



A CONSCIÊNCIA DO FIM:  
UM ESTUDO QUALITATIVO DA VISÃO DOS  
PSICOTERAPEUTAS SOBRE A PRESENÇA DA MORTE  
EM PSICOTERAPIA

FILIPA RODRIGUES DE CARVALHO MORAIS

Orientador de Dissertação:  
PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO  
PROFESSOR DOUTOR VÍTOR AMORIM RODRIGUES

Professor de Seminário de Dissertação:  
PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:  
MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
Especialidade em Psicologia Clínica

2022/2023

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor David Dias Neto e do Professor Doutor Vítor Amorim Rodrigues, apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica

*Para quem já perdi. Para o Punkinha.*

*“I would be scared only of a life not lived. But, if I can say that – for the most part – I have done what I could do, then there is nothing better than this awareness.”*

- Viktor Frankl

Dissertação realizada em formato de artigo empírico, segundo o regulamento do Ispa –  
Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida

## **Agradecimentos**

Quero agradecer, em primeiro lugar, a todos os psicoterapeutas que entrevistei, pelo tempo disponibilizado, pelas partilhas, pelas reflexões. Guardo comigo aprendizagens de cada entrevista. Este estudo é sobre as vossas perspetivas, com base nas vossas palavras.

Obrigada ao professor David Neto pela liberdade, pelo apoio, orientação sem igual, disponibilidade, informalidade, sentido de humor e confiança. Obrigada por direcionar e encorajar. Agradeço também ao professor Victor Amorim Rodrigues, por acreditar e por ter plantando em mim o meu gosto pelos temas da existência.

Agradeço à minha psicoterapeuta e aos anos de confiança. Por me ter ajudado a encontrar dentro de mim o tema que me fazia sentido estudar, por mais difícil que fosse chegar até ele. Quando se faz algo que vem de dentro, faz-se com motivação e com paixão.

Obrigada à minha família, que apoia cada loucura, que me dá a autonomia para as minhas escolhas e o suporte que necessito. Mãe, avós, bisavós, irmãs, Tejo.

Obrigada ao Ispa, por ser casa, por ter paredes que abrigam. Obrigada aos colegas, de seminário de dissertação, por partilharmos o barco. Em especial, agradeço à Rita, a minha companheira do método qualitativo, pela coragem que tivemos em seguir o coração, apesar das (tantas) horas passadas a transcrever entrevistas.

Obrigada à ActuaTuna, por me ensinar a crescer como pessoa e como profissional. Pela música, pelas ligações, pela paixão que me faz viver. Em especial, ao meu padrinho, por estarmos lado a lado a aprender a viver. Somos família.

Agradeço, ainda, aos meus amigos. São muitas horas de partilha, são muitos sorrisos. Catarina, Ana, João, Margarida, Gurias. E à minha família académica, por embarcar nesta viagem. Afilhados, madrinhas.

Agradeço à possibilidade de existir e de realizar este trabalho, por ter força e empenho para nunca desistir. Por falar sempre deste tema com um brilho nos olhos.

## Resumo

**Problema:** A morte está sempre presente na vida e, conseqüentemente, na psicoterapia. A literatura tende a associar o estudo da morte aos clientes, porém, é fundamental compreender o ponto de vista dos psicoterapeutas, uma vez que é um tema que suscita dificuldades de abordar em psicoterapia, devido a potenciais barreiras. **Objetivo:** O presente estudo pretende compreender a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia, bem como a relação entre a perspectiva dos psicoterapeutas sobre a morte e a intervenção dos psicoterapeutas face à morte. **Método:** Realizaram-se seis entrevistas semiestruturadas a três psicoterapeutas cognitivo-comportamentais e a três psicoterapeutas fenomenológico-existenciais. As entrevistas foram analisadas de acordo com o método da Análise Temática. Para efeitos de triangulação de dados, aplicou-se a Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte. **Resultados:** Foi possível identificar três temas e sete subtemas relativos à presença da morte em psicoterapia. Foram criados oito temas e 25 subtemas relativos à relação entre a perspectiva dos psicoterapeutas sobre a morte e a intervenção na morte. **Discussão:** Os psicoterapeutas percebem a morte como presente em psicoterapia associada ao cliente, não referindo formas de estar presente através dos próprios. Mesmo para os psicoterapeutas que nunca haviam refletido sobre se existe relação entre a perspectiva da morte e a intervenção na morte, esta é percebida como positiva. Foi discutida a capacidade de autorreflexão dos psicoterapeutas, bem como a sua relação com a morte. Identificou-se dificuldades em abordar a dimensão pessoal.

**Palavras-chave:** psicoterapeutas; morte; psicoterapia; autorreflexão; análise temática

## **Abstract**

**Problem:** Death is always present in life and, consequently, in psychotherapy. Research tends to associate the study of death with clients, but it is essential to understand the perspective of psychotherapists, as it is a topic that poses challenges in psychotherapy due to potential barriers. **Objective:** The present study aims to understand the psychotherapists' perspectives on the presence of death in psychotherapy, as well as the relationship between psychotherapists' perspectives on death and their interventions regarding death. **Method:** Six semi-structured interviews were conducted with three cognitive-behavioral psychotherapists and three phenomenological-existential psychotherapists. The interviews were analyzed using the Thematic Analysis method. For the purpose of data triangulation, the Death Attitude Profile Revised was applied. **Results:** Three themes and seven subthemes related to the presence of death in psychotherapy were identified. Eight themes and 25 subthemes related to the relationship between psychotherapists' perspectives on death and intervention on death were created. **Discussion:** Psychotherapists perceive death as present in psychotherapy mainly in relation to the client, without mentioning ways to be present through themselves. Even for psychotherapists who had never reflected on whether there is a relationship between their perspective on death and their intervention on death, this relationship is perceived as positive. The psychotherapists' capacity for self-reflection, as well as its relationship with death, was discussed. Difficulties in addressing the personal dimension were discovered.

**Key-words:** psychotherapists; death; psychotherapy; self-reflection; thematic analysis

## Índice

Introdução.....	1
A morte e o medo .....	1
A presença da morte em psicoterapia .....	2
A presença da morte na pessoa do psicoterapeuta .....	3
A presença da morte nas características da intervenção psicoterapêutica .....	5
A teoria existencial sobre a morte de Yalom.....	7
O presente estudo.....	9
Método .....	11
Participantes.....	11
Entrevista.....	11
Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte .....	12
Procedimento .....	13
Análise Temática .....	14
Resultados .....	15
Análise Temática - Processo.....	15
1 - Familiarizar com os dados .....	15
2 - Criar códigos iniciais .....	16
3 - Procurar temas .....	16
4 - Rever os temas.....	17
5 - Definir e nomear os temas .....	18
6 - Produzir a análise escrita final.....	19
Análise Temática – Temas e Subtemas .....	20
Q1: Compreender a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia .....	20
Q2: Compreender a relação entre a perspectiva dos psicoterapeutas sobre a morte e a intervenção dos psicoterapeutas face à morte.....	21
Análise da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte.....	25
Discussão.....	27
Referências .....	42
Anexos.....	47
Anexo A – Revisão de Literatura .....	47
Anexo B – Relatório da Entrevista-Piloto .....	87

Anexo C – As Minhas Respostas ao Guião da Entrevista.....	89
Anexo D – Consentimento Informado.....	94
Anexo E – Folha Sócio-demográfica.....	95
Anexo F – Sistema de Transcrição Adaptado de Braun e Clarke (2013).....	96
Anexo G – Códigos Iniciais e Intermédios (Processo da Análise Temática).....	97
Anexo H – Exemplos de Rascunhos de Mapas Mentais, elaborados a respeito dos “Códigos Intermédios” (4 entrevistas).....	104
Anexo I – Temas, Subtemas e Códigos Finais .....	105
Anexo J – Definição dos Temas e Subtemas.....	110
Anexo K – Mapas Mentais de Temas e Subtemas por Questão de Investigação.....	118
Anexo L – Excertos das Entrevistas por Subtema.....	122
Anexo M – Participantes por Código .....	126
Anexo N – Atitudes dos Participantes perante a Morte (valores médios) – EAPAM.....	131

### **Lista de Tabelas**

Tabela 1: Temas e Subtemas da Primeira Questão de Investigação.....	20
Tabela 2: Temas e Subtemas da Segunda Questão de Investigação.....	21

## **Lista de Siglas e Acrónimos**

APTCCI Associação Portuguesa de Terapias Comportamental, Cognitiva e Integrativa

EAPAM Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte

SPPE Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial

## **Introdução**

### **A morte e o medo**

A morte é uma certeza na vida, que, mais do que no último momento vivido, está presente durante todo o curso da vida, por exemplo, através de mudanças de ciclos (Heidegger, 1962). Assim, sabendo que todos os seres humanos contactarão com a morte e, inevitavelmente, morrerão, torna-se impossível deixar a temática da morte apenas para os mortos (Yalom, 1980, 2006). Contudo, à medida que a sociedade ocidental se desenvolve a nível tecnológico, científico e médico, o medo e a negação da morte aumentam. Na prática, o ato de morrer tem vindo a tornar-se institucionalizado, solitário e mecânico, associado, muitas vezes, a uma falha médica ou de controlo, que acontece no isolamento de um quarto de hospital. Cada vez mais vivemos na ilusão de que, dominando tanta coisa, também dominaremos a morte, porém, esta surge frequentemente acompanhada de emoções de choque, desamparo e solidão, mesmo quando é muito previsível (Kübler-Ross, 1970; Steele, 1977).

Vários autores afirmam que todos os seres humanos têm medo ou ansiedade face à morte, o que desempenha um grande papel na experiência interna, levando, tendencialmente, a evitar ou a negar a morte. A única forma de não temer a morte por completo é, de facto, não estando vivo. Assim, estudar o medo face à morte torna-se relevante na investigação em psicoterapia, pois, se é inerente à condição humana, estará certamente presente nos vários clientes e psicoterapeutas (Becher et al., 2012; Yalom, 1980).

Rosenthal (1963) e Steele (1977) defendem que o medo da morte do psicoterapeuta, e consequente evitamento, constitui uma barreira para a intervenção eficaz em situações associadas à morte. Ao analisar o medo da morte, Yalom (1980) afirma que, apesar de ser uma fonte primitiva de ansiedade, muito raramente surge na sua forma crua e evidente em psicoterapia, por ser rapidamente transformado noutros estados, menos nocivos para o indivíduo, através dos mecanismos de defesa. Como os clientes, os psicoterapeutas não são imunes à negação da morte, que pode causar sua a atenção seletiva em psicoterapia, em que a negação do psicoterapeuta e a negação do cliente se encontram. Desta forma, torna-se essencial que os psicoterapeutas examinem os seus medos, sentimentos e atitudes face à morte, e a forma como estes afetam o seu envolvimento na temática da morte em psicoterapia, para uma intervenção mais funcional, efetiva e saudável.

## **A presença da morte em psicoterapia**

O'Brien (2011) e Becher et al. (2012) referem que a temática da morte está sempre presente na vida dos psicoterapeutas, devido aos lutos e perdas das próprias vidas e das vidas dos clientes. Bennett-Carpenter (2014) adota uma perspectiva em que morte está ainda mais presente, defendendo que, como o medo da morte é universal, esta surge inevitavelmente em todos os processos de psicoterapia, mesmo que, muitas vezes, de forma menos evidente.

Becher et al. (2012) defendem que é apenas em situações em que a morte surge de forma evidente que os psicoterapeutas abordam o tema em psicoterapia. Já Bennett-Carpenter (2014) afirma que certos psicoterapeutas não dão muita importância à temática, mesmo quando surge explicitamente, reforçando que um dos papéis de um psicoterapeuta é endereçar qualquer tema que seja “trazido para cima da mesa”, incluindo os mais desconfortáveis de abordar, como a morte. Se nas oportunidades em que surge, mesmo que subtilmente, o psicoterapeuta escolhe evitar o tema, estará a cooperar com o tabu do cliente, aumentando a ansiedade face à morte.

Segundo Yalom (1980, 2006), o conceito e o medo da morte devem ser sempre trabalhados em psicoterapia, como função básica e universal. Além disso, acredita que a oportunidade para abordar esta temática surge certa e naturalmente nos vários processos psicoterapêuticos, seja através de vivências, de sonhos, ou até de expressões linguísticas. Devido à universalidade e inevitabilidade da morte, saber abordá-la deveria ser uma competência básica do psicoterapeuta, implicando cuidado e sensibilidade, independentemente do modelo teórico e das atitudes face à mesma (Becher et al., 2012; Bennett-Carpenter, 2014).

A presença da temática da morte em psicoterapia é, normalmente, associada ao conteúdo trazido pelo cliente, de forma implícita ou explícita. Contudo, a morte também pode estar presente através da pessoa do psicoterapeuta, no mínimo porque também este enfrenta a possibilidade constante da sua própria morte, o que, por sua vez, ditaria o fim da psicoterapia, afetando o cliente. Sorensen (2009) e Becher et al. (2012) referem que grande parte dos psicoterapeutas age sem consciência da imprevisibilidade da sua morte, abordando-a abertamente em psicoterapia apenas em situações graves, em que é impossível ignorá-la.

Ao percecionarmos a morte além da noção biológica, significando, por exemplo, o fim de uma relação, esta também poderá surgir em psicoterapia através da certeza do seu fim. Isto é, independentemente do motivo, a psicoterapia terminará. Que significado terá esse fim? Kress e Marie (2019) afirmam que o término do processo psicoterapêutico é uma experiência emocional

de luto para o psicólogo, principalmente em casos em que a relação é mais próxima, produtiva e/ou longa, o que reforça a importância do estudo da reação do psicólogo.

Para estudar a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia, serão apresentados estudos teóricos e empíricos associados, maioritariamente, às situações em que está presente de forma explícita. Em concreto, será abordada a presença da temática na pessoa do psicoterapeuta e nas características da intervenção.

### ***A presença da morte na pessoa do psicoterapeuta***

É raro associar-se ao psicoterapeuta a presença da temática da morte em psicoterapia, ou, quando tal acontece, o psicoterapeuta é pensado apenas em relação com o cliente (Bennett-Carpenter, 2014). Como será pensar na pessoa do psicoterapeuta? Este tema será abordado nos parágrafos seguintes, a respeito do psicoterapeuta que pensa a própria morte e do psicoterapeuta em luto. Em anexo (anexo A), encontra-se uma revisão de literatura mais extensa, que explora outras situações, como o psicoterapeuta que vive a morte de um cliente ou de um supervisor.

**Pensar a própria morte.** A literatura indica que muitos psicoterapeutas escolhem não pensar na sua morte e parecem agir como se não fosse possível morrerem de forma inesperada. Devido à natureza única da relação terapêutica, e ao impacto que os psicoterapeutas têm nos seus clientes, tal atitude poderá ter efeitos devastadores para os clientes, levantando questões éticas e práticas (Becher et al., 2012; Litman, 1965). Se a morte é certa e inevitável, porque é que não é pensada e, minimamente, preparada pelos psicoterapeutas? Cohen (1983) teoriza que é demasiado ansiogénico para o ser humano pensar e preparar a sua morte, não sendo a profissão de psicoterapeuta uma condição suficiente para diminuir esta ansiedade.

Para prevenir impactos negativos nos clientes, é importante o encorajamento da autoconsciência dos pontos cegos dos psicoterapeutas, como a morte (Becher et al., 2012). “Se os psicoterapeutas, cuidadores da saúde e outros cuidadores que lidam com questões da mortalidade não conseguem encarar a ideia da sua própria morte futura, como se pode esperar que outros - especialmente os pacientes - o façam?” (Bennett-Carpenter, 2014). Se a morte surge inevitavelmente em terapia, então, um terapeuta mais consciente e aceite da própria morte, lidará com a intervenção face à morte de forma mais saudável, eficaz e menos dolorosa.

No estudo de Sorensen (2009), grande parte dos psicoterapeutas nunca tinha refletido sobre o que faria se descobrisse uma doença grave ou se fosse vítima de um acidente, não pensando na possibilidade de incapacidade temporária ou permanente, nem nas respetivas implicações. Identifico estes resultados como problemáticos para o bem-estar dos clientes,

tendo em conta o estudo de Garcia-Lawson et al. (2000), que conclui que o fim da psicoterapia sem aviso prévio, por morte do psicoterapeuta, tem enormes implicações negativas nos clientes, quando comparado ao fim planejado. Assim, os autores sugerem que este tema seja abordado nas universidades de psicologia e/ou nas formações de psicoterapeutas, e em supervisão.

Em suma, o não planeamento das medidas a tomar em caso de morte, por parte dos psicoterapeutas, apresenta muitas implicações éticas e de confidencialidade (Becher et al., 2012; Cohen, 1983). Desta forma, existe a necessidade de preparar medidas preventivas, que protejam os clientes, algo que Garcia-Lawson et al. (2000) defendem que deveria acontecer logo no momento em que as regras da psicoterapia são discutidas. Adicionalmente, Sorensen (2009) propõe a criação de indicações gerais obrigatórias sobre como agir nessas situações, e que também protejam o psicoterapeuta em casos de incapacidade ou de doença grave. Assim, sugere a criação de um testamento terapêutico, por parte de cada psicoterapeuta, algo defendido por vários autores (Becher et al., 2012; Cohen, 1983; Garcia-Lawson et al., 2000).

**O psicoterapeuta em luto.** As perdas têm um grande impacto nos mundos internos e externos dos seres humanos. Neste seguimento, a literatura afirma que as experiências de perda e de luto dos psicoterapeutas impactam a sua dimensão pessoal. Por sua vez, a dimensão pessoal tem um impacto no seu trabalho clínico, sendo um componente importante na relação psicoterapêutica (Broadbent, 2013; Kouriatis & Brown, 2011). Deste modo, os dados que indicam que as questões pessoais não trabalhadas pelos psicoterapeutas poderão afetar a psicoterapia conjugam-se com as teorias do luto, que demonstram uma necessidade de trabalho ao longo do tempo, algumas defendendo que é um processo nunca finalizado (Worden, 2009).

O impacto do luto pessoal do psicoterapeuta poderá revelar-se positivo e/ou negativo na psicoterapia, salientando-se a falsa ideia de que os psicoterapeutas saberão gerir melhor estas questões do que as pessoas comuns. Assim, por um lado, existem evidências que indicam que os psicoterapeutas se apresentam mais resistentes, mais focados no seu sofrimento e não tão disponíveis para o sofrimento dos clientes. Desta forma, poderão revelar estados emocionais instáveis em contexto psicoterapêutico, podendo evitar desenvolver certas temáticas, por medo da própria reação. Além disso, poderá haver um enviesamento da sua parte, percecionando a temática da perda de forma exagerada no discurso do cliente. Também poderá existir um evitamento da utilização da técnica da auto-revelação, devido ao desejo de neutralidade (Broadbent, 2013; Kouriatis & Brown, 2011; Worden, 2009).

Por outro lado, também existem evidências de psicoterapeutas que, experienciando uma perda, se sentem mais sensíveis às experiências de perda dos clientes, tornando-se mais próximos e mais empáticos. Adicionalmente, também se sentem mais dispostos a usar a técnica auto-revelação, acreditando que seja benéfica para o cliente. Além disso, certos psicoterapeutas relatam que ao experienciarem uma perda se sentem confrontados com a sua própria morte, o que gera uma mudança de perspectiva perante a vida e o seu sentido. Assim, referem-se ao luto como uma experiência que transformou a sua perspectiva da vida, o que impactou o trabalho clínico de forma positiva, através de uma conexão mais profunda com os clientes (Broadbent, 2013; Kouriatis & Brown, 2011; Worden, 2009).

Torna-se pertinente destacar o estudo de Hayes et al. (2007), com 69 díades, que conclui que os clientes percebem os psicoterapeutas como menos empáticos quando estes ainda se encontram a resolver os seus lutos. Por outro lado, verificou-se que quando o psicoterapeuta tem o seu luto resolvido é percebido pelos clientes como mais empático, o que demonstra que a elaboração das perdas do psicoterapeuta terá uma influência positiva na psicoterapia. Os dados deste estudo são congruentes com o autor Worden (2009), que defende que quando a perda do psicólogo não é bem resolvida, tal poderá ser uma barreira para a intervenção, principalmente nos casos em que o cliente está em luto. Em concordância, no estudo qualitativo de Broadbent (2013), a qualidade do impacto do luto do psicoterapeuta na psicoterapia foi mudando ao longo do tempo, como resultado do desenvolvimento pessoal e profissional. No estudo, a experiência do luto foi positiva para intervenção, associada a sentimentos de conexão, empatia, compreensão, compaixão e sintonia.

### ***A presença da morte nas características da intervenção psicoterapêutica***

Após abordar a presença da morte na psicoterapia na pessoa do psicoterapeuta, é relevante tentar compreender de que forma a temática poderá surgir de acordo com as características da intervenção, em específico, com clientes em luto, com clientes com doenças terminais e com clientes que desejam morrer.

**Cientes em luto.** Worden (2009) é autor do modelo das quatro tarefas do luto, cujo foco é a pessoa em luto como ativa, tendo “tarefas” associadas à construção de novos significados após a perda, contrastando com os modelos de estágios, em que a pessoa em luto é vista como menos ativa. As tarefas que enumera são: 1) aceitar a realidade da perda; 2) processar a dor do luto; 3) ajustar a um mundo (interno, externo e espiritual) sem a pessoa; 4) criar uma conexão com a pessoa perdida, enquanto se adapta a uma nova vida.

Segundo o modelo, o luto é um processo de adaptação à perda, mediado por fatores que influenciam a experiência e a duração, tais como: a relação com a pessoa perdida; as circunstâncias da morte; as características da pessoa em luto - história pessoal, personalidade, suporte social, cultura, papel social, circunstâncias da vida. Tendo em conta que o luto é um processo único e complexo, a consciência destes fatores é necessária para aferir a fronteira entre o normal e o patológico. Além disso, o autor refere circunstâncias diferenciais associadas ao luto, que evocam problemáticas específicas e de grande sofrimento, mesmo se tratando de um “luto normal”, sendo estas: suicídio, morte súbita, aborto, morte antecipada, morte de filho.

Smith e Delgado (2020) abordam o luto associado às perdas cuja razão não é a morte biológica, justificando a sua relevância por serem muito frequentes. Consideram que a perda é a consciência de que algo já não está presente do mesmo modo em que estava - seja um emprego, um sonho, uma relação ou uma função cognitiva, por exemplo. Os autores concluíram que estas perdas implicam a existência de lutos, que são bastantes semelhantes aos lutos devido a morte biológica, podendo ser trabalhados de igual forma em psicoterapia.

É importante permitir que os clientes sintam os seus próprios sentimentos e que se sintam escutados e apoiados pelo psicoterapeuta. Se necessário, os psicoterapeutas deverão educar os seus clientes sobre as várias manifestações do luto (Steele, 1977). Contudo, torna-se pertinente referir que a experiência de luto do cliente poderá causar reações emocionais ao psicoterapeuta, como por exemplo: frustração, zanga ou tristeza, bem como afetar a sua dimensão pessoal, através do confronto com perdas vividas, com o medo de perdas futuras, com a angústia existencial e com o medo da própria morte. Estes confrontos poderão ser mais intensos e difíceis se o cliente tiver características básicas em comum com o psicoterapeuta, como a idade, o sexo ou o estatuto profissional (Worden, 2009). Mais uma vez, destaca-se a importância do trabalho da dimensão pessoal do psicoterapeuta.

**Clientes com uma doença terminal.** A morte está sempre presente na psicoterapia com clientes que enfrentam uma doença terminal, sendo a psicoterapia centrada na aceitação, na esperança, no rever da história de vida e na definição de objetivos sobre a última fase da vida (O'Brien, 2011). É impossível abordar a intervenção psicoterapêutica com doentes terminais sem referir Kübler-Ross (1970), autora reconhecida por ter trabalhado com mais de 400 clientes com doenças terminais, tendo elaborado uma teoria sobre os estágios de morrer, relativos ao intervalo entre saber que se tem uma doença terminal e morrer, sendo estes: 1) negação, 2) zanga, 3) negociação, 4) depressão, 5) aceitação. A autora refere que estes estágios são úteis

não apenas para a pessoa portadora de doença terminal e seus familiares, mas para qualquer pessoa refletir sobre a vida (Kübler-Ross et al., 1972).

Palmieri (2018) refere que, por parte dos psicólogos, existe uma relação entre a elevada ansiedade face à morte e o elevado evitamento em trabalhar com clientes com doenças terminais. Neste seguimento, a autora indica que os psicólogos que trabalham com clientes nestas condições se interessam em trabalhar com a morte, tendo formação adequada. Contudo, tal nem sempre se verificará, pois existirá certamente psicoterapeutas, que trabalhem em clínica privada, por exemplo, com clientes a longo prazo e que, certo dia, um dos seus clientes receba um diagnóstico de uma doença terminal, como o caso do psicoterapeuta O'Brien (2011).

**Cientes que desejam morrer.** A psicoterapia com clientes que desejam morrer traz muita exigência, *stress* e ansiedade. Contudo, é também um espaço onde o psicoterapeuta tenta ancorar-se na esperança de que poderá ajudar o seu cliente a encontrar uma razão para não se suicidar. Deste modo, torna-se pertinente abordar o estudo de Hendin et al. (2006), com psicoterapeutas de 36 clientes que se suicidaram, e o estudo de Nicholl et al. (2016), uma análise de narrativas de cinco psicoterapeutas de clientes que desejavam suicidar-se. É essencial destacar a ansiedade do psicoterapeuta sobre a possibilidade do seu cliente se suicidar, pois esta influencia a sua efetividade, a intervenção e, até, a sua vida pessoal.

De um modo geral, os estudos referidos alertam para uma série de questões inerentes a este tipo de intervenção, tais como: condições, muitas vezes irrealistas, que os clientes impõem para viver; dinâmicas de controlo do cliente no processo; crenças do cliente face ao tratamento e à medicação; conflitos internos dos psicoterapeutas face à gestão da confidencialidade e da autonomia do cliente; incerteza do psicoterapeuta face à hospitalização; gestão do tempo, dos sintomas e dos temas a explorar, dependendo do grau de gravidade e perigo da situação. Assim, os autores destacam a importância de um trabalho multidisciplinar, de recorrer à supervisão, intervisão e psicoterapia pessoal e de trabalhar com alguém da rede do cliente. Apesar da ansiedade e do medo sentido, os cinco participantes do estudo de Nicholl et al. (2016) referem sentir-se honrados em trabalhar com clientes que desejam morrer, devido ao contacto com os seus sentimentos profundos, numa fase de grande desespero, em que estes depositam uma grande confiança e esperança nos seus psicoterapeutas.

### **A teoria existencial sobre a morte de Yalom**

A teoria de Yalom (1980) sobre a ansiedade face à morte e os respetivos reflexos em psicoterapia serve de base para o presente estudo. O autor defende e baseia-se nas conceções

de Heidegger (anexo A), que afirma que a morte e a vida são inseparáveis (e não consecutivas) e que o ser humano vive de forma inautêntica, por negar ou evitar a morte.

Sendo a morte uma certeza inalterável, para quê pensar sobre ela? Para quê “coçar onde não há comichão?” Em resposta, Yalom (1980) diz que “a morte dá sempre comichão”, nós é que ignoramos, sendo uma fonte primária de ansiedade e, muitas vezes, de psicopatologia. Assim, se o objetivo da psicoterapia é, em certo modo, ensinar a viver bem, há que ensinar também a “morrer bem”. Negar a morte é negar a natureza básica e perder o sentido da vida, pois a ideia da morte serve de catalisador para uma vida mais autêntica, segundo o autor.

De acordo com Yalom (1980), muitos psicoterapeutas afirmam que os seus clientes não expressam medo nem ansiedade face à morte. No entanto, o autor acredita que tal não acontece, sendo a verdadeira questão a falta de preparação dos psicoterapeutas para escutar os clientes a abordar o tema. Afirma que um psicoterapeuta conectado com as preocupações profundas dos clientes encontrará a morte continuamente no seu trabalho clínico diário, pois é um conteúdo presente em todos os processos psicoterapêuticos, mesmo que de forma subtil. Além disso, muito frequentemente são os clientes a trazer o tema, seja através da morte de familiares, de preocupações com o envelhecimento, de sonhos assombrados pela morte, do crescimento dos filhos, da reforma, ou de doenças, por exemplo.

O autor defende que a consciência da morte é importante para a psicoterapia de duas formas: 1) a morte como fonte primária de ansiedade; 2) a consciência da morte como situação-limite, que leva a uma mudança de perspetiva. O primeiro nível diz respeito aos casos, de número mais reduzido, em que o cliente torna a morte num tema muito explícito em psicoterapia. Estes clientes poderão ter circunstâncias que potenciam a ansiedade face à morte, ou esta ser elevada desde o início da psicoterapia. Neste último caso, tal poderá associar-se à exposição a esta fonte de ansiedade desde cedo na vida, como um trauma que molda o funcionamento mental, o que resulta numa grande angústia e numa falha dos mecanismos de defesa. Assim, estes indivíduos podem gerar ansiedades secundárias, ou psicopatologia.

O segundo aspeto, mais comum, está associado ao confronto com a morte traduzido numa situação-limite, ou seja, numa experiência que leva a ganhar consciência da situação existencial, gerando um sentido de urgência e uma mudança massiva na forma como se vive. Na prática, a pessoa ganha uma nova perspetiva, atribuindo menos relevância a preocupações triviais: em vez de pensar sobre “como as coisas são”, pensa no facto de que “as coisas são”, valorizando-as, o que pode “curar” certas questões que antes causavam muito sofrimento.

Como exemplo, o autor percebe a morte de alguém próximo do cliente como uma oportunidade para promover uma experiência facilitadora da consciência da própria morte, pois traz uma mensagem implícita: “se esta pessoa morreu, tu também vais morrer”. Assim, estas situações têm um grande potencial terapêutico, promovendo a mudança pessoal associada a uma maior autenticidade e propósito. Contudo, para que tal se realize, é necessário que o psicoterapeuta não desperdice a oportunidade de adereçar a temática, sendo que muitos sentem que o seu cliente já sofre demasiado com o luto para tentarem trazer à consciência estas questões. Tal conclusão é considerada errônea pelo autor, identificando o medo e o evitamento do próprio psicoterapeuta como a barreira que leva ao desperdício da oportunidade, em grande parte das vezes. Adicionalmente, o facto de se verificar uma subida de ansiedade no cliente ao abordar o tema, gerando uma crise existencial durante um certo período de tempo, intensifica a barreira dos psicoterapeutas em trabalhar o tema, ainda que tal se possa verificar sempre que se ataca as defesas dos clientes, independentemente do tema.

Além da morte de um terceiro, existem outros acontecimentos da vida do cliente que poderão servir de oportunidade para evocar a consciência da própria morte, como os marcos de vida. No entanto, torna-se necessária a utilização de técnicas que ajudem os psicoterapeutas a canalizar o potencial terapêutico dos seus clientes para a consciência da morte, em vez de se estar dependente de acontecimentos da vida, ou de circunstâncias adversas. Se o conceito da morte desempenha um papel crucial na experiência de vida, este deverá fazer parte da psicoterapia, como espaço de transformação (Yalom, 1980).

Esta teoria assenta no pilar de que os psicoterapeutas necessitam de se confrontar com a sua própria negação da morte, para que não contribuam para a manutenção da superficialidade da temática em psicoterapia. Destaca-se que, mesmo passando por dificuldades em abordar o tema, o psicoterapeuta não deverá passar ao cliente a mensagem de que a morte é demasiado terrível para ser falada em psicoterapia. Por fim, o autor sublinha que a morte é uma componente muito importante da existência humana, porém, não é a única. Para uma abordagem psicoterapêutica completa, torna-se necessário analisar outros dados da existência.

### **O presente estudo**

De forma geral, a morte é um tema ubíquo em psicoterapia (Yalom, 1980). Ao mesmo tempo, a dimensão pessoal dos psicoterapeutas, associada ao *self* e à autoconsciência, desempenha um papel muito importante na psicoterapia (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Por isso, a compreensão do tema da morte do ponto de vista do psicoterapeuta é fundamental para identificar possíveis dificuldades em abordar a morte em psicoterapia, muitas vezes associadas

ao bloqueio dos clientes. Existe uma carência de estudos que conjuguem a dimensão pessoal do psicoterapeuta com a temática da morte e, simultaneamente, Yalom (1980) sublinha o evitamento e a negação do psicoterapeuta face à morte como uma barreira na psicoterapia.

É possível verificar na literatura que a morte pode estar presente em psicoterapia através da pessoa do psicoterapeuta, porém, por norma, não é o foco dos estudos, existindo um número muito reduzido de estudos nesta área, relevante de estudar. A literatura demonstra uma tendência em direcionar o foco do tema da morte em psicoterapia para o cliente e respetivas experiências de lutos e perdas, apesar de este poder evocar a temática a partir de muitos outros enquadramentos e contextos. Além disso, abordar a morte em psicoterapia apenas quando o cliente se encontra em circunstâncias dolorosas, e diretamente ligadas ao tema, é uma abordagem que contraria a lógica da prevenção e a certeza e a inevitabilidade da morte. Tal sublinha a necessidade de compreensão das estratégias utilizadas para trabalhar o tema.

Deste modo, um dos objetivos do presente estudo é: 1) compreender a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia. Outro dos objetivos é: 2) compreender a relação entre a perspetiva dos psicoterapeutas sobre a morte e a intervenção dos psicoterapeutas face à morte. Isto é, pretende-se estudar as perspetivas que os psicoterapeutas têm sobre o impacto da sua perspetiva da morte na psicoterapia, e vice-versa. Ou seja: têm consciência da relação entre a sua visão pessoal da morte e a intervenção na morte? Como caracterizam a relação, em ambas as direções? Pensando na direção pessoal-intervenção, procura-se compreender, em específico, quais as perspetivas e atitudes dos psicoterapeutas sobre a morte e como é consciência do papel que desempenham em psicoterapia. Já na direção intervenção-pessoal, procura-se compreender como é que os psicoterapeutas acreditam que a morte pode ser trabalhada em psicoterapia, e como é que a sua intervenção neste tema afeta a dimensão pessoal. A literatura apresenta algumas respostas muito específicas a estas questões, associadas ao luto, por exemplo, sendo necessária uma abordagem que possa englobar outras circunstâncias além do luto, pois a morte pode estar presente na vida de todos os clientes.

Adicionalmente, será pertinente compreender se as teorizações de Yalom sobre o tema se verificam. Isto é, será que, como o autor, os psicoterapeutas do estudo reconhecem a importância da autoconsciência da morte, como catalisadora de uma mudança pessoal significativa e necessária para a satisfação com a vida? Reconhecem o medo e negação da morte presente em si mesmos e nos clientes? Percebem a morte como sempre presente em psicoterapia, como Yalom? Como e quando é que abordam o tema? Que intervenções utilizam?

## Método

### Participantes

Com o objetivo de reunir diversidade, contactou-se psicoterapeutas das abordagens existencial e cognitivo-comportamental, devido à diferente visão teórica de encarar morte – tema muito presente na primeira e pouco presente na segunda. Assim, foram contactados 23 psicoterapeutas, por conveniência e através dos *e-mails* disponibilizados no *site* da Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Existencial (SPPE). Destes contactos, foram agendadas 10 entrevistas, das quais apenas oito se vieram a realizar. Devido a problemas técnicos de gravação de áudio, apenas seis entrevistas foram utilizadas para o estudo. Assim, a presente investigação conta com a participação de seis psicoterapeutas portuguesas, sendo três destas da SPPE e os restantes três da Associação Portuguesa de Terapias Comportamental, Cognitiva e Integrativa (APTCCI). Todos os psicoterapeutas do estudo são psicólogos e exercem a prática da psicoterapia. Apenas um dos psicoterapeutas, da SPPE, não é membro da sociedade, pois encontra-se a realizar a formação, estando a terminar o penúltimo ano aquando da entrevista.

Quanto à caracterização dos participantes, a média de idades corresponde a 45 anos, sendo 36 e 57 anos as idades mais baixa e mais elevada, respetivamente. Dos seis participantes, apenas um é do género masculino. Em relação ao estado-civil, exceto em dois participantes, “solteiro” é o estado predominante. No que diz respeito à experiência, os psicoterapeutas da APTCCI apresentam uma média de 25,7 anos como psicólogos e de 24,3 anos como psicoterapeutas. Já os três psicoterapeutas da SPPE contam com 15 anos de experiência como psicólogos, e os dois membros da SPPE com 13 anos como psicoterapeutas, em média.

### Entrevista

Primeiramente, realizou-se a elaboração do guião da entrevista semi-estruturada, caracterizado por perguntas abertas, de forma a permitir aos participantes dar respostas detalhadas, ligadas às questões de investigação, e com o cuidado das perguntas não direcionarem as respostas. Além disso, o guião incluiu também questões de *follow-up*, com o objetivo de ajudar a desenvolver o tema. Durante a realização de cada entrevista, houve a liberdade de adicionar questões, no próprio momento, para o mesmo efeito ou para clarificação.

Na prática, o guião da entrevista inicia-se com uma questão inicial de “aquecimento” - *como foi a sua experiência durante os primeiros anos como psicoterapeuta?* -, com o objetivo de criar um ambiente de abertura e de relação com o participante, através de uma temática não relevante para o estudo. Seguem-se cinco questões relacionadas com as questões de

investigação, incidindo sobre: a perspectiva da morte a nível pessoal; a perspectiva sobre a presença da morte em psicoterapia; a intervenção psicoterapêutica sobre a morte; a relação entre a perspectiva pessoal da morte e a intervenção psicoterapêutica na morte. Foram realizadas duas questões para o último tópico, sendo uma relativa à direção pessoal-intervenção e outra sobre a direção intervenção-pessoal. Em específico, as questões são: 1) *pensando de um ponto de vista pessoal, como é a sua perspectiva sobre a morte?*; 2) *como é que a sua visão pessoal sobre a morte afeta a forma como trabalha com temas relacionados com a morte em psicoterapia?*; 3) *de acordo com a sua experiência como psicoterapeuta, como é que a temática da morte pode estar presente em psicoterapia?*; 4) *como é que vê que a morte pode ser trabalhada, a nível de intervenção psicoterapêutica?*; 5) *como é que a sua experiência de trabalhar com temas relacionados com a morte afeta a sua visão pessoal sobre a morte?*.

As questões de *follow-up* escritas no guião foram relativas às questões 1 e 3, devido à ambiguidade destas, tendo sido utilizadas na maior parte dos casos. *O que é, para si, “morte”?* é a questão de *follow-up* para a questão 1, e para a questão 3: *como é que vê que a temática da morte pode surgir em psicoterapia?*. Após realizar as perguntas do guião, foi perguntado a cada participante se desejava acrescentar algo a alguma das respostas, ou ao tema em geral.

Para garantir a qualidade do guião, realizou-se uma entrevista-piloto, gravada, em fevereiro de 2023, a uma psicoterapeuta da APTCCI, cuja idade e experiência se encontram na média dos participantes do estudo. Da entrevista-piloto resultaram alterações pertinentes ao guião inicial, por exemplo, a ordem das questões e a formulação de duas das questões, atentando para as palavras usadas (anexo B). A gravação desta entrevista foi destruída imediatamente após serem realizados os ajustes ao guião. Além disso, de forma a não comprometer a recolha e a análise dos dados, realizei, por escrito, as minhas próprias respostas ao guião (anexo C).

### **Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte**

Para efeitos de triangulação de dados, também foi utilizada a Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM), adaptada à população portuguesa por Loureiro (2010). É uma medida multidimensional, de autopreenchimento, com 32 itens, desenvolvida a partir da teoria de Kübler-Ross (1970), referente à aceitação da morte. As suas cinco dimensões são: “aceitação neutral”, em que a morte é vista como apenas mais um facto da vida, implicando uma atitude de ambivalência ou de indiferença; “aceitação como aproximação”, que implica acreditar numa vida feliz e pacífica após a morte, sendo a morte vista como uma passagem; “aceitação como escape”, que considera a morte como uma boa alternativa ao sofrimento da

vida, associada a circunstâncias de sofrimento intenso; “medo”, existindo a emoção do medo associada a pensar na morte; e “evitamento”, em que se evita pensar na morte. A EAPAM é uma escala de tipo *Likert*, variando entre 1 (discordo completamente) e 7 (concordo completamente). Os resultados são obtidos através do cálculo da média de pontos para cada dimensão, sendo possível verificar quais as dimensões predominantes do sujeito (Gesser et al, 1988; Machado et al., 2019; Wong et al. 1994).

## **Procedimento**

Aquando do contacto realizado a cada psicoterapeuta, foi enviado, por *e-mail*, um consentimento informado (anexo D), com o fim de informar sobre o tema do estudo, bem como sobre as condições da entrevista. Presencialmente, o mesmo consentimento informado foi entregue a cada participante, lendo e assinando o mesmo, ficando com uma cópia para si.

Os seis participantes foram entrevistados individualmente, num único momento temporal e, imediatamente após a entrevista, cada participante respondeu à EAPAM. Na prática, cada entrevista ocorreu após a leitura do consentimento informado e da realização de perguntas relacionadas com a folha sócio-demográfica (anexo E), por mim preenchida. Em média, as entrevistas tiveram a duração de 35 minutos, tendo a mais longa durado uma hora e a mais curta 22 minutos. Todas as entrevistas foram realizadas presencialmente, em locais com boas condições de privacidade, mais especificamente nos consultórios dos psicoterapeutas e, no caso de um participante, no Ispa - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

A gravação das entrevistas foi essencial para a análise detalhada dos dados. As entrevistas foram gravadas através de um *smartphone*, a partir do momento em que se deu início às questões sócio-demográficas, de forma a evitar o início abrupto da gravação, que poderia inibir o participante. Torna-se pertinente salientar que, apesar de gravadas, as respostas à pergunta de aquecimento do guião não foram tidas em conta para o estudo.

Para o número de entrevistas a utilizar para o estudo, foi utilizado o critério da saturação teórica, que indica a realização de entrevistas até não gerarem informação nova para responder às questões de investigação. Quanto à análise de dados, cada entrevista foi analisada de acordo com as fases da Análise Temática e a EAPAM foi analisada de forma qualitativa, servindo para efeitos de triangulação de dados. Durante a análise de dados, foram realizadas duas auditorias externas, com dois investigadores com conhecimento sobre a Análise Temática, das quais resultaram alterações na forma de organizar e nomear os temas e subtemas.

Apesar da temática do presente estudo ser considerada sensível, não existiram riscos para os participantes, pois, como psicoterapeutas, a formação e a prática implicam uma preparação, reflexão e contacto com a temática. É pertinente destacar que todos os dados foram tratados de forma confidencial, sendo que os dados que se tornam públicos através deste estudo não são identificativos dos participantes. Todas as gravações foram apagadas após as transcrições e as últimas serão eliminadas num prazo de cinco anos.

### **Análise Temática**

Tendo em conta os objetivos de investigação, a metodologia qualitativa, que valoriza o envolvimento pessoal, o contexto, a subjetividade e a reflexividade, é a mais indicada para o estudo. Sendo uma temática pouco estudada, é importante um método exploratório, flexível e próximo da vida real. Assim, esta é uma investigação que procura significados, que através de um método quantitativo estariam pré-definidos, perdendo-se riqueza, profundidade e diversidade. Deste modo, o presente estudo é de natureza qualitativa, sendo a Análise Temática (Braun & Clarke, 2006) o método utilizado para a análise das entrevistas. O objetivo deste método é identificar, descrever, analisar, interpretar e comunicar padrões/temas existentes nos dados. Foi escolhido devido à sua flexibilidade, à sua fácil acessibilidade para estudantes e por ser desvinculado de posições teóricas de base, tendo em conta que os participantes são provenientes de duas abordagens teóricas diferentes. Além disso, este método também permite a conjugação com teorias, permitindo alcançar resultados profundos e críticos.

A Análise Temática realiza-se em seis fases que, apesar da sua sequência, não são consideradas lineares, existindo um processo dinâmico, onde se regressa a fases anteriores. As seis fases são: 1) familiarizar com os dados - transcrever as entrevistas, ler e reler as transcrições e anotar ideias, significados e padrões iniciais; 2) criar códigos iniciais - codificar aspetos dos segmentos básicos de toda a transcrição, organizando-os em grupos; 3) procurar temas - combinar os códigos iniciais em potenciais temas, agrupando todos os dados pertencentes aos potenciais temas e encontrando em relações entre estes; 4) rever os temas - rever cada tema e respetivos códigos e criar um mapa de temas de toda a análise, verificando se os temas descrevem o global dos dados transcritos e eliminando, separando ou agrupando temas, consoante o seu sentido; 5) definir e nomear os temas - definir as especificidades de cada tema e subtema e da análise total, com uma definição clara de cada tema; 6) produzir a análise escrita final - selecionar excertos das transcrições que exemplifiquem cada tema e relacionar a análise às questões de investigação e à literatura científica. Assim, é expectável que a análise final seja concisa, coerente, lógica, não redundante e reflexiva (Braun & Clarke, 2006, 2013).

## **Resultados**

### **Análise Temática - Processo**

No método da análise temática, o investigador utiliza a sua subjetividade para criar sentido, sendo esta importante e necessária para a investigação. Por isso, torna-se relevante deixar clara as suas posições teóricas sobre a realidade, sobre a natureza dos dados e sobre o método de análise (Braun & Clarke, 2006). A respeito da posição teórica, o investigador segue a linha existencial, tornando relevante a escolha da análise temática como método, a fim de não direcionar a análise. Do ponto de vista da ontologia, isto é, da forma de perceber a natureza do ser, foi adotada a posição do realismo crítico, que defende uma realidade, possível de conhecer, influenciada pelo mundo social e pela subjetividade, considerando que existe sempre parcialidade. A nível da epistemologia, ou seja, da natureza do conhecimento, é privilegiada a posição do contextualismo, que afirma que não existe apenas uma verdade, existindo várias perspetivas sobre a realidade (relativismo), e que o conhecimento emerge dos contextos.

Além disso, o método de análise é experiencial, validando significados, perspetivas e experiências dos participantes, acedidos através da sua linguagem. É privilegiada a voz e as interpretações dos participantes, o que resulta em temas semânticos, não existindo a procura de significados latentes. Procura-se descrever, organizar e encontrar significados e implicações para os padrões. Deste modo, a Análise Temática é indutiva, gerando códigos ligados aos dados, e não a categorias pré-existentes, considerando-se que os temas não “emergem” nem são descobertos. Torna-se, assim, importante reportar o processo de análise em detalhe, descrito nas secções seguintes através das fases da Análise Temática, que são dinâmicas e não lineares.

#### ***1 - Familiarizar com os dados***

Para esta fase do processo, ter realizado e transcrito as entrevistas em primeira mão foi uma mais-valia, pois possibilitou uma maior familiarização com os dados. A respeito da transcrição das entrevistas, foi utilizado o sistema de transcrição de Braun e Clarke (2013), adaptado ao estudo (anexo F). Foram transcritas todas as palavras e sons emitidos nas gravações, através do esforço e rigor para respeitar ao máximo a forma como o participante se expressou, sendo fiel à sua linguagem: não corrigindo erros nem hesitações, nem usando pontuação excessiva. Este é um aspeto importante para que não se altere os significados da comunicação dos participantes e para que a transcrição seja uma representação da entrevista o mais fidedigna possível. Além disso, os dados da entrevista que colocassem em causa a

confidencialidade do participante foram substituídos. As substituições realizadas não alteram os resultados do estudo, uma vez que se referem a dados pessoais, cronológicos e geográficos.

Seguidamente, dias depois de realizar cada transcrição, foi realizada uma revisão, que consistia em ouvir a gravação e ler a transcrição em simultâneo, de forma a detetar possíveis falhas. Após cada revisão, era realizada uma leitura repetitiva da entrevista, focada em tentar compreender a comunicação do participante e os seus significados. Eram anotadas ideias e padrões iniciais, para facilitar as fases seguintes da análise.

## ***2 - Criar códigos iniciais***

Depois da familiarização com a transcrição da primeira entrevista, deu-se início à criação de códigos iniciais, fase que continuou, à medida que se realizou as restantes entrevistas, coocorrendo também com as fases três e quatro. Na prática, para cada transcrição, foram criados códigos escritos ao lado do texto, numa coluna. Os códigos foram sublinhados com cores, correspondentes a segmentos do texto sublinhados com a mesma cor. As cores eram indicativas de potenciais padrões. Numa fase inicial, foram criados códigos para quase todo o texto, mesmo que, por vezes, não diretamente associados às questões de investigação, de forma a não perder informação, uma vez que a análise foi realizada de forma indutiva. Assim, cada código inicial correspondia a uma unidade básica de informação, sendo que cada excerto do texto poderia estar codificado uma vez, estar codificado mais do que uma vez, ou não estar codificado de todo. Além disso, a codificação foi realizada progressivamente, isto é, comparando os códigos ao longo das várias entrevistas, com o objetivo de encontrar sobreposições entre estes, agrupando-os. Torna-se importante referir que a codificação foi realizada sem o recurso a conceitos de abordagens teóricas específicas.

## ***3 - Procurar temas***

Partindo dos códigos iniciais, tentou-se organizá-los em potenciais temas. Nesta fase, foi importante pensar em como os códigos se poderiam agrupar, tendo em mente as suas potenciais relações. Para certos códigos, a relação era bastante explícita, e até presente em várias entrevistas, porém, outros códigos eram mais difíceis de agrupar, pela dificuldade em compreender as relações entre estes, ou até mesmo se eram do interesse para o estudo. Uma vez que esta fase se iniciou antes de todas as entrevistas serem transcritas e codificadas, foi essencial não descartar nenhum código. No anexo G, é possível encontrar os “códigos iniciais”, correspondentes a esta fase, realizados após a transcrição de metade (três) das entrevistas. Estes códigos eram repetitivos e extensos, e foram agrupados em seis potenciais temas, muito gerais.

Os temas não estavam agrupados pelas questões de investigação nem foram criados potenciais subtemas. Como exemplo desta fase, um dos potenciais temas tinha o nome de: “presença da morte na psicoterapia”, com 19 códigos. Este exemplo será resgatado nas fases seguintes, de forma a demonstrar a sua evolução, ilustrativa do processo dos vários temas do estudo.

À medida que as entrevistas eram realizadas e transcritas, a organização destes códigos e temas foi complexificando. Na prática, esta fase foi realizada através de um documento onde os códigos eram listados e agrupados e através de rascunhos de mapas mentais. Foi difícil e desafiante tentar encontrar palavras para nomear os possíveis temas e para que os potenciais códigos pudessem encaixar dentro dos mesmos. Tal só foi conseguido através de tentativa e erro e da revisão constante, usando a subjetividade e a criatividade como ferramentas.

#### ***4 - Rever os temas***

Esta fase envolveu a revisão e o refinamento dos potenciais temas, criados na fase anterior, tendo-se iniciado quando quatro das entrevistas tinham sido realizadas e codificadas. Na prática, foram necessários dois critérios de revisão de temas: a homogeneidade interna e a homogeneidade externa, associados à coerência dentro de cada tema e à distinção clara entre temas, respetivamente (Braun & Clarke, 2006). A respeito do primeiro nível, cada potencial tema e respetivos códigos foram revistos, bem como todos os excertos codificados para cada, de forma a rever a coerência dos padrões identificados. Na prática, deu-se início ao refinamento dos códigos, que até aqui tinham, por vezes, “subcódigos”, isto é, níveis dentro dos códigos. Além disso, o número de temas aumentou, e foram criados subtemas para a maior parte dos temas. Sobre o segundo nível, foram relidas todas as entrevistas, com o objetivo de verificar se os temas e os mapas mentais refletiam os dados, como um todo. Os temas foram associados às questões de investigação, o que, até então, não tinha sido realizado.

Foi nesta fase que se realizou a primeira auditoria externa, muito útil, salientando a aprendizagem de que o processo de codificar o texto e gerar temas pode ser muito extenso, conforme o grau de entusiasmo e de profundidade. Por isso, foi importante saber parar de codificar e de refinar os temas, à medida que tal não acrescentava nada de substancial à investigação. Foi necessário abandonar certos potenciais temas e subtemas. Em resultado desta fase, e da auditoria, certos temas e subtemas deixaram de existir, outros juntaram-se num só tema, outros separaram-se, e novos subtemas foram criados, para incluir os vários códigos.

Nesta etapa, foram criados 12 temas e 35 subtemas. Como exemplo, o anexo G demonstra os “códigos intermédios”, correspondentes a esta fase, e o anexo H demonstra dois

mapas mentais desta fase, como exemplos. Resgatando o exemplo da fase três, o potencial tema “presença da morte na psicoterapia”, com 19 códigos, separou-se em três temas, chamados: “a presença da morte em psicoterapia é circunscrita aos clientes”, com quatro subtemas; “a presença da morte em psicoterapia assume várias formas de presença”, tendo dois subtemas; e “as perspectivas sobre a prevalência da presença da morte em psicoterapia”, sem subtemas. Estes três temas foram associados à primeira questão de investigação: “compreender a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia”.

### ***5 - Definir e nomear os temas***

Sendo as fases dinâmicas e não lineares, o processo de nomear os temas e subtemas já havia sido iniciado desde a fase três, havendo um refinamento ao longo do tempo. Contudo, as definições dos temas e subtemas foram realizadas apenas com todas as entrevistas codificadas, após a conclusão da fase anterior. Foi nesta fase que se concluiu o refinamento dos códigos, havendo uma redução parcimoniosa e sem “subcódigos”. A respeito do exemplo, demonstrado nas fases três e quatro, o tema “a presença da morte em psicoterapia é circunscrita aos clientes”, que tinha quatro subtemas, passou a chamar-se “a morte em psicoterapia está circunscrita aos clientes” e a ter apenas três subtemas, com nomes mais curtos e concisos; o tema “a presença da morte em psicoterapia assume várias formas de presença”, teve o nome alterado para “a dualidade de contornos da morte em psicoterapia”, mantendo os subtemas; e “as perspectivas sobre a prevalência da presença da morte em psicoterapia”, sem subtemas, passou a nomear-se “a forma de presença da morte em psicoterapia”, e passou a ter dois subtemas.

Ainda durante a fase cinco, foi realizada a segunda auditoria externa, da qual resultou o refinamento final dos nomes dos temas e subtemas. Como exemplo, o tema “as características da intervenção na morte” passou a chamar-se “a ambivalência do papel do psicoterapeuta na intervenção face à morte”. Além disso, procedeu-se à eliminação de um tema, “verbalizações”, por não se enquadrar nas questões de investigação.

Durante a referida auditoria, verificou-se que, apesar de os temas existentes fazerem sentido, existia uma organização implícita, subliminar. Isto é, para cada questão de investigação, verificava-se a existência de dois tipos de temas: uns mais objetivos e concretos, outros mais reflexivos. Contudo, era atribuído o mesmo grau de importância a todos os temas, não fazendo sentido agrupá-los de outra forma nem gerar mais subtemas. Além disso, para cada tema considerado mais “reflexivo”, era possível fazer conjugar um tema mais “objetivo”, por exemplo: “as perspectivas dos psicoterapeutas sobre a morte” (objetivo) era conjugado com “a

autoconsciência da morte” (reflexivo). Deste modo, foi criada a organização dos temas em “temas cognitivos” e em “temas metacognitivos”, o que teve impacto no refinamento dos nomes dos temas, tendo se adaptado os últimos para “as perspectivas sobre a morte” (tema cognitivo) e “o metapensamento sobre a morte” (tema metacognitivo), respetivamente. Ainda a respeito do exemplo-tipo, apresentado desde a terceira fase, os dois primeiros temas referidos são considerados cognitivos e o último a ser referido é considerado metacognitivo.

De um modo geral, os temas cognitivos estão associados a respostas diretas e objetivas às questões do guião, sendo mais concretos e práticos e estando inseridos em respostas mais curtas dos participantes. Os temas metacognitivos estão associados a partes das entrevistas de maior morosidade e reflexividade, sendo que era naquele momento presente, da entrevista, que o participante pensava e ganhava consciência. Inicialmente, os temas metacognitivos estavam relacionados à palavra “autoconsciência”, por estarem ligados ao ato de tomar consciência de aspetos sobre si, sobre as relações terapêuticas e sobre a morte. É neste sentido que surgiu o prefixo “meta-”, tendo o significado de: “reflexão sobre si mesmo”. Isto é, estes temas referem-se à reflexão do participante sobre o próprio pensamento e sobre a autoconsciência (sobre o seu papel, a morte, processos internos), estando associados à capacidade de *insight*. Em grande maioria, os temas metacognitivos referem-se a pensamentos dos participantes a respeito de conteúdos abordados nos temas cognitivos, sendo por esse motivo que cada tema metacognitivo corresponde a um tema cognitivo. Assim, os temas estão organizados em duas colunas, uma para os cognitivos e outra para os metacognitivos, para cada questão de investigação.

Deste modo, a organização final (anexo I) resultou em três níveis hierárquicos. Para a primeira questão de investigação - compreender a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia - foram definidos três temas (dois cognitivos e um metacognitivo), sete subtemas e 28 códigos. Para a segunda questão de investigação - compreender a relação entre a perspectiva dos psicoterapeutas sobre a morte e a intervenção dos psicoterapeutas face à morte – definiu-se oito temas (cinco cognitivos e três metacognitivos), 25 subtemas e 129 códigos. No anexo J, encontram-se as definições para os temas e subtemas, e para a divisão em temas cognitivos e temas metacognitivos, e, no anexo K, um mapa mental para cada tema.

## **6 - Produzir a análise escrita final**

Esta é a fase final, após a conclusão das anteriores, que será apresentada na secção seguinte. O objetivo consiste em contar a história dos dados, de forma clara e concisa, selecionando excertos relevantes das entrevistas para exemplificar os temas e certos subtemas.

## Análise Temática – Temas e Subtemas

Além do anexo J, onde é possível encontrar as definições de cada tema e subtema, com os respectivos códigos, o anexo L contém uma seleção de excertos das entrevistas para cada tema e subtema. De forma a apresentar uma noção geral da prevalência, para enriquecer os resultados, no anexo M é possível encontrar uma tabela com os participantes por código. Segundo Braun e Clarke (2006), a caracterização e relevância de cada tema estão associadas à captura de elementos importantes dos dados, em relação às questões de investigação, e não a medidas quantitativas. Isto é, não é a prevalência que define um tema, nem a sua importância, porém, este é um elemento descritivo dos dados. Assim, na presente secção, será dada uma visão geral de cada tema e respetivos subtemas, e alguns excertos exemplificativos. Para a primeira questão de investigação foram criados três temas e para a segunda questão oito temas.

### *Q1: Compreender a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia*

**Tabela 1**

Temas e Subtemas da Primeira Questão de Investigação

Temas Cognitivos	Temas Metacognitivos
<b>A morte em psicoterapia está circunscrita aos clientes:</b> <u>Própria morte do cliente</u> <u>Cenário mental do cliente</u> <u>Morte de pessoas próximas do cliente</u>	
<b>A dualidade de contornos da morte em psicoterapia:</b> <u>Morte explícita</u> <u>Morte implícita</u>	<b>A forma de presença da morte em psicoterapia:</b> <u>O ponto de partida - cliente</u> <u>Extensão</u>

**Tema Cognitivo - A morte em psicoterapia está circunscrita aos clientes.** Este tema que indica que os psicoterapeutas percebem que a forma de a morte estar presente em psicoterapia é através de componentes associadas aos clientes. Na prática, a morte pode surgir em psicoterapia associada à **própria morte do cliente** (subtema 1), possível ou iminente, “*uma cliente minha que sempre teve muito medo da morte*” (I.); à **morte de pessoas próximas do cliente** (subtema 3), “*era o deparar-se com a finitude da vida do pai*” (S.); ou até através do **cenário mental do cliente** (subtema 2), “*há aqui um quadro clínico que pode ser ansiedade ou que pode ser depressão, que pode ter muito que ver com perdas não elaboradas*” (I.).

**Tema Cognitivo - A dualidade de contornos da morte em psicoterapia.** Os psicoterapeutas percebem que a morte pode estar presente em psicoterapia de duas formas diferentes: **explícita** (subtema 1) e **implícita** (subtema 2). Como exemplo de morte implícita: *“nós estamos aqui falando da morte-morte, mas por exemplo o fim de uma relação também é uma espécie de morte, não é, até até a perda, sei lá, passar do ensino secundário para o ensino superior, há tem lá uma componente de perda e de morte, por assim dizer, morte de um tempo de vida, morte de experiência, morte de um parceiro, mesmo que ele não morra”* (I.).

**Tema Metacognitivo - A forma de presença da morte em psicoterapia.** Os psicoterapeutas caracterizam a sua percepção da presença da morte em psicoterapia, isto é, refletem sobre como a morte surge em psicoterapia, atribuindo-lhe uma origem e uma extensão. Quanto à origem, traduz-se no subtema 1, **o ponto de partida - cliente**, que a situa no cliente e demonstra o contraste de *“a pessoa pode trazer esse tópico abertamente para uma consulta”* (Ja.) com *“a grande raiz para aquilo que incomoda a pessoa no momento presente vem de uma perda de um luto que não foi bem lidado, bem gerido, e que ainda está a impactar a pessoa”* (S.). Relativamente à **extensão** (subtema 2), tem a ver com a frequência ou regularidade, percebida pelos psicoterapeutas, com que a morte está presente em psicoterapia.

**Q2: Compreender a relação entre a perspectiva dos psicoterapeutas sobre a morte e a intervenção dos psicoterapeutas face à morte**

**Tabela 2**

Temas e Subtemas da Segunda Questão de Investigação

Temas Cognitivos	Temas Metacognitivos
<p><b>As perspetivas sobre a morte:</b>  <u>O conceito de morte</u>  <u>As propriedades da morte</u>  <u>A conotação dada à morte</u></p> <p><b>As perspetivas sobre a intervenção face à morte:</b>  <u>Morte sentida como negativa</u>  <u>Os psicoterapeutas “devem”</u>  <u>Eu vs os outros psicoterapeutas</u>  <u>A abertura do cliente para abordar a morte</u></p> <p><b>Como intervir na morte, na prática:</b></p>	<p><b>O metapensamento sobre a morte:</b>  <u>Desencadeia processos de resposta</u>  <u>Desperta necessidades</u>  <u>Tem uma instrumentalidade percebida</u></p> <p><b>A ambivalência do papel do psicoterapeuta na intervenção face à morte:</b>  <u>Iniciativa</u>  <u>Diretividade</u>  <u>Modalidade</u></p>

<p><u>Cientes com pensamentos ou comportamentos suicidas</u>  <u>Cientes com doenças terminais</u>  <u>Cientes em luto</u>  <u>Cientes com adições</u>  <u>Situações abrangentes - inerente à condição humana</u></p> <p><b>A perspectiva pessoal da morte ilumina a intervenção na morte:</b>  <u>Diretamente</u>  <u>Indiretamente</u>  <u>A perspectiva pessoal da morte poderia..., mas (felizmente) tal não acontece</u></p> <p><b>A intervenção psicoterapêutica na morte afeta a perspectiva pessoal da morte:</b>  <u>De forma positiva</u></p>	<p><b>O metapensamento face à relação entre a perspectiva da morte e a intervenção psicoterapêutica na morte:</b>  <u>Autoconsciência da relação</u>  <u>Dúvida consciente sobre a existência da relação</u>  <u>Desligamento da perspectiva pessoal da morte em psicoterapia, em prol da perspectiva do cliente</u></p>
---	--

Para responder a esta questão de investigação, é necessário compreender qual a perspectiva pessoal dos psicoterapeutas sobre a morte e, separadamente, qual a perspectiva e a prática sobre a intervenção face à morte. Deste modo, os primeiros dois temas são sobre a perspectiva pessoal sobre a morte e os três temas seguintes são sobre a intervenção face à morte (a perspectiva e a prática). Seguidamente, há que procurar compreender a relação entre ambas as partes, o que corresponde aos últimos três temas a serem apresentados. Um destes demonstra a direção pessoal-intervenção, outro a dimensão intervenção-pessoal, e outro demonstra o metapensamento sobre a relação entre estas duas dimensões.

**Tema Cognitivo - As perspectivas sobre a morte.** Este tema diz respeito à visão pessoal dos psicoterapeutas sobre a morte, englobando três subtemas: **o conceito de morte, as propriedades da morte e a conotação dada à morte.** Cada psicoterapeuta apresenta uma visão única e pessoal sobre a morte. Como exemplo, para o primeiro subtema, é possível encontrar vários conceitos de morte: *“a morte é uma coisa que faz parte da vida”* (I.), *“a morte é um estado”* (A.), *“a morte é transição”* (S.), por exemplo. Para o segundo subtema, associado a componentes básicas da morte, *“há estas duas palavras que eu acho que estão muito presentes nisso, que é a inevitabilidade e a possibilidade”* (L.). Para o último subtema, existem várias conotações, nomeadamente: *“a morte (...) traz normalmente dor e sofrimento”* (S.), que contrasta com o pensamento de que *“a expressão de outras emoções que não a tristeza não é não é bem visto, não é aceite. Hm às vezes hm pe- penso nisso de que eu por um lado, de uma*

*forma muito abstrata, tenho esta visão da morte, às vezes como uma celebração hm, mas também que é muito distante da da nossa cultura” (Ja.).*

**Tema Metacognitivo - O metapensamento sobre a morte.** Este tema é sobre a reflexão dos próprios psicoterapeutas sobre o impacto da sua visão sobre a morte em si próprios. Está associado ao sentir e ao agir sobre a própria consciência da morte. Assim, o metapensamento sobre a morte **desencadeia processos de resposta** (subtema 1), por exemplo, associados ao sentir medo da morte: *“temo tudo o que esteja relacionado com a perda” (Ja.) e “não sinto propriamente uma angústia de morte ou confrontar-me com isso não me dá medo” (A.).* Além do “sentir”, este subtema também engloba os caminhos de ação para lidar com a consciência da morte, por exemplo, refletindo ou não sobre ela, *“a perspectiva da morte sempre foi algo que eu não quis pensar, pronto, ou seja, esta ideia de: não quero imaginar” (L.),* contrastando com *“é riquíssimo que eu tenha passado pela capacidade de confrontar a minha própria finitude e refletir sobre ela” (Jo.).* Além destes processos de resposta, o metapensamento sobre a morte **desperta necessidades** (subtema 2) e **tem uma instrumentalidade percebida** (subtema 3). Como exemplo, [a consciência da morte] *“cria uma urgência no esclarecimento dentro de nós da importância que é a gente tentar escolher o que fazer no tempo que nos resta” (Jo.) e “ajuda-me a ser mais autêntico com quem eu sou e também a maneira de olhar para as pessoas” (Jo.),* respetivamente para cada subtema.

**Tema Cognitivo - As perspectivas sobre a intervenção face à morte.** Os psicoterapeutas referem a forma como percebem a intervenção psicoterapêutica na morte. A **morte** em psicoterapia é **sentida** pelos psicoterapeutas **como negativa** (subtema 1), *“e portanto o que é que um terapeuta faz ou tem a oferecer a alguém que perdeu a p- a pessoa com quem viveu a sua vida toda e que ainda tinham a expectativa de viver mais uma série de anos, agora com alguma qualidade de vida ou com um maior investimento?” (A.).* Além destas partilhas, o tema está repleto de conceções sobre como um bom psicoterapeuta deve agir e sobre como os “outros” psicoterapeutas, imaginários, agem, suscitando comparações, nas quais os psicoterapeutas parecem ver-se a si mesmos como mais competentes. Desta forma, foram criados os subtemas **“os psicoterapeutas devem”** (subtema 2), *“um bom psicoterapeuta, de alguma forma, tenta que a forma como vê o mundo não vá influenciar” (A.);* e **“eu vs os outros psicoterapeutas”** (subtema 3), *“eu gosto de trabalhar com clientes suicidas, muitas pessoas acho que não apreciam” (I.).* Além disso, **a abertura do cliente para abordar a morte** (subtema 4), também parece relacionar-se a pré-conceções dos psicoterapeutas, baseadas em casos clínicos já experienciados, *“ela [cliente], barrava esse caminho” (Ja.).*

**Tema Metacognitivo - A ambivalência do papel do psicoterapeuta na intervenção face à morte.** Em paralelo ao tema anterior, o presente tema diz respeito às reflexões dos psicoterapeutas sobre a forma como lidam e intervêm na morte em psicoterapia, o que associam às suas abordagens teóricas, ao estilo pessoal ou ao caso clínico. Tem três subtemas: a **iniciativa**, a **diretividade** e a **modalidade**, cada um com apenas dois códigos dicotômicos. O último está associado à forma de mencionar a morte, podendo ser mais direta ou mais indireta, *“nós nunca conseguimos ir a esse ponto de uma forma muito aberta, era sempre mais simbólica, em que por exemplo a palavra ‘morte’ não surgia com frequência”* (Ja.).

**Tema Cognitivo - Como intervir na morte, na prática.** Os psicoterapeutas referem inúmeras estratégias e técnicas de intervenção na morte, associadas a vários tipos de casos clínicos que deram origem à divisão dos subtemas, sendo estes: **clientes com pensamentos ou comportamentos suicidas, clientes com doenças terminais, clientes em luto, clientes com adições, situações abrangentes - inerente à condição humana.** A respeito do último, referem estratégias possíveis de serem utilizadas de forma transversal, quando o tema da morte está presente, existindo ou não um diagnóstico ou circunstância associados. Exemplificando, *“é sempre importante trabalhar o sentido da vida, quando se trabalha em psicoterapia”* (I.).

**Tema Cognitivo - A perspectiva pessoal da morte ilumina a intervenção na morte.** Quando consideram que existe um impacto da sua perspectiva da morte na sua forma de intervir, os psicoterapeutas vêem-no como positivo. Assim, este impacto pode acontecer **diretamente** (subtema 1), *“o luto é algo universal, todos os terapeutas vão ter luto, ao longo da sua hm carreira, e eventualmente isto aqui às vezes pode ajudar na identificação, na conexão com o cliente hm [...] é a questão da empatia”* (S.); ou **indiretamente** (subtema 2). Além disso, os psicoterapeutas, por vezes, referem consequências negativas imaginárias deste impacto, que não lhes acontecem a si, pois consideram que, no seu caso, a morte não afeta negativamente a psicoterapia, *“em nenhum momento senti que o meu trabalho fosse afetado [pela minha perspectiva da morte], ou seja, no sentido de ‘houve uma incompatibilidade de perspectivas’ ou em que ‘tentei inculir uma perspectiva a um cliente’”* (A.). A este terceiro subtema foi dado o nome **“a perspectiva pessoal da morte poderia..., mas (felizmente) tal não acontece”**.

**Tema Metacognitivo - O metapensamento face à relação entre a perspectiva da morte e a intervenção psicoterapêutica na morte.** Este tema está associado à forma como os psicoterapeutas percecionam a relação entre a sua visão pessoal da morte e a forma como intervêm na morte em psicoterapia, para ambas as direções. Certos psicoterapeutas demonstram ter **autoconsciência da relação** (subtema 1), *“é inevitável, ou seja, o facto de eu ver a morte*

*desta forma afeta a maneira como eu trabalho e depois o trabalho que eu faço com os meus clientes, obviamente, certo ou errado, acaba por reforçar um bocadinho esta forma como eu vejo a vida e a morte” (I).* Outros psicoterapeutas acabam por demonstrar uma **dúvida consciente sobre a existência da relação** (subtema 2), até porque, muitas vezes, referem nunca ter refletido sobre este assunto, *“não sei se [a minha perspetiva sobre a morte] influencia muito [a intervenção na morte]” (A).* Por fim, o **desligamento da perspetiva pessoal da morte em psicoterapia, em prol da perspetiva do cliente** (subtema 3), foi uma postura clínica mencionada - *“é quase como se eu nesse momento não estou a pensar na minha perspetiva, mas claramente focada na perspetiva do outro” (A).*

**Tema Cognitivo - A intervenção psicoterapêutica na morte afeta a perspetiva pessoal da morte.** Os psicoterapeutas consideram que a sua forma de intervir na morte impacta a sua perspetiva pessoal sobre a morte. Para este tema, foi criado um único subtema, **“de forma positiva”**, pois, os psicoterapeutas abordam apenas o lado positivo deste impacto. Contudo, este nunca foi referido como o único lado existente, havendo espaço para um impacto negativo, não referido, pelo que optei por criar um subtema, em vez de adaptar o nome do tema. *“Assim como eu dou espaço para o outro vivenciar a morte de acordo com o seu worldview, é como se houvesse uma abertura, de mim para mim, da possibilidade de eu realmente, provavelmente não sei como é que eu vou lidar com uma experiência de morte muito próxima de mim, mas há abertura para que isso seja possível [...] é quase um apaziguamento e uma compassividade para comigo própria de: não sabes como é que vai ser, nem tens fórmulas certas para” (L).*

### **Análise da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte**

Através da EAPAM, é possível traçar um perfil de atitudes perante a morte para cada participante. Na prática, cada um obteve um valor médio, entre 1 e 7, para cada subescala – medo, evitamento, aceitação neutral, aceitação como aproximação, aceitação como escape –, através dos quais é possível compreender quais as atitudes dominantes. No anexo N, encontra-se o gráfico que demonstra os valores médios das subescalas de cada participante. Sendo este um estudo qualitativo, com seis participantes, não faria sentido analisar a escala de forma quantitativa, por isso, será realizada uma análise qualitativa, que pretende comparar os resultados da escala com os resultados das entrevistas e com as médias da amostra portuguesa.

Apesar das perspetivas pessoais dos psicoterapeutas sobre a morte estarem presentes ao longo de toda a entrevista e nos vários temas, existem dois temas especificamente direcionados a este tópico: “as perspetivas sobre a morte” (cognitivo) e “o metapensamento sobre a morte”

(metacognitivo). Assim, compara-se os dados da escala com a prevalência dos códigos de ambos os temas. Para todos os psicoterapeutas, a atitude dominante da escala foi de aceitação, seja esta neutral, de aproximação ou de escape, sendo que em nenhum se verificou as dimensões “evitamento” e “medo” como dominantes. De um modo geral, a “aceitação neutral” é a subescala mais elevada, sendo a atitude dominante em quatro dos psicoterapeutas, o que corresponde ao verificado na conotação dada à morte (subtema de “as perspectivas sobre a morte”), em que “neutra” é o código mais prevalente. Quanto aos dois participantes cuja aceitação neutral não foi a dominante, o participante S. apresenta a “aceitação como aproximação” como dominante, o que é concordante com a entrevista, em que refere crenças religiosas numa vida depois da morte e é o único que dá uma conotação à morte como “injusta” (código). O outro participante, Ja., apresenta como atitude dominante a “aceitação como escape”, sendo o único que atribui uma conotação positiva (código) à morte nas entrevistas, o que vai ao encontro da sua escala, apesar de também atribuir uma conotação negativa (código).

As subescalas do medo e do evitamento são as que apresentam os valores mais reduzidos em três dos participantes, tornando pertinente descrever os resultados dos outros três – L., Ja. e A.. Para L. e Ja., o medo é a segunda subescala mais elevada e o evitamento é a segunda mais reduzida, o que vai, em parte, ao encontro das entrevistas, pois ambos os participantes referem sentir medo da morte, mas também que, muitas vezes, a evitam. A ambos os participantes, e apenas a eles, foram atribuídos os códigos “sentir medo da morte” e “adiamento da reflexão sobre a morte” no subtema “desencadeia processos de resposta” (do tema “o metapensamento sobre a morte”). É no que diz respeito ao participante A. que os resultados entram em maior confronto, pois A. diz não sentir medo da morte (código) e, no seu dia-a-dia, rejeita a reflexão sobre a morte (código) - ou seja, evita-a -, ambos os códigos pertencentes ao subtema referido. Contudo, o medo é a sua terceira atitude dominante e o evitamento é a sua segunda subescala mais baixa. Parece existir uma contradição entre o referido na entrevista e os dados da EAPAM.

Com base nas médias e desvios-padrões da amostra portuguesa de 1543 participantes do estudo de Loureiro (2010), é possível afirmar que, para cinco dos seis psicoterapeutas, a sua atitude dominante encontra-se acima da média geral e, também, das médias das faixas etárias, do género e dos profissionais de saúde. Quanto à subescala do medo, os participantes I. e S. apresentam valores bastante abaixo da média, para os quatro grupos referidos. Os dados mais interessantes verificam-se face à subescala “evitamento”, na qual quatro dos psicoterapeutas demonstram valores bastante abaixo da média geral, da média do género e da média da faixa etária. Contudo, é em relação à média dos profissionais de saúde que estes resultados são mais

notórios, pois, neste caso, cinco dos psicoterapeutas apresenta valores abaixo da média. Os psicoterapeutas do estudo evitam menos a morte do que a população geral, e até do que o geral dos profissionais de saúde? Que outros fatores poderão explicar estes resultados?

### **Discussão**

Face à primeira questão de investigação, “compreender a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia”, o primeiro tema, “a morte em psicoterapia está circunscrita aos clientes”, revela várias situações, circunstanciais ou psicológicas, nas quais a morte surge em psicoterapia através do cliente. Contudo, a palavra “circunscrita” marca o limite: os psicoterapeutas do estudo não mencionaram nenhuma forma de a morte estar presente em psicoterapia através de componentes associadas a eles próprios, nem à relação terapêutica. Não é a morte uma possibilidade constante também para os psicoterapeutas? Não podem adoecer? Não envelhecem? Não vivem lutos? Já é antiga a visão de que o psicoterapeuta é uma variável negligenciada na literatura sobre psicoterapia (Garfield, 1997, Yalom, 1980), sendo reforçada neste estudo, pois no âmbito da temática da morte em psicoterapia, o foco acaba por estar ainda mais direcionado ao bem-estar dos clientes, existindo poucos estudos relacionados com as experiências de perdas significativas dos psicoterapeutas (Kouriatis & Brown, 2011).

Um dos participantes (Jo.) referiu que o fim da psicoterapia pode ser um bom momento para trabalhar as questões face à morte, porém, nunca mencionou o fim da psicoterapia como uma forma de a morte estar presente em psicoterapia. É pertinente salientar que cada relação terapêutica acabará, o que, muitas vezes, é vivido pelos psicólogos como uma experiência emocional de luto (Kress e Marie, 2019), porém, tal não foi abordado por nenhum participante.

Outro dos participantes referiu que “*os clientes também morrem*” (S.), relatando um caso de uma cliente sua que faleceu, com cancro. No entanto, mais uma vez, o participante não reconheceu esta situação como uma forma de a morte estar presente em psicoterapia. Além disso, referiu a sua dor da perda, mas nunca se referiu a si como um psicoterapeuta em luto, nem o impacto na sua prática clínica. Tal interpretação reforça a teoria do “luto desautorizado” de Doka (1999), em que, como os laços de uma relação terapêutica não são reconhecidos socialmente, o luto é visto como inválido pela sociedade e/ou pela própria pessoa em luto.

O segundo tema, “a dualidade de contornos da morte em psicoterapia”, presente nos seis participantes, demonstra a perspetiva de que “morte” não se refere apenas à morte efetiva, mas também a fins, transições e perdas, o que reforça a literatura, que afirma que a morte pode estar presente em psicoterapia de forma implícita, aliás, até poderá ser a sua forma principal de

presença (Yalom, 1980). No geral, as perdas, mesmo quando não por morte, implicam lutos, idênticos aos lutos por morte, tornando o tema presente (Smith & Delgado, 2020).

Ainda em relação à primeira questão de investigação, o único tema metacognitivo associado, “a forma de presença da morte em psicoterapia”, demonstra a visão dos psicoterapeutas sobre a forma, independentemente do conteúdo, como a morte surge em psicoterapia. O subtema “o ponto de partida - cliente”, apenas referido por dois participantes, sugere que a morte em psicoterapia, quando surge, é trazida pelo cliente, seja através de acontecimentos da sua vida, seja de forma intencional em trabalhá-la. Assim, entre os acontecimentos de vida, muitas vezes fáticos, e a intencionalidade de trabalhar o tema, na qual os clientes são inteiramente responsáveis por trazê-lo, existe um fosso, que descarta a responsabilidade do psicoterapeuta em trazer o tema. Yalom (1980) salienta que o psicoterapeuta não é imune ao medo e à negação da morte, apresentando uma atenção seletiva, podendo evitar o tema em psicoterapia, mesmo sem dar conta. Assim, se os psicoterapeutas percebem que o ponto de partida é o cliente, facilmente poderão não dar conta da presença do tema, evitando-o e colocando a responsabilidade no cliente, até porque são poucas as situações em que o cliente torna a morte num tema explícito em psicoterapia (Yalom, 1980).

O mesmo tema apresenta um último subtema, “extensão”, associado à visão dos psicoterapeutas sobre como a morte surge em psicoterapia. Cada psicoterapeuta apresenta uma visão particular: uns consideram que a morte está presente em todos os casos, outros que está pouco presente, ou, até, que está mais presente em certos tipos de casos, ou de certos modos. É relevante questionar de onde virão tais concepções. Terá a ver com a experiência profissional? Com a abordagem teórica? Com a perspectiva da morte? Nenhuma questão da entrevista procurava obter dados quantitativos - se a morte surge “muito” ou se surge “pouco” - , pelo que a “extensão” foi trazida pelos participantes. Yalom (1980) defende que a morte surge em todos os processos psicoterapêuticos, que deve ser sempre trabalhada e que não são os clientes que a “trazem pouco”, mas os psicoterapeutas que não estão preparados para ouvir falar da mesma.

Quanto à segunda questão de investigação, “compreender a relação entre a perspectiva dos psicoterapeutas sobre a morte e a intervenção dos psicoterapeutas face à morte”, está relacionada a três componentes: a perspectiva dos psicoterapeutas sobre a morte, a perspectiva dos psicoterapeutas sobre a intervenção na morte e a relação entre ambas, em ambas as direções. Pensando, em primeiro lugar, na perspectiva sobre a morte, o tema cognitivo “as perspectivas sobre a morte”, engloba três subtemas: o conceito, as propriedades e a conotação dada à morte. No que toca ao conceito e às propriedades, foram subtemas referidos por todos os participantes,

o que parece revelar uma dificuldade dos psicoterapeutas em falar sobre a morte de forma próxima e real, pois, apesar de a abordarem, tal é feito de forma teórica, através de componentes essenciais. Deste modo, parece que a morte é vista como um tema, e não como uma realidade possível, o que direciona para a necessidade de os psicoterapeutas examinarem as próprias atitudes e sentimentos face à morte num ponto de vista prático (Rosenthal, 1963; Steele, 1977).

A “conotação dada à morte”, subtema referido acima, pertencente ao mesmo tema, revela a existência de várias conotações dadas à morte, tendo a neutralidade sido uma delas, referida por três participantes, sendo a mais prevalente. Tais dados coincidem com os resultados da EAPAM, onde a “aceitação neutral” foi a subescala dominante em quatro dos participantes. É possível de facto ser-se neutro num tema como a morte? Ou poderá a neutralidade ser uma estratégia de defesa perante a morte? Yalom (1980) refere o recalçamento e a racionalização como mecanismos de defesa utilizados pelo psicoterapeuta para transformar a ansiedade face à morte em estados menos nocivos. É pertinente salientar que os mecanismos de defesa são necessários e úteis para lidar com a ansiedade e manter a autoestima, sendo o recalçamento e a racionalização mecanismos secundários, de nível superior (McWilliams, 2005).

Na tentativa de explorar a possível dificuldade dos participantes em falarem sobre a morte, é relevante salientar que, ao longo de toda a entrevista, e em particular nas questões associadas à perspectiva da morte, os participantes pareciam direcionar as suas respostas para os clientes e para a intervenção, mesmo quando questionados explicitamente sobre si próprios. Deste modo, inicialmente, foi criado um potencial tema que agrupava os “relatos” dos participantes, relativos a casos clínicos, experiências pessoais e a modelos e técnicas de intervenção. Contudo, mesmo nos relatos associados a experiências pessoais, a morte surgia, em grande parte, como associada ao outro: o outro que morreu, que adoeceu, ou que se tentou suicidar. De forma geral, parece que a morte está mais no “outro” do que no próprio (“mim”). Tal também se verifica no ser humano em geral, que não consegue imaginar a realidade da própria morte, como se a morte fosse algo que acontece a todos os outros, mas não a si (Kübler-Ross, 1972). Além disso, de um ponto de vista de análise do não-dito, é de notar que, ao longo das entrevistas, muitas vezes, os participantes referem-se à morte sem dizerem, de facto, a palavra “morte”, o que é possível de comprovar no anexo L, que contém excertos das entrevistas. Em substituição, usam expressões como: “esse tema”, “isso”, “ela”, “o assunto”, “a finitude”, ou, até, não utilizam nenhuma expressão, falando de forma subentendida.

O tema “o metapensamento sobre a morte”, acrescenta dados pertinentes a esta questão. O seu subtema “desencadeia processos de resposta” está associado a reações, sentidas e agidas,

perante o pensamento sobre a morte. É pertinente referir que nem o guião da entrevista nem as questões de *follow-up* realizadas mencionaram a palavra “medo”. Contudo, todos os participantes abordaram o medo da morte: uns referiram sentir medo, outros referiram não sentir medo da morte. Relativamente aos participantes que referiram não sentir medo da morte, permanece a questão: se não sentem medo da morte, porque o referiram na entrevista? Será uma necessidade de tentar negar o medo da morte? A literatura refere o medo da morte como inerente à condição humana, presente em clientes e psicoterapeutas (Becher et al., 2012; Yalom, 1980). Assim, o medo sentido pelo psicoterapeuta constitui-se uma barreira para uma intervenção eficaz na morte, devido ao evitamento inconsciente do tema (Rosenthal, 1963; Steele, 1977).

Ainda relativamente ao mesmo subtema, dois participantes referem refletir sobre a morte, embora três participantes afirmem que não costumam refletir ou que adiam a reflexão para o futuro. Cruzando estes dados com os dados referidos anteriormente, e com os resultados da EAPAM, questiono o processo de reflexão sobre a morte e as atitudes face à mesma: haverá, de facto, uma neutralidade face à morte? Ou será evitamento? A subescala “evitamento” da EAPAM apresenta valores reduzidos, em comparação às médias até para profissionais de saúde, mas, tendo em conta que é uma medida de autopreenchimento, até que ponto é que reflete, de facto, os níveis de evitamento? Refletirá, talvez, a consciência que cada psicoterapeuta tem a respeito do próprio evitamento da morte? Estes dados da escala são contraditórios com os três psicoterapeutas que adiam a reflexão da morte, pois o adiamento acaba por ser uma forma de evitar. Além do evitamento, coloca-se como hipótese que a desejabilidade social influencie o preenchimento da EAPAM, sendo desejável que um psicoterapeuta não evite a morte.

Em cada processo psicoterapêutico, a negação da morte do psicoterapeuta cruza-se com a negação da morte do cliente, pois todos os seres humanos tendem a negar ou evitar a morte (Yalom, 1980). Assim, torna-se importante a autorreflexão e a autoconsciência do psicoterapeuta, que muitas vezes se foca apenas em capacitar o cliente para tal. A autoconsciência e a autorreflexão, além de componentes essenciais para a psicoterapia (Al-khodair & Alrawaf, 2023), são responsabilidades que o psicoterapeuta tem para com o cliente, a profissão e para consigo mesmo (Pompeo & Levitt, 2014). Para garantir a qualidade da psicoterapia, o psicoterapeuta deverá esforçar-se para ser autoconsciente das suas limitações, sendo que até o mais consciente dos psicoterapeutas poderá cair nos processos psicológicos que o distanciam do autoquestionamento (Knapp et al., 2017).

Dentro do mesmo tema, “o metapensamento sobre a morte”, além do subtema referido, existem dois subtemas: “desperta necessidades” e “tem uma instrumentalidade percebida”, isto

é, parece que refletir sobre a morte está associado à descoberta de questões internas difíceis de gerir, que necessitam de resolução, mas, ao mesmo tempo, gera uma utilidade para a vida, através da qual é possível melhorar a qualidade de vida, aproveitar o presente, celebrar e agir face ao projeto de vida. É devido a esta instrumentalidade que o pensamento sobre a morte pode ser usado como um catalisador para uma vida autêntica (Yalom, 1980).

Após discutir sobre as perspetivas dos psicoterapeutas sobre a morte, para responder à segunda questão de investigação é importante abordar o segundo componente: as perspetivas face à intervenção psicoterapêutica na morte. Deste modo, o tema “as perspetivas sobre a intervenção face à morte” apresenta três subtemas, sendo que o primeiro, “morte sentida como negativa”, se refere aos sentimentos dos psicoterapeutas quando a morte surge em psicoterapia. É curioso, pois, apesar de a EAPAM e de subtemas anteriores demonstrarem a morte como “neutra”, vários psicoterapeutas referem-se à morte em psicoterapia como geradora, em si mesmos, de sentimentos de perda, responsabilidade ou impotência, o que demonstra uma contradição. Será devido a estes sentimentos negativos e difíceis de gerir que, muitas vezes, evitam a morte em psicoterapia? É pertinente salientar que neste subtema cada código está associado a um participante, o que poderá querer dizer que cada participante sente a morte em psicoterapia à sua maneira, ou de acordo com a sua experiência clínica individual.

O mesmo tema engloba pré-concepções dos participantes sobre o “bom psicoterapeuta” - “os psicoterapeutas devem” (subtema 2) -, sobre os outros psicoterapeutas - “eu vs os outros psicoterapeutas” (subtema 3) - e sobre os clientes - “a abertura do cliente para abordar a morte” (subtema 4). “Os psicoterapeutas devem” surgiu em todas as entrevistas, estando associado ao “dever” de dar abertura à morte em psicoterapia, de refletir sobre a morte e de realizar psicoterapia pessoal, formação, supervisão e investir no autoconhecimento. De facto, estes “deveres” mencionados são importantes para uma maior abertura face à morte em psicoterapia (Broadbent, 2013; Garcia-Lawson et al., 2000; Hendin et al., 2006; Kouriatis & Brown, 2011; Lohani & Sharma, 2022; Nicholl et al., 2016; O’Brien, 2011; Palmieri, 2018; Sorensen, 2009; Worden, 2009; Yalom, 1980). Ao mesmo tempo, ao subtema 3 - “eu vs os outros psicoterapeutas” - está subjacente uma comparação do próprio com “outros” psicoterapeutas, presente em três dos participantes, em que os “outros”, hipotéticos e impessoais, apresentam maior dificuldade em lidar com a morte a nível pessoal e/ou em psicoterapia.

Porque serão os próprios mais competentes do que os “outros psicoterapeutas”? O estudo de Kruger & Dunning (1999) defende que as pessoas tendem a reter visões favoráveis das suas capacidades intelectuais e sociais, o que se aplica em maior grau a pessoas menos

competentes. Isto é, pessoas menos competentes sobrestimam as próprias capacidades, pois não detetam erros em si mesmas com facilidade, tendo poucas capacidades metacognitivas. Os autores afirmam que ao melhorar as competências em questão, a capacidade metacognitiva também melhora, e passa a existir um reconhecimento das próprias limitações. Com os psicoterapeutas, a situação apresenta contornos semelhantes, segundo o estudo de Brosan et al. (2008), onde, apesar de existir uma correlação moderada, os psicoterapeutas cognitivos sobreclassificam-se significativamente, face às classificações de *experts*. Tais resultados verificam-se em maior grau nos psicoterapeutas menos competentes. Como uma possível explicação, os autores referem os processos internos de avaliação, bem como a influência de pistas externas pouco relevantes, como o nível aparente de satisfação do cliente com a terapia.

Cruzando os códigos referentes aos subtemas “os psicoterapeutas devem” e “eu vs os outros psicoterapeutas”, onde o bom psicoterapeuta reflete sobre a morte, dá abertura para a morte em psicoterapia e autoconhece-se, ao contrário dos “outros” que têm dificuldades, quem é o psicoterapeuta “bom” e quem são os “outros”? Tendo em conta os resultados da EAPAM, em que o evitamento apresenta resultados muito inferiores à média, e o referido no tema “o metapensamento sobre a morte”, parece que os participantes se poderão ver a si mesmos como o “bom psicoterapeuta”, que reflete sobre a morte (ou que refletirá, no futuro) e que o “problema” reside no “outro”, no colega, hipotético e impessoal. Quem são estes outros psicoterapeutas, com dificuldade em lidar com o tema? No guião não se encontra a palavra “outros”, tendo sido evocada pelos participantes, pois a entrevista era apenas sobre os próprios.

Assim, de onde surge esta representação dos outros, que não em si mesmos? A projeção é um mecanismo de defesa através do qual o que está dentro é incorretamente considerado vindo do exterior. Apesar de, em geral, ser um mecanismo primitivo, associado a falhas no princípio da realidade e/ou a falta de fronteiras entre o *self* e o mundo, pode ser usado de forma maligna ou de forma benigna/madura. Quando maligna, a projeção pode distorcer acentuadamente o objeto e estar associada a partes altamente renegadas do próprio, difíceis de gerir. Já quando usada de forma madura, a projeção pode ser a base para a capacidade de empatia, em que a própria experiência é projetada na tentativa de compreender o mundo do outro (McWilliams, 2005). De qualquer modo, quem projeta não tem consciência de que o faz (Melo, 2019),

Como hipótese, os participantes poderão estar a projetar nos “outros psicoterapeutas”, impessoais e imaginários, aquilo que reside neles próprios, mas que é difícil de gerir. Deste modo, o mecanismo de defesa serve as funções de redução da ansiedade e de manutenção da autoestima (McWilliams, 2005), mas sem destruir o “outro”, que aqui é visto como hipotético.

Além disso, Aydin e Odaci (2021) afirmam que a autoeficácia dos psicólogos tem um efeito indireto significativo na satisfação de vida, o que pode ser outra possível explicação para se descreverem como o “bom” terapeuta, por oposição ao “mau” terapeuta, externo. Outra das hipóteses para tal está associada à deseabilidade social: os participantes parecem querer demonstrar que são competentes, a nível profissional e de desenvolvimento pessoal, considerando esta última uma dimensão importante para a competência de um psicoterapeuta.

O mesmo tema, “as perspetivas sobre a intervenção face à morte”, ainda contém o subtema “a abertura do cliente para abordar a morte” (subtema 4). Neste, os participantes referem a ansiedade, a abertura e o evitamento do cliente, sendo o último o mais prevalente. Deste modo, parece que, em geral, os participantes colocam no outro o evitamento face à morte, sendo este “outro” referente quer aos colegas psicoterapeutas, quer aos clientes. Tal acontece também face aos participantes que referem não refletir muito sobre a morte, ou adiar a reflexão.

O tema metacognitivo “a ambivalência do papel do psicoterapeuta na intervenção face à morte”, apresenta três subtemas, cada um com dois códigos dicotómicos: “iniciativa” (“psicoterapeuta ativo” vs “psicoterapeuta que espera pela espontaneidade do cliente”), “diretividade” (“diretivo” vs “não diretivo”), “modalidade” (“direta: dizer o óbvio – ‘morte’” vs “indireta: trabalhar a morte sem a chamar pelo nome”). É pertinente mencionar que, no geral, os participantes mencionam a existência da dicotomia e depois situam-se num dos polos, o que pode estar associado à sua abordagem teórica ou estilo pessoal. Contudo, é interessante pensar que alguns dos participantes referiram que trabalham a morte de forma indireta, o que vai ao encontro do referido, face a não utilizarem muito a palavra “morte” durante as entrevistas.

Adicionalmente, é possível fazer uma ligação entre os psicoterapeutas que esperam pela espontaneidade do cliente em trazer o tema com o subtema “o ponto de partida - cliente”, da primeira questão de investigação, que sugere que a morte surge em psicoterapia trazida pelo cliente (através de acontecimentos ou por intencionalidade). Desta forma, parece que a responsabilidade de trazer o tópico da morte para a psicoterapia é colocada no cliente. Além disso, esperar pela espontaneidade do cliente em abordar a temática também se pode ligar ao subtema, anteriormente referido, a “morte sentida como negativa”, pois se a morte em psicoterapia gera sentimentos negativos no psicoterapeuta, este não terá a iniciativa de a abordar, o que poderá levar a evitá-la, sendo mais fácil esperar pela espontaneidade do cliente.

Estas ligações coincidem com a visão de Yalom (1980), que refere que os psicoterapeutas apresentam uma atenção seletiva para a morte em psicoterapia. Se, segundo o

autor, são poucos os casos em que o cliente torna a morte num tema explícito em psicoterapia, o psicoterapeuta necessita de se confrontar com a sua negação da morte e não contribuir para uma psicoterapia superficial e anti-terapêutica, onde a morte é um tabu. É importante que aproveite as oportunidades em que a morte está presente em psicoterapia, mas também não deve depender dos acontecimentos da vida do cliente para trabalhá-la.

O quinto tema desta questão de investigação, “como intervir na morte, na prática”, apresenta muito conteúdo, uma vez que os participantes, desde o início da entrevista, referiram várias formas de intervir em situações típicas onde a morte surge de forma explícita. Isto é, o guião da entrevista contém apenas uma questão relativa à forma de intervir na morte, porém, nas entrevistas, antes desta questão ser realizada já existia dados relativos a este tema, associados a clientes suicidas, com doenças terminais, em luto ou com adições (subtemas). Em cada subtema, os códigos quase não se sobrepõem, o que indica que cada participante referiu estratégias muito específicas, diferentes entre si, aumentando a riqueza do conteúdo do estudo.

A respeito, ainda, do quinto tema, além dos subtemas mencionados, foi criado um subtema chamado “situações abrangentes - inerente à condição humana”, para o qual todos os participantes contribuíram, que engloba estratégias para intervir na morte em casos que não os referidos acima. A existência deste subtema parece revelar o reconhecimento de que é importante trabalhar a morte em psicoterapia, pelo simples facto de todos os seres humanos, inevitavelmente, lidarem com ela, mais cedo ou mais tarde. Assim sendo, não são necessários acontecimentos de vida nem situações concretas ligadas à morte explícita para o tema poder surgir na vida dos clientes e em psicoterapia. É interessante reparar que todos os códigos deste subtema se referem à vida, isto é, a formas de melhorar a qualidade, o projeto e o sentido da vida. Desta forma, existem semelhanças do conteúdo deste subtema com o do subtema “tem uma instrumentalidade percebida”, relativo à utilidade da reflexão sobre a morte. Aquilo que para os próprios psicoterapeutas é útil e positivo face à reflexão sobre a morte é também aquilo que identificam como estratégia ou objetivo para a intervenção com os clientes face à morte.

Após abordar as perspetivas da morte e as perspetivas da intervenção, falta estudar a relação entre ambas, em ambas as direções. Para tal, foram criados três temas. De forma geral, estes temas estão repletos de respostas contraditórias dos mesmos participantes, ou seja, os participantes oscilavam entre várias perspetivas. Em específico, um dos temas, para o qual todos os participantes contribuíram, indica que “a perspetiva pessoal da morte ilumina a intervenção na morte”. De um modo geral, a ideia que prevaleceu foi de que “se a perspetiva pessoal da morte afeta a psicoterapia, afeta de forma positiva”, isto é, “ilumina”. Os seus subtemas são

“diretamente”, “indiretamente” e “a perspectiva pessoal da morte poderia..., mas (felizmente) tal não acontece”. Face a este último subtema, quatro dos participantes referem exemplos de situações negativas que, felizmente, não lhes acontecem, como por exemplo, a perspectiva pessoal da morte retirar liberdade aos clientes ou dificultar o processo terapêutico. Se os exemplos referidos não lhes acontecem a eles mesmos, então a quem acontecem? Aos “outros” psicoterapeutas (referidos anteriormente)? Parece que aquilo que é visto como negativo é colocado, mais uma vez, em algo externo. Parece também que reconhecem que a sua perspectiva pessoal sobre a morte afeta a psicoterapia, mas que, para si mesmos, sentem que é importante que não afete. Tais dados podem ligar-se à neutralidade, referida anteriormente.

O tema “o metapensamento face à relação entre a perspectiva da morte e a intervenção psicoterapêutica na morte”, contém três subtemas, um dos quais “autoconsciência da relação”, associado aos quatro participantes que afirmam que existe relação entre ambas, sendo esta relação inevitável ou circular. O segundo subtema menciona uma “dúvida consciente sobre a existência da relação”, no qual se inserem os dois participantes que não se inserem no primeiro subtema e um terceiro participante que se insere em ambos, oscilando entre perspectivas. Na prática, e ao nível da codificação, este subtema demonstra que nenhum dos participantes referiu não existir uma relação, porém, verbalizam - “não sei” - e até referem nunca ter refletido sobre isto, tentando refletir no momento. Oscilam entre perspectivas, isto é, contradizem-se ao longo do discurso, seja durante o seu momento de reflexão, seja noutras frases ditas na entrevista.

Os participantes do mesmo subtema, que refere que os psicoterapeutas duvidam da existência da relação entre a sua perspectiva da morte e a intervenção na morte, enquadram-se no terceiro subtema - “desligamento da perspectiva pessoal da morte em psicoterapia, em prol da perspectiva do cliente” -, o que parece “resolver” esta dúvida. Ou seja, parece existir uma resolução: “talvez não exista relação entre uma coisa e outra porque eu, como bom psicoterapeuta que sou, desligo-me da minha perspectiva sobre a morte em prol da perspectiva do cliente, para não o influenciar nem prejudicar”. Parece existir uma negação de que, como seres humanos que são, os fatores pessoais podem, em algum momento, afetar negativamente a psicoterapia. Contudo, o psicoterapeuta “contaminar” negativamente a relação psicoterapêutica é apenas uma das várias possibilidades de se materializar a relação entre ambas as dimensões em estudo. Isto é, os participantes dos dois últimos subtemas não percebem a possibilidade de a relação ser positiva, exceto um deles, que se enquadra nos três subtemas. Além disso, estes dados acabam por contradizer o que todos os participantes referiram no tema anterior, em que

as suas perspetivas pessoais “iluminam” positivamente a psicoterapia, o que demonstra, mais uma vez, contradição, confusão e incerteza.

A literatura indica que a dimensão pessoal impacta o trabalho psicoterapêutico, como uma componente importante na relação psicoterapêutica (Broadbent, 2013; Kouriatis & Brown, 2011). Mais especificamente, as experiências pessoais, o relacionamento consigo próprio, a forma de se relacionar com os outros e as características pessoais (flexibilidade, honestidade, respeito, confiança, interesse e abertura) contribuem positivamente para a aliança terapêutica, reparação de ruturas e eficácia da psicoterapia. Além disso, as características interpessoais são mais efetivas quando intrínsecas à pessoa, sendo importante o psicoterapeuta estar presente como pessoa (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Heinonen et al., 2012; Heinonen et al., 2014; Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Keenan & Rubin, 2016). Ainda que os referidos estudos não abordem especificamente a morte, a visão pessoal da morte insere-se na dimensão pessoal do psicoterapeuta. Neste seguimento, a metanálise de Kouriatis e Brown (2011), o estudo de Broadbent (2013) e a teoria de Worden (2009) afirmam a existência de um impacto do luto do psicoterapeuta na psicoterapia, confirmando a relação entre as dimensões, que poderá positivo e/ou negativo. Quando positivo, traduz-se em empatia, abertura, proximidade e autenticidade e, quando negativo, em evitamento do tema, enviesamentos e instabilidade emocional.

Ainda a propósito da relação entre as dimensões, o último tema do estudo diz respeito à direção intervenção-pessoal, nomeado “a intervenção psicoterapêutica na morte afeta a perspetiva pessoal da morte”. Nesta direção, a abertura foi mais difícil para os participantes, pois quando confrontados com uma questão sobre o impacto que o trabalho psicoterapêutico na morte tem neles mesmos, parece que dão respostas mais curtas e vagas, mesmo após várias tentativas de *follow-up*. Por esse motivo, parece ser uma direção mais difícil de pensar e de falar sobre, talvez por ser, precisamente, sobre eles mesmos, sendo este mais um dado que pode demonstrar a dificuldade dos psicoterapeutas em falar sobre a morte e sobre si mesmos.

Neste tema, foi criado apenas um subtema “de forma positiva”, pois, em vez de acrescentar ao título do tema, não havendo subtemas, fez mais sentido criar um subtema para demonstrar que poderiam existir outras faces da mesma moeda. Os participantes só referiram o impacto como positivo, e apenas um dos códigos revelou maior prevalência, associado à autorreflexão, pois os restantes códigos eram quase específicos para cada participante. Mais uma vez, grande parte dos códigos parece ser algo “teórico”. Worden (2009) refere que trabalhar com clientes em luto poderá confrontar com as próprias perdas, com o medo e com a angústia existencial, o que se intensifica quando o cliente apresenta características em comum

com o psicoterapeuta (idade, sexo, estatuto social). De um ponto de vista mais positivo, Melo (2019) aborda a aprendizagem do psicoterapeuta, que leva consigo muito dos seus clientes.

É pertinente abordar aspetos das verbalizações dos participantes, pois podem introduzir dados relevantes, não tendo sido codificados por não se englobarem nas questões de investigação e por necessitarem de um método adequado para a sua análise. Por exemplo, ao longo das entrevistas, a morte era referida na primeira pessoa, “a minha morte”, mas também no plural, como “quando morrermos”, e, ainda, como mais distante, associada aos outros, que morrem, ou até como independente, que não se associa a ninguém, “a morte”. Além disso, ao longo das entrevistas foram muitas vezes encontradas incongruências de comunicação, seja ao nível do verbal *versus* não verbal, seja contradições ao longo do discurso. Certos participantes também referiram sentir que as suas respostas às questões seriam diferentes das expectativas do entrevistador. Como sugestão para um estudo futuro, seria interessante realizar um estudo direcionado à forma como os psicoterapeutas, e o ser humano em geral, se dirigem à morte.

Após analisar os vários temas, existe a visão geral de que os psicoterapeutas apresentam dificuldade em falar sobre si mesmos. Este é um estudo sobre psicoterapeutas, e muito do conteúdo trazido por estes estava associado a clientes, a casos clínicos, à intervenção, ao “outro”, a “outros” psicoterapeutas. Muitas vezes, o conteúdo acabava por estar associado a eles mesmos quando positivo e associado ao “outro” (cliente ou colega psicoterapeuta) quando negativo. Parece que, para manter a autoconfiança e a autoestima, não se quer acreditar que pode não se ser um bom profissional, ainda que tal esteja sustentado numa visão clivada do mundo, em que existem os “bons” e os “maus” psicoterapeutas. A morte está nos “outros”, o evitamento está nos “outros” e, com exceção dos dois participantes que referiram temer a morte, o medo da morte também está nos “outros”. “O inferno são os outros” (Sartre, 1944).

Se o medo da morte é universal, onde está a dimensão humana dos psicoterapeutas? O psicoterapeuta vive perdas, lutos, mortes, porém, fica a sensação de que os participantes estavam presentes na entrevista na qualidade de “profissionais” e que o lado humano fica de fora do consultório, podendo ser esse o motivo para mencionarem tantas estratégias de intervenção e relatos de casos clínicos, mesmo quando tal não era pedido. A “neutralidade”, trazida na EAPAM e nas entrevistas, poderá servir de base para a crença de que o psicoterapeuta consegue despir-se das suas visões do mundo, sentar-se em consultório e conversar com um cliente. Se o psicoterapeuta se despe de si, veste-se de quê? De uma personagem? Estas são crenças contraditórias com a investigação, que salienta a dimensão pessoal como base das

competências pessoais do psicoterapeuta, como um elemento diferenciador, potenciador da relação terapêutica, que pode e deve ser usado em favor da psicoterapia.

O ser humano sabe que a morte é inevitável, mas não é confrontado com essa certeza. O medo da morte leva a que afastemos a morte o máximo possível para o futuro, para autoproteção, sendo que quanto mais a afastamos menos parece assustar (Rosenthal, 1963). Deste modo, vivemos como se fossemos viver para sempre, planejamos como se não houvesse imprevistos, como se morrer não fosse possível, como se nos esquecêssemos que somos seres mortais. Isto faz com que, muitas vezes, a vida seja vivida de forma inautêntica e nos esqueçamos da responsabilidade (Heidegger, 1962). No presente estudo, a reflexão sobre a morte parece ser teórica, distante, impessoal, como se a morte fosse um conceito, um tema, e não uma vivência, uma dor, um medo. Os psicoterapeutas apresentam defesas, como todos os seres humanos, necessárias e fundamentais. Contudo, coloca-se a questão: será que as suas defesas se constituem como uma barreira à intervenção na morte em psicoterapia?

Yalom (1980) refere a morte e o sexo como os temas “tabu” em psicoterapia. Nesse caso, as defesas dos psicoterapeutas face à morte podem ser como um fato de astronauta: permitem andar no espaço, mas limitam os seus movimentos. Os fatos de astronauta tornam o impossível possível, mas, em simultâneo, impossibilitam outras coisas, como um cordão umbilical, que capacita, mas também limita. As defesas perante o medo da morte capacitam a pessoa (e o psicoterapeuta) para viver sem o sofrimento constante da consciência de que morrerá e perderá tudo e todos os que ama, mas, ao mesmo tempo podem impossibilitar o contemplar do momento presente, a responsabilidade, a autenticidade e o sentido de urgência. Todos precisamos de um fato de astronauta para viver no espaço das imensas possibilidades de escolha que temos, bem como para nos definir. Contudo, é importante ter consciência de que o estamos a usar, bem como das suas características e limitações (Bugental, 1999).

De forma geral, os resultados do presente estudo confirmam a literatura, que retrata a dimensão pessoal do psicoterapeuta como uma “variável esquecida” e que refere que os psicoterapeutas só abordam a morte quando esta se mostra como evidente e impossível de ignorar, o que alimenta o tabu existente (Becher et al., 2012; Yalom, 1980). Além disso, reforçam a teoria de Yalom, que afirma que os psicoterapeutas, muitas vezes, não têm consciência do próprio medo e negação face à morte e que não identificam que a morte está sempre presente em psicoterapia. Deste modo, também não possuem estratégias sobre como trabalhar o tema, ou as que possuem estão dependentes de situações externas da vida do cliente, ou da intenção do cliente em abordar o tema, situação atípica (Yalom, 1980).

Todavia, ao contrário do esperado na teoria de Yalom (1980), os participantes do presente estudo identificam que a morte pode estar presente de forma implícita em psicoterapia, nas pequenas coisas, e que é um tema importante de trabalhar, apesar de difícil. Existe a consciência de que é importante refletir sobre a morte e trabalhá-la a nível pessoal, apesar da relação entre a perspectiva da morte e a intervenção não ser clara para todos os participantes. Assim, é imprescindível que os psicoterapeutas saibam usar a consciência da morte, em si mesmos e em psicoterapia, como uma situação-limite, através da qual se vive uma mudança de perspectiva de vida, associada a maior sentido de urgência, autenticidade e sentido.

Este estudo apresenta implicações práticas relevantes, apelando ao desenvolvimento pessoal dos psicoterapeutas, à autoconsciência para a temática da morte e à supervisão e psicoterapia pessoal (Lohani & Sharma, 2022), para que a morte não se torne num ângulo morto. Deve alimentar-se o confronto com os dados da existência, para que o psicoterapeuta diminua as barreiras face ao material do cliente. É possível que as vivências pessoais e humanas do psicoterapeuta, associadas à morte, sejam utilizadas em psicoterapia para benefício do cliente (Broadbent, 2013; Kouriatis & Brown, 2011; Yalom, 1980), por exemplo, através da técnica da autorrevelação, mencionada por um dos participantes. Torna-se pertinente mencionar que cada psicoterapeuta, e cada cliente, faz parte do grande conjunto de “outros”, pelo que, olhando para o “exterior” olham para si mesmos, e mudando-se a si mudam os “outros” dos outros. Ao mesmo tempo, a experiência profissional poderá permear no psicoterapeuta, alimentando o seu desenvolvimento pessoal e autoconsciência. A neutralidade deverá ser usada de forma profissional, mas não deverá tornar-se numa barreira entre o psicoterapeuta e o cliente.

Além do referido, é importante que a presença da morte em psicoterapia seja abordada na formação dos psicoterapeutas, sendo a morte um tema que certamente passará pelas vidas profissionais e pessoais dos psicoterapeutas, e que muito raramente é abordada na formação. Ao mesmo tempo, deverá apelar-se à consciência de que nem tudo o que existe em psicoterapia está associado ao cliente. O psicoterapeuta - e o seu estado físico, psicológico, emocional e motivacional - também conta, pois está presente naquele momento, sendo o seu próprio instrumento de trabalho. Um psicoterapeuta em luto, por exemplo, será um instrumento de trabalho diferente do que um psicoterapeuta que não está em luto. Ambos terão diferentes pontos cegos e pontos fortes (Broadbent, 2013; Kouriatis & Brown, 2011). O luto é uma questão importante, pois, por norma, o regresso ao trabalho pós-luto é quase imediato, sem contar com a enorme quantidade de lutos não reconhecidos, ou silenciados, muitas vezes até pelos próprios (Doka, 1999; Givelber e Simon, 1981).

É essencial que os psicoterapeutas preparem a sua morte. Por exemplo, como será se adoecerem gravemente, se padecerem de incapacidade repentina (temporária ou permanente) ou se morrerem? Quem contacta os clientes? Como? Grande parte dos psicoterapeutas nunca pensou sobre estas questões, agindo como se não fosse possível acontecerem. Este deveria ser um tema abordado na formação, pela sua importância ética, associada à confidencialidade e à proteção do cliente. Porque não se aborda este tema? Porque não existem medidas obrigatórias para prevenir estas situações, tão dolorosas (Becher et al., 2012; Sorensen, 2009)?

Como limitações do estudo, torna-se essencial lembrar que este é qualitativo, não sendo possível quantificar, generalizar ou identificar relações causais. Além disso, como limitações da Análise Temática destacam-se o restrito poder interpretativo e a grande flexibilidade. Quanto ao último, é também considerado uma vantagem, apesar de significar que existe uma enorme amplitude de assuntos que podem ser ditos (Braun & Clarke, 2006). É neste seguimento que a teoria de Yalom se tornou numa espécie de guia para certos aspetos da análise.

Quanto às limitações da utilização da EAPAM, a subescala “aceitação como aproximação” implica acreditar numa vida feliz depois da morte, considerando-a uma transição. Contudo, parece que grande parte dos itens desta subescala pode estar associada a uma religião, usando muitas vezes as palavras “Deus” e “céu”, por exemplo. No momento do preenchimento da EAPAM, todos os participantes do estudo questionaram este tipo de itens, fazendo questão de deixar claro ao entrevistador a sua posição pessoal face à religião, e qual seria o seu “ponto de vista” ao preencher a escala. Assim, esta possível associação destes itens a uma religião pode alterar os resultados, podendo ser uma possível explicação para os valores muito reduzidos nesta subescala, exceto no participante que se considera religioso.

Como o tema do estudo pode confrontar aspetos pessoais e íntimos dos psicoterapeutas, outra das limitações é o facto de a entrevista ser conduzida por alguém com quem estes não têm nenhum tipo de relação, pois tal pode contribuir para o estabelecimento de barreiras face ao conteúdo partilhado, principalmente sobre si mesmos. Além disso, havendo o conhecimento de que as entrevistas serviriam uma dissertação de mestrado, de uma possível futura colega psicoterapeuta, ou seja, um “outro”, tal poderia aumentar a desejabilidade social. Os psicoterapeutas foram entrevistados na qualidade de psicoterapeutas, cinco deles no seu local de trabalho, o que os pode ter afastado da sua dimensão pessoal, tão necessária para o estudo.

De forma geral, a área da morte em psicoterapia, e a forma como os psicoterapeutas lidam com a morte, carece de estudos. Como estudo futuro, seria pertinente estudar estas

questões em várias abordagens teóricas, com um maior número de participantes, e verificar se existem contrastes. No presente estudo, os contrastes verificam-se individualmente: em muitos pontos os participantes cruzam-se entre si, e noutras pontos afastam-se, independentemente das abordagens. Tal pode ser explicado pelo carácter pessoal do tema, que vai além da pertença a uma sociedade ou associação de psicoterapia. Além disso, é pertinente que estudos futuros questionem o que os psicoterapeutas fariam para proteger os seus clientes em caso de doença, incapacidade ou morte repentina. Adicionalmente, as perceções de autoeficácia dos psicoterapeutas, a autoconsciência e a dimensão humana são áreas importantes de estudar em maior profundidade. Por fim, no presente estudo foram partilhados relatos de vivências pessoais sobre a morte e relatos de casos clínicos, porém, não foi aprofundado o estudo dos mesmos. Desta forma, estudos centrados nos significados e nas vivências pessoais e com clientes poderiam ser úteis para complementar esta área de estudos.

## Referências

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review, 23*(1), 1-33.
- Al-khodair, N. A., & Alrawaf, E. A. (2023). Saudi therapists' lived experience of self-awareness. *Counselling and Psychotherapy Research, 23*(2), 487-501.
- Aydin, F., & Odaci, H. (2021). Life satisfaction of counsellor supervisees: the role of counselling self-efficacy, trait anxiety and trait hope. *British Journal of Guidance & Counselling, 49*(5), 713-731.
- Becher, E. H., Ogasawara, T., & Harris, S. M. (2012). Death of a Clinician: The Personal, Practical and Clinical Implications of Therapist Mortality. *Contemporary Family Therapy, 34*(3), 313–321. <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9181-y>
- Bennett-Carpenter, B. (2014). Facing up: psychotherapists writing about dealing with the idea of one's own death. *Mortality, 19*(4), 361–378. <https://doi.org/10.1080/13576275.2014.943169>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Sage publications.
- Broadbent, J. R. (2013). “The bereaved therapist speaks”. An interpretative phenomenological analysis of humanistic therapists' experiences of a significant personal bereavement and its impact upon their therapeutic practice: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research, 13*(4), 263–271. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.768285>
- Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R. G. (2008). Self-evaluation of cognitive therapy performance: do therapists know how competent they are?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(5), 581-587.
- Bugental, J. F. (1999). The necessity for space suits In *Psychotherapy isn't what you think: Bringing the psychotherapeutic engagement into the living moment* (pp. 109-124). Zeig Tucker & Theisen Publishers.

- Doka, K. J. (1999). Disenfranchised grief. *Bereavement Care*, 18(3), 37–39.  
<https://doi.org/10.1080/02682629908657467>
- Cohen, J. (1983). Psychotherapists Preparing for Death: Denial and Action. *American Journal of Psychotherapy*, 37 (2), 222–226.
- Garcia-Lawson, K. A., Lane, R. C., & Koetting, M. G. (2000). Sudden Death of the Therapist: The Effects on the Patient. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30(1).
- Garfield, S. L. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 40.
- Gesser, G., Wong, P. T., & Reker, G. T. (1988). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 18(2), 113-128.
- Givelber, F., & Simon, B. (1981). A Death in the Life of a Therapist and Its Impact on the Therapy. *Psychiatry*, 44(2), 141–149.  
<https://doi.org/10.1080/00332747.1981.11024099>
- Hayes, J. A., Yeh, Y. J., & Eisenberg, A. (2007). Good grief and not-so-good grief: Countertransference in bereavement therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 63(4), 345–355. <https://doi.org/10.1002/jclp.20353>
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time*. Blackwell.
- Heinonen, E., Lindfors, O., Härkänen, T., Virtala, E., Jääskeläinen, T., & Knekt, P. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short-term and long-term psychotherapies. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(6), 475-494.
- Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short-and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 301-312.
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-432.

- Hendin, H., Pollinger Haas, A., Maltzberger, J. T., Koestner, B., & Katalin Szanto, B. (2006). Problems in Psychotherapy With Suicidal Patients. *Am J Psychiatry*, *163*, 1. <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Keenan, K., & Rubin, S. (2016). The good therapist: Evidence regarding the therapist's contribution to psychotherapy In D. J. Cain, K. Keenan, & S. Rubin (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 421–454). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14775-014>
- Knapp, S., Gottlieb, M. C., & Handelsman, M. M. (2017). Self-awareness questions for effective psychotherapists: Helping good psychotherapists become even better. *Practice Innovations*, *2*(4), 163.
- Kouriatis, K., & Brown, D. (2011). Therapists' bereavement and loss experiences: A literature review. *Journal of Loss and Trauma*, *16*(3), 205–228. <https://doi.org/10.1080/15325024.2010.519289>
- Kress, K., & Marie, M. (2019). Counseling termination and new beginnings. *Counseling Today*, *10*.
- Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of personality and social psychology*, *77*(6), 1121.
- Kübler-Ross, E. (1970). *On Death and Dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. Tavistock Publications Limited.
- Kübler-Ross, E., Wessler, S., & Avioli, L. (1972). On Death and Dying. *Jama*, *221*(2), 174–179. [www.jama.com](http://www.jama.com)
- Litman, R. (1965). When Patients Commit Suicide. *American Journal of Psychotherapy*, *19*(4), 570–576. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1965.19.4.570>
- Lohani, G., & Sharma, P. (2022). Effect of Clinical Supervision on Self-Awareness and Self-Efficacy of Psychotherapists and Counselors: A Systematic Review. *Psychological Services*. <https://doi.org/10.1037/ser0000693>
- Loureiro, L. (2010). *Referência-Revista de Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de. III*, 101–108.

- Machado, R. D. S., Oriá, M. O. B., Fernandes, M. A., Gouveia, M. T. D. O., & Silva, G. R. F. D. (2019). Translation and cultural adaptation of death attitude profile Revised (DAP-R) for use in Brazil. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico Psicanalítico. Compreender a estrutura da personalidade no processo clínico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Melo, J. (2019). *Nascemos frágeis e recebemos ordens para sermos fortes: Um olhar sobre o narcisismo e a autoestima*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Nicholl, E., Loewenthal, D., & Gaitanidis, A. (2016). ‘What meaning does somebody’s death have, what meaning does somebody’s life have?’ Psychotherapists’ stories of their work with suicidal clients. *British Journal of Guidance and Counselling*, 44(5), 598–611. <https://doi.org/10.1080/03069885.2015.1089430>
- O’Brien, J. M. (2011). Wounded Healer: Psychotherapist Grief Over a Client’s Death. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 236–243. <https://doi.org/10.1037/a0023788>
- Palmieri, F. (2018). Counselling psychologists’ experience of the death of a terminally ill client: An interpretative phenomenological analysis. *Counselling Psychology Review*, 33(1).
- Pompeo, A. M., & Levitt, D. H. (2014). A path of counselor self-awareness. *Counseling and Values*, 59(1), 80-94.
- Rosenthal, H. (1963). The Fear of Death as an Indispensable Factor in Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 17(4), 619–630.
- Sartre, J. P. (1944). Entre quatro paredes.
- Smith, P. H., & Delgado, H. (2020). Working With Non-Death Losses in Counseling: An Overview of Grief Needs and Approaches. *Adultspan Journal*, 19(2), 118–127. <https://doi.org/10.1002/adsp.12100>
- Sorensen, B. (2009). And When the therapist or supervisor dies... In L. Barnett (Ed.), *When Death Enters the Therapeutic Space - Existential Perspectives in Psychotherapy and Counselling* (pp. 193–206). Routledge.
- Steele, D. (1977). The Counselor’s Response to Death. *Personnel and Guidance Journal*, 3, 164–167.

- Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*, 121, 121-148.
- Worden, J. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner* (4th ed.). Springer Publishing Company.
- Yalom. (1980). *Existential Psychotherapy*.
- Yalom. (2006). *Os desafios da Terapia Reflexões Para Pacientes e Terapeutas*.  
<http://groups.google.com.br/group/digitalsource>

## **Anexos**

### **Anexo A – Revisão de Literatura**

#### **A morte e o medo**

A morte é a única certeza na vida, que não se refere apenas ao último momento vivido, mas está presente durante todo o seu curso, por exemplo, em mudanças do corpo ou de estágios da vida. Assim, sabendo que todos os seres humanos contactarão com a morte e, inevitavelmente, morrerão, torna-se impossível deixar o tema da morte apenas para os mortos (Yalom, 1980, 2006). Contudo, à medida que a sociedade ocidental se desenvolve a nível tecnológico, científico e médico, o medo e a negação da morte aumentam. Na prática, o ato de morrer tem vindo a tornar-se institucionalizado, solitário, desumano e mecânico, associado, muitas vezes, a uma falha médica ou de controlo, que acontece no isolamento de um quarto de hospital e não no conforto familiar. Cada vez mais vivemos na ilusão de que, dominando e controlando tanta coisa, também dominaremos a morte (Kübler-Ross, 1970; Steele, 1977).

Kübler-Ross (1972) refere que o ser humano não consegue imaginar a realidade da própria morte, como se a morte fosse algo que acontece a todos os outros, mas não a si. Quando tentamos imaginar a própria morte, surge uma imagem destruidora, catastrófica, maligna e repentina, vinda do exterior. Neste seguimento, Steele (1977) defende que a falta de confronto e de reflexão sobre a temática da morte gera uma realidade onde a morte surge frequentemente acompanhada de emoções de choque, desamparo e solidão, sentidas por quem a vive e pelas pessoas em luto. Por mais que, em certos casos, o momento da morte seja previsível, este choca e imobiliza. Ao mesmo tempo, a institucionalização da morte é gerida por profissionais que, muitas vezes, não estão preparados para lidar com essas emoções (Steele, 1977; Young, 2009).

Vários autores defendem que todos os seres humanos têm medo ou ansiedade face à morte (Becher et al., 2012; Yalom, 1980; Yalom, 2006). Este medo da morte, ou ansiedade, desempenha um grande papel na sua experiência interna, levando-os, tendencialmente, a evitar ou a negar a morte (Yalom, 1980, 2006). Rosenthal (1963) interpreta várias formas ou componentes de sentir o medo da morte, associadas ao significado de “morte”, sendo estas: a morte como rutura, associada ao medo de castração e de destruição; o medo da morte como o medo do desconhecido; o medo da morte como o medo de um castigo; a morte como separação, dando lugar ao medo do isolamento e da solidão; a morte que leva a perder tudo o que foi conquistado em vida, o que leva à zanga e ao medo perante a morte; a morte vista como inimiga;

a morte vista como um fracasso, associado à ausência de controlo; o medo de que a morte chegue durante o sono, o que se pode traduzir em insónias; o medo da morte como medo de desaparecer, associada a alterações na alimentação; o medo de que depois da morte haja mais sofrimento. Além destas interpretações, o autor refere vários caminhos utilizados como defesas perante o medo da morte, tais como: reduzir, reprimir, dessensibilizar, tornar a morte um tabu, ganhar conforto com a crença na vida depois da morte. De qualquer modo, a única forma de não temer a morte por completo é, de facto, não estando vivo.

Estudar o medo e a ansiedade face à morte torna-se relevante na investigação em psicoterapia, pois, sendo inerente à condição humana, estará também presente nos vários clientes e psicoterapeutas, pois o psicoterapeuta, antes de o ser, é humano (Becher et al., 2012; Yalom, 1980). Rosenthal (1963) e Steele (1977) referem que o medo da morte do psicoterapeuta constitui-se uma barreira para a intervenção eficaz em situações associadas à morte, pois muitos evitam a temática quanto mais conseguirem, ainda que inconscientemente. Assim, se os psicoterapeutas examinarem o seu próprio medo da morte, tentando compreender os seus sentimentos e atitudes perante esta, tal resultará numa intervenção mais funcional e mais saudável. Além disso, os autores defendem que este deveria ser um exercício obrigatório, devido à responsabilidade do psicoterapeuta. É importante que este exercício seja realizado não apenas de um ponto de vista teórico, mas também de forma prática, para que resulte numa perceção sobre como o seu medo da morte afeta a sua capacidade de se envolver na temática da morte em psicoterapia. Tendo essa autoconsciência, o psicoterapeuta será mais efetivo ao ajudar o paciente a lidar com o seu próprio medo.

Litman (1965) afirma que grande parte dos psicoterapeutas parece demonstrar atitudes relativamente serenas em relação à sua morte, pois evitam pensar na mesma. Por outro lado, refere a existência de psicoterapeutas que defendem que a consciência constante da possibilidade da morte ajuda a valorizar estar vivo. O estudo de Kirchberg et al. (1998), com 58 psicólogos que iniciam a prática profissional, revelou níveis mais elevados de desconforto em contexto clínico ao responder a questões relacionadas com a morte, comparativamente a questões não relacionadas com a morte. Os níveis de desconforto em questões associadas à morte foram ainda mais elevados nos psicólogos que demonstraram níveis mais elevados de medo da morte, em particular nos mais evitantes. Tais resultados reforçam a ideia de que entrar em contacto com a temática da morte em psicoterapia leva ao confronto do terapeuta com a sua ansiedade face à mesma. Por outro lado, no estudo também se verificou que os níveis de empatia foram semelhantes para assuntos relacionados com a morte e para assuntos não relacionados

com a morte. Assim, o desconforto sentido pelo psicoterapeuta não implica necessariamente uma menor empatia, nem uma intervenção menos eficaz.

### **A filosofia de Heidegger**

Tomer (1994) acredita que tanto as perspectivas psicológicas como as filosóficas demonstram uma necessidade de integrar e de criar sentido face à morte. Neste seguimento, faz sentido revisitar a filosofia de Heidegger sobre a morte, que afirma que somos seres-para-a-morte. Todavia, é pertinente ter em conta que as teorias filosóficas não servem como teorias científicas por si, apesar de nelas poderem residir bases para tal. A sua relevância reside no insight, na reflexão e na autoconsciência que poderão trazer ao ser humano.

Heidegger (1962) reflete sobre a atitude do ser humano – *Dasein* - sobre a morte. O autor não perceciona a morte como o acontecimento que finda a vida, mas, pelo contrário, vê a morte como inerente à vida, inseparável da mesma, representada pelo fim de cada experiência. Assim, a morte está sempre connosco, desde o início, e afeta constantemente a vida: sempre que um momento acaba, este não poderá ser vivido novamente, e morremos a cada momento que passa. Cada possibilidade tem um fim, e a morte é uma possibilidade sempre constante que, realizando-se, torna impossível qualquer possibilidade (Heidegger, 1962; ver também Gerner, 2007; Mandic, 2008; Young, 2009).

A consciência da morte traz ansiedade, pois, desta forma, parece não haver esperança nem sentido em se fazer seja o que for (Heidegger, 1962; ver também Tomer, 1994; Gerner, 2007; Young, 2009). Simultaneamente, a nossa ansiedade sobre a morte indica que, na maior parte das vezes, vivemos como se fossemos viver para sempre, planeando o futuro como se não fosse possível acontecer nenhum imprevisto, e como se morrer não fosse uma possibilidade. Este modo de viver é considerado pelo autor um esquecimento de que somos seres, de que existimos, sendo uma forma de vida inautêntica, que leva a esquecer da responsabilidade, do poder de escolha. É a forma como se vive no dia-a-dia comum, agindo como se o tempo fosse ilimitado, como se nada fosse urgente, e evitando a escolha. Assim, este modo de viver é o preço a pagar quando se evita pensar na morte, e é também o resultado das normas sociais que nos protegem do peso da nossa responsabilidade e ansiedade (Heidegger, 1962; ver também Young, 2009). Não é possível fugir da existência, nem dos seus fins. Assumindo as possibilidades e aceitando a morte, ganhamos a verdadeira responsabilidade por nós mesmos, o que está associado à liberdade e à autenticidade. Este é outro modo de vida, o estado em que

se ganha consciência de que somos seres limitados (Heidegger, 1962; ver também Gerner, 2007; Mandic, 2008; Yalom, 1980).

A consciência de que somos seres-para-a-morte traz força e propósito, leva à valorização do simples facto de que as coisas existem, leva à autenticidade, à consciência da responsabilidade e à aceitação de que no futuro não existiremos. É apenas através da consciência da morte que é possível ganhar compreensão da vida, valorizar cada possibilidade, arriscar para lá do confortável e alcançar a liberdade, libertando-nos da ansiedade e do medo perante a morte. Deste modo, a consciência da morte pode enriquecer a vida (Heidegger, 1962; ver também Gerner, 2007; Tomer, 1994; Young, 2009). Contudo, esta ansiedade nunca desaparecerá por completo, pois a morte é uma possibilidade constante, e até porque, se esta desaparecesse, voltaríamos aos padrões antigos. Estar ansioso é o estado mental fundamental para a compreensão do próprio e da vida (Mandic, 2008).

Neste seguimento, o autor Mandic (2008) reflete sobre a aplicação da filosofia de Heidegger à prática clínica. O autor acredita que os pacientes beneficiariam desta visão de ser-para-a-morte, pois ajudaria a aceder ao significado e ao sentido da vida, ganhando maior consciência das formas através das quais limitam o seu envolvimento intenso em coisas que os realizam. Se a morte não existisse, qual seria o sentido da vida? À medida que ganham esta consciência e que expressam a ansiedade, os clientes poderão sair da sua vida desconectada, confortável e segundo as normas sociais, passando a viver uma vida com mais sentido, consciente das escolhas possíveis de tomar. Assim, privilegia-se a sua autenticidade, a responsabilidade e a autonomia. Já em relação aos psicoterapeutas, o confronto com a morte também é um desafio, sendo que a sua consciência da morte também levará a responder à sua ansiedade, impactando o trabalho psicoterapêutico. Cabe a cada psicoterapeuta a preparação para abordar a temática da morte e do sentido da vida com os clientes.

### **A presença da morte em psicoterapia**

Becher et al. (2012) e O'Brien (2011) referem que a temática da morte estará sempre presente na vida pessoal e profissional dos psicoterapeutas, devido às perdas e aos lutos das próprias vidas e das vidas dos seus clientes. Bennett-Carpenter (2014) adota uma perspetiva em que morte está ainda mais presente, defendendo que, como o medo da morte é universal, a temática da morte surge inevitavelmente em cada processo de psicoterapia, mesmo quando de forma menos evidente. Neste seguimento, como é que cada psicoterapeuta responde a esta temática, que surge em terapia, seja de forma mais evidente ou menos evidente?

Becher et al. (2012) defende que é apenas em situações em que a morte surge de forma evidente que os psicoterapeutas abordam o tema em psicoterapia. Já Bennet-Carpenter (2014) afirma que certos psicoterapeutas não dão muita importância à temática da morte, mesmo quando surge explicitamente em psicoterapia. Neste seguimento, a literatura reforça que um dos papéis de um psicoterapeuta é endereçar qualquer tema que seja “trazido para cima da mesa” em psicoterapia, incluindo os mais desconfortáveis de abordar, como a morte (Bennett-Carpenter, 2014). Se nas oportunidades em que a temática surge, mesmo que de forma implícita ou subtil, o psicoterapeuta escolhe evitá-la, estará a cooperar com o tabu do paciente, o que aumentará a ansiedade do paciente face à morte. Na prática, se o medo e os pensamentos sobre a morte são deixados sozinhos, ficarão alojados no inconsciente e, a partir de aí, conseguirão agir na vida do paciente pela calada, de forma mais difícil de identificar e de transformar (Rosenthal, 1963). Estas teorias reforçam a pertinência de abordar a morte em psicoterapia.

Deste modo, quais as visões do psicoterapeuta sobre o seu papel em psicoterapia face esta temática? Yalom (1980, 2006) e Rosenthal (1963) defendem que o medo da morte deve ser sempre abordado pelo psicoterapeuta em psicoterapia. Isto é, se este medo existe em todos os indivíduos, independentemente de estar reprimido ou não, este deve ser sempre abordado e compreendido, sendo visto como uma função básica e universal da psicoterapia. Para estes autores, torna-se impossível para o psicoterapeuta trabalhar em profundidade com o seu paciente sem se trabalhar o medo da morte. Assim, uma das funções da psicoterapia será que o cliente reconheça o medo universal da morte e que identifique e trabalhe a sua conceção da mesma, uma vez que, certamente, lidará com esta ao longo da sua vida, seja através de perdas ou através do confronto com a sua própria morte. Estes autores acreditam que a oportunidade para abordar esta temática surge certa e naturalmente nos vários percursos psicoterapêuticos, seja através de vivências, de sonhos, ou até de expressões linguísticas utilizadas.

De qualquer modo, independentemente da abordagem teórica e das atitudes face à morte, saber abordar a temática da morte deveria ser uma competência básica do psicoterapeuta, implicando cuidado e sensibilidade. Deveria existir preparação para tal, sendo uma questão universal e inevitável, mesmo existindo diversas formas individuais para lidar com o tema (Becher et al., 2012; Bennett-Carpenter, 2014). Rosenthal (1963) acredita que se o psicoterapeuta souber lidar com o medo da morte de forma aberta, trabalhando-o, o paciente será encorajado a aceitar a morte e a viver melhor, referindo casos de alguns pacientes em que a discussão aberta sobre a morte se tornou num veículo para se libertarem dos seus medos e para se relacionarem de forma mais positiva com a vida. Negar a morte poderá ser um elefante

na sala do consultório, sendo que abordar o tema poderá trazer alívio e levar a uma vida mais autêntica (Bennett-Carpenter, 2014). Contudo, é reforçada a sensibilidade do psicoterapeuta em como abordar o tema com, por exemplo, pacientes que pareçam em negação. De qualquer modo, há uma riqueza terapêutica em abordar o tema.

A presença da temática da morte em psicoterapia é, normalmente, associada ao conteúdo do cliente, à vida deste. Isto é, a morte surge em psicoterapia na medida em que está presente no conteúdo do discurso do cliente, de forma implícita ou explícita. Contudo, a morte poderá estar presente em psicoterapia através da pessoa do psicoterapeuta. No mínimo, porque também o psicoterapeuta é um ser humano que enfrenta a possibilidade constante da sua própria morte, o que, por sua vez, ditaria o fim da psicoterapia, afetando o paciente. Como exemplo, o psicoterapeuta Feinsilver (1998), tendo cancro terminal, dizia aos seus pacientes que não poderia prever quando é que iria morrer: se antes ou depois de já terem terminado a psicoterapia. Becher et al. (2012) defende que todos os psicoterapeutas deveriam pensar desta forma, pois, na verdade, ninguém sabe quando morrerá. O autor acredita que é apenas em situações em que a morte não pode ser ignorada que grande parte dos psicoterapeutas falam abertamente em psicoterapia sobre a sua própria mortalidade, e que não deveria ser assim. Sorensen (2009) refere que, de um ponto de vista prático, parece que nem todos os psicoterapeutas agem com consciência da inevitabilidade e imprevisibilidade da sua morte.

Ao percecionar a morte além da noção de morte biológica, significando, por exemplo, o fim de uma relação, esta poderá surgir em cada psicoterapia através da certeza do fim da mesma. Isto é, independentemente do motivo, a psicoterapia terminará. Que significado terá esse fim para o paciente? E para o psicoterapeuta? O estudo de Goodyear (1981) debruça-se sobre o término da psicoterapia e sobre a visão dos psicólogos. O autor defende que o término do processo psicoterapêutico é uma experiência de perda e de luto para o psicólogo, principalmente em casos em que a relação é mais próxima, íntima, produtiva e/ou longa. Estes resultados reforçam a importância da reação do psicólogo, em vez do foco ser apenas a melhor gestão da situação para o paciente.

O luto está sempre associado ao significado da relação, e, por sua vez, ao significado da perda, sendo que Goodyear (1981) destaca vários significados possíveis para o fim da relação de psicoterapia para o psicólogo, sendo estes: 1) o término significa o fim de uma fonte de gratificação; 2) o término significa o fim de uma relação importante; 3) o término traz ansiedade ao psicólogo sobre como o cliente agirá de forma independente; 4) o término traz culpa ao psicólogo, sobre não ter sido mais eficaz; 5) o autoconceito do psicólogo é ameaçado pela forma

abrupta com que o cliente abandonou a psicoterapia; 6) o término significa o fim de uma experiência de aprendizagem; 7) o término significa o fim de uma experiência excitante de viver através das aventuras da vida do cliente; 8) o término é sentido como uma recapitulação simbólica de outras despedidas da vida do psicólogo, principalmente quando estas não foram bem resolvidas ou elaboradas. Por fim, o estudo destaca a importância da supervisão, da psicoterapia pessoal, da autoconsciência e do estudo sobre estas questões.

O presente estudo aborda a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia. Desta forma, nas páginas seguintes serão apresentados estudos teóricos e empíricos sobre o tema, focando-se majoritariamente nas situações em que a morte está presente em psicoterapia de forma evidente. Em concreto, será abordada a presença da temática na pessoa do psicoterapeuta e nas características da intervenção. A perspectiva do psicoterapeuta é a privilegiada, bem como recomendações para gerir as situações apresentadas.

### ***A presença da morte na pessoa do psicoterapeuta***

Ao pensar sobre a temática da morte em psicoterapia, a tendência é dirigir o foco para o paciente. É raro associar-se esta temática ao psicoterapeuta, ou, quando tal acontece, o psicoterapeuta é pensado apenas como um ser profissional, e em relação com o paciente (Bennett-Carpenter, 2014). Como será pensar na pessoa do psicoterapeuta? Este tema será abordado nos parágrafos seguintes, a respeito do psicoterapeuta que pensa a própria morte, do psicoterapeuta em luto, do psicoterapeuta que experiencia a morte de um paciente e do psicoterapeuta que experiencia a morte de um supervisor.

**Pensar a própria morte.** A literatura indica que muitos psicoterapeutas escolhem não pensar na sua morte, deixando essa reflexão para a idade idosa, e parecem agir como se não fosse possível morrerem de forma inesperada (Becher et al., 2012; Litman, 1965). Tal atitude poderá ser prejudicial para os seus pacientes, pois, devido à natureza única da relação terapêutica, e ao impacto que os psicoterapeutas têm nos seus pacientes, a morte do psicoterapeuta poderá ter efeitos devastadores para os mesmos a nível psicológico, levantando questões éticas e práticas (Becher et al., 2012). Se a morte é certa e inevitável, porque é que não é pensada e, minimamente, preparada pelos psicoterapeutas (Bennett-Carpenter, 2014)?

Becher et al. (2012) tentam responder à questão anterior ao remeter para o contexto, a cultura ocidental em que vivemos, onde a morte é negada, escondida, encarada como um tabu e associada ao medo de perder o controlo, havendo uma grande medicalização, e sendo uma sociedade individualista. Os psicoterapeutas, vivendo nesta cultura, não estão imunes aos seus

valores e ideias e o seu medo da morte poderá interferir com a intervenção. A este pensamento, Cohen (1983) acrescenta que é demasiado ansiogénico para o ser humano pensar e preparar a sua morte, não sendo a profissão de psicoterapeuta uma condição suficiente para diminuir a ansiedade face à morte. Adicionalmente, o autor defende que o isolamento é uma experiência inerente à vida profissional de um psicoterapeuta, bem como a autoconsciência da sua solidão no mundo, mesmo que este possa ter relações ricas e profundas com os outros. Desta forma, esta experiência de isolamento poderá ser outro fator que contribui para a negação da morte por parte de muitos psicoterapeutas, pois pensar na própria morte poderá acentuar a consciência da solidão, o que se torna mais difícil de gerir e tolerar. Em psicoterapias longas, o psicoterapeuta poderá também sentir que tudo se mantém igual ao longo do tempo, sendo que esta sensação, conjugada com o medo de perder os pacientes, poderá interferir com a consciência da morte.

Para colmatar esta dificuldade identificada, é importante o encorajamento da autoconsciência das áreas mais frágeis dos psicoterapeutas, sendo a morte uma delas. A mortalidade dos psicoterapeutas poderá ser, muitas vezes, um ponto cego, alvo de negação e de evitamento, tornando a introspeção necessária para prevenir impactos negativos nos clientes (Becher et al., 2012). Bennett-Carpenter (2014) percebe a autoconsciência da própria morte como básica e fundamental para um psicoterapeuta - “Se os psicoterapeutas, cuidadores da saúde e outros cuidadores que lidam com questões da mortalidade não conseguem encarar a ideia da sua própria morte futura, como se pode esperar que outros - especialmente os pacientes - o façam?” (Bennett-Carpenter, 2014). Para tal, salienta a escrita e o diálogo sobre a própria morte como forma potenciadora de autoconsciência, trazendo benefícios para o autocuidado e bem-estar dos psicoterapeutas e, por sua vez, para a intervenção.

Segundo Bennett-Carpenter (2014), se a morte surge inevitavelmente em psicoterapia, mesmo que de forma menos evidente, então, se o psicoterapeuta tiver consciência, sensibilidade e aceitação da própria morte, será mais saudável, eficaz e menos doloroso lidar com as questões do paciente face à morte. A morte é uma limitação, assim sendo, admiti-la coloca os psicoterapeutas numa melhor posição face a si mesmos e face aos seus pacientes. O autor acrescenta que a idade poderá ser um fator que ajude a ganhar esta autoconsciência, notando que depois dos 60 anos o pensamento em relação à morte se altera, deixando de ser “se” acontecerá, mas sim a “quando” acontecerá. Além disto, é de notar que na abordagem existencial se verifica um foco em aceitar a incerteza, a insegurança, a ansiedade, as limitações e a morte, o que poderá ser um fator facilitador para os psicoterapeutas desta abordagem, quanto à forma como lidam com a temática e com a consciência da própria morte (Sorensen, 2009).

Contudo, o fator idade e a abordagem existencial não são suficientes para solucionar esta problemática, pois os psicoterapeutas existenciais representam apenas parte dos psicoterapeutas, e a morte, a doença ou a incapacidade podem chegar mesmo aos psicoterapeutas mais novos.

No estudo de Sorensen (2009), grande parte dos psicoterapeutas nunca tinha refletido sobre o que faria se descobrisse uma doença grave ou se fosse vítima de um acidente, não pensando sequer na possibilidade de uma incapacidade temporária ou permanente, nem nas respectivas implicações para a prática profissional. Identifico estes resultados como problemáticos para o bem-estar dos pacientes, tendo em conta o estudo de Garcia-Lawson et al. (2000), que compara o fim da psicoterapia por morte do psicoterapeuta, sem aviso ou preparação prévia, com o fim planeado da psicoterapia. Este conclui que o fim da psicoterapia sem aviso prévio, por morte do terapeuta, tem enormes efeitos e implicações clínicas negativas nos pacientes, quando comparado ao fim planeado. Estas implicações perduram no tempo, pois os clientes têm muita dificuldade até com os seus psicoterapeutas seguintes. Assim, os autores sugerem que este seja um tema abordado nas universidades de psicologia e/ou nas formações de psicoterapeutas, bem como que os supervisores, tendo estes dados em mente, discutam os sentimentos sobre a morte e a doença com os seus supervisandos. Trabalhar esta temática em supervisão poderá de facto ser eficaz, tendo em conta a revisão sistemática de Lohani e Sharma (2022), que sublinha a supervisão como imperativa para o desenvolvimento de competências dos psicoterapeutas, em particular, tendo um impacto positivo na autoconsciência.

Os psicoterapeutas têm a responsabilidade ética de prever situações que possam prejudicar o paciente, tal como a morte ou incapacidade (Cohen, 1983; Garcia-Lawson et al., 2000). Contudo, raramente planeiam quais medidas tomar em caso de morte, o que apresenta muitas implicações éticas, nomeadamente de confidencialidade, sobretudo para os psicoterapeutas que trabalham em contexto privado. Existem poucos psicoterapeutas prevenidos para, a nível profissional, protegerem os seus pacientes em situações extremas ou inesperadas (Becher et al., 2012; Cohen, 1983). Desta forma, existe a necessidade de preparar medidas que ajudem os pacientes nestas situações, algo que Garcia-Lawson et al. (2000) defendem que deveria acontecer logo no momento em que as regras da psicoterapia são discutidas pelo psicoterapeuta com o paciente.

Sorensen (2009) destaca a importância da autenticidade dos psicoterapeutas para com os pacientes, apelando à comunicação aberta, mesmo em casos de doença grave ou acidente. No entanto, salienta que, nesses casos, é provável que exista uma grande dificuldade por parte

dos psicoterapeutas em comunicarem abertamente a sua situação, pois encontram-se vulneráveis a nível pessoal, sendo mais difícil agir de forma profissional e ética. É neste seguimento que propõe a criação de indicações gerais sobre como agir nessas situações, e que estas sejam consideradas obrigações éticas. Como exemplo, sugere a criação de um testamento terapêutico, por parte de cada psicoterapeuta.

Existem vários autores que recomendam a elaboração de testamentos terapêuticos, referindo até algumas indicações sobre como fazê-lo (Becher et al., 2012; Cohen, 1983; Garcia-Lawson et al., 2000). Esta é uma tarefa difícil e desagradável para os psicoterapeutas, porém, protetora dos pacientes. Assim, um testamento terapêutico deverá conter todos os passos a tomar em caso de morte e/ou incapacidade do psicoterapeuta. Na prática, é importante que contenha os nomes e os contactos dos pacientes, bem como: como contactar, o que dizer, o diagnóstico, que medidas clínicas tomar (tratamento), a quem referenciar, podendo até ter o tipo de personalidade ou de funcionamento mental. Além disso, deverá conter a designação de um colega ou supervisor, que será responsável por informar cada paciente sobre a morte do psicoterapeuta, bem como de cumprir com o testamento terapêutico. É pertinente salientar a importância de manter a confidencialidade, sendo que preferencialmente seria o psicoterapeuta a cumprir com o seu próprio testamento terapêutico, porém, quando tal não é possível abre-se esta brecha de confidencialidade, pois a responsabilidade ética de proteger, informar, honrar e tratar os pacientes torna-se maior do que a proteção da confidencialidade. Assim, uma forma de tentar manter a confidencialidade poderá ser através da criação de um código para a identidade de cada paciente, existindo um documento à parte que associe cada código a cada identidade. Por fim, o testamento terapêutico poderá conter contactos de pacientes que já tenham terminado a psicoterapia, mas que faça sentido serem avisados sobre a morte do psicoterapeuta, bem como será pertinente conter se haverá algo a dizer aos pacientes antes do psicoterapeuta morrer, em casos de doença grave ou incapacidade, e se sim, o que dizer (Becher et al., 2012; Cohen, 1983; Garcia-Lawson et al., 2000).

Feinsilver (1998), psicoterapeuta com cancro terminal, demonstra que, ao partilhar sobre a sua doença com os seus pacientes, sentiu benefícios a nível pessoal e psicoterapêutico. A nível pessoal, o autor redefiniu as suas prioridades de vida, ganhou autoconsciência, prazer e apreciação pela vida, ao confrontar-se com aquilo que mais temia e que era inevitável - a morte. Já de um ponto de vista psicoterapêutico, o autor denotou que a partilha da sua doença, e a simultânea capacidade em apreciar a vida, tornou-se numa força impulsionadora de ação e de mudança nos seus pacientes. Assim, o autor percecionou uma grande utilidade

psicoterapêutica em ter partilhado a sua realidade, nomeadamente devido ao reconhecimento dos pacientes de que o seu psicoterapeuta é uma pessoa real e humana, como eles.

**O psicoterapeuta em luto.** Segundo Kouriatis e Brown (2011), ao falar-se de “morte”, fala-se, implicitamente, de perda. Quando existe uma perda, experiencia-se o luto, seja esta devido a morte física, ou devido a qualquer fim de ligação significativa, ou à ausência de algo que impacte pensamentos, crenças, sentimentos, comportamentos ou a relação consigo mesmo ou com os outros. Existem várias teorias sobre o luto, tendo em comum a necessidade de tomar consciência da realidade da perda, aceitando-a, e de reorganizar os sistemas de crenças e as representações mentais. Grande parte das teorias sobre o luto organizam-no em estágios, o que, por um lado, poderá ajudar a normalizar as experiências das pessoas em luto, mas, por outro lado, também poderá criar uma noção de “dever” sentir, deixando à margem as experiências diferentes. Desta forma, conclui-se que cada experiência de luto é única, complexa e multifacetada, existindo vários fatores que a afetam (Freeman & Ward, 1998; Kouriatis & Brown, 2011), o que torna os rótulos e os estágios insuficientes para a sua compreensão.

As perdas têm um grande impacto nos seres humanos, nos seus mundos internos e externos, mais especificamente, no seu *self*, nos seus sistemas de crenças, sentimentos, formas de agir, de se relacionarem e a nível de estatuto social. Neste seguimento, a literatura afirma que as experiências de perda e de luto dos psicoterapeutas impactam a sua dimensão pessoal. Por sua vez, a dimensão pessoal dos psicoterapeutas tem um impacto no seu trabalho clínico, sendo um dos componentes importantes na relação psicoterapêutica (Broadbent, 2013; Kouriatis & Brown, 2011). Assim, os dados que indicam que questões pessoais não trabalhadas pelos psicoterapeutas poderão afetar o espaço psicoterapêutico conjugam-se com as teorias do luto, que demonstram uma necessidade de um trabalho ao longo do tempo, existindo até teorias que defendem que é um processo nunca totalmente finalizado (Worden, 2009). Desta forma, se os psicoterapeutas se focarem apenas nos seus pacientes, negligenciarão a importância das suas experiências na psicoterapia.

De que forma o luto pessoal do psicoterapeuta poderá afetar a psicoterapia? O impacto do luto pessoal do psicoterapeuta poderá revelar-se positivo e/ou negativo no processo psicoterapêutico. Assim, por um lado, existem evidências que indicam que os psicoterapeutas se apresentam mais resistentes, mais focados no seu sofrimento e não tão disponíveis para o conteúdo e para o sofrimento dos clientes. Desta forma, os psicoterapeutas poderão revelar estados emocionais instáveis (por exemplo, maior irritação e impaciência) em contexto psicoterapêutico, podendo evitar desenvolver certas temáticas, por medo da sua própria reação.

Além disso, poderá haver um enviesamento da sua parte, percecionando a temática da perda de forma exagerada no discurso do paciente. Também poderá existir um evitamento da utilização da técnica da auto-revelação, uma vez que desejam manter-se neutros (Broadbent, 2013; Kouriatis & Brown, 2011; Worden, 2009).

Por outro lado, também existem evidências de psicoterapeutas que, experienciando uma perda, se sentem mais vulneráveis e emocionalmente sensíveis a esta temática e às experiências de perda dos pacientes, sentindo-se mais próximos dos mesmos e tornando-se mais empáticos. Adicionalmente, também se sentem mais dispostos a usar a técnica auto-revelação, dependendo do cliente, da duração da psicoterapia, da orientação teórica, dos fatores culturais, e da experiência do paciente. Os psicoterapeutas que nesta situação a utilizam acreditam que tenha sido um benefício para a psicoterapia. Além disso, certos psicoterapeutas relatam que ao experienciarem uma perda se sentem confrontados com a sua própria mortalidade, obtendo uma maior consciência da morte, da solidão e do pouco controlo que têm sobre a vida, o que gera uma mudança de perspetiva perante a vida e o seu sentido, uma maior consciência das questões existenciais e uma maior conexão à vida. Assim, referem-se ao luto como uma experiência que transformou a sua perspetiva pessoal da vida, o que impactou o trabalho clínico de forma positiva, através de uma conexão mais profunda com os pacientes (Broadbent, 2013; Kouriatis & Brown, 2011; Worden, 2009).

Estes dados demonstram que as experiências de luto dos psicoterapeutas têm impacto na sua prática psicoterapêutica, a nível negativo e/ou positivo (Broadbent, 2013). Assim, por um lado, torna-se pertinente salientar a falsa ideia comum de que os psicoterapeutas saberão gerir melhor estas questões do que as pessoas comuns (Kouriatis & Brown, 2011), sendo que até mesmo o “melhor” psicoterapeuta do mundo não poderá evitar sofrer imenso com certas perdas pessoais, como por exemplo, a morte de alguém próximo, principalmente quando acontece de forma inesperada (Kahr, 2022). Por outro lado, o tempo poderá ser um fator importante, pois no estudo de Broadbent (2013) a qualidade do impacto do luto do psicoterapeuta na psicoterapia foi mudando ao longo do tempo, como um resultado do desenvolvimento pessoal e profissional. Assim, estes dados também demonstram que o luto tem um aspeto regenerador, potenciador do crescimento pessoal (Kouriatis & Brown, 2011), o que se conjuga com as evidências de que não existem pessoas que sintam ou experienciem o luto da mesma forma (Kahr, 2022).

A revisão de literatura de Kouriatis e Brown (2011) justifica a pertinência destas questões, concluindo que a perda é um tema sempre presente na vida de um psicoterapeuta, a

nível pessoal e profissional, e que, apesar disso, é um tema negligenciado. Existem poucos estudos relacionados com as experiências de perda significativa dos psicoterapeutas, devido ao foco estar mais direcionado ao bem-estar dos clientes. Esta revisão de literatura destaca, ainda, vários tipos de perda pessoal vividos pelos psicoterapeutas, além da morte de alguém próximo, como por exemplo a perda de saúde, e consequentes implicações para o *self*. Na prática, a perda do corpo como o conhecia, ou do controlo sobre si mesmo, ou do raciocínio, poderá ativar defesas face à própria fraqueza, como a negação, o narcisismo, a onipotência ou a formação reativa, ameaçando a neutralidade, a objetividade, a empatia e a relação com o cliente.

Torna-se pertinente destacar alguns estudos empíricos que vão ao encontro dos dados aqui referidos, como o estudo de Hayes et al. (2007) e o estudo de Broadbent (2013). Hayes et al. (2007), contando com 69 díades de psicoterapeutas e clientes, concluem que os psicoterapeutas são percebidos como menos empáticos quando ainda se encontram a resolver e elaborar as suas perdas pessoais. Assim, este estudo enfatiza que as perdas mal resolvidas/elaboradas do psicoterapeuta podem impactar negativamente o processo terapêutico, o que tem implicações para o trabalho clínico e para o autocuidado. Por outro lado, neste estudo, verificou-se que quando o psicoterapeuta tem o seu luto resolvido é percebido pelos clientes como mais empático, o que demonstra que a elaboração das próprias perdas do psicoterapeuta terá uma influência positiva na psicoterapia. Os dados deste estudo são congruentes com o autor Worden (2009), que defende que quando a perda do psicólogo não é bem resolvida, tal poderá ser uma barreira para a intervenção, principalmente nos casos em que o paciente também se encontra em luto, e se as características da perda de ambos forem semelhantes. Em simultâneo, o autor refere que, mesmo que a perda seja semelhante, se o psicoterapeuta se tiver adaptado à perda conseguirá usar essa experiência de forma útil para a psicoterapia.

No estudo de Broadbent (2013), em que 4 psicoterapeutas humanistas foram entrevistados, a experiência do luto teve um impacto predominantemente positivo no trabalho clínico, o que se verificou devido aos níveis mais elevados de conexão, empatia, compreensão, compaixão, e sintonia com os pacientes. Neste estudo, os psicoterapeutas optaram por usar a auto-revelação, sendo que um deles relatou que se sentiria inautêntico se não o fizesse. Assim, consideram que a utilização desta técnica ajudou os clientes a sentir que os seus psicoterapeutas também são humanos.

Tendo em conta o impacto do luto do psicoterapeuta na psicoterapia, que recomendações para psicoterapeutas em luto se encontram na literatura científica? O estudo de Givelber e Simon (1981) foca-se em algumas questões práticas com que os psicoterapeutas se

deparam, aquando de um luto pessoal. Uma das questões é: “devo ou não contar aos pacientes?”. Os autores referem que o foco deverá ser o significado que revelar ou não revelar poderá ter para cada paciente. Certos pacientes poderão ver como uma abertura da parte do psicoterapeuta, ou como uma demonstração de confiança na sua capacidade, tendo utilidade. Por outro lado, para outros pacientes poderá ser demasiada informação, ou até perturbador, não havendo a necessidade de revelar. Assim, dependerá da personalidade e psicopatologia do paciente, do estado da relação terapêutica, entre outros fatores. Contudo, salientam que se o paciente já estiver consciente de que algo se passa com o seu psicoterapeuta, esconder a verdade não será protetor, pois dará espaço à fantasia, que poderá ser pior do que a realidade.

Outra das questões às quais o estudo de Givelber e Simon (1981) tenta dar resposta é: “qual será o tempo indicado para regressar ao trabalho depois da morte de alguém próximo?”. Os autores defendem que, no geral, os psicoterapeutas regressam ao trabalho de forma prematura, devido a sentirem pressões, tais como: preocupações financeiras; preocupações face ao sofrimento dos pacientes (e à possível intensificação devido à sua ausência); evitamento da possibilidade de ter de justificar a sua ausência aos pacientes; sentimentos de solidão (e conseqüente desejo de conexão com o outro, através das relações terapêuticas); intolerância face a estados de carência e de fragilidade. Além disso, as expectativas internas do psicoterapeuta poderão exercer alguma influência no regresso precoce ao trabalho, estando associadas a um “ideal” de psicoterapeuta, em que, independentemente de quão devastadora tenha sido a perda, o mesmo “deveria” saber gerir o luto num curto período de tempo, muitas vezes até bastante mais curto do que aquele que vê como adequado para os outros. Além destas pressões e expectativas, o regresso ao trabalho poderá significar o regresso à normalidade, como fonte de autoestima e conforto. Deste modo, este estudo verifica a importância do reconhecimento do próprio sentir do psicoterapeuta, bem como o reconhecimento da existência de possíveis pressões para regressar ao trabalho, como as enumeradas. O tempo necessário para regressar ao trabalho é individual e deverá ser respeitado o máximo possível, para bem-estar do psicoterapeuta e para o melhor funcionamento da psicoterapia.

De uma forma geral, a literatura recomenda aos psicoterapeutas em luto o desenvolvimento contínuo a nível pessoal e profissional, pois o autoconhecimento, o autoquestionamento, a autoconsciência, a autenticidade e o confronto e elaboração dos seus próprios lutos resultarão numa melhor consciência dos momentos em que as suas necessidades poderão impactar o trabalho clínico, e numa conseqüente ação eficaz sobre as mesmas. Assim, é importante para a ética da prática clínica que o psicoterapeuta em luto seja ouvido e tenha um

espaço seguro e validante, seja através da terapia pessoal e/ou da supervisão, onde poderá ser discutido o possível impacto do luto no trabalho clínico (Broadbent, 2013; Colao-Vitolo, 2006; Kahr, 2022; Kouriatis & Brown, 2011; Worden, 2009).

Colao-Vitolo (2006) acrescenta que conversar com colegas de profissão, socializar, conectar com a família, ir ao funeral e usar expressões criativas são outras das estratégias de coping utilizadas pelos psicoterapeutas nesta situação. De qualquer forma, e ainda que o luto seja uma experiência normal, viver o luto acompanhado por pessoas que dêem suporte fará toda a diferença (Freeman & Ward, 1998). Deste modo, conclui-se que as riquezas externas e internas dos psicoterapeutas são essenciais para a sua elaboração das perdas (Kahr, 2022), bem como o oposto, pois o seu sofrimento também pode ajudar a aprofundar as suas capacidades de escuta e de sensibilidade nas respostas clínicas (Givelber & Simon, 1981).

**Experienciar a morte do cliente.** Quando um cliente morre, o psicoterapeuta enfrenta desafios éticos e emocionais, a nível profissional e pessoal (O'Brien, 2011). Alexander (1977) refere que a extensão total do luto está associada à intimidade e ao envolvimento que se tinha com a pessoa. Sendo a relação terapêutica uma relação de bastante intimidade e envolvimento, o autor salienta a importância do psicoterapeuta se permitir fazer o luto daquela perda pessoal. Isto é, se houve envolvimento suficiente para com o paciente para que a morte seja uma perda significativa para o psicoterapeuta, é importante que o processo de luto tenha espaço para ser expresso, sem julgamentos. Contudo, a problemática levanta-se, pois muitos psicoterapeutas tendem a evitar expressar o seu luto. Além disso, Goodyear (1981) acrescenta que até mesmo quando a relação terapêutica termina sem existir a morte do paciente os psicoterapeutas poderão experienciar a perda e o luto, principalmente quando esta era longa, íntima e produtiva.

Nos parágrafos seguintes será explorado o luto do psicoterapeuta devido à morte do seu paciente. Como o contexto da morte influencia o luto, serão abordados também estudos que demonstram reações, experiências e recomendações para psicoterapeutas que experienciaram a morte de pacientes idosos, de pacientes doentes terminais, de pacientes que se suicidaram e de pacientes que morreram devido a overdose. Existem poucos dados referentes a psicoterapeutas cujos pacientes morreram de forma repentina ou inesperada (Kouriatis & Brown, 2011).

Ao abordar o luto do psicoterapeuta devido à morte do seu paciente, torna-se pertinente referir o conceito de “luto desautorizado”, que é o luto experienciado mas não reconhecido socialmente. Tal poderá derivar de várias razões (que poderão até coexistir na mesma situação): 1) a relação não é reconhecida socialmente, 2) a perda não é reconhecida socialmente, 3) a

pessoa em luto não é reconhecida socialmente, 4) a morte é desautorizada. Quando um psicólogo ou psicoterapeuta se encontra em luto devido à morte do paciente poderá experienciar o luto desautorizado, apesar desta teoria também englobar outras circunstâncias que nada têm a ver com o contexto terapêutico (Doka, 1999).

Aplicando esta teoria a psicoterapeutas, a relação terapêutica poderá inserir-se na primeira categoria - “relação não reconhecida socialmente” - em que os laços que os unem não são reconhecidos, por ser uma relação considerada profissional e formal, ao contrário da relação que se tem com um familiar próximo, por exemplo. Neste caso, tanto a relação como o luto sentido poderão ser vistos como inválidos pela sociedade. A situação intensifica-se se o paciente já tiver terminado a psicoterapia, pois, socialmente, o luto por uma pessoa que já foi próxima também não é reconhecido, ainda que a morte desta acabe com o contacto remanescente e com a fantasia ou possibilidade de aproximação, o que também causa sofrimento (Doka, 1999).

A respeito da segunda categoria - “a perda não é reconhecida socialmente” -, esta está associada a casos de perda em que não existe uma morte física, tais como as mortes psicológicas, as doenças associadas a estados alterados de consciência (como o Alzheimer), ou até mesmo o fim de uma relação, como a relação terapêutica, entre outros exemplos. Ainda que a sociedade não o reconheça, este tipo de perdas poderá ter um grande impacto no mundo psicológico da pessoa em luto, havendo estudos que indicam que se pode experienciar o luto mesmo sem existir morte biológica (Doka, 1999).

Sobre a terceira categoria - “a pessoa em luto não é reconhecida” -, esta poderá aplicar-se aos psicólogos e aos psicoterapeutas, que muitas vezes são vistos como se fosse sua “obrigação” saber gerir rapidamente o seu estado mental e emocional, e como se não sofressem. Por fim, em relação à última categoria - “a morte é desautorizada” -, esta associa-se a circunstâncias da morte geradoras de vergonha, de sentimentos de culpa ou de estigma, o que causa a inibição de pedir apoio social, por parte das pessoas em luto. Como exemplo, os pacientes que morrem devido a suicídio, alcoolismo ou *overdose* têm mortes desautorizadas, segundo a teoria de Doka (1999).

É importante referir que o luto desautorizado evoca um paradoxo, pois a sua natureza exacerba o próprio luto. Isto é, este tipo de luto leva a um maior isolamento por parte de quem o experiencia, pois os seus sentimentos são vistos como inaceitáveis, o que reduz o suporte social, bem como o espaço para expressar o luto, circunstâncias estas que intensificam a dificuldade em elaborar e em resolver o luto. Assim, é importante reconhecer que a sociedade

cria uma espécie de “normas” para o luto, apesar de, na realidade, não existirem regras que definam quem sente o luto, nem qual o motivo do luto, dependendo em grande parte da ligação que se tinha com a pessoa. Uma grande perda é uma grande perda quando envolve significado e vinculação, e cada luto é uma experiência única, complexa e importante, mesmo quando a perda é estigmatizada. Adicionalmente, sublinha-se que, segundo Doka (1999), não é apenas a sociedade que pode desautorizar o luto, pois, em certos casos, o luto é desautorizado pelo próprio. Tal pode acontecer aos psicoterapeutas, por exemplo, devido ao seu papel profissional.

Como é para um psicoterapeuta quando um paciente morre? Lardaro (1988) entrevistou psicoterapeutas e as reações mais partilhadas à morte de um paciente idoso foram: negação, culpa, evitamento do luto, desamparo no momento da notícia, incompletude, impotência, frustração e sentimentos de fracasso para com a pessoa. Os sentimentos de culpa foram associados a um sentimento de que, de alguma forma, se contribuiu para a morte daquela pessoa, ainda que tal sentimento seja discordante da realidade objetiva. Nos casos em que os pacientes idosos se encontravam doentes antes de morrer, certos psicoterapeutas sentem que se foram afastando gradualmente, talvez como defesa face à sua perda e sofrimento proveniente.

Nos casos em que os pacientes sofrem de uma doença terminal, a situação intensifica-se, assumindo contornos únicos, existindo um grande impacto a nível pessoal e profissional para os psicoterapeutas, que relatam sentir luto, desamparo, incapacidade em tratar futuros pacientes e maior empatia face a clientes com essa experiência (Kouriatis & Brown, 2011). No caso do psicoterapeuta O’Brien (2011), mesmo sabendo dos prognósticos do seu paciente, este nunca pensou que aquela seria a sua última sessão, nem esperava receber a notícia da morte do seu paciente. O autor refere a sua vontade comparecer ao funeral, apesar de ter decidido não ir, por motivos éticos, mesmo não existindo *guidelines* éticas nesse sentido. Relatou, ainda, a sua dificuldade em elaborar o luto, tentando encontrar estratégias para tal, sem comprometer a confidencialidade, através do diálogo com colegas psicoterapeutas de fora da sua zona de residência, e do regresso à psicoterapia pessoal. É sublinhada a importância de criar medidas que ajudem os psicoterapeutas nestas situações. Contudo, torna-se essencial que o psicoterapeuta tenha consciência das suas atitudes fora do gabinete, pois estas podem impactar o cliente, ou a sua família, no caso de um cliente que tenha morrido.

Palmieri (2018) entrevistou sete psicólogos, com o objetivo de compreender como é que estes criam sentido na morte de um cliente doente terminal, levantando experiências a nível pessoal e profissional. Estes destacaram o momento em que souberam da morte do seu paciente como muito difícil, tendo memória do que estavam a fazer e de onde e de com quem estavam.

Os sete psicólogos relataram sentimentos de choque e de surpresa quando souberam que os pacientes tinham morrido, mesmo quando a morte era muito previsível. Sentiam-se preparados para a morte do paciente em teoria, mas não na prática, nem a nível emocional. Todos consideraram terem sido afetados pelas mortes dos seus pacientes, bem como sentiram que tinham “assuntos por resolver” com os mesmos. Após saberem que o paciente morreu, o choque, o evitamento e as experiências emocionais contraditórias (choque, tristeza, alívio, zanga) predominaram. Além disso, o autoquestionamento foi muito comum e sentido como inevitável, a nível pessoal e profissional, devido à culpa que sentiam em pensar que não deram ao paciente tudo aquilo que ele precisava, que podiam ter feito mais do que aquilo que fizeram, ou até que eram capazes de prevenir a morte, como se tivesse sido possível salvar o paciente. Verificou-se alguns relatos de luto desautorizado, bem como de conflitos entre a dimensão pessoal e profissional, nomeadamente em relação a comparecer ou não ao funeral.

Se nos estudos acima referidos, referentes à morte de pacientes idosos e de pacientes com doenças terminais, os sentimentos de culpa foram referidos pelos psicoterapeutas, existindo a sensação de que poderiam ter feito mais pelo paciente, tal assume contornos ainda mais intensos, complexos e confrontadores nos casos em que o paciente morre devido a suicídio. Nestes casos, é comum os psicoterapeutas sentirem culpa, incompetência, zanga direcionada ao paciente, surpresa, choque, negação, tristeza, bem como um maior confronto com as questões da mortalidade e com a sua própria morte (Alexander, 1977; Horn, 1994; Kouriatis & Brown, 2011; Litman, 1965; Nicholl et al., 2016). Litman (1965) menciona reações dos psicoterapeutas a pacientes que cometeram suicídio, como sentimentos de derrota, identificação com a pessoa morta, recusa em acreditar que a morte foi por suicídio e ansiedade sobre serem criticados, devido ao estigma social associado ao suicídio.

No entanto, é pertinente mencionar que as reações pessoais do psicoterapeuta ao suicídio de um paciente variam consoante a forma como o psicoterapeuta vê o paciente e consoante a duração e a proximidade da relação terapêutica (Litman, 1965). Assim, os esquemas cognitivos do psicoterapeuta, isto é, as crenças e expectativas que tem sobre si mesmo e sobre os outros, são essenciais para a compreensão das suas reações e respostas ao suicídio do paciente. Se a base dos esquemas cognitivos são as experiências de vida, a nível pessoal e profissional, então, na prática, como resultado das suas experiências e formação profissional, certos psicoterapeutas poderão percecionarem-se como mais responsáveis pelo comportamento do paciente do que outros, o que resultará em reações emocionais, cognitivas e comportamentais diferentes, face ao suicídio de um paciente. Assim, um psicoterapeuta que se responsabilize mais pelo

comportamento do seu paciente experienciará níveis mais elevados de *stress*, de culpa e de impacto emocional nesta situação, comparativamente a um psicoterapeuta que se perceciona como menos responsável (Horn, 1994).

Kouriatis e Brown (2011) referem que a morte do paciente devido a suicídio poderá impactar o trabalho do psicoterapeuta de várias formas: por um lado, estes podem sentir-se menos tolerantes face a comportamentos negativos dos pacientes, tendo mais dificuldade em conectarem com os mesmos; por outro lado, existem relatos de psicoterapeutas que se sentem-se mais genuínos e conectados com os pacientes, e mais pressionados em abordar algumas questões em psicoterapia. Além disso, referem que muitos psicoterapeutas evitam trabalhar com clientes suicidas, após terem experienciado o suicídio de um paciente (Kouriatis & Brown, 2011; Nicholl et al., 2016), bem como que o impacto do suicídio de um paciente é maior em psicoterapeutas menos experientes (Horn, 1994; Kouriatis & Brown, 2011; Litman, 1965).

Os estudos de Alexander (1977) e Litman (1965) sublinham que, quando um paciente se suicida, existe um grande autoquestionamento, associado à culpa. A zanga sentida face ao cliente, quando conjugada com a culpa, poderá ser negada ou projetada noutros ou em si mesmos. O confronto com a morte poderá ser intensificador do medo da própria morte, ou, em certos casos, ativar desejos de morte (Alexander, 1977). De todo em todo, psicoterapeutas que experienciam o suicídio de um cliente são impactados não apenas como profissionais que vivem uma crise no seu trabalho, mas também como pessoas que perderam alguém significativo. Assim, a sua posição teórica, filosófica e científica poderá ajudar a construir algumas defesas e a reparar e viver com a dor sentida (Horn, 1994; Litman, 1965).

Nicholl (2016) acrescenta que, quando os pacientes cometem suicídio, os terapeutas poderão sentir-se desesperados, com sentimentos de que desiludiram e traíram os seus clientes. A noção de que traíram os seus pacientes advém de pensamentos de que alguma mensagem óbvia do paciente poderá ter escapado à visão do psicoterapeuta, o que também se associa à noção de responsabilidade, e aos sentimentos de culpa. Todavia, em simultâneo, poderão sentir-se traídos pelos seus clientes, sensação que poderá perdurar anos.

Litman (1965) indica que quando os psicoterapeutas sentem que exploraram todos os caminhos terapêuticos possíveis e que discutiram o caso com vários colegas e supervisores o sofrimento acaba por ser menos intenso, após o suicídio de um paciente. Deste modo, como recomendações, destaca-se a psicoterapia pessoal (Goodyear, 1981; Kouriatis & Brown, 2011), conversar com os familiares do paciente, ir ao funeral (Kouriatis & Brown, 2011), a supervisão

(Goodyear, 1981; Horn, 1994; Kouriatis & Brown, 2011), a partilha com colegas (Kouriatis & Brown, 2011; Litman, 1965), a escrita para integrar a perda e entrar em contacto com a zanga sentida face ao paciente, para que não interfira com o trabalho clínico (Alexander, 1977).

Além dos pacientes que cometem suicídio, os pacientes que morrem devido a *overdose* também levantam questões importantes nos psicoterapeutas, uma vez que também evocam um grande autoquestionamento – “fui responsável pela morte do cliente?” -, culpa, estigma e luto desautorizado. Em simultâneo, muitas vezes, não existe uma certeza quanto ao motivo da morte: terá sido um acidente? Suicídio? Ou devido a outras complicações de saúde? Esta incerteza dificulta a criação de sentido, componente essencial para a reconstrução identitária da pessoa em luto. Assim, a incerteza em relação ao motivo da morte, o estigma e o luto desautorizado sentidos, tornam-se barreiras ao luto saudável de quem trabalha com esta população, existindo uma grande probabilidade de vivenciarem a morte de vários pacientes (Sperandio et al., 2023).

Sperandio et al. (2023) entrevistou 10 psicólogos, um dos quais psicoterapeuta, sobre a morte de pacientes que tinham adições, encontrando impactos a curto e a longo prazo, nas relações pessoais e nas relações terapêuticas. Muitos destes psicólogos, por viverem a morte de vários pacientes, consideram que mantêm uma relação emocional distante com os mesmos. Além disso, depois da morte de pacientes, sentiram dificuldades em manterem os limites entre o mundo pessoal e profissional, utilizando a esperança como motor para focar noutros clientes.

Os participantes do estudo de Sperandio et al. (2023) referem não se sentirem compreendidos ao conversarem com amigos ou familiares sobre a morte do seu paciente, pois estes não têm o mesmo entendimento sobre adições, nem sobre o significado de perda de um cliente, o que provoca um maior isolamento, associado também às barreiras da confidencialidade. Assim, refugiam-se mais facilmente em colegas com vivências semelhantes, ou que também tivessem uma relação profissional com o cliente em questão.

De um modo geral, psicólogos e psicoterapeutas que trabalham com adições salientam a importância do apoio da instituição onde trabalham, a sensibilização para a importância do autocuidado do terapeuta, a necessidade de cada profissional arranjar estratégias para elaborar a perda, a psicoterapia pessoal, a partilha com colegas e supervisores, a aceitação da inevitabilidade da morte e a discussão da temática da morte nas universidades e formações de psicoterapia, para que não se tenha de aprender exclusivamente pela experiência em lidar com estas situações (Sperandio et al., 2023).

**Experienciar a morte do supervisor.** Torna-se pertinente referir o psicoterapeuta que experienciar a morte do supervisor, devido à importância da relação de supervisão e ao impacto que a morte do supervisor poderá causar na prática clínica do supervisando (Lohani & Sharma, 2022; Sorensen, 2009). A supervisão clínica é essencial para o desenvolvimento e para a manutenção de competências psicoterapêuticas, tendo um grande impacto no desenvolvimento do psicoterapeuta (Horn, 1994; Lohani & Sharma, 2022). Existe uma relação única entre psicoterapeuta e supervisor, havendo um grande investimento na mesma. Desta forma, a perda de um supervisor causará ao psicoterapeuta reações de negação, arrependimento, culpa, tristeza (Sorensen, 2009), choque, caos, incerteza, dificuldade em focar-se na sua profissão e vontade de conversar com pessoas que tenham conhecido o supervisor (Becher et al., 2012).

No estudo de Sorensen (2009), foram entrevistados 17 psicoterapeutas que experienciaram a morte de um supervisor. Num dos casos, o psicoterapeuta queria visitar o supervisor ao hospital, mas, devido a terem uma relação estritamente profissional, teve receio de incomodar ou de estar a intrometer-se, apesar de sentir que tinham uma relação próxima. O psicoterapeuta em questão acabou por enviar uma carta ao seu supervisor e de se arrepender por não o ter visitado. Noutra caso, salientou-se a mágoa e a zanga sentida por uma psicoterapeuta, devido a não ter sido informada sobre a morte do seu supervisor. Um terceiro caso demonstrou sentimentos de choque e de confronto com a ausência de controlo existente nas relações, devido ao término da relação de supervisão de forma repentina, devido a doença grave do supervisor. Por fim, é ilustrado o caso de um psicoterapeuta que fez um período de pausa na sua prática profissional após a morte do seu supervisor. Assim, verifica-se que a perda do supervisor tem, de facto, um impacto imenso no supervisando, confrontando-o com a própria vulnerabilidade, mortalidade e ausência de controlo, o que poderá acordar a angústia existencial e o confronto com a sua própria responsabilidade, isolamento, liberdade de escolha e solidão.

Além disso, Sorensen (2009) aborda de que forma é que a experiência da morte do supervisor poderá impactar a prática clínica do psicoterapeuta, salientando a posição significativa do supervisor, a nível profissional e pessoal, o que é mais acentuado nos psicoterapeutas menos experientes. Deste modo, os participantes do estudo referiram que tal experiência alterou a sua perspetiva de contrato terapêutico e, em alguns casos, até inibiu o uso da supervisão e da psicoterapia pessoal. Verificou-se a presença de sentimentos de abandono por parte de certos psicoterapeutas, ou de evitamento, muitas vezes associada a uma inversão de papéis na relação de supervisão. Por fim, a autora sublinha que, mesmo quando existe a possibilidade de os supervisores prepararem a sua morte com o supervisando, muitos não o

fazem, devido a evitamento ou negação por parte dos supervisores, o que cria contornos ainda mais difíceis para o supervisando, em que o choque e a zanga criam um impacto intenso.

### ***A presença da morte nas características da intervenção psicoterapêutica***

Após abordar a presença da temática na morte na psicoterapia na pessoa do psicoterapeuta, é relevante tentar compreender de que forma a temática poderá surgir na intervenção, de acordo com as características dos clientes. Em específico, que desafios apresenta a intervenção com pacientes em luto, com pacientes com doenças terminais e com pacientes que desejam morrer?

**Cientes em luto.** O luto é uma certeza na vida, existindo certamente em algum momento, por isso, nenhum psicoterapeuta escapará do trabalho com um paciente em luto (Freeman & Ward, 1998). Um paciente em luto poderá apresentar diversas reações consideradas normais, a vários níveis, como por exemplo, a respeito dos seus sentimentos (tristeza, zanga, culpa, ansiedade, solidão, cansaço, desamparo, choque, saudade, alívio); das sensações físicas (aperto no peito, ou na garganta, vazio no estômago, sensibilidade a ruídos, despersonalização, dificuldade em respirar, fadiga, boca seca); dos seus pensamentos e cognições (descrença, confusão, preocupação, sensação de presença da pessoa); e a nível comportamental (alterações no sono e/ou no apetite, distração, evitamento social, sonhar com a pessoa, evitar coisas que façam lembrar da pessoa, procurar pela pessoa, choro), por exemplo (Worden, 2009).

Worden (2009) é autor do modelo das quatro tarefas do luto, cujo foco é a pessoa em luto como ativa, tendo “tarefas” associadas à construção de novos significados após a perda, contrastando com os modelos de estágios, em que a pessoa em luto é vista como menos ativa. As tarefas que enumera são: 1) aceitar a realidade da perda; 2) processar a dor do luto; 3) ajustar a um mundo (interno, externo e espiritual) sem a pessoa; 4) criar uma conexão com a pessoa perdida, enquanto se adapta a uma nova vida. Apesar da ordem sugerida, o autor sublinha que não existe uma ordem exata para se realizar as tarefas. É essencial que a pessoa em luto reflita sobre as tarefas e se esforce para as realizar, tendo o objetivo de se adaptar à perda. Contudo, a experiência e o empenho em completar as tarefas será diferente em cada perda, e de pessoa para pessoa. Assim, a nível de duração, este modelo percebe o luto como um processo, que exige tempo, sendo de duração variável, podendo durar meses, um ano, dois anos, ou ser um processo a realizar até ao fim da vida.

Segundo o modelo de Worden (2009), o luto é um processo de adaptação à perda, mediado pelo exterior, existindo fatores que influenciam a experiência e a duração do processo,

tais como: a relação com a pessoa perdida; as circunstâncias da morte; os antecedentes da história pessoal da pessoa em luto; a personalidade da pessoa em luto; o suporte social da pessoa em luto, a cultura, os papéis sociais, as circunstâncias da vida da pessoa em luto. Assim, o psicoterapeuta de um paciente em luto poderá ajudá-lo no seu processo, mais especificamente, ajudando-o a experienciar o que sente, a tomar decisões, a viver sem a pessoa, a encontrar sentido e significado na perda e, até, a dar tempo. Além disso, deverá identificar quais as defesas, o estilo de *coping* e se existe psicopatologia, compreendendo e devolvendo a sua interpretação, pois, muitas vezes, as pessoas em luto têm a sensação de estarem loucas, ou poderão ter percepções incorretas sobre o luto.

Tendo em conta que o luto é um processo único e complexo, poderá ser difícil aferir a fronteira entre o normal e o patológico, sendo necessário ter em consideração os fatores referidos no parágrafo anterior. O luto patológico poderá assumir variadas formas, porém, é definido por Worden (2009) como um luto tão intenso que impossibilita a adaptação da pessoa, não havendo progresso no seu processo. Se com o paciente em luto a psicoterapia poderá ser um suplemento facilitador de suporte social e de elaboração, no paciente em luto patológico é, de facto, uma necessidade. Nesses casos, cabe ao psicoterapeuta ou ao psicólogo: despistar doenças físicas, reviver as memórias com a pessoa perdida, perceber quais as tarefas do luto em que a pessoa tem maior dificuldade, lidar com a expressão de afeto ou com a falta de expressão do mesmo, avaliar e ajudar a melhorar as relações sociais e ajudar a lidar com a fantasia sobre como seria deixar de estar em luto. Adicionalmente, o autor sublinha certas circunstâncias diferenciais associadas ao luto, que poderão evocar problemáticas específicas e de grande sofrimento, mesmo se tratando de um “luto normal”, sendo estas: suicídio, morte súbita, aborto, morte antecipada, morte de filho.

Os autores Freeman e Ward (1998), com base na teoria das quatro tarefas do luto, de Worden (2009), registaram uma série de questões que recomendam aos psicoterapeutas, de forma a questionarem-se a si próprios, ao intervir com o paciente em luto. Por exemplo, o paciente já se confrontou com a realidade da perda? Se não, é necessário respeitar a sua necessidade de evitamento da realidade ou ajudar a confrontar-se com a mesma, de forma doseada? O paciente permite questionar-se a si mesmo sobre o seu sofrimento? Se sim, com quem partilha o que sente? O paciente sente-se compreendido? Em que ponto se encontra o cliente no processo de converter a relação com a pessoa falecida numa memória? Está a resistir às mudanças? Se sim, que fatores influenciam essa resistência? Será que pensa que deverá abandonar todas as formas de se ligar à pessoa? Em que ponto está no processo de reconstrução

da sua identidade? O tempo é um fator que parece influenciar? Como está a pessoa a dar significado à perda? Quais são as suas crenças sobre esta perda? A perda alterou crenças existentes? Independentemente das respostas, torna-se essencial sublinhar que qualquer luto implica tempo e sentimentos de perda e de desamparo.

Steele (1977) refere que a função dos psicólogos não é encontrar razões para a perda ter ocorrido, nem tentar preencher o vazio sentido pelos clientes, mas sim deixar que os seus clientes sintam os seus próprios sentimentos, permitindo-os chorar, escutando-os e apoiando-os, sem “receitas”. É esperado que a pessoa se sinta mal durante algum tempo, sendo que não é o tempo que cura, mas os acontecimentos e o progresso ao longo do tempo que poderão “curar”. Adicionalmente, salienta que os psicólogos e os psicoterapeutas deverão educar os seus pacientes sobre as várias manifestações do luto.

Smith e Delgado (2020) abordam o luto associado às perdas cuja razão não é a morte biológica, justificando a sua relevância devido à sua frequência na vida. Consideram que a perda é a consciência de que alguma coisa já não está presente do mesmo modo em que estava no passado - seja a perda de um emprego, de um sonho, de uma relação ou de uma função cognitiva, por exemplo. As perdas podem ocorrer lentamente ou imediatamente, de forma subtil ou notória, de forma pública ou privada, e de forma temporária ou permanente. Estas perdas implicam a existência de um luto, que será influenciado pela forma como a perda é compreendida e experienciada pela pessoa.

Para estudar este tipo de perdas, o estudo de Smith e Delgado (2020) utilizou o modelo de quatro tarefas de Worden (2009). Assim, segundo os autores, é importante que o psicoterapeuta aceda e explore as necessidades da pessoa, questionando qual a natureza da perda, e quais as conseqüentes implicações. Destacam o papel do psicoterapeuta em ajudar o paciente a processar as emoções que emergem por causa da perda, a verbalizar e a descrever a experiência, para melhor a compreender, e a perceber as várias perdas implícitas que englobam uma mesma perda. É essencial que o paciente sinta que está num espaço seguro para experienciar as suas emoções dolorosas, sendo que o psicoterapeuta deverá saber equilibrar entre a exploração do sofrimento e o alimentar da esperança. Deste modo, os autores concluíram que o luto devido a morte biológica e o luto devido a outros tipos de perdas têm bastantes semelhanças, sendo que os modelos de luto, como o de Worden, também poderão ser utilizados nestas circunstâncias, pois ajudam a compreender a experiência e as necessidades do paciente.

Torna-se pertinente referir que a experiência de luto do paciente poderá causar reações no psicoterapeuta, como por exemplo: frustração, zanga ou tristeza, bem como poderá afetar a dimensão pessoal do mesmo. Trabalhar com pacientes em luto poderá confrontar com as próprias perdas vividas, com o medo de perdas futuras e com a angústia existencial e o medo da própria morte. Estes confrontos poderão ser mais intensos e difíceis se o cliente tiver características básicas em comum com o terapeuta, como por exemplo, a idade, o sexo ou o estatuto profissional (Worden, 2009).

**Cientes com uma doença terminal.** Trabalhar com pacientes que experienciam uma doença terminal é uma circunstância em que a morte está sempre presente, e em que a psicoterapia é centrada na aceitação, na esperança, no rever a história de vida e na definição de objetivos sobre como desejam passar a última fase da vida. Deste modo, o papel de um psicoterapeuta é extremamente importante nestas circunstâncias (O'Brien, 2011).

É impossível abordar a intervenção psicoterapêutica com doentes terminais sem referir o trabalho de Kübler-Ross (1970), autora reconhecida por ter trabalhado com mais de 400 clientes com doenças terminais. Assim, a autora elaborou uma teoria sobre os cinco estágios do morrer, relativos ao intervalo entre saber que se tem uma doença terminal e morrer, sendo estes: 1) negação, 2) zanga, 3) negociação, 4) depressão, 5) aceitação. Cada estágio está associado a um sentir e a uma expressão diferente, e requererá uma resposta diferente.

Saliento o estágio 2 e o 4 como os que necessitam de maior conhecimento para uma resposta adequada. No estágio da zanga, a família e a equipa médica poderão sentir-se muito criticadas pelo paciente, devido a uma zanga que, muitas vezes, poderá estar apenas associada à sua própria condição - “porquê a mim?” - e a resposta adequada passa por, muitas vezes, dar espaço à expressão de zanga. No estágio da depressão, é necessário ter em conta o luto sentido pelo paciente, por aquilo que já perdeu e por aquilo que perderá: perderá todas as pessoas que ama, as suas capacidades, a sua vida. Desta forma, sintomas depressivos são reativos, de acordo com a sua circunstância, e necessários para o estágio seguinte, sendo que a autora menciona a referenciação excessiva de doentes terminais à psiquiatria, como se o seu sentir fosse patológico. A resposta adequada passa por abrir espaço para o choro, para a expressão, por mais que seja doloroso e desconfortável para quem acompanha.

Contudo, a autora salienta que nem todos os pacientes passam pelos vários estádios, por não terem tempo suficiente, ou por outros fatores, como as variáveis da personalidade, havendo quem se mantenha no primeiro estágio até ao fim. A pertinência de mencionar esta teoria reside

na perspectiva da autora, que refere que estes estágios são úteis não apenas para a pessoa portadora de doença terminal e seus familiares, mas também para qualquer pessoa refletir sobre a vida (Kübler-Ross et al., 1972).

Kübler-Ross (1970) destaca a importância do trabalho clínico com estes pacientes, que na prática é tão simples como “sentar e ouvir”, sendo que muitas vezes uma sessão apenas já demonstra efeitos tremendos. Contudo, esta intervenção requer um tipo de maturidade que apenas advém da experiência, segundo a autora. Para tal, é necessário o confronto e a elaboração da própria atitude face à morte, pois de contrário, será impossível um profissional sentir-se calmo enquanto escuta um paciente que está a morrer, cujo sofrimento emocional se torna, grande parte das vezes, mais intenso do que o físico. Simultaneamente, é necessário ter em consideração que, muitas vezes, estas pessoas são tratadas como se já não tivessem direito a decidir sobre a própria vida, não sendo dada a escolha, por exemplo, quanto à hospitalização. Deste modo, é importante lembrar que a pessoa tem o direito a ser ouvida, tem necessidades, vontades, reações, sentimentos, desejos e opiniões. A psicoterapia poderá ser um espaço diferente, de abertura e de decisão, onde o mais importante é o psicoterapeuta demonstrar que estará presente até ao fim.

Palmieri (2018) refere que, por parte dos psicólogos, existe uma relação entre a elevada ansiedade face à morte e o elevado evitamento em trabalhar com clientes com doenças terminais. Neste seguimento, a autora indica que os psicólogos e psicoterapeutas que trabalham com pacientes nestas condições denotam um certo interesse em trabalhar com a morte, tendo formação adequada. Contudo, tal nem sempre se verificará, pois existirá certamente psicoterapeutas, que trabalhem em clínica privada, por exemplo, com pacientes a longo prazo e que, certo dia, um dos seus pacientes receba um diagnóstico de uma doença grave, como o caso do psicoterapeuta O'Brien (2011).

O'Brien (2011) partilhou a sua experiência em trabalhar com um paciente com cancro, que a certa altura se revelou como terminal. Um dos aspetos que salientou foi o seu próprio evitamento em abordar a temática da morte com o paciente, pois sentia que falar sobre a morte era abdicar da esperança. Contudo, não podia dizer ao paciente que ia ficar tudo bem, pois não havia essa garantia, sendo que o foco não poderia estar apenas na cura. Por isso, era necessário abordar a possibilidade de nenhum tratamento funcionar, e da morte. O seu cliente referia que a psicoterapia era dos poucos espaços onde se sentia à vontade para falar sobre a morte, sem parecer que desistia de lutar pela vida. O autor refere que foi muito difícil para si manter este

equilíbrio, questionando-se sobre as suas capacidades enquanto psicoterapeuta e pensando em como é que ele próprio lidaria com uma doença terminal.

O psicoterapeuta O'Brien (2011) refere quão difícil era este processo para si, pois o estado de saúde do seu paciente também o afetava, sendo que sempre que existia uma recaída sentia a necessidade de usar técnicas de mindfulness e de grounding em si mesmo, para se conseguir focar no sofrimento do paciente e não no seu próprio sofrimento. Outro dos aspetos que o autor refere é a importância da colaboração com outros profissionais que tratavam do paciente, como o médico de oncologia, havendo partilha de informação, pois sentia que o seu paciente estava tão focado em sobreviver que existia informação sobre si mesmo que não contava ao médico, o que poderia interferir com a sua capacidade de melhoria. O autor acredita que a colaboração não tem de ser sempre necessária, mas que neste caso foi essencial para o paciente e para o psicoterapeuta, ajudando-o a manter as suas expectativas realistas.

No caso de Jones (1997), sentia que cada momento com a paciente que sofria de cancro terminal era um momento único, precioso, amargo e doce. Sentia que, para a sua paciente, o sofrimento psicológico era mais intenso e mais urgente do que a dor física, relatando uma angústia sempre presente. Com a paciente, tentou facilitar uma melhor preparação para a morte, relembrando momentos bons e maus vividos, elaborando traumas e perdas do passado. A paciente referia um sentimento de que era merecedora de perder a vida, como um castigo que gerava em si sentimentos de culpa, arrependimento, tristeza e medo. Nesta psicoterapia, a poesia, e conseqüente linguagem e metáforas, foi um veículo para a autocompreensão dos sentimentos da paciente, e também uma forma de expressão. A paciente acabou por chegar a um ponto de perdão e de conforto consigo mesma, no qual se sentiu capaz de se despedir da sua família e de partir em paz.

Jones (1997) salienta a importância da supervisão, como local onde refletia sobre a paciente e sobre o seu próprio sofrimento, sentindo que ali tinha um espaço e um tempo onde se sentir insegura, incerta, assustada, zangada e arrependida, e onde se confrontava com as suas crenças sobre a doença e a morte, essenciais para ajudar a paciente. Deste modo, também se confrontava com a própria morte, partilhando um sentimento de que certamente a sua vez também chegará. O'Brien (2011) sublinha a importância de o psicoterapeuta saber gerir as suas feridas, de forma a saber utilizá-las para melhor ajudar os pacientes, pois defende que cada psicoterapeuta leva sempre um pouco de si, da sua dimensão pessoal, para cada sessão de psicoterapia, e, não sendo imunes ao sofrimento, é importante ganhar autoconsciência, para que tal não afete negativamente o processo do paciente.

Por fim, como recomendações para psicoterapeutas que tenham clientes com doenças graves, Worden (2009) refere a importância de conhecer as próprias limitações, nomeadamente, saber com quantos pacientes se consegue trabalhar em simultâneo, a cada momento em que se encontra. Os psicoterapeutas devem permitir-se a si mesmos experienciar os seus sentimentos pessoais, sem os suprimirem, o que poderá ser facilitado pelos contextos profissionais e pessoais, como fonte de suporte. No trabalho com pacientes com doenças terminais é necessário saber lidar com a imprevisibilidade e ser-se flexível, abdicando do controlo sentido noutras relações, pois será a doença e a morte a decidir o fim da psicoterapia (Palmieri, 2018).

**Cientes que desejam morrer.** A psicoterapia com pacientes que desejam morrer traz muitas dificuldades ao psicoterapeuta, sendo exigente, stressante e ansiogénica. Contudo, é também um espaço onde o psicoterapeuta tenta ancorar-se na esperança de que poderá ajudar o cliente a encontrar uma razão para não se suicidar. Deste modo, torna-se pertinente abordar os resultados de dois estudos empíricos, que demonstram algumas recomendações para psicoterapeutas nesta situação: o estudo de Hendin et al. (2006), que conta com psicoterapeutas de 36 clientes que se suicidaram, tendo identificado seis problemas comuns deste tipo de intervenção; e o estudo de Nicholl et al. (2016), o qual identificou cinco temas, através da análise de narrativas de cinco psicoterapeutas que trabalharam com clientes que desejavam suicidar-se. É pertinente salientar que em ambos os estudos, nos casos em que ocorreu a morte do cliente, os problemas identificados não significam que o suicídio pudesse ser previsto ou prevenido, ou que solucionar estes problemas levaria a um desfecho diferente. Além disso, é essencial destacar a ansiedade do psicoterapeuta sobre a possibilidade do seu cliente se suicidar, pois influencia o psicoterapeuta, a sua efetividade, a intervenção e até a vida pessoal (Hendin et al., 2006; Litman, 1965; Nicholl et al., 2016), algo a ter presente nos parágrafos seguintes.

Uma das questões que surge com clientes que desejam morrer é a existência de condições, muitas vezes irrealistas, que definem e impõem para viver, isto é, para não se suicidarem. Nesta situação, cabe ao psicoterapeuta explorar qual a intenção do paciente através da definição das condições, bem como o significado das mesmas, desencorajando os pacientes a depositarem a sua esperança em condições irrealistas, se possível. Na psicoterapia com pacientes que desejam morrer, o controlo dos clientes no seu processo psicoterapêutico é também uma questão a ter em conta, pois muitas vezes estes tentam ter controlo no processo através de ameaças de suicídio. Neste sentido, explorar os sentimentos do paciente face ao tratamento e face à medicação poderão ajudar (Hendin et al., 2006).

Outro dos aspetos a referir é a incerteza sentida pelos psicoterapeutas quanto a certas decisões a tomar, pois o que é útil em alguns casos poderá não ser noutros, gerando conflitos internos. Por exemplo, comunicar com outros profissionais, ou referenciar, evoca questões de confidencialidade do psicoterapeuta e de autonomia e responsabilidade do cliente. Certos psicoterapeutas sentem que devem dar espaço ao cliente para explorar o seu direito em acabar com a própria vida (Nicholl et al., 2016). A hospitalização também é uma decisão difícil de tomar, sendo que Hendin et al. (2006) identifica como problemático quando os terapeutas são vagos sobre esta questão, recomendando que deverão ser claros e decisivos, explicando e explorando com o paciente a sua necessidade da hospitalização para prevenir a sua morte e para aliviar o seu sofrimento, tornando-a mais aceitável, nos em casos em que seja necessária. Contudo, nem sempre os clientes desejam prevenir o seu suicídio, sendo assim importante explorar quais os seus sentimentos por trás do desejo de morrer.

Outro aspeto essencial é explorar temas difíceis que o cliente se recuse a aprofundar, pois é neles que muitas vezes residem vivências, sentimentos ou crenças associadas ao desejo de morrer. Muitas vezes, devido à ansiedade sentida pelos terapeutas e ao foco excessivo no desejo de morrer do paciente, esses temas são desvalorizados. Do mesmo modo, muitas vezes, existem outros sintomas que também são desvalorizados, e que, se fossem tratados, poderiam ajudar ao alívio do sofrimento. Naturalmente, o momento em que o paciente procura ajuda e o grau de gravidade e de perigo da sua situação poderão influenciar a que o psicoterapeuta não tenha tempo de tratar de tudo, nem de explorar certos significados (Hendin et al., 2006). Desta forma, os autores destacam a importância de trabalhar de forma multidisciplinar (Hendin et al., 2006), de recorrer à supervisão, intervisão e terapia pessoal, o que poderá ajudar a reduzir a incerteza face a certas decisões a tomar (Nicholl et al., 2016), de contactar alguém da rede da pessoa, principalmente se o cliente viver sozinho, e de ter uma grande flexibilidade, havendo alturas em que o cliente necessitará de um maior suporte, empatia e gratificação, e outras em que poderá haver a necessidade de se ser mais diretivo (Alexander, 1977).

Apesar da ansiedade e do medo sentido, os cinco participantes do estudo de Nicholl et al. (2016) referem sentir um privilégio e honra em trabalhar com pacientes que desejam morrer, pois sentem-se em contacto com sentimentos profundos dos clientes, numa fase de grande desespero. Os pacientes depositam uma grande confiança e esperança nos terapeutas, o que poderá ser também um desafio, potenciador de ansiedade, em que os psicoterapeutas se tentam conectar à angústia, ao sofrimento e à ansiedade dos pacientes, sem que por estes sejam dominados.

## **A teoria existencial sobre a morte de Yalom**

Torna-se pertinente referir a teoria de Yalom (1980) sobre a ansiedade face à morte, as defesas utilizadas, os respetivos reflexos em psicoterapia e as estratégias para melhorar a intervenção psicoterapêutica. Esta é a teoria que serve de base para o racional do presente estudo. O autor defende e baseia-se nas conceções de Heidegger, já referidas, que afirma que a morte e a vida são inseparáveis (e não consecutivas), que a morte influencia bastante a experiência de vida e que o ser humano vive de forma inautêntica, guiado por normas sociais, por não ter consciência da morte.

Qual o objetivo de pensar e trabalhar sobre o que é inalterável, como a morte? Para quê “coçar onde não há comichão?” Será isso terapêutico? Yalom (1980) responde, dizendo que “a morte dá sempre comichão”, nós é que a ignoramos, sendo a morte uma fonte primária de ansiedade e, muitas vezes, de psicopatologia. As atitudes perante a morte influenciam o modo de viver e de crescer. Assim, se o objetivo da psicoterapia é, em certo modo, ensinar a viver bem, há que ensinar também a “morrer bem”. Isto é, o autor defende que a integração da ideia da morte salva o ser humano e enriquece a vida, comparando a um catalisador que leva a viver de forma mais autêntica e que aumenta o prazer vivido. Sem a morte, a vida perderia o seu sentido. Além disso, se somos seres mortais, com consciência da sua mortalidade, negar a morte é negar a natureza básica, é restringir a consciência e a experiência.

Yalom (1980) enumera alguns efeitos positivos referidos por quem experienciou ou experienciou um encontro próximo com a morte, seja através de histórias que conhece ou de casos de pacientes que sofreram um acidente ou uma doença grave, por exemplo. Estes foram os efeitos referidos: crescimento pessoal; redefinição de prioridades; maior sentido de liberdade de escolha; maior facilidade em viver no momento presente, em vez de “adiar a vida”; maior apreciação dos factos elementares da vida, como as estações do ano; comunicação mais profunda com pessoas próximas; redução do medo face à rejeição, o que leva a arriscar mais; desinteresse face a questões de prestígio, sucesso, estatuto; nova apreciação do que era dado como garantido; maior desfrutar da vida; maior entrega às relações com os outros; procura de tarefas que tenham significado e sentido; nova esperança e propósito em estar vivo; maior contacto consigo mesmo; vontade de viver a vida ao máximo; sentido de urgência em desfrutar da vida, antes que seja demasiado tarde; maior compaixão. A lista é longa, sendo que muitos relataram sentir que estes efeitos perduram ao longo do tempo.

Ainda a respeito, em específico, dos pacientes com uma doença terminal, o autor (1980) destaca a sabedoria que adquirem devido à proximidade à morte, servindo de exemplo e de fonte de reflexão para a humanidade. Estes pacientes sentem que foi necessário estarem a morrer para aprenderem como viver, sentindo que antes não sabiam como era a verdadeira alegria em estar vivo. Infelizmente, quando estes clientes chegam a esse crescimento pessoal e a um novo modo de viver, é quando se encontram doentes e com menos capacidades. Logo que aprendem como viver, morrem. Tendo isto em mente, será necessário chegar a este ponto para viver de forma autêntica? Será possível alcançar esta sabedoria sem a necessidade de experienciar acontecimentos semelhantes, podendo aprender com a experiência de outros?

Deste modo, torna-se necessária a utilização de técnicas que ajudem os psicoterapeutas a canalizar o potencial terapêutico dos seus clientes para a consciência da morte, em vez de se estar dependente de circunstâncias graves e adversas que o potenciem, tais como acidentes, doenças ou perdas. Se o conceito da morte desempenha um papel crucial na experiência de vida, este deverá fazer parte da psicoterapia, que deverá ser um espaço de transformação e de mudança de perspectiva de vida, através da autoconsciência.

No entanto, Yalom (1980) defende que a ansiedade ou medo face à morte é de tal dimensão que grande parte da nossa energia vital é consumida através da negação da morte. A transcendência da morte é a maior motivação da experiência humana, o que se pode verificar quando se reflete sobre os fenómenos internos, as defesas mentais, as motivações, os sonhos, as estruturas sociais, os monumentos, a teologia, as ideologias, os vícios do ser humano, por exemplo. Isto é, o ser humano, muitas vezes sem dar conta, tenta atingir uma forma de imortalidade simbólica, seja através da sua biologia, da religião ou até da criatividade.

Ao analisar o medo da morte, Yalom (1980) conclui que este é uma fonte primitiva de ansiedade, porém, refere que este muito raramente aparece na sua forma crua e evidente em psicoterapia. Isto é, a ansiedade face à morte quase nunca surge na sua forma original, pois é rapidamente transformada em estados menos nocivos para o indivíduo, devido aos mecanismos de defesa, como o recalçamento e a racionalização. O autor afirma que o medo da morte existe no bebé ainda antes da linguagem, da representação mental e do desenvolvimento conceptual. Deste modo, a criança desenvolve os seus mecanismos protetores, normalmente baseados na negação, que vão evoluindo com o passar dos anos. Ao longo da vida, ocasionalmente, vive uma experiência que ataca fortemente as defesas, o que permite que a ansiedade face à morte se torne consciente, porém, não tardará até que os mecanismos de defesa, cumprindo a sua função e zelando pelo bem-estar do indivíduo, reparem, voltando a um estado de negação.

De que forma é que o medo da morte pode surgir em psicoterapia? Yalom (1980) denota que, de um modo geral, os estudos de caso realizados por psicoterapeutas seguem três linhas: 1) os autores não abordam o tema nem apresentam conteúdo clínico associado; 2) os autores apresentam conteúdo clínico relacionado com a morte, mas não o elaboram na formulação do caso; 3) os autores apresentam conteúdo clínico associado à morte, mas, ao formular o caso, interpretam-no de outra forma, compatível com a sua abordagem teórica. Sobre o último ponto, o autor afirma que, normalmente, faz sentido interpretar certos medos e fobias, atribuindo-lhes significados mais elementares, porém, não concorda que se faça o mesmo com o medo da morte. Este já é profundo e primário, não sendo possível convertê-lo em algo mais profundo.

Adicionalmente, Yalom (1980) refere que muitos psicoterapeutas afirmam que os seus clientes não expressam nenhum medo, ansiedade nem preocupações em relação à morte. No entanto, o autor acredita que tal não acontece desta forma, sendo a verdadeira questão a falta de preparação dos psicoterapeutas para escutarem os seus pacientes a abordar a temática. Acredita que um psicoterapeuta receptivo, conectado com as preocupações profundas do paciente, encontrará a morte continuamente no seu trabalho clínico quotidiano. Na prática, o autor defende que este conteúdo está presente em todos os processos psicoterapêuticos, principalmente nos longos, mesmo que em grande parte das vezes seja de forma subtil. Ao mesmo tempo, reconhece que a sua abordagem teórica o facilita a identificar a presença da temática. De modo geral, os pacientes abordam uma enorme quantidade de conteúdo relacionado com preocupações sobre a morte, como por exemplo: a morte de familiares ou amigos; preocupações relacionadas com o envelhecimento; sonhos assombrados pela morte; o crescimento dos filhos, que saem de casa; a reforma; o envelhecimento de terceiros; doenças; tornarem-se avós. Já noutros casos, os pacientes referem medos de aniquilação, mais associados a funcionamentos rígidos e a defesas mais primitivas.

A morte de alguém próximo é um acontecimento que pode causar bastante impacto e sofrimento no paciente, associado não apenas à perda do objeto, mas também a perda do próprio, através da mensagem implícita: “se esta pessoa morreu, tu também vais morrer”. Contudo, Yalom (1980) percebe tal sofrimento como uma oportunidade para utilizar a perda como experiência facilitadora do confronto com a própria morte, tendo um grande potencial terapêutico. Através de tal experiência, é possível ganhar consciência da própria morte, o que promove uma grande mudança pessoal, associada a uma maior autenticidade e propósito. Para que isso aconteça, é necessário que o psicoterapeuta não desperdice a oportunidade de adereçar o tema, trabalhando a morte do cliente e as implicações na vida do cliente, potenciando a

mudança. Todavia, certos psicoterapeutas sentem que o seu paciente já sofre demasiado para ainda tentarem trazer à consciência estas questões, o que o autor considera um erro, em grande parte das vezes. Além disso, é identificada outra barreira, que poderá causar o desperdício da oportunidade: o medo da morte sentido pelo psicoterapeuta, causador de evitamento.

Os psicoterapeutas não são imunes à negação da morte, uma defesa poderosa, que causa a atenção seletiva em psicoterapia. Assim, é muito provável que a negação do psicoterapeuta e a negação do paciente entrem em colisão em psicoterapia. Existem muitos psicoterapeutas, com muitos anos de psicoterapia pessoal, que ainda não exploraram nem trabalharam o seu medo pessoal da morte, evitando o tema. Além da negação de cada psicoterapeuta, o autor denota uma negação coletiva, referente a todo o campo da psicologia, devido às teorias de ansiedade não referirem a morte, sem esquecer a sociedade e a cultura ocidental, que também evita o tema.

Tendo em conta os aspetos referidos, Yalom (1980) sublinha que, mesmo que o psicoterapeuta tenha autoconhecimento e compreenda a relevância da temática, poderá ser difícil transpor estes conceitos para a prática da psicoterapia. Deste modo, apresenta a sua conceção dos aspetos mais importantes a ter em consideração, ao passar da teoria para o consultório. Assim, defende que a consciência da morte é importante para a psicoterapia em dois níveis: 1) consciência da morte como uma situação-limite que leva a uma mudança de perspetiva; 2) a morte como fonte primária de ansiedade.

A respeito do primeiro nível, o autor aborda a forma como o confronto com a morte se traduz numa “situação-limite”, isto é, numa experiência que leva a pessoa a confrontar-se com a sua situação existencial, gerando um sentido de urgência e uma mudança massiva na forma como vive no mundo. Na prática, a pessoa ganha uma nova perspetiva, atribuindo menos relevância a preocupações triviais: em vez de pensar sobre “como as coisas são”, pensa no facto de que “as coisas são”, valorizando. Esta consciência pode levar a uma mudança pessoal, algo que o autor demonstra a partir dos resultados de entrevistas com pacientes com doenças terminais, sendo um contexto onde a morte está sempre presente, de forma muito evidente. A partir das entrevistas, compreende-se que as doenças graves, através da antecipação da morte, oferecem uma perspetiva rica sobre a vida e um sentido de mestria pessoal, “curando” certas questões que antes causavam muito sofrimento. Ao mesmo tempo, acresce uma vontade de deixar de adiar o que desejam, procurando a satisfação no momento presente, por compreenderem que só podem viver no “agora”. Esta noção de viver no momento presente também significa que ainda existe um tempo para viver, que ainda é possível, até ao último momento, o que se transforma num sentimento de gratidão por aquilo que ainda não perderam.

Isto contrasta com a vida antes da doença, em que tinham todas as capacidades, sem terem consciência disso, e reparavam mais naquilo que não tinham.

Se se sabe que a consciência da própria morte pode funcionar como catalisador de um rico processo de mudança pessoal, causando uma “situação-limite”, como podem os psicoterapeutas facilitar esta consciência aos clientes comuns, que não enfrentam nenhuma doença grave, por exemplo? Yalom (1980) sublinha que o psicoterapeuta não precisa de criar a experiência em si, mas apenas fazer o paciente reconhecer que a morte, e a sua ansiedade face à mesma, está presente constantemente. Ou seja, a sua tarefa é trazer à consciência do paciente que o ser humano, seletivamente, nega ou ignora dados que o relembram da sua situação existencial. Seguidamente, o objetivo do psicoterapeuta é reverter o processo, ajudar a procurar os lembretes de que somos seres mortais e mudar o filtro com que se percebe esses mesmos “lembretes”, aliando-os à autenticidade, à integração e à maturidade, em vez de serem considerados “inimigos”, como aparentam.

Além da morte de um terceiro, existem outros acontecimentos da vida do cliente que poderão servir de oportunidade para evocar a consciência da própria morte, e uma “situação-limite”, como os marcos de vida. Por exemplo, no caso de um divórcio ou separação, os psicoterapeutas costumam focar-se apenas em aliviar o sofrimento do paciente, e não em transformar numa oportunidade para aprofundar o trabalho terapêutico. Do mesmo modo, outros acontecimentos também podem funcionar como marcos, como os casamentos (o compromisso realizado elimina outras possibilidades de vida), principalmente no que diz respeito a situações irreversíveis. Os aniversários, a passagem para a idade adulta ou a passagem para reforma também são exemplos práticos, pois ilustram a passagem do tempo, também irreversível. No limite, até situações diárias poderão servir de oportunidade para abordar o tema, seja o reflexo do espelho, o ato de ver fotografias antigas, certos sonhos, ou até mesmo o refletir sobre certos filmes, músicas ou livros que se liguem ao tema. Um psicoterapeuta atento à temática conseguirá identificar a oportunidade e utilizá-la para o crescimento do paciente.

Yalom (1980) apresenta algumas formas práticas de introduzir a temática da morte na psicoterapia, possíveis de utilizar pelos psicoterapeutas. Uma das formas é através da utilização de exercícios, como imaginar a morte – local, circunstância e tempo -, imaginar o próprio funeral, ou até escrever o seu epitáfio. Todavia, ainda que estes exercícios possam potenciar a consciência da morte, como são circunstâncias imaginárias, o autor sugere a partilha e interação de pacientes “comuns” com pacientes que vivam ou tenham vivido uma doença grave, seja, por exemplo, através da visita a um grupo terapêutico.

Quanto ao segundo aspeto através do qual se verifica a importância da consciência da morte em psicoterapia - 2) a morte como fonte primária de ansiedade -, este revela desafios diferentes para o psicoterapeuta. De uma forma geral, estes são os casos, de número mais reduzido, em que a morte se torna num tema explícito em psicoterapia, trazido pelo paciente. Estes pacientes poderão ter circunstâncias que potenciam a ansiedade face à morte, ou apresentarem uma ansiedade à morte elevada desde o início da psicoterapia. Neste último caso, tal poderá associar-se à apresentação desta fonte de ansiedade desde cedo na vida, como um trauma que acaba por moldar o funcionamento mental da pessoa. Isto resulta numa grande angústia e numa falha em erguer os mecanismos de defesa, ou seja, numa falha na regulação homeostática da ansiedade face à morte, comum ao ser humano. Deste modo, estes indivíduos podem gerar ansiedades secundárias, ou psicopatologia.

Yalom (1980) defende que, quando se depara com pacientes com uma intensa ansiedade face à morte, como a retratada no parágrafo anterior, o psicoterapeuta não deverá ter como objetivo eliminar a ansiedade face à morte, pois esta é universal, essencial e necessária. O objetivo será reduzi-la para níveis mais confortáveis e saudáveis. Para tal, existem várias estratégias, referidas pelo autor, como por exemplo, o trabalho das dinâmicas que afetam a regulação da ansiedade. Exemplificando: a ansiedade face à morte é inversamente proporcional à satisfação com a vida. Assim, se o psicoterapeuta ajudar a viver uma maior satisfação com a vida, a ansiedade poderá reduzir. Outra das estratégias utilizadas é associar a ansiedade a um estímulo específico, transformando-a em medo, um medo em concreto, com um tempo e um espaço, sendo mais fácil de tolerar, gerir ou, até, de evitar do que o medo da morte no geral.

Outro dos focos do psicoterapeuta para tentar reduzir a ansiedade do cliente face à morte é aumentar a noção de certeza e de mestria do paciente, isto é, ajudá-lo a explicar, ordenar, nomear e localizar os acontecimentos e a sua experiência interna. Deste modo, cria-se uma sensação de maior controlo, segurança e conhecimento, mesmo que, na prática, a morte continue a ser um acontecimento incontrolável, imprevisível e inevitável. Além disso, o psicoterapeuta poderá utilizar as técnicas que já utiliza para aliviar outras formas de ansiedade, como por exemplo, a dessensibilização. Ou seja, com a exposição repetida ao estímulo, neste caso, da morte, em doses atenuadas, a ansiedade poderá reduzir. Mesmo que não consiga alcançar a familiaridade com a morte, poderá, pelo menos, aproximar-se dela.

Adicionalmente, poderá ser útil para a dessensibilização da morte a análise racional do medo, que parte do pressuposto que o medo da morte é composto por medos, como por exemplo: o medo de que a morte cause sofrimento aos outros; o medo do fim de todos os planos;

o medo da dor no momento da morte; o medo não ter mais experiências; o medo do que acontecerá depois da morte. Assim, a dissecação dos mesmos torna a situação menos assustadora, por serem mais pequenos e possíveis de ultrapassar do que o seu conjunto: o medo do “nada”, impossível de localizar, gerador de desamparo. Desta forma, poderá questionar-se: quais desses medos são possíveis de controlar e alterar? E quais medos estão associados à condição humana inalterável? Ao tentar utilizar esta técnica, Yalom (1980) verificou que existe um certo número de pacientes que não se identifica com os medos mais reduzidos, normalmente incluídos no medo da morte. Estes pacientes referem um medo primitivo, semelhante ao sentido por uma criança. Nesses casos, o psicoterapeuta tem de lidar com esse tipo de medo como uma distorção da realidade: identificando, iluminando e transformando.

É pertinente salientar que o sistema de crenças e a abordagem teórica do psicoterapeuta desempenham um papel importante nestas circunstâncias, direcionando o foco do psicoterapeuta em relação aos conteúdos que deve explorar. O autor privilegia um sistema de crenças ancorado nas profundezas do ser humano, que não apresente tabus. No entanto, salienta um conjunto de problemas comuns em psicoterapia, associado à temática. Por um lado, mesmo reconhecendo as várias oportunidades existentes para trabalhar o tema, muitos terapeutas sentem uma grande dificuldade em trabalhar a consciência da morte com o paciente. Tal poderá acontecer devido a reações dos pacientes, que poderão até parecer recetivos, enquanto acentuam as suas defesas ao nível de uma camada mais profunda da consciência, aumentando a resistência e tornando a sessão menos produtiva, com um discurso mais intelectualizado. Nesta situação, torna-se difícil para o psicoterapeuta repetir-se. Os dados da existência parecem, muitas vezes, factos banais e óbvios, podendo o psicoterapeuta sentir-se inútil ao abordá-los.

Por outro lado, os psicoterapeutas também necessitam de se confrontar com a sua própria negação da morte, tendo de existir uma preparação para que não desempenhem um papel ativo em manter a superficialidade da temática. Além disso, muitos psicoterapeutas não abordam o tema com os pacientes porque acreditam que o pensamento sobre a morte agravará o sofrimento do paciente, achando-o anti-terapêutico. Adicionalmente, o facto de se verificar uma subida de ansiedade ao abordar o tema, gerando uma crise existencial durante um certo período, intensifica as crenças dos psicoterapeutas referidos, ainda que tal se possa verificar sempre que se destrói defesas dos pacientes, independentemente do tema (Yalom, 1980).

Todavia, sublinha-se que, mesmo passando por dificuldades a abordar o tema, o psicoterapeuta não deverá passar ao paciente a mensagem de que a morte é demasiado terrível para ser falada em psicoterapia. Por fim, Yalom (1980) sublinha que a morte é uma componente

muito importante da existência, porém, não é a única. Para uma abordagem psicoterapêutica completa, torna-se necessário analisar outros dados da existência, outras facetas.

## Referências

- Alexander, P. (1977). A Psychotherapist's Reaction to His Patient's Death. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 7(4), 203–210.
- Becher, E. H., Ogasawara, T., & Harris, S. M. (2012). Death of a Clinician: The Personal, Practical and Clinical Implications of Therapist Mortality. *Contemporary Family Therapy*, 34(3), 313–321. <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9181-y>
- Bennett-Carpenter, B. (2014). Facing up: psychotherapists writing about dealing with the idea of one's own death. *Mortality*, 19(4), 361–378. <https://doi.org/10.1080/13576275.2014.943169>
- Broadbent, J. R. (2013). “The bereaved therapist speaks”. An interpretative phenomenological analysis of humanistic therapists' experiences of a significant personal bereavement and its impact upon their therapeutic practice: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(4), 263–271. <https://doi.org/10.1080/14733145.2013.768285>
- Cohen, J. (1983). Psychotherapists Preparing for Death: Denial and Action. *American Journal of Psychotherapy*, 37 (2), 222–226.
- Colao-Vitolo, N. (2006). *Coping and bereaved psychologists: Impact on the psychotherapy process*. California Institute of Integral Studies.
- Doka, K. J. (1999). Disenfranchised grief. *Bereavement Care*, 18(3), 37–39. <https://doi.org/10.1080/02682629908657467>
- Feinsilver, D. (1998). The Therapist as a Person Facing Death: The Hardest of External Realities and Therapeutic Action. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 1131–1150.
- Freeman, S., & Ward, S. (1998). Death and Bereavement: What counselors should know. *Journal of Mental Health Counseling*, 20(3), 216–226.

- Garcia-Lawson, K. A., Lane, R. C., & Koetting, M. G. (2000). Sudden Death of the Therapist: The Effects on the Patient. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30(1).
- Givelber, F., & Simon, B. (1981). A Death in the Life of a Therapist and Its Impact on the Therapy. *Psychiatry*, 44(2), 141–149. <https://doi.org/10.1080/00332747.1981.11024099>
- Goodyear, R. K. (1981). Termination As A Loss Experience For the Counselor. *The Personnel and Guidance Journal*, 59(6), 347–350. <https://doi.org/10.1002/j.2164-4918.1981.tb00565.x>
- Gorner, P. (2007). *Heidegger's Being and time: an introduction*. Cambridge University Press.
- Hayes, J. A., Yeh, Y. J., & Eisenberg, A. (2007). Good grief and not-so-good grief: Countertransference in bereavement therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 63(4), 345–355. <https://doi.org/10.1002/jclp.20353>
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time*. Blackwell.
- Hendin, H., Pollinger Haas, A., Maltzberger, J. T., Koestner, B., & Katalin Szanto, B. (2006). Problems in Psychotherapy With Suicidal Patients. *Am J Psychiatry*, 163, 1. <http://ajp.psychiatryonline.org>
- Horn, P. J. (1994). Therapists' psychological adaptation to client suicide. *Psychotherapy*, 31(1), 190–195.
- Jones. (1997). Death, poetry, psychotherapy and clinical supervision (the contribution of psychodynamic psychotherapy to palliative care nursing)\*, 25 *Journal of Advanced Nursing* 238
- Kahr, B. (2022). *Languages of Loss: A Psychotherapist's Journey Through Grief*. By SashaBates. Published by Hodder and Stoughton, London, 2020, 265 pp, £9.99 paperback. AND *The State of Disbelief: A Story of Death, Love and Forgetting* by JulietRosenfeld. Published by Short Books, London, 2020, 288 pp, £12.99 paperback. *British Journal of Psychotherapy*, 38(4), 783–787. <https://doi.org/10.1111/bjp.12783>
- Kirchberg, T., Neimeyer, R., & James, R. (1998). Beginning Counselors' Death Concerns and Empathic Responses to Client Situations Involving Death and Grief. *Death Studies*, 22(2), 99–120.

- Kouriatis, K., & Brown, D. (2011). Therapists' bereavement and loss experiences: A literature review. *Journal of Loss and Trauma*, 16(3), 205–228. <https://doi.org/10.1080/15325024.2010.519289>
- Kübler-Ross, E. (1970). *On Death and Dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. Tavistock Publications Limited.
- Kübler-Ross, E., Wessler, S., & Avioli, L. (1972). On Death and Dying. *Jama*, 221(2), 174–179. [www.jama.com](http://www.jama.com)
- Lardaro, T. (1988). Till Death Do Us Part: Reactions of Therapists to the Deaths of Elderly Patients in Psychotherapy. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 173–176.
- Litman, R. (1965). When Patients Commit Suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 19(4), 570–576. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1965.19.4.570>
- Lohani, G., & Sharma, P. (2022). Effect of Clinical Supervision on Self-Awareness and Self-Efficacy of Psychotherapists and Counselors: A Systematic Review. *Psychological Services*. <https://doi.org/10.1037/ser0000693>
- Mandic, M. (2008). Being-towards-death and Its Relevance to Psychotherapy. *Existential Analysis*, 19(2), 254–266.
- Nicholl, E., Loewenthal, D., & Gaitanidis, A. (2016). 'What meaning does somebody's death have, what meaning does somebody's life have?' Psychotherapists' stories of their work with suicidal clients. *British Journal of Guidance and Counselling*, 44(5), 598–611. <https://doi.org/10.1080/03069885.2015.1089430>
- O'Brien, J. M. (2011). Wounded Healer: Psychotherapist Grief Over a Client's Death. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 236–243. <https://doi.org/10.1037/a0023788>
- Palmieri, F. (2018). Counselling psychologists' experience of the death of a terminally ill client: An interpretative phenomenological analysis. *Counselling Psychology Review*, 33(1).
- Rosenthal, H. (1963). The Fear of Death as an Indispensable Factor in Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 17(4), 619–630.

- Smith, P. H., & Delgado, H. (2020). Working With Non-Death Losses in Counseling: An Overview of Grief Needs and Approaches. *Adultspan Journal*, 19(2), 118–127. <https://doi.org/10.1002/adsp.12100>
- Sorensen, B. (2009). And When the therapist or supervisor dies... In L. Barnett (Ed.), *When Death Enters the Therapeutic Space - Existential Perspectives in Psychotherapy and Counselling* (pp. 193–206). Routledge.
- Sperandio, K. R., Goshorn, J. R., Moh, Y. S., Gonzalez, E., & Johnson, N. G. (2023). Never ready: Addictions counselors dealing with client death. *Journal of Counseling and Development*, 101(1), 29–45. <https://doi.org/10.1002/jcad.12440>
- Steele, D. (1977). The Counselor's Response to Death. *Personnel and Guidance Journal*, 3, 164–167.
- Tomer, A. (1994). Death Anxiety in Adult Life - Theoretical Perspectives. In R. Neimeyer (Ed.), *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application* (pp. 3–28). Routledge.
- William Worden, J. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner* (4th ed.). Springer Publishing Company.
- Yalom. (1980). *Existential Psychotherapy*.
- Yalom. (2006). *Os desafios da Terapia Reflexões Para Pacientes e Terapeutas*. <http://groups.google.com.br/group/digitalsource>
- Young, S. (2009). Working with Bereavement. In L. Barnett (Ed.), *When Death Enters the Therapeutic Space - Existential Perspectives in Psychotherapy and Counselling* (pp. 163–174). Routledge.

## Anexo B – Relatório da Entrevista-Piloto

Guião <u>antes</u> da entrevista-piloto	Guião <u>depois</u> da entrevista-piloto (versão final)
0 – (Pergunta de Aquecimento) Como foi a sua experiência durante os primeiros anos como psicoterapeuta?	0 – (Pergunta de Aquecimento) Como foi a sua experiência durante os primeiros anos como psicoterapeuta?
1 – Pensando de um ponto de vista pessoal, como é a sua visão sobre a morte? <i>(follow-up)</i> – O que é, para si, “morte”?	1 – Pensando de um ponto de vista pessoal, como é a sua <b>perspetiva</b> sobre a morte? <i>(follow-up)</i> – O que é, para si, “morte”?
2 – Como é a sua visão sobre a presença da temática da morte em psicoterapia? <i>(follow-up)</i> – Como é que vê que a temática da morte pode surgir em psicoterapia?	2 – Como é que a sua visão pessoal sobre a morte afeta a forma como trabalha com temas relacionados com a morte em psicoterapia?
3 – Como é que vê que a morte pode ser trabalhada, a nível de intervenção psicoterapêutica?	3 – <b>De acordo com a sua experiência como psicoterapeuta, como é que a temática da morte pode estar presente em psicoterapia?</b> <i>(follow-up)</i> – Como é que vê que a temática da morte pode surgir em psicoterapia?
4 – Como é que a sua experiência de trabalhar com temas relacionados com a morte afeta a sua visão pessoal sobre a morte?	4 – Como é que vê que a morte pode ser trabalhada, a nível de intervenção psicoterapêutica?
5 – Como é que a sua visão pessoal sobre a morte afeta a forma como trabalha com temas relacionados com a morte em psicoterapia?	5 – Como é que a sua experiência de trabalhar com temas relacionados com a morte afeta a sua visão pessoal sobre a morte?

A entrevista-piloto, realizada em fevereiro de 2023, de forma presencial, com uma psicoterapeuta membro APTCCI, foi gravada, em áudio. A realização das perguntas do guião semi-estruturado, incluindo questões extra de *follow-up*, teve a duração de 25 minutos. Seguidamente, foram realizadas questões sobre o guião, sendo estas: 1) *como é que se sentiu*

*ao longo das questões?; 2) sente que existem perguntas que poderiam ter sido feitas de outra forma?; 3) há perguntas menos claras? mais confusas?; 4) alguma pergunta mexeu com algo em si?.*

Como resultado da entrevista-piloto e das questões acima identificadas, realizou-se algumas alterações ao guião. O guião da entrevista procura responder às questões de investigação, sendo este o objetivo das alterações, bem como conferir uma maior clareza e abertura às questões.

A psicoterapeuta sublinhou a grande abertura das perguntas e o sentimento de que é um tema que ativa o desamparo e que leva à reflexão durante o próprio momento da entrevista. Em específico, sentiu-se confusa nas últimas duas perguntas, por terem uma formulação muito similar. Além disso, sugeriu substituir a palavra “visão” por “experiência como psicoterapeuta” e “presença” por “pode aparecer”, na pergunta 2.

A nível prático, através da entrevista-piloto foi compreendida a importância de ter o guião impresso no momento, bem como de ser o investigador a realizar as questões sócio-demográficas, já em tom de entrevista, em vez de o participante preencher a folha, de forma a evitar possíveis erros de preenchimento e a criar, desde início, o ambiente de entrevista. Além disso, a entrevista-piloto possibilitou o treino das competências de entrevistador, num ambiente seguro, pois a entrevista não integrou o estudo, tendo sido uma mais-valia para a investigação e para as entrevistas seguintes.

## **Anexo C – As Minhas Respostas ao Guião da Entrevista**

1 – Pensando de um ponto de vista pessoal, como é a sua perspetiva sobre a morte?

*(follow-up)* – O que é, para si, “morte”?

Para mim, a morte é uma certeza, é um medo que tenho em perder os que amo, e uma certeza de que os perderei. Nunca perdi nenhuma pessoa próxima de mim. Tenho muitos avós e até bisavós e sei que passarei por muitas perdas, se eu não for primeiro. Isso entristece-me, muito, e faz-me querer passar mais tempo com os meus avós e valorizá-los mais. Sinto-me culpada quando não consigo passar muito tempo com eles, porque sinto que são dias que perco com eles. Cada dia em que eles cá estão é um dia a menos, um dia mais perto do dia em que eles partirão. A morte mais dolorosa a que já vivi foi o do meu cão, que morreu há um ano e alguns meses... Ele fez parte da minha vida desde os meus 9 anos. Teve um fim com muito sofrimento, e muito traumático para mim, que vivi a última semana da vida dele muito intensamente, sempre ao lado dele, a cuidar dele, a vê-lo definhando a cada dia... Fiquei feliz de ao menos ter estado com ele no momento em que ele partiu, apesar de ser uma imagem muito marcante e traumática. Morreu comigo a abraçá-lo. Tivemos de ser nós, tive de ser eu a decidir que era o momento... É difícil lembrar-me dele quando estava bem, sem pensar nas últimas imagens que tenho dele.

Por isso, a morte é algo que me entristece, que me revolta, que me toca muito. Todos vamos passar certamente pela perda de muita gente. E todos pensaremos na nossa morte. Cada dia, também para mim, é um dia a menos... Um dia em que sou menos jovem, menos criança, e mais adulta. Diria que estou a viver a fase do “luto”, da transição da fase de adolescente para adulta. Já vivi mais lutos, mais mortes: o divórcio dos meus pais, a morte de uma conhecida da minha idade, a morte da avó de uma amiga... Em todos eles senti uma coisa em comum: era um luto que eu não sentia escolher, um luto de algo que eu não queria viver, se pudesse ser.

2 – Como é que a sua visão pessoal sobre a morte afeta a forma como trabalha com temas relacionados com a morte em psicoterapia?

Durante a minha curta experiência como estagiária curricular, afetou-me aquilo que eu estava a viver: a morte do meu cão. Lembro-me de uma sessão em que o meu cão estava mal, precisamente uma semana antes dele morrer. Nessa sessão, a paciente disse-me que a sua cadela tinha ido para o hospital na semana anterior. Eu não ignorei, perguntei o que se passava, mas não quis desenvolver muito esse tema, quis evitar esse tema, por causa da vivência pessoal, por

medo de não aguentar falar sobre isso. Por isso, afetou. Tenho a sensação de que se o meu cão não estivesse como estava naquele dia, eu teria tentado aprofundar a visão da paciente da doença e da morte nessa sessão, partindo do que aconteceu com a cadela. Por exemplo: eu perguntei o que aconteceu com a cadela, mas não perguntei como é que a paciente se sentiu, nem se já tinha tido outros animais de estimação antes. Aliás, só meses depois é que a paciente me contou que já tinha vivido a perda de um gato, em adolescente, e o quão traumático e importante foi para ela...

Portanto sinto que afeta, não só nesse nível de “evitamento”, como no exemplo que dei, mas também no contrário: na empatia. Já depois do meu cão morrer, quando a temática da morte surgia em sessão, lembro-me da sensação que eu sentia quando as pacientes falavam em morte: sentia que as compreendia, que ali o que importava era mesmo acolher o que elas traziam, ajudar a dar significado, mesmo ao conteúdo mais doloroso. Lembro-me de ficar com os olhos brilhantes em sessão, precisamente enquanto falávamos de um cancro de um avô de uma paciente, e de sentir quão importante era falar sobre isso.

Também no caso em que a mãe da paciente tinha ideação suicida: sem dúvida que a minha experiência pessoal afetou, porque também já vivi uma tentativa de suicídio de alguém próximo. Então, tudo isto me fazia balançar com a paciente entre: querer evitar o tema e querer muito agir para ajudá-la. Isto culminou numa videochamada com a mãe, em que eu, na minha inocência e falta de experiência, pedi (como se fosse assim) à mãe para viver, para acreditar que existirão outras opções de vida, melhores do que as que ela imagina! Senti que, como passei pela experiência de poder perder uma pessoa dessa forma, era o meu papel pedir a uma mãe que não fizesse a filha passar pela mesma situação, dizendo que a filha precisa de uma mãe, que ela era útil e que faria falta à filha - tal como a pessoa em questão me faria falta, se tivesse conseguido cometer, de facto, o suicídio. Após refletir, senti-me um pouco egoísta, porque, de alguma forma, o meu foco estava mais naquilo que eu gostava que tivessem feito por mim e pela pessoa em questão, que poderia não ser necessariamente o que aquela mãe e aquela filha precisavam. Além disso, sentia que estava “do lado” da minha paciente, havendo uma maior facilidade em identificar-me com ela, a paciente, do com a sua mãe, o que penso não ter sido apenas por ser minha paciente, mas também devido à minha experiência pessoal. Talvez dentro de mim até existisse uma zanga face à mãe, que na verdade advinha da minha zanga face à minha pessoa, por ter tentado o suicídio.

Acho que a minha consciência disto tudo é o fundamental. É normal que tudo nos “afete”: somos pessoas, seres humanos, e as nossas várias “partes” influenciam-se. Mas, tendo consciência de nós mesmos, do que é que influencia o quê, conseguimos não agir somente por

causa disso. Conseguimos ser menos “marionetas” de nós mesmos e mais conscientes. Acho que o autoconhecimento é fundamental nesta profissão, que cada processo terapêutico tem de ser um constante analisar da pessoa que está à nossa frente, mas também de nós mesmos e da relação que temos com aquela pessoa. Se não for assim, a situação pode ficar uma “misturada” de coisas. Nisto, o que me ajudou foi a terapia pessoal, onde elaborava os meus temas e tinha o meu espaço, e a supervisão, onde pensava na relação. Durante a sessão, o meu foco recaía na pessoa, por isso, era fundamental ter esses espaços, fora da sessão, para analisar o resto. Com a temática da morte era igual, talvez mais doloroso e angustiante do que os outros temas, mas, de certa forma, igual aos outros temas.

3 – De acordo com a sua experiência como psicoterapeuta, como é que a temática da morte pode estar presente em psicoterapia?

*(follow-up)* – Como é que a temática da morte pode surgir em psicoterapia?

Na minha opinião, a morte estará presente em todos os pacientes, em cada um de uma forma diferente. Em certos casos, imagino que surja de uma forma óbvia/explicita: por exemplo, o paciente enfrenta o luto de alguém próximo de si, ou questiona-se sobre a sua própria morte, ou enfrenta condições confrontadoras com a morte, como uma doença grave, ideação suicida, adição, ... Noutros casos, a morte poderá surgir de formas menos óbvias/explicitas: a passagem do tempo, os ciclos de vida, um divórcio ou separação, fins e fins, fins de coisas, fins de trabalhos, de lugares, de fases da vida. Cada fim é uma morte, e implicará um luto, uma adaptação, uma reinvenção, seja por escolha ou não, implicando sempre algum nível de sofrimento, mais ou menos explícito, mais ou menos reconhecido pelo paciente. Pode ser uma visão extremista pensar assim: mas penso que cada mudança implica uma morte. E a vida é sempre feita de mudanças, escolhidas ou impostas, sentidas e reconhecidas ou não. E em cada mudança, há algo que deixamos para trás. O caso torna-se mais complicado quando acreditamos que o “novo” é pior do que o “velho” e penso que seja assim para os pacientes, e para mim mesma, quando falamos de “morte” concreta.

Durante a minha curta experiência como estagiária curricular, nos 4 casos de jovens que acompanhei, a morte apareceu, em todos eles, e de forma explícita.

- Num deles, deu-se a morte, por aborto espontâneo, de uma irmã da paciente, com 8 meses de gestação, bem como o grande risco de morte da mãe da paciente, tendo sido estes os motivos que levaram a jovem ao acompanhamento psicológico. Isto levou a uma grande dependência da paciente face à mãe, a um questionamento sobre a morte, própria e dos outros, a um

questionamento até da existência de Deus, levando-nos a recuperar a experiência da morte de um avô, em criança, e o luto por um pai que a abandonou em criança.

- Noutro dos casos, durante o acompanhamento, o avô da paciente morre e a mãe da paciente começou a manifestar ideação suicida. A própria paciente chegou a verbalizar um desejo em morrer, e revisitámos a perda de dois avós em pequena, e a morte de um gato, em adolescente, esta última muito traumática e impactante para a paciente. No momento presente do acompanhamento, além de viver estes lutos (em particular o do avô), a paciente também vivia o luto da transição para a fase adulta e o recente fim de um namoro.

- Num terceiro caso, verifica-se a morte de um avô, em criança, sendo este avô a pessoa mais próxima da paciente, idealizando-o até ao momento presente. Ao mesmo tempo, o melhor amigo da paciente suicidou-se, há poucos anos, levando a uma série de questionamentos e a sentimentos profundos de culpa e de zanga, irrefletidos, idealizando-o, sendo este o motivo de pedido do acompanhamento. Além disso, durante a psicoterapia, deu-se o fim do namoro da paciente, e o conseqüente luto.

- Por fim, num quarto caso clínico, durante o acompanhamento psicológico, faleceram as duas avós da paciente: primeiro uma, e após 2/3 semanas, a outra.

- e em simultâneo, eu própria passava por um luto devido a uma morte de alguém próximo, pela primeira vez na vida: o meu cão. Ele morreu no meu primeiro mês de estágio. Então, a temática da morte também esteve presente em mim, que tive de lidar com as decisões: que sessões desmarco? Quando regresso ao estágio?, bem como com a gestão do impacto destes temas em mim, e do meu próprio luto, na vida pessoal e durante as sessões de acompanhamento/psicoterapia de apoio.

4 – Como é que vê que a morte pode ser trabalhada, a nível de intervenção psicoterapêutica?

Tenho aprendido que a melhor forma de trabalhar é abordando, elaborando, chamando as coisas pelos nomes. A psicoterapia consiste em, muitas vezes, dizer o óbvio, seja através de uma devolução ou reformulação. Dizer o óbvio para ficar claro: para mim e/ou para o paciente. Dizer o óbvio para se fazer algo com esse “óbvio”, seja sentido e possa ser lamentado, aceite ou adaptado... Este “óbvio” muitas vezes pode ser “morte”, e muitas vezes poderá nem sequer fazer sentido utilizar a palavra “morte”. Acredito que usar as próprias palavras que os pacientes usam fará mais sentido, e que, muitas vezes, a morte estará lá, nessas palavras. Acho importante usar as palavras dos pacientes, tentando atribuir significados e arranjar sinónimos, trabalhando a morte. Mas, além disso, acho que muitas vezes, mesmo em situações menos explícitas, possa ser benéfico usar a palavra “morte” ou “luto”, mesmo quando não se trata de uma morte

biológica ou de uma perda explícita para o paciente. Desta forma, ele poderá atribuir outro significado à situação. Mas isto sou eu, inexperiente, que se calhar só pensa num certo tipo de pacientes, porque ainda não lidou com muitos pacientes na vida. Talvez com pacientes com diagnósticos mais graves, ou com menos capacidade de *insight*, falar na palavra “morte”, sem que estes falem nela primeiramente, poderá ser um tiro no pé. Acredito plenamente que a morte surja sempre em psicoterapia, mais cedo ou mais tarde, e que não há ser humano que a não a tema, nem que não conviva com ela, de alguma forma e em algum momento da vida.

5 – Como é que a sua experiência de trabalhar com temas relacionados com a morte afeta a sua visão pessoal sobre a morte?

A minha experiência em trabalhar com a morte, no estágio curricular, afeta a minha visão pessoal, porque sou uma só pessoa, que me relaciono com os outros nos vários contextos. Portanto, da mesma forma que falar sobre a morte com outra pessoa, ou ter um amigo ou familiar em luto afeta a minha visão pessoal, com pacientes é semelhante. A diferença é que com os pacientes normalmente chegamos mais a fundo e são verbalizadas e elaboradas coisas muito dolorosas. Lembro-me de uma das pacientes falar do seu avô, que morreu quando ela era criança, e de, ali na psicoterapia, eu sentir que era como se o seu avô estivesse vivo, ainda mais vivo do que outras pessoas da vida dela. Para nós, que imaginamos a vida da paciente, mas que estamos ali, numa sala, todas as pessoas do mundo da paciente existem na nossa imaginação. Então, o avô existia na minha imaginação da mesma forma do que os outros familiares, mesmo sabendo que ele estava morto. Ele existia, porque existia no discurso da paciente, nos acontecimentos, no pensamento presente dela. Ele existia para mim porque ainda existia para ela, e porque muitas vezes ela pensava no que é o avô diria se estivesse vivo hoje em dia. Achei isto bonito e a nível pessoal comecei mais a acreditar que as pessoas “vivem em nós”, que era algo que eu sempre considerei um *cliché* e que não acreditava. Em simultâneo, esta paciente falava do seu melhor amigo que se suicidou, mas falava muito mais da perda que sentia, da falta. Neste caso, eu já não sentia o seu melhor amigo como vivo. É interessante este contraste. Mostra-me que os significados que damos às coisas, incluindo às perdas e à morte, importa muito. Além disso, os vários lutos que as minhas pacientes viviam também me ajudavam a elaborar e a pensar sobre o meu luto, que eu estava a viver. Por isso, o trabalho da morte em terapia impactou as minhas crenças sobre a morte, sobre os processos de luto e a minha forma de olhar as pessoas.

## **Anexo D – Consentimento Informado**

O meu nome é Filipa Morais e realizo a minha Dissertação de Mestrado no Ispa, sendo esta orientada pelo Professor Doutor David Neto e pelo Professor Doutor Vítor Amorim Rodrigues. A presente Dissertação tem como objetivo compreender a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia. Para o efeito, torna-se necessário realizar entrevistas individuais a psicoterapeutas.

Deste modo, venho por este meio pedir a sua colaboração neste estudo. A entrevista individual será realizada presencialmente, no local que for mais conveniente. A entrevista será gravada, porém, todos os dados que fornecer serão confidenciais, sendo que nenhuma informação pessoal será divulgada. Os dados da entrevista que se tornarão públicos através do estudo não serão identificativos. Além disso, as gravações da entrevista serão imediatamente destruídas após a transcrição e as transcrições serão eliminadas num prazo de 5 anos.

A participação neste estudo também implica o preenchimento de um questionário, imediatamente após a entrevista.

Torna-se pertinente salientar que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento. Apesar de ser uma temática sensível, não existem riscos associados à sua participação.

Caso tenha alguma questão relacionada a este estudo, poderá contactar-me através do *e-mail*: [25753@alunos.ispa.pt](mailto:25753@alunos.ispa.pt).

Tendo conhecimento da natureza e dos objetivos do presente estudo, é pedido que assine o seu consentimento. Obrigada pela sua contribuição!

Lisboa, \_\_\_\_\_

---

Nome do Participante

---

Assinatura do Participante

---

Nome do Investigador

---

Assinatura do Investigador

**Anexo E – Folha Sócio-demográfica**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Género:** M  F  Outro: \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** Solteiro  Casado  União de Facto   
Divorciado  Viúvo

**Experiência como psicólogo/psicoterapeuta (em anos):** \_\_\_\_\_

**Sociedade/Associação Psicoterapêutica:** \_\_\_\_\_

É membro da respetiva sociedade/associação  Encontra-se em fase de formação

[Preencher apenas se se encontra em fase de formação]

Que componentes da formação realiza atualmente? \_\_\_\_\_

Que componentes da formação estão por realizar? \_\_\_\_\_

## **Anexo F – Sistema de Transcrição Adaptado de Braun e Clarke (2013)**

- Participante = “P” e Entrevistador = “E”, seguido de “:” cada vez que é introduzida uma fala.
- Começar uma nova linha cada vez que cada pessoa inicia uma fala.
- Começar cada palavra da primeira frase da pessoa com letra maiúscula.
- “Hm” ou “Hm hm” ou outros para sons fonéticos desse género.
- “palavra-“ para sinalizar uma palavra interrompida, ou que a pessoa cortou a meio.
- Usar aspas quando a pessoa está a relatar o discurso direto (frases que tenha dito ela próprio ou outra pessoa, ou pensamentos concretos, seus ou de outra pessoa).
- Não usar pontuação excessiva, pois pode alterar o sentido do discurso.
- Usar abreviações apenas se a pessoa o fizer.
- Não corrigir a pronúncia errada ou a fala errada de palavras.
- Escrever os números sempre por extenso.
- Escrever o nome de programas de televisão, livros, filmes etc. em itálico.
- Escrever palavras estrangeiras em itálico.
- “((choro))” “((risos))” e “((tosse))” “((suspiro))” sinaliza uma das pessoas a chorar, rir, tossir ou suspirar durante a sua vez de falar.
- “((riso geral))” sinaliza o entrevistador e o participante a rir ao mesmo tempo e deve aparecer numa linha separada.
- “((em sobreposição))” antes do início da fala sobreposta.
- Se existirem palavras que se ouvem, mas não se percebem na totalidade, usar parênteses simples para sinalizar o melhor palpite ou os palpites sobre o que foi dito, p.e., “(modos de vida)” ou “(modos de vida/esposa cansada)”.
- “((inaudível))” quando existe algum momento em que o discurso não é audível, não havendo sequer nenhum palpite do que foi dito.
- “((pausa))” para sinalizar uma pausa significativa no discurso; “(.)” para sinalizar uma pausa curta no discurso; “((pausa longa))” para sinalizar uma pausa longa no discurso.
- Sublinhado, para sinalizar palavras ditas com ênfase.
- No caso de serem abordadas informações pessoais ou que possam comprometer a confidencialidade, substitui-se a informação em causa, ou escreve-se de forma vaga, p.e., “Faculdade de Lisboa” por “faculdade”; “Lisboa” por “cidade grande”; “IPO” por “hospital”.

## Anexo G – Códigos Iniciais e Intermédios (Processo da Análise Temática)

Códigos Iniciais (3 entrevistas)	Códigos Intermédios (4 entrevistas)
<p><b>visão pessoal da morte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● morte como parte integrante da vida</li> <li>● morte como menos misteriosa do que o nascimento</li> <li>● morte como algo que dá sentido à existência</li> <li>● morte como limite temporal</li> <li>● morte como bússola, norte, caminho</li> <li>● morte pode chegar a qualquer momento</li> <li>● morte como certeza</li> <li>● morte como estado</li> <li>● morte como desligamento do corpo</li> <li>● morte como deixar de existir</li> <li>● morte como desaparecimento</li> <li>● medo da morte</li> <li>● morte como momento revelador e decisivo</li> <li>● morte responde a dúvidas existenciais</li> <li>● morte como perda</li> <li>● morte como ausência de vida</li> <li>● morte como corpo inerte em decomposição</li> <li>● morte como momento último com quem morre</li> <li>● morte como morte da relação com quem morre</li> <li>● morte como morte da possibilidade de voltar a interagir com quem morre</li> <li>● morte como celebração da vida</li> <li>● morte como momento de honra a alguém de quem se gostou</li> <li>● morte como algo trágico</li> <li>● não tem direito à sua visão da morte, pois nunca passou pela experiência de perder alguém próximo por morte</li> <li>● as pessoas têm medo da morte</li> <li>● experiências de perda intensas trazem resiliência</li> <li>● a pessoa que morre permanece na memória e no sentir de quem vive</li> <li>● perda de alguém como a pior coisa da vida</li> <li>● quando alguém morre não se perde tudo</li> <li>● a aproximação de alguém de quem gostamos à sua morte pode tornar a relação mais íntima</li> <li>● experiências de pessoas próximas com a morte mudam a sua visão da morte</li> <li>● não há vida depois da morte</li> <li>● visão sobre a morte abre um espaço vazio</li> <li>● morte associada à qualidade de vida</li> <li>● morte associada a questões existenciais</li> <li>● todas as pessoas passam inevitavelmente por perdas</li> <li>● não ter medo da morte (ao contrário de outros)</li> <li>● não refletir sobre a morte</li> <li>● todos temos consciência da morte</li> <li>● não deseja ser imortal (ao contrário de outros)</li> <li>● consciência da morte leva a fazer/agir</li> <li>● consciência da morte leva a querer dar bom uso à vida</li> <li>● crença de que não faz sentido precipitar a morte</li> <li>● pode-se precipitar a morte quando a vida não tem</li> </ul>	<p><i>Q1: Compreender a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>A presença da morte em psicoterapia é circunscrita aos clientes:</b></li> <li>- <u>Iminência da morte do cliente:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- clientes com doença grave - p.e. cancro, doença terminal</li> <li>- clientes com pensamentos ou comportamentos suicidas</li> <li>- clientes com adições</li> </ul> </li> <li>- <u>Cenário mental do cliente:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- crenças - p.e. religiosas</li> <li>- diagnóstico/sintomas - p.e. ansiedade, ataques de pânico</li> <li>- dúvidas existenciais</li> <li>- práticas e hábitos culturais</li> <li>- experiências intensas de dor</li> </ul> </li> <li>- <u>Medo do cliente da própria morte:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- medo direto da própria morte</li> <li>- medo indireto da própria morte - expresso através de outros medos - p.e. medo do desconhecido</li> </ul> </li> <li>- <u>Relativa a pessoas próximas do cliente:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- clientes em luto - p.e. morte de familiares, amigos, animais <ul style="list-style-type: none"> <li>- pedido explícito relativo a luto recente</li> <li>- lutos passados inacabados</li> </ul> </li> <li>- doença grave de pessoas próximas do cliente</li> <li>- medo do cliente em perder pessoas próximas</li> </ul> </li> <li>- <b>A presença da morte em psicoterapia assume várias formas de presença:</b></li> <li>- <u>Explícita</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- morte biológica <ul style="list-style-type: none"> <li>- causa: natural vs não natural</li> <li>- antecipação: morte súbita vs morte preparada</li> <li>- violência: morte violenta vs morte não violenta</li> </ul> </li> <li>- doença</li> </ul> </li> <li>- <u>Implícita</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sentido da vida</li> <li>- envelhecimento</li> <li>- mortes simbólicas - p.e. fim de relação, mudança de fase de vida, fim de experiência confronto com a finitude</li> </ul> </li> <li>- <b>As perspetivas sobre a prevalência da presença da morte em psicoterapia:</b></li> <li>- morte presente em todos os casos clínicos <ul style="list-style-type: none"> <li>- é mais falada de forma indireta(?)</li> </ul> </li> <li>- morte presente sempre nas pessoas idosas</li> <li>- “eu” vs “nós” vs “os outros”</li> </ul>

- qualidade nem prognóstico de melhoria
- hipótese do suicídio
- sentido religioso de uma vida que foi dada
- sentido de responsabilidade em tomar conta da vida que foi dada
- pessoas em condições graves de saúde sem condições para decidir sobre a sua saúde
- comparação de várias causas de morte
- o que importa é a forma como as pessoas vivem as suas vidas
- maior dificuldade em aceitar a morte de alguém que não viveu uma boa vida
- maior dificuldade em aceitar mortes prematuras
- existem mortes mais complicadas, súbitas, violentas do que outras
- as questões da morte são sempre questões da vida
- existem vários tipos de morte, além da biológica - fim de uma relação, passagem do ensino secundário para o ensino superior, morte de tempos de vida, morte de experiências
- importância de viver uma vida com sentido e de dar sentido à vida
- para clientes suicidas a vida não faz sentido
- clientes suicidas sentem sofrimento insuportável, que pode ser objetivo ou relacionado com a visão da vida
- fazer a vida valer a pena é uma questão em que toda a gente tem de trabalhar
- o amor é tão forte como a morte
- o que ajuda os processos de luto é o amor, em todos os tipos de perdas
- existir amor à volta torna a morte mais aceitável
- a vida é para ser vivida com amor e a morte é o limite
- importância de aceitar o limite da morte
- é insuportável olhar a morte de frente, mas existem estratégias para olharmos
- quando alguém morre temos de resgatar da relação coisas que são nossas

#### relatos pessoais:

- recente morte de alguém próximo
- pessoas próximas que já ponderaram o suicídio
- morte de pessoa com condição rara
- morte de pessoa próxima
- luto pessoal
- não teve contacto/experiência com a morte
- perda pessoal, mas sem relação próxima, sem grande dor
- colega que perdeu o pai devido a doença terminal
- tem medo de andar de avião porque significa que pode morrer a qualquer momento e que não controla

#### relatos de casos clínicos:

- cliente em grupo terapêutico com cancro
- cliente suicida
- cliente com cancro
- cliente em luto, que evitava a morte e que teve

*Q2: Compreender a relação entre a perspectiva dos psicoterapeutas sobre a morte e a intervenção dos psicoterapeutas face à morte.*

- **As perspectivas dos psicoterapeutas sobre a morte:**
- O conceito de morte:
  - morte como acontecimento
    - que integra o ciclo da vida
    - que dá fim à existência
    - que não dá fim à existência simbólica
    - de transição
    - que é trágico
    - que é revelador
    - que celebra a vida
  - morte como estado
    - impeditivo de relação
    - de ausência de vida
    - corpo desligado e em decomposição
    - de desaparecimento
  - morte como presença
    - ligada à vida (e à qualidade de vida)
    - como guia
    - como mistério
  - morte como perda
    - causadora de sofrimento
- As propriedades da morte:
  - universalidade
  - imprevisibilidade
  - certeza
  - inevitabilidade
- As valências da morte:
  - neutra
  - negativa
  - positiva
  - injusta
- **A autoconsciência da morte:**
- Respostas dos psicoterapeutas:
  - medo
    - sentir medo
    - dizer não sentir medo
  - aceitação
    - ter dificuldade
  - reflexão
    - refletir sobre o tema
    - não refletir sobre o tema
- Necessidades despertadas:
  - despedir para a morte
  - aceitar a morte
    - fatores que influenciam a aceitação da morte: qualidade de vida, amor/carinho, causa/tipo, idade, despedida
  - regular as emoções
    - fatores que influenciam a regulação das emoções pós-luto: proximidade da relação, circunstâncias da morte, grau de certeza da morte, personalidade da

<p>cancro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● cliente que traz a morte, associada à idade, ao envelhecimento</li> <li>● cliente que traz a morte, de forma implícita, associada às escolhas futuras</li> <li>● cliente em luto</li> <li>● clientes criança em luto de um dos pais</li> </ul> <p><b>visões face à psicoterapia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● inevitabilidade do impacto da dimensão pessoal no trabalho</li> <li>● psicoterapeutas são o seu próprio instrumento de trabalho</li> <li>● psicoterapeutas devem fazer terapia pessoal</li> <li>● exigência da profissão: saber, estudar, refletir</li> <li>● a visão pessoal tem sempre um impacto na forma como se intervém - transversal aos vários temas, incluindo questões da morte</li> <li>● os processos de luto pessoais ajudam o trabalho com clientes em luto</li> <li>● as ideias dos modelos teóricos fazem parte da visão pessoal, é por isso que são escolhidos</li> <li>● referência ao modelo existencial, o Yalom e filosofia</li> <li>● visão pessoal afeta o trabalho com clientes suicidas</li> <li>● a visão pessoal sobre a morte faz diferença no autocuidado, na forma como lida com os acontecimentos da vida dos clientes</li> <li>● encarar a morte como parte integrante da vida ajuda a manter o próprio equilíbrio na terapia</li> <li>● algumas pessoas: necessidade de organização interna antes de conseguirem viver uma vida boa</li> <li>● existem psicoterapeutas com maior dificuldade em abordar o tema da morte</li> <li>● tendência das pessoas em evitar o tema da morte limita a intervenção</li> <li>● questões da morte e da vida muito ligadas em quase todos os quadros clínicos</li> <li>● crença em processos mais longos, pois demora identificar os assuntos de vida ou de morte</li> <li>● inevitabilidade de a forma como trabalha com os clientes reforçar a sua forma de ver a vida e a morte</li> <li>● o trabalho convida a refletir sobre a morte</li> <li>● o bom psicoterapeuta tenta que a sua visão pessoal não influencie o seu trabalho</li> <li>● não induz os pacientes a partilharem da sua visão da morte</li> <li>● a sua visão da morte não interfere negativamente em psicoterapia</li> <li>● a visão sobre a morte afeta positivamente a inclusão das visões dos clientes</li> <li>● intervir despida das suas crenças / durante a intervenção, não pensa na sua perspetiva pessoal, mas foca-se na perspetiva do cliente</li> <li>● existe uma possibilidade remota de não ter consciência da influência que a sua visão pessoal tem na intervenção</li> </ul>	<p>pessoa, visão do mundo da pessoa, perdas anteriores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tornar presente quem já morreu</li> <li>- reorganizar a vida</li> <li>- obter respostas a dúvidas existenciais</li> </ul> <p>- <u>Instrumentalidade percebida:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dar sentido à vida</li> <li>- incentivar a mudança e a ação</li> <li>- aumentar a qualidade de vida</li> <li>- aumentar o sentido de responsabilidade</li> <li>- aproveitar o momento presente</li> <li>- antecipar e preparar a morte</li> <li>- celebrar a vida</li> </ul> <p>- <b>As perspetivas dos psicoterapeutas sobre a intervenção face à morte:</b></p> <p>- <u>O que os psicoterapeutas “devem” fazer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- refletir sobre o tema da morte</li> <li>- psicoterapia pessoal</li> <li>- formação profissional</li> <li>- respeitar a diferença na psicoterapia</li> <li>- dar espaço aberto para se abordar a morte em psicoterapia</li> <li>- não deixar que a sua perspetiva pessoal afete a psicoterapia</li> </ul> <p>- <u>Os outros psicoterapeutas - “eu vs outros”:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- há outros psicoterapeutas que têm mais dificuldade em lidar com a morte, a nível pessoal</li> <li>- há outros psicoterapeutas que têm mais dificuldade em trabalhar temas relacionados com a morte em psicoterapia</li> <li>- há outros psicoterapeutas cuja perspetiva da morte pode afetar negativamente a psicoterapia</li> </ul> <p>- <u>Os sentimentos do próprio psicoterapeuta face à intervenção na morte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dificuldade em abordar o tema da morte em psicoterapia</li> <li>- sentimentos de perda - em casos de doença do cliente</li> <li>- impotência - em casos de luto</li> <li>- responsabilidade - em casos de suicida</li> <li>- proteção e vontade de acolher - em casos de luto</li> </ul> <p>- <u>A abertura do paciente para abordar a morte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- evitamento</li> <li>- abertura</li> <li>- ansiedade</li> </ul> <p>- <b>As características da intervenção na morte:</b></p> <p>- <u>Iniciativa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- psicoterapeuta ativo</li> <li>- esperar pela espontaneidade do cliente</li> </ul> <p>- <u>Diretivo vs não diretivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- psicoterapeuta diretivo - p.e. perguntas diretas, plano definido</li> <li>- psicoterapeuta não diretivo - p.e. exploração, acompanhar o ritmo cliente</li> </ul> <p>- <u>Chamar a morte pelo seu nome:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dizer o óbvio - “morte”</li> </ul>
---	---

- ideação suicida do cliente faz sentir-se responsável pela vida do cliente
- clientes com ataques de pânico: a morte surge porque não vivem bem a sua vida
- não reflete sobre o impacto do trabalho da morte na sua visão pessoal
- o trabalho com pessoas em luto afeta a sua visão pessoal sobre a morte
- o trabalho com pacientes em luto leva à consciência de que a morte está muito presente na vida e pode acontecer a qualquer pessoa
- o trabalho com a morte coloca mais em contacto com a vida
- trabalho com doentes terminais ou com doenças crónicas degenerativas coloca em contacto com o que quer, faz questionar se está onde quer, a fazer o que quer, a aproveitar o momento
- trabalho com a morte não muda a perspectiva da inevitabilidade e universalidade da morte, e de que a morte é um desligamento
- trabalho com a morte confronta com a realidade da universalidade da morte
- trabalho com a morte impacta positivamente a visão da morte
- trabalhar com a morte tem um impacto positivo no seu autoquestionamento da escolhas de vida
- dificuldade em aceder ao tema da morte em psicoterapia
- o trabalho da morte aumenta a curiosidade em experienciar a perda de alguém
- a dificuldade do paciente em trabalhar as emoções pode levar a dificuldades em trabalhar a morte
- importância das normas sociais e culturais face à expressão do luto dos pacientes
- trabalhar a morte em psicoterapia aumenta a sua empatia
- trabalhar a morte em psicoterapia aumenta a sua vontade de acolher o paciente em luto
- ter o seu próprio acompanhamento psicológico ajudou a conseguir gerir as emoções face à morte em psicoterapia

#### **presença da morte na psicoterapia:**

- morte está presente em todos os processos psicoterapêuticos
- morte pode surgir em psicoterapia de forma implícita/indireta ou explícita/direta
- morte surge em psicoterapia através dos temas do suicídio
- morte surge em psicoterapia através do abordar o sentido da vida do paciente
- morte surge em psicoterapia através do luto do paciente: processos de luto podem ser face à morte de familiares, amigos, animais
- morte surge em psicoterapia através de pacientes com doenças terminais
- morte surge em psicoterapia através de doenças terminais de pessoas próximas dos pacientes
- morte presente em psicoterapia através de dúvidas

- trabalhar a morte sem a chamar pelo nome
  - indireto
  - simbólico, p.e. com crianças, através de metáforas

- **A intervenção na morte de acordo com a situação:**
- Clientes com pensamentos ou comportamentos suicidas:
  - trabalhar o sentido da vida
  - trabalhar possibilidades de ação para a mudança
  - intervenção na crise
  - trabalhar a estrutura de personalidade
  - alívio de sintomas
  - identificação de causas
- Clientes com doenças terminais:
  - testamento vital
  - ajudar a morrer com dignidade
  - trabalhar os assuntos inacabados (consigo mesmo e com os outros) - p.e. através da elaboração de tarefas
  - ajudar a preparar para a morte
  - trabalhar a aceitação da doença
- Clientes em luto:
  - ajudar a tornar presente e a honrar a pessoa que morreu - p.e. através de objetos simbólicos, rituais
  - ajudar a resgatar aspetos positivos da relação com a pessoa que morreu
  - trabalhar os assuntos inacabados com a pessoa que morreu - p.e. através da técnica da cadeira vazia, técnicas de Greenberg, escrita de cartas
  - ajudar a reorganizar a vida sem a pessoa que morreu
  - ajudar a ajustar o mundo interno e a visão do mundo sem a pessoa
  - ajudar a aceitar a morte da pessoa - aceitação cognitiva e emocional
  - ser companhia e acolher o cliente
  - trabalhar o conceito de morte
  - trabalhar as saudades da pessoa
  - intervenção junto de familiares (p.e., a forma de contar à criança, psicoeducação, importância dos rituais de despedida)
  - psicoeducação sobre o luto
  - vivenciar e regular as emoções face à perda
  - trabalhar o projeto de vida
- Clientes com adições:
  - trabalhar a motivação para a intervenção
  - trabalhar a adesão
  - prevenção da recaída: p.e. fatores de risco, gatilhos, pensamentos, desejos, regulação emocional, hábitos de vida
- Situações abrangentes - inerente à condição humana:
  - trabalhar a qualidade de vida
  - trabalhar a aceitação da própria história de vida
  - trabalhar os desejos e as necessidades do cliente
  - trabalhar a regulação emocional do cliente
  - trabalhar o conceito de morte do cliente
  - trabalhar o sentido da vida do cliente

existenciais dos pacientes

- morte presente em psicoterapia através dos pacientes questionarem o sentido da vida
- morte presente em psicoterapia através da ansiedade dos pacientes
- morte presente em psicoterapia através dos medos dos pacientes
- morte presente em psicoterapia através do questionamento direto do tema por parte do paciente
- morte presente em psicoterapia através do medo do paciente da sua própria morte
- morte presente em psicoterapia através do medo do paciente da morte de outros
- morte presente em psicoterapia através da reflexão do paciente
- morte presente em psicoterapia através de crenças religiosas do paciente
- morte presente em psicoterapia através de doenças do paciente ou de pessoas próximas do paciente
- morte surge em psicoterapia através dos ataques de pânico relacionados com as questões existenciais ligadas à morte
- morte surge em psicoterapia presença da iminência da morte nos casos de dependências

#### **como intervir na morte:**

- intervenção no luto:
  - através das crenças adaptativas do cliente, mesmo que não sejam iguais à do psicoterapeuta
  - ajudar reorganizar a vida sem a pessoa
  - ajudar aceitar a morte, forma de vida, antecipação da própria morte
  - ajudar a aceitar a própria história
  - ajudar a honrar a vida da pessoa que morreu
  - é importante a forma como tornamos presente na vida a pessoa que morreu - p.e. através de objetos simbólicos
  - implica estar com o paciente
  - através de técnicas experienciais
  - através de técnicas cognitivas
  - não implica desenvolver muito
  - impotência do terapeuta
  - técnica da cadeira vazia
  - trabalhar os assuntos inacabados - p.e. escrita de cartas
  - trabalhar a morte através do conceito de morte
  - trabalhar a morte através das saudades da pessoa perdida
  - trabalhar o luto do paciente de forma indireta
  - trabalhar o luto do paciente através da intervenção junto de familiares (p.e., a forma de contar à criança, psicoeducação, importância dos rituais

#### **- A autoconsciência face à relação entre a perspectiva da morte e a intervenção psicoterapêutica na morte:**

##### **- Autoconsciente:**

- inevitabilidade
- circularidade

##### **- Dúvida consciente:**

- ausência de reflexão prévia
- oscilação entre perspectivas
- dúvida verbalizada - p.e. “não sei”
- autoquestionamento da autoconsciência

##### **- Desligamento da perspectiva pessoal da morte em prol da perspectiva do paciente**

#### **- A perspectiva pessoal da morte ilumina a intervenção na morte:**

##### **- Diretamente:**

- relevância do que é importante trabalhar face à morte em psicoterapia
- aumenta a empatia do psicoterapeuta
- facilita o estabelecimento da relação terapêutica
- influencia o tipo de perguntas realizadas aos clientes
- ajuda a incluir as perspectivas da morte dos clientes
- através do uso da técnica da autorrevelação, em casos de luto

##### **- Indiretamente:**

- a perspectiva da morte influencia a escolha do modelo teórico, que influencia a intervenção na morte
- a perspectiva da morte melhora o autocuidado do psicoterapeuta, o que melhora a intervenção
- as crenças face à morte influenciam as crenças face ao luto, que por sua vez influenciam a intervenção no luto

##### **- A perspectiva pessoal da morte poderia..., mas (felizmente) tal não acontece:**

- retirar liberdade ao cliente
- dificultar o processo psicoterapêutico
- criar incompatibilidade de perspectivas entre psicoterapeuta e cliente
- induzir algo ao cliente

#### **- A intervenção psicoterapêutica na morte afeta a perspectiva pessoal da morte:**

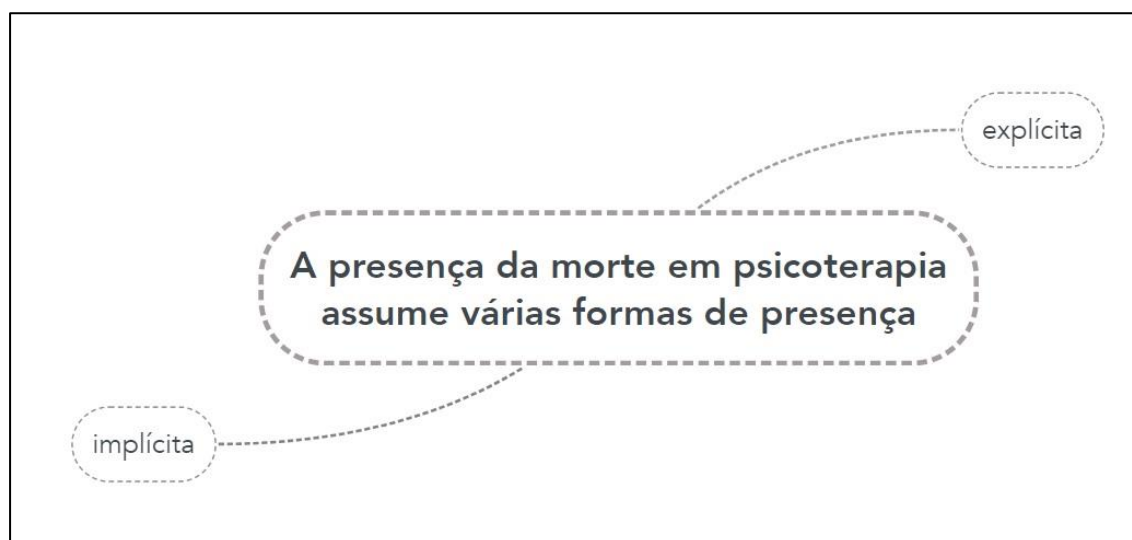
##### **- De forma positiva:**

- aumenta a autorreflexão pessoal sobre a morte
- aumenta a autoconsciência
- aumenta a consciência da imprevisibilidade da morte
- aumenta a consciência da universalidade da morte
- aumenta a qualidade da vida
- aumenta a valorização do presente
- aumenta a consciência de que experiências de perda trazem capacidade de resiliência
- aumenta a consciência de que a pessoa que morre permanece na memória de quem fica

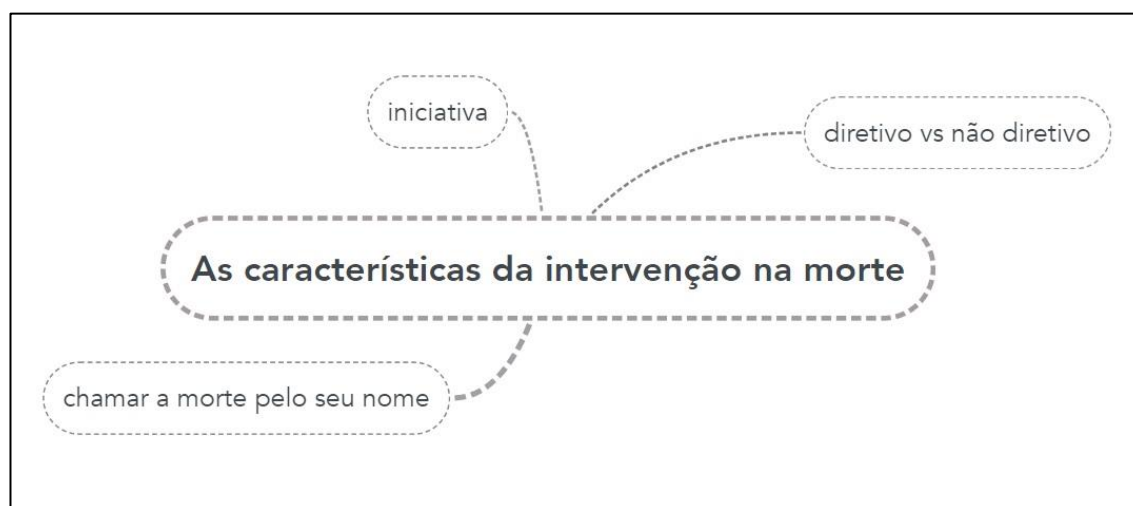
<p>de despedida)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● intervenção em doentes terminais relacionada com: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ assuntos inacabados</li> <li>○ a aceitação da doença</li> <li>○ a elaboração de tarefas</li> <li>○ procura do sentido da vida</li> <li>○ criar testamento vital</li> <li>○ ajudar a morrer com dignidade</li> </ul> </li> <li>● intervenção nos consumos através de: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ intervenção na motivação para o acompanhamento ou internamento</li> <li>○ trabalhar a adesão</li> <li>○ prevenção da recaída: fatores de risco, gatilhos, pensamentos, desejos, regulação emocional, hábitos de vida</li> </ul> </li> <li>● intervenção na ideação suicida: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ intervenção na crise</li> <li>○ criar razões para a pessoa querer viver</li> <li>○ trabalhar a estrutura de personalidade</li> <li>○ procura do sentido da vida: trabalhar a possibilidade de agir para o aumentar</li> </ul> </li> <li>● intervir com o que faz sentido para a pessoa</li> <li>● trabalhar a morte através do trabalho do sentido da vida é sempre importante</li> <li>● trabalho existencial das necessidades e desejos da pessoa</li> <li>● exercícios de Greenberg</li> <li>● técnica da cadeira vazia</li> <li>● referência a livro de Yalom sobre a morte</li> <li>● trabalhar a morte através das ocasiões em que os pacientes referem o tema</li> <li>● perguntas diretas sobre a morte reduzem a abertura do paciente para abordar o tema</li> <li>● grande abertura para trabalhar o tema da morte quando é trazido pelo paciente</li> <li>● não tem plano definido para trabalhar a morte</li> <li>● trabalhar a morte através da exploração</li> <li>● não trabalha o tema da morte de forma ativa em psicoterapia</li> <li>● morte não deve ser um tabu em psicoterapia</li> <li>● deve haver espaço aberto para se falar da morte</li> <li>● trabalhar a morte em psicoterapia através do questionamento direto</li> <li>● trabalhar a morte em psicoterapia através da reflexão conjunta</li> <li>● trabalhar a morte em psicoterapia de forma simbólica</li> <li>● trabalhar a morte em psicoterapia através de terapias expressivas</li> <li>● trabalhar a morte em psicoterapia através do corpo</li> <li>● trabalhar a morte em psicoterapia através da escuta do corpo</li> <li>● trabalhar a morte em psicoterapia através de técnicas de focusing</li> <li>● trabalhar a morte em psicoterapia seguindo o ritmo do paciente</li> <li>● trabalhar a morte em psicoterapia quando o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aplicabilidade nos lutos pessoais do conhecimento e experiência sobre o trabalho com lutos</li> <li>- <b>Verbalizações:</b></li> <li>- <u>Incongruências de comunicação:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- incongruência verbal e não verbal - p.e. risos</li> <li>- verbalizar que a sua resposta será diferente da minha expectativa</li> <li>- contradição no discurso</li> </ul> </li> <li>- <u>Relatos pessoais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- própria morte: <ul style="list-style-type: none"> <li>- tirar a própria vida não é hipótese</li> <li>- medo da própria morte</li> </ul> </li> <li>- morte de outros: <ul style="list-style-type: none"> <li>- luto pessoal por morte de pessoa próxima</li> <li>- luto pessoal por morte de animal</li> <li>- relato de morte de pessoa por doença</li> <li>- tentativa de suicídio de alguém próximo</li> <li>- morte de pessoas não próximas</li> <li>- rituais face a pessoas que morreram</li> </ul> </li> <li>- pouco contacto com a morte</li> </ul> </li> <li>- <u>Relatos de casos clínicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cliente com doença grave, p.e. cancro, crónicas degenerativas, terminais</li> <li>- cliente com medo da morte</li> <li>- cliente em luto, p.e. luto de familiar, luto parental, divórcio</li> <li>- cliente com pensamentos/comportamentos suicidas</li> <li>- cliente que vive a doença grave de pessoa próxima</li> <li>- cliente com evitamento perante o tema da morte</li> <li>- cliente com adição</li> <li>- cliente com ataques de pânico</li> <li>- cliente que aborda morte associada ao envelhecimento</li> <li>- cliente que aborda morte associada às escolhas de vida</li> <li>- cliente criança que perde um dos pais</li> <li>- luto comunitário</li> <li>- morte de cliente</li> </ul> </li> <li>- <u>Referência modelos, autores, áreas do saber:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- modelo teóricos e de intervenção - p.e. cognitivo-comportamental, existencial, psicoterapias expressivas, técnicas de <i>focusing</i>, modelo do luto de Worden</li> <li>- autores - p.e. Yalom, Worden, Bowlby, Sanders, Kübler-Ross</li> <li>- áreas do saber - p.e. filosofia, medicina</li> </ul> </li> </ul>
--	---

paciente se sente preparado	
-----------------------------	--

**Anexo H – Exemplos de Rascunhos de Mapas Mentais, elaborados a respeito dos “Códigos Intermédios” (4 entrevistas)**



**Figura 1** - Rascunho de mapa mental referente a um dos temas da 1ª. Questão de Investigação



**Figura 2** - Rascunho de mapa mental referente a um dos temas da 2ª. Questão de Investigação

## Anexo I – Temas, Subtemas e Códigos Finais

### Temas, Subtemas e Códigos

*Q1: Compreender a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia.*

Temas Cognitivos	Temas Metacognitivos
<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>A morte em psicoterapia está circunscrita aos clientes:</b><ul style="list-style-type: none"><li>● <u>Própria morte do cliente:</u><ul style="list-style-type: none"><li>○ clientes com doença grave</li><li>○ clientes com pensamentos ou comportamentos suicidas</li><li>○ clientes com adições</li><li>○ medo do cliente da própria morte</li></ul></li><li>● <u>Cenário mental do cliente:</u><ul style="list-style-type: none"><li>○ crenças</li><li>○ sintomatologia</li><li>○ práticas e hábitos culturais</li><li>○ experiências intensas de dor</li><li>○ procura do sentido da vida</li></ul></li><li>● <u>Morte de pessoas próximas do cliente:</u><ul style="list-style-type: none"><li>○ clientes em luto</li><li>○ doença grave de pessoas próximas do cliente</li><li>○ medo do cliente em perder pessoas próximas</li></ul></li></ul></li> <li>- <b>A dualidade de contornos da morte em psicoterapia:</b><ul style="list-style-type: none"><li>● <u>Morte explícita</u><ul style="list-style-type: none"><li>○ <u>morte biológica</u></li><li>○ <u>doença física</u></li></ul></li><li>● <u>Morte implícita</u><ul style="list-style-type: none"><li>○ sentido da vida</li><li>○ fim de relação</li><li>○ fim de experiência</li><li>○ mudança de fase de vida</li><li>○ confronto do cliente com a finitude</li><li>○ reação do cliente ao fim da relação terapêutica</li><li>○ sonhos do cliente</li></ul></li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>A forma de presença da morte em psicoterapia:</b><ul style="list-style-type: none"><li>● <u>O ponto de partida - cliente:</u><ul style="list-style-type: none"><li>○ intencionalidade do cliente em abordar o tema</li><li>○ acontecimentos da vida do cliente que remetem ao tema</li></ul></li><li>● <u>Extensão:</u><ul style="list-style-type: none"><li>○ presente em todos os casos clínicos</li><li>○ sempre presente na psicoterapia com clientes idosos</li><li>○ não está muito presente na psicoterapia</li><li>○ é mais presente devido a acontecimentos do que devido à intencionalidade do cliente</li><li>○ é mais abordada de forma indireta</li></ul></li></ul></li></ul>

*Q2: Compreender a relação entre a perspectiva dos psicoterapeutas sobre a morte e a intervenção dos psicoterapeutas face à morte.*

Temas Cognitivos	Temas Metacognitivos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>As perspectivas sobre a morte:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>O conceito de morte:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ morte como acontecimento...</li> <li>○ morte como estado...</li> <li>○ morte como presença...</li> <li>○ morte como perda...</li> </ul> </li> <li>● <u>As propriedades da morte:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ universalidade</li> <li>○ imprevisibilidade</li> <li>○ certeza</li> <li>○ inevitabilidade</li> <li>○ possibilidade</li> </ul> </li> <li>● <u>A conotação dada à morte:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ neutra</li> <li>○ negativa</li> <li>○ positiva</li> <li>○ injusta</li> </ul> </li> </ul> </li>   <li>- <b>As perspectivas sobre a intervenção face à morte:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Morte sentida como negativa:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ dificuldade em abordar o tema da morte em psicoterapia</li> <li>○ sentimentos de perda - em casos de doença do cliente</li> <li>○ impotência - em casos de luto</li> <li>○ proteção e vontade de acolher o cliente - em casos de luto</li> <li>○ responsabilidade face ao cliente - em casos de ideação/comportamentos suicidas</li> </ul> </li> <li>● <u>Os psicoterapeutas “devem”:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ refletir sobre o tema da morte</li> <li>○ fazer psicoterapia pessoal</li> <li>○ investir em formação profissional</li> <li>○ respeitar a diferença na psicoterapia</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>O metapensamento sobre a morte:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Desencadeia processos de resposta:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ sentir medo da morte</li> <li>○ dizer não sentir medo da morte</li> <li>○ dificuldade em aceitar a morte</li> <li>○ não rejeitar o tema da morte</li> <li>○ processo de reflexão sobre a morte</li> <li>○ rejeição da reflexão sobre a morte</li> <li>○ adiamento da reflexão sobre a morte</li> </ul> </li> <li>● <u>Desperta necessidades:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ realizar despedida</li> <li>○ aceitar a morte</li> <li>○ regular as emoções</li> <li>○ reorganizar a vida</li> <li>○ procurar respostas a dúvidas existenciais</li> <li>○ lidar com a vulnerabilidade e a fragilidade</li> </ul> </li> <li>● <u>Tem uma instrumentalidade percebida:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ dá sentido à vida</li> <li>○ incentiva a mudança e a ação</li> <li>○ aumenta a qualidade de vida</li> <li>○ aumenta o sentido de responsabilidade</li> <li>○ aumenta autenticidade</li> <li>○ aumenta o sentido de urgência</li> <li>○ leva a aproveitar o momento presente</li> <li>○ permite antecipar e preparar a morte</li> <li>○ permite celebrar a vida</li> <li>○ possibilita a definição de um projeto de vida</li> <li>○ altera crenças face aos outros</li> </ul> </li> </ul> </li>   <li>- <b>A ambivalência do papel do psicoterapeuta na intervenção face à morte:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Iniciativa:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ psicoterapeuta ativo</li> <li>○ psicoterapeuta que espera pela espontaneidade do cliente</li> </ul> </li> <li>● <u>Diretividade:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ psicoterapeuta diretivo</li> <li>○ psicoterapeuta não diretivo</li> </ul> </li> <li>● <u>Modalidade:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ direta: dizer o óbvio - “morte”</li> <li>○ indireta: trabalhar a morte sem a chamar pelo nome</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

- dar abertura para abordar a morte em psicoterapia
- não deixar que a sua perspectiva pessoal afete a psicoterapia
- investir no autoconhecimento
- ter supervisão clínica
- Eu vs os outros psicoterapeutas:
  - há outros psicoterapeutas que têm maior dificuldade em lidar com a morte, a nível pessoal
  - há outros psicoterapeutas que têm maior dificuldade em trabalhar temas relacionados com a morte em psicoterapia
  - há outros psicoterapeutas cuja perspectiva da morte pode afetar negativamente a psicoterapia
- A abertura do cliente para abordar a morte:
  - evitamento
  - abertura
  - ansiedade

- **Como intervir na morte, na prática:**

- Cientes com pensamentos ou comportamentos suicidas:
  - em caso de suspeita, questionar imediatamente
  - intervenção na crise
  - alívio de sintomas
  - identificação de causas
  - identificação do objetivo do suicídio
  - trabalhar as possibilidades de ação para a mudança
  - trabalhar a estrutura de personalidade
  - desafio às crenças
- Cientes com doenças terminais:
  - trabalhar a aceitação da doença
  - trabalhar os significados da doença
  - promover a autenticidade
  - trabalhar os assuntos inacabados consigo próprio e com os outros
  - elaborar o testamento vital
  - preparar para a morte
- Cientes em luto:
  - psicoeducação sobre o luto
  - aceitação da morte do ente querido
  - ser companhia
  - trabalhar os assuntos inacabados face ao ente querido
  - ajustar o mundo interno e a visão do mundo externo
  - ajudar a tornar presente e a honrar o ente querido
  - resgatar os aspetos positivos da relação com o ente querido
  - trabalhar as saudades do ente querido

- intervenção junto de familiares
- Clientes com adições:
  - motivação para a intervenção
  - adesão à intervenção
  - prevenção da recaída
- Situações abrangentes - inerente à condição humana:
  - trabalhar o projeto de vida
  - aceitação da história de vida
  - trabalhar os desejos e as necessidades
  - regulação emocional
  - trabalhar o conceito de morte
  - trabalhar o sentido da vida
  - potenciar a autodescoberta
  - dar abertura para sentir, vivenciar e questionar a morte à sua maneira
  - trabalhar a relação com a facticidade
  - acolher o cliente

- **A perspetiva pessoal da morte ilumina a intervenção na morte:**

- Diretamente:
  - facilita o estabelecimento da relação terapêutica
  - influencia a escolha das estratégias de intervenção
  - aumenta a empatia
  - aumenta a inclusão de diferentes perspetivas
  - aumenta o uso da técnica da autorrevelação
  - dá abertura aos clientes para abordar a morte
  - aumenta a presença do tema da morte em psicoterapia
- Indiretamente:
  - a perspetiva da morte influencia a escolha do modelo teórico, que influencia a intervenção na morte
  - a perspetiva da morte melhora o autocuidado do psicoterapeuta, o que melhora a intervenção
  - as crenças face à morte influenciam as crenças face ao luto, que influenciam a intervenção no luto
- A perspetiva pessoal da morte poderia..., mas (felizmente) tal não acontece:
  - ... retirar liberdade ao cliente
  - ... dificultar o processo psicoterapêutico
  - ... criar incompatibilidade de perspetivas entre psicoterapeuta e cliente
  - ... induzir crenças ao cliente

- **O metapensamento face à relação entre a perspetiva da morte e a intervenção psicoterapêutica na morte:**

- Autoconsciência da relação:
  - inevitabilidade
  - circularidade
- Dúvida consciente sobre a existência da relação:
  - ausência de reflexão prévia
  - oscilação entre perspetivas
  - dúvida verbalizada
  - autoquestionamento da autoconsciência
- Desligamento da perspetiva pessoal da morte em psicoterapia, em prol da perspetiva do cliente

- **A intervenção psicoterapêutica na morte afeta a perspectiva pessoal da morte:**

● De forma positiva:

- aumenta a autorreflexão sobre a morte
- aumenta a autoconsciência da morte
- aumenta a valorização do presente
- promove a ideia de que as experiências de perda trazem resiliência
- promove a ideia de que a pessoa que morre permanece na memória
- aplicação do conhecimento e experiência com clientes em luto nos lutos pessoais
- aumenta o contacto com a própria vulnerabilidade e angústia
- aumenta a própria abertura para vivenciar situações de morte
- aumenta a aceitação própria
- aumenta o apaziguamento face à morte
- promove a ideia de que cada pessoa tem uma visão e postura particular face à morte

## Anexo J – Definição dos Temas e Subtemas

**Legenda:**  
T = “Tema”  
ST = “Subtema”  
C = “Código”

**Temas Cognitivos:** A palavra “cognitivo” não é relativa a nenhuma abordagem teórica, mas sim à cognição, ao pensamento e processos mentais subjacentes. Os temas cognitivos distinguem-se dos seguintes pela sua objetividade e praticidade. Estão associados a respostas mais curtas e concretas, dadas pelos participantes.

**Temas Metacognitivos:** A metacognição é a capacidade de refletir sobre o próprio pensamento e processo de aprendizagem. Os temas metacognitivos estão ligados ao ato de o participante tomar consciência de aspetos sobre si, sobre as relações terapêuticas e sobre a morte. É neste sentido que surgiu o prefixo “meta-”, tendo o significado de: “reflexão sobre si mesmo”. Isto é, estes temas referem-se à reflexão do participante sobre o próprio pensamento e sobre a autoconsciência (do seu papel, da morte, de processos e de ligações), estando associados à capacidade de *insight*. Assim, os temas metacognitivos estão associados a partes das entrevistas que sugerem uma maior morosidade e reflexividade, sendo que era naquele momento presente, da entrevista, que o participante pensava e ganhava consciência.

Em grande maioria, os temas metacognitivos referem-se a pensamentos dos participantes a respeito de conteúdos que abordaram nos temas cognitivos, sendo por esse motivo que cada tema metacognitivo corresponde a um tema cognitivo.

*Q1: Compreender a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia.*

### **Temas Cognitivos:**

#### **T1: A morte em psicoterapia está circunscrita aos clientes:**

O psicoterapeuta percebe que a morte está presente em psicoterapia através de componentes associadas aos clientes.

- **ST1: Própria morte do cliente:**  
A morte pode estar presente em psicoterapia através de situações que remetem para a iminência da morte do cliente, ou para sentimentos do cliente sobre a sua própria morte.
  - C: clientes com doença grave (p.e. cancro, doença terminal, diagnósticos incertos)
  - C: clientes com pensamentos ou comportamentos suicidas
  - C: clientes com adições
  - C: medo do cliente da própria morte
- **ST2: Cenário mental do cliente:**  
A morte pode estar presente em psicoterapia através do cenário mental ou do funcionamento mental do cliente.
  - C: crenças (p.e. crenças religiosas)

- C: sintomatologia (p.e. ansiedade, ataques de pânico)
  - C: práticas e hábitos culturais
  - C: experiências intensas de dor
  - C: procura do sentido da vida
- **ST3: Morte de pessoas próximas do cliente:**  
A morte pode estar presente em psicoterapia através de situações ou sentimentos associados à morte (possível ou real) de entes queridos do cliente.
    - C: clientes em luto (p.e. devido a morte de familiares, de amigos, ou de animais; seja um pedido explícito do cliente face a luto recente, seja uma descoberta, realizada em psicoterapia, de luto inacabado do passado)
    - C: doença grave de pessoas próximas do cliente
    - C: medo do cliente em perder pessoas próximas

## **T2: A dualidade de contornos da morte em psicoterapia:**

O psicoterapeuta percebe que a morte pode estar presente em psicoterapia de duas formas diferentes.

- **ST1: Morte explícita**  
A morte na sua forma física, real ou imaginada.
  - C: morte biológica (surtem certos parâmetros, p.e., a naturalidade da causa, a antecipação da morte, a violência da morte)
  - C: doença física (p.e. oncológica, terminal)
- **ST2: Morte implícita**  
A morte de forma não física, real ou imaginada. Também engloba mortes simbólicas.
  - C: sentido da vida
  - C: fim de relação
  - C: fim de experiência
  - C: mudança de fase de vida (p.e. envelhecimento)
  - C: confronto do cliente com a finitude
  - C: reação do cliente ao fim da relação terapêutica
  - C: sonhos do cliente

## **Temas Metacognitivos:**

### **T1: A forma de presença da morte em psicoterapia:**

O psicoterapeuta caracteriza a sua percepção da presença da morte em psicoterapia. Isto é, atribui-lhe uma origem e acredita numa certa extensão.

- **ST1: O ponto de partida - cliente:**  
A morte em psicoterapia surge a partir do cliente, através de dois pontos de partida.
  - C: intencionalidade do cliente em abordar o tema
  - C: acontecimentos da vida do cliente que remetem ao tema
- **ST2: Extensão:**  
A frequência com que o tema da morte é abordado em psicoterapia.
  - C: presente em todos os casos clínicos
  - C: sempre presente na psicoterapia com clientes idosos

- C: não está muito presente na psicoterapia
- C: é mais presente devido a acontecimentos do que devido à intencionalidade do cliente
- C: é mais abordada de forma indireta

*Q2: Compreender a relação entre a perspectiva dos psicoterapeutas sobre a morte e a intervenção dos psicoterapeutas face à morte.*

### **Temas Cognitivos:**

#### **T1: As perspectivas sobre a morte:**

A visão pessoal do psicoterapeuta sobre a morte.

- **ST1: O conceito de morte:**  
Como é que o psicoterapeuta descreve a morte. O que é para si “morte”? Devido à grande variedade de perspectivas dos psicoterapeutas, cada código apresenta um grande grau de abrangência, complementado pelos exemplos.
  - C: morte como acontecimento... (p.e. ... que integra o ciclo da vida; ... que dá fim à existência; ... de transição; ... trágico; ... revelador; ... que limita as oportunidades)
  - C: morte como estado... (p.e. ... impeditivo de relação; ... de ausência de vida; ... de um corpo desligado e em decomposição; ... de desaparecimento; ... que é incerto; ... de impermanência)
  - C: morte como presença... (p.e. ... ligada à vida; ... que guia; ... misteriosa; ... angustiante; ... tabu)
  - C: morte como perda... (p.e. ... causadora de sofrimento)
- **ST2: As propriedades da morte:**  
O psicoterapeuta atribui certas características elementares à morte.
  - C: universalidade
  - C: imprevisibilidade
  - C: certeza
  - C: inevitabilidade
  - C: possibilidade
- **ST3: A conotação dada à morte:**  
Ao abordar a sua visão da morte, o psicoterapeuta confere diferentes conotações à mesma. Pode diferir de acordo com o momento, com o tema ou entre psicoterapeutas.
  - C: neutra
  - C: negativa
  - C: positiva
  - C: injusta

#### **T2: As perspectivas sobre a intervenção face à morte:**

O psicoterapeuta refere a sua visão sobre a intervenção psicoterapêutica na morte.

- **ST1: Morte sentida como negativa:**

O psicoterapeuta partilha a forma como já se sentiu em psicoterapia, face à intervenção na morte, no geral e de acordo com casos clínicos específicos.

- C: dificuldade em abordar o tema da morte em psicoterapia
- C: sentimentos de perda - em casos de doença do cliente
- C: impotência - em casos de luto
- C: proteção e vontade de acolher o cliente - em casos de luto
- C: responsabilidade face ao cliente - em casos de ideação/comportamentos suicidas

● **ST2: Os psicoterapeutas “devem”:**

O psicoterapeuta refere aquilo que vê como adequado ou obrigatório que os psicoterapeutas, no global, façam para que a intervenção face à morte seja adequada e eficaz.

- C: refletir sobre o tema da morte
- C: fazer psicoterapia pessoal
- C: investir em formação profissional
- C: respeitar a diferença na psicoterapia (p.e. entre as crenças do psicoterapeuta e do cliente)
- C: dar abertura para abordar a morte em psicoterapia
- C: não deixar que a sua perspetiva pessoal afete a psicoterapia
- C: investir no autoconhecimento
- C: ter supervisão clínica

● **ST3: Eu vs os outros psicoterapeutas:**

Subtilmente, o psicoterapeuta refere “outros psicoterapeutas”, imaginários, e compara-os consigo próprio, dando a entender que se vê a si mesmo como mais competente.

- C: há outros psicoterapeutas que têm maior dificuldade em lidar com a morte, a nível pessoal
- C: há outros psicoterapeutas que têm maior dificuldade em trabalhar temas relacionados com a morte em psicoterapia
- C: há outros psicoterapeutas cuja perspetiva da morte pode afetar negativamente a psicoterapia

● **ST4: A abertura do cliente para abordar a morte:**

A perspetiva do psicoterapeuta sobre a forma como os clientes dão espaço para abordar e trabalhar o tema da morte em psicoterapia.

- C: evitamento
- C: abertura
- C: ansiedade

**T3: Como intervir na morte, na prática:**

O psicoterapeuta refere estratégias e técnicas de intervenção na morte, associadas a vários tipos de casos clínicos.

● **ST1: Clientes com pensamentos ou comportamentos suicidas:**

- C: em caso de suspeita, questionar imediatamente
- C: intervenção na crise
- C: alívio de sintomas
- C: identificação de causas
- C: identificação do objetivo do suicídio
- C: trabalhar as possibilidades de ação para a mudança

- C: trabalhar a estrutura de personalidade
- C: desafio às crenças
- **ST2: Clientes com doenças terminais:**
  - C: trabalhar a aceitação da doença
  - C: trabalhar os significados da doença
  - C: promover a autenticidade
  - C: trabalhar os assuntos inacabados consigo próprio e com os outros (p.e. através da identificação de desejos e da elaboração de tarefas)
  - C: elaborar o testamento vital
  - C: preparar para a morte
- **ST3: Clientes em luto:**
  - C: psicoeducação sobre o luto
  - C: aceitação da morte do ente querido
  - C: ser companhia
  - C: trabalhar os assuntos inacabados face ao ente querido (p.e. através da técnica da cadeira vazia e/ou da escrita de cartas)
  - C: ajustar o mundo interno e a visão do mundo externo
  - C: ajudar a tornar presente e a honrar o ente querido (p.e. através de objetos simbólicos e/ou de rituais)
  - C: resgatar os aspetos positivos da relação com o ente querido
  - C: trabalhar as saudades do ente querido
  - C: intervenção junto de familiares (p.e. a forma de contar à criança, psicoeducação, importância dos rituais de despedida)
- **ST4: Clientes com adições:**
  - C: motivação para a intervenção
  - C: adesão à intervenção
  - C: prevenção da recaída (p.e. fatores de risco, gatilhos, pensamentos, desejos, regulação emocional, hábitos de vida)
- **ST5: Situações abrangentes - inerente à condição humana:**

O psicoterapeuta refere estratégias para intervir na morte, possíveis de serem utilizadas em psicoterapia nos momentos em que o tema da morte esteja presente, existindo ou não um diagnóstico ou situação concreta associada à morte na vida do cliente.

  - C: trabalhar o projeto de vida
  - C: aceitação da história de vida
  - C: trabalhar os desejos e as necessidades
  - C: regulação emocional
  - C: trabalhar o conceito de morte
  - C: trabalhar o sentido da vida
  - C: potenciar a autodescoberta
  - C: dar abertura para sentir, vivenciar e questionar a morte à sua maneira
  - C: trabalhar a relação com a facticidade
  - C: acolher o cliente

#### **T4: A perspetiva pessoal da morte ilumina a intervenção na morte:**

Quando/se existe um impacto da sua perspetiva da morte na sua forma de intervir na morte, o psicoterapeuta vê este impacto como positivo para a psicoterapia, e para o cliente.

- **ST1: Diretamente:**  
A perspectiva da morte do psicoterapeuta melhora diretamente a intervenção psicoterapêutica.
  - C: facilita o estabelecimento da relação terapêutica
  - C: influencia a escolha das estratégias de intervenção
  - C: aumenta a empatia
  - C: aumenta a inclusão de diferentes perspectivas
  - C: aumenta o uso da técnica da autorrevelação
  - C: dá abertura aos clientes para abordar a morte
  - C: aumenta a presença do tema da morte em psicoterapia
  
- **ST2: Indiretamente:**  
A perspectiva da morte do psicoterapeuta melhora indiretamente a intervenção psicoterapêutica.
  - C: a perspectiva da morte influencia a escolha do modelo teórico, que influencia a intervenção na morte
  - C: a perspectiva da morte melhora o autocuidado do psicoterapeuta, o que melhora a intervenção
  - C: as crenças face à morte influenciam as crenças face ao luto, que influenciam a intervenção no luto
  
- **ST3: A perspectiva pessoal da morte poderia..., mas (felizmente) tal não acontece:**  
Consequências negativas e imaginárias, que não lhes acontecessem, mas poderiam surgir no processo terapêutico, se a perspectiva do psicoterapeuta sobre a morte afetasse negativamente a intervenção psicoterapêutica.
  - C: ... retirar liberdade ao cliente
  - C: ... dificultar o processo psicoterapêutico
  - C: ... criar incompatibilidade de perspectivas entre psicoterapeuta e cliente
  - C: ... induzir crenças ao cliente

**T5: A intervenção psicoterapêutica na morte afeta a perspectiva pessoal da morte:**

O psicoterapeuta considera que a sua forma de intervir na morte apresenta um impacto na sua perspectiva sobre a morte.

- **ST1: De forma positiva:**  
O psicoterapeuta refere sempre este impacto como positivo.
  - C: aumenta a autorreflexão sobre a morte
  - C: aumenta a autoconsciência da morte
  - C: aumenta a valorização do presente
  - C: promove a ideia de que as experiências de perda trazem resiliência
  - C: promove a ideia de que a pessoa que morre permanece na memória
  - C: aplicação do conhecimento e experiência com clientes em luto nos lutos pessoais
  - C: aumenta o contacto com a própria vulnerabilidade e angústia
  - C: aumenta a própria abertura para vivenciar situações de morte
  - C: aumenta a aceitação própria
  - C: aumenta o apaziguamento face à morte
  - C: promove a ideia de que cada pessoa tem uma visão e postura particular face à morte

## **Temas Metacognitivos:**

### **T1: O metapensamento sobre a morte:**

A reflexão do psicoterapeuta sobre o impacto da sua visão sobre a morte em si próprio.

- **ST1: Desencadeia processos de resposta:**  
As reações e as ações do psicoterapeuta face à reflexão sobre a morte. Pode diferir entre psicoterapeutas ou entre momentos da vida de um mesmo psicoterapeuta.
  - C: sentir medo da morte
  - C: dizer não sentir medo da morte
  - C: dificuldade em aceitar a morte
  - C: não rejeitar o tema da morte
  - C: processo de reflexão sobre a morte
  - C: rejeição da reflexão sobre a morte
  - C: adiamento da reflexão sobre a morte
  
- **ST2: Desperta necessidades:**  
A reflexão sobre a morte desperta (no psicoterapeuta e no ser humano em geral) várias necessidades a suprir para que se possa viver, morrer e lidar com a morte de forma mais saudável.
  - C: realizar despedida (p.e. de um ente querido doente, ou falecido; da vida; de experiências; de relações...)
  - C: aceitar a morte (p.e. são referidos fatores que influenciam a aceitação da morte própria ou de alguém, tais como: a qualidade de vida, a causa da morte, o tipo de morte, a idade, a qualidade da despedida, o tipo de relação)
  - C: regular as emoções
  - C: reorganizar a vida (p.e. após a perda de um ente querido)
  - C: procurar respostas a dúvidas existenciais
  - C: lidar com a vulnerabilidade e a fragilidade
  
- **ST3: Tem uma instrumentalidade percebida:**  
O psicoterapeuta atribui utilidade à reflexão sobre a morte, permitindo melhorar o modo como se vive.
  - C: dá sentido à vida
  - C: incentiva a mudança e a ação
  - C: aumenta a qualidade de vida
  - C: aumenta o sentido de responsabilidade
  - C: aumenta autenticidade
  - C: aumenta o sentido de urgência
  - C: leva a aproveitar o momento presente
  - C: permite antecipar e preparar a morte
  - C: permite celebrar a vida
  - C: possibilita a definição de um projeto de vida
  - C: altera crenças face aos outros

### **T2: A ambivalência do papel do psicoterapeuta na intervenção face à morte:**

O psicoterapeuta refere de que forma lida e intervém a respeito do tema da morte em psicoterapia, o que associa à sua abordagem teórica, estilo pessoal ou ao tipo de caso clínico em questão.

- **ST1: Iniciativa:**

O grau em que o psicoterapeuta se vê como alguém que, proativamente, em psicoterapia, se responsabiliza por iniciar a intervenção associada ao tema da morte.

- C: psicoterapeuta ativo
- C: psicoterapeuta que espera pela espontaneidade do cliente

- **ST2: Diretividade:**

O grau em que o psicoterapeuta se vê como alguém que direciona e conduz a psicoterapia, a respeito da intervenção associada ao tema da morte.

- C: psicoterapeuta diretivo (p.e. perguntas diretas, plano definido)
- C: psicoterapeuta não diretivo (p.e. exploração, acompanhar o ritmo do cliente)

- **ST3: Modalidade:**

A estratégia de intervenção referida pelo psicoterapeuta como forma de mencionar a morte em psicoterapia.

- C: direta: dizer o óbvio - “morte”
- C: indireta: trabalhar a morte sem a chamar pelo nome (p.e. de forma simbólica)

### **T3: O metapensamento face à relação entre a perspectiva da morte e a intervenção psicoterapêutica na morte:**

Como é que o psicoterapeuta vê a relação entre a sua visão pessoal da morte e a forma como intervém na morte em psicoterapia?

- **ST1: Autoconsciência da relação:**

O psicoterapeuta refere consciência da relação entre a sua perspectiva da morte e a sua forma de intervir na morte.

- C: inevitabilidade
- C: circularidade

- **ST2: Dúvida consciente sobre a existência da relação:**

O psicoterapeuta refere incerteza acerca da existência de uma relação entre a sua perspectiva da morte e a sua forma de intervir na morte.

- C: ausência de reflexão prévia
- C: oscilação entre perspectivas
- C: dúvida verbalizada (p.e. “não sei”)
- C: autoquestionamento da autoconsciência

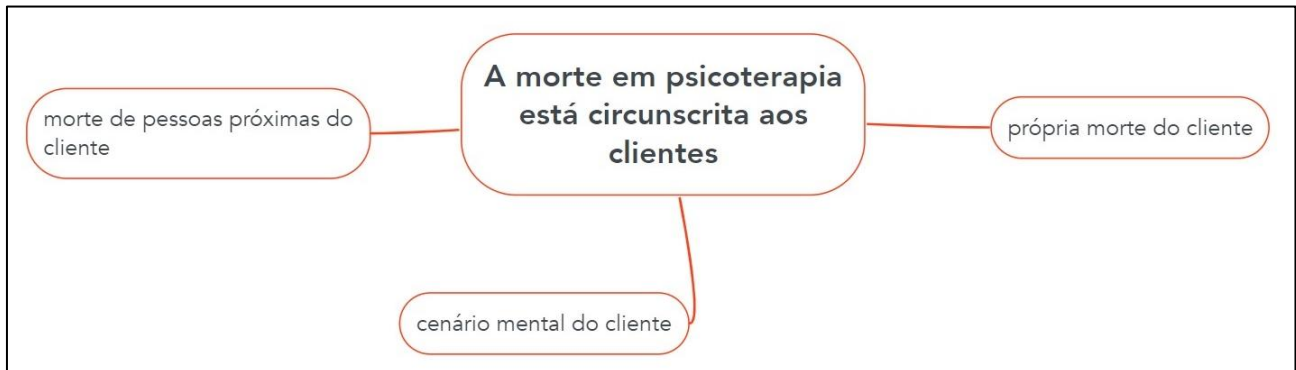
- **ST3: Desligamento da perspectiva pessoal da morte em psicoterapia, em prol da perspectiva do cliente**

O psicoterapeuta refere desligar-se da sua perspectiva da morte em psicoterapia, de forma a ter em conta apenas a perspectiva do paciente sobre a morte.

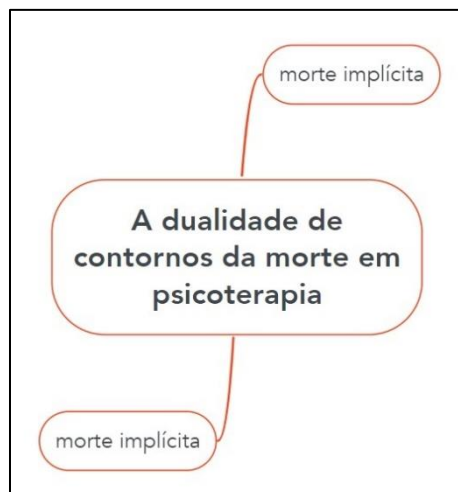
## Anexo K – Mapas Mentais de Temas e Subtemas por Questão de Investigação

*Q1: Compreender a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia.*

### Temas Cognitivos:

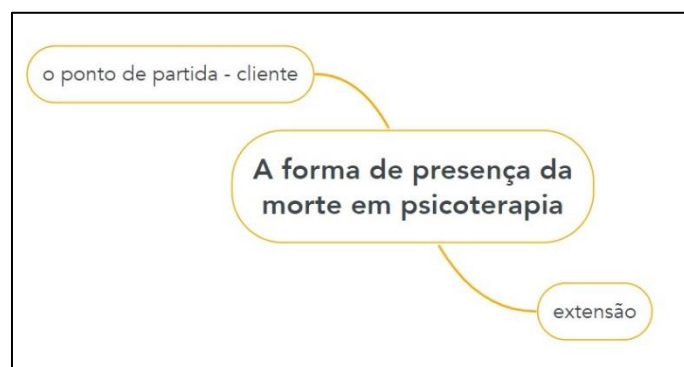


**Figura 3** - Mapa mental do 1º. Tema Cognitivo da 1ª. Questão de Investigação



**Figura 4** - Mapa mental do 2º. Tema Cognitivo da 1ª. Questão de Investigação

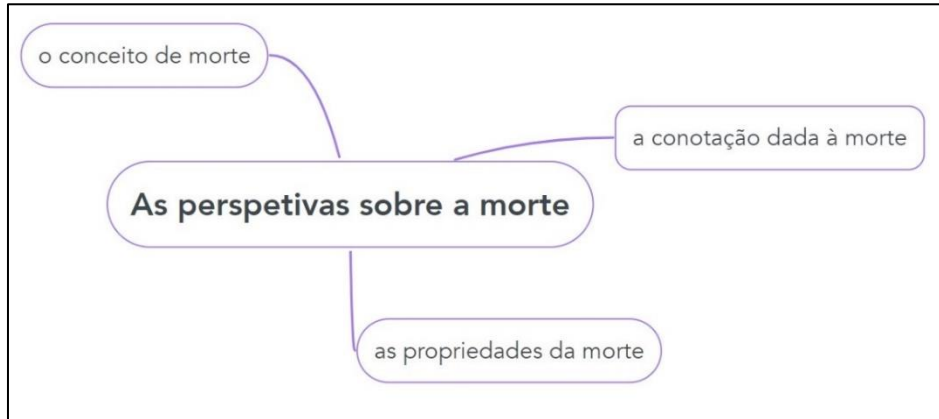
### Temas Metacognitivos:



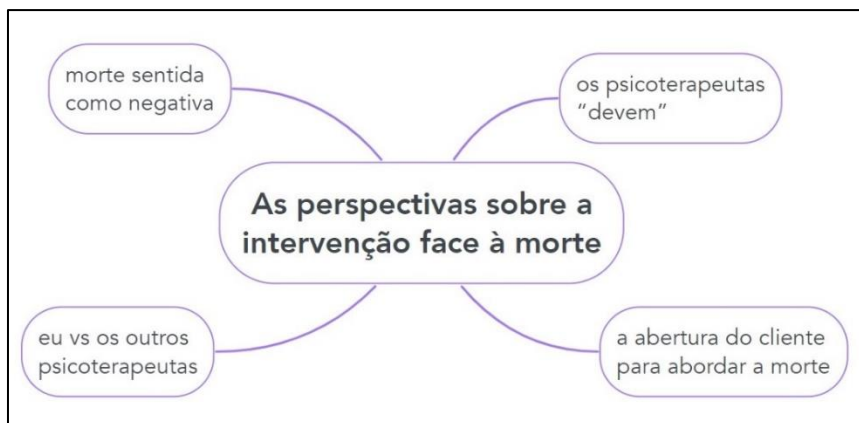
**Figura 5** - Mapa mental do Tema Metacognitivo da 1ª. Questão de Investigação

*Q2: Compreender a relação entre a perspectiva dos psicoterapeutas sobre a morte e a intervenção dos psicoterapeutas face à morte.*

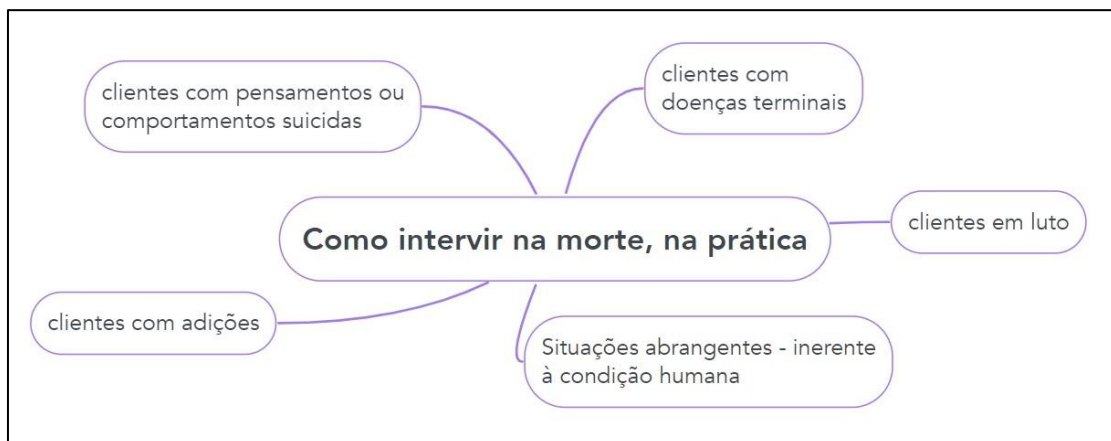
**Temas Cognitivos:**



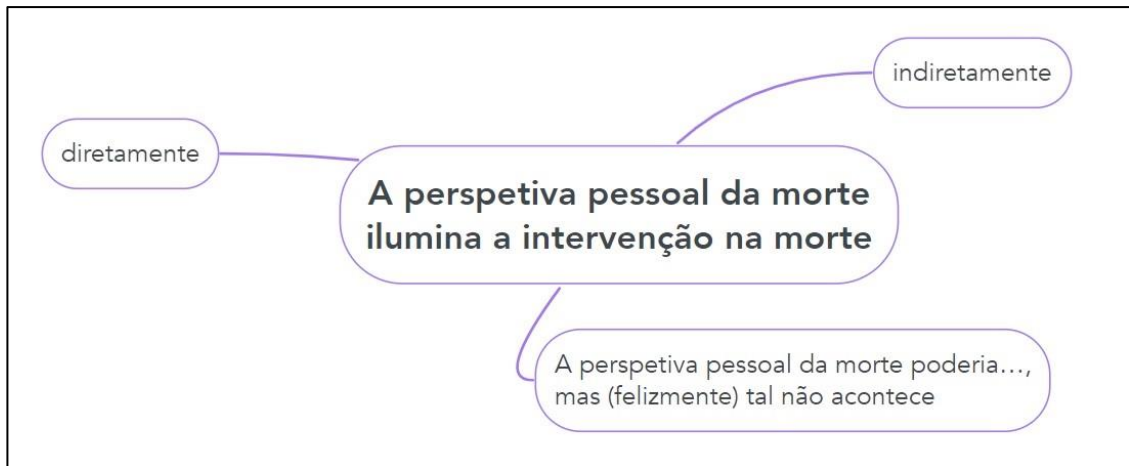
**Figura 6** - Mapa mental do 1º. Tema Cognitivo da 2ª. Questão de Investigação



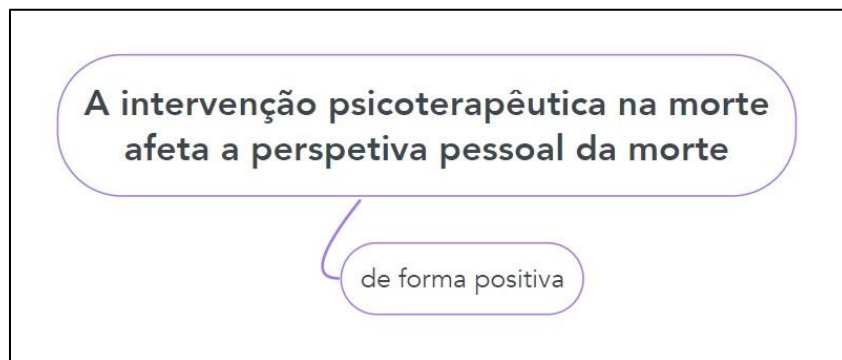
**Figura 7** - Mapa mental do 2º. Tema Cognitivo da 2ª. Questão de Investigação



**Figura 8** - Mapa mental do 3º. Tema Cognitivo da 2ª. Questão de Investigação

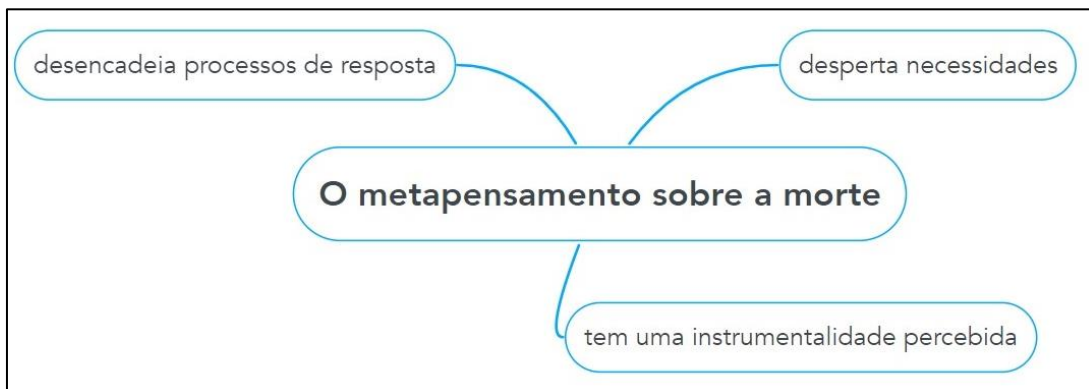


**Figura 9** - Mapa mental do 4º. Tema Cognitivo da 2ª. Questão de Investigação

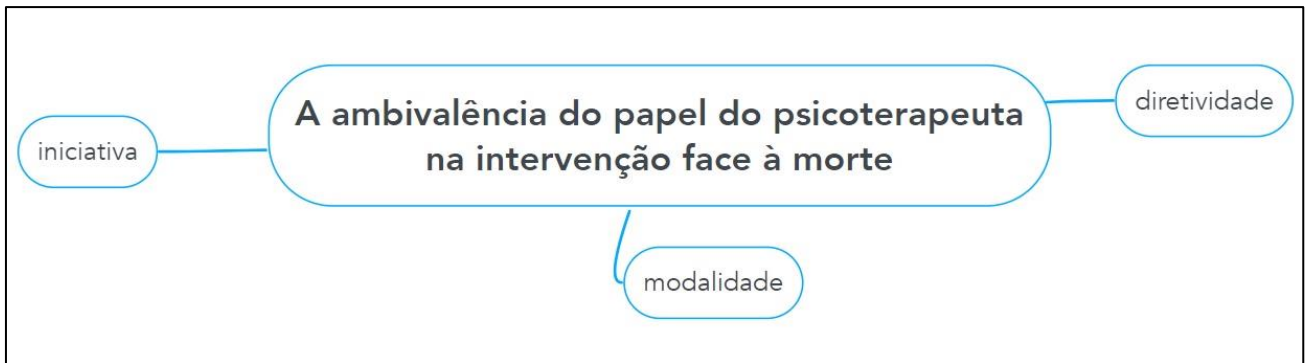


**Figura 10** - Mapa mental do 5º. Tema Cognitivo da 2ª. Questão de Investigação

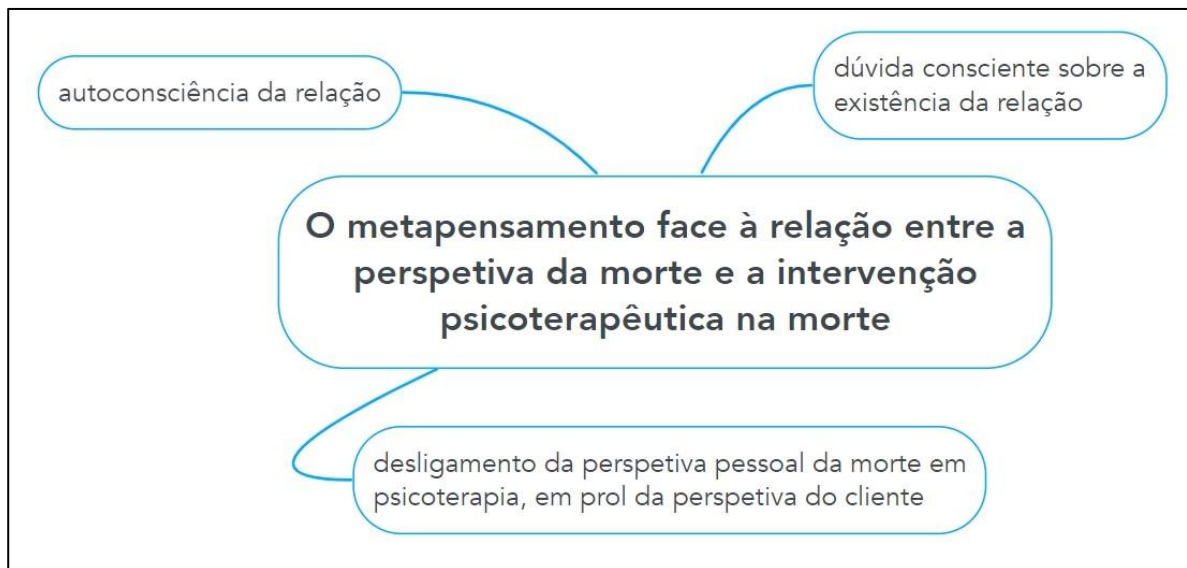
**Temas Metacognitivos:**



**Figura 11** - Mapa mental do 1º. Tema Metacognitivo da 2ª. Questão de Investigação



**Figura 12** - Mapa mental do 2º. Tema Metacognitivo da 2ª. Questão de Investigação



**Figura 13** - Mapa mental do 3º. Tema Metacognitivo da 2ª. Questão de Investigação

## Anexo L – Excertos das Entrevistas por Subtema

*Q1: Compreender a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia.*

Temas Cognitivos	Temas Metacognitivos
<p>- <b>A morte em psicoterapia está circunscrita aos clientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Própria morte do cliente</u>                      “tivemos um cliente com cancro” (I.)                      “uma cliente minha que sempre teve muito medo da morte” (I.)                      “os nossos pacientes também morrem” (S.)</li> <li>● <u>Cenário mental do cliente:</u>                      “há aqui um quadro clínico que pode ser ansiedade ou que pode ser depressão, que pode ter muito que ver com perdas não elaboradas” (I.)                      “[a morte] pode surgir [em psicoterapia] só por um <i>awareness</i> da própria pessoa” (L.)                      “tendo atenção também aos sonhos que as pessoas possam trazer, que às vezes vêm com essas temáticas” (Jo.)</li> <li>● <u>Morte de pessoas próximas do cliente:</u>                      “há clientes meus, em que os pais ou os avós, ou pessoas próximas morrem” (I.)                      “trabalho de luto” (A.)                      “o pai ali a perder competências (...) era o deparar-se com a finitude da vida do pai” (S.)</li> </ul> <p>- <b>A dualidade de contornos da morte em psicoterapia:</b></p> <p>“implícita ou explicitamente” (A.)                      “de forma mais direta ou mais indireta” (A.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Morte explícita</u>                      “morte efetiva (...) as pessoas vêm com a noção, consciência clara, de que têm, precisam de apoio para o seu processo de luto (...)” (S.)</li> <li>● <u>Morte implícita</u>                      “o fim de uma relação também é uma espécie de morte” (I.)                      “passar do ensino secundário para o ensino superior tem lá uma componente de perda e de morte” (I.)                      “muitas pessoas falam sobre o sentido da vida” (I.)</li> </ul>	<p>- <b>A forma de presença da morte em psicoterapia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>O ponto de partida - cliente:</u>                      “a pessoa pode trazer esse tópico abertamente para uma consulta” (Ja.)                      “a grande raiz para aquilo que incomoda a pessoa no momento presente vem de uma perda de um luto que não foi bem lidado, bem gerido, e que ainda está a impactar a pessoa” (S.)                      “não são muitas as pessoas que procuram intencionalmente esse tema, acho que vem mais de acontecimentos externos, situações externas, do que: ‘OK, vou trabalhar o tema da finitude’” (Jo.)</li> <li>● <u>Extensão</u>                      “acho que ela [a morte] está presente em todos os processos [psicoterapêuticos]” (I.)                      “pessoas idosas, normalmente, elas já trazem lutos e, portanto isso [a morte] é sempre abordado” (S.)                      “acho que [a morte] não é assim uma coisa que surja [em psicoterapia] com total frequência” (Jo.)</li> </ul>

*Q2: Compreender a relação entre a perspectiva dos psicoterapeutas sobre a morte e a intervenção dos psicoterapeutas face à morte.*

Temas Cognitivos	Temas Metacognitivos
<p>- <b>As perspetivas sobre a morte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>O conceito de morte</u></li> </ul> <p>“a morte é uma coisa que faz parte da vida” (I.)  “a morte é um limite” (I.)  “a morte é um estado” (A.)  “quando morremos, deixamos de existir” (A.)  “morte é transição” (S.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>As propriedades da morte</u></li> </ul> <p>“seguramente, num determinado momento, nós morremos” (I.)  “vamos todos inevitavelmente passar por experiências de perda” (A.)  “a morte é inevitável” (S.)  “há estas duas palavras que eu acho que estão muito presentes nisso, que é a inevitabilidade e a possibilidade (...) e depois junto-lhe uma, que se calhar poderá ser defeito de formação, a angústia.” (L.)  “há uma universalidade” (Jo.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>A conotação dada à morte:</u></li> </ul> <p>“a morte é uma coisa que faz parte da vida” (I.)  “[a morte] pode ser uma celebração” (Ja.)  “a expressão de outras emoções que não a tristeza [perante a morte] não é bem vista, não é aceite. Que outra perspetiva mais positiva se pode ter da morte?” (Ja.)  “a morte (...) traz normalmente dor e sofrimento” (S.)</p> <p>- <b>As perspetivas sobre a intervenção face à morte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Morte sentida como negativa:</u></li> </ul> <p>“por vezes até com a sensação de que a responsabilidade da vida ou da morte daquela pessoa está nas nossas mãos” (A.)  “o que é que um terapeuta faz ou tem a oferecer a alguém que perdeu a pessoa com quem viveu a sua vida toda?” (A.)  “sempre senti muita dificuldade em aceder ao tema [da morte]” (Ja.)  “era quase como também eu com a sensação de perda” (S.)  “isto [a morte] é difícil de falar” (L.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Os psicoterapeutas “devem”</u></li> </ul>	<p>- <b>O metapensamento sobre a morte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Desencadeia processos de resposta:</u></li> </ul> <p>“não sinto propriamente uma angústia de morte ou confrontar-me com isso não me dá medo” (A.)  “se calhar não reflito muito sobre isso [a morte]”  “[a morte] não é propriamente um tema que eu tenha pensado muito” (A.)  “tomo tudo o que esteja relacionado com a perda” (Ja.)  “a perspetiva da morte sempre foi algo que eu não quis pensar, pronto, ou seja, esta ideia de: não quero imaginar” (L.)  “[a morte] pessoalmente, internamente, é um claro ‘logo se vê’” (Jo.)  “é riquíssimo que eu tenha passado pela capacidade de confrontar a minha própria finitude e refletir sobre ela” (Jo.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Desperta necessidades</u></li> </ul> <p>“eu não posso viver como se houvesse sempre um tempo infinito para fazer coisas” (I.)  “aceitar o limite que a morte constitui” (I.)  “[a morte] envolve despedida” (S.)  “realmente eu não preciso de ultrapassar nada, não há nada que eu tenha de ultrapassar ou de esquecer, ou de fazer de conta que não aconteceu, é mais integrar.” (L.)  “[a consciência da morte] cria uma urgência no esclarecimento dentro de nós da importância que é a gente tentar escolher o que fazer no tempo que nos resta” (Jo.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Tem uma instrumentalidade percebida:</u></li> </ul> <p>“o que dá sentido, de certa maneira, à existência é nós sabermos que ela tem um princípio, um meio e um fim” (I.)  “tenho uma responsabilidade particular para viver essa vida” (I.)  “será que eu estou onde eu quero, que estou a fazer as coisas que quero? como é que posso aproveitar e saborear cada momento?” (A.)  “[a consciência da morte] traz aqui quase a possibilidade de uma maior autenticidade com a vida” (L.)  “[a consciência da morte] ajuda-me a ser mais autêntico com quem eu sou e também a maneira de olhar para as pessoas” (Jo.)</p> <p>- <b>A ambivalência do papel do psicoterapeuta na intervenção face à morte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Iniciativa:</u></li> </ul> <p>“a forma que eu trabalhava [a morte] era, por exemplo, pensando numa delas, era muito esperar pelo seu próprio tempo [do cliente]” (Ja.)  “se eu esperasse que ela [cliente] puxasse o assunto, depois aí a abertura era muito diferente e nós podíamos tocar no assunto da morte” (Ja.)  “[a morte] não é uma coisa que eu traga [em psicoterapia] como um tema” (Jo.)</p>

“acredito muito que os terapeutas devem fazer terapia pessoal, porque nós temos que ser um instrumento afinado” (I.)  
“um bom psicoterapeuta, de alguma forma, tenta que a forma como vê o mundo não vá influenciar [a psicoterapia]” (A.)  
“[a morte] tem que ter sempre espaço em terapia, não deve ser um assunto tabu” (Ja.)

- Eu vs os outros psicoterapeutas:

“eu gosto de trabalhar com clientes suicidas, muitas pessoas acho que não apreciam” (I.)

“para quem tenha mais dificuldades como terapeuta em lidar com a morte, eu acho que se calhar às vezes as pessoas tendem a evitar um bocado o tema, eu acho que aí ficamos limitados na nossa intervenção” (I.)

“o que é que diria um colega meu que fosse religioso?” (A.)

- A abertura do cliente para abordar a morte:

“para ela [cliente], isso foi sempre uma coisa difícil e uma espécie de um evitamento” (I.)

“ela [cliente], barrava esse caminho” (Ja.)

- **Como intervir na morte, na prática:**

- Cientes com pensamentos ou comportamentos suicidas:

“tentamos criar razões para a pessoa [cliente] querer viver e depois trabalhar as dimensões de base” (A.)

“explorar os significados que a pessoa tem em relação à morte (..) tentar, com consentimento, mas tentar um certo desafio de crenças que possam dar a questionar isto de outra maneira, para não ficarmos só fixos numa visão.” (Jo.)

- Cientes com doenças terminais

“ajudá-lo a escolher morrer com dignidade” (I.)

“o que é que eu gostava de deixar, o que é que eu sinto que precisava de fazer?” (A.)

- Cientes em luto:

“também importa esta coisa de: como é que nós tornamos presentes na nossa vida as pessoas que já morreram?” (I.)

“o que ficou por terminar nas relações com as pessoas que morreram?” (I.)

“como é que eu refaço e reorganizo a minha vida sem esta pessoa?” (A.)

“[as pessoas em luto] só precisavam de alguém que estivesse ali com elas, muitas vezes nem se consegue falar muito” (A.)

“explicar no sentido de normalizar essas possíveis reações, numa fase inicial do seu processo de luto” (S.)

- Cientes com adições:

“motivar para uma intervenção para parar os consumos” (A.)

- Situações abrangentes - inerente à condição humana:

“ajudar as pessoas a ver o que é que elas podem fazer com a vida delas que lhes dê um sentido” (I.)

“é sempre importante trabalhar o sentido da vida, quando se trabalha em psicoterapia” (I.)

“qual é o conceito de morte que ela [cliente] tinha” (Ja.)

“nós estamos um pouco ao lado daquela pessoa, permitir que essa própria pessoa descubra a forma de poder vivenciar aquele tema” (L.)

- Diretividade:

“não tenho um plano definido” (Ja.)

“não há aqui propriamente um guião para os processos serem trabalhados desta e desta forma” (S.)

“[a morte] não é uma coisa que eu traga como um (...) plano na sessão” (Jo.)

- Modalidade:

“a pessoa [cliente] pode questionar diretamente” (Ja.)

“nós nunca conseguimos ir a esse ponto de uma forma muito aberta, era sempre mais simbólica, em que por exemplo a palavra ‘morte’ não surgia com frequência” (Ja.)

“a morte esteve sempre presente, mas ao mesmo tempo nunca trabalhada diretamente” (Ja.)

“não dava para ir diretamente ao assunto [da morte]” (Ja.)

- **A perspectiva pessoal da morte ilumina a intervenção na morte:**

● Diretamente

“sinto que [a minha perspectiva sobre a morte] se calhar me dá uma liberdade para abarcar todas as perspectivas dos outros” (A.)

“os terapeutas (...) mais cedo ou mais tarde, na sua carreira profissional, terão vivido perdas familiares, de elementos significativos, e às vezes pode justificar ser também partilhado, usado em terapia, em benefício sempre do cliente, (...) a autorrevelação” (S.)

“todos os terapeutas vão ter luto, ao longo da sua carreira, e eventualmente isto aqui às vezes pode ajudar na identificação, na conexão com o cliente (...) é a questão da empatia” (S.)

“esta minha visão (...) faz com que [a morte] seja algo que esteja e possa estar presente na relação terapêutica.” (L.)

“[a minha perspectiva sobre a morte] fortalece a empatia e o acolhimento para poder estar ao lado de uma pessoa que está a passar pela mesma situação” (Jo.)

● Indiretamente:

“até vejo aqui algumas semelhanças entre o que eu faço pessoalmente e depois o trabalho com as pessoas, mas não de forma consciente, é apenas um prolongamento” (S.)

● A perspectiva pessoal da morte poderia..., mas (felizmente) tal não acontece:

“em nenhum momento senti que o meu trabalho fosse afetado [pela minha perspectiva da morte], ou seja, no sentido de ‘houve um incompatibilidade de perspectivas’ ou em que ‘tentei inculcar uma perspectiva a um cliente’” (A.)

“não induzo a pessoa a pensar” (Ja.)

- **A intervenção psicoterapêutica na morte afeta a perspectiva pessoal da morte:**

● De forma positiva:

“se calhar, [a intervenção na morte] tem mais impacto é na forma (...) como me questiono acerca de coisas na minha vida” (A.)

“[a intervenção na morte] aumenta a minha curiosidade” (Ja.)

“apliquei em mim o conhecimento que tenho desta área e que, muitas vezes, é trabalhado em sessões” (S.)

“assim como eu dou espaço para o outro vivenciar a morte de acordo com o seu *worldview*, é como se houvesse uma abertura, de mim para mim, da possibilidade de eu realmente, provavelmente não sei como é que eu vou lidar com uma experiência de morte muito próxima de mim, mas há abertura para que isso seja possível (...) é quase um apaziguamento e uma compassividade para comigo própria de: não sabes como é que vai ser, nem tens fórmulas certas para” (L.)

“[a intervenção na morte] vai sempre adicionando outros elementos à estrutura que eu tenho em mim” (Jo.)

- **O metapensamento face à relação entre a perspectiva da morte e a intervenção psicoterapêutica na morte:**

● Autoconsciência da relação

“tudo aquilo que tem a ver com como é que nós somos como pessoas acho que tem sempre um impacto, nós somos o instrumento do nosso trabalho” (I.)

“a maneira como nós encaramos a morte acho que tem um grande impacto sobre a maneira como trabalhamos com os nossos clientes” (I.)

“é inevitável, ou seja, o facto de eu ver a morte desta forma afeta a maneira como eu trabalho e depois o trabalho que eu faço com os meus clientes, obviamente, certo ou errado, acaba por reforçar um bocadinho esta forma como eu vejo a vida e a morte” (I.)

“até vejo aqui algumas semelhanças entre o que eu faço pessoalmente e depois o trabalho com as pessoas” (S.)

“[a minha perspectiva sobre a morte] está sempre lá [em psicoterapia] envolvida” (Jo.)

● Dúvida consciente sobre a existência da relação:

“não sei se [a minha perspectiva sobre a morte] influencia muito [a intervenção na morte]” (A.)

“não sei se [a minha perspectiva sobre a morte] afeta ou não [a intervenção na morte]” (A.)

“posso ser eu que não estou totalmente consciente disso” (A.)

● Desligamento da perspectiva pessoal da morte em psicoterapia, em prol da perspectiva do cliente

“quando tou a fazer trabalho clínico, se calhar tento estar um bocado despida dessa perspectiva e ir ao encontro daquilo que seja a crença da pessoa que está à minha frente” (A.)

“é quase como se eu nesse momento não estou, se calhar, a pensar na minha perspectiva, mas claramente focada na perspectiva do outro” (A.)

“tenho que a deixar de lado” (Ja.)

“conscientemente tento que [a minha perspectiva sobre a morte] não afete [a intervenção na morte]” (S.)

## Anexo M – Participantes por Código

*Q1: Compreender a visão dos psicoterapeutas sobre a presença da morte em psicoterapia.*

<b>A morte em psicoterapia está circunscrita aos clientes</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Própria morte do cliente:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ clientes com doença grave</li> <li>○ clientes com pensamentos ou comportamentos suicidas</li> <li>○ clientes com adições</li> <li>○ medo do cliente da própria morte</li> </ul> </li> <li>● <u>Cenário mental do cliente:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ crenças</li> <li>○ sintomatologia</li> <li>○ práticas e hábitos culturais</li> <li>○ experiências intensas de dor</li> <li>○ procura do sentido da vida</li> </ul> </li> <li>● <u>Morte de pessoas próximas do cliente:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ clientes em luto</li> <li>○ doença grave de pessoas próximas do cliente</li> <li>○ medo do cliente em perder pessoas próximas</li> </ul> </li> </ul>	<p>I, A, S, Ja, L, Jo (6)            Jo, I, A, L (4)            A (1)            Ja (1)</p> <p>Ja, S (2)            Ja, I (2)            Ja (1)            Ja (1)            L, I (2)</p> <p>I, A, S, Ja, L, Jo (6)            I, A, S, Ja, L, Jo (6)            Ja (1)</p>
<b>A dualidade de contornos da morte em psicoterapia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Morte explícita</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ morte biológica</li> <li>○ doença física</li> </ul> </li> <li>● <u>Morte implícita</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ sentido da vida</li> <li>○ fim de relação</li> <li>○ fim de experiência</li> <li>○ mudança de fase de vida</li> <li>○ confronto do cliente com a finitude</li> <li>○ reação do cliente ao fim da relação terapêutica</li> <li>○ sonhos do cliente</li> </ul> </li> </ul>	<p>I, A, S, Ja, L, Jo (6)            I, A, S, Ja, L, Jo (6)</p> <p>I, A, Ja, S, L (5)            I, S (2)            I (1)            I, Jo (2)            Jo, Ja, L (3)            Jo (1)            Jo (1)</p>
<b>A forma de presença da morte em psicoterapia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>O ponto de partida - cliente:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ intencionalidade do cliente em abordar o tema</li> <li>○ acontecimentos da vida do cliente que remetem ao tema</li> </ul> </li> <li>● <u>Extensão:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ presente em todos os casos clínicos</li> <li>○ sempre presente na psicoterapia com clientes idosos</li> <li>○ não está muito presente na psicoterapia</li> <li>○ é mais presente devido a acontecimentos do que devido à intencionalidade do cliente</li> <li>○ é mais abordada de forma indireta</li> </ul> </li> </ul>	<p>Jo, Ja (2)            Jo (1)</p> <p>I (1)            S (1)            Jo (1)            Jo (1)            Ja (1)</p>

*Q2: Compreender a relação entre a perspectiva dos psicoterapeutas sobre a morte e a intervenção dos psicoterapeutas face à morte.*

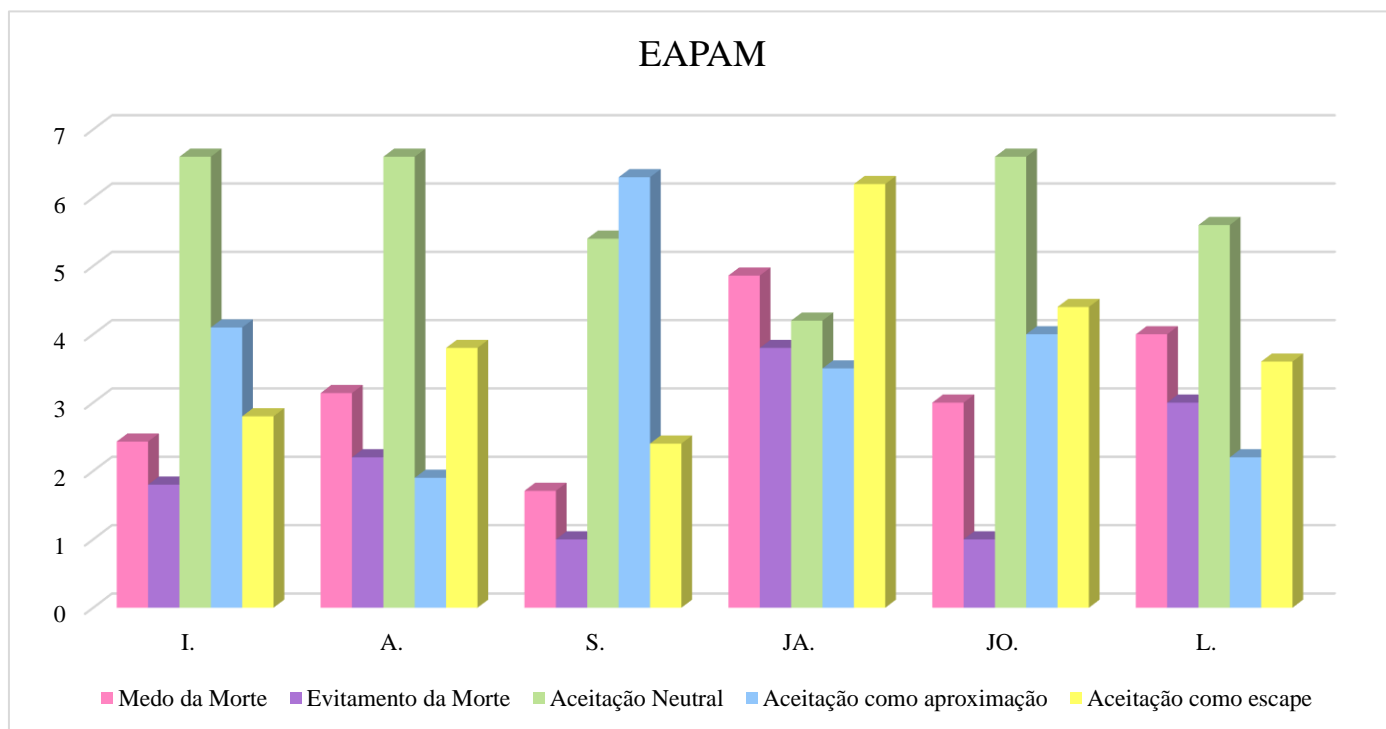
<b>As perspetivas sobre a morte</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>O conceito de morte:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ morte como acontecimento...</li> <li>○ morte como estado...</li> <li>○ morte como presença...</li> <li>○ morte como perda...</li> </ul> </li> <li>● <u>As propriedades da morte:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ universalidade</li> <li>○ imprevisibilidade</li> <li>○ certeza</li> <li>○ inevitabilidade</li> <li>○ possibilidade</li> </ul> </li> <li>● <u>A conotação dada à morte:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ neutra</li> <li>○ negativa</li> <li>○ positiva</li> <li>○ injusta</li> </ul> </li> </ul>	<p>I, Jo, S, Ja (4) A, Jo, Ja, L (4) I, L, Jo, A (4) Jo, Ja (2)</p> <p>L, A, Jo, S (4) Jo, I, A (3) I, A (2) Jo, L, I (3) Jo, L, Ja (3)</p> <p>A, I, Jo (3) Ja, L (2) Ja (1) S (1)</p>
<b>O metapensamento sobre a morte</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Desencadeia processos de resposta:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ sentir medo da morte</li> <li>○ dizer não sentir medo da morte</li> <li>○ dificuldade em aceitar a morte</li> <li>○ não rejeitar o tema da morte</li> <li>○ processo de reflexão sobre a morte</li> <li>○ rejeição da reflexão sobre a morte</li> <li>○ adiamento da reflexão sobre a morte</li> </ul> </li> <li>● <u>Desperta necessidades:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ realizar despedida</li> <li>○ aceitar a morte</li> <li>○ regular as emoções</li> <li>○ reorganizar a vida</li> <li>○ procurar respostas a dúvidas existenciais</li> <li>○ lidar com a vulnerabilidade e a fragilidade</li> </ul> </li> <li>● <u>Tem uma instrumentalidade percebida:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ dá sentido à vida</li> <li>○ incentiva a mudança e a ação</li> <li>○ aumenta a qualidade de vida</li> <li>○ aumenta o sentido de responsabilidade</li> <li>○ aumenta autenticidade</li> <li>○ aumenta o sentido de urgência</li> <li>○ leva a aproveitar o momento presente</li> <li>○ permite antecipar e preparar a morte</li> <li>○ permite celebrar a vida</li> <li>○ possibilita a definição de um projeto de vida</li> <li>○ altera crenças face aos outros</li> </ul> </li> </ul>	<p>L, Ja (2) I, A (2) I (1) Jo (1) Jo, I (2) A (1) Jo, L (2)</p> <p>S, I (2) I (1) S, Ja (2) A, S (2) Ja (1) L, Jo (2)</p> <p>I, Jo, L (3) Jo, I (2) I, Jo, A (3) I, Jo, A (3) Jo, L (2) Jo (1) A, L (2) Ja, I (1) Ja, Jo (2) L (1) Jo (1)</p>
<b>As perspetivas sobre a intervenção face à morte</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Morte sentida como negativa:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ dificuldade em abordar o tema da morte em psicoterapia</li> </ul> </li> </ul>	<p>Ja (1)</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ sentimentos de perda - em casos de doença do cliente</li> <li>○ impotência - em casos de luto</li> <li>○ proteção e vontade de acolher o cliente - em casos de luto</li> <li>○ responsabilidade face ao cliente - em casos de ideação/comportamentos suicidas</li> <li>● <u>Os psicoterapeutas “devem”:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ refletir sobre o tema da morte</li> <li>○ fazer psicoterapia pessoal</li> <li>○ investir em formação profissional</li> <li>○ respeitar a diferença na psicoterapia</li> <li>○ dar abertura para abordar a morte em psicoterapia</li> <li>○ não deixar que a sua perspectiva pessoal afete a psicoterapia</li> <li>○ investir no autoconhecimento</li> <li>○ ter supervisão clínica</li> </ul> </li> <li>● <u>Eu vs os outros psicoterapeutas:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ há outros psicoterapeutas que têm maior dificuldade em lidar com a morte, a nível pessoal</li> <li>○ há outros psicoterapeutas que têm maior dificuldade em trabalhar temas relacionados com a morte em psicoterapia</li> <li>○ há outros psicoterapeutas cuja perspectiva da morte pode afetar negativamente a psicoterapia</li> </ul> </li> <li>● <u>A abertura do cliente para abordar a morte:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ evitamento</li> <li>○ abertura</li> <li>○ ansiedade</li> </ul> </li> </ul>	<p>S (1) A (1) Ja (1) A (1)</p> <p>Jo, I (2) I, Ja (2) I, Jo, S (3) A, Ja (2) Jo, L, I (3) S, A (3) Jo (1) Jo (1)</p> <p>I, Jo (2)</p> <p>I, A (2)</p> <p>A (1)</p> <p>I, Ja, Jo (3) Jo, Ja (2) Jo, L (2)</p>
<p><b>A ambivalência do papel do psicoterapeuta na intervenção face à morte</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Iniciativa:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ psicoterapeuta ativo</li> <li>○ psicoterapeuta que espera pela espontaneidade do cliente</li> </ul> </li> <li>● <u>Diretividade:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ psicoterapeuta diretivo</li> <li>○ psicoterapeuta não diretivo</li> </ul> </li> <li>● <u>Modalidade:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ direta: dizer o óbvio - “morte”</li> <li>○ indireta: trabalhar a morte sem a chamar pelo nome</li> </ul> </li> </ul>	<p>Jo, Ja, L (3) Jo, Ja (2)</p> <p>L, S (2) Jo, S, Ja, L (4)</p> <p>L, Ja, Jo (3) Ja, S (2)</p>
<p><b>Como intervir na morte, na prática</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Cientes com pensamentos ou comportamentos suicidas:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ em caso de suspeita, questionar imediatamente</li> <li>○ intervenção na crise</li> <li>○ alívio de sintomas</li> <li>○ identificação de causas</li> <li>○ identificação do objetivo do suicídio</li> <li>○ trabalhar as possibilidades de ação para a mudança</li> <li>○ trabalhar a estrutura de personalidade</li> <li>○ desafio às crenças</li> </ul> </li> <li>● <u>Cientes com doenças terminais:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ trabalhar a aceitação da doença</li> <li>○ trabalhar os significados da doença</li> <li>○ promover a autenticidade</li> <li>○ trabalhar os assuntos inacabados consigo próprio e com os outros</li> <li>○ elaborar o testamento vital</li> <li>○ preparar para a morte</li> </ul> </li> <li>● <u>Cientes em luto:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ psicoeducação sobre o luto</li> </ul> </li> </ul>	<p>L (1) A (1) A (1) A (1) Jo (1) I (1) A (1) Jo (1)</p> <p>A (1) L (1) L (1) I, A (2) I (1) A (1)</p> <p>S, Ja (2)</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ aceitação da morte do ente querido</li> <li>○ ser companhia</li> <li>○ trabalhar os assuntos inacabados face ao ente querido</li> <li>○ ajustar o mundo interno e a visão do mundo externo</li> <li>○ ajudar a tornar presente e a honrar o ente querido</li> <li>○ resgatar os aspetos positivos da relação com o ente querido</li> <li>○ trabalhar as saudades do ente querido</li> <li>○ intervenção junto de familiares</li> <li>● <u>Cientes com adições:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ motivação para a intervenção</li> <li>○ adesão à intervenção</li> <li>○ prevenção da recaída</li> </ul> </li> <li>● <u>Situações abrangentes - inerente à condição humana:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ trabalhar o projeto de vida</li> <li>○ aceitação da história de vida</li> <li>○ trabalhar os desejos e as necessidades</li> <li>○ regulação emocional</li> <li>○ trabalhar o conceito de morte</li> <li>○ trabalhar o sentido da vida</li> <li>○ potenciar a autodescoberta</li> <li>○ dar abertura para sentir, vivenciar e questionar a morte à sua maneira</li> <li>○ trabalhar a relação com a facticidade</li> <li>○ acolher o cliente</li> </ul> </li> </ul>	<p>S, A (2)  A, Jo, L (3)  I, A (2)  Jo, S (2)  I, S (2)  I (1)  Ja (1)  Ja (1)    A (1)  A (1)  A (1)    L (1)  A (1)  A (1)  L, Ja (2)  Jo, Ja, L (3)  I, A, Ja, S (4)  L (1)  L (1)  Jo (1)  Jo (1)</p>
<b>A perspetiva pessoal da morte ilumina a intervenção na morte</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Diretamente:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ facilita o estabelecimento da relação terapêutica</li> <li>○ influencia a escolha das estratégias de intervenção</li> <li>○ aumenta a empatia</li> <li>○ aumenta a inclusão de diferentes perspetivas</li> <li>○ aumenta o uso da técnica da autorrevelação</li> <li>○ dá abertura aos clientes para abordar a morte</li> <li>○ aumenta a presença do tema da morte em psicoterapia</li> </ul> </li> <li>● <u>Indiretamente:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ a perspetiva da morte influencia a escolha do modelo teórico, que influencia a intervenção na morte</li> <li>○ a perspetiva da morte melhora o autocuidado do psicoterapeuta, o que melhora a intervenção</li> <li>○ as crenças face à morte influenciam as crenças face ao luto, que influenciam a intervenção no luto</li> </ul> </li> <li>● <u>A perspetiva pessoal da morte poderia... mas (felizmente) tal não acontece:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ... retirar liberdade ao cliente</li> <li>○ ... dificultar o processo psicoterapêutico</li> <li>○ ... criar incompatibilidade de perspetivas entre psicoterapeuta e cliente</li> <li>○ ... induzir crenças ao cliente</li> </ul> </li> </ul>	<p>S (1)  I (1)  Jo, S, I (3)  Jo, A (2)  S (1)  Jo, A (2)  L (1)    I (1)    I (1)    I (1)    A (1)  S, A, Ja (3)  A (1)    Jo, A (2)</p>
<b>O metapensamento face à relação entre a perspetiva da morte e a intervenção psicoterapêutica na morte</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Autoconsciência da relação:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ inevitabilidade</li> <li>○ circularidade</li> </ul> </li> <li>● <u>Dúvida consciente sobre a existência da relação:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ausência de reflexão prévia</li> <li>○ oscilação entre perspetivas</li> <li>○ dúvida verbalizada</li> <li>○ autoquestionamento da autoconsciência</li> </ul> </li> </ul>	<p>Jo, L, I (3)  I, S (2)    A, Ja (2)  A, S (1)  A (1)  A, S (1)</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Desligamento da perspectiva pessoal da morte em psicoterapia, em prol da perspectiva do cliente</u></li> </ul>	S, A, Ja (3)
<b>A intervenção psicoterapêutica na morte afeta a perspectiva pessoal da morte</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>De forma positiva:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ aumenta a autorreflexão sobre a morte</li> <li>○ aumenta a autoconsciência da morte</li> <li>○ aumenta a valorização do presente</li> <li>○ promove a ideia de que as experiências de perda trazem resiliência</li> <li>○ promove a ideia de que a pessoa que morre permanece na memória</li> <li>○ aplicação do conhecimento e experiência com clientes em luto nos lutos pessoais</li> <li>○ aumenta o contacto com a própria vulnerabilidade e angústia</li> <li>○ aumenta a própria abertura para vivenciar situações de morte</li> <li>○ aumenta a aceitação própria</li> <li>○ aumenta o apaziguamento face à morte</li> <li>○ promove a ideia de que cada pessoa tem uma visão e postura particular face à morte</li> </ul> </li> </ul>	I, Jo, A, Ja (4) L, I (2) A (1) Ja (1) Ja (1) S (1)  L (1) L (1) L (1) L (1) Jo (1)

## Anexo N – Atitudes dos Participantes perante a Morte (valores médios) – EAPAM



**Figura 14 -** Atitudes dos Participantes perante a Morte (valores médios) – EAPAM