática. A morte não é particularmente fácil de evitar ou de se contornar indefinidamente. Por outro lado, a raiva pode manifestar-se sob diferentes formas. Os sujeitos podem ficar zangados com eles mesmos e/ou com outros, especialmente com aqueles que lhes são próximos. Sabendo isto, torna-se mais fácil não julgar quando se enfrenta a ira de alguém que está muito perturbado. A fase de negociação para as pessoas que enfrentam a morte pode envolver a tentativa de negociarem com Deus. Poderão surgir tentativas tais como "Ainda podemos ser amigos?". A negociação raramente fornece uma solução sustentável, especialmente se for uma questão de vida ou morte. A depressão, também conhecida como luto preparatório, é de certa forma o ensaio ou a prática de execução para o "rescaldo", embora nesta fase as coisas possuam significados diferentes dependendo de quem se trata. É uma espécie de aceitação com apego emocional. É natural a pessoa sentir tristeza e pesar, medo, incerteza, pois demonstra que começa a aceitar a realidade. E, por último, a aceitação, que representa um culminar de todas as reacções emocionais. No entanto varia de acordo com a situação da pessoa, embora de uma forma geral indique que existe algum distanciamento emocional e alguma objectividade.

2.2 - Bowlby

Ao longo de toda a sua obra, Bowlby realça a importância do processo de luto, elaborando então quatro estágios do luto: a fase do entorpecimento, a fase do anseio e busca da figura perdida, a fase da desorganização e desespero e a fase da reorganização. Numa fase inicial verifica-se uma negação seguida do choque. Nesta fase o sujeito é incapaz de aceitar a perda do seu ente-querido, podendo, em certos casos, ser assolado por ataques de pânico e/ou

de raiva. Posteriormente, a fase do anseio que ocorre dentro de algumas horas até alguns dias após a perda e é dominada pela preocupação permanente com a pessoa perdida e com a tentativa de conseguir o seu regresso. Prevaecem emoções como ansiedade, revolta e medo. Na fase da desorganização e do desespero verifica-se uma ineficácia do protesto para trazer de volta a figura de vinculação, predominando sentimentos como o desespero, a tristeza e a solidão. Para que o luto se processe de forma favorável, é necessário que a pessoa enlutada suporte estas oscilações de humor, pois só assim conseguirá aceitar e reconhecer, de uma forma gradual que a perda é definitiva e que terá de reconstruir a sua vida. Quando atingido esse patamar, entra na última fase, marcada por uma recuperação gradual do interesse por actividades sociais, entre outras. William Worden, em 2002 destacou seis mediadores do processo de luto: o Mediador 1: quem é a pessoa que morreu; o Mediador 2: a natureza da vinculação; Mediador 3: como a pessoa morreu; Mediador 4: antecedentes históricos; Mediador 5: variáveis da personalidade; Mediador 6: stress; No mediador um, Worden enfatiza a necessidade de identificar qual o grau de parentesco, bem como o tipo de relacionamento que o enlutado possuía com o falecido. Este enuncia uma série de situações que influenciam o processo de luto, nomeadamente a idade e a forma como se morre, o grau de relacionamento, entre outros. No mediador dois, destaca-se a importância da natureza da vinculação, que por sua vez é determinada por vários factores, nomeadamente a força, a segurança, a ambivalência do relacionamento, os conflitos com o falecido e as relações dependentes. A força da vinculação é deveras importante, uma vez que se assume quase como axiomático que a intensidade do luto é determinada pela intensidade do afecto; Por outro lado, a segurança necessária para que a pessoa desfrute da sua própria auto-estima, caso contrário, se necessita do falecido para tal, prediz-se uma maior dificuldade no luto; Em qualquer relacionamento íntimo, verifica-se sempre uma certa ambivalência. Contudo, usualmente, os sentimentos positivos excedem os sentimentos negativos. No entanto em casos de relacionamento ambivalente, no qual os sentimentos negativos existem, assumem uma proporção igual aos sentimentos positivos, indo por isso dificultar o processo. Predomina um enorme sentimento de culpa, marcado por pensamentos como “Será que fiz o suficiente por ele/a?”; Nos relacionamentos conflituosos verifica-se uma certa tendência para a não resolução de discussões passadas, após a morte, especialmente quando se trata de uma morte súbita; E, por último, um relacionamento dependente pode afectar a adaptação à morte, especialmente quando se verificam relacionamentos ambivalentes. Mesmo após a morte, o enlutado numa tentativa de superar a perda (da pessoa da qual dependia) efectua várias actividades distractórias como pagar contas, conduzir ou preparar refeições; No que respeita ao terceiro mediador,

Worden enunciou causas de morte preditoras do processo de luto, as quais designou de categorias NASH: Natural, Acidental, Suicídio e Homicídio; No mediador quatro é enfatizada a pertinência de uma melhor compreensão de perdas anteriores, e se o luto foi ou não adequado. O historial de perturbação depressiva na família assume-se crucial na medida em que uma perda mal resolvida ou um luto patológico pode ser transmitido geracionalmente e afectar o processo de luto decorrente; No mediador cinco, Worden relembra o apelo de John Bowlby em 1980 acerca da importância da estrutura da personalidade do enlutado para uma melhor compreensão de respostas individuais relativas à perda. Também Martin & Doka em 1996 haviam considerado a importância das diferenças de género, bem como a capacidade de sofrimento; E por último, o mediador seis respeitante ao stress, no qual Worden destaca as estratégias de *coping* como fulcrais.

2.3 - Teoria Integrativa de Sanders

Também Sanders, em 1999, concebeu a teoria integrativa do processo de luto, explicando a necessidade do desenrolar do mesmo, através de cinco fases: 1) Choque; 2) Consciência da perda; 3) Conservação retirada; 4) Cura; 5) Conservação. Na primeira fase, na qual ocorre o choque, a pessoa enlutada permanece num estado de confusão estando constantemente em alerta. Nesta fase predomina o torpor, ou seja, uma espécie de anestesia dos sentimentos que protege o enlutado da dor intensa que se segue à perda. Na fase seguinte, à medida que o torpor vai desaparecendo, a pessoa enlutada é confrontada com a perda. A substância anteriormente produzida pelo seu corpo (*novocaína*) desvanece-se, e o estado de "dormência" face à perda desaparece, obrigando a pessoa enlutada a enfrentar o mal-estar físico e mental. A ansiedade da separação torna-se cada vez maior e os sentimentos de perigo surgem fazendo parecer que não existe um lugar seguro. Numa terceira fase, a conservação-retirada, a pessoa é quase que obrigada a retirar-se afim de salvaguardar a pouca energia que lhe resta. Esta fase possui características semelhantes à depressão, caracterizada por uma grande fadiga que oprime o enlutado, fazendo-o sentir dificuldades em executar tarefas simples do dia-a-dia. Apesar de se constituir enquanto um período debilitante, possui também um valor libertador. Nesta fase em que se encontra longe dos outros, a pessoa enlutada possui a oportunidade para fazer o trabalho de luto necessário, nomeadamente através da ruminação e da preocupação com o falecido. O enlutado percebe então que não existe retorno, que nada pode trazer de volta o seu ente-querido. Assim, começa por aceitar a perda e as consequentes mudanças na sua vida. Desta

forma, volta a ganhar força para seguir em frente comportando-se como se o falecido estivesse apenas temporariamente fora, podendo regressar um dia. A fase da cura, representa o ponto de viragem, na qual a pessoa enlutada junta forças que lhe dão a determinação necessária para seguir em frente com a sua nova vida. Verifica-se uma mudança gradual de atitude, bem como o regresso da confiança. Nesta fase a pessoa enlutada tenta perdoar-se pelo sucedido tentando ao mesmo tempo lidar com a auto-eliminação da culpa, de vergonha e de raiva por ter sido abandonada. E por último, na fase da renovação, a dor diminui em grande parte. No entanto, em datas festivas será mais complicado. Predomina um sentimento de competência, que deriva da aceitação de responsabilidade para o próprio, devolvendo-lhe a força necessária para tentar novas coisas, encontrar novos amigos e criar um estilo de vida que possibilite a satisfação das necessidades pessoais da pessoa enlutada. A Teoria Integrativa considera tanto as variáveis moderadoras internas, como as externas. Os moderadores externos incluem os sistemas de suporte social, a forma como o falecido morreu, quem faleceu, o estatuto socio-económico, entre outros. Por outro lado, os moderadores internos descrevem elementos que são caracterizadores do estado pessoal interno, tais como a idade, o género, a força do ego e personalidade, a vinculação ao falecido, o funcionamento físico corrente, entre outros. O enlutado pode: 1) escolher seguir em frente com a vida de uma nova maneira; 2) decidir não fazer mudanças e viver como se o enlutado não estivesse presente apenas temporariamente; 3) submeter-se às complicações que surgem e ficar doente ou morrer (Sanders, 1999).

3 - Sintomas

“A intensidade com que vivemos o luto depende de um complexo de factores de natureza interna do próprio indivíduo e externa do meio que o envolve” (Rebello, 2007). Kreicbergs e colaboradores (2007) relataram que os pais enlutados estão mais propensos a sofrer a longo prazo de ansiedade e depressão. Prigerson e colaboradores (2001) diferenciam duas categorias de sintomas: a separação marcada pela preocupação com os pensamentos do falecido, pelo anseio e pela saudade, e a angústia traumática, onde se verifica por exemplo a descrença sobre a morte, a desconfiança, a raiva, o choque da morte, e a experiência de sintomas somáticos do falecido. Estudos sobre luto patológico demonstram que este se caracteriza por um conjunto de sintomas unidimensionais, revelando uma distinção entre a depressão e a ansiedade, predizendo assim uma morbilidade substancial como o risco de cancro, ataques cardíacos, um aumento no consumo de álcool, e ideação suicida (Worden, 2002). Geralmente, o luto patológico não responde bem à psicoterapia ou a antidepressivos tricíclicos. O luto

assume diversas formas de manifestação tais como o entorpecimento emocional, a descrença, o anseio, o anseio pela pessoa perdida, as preocupações com o falecido, os suspiros, a depressão, a ansiedade, as alucinações, entre outras. Normalmente, estas manifestações atingem o pico da intensidade nos primeiros meses após a morte e diminuem após o primeiro ano. Apesar de no modelo multidimensional estarem presentes, simultaneamente, todas as dimensões, poderá predominar uma dimensão num ponto em particular levando assim ao aparecimento de estágios. O conceito de ansiedade da separação constitui-se enquanto núcleo para percebermos o processo normal do luto, contudo a depressão, a ansiedade da perda e o trauma, bem como as estratégias de *coping*, contribuem também para completar o modelo. A pessoa enlutada padece de sensações físicas tais como vazio no estômago, aperto no peito, sensibilidade acrescida ao barulho, sensação de despersonalização (nada parece real), falta de ar, entre outros. No que respeita às cognições, surgem determinados pensamentos que são comuns nas fases iniciais do luto e costumam desaparecer após um curto período de tempo. Por vezes, estes pensamentos poderão persistir, desencadeando sentimentos que podem conduzir à depressão ou à ansiedade. Geralmente, o primeiro pensamento que ocorre após a notícia de uma morte, especialmente quando esta é inesperada é “isto não aconteceu, tem de haver um engano. Não acredito que isto aconteceu. Não quero acreditar que isto aconteceu”. As pessoas enlutadas não conseguem pôr as ideias em ordem, verificando-se uma obsessão pela pessoa que morreu. Nos dias que se seguem à perda existe uma tendência para se pensar que a pessoa que morreu ainda está na mesma dimensão temporal e espacial. Poderão também surgir alucinações, tanto visuais como auditivas, e que são consideradas um acontecimento normal na experiência de luto. Embora possam incomodar a pessoa estas não são preditoras de luto patológico. Numa fase inicial podem surgir algumas dificuldades em adormecer ou insónia matinal, geralmente desaparecem por si só. No entanto se persistirem durante algum tempo, poderão indicar uma perturbação depressiva. As perturbações de sono podem simbolizar vários medos, como o medo de estar sozinho na cama, o medo de sonhar ou o medo de não acordar. Poderão também surgir alterações de apetite e conseqüentes alterações de peso significativas. Persiste a vontade de se isolarem das outras pessoas ou evitarem locais ou objectos que relembrem a pessoa falecida e desencadeiem sentimentos dolorosos. Todavia, trata-se de uma situação temporária. Está provado que as lágrimas ajudam a aliviar o sofrimento emocional, apesar de ainda não se saber quais os mecanismos através dos quais isso ocorre. É também bastante frequente estimar objectos que pertenciam à pessoa que morreu, como por exemplo vestir uma peça de roupa que pertencia à pessoa que morreu (Worden, 2002). Na fase busca e anseio pela pessoa perdida, o

enlutado pensa estar constantemente a sentir a sua presença, a sonhar com ela, a sentir o seu cheiro, e interpreta qualquer sinal como sendo uma forma de comunicação (Bowlby, 1980). Um estudo efectuado com pessoas enlutadas com o intuito de examinar o curso da descrença, da ânsia, da raiva, da depressão e da aceitação, concluiu que o processo de luto normal dura até seis meses após a perda do ente querido. Contudo, a ausência de fundamento empírico para o cumprimento do tempo associado ao processo de luto normal não foi assumido como sendo limitado a apenas seis meses, mas sim vinte e quatro meses após a perda. (Maciejewski, Zhang, Block & Prigerson, 2007).

4 - Luto normal e patológico

O luto é considerado um processo cognitivo que implica a confrontação da pessoa com a sua perda, e que lida com os acontecimentos anteriores à perda e até à altura da mesma. O processo de luto é então considerado um enfoque nas memórias relacionadas com a pessoa falecida, bem como a forma como encara o novo mundo em que, de agora em diante tem de viver (Worden, 2002).

Os estádios do luto normal foram descritos segundo diferentes perspectivas ao longo dos tempos. Sendo um processo individual, o luto não tem necessariamente de ser linear, podendo variar entre meses e anos. Muitos dos sentimentos de desolamento são experienciados através de cinco tipos de funcionamento disruptivo manifestados durante o primeiro ano após a perda. São eles: a desorganização cognitiva, a disforia, a saúde deficitária, a disrupção social e o funcionamento ocupacional (Botha, 2006). No que diz respeito à desorganização cognitiva, predomina a dificuldade em aceitar a realidade e a perda em si. Esta desorganização faz-se acompanhar de um sentimento de descrença, de desrealização, de desorganização e de preocupação. Esta desorganização cognitiva inclui também distúrbios de identidade, uma vez que com a perda é como se um pedaço da própria pessoa se tivesse perdido, e também um sentimento de disrupção futura que é caracterizada pela incerteza quanto ao futuro (Botha, 2006). O luto normal manifesta-se através de um conjunto de sentimentos e comportamentos que são considerados normais após uma perda. Esse conjunto de comportamentos e sentimentos só se constituem enquanto problema se persistirem por um período anormalmente longo ou com uma intensidade excessiva, podendo indicar uma situação de luto patológico (Worden, 2002). De entre o conjunto de sentimentos considerados normais no processo de luto, destaca-se a tristeza por ser o sentimento mais comum entre as pessoas enlutadas. Apesar de não se manifestar apenas por lágrimas, essa constitui a sua expressão mais frequente. Neste contexto

tristeza é entendida como uma reacção natural à perda, no entanto, esta difere da depressão (Brent et al, 2009). A raiva, também é um sentimento frequente, contudo pode tornar-se num sentimento muito confuso para a pessoa, podendo, provocar vários problemas no processo de luto. Aliás, a raiva pode advir de duas causas: de um sentimento de frustração por não poder ter feito nada para evitar a morte, ou por outro lado, de um tipo de experiência regressiva que ocorre após a perda de um ente-querido. Por vezes, por não saber lidar com a raiva, a pessoa canaliza-a para os outros, culpando-os pela morte do seu ente-querido. Num outro sentido, a raiva poderá ser dirigida à própria pessoa, podendo levá-la a uma depressão, e em casos mais extremos, ao suicídio (Botha, 2006).

Apesar da dor e do sofrimento vivido neste processo, no luto normal a perda é consciente e a sua elaboração é bem sucedida. Por outro lado, no luto patológico verificam-se distorções do luto normal, nomeadamente um prolongamento das reacções normais do luto. A depressão clínica pode ser considerada um tipo de reacção patológica diante de um episódio depressivo, no entanto existem casos de depressão clínica que não são provocados pelo luto (Lindemann, 1944). O luto patológico tem sido definido como um desvio das condições normais (em termos culturais e sociais) da experiência da dor em o que implica uma experiência emocional mais intensa ou uma inibição da resposta (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007). O luto patológico não é referido no DMS-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders), apesar de referido no próximo DSM-V (Ver anexo). O luto patológico compreende uma complexa sobreposição de sintomas que advêm da dificuldade em avançar com o processo de luto devido à preocupação com o trauma e as suas imagens. Envolve também o dobro da carga psicológica em relação ao luto normal (Ambrose, 2006). O luto patológico surge quando se verifica uma má resposta que se torna constante em relação à morte (ou seja, seis meses ou mais). Este por sua vez deve ser distinguido das reacções normais de tristeza ou depressão. Sendo caracterizado por um desejo intenso e um anseio para que a pessoa que morreu volte, bem como por pensamentos intrusivos e perturbadores sobre o falecido, os níveis de concentração diminuem. Desta forma, torna-se difícil manter o relacionamento interpessoal, e envolver-se em actividades potencialmente gratificantes. Sendo uma fonte de sofrimento e prejuízo significativo, o luto patológico está associado a uma variedade de consequências negativas quer a nível psíquico. Este, por sua vez, está geralmente associado a outras patologias, tais como depressão e stress pós-traumático estando igualmente associado a ideação suicida e comportamentos auto-destrutivos (Schulz, 2008; Brent et al, 2009, Horwitz, 2007). Quando determinados factores interferem no processo de luto normal, podem surgir determinados

problemas, como por exemplo problemas de personalidade, tornando o luto mais complicado e mais duradouro do que o que seria esperado. A pessoa enlutada pode evitar, ou não reconhecer, a sua dor impedindo assim a sua resolução (Ambrose, 2006). Quando os indivíduos optam por se desfazer rapidamente de todas as coisas associadas à pessoa que perderam, inclusive do corpo, pode originar uma reacção de luto complicado. Geralmente, não é considerado um comportamento saudável e pode denotar uma relação muito ambivalente com a pessoa que morreu (Worden, 2002). O luto patológico leva muitas vezes a complicações físicas e psicológicas. A nível psicológico a pessoa enlutada beneficia de uma redução na sua capacidade de estabelecer uma relação amorosa, bem como uma maior dificuldade em organizar a sua vida. Marcado por reacções emocionais intensas e prolongadas, o luto patológico traduz-se numa incapacidade de planear a vida e por uma tristeza intensa, sendo a depressão o sintoma mais dominante, estando muitas vezes a ela associada a hipocondria ou alcoolismo (Bowlby, 1980; Lindeman, 1944; Worden, 2002). Existem processos mentais e formas de comportamento que aliviam o sofrimento derivado do luto como sejam a repressão, a cisão, a negação, a dissociação, a projecção, o deslocamento, a identificação e a formação de reacção. Para além destas formas defensivas, existem outros dois tipos que ocorrem durante o processo de luto: os processos que desviam a raiva da pessoa que a provocou para outra e os processos pelos quais a reacção emocional à perda se torna cognitivamente desligada da situação que as provocou (Bowlby, 1980). Em 1965, Gorer entrevistou 80 pessoas enlutadas, das quais nove ainda se encontravam em estado de desespero, apesar de já ter passado um ano após a perda. No decorrer do seu estudo, encontrou seis pessoas que deixaram a casa exactamente como antes da perda. Gorer utilizou então o conceito de mumificação para se referir à crença mais ou menos consciente da pessoa enlutada de que a pessoa morta voltará. As ideias de suicídio também são comuns durante os primeiros meses após a perda, numa tentativa de se unirem à pessoa perdida (Bowlby, 1980). Rando (1993) identificou sete variações ou síndromes de luto patológico, nomeadamente o luto ausente, o luto atrasado (no qual o enlutado não demonstra reacções de luto durante semanas ou mais tempo, podendo transportar consigo uma dor não resolvida que pode emergir mais tarde como "reacções distorcidas"), o luto inibido, o luto distorcido, o luto conflituoso (que aparece após a perda de uma relação altamente perturbada e ambivalente), o luto inesperado e o luto crónico (a resposta de luto inicial é apropriada, mas a intensidade das reacções continuam sem diminuir). Apesar de existirem diversas variações, o luto atrasado, o distorcido e o crónico, segundo a autora, são os principais tipos que separaram o luto patológico do luto normal.

4.1- Condições que afectam o decurso do luto

Apesar de hoje em dia já ser perceptível o porquê de em muitas pessoas o luto seguir um processo normativo e de noutras um processo patológico, continua a ser um problema acerca do qual ainda há muito para aprender. Bowlby (1980) destaca cinco variáveis que poderão ser classificadas em cinco tipos: a identidade e o papel da pessoa perdida, a idade e o sexo da pessoa enlutada, as causas e as circunstâncias da perda, as circunstâncias sociais e psicológicas que afectam a pessoa enlutada na altura da perda e posteriormente, a personalidade do enlutado, e a sua capacidade de estabelecer relações amorosas e reagir a situações de maior stress. No entanto, e apesar da existência destas cinco variáveis, a mais influente é a personalidade da pessoa enlutada, especialmente a maneira como esta organiza o seu comportamento de vinculação e o seu modo de reagir em situações stressantes (Bowlby, 1980). Dependendo das suas estratégias de *coping*, a pessoa poderá de muitas formas negar a perda e ignorar a sua dor (Hogan & Schmidt, 2002). As estratégias de *coping* constituem-se enquanto mediadoras importantes na forma como a pessoa lida com o luto. Vários autores ressaltam a necessidade de os pais poderem visitar o bebé doente, de participar nos cuidados a ele prestados e de estar junto dele no momento da sua morte, uma vez que a privação dos mesmos aumenta os problemas de cariz emocional. Lewis e Page, em 1978, referiram que uma mãe deprimida (que anteriormente havia perdido o seu bebé), no nascimento posterior de um novo bebé, voltou-se contra o mesmo com medo que este a fizesse sofrer.

Vários estudos revelam que as pessoas enlutadas sofrem mais de um variedade de problemas de saúde física e mental do que os não-enlutadas (Middleton, Raphael, Martinek & Misso, 1993; Schut, de Keijser, Van den Bout, & Dijkhuis, 1991; Siegel, Hayes, Vanderwerker, Løseth, & Prigerson, 2008; Stroebe & Stroebe, 2007; Zisook & Shuchter, 2001). A solidão emocional derivada do sentimento de estar completamente sozinho e isolado, mesmo na presença de outros, emerge como um factor causal no ajuste ao longo do tempo. As conclusões acerca da solidão emocional estão em consonância com a teoria da vinculação que Stroebe, em 2009, considerou importante para a compreensão dos fenómenos e manifestações de luto. Existem vários factores que contribuem para a complicação do processo de luto, tais como suicídio ou homicídio, a morte do cônjuge ou de uma criança, auto-estima, depressão, personalidade, perdas múltiplas, relação dependente, entre outros (Parkes, 2001). Lindemann (1944) categorizou reacções mórbidas do luto, como sendo distorções do luto normal, tais como a reacção adiada e a reacção distorcida. No que respeita à reacção adiada, esta manifesta-se nas

situações que o enlutado tem de enfrentar paralelamente ao luto não permitindo a entrada no trabalho de elaboração. Neste caso, as reacções poderão desencadear-se mais tarde seja aparente ou superficialmente provocadas por eventos que não teriam força para tanto. Por outro lado, a reacção distorcida retrata a falsa impressão de que o enlutado está a passar por uma elaboração adequada. Na sequência da morte de uma criança, a boa ou má evolução do luto depende em grande parte das relações com os pais. Se estes partilham o sofrimento, mantendo-se unidos a cada fase que passa o luto decorrerá de forma favorável. Se por outro lado, os pais entram em conflito, não existindo apoio mútuo a família poderá desmoronar e as probabilidades de desenvolver psicopatologia aumentam. As acusações mútuas sucedem-se e a vida a dois deixa de fazer sentido, a maioria dos casais que perdem os filhos separam-se. No entanto, também se verifica o caso inverso, um casal que está separado, a morte de uma criança fá-los reaproximarem-se numa tentativa de apoio e compreensão mútua.

5 - A morte de um Filho

Para os pais que enfrentam um processo de luto, este é particularmente doloroso na medida em que encaram a morte como sendo injusta e não obedecendo à ordem natural da vida (Pangrazzi, 2008). Os vínculos que os pais vão estabelecendo com os seus filhos ao longo do tempo são muito fortes, no entanto por ocasião da morte de uma criança, não só se findam os afectos como os pais poderão assumir comportamentos contraditórios (Rebelo, 2008). Quando as crianças falecem em ambiente hospitalar, os técnicos acreditando que se trata do melhor procedimento, desembaraçam-se rapidamente do corpo do bebé colocando-o numa sepultura comum. No entanto, muitos autores salientam que este processo aumenta em muito os problemas emocionais enfrentados pelos pais. Quando há a morte de um filho, os pais devem ter permissão para tocá-lo, segurá-lo, dar-lhe um nome e proporcionar-lhe um enterro a fim de serem confrontados com a realidade (Bowlby, 1980). Para os pais de crianças com doenças terminais o processo de luto começa logo que lhes é comunicado o diagnóstico. Assim, a segunda fase do processo de luto nos adultos, é diferente nestes casos. Ao contrário do que se verifica na perda de adultos, no qual se verifica uma descrença na morte, aqui o pai tenta provar que os médicos estão errados. O Nacional Institute of Mental Health (N.I.M.H.) efectuou dois estudos sobre esta matéria: um acerca das reacções das mães antes da morte de um filho e outro sobre as reacções das mães e dos pais antes e depois da morte. Bowlby descreve a fase da descrença, em que após ser recebida a notícia, esta é contestada pelos pais que se recusam a aceitar que tal facto está a acontecer com o seu filho. Associada a esta descrença do diagnóstico

está a raiva que é dirigida aos responsáveis por ele. De qualquer modo, esta raiva diminui à medida que a descrença dá lugar ao reconhecimento de que os médicos podem estar certos. Paralelamente a esta raiva está uma actividade intensa dos pais que pesquisam incessantemente informação sobre a doença, numa tentativa de provar que o filho é uma excepção. Nesta fase, verifica-se igualmente uma tendência para negligenciar tudo, nomeadamente as actividades do dia-a-dia, os cuidados prestados aos restantes filhos, entre outros. O sentimento de culpa emerge, derivado da não prestação de atenção aos primeiros sintomas da doença, sendo que com o avanço da doença e o conseqüente agravamento do estado da criança a esperança diminui e os pais entram na fase de desorganização. Apesar de os laços entre pais e filho ainda ser recente, verificam-se sentimentos de torpor, aflição, anseio, raiva e uma conseqüente irritabilidade e depressão (Klaus e Kennell, citado por Bowlby, 1980).

5.1 – A morte de um filho

Neste contexto será pertinente enunciar o discurso de alguns pais que passaram pela perda de um filho (in Associação A nossa Ancora):

“O Francisco continua inserido nesta família que eu amo. Já não mora aqui, tem outra morada mas continua a amar-nos. Não penso que ele hoje poderia ser um bom engenheiro, que poderia ter casado e ter filhos, o que me tornaria muito feliz...Gosto de o recordar como ele era. A criança traquina, o adolescente buliço e contestatário, o jovem determinado e sensato. Continuo a amar os seus defeitos e as suas virtudes. Não o quero endeusar. Esse ser perfeito não seria o meu filho”.

C.R.

“Eu gosto de viver. Já me senti ferozmente, desesperadamente, agudamente infeliz, dilacerada pelo sofrimento, mas através de tudo ainda sei, com absoluta certeza, que se estou viva é porque tenho de continuar a lutar por um Mundo melhor. Não quero silêncios, não me quero sentir derrotada”.

A.N.

“Hoje tenho uma outra vida. Mais pobre porque ele não está connosco mas mais rica porque o sofrimento torna-me mais autêntica. Ensinou-me a dar valor às pequenas coisas do dia-a-dia. Ensinou-me a amar mais. Apercebi-me que a dor que existe no mundo e que posso contribuir um pouco para a aliviar, embora eu seja apenas uma pequenina gota de água...”

E.A.

“Sim, eu queria morrer...eu queria estar com o Rui outra vez...pensei que se morresse, eu poderia vê-lo outra vez, acariciá-lo e abraçá-lo outra vez...não pensei noutra coisa durante semanas.”

E.A.

5.2 - Adaptação ao luto:

Existem diferenças individuais no que respeita à adaptação ao luto, sendo essas diferenças reativas à maneira como cada sujeito lida com a perda. Bowlby (1980) afirma que “ (...) whatever correlations there may be between the (...) sex of bereaved and the tendency for grief to take a pathological course, the correlations are low and probably of little importance compared to the variables yet to be considered. This perhaps is fortunate since, in our Professional role of trying to understand and help bereaved people who may be in difficulty, it is their personalities and current social and psychological circumstances that we are dealing with; whereas (...) sex of the bereaved is unalterable” (p.179). No entanto, Stroebe em 1998 vem contrapor esta ideia afirmando que para além de se verificarem diferenças de género na adaptação ao luto, verifica-se igualmente uma necessidade de estudo das mesmas. Stroebe, em 2009, postula dois tipos de stress: um orientado para a perda, e outro orientado para reestruturação. A orientação para a perda implica lidar com os stressores relacionados com a pessoa falecida, com sofrimento, sendo o trabalho de luto incorporado nela. Já a orientação para a reestruturação tem a ver com os stressores secundários que surgem como resultado da perda e com as coisas que também causam ansiedade e angústia. Por exemplo, na perda do parceiro, a aprendizagem das capacidades que o falecido tinha tomado o cuidado de, ou a necessidade de desenvolver uma nova identidade, sem o falecido. A ideia de oscilação, proposta por Stroebe e Schut (1999;2001;2005) é fundamental uma vez que tratando-se de um processo de regulação emocional a pessoa oscila entre essas duas dimensões, ao enfrentar uma e tentar evitar a outra, esta assume uma função de regulação adaptativa (Worden, 2008).

A ruminação transparece um processo de má adaptação cognitiva que se caracteriza pelo foco persistente e repetitivo de emoções e sintomas negativos relacionados com o luto (Nolen-Hoeksema, 2001). Embora o trabalho de luto esteja relacionado com uma adaptação, a pesquisa demonstrou que a ruminação é uma das principais causas de desadaptação (Bonanno, 2006; Nolen-Hoeksema e tal., 1997; Michael & Snyder, 2005 citado por Stroebe, 2009). Assim, a

pessoa enlutada, sendo incapaz de ignorar uma mudança tão colossal, concentra-se em aspectos menos ameaçadores, que a ajudam a distrair-se da emoção da perda e do impacto da separação permanente. No entanto, o foco sobre essas emoções negativas não levam a uma aceitação da realidade da perda, existindo pouco ou nenhum tratamento da experiência, experiência essa que é crucial para adaptação (Stroebe, 2009). A intervenção depende da ruminação e se é concebida como uma evasão ou como um processo de confronto. Caso se trate de uma estratégia de fuga ao tratamento de perda, será indicada uma reestruturação cognitiva.

6 – Psicoterapia

A psicoterapia de luto é uma técnica que vem sendo desenvolvida há mais de 30 anos nos Estados Unidos e na Europa. Segundo Worden (2008), a psicoterapia de luto faculta algumas mudanças perante o processo de luto, nomeadamente um certo alívio ou supressão dos sintomas, mudanças em relação a perturbações da situação – problema, uma adaptação à nova realidade, bem como uma recuperação, aumento ou regulação da auto-estima. As intervenções que se limitam aos grupos de alto risco, ou seja, considerados mais vulneráveis (por exemplo, altos níveis de perda de socorro, traumáticas, eventos de vida em simultâneo, a perda de um filho) são mais promissoras, embora tal facto não seja conclusivo. O acompanhamento psicológico é efectuado por um psicólogo ou terapeuta do luto e consiste no auxílio da pessoa e da sua família que está a passar por um processo de luto e da sua família. Este apoio é efectuado em sessões periódicas nas quais o técnico não só ouve a pessoa como também a incentiva a expressar emoções, situando essas mesmas emoções nas fases do luto. Este apoio possui como objectivo central a realização de um luto normativo (Rebelo, 2008). Não é, no entanto, adequado intervir baseando-se apenas no facto de a pessoa ter sofrido a perda de um ente querido (Currier, Neimeyer, & Berman, 2008). A intervenção deve ser planeada para grupos de alto risco e para aqueles que manifestam demasiada tristeza. Todavia, isso não significa que todas as pessoas que pedem ajuda necessitem dele, por isso deve proceder-se a uma avaliação para verificar a necessidade de intervenção (Stroebe, 2009). Ainda assim, também se verifica uma necessidade de acompanhamento quando se verifica um desvio do luto mesmo que este não se tenha transformado em psicopatologia. A terapia é também aconselhada em casos onde o luto não evolui de uma forma continuada (Rebelo, 2008). Um estudo recente refere que uma das componentes de tratamento eficaz consiste em recontar a história da morte, tendo uma conversa imaginária com o falecido. E, embora os tratamentos tradicionais para a

depressão após o luto, como por exemplo o encaminhamento para um psiquiatra ou psicólogo, possam ser eficazes no tratamento da depressão, e de certa forma no luto complicado, não existe um benefício adicional nos tratamentos que são especificamente adaptados para lidar com os sintomas de luto complicado (Schulz, 2008).

6.1 - Grupos de Apoio:

Possuindo um problema em comum – o luto – várias pessoas reúnem-se com alguma regularidade, para que dessa forma possam partilhar a sua experiência de luto (Rebelo, 2008). Os grupos de entreajuda (EA) visam apoiar problemas individuais muitas vezes possuindo repercussões sociais. Possuindo um âmbito de acção muito extenso e diverso, os grupos de entreajuda abrangem várias problemáticas como por exemplo o luto, alcoolismo, toxicod dependência, perturbações mentais, obesidade, cancro, as mulheres maltratadas e a homossexualidade (Sánchez- Vidal, 1991 cit. por Rebelo, 2005). Com uma duração de 12 sessões, o grupo de entreajuda permite à pessoa enlutada explicar as suas expectativas, as suas emoções, e os seus comportamentos de luto. Frequentemente moderado por duas pessoas que passaram pelo processo de luto há mais tempo, nos grupos de entreajuda a pessoa enlutada possui a liberdade para expor pormenores do seu quotidiano, permitindo assim a troca de experiências. Uma vez inserida no grupo, o enlutado sente-se compreendido uma vez que já não está só no sofrimento, e que todas as outras pessoas sabem exactamente o que está a sentir. Desta forma, exprime sentimentos e emoções que provavelmente não pode fazer no seio da família ou com os amigos. Sendo um meio eficaz de apoio ao processo de luto normal, os grupos de entreajuda são úteis na reorganização emocional do luto (Rebelo, 2008).

Capítulo 4 – Luto e Desesperança

1 – Depressão VS Desesperança

O conceito de depressão é relativamente bem conhecido, sendo que os sistemas de diagnóstico têm sido desenvolvidos afim de definir os sintomas principais entre as muitas manifestações possíveis, e também para definir o ponto em que o humor deprimido normal se transforma num estado clínico. O diagnóstico actual fornecido pelo DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth edition)(Ver anexo 2) e pelo CID-10 (International Classification of Diseases – 10th Revision)(Ver anexo 3) permitem referir quatro características fundamentais para o diagnóstico de perturbação depressiva: a presença de humor deprimido ou negativo; uma duração superior a semanas ou meses para distinguir depressão de mudanças de humor temporário; comprometimento, indicando que a depressão interfere com o

funcionamento normal; e a distinção entre humor unipolar e doença bipolar (Hammen, 2003). A depressão descreve a tristeza, ao mesmo tempo que está também associada a certos traços de personalidade tais como o pessimismo, a insatisfação ou ansiedade (Clark & Treisman, 2004). Praag, Kloet & Os (2001), referiram três formas possíveis de diagnosticar perturbações mentais e, neste caso, a depressão: a abordagem nosológica, a abordagem sindrómica e a abordagem dimensional. Segundo estes autores, a abordagem nosológica concebe as perturbações mentais como entidades distintas, nas quais cada uma é caracterizada pela patologia, pela evolução, pelo resultado e por determinada patofisiologia. A abordagem sindrómica, na qual a depressão é diagnosticada de acordo com a síndrome predominante. Neste tipo de abordagem, a sintomatologia é o único critério tido em conta, sendo que outras variáveis relevantes (evolução, factores causais, respostas ao tratamento) são registadas em eixos diferentes. E por último, a abordagem dimensional, na qual o estado mental anormal é analisado nas suas partes componentes e os sintomas psicopatológicos são avaliados em função da sua gravidade. O indivíduo deprimido tem uma visão negativa e pessimista de si próprio, do mundo e do futuro (Beck et al., 1979) e a desesperança é caracterizada pela expectativa negativa do indivíduo frente a um futuro próximo e remoto (Beck & Steer, 1993). Um estudo de Cunha, Argimon e Oliveira (1995) mostra que a desesperança está mais intimamente ligada à ideação suicida do que à própria depressão, como se imaginava. Isso mostra a necessidade da observação cuidadosa dos pacientes com alto nível de desesperança, pois este pode ser um indício de problemas ainda mais graves, como a possibilidade de suicídio. Ao apresentar a teoria de desespero, Abramson, Alloy e Metalsky (1989) diferenciaram as noções de causa necessária, causa suficiente e causa contributiva. No que respeita ao conceito de causa necessária, trata-se de um conjunto de sintomas com um factor etiológico que deve estar presente para que os mesmos possam ocorrer. No entanto, os sintomas não são necessários quando a causa necessária está presente ou tenha ocorrido. Por outro lado, a causa suficiente diz respeito a um conjunto de sintomas, cuja presença ou ocorrência do factor etiológico garante a manifestação dos mesmos. No entanto, os sintomas podem ocorrer na ausência da causa suficiente (ou seja, o suficiente mas não necessário). E por último, o conceito de causa contributiva, que diz respeito a um conjunto de sintomas, no qual o factor etiológico aumenta a probabilidade de ocorrência dos mesmos, mas não é necessária, nem suficiente para ocorrer. Os clínicos há muito tempo haviam sugerido que a depressão não se cinge a uma única desordem, mas sim a um grupo heterogéneo de perturbações com os respectivos sintomas, causas, comportamentos, terapia e prevenção (Beck, 1967; Craighead, 1980; Depue

& Monroe, 1978 Gillespie;1929; Kendell, 1968; Kraepelin, 1913). A teoria da desesperança baseia-se numa abordagem teórica, classificada por um subconjunto de perturbações depressivas, que postula a existência da depressão/desespero, como um subtipo, ainda não identificado da depressão.

Em contraste com as abordagens baseadas nos sintomas para a classificação das perturbações depressivas (Kendell, 1968), a teoria da desesperança destaca-se pelo oposto. Poucos discordarão que, quando a classificação possível de psicopatologias por etiologia, além de outros factores, é mais desejável do que uma classificação baseada apenas nos sintomas, na medida em que geralmente possui implicações mais directas para a cura e prevenção. (McLemore & Benjamin, 1979; Skinner, 1981). Geralmente, a teoria da desesperança especifica uma série de causas distais e causas próximas, que contribuem para a hipótese de culminar numa causa próxima dos sintomas da depressão/desesperança.

A causa suficientemente próxima dos sintomas de desesperança/depressão. De acordo com a teoria da desesperança, a causa suficientemente próxima dos sintomas de desesperança/depressão baseiam-se na expectativa de que os resultados altamente desejados não ocorram, ou que os resultados altamente aversivos ocorram juntamente com uma expectativa de que nenhuma resposta dentro de um repertório vai alterar a probabilidade de ocorrência destes resultados. Na linguagem corrente o termo desamparo detém dois elementos fundamentais da causa suficientemente próxima: as expectativas negativas acerca da ocorrência de resultados altamente valorizados (expectativa negativa em relação a um resultado); as expectativas de desamparo mediante a possibilidade de mudança dos resultados. Assim, considerando que o desamparo é uma componente necessária do desespero, não é suficiente para produzir desesperança (Garber, Miller, & Abramson, 1980). O termo desespero é utilizado para designar uma causa suficientemente próxima. O termo desesperança por vezes implica efeitos negativos, assim como resultados negativos e expectativas de desamparo, que não incluem afecto negativo como parte da definição de desesperança proposta por Abramson, Alloy e Metalsky (1989). A desesperança generalizada verifica-se quando os sujeitos exibem resultados negativos/expectativas de desamparo sobre várias áreas das suas vidas. Em contraste, o pessimismo circunscrito ocorre quando os sujeitos apresentam resultados negativos/expectativas de desamparo apenas num determinado domínio. Nos casos de desesperança generalizada deverão produzir-se sintomas severos de desespero/depressão, enquanto que o pessimismo circunscrito é susceptível de estar associado a mais ou menos

sintomas severos, ou ambos. No entanto, em casos em que o sujeito exiba pessimismo circunscrito acerca de resultados extremamente importantes, poderão igualmente estar associados a sintomas severos. Seligman, em 1975, foi o primeiro a referir a teoria original do desamparo em relação à causa suficientemente próxima. A declaração original de Seligman encontra-se melhor caracterizada como uma teoria do desamparo, uma vez que contou com a expectativa de que não se pode controlar os resultados (independentemente da sua valência hedónica ou a probabilidade de ocorrência) como a causa suficientemente próxima. A evolução do desamparo para a teoria da desesperança é consistente com Mandler (1964; 1972) que viu o desespero não como uma impotência, mas como a causa dos sintomas de depressão. Uma importante vantagem da teoria de desespero é que não especifica apenas uma causa suficientemente próxima de um subtipo de depressão, especificando pelo contrário uma sequência de eventos na qual uma série de hipóteses causais culminam com a causa suficientemente próxima. Cada evento da série que conduz à causa suficientemente próxima assume-se enquanto causa contributiva. No entanto não é necessária nem suficiente para a ocorrência de sintomas de depressão/desesperança. Além disso, essas causas contributivas variam na forma como são próximas à ocorrência de sintomas. A hipótese causal inicia-se com a percepção da ocorrência de eventos de vida negativos (ou a não ocorrência de eventos de vida positivos). Contrariamente à reformulação de 1978 efectuada por Abramson, Seligman e Teasdale, a série etiológica inicia-se com a ocorrência da percepção de um evento de vida negativo, em vez de um evento incontrolável, porque a lógica da teoria da desesperança exige apenas a ocorrência de uma primeira vez, para que se possa iniciar uma série de hipóteses causais que culminam na desesperança e, em sintomas de depressão/desespero (Rizley, 1978). A questão fundamental no que respeita à depressão é o porquê e o como de os eventos negativos que ocorrem na vida contribuírem para o aparecimento da mesma. Em contrapartida, na teoria da desesperança os acontecimentos negativos surgem como ocasionais para as pessoas que venham a sentir-se desesperadas. Contudo, nem sempre as pessoas se sentem deprimidas e desesperadas quando confrontadas com eventos de vida negativos. De acordo com a teoria, existem pelo menos três tipos de inferências com as quais as pessoas podem modular caso venham a desenvolver sintomas de depressão/desesperança face a eventos de vida negativos. Poderão efectuar inferências acerca do porquê de o evento ter ocorrido. (inferir causa ou atribuição de uma causalidade), inferir acerca das consequências que irão resultar da ocorrência do evento (apurar consequências), e efectuar inferências acerca do auto, uma vez que o evento ocorreu (isto é, apurar características sobre si mesma). Os tipos de

inferências causais que a pessoa faz acerca dos eventos negativos, bem como o grau de importância que lhes atribui constituem-se enquanto factores importantes que contribuem para o desenvolvimento da desesperança, e consequentes sintomas de depressão/desesperança. No que respeita à desesperança generalizada e, por sua vez, aos sintomas de depressão/desesperança, são mais prováveis de ocorrer quando os eventos de vida negativos são atribuídos a uma estabilidade e a causas globais. Para uma melhor compreensão da depressão/desespero, Abramson, Alloy e Metalsky (1989) focaram-se, em oposição à estabilidade, nas atribuições específicas de eventos negativos da vida, pois só o primeiro seria de esperar que contribuísse para a desesperança generalizada. Se as inferências causais para os acontecimentos negativos modulam a probabilidade de os tornar impossíveis, então torna-se pertinente delinear quais as influências das inferências causais que as pessoas fazem. Na década de 70 vários psicólogos sociais conduziram estudos demonstrando que as atribuições causais que as pessoas efectuam para os acontecimentos são em parte, a função da informação da situação que enfrentam (Kelley, 1967; McArthur, 1972). As pessoas tendem a atribuir a um acontecimento um factor ou vários factores com os quais se protegem. Segundo esta visão, as pessoas estão predispostas internamente, a efectuarem atribuições globais e estáveis a um acontecimento, quando confrontadas com a informação situacional que sugere que o evento possui um baixo consenso, uma alta consistência e uma baixa especificidade (Kelley, 1967; Metalsky & Abramson, 1981). Os psicólogos sociais têm sugerido uma série de factores adicionais

que podem também orientar o processo de atribuição de causalidade, incluindo as expectativas de sucesso e fracasso, a motivação para proteger ou melhorar a própria auto-estima, o foco de atenção, saliência de potencial factor causal e as preocupações de auto-apresentação, para citar alguns (Kelley, 1967; McArthur, 1972; Metalsky & Abramson, 1981). Hammen e colaboradores (1980;1981;1982) têm argumentado que as consequências inferidas pelos acontecimentos negativos, independentemente da inferências causais para esses acontecimentos, podem modular a probabilidade de as pessoas ficarem deprimidas quando confrontadas com um acontecimento de vida negativo. Abramson, Alloy e Metalsky (1989), sugeriram que ao se inferir consequências negativas, ir-se-á moderar a relação entre os acontecimentos de vida negativos e os sintomas de desesperança/depressão afectando a probabilidade de se tornar inútil. Se seguirmos a mesma lógica para as atribuições de causalidade, ao se inferirem consequências negativas torna-se particularmente susceptível de conduzir à desesperança quando o resultado negativo é considerado importante, não sanável,

incapaz de mudar, e como afectam muitas áreas da vida. Quando a consequência negativa afecta apenas uma esfera muito limitada da vida, relativamente circunscrita ao pessimismo, ao contrário do que acontece na desesperança generalizada, resulta bem. Além de conjecturar as consequências dos acontecimentos negativos, inferir características sobre o próprio, pode também aumentar a probabilidade de desespero e, por sua vez, os sintomas da depressão/desesperança. Beck (1976) relata ao caso de uma depressão, numa mulher com pensamentos suicidas, sendo que anteriormente havia tido uma quebra na sua relação amorosa. Assim, Beck infere que as características negativas acerca do próprio *self* são particularmente susceptíveis de conduzir ao desespero quando a pessoa acredita que a característica negativa não é remediável ou pode vir a mudar, bem como que a impedirá de obter resultados importantes em muitas áreas da sua vida. Para que ocorra um acontecimento de vida negativo, os três tipos de inferências (causa, consequência e auto-características) não podem ser importantes de igual forma no contributo para que a pessoa venha ou não a desenvolver sintomas de depressão/desesperança. Talvez os eventos possam ser classificados no sentido em que qual dos três tipos de inferências será mais importante na mediação de saber se a ocorrência do evento leva ao desespero e, por sua vez a sintomas de depressão/desesperança. Complementando o trabalho da psicologia social sobre os determinantes da situação de atribuições causais, Abramson et al. (1978) sugeriram um factor mais distal que por sua vez também pode influenciar o conteúdo das inferências causais dos sujeitos para um dado evento especial: diferenças individuais atribuídas (Ickes & Layden, 1978). Alguns sujeitos poderão apresentar uma tendência geral para atribuir acontecimentos negativos, factores globais e ver esses acontecimentos como muito importantes, ao passo que outros sujeitos não. Os sujeitos que apresentam um estilo depressivo possuem uma maior probabilidade de não atribuírem qualquer acontecimento específico negativo como estável, com uma causa global e ver o evento como muito importante, incrementando assim a probabilidade de se tornar impossível e, por sua vez, desenvolver sintomas de depressão/desesperança. No entanto, na presença de acontecimentos de vida positivos ou, na ausência de acontecimentos negativos, os sujeitos que apresentam a hipótese de atribuição de um estilo depressivo não devem estar mais propensos a desenvolver desespero, e, portanto, sintomas da depressão/desesperança, que as pessoas que não possuem esse estilo atribucional. Este aspecto da teoria é conceituada como uma útil componente *diathesisstress* (Metalsky, Abramson, Seligman, Semmel, e Peterson, 1982), ou seja, a hipótese de atribuição de um estilo depressivo (a diátese) é uma causa contributiva distal dos sintomas da depressão/desespero que opera na presença, mas não na ausência de acontecimentos de vida

negativos (Kayne, Romer, e Crocker, 1988; Metalsky, Halberstadt, & Abramson, 1987). A lógica da componente de diátese-stress implica a atribuição de um estilo depressivo num domínio específico para os sintomas de depressão/desespero quando um indivíduo é confrontado com acontecimentos de vida negativos (por exemplo, a rejeição social). Esta hipótese de vulnerabilidade específica requer a existência de uma correspondência entre o conteúdo das áreas individuais depressivas e os acontecimentos de vida negativos que os sujeitos encontram para a atribuição da interação de diátese-stress, as quais predizem futuros sintomas de depressão/desespero (Clements, & Kolden, 1985; Liga, Hartlage & Abramson, 1988 Alloy; Kayne, et al., 1988; Anderson & Arnoult, 1985; Anderson, Horowitz, 1983; Hammen, Marks, Mayol, e deMayo, 1985; Metalsky et al., 1987). Tal como acontece com as inferências causais, as diferenças individuais podem existir numa tendência geral para inferir consequências negativas e características negativas sobre o próprio *self*, dada a ocorrência de acontecimentos de vida negativos. Não sabendo quais os estilos cognitivos independentes da hipótese de atribuição de estilo depressivo, Abramson, Alloy e Metalsky (1989) sugeriram que estes dois novos estilos cognitivos são igualmente diátese, uma vez que operam na presença, mas não na ausência de acontecimentos de vida negativos de acordo com a hipótese de vulnerabilidade específica. O conceito de atitudes disfuncionais de Beck de atitudes disfuncionais (Weissman, 1979) e o conceito de Ellis (1977) acerca das crenças irracionais parecem sobrepor-se, em parte com essas diátesses cognitivas. Embora em muitos casos a depressão/desesperança ocorra em sujeitos cognitivamente vulneráveis quando confrontados com acontecimentos negativos, os sujeitos que não apresentam a diátese cognitiva poderão também desenvolver depressão/desespero quando confrontados com acontecimentos suficientes para gerar desesperança (por exemplo, um sujeito é colocado num campo de concentração e é-lhe dito repetidamente pelos guardas que a única maneira de deixar o campo será depois de morrer). A ocorrência de eventos de menor importância, tais como stressores crónicos ou até mesmo o stress do dia-a-dia, poderão desencadear inferências depressivas em pessoas cognitivamente mais vulneráveis. Além dos factores cognitivos descritos anteriormente, o desenvolvimento interpessoal e até os factores genéticos podem modular a probabilidade de o sujeito vir a desenvolver desespero e, por sua vez, sintomas de depressão/desespero (Brown & Harris, 1978; Tiger, 1979).

2 - Luto e desesperança:

Deprimido é a palavra que é frequentemente empregue para substituir melancólico, decepcionado, ou algum termo semelhante, de forma a referir-se a uma emoção negativa após

uma má experiência. A depressão pode ser um estado de humor que dura apenas alguns minutos ou horas, às vezes alguns dias, mas no qual os outros elementos do funcionamento da pessoa se mantêm inalterados. Sendo a maioria dos episódios mais intensos de tristeza provocados pela perda ou anúncio da perda, a tristeza assume-se como uma reacção saudável (Hammen, 2003). Segundo o DSM-IV, os sintomas depressivos que surgem após a morte de um ente querido, não são considerados depressão major, até dois meses após a morte. Em vez disso, devem ser classificados como luto. A depressão, após um processo de luto, é no entanto mais comum em indivíduos com história familiar de depressão major (Zisook, 2002). A depressão como estado de espírito ocasionalmente experimentado pelas pessoas é uma consequência inevitável de qualquer circunstância em que o comportamento se desorganiza. Essa desorganização, bem como a depressão que faz parte dela, assume-se como sendo adaptativa. Numa grande parte dos distúrbios depressivos, inclusive no luto patológico, o sentimento de desamparo pode estar associado às experiências vividas pela pessoa na sua família de origem. Essas experiências iniciam-se na infância e vão até quase ao fim da adolescência, assumindo-se em três tipos:

1) Nunca foi estabelecida uma relação segura com os pais, apesar de se terem verificado esforços para tal. Estas experiências fazem com que se desenvolva uma tendência acentuada para interpretar qualquer perda que possa sofrer mais tarde como um dos seus fracassos em estabelecer e manter uma relação afectiva saudável;

2) Tenha sido transmitido à pessoa que esta não era digna de ser amada, fazendo desenvolver sobre si própria um modelo de pessoa indigna de ser amada;

3) A probabilidade de ter sofrido uma perda real de um dos pais durante a infância para esta pessoa é maior, acarretando-lhe consequências desagradáveis. A pessoa crê que qualquer esforço que faça para remediar a situação, está destinado ao fracasso (Bowlby, 1980).

Assim, o padrão de perturbação depressiva desenvolvido pela pessoa depende das suas experiências infantis e também da natureza do acontecimento adverso experimentado recentemente. Beck (1967) formulou a teoria cognitiva das perturbações depressivas, postulando que os indivíduos mais propensos à depressão possuem esquemas cognitivos que contêm certas características excepcionais que os levam a interpretar os acontecimentos das suas vidas de maneira idiossincrática. Os esquemas estão estreitamente relacionados com o processamento de informação, tendo neste um papel fulcral. Denota-se esta influência quer no processamento da informação proveniente do exterior, através do seu papel na percepção, quer nos processos mnésicos, desde a codificação à evocação (Stopa & Waters, 2005). Na

perspectiva de Beck (1967), podemos considerar que os esquemas na depressão apresentam as seguintes características: são dirigidos pelos aspectos negativos do *self*, são idiossincráticos, integram objectivos inalcançáveis, atitudes disfuncionais e por consequência enviesamentos do processamento de informação, apresentam uma grande rigidez e são aceites de forma inquestionável. Os pensamentos automáticos são caracterizados como sendo concordantes com o estado emocional do sujeito, distorcendo a realidade externa e a do próprio *self*. Estes apresentam-se de forma aceitável e espontânea, contendo um elevado grau de especificidade e de transitoriedade, não sendo controlados pela consciência. Os conteúdos predominantes destes pensamentos num estado de depressão são a perda e o falhanço (Beck, 1967; 1970; 1976). Um esquema depressivo do *self* diz respeito a uma organização cognitiva constituída por representações na memória semânticas, de auto-descrições ou auto-atribuições. Quando um elemento desta representação é activado desencadeia uma consequente activação dos outros (Segal e Vella, 1990). Assim, muitos dos comportamentos do luto normativo poderão ser manifestados sob forma de depressão até porque ambas as situações se podem caracterizar por tristeza intensa e alterações de sono e apetite. Lindemann (1944) refere, tendo em conta a sua experiência e a de outros investigadores, existem diversos tipos de queixas, tais como a colite, palpitações e dores em geral, encontradas em pacientes que vivenciaram perdas e que, de um modo geral, são desconsideradas pelos técnicos por se tratar de desamparo e desesperança por se tratarem do decorrer do luto. O que distingue a depressão dos sintomas associados ao luto é o facto de o luto não se caracterizar pela diminuição da auto-estima que quase sempre acompanha a depressão. As pessoas que estão deprimidas têm pensamentos negativos acerca de si, dos outros e do mundo, o que não costuma acontecer em quem apenas está de luto. No entanto é um facto que o luto pode dar origem a uma depressão. A maioria das depressões que acontecem associadas ao luto são passageiras e não exigem acompanhamento profissional (Worden, 2002). Contudo, se persistirem após o primeiro ano de luto, são consideradas clinicamente significativas. Freud (1914) na sua obra intitulada luto e melancolia, aponta a depressão e a melancolia como uma forma de luto patológico, sendo bastante parecida com o luto normal, exceptuando quando denota impulsos de raiva face à perda da figura de ambivalência. As várias distinções entre depressão e tristeza assentam no facto de coexistir distúrbio de sono, de apetite, e uma tristeza imensa, perda da capacidade de amar, desinteresse pelo mundo exterior e por um estado de espírito doloroso. De todo o modo, estes sintomas são uma reacção à perda, e não uma perda de auto-estima tal como se verifica nas depressões clínicas. Para este autor, o melancólico tem falta de pudor e possui uma grande necessidade de

comunicar os seus defeitos que se traduzem através de lamentações e autocensuras (Freud, 1974). A pessoa enlutada pode partilhar muitas das suas características mais salientes, incluindo pensamentos intrusivos, dolorosos e intensos que a afectam, o medo de ser oprimido, os esforços para evitar lembranças, os sentimentos de desesperança e culpa pessoal, e um apoio familiar inadequado (Ambrose, 2006). Brown e Harris no seu estudo acerca dos distúrbios depressivos e da sua relação com a perda, concluíram que a experiência da perda pode contribuir de uma maneira casual para os distúrbios depressivos de três formas: 1) como agente provocador que aumenta o risco de distúrbio; 2) como factor de vulnerabilidade que aumenta a sensibilidade individual a esses acontecimentos; 3) como factor que influencia tanto a gravidade como a forma de qualquer distúrbio depressivo que se possa desenvolver; Determinados agentes casuais podem ser divididos entre os que agem como determinantes no aparecimento dos primeiros sintomas e os que aumentam a vulnerabilidade.

O estudo delineado por Brent e colaboradores (2009) constitui-se como importante contributo na compreensão das consequências do luto para a saúde mental em crianças. A perda de um pai durante a infância pode ter efeitos que se traduzem a longo prazo. Verifica-se uma necessidade urgente de pesquisa para entender a evolução e as consequências do luto na infância, a fim de orientar as intervenções. Estes relataram a incidência e prevalência de sequelas psiquiátricas em 154 pessoas enlutadas com idades compreendidas entre os 7 e os 25 anos, em comparação com as taxas de doença num grupo combinado de 100 descendentes com os dois pais vivos. Os resultados demonstram que as taxas de depressão e ansiedade permanecem elevadas nos enlutados apresentando um maior comprometimento funcional e mais abuso de álcool e/ou substâncias psicoactivas (Brent et al, 2009). Assim, estes concluem que os seus resultados sugerem que o tratamento da depressão e o luto complicado nos primeiros nove meses após o incidente podem evitar repercussões a longo prazo, fazendo sentido tanto para adultos como para as crianças. A tristeza permite distinguir o sofrimento da depressão, podendo por isso tornar-se difícil decidir se a pessoa enlutada experiencia uma resposta normal a uma perda dolorosa ou um episódio de depressão. Dentro do processo de luto, caso exista um episódio anterior de depressão major verifica-se um maior risco para depressão. Não sendo novidade, aqueles com mais problemas de auto-estima estão mais propensos a ficarem deprimidos. O acto de culpar os outros pela morte do seu ente-querido também se constitui enquanto um factor de risco para depressão, no segundo ano após a perda (Brent et al, 2009). O anseio é a condição *sine qua non* de tristeza e não é visto em depressão. Durante o período inicial de dor aguda as pessoas enlutadas pretendem manter a capacidade de

experimentar emoções positivas. Essas por sua vez podem ser evocadas numa pessoa enlutada aquando esta recorda experiências agradáveis com o falecido ou ao expressar o orgulho em o ser amado. Além disso, a tristeza é normalmente difundida durante o luto, ocorrendo em ondas ou dores de emoção. A dor aguda está associada à preocupação com pensamentos e memórias do falecido, enquanto a depressão está associada com a auto-ruminação crítica ou pessimista (Hensley e tal, 2009). De qualquer das formas, a depressão deve ser tratada de forma adequada desde o início do luto, com o intuito de prevenir os sintomas duradouros (Brent e tal, 2009). Prigerson e colaboradores (1997) efectuaram um estudo a fim de verificar até que ponto o luto patológico se poderá assumir enquanto factor de risco para a morbilidade mental. Os resultados demonstram que não é só o stress derivado do luto que coloca os indivíduos em risco de adquirirem problemas de saúde mental e física a longo prazo. Ao invés, parece que a manifestação de sequelas psiquiátricas, especificamente de luto patológico, é de fundamental importância para determinar quais as pessoas enlutadas que estarão em risco de adquirir disfunções a longo prazo. O luto após a morte de um ente querido recebeu, nos últimos anos, uma maior atenção por parte da psiquiatria, aquando da constatação que 40% dos indivíduos enlutados sofrem de depressão e estão em maior risco de mortalidade por todas as causas. A pessoa enlutada possui um alto risco de suicídio, se bem que o tratamento com antidepressivos pode conduzir a uma melhoria significativa no luto e na depressão associada (Gunder et al, 2003).

Capítulo V – Objectivos e Metodologias

1 – Objectivos

Estudar das perspectivas de morte e sentimentos a ela associados, em pessoas enlutadas e não enlutadas, bem como a relação com a qualidade da vinculação e a desesperança.

2 – Método

Trata-se de um estudo exploratório e correlacional relativamente a pais enlutados e não enlutados.

2.1 - Participantes

Foi recolhida uma amostra de conveniência de 81 progenitores, 46 enlutados e 35 não enlutados. As idades dos enlutados variam entre os 22 e os 71 anos ($M= 35.20; DP = 9.99$). Por outro lado, as idades dos não enlutados variam entre os 22 e os 63 anos ($M=37.57; DP=11.78$) (tabela 1).

	Enlutados		Não enlutados		T	p
	(N=46)		(N=35)			
	M	DP	M	DP		
Idade	35.20	9.99	37.57	11.78	.959	.330

*** $p \leq .001$.

Tabela 1: Distribuição etária dos pais enlutados e não enlutados

As Habilitações literárias nos pais enlutados variam entre o nível básico (N=4) e o Mestrado (N=4) e as dos pais não enlutados entre o nível básico (N=8) e a Licenciatura (N=10) (tabela 2).

	Enlutados		Não enlutados		χ^2
	(N=46)		(N=35)		
	N	%	N	%	
Escolaridade					7.337
Básico	4	8.7	8	22.9	
Secundário	18	39.1	14	48.6	
Licenciatura	20	43.5	10	28.6	
Mestrado	4	8.7			

Tabela 2: Habilitações Literárias em Pais enlutados e Não enlutados

As profissões nos pais enlutados são variadas, sendo a mais predominante o Técnico Superior (N=22; 47.8%), seguido da Profissão especializada (N=12; 26.1%). Por outro lado, nos pais não enlutados predomina a profissão não especializada (N=23; 65.7%), seguida do Técnico Superior (N=7; 20,0%) (Tabela 3).

	Enlutados		Não enlutados		χ^2
	(N=46)		(N=35)		
	N	%	N	%	
Profissão					32.842***
Desempregado/Doméstica	7	15.2			
Estudante			2	5.7	
Profissão não especializada	5	10.9	23	65.7	
Profissão especializada	12	26.1	3	8.6	
Técnico Superior	22	47.8	7	20.0	

Tabela 3: Profissões dos pais enlutados e não enlutados

Os pais enlutados perderam maioritariamente os seus filhos há mais de um ano (60,9%), por aborto (58,7%). Entre os ente-queridos que morreram de doença (21,7%), metade foi de doença prolongada (Tabela 4).

	N	%
Há quanto tempo perdeu o ente querido		
Até 6 meses	13	28.3
Entre 6 meses e 1 ano	5	10.9
Mais de 1 ano	28	60.9
Qual a causa da perda		
Acidente rodoviário	4	8.7
Doença	10	21.7
Aborto	27	58.7
Prematuridade	5	10.9
Foi de doença prolongada		
Sim	5	10.9
Não	5	10.9
Não se aplica	36	78.3

Tabela 4: Tempo e causa da perda

2.2 -Medidas

2.2.1 - Roteiro de Caracterização

Os dados inerentes à população estudada foram recolhidos em populações específicas, e permitem a recolha de dados relevantes tais como:

- O género, idade, estado civil;
- Nível de Escolaridade e profissão;
- Há quanto tempo perdeu o seu ente-querido (amostra clínica);
- Qual foi a causa da perda (Acidente Rodoviário, doença, aborto, outro);
- Caso tenha sido de doença, se foi de doença prolongada;

2.2.2 - Inventário de Desesperança de Beck (BHS)

O inventário de Desesperança de Beck (BHS) é uma escala composta por 20 itens, cuja finalidade é medir a extensão das atitudes negativas sobre o futuro (pessimismo), tal como é

percepcionado por adolescentes e adultos. O constructo original foi proposto por Beck em 1978 no “Center for Cognitive Therapy (C.C.T.), University of Pennsylvania, Department of Psychiatry”, com o intuito de medir o pessimismo em doentes psiquiátricos em risco de suicídio. A Escala da Desesperança reporta-se a um constructo psicológico, que está associado a uma variedade de desordens da saúde mental. Inicialmente esta era composta por nove itens de um teste acerca de atitudes inerentes ao futuro (Heimberg, 1961, cit. por Soeiro, 1998), no entanto Beck e colaboradores acrescentaram mais 11 itens, de uma sondagem de afirmações pessimistas sobre o futuro, recolhidas junto de doentes psiquiátricos que apresentavam sentimentos de desesperança. A escala de Desesperança é composta por 20 afirmações de verdadeiro/falso, o que lhe permite avaliar a dimensão das expectativas negativas acerca do futuro imediato e a longo prazo. Cada afirmação é pontuada com 0 ou 1. Das 20 afirmações, 9 são falsas e 11 são verdadeiras, para indicarem um aval de pessimismo acerca do futuro. Os resultados dos 20 itens são somados para atingir um resultado que pode ir de 0 a 20, sendo que quando maior o valor, maior a desesperança. Através de estudos desenvolvidos pelo C.C.T., sabe-se que resultados entre o 0 e 3 estão dentro do nível normal ou assintomático, de 4 a 8 é médio, de 9 a 14 a desesperança é moderada e mais de 14 é considerado um pessimismo severo (Beck et al., 1988, cit. por Soeiro, 1998). Os estudos foram desenvolvidos com base em amostras retiradas de populações salutogénicas e populações com diagnósticos psiquiátricos. Parte da informação teve em conta amostras não diagnosticadas de acordo com o “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, 3ª edição (DSM-III), (American Psychiatric Association, 1980, cit. por Soeiro, 1998). São descritos os dados obtidos com sete amostras normativas utilizadas pelo C.C.T.. No entanto, três destas amostras foram diagnosticadas de acordo com os critérios do DSM-III, usando a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-III (Spitzer & Williams, 1983, citados por Soeiro, 1998). A maioria dos estudos relativos à BHS têm sido direccionados para comportamentos suicidas e alguns têm derivado de um estudo prospectivo a longo prazo relativamente ao comportamento suicida que foi iniciado por Beck e associados no C.C.T. em 1970 e completado em 1982 (Beck et al., 1985, cit. por Soeiro, 1998). O nível de fidelidade Kuder-Richardson (KR-20) para os grupos de sujeitos com T.S., com I.S., heroinómanos, alcoólicos, com episódios recorrentes de Distúrbios de Depressão Major, com um único episódio de Perturbação de Depressão Major e com Distúrbios Distémicos foi, respectivamente, 0,93; 0,92; 0,82; 0,91; 0,92; 0,92 e 0,87. Estes resultados indicam que a BHS mantém uma alta consistência interna das sete amostras clínicas. Beck, Steer, Kovacs & Garrison (1985, citados por Soeiro, 1998), num estudo de seguimento prospectivo (num espaço de tempo de cinco a dez

anos), com 165 pacientes hospitalizados com ideação suicida, verificaram que a BHS constituía um poderoso indicador de um eventual suicídio. Dos 11 pacientes que cometeram suicídio, 10 (90,9%) tiveram resultados iguais ou superiores a 9 na BHS. Apenas um paciente obteve um resultado inferior a 9. A taxa de falso-negativo era, assim, de 9,1%. O resultado médio da BHS era significativamente mais elevado no grupo suicida ($M=13,27$; $SD=4,43$) do que no grupo não-suicida ($M=8,94$; $SD=6,05$; $t(163) = 2,33$; $p < 0,05$). Beck, Brown, Berchick & Steer (1987, citados por Soeiro, 1998), descreveram um estudo no qual foi utilizada a BHS a 1969 pacientes externos, avaliados no C.C.T., entre 1978 e 1984. Dos 16 que cometeram suicídio, 15 (93,8%) apresentavam um resultado na BHS igual ou superiores a 9. Apenas um paciente obteve um resultado inferior a 9. A taxa de falso-negativo foi de 6,2%. Dos 1953 pacientes que não cometeram suicídio, 1152 (58,5%) obtiveram um resultado na BHS igual ou superior a 9. O resultado médio da BHS para os grupos de pacientes externos suicidas e não suicidas foi respectivamente $M=15,13$; $SD=4,56$ e $M=9,99$; $SD=5,43$. Nesta tese foi utilizada uma adaptação efectuada por Américo Batista (1994) para fins académicos. Este inventário é constituído por 20 itens numa escala de 1 a 5 em que no 1 “Não concordo”, no 2 “concordo um pouco”, no 3 “concordo moderadamente”, no 4 “concordo bastante” e no 5 “concordo extremamente”.

2.2.3 - Escala Breve sobre Diversas Perspectivas da morte (EBDPM)

A Escala breve sobre diversas perspectivas da morte (EBDPM) foi utilizada para avaliar a percepção daquilo que é a morte. Esta escala é constituída por 43 itens que estão subdivididos em 8 subescalas: morte como sofrimento e solidão, além-vida de recompensa, indiferença perante a morte, morte como desconhecido, morte como abandono dos que dependem de nós com a consequente culpa, morte como coragem, morte como fracasso e morte como fim natural. Esta escala possui um formato de resposta tipo Likert de 6 pontos em que o 1 “totalmente em desacordo”, o 2 “bastante em desacordo”, o 3 “um pouco em desacordo”, o 4 “um pouco de acordo”, o 5 “bastante de acordo” e o 6 “totalmente de acordo”. A consistência interna das escalas foi avaliada pelo Alfa de Cronbach cujo valor foi .83 para a primeira subescala, .94 para a segunda, .84 para a terceira, .86 para a quarta, .83 para a quinta, .83 para a sexta, .87 para a sétima e .78 para a oitava. O resultado mais significativo incide na crença no Além ou na vida para além da morte, onde sobressaem as pessoas religiosas por crença e função. Várias foram as investigações para avaliar o medo da morte, no entanto demonstraram-se inconclusivas, uma vez que uma existia uma grande diversidade de escalas utilizadas (uni ou plurifactoriais) e de

amostras. Conte, Weiner e Plutchic em 1982, publicaram uma medida de avaliação denominada de *Death Anxiety Questionnaire* (DAQ), no entanto a sua estrutura factorial não era clara, facto que se destaca igualmente na adaptação da escala a Portugal (Simões & Neto, 1994). Também Spilka, Stout, Minton e Sizemore em 1977, pretenderam avaliar as diferentes atitudes face à morte, desenvolvendo as *Death Perspective* cujo objectivo centrava-se na identificação das várias reacções emocionais experimentadas por quem pensa na morte, quer fossem positivas ou negativas. Trata-se de oito subescalas que avaliam as diferentes reacções emocionais face à ideia da (própria) morte. As oito escalas são compostas por 43 itens num formato Likert (de 1 a 6).

2.2.4 - Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

Para avaliar a vinculação, foi utilizada a EVA (escala de vinculação para adultos) que mede três dimensões: ansiedade, conforto com a proximidade e a confiança nos outros. A partir da década de 80 vários foram os autores que se debruçaram sobre o estudo da vinculação na adolescência e na idade adulta: os estudos de George, Kaplan & Main (1984) (*Adult Attachment Interview- AAI*), de Hazan e Shaver sobre a aplicação da classificação da vinculação de Ainsworth à organização emocional e comportamental dos adolescentes e jovens adultos, e os trabalhos de uma série de investigadores (Fraleay, 1999; Scharfe & Bartholomew, 1994; Mena-Matos, 2002), que embora de uma forma separada, desenvolveram instrumentos que permitiram avaliar diversos aspectos relacionados com a vinculação. A EVA é uma adaptação da *Adult Attachment Scale-R*, construída por Collins e Read (e revista, pelos mesmos autores, em 1990) com o intuito de ultrapassar as limitações inerentes ao instrumento de três itens de Hazan e Shaver (1987), que referimos anteriormente. A AAS-R é constituída por 15 itens (cinco para cada estilo de vinculação), tendo sido acrescentados seis itens, com o intuito de abordar dois aspectos fulcrais da vinculação: as crenças acerca da disponibilidade da figura de vinculação e a sua resposta quando solicitada (três itens) e as reacções à separação da figura de vinculação (três itens). Composta por 21 itens, esta foi aplicada numa amostra de 286 mulheres e 184 homens, na qual foram realizados estudos psicométricos do instrumento, resultando a versão de 18 itens. A análise factorial dos 18 itens demonstrou a presença de três dimensões, cada uma das quais constituída por seis itens: 1 - *Close* avalia a forma como o indivíduo se sente confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas; 2 - *Depend* avalia a forma como os indivíduos se sentem ao dependerem de outros em situações que necessitam deles; 3 - *Anxiety* avalia o grau em que o indivíduo se preocupa com a possibilidade de ser abandonado ou

rejeitado. Os primeiros estudos psicométricos realizados em Portugal foram efectuados por Canavarro em 1997 e a prova mantém a mesma designação (EVA). Foi recolhida uma amostra de 192 indivíduos (150 mulheres e 42 homens), maioritariamente casados ou a viver maritalmente e com um grau de instrução correspondente a um curso médio ou à frequência universitária. Posteriormente, foram efectuados outros estudos (Tereno, 2001; Almeida, 2005), permitindo enriquecer a amostra (434 sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 63 anos). Assim, os itens referentes às três dimensões deverão ser cotados de 0 a 5, sendo que o item 2,7,8,13,16,17 e 18 deverão ser cotados de forma inversa. Esta escala é constituída por 18 itens avaliados numa escala de tipo Likert de cinco pontos dos quais o 1 corresponde a “Nada característico de mim, o 2 de “Pouco característico de mim”, o 3 de “característico em mim”, o 4 de “Muito característico em mim” o 5 de “Extremamente característico em mim”. Quanto às características psicométricas a Eva apresenta um alfa de cronbach entre 0,54 para a confiança nos outros e 0,84 para a ansiedade. A estabilidade temporal avaliada pelo teste-reteste, num intervalo de seis semanas revelou valores de variâncias que oscilavam entre 0,423 e 0,645.

Todas as dimensões estudadas cumprem os critérios para uma consistência interna adequada, com valores α de *Cronbach* entre .72 a .90, excepto as dimensões da Vinculação, conforto com a proximidade e confiança nos outros. Visto estas duas dimensões não apresentarem condições para que se possam generalizar os resultados, serão realizados os cálculos mas não serão tidas em consideração na discussão de resultados.

	α de Cronbach	Correlação média inter-item	Amplitude da correlação item-total
Vinculação			
Ansiedade	.80	.39	.399 - .718
Conforto com a proximidade	.20	.06	-.023 - .246
Confiança nos outros	.10	.03	-.128 - .239
Perspectivas de Morte			
Dor e solidão	.82	.44	.450 - .734
Crença no além	.90	.60	.654 - .796
Indiferença	.76	.40	.401 - .609
Desconhecido	.87	.54	.618 - .768

Abandono	.77	.40	.457 - .675
Coragem	.87	.52	.524 - .770
Fracasso	.83	.50	.476 - .765
Morte como fim natural	.73	.44	.300 - .659
Desesperança	.72	.12	-.246 - .608

Tabela 5: Fidelidade das provas utilizadas

3- Procedimento

Numa primeira fase, foi recolhida a amostra do grupo clínico em pais que atravessam um processo de luto, e posteriormente a recolha da amostra inerente ao grupo de controlo. Foi-lhes explicado que o estudo compreende uma investigação sobre determinadas dimensões, nomeadamente a desesperança, a vinculação e o luto. Posteriormente foram-lhes distribuídas as medidas de avaliação das dimensões anteriormente referidas, sendo elas: o BHS (Inventário da depressão de Beck), o EBDPM (Escala breves sobre diversas perspectivas da morte) e a EVA (Escala de vinculação do adulto). Recolhidos os resultados, foi efectuada a caracterização dos 46 pais enlutados e dos 35 pais não enlutados, no que respeita aos dados sócio demográficos (género, idade, estado civil, escolaridade e profissão), ao tempo da perda e à sua causa. Posteriormente, foi efectuada a análise estatística através *package* estatístico do SPSS 17. Por último, procedeu-se à discussão dos resultados.

Capítulo VI – Resultados

1 - Resultados

Na amostra clínica a maioria dos participantes era do sexo feminino (89,1%), com uma média de idades de 35 anos, casados (58,7%), com escolaridade superior (43,5%) e com profissão de técnico superior (47,8%). A maioria dos pais perdeu o seu ente querido há mais de um ano (60,9%), por aborto (58,7%). Entre os entes que morreram de doença (21,7%), metade foi de doença prolongada.

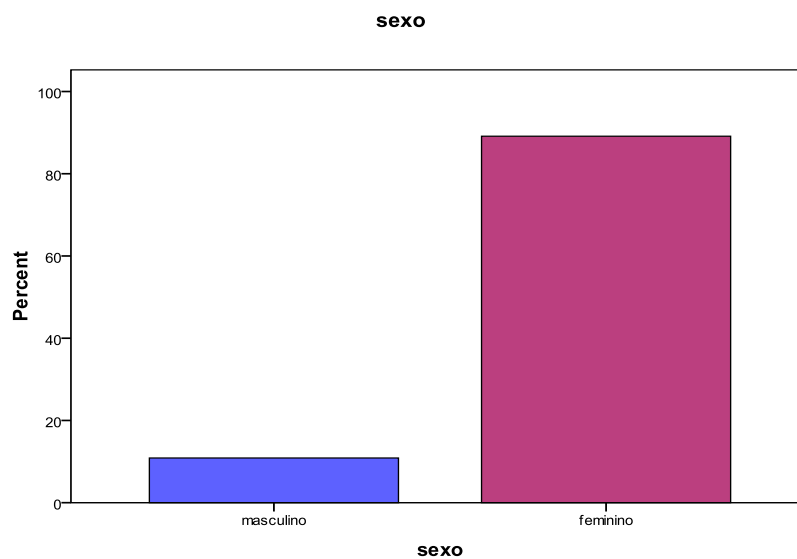


Figura 1 – Género dos participantes enlutados

	(N=46)		χ^2
	N	%	
Profissão			,000
Desempregado/Doméstica	7	15,2%	
Estudante	0	0%	
Profissão não especializada	5	10,9%	
Profissão especializada	12	26,1%	
Técnico Superior	22	47,8%	
Escolaridade			,062
Básico	4	8,7%	
Secundário	18	39,1%	
Licenciatura	20	43,5%	
Mestrado	4	8,7%	
Estado Civil			,160
Solteiro	5	10,9%	
Casado	27	58,7%	
Divorciado	3	6,5%	
União de Facto	10	21,7%	
Viúvo	1	2,2%	

Tabela 6: Caracterização Demográfica de Pais Enlutados

Por outro lado, no grupo de controlo a maioria dos participantes era do sexo feminino (85,7%), com uma média de idades de 37 anos), casados (68,6%), com o nível de escolaridade secundário e com profissões não especializadas (65,7%).

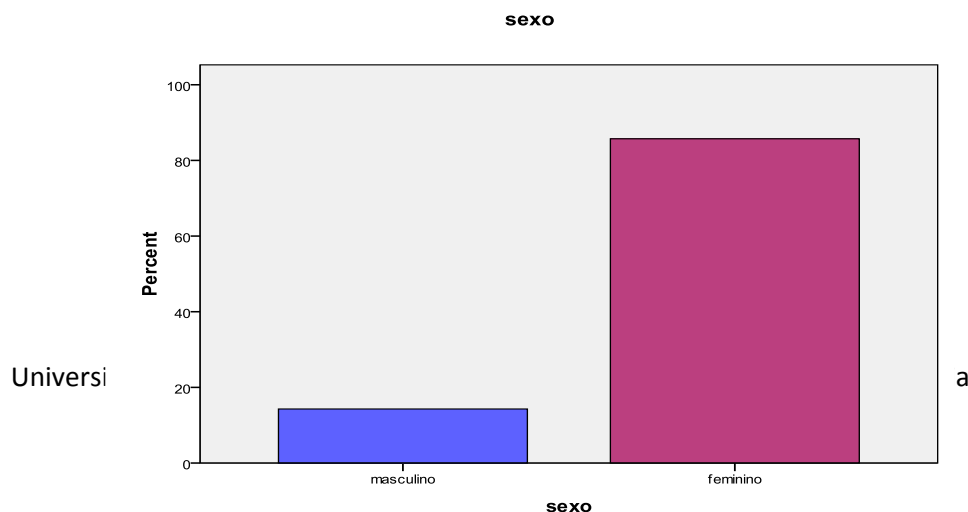


Figura 2 – Género dos pais não enlutados

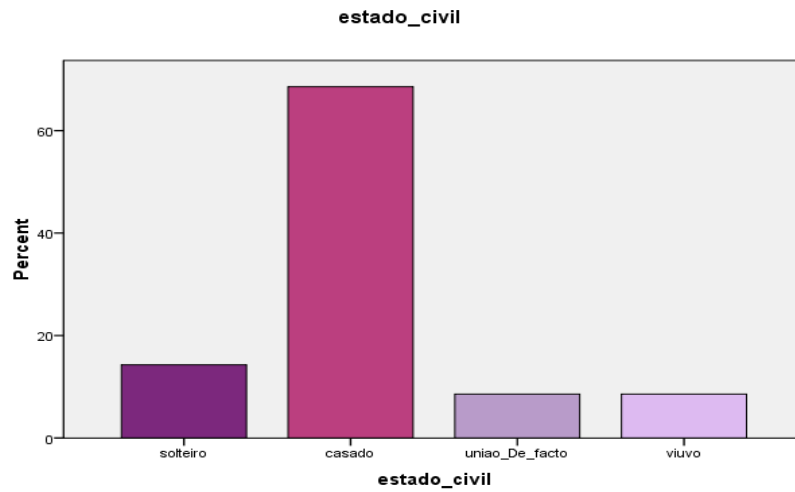


Figura 3 – Estado Civil dos pais não enlutados

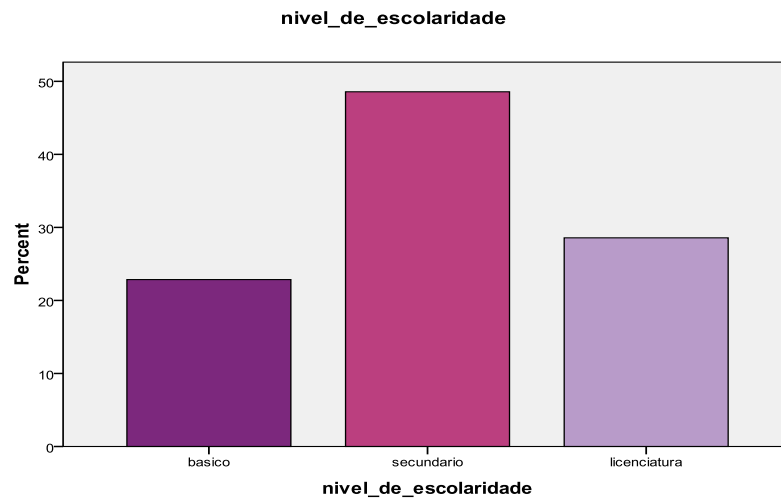


Figura 4 – Escolaridade dos pais não enlutados

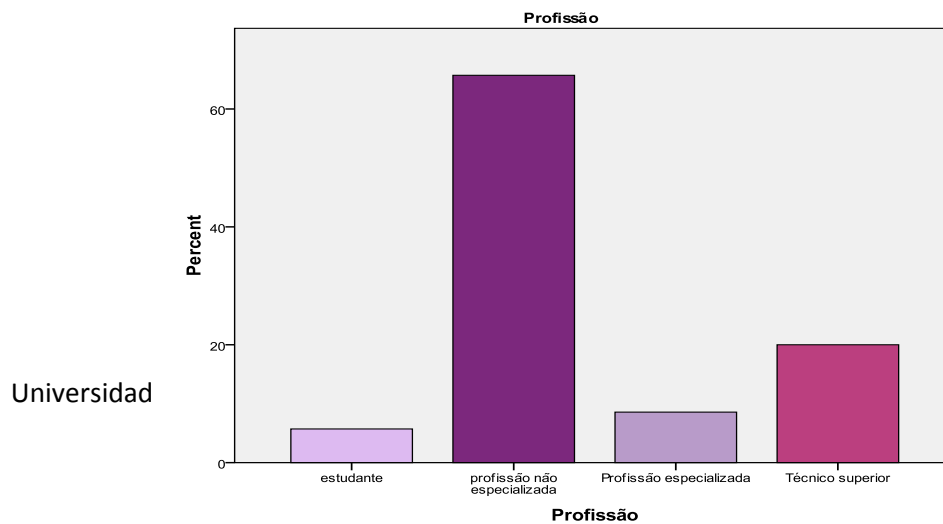


Figura 5 – Profissões dos pais não enlutados

Diferenças entre Enlutados e Não-enlutados para a Vinculação, Perspectivas da Morte e Desesperança

Com o objectivo de averiguar se existem diferenças entre os participantes que perderam ou não perderam um ente querido para as dimensões da vinculação, perspectivas da morte e desesperança foi realizada uma análise através do teste t de *Student* para duas amostras independentes. A tabela 7 mostra os resultados obtidos.

	Não enlutados (N= 35)		Enlutados (N= 46)		T	p.
	M	DP	M	DP		
	Vinculação					
Ansiedade	2.30	.68	2.14	.71	1.023	,309
Conforto com a proximidade	3.64	.43	3.49	.40	1.617	,110
Confiança nos outros	3.30	.35	3.30	.34	-.118	,906
Perspectivas de Morte						
Dor e solidão	2.50	1.11	2.62	1.09	-.452	,635
Crença no além	3.40	1.05	2.92	1.41	1.694	,094
Indiferença	3.29	1.13	2.43	1.05	3.518	,001***
Desconhecido	4.89	.93	4.22	1.27	2.632	,010**
Abandono	3.59	1.15	2.75	1.15	3.064	,003**
Coragem	3.01	1.11	2.73	1.25	1.053	,296
Fracasso	3.11	1.36	3.06	1.22	.201	,841
Morte como fim natural	5.19	.69	4.82	1.04	1.798	,076
Desesperança	2.77	.27	2.81	.33	-.692	,491

** p ≤ .01; *** p ≤ .001.

Tabela 7 - Diferenças entre Enlutados e Não-enlutados para a Vinculação, Perspectivas da Morte e Desesperança

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes enlutados e não enlutados para as dimensões indiferença, com $t(79) = 3.518$; $p = .001$, desconhecido, com $t(79) = 2.632$; $p = .10$ e abandono, com $t(79) = 3.064$; $p = .003$. Os resultados mostram que os não enlutados apresentam mais frequentemente as perspectivas da morte como indiferença, desconhecido ou abandono do que os enlutados.

Diferenças entre Níveis de Escolaridade para a Vinculação, Perspectivas da Morte e Desesperança

Com o objectivo de averiguar se existem diferenças entre níveis de escolaridade para as dimensões da vinculação, perspectivas da morte e desesperança foi realizada uma análise através do teste t de *Student* para duas amostras independentes. A tabela 8 mostra os resultados obtidos. Com o intuito de se obterem grupos homogéneos os níveis de escolaridade, estes foram agrupados em ensino secundário ou inferior e licenciatura ou superior.

	Ensino secundário ou inferior (N= 47)		Licenciatura ou superior (N= 34)		t	p
	M	DP	M	DP		
Vinculação						
Ansiedade	2.27	.70	2.12	.70	.977	,332
Conforto com a proximidade	3.50	.40	3.62	.43	-1.279	,205
Confiança nos outros	3.33	.36	3.26	.31	.800	,426
Perspectivas de Morte						
Dor e solidão	2.71	1.00	2.38	1.09	1.342	,183
Crença no além	3.43	1.23	2.72	1.26	2.541	,013*
Indiferença	3.09	1.12	2.41	1.11	2.705	,008**
Desconhecido	4.57	1.18	4.43	1.18	.543	,588
Abandono	3.35	1.17	2.72	1.18	2.384	,020*
Coragem	3.08	1.22	2.53	1.09	2.068	,042*
Fracasso	3.42	1.23	2.61	1.19	2.959	,004**
Morte como fim natural	4.97	.97	4.99	.85	-.057	,955
Desesperança	2.80	.32	2.78	.29	.256	,798

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Tabela 8 - Diferenças entre Níveis de Escolaridade para a Vinculação, Perspectivas da Morte e Desesperança

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com ensino secundário ou inferior e com licenciatura ou superior para as dimensões crença no além, com $t(79) = 2.541$; $p = .013$, indiferença, com $t(79) = 2.705$; $p = .008$, abandono, com $t(79) = 2.384$; $p = .020$, coragem, com $t(79) = 2.068$; $p = .042$ e fracasso, com $t(79) = 2.959$; $p = .004$. Os resultados mostram que os participantes com menos escolaridade apresentam mais frequentemente as perspectivas da morte como crença no além, indiferença, abandono, coragem ou fracasso do que os enlutados.

Diferenças entre Profissões para as Perspectivas da Morte e Desesperança

Com o objectivo de averiguar se existem diferenças entre profissões para as dimensões da vinculação, perspectivas da morte e desesperança foi realizada uma análise através do teste ANOVA (Análise de Variância) para quatro amostras independentes. A tabela 9 mostra os resultados obtidos. Para se obterem grupos homogéneos os desempregados, domésticas e estudantes foram considerados sem profissão.

	Sem profissão (N=9)		Profissões não especializadas (N=27)		Profissões especializadas (N=15)		Técnicos superiores (N=29)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
	Perspectivas de Morte								
Dor e solidão	2.93	1.32	2.52	.97	2.83	1.00	2.36	1.18	.976
Crença no além	3.24	1.23	3.63	1.09	3.27	1.28	2.55	1.30	3.904*
Indiferença	3.04	.94	3.43	1.10	2.55	1.12	2.25	1.01	6.386***
Desconhecido	4.39	.85	4.89	.95	4.42	.91	4.23	1.49	1.604
Abandono	2.89	1.05	3.63	1.15	3.36	1.34	2.49	.98	5.326**
Coragem	3.17	1.30	3.24	1.09	2.96	1.25	2.32	1.08	3.516*
Fracasso	2.71	1.44	3.32	1.34	3.53	.96	2.73	1.23	2.024
Morte como fim natural	4.42	1.12	5.20	.73	5.10	.69	4.88	1.06	1.914
Desesperança	3.11	.44	2.76	.31	2.73	.18	2.76	.25	4.032*

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Tabela 9 - Diferenças entre Níveis de Escolaridade para as Perspectivas da Morte e Desesperança

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as profissões para as dimensões crença no além, com $F(3; 77) = 3.904$; $p = .012$, indiferença, com $F(3; 77) = 6.386$; $p = .001$, abandono, com $F(3; 77) = 5.326$; $p = .002$, coragem, com $F(793; 77) = 3.516$; $p = .042$ e desesperança, com $F(3; 77) = 4.032$; $p = .010$. Os resultados mostram que os participantes com profissões não especializadas apresentam mais frequentemente as perspectivas da morte como crença no além, indiferença, abandono e coragem; que os participantes sem profissão apresentaram maior desesperança que os restantes; e que os

participantes com profissões ao nível de técnico superior são os que menos apresentam como perspectivas da morte a crença no além, indiferença, abandono e coragem.

Correlações entre as Dimensões Estudadas

Para averiguar a existência de associação entre as dimensões em estudo foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. A Tabela 10 apresenta os resultados obtidos.

	Vinculação		Desesperança	
	Ansiiedade	Conforto com a proximidade	Confiança nos outros	
Perspectivas de Morte				
Dor e solidão		-.03	-.12	.03
Crença no além	.18	-.03	-.04	-.08
Indiferença	.08	.04	.07	.17
Desconhecido	.17	.07	.08	.24*
Abandono	.26*	.05	-.02	-.10
Coragem	.27*	-.16	.03	-.05
Fracasso	.24*	-.02	.15	.14
Morte como fim natural	.28*	-.06	.16	.10
Desesperança	.31**	-.11	-.02	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Tabela 10 - Correlações entre as Dimensões Estudadas

A ansiedade correlacionou-se de forma positiva, fraca e estatisticamente significativa com as perspectivas de morte abandono, coragem, fracasso e morte como fim natural e de forma positiva, moderada e estatisticamente significativa com a desesperança, com valores de correlação entre $r = .24$; $p = .034$ (fracasso) e $r = .31$; $p = .005$ (desesperança). Os resultados mostram que quanto mais ansiosa é a vinculação mais frequentemente os participantes apresentam como perspectiva da morte o abandono, coragem, fracasso e morte como fim natural e maior é a sua desesperança.

Correlações entre as Dimensões Estudadas e o Tempo de Perda para os participantes enlutados

Para averiguar a existência de associação entre as dimensões em estudo e o tempo de perda, nos participantes enlutados, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (variável numérica e ordinal). A Tabela 11 apresenta os resultados obtidos.

	Tempo de Perda
Vinculação	
Ansiedade	-.01
Conforto com a proximidade	.18
Confiança nos outros	-.10
Perspectivas de Morte	
Dor e solidão	.10
Crença no além	-.44**
Indiferença	.12
Desconhecido	-.16
Abandono	.17
Coragem	-.05
Fracasso	.31*
Morte como fim natural	.04
Desesperança	.05

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Tabela 11 - Correlações entre as Dimensões Estudadas e o Tempo de Perda para os participantes enlutados

O tempo de perda correlacionou-se de forma negativa, moderada e estatisticamente significativa com a perspectiva da morte como crença do além, com $\rho = -.44$; $p = .002$ e de forma positiva, moderada e estatisticamente significativa com a perspectiva da morte como fracasso, com $\rho = .31$; $p = .035$. Os resultados mostram que quanto maior é o tempo da perda menor é a perspectiva da morte como crença do além e maior como fracasso.

Capítulo VI - Discussão

I - Discussão

Segundo Rebelo (2007) “Os laços de vinculação dos pais em relação aos filhos são normalmente muito intensos (...) quando por um mero capricho de infortúnio, ocorre a morte de uma criança, o luto observado é bem complexo (...) a dor e o sofrimento sofridos são, em regra, muito mais intensos do que no luto pela morte de uma pessoa adulta”. Quando um Pai perde um filho, passa por um doloroso processo de luto, no entanto o presente estudo evidencia que os pais enlutados enfrentam esse mesmo processo de uma forma adequada.

Este estudo possui uma amostra clínica, na qual a grande maioria são mulheres (89,1%), com uma média de idades de 35 anos, casadas (58,7%) e com profissões técnicas superiores (47,8%). O grupo de controlo é igualmente constituído maioritariamente por mulheres, com uma média de idades de 37 anos, também elas na sua maioria casadas (68,6%) e com profissões não especializadas (65,7%).

No grupo clínico, os pais perderam o seu filho há mais de um ano (60,9%), tendo como principal causa o aborto espontâneo (58,7%), seguido da doença (21,7%), sendo que metade foi de doença prolongada.

Constata-se que quer os pais não enlutados ($M=3,64; DP=.43$), quer os enlutados ($M=3,49; DP=.40$) possuem uma vinculação segura, sendo capazes de estabelecer relações afectivas, confiando nos outros sem receio de abandono. Segundo Green & Campbell (2000) os sujeitos com um estilo de vinculação seguro possuem um maior número de comportamentos exploratórios, bem como representações de si e dos outros complexas, diferenciadas e integradas. Estes autores verificaram ainda a existência de uma associação negativa entre a vinculação segura e a depressão, agressividade e ansiedade. Tal facto está de acordo com o presente estudo, na medida em que os níveis de ansiedade e desesperança se assumem baixos em ambos os pais.

Os pais não enlutados possuem mais frequentemente perspectivas de morte tais como a indiferença, o desconhecido e o abandono em detrimento dos enlutados. Ou seja, os pais não enlutados encaram a morte com alguma indiferença, vendo-a como algo que desconhecem, receando no entanto que aqueles que dependem deles os abandonem, fazendo-os por isso sentir-

se mais culpados, facto que é comprovado pela elevação (embora não significativa) da ansiedade em detrimento dos pais enlutados. Por outro lado, há medida que o tempo passa, os pais enlutados vão encarando cada vez menos a morte enquanto uma vida no além que será recompensada, encarando-a como um fracasso, uma vez que possuem menos fé na vida eterna.

Apesar de não se assumir enquanto significativo, no presente estudo os pais enlutados possuem mais desesperança que os não enlutados, sendo que está de acordo com o estudo efectuado por Parkes em 1964. Este autor efectuou um estudo em Londres com viúvas, no qual comparou enlutadas e não enlutadas, percebendo que as enlutadas ficaram mais deprimidas que as do grupo de controlo.

Os sujeitos com níveis de escolaridade elevados possuem igualmente menos desesperança ($M=2,78; DP=.29$) que os sujeitos com menos escolaridade. Trentini (2004) postulou com base no seu estudo em depressão geriátrica que a escolaridade está associada à intensidade da depressão. Esta associação ocorre de forma inversa, ou seja, quanto maior a escolaridade, menor a intensidade de sintomas psicológicos ou de somatizações. Assim, o presente estudo está em conformidade com a literatura, sendo que a escolaridade exerce um papel protector na manifestação de sintomas depressivos em sujeitos com estudos superiores.

Muderrisoglu (1999) constatou que os sujeitos inseguros possuem níveis mais elevados de stress, são impulsivos, recorrendo a estratégias defensivas menos adequadas e manifestando reacções emocionais intensas.

Sata & Schmidt (2001) constataram no seu estudo que os sujeitos desempregados ou insatisfeitos com o trabalho, experienciam solidão, desamparo e desesperança. Tal, está em conformidade com o presente estudo, uma vez que os desempregados apresentam um maior grau de desesperança ($M=3,11; DP=.44$) e solidão ($M=2,93; DP=1.32$) relativamente aos restantes.

Foi possível constatar que quanto mais ansiosa for a vinculação, maior será a probabilidade de o sujeito possuir perspectivas de morte como um fracasso, não possuindo por isso fé na vida eterna, no entanto encara-a com coragem, vendo-a como um fim natural apesar de rezear o abandono daqueles que lhe são significativos. Contudo, não é possível confrontar este estudo com outros similares, pois são raras as amostras com vinculação e perspectivas de morte (o que acrescenta alguma novidade e mérito a esta investigação). Verifica-se igualmente uma maior desesperança perante uma vinculação do tipo ansioso, o que vai de encontro ao estudo de Sroufe e colaboradores (2005) no qual concluíram que a vinculação ansiosa está sobretudo associada a quadros de depressão e ansiedade.

Considerações Finais

Esta investigação teve como principal objectivo, o estudo das perspectivas de morte e os sentimentos a ela associados, em pais enlutados e não enlutados, bem como a relação com a qualidade da vinculação e a desesperança, partindo do pressuposto de que os pais enlutados experienciam sentimentos mais negativos em relação à morte. Contudo, foi possível concluir que com o passar do tempo relativamente à perda de um filho, os pais enlutados encaram a morte como um fracasso, uma vez que cada vez menos possuem fé na vida eterna.

Este estudo veio contribuir para um melhor conhecimento do processo de luto em si, bem como dos sentimentos e sintomas associados. Permitiu ainda verificar que a vinculação ansiosa está sobretudo associada a quadros de depressão e ansiedade.

Seria igualmente pertinente a participação de um maior número de sujeitos do sexo masculino, para que fosse possível verificar diferenças de género, ao nível da desesperança e do luto. Vários foram os autores que se debruçaram sobre a pertinência desta diferenciação. Martin & Doka em 1996 haviam considerado a importância das diferenças de género, bem como a capacidade de cada sujeito relativamente ao sofrimento decorrente do processo de luto. Também Sanders (1999), na sua teoria havia referido as diferenças de género relativamente como moderador interno caracterizador do estado pessoal interno, relativamente ao processo de luto.

Este estudo permite-nos reafirmar o que foi referido por Green & Campbell em 2000, que os sujeitos que possuem uma vinculação segura são capazes de estabelecer relações afectivas, confiando nos outros sem receio de abandono.

Como principais limitações deste estudo, destaco:

- A falta de bases empíricas, nomeadamente relacionando desesperança e luto, nas quais possa fundamentar o presente estudo.
- O número limitado da presente amostra, pois dado ser um assunto delicado, muitas vezes a população em questão não está disposta a falar sobre isso.

- A elevada predominância de população do sexo feminino, uma vez que o sexo masculino, muitas das vezes não se encontra disponível.

Em jeito de conclusão, seria pertinente referir algumas sugestões para futuros estudos nesta área:

Seria efectivamente importante aumentar o número da amostra, para um consequente aumento da fiabilidade do estudo.

Seria igualmente importante integrar na amostra um maior número de participantes do género masculino, uma vez que esta foi uma das limitações deste estudo.

Referências bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (pp. 67-104). New York: Wiley.
- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. (1972). Attachment and dependency: A comparison. In J. L. Gewirtz (Ed.), *Attachment and dependency* (pp. 97-137). Washington, DC: V. H. Winston.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Ainsworth, M. (1990). Some considerations regarding theory and assessment relevant to attachment beyond infancy. In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: theory, research and intervention* (pp.463-488). Chicago University Press.
- Ambrose, J. (2006). Traumatic grief: What we need to know as trauma responders.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. London: Staples Press.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy, 1*, 184-200.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy of emotional disorders*. New York: New American Library.
- Blustein, D., Prezioso, M., & Schultheiss, D. (1995). Attachment theory and career development: Current status and future directions. *The Counseling Psychologist, 23*, 416-432.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva: WHO.
- Bowlby, J. (1958). "The nature of the child's tie to his mother" *Int. F. Psycho-anal.*
- Bowlby, J. (1959). Separation anxiety. *International Journal of Psycho-Analysts, XLI*, 1-25.
- Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child, VX*, 3-39.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.

- Bowlby, J., & Parkes, C. M. (1970). Separation and loss within the family. In E.J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in this family* (pp. 197-216). New York: Wiley.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bounds*. London:Tavistock/Routledge.
- Bowlby, J. (1980). *Loss*. Foreword by Daniel Stern. Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment*. Foreword by Allan N. Schore. Basics Books.
- Bowlby, J. (1988) *A secure base: clinical applications of attachment theory*. Brunner-Routledge, New York Reprinted 2003.
- Botha, Karien. Recognising pathological grief. Volume 12 No.1 March 2006 – SAJP.;
- Brazelton, B., & Cramer, B. (1993). *4 relação mais precoce: Os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M.B. & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *Am J Psychiatry*:166: 786–794.
- Bretherton, I. (1992). *The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*, vol. 28(12-1649).
- Bretherton, I. (2005). In pursuit of the internal working model construct and its relevance to attachment relationships. In K.E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from Infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York: Guilford Press.
- Brockington, I. (1996). *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- Canavarro, M. Cristina Sousa (1999); *Relações Afectivas e Saúde Mental*, Quarteto.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (eds.), *Handbook of Attachment: theory, research and clinical applications*. New York, The Guilford Press, pp 3-20.
- Clark M.R., Treisman G.J. (2004). Pain and Depression. An Interdisciplinary Patient-Centered Approach. *Adv Psychosom Med*. Basel, Karger, vol 25, pp 1–27.

- Currier, J. M., Neimeyer, R.A. & Berman, J.S. (2008). The effectiveness of psychotherapeutic interventions for bereaved persons: a comprehensive quantitative review. *Psychol Bull.* 2008 Sep;134(5):648-61.
- Denny-Brown, D., (1959). Blast injury, *Medical Physics*, ed. by O. Glasser, Chicago, Year Book Publications 2:127-129, 195.
- Doogan, D. & Caillard, V. (192). Sertraline in the prevention of depression. *Br J Psychiatry* 160:217–222.
- Doron, R. & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Climepsi Editores.
- Feeney, J. & Noller, P. (1996). *Adult Attachment*. Londres: Sage Publications.
- Feiger, A.D., Bielski, R.J., Bremner, J., et al. (1999). Double-blind placebo-substitution study of nefazodone in the prevention of relapse during continuation treatment of outpatients with major depression. *Clin Psychopharmacol* 14:19–28.
- Firth, R. (1961) *Elements of social organization*, 3ª edição. London: Tavistock publications.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Perel, J.M., et al. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 47:1093–1099.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Wagner, E. F., McEachran, A. B., & Cornes, C. (1991). Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1053–1059.
- Freud, Sigmund. Luto e Melancolia (1914). In: *Obras Completas*. Vol. XIV (1914-1916). Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- Goldberg, Susan, Muir, Roy & Kerr John. (1993). *Attachment theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*.
- Gorer, G. (1965). *Death, grief and mourning in contemporary Britain*. London: Tavistock Publications.
- Grinberg, L. (1992). *Guilt and Depression*. British Library Cataloguing in Publication Data. Karnac Books.
- Green, J. & Campbell, W. (2000). Attachment and exploration in adults: chronic and contextual accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 452-461.
- Gündel, M.D., O'Connor, M., Littrell, B.A., Fort, B.S. & Lane, M.D. (2003) *Functional Neuroanatomy of Grief: An fMRI Study*. *Am J Psychiatry* 160:1946–1953.
- Hammen, C. (2003). *Handbook of Psychology – Vol. 8 Clinical Psychology: Mood Disorders*. John Wiley & Sons, Inc.

- Harlow, H.F., & Harlow, M. K. (1965). The affectional systems. In A. M. Schrier, H.F. Harlow, & F. Stollnitz (Eds.), *Behavior of nonhuman primates* (Vol. 2, pp.287- 334). New York: Academic Press.
- Hazen, C., & Shaver, P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.
- Hensley, P.L., Slonimski, C.K., Uhlenhuth, E.H. & Clayton, P.J. (2009). Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief. *J Affect Disord*; 113:142–149.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R.J., Evans, M.D., et al. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: singly and in combination. *Arch Gen Psychiatry* 49:774–781.
- Hollon, S. D., Haman, K. L., & Brown, L. L. (2002). Cognitive behavioral treatment of depression. In I. H. Gotlib & C. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 383–403). New York: Guilford Press.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby & attachment theory*. Londres: Routledge Publications.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Day, N., Beery, L.C., Newsom, J. T. & Jacobs, S. (1997). Traumatic Grief as a Risk Factor for Mental and Physical Morbidity. *Am J Psychiatry*. 154(5):616-23.
- Horwitz, A.V. & Wakefield, J.C. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. Oxford, UK, Oxford University Press.
- Jacobs, S. 1999. *Traumatic grief: diagnosis, treatment, and prevention*. The series in trauma and loss. Bruner Mazel.
- Kaplan, H.I. & Sadock. B.J. (1997). *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kennell, J. H., Trause, M. A., & Klaus, M. H. (1975). Evidence for a sensitive period in the human mother. In Ciba Foundation (Ed.), *Parent-infant interaction* (Vol. 33, pp. 87-102). Amsterdam: Association Scientific Publishers.
- Klaus, M., & Kennell, J. (1976). *Maternal-Infant bonding*. Saint Louis: The C. V. Mosby Company.
- Kreicbergs, U., Lannen, P., Onelov, E. & Wolfe, J. (2007). Parental Grief After Losing a Child to Cancer: Impact of Professional and Social Support on Long-Term Outcomes. *Journal of Clinical Oncology*.
- Kubler-Ross, E. *On death and Dying*. (2008) Edição 40. VNU Business Media.
- Levy, K. (2000). Attachment style, representations of self and others, and affect regulation: implications for the experience of depression. *Dissertation Abstract*, 60, 4895.

- Lindemann, E. (1944) 'The symptomatology and management of acute grief' *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Maciejewski, Paul K.; Zhang, Baohui; Block, Susan D.; Prigerson, Holly G. (2007). An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. *JAMA* —Vol 297, No. 7.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the representational level. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1 – 2), 66 – 104.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds), *Affective Development in Infancy*, pp. 95-124. Norwood, New Jersey: Ablex.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for classifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation? In M. Greeberg, D: Cicchetti & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: Chicago University Press.
- Margaret Stroebe, Henk Schut, Wolfgang Stroebe (2007) Health outcomes of bereavement.
- McGrown, M.B. (1943). *The neuromuscular maturation of human infant*. New York: Columbia University Press.
- McKendree-Smith, N. L., Floyd, M., & Scogin, F. (2003). Self-Administered treatments for depression: a review. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (3), 275-288.
- Middleton, W., Raphael, B., Martinek, N. & Misso, V. (1993). Pathological grief reactions. Em M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O.
- Montgomery, S.A., Dunfour, H., Brion, S. et al. (1988). The prophylactic efficacy of fluoxetine in unipolar depression. *Br J Psychiatry* 153 (suppl 3):69– 76.
- Montgomery, S.A. & Dunbar, G. (1993). Paroxetine is better than placebo in relapse and the prophylaxis of recurrent depression. *Int Clin Psychopharmacol* 8:189–195.
- Montgomery, S.A., Rasmussen, J.G., Tanghoj, P. (1993). A 24-week study of 20 mg citalopram, 40 mg citalopram, and placebo in the prevention of relapse of major depression. *Int Clin Psychopharmacol* 8:181–188.

- Montgomery, S.A., Reimitz, P.E., Zivkov, M. (1998). Mirtazapine versus amitriptyline in the long-term treatment of depression: a double-blind placebo- controlled study. *Int Clinical Psychopharmacol* 13:63–73.
- Muderrisoglu, S. (1999). Defensive functioning and affect within adult attachment patterns. *Dissertation Abstract*, 59, 3705.
- Nolen-Hoeksema S. (2001). Ruminative coping and adjustment to bereavement. In M. Stroebe R.O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut, (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, D. C.: American Psychological Association Press.
- Pangrazzi, A. (2008). *Conviver com a perda de uma pessoa querida*. 2ª Edição. Paulinas.
- Parkes, C. M. (2001) *Bereavement: studies of grief in adult life* 3rd Edition.
- Piaget, Jean (1975). *A equilibração das estruturas cognitivas*. Rio de Janeiro, Zahar.
- Praag, H., Kloet, R. & Os, J. (2001). *Stress, o Cérebro e a Depressão*. Climepsi Editores.
- Prechtl, H.F.R. (1965). Problems of behavioral studies in the newborn infant. In: *Advances in the study of behavior*, vol. 1. New York: Academic Press.
- Prigerson, H.G., Jacobs, S.C., 2001. Perspectives on care at the close of life. Caring for bereaved patients: “all the doctors just suddenly go”. *JAMA* 286, 1369–1376.
- Prigerson, H.G., Bierhals, A. J., Kasl, S.V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Day, N., Beery, L. C., Newsom, J. T. and Jacobs, S. (1997). Traumatic Grief as a Risk Factor for Mental and Physical Morbidity. *Am J Psychiatry* 154:5.
- Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Illinois: Research Press.
- Robertson, J. & Bowlby, J. (1952). Responses of young children to separation from their mother. *Courrier du Centre International de l'Enfance*, 2, 131-142.
- Rebelo, J. E. (2007). *Desatar o nó do luto*. 3ª Edição. Casa das letras.;
- Rebelo, J. E. (2005). Importância da entreatajuda no apoio a pais em luto. *Análise Psicológica*. 4 (XXIII): 373-380.
- Salvaterra, F. (2007). *Vinculação e Adopção*. Universidade Nova de Lisboa. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada.
- Sanders, C. (1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement* (2nd ed.). New York: Jonh Wiley & Sons, Inc.

- Sato, L. & Schmidt, M. L. S. (2001). *Atendimento clínico e desemprego: uma experiência de integração*. Anais do VIII Colóquio Internacional de Sociologia Clínica e Psicossociologia. Belo Horizonte.
- Schulz, R., Hebert, R., Boerner, K. (2008). Bereavement after caregiving. *Geriatrics*.63(1):20-22.
- Schaffer, H. R., & Emerson, P. E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monographs for the Society for Research in Child Development*, 29 (3, Serial No. 94).
- Segal, Z. V., & Vella, D. D. (1990). Self-schema in major depression: Replication and extension of a priming methodology. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 161-176.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P.R., Reynolds, C.F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 293:2601–2608.
- Siegel MD, Hayes E, Vanderwerker LC, Loseth D, Prigerson HG. Psychiatric Illness in the Next-of-Kin of Patients who Die in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine* 2008; 36 (6): 1722-8 **Article will have CME questions associated with it. Two articles from each issue to are highlighted fulfill this CME section. Accompanied by editorial.
- Stern, D. (1995). *The motherhood constellation*. New York: Harper Collins.
- Stern, D. (2002) *The first relationship: infant and mother*. Kirkus Reviews Copyright (c) VNU Business Media, Inc.
- Stroebe, M. (1998). New directions in bereavement research: exploration of gender differences. *Palliative Medicine*, 12, pp. 5-12.
- Stroebe, Margaret. 2009. *Beyond the Broken Heart: Mental and Physical Health Consequences of Losing a Loved One*.
- Stricker, G. & Widiger, T. (2003). *Handbook of Psychology*. Volume 8: Clinical Psychology. Volume Editors.
- Stopa, L., & Waters, A. (2005). The effect of mood on responses to the young schema questionnaire: Short form. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 45-57.
- Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E. & Collings, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

- Trentini, C. M. (2004). *Qualidade de vida em idosos*. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2) 112-119.
- Worden, j. William. *Grief counseling and grief therapy*. Fourth Edition. Springer Publishing Company, 2008.
- Zimmerman, David E. & Bion – da Teoria à Prática; 2ª. Edição Ampliada; Artmed, 2004; Porto Alegre – RS.
- Zisook, S. & Shuchter, S. (2001). *Treatment of Depressions of Bereavement*. American Behavioral Scientist.
- Zisook S., (2002) *Depressive Disorders: Age, Loss and the Diagnostic Boundaries of Depression*. 2ª Edição. John Wiley & Sons Ltd.