

## INTRODUÇÃO

### Luto

A vida e a morte constituem polos opostos da existência humana. Os indivíduos não têm por hábito verbalizar e refletir sobre a morte, pelo que, para algumas pessoas, pensar acerca da sua própria morte ou da de alguém próximo, é insuportável (Barbosa, Francisco, & Efken, 2008). Apesar de o luto ser uma fase natural na vida dos indivíduos, este só acontece quando a pessoa percebe e aceita a sua perda (Basso & Wainer, 2011).

### Centralidade do luto

As experiências vividas pelo ser humano são propulsoras do seu desenvolvimento cognitivo, social e psicológico. Quando estas vivências são negativas e o indivíduo experiencia adversidades (e.g., perda de uma pessoa próxima), estes acontecimentos podem passar a ser centrais na sua vida, podem ser também traumáticos, tornando-o mais vulnerável ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (Cunha et al., 2017).

## Sintomatologia associada ao luto

A investigação aponta para o impacto de traumas precoces ser decisivo no desenrolar de sintomatologia depressiva e de Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) (Cunha et al., 2017; Silva et al., 2016). Estas experiências traumáticas podem desenvolver sintomas negativos ao longo do tempo, especialmente na vida adulta, onde se verifica maior probabilidade de consumo de substâncias aditivas, baixa capacidade emocional, isolamento, baixa autoestima, falta de sentimento de segurança, entre outros (Ellis, Dowrick, & Lloyd-Williams, 2013).

## OBJETIVO DE INVESTIGAÇÃO

- Avaliar a centralidade da morte de pessoas próximas e o impacto psicológico deste acontecimento.

## MÉTODO

### Participantes

- 167 indivíduos que experienciaram a morte de alguém que lhes era próximo (18,6% homens e 81,4% mulheres)
- Idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos (M= 28,25; DP= 11,49)

### Instrumentos

- Questionário Sociodemográfico
- Brief Symptom Inventory (BSI, Simões Machado, & Almeida, 2008)
- Centrality of Event Scale (CES, Berntsen & Rubin, 2006)
- PTSD Checklist (PCL-5, Blevins, Weathers, Davis, Witte, & Domino, 2015)

### Procedimento

- Consentimento informado
- Divulgação e preenchimento online
- Análise estatística no SPSS

- BSI** → Avalia os sintomas psicopatológicos. Composto por **9 dimensões** – Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo – e **3 índices globais** – Índice geral de sintomas, Índice de sintomas positivos e Total de sintomas positivos (Simões, Machado, & Almeida, 2008).
- CES** → Avalia o grau de impacto que a vivência ou memória traumática teve no indivíduo e se esta se tornou central na sua vida (Berntsen & Rubin, 2006).
- PCL-5** → Avalia a ocorrência de um acontecimento potencialmente traumático e possibilita o diagnóstico de PTSD. É constituído por **4 escalas**: Reexperiência, Evitamento, Períodos de Agitação e Duração (Blevins, Weathers, Davis, Witte, & Domino, 2015).

## RESULTADOS

Tabela 1  
Correlações de Pearson (n = 167)

	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
1. Centralidade do acontecimento <sup>a)</sup>	0,29***	0,16*	0,17*	0,16*	0,26**	0,16*	0,09	0,21**	0,13	<b>0,28***</b>	<b>0,24**</b>	<b>0,28***</b>	<b>0,25**</b>	<b>0,23**</b>
2. Somatização <sup>b)</sup>	—	0,67***	0,57***	0,63***	0,77***	0,63***	0,64***	0,57***	0,63***	0,69***	0,57***	0,45***	0,67***	0,70***
3. Obsessões Compulsões <sup>b)</sup>	—	—	0,68***	0,71***	0,75***	0,68***	0,73***	0,65**	0,76***	0,64***	0,45***	0,42***	0,67***	0,64***
4. Sensibilidade Interpessoal <sup>b)</sup>	—	—	—	0,79***	0,72***	0,63***	0,68***	0,79***	0,82***	0,66**	0,49***	0,43***	0,71***	0,61***
5. Depressão <sup>b)</sup>	—	—	—	—	0,73***	0,72***	0,64***	0,76***	0,84***	0,70***	0,52**	0,48***	0,76***	0,64***
6. Ansiedade <sup>b)</sup>	—	—	—	—	—	0,74***	0,73***	0,67***	0,74***	0,68***	0,52***	0,46***	0,69***	0,67***
7. Hostilidade Fóbica <sup>b)</sup>	—	—	—	—	—	—	0,61***	0,71***	0,67***	0,66**	0,50***	0,45***	0,65***	0,67***
8. Ansiedade Fóbica <sup>b)</sup>	—	—	—	—	—	—	—	0,59***	0,72***	0,65**	0,45***	0,44***	0,68***	0,68***
9. Ideação Paranoide <sup>b)</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	0,77***	0,65**	0,47***	0,42***	0,68***	0,63***
10. Psicoticismo <sup>b)</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,70***	0,48***	0,42***	0,77***	0,68***
11. Sintomas PPST <sup>c)</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,89***	0,77***	0,94***	0,90***
12. Reexperiência <sup>c)</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,73***	0,75***	0,71***
13. Evitamento <sup>c)</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,64***	0,56***
14. Períodos de agitação <sup>c)</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,84***
15. Duração <sup>c)</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Notas. a) Centrality of Event Scale (CES); b) Brief Symptom Inventory (BSI); c) PTSD Checklist (PCL-5); \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a centralidade do acontecimento

## DISCUSSÃO

Em pessoas que experienciaram luto

- Os sintomas de PPST → estão positiva e significativamente associados à presença de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente, somatização, obsessões e compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade fóbica, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo (Gonçalves, 2014).
- A centralidade do acontecimento → encontra-se positiva e significativamente associada à presença de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente depressão, obsessões e compulsões, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, psicoticismo, somatização e sensibilidade interpessoal (Ellis, Dowrick, & Lloyd-Williams, 2013).
- A centralidade do acontecimento → está positiva e significativamente associada a sintomas de PPST (Gonçalves, 2014).
- A idade → Está positiva e significativamente associada à centralidade desse acontecimento (Gonçalves, 2014).

A morte do ente querido é crucial na vida do indivíduo, sendo essencial o apoio familiar e social para que o luto seja vivido de forma saudável.

Caso contrário, o indivíduo pode desenvolver perturbações psicopatológicas, tais como o PPST.

## REFERÊNCIAS

- Barbosa, L. N. F., Francisco, A. L., & Efken, K. H. (2008). Morte e vida: A dialética humana. *Alêtheia*, 28, 32-44.
- Basso, L. A., & Wainer, R. (2011). Luto e perdas repentinhas: Contribuições da terapia cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7 (1), 35-43.
- Berntsen, D., & Rubin, D. (2006). The centrality of event scale: A measure integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 219-23.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, J. K., & Domino, J. L. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 489-498.
- Cunha, M. I. V. A., Xavier, A. M. J., Zagalo, S. M., & Matos, M. S. A. A. (2017). Avaliação do impacto de acontecimentos traumáticos na adolescência: validação da Impact of Event Scale-Revised. *Estudos de Psicologia*, 34(2), 249-260. doi:10.1590/1982-02752017000200006
- Ellis, J., Dowrick, C., & Lloyd-Williams, M. (2013). The long-term impact of early parental death: Lessons from a narrative study. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106 (2), 57-67. doi: 10.1177/0141076812472623
- Gonçalves, J. T. T. (2014). Luto parental em situações de morte inesperada: Reações de perda, estratégias de coping e percepção de qualidade de vida. (tese de mestrado publicada). Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Silva, T. L. G., Donat, J. C., Lorenzoni, P. L., de Souza, L. K., Gauer, G., & Kristensen, C. H. (2016). Event centrality in trauma and PTSD: Relations between event relevance and posttraumatic symptoms. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29-34. doi:10.1186/s41155016-0015-y
- Simões, M. R., Machado, C., Gonçalves, M. M., & Almeida, L. S. (2008). Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (volume III). Coimbra: Quarteto.