

DUELO Y SIGNIFICADO

Robert A. Neimeyer

Department of Psychology, University of Memphis, USA

Holly G. Prigerson

Department of Psychiatry, Yale University, USA

Betty Davies

Department of Family Health Care Nursing, University of California, San Francisco, USA

Viewed in an expanded frame, the phenomena of grief and bereavement call for analysis in sociological, psychological, and psychiatric terms. In this article we argue that a common theme in this accounts is that of the meaning of loss, as expressed in both individual and collective attempts at adaptation.

Key words: grief, bereavement, constructivist psychotherapy, social context, meaning reconstruction.

INTRODUCCIÓN¹

El duelo, como experiencia humana, es en parte natural y en parte construido. Por un lado, las características centrales de nuestra respuesta a la pérdida reflejan nuestra herencia evolucionista como seres biológicos y sociales, derivada de la interrupción de los lazos de apego necesarios para nuestra supervivencia. Por el otro, los seres humanos responden a la pérdida de un ser querido tanto en el nivel simbólico como biológico, atribuyendo significados a los síntomas de separación que experimentan, así como a los cambios de la identidad personal y colectiva que acompañan la muerte de un miembro de la familia o de una comunidad más amplia.

En este artículo nos detendremos en estos niveles distintos de respuesta a la pérdida, situando el duelo *sociológicamente* en unos marcos de referencia culturales y comunales englobadores, *psicológicamente* como una respuesta a la interrupción de las relaciones y supuestos personales que sostienen el sentido del self, y *psiquiátricamente* como un proceso cuyas complicaciones pueden provocar un empeoramiento de la salud tanto física como mental que requieren intervención. Uno de los hilos conductores de este análisis es que los seres humanos buscan el

significado en el duelo, y lo hacen intentando construir una explicación coherente de la pérdida de su ser querido que preserve un sentido de continuidad con quien ha sido, al mismo tiempo que integra la realidad de un mundo que ha cambiado en su concepción de quienes deben ser ahora. Desde nuestros diferentes puntos de vista como epidemiólogo psiquiátrico, asistente social hospitalaria y psicólogo clínico con formación constructivista y construccionista social, esperamos que esta perspectiva plural del duelo muestre la pérdida como una experiencia humana básica y con múltiples facetas. También esperamos sugerir que el fenómeno del significado del duelo estimula la investigación interdisciplinar, y conlleva ricas implicaciones para los seres sociales que intentamos comprender desde nuestros diferentes puntos de vista disciplinarios.

HACIA UNA SOCIOLOGÍA DEL DUELO

Las culturas occidentales contemporáneas están dominadas por lo que se podría determinar como una comprensión existencialista del duelo, la idea de que el duelo representa una respuesta “natural” a las pérdidas profundas, caracterizada por síntomas, estadios o intentos presumiblemente universales (Neimeyer, 2002). Esta perspectiva sitúa, además, el dolor *dentro* de las personas, ya que existe un fuerte énfasis cultural en el individualismo y una tendencia a atribuir la ansiedad humana a los estados interiores o a las características de las personas afectadas, más que a sistemas y estructuras sociales más amplias (Foucault, 1970). Esta tendencia a “psicologizar” el duelo se hace particularmente evidente en la cultura americana de finales de siglo, incitada tanto por los avances genuinos en la investigación médica y psicológica, como por un clima optimista que prescribe el *counseling* o la psicoterapia como la respuesta adecuada a un amplio abanico de problemas.

A pesar de los beneficios humanitarios y científicos de los enfoques psicológicos (efectivamente, muchos de estos formarán parte de nuestra discusión posterior), el fenómeno de la muerte y el duelo también necesita un análisis desde unas perspectivas disciplinarias más amplias. Los antropólogos, por ejemplo, durante mucho tiempo se mostraron intrigados por la forma en que diferentes culturas han construido creencias y prácticas únicas mediante las cuales otorgan un significado a la mortalidad y a su rol en la vida humana (Campbell, 1988). Efectivamente, el intento (pre)histórico de formular teorías mitológicas, cosmológicas sagradas y seculares sobre la vida y la muerte define en un sentido la cultura, entendida como una respuesta distintiva del grupo a las eternas cuestiones “¿*Quiénes somos?* ¿*De dónde venimos?* y ¿*A dónde vamos?*”. Desde este punto de vista englobador, la muerte se convierte no solamente en un hecho meramente biológico al cual sucumbimos, sino también en un catalizador para la construcción de marcos culturales evolutivos de significado que unen miembros de sistemas a través de las generaciones. Sociólogos como Durkheim (1912/1965), que estudiaron los procesos que mantienen unidas las sociedades, sugieren una perspectiva complementaria

sobre la muerte y la vida. Desde su punto de vista, las amenazas a la cohesión de la sociedad requieren esfuerzos para reparar el tejido social a través de los procesos de integración y regulación. La pérdida de miembros de una sociedad a través de la muerte es una de estas amenazas, lo cual promueve la implantación de mecanismos institucionalizados con el fin de integrar de alguna forma los muertos en el sistema social actual, y regular también los sentimientos de los que los lloran. Del mismo modo, los sociólogos contemporáneos como Walker (1999) estudian las formas características con las que los miembros de una cultura determinada “viven con los muertos,” preservando un sentido de continuidad y de ancestralidad, y “regulan el duelo,” mediante el establecimiento de normas para los sentimientos y comportamientos de los supervivientes. Esta perspectiva amplia de la pérdida y del duelo pone de manifiesto varios rasgos de los “sistemas de duelo”, cada uno de los cuales tiene aspectos públicos y privados. Estos rasgos incluyen los *rituales*, *culturas locales*, y *discursos* que forman el significado de la muerte en las comunidades humanas.

Rituales. Los rituales culturales, tanto en la forma de un funeral católico, como un *sivah* judío, o como un servicio memorial laico, favorecen los objetivos integradores y los reguladores mediante la provisión de una estructura para el caos emocional del duelo, confiriendo un orden simbólico a los hechos, y facilitando la construcción de significados compartidos entre los miembros de la familia, comunidad o incluso nación. Desde los ritos institucionales formales de transición a las prácticas más espontáneas que se dan en las familias (por ejemplo, recepción de visitas, transmitir un recuerdo alegre del difunto a un niño), las prácticas rituales deben incluir tres dimensiones básicas para satisfacer las necesidades de los que han perdido a un ser querido y del sistema social ampliado (Romanoff & Terencio, 1998). Éstas incluyen (a) la *transformación* del sentido del self del que está de duelo, permitiéndole pensar en y reconstruir su apego con el muerto, (b) la *transición* a un nuevo *status* social tanto para el muerto (por ejemplo, de ser un participante vivo en la comunidad a ser alguien presente en espíritu) como para el que ha perdido al ser querido (por ejemplo, de esposa a viuda), y (c) la *conexión* con lo que se ha perdido, a través de ocasiones elaboradas tales como el *Yizkor* judío o incluso las conversaciones más informales sobre la persona que ha muerto. Al combinarse, estas dimensiones de los rituales de duelo afirman los lazos compartidos, a la vez que reconocen los *status* cambiados de los que se han visto afectados más íntimamente por la pérdida².

Culturas locales. Los científicos conductuales están interesándose cada vez más por una segunda característica de los sistemas de duelo, concretamente el rol de las culturas locales en la configuración de las experiencias de duelo de sus miembros. Al nivel más público, se aprecia cada vez más la diversidad de respuestas a la muerte y el duelo por parte de los miembros de grupos culturales y subculturales diferentes (Irish, Lundquist y Nelsen, 1993). Por citar sólo un ejemplo, la investi-

gación centrada en grupos sugiere que existe una variación considerable entre las diferentes comunidades asiático-americanas en las filosofías tradicionales de la muerte, las preferencias al final de la vida y las prácticas de duelo, que desafían cualquier generalización sobre este grupo demográfico heterogéneo (Braun & Nichols, 1997). Los chinos americanos, por ejemplo, acostumbran a vestirse de blanco en los funerales, celebran servicios memoriales para los difuntos cada 7 días durante 49 días, y honran los antepasados en el festival anual *Ching Ming*. Por el contrario, los Filipino-Americanos se visten de negro por la muerte de un adulto, y organizan una novena católica de nueve días seguidos, al término de la cual se celebra un *atang* para que los difuntos puedan volver y despedirse. Incluso los miembros de las mayorías demográficas desarrollan culturas locales que forjan significados únicos de sus pérdidas compartidas. Klass (1999) ofrece un ejemplo con su investigación etnometodológica sobre la cultura de los grupos de apoyo a los padres que han perdido un hijo, que ayudan a consolidar los lazos de los padres con la “representación interior” de la pérdida de su hijo a través de prácticas memoriales creativas pero no normativas (por ejemplo, mostrar fotos en conferencias, dejar volar mariposas en una salida al campo). Desde este punto de vista, las variaciones culturales de las prácticas de duelo no son curiosidades antropológicas que caracterizan a grupos exóticos, sino que penetran en todas las colectividades humanas, definidas por su etnia, tradición, circunstancias o elección.

Discursos. Finalmente, los discursos que asignan significado a la muerte y a la pérdida definen en parte a los sistemas sociales (Neimeyer, 2001a). A pesar de que estas prácticas lingüísticas a veces cristalizan en liturgias eclesásticas específicas, sutras u otras formas culturales, normalmente son más fluidas, derribando las barreras existentes entre los grupos sociales definidos por raza o lugar. Por ejemplo, diferentes profesiones recurren a discursos divergentes del duelo problemático como un síndrome médico (en el caso de la psiquiatría), como una progresión a través de estadios de adaptación (en el del *counseling* por pérdida de un ser querido), y como un viaje espiritual (en el de los sacerdotes). En una sociedad postmoderna, plural, estos discursos se mezclan y a veces chocan, exigiendo a las personas inmersas en ellos una serie de demandas que compiten entre sí. Al final son los “usos del discurso” individuales (Harre & Gillett, 1994) posicionados en la confluencia de estas corrientes diferentes de atribución de significado los que adquieren selectivamente formas de comprensión del duelo en sus propias vidas, familias y trabajo. Es hacia este enfoque más psicológico que nos dirigimos ahora.

LA RECONSTRUCCIÓN PSICOLÓGICA DESPUÉS DE LA PÉRDIDA

La pérdida de una relación de apego íntima a causa de la muerte supone un profundo desafío a nuestra adaptación como seres humanos. En parte, como expresión de la herencia evolutiva compartida con otros animales sociales, respondemos a esta separación, con un conjunto de reacciones entremezcladas, que

incluyen el llanto, la desorientación conductual y el anhelo por la figura de apego perdida (Bowlby, 1973). Además, normalmente estas respuestas específicas del duelo van acompañadas de síntomas fisiológicos predecibles, como la falta de respiración, taquicardia, sequedad de boca, sudoración, polaquiuria, trastornos digestivos y sensación de asfixia (Rando, 1995). Unidas a otros síntomas como la inquietud, la tensión muscular y el insomnio, estas respuestas se pueden entender como un patrón del *arousal* afín a la respuesta del estrés de separación (Parkes, 1996). A pesar de que la investigación longitudinal a gran escala indica que la mayoría de las personas que han perdido a alguien se enfrentan eficazmente a estos síntomas agudos de malestar (McCrae & Costa, 1993), un 40% muestra signos prolongados de trastornos neuroendocrinos y dificultades para dormir (May & Irwin, 2001), así como síndromes de pánico o ansiedad diagnosticables durante el primer año de la pérdida (Jacobs, 1993). Por eso, el impacto biológico básico de la pérdida puede ser profundo, y para una gran mayoría, prolongado.

Síntomas y significado.

Por muy graves que sean estas respuestas psicofisiológicas a la pérdida, sus efectos devastadores sólo se pueden apreciar si se presta el mismo grado de atención por separado a los niveles humanos diferenciados de ruptura y readaptación de la experiencia. Este enfoque más amplio, reorienta la atención de los *síntomas* a su *significado*, de las reacciones biológicas básicas a las psicológicas más sutiles. Desde este punto de vista más extenso, *se puede considerar que los individuos que han sufrido una pérdida intentan afirmar o reconstruir un mundo personal de significado que ha sido puesto a prueba por esa pérdida* (Neimeyer, 2002). Este cambio constructivista -evidente a lo largo de los desarrollos más avanzados de la teoría, investigación y práctica del duelo (Neimeyer, 2001c)- enfatiza la tendencia humana general a organizar la experiencia de forma narrativa, a construir explicaciones que “den sentido” a las transiciones problemáticas de nuestras vidas enmarcándolas en una estructura llena de significado (Neimeyer & Levitt, 2001). Las grandes pérdidas, sin embargo, dificultan los esfuerzos por mantener una auto-narrativa coherente, ya que las personas significativas de quien dependían nuestras vidas han desaparecido cruelmente, provocando una revisión substancial de los objetivos de nuestra vida a corto y largo plazo en la medida en que nuestras vidas deben ser capaces de conseguir un cierto grado de predictibilidad y de mantener la dirección deseada. La pérdida de aquellas personas, además, que han sido testigos íntimos de nuestro pasado –pareja, padres, abuelos, hermanos o amigos de años, pueden minar incluso nuestra auto-definición más básica, ya que respecto a nosotros nadie ocupa, ahora, la posición relacional especial, necesaria para hacer surgir y validar el fondo único de recuerdos compartidos que sostienen el significado de lo que hemos sido. Por eso, la muerte de la pareja en el momento de la jubilación, quizás después de un período prolongado de cuidados debido a una enfermedad crónica,

enfrenta a la pareja a mucho más que a los síntomas de ansiedad provocados por la separación, a pesar de lo importantes que puedan ser éstos. Esta forma relativamente normativa de pérdida también introduce la necesidad de reorganizar la estructura diaria de la vida del superviviente, de abandonar los planes conjuntamente elaborados para la jubilación que prometían estructurar los capítulos restantes de la vida narrativa compartida, y de conseguir una nueva validación social de la caracterización del superviviente de quién es más allá de la relación de rol marital. Así mismo, el adulto que pierde el último progenitor superviviente puede experimentar una sensación sutil de discontinuidad de su propia identidad, que estaba anclada en una única historia relacional, al mismo tiempo que necesita integrar la conciencia de que es la “próxima generación” que morirá. En todos estos y otros sentidos, la pérdida nos lleva al “reaprendizaje del self” y al “reaprendizaje del mundo” (Attig, 1996).

Self y sistema.

Una implicación de este punto de vista es que la atribución de significado desencadenada por la pérdida se busca en la intersección entre el self y el sistema, más que sólo en los pensamientos y sentimientos privados del individuo que ha sufrido una pérdida. Por eso, el self se constituye y se reconstituye en relación al mundo social circundante, al cual el individuo tiene que recurrir necesariamente y al que se dirige en busca de validación (Neimeyer, 1998). Tal como sugieren los modelos recientes de pérdida (Stroebe & Schit, 1999), esta forma “oscilante” entre una orientación interna hacia los sentimientos y reacciones personales y una orientación externa a experimentar el nuevo sentido del lugar que uno ocupa en el mundo es común en el duelo. Además, estudios cualitativos sobre las familias en duelo destacan las prácticas conversacionales intensamente interactivas mediante las cuales las personas negocian el significado de la muerte, buscan el apoyo de sus propias perspectivas del significado práctico y espiritual, y afirman o luchan con las implicaciones que tiene en sus relaciones mutuas (Nadeau, 1997; Rosenblatt, 2000).

Pérdida traumática y crisis de significado.

A pesar de que la acomodación psicosocial a cualquier pérdida profunda es significativa, la pérdida que es traumática por naturaleza (como en los casos de muerte por homicidio, suicidio o accidente) o que altera el “orden natural” (como en el caso de la muerte de niños o jóvenes adultos) dificulta más la adaptación del superviviente. Algunas de estas dificultades tienen lugar en niveles fisiológicos, como la vivencia de una pérdida de forma repentina y horrible inunda el cerebro de neurotransmisores que imprimen recuerdos sensoriales vívidos del hecho (van der Kolk & van der Hart, 1991). A diferencia de los recuerdos asociados con las muertes más anticipadas o menos devastadoras, las asociadas con el trauma frecuentemente adoptan la forma de imágenes, sensaciones y emociones disociadas o fragmentadas –un derrame de sangre, el olor a carne quemada, un sentimiento de horror e

impotencia- que se encuentran en el nivel de la amígdala, relativamente incomunicada con el control consciente que efectúa el neocórtex. Desde un punto de vista evolutivo, la hipervigilancia de estímulos posteriores asociados con la pérdida original (un explosión fuerte, el olor a carne asada, un grito) puede considerarse una forma de adaptación, que ofrece un sistema de evaluación rápido para identificar y evitar la amenaza. Sin embargo, cuando ciertos hechos que sólo tienen un ligero parecido con el trauma desencadenan este sistema, el resultado es un sistema límbico altamente excitable y una susceptibilidad a los recuerdos intrusivos que alternan con la evitación (Horowitz, 1997).

Desde el punto de vista constructivista o en términos de construcción del significado, estos efectos fisiológicos de los recuerdos traumáticos construidos bajo condiciones de intensa activación son “pre-narrativos,” consistentes en sensaciones y percepciones no integradas, que pueden persistir durante muchos años, y que se resisten a incorporarse a la “narrativa principal” consciente de nuestras vidas. Por ejemplo, dos años después del suicidio de su mujer, depresiva crónica, mediante un disparo de pistola en la boca, el marido que encontró el cuerpo desplomado de su mujer en el suelo del baño se quejaba del olor inexplicable a sangre y pólvora que le invadía en los lugares menos pensados. Actualmente se están desarrollando intervenciones constructivistas diseñadas para ayudar a la integración de los significados e imágenes asociadas con las pérdidas traumáticas y no traumáticas (Neimeyer, 2001c; Sewell, 1997).

Una segunda dificultad en la acomodación de las pérdidas traumáticas surge, no al nivel superior de “narrativización” de los hechos traumáticos, encajándolos en la historia de nuestras vidas, sino en el nivel subyacente de la *estructura temática* de la cual depende nuestra auto-narrativa. Desde este punto de vista, las pérdidas trágicas invalidan los “constructos centrales” básicos (Kelly, 1955/1991) o el “mundo de presupuestos” (Janoff-Bulman & Berg, 1998) sobre los que se basan, ya que la experiencia traumática quizás destruya permanentemente nuestro supuesto sentido de seguridad, predicción, confianza y optimismo. Una madre joven cuyo hijo murió después de diez años de cuidados intensivos debido a un problema congénito de corazón ejemplifica esta reacción, buscando respuestas existenciales satisfactorias a las demandas inmediatas de *por qué* esta tragedia le tenía que haber sucedido a ella y a su familia. Sintiendo que la pérdida de una vida joven era una violación del sistema de creencias entero que le aportaba significado a la vida, reformuló su perspectiva del universo de manera más sabia, aunque más críptica, considerando la muerte como una “advertencia” espiritual de un dios exigente que le apremiaba a reevaluar el materialismo y la superficialidad de su vida anterior. El resultado fue mucho dolor y examen de conciencia, pero también crecimiento. La investigación demuestra que la necesidad apremiante de enfrentarse a una explicación de la pérdida se produce en la mayoría de las pérdidas traumáticas, y que la habilidad del superviviente para dar sentido a la muerte y encontrar un beneficio

existencial importante o una lección de vida en la pérdida son uno de los mejores pronosticadores de su posible adaptación (Davis, Nolen-Hoeksma & Larson, 1998).

DUELO COMPLICADO: UNA PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA

Tal como sugiere la sección anterior, la adaptación a las pérdidas traumáticas o normativas presenta varias dificultades a los supervivientes, que recurren a recursos personales, sociales o culturales para dar significado a la pérdida y para incorporar la experiencia en su vida narrativa en curso (Neimeyer, 2001a). Sin embargo, no todas las personas que han sufrido una pérdida superan estas dificultades satisfactoriamente, ya que una minoría significativa (10-20%) sienten que la vida sin el difunto se halla tan seriamente afectada que les cuesta mucho integrar la pérdida y seguir adelante con su vida (Prigerson & Jacobs, 2001). Para este grupo de supervivientes, la muerte de su ser querido no solamente es profundamente triste sino que perturba el sentido de quienes son, sus proyectos y sus lazos con el mundo relacional. El propósito de esta sección es revisar la investigación actual de esta complicación del duelo, centrándonos en sus correlaciones y consecuencias, así como en hacer conjeturas sobre sus causas en la interacción de la pérdida “objetiva” y el significado “subjetivo” para el superviviente. Como veremos, esto nos conducirá a considerar el fenómeno del apego, así como los desafíos al modelo básico de significado que ocasionan.

Desde una perspectiva psiquiátrica, los síntomas del duelo complicado incluyen síntomas *intensos y persistentes* de *distress* por pérdida (por ejemplo, pensamientos reflexivos sobre el difunto, anhelo por y búsqueda del difunto, soledad excesiva resultante de la pérdida) y síntomas de *distress* traumático (Jacobs, Mazure & Prigerson, 2000) (ver tabla 1). Significativamente, los síntomas de complicaciones listados bajo el criterio B pueden considerarse en términos de una lucha por integrar el significado de la pérdida, tal como se ha descrito anteriormente. Por ejemplo, la insensibilidad y la incredulidad pueden considerarse expresiones de la inhabilidad para asimilar la pérdida en la propia construcción previa de la realidad, y la visión de un mundo roto en pedazos, así como un sentido comprometido del propósito, significado, seguridad y control, diezman los esquemas de significado que sostenían previamente el individuo en duelo. Finalmente, tanto el enfado persistente como la identificación patológica se consideran medios subóptimos de adaptación a la invalidación de significados existentes ya que intentan imponer de forma hostil las propias construcciones de los hechos (Kelly, 1995/1991), o preservar la continuidad de la propia identidad anterior a la pérdida a través de la identificación con aspectos negativos del difunto (Neimeyer, 2002). Cuando estos síntomas persisten de manera intensa durante más de seis meses después de la pérdida, en el contexto de un funcionamiento substancialmente deteriorado en la familia, trabajo y roles sociales, entonces hay suficientes pruebas como para diagnosticar un duelo complicado (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios Diagnósticos para el Duelo Complicado

<p>CRITERIO A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona ha sufrido la muerte de un ser querido y su reacción implica tres de los cuatro síntomas siguientes, experimentados a diario o en grado excesivo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamientos intrusivos sobre el difunto 2. Añoranza del muerto 3. Búsqueda del muerto 4. Soledad excesiva desde la muerte 	<p>CRITERIO B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuatro de los siguientes ocho síntomas en respuesta a la muerte experimentados casi a diario o en grado excesivo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de objetivos, sentimientos de futilidad respecto al futuro 2. Sentido subjetivo de entumecimiento, desapego, o ausencia de respuesta emocional 3. Dificultad de reconocimiento de la muerte (incredulidad) 4. Sentimiento de que la vida está vacía de sentido. 5. Sentimiento de que ha muerto una parte de sí mismo. 6. Visión derrotista del mundo (pérdida del sentido de seguridad, confianza y control) 7. Asunción síntomas o conductas destructivas de, o relacionadas con, el difunto. 8. Excesiva irritabilidad, amargura, o angustia relacionada con la muerte
<p>CRITERIO C:</p> <p>Duración del trastorno (de los síntomas referidos) de al menos 6 meses.</p>	<p>CRITERIO D:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El trastorno causa desajuste clínico significativo en las áreas social, laboral y otras áreas importantes de funcionamiento.

Hace casi sesenta años, Lindemann (1944) describió los rasgos de estas “reacciones enfermizas a la pérdida” (por ejemplo, rumiaciones sobre el difunto, hostilidad) que consideraba desviaciones del duelo “normal” y que requerían un intervención más agresiva. En concordancia con las observaciones de Lindemann, la investigación reciente demuestra que los individuos en duelo con grandes niveles de síntomas de duelo complicado sufren más disfunciones que quienes sólo experimentan niveles más bajos de estos síntomas (Prigerson, Bridge & Maciejewski, 1997; Prigerson, Frank, Kasl, Reynolds & al., 1995; Silverman, Jonson & Prigerson, 2001). Los estudios consideran que los síntomas del duelo complicado: (1) forman un conjunto coherente de síntomas diferentes de la depresión relacionada con el duelo y conjuntos de síntomas de ansiedad (es decir, la fenomenología subyacente de los síntomas indica que constituyen síndromes separados) (Prigerson, Bierhals & Kasl, 1996); (2) en algunos individuos prevalecen durante varios años (Prigerson, Bierhals, Kasl, Reynolds & al., 1997; Prigerson et al., 1997); (3) además de los síntomas de depresión, pronostican bastante morbilidad y comportamientos insalubres, incluidos episodios cardíacos, presión alta, cáncer, colitis ulcerosa, intentos de

suicidio, disfunciones sociales, falta de energía, cambios en la alimentación, consumo de alcohol, tabaquismo y disfunciones globales (Prigerson, Beirhals et al., 1997; Prigerson et al., 1996; Prigerson et al., 1997; Prigerson, Frank et al., 1995; Silverman et al., 2001); y (4) a diferencia de los síntomas depresivos, la psicoterapia interpersonal y los antidepresivos tricíclicos no los reducen de forma efectiva (Pasternak, Reynolds, & Schlernitzauer, 1991; Reynolds, Miller & Pasternak, 1999). Dados estos resultados que demuestran los síntomas distintivos, el curso clínico y la respuesta al tratamiento, así como la morbilidad asociada a los síntomas del duelo complicado, se han desarrollado unos criterios de consenso con el fin de delinear (y diagnosticar) este síndrome de forma más precisa y completa. Algunos estudios ya han empezado a proporcionar validación empírica para el establecimiento de criterios de consenso para el duelo complicado (Prigerson & S.C. Jacobs, 2001; Prigerson, Shear & Jacobs, 1999) y han desarrollado un sólido soporte psicométrico para una evaluación cuidadosamente construida del duelo complicado (Neimeyer & Hogan, 2001; Prigerson, Maciejewski, Reynolds, Beirhals & al., 1995). Estos hallazgos destacan la necesidad de comprender la etiología de las reacciones del duelo complicado con el fin de identificar los factores de riesgo y tratarlos adecuadamente. Creemos que el significado de la pérdida para el superviviente y su corolario, los modelos operativos internos, son parte esencial de la identificación de los factores de riesgo del duelo complicado.

Los modelos operativos internos y su rol en la adaptación a la pérdida.

A pesar de que las pérdidas horribles, repentinas o prematuras pueden sacudir las bases del mundo de presupuestos de casi cualquier individuo que haya sufrido una pérdida, algunos individuos son más proclives a desarrollar respuestas de duelo complicado que otros. Un factor potencial de vulnerabilidad que predispone a estas reacciones, incluso en el caso de las pérdidas no-traumáticas, es el “modelo operativo interno” en el que se basa el individuo para construir una “teoría” básica del self, de los otros y del mundo (Bowlby, 1973). Estos modelos derivan de la experiencia de una persona con las figuras de apego primarias, especialmente durante la infancia de las relaciones con las figuras paternas. Los modelos operativos internos sirven de esquemas mentales que ayudan a interpretar las experiencias interpersonales. Según Bowlby un modelo operativo del self válido y competente se desarrolla cuando las figuras paternas ofrecen apoyo y disponibilidad emocional. Un modelo operativo seguro es aquel en el cual un individuo confía que podrá acceder siempre a una figura protectora, que ofrece apoyo, y que satisface las demandas del entorno a las que debe enfrentarse. Por el contrario, los padres que rechazan o descuidan las necesidades emocionales del niño, o le niegan el apoyo social y material que necesita, dan lugar a un modelo operativo del self devaluado e incompetente. Los modelos operativos inseguros generan una sensación de incertidumbre acerca de la disponibilidad y accesibilidad de las figuras de apego

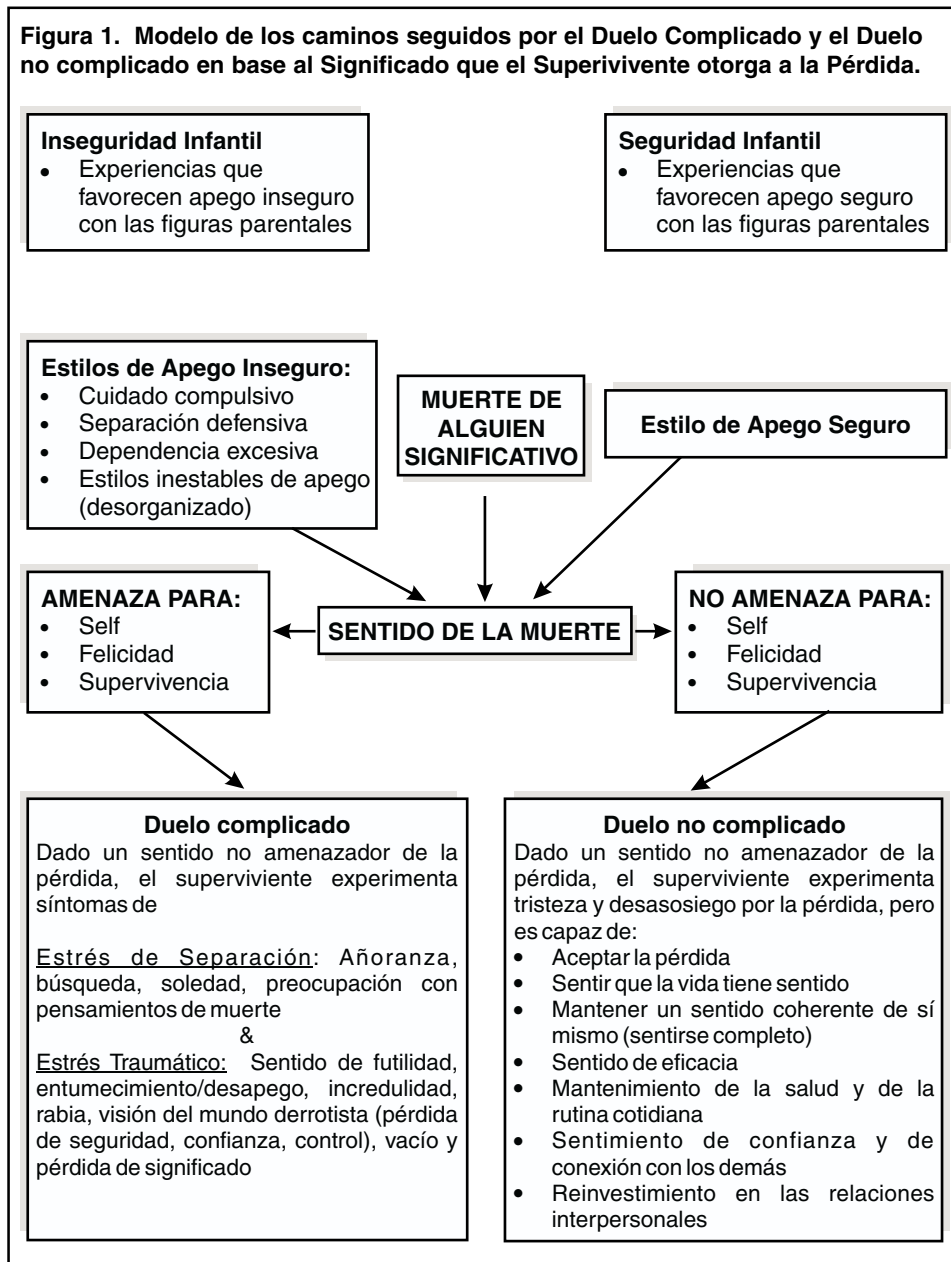
protectoras y proveedoras de apoyo, y provocan ansiedad con respecto a la propia habilidad de satisfacer los desafíos del entorno. Una vez establecidos, estos modelos operativos funcionan como bases ampliamente inconscientes de la autonarrativa continuada de la persona (Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983), formando los patrones de apego del individuo en relaciones posteriores.

Bowlby propuso tres estilos de apego que derivan de modelos operativos inseguros y que predisponen a las personas que han perdido a alguien a reacciones de duelo complicado (Parkers, 1996). Bowlby (1973) “los adultos cuyo duelo tomó un curso patológico probablemente antes de la pérdida eran propensos a las relaciones afectivas,... marcadas por un alto grado de apego ansioso,... y cuidados compulsivos. Las personas que forman este grupo generalmente se las describe como nerviosas, sobredependientes, temperamentales, pegajosas... En un tercer grupo bien diferenciado se intenta desesperadamente conseguir una auto-suficiencia emocional y una independencia de los lazos afectivos...” (p. 202). Por eso, cabe esperar que las personas que han sufrido una pérdida cuya forma dominante de relación con los demás encaja con uno de estos tres estilos de apego-dependencia excesiva, cuidados compulsivos, separación defensiva- así como un estilo de apego desorganizado o inestable que oscila entre el acercamiento y la evitación en las relaciones, tengan grandes posibilidades de padecer un duelo complicado⁴.

De esta forma, los modelos operativos internos sugieren los factores de protección y los de riesgo frente a la experiencia de la pérdida de un ser querido que amenazan al self, la felicidad y la supervivencia, y sitúan al superviviente en un camino que le puede conducir a reacciones de duelo complicadas o no complicadas (ver Figura 1). De acuerdo con la teoría del apego, proponemos un modelo causal en el cual la experiencia de una infancia adversa (por ejemplo, abusos o negligencia) predisponen a la persona a adoptar estilos de apego inseguros. Estos modelos operativos inseguros del self, del resto y del mundo incrementan el potencial de los supervivientes a percibir la muerte de una figura de apego principal como una amenaza a su protección y seguridad, que a la vez, les predispone a las reacciones de duelo complicadas. Por el contrario, aquellos que disponen de modelos operativos internos seguros, a pesar de experimentar la muerte de una persona significativa como un hecho triste y perturbador, no lo viven como una amenaza significativa a su seguridad, el cumplimiento de sus objetivos a largo plazo o a la supervivencia, y por eso se espera que se encuentren en el camino del duelo no complicado.

Algunos estudios recientes vienen a validar ciertos aspectos de este modelo. En uno concreto se compara la influencia relativa de las adversidades en la infancia y en la edad adulta en diagnósticos actuales de Trastorno Depresivo Mayor (MDD), Trastorno de Estrés Post-Traumático (PTSD) y Duelo Complicado (CG) en adultos recientemente enviudados (Silverman et al., 2001). Los resultados indican que los problemas ocurridos durante la infancia (abusos o muerte de uno de los padres) estaban relacionadas significativamente con el CG y, secundariamente, con el

Figura 1. Modelo de los caminos seguidos por el Duelo Complicado y el Duelo no complicado en base al Significado que el Superviviente otorga a la Pérdida.



MDD, mientras que los problemas ocurridos durante la edad adulta (hechos traumáticos no relacionados con la pérdida y la muerte de un hijo) sólo se asociaban significativamente con el PTSD. La tendencia de las adversidades en la infancia a predecir CG y las adversidades en la edad adulta a predecir PTSD todavía se

mantenían incluso después de agrupar adversidades y comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos que se tenían en cuenta. Estos resultados sugieren que la vulnerabilidad al CG se basa explícitamente en las experiencias de la infancia. Una explicación de estos resultados es que los niños que han sufrido abusos o negligencias desarrollan unos estilos de apego inseguros que les predisponen a las reacciones de CG.

Aunque el modelo completo, propuesto en la Figura 1, todavía no se ha probado, se pueden encontrar limitadas pruebas anecdóticas que apoyan la conexión entre las adversidades durante la infancia y el desarrollo de estilos de apego inseguros durante la edad adulta. En una conferencia sobre casos clínicos sobre el CG (Prigerson, Shear, Frank, Silberman & Reynolds, 1997), una viuda explicó cómo su padre solía desaparecer durante largos períodos de tiempo cuando era niña. A pesar de que la paciente era consciente de que alguna cosa iba “realmente mal” en su familia, el secreto de que su padre cuidaba y ejercía de padre de otra familia no se le reveló hasta que fue una persona adulta. Su sentido de seguridad y confianza se vio minado por un padre que solía hallarse ausente, una madre que le guardó el secreto de que era una hija ilegítima (sus padres no se casaron hasta que ella tuvo 14 años), las dificultades económicas asociadas con la doble vida de su padre, y el ataque al corazón de su padre que le dejó permanentemente incapacitado, se cree que explican su estilo de apego inseguro y aislado a la defensiva. En base a sus experiencias infantiles y los modelos operativos inseguros de apego surgidos a raíz de ellos, la muerte de su marido, de quien dependía emocional y económicamente, fue interpretada por ella como extremadamente amenazadora y su reacción a la pérdida se complicó.

Este modelo puede ayudar a explicar por qué las relaciones muy próximas de apoyo parece que predisponen a los individuos que han sufrido una pérdida al CG (Prigerson, Beirhals et al., 1997). Mientras Freud (1957) postuló que los matrimonios ambivalentes o conflictivos darían como resultado una depresión relacionada con la pérdida, nosotros creemos que la viudez después de matrimonios que incrementaban la seguridad, estabilizaban y eran relativamente exclusivos es la que tiene más probabilidades de desembocar en un CG, así como en una salud física peor, mayor uso de los servicios sanitarios y por tanto más costes sanitarios (ver arriba). En un estudio de cuidadores de maridos o esposas enfermos terminales, se observó también si los estilos de apego inseguros se asociaban al CG o a síntomas depresivos (Prigerson et al., 1997). Los resultados sugieren que los matrimonios que incrementan la seguridad con estilos de apego inseguros aumentan el riesgo de padecer síntomas de CG en el miembro superviviente de la pareja.

Crecimiento a través del duelo.

A pesar de que nuestro énfasis hasta este punto se ha situado en el modo en que la pérdida puede desafiar el mundo de los significados de los supervivientes -

particularmente el de aquellos cuyos patrones de apego les hacen más vulnerables a esta interrupción- centrarse en las complicaciones derivadas de la pérdida puede conllevar el riesgo de marginalizar una respuesta quizás más común a la pérdida, el crecimiento post-traumático (Tedeschi, Park & Calhoun, 1998). Por esta razón concluiremos con una revisión selectiva de la literatura que ilumina cómo la lucha por la reconstrucción del significado ante una pérdida no sólo conlleva tristeza, pena y desesperación, sino también un potencial de crecimiento. Tal como veremos, incluso en los casos más dolorosos, muchos supervivientes experimentan un aumento, más que una disminución, del significado personal.

Incapacidades congénitas y muerte de un hijo.

Desde el momento de la confirmación del embarazo muchas mujeres se sienten llenas de ilusiones, sueños y la esperanza de un recién nacido saludable. Pero cuando se diagnostica al niño alguna condición que le limitará la vida, como anomalías congénitas o enfermedades progresivas neuromusculares, desembocan en un duelo profundo de los padres. Según Ross (2002) la “pena crónica” que conllevan estas pérdidas implica no sólo la renuncia a los sueños del pasado y una constante revisión de los planes presentes y patrones de enfrentamiento, sino también una anticipación de un futuro que está “privado” de “marcadores” que estructuran normalmente el ciclo de vida familiar (por ejemplo, el día de la graduación y la boda). Pero incluso ante esta erosión del mundo de creencias existente, muchas familias encuentran significado, poder y valor en su experiencia de ser padres de niños discapacitados. Milo (1997), en su investigación cualitativa de madres cuyos hijos discapacitados habían muerto, explicó que la mayoría de las madres conseguían encontrar un significado y un beneficio en la vida y muerte de su hijo y eran capaces de continuar viendo el mundo de forma positiva y propositiva. A pesar de la gran cantidad de responsabilidades en el cuidado y la triste doble pérdida –del hijo “deseado” y del hijo real- estas madres atribuyen a esta experiencia el mérito de haberles hechos más conscientes de lo esencial de la vida y del poder del amor. Como resultado de la supervivencia al período de cuidados y a la pérdida, se volvieron más pacientes, confiadas, empáticas, sin juzgar a los demás. A pesar de que seguro que no habrían deseado nunca pasar esta experiencia, ni se la hubieran deseado a nadie, estaban agradecidas por haber aprendido esta lección.

Similares beneficios agrídulces aparecen con la pérdida de hijos no discapacitados. En la sociedad occidental, la muerte de un hijo parece fuera del orden natural, algo que hace estremecer los fundamentos de nuestro mundo de creencias. La investigación sobre la crisis de significado en el duelo paterno indica que la búsqueda de significado es primordial para el proceso de reajuste después de la muerte del hijo, y que los padres que son capaces de encontrar estos significados volviéndose más compasivos y más fuertes, aceptando la mortalidad humana o profundizando en su espiritualidad se enfrentan mejor con la pérdida (Braun & Berg,

1994; Davis et al. 1998; Wheeler, 2001). Incluso después del suicidio de un joven, una pérdida terrible para los padres y los miembros de la familia, los supervivientes pueden superarlo cuando buscan su fortaleza interior y su capacidad de enfrentamiento y deciden comprometerse con la vida (Kalischuk & Davies, 2001).

Muerte de un hermano.

La muerte de un hijo no sólo afecta profundamente a los padres, sino que también puede tener un efecto duradero en los hermanos supervivientes, ya que afrontan su propio duelo así como lo hacen sus padres y los demás en el sistema familiar. Los datos, sin embargo, sugieren, de nuevo, que la experiencia también ofrece a los niños el ímpetu para el crecimiento psicológico. Por ejemplo, la investigación en familias en las cuales había muerto un hijo de cáncer hacía 7 o 9 años demostró que el auto-concepto de los hermanos era más alto que el de los grupos de niños que no habían pasado por esta experiencia (Martinson, Davies & McClowry, 1987). Además, diversas entrevistas con los hermanos indicaron que habían crecido psicológicamente como resultado de su experiencia. Por ejemplo, un chico de 16 años comentó *“tengo una mejor actitud frente a la vida ahora; es decir que me doy cuenta de lo importante que es la vida como resultado de la muerte de mi hermana.”* Los datos de las entrevistas con los padres también indicaron que se consideraba que los niños eran individuos sensibles, responsables, que maduraron como resultado de la experiencia.

Hay otro estudio sobre los efectos a largo plazo de la muerte de hermanos, basado en entrevistas con adultos que en su infancia perdieron a un hermano (Davies, 1999). Muchos hermanos sentían que esta experiencia les había enseñado a apreciar más la vida, a disfrutar de cada día ya que sabían de primera mano que la vida es limitada. Aprendieron a apreciar a sus seres queridos aún más y se sentían seguros hablando con personas muy enfermas. También se ha observado una reconstrucción de la identidad y un crecimiento personal similar en estudiantes universitarios que se han enfrentado a grandes pérdidas (Neimeyer, 2001b).

Duelo en las familias.

Nuestro conocimiento sobre el duelo después de la muerte de alguien se centra mayoritariamente en los individuos –madres, padres, hermanos, esposos. Pero las pérdidas serias afectan no sólo a los individuos como miembros de la familia, sino también a las familias como unidad. Además, los significados sentimentales que las familias atribuyen a estos hechos, cosas o experiencias modelan sus acciones, influenciando el curso de su duelo. Por ejemplo, después de la muerte de un niño, muchas familias reflexionan sobre lo que tienen que hacer con las pertenencias del niño. La investigación de este aspecto del duelo familiar determinó que la ropa, la habitación y los recuerdos del niño se utilizaban frecuentemente como recuerdos con significados, a pesar de que los significados de estos “objetos de conexión”

tomados individualmente por uno de los padres, por ejemplo, diferían de aquellos que les atribuía la familia como unidad (Davies, 1987). Cuanto más grande era la diferencia de significado concedido a estos recuerdos por los miembros de la familia, más grande era el potencial de malentendidos entre la familia y más problemático del duelo familiar. Cuando los miembros de la familia compartían sus significados individuales, juntos daban un sentido a la experiencia y ganaban niveles de confort y crecimiento.

Pero no todos los individuos o familias son iguales, ni se enfrentan al mismo nivel de pérdida. Hay un estudio sobre familias con un miembro que tiene un cáncer terminal que nos ofrece un buen ejemplo (Davies, Chekryn-Reimer, Brown & Martens, 1995). Estas familias se encuentran en la transición de “lenta desaparición”: desde vivir con un cáncer a la experiencia de la muerte por cáncer. Esta transición implica varios componentes que ocurren a lo largo del tiempo, pero no de forma lineal –se acumulan, se sobreponen y se repiten- pero que deben empezar con la redefinición del self del paciente y la redefinición de la familia del paciente. En un primer paso esencial, la familia y el paciente ajustan o redefinen su enfoque para encajar la apariencia del paciente y la merma de sus facultades. Todos los miembros de la familia deben ajustar su visión del paciente, de si mismos y de la familia como unidad, iniciando un proceso que no tiene un final claro, pero que en cambio lleva a escena otros componentes del proceso de desaparición. El paciente se enfrenta a la posibilidad de ser una carga y los miembros de la familia se enfrentan a verse cargados con una responsabilidad extra. La familia lucha contra la paradoja del paciente que vive con un cáncer y, a la vez, muere a causa de él. Todos los miembros de la unidad familiar sufren grandes cambios en sus vidas y buscan un significado en las experiencias que viven. Los pacientes muchas veces emprenden este viaje privadamente, intentando dar un sentido a la situación conectando con su yo interno y espiritual, quizás considerando los demás como un bastión contra la desesperación. El matrimonio busca un significado pasando más tiempo juntos y apreciándose más. También evalúan sus vidas y reordenan sus prioridades. Los hijos adultos en estas familias se enfrentan con su propia mortalidad y el impacto de la muerte inminente de su padre o madre en su futuro. Responden mediante la reevaluación de muchos aspectos de sus vidas, pero particularmente de sus actitudes respecto a si mismos, a su familia y estilo de vida.

Naturalmente, tal como se ha visto en la discusión del CG, no todos los significados a los que la familia recurre ofrecen la misma adaptación. Cuando los pacientes, u otros miembros de la familia, no redefinen la situación, teniendo en cuenta la realidad de la muerte inminente del paciente, hay pocas probabilidades de que busquen un significado. Al contrario, se centran en la parte negativa de la situación y desean que las cosas sean distintas. A veces los miembros de estas familias buscan el significado en el pasado, y en estos casos, más que encontrar esperanza y algún elemento de crecimiento o paz, sólo consigue aumentar su

frustración. Dependiendo del grado de capacidad de los miembros de una familia para redefinir la nueva situación, serán capaces o no de reconstruir una vida llena de significado, ajustarse y crecer psicológicamente con la experiencia de la pérdida.

El significado del significado

Desde una perspectiva interdisciplinaria amplia, los fenómenos de la pérdida, del duelo y del luto están impregnados de significado. Aunque a un cierto nivel las reacciones humanas al duelo se basan en la historia evolutiva compartida con otros animales sociales, la tendencia humana a construir un universo simbólico sobrepuesto a uno natural también atribuye a nuestra adaptación a la muerte y a la pérdida una forma humana única. En este breve artículo hemos intentado comprender *sociológicamente* la respuesta humana a la pérdida reconociendo el rol del ritual, de la cultura local y del discurso que le atribuye un significado; *psicológicamente*, considerando el duelo como un esfuerzo para renegociar una autonarrativa coherente que adapte las transiciones dolorosas, tanto si son normativas como traumáticas; y *psiquiátricamente*, revisando las pruebas de que un CG constituye un diagnóstico diferenciado al cual las personas con historias problemáticas de apego pueden ser particularmente vulnerables. También hemos documentado la gran capacidad de los humanos de crecer a través del duelo, y de reafirmar o revisar los mundos de creencias que la pérdida ha puesto en peligro.

Implícitamente supone una visión expandida del concepto de significado, que trasciende el discurso muchas veces limitado que lo equipara a las “cogniciones” en las mentes de los individuos (Neimeyer, 2000). A pesar de que el significado muchas veces se enfoca en términos de interpretación, creencias o auto afirmaciones, la conciencia individual representa simplemente un sitio para la construcción del significado, que también reside y deriva del lenguaje, las prácticas culturales, las tradiciones espirituales, y las conversaciones interpersonales, todas las cuales interactúan para moldear y formar el significado del duelo para un individuo o grupo determinado. Una implicación de este punto de vista del significado más “socializado” es que incluso lo que parece irreductiblemente personal -es decir, nuestros “modelos operativos” implícitos del self y del mundo- está ancorado en nuestros lazos de apego con las personas significativas. Por eso, el significado de cualquier pérdida sólo puede entenderse sobre el trasfondo de los factores evolutivos, sociales o culturales, irreductibles a los significados explícitos de la persona en duelo. Esperamos que el lector comparta nuestra fascinación por esta matriz de significado, y que se una a nosotros en la búsqueda de la comprensión del papel del duelo entendido tanto como un impedimento, como un incentivo al crecimiento humano y a la plena realización.

Desde un punto de vista amplio, el fenómeno del duelo y la pérdida de un ser querido requieren un análisis en términos sociológicos, psicológicos y psiquiátricos. En este artículo se arguye que una cuestión común es la del significado de la pérdida, expresado como un intento de adaptación tanto individual como colectivo.

Palabras clave: duelo, separación, psicoterapia constructivista, contexto social, reconstrucción el significado.

Notas de los autores

1. Algunas partes de este escrito aparecerán próximamente en inglés en un artículo titulado "Mourning and meaning" en el *American Behavioral Scientist*. Agradecemos el permiso para su publicación.
2. Cabe advertir que algunas pérdidas (por ejemplo, la muerte de un feto, de un amante o de un ex-esposo/a) son frecuentemente deslegitimadas o poco tenidas en cuenta desde el punto de vista social, recibiendo poco o nulo apoyo en la cultura contemporánea (Doka, 2002). Para una discusión detallada de la deslegitimación como fallo empático en varios niveles del self y del sistema, ver Neimeyer y Jordan (2002)
3. Un ejemplo claro de esto tiene que ver con la diversidad de atribuciones que la persona que ha perdido a alguien –especialmente en culturas diferentes- hacen con respecto a su sintomatología física de la pérdida. El mismo dolor cardíaco, por ejemplo, puede interpretarse de maneras diferentes, como un síntoma que necesita control médico, como un signo aceptado de la "ruptura del corazón" ocasionado por la pérdida de un amor, o como una identificación patológica con la misma enfermedad que se llevó al ser querido, desaparecido. No pretendemos que se dé menos importancia médica a estos síntomas, sino que invitamos a prestar la misma atención a los significados diferentes que los que han sufrido una pérdida relacionan con estas reacciones.
4. Por extensión, podríamos deducir que los miembros de una familia que demuestran unos comportamientos altamente dependientes, cuidados compulsivos, o evitación defensiva en el contexto de los cuidados ofrecidos a un ser querido durante los últimos días de su vida, serían candidatos a un CG después de que se produjese la muerte. Sin embargo, mantenemos esta hipótesis sólo de forma tentativa, dada la atmósfera cargada emocionalmente que tipifica la muerte de un ser querido, así como las amplias variaciones culturales que caracterizan las muestras de emoción e intimidad, particularmente en este punto crítico del ciclo de la vida de la familia. Es necesario investigar más acerca de las interacciones familiares normativas durante los últimos días de vida de uno de sus miembros si se quiere ofrecer una base para determinar las variaciones clínicamente significativas en los comportamientos de apego ante la anticipación de una pérdida.

Traducción: Ariadna Villegas Torras

Referencias bibliográficas

- ATTIG, T. (1996). *How we grieve: Relearning the world*. New York: Oxford University Press.
- BOWIBY, J. (1973). *Attachment and loss: Separation (Vol. 2)*. New York: Basic.
- BRAUN, K. L., & NICHOLS, R. (1997). Death and dying in four Asian American cultures. *Death Studies*, 21, 327-359.
- BRAUN, M. L., & BERG, D. H. (1994). Meaning reconstruction in the experience of bereavement. *Death Studies*, 18, 105-129.

- CAMPBELL, J. (1988). *Historical atlas of world mythology*. New York: Harper & Row.
- DAVIES, B. (1987). Family responses to the death of a child: The meaning of memories. *Journal of Palliative Care*, 3, 9-15.
- DAVIES, B. (1999). *Shadows in the sun: The experiences of sibling bereavement in childhood*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- DAVIES, B., CHEKRYN-REIMER, J., BROWN, P., & MARTENS, N. (1995). *Fading away: The experience of transition in families with terminal illness*. Amityville, NY: Baywood.
- DAVIS, C. G., NOLEN-HOEKSEMA, S., & LARSON, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- DOKA, K. J. (2002). *Disenfranchised grief (2nd ed.)*. San Francisco: Jossey Bass.
- DURKHEIM, B. (1912/1965). *The elementary forms of religious life*. New York: Free Press.
- FOUCAULT, M. (1970). *The order of things*. New York: Pantheon.
- FREUD, S. (1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed.), *The Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (pp. 152-170). London, England: Hogarth Press.
- GUIDANO, V. F. (1991). *The self in process*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. F., & LIOTTI, O. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- HALL, M., & IRWIN, M. (2001). Physiological indices of functioning in bereavement. In M. S. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 473-491). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- HARRÉ, R. & GILLET, R. (1994). *The discursive mind*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- HOROWITZ, M. J. (1997). *Stress response syndromes* (3rd Ed.). Northvale, N. J.: Jason Aronson.
- IRISH, D., LUNDQUIST, K., & NELSEN, V. (Eds.). (1993). *Ethnic variations in dying death, and grief*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- JACOBS, D., MAZURE, C., & PRIGERSON, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*; 24, 185-199.
- JACOBS, S. (1993). *Pathologic grief*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- JANOFF-BULMAN, R., & BERG, M. (1998). Disillusionment and the creation of values. In J.H. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 35-47). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- KALISCHUK, R. G., & DAVIES, B. (2001). A theory of healing in the aftermath of youth suicide. *Journal of Holistic Nursing Practice*, 19, 163-186.
- KELLY, G. A. (1955/1991). *The psychology of personal constructs*. New York: Routledge.
- KIASS, D. (1999). *The spiritual lives of bereaved parents*. Philadelphia, PA: Brunner Mazel.
- LINDEMANN, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- MARTINSON, I., DAVIES, B., & MCCLOWRY, S. (1987). The long-term effects of sibling death on self-concept. *Journal of Pediatric Nursing*, 2, 227-235.
- MCCRAE, R., & COSTA, T. (1993). Psychological resilience among widowed men and women. In M. Stroebe, W. Stroebe & R. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MILO, E. M. (1997). Maternal responses to the life and death of a child with developmental disability. *Death Studies*, 21, 443-476.
- NADEAU, J. W. (1997). *Families making sense of death*. Newbury Park, CA: Sage.
- NEIMEYER, R. A. (1998). Social constructionism in the counselling context. *Counselling Psychology Quarterly*, 11, 135-149.
- NEIMEYER, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-557.
- NEIMEYER, R. A. (2001a). The language of loss. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- NEIMEYER, R. A. (2001b). Reauthoring life narratives: Grief therapy as meaning reconstruction. *Israel Journal of Psychiatry*, 38, 171-183.
- NEIMEYER, R. A. (Ed.). (2001c). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- NEIMEYER, R. A. (2002). *Lessons of loss: A guide to coping (2nd ed.)*. New York: Brunner Routledge.
- NEIMEYER, R. A., & HOGAN, N. (2001). Quantitative or qualitative? Measurement issues in the study of grief. In H. S. M. Stroebe, R. Hansson & W. Stoebe (Ed.), *Handbook of bereavement research* (pp. 89-118). Washington, DC: American Psychological Association.

- NEIMEYER, R. A., & JORDAN, J. R. (2002). Disenfranchisement as empathic failure. In K. Doka (Ed.), *Disenfranchised grief*. San Francisco: Jossey Bass.
- NEIMEYER, R. A., & LEVITT, H. (2001). Coping and coherence: A narrative perspective on resilience. In R. Snyder (Ed.), *Coping with stress* (pp. 47-67). New York: Oxford.
- PARKES, C. M. (1996). *Bereavement* (2 ed.). London & New York: Routledge.
- PASTERNAK, R. B., REYNOLDS, C. F., & SCHLEMITZAUER, M., et al. (1991). Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 307-310.
- PRIGERSON, H. G., BEIRHALS, A. J., KASL, S. V., REYNOLDS, C. F., & al., e. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry* 154, 616-623.
- PRIGERSON, H. G., BIERHALS, A. J., & KASL, S. V., et al. (1996). Complicated grief as a distinct disorder from bereavement-related depression and anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1484-1486.
- PRIGERSON, H. G., BRIDGE, J., & MACIEJEWSKI, P. K. e. a. (1997). Traumatic grief as a risk factor for suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1994-1995.
- PRIGERSON, H. G., FRANK, B., KASI, S., REYNOLDS, C., & al., e. (1995). Complicated grief and bereavement related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22-30.
- PRIGERSON, H. G., & JACOBS, S. C. (2001). Caring for Bereaved Patients: 'All the Doctors Just Suddenly Go...'. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1369-1376.
- PRIGERSON, H. G., & JACOBS, S. C. (2001). Diagnostic criteria for traumatic grief. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 6 14-646). Washington, DC: American Psychological Association.
- PRIGERSON, H. G., MACIEJEWSKI, P., REYNOLDS, C. F., BEIRHALS, A. J., & al., e. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.
- PRIGERSON, H. G., SHEAR, M. K., BIERHALS, A. J., WOLFSON, L., EHRENPREIS, L., & REYNOLDS, C. I. (1997). Case histories of complicated grief. *Omega*, 35, 9-23.
- PRIGERSON, H. G., SHEAR, M. K., FRANK, B., SILBERMAN, R., & REYNOLDS, C. F., III. (1997). Clinical case conference: traumatic grief: a case of loss-induced distress. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1003-1009.
- PRIGERSON, H. G., SHEAR, M. K., & JACOBS, S. C., et al. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- RANDO, T. A. (1995). Grief and mourning: Accomodating to loss. In H. Wass & R. A. Neimeyer (Eds.), *Dying: Facing the facts* (pp. 211-241). Washington, DC: Taylor and Francis.
- REYNOLDS, C. F. I., MILLER, M. D., & PASTERNAK, R. B., et al. (1999). Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 156, 202-208.
- ROMANOFF, B. D., & TERENCE, M. (1998). Rituals and the grieving process. *Death Studies*, 22, 697-711.
- ROOS, S. (2002). *Chronic sorrow*. New York: Brunner Routledge.
- ROSENBLATT, P. (2000). *Parent grief Narratives of loss and relationship*. Philadelphia: Brunner Mazel.
- SEWELL, K. (1997). Post-traumatic stress: Towards a constructivist model of psychotherapy. In G. J. Neimeyer & R. A. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology* (vol. 4), pp. 307-335. Greenwich, CT: JAI Press.
- SILVERMAN, G. K., JOHNSON, J. G., & PRIGERSON, H. G. (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, 202-2 15.
- STROEBE, M., & SCHUT, H. (1999). The Dual Process Model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- TEDESCHI, R., PARK, C., & CALHOUN, L. (Eds.). (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- VAN DER KOLK, B., & VAN DER HART, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425-454.
- WALTER, T. (1999). *On bereavement: The culture of grief*. Philadelphia: Open University Press.
- WHEELER, I. (2001). Parental bereavement: The crisis of meaning. *Death Studies*, 25, 51-66.