



LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

### **Luto Patológico – Revisão baseada na melhor evidência**

Joana Filipa Pedro Marques

---



LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
LISBOA

# **TRABALHO FINAL**

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

### **Luto Patológico – Revisão baseada na melhor evidência**

Joana Filipa Pedro Marques

**Orientado por:**

Professor Doutor Diogo Telles Correia

---

## **ABSTRACT**

**Goal:** The main goal of this final master's thesis is to make a bibliographic review, based on articles that were published between the years of 1971 and 2017, about Complicated Grief, namely its presentation, diagnosis and treatment. **Methods:** A review of articles on Complicated Grief was carried out, and 43 scientific articles were analyzed. **Results:** A summary of the collected information was presented, which includes an introduction on Normal Grief, epidemiology, risk factors, diagnostic criteria and differential diagnosis, and clinical presentation of Complicated Grief and, finally, its therapeutic approaches, namely psychotherapy and pharmacology. **Conclusions:** It was concluded that Complicated Grief is a multifactorial psychiatric condition that is characterized by the development of a mourning that is more intense and prolonged than normal, when faced with a loss. The main therapeutic approaches are antidepressant medication and individual or group psychotherapy, used alone or combined to potentiate the effects of them both.

## **KEY WORDS**

Complicated Grief; Uncomplicated Grief; Psychotherapy;

## RESUMO

**Objetivo:** O principal objetivo deste trabalho final de mestrado consiste na realização de uma revisão bibliográfica, com base em artigos publicados entre 1971 e 2017, sobre Luto Patológico, nomeadamente a sua apresentação e diagnóstico e o seu tratamento.

**Métodos:** Efetuou-se uma revisão de artigos sobre Luto Patológico, tendo sido analisados 43 artigos científicos. **Resultados:** Apresentou-se um resumo da informação

colhida que inclui uma introdução sobre Luto Normal, epidemiologia, fatores de risco, critérios de diagnóstico e diagnóstico diferencial, e apresentação clínica do Luto Patológico e, por fim, as suas principais abordagens terapêuticas, nomeadamente psicoterapia e farmacologia. **Conclusões:** Concluiu-se que o Luto Patológico é uma condição psiquiátrica, multifatorial, que se caracteriza pelo desenvolvimento de um quadro de luto mais intenso e prolongado que o normal, face a uma perda. As principais abordagens terapêuticas constituem medicação antidepressiva e psicoterapia individual ou de grupo, usadas isoladamente ou em combinação para potenciarem os efeitos de ambas.

## PALAVRAS CHAVE

Luto Patológico; Luto Normal; Psicoterapia;

# ÍNDICE

<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>KEY WORDS</b> .....	3
<b>RESUMO</b> .....	4
<b>PALAVRAS CHAVE</b> .....	4
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>METODOLOGIA</b> .....	8
<b>RESULTADOS</b> .....	9
<b>1. Apresentação do Luto Patológico</b> .....	9
<b>2. Diagnóstico do luto patológico</b> .....	10
<b>3. Epidemiologia do Luto Patológico</b> .....	13
<b>4. Fatores de Risco</b> .....	14
<b>5. Abordagem Psicoterapêutica e Farmacológica</b> .....	16
<b>CONCLUSÕES</b> .....	19
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	20
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	21

## INTRODUÇÃO

O Luto corresponde a um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais normais experienciadas pelo ser humano face à perda de um ente querido (Delalibera, Coelho, & Barbosa, 2011; M. K. Shear, 2015). Esta perda é experienciada pela maioria das pessoas e implica uma mudança permanente na vida do próprio (Joe et al., 2016). Apesar de transversal, o Luto é uma experiência muito pessoal e que pode ser diferente de pessoa para pessoa, sendo bastante variável em termos de evolução temporal, intensidade e resposta emocional que o indivíduo tem (Barbosa, 2016).

O Luto Normal é um processo multidimensional e de causas multifatoriais, tornando difícil prever de que modo é que o enlutado vai viver esta sua experiência ou, também, quais os mecanismos adaptativos aos quais o mesmo vai recorrer para lidar com a própria experiência. Habitualmente, após sofrerem uma perda, sobretudo se se tratar de um ente próximo, os enlutados passam por um período emocionalmente intenso (Bousquet J, Jeffery PK, Buse WW, Of, & Art, 2006). O esperado é que os mesmos adotem comportamentos e rituais que os auxiliem no decorrer do processo do Luto (Bousquet J, Jeffery PK, Buse WW et al., 2006). Apesar disso, a maioria dos indivíduos enlutados, cerca de 80-90% (Delalibera et al., 2011), consegue ultrapassar e integrar a perda, o que se denomina de Luto Resolvido (Delalibera et al., 2011). Contudo, ultrapassar a pedra não é sinónimo de esquecer a pessoa que faleceu. O Luto é permanente (Bousquet J, Jeffery PK, Buse WW et al., 2006).

O Luto foi pela primeira vez dividido em cinco fases em 1969 pela Psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, no livro “On Death and Dying”, tendo em conta doentes diagnosticados com uma doença grave em estadio terminal. As cinco fases definidas são Negação, Raiva, Negociação, Depressão e Aceitação. Contudo, e apesar das cinco fases se encontrarem descritas por ordem sequencial lógica, Elisabeth Kübler-Ross afirmou que o indivíduo não tem que experienciar as fases do Luto por esta ordem nem tem que passar por todas, podendo, por vezes, apenas vivenciar duas (Kubler-Ross, 1971).

A **fase da Negação** é a primeira fase das cinco descritas por Kübler-Ross (“On Death and Dying”, 1969) e aquela na qual o entorpecimento emocional está mais presente. O enlutado sente-se em choque, sem saber de que modo conseguirá viver a sua vida sem a

pessoa querida que acabou de perder. É nesta fase que o enlutado suprime todas as emoções, que pode vir eventualmente a sentir nas fases seguintes, como forma de lidar com a nova realidade. Por exemplo, no caso de um doente a quem foi diagnosticado uma doença terminal este pensará que poderá ter ocorrido um erro de diagnóstico e que terá muitos anos para viver. É a negação da situação atual que leva a experienciar todas as emoções que se seguem de uma forma mais gradual do que se a fase supracitada não existisse (Kubler-Ross, 1971).

A segunda fase descrita foi a **fase da Raiva**. Uma vez passada a negação, o enlutado começa a aperceber-se da verdadeira realidade levando a que sensações, tais como a revolta, descrença ou incompreensão, o levem a dirigir toda a sua raiva para alguém ou alguma coisa (Kubler-Ross, 1971).

A terceira fase, ou **fase da Negociação**, é aquela em que o enlutado se culpa pela perda e tenta, a todo o custo, arranjar factos que pudessem ter evitado a morte do ente querido. O enlutado tenta negociar algo com Deus, ou com algo ou alguém que o mesmo reconheça como uma força superior, para desfazer a morte do ente querido (Kubler-Ross, 1971). Normalmente, realizam-se promessas para reverter a situação de forma a que esta possa voltar a ser o que era antes da perda se ter sucedido.

A **fase da Depressão** é a fase mais associada ao Luto, pela sociedade (Toftshagen, Kip, Witt, & Mcmillan, 2011). É nela que o enlutado se convence finalmente de que a perda é algo irreversível e entrega-se à sensação de vazio. É nesta fase que residem todas as emoções mais profundas do ser, tais como a tristeza, a sensação de impotência e a dor emocional (Kubler-Ross, 1971). É aqui que o indivíduo deixa de ter forças para questionar o que aconteceu ou para lutar contra isso e, por isso, tem tendência a evitar comunicar com os outros.

A última fase, ou **fase da Aceitação**, não significa que o enlutado se sente bem relativamente à perda que sofreu. Significa, no entanto, que aceitou o que aconteceu como uma nova realidade que não pode ser alterada. O indivíduo começa, então, a ganhar responsabilidade sobre a própria vida e tenta retomar algumas atividades que abandonou na altura em que a perda se sucedeu (Kubler-Ross, 1971).

Apesar de o Luto ser frequentemente referido como o processo que advém da perda de uma pessoa, este ultrapassa esta definição algo simplista ou linear. O Luto pode resultar da privação de algo tangível, como algo material ou o emprego do próprio, ou intangível, como projetos de vida ou ambições pessoais (Barbosa, 2016). Nesta discussão, irei abordar o Luto em contexto de perda de entes queridos.

O Luto Normal pode tornar-se Patológico quando existe uma má adaptação ao processo normal do mesmo ou quando as circunstâncias e/ou consequências da perda não são normais (M. K. Shear, Ghesquiere, & Glickman, 2014).

O Luto Patológico, contudo, é considerado uma entidade que afeta indivíduos que possuem características predisponentes para que tal aconteça. O principal objetivo desta revisão de literatura é reunir informação acerca do Luto Patológico, diferenciá-lo do Luto Normal e encará-lo como uma condição individual e não como um subtipo de Depressão, uma vez que esta é a perturbação com a qual é mais frequentemente confundido. Pretende-se, ainda, abordar as medidas terapêuticas que estão disponíveis e tentar perceber de que modo é que, como médicos, conseguimos diagnosticar alguém que está a passar por um Luto Patológico, diferenciando de forma mais convicta e concreta os dois tipos de Luto referidos anteriormente.

## **METODOLOGIA**

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *PubMed*, *UpToDate* e *Cochrane Library*, tendo sido reunidos 34 artigos no total, entre os anos 1971 e 2018. 20 artigos eram de revisão. De todos os artigos utilizados, 33 escritos na língua inglesa, apenas um se encontrava escrito em português. Para além dos artigos, este trabalho foi complementado com a consulta de livros, nomeadamente do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) e do Manual de Cuidados Paliativos. As palavras pesquisadas foram “grief”, “complicated grief”, “pathological grief” e “psychotherapy”.

## **RESULTADOS**

### **1. Apresentação do Luto Patológico**

O indivíduo que sofre de Luto Patológico, inicialmente, apresenta os mesmos sinais e sintomas que o indivíduo que passa por um Luto Normal possui. Contudo, os sinais e sintomas anteriormente referidos, em vez de resolverem com o passar do tempo, mantêm-se, podendo até mesmo agravar. A intensidade e a duração dos mesmos são extremas (Piper, Ogrodniczuk, Azim, & Weideman, 2001). As características mais fortemente associadas a um quadro de Luto Patológico são a saudade intensa, a descrença relativamente à perda, a raiva, a tristeza e solidão e a preocupação pela pessoa falecida (K. Shear, Frank, Houck, & Iii, 2005; M. K. Shear, 2015). A preocupação e a dormência emocional pela própria perda e a dificuldade em aceitar a realidade da morte afetam muito a vivência do enlutado (Horowitz et al., 1997), pois o mesmo pode desenvolver um quadro de imagens e pensamentos intrusivos relacionados com a pessoa falecida (M. K. Shear, 2015).

O indivíduo pode sentir, para além dos sintomas supracitados, uma culpa imensa relativamente às circunstâncias da perda, podendo mesmo desejar ter morrido no lugar do outro (M. K. Shear, 2015). Por outro lado, o enlutado tenta ao máximo evitar relembrar a pessoa que faleceu, inclusive as boas memórias que passou com a mesma (K. Shear, Frank, Houck, & Iii, 2005) pois estas são causadoras de sofrimento. Existe também uma sensação de perda de identidade com a morte de alguém; o próprio perde o interesse por tudo, especialmente pelo futuro.

Os indivíduos que sofrem de Luto Patológico podem experienciar, para além dos sintomas psicológicos, sintomas físicos, tais como dor física, agitação psicomotora, alterações do sono e cansaço generalizado (Waller, Turon, Mansfield, Hobden, & Sanson-fisher, 2016).

O Luto Patológico é uma condição extremamente limitante e é quase impossível para os indivíduos que passam por um Luto Patológico continuarem a executar as tarefas do dia-a-dia, tornando-se solitários ao evitarem o contacto com pessoas que o rodeiam.

## 2. Diagnóstico do Luto Patológico

O Luto Patológico é uma condição que é possível de ser diagnosticada através de um sistema nosológico categorial (ICD, DSM) ou de questionários aplicados ao enlutado (Osso, 2013), (M. K. Shear et al., 2011).

Apesar da falta de consenso entre várias entidades, tais como o ICD-11 (*International Classification of Diseases, 11th Edition*) e o DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*), foram desenvolvidas várias guidelines que permitem ao médico, realizar um diagnóstico mais preciso, tendo em conta os sintomas e sinais que o doente possui.

*Diagnostic Criteria for ICD-11 Prolonged Grief Disorder (Proposed) and DSM-5 Persistent Complex Bereavement-Related Disorder*

ICD-11 Prolonged Grief Disorder	DSM-5 Persistent Complex Bereavement-Related Disorder
A. Death of a close other	A. Death of a close other
B. Yearning for the deceased daily or to a disabling degree	B. Since the death, at least one of the following on most days to a clinically significant degree for at least 12 months after the death:
C. Five or more of the following daily or to a disabling degree:	1. Persistent yearning for the deceased
1. Confusion about one's role in life or diminished sense of self	2. Intense sorrow and emotional pain in response to the death
2. Difficulty accepting the loss	3. Preoccupation with the deceased
3. Avoidance of reminders of the reality of the loss	4. Preoccupation with the circumstances of the death
4. Inability to trust others since the loss	C. Since the death, at least six of the following on most days to a clinically significant degree for at least 12 months after the death:
5. Bitterness or anger related to the loss	1. Marked difficulty accepting the death
6. Difficulty moving on with life (e.g., making new friends, pursuing interests)	2. Disbelief or emotional numbness over the loss
7. Emotional numbness since the loss	3. Difficulty with positive reminiscing about the deceased
8. Feeling that life is unfulfilling, empty, or meaningless since the loss	4. Bitterness or anger related to the loss
9. Feeling stunned, dazed, or shocked by the loss	5. Maladaptive appraisals about oneself in relation to the deceased or the death (e.g., self-blame)
D. At least 6 months have passed since the death	6. Excessive avoidance of reminders of the loss
E. The disturbance causes clinically significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning	7. A desire to die to be with the deceased
F. The disturbance is not better accounted for by major depressive disorder, generalized anxiety disorder, or posttraumatic stress disorder.	8. Difficulty trusting other people since the death
	9. Feeling alone or detached from other people since the death
	10. Feeling that life is meaningless or empty without the deceased or the belief that one cannot function without the deceased
	11. Confusion about one's role in life or a diminished sense of one's identity
	12. Difficulty or reluctance to pursue interests or to plan for the future (e.g., friendships, activities) since the loss
	D. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning
	E. The bereavement reaction must be out of proportion or inconsistent with cultural or religious norms

*Note.* Proposed criteria for ICD-11 PGD are from Prigerson et al. (2009), referenced in Maercker et al. (2013). Criteria for DSM-5 PCBD are from the American Psychiatric Association (2013).

**Figura 1.** Critérios de diagnóstico de Luto Patológico, no ICD-11 e no DSM-5 (Jordan & Litz, 2014).

Na Figura 1 é possível visualizar os critérios de diagnóstico, definidos para o Luto Patológico, pelo ICD-11, que lhe atribui o nome *Prolonged Grief Disorder*, e pelo DSM-5, que se refere ao Luto Patológico como *Persistent Complex Bereavement-Related Disorder*, a sua definição mais recente. É evidente que o DSM-5 definiu um grupo mais alargado de critérios, contudo, e apesar de algumas características se

sobreporem à classificação do ICD-11, este facto condiciona uma maior heterogeneidade de diagnóstico (Jordan & Litz, 2014).

Apesar de ter características específicas, o Luto Patológico é muitas vezes confundido com outras perturbações. São elas o Luto Normal ou Luto Agudo, a Perturbação da Ansiedade de Separação, a Depressão *major* e a Perturbação de Stress Pós-Traumático. Por essa razão, é deveras importante ter bem presente as características específicas de cada patologia, que diferem umas das outras, de modo a ser possível realizar-se um diagnóstico diferencial correto e, posteriormente, tratar devidamente a patologia em questão (Maciejewski, Maercker, Boelen, & Prigerson, 2016).

Relativamente ao Luto Normal, é possível diferenciá-lo do Luto Patológico relativamente ao período de tempo e à intensidade dos sintomas. O Luto Patológico, como discutido anteriormente, caracteriza-se pela intensidade acrescida dos sintomas, também presentes numa situação de Luto Normal, e que duram mais do que 12 meses. No caso do Luto Normal, ou Luto Agudo como referido anteriormente, os sintomas têm tendência a desvanecerem gradualmente à medida que o indivíduo enlutado se vai adaptando a uma nova realidade, da qual não faz parte o ente querido que faleceu (Osso, 2013).

A Perturbação da Ansiedade de Separação partilha com o Luto Patológico a ansiedade de separação da pessoa. Contudo, a principal diferença centra-se no tipo de separação que se sucedeu. Enquanto que no Luto Patológico a ansiedade é dirigida ao ente querido que faleceu, na Perturbação da Ansiedade de Separação o próprio sente-se apreensivo pela separação do indivíduo com quem tem uma ligação ansiosa, sendo a relação de um bebé com a mãe um exemplo (Ehrenreich, Santucci, & Weiner, 2008).

Em relação à Depressão *major*, a tristeza e a ideação suicida são características que também se encontram presentes no Luto Patológico mas, neste último caso, a sintomatologia está associada à perda. A principal diferença entre estas duas entidades é o humor. Na Depressão *major*, o humor é maioritariamente negativo enquanto que no Luto os sentimentos negativos alternam com memórias positivas da pessoa que faleceu (Assareh, Sharpley, McFarlane, & Sachdev, 2015). Cerca de 42% dos indivíduos (Assareh et al., 2015) que sofreram uma perda, são diagnosticados com depressão clínica no primeiro mês. E, por isso, em muitos casos, o Luto Patológico pode ser

erradamente diagnosticado como uma Depressão *major* (Sung et al., 2011) uma vez que esta não difere muito, em termos de sintomatologia e duração, da depressão pós-Luto Normal (Pies, 2012).

Diferenciar Luto Patológico de Perturbação de Stress Pós-Traumático pode ser mais complexo pelas inúmeras características que ambos partilham.

Characteristic	Complicated Grief	Major Depression	PTSD
<b>Affective symptoms</b>			
Depressed mood (sadness)	Prominent, focused on the loss; core symptom	Prominent; diagnostic criterion	May be present
Anhedonia (loss of interest or pleasure)	Not usually present (and interest in thoughts of deceased is usually maintained)	Prominent and pervasive; diagnostic criterion	May be present
Anxiety	May be present, focused on loss and insecurity without the deceased	May be present	Prominent, focused on fear of recurrent danger; diagnostic criterion
Yearning or longing	Prominent, frequent, and intense; core symptom	Not usually present	Not usually present
Guilt	Common, focused on regrets related to the deceased	Usually present, related to feeling worthless and undeserving	May be present, focused on the traumatic event or its aftermath
<b>Cognitive or behavioral symptoms</b>			
Difficulty concentrating	May be present; not a core symptom	Common; diagnostic criterion	Common; diagnostic criterion
Preoccupying thoughts	Common, focused on thoughts and memories of the deceased; core symptom	May be present, focused on negative thoughts about self, others, or the world	Negative, exaggerated, distorted thoughts related to event; diagnostic criterion
Recurrent preoccupying images or thoughts	Common, focused on thoughts or memories of the deceased	May be present	Common, focused on event, usually associated with fear; diagnostic criterion
Avoidance of reminders of the loss	Common, focused on reminders of the finality of the loss and associated emotional distress	May be present, related to general social withdrawal	Common, focused on loss of sense of safety or reminders of event; diagnostic criterion
Seeking proximity to the deceased person	Common, focused on wanting to feel close to the deceased	Not usually present	Not usually present
Suicidal thinking and behavior	Suicidal ideation often present; increased risk of suicidal behavior	Suicidal ideation present; diagnostic criterion; increased risk of suicidal behavior	Suicidal ideation present, increased risk of suicidal behavior
Abnormal eating behaviors	Avoiding certain foods or mealtimes to avoid reminders of the loss or eating favorite foods to feel close to the deceased	Change in eating due to change in appetite; diagnostic criterion	Not usually present
<b>Sleep</b>			
Disturbed sleep	Sleep disturbance related to avoiding bed or other reminders of the loss or rumination about troubling aspects of the death	Sleep disturbance common; diagnostic criterion	Sleep disturbance related to anxiety; diagnostic criterion
Nightmares	Not usually present	May be present	Related to the traumatic event; diagnostic criterion

**Figura 3.** Diagnóstico diferencial entre LP, DM e PSPT (M. K. Shear, 2015).

Relativamente às escalas, foram criados foram criados vários questionários específicos para o efeito, entre eles destacam-se o ICG (*Inventory of Complicated Grief*), o ICG-R (*Inventory of Complicated Grief Revised*), o PG-13 (*Prolonged Grief 13*) e, por último, o BGQ (*Brief Grief Questionnaire*), todos específicos para o Luto Patológico (Sealey, Breen, O'Connor, & Aoun, 2015).

Measure	Initial test population, and purpose of measure	Format and items	Psychometric data
Brief Grief Questionnaire (BGQ) <sup>47-49</sup>	Recipients of crisis counselling following 9/11 terrorist attacks (n = 149). To provide a rapid screening measure of complicated grief >6 months following the death <sup>47</sup> Bereaved community dwelling adults bereaved between 6 months and 10 years (n = 915) <sup>48</sup>	5-item self-report, 3-point frequency scale.	Internal consistency: Cronbach's alpha 0.82 <sup>47</sup> Internal consistency: Cronbach's alpha 0.75 <sup>48</sup>
Inventory of Complicated Grief (ICG) <sup>50</sup>	Conjugal bereaved elders (n = 97). To assess complicated grief symptoms as distinct from 'normal' grief <sup>50</sup>	19-item self-report, 5-point frequency scale, showing one single factor from original 22-item measure.	Internal consistency: Cronbach's alpha 0.94. Test-retest reliability: 0.80 (n = 28).
Inventory of Complicated Grief-Revised (ICG-R) <sup>19</sup>	Data from Yale Bereavement Study (n = 291). To validate criteria for diagnosis of prolonged or complicated grief (CG) <sup>19</sup> Conjugal bereaved elders (n = 481). To assess complicated grief factors, and the relationship between CG and PTSD <sup>51</sup> Bereaved people in general practice and palliative care (n = 276). To identify people at risk of CG <sup>52</sup>	15-item self-report, 5-point frequency scale Shows two factors – separation anxiety and traumatic distress <sup>51</sup>	Internal consistency: Cronbach's alpha total 0.94 Ranging between 0.60 and 0.66 for separation anxiety, and 0.38–0.68 for traumatic distress <sup>51</sup> Internal consistency: Cronbach's alpha total 0.90 <sup>52</sup>
Prolonged Grief-13 (PG-13) <sup>14,53</sup>	Adults (n = 424) To compare grief across bereavement, divorce and job loss <sup>53</sup> Bereaved caregivers with PGD (n = 86) To examine use of mental health services in people with PGD <sup>14</sup>	13-item self-report, 5-point Likert scale	Internal consistency: Cronbach's alpha total 0.94 <sup>53</sup> Internal consistency: Cronbach's alpha total 0.82 <sup>14</sup>

PGD: Prolonged Grief Disorder; PTSD: post-traumatic stress disorder.

**Figura 4.** Medidas de Luto Patológico, após a morte de um ente querido (Sealey et al., 2015).

### 3. Epidemiologia do Luto Patológico

O Luto Patológico é uma condição que afeta cerca de 2-3% da população mundial (M. K. Shear, 2015) e que se caracteriza por “*Luto intenso que dura mais tempo do que aquele que é expectável, de acordo com as normas da sociedade, e que prejudica o funcionamento do dia-a-dia*” (M. K. Shear, 2015). A sua prevalência depende de vários fatores, nomeadamente do tipo de relação que o enlutado tinha com o falecido e das circunstâncias da morte .

O Luto Patológico é mais frequente em indivíduos do sexo feminino, com idade acima dos 60 anos e de estatuto socioeconómico baixo (M. K. Shear, 2015). A sua prevalência depende também da raça do enlutado, sendo que os indivíduos caucasianos são os menos afetados (Simon et al., 2010). Indivíduos com história de perturbação psiquiátrica prévia também são mais vulneráveis ao desenvolvimento de um Luto Patológico. Sabe-se que cerca de 20% dos indivíduos que padecem de uma perturbação do humor desenvolvem Luto Patológico aquando a perda de um ente querido (M. K. Shear et al., 2012). A prevalência de outras doenças coexistentes com Luto Patológico, nomeadamente Depressão *major* e PSPT variam, respetivamente, entre 21-54% e 30-50% (K. Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005).

A prevalência mais elevada do Luto Patológico é cerca de 60% e encontra-se no grupo de pessoas que perdem um filho, seguindo-se o grupo cuja perda decorre de um suicídio, homicídio ou situação inesperada, com percentagens compreendidas entre os 20 e os 40% (M. K. Shear et al., 2012). Por fim, contudo com o mesmo grau de importância, segue-se o grupo de indivíduos que perderam um/a esposo/a, com 10-20% dos enlutados a desenvolverem Luto Patológico (K. Shear, Frank, Houck, & Iii, 2005).

#### **4. Fatores de Risco**

Vários estudos demonstraram que o Luto Patológico se encontra associado a um maior risco de desenvolver problemas físicos e psicológicos, bem como a uma elevada mortalidade (van der Houwen et al., 2010). Um dos maiores problemas relacionados com este quadro é o facto de o indivíduo, para além de ter que lidar com uma perda, estar vulnerável a um elevado conjunto de fatores de risco (Stroebe, Folkman, Hansson, & Schut, 2006).

O Luto Patológico é influenciado por uma série de fatores de risco, sendo que os podemos dividir em três grupos (Grief, 2015): fatores que existiam antes da perda, fatores relacionados com a própria perda e fatores que se desenvolvem após a perda ou fatores peri-perda.

Os **fatores que existem antes da perda** são idade, o género, o estatuto socioeconómico, a raça, a existência ou não de perturbação psiquiátrica prévia e o tipo de relação que existia entre o enlutado e o falecido. Os **fatores relacionados com a própria perda** referem-se às circunstâncias em que a mesma se sucedeu. Os indivíduos que tenham perdido um ente querido por uma morte inesperada ou violenta, tais como um acidente, homicídio ou suicídio, estão mais em risco de desenvolver um Luto Patológico. Os **fatores peri-perda** relacionam-se com a capacidade emocional que o enlutado tem para lidar com a perda e também com o tipo de resposta que desenvolve à mesma.

Existem fatores de risco que se podem desenvolver ainda na infância da pessoa, muito antes da perda se suceder, tais como história de ansiedade de separação durante a

infância (Vanderwerker, Jacobs, & Parkes, 2006) e história de relação controladora por parte dos pais (Johnson, Zhang, Greer, & Prigerson, 2007). Existe evidência de que problemas relacionados com ligações emocionais podem predispor o indivíduo ao desenvolvimento de um quadro de Luto Patológico quando uma perda, sendo ligações inseguras, dependência conjugal e história de relação abusiva por parte dos progenitores as que mais influenciam o indivíduo enlutado (Prigerson et al., 2009). Quanto mais próxima for a relação entre o enlutado e o falecido, maior será o risco do enlutado desenvolver um Luto Patológico (Toftthagen et al., 2011).

Por outro lado, a falta de preparação pessoal para a perda (Johnson, Vanderwerker, Bornstein, Zhang, & Prigerson, 2006) também constitui um fator de risco. A proximidade e as relações inter-pessoais dentro da família vão influenciar a maneira como o próprio resolve, ou não, o Luto (Andriessen et al., 2018).

Sabe-se também que a personalidade do próprio influencia bastante a maneira como o mesmo lida com o processo de Luto (Toftthagen et al., 2011). Experimentar sentimentos de culpa, vergonha e arrependimento, intensamente, predispõe o enlutado, sendo que os indivíduos com personalidades ansiosas, que sofram de solidão emocional e que tenham baixa auto-estima têm maior risco de desenvolver um processo mal-adaptativo (Vachon et al., 1982) bem como aqueles que durante a sua vida tenham sofrido de depressão (Stroebe et al., 2006). Estudos afirmam também que indivíduos que tenham estratégias de coping ruminativas ou evitantes encontram-se mais vulneráveis (Roberts et al., 2017).

O Luto Patológico e os sintomas depressivos são mais comuns em indivíduos que experienciaram uma morte repentina e inesperada (van der Houwen et al., 2010), sendo que estes têm um maior risco de desenvolver outras comorbidades, tais como PSPT (Stroebe et al., 2006).

## **5. Abordagem Psicoterapêutica e Farmacológica**

A abordagem ao paciente que sofre de Luto Patológico é algo que ainda gera muitas dúvidas, tendo em conta que os sintomas desta entidade diferem dos sintomas de outras perturbações, nomeadamente perturbações da ansiedade e da depressão (Latham & Prigerson, 2004). Por outro lado, existe alguma dificuldade para os profissionais de saúde ajudarem todos os doentes que sofrem de Luto Patológico, uma vez que o acontecimento da perda raramente leva a que os indivíduos enlutados procurem ajuda (Piper et al., 2001).

Atualmente, existem quatro tipos de abordagens aos Luto Patológico: os grupos de apoio, as consultas de aconselhamento com um profissional especializado na área, a terapêutica farmacológica e a psicoterapia, sendo as duas últimas as mais utilizadas (Waller et al., 2016). A terapêutica farmacológica e a psicoterapia podem ser utilizadas em simultâneo com o objetivo de se potenciarem mutuamente. As sessões de psicoterapia podem ser individuais ou de grupo.

Existem várias modalidades de psicoterapia, nomeadamente a terapia cognitivo-comportamental, a terapia de reestruturação cognitiva, a terapia de exposição e a terapia interpessoal (M. K. Shear, 2015).

**COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY**

- Form of psychotherapy that explores how thought patterns affect an individual's attitudes, feelings, and behaviors

**COGNITIVE RESTRUCTURING**

- Form of cognitive behavioral therapy that focuses on identifying negative, ineffective, or disruptive thought patterns and replacing them with more positive ones to encourage behavioral change

**EXPOSURE THERAPY**

- Form of cognitive behavioral therapy in which individuals confront a traumatic event through cognitive re-exposure and learn how to process emotions associated with the event

**INDIVIDUAL INTERPERSONAL THERAPY**

- Form of psychotherapy that focuses on interpersonal issues that can contribute to emotional distress to reduce symptoms, improve functioning, and enhance social support

---

**Note.** Based on information from Foa et al., 2008; Interpersonal Therapy Institute, 2017; Mills et al., 2008; National Alliance on Mental Illness, 2017.

**Figura 5.** Tipos de Psicoterapia (M. K. Shear, 2015).

Uma vez que o Luto Patológico engloba sintomas típicos de depressão, tais como a tristeza e o afastamento social, inicialmente os indivíduos enlutados começaram a ser tratados com IPT, ou *Psicoterapia Interpessoal*. A IPT foi desenvolvida primeiramente para tratar indivíduos com Depressão *major* tendo, posteriormente, sido adaptada a outras patologias, tais como a PSPT e, mais recentemente, o Luto Patológico. Esta estratégia é formada por três fases, uma fase introdutória, uma fase intermédia e uma fase final, sendo que em cada uma delas são abordados diferentes aspectos do Luto (Simon et al., 2010).

Contudo, a abordagem que se utiliza hoje em dia é a CGT, ou *Complicated Grief Therapy*. Esta estratégia foi adaptada da IPT e aprovada em 2005 especificamente para os casos de Luto Patológico uma vez que os mesmos não respondiam às intervenções direcionadas para os casos de depressão (K. Shear, Frank, Houck, & Iii, 2005). Estudos provaram que indivíduos enlutados respondiam melhor a CGT do que a IPT (K. Shear, Frank, Houck, & Iii, 2005; Simon et al., 2010)

Para além dos sintomas depressivos, o Luto Patológico também partilha características com a PSPT, pelo que se introduziram na CGT técnicas de terapia cognitivo-comportamental mais utilizadas nos casos de trauma (K. Shear, Frank, Houck, & Iii,

2005), e que se focam essencialmente nas memórias intrusivas que o indivíduo tem do ente querido que faleceu e na evicção de determinados comportamentos que o relembram do mesmo (Wetherell, 2012).

Relativamente à realização de terapêutica farmacológica, a mais utilizada é a antidepressiva. Contudo, verificou-se que esta não tem benefício se utilizada isoladamente (K. Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005), obtendo-se resultados positivos apenas quando é utilizada como co-adjuvante à psicoterapia (Bousquet J, Jeffery PK, Buse WW et al., 2006). A melhor evidência disso é a percentagem de dropouts que ocorrem em doentes sob farmacoterapia com antidepressivos e psicoterapia com CGT, percentagem esta de apenas 9%, comparativamente com a percentagem de doentes não medicados que desistem da CGT, cerca de 42% (Simon et al., 2010). Contudo, indivíduos enlutados que estão sob terapêutica antidepressiva e CGT têm melhores respostas do que aqueles que estão sob a mesma terapêutica antidepressiva mas a realizar IPT.

Todas estas abordagens mostram que o Luto Patológico, por ser uma condição tão específica, carece do desenvolvimento de uma abordagem específica que cubra todas as componentes psicológicas e sociais do indivíduo que necessitem de ajustes à nova realidade.

## CONCLUSÕES

Esta revisão bibliográfica permitiu compreender melhor o Luto Patológico, que consiste numa condição que afeta cerca de 2-3% da população mundial e que se caracteriza por ser mais prolongado e mais intenso do que o normal. As suas características mais típicas são a saudade intensa, a tristeza e solidão, o isolamento social, o sentimento de culpa e os pensamentos intrusivos acerca da pessoa que faleceu. A sua prevalência depende de vários fatores, que podem existir antes da perda, estar relacionados com a perda ou desenvolverem-se após a perda. O Luto Patológico é mais frequente em indivíduos do sexo feminino, com mais de 60 anos de idade ou que tenham perdido um filho. Encontram-se mais vulneráveis aqueles que tenham perdido um ente querido por uma morte inesperada, como por exemplo, suicídio ou homicídio. Apesar de haver cada vez mais esforços pela comunidade científica para definir o Luto Patológico como uma entidade individual que carece de tratamento específico, a abordagem ao mesmo ainda gera muitas dúvidas. Contudo, tem havido progressos no desenvolvimento de novas psicoterapias, nomeadamente a CGT. A CGT, especialmente quando utilizada sinergicamente com terapia farmacológica com antidepressivos, mostrou eficácia na melhoria significativa do quadro clínico de Luto Patológico dos enlutados.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Diogo Telles Correia, por ter confiado nas minhas capacidades ao aceitar ser meu orientador neste trabalho final de mestrado e por toda a sua disponibilidade em rever e criticar construtivamente as várias versões que lhe enviei.

À Doutora Filomena Sousa, por prontamente me ter enviado grande parte da bibliografia que utilizei para a realização deste trabalho.

Aos meus pais, fontes de força e motivação constantes. Obrigada por acreditarem sempre em mim, mesmo quando eu acho que não sou capaz.

À Pat, por corrigir o meu português imperfeito e por ver sempre algo de positivo.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que a realização deste trabalho fosse possível.

## BIBLIOGRAFIA

- Andriessen, K., Mowl, J., Lobb, E., Draper, B., Dudley, M., Mitchell, P. B., ... Dudley, M. (2018). "Don't bother about me." The grief and mental health of bereaved adolescents. *Death Studies*, 42(10), 607–615.
- Assareh, A. A., Sharpley, C. F., McFarlane, J. R., & Sachdev, P. S. (2015). Biological determinants of depression following bereavement. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 49, 171–181.
- Bousquet J, Jeffery PK, Buse WW, J. M. and V. A., Of, S., & Art, T. H. E. (2006). State of the Art State of the Art :, 36, 20–23.
- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validation of prolonged grief disorder instrument for Portuguese population. *Acta Médica Portuguesa*, 24(6), 935–942.
- Ehrenreich, J. T., Santucci, L. C., & Weiner, C. L. (2008). Separation Anxiety Disorder in youth: Phenomenology, assessment, and treatment. *Psicologia Conductual*, 16(3), 389–412.
- Grief, T. C. (2015). HHS Public Access, 310(4), 416–423.
- Horowitz, M., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. a, Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic Criteria for Complicated Grief. *American Journal of Psychiatry*, 154(August 2015), 904–910.
- Joe, K. K., Mapatano, M. A., Manyonga, T., Mwadianvita, C. K., Val??rien, M., Stanis, W., ... Esp??rance, K. (2016). Normal grief and its correlates in Lubumbashi, an urban city in the Democratic Republic of Congo. *The Pan African Medical Journal*, 24, 24.
- Johnson, J. G., Vanderwerker, L. C., Bornstein, R. F., Zhang, B., & Prigerson, H. G. (2006). Development and Validation of an Instrument for the Assessment of Dependency Among Bereaved Persons, 28(4).
- Johnson, J. G., Zhang, B., Greer, J. A., & Prigerson, H. G. (2007). Parental Control , Partner Dependency , and Complicated Grief Among Widowed Adults in the Community, 195(1), 26–30.
- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*,
- Kubler-Ross, E. (1971). On Death and Dying. *Southern Medical Journal*, 64(5), 641.
- Latham, A. E., & Prigerson, H. G. (2004). Suicidality and Bereavement: Complicated

- Grief as Psychiatric Disorder Presenting Greatest Risk for Suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(4), 350–362.
- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*, 15(3), 266–275.
- Osso, L. D. (2013). Clinical Case Discussion Complicated Grief and Manic Comorbidity in the Aftermath of the Loss of a Son Case presentation :, 19(5), 419–428.
- Pies, R. (2012). Bereavement, complicated grief, and the rationale for diagnosis in psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 111–113.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Azim, H. F., & Weideman, R. (2001). Prevalence of Loss and Complicated Grief Among Psychiatric Outpatients. *Psychiatric Services*, 52(8), 1069–1074.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8).
- Roberts, K., Holland, J., Prigerson, H. G., Sweeney, C., Corner, G., Breitbart, W., & Lichtenthal, W. G. (2017). Development of the Bereavement Risk Inventory and Screening Questionnaire (BRISQ): Item generation and expert panel feedback. *Palliative and Supportive Care*, 15(1), 57–66.
- Sealey, M., Breen, L. J., O’Connor, M., & Aoun, S. M. (2015). A scoping review of bereavement risk assessment measures: Implications for palliative care. *Palliative Medicine*, 29(7), 577–589.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Iii, C. F. R. (2005). Treatment of Complicated Grief, 293(21), 2601–2608.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293(21), 2601–2608.
- Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153–160.
- Shear, M. K., Ghesquiere, A., & Glickman, K. (2014). Bereavement and Complicated Grief. *NIH Public Access*, 15(11), 1–13.
- Shear, M. K., Simon, Ñ. N., Wall, M., Ph, D., Zisook, S., Neimeyer, R., ... Clayton, P.

- (2011). ISSUES FOR DSM-5, 117(November 2010), 103–117.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., ... Ghesquiere, A. (2012). Complicated grief and bereavement. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103–117.
- Simon, N. M., Shear, M. K., Fagiolini, A., Frank, E., Zalta, A., Thompson, E. H., ... Silowash, R. (2010). Psychotherapy of Complicated Grief. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 159, 31–36.
- Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science and Medicine*, 63(9), 2440–2451.
- Sung, S. C., Dryman, M. T., Marks, E., Shear, M. K., Ghesquiere, A., Fava, M., & Simon, N. M. (2011). Complicated grief among individuals with major depression: Prevalence, comorbidity, and associated features. *Journal of Affective Disorders*, 134(1–3), 453–458.
- Toftthagen, C. S., Kip, K., Witt, A., & Mcmillan, S. C. (2011). Complicated Grief, 21(3), 331–337.
- van der Houwen, K., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., van Den Bout, J., & Wijngaards-De Meij, L. (2010). Risk factors for bereavement outcome: A multivariate approach. *Death Studies*, 34(3), 195–220.
- Vanderwerker, L. C., Jacobs, S. C., & Parkes, C. M. (2006). An Exploration of Associations Between Separation Anxiety in Childhood and Complicated Grief in Later Life, 194(2), 121–123.
- Waller, A., Turon, H., Mansfield, E., Hobden, B., & Sanson-fisher, R. (2016). Assisting the bereaved : A systematic review of the evidence for grief counselling.
- Wetherell, J. L. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 159–166.
- Barbosa, A., Reis Pina, P., Tavares, F. and Galriça Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. 3rd ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, pp.553-630.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th ed.). (2013). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.