

Death Education for Palliative Psychology (DE4PP)

Project n: 2019-1-IT02-KA203-063243

Stadialitatea morții și abordarea doliului prin metode și tehnici de PSIHODRAMĂ și ARTTERAPIE

INVITAT: conf. univ. dr. Mihaela Bucuță

Locația: Spitalul Clinic de Psihiatrie Dr. Ghe Preda din Sibiu, Sala de studiu

Data: 5 iulie 2022; 12.00-17.00

Program

12.00 – 12.30 Prezentarea proiectului DE4PP; Prezentarea cursului.

12.30 – 13.30 Stadialitatea morții

13.30 – 14.00 Break

14.00 - 16.00 Workshop: tehnici de psihodramă și artterpie în abordarea pacientului îndoliat.

16.00 - 16.15 Break

16.15 - 17.00 Q and A

CONCLUZII

Conținutul reprezintă rezultate ale proiectului european **Death Education for Palliative**

Psychology (DE4PP) Project n: 2019-1-IT02-KA203-063243

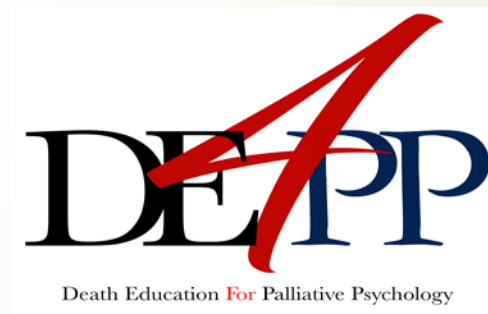


Lecture and Workshop

The staging of death and the approach of mourning through psychodrama and art therapy techniques

Lucian Blaga University of Sibiu

Dr. Mihaela Bucuță



Dr. Mihaela Bucuță
Universitatea Lucian Blaga din Sibiu

Despre moarte și pierdere

- Anii 1970: jurnale prestigioase: - „*OMEGA - Journal of Death and Dying*”

<https://journals.sagepub.com/home/ome>,

„*Death Studies*” (<https://www.tandfonline.com/journals/udst20>), la început „*Death Education*” (în perioada 1977 – 1984)

CONCLUZIE:

Avem de-a face cu o masivă negare și evitare a acestui subiect căruia nimeni nu i se poate sustrage, de fapt (Testoni et al, 2019; Testoni et al., 2020).

CURSUL DE4PP

Educația despre moarte



Termenul Educație despre moarte se referă la o multitudine de activități și experiențe educaționale care tratează tema morții

Nivele de prevenție:

**Primar: înainte de a fie nevoit să se
confrunte cu moartea**

**Secundar: în fața morții
(durere anticipată)**

**Terțiar: durerea completă și
prevenirea prelungirii durerii cauzată
de pierdere**



PREVENIRE:
INSTITUTE OF MEDICINE CLASSIFICATION
(Mrazek & Haggerty, 1994)

**Intervenții
preventive
universale:**

publicului larg sau unui întreg grup care nu a fost identificat pe baza riscului individual. Intervenția este de dorit pentru toată lumea.

EX. problema sinuciderii într-un liceu

**Intervenții
preventive
selective:**

la indivizi sau un subgrup al populației al căror risc iminent de a dezvolta tulburări mentale de-a lungul vieții este mai mare decât media.

EX. o clasă dintr-un liceu în care un elev s-a sinucis

-

**Intervenții
preventive
indicate:**

persoanelor cu semne sau simptome minime, dar detectabile, care prefigurează tulburarea mentală, dar care nu îndeplinesc în prezent nivelurile criteriilor DSM.

EX. elevi de liceu care au demonstrat un comportament auto-vătămător



Persoanele implicate pot fi:

- Oameni obișnuiți (ciclul de viață obișnuit) și pacienți;
- Profesioniști din domeniul sănătății (psihologi, psihoterapeuți, medici, asistenți medicali, asistenți sociali, tehnicieni de reabilitare, consilieri);
- Educatori și profesori

Terror Management Theory (Greenberg, Solomon, Pyszczynski)



Gestionarea fricii de moarte



"Tampon" împotriva anxietății

e.g

- Negarea decesului
- Stima
- Viziuni culturale asupra lumii



Problemă fundamentală:
Educația despre moarte și evidența mortalității

Protecția împotriva anxietății față de moarte este asigurată prin a două mecanisme defensive:

- ↓
- ❑ În primul rând mecanismele defensive proximale: eforturi axate pe negarea sau evitarea problematicii morții



- ↓
- ❑ În al doilea rând, mecanismele defensive distale: eforturi de a continua să credem într-o viziune culturală asupra lumii și să dobândim stima de sine

- ❑ *Viziunea globală a culturii contribuie la gestionarea anxietății existențiale, oferind persoanei posibilitatea de a se simți parte a unui univers care capătă sens prin credințe despre realitatea împărtășită de comunitatea căreia îi aparține.*
- ❑ *Stima de sine, în acest context specific, este concepută ca percepția de a fi un membru valoros al comunității căreia îi aparține.*
- ❑ S-a constatat că stima de sine ridicată reduce efectele de evidență a mortalității precum și a mecanismelor defensive;

Aceste studii demonstrează funcția generală a stimei de sine - de tampon al anxietății, precum și rolul specific al stimei de sine ridicate care suprimă grijile legate de moarte.



Importanța domeniului existențial și spiritual

A trăi cu o boală avansată afectează sensul și scopul pacientului, determinând eventual pierderea credinței și criza existențială care-i înrăutățește starea, influențând modul în care reacționează la tratamente și modificându-și calitatea vieții percepute.

În timp ce explorăm dimensiunea spirituală a unui pacient, este fundamental să menținem o atitudine deschisă și flexibilă fără a forța persoana să vorbească despre aceasta evitând presupuneri arbitrare referitoare la propria spiritualitate sau religiozitate și explorând nevoile spirituale chiar și ale acelor pacienți care sunt atei sau nu foarte religioși

Spiritualitate

Nevoia unei persoane de a găsi un sens în viață, o necesitate înnăscută legată de sentimentele de conectare cu o ființă superioară, de sine, de alții sau de natură.



Religie

Un mod specific de a exprima și de a trăi spiritualitatea cuiva, printr-un set tipic de credințe și reguli împărtășite cu alți membri ai aceleiași confesiuni.

Conceptul de moarte în dezvoltarea umană

Vârsta	Gânduri care motivează comportamentul	Nivelul de dezvoltare a înțelegerii morții	Confruntarea cu propria moarte
1 – 3 ANI	Înțelegere limitată a evenimentelor accidentale, a viitorului și a trecutului și a diferenței dintre viu și neviu.	Moartea este privită în continuitate cu viața. Viața și moartea sunt considerate stări alternative, ca a fi treaz și a dormi sau a veni și a pleca.	

Conceptul de moarte în dezvoltarea umană

Vârsta	Gânduri care motivează comportamentul	Nivelul de dezvoltare a înțelegerii morții	Confruntarea cu propria moarte
3-5 ANI	Conceptele sunt rudimentare și ireversibile; copilul ar putea să nu facă diferența dintre real și imaginar	Moartea este temporară și reversibilă și nu neapărat universală (doar oamenii bătrâni mor). Din cauza egocentrismului copilul crede adesea că el a cauzat cumva moartea sau o privește ca pe o pedeapsă. Moartea poate fi personificată (ex. bau-bau).	Preșcolarii își percep de regulă moartea ca pe o absență temporară, teama lor fiind legată de separarea de îngrijitori. Pot să perceapă tratamentele ca pe o pedeapsă și să se considere vinovați pentru boală și rejectați de familie. Ei au nevoie de reasigurare că sunt iubiți, că nu au greșit cu nimic, că nu vor fi abandonați și liniștiți în privința plecării prin formulări de genul: „când vei muri ne va fi mereu dor de tine, dar vom ști că ești cu noi și că te afli într-un loc minunat, în siguranță (poate împreună cu altă persoană dragă decedată)

Conceptul de moarte în dezvoltarea umană

Vârsta	Gânduri care motivează comportamentul	Nivelul de dezvoltare a înțelegerii morții	Confruntarea cu propria moarte
5 – 10 ANI	Copilul începe să evidențieze gândire organizată, logică; rezolvă probleme în manieră concretă. Gândirea devine mai puțin egocentrică.	Copilul începe să înțeleagă că moartea este reală și definitivă. Moartea înseamnă că se oprește inima, sângele nu mai circulă, nu respiri. Copilul ar putea să nu accepte că moartea i se poate întâmpla lui sau vreunei persoane din jurul lui, dar începe să își dea seama că oamenii pe care-i cunoaște vor muri.	Copiii de vârstă școlară pun întrebări despre boală și moarte dacă sunt încurajați să o facă. Dacă subiectul este tabu, ei se retrag și nu mai participă activ la îngrijirea lor. Este nevoie de discuții deschise, de informații clare, inclusiv despre pronostic, acestea dovedindu-se de un real ajutor. Copilul trebuie implicat în decizii și asigurat de prezența și ajutorul permanent al părintelui.

Conceptul de moarte în dezvoltarea umană

Vârsta	Gânduri care motivează comportamentul	Nivelul de dezvoltare a înțelegerii morții	Confruntarea cu propria moarte
10 – 13 ANI	Gândirea devine mai abstractă, încorporează principiile logicii formale; devine vizibilă capacitatea de a genera ipoteze multiple și rezultatele lor posibile.	Preadolescentul începe să înțeleagă moartea ca fiind reală, definitivă și universală; i se poate întâmpla lui sau membrilor familiei. Poate fi interesat de aspectele biologice ale bolii și morții și detaliile ritualurilor de înmormântare. Poate privi moartea ca o pedeapsă pentru purtarea neadecvată.	Adolescenții înțeleg că moartea este inevitabilă, dar pot să nu accepte că moartea lor este posibilă. Teamă lor de moarte se referă la pierderea controlului și la faptul că au eșuat, la modificările corporale (ex.pierderea părului), deseori manifestând o mare rezistență față de instituirea tratamentului. Sunt întâlnite reacții de disperare alternând cu furie, amărăciune, jale, teroare și, paradoxal, euforie.

Conceptul de moarte în dezvoltarea umană

Vârsta	Gânduri care motivează comportamentul	Nivelul de dezvoltare a înțelegerii morții	Confruntarea cu propria moarte
14 – 18 ANI	Gândirea devine mai abstractă. Sunt specifice comportamente de asumare a riscurilor care par să nege mortalitatea adolescentului.	Se dezvoltă o înțelegere mai apropiată de cea matură, adultă, a morții. Moartea poate fi privită ca un dușman cu care se poate lupta.	Retragerea socială și refuzul ajutorului sunt mai frecvente la adolescenți datorită temerii de a pierde controlul și a spaimei de abandon. Adolescenții trebuie cooptați în toate etapele tratamentului și în toate deciziile cu privire la gestionarea situației. Mulți dintre ei sunt capabili de curaj, demnitate și înțelepciune în fața morții.



Conceptul de moarte în dezvoltarea umană

În etapa adultă moartea este înțeleasă și privită ca o necesitate, însă ignorată și indefinit îndepărtată.

La bătrânețe are loc acceptarea, se fac bilanțuri legate de ceea ce s-ar mai putea face și „așteptarea morții devine discret familială” (Șchiopu, 1997, p.458).

Erik Erikson, ultimul stadiu, care durează de la vârsta de aproximativ 60 de ani până la moarte se referă la integritate versus disperare, definind **integritatea ca pe acceptare a vieții așa cum s-a desfășurat ea și acceptarea responsabilității pentru parcursul existențial**, astfel încât să se obțină o preocupare detașată, dar totuși activă pentru viața rămasă. **Astfel, integritatea este suficientă pentru ca persoana să nu se teamă de moarte.**

În cazul vârstnicilor, disperarea, manifestată ca dezgust și dezamăgire de viață, poate semnifica spaima de moarte (Yalom, 2012; Sadock et al., 2015).

Moartea, doliul și jelirea: de la modelele stadiale la perspective actuale

TERMINOLOGIE:

- ***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 persoana înțelege, acceptă și merge mai departe** (Vraști, 2012);
- ***bereavement*** tradus prin ***doliu*** - face referire în primul rând la **trăirile sufletești, prin extensie la travaliul de doliu** (Kaplan, 2007); se referă la sentimentul de pierdere;
- ***mourning*** tradus prin ***îndoliere, jelire*** (Kaplan, 2007) este o expresie mai degrabă socială a conduitei de doliu, specifică unei culturi anume, și desemnează **felul cum persoana integrează pierderea în viața curentă** (DeSpelder și Strickland, 2005 citați în Vraști, 2012).

Moartea, doliul și jelirea: de la modelele stadiale la perspective actuale

- **Travaliul doliului (*grief work*)** este definit în Dicționarul de Psihologie Clinică al Asociației Americane de Psihologie ca fiind **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 unei persoane iubite prin despărțire / separare, divorț sau detenție;
 - pierderea unui obiect sau a unei circumstanțe cu încărcătură emoțională;
 - pierderea unui obiect fantazat al iubirii (de ex., moartea intrauterină a fătului);
 - pierderea care rezultă dintr-o lezare narcisică (de ex., amputație, mastectomie) (Kaplan, 2007, p.259)



Modele stadiale ale doliului

Modelul E. *Kübler-Ross*

PRIMUL STADIU: NEGAREA ȘI IZOLAREA:

- ✓ la aflarea veștii că sunt pe moarte, persoanele reacționează inițial prin șoc, confuzie, pot nega boala și să refuze diagnosticul.
- ✓ gradul în care negarea este maladadaptativă depinde de acceptul tratamentului, chiar dacă persoana neagă diagnosticul și prognosticul.

AL DOILEA STADIU: FURIA

- ✓ 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 autoculpabilizeze.
- ✓ Întrebarea retorică și recurentă este *De ce eu?* Își pot deplasa furia pe medic sau pe personalul de îngrijire, acuzându-i de rele tratamente

Modelul E. *Kübler-Ross*

- ✓ Reacția de furie reprezintă pentru unii pacienți o încercare de a controla o situație incontrolabilă.
- ✓ 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, este generatoare de stres suplimentar, resentimente, sentimente de neputință, revoltă și culpă ce se pot dezvoltă plinar și accentua în cursul doliului.**
- ✓ Pacienții aflați în acest stadiu sunt dificil de tratat. **Medicii și psihoterapeuții/ specialiștii care au dificultăți în înțelegerea acestei reacții predictibile -care este o deplasare- își pot abandona pacientul, transferându-l altui specialist.**

AL TREILEA STADIU - NEGOCIEREA:

- ✓ pacienții se pot simți îndemnați să negocieze cu medicii, cu aparținătorii, prietenii sau cu Dumnezeu: în schimbul vindecării, promit să înfăptuiască una sau mai multe acțiuni, cum ar fi cele de caritate, întoarcerea spre biserică, schimbări în modul de viață.

Modelul E. *Kübler-Ross*

- ✓ 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 bun înseamnă să fie cât de onest și direct este capabil și dorește.**

STADIUL IV – DEPRESIA

- ✓ Apar semne clinice de depresie-retragere, retardare psihomotorie, tulburări de somn, pierderea speranței și, posibil, ideatie suicidară.
- ✓ Depresia poate fi o reacție la consecințele bolii – pierderea serviciului, dificultăți economice, neajutorare, izolare - sau poate fi o anticipare a pierderii vieții.

Modelul E. *Kübler-Ross*

STADIUL 5: ACCEPTAREA

- ✓ pacientul realizează faptul că moartea este inevitabilă și acceptă universalitatea sa.
- ✓ Pot trăi acest stadiu cu sentimente variate, de la indiferență până la euforie.
- ✓ Este stadiul în care, la modul ideal, pacientul își rezolvă poziția față de inevitabilitatea pierderii vieții și poate verbaliza despre întâlnirea cu necunoscutul.
- ✓ Cei cu convingeri religioase cu privire la o viață dincolo de moarte se simt consolati în măsură mai mare decât cei nereligioși, care nu pot vizualiza în nici un mod neantul ce urmează.

Kubler- 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 (Kubler-Ross, 2018).



David Kessler - ultima sa carte *Finding Meaning: The sixth stage of grief*

STADIUL 6 – CĂUTAREA SENSULUI

- ✓ persoana reevaluează semnificația pierderii suferite, reinterpretează relația de atașament pentru a învăța înțeleșuri spirituale din parcursul existențial alături de cel plecat.
- ✓ Găsirea unui sens, prin cultivarea iubirii și compasiunii este consolatoare și poate da o semnificație înaltă și o schimbare a viziunii existențiale a supraviețuitorilor (Kessler, 2019).

Perspective actuale în înțelegerea doliului

Modelul centrat pe sarcini („Task-Based Model”)

William Worden - introduce conceptul de
„travaliu al doliului”

Propune o abordare diferită a pierderii prin stabilirea unor sarcini care trebuie îndeplinite pentru ca procesul de doliu să fie rezolvat (Worden, 2002).

1. presupune acceptarea realității pierderii.
2. trimite persoana la a trăi și a experimenta durerea pierderii.
3. 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* ce presupune 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 a persoanei, o reajustare a acestora fiind necesară.
4. „retragere a energiei emoționale și reinvestire în altă relație”, reformulată ulterior drept „relocare emoțională și a merge mai departe în viață” (Worden, 2002) permite persoanei îndoliate să încheie cumva travaliul doliului.

Perspective actuale în înțelegerea doliului

Modelul social constructivist

Neimeyer (2001)

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.

Neimeyer (2001) - continuarea legăturii cu persoana decedată („continuing bonds”)

- ✓ În contrast cu opiniile moderniste sau pozitivistice anterioare care se concentrau pe ruperea legăturilor, simptomele universale și fazele de adaptare la pierdere, **abordarea social constructivistă postmodernă vede legăturile continue ca resurse pentru o funcționare mai înaltă și oscilația între evitarea și implicarea în munca de doliu ca fiind fundamentală pentru procesul doliului.**
- ✓ 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.

Modelul social constructivist

Neimeyer (2001)

- ✓ 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” pierderii/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; sau credințe religioase sau spirituale oferă sens*); și
 - (2) **găsirea de beneficii după pierdere** (ex. a dus la o creștere personală, un câștig în viziunea asupra vieții, consolidarea relațiilor) (Hall, 2014).



Students' Confidence and Interest in Palliative and Bereavement Care: A European Study

Hod Orkibi^{1}, Gianmarco Biancalani², Mihaela Dana Bucuț³, Raluca Sassu³, Michael Alexander Wieser⁴, Luca Franchini⁵, Melania Raccichini⁵, Bracha Azoulay¹, Krzysztof Mariusz Ciepliński⁶, Alexandra Leitner⁴, Silvia Varani⁵ and Ines Testoni^{1,2}*

published: 18 February 2021 doi: 10.3389/fpsyg.2021.616526

“Death Education for Palliative Psychology” (DE4PP), project code: 2019-1-IT02-KA203-063243.

SCOP: evaluarea modului în care masteranzii în psihologie și terapie prin arte percep educația despre moarte.

- cinci țări (Austria, Israel, Italia, Polonia, România),
- 344 de studenți au completat un chestionar online; 37 de studenți au fost intervievați pentru a înțelege mai bine opiniile, interesul și încrederea.



Rezultatele au evidențiat unele diferențe semnificative între țări și au arătat:

- respondenții mai în vârstă, cu experiență anterioară în calitate de îngrijitori formali pentru clienții aflați la finalul vieții au arătat un interes mai mare pentru obținerea competenței clinice practice în aceste domenii.
- experiențele anterioare de îngrijire ale studenților și experiențele de pierdere din trecut au fost legate de interesul actual al studenților pentru educația morții și îngrijirea paliativă și asistența persoanelor îndoliate prin medierea sentimentului lor de încredere în acest domeniu.

	Interest total	Confidence total	Death is terminal	Death is a passage	Intolerance of ambiguity
Country effect ^a					
Country adjusted means ^b	14.14** (0.15)	13.57** (0.14)	4.58* (0.05)	1.73 n.s. (0.02)	7.13** (0.08)
Italy	3.87 (0.09)	2.91 (0.09)	2.78 (0.13)	3.16 (0.13)	3.70 (0.11)
Austria	4.04 (0.11)	2.99 (0.12)	2.36 (0.16)	3.55 (0.16)	3.06 (0.14)
Romania	4.35 (0.11)	3.61 (0.11)	2.84 (0.15)	3.51 (0.15)	3.33 (0.13)
Israel	4.33 (0.15)	3.40 (0.15)	2.51 (0.21)	3.60 (0.21)	3.94 (0.18)
Poland	3.33 (0.09)	2.52 (0.10)	2.11 (0.13)	3.61 (0.13)	3.23 (0.11)
Global (N = 344) Country pairwise comparison ^c	4.00 (0.04)	3.10 (0.05)	2.51 (0.06)	3.50 (0.06)	3.45 (0.05)
Italy – Austria	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0.003
Italy – Romania	0.016	<0.001	n.s.	n.s.	n.s.
Italy – Israel	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Italy – Poland	0.001	0.050	0.007	n.s.	0.046
Austria – Romania	n.s.	0.001	n.s.	n.s.	n.s.
Austria – Israel	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0.001
Austria – Poland	<0.001	0.024	n.s.	n.s.	n.s.
Romania – Israel	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0.026
Romania – Poland	<0.001	<0.001	0.007	n.s.	n.s.
Israel – Poland	<0.001	<0.001	n.s.	n.s.	0.017

Hod Orkibi^{1*}, Gianmarco Biancalani², Mihaela Dana Bucuță³, Raluca Sassu³, Michael Alexander Wieser⁴, Luca Franchini⁵, Melania Raccichini⁵, Bracha Azoulay¹, Krzysztof Mariusz Ciepliński⁶, Alexandra Leitner⁴, Silvia Varani⁵ and Ines Testoni^{1,2}

published: 18 February 2021 doi: 10.3389/fpsyg.2021.616526

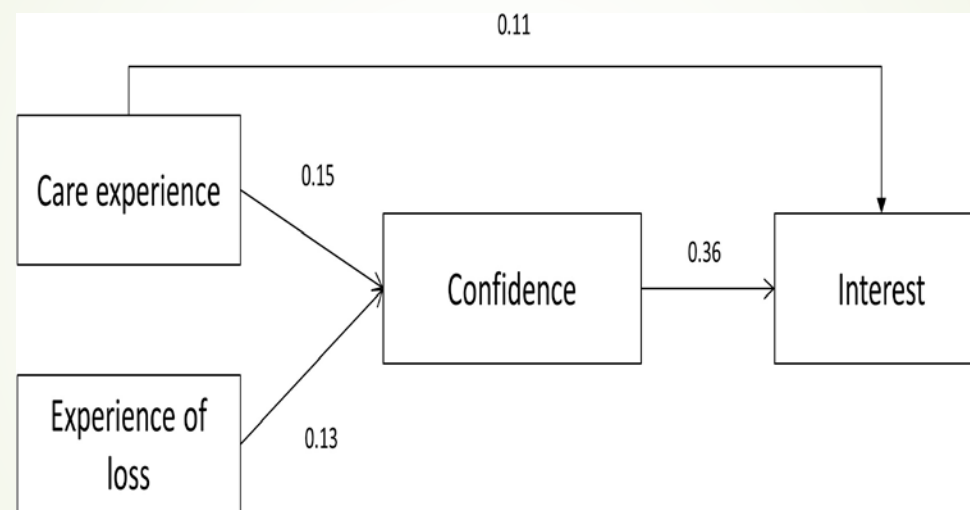


FIGURE 1 | Mediation model with student competence as a mediator between past experiences and interests. Students' past care experiences and past loss experiences related to students' current interest in death education and palliative and bereavement care, through the mediation of their sense of confidence in this field. Coefficients presented are standardized linear regression coefficients. Control variables and non-significant paths are omitted for clarity. All p values are <0.05 .



Rezultatele calitative au identificat cinci teme comune:

- viața și moartea,
- învățarea despre moarte,
- povara psihologică,
- experiența personală și
- formarea robustă,

Patru nevoi-cheie de formare.

În general, interesul studenților pentru studierea și lucrul cu boala terminală și moartea își are rădăcinile în resursele interne, un sentiment preliminar de încredere, dar și cerințe externe.



Patru nevoi-cheie de formare:

- (1) un cadru structurat și o bază teoretică pentru a înțelege procesul doliului și al morții.
- (2) să dobândească metodele, tehnicile și setingurile de intervenție adecvate, considerate ca fiind primul pas spre înțelegerea modului de abordare a acestor probleme.
- (3) să aibă o educație practică suficientă, de la analize de caz clinic în sala de curs, până la o formare practică care să îi ajute să determine modul de desfășurare a activităților efective.
- (4) să poată beneficia de un proces personal de dezvoltare personală pentru a face față poverii psihologice a acestui tip de curs.

Unii studenți au declarat că ar trebui să-și proceseze propriile experiențe dureroase, teama de moarte și pierdere și convingerile lor asociate cu această problematică, pentru ca educația și formarea lor în acest domeniu să devină completă.

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 mentală, cât și ca un criteriu de excludere pentru episodul de depresie majoră.

În DSM IV (1994) **doliul (necompliat)** rămâne ca și criteriu de excludere pentru episodul major de **depresie** și ca eveniment de viață care poate fi subsumat diagnosticului de tulburare de adaptare sau de depresie.

Deoarece doliul evocă deseori simptome depresive este necesară însă **distincția între reacția normală de doliu și depresia majoră:**

- în doliul normal, simptomele pot îndeplini o parte dintre criteriile de depresie majoră, **dar supraviețuitorul nu are sentimente morbide de vină și devalorizare, ideate suicidară sau inhibiție psihomotorie. Se consideră pe sine ca fiind îndoliat, în timp ce, în cazul unei depresii majore se simte slab, incapabil sau o persoană rea.**

Reacții normale la doliu și doliul complicat

- 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; DOLIUL EXAGERAT TULBURAREA DE DOLIU COMPLEXĂ ȘI PERSISTENTĂ

- **Doliul cronic** apare mai frecvent la persoane care au avut o relație extrem de strânsă, ambivalentă sau de dependență sau atunci când rețeaua de suport 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. Un simptom marcant este retragerea și izolarea.
- DSM 5 a elaborat criterii pentru ***Tulburarea de doliu complexă și persistentă*** pentru a 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 autodevalorizare, ideație suicidară, simptome psihotice sau retard psihomotor.
- îndoliatul simte jale intensă și dor intens legate de decedat, durere emoțională marcată, preocupări intense cu amintiri despre cel pierdut și rememorare intensă a circumstanțelor morții



Tulburarea de doliu complexă și persistentă

Doliul ANTICIPAT

- are dificultăți marcate de a accepta dispariția celui mort, trăiește detașare emoțională, amărăciune sau furie, se autoculpabilizează și manifestă comportament de evitare a stimulilor care amintesc de decedat.
- se întâlnește 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 și confuzie cu privire la rolurile în viață și scopurile existențiale (Sadock et al., 2015).

Doliul anticipat - În cazul doliului anticipat, munca de separare începe înaintea morții unei persoane aflate în stare terminală datorită 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 doliului ce va urma, există evidențe că poate induce o retragere afectivă precoce care îngreunează doliul emoțional după deces, printr-o disconectivitate generatoare de culpă, instalându-se distorsionarea procesului de separare (Saldinger și Cain, 2008).