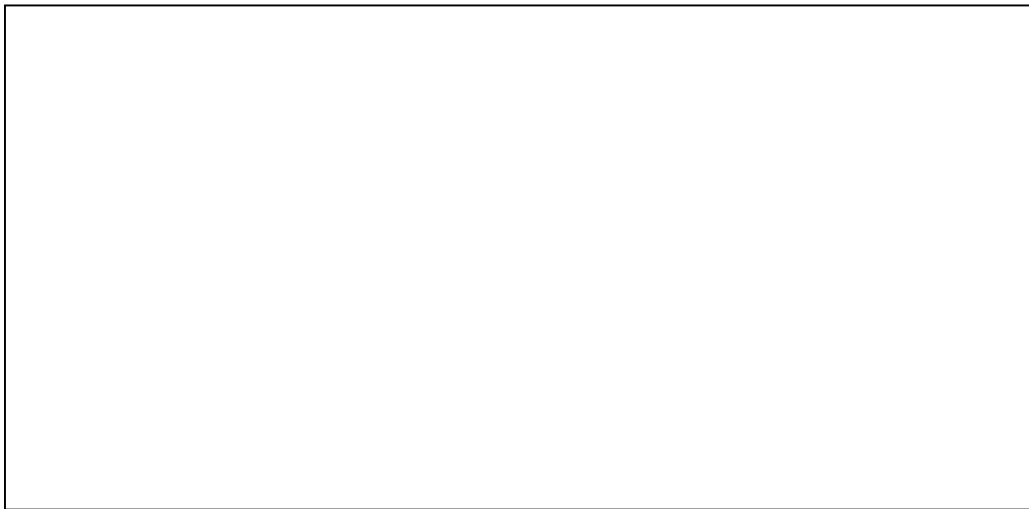




**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**



**Κολλιοπούλου Μαρία
Α.Μ.:1335**

Επόπτης καθηγητής: Π.Δ.Χατήρα

Ρέθυμνο, Φεβρουάριος 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	σελ.	3
1. Εισαγωγή	»	5
2. Μεθοδολογία	»	8
3. Θεωρίες για το πένθος	»	10
3.1. Ψυχοδυναμικά Μοντέλα	»	11
3.1.1. <i>Sigmund Freud</i>	»	11
3.1.2. <i>John Bowlby</i>	»	13
3.1.3. <i>Colin Murray Parkes</i>	»	15
3.2. Μοντέλα «Υποχρεώσεων»	»	16
3.2.1. <i>Eric Lindemann</i>	»	16
3.2.2. <i>William Worden</i>	»	18
3.2.3. <i>Theresa Rando</i>	»	19
3.3. Μοντέλα «Σταδίων»	»	21
3.3.1. <i>Elisabeth Kubler – Ross</i>	»	21
3.4. Θεωρίες του Στρες.....	»	23
3.5. Θεωρίες Κοινωνικής Υποστήριξης	»	24
4. Τα είδη του πένθους	»	26
4.1. Το φυσιολογικό πένθος	»	27
4.2. Η βαριά αντιδραστική κατάθλιψη	»	30
4.3. Το παθολογικό πένθος	»	31
4.3.1. <i>περιπλεγμένο πένθος</i>	»	33
4.3.2. <i>τραυματικό πένθος</i>	»	35
4.4. Ψυχιατρικά Πένθη	»	37
4.4.1. <i>υστερικό πένθος</i>	»	37
4.4.2. <i>Ιδιοψυχαναγκαστικό πένθος</i>	»	38
4.4.3. <i>Μανιακό πένθος</i>	»	38
4.4.4. <i>Μελαγχολικό πένθος</i>	»	39

5. Παράγοντες που καθορίζουν τη διεργασία του πέν.θους.....	»	40
5.1.τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.....	»	41
5.2.ο ρόλος της ηλικίας	»	41
5.3.οι διαφυλικές διαφορές	»	41
5.4.οι συνθήκες θανάτου	»	42
5.5.ο ρόλος της συναισθηματικής σχέσης	»	42
5.6.ο ρόλος του πλαισίου στήριξης	»	43
5.7.η θρησκεία και το πολιτισμικό πλαίσιο	»	43
5.8.προηγούμενες εμπειρίες	»	43
6. Το ψυχολογικό προφίλ του πενθούντα	»	45
6.1.Η απώλεια του συντρόφου	»	45
6.2.Η απώλεια ενός παιδιού	»	48
6.3.Η απώλεια ενός γονέα	»	51
7. Παρεμβάσεις στο θάνατο, στο πένθος και στο θρήνο	»	56
8. Συζήτηση – Συμπεράσματα	»	61
Βιβλιογραφικές παραπομπές	»	63

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

«Αν θέλεις να αντέξεις τη ζωή,
προετοιμάσου για τον θάνατο»
Sigmund Freud

Κατά τη διάρκεια των φοιτητικών μου χρόνων, μου δόθηκε αρκετές φορές η ευκαιρία να παρακολουθήσω μαθήματα και σεμινάρια που αφορούσαν στο πένθος και στην απειλή του θανάτου. Άλλωστε η επιστήμη της Ψυχολογίας- χωρίς να παραγνωρίζει το γεγονός ότι η επίγνωση του θανάτου είναι ένα πολύπλευρο κοινωνικό, ηθικό, θρησκευτικό και φιλοσοφικό θέμα- ασχολείται με το όλο ζήτημα στο βαθμό που αποτελεί τη μοιραία κατάληξη πολλών ασθενών, με στόχο την ανακούφιση αυτών και των οικείων τους που πενθούν. Εξετάζοντας, όμως, κάποιος το θέμα του θανάτου από μια σκοπιά (όπως για παράδειγμα το θάνατο ως απειλή στους ασθενείς με χρόνια και σοβαρό νόσημα), εύκολα θα διαπιστώσει κι άλλες παραμέτρους αυτού του ζητήματος. Πιο συγκεκριμένα, η έννοια του θανάτου συχνά ταυτίζεται με την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου και περιγράφεται ως ένας έντονος ψυχικός πόνος που έχει σαν κέντρο του το άγχος του αποχωρισμού. Εντούτοις, φαίνεται πως είναι μια από τις πολλές απώλειες που δοκιμάζει ο άνθρωπος στη ζωή του και που καθεμία από αυτές προκαλεί ανάλογες αντιδράσεις στον ψυχισμό του που διαφέρουν σε ένταση εξαιτίας ποικίλων παραγόντων.

Μπορεί, επομένως, να θρηνούμε απώλειες που δεν είναι απαραίτητα συνδεδεμένες με το θάνατο, όπως ένα διαζύγιο ή ένας χωρισμός. Αλλά και ένας αποχωρισμός από τόπους που αφήνουμε και φίλους που χάνουμε, μπορεί να είναι εξίσου οδυνηρός. Ακόμη, υπάρχουν περιπτώσεις που θρηνούμε για προσωπικές ή επαγγελματικές αποτυχίες, για σχέσεις που δεν είναι κοινωνικά αποδεκτές, για όνειρα που έμειναν ανεκπλήρωτα κ.α. Η εμπειρία, όμως, του θανάτου ενός προσφιλούς μας προσώπου εξακολουθεί να είναι το πιο τραυματικό γεγονός στη ζωή μας, που συνοδεύεται από έντονες αντιδράσεις, έχει μεγάλη χρονική διάρκεια και μεταβάλλει την ψυχική και σωματική μας υγεία.

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται, κυρίως, την διεργασία του πένθους μετά την απώλεια ενός συγγενικού προσώπου. Αρχικά, γίνεται μια αναφορά στους πιο γνωστούς ερευνητές του ζητήματος του θανάτου μέσα από μια σύντομη ιστορική αναδρομή με επίκεντρο της τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο ως τις μέρες μας. Εξετάζει επίκαιρες απόψεις που επικρατούν για την απώλεια, καθώς και την εξέλιξη της

γνώσης μας για την θλίψη και το πένθος, όπως αυτή έχει τεκμηριωθεί σε σχετική βιβλιογραφία και έρευνες. Στο τρίτο μέρος, παρουσιάζονται εκτενέστερα οι σημαντικότερες θεωρίες που έχουν γραφτεί για το πένθος και τις λειτουργίες που αυτό επιτελεί. Ξεκινώντας από τα ψυχοδυναμικά μοντέλα του Freud και του Bowlby κ.α, και καταλήγοντας σε πιο σύγχρονες θεωρίες, αποτυπώνεται το πλαίσιο εργασίας πάνω στο οποίο κινούνται οι ειδικοί για να περιγράψουν και να κατανοήσουν αυτό που πολλοί ερευνητές αποκαλούν «Σύστημα Θανάτου».

Ακολουθούν οι κατηγορίες του πένθους. Δίνονται ορισμοί των εννοιών πένθος, θλίψη και απώλεια και παράλληλα περιγράφονται οι φυσιολογικές και παθολογικές αντιδράσεις των πενθούντων. Έτσι, γίνεται διάκριση του φυσιολογικού ή τυπικού θρήνου από την βαριά αντιδραστική κατάθλιψη και τα ψυχιατρικά πένθη, και ορίζονται οι διαφορές σχετικά με την χρονική διάρκεια και την ένταση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων τους. Επιπρόσθετα, αναφέρονται οι καθοριστικοί παράγοντες που επιδρούν διαφοροποιητικά στον τρόπο με τον οποίον τα άτομα βιώνουν το πένθος και παίζουν ιδιαίτερο ρόλο στη προσαρμογή και την αποδοχή της απώλειας από την πλευρά των πενθούντων (παράγοντες προστασίας ή επικινδυνότητας).

Σε επόμενη ενότητα, σκιαγραφείται το ψυχολογικό προφίλ του πενθούντα (όταν ένας σύντροφος, ένα παιδί και ένας γονιός πεθαίνει), αναφέρονται οι αλλαγές και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει μετά την απώλεια και, τέλος, τεκμηριώνονται μέσα από έρευνες οι συμπεριφορικές και κοινωνικές διαφορές αυτών των τριών κατηγοριών σχετικά με το ζήτημα του θανάτου. Και στο τελευταίο κεφάλαιο, παρουσιάζονται οι κυριότεροι τρόποι παρέμβασης και θεραπείας σε πενθούντες, που έχουν στόχο την ανακούφιση των ατόμων από τον πόνο και την ομαλότερη προσαρμογή τους στο νέο περιβάλλον όπου το αγαπημένο τους πρόσωπο δεν θα είναι παρόν.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους όσους με οποιονδήποτε τρόπο βοήθησαν και στήριξαν την εργασία μου αυτή. Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την Επίκουρο καθηγήτρια Π.Δ Χατήρα που είχε την εποπτεία αυτής της εργασίας. Τον Επίκουρο καθηγητή Ε.Καραδήμα για τις πολύτιμες συμβουλές του σε θέματα που αφορούσαν τη θεωρητική συγκρότηση της εργασίας, τις αξιόλογες παρατηρήσεις και τις καίριες υποδείξεις του. Τις ευχαριστίες μου εκφράζω, επίσης, στην αναπληρώτρια καθηγήτρια Θ.Τριανταφύλλου για την βοήθεια που μου προσέφερε στην συλλογή στοιχείων και βιβλιογραφικού υλικού.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πένθος, για τον δυτικό πολιτισμό, σημαίνει κυρίως μια εσωτερική διεργασία που αποβλέπει στη κάλυψη του χάσματος που δημιουργεί η απώλεια μεταξύ των προηγούμενων και των νέων συνθηκών του ατόμου που πενθεί. Στη Δύση έχει πολιτιστικά αποθαρρυνθεί η έκφραση του πένθους και γι' αυτό ως επί το πλείστον η διαδικασία του πένθους γίνεται εσωτερικά και με παθολογικό τρόπο. Οι ειδικοί, έχοντας διαπιστώσει ότι αυτή η εσωτερικευση έχει δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα, αφ' ενός προσπαθούν να βοηθήσουν τους πενθούντες να εξωτερικεύσουν το πένθος τους, αφ' ετέρου προσπαθούν να επιδράσουν στη δημιουργία ενός υγιέστερου ψυχολογικά κοινωνικού και υποστηρικτικού πλαισίου, που θα ενθαρρύνει και θα επιτρέπει την συναισθηματική έκφρασή τους.

Γι' αυτούς, κατά την περίοδο που ακολουθεί τον θάνατο, οι πενθούντες πρέπει να έχουν την δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους – τα οποία φυσικά δεν θεωρούνται παθολογικά ούτε επικρίνονται, αλλά αντίθετα γίνονται αποδεκτά σα μέρος της πραγματικότητας του θανάτου- με οποιονδήποτε τρόπο. Επιπλέον, τα νεκρικά έθιμα διευκολύνουν την έκφραση της θλίψης, ενώ η συμμετοχή τους στην επιθανάτια διαδικασία και την ταφή αποτελεί σημαντικό κομμάτι της αποδοχής του θανάτου (Boerner & Heckhausen, 2003).

Ο Vovelle (2000) σε μια ανασκόπηση της αντίληψης του θανάτου στο δυτικό πολιτισμό από τον Μεσαίωνα (1300 μ.Χ.) ως τις μέρες μας, υποστηρίζει πως ο θάνατος αποτελεί και σήμερα ένα πραγματικά φοβόγνο ερέθισμα, αλλά χωρίς την τραυματική επιβολή που είχε σε παλαιότερες εποχές. Ενώ η Bacque (2004) αιτιολογεί αυτή την μεταστροφή της αντίληψης του θανάτου και του πένθους μέσω της ανθρωποκεντρικής φύσης των κοινωνιών, που σχετίζεται με την άρνηση του, και μέσω της ιατρικοποίησής του.

Μόλις τα τελευταία χρόνια γεννήθηκαν ορισμένες αντιδράσεις απέναντι στο δυτικό τρόπο θεώρησης και αντιμετώπισης του θανάτου, κυρίως, από εκπροσώπους των ανθρωπιστικών επαγγελμάτων. Αναπτύχθηκε ένα ολόκληρο κίνημα και δημιουργήθηκαν νέοι επιστημονικοί κλάδοι, όπως η θανατολογία. Πολλοί ειδικοί τονίζουν ότι αν οι σύγχρονες δυτικές κοινωνίες θέλουν να αποφύγουν τις παθολογικές «παρενέργειες» του θανάτου, θα ήταν χρήσιμο να παραδειγματισθούν από άλλες κοινωνίες, όπου ο θάνατος είναι οικείος και τα άτομα που συμμετέχουν στην

επιθανάτια διαδικασία παραδέχονται την πραγματικότητά του και δεν προσπαθούν να «αποδράσουν» από αυτήν.

Πιο αναλυτικά, κατά τη διάρκεια του δεύτερου Παγκοσμίου πολέμου πραγματοποιήθηκε μια στροφή των θεωρητικών σε ζητήματα θανάτου και του συνακόλουθου πένθους. Πριν από αυτήν την περίοδο, ελάχιστα είχαν γραφθεί για την διαδικασία του θρήνου και των συνεπειών του στη ψυχική και σωματική υγεία των πενθούντων. Και φυσικά δεν είχε γίνει σχεδόν καμία αναφορά στο παιδικό πένθος και θρήνο.

Παρ'όλα αυτά, το 1621, ο Robert Burton δημοσιεύει το έργο του «Anatomy of Melancholy», όπου περιγράφει την θλίψη του πένθους και τα συμπτώματά της, και προηγείται μ'αυτό της θεωρίας των μεταγενέστερων του, Freud και Lindemann. Το 1703, ο Vogther γνωστοποιεί τη διατριβή του με τίτλο «De Morbis Moerentium», στην οποία περιγράφει συνοπτικά τις αντιδράσεις του παθολογικού πένθους. Ακολουθεί, το 1759, ο J.Heberdens με τα ευρήματά της έρευνας του που αποδεικνύουν ότι το βαρύ πένθος υπήρξε στατιστικώς η κυριότερη αιτία θανάτου για τους κατοίκους του Λονδίνου το 1657. Ενώ το 1835, από τον αμερικάνο γιατρό B.Rush έχουμε την πρώτη αναφορά για συνταγογράφηση χημικών ουσιών που βοηθούν στην ανακούφιση του πόνου των πενθούντων.

Κατά την δεύτερη δεκαετία του 20^{ου} αιώνα, ο S.Freud, με το έργο του «Mourning and Melancholia» κάνει λόγο για τις συμβολικές απώλειες που επαναφέρουν τραυματικά γεγονότα της παιδικής ηλικίας του ατόμου στον ψυχισμό του. Και το 1944, ο E.Lindenmann δίνει μια σαφή εκτίμηση των φυσιολογικών αντιδράσεων του πένθους και προτείνει την άμεση θεραπευτική παρέμβαση σε δυσλειτουργικές συμπεριφορές των ατόμων που βιώνουν αναβλητικό και καθυστερημένο θρήνο. Η θεωρία του Lindenmann συμπληρώνεται από τον C.Anderson, το 1949, ο οποίος περιγράφει με τις παρατηρήσεις του το σύνδρομο του χρόνιου πένθους, χωρίς όμως να μπορεί να τεκμηριώσει κάποιο είδος παρέμβασης γι'αυτό.

Από το 1952 έως και τις αρχές του 1970, η θεωρία των τύπων των δεσμών του J.Bowlby έχει άμεση επίδραση και στους θεωρητικούς του πένθους. Ο ίδιος και οι συνεργάτες του, παρατήρησαν διαφορές στα επίπεδα άγχους του αποχωρισμού των μικρών παιδιών από τις μητέρες τους και γενίκευσαν τα ευρήματά τους σε άτομα που αντιμετώπιζαν για δεύτερη φορά στη ζωή τους έναν παρόμοιο αποχωρισμό, όπως η απώλεια που επιφέρει ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου. Ο Bowlby,

συνεχίζοντας τις έρευνες του, περιγράφει αργότερα μαζί με τον Parkes τα στάδια του τυπικού πένθους, ενώ παράλληλα ο δεύτερος ήδη από το 1965 έχει διαπιστώσει την άμεση επίδραση του παθολογικού πένθους στην εμφάνιση σοβαρών ψυχιατρικών ασθενειών. Κι ενώ στις αρχές του 1970, η Kubler-Ross καταγράφει τα στάδια της διαδικασίας του θανάτου, μια δεκαετία αργότερα οι Parkes και Weiss κάνουν λόγο για δείκτες επικινδυνότητας και προστασίας σε πενθούντες και περιγράφουν τις τυπικές αντιδράσεις των ατόμων μετά από την εμπειρία ενός αιφνίδιου, μη αναμενόμενου θανάτου.

Το 1977, η B.Raphael επιχειρεί τις πρώτες θεραπευτικές παρεμβάσεις σε άτομα που υποφέρουν από την απώλεια ενός οικείου τους με θαυμαστά αποτελέσματα, ενώ παράλληλα κάνουν την εμφάνιση τους τα πρώτα ιδρύματα φροντίδας και υποστήριξης πενθούντων, με πιο γνωστό το Cruse Bereavement Care στην Αγγλία και την σχολή εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας (Association for Death Education and Counseling) στις Η.Π.Α. Τέλος, το 1982, ο Worden παρουσιάζει μια νέα αντίληψη για την διεργασία του πένθους, τα μοντέλα των υποχρεώσεων και το 1989 ο Doka καθορίζει την έννοια του παραγνωρισμένου θρήνου.(Parkes,2002).

Στις μέρες μας, σύγχρονοι ερευνητές, όπως οι Horowitz, Niemeyer, Stroebe κ.α έχουν καταγράψει έναν αρκετά μεγάλο αριθμό μη φυσιολογικών αντιδράσεων του πένθους, έχουν κατηγοριοποιήσει τα αντίστοιχα ψυχοσωματικά συμπτώματα κι έχουν επίσης προτείνει τρόπους παρέμβασης και θεραπείας για τα άτομα που αντιμετωπίζουν την απειλή του θανάτου και των οικείων τους. Εντούτοις, το θέμα του θανάτου και του πένθους είναι πολύ πιο ευρύ και πολύπλοκο των όποιων επιστημονικών προσπαθειών για την περιγραφή και κατανόηση του. Μέχρι στιγμής, η σχετική με το πένθος βιβλιογραφία δεν έχει καταλήξει σε έναν ξεκάθαρο ορισμό των φυσιολογικών, μη τυπικών και παθολογικών αντιδράσεων θρήνου. Άλλωστε, μια πληθώρα κοινωνιολογικών, ιστορικών, ανθρωπολογικών και θρησκευτικών παραγόντων εμπλέκονται με το όλο ζήτημα που διαφοροποιείται από κοινωνία σε κοινωνία και ανά πολιτισμό. (Καραδήμας, 2005).

2. Μεθοδολογία

Για να μελετηθεί «το πένθος και οι επιδράσεις του στην ψυχική υγεία των ατόμων» έγινε έλεγχος στις ανασκοπήσεις που έχουν δημοσιευτεί σε επιστημονικά περιοδικά κατά το διάστημα 1995 – 2006. Ο εντοπισμός έγινε μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων PsycInfo, Synergy, Wiley InterScience, Wilson, και Academic Search Premier, καθώς και των εκδοτικών οίκων: Taylor & Francis Inc., American Psychological Association και στο Educational Publishing Foundation.

Στην αναζήτηση έγινε χρήση των φράσεων – κλειδί (μτφ. Keywords): death, grief, mourning, bereavement, dying, griefwork, bereaved, reactions to death, intervention to grief κ.α., άλλοτε ανά ζεύγη, και άλλοτε κατά μονάς. Κάποια από τα άρθρα που βρέθηκαν προβαίνουν σε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, και κάποια άλλα σε περαιτέρω έρευνα του συγκεκριμένου θέματος. Επιπλέον, από την ηλεκτρονική διεύθυνση www.bereavement.org ανασύρθηκε ένα γενικό σχεδιάγραμμα, βάση του οποίου σχεδιάστηκε η δομή της παρούσας εργασίας (π.χ. βρέθηκαν τα ονόματα και το έργο σύγχρονων και παλαιότερων ερευνητών σε μορφή προοιμίου, οι αντίστοιχες θεωρίες του πένθους, και τα προτεινόμενα προγράμματα παρέμβασης).

Σημαντικότερη, όμως βοήθεια στην έρευνα δόθηκε από τον εκδοτικό οίκο Taylor & Francis Inc., όπου εκδίδονται τα περιοδικά «Death», «Death Studies», «Journal of Clinical Psychology» κ.α. Από το δεύτερο περιοδικό επιλέχθηκαν 104 δημοσιευμένα άρθρα – από τα οποία τελικά χρησιμοποιήθηκαν τα 40, - ενώ από το πρώτο και το τρίτο, ένα και δύο άρθρα αντίστοιχα. Λέξη – κλειδί για την εύρεση αυτών των περιοδικών ήταν το όνομα του ερευνητή – ψυχολόγου και εκδότη του περιοδικού «Death Studies», R. Niemeyer, ο οποίος έχει σημειώσει μεγάλη συγγραφική και ερευνητική δραστηριότητα στον τομέα της ψυχολογίας του πένθους (πρβ. Thanatology).

Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκε επίσκεψη στη Φιλοσοφική Σχολή του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, και συγκεκριμένα στο «σπουδαστήριο» του τμήματος της Ψυχολογίας, όπου βρέθηκαν δύο πτυχιακές εργασίες φοιτητών, οι οποίοι ανέλυαν από διαφορετική σκοπιά το θέμα του θρήνου

και την θεωρητική προσέγγιση της θλίψης, και από τις οποίες εμπλουτίστηκε η ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία¹

Τέλος, χρησιμοποιήθηκε το σύστημα «Ναυτίλος» της βιβλιοθήκης του Πανεπιστημίου Κρήτης για την εύρεση βιβλίων με χρήση των ίδιων λέξεων – κλειδί ως Τίτλος (ΤΙ), θέμα (ΘΕ) και λέξη – κλειδί κειμένου (ΛΚ), βρέθηκαν 23 βιβλία που πραγματεύονταν ως θεματολογία τους το θάνατο, προσεγγίζοντας τον άλλοτε από φιλοσοφική, κι άλλοτε από ψυχαναλυτική, κοινωνιολογική και βιολογική σκοπιά.

1) Οι παρακάτω εργασίες, όπως ακριβώς αρχειοθετούνται στη βιβλιοθήκη του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών στο τμήμα της Ψυχολογίας: Μαλιχίν, Α. (ΠΕ/05 ΜΑΑ.). Πένθος και Σύμπτωμα στο σώμα (Μια ψυχαναλυτική προσέγγιση των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας μέσα από την εργασία του πένθους).

Πλασσαρά, Ε. (ΠΕ/04 ΠΛΑ). Αγωγή θανάτου σε μαθητές. Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Απόψεις και εκτιμήσεις των εκπαιδευτικών για τη φύση του πένθους στους μαθητές και το ρόλο του σχολείου στην ψυχολογική διεργασία του θρήνου.

3. Θεωρίες Πένθους (grief theories)

Απώλεια, θλίψη και πένθος. Τρεις αναπόφευκτες καταστάσεις της ανθρώπινης ύπαρξης που συναντώνται συχνά καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής κάθε ανθρώπου. Αν και τυπικά σχετίζονται με τον θάνατο και πολλά άλλα τραυματικά γεγονότα, παρ' όλα αυτά είναι έννοιες σύμφυτες με την «αλλαγή», ανεξαρτήτως αν λαμβάνονται θετικά ή αρνητικά από το άτομο (δηλαδή, αν το άτομο νοηματοδοτήσει τα γεγονότα αρνητικά ή θετικά, και αφού τα επεξεργαστεί, τελικά τα αναγάγει σε θετικές ή αρνητικές εμπειρίες).

Πριν εξετάσουμε τις επίκαιρες απόψεις που επικρατούν για την απώλεια, θα ήταν χρήσιμο να κατανοήσουμε την εξέλιξη της γνώσης μας για την θλίψη και το πένθος, όπως αυτή έχει τεκμηριωθεί σε σχετική βιβλιογραφία. Παρακάτω, παρουσιάζονται συνοπτικά οι θεωρίες έξι κλινικών συγγραφέων – ερευνητών, το έργο των οποίων αποτελεί παρακαταθήκη για τους νεότερους ερευνητές και ψυχοθεραπευτές, τόσο στον τομέα της θεωρητικής, όσο και στον τομέα της εφαρμοσμένης ψυχολογίας.

Όλοι τους, πολυγραφότατοι, επηρέασαν σημαντικά με το έργο τους, τη δημιουργία θεωριών σχετικά με το πένθος και φώτισαν σημαντικές πτυχές των επιπτώσεων και των αντιδράσεων που αυτό προκαλεί στην καθημερινή μας ζωή. Κυρίως, όμως, έστρεψαν το ενδιαφέρον της επιστήμης προς μια κατεύθυνση που μέχρι τότε είχε ελάχιστα – αν όχι καθόλου – ερευνηθεί, σε μια από τις σπουδαιότερες «έσχατες έννοιες»² της ανθρώπινης ύπαρξης, που είναι ο θάνατος. Έως και σήμερα, που η «θανατολογία» (μτφ. Thanatology) αποτελεί ξεχωριστό τομέα της επιστήμης της ψυχολογίας και συνεχίζει να αναπτύσσεται και να εμπλουτίζεται με νέες έρευνες και δεδομένα.

2) Δανειζόμενος όρος από την Υπαρξιακή Ψυχολογία (μτφ από *Existential Psychology*), όπως αναφέρεται στο βιβλίο του καθηγητή Ψυχιατρικής Irvin Yalom, «θρησκεία και Ψυχιατρική» (2003: 18).

Μέχρι στιγμής η βιβλιογραφία δεν έχει παρουσιάσει έναν ικανό ορισμό για την έννοια του πένθους. Επίσης, δεν έχει καταλήξει για το εάν υπάρχει μια τυπική και, επομένως, μια παθολογική διεργασία πένθους (Bonanno & Kaltmann, 2001). Εντούτοις, υπάρχουν αρκετές θεωρίες για το πένθος και τη λειτουργία που αυτό επιτελεί. Οι θεωρίες αυτές μπορούν να διαχωριστούν σε ψυχοδυναμικά ή ψυχαναλυτικά μοντέλα (π.χ. η προσέγγιση του Freud, η θεωρία του Bowlby, και του Parkes), σε μοντέλα «υποχρεώσεων» (μτφ. του όρου «tasks») (π.χ. η θεωρία της Wonden, εκείνη της Rando, και του Lindemann), καθώς και σε μοντέλα «σταδίων» ή «φάσεων», (π.χ. η πολύ γνωστή προσέγγιση της Kubler – Ross) (Καραδήμας, 2004). Τέλος, οι «θεωρίες του «στρες» και οι «θεωρίες κοινωνικής υποστήριξης» (Kato & Mann, 1999).

Με σκοπό την πληρέστερη κατανόηση μας σχετικά με τις διεργασίες του πένθους και την απώλεια, χρησιμοποιούμε συχνά τα μοντέλα αυτά ως βάση. Παρόλ' αυτά δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι ως ανθρώπινα όντα δεν μπορούμε να ισχυριστούμε ότι «ανήκουμε» σε κάποια κατηγορία απλώς, τα μοντέλα αυτά είναι μια προσπάθεια να περιγράψουμε μια δυναμική διεργασία, όπως είναι το πένθος, η θλίψη, κι ορισμένες φορές και η κατάθλιψη που συνήθως έπεται. Είναι, εν ολίγοις, το πλαίσιο εργασίας πάνω στο οποίο κινούμαστε για να κατανοήσουμε αυτό που αποκαλούν σήμερα κάποιοι ερευνητές «Σύστημα θανάτου» (μτφ. του όρου Death System).

3.1. Ψυχοδυναμικά Μοντέλα

3.1.1. Freud

Αν και δεν ήταν ουσιαστικά ο πρώτος που ασχολήθηκε με το θέμα της απώλειας, παρόλ' αυτά ο Sigmund Freud θεωρείται τυπικά για πολλούς συγγραφείς, που κατά καιρούς προσπαθούν να καθορίσουν το θεωρητικό υπόβαθρο των εννοιών του πένθους και της απώλειας, ως σημείο αναφοράς. Το έργο του υπήρξε αρκετά βοηθητικό όσον αφορά στην περιγραφή των φαινομένων, των διεργασιών, των εμπειριών και των ασυνείδητων συγκρούσεων που επιτελούνται στην αρχή και κατά τη διάρκεια της διεργασίας του πένθους, καθώς επίσης και στον διαχωρισμό της θλίψης που συνεπάγεται από το πένθος και στην «αντιδραστική» κατάθλιψη, που το τελευταίο μπορεί να προκαλέσει. (Rando, 1995).

Πιο συγκεκριμένα, ο Freud ασχολήθηκε με το πένθος στην προσπάθειά του να διασαφηνίσει την κλινική εικόνα της κατάθλιψης, αυτό που στις μέρες μας αποκαλούμε μελαγχολία. Στο έργο του «Πένθος και Μελαγχολία» (1917), παρόλο που πολλές φορές επικρίθηκε ως αναχρονιστικό με πολλές ασάφειες και αοριστίες, σκιαγραφεί οχτώ κρίσιμα σημεία του πένθους. Παράλληλα, υποστήριξε ότι το πένθος είναι μια φυσιολογική διαδικασία και ότι οι συμβολικές απώλειες μπορούν εξίσου να κινητοποιήσουν μια τέτοια διαδικασία, όπως ακριβώς και οι πραγματικές απώλειες.

Σύμφωνα με τον ίδιο, όπως αναφέρει ο Καραδήμας: «... οι άνθρωποι αναπτύσσουν μεταξύ τους συναισθηματικούς δεσμούς, τους οποίους ονομάζει «κάθεξη». Το πένθος που ακολουθεί ένα θάνατο χαρακτηρίζεται ως «από – κάθεξη», μια διαδικασία, δηλαδή, λύσης των συναισθηματικών δεσμών με το νεκρό πρόσωπο». (Καραδήμας, 2005: 231). Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που ο ίδιος απέδωσε στο πένθος περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων: α) βαθιά και επώδυνη κατάθλιψη, β) διακοπή του ενδιαφέροντος του ατόμου για τον έξω – κόσμο, γ) απώλεια της ικανότητας του ατόμου να αγαπά, και δ) αναστολή σχεδόν κάθε δραστηριότητας (Rando, op. cit.:213).

Γενικότερα, το πένθος προσδιορίζεται ως μια προσαρμοστική αντίδραση στο θάνατο ενός οικείου, αλλά και ως μια διεργασία δύσκολη και χρονοβόρος. Ουσιαστικά, ξεκινά από την ανάγκη του ego να αποσυνδεθεί από το απολεσθέν αντικείμενο και να επενδύσει σε κάτι άλλο, το οποίο θα το βοηθήσει να επαναποκτήσει την χαμένη ικανοποίησή του. «Ως βασικός στόχος του πένθους περιγράφεται η αποδοχή της πραγματικότητας της απώλειας, η οποία λαμβάνει χώρα μέσω μιας μακράς σειράς «αντιπαραθέσεων» με την απώλεια. Οι πενθούντες αντιστέκονται στη λύση του δεσμού με τον νεκρό, ενώ η αποτυχία ολοκλήρωσης της διεργασίας καταλήγει σε δυστυχία και δυσλειτουργία. Στόχος της διεργασίας της θλίψης που συνοδεύει το πένθος είναι η καθιέρωση μιας νέας ταυτότητας, της οποίας δεν αποτελεί τμήμα ο νεκρός». (Καραδήμας, 2005: 231).

Παράλληλα, η Κανελλοπούλου (2000) συμπληρώνει: «...Η διεργασία του πένθους συνίσταται τελικά στο να διατηρήσουμε ζωντανό μέσα μας το απολεσθέν αντικείμενο, αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα ότι δεν υπάρχει πια έξω από εμάς. Η διεργασία του πένθους καταλήγει στο να γνωρίζουμε και τις δύο αλήθειες. Η παρουσία μέσα μας του απολεσθέντος αντικειμένου είναι πηγή ενέργειας, libido και ναρκισσισμού. Όταν η διεργασία του πένθους, δηλαδή το έργο της αποεπένδυσης, δεν πραγματοποιείται, το απολεσθέν αντικείμενο παραμένει ψυχικά παρόν και το πένθος

γίνεται χρόνιο και παθολογικό».(Κανελλοπούλου, 2000: 46 – 47). Αυτή, ακριβώς η άποψη είναι σύμφωνη με την παρατήρηση του Freud, που αναφέρει ότι αυτή η αποεπένδυση του ego από το απολεσθέν αντικείμενο, σε κάποια άτομα δημιουργεί μελαγχολία αντί να κινητοποιεί την φυσιολογική διεργασία του πένθους, και σ' αυτούς η προδιάθεση για παθολογία είναι πιθανή.

Αργότερα, ο ίδιος ο Freud θα συμπληρώσει στην θεωρία του ότι ένα αγαπημένο απολεσθέν αντικείμενο δεν αποβάλλεται από μέσα μας σχεδόν ποτέ ολοκληρωτικά, ότι τα αμφιθυμικά συναισθήματα είναι αναπόσπαστο κομμάτι της διεργασίας του πένθους, και, τέλος, ότι η ψυχική ταύτιση με το απολεσθέν αντικείμενο είναι υγιές και απαραίτητο συστατικό αυτής.(Rando, 1995).

Εν τούτοις, οι ψυχαναλυτικές θεωρίες, σύμφωνα με τους Kato και Mann (1999) δεν επεξηγούν γιατί οι πενθούντες άνδρες εμφανίζουν περισσότερο σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα από τις γυναίκες που βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση. Ωστόσο, προβλέπουν πως οι θρηνούντες θα «αποδεσμεύονται» πιο γρήγορα από έναν προσδοκώμενο θάνατο παρά από ένα ξαφνικό καθώς στον πρώτο, η διαδικασία της αποεπένδυσης και της επαναεπένδυσης της λιβιδινικής ενέργειας ξεκινά νωρίτερα.

3.1.2. Bowlby

Πιθανότατα κανείς άλλος δεν προσέφερε περισσότερα στον τομέα της θανατολογίας από τον John Bowlby, διατυπώνοντας μια θεωρία που να υπογραμμίζει την δυναμική του πένθους και την πείρα που αποκτά κανείς μέσα από αυτό. Ως κύριος εκπρόσωπος των τύπων των δεσμών, το έργο του συνέφερε τα μέγιστα στην επιστημονική βιβλιογραφία της θεωρίας της προσκόλλησης, της ανθρώπινης εξέλιξης, της ανατροφής των παιδιών», του χωρισμού, της απώλειας, του πένθους και της ψυχοπαθολογίας. Αν και οι βασικές αρχές της θεωρίας του είχαν ψυχαναλυτικές ρίζες, ο Bowlby, ενσωμάτωσε μετέπειτα στο έργο του και αρχές της ηθολογίας, της θεωρίας του ελέγχου και της γνωστικής ψυχολογίας. Επιπρόσθετα, ο Bowlby υπήρξε ιδιαίτερα πειστικός όταν προσπάθησε να αποδείξει την βιολογική βάση του οξέος πένθους, ενώ στο τρίτομο έργο του «Attachment and loss» (1969, 1973, 1980) αναφέρθηκε διεξοδικά σε όλες τις ψυχολογικές αντιδράσεις που αφορούν στην απώλεια. (Rando, 1995).

«... Ο Bowlby σαφώς επηρεασμένος από τις ψυχοδυναμικές θέσεις περιγράφει τέσσερις βασικές αντιδράσεις στο πένθος: την αίσθηση του σοκ, την αναζήτηση κάποιας ερμηνείας ή νοήματος, την εμφάνιση έντονης θλίψης ή κατάθλιψης, καθώς και την επανοργάνωση της ζωής και το πέρας του θρήνου. Ο θρήνος, κατά τον Bowlby, αποτελεί μια αντίδραση στη διακοπή της προσκόλλησης των οικείων προ το νεκρό. Πιστεύει, μάλιστα, ότι προέρχεται από τη βιολογική μας ανάγκη για ασφάλεια μπροστά σε ένα τόσο σαφή και μεγάλο κίνδυνο. Η επεξεργασία του θρήνου και του πένθους αποτελεί, σύμφωνα με τον θεωρητικό, μια μακρά διαδικασία στην οποία το άτομο έρχεται επανειλημμένα αντιμέτωπο με την πραγματικότητα της απώλειας. Αυτό διαρκεί μέχρις ότου η προσκόλληση προς το νεκρό τερματίζεται». (Καραδήμας, 2005: 231 – 232).

Για τον Bowlby, το πένθος σηματοδοτεί το ξεκίνημα πολλών ψυχολογικών διεργασιών, τόσο συνειδητών, όσο και ασυνείδητων, που ενεργοποιούνται αμέσως μόλις χαθεί το αγαπημένο μας πρόσωπο. Επιπλέον, ο ίδιος διατύπωσε την άποψη ότι οι αντιδράσεις των βρεφών και των μικρών παιδιών απέναντι στην απώλεια του βασικού γι' αυτά προσώπου, σε περιγραφικό επίπεδο, είναι ουσιαστικά η ίδια με αυτή των μεγαλύτερων παιδιών και των ενηλίκων. Ταυτόχρονα, διαφώνησε (ενάντια σε ότι μέχρι τότε υποστήριζαν προγενέστεροι ψυχαναλυτικοί) πως όλες αυτές οι αντιδράσεις συνθέτουν το πένθος, και υποστήριξε ότι το πένθος πρόκειται για μια υποκειμενική εμπειρία.

Συγχρόνως, επεσήμανε ότι η διαδικασία του πένθους των βρεφών και των παιδιών προσχολικής ηλικίας έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά, σαν κι αυτά τα χαρακτηριστικά που αποτελούν σαφείς ενδείξεις παθολογικού πένθους στους ενήλικες: συμπεριλαμβανομένων αμφιθυμικών συναισθημάτων για τον νεκρό, σε συνδυασμό με αυτοκατηγορίες, παθολογική προσκόλληση σε άλλα άτομα, και επίμονη πίστη στη σκέψη πως η απώλεια είναι προσωρινή. Για τον Bowlby, η παθολογία εμφανίζεται όχι επειδή χρησιμοποιήθηκαν κάποιοι μηχανισμοί άμυνας από το άτομο, αλλά επειδή αυτοί οι μηχανισμοί εμφανίστηκαν πρόωρα και είχαν μεγάλη χρονική διάρκεια.

Επιπλέον, αναγνώρισε τρεις κατηγορίες ανθρώπων, που είναι αρκετά ευάλωτοι στην ανάπτυξη παθολογικού πένθους: α) αυτοί που έχουν την τάση να δημιουργούν αγχωτικές και αμφιθυμικές σχέσεις, β) αυτοί που δείχνουν την φροντίδα τους στους άλλους με καταπιεστικό τρόπο, και γ) αυτοί που απαιτούν επίμονα ανεξαρτησία από στοργικούς δεσμούς. Τέλος, ερμήνευσε τα ξεχωριστά γνωστικά

βιώματα που σχετίζονται με καθεμία από τις δύο βασικότερες διαταραγμένες συμπεριφορές που ο ίδιος παρατήρησε στο πένθος των ενηλίκων – το χρόνιο και παρατεταμένο πένθος -, ενώ επεσήμανε και την ύπαρξη μιας μικρότερης μεταβλητής, την οποία αποκάλεσε «ευφορία». Με αυτόν τον τρόπο παρείχε πολλές περιγραφές και σκιαγράφησε ένα μεγάλο μέρος των μηχανισμών που υποκινούν τις μη φυσιολογικές αντιδράσεις του ατόμου απέναντι στην απώλεια.

3.1.3. Parkes

Φανερά επηρεασμένος από το θεωρητικό έργο του J. Bowlby με τον οποίον συνεργάστηκε αργότερα, ο Colin Murray Parkes, συνέβαλε εντυπωσιακά τόσο σε ατομικό, όσο και σε συλλογικό επίπεδο (μαζί με τον Robert Weiss, 1983 και με την Ira Glick, 1974) στην σχετική με τον θάνατο βιβλιογραφία.

Παλαιότερες του μελέτες υπήρξαν αρκετά βοηθητικές στον τομέα της εφαρμοσμένης ψυχολογίας, σύμφωνα με τις οποίες υποστήριξε πως δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στο ψυχικά διαταραγμένο πένθος και στις μέχρι τότε αναφερόμενες ως τυπικές αντιδράσεις πένθους· καθώς, επίσης, πως δεν υπάρχουν συγκεκριμένα συμπτώματα στο αποκαλούμενο παθολογικό πένθος αυτό καθ' αυτό, αν και η ακραία ενοχική στάση των πενθούντων, τα ιατρικώς διαγνωσμένα ψυχοσωματικά συμπτώματα, και το αναβλητικό πένθος πολλές φορές υποδεικνύουν ότι το άτομο μπορεί να αναπτύξει κάποια παθολογία.

Καθώς, λοιπόν, ο ίδιος δεν ήταν ικανοποιημένος με τα προβλήματα που παρουσίαζαν τα παραδοσιακά ψυχιατρικά διαγνωστικά κριτήρια για την κατανόηση της διαδικασίας του πένθους, μαζί με τον R. Weiss (1983) κατηγοριοποίησε τρεις βασικές μορφές παθολογικού πένθους, οι οποίες έχουν άμεση σχέση με την αποτυχία του πενθούντα να συνέλθει από την απώλεια: α) το παρατεταμένο πένθος, το οποίο είναι πολύ διαδεδομένο και αφορά μια σημαντική παράταση των αντιδράσεων του φυσιολογικού πένθους, β) το ανεσταλμένο πένθος, που αναφέρεται στη μικρή φανερή αντίδραση των πενθούντων μπροστά στους άλλους, και τέλος το καθυστερημένο πένθος, το οποίο εκδηλώνεται όταν μια περίοδος τυπικού πένθους ακολουθεί μια περίοδο ανεσταλμένου πένθους.(Rando, 1995· Καραδήμας, 2005). Μαζί με αυτές τις τρεις ταξινομήσεις, περιέλαβε στο έργο του αιτιολογικά και περιγραφικά για το

καθένα στοιχείο, καθώς επίσης και τους απαιτούμενους τύπους θεραπείας και παρέμβασης.

Με μια αρκετά εμπειριστατωμένη ανάλυση και περιγραφή των αντιδράσεων των ενηλίκων απέναντι στην απώλεια του συντρόφου τους, και με μια παλαιότερη έρευνα που αποδείκνυε την επιτακτική ανάγκη της παρέμβασης σε πενθούντες «υψηλού κινδύνου» (μτφ. από τον όρο high – risk mourners), ο Parkes άλλαξε τον τρόπο αντίληψης των θεωρητικών για τις έννοιες του πένθους και της θλίψης, εστιάζοντας την προσοχή του στις ψυχοκοινωνικές μεταβολές των πενθούντων και εξηγώντας τις καταστροφικές συνέπειες των αβάσιμων προσδοκιών τους μετά το θάνατο των αγαπημένων τους προσώπων.

Πιο αναλυτικά, ο Parkes περιγράφει το θάνατο ως μια «ψυχοσυναισθηματική μετάβαση» προς μια νέα πραγματικότητα. Η μετάβαση αυτή περιλαμβάνει τρία κεντρικά δομικά στοιχεία, όπως α) την παρατεταμένη ενασχόληση με τον νεκρό, β) την προσπάθεια νοσηματοδότησης της απώλειας, και γ) την επαναλαμβανόμενη αναβίωση της εμπειρίας της απώλειας. Για τον ερευνητή, μια σειρά παραγόντων, όπως η σχέση με το νεκρό, οι πρότερες εμπειρίες θανάτου και πένθους, ο τρόπος θανάτου, το φύλο κ.α., επηρεάζουν τον τρόπο αντίδρασης του πενθούντα. (Καραδήμας, 2005).

3.2. Μοντέλα «Υποχρεώσεων» (tasks Models)

3.2.1. Lindemann

Βλέποντας τα πράγματα από την σκοπιά της παρέμβασης σε καταστάσεις κρίσεως, αναγνωρίζοντας την απώλεια ως το πιο δραστικό παράγοντα εμφάνισης ψυχοσωματικών διαταραχών, και προσεγγίζοντας το θέμα κάποιες φορές με έναν «μυθιστορηματικό» τρόπο, ο Erich Lindemann συνέβαλε σημαντικά στην ερμηνεία και κατανόηση της διεργασίας του πένθους.

Το έργο του, το 1944, «Συμπτωματολογία και διαχείριση της έντονης θλίψης» (μτφ. από «Symptomatology and Management of Acute Grief») υπήρξε πρόδρομος για τις επακόλουθες θεωρητικές προσεγγίσεις του σχετικά με το θέμα του θανάτου, στις οποίες ανέλυε διεξοδικά την λειτουργικότητα τριών σταδίων αντιμετώπισης της θλίψης που περιλαμβάνει: α) την απελευθέρωση από το δεσμό με το νεκρό, β) την

επαναπροσαρμογή του ατόμου σε έναν περιβάλλον από το οποίο θα απουσιάζει ο νεκρός, και γ) τη δημιουργία καινούριων διαπροσωπικών σχέσεων.

Επεσήμανε ότι η διάρκεια του πένθους και της θλίψης εξαρτάται από την επιτυχημένη – ή όχι – έκβαση των τριών αυτών σταδίων, ενώ ταυτόχρονα παρατήρησε ότι τα άτομα που επιζητούν την αποφυγή της έντονης θλίψης που σχετίζεται με αυτή καθ' αυτή την εμπειρία του πένθους, αλλά και την αναγκαία αποφόρτιση των συναισθημάτων τους, δημιουργούν τεράστια εμπόδια στην ολοκλήρωση των σταδίων αυτών.

Ο Lindemann, περιέγραψε, ακόμη, πέντε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των θρηνούτων, ως δείκτες παθολογίας του πένθους: i) την σωματική καταπόνηση, ii) την προσκόλληση στο νεκρό, iii) το αίσθημα της ενοχής, iv) τις εχθρικές αντιδράσεις, και v) την αντικοινωνικότητα. Αν και πιο σπάνια, παρατήρησε ακόμα, ένα έκτο χαρακτηριστικό που αποτελεί επιπλέον παθολογική αντίδραση: vi) την εμφάνιση χαρακτηριστικών συμπεριφοράς ή ιδιοτεροτήτων του νεκρού, στους πενθούντες ειδικότερα, φαίνεται που οι πενθούντες εμφανίζουν συμπτώματα της ασθένειας από την οποία νοσούσε ο νεκρός, αλλά και της συμπεριφοράς που επέδειξε τις τελευταίες στιγμές της ζωής του.

Η σημαντική κλινική συμπεριφορά του, έγκειται στον ισχυρισμό του ότι οι παθολογικές (ή νοσηρές) αντιδράσεις των πενθούντων, δεν είναι τίποτε άλλο παρά διατεταγμένες εκδηλώσεις του τυπικού (ή φυσιολογικού) πένθους, οι οποίες μπορούν να επανέλθουν στο φυσιολογικό τρόπο αντίδρασης μέσω μιας αρκετά απλής και βραχείας διαδικασίας. Επιπλέον, διέκρινε δύο τύπους παθολογικών αντιδράσεων αυτές που οφείλονται στο ανεσταλμένο τύπο πένθους και αυτές που οφείλονται στο καθυστερημένο. Ενώ, οι εννέα δείκτες αναγνώρισης και διάγνωσης του καθυστερημένου πένθους που πρότεινε, χρησιμοποιούνται έως και σήμερα, και περιλαμβάνουν: i) υπερδραστηριότητα χωρίς την αίσθηση της απώλειας, ii) την απόκτηση συμπτωμάτων που σχετίζονταν με την ασθένεια του αποθανόντα, iii) την εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, iv) την αλλαγή της συμπεριφοράς του πενθούντα σε φίλους και συγγενείς, v) εχθρική στάση σε συγκεκριμένα άτομα, vi) ξύλινη και τυπική συμπεριφορά με απρόσφορο συναίσθημα, vii) αντικοινωνικότητα, viii) αυτοκαταστροφική συμπεριφορά όσον αφορά στην κοινωνική και οικονομική υπόσταση του πενθούντα, vi) αντιδραστική κατάθλιψη.

Παρόλ' αυτά, ο Lindemann υποστήριξε πως με την κατάλληλη παρέμβαση και υποστήριξη μπορεί να προληφθεί η παρατεταμένη και σοβαρή μεταβολή της

κοινωνικής προσαρμογής του πενθούντα, τόσο άρτια όπως γίνεται και σε μια θεραπεία μιας οργανικής ασθένειας. Τέλος, ήταν ο πρώτος που εισήγαγε τον όρο «προδρομικό» πένθος (μτφ. από τον όρο anticipatory grief) που παραμένει μέχρι σήμερα ως μια αμφιλεγόμενη έννοια. (Rando, 1995).

3.2.2. Worden

Ο Worden παρουσίασε μια νέα αντίληψη για τη διεργασία του πένθους. Υποστήριξε ότι υπάρχει μια σειρά «υποχρεώσεων» που πρέπει να ολοκληρώσει το άτομο, ώστε να συμβιβαστεί τελικά με τη θλίψη που προκαλεί ένας επικείμενος θάνατος. Ο θρήνος, κατά τον Worden, προκαλείται από την εγκατάλειψη ή λύση του συναισθηματικού δεσμού με τον νεκρό, και πιστεύει πως όλη αυτή η διαδικασία τήρησης και εκπλήρωσης των υποχρεώσεων σχετίζεται άμεσα με την επιτυχή έκβαση της διεργασίας του θρήνου: έτσι, οι πενθούντες δεν συμμετέχουν παθητικά σε όλη την διαδικασία του πένθους, αλλά ενεργητικά και ολοκληρωτικά.

Ο Worden αναγνώρισε, επίσης, πως ακόμα κι όταν η σχέση με τον θανόντα αλλάξει, παραμένει πάντοτε ένα είδος ψυχικού δεσμού που δεν λύεται πλήρως, δεν σταματά ποτέ. Ο φυσιολογικός θρήνος, για τον θεωρητικό, λαμβάνει χώρα μέσω τεσσάρων «υποχρεώσεων» (ή υποχρεωτικών σταδίων) που πρέπει να ακολουθηθούν και να ξεπεραστούν αντίστοιχα: α) να αποδεχθεί ο πενθών τελικά την πιθανότητα της απώλειας, β) να επεξεργαστεί τον πόνο του πένθους, γ) να προσαρμοστεί στη νέα και διαφορετική πραγματικότητα, και δ) να επανατοποθετήσει συναισθηματικά τη σχέση του με το νεκρό και να προχωρήσει στη ζωή του.

Κατά παρόμοιο τρόπο με τον Parkes, ο Worden (1982)³ διέκρινε τέσσερα είδη παθολογικών αντιδράσεων θρήνου: τον χρόνια θρήνο, τον υπερβολικό, τον καθυστερημένο και τον καλυμμένο. Αναλυτικότερα, ο χρόνιος θρήνος σχετίζεται με αντιδράσεις μεγάλης διάρκειας, ενώ ο υπερβολικός αφορά στην ένταση των αντιδράσεων αυτών.

3) Περισσότερες πληροφορίες για την παθολογία των αντιδράσεων του πένθους βρίσκονται στο ίδιο βιβλίο του συγγραφέα (Worden, J.W. (1982). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer), και στο περιοδικό «General Hospital Psychiatry» δημοσιευμένα άρθρα του.

Ο καθυστερημένος θρήνος βιώνεται όπως ακριβώς αναφέρει και η ονομασία του, με καθυστέρηση στο χρόνο και τέλος, ο καλυμμένος αναφέρεται στη βίωση δυσκολιών και συμπτωμάτων από τον πενθούντα, που όμως τα παρερμηνεύει (π.χ. η ημικρανία από την ένταση ερμηνεύεται ως οργανικό σύμπτωμα), και δεν τα αναγνωρίζει ως σχετιζόμενα με την απώλεια. (Καραδήμας, 2005).

3.2.3. Rando

Σύμφωνα με την επιστημονική βιβλιογραφία, υπάρχουν δύο μεγάλες κατηγορίες για την απώλεια: α) η σωματική απώλεια και β) η ψυχοκοινωνική απώλεια (η οποία είναι επίσης γνωστή κι ως «συμβολική απώλεια»). Η σωματική απώλεια αναφέρεται σε κάτι από το οποίο μπορεί ο καθένας από εμάς να χάσει, και που είναι εμφανές (όπως για παράδειγμα όταν καίγεται το σπίτι μας, όταν κάποιος κλέψει το αυτοκίνητό μας, ή ακόμα κι όταν αφαιρέσουμε το στήθος μας με μαστεκτομή). Παρομοίως, ο όρος ψυχοκοινωνική απώλεια περικλύει όλα όσα δεν είναι τόσο «χειροπιαστά»· αυτού του είδους το πένθος σχετίζεται κυρίως με συναισθηματικού τύπου απώλειες και προβλήματα, όπως είναι ένα διαζύγιο, η εμφάνιση μιας ανίατης ασθένειας κ. ά.

Για την Rando, οι παραπάνω «απώλειες», δηλαδή η σωματική και η ψυχοκοινωνική, συμπίπτουν – ή καλύτερα – αναπτύσσονται παράλληλα ως συνέπειες της αρχικής απώλειας, και γι' αυτόν τον λόγο τους έδωσε κοινή ονομασία και τις συμπεριέλαβε στον όρο «δευτερεύουσα ή δευτερογενής απώλεια». Ο όρος αυτός, σαφώς, δεν υπονοεί ότι οι συνέπειες που πηγάζουν από την αρχική απώλεια είναι δευτερευούσης σημασίας, αλλά ότι έπονται της χρονικής στιγμής που έγινε το συμβάν. Για παράδειγμα, όπως η ίδια αναφέρει, όταν πεθαίνει ένα πολύ αγαπητό μας πρόσωπο (αρχική απώλεια), βιώνουμε μια δευτερεύουσα ψυχική απώλεια από την απουσία αυτού του ατόμου στο σπίτι, στη ζωή και στην καθημερινότητά μας.

Επομένως, για την ερευνήτρια, η θλίψη (μτφ. *grief*) είναι μια παθητική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ψυχολογικές, συμπεριφορικές, κοινωνικές και σωματικές αλλαγές από τη στιγμή της απώλειας. Αντίθετα, το πένθος (μτφ. *mourning*) είναι μια ενεργητική διαδικασία, τόσο αναγκαία, μέσα από την οποία το άτομο που πενθεί ξεφεύγει από την παθητικότητα που του έχει «επιβάλλει» η θλίψη και κινητοποιείται. Συνεπώς, για την Rando, η θλίψη είναι ουσιαστικά το αρχικό

στάδιο του πένθους. Ταυτόχρονα, η βίωση του τυπικού ή φυσιολογικού πένθους χωρίζεται σε τρεις μεγάλες φάσεις: την αποφυγή, την συνειδητοποίηση και την προσαρμογή. Κάθε μια από αυτές τις φάσεις έχει το δικό της θεωρητικό υπόβαθρο, και κατηγοριοποιεί τις αντιδράσεις των πενθούντων σε τρεις χρονικές περιόδους αντίστοιχα.

Για παράδειγμα, η πρώτη φάση (της αποφυγής) περιλαμβάνει την χρονική εκείνη στιγμή που η είδηση για τον θάνατο του αγαπημένου μας προσώπου φτάνει στα αυτιά μας. Ευθύς αμέσως επέρχεται το σοκ, η άρνηση και η δυσπιστία. Πολλοί πενθούντες έχουν έντονα ξεσπάσματα, διαμαρτύρονται για τον πόνο του αποχωρισμού, βιώνουν έντονη θλίψη, και πολλές φορές συμπεριφέρονται υστερικά. Ενώ άλλοι, πιο ψύχραιμοι, συγκρατούν τον έλεγχο της προσωπικότητάς τους και αποφεύγουν την συναισθηματική έκρηξη, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι πονούν λιγότερο.

Τη δεύτερη φάση, τη φάση δηλαδή της συνειδητοποίησης, η Rando τον χαρακτηρίζει ως την πιο επώδυνη, καθώς ο πενθών αντιμετωπίζει την πραγματικότητα της απώλειας και βαθμιαία την αφομοιώνει. Η ανάγκη και η λαχτάρα του πενθούντα να ξαναδεί τον νεκρό, ζωντανό μπροστά του, μένουν χωρίς ανταπόκριση, κι ο ψυχικός του πόνος δίνει τη θέση του στην κατάθλιψη, την αποδιοργάνωση και την απόγνωση.

Παρόμοια εναλλαγή συναισθημάτων και αντιδράσεων έχουμε και στην τρίτη και τελευταία φάση, της προσαρμογής. Τα συμπτώματα του έντονου πένθους λιγοστεύουν και γίνεται η αρχή της συναισθηματικής και κοινωνικής επανείσοδος του πενθούντα στην καθημερινότητα. Σχέσεις, ρόλοι, ικανότητες και συμπεριφορές όλα βρίσκονται κάτω από ένα καθεστώς μεταβολής γι' αυτόν που «μένει πίσω» και αγωνίζεται έντονα να προσαρμοστεί στην νέα πραγματικότητα. (Rando, 1995).

Τέλος, ένα αρκετά επεξεργασμένο σύστημα περιπλεγμένου πένθους έχει περιγραφεί από την Rando. Σύμφωνα με την ερευνήτρια το περιπλεγμένο πένθος προέρχεται μέσα από προσπάθειες άρνησης, καταπίεσης και αποφυγής της απώλειας, του πόνου και των συνεπειών στη ζωή του πενθούντα. Η απουσία του θρήνου, ο καθυστερημένος κι ο ανασταλμένος θρήνος αποτελούν για την Rando τα σημαντικότερα προβλήματα έκφρασης του θρήνου και κατ' επέκταση τις παθολογικές αντιδράσεις του πενθούντα. Τα προβλήματα λήξης του θρήνου σηματοδοτούν το χρόνιο πένθος, ενώ όταν ο θρήνος κυριεύεται από έντονα

συναισθήματα θυμού ή ενοχών, τότε αποτελεί αυτό που η ερευνήτρια ονομάζει «σύνδρομα με προβληματικές πλευρές». (Bonanno & Kaltmann, 2001).

3.3. Μοντέλα Σταδίων (Stage theories)

3.3.1. Kubler – Ross

Η πιο γνωστή θεωρία για το πένθος, αν και όχι απαραίτητα η πιο ακριβής, προέρχεται από την Kubler – Ross, El. (1969). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, η αντίδραση του ατόμου απέναντι στο θάνατο περνά από πέντε στάδια: α) το στάδιο της άρνησης του θανάτου, β) του θυμού, καθώς και άλλων συναισθημάτων, όπως της θλίψης, της ενοχής, της αδικίας κ.α. γ) της αντιπαράθεσης με κάποιον σημαντικό άλλον, όπως ο θεός ή ο ιατρός, δ) της κατάθλιψης, και ε) το τελικό στάδιο της αποδοχής, κατά το οποίο το άτομο συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου και καθίσταται έτοιμο να τακτοποιήσει διάφορες εκκρεμότητες (Καραδήμας, 2005).

Πιο αναλυτικά, η φάση της άρνησης προστατεύει τον πενθούντα από το να βιώσει την οδυνηρή πραγματικότητα μονομιάς. Το σοκ και η άρνηση θεωρούνται φυσιολογικές αντιδράσεις, αρκεί να μην είναι παρατεταμένες. Μόλις το άτομο ξεπεράσει το στάδιο της άρνησης κάνει προσπάθειες να συμβιβαστεί με την απώλεια. Σ' αυτό το σημείο, συνήθως, οι πενθούντες θυμώνουν πολύ όταν συνειδητοποιούν την αδυναμία τους να αντιστρέψουν την απώλεια· η έκφραση του θυμού θεωρείται υγιής σε σχέση με τα συναισθήματα που αποσιωπούνται σ' αυτή τη φάση. Στο στάδιο του θυμού, ο πενθών συχνά παρακαλεί για την επιστροφή του αγαπημένου του προσώπου, δίνοντας υποσχέσεις για αλλαγή της δικής του στάσης και συμπεριφοράς. Όταν καταλάβει πόσο μάταιο είναι αυτό και συνειδητοποιήσει την «απελπιστική»⁴ του θέση, συχνά διέρχεται σε μια περίοδο κατάθλιψης.

4) Ο όρος αναφέρεται σε αυτό που ο ίδιος ο πενθών πιστεύει εκείνη την στιγμή αποδίδεται η εικόνα που έχει αυτός για την πραγματικότητα μέσα σε μια κατάσταση ήδη συναισθηματικώς φορτισμένη.

Την περίοδο της κατάθλιψης έχει αναφερθεί ότι οι θρηνούντες νιώθουν μια έντονη θλίψη κι ένα συναισθηματικό κενό. Αργότερα, όταν τελικά θα αποδεχτούν την απώλεια, θα μπορέσουν να ανακαλέσουν στη μνήμη τους στιγμές με τον νεκρό χωρίς να έχουν συναισθηματικά ξεσπάσματα. Με παρόμοιο τρόπο, τα μοντέλα των σταδίων επεξηγούν και το παθολογικό πένθος. Αν για την έκβαση της φυσιολογικής διαδικασίας του πένθους είναι απαραίτητο να ολοκληρωθεί με επιτυχία καθεμιά από τις προαναφερθείσες φάσεις, τότε η αποτυχία ολοκλήρωσης μιας φάσης προκαλεί πρόβλημα και στην επόμενη, και μπορεί τελικά να μην επιτευχθεί η «λύση» της απώλειας. (Kato & Mann, 1999).

Παρόλ' αυτά, «...συμφωνά με τους υπερασπιστές της θεωρίας, οι φάσεις αυτές δεν πρέπει να θεωρηθούν ως βήματα μιας σταθερής εξέλιξης, αλλά μάλλον ως πιθανές αντιδράσεις μέσα σε μια ευρεία διεργασία, η οποία στοχεύει να βοηθήσει την «προσαρμογή, (ενν. του ατόμου) στα νέα δεδομένα...» (Καραδήμας, 2005: 233).

Τα μοντέλα των σταδίων δέχτηκαν σφοδρή κριτική,⁵ κυρίως σε δύο σημαντικά σημεία: α) ότι η δυσφορία δεν αποτελεί απαραίτητα τμήμα των αντιδράσεων της απώλειας, και β) η εναλλαγή των φάσεων και η χρονική διάρκεια κάθε φάσης δεν είναι εύκολο να καθοριστεί επακριβώς, έτσι τα σημάδια θρήνου και πένθους μπορεί να διατηρηθούν για χρόνια, χωρίς όμως να εκδηλώνονται συμπτώματα παθολογίας. (Kato & Mann, op.cit).

5) Η πιο σημαντική κριτική που δέχτηκε η Kubler – Ross για το έργο της, προέρχεται από τους Kastenbaum (1975), Germain (1980) και Charmaz (1980). Ιδιαίτερα, ο Kastenbaum και Germain αφού επεξεργάστηκαν τα προβλήματα των θεωριών των σταδίων, κατέδειξαν σε γενικές γραμμές πως ενθαρρύνει ξεκάθαρα τον χαρακτηρισμό κάθε αποκλίνουσας από αυτήν συμπεριφορά ως μη – φυσιολογική. Ελλοχεύει, επίσης, ο κίνδυνος (όπως υποδεικνύουν οι Eisenbruch (1984) και Kellehear (1990) οι πολιτισμικές διαφορές να ερμηνευτούν σαν προσωπική ανεπάρκεια. Επίσης, ο Fishett έχει τονίσει ότι όχι μόνο δεν υπάρχει ομοφωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αλλά έχει αναφερθεί πως όταν η εμπειρία ελέγχεται, αυτό που το μη έμπειρο προσωπικό τείνει να καταχωρήσει σαν παραδοχή, το πιο πεπειραμένο τείνει να καταχωρήσει σαν άρνηση. (Littlewood, J. 1993, in Clar K, D., 1993: 73).

3.4. Θεωρίες του Στρες (Stress theories)

Οι «θεωρίες του στρες», ουσιαστικά, ερμηνεύουν τις αντιδράσεις του πένθους, περιγράφοντάς το σαν τη μεγαλύτερη πηγή άγχους στη ζωή ενός ανθρώπου. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, το πένθος θεωρείται ιδιαίτερα στρεσογόνος παράγοντας, καθώς απαιτεί περισσότερες αναπροσαρμογές από κάθε άλλο γεγονός. Αυτές οι θεωρίες υποστηρίζουν ότι μέσω αυτής της εμπειρίας, δηλαδή της αντιμετώπισης του πένθους, επηρεάζεται σημαντικά η σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου με άμεσους και έμμεσους τρόπους.

Πιθανότατα, η άμεση επίδραση μιας στρεσογόνος κατάστασης να σχετίζεται με τις φυσιολογικές λειτουργίες του εγκεφάλου, όπως είναι η απελευθέρωση της σεροτονίνης, η οποία με τη σειρά της προκαλεί σοβαρές διανοητικές και συμπεριφορικές μεταβολές που οδηγούν στην κατάθλιψη. Παρομοίως, άλλη μια άμεση επίπτωση προσβάλλει την φυσιολογική λειτουργία, παρεμποδίζοντας την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και προκαλώντας ενδοκρινολογικές μεταβολές, στεφανιαίες νόσους, και πιθανολογείται ότι σχετίζονται με την εμφάνιση κάποιων μορφών νεοπλασίας. Αυτές οι δυσλειτουργίες που προκαλούνται από τα υψηλά επίπεδα του στρες, έχουν παρατηρηθεί σε πενθούντες και πιθανόν επεξηγούν τα ψυχοσωματικά προβλήματα που αυτοί εμφανίζουν. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην καταπολέμηση αυτών των αρνητικών επιδράσεων του στρες, περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων, την προσπάθεια αλλαγής της φυσιολογίας μέσω της βιοανατροφοδότησης και της ύπνωσης.

Η διαδικασία του πένθους επιδρά έμμεσα και στην γνωστική διαδικασία, αλλά και στη συμπεριφορά. Σύμφωνα με τις γνωστικές – συμπεριφοριστικές θεωρίες, τα προβλήματα που σχετίζονται με τις στρεσογόνες καταστάσεις (όπως είναι η απώλεια ενός προσώπου) μπορούν να προβλεφθούν – άρα, και να αντιμετωπιστούν -, καθώς εξαρτώνται άμεσα από το πόσο πραγματικά αγχογόνες είναι αυτές οι συνθήκες που αντιμετωπίζει κάποιος, αλλά και από τον τρόπο που το άτομο τις αντιλαμβάνεται και θεωρεί πως είναι ικανό να τις αντιμετωπίσει.

Η κριτική που δέχτηκαν αυτές οι θεωρίες έγκειται στο γεγονός ότι δεν εμβαθύνουν σε μια θεωρία, απλά παρουσιάζουν λογικοφανείς ισχυρισμούς πάνω στην διεργασία της θλίψης και στην εμφάνιση συμπτωμάτων του πένθους. Μπορούν, για παράδειγμα, να προβλέψουν ότι οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευπάθεια

στην εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, σε σχέση με τις γυναίκες που πενθούν, εκτιμώντας την ικανότητα των τελευταίων να αντιμετωπίζουν πιο «εύκολα» τέτοιες καταστάσεις. Κάτι που είναι, όμως, απόλυτα σαφές, καθώς οι κοινωνικές επιταγές σχεδόν «απαγορεύουν» στους άνδρες να ζητήσουν βοήθεια ή ακόμα και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους. Ενώ, τέλος, υποστηρίζουν πως τα άτομα χειρίζονται πιο δύσκολα μια κατάσταση απροσδόκητου – ξαφνικού θανάτου, απ' ό,τι μια απώλεια για την οποία λίγο πολύ ήταν προετοιμασμένοι, καθώς ένα ξαφνικό και δυσάρεστο γεγονός γεννά πάντοτε περισσότερο άγχος και σύγχυση. (Kato & Mann, 1999).

3.5. Θεωρίες Κοινωνικής Υποστήριξης (Social support theories)

Οι θεωρίες της κοινωνικής Στήριξης προσδίδουν στο πένθος μια κοινωνική διάσταση, σύμφωνα με την οποία η απώλεια ενός σημαντικού – για το άτομο – προσώπου του φιλικού, οικογενειακού ή κοινωνικού περιβάλλοντός του αποκτά τεράστια σημασία, τόσο στον τρόπο με τον οποίο το άτομο θα αντιδράσει, όσο και στο χρόνο που θα χρειαστεί για να προσαρμοστεί. Για παράδειγμα, ο θάνατος ενός συντρόφου ερμηνεύεται ως απώλεια της συναισθηματικής, κοινωνικής και οικονομικής οντότητας του άλλου. Κι ενώ, λοιπόν, το κοινωνικό δίκτυο του πενθούντα επηρεάζεται, υπάρχουν αναπόφευκτες συνέπειες, άμεσες ή έμμεσες, και στην ψυχική αλλά και στη σωματική του λειτουργία.

Δύο είναι τα κυριότερα μοντέλα που επεξηγούν τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής στήριξης και της υγείας. Το πρώτο μοντέλο ονομάζεται «μοντέλο επίδρασης» (μτφ. από το effect model) και υπογραμμίζει ότι τα άτομα που έχουν ένα σημαντικό πλαίσιο στήριξης, κερδίζουν ταυτόχρονα κι ένα καλό βιοτικό επίπεδο. Άλλωστε, άμεσες αρνητικές συνέπειες έχουν βρεθεί σε άτομα που το επίπεδο της κοινωνικής τους στήριξης έχει συρρικνωθεί. Αυτό το μοντέλο εξηγεί, ακόμη, τις διαφυλικές διαφορές του πένθους, όπως για παράδειγμα έχει βρεθεί από έρευνες πως οι γυναίκες έχουν ένα πιο ευρύ κοινωνικό δίκτυο απ' ό,τι οι άνδρες, επομένως κι ένα καλύτερο πλαίσιο αντιμετώπισης της θλίψης. Εντούτοις, το μοντέλο της επίδρασης δεν επεξηγεί τις διαφορετικές αντιδράσεις ανάμεσα σε ένα ξαφνικό και σε ένα αναμενόμενο θάνατο, ή ακόμη και στην απώλεια ενός παιδιού, που είναι φανερό ότι

καταλύονται με βίαιο τρόπο οι πηγές της κοινωνικής στήριξης του πενθούντα, καθώς αυτός απομονώνεται.

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και το δεύτερο μοντέλο, το «μοντέλο των μηχανισμών προστασίας» (μτφ. από το buffering model) σύμφωνα με το οποίο, το σύστημα κοινωνικής στήριξης των ατόμων, τους προφυλάσσει από τις αντίξοες αγχογόνες καταστάσεις, κι ως εκ τούτου αποτρέπει τις αρνητικές επιπτώσεις του στρες στην ψυχική και σωματική υγεία τους. Για μια ακόμη φορά πιο ευνοημένες παρουσιάζονται οι γυναίκες, καθώς έχουν περισσότερες ευκαιρίες συναισθηματικής εκφόρτισης, εκφράζουν πιο απενοχοποιημένα και ελεύθερα τη λύπη τους και ζητούν πιο συχνά βοήθεια από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Τέλος, αυτό το μοντέλο επεξηγεί πως ο ξαφνικός θάνατος ενός ατόμου είναι πιο επιζήμιος για την ψυχική υγεία του πενθούντα, καθώς του στερεί τον απαραίτητο χρόνο που χρειάζεται για να προετοιμαστεί και να μπορέσει να διαχειριστεί το άγχος του. (Kato & Mann, 1999).

4. Τα είδη του πένθους

Η γαλλική γλώσσα διαθέτει έναν και μοναδικό όρο, τη λέξη *deuil* (= πένθος), για να υποδηλώσει το χαμό ενός προσφιλούς προσώπου και την ταυτόχρονη ψυχολογική αναστάτωση που προκαλείται εξαιτίας του. Αντίθετα, οι Άγγλοι, έχουν την δυνατότητα να επιλέξουν, ανάλογα με την περίπτωση, ανάμεσα σε τρία διαφορετικά ουσιαστικά: *Bereavement*, *grief* και *mourning*. Γι' αυτούς, η λέξη *bereavement* δηλώνει την αντικειμενική απώλεια, την στέρηση, δηλαδή ουσιαστικά την ίδια την κατάσταση του πένθους. Το ουσιαστικό *grief* παραπέμπει κατευθείαν σε ένα συναίσθημα, στη λύπη, την οδύνη, τον πόνο και την στεναχώρια που προκαλεί ο θάνατος στους πενθούντες. Ενώ, αντίστοιχα, το ουσιαστικό *mourning* αναφέρεται κυρίως στην κοινωνική διάσταση του πένθους και χρησιμοποιείται, ως επί το πλείστον, για να εκφράσει το γεγονός της «πενθηφορίας» ή της «συμμετοχής στο πένθος». (Bacque, 2004).

Παράλληλα, το πένθος είναι ουσιαστικό της ελληνικής γλώσσας που προέρχεται από το ρήμα *πενθώ*, παράγωγο από τον παρακείμενο του ρήματος *πάσχω* (= *παθαίνω*). Η ελληνική γλώσσα, όπως και η αγγλική, αναγνωρίζει και επισημαίνει τρεις διαστάσεις στο πένθος και αυτές είναι η απώλεια του αντικειμένου, ο θρήνος και τα τελετουργικά του πένθους. Οι τρεις αυτές διαστάσεις συνθέτουν την διεργασία του πένθους και βέβαια η διάκριση τους δεν είναι παρά τεχνητή, εφόσον η μία διάσταση εμπλέκεται μέσα στην άλλη, ή και την υποδαυλίζει. Σε καμία περίπτωση, άλλωστε, η κατάτμηση αυτή δε σημαίνει πως το πένθος αποτελείται από συγκεκριμένες διεργασίες, που η μια γίνεται ερήμην της άλλης, αλλά ούτε επίσης πως το πένθος ακολουθεί μια τυπική δομή.

Ως πένθος, ορίζεται η βαθιά θλίψη, η μεγάλη ψυχική οδύνη λόγω δυστυχίας ή συμφοράς, και κυρίως εξαιτίας του θανάτου ενός συγγενικού ή προσφιλούς προσώπου. Είναι η κατάσταση στην οποία υπεισέρχεται ένα άτομο που έχει υποστεί την απώλεια – το χαμό – ενός σημαντικού γι' αυτόν προσώπου. Επίσης, με την ίδια λέξη ορίζονται τα είδη του ρουχισμού που δηλώνουν τη θλίψη για το θάνατο αγαπημένου προσώπου, αλλά και το χρονικό διάστημα κατά το οποίο πενθεί κάποιος σύμφωνα με τα συγκεκριμένα κάθε φορά κοινωνικά ήθη και έθιμα (πρβλ. διαφυλικές και διαπολιτισμικές διαφορές). Παρόμοια, η λέξη *θρήνος* δηλώνει την έκφραση έντονου ψυχικού πόνου με λυγμούς, κλάματα και μοιρολόγια. Σημαίνει, δηλαδή, είτε

την πρωταρχική συγκινησιακή αντίδραση ενός ατόμου μπροστά στην απώλεια, είτε τις μετέπειτα συναισθηματικές του αντιδράσεις που εκδηλώνονται με διάφορα ψυχοσωματικά συμπτώματα. Τέλος, η λέξη απώλεια αφορά στο χαμό ενός προσώπου (ή αντικειμένου) και αποκτά τη σημασία του πλήγματος ή της σοβαρής ζημιάς.

«Βιώνω το πένθος μου», είναι μια έκφραση που συναντάμε όλο και συχνότερα σε διάφορες γλώσσες και πολιτισμούς, και αντιστοιχεί στην επώδυνη εσωτερική διεργασία αποδοχής της απώλειας και της μη αναστρεψιμότητάς της. (Bacque, 2004: 32). Ο Freud υποστηρίζει πως πρόκειται για μια συμβιβαστική διαδικασία. Θα λέγαμε πως ο πένθων κάνει ένα διακανονισμό με την πραγματικότητα, ενώ αργά και τμηματικά αποσυναρμολογεί όλα τα κοινά βιώματα με τον εκλιπόντα και αποδεσμεύεται, συνειδητοποιώντας πως δεν πρόκειται να τα ξαναζήσει. Ταυτόχρονα, ψάχνει και για ένα υποκατάστατο, ένα αντιστάθμισμα, ένα άλλο αντικείμενο για να «επενδύσει». Παρόλο που κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός και στην πραγματικότητα αναντικατάστατος, το άτομο νιώθει σιγά – σιγά έτοιμο να ξαναγαπήσει. (Κανελλοπούλου, 2000).

Το πένθος είναι μεν μια οδυνηρή κατάσταση, που προκαλεί οργή, πόνο και αμηχανία, αλλά ενέχει μέσα του και μια δυναμική η πράξη του πένθους απαιτεί χρόνο και ενέργεια. Σίγουρα η απώλεια πάντοτε πονά, αλλά ο πόνος διαβαθμίζεται, ελέγχεται, και αυτός ο συμβιβασμός με την απώλεια επιτρέπει στο άτομο να ξανακερδίσει τη ζωή.

4.1. Φυσιολογικό Πένθος

Οι όροι θλίψη και πένθος ζωντανεύουν εικόνες απόλυτης λύπης, απόγνωσης και μοναξιάς. Αν και στην πραγματικότητα το πένθος μπορεί να είναι μια από τις δυσκολότερες περιόδους στη ζωή ενός ανθρώπου, ωστόσο πολλοί πενθούντες – γυναίκες και άνδρες – νοσηματοδοτούν την απώλεια, χειρίζονται τα συναισθήματά τους με ένα πιο προσαρμοστικό τρόπο, διατηρούν τη συναισθηματική τους σταθερότητα, επαναπροσδιορίζουν τους στόχους τους, δημιουργούν νέες φιλικές (ή ακόμα και ερωτικές) σχέσεις, και ενίοτε επανεξετάζουν την ίδια τους την ύπαρξη πιο θετικά αυτή τη φορά. Έτσι, η δυσκολότερη στιγμή της ζωής τους μετατρέπεται για

πολλούς σε μια περίοδο αξιοσημείωτης ωρίμανσης και προσαρμοστικότητας. (Dutton, Y.C, Zisook, S., 2005).

Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου είναι, ενδεχομένως, ένα τραυματικό γεγονός που επηρεάζει τον καθένα μας. Κάθε φορά που ερχόμαστε αντιμέτωποι με το θάνατο, είτε πρόκειται για το χαμό ενός φίλου, του γονέα, του αδερφού, του παιδιού, του αδερφού ή ακόμα και του ίδιου μας του εαυτού, πάντοτε είναι δυσβάσταχτα δύσκολο. Για κάποιους ο θάνατος ενός οικείου αποτελεί ένα τρομακτικό γεγονός που τους καθορίζει για άλλους το πένθος διαρκεί επί έτη και συνοδεύεται από έντονες αντιδράσεις, ενώ μερικοί παρουσιάζουν ήπιες αντιδράσεις και προσαρμόζονται γρήγορα στις νέες συνθήκες. Πολλοί υποδέχονται έναν επικείμενο θάνατο ως γεγονός λύτρωσης από τις οδύνες, άλλοι τρομοκρατούνται, ενώ ορισμένοι αρνούνται την ίδια την κατάσταση. (Καραδήμας, 2005).

Για να εκδηλώσει, όμως, ο πενθών οποιαδήποτε αντίδραση, θα πρέπει προηγουμένως να συνειδητοποιήσει τη μεγάλη αλλαγή που του προκάλεσε η απώλεια. Αυτό είναι αδύνατο να συντελεστεί αμέσως. Τα πρώτα λόγια, μετά την ανακοίνωση του θανάτου, εκφράζουν αμφισβήτηση και άρνηση. Αυτή η πραγματική αδυναμία σύλληψης του γεγονότος, συχνά, συνδυάζεται με μια ακαθόριστη αίσθηση του μοιραίου που κυριεύει τον πενθούντα, ο οποίος μοιάζει να θέλει να γυρίσει πίσω το χρόνο. Παρατηρούνται επίσης, και κάποιες αυθόρμητες αντιδράσεις, όπως η φυγή, η αναζήτηση αντικειμένων με καθησυχαστική επίδραση ή αποδείξεων της ύπαρξης του άλλου κ.λ.π. Η φάση της αδυναμίας και της άρνησης μπορεί να διαρκέσει ώρες, ή ακόμα και μέρες. Η συνειδητοποίηση, όμως, είναι αναπόφευκτη.

Φυσιολογική, επίσης, θεωρείται και μια γενικότερη επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του πενθούντος: μια ισχυρή σωματική «κατάσταση κλονισμού», η οποία έχει άμεσες συνέπειες σε σημαντικές οργανικές λειτουργίες. Μείωση της φυσιολογικής ενεργητικότητας, απώλεια ύπνου κατά τις πρώτες νύχτες ή υπερυπνία, επαναλαμβανόμενες εικόνες και τρομακτικά όνειρα, ολική ή μερική απώλεια όρεξης, αισθητή μεταβολή βάρους, γενική σωματική κατάπτωση και σωματικοί πόνοι είναι μερικές χαρακτηριστικές σωματικές εκδηλώσεις του φυσιολογικού πένθους. Ενώ παράλληλα, σημειώνονται και σοβαρές αλλαγές σε συναισθηματικό επίπεδο.

Ο πενθών νιώθει μόνος, ακόμα κι όταν βρίσκεται με άλλους γύρω του. Το συναίσθημα της μοναξιάς γίνεται ακόμα πιο έντονο, όταν ξαναζεί στιγμές που συνήθως μοιραζόταν με τον εκλιπόντα. Παρουσιάζει, επίσης, μια αστάθεια στα

συναίσθημάτα του, περνώντας από τον πόνο της εγκατάλειψης, στην έξαρση της ανάμνησης. Εκφράζεται συνήθως απαισιόδοξα και πολλές φορές διατηρεί μια εχθρική στάση απέναντι στο στενό του περιβάλλον. Το άτομο που πενθεί απαρνιέται κάθε διασκεδαστική ή έστω ευχάριστη πλευρά των δραστηριοτήτων του, και πολύ σύντομα βυθίζεται στην κατάθλιψη. Αμέσως μόλις τα πρώτα δάκρυα κυλήσουν, η διεργασία του πένθους ξεκινά (Bacque, 2004).

Η απώλεια, επιφέροντας μια αλλαγή δεδομένων, είναι λογικό να μεταβάλλει και την προσωπικότητα. Το έργο είναι αρκετά δύσκολο και ψυχοφθόρο, καθώς έγκειται ακριβώς στη νοερή αναβίωση όλων των κοινών δράσεων, σχεδίων, αναμνήσεων με το νεκρό, ώστε να γίνει αντιληπτό ότι όλα αυτά ανήκουν στο παρελθόν. Όσο το άτομο αρνείται να συμμετέχει σ' αυτή τη διαδικασία, και εμμένει στις ευτυχισμένες αναμνήσεις του, η επιτυχής έκβαση της διαδικασίας του πένθους αποδυναμώνεται.

Συνοπτικά, η Rando (1995) υπογραμμίζει έξι περιοχές⁶ που αποτελούν τμήματα της τυπικής – φυσιολογικής διεργασίας του πένθους και τα οποία το άτομο που πενθεί πρέπει να ολοκληρώσει επιτυχώς στην προσπάθεια συμφιλίωσης του με την απώλεια: α) την αναγνώριση της απώλειας, β) την αντίδραση στον αποχωρισμό, γ) την αναβίωση της σχέσης με τον αποθανόντα, δ) την απομάκρυνση από τους παλαιούς δεσμούς με το νεκρό και τον «παλαιό» κόσμο, ε) την αναπροσαρμογή στις νέες συνθήκες, στ) την επανα – επένδυση σε νέους δεσμούς. (Rando, 1995· Καραδήμας, 2005).

6) «The six R processes of Mourning» αναλύονται διεξοδικά στο Rando, T. (1992). *The increasing prevalence of complicated mourning, Omega, 26, 43 – 59.*

4.2. Βαριά Αντιδραστική Κατάθλιψη

Η ανασκόπηση πολλών ερευνών δείχνει σαφώς ότι τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής σχετίζονται έντονα με την εκδήλωση διαταραχών της διάθεσης. Στο πλαίσιο αρκετών μελετών, οι ερευνητές μετρώντας το πλαίσιο των γεγονότων και τις συνέπειές τους, ανακάλυψαν ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση ανάμεσα στα σοβαρά και τραυματικά γεγονότα και στην εκδήλωση της κατάθλιψης. Σε κάθε μορφή κατάθλιψης, συνήθως, προηγείται ένα σοβαρό γεγονός, εκτός από τις περιπτώσεις που οι ασθενείς εμφανίζουν μελαγχολικά ή ψυχωσικά στοιχεία. Επιπλέον, στην περίπτωση των ατόμων που υποφέρουν από υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, η ύπαρξη ενός στρεσογόνου γεγονότος πριν την εκδήλωση της νόσου, ή πριν από την εκδήλωση του τελευταίου επεισοδίου της, προκαλεί λιγότερο θετική αντίδραση στη θεραπεία, κι έτσι ο χρόνος που απαιτείται για την ανάρρωση του ασθενούς είναι μεγαλύτερος. (Barlow, D., Durand. V., 2001).

Είναι απαραίτητο να κατανοηθεί ότι το πένθος είναι αρχικά μια μορφή «φυσιολογικής» κατάθλιψης, που ουσιαστικά εκφράζει την αντίδρασή μας απέναντι στην απώλεια του αγαπημένου μας προσώπου. Παράλληλα, η κατάθλιψη στην οποία βυθίζεται ο πένθων παρουσιάζει σχεδόν όλα τα γνωστά συμπτώματα της συγκεκριμένης ασθένειας. Συμπτώματα που αφορούν το σωματικό, διανοητικό και το συναισθηματικό πεδίο του πένθου. Ωστόσο, η κατάθλιψη έχει διπλή υπόσταση: όταν είναι ενδογενής, τότε πρόκειται για την πραγματική τυπική ασθένεια, ενώ όταν προκαλείται από ένα τραυματικό γεγονός την ονομάζουμε «αντιδραστική». Ο διαχωρισμός, μιας «μη φυσιολογικής» κατάθλιψης από μια φυσιολογική, γίνεται βάση ποιοτικών κριτηρίων, αλλά και των κριτηρίων της χρονικής διάρκειας του πένθους.

Το Εγχειρίδιο Στατιστικής και διάγνωσης, στην τρίτη ανανεωμένη του έκδοση (DSM – III – R, Diagnostic Statistical Manual Revised) αναγνωρίζει ότι ένα παρατεταμένο πένθος, συνοδεύεται από μια έκπτωση των λειτουργιών του οργανισμού, είναι ένα «πένθος με καταθλιπτικές επιπλοκές». Ενώ η τέταρτη έκδοση του εγχειριδίου (DSM – IV) καθορίζει ακόμα πιο σαφή κριτήρια και αναφέρει ότι η θεραπεία κρίνεται απαραίτητη, εάν δύο μήνες μετά την απώλεια, το άτομο εξακολουθεί να βρίσκεται σε κατάθλιψη που συνοδεύεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και τάσεις αυτοκαταστροφής. Σύμφωνα με τον Prigerson (1995) τα δώδεκα

συμπτώματα της κατάθλιψης που συνδέεται με το πένθος είναι η ψυχοκινητική αναστολή, η υποχονδρία, η απάθεια, η επίμονη αύπνία σε συνδυασμό με παθολογικό άγχος, η δυσθυμία, το συναίσθημα της ενοχής, το αίσθημα της μοναξιάς, κι ενίοτε οι αυτοκτονικές τάσεις, η αντικοινωνικότητα, η απομόνωση, και τέλος η χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Στη μελέτη, αυτή, του Prigerson προκαλεί αίσθηση πως το 26,2% κατά μέσο όρο των περιπτώσεων εμφανίζει συμπτώματα αντιδραστικής κατάθλιψης, καθώς επίσης και το γεγονός ότι η αντιδραστική κατάθλιψη παρουσιάζει σημαντικές ομοιότητες με την μελαγχολία, καθιστώντας τη διάγνωση και πρόληψή της αρκετά δύσκολη. (Bacque, 2004).

4.3. Παθολογικό πένθος

Η θλίψη που συνοδεύει ένα θάνατο, την απώλεια ενός προσώπου, είναι μια οδυνηρή, αλλά συγχρόνως και πολύ συνηθισμένη εμπειρία. Εντούτοις, υπάρχουν πολλές ατομικές διαφορές στον τρόπο που ο καθένας μας αντιδρά ενώπιον μιας απώλειας, στο πόσο έντονα πενθεί και πόσο χρόνο χρειάζεται για να προσαρμοστεί. Μερικοί άνθρωποι πενθούν ανοιχτά και βαθιά για χρόνια, ενώ άλλοι κατορθώνουν πολύ αργά να προσαρμοστούν, και κατά συνέπεια να επιστρέψουν στους παλαιούς «φυσιολογικούς» ρυθμούς της καθημερινότητάς τους. Άλλοι, πάλι, υποφέρουν έντονα, αλλά για μια σχετικά προδιαγεγραμμένη ή αναμενόμενη χρονική περίοδο. Ακόμη, υπάρχουν άτομα που φαίνεται να ξεπερνούν το σοκ σχεδόν αμέσως, και να συνεχίζουν τη ζωή τους δημιουργώντας καινούριες σχέσεις με τέτοια ευκολία, που συχνά προκαλούν ανησυχία και αμφιβολίες στους υπόλοιπους συγγενείς.

Οι ποικίλες, αυτές, αντιδράσεις μεταξύ των ανθρώπων δημιουργούν σοβαρά ερωτηματικά για το ποια – για παράδειγμα – είναι αυτά τα χαρακτηριστικά που συνθέτουν αυτό που αποκαλούμε φυσιολογικό ή τυπικό πένθος, κι αν τελικά αυτό συμβεί, κατά πόσο η διαφορά στη χρονική διάρκεια (δηλαδή κάποιος που πενθεί για περισσότερο χρόνο) μπορεί να αποτελεί επιπλέον ένδειξη μη φυσιολογικού ή παθολογικού πένθους. Μέχρι στιγμής, η σχετική με το πένθος βιβλιογραφία έχει ομόφωνα καταλήξει σε ένα σαφή ορισμό των φυσιολογικών, μη φυσιολογικών και περίπλοκων αντιδράσεων του θρήνου. Σύμφωνα με το DSM – IV, η ίδια η απώλεια

αποτελεί από μόνη της μια αγχογόνο κατάσταση και απαιτεί κλινική διάγνωση μόνο σε ακραίες περιπτώσεις, όπου είναι ευδιάκριτα και άλλα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα.

Αναλυτικότερα, το DSM – IV εκτιμά τον θάνατο ενός αγαπημένου μας προσώπου ως ένα στρεσογόνο ερέθισμα με – συνήθως – κανονιστικές και αναμενόμενες συνέπειες. Μέσω αυτής της κατηγοριοποίησης δίνεται έμφαση σε πολιτισμικές διαφορές στην ψυχολογική διεργασία του πένθους και της αντίστοιχης συμπεριφοράς των θρηνούντων. Επιπρόσθετα, διευκρινίζονται και οι διαφορές στην ένταση και την χρονική διάρκεια του τυπικού πένθους. Αποφεύγει, όμως, ρητά έναν εννοιολογικό διαχωρισμό ανάμεσα στον περιπλεγμένο (μτφ. από το complicated) και μη πένθος. Αντί αυτού, σε περιπτώσεις που η θλίψη γίνεται εξαιρετικά έντονη και οι αντιδράσεις του πενθούντος φτάνουν σε υπερβολικό βαθμό, χρησιμοποιεί για την διάγνωσή τους άλλες γνωστές ψυχοπαθολογικές κατηγορίες.

Για παράδειγμα, η μείζονα κατάθλιψη μπορεί να διαγνωσθεί μετά από την απώλεια ενός προσώπου, εάν τα καταθλιπτικά συμπτώματα του θρηνούντα διαρκέσουν περισσότερο από δύο μήνες ή ενισχύονται κι από σημαντικά διαταραγμένες λειτουργίες, όπως η αυτοκτονική ιδεοληψία, τα ψυχωσικά συμπτώματα, η ψυχοκινητική επιβράδυνση, και το συναίσθημα της ματαιότητας. Ομοίως, η διαταραχή του μετατραυματικού στρες μπορεί να διαγνωσθεί, εφόσον έχει προηγηθεί ένας ξαφνικός, μη αναμενόμενος θάνατος ενός μέλους της οικογένειας ή ενός στενού φίλου, με την ταυτόχρονη εμφάνιση υπερδιεγερτικών συμπτωμάτων, ή /και την εκδήλωση των δύο μηχανισμών άμυνας: της αποφυγής και της παλινδρόμησης. (Bonanno, A., Kaltman, S. 2001).

Για τους Margaret Stroebe, Henk Schut et. al. (2001), δεν υπάρχει μια ξεκάθαρη κατευθυντήρια γραμμή που να καταδεικνύει σε πόση ένταση, ή /και σε πόση διάρκεια, η τυπική ψυχοπαθολογία του πένθους μπορεί να χαρακτηριστεί ως παθολογική. Για τους ερευνητές το παθολογικό πένθος είναι εξ' ορισμού μια ψυχική διαταραχή, σύμφωνα πάντα με τους ορισμούς που η παθολογία χρησιμοποιεί για να περιγράψει μη φυσιολογικές καταστάσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς: κι αν όντως υφίσταται, θα έπρεπε πάνω απ' όλα να συμπεριλαμβάνεται και να καλύπτει ένα μεγάλο εύρος συμπεριφορών σε κάποιο σύστημα ταξινόμησης. Οι ίδιοι, πάντως επισημαίνουν την μεγάλη αλλαγή που θα επιφέρει μια τέτοια κατηγοριοποίηση, εάν ταυτοχρόνως δεν δοθεί ιδιαίτερη προσοχή σε δύο σημεία: α) της άσκοπης χρήσης του όρου «παθολογικός», ακόμα και σε περιπτώσεις που οι αντιδράσεις των θρηνούντων

απέχουν πολύ από τις τυπικές, και β) της οικονομικής προστασίας των πενθούντων από πιθανή αντιεπαγγελματική συμπεριφορά των θεραπειών τους. (Stroebe, Hansson et al., 2001).

Εντούτοις, οι θεωρητικοί του πένθους έχουν προτείνει έναν μεγάλο αριθμό από διαφορετικούς τύπους μη φυσιολογικών αντιδράσεων θρηγούντων, συμπεριλαμβανομένων του αναβλητικού, του ανασταλμένου και του χρόνιου πένθους. Η Bacque (2004: 55), χαρακτηριστικά αναφέρει ότι: «το παθολογικό πένθος συνεπάγεται την αδυναμία του ατόμου να επανακτήσει την ψυχική του ηρεμία και να αντεπεξέλθει, όπως πρώτα, στις απαιτήσεις της καθημερινότητας».

Μιλούμε για παθολογικό πένθος, στην περίπτωση, που τα συμπτώματα του πένθους επιμένουν και μετά την υποχώρηση της κατάθλιψης. Φαίνεται πως η αιτία είναι, κυρίως, το γεγονός ότι ο θάνατος του άλλου δεν μπορεί να γίνει πλήρως αποδεκτός, αφού εξ' αρχής θεωρήθηκε άδικος. Τέλος, στην περίπτωση του παθολογικού πένθους εντοπίζονται επτά χαρακτηριστικά συμπτώματα: άρνηση αποδοχής του θανάτου και επίμονη αναζήτηση του εκλιπόντα, έμμονη προσήλωση σε ότι αφορά στο νεκρό, λαχτάρα για το χαμένο πρόσωπο, και ανικανότητα συνειδητοποίησης της απώλειας, όψη ναρκωμένη ή έκπληκτη εξαιτίας του μοιραίου, και ακατάσχετο κλάμα.

4.3.1. Περιπλεγμένο πένθος

Ο όρος περιπλεγμένο πένθος (μτφ. από το complicated) είναι μια υποκατηγορία του παθολογικού πένθους που αναφέρεται, κυρίως, στις ψυχολογικές επιπλοκές του πένθους σε σχέση με το χρόνο. Το περιπλεγμένο πένθος χωρίζεται σε τρεις επιμέρους κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία, το **αναβλητικό πένθος**, αντιστοιχεί σε μια συνειδητή απόρριψη της πραγματικότητας. Το άτομο δεν εμφανίζει καμία ορατή αντίδραση μετά την απώλεια του αγαπημένου προσώπου, φέρεται σχεδόν σαν να μην έχει αλλάξει τίποτα, και συνεχίζει να ζει όπως πριν το συμβάν. Η συμπεριφορά του θυμίζει έντονα παραλήρημα, ενώ η αρχική απάρνηση του θανάτου δεν υποχωρεί με το πέρασμα του χρόνου. Στην περίπτωση του αναβλητικού πένθους, η κατάθλιψη επέρχεται αναπόφευκτα, έστω και με κάποια καθυστέρηση, έπειτα από μια εσωτερική επεξεργασία ή κάποιο άλλο γεγονός, που θα αναγκάσει το άτομο να αντιμετωπίσει απότομα την πραγματικότητα. (Bacque, 2004).

Μια άλλη μορφή περιπλεγμένου θρήνου είναι το **ανασταλμένο πένθος**, αυτό δηλαδή που εμφανίζεται με μια χρονική καθυστέρηση. Οι συναισθηματικές διαταραχές που έχουν προκληθεί στο άτομο δίνουν τη θέση τους, ασυνείδητα, σε ποικίλα σωματικά προβλήματα. Αυτή η μορφή είναι πιο συνηθισμένη στα παιδιά, αλλά και στα άτομα που παρουσιάζουν μειωμένες νοητικές ικανότητες. Από τους πιο συνηθισμένους παράγοντες που εμποδίζουν την ομαλή πορεία ενός θρήνου, και ευθύνονται για την αναστολή ή την αναβολή της διεργασίας του πένθους είναι ο φόβος ο φόβος μήπως ο πόνος καταστήσει το άτομο πιο ευάλωτο και μήπως κλονίσει σημαντικά την ψυχική του υγεία.

Η τρίτη, και πιο συνηθισμένη μορφή του περιπλεγμένου πένθους είναι το **χρόνιο πένθος**, που χαρακτηρίζεται από την παρατεταμένη, αμετάβλητη και ατέρμονη αντίδραση σε μια απώλεια. Ο πενθών εγκλωβίζεται και καθλώνεται στον ίδιο του τον πόνο. Είναι ανίκανος να αποδεχθεί την απώλεια, ενώ συχνά παρατηρείται μια επίμονη αναζήτηση με σκοπό την ανακάλυψη των αιτιών του θανάτου, των υπευθύνων κ.α. Σε αυτό το σημείο, η κατάθλιψη που προκαλεί το πένθος χαρακτηρίζεται ως χρόνια, καθώς μπορεί να διαρκέσει μια ολόκληρη ζωή, εάν τα αμφιθυμικά συναισθήματα του πενθούντα, και η σχέση εξάρτησής του με το νεκρό, δεν ξεπεραστούν. (Bacque, op.cit.).

Κι ενώ οι συνέπειες στην ψυχική υγεία του ανθρώπου και της θνησιμότητας του ανθρώπινου είδους είχαν εκτενώς συζητηθεί από τους θεωρητικούς, με κάποιους να χαρακτηρίζουν τις επιπλοκές του πένθους ως παθολογικές, κι άλλους να τις χωρίζουν σε υποκατηγορίες, όπως αυτές, του αναβλητικού, ανεσταλμένου και χρόνιου θρήνου μέχρι το 1995, που δημιουργήθηκε ένας κατάλογος απογραφής των συμπτωμάτων του περιπλεγμένου πένθους (μτφ από το Inventory, of complicated grief, I.C.G.), αυτός ο διαχωρισμός δεν ήταν απόλυτα ξεκάθαρος, ενώ το περίπλοκο πένθος οριζόταν ως «η διαταραχή που λαμβάνει χώρα μετά το θάνατο ενός σημαντικού άλλου».

Ταυτόχρονα, τα αίτια ενός περιπλεγμένου πένθους ανάγονταν άλλοτε στους συναισθηματικά ασταθείς δεσμούς του ατόμου κατά την παιδική του, κυρίως, ηλικία, κι άλλοτε θεωρούνταν αποτέλεσμα μιας πιθανής κακομεταχείρισης, κακοποίησης ή /και απόρριψης του παιδιού από τους γονείς του στο παρελθόν. Αναλυτικότερα, υπήρχε η άποψη πως το συναισθηματικό έλλειμμα του παιδιού σε συνδυασμό με μια φτωχή από στοργή προσωπικότητα, θα το οδηγούσαν σε περιορισμένες ενήλικες σχέσεις, οι οποίες θα χαρακτηρίζονταν από απόλυτη εξάρτηση και προσκόλληση σε

κάποιον άλλον. Για αυτά τα άτομα, λοιπόν, η απώλεια ενός δεσμού, σταθερού και σχετικά αποκλειστικού, είχε σαν αποτέλεσμα την βίωση του άγχους του αποχωρισμού, κι ένα έντονο ψυχολογικό τραύμα, τέτοιο που ούτε η ίδια η απώλεια δε θα μπορούσε να προκαλέσει.

Σήμερα, υπάρχει μεγάλη διαφωνία για το αν το περιπλεγμένο πένθος μπορεί να θεωρηθεί ξεχωριστή κατηγορία στο DSM, κι αν μπορεί με αξιοπιστία να διαχωριστεί από τις άλλες μορφές διαταραχών του πένθους. Μερικοί ισχυρίζονται ότι αυτό το σύνδρομο μπορεί να διαγνωσθεί με βάση τα ήδη υπάρχοντα κριτήρια, όπως αυτά της κατάθλιψης και του μετατραυματικού στρες. Κάποιοι δεν αποδέχονται την ύπαρξή του σαν ξεχωριστή διαταραχή, ενώ άλλοι επισημαίνουν τις μεταβολές που θα επέφερε η σύσταση μιας τέτοιας κατηγορίας στον πληθυσμό των πενθούντων, και ενθαρρύνουν την έρευνα για την ανακάλυψη αμεσότερων και αποτελεσματικότερων μεθόδων θεραπείας. Σημαντική, επίσης, διαφωνία μεταξύ των ερευνητών υπάρχει για το πότε ορίζεται χρονικά το περιπλεγμένο πένθος (κάποιοι υποστηρίζουν μετά τους πρώτους έξι μήνες από την απώλεια, ενώ άλλοι μετά από τον πρώτο χρόνο). (Ott, 2003).

Παρά, όμως, τις διαφωνίες των ερευνητών, οι Horowitz et al. (1997), δημοσιεύουν τα κριτήρια της συμπτωματολογίας για την διαταραχή του περιπλεγμένου πένθους, σύμφωνα με τα οποία για να διαγνωσθεί ότι ένα άτομο πάσχει από την εξής διαταραχή πρέπει να έχουν περάσει τουλάχιστον 14 μήνες από την απώλεια, ενώ τρία από τα ακόλουθα συμπτώματα πρέπει να εμφανίζονται τον τελευταίο μήνα, επηρεάζοντας αισθητά την καθημερινή του λειτουργία: 1) ανεξέλεγκτες σκέψεις και φαντασιώσεις με τον νεκρό, 2) έντονο συναίσθημα θλίψης, 3) έντονη λαχτάρα για τον εκλιπόντα, καθώς και σημάδια αποφυγής και ένδειξης αποτυχίας της προσαρμογής του πενθούντα, 4) αίσθημα της μοναξιάς, 5) κοινωνική απόσυρση, 6) διαταραχές στον ύπνο, και τέλος 7) έλλειψη ενδιαφέροντος στη δουλειά και σε άλλες ψυχαγωγικές ασχολίες. (Matthews, L., Marwit, S., 2004).

4.3.2. Τραυματικό πένθος

Αμέσως μετά τον περιπλεγμένο θρήνο έρχεται το τραυματικό πένθος, μια υποκατηγορία παθολογικού πένθους, επίσης, με συμπτώματα ευδιάκριτα σε σχέση με αυτά της κατάθλιψης και του άγχους που σχετίζονται με την απώλεια. Το DSM – IV

χαρακτηρίζει το τραυματικό πένθος ως ένα κλινικά σημαντικό συμπεριφορικό και ψυχολογικό σύνδρομο που εμφανίζεται σε ένα άτομο και εκδηλώνεται μαζί με το συναίσθημα της θλίψης (ως ένα οδυνηρό σύμπτωμα) και την αίσθηση της ανικανότητας ή του πόνου, ως βλάβη ή εξασθένηση σε μια ή περισσότερες λειτουργικές περιοχές του οργανισμού, με την ιδέα ενός οδυνηρού θανάτου, ή με την αίσθηση της απώλεια του αγαθού της ελευθερίας.

Αν και τα συμπτώματα ενός τραυματικού πένθους αλληλεξαρτώνται το ένα από το άλλο εντούτοις, χωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες. Στην πρώτη ανήκουν τα συμπτώματα που σχετίζονται με την θλίψη του αποχωρισμού, όπως είναι η υπεραπασχόληση του πενθούντα με τον νεκρό σε σημείο δυσλειτουργίας. Επιπλέον, το γεγονός ότι το άτομο ζητά επίμονα τον αποθανόντα (τον γυρεύει παντού, ενώ παράλληλα η ανάμνηση του τον ταραξίζει), και ακόμη η αβάσταχτη μοναξιά που ακολουθεί η απώλεια. Στην δεύτερη κατηγορία, τώρα, ανήκουν όλα εκείνα τα συμπτώματα που σχετίζονται με την θλίψη που προκαλεί το τραύμα της απώλειας, όπως είναι η δυσπιστία, η αβεβαιότητα, ο θυμός, η αίσθηση του σοκ, η αποεπένδυση από τους άλλους, και η εκδήλωση κοινών σωματικών συμπτωμάτων με τον νεκρό. Αναμφισβήτητα, η διττή αυτή σημασία της θλίψης επηρεάζει, κι ίσως και να παρεμποδίζει, την κατανόηση και την ερμηνεία αυτής της διαταραχής.

Ενώ, θα μπορούσαμε να παραλληλίσουμε, αλλά και να ονοματίσουμε αυτή την διαταραχή ως «περιπλεγμένο πένθος», χρησιμοποιούμε όμως τον όρο «τραυματικό πένθος» για διάφορους λόγους. Κατά πρώτον, επειδή ο όρος «περιπλεγμένος ή περίπλοκος» έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως και περικλείει σχεδόν κάθε σύμπτωμα της θλίψης. Για παρόμοιο λόγο, αποφεύγουμε και τη χρήση των όρων «παθολογικός», «νευρωτικός», ή «μη φυσιολογικός» θρήνος, ενώ το «χρόνιος» προσδιορίζει μόνο τη χρονική διάρκεια των συμπτωμάτων του πένθους. Αφετέρου, το τραυματικό πένθος θεωρείται ως μια ξεχωριστή κατηγορία του παθολογικού πένθους, αν και πολλά από τα συμπτώματα του ομοιάζουν με αυτά της διαταραχής του μετατραυματικού στρες.

Ωστόσο, το τραύμα το οποίο ο όρος «τραυματικό πένθος» χαρακτηρίζει, δεν είναι άλλο παρά το τραύμα του αποχωρισμού. Η συμπτωματολογία του, όμως, το κάνει να διαφέρει από τις άλλες κατηγορίες. Έτσι, για να χαρακτηριστεί ένα άτομο ότι υποφέρει από τραυματικό πένθος, θα πρέπει εκτός από την μοναξιά και την λύπη που επιφέρει η απώλεια ενός προσώπου, να βιώνει τουλάχιστον τέσσερα από τα ακόλουθα συμπτώματα: 1) συναισθήματα ματαιότητας και απαισιοδοξίας για το

μέλλον, 2) απουσία συναισθηματικής ανταπόκρισης, 3) δυσκολία στο να συνειδητοποιήσει την απώλεια, 4) να νιώθει πως η ζωή του είναι κενή ή ανούσια, 5) να νιώθει πως ένα κομμάτι του εαυτού του έχει χαθεί, 6) να νιώθει πως έχει χάσει την αίσθηση της ασφάλειας, της πίστης, του ελέγχου κ.α., 7) να αναπτύξει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, 8) να εκδηλώσει πικρία, θυμό, ευερεθιστότητα σε σχέση με το θάνατο. Τέλος, η διάρκεια αυτών των δυσλειτουργικών συμπεριφορών πρέπει να κρατά τουλάχιστον 2 μήνες, ενώ θα πρέπει να επηρεάζονται σημαντικά η κοινωνική και επαγγελματική ζωή του πενθούντα (Prigerson, Jacobs, in Stroebe, 2001).

4.4. Ψυχιατρικά πένθη

Το πένθος μπορεί να αποτελέσει την αφορμή, που θα οδηγήσει ένα άτομο στην ψυχασθένεια, αφού είναι μια από τις συνηθέστερες αιτίες, εκδήλωσης αντιδραστικών καταθλίψεων ή ακόμα σχιζοφρενικών συμπτωμάτων. Τα ψυχιατρικά πένθη εξαρτώνται από τη δομή της προσωπικότητας του ατόμου· καθώς μια τόσο οδυνηρή εμπειρία συνεπιφέρει μια εύθραυστη ψυχική κατάσταση, που μπορεί να προκαλέσει σοβαρή διανοητική και ψυχική διαταραχή, όταν ενυπάρχει προδιάθεση στην προσωπικότητα του πενθούντα. Όπως καταφαίνεται από σύγχρονες επιστημονικές μελέτες, τα ψυχιατρικά πένθη διακρίνονται σε νευρωτικά, υστερικά και ψυχαναγκαστικά. Πιο σπάνια συναντούμε, βέβαια, και μανιακά η ψυχωτικά πένθη, αλλά και μανίες καταδιώξεως. (Bacque, 2004).

4.4.1. Υστερικό πένθος

Η αιφνίδια απώλεια αναδεικνύει τον κύριο μηχανισμό του υστερικού υποκειμένου και τον οδηγεί στην ταύτιση με τον νεκρό. Ο αμυντικός αυτός μηχανισμός ενεργοποιείται είτε για να αντιμετωπίσει την προκείμενη απώλεια, είτε γιατί η απώλεια αυτή επαναφέρει μια προγενέστερη παρόμοια εμπειρία, η οποία δεν μεταβολίστηκε ποτέ. Η ταύτιση στο πένθος εκφράζεται κυρίως στην υποσυνείδητη εμφάνιση των συμπτωμάτων που προκάλεσαν το θάνατο του αγαπημένου προσώπου, ή ακόμη και στην μίμηση της συμπεριφοράς του νεκρού. Ο πενθών παρουσιάζει συμπτώματα που ποικίλουν, από παραλύσεις έως πόνους και μυοσπασμούς, ενώ

μερικές φορές τη θέση των συμπτωμάτων παίρνει η κατάθλιψη και μια ακατάπαυστη φλυαρία, που εκλαμβάνεται ως αδιαφορία κι ως αδυναμία του ατόμου να αντιδράσει.

Παρατηρούνται, επίσης, και καταστροφικές συμπεριφορές. Ενώ όλη αυτή η διαδικασία έχει σαν στόχο τη διατήρηση του νεκρού σε μια νοσηρή εγγύτητα, γι' αυτό το λόγο υπάρχουν κι ενδείξεις μίμησης της φωνής του νεκρού, αλλά και κάποιων χαρακτηριστικών κινήσεών του. Για την αντιμετώπιση της υστερίας του πένθους μια ψυχοθεραπευτική παρακολούθηση του πενθούντα με παράλληλη φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να επιφέρει την «ίαση».

4.4.2. Ιδεοψυχαναγκαστικό πένθος

Η ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση είναι μια από τις σοβαρότερες μορφές των νευρωτικών παθήσεων με άρτια δομή. Το άτομο εγκλωβίζεται σε ένα ψυχαναγκαστικό σύστημα αναταραχών και παρορμήσεων, τις οποίες αντιμετωπίζει με έναν στερεότυπο και τελετουργικό τρόπο, ελέγχοντας με αυτόν τον τρόπο την έντονη επιθετικότητά του. Το άτομο με ψυχαναγκαστική προσωπικότητα, όταν πληγεί από μια απώλεια συνήθως καταρρέει συναισθηματικά. Ο θάνατος του άλλου βιώνεται ως επίθεση εναντίον του πενθούντος. Η κατηγορία αυτή είναι εξαιρετικά ενοχοποιητική, και καθώς η νοητική του δραστηριότητα αποδιοργανώνεται, κάποια στιγμή στρέφεται και εναντίον του εαυτού του.

Στην πραγματικότητα, το ψυχαναγκαστικό άτομο δεν επεξεργάζεται την ίδια την απώλεια, αλλά παλεύει ενάντια στις οδυνηρές του σκέψεις, οι οποίες τις περισσότερες φορές είναι εξαιρετικά βίαιες και νοσηρές. Ο θάνατος φαντάζει ως η μόνη λύση για να λυτρωθεί από αυτήν την επώδυνη κατάσταση και για να δώσει τέλος στις ιδεοληψίες του. Η σοβαρότητα κι η επικινδυνότητα αυτής της κατάστασης απαιτεί τον συνδυασμό ιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης.

4.4.3. Μανιακό πένθος

Το μανιακό πένθος είναι σύντομο και αρκετά σπάνιο. Χαρακτηρίζεται από την αντιστροφή της ψυχικής κατάστασης που επιφέρει η μανία του πένθους καταλήγει πάντοτε σε μελαγχολία. Ο πενθών παρουσιάζει ψυχικό και σωματικό παροξυσμό, κατά τη διάρκεια των κρίσεων μανίας, ο οποίος συνοδεύεται από

ακατάσχετη φλυαρία, ιδέες μεγαλομανίας, απάρνηση της απώλειας, απαξίωση του νεκρού και απουσία πόνου.

4.4.4. Μελαγχολικό πένθος

Πρόκειται για μια βαριά μορφή κατάθλιψης του πένθους. Το αίσθημα ενοχής και η χαμηλή αυτοεκτίμηση παρατείνονται ανησυχητικά και οδηγούν το άτομο που πενθεί σε αυτομομφές, αυτοκατηγορίες και στην προσδοκία της έσχατης τιμωρίας. Ουσιαστικά, ο μελαγχολικός χάνοντας το αγαπημένο του πρόσωπο, χάνει και την καλή εσωτερική του εικόνα. Πρόκειται για μια αρκετά σπάνια περίπτωση παρόλ' αυτά το άτομο που θα αναπτύξει μελαγχολία του πένθους, πρέπει να νοσηλευτεί επειγόντως, γιατί υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για απόπειρα αυτοκτονίας (Bacque, 2004).

5. Παράγοντες που καθορίζουν τη διεργασία του πένθους

Οι ψυχικές και σωματικές επιπτώσεις του πένθους αφήνουν να εννοηθεί ότι μια σειρά παραγόντων επιδρούν διαφοροποιητικά στον τρόπο με τον οποίο κάθε άτομο βιώνει και εκφράζει το πένθος του, και φαίνεται να παίζουν ιδιαίτερο ρόλο στην πορεία της διεργασίας του θρήνου.

Οι Stroebe και Schut (2001) τονίζουν πως η μελέτη αυτών των «παραγόντων επικινδυνότητας» που επηρεάζουν την ομαλή έκβαση της διεργασίας του πένθους είναι σημαντική τόσο από θεωρητική, όσο κι από πρακτική πλευρά. Λαμβάνοντας, εκ των προτέρων, υπόψη μας αυτούς τους παράγοντες μπορούμε να ερευνήσουμε πληρέστερα, για παράδειγμα, τον αντίκτυπο του θρήνου στην σωματική υγεία των πενθούντων. Οι θεωρίες του πένθους, ήδη, συγκεκριμενοποιούν κάποια χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία του πενθούντα, το φύλο, κι η βιαιότητα ή το αιφνίδιο του θανάτου που οι ερευνητές λαμβάνουν ως ξεχωριστές μεταβλητές για να μπορούν να δώσουν πιο αξιόπιστα αποτελέσματα και να κάνουν εγκυρότερες προβλέψεις.

Οι «παραγόντες επικινδυνότητας» μπορεί να είναι ο τρόπος ζωής του ατόμου που πενθεί, το «ρεπερτόριο» της συμπεριφοράς του, οι κοινωνικές επιταγές, είναι ένα εγγενές ή επίκτητο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ωστόσο, μπορεί να μειώσει τις αρνητικές συνέπειες της εμπειρίας της απώλειας στην κατάσταση της υγείας του πενθούντα ή να διευκολύνει την προσαρμογή του στα νέα δεδομένα. Σύμφωνα με τους ερευνητές, οι παράγοντες επικινδυνότητας χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: τους ειδικούς (μτφ. από το bereavement specific risk factors) και τους γενικούς (μτφ. από το general risk factors). Οι πρώτοι αναφέρονται στις συνθήκες του θανάτου (αναμενόμενου ή αιφνίδιου) που επηρεάζουν την υγεία και την ανάκαμψη των πενθούντων, ενώ οι άλλοι αναφέρονται κυρίως στην προσωπικότητα και την κοινωνικοοικονομική θέση τους. (Stroebe & Schut, 2001).

Επομένως, η παθολογία του πένθους συνδέεται με μια πληθώρα παραμέτρων. Στους σωματικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία, υγεία του πενθούντα) προστίθενται κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες (θρησκεία, κοινωνικό πλαίσιο στήριξης), καθώς κι οι ψυχολογικοί παράγοντες (προσωπικότητα του πενθούντα, πρότερη σχέση με το νεκρό, προηγούμενες εμπειρίες κ.α.) (Bacque, 2004). Αναλυτικότερα:

5.1. τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας: ο Parkes (1986) κάνει λόγο, πρώτη φορά για «προσωπικότητα με προδιάθεση στη θλίψη» (grief – prone personality), η οποία περιλαμβάνει συνήθως το αίσθημα της ανασφάλειας, έντονο άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση, θυμό, ενοχή και δυσκολία στην εκδήλωση του πόνου. Ένα από τα σημεία που τονίζεται ιδιαίτερα είναι οι όροι: εσωτερικό και εξωτερικό κέντρο ελέγχου. Τα άτομα με εσωτερικό κέντρο ελέγχου αναλαμβάνουν συνήθως την πλήρη ευθύνη για οτιδήποτε τους συμβαίνει, ενώ αντίθετα τα άτομα με εξωτερικό κέντρο ελέγχου αποδίδουν τα τραυματικά γεγονότα σε άλλους παράγοντες (όπως η μοίρα, η τύχη ή κάποιο άλλο πρόσωπο). Η συναισθηματική σταθερότητα αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα που βοηθά στην προσαρμογή του πένθους τα άτομα που έχουν ασταθή περιβαλλοντική προσαρμογή στις διαπροσωπικές τους σχέσεις είναι πιο πιθανό αν εμφανίσουν προβλήματα μπροστά σε μια απώλεια. Μια εύθραυστη προσωπικότητα παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο συναισθηματικής κατάρρευσης και χρόνιου θρήνου. (Bacque, 2004; Stroebe & Schut, 2001).

5.2. ο ρόλος της ηλικίας: Η διαδικασία του πένθους για έναν ώριμο ενήλικα με ένα καλά δομημένο πνευματικό υπόβαθρο και με πείρα ζωής, ποικίλει και διαφέρει από αυτήν ενός μικρού παιδιού που ενδεχομένως δεν αντιλαμβάνεται επαρκώς την έννοια του θανάτου. (Samarel, 1995). Οι πιο νέοι εμφανίζουν μια σειρά συμπτωμάτων και πολλών προβλημάτων υγείας, σε συνδυασμό με εκδηλώσεις ενοχής και άγχους που φτάνει μέχρι το συναισθηματικό κλονισμό και τη διανοητική σύγχυση (Bacque, 2004). Κι αυτό συμβαίνει γιατί οι θάνατοι που αναφέρονται στις ηλικίες 25 – 44 ετών, είναι συνήθως αιφνίδιοι και απρόσμενοι (π.χ. ατυχήματα), σε σχέση με τους θανάτους σε μεγαλύτερες ηλικίες που προέρχονται από γηρατειά ή προβλήματα υγείας (Stroebe & Schut, 2001). Εντούτοις, οι μεγαλύτερης ηλικίας πενθούντες παρουσιάζουν πιο διακριτικά συμπτώματα κρυμμένα αρχικά πίσω από την άρνηση (Bacque, op. cit.: 93). Ενώ, τα παιδιά εκδηλώνουν κυρίως προβλήματα που σχετίζονται με το άγχος του αποχωρισμού και το φόβο της εγκατάλειψης από τα αγαπημένα τους πρόσωπα (Samarel, op. cit.: 97).

5.3. οι διαφυλικές διαφορές: Εξαιτίας της διάκρισης των διαφορετικών τους ρόλων στην κοινωνία, οι άνδρες κι οι γυναίκες παρουσιάζουν επιπλέον διαφορές στη διεργασία του πένθους, αλλά και στην αντιμετώπιση του θανάτου γενικότερα. Έτσι, οι γυναίκες εκφράζουν τα συναισθήματά τους πιο εύκολα, παραπονούνται

περισσότερο, συμβουλευόνται με μεγαλύτερη προθυμία κάποιον ειδικό και ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή αν και υποφέρουν λιγότερο από σωματικές διαταραχές. Αντίθετα, οι άνδρες μοιάζουν να αποφεύγουν τα προβλήματα κατάθλιψης ή άγχους που αντιμετωπίζουν, και πολλές φορές τροποποιούν ασυνείδητα τη συμπεριφορά τους, προσπαθώντας να δείχνουν πιο δυνατοί. Επίσης, ένας άνδρας που αντιμετωπίζει μια θανατηφόρα ασθένεια, φαίνεται να ανησυχεί περισσότερο για την οικονομική εξασφάλιση της οικογένειάς του, σε σύγκριση με μια γυναίκα που ανησυχεί για την οικογενειακή σταθερότητα (Samarel, 1995). Από την άλλη, οι χήροι εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας, ενώ οι χήρες υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών (Stroebe & Schut, 2001).

4.5. οι συνθήκες του θανάτου: οι διαφορετικές συνθήκες θανάτου μπορεί να προκαλέσουν διαφορετικά συναισθήματα και αντιδράσεις. Ένας προβλέψιμος ή αναμενόμενος θάνατος, δίνει στο άτομο που βλέπει τον αγαπημένο του να πεθαίνει, το χρόνο, να επεξεργαστεί και να συνειδητοποιήσει την απώλεια. Ενώ στο ξαφνικό πένθος, η αμφισβήτηση της πραγματικότητας είναι σφοδρή κι έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ισορροπία του ατόμου που πενθεί. Ο τρόπος με τον οποίο βιώνεται ένας θάνατος συμβάλλει στη δημιουργία μιας ψυχικής εικόνας, που στη συνέχεια μπορεί να καθησυχάσει ή να αναστατώσει το άτομο. Γενικά, όσο καλύτερες είναι οι συνθήκες στο τέλος της ζωής ενός ανθρώπου, τόσο εύκολη θα είναι κι η συνέχεια για την οικογένεια του (Bacque, 2004). Στην περίπτωση χρόνιας ασθένειας, τόσο για το άτομο που πεθαίνει, όσο και για τον πενθούντα, σημαντικό ρόλο παίζει κι η φύση της ασθένειας αλλά και το περιβάλλον νοσηλείας του (Samarel, 1995).

4.6.ο ρόλος της συναισθηματικής σχέσης: Αφορά, κυρίως, στη σχέση που είχε αναπτυχθεί ανάμεσα στον επιζώντα και το άτομο που πέθανε. Εκτός από την ποιότητα της σχέσης, επηρεάζουν την διεργασία του πένθους, τόσο η σταθερότητα κι η ασφάλεια που είχε εξασφαλίσει η σχέση, όσο κι ο βαθμός εξάρτησης που είχε δημιουργηθεί. (Becker & Knudson, 2003). Οι Stroebe & Schut συμπληρώνουν και το βαθμό της συγγένειας που υπήρχε μεταξύ του πενθούντα και του νεκρού, διαπιστώνοντας συμπτώματα πιο έντονου και παρατεταμένου πένθους μετά την απώλεια ενός παιδιού, και μείζονος κατάθλιψης μετά την απώλεια ενός συντρόφου (Stroebe & Schut, 2001).

4.7.ο ρόλος του πλαισίου στήριξης: Αναφέρεται στη διαθεσιμότητα του υποστηρικτικού δικτύου προς το άτομο που πενθεί, είτε πρόκειται για την οικογένεια, είτε για συγγενείς, φίλους, συναδέλφους, γείτονες κ.α. Όσο πιο πλούσιο και διαθέσιμο είναι το περιβάλλον αυτό, τόσο ομαλότερη είναι η διαδικασία του πένθους (Bacque, 2004). Η απώλεια ενός συντρόφου ή ενός αγαπημένου Άλλου, έχει σαν αποτέλεσμα την συναισθηματική μοναξιά που θεραπεύεται μόνο με την αποεπένδυση του ατόμου από το νεκρό πρόσωπο και την επανεπένδυση του σε νέους δεσμούς και καινούρια πρόσωπα. Επομένως, το πλαίσιο της κοινωνικής στήριξης μπορεί να εμποδίσει την κοινωνική απομόνωση του πενθούντα και να το ωθήσει στην ενασχόλησή του με νέα ενδιαφέροντα (Stroebe & Schut, op. cit.).

4.8. θρησκεία και πολιτισμικό πλαίσιο: Η νοοτροπία και οι προσωπικές πεποιθήσεις κάθε ατόμου, η στάση του απέναντι στη ζωή και στο θάνατο, όπως αυτές διαμορφώνονται μετά από την θρησκεία και τις παραδόσεις κάθε κοινωνίας, επιδρούν άμεσα και στην διεργασία του θρήνου. Για παράδειγμα, ένα άτομο που πιστεύει πως ο θάνατος σηματοδοτεί το τέλος της ζωής βιολογικά, μπορεί να εκδηλώσει έναν συναισθηματικά έντονο φόβο για τη διαδικασία του θανάτου. Αντίθετα, το άτομο που πιστεύει στη μεταθανάτια ζωή ή την μετεμψύχωση, μπορεί μεν να εκδηλώσει θλίψη λόγω του αποχωρισμού από το αγαπημένο του πρόσωπο, αλλά όχι για τον θάνατο καθαυτό. (Samarel, 1995). Η θρησκεία παρέχει, όντως, ένα ανακουφιστικό πλαίσιο πίστης η κύρια, ωστόσο, σημασία της έγκειται στη σύσταση μιας κοινωνικής ομάδας, η οποία προσφέρει ένα αντικειμενικό στήριγμα. Ο ρόλος του εκπροσώπου του θεού, οι καθησυχαστικές τελετουργίες και η ταύτιση με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, συμβάλλουν αποφασιστικά στη στήριξη του πενθούντα (Bacque, 2004). Ο Marrone (1999) υποστηρίζει, τέλος, ότι η χρήση από το άτομο των θρησκευτικών πεποιθήσεων στη διάρκεια του θρήνου και του πένθους γίνεται μέσω συναισθηματικής ανακούφισης και καθησυχασμού.

4.9. προηγούμενες εμπειρίες (απώλειες): Πολλοί άνθρωποι έχουν την πεποίθηση ότι η ζωή τους είναι αρκετά προβλέψιμη, ελέγξιμη και αέναη. Αυτό τους δίνει την αίσθηση της ασφάλειας η οποία, όμως, κλονίζεται αρκετά όταν κάποιος έρχεται αντιμέτωπος με το θάνατο, είτε με το δικό του, είτε ενός αγαπημένου του προσώπου, βιώνοντας συναισθήματα, όπως η άρνηση κι η δυσπιστία. Τότε, τον κυριεύει το αίσθημα της ματαιότητας, και μαζί με τον πόνο που νιώθει, άμεσα

διαπιστώνει την αντίθεση ανάμεσα στο δικό του σύστημα των πεποιθήσεων και της πραγματικότητας. Το άτομο που πενθεί ξεκινά πάντοτε μια διεργασία ενδοσκόπησης και επαναπροσδιορίζει τις αξίες του (Vickio, 2000). Άλλωστε, αυτή η προσπάθεια αναδόμησης του κόσμου του και νοηματοδότησης της ζωής αποτελεί την βασική διεργασία της βίωσης του πένθους. (Niemeyer, 2003).

6. Το ψυχολογικό προφίλ του πενθούντα

6.1. Η απώλεια του συντρόφου

Η απώλεια του συντρόφου, ενώ είναι κάτι που συμβαίνει συχνά από μια ορισμένη ηλικία και πέρα, εξακολουθεί να είναι το πιο επώδυνο αγχογόνο γεγονός. Είτε πρόκειται για ένα νέο ζευγάρι, όπου οι σύντροφοι εξακολουθούν να εξιδανικεύουν ο ένας τον άλλον, είτε για ένα παλαιότερο ζευγάρι, που οι σύντροφοι έχουν περάσει το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους μαζί κι έχουν συνηθίσει σε μια κοινή καθημερινότητα, ή ακόμη κι ερωτικοί σύντροφοι που δεν έχουν ενωθεί με τα δεσμά του γάμου· η απώλεια του ενός έχει άμεσο αντίκτυπο στην ψυχολογική και κοινωνική υπόσταση του άλλου.

Σε κάθε περίπτωση, ο χαμός ενός αγαπημένου προσώπου προκαλεί μια κατάσταση βίαιου κλονισμού, η οποία μπορεί να είναι τρομακτική στην περίπτωση της απώλειας ενός συντρόφου. Ο θάνατος του ενός, δεν χωρίζει απλώς δύο εραστές, αλλά παράλληλα, χωρίζει μια δυνατή φιλία, καταστρέφει μελλοντικά σχέδια και προσδοκίες, αποδιοργανώνει σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο τη ζωή του ατόμου που πενθεί, επηρεάζει τη ψυχική και σωματική του υγεία, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις επιφέρει και οικονομικές δυσκολίες. Τότε, λοιπόν, ο θάνατος δεν είναι μια μικρή αλλαγή κάποιων δεδομένων, αλλά μια ριζική μεταβολή της ζωής του.

Σε ψυχολογικό επίπεδο έχουμε πρωτίστως να αντιμετωπίσουμε το αίσθημα της μοναξιάς που βιώνει ο εν ζωή σύντροφος, αμέσως μόλις συνειδητοποιήσει την απώλεια. Ο κόσμος του ξαφνικά φαίνεται πως ολοένα και μικραίνει, αφού το αγαπημένο του πρόσωπο έχει χαθεί. Το αίσθημα αυτό γίνεται πιο έντονο, όταν ξαναζει στιγμές ανάλογες με εκείνες που συνήθως μοιραζόταν με τον εκλιπόντα. Οι συχνές αναφορές στον νεκρό, προκαλούν στο άτομο την ψευδαίσθηση πως ο σύντροφος του δεν χάθηκε για πάντα, ενώ ταυτόχρονα αντιδρά με υπερβολική ευαισθησία σε οτιδήποτε του τον θυμίζει. Η κοινωνική απομόνωση, που προκαλείται λόγω της απώλειας του συντρόφου, έρχεται σαν δεύτερο στάδιο και έχει άμεση σχέση με το ίδιο το πένθος. Ο πενθών είναι θυμωμένος με όλον τον κόσμο· με το σύντροφό του που έφυγε, με τον ίδιο του τον εαυτό που δεν μπόρεσε να κάνει κάτι για να το αποτρέψει, με το περιβάλλον του που δεν μπορεί να τον καταλάβει. Η εχθρική αυτή

στάση συμβαδίζει με την διακριτικότητα και την διστακτικότητα των φίλων και συγγενών, που απομακρύνονται κι αυτοί με τη σειρά τους.

Η φυσιολογική επανένταξη του πενθούντα στη ζωή επιτυγχάνεται πολύ αργότερα, και διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την παρουσία ή απουσία παιδιών και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του. Χαρακτηριστικά, έχει βρεθεί σε έρευνες ότι μια σχετικά νεαρή ηλικία καθιστά ευκολότερη την προσαρμογή του πενθούντα στα νέα δεδομένα. Επιπλέον, οι χήροι ξαναπαντρεύονται πιο εύκολα από τις χήρες, ενώ η ύπαρξη παιδιών επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο τους άνδρες και τις γυναίκες. Άλλωστε οι άνδρες αναπτύσσουν περισσότερες επιπλοκές στην ψυχική και σωματική τους υγεία, σε περίπτωση που δεν βρουν καινούριο σύντροφο. (Bacque, 2004). Επίσης, έχει αποδειχθεί πως οι άνδρες χήροι αναπτύσσουν περισσότερο καταθλιπτικά και άλλα συμπτώματα μετά από σημαντική απώλεια (Kato & Mann, 1999). Ενώ φαίνεται πως πεθαίνουν συχνότερα μετά από την απώλεια της συντρόφου τους σε σύγκριση με τις γυναίκες. (Καραδήμας, 2005).

Μετά το θάνατο ενός συντρόφου, το πένθος στο οποίο υπεισέρχεται το άτομο ερμηνεύεται ως μια τυπική, μοναδική, δυναμική και πολυδιάστατη διαδικασία. Μερικές από τις πιο άμεσες συνέπειες αυτής της διαδικασίας στη ζωή και στην ψυχική υγεία των πενθούντων είναι η απόγνωση, οι κρίσεις άγχους, το αίσθημα της ενοχής και του θυμού, η ηττοπάθεια, η αποδιοργάνωση κ.ά. Επίσης, χαρακτηριστικό γνώρισμα της διαδικασίας του πένθους είναι το γεγονός πως δεν αποτελεί μια «γραμμική μετατόπιση» από τη μια φάση στην άλλη, αλλά αντίθετα μια κυμαινόμενη διαδικασία, κατά τη διάρκεια της οποίας το άτομο μπορεί να βιώσει θετικά και αρνητικά συναισθήματα, να παλινδρομήσει, ή να καθηλωθεί σε κάποιο στάδιο κ.α. Σχεδόν όλοι, όμως, κατορθώνουν να «απεγκλωβιστούν» από αυτή τη διαδικασία και προσαρμόζονται επιτυχώς στα νέα δεδομένα. (Field & Friedrichs, 2004).

Σε μια έρευνα των Kaunonen, Tarkka et al. (1999), διαπιστώθηκε η ευεργετική επίδραση του πλαισίου κοινωνικής στήριξης σε άτομα που πενθούσαν την απώλεια του συντρόφου τους. Στην προσπάθειά τους να ερευνήσουν τις πηγές και το είδος της κοινωνικής στήριξης που λαμβάνουν οι πενθούντες, καθώς και το πόσο αυτή σχετίζεται με την επιτυχή έκβαση του πένθους, κατέγραψαν τα εξής: α) το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων λαμβάνει υποστήριξη από το άμεσο κοινωνικό του περιβάλλον, όπως είναι τα παιδιά, οι φίλοι και οι συγγενείς· ενώ μόνο το 10% φαίνεται να απευθύνεται σε κάποιον ειδικό, β) οι πενθούντες σύζυγοι αναγνωρίζουν το κοινωνικό τους δίκτυο ως την πιο σημαντική γι' αυτούς πηγή

στήριξης, συμπεριλαμβανομένης της δυνατότητας τους να εκφράζουν τα συναισθήματα και τη λύπη τους, και γ) βοηθητική είναι και η δυνατότητα να παρέχουν κι οι ίδιοι στήριξη σε άλλα μέλη της οικογένειας, όπως για παράδειγμα στα παιδιά.

Εντούτοις, οι Ungar & Florian (2004) αναφέρουν πως αν κι όχι κλινικώς σημαντικά, οι χήρες μέσης ηλικίας που έλαβαν μέρος στην έρευνά τους, εκδήλωναν κατά την διάρκεια της συνέντευξής τους κάποια συμπεριφορικά συμπτώματα όταν αναφέρονταν στον εκλιπόντα σύντροφό τους (όπως έντονη λύπη, κλάμα, λαχτάρα για τον νεκρό), παρά το γεγονός πως είχαν καλό πλαίσιο κοινωνικής στήριξης αποδεικνύοντας πως η προσαρμογή τους ακόμα και μερικά χρόνια μετά από το θάνατο του συντρόφου τους δεν είναι απλή διαδικασία. Για το λόγο αυτό, σημαντικό ρόλο φαίνεται πως παίζει κι ο χρόνος που έχει μεσολαβήσει από την απώλεια.

Σ' αυτό το συμπέρασμα κατέληξαν και οι Ott και Lueger (2002), οι οποίοι μελέτησαν τις αλλαγές της ψυχοσωματικής κατάστασης των πενθούντων δύο χρόνια μετά την απώλεια, καταδεικνύοντας την αναγκαιότητα μιας σειράς θεραπειών και την άμεση παρέμβαση των ειδικών σε περιπτώσεις όπου οι αντιδράσεις των πενθούντων συγκλίνουν περισσότερο με αυτές του παθολογικού πένθους. Υποστηρίζοντας, δηλαδή, πως για άλλους ο χρόνος λειτουργεί θετικά και θεραπευτικά, κι γι' άλλους μια καθυστέρηση στη διάγνωση – για παράδειγμα – βαριάς μορφής κατάθλιψης ή των εκδηλώσεων βαρέως πένθους, μπορεί να έχει δυσάρεστες επιπλοκές στην υγεία του πενθούντα.

Υπάρχουν, ακόμα, στοιχεία που δείχνουν ότι ένας ξαφνικός ή απρόσμενος θάνατος σχετίζεται περισσότερο με έντονο ή παρατεταμένο θρήνο συγκριτικά με έναν αναμενόμενο (Καραδήμας, 2005: 236). Έτσι, οι Gilliland & Fleming (1998) συγκρίνοντας την διεργασία του πένθους ανάμεσα σε ζευγάρια, εκ των οποίων ο ένας σύντροφος νοσούσε από μια θανατηφόρα ασθένεια, και σε ζευγάρια, εκ των οποίων ο ένας σύντροφος πέθανε από φυσικά αίτια, διαπίστωσαν ότι: α) ο θάνατος ενός συντρόφου όταν προέρχεται μετά από κάποια ασθένεια, γίνεται πιο εύκολα αποδεκτός από τον άλλον, αν και ο τελευταίος είναι δυνατόν να εκδηλώσει έντονα ψυχοσωματικά προβλήματα καθόλη τη διάρκεια της νοσηλείας του συντρόφου του, και β) οι μεγαλύτεροι σε ηλικία πενθούντες είναι πιο πιθανόν να απομονωθούν κατά τη διάρκειά του πένθους τους, ενώ οι νεώτεροι παρουσιάζουν συχνότερα έντονα ξεσπάσματα θυμού και εχθρότητας, νιώθοντας παράλληλα το αίσθημα της αδικίας.

6.2. Η απώλεια ενός παιδιού

Η απώλεια ενός παιδιού, αν και σπανιότερη, ευτυχώς, από την απώλεια ενός συντρόφου αποδεικνύεται στις μέρες μας καταστροφική. Οι γονείς όχι μόνο ποθούσαν τον ερχομό ενός παιδιού, αλλά σχεδιάζουν ουσιαστικά το μέλλον του πριν καν αυτό γεννηθεί. Αν τύχει και αυτό πεθάνει, πεθαίνουν μαζί του κι όλα τα όνειρα κι οι ελπίδες τους, η οικογένεια καταρρέει. (Bacque, 2004).

Έχει αναφερθεί σε διάφορες έρευνες που κατά καιρούς έχουν γίνει ότι ο χαμός ενός παιδιού συνεπάγεται την κατάλυση των προσδοκιών των γονέων, η οποία με τη σειρά της προκαλεί μια ιδιαίτερα έντονη συναισθηματική αναταραχή. Οι γονείς αγωνίζονται να συνειδητοποιήσουν την απώλεια, ενώ παράλληλα προσπαθούν να προσδιορίσουν το ίδιο το νόημα του θανάτου, αλλά και της ζωής μετά το θάνατο του παιδιού τους. Κατά την πρώτη περίοδο του πένθους, όταν ακόμα η απώλεια είναι πολύ πρόσφατο γεγονός, αυτός ο αγώνας δεν είναι τίποτα άλλο παρά μια άσκοπη προσπάθεια να κατανοήσουν το «πώς» συνέβη αυτή, και μια έντονη αντιπαράθεση με την πραγματικότητα. Συνήθως τότε οι γονείς αναρωτιούνται «Γιατί; Γιατί στο δικό μου το παιδί;». Αργότερα, η ένταση αυτής της διαμαρτυρίας μετριάζεται, αλλά οι ίδιοι συνεχίζουν τις προσπάθειες νοηματοδότησης και αποδοχής του θανάτου. Μερικοί το κατορθώνουν. Άλλοι, πάλι, βρίσκουν άλλες διεξόδους εκτόνωσης.

Αρχικά, το «γιατί;» είναι η αντίδραση των γονέων απέναντι στο θάνατο. Έπειτα, αυτή η ερώτηση γίνεται μέρος της προσπάθειας τους να βρουν έναν λόγο να επανεπενδύσουν σε έναν κόσμο τόσο άδικο, όπου ο θάνατος του παιδιού τους αποτελεί μέρος του. Αν και οι περισσότεροι γονείς δε βρίσκουν απάντηση σ' αυτό, η συστηματική αναρρώτησή τους αποτελεί την απαρχή μιας διαδικασίας που οδηγεί στην αποδοχή του θανάτου. Ο Neimeyer (1998)⁷ υποστηρίζει ότι η αποδοχή της απώλειας ενός παιδιού ενέχει μέσα της την προσπάθεια νοηματοδότησης του. Οι ειδικοί θεραπευτές που ασχολούνται με τα ζητήματα του πένθους αναγνωρίζουν και διευκολύνουν αυτήν την διαδικασία, η οποία είναι προσωπική και ξεχωριστή υπόθεση για κάθε άτομο. Ιδιαίτερα, πρέπει να κατανοηθεί η μοναδικότητα κάθε παιδιού και ο αντίκτυπος της απώλειας του στο γονεϊκό πένθος.

7) Στο βιβλίο του: Neimeyer, R.A. (1998). *Lessons of loss. A guide to coping*. New York: Mc Graw – Hill.

Οι γονείς που πενθούν πρέπει να βοηθηθούν με τέτοιο τρόπο ώστε το ενδιαφέρον τους να εστιαστεί στην επανεπένδυση τους με τον κοινωνικό περίγυρο, κι όχι στην τάση τους να αρνούνται την πραγματικότητα του θανάτου. (Wheeler, 2001).

Ο τρόπος με τον οποίον πεθαίνει ένα παιδί, η ηλικία και ο δεσμός που είχε αναπτυχθεί μεταξύ αυτού και των γονέων, επηρεάζει κατά πολύ την αποδοχή αυτής της πραγματικότητας. Οι αιφνίδιοι παιδικοί θάνατοι από κάποιο ατύχημα ή κάποια ασθένεια ερμηνεύονται από τους γονείς σαν λάθος που εκείνοι διέπραξαν, ενώ παράλληλα έρχονται αντιμέτωποι με ένα έμμεσο «κατηγορώ» από το περιβάλλον τους. Κι ενώ τα ατυχήματα είναι η πρώτη αιτία θνησιμότητα από την ηλικία του ενός έτους ως την εφηβεία, οι περιγεννητικοί θάνατοι ολοένα κι αυξάνονται στις μέρες μας. Το πρόβλημα της κοινωνικής ανυπαρξίας του παιδιού είναι μια από τις μεγαλύτερες δυσκολίες του περιγεννητικού πένθους, κι έχει σαν αποτέλεσμα την έκφραση υπέρμετρης ενοχής από την πλευρά των γονέων, την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις μητέρες και την άρνησή τους να κάνουν άλλο παιδί.⁸ (Bacque, 2004) Τέλος, η διάγνωση κάποιας μορφής νεοπλασίας σε ένα παιδί, συνοδεύεται από ένα αίσθημα πένθους και βαριάς λύπης από τους γονείς, οι οποίοι εκδηλώνουν παράλληλα συμπτώματα ψυχικού σοκ. Οι γονείς επιμένουν να αρνούνται τον επικείμενο θάνατο του παιδιού τους και συχνά αναπτύσσουν εξαρτημένη προς αυτό συμπεριφορά. (Χατήρα, 2000· Ellis, J. B, Stump, J.E, 2000).

Εκτός από την επιτακτική ανάγκη των γονέων να νοηματοδοτήσουν την απώλεια του παιδιού τους, επιβάλλεται να επανακτήσουν το νόημα της δικής τους ζωής. Η πλειοψηφία των γονέων βρίσκει παρόμοιους τρόπους για να προσαρμοστεί και να συνεχίσει να ζει φυσιολογικά. Η επαφή με άλλα άτομα είναι ο πρώτος – και καθώς αποδεικνύουν οι έρευνες ο κυριότερος – παράγοντας ο σύντροφός τους, οι συγγενείς, οι φίλοι, το δεύτερο παιδί τους, τα εγγόνια τους κ.α., μοιράζονται μαζί τους τον πόνο και τους προσφέρουν την συντροφιά και την κατανόηση που χρειάζονται.

8) Η Dr. Marie – Frederique Bacque ονομάζει αυτά τα παιδιά ως «παιδιά αναπλήρωσης» και επισημαίνει ότι όταν γεννιούνται αμέσως μετά από μια αποβολή ή μετά το θάνατο ενός βρέφους στη γέννα, είναι πολύ πιθανόν να πάρουν την φαντασίωση των γονιών τους τη θέση του προηγούμενου παιδιού (Bacque, 2004: 144).

Ο δεύτερος παράγοντας περιλαμβάνει τις δραστηριότητες των γονέων, που είναι συναφής έκφραση της προσφοράς βοήθειας σε άλλους. Καθώς οι ίδιοι δοκιμάστηκαν αρκετά σκληρά από την ίδια τη ζωή, μετατρέπουν την λύπη τους σε δύναμη και αφιερώνουν χρόνο στο να βοηθούν κι άλλους γονείς που βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση. Άλλοι πάλι καταπιάνονται με εθελοντικές εργασίες ή αφιερώνονται στη δουλειά και την καριέρα τους.(Wheeler, 2001).

Για κάποιους, η ζωή και ο θάνατος του παιδιού τους εξοπλίζει με ψυχικό σθένος για το μέλλον, παρέχοντας τους τα ψυχικά εφόδια που χρειάζονται για να αντέξουν. (Znoj & Keller, 2002). Γίνονται πιο συνετοί και δοτικοί, μαθαίνουν να προσφέρουν χωρίς να περιμένουν ανταπόδοση, αποκτούν καλή αυτοεικόνα και ισορροπημένες σχέσεις με τον εαυτό τους, εξαγνίζοντας σιγά - σιγά το θάνατο. Χαρακτηριστική είναι η έρευνα του Klass (1997) σε μια ομάδα πενθούντων γονέων, όπου μοιράζονται στις συναντήσεις τους τη θλίψη για το χαμό των παιδιών τους, ερχόμενοι αντιμέτωποι με τα αμφιθυμικά τους συναισθήματα για την απώλεια. Όλοι οι γονείς που συμμετείχαν σ' αυτήν την ομάδα κατόρθωσαν μέσω αυτής της κοινωνικής αλληλεπίδρασης να τερματίσουν το πένθος τους, όχι βέβαια αποκόπτοντας κάθε παλαιό δεσμό με το χαμένο τους παιδί, αλλά δίνοντας στην ανάμνησή του μια διαφορετική θέση από αυτή που κατείχε κι όταν ακόμα ήταν ζωντανό καθιστώντας το, δηλαδή, «αθάνατο» στην σκέψη και την ψυχή τους. Η ψυχολογική διεργασία του πένθους μπορεί, επίσης, να στηριχθεί σε φωτογραφίες ή αντικείμενα που άνηκαν στο παιδί, τα οποία υποβοηθούν την ανάκτηση ή τη διατήρηση της παρουσίας του παιδιού στη ζωή των γονιών του (Riches & Dawson, 1998).

Παρόλα αυτά, οι πενθούντες γονείς έχουν την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης «άλυτου» πένθους από κάθε άλλη κατηγορία πενθούντων. Και πράγματι, σύγχρονες έρευνες έχουν δείξει ότι οι γονείς συχνά παρουσιάζουν χαρακτηριστικά συμπτώματα περιπλεγμένου πένθους που διαρκούν για χρόνια. Άλλωστε μια τόσο βαθιά απώλεια δημιουργεί σοβαρές επιπλοκές στην συζυγική σχέση, ενώ το είδος της επικοινωνίας των συζύγων πριν από το θάνατο του παιδιού τους διευκολύνει ή παρεμποδίζει την ομαλή διεργασία του πένθους (Kamm & Vandenberg. 2001). Έχει, επίσης, επισημανθεί ότι οι σύζυγοι κατά τη διάρκεια του πένθους χάνουν κάθε ανάγκη και επιθυμία για σωματική και σεξουαλική επαφή, κάτι που μακροπρόθεσμα επηρεάζει το γάμου τους. (Hagemeister & Rosenblatt, 1997).

Σε έρευνες για τη σχέση μεταξύ συμπεριφοράς και επικοινωνίας μεταξύ των ζευγαριών έχει αναφερθεί ότι η απώλεια ενός παιδιού καθιστά τους γονείς ανίκανους και απρόθυμους να εκφραστούν ο ένας στον άλλον και να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους, πράγμα που τους οδηγεί στην εμφάνιση παθολογικών αντιδράσεων, ψυχικών και σωματικών προβλημάτων. Πιο συγκεκριμένα, η κατάσταση της υγείας των πενθόντων γονέων σε σχέση με τη χρήση των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας και των επισκέψεών τους σε νοσοκομεία μετά από το θάνατο των ανήλικων παιδιών τους, μελετήθηκε από τους Murphy, Lohan, Braun et al. (1999), και οι ίδιοι κατέληξαν στα εξής ευρήματα: α) το 20% περίπου των γονέων παρουσίαζαν «φτωχή» φυσική κατάσταση κατά τη χρονική περίοδο του πρώιμου, ακόμα πένθους, β) με το πέρασμα του χρόνου, η φυσική κατάσταση των μητέρων παρουσίαζε βελτίωση σε σχέση με των συζύγων τους που επιδειωνόταν, και γ) οι μητέρες επισκέπτονταν συχνότερα κάποιον γιατρό και ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή, ενώ οι άνδρες εμφάνιζαν συμπτώματα σωματικής κατάπτωσης και έντονου στρες, για τα οποία όμως δεν αναζητούσαν τη βοήθεια κάποιου ειδικού.

Φαίνεται, λοιπόν, πως το φύλο των γονέων καθορίζει και τις αντίστοιχες αντιδράσεις τους κατά τη διάρκεια του πένθους. Στην έρευνα της, η Rubinstein (2004), για την έλλειψη ελέγχου και την αίσθηση της απελπισίας σε πενθούντες γονείς, διαπίστωσε πως οι μητέρες παρουσίαζαν μεγαλύτερη τάση εξωτερίκευσης του πόνου και της θλίψης τους από τους άνδρες, ενώ δεν βρέθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Το πόσο έντονα φαίνεται να πενθεί μια μητέρα ή το πόσο ψύχραιμα φαίνεται να αντιμετωπίζει την κατάσταση αυτή ένας πατέρας, αξίζει να αναλυθεί με βάση το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο, αλλά και την ιδιοσυγκρασία του ατόμου (πρβλ. εσωστρέφεια ανδρών – εξωστρέφεια γυναικών).

6.3. Η απώλεια ενός γονέα

Σε αντίθεση με τις προγενέστερες ψυχαναλυτικές ερμηνείες, που υποστήριζαν ότι τα παιδιά είναι ανίκανα να συμμετέχουν στην διαδικασία του πένθους, έρχεται η σύγχρονη άποψη ότι: τα παιδιά πενθούν. Ίσως όχι με τον ίδιο τρόπο που πενθούν οι ενήλικες, αλλά είναι σίγουρο πως και νιώθουν και αντιλαμβάνονται την απώλεια. Τα

παιδιά δεν είναι τόσο προστατευμένα από τα τραυματικά γεγονότα της ζωής· δεν είναι, όμως, σε θέση να ιεραρχούν με το δικό μας τρόπο τις απώλειες που υφίστανται. Άλλωστε το συναισθηματικό δέσιμο κι η αντίδραση ενός παιδιού στην απώλεια, περνάει από τη σωματική και κοινωνική του ωρίμανση. Έτσι, δεν πρέπει να μας φαίνεται περίεργο, πως η απώλεια ενός παιχνιδιού, για παράδειγμα, μπορεί να προκαλέσει σε ένα μικρό παιδί τόσο θλίψη, όσο κι η απώλεια ενός συγγενικού προσώπου. (Bacque, 2004).

Εν τούτοις, παλαιότερες έρευνες που σχετίζονται με το πένθος στην παιδική ηλικία, τεκμηριώνουν ότι πολλές φορές με το θάνατο ενός γονέα, τα παιδιά βιώνουν αυτό που αποκαλούμε «παθολογικό πένθος», παρουσιάζοντας συμπτώματα σαν κι αυτά της καταθλιπτικής διάθεσης, των ψυχικών νευρώσεων και της ανηδονίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των επανεκτιμήσεων σε έρευνες που έχουν γίνει σε ενήλικες με ψυχικές διαταραχές, έχει βρεθεί μια αρκετά μεγάλη συσχέτιση μεταξύ του παιδικού πένθους και της εκδήλωσης κατάθλιψης στην ενήλική ζωή. Το γεγονός αυτό έκανε πολλούς ερευνητές να πιστεύουν ότι τα άτομα που βίωσαν κάποια στιγμή στην παιδική τους ηλικία το χαμό ενός ή και των δύο γονέων, είναι πολύ πιθανόν να εκδηλώσουν ψυχιατρικές διαταραχές και στην παιδική, αλλά και στην ενήλικη ζωή τους. Σήμερα, όμως, αυτή η άποψη τείνει να εξαλειφθεί, καθώς οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι η εμφάνιση ψυχικών δυσλειτουργιών έχει άμεση σχέση με την πρόϊμη ή μη παροχή βοήθειας που τα άτομα αυτά θα λάβουν. (Dowdney, 2000).

Αρχικά, τα παιδιά που πενθούν νιώθουν βαθιά λύπη και απόγνωση μετά το θάνατο ενός γονέα. Μια πιο ήπια καταθλιπτική συμπεριφορά είναι, επίσης, συχνή αλλά μπορεί να επιμείνει και περισσότερο από έναν χρόνο μετά την απώλεια. Έχουν, ακόμη, αναφερθεί ως συνακόλουθα συμπτώματα του παιδικού πένθους: η αίσθηση της δυσφορίας, η έλλειψη όρεξης, δυσκολίες στον ύπνο, και η απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες του παιδιού για μια χρονική περίοδο τουλάχιστον ενός χρόνου. Στο συναισθηματικό, κυρίως, κόσμο του παιδιού κυριαρχούν συναισθήματα, όπως: ο πόνος που εκδηλώνεται με έντονο κλάμα, θλίψη, θυμός κι ενοχή. Η ενοχή είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα του παιδικού πένθους και πηγάζει από την εγωκεντρική του θεώρηση για τον κόσμο, ωθώντας το να πιστεύει πως η δική του συμπεριφορά προκάλεσε το θάνατο. Ωστόσο θέλει ιδιαίτερη προσοχή, γιατί η ενοχή μπορεί να μείνει κρυμμένη μαζί με διάφορα άλλα συμπτώματα. (Bacque, 2004).

Ταυτόχρονα, εκδηλώνονται και αγχώδεις διαταραχές που ενισχύονται από τις σκέψεις του παιδιού για τον δικό του πιθανό θάνατο, για την ασφάλεια και άλλων μελών της οικογένειάς του, αλλά κι από τους φόβους του γύρω από τον αποχωρισμό. Περισσότερο παθολογικές διαταραχές, αν και πολύ σπάνια, συναντούμε σε καταστάσεις όπου ο θάνατος ενός γονέα έχει προέλθει από μια δολοφονία ή αυτοκτονία. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα παιδιά εμφανίζουν συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες και μείζονος κατάθλιψης. Σημειώνονται, επίσης, συμπεριφορικές δυσλειτουργίες, υπερδραστηριότητα, ανησυχία και κοινωνική απόσυρση.

Όσον αφορά στη χρονική διάρκεια των συμπτωμάτων του πένθους, οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι οι αντιδράσεις πένθους των παιδιών εξασθενούν με το πέρασμα του χρόνου. Το κλάμα, η θλίψη και η δυσφορία αποδυναμώνονται κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου από την απώλεια, ενώ οι άλλες συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαταραχές μπορεί να επιμείνουν και πάνω από 12 μήνες μετά το θάνατο. Αντίθετα, συμπτώματα όπως σωματικοί πόνοι, καυγάδες με τα αδέρφια και έλλειψη ενδιαφέροντος για το σχολείο αυξάνονται σε συχνότητα κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου.

Από την άλλη μεριά, καθοριστικοί παράγοντες τόσο για το είδος των αντιδράσεων, όσο και για την ένταση και την διάρκεια του παιδικού πένθους αναφέρονται οι εξής: 1) ο τύπος του θανάτου του γονέα (δολοφονία, αυτοκτονία, αναμενόμενος θάνατος ύστερα από αρρώστια, ξαφνικός θάνατος από ατύχημα κ.α.), 2) το φύλο του γονέα που χάθηκε, 3) το φύλο του παιδιού, 4) η ηλικία του παιδιού, 5) η ύπαρξη ή μη προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής στο παιδί ή στο γονέα, και 6) οικογενειακοί παράγοντες, όπως η σύνθεση και η λειτουργία της οικογένειας, οι επικοινωνιακοί δεσμοί που είχαν αναπτυχθεί ανάμεσα στα μέλη της κ.α. (Dowdney, op. cit.).

Η σπουδαιότητα αυτών των μεταβλητών διαφαίνεται κι από την έρευνα των Raveis, Siegel και Karus (1999), οι οποίοι υπογραμμίζουν την συμβολή των «δεικτών ασφαλείας» (μτφ. από τον όρο *safeguard predictors*), τόσο στην κατανόηση όσο και στην προσαρμογή των παιδιών απέναντι στην απώλεια. Μεταξύ όσων ήδη αναφέρθηκαν, οι ερευνητές συμπληρώνουν ότι σημαντικό ρόλο επίσης φαίνεται να παίζουν: ο χρόνος που μεσολαβεί από το θάνατο, η παρουσία αδελφών, οι δεσμοί προσκόλλησης που έχει αναπτύξει το παιδί με τους γονείς, και η διάρκεια της ασθένειας του γονέα, εάν υφίσταται.

Όπως ακριβώς κι οι ενήλικες, τα παιδιά κάθε ηλικίας χρειάζονται χρόνο για να συνειδητοποιήσουν και να κατανοήσουν την απώλεια. Αυτή η διαδικασία, όμως είναι διαφορετική σ' αυτά από ότι στους ενήλικες, καθώς πρώτα να επεξεργαστεί τρεις σύμφυτες με αυτόν έννοιες: την μη αναστρεψιμότητα, την αιτιότητα και τη μη αποτρεψιμότητά του. (Willis, 2002). Έτσι, ο διαχωρισμός των ψυχοσυναισθηματικών σταδίων ανάπτυξης με βάση την ηλικία και τις διανοητικές ικανότητες του παιδιού, μας βοηθά να καταλάβουμε τις αντιδράσεις του απέναντι στο θάνατο.

Αναλυτικότερα, το βρέφος δεν είναι ικανό να αντιληφθεί την έννοια του θανάτου. Μπορεί, όμως, να διαπιστώσει την απουσία και να διαισθανθεί τη θλίψη των γύρω του. Έτσι, ένα μωρό θα αντιδράσει με το δικό του τρόπο: με διαταραχές στον ύπνο, ευερεθιστότητα, μεταβολές στην όρεξη, υπερβολική αναζήτηση επαφής ή αδιαφορία, και σε σοβαρότερες περιπτώσεις με σύνδρομο εγκατάλειψης και οργανικές διαταραχές. Το νήπιο των 3-5 ετών μπορεί να αντιληφθεί την μονιμότητα του θανάτου μερικώς μήνες μετά από το συμβάν, ενώ παράλληλα είναι σε θέση να εκφράσουν την λύπη τους, η οποία όμως δεν αναιρεί το γέλιο ή το παιχνίδι τους. Οι συχνές ερωτήσεις και η ενασχόληση με το νεκρό, οι διαταραχές στο βραδινό ύπνο κι ο φόβος για το σκοτάδι είναι αρκετά συνηθισμένα, κι όχι ανησυχητικά συμπτώματα.

Επιπρόσθετα, το παιδί των 6-8 ετών αντιλαμβάνεται αμέσως τη μονιμότητα της απουσίας που συνεπάγεται ο θάνατος, Εκδηλώνει συχνά το φόβο του θανάτου για το ίδιο ή για κοντινά του πρόσωπα, και εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης κι ενοχής. Αν και μπορεί να κρύψει τον πόνο του πίσω από προκλητικές προς τους άλλους ενέργειες, πιο βέβαιο είναι να εκφράσει τα συναισθήματά του με σοβαρότητα. Σε αυτήν την ηλικία επισημαίνεται κι η ανάγκη της δημιουργίας μιας γλυκιάς ανάμνησης του γονέα που χάθηκε, σαν ένα μύθο που το παιδί για χρόνια θα διατηρεί. Λίγο αργότερα, στην ηλικία των 9-11 ετών, τα παιδιά παρουσιάζουν ισχυρούς μηχανισμούς άμυνας και σαφείς ενδείξεις εκλογίκευσης. Συνηθίζεται να «μετουσιώνουν» τις συγκινήσεις τους και να προσπαθούν να δείχνουν πιο δυνατά. Για αυτά τα παιδιά, η πληροφόρηση σχετικά με το θάνατο φαίνεται να τους παρέχει ένα είδος ασφάλειας, γι' αυτό το λόγο συχνά την επιζητούν ή / και την απαιτούν.

Τέλος, από τα 12 χρόνια μέχρι και το τέλος της εφηβείας, έχουμε τις πιο έντονες και πιο επικίνδυνες αντιδράσεις. Κάποιοι έφηβοι αναζητούν την πληροφόρηση κι άλλοι την αρνούνται. Μερικοί εκφράζουν τα συναισθήματα αγάπης και μίσους που νιώθουν, ενώ κάποιοι άλλοι τα αποσιωπούν. Ωστόσο, ο μεγαλύτερος κίνδυνος σε αυτήν την ηλικία είναι η αυτοκτονία και η εμπλοκή τους με

εξαρτησιογόνες ουσίες. Παρόλα αυτά δεν είναι απίθανο, λόγω της αναζήτησης του εφήβου της ατομικής και σεξουαλικής του ταυτότητας, ο χώρος για την διεργασία του πένθους να περιορισθεί αισθητά, ενώ είναι επίσης πιθανό ο έφηβος να θελήσει να παίξει το ρόλο του «παρηγορητή» για τον εν ζωή γονέα του. (Bacque, 2004· Christ, H. G, 2000).

Υπάρχουν, επιπλέον, κάποιες σοβαρές ενδείξεις ότι τα παιδιά που πενθούν βρίσκονται σε ένα υψηλό επίπεδο κινδύνου να παρουσιάσουν κάποια μορφή διαταραχής, όταν προέρχονται από μονογονεϊκές οικογένειες, ή /και από οικογένειες μέσα στις οποίες οι γονείς αντιμετώπιζαν δυσκολίες στις σχέσεις τους, όπως προβλήματα υποταγής στην εξουσία, απουσία αυτοελέγχου και ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις. (Luecken & Appelhans, 2005). Στην έρευνα των Saldinger, Gain et al. (2004), επιβεβαιώθηκε η ανάγκη εκπαίδευσης των γονέων σε επικοινωνιακά θέματα και σε θέματα χειρισμού του θανάτου του συντρόφου τους σε σχέση με τα μικρά παιδιά τους, καθώς διαπιστώθηκε πως οι δεσμοί υποσκάπτονται μπροστά στην απειλή ενός επικείμενου θανάτου. Ενώ, σε ακόμα πιο πρόσφατη έρευνα φάνηκε πως η θετική υποστηρικτική σχέση του γονέα προς τα παιδιά που αντιμετωπίζουν το χαμό του άλλου γονέα, προλαμβάνει την εμφάνιση ψυχικών προβλημάτων. Ιδιαίτερη βελτίωση διαπιστώθηκε στα μικρά κορίτσια, τόσο από τα ίδια, όσο και από τους άτυπους φροντιστές τους (μτφ. από τον όρο caregivers) (Haine R., Wolchik, S. et al., 2006).

Παρόλο που πολλοί ερευνητές επισημαίνουν ότι η θεραπεία του πένθους στα παιδιά έχει θαυμαστά αποτελέσματα σε σχέση με άλλους παράγοντες, όπως ο χρόνος, η φυσική διεργασία του πένθους, η κοινωνική στήριξη που λαμβάνουν κ.α., οι ειδικοί υποχρεούνται να σεβαστούν – όταν δεν υπάρχει άμεση ανάγκη παρέμβασης – τις επιθυμίες του παιδιού ή της οικογένειας (Tonkins & Lambert, 1999).

7. Παρεμβάσεις στο θάνατο, στο πένθος και τον θρήνο

Οι επαγγελματίες ψυχολόγοι συναντούν όλο και περισσότερο στις μέρες μας την προοπτική να δουλέψουν μαζί με ασθενείς κι οικογένειες που αντιμετωπίζουν ζητήματα θανάτου. Μπορούν να προσφέρουν σημαντική ανακούφιση και βοήθειας μέσω των παρεμβάσεων τους, τόσο στους ασθενείς, πριν την εμφάνιση μιας ασθένειας, αφού γίνει η διάγνωση και ξεκινήσει η θεραπεία, κατά την εξέλιξη της νόσου και στη διαδικασία θανάτου αλλά και μετά, στους πενθούντες οικείους, που παρουσιάζουν συμπτώματα σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης, κι έντονου άγχους. Γνωρίζοντας καλά τις μεταβολές που επιφέρει η απώλεια ενός ατόμου στην οικογένειά του, σε ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο, μπορούν να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αναγνώριση και την εξάλειψη των παραγόντων που συμβάλλουν στο υπαρξιακό άγχος και των αντίστοιχων φόβων για το τέλος της ζωής, αναπτύσσοντας τις κατάλληλες κάθε φορά μεθόδους παρέμβασης. (Haley, Larson et al., 2003).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν μια φυσιολογική διεργασία θρήνου και πένθους, λαμβάνοντας σημαντική και επαρκή υποστήριξη από τους οικείους τους και το υπόλοιπο κοινωνικό δίκτυο. Εντούτοις, η διεργασία του πένθους είναι σαφώς εξατομικευμένη κι επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων, όπως οι προσωπικές πεποιθήσεις, οι συνθήκες της ζωής, το μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο του ατόμου που πενθεί, οι τρόποι αντιμετώπισης του άγχους που το άτομο χρησιμοποιεί κ.α. Για το λόγο αυτό, η σχετική συμβουλευτική απαιτεί ειδική εκπαίδευση σε θέματα που σχετίζονται με την διεργασία του θρήνου, κι οι αντίστοιχες παρεμβάσεις θα πρέπει να εξαρτώνται άμεσα από το αναπτυξιακό στάδιο και το φύλο του πενθούντα, από τη συναισθηματική σχέση του με το νεκρό, κι από πλείστες όσες πολιτισμικές κι ατομικές διαφορές⁹ (Καραδήμας, 2005).

9) Η Sheila Clark περιγράφει την «κλίμακα μέτρησης του πένθους» (μτφ. από το Grief Map) ένα κλινικό εργαλείο που παρέχει ένα πολυδιάστατο πλαίσιο εργασίας της αντιμετώπισης των προβλημάτων του πένθους, περιλαμβάνοντας όλες τις ατομικές διαφορές των θεραπευόμενων (Clark, 2001).

Οι κυριότερες μορφές παρέμβασης που έχουν αναπτυχθεί είναι η ατομική παρέμβαση, η οικογενειακή θεραπεία, η ομαδική παρέμβαση, οι ομάδες πενθούντων κι η γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία. Οι ψυχολόγοι γνωρίζουν ότι οι επιπλοκές στην διεργασία του θρήνου, μπορεί να αναφέρονται σαν ψυχική διαταραχή, αλλά παράλληλα διαχωρίζονται κι από την μείζονα κατάθλιψη, τις διαταραχές πανικού, ή την διαταραχή του μετατραυματικού στρες, που συνήθως έπονται, ως ενδείξεις του περιπλεγμένου και του παθολογικού πένθους. Στις περιπτώσεις αυτές, η ψυχοθεραπευτική διαδικασία αλληλοσυμπληρώνεται από κάποια φαρμακευτική αγωγή, που βοηθά να αποφευχθεί η εμφάνιση μιας ψυχιατρικής διαταραχής και ανακουφίζει τον πενθούντα από τον πόνο (Raphael, Minkov and Dobson, 2001). Διαφορετικά, οι παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν απλές τεχνικές χαλάρωσης και διαχείρισης τους άγχους, βαθύτερες διαδικασίες επεξεργασίας της σημασίας της απώλειας και νοσηματοδότησης του θανάτου, ευκαιρίες για έκφραση των συναισθημάτων και, τέλος, εκμάθηση νέων ικανοτήτων σε πενθούντες για την επίλυση πρακτικών προβλημάτων που δημιουργήθηκαν μετά το θάνατο (Fleming & Robinson, 2001).

Η R. Malkinson (1996) είχε προτείνει την διοχέτευση του πόνου που πηγάζει από την απώλεια μέσα σε μια πιο ενεργητική και αποτελεσματική διεργασία πένθους, η οποία θα περιελάμβανε: α) την πληροφόρηση του πενθούντα σχετικά με την απόκτηση λειτουργικότερων τρόπων έκφρασης β) τον εστιασμό από την πλευρά των ειδικών στην διαδικασία αποδοχής της απώλειας, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της φάσης του έντονου θρήνου, γ) την εκμάθηση νέου ρεπερτορίου συμπεριφοράς στους πενθούντες, δ) την απόκτηση γνωστικού ελέγχου από τα άτομα, και στ) τεχνικές χαλάρωσης και αναπνοής για να μπορούν να καταπολεμήσουν το άγχος και την αϋπνία. Αντίθετα, ο Niemeyer (2000) αναφέρει πως στόχος οποιασδήποτε συμβουλευτικής προσπάθειας θα πρέπει να είναι η επαναδόμηση του κόσμου του πενθούντα με την διατήρηση, όμως, ενός δημιουργικού συνεχόμενου δεσμού με τον αποθανόντα.

Πιο κοντά στην θεωρία της Malkinson φαίνεται να είναι η συστηματική προσέγγιση, που περιγράφουν οι McBride και Simms (2001). Η ψυχοθεραπεία, εδώ, έχει ως κέντρο της την οικογένεια και στηρίζει ένα μεγάλο μέρος της αποτελεσματικότητάς της στις ικανότητες του θεραπευτή, ο οποίος επικεντρώνει το ενδιαφέρον του σε τρία βασικά σημεία: στον τρόπο που η οικογένεια θα συνειδητοποιήσει την απώλεια, στη δημιουργία ή τη διατήρηση στενότερων σχέσεων

μεταξύ των μελών της, και στην ομαλότερη προσαρμογή των πενθούντων. Ταυτόχρονα, ο θεραπευτής πρέπει να είναι ικανός να διακρίνει τα τέσσερα βασικά στάδια της διεργασίας του πένθους (αποδοχή της πραγματικότητας, βίωση του πόνου, προσαρμογή στις νέες συνθήκες, συναισθηματική επανεπένδυση) και να δώσει στα άτομα τα χρονικά περιθώρια που χρειάζονται. Ο κυριότερος, όμως, στόχος της συστηματικής θεραπείας είναι η δημιουργία ενός καλού υποστηρικτικού πλαισίου. Ενώ, αντίστοιχα, οι Stroebe & Schut (1999/2005) προτείνουν το μοντέλο της αμφίδρομης διαδικασίας (μτφ. από το dual – process model, D.P.M.), το οποίο βασίζεται στην θεωρία του δεσμού. Οι ερευνητές υπογραμμίζουν πως για να επιτευχθεί η προσαρμογή του πενθούντα στα νέα δεδομένα της ζωής του, πρέπει πρώτα να επαναπροσδιοριστεί η σχέση του με το νεκρό. Το μοντέλο αυτό επιστρατεύει διάφορες τεχνικές για διαφορετικά είδη δεσμών και επεξηγεί πώς οι επιπλοκές του πένθους σχετίζονται με προηγούμενες ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις.

Οι παρεμβάσεις του πένθους μπορούν, ακόμα, να υποδιαιρεθούν σε τρεις κατηγορίες: την γενική ή πρωτογενή παρέμβαση πρόληψης, στις επιλεκτικές παρεμβάσεις σε ομάδες «υψηλού κινδύνου» ή δευτερογενή παρέμβαση, και στην ψυχοθεραπευτική μονάδα περίπλοκου και παθολογικού θρήνου ή τριτογενής παρέμβαση. Πιο συγκεκριμένα, η πρωτογενής παρέμβαση αναφέρεται εκ προοιμίου σε όλα τα άτομα που πενθούν, αλλά έχει διαπιστωθεί ότι έχει μεγαλύτερη επίδραση στις χήρες και στα παιδιά που αντιμετωπίζουν την απώλεια. Η δευτερογενής παρέμβαση έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει τα άτομα, που κατατάσσονται σε πιο ευπαθείς κατηγορίες πενθούντων, όπως είναι αυτοί που εκδηλώνουν υψηλά ποσοστά άγχους, τα άτομα που αντιμετωπίζουν μια τραυματική απώλεια, οι γονείς που έχουν χάσει το παιδί τους κ. ά. Ενώ, αντίστοιχα η τρίτη κατηγορία υποστηρίζει τα άτομα που λόγω της απώλειας έχουν εκδηλώσει βαρύτερη μορφή πένθους και ψυχιατρικά συμπτώματα (Schut, Stroebe, Van den Bout και Terheggen, 2001).

Παρά την ανάπτυξη, όμως, μιας σειράς ειδικών παρεμβάσεων για την διαχείριση του πένθους και του θρήνου, τα μέχρι στιγμής αποτελέσματα δεν είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά. Η ποιοτική ανασκόπηση κι η μετανάλυση ατομικών παρεμβάσεων του πένθους έδειξε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έπαιρναν μέρος σε μια μη – κατευθυνόμενη θεραπεία που είχε σα στόχο την έκφραση των συναισθημάτων τους και την παροχή συμβούλων σε πρακτικά ζητήματα, και που τελικά είχε σαν αποτέλεσμα την ελάχιστη βελτίωση στην υγεία και την

λειτουργικότητα των πενθούντων. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα των ομαδικών παρεμβάσεων που βοηθούσαν μεν στην αντιμετώπιση των δυσάρεστων συναισθημάτων των ατόμων, αλλά πολύ λίγες φορές προέβαιναν σε κάποιο είδος γνωστικής αναδόμησης. Πιο βοηθητικές φάνηκαν να είναι οι παρεμβάσεις που αξιοποιούσαν ή ενθάρρυναν την κοινωνική στήριξη (Kato & Mann, 1999· Καραδήμας, 2005).

Οι Neimeyer και Jordan (2003) δίνουν τέσσερις πιθανές εξηγήσεις για τα γενικά αυτά ευρήματα των ερευνών, σύμφωνα με τα οποία η Συμβουλευτική του πένθους φαίνεται να έχει αβέβαια αποτελέσματα. Αρχικά, καταδεικνύουν την απροθυμία των πενθούντων να στραφούν σε κάποιον ειδικό ακολουθώντας τη ρήση «ο χρόνος είναι ο καλύτερος γιατρός», πιστεύουν στην «αυτό-ίαση» και ελπίζουν πως με τον καιρό θα επουλωθούν τα τραύματά τους, θα αμβλυθούν οι σωματικές ενοχλήσεις τους, και θα προσαρμοστούν. Ο δεύτερος παράγοντας αφορά στη θεραπεία, την οποία θα λάβουν. Για κάποιους η ατομική παρέμβαση αποδεικνύεται πιο βοηθητική, καθώς έχουν αναφερθεί περιπτώσεις στις οποίες η ανομοιογένεια των μελών μιας ομάδας (π.χ. η εθνικότητα, το φύλο, ο βαθμός της κατάθλιψης) παρακωλύει τη διάδρασή τους και αποξενώνει κάποια άτομα.

Έπειτα, ο λόγος για τον οποίον λαμβάνει χώρα η θεραπεία ποικίλλει και διαφοροποιείται κατά τη διάρκεια της, με αποτέλεσμα να μειώνεται η αποτελεσματικότητά της. Για παράδειγμα, μια χήρα που θέλει να βοηθηθεί ώστε να αντιμετωπίσει το θάνατο του συζύγου της, αργότερα ίσως χρειαστεί βοήθεια για να στηρίξει τα παιδιά της, οπότε οι στόχοι της παρέμβασης περιπλέκονται. Και τέλος, σημαντικός είναι κι ο παράγοντας του χρόνου. Οι ίδιοι ερευνητές υποστηρίζουν πως το πότε ξεκινά μια θεραπευτική διαδικασία (δηλαδή, ο χρόνος που μεσολάβησε μέχρι το άτομο να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό), και το πόσο αυτή θα διαρκέσει, έχουν άμεση σχέση με την βελτίωση της υγείας των συμβουλευόμενων. Πολλές φορές, μάλιστα, οι πενθούντες διακόπτουν απότομα τις συνεδρίες τους, αμέσως μόλις υποχωρήσουν τα βασανιστικά γι' αυτούς ψυχικά και σωματικά συμπτώματα.

Οι Schut, Stroebe et al. (2001), διαπίστωσαν την υπερβολική ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης, ομάδων θεραπείας και σεμιναρίων για την αντιμετώπιση των μορφών του περίπλοκου και του παθολογικού θρήνου. Συγκεκριμένα, αναφέρουν ότι στις Η.Π.Α., στην Αυστραλία και σε διάφορες χώρες της Ευρώπης, μια πληθώρα από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, νοσοκομεία, μη κυβερνητικές οργανώσεις πενθούντων, καθώς και πολυάριθμες θρησκευτικές και ανθρωπιστικές

οργανώσεις προσφέρουν τις συμβουλευτικές και ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες τους. Παρόλα αυτά συνιστούν ιδιαίτερη προσοχή, καθώς η υποστήριξη που λαμβάνουν τα άτομα από τις διάφορες δομές παροχής βοήθειας, άλλοτε αποδεικνύεται ευεργετική, κι άλλοτε έχει παροδικά ή /και αρνητικά αποτελέσματα.

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Καθένας από εμάς κρατά δύο αντιθετικές στάσεις απέναντι στο θάνατο, η μία που τον αναγνωρίζει ως τέλος της ζωής και η άλλη που αρνείται την πραγματικότητα του (Freud, 1915, στο Αναγνώστου, 1998). Ο θάνατος, όμως, βρίσκεται παντού, ακόμα και στο πρώτο σημάδι της ζωής και φαίνεται να είναι ο μεγαλύτερος «δάσκαλός» της. Αντιμετωπίζοντας το θάνατο αφήνουμε τον εαυτό μας ελεύθερο να ερωτευθεί, να δημιουργήσει, να ταξιδέψει, να χαρεί και να πενήσει. Είναι ίσως το μοναδικό γεγονός που συμβάλλει σε μια περισσότερο ολοκληρωμένη και ουσιαστική ζωή. Άλλωστε, μια αντιπαράθεση με την οριακή αυτή εμπειρία δημιουργεί στο άτομο μια δραματική ευκαιρία για να αλλάξει προοπτική (Attig, 2004).

Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου είναι αναμφισβήτητα ένα τραυματικό γεγονός που φέρνει το άτομο στη δυσάρεστη θέση να βιώσει οδυνηρά συναισθήματα, πολύ πόνο και μοναξιά. Ο δρόμος του πένθους είναι δύσβατος, αλλά αποτελεί ωστόσο απαραίτητο στάδιο για την ψυχική και πνευματική ωρίμανση του ατόμου. Ένα σημείο αναφοράς και επαναπροσδιορισμού, που άλλοτε ακολουθεί μια φυσιολογική κι ομαλή πορεία, κι άλλοτε ένα αγχογόνο ερέθισμα με παθολογικές και νοσηρές επιπτώσεις στον ψυχισμό και την σωματική υγεία του πενθούντα.

Κάποιοι άνθρωποι δεν ξεπερνούν σχεδόν ποτέ το σοκ που τους προκάλεσε η απώλεια, βυθίζονται στην κατάθλιψη και πενθούν για χρόνια. Άλλοι πάλι την αποδέχονται σα γεγονός και προσαρμόζονται, χωρίς αυτό να σημαίνει πως ξεχνούν αυτόν που έφυγε. Τα Ψυχοδυναμικά Μοντέλα (Freud, Bowlby, Parkes) κάνουν λόγο για δεσμούς προσκόλλησης με τον νεκρό και για αδρανείς μηχανισμούς άμυνας στα άτομα που πενθούν, ενώ παράλληλα τονίζουν ότι οι συνθήκες του θανάτου, το είδος της συναισθηματικής σχέσης με τον αποθανόντα και τα βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του πενθούντα, επηρεάζουν τις αντιδράσεις του. Τα Μοντέλα Υποχρεώσεων (Worden, Rando) και των Σταδίων (Kubler-Ross) ορίζουν μια σειρά από βραχυπρόθεσμους στόχους που πρέπει το άτομο να επιτύχει για να μπορέσει να προσαρμοστεί. Ενώ οι θεωρίες του στρες και της Κοινωνικής Στήριξης καταδεικνύουν τον ευεργετικό ρόλο ενός καλού και διαθέσιμου υποστηρικτικού πλαισίου κατά τη διάρκεια της πενθηφορίας.

Η βαθιά θλίψη και η οδύνη στην οποία υπεισέρχεται το άτομο που έχει υποστεί την απώλεια θεωρούνται εκδηλώσεις του φυσιολογικού πένθους. Άλλωστε η διαδικασία που οδηγεί στην προσαρμογή στις νέες συνθήκες, περνά απαραίτητως από τα στάδια της άρνησης, της συνειδητοποίησης και της επανεπένδυσης. Αντίθετα, η μεγάλη χρονική διάρκεια του βαρέως πένθους κι η ένταση των αντιδράσεων του ατόμου, η απομόνωση και τα υστερικά ή νευρωτικά ξεσπάσματά του, είναι δείκτες παθολογικού θρήνου και η άμεση θεραπευτική παρέμβαση κρίνεται αναγκαία για την βελτίωση της συμπεριφοράς και της υγείας του πενθούντα.

Αν και η απώλεια ενός συντρόφου θεωρείται φυσιολογική και λιγότερο καταστροφική για το άτομο, ωστόσο συνοδεύεται πολλές φορές από σημαντικές ψυχοσωματικές, κοινωνικές και οικονομικές δυσκολίες για κάποιους. Συγχρόνως, τα πιο έντονα και χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα εκδηλώνονται σε γονείς που πενθούν για τον χαμό των παιδιών τους, ενώ αντίστοιχα ο θάνατος ενός γονέα πιστεύεται πως ευθύνεται για την εμφάνιση ψυχικών νευρώσεων και δυσλειτουργικής συμπεριφοράς των παιδιών, όταν αυτά ενηλικιωθούν.

Παρόλο που τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων σε πενθούντες, όσον αφορά στην βελτίωση της ψυχικής τους υγείας και στην απαιτούμενη αποδοχή της απώλειας είναι αμφιλεγόμενα, η εξοικείωση των ειδικών- όχι μόνο με την ψυχολογική σημασία του θανάτου και της διεργασίας του πένθους, αλλά και με την κοινωνική, πολιτιστική και θρησκευτική του σημασία-, κρίνεται αναγκαία. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πάνω σε ένα τόσο ουσιαστικό για τον άνθρωπο ζήτημα, αποτελεί ίσως τη βάση για τον αποτελεσματικότερο σχεδιασμό ερευνών και παρεμβάσεων σε πενθούντες, τόσο προληπτικά, όσο και σε δευτερογενές κ.ο.κ επίπεδο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Attig,T.(2004).Meanings of Death seen through the lens of Grieving.*Death Studies*,28, 341-360.

Bacque,M.F.(2004). Πένθος και Υγεία: Άλλοτε και Σήμερα (2^η έκδ.).
Αθήνα:Θυμάρι.

Balk,D.(1999). Bereavement and Spiritual change. *Death Studies*,23, 485-493.

Burlow, D., Durand, V.(2001). Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά:Μια συνθετική Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση (2^η έκδ.), Λ.Μεσσήνη(επιμ.),
Αθήνα:ΕΛΛΗΝ.

Becker, S., Knudson, R.(2003).Visions of he dead: Imagination and Mourning.*Death Stydies*, 27, 691-716.

Boerner,K., Heckhausen,J.(2003).To have and have not:Adaptive Bereavement by transforming mental ties to the deceased. *Death Studies*,27,199-226.

Bonanno, G., Kaltman,S.(2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*,21,705-734.

Christ, G.(2000). Impact of Development on children´s Mourning. *Cancer practice*,8,72-80.

Clark,D.(1993). The Sociology of Death. The Editional Board of the Sociological Review: Blackwell Publishers.

Clark,S.(2001). Mapping Grief:an active approach to grief resolution. *Death Studies*,25,531-548.

Dawson,P., Riches,G.(1998). Lost Children, living Memories:the role of photographs in processes of grief and adjustment among bereaved Parent. *Death Studies*,22,121-140.

Dowdney,L.(2000).Annotation:Childhood Bereavement following Parental Death. *Child Psychology and Psychiatry*,41,819-830.

Dutton,Y., Zisook,S.(2005). Adaptation to Bereavement.*Death Studies*,29,877-903.

Ellis,J., Stump,J.(2000). Parents' perceptions of their children's death concept.*Death Studies*,24,65-70.

Field,N., Friedrichs,M.(2004). Continuing Bonds in coping with the death of a husband.*Death Studies*,28,397-620.

Fleming, S., Robinson, P.(2001). Grief and Cognitive- Behavioral Therapy:the Reconstruction of Meaning. In Stroebe et al.(Eds.), *Handbook of Bereavement Research* (pp.647-669).Washington, DC:American Psychology Association.

Freud, S.(1998). Επίκαιρες παρατηρήσεις για τον πόλεμο και τον θάνατο. Λ.Αναγνώστου (Μεταφρ.). Αθήνα:Επίκουρος.

Znoj,H., Keller,D.(2002). Mourning parents:considering safeguards and their relation to health. *Death Studies*,26,545-565.

Gilliland,G., Fleming,S.(1998).A comparison of spousal antipatory grief and conventional grief. *Death Studies*,22,541-569.

Hagenmeister, A., Rosenblatt, P.(1997). Grief and sexual relationship of couples who have experienced a child's death. *Death Studies*,21,231-252.

Haine, R., Wolchik, S., Sandler, I., Millsap,R., Ayers,I.(2006). Positive parenting as a protective resource for parentally bereaved children. *Death Studies*,30,1-28.

- Haley, W., Larson, D., Kasl-Godley, J., Neimeyer, R., Kwilosz, D. (2003). Roles of Psychologists in End-of-life Care: Emerging Models of Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 626-633.
- Jacobs, S., Mazure, C., Pringerson, H. (2000). Diagnostic criteria for Traumatic Grief. *Death Studies*, 24, 185-199.
- Jordan, J., Niemeyer, R. (2003). Does Grief Counseling work? *Death Studies*, 27, 765-786.
- Kamm, S., Vandenberg, B. (2001). Grief communication, Grief reactions and marital satisfaction in bereaved parents. *Death Studies*, 25, 569-582.
- Κανελλοπούλου, Β. (2000). Ψυχαναλυτική θεώρηση του πόνου. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καραδήμας, Ε. (2005). Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη. Αθήνα: ΤΥΠΩΘΗΤΩ.
- Kato, P., Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 19, 275-296.
- Klass, D. (1997). The Deceased child in the psychic and social worlds of bereaved parents during the resolution of Grief. *Death Studies*, 21, 147-175.
- Kaunonen, M., Tarrka, M., Paunonen, M., Laippala, P. (1999). Grief and Social Support after the death of a spouse. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1304-1311.
- Littlewood, J. (1993). The denial of Death and rites of passage in contemporary societies. In Clark, D. *The Sociology of Death* (pp. 69-83). The Editorial Board of the *Sociological Review*: Blackwell Publishers.
- Luecken, L., Appelhans, B. (2005). Information-Processing Biases in young Adults from bereaved and divorced families. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 309-313.

- Malkinson, R.(1996). Cognitive Behavioral Grief therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavioral Therapy*,14,155-171.
- McBride, J., Simms,S.(2001). Death in the Family:Adapting a family Systems framework to the Grief Process. *The American Journal of Family Therapy*,29,59-73.
- Marrone, R.(1999). Dying, Mourning, and Spirituality:a psychological perspective. *Death Studies*,23,495-519.
- Matthews, L., Marwitt,S.(2004). Complicated Grief and the trend toward Cognitive-Behavioral Therapy. *Death Studies*,28,849-863.
- Murphy,S.,Lohan,J., Braun,T., Johnson,C., Gain,K., Beaton,R.(1999). Parents' health, health care utilization and health behaviors following the violent deaths of their 12-to 28-year-old children:a prospective longitudinal analysis. *Death Studies*,23,589-616.
- Neimeyer,R.(2000). Grief therapy and Research as essential tensions:prescriptions for a progressive partnership. *Death Studies*,24,603-610.
- Ott,C., Lueger, R.(2002). Patterns of change im mental health status during the first two years of spousal bereavement. *Death Studies*,26,387-411.
- Ott,C.(2003). The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies*,27,249-272.
- Prigerson,H., Jacobs, S.(2001). Traumatic Grief as an distinct disorder:a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test.(pp.613-645). In Stroebe et al.(Eds.), *Handbook of Bereavement Research*. Washington, DC:American Psychological Association.
- Rando, T.(1995). Grief and Mourning: Accomodating to Loss(pp.211-241). In Taylor & Francis, *Dying: Facing the Facts*(3rd ed.).Washington, DC.

Raphael, B., Minkov, C., Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved person (pp.587-611). In Stroebe et al. (Eds.), *Handbook of Bereavement Research*. Washington: American Psychological Association.

Raveis, V., Siegel, K., Karus, D. (1999). Children's Psychological Distress following the Death of a Parent. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 165-180.

Rubinstein, G. (2004). Locus of control and helplessness: Gender differences among bereaved Parents. *Death Studies*, 28, 211-223.

Saldinger, A., Gain, A., Porterfield, K., Lohnes, K. (2004). Facilitating attachment between school-aged children and a dying Parent. *Death Studies*, 28, 915-940.

Samarel, N. (1995). The Dying Process (pp.89-116). In Taylor & Francis, *Dying: Facing the Facts* (3rd ed.). Washington, DC.

Schut, H., Stroebe, M., Van den Bout, J., Terheggen, M. (2001). The efficacy of Bereavement interventions: determining who benefits. In Stroebe et al. (Eds.), *Handbook of Bereavement Research* (705-737). Washington, DC.

Stroebe, M., Hansson, R., Stroebe, W., Schut, H. (2001). *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care*. Washington, DC.

Stroebe, W., Schut, H. (2001). Risk factors in Bereavement Outcome: a Methodological and Empirical Review. In Stroebe et al. (Eds.), *Handbook of Bereavement Research* (pp.349-371). Washington, DC.

Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with Bereavement: A Theoretical Intergration. *Review of General Psychology*, 9, 48-66.

Taylor & Francis (1995). *Dying: Facing the Facts* (3rd ed.), Washington, DC.

Tonkins, S., Lambert, M. (1996). A Treatment Outcome Study of Bereavement Groups for Children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 13, 3-21.

Yalom,I.(2003).Θρησκεία και Ψυχιατρική. Αθήνα:ΑΓΡΑ.

Ungar,L.,Florian,V.(2004).What helps middle-aged widows with their psychological and social adaptation several years after their loss? *Death Studies*,28,621-642.

Vickio,G.(2000).Developing Beliefs that are compatible with Death:revising our assumptions about predictability, control and continuity. *Death Studies*,24,739-758.

Vovelle,M.(2000). Ο Θάνατος και η Δύση. Αθήνα:Νεφέλη.

Χατήρα, Π.Δ.(2000).Κλινική ψυχολογική παρέμβαση στο παιδί και τον έφηβο με βαρύ και χρόνιο νόσημα. Αθήνα: «Ζήτα».

Weiss,R.(2001). Grief, Bonds and Relationships. In Stroebe et al.(Eds.), Handbook of Bereavement Research.(pp.47-61).Washington,DC.

Wheeler,I.(2001). Parental Bereavement:the crisis of Meaning. *Death Studies*,25,51-66.

Willis,CI.(2002).The Grieving Process in children:Strategies for Understanding, Education and Reconciling Children's Perceptions of Death. *Early Childhood Education Journal*,29,221-226.