



Cure Palliative Domiciliari



Università degli Studi Messina

## Fattori di rischio e di protezione per il disturbo da lutto complicato nei caregiver di pazienti in cure palliative domiciliari

### Introduzione

Il lutto è tra le esperienze umane più dolorose e richiede una complessa transizione ad una diversa fase di vita. Sebbene la maggioranza degli individui riesca ad adattarsi in maniera flessibile al nuovo contesto (Bonanno, 2004; Neimeyer, & Currier, 2009), alcuni invece riscontrano particolari difficoltà nella gestione del dolore relativo alla perdita. Il soggetto può fare esperienza di una forte difficoltà nella comprensione della morte della persona amata, senso di colpa e rabbia, ricorrenti emozioni dolorose, pensieri ed immagini intrusivi relativi al defunto, senso di estraniamento e solitudine emotiva (Horowitz, Siegel, Holen, & Bonanno, 1997). Al contempo è possibile osservare una disregolazione dell'umore, una sensazione di distacco dalle altre persone, ed una percezione del futuro come desolante e senza significato (Holland, Neimeyer, Boelen, & Prigerson, 2009).

La reazione alla perdita può dunque essere collocata lungo un continuum, che va da un estremo in cui si colloca il lutto normale ('non complicato'), fino ad un vero e proprio quadro clinico patologico all'estremo opposto (Maccallum & Bryant, 2018), come ad esempio quello descritto dal DSM-5 come Disturbo da lutto persistente complicato (American Psychiatric Association, 2014).

Molte ricerche si sono occupate di valutare la prevalenza di lutto complicato nelle persone che hanno subito una perdita, ottenendo risultati diversi. In particolare si è osservato come il Lutto Complicato sia associato a disturbi quali Depressione e Disturbo Post-Traumatico da Stress (Nielsen et al., 2017; Shear et al., 2011; Simon et al., 2007). Di conseguenza, il lutto complicato va a configurarsi come un quadro con costi particolarmente alti dal punto di vista sociosanitario (Maciejewski, Maercker, Boelen, & Prigerson, 2016; Prigerson et al., 2009). Precedenti ricerche hanno evidenziato come l'esperienza di vicinanza alla malattia di una persona cara possa essere particolarmente provante (Anderson & White, 2018). In questa prospettiva sembrerebbe che i familiari di soggetti affetti da malattie terminali abbiano un maggior rischio di andare incontro a problematiche sia fisiche (Jensen, O'Connor, Spindler, & Moskowitz, 2018; Zisook et al., 2014) che psicologiche rispetto la popolazione generale (Shaffer et al., 2017). Persone affette da Lutto complicate sembrerebbero inoltre avere una minore Qualità della Vita (Milic et al., 2017). Precedenti studi si sono dunque occupati di valutare l'impatto di Ansia e Depressione nel contesto del Lutto Complicato, osservando come tali condizioni vadano a costituirsi come ulteriori fattori di compromissione nel funzionamento quotidiano sociale e interpersonale (Boelen, van de Schoot, van den Hout, de Keijser, & van den Bout, 2010; Newson et al., 2011; Prigerson & Jacobs, 2001). Inoltre, la grave tensione emotiva derivante dalla perdita di una persona cara può innescare profondi cambiamenti nello stile di vita (Milic et al., 2017).

In particolare, Holm, Årestedt, Ohlend, & Alvarizaf (2019) suggeriscono che ansia e depressione siano fenomeni che parallelamente si inseriscono nel processo di Lutto Complicato. Sintomi depressivi sono stati osservati in persone che affrontano il lutto (Kuo, Sum, & Tang, 2017). Anche l'Ansia, a causa della perdita di una persona vicina, risulta comune nel Lutto (Shear & Skritskaya, 2012). Pertanto, l'attenzione della ricerca si è rivolta verso l'individuazione dei fattori maggiormente legati allo sviluppo del lutto complicato, allo scopo di progettare ed implementare interventi di supporto psicologico mirati (Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard, & O'Connor, 2017).

La teoria dell'Attaccamento è stata proposta come uno dei principali paradigmi per la comprensione dell'adattamento al lutto (Fraley & Bonanno, 2004; Stroebe, Schut, & Stroebe, 2005; Wayment & Vierthaler, 2002). La teoria dell'Attaccamento propone infatti un framework concettuale in cui viene data enfasi all'importanza dei comportamenti di caregiving (Shear et al.,

2007). La morte di una figura di Attaccamento può essere vissuta come una cessazione dell'esperienza di accudimento da parte della figura amata appena persa, con la conseguente esperienza di vissuti disfunzionali.

La teoria dell'attaccamento afferma che le interazioni ripetute con i caregiver vengono codificate all'interno della memoria e risultano in modelli operativi interni (Amini et al., 1996; Faber, Dubé, & Knäuper, 2017). Il sistema di Attaccamento si sviluppa durante l'infanzia e viene attivato automaticamente da minacce sia reali che percepite, al fine di ottenere sicurezza (Bowlby, 1973; Mikulincer & Shaver, 2007). La tipologia di Attaccamento sviluppatasi durante l'infanzia si mantiene abbastanza stabilmente anche negli individui adulti (Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya, & Lancee, 2010). Quando attivato, questo sistema promuove comportamenti di ricerca di prossimità sia fisica che simbolica al caregiver che costituisce la figura di attaccamento, al fine di ottenere protezione e sicurezza.

Proprio come nel caso del legame del bambino con le figure di attaccamento, lo stile di Attaccamento adulto può promuovere la regolazione delle emozioni, e offrire una gamma di risorse per affrontare situazioni minaccianti e stressanti, come la perdita di una persona cara (Field, Gao, & Paderna, 2005). Pertanto, quando una figura di attaccamento muore, la conseguente separazione può provocare una dolorosa sensazione di disorganizzazione (Field, Gao, & Paderna, 2005). In particolare, numerose ricerche hanno evidenziato come un Attaccamento disfunzionale sia legato a complicazioni nel processo di lutto (Fraley & Bonanno, 2004; Lobb et al., 2010; Maccallum & Bryant, 2013; Mikulincer & Shaver, 2008; Stroebe, Schut, & Boerner, 2010).

In questa prospettiva, Mikulincer e Shaver (2017) sottolineano come risposte disfunzionali nei comportamenti di Attaccamento, in particolare quelli di ansia ed evitamento, siano legati alla gestione disfunzionale del Lutto. Studi precedenti hanno infatti evidenziato come l'Attaccamento ansioso sia collegato ad un maggiore complicazione nel processo di elaborazione del lutto (Field & Sundin, 2001; Fraley & Bonanno, 2004). Inoltre, individui in lutto che hanno ottenuto punteggi afferibili ad una dimensione disfunzionale dell'Attaccamento hanno mostrato una relazione positiva con la gestione problematica del Lutto (Xu, Fu, He, Schoebi, & Wang, 2015). In aggiunta, in uno studio comparativo Mancini e Bonanno (2012) hanno indagato l'abilità di accedere alle rappresentazioni mentali relative alle persone estinte. Tra tutti i partecipanti, quelli con Attaccamento disfunzionale hanno impiegato un tempo significativamente maggiore nella risposta rispetto ai soggetti con Attaccamento sicuro (Mancini & Bonanno, 2012). Gli autori hanno interpretato questi risultati come dovuti ad una ansia costante e ai ricordi intrusivi relativi al defunto. Per questo motivo gli autori affermano che gli stili di Attaccamento dei soggetti con Lutto Complicato potrebbero ostacolare le loro capacità cognitive, come ad esempio quello di essere in grado di discriminare in modo appropriato gli stimoli o di utilizzare strategie flessibili (Mancini & Bonanno, 2012). Questi risultati sono in accordo con risultati precedenti, che vedono una più alta incidenza di Attaccamento insicuro in soggetti affetti da lutto complicato (Fraley & Bonanno, 2004; Wijngaards-de Meij et al., 2007).

L'importanza della consonanza tra stati cognitivi ed affettivi propri e altrui allo scopo di raggiungere un buon funzionamento è sottolineato da vari costrutti, tra i quali quello di Mentalizzazione (Kane, Priddis, & Hudson, 2015). Per Mentalizzazione (o Funzione Riflessiva) si intende la capacità di comprendere sé stessi e gli altri come motivati da stati mentali intenzionali, come sentimenti, desideri, obiettivi e atteggiamenti (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). La Mentalizzazione permette quindi di avere un contesto teorico in cui gli individui percepiscono loro stessi e gli altri in termini di emozioni e pensieri, quindi muoversi in modo funzionale nel mondo sociale e di leggere gli eventi che accadono in modo funzionale (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). La Mentalizzazione è stata proposta come funzione cardine per uno sviluppo di una relazione di attaccamento funzionale, grazie ad una trasmissione di conoscenza per via interpersonale su come l'ambiente sociale funziona insieme al modo migliore per muoversi in essa (Fonagy & Allison, 2014; Fonagy, Luyten, & Allison, 2015). Numerose ricerche collegano una difficoltà a

mentalizzare a stili di Attaccamento disfunzionali (Jewell et al., 2015; Fonagy, Luyten, & Strathearn, 2011; Fonagy & Bateman, 2016).

Kealy, Sierra-Hernandez, Piper, Joyce, Weideman & Ogradniczuk (2017), in uno studio in cui veniva esaminato il cambiamento in soggetti affetti da Lutto Complicato durante terapia psicodinamica breve di gruppo, evidenziano che il supporto dato dall' intervento permette ai soggetti una mentalizzazione efficace degli eventi accaduti. In questa prospettiva verrà qui di seguito descritto uno studio effettuato al fine di ampliare le conoscenze relative al rapporto tra il Lutto complicato ed Attaccamento, Mentalizzazione, Ansia, Depressione e Qualità di Vita.

### *Obiettivi*

Alla luce della letteratura esistente sull'argomento, questo studio si propone due obiettivi. Il primo obiettivo è quello di indagare la prevalenza di Lutto complicato, ansia, depressione, e qualità di vita in un gruppo di caregiver di pazienti assistiti in cure palliative domiciliari. Il secondo obiettivo di questa ricerca è quello di indagare le relazioni tra Lutto complicato, ansia, depressione, qualità di vita e variabili strutturali di personalità, come l' Attaccamento e la Mentalizzazione.

### **Materiali e metodi**

#### *Partecipanti*

I partecipanti alla ricerca saranno reclutati mediante un campione di convenienza tra i caregiver di pazienti presi in carico in cure palliative domiciliari presso il Consorzio SISIFO. I criteri di inclusione scelti sono: essere stati legati ad una persona affetta da una malattia terminale interessata da cure domiciliari palliative, essere di età superiore ai 18 anni e capaci di leggere e capire la lingua italiana.

#### *Strumenti*

- Lutto Complicato - Il *Prolonged Grief Disorder 13* (IPG-13; Prigerson et al., 2009; De Luca et al., 2015) è uno strumento di tipo self-report composto da 13 item, progettato per valutare il Lutto complicato. Due item valutano, su scala dicotomica, durata e impatto del lutto (es. "Hai sperimentato una diminuzione significativa nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre aree importanti, ad esempio le attività domestiche?"), mentre i restanti valutano, su scala likert a 5 punti, gli aspetti cognitivi, comportamentali ed emotivi del lutto (es. "Dopo la perdita, è stato difficile per te fidarti degli altri?").

- Attaccamento - L'*Adult Styles Questionnaire* (ASQ; Feeney, Alexander, Noller, & Hohaus, 1994; Fossati et al., 2003) è uno strumento di tipo self-report composto da 40 item per la valutazione dell'Attaccamento. Valuta cinque dimensioni del costrutto: Fiducia (es., "Nel complesso sono una persona valida"), Disagio nell' intimità (es., "Preferisco stare sulle mie"), Bisogno di approvazione (es., "Per me è importante piacere agli altri"), Preoccupazione per le relazioni (es., "Spesso mi sento lasciato solo"), and Secondarietà delle relazioni (es. "Chiedere aiuto equivale ad ammettere di essere un fallimento"). Al soggetto è richiesto di valutare il suo grado di accordo, su scala Likert a 6 punti, ad per ogni affermazione.

- Mentalizzazione - La *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ; Fonagy et al., 2016) è uno strumento di tipo self-report per valutare la mentalizzazione. Lo strumento è composto da 8 item e due subscale che sono Certainty (RFQ\_C) e Uncertainty (RFQ\_U) sullo stato mentale di sé e degli altri. Questi due fattori sono relativamente distinti e permettono di distinguere tra campioni clinici e non clinici.

- Qualità di Vita - L'*SF-12* (Ware, Kosinski, & Keller, 1996) è uno strumento di tipo self-report per valutare la Qualità di vita. È la forma ridotta del questionario SF-36, e valuta due dimensioni: salute Fisica (PCS12, es" Ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività") e salute mentale (MCS12, es" Ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività"). Al soggetto viene chiesto di eseguire una valutazione riferita sia al giorno di compilazione che alle 4 settimane precedenti.

- Ansia e depressione - L'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; Costantini et al.,1997) è uno strumento di tipo self-report composto da 14 item utilizzato per valutare sia l'ansia e la depressione. Al soggetto è richiesto di valutare il suo grado di accordo, su scala Likert a 4 punti, ad per ogni affermazione. Il test è composto da due scale a 7 items, una per la valutazione dell'ansia (es. "Ho potuto sedermi sentendomi rilassato e a mio agio") ed una della depressione (es. "Penso al futuro con ottimismo").

### *Procedure*

Il progetto di ricerca verrà sottoposto a valutazione da parte del Comitato Etico del CeRIP dell'Università di Messina. Tra tutti i pazienti avuti in assistenza nell'anno 2017 verrà estratto un campione rappresentativo suddiviso in base al Distretto Sanitario. Le famiglie verranno contattate telefonicamente e verranno spiegati gli obiettivi della ricerca. Nel caso di disponibilità da parte della famiglia, un ricercatore in ambito psicologico e con esperienza documentata nell'ambito si recherà a domicilio per la somministrazione del protocollo al caregiver. Il paziente verrà opportunamente informato sullo scopo della ricerca e, qualora acconsentirà, fornirà il consenso alla partecipazione firmando il consenso informato. Dopo la firma del consenso informato avverrà la somministrazione del protocollo che richiede circa 60 minuti. Si stima di raccogliere circa 100 protocolli. Terminata la raccolta, i dati verranno controllati e poi analizzati tramite analisi statistiche descrittive ed inferenziali.

### *Ricadute applicative della ricerca*

Identificare i fattori protettivi e di rischio per lo sviluppo del disturbo da lutto complicato. Il disturbo da lutto complicato è, infatti, stato recentemente riconosciuto come un fattore di rischio per la salute psicofisica. Il grave distress che lo caratterizza può interferire con il funzionamento individuale e le relazioni sociali, con gravi conseguenze per il sistema sanitario. Identificare i fattori ad esso associato può aiutare ad identificare migliori interventi preventivi e di intervento.

### **Responsabilità scientifica e finanziamento della ricerca**

La responsabilità scientifica del progetto è affidata alla Prof.ssa Maria C. Quattropani per quanto riguarda il CERiP e al Dott. Vittorio Lenzo per quanto riguarda il Consorzio SISIFO. Per la raccolta dei dati saranno necessarie due unità. Dato il taglio della ricerca le due unità dovranno avere una formazione psicologica e un'esperienza di raccolta dati in ambito psicologico clinico. Le due unità riceveranno una borsa di studio per le attività legate al progetto pari a 700 euro ciascuna.

### **Bibliografia**

- Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman A.W.(2008).*Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione. Raffaello Cortina, Milano 2014.
- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., Louie, A., Baumbacher, G., McGuinness, T.,& Schiff, E.Z.(1996): Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59, 213-239.
- Anderson, E. W., & White, K. M. (2018a). "It Has Changed my Life": An exploration of caregiver experiences in serious illness. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*VR, 35 (2), 266–274
- Boelen, P. A., van de Schoot, R., van den Hout, M. A., de Keijser, J., & van den Bout, J. (2010). Prolonged Grief Disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125(1–3), 374–378.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist*, 59, 20–28.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*, Vol. 2: Separation. New York: Basic Books.
- Costantini, M., Musso, M., Viterbori, P., Bonci,F., Del Mastro, L., Garrone, O., Venturini, M., Morasso, G. (1997). Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support Care Cancer*, 7, 121 - 127.
- De Luca,M.L., Tineri, M., Zaccarello, G., Grossi, G., Altomonte, A., Slavic, E., Palummieri, A., & Greco R.(2015). Adattamento e validazione del questionario "PG-13" prolonged grief nel contesto italiano. *Rivista Italiana di Cure Palliative* , 9 (2),1-9.

- Faber, A., Dubé, L. & Knäuper, B. (2017). Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population. *Appetite*.
- Feeney, J. A., Alexander, R., Noller, P., & Hohaus, L. (2003). Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *Pers Relatsh*, 10, 475–493.
- Field, N. P., & Sundin, E. C. (2001). Attachment style in adjustment to conjugal bereavement. *Journal of Social and Personal Relationships*, 18, 347–361.
- Field, N. P., Gao, B., & Paderna, L. (2005). Continuing bonds in bereavement: An attachment theory based perspective. *Death Studies*, 29, 277–299.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 59–66.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2016). A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. In D. Cicchetti (Ed.), *Development and psychopathology* (3rd ed.). New York, NY: Wiley.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 47–69.
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., ... Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE*, 11(7), e0158678. doi:10.1371/journal.pone.0158678
- Fossati, A., Fenney, J. A., Donati, D., Domini, N., Novella, L., Bagnato, M., Acquarini, E., & Maffei, C. (2003). On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian clinical and nonclinical participants. *Journal of Social Personal Relationships*, 20(1), 50–79.
- Fraley, R. C., & Bonanno, G. A. (2004). Attachment and loss: A test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 878–890.
- Holland, J. M., Neimeyer, R. A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2009). The underlying structure of grief: A taxometric investigation of prolonged and normal reactions to loss. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 190–201.
- Holm, M., Årestedt, K., Ohlnd, J. & Alvarizaf, A. (2019). Variations in grief, anxiety, depression, and health among family caregivers before and after the death of a close person in the context of palliative home care. *Death studies*.
- Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, & Bonanno, G.A (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psych*, 154, 904–910.
- Jensen, K. E., O'Connor, M., Spindler, H., & Moskowitz, A. (2018). Bereavement hallucinations after the loss of a spouse: Associations with psychopathological measures, personality and coping style. *Death Studies*.
- Jewell, T., Collyer, H., Gardner, T., Tchanturia, K., Simic, M., Fonagy, P., & Eisler, I. (2015). Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 354–373.
- Kealy, D., Sierra-Hernandez, C. Piper, W. Joyce, A. Weideman, R. & Ogrodniczuk, J.S. (2017). *Psychiatry*, 80, 125 – 138.
- Kho, Y., Kane, R., Priddis, L. & Hudson, J. (2015). The Nature of Attachment Relationships and Grief Responses in Older Adults: An Attachment Path Model of Grief. *Plos ONE*, 1 – 11.
- Kuo, S. C., Sun, J. L., & Tang, S. T. (2017). Trajectories of depressive symptoms for bereaved family members of chronically ill patients: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (23–24), 3784–3799.
- Lobb, E.A., Kristjanson, L.J., Aoun, S.M., Monterosso, L., Halkett, G.K., Davies, A. (2010) Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Stud.*, 34, 673–698.
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138–149.
- Maccallum, F., & Bryant, R.A. (2013). A Cognitive attachment Model of prolonged grief: Integrating attachments, memory, and identity. *Clin. Psychol. Rev.*, 33, 713–727.
- Maccallum, F., & Bryant, R.A. (2018). Prolonged grief and attachment security: A latent class analysis. *Psychiatry research*, 297–302.
- Maciejewski, P.K., Maercker, A., Boelen, P.A., & Prigerson, H.G. (2016). “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2012). *The persistence of attachment: Complicated*
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. NY: The Guildford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R., (2008). An attachment perspective on bereavement. In: Stroebe, M.S., O'Hansson, R., Schut, H., Stroebe, W. (Eds.), *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention*. American Psychological Association, Washington, DC, pp.87–112.
- Mikulincer, M., Shaver, P.R. (2017). *Attachment in Adulthood: Structure Dynamics and Change*. Guilford.

- Milic, J., Saavedra Perez H., Zuurbier, L. A., Boelen, P. A., Rietjens J. A., Hofman, A. & Tiemeier, H. (2017): The Longitudinal and Cross-Sectional Associations of Grief and Complicated Grief With Sleep Quality in Older Adults, *Behavioral Sleep Medicine*.
- Neimeyer, R. A., & Currier, J. M. (2009). Grief therapy: Evidence of efficacy and emerging directions. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 252–256.
- Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 132(1–2), 231–238.
- Nielsen, M.K., Neergaard, M.A., Jensen, A.B., Vedsted, P., Bro, F., & Guldin, M.B.(2017). Predictors of complicated grief and depression in bereaved caregivers: a nationwide prospective cohort study. *J. Pain Symptom Manag.*, 53, 540–550.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., . . . Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-Vand ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), 100–121.
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. *Psychosomatic Research*, 69(4), 419–432.
- Shaffer, K. M., Jacobs, J. M., Nipp, R. D., Carr, A., Jackson, V. A., Park, E. R., . . . Temel, J. S. (2017). Mental and physical health correlates among family caregivers of patients with newly-diagnosed incurable cancer: A hierarchical linear regression analysis. *Supportive Care in Cancer*, 25 (3), 965–971.
- Shear, K., Monk, T., Houck, P., Melhem, N., Charles Reynolds, E. F. & Silowash, R.(2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur Arch Psychiatry. Clin Neurosci*, 257, 453–461.
- Shear, M. K., & Skritskaya, N. A. (2012). Bereavement and anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 14 (3), 169–175.
- Shear, M.K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M.-F., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A.D., Keshaviah, A.(2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress. Anxiety*, 28, 103–117.
- Simon, N.M., Shear, M.K., Thompson, E.H., Zalta, A.K., Perlman, C., Reynolds, C.F., Frank, E., Melhem, N.M., Silowash, R.(2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr. Psychiatry*, 48, 395–399.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology*, 9, 48–66.
- Stroebe, M.S., Schut, H., & Boerner, K. (2010). Continuing bonds in adaptation to bereavement: toward theoretical integration. *Clin. Psychol. Rev.*, 30, 259 – 268.
- Ware, J. Jr, Kosinski, M., & Keller, S.D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*.;34(3):220-33.
- Wayment, H. A., & Vierthaler, J. (2002). Attachment style and bereavement reactions. *Journal of Loss and Trauma*, 7, 129–149.
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., Van den Bout, J., Van derHeijden, P. G., . . . Dijkstra, I. (2007). Patterns of attachment and parents' adjustment to the death of their child. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 537–548.
- Xu, W., Fu, Z., He, L., Schoebi, D. & Wang, J. (2015). Growing in times of grief: Attachment modulates bereaved adults' posttraumatic growth after losing a family member to cancer. *Psychiatry Research*, 230, 108–115.
- Zigmond, AS; Snaith, RP (1983). "The hospital anxiety and depression scale". *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67 (6): 361–370.
- Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S., . . . Shear, M. K. (2014). Bereavement: Course, consequences, and care. *Current Psychiatry Reports*, 16 (10), 482.