

4 Estações Instituto de Psicologia

Curso de Aprimoramento: Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto

Psicologia e DSM

Mariana Guimarães Manfrinato

SãoPaulo

2011

[0]

Mariana Guimarães Manfrinato

Psicologia e DSM

Monografia apresentada para
conclusão do curso de
Aprimoramento: Teoria,
Pesquisa e Intervenção em
Luto

São Paulo

2011

Agradecimentos

Agradeço às professoras que acreditaram em mim durante o período do curso e que me mostraram o caminho, me instigaram a conhecer mais. Contribuíram para meu amadurecimento como aluna e para o meu futuro profissional.

Ao meu professor Ricardo Monezzi por me ouvir nos momentos de desespero e me ajudar quando me faltava ferramentas.

Ao meu namorado, Alexandre Brotto, pelo apoio em todos os momentos em que o cansaço e a dificuldade, o nervosismo e a angústia estavam presentes, pela presença viva na minha vida.

À minha família, mãe, pai, madrasta, por acreditarem na minha escolha profissional e capacidade.

Agradeço também minha amiga Ana Carolina Brighi, por me ouvir sempre, dividir angústias e me fazer rir em horas que o nervosismo era grande.

Índice

Resumo	4
Introdução	5
Luto	8
Luto complicado ou Desordem de Luto Prolongado- PGD	12
DSM-V	19
Conclusão	22
Anexo	24
Referências Bibliográficas	29

Resumo

Atualmente a sociedade supervaloriza a felicidade deixando de lado uma possibilidade humana e saudável, a tristeza. Nesse trabalho procuro falar do processo de luto complicado, observando seus riscos e o que fazer para que o enlutado que passa por um processo de luto complicado seja bem cuidado. Procuro olhar o luto complicado através da psicologia e do DSM-V. Para isso o site sobre as proposta para a nova publicação do manual foi consultado e teorias da psicologia revisadas, assim como pesquisas atuais sobre o DSM-V e a desordem do luto prolongado, como relatam os psiquiatras, de modo teórico.

Introdução

Ao rever a história da morte, percebe-se que as mudanças nos modelos sociais, como a construção de hospitais na metade do séc. XIX mudou o modo como a sociedade lidava com os rituais de perda. A morte antes vivida em casa com toda a família, incluindo as crianças, passa a ser dentro dos hospitais, reservada e sem as crianças. Os sentimentos de fragilidade, impotência e a dor quase insuportável experienciada, também contribuiriam para a visão da morte como tabu. (Áries, 2003; Moura, 2006)

O que para Áries (2003), fez com que a perda de um ente querido trouxesse **angústia** para os enlutados e para aqueles que estavam a sua volta e, portanto, precisava ser escondida e lembrada o mínimo necessário, as crianças deixaram de fazer parte dos rituais, e a dor do luto passou a ser envergonhada e limitada aos momentos de solidão.

O luto foi objeto de estudo de autores como Freud (1917), em Luto e Melancolia (Obras completas, vol. XVI) assim como autores que o seguiram com outros trabalhos importantes como Worden, Lorenz, Bowlby, Rando, Parkes e Lindemann.

Worden(1998) escreve que a perda da pessoa amada desestabiliza o mundo assim como é conhecido, fazendo com que o luto, como um processo, seja um período para reorganização da cognição, emoção, bem-estar fisiológico e do mundo sem a pessoa. Ele propõe uma adaptação emocional e cognitiva e oportunidade de crescimento.

O processo do luto é interesse de estudo por depender de diferentes aspectos, tanto individuais como sociais e culturais. Pode-se apresentar de várias maneiras a depender de características de personalidade do enlutado e das circunstância da morte, por exemplo.

Além de ter sérias comorbidades que levam o individuo a procurar ajuda médica. Procura que poderia ser evitada se o reconhecimento da dificuldade for percebido por profissionais da saúde.

Esse trabalho pretende revisar as conclusões a que outros estudos já chegaram sobre luto e especialmente luto complicado por perda de ente querido, propondo assim uma discussão com a proposta feita para o DSM-V pela *American Psychiatry Association*(APA) disponibilizada na internet.

O interesse pelo tema surgiu a partir de uma experiência pessoal, na qual atuei como acompanhante terapêutica dentro de uma instituição médica psiquiátrica. A paciente que acompanhava foi diagnosticada com esquizofrenia, e seus sintomas eram tratados como causa do seu sofrimento pela perda da mãe há quatro anos.

Durante um ano de trabalho me questionei sobre qual era a relação entre luto e transtornos psiquiátricos e como é possível aproximar a psiquiatria da prática psicológica junto ao enlutado.

Para reflexão foi feita uma revisão bibliográfica dos estudos já publicados e do uso do site da APA, com informações sobre as discussões da próxima publicação.

Durante a pesquisa percebi que a publicação em língua inglesa é extensa, portando é importante ressaltar as diferenças no uso das palavras. Em seus textos é possível achar três palavras que tem como tradução para o português *luto*, são elas *grief*, *bereavement* e *mourning*. A primeira representa o sentimento da perda, o sofrimento. A palavra *bereavement* diz sobre o processo do luto. E, *mourning* se refere ao comportamento social e cultural relacionando a perda. (Rando, 1993; Zisook, 2009)

Luto

As reações do indivíduo frente a uma perda é o luto. Ele é diferente de pessoa para pessoa, e não pode ser julgado ou rotulado logo nas suas primeiras reações. Pode ser descrito também como o preço do compromisso, ou seja, a relação entre duas pessoas pressupõe um vínculo, quanto mais importante essa relação for maior o vínculo. A partir do momento em que um vínculo é estabelecido, sua quebra representa perda de segurança, quebra do mundo presumido e grande sofrimento. (Zisook, 2009; Parkes, 2006; Dias, 2002.)

A vinculação pode acontecer entre pessoas, com animais ou com objetos materiais, nesse trabalho iremos falar sobre o vínculo afetivo estabelecido entre pessoas. Todos esses contextos têm na quebra do vínculo, um processo de luto. (Kovács, 1998)

A consequência da vinculação se mostra na sua construção, dá-se a partir dos ganhos e perdas, quanto maior o vínculo estabelecido, mais o risco a perda. Saber que um dia poderemos perder a vida como conhecemos e as pessoas que amamos torna o vínculo mais forte, ao mesmo tempo em que torna seu rompimento mais intenso. (Parkes, 2006)

Estudos sobre a vinculação começaram em 1935, com o trabalho clássico de Lorenz, *The Companion in the Bird's World*, e foram seguidos por outros diversos estudos, nos quais foi possível concluir que a vinculação afetiva é um comportamento social que mesmo diferindo de indivíduo para indivíduo, conserva características comuns, como a monotropia, a fonte de segurança, confiança e proteção, sendo a manutenção do vínculo, sendo feita pelos dois lados da relação, é necessária para que ele continue existindo (Bowlby, 2006; Parkes, 2006).

Ao ler os trabalhos, ainda como rascunho, de Lorenz (1952), Bowlby (1951) conseguiu explicar o que estava vivendo na prática. Com isso fundamenta seu trabalho mais importante, a trilogia *Apego; Separação; Perda, Tristeza e Depressão*, no qual descreve a teoria do apego, fala sobre os laços formados

entre mães e filhos durante a infância, e a partir disso descreve os “modelos operativos internos”, que de acordo com Bowlby (1990), dão a criança um modelo de apego, base para suas relações futuras, não sendo igual em todas as relações e passível de mudança. A partir disso, em 1976, o autor propõe uma teoria na qual os seres humanos seriam propensos a estabelecer vínculos afetivos por sobrevivência, proteção e como resultado do comportamento social. (Parkes, 2006).

O que é chamado de apaixonamento, amar e dor de perder, segurança e proteção são características do vínculo. A necessidade de manutenção como forma de segurança e a ameaça de perdê-lo gera ansiedade, tristeza e raiva. O vínculo possui algumas especificidades como ser dirigido claramente para uma pessoa, sendo que cada pessoa é capaz de estabelecer vínculos afetivos diferentes, todos os vínculos que uma pessoa forma com outras possuem grande envolvimento emocional. (Parkes, 2006)

A vinculação interfere no desenvolvimento pessoal de forma positiva, favorecendo a exploração do ambiente ao mesmo tempo em que promove uma base de segurança. Ou de forma negativa, no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, como ansiedade, distúrbios de personalidade e depressão.

O tipo de vínculo, que pode ser seguro, ambivalente, evitador e desorganizado, é estabelecido a partir dos relacionamentos parentais na infância, sendo passíveis de mudança ao longo da vida. Problemas durante essa fase da vida, como perda dos pais ou ambiente familiar atípico, podem levar a distúrbios psiquiátricos como sociopatia, neurose, psicose, delinquência, depressão e suicídio. (Parkes, 2006; Zisook; Shear, 2009)

O processo de reorganização do luto acontece de diferentes modos e intensidades a depender da pessoa e da cultura a qual ela pertence, não é apenas “aprender como” se separar da pessoa falecida, é também procurar maneiras novas de manter o laço que existia. (Zisook; Shear, 2009)

Para Kubler-Ross, na primeira edição de seu livro, em 1981, o luto passa por 5 estágios: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão, aceitação.

Para Parkes (2006), o luto passa pela fase de entorpecimento, protesto, desespero e desapego. Sendo que as três últimas fases já haviam sido descritas por Bowlby e Robertson.

A fase de entorpecimento mostra o choque da notícia, a negação da possibilidade da perda. Após isso se inicia a fase de protesto, onde a pessoa anseia o retorno da pessoa perdida, chama, sente, se torna inquieta e com raiva. A terceira fase é o período em que a morte é reconhecida como imutável, a vontade de lembrar e a vontade de esquecer estão presentes como sentimentos ambivalentes. A última fase, nomeada de desapego ou recuperação, esta voltada para o reinvestimento da energia na continuidade da vida cotidiana, das atividades, na transformação da identidade interrompida, nessa fase sentimentos de tristeza e saudade também podem estar presentes.

Para Rando(1993), o processo de luto se divide em 6"R", reconhece, react, recollect and re-experience, relinquish, readjust, reinvest. Ou seja, para essa autora seria necessário para o processo o reconhecimento da perda, reação à separação, recordação e lembrança, abandono do mundo antigo, reajuste ao novo, e reinvestimento de energia.

No livro *Terapia do Luto* em 1998, Worden descreve as tarefas do luto, a aceitação da realidade da perda, elaboração da dor da perda, adaptação ao ambiente sem o falecido, resignificação da relação perdida. Para o autor, o enlutado precisa completar uma etapa para poder passar para a próxima, até completar o processo de luto.

Por último, o modelo dual de enfrentamento de Schut e Stroebe, diz de um movimento de oscilação entre pensamentos e comportamentos voltados para a perda, e outros voltados para a restauração. A não oscilação entre esses dois pólos indicaria uma complicação no processo de luto. (Schut e Stroebe, 1999)

A partir de todos os modelos de processo de luto, é possível notar que sentimentos de pesar e busca são comuns a todos. O luto coloca a pessoa em contato com sofrimento, ameaça o mundo presumido provocando mudanças na estabilidade e segurança, no mundo externo e interno.

Dentro dos modelos citados o luto apresenta diversos sentimentos como ansiedade, culpa, raiva, hostilidade, solidão, frustração, auto-recriminação, anseio. Sintomas físicos de perda de apetite, distúrbios de sono, perda de energia e diminuição do sistema imunológico. Agitação, fadiga, choro, dificuldade nos relacionamentos, ambivalência, confusão, esquecimento, sensação de presença do falecido, lentidão do pensamento e dificuldade de concentração também são sintomas possíveis do luto. (Worden, 1998; Dias, 2002)

Sobre as reações “normais” os autores entram em certo acordo. Porém, não há consenso quanto à duração do processo, já que existem outros fatores além das fases do luto, que influenciam.

De acordo com Zisook e Shear (2009) o tempo de duração e intensidade varia de acordo com experiências prévias, personalidade da pessoa, idade e saúde mental, identificação com a cultura e espiritualidade, recursos, número de perdas, como era a relação, grau de parentesco, tipo de perda.

Mesmo com as diferenças entre os modelos propostos para o processo de luto, Parkes (2006), Rando (1993), Worden (1998) e Schut & Stroebe (1999) concordam que não passar pela experiência proposta por algumas das fases, ou se fixar em um dos pólos da oscilação do modelo dual, compromete o processo como um todo.

Alguns fatores podem influenciar a passagem pelas fases propostas, deve-se considerar as experiências de perda anteriores a morte e como foi o processo de volta às tarefas cotidianas depois delas, histórico de doença mental na família. Outros são considerados como fatores de risco para uma elaboração saudável, como características do relacionamento com o falecido, personalidade do enlutado e sua vulnerabilidade, a existência de rede de apoio e sua funcionalidade, e as circunstâncias da antes da morte e depois dela. (Dias, 2002; Parkes, 2006).

Em relação a idade e sexo, Bowlby (2004) coloca que não podemos ter certeza da relação entre esses e o luto complicado. Não é possível comparar por que a personalidade interfere na idade e o luto da mulher pode ter expressões

diferentes do luto masculino. O que torna qualquer correlação nesse sentido perigosa. Porém, o fato de ter filhos pequenos, cuidar deles sem ajuda, ou morar sozinha se mostra como fator de influência uma vez que o convívio social diminui a chance de depressão, a presença de filhos deixa o enlutado inseguro e dificulta mudanças práticas no manejo da nova rotina. (Bowlby, 2004).

Em alguns enlutados, que mostram sinais de vulnerabilidade antes da perda, os sentimentos em relação à perda podem se prolongar, dando origem a complicações psiquiátricas. (Zisook e Shear, 2009).

Luto Complicado ou Desordem do Luto Prolongado (PGD)

No *Manual de Diagnósticos e Estatísticas* da Associação Americana de Psiquiatria, na sua 3ª edição já trazia o luto anormal, aquele em que suas reações fogem do esperado, como luto complicado, o qual Horowitz(1980, p.1157) define como:

“(...)a intensificação do luto até o ponto no qual a pessoa se sente sobrecarregada, recorre ao comportamento mal-adaptado ou permanece interminavelmente num estado de luto sem progressão do processo em direção a seu término(...) [Ele] envolve processos que não evoluem progressivamente em direção à assimilação ou acomodação, mas, ao invés disso, levam a repetições estereotipadas ou extensas interrupções do restabelecimento.” (Horowitz,1980, p.1157)

Sobre as nomenclaturas, Rando (1993) coloca que elas dependem de cada autor, mas no geral, revelam que o luto pode ser interrompido, prejudicando o indivíduo. Na literatura encontram-se os termos luto complicado, luto traumático, luto anormal, desordem de luto prolongado, sendo esta última proposta para o DSM-V.

A mesma autora fala sobre as duas categorias de fatores que contribuem para o luto complicado. A primeira categoria na qual os fatores estão relacionados às circunstâncias da morte, violenta, ao acaso, envolvendo mutilação, período de doença, envolvendo crianças, morte repentina ou traumática.

Na segunda categoria a autora inclui as variáveis que podem estar ligadas a morte, como o relacionamento que o enlutado tinha com o falecido, se ele era caracterizado por sentimentos ambivalentes ou por dependência, como o enlutado lidou com outras perdas no passado, como é sua rede social e seu histórico de doenças mentais.

Entende-se trauma como uma situação na qual se percebe uma ameaça a integridade física ou psicológica. A palavra tem origem grega, e significa *lesão*

causada por agente externo, atualmente essa palavra esta ligada a *ferida* que pode ser ocasionada por agente externo ou interno. (Peres, 2009)

O evento traumático é assim chamado quando os comportamentos eliciados pelo estresse frente à situação desconhecida não são suficientes para nova adaptação. A vivência de experiência traumática confronta os ideais pré-estabelecidos, fazendo com que o individuo se desequilibre fisicamente, socialmente e psicologicamente. O evento traumático passa a ser um marco na vida dessa pessoa. (Gregio, 2005)

Parkes (2009) durante seu estudo sobre vínculo, trauma e mundo presumido escreve:

“Em níveis mais altos de trauma, entretanto, parece que as estratégias de enfrentamento sucumbem e levam a distúrbios catastróficos de ajuste emocional.” (Parkes, 2009. p.166)

Experiências de ameaça a vida, perda de alguém querido são eventos traumáticos. E a experimentação repetitiva desse evento, como pensamento, imagens e percepções relacionadas ao evento originário, é característica do TEPT, *transtorno de estresse pós-traumático*. (Gregio, 2005)

Esse transtorno é um problema de saúde por trazer danos secundários, como doenças cardíacas, transtorno do pânico e doenças ligadas ao mau funcionamento do sistema imunológico. (Gregio, 2005)

Estudos epidemiológicos concluem que durante a vida existe uma probabilidade de 50% a 90% de vivenciar um evento traumático. O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) é uma falha no alcance do objetivo da situação estressante, ou seja, na retomada da funcionalidade anterior ao fato. Na população a prevalência de TEPT é de 8% a 10%.(Peres, 2009)

Pensando sobre a importância que os autores dão para as circunstâncias da morte como influência no desenvolvimento do processo de luto, é interessante analisar o Mapa da Violência 2011, estudo realizado em colaboração entre Instituto Sangari e Ministério da Justiça do Brasil.

Ele mostra que no ano de 2008, o número de óbitos por acidentes de transporte na cidade de São Paulo, na população entre 15 e 24 anos foi de 392 pessoas. Refazendo a conta que Rando(1998) fez em seu livro, a partir dos estudos de Hocker(1989) e Redmond(1989), cada morte afetaria de 8 a 10 familiares, então em 2008 tivemos uma média de 3.136 pessoas enlutadas, não levando em consideração amigos ou pessoas mais próximas que não são da família.

Seguindo a conta que a autora faz a partir do estudo de Raphael(1983) estima-se que 1.045 pessoas vivenciam luto complicado a partir de 2008.

A morte por suicídio também aumenta o grupo de risco, para cada suicídio consumado, de 5 a 10 pessoas são afetadas e consideradas grupo de risco de acordo com a OMS, 2000. Porém o número de casos de suicídio divulgado pode não representar o número real. A WHO relaciona essa diferença ao fato de que muitos casos não são relatados como suicídio por conta da estigmatização social e religiosa, mas são descritos como acidentes ou morte por causa não definidas.

O motivo pelo qual o dado real não é divulgado mostra também porque o enlutado por suicídio se torna grupo de risco, além de tornar o luto do familiar e amigos silencioso e rodeado por segredos.

Esses dados mostram a necessidade de suporte aos enlutados, pensando que esse número mostra apenas uma parcela da sociedade e um aspecto que pode ser complicador.

Lindemann (1944) apontou algumas reações do luto complicado, como aquisição dos sintomas que pertenciam à doença do falecido, presença de doença psicossomática, alteração nos relacionamentos com amigos e família, hostilidade clara em relação a algumas pessoas específicas, comportamento prejudiciais para a vida social e econômica, depressão e agitação, perda de padrões de interação social, comportamento afetivo e de conduta que assemelham a esquizofrenia, hiperatividade. Como fatores de personalidade obsessividade, histórico de depressão, ser mãe e ter perdido o filho, antes da morte estar tendo um relacionamento hostil e conflituoso com o falecido,

desorganização do suporte social pré-existente, alteração do ambiente social como decorrente da perda. (Rando, 1993)

Nos estudos de Bowlby (1990) observou-se que algumas características dos vínculos podem causar maior sofrimento, assim como algumas características individuais, interferindo no processo de luto. Relacionamentos ambivalentes, insegurança, ambivalência, com cuidar exagerado, nervosismo, temperamentais, independência afetiva, falsa auto-suficiência. São tipos predispostos a luto complicado. Parkes(1965) em estudo com paciente que buscara ajuda psiquiátrica e aqueles que não tiveram intervenção, observou que os dois grupos apresentavam os mesmos sintomas, mas a culpa e a dificuldade em aceitar a perda ocorriam com mais freqüências em pacientes com ajuda psiquiátrica. (Rando, 1993).

O luto complicado pode se manifestar de diversas formas e ser categorizado de maneiras diferentes a depender do autor.

Parkes(2009) o divide em luto crônico e adiado. Já Worden (1998) considera que o luto complicado abrange quatro reações ao luto. Reações de luto crônicas, reações retardadas, reações exageradas e reações mascaradas.

Hawton (2007) define luto complicado como reações prolongadas de luto que podem ser associadas a problemas de saúde aumentando o risco de câncer, hipertensão, problemas cardíacos, ideação suicida, aumento no consumo de cigarros e álcool. É mais provável de acontecer em luto por suicídio e morte inesperada, além de estar relacionado com vínculos dependentes e falta de suporte social.

Maddocks (2003) coloca que a complicação pode ocorrer devido a vulnerabilidade pessoal, circunstâncias da morte, antecedentes de transtorno psiquiátrica, famílias disfuncionais ou incerteza do tipo de relacionamento com o falecido. Ou outros fatores já citados anteriormente como mortes traumáticas, suicídio, assassinato.

Boerner e Schulz (2009) se referem ao luto complicado como desordem do luto prolongado que tem como característica intenso desejo e saudade do falecido,

pensamentos intrusivos e angustiantes que impedem de pensar sobre o futuro sem a pessoa que faleceu, prejudicando seu funcionamento. Esses sintomas devem estar presentes por pelo menos seis meses.

Para os autores o luto complicado está associado à depressão, TEPT, suicídio e comportamentos autodestrutivos. Ele indica também que pessoas depressivas, com transtorno de ansiedade, e com baixa posição social fazem parte do grupo de risco. Ressalta a importância do preparar o cuidador, emocionalmente, de maneira informativa e com questões práticas para depois da morte.

Os autores Boelen e Bout (2005) reafirmam resultados de pesquisas anteriores nas quais constatam que luto complicado, ansiedade e depressão relacionada ao luto possuem sintomas diferentes, sendo possível então fazer um diagnóstico diferenciado. O luto complicado ou desordem de luto prolongado (PGD) apresenta confusão e identidade e diminuição da percepção de si, como uma despersonalização, sintomas que não aparecem na depressão. (Jacobsenet al. 2010)

O luto complicado pode levar a depressão maior, mas não significa que são a mesma coisa, suas características diagnósticas podem ser diferenciadas por critérios do DSM, ajudando a realização de um diagnóstico correto. (Zisook e Shear, 2009).

Na síndrome do luto prolongado **os** sintomas recorrentes **são** sentimentos de dor e sofrimento, acompanhados de intensa ansia pelo retorno da pessoa perdida e saudade, dúvidas em relação a veracidade do acontecimento e raiva. Esses sentimentos segundo os autores podem durar mais de seis meses após a perda, mostram também dificuldades nos relacionamentos antes próximos, pela desconfiança e falta de segurança que a perda causou no mundo interno. (Zisook e Shear, 2009)

A diferença entre as reações de luto normal e as de luto complicado não se distinguem pelo modo como aparecem e sim pela sua duração e intensidade

dos sintomas, do sofrimento e o prejuízo da funcionalidade. (Jacobsenet al. 2010)

Dessas informações uma chama a atenção para o cuidador e para o paciente dito terminal. Por isso, em relação ao tempo, é importante lembrar que familiares e amigos de pacientes ditos terminais, além do próprio paciente, não conta com tempo exato para o começo do processo de luto, não se encaixando no critério dos seis meses, o que pode dificultar o diagnóstico de luto complicado. Colocando mais uma vez a dificuldade em determinar um tempo. (Jacobsenet al. 2010)

Uma pesquisa feita com viúvas e órfãos do genocídio em Ruanda em 1994 relata alguns fatores de risco para a desordem de luto prolongado como a perda com circunstâncias violentas, presença de TEPT por anos depois da perda. A morte do cônjuge mostrou não ter reações mais intensas do que outras perdas. A idade e o gênero, em concordância com outras pesquisas não mostraram ser um fator de risco. Como fator de proteção os autores destacam a religião. (Schaalet al. 2010)

Zisook e outros pesquisadores foram os responsáveis pelo desenvolvimento do *Texas Inventory of Grief*, que foi revisado em 1987. Esse questionário pretendia descrever e “medir” o processo de luto e suas mudanças com o tempo. Em estudos posteriores de Zisook e Lyons (1988, 1988-1989), observaram que o luto não resolvido **está** associado ao abuso de álcool, histórico de depressão, tentativas de suicídio. Esses dados eram mais freqüentes em enlutados por perda de filho, do que em filhos que perderam os pais.

Ao contrário do TRIG-R, versão revisada, que visa acessar sintomas do luto normal, para “medir” o luto complicado pode-se usar o *Inventory of Complicated Grief, ICG*, (Inventário do Luto Complicado) criado por Prigerson, et al. (1995) com a finalidade de possibilitar o reconhecimento de indicadores de luto patológico como raiva e alucinações.

O questionário é feito com 19 questões em primeira pessoa relacionadas com o que o enlutado está pensando ou como se comporta, com cinco alternativas possíveis em ordem crescente onde estão escritos “nunca” e “sempre”.(APA)

O que tornava o diagnóstico difícil era reflexo da falta de informação sobre luto principalmente sobre a importância dos rituais e crenças culturais e do conhecimento popular e os estereótipos sobre o mesmo. Nesse sentido, os métodos de medição podem ser positivos por facilitar o reconhecimento dos sintomas pelos profissionais de saúde, ajudando a concentrar todos os trabalhos publicados nessa área, o DSM –V pode ser um meio de ajudar a direcionar o tratamento evitando maiores transtornos por um luto não resolvido.

A autora Moura apud Neimeyer, Prigerson and Davies (2002), coloca que o luto complicado pode interferir no desenvolvimento de problemas de saúde, como pressão alta, doenças cardíacas, câncer, úlcera, alergias, distúrbios na alimentação e na ingestão de álcool e drogas e possível ideação suicida.

Outras decorrências do luto complicado são descritas por Tada (2007) apud Cassorla (1998), como baixa no sistema imunológico como consequência doenças infecto-contagiosas, comportamentos anti-sociais, criminalidade.

Rando (1993) discute as estratégias clínicas para identificação e abordagens, entre outras coisas, para a promoção de saúde do enlutado, pensando que o custo do luto, além do sofrimento pessoal, interfere também na sua vida economicamente, socialmente e dentro do ambiente de trabalho.

Durante este trabalho foi possível perceber a importância do profissional de saúde, sendo psicólogo ou psiquiatra, saber diagnosticar um processo mal elaborado de luto consiste no fato de que muitas pessoas procuram ajuda psiquiátrica por conta de transtornos advindos do luto, o motivo real do pedido de ajuda não é atendido fazendo com que a pessoa use do serviço de saúde pelo motivo errado. (Worden, 1980)

DSM V

O DSM, *Diagnostic Statistical Manual*, da Associação Americana de Psiquiatria, teve sua primeira edição publicada em 1972, e até 2011 teve quatro edições, ele foi feito para reunir dados estatísticos americanos e promover a comunicação mais eficaz entre médicos, hospitais e companhias de seguros sobre o diagnóstico do paciente. A quinta edição está prevista para maio de 2013, parte do conteúdo que está sendo discutido para o manual está no site da associação.

Desde a primeira publicação o luto já foi considerado como necessário de atenção e foi classificado como “outras condições que podem ser foco de atenção clínica.”. (Parkes, 1998)

Sua proposta para essa edição do manual é o diagnóstico dentro da categoria de Desordem de Ajustamento, “Relacionado ao Luto”, que poderia ser diagnosticada pelo menos doze meses depois da perda de um parente próximo ou amigo. (APA)

No DSM-IV o luto, como já mencionado, aparece como, transtorno de adaptação, pode ser definido pelo conjunto de sintomas emocionais e comportamentais desenvolvidos por um ou mais estressor, como alguma doença, morte ou desemprego, seus principais sintomas são: insônia, angústia, isolamento sócia, anedonia, irritabilidade, fadiga, baixa auto-estima, pessimismo, hostilidade, impulsividade e, às vezes, uso de substâncias. Pelo fato dos estressores desencadearem esse tipo de reação, física e comportamental, em grande parte dos indivíduos, esse diagnóstico foi reservado para aquelas pessoas que tem um prejuízo importante na área social, educacional e ocupacional.

Durante a descrição do transtorno de adaptação, Loizã, Elkis e Cols. (2007) mostram a necessidade da atenção às situações repetidas e prolongadas, por apresentarem maior chance de desenvolvimento futuro de depressão e pior prognóstico. No tratamento os autores julgam o apoio social e familiar como de grande importância para o paciente, além de psicoterapia breve e focal, para os

casos em que são percebidas alterações de personalidade ou problemas relacionados ao convívio social.

A *American Psychiatric Association*, Associação Americana de Psiquiatria, disponibilizou na internet uma página com todas as informações sobre o desenvolvimento do DSM-V. Entre as propostas a serem analisadas pelo grupo que estuda e prepara o manual, está a de Transtorno de Ajustamento, descrita acima, cogitada para ser incluída no grupo de Trauma e Transtornos relacionados ao Estresse.

Dentro do resultado relatado das discussões está a categoria de *Bereavement Related Disorder*, Transtornos Relacionados ao Luto, nessa categoria existem cinco itens.

O primeiro item aponta para o tempo em que a perda ocorreu, pede-se para considerar um risco se a perda tiver acontecido há pelo menos 12 meses. O segundo item diz dos sintomas que o enlutado possa apresentar como saudade persistente do falecido; intenso pesar e dor emocional por conta da perda; preocupação com falecido e com as circunstâncias da morte.

O terceiro item traz uma diferença em relação ao segundo, mesmo os dois relacionando quais sintomas foram apresentados, o terceiro trabalha com sintomas de distresse, como sentimento de choque em relação à morte, raiva, sentimento de culpa e tentativa de evitar aquilo que a faça entrar em contato com lembranças do falecido; e sintomas relacionados a prejuízos sociais e pessoais, como desejo de não viver sem o falecido, achando que os outros a tem deixado de lado e perda de interesse pelas atividades que exercia e por planejamento do futuro.

No quarto item, chama-se a atenção para o quanto os sintomas citados estão interferindo, prejudicando áreas importantes do funcionamento, afetivo, cognitivo e social. No último item fala-se da importância de se observar as características culturais do luto, para que antes de se considerar um luto anormal seja possível pensar se o modo pelo qual aquele paciente vive o luto está dentro das normas religiosas e culturais para aquele sujeito, e não de acordo com o médico que o atende.

Para finalizar a descrição feita na página da internet, é colocado como diagnóstico diferencial o luto traumático, descrito como o luto seguido à morte ocorrida em circunstância traumática (homicídio, suicídio, desastre ou acidente), com freqüentes lembranças de imagens ou sentimentos relativos ao acontecimento traumático que levou à morte, e o grau de sofrimento e de sentimento de culpa envolvido na perda.

Considerações Finais

O cenário social contemporâneo revela uma sociedade de consumo, produção e felicidade, não tem espaço para a tristeza e o pesar. A exigência da felicidade a todo o momento torna a tristeza uma doença, fazendo necessário o uso de medicamentos que retirem esse sentimento (Amaral, 2006)

A construção de instrumentos e ferramentas para se adaptar ao mundo sem a pessoa amada é feita por meio do contato com os sentimentos da perda, a raiva por ter sido “deixada”, dor e tristeza, como dita pelos autores citados.

O uso de medicação apenas com finalidade de retirar sintomas, a depressão ou a tristeza e o choro, por exemplo, não permite esse processo. As influências externas para a velocidade e rapidez do processo são muitas. De acordo com o Ministério do Trabalho e Justiça do Brasil o trabalhador que perder o cônjuge, pais ou filhos, irmãos ou pessoas declaradas na CTPS, podem faltar no serviço por até dois dias sem alteração salarial. Caberia nesse contexto informar os serviços de Medicina do Trabalho, para que consigam perceber aquela pessoa que precisa de ajuda, já que é a esse serviço que o funcionário recorre quando está no trabalho.

A psicoterapia se apresenta como um espaço para essa experiência. Um local seguro e acolhedor que compartilha espaço com os medicamentos psiquiátricos. E como fala Parkes (2009):

“O objetivo da terapia é aliviar o seu sofrimento e restaurar a funcionalidade” (Parkes, 2009, p.257)

A interferência da medicação, a depender da dose, pode permitir que o indivíduo se perceba na situação. Porém, em grandes doses o indivíduo passa a não ser responsável por ele mesmo na situação, podendo dificultar o processo de luto.

Portanto ao trabalhar com luto e seu diagnóstico algumas aspectos precisam ser considerados, como a reação ao se falar do enlutado e a expressão dos

sentimentos, a existência ou não de outros assuntos, como estão os ambientes da casa, como é o apoio social, configuração familiar e suas perdas.

Cabe ao profissional reconhecer a necessidade de felicidade atual e reconhecer o risco que isso pode trazer para a saúde. Fazendo assim com que o paciente seja encaminhado para o serviço de saúde adequado as suas necessidades.

A publicação do luto no DSM-V, da maneira como se planeja, tem grande significado para a comunidade científica e médica. Mas deixar o diagnóstico para ser utilizado sem orientação pode ser prejudicial.

Publicar o manual com a desordem do luto como categoria diagnóstica pode interferir na leitura de que o luto é um processo normal. Por outro lado, pode facilitar a ajuda a muitas pessoas que precisam, mas que não sabem ou não relacionam o luto aos seus sintomas físicos, psíquicos e comportamentais.

Sua descrição em um manual de transtornos psiquiátricos leva a uma discussão do que é saúde e doença. E qual a demanda a ser atendida diagnosticando uma pessoa com desordem de luto prolongado e, portanto uma doença psiquiátrica.

Essa classificação vai depender da leitura do médico frente aos sintomas, e como podemos garantir que não vai haver interferências no processo que ele acredita ser o correto e o que a cultura daquele paciente diz a ele qual o jeito certo de sentir o pesar pela pessoa que faleceu. Uma das questões principais está no manejo e uso desse diagnóstico e na questão de se a medicação poderá ajudar sozinha aquela pessoa ou se ela vai precisar de uma psicoterapia. O médico está pronto para encaminhar ao terapeuta?

Concluindo, a partir desse estudo é possível pensar em um próximo passo, orientar profissionais da saúde, psicólogos e psiquiatras para que entendam a importância do diagnóstico e da psicoterapia dentro das necessidades daquela pessoa em específico, do contexto social, cultural e da sua religião, ou seja, educar os profissionais sobre o morrer e o luto, e para trabalhar com pessoas enlutadas.

Anexo

G 06 Adjustment Disorders

- Proposed Revision

Updated 5-3-2011

Adjustment Disorder

A. The development of emotional or behavioral symptoms in response to an identifiable stressor(s) occurring within 3 months of the onset of the stressor(s). In the case of the subtype "related to bereavement", 12 months of symptoms are required after the death of a close relative or friend, before the diagnosis may be employed.

B. These symptoms or behaviors are clinically significant as evidenced by one or both of the following:

1. Marked distress that is in excess of what would be proportionate to the stressor, taking account of the external context and the cultural factors that might influence symptom severity and presentation.

2. Significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning

C. The stress-related disturbance does not meet the criteria for another specific mental disorder and is not merely an exacerbation of a preexisting mental disorder.

D. Once the stressor (or its consequences) has terminated, the symptoms do not persist for more than an additional 6 months. This does not apply to the subtype "related to bereavement."

*Specify if: **

With Depressed Mood: when the predominant manifestations are symptoms such as depressed mood, tearfulness, or feelings of hopelessness

With Anxiety: when the predominant manifestations are symptoms such as nervousness, worry, or jitteriness, or, in children, fears of separation from major attachment figures

With Mixed Anxiety and Depressed Mood: when the predominant manifestation is a combination of depression and anxiety

With Disturbance of Conduct: when the predominant manifestation is a disturbance in conduct in which there is violation of the rights of others or of major age-appropriate societal norms and rules (e.g., truancy, vandalism, reckless driving, fighting, defaulting on legal responsibilities)

With Mixed Disturbance of Emotions and Conduct: when the predominant manifestations are both emotional symptoms (e.g., depression, anxiety) and a disturbance of conduct (see above subtype)

With PTSD-Like or ASD-Like symptoms: when the predominant manifestation is PTSD-like or ASD-like symptoms, but the PTSD/ASD stressor and/or symptom criteria are not met)**

Related to Bereavement: For at least 12 months following the death of a close relative or friend, the individual experiences on more days than not intense yearning/longing for the deceased, intense sorrow and emotional pain, or preoccupation with the deceased or the circumstances of the death. The person may also display difficulty accepting the death, intense anger over the loss, a diminished sense of self, a feeling that life is empty, or difficulty planning for the future or engaging in activities or relationships. Mourning shows substantial cultural variation; the bereavement reaction must be out of proportion or inconsistent with cultural or religious norms.***

Unspecified: for maladaptive reactions (e.g., physical complaints, social withdrawal, or work or academic inhibition) to stressors that are not classifiable as one of the specific subtypes of Adjustment Disorder
Coding note: In a multiaxial assessment, the nature of the stressor can be indicated by listing it on Axis IV (e.g., Divorce).

* *Subtypes will be further discussed.*

** *It is unclear whether this subtype should be included in DSM-5; its potential inclusion is undergoing further consideration.*

*** *The work group also proposes that the following criteria for Bereavement Related Disorder be included in Appendix for Further Study.*

Bereavement Related Disorder

A. The person experienced the death of a close relative or friend at least 12 months earlier.

B. Since the death at least 1 of the following symptoms is experienced on more days than not and to a clinically significant degree:

1. Persistent yearning/longing for the deceased
2. Intense sorrow and emotional pain because of the death
3. Preoccupation with the deceased person
4. Preoccupation with the circumstances of the death

C. Since the death at least 6 of the following symptoms are experienced on more days than not and to a clinically significant degree:

Reactive Distress to the Death

1. Marked difficulty accepting the death
2. Feeling shocked, stunned or emotionally numb over the loss
3. Difficulty in positive reminiscing about the deceased
4. Bitterness or anger related to the loss
5. Maladaptive appraisals about oneself in relation to the deceased or the death (e.g., self-blame)
6. Excessive avoidance of reminders of the loss (e.g., avoiding places or people associated with the deceased)

Social/Identity Disruption

7. A desire not to live in order to be with the deceased
 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 (e.g., feeling that a part of oneself died with the deceased)
 12. Difficulty or reluctance to pursue interests since the loss or to plan for the future (e.g., friendships, activities)
- C. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning
- D. Mourning shows substantial cultural variation; the bereavement reaction must be out of proportion or inconsistent with cultural or religious norms

Specify if

With Traumatic Bereavement: Following a death that occurred under traumatic circumstances (e.g. homicide, suicide, disaster or accident), there are persistent, frequent distressing thoughts, images or feelings related to traumatic features of the death (e.g., the deceased's degree of suffering, gruesome injury, blame of self or others for the death), including in response to reminders of the loss.

G 06 Adjustment Disorders

- DSM-IV

Adjustment Disorders

A. The development of emotional or behavioral symptoms in response to an identifiable stressor(s) occurring within 3 months of the onset of the stressor(s).

B. These symptoms or behaviors are clinically significant as evidenced by either of the following:

1. Marked distress that is in excess of what would be expected from exposure to the stressor
2. Significant impairment in social or occupational (academic) functioning

C. The stress-related disturbance does not meet the criteria for another specific Axis I disorder and is not merely an exacerbation of a preexisting Axis I or Axis II disorder.

D. The symptoms do not represent Bereavement.

E. Once the stressor (or its consequences) has terminated, the symptoms do not persist for more than an additional 6 months.

Specify if:

Acute: if the disturbance lasts less than 6 months

Chronic: if the disturbance lasts for 6 months or longer. By definition, symptoms cannot persist for more than 6 months after the termination of the stressor or its consequences. The Chronic specifier therefore applies when the duration of the disturbance is longer than 6 months in response to a chronic stressor or to a stressor that has enduring consequences.

Adjustment Disorders are coded based on the subtype, which is selected according to the predominant symptoms. The specific stressor(s) can be specified on Axis IV.

309.0 With Depressed Mood: when the predominant manifestations are symptoms such as depressed mood, tearfulness, or feelings of hopelessness

309.24 With Anxiety: when the predominant manifestations are symptoms such as nervousness, worry, or jitteriness, or, in children, fears of separation from major attachment figures

309.28 With Mixed Anxiety and Depressed Mood: when the predominant manifestation is a combination of depression and anxiety

309.3 With Disturbance of Conduct: when the predominant manifestation is a disturbance in conduct in which there is violation of the rights of others or of major age-appropriate societal norms and rules (e.g., truancy, vandalism, reckless driving, fighting, defaulting on legal responsibilities)

309.4 With Mixed Disturbance of Emotions and Conduct: when the predominant manifestations are both emotional symptoms (e.g., depression, anxiety) and a disturbance of conduct (see above subtype)

309.9 Unspecified: for maladaptive reactions (e.g., physical complaints, social withdrawal, or work or academic inhibition) to stressors that are not classifiable as one of the specific subtypes of Adjustment Disorder Coding note: In a multiaxial assessment, the nature of the stressor can be indicated by listing it on Axis IV (e.g., Divorce).

Referências Bibliográficas

- ¹ Parkes, C.M. *Luto – Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus, 1998.
- ² Neto, M.R.L.; Elkis, H. e Cols. *Psiquiatria Básica – 2º Edição*. São Paulo: Artmed, 2007. Pag 343 – 345.
- ³ Rando, T. *Treatment of Complicated Mourning*. Illinois: Research Press, 1993.
- ⁴ Site: American Psychiatric Association – DSM-5 Development
<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=367#>
- ⁵ Waiselfisz, J.J. *Mapa da Violência 2011- Os Jovens do Brasil*. Ministério da Justiça do Brasil e Instituto Sangari. São Paulo, 2011.
www.mapadaviolencia.org.br
- ⁶ Tada, I.N.C.; Kovacs, M.J. *Conversando sobre a morte e o morrer na área da deficiência*. Psicologia Ciência e Profissão 27(1). Março, 2007. Brasília.
- ⁷ Moura, C.M. *Uma avaliação da vivência do luto*. Universidade de Brasília – Instituto de Psicologia. Brasília – DF, 2006
- ⁸ Worden, J. W. *Terapia do Luto – Um manual para o profissional de saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- ⁹ Peres, J. *Trauma e superação: o que a psicologia, a neurociência e a espiritualidade ensinam*. São Paulo: Roca, 2009.
- ¹⁰ Bowlby, J. *Formação e Rompimento de Vínculos Afetivos*. Tradução Álvaro Cabral. 4ª Edição São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- ¹¹ Amaral, J.G.P.D. *Os destinos da tristeza na contemporaneidade. Uma discussão sobre depressão e melancolia*. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2006.
- ¹² World Health Organization. Department of Mental Health, World Health Organization. Prevention of suicidal behaviors: a task for all. In: Mental and Behavioral Disorders. Geneva; 2000.
- ¹³ Gregio, C. *Antes e Depois do TRAUMA: Vivência Traumática e Mundo Presumido*. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- 2005.
- ¹⁴ Dias, V.L. *Mensagens Psicografadas e Elaboração do Luto*. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo 2002.

¹⁵Kubler-Ross, E. *Sobre a morte e o morrer -O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes.* São Paulo, Martins Fontes, 1998.

¹⁶American Psychological Association site: <http://www.apa.org/index.aspx>

¹⁷ Engel, G.L. *Is Grief a Disease? A Challenge for Medical Research.* *Psychosomatic Medicine*, VOL. xxi, NO. 1, 1961.

¹⁸ Zisook, S.; Shear, K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry* 8:67-74, 2009.

¹⁹Parkes, C.M. *Amor e Perda –As raízes do luto e suas complicações.* São Paulo: Summus, 2009.

²⁰Yeong, N.B. *Grief Revisited.* *Ann Acad Med Singapore* 2005;34:352-5

²¹ Bowlby, J. *Apego e Perda 3- Perda, Tristeza e Depressão.* São Paulo: Martins Fontes, 1990.

²² Incontri, D; Santos, F. (org.). *A Arte de Morrer – Visões Plurais.* Bragança Paulista: Comenius, 2007

²³ Perls, F.S. e outros. *Isto é Gestalt .* São Paulo: Summus, 1977.

²⁴ Franco, M.H.P. (org) *Formação e rompimento de vínculos – O dilema das perdas na atualidade.* São Paulo: Summus, 2010.

²⁵Áries, P. *História da Morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias.* Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

