

## **TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO COMO POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA PARA PESSOAS ENLUTADAS: UMA REVISÃO NARRATIVA<sup>1</sup>**

Simone Peron Maciel Gomes<sup>2</sup>

Auxiliatrice Caneschi Badaró<sup>3</sup>

### **RESUMO:**

O luto é um processo que faz parte do desenvolvimento humano (PARKES, 2009b). Uma perda que pode estar relacionada a algo ou alguém com quem se tenha representação de vínculo. É considerado um evento traumático (RIGOLI; SCHAFFER; KRISTENSEN, 2017) de consequências cognitivas, físicas e sociais. Considerando a relevância do processo de luto nos diferentes contextos e a importância do olhar da psicologia para compreensão e atuação frente a esse momento, o presente estudo buscou discutir como o modelo de terapia em grupo, baseado na Terapia Cognitivo-comportamental, pode contribuir no trabalho de reestruturação cognitiva dos pacientes enlutados. Para isso, foi realizada uma revisão narrativa por meio da leitura de publicações amplas e de discussão teórica e conceitual referentes ao assunto, em livros e meio eletrônico de fontes científicas. A discussão sobre a temática apontou que a Terapia Cognitivo-comportamental em grupos pode ser uma ferramenta eficaz no trabalho do luto e que, além da expertise do profissional, depende de adequada formação e prática assim como da adaptação de protocolos a esse fim, já que os mesmos são escassos na literatura.

Palavras-chave: Luto. Terapia cognitivo-comportamental. Terapia cognitivo-comportamental em grupos.

## **COGNITIVE-BEHAVIORAL GROUP THERAPY AS A THERAPEUTIC PROPOSAL FOR GRIEFING INDIVIDUALS: A NARRATIVE REVIEW**

### **ABSTRACT:**

Mourning is a process that is part of human development (PARKES, 2009b). It involves a loss that may be related to something or someone with whom one has a bond. It is considered a traumatic event (RIGOLI; SCHAFFER; KRISTENSEN, 2017) with cognitive, physical, and social consequences. Considering the relevance of the mourning process in different contexts and the importance of psychology's perspective in understanding and acting during this moment, this study aimed to discuss how a group therapy model, based on cognitive-behavioral therapy, can contribute to the

---

<sup>1</sup> Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 04/05/23 e aprovado, após reformulações, em 07/06/2023.

<sup>2</sup> Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário UniAcademia. E-mail: simoneperon@hotmail.com.

<sup>3</sup> Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente no Centro Universitário UniAcademia. E-mail: auxiliatricebadaro@uniacademia.edu.br

cognitive restructuring of grieving patients, since these patients require more urgent support and the rescue of the notion of belonging and the importance of their social relationships. A narrative review was carried out by reading broad publications and theoretical and conceptual discussions related to the subject in books and scientific electronic sources. It was concluded that Cognitive-behavioral therapy in groups can be an effective tool in the work of mourning and, in addition to the professional's expertise, it depends on adequate training and practice as well as the adaptation of protocols for this purpose, as they are scarce in the literature.

Keywords: Grief. Cognitive-behavioral therapy. Cognitive-behavioral group therapy.

## 1 INTRODUÇÃO

A palavra luto nos remete, primordialmente, à morte e pode nos desorganizar, nos paralisar e nos deixar impotentes, e ao passarmos por essa experiência, perdemos um sentimento, uma pessoa, um tempo (KOVÁCS, 1992). Mas luto não se refere somente a isso, é uma perda significativa de algo ou alguém com quem construímos uma relação de vínculo e cujas perdas são vivenciadas desde o simbólico ao concreto. O luto faz parte do desenvolvimento humano desde sempre e, segundo Parkes (2009a), pode ser resultante de transições psicossociais relacionadas a perdas normativas próprias desse desenvolvimento como: a síndrome do ninho vazio, das separações, das perdas de funções do corpo, das perdas laborais, ou qualquer outra que afete o nosso mundo presumido. O luto é considerado um evento traumático que pode ser inesperado e incontrolável (RIGOLI; SCHAFFER; KRISTENSEN, 2017). Desta forma, consequências psicológicas, como depressão e desorganização podem acontecer, mesmo que o evento tenha um tempo de ocorrido, desencadeando, desta forma, prejuízos funcionais, razão pela qual esse assunto deva ser amplamente discutido no âmbito de saúde, uma vez que pode incapacitar o indivíduo.

Segundo Lemes e Ondere Neto (2017), uma vez que isolamento e alienação são frequentes no luto, torna-se relevante a escolha da Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo (TCCG) como ênfase neste artigo ao considerarmos as particularidades que esta linha de atendimento oferece: as trocas de experiências, a construção de vínculos, bem como o ambiente facilitador que o grupo tende a promover. Supõe-se que a TCCG seja válida nesse trabalho uma vez que se utiliza das ferramentas clínicas da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) e ainda traz as

contribuições que o grupo proporciona (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017). Seguindo os mesmos pressupostos da TCC, a TCCG também enfatiza a prática da reestruturação cognitiva como sendo estratégia eficaz no tratamento ao paciente enlutado.

O modelo cognitivo proposto por Aaron Beck alcançou variados problemas e transtornos. Seguindo o pressuposto de que pensamentos disfuncionais influenciam o humor e o comportamento do paciente, Beck (2022) enfatiza sobre a interferência desses pensamentos sobre o modo de avaliarmos negativamente a nós mesmos, o ambiente ao nosso redor e nosso futuro.

Esse modelo tem como pressupostos básicos que a atividade cognitiva influencia o comportamento e pode ser monitorada e alterada e que, identificando e reestruturando a cognição, nos seus três níveis, pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais, o comportamento também pode ser alterado. Esse é um trabalho conjunto, que requer uma aliança terapêutica sólida, em prol de objetivos terapêuticos específicos (BECK, 2000).

Quanto ao percurso metodológico deste trabalho, foi realizada uma revisão narrativa, a fim de discutir as contribuições que a TCCG pode apresentar ao se trabalhar o luto. Foram pesquisadas bases de dados científicos eletrônicos como Scielo (Scientific Electronic Library On-line), Lilacs (Literatura Latino-americana de Ciências da Saúde) e Pepsic, por serem fontes abertas de literatura científica sobre o tema e com grandes possibilidades de impacto nos meios acadêmicos e profissionais. Como descritores, foram utilizadas combinações entre luto, terapia cognitivo-comportamental e terapia cognitivo-comportamental em grupos, com o intuito de delimitar a pesquisa a resumos que demonstrassem os termos em um mesmo artigo. Da mesma forma foram utilizadas publicações em livros, teses e dissertações cujos autores fossem referência na temática escolhida.

## **2 O LUTO E SEUS DESDOBRAMENTOS**

Luto é uma experiência pessoal de perda e, segundo Worden (2013), enquanto a perda é um fenômeno universal, a experiência de luto não. Franco (2021) afirma que tentar padronizar a vivência do luto dificulta a sua compreensão por sua

abrangência de significações e das particularidades de cada indivíduo na sua forma de vivencia-lo. Casellato (2020) faz uma ampla explanação sobre alguns dos diversos lutos não relacionados à morte, lutos estes que a autora denomina como não legitimados e que Worden (2013) cita como não autorizados. Ainda assim os lutos citados também geram frustração e requerem, da mesma forma que em qualquer outra expressão de luto, uma nova visão de mundo presumido, conforme citado primeiramente em Parkes (2009b).

Casellato (2020) discorre sobre os lutos do Ser, como o luto de pais que tem filhos portadores de alguma deficiência ou lutos de famílias cujos filhos fogem aos padrões heteronormativos. Lutos do estar, quando o paciente se encontra no estágio final de uma doença como o câncer ou quando perde determinadas funções cognitivas ou motoras ao envelhecer. Lutos do cuidar, quando o enlutado é um paciente cujo terapeuta falece durante o processo de atendimento. Estas formas de luto podem se apresentar tão doloridas quanto em qualquer outra forma de perda e necessitam serem acolhidas de modo igualmente empático.

Salomon (2013) também faz menção a essas formas de luto quando fala sobre a valorização das identidades verticais, aqueles atributos que herdamos geneticamente ou aprendemos na cultura, e desvalorização dos atributos da identidade horizontal, aqueles passíveis de interferências genéticas, biológicas ou mesmo de vivências próprias. Por outro lado, Caselato (2021) advoga sobre termos que repensar sobre o aprisionamento do universo das identidades verticais para entender que nós não apenas somos, mas estamos num mundo de transformações muito rápidas. Fato é que, perdas simbólicas como um término de relacionamento ou a perda de uma ocupação, ou as concretas, como a morte propriamente dita, simbolizam fortes rompimentos de vínculos que geram alguma forma de luto. E a dor do luto é justamente o que se paga pelo compromisso de perder aquilo que se tem (PARKES, 2009a).

Ao entrarmos no conceito de luto por morte, destacamos Ariès (2017) que faz uma retrospectiva histórica ao discorrer sobre as atitudes dos homens diante deste evento ao longo dos tempos; atitudes essas que ele afirma terem sofrido modificações, mas, em alguns aspectos, permanecem iguais, incluindo a vivência de luto. Ele justifica essa afirmação pela própria natureza humana, que tem uma certa

dificuldade em abrir seu campo de visão e observar o quanto fenômenos antigos ainda estão presentes na nossa cultura, apenas com roupagem nova. O mesmo autor começa citando a morte domada, aquela quando o homem sabia que ia morrer, era advertido, típica da época medieval; quando o guerreiro descansava de suas armas, com todas as homenagens e com os túmulos em locais de privilégio se a classe social permitisse. Esse guerreiro poderia até se revoltar, mas não se recusava a morrer; ele tomava suas próprias providências. Embora houvesse familiaridade com a morte, havia temor pela proximidade com os que morriam, razão pela qual os cemitérios ficavam afastados das cidades.

Ao contextualizar a morte nos séculos XI e XII, Ariès (2017) fala sobre a morte de si mesmo, aceita como ordem da natureza e cujas sepulturas serviam para coroar o fim do poder do homem que teve seu tempo expirado, mas ainda ocupava um lugar. Após o século XVIII, a morte do outro, que deixava saudade e lembrança. E, por fim, a partir do século XIX, a morte interdita, da cultura urbanizada, que tenta ocultar do enfermo a gravidade do seu estado, assim como prolongar sua vida dentro de um hospital. As manifestações aparentes do luto se tornaram comedidas, o luto passou a ser isolado, um estado mórbido; o caráter da ruptura é negado (ARIÈS, 2017). Kovács (1992), em concordância com Ariès (2017), ao falar da morte do século XX a chama de morte invertida; quando escondemos a vivência do luto e suprimimos a dor; o que era para ser natural vira sinal de fracasso e impotência.

Ariès (2017) completa suas considerações sobre a morte afirmando que o homem tem, no século XX, mais necessidade de assistência da sociedade durante o luto do que em qualquer outro momento desde sua infância e primeira juventude. Esse autor acredita que parte do adoecimento social frente ao luto, teria sua origem na interdição deste, o que vai de acordo a Parkes (2009) e Franco (2021), que confirmam o apoio gerado pela religião e pela espiritualidade nesse processo de construir significados durante o enfrentamento deste luto; um evento que a ciência não explica e a humanidade tenta tornar aceitável.

Para se falar de forma ampla sobre perdas ou luto dentro desse contexto de morte, é necessário que se fale sobre apego, pois, ao longo de toda a existência, indivíduos criam laços com outras pessoas e temem perde-los. Bowlby (1969, 1980, 1989, 2004) com sua teoria do apego, oferece uma explicação para nossa tendência

em criar e fortalecer laços afetivos ao longo da vida e afirma que o ato de se apegar surge da necessidade de nos sentirmos seguros, independente de sermos crianças ou adultos e que a quebra desses laços pode ser prejudicial à nossa saúde emocional. Franco (2021) confirma Bowlby (1989) ao dizer que os humanos são a única espécie consciente de sua finitude e, por essa razão, formam vínculos para assegurar uma organização social, que é de suma importância para a própria sobrevivência e a da sua espécie.

Em sua abordagem, Bowlby (1980, 2004) discorre sobre o luto como sendo resposta ao rompimento de vínculos que foram criados e internalizados pela aprendizagem social e pelo contexto cultural e que, embora seja uma reação universal, tem suas subjetividades e singularidades. Nós, seres humanos, precisamos ter a sensação de pertencimento e de estarmos conectados a uma comunidade, suas crenças, valores, tradições. Sendo assim, quando a figura do nosso apego desaparece, nosso corpo reage das mais diversas formas. Franco (2021) em consonância com Worden (2013) afirma que, na atualidade, não se discute usar ou não a teoria do apego quando se fala de luto, uma vez que é indubitavelmente respeitada e que oferece funções terapêuticas nos mais diversos contextos.

Walsh e McGoldrick (1995), em acordo com a teoria do apego, afirmam que a história de perda não tem início com o rompimento, mas muito antes, desde que os vínculos são construídos, podendo ser transmitidos através das gerações. Saber lidar com essas emoções que afloram ao se romperem os laços, requer, não somente a vontade e força do enlutado para ir em busca de novos sentidos, mas também de ferramentas e pessoas aptas a usa-las, o que nem sempre é de fácil alcance.

O luto pode estar associado a um evento traumático, de acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (MANUAL [...], 2014), mais conhecido como DSM-5, levando a sintomas de luto prolongado e, em alguns casos, a episódios depressivos. Evento traumático se entende como acontecimentos que envolvem risco real, de ameaça de morte e ferimento, ou de violência sexual, vivenciado por indivíduos por meio de experiência direta, testemunho ou conhecimento de tal experiência sentida por um familiar ou amigo próximo, levando a possíveis desfechos negativos e prolongados, como ansiedade e depressão (RIGOLI; SCHÄFER; KRISTENSEN, 2017). Por essa razão, a ajuda a indivíduos que

passam por eventos deste tipo precisa ser urgente e focal, uma vez que o DSM-5 define luto como um anseio, uma preocupação e tristeza intensas com a pessoa falecida e as circunstâncias dessa morte (MANUAL [...], 2014). Em sua atualização no ano de 2023, o DSM-5-TR reconhece que as emoções relacionadas ao luto podem ser excessivas tanto em intensidade como duração e o adiciona, nesta condição, como um novo diagnóstico: transtorno de luto prolongado.

Kovács (2020, p. 14) fala do luto como sendo “uma crise de grande intensidade”, mas que não deve ser colocada no campo da patologia, uma vez que, para essa autora, cada luto tem seu tempo de elaboração e formas de expressão, e que caracterizá-lo como doença traria ainda mais estigma para quem se encontra muito vulnerável. Casellato (2020), concordando com essa autora, pontua sobre o período do luto como um não reconhecimento da identidade prévia, uma não identidade, que pode perdurar por um espaço de tempo indeterminado até que estejamos prontos a nos acomodar com a nova situação, o que não seria patológico se não ocorrerem resistências crônicas e disfuncionais a isso.

Franco (2021, p. 24) define luto como “[...] um processo de construção de significado em decorrência do rompimento de um vínculo [...]”, com movimentos tanto para a frente como para trás, mudanças e elaborações. Para essa autora, ao colocar foco sobre certas condições do luto, não o patologizamos e sim, ressaltamos essa experiência. E afirma ainda que um olhar cuidadoso deve ser voltado na distinção entre aquele luto resultante de perdas e que tem necessidades adaptativas, daquele que necessita maior avaliação quanto a risco e proteção do enlutado, razão pela qual ressalta a necessidade de se estabelecer a diferença entre tristeza e pesar. Tristeza é uma resposta comum e esperada quando nossas expectativas são frustradas em diversas situações, incluindo a ruptura de relacionamentos, enquanto o pesar, que é associado ao luto, precisa ser monitorado, pois caso contrário, pode ser indicativo de processo de depressão caso se torne crônico.

Em concordância com Worden (2013), Franco (2021) aponta cinco dimensões em interação nesse fenômeno do luto, que ela entende como complexo: a cognitiva, que provoca desorganização, desorientação e negação; a emocional, que gera raiva, culpa, solidão e medo; a física, que causa um mau funcionamento das funções básicas como apetite e sono até palpitações cardíacas; a espiritual, com perda ou aumento da

fé e a social, com a falta de interação e relacionamento. E completa: “A cultura dá as regras, a cognição tenta explicar e a espiritualidade transcende essas barreiras na construção de um significado” (FRANCO, 2021, p. 71).

Parkes (2009b), por sua vez, ao conceituar o luto, fala sobre uma discrepância entre o mundo que é e o que deveria ser, um mundo presumido, sendo, este último, um constructo interno, o que contribui para que a experiência do luto seja particular e de significados diversos. Razão pela qual alguns eventos requeiram maior adaptação, como por exemplo reavaliar os conceitos próprios que se tem do mundo, principalmente quando esses acontecimentos ocorrem de forma inesperada, sem que haja uma preparação para eles; o que faz prolongar situações de sofrimento. Ele ressalta que o mundo interno do indivíduo vai precisar estar em consonância com sua nova realidade para se perceber e estar nesse novo mundo.

Para muitos enlutados, a perda é uma dor insuportável, principalmente pelo fato de que a pessoa que fica, vai continuar seu caminho sem o objeto de afeto que oferecia papéis e funções na sua vida (SILVA; RANGÉ; NARDI, 2011). Stroebe (1992) também concorda com isso ao afirmar que o trabalho do luto requer confrontação e reestruturação do pensamento com relação à pessoa que se foi e com a visão de mundo que foi alterada, num trabalho cognitivo que exige compromisso. “Cada um de nós está presente na própria vida e na vida de quem amamos” (ARANTES, 2016, p.9). Essa presença não é apenas física, mas está em tudo que nos movimenta. Quem parte, não leva consigo sua história, essa fica ainda na vida dos enlutados, e, somente desta forma, a morte não é o fim. (ARANTES, 2016).

Ainda nesse contexto, o luto pode ser entendido por alguns autores como um processo, estágios, fases ou tarefas. A diferença entre essas formas de pensá-lo interferem na forma de encará-lo pois a ideia de estágios faz supor que todas as pessoas vão passar por eles, o que, na prática, nem sempre ocorre. Da mesma forma, a ideia de que o enlutado tenha que passar por todas as fases para solucionar seu processo, é muito reduzida (WORDEN, 2013).

Arantes (2016) afirma que, perder alguém tira de nós toda a sensação de estabilidade e segurança, como se ficássemos privados de nos reconhecer pois estamos acostumados a nos enxergar pelos olhos do outro, principalmente um outro a quem dedicamos afeto. Voltar a viver com as lembranças de quem se foi se torna

então uma tarefa de reconstrução de nossa própria identidade, Rachel Naomi Remen (apud WORDEN, 2013, p. 7) afirma:

O luto nos permite curar, lembrar com amor em vez de dor. É um processo gradativo. Uma a uma, você vai soltando as coisas que se foram e lamenta por elas. Uma a uma, você mantém as coisas que passaram a fazer parte de quem você é e constrói de novo.

Kübler-Ross (2008) defende a ideia de cinco estágios: negação, quando se rejeita a ideia do acontecido, expressando uma sensação de irrealidade ou uma recusa em aceitar a gravidade da situação. Raiva, quando surge a revolta e a indignação contra Deus, o mundo e todos. Barganha, que é a terceira fase e quando começa a negociação, com promessas de mudanças para se evitar a perda. A quarta fase é a da depressão, quando a pessoa se recolhe a si mesma, fase essa que pode perdurar um tempo a mais que as outras; correndo o risco de se tornar patológica. E por fim, a aceitação, quando o enlutado encara a situação como ela verdadeiramente é, mas resolve seguir em frente encontrando um meio de conviver com isso. A autora ressalta que esses estágios ou fases, podem flutuar e sofrer variações em sua sequência assim como se sobrepõem. Franco (2021, p. 75) ressalta a importância do trabalho de Elizabeth Kübler-Ross para os profissionais de saúde por facilitar a explicação do processo e pela facilidade de entendimento dos enlutados em tentar encontrar “[...] uma linha de chegada”.

Bowby (1980), que também defendia o conceito de fases, afirmou que evitar a consciência plena do luto pode levar o indivíduo a algum tipo de depressão e isso se aplica também quando se fala no conceito de tarefas. Stroebe e Schut (1999), descrevem o luto como processo dual, com movimentos ora voltados para a perda e ora movimentos voltados para a restauração da própria vida, independente do luto ser por morte ou em casos de doenças prolongadas.

Worden (2013), por sua vez, se utiliza da ideia de tarefas; modelo obtido da psicologia do desenvolvimento, e de mediadores ao falar de luto pois acredita que esse conceito seja mais útil, dando ao enlutado algum trabalho a fazer na adaptação do percurso, algo mais dinâmico e que proporciona autonomia. Esse autor identificou as reações do luto complicado: o luto crônico, aquele que perdura por vários anos, com reações que reaparecem com intensidade quando não foram vivenciadas de

forma apropriada na ocasião do ocorrido; as reações exageradas que levam a comportamentos desadaptativos e aquelas mascaradas, com sintomas físicos ou psiquiátricos, sem que o indivíduo faça conexões com sua perda. Ele ainda ressalta que muitas patologias como depressão, somatização e ansiedade, associados a sentimentos de tristeza, raiva, culpa, solidão, desamparo, saudade, entre outros, e também as sensações físicas, embora possam estar associadas ao processo do luto, são de difícil mensuração. Por essa razão, termos como normal e patológico podem ser usados neste contexto. Franco (2021) diz que esse modelo de Worden (2013) é bastante aceito e praticado pois é de fácil compreensão por parte dos clínicos e tem ótima sustentação teórica.

Se pensarmos nas várias situações que precisarão ser organizadas após um luto, este conceito de tarefas se adequa melhor à situação pois o ser humano busca por autonomia ao longo da sua existência. De acordo ainda com Worden (2013), dentre as tarefas listadas, a mais imediata e mais difícil seria aceitar a realidade da perda, dificultando lidar com afetos dela decorrentes, em um movimento de acreditar e não acreditar simultâneos, procurando por afirmações de que existe a possibilidade de se reencontrar com a pessoa que morreu ou, segundo Wallis (2001), que seu ente querido se encontra em um lugar de paz. Momentos de crença e falta dela se alternam nessa luta para o cumprimento desta tarefa.

A segunda tarefa para Worden (2013), seria processar essa dor e não a evitar, pois, se há vínculo, há algum nível de sofrimento e é preciso que se permita passar por isso, pois até mesmo a dor física pode ser sentida e tentar suprimir essa dor pode prolongar o processo. Bowlby (1980, p. 158), afirma: “Mais cedo ou mais tarde, alguns desses indivíduos que evitam a consciência plena do luto vão esmorecer, geralmente, com alguma forma de depressão”.

A terceira tarefa citada por Worden (2013) seria com relação aos ajustes ao mundo sem o falecido. Ajustes externos, referentes aos diversos papéis que aquele que se foi representava e que agora interferem na vida cotidiana. Ajustes internos, que se referem ao papel do enlutado sem o ente, sua autoestima e senso de eficiência e também ajustes espirituais, pois afeta suposições básicas, valores e crenças fundamentais. A quarta tarefa, que o autor também considera muito difícil é achar um

meio de manter os laços com quem se foi, uma conexão duradoura, e continuar a viver.

Fato é que, vivenciar o luto requer tempo e organização diante de novas possibilidades após uma perda, o que é ressaltado também por Bowlby (1980, 2004) que usa o termo reorganizar e não desligar, para sinalizar que ocorreu uma evolução saudável do luto. Esse autor ainda pondera sobre a importância dos rituais fúnebres nesse processo de se organizar e definir a nova realidade para o enlutado.

Segundo Franco (2021), algumas teorias que trabalham o luto, entre elas a teoria do apego, procuram orientar o enlutado a identificar e enfrentar a nova realidade que no momento se apresenta como uma impossibilidade. Apesar de ser uma luta pelo desejo do reencontro, é num trabalho psíquico que, sem bem orientado, pode ser processado sem intervenções externas, principalmente medicamentosas. Essa autora afirma que pessoas com estilo de apego seguro, ou seja, aquelas que foram criadas por figuras que lhes deram uma base de amparo para ir e vir, com liberdade de exploração, mas também certeza de conforto no retorno, constroem ao longo de sua vida, autopercepção de serem amadas, competentes, dignas e que merecem segurança.

Indivíduos que constroem seu mundo interno; seu modelo operativo interno, de forma eficaz, tem maiores recursos para enfrentar as adversidades, uma vez que essa formação tem papel fundamental na construção de significados (BOWLBY, 1989). Cerentini, Duarte e Pergher (2011) confirmam Bowlby (2004) ao dizer que o modo como os indivíduos encaram as perdas traz informações sobre como lidam com suas crenças e se utilizam de estratégias de enfrentamento ao longo da vida.

### 3 TCC E LUTO

“O que perturba o ser humano não são os fatos, mas a interpretação que ele faz destes.”

(EPITECTO)

A terapia Cognitivo-comportamental surge no Estados Unidos na década de 70 através de estudiosos, dentre eles Aaron Beck, como um modelo de psicoterapia para depressão bem estruturada, de curta duração, e voltada para o presente (BECK, 2022). No Brasil, foi somente a partir de 1990 que a prática desta abordagem começou

a ganhar espaço através de terapeutas comportamentais que tinham acesso a publicações internacionais e que começaram a fazer estudos nesta área, incorporando as técnicas cognitivistas em suas práticas terapêuticas, apoiados por traduções e publicações de livros significativos nesta abordagem (PEREIRA; RANGÉ, 2011).

A vida de todo ser humano é baseada em emoções, sem elas não há conexão entre as pessoas. São elas que nos levam a fazer mudanças, mas também são elas que podem nos levar a cometer erros quando nossa cognição nos engana. Em situações estressantes, quando as emoções se intensificam, é comum ocorrerem essas desregulações emocionais (LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013).

O modelo da terapia cognitiva criada por Beck está baseado no princípio de que, a forma como o indivíduo interpreta as situações vivenciadas influencia no modo como ele se sente e se comporta, muito mais que os fatos em si, e que, indivíduos diferentes, terão reações diferentes diante de uma mesma situação e em diferentes momentos de sua vida, a depender das distorções que seu estado psicológico possa provocar (BECK, 2000, 2022). Essa interpretação é dependente da estrutura cognitiva que cada um possui, que pode ou não estar distorcida. Ela é influenciada pelos esquemas, sistemas automáticos que armazenam e processam as informações (CERENTINI; DUARTE; PERGHER, 2011).

Os esquemas podem ser definidos como uma rede interrelacionada de crenças, um mecanismo complexo de pensamentos, que orienta o indivíduo no tempo e no espaço de forma significativa (BECK, 1967). Esses esquemas tornam-se modelos para confirmações dos próprios esquemas que, segundo Callegaro (2011), asseguram a formação da nossa autoimagem e nossa personalidade, uma vez que reproduzem, segundo Cerentini, Duarte e Pergher, (2011), a realidade tanto social quanto contextual na qual estamos inseridos, realidades essas, altamente afetadas em situações de luto, como apontado anteriormente por Franco (2021) ao mencionar a desorganização cognitiva provocada por situações traumáticas. Esses esquemas se constituem de crenças nucleares ou centrais, crenças intermediárias e os pensamentos automáticos.

As crenças centrais são incondicionais, verdades absolutas e inquestionáveis e que podem ser altamente disfuncionais, resultando em percepções quanto a si

mesmo, ao outro e ao mundo bastante rígidas e, portanto, de mais difícil acesso, enquanto as crenças intermediárias, por sua vez, são condicionais e de mais fácil modificação. Os pensamentos automáticos são resultantes em formas verbais ou imagens e que, quando disparados por vivências diárias, levam a reações emocionais, comportamentais e fisiológicas (CALLEGARO, 2011).

Toda essa estrutura que forma os esquemas pode ou não produzir as distorções cognitivas, que são interferências desencadeadas por erros de pensamento. Beck (2013) alerta que, algumas vezes, essas distorções podem se mostrar verdadeiras, fazendo com que o paciente as reforce. Importante nesses casos, que o terapeuta investigue como o paciente chegou na situação atual que o aflige tentando acessar suas crenças, foque no problema e trabalhe a aceitação.

Algumas das distorções mais frequentes são as leituras mentais, um modo de pensar de forma disfuncional, quando o indivíduo imagina o que se passa no pensamento do outro sem ter evidências sobre isso. Outras distorções frequentes são: a catastrofização, quando há uma previsão negativa do futuro sem avaliar resultados mais satisfatórios, a rotulação, quando atribuímos traços negativos a nós mesmos e aos outros de forma desastrosa; a personalização, quando atribuímos a nós mesmos uma culpa desproporcional por eventos negativos; a maximização/minimização, quando avaliamos o outro ou a nós mesmos de forma irracional e exacerbada (BECK, 2013).

Um elemento fundamental no direcionamento do tratamento psicoterápico é a conceituação cognitiva contínua do paciente e que pode ser aprimorada e modificada durante o tratamento. É ela que vai fornecer a estrutura para o tratamento e permitir que o terapeuta entenda o comportamento desadaptativo do paciente assim como distinguir, segundo Cerentini, Duarte e Pergher (2011), um luto normal de um patológico. Sem esse primeiro trabalho, fica difícil e ineficiente fazer uso das técnicas cognitivas e comportamentais que podem auxiliar na melhora daquele que procura ajuda (BECK, 2013, 2022).

Beck (2000) afirma que, por ser focada nos problemas e enfatizar o presente, a TCC tende a ser limitada a um determinado tempo, contribuindo para que o paciente aprenda a ser seu próprio terapeuta. Ao entendermos que o luto é um processo individual e de difícil mensuração quanto ao seu percurso, o quanto antes este

paciente alcançar autonomia para lidar com suas questões, maior o seu progresso. Justamente por apresentar essa proposta de autonomia, Franco (2021) ressalta a eficácia da terapia cognitivo comportamental para pessoas em luto complicado, e pondera que, independentemente da abordagem que se use no trabalho do luto e do domínio que se tem das técnicas, entender os princípios epistemológicos da abordagem escolhida, assim como seus fundamentos éticos, se faz necessário para a reflexão sobre o efeito que o suposto tratamento causará no indivíduo.

Kübler-Ross (2008) e Silva, Rangé e Nardi (2011) citam duas situações frequentes no luto e que podem ser resultantes de distorções citadas por Beck (2013), a orientação para o remorso, com afirmações que nos deixam presos à ideia de que poderíamos ter feito melhor no passado e a questionalização “e se....”. Worden (2013), por sua vez, diz que algum tipo de perturbação somática ou corporal, culpa e reações de hostilidade podem ser observadas tanto no luto que ele considera normal falando clínica e estatisticamente, como em formas mais agudas e que necessitem intervenção. Para ajudar o indivíduo a se readaptar ao novo ciclo de vida, torna-se essencial o aprendizado de novas habilidades, tanto cognitivas quanto comportamentais tendo em vista as novas mudanças que se farão necessárias, razão pela qual Silva, Rangé e Nardi (2011) ressaltam a importância da terapia cognitivo comportamental nesse contexto.

Embora a TCC seja amplamente conhecida, validada e tenha sua comprovação de eficiência demonstrada para atuação de forma individual, a TCCG vem recebendo destaque na literatura clínica tanto pelas características comuns à TCC como pelo custo-benefício, a sensação de pertencimento que o grupo oferece e a possibilidade de treinamento mais sistemático dos profissionais que se propõem a esse modelo de intervenção (NEUFELD, 2011). Essa autora ainda ressalta que cabe ao terapeuta fazer uso dos princípios da TCC junto ao modelo grupal, priorizando o exercício do empirismo colaborativo juntamente com o aprendizado Sócrático.

Uma das primeiras aplicações da TCCG feita por Beck (1967) foi com pacientes em depressão e, embora sua eficácia comprovada, tenha sido menor do que na intervenção individual, o fato de conseguir atendimento para um número maior de pacientes foi considerado como resultado bastante relevante. Esse fato contribuiu para estender esse tipo de intervenção a outras psicopatologias e a serviços públicos,

uma vez que aliado ao baixo custo dos atendimentos, sua aplicabilidade pode ser confirmada (RANGÉ; CÂNDIDO; NEUFELD, 2017).

#### **4 INTERVENÇÃO NO LUTO À PARTIR DA TCCG**

De uma forma diferente da história da psicoterapia individual, a terapia de grupos não tem um marco tão limitante e há divergências quanto aos autores a quem são atribuídas as primeiras experiências relatadas. A primeira referência de intervenção nesse sentido é de Pratt, um médico que, em 1907 acreditava que o contexto grupal serviria de suporte para pacientes adoecidos. Na atualidade, Pratt é considerado “pai da psicoterapia de grupos” (NEUFELD, 2011, p. 737).

Também Wender (1936) é citado como precursor em publicações de técnicas a esse fim (RANGÉ; CÂNDIDO; NEUFELD, 2017). De lá para cá, partindo do princípio que o elemento social era o que faltava em várias condutas, psicoterapeutas de várias abordagens, dentre elas as comportamentais e cognitivas, passaram a se interessar por esse método, pois viram no sentimento de pertencimento e de noção de comunidade, algo que faltava em suas clínicas.

O suporte social e emocional oferecidos pelo trabalho em grupo possibilitam aos participantes trabalhar suas habilidades e exposição sociais, sua modelagem comportamental e sua comunicação (NEUFELD, 2017). Rigoni, Schäffer e Kristensen (2017), afirmam que, embora os métodos de terapia em grupo venham sendo aplicados a uma variedade de traumas; e essas intervenções terapêuticas possam diferir em seus modelos teóricos; eles compartilham algumas características de objetivos que são comuns.

De acordo com Neufeld et al. (2017), o grupo precisa fornecer ambiente terapêutico seguro para que os participantes possam ter a certeza de que a revelação e validação da sua experiência será acolhida de forma respeitosa por todos que se propuserem a esse trabalho. Esta autora, ao enfatizar tanto o aprendizado como a prática de habilidades comportamentais que a TCCG proporciona, entende que ocorre facilitação do manejo de situações de estresse com a participação e apoio dos membros do grupo, uma vez que é comum a pacientes em situação de luto se sentirem isolados.

Rigoli, Schäffer e Kristensen (2017) afirmam que a grande maioria das terapias em grupo, voltadas para trabalhos com transtornos pós traumáticos, lugar onde o luto se encaixa e sob a abordagem da TCC, são voltadas ao foco do trauma. Estes modelos procuram dar ênfase a uma reintegração da memória traumática, tentando reduzir o isolamento social que essas experiências causam, ajudando o paciente a se reerguer e seguir com sua vida.

Neufeld (2011) e Neufeld et al. (2017) apontam algumas particularidades nas intervenções em grupo e que precisam ser levadas em consideração quando da sua formação e durante as sessões. Primeiro, os níveis financeiros, que podem gerar comparação entre os participantes, afetando a autoestima e autoconfiança e levando à evasão. As habilidades sociais, os valores pessoais e religiosos, todos estes com cargas igualmente importantes e desafiadoras para a dinâmica grupal devem ser avaliados, assim como a falta de privacidade e confidencialidade que a primeira impressão de uma terapia desse tipo possa sugerir. Um dos desafios para os terapeutas segundo estes autores, é saber se colocar no grupo, mantendo a interação dos participantes e respeitando a individualidade de cada membro.

Algumas das metas pretendidas na TCCG no trabalho do luto, segundo Silva; Rangé e Nardi (2011) é ajudar os membros, a partir da psicoeducação, aprender a reconhecer e lidar com suas crenças disfuncionais. Da mesma forma, procura colaborar no desenvolvimento de estratégias que permitam ao enlutado lidar de forma menos sofrida com situações que o façam lembrar de quem se foi, principalmente em datas comemorativas.

A psicoeducação é uma das principais ferramentas usadas pela TCC. Psicoeducar é um trabalho contínuo na terapia e que abrange várias áreas do conhecimento, trabalhando questões emocionais, sociais e comportamentais e tem o intuito de conscientizar o paciente sobre todo o processo terapêutico, contribuindo para a aliança terapêutica, outro ponto importante nos resultados pretendidos. Ela vai ajudar tanto na reestruturação cognitiva dos pacientes como a níveis fisiológicos, afetivos e sociais, uma vez que é comum no luto, a sensação de isolamento e alienação. (LEMES; ONDERE NETO, 2017).

Igualmente importante e, concomitante ao uso de psicoeducação é a prática de Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), o que Callegaro (2011) afirma ser de

grande ajuda ao paciente para observar, registrar, interpretar e avaliar possíveis alternativas de mudanças em suas reações emocionais, fisiológicas e, portanto, comportamentais, entendendo, desta forma, as fases do luto que possa estar passando. Essa autora ainda faz a consideração sobre a importância do trabalho conjunto com o paciente ao fazer uso de técnicas, visando a reestruturação destes pensamentos através da análise de evidências e interpretações mais reais dos fatos.

Em acordo com essa autora, Neufeld (2011) também argumenta sobre a relevância do questionamento Socrático enquanto ferramenta indispensável e amplamente utilizada a partir de perguntas que estimulem a curiosidade e o desejo de inquirir. Worden (2013), por sua vez, reforça esses posicionamentos assinalando sobre a eficácia em se usar de técnicas que ele considera úteis no tratamento do luto como a linguagem evocativa, o uso de símbolos, como fotos de quem partiu, a escrita de cartas que expressem o sentimento para o ente que se foi, a construção de um livro de memórias, entre outras, todas com objetivo de reestruturação cognitiva e como um investimento em objetivos de nova vida e de novas relações.

No contexto da TCC, cuja abordagem venha do modelo de Beck, técnicas de outras psicoterapias, também baseadas em evidências e consistentes com a abordagem cognitiva em geral podem ser adaptadas e usadas, como é o caso da terapia de aceitação e compromisso, a terapia focada na compaixão, a terapia do esquema e o Mindfulness, entre outras (BECK, 2022). A prática de mindfulness é defendida por (WEISS; NOTO, 2017) como uma das técnicas recomendadas também em grupos pois ajuda a lidar de forma melhor com o estresse e a ansiedade ao propor que o paciente resgate sua atenção no aqui e agora, o que possibilita uma maior observação das emoções, impedindo que decisões impulsivas tenham consequências danosas. Observando seu corpo e sua mente, o praticante aprende a aceitar as experiências como são e se previne de recaídas. A prática da cadeira vazia, que vem da Gestalterapia, também é citada por Beck (2022) e sua ideia de uso é sustentada por Neufeld (2011) que a propõe como sendo ferramenta eficaz uma vez que, falar novamente com o ente que se foi é desejo frequentemente relatado.

Um dificultador na prática de terapia de grupos, segundo Castro (2011) é que, muitas das vezes, são utilizados protocolos para uso individual adaptados ao uso coletivo e, segundo Zwielewski e Sant'Ana (2016) mesmo os protocolos para

intervenções individuais, comprovando a eficácia da TCC nos trabalhos de luto são escassos. Zwielewski e Sant'Ana (2016) se pautam num protocolo de 3 fases que, além das técnicas citadas anteriormente, utiliza ainda a aplicação das escalas de autorrelato, o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Desesperança de Beck (BHS), para avaliar a intensidade da depressão, da ansiedade e da desesperança, respectivamente e com frequência semanal. Estas escalas são uma forma de se avaliar o risco de suicídio, sendo importante que seja feita a nomeação de uma pessoa “resgate” caso resultados preocupantes sejam obtidos nestas avaliações, utilizando-se de técnicas para ansiedade e depressão em momentos agudos, se necessário. Faz parte também deste protocolo, tentar propiciar a readaptação do sujeito à vida cotidiana com o objetivo de prevenir recaídas.

É preciso expertise dos terapeutas envolvidos nas técnicas para saber que ali se encontra mais de um paciente, principalmente naquelas situações em que se espera interação pois há que se lembrar que são muitas subjetividades em um mesmo ambiente. Importante que haja toda uma preparação ao se formarem os grupos, incluindo aí o terapeuta e um coterapeuta, numa preparação piloto para a devida adequação ao que será feito na seleção e trabalho dos pacientes (NEUFELD et al., 2017).

Franco (2021) pondera que, embora grupos de enlutados não precisem, necessariamente da ajuda de um psicólogo, há que se ter cuidado na condução de grupos cujos membros possam estar moldados ideologicamente, incorrendo na falta de liberdade de expressão por parte dos participantes, tão necessária nesta fase. Essa posição vai de acordo a Yalom (2006) que aponta alguns fatores terapêuticos que os grupos oferecem e que contribuem para produzir mudanças se o ambiente lhes proporcionar liberdade de expressão: instilação de esperança, transmitida por meio de histórias de superação, gestos, palavras de apoio; a universalidade, com a compreensão de que nossas experiências e emoções são compartilhadas por outras pessoas; o altruísmo, possibilitando que nos coloquemos no lugar do outro, sendo cuidadosos e generosos e melhorando as relações interpessoais; coesão grupal, que nos proporciona senso de unidade e pertencimento e a catarse, de suma importância

na liberação emocional e cura pessoal, momento poderoso de transformação e crescimento individual e coletivo.

As dificuldades e particularidades apontadas no trabalho grupal não devem ser empecilho para esse tipo de terapia, mas são com certeza, um desafio a mais para o terapeuta. Não há, segundo Neufeld (2011), eficiência no trabalho em grupo se não há harmonia, confiança entre os membros, afetos e interesses comuns. Cabe a um bom terapeuta, ficar atento e saber conduzir as intercorrências que possam surgir mesmo quando tomados todos os cuidados na formação do grupo a ser trabalhado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho procurou fornecer maiores conhecimentos acerca da temática do luto e tudo o que envolve esse processo, assim como evidenciar a importância e incentivar a prática da TCCG e suas ferramentas no auxílio a pessoas enlutadas. Esse modelo, com suas particularidades, e aliado às já consolidadas práticas da TCC, pode proporcionar um ambiente mais acolhedor àqueles que se veem no lugar do luto, quando indivíduos compartilharão suas experiências com outros na mesma situação. A noção de pertencimento a uma cultura e a um grupo são importantes para nos sentirmos acolhidos enquanto pacientes e nos tornarmos mais empáticos e sensíveis enquanto profissionais que trabalham em prol destes pacientes.

Fica ressaltada a importância de nossas cognições no trabalho de significação e propósito de vida e amplamente destacado ao longo deste artigo que o processo de luto necessita de eficiente trabalho de reestruturação cognitiva, prática efetiva da TCC e beneficiada com as particularidades da TCCG.

Salientamos que o trabalho com o luto seja pautado em autoconhecimento aliado à ciência e à ética. Ao profissional que vai estar responsável pelo atendimento a esse paciente, fica o alerta para que tenha também a preocupação em ser cuidado, pois é um indivíduo tocando o outro e, em se falando de luto, dificilmente o terapeuta não terá vivenciado alguma situação semelhante, correndo o risco de ter suas emoções confundidas com as de seu paciente. De forma pessoal, posso afirmar que o luto pela perda de um ente querido nunca é esquecido, ele se torna parte de nós. O que nos cabe é deixar que ele ande ao nosso lado sem que passe à nossa frente.

## REFERÊNCIAS

- ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. 1. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2016.
- ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Edição especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.
- BECK, A. T. **Depression**: clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber, 1967.
- BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. **Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- BECK, J. S. **Terapia cognitiva comportamental**: Teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- BECK, J. S. **Terapia cognitiva comportamental**: Teoria e prática. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- BOWLBY, J. **Attachment**. Attachment and loss. Londres: Penguin, 1969, vol. 1.
- BOWLBY, J. **Loss**: sadness and depression. Attachment and loss. Londres: Penguin, 1980. vol.3
- BOWLBY, J. **Perda**: tristeza e depressão. Apego e perda. São Paulo: Martins Fontes, 2004. vol. 3.
- BOWLBY, J. **Uma base Segura**: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- CALLEGARO, M. M. **O novo inconsciente**: como a terapia cognitiva e as neurociências revolucionaram o modelo do processamento mental. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- CASELLATO, G. **Luto por perdas não legitimadas na atualidade**. São Paulo: Summus, 2020
- CASTRO, M. M. C. Contribuições da Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com dor crônica. *In*: RANGÉ, Bernard (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 608-616.

CERENTINI, D.; DUARTE, E. R. C. L.; PERGHER, G. K. **Terapia Cognitivo-Comportamental no Luto**. In: *Novas Temáticas em Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Sinopsys, 2011, v. 1, p. 257-280.

FRANCO, M. H. P. **O luto no século 21**: uma compreensão abrangente do fenômeno. 1 ed. São Paulo: Summus, 2021

KOVÁCS, M. J. **Morte e Desenvolvimento humanas**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1992.

KOVÁCS, M. J. In: Prefácio. CASELLATO, G. **Luto por perdas não legitimadas na atualidade**. São Paulo: Summus, 2020, p. 9-14.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 9. ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2008.

LEAHY, R. L.; TIRCH, D.; NAPOLITANO, L. A **Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LEMES, C. B.; ONDERE NETO, J. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 17-28, mar. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2017000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 28 set. 2022.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5.ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

NEUFELD, C. B. et al. Aspectos Técnicos e o Processo em TCCG. In: NEUFELD, C. B.; RANGÉ, B. (org.). **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**: das evidências à prática. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 58-93

NEUFELD, C. B. Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In: RANGÉ, B. (Org.), **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 737-750.

PARKES, C. M. **Amor e perda**: as raízes do luto e suas complicações. 1. ed. Trad. Maria Helena Franco. São Paulo: Summus, 2009a.

PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. 3. ed. Trad. Maria Helena Franco. São Paulo: Summus, 2009b.

PEREIRA, M.; RANGÉ, B. P. Terapia. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 22-32.

RANGÉ, B. P.; CÂNDIDO, C. C. P.; NEUFELD, C. B. Breve Histórico das terapias em grupo e da TCCG. *In*: NEUFELD, C. B.; RANGÉ, B. (org.). **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**: das evidências à prática. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 31-57.

RIGOLI, M. M.; SCHÄFER, J. L.; KRISTENSEN, C. H. Terapia Cognitivo-comportamental em grupo para traumas e situações de crise. *In*: NEUFELD, C. B.; RANGÉ, B. (org.). **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**: das evidências à prática. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 268-288

SALOMON, A. **Longe da árvore**: Pais e filhos e a busca da identidade. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

SILVA, A. C. O.; RANGÉ, B.; NARDI, A. E. Terapia Cognitivo-comportamental para luto. *In*: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 725-736.

STROEBE, M. S. Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. **Omega: Journal of Death and Dying**, v. 26, n.1, p.19-42, 1992-1993. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/TB6U-4QQC-HR3M-V9FT>. Acesso em: 27 set. 2022.

STROEBE, M. S; SCHUT, H. The Dual Process model of coping with bereavement: rationale and description. **Death Studies**, v.23, n.3, p.197-224, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/074811899201046>. Acesso em: 03 mar. 2023.

WALLIS, J. Continuing bonds: Relationship between the living and the dead within contemporary Spiritualism. **Mortality**, v.6, p. 127-145, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/TB6U-4QQC-HR3M-V9FT>. Acesso em: 27 set. 2022.

WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. A perda e a família: uma perspectiva sistêmica. *In*: **Morte na família**: sobrevivendo às perdas. Trad. Cláudia Oliveira Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 1995, p.27-55

WEISS, I.; NOTO, A. R. Tratamentos em Grupo baseados em Mindfulness. *In*: NEUFELD, C. B.; RANGÉ, B. (org.). **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**: das evidências à prática. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 430-454

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do luto e terapia do luto**: um manual para profissionais da saúde mental. 4. ed. São Paulo: Roca, 2013.

YALOM, I. D. **Psicoterapia de grupo**: teoria e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ZWIELEWSKI, G.; SANT'ANA, V. Detalhes de protocolo de luto e a terapia cognitivo-comportamental. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 27-34, jun. 2016. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872016000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872016000100005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 mar. 2023.