

Evaluarea si interventia in criza data de doliu

Cuprins:

1. Scurta nota cu privire la terminologia internationala
2. Istoria conceptului de pierdere/doliu
3. Modelele pierderii
 - 3.1. Modelul psihanalitic
 - 3.2. Modelul atasamentului
 - 3.3. Modelul tranzitiei psiho-sociale a lui Parkes
 - 3.4. Modelul social constructivist
 - 3.5. Modelul lui Worden
 - 3.6. Modelul cognitiv al doliului
 - 3.7. Modelul procesului dual
 - 3.8. Modelul transformativ, al dezvoltarii personale, a doliului
 - 3.9. Modelul experiential al doliului
 - 3.10. Modelul post-modern al doliului
4. Cum traим pierderea
5. Doliul complicat sau patologic
6. Alte feluri de doliu
 - 6.1. Doliul anticipator
 - 6.2. Doliul intarziat
 - 6.3. Doliul refuzat sau nepermis
7. Interventia in criza
 - 7.1. Contactul cu individul in doliu
 - 7.2. Evaluarea severitatii doliului si a impactului asupra functionarii
 - 7.2.1. Inventarul Texas pentru doliu – forma revizuita
 - 7.2.2. Inventarul experientelor de doliu
 - 7.2.3. Elementele esentiale ale pierderii
 - 7.2.4. Lista Hogan a reactiilor de doliu
 - 7.2.5. Scalele Jacobs de masurare a doliului
 - 7.2.6. Inventarul doliului complicat - forma revizuita
 - 7.3. Incurajarea exprimarii emotiilor, gandurilor, comportamentelor si a copingului cu doliul
 - 7.4. Evaluarea sigurantei subiectului si formularea planului de siguranta
 - 7.5. Reimputernicirea subiectului cu capacitatea de a restaura functionarea si relocarea emotionala a persoanei care a decedat
 - 7.6. Prezentarea resurselor disponibile si indrumarea
 - 7.7. Contactele de urmarire
 - 7.8. Documentarea
 - 7.9. Doliul la copil
 - 7.10. Doliul si familia

Pierderea unei persoane dragi este o experienta universala pe care marea majoritate a oamenilor au trait-o sau o vor trai pe parcursul existentei. Multi dintre ei vor depasi prin puterile proprii aceasta teribila incercare, dar o parte importanta din ei vor avea nevoie de un ajutor pentru a depasi consecintele psihologice ale doliului. Indiferent daca vor trece singuri sau cu ajutorul altora peste pierdere, oamenii nu vor mai fi niciodata la fel ca inaintea acesteia.

1. Scurta nota cu privire la terminologia internationala:

Trebuie sa spun ca de la inceput m-am confruntat cu unele probleme de vocabular atunci cand am vrut sa trec in revista literatura stiintifica internationala si sa o utilizez in redactarea acestui capitol care sa adreseaza, ca si intrega carte, lucratorului din programul de criza din Romania. Sunt constient ca cel mai mare pericol este de a privi aceasta activitate doar ca apartinand unui anumit spatiu lingvistic si desfasurandu-se doar in cadrul unor narative istorico-culturale. Aceasta nu ne-ar face decat sa ne izolam intr-o atitudine etnocentrica care refuza absorbtia studiilor internationale dintr-un sentiment de auto-suficienta. Iata de ce o sa incerc sa spun cum am echivalat termenii internationali cu cei din limba romana.

In limbajul profesional international, centrat pe limba engleza, limba in care se publica majoritatea covarsitoare a jurnalelor stiintifice, conceptul central este cel de “*grief*” care desemneaza procesul psihologic normal prin care trece o persoana care a pierdut ceva important de care era atasat, proces prin care persoana intelege, accepta si merge mai departe. Dupa Kastenbaum (1998) *grief*-ul este “felul cum o persoana simte, gandeste, mananca, doarme si actioneaza zilnic”. Ce s-a pierdut poate fi o fiinta draga, un animal de companie, o pozitie social-economica importanta (de ex. serviciu), o posesie cu valoare utilitara mare (de ex. o casa, bani) sau emotionala (de ex. verigheta), functionala (pierderea unui picior, a unui ochi, etc.) sau simbolica (de ex. reputatia). Pierderea propriu-zisa se desemneaza prin termenul de “*bereavement*” care inseamna o deposedare de ceea ce iti era drag, in timp ce termenul de “*grief*” se refera la necazul si durerea ce rezulta din pierderea propriu-zisa (Genevro, Marshall, Miller, & Center for the Advancement of Health, 2004). In lucrarea de fata am utilizat acesti termeni intersanjabil, echivalandu-i cu termenul de “pierdere” din limba romana, desi sunt situatii cand ar fi necesar din punct de vedere stiintific sa facem o

deosebire între pierdere ca o situație imediată, mai mult sau mai puțin neașteptată, cu care se confruntă cineva și procesul de pierdere care reprezintă travaliul prin care un individ îl străbate până când își revine din durerea sa. Procesul de pierdere este reprezentat de stradania de coping a individului confruntat cu o pierdere, proces care ne permite să ne recuperăm și să continuăm să trăim normal în ciuda pierderii a ceva sau cineva drag. El este important pentru că permite individului să-și exprime sentimentele și astfel să primească suport de la alții și pe această cale să recunoască și să accepte ceea ce s-a pierdut pentru totdeauna. Mai simplu este cu termenul de doliu care corespunde cuvântului “*mourning*” din limba engleză și care desemnează felul cum persoana integrează pierderea în viața curentă (DeSpelder și Strickland, 2005). Aici este vorba atât de expresia exterioară a pierderii (de ex. ritualuri de înmormântare, ceremonii de aducere aminte, îmbracaminte specifică, toate specifice unei culturi anume) cât și de felul cum pierderea se reflectă în viața curentă a persoanei. În limbajul laic, atât în limba engleză cât și în limba română, acești termeni sunt luați ca având același înțeles, exprimând tristetea, mâhnirea, durerea, disperarea și dorul față de ceea ce s-a pierdut. Pe parcursul acestui capitol, uneori o să folosesc termenul de doliu într-o accepțiune mai largă, cu același înțeles ca și termenul de pierdere.

Este important să discutăm despre limbajul folosit când vorbim de aceste lucruri pentru că există o tensiune între discursul științific și cel natural, laic, din cauza că pierderea este descrisă de profesioniști în limbaj tehnic, psihologizant, iar oamenii obișnuiți continuă să vorbească despre pierdere într-un vocabular romantic și spiritual (Valentine, 2006).

2. Istoria conceptului de pierdere/doliu:

Istoria felului cum oamenii au interpretat moartea se întinde de la a o percepe ca ceva natural, care se petrece cu oricine în natură, până la ceva psihologic, ca ceva care are o semnificație doar pentru oameni, o semnificație adițională, care s-a atașat celei naturale. Aceeași traiectorie o parcurge și reacția de pierdere, de la ceva natural și inexorabil la ceva specific, emoțional, ca mai apoi să se îndrepte către patologizare, oamenii de azi trebuind să apeleze la specialiști pentru a rezolva pierderea și să se reîntoarcă la rationalism, functionalism și eficiență (Zisook și Shuchter, 2001). Am putea împărți istoria conceptului în patru faze: epoca timpurie, când s-a identificat pierderea ca o experiență umană specifică, epoca romantică în care conceptului de pierdere i s-au atașat emoții și sentimente

caracteristice, epoca moderna care a descris pierderea in termeni psihologici si medicali si epoca post-moderna in care deznodamantul normal al pierderii este relativizat ca o posibilitate din multe altele, fara a se putea impune un model universal de traire si interpretare a pierderii.

Mai mult ca sigur ca reactia la pierdere a fost o problema pentru oameni mult mai inainte ca aceasta sa apara ca atare in lexiconul stiintific. In cartea lui Robert Burton, "*The Anatomy of Melancholy*" publicata in prima editie in 1621 se vorbeste pentru prima oara de pierdere ca si concept bine delimitat. El spunea ca pierderea este o melancolie trecatoare care poate afecta pe oricine si o descrie ca o "tortura a sufletului" cu tristete, frica, durere sufleteasca si chiar perturbari ale mintii. Dupa el doliul poate conduce chiar la moarte. Se considera ca Burton a fost primul care a descris pierderea in termeni psihologici (dupa Granek, 2010).

In America scolului XIX, Dr. Benjamin Rush, considerat parinte ale psihiatriei americane si a carui imagine apare pe sigla Asociatiei Psihiatrilor Americani, includea pierderea printre tulburarile mentale in a sa "*Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind*" aparuta in 1812 si pe care o trata cu opium, luare de sange si purgatie cu calomel (<http://deila.dickinson.edu/theirownwords/title/0034>). Este epoca romantica care considera ca in adancul fiintei salasuieste sufletul, sursa a dragostei, a inspiratiei creative si a genialitatii. Dragostea ocupa locul central in stradania individului, liantul etern al familiei si pieteniei. Pe acest fundal pierderea unei fiinte iubite avea o semnificatie si expresie speciala care apare transpusa ca atare in literatura si muzica sec. XIX. Rosenblatt (1983) studiaza 56 de jurnale personale din sec. XIX pentru a vedea cum este prezentat travaliul de doliu la acestia si gaseste ca prezenta fiintei iubita continua si dupa moarte acesteia in multe feluri in viata celui care supravietuia. In aceste jurnale se poate vedea ca modurile cele mai utilizate de a tine persoana disparuta in contact cu supravuituitorii erau: rugaciunea pentru persoana disparuta prin care i se dorea liniste, bucurie si chiar sanatate, dorinta de a se reuni cu persoana disparuta, dorinta de a readuce persoana disparuta inapoi, comunicarea cu persoana disparuta sau cu "spiritual" ei. In aceasta epoca doliul era considerat o "*inima franta*" fata de epoca moderna cand doliul este doar o "*legatura rupta*" (Stroebe si colab. 1992).

Interesant este de amintit ca desi Darwin a trait in epoca romantica el a vorbit despre pierdere in alti termeni in cartea sa despre emotii "*The Expression of the Emotions in Man and*

Animals” (1872). Aici el descrie in detaliu expresiile depresiei si pierderii, incepand cu fizionomia fetei si terminand cu sentimentele traite cu aceasta ocazie. El face distinctia intre reactia de pierdere active, ca o stare emotionala agitata si pierderea pasiva care se aseamana mai mult cu depresia, dar care are o cauzalitate diferita. El include pierderea in capitolul 7 al cartii, consacrat “dispozitiei joase’ impreuna cu anxietatea, tristetea si disperarea. Tot el mentioneaza ca reactia de pierdere exista si la mamiferele superioare, precum maimutele (<http://darwin-online.org.uk/content/frameset?itemID=F1142&viewtype=text&pageseq=1>).

O abordare mult mai completa a pierderii o face A.F. Shand la inceputul secolului XX in lucrarea “*Foundation of Character*”. El descrie patru tipuri de reactie la pierdere: activ-agresiv fata de lumea din jur, depresiv si fara energie, cu pierderea auto-controlului si agitat. Tot el recunoaste ca individul are nevoie de suport social pentru a se recupera dupa trauma pierderii (Kenna, 1961).

Freud este cel care face o analiza psihologica complexa a pierderii in lucrarea “*Mourning and Melancholy*” (1917). Pentru Freud pierderea si doliul sunt concepute ca un proces prin care o persoana ce a fost deposedata de ceva drag si scump se adapteaza la pierderea prin sublimarea energiei emotionale in efortul de a se dezangaja de persoana care a murit si a reinvesti intr-o noua relatie sau in altceva (Clewel, 2004). Importanta conceptiei freudiene asupra studiului pierderii este esentiala pentru ca a condus la “psihologizarea” pierderii si apoi la preluarea conceptului de catre psihiatrii care l-au dus mai departe spre “patologizarea” lui cu toate ca nu aceasta ar fi vrut Freud; pentru el experientele vietii de zi cu zi, sanatatea si boala sunt pe un continuum iar travaliul pierderii este doar un proces activ de dezangajare emotionala de persoana disparuta, dar nu este nicidecum o boala. Illouz (2008) spunea ca ceea ce este extraordinar la Freud este ca “*a permis ca lucruri comune, fara o semnificatie deosebita sa capete un inteles deplin in formarea selfului*”. Freud face diferenta dintre durerea la moartea unei fiinte dragi pe care o defineste ca “doliu” si durerea dupa alt gen de pierderi precum separarea sau divortul pe care o defineste “melancolie”. Pentru el doliul este o reactie psihologica normala, in timp ce melancolia, desi are acelasi aspect, poate conduce la o tulburare mentala. Freud spunea: “*In doliul noi consideram ca inhibitia si pierderea interesului sunt pe deplin justificabile de travaliul doliului in care eul este absorbit. In melancolie, pierderea va conduce la un rezultat similar...diferenta este ca inhibitia melancolicului pare de neinteles pentru noi, cei care nu putem vedea ce se petrece*

cu eul de este asa de absorbit de acest travaliu”. Mai tarziu, pe la mijlocul secolului XX, discipoli ai teoriei freudiane, precum Helene Deutsch si Melanie Klein merg mai departe considerand ca exista posibilitatea ca travaliul de pierdere sa se prelungeasca si sa devina cronic sau sa se distorsioneze si sa devina patologic. Deutsch (1937) spunea: “procesul de doliu ca reactie la pierderea reala a unei persoane iubite trebuie sa continue pana la rezolutie. Atata timp cat atasamentul libidinal sau agresiv persista, durerea continua sa creasca sau altfel spus, atasamentul este nerezolvat atata timp cat procesul afectiv de doliu nu este implinit” (citad dupa Graneck, 2010). Melanie Klein poate fi considerata ca initiatoarea curentului de patologizare a pierderii, ea considerand ca doliul are totdeauna ceva patologic in sine si ca el poate fi comparat cu separarea copilului de mama, pentru ca activeaza mecanisme psihotice tranzitorii de tip maniaco-depresiv. (Klein, 1994) Lucrarile ei despre separare fac tranzitia istorica de la interpretarea doliului si pierderea in termeni psihologici la interpretarea lor in termeni psihiatrici.

Erich Lindemann (1944) a fost primul psihiatru care a facut un studiu sistematic asupra pierderii, intervievand 101 subiecti care au trait recent o pierdere importanta. El a considerat ca pierderea este un sindrom cu simptome psihologice si semne somatice care pot evolua normal spre remitere sau anormal spre o tulburare mentala care trebuie abordata ca oricare alta tulburare mentala, iar psihiatrii trebuie implicati in managementul pierderii ca si experti. El spunea ca un management corect al pierderii poate preveni evolutia ei spre o conditie psihiatrica serioasa si indica ca focusul sa fie indreptat nu spre cei care au o reactie zgomotoasa, ci, din contra, catre cei care au reactii tacute sau intarziate care pot declansa pe neasteptate stari anormale de doliu. Lindemann considera ca psihiatrii sunt cei care trebuie sa monitorizeze reactia de doliu si sa se asigura ca ea nu evolueaza spre o tulburare psihiatrica severa. Punand accentual pe rolul expertului, Lindemann marginaliza rolul traditional al altor personaje, precum clerici, lucratori comunitari si chiar familia in revenirea de dupa pierdere.

In contextual teoriei psihodinamice, Bowlby, parintele teoriei atasamentului, elaborareaza o teorie explicativa a pierderii, afirmand ca normalitatea reactiei de pierdere depinde de modul in care legatura de atasament a fost organizata in decursul formarii timpurii a relatiei dintre copil si mama (Fraley si Shaver, 1999). Bowlby conceptualizeaza doliul ca o forma de separare anxioasa in care individul restaureaza proximitatea cu persoana

pierduta in mod nefunctional si distorsionat, trecand prin manie si disperare pana cand speranta de a regasi persoana pierduta este treptat abandonata (Stroebe si colab. 1992). Bowlby identifica relatia dintre circumstantele pierderii si caracteristicile, intensitatea si durata procesului de doliu si descrie patru faze procesului firesc de doliu: faza de soc, faza de cautare si dor intens, faza de disperare si dezorganizare si faza de reorganizare si revenire. . Aceasta teorie a contribuit si ea la psihologizarea reactiei de pierdere ca si celelalte teorii explicative ale sec. XX.

Collin Murray Parkes este un remarcabil psihiatru britanic, elev a lui Bowlby, care a marcat cu lucrarile lui istoria stiintifica a conceptului de pierdere. El a condus numeroase studii empirice care au pus bazele descrierii simptomatologice a pierderii ca entitate clinica. El a furnizat in continuare argumente pentru “patologizarea” pierderii, vorbind despre pierdere ca o boala in sine care se prezinta ca o problema psihologica si solicita o solutie psihiatrica (Parker, 1964, 1965). Tot el s-a focalizat pe studiul simptomelor somatice ale pierderii si a sugerat ca indivizii care au suferit o pierdere au o rata de morbiditate si mortalitate prin boli somatice.

In nosologiile oficiale americane pierderea necomplicata apare prima oara in DSM-III (1980) si DSM-III-R (1987), atat la al V-lea cod (conditii care nu sunt legate de o tulburare mentala) precum si ca un criteriu de excludere pentru episodul de depresie majora. In DSM-IV (1994) pierderea necomplicata ramane ca si criteriu de excludere pentru episodul major de depresie si ca eveniment de viata care poate fi subsumat diagnosticului de tulburare de adaptare sau de depresie. Se preconizeaza ca in DSM-5 criteriul de excludere al pierderii pentru diagnosticul de depresie majora sa dispara si atunci clinicienii ar fi incurajati sa puna diagnosticul de depreise peste un tablou de pierdere care prezinta simptome asemanatoare.

Tentatia psihologizarii si medicalizarii pierderii a condus la descrierea ei in termeni de simptome, criterii de includere si excludere, de evolutie stadiala si faze, la conturarea de prescriptii terapeutice si a notiunii de recuperare si remitere a doliului. Mai mult, descrierea pierderii in acest vocabular a suprasimplificat experienta doliului si a lasat sa se creada ca pierderea este “universala”, adica traita in mod uniform pe pamant, de unde tipizarea interventiilor terapeutice. Aceasta abordare s-a dovedit puternic reductionista ducand la prioritizarea unor nevoi ale celui care traieste pierderea ca si la discreditarea si patologizarea altora ca si cum cineva trebuie sa intre intr-un tipar ca sa fie acceptat ca atare.

In timp ce profesionistii sanatatii mentale cautau criterii de diagnostic si mijloace terapeutice pentru pierdere si doliu, sociologii si antropologii au incercat sa de-construiasca conceptul de pierdere, mutand accentual de pe separare pe autonomie si individualizare. Klass si colab. (1996) nu cred ca pierderea se rezolva vreodata, procesul este mai degraba o negociere si renegociere a intelesului pierderii peste timp. *“In timp ce moartea este permanenta si neschimbabila, procesul doliului nu este la fel”*, spuneau ei. Procesul de pierdere si doliul sunt vazute ca mentinand prezenta celui care a decedat in retea si tesutul familiei si a relatiilor sociale. Din punct de vedere existential pierderea epitomizeaza confruntarea puternica a doua pozitii existentiale: moartea si relatia si astfel este fascinanta intrebarea: *“cum de ramanem deschisi fata de altii, formam legaturi cu ei, cautam compania lor, ne indragostim cunoscand ca intr-o zi vom muri?”* ...

In ultimele doua decenii, in buna traditie Foucauldiana, unii teoreticieni ai conceptului de pierdere vorbesc de “disciplinarea doliului” (Foote si Frank, 1999). Ei vad in psihologizarea doliului un mod de a face ca individul sa se conformeze normelor sociale. Aici nu este vorba de coercitie ci de un lucru mai subtil prin care “puterea” exercita controlul incurajand auto-ingrijirea si auto-ameliorarea, interventii pe care Foucault le includea in “tehnologiile selfului” care au ca scop tinerea reactiei pierderii intr-un context terapeutic. Dupa Foote si Frank (1999): *“Societatea cauta sa disciplineze doliul ca o parte a politicii de a mentine o granita intre viata si moarte prin medicalizarea doliului”*. Pe de alta parte, societatea post-moderna ne incurajeaza sa construim intelesul existentei in functie de ce ni se pare evident si in ce credem ca este adevarat, aceasta ducand la constructia “adevarului” in moduri diferite, individuale care epistemologic sunt echivalente. In acest fel pot sa existe concomitent mai multe moduri “adevarate” de intelegere a realitatii, create in contextul particular social, istoric, cultural si familial al fiecarui individ in parte, deci mai multe moduri de a intelege moarte, de a trai doliul si de a mentine relatia cu persoana care nu mai este. Construirea intelesului mortii si a doliului devine o problema individuala pe care medicalizarea doliului cauta sa o uniformizeze si sa o tina sub control (Neimeyer, 2001) sau sa o “disciplineze si institutionalizeze” prin intermediul unui vocabular specific si astfel sa o tina ostateca in contextual unei actiuni asa-zise terapeutice (Foote si Frank, 1999). Angajarea activa, empatica si reflexiva a profesionistului in contact cu cel ce traieste doliul conduce la

capturarea modului cum subiectul isi construiește realitatea si intelesul pierderii, primul pas spre o interventie umanista si eficienta.

Medicina continua insa sa-si exercite influenta si sa faca o relatie de coniventa cu “puterea” in sens Foucauldian construind justificari aditionale pentru a aduce reactia de pierdere cat mai aproape de depresie si a o mentine “medicalizata”. In proiectul pentru DSM-5 Prof. Jerome Wakefield spune: *“Oamenii care au simptome depresive ca parte a doliului lor vor fi acum diagnosticati ca avand tulburare mentala”*. Asta inseamna ca 2-4 milioane de americani pot primi acest diagnostic in fiecare an! La fel, doliul apare in proiectul DSM-5 ca facand parte si din tulburarea de adaptare si Prof. Wakefield spune mai departe: *“este pentru prima oara cand sentimentele de doliu – nu simptomele depresive – au fost inregistrate ca patologie. Practic fiecare individ care este in doliu poate face parte din aceasta categorie. Se transforma relatia noastra cu doliul”*(www.dsm5.org). Medicalizarea doliului ii sugereaza individului aflat in aceasta situatie sa caute un ajutor specializat, sa ignore rolul traditional al familiei si prietenilor in rezolvarea naturala a pierderii, alterand astfel si mai mult naturalitatea si spontaneitatea relatiilor interumane. Iata ce l-a facut pe Philip Fisher sa spuna in cartea sa *“The Vehement Passion”* (2002) ca patologizarea doliului este ultimul act din traditia lamentabila a civilizatiei westice: *“ideile de doua mii de ani de viata vesnica si de stoicism ne-au impins impotriva legitimizarii doliului, a imaginarii pierderii personale si a mortalitatii pe care doliul ne-o pune in fata, nu ca o idee ci ca o experienta emotionala si fizica profund umana”*.

3. Modelele pierderii:

Modelele teoretice, explicative ale pierderii au urmat evolutia istorica a conceptului de pierdere, de la psihologizare, patologizare si medicalizare pana la teoriile post-moderniste. Ele au izvorat din dorinta de a oferi unui suport teoretic metodelor de interventie si terapie.

3.1. Modelul psihanalitic:

Freud considera ca scopul doliului psihologic este de a ajuta individul sa-si recupereze energia emotionala investita in persoana disparuta (“cathexis”) si astfel sa devina detasata de aceasta (“decathexis”). El credea ca prin travaliul de doliu persoana supravietuitoare trece in revista gandurile si amintirile legate de persoana disparuta

(hypercathexis”), iar prin acest proces dureros dobandeste detasarea necesara si legaturile cu persoana disparuta devin mai laxe. Freud schiteaza unele idei din care ulterior se vor naste alte modele. Astfel el intelege procesul de pierdere ca un proces transformational, generational. Astfel, Freud considera procesul de doliu ca un proces adaptativ de raspuns la pierderea unui “obiect drag” prin care se reconstruieste relatia cu acesta si se restaureaza o pace a mintii, pace care tradeaza faptul ca individual a acceptat realitatea pierderii (Kastenbaum, 1998). Freud credea ca doliul semnifica faptul ca noi vrem sa perpetuam dragostea fata de persoana pierduta. El nu credea in posibilitatea ca persoana supravietuitoare sa se reintoarca total la situatia anterioara pierderii, pentru ca relatiile cu ce s-a pierdut nu se vor sterge niciodata. Freud spunea: *“Desi noi intelegem ca starea acuta de doliu se va stinge treptat, stim totusi ca vom ramane de-a pururi neconsolati si ca nimic nu va inlocui persoana disparuta. Indiferent ce va umple golul lasat de ea, niciodata acest gol nu se va umple complet, datorita faptului ca dragostea fata de persoana disparuta nu va dispere”* (citad de Mallon, 2008).

3.2. Modelul atasamentului:

John Bowlby (1973) a formulat teoria atasamentului in deceniul al 6-lea a secolului trecut. El a studiat impactul pe care-l are asupra copiilor mici separarea de mama si a considerat aceasta ca o reactie la pierdere. Bowlby considera ca principalul rol al legaturii de atasament este furnizarea sigurantei. iar reactia de pierdere ca un raspuns adaptativ care ar include atat pierderea actuala cat si experienta pierderilor anterioare. El descria patru faze ale doliului care uneori se pot suprapune: soc, dor intens si protest, disperare si revenire. Ulterior acest model a fost dezvoltat de Mary Ainsworth. Ea a mers mai departe facand o corelatie intre modul de constituire timpurie a legaturilor de atasament intre parinti si copil si expresia doliului de mai tarziu. Astfel Ainsworth considera ca exista doua feluri de legaturi de atasament, sigure si nesigure. Cele sigure, care conduc al increderea in alti si la modalitati adaptative de a depasi separarea si doliul. Legaturile de atasament nesigure pot fi de mai multe feluri: (i) atasamentul anxios-ambivalent care genereaza o reactie prelungita de doliu, (ii) atasamentul evitant care conduce la un doliu cu sentimente puternice de vinovatie si auto-repros si (iii) atasamentul dezorientat si dezorganizat care genereaza doliu cu anxietate, panica si consum de alcool (Ainsworth si colab. 1978). Izvorata tot din teoria atasamentului

este si viziunea dezvoltata de Hogan si DeSantis (1996) care au arata ca in familie se continua legatura de atasament cu unul din membrii sai chiar dupa decesul acesteia. Studiile lor au relevat ca revenirea din doliul nu presupune ruperea legaturilor cu cel decedat, ci din contra, mentinerea lor in narativele familiei.

3.3. Modelul tranzitiei psiho-sociale a lui Parkes:

Colin Murray Parkes este elevul lui Bowlby si modelul lui porneste de la cel al atasamentului, la care adauga influenta societatii si culturii in care s-a format si traieste subiectul. El introduce conceptual de "lume ipotetica" care este lumea care s-a internalizat de-a lungul existentei noastre si prin care dam sens experientelor noastre ulterioare. Lumea ipotetica este lumea noastra interna plina de prezumptii si asteptari prin care noi recunoastem ceea ce intalnim si putem sa facem fata neprevazutului, ea este cea care ne ofera credintele fundamentale, precum ca lumea este frumoasa, pietenoasa, merita sa fie traita si ea ne implineste. Parkes spune ca in doliu noi trebuie sa facem fata unei discrepante majore intre realitate si lumea ipotetica din noi, pierderea conduce la sfaramarea imaginii ipotetice a lumii. Oamenii se simt nesiguri si infricosati sa faca ajutari lumii noastre ipotetice pentru ca aceste ajustari vor duce la schimbare psihosociala si incertitudine. Oamenii au nevoie de un sprijin de a reconstrui lumea lor ipotetica, plina de asteptari ideale, dupa pierderea cuiva drag care a cutremurat fundamentul pe care era sprijinita viata lor.

Parkes descrie si el aceleasi patru faze ale doliului ca si Bowlby: soc si perplexitate, dor intens si continuu, dezorganizare si disperare, revenire (Parkes, 1998).

El conceptualizeaza pierderea ca o expunere la o serie de fotografii care se prezinta individului pentru un moment si care genereaza un puseu de durere si apoi dispar, ca mai apoi un alt set de fotografii sa apara impreuna cu un val de durere. Aceste fotografii compun experienta pierderii, care nu este constanta si astfel el explica de ce pierderea nu este traita uniform, ci in valuri sau pusee. Tipul de pierdere si unicitatea individului coloreaza fotografiile si explica individualitatea experientei pierderii. Schimbarea acestor fotografii explica fazele pierderii care includ: perplexitatea, dorul intens, dezorganizarea si disperarea si revenirea. El explica asa si de ce pierderea dureaza asa de mult dupa decesul persoanei dragi, ca si cand cineva mereu viziteaza un mormant sau o fotografie a celui decedat (Parkes, 2002; Wright si Hogan, 2008)

3.4. Modelul social constructivist:

Neimeyer (1999) si Neimeyer si colab (2002a) au dezvoltat un model nou a teoriei pierderii in care locul central il ocupa conceptual de reconstructie. El spunea ca trebuie sa mergem dincolo de presupunerea ca doliul este un proces secvential si privat de schimbare emotionala. S-a vazut ca exista societati in care expresia doliului este tipizata si nu este loc de o exprimare libera a doliului, de unde se poate conchide ca doliul are in unele privinte o exprimare publica care uneori nu este congruenta cu gandurile si sentimentele intime. Aici este vorba de o masca a doliului care poate ascunde aceste ganduri si sentimente. Pe aceste considerente, Neimeyer cladeste un model constructivist social al doliului. El considera ca oamenii se bazeaza pe o lume cladita pe un set de credinte, asteptari, rutine zilnice care le genereaza intelesul vietii, siguranta si comfort. Orice disruptie a acestei lumi pe care o cunoastem, ca in cazul unui deces, ne conduce la un sens de nesiguranta si de pierderea intelesului vietii. Prin doliu noi incercam sa restabilim, sa recreem intelesul vietii folosind resursele psihologice, sociale, culturale si cognitive disponibile.

3.5. Modelul lui Worden:

William Worden, profesor de psihologie la Universitatea Harvard introduce conceptul de "travaliu de doliu" in deceniul al 8-lea a secolului XX, travaliu care are patru sarcini de rezolvat. El a ales cuvantul sarcini pentru a sublinia mai bine travaliul pe care cineva il strabate pana la revenire.

1. Prima sarcina este sa accepte realitatea pierderii. El face distinctia dintre acceptarea intelectuala si cea emotionala, care este mai dificila si uneori insurmontabila.
2. A doua sarcina este sa faca fata cu durerea, anxietatea, mania, vinovatia si alte sentimente asociate cu pierderea.
3. A treia sarcina este sa se adapteze cu decesul persoanei dragi, ceea ce implica trei feluri de adaptare:
 - 3.1. adaptare externa: realizarea rolurilor pe care decedatul la juca in viata lui si dezvoltarea strategiilor de a umple aceste roluri in absenta lui;
 - 3.2. adaptarea interna, care se refera la modurile in care subiectul trebuie sa redefina propria identitate dupa pierdere, de ex. de a fi o vaduva, etc.

- 3.3. adaptarea spirituala, pierderea provoaca credintele spirituale conducand la analize existentiale mai profunde;
4. A patra sarcina este relocarea emotionala a decedatului si continuarea existentei ce presupune continuarea legaturii cu decedatul; aceasta presupune ca supravietuitorul a gasit mijloacele sa mearga mai departe si in acelasi timp sa mentina legaturile emotionale cu decedatul. (Wright si Hogan, 2008)

Teoria lui pune accentual de nevoia de a rupe legaturile cu persoana pierduta pentru a investi intr-o noua viata.

3.6. Modelul cognitiv al doliului:

Modelul cognitiv al pierderii implica trei procese care explica experienta doliului si posibilitatea ca el sa evolueze spre cronicitate sau potologizare (Boelen si colab, 2006):

- a. elaborare si integrare deficitara si distorsionata a pierderii in memoria autobiografica a subiectului; stimuli nesemnificativi pot conduce subiectul la reamintirea neintentionala a persoanei decedate, lucru care intretine emotiile negative;
- b. existenta de credinte globale negative si interpretari distorsionate a reactiei la doliu generand reactii emotionale ample si angajarea in strategii inadecvate de evitarea durerii si pierderii;
- c. ineficienta efortului de coping cu depresia si anxietatea pe fundalul existentei credintelor negative de baza.

Acest model sta la baza interventiei cognitive in cazul doliului complicat.

3.7. Modelul procesului dual:

Modelul dual infatiseaza doliul ca un proces oscilator in care individul alterneaza experientele de doliu cu evitarea suferintei in acelasi timp, spre deosebire de modelele anterioare care priveau doliul ca un proces liniar. Stroebe si Schut (1999) concep acest model ca raspuns la limitarile modelelor anterioare care propuneau stadii, faze sau sarcini. Acest model incorporeaza conceptia lui Worden si unele aspecte ale teoriei cognitive a stresului. Autoarele afirma ca persoana in doliu incearca sa depaseasca suferinta osciland intre doua modalitati de coping: (i) pierderea orientarii si (ii) restaurarea orientarii. Pierderea orientarii se refera la acceptarea suferintei, ceea ce implica suferinta mentala a pierderii precum durerea sufleteasca, plansul, disperarea, fixatia pe pierderea persoanei si evitarea

schimbarilor restaurative. Restaurarea orientarii include evitarea durerii pierderii, incercarea de a rezolva aspectele secundare ale pierderii si focusarea pe viitor si pe schimbarile de rol, identitate si relatii. Aceasta modalitate oscilatorie ofera subiectului momente de respiro din suferinta, ceea ce modereaza povara pierderii. Acest model furnizeaza explicatia faptului ca persoana in doliu fie evita realitatea pierderii, fie persista in suferinta.

3.8. Modelul transformativ, al dezvoltarii personale, a doliului

Modelele timpuri ale pierderii considerau ca in timp doliul descreste in intensitate, conducand in ultima instanta la revenirea la starea “normala”. Recent, cercetatori in domeniu au identificat ca doliul ii face pe adulti ca si pe copii sa fie diferiti fata de ce erau inainte de pierdere. Astfel adolescentii si-au schimbat prioritatile, s-au maturat mai repede decat prietenii lor, au devenit mai compatimitori, mai intelegatori si mai toleranti cu ei insisi si cu altii si in general mai grijulii cu familia lor. Ei cred ca au devenit mai puternici pentru ca au invatat sa faca fata greutatilor atunci cand s-au confruntat cu moartea unui frate/sora (Hogan si Schmidt, 2002)

3.9. Modelul experiential al doliului

Acest model are doua componente: (i) prima in care supravietuitorul este martor la cursul bolii persoanei iubite pana la moartea acesteia si (ii) a doua defineste procesul de pierdere din momentul decesului, prin suferinta si final prin crestere personala, care este evidentiata de speranta pentru o viata implinita in ciuda pierderii. Indiferent de cauza mortii (boala, accident, suicid sau homicid), supravietuitorul adult traieste disperare, detasare fata de altii, confuzie asupra felului cum vor trai ei fara persoana decedata si apoi experimenteaza crestere personala indicata de transformarea sa ca rezultat al suferintei. (Hogan, Morse, Tascon, 1996). Suportul social mediaza suferinta si ajuta supravietuitorul sa gaseasca noi intelesuri si scopuri ale vietii. Suferinta se incheie cand acesta gaseste noi intelesuri pentru viitor si devine mai iertator, compasiv, tolerant cu altii si cu el insusi. Relatia cu disparutul poate continue intr-un fel nou si doliul se transforma in dezvoltare personala.

3.10. Modelul post-modern al doliului:

Walter (1996) critica modelele vechi care au toate in comun ideea ca doliul este un proces care reconstruieste autonomia subiectului, lasandu-l pe cel pierdut in spate si formand noi legaturi de atasament. Procesul acesta se face prin rezolutia progresiva a sentimentelor de doliu. Sfarsitul sec.XX, care se caracterizeaza prin secularism si individualism, a dus la modificarea relatiei dintre supravietuitor si cel disparut, prin abandonarea ritualurilor religioase si schimbarea intelesului relatiei cu cel pierdut. El spunea: *“In mai putin de 100 ani celebrarea intens emotionala a pierderii si cultul romantic al doliului s-au diminuat in favoarea unei viziuni moderniste, individualiste si functionaliste. O abordare autobiografica este mai potrivita din cauza ca vede pierderea ca parte a felului cum indivizii construiesc biografia lor”*. Cei care traiesc vor sa vorbeasca despre cel disparut si vor sa vorbeasca despre el cu cei care l-au cunoscut. Supravietuitorul construiesc astfel o “poveste” despre cel disparut, o poveste prin care cel disparut va ramane peste timp. In acest model scopul doliului este de a construi o biografie durabila care-l integreaza pe cel disparut in memoria colectiva si il face sa supravietuiasca in acest fel. Procesul prin care se construiesc aceasta poveste este in principal conversatia cu ceilalti despre cel disparut. Scopul doliului este de a trai impreuna cu cel disparut, iar procesul doliului este de a vorbi despre cel disparut. Procesul doliului este o conversatie reflexiva nesfarsita cu sinele si altii prin care se incearca sa se dea un sens existentei noastre. Povestind intamplarile existentei noastre noi construim narativele biografice ale identitatii noastre.

4. Cum traim pierderea:

Nu se poate sa incepem mai bine acesta paragraf decat citandu-i pe Neimeyer si colab. (2002b): *“Doliul ca experienta umana este atat un eveniment natural, cat si un construct cultural. Pe de-o parte, caracteristicile esentiale ale raspunsului la pierdere reflecta evolutia noastra ca fiinte biologice si sociale, raspuns inradacinat in ruperea legaturilor de atasament necesare pentru supravietuirea noastra; pe de alta parte, noi raspundem la pierdere atat in mod biologic, cat si simbolic, prin semnificatia pe care o atribuim simptomelor de separare pe care le traim si prin schimbarile de identitate personala si colectiva care acompaniaza moartea unui membru al familiei si al comunitatii”*.

Viziunea dominanta in societatea post-moderna este ca doliul este o situatie pe care fiecare individ o traieste in mod particular, iar eforturile de a tipiza aceasta reactie si a-i

descrie faze sau stadii pe care toata lumea le parcurge, sunt sortite esecului. Cu toate acestea, majoritatea autorilor sunt de acord ca expresia doliului este data de un proces care este constant identificabil in diferite proportii la toti indivizii care trec prin aceasta incercare, proces caruia Parkes (2002) i-a descris trei componente: (i) anxietatea separarii cu dorinta imperioasa de a plange si a cauta persoana pierduta; (ii) nevoia de a reformula intelesurile existentei si a lumii inconjuratoare; (iii) nevoia de a inhiba si controla emotiile negative.

In cultura vestica, expresia doliului este traditional incurajata si dirijata spre exteriorizarea durerii separarii de persoana atasata si cinstirea si comemorarea persoanei pierdute, iar reactia de pierdere parcurge astfel un traiect care se poate regasi la majoritatea cazurilor, in proportii diferite. Astfel, in primele momente ale pierderii, persoana este socata, perplexa, nu crede ca aceasta s-a intamplat cu adevarat, este in profunda suferinta, plange, este agitata, este preocupata de imaginea persoanei decedate, este deconectata de orice alta emotie si aceasta poate dura de la cateva zile la cateva spatamani. Nu rar se intampla ca persoana sa refuze sa creada in disparitia persoanei dragi si aceasta negare, impreuna cu un comportament de cautare a acesteia, poate dura cateva zile. Treptat, persoana intelege ca trebuie sa se confrunte cu realitatea si astfel perplexitatea si confuzia emotionala lasa loc sentimentelor specifice de pierdere precum tristetea, neajutorarea, deziluzia si izolarea, simptome care evoca depresia si care pot dura saptamani sau luni, in functie de resursele de coping ale fiecaruia. Tot acum pot apare sentimente de manie, frustrare, furie asupra circumstantelor decesului persoanei iubite sau referitor la soarta acesteia. Revenirea din pierdere se anunta atunci cand persoana recunoaste si accepta ca cineva drag a murit si recapata energie emotionala pentru a se adaptea la identitatea, rolul si contextul nou creat prin disparitia persoanei dragi. Manifestari comune, emotionale, comportamentale, cognitive si fizice ale reactiei de pierdere sunt prezentate in Tabelul Nr. 2.

Manifestari psihologice	Manifestari comportamentale
tristete	tulburari de somn
manie	tulburari de apetit
vinovatie si auto-reprosuri	tulburari de atentie si concentrare
anxietate	retragere sociala
insingurare	vise cu persoana decedata
oboseala	evitarea discutiilor despre deces
neajutorare	cautarea lucrurilor legate de deces
soc	oftat
dezorientare	plans
confuzie si perplexitate	hiperactivitate sau lentoare in activitate
dor intens si recurent fata de ce s-a pierdut	vizitarea locurilor si obiectelor care ii amintesc de persoana disparuta
fenomene disociative	pastrarea cu sfintenie a lucrurilor ce au apartinut persoanei disparute
Manifestari fizice	Manifestari cognitive
senzatie de gol in stomac	neincredere, suspiciozitate
tensiune in piept	confuzie
nod in gat	preocupari legate de persoana disparuta
intoleranta la zgomot	senzatie prezentei persoanei disparute
lipsa de energie	halucinatii
lipsa de aer	idei paranoide
oboseala musculara	
depersonalizare ("Cand merg pe strada mi se pare ca nimic nu e real, inclusive eu")	
gura uscata	
senzatie de gol in stomac	
tensiune in piept	

Tabelul Nr. 1: Simptomele si semnele reactiei normale de pierdere

Descrierea de simptome specifice pierderii este expresia psihologizarii si medicalizarii ei, viziune dominanta in a doua parte a secolului trecut si mentinuta si in zilele noastre de credinta ca omul care se confrunta cu doliul are nevoie de sprijinul unor profesioniști pentru a trece peste aceasta grea incercare fara "complicatii". Impreuna cu aceasta viziune simptomatologica se mentine si ideea ca doliul este un proces mai mult sau mai putin continuu si un individ parcurge mai multe faze in drum spre revenirea din doliu. Astfel, multi autori sustinatori ai ideii ca doliul are o evolutie liniara, longitudinala si progresiva, au fost fascinati de descrierea unor stadii pe care travaliul de doliu le-ar strabate pana la rezolutia lui. Prima incercare de stadializare a reactiei de pierdere a fost facuta de Freud ca mai apoi psihiatra Elisabeth Kubler-Ross (1969) sa studieze "doliul anticipator" al indivizilor cu rude aflate in stadii terminale ale unor boli grave si sa descrie cinci faze prin

care acestia trec pana la remitere. Un tablou sinoptic ale modelelor stadiale ale doliului este prezentat in Tabelul Nr. 2. Studii ulterioare au aratat ca nu fiecare individ parcurge aceasta evolutie stadializata si fiecare rezolva doliul in felul sau. Nu este bine sa gandim doliul ca o succesiune de stadii, mai curand ca un proces variat, accidentat, cu suisuri si coborasuri. Cu cat timpul trece trairea pierderii devine mai putin intensa si mai de scurta durata, dar exista si cazuri cand pusee de traire a doliului mai pot sa apara si dupa ani de la pierdere.

Felul cum traiesc si exprima oamenii doliul este influentat de multi factori interni si externi pe care Worden (2002) i-a numit “mediatorii doliului”, iar Parker (1972) “determinantii doliului”. Acesti factori de influenta a doliului sunt expresia diferitelor modele explicative ale doliului care au fost descrise mai sus. Printre acestia, cei mai importanti sunt:

- Natura relatiei si a atasamentului cu persoana disparuta; de felul cum interpreteaza supravietuitorul relatia cu persoana disparuta depinde felul cum acesta traieste doliul;
- Intelesul pe care subiectul il confera mortii, inteles care este un construct simbolic, universal, suprapus peste evenimentul natural al mortii si care mediaza in cel mai inalt grad procesul de doliu. Prin aceasta simbolistica particulara, individual se plaseaza intr-un discurs coerent care pune pierderea intr-un registru care face ca doliul in sine si tranzitia catre o viata normala sa fie mai putin traumatica si vinovata. Acest discurs este construit pe baza interpretarilor si credintelor despre moarte, pe practicile culturale, traditiile spirituale/religioase si conversatiile interpersonale caracteristice culturii din care face parte individul si ajuta subiectul sa integreze moartea in intelesul si perspectiva generala a existentei. Acest discurs este impartasit intre subiect si cei care participa impreuna la doliu si la ceremoniile contingente si ofera subiectului suportul necesar pentru a trece peste aceasta incercare printr-o semantica unanim acceptata;
- Modul, circumstantele si locul in care persoana a decedat. Felul cum persoana a decedat are impact asupra emotiilor care coloreaza doliul, la fel ca circumstantele si locul decesului. Decesul neasteptat, cel din accidente sau violente este mai terifiant ca cel dupa o suferinta cronica si cu deznodamant asteptat. Aceste variabile sunt importante pentru ca ele joaca un rol in modul cu supravietuitorul isi imagineaza decesul, durerea si sentimentele celui care a murit;

Freud	Bowlby & Parkes	Kübler-Ross	Worden	Stroebe & Schut
Procesul de hipercathexis* (durerea, gandurile si amintirile legate de persoana disparuta)	Faza caracterizata prin soc, perplexitate si negare care mentine subiectul intr-o stare de irealitate	Faza de negare - individul nu accepta ca persoana draga a murit	Faza acceptarii realitatii pierderii	Faza de pierdere a orientarii care este data de efortul de depasire a pierderii precum ganduri intrusiv legate de persoana disparuta, rememorarea trecutului, tristete profunda, etc.
Procesul de decathexis (relaxarea legaturii emotionale cu persoana decedata)	Faza caracterizata de dorul profund fata de persoana disparuta si de valuri de plans, durere si anxietate si uneori de sentimentul prezentei persoanei disparute	Faza de manie/furie impotriva lui insusi ca nu a facut ce trebuie, de invinovatire a altora	Faza durerii pierderii si a regretelor	Faza de restaurare a orientarii care include evitarea sentimentelor de doliu prin focusarea pe viitor si rezolvarea unor probleme secundare de tranzitie
Procesul de cathexis (recuperarea energiei emotionale investita in persoana disparuta)	Faza de dezorganizare si detasare caracterizata prin tristete puternica si sentiment de lipsa de speranta	Faza de negociere – de incercare a de a negocia in imaginar sau cu o forta supranaturala reintoarcerea persoanei pierdute	Faza de adaptare la ambianta in care persoana decedata nu mai este	
	Faza de reorganizare, implicand relaxarea legaturii de atasament cu persoana disparuta si intoarcerea catre viitor	Faza de tristete – in care subiectul este inhibat, retras, deziluzionat, fara speranta	Faza de relocare emotionala a celui disparut si reintoarcere la viata curenta	
		Faza de acceptare – individul realizeaza si accepta pierderea prin contemplare, reflexie si gasirea unui inteles pentru pierdere si continuarea vietii.		

* Hipercathexis – concentrarea excesiva a dorintei pe un anume obiect

Tabelul Nr.2: Modelele stadiale ale doliului (modificat dupa Rothaupt si Becker, 2007)

- Istoria personala a doliului, respectiv numarul si felul cum persoana a experimentat alte episoade de doliul in viata lui. Este o constatare empirica ca o persoana care s-a confruntat cu mai multe evenimente de acest fel, construiesc modalitati din ce in ce mai adaptative de coping cu doliul;
- Varsta si sexul sunt factori de influenta in trairea doliului. Astfel se stie ca femeile sunt mai vulnerabile in fata pierderii, datorita nivelului de anxietate si a insecuritatii legaturilor de atasament. Tinerii sunt sensibili in masura in care moartea are inteles pentru ei. Copii mici cred ca moartea este reversibila si ca persoana se va intoarce intr-un anumit moment. Ulterior ei se considera vinovati pentru decesul persoanelor dragi si au tendinta sa-si ceara iertare pentru greseli pe care le-ar fi putut face fata de acestia. Adolescentii se simt afectati in masura in care au dobandit un sentiment de autonomie, omnipotenta si optimism. Batranii sunt cei mai vulnerabili in trairea doliului, in masura in care le reaminteste un deznodamant asteptat;
- Trasaturile de personalitate ale persoanei, precum nivelul de control si reglare emotionala, rezistenta la frustrare, trasaturile de optimism si rezilienta sunt factori mediationali importanti ai doliului;
- Cultura din care face parte individul este unul din mediatorii puternici ai expresiei doliului. Istoria ceremoniilor funerare si a relatiei dintre supravietuitori si corpul si obiectele celui decedat coreleaza cu felul cum oamenii exprima doliul. Din sec. XVIII incepe decorarea pietrelor funerare si complexificarea ritualurilor funerare ca un mod de perpetuare a memoriei celui disparut; se instaureaza reguli stricte pentru pastrarea doliului, a ceremoniilor de rememorare si a comportamentului familiei supravietuitoare. Oamenii se nasteau si mureau in casa lor asistati de familie si ea era responsabila pentru organizarea si desfasurarea ritualurilor de inmormantare si de prepararea corpului decedatului pentru inmormantare. Evolutia ulterioara a societatii si cresterea duratei de viata a facut ca din ce in ce mai multi oameni sa-si incheie viata in institutii specializate pentru batrani sau in spitale pentru ingrijiri terminale si astfel familia apare din ce in ce mai deconectata in asistenta acestora, locul traditional la familie fiind luat treptat de diferiti profesionisti. Astfel, organizarea ritualurilor de inmormantare a fost preluata de altii, iar familia s-a vazut mai putin implicata. Pregatirea corpului pentru inmormantare nu mai cade in sarcina familiei, pentru ea ramane doar managementul posesiilor celui disparut. Astazi se asista din ce in ce mai mult la ritualuri de inmormantare in care familia

nici nu mai vede corpul celui decedat si nici nu mai asista la inmormantarea propriu-zisa, ci doar la o comemorarea acestuia intr-un protocol narativ organizat de intreprinderea de pompe funebre. Am putea spune ca evolutia ritualurilor de inmormantare mers de la faza manipulare a corpului celui disparut, la faza manipularii doar a obiectelor celui disparut, ca in final sa se ajunga la faza manipularii povestilor despre cel disparut sau, cu alte cuvinte, de la a face totul cu mana ta, pana la a face totul prin interpusi, tie ramanandu-ti doar sa spui “povestile” despre cel disparut. Trairea doliului s-a schimbat trecand de la o expresivitate afectiva la una colectiva, iar ceremonialul de la unul privat si familial, la unul social si public.

5. Doliul complicat sau patologic:

Doliul este un proces traumatic in sine, care violeaza “ordinea naturala” a existentei ipotetice si care intinde la maximum resursele de adaptare ale unui individ. Un individ confruntat cu experienta doliului fata de o persoana de atasament are de depasit doua feluri de dificultati pentru a revolve doliul. Prima dificultate este de ordin neurofiziologic, individul prezentand brusc o stare de hiperevigilenta ce tradeaza hiperactivitatea sistemului limbic, a amigdalei si a zonelor prefrontale. Aceasta face ca senzatiile si perceptiile sa fie confuze, fragmentate, iar trauma pierderii sa ramana la un nivel pre-narativ, neintegrate corect in intelesul general al existentei, persistand in acest fel multi ani in memoria subiectului; de cate ori acestea vor fi rememorate, ele vor fi retraitate in acest mod, impreuna cu stare de hipervigilenta care le-a insotit cand s-au stocat in memorie (Neimeyer, 2001b). A doua dificultate in depasirea traumei doliului este data de dificultatea de a gasi loc pierderii in structura tematica de baza a narativelor subiectului. Dupa cum spuneau Janoff-Bulman si Berg (1998): *“pierderea tragica invalideaza ‘lumea asteptata’ a individului, lume care face ca sentimentul de securitate, predictibilitatea, increderea sau optimismul sa fie luate ca de la sine inteles”*. Neimeyer (2002b) vede pierderea ca o violare a sistemului personal de credinte care da sens vietii si astfel bulverseaza identitatea, proiectele de viata si ancorarea intr-o lume relationala.

Privind doliul ca un eveniment profund traumatic si incarcat de semnificatii aparte, se poate intelege ca individul care experimenteaza doliul este intr-o situatie vulnerabila, in care riscul de a se transforma in patologie este foarte mare. Engel (1961) a fost primul care a pus intrebarea daca doliul este o boala, pentru ca el considera ca doliul implineste criteriile pentru a fi considerat ca o entitate aparte: are o etiologie cunoscuta, are simptome si evolutie caracteristica,

provoaca suferinta si interfera cu functionarea individului. Pe acest gen de constatarari s-a conturat conceptual de “doliul complicat” ca fiind acea situatie in care reactia de doliu pierde tendinta naturala de rezolvare si continua pe o perioada neasteptat de lunga de timp. Doliul complicat sau patologic a fost conceptualizat ca inabilitatea individului de a “inmormanta” sentimentele si gandurile legate de doliu sau ca incapacitate de a reconcilia cu pierderea suferita (Howarth, 2011).

Prigerson si Jacobs (2001a, 2001b) identifica doua feluri de simptome caracteristice doliului complicat: (i) simptome apartinand distress-ului separarii, precum ganduri ruminative legate de persoana disparuta, dor si cautarea acesteia, retragere sociala excesiva (Criteriul A) si (ii) simptome legate de distress-ului pierderii (Criteriul B). Tocmai aceste feluri de simptome faca ca pierderea complicata sa poata fi deosebita de alte tulburari psihiatrice cu care s-ar asemana la prima vedere, precum depresia, tulburarea posttraumatica de stress, tulburarea prelungita de adaptare, etc. Aceste simptome sunt prezentate in Tabelul Nr. 3.

Cercetari recente au demonstrat ca simptomele de pierdere complicata formeaza un grup distinct de grupul de simptome depressive, datorita fenomenologiei particulare a simptomelor, particularitatilor evolutive, comorbiditatii si raspunsului la terapie (Prigerson si colab. 1996, Reynolds et al., 1999; Silverman, Johnson, & Prigerson, 2001).

Dupa Stroebe si colab (2000) exista mai multe probleme care trebuie clarificate daca se vrea ca doliul complicat sau “patologic”, cum il numesc altii, sa poata fi considerat ca un concept operational: Cum se defineste doliul patologic? Exista criterii pentru clasificarea lui ca patologic? Ce schimbari in conceptualizarea doliului va genera aceasta? Ce implicatii sociale si asupra sistemului de ingrijire va avea existenta doliului patologic?

In primul rand trebuie spus ca dificultatile conceptualizarii doliului in termeni de suferinta psihica tradeaza de fapt greutatea de a deosebi normalul de patologic in general in definirea tulburarilor psihice. Middleton si colab (1993) spuneau: *“In acest domeniu noi inca ne straduim sa validam si operationalizam conceptul de doliu “normal”...cand ne extindem la “patologic” dificultatile sunt cu mult mai mari”*. Aceste dificultati sunt bine exprimate de apelativele pe care procesul de doliu le-a primit atunci cand evolutia lui nu a dus la remitere intr-un mod asteptat, apelative precum: complicat, distorsionat, maladaptativ, patologic, prelungit, cronic, complicat, nerezolvat, nevrotic, sau disfunctional. Intr-un mod foarte inteligent si diplomatic Middleton si colab. (1993) definesc doliul patologic atunci *“cand doliul pentru un individ particular, intr-o cultura particulara, deviaza de la cursul asteptat in asa masura incat se asociaza cu o*

morbiditate psihologica si fizica excesiva”; spun diplomatic, pentru ca aceasta definitie incearca sa evite orice consideratie referitor la modul de patologizare a doliului.

Criteriul A	Criteriul B	Criteriul C	Criteriul D
<i>Individul traieste doliul dupa moarte cuiva apropiat si raspunsul lui implica existenta a 3 din urmatoarele 4 simptome traite zilnic sau cu intensitate marcata:</i>	<i>In raspunsul subiectului la deces 4 din urmatoarele 8 simptome sunt traite zilnic sau cu intensitate marcata:</i>	<i>Durata</i>	<i>Functionare</i>
1. Ganduri intrusive despre persoana care a murit	1. Pierderea scopurilor, cu sentiment de inutilitate si de lipsa de viitor	Durata simptomelor este de cel putin 6 luni	Simptomele cauzeaza o afectare importanta a functionarii sociale, ocupationale si a altor arii de functionare a individului
2. Sentimente intense de dor fata de persoana disparuta	2. Traire subiectiva de detasare, incetosare sau absenta a raspunsurilor emotionale		
3. Cautarea persoanei dispartate	3. Dificultati de a accepta ca persoana a murit		
4. Sentimente intense de insingurare	4. Idei ca viata este goala si lipsita de inteles		
	5. Sentimentul ca o parte din sine a murit		
	6. Sentimente de lipsa de siguranta, incredere si control		
	7. Tendinte sau comportament auto-vatamator si de ignorare a riscurilor legate de pierderea suferita		
	8. Iritabilitate, manie, furie si cinism excesiv legate de pierderea suferita		

Tabelul Nr. 3: Criteriile si simptomele doliului complicat (dupa Neimeyer si colab. 2002b)

Exista multiple teorii prin care doliul patologic sau complicat incearca sa fie conceptualizat: (Stroebe si colab., 2000):

- (i) conceptualizare in termeni de stress, doliul patologic fiind privit ca o reactie de stress, ca o varietate a tulburarii post-traumatice de stress sau ca o reactie de adaptare prelungita la stress;
- (ii) conceptualizare in termeni de depresie bazata pe asemanarea psihopatologica dintre cele doua entitati, de unde nevoia criteriilor de excludere a doliului pentru diagnosticul de tulburare depresiva majora din DSM-IV;

- (iii) conceptualizare in termeni de tipologie, doliul fiind privit ca o suma de varietati in care doliul patologic este una dintre ele;
- (iv) conceptualizare in termeni fenomenologici prin care se identifica factori specifici doliului patologic, care il deosebesc de tulburarile depresive sau anxioase.

Conceptualizarea ateoretica si operationala valabila astazi se bazeaza pe: (i) aparitia dupa o pierdere importanta, (ii) durata simptomelor (de peste 6 luni), (iii) fenomenologia simptomatologica diferita prin faptul ca este legata de pierderea, separare si pierderea intelesului existentei; (iv) intensitatea diferita fata de reactia de doliul obisnuita; (v) producerea de distress sever cu interferarea functionarii sociale a subiectului; (vi) raspuns defectos la medicatia antidepresiva si la psihoterapia interpersonală.

Nosologiile operationale astazi, precum DSM-IV si ICD-10 nu considera reactia de doliu ca o tulburare psihiatrica. Mai mult, in DSM-IV se furnizeaza si criteriile dupa care se diferentiaza diagnosticul de depresie majora de reactia de pierdere cu elemente depresive. In schimb se presupune ca in DSM-V acest criteriu de excludere va dispărea si se va lasa deschisa posibilitatea ca depresia dupa doliu sa fie considerata ca oricare alta depresie dupa evenimente stresante de viata. Partizanii acestei viziuni spun ca daca depresia de dupa pierdere nu s-ar privi ca o suferinta psihica multi oameni ar ramane fara tratament pentru aceasta tulburare severa si invalidanta (Corruble si colab. 2009). In tabelul Nr. 4 se prezinta succint argumentele in favoarea si impotriva introducerii doliului complicat ca o tulburare mentala (Briant, 2012).

Nu este scopul capitolului de fata sa discute mai pe larg problemele de incadrare nosologica a doliului complicat in clasificarile actuale ale tulburarilor psihice si daca aceasta conditie este bine sa fie trecuta in DSM-V si ICD-11. Pentru lucratorul din programul de criza, doliul, complicat sau nu, este o criza existentiala deosebit de importanta fata de care trebuie sa genereze o interventie dimensionata de modul in care subiectul o traieste in momentul real al contactului cu profesionistul. El mai trebuie sa stie ca doliul complicat apare cu o frecventa in jur de 10-15% din toate reactiile la doliu si ca factorii de risc pentru aceasta conditie sunt legati de (Shear si Mulhare, 2008):

- (i) istorie timpurie de greutate de a forma relatii protective de atasament, ceea ce conduce mai tarziu la dependenta si frica de rejectie sau abandon;
- (ii) istorie de depresie si anxietate;
- (iii) experienta de pierderi multiple;
- (iv) istorie de confruntare cu evenimente de viata negative;

- (v) conditie de sanatate precara;
- (vi) lipsa unui suport social adecvat;
- (vii) co-existenta de factori stressanti.

Argumente impotriva	Argumente in favoare
1. Doliul este o conditie omniprezenta, parte a existentei umane, iar starea emotionala de dupa doliu are justificarea si intelesul acceptat de toti oamenii, indiferent de cultura din care fac parte;	1. S-a evidentiat ca simptomele nucleare ale doliului sunt diferite de cele ale depresiei si anxietatii si ca doliul complicat poate fi introdus ca o entitate separata – “tulburarea prelungita de doliu” (Prigerson si colab. 2009);
2. Reactia si managementul doliului sunt diferite de-a lungul culturilor si astfel nu este posibil el sa fie considerat boala intr-o cultura si normalitate in alta;	2. S-au acumulat argumente precum ca indivizii cu doliu complicat nu au tendinta de a se recupera in mod spontan, distressul interfera semnificativ cu functionarea si prezinta comorbiditate semnificativa cu alte tulburari mentale, abuz de substante si tulburari somatice (Lichtenthal si cola. 2004);
3. Expresia doliului este deferita de a altor reactii la evenimente stressante pentru ca este legata de interpretari si practici religioase si nu este bine ca acestea sa fie luate ca o tulburare psihiatrica.	3. S-a constatat ca doliul complicat exista si in culturile non-vestice;
4. Reactia de doliu complicat poate fi descrisa in termenii reactiilor depresive si anxioase si din acest motiv nu este nevoie sa fie luata ca o entitate clinica aparte	4. Doliul complicat prezinta factori de risc si conditii premorbide specifice (Shear si colab. 2011);
	5. Reactia de doliu nu raspunde la tratament antidepresiv, pe cand reactia prelungita de doliu raspunde (Prigerson si colab. 2009);

Tabelul Nr. 4: Argumente pro si contra patologizarii doliului complicat (dupa Briant, 2012)

Evolutia doliului complicat este cronic-ondulanta, cu perioade mai usoare si altele mai severe de simptomatologie de separare si pierdere, care nu au tendinta spontana sa se stearga niciodata si provoaca un distress continuu subiectului. Indivizii cu doliu complicat au riscul de a dezvolta diferite afectiuni psiho-somatice precum colon iritabil, tulburari cardio-vasculare, hipertensiune arteriala, tulburari de somn si cresc riscul pentru cancer, abuz de substante, tulburari depresive si anxioase si suicid. Probabilitatea suicidului trebuie luata serios in considerare. Szanto si colab. (2006) au constatat ca ideatia suicidara este mai frecventa la femeile cu doliul complicat, cu o rata de 57%, fata de cele cu doliu simplu, care au prezentat o rata de ideatie suicidara doar la 24% din cazuri, iar Prigerson si colab. (1999) gasesc ca adolescentii cu doliu complicat au un risc de 4 ori mai mare de suicid decat ceilalti.

Pentru a recunoaste un individ confruntat cu doliul complicat, lucratorul din programul de criza se ghideaza dupa simptomele mai sus prezentate si aplica instrumente de screening si evaluare specifice, care vor fi prezentate in sectiunea de evaluare. In plus, el poate va lua in considerare si unele indicii care ii pot atrage atentia asupra eventualitatii existentei doliului complicat, sugestii prezentate in Tabelul Nr. 5.

Persoana nu poate vorbi despre deces fara de experimnteze o durere sufleteasca extrema.
Evenimente minore declanseaza reactii intense de durere sufleteasca.
Temele pierderii apar frecvent in discursul persoanei.
Persoana este incapabila sa mute sau sa instraineze lucruri ce au apartinut persoanei decedate.
Persoana manifesta schimbari radicale in stilul de viata dupa decesul persoanei dragi.
Persoana apare cronic depresiva, cu vinovatie permanenta si stima de sine scazuta.
Existenta unor impulsuri auto-destructive
Ganduri recurente si anxietate in legatura cu boli si moarte.
Evitarea de a vizita mormantul, de a participa la ceremonia funerara sau ceremonii aniversare

Tabelul Nr. 5: Indicii care conduc la suspiciunea existentei doliului complicat

Atunci cand lucratorul in criza banuieste ca se afla in fata unui individ cu doliu complicat trebuie sa furnizeze o interventie scurta care sa-i usureze distresul si apoi sa indrume subiectul spre un ajutor specializat, respectiv catre medicul psihiatru, aplicand secventa tipica: asigurarea sigurantei subiectului, transferul informatiilor, transferal responsabilitatii, documentarea si contactele de follow-up.

6. Alte feluri de doliu:

Termenul de pierdere sau chiar de doliu poate fi extins si la alte feluri de pierderi decat cele legate de disparitia unei persoane dragi. Tot o legatura de atasament poate fi considerata si relatia pe care un individ o stabileste cu roluri si situatii sociale, animale de companie, obiecte sau cu anume imagistica simbolica. Astfel putem inventaria mai multe feluri de pierdere:

1. pierderea cuiva drag prin moarte, separare, divort, incarcere, luare de ostatec, etc.
2. pierderea unui obiect sau situatii cu valoare emotionala sau materiala precum pierderea unei posesii valoroase, a unui serviciu, a unui obiect legat de o persoana draga (de ex. verigheta), etc.
3. pirderea unui animal de companie de care individul este profund atasat;
4. pierdere cauzata de o injurie narcisiaca, de ex. amputatie, mastectomie, etc.
5. pierderea cauzata de pierderea unei sarcini sau de nasterea unui copil malformat;
6. pierderea unei prietenii stranse;

7. pierderea unui rol social sau profesional important, etc.

Doliul sau pierderea, in intelesul larg al termenului, acopera multiple alte ipostaze prin care oamenii incearca sa depaseasca ruperea unei legaturi semnificative de atasament, pierderea a ceva pretios care era incorporate in existenta zilnica si identitatea proprie. Astfel, se descrie si doliul anticipator, doliul intarziat si doliul nelegitim ca situatii particulare prin care indivizii incearca sa depaseasca o pierdere importanta din viata lor.

In mod obisnuit doliul se instaleaza imediat dupa momentul pierderii “obiectului dragostei” dar sunt descries si alte situatii particulare in care doliul se instaleaza inainte de pierdere sau dupa o persoana mai lunga dupa pierdere sau doliul care nu se poate trai la vedere pentru ca nu este legitimat de lumea din jur.

6.1. Doliul anticipator

Conceptul de doliu anticipator a fost introdus de Fulton si Gottesman (1980) si reluat de Therese Rando (2000) si se refera la doliul care se instaleaza inainte de pierderea propriu-zisa. In mod obisnuit, doliul anticipator se instaleaza atunci cand o persoana draga este suferinda de o boala incurabila. El a fost conturat cu multi ani inainte de Lindeman (1944) care a studiat reactia parintilor in fata pierderii iminente a unui copil. La aceea vreme se vorbea atat de “premonitia pierderii” cat si de “anticiparea pierderii” ca situatii generatoare de reactii asemanatoare celei tipice de doliu. Ulterior ideea de pierdere s-a largit, cuprinzand si alte situatii precum situatiile de inalt risc, cum ar fi participarea persoanei in razboi, persoana este rapita sau luata ostateca si amenintata de a fi ucisa sau ea este sub influenta unei ideatii severe de suicid.

Doliul anticipator nu trebuie privit simplist, ca un doliu care incepe inainte ca persoana iubita sa fi decedat, ci ca o reactie de doliu calitativ diferit de cea “post-mortem” (Glick si colab. 1974). Existenta acestei reactii anticipate la pierdere a condus la reconsiderarea modului cum oamenii raspund la o pierdere irevocabila, la reconsiderarea doliului ca un proces neliniar si la rafinarea conceptelor operationale si formularea de interventii eficiente.

Rando (2000) da urmatoarea definitie a doliului anticipator: *“Doliul anticipator este fenomenul care cuprinde sapte operatii generice (doliul si durerea, copingul, interactiunea, reorganizarea psihosociala, planificarea, echilibrarea solicitarilor opuse si facilitarea decesului iminent) care, in contextul problemelor de adaptare, genereaza experientele de pierdere si trauma, stimuleaza raspunsul fata de existenta bolii sau situatiei amenintatoare de moarte si recunoasterea pierderilor din trecut, prezent si viitor”*.

Tabloul clinic al doliului anticipator se aseamana foarte mult cu reactia obisnuita la doliu, doar ca contextul si narativele doliului sunt altele, insa in mod esential este vorba si aici de cautarea intelesului pierderii si a mortii in general si a greutatii de a introduce aceste intelesuri in narativele de baza ale existentei umane in general. Doliul anticipator se continua cu doliul de dupa pierdere si poate urma evolutia spre remitere sau spre complicare.

6.2. Doliul intarziat:

Principala caracteristica a doliului “intarziat” sau “nerezolvat” este absenta distresului separarii de persoana disparuta (de ex. absenta gandurilor ruminative legate de persoana disparuta, a dorului intens si a cautarii acesteia, absenta retragerii sociale asa de caracteristica reactiei de doliu). Apoi, expresia emotionala este redusa in intensitate si dureaza doar 2-3 saptamani. Astfel persoana traieste doliul doar la nivel “intelectual”, respectiv intelege pierderea, afirma durerea pierderii, intelege durerea altora, dar nu exprima emotional toate acestea. Expresia acestei persoane ne conduce la ideea ca ea nu e capabila sa traiasca doliul, dar asa cum spunea Lindeman (1944): *“In doliu, persoana poate sa-l amane pentru o perioada, dar niciodata sa-l evite”*. Mai devreme sau mai tarziu, aceasta persoana va trai sentimentele de doliu dupa persoana disparuta si va manifesta crize de plans, regrete, sentimente de vinovatie, dor intens fata de persoana disparuta, simptome de depresie si insomnie, uneori chiar si ideatie suicidara. Pentru foarte multi autori, doliul amanat este o varianta a doliului patologic, pentru ca nu are tendinta naturala la remitere, iar lucratorul in criza se poate confrunta cu astfel cazuri in care tristetea intensa, sentimentele de vinovatie, lipsa de valoare, insomnia rebela, ideatia suicidara apar la un interval de luni sau chiar la cativa ani de la decesul persoanei.

6.3. Doliul refuzat sau nepermis:

Doliul refuzat sau nelegitim este doliul pe care societatea nu-l valideaza si indivizii nu-l fac public pentru ca nu este recunoscut social ca atare si astfel ei nu indraznesc sa-l traiasca la vedere. Dupa Doka (2002), aici este vorba de refuzul celorlalti de a conferi individului dreptul la doliu asa cum il intelege acesta. Dupa cum spunea Selby (2007), doliul refuzat este o problema a secolului XIX si aici este vorba de o durere ascunsa de care sufera milioane de oameni care traiesc altfel de pierdere decat cea a unei persoane dragi, dar care, pentru acestia, nu este mai prejos. Doliul este trait ascuns pentru ca societatea nu il valideaza: (i) realtia de atasament a individului, (ii) obiectul pierderii, (iii) modul de exprimare a doliului, (iv) circumstantele

pierderii sau (v) pierderea ca atare (Doka, 2002). Din cauza ca nu poate sa se exprime autentic individul coloreaza acest doliu cu simptome caracteristice tulburarilor psihice, depresia si anxietatea, consumul de substante, insomnia si tulburarile in relatie cu ceilalti fiind expresia cea mai frecventa. De cele mai multe ori acest tip de doliu este legat de anumite credinte si stereotipuri culturale nevalidate de lumea in care traieste subiectul, iar recunoasterea particularitatilor subiectului, validarea lor si re-ingvestirea lui cu capacitatea de a se exprima liber sunt atitudinile care vor scoate la lumina expresia doliului si astfel vor crea premisele restitutivei (Attig, 2004). In tabelul Nr. 5 se prezinta tipurile cele mai frecvente de doliu refuzat (Selby, 2007).

Doliu refuzat de comunitate	Pierderea unei relatii care nu a fost acceptabila pentru comunitate (de ex. relatie extraconjugala)
	Pierdere care nu este recunoscuta de ceilalti ca pierdere (de ex. infertilitate)
	Excluderea individului ca nefiind capabil de a trai doliul (de ex. negarea felului cum traieste pierderea)
	Excluderea individului datorita circumstantelor pierderii (de ex. suicid, avort)
	Excluderea individului datorita modului de exprimare a doliului, care nu este potrivit cu viziunea comunitatii (de ex. felul de expresie emotionala, imbracaminte, ritualuri, etc.)
	Excluderea individului din cauza ca intensitatea pierderii nu este adecvata (de ex. dupa pierderea unui animal de companie)
	Excluderea individului din cauza ca pierderea nu este considerata ca atare (de ex. pierderea simbolica a unei situatii sau a unei legaturi de atasament)
Doliu refuzat de individul insusi	Retinerea de a exprima doliu din cauza rusinii, comunitatea nu vede sau nu crede in ceea ce el a pierdut

Tabelul Nr. 5: Tipurile de doliu refuzat (modificat dupa Selby, 2007)

7. Interventia in criza:

7.1. Contactul cu individul in doliu:

Cu toate ca individul care traieste doliul isi da seama usor ca traieste o criza existentiala profunda, care ii pune la incercare atat intelesurile existentei cat si resursele pentru a merge mai departe, el va solicita destul de rar un ajutor specializat. El va considera doliul sau ca o durere personala pe care trebuie sa o traiasca in sine sau cu cei intimi si impartasirea cu altii ar insemna o impietate. Bowen (1978) spunea ca *“moartea este primul taboo”* in comunicare, regula de a nu vorbi fiind unul din taboo-urile care se respecta in doliul din familiile din cultura vestica. Tacerea exprima ideea ca persoana iubita nu a decedat, ea face parte din stadiul de negare a pierderii. Ritualurile religioase ale inmormantarii deschid pentru prima oara o fereastră pentru a face

publica pierderea si durerea lui si din acest moment subiectul este treptat mai permisiv pentru a comunica despre doliul sau. Ritualurile de comemorare ale persoanei disparute ajuta subiectul sa puna in narative obiectul dragostei lui si astfel sa-l faca nemuritor si astfel devine disponibil sa vorbeasca despre felul cum traieste doliul si in felul acesta sa faca inca un pas spre a-l rezolva. Acesta este istoria cea mai des intalnita a modului in care un individ incepe sa vorbeasca public despre doliul sau. Trebuie amintit ca desi factorii culturali si religiosi tind sa exercite o influenta normativa asupra felului cum cineva exprima doliul, ideea ca toti oamenii trebuie sa manifeste doliul in moduri dinainte prescrise este pe cale sa stearga (Field si coab. 2005). Pe de alta parte exista conceptia ca daca individul comunica despre durerea lui aceasta este de natura sa-i usureze povara si doliul sa se rezolve mai repede. Stroebe si colab. (2002) au studiat un lot de 128 de indivizi cu doliu si dupa 2 ani nu au constatat nici o ameliorare care sa justifice ca impartasirea emotiilor lor a contribuit in vreun fel la copingul cu pierderea. Ceea ce se schimba este modul cum individul din societatea post-moderna intelege disparitia unei persoane de atasament si felul cum incearca sa treaca peste doliu. Acesta se simte din ce in ce mai liber sa relativizeze puterea ritualurilor religioase, sa externalizeze ceremoniile si sa pozitioneze persoana disparuta intr-un discurs public. Ritualul religios este treptat inlocuit de ritualul “terapeutic”, subiectul fiind incurajat sa rezolve doliul intr-un grup de discutii sau cu ajutorul unui consilier specializat, loc unde ia contact cu vocabularul si patternurile verbale prin care doliul sau va primi o legitimitate sociala. Se asista la o trecere graduala de la un model religios-ritualic, emotional si privat la un model epic si public de exprimare a doliului, iar legaturile cu persoana disparuta trec din registrul emotional traditional in unul cognitiv, genealogic-memorialistic.

Lucratorul din criza are rar ocazia sa vada un individ in doliu venind din proprie initiative in program. De cele mai multe ori este adus de familie, prieteni sau personal de ingrijire din cauza tulburarilor de functionare, a incapacitatii de coping cu distressul pierderii, a ecloziunii ideilor suicidare sau a aparitiei de simptome psihopatologice. Ori cum ar fi, lucratorul din criza trebuie sa considere ca a fi alaturi de o persoana care se confrunta cu doliul este un mare privilegiu si chiar un dar. Asa cum spunea Becvar (2003): *“aceasta experienta sporeste si afirma abilitatea de a valoriza atat ce este obisnuit cat si ce este extraordinar si furnizeaza oportunitatea de a ajuta si usura experienta de doliu a altora”*.

Lucratorul in criza trebuie sa fie pregatit pentru a lucra cu o persoana ca traieste doliul. Lucrul cel mai important este ca el sa nu vina cu idei preconceptionale despre cum doliul trebuie exprimat si trait. Fiecare individ traieste doliul in modul sau particular si din acest motiv nu poate

exista o persoana cu expertiza specifica. Dupa cum spunea Welshons (2002): *“rolul tau este de a fi prezent si impreuna cu persoana, mai curand decat a fi un salvator; un companion mai degraba decat un ghid, un prieten mai degraba decat un profesor”*.

Totusi exista cateva sugestii pe care lucratorul din programul in criza trebuie sa le urmeze de fiecare data cand se intalneste cu un individ care traieste doliul. Acestea sunt izvorate din ideea ca cel mai bun si asteptat raspuns la durerea doliului este validarea, exprimarea faptului ca ceea ce experimenteaza subiectul este ceva normal, uman si pe de-a intregul acceptat. In felul acesta se creeaza premisele deschiderii lui catre un dialog autentic. Aceste sugestii sunt prezentate in tabelul Nr. 5 (Wheeler-Roy si Amyot, 2004).

1. Contactul vizual si expresia faciala:	- fa contact vizual dar nu privi fix;
	- exprima facial interesul si grija;
	- evita gesture care sa-ti acopere fata;
2. Limbajul corporal:	- fi atent si relaxat si foloseste gesture pozitive;
	- orienteaza corpul spre persoana care vorbeste;
	- stai la acelasi nivel cu persoana;
3. Stilul vocal:	- adopta o pozitie “deschisa” (nu sta picior peste picior sau cu bratele incrucisate);
	- foloseste stilul normal al conversatiei, nu dramatiza;
	- vorbeste relaxat si cald;
4. Stilul comunicarii:	- nu schimba subiectul si nu intrerupe;
	- ofera timp si nu te arata precipitat;
	- respecta momentele de liniste si reflexive ale subiectului;
5. Comunicarea empatica si actica	- ascultarea in maniera empatica, active si suportiva
	- validarea experientelor emotionale ale subiectului ca normale si acceptabile
	- exprimarea compasiunii prin prezenta autentica alaturi de subiect atat in tacerile cat si in marturisirile lui

Tabelul Nr. 5: Sugestii privind contactul cu un subiect ce traieste doliul (dupa Wheeler-Roy si Amyot, 2004)

7.2. Evaluarea severitatii doliului si a impactului asupra functionarii

Din primele momente ale contactului cu subiectul, lucratorul in criza trebuie sa se asigure ca incaperea este adecvata, linistita, cu destula lumina, sa nu accepte alte persoane, in special alt coleg, sa ofere un loc confortabil subiectului si sa se pozitioneze fata in fata, insa nu prea aproape unul de altul. Este bine ca sa nu existe vreo piesa de mobilier intre cei doi.

Pe tot parcursul comunicarii cu subiectul, lucratorul in criza trebuie sa exprime faptul ca este impreuna cu subiectul in aceasta incercare; *“a fi impreuna este cel mai eficient ajutor pe care poate sa-l primeasca o persoana in aceasta situatie. Exista mai multe feluri de a fi in compania*

cuiva (Wolfelt, 1998) si in situatia doliului primul fel trebuie sa fie cel spiritual, cand profesionistul exprima condoleantele fata de pierderea suferita (“*vreau sa exprim condoleantele mele sincere fata de pierderea suferita*”...), aceasta facandu-se in mod decent si empatic (“*compania spirituala*”) ca apoi sa continue cu validarea doliului subiectului (“*imi dau seaman cat va este de greu in aceste momente si va asigur ca aveti toata consideratia si respectul pentru suferinta care o incercati*”...). Apoi lucratorul in criza isi indreapta focusul spre persoana disparuta, cerand detalii despre cine e persoana disparuta, care este gradul de rudenie, cand a decedat, in ce conditii, etc, toate aceste intrebari fiind puse cu delicatete si in secventa in care subiectul este dispus sa dezvaluie aceste informatii (“*compania prin curiozitate*”). In cele mai multe cazuri subiectul vrea sa vorbeasca despre persoana disparuta ca un gest de evocare pioasa. De-a lungul naratiunii subiectului, lucratorul trebuie sa asculte atent si empatic si sa furnizeze sugestiile conversationale adecvate pentru a face subiectul sa puna povestea lui in cat mai multe cuvinte (“*compania prin ascultare*”). Daca se opreste, aceste momente de liniste trebuie respectate ca si momentele in care este emotional si plange sau suspina; lucratorul din criza va ramane nemiscat in acele momente, poate doar sa ofere un pahar cu apa si un servetel pentru a-si sterge ochii si fata, nu va pune mana pe subiect, nu-l va mangaia sau bate pe spate (“*compania prin liniste si nemiscare*”). In acele momente subiectul are nevoie doar de o prezenta decenta si de nu martor (“*compania prin prezenta*”).

Prin nararea doliului subiectul va evoca persoana disparuta, cat de importanta a fost aceasta pentru subiect, cat de mult ii lipseste si cat de mult sufera. Pe parcursul acesteia subiectul va infatisa felul cum experimenteaza doliul, iar clinicianul trebuie sa-l incurajeze sa descrie cu cat mai detalii experientele lui si sa identifice, sa inteleaga si sa puna in cuvinte aceste sentimente. Nu trebuie uitat ca ideatia suicidara poate exista undeva ascunsa printre trairile dureroase ale subiectului si daca ea nu este evocata de subiect, ea trebuie in mod activ explorata de clinician. Cu putine exceptii, subiectul nu va descrie felul cum durerea lui interfera cu viata lui curenta, nu se va plange despre aceasta, dar lucratorul din criza trebuie sa evalueze cu foarte multa grija felul si magnitudinea cu care trairea doliului afecteaza functionarea subiectului in diferite arii ale vietii lui, precum cea vocationala, sociala si domestica. Parcurgand secventa tipica de mai sus, tabloul traiirii doliului se completeaza treptat, respectiv sentimentele si gandurile subiectului, distresul provocat de doliul si interferenta acestora cu functionare obisnuita a subiectului.

In aceasta etapa a comunicarii, nu se recomanda ca clinicianul sa caute sa identifice daca subiectul vrea sau incearca sa depaseasca doliul. A pune astfel de intrebari prea curand pe

parcursul evaluării semnifică faptul că doliul lui nu este validat, nu este înțeles și subiectul începe să creadă că nu a fost ascultat sau nu este în locul potrivit; cu astfel de întrebări se deschide etapa ulterioară, de intervenție.

Doliul are un impact asupra tuturor aspectelor vieții individului și nu se aseamănă cu nici o altă traumă. Deși fiecare om experimentează doliul în modul lui propriu, există manifestări comune, precum cele amintite în secțiunea a 4-a a acestui capitol. Reamintim aici că este vorba de reacții fizice, comportamentale, emotionale și cognitive a căror durată este variabilă în funcție de o serie de factori dintre care cei mai importanți sunt felul relației de atașament cu persoana dispărută, bruscheta pierderii, personalitatea supraviețuitorului și istoria traumelor și a pierderilor pe care le-a suferit. Aceste reacții sunt denumite “*primare*”, în sensul că ele apar imediat, sunt quasi-universale și se datorează impactului direct și nemediat asupra individului. Dar sunt și pagube zise “*secundare*”, cele care urmează reacțiilor primare și care sunt mai de lungă durată. Acestea sunt cele care afectează înțelesurile și sensurile existenței pe termen lung, rolurile persoanei, relațiile cu alții, statutul economico-financiar, structura familiei, capacitatea funcțională sau abilitatea de a spera și de a seta un scop. Aceste “*pierderi secundare*” sunt cele care vor antrena modificările de durată a individului care se confruntă cu pierderea unei persoane dragi și sunt tinta schimbărilor adaptative făcute de subiect singur sau cu ajutorul altora.

După formarea unei alianțe empatică și fluidizarea comunicării, clinicianul din programul de criză va putea să treacă la evaluarea modului în care subiectul trăiește doliul. Este bine ca această evaluare să se facă după un plan bine stabilit care să identifice severitatea “*domeniilor doliului*”, respectiv factorii sub care se aglutinează unele din simptomele pierderii (Altmaier, 2011). Aceste domenii și definițiile lor sunt prezentate în Tabelul Nr. 6.

Prezența afectărilor din aceste domenii și simptomele pierderii se pot decela printr-un interviu cu întrebări deschise, conform experienței clinice a profesionistului. Nu trebuie uitat niciodată să se ia în considerare și contextul cultural în care se plasează subiectul, context care imprimă particularități deosebite felului cu se exteriorizează doliul.

În cazul în care există dubii sau pentru o evaluare documentată, clinicianul poate administra instrumente structurate de evaluare a doliului și în special pentru decelarea doliului complicat. Există o serie de instrumente de evaluare care dețin proprietăți psihometrice satisfăcătoare pentru a fi introduse în practica curentă. Dintre acestea menționăm:

Domeniul	Definitia
Simptome fizice	Reactii fiziologice si somatice
Dificultati cognitive	Dificultati de memorie, concentrare, judecata
Incertitudine asupra viitorului	Pierderea intelesului vietii, pessimism asupra viitorului
Negare	Neacceptarea pierderii, soc, confuzie, perplexitate
Interactiuni interpersonale	Schimbari in relatiile cu ceilalti
Raspuns emotional	Plaja larga de reactii specifice pierderii si doliului
Injustitia pierderii	Frustrare, sentimentul ca nu e just, ca lumea nu e dreapta
Ritualuri simbolice	Angajarea in comportamente si ritualuri simbolice
Continuarea legaturii	Continuarea legaturii afective, cognitive si comportamentale
Beneficiul doliului	Schimbari pozitive ale selfului urmare a pierderii

Tabelul Nr. 5: Domeniile pierderii si definitiile lor (Altmaier, 2011)

7.2.1. Inventarul Texas pentru doliu – forma revizuita (*Texas Revised Inventory of Grief – TRIG*) a fost dezvoltat de Faschingbauer si colab. 1987). Instrumentul de autoevaluare contine 21 itemi, impartiti in doua subscale, una pentru evaluarea doliului current si alta pentru evaluarea afectarii imediat dupa piarderea persoanei. Fiecare item este evaluat pe o scala cu cinci ancore, in functie de cat de adevarata sau falsa este afirmatia respectiva. Inventarul este frecvent utilizat pentru ca ofera posibilitatea de a construi un profil al doliului individului si de a urmari evolutia lui in timp. Timpul de completare a acestei scale este de 5-10 minute.

7.2.2. Inventarul experientelor de doliu (*Grief Experience Inventory –GEI*) a fost construit de autorii lui (Sanders si colab. 1985) pentru a evalua evolutia longitudinala a doliului. El este un instrument laborios care contine 135 itemi grupati in 9 scale pentru doliu (disperare, manie-ostilitate, vinovatie, izolare sociala, lipsa de control, ruminatie, depersonalizare, somatizare si anxietate), 3 scale de validitate (negare, raspunsuri atipice si dezirabilitate sociala) si 6 scale de cercetare (tulburari de somn, apetit, fatigabilitate, simptome fizice, optimism-disperare si dependenta). Scala reuseste sa identifice persoanele cu doliu si un scor mare indica dificultatile persoanei de a accepta pierderea.

7.2.3. Elementele esentiale ale pierderii (*Core Bereavement Items – CBI*) este destinata sa evalueze intensitatea reactiei de doliu si cuprinde 17 itemi grupati in trei scale (imagini si ganduri, separare acuta si doliu) la care se raspund in functie de frecventa simptomului (Burnett si colab. 1997). Acesti itemi au fost selectionati prin analiza factoriala a 76 de simptome care au

fost identificate prin interviuri directe cu persoane care traiau doliul. Exista si versiunea lunga a scalei, care are 35 itemi si 7 factori.

7.2.4. Lista Hogan a reactiilor de doliu (*Hogan Grief Reaction Checklist – HGRC*) a fost dezvoltata in mod special pentru a deosebi doliul de depresie si anxietate (Hogan si colab, 2001). Instrumentul are 61 itemi grupati in 6 categorii: disperare, comportament de panica, manie/blamare, dezorganizare, detasare si dezvoltare personala.

7.2.5. Scalele Jacobs de masurare a doliului (*Grief Measurement Scales – GMS*) au fost construite de Jacobs si colab.(1986) in baza teoriei atasamentului. Este vorba de un interviu structurat in doua parti, care evalueaza perplexitatea si negarea cu 7 intrebari si anxietatea de separare cu 12 intrebari.

7.2.6. Inventarul doliului complicat - forma revizuita (*Inventory of Complicated Grief-R – ICG-R*) este instrumentul cel mai utilizat pentru identificarea si evaluarea severitatii doliului complicat. El a fost dezvoltat si revizuit de Prigerson si colab. (1995 si 2009) si a cunoscut mai multe versiuni, iar versiunea pe care o prezint in acest capitol si pe care o recomand a fi inclusa in practica curenta a programului de criza, este cea cu 17 intrebari. Intrebarile vor sa identifice existenta simptomelor apartinand distresului de separare (Criteriul A1), a distresului traumatic (Criteriul A2), durata mai mare de 6 luni (criteriul C) si felul cum acestea au afectat functionarea individului (Criteriul D). Primele 4 intrebari, apartinand sectiunii A1 si urmatoarele 11 intrebari, apartinand criteriului A2, solicita un raspuns pe o scara Likert cu 5 puncte. Intrebarea 16, corespunzand criteriului durata C, exploreaza persistenta acestor simptome, iar intrebarea 17, corespunzand criteriului D, evalueaza functionarea subiectului. Prezenta doliului complicat se justifica daca subiectul a furnizat un scor egal sau mai mare de 4 la 3 din intrebarile din sectiunea A1, un scor egal sau mai mare de 4 la 5 din intrebarile de la sectiunea A2; in plus simptomele trebuie sa dureze mai mult de 6 luni si sa interfere cu functionarea subiectului. Aceasta scala a trecut cu succes mai multe studii de validitate si confidanta prezentand astfel calificative psihometrice foarte bune. Se presupune ca aceasta scala va fi inclusa in DSM-5 ca instrument de evaluare a doliului complicat. Scala este prezentata in Anexa Nr. 1.

Daca in urma evaluarii, subiectul implineste criteriile unui doliu complicat, lucratorul in criza trebuie sa indrume subiectul catre specialistul psihiatru, sa-i furnizeze imediat legatura cu acesta si sa planifice cat mai rapid aceasta vizita medicala. Lucratorul in criza trebuie sa informeze respectivul specialist despre vizita acestui pacient si in felul acesta face transferul de responsabilitate. Contactele ulterioare de urmarire se stabilesc cu aceasta ocazie.

7.3. Incurajarea exprimarii emotiilor, gandurilor, comportamentelor si a copingului cu doliul

Felul cum un subiect care isi traieste doliul este potrivit sa fie consolatat si ajutat este inca un mister in cultura vestica. Este bine cunoscuta jena sau chiar frica a oamenilor de a nu comite vre-o impolitete atunci cand comunica cu un astfel de individ. Lucratorul din criza nu se poate considera un expert in aceasta privinta pentru ca fiecare individ isi traieste doliul in mod aparte. Se recomanda ca dupa o faza preliminara, de constituire a unei legaturi empaticе, sa se continue cu invitarea politicoasa a subiectului de a vorbi despre pierderea suferita si despre sentimentele lui. Exprimarea interesului si curiozitatea profesionala de a afla cat mai multe despre cum subiectul experimenteaza doliul il ajuta pe acesta sa verbalizeze si sa contureze mai bine sentimentele si gandurile lui. Prin stilul de ascultare activa, clinicianul furnizeaza sugestiile conversationale pentru a face cat mai clara si laborioasa povestea lui si astfel subiectul identifica si numeste fiecare din trairile lui. Aceasta este adevaratul inteles al acestei faze, de a ajuta subiectul sa identifice, sa denumeasca si sa descrie sentimentele, gandurile si comportamentele doliului sau. Pe parcursul acestei comunicari, clinicianul intreaba cu delicatete si la momentul potrivit, daca subiectul considera ca aceasta povara a doliului trebuie s-o duca inainte sau vrea sa o depaseasca cumva si daca a facut unele eforturi in sensul acesta. Este bine sa se evite intrebarile care incep cu “de ce”, uimirea legata de modul in care subiectul vrea sau nu vrea sa depaseasca necazul pe care-l traieste, de strategiile utilizate, etc. Din contra, lucratorul in criza trebuie sa recunoasca trairile subiectului, sa le valideze, sa aprobe ceea ce a facut sau vrea sa faca. Subiectul este expert in doliul sau si orice imixtiune poate sa-l faca sa se retraga din comunicare. Ceea ce in mod obisnuit subiectul accepta, este impartasirea experientei proprii dintr-o situatie asemanatoare, respectiv impartasirea experientei doliului propriu. Apoi se va incerca trezirea curiozitatii subiectului spre modalitati noi de coping. In tabelul Nr. 6 se afla o lista cu cateva din strategiile simple de coping care s-ar potrivi indivizilor in doliu.

<i>O persoana depaseste pierderea odata cu trecerea timpului si, cu oarecare suport din afara, accepta pierderea si dobandeste un nou inteles pierderii, vietii si identitatii.</i>
- Nu lupta cu durerea si celelalte sentimente pe care le ai; nu-ti spune cum ar trebuie sa te simti si nu lasa pe altii sa-ti spuna cum ar trebuie sa te simti;
- Fi rabdator cu acest proces, nu te grabi, indiferent de asteptarile pe care le ai;
- Accepta ca ai nevoie de experienta acestei dureri, de emotiile tale si ca drumul tau spre revenire are calendarul sau, nu te compara cu altii; nimeni nu poate sa-ti spuna ce sa simti si cand sa te opresti;
- Exprima sentimentele tale, daca vrei sa plangi, plange, ambele sunt modalitati ale recuperarii din doliu;
- Cauta ajutor in afara, vorbeste despre pierderea ta, despre trairile tale, nu gandi ca protejezi familia ta daca nu vorbesti despre ea, cere ajutor de la altii, cauta pe altii care au pierdut pe cineva drag si vorbeste cu ei;

-	Incearca sa mentii o viata normala, nu fa schimbari majore acum (de ex. sa te muti, sa-ti schimbi locul de munca, sa schimbi relatii, etc.) in primul an de doliu; incearca sa-ti pastrezi radacinile acolo unde le ai ca sa-ti pastrezi un sentiment de securitate;
-	Ai grija de tine insuti, alimenteaza-te corect si fa exercitii fizice; activitatea fizica este o metoda buna de a reduce tensiunea; incearca sa te odihnesti si sa dormi cat mai bine;
-	Evita sa bei mult sau sa folosesti droguri, asta te face sa-ti obturezi emotiile, ba chiar poti sa adaugi alte probleme la cele pe care le ai déjà;
-	Iarta-te pentru greselile pe care le faci sau le-ai facut, compasiunea si iertarea fata de tine insuti si fata de altii este o cale importanta spre revenire;
-	Da-ti o pauza din doliu, incearca sa te relaxezi, sa faci lucruri care iti faceau placere alta data, du-te la teatru sau cinema, citeste o carte, asculta muzica, du-te la coafor sau manichiura, mergi la restaurant cu un prieten;
-	Nu neglija sarbatorile, aniversarile, vacantele si alte ritualuri de familie, cu prietenii sau pentru tine insuti; planifica timpul pe care vrei sa-l petreci cu altii;
-	Fa ceva in memoria persoanei dragi pe care ai pierdut-o;
-	Participa la un grup de discutii pe probleme de doliu (in persoana sau pe internet), afla ce au simtit si trait altii, cauta sa gasesti sfaturi practice;
-	Cand te simti in stare, fa ceva creativ: scrie o scrisoare la persoana care a murit si spune-i ce ai vrei sa-i spui; scrie in jurnalul tau, picteaza, planteaza flori sau copaci,
-	Implica-te in cauze si activitati comunitare pentru a-i ajuta pe altii in numele persoanei disparute sau ceea ce crezi ca persoana disparuta ar dori sa faci;

Tabelul Nr. 6: Sugestii de moduri de coping cu doliul

7.4. Evaluarea sigurantei subiectului si formularea planului de siguranta:

Oricand pare potrivit pe parcursul comunicarii, clinicianul trebuie sa-si ia libertatea sa intrebe despre existenta gandurilor suicidare active in prezent sau in trecut. Siguranta subiectului are prioritate in fata oricaror activitati din interventia in criza. Trebuie evaluata cu grija vulnerabilitatea generala pentru suicid, prin explorarea atat a istoriei de suicidalitate, cat si a existentei ideatiei suicidare in prezent. De importanta deosebita este decelarea relatiei dintre prezenta ideatiei suicidare si doliul sau cu psihopatologia de co-morbiditate, precum depresia, anxietatea, tulburarea postraumatica, personalitatea borderline, etc.

Prezenta ideatiei suicidare declanseaza cascada de evaluare a riscului, respectiv evaluarea severitatii ideatiei suicidare, prezenta intentiei suicidare, setarea unui moment al suicidului, existenta planului de suicid si existenta mijloacelor de suicid. Evaluarea riscului de suicid se face cel mai bine prin instrumente standardizate, prezentate pe larg in capitolul dedicat evaluarii si interventiei in caz de ideatie suicidara. Aceste instrumente, precum scala Columbia pentru evaluarea severitatii riscului suicidar sau Checklist-ul de evaluare a lui Rogers, au avantajul unei evaluari complete, dar si cel al documentarii si responsabilitatii fata de cazul in speta. Prezenta unei suspiciuni cat de mici a pericolului de suicid trebuie sa-l faca pe lucratorul din programul de criza sa formuleze un plan de siguranta pe care subiectul sa-l agreeze. La fel, contactele de

urmarire cat mai stranse fac ca subiectul sa fie tinut intr-o retea de siguranta de care are nevoie atat timp cat ideatia suicidara este activa.

Cititorul este invitat de viziteze adresa web de mai jos pentru a afla mai multe amanunte despre modul cum se face evaluarea unui subiect suicidar si cum se formuleaza un plan de siguranta:

<http://www.vrasti.org/5.%20Evaluarea%20si%20interventia%20in%20criza%20pentru%20un%20individ%20suicidar.pdf>)

7.5. Reimputernicirea subiectului cu capacitatea de a restaura functionarea si relocarea emotionala a persoanei care a decedat:

Aceasta etapa este nucleul interventiei clinicianului in cazul crizei subiectului aflat in doliu. Contrar a celor care s-ar putea crede, in aceasta etapa lucratorul in criza nu trebuie sa se focalizeze pe usurarea distresului subiectului, ci pe re-imputernicirea lui cu capacitatea de a se reconecta la viata curenta si de a merge inainte. Cum un individ depaseste distresul pierderii si cel al separarii sunt probleme prea personale ca cineva din afara sa-i spuna ce sa faca sau sa-i tina lectii si discursuri; astfel de abordari sunt sortite esecului. In schimb, ajutorul oferit subiectului de a incepe sa se reinsereze in viata obisnuita, sa recupereze rutinele de munca, familiale, de odihna si de recreere, sunt binevenite. Subiectul trebuie ajutat sa inteleaga ca sentimentele si gandurile legate de doliul sunt un mod de a tine persoana pierduta in viata si langa inima lui, iar el nu trebuie sa "lupte" cu aceste sentimente si ganduri cu scopul de a continua viata. El trebuie sa traseze o linie intre doliu si functionarea lui, sa le puna "pe doua pagini diferite", sa inceapa sa creada ca insasi persoana disparuta ar vrea sa-l vada activand, muncind, ingrijindu-se de familia lui si de el insusi. Avand o existenta normala, el va fi capabil sa tina in viata mai bine si mai aproape persoana disparuta, cu conditia sa nu le amestece impreuna. In acest sens, ajuta subiectul sa creada ca are capacitatea si puterea sa inceapa sa traiasca din nou si ca aceasta nu inseamna ca intoarce spatele persoanei pe care a pierdut-o. Lucratorul din criza este bine sa incerce, impreuna cu subiectul, sa formuleze un plan concret de ingrijire, care sa cuprinda cateva din actiunile pe care subiectul este de acord sa le intreprinda:

- (i) Sa priveasca in fata sentimentele sale, sa le exprime intr-un mod tangibil, sa le denumeasca si sa le accepte, sa nu se judece pentru ele, sa nu se lupte cu ele si sa nu accepte ca altii sa-i spuna cum ar trebui sa se simta;

- (ii) Primul lucru concret care poate sa-l faca, este sa se intoarca spre familie si prietenii lui, sa sparga izolarea si sa accepte sa vorbeasca, sa pune in cuvinte doliul dar si speranta lui. Este important sa nu traiasca singur doliul. Daca este singur, se poate adresa unor grupuri de auto-ajutor existente in comunitate;
- (iii) De mare importanta este sa aiba grija de el insusi, sa inceapa sa fie mai atent cum apare in public, incepand de la igiena personala pana la imbracaminte, sa se alimenteze si sa se hidrateze corect, sa nu consume alcool sau droguri, sa caute sa se odihneasca adecvat, sa reinceapa sa aiba grija de medicatia recomandata pentru tulburarile lui preexistente doliului;
- (iv) Apoi subiectul trebuie incurajat sa inceapa sa se adapteze la rolul si contextul nou creat prin disparitia persoanei, respectiv sa inceapa sa rezolve problemele financiare sau locative, sa-si aroge responsabilitatile care ii revin, sa ia deciziile care se cuvin;
- (v) Subiectul sa seteze un punct in timp cand sa inceapa sa lucreze, sa se duca la serviciu si sa-si reia obligatiile sociale si vocationale asumate anterior;
- (vi) Sa-si faca un plan de coping cu situatiile care ar putea declansa reactii emotionale acute de doliu, precum participarea la comemorari, aniversari, intalniri care resusciteaza cu putere amintirea persoanei pierdute;
- (vii) Sa incerce sa exprime sentimentele de pierdere intr-un mod creativ, respectiv sa utilizeze un mod evocativ-simbolic (sa scrie intr-un jurnal, sa asculte muzica, sa cante la un instrument, sa planteze flori sau un pom, sa dea numele persoanei unei actiuni sau gest caritabil, etc.);
- (viii) sa incerce sa restructureze gandurile lui despre pierdere, sa dea inteles acestora, sa priveasca "filozofic" viata, sa identifice si sa accepte schimbarile care se petrec cu el insusi, sa transfere in spiritualitate pierderea si intelesul ei;
- (ix) sa mediteze la necesitatea de a merge la un consilier sau terapeut daca crede ca aceasta este benefic (vezi tabelul de mai jos);

Contacteaza un consilier/terapist daca exista:
- Sentimentul constant ca viata nu merita traita;
- Dorinta de a fi murit impreuna ca persoana iubita;
- Blamarea pentru pierdere sau pentru a nu o fi prevenit;
- Apatie constanta, izolare sociala, pierderea interesului pentru viata;
- Ideatie paranoida, blamarea altora, suspiciozitate exagerata;
- Incapacitate de a performa activitati uzuale;

7.6. Prezentarea resurselor disponibile si indrumarea:

Interventia continua cu introducerea subiectului in resursele pe care comunitatea le ofera persoanelor care se confrunta cu doliul precum: consilieri si terapeuti specializati in acest domeniu, grupuri de discutii si auto-ajutor, consiliere spirituala, organizatii religioase si de consiliere religioasa, servicii de sanatate mentala, organizatii sau agentii care ofera consiliere legala, financiara sau ajutor domestic. Pentru fiecare din acestea subiectul primeste o carte de vizita cu adresa si modul de contactare. Lucratorul din criza trebuie sa evidentieze cat de important este ca subiectul sa aibe pe cineva alaturi, sa accepte ajutor din afara, sa ia decizii si sa resolve problemele la timp si in bune conditii. Aceasta etapa se incheie cu formularea unui plan care cuprinde ce ajutor extern are nevoie subiectul si la care va fi referit de programul de criza. Indrumarea se face prin contactarea activa a persoanei sau agentiei/organizatiei care va fi contactata, solicitarea unei vizite pentru subiectul in cauza cu specificarea datei si orei rezervate. Daca subiectul este indrumat la o vizita medicala de specialitate, aceasta indrumare este insotita de transferul de responsabilitate, respectiv de transferul informatiilor profesionale urmat de cel putin un contact de urmarire (de ex. un telefon relativ la prezentarea subiectului la vizita medicala si rezolutia acesteia).

7.7. Contactele de urmarire

Ca si in alte cazuri de interventie in criza, activitatea lucratorului in criza nu se opreste odata ce contactul direct sau telefonic cu subiectul s-a incheiat, pentru ca nici responsabilitatea profesionala a acestuia nu se termina aici. In functie de severitatea crizei, a resurselor de coping ale subiectului, al suportului proximal, a prezentei factorilor de risc sau a celor medicali, clinicianul discuta cu subiectul nevoia contactelor de follow-up, obtine acordul de a fi chemat la domiciliu, stabileste orarul si frecventa acestora si scopul acestora. Ideal, scopul acestor contacte este de a trece in revista progresele subiectului, evaluarea riscurilor, revizuirea planul de ingrijire sau de siguranta care a fost deja formulat, evidentierea nevoilor subiectului si oferirea de ajutor pentru rezolvarea acestora, sugestii privind copingul cu dificultatile curente si exprimarea disponibilitatii programului de criza de a ajuta in continuare. Criza este o problema punctuala a vietii subiectului, dar rezolvarea ei este o problema longitudinala a clinicianului impreuna cu subiectul.

In Diagrama nr. 1 se prezinta algoritmul tipic al evaluarii si interventiei in cazul crizei subiectului care se confrunta cu doliul dupa pierderea unei persoane dragi.

7.8. Documentarea

Toate activitatile desfasurate cu subiectul si/sau in numele subiectului vor fi evidentiate in notele clinice redactate dupa fiecare din contactele cu acesta. Aceste note ofera justificare si credibilitate activitatilor desfasurate, mentine un standard profesional inalt si conduc la aliniere la codurile de buna practica profesionala si pot fi considerate ca documente legale in cazuri litigioase. Aceste note clinice sunt si un mod in care profesionistul isi ofera un feed-back narativ, iar directorul de program poate exercita o superevizare calitativa.

7.9. Doliul la copii

Pornind de la idea larg raspandita ca copii nu inteleg semnificatia doliului, adultii cauta sa tina departe copii de ceea ce se intampla in familie cand cineva drag a disparut. Mai mult, adultii considera ca nu exista vocabular pentru a conversa cu copii despre moartea cuiva si de aceea este nepotrivit si jenant sa discuti cu copii acest subiect. Exista ceva adevar in aceste credinte populare, precum faptul ca copii prescolari gandesc ca moartea este doar temporara si oricum este reversibila. Mai tarziu, dupa 9 ani, copii incep sa inteleaga ca moartea este ceva ireversibil si cu ocazia aceasta incep sa perceapa durerea pierderii, care se manifesta ca o rupere a legaturii de atasament insotita de sentimente de insecuritate, anxietate si vinovatie. Uneori comportamentul este mai mult dominat de manifestari comportamentale aberante. Mai jos sunt cateva sugestii referitor la modul de a vorbi cu un copil despre doliu (dupa www.dougy.org):

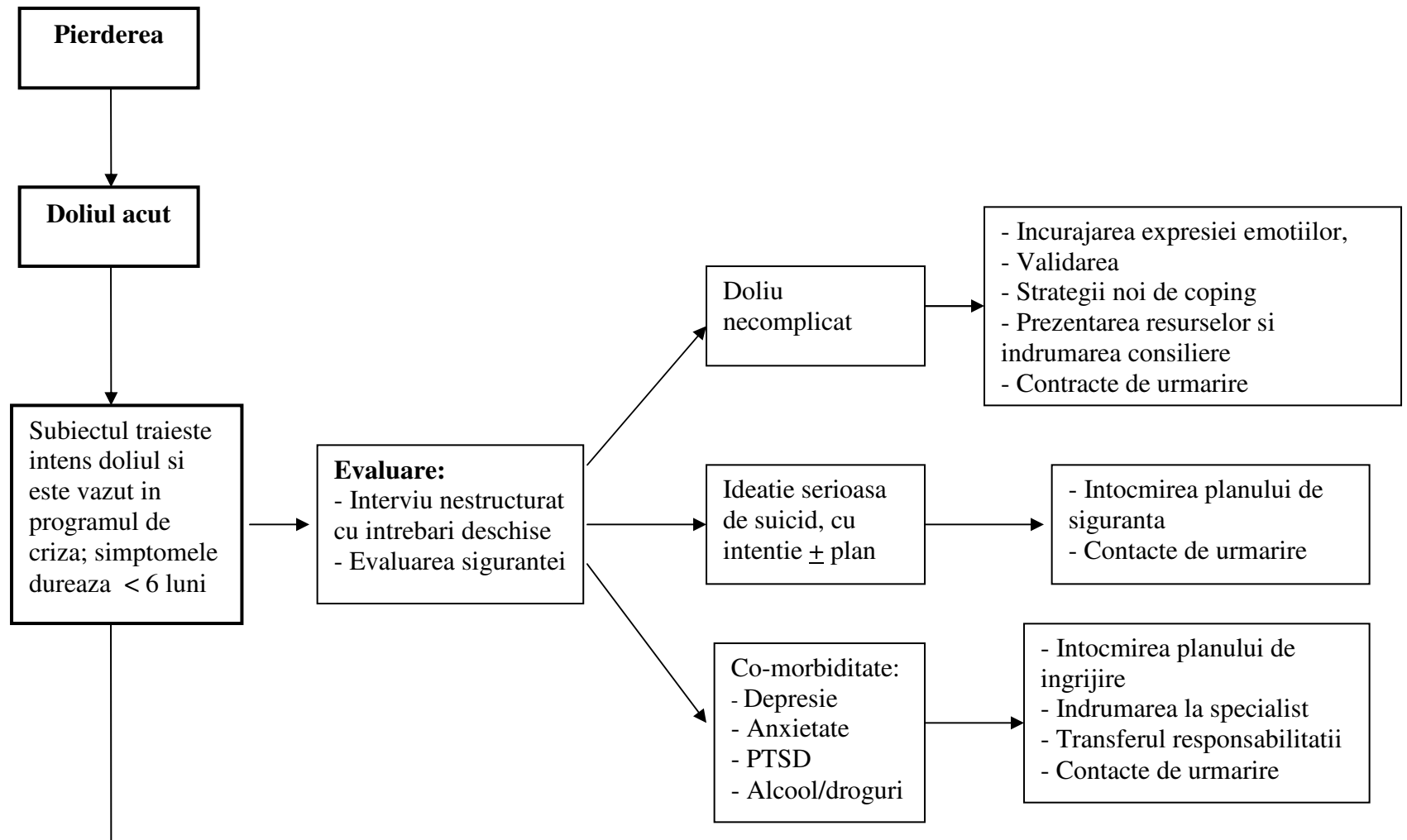
- Indiferent de intrebarile pe care le pun, trebuie sa se raspunda cat mai onest;
- Explica ce s-a petrecut in asa fel incat copilul sa inteleaga;
- Incurajeaza-l sa vorbeasca, asculta-l si accepta-i sentimentele;
- Raspunde-l la intrebari scurt si simplu, nu spune ca e prea mic ca sa inteleaga;
- Nu-i provoca frica;
- Asigura-l ca este iubit, protejat si in siguranta;
- Exprima afectiune, suport si grija;
- Nu ascunde sentimentele tale.

7.10. Doliul si familia

Este de la sine inteles ca atunci cand cineva moare este afectata toata familia, inasa trebuie acceptat ca fiecare din familie are propriul lui mod de a trai, a exprima si rezolva doliul. Si fiecare familie, ca intreg, are propria ei expresie a doliului in functie de valorile culturale si spirituale in care este ancorata, cat si in functie de relatiile si dinamica care existenta intre membrii ei. Moartea creiaza un vacuum si sistemul emotional familial va incerca sa-l umple oricum.

Dintre factorii care afectreaza doliul in familie trebuie mentionat: (i) contextual social si etnic, (ii) istoria pierderilor anterioare, (iii) in ce moment al ciclului vietii s-a petrecut decesul. (iv) natura decesului, (v) pozitia in familie a celui decedat, (vi) modalitatea de comunicare in familie, (vii) gradul de instructie, (viii) spiritualitatea si religiozitatea membrilor ei (Moules si colab. 2007).

Lucratorul din programul de criza nu are ocazia sa abordeze problema doliului in mod sistemic; prin definitia crizei si natura activitatii lui, lucratorul se focalizeaza numai pe un individ anume, cel care este subiectul crizei. Desi familia face parte din contextual in care criza apare, se desfasoara si se remite, interventia in criza este tintita doar pe subiectul purtator al crizei..



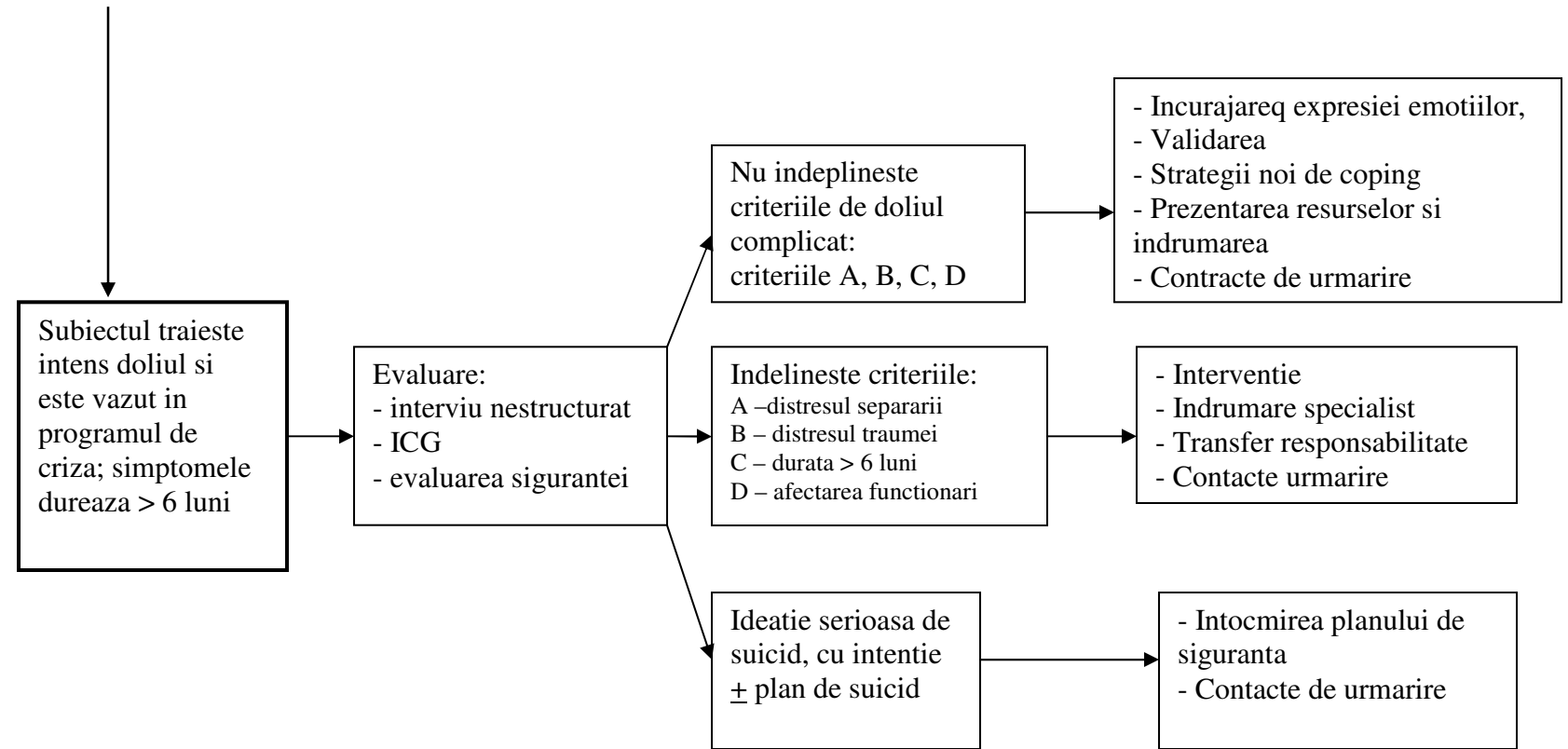


Diagrama Nr. 1: Algoritmul de evaluare si interventie in caz de doliu

Anexa Nr. 1:**Inventarul doliului complicat** (*Inventory of Complicated Grief – Revised*)

<p>Incercuiti numarul din coloana din dreapta care descrie cel mai bine sentimentele pe care le traiti in ultimele luni. Locul gol din corpul intrebarii se refera la persoana care a decedat.</p>	
Section A	
1. Sunt obsedat de gandurile mortii _____ (pune numele persoanei).	1. Aproape niciodata (mai putin decat o data pe luna)
	2. Rar (lunar)
	3. Uneori (saptamanal)
	4. Adesea (zilnic)
	5. Tot timpul (de mai multe ori pe zi)
2. Ma simt atras de locurile si lucrurile asociate cu moartea _____ (pune numele persoanei).	1. Aproape niciodata (mai putin decat o data pe luna)
	2. Rar (lunar)
	3. Uneori (saptamanal)
	4. Adesea (zilnic)
	5. Tot timpul (de mai multe ori pe zi)
3. Mi-e dor tare de _____.	1. Nici un sentiment de dor sau lipsa
	2. Usor sentiment de dor
	3. Ceva dor
	4. Dor marcat
	5. Dor complexitor
4. Ma simt singur de cand a murit _____ .	1. Nu ma simt singur
	2. Rar ma simt singur
	3. Uneori ma simt singur
	4. Singuratate marcata
	5. Singuratate coplesitoare
Section B	
1. Trebuie sa fac ceva ca sa evit sa-mi amintesc ca _____ a murit.	1. Aproape niciodata (mai putin de o data pe luna)
	2. Rar (lunar)
	3. Uneori (saptamanal)
	4. Adesea (zilnic)
	5. Tot timpul (de mai multe ori pe zi)
2. Ma simt ca si cum viitorul nu are nici un sens si nu am nici un scop fara _____.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, coplesitor
3. Ma simt ca anesteziat si detasat de viata de cand _____ a murit.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, coplesitor
4. Ma simt socat, perplex si confuz de cand _____ a murit.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, coplesitor

5. Nu-mi vine sa cred ca _____ a murit.	1. Aproape niciodata (mai putin de o data pe luna)
	2. Rar (lunar)
	3. Uneori (saptamanal)
	4. Adesea (zilnic)
	5. Tot timpul (de mai multe ori pe zi)
6. Simt ca viata e goala si fasa inteles fara _____.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, copleditor
7. Mi-e greu sa-mi imaginez viata fara _____.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, copleditor
8. Am senzatia ca o parte din mine a murit odata cu _____.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, copleditor
9. Simt ca decesul _____ mi-a schimbat felul cum privesc acum viata.	1. Nici o schimbare
	2. Foarte rar simt ca s-a schimbat
	3. Uneori simt ca s-a schimbat viziunea mea
	4. Schimbare marcata a viziunii mele despre viata
	5. Schimbare foarte mare a viziunii mele
10. Simt dureri sau am unele simptome sau caracteristici pe care le avea si _____ inainte sa moara.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, copleditor
11. Ma simt ostil si manios dupa moartea _____.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, copleditor
Section C	
Am avut sentimentele de mai sus sau unele din ele pentru mai mult de 6 luni.	1. DA
	2. NU
	3. Neplicabil – subiectul nu are nici unul din simptomele de mai sus
Section D	
Cred ca doliul meu a condus la afectarea felului cum lucrez, ma relationez cu oamenii, cum traiesc acasa si in alte domenii ale vietii mele in ultima luna.	1. Nici o afectare functionala
	2. Usoara afectare functionala
	3. Moderata afectare functionala
	4. Marcata afectare functionala
	5. Afectare completa a functionarii

Bibliografie:

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Altmaier EM (2011): Best practice in counseling grief and loss: Finding benefit from trauma, *Journal of Mental Health Counseling*, 33(1): 33-45.

Attig T (2004): Disenfranchised grief revisited: Discounting hope and love, *Omega*, 49(3): 197-215.

Becvar DS (2003): The impact on the family therapist of a focus on death, dying, and bereavement, *Journal of Marital Family Therapy*, 29: 469-478.

Boelen PA, van den Hout MA, van den Bout J (2006): A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief, *Clinical Psychology and Science Practice* 13: 109-128.

Bowen M (1978): Family therapy in clinical practice, London: Aronson.

Bowlby J (1973): Attachment and Loss: Separation, Anxiety and Anger, Volume II. London: Hogarth Press.

Bryant RA (2010): Grief as a psychiatric disorder, *British Journal of Psychiatry*, 201: 9-10.

Burnett P, Middleton W, Raphael B, Martinek N (1997): Measuring core bereavement phenomena, *Psychological Medicine*, 27:49-57.

Clewell T (2004): Mourning beyond melancholia: Freud's psychoanalysis of loss, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52 (1): 43-67.

Corruble E, Chouinard VA, Letierce A, Gorwood PA, Chouinard G (2009): Is DSM-IV bereavement exclusion for major depressive episode relevant to severity and pattern of symptoms? A case-control, cross-sectional study, *Journal of Clinical Psychiatry*, 70: 1091-1097.

DeSpelder LA, Strickland AL (2005): The last dance: Encountering death and dying (7th ed.). Boston: McGraw-Hill Ryerson.

Doka K (Ed.) (2002): Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice, Champaign, IL: Research Press.

Engel G (1961): Is grief a disease? A challenge for medical research, *Psychosomatic Medicine*, 23: 18-22.

Faschingbauer T, Zisook S, DeVaul R (1987): The Texas Revised Inventory of Grief, in S Zisook (Ed.): Biopsychosocial aspects of bereavement, Washington, DC: American Psychiatric Press.

Field N, Gao B, Paderna L (2005): Continuing bonds in bereavement: An attachment theory perspective, *Death Studies*, 29: 277-299.

Fisher Ph (2002): *The Vehement Passions*, Princeton University Press.

Foot CE, Frank AW (1999): Foucault and therapy: The disciplining of grief, in AS Chambon, A Irving, and I Epstein (Eds.): *Reading Foucault for Social Work*, New York: Columbia University Press.

Fraley RC, Shaver PR (1999): Loss and bereavement. Attachment theory and recent controversies concerning "Grief Work" and the nature of detachment, in J Cassidy and PR Shaver (Eds.): *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*, New York: Guilford Press.

Fulton R, Gottesman DJ (1980): Anticipatory grief: A psychosocial concept reconsidered. *British Journal of Psychiatry*, 137: 45-54.

Genevro JL, Marshall T, Miller T, Center for the Advancement of Health (2004): Report on bereavement and grief research. *Death Studies*, Special Issue: Report on Bereavement and Grief Research by the Center for the Advancement of Health, 28: 491-491.

Glick IO, Weiss RS, Parkes CM (1974): *The first year of bereavement*, New York: John Wiley & Sons.

Granek L (2010): Grief as pathology: The Evolution of Grief Theory in Psychology From Freud to the Present, *History of Psychology* 13 (1): 46-73.

Hogan NS, DeSantis L (1996): Basic constructs of a theory of adolescent sibling bereavement, in: D Klass, P Silverman, and S Nickman (Eds.). *Continuing Bonds: New Understandings of Grief*. Washington, DC: Taylor & Francis.

Hogan NS, Greenfield DB, Schmidt LA (2001): Development and validation of the Hogan Grief Reaction Checklist, *Death Studies*, 25: 1-32.

Hogan NS, Morse JM, Tason MC (1996): Toward an experiential theory of bereavement. *Omega*, 33(1): 43-65

Hogan NS, Schmidt LA (2002): Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. *Death Studies*, 26: 615-634.

Howarth RA (2011): Concepts and controversies in grief and loss, *Journal of mental Health Counseling*, 33(1):4-10.

Illouz E (2008): *Saving the modern soul: Therapy, emotions, and the culture of self-help*. Berkeley: University of California Press.

Jacobs SC, Kasl SV, Ostfeld AM, Berkman L et al. (1986): The measurement of grief: bereaved versus non-bereaved, *Hospice Journal*, 2: 21-36.

Janoff-Bulman R, Berg M (1998): Disillusionment and the creation of values, in JH Harvey (Ed.): Perspectives on loss, New York: Brunner/Mazel.

Kastenbaum RJ (1998): Death, Society, and Human Experience (6th ed.), Needham Heights, Massachusetts: Viacom.

Kenna J (1961) Biographical notes on the ten founding members, in Steinberg H. (Ed.): The British Psychological Society 1901-1961. Leicester: The British Psychological Society.

Klass D, Silverman PR, Nickman SL (Eds) (1996): Continuing Bonds: New Understandings of Grief, Philadelphia, PA: Taylor and Francis.

Klein M (1994): Mourning and its relation to manic-depressive states, in RV Frankiel (Ed.): Essential papers on object loss, New York: New York University Press.

Kübler-Ross E (1969): On death and dying, New York: Macmillan.

Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG (2004): A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24: 637–662.

Lindemann E (1944): Symptomatology and management of acute grief, *American Journal of Psychiatry*, 101: 141-148.

Mallon B (2008): *Dying, Death and Grief: Working with Adult Bereavement*, London: Sage.

Middleton W, Raphael B, Martinek N, Misso V (1993): Pathological grief reactions, in M Stroebe, W Stroebe, RO Hansson (Eds.): *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*, New York: Cambridge University Press.

Moules NJ, Simonson K, Fleischer AR, Prins M, Glasgow B (2007): The soul of sorrow work: Grief and therapeutic interventions with families, *Journal of Family Nursing* 13(1): 117-141.

Neimeyer RA (1999): Narrative strategies in grief therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 12: 65-85.

Neimeyer RA (2001): Traumatic loss and the reconstruction of meaning, *Innovation in End-Life Care*, 3(6):1-10.

Neimeyer RA, Botella L, Herrero O, et al (2002a): The meaning of your absence: Traumatic loss and narrative reconstruction, in J Kauffman (Ed.): *Loss of the assumptive world: A theory of traumatic loss*, London: Brunner-Routledge.

Neimeyer RA, Prigerson HG, Davies B (2002b): Mourning and meaning, *American Behavioral Scientist*, 46(2): 235-251.

Parkes CM (1964): Effects of bereavement on physical and mental health: A study of the medical records of widows, *British Medical Journal*, 2(5404): 274-279.

- Parkes CM (1965): Bereavement and mental illness? A classification of bereavement reactions, *British Journal of Medical Psychology*, 38: 13-26.
- Parkes CM (1972): *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*. NY: International Universities Press, Inc.
- Parkes CM (1998): Bereavement in adult life. *British Medical Journal*. .316(7134): 856-859.
- Parkes CM (2002): Grief: Lessons from the past, visions for the future. *Death Studies*, 26: 367-385.
- Prigerson H, Bierhals A, Kasl S, Reynolds C et al. (1996): Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study. *American Journal of Psychiatry*, 153: 1484–1486.
- Prigerson HG, Bridge J, Maciejewski PK et al.(1999): Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry*, 156:1994-1995.
- Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, et al. (2009): Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11, *PLoS Medicine*, 6(9): e1000121.
- Prigerson HG, Jacobs SC (2001a): Caring for bereaved patients, *Journal of the American Medical Association*, 286: 1369-1376.
- Prigerson HG, Jacobs SC (2001b): Diagnostic criteria for traumatic grief, in MS Stroebe, RO Hansson, W Stroebe, H Schut (Eds.): *Handbook of bereavement research*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, Bierhals AJ, et al. (1995): Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss, *Psychiatry Research*, 59: 65-79.
- Rando T (2000): *Clinical dimensions of anticipatory mourning: theory and practice in working with the dying, their loved ones and their caregivers*, Champaign, IL: Research Press.
- Reynolds CF, Miller MD, Pasternak RE, Frank E et al (1999): Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life, *American Journal of Psychiatry*, 156: 202-208.
- Rothaupt JW, Becker K (2007): A literature review of western bereavement theory: From deathtaking to continuing bonds, *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 15(1): 6-15.
- Sanders CM, Mauger PA, Strong PA (1985): *A Manual for the Grief Experience Inventory*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Selby S (2007): Disenfranchised grievers: The GP's role in management, *Australian Family Physician*, 36(9):768-770.
- Shear MK, Mulhare E (2008): Complicated grief, *Psychiatric Annals*, 39: 662-670.
- Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer et al. (2011): Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28: 103–117
- Silverman GK, Johnson JG, Prigerson HG (2001): Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people, *Israel Journal of Psychiatry*, 38: 202-215.
- Silverman PR, Nickman SL, Worden JW (1992): Detachment revisited: the child's reconstruction of a dead parent, *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(4): 494-503.
- Stroebe M, Gergen MM, Gergen KJ, Stroebe W (1992): Broken hearts or broken bonds: Love and death in historical perspective, *American Psychologist*, 47(10): 1205-1212.
- Stroebe M, Schut H (1999): The dual process model of coping with bereavement: rationale and description, *Death Studies* 23(3): 197-224.
- Stroebe M, Stroebe W, Schut H, Zech W, van den Bout J (2002): Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? Evidence from two prospective studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70: 169-178.
- Stroebe M, van Son M, Stroebe W, Kleber R, Schut H, van den Bout J (2000): On the classification and diagnosis of pathological grief, *Clinical Psychology Review*, 20(1): 57–75.
- Szanto K, Shear MK, Houck PR et al. (2006): Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. *Journal of Clinical Psychiatry* 67: 233-239.
- Valentine C (2006): Academic constructions of bereavement, *Mortality*, 11(1): 57-78.
- Walter T (1996): A new model of grief: bereavement and biography, *Mortality*, 1(1): 7-25
- Weaver J (2010): Narratives from Grief Counseling: Client Perspectives on Effective Interventions and Strategies for Recovery, Counselor Education Master's Theses, Paper 112, The College at Brockport: State University of New York.
- Welshons J (2002): Awakening from grief, Open Heart Publication, NJ.
- Wheeler-Roy S, Amyot BA (2004): Grief counseling resource guide: A field manual, New York: Office of Mental Health
- Wolfelt AD (1998): Companionship versus treating: Beyond the medical model of bereavement caregiving, Past 3rd, *The Forum Newsletter*, Association of Death Education and Counseling.

Worden JW (2002): *Grief Counseling and Grief Therapy* (3rd ed.), NY: Springer Publishing.

Wright RM, Hogan NS (2008): Grief theories and models: Applications to hospice nursing practice, *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(6): 350-356.

Zisook S, Shuchter SR (2001): Treatment of the depressions of bereavement, *American Behavioral Scientist*, Special Issue: New Directions in Bereavement Research and Theory, 44: 782–792.