



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria

Neurobiologia do Luto

Prolongado: uma revisão narrativa

Rúben Alberto Vieira Abreu- nº 15815

Orientado por:

Professor Dr. Carlos Góis

Co-Orientado por:

Professor Dr. Miguel Barbosa

Junho'2022

Resumo

A perda de um ente querido, seja familiar, amigo ou conhecido representa uma experiência dolorosa. A falta de apoio ou a execução de mecanismos de coping negativos ou inadequados poderá dificultar a integração do luto, conduzindo assim a um luto prolongado ou persistente ao invés de um processo faseado e enriquecedor. O luto prolongado é reconhecido cientificamente como uma perturbação mental, quer pelo DSM-5 quer pelo ICD-11. No entanto, a investigação sobre a forma como esta patologia interfere com os circuitos neuro-hormonais e ao mesmo tempo os modula é ainda escassa.

O principal objetivo deste trabalho passará por realizar uma revisão narrativa da literatura acerca da Neurobiologia do luto prolongado. Rever alguns conceitos-chaves sobre o conceito de luto normal e as suas variações patológicas.

Explorar a importância de algumas estruturas neuroanatômicas, circuitos neuro-hormonais e alguns neurotransmissores se encontrarem alterados no luto prolongado. Existe evidência científica que demonstra uma ativação anormal de circuitos de recompensa e da dor nesta patologia, fazendo com que esta se comporte em muitos casos como uma perturbação do espectro da adição. Pretende-se com esta revisão de literatura compreender melhor o porquê de o luto se associar esta componente da adição e a sua importância.

Conhecer a neurobiologia desta doença tornará mais fácil no futuro identificar melhores alvos terapêuticos e assim conseguir-se um melhor controlo farmacológico do luto prolongado. Uma nova visão no tratamento desta patologia será um objetivo a discutir.

Palavras-Chave: Luto prolongado; Neurobiologia; Mecanismo de recompensa; Patologia aditiva; Tratamento

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

Abstract

The loss of a loved one, whether family, friend or acquaintance, represents a painful experience. The lack of support or the execution of negative or inadequate coping mechanisms may hinder the integration of grief, thus leading to a prolonged or persistent grief instead of a phased and enriching process. Prolonged grief is scientifically recognised as a mental disorder by both DSM-5 and ICD-11. However, research on how this pathology interferes with and modulates neuro-hormonal circuits is still scarce.

The main objective of this work is to conduct a narrative review of the literature on the Neurobiology of long-term grief. To review some key concepts about the concept of normal mourning and its pathological variations.

To explore the importance of some neuroanatomical structures, neurohormonal circuits and some neurotransmitters being altered in prolonged mourning. There is scientific evidence that shows an abnormal activation of reward and pain circuits in this pathology, making it behave in many cases as an addiction disorder. The aim of this literature review is to better understand why grief is associated with this component of addiction and its importance.

Knowing the neurobiology of this disease will make it easier in the future to identify better therapeutic targets and thus achieve better pharmacological control of prolonged grief. A new vision in the treatment of this pathology will be a goal to be discussed.

Keywords: Prolonged grief; Neurobiology; Reward mechanism; Additive pathology; Treatment

The author is exclusively responsible for this Final Work, and FMUL is not responsible for any of its content.

Índice

| | |
|--|----|
| Resumo | 2 |
| Abstract | 3 |
| Introdução | 5 |
| Fatores que influenciam o processo de luto | 7 |
| O processo de luto e os seus 5 estadios | 9 |
| Luto Patológico e a dificuldade na sua definição | 9 |
| Biomarcadores no Luto Prolongado | 11 |
| Semelhanças ente Luto Prolongado e Patologia do espectro da Adição | 14 |
| Uma nova abordagem no tratamento do Luto Prolongado | 15 |
| Conclusão | 17 |
| Agradecimentos | 19 |
| Bibliografia | 20 |

Introdução

O Luto é um processo natural e universal a todos os seres Humanos. Porém, definir o luto é algo muito complexo uma vez que cada pessoa vivencia de forma diferente este mesmo processo. Para os autores Moore & Fine (1990 cit. por Hagman, 1996) o luto é visto como um processo mental no qual o equilíbrio físico é restabelecido após a perda de um ente querido, sendo uma resposta mental a qualquer perda significativa e a mais comum a dor que, normalmente é acompanhada pela perda de interesse em relação ao mundo exterior, preocupação com as memórias do objeto perdido e diminuição da capacidade de investir em novos relacionamentos. Vários autores ao longo dos anos contribuíram com a sua própria interpretação acerca do processo de Luto. Para Freud, após a perda de um ente significativo, o indivíduo passa por uma fase em que se encontra mais hostil, deprimido e este estado só consegue ser ultrapassado quando este consegue reduzir a ativação emocional e fisiológica e transferir a sua energia para um novo objeto, quebrando assim o “laço” entre o falecido e investindo em novos relacionamentos. Quando o processo de luto está completo, o ego está livre e pronto para investir noutra relação. Deutsch em 1937 defendeu que alguém que não experiencie o luto, ou seja, uma ausência deste poderá ser um indicador de uma psicopatologia reforçando assim a importância de levar o luto até ao fim. Pollock em 1961 defende que o luto é uma resposta adaptativa à perda de uma pessoa querida e que é um processo que permite garantir a sobrevivência face à separação ou perda. Do ponto de vista de Parkes, o luto pode ser comparado a uma transição psicossocial e este processo é essencialmente uma emoção que nos conduz em relação a algo ou alguém que nos faz falta. Cada pessoa vivencia o luto de forma única e singular considerando duas vertentes: perdas e ganhos. As mudanças bruscas que ocorrem ao longo da vida são aquelas que pressupõem uma reestruturação das concepções que as pessoas possuem acerca do mundo. Estas transições psicossociais podem ser duradouras e completas ou a curto prazo dependendo muito das circunstâncias da mudança.

Worden em 1983 descreveu algumas tarefas que contribuem para um normal processo de luto:

A primeira tarefa consiste em aceitar a realidade da perda. Após a perda existe uma sensação de irrealidade e descrença bem com um comportamento de procura que exemplifica a necessidade de encontrar a pessoa perdida. O oposto da aceitação da realidade da perda é o não acreditar. Algumas pessoas recusam-se a acreditar que a morte é real (negação) e ficam-se pela primeira tarefa. Esta negação pode ser praticada em diferentes níveis e ter diferentes formas, mas na maior parte das vezes envolve os factos, o significado ou a irreversibilidade da perda. Esta primeira tarefa/fase pode ser facilitada encorajando a pessoa a falar sobre a perda e sobre as circunstâncias da mesma.

A realização da segunda tarefa (experienciar e processar a dor) implica o processamento da dor e, se tal não acontecer, o luto pode vir a manifestar-se sob a forma de um sintoma somático ou reaparecer após uma perda subsequente sob a forma de reação de luto atrasado ou suprimido. Nem todas as perdas evocam o mesmo tipo de resposta emocional mas podem manifestar-se sentimentos como tristeza, raiva, culpa, ansiedade e solidão persistente. É importante ajudar o indivíduo que atravessa o luto a suportar a dor em quantidades moderadas e de forma controlada para evitar uma sobrecarga emocional.

A terceira tarefa consiste numa adaptação ao novo ambiente e até mesmo a uma nova realidade. Esta adaptação tem diferentes significados para diferentes pessoas, dependendo da relação que existia com a pessoa perdida e os diferentes papéis que esta desempenhava.

A última tarefa (reinvestir noutras relações) é o passo para que o enlutado possa investir em novos relacionamentos, permitindo ajudar a pessoa que atravessa o luto a continuar a sua vida após a perda. Para muitas pessoas esta é a tarefa mais difícil de ultrapassar uma vez que encaram a perda como algo muito doloroso. A pessoa falecida nunca está fora da vida do indivíduo mas necessita de ser colocada num lugar onde possa ser recordada deixando espaço para o sobrevivente prosseguir com a sua vida e estabelecer outras relações.

Fatores que influenciam o processo de luto

Como referido anteriormente, o processo de luto não é igual para todas as pessoas. Todos nós somos indivíduos únicos e cada um de nós pertence a uma esfera composta por vertentes pessoais, familiares e sociais. Desta forma, existem um conjunto de fatores pertencentes a estas três vertentes que incondicionalmente acabam por afetar o processo de luto. Estes tanto podem facilitá-lo e promover uma experiência enriquecedora e adaptativa ou prejudicá-lo, podendo conduzir a um luto prolongado atrasado ou ausente. Existem algumas condições que influenciam o processo de luto:

A primeira corresponde à identidade da pessoa falecida. Quanto maior for a dependência e de igual modo ligação emocional à pessoa falecida, maior será o dano que a perda causa à sua vida, implicando um maior esforço na reorganização da mesma.

A segunda relaciona-se com a idade e o sexo da pessoa enlutada. A maior parte dos psicanalistas acredita que pessoas do sexo feminino são mais suscetíveis a desenvolverem um luto prolongado. Quanto à idade, pessoas mais jovens tais como crianças/adolescentes apresentam mais dificuldades em vivenciar um luto, talvez por ainda não terem mecanismos cerebrais completamente desenvolvidos que permitam processar e experienciar o luto de uma forma consciente e adaptativa.

A terceira diz respeito às causas e circunstâncias da morte. Mortes que o corram de uma forma súbita e inesperada provocam um choque inicial muito maior. Existem ainda mais algumas circunstâncias que podem agravar de forma negativa o luto tais como: mortes que resultem em mutilação ou deformação do corpo; a forma como a informação da perda chega ao enlutado: quem foi responsável pela morte da pessoa em questão (se for este o caso).

Na quarta condição, entramos na esfera social e na forma como as circunstâncias sociais e psicológicas influenciam a pessoa enlutada, quer na altura da perda quer depois desta. Se pensarmos numa pessoa que vive sozinha, distante dos pais, responsável por crianças ou adolescentes e que se encontre numa fase de intenso

stress profissional, claramente estas são condicionantes que muito provavelmente irão afetar negativamente o luto desta pessoa.

A última condicionante fala-nos da personalidade da pessoa enlutada e em especial da capacidade que esta apresenta em criar novas relações num futuro. A personalidade da pessoa enlutada, particularmente a forma como organiza o seu comportamento de vinculação e os modos de reação que adota em situações difíceis influencia em alto grau quer a intensidade quer a duração do luto, tornando o processo normal e adaptativo ou patológico. Pessoas que por natureza sejam mais introvertidas podem ver o luto como suprimido. Pessoas com maior predisposição para sintomas depressivos podem ter um luto prolongado...

Quando falamos em luto não podemos nunca esquecer a esfera familiar. De todas as experiências de vida, a morte impõe os desafios adaptativos mais dolorosos para a família, como sistema, e para cada um dos seus membros, individualmente, com ressonâncias em todos os seus outros relacionamentos. A capacidade de aceitar a perda está no centro de todas as capacidades dos sistemas familiares saudáveis, em contraste com as famílias disfuncionais, que demonstram padrões de má adaptação ao lidarem com perdas inevitáveis. A perda tem implicações na forma como a família se vai adaptar a experiências posteriores e os padrões postos em ação aquando da morte de um membro familiar têm um impacto imediato e ramificações a longo prazo no desenvolvimento familiar, no curso do ciclo de vida e nas gerações futuras. Desta forma é importante perceber a dinâmica familiar dar especial importância ao diálogo. Numa altura em que somos rodeados por tecnologias é muito fácil cada membro da família agarrar no telemóvel ou isolar-se numa divisão da casa. O diálogo assume uma especial importância no processo de luto pois promove uma reestruturação da família, um realinhamento das relações e a uma redistribuição dos papéis necessários para compensar a perda e prosseguir com a vida familiar. A investigação recente aponta para o facto de muitas famílias após a perda de um ente querido continuarem a viver, enquanto outras ficam tão perturbadas que a morte afeta o desenvolvimento de todos os seus membros.

O processo de luto e os seus 5 estadios

A Dra. Elizabeth Kubler-Ross em 1969 introduziu o modelo mais comumente ensinado para entender a reação psicológica à morte iminente em seu livro *On Death and Dying*. O livro explorou a experiência de morrer por meio de entrevistas com pacientes terminais e delineou os cinco estadios da morte: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação.

No entanto, tal com muitos outros modelos este também teve a sua dose de críticas ao longo dos anos. Os críticos concentraram-se no fato da sua pesquisa e uso de estadios não terem sido validados empiricamente. Diz-se também que o conceito de estadios é aplicado de forma muito rígida e linear. Em vez disso a doutora pretendia descrever um conjunto de comportamentos e emoções que podem ser experienciados por um paciente que enfrenta o fim da vida e, ao descrevê-los, melhorar a compreensão tanto do paciente quanto dos cuidadores. Outra crítica importante do modelo surge quando ele é visto como prescritivo em vez de descritivo, indicando que um paciente deve passar por cada estadio para alcançar o objetivo final de "aceitação". Esta visão contém muitas suposições, por exemplo que a progressão através dos estágios é linear e que alguns estágios são inerentemente menos adaptativos do que outros.

Luto Patológico e a dificuldade na sua definição

O luto é uma reação comum ao sentimento de perda e é considerado uma resposta fisiológica e instintiva. O luto 'normal' evolui para uma fase 'integrada' dentro de 1 ano da morte, e é uma condição não patológica que não requer intervenções terapêuticas específicas. Quando essa 'fase integrada' não ocorre, o indivíduo pode ter manifestações patológicas relacionadas com o luto. A Perturbação do Luto Complexo Persistente (PCBD) é uma nova categoria clínica do DSM5 caracterizada por sintomas relacionados ao desapego e ao sofrimento pós-traumático e difere do luto normal e descomplicado, pela incapacidade causada por essas reações e sua persistência e abrangência.

No que diz respeito ao conceito de luto patológico, prolongado ou complicado, iremos considerar o conceito de luto patológico tal como se mostra caracterizado por Barbosa (2010), clarificando este autor que podem ser considerados como critérios de luto prolongado, critérios de ordem: afetiva (e.g. enlutado emociona-se perante a menção ao objeto perdido), cognitiva (e.g. enlutado idealiza os aspetos positivos do objeto perdido, recalçando o que é negativo), física/vincular (e.g. enlutado imita características do objeto perdido), comportamental (e.g. enlutado investe de modo excessivo em atividades laborais ou sociais), social (e.g. o enlutado experiencia sentimento de vazio) e existencial/espiritual (e.g. enlutado sente ter perdido uma parte de si mesmo).

A inclusão do conceito de luto complicado em futuras revisões dos manuais de diagnóstico de doenças do foro mental faz todo o sentido aos defensores, na medida em que, desta forma, os pacientes em que fosse identificada tal perturbação poderiam vir a ser diagnosticados, sendo posteriormente objeto de intervenções terapêuticas adequadas

Envolto e muita polémica, o conceito de luto complicado viria a ser inserido no DSM-5, sob a denominação de Perturbação de Luto Complexo Persistente, fazendo parte integrante de um apêndice, e tendo sido rejeitada a inclusão formal com base na argumentação de ser insuficiente a respetiva evidência empírica para ver reconhecida a sua autonomia enquanto diagnóstico separado (Barbosa, 2014).

Tendo em conta a questão temporal e por forma a garantir uma maior segurança na realização de possíveis diagnósticos, optou-se, no âmbito do DSM-5, por alargar o critério temporal para ocorrência da categoria de Perturbação de Luto Complexo Persistente para 12 meses, ao invés do hiato temporal de seis meses após a perda, considerado por ambas as correntes teóricas que serviram de base de sustentação a esta formulação conceptual (Barbosa, 2014), não sendo esta decisão, ainda assim, isenta de críticas (e.g. Boelen & Prigerson, 2012 citado em Jordan & Litz, 2014).

Todavia, a inclusão desta perturbação de luto prolongado em manuais de diagnóstico acarreta a vantagem de trazer esta temática o centro das atenções considerando a prestação de cuidados de saúde primários às populações, permitindo, por um lado,

que os utentes dos serviços de saúde possam recorrer a ajuda especializada, e por outro, viabilizando-se uma maior tónica de evolução e melhoria da prática clínica, levando os psicólogos clínicos a melhor conhecer e identificar esta perturbação, promovendo-se programas de treino e tratamento da perturbação de luto complicado

Biomarcadores no Luto Prolongado

O processo de luto é um pressupõe um conjunto de alterações conjunto de alterações a nível neurológico, alterações estas que afetam fisiologicamente e psicologicamente a pessoa em questão. O cérebro e os seus complexos e intrínsecos circuitos neuro-hormonais conseguem reorganizar-se em variadíssimas situações, incluindo o processo de luto. Esta plasticidade é extremamente importante pois é esta reorganização que permite à pessoa enlutada passar de uma fase negacionista e de choque, onde predominam sintomas de tristeza, melancolia e raiva para uma fase de aceitação e reorganização pessoal e social.

Desta forma podemos questionar o porquê de darmos importância a estas alterações bem como investigar biomarcadores neurológicos no Luto prolongado. Os componentes fisiológicos ou correlatos do Luto prolongado podem ajudar-nos a entender como este surge, prever quem poderá ser mais suscetível e fornecer sugestões de como tratá-lo.

A morte de uma pessoa querida traduz-se numa fase inicial num evento de grande stress cognitivo porque é um evento disruptivo que requer grande ajuste face à situação. Nem sempre a pessoa enlutada lida com o stress da melhor forma sobretudo se a ligação com a pessoa falecida for muita intensa e este seja a principal fonte de apoio em situações de mudança brusca. Isto traduz-se de igual modo em alterações fisiológicas em vários sistemas tais como o cardiovascular (com aumento da frequência cardíaca e libertação de catecolaminas) e o sistema hipotálamo-hipófise-suprarrenal (com libertação de hormona corticotropina e conseqüente aumentos dos níveis de cortisol)

John Bowlby, além de ter contribuído com a sua visão e definição do processo de luto, também está associado à teoria da vinculação. Esta diz-nos que os vínculos estabelecidos entre pais e filhos e até com parceiros românticos são um produto do condicionamento comportamental. A vinculação permite à pessoa sentir-se confortável com a presença ou até com a simples recordação da pessoa em questão, contribuindo com redução de sofrimento e geração de prazer. Esta teoria pode explicar o porquê de pessoas em fase de luto desenvolverem esquemas mentais e alterações comportamentais que lhes proporcionam conforto e supressão da angústia face à ausência da figura de apego. O luto inclui uma extinção gradual desse condicionamento, em que os benefícios regulatórios conferidos pelas representações mentais da figura de apego diminuem lentamente ao longo do tempo. Bowlby descreveu o ponto final do luto bem-sucedido como uma reorganização psicológica dos pensamentos e sentimentos de uma pessoa sobre uma figura de apego falecida. No fim de um normal processo de luto, a recordação da pessoa falecida deve despoletar uma sensação de plenitude e de memórias positivas.

Em termos fisiológicos, os principais responsáveis por estas alterações são a dopamina, a oxitocina e os opióides endógenos. A dopamina apresenta especial importância por se um dos neurotransmissores fundamentais no condicionamento e na associação da experiência de recompensa com objetos específicos. Por outro lado os opióides permitem um melhor desfrutar dessa recompensa. A ocitocina é uma hormona importante no parto e amamentação em todos os mamíferos, mas em humanos também tem sido associada à supressão da ansiedade durante o stress psicossocial e ao aumento da confiança.

Devemos ter em conta que durante o luto olhamos para a pessoa como um todo e vamos além das teorias projetadas para o luto no geral. Um modelo biopsicossocial de luto prolongado postula primeiro que os sintomas do luto *agudo* resultam de uma falha temporária das funções reguladoras biocomportamentais resultantes da representação mental da pessoa falecida. À medida que a pessoa assimila a nova realidade e se adapta a esta, a sensação de apego e de fragilidade diminui bem como os sintomas de tristeza. Pessoas que por natureza são mais introvertidas ou cujos mecanismos de coping e adaptação não são os mais adequados sujeitam-se a

permanecerem num estado de tristeza avassaladora por tempo prolongado (Shear e Shair)

Para melhor compreender de que áreas neuronais são mais afetadas em pessoas com luto prolongado, foi realizado um estudo que contou com a participação de aproximadamente 117 pessoas com três tipos diferentes de psicopatologia: alguns participantes encontravam-se em luto prolongado (LP); outros apresentavam síndrome pós-traumática (PTSD) e os restantes apresentavam depressão major. O estudo contava ainda com a presença de um grupo de controlo com pessoas em luto normal (GC). Foram colhidos dados neuroimagiológicos através de ressonância magnética tendo os participantes sido expostos a uma série de expressões faciais associadas a uma determinada emoção (medo, raiva, nojo, tristeza, felicidade e expressão neutra). O objetivo primordial do estudo consistia em compreender que áreas e cerebrais e circuitos neuronais eram mais ativados em pessoas com luto prolongado de forma a estabelecer um perfil neuronal distinto para este tipo de patologia. Os resultados demonstraram que pessoas com LP apresentavam uma maior ativação nas seguintes estruturas: córtex cingulado anterior (pgACC), lobo da ínsula bilateral, córtex pré-frontal dorsolateral bilateral e lobo caudado direito. Indivíduos com LP apresentavam maior ativação do lobo da ínsula bilateralmente e do lobo caudado quando expostos a um rosto feliz. Este facto permite fazer uma correspondência com a teoria de que pessoas com LP apresentam alterações nas vias de recompensa. Expressões tristes associavam-se a um aumento da atividade no lobo caudado, insula esquerda e putamen. Um aspeto curioso reside no fato de estas vias associada a reações emocionais negativas também se encontrarem ativas durante o processamento de expressões felizes em doentes com LP. Os indivíduos em luto prolongado apresentam maior dificuldade em distinguir emoções positivas versus negativa, sendo esta uma possível explicação para esta ativação simultânea.

Os investigadores notaram ainda uma maior ativação do núcleo accumbens, globus pallidus e outras estruturas integrantes do sistema límbico para pessoas com luto prolongado comparativamente a outros participantes com PTSD e DM aquando do processamento de expressões felizes. Comprovaram que a ativação excessiva de vias de recompensa parece ser um mecanismo distintivo do luto prolongado.

Semelhanças entre Luto Prolongado e Patologia do espectro da Adição

Como referido anteriormente o luto é uma das experiências mais dolorosas da vida. Após a perda de alguém próximo, sentimentos como tristeza e saudade têm tendência a acompanhar o processo de luto. A resposta mais frequente à perda de alguém é uma adaptação bem-sucedida à nova realidade. No entanto, uma pequena mas considerável percentagem de pessoas não consegue lidar com a perda e concomitantemente sentimentos de tristeza e dor emocional acompanham-nas durante muito tempo prejudicando de forma significativa as vivências pessoais e sociais de cada um. Alguns autores acreditam que um pensamento constante da pessoa falecida ativa as vias neurológicas de recompensa, encontrando-se estas vias de igual modo intensamente ativas e desenvolvidas em pessoas com patologia aditiva como por exemplo vício em drogas ou no jogo.

Esta é ideia é suportada por vários relatos de pessoas com luto prolongado referindo uma persistente necessidade de recordar do falecido assim como sintomas de dor física e emocional. Estes relatos suportam o envolvimento de redes de recompensa e dor.

O núcleo accumbens é a estrutura mais associada ao mecanismo de recompensa enquanto que o córtex cingulado anterior dorsal a ínsula bilateral e a substância cinzenta periaquedutal estão implicadas no mecanismo da dor.

Numa tentativa de explorar a relevância dos mecanismos de recompensa e dor em pessoas com luto prolongado foi realizado um estudo (O'Connor MF et al) que contou com a participação de vinte e três mulheres que sofreram a morte de uma mãe ou irmã por cancro da mama nos últimos 5 anos. Onze mulheres encontravam-se num processo de luto prolongado e doze num processo de luto normal. Tal como no estudo referido anteriormente, as participantes foram expostas a uma série de combinações de uma foto (familiar falecido vs estranho) e uma palavra (associada ao luto vs palavra neutra) com o objetivo de despoletar uma determinada emoção na pessoa em luto. A ativação neuronal foi registada através do uso de técnicas de neuroimagem.

Atividade de recompensa: Os participantes com Luto Prolongado apresentaram uma considerável ativação do núcleo accumbens quando expostos a palavras relacionadas com o luto. Simultaneamente à ativação desta estrutura houve referências a um despoletar de emoções associadas a saudade e tristeza.

Ativação da rede neuronal da dor: Cada um dos grupos apresentou igual intensidade na ativação das estruturas relacionadas com a dor citadas anteriormente.

De acordo com Bowlby, pessoas que experienciam o luto de uma forma natural e que mais facilmente aceitem a nova realidade estão mais protegidas de uma eventual perturbação associada a este processo (teoria do desapego). Por outro lado, pessoas que encaram o luto como uma forma de protesto contra a separação do falecido simplesmente não conseguem promover um afastamento emocional estão mais suscetíveis a desenvolver luto patológico.

Uma melhor compreensão acerca dos mecanismos neurológicos e a sua relação com o luto prolongado permite-nos olhar para esta patologia de uma forma diferente tanto a nível de diagnóstico como a nível de tratamento.

Uma nova abordagem no tratamento do Luto Prolongado

Só muito recentemente o Luto Prolongado foi abordado como uma verdadeira entidade psicopatológica com graves repercussões quer física quer mentais para a pessoa em causa. O principal objetivo durante o processo de luto é que a pessoa realize um percurso adaptativo, com diminuição do stress e do sentimento profundo de saudade associadas a uma fase de luto aguda para um posterior estado de bem-estar em que as recordações do ente falecido não tenham as mesmas conotações negativas que despoletavam na fase precoce (luto integrado). A literatura demonstra que o tratamento do Luto Prolongado é muitas vezes negligenciado tanto por não haver ainda um consenso acerca da definição desta patologia, quer pela singularidade como cada pessoa lida com a perda de alguém. O luto é universal mas a forma como lidamos com ele apresenta grande variabilidade de pessoa para pessoa. Esta grande

variabilidade torna difícil chegar a uma conclusão universal acerca de qual o melhor tratamento neste tipo de patologia.

Atualmente, a terapia cognitivo-comportamental tem demonstrado resultados positivos no tratamento. Os seres humanos apresentam por natureza uma necessidade biológica de procurar, formar e manter relações com figuras que posteriormente se tornam próximas (teoria da vinculação). Após a morte este sistema de vinculação é profundamente agitado conduzindo a sintomas de luto agudo tais como negação, emoções negativas, pensamentos intrusivos do falecido e evicção na exploração de novos relacionamentos. O psicólogo tem um papel fundamental ao estimular o doente a refletir sobre a morte da pessoa próxima bem como circunstâncias em que esta ocorreu (exposição prolongada), impedindo que a pessoa em questão se feche sobre si própria e se torne mais suscetível a desenvolver patologia mental. Desta forma pretende-se eliminar eventuais impedimentos que dificultam um processo que idealmente seria natural e adaptativo.

Em termos farmacológicos a perturbação de luto prolongado continua a ser muito equiparado a outras perturbações como o síndrome depressivo major e ainda a perturbação de stress pós traumático. É certo que alguns sintomas associados a estas últimas duas patologias referidas também se encontram presentes no luto prolongado. No entanto, começam a existir múltiplas evidências de que neurobiologicamente as vias neuronais de recompensa se encontram alteradas em pessoas que experienciam o luto prolongado. Esta descoberta revela-se de especial importância uma vez que muda paradigma associado ao tratamento desta patologia. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (SSRIs) são o conjunto de fármacos mais utilizados no tratamento do Luto prolongado. Os SSRIs são úteis na diminuição de sintomas de fase aguda como stress e tristeza, porém não atuam na via neuronal da recompensa. Coloca-se assim a questão se este tipo de medicamentos será o mais adequado para este tipo de doentes. Se considerarmos o luto prolongado como uma patologia do espectro da adição, em que o objeto de vício corresponde à pessoa falecida, talvez seria útil para o doente um tratamento semelhante ao utilizado para tratar uma determinada adição.

Vários fármacos utilizados no tratamento de patologia aditiva surgem agora como potenciais candidatos a incluir nesta nova abordagem de tratamento. Um desses fármacos de acordo com a literatura seria a Naltrexona. A Naltrexona, sendo um antagonista dos receptores opióides muito utilizado no tratamento no vício do álcool e sabendo que a via dos opióides endógenos é uma das vias que se encontra alterada, revela-se como um fármaco que rapidamente pode atenuar o craving pela pessoa falecida. Os indivíduos com luto patológico necessitam de uma intervenção rápida, eficaz, conveniente e segura para promover uma melhor adaptação ao luto.

Conclusão

O Luto prolongado é e uma entidade patológica que só muito recentemente teve a sua importância reconhecida. O luto é um processo natural e universal na vida humana que deve ser encarado como um processo adaptativo e integrado. O processo de luto é vivenciado de forma particular de indivíduo para indivíduo e pode ser mais ou menos disfuncional, variando consoante a intensidade, os sentimentos, a vinculação e o contexto em que decorre. O luto nunca deve ser suprimido nem acelerado. O luto leva tempo e de uma forma geral é vivenciado consoante os significados que lhe são atribuídos. Inevitavelmente ao longo deste percurso todas as pessoas passam por períodos em que predominam sintomas e emoções com conotação mais negativa que de uma forma geral se associam a uma fase inicial de choque. Sintomas como desespero, raiva, irritabilidade, amargura e isolamento são comuns e estes podem manifestar-se através de atitudes emocionais intensas, mas a aceitação destes mesmos sentimentos faz com que a perda se reafirme, permitindo que esta seja vivenciada e ultrapassada de forma mais ajustada e saudável. O Luto afeta todas as esferas da vida (pessoal, social e familiar) sendo importante reconhecer que um processo de luto patológico pode afetar permanentemente o indivíduo dentro destas mesmas esferas. Para experienciar uma vivência plena temos que passar por momentos negativos de tristeza e amargura mas o mais importante é aprender a aceitá-los como parte da nossa caminhada.

Todos estes sintomas apresentam uma relação com sistemas neurológicos complexos onde estão envolvidos neurotransmissores e hormonas como a dopamina, oxitocina e os próprios opióides. Os variados estudos neurimagiológico permitiram descobrir uma forte associação entre a ativação do sistema de recompensa envolvendo estruturas como o núcleo accumbens. Esta descoberta permitiu comparar o processo de luto prolongado a patologias do tipo da adição e desta forma mudar o paradigma de diagnóstico bem como no seu tratamento.

Este é um tema que ainda necessita de muita investigação científica pois só há muito pouco tempo o luto prolongado foi considerado como uma entidade clínica própria. É importante destacar o papel dos profissionais de saúde, sobretudo os psicólogos e psiquiatras, no acompanhamento deste tipo de doentes e impulsionar um diálogo que lhes permitam transitar de uma forma saudável de um luto agudo para um luto integrado.

Em termos pessoais acredito que este trabalho ajudou-me imenso a compreender melhor o processo de luto e todas as variáveis que o podem afetar. Destaco a importância em falar abertamente sobre o luto pois acredito que este tema ainda é visto pela sociedade com um tema tabu. Se não for promovido um diálogo aberto sobre o luto podemos estar a potenciar que no futuro a percentagem de doentes com patologia do luto aumente exponencialmente.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer o apoio do Professor Dr. Carlos Góis e do professor Dr, Miguel Barbosa por me terem acompanhado ao longo da realização deste trabalho e por todas as dicas ajuda que me proporcionaram. Um obrigado a todos os meus colegas que me incentivaram e acreditaram na relevância deste trabalho para a toda a população e para a comunidade médica

Gostaria de igual modo agradecer o apoio incondicional dao pelos meus pais ao longo desta longa viagem e por sempre terem acreditado nas minhas capacidades mesmo nos momentos mais difíceis.

Bibliografia

- Barbosa, A. (2010). Processo de luto. In A. Barbosa & I.G. Neto, (Eds.), Manual de Cuidados Paliativos (2ª ed.). (pp. 487-532) Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A. (2014). Complicações do luto. In A. Barbosa (coord.), Contextos do luto (pp. 1-30). Lisboa: Núcleo Académico de Estudos e Intervenção sobre Luto/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bryant RA, Andrew E, Korgaonkar MS. Distinct neural mechanisms of emotional processing in prolonged grief disorder. *Psychol Med.* 2021 Mar;51(4):587-595.
- Bowlby J. Attachment and loss Vol 3. Loss, Sadness and Depression. New York, NY: Basic Books. 1980
- Gang, James et al.(2021) "Naltrexone treatment for prolonged grief disorder: study protocol for a randomized, triple-blinded, placebo-controlled trial." *Trials* vol. 22,1 110. 1 Feb. 2021, doi:10.1186/s13063-021-05044-8
- Jordan, A. H. & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 180-187.
- Lissia Ana Basso, Ricardo Wainer (2011). Luto e perdas repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de terapias cognitivas*. 35-43
- Nakajima S. Complicated grief (2018): recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*;373(1754):20170273.
- O'Connor MF et al (2008). Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *Neuroimage*. 2008 Aug 15;42(2):969-72.
- Ramos,V. (2016). O Processo de Luto. Artigo disponível em Psicologia.pt
- Shear MK., Shair H. Apego, perda e luto complicado. *Devel Psychobiol*. 2005; 47 :253-267.

Tyrell,P. et all (2022). *Kubler-Ross Stages of Dying and Subsequent Models of Grief*.
StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing