

Volum coordonat de
Camelia Soponaru

**MANUAL
DE
PSIHOLOGIE CLINICĂ**

●
Teorie, practică și specificitate

Cuvânt-înainte de Daniel David

POLIROM
2022

Cuprins

<i>Prezentarea autorilor</i>	7
<i>Cuvânt-înainte</i> (Daniel David)	15
<i>Prefață</i> (Camelia Soponaru)	17

Partea I

Psihologia clinică în teorie și practică

Psihologia clinică în contemporaneitate și în viitor (<i>Mădălina Petrescu</i>)	23
Practica în domeniul psihologiei clinice (<i>Valentina Neacșu</i>)	34
Formarea în psihologia clinică (<i>Valentina Neacșu</i>)	49
Supervizarea în psihologia clinică (<i>Camelia Soponaru</i>)	60
Profilul vocațional al psihologului clinician: competențe și responsabilități (<i>Andreea Butucescu, Dragoș Iliescu</i>)	72
Competența (inter)culturală în contextul psihologiei clinice. Evaluare și formare (<i>Nicoleta Laura Popa</i>)	85

Partea a II-a

Psihologia clinică la diferite vârste

Psihologia clinică a bebelușului (<i>Elena Otilia Vladislav</i>)	97
Psihologia clinică a bolilor somatice la copii (<i>Ancuța Elena Păduraru</i>)	108
Psihologia clinică în adolescență. Depresia și anxietatea (<i>Raluca Sassu</i>)	119
Psihologia clinică și vârsta adultă (<i>Georgeta Diac</i>)	128
Psihologia clinică – cazul particular al adulților vârstnici (<i>Gabriela-Maria Man</i>)	144
Psihologia clinică și educația despre moarte (<i>Mihaela Bucuță, Gabriela Dima, Daniela Vulcu</i>)	157

Partea a III-a

Evaluarea în psihologia clinică

Raportul psihologic în psihologia clinică, psihoterapie și consiliere (<i>Mugur Ciumăgeanu, Adelina-Mihaela Ștefănuț, Dalia Stoia</i>)	171
Evaluarea psihologică clinică – direcții de dezvoltare a serviciilor (<i>Eugen Avram, Claudia Iacob</i>)	189

Evaluarea psihologică a nou-născutului (<i>Florin Țibu</i>).....	211
Evaluarea psihologică a sugarului (<i>Florin Țibu</i>).....	220
Evaluarea psihologică a copilului (<i>Simona Alexandra Zancu, Andreea Scrumeda, Violeta Enea</i>)	228
Evaluarea clinică a copilului cu dizabilități/nevoi speciale (<i>Oana Dănilă</i>).....	242
Evaluarea psihologică a adulților cu dizabilități (<i>Florin-Vasile Frumos</i>)	254
Evaluarea comportamentului simulat prin testarea poligraf (<i>Ani-Maria Gherghel, Camelia Soponaru</i>).....	267

Partea a IV-a

Metode de evaluare psihodiagnostică

Abordări cantitative <i>versus</i> calitative în evaluarea clinică (<i>Camelia Truța, Ana-Maria Cazan</i>).....	279
Interviul clinic (<i>Suzana Semeniuc</i>).....	292
Utilizarea inventarelor de personalitate ca instrumente ale evaluării psihologice (<i>Mihail-Radu Robotă</i>).....	302
Contribuții ale probelor proiective în evaluarea psihologică clinică (<i>Octavian Onici</i>).....	317

Partea a V-a

Psihopatologia

Natura psihopatologiei. Specificitate și interferențe în geneza (etiologia) psihopatologiei. Particularități intervenționale (<i>Șerban Turliuc, Roxana Valentina Huțanu Munteanu</i>) ...	331
Abordări contemporane în psihopatologie (<i>Mihaela Boza</i>)	342
Dimensiuni psihopatologice la vârsta adultă. Aspecte epidemiologice și de impact biopsihosocial (<i>Șerban Turliuc, Roxana Valentina Huțanu Munteanu</i>).....	356
Tulburările de comportament alimentar în copilărie – perspective clasice și contemporane (<i>Emilia Pascal</i>).....	364
Tulburările de personalitate. Descriere și modalități de evaluare (<i>Ticu Constantin</i>)	373
Aspecte clinice privind adultul supradotat (<i>Carmen Mihaela Crețu</i>)	391
Implicații psihologice ale perioadei pandemice (<i>Mihaela Boza</i>)	407
Aspecte clinice privind educația online a copiilor și adolescenților în context pandemic (<i>Roxana Apostolache</i>)	419
Noi tulburări și noi definiții ale tulburărilor vechi (<i>Corneliu Moșoiu</i>)	433

3. Moartea, doliul și jelirea: de la modelele stadiale la perspectivele actuale

3.1. Doliul, jelirea și travaliul doliului

Christine Valentine (2006) realizează o analiză a literaturii de specialitate pentru a urmări și evalua perspectivele teoretice, metodologice și disciplinare diferite și în schimbare prin care oamenii de știință (în special psihologi, antropologi, sociologi) au căutat să înțeleagă și să abordeze experiența decesului în timpul secolului XX. Ea atrage atenția asupra diferențelor între discursul științific și limbajul folosit de oamenii care-și trăiesc și împărtășesc experiențele de pierdere (Valentine, 2006), ceea ce face ca definirea termenilor folosiți în descrierea și explicarea experienței decesului să fie extrem de importantă. În special trei termeni sunt întâlniți în literatura de specialitate, uneori cu același înțeles, alteleori se subliniază nuanțele tocmai prin utilizarea lor. Astfel:

- *grief*, tradus adesea prin „durere” – este durerea resimțită în urma unei pierderi majore ireversibile (Kaplan, 2007) și desemnează procesul psihologic normal prin care trece o persoană care a pierdut ceva important de care era atașat, proces prin care înțelege, acceptă și merge mai departe (Vraști, 2012);
- *bereavement*, tradus prin „doliu” – face trimitere în primul rând la trăirile sufletești, prin extensie la travaliul de doliu (Kaplan, 2007); se referă la sentimentul de pierdere;
- *mourning*, tradus prin „îndolieră”, „jelire” (Kaplan, 2007) – este o expresie mai degrabă socială a conduitei de doliu, specifică unei culturi anume, și desemnează felul în care persoana integrează pierderea în viața de zi cu zi (DeSpelder, Strickland, 2005, *apud* Vraști, 2012).

Travaliul doliului (*griefwork*) este definit în *Dicționarul de Psihologie Clinică al Asociației Americane de Psihologie* ca procesul prin care oamenii îndoliați reduc sau transformă treptat legătura lor afectivă cu persoana care a murit, revenind, astfel, într-un mod adecvat la propria viață care continuă.

Doliul poate să apară și din motive nelegate de moartea unei persoane iubite: pierderea cuiva drag prin despărțire/separare, divorț sau detenție; pierderea unui obiect sau a unui statut cu încărcătură emoțională; pierderea unui obiect fantazat al iubirii (de exemplu, moartea intrauterină a fătului); pierderea rezultată dintr-o lezare narcisică (de exemplu, amputație, mastectomie) (Kaplan, 2007, p. 259).

În încercarea de a înțelege procesul doliului și în special în efortul de a oferi o bază teoretică metodelor de intervenție și terapie s-au dezvoltat diferite modele teoretice.

3.2. Modele stadiale ale doliului

Modelul psihanalizei clasice al pierderii este prezentat de Sigmund Freud în studiul său publicat în 1917, intitulat *Doliul și melancolia*. Scopul principal al doliului psihologic este de a-l ajuta pe individ să-și recupereze energia emoțională investită în persoana dispărută,

pentru a o putea reinvesti în scopuri și relații noi („procesul de catexie”). Freud susține faptul că a renunța la „obiectul” pe care îl iubești aduce cu sine o puternică și dureroasă bătălie interioară, în care individul îndoliat își reevaluează amintirile și gândurile legate de persoana pe care a pierdut-o („procesul de hipercatexie”), reușind ca, în cele din urmă, prin intermediul acestui proces dureros, să se detașeze treptat de persoana respectivă („decatexie”; Freud, 2017). Hall (2014) comentează că, în concepția lui Freud, doliul are o durată relativ scurtă și implică obligatoriu un proces dureros, prin care persoana este ajutată să „treacă mai departe” cât mai repede posibil, pentru a reveni la un nivel „normal” de funcționare. S-a considerat că, dacă cei îndoliați nu reușesc să se angajeze sau să-și finalizeze travaliul doliului, procesul de doliu ar deveni complicat și ar crește riscul bolilor psihice și fizice care ar compromite recuperarea.

Teoria stresului, dezvoltată inițial de Cannon (1929), explică răspunsul la pierdere prin cele trei reacții primare la stres, și anume frică, fugă, luptă; când acestea nu sunt posibile, apar reacții fiziologice și psihologice care parțial pot explica sindromul de stres posttraumatic. Lindemann (1944) atrage atenția asupra persoanelor cu reacții întârziate sau distorsionate la pierdere și durere din cauza mecanismului de represie. Este printre primii autori care descriu răspunsul normal la pierdere și durerea acută prin cinci caracteristici: distres somatic, fiziologic; preocupări legate de imaginea persoanei decedate; vinovăție privind persoana decedată sau circumstanțele decesului; reacții ostile; inabilitatea de a funcționa ca înainte (*apud* Feltham, Horton, 2006;). Ulterior, cercetătorii, printre care Bowlby, Parkes, Kubler-Ross, au împărțit aceste reacții în stadii ale doliului.

Teoria atașamentului, asociată în primul rând cu John Bowlby (1998), conceptualizează înclinația ființei umane de a forma relații afective puternice cu anumiți oameni, primordială fiind relația mamă-copil, și oferă un cadru important pentru înțelegerea consecințelor pierderii și separării, cum ar fi: multiple forme de tulburări emoționale, incluzând anxietatea, depresia, furia, detașarea emoțională și tulburări de personalitate. În urma cercetărilor sale, Bowlby concluzionează că dezvoltarea sinelui, a personalității și calitatea relațiilor interpersonale viitoare sunt influențate de calitatea relațiilor primordiale de atașament cu persoana care i-a oferit copilului îngrijire și de experiențele de separare, pierdere și abandon. Astfel, prin teoria atașamentului, autorul a încercat să explice atât psihopatologia, cât și sănătatea mintală (Schofield, Beek, 2007). Deși încorporează concepte psihanalitice, teoria se detașează de conceptele de energie psihică și pulsione, construind legături strânse cu neurofiziologia și biologia dezvoltării și psihologia cognitivă (Bowlby, 2016). Mary Ainsworth a îmbogățit teoria atașamentului prin explicarea diferențelor individuale la copii în raport cu sentimentul securității, respectiv insecurității percepute (Ainsworth *et al.*, 1978). Studiile arată că răspunsul la doliu este diferit, cu modalități mai adaptative de depășire a separării în cazul legăturilor de atașament sigure, în timp ce atașamentele nesigure generează dificultăți diferite: atașamentul anxios-ambivalent determină o reacție prelungită de doliu, atașamentul evitant conduce la un doliu cu sentimente puternice de vinovăție și autoreproș, iar atașamentul dezorientat și dezorganizat generează doliu cu anxietate, panică și consum de alcool (Ainsworth, 1978).

Parkes (1998), elevul lui Bowlby, propune modelul tranziției psihosociale; el pornește de la modelul atașamentului și adaugă influența societății și culturii în care s-a format și trăiește persoana. Descrie și el aceleași patru faze ale doliului ca Bowlby: șoc și perplexitate, dor intens și continuu, dezorganizare și disperare, revenire, subliniind faptul că oamenii au nevoie de sprijin pentru a-și putea reconstrui lumea interioară după pierderea cuiva drag (*apud* Vraști, 2012).

Poate cel mai cunoscut model este cel postulat de Kübler-Ross, psihiatru și tanatolog, în cartea *Despre moarte și a muri* (1969), bazată pe munca clinică cu persoane aflate pe patul de moarte. Este precizat faptul că nicio secvență nu are aplicabilitate generală, dar cele cinci stadii propuse sunt foarte frecvent întâlnite. Primul stadiu, negarea și izolarea: la aflarea veștii că sunt pe moarte, persoanele reacționează inițial prin șoc, confuzie, pot nega boala și refuza diagnosticul. Gradul în care negarea este maladaptativă depinde de acceptarea tratamentului, chiar dacă persoana neagă diagnosticul și prognosticul. În cel de-al doilea stadiu, cel de furie, persoanele devin frustrate, iritabile și furioase. Se pot înfuria pe Dumnezeu, pe soartă, pe un membru al familiei, pe un prieten etc. sau pot să se autoculpaibilizeze. Întrebarea retorică și recurentă este „De ce eu?”. Își pot îndrepta furia spre medic sau spre personalul de îngrijire, acuzându-i de rele tratamente. Reacția de furie reprezintă pentru unii pacienți o încercare de a controla o situație incontrollabilă. Ei pot rămâne o perioadă îndelungată în această stare sau nu o pot depăși deloc, iar îngrijirea lor, atât în spital, cât și acasă poate reprezenta o provocare, generând stres suplimentar, resentimente, sentimente de neputință, revoltă și culpă ce se pot dezvălui plenar și accentua în cursul doliului. Pacienții aflați în acest stadiu sunt dificil de tratat. Medicii și specialiștii care au dificultăți în înțelegerea acestei reacții predictibile – care este o deplasare – își pot abandona pacientul, transferându-l altui specialist. Stadiul trei, negocierea: pacienții se pot simți îndemnați să negocieze cu medicii, cu aparținătorii, prietenii sau cu Dumnezeu – în schimbul vindecării promit să îndeplinească una sau mai multe acțiuni, cum ar fi cele de caritate, întoarcerea spre biserică, schimbări în modul de viață. Anumiți pacienți cred că, dacă sunt buni, complianți, nu pun întrebări și nu deranjează pe nimeni, medicul îi va vindeca. Este o recrudescență a unui mecanism defensiv infantil în fața angoasei de moarte, existența unui salvator omnipotent. Pacienții trebuie să fie cooptați ca parteneri adulți la tratamentul lor și să înțeleagă că a fi buni înseamnă să fie cât de onești și direcți posibil. Depresia caracterizează cel de-al patrulea stadiu. Apar semne clinice de depresie – retragere, retardare psihomotorie, tulburări de somn, pierderea speranței și, posibil, ideea suicidară. Depresia poate fi o reacție la consecințele bolii – pierderea serviciului, dificultăți economice, neajutorare, izolare – sau poate fi o anticipare a pierderii vieții. În stadiul cinci, al acceptării, pacientul realizează faptul că moartea este inevitabilă și acceptă universalitatea sa. Poate trăi acest stadiu cu sentimente variate, de la indiferență până la euforie. Este stadiul în care, la modul ideal, pacientul își stabilește poziția față de inevitabilitatea pierderii vieții și poate verbaliza întâlnirea cu necunoscutul. Pacienții cu convingeri religioase privind viața dincolo de moarte se simt consolati în măsură mai mare decât cei nereligioși, care nu pot vizualiza în niciun mod neantul ce urmează. Kübler-Ross atrage însă atenția că există și pacienți care se zbat, se luptă până la sfârșit, neagă moartea, ceea ce face aproape imposibil pentru ei să atingă stadiul final al acceptării (2018). Tanatologul David Kessler, care a lucrat cu Elisabeth Kübler-Ross adaugă, în ultima sa carte, *Finding Meaning: The Sixth Stage of Grief*, un al șaselea stadiu în trăirea doliului, reprezentat de căutarea sensului. În acest stadiu, persoana reevaluează semnificația pierderii suferite, reinterpretează relația de atașament pentru a învăța înțelesuri spirituale din parcursul existențial alături de cel plecat. Găsirea unui sens prin cultivarea iubirii și compasiunii este consolatoare și poate oferi o semnificație profundă și o schimbare a viziunii existențiale a supraviețuitorilor (Kessler, 2019).

3.3. Perspective actuale în înțelegerea doliului

Deși aduc un sentiment de ordine conceptuală într-un proces atât de complex precum cel al doliului, aceste modele ale stadialității sunt incapabile să surprindă complexitatea, diversitatea și calitatea idiosincrazică a experienței de doliu (Hall, 2014). Discursurile actuale despre pierdere și doliu resping noțiunea de stadii liniare ale durerii, favorizând o abordare pluralistă a înțelegerii durerii (Machin, 2009; Hall, 2014). După Hall (2014), două dintre cele mai cuprinzătoare și influente teorii ale pierderii sunt modelul procesului dual (*Dual-Process Model*) al lui Stroebe și Schut (1999) și modelul bazat pe sarcini (*Task-based Model*), dezvoltat de Worden, ce pot fi un ghid util atât pentru profesioniștii care fac intervenție, cât și pentru persoanele îndoliate (Hall, 2014).

a) *Modelul procesului dual*, dezvoltat între anii 1999 și 2001 de Stroebe și Schut, aduce o nouă abordare și pornește de la avantajele, dar și limitele modelelor stadiale existente. Principalele critici aduse sunt: modelele au fost dezvoltate în cultura occidentală și nu sunt universale, ar putea să nu fie potrivite pentru persoanele îndoliate din alte culturi; non-confruntarea, absența travaliului de doliu nu este în mod sistematic asociată cu adaptarea defectuoasă; fazele prin care trece persoana îndoliată sunt considerate mai degrabă pasive (mai puțin în modelul centrat pe sarcini), neglijând partea activă, de efort și luptă în procesul de adaptare la pierdere; nu există nicio recunoaștere a necesității de a „doza” travaliul/munca de jelire, care este obositoare și are nevoie din când în când de un răgaz recuperator; nu au fost luate în considerare avantajele negării; travaliul doliului se focusează pe pierderea persoanei iubite, neglijând potențiale alte surse de stres determinate de pierdere (probleme financiare, legale, creșterea copiilor etc.); în plus, cercetările proprii ale autorilor au eșuat în a evidenția faptul că persoanele care erau sprijinite în travaliul doliului (*griefwork*) se adaptau mai bine (Stroebe, Schut, 1999). Concluzia autorilor este că există moduri diferite de a trece prin/peste pierdere, fiind necesară o înțelegere mai nuanțată și o revizuire a modelelor de lucru în doliu pentru „a defini când și pentru cine și în ce fel lucrul este eficient” (Stroebe, Schut, 2010, p. 275).

Modelul procesului dual este unul de *coping* cu pierderea, care pune accent pe procesul de *coping*, nu pe consecințele și manifestările asociate pierderii (Stroebe, Schut, 2010). Modelul își are originile în teoria cognitivă a stresului și în teoria atașamentului (Turliuc, Măirean, 2014) și recunoaște unicitatea fiecărui individ și modul în care cultura și genul pot afecta felul în care o persoană face față pierderii (Buglas, 2010). Procesul adaptării este în dublu sens: persoana alternează trăirea doliului cu încercarea de a se adapta pierderii, oscilând între două modalități de *coping*, numite *orientarea spre pierdere* și *orientarea spre restaurare*. Orientarea spre pierdere este în acord cu teoria atașamentului și încorporează travaliul doliului, gânduri intruzive legate de persoana dispărută, memorarea trecutului, tristețe profundă, durere sufletească legată de ideea de „a da drumul” (*letting go*) – a continua relația de atașament, evitarea schimbărilor semnificative și fixația pe pierderea persoanei. Orientarea spre restaurare este în acord cu teoria cognitivă a stresului și presupune încercarea de a evita durerea puternică a pierderii, negarea prin centrarea pe viitor și rezolvarea unor probleme secundare pe care le implică decesul, dezvoltarea unor roluri noi, relații și identitate (Stroebe, Schut, 2010; Turliuc, Măirean, 2014; Cazacu, 2015). Doliul este văzut ca un proces oscilator în care individul alternează experiențele de doliu cu evitarea suferinței în același timp (Vraști, 2012);

b) William Worden introduce conceptul de „travaliu al doliului” și dezvoltă în jurul acestuia *modelul centrat pe sarcini (Task-based Model)*. Astfel, propune o abordare diferită a pierderii prin stabilirea unor sarcini care trebuie îndeplinite pentru ca procesul de doliu să fie rezolvat (Worden, 2002). Prima sarcină presupune acceptarea realității pierderii. Cea de-a doua încurajează persoana să trăiască și să experimenteze durerea pierderii. Sarcina a treia are în centru adaptarea la un mediu de viață fără persoana decedată. Este o sarcină complexă, ce implică trei tipuri de adaptare: o adaptare externă prin dezvoltarea de noi roluri și strategii menite să compenseze rolurile avute de decedat; o adaptare internă, presupunând un proces de redefinire a propriei identități după pierdere; o adaptare spirituală, în sensul în care pierderea conduce la analize existențiale profunde, provocând, astfel, sistemul de credințe spirituale al persoanei, o reajustare a acestora fiind necesară. Sarcina a patra, inițial numită „retragere a energiei emoționale și reinvestire în altă relație”, reformulată ulterior drept „relocare emoțională a celui decedat și a merge mai departe în viață” (Worden, 2002) permite persoanei îndoliată să încheie cumva travaliul doliului.

Un alt model care influențează puternic practica psihoterapeutică actuală este cel social-constructivist, dezvoltat de Neimeyer (2001) în jurul procesului de reconstrucție.

c) *Modelul social-constructivist*. Progresul înregistrat în domeniul înțelegerii pierderii și doliului este renunțarea la credința că depășirea cu succes a suferinței implică ideea de a lăsa în urmă (*letting go*) persoana care a murit. Concepția lui Neimeyer (2001) privind continuarea legăturii cu persoana decedată (*continuing bonds*) a avut o influență puternică. În contrast cu opiniile moderniste sau pozitivistice anterioare, care se concentrau pe ruperea legăturilor, simptomele universale valabile și fazele de adaptare la pierdere, abordarea social-constructivistă postmodernă vede legăturile continue ca resurse pentru o funcționare mai bună și oscilația între evitarea și implicarea în munca de doliu ca fundamentală pentru procesul doliului (*apud* Turliuc, Măirean, 2014). Conform lui Neimeyer, pierderile majore au capacitatea de a afecta sensul identității și coerența narativă. Această dezorganizare narativă poate varia destul de mult, de la o dezorganizare limitată la una mai cronică și generală, depinzând de natura relației și de circumstanțele specifice ale pierderii (*apud* Turliuc, Măirean, 2014). Un proces central al travaliului de doliu este încercarea de a reafirma sau reconstrui o lume cu sens, când aceasta a fost puternic contestată de pierdere. Există o serie de cercetări privind pierderi variate care indică faptul că eșecul de a găsi sens în urma pierderii, mai ales în ceea ce privește „înțelesul” morții în sine (a da sens morții), este asociat cu simptome și niveluri mai ridicate de doliu complicat. Majoritatea definițiilor date sensului morții cuprind două concepte: (1) înțelegerea pierderii (de exemplu, moartea a fost previzibilă într-un fel; a fost în concordanță cu perspectiva îngrijitorului asupra vieții; credințele religioase sau spirituale oferă sens) și (2) găsirea unor beneficii după pierdere (de exemplu, a dus la o creștere personală, un câștig în viziunea asupra vieții, consolidarea relațiilor; Hall, 2014).

3.4. Reacții normale la doliu și doliul complicat

Reacțiile normale la doliu (doliul) apar în DSM-III (1980) și DSM-III-R (1987), atât la al V-lea cod – condiții care nu sunt legate de o tulburare mintală, cât și ca un criteriu de excludere pentru episodul de depresie majoră. În DSM-IV (1994), doliul (necompliat) rămâne un criteriu de excludere pentru episodul major de depresie și un eveniment de viață care poate fi subsumat diagnosticului de tulburare de adaptare sau de depresie.

Deoarece doliul evocă deseori simptome depresive, este necesară distincția între reacția normală de doliu și depresia majoră. În doliul normal, simptomele pot semăna cu o parte dintre criteriile de depresie majoră, dar supraviețuitorul nu are sentimente morbide de vină și devalorizare, ideeație suicidară sau inhibiție psihomotorie. Se consideră pe sine îndoliat, în timp ce, în cazul unei depresii majore se simte slab, incapabil sau o persoană rea. În doliul normal, disforia apare în legătură cu gânduri sau amintiri despre decedat. În cazul unei depresii, disforia apare independent de stimuli. În doliul normal, durata simptomelor depresive nu depășește două luni, în cazul depresiei majore simptomele persistă și capătă o evoluție cronică sau intermitentă, afectând semnificativ funcționalitatea (Sadock *et al.*, 2015).

Doliul complicat – există mai mulți termeni care descriu fenomenul: doliu anormal, atipic, distorsionat, nerezolvat. S-au descris trei sindroame: cronic, hipertrofic sau exagerat și doliul întârziat, care descrie practic absența sau inhibiția simptomelor firești de doliu. Doliul întârziat este marcat de negarea prelungită și se complică uneori cu reacții de agresivitate și autoculpabilizare.

Doliul cronic apare mai frecvent la persoane care au avut o relație extrem de strânsă, ambivalentă sau de dependență ori când rețeaua de sprijin a supraviețuitorilor e foarte săracă.

Doliul exagerat apare, de regulă, după morți subite, neașteptate, la care reacția este copleșitoare și strategiile de *coping* sunt depășite. Simptoame marcante sunt retragerea și izolarea.

DSM-5 a elaborat criterii pentru *tulburarea de doliu complexă și persistentă* ca să descrie doliul care persistă mai mult de un an. Tabloul clinic seamănă cu cel al depresiei majore, caracterizat prin afectare funcțională severă, și include preocupări morbide legate de auto-devalorizare, ideeație suicidară, simptome psihotice sau retard psihomotor. Îndoliatul resimte jale intensă și dor puternic, durere emoțională marcantă, preocupări intense privind amintirile despre decedat și rememorare intensă a circumstanțelor morții. Are dificultăți în acceptarea dispariției celui mort, trăiește detașare emoțională, amărăciune sau furie, se autoculpabilizează și manifestă comportament de evitare a stimulilor care amintesc de decedat. Se întâlnesc și disrupția socială și identitară, dorința de a se alătura celui decedat în moarte, dificultatea de a stabili relații de încredere, sentimente de însingurare și de lipsă de sens a vieții, confuzie cu privire la rolurile sociale și scopurile existențiale (Sadock *et al.*, 2015).

Doliul anticipat – în cazul doliului anticipat, munca de separare începe înaintea morții unei persoane aflate în stadiu terminal din cauza unei boli incurabile. Aparținătorii se pregătesc, într-un sens, în prealabil pentru a face față pierderii prin mecanisme în special cognitive – conștientizare, anticipare, organizare a ritualurilor etc. Deși s-ar crede că această pregătire mentală ajută cu doliul ce va urma, există dovezi că poate induce o retragere afectivă precoce care îngreunează doliul emoțional după deces, printr-o decuplare generatoare de culpă, instalându-se distorsionarea procesului de separare (Saldinger, Cain, 2008).

O problematică recentă și cu multiple implicații medicale, psihologice, sociale, etice, filosofice este cea a *morții asistate*. O mare parte din cercetările care abordează moartea asistată s-au concentrat pe atitudinile și perspectivele profesioniștilor și echipei de îngrijire, existând puține studii asupra experienței familiei îndoliate. O analiză a studiilor realizată de Beuthin și colaboratorii săi (2021) arată că unele dintre acestea raportează probleme de sănătate mintală ale celor îndoliați ca o consecință a morții asistate, inclusiv depresie, tulburare de stres posttraumatic și doliu prelungit sau complicat, în timp ce alte studii au descoperit opusul, și anume că durerea membrilor familiei nu a fost nici mai grea, nici mai ușoară comparativ cu durerea trăită ca reacție la o moarte neasistată. Autorii au condus interviuri de profunzime cu persoane ale căror apropiați au ales moartea asistată, relatările lor arătând că „experiența a fost una a aducerii morții la viață, o experiență complexă care