



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ:
ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
ΠΟΥΜΠΗ ΒΑΛΣΑΜΟΥΛΑ-ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ 1735
ΕΠΙΒΛ.ΚΑΘ. Κ_α ΧΑΤΗΡΑ Κ.**

ΡΕΘΥΜΝΟ 12/07/07

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	1
Εισαγωγή.....	2
1. «Εισάγοντας το πένθος».....	4
1.1 Διαπολιτισμικές διαφορές.....	4
1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν το πένθος.....	6
1.3 Διάρκεια του πένθους.....	8
2. Πένθος και Κατάθλιψη: Θεωρητικές προσεγγίσεις.....	11
2.1 Ψυχοδυναμικές θεωρίες.....	11
2.1.1 Freud.....	11
2.1.2 Bowlby.....	12
2.1.3 Parkes.....	13
2.2 Μοντέλα «υποχρεώσεων».....	14
2.2.1 Lindemann.....	14
2.2.2 Worden.....	15
2.2.3 Rando.....	16
2.3 Μοντέλα σταδίων.....	17
2.3.1 Kübler - Ross.....	17
2.4 Θεωρίες Κοινωνικής Στήριξης.....	18
3. Πένθος και Κατάθλιψη.....	19
3.1 Κατάθλιψη ως σύμπτωμα στην απώλεια.....	19
3.1.1 Φυσιολογικό πένθος.....	19
3.1.2 Βαρύ πένθος.....	24
3.2 Κατάθλιψη και παθολογία στη διεργασία του πένθους.....	25
3.2.1 Παθολογικό πένθος.....	25
3.2.2 Περιπλεγμένο πένθος.....	28
3.2.3 Τραυματικό πένθος.....	32
3.2.4 Ψυχιατρικά πένθη.....	33
3.2.5.Υστερικό πένθος.....	34
3.2.6 Ιδεοψυχαναγκαστικό πένθος.....	35

3.2.7 Μανιακό πένθος.....	35
3.2.8 Μελαγχολικό πένθος.....	36
4. Πένθος και Κατάθλιψη στην απώλεια της αυτοεικόνας.....	36
4.1 Κατάθλιψη ως σύμπτωμα σε τραυματικά γεγονότα ζωής.....	36
4.1.1 Θάνατος συντρόφου.....	36
4.1.2 Θάνατος γονέα.....	40
4.1.3 Θάνατος αδελφού/ης.....	46
4.1.4 Θάνατος παιδιού.....	48
4.1.5 Τραυματικά γεγονότα ζωής.....	52
4.2 Κατάθλιψη ως σύμπτωμα στην απώλεια της αυτοεικόνας.....	53
4.2.1 Απώλεια αυτοεικόνας.....	53
5. Πένθος και κατάθλιψη: Τεχνικές και μέθοδοι αντιμετώπισης.....	56
5.1 Τεχνικές και μέθοδοι παρέμβασης.....	56
5.2 Αντιμετώπιση του πένθους στα παιδιά.....	63
5.3 Ο ρόλος του σχολικού περιβάλλοντος στην αντιμετώπιση του πένθους στα παιδιά.....	66
Επίλογος.....	68
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	69

*Και όπως ζεις, ήρεμα και μη συνειδητοποιώντας
τη σκοτεινή όψη της ζωής, λες
πως τα κατάφερες μια χαρά. Τότε όμως
μπορεί να εισβάλλει από το παράθυρο
κάτι που θα ξεριζώσει την καρδιά σου
και θα σε καταστρέψει ολότελα,
παρασύροντας όλα τα ορόσημα που ήξερες και
αφήνοντας σε, τρεμάμενο, σε ένα βράχο στη βροχή.*

Neil Munroe

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έννοια του θανάτου είναι ένα πολύπλευρο, κοινωνικό, ηθικό, θρησκευτικό και φιλοσοφικό θέμα, το οποίο συχνά ταυτίζεται με την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου και περιγράφεται ως ένας έντονος ψυχικός πόνος που έχει σαν κέντρο του το άγχος του αποχωρισμού. Όμως δεν αφορά μόνο αυτό. Το πένθος εμφανίζεται σε πολλές πτυχές της ζωής του ατόμου και φαίνεται να αφορά διάφορες 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, ένας χωρισμός ή μια χρόνια ασθένεια. 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 τη διεργασία του πένθους μετά την απώλεια ενός συγγενικού προσώπου, της αυτοεικόνας του ατόμου, καθώς και απώλειες που σχετίζονται με τραυματικά γεγονότα ζωής. Στο πρώτο μέρος της εργασίας γίνεται μια αναφορά στην έννοια του θανάτου, καθώς και ορισμένων διαπολιτισμικών διαφορών σχετικά με το θάνατο και το πένθος. Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζονται εκτενέστερα οι σημαντικότερες θεωρίες που έχουν γραφτεί για το πένθος και τις λειτουργίες που αυτό επιτελεί. Στη συνέχεια ακολουθούν οι κατηγορίες του πένθους, και καταγραφή του ρόλου της κατάθλιψης στη διεργασία αυτή, άλλοτε ως σύμπτωμα, άλλοτε ως παθολογία και άλλοτε ως θεραπευτική αντίδραση. Τέλος 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.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θάνατος αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των εμπειριών του ανθρώπου ανά τους αιώνες. Οι επιπτώσεις όμως που επιφέρει στους πενθούντες διαφοροποιούνται ανάλογα με το υπάρχον κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο υφίσταται τη δεδομένη χρονική στιγμή και στο οποίο τα άτομα αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Ο άνθρωπος από τις πρώτες κοινωνίες που οργανώθηκαν, τις κυνηγετικές - συλλεκτικές μέχρι τις σημερινές, αφιέρωνε τελετές μαγικού και θρησκευτικού στη συνέχεια περιεχομένου για τους νεκρούς (Νίλσεν & Παπαδάτου, 1998). Έχουν βρεθεί στοιχεία ότι οι πρώτοι ενταφιασμοί πραγματοποιήθηκαν 35.000 με 100.000 χρόνια πριν, κατά την Μέση Παλαιολιθική Εποχή (Morphen, 1995, βλ. Bacque, 2004). Επίσης έχουν εντοπιστεί και μελετηθεί γραφικές αναπαραστάσεις νεκρικών τελετών. Οι διάφορες αυτές αναπαραστάσεις μας αποκαλύπτουν ότι τα ταφικά έθιμα που χρησιμοποιούσαν εκείνη την εποχή οι πρωτόγονοι άνθρωποι δεν αποσκοπούσαν μόνο στη λατρεία του νεκρού, αλλά είχαν και ένα διαφορετικό χαρακτήρα, προσπαθούσαν να αποτρέψουν την επιστροφή τους στον κόσμο των ζωντανών (Bacque, 2004). Εκείνη την εποχή δεν ήξεραν τίποτα για τον θάνατο, πως προέρχεται και αν μπορούν να τον εμποδίσουν με κάποιο τρόπο ή όχι, με αποτέλεσμα ο θάνατος να αποτελεί ένα θέμα άγνωστο για αυτούς τους ανθρώπους που τους προξενούσε φόβο και άγχος. Σύμφωνα με διάφορες τελετές προσπαθούσαν να αποκόψουν το νεκρό από τον κόσμο των ζωντανών, αλλά και να σβήσουν τη μνήμη του από τα υπόλοιπα άτομα της φυλής, ώστε να αποτρέψουν την ενδεχόμενη επιστροφή του. Για αυτούς τους λόγους θρυμμάτιζαν τις κνήμες των νεκρών και δεν έδιναν όνομα στα παιδιά μέχρι κάποια ηλικία, για να είναι πιο εύκολο να ξεχαστούν σε περίπτωση θανάτου τους (Νίλσεν & Παπαδάτου, 1998).

Στη συνέχεια κατά την εξέλιξη των κοινωνιών, στις αγροτικές κοινωνίες οι άνθρωποι ακόμα ήταν πολύ ευάλωτοι στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα. Δηλαδή ακόμα ο θάνατος ήταν ένα άγνωστο πρόβλημα, όπου δε μπορούσαν να ασκήσουν κάποιον έλεγχο. Όμως δεν προσπαθούσαν να απωθήσουν από τη μνήμη τους το νεκρό, αλλά ακριβώς το αντίθετο έφτιαχναν μνημεία, έπη και πραγματοποιούσαν δημόσιες τελετές. Την περίοδο αυτή πίστευαν περισσότερο στη μεταθανάτιο ζωή,

επηρεασμένοι από τις φιλοσοφικές αναζητήσεις και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις της εποχής.

Στις αστικο-βιομηχανικές κοινωνίες αναπτύχθηκε περισσότερο η επιστήμη με σημαντικότερη θετική επίδραση της την παράταση της διάρκειας της ζωής. Οι αστικο-βιομηχανικές κοινωνίες είχαν ως αποτέλεσμα την επικράτηση του ατομικισμού. Ο ατομικισμός συμβάλλει στο αυξημένο άγχος θανάτου που μας διακατέχει καθώς και στην προσπάθεια να προστατεύσουμε τον εαυτό μας από τα δυσάρεστα συναισθήματα και τις οδυνηρές εμπειρίες που προκαλούν οι απώλειες των αγαπημένων μας προσώπων.

1. «ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΣ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ»

Όταν οι άνθρωποι χάνουν κάποιον, για τον οποίο νοιάζονται, βιώνουν μια κατάσταση απώλειας, η οποία συνοδεύεται από συναισθήματα προκαλούμενα από την απώλεια, τη θλίψη και το πένθος. Το πένθος και η κατάθλιψη που προκαλείται δεν είναι σημάδια αδυναμίας, αλλά φυσιολογικές αντιδράσεις στην απώλεια ενός σημαντικού ατόμου.

Πένθος (bereavement) είναι η κατάσταση, στην οποία βρίσκεται ένα άτομο, που έχει υποστεί την απώλεια ή το θάνατο ενός σημαντικού για αυτό προσώπου. Η λέξη grief είναι η πρωταρχική συγκινησιακή αντίδραση στην απώλεια, μια αντίδραση που εκδηλώνεται με διάφορα ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Η λέξη mourning, που θα μπορούσε να μεταφραστεί στα ελληνικά με τον όρο κοινωνικό πένθος, αναφέρεται στις κοινωνικές εκφράσεις ή εκδηλώσεις του πένθους, οι οποίες έχουν τις ρίζες τους στα έθιμα της κάθε συγκεκριμένης κοινωνικής ή πολιτισμικής ομάδας.

1.1 ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ

Το πένθος θεωρείται φυσιολογική αντίδραση απέναντι στην απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Όμως οι εκδηλώσεις του πένθους φαίνεται ότι διαφοροποιούνται ανάλογα με την κουλτούρα και τον πολιτισμό. Από διάφορες διαπολιτισμικές μελέτες, που έχουν πραγματοποιηθεί φαίνεται ότι δεν υπάρχουν παγκόσμιες αντιδράσεις απέναντι στο θάνατο. Ακόμη και το κλάμα, η πιο χαρακτηριστική αντίδραση πένθους, δεν παρατηρείται σε όλους τους πολιτισμούς. Στους μη δυτικούς πολιτισμούς το κλάμα και γενικά η έκφραση συναισθήματος θεωρείται ως ένδειξη αδυναμίας και το πένθος εκδηλώνεται κυρίως με σωματικά συμπτώματα (Kleinman & Good, 1985, βλέπε, Stroebe, 1998). Έχει διαπιστωθεί άλλωστε ότι άτομα, τα οποία πενθούν και δεν εκφράζουν τον πόνο τους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν σωματικές διαταραχές σε σύγκριση με άτομα που εκδηλώνουν τα συναισθήματα αυτά (Bonnano et al., 1995, βλέπε, Stroebe,

1998). Παράδειγμα αποτελούν οι κάτοικοι του Μπαλί, οι οποίοι σε περιπτώσεις πένθους προσπαθούν να ελέγξουν τα συναισθήματα τους σε τέτοιο βαθμό που δεν εκδηλώνουν τη θλίψη τους με κλάμα, αλλά με χαμόγελο. Αυτή η παράδοξη αντίδραση δεν είναι αποτέλεσμα μόνο συγκράτησης των συναισθημάτων τους, αλλά και πεποίθησης ότι η εκδήλωση θλίψης και στεναχώριας αδικεί τη μνήμη του νεκρού (Wikan, 1988, βλέπε, Stroebe, 1998). Παράδοξες προς εμάς αντιδράσεις απέναντι στο θάνατο και το πένθος παρατηρούνται και σε άλλους πολιτισμούς. Όπως στη φυλή Navajo, όπου η περίοδος έκφρασης πόνου και θλίψης για το νεκρό περιορίζεται στις τέσσερις μέρες. Μετά το διάστημα αυτό δεν επιτρέπεται από τους κανόνες της φυλής οι πενθούντες να εκφράσουν αρνητικά συναισθήματα ή και να αναφερθούν στο νεκρό (Miller et al., 1973, βλέπε, Stroebe, 1998). Ενώ σε φυλή της νότιας Ινδίας, παρατηρείται το εξής, οι κάτοικοι πραγματοποιούν δύο κηδείες προς τιμή των νεκρών, παραληρίζοντας το θάνατο με το κόψιμο ενός φυτού. Η πρώτη κηδεία, πραγματοποιείται μετά την αποτέφρωση του σώματος και ονομάζεται «πράσινη» κηδεία. Όπως οι αναμνήσεις που σχετίζονται με το νεκρό είναι ακόμα νωπές, έτσι και το φυτό που μόλις κόπηκε είναι ακόμη πράσινο. Η δεύτερη πραγματοποιείται ένα χρόνο μετά και ονομάζεται «ξηρή» κηδεία, όπου σύμφωνα με τον παραληρισμό τους το φύλλο έχει πια ξεραθεί. Με αυτό τον τρόπο οι άνθρωποι αυτοί θέλουν να τονίσουν ότι η μεγάλη θλίψη που βίωσαν έχει υποχωρήσει. Μετά το τέλος της δεύτερης τελετής οι πενθούντες αλλάζουν διάθεση, γίνονται χαρούμενοι και επιστρέφουν στη φυσιολογική ζωή (Mandlebaum, 1959, βλέπε, Stroebe, 1998).

Εκτός από το φυσιολογικό πένθος, όμως παρατηρείται και η εκδήλωση παθολογικού πένθους. Όμως η διάκριση σύμφωνα με τα δικά μας κριτήρια και τη δική μας κουλτούρα ανάμεσα στο φυσιολογικό και στο παθολογικό πένθος στους μη δυτικούς πολιτισμούς θεωρείται δύσκολη και λανθασμένη. Ο αυτοτραυματισμός ενός ατόμου μετά την απώλεια ενός αγαπημένου του προσώπου στις Δυτικές κοινωνίες πιστεύεται ότι είναι ένδειξη παθολογικού πένθους, γεγονός που δεν ισχύει για ορισμένες φυλές άλλων πολιτισμών. Ιθαγενείς στην Αυστραλία αυτοτραυματίζονται, επειδή δε θέλουν να εκφράσουν τα συναισθήματα τους για την απώλεια που βίωσαν, φοβούμενοι την αποδοκιμασία του κοινωνικού τους περιβάλλοντος για την ένδειξη αδυναμίας (Cawte, 1964, βλέπε, Stroebe, 1998). Επίσης μια άλλη φυλή, η Tiwi, θεωρεί ότι το άτομο που πεθαίνει αποτελεί ένα «χαμένο κομμάτι του σώματος ενός ζωντανού» (Venbrux,

1995, βλέπε, Stroebe, 1998). Στις περιπτώσεις αυτές και γνωρίζοντας τις πεποιθήσεις των λαών, ο αυτοτραυματισμός δεν θεωρείται παθολογική ένδειξη πένθους, αλλά ένα κομμάτι της κουλτούρας τους. Τέλος ένα ακόμα παράδοξο φαινόμενο πένθους, ή καλύτερα απουσίας πένθους παρατηρείται σε μια φυλή της Νιγηρίας, όπου οι κάτοικοι απλά πετούν τα σώματα μωρών που έχουν πεθάνει πίσω από τους θάμνους, χωρίς να τα ενταφιάσουν, γιατί πιστεύουν ότι η ταφή τους θα αποτελέσει προσβολή για τα ιερά χώματα, τα οποία φέρνουν γονιμότητα και κρατάνε μακριά το θάνατο (Johnson, 1921, βλέπε, Stroebe, 1998). Όπως διαπιστώνεται από τα παραπάνω παραδείγματα η διάκριση ανάμεσα στο φυσιολογικό και στο παθολογικό πένθος δεν είναι εύκολη και εξαρτάται από τις διαφορετικές εμπειρίες του ατόμου καθώς και από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει και αλληλεπιδρά.

1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ

Το πένθος και τη θλίψη ο κάθε άνθρωπος τη βιώνει διαφορετικά, μοναδικά. Ακόμα και αν δύο άνθρωποι έχουν κοινό κοινωνικό - πολιτισμικό περιβάλλον, το πένθος και τη θλίψη θα την εκφράσουν διαφορετικά, μπορεί ίσως να υπάρχουν κάποια μόνο ίδια χαρακτηριστικά. Υπάρχουν πολλαπλοί παράγοντες που επηρεάζουν το πένθος και τη θλίψη, όπως είναι οι ψυχολογικοί παράγοντες που αφορούν πρώτον τα χαρακτηριστικά της ίδιας της απώλειας, δεύτερον τα χαρακτηριστικά του ατόμου που πενθεί και τρίτον τα χαρακτηριστικά του ίδιου του θανάτου. Τα χαρακτηριστικά της απώλειας αφορούν

- ☞ τη μοναδικότητα και το νόημα που είχε το αντικείμενο της απώλειας
- ☞ την ποιότητα της σχέσης του πενθούντα με το νεκρό
- ☞ τα χαρακτηριστικά του νεκρού
- ☞ το ρόλο που διαδραμάτιζε ο θανόν μέσα στο οικογενειακό αλλά και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον
- ☞ το μέγεθος των ανεκπλήρωτων υποχρεώσεων του θανόντος
- ☞ την αντίληψη που έχει το άτομο για την εκπλήρωση των στόχων του νεκρού
- ☞ τον τύπο και την ποιότητα των δευτερευουσών απωλειών, οι οποίες απορρέουν από την απώλεια του αγαπημένου προσώπου

Τα χαρακτηριστικά του πενθούντος που επηρεάζουν το πένθος και τη θλίψη συμπεριλαμβάνουν

- ☞ τις δεξιότητες επίλυσης προβλήματος που διαθέτει, την προσωπικότητα του και την ψυχική του υγεία
- ☞ το επίπεδο νοημοσύνης και ωριμότητας του
- ☞ τις ιδέες, τις πεποιθήσεις και τις προσδοκίες του σχετικά με τη ζωή και το θάνατο
- ☞ τις προηγούμενες εμπειρίες του σχετικά με απώλειες και θάνατο σημαντικών προσώπων
- ☞ τις προσδοκίες του ατόμου για το πένθος και τη θλίψη
- ☞ το κοινωνικό, πολιτισμικό, οικογενειακό και πνευματικό του υπόβαθρο
- ☞ την ηλικία
- ☞ το εξελικτικό στάδιο της ανάπτυξης του
- ☞ την ύπαρξη παράλληλων κρίσεων ή καταστάσεων στρες

Τα χαρακτηριστικά του θανάτου που επηρεάζουν το πένθος αποτελούν:

- ☞ περιβαλλοντικά στοιχεία
- ☞ τη φύση του θανάτου, αν είναι αναπάντεχος ή όχι
- ☞ το ψυχοκοινωνικό πλαίσιο
- ☞ τη χρονική διάρκεια της ασθένειας πριν το θάνατο

Το πένθος και η θλίψη επηρεάζονται επίσης από κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι συμπεριλαμβάνουν:

- ☞ το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο των πενθούντων
- ☞ το μορφωτικό, οικονομικό και επαγγελματικό επίπεδο
- ☞ τις μεταθανάτιες τελετές
- ☞ την εμπλοκή των πενθούντων με το διοικητικό και νομικό σύστημα

καθώς και από φυσιολογικούς παράγοντες, που αφορούν

- ☞ τις διάφορες ουσίες που λαμβάνει ο πενθών, αλκοόλ, νικοτίνη, αγχολυτικά
- ☞ τη διατροφή
- ☞ τη σωματική του άσκηση
- ☞ τη φυσική του υγεία.

Το πένθος μπορεί να διαφοροποιηθεί και να εμφανίζεται άλλοτε με πιο έντονα στοιχεία και άλλοτε με λιγότερο έντονα, εξαιτίας των χαρακτηριστικών του

πενθώντας, της φύσης του θανάτου και του νεκρού. Ακόμη και ο βαθμός εγγύτητας που υπήρχε με το νεκρό αλλά και ο τρόπος που επήλθε ο θάνατος, αν ήταν δηλαδή ξαφνικός ή ύστερα από πολυετή ασθένεια επηρεάζουν και διαφοροποιούν το πένθος. Οι ερευνητές κάνουν διάκριση ανάμεσα σε θανάτους μεγάλης θλίψης και σε μικρής, όπου οι θάνατοι μεγάλης θλίψης οδηγούν σε πένθος με έντονα χαρακτηριστικά, ενώ οι θάνατοι μικρής θλίψης οδηγούν σε πένθος με πιο ήπια χαρακτηριστικά, δηλαδή με μικρότερη ένταση. Αυτό συμβαίνει συνήθως σε περιπτώσεις θανάτων μετά από χρόνια ασθένεια, όπου οι συγγενείς του νεκρού έχουν ήδη περάσει από κάποια στάδια του πένθους. Δηλαδή έχουν ήδη βιώσει ένα πρώιμο πένθος, οπότε τη στιγμή του θανάτου δεν υπάρχει πλέον έντονη θλίψη. Σε αρκετές περιπτώσεις όταν υπάρχει βαριά και πολυετή ασθένεια, ο θάνατος θεωρείται και ως λύτρωση για τον ίδιο το θανόντα καθώς και για τους συγγενείς του. Ένα άλλο χαρακτηριστικό που διαφοροποιεί το πένθος και την ένταση του είναι το άτομο που πέθανε και ο ρόλος που κατείχε στην οικογένεια. Ο θάνατος ενός παιδιού π.χ. αφήνει για πάντα ένα μεγάλο κενό και ανοικτές πληγές για τους γονείς του και δημιουργεί συνθήκες μεγάλης θλίψης και έντονου πένθους. Η τεράστια αυτή απώλεια αναγκάζει τους γονείς να ασχολούνται συνεχώς με το θάνατο του παιδιού τους, να μιλούν για αυτό, για την εμπειρία τους, να αναλογίζονται το δικό τους θάνατο, να προσπαθούν να δικαιολογήσουν με κάποιο τρόπο την τραγωδία αυτή και να δείχνουν μεγαλύτερη ευαισθησία και ενσυναίσθηση στον πόνο των άλλων (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

1.3 ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ

Ο θάνατος και το πένθος, που συνήθως ακολουθεί, αποτελούν κοινές και παγκόσμιες εμπειρίες εξαιρετικά ισχυρές και σαφώς δυσάρεστες. Οι αντιδράσεις όμως των κοινωνιών και των ατόμων στα γεγονότα αυτά εμφανίζουν ποικίλες διαφορές. Για ορισμένους ανθρώπους η έννοια του θανάτου, ειδικά όταν αφορά κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο φαντάζει ένα τρομακτικό γεγονός, για μερικούς το πένθος που ακολουθεί την απώλεια διαρκεί για χρόνια καθώς παρατηρούνται έντονες αντιδράσεις, ενώ μερικά άλλα άτομα προσαρμόζονται σχετικά εύκολα, εμφανίζουν

ήπιες αντιδράσεις πένθους και συνεχίζουν τη ζωή τους με νέες εμπειρίες και καινούργια σχέδια για το μέλλον. Ορισμένοι δέχονται το θάνατο ως λύτρωση, κάποιιο άλλοι φοβούνται το ξαφνικό και αναπόφευκτο γεγονός, ενώ ορισμένοι απλώς αρνούνται την κατάσταση αυτή, νομίζοντας ότι αν δεν το σκέφτονται δεν υπάρχει περίπτωση να τους συμβεί, ούτε σε αυτούς, ούτε στα αγαπημένα τους πρόσωπα, τουλάχιστον μέχρι να περάσουν πολλά χρόνια (Καραδήμας, 2005). Λόγω των ατομικών διαφορών που παρατηρούνται είναι δύσκολο να διευκρινιστεί η διάρκεια του πένθους. Το φυσιολογικό πένθος διαρκεί περίπου ένα με δύο χρόνια, ενώ το άτομο ενδέχεται να εμφανίζει ορισμένα συμπτώματα και αντιδράσεις που σχετίζονται με το πένθος περιοδικά καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Σταδιακά όμως το φυσιολογικό πένθος λύεται και οι πενθούντες επιστρέφουν σε μια κατάσταση ευεξίας (Kaplan et al., 1996).

Η διάρκεια και η ένταση του πένθους εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, με κυριότερο τη σχέση που είχε αναπτυχθεί ανάμεσα στον επιζώντα και στο άτομο που πέθανε. Κυρίαρχα στοιχεία αποτελούν η ποιότητα της σχέσης, πόσο στενή και έντονη υπήρξε, αν χαρακτηριζόταν από αβεβαιότητα ή αμφιθυμία, καθώς και το μέγεθος της συναισθηματικής επένδυσης στη σχέση αυτή. Οι άνθρωποι όταν χάνουν κάποιον αγαπημένο τους, θρηνούν και για τη ματαίωση των σχεδίων και των προσδοκιών που είχαν με το άτομο που έφυγε, αισθάνονται να καταρρέουν όλα τα όνειρα για το μέλλον τους. Η διάρκεια και η πορεία του πένθους επηρεάζεται και από τη σταθερότητα και ασφάλεια της σχέσης, καθώς και από το βαθμό εξάρτησης του επιζήσαντος από το νεκρό (Νίλσεν & Παπαδάτου, 1998).

Έναν άλλο καθοριστικό παράγοντα διεργασίας του πένθους αποτελεί η φύση του θανάτου, δηλαδή πόσο αιφνίδιος ή όχι ήταν ο θάνατος. Σε περίπτωση που ο θάνατος είναι από πολύ καιρό αναμενόμενος, μπορεί ένα μέρος της διεργασίας του πένθους να έχει ήδη πραγματοποιηθεί όταν επέλθει ο θάνατος (Kaplan et al., 1996). Τα άτομα, τα οποία πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, όπως καρκίνο, Parkinson ή Alzheimer συνήθως βιώνουν ένα αργό θάνατο. Οι συγγενείς των ατόμων αυτών μπορούν να αντιμετωπίσουν πιο εύκολα την απώλεια των αγαπημένων τους προσώπων, επειδή έχουν περισσότερο χρόνο για να προετοιμαστούν ψυχολογικά για την επικείμενη απώλεια και επειδή τους δίνεται η δυνατότητα να αποχαιρετήσουν τα άτομα αυτά. Παρόλα αυτά οι συγγενείς παρακολουθούν τους ασθενείς να υποφέρουν για μεγάλο

χρονικό διάστημα και να βιώνουν απώλεια της εικόνας τους, των λειτουργιών τους καθώς και των διανοητικών ικανοτήτων τους (Sanderson, 2004). Αντίθετα με το συνηθισμένο πένθος που αμβλύνεται με την πάροδο του χρόνου, η διεργασία του πένθους στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να αυξάνεται σε ένταση όσο πλησιάζει η απώλεια του αγαπημένου προσώπου. Σε μερικές περιπτώσεις και ιδιαίτερα όταν το γεγονός της απώλειας καθυστερεί, ο πενθών εκδηλώνει λίγες αντιδράσεις έντονου πένθους, όταν συμβεί πραγματικά η απώλεια. Όταν πραγματοποιηθεί μεγάλος μέρος της διεργασίας του πένθους πριν την πραγματική απώλεια, τότε ενδέχεται να είναι δύσκολο για το άτομο να εγκαταστήσει την προηγούμενη σχέση. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται συνήθως κατά την επιστροφή προσώπων μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα, όπως στον πόλεμο, ή απέναντι σε άτομα που είχαν θεωρηθεί πεθαμένα (Kaplan et al., 1996).

Εν αντιθέσει, οι ξαφνικοί θάνατοι, ειδικά αν είναι βίαιοι (π.χ. δολοφονία) ή έχουν ως αποτέλεσμα να στιγματίσουν τα άτομα αυτά (π.χ. αυτοκτονία), έχει παρατηρηθεί ότι είναι αρκετά πιο δύσκολο να κατανοηθούν και να αντιμετωπιστούν από τους φίλους και την οικογένεια (Berado, 1988, Bradach & Jordan, 1995, βλέπε Sanderson, 2004). Και αυτό συμβαίνει γιατί ο θάνατος των αγαπημένων τους προσώπων τους φέρνει αντιμέτωπους με μια τετελεσμένη κατάσταση, την οποία δεν μπορούν να αλλάξουν. Σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα οι συγγενείς δηλώνουν ότι προσπαθούν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση ακόμα και 4 με 7 χρόνια αργότερα. Τα άτομα αυτά νιώθουν συχνά ενοχές για κάποια πικρά λόγια που είπαν στο νεκρό πριν το θάνατό του ή ακόμα και επειδή δεν πρόλαβαν να πουν αντίο, επειδή τα τελευταία λόγια που αντάλλαξαν ήταν ασήμαντα, συνηθισμένα (Sanderson, 2004).

Η διάρκεια και η πορεία του πένθους επηρεάζονται επίσης από τις τεχνικές και τις στρατηγικές επίλυσης προβλήματος και διαχείρισης του στρες που διαθέτει ο πενθών, καθώς και με ποιο τρόπο τον έχουν επηρεάσει και έχει αντιμετωπίσει ο ίδιος ενδεχόμενες προηγούμενες απώλειες. Επίσης σημαντικό ρόλο φαίνεται να έχει η διαθεσιμότητα του υποστηρικτικού δικτύου των πενθούντων και ορισμένες πολιτισμικές διαφορές ως προς την έκφραση των συναισθημάτων και την αναζήτηση βοήθειας και συμπαράστασης. Στους περισσότερους δυτικούς πολιτισμούς οι αντιδράσεις αυτές από τους άνδρες θεωρούνται ένδειξη αδυναμίας και αποθαρρύνονται (Νίλσεν & Παπαδάτου, 1998).

2. ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

2.1 ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

2.1.1 Freud

Ο Freud το 1917 αναφέρει στο έργο του *Mourning and Melancholia* ότι τα άτομα αναπτύσσουν μεταξύ τους συναισθηματικούς δεσμούς, τους οποίους όρισε ως «κάθεξη». Το φυσιολογικό πένθος προέρχεται από την απόσυρση της λίμπιντο από τις επενδύσεις της στο χαμένο αντικείμενο. Στο φυσιολογικό πένθος η απώλεια γίνεται αντιληπτή καθαρά και χωρίς αμφιθυμία και ο νεκρός μέσα από τη διαδικασία του πένθους εσωτερικεύεται σαν αντικείμενο που αγαπιέται και αγαπά. Η διαδικασία αυτή 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. Στο παθολογικό πένθος, μελαγχολία, όπως το ονόμασε ο Freud, το άτομο δεν παραιτείται από το χαμένο αντικείμενο, το οποίο σε αυτήν την περίπτωση ενσωματώνεται στον ψυχικό κόσμο επενδυμένο με αρνητικά συναισθήματα. Τα συναισθήματα αυτά που αφορούσαν το θανόντα, βιώνονται τώρα σαν μέρος του εαυτού και το άτομο εκδηλώνει βαθιά και επώδυνη κατάθλιψη, μειώνεται η αυτοεκτίμηση του, νιώθει ανάξιο, γίνεται αυτομομφικό, παρατηρείται διακοπή του ενδιαφέροντος του ατόμου για τον υπόλοιπο κόσμο, απώλεια της ικανότητας του να αγαπά, καθώς και αναστολή κάθε δραστηριότητας. Ο Freud αναφέρει ότι οι πενθούντες θα αντιμετωπίζουν πιο γρήγορα έναν προσδοκώμενο θάνατο παρά έναν ξαφνικό, καθώς στον πρώτο, η διαδικασία της αποεπένδυσης και της επαναεπένδυσης της λιβιδινικής ενέργειας ξεκινά νωρίτερα. Η διεργασία του πένθους αφορά το να διατηρήσουμε ζωντανό μέσα μας το απολεσθέν αντικείμενο, συνειδητοποιώντας την πραγματικότητα, δηλαδή ότι δεν υπάρχει πια έξω από εμάς. Η παρουσία του απολεσθέντος αντικειμένου μέσα μας είναι πηγή ενέργειας, libido και ναρκισσισμού. Τα άτομα πρέπει να λύσουν τους συναισθηματικούς δεσμούς με το

νεκρό και να καθιερώσουν μια νέα ταυτότητα, της οποίας ο νεκρός δε θα αποτελεί τμήμα, η διαδικασία αυτή όμως είναι δύσκολη και χρονοβόρος. Ο Freud υποστηρίζει ότι το πένθος δεν λύνεται ποτέ, ότι τα αμφιθυμικά συναισθήματα είναι αναπόσπαστο κομμάτι της διεργασίας του πένθους και ότι η ψυχική ταύτιση με το απολεσθέν αντικείμενο είναι υγιής και απαραίτητη (Freud, 1981).

Ο Freud στο έργο του «Mourning and Melancholia» συγκρίνει τις ψυχικές διαδικασίες που εμπλέκονται στο πένθος με αυτές που εμπλέκονται στην κατάθλιψη. Υποστηρίζει ότι το πένθος και η κλινική κατάθλιψη αποτελούν διαφορετικούς τρόπους αντίδρασης στην απώλεια. Το καταθλιπτικό άτομο τις περισσότερες φορές δε βρίσκει κάποια συνειδητή αιτία για τη θλίψη του σε αντίθεση με τον πενθούντα. Ο Freud υποστήριξε ότι στην κλινική κατάθλιψη η απώλεια είναι υποσυνείδητη και ο ασθενής δε μπορεί να την καταλάβει ή να τη γνωρίζει σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στο πένθος και ότι στο πένθος είναι ο κόσμος που έχει χάσει το νόημα του, ενώ στην κατάθλιψη είναι ο ίδιος ο εαυτός του ασθενή (Morgan & Taylor, 2005).

2.1.2 Bowlby

Ο Bowlby έγινε γνωστός με το έργο του, τις θεωρίες δεσμών, όπου περιέγραψε τη θεωρία της προσκόλλησης, της ανατροφής των παιδιών, του χωρισμού, του πένθους και της ψυχοπαθολογίας. Αν και οι βασικές αρχές της θεωρίας του ήταν ψυχαναλυτικές, ο Bowlby, ενσωμάτωσε μετέπειτα στο έργο του και αρχές της ηθολογίας, της θεωρίας του ελέγχου και της γνωστικής ψυχολογίας. Διέκρινε 4 στάδια πένθους. Το πρώτο στάδιο αποτελεί η πρώιμη φάση έντονης απόγνωσης, που χαρακτηρίζεται από μούδιασμα και διαμαρτυρία. Είναι δυνατόν να υπάρχει άμεση άρνηση και να είναι συχνές οι εκρήξεις θυμού και αναστάτωσης. Το στάδιο αυτό διαρκεί συνήθως μερικά λεπτά ή ημέρες καθώς επίσης μπορεί να επανεμφανίζεται περιοδικά σε όλη τη διάρκεια του πένθους. Το επόμενο στάδιο ορίζεται ως η αναζήτηση κάποιας ερμηνείας ή νοήματος. Ο πενθών αναζητά με πάθος το άτομο που έχασε. Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από σωματική ανησυχία και ολοκληρωτική ενασχόληση με το νεκρό. Το στάδιο αυτό μπορεί να κρατήσει αρκετούς μήνες ή και χρόνια σε μετριασμένη μορφή. Στη συνέχεια ακολουθεί η εμφάνιση έντονης θλίψης και κατάθλιψης. Στο στάδιο αυτό συνειδητοποιείται οριστικά η πραγματικότητα της

απώλειας και εκφράζεται η τάση για αναβίωση του παρελθόντος. Ο πενθών εμφανίζεται αποσυρμένος, απαθής, παραμελεί τον εαυτό του, ξαναζεί συνεχώς τις σχετικές με το άτομο που έχασε αναμνήσεις και απογοητεύεται όταν συνειδητοποιεί ότι πρόκειται μόνο για αναμνήσεις. Το τελευταίο στάδιο περιγράφεται ως μια φάση αναδιοργάνωσης της ζωής και πέρασ του θρήνου. Οι πιο έντονα οδυνηρές πλευρές αρχίζουν να υποχωρούν και ο πενθών αρχίζει να νιώθει ότι επιστρέφει στη ζωή. Θυμάται πλέον το νεκρό με μια αίσθηση χαράς και λύπης μαζί και η εικόνα του εσωτερικεύεται (Kaplan et al., 1996).

Το παθολογικό πένθος, σύμφωνα με τον Bowlby, 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, οι οποίοι παρουσιάζονται 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 (Καραδήμας, 2005).

2.1.3 Parkes

Ο Parkes, σαφώς επηρεασμένος από το έργο του Bowlby, περιέγραψε την ύπαρξη και την αλληλοδιαδοχή 5 σταδίων κατά τη διάρκεια του πένθους. Την αναστάτωση, μια κατάσταση στρες, η οποία χαρακτηρίζεται από φυσιολογικές μεταβολές, όπως αύξηση της αρτηριακής πίεσης και των καρδιακών παλμών, το μούδιασμα, όπου το άτομο μοιάζει επιφανειακά να μην έχει επηρεαστεί, στην πραγματικότητα όμως προστατεύει τον εαυτό του από την οξεία οδύνη που του προκαλεί η απώλεια. Στη συνέχεια παρατηρείται αναζήτηση του νεκρού από τον πενθών ενώ δεν είναι σπάνια η εμφάνιση παραισθήσεων, κατάθλιψη, όπου το άτομο που πενθεί νιώθει απελπισία για το μέλλον και απομονώνεται από οικογένεια και φίλους και το τελευταίο στάδιο αποτελεί η φάση της αναδιοργάνωσης. Το άτομο αναγνωρίζει ότι η ζωή του θα συνεχιστεί με νέα προσαρμογή και με διαφορετικούς στόχους (Kaplan et al., 1996).

Επίσης μαζί με τον R. Weiss περιέγραψε 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 αφορά μια σημαντική παράταση των αντιδράσεων του φυσιολογικού πένθους, β) το ανεσταλμένο πένθος, που αναφέρεται στη μη εκδήλωση αντιδράσεων πένθους μπροστά στους άλλους, και τέλος το καθυστερημένο πένθος, το οποίο εκδηλώνεται όταν μια περίοδος τυπικού πένθους ακολουθεί μια περίοδο ανεσταλμένου πένθους (Καραδήμας, 2005).

2.2 ΜΟΝΤΕΛΑ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΩΝ

2.2.1 Lindemann

Ο Lindemann με το έργο του «Συμπτωματολογία και διαχείριση της έντονης θλίψης» συνέβαλε σημαντικά στην ερμηνεία της παρέμβασης σε καταστάσεις κρίσεως. Ο Lindemann, μετά την πυρκαγιά στο Coconut Grove το 1944, περιέγραψε ορισμένες οξείες αντιδράσεις πένθους των ανθρώπων που επέζησαν και έχασαν κάποιον αγαπημένο τους στην τραγωδία αυτή. Οι διάφορες αντιδράσεις που αναφέρει ο Lindemann θεωρούνται παραδείγματα αντιδράσεων πένθους απέναντι σε μια ξαφνική και τραγική απώλεια. Στις αντιδράσεις αυτές περιλαμβάνονται η σωματική επιβάρυνση, η ενασχόληση με το θανόντα, η ενοχή, η εχθρότητα και μια διακοπή της ικανότητας του πενθούντα να λειτουργεί θετικά. Ορισμένοι όμως ερευνητές εντάσσουν τις παραπάνω αντιδράσεις στα πλαίσια της γενικής συναισθηματικής αντίδρασης απέναντι σε μια κρίση, ενώ αναφέρουν ότι τα πρώιμα αυτά συμπτώματα πένθους δεν αντιπροσωπεύουν τους καλύτερους δείκτες πρόβλεψης του τύπου ή της έντασης του πένθους που θα εκδηλώσουν τα άτομα στη συνέχεια. Στη βάση αυτών των επιχειρημάτων η Bassuk και η Birk περιγράφουν τρεις μεταβλητές, οι οποίες επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο μπορεί να αφομοιώσει ένα ξαφνικό γεγονός που προκάλεσε κρίση. Αυτό εξαρτάται από το πόσο το άτομο αναγνωρίζει το άτομο ότι το συγκεκριμένο γεγονός ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα καθώς και κατά πόσο έχει αντιληφθεί τις συνέπειες της τραγωδίας αυτής στη ζωή του, από τις δεξιότητες και τις στρατηγικές επίλυσης προβλήματος και αντιμετώπισης του στρες που διαθέτει το άτομο αλλά και από τη διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και από την επιθυμία του ατόμου να στηριχθεί και να επωφεληθεί από αυτήν.

Ο Lindemann διέκρινε επίσης δύο τύπους παθολογικών αντιδράσεων, αυτές που σχετίζονται με το ανεσταλμένο τύπο πένθους και αυτές που οφείλονται στο καθυστερημένο και ανέφερε εννέα δείκτες αναγνώρισης και διάγνωσης του καθυστερημένου πένθους: την υπερδραστηριότητα χωρίς την αίσθηση της απώλειας, την απόκτηση συμπτωμάτων που σχετίζονταν με την ασθένεια του θανόντα, την εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, την αλλαγή της συμπεριφοράς του πενθούντα σε φίλους και συγγενείς, την εχθρική στάση σε συγκεκριμένα άτομα, την τυπική συμπεριφορά με απρόσφορο συναίσθημα, την αντικοινωνικότητα, την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά όσον αφορά στην κοινωνική και οικονομική κατάσταση του πενθούντα καθώς και την αντιδραστική κατάθλιψη (Kaplan et al., 1996).

2.2.2 Worden

Ο Worden συνέβαλε σημαντικά στην ερμηνεία και κατανόηση του πένθους με το έργο του, όπου εισήγαγε μια νέα αντίληψη για τη διεργασία του πένθους, τα μοντέλα «υποχρεώσεων». Πιο συγκεκριμένα αναφέρει ότι ο πενθών πρέπει να ολοκληρώσει μια σειρά υποχρεώσεων για να μπορέσει να συνειδητοποιήσει και να κατανοήσει την οδύνη και τη θλίψη που προκαλεί ένας επικείμενος θάνατος. Το πένθος, κατά τον Worden, προκαλείται από την εγκατάλειψη ή λύση του συναισθηματικού δεσμού με τον νεκρό, και υποστηρίζει ότι όλη αυτή η διαδικασία τήρησης και εκπλήρωσης των υποχρεώσεων σχετίζεται άμεσα με την επιτυχή έκβαση της διεργασίας του θρήνου. Με αυτόν τον τρόπο οι πενθούντες δεν παραμένουν παθητικοί σε όλη την διεργασία του πένθους, αλλά συμμετέχουν ενεργητικά.

Ο Worden αναφέρει, επίσης, ότι ακόμα και μετά την επιτυχή διεργασία του πένθους ο ψυχικός δεσμός με το νεκρό δεν λύεται πλήρως, αλλά πάντοτε παραμένει. Τα στάδια των υποχρεώσεων που πρέπει να ακολουθηθούν και να ξεπεραστούν από τον πενθούντα είναι τα εξής: να αποδεχθεί ο πενθών τελικά την πιθανότητα της απώλειας, να επεξεργαστεί τον πόνο του πένθους, να προσαρμοστεί στη νέα και διαφορετική πραγματικότητα, να επανατοποθετήσει συναισθηματικά τη σχέση του με το νεκρό και να προχωρήσει στη ζωή του.

Κατά παρόμοιο τρόπο με τον Parkes, ο Worden διέκρινε τέσσερα είδη παθολογικών αντιδράσεων πένθους: το χρόνιο πένθος, το οποίο σχετίζεται με αντιδράσεις μεγάλης διάρκειας, το υπερβολικό πένθος, το οποίο αφορά την ένταση των αντιδράσεων αυτών, το καθυστερημένο πένθος, το οποίο εκδηλώνεται μετά από αρκετό χρονικό διάστημα και το καλυμμένο πένθος, το οποίο αφορά την εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων, λόγω μη έκφρασης των αντιδράσεων πένθους (Καραδήμας, 2005).

2.2.3 Rando

Για τη Rando η θλίψη, δηλαδή η αγγλική λέξη grief, είναι μια παθητική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ψυχολογικές, συμπεριφορικές, κοινωνικές και σωματικές αλλαγές από τη στιγμή της απώλειας. Ενώ, το πένθος, δηλαδή η αγγλική λέξη 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. Όπως διαπιστώνουμε για την Rando, η θλίψη είναι ουσιαστικά το αρχικό στάδιο του πένθους και η βίωση του τυπικού ή φυσιολογικού πένθους χωρίζεται σε τρεις μεγάλες φάσεις: την αποφυγή, την συνειδητοποίηση και την προσαρμογή.

Σύμφωνα με τη Rando υπάρχουν έξι διεργασίες μέσα από τις οποίες πρέπει να περάσει κάποιος για να ολοκληρώσει με επιτυχία τη διαδικασία του πένθους. Τα στάδια αυτά είναι: η αναγνώριση της απώλειας, δηλαδή η κατανόηση και η παραδοχή του θανάτου, η αντίδραση στο χωρισμό, συμπεριλαμβανομένης της εμπειρίας του πόνου, της έκφρασης των αντιδράσεων στην απώλεια, της αναγνώρισης και του θρήνου των δευτερογενών απωλειών. Η ανάμνηση του νεκρού και της σχέσης, δηλαδή η ανασκόπηση και η ανάμνηση τόσο σε ρεαλιστικά πλαίσια, όσο και σε επίπεδο συναισθημάτων, το σπάσιμο των δεσμών με το νεκρό άτομο, η επαναπροσαρμογή στη νέα πραγματικότητα χωρίς να ξεχνιέται η παλιά σχέση και η επένδυση της συναισθηματικής ενέργειας σε νέα πλαίσια, ρόλους και δραστηριότητες (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

2.3 ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΤΑΔΙΩΝ

2.3.1 Kübler - Ross

Η πιο γνωστή θεωρία για το πένθος, αν και όχι απαραίτητα η πιο ακριβής, προέρχεται από την Kübler – Ross. Σύμφωνα με την ερευνήτρια, η αντίδραση του ατόμου απέναντι στο θάνατο περνά από πέντε στάδια: α) το στάδιο της άρνησης του θανάτου, το οποίο προστατεύει τον πενθούντα από το να βιώσει την οδυνηρή πραγματικότητα εξ αρχής, όταν δεν είναι ακόμα ψυχολογικά έτοιμος β) του θυμού, καθώς και άλλων συναισθημάτων, όπως της θλίψης, της ενοχής, της αδικίας κ.α. Οι πενθούντες συνήθως θυμώνουν πολύ όταν συνειδητοποιούν την αδυναμία τους να αντιστρέψουν την απώλεια, η έκφραση του θυμού θεωρείται υγιής σε σχέση με τα συναισθήματα που αποσιωπούνται, γ) της αντιπαράθεσης με κάποιον σημαντικό άλλον, όπως ο θεός ή ο ιατρός, ο πενθών συχνά παρακαλεί για την επιστροφή του αγαπημένου του προσώπου, δίνοντας υποσχέσεις για αλλαγή της δικής του στάσης και συμπεριφοράς δ) της κατάθλιψης, όπου οι θρηνούντες νιώθουν μια έντονη θλίψη και ένα συναισθηματικό κενό και απώλεια, ε) το τελικό στάδιο της αποδοχής, κατά το οποίο το άτομο συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου, μπορεί να ανακαλέσει στη μνήμη του στιγμές με τον νεκρό χωρίς συναισθηματικά ξεσπάσματα και καθίσταται έτοιμο να τακτοποιήσει διάφορες εκκρεμότητες (Καραδήμας, 2005).

Η θεωρία της Kübler - Ross, 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).

Τα μοντέλα των σταδίων δέχτηκαν σφοδρή κριτική, 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. (Καραδήμας, 2005)

2.4 ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ

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.

Οι θεωρίες της Κοινωνικής Στήριξης εξηγούν τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής στήριξης και της υγείας μέσω δύο κύριων μοντέλων. Το πρώτο μοντέλο ονομάζεται μοντέλο επίδρασης και υπογραμμίζει ότι τα άτομα που έχουν ένα σημαντικό πλαίσιο στήριξης, κερδίζουν ταυτόχρονα κι ένα καλό βιοτικό επίπεδο. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τις άμεσες αρνητικές συνέπειες που παρατηρούνται σε άτομα που δεν έχουν ικανοποιητικό επίπεδο κοινωνικής στήριξης. Το μοντέλο αυτό εξηγεί και τις διαφορές φύλου που παρατηρούνται κατά τη διεργασία του πένθους. Έχει υποστηριχθεί ότι οι γυναίκες έχουν ένα πιο ευρύ κοινωνικό δίκτυο από ότι οι άνδρες, επομένως κι ένα καλύτερο πλαίσιο αντιμετώπισης του πένθους. Όμως, 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.

Το δεύτερο μοντέλο, το «μοντέλο των μηχανισμών προστασίας» υποστηρίζει ότι το σύστημα κοινωνικής στήριξης των ατόμων, τους προφυλάσσει από τις αντίξοες, αγχογόνες καταστάσεις, με αποτέλεσμα να αποτρέπει τις αρνητικές επιπτώσεις του στρες στην ψυχική και σωματική υγεία τους. Και αυτό το μοντέλο εξηγεί τις διαφορές φύλου όπου υποστηρίζεται ότι οι γυναίκες επειδή έχουν περισσότερες ευκαιρίες συναισθηματικής εκφόρτισης, εκφράζουν πιο απενοχοποιημένα και ελεύθερα τη λύπη τους και ζητούν πιο συχνά βοήθεια από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Επίσης το δεύτερο αυτό μοντέλο εξηγεί πως ο ξαφνικός θάνατος ενός ατόμου προκαλεί περισσότερες επιπτώσεις στην 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).

3. ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

3.1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΣΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ

3.1.1 Φυσιολογικό πένθος

Το άτομο, που πληροφορείται ότι κάποιος αγαπημένος του έχει πεθάνει, μένει άφωνος, αποσβολωμένος. Προσπαθεί να συνειδητοποιήσει τι του λένε, αλλά δε μπορεί. Στο μυαλό του έρχονται σκηνές, αναπαραστάσεις, ευχάριστες αναμνήσεις με το νεκρό, με αποτέλεσμα τη σύγχυση. Αδυνατεί να αφομοιώσει το γεγονός. Η κατάσταση αυτή καλείται «αντιληπτική δυσλειτουργία» (Bacque, 2004). Η φάση αυτή αποτελεί έναν αρχικό τρόπο αντιμετώπισης της δυσάρεστης αυτής κατάστασης και επιτρέπει στον πενθούντα να ασχοληθεί με τα διαδικαστικά, όπως π.χ. με τον προγραμματισμό της κηδείας και με την ειδοποίηση φίλων και συγγενών (Sanderson, 2004). Κατά τη διάρκεια της φάσης αυτής παρατηρούνται αρκετές διαφορετικές αντιδράσεις. Μερικοί καταρρέουν, άλλοι συνεχίζουν τη δουλειά τους σα να μην έχει συμβεί τίποτα, άλλοι φεύγουν προσπαθώντας να ηρεμήσουν και να σκεφτούν, ενώ μερικοί προσπαθούν να αποδείξουν ότι αυτό που άκουσαν είναι ψέμα, πως το αγαπημένο τους πρόσωπο ζει ακόμα. Οι πενθούντες βιώνουν αυτήν την κατάσταση συνήθως για λίγες ώρες και πιο σπάνια για μερικές μέρες.

Στη συνέχεια επέρχεται η αμφισβήτηση και η άρνηση. Η άρνηση βοηθάει τον πενθούντα να εξωτερικεύσει τη θλίψη και την οδύνη που αισθάνεται να τον κυριεύουν. Είναι ο μόνος τρόπος για να εκφράσει το θυμό του, να εκτονωθεί ή και να τραβήξει πάνω του την προσοχή και το ενδιαφέρον των άλλων (Bacque, 2004). Το άτομο που πενθεί μπορεί να εκφράσει το θυμό του απέναντι στο νεκρό που έφυγε και τον άφησε μόνο του πίσω, απέναντι σε άτομα που θεωρεί υπεύθυνα για το θάνατο του αγαπημένου του προσώπου, όπως τους γιατρούς ή το Θεό ή ακόμα και απέναντι σε φίλους και γνωστούς που τον ενθαρρύνουν να αποδεχθεί την απώλεια τόσο νωρίς. Επίσης ο θυμός μπορεί να στραφεί ακόμα και προς τον ίδιο του τον εαυτό. Οι πενθούντες σκέφτονται συνέχεια τι θα μπορούσαν να είχαν κάνει για να αποτρέψουν

το γεγονός αυτό. Στη συνέχεια ο θυμός προς τον εαυτό τους μετατρέπεται σε ενοχές και αυτοκατηγορίες (Sanderson, 2004). Ένα φαινόμενο που είναι γνωστό σαν η ενοχή του επιβίωσαντος. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται ειδικά σε άτομα, τα οποία αισθάνονται ανακούφιση επειδή πέθανε κάποιος άλλος και όχι οι ίδιοι. Σε αρκετές περιπτώσεις αυτό που επιβιώνει και πενθεί για τη απώλεια του αγαπημένου το πιστεύει ότι αυτός έπρεπε να πεθάνει και αν οι ενοχές παραμείνουν ενδέχεται να έχει δυσκολία να φτιάξει μια στενή σχέση, από φόβο μη προδώσει το θανόντα (Karlan et al., 1996). Το στάδιο αυτό ακολουθείται από μια γενικότερη αποδιοργάνωση και επιδείνωση της υγείας των πενθούντων. Διαταράσσεται ο κύκλος του ύπνου και παρουσιάζονται μεγάλα διαστήματα αϋπνίας, επίσης παρατηρείται απώλεια όρεξης και ενδιαφέροντος για οποιαδήποτε ενέργεια και δραστηριότητα (Bacque, 2004). Οι πενθούντες στη φάση αυτή επιζητούν να επιστρέψουν τα πράγματα όπως ήταν πριν, να συνειδητοποιήσουν πως όλα αυτά ήταν ένα κακόγουστο αστείο. Αναζητούν το νεκρό μέσα στο σπίτι, περιμένουν να τον δουν να επιστρέφει και όταν ξυπνάνε το πρωί αναρωτιούνται αν έχει πεθάνει στα αλήθεια ή έχουν δει κάποιον εφιάλτη (Sanderson, 2004).

Το επόμενο στάδιο που ακολουθεί είναι η κατάθλιψη. Κατά τη διάρκεια του πένθους εμφανίζονται καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία επιφέρουν συνέπειες σε σωματικό, διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο. Σε σωματικό επίπεδο παρατηρούνται προβλήματα στον κύκλο ύπνου - εγρήγορσης. Τα προβλήματα αυτά παρουσιάζονται είτε με τη μορφή αϋπνίας και με ξύπνημα κατά τη διάρκεια της νύχτας είτε με τη μορφή υπερυπνίας. Τα επεισόδια αϋπνίας έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της ποσότητας και της ποιότητας του ύπνου του ατόμου, ενώ λόγω της έλλειψης του ύπνου REM έχει αναφερθεί ότι εκδηλώνονται παραισθήσεις όταν το άτομο είναι ξύπνιο. Η αίσθηση της παρουσίας του νεκρού μπορεί να είναι τόσο έντονη με αποτέλεσμα να δημιουργήσει παραισθήσεις, όπως να ακούει τη φωνή του ή να νιώθει την παρουσία του. Στο φυσιολογικό πένθος όμως το άτομο αναγνωρίζει ότι η αντίληψη αυτή δεν είναι πραγματική (Karlan et al., 1996). Τα άτομα που εκδηλώνουν υπερυπνία αντιμετωπίζουν τον ύπνο ως “καταφύγιο”, ως ένα μέρος όπου δεν αισθάνονται τίποτα, όπου μπορούν να προσποιηθούν ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο ζει και μπορούν να είναι μαζί του. Επίσης παρατηρούνται διαταραχές της όρεξης, όπως ανορεκτικά και βουλιμικά επεισόδια. Η κόπωση που νιώθει το άτομο παίζει

σημαντικό ρόλο στα προβλήματα αυτά, καθώς αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την ετοιμασία του φαγητού. Επίσης αν ο πενθών δεν έχει το κατάλληλο υποστηρικτικό περιβάλλον θα κλειστεί στον εαυτό του και θα νιώσει απομονωμένος. Η μοναξιά είναι ένας καθοριστικός παράγοντας για την υγεία του ατόμου, καθώς μπορεί να επιδεινώσει την κατάθλιψη που νιώθει και να το οδηγήσει στη λήψη και στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και αγχολυτικών (Bacque, 2004). Τα άτομα που εκδηλώνουν κατάθλιψη μετά από μια απώλεια ή το θάνατο ενός αγαπημένου τους προσώπου διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εξασθένησης της ανοσοποιητικής τους λειτουργίας. Το πένθος και η κατάθλιψη που παρουσιάζεται ως αντίδραση στην απώλεια προκαλούν ποικίλες αλλαγές στο ενδοκρινικό, στο ανοσοποιητικό, στο νευρικό και στο καρδιαγγειακό σύστημα. Έχει παρατηρηθεί ότι προκαλείται αυξημένη δραστηριότητα στους φλοιούς των επινεφριδίων, αυξημένη έκκριση ορμονών του στρες, αλλαγές στις αυξητικές ορμόνες, αυξημένη δραστηριότητα της προλακτίνης, μειωμένη δραστηριότητα των κυττάρων - φυσικών φονέων, δηλαδή της άμυνας του οργανισμού μας, αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης καθώς και μειωμένα επίπεδα λεμφοκυτταρικής διέγερσης. Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι το πένθος και η οδύνη διαφοροποιούν σε μεγάλο βαθμό την ομοιόσταση του σώματος και παρουσιάζουν σημαντικότερες επιπτώσεις στην ανοσοποιητική λειτουργία του οργανισμού. Τα παραπάνω στοιχεία ενισχύουν την υπόθεση ότι ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη θνησιμότητα του πενθούντα (DiMatteo & Martin, 2006).

Σε διανοητικό επίπεδο παρατηρείται επιβράδυνση των γνωστικών διεργασιών του ατόμου. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μειωμένη συγκέντρωση, κατανόηση, ικανότητα λήψης αποφάσεων και μνήμη. Έχει παρατηρηθεί ότι εξασθενεί η βραχύχρονη μνήμη τους. Επίσης παρουσιάζουν αποδιοργάνωση, σύγχυση, καθώς και διάσπαση της προσοχής. Τα προβλήματα αυτά τους δημιουργούν μια αίσθηση αποξένωσης ή και απόρριψης τους από το κοινωνικό περιβάλλον, με αποτέλεσμα να ενισχύεται ακόμα περισσότερο η χαμηλή αυτοεκτίμηση τους και το αίσθημα απαισιοδοξίας και ενοχής που τους διακατέχει.

Σε συναισθηματικό επίπεδο, οι πενθούντες αισθάνονται ενοχές, επειδή πέθανε το αγαπημένο τους αυτό πρόσωπο και αυτοί έμειναν πίσω να συνεχίσουν τη ζωή τους χωρίς αυτό. Το αίσθημα ενοχής συχνά ακολουθείται από αυτό-απέχθεια και

αυτοκατηγορίες. Ο πένθων μπορεί να αντιδράσει με ματαιώση, απάθεια και αδιαφορία απέναντι στη ζωή ή σε οποιαδήποτε ευχάριστη κατάσταση (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999). Οι περιστάσεις αυτές όχι μόνο να μην του προσφέρουν χαρά, αλλά να τον κλείνουν στον εαυτό του και να τον αποκόβουν από το περιβάλλον. Το άτομο μπορεί να αντιδρά με αυτόν τον τρόπο επειδή απλά αδυνατεί να αναγνωρίσει τη θετική πλευρά της ζωής ή επειδή η κατάσταση αυτή της ανηδονίας είναι ένα μέσο αυτοτιμωρίας για αυτόν. Δε θέλει να συμμετέχει σε ευχάριστες εκδηλώσεις, γιατί για αυτόν αποτελούν επώδυνες καταστάσεις, επειδή πιστεύει ότι με αυτόν τον τρόπο θα συνεχίσει κανονικά τη ζωή του, σα να μην έχει συμβεί τίποτα (Bacque, 2004). Εκδηλώνει τάσεις αποφυγής και απόρριψης των περιστάσεων αυτών. Κάθεται λοιπόν βυθισμένος στις σκέψεις και στις αναμνήσεις, αποκομμένος από την ευχάριστη πλευρά της ζωής, γιατί θεωρεί ότι το χρωστά στο νεκρό (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999). Οι πενθούντες μπορεί να αισθανθούν ότι χάνουν την ταυτότητα τους, ιδιαίτερα αν βιώσουν την απώλεια ενός συζύγου ή ενός παιδιού. Αυτοί οι τύποι θανάτων προκαλούν μεγάλες αλλαγές ρόλων στη ζωή του το ατόμου που πενθεί. Όλα τα σχέδια που είχαν κάνει με το νεκρό καταστρέφονται και το άτομο τώρα δε ξέρει πώς να ξεκινήσει μια καινούργια ζωή (Sanderson, 2004). Επίσης γίνονται φανερό προσπάθειες για διατήρηση της χαμένης σχέσης, μέσω της συναισθηματικής επένδυσης σε αντικείμενα που υπήρξαν πολύτιμα για το νεκρό ή που τον θυμίζουν (Kaplan et al., 1996). Ο πένθων μπορεί να εκδηλώσει επίσης συναισθηματική αστάθεια και υπερευαισθησία. Από την αποστέρηση και την εγκατάλειψη στην έξαρση της ανάμνησης. Όλες αυτές οι συναισθηματικές διακυμάνσεις του δημιουργούν την αίσθηση και το φόβο ότι χάνει τα λογικά του, γεγονός που εντείνει την απομόνωση του από τους γύρω του και τη μοναξιά του (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

Η διεργασία του πένθους περιλαμβάνει τη μετάβαση από το στάδιο της δυσπιστίας στο στάδιο της σταδιακής αποδοχής. Κατά τη διάρκεια του πένθους το άτομο που πενθεί αναβιώνει όλες τις καταστάσεις που έζησε με το νεκρό, τις αναμνήσεις και πράγματα που σχεδίαζαν και έκαναν μαζί. Το άτομο πρέπει να ξαναζήσει όλες τις καταστάσεις αυτές, να κάνει δικά του σχέδια, ώστε να αποκτήσει τις δικές του εμπειρίες και να μην εμμένει στις παλιές συνδεδεμένες με το νεκρό αναμνήσεις. Όσο περισσότερο αρνείται αυτήν την κατάσταση, δηλαδή όσο περισσότερο χρόνο κάνει

να παραδεχθεί ότι οι αναμνήσεις αυτές ανήκουν στο παρελθόν, τόσο περισσότερο χρονικό διάστημα θα κρατήσει και η διεργασία του πένθους. Ο Lindermann υποστήριξε ότι το άτομο πρέπει σταδιακά να αποδεσμεύσει κάθε ευτυχισμένη ανάμνηση και προσδοκία από την κάθε δεδομένη κατάσταση και να την ξαναζήσει (Bacque, 2004). Το πένθος δεν έχει τερματιστεί τελείως, αλλά το άτομο έχει πλέον προσαρμοστεί στην καινούργια πραγματικότητα που έχει δημιουργηθεί. Ο ύπνος και η όρεξη επανέρχονται στους κανονικούς πριν το πένθος ρυθμούς. Το άτομο βλέπει το μέλλον, αλλά η μνήμη του νεκρού παραμένει πάντα ζωντανή στο μυαλό του ατόμου και μπορεί να έρχεται στο νου του όποτε εκείνος θελήσει ή σε απρόσμενες στιγμές, χωρίς όμως τον αρχικό πόνο (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999). Υπάρχουν χρονικά διαστήματα, κατά τα οποία το πένθος είναι οξύ, που τα διαδέχονται περίοδοι ισορροπίας, στα πλαίσια των οποίων μπορεί να βιώσει κανείς ακόμα και στιγμές χαράς. Σε αυτές τις περιόδους η ισορροπία εναλλάσσεται ακόμα με εκδηλώσεις κατάθλιψης ή ξεσπάσματα οδύνης, αλλά η χρονική τους διάρκεια μειώνεται, ενώ αυξάνονται προοδευτικά οι περίοδοι ισορροπίας. Η ένταση των εκδηλώσεων πένθους παραμένει όμως πάντα μεγάλη, ακόμα και όταν εμφανίζονται αυτές οι στιγμές όλο και σπανιότερα (Νίλσεν & Παπαδάτου, 1998). Πολλές φορές ο πένθων επειδή νιώθει την ίδια ένταση πόνου συνέχεια, νιώθει ενοχές και θεωρεί πως απομακρύνεται από το νεκρό. Όμως σιγά σιγά κατανοεί πως ο δεσμός με το νεκρό μπορεί να υφίσταται χωρίς την έντονη οδύνη ή θλίψη του πρώτου διαστήματος. Με αυτόν τον τρόπο το πένθος ενδέχεται να συνυπάρχει χωρίς να δημιουργεί έντονα προβλήματα στη ζωή του πένθοντα. Την περίοδο αυτή υποχωρούν τα έντονα συμπτώματα της θλίψης και αρχίζει τόσο η κοινωνική όσο και η συναισθηματική επάνοδος του ατόμου στους καθημερινούς ρυθμούς της ζωής. Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου δεν ξεπερνιέται ποτέ, απλώς μαθαίνει κανείς να ζει με αυτήν. Η σχέση του με το νεκρό περνάει σε συμβολικό επίπεδο. Οι ιδέες και οι πεποιθήσεις του αναπροσαρμόζονται μέσα από την αποδοχή του γεγονότος του θανάτου ως κάτι αναπόφευκτο στη ζωή (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999). Ο πένθων όμως μπορεί να ανακτήσει μια αίσθηση αισιοδοξίας, την ικανότητα να βιώνει ευχαρίστηση και να προσαρμοστεί πλέον σε νέος ρόλους. Η βίωση αυτή της οδύνης ενδέχεται να βοηθήσει τον πένθοντα να εξελιχθεί περαιτέρω, καθιστώντας τον πιο δημιουργικό και παραγωγικό (DiMatteo & Martin, 2006).

3.1.2 Βαρύ πένθος

Τα πένθος δεν παρουσιάζεται πάντα με τον ίδιο τρόπο. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που συμβάλλουν στη διαφοροποίηση του, όπως είναι η ηλικία του νεκρού καθώς και ο τρόπος που επήλθε ο θάνατος, αν ήταν βίαιος και άδικος ή όχι. Η ανασκόπηση πολλών ερευνών δείχνει σαφώς ότι τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής σχετίζονται έντονα με την εκδήλωση διαταραχών της διάθεσης. Ερευνητές υποστηρίζουν 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. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την περίπτωση των ατόμων που υποφέρουν από υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, όπου η ύπαρξη ενός στρεσογόνου γεγονότος πριν την εκδήλωση της νόσου, ή πριν από την εκδήλωση του τελευταίου επεισοδίου της, προκαλεί αρνητική επίδραση στη θεραπεία, με αποτέλεσμα να απαιτείται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για την βελτίωση του υποκειμένου. (Burlow & Durand, 2001).

Ένα σημαντικό σημείο, το οποίο πρέπει να γίνει σαφές είναι ότι το πένθος είναι αρχικά μια μορφή «φυσιολογικής» κατάθλιψης, που ουσιαστικά εκφράζει την αντίδρασή μας απέναντι στην απώλεια ή στο θάνατο του αγαπημένου μας προσώπου. Παράλληλα, η κατάθλιψη στην οποία βυθίζεται ο πενθών παρουσιάζει σχεδόν όλα τα γνωστά συμπτώματα της συγκεκριμένης ασθένειας. Συμπτώματα που αφορούν το σωματικό, γνωστικό και το συναισθηματικό πεδίο του πενθούντα. Ωστόσο, η κατάθλιψη έχει διπλή υπόσταση. Όταν είναι ενδογενής, τότε πρόκειται για την κλινική κατάθλιψη που συναντάμε σε ψυχιατρικούς ασθενείς, 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 Στατιστικό και Διαγνωστικό Εγχειρίδιο ψυχικής υγείας, 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 τα δώδεκα συμπτώματα της κατάθλιψης, τα οποία σχετίζονται με το πένθος είναι η ψυχοκινητική αναστολή, η υποχονδρία, η απάθεια, η επίμονη αϋπνία 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 έρευνα αυτή ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι περίπου το 26,2% των ατόμων που πενθούν παρουσιάζουν συμπτώματα αντιδραστικής κατάθλιψης, καθώς της και ότι η αντιδραστική κατάθλιψη παρουσιάζει σημαντικές ομοιότητες με την μελαγχολία, καθιστώντας τη διάγνωση και πρόληψή της αρκετά δύσκολη. (Bacque, 2004).

3.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ

3.2.1 Παθολογικό πένθος

Σε ορισμένες περιπτώσεις η πορεία και η διεργασία του πένθους δεν είναι ομαλή. Στις περιπτώσεις αυτές περιλαμβάνονται η απουσία του πένθους, το καθυστερημένο πένθος, το πένθος που είναι υπερβολικά έντονο και παρατεταμένο, το πένθος που σχετίζεται με αυτοκτονικό ιδεασμό ή με ψυχωσικά συμπτώματα. Το παθολογικό πένθος συνεπάγεται την αδυναμία του ατόμου να επανακτήσει την ψυχική του ηρεμία και να αντεπεξέλθει, όπως πρώτα, στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Η διάκριση που έκανε ο Freud ανάμεσα στο πένθος και τη μελαγχολία, ότι δηλαδή η υπερβολική απώλεια της αυτοεκτίμησης δεν αποτελεί μέρος της διεργασίας του φυσιολογικού πένθους, θεωρείται και σήμερα σωστή. Ορισμένοι θεωρητικοί της ψυχανάλυσης έδωσαν έμφαση στο ρόλο της δυναμικής του ασυνείδητου στις αντιδράσεις του πένθους. Όσο μεγαλύτερος είναι ο ρόλος των ασυνείδητων και αμφιθυμικών παραγόντων, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα μιας παθολογικής αντίδρασης πένθους. 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 κανονιστικές και αναμενόμενες συνέπειες. Μέσω αυτής της κατηγοριοποίησης δίνεται έμφαση σε πολιτισμικές διαφορές στην ψυχολογική διεργασία του πένθους και της αντίστοιχης συμπεριφοράς των πενθούντων. Επιπρόσθετα, διευκρινίζονται και οι διαφορές στην ένταση και την χρονική διάρκεια του τυπικού πένθους. Αποφεύγει, όμως, ρητά έναν εννοιολογικό διαχωρισμό ανάμεσα στο περιπλεγμένο 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 διάγνυσή τους άλλες γνωστές ψυχοπαθολογικές κατηγορίες. Για παράδειγμα, η μείζονα κατάθλιψη μπορεί να διαγνωσθεί μετά από την απώλεια ενός προσώπου, εάν τα καταθλιπτικά συμπτώματα του θρηγνούντα 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 & Kaltman, 2001). Ορισμένοι ερευνητές όμως διαφωνούν με το συγκεκριμένο διαχωρισμό υποστηρίζοντας ότι δεν υπάρχει μια ξεκάθαρη κατευθυντήρια γραμμή που να καταδεικνύει σε πόση ένταση, ή σε πόση διάρκεια, η τυπική ψυχοπαθολογία του πένθους μπορεί να χαρακτηριστεί ως παθολογική (Stroebe, et. al. 2001). Έχουν προταθεί από αρκετούς θεωρητικούς του πένθους ένας μεγάλος αριθμός διαφορετικών τύπων μη φυσιολογικών αντιδράσεων πένθους, συμπεριλαμβανομένων του αναβλητικού, του ανασταλμένου και του χρόνιου πένθους.

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 (Bacque, 2004). Τα άτομα που έχουν

μεγαλύτερο ποσοστό εκδήλωσης παθολογικού πένθους είναι εκείνα, τα οποία έρχονται αντιμέτωπα με μια ξαφνική απώλεια ή με μια απώλεια κάτω από τραγικές συνθήκες (δολοφονία, αυτοκτονία) και εκείνα που είναι κοινωνικά απομονωμένα και δεν τους παρέχεται κάποια κοινωνική υποστήριξη. Έχει διαπιστωθεί ότι ένα ισχυρό κοινωνικό δίκτυο στήριξης βοηθά στη διατήρηση της αυτοεκτίμησης και της ψυχικής ισορροπίας των ατόμων σε τέτοιες περιόδους. Εκείνα που αισθάνονται έντονες ενοχές επειδή πιστεύουν ότι είναι υπεύθυνα για το θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου, είτε αυτό συμβαίνει στην πραγματικότητα είτε στη φαντασία τους, εκείνα που έχουν προηγούμενο ιστορικό τραυματικών απωλειών, αλλά και όταν συμβαίνουν σε αυτά τα άτομα διάφορες κρίσεις, όπως συζυγικά ή οικονομικά προβλήματα ταυτόχρονα με μια σοβαρή απώλεια και εκείνα που είχαν μια αμφιθυμική ή εξαρτώμενη σχέση με το νεκρό, μια τέτοια σχέση αφήνει τον πενθούντα ανεπαρκώς εξοπλισμένο να λειτουργήσει χωρίς το αγαπημένο του πρόσωπο (Kaplan et al., 1996). Παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση παθολογικού πένθους αποτελούν επίσης η σχέση με το νεκρό και η εμμονή του πενθούντα στο θυμό και την πικρία. Το διαρκές πένθος μέσω της διατήρησης της μνήμης του νεκρού, δίνει την αυταπάτη στον πενθούντα ότι η σχέση αυτή δε διακόπηκε, αλλά συνεχίζεται. Έχει διατυπωθεί από αρκετούς ερευνητές ότι άτομα, τα οποία χαρακτηρίζονται ανασφαλή, αγχώδη και φοβικά έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εκδήλωσης παθολογικού πένθους. Επίσης όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας ως προς την εκδήλωση παθολογικού πένθους είναι η φύση του θανάτου, αν δηλαδή ήταν ξαφνικός και αναπάντεχος. Σε αυτές τις περιπτώσεις έχει βρεθεί ότι τα άτομα που πενθούν εμφανίζουν μεγαλύτερες πιθανότητες ως προς την πρόκληση προβλημάτων κατά τη διεργασία του πένθους, νιώθουν μεγαλύτερο θυμό, μεγαλύτερη επιθυμία για εκδίκηση, λιγότερη ικανοποίηση στη ζωή τους, παρουσιάζονται περισσότερο απαισιόδοξα και επενδύουν λιγότερο στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Τέλος έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στα πλαίσια αυτά αναφέρουν ότι η ύπαρξη κατάθλιψης ή μείζονος συναισθηματικής διαταραχής αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα εκδήλωσης παθολογικού πένθους. Έρευνα που σύγκρινε τέσσερις ομάδες ατόμων, μία ομάδα πενθούντων, οι οποίοι δεν εμφάνισαν προβλήματα κατά τη διεργασία του πένθους, μία ομάδα που εκδήλωσε παθολογικό πένθος και κλινική κατάθλιψη, μία ομάδα ατόμων με διαγνωσμένη κλινική κατάθλιψη, οι οποίοι όμως δεν πενθούσαν

την απώλεια κάποιου αγαπημένου τους προσώπου και μία ομάδα ελέγχου, βρήκαν ότι οι πενθούντες που παρουσίασαν παθολογικό πένθος και κλινική κατάθλιψη εμφάνισαν υψηλότερο επίπεδο γνωστικής διαταραχής σε σχέση με την πρώτη ομάδα και την ομάδα ελέγχου, αλλά χαμηλότερο σε σχέση με τους ψυχιατρικούς ασθενείς, των οποίων η κατάθλιψη δεν οφειλόταν σε κάποια απώλεια ή διεργασία πένθους. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι η γνωστική δυσλειτουργία που προκαλείται από την εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης στους πενθούντες είναι επιφανειακή και χρονικά περιορισμένη (Νίλσεν & Παπαδάτου, 1998).

3.2.2 Περιπλεγμένο πένθος

Ο όρος περιπλεγμένο πένθος είναι μια υποκατηγορία του παθολογικού πένθους που αναφέρεται, κυρίως, στις ψυχολογικές επιπλοκές του πένθους σε σχέση με το χρόνο. Έχει υποστηριχθεί ότι περίπου το 6 - 15% των πενθούντων, που έχουν χάσει κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο, αναπτύσσει περιπλεγμένο πένθος. Το περιπλεγμένο πένθος χαρακτηρίζεται από συμπτώματα, όπως αποφυγή αναμνήσεων που σχετίζονται με το νεκρό, υποκειμενική αίσθηση αδιαφορίας, νοσταλγία, δυσπιστία και πικρία. Τα συμπτώματα αυτά διαρκούν τουλάχιστον δύο μήνες και προκαλούν σημαντικές επιπτώσεις στον κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα, καθώς και σε άλλους τομείς της λειτουργικότητας (Prigerson et al., 1999). Το περιπλεγμένο πένθος έχει συσχετιστεί με μακρόχρονη δυσπροσαρμοστική, δυσλειτουργική συμπεριφορά (Prigerson et al., 1997, in De Groot et al., 2007) και με αυτοκτονικούς ιδεασμούς (Latham et al., 2004; Stroebe et al., 2005, in De Groot et al., 2007). Περιπλεγμένο πένθος φαίνεται να εμφανίζουν και τα άτομα που πενθούν κάποιον δικό τους, ο οποίος αυτοκτόνησε. Τα άτομα αυτά παρουσιάζονται περισσότερο ευάλωτα στην εμφάνιση δυσμενών συνεπειών στη σωματική και ψυχική υγεία και ιδιαίτερα στην εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών, όπως μείζον συναισθηματική διαταραχή ή μετατραυματικό στρες (Runeson & Asberg, 2003).

Το περιπλεγμένο πένθος χωρίζεται σε τρεις επιμέρους κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία, το *αναβλητικό πένθος*, αποτελεί μια συνειδητή απόρριψη της πραγματικότητας. Το άτομο δεν εκδηλώνει κάποια ορατή αντίδραση πένθους ή οδύνης μετά την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, δεν αισθάνεται ούτε

δυσφορία, ούτε κάποιο από τα συνήθη συμπτώματα του πένθους, συμπεριφέρεται σαν να μην έχει αλλάξει τίποτα, και συνεχίζει τη ζωή του κανονικά όπως και πριν μάθει για το θάνατο αυτό. Η συμπεριφορά του αυτή να αρνείται ότι ο θάνατος έχει συμβεί στην πραγματικότητα δεν υποχωρεί μετά από κάποιο χρονικό διάστημα και θυμίζει έντονα παραλήρημα. Τα άτομα αυτά απωθούν τα συναισθήματα τους, καθώς είναι ιδιαίτερα επώδυνα και δε μπορούν να τα αντέξουν. Στην περίπτωση του αναβλητικού πένθους, η κατάθλιψη επέρχεται αναπόφευκτα, έστω και με κάποια καθυστέρηση, έπειτα από κάποιο γεγονός έστω και ασήμαντο ή μετά από εσωτερική επεξεργασία, που θα αναγκάσει το άτομο να αντιμετωπίσει απότομα την πραγματικότητα (DiMatteo & Martin, 2006).

Μια άλλη μορφή περιπλεγμένου θρήνου είναι το *ανασταλμένο πένθος*. Το πένθος αυτό παρατηρείται στις περιπτώσεις όπου απουσιάζει η έκφραση αντιδράσεων πένθους όταν φυσιολογικά είναι αναμενόμενες, δηλαδή κατά τη φάση της απώλειας. Αυτή η μορφή είναι πιο συνηθισμένη στα παιδιά, αλλά και στα άτομα που παρουσιάζουν μειωμένες νοητικές ικανότητες. Στις περισσότερες περιπτώσεις το πένθος απλώς καθυστερεί μέχρι τη στιγμή που το άτομο δε θα μπορεί πλέον να το αρνηθεί. Το άτομο πρέπει να συνειδητοποιήσει την απώλεια και τις επιπτώσεις της στη ζωή του για να μπορέσει να προχωρήσει, να συνάψει νέες διαπροσωπικές σχέσεις. Όμως στην περίπτωση του ανασταλμένου πένθους παρουσιάζονται ορισμένες οικογενειακές και κυρίως διαπολιτισμικές διαφορές, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Τα σφιγμένα χείλη που θαυμάζει μια κοινωνία ανθρώπων έρχονται σε αντίθεση με τα κλάματα και τις φωνές που θεωρεί φυσιολογικά και αναμενόμενα μια άλλη κοινωνία. Όπως φαίνεται από τα παραπάνω είναι δύσκολο ορισμένες φορές να γίνει διάκριση ανάμεσα στο φυσιολογικό και στο παθολογικό πένθος χωρίς να ληφθούν υπόψη ορισμένες τυχόν πολιτισμικές διαφορές (Kaplan et al., 1996).

Η άρνηση της έκφρασης του πένθους είναι δυνητικά παθογόνος. Η ανεπίλυτη διεργασία του πένθους μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στη μετέπειτα εξέλιξη και ανάπτυξη ιδιαίτερα αν η απώλεια ενός κοντινού προσώπου λάβει χώρα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Το άτομο αποφεύγει να αντιμετωπίσει την απώλεια καθώς και τις συνέπειες που επιφέρει η συγκεκριμένη απώλεια στη ζωή του. Η αναστολή αυτή ενδέχεται να προκαλέσει την εκδήλωση μόνιμων σωματικών ενοχλήσεων παρόμοιων ή όμοιων με αυτά που είχε παρουσιάσει ο νεκρός, ή

αλόγιστων και απρόβλεπτων αντιδράσεων κατά την επέτειο του θανάτου του νεκρού ή κάποιων άλλων σημαντικών επετείων, καθώς και μετάθεση του πένθους σε κάποια άλλη απώλεια, φαινομενικά ασήμαντη, που όμως συμβολίζει την αρχική απώλεια, ή υπερβολική αντίδραση στα προβλήματα κάποιου άλλου ατόμου (Kaplan et al., 1996). Ο πενθών πρέπει να επαναβιώσει την εμπειρία, τον πόνο, να μεταφέρει τις αναμνήσεις με το νεκρό στο παρελθόν, να σκεφτεί τη ζωή του χωρίς το αγαπημένο του πρόσωπο, ώστε να μπορέσει να κάνει σχέδια για το μέλλον που να αφορούν μόνο εκείνον και να αναλάβει νέους ρόλους και δραστηριότητες (Kudumija & Manestar, 2007).

Στους παράγοντες που ευθύνονται για την αναστολή και την απόθεση της διεργασίας του πένθους συμπεριλαμβάνονται ο φόβος ότι το πένθος ενδέχεται να προκαλέσει στο άτομο που πενθεί ευαλωτότητα, την πιθανότητα να χάσει τη λογική του από τη σφοδρότητα της οδύνης, ότι θα καταρρεύσει η εικόνα που έχει για τον εαυτό του ως οντότητα στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του, καθώς και η ύπαρξη κάποιων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που καθιστούν το άτομο φοβικό ως προς τον πόνο (Νίλσεν & Παπαδάτου, 1998)

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 καθηλώνεται 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, 2004). Έρευνες έχουν δείξει ότι αντιδράσεις πένθους που επιμένουν και διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα, όπως στην περίπτωση του χρόνιου πένθους, συσχετίζονται με μεγαλύτερες πιθανότητες παραπομπής σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας για κλινική κατάθλιψη, απόπειρες αυτοκτονίας καθώς και εμφάνιση σωματικών ασθενειών, όπως υψηλή αρτηριακή πίεση, καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνο (Neria et al., 2007).

Ωστόσο υπάρχει μεγάλη διαφωνία μεταξύ των ερευνητών για το αν το περιπλεγμένο πένθος πρέπει να θεωρηθεί ξεχωριστή κατηγορία στο DSM, κι αν μπορεί με

αξιοπιστία να διαχωριστεί από τις άλλες μορφές διαταραχών του πένθους. Έρευνες που πραγματοποιούνται στα πλαίσια αυτά αναφέρουν τη συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών μαζί με το πένθος, όπως π.χ. σε ένα δείγμα 23 ατόμων με περιπλεγμένο πένθος το 52% εμφάνιζε συμπτώματα μείζονας κατάθλιψης, το 30% συμπτώματα μετατραυματικού στρες, το 26% συμπτώματα διαταραχής πανικού και το 48% παρουσίαζε παραπάνω της μιας ψυχιατρικές διαταραχές, ενώ η ύπρξη ψυχιατρικών διαταραχών πριν την απώλεια επιδείνωνε τις αντιδράσεις του πένθους (Melhem et al., 2001). 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 ύπαρξη 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. Ένα άλλο θέμα προστριβής μεταξύ των ερευνητών αποτελεί το πότε ορίζεται χρονικά το περιπλεγμένο πένθος, ορισμένοι υποστηρίζουν μετά τους πρώτους έξι μήνες από την απώλεια, ενώ άλλοι μετά από τον πρώτο χρόνο (Ott, 2003).

Ωστόσο παρά τις αμφιλεγόμενες απόψεις των ερευνητών έχουν καταγραφεί και παρουσιαστεί διάφορα κριτήρια συμπτωματολογίας για τη 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 & Marwit, 2004).

3.2.3 Τραυματικό πένθος

Μια στατιστικά σημαντική μειονότητα πενθούντων ατόμων εκδηλώνει τραυματικό πένθος. Το τραυματικό πένθος αποτελεί μια επιπλέον υποκατηγορία παθολογικού πένθους 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, δηλαδή ως ένα οδυνηρό σύμπτωμα και την αίσθηση της ανικανότητας ή του πόνου, ως βλάβη ή εξασθένιση σε μια ή περισσότερες λειτουργικές περιοχές του οργανισμού, με την ιδέα ενός οδυνηρού θανάτου, ή με την αίσθηση της απώλεια του αγαθού της ελευθερίας.

Τα συμπτώματα του τραυματικού πένθους χαρακτηρίζονται ως αλληλεξαρτώμενα και 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, το γεγονός ότι το άτομο ζητά επίμονα τον αποθανόντα, τον γυρεύει παντού, ενώ παράλληλα η ανάμνηση του τον ταράζει, έλλειψης πίστης στους άλλους και ακόμη η αβάσταχτη μοναξιά που συνεπάγεται η απώλεια. Στην δεύτερη κατηγορία κατατάσσονται τα συμπτώματα που σχετίζονται με την θλίψη που προκαλεί το τραύμα της απώλειας, συμπεριλαμβανομένων της νοσταλγίας, πικρίας, δυσπιστίας, της αβεβαιότητας, του θυμού, του μούδιασματος, της αίσθησης του σοκ, της αποεπένδυσης από τους άλλους, και της εκδήλωσης κοινών σωματικών συμπτωμάτων με τον νεκρό. Τα συμπτώματα αυτά διαφοροποιούνται από την κατάθλιψη και το άγχος που παρατηρούνται στο φυσιολογικό πένθος και θέτουν τα άτομα σε κίνδυνο εμφάνισης δυσμενών επιπτώσεων στην κοινωνική, ψυχολογική και ψυχική τους υγεία (Prigerson et al., 1999). Η διαταραχή χαρακτηρίζεται ως «τραυματικό πένθος» και όχι ως «περιπλεγμένο 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 (Stroebe et al, 2001).

3.2.4 Ψυχιατρικά πένθη

Το πένθος μπορεί να αποτελέσει την αφορμή, που θα οδηγήσει ένα άτομο στην ψυχοσθένεια. Σε ορισμένες περιπτώσεις κάποιες πλευρές του φυσιολογικού πένθους παραμορφώνονται ή υπερτονίζονται σε τέτοιο βαθμό που παίρνουν ψυχωσικό χαρακτήρα. Το να πιστεύει ένα άτομο ότι είναι ο ίδιος ο νεκρός ή ότι πεθαίνει από την ίδια ασθένεια που έπασχε ο νεκρός, σε περίπτωση που δεν ανταποκρίνεται αυτό στην πραγματικότητα, η ύπαρξη επίμονων και περίπλοκων ακουστικών ψευδαισθήσεων, καθώς και η πεποίθηση ότι το νεκρό πρόσωπο είναι ακόμα ζωντανό αποτελούν τις συνηθέστερες αιτίες, εκδήλωσης αντιδραστικών καταθλίψεων ή ακόμα σχιζοφρενικών συμπτωμάτων (Kaplan et al., 1996). 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 πένθους. Όπως καταφαίνεται από σύγχρονες επιστημονικές μελέτες, τα ψυχιατρικά πένθη διακρίνονται σε νευρωτικά, υστερικά και ψυχαναγκαστικά. Πιο σπάνια συναντούμε, βέβαια, και μανιακά ή ψυχωτικά πένθη, αλλά και μανίες καταδιώξεως. (Bacque, 2004).

3.2.5 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. Σαν μέρος των φαινομένων που έχουν αποκληθεί φαινόμενα ταύτισης, ένα άτομο μπορεί να πάρει τις ιδιότητες, τους τρόπους ή τα χαρακτηριστικά αυτού που πέθανε, σα να συνεχίζει την ύπαρξη του με κάποιο απτό και συγκεκριμένο τρόπο. Ο πενθών σε ορισμένες περιπτώσεις ενδέχεται να αναπτύξει σωματικά συμπτώματα σαν αυτά που ένιωθε ο νεκρός όταν ήταν άρρωστος, ή κάποια άλλα τα οποία όμως χαρακτηρίζουν την ασθένεια από την οποία πέθανε ο νεκρός (Kaplan et al., 1996). 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 πένθους με παράλληλη φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να επιφέρει την «ίαση» (Bacque, 2004).

3.2.6 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, 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 και η επικινδυνότητα αυτής της κατάστασης απαιτεί τον συνδυασμό ιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης (Bacque, 2004).

3.2.7 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 (Bacque, 2004).

3.2.8 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).

4. ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑΣ

4.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΣΕ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ

4.1.1 Θάνατος συντρόφου

Η απώλεια του συντρόφου θεωρείται το πιο επώδυνο αγχογόνο γεγονός μετά την απώλεια του παιδιού, αν και από μια ορισμένη ηλικία και μετά είναι αναμενόμενο σε σύγκριση με τα υπόλοιπα είδη θανάτων. Η αλλαγή αυτή επιφέρει τεράστιες δυσκολίες και απαιτεί σημαντική αναπροσαρμογή των συνθηκών ζωής και των προσδοκιών, 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.

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 ατόμου. Ο πενθών αισθάνεται εγκαταλελειμμένος, καθώς υποχρεώνεται να αναλάβει να λειτουργήσει μόνος του χωρίς τη βοήθεια, τη συμπαράσταση και τη συντροφιά του συντρόφου του. Αναλαμβάνει ευθύνες, που παλαιότερα τις μοιράζονταν οι δυο τους (DiMatteo & Martin, 2006).

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. Οι πενθούντες που έχουν παιδιά, τα οποία χρειάζονται τη φροντίδα τους και την ανάγκη τους, συχνά κατακλύζονται από τις απαιτήσεις των παιδιών τους για προσοχή και κατανόηση. Μερικές φορές μάλιστα υποχρεώνονται να παραμερίσουν τις δικές τους ανάγκες ώστε να βοηθήσουν τα παιδιά τους να αντιμετωπίσουν την απώλεια του γονέα τους. 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 σύντρόφό 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).

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 τα συναισθήματα μοναξιάς, η απόγνωση, τα συναισθήματα κατάθλιψης, οι κρίσεις άγχους, το αίσθημα της ενοχής και του θυμού, η ηττοπάθεια, οι δυσκολίες στην ανάληψη νέων ρόλων και ευθυνών, η αμφισβήτηση της αίσθησης της προσωπικής ταυτότητας, η αποδιοργάνωση, διάφορα σωματικά προβλήματα υγείας κ.ά. (Field & Friedrichs, 2004). 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 (DiMatteo & Martin, 2006).

Τα άτομα που χάνουν το σύντροφο τους παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες θνησιμότητας. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε άτομα ηλικίας 20 - 30 ετών έδειξαν ότι η συχνότητα θανάτου ήταν μεγαλύτερη στα άτομα που είχαν βιώσει την απώλεια του συντρόφου τους συγκρινόμενα με άτομα που δεν είχαν παρόμοια εμπειρία. Επίσης έχει υποστηριχθεί ότι η θνησιμότητα χήρων ατόμων κάτω των 45 ετών είναι 7 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με την αντίστοιχη παντρεμένων ατόμων που δεν έχουν χάσει το σύντροφο τους (DiMatteo & Martin, 2006). Φαίνεται πως οι χήροι πεθαίνουν συχνότερα μετά από την απώλεια της συντρόφου τους σε σύγκριση με τις γυναίκες (Καραδήμας, 2005). Το ενδεχόμενο του θανάτου για τους χήρους βρέθηκε ότι ήταν υψηλότερο κατά τον πρώτο χρόνο του πένθους, ενώ στους πρώτους έξι μήνες της χηρείας το ποσοστό των αυτοκτονιών ήταν υψηλότερο περίπου κατά 2,5 φορές σε σχέση με τα ποσοστά αυτοκτονιών παντρεμένων αλλά όχι χήρων ανδρών, καθώς και κατά τη διάρκεια του δεύτερου και τρίτου χρόνου της απώλειας τα ποσοστά αυτοκτονιών παρέμεναν ως και 1,5 φορές υψηλότερα από τα αντίστοιχα των

παντρεμένων ανδρών αλλά και των χήρων γυναικών (DiMatteo & Martin, 2006). Έχει αποδειχθεί πως οι άνδρες χήροι αναπτύσσουν περισσότερο καταθλιπτικά και άλλα συμπτώματα μετά από σημαντική απώλεια (Kato & Mann, 1999). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες διαθέτουν ισχυρότερο κοινωνικό δίκτυο καθώς και στο ότι εκφράζουν τα συναισθήματα τους με πιο εύκολο και κοινωνικά αποδεκτό τρόπο. Η εκδήλωση της κατάθλιψης είναι επίσης πιο πιθανή σε άτομα με προδιάθεση στη συγκεκριμένη διαταραχή είτε λόγω του προηγούμενου ιστορικού τους, είτε λόγω κάποιων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας τους. Έχει υποστηριχθεί ότι το 15% των ατόμων που έχουν υποστεί κάποια απώλεια εξακολουθούν να εκδηλώνουν ένα σύνολο καταθλιπτικών συμπτωμάτων ακόμα και ένα χρόνο μετά το θάνατο του συντρόφου τους (DiMatteo & Martin, 2006).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε διαπίστωσε την 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 (Kaunonen et al., 1999). Επιπρόσθετα αναφέρεται πως οι χήρες μέσης ηλικίας 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 (Ungar & Florian 2004). Σ' αυτό το συμπέρασμα έχουν καταλήξει και άλλοι ερευνητές, 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 (Ott & Lueger, 2002).

Υπάρχουν, ακόμα, στοιχεία που δείχνουν ότι ένας ξαφνικός ή απρόσμενος θάνατος σχετίζεται περισσότερο με έντονο ή παρατεταμένο θρήνο συγκριτικά με ένα αναμενόμενο (Καραδήμας, 2005). Η συσχέτιση της διεργασίας του πένθους ανάμεσα σε ζευγάρια, εκ των οποίων ο ένας σύντροφος νοσούσε από μια θανατηφόρα ασθένεια, και ζευγάρια, εκ των οποίων ο ένας σύντροφος πέθανε από φυσικά αίτια, μας πληροφορεί 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 νεότεροι παρουσιάζουν συχνότερα έντονα ξεσπάσματα θυμού και εχθρότητας, νιώθοντας παράλληλα το αίσθημα της αδικίας (Gilliland & Fleming, 1998).

4.1.2 Θάνατος γονέα

Αρκετές έρευνες, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν για να εξετάσουν τις επιδράσεις της απώλειας ενός γονέα, αναφέρουν ότι είναι πολύ έντονες και μπορεί να προκαλέσουν σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά και την προσωπικότητα. Βέβαια οι επιδράσεις διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία του παιδιού όταν βιώνει την απώλεια, τη σχέση που είχε με τον γονέα που πέθανε, καθώς και την υποστήριξη που λαμβάνει από τον εναπομείναντα γονέα. Ο θάνατος ενός γονέα μπορεί να αποτελέσει μια πολύ στρεσογόνα εμπειρία για τα παιδιά, καθώς και για τους ενήλικες. Υπάρχει περίπτωση να νιώσουν ότι έφυγε το μοναδικό άτομο που τα αγαπούσε και τα αποδεχόταν όπως ήταν, χωρίς να πρέπει να αποδείξουν τίποτα. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε με 75 ενήλικες, οι οποίοι προσπάθησαν να αυτοκτονήσουν βρήκε ότι το 50% των ατόμων

αυτών, είχαν βιώσει την απώλεια ενός γονέα μέσα στα προηγούμενα τρία χρόνια (Bunch et al., 1971, βλέπε DiMatteo & Martin, 2006). Επίσης έχει αναφερθεί ότι οι επιδράσεις ενός τέτοιου θανάτου στα παιδιά διαφοροποιούνται από το φύλο του γονέα που πεθαίνει. Υποστηρίζεται ότι ανύπαντροι άνδρες, οι οποίοι χάνουν τη μητέρα τους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν από τους παντρεμένους άνδρες. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί με το γεγονός ότι η μητέρα φροντίζει περισσότερο τα παιδιά ειδικά κατά τη βρεφική ηλικία, καθώς και ότι οι παντρεμένοι άνδρες μπορούν να βρουν παρηγοριά και ενδιαφέρον στις γυναίκες τους, σε αντίθεση με τους ανύπαντρους, οι οποίοι αισθάνονται ότι έχουν μείνει μόνοι στον κόσμο (Horowitz et al., 1981, βλέπε DiMatteo & Martin, 2006). Επίσης το γεγονός ότι οι ενήλικες αναστατώνονται περισσότερο και τους είναι πιο δύσκολο να ξεπεράσουν το θάνατο της μητέρας από ότι του πατέρα τους, μπορεί να εξηγηθεί από το ότι κατά ένα μεγάλο ποσοστό περίπου 75% οι πατέρες πεθαίνουν πρώτοι και ο θάνατος της μητέρας αργότερα σηματοδοτεί για τα παιδιά ότι δεν έχουν πλέον κανένα γονιό τους, έχουν πεθάνει και οι δύο.

Ο θάνατος ενός γονέα κατά την παιδική ηλικία ή κατά την εφηβεία μπορεί να προκαλέσει σημαντικές συνέπειες τόσο στη συναισθηματική ανάπτυξη, όσο και στην προσωπικότητα του παιδιού. Ο Bowlby μελέτησε επίσης και τη διεργασία του πένθους στα παιδιά. Αναφέρει ότι η διαδικασία μοιάζει με αυτήν του αποχωρισμού και περιγράφει 3 στάδια, διαμαρτυρία, απελπισία και αποδέσμευση. Κατά το πρώτο στάδιο το παιδί νιώθει ισχυρή επιθυμία για το γονιό που πέθανε και κλαίει για να γυρίσει πίσω, κατά το δεύτερο στάδιο το παιδί αρχίζει να χάνει την ελπίδα του ότι ο γονιός του θα επιστρέψει, κλαίει τότε - τότε και σταδιακά αποσύρεται από τις δραστηριότητες του και να γίνεται απαθής. Στο τελευταίο στάδιο το παιδί αρχίζει να παραιτείται εν μέρει από την προσκόλληση στο γονιό και ασχολείται περισσότερο με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Kaplan et al., 1996). Ενώ υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι η απώλεια αυτή μπορεί να επηρεάσει και τη σωματική τους ανάπτυξη. Στο πείραμα αυτό εξετάστηκαν φοιτητές, οι οποίοι είχαν βιώσει την απώλεια ενός γονέα πριν τα 16 τους χρόνια και βρήκαν ότι κάτω από στρεσογόνες καταστάσεις τα άτομα αυτά εμφάνισαν αυξημένη αρτηριακή πίεση καθώς και αυξημένο ποσοστό παραγωγής κορτιζόλης σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου (Luecken, 1998, βλέπε DiMatteo & Martin, 2006). Τα παιδιά ενδέχεται να

αντιδράσουν με ποικίλους τρόπους, όπως με θλίψη, θυμό, άγχος, προσκόλληση, επιθετικότητα, σύγχυση, αβεβαιότητα, άρνηση, καθώς και με παλινδρόμηση σε προηγούμενο στάδιο ανάπτυξης, ενώ συνήθως τα βασανίζουν κάποια ερωτήματα, τα οποία τις περισσότερες φορές δεν εξωτερικεύουν, όπως: *Μήπως ευθύνομαι εγώ για το θάνατο αυτό; Με εμένα τι θα γίνει, μήπως το ίδιο; Τώρα που έχασα τη μαμά ή το μπαμπά μου τι θα γίνω; Ποιος θα με φροντίζει; Είμαι μόνος/μόνη μου;* (DiMatteo & Martin, 2006).

Ο τρόπος που τα παιδιά κατανοούν την έννοια του θανάτου, καθώς τι επίδραση θα έχει ο θάνατος αυτός στην εξέλιξη τους, εξαρτάται από το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκονται τη δεδομένη χρονική στιγμή.

Τα βρέφη αντιλαμβάνονται το πένθος μέσω της αλλαγής συμπεριφοράς των γύρω του, των ατόμων που το φροντίζουν. Επίσης το βρέφος αντιλαμβάνεται την απουσία του γονέα που πεθαίνει ακόμα και όταν δεν πρόκειται για το άτομο που το φροντίζει. Σε περίπτωση που το βρέφος χάσει τη μητέρα του, τότε όχι μόνο βιώνει την απώλεια της αγάπης και της στοργής που του πρόσφερε η μητέρα του, αλλά αισθάνεται και τη θλίψη των άλλων ατόμων γύρω του. Σε περίπτωση θανάτου του πατέρα του νιώθει την απουσία ενός πολύ σημαντικού ατόμου του περιβάλλοντος του, αλλά επίσης νιώθει και την απομάκρυνση της μητέρας του. Μια γυναίκα που χάνει τον άνδρα της είναι θλιμμένη, κλαίει συχνά, εκδηλώνει άγχος και εκνευρισμό, ενώ φροντίζει περισσότερο αφηρημένα και μηχανικά το παιδί της. Το βρέφος μπορεί να αναπτύξει διαταραχές του ύπνου, της όρεξης, ευερεθιστότητα, αδιαφορία, συναισθηματική απομάκρυνση ή προσκόλληση και οργανικές διαταραχές.

Τα παιδιά 3 με 5 ετών δεν καταλαβαίνουν απόλυτα την έννοια του θανάτου αλλά νομίζουν ότι ο νεκρός κοιμάται. Τη μια στιγμή για παράδειγμα ένα παιδί αυτής της ηλικιακής ομάδας μπορεί να μας πει ότι γνωρίζει πως η μαμά ή ο μπαμπάς του έχει πεθάνει και το επόμενο λεπτό να μας ρωτήσει πότε θα επιστρέψει στο σπίτι (Woolson, 1999). Για αυτό και δεν πρέπει να μας εκπλήξουν ορισμένες ερωτήσεις, όπως αν ο νεκρός τρώει ή πονάει. Επίσης σε αυτήν την ηλικία τα παιδιά ρωτάνε που πάνε οι άνθρωποι όταν πεθαίνουν και τους αρέσει πολύ η ιδέα ότι η μαμά ή ο μπαμπάς τους είναι στον ουρανό μαζί με τους αγγέλους και τους προστατεύουν από ψηλά. Τα αγόρια συνήθως παρουσιάζονται περισσότερο επιθετικά και φοβισμένα σε αντίθεση με τα κορίτσια, τα οποία εμφανίζονται περισσότερο θλιμμένα (Kranzler et

al., 1990, βλέπε, Bacque, 2004). Η θλίψη των παιδιών αυτών εκφράζεται ξαφνικά. Μπορεί τη στιγμή που παίζουν να ξεσπάσουν σε κλάματα και στη συνέχεια να συνεχίσουν το παιχνίδι τους και το γέλιο τους, ενώ συχνά εντάσσουν το θάνατο στο παιχνίδι τους. Επίσης είναι πιθανό να εμφανίσουν εναλλαγές υπερκινητικότητας και κόπωσης, διαταραχές ύπνου, να αναπτύξουν φοβίες, όπως π.χ. να φοβούνται το σκοτάδι ή να βλέπουν φαντάσματα καθώς δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που το παιδί συνομιλεί με το νεκρό. Έρευνα που εξέτασε παιδιά, που είχαν βιώσει την απώλεια ενός γονέα τους ένα χρόνο πριν, αναφέρουν ότι τα παιδιά αυτά είχαν δημιουργήσει ένα «νοητικό κατασκεύασμα» του γονιού που πέθανε, με αυτό τον τρόπο τα παιδιά συνέχισαν να συνομιλούν με το γονέα τους και να αναπτύσσουν μια σχέση με αυτόν. Οι ερευνητές θεωρούν ότι το νοητικό αυτό κατασκεύασμα βοηθάει τα παιδιά αυτής της ηλικίας να αντιμετωπίσουν με πιο εύκολο τρόπο την απώλεια αυτή (Silverman et al., 1992, βλέπε DiMatteo & Martin, 2006). Τα παιδιά ηλικίας 7 με 12 ετών αρχίζουν να συνειδητοποιούν το νόημα του θανάτου σε αυτό βοηθούν πολύ το σχολείο, καθώς και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, με αποτέλεσμα ορισμένα παιδιά να αναπτύξουν φόβο θανάτου είτε για τον εαυτό τους είτε για το συγγενικά τους άτομα. Είναι πιθανό επίσης τα παιδιά της ηλικίας αυτής να παρουσιάσουν συμπτώματα κατάθλιψης και ενοχής.

Αρκετές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν για να εξετάσουν τις μακροχρόνιες συνέπειες του θανάτου του πατέρα σε παιδιά ηλικίας 3 με 10 ετών έδειξαν ότι τα παιδιά αυτά εμφανίζουν ξαφνικό άγχος, το οποίο απορρέει από τον πόνο τους και τη θλίψη για το χαμό του πατέρα τους. Αντιδρούν με κλάμα, στεναχώρια, νοσταλγία, διαταραχές της όρεξης, όπως εμετός, μειωμένη αίσθηση πείνας ή εμφάνιση βουλιμίας, καθώς και με παλινδρόμηση σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης, όπου τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν ενούρηση και εγκόπριση κατά τη διάρκεια της νύχτας. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών έρχονται σε αντίθεση με την άποψη ότι το πένθος κατά την παιδική ηλικία είναι απών, ότι δηλαδή τα παιδιά δεν εκδηλώνουν κάποια αντίδραση απέναντι στην απώλεια του πατέρα τους (Deutsch, 1937, Nagera, 1970, βλέπε Moos, 1986). Επίσης αναφέρεται ότι οι αντιδράσεις θυμού και διαμαρτυρίας των παιδιών αυτών δεν αντικαθιστούν τις αντιδράσεις του πένθους, αλλά εκδηλώνονται μαζί με αυτές. Τα παιδιά εκδηλώνουν αρκετούς αμυντικούς μηχανισμούς, οι οποίοι τα βοηθούν να κατευνάσουν τον οξύ πόνο του πένθους και να

αποκτήσουν απόσταση και πίστωση χρόνου, ώσπου να αφομοιώσουν το σοκ σταδιακά (Moos, 1986). Ο κυριότερος αμυντικός μηχανισμός είναι η άρνηση. Διαρκεί λίγες ημέρες και κατά τη διάρκεια των ημερών αυτών τα παιδιά συμπεριφέρονται σαν ο θάνατος να μην έχει συμβεί. Για παράδειγμα το παιδί ενδέχεται να αγοράσει ένα γλυκό για τη μαμά του ή για όποιο πρόσωπο έχασε, όπως συνήθιζε να κάνει και πριν την απώλεια. Μετά από μερικές μέρες το παιδί μπορεί να αρχίσει να ψάχνει για το πεθαμένο πρόσωπο στα δωμάτια που χρησιμοποιούσε ακόμα και στις καρέκλες που καθόταν, ελπίζοντας να το ξαναδει. Με αυτόν τον τρόπο εκφράζει τη βαθιά του επιθυμία να μην είχε συμβεί αυτός ο θάνατος (Woolson, 1999). Παρουσιάζουν έντονη αναβίωση της εικόνας του πατέρα τους που έχει πεθάνει, είτε μέσω ανάκλησης ευχάριστων γεγονότων, είτε αρνούμενα τη μονιμότητα του θανάτου, με αποτέλεσμα να πιστεύουν ότι κάποια στιγμή ο πατέρας τους θα γυρίσει στο σπίτι και θα είναι όλα πάλι φυσιολογικά. Τα συμπτώματα αυτά σχετίζονται με τη δυσκολία αντιμετώπισης της στρεσογόνας νέας κατάστασης, κατά την οποία δημιουργούνται δραματικές αλλαγές στην οικογένεια, στην καθημερινότητα του σπιτιού, καθώς και στη συμπεριφορά της μητέρας που πενθεί. Κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου τα παιδιά αρχίζουν να εξετάζουν την έννοια του θανάτου και στη συνέχεια κάνουν ερωτήσεις που εκπλήσσουν τους συγγενείς προσπαθώντας να κατανοήσουν τις συνέπειες του γεγονότος αυτού στη ζωή τους. Τα παιδιά κατά το δεύτερο έτος μετά την απώλεια του πατέρα τους αναπτύσσουν διάφορους φόβους που αφορούν τον εαυτό τους ή την οικογένεια τους και εκφράζονται με έντονο άγχος (Moos, 1986). Οι κυριότεροι φόβοι είναι ότι θα μείνουν μόνοι, κάνουν σκέψεις ότι η μητέρα τους ξαφνικά θα εξαφανιστεί, φοβούνται ότι θα συμβεί και σε αυτούς κάτι κακό ή ότι ευθύνονται αυτά για το θάνατο που έχει συμβεί, επειδή ήταν άτακτα ή επειδή δεν τακτοποίησαν το δωμάτιο τους. Η ενοχή δεν έχει λογική, αλλά προκαλεί μεγάλο ψυχικό πόνο που διαρκεί για αρκετά χρόνια (Woolson, 1999). Επίσης σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών τα δύο τρίτα των παιδιών παρουσιάζουν αυξημένη εξάρτηση από τη μητέρα, καθώς και δυσκολίες αποχωρισμού της σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Μερικά παιδιά εμφανίζουν συναισθηματική εξάρτηση και από άλλα άτομα, όπως κάποιου δασκάλου ή κάποιου σημαντικού για αυτά ενήλικα. Επίσης εμφανίζεται αυξημένη επιθετική συμπεριφορά σε περισσότερο από το ένα τρίτο των παιδιών δύο ή τρία χρόνια μετά την απώλεια του πατέρα. Μέσα σε αυτό το

χρονικό διάστημα παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά άρχισαν να αναλαμβάνουν ευθύνες μέσα στην οικογένεια, όπως να προσέχουν το μικρότερο αδελφό, να βοηθούν τη μητέρα στις δουλειές, καθώς αναλάμβαναν και κοινωνικές υποχρεώσεις. Η ανάληψη αυτών των ευθυνών βοηθά τα παιδιά να αντιμετωπίσουν τη νέα κατάσταση που δημιουργείται στο σπίτι, ενώ σε μερικές περιπτώσεις τα παιδιά αντιδρούν με αυτόν τον τρόπο καθώς προσπαθούν να αντικαταστήσουν το ρόλο του πατέρα που είχε στην οικογένεια. Τέσσερα χρόνια μετά το θάνατο του πατέρα τους τα δύο τρίτα των παιδιών ακόμα παρουσιάζουν αυξημένη συναισθηματική εξάρτηση, αλλά εμφανίζεται επίσης μείωση του επιπέδου του άγχους, της δυσκολίας αποχωρισμού της μητέρας, των διάφορων φόβων που αναπτύχθηκαν, της επιθετικότητας και των δυσκολιών συγκέντρωσης. Αναφέρεται ότι αρκετά από τα παιδιά δεν εμφάνιζαν πλέον προβλήματα στο σχολείο και στις δραστηριότητες τους με τους συνομηλίκους τους (Moos, 1986).

Ο θάνατος ενός γονέα επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τους εφήβους. Ορισμένοι έφηβοι εκφράζουν τα αισθήματα αγάπης και μίσους που νιώθουν, ενώ μερικοί άλλοι καταπιέζουν τον εαυτό τους και δεν τα εξωτερικεύουν. Οι επιπτώσεις μιας τέτοιας απώλειας στους εφήβους είναι δύσκολο να κατανοηθούν, καθώς τις περισσότερες φορές είτε αρνούνται τα συναισθήματα τους, είτε αντιδρούν επιπόλαια και παράλογα εκφράζοντας μεγάλο θυμό και επιθετικότητα (Kandt, 1994, βλέπε, Bacque). Ο κοινωνικός περίγυρος και ιδιαίτερα οι φίλοι, έχουν μεγάλη σημασία για τον έφηβο. Είναι πολύ σημαντικό για αυτόν να μην τον απορρίψουν και για αυτό το λόγο αρκετοί έφηβοι κλείνουν στον εαυτό τους και προσπαθούν να δείξουν στους άλλους ότι είναι δυνατοί, κρύβοντας κάθε ευαισθησία τους. Γεγονός που μπορεί να προκαλέσει επιθετικότητα προς τους άλλους ή και προς τον ίδιο τους τον εαυτό (π.χ. απομόνωση, τοξικομανία, αυτοκτονία). Στους εφήβους λειτουργεί περισσότερο η αμυγδαλή, με αποτέλεσμα να αντιδρούν περισσότερο με το συναίσθημα σε αντίθεση με τους ενήλικες, οι οποίοι για να πάρουν μια απόφαση χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό τη λογική παρά το συναίσθημα. Με λίγα λόγια αντιδρούν τις περισσότερες φορές παρορμητικά, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλος κίνδυνος ο θάνατος ενός γονέα να οδηγήσει έναν έφηβο σε αυτοκτονία (Bacque, 2004). Επίσης η μη έκφραση και εξωτερίκευση των συναισθημάτων τους έχει ως αποτέλεσμα ορισμένες φορές τα

άτομα σε αυτήν την ηλικία να παρουσιάσουν συμπτώματα ανορεξιών, παροδικής αλωπεκίας και τραυλισμού.

Η απώλεια ενός γονέα κατά την εφηβική ηλικία μπορεί να προκαλέσει την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων έως και βαριάς μορφής κατάθλιψη (Gersten et al., 1991, βλέπε, Bacque, 2004). Στην εκδήλωση καθώς και στην επιδείνωση της κατάθλιψης μπορούν να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες, όπως η μη ικανοποιητική σχέση με τον εναπομείναντα γονιό και η συγκέντρωση επιπρόσθετων αρνητικών γεγονότων για την οικογένεια. Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες το ποσοστό εμφάνισης κατάθλιψης κατά την εφηβική ηλικία αυξάνεται όταν ο εναπομένον γονιός είναι η μητέρα, όταν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό διαταραχών της διάθεσης στην οικογένεια, ή όταν το ίδιο το παιδί έχει προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό (West et al., 1991, βλέπε, Bacque, 2004). Το παράδοξο αυτό εύρημα, ότι δηλαδή ο θάνατος του πατέρα εμφανίζει μεγαλύτερες πιθανότητες ανάπτυξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα παιδιά σε σύγκριση με το θάνατο της μητέρας, μπορεί να εξηγηθεί με το γεγονός, ότι η καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση της μητέρας επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό τα παιδιά. Επίσης μετά το θάνατο του πατέρα τις περισσότερες φορές παρατηρείται πτώση του βιοτικού επιπέδου της οικογένειας, καθώς χάνεται το μοναδικό ή το μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματος μιας πυρηνικής οικογένειας (DiMatteo & Martin, 2006).

4.1.3 Θάνατος αδελφού/ής

Δεν έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες, που να εξετάζουν τις ψυχολογικές και συναισθηματικές επιδράσεις του θανάτου ενός αδελφού σε άτομα διαφορετικών ηλικιακών ομάδων. Η κατανόηση και η αποδοχή μιας τέτοιας απώλειας είναι πάντα δύσκολη, και γίνεται ακόμα δυσκολότερη όταν συμβεί στην παιδική ηλικία. Τα παιδιά δεν αντιλαμβάνονται σε αυτό το στάδιο της ζωής τους ακόμα την έννοια του θανάτου, με αποτέλεσμα να πιστεύουν ότι η κατάσταση αυτή είναι παροδική και κάποια στιγμή ο αδελφός τους θα επιστρέψει ή να αισθανθούν εγκατάλειψη και να εμφανίσουν επιθετική συμπεριφορά. Ορισμένα παιδιά, τα οποία συνήθιζαν να είναι ανταγωνιστικά απέναντι στα αδέρφια τους, πιστεύουν ότι τα αισθήματά τους αυτά ευθύνονται για την απώλεια του αδελφού τους, με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν

ενοχές. Μερικά παιδιά αντιλαμβανόμενα τη θλίψη των γονιών τους προσπαθούν να μιμηθούν και να πάρουν τη θέση του νεκρού αδελφού τους για να ευχαριστήσουν τους γονείς τους, με αποτέλεσμα να καταπιέζουν τη δική τους διαφορετική προσωπικότητα. Τα άτομα που χάνουν ένα αδελφό κατά την παιδική ηλικία συνήθως εκδηλώνουν θλίψη, θυμό, φόβο, διαταραχές της όρεξης, δυσκολίες συγκέντρωσης, διαταραχές ύπνου, απόσυρση από τις δραστηριότητες με τους συνομηλίκους τους, νευρικότητα, επιθετικότητα, δυσκολίες προσαρμογής στο σχολείο, καθώς και πιθανότητα παλινδρόμησης σε προηγούμενο στάδιο ανάπτυξης, ενώ οι έφηβοι συγκρινόμενοι με άτομα της ηλικίας τους εμφανίζουν μεγαλύτερα προβλήματα συμπεριφοράς, επιθετικότητα, παραβατικότητα (Thompson et al., 1998, βλέπε, DiMatteo & Martin, 2006), επίσης διαταραχές ύπνου, θυμό, κατάθλιψη, ενοχή, έντονη αίσθηση μοναξιάς, αυτοκτονικούς ιδεασμούς και σε σπάνιες περιπτώσεις οπτικές ψευδαισθήσεις με το νεκρό αδελφό. Έφηβοι, οι οποίοι βίωσαν την απώλεια ενός αδελφού, μιλώντας για τον εαυτό τους αναφέρουν ότι η εμπειρία αυτή τους ωρίμασε. Πιστεύουν ότι λόγω της αντιμετώπισης αυτής της κατάστασης συμπεριφέρονται λιγότερο παρορμητικά και ανεύθυνα σε σχέση με τους συνομηλίκους τους. Δίνουν σημασία και αξία στην κάθε ημέρα που περνάει. Αναφέρουν ότι η εμπειρία αυτή τους δίδαξε ότι κάποια πράγματα συμβαίνουν και πρέπει απλά να τα δεχθείς, γιατί το αποτέλεσμα δε μπορεί να αλλάξει με κανένα τρόπο, όσο και να προσπαθήσει κανείς. Κλινικές συνεντεύξεις εφήβων αποκαλύπτουν ότι δύο χρόνια μετά το θάνατο του αδελφού τους ακόμα βιώνουν έντονο πόνο, όταν ανακαλούν το γεγονός αυτό και εμφανίζουν τρόμο, κλάμα και καταθλιπτική διάθεση (Moos, 1986). Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι τα αγόρια συνήθως επηρεάζονται περισσότερο από την απώλεια κάποιου γονιού σε σύγκριση με τα κορίτσια, τα οποία επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από το χαμό ενός αδελφού και ιδιαίτερα μιας αδελφής (Worden et al., 1999, βλέπε DiMatteo & Martin, 2006).

Το απόσπασμα το ακολουθεί αποτελεί τμήμα κλινικής συνέντευξης ενός έφηβου κοριτσιού που έχασε το μικρότερο αδελφό της μετά από κάποιο αυτοκινητιστικό ατύχημα:

«Μετά το θάνατο του Κ. δεν ήμουν σίγουρη για τίποτα, έγιναν όλα τόσο γρήγορα και δεν είχα συνειδητοποιήσει ή δεν ήθελα τι από όλα αυτά ήταν αλήθεια και τι ψέματα... Ήθελα να μάθω το γιατί... Γιατί έγινε και τι υποτίθεται ότι έπρεπε να κάνω εγώ... Δεν

είχα σκεφτεί ποτέ πραγματικά μέχρι εκείνη τη στιγμή το θάνατο. Για μένα ήταν κάτι που θα συνέβαινε σε 80 με 90 χρόνια αργότερα... Δεν τον είχα αισθανθεί ποτέ τόσο κοντά... Κάποιες στιγμές ένιωθα λίγο ανακουφισμένη. Τώρα θα μπορούσα να κάνω κάποια πράγματα που δε μπορούσα να κάνω πριν...αλλά συνειδητοποίησα ότι δεν ήθελα πλέον...και ξαφνικά ένιωθα κατάθλιψη. Ένιωθα μόνη, παλιά μπορούσες πάντα να ακούσεις τη φωνή του Κ. μέσα στο σπίτι, όπου και αν ήσουν. Ευχόμουν να είχε συμβεί... ένιωθα τόσο άδεια...ένοχη για τον τρόπο που του συμπεριφερόμουν μερικές φορές... Όταν ο Κ. πέθανε ένιωσα εξαπατημένη...εγκαταλελειμμένη... Ήθελα να μιλάω για αυτό γιατί πονούσε τόσο πολύ... Ο θάνατος του μου άλλαξε τις απόψεις μου για πολλά πράγματα, όπως για τη θρησκεία, με έκανε να εκτιμήσω τη ζωή, να θέλω να ζήσω την κάθε στιγμή, γιατί η ζωή είναι μικρή...τελειώνει πριν το καταλάβεις...» (Moos, 1986)

Μεγάλη επίδραση έχει παρατηρηθεί και σε ηλικιωμένα άτομα, τα οποία χάνουν τον αδελφό τους σε αυτή την κρίσιμη ηλικία. Οι σχέσεις μεταξύ των αδελφών συσφίγγονται περισσότερο σε αυτήν την ηλικία, επειδή συνήθως αλληλεξαρτώνται και αλληλοβοηθούνται, με αποτέλεσμα η απώλεια του ενός να προκαλέσει την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επίσης η απώλεια ενός αδελφού σε αυτήν την ηλικία τις περισσότερες φορές αυξάνει τους φόβους των ατόμων σχετικά με τη δική τους ζωή, επιδεινώνοντας τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα (DiMatteo & Martin, 2006).

4.1.4 Θάνατος παιδιού

Σε περιπτώσεις προγεννητικού θανάτου, δηλαδή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή κατά τον τοκετό, το έμβρυο δεν έχει κάποια υπόσταση, μορφή για τους γονείς και όμως ο θάνατος του αποτελεί μια επώδυνη συναισθηματική εμπειρία για αυτούς. Οι γονείς έχουν φανταστεί το μωρό τους να γεννιέται, να μεγαλώνει, έχουν κάνει σχέδια για τη ζωή του, φαντάζονται πως θα είναι εμφανισιακά, σε ποιον θα μοιάζει, το έχουν δει στο υπερηχογράφημα, έχουν ακούσει τους κτύπους της καρδιάς του, η μητέρα μπορεί να το έχει αισθανθεί να κινείται μέσα της, σε περίπτωση βέβαια που ο προγεννητικός θάνατος συμβεί μετά τον 4^ο με 5^ο μήνα της εγκυμοσύνης. Οι γυναίκες αισθάνονται μεγάλες ενοχές και παρατηρείται σημαντική μείωση της αυτοεκτίμησης

τους, γιατί πιστεύουν ότι εκείνες ευθύνονται για τον πρόωρο χαμό του παιδιού τους και νιώθουν ότι δεν είναι ικανές να φέρουν στον κόσμο ένα υγιές παιδί. Παλιότερα οι επαγγελματίες υγείας πίστευαν ότι το καλύτερο για τους γονείς ήταν να μη μιλήσουν καθόλου για την απώλεια αυτή. Θεωρούσαν ότι η νάρκωση της μητέρας και η αποσιώπηση του θέματος, θα τη βοηθούσε να το ξεπεράσει πιο γρήγορα και ανώδυνα και για αυτό το λόγο δεν της επέτρεπαν ούτε να δει το νεκρό βρέφος, στην περίπτωση βρεφικού θανάτου κατά τον τοκετό. Σήμερα θεωρείται ότι η οπτική επαφή με το νεκρό παιδί τους, βοηθάει τη διεργασία του πένθους των γονέων (DiMatteo & Martin, 2006).

Η κατάσταση γίνεται πιο δύσκολα αποδεκτή από τους γονείς, αν το παιδί πεθάνει λίγες μέρες ή εβδομάδες μετά τη γέννηση του. Οι γονείς το έχουν δει, το έχουν αγγίξει, το έχουν ακούσει να κλαίει, η μητέρα τις περισσότερες φορές το έχει θηλάσει...Οι περιγεννητικοί θάνατοι εντείνουν τα συναισθήματα ενοχής, θυμού, θλιψης και κατάθλιψης των γονέων και ιδιαίτερα της μητέρας (Bacque, 2004).

Το σύνδρομο Αιφνίδιου Βρεφικού Θανάτου (ΣΑΒΘ) αποτελεί συχνό φαινόμενο θνησιμότητας βρεφών από την 1^η εβδομάδα μέχρι το πρώτο έτος της ζωής τους και εμφανίζεται σε 2 με 3 βρέφη ανά 1.000 γεννήσεις στις ΗΠΑ. Το ΣΑΒΘ είναι υπεύθυνο για 10.000 θανάτους βρεφών ανά χρόνο. Το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας των βρεφών παρουσιάζεται στο 2^ο με 4^ο μήνα της ζωής τους, ενώ σπάνια παρατηρούνται περιπτώσεις ΣΑΒΘ μετά τον 6^ο μήνα. Τα βρέφη, που πεθαίνουν από αυτό το σύνδρομο δεν εμφανίζουν κάποια συμπτώματα, ενώ σύμφωνα με τους γονείς τους δεν παρουσίαζαν κανένα πρόβλημα με την υγεία τους. Τα παιδιά αυτά πεθαίνουν στον ύπνο τους, χωρίς να υπάρχει η παραμικρή ένδειξη ότι υπήρχε κάποιο πρόβλημα. «*Το έβαλα για ύπνο, όπως πάντα, και όταν πήγα να το ξαναδώ, ήταν νεκρό...*» Πολλές μαρτυρίες γονιών αναφέρουν ότι βρίσκονταν στο ίδιο δωμάτιο με το μωρό την ώρα που πέθανε, χωρίς να καταλάβουν τίποτα. Αρκετοί επιστήμονες πιστεύουν ότι για το σύνδρομο αυτό οφείλεται κάποιο πρόβλημα στον εγκεφαλικό μηχανισμό που ελέγχει την αναπνοή και τον ύπνο, καθώς και η ύπαρξη πνευμονικής συμφόρησης και οιδήματος. Στη συγκεκριμένη περίπτωση οι γονείς νιώθουν συντετριμμένοι γιατί το γεγονός αυτό συμβαίνει αναπάντεχα, εκεί που όλα ήταν φυσιολογικά, χωρίς να έχουν κάποιο σημάδι ότι η ζωή του παιδιού τους κινδυνεύει. Νιώθουν ανήμποροι, δε μπορούσαν να κάνουν τίποτα για να το βοηθήσουν ή για να

εμποδίσουν αυτήν την τραγωδία, χωρίς καν να αποχαιρετήσουν το παιδί τους. Οι γονείς τις περισσότερες φορές αισθάνονται μεγάλες ενοχές καθώς και υπεύθυνοι για το χαμό του μωρού τους και αυτό επειδή ο θάνατος του βρέφους συμβαίνει μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Αισθάνονται υπεύθυνοι, γιατί το παιδί σε αυτήν την ηλικία είναι απόλυτα εξαρτημένο από τους γονείς του, οπότε οτιδήποτε του συμβεί η ευθύνη “βαραίνει” τους ίδιους. Η πεποίθηση αυτή εντείνεται και από τις απόψεις φίλων και γνωστών, οι οποίοι υποθέτουν ότι δε φρόντιζαν σωστά το μωρό.

Δημογραφικά στοιχεία αναφέρουν ότι η πιο συχνή αιτία θανάτου για παιδιά από 1 έτους μέχρι και την εφηβεία είναι τα ατυχήματα, τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι άνθρωποι σήμερα έχουν την πεποίθηση ότι τα παιδιά τους θα μεγαλώσουν και θα πεθάνουν μετά από τους ίδιους. Δεν πιστεύουν ότι θα ζουν για να δουν το θάνατο των παιδιών τους και όταν συμβαίνει αυτό, ειδικά από κάποιο ατύχημα, τόσο αναπάντεχα γρήγορα, τα αισθήματα απόγνωσης, καθώς και ενοχής και αυτομομφής είναι πολύ έντονα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι γονείς εμφανίζουν συχνά καταθλιπτικά συμπτώματα έως και μείζων καταθλιπτική διαταραχή, καθώς και αυτοκτονικούς ιδεασμούς, ιδιαίτερα αν το ατύχημα, το οποίο προκάλεσε το θάνατο του παιδιού τους, συνέβη μέσα στο σπίτι. Οι γονείς αυτό- και αλληλοκατηγορούνται, νιώθουν ευάλωτοι και έχουν την αίσθηση ότι δε θα συνέλθουν ποτέ από αυτήν την τραγωδία. Η διάρκεια του πένθους των γονέων που έχασαν το παιδί τους από κάποιο ατύχημα ορισμένες φορές παρατείνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ όσο περνάει ο καιρός, τόσο χειροτερεύουν τα συμπτώματα (DiMatteo & Martin, 2006).

Οι γονείς αισθάνονται υπεύθυνοι για την ασφάλεια των παιδιών τους, καθώς και για την προστασία τους από κάθε κακό. Σε περιπτώσεις δολοφονίας τους όλα αυτά ανατρέπονται, είτε αυτό οφείλεται σε φυσικά είτε σε ανθρώπινα αίτια, όπως φυσικές καταστροφές, πόλεμος, δολοφονία. Αισθάνονται ευάλωτοι, αδύναμοι, ότι δε μπορούσαν να κάνουν τίποτα, ώστε να βοηθήσουν το ίδιο τους το παιδί, που τους είχε τόσο μεγάλη ανάγκη εκείνη την ώρα. Συνειδητοποιούν ότι δεν υπήρχε τίποτα να κάνουν, ώστε να αλλάξουν το αποτέλεσμα, αισθάνονται ανήμποροι να ελέγξουν τη ζωή τους. Απλά συμβαίνουν τραγικά γεγονότα και εκείνοι βρίσκονται εκεί για να τα δέχονται απλά και να συνεχίζουν. Για το τραγικό αυτό συμβάν δεν έφταιγε κανείς, ούτε το παιδί, ούτε η υγεία του, ούτε οι γονείς και σε περιπτώσεις ανθρωποκτονίας τις περισσότερες φορές οι γονείς αντικρίζουν ως δολοφόνο ένα “φυσιολογικό” άτομο,

το οποίο συνήθως δε μπορεί να δικαιολογήσει την πράξη του, δε μπορεί να δώσει μια εξήγηση στους γονείς, να τους απαντήσει στο ερώτημα γιατί...; Σε περιπτώσεις ανθρωποκτονίας, δεν είναι σπάνιο δυστυχώς τα παιδιά αυτά να έχουν υποστεί και βιασμό. Αυτή η πιθανότητα επιτείνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα των γονιών, καθώς δημιουργούνται ορισμένες φορές κάποιες φαντασιώσεις ή και ψευδαισθήσεις με το παιδί τους κατά τη διάρκεια του εγκλήματος να φωνάζει και να ζητάει βοήθεια, ενώ εκείνοι απλά κοιτάζουν ανήμποροι, χωρίς να μπορούν να κάνουν τίποτα, ώστε να αποτρέψουν αυτήν την οδύνη. Ορισμένοι γονείς, οι οποίοι έχασαν το παιδί τους από ανθρωποκτονία, αναγκάζονται να περάσουν την ψυχοφθόρα κατάσταση της δίκης με το δολοφόνο του παιδιού τους απέναντί τους να απολογείται. Οι γονείς αυτοί νιώθουν την ανάγκη να αναγνωριστεί η τραγωδία που τους έχει συμβεί ή και να διαφυλάξουν μέχρι τελευταία στιγμή τη μνήμη του νεκρού παιδιού τους. Παρακάτω παρατίθεται η άποψη ενός πατέρα, του οποίου η κόρη έπεσε θύμα δολοφονικής επίθεσης, όπως την κατέθεσε στο δικαστήριο:

«Η δίκη είναι η τελευταία πράξη της τόσο σύντομης κοινωνικής ζωής των αδικοχαμένων παιδιών μας, και εμείς, οι γονείς τους, έχουμε χρέος να κρατήσουμε ζωντανή τη μνήμη τους μπροστά σε όλους, για να αντιληφθούν την αληθινή διάσταση της απώλειας που νιώθουμε, εξαιτίας της εξαφάνισής τους, εμείς, οι συγγενείς, οι φίλοι, αλλά και η κοινωνία στο σύνολο της, της οποίας αποτελούσαν, αν και νέοι, ένα ξεχωριστό τμήμα» (Bacque, 2004).

Δυστυχώς μία άλλη αιτία συχνού θανάτου για παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας αποτελεί ο καρκίνος. Το ποσοστό των παιδιών που πεθαίνουν από λευχαιμία ή από κάποια άλλη μορφή καρκίνου ανέρχεται στο 18%. Ορισμένοι γονείς αρνούνται το γεγονός ότι το παιδί τους πάσχει από σοβαρή χρόνια ασθένεια, ότι έχει μεγάλη πιθανότητα να πεθάνει και αποφεύγουν κάθε προσπάθεια συζήτησης. Το παιδί όμως θέλει να κατανοήσει τι του συμβαίνει και νιώθει την ανάγκη να μιλήσει για αυτό, όσο μικρό και αν είναι. Όταν τα παιδιά φθάνουν στο τελικό στάδιο παρατηρείται πρόωμη διεργασία πένθους από τους γονείς των παιδιών αυτών. Οι γονείς εμφανίζουν έντονη θλίψη και μεταμέλεια, αλλά δεν κατηγορούν τον εαυτό τους, ούτε το Θεό και αυτό οφείλεται στην αρμονική σχέση με το σύντροφο τους, καθώς και στην υποστήριξη την οποία λαμβάνουν από συγγενείς, φίλους και επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο πιο συχνά οι γονείς των παιδιών αυτών εκδηλώνουν περιπλεγμένο πένθος, επιρρίπτουν

ευθύνες ο ένας στον άλλο, κατηγορούν το Θεό για την τραγωδία που τους συνέβη και εμφανίζουν σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα (DiMatteo & Martin, 2006).

4.1.5 Τραυματικά γεγονότα ζωής

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε επιζώντες ή σε πενθούντες, οι οποίοι βίωσαν την απώλεια κάποιου δικού τους την 9^η Σεπτεμβρίου 2001, αναφέρουν ότι 4 στους 10 ενήλικες, δηλαδή το 43% του δείγματος, εμφάνισαν περιπλεγμένο πένθος 2,5 - 3,5 χρόνια μετά την τρομοκρατική επίθεση. Το μεγάλο αυτό ποσοστό υποδεικνύει τις μακροχρόνιες συνέπειες που προκαλούν οι τραυματικές απώλειες λόγω του ξαφνικού και βίαιου χαρακτήρα τους στην ψυχολογική και διανοητική κατάσταση των ατόμων (Galea et al., 2002; Galea et al., 2003; Neria et al., 2006; Norris et al., 2002; Pfefferbaum et al., 2001; Silver et al., 2002; Silverman et al., 2001; Sporeen et al., 2000; Zvizdic & Butollo, 2001 in Neria et al., 2007). Τα συμπτώματα του περιπλεγμένου πένθους των ατόμων του δείγματος ήταν κοινές αντιδράσεις πένθους, κλινικά σημαντικές, καθώς και στενά συσχετισμένες με μείζονα κατάθλιψη, μετατραυματικό στρες, αυτοκτονικούς ιδεασμούς και υψηλότερα ποσοστά παραπομπής σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Περίπου 6 στα 10 άτομα, που έχασαν κάποιο παιδί τους στην τρομοκρατική αυτή ενέργεια εμφάνισαν περιπλεγμένο πένθος, επιβεβαιώνοντας αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που υποστηρίζουν ότι η απώλεια ενός παιδιού αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα εκδήλωσης έντονου και χρόνιου πένθους συγκριτικά με την απώλεια άλλων αγαπημένων προσώπων. Ενώ σημαντικό ποσοστό των ατόμων του δείγματος εμφάνισαν μείζονα κατάθλιψη, περίπου το 36%, ενώ το 43% παρουσίασαν συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Neria et al., 2007). Ενδιαφέρον εύρημα των ερευνών αυτών αποτελεί το γεγονός ότι η παρακολούθηση της τρομοκρατικής αυτής ενέργειας από την τηλεόραση, δηλαδή τα συντρίμια, τις συνεντεύξεις και τα σχόλια των αυτόπτων μαρτύρων και των δημοσιογράφων από τους πενθούντες, ήταν ισχυρά συσχετισμένη με την εκδήλωση περιπλεγμένου πένθους (Ahern et al., 2002; Ahern et al., 2004; Galea et al., 2002; Schlenger et al., 2002 in Neria et al., 2007). Αναφέρεται ότι η συγκεκριμένη μεταβλητή αποτέλεσε σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα εμφάνισης περιπλεγμένου πένθους στο 47% του δείγματος, δηλαδή στα μισά άτομα που

συμμετείχαν στις έρευνες αυτές. Τα αποτελέσματα αυτά μπορεί να οφείλονται στο ότι τα άτομα αποτύπωσαν στη μνήμη τους τις εικόνες και τις μαρτυρίες που έβλεπαν και άκουγαν επί τόσες μέρες και έγιναν δέκτες της βιαιότητας που υπέστησαν τα αγαπημένα τους πρόσωπα (Ahern et al., 2004, in Neria et al., 2007). Βρέθηκε επίσης ότι τα άτομα που εμφανίζουν περιπλεγμένο πένθος παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες κινδύνου για απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτοκτονικούς ιδεασμούς (Latham & Prigerson, 2004; Prigerson, Bridge, et al. 1997 in Neria et al., 2007). Άτομα που βρέθηκαν θετικά ως προς την εμφάνιση περιπλεγμένου πένθους μετά από χορήγηση ερωτηματολογίου και συμμετοχή σε κλινική συνέντευξη, αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά χρησιμοποίησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας, συμβουλευτικών ομάδων για το πένθος καθώς και ψυχοτρόπων φαρμάκων σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Neria et al., 2007).

4.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΣΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΙΚΟΝΑΣ

4.2.1 Απώλεια αυτοεικόνας

Πένθος δεν εκδηλώνεται μόνο σε περιπτώσεις θανάτου κάποιου αγαπημένου μας προσώπου, αλλά παρουσιάζεται και σε περιπτώσεις που το άτομο μαθαίνει ότι πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια (καρκίνος, AIDS, διαβήτης), υποβάλλεται σε κάποια επέμβαση ή παθαίνει κάποιο ατύχημα με αποτέλεσμα την αλλαγή της εικόνας του σώματος του. Όταν ένα άτομο συνειδητοποιήσει ότι ένα μέρος του σώματος του υπέστη παραμόρφωση, ακρωτηριασμό ή χάθηκε για πάντα ενδέχεται να βιώσει διάσχιση ή αποσύνδεση, να αρνείται δηλαδή ότι η εικόνα που αντικρίζει αποτελεί το δικό του σώμα. Η ενσωμάτωση ή η αφομοίωση της νέας τροποποιημένης εικόνας σώματος είναι πιθανό να διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα και σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει περίπτωση να επαναληφθεί λόγω κάποιας άλλης αλλαγής της εικόνας του εαυτού, ειδικά αν το άτομο πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια. Ακόμα και αν μια αλλαγή στο σώμα επιβάλλεται προς όφελος του ασθενούς η νέα πραγματικότητα που διαμορφώνεται δεν αντιμετωπίζεται εύκολα και κατά κανόνα όχι αμέσως. Κάποιες ασθένειες ή τραυματισμοί, όπως βλάβες στη σπονδυλική στήλη

καθιστούν το άτομο ανίκανο να αυτοεξυπηρετηθεί, καθώς και να συμμετέχει σε ευχάριστες δραστηριότητες, όπως συνήθιζε. Ένας από τους μεγαλύτερους περιορισμούς που αναφέρουν άτομα, τα οποία έχουν υποστεί παρόμοιους τραυματισμούς είναι ότι δε μπορούν να συνεχίσουν τις αγαπημένες τους δραστηριότητες, πρέπει δηλαδή να αλλάξουν τρόπο ζωής χωρίς να μπορούν να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούν. Σε τέτοιες περιπτώσεις τα άτομα αυτά ενδέχεται να θρηνούν τη χαμένη σωματική τους ικανότητα και λειτουργικότητα ή να τους λείπει περισσότερο η κοινωνική τους αλληλεπίδραση και η συντροφικότητα, πράγματα που είναι συνδεδεμένα με τις δραστηριότητες που συνήθιζαν να κάνουν πριν τον τραυματισμό.

Ο καρκίνος των γεννητικών οργάνων ή αναπηρίες που επηρεάζουν τη σεξουαλική συμπεριφορά και λειτουργικότητα ενδέχεται να απειλήσουν σοβαρά τη αυτοεικόνα του ατόμου ως σεξουαλικού όντος. Υπάρχει περίπτωση να αμφιβάλλει για την ικανότητα του να αγαπηθεί καθώς και να αποτελέσει αντικείμενο ερωτικής επιθυμίας.

Η εξωτερική εμφάνιση είναι επίσης σημαντικός παράγοντας στην αντίληψη της αυτοεικόνας ενός ατόμου. Πολλοί άνθρωποι φοβούνται ότι οι σχέσεις τους με τα άλλα άτομα θα αλλάξουν εξαιτίας της νέας εξωτερικής εμφάνισης. Για τις περισσότερες γυναίκες, που επενδύουν πολλά πράγματα στην εξωτερική τους εμφάνιση η μαστεκτομή ενδέχεται να προκαλέσει σοβαρό πλήγμα στην αυτοεικόνα τους. Ανησυχούν ότι θα βιώσουν την απόρριψη ή ότι θα γίνουν αντικείμενο αποστροφής, αποτροπιασμού ή οίκτου. Αρκετές γυναίκες αναφέρουν ότι έκαναν μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρι να μπορέσουν να κοιτάξουν το αποτέλεσμα της μαστεκτομής στην οποία υποβλήθηκαν, ενώ βίωσαν ισχυρό σοκ όταν αντίκρισαν τον εαυτό τους και χρειάστηκαν αρκετό χρονικό διάστημα μέχρι να αποδεχθούν τη νέα εικόνα του εαυτού τους, αν το κατάφεραν τελικά. Το πόσο επηρεάζει η επέμβαση της μαστεκτομής φαίνεται από το παρακάτω απόσπασμα, όπου μια γυναίκα, η οποία είχε υποβληθεί σε μαστεκτομή και έδειξε τα αποτελέσματα της επέμβασης στο σύζυγο της αναφέρει: *Ο Τ. μου είπε «δε φαίνεται τόσο άσχημο», αλλά ήξερα ότι έλεγε ψέματα. Το κατάλαβα. Άκουσα τα συμπονετικά του λόγια και αμέσως μετά συνειδητοποίησα ότι ούρλιαζα, έτσι όπως είχα ουρλιάξει μόνο μια φορά στο παρελθόν - όταν πίστευα ότι η ζωή μου θα τελείωνε σύντομα...»*

Η εκδήλωση γυναικολογικού καρκίνου είναι η τέταρτη πιο συνηθισμένη μορφή εκδήλωσης καρκίνου στις γυναίκες. Μια σημαντική συνέπεια της εφαρμογής θεραπειάς στη μορφή αυτή του καρκίνου είναι η υπογονιμότητα. Η θεραπεία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη γονιμότητα της γυναίκας μέσω χειρουργικής αφαίρεσης όλων ή μέρος των αναπαραγωγικών γυναικείων οργάνων, της χορήγησης χημειοθεραπείας, η οποία είναι τοξική για τις ωοθήκες ή τη χρήση θεραπείας μέσω ακτινοβολιών, η οποία προκαλεί στειρότητα, μόνιμη βλάβη των ωοθηκών, σε υψηλές δόσεις (American Cancer Society in Carter et al., 2005). Γυναίκες, οι οποίες δεν έχουν παιδιά και εμφανίζουν πρόβλημα υπογονιμότητας, το οποίο προκλήθηκε ως συνέπεια της θεραπευτικής εφαρμογής κατά του καρκίνου, βιώνουν έντονο πένθος, κατάθλιψη σε ποσοστά διπλάσια σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, έντονο θυμό, φόβο, ματαίωση, άγχος, απογοήτευση, αποξένωση, μοναξιά και απελπισία. Γυναίκες που βρίσκονται σε αυτήν την κατάσταση βιώνουν ποικίλες απώλειες, όπως απώλεια της αυτοεικόνας, απώλεια της επιθυμίας ενός παιδιού και απώλεια της μητρικής και σεξουαλικής ταυτότητας. Η κατάσταση αυτή προκαλεί την εκδήλωση έντονου και μακροχρόνιου πένθους και θυμού στις γυναίκες, οι οποίες πενθούν και υποφέρουν σιωπηλά γιατί φοβούνται ότι δε θα βρουν κατανόηση και υποστήριξη από κανέναν καθώς και την ύπαρξη ενδεχόμενου στιγματισμού. Η απώλεια της γονιμότητας σηματοδοτεί για τις γυναίκες απώλεια της θηλυκότητας και της σεξουαλικότητας τους. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν έδειξαν ότι ένα χρόνο μετά οι γυναίκες αυτές ακόμα παρουσίαζαν αισθήματα πένθους και κλινικής κατάθλιψης (Carter et al., 2005).

Επίσης άτομα, τα οποία υπέστησαν σοβαρά εγκαύματα με αποτέλεσμα την παραμόρφωση του προσώπου τους, εμφανίζουν μεγάλες δυσκολίες προσαρμογής, καθώς η αλλοίωση των χαρακτηριστικών του προσώπου τους θέτει σε δοκιμασία ολόκληρη την αίσθηση ταυτότητας τους. Αδυνατούν να κοιτάξουν τον εαυτό τους στον καθρέφτη, απομονώνονται από το κοινωνικό τους περιβάλλον και τις δραστηριότητες τους και δε μπορούν να αφομοιώσουν τη νέα εικόνα του εαυτού τους.

Η εικόνα που έχει ένα άτομο για τον εαυτό του ως ανεξάρτητο ον, μπορεί να απειληθεί σοβαρά λόγω της εξάντλησης, της αδυναμίας και των περιορισμών που

δημιουργούν ορισμένες ασθένειες. Ένα άτομο μπορεί να χρειάζεται βοήθεια για να αυτοεξυπηρετηθεί σε αρκετούς τομείς, όπως βάδιση, σίτιση, χρήση τουαλέτας.

Η απώλεια της ανεξαρτησίας, η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, η παραμόρφωση της εξωτερικής εμφάνισης, η απώλεια της λειτουργικότητας, καθώς και ο περιορισμός ή η αλλαγή του τρόπου ζωής και των συνηθειών των ατόμων έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια της αυτοεικόνας τους και με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή σοβαρής μείζονας κατάθλιψης. Ακόμα και σε περίπτωση ελέγχου ορισμένων μεταβλητών, όπως η ηλικία, η σοβαρότητα της ασθένειας, η κοινωνική υποστήριξη κ.α., η απώλεια της αυτοεικόνας αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη πρόβλεψης της εκδήλωσης κατάθλιψης στα άτομα αυτά (DiMatteo & Martin, 2006).

5. ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

5.1 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται η ύπαρξη και η λειτουργία όλο και περισσότερων προγραμμάτων παρέμβασης για το πένθος. Οι ειδικοί υγείας μπορούν να προσφέρουν σημαντική ανακούφιση και βοήθεια μέσω των παρεμβάσεων σε διάφορα στάδια της διεργασίας του πένθους, τόσο στους ασθενείς, πριν την εμφάνιση μιας ασθένειας, αφού γίνει η διάγνωση και ξεκινήσει η θεραπεία, κατά την εξέλιξη της νόσου, στο τελικό στάδιο αλλά και μετά, στους πενθούντες.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου χαρακτηρίζεται ως ένα από τα περισσότερα στρεσογόνα γεγονότα που μπορεί να βιώσει κανείς, αρκετοί άνθρωποι όμως καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν την απώλεια αυτή χωρίς κάποια επαγγελματική βοήθεια λαμβάνοντας σημαντική και επαρκή υποστήριξη από τους οικείους τους και το υπόλοιπο κοινωνικό δίκτυο. Ωστόσο ορισμένα άτομα δε μπορούν να συνειδητοποιήσουν και να αντιμετωπίσουν τη νέα αυτή κατάσταση έχοντας ως συνέπεια επιπτώσεις στη ψυχική τους υγεία. Τα άτομα αυτά εκδηλώνουν συνήθως μείζων κατάθλιψη, συμπτώματα μετατραυματικού στρες, άλλες αγχώδεις

διαταραχές, θυμό, αισθήματα ενοχής και αυτοκατηγορίας (Bonanno & Kaltman, 2001). Ωστόσο, 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 και οι τρόποι αντιμετώπισης του άγχους που το άτομο διαθέτει και χρησιμοποιεί. 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 και από ποικίλες πολιτισμικές και ατομικές διαφορές (Καραδήμας, 2005).

Οι κυριότερες μορφές παρέμβασης που έχουν αναπτυχθεί είναι η ατομική παρέμβαση, η οικογενειακή θεραπεία, η ομαδική παρέμβαση, οι ομάδες πενθούντων και η γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία. Οι ειδικοί υγείας γνωρίζουν ότι οι επιπλοκές στην διεργασία του θρήνου αναφέρονται ως ψυχικές διαταραχές, αλλά παράλληλα διαχωρίζονται και 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. Διαφορετικά, οι παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν απλές τεχνικές χαλάρωσης και διαχείρισης τους άγχους, βαθύτερες διαδικασίες επεξεργασίας της σημασίας της απώλειας και νοηματοδότησης του θανάτου, ευκαιρίες για έκφραση των συναισθημάτων και, τέλος, εκμάθηση νέων ικανοτήτων σε πενθούντες για την επίλυση πρακτικών προβλημάτων που δημιουργήθηκαν μετά το θάνατο (Stroebe et al., 2001). Ορισμένοι ερευνητές προτείνουν οι παρεμβάσεις να αποτελούνται από τις εξής τεχνικές ως επί των πλείστων: την πληροφόρηση του πενθούντα σχετικά με την απόκτηση λειτουργικότερων τρόπων έκφρασης, τον εστιασμό στην διαδικασία αποδοχής της απώλειας, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της φάσης του έντονου θρήνου, την εκμάθηση δεξιοτήτων επίλυσης προβλήματος και διαχείρισης του στρες στους πενθούντες, την απόκτηση γνωστικού ελέγχου από τα άτομα και τεχνικές νευρομυϊκής χαλάρωσης και διαφραγματικής αναπνοής με σκοπό την καταπολέμηση του άγχους και της αϋπνίας

(Malkinson, 1996). Ενώ ορισμένοι άλλοι αναφέρουν πως στόχος οποιασδήποτε συμβουλευτικής προσπάθειας θα πρέπει να είναι η γνωσιακή αναδόμηση των δυσπροσαρμοστικών αντιλήψεων και συμπεριφορών των πενθούντων (Nemeyer, 2000).

Σύμφωνα με τη γνωσιακή - συμπεριφοριστική προσέγγιση σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και στη διατήρηση του περιπλεγμένου πένθους παίζουν οι εξής λόγοι: έλλειψη αφομοίωσης της απώλειας, δυσπροσαρμοστικές πεποιθήσεις και ερμηνίες και συμπεριφορές που σχετίζονται με άρνηση και απόρριψη της διεργασίας του πένθους (Boelen et al., 2006, in De Groot et al., 2007). Η γνωσιακή - συμπεριφοριστική παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει εξετάζοντας, διασαφηνίζοντας και προκαλώντας τη συνειδητοποίηση της απώλειας (Fleming et al., 2001, in De Groot et al., 2007). Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι η γνωσιακή - συμπεριφοριστική παρέμβαση έχει θετικές επιδράσεις στην αντιμετώπιση του περιπλεγμένου πένθους (Wagner et al., 2006). Η θεραπευτική παρέμβαση για άτομα που βιώνουν περιπλεγμένο πένθος πρέπει να διαφοροποιείται σύμφωνα με τις προηγούμενες εμπειρίες απώλειας και πένθους που ενδεχομένως να έχουν οι πενθούντες, με το πολιτισμικό υπόβαθρο των ατόμων, καθώς και με το κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης που διαθέτουν. Οι πενθούντες πρέπει να εξετάζονται για πιθανή ύπαρξη αυτοκτονικών ιδεασμών και αποπειρών, ιδιαίτερα εκείνοι που θεωρούνται υψηλού κινδύνου. Οι θεραπευτικές τεχνικές μπορεί να περιλαμβάνουν θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, ομαδικές ή ατομικές ψυχοθεραπείες και πιθανή εθελοντική ή μη εισαγωγή σε κέντρο ψυχικής υγείας. (Todd & Baker, 1998). Το περιπλεγμένο πένθος έχει αναγνωριστεί ως ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας κατάχρησης ουσιών. Αναφέρεται ότι το 20% περίπου των ατόμων που εισάγονται σε κάποιο κέντρο απεξάρτησης βιώνουν έντονο πένθος (Zuckoff et al., 2006). Έχει βρεθεί ότι γονείς, οι οποίοι έχασαν κάποιο παιδί τους εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερο κίνδυνο εισαγωγής σε κέντρο απεξάρτησης λόγω κατάχρησης ουσιών σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Το ποσοστό μάλιστα παρουσιάζεται σχεδόν διπλάσιο στις μητέρες που πενθούν (Li et al., 2005). Έχει υποστηριχθεί ότι η αντιμετώπιση του πένθους και της κατάθλιψης έχει ως αποτέλεσμα μείωση της κατάχρησης των ουσιών (Nunes & Levin, 2004, in Zuckoff et al., 2006). Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στα πλαίσια αυτά βρήκαν ότι βραχύχρονη ψυχοθεραπεία 16 συνεδριών με εκμάθηση

κοινωνικών δεξιοτήτων, δεξιοτήτων επίλυσης προβλήματος, διαχείρισης του στρες, αντιμετώπισης του συναισθήματος και δημιουργία κινήτρων, έχει θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του περιπλεγμένου πένθους, καθώς και της κατάχρησης των ουσιών (Zuckoff et al., 2006).

Επίσης έχει υποστηριχθεί από αρκετούς ερευνητές ότι διάφορες γνωσιακές μεταβλητές παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη συναισθηματικών προβλημάτων κατά τη διεργασία του πένθους (Abrahms, 1981; Fleming & Robinson, 2001; Gluhoski, 1995; Kavanagh, 1990; Malkinson, 1996 in Boelen et al., 2003). Τέσσερις τύποι αρνητικών γνωσιακών αντιλήψεων έχουν αναφερθεί ότι σχετίζονται με την εμφάνιση προβλημάτων μετά την απώλεια. Οι γενικές αρνητικές πεποιθήσεις, που μπορεί να έχουν οι πενθούντες σχετικά με τον κόσμο, τη ζωή και το μέλλον έχουν θεωρηθεί σημαντικές (Gluhoski, 1995; Parkes, 1993; Rando, 1993, in Boelen et al., 2003). Οι πεποιθήσεις αυτές μπορεί να εμφανίζονται όταν η απώλεια αναστρέφει τις υπάρχουσες πεποιθήσεις του ατόμου για τη ζωή και το θάνατο και το άτομο αποτυγχάνει επαρκώς να συμβιβαστεί με αυτές τις πεποιθήσεις ή όταν ο θάνατος ενός κοντινού προσώπου ενισχύει τις ήδη υπάρχουσες αρνητικές πεποιθήσεις του ατόμου. Αυτός ο τύπος αρνητικών γνωσιακών αντιλήψεων προκαλεί την εκδήλωση δυνατών συναισθημάτων, όπως λύπη, κατάθλιψη και άγχος, καθώς και προδιαθέτει τα άτομα να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές απόθλιψης της πραγματικότητας και των συνεπειών της απώλειας (Boelen et al., 2003). Επίσης οι αρνητικές γνωσιακές αντιλήψεις σχετικά με τις ενοχές και τις αυτοκατηγορίες που αισθάνεται ο πενθών έχουν θεωρηθεί ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν μετά την απώλεια. Οι πενθούντες ενδέχεται να κατηγορούν τους εαυτούς τους επειδή πιστεύουν ότι προκάλεσαν το θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου ή επειδή δεν κατάφεραν να εμποδίσουν τον αναπόφευκτο θάνατο και ακόμα έχουν ενοχές για ορισμένες ανεπίλυτες διαφωνίες που είχαν με το νεκρό. Οι αυτοκατηγορίες συνήθως σχετίζονται με αισθήματα κατάθλιψης και ενοχών και μπορεί να αποτρέπουν τους πενθούντες να αντιμετωπίσουν την κατάσταση τη δεδομένη χρονική στιγμή (Fleming & Robinson, 2001). Ο τρίτος τύπος αρνητικών γνωσιακών αντιλήψεων αφορά τον τρόπο που αντιδρούν τα άλλα άτομα του στενού και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος στην απώλεια. Έχει υποστηριχθεί ότι η αντίληψη που διαμορφώνουμε για τα άλλα άτομα, τα οποία δεν κατάφεραν να αντιδράσουν με θετικό ή

υποστηρικτικό τρόπο μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός, σχετίζεται με μεγαλύτερη συμπτωματολογία μετατραυματικού στρες. Οι αρνητικές αντιλήψεις σχετικά με τις αντιδράσεις των σημαντικών άλλων ενδέχεται να προκαλέσουν την εμφάνιση τραυματικού στρες, κατάθλιψης, και να αποτρέψουν το άτομο να επενδύσει σε νέες σχέσεις και κοινωνικές δραστηριότητες (Dunmore et al., 2001). Ο τελευταίος τύπος αφορά τις αρνητικές γνωσιακές αντιλήψεις που μπορεί να έχει ο πενθών για τις δικές του αντιδράσεις πένθους. Οι αντιλήψεις αυτές είναι ποικίλες και φαίνεται πως μπλοκάρουν τη φυσιολογική διεργασία του πένθους. Ο πενθών ενδέχεται να πιστεύει ότι αυτά που αισθάνεται δεν είναι φυσιολογικά και να εκδηλώσει αισθήματα κατάθλιψης, ενοχών και ντροπής. Επιπρόσθετα μπορεί να θεωρεί ότι πρέπει να νιώθει πόνο, στεναχώρια, θλίψη για να διατηρήσει τη σχέση με το νεκρό. Η αντίδραση αυτή όμως μπορεί να προκαλέσει περισσότερες και εντονότερες αντιδράσεις πένθους και να αποτρέψει τον πενθούντα από το να συνειδητοποιήσει την πραγματικότητα. Επίσης υπάρχει περίπτωση ο πενθών να φοβάται ότι αν εκφράσει τα συναισθήματα του θα “τρελαθεί”. Με αποτέλεσμα να αισθάνεται άγχος και να υιοθετεί δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές ελέγχου των συμπτωμάτων του, καθώς επίσης ενδέχεται να υπάρξει και έκφραση των αντιδράσεων του πένθους μέσω εκδήλωσης σωματικών συμπτωμάτων (Malkinson & Ellis, 2001).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε για να εξετάσει τη σχέση μεταξύ αρνητικών γνωσιακών αντιλήψεων και συναισθηματικών προβλημάτων σε πενθούντες με πρώτου βαθμού συγγένεια, αναφέρει ότι όλες οι παραπάνω μεταβλητές που αναφέρθηκαν, όπως γενικές αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό, τον κόσμο, τη ζωή και τον μέλλον, αρνητικές αντιλήψεις που σχετίζονται με αυτοκατηγορίες, αρνητικές γνωσιακές αντιλήψεις σχετικά με τον τρόπο που αντιδρούν οι σημαντικοί άλλοι στην απώλεια και αρνητικές γνωσιακές αντιλήψεις σχετικά με τις αντιδράσεις του πένθους του ατόμου συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την εμφάνιση σοβαρών συμπτωμάτων τραυματικού πένθους, κατάθλιψης και άγχους. Πιο συγκεκριμένα οι γενικές αρνητικές πεποιθήσεις για τη ζωή, τον κόσμο και τον εαυτό και ο φόβος των πενθούντων ότι αν εκφράσουν τα συναισθήματα μπορεί να τρελαθούν αποτελούν σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες εκδήλωσης τραυματικού πένθους και μείζονος κατάθλιψης (Boelen et al., 2003). Ο πενθών μπορεί να αποφεύγει να αντικρίσει ή να συναντήσει ορισμένους ανθρώπους που του θυμίζουν το θάνατο κάποιου αγαπημένου

του προσώπου επειδή φοβάται ότι θα χάσει τον έλεγχο (Ehlers & Clark, 2000). Επίσης βρέθηκε ότι οι αρνητικές αυτές γνωσιακές αντιλήψεις μπορεί να μειώσουν την αυτοπεποίθηση και την ικανότητα των πενθούντων να αντιμετωπίσουν νέες ευθύνες και προκλήσεις, να προκαλέσουν αισθήματα ευαλωτότητας, άγχους, πικρίας, απελπισίας, αδιαφορίας, αποξένωσης, απάθειας και απόσυρσης. Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι η γνωσιακή - συμπεριφοριστική παρέμβαση θα μπορούσε να προσφέρει αρκετά σε άτομα, τα οποία υποφέρουν από μόνιμα συναισθηματικά προβλήματα μετά την απώλεια.

Έρευνες όμως που πραγματοποιήθηκαν σε οικογένειες που βίωσαν κάποια ξαφνική και αναπάντεχη απώλεια ενός αγαπημένου τους προσώπου εμφανίζουν αντιφατικά αποτελέσματα. Αποτελέσματα ερευνών αναφέρουν ότι γονείς, οι οποίοι έχασαν κάποιο παιδί τους, εμφανίζουν μειωμένη ανταπόκριση στις διάφορες θεραπείες στις οποίες υποβλήθηκαν για το πένθος συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, δηλαδή περίπου 17% και 60% αντίστοιχα (Neria et al., 2007). Επίσης ένα γνωσιακό - συμπεριφοριστικό συμβουλευτικό πρόγραμμα που πραγματοποιήθηκε σε συγγενείς πρώτου βαθμού, καθώς και σε συζύγους ατόμων που αυτοκτόνησαν, αναφέρεται ότι δεν παρουσίασε κάποια θετική επίδραση 13 μήνες μετά την απώλεια στις αντιδράσεις του περιπλεγμένου πένθους, στους αυτοκτονικούς ιδεασμούς και στη κατάθλιψη που είχαν εμφανίσει τα άτομα αυτά. Ωστόσο το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης μείωσε τις αντιλήψεις αυτοκατηγορίας των πενθούντων, καθώς και το ποσοστό των δυσπροσαρμοστικών αντιδράσεων του πένθους. Αυτές οι θετικές επιδράσεις του προγράμματος μπορεί να οφείλονται στη μείωση των αρνητικών αντιλήψεων και των αποφευκτικών και απορριπτικών συμπεριφορών του πένθους (De Groot et al., 2007).

Επίσης συχνά χρησιμοποιείται και η συστηματική προσέγγιση στα διάφορα προγράμματα παρέμβασης του πένθους. Η προσέγγιση αυτή έχει ως κέντρο 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 και

συναισθηματική επανεπέδνυση, και να δώσει στα άτομα τα χρονικά περιθώρια που χρειάζονται. Ο κυριότερος, όμως, στόχος της συστηματικής θεραπείας είναι η δημιουργία ενός καλού υποστηρικτικού πλαισίου (McBride & Simms, 2001).

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 πένθους ή τριτογενής παρέμβαση. Πιο συγκεκριμένα, η πρωτογενής παρέμβαση αναφέρεται 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 η τρίτη κατηγορία υποστηρίζει τα άτομα που λόγω της απώλειας έχουν εκδηλώσει βαρύτερη μορφή πένθους και ψυχιατρικά συμπτώματα .

Παρά την ανάπτυξη, όμως, μιας σειράς ειδικών παρεμβάσεων για την διαχείριση του πένθους και της κατάθλιψης, 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 συμβουλών 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 (Καραδήμας, 2005).

5.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Τα μικρά παιδιά δείχνουν ότι δεν είναι ευτυχισμένα με πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Κάποια ενδέχεται να το δείχνουν με παθητικότητα και κλείσιμο στον εαυτό τους, ενώ άλλα ίσως εκφράσουν τη δυσαρέσκεια τους με τον αντίθετο τρόπο, εξωτερικεύοντας δηλαδή την αναστάτωση τους. Στο παιδί που έχει επηρεαστεί πολύ από τη λύπη του, επηρεάζεται σκληρά η εικόνα που έχει για τον εαυτό του και οι σχέσεις του με τους συνομηλίκους του. Αν η λύπη του αγνοηθεί ή περάσει σε δεύτερη μοίρα σε σχέση με τη θλίψη των ενηλίκων, τότε η δυστυχία του θα γίνει μεγαλύτερη.

Σύμφωνα με τον Bowlby πρέπει να αναγνωριστεί από το ευρύτερο περιβάλλον του η ανάγκη του παιδιού να βρει υποκατάστατο για το γονιό του. Το παιδί είναι πιθανόν να μεταφέρει αυτήν την ανάγκη σε πολλούς αντί σε έναν ενήλικα, ενώ σε περίπτωση που δεν υπάρχει διαθέσιμο κάποιο πρόσωπο, όπως στην περίπτωση ενός παιδιού σε ορφανοτροφείο, ενδέχεται να αναπτυχθούν σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στο παιδί όσον αφορά την εικόνα του εαυτού του, και τις σχέσεις του με τα υπόλοιπα άτομα του περιβάλλοντος του, καθώς δε θα ψάχνει και δε θα ελπίζει να βρει αγάπη, ζεστασιά και ενδιαφέρον από κανέναν. Η αντιμετώπιση των αντιδράσεων πένθους στα παιδιά κρίνεται μεγάλης σημασίας, αφού όπως δείχνουν και επιδημιολογικά στοιχεία οι καταθλιπτικές διαταραχές και οι απόπειρες αυτοκτονίας συμβαίνουν σε μεγαλύτερο βαθμό σε ενήλικες, οι οποίοι είχαν υποστεί απώλεια κάποιου γονέα τους κατά την πρώιμη παιδική ηλικία (Kaplan et al., 1996).

Για να μπορέσουμε να επιτύχουμε μια καλή σχέση με τα παιδιά, τα οποία πενθούν, μπορούμε να τους δώσουμε πληροφορίες για αυτά που θέλουν να μάθουν και για αυτά που πρέπει να κατανοήσουν σε σχέση με την έννοια του θανάτου. Δεν πρέπει να τα αντιμετωπίζουμε “ως μικρά παιδιά, τα οποία δεν καταλαβαίνουν και άρα δεν αισθάνονται πόνο ή στεναχώρια για το άτομο που έφυγε”. Επίσης πρέπει να τους δώσουμε την ευκαιρία να εκφράσουν τα συναισθήματα τους, τις αντιλήψεις τους σχετικά με το συγκεκριμένο θάνατο, αλλά και να τους πούμε πως αισθανόμαστε και εμείς, τις διάφορες αδυναμίες μας ή την απόγνωση μας, ώστε να μπορέσουν πιο εύκολα να παραδεχθούν και να αναγνωρίσουν τι αισθάνονται. Μπορούμε δηλαδή να

τα βοηθήσουμε να χειριστούν τα συναισθήματα τους. Είναι πολύ σημαντικό για αυτά τα παιδιά να μπορέσουν να κατανοήσουν τα διάφορα και έντονα αισθήματα που βιώνουν λόγω της απώλειας, όπως θυμό, στεναχώρια και μερικές φορές αδικία. Με αυτόν τον τρόπο θα τα βοηθήσουμε να εκφράσουν τα συναισθήματα τους με εποικοδομητικό και όχι αυτοκαταστροφικό τρόπο. Δεν είναι τόσο σημαντικό να αναζητούμε τις σωστές απαντήσεις, περισσότερο σημαντική είναι η σχέση που δημιουργούμε μαζί τους, ώστε να μπορούν να μας εμπιστεύονται και να εκφράζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους. Το πιο σημαντικό είναι δηλαδή να είμαστε ειλικρινείς μαζί τους, βέβαια οι πληροφορίες που παρέχουμε στο παιδί πρέπει πάντα να προσαρμόζονται στη ηλικία του και το συγκεκριμένο στάδιο ανάπτυξης στο οποίο βρίσκεται. Υπάρχει περίπτωση να διατυπώνουν την ίδια ερώτηση σε διαφορετικές στιγμές και με διαφορετικούς τρόπους και συνήθως σε ακατάλληλες στιγμές, ίσως επειδή φοβούνται την απάντηση. Επίσης τα παιδιά συνηθίζουν να κάνουν απλές ερωτήσεις, οι οποίες όμως κρύβουν κάποιες βαθύτερες ανησυχίες. Πρέπει να είμαστε υπομονετικοί και διαθέσιμοι, ώστε να καταλάβουμε τις ανησυχίες αυτές που εκδηλώνονται με έμμεσο τρόπο για να μπορέσουμε να ανταποκριθούμε στις πραγματικές τους ανάγκες. Οι ανησυχίες αυτές μπορούν να εκδηλωθούν με μη λεκτικούς και συμβολικούς τρόπους, όπως με ζωγραφιές, το παιχνίδι, τη συμπεριφορά του, καθώς και με σωματικά συμπτώματα, πόνος στο στομάχι κ.α.

Επιπρόσθετα δεν πρέπει να προσπαθήσουμε να κάνουμε το παιδί να ξεχάσει το πρόσωπο που έφυγε, αλλά να το βοηθήσουμε να το θυμάται με διάφορους τρόπους, όπως μπορούμε να του δώσουμε ένα άλμπουμ με φωτογραφίες ή να του ζητήσουμε να ζωγραφίσει κάποια πράγματα που αντιπροσωπεύουν το νεκρό ή και να του γράψει ένα γράμμα ή ποίημα. Το πιο σημαντικό βέβαια είναι να ακούσουμε τις δικές τους ιδέες και να τα βοηθήσουμε να τις πραγματοποιήσουν.

Ένας μεγάλος φόβος των παιδιών, όταν χάνουν κάποιον δικό τους, είναι ότι ευθύνονται αυτά για τη συγκεκριμένη απώλεια, ότι υπήρξαν “κακά” παιδιά για αυτό τους εγκατέλειψε το άτομο που πέθανε. Φοβούνται ότι ο θάνατος αυτός σηματοδοτεί το τέλος κάθε ευτυχίας και αγάπης. Για αυτούς τους λόγους είναι πολύ σημαντικό να διαβεβαιώσουμε τα παιδιά ότι η ζωή δεν πρόκειται να σταματήσει να είναι καλή και γεμάτη αγάπη και φροντίδα, καθώς και ότι στη ζωή υπάρχουν και χαρούμενες αλλά και λυπηρές στιγμές (Νίλσεν & Παπαδάτου, 1998).

Η λεκτική επικοινωνία με ένα παιδί, το οποίο δεν καταλαβαίνει πλήρως την έννοια του θανάτου και το μη αναστρέψιμο χαρακτήρα του, είναι δύσκολη. Σε αυτές τις περιπτώσεις ένας ειδικός υγείας μπορεί να χρησιμοποιήσει εναλλακτικές τεχνικές, ώστε το παιδί να μπορέσει να κατανοήσει την κατάσταση. Τεχνικές όπως η ζωγραφική και η φαντασία ειδώλων μας παρέχουν συμβολικούς τρόπους επικοινωνίας, καθώς και κατανόησης του εσωτερικού κόσμου ενός παιδιού. Ειδικότερα όταν αντιμετωπίζει μια αρρώστια ή την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, οι τεχνικές αυτές μπορεί να αποτελέσουν μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας. Ενθαρρύνοντας το παιδί να δώσει σχήμα και μορφή στον πόνο που αισθάνεται μέσω της φαντασίας του, το παροτρύνεις να εκφράσει τα συναισθήματα του και να ελευθερώσει την ενέργεια που είχε απορροφηθεί από τον πόνο. Η φαντασία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την αυθόρμητη ή παρακινημένη ζωγραφική των παιδιών καθώς και για την αντιμετώπιση ασθενειών και πένθους μέσω αυτής της διαδικασίας. Βοηθάει στην μείωση του άγχους και της αύξησης του αυτοέλεγχου. Τα είδωλα μεταφέρουν συναισθήματα, συμπεριφορές και εσωτερικά μηνύματα. Τα κατευθυνόμενα είδωλα και η ενεργή χρήση της φαντασίας μπορεί να μας παρέχουν σημαντική πρόσβαση στα εσωτερικά συναισθήματα ενός παιδιού.

Τα παιδιά δείχνουν τη θλίψη τους και μέσα από το παιχνίδι, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως τρόπος θεραπείας για τα παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα. Υπάρχουν διάφορα είδη παιχνιδιών που χρησιμοποιούνται θεραπευτικά, όπως το δημιουργικό παιχνίδι ή το παιχνίδι με φαντασία. Στο πρώτο το παιδί φτιάχνει από διάφορα υλικά π.χ. ένα μοντέλο, μια εικόνα, μια μαριονέτα, ενώ στο δεύτερο το παιδί υποδύεται ρόλους. Τα παιχνίδια αυτά περιλαμβάνουν το συμβολισμό και επιτρέπουν στο παιδί να εκφράσει κάποια βαθιά συναισθήματα, που ίσως και το ίδιο το παιδί να μην έχει αντιληφθεί ότι υπάρχουν μέσα του (Woolson, 1999).

Ένας επιπλέον τρόπος να κατανοήσει αλλά και να αντιμετωπίσει μια κατάσταση με συμβολικό τρόπο το παιδί είναι το παραμύθι. Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει ότι το παραμύθι αποτελεί ένα εύκολο και ευχάριστο τρόπο για τα παιδιά να συνειδητοποιήσουν μια κατάσταση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το παρακάτω:

Μια φορά και έναν καιρό υπήρχε ένας βασιλιάς, που στην κατοχή του είχε ένα όμορφο διαμάντι. Το όμορφο αυτό διαμάντι είχε όμως μια μικρή ατέλεια: μια

γρατσουνιά στο κέντρο του. Ο βασιλιάς κάλεσε διάφορους κόπτες πολύτιμων λίθων, χειροτέχνες και κοσμηματοτεχνίτες και τους ζήτησε να απαλλάξουν το πετράδι από τη γρατσουνιά. Μάταια όμως προσπάθησαν όλοι τους! Ωσπου, μια μέρα, εμφανίστηκε ένας νέος άντρας, που ανακοίνωσε ότι μπορούσε να κάνει το διαμάντι ακόμα πιο όμορφο από ότι ήταν - και όλοι γέλασαν μαζί του. Όταν επέστρεψε, όμως, και παρουσίασε την πέτρα στο βασιλιά, πράγματι ήταν πιο όμορφη από ότι ήταν πριν. Στο κέντρο της είχε χαράξει ένα πανέμορφο τριαντάφυλλο που το κοτσάνι του ήταν η παλιά γρατσουνιά (Νίλσεν & Παπαδάτου, 1998).

5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Τα παιδιά που βιώνουν την απώλεια κάποιου αγαπημένου τους προσώπου αυτήν την περίοδο της ζωής τους εμφανίζουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης ανεσταλμένου πένθους. Τα παιδιά συνήθως δεν εκφράζουν και δεν παραδέχονται τα συναισθήματα οδύνης και πένθους που νιώθουν. Τα συναισθήματα αυτά εκφράζονται περισσότερο μέσω κάποιων σωματικών συμπτωμάτων, της μείωσης της απόδοσης τους στο σχολείο και της συμπεριφοράς τους προς τους συνομηλίκους ή τον εαυτό τους (επιθετικότητα, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά). Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι το σχολείο μπορεί να αποτελέσει το χώρο, όπου το παιδί που πενθεί θα μπορέσει να κατανοήσει το θάνατο και τις επιπτώσεις του και να εκφράσει τη θλίψη του, ειδικά αν το οικογενειακό περιβάλλον δεν επιτρέπει στο παιδί να παίξει κάποιο ρόλο στις διάφορες τελετουργίες που πραγματοποιούνται για το νεκρό.

Διάφορες οργανωμένες παρεμβάσεις που έχουν πραγματοποιηθεί στα πλαίσια της σχολικής κοινότητας για τη σωστή αντιμετώπιση του θανάτου έχουν δείξει ότι προκαλούν βελτίωση στην επικοινωνία ανάμεσα στα παιδιά, τα οποία εκφράζουν τα συναισθήματα τους και συζητούν τα προβλήματα τους με τους συνομηλίκους τους, μείωση του άγχους, υψηλές σχολικές επιδόσεις, απόκτηση γνώσεων και τεχνικών επίλυσης του προβλήματος και διαχείρισης του στρες και μείωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς των παιδιών αυτών, καθώς τέτοια προγράμματα βρέθηκε ότι μειώνουν το ποσοστό αυτοκτονιών στη μαθητική κοινότητα. Το πιο

σημαντικό στοιχείο για να επιτύχουν οι παρεμβάσεις αυτές στη σχολική κοινότητα είναι η κατάλληλη εκπαίδευση των δασκάλων και καθηγητών. Ολόκληρο το εκπαιδευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ενήμερο για τις επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει το πένθος στους μαθητές και να είναι σε θέση να αναγνωρίσει την προβληματική εκείνη συμπεριφορά που απορρέει από την εμπειρία της απώλειας. Με αυτόν τον τρόπο το σχολείο να αποτελεί μέρος της λύσης και της αιτίας, του προβλήματος (Νίλσεν & Παπαδάτου, 1998).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η απώλεια της αυτοεικόνας ή ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου αποτελεί αδιαμφισβήτητα ένα τραγικό γεγονός στη ζωή του κάθε ανθρώπου, το οποίο τον φέρνει αντιμέτωπο με οδυνηρά συναισθήματα, θλίψη, πόνο, φόβο και μοναξιά. Η διεργασία του πένθους είναι χρονοβόρα διαδικασία, αλλά αποτελεί ωστόσο απαραίτητο στάδιο για την ψυχική και πνευματική ωρίμανση του ατόμου. Μια κατάσταση θλίψης και οδύνης, 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 σαν γεγονός και προσαρμόζονται, χωρίς αυτό να σημαίνει πως ξεχνούν αυτόν που έφυγε.

Τα Ψυχοδυναμικά Μοντέλα (Freud, Bowlby, Parkes) αναφέρονται σε δεσμούς προσκόλλησης με τον νεκρό και σε 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 του πένθους.

Παρά τα αντιφατικά αποτελέσματα των παρεμβάσεων σε πενθούντες, όσον αφορά στην βελτίωση της ψυχικής τους υγείας και στην απαιτούμενη αποδοχή της απώλειας, έχουν παρατηρηθεί σημαντικές βελτιώσεις στα συγκεκριμένα προγράμματα συγκριτικά με το παρελθόν. Βέβαια η περαιτέρω έρευνα κρίνεται απαραίτητη, καθώς και η εξοικείωση των ειδικών με την ψυχολογική, κοινωνική, πολιτιστική και θρησκευτική σημασία του θανάτου και της διεργασίας του πένθους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Bacque, F. (2004). *Πένθος και Υγεία: Άλλοτε και Σήμερα* (2η έκδοση). Αθήνα: Θυμάρι.

Boelen, P., Van Den Bout, J. & Van Den Hout, M. (2003). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1123 - 1136.

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

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

Carter, J., Rowland, K., Chi, D., Brown, C., Abu - Rustum, N., Castiel, M. & Barakat, R. (2005). Gynecologic treatment and the impact of cancer - related infertility. *Gynecologic Oncology*, 97, 90 - 95.

De Groot, M., De Keijser, J., Neeleman, J., Kerkhof, A., Nolen, W. & Burger, H. (2007). Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 334, 994 - 999.

DiMatteo, R. & Martin, L. (2006). *Εισαγωγή στη Ψυχολογία Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Dunmore, E., Clark, M. & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1063–1084.

Ehlers, A. & Clark, M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.

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 behavior therapy: the reconstruction of meaning. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 883 - 904.

Freud, S. (1981). *The complete psychological works of Sigmund Freud: an autobiographical study inhibitions, symptoms and anxiety, the question of lay analysis and other works* (τόμος 20). Μετάφραση: Strachey, J. London: The Hogarth press.

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

Kaplan, H., Sadock, B. & Grebb, J. (1996). *Kaplan and Sadock's Ψυχιατρική*. Μετάφραση: Γιωτάκος, Ο. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

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.

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.

Kudumija, M. & Manestar, I., (2007). Unresolved grief in boy depression in young man. *European Psychiatry*, 22, 101 - 102.

Κωσταρίδου - Ευκλείδη, Α. (1999). *Θέματα γηροψυχολογίας και γερωντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Li, J., Laurson, M., Precht, H., Olsen, J. & Mortensen, B. (2005). Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. *New England Journal of Medicine*, 352, 1190– 1196.

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.

Malkinson, R. (1996). Cognitive Behavioral Grief therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavioral Therapy*, 14, 155 - 171.

Malkinson, R. & Ellis, A. (2001). The application of rational-emotive behavior therapy (REBT) in traumatic and nontraumatic loss. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 958 - 964.

Matthews, L. & Marwitt, S. (2004). Complicated Grief and the trend toward Cognitive - Behavioral Therapy. *Death Studies*, 28, 849 - 863.

Melhem, M., Rosales, C., Karageorge, J., Reynolds, F., Frank, E. & Shear, K. (2001). Comorbidity of axis I disorders in patients with traumatic grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 884 -887.

Moos, R. (1986). *Coping with Life crises: an integrated approach*. New York: Plenum Press.

Morgan, N. & Taylor, D. (2005). Psychodynamic psychotherapy and the treatment of depression. *Psychotherapeutic approaches*, 4, 6 - 9.

Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., Rosenfeld, H., Suh, E., Kishon, R., Cook, J. & Marshall, R. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5 - 3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 251 - 262.

Neimeyer, R. (2000). Grief therapy and Research as essential tensions: prescriptions for a progressive partnership. *Death Studies, 24*, 603 - 610.

Νίλσεν, Μ. & Παπαδάτου, Δ. (1998). *Το πένθος στη ζωή μας*. Αθήνα: Μέρμηνα.

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.

Ott, C. & Lueger, R. (2002). Patterns of change in mental health status during the first two years of spousal bereavement. *Death Studies, 26*, 387 - 411.

Prigerson, H., Shear, M., Jacobs, S., Reynolds, C., Maciejewski, P. & Davidson, J. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry, 174*, 67 - 73.

Runeson, B. & Asberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1525 - 1526.

Sanderson, C. (2004). *Health Psychology*. New Jersey: Wiley.

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

Todd, G. & Baker, B. (1998). Grief, mourning and bereavement: a guide for the ob/gyn. *Death Studies, 5*, 311 - 314.

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.

Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet - based cognitive behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429 - 453.

Woolson, R. (1999). *Το λεξικό της ψυχικής υγείας του παιδιού*. Επιμέλεια: Φεργάδη, Λ. Αθήνα: Εκδόσεις Περίπλους.

Zuckoff, A., Shear, K., Frank, E., Daley, D., Seligman, K. & Silowash, R. (2006). Treating complicated grief and substance use disorders: A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 205 - 211.