

## פרק 5: נורמליזאציה של אבל, שכול הורי ואבלות הורית, ואבל וצמיחה באמצעות האחר

פרק זה, ככל עבודתי, מוקדש לזכרם של בתי האהובה — גילי קליין,

אישי — פרופ' נורמן קייגן והורי — אדלה ויצחק.

ולאהובי נפשי יבדל"א: בני — שי

ונכדותיי — ג'סיקה ומיקה

### מבוא

מטרת הפרק היא להרחיב את הפרספקטיבה על אבלות הורית כחווית חיים טראומטית וממושכת. אדון במשמעות הכללית של נורמליזאציה של אבל ובמיוחד — אבלות הורית / שכול הורי, באמצעות הצגת הדיון בקהילה המקצועית והחוויה האישית שלי כמקור לגיטימי נוסף להבנת החוויה הכוללנית-מחקרית. אציג מושגים ופרספקטיבה חדשניים על המשמעויות של אבל וצמיחה באמצעות האחר, כחלק מהצגת מודל מורחב לתיאור תהליך של אבלות הורית: מודל ההסתגלות מחדש.

אחד מ'תארי' הוא: אם שכולה. ב-3 בינואר, 1990 גילי קליין, ילדתי האהובה בת ה-11, מתה לאחר שנפצעה אנושות על-ידי נהגת שתויה, חמישה ימים קודם לכן. כיום, שנים לאחר מותה הטראומטי, הזמן איבד ממשמעותו כמדד של געגועים, כאב ואבל. חיי השתנו בבת אחת מ'לפני' (גילי חיה) ל'אחרי' (גילי מתה). מן הרגע הלא מוגדר, אותו הרף עין שבו גילי נשמה את נשימתה האחרונה ועד יומי האחרון כנראה, התחלתי בעל כורחי במסע של חקירה, נבירה, גילויים ותיעוד תגליות — על עצמי, על האחרים, על העולם הנגלה לעין וניתן לצפייה ולמידה וזה הסמוי שניתן רק לתחושה, השערה ואמונה.

זהו מסע ומשא של השתוממות ופליאה; תהומות של יגון ופרצי שמחה; של למידה מחדש והסתגלות לחיים ללא גילי. האם יצאתי מדעתי במסע הזה? האם פיתחתי הפרעה נפשית-גופנית כלשהי? האם תגובות האבל שלי הן נורמליות על-פי קנה מידה מקצועי? מי הוא זה שיגדיר את מצבי הנפשי-השכלי ואפילו כאבי הגופניים? האם מכלול כאבי יכול להיות מוגדר מנקודת ראות עכשווית? האם יש אפשרות להגדיר ולנבא מצב עתידי, בהווה? מי אני היום? ומאחר ואיבדתי באותו 'הרף עין' את ענייני ותחושותי לגבי 'עתידי', אזי מי הוא שיגדיר את 'עתידי'? שאלות כאלה ואחרות רדפו אותי במהלך השנים שחלפו. הייתי פסיכולוגית שעסקה גם בשכול ואבל, אך במסע התגליות הגדרתי לעצמי משמעות מקצועית מחדשת: פסיכולוגית וטנטולוגית (טנטולוגיה: מדעי השכול/חקר האובדן ואבל).

### נורמליזאציה של אבל

יחסים משמעותיים הם מרכזיים לתחושת רווחה קיומית (Orbach & Miculincer, Lavnieli, 1998) ואינם מסתיימים עם מותו של אדם. אָבֵל בעקבות מות אדם מרכזי לקיומו, אינו מגיע לסיום, אלא עובר שינוי טרנספורמטיבי (Shear, 2012). האם ייתכן שהחיים יימשכו כתקנם וכהרגלם לאחר מותו של אדם אהוב? האם אבל אקוטי על אותו המת צריך להיתפס כחולי נפשי? האם בנייה מחדש של חיים לאחר מותו של אדם שהיה מרכזי לקיומו יכולה להיות פשוטה ולא מורכבת?



- במאה התשע-עשרה, אבל נתפס כאחד המצבים של הרוח, או הנשמה האנושית. לעתים אבל נתפס אף כגורם לא-שפיות (Prior, 2000). במאה העשרים, תפיסת האבל השתנתה: לראשונה, נעשתה הבחנה בין מה שפורש כהתנהגות אבל נורמלית, לבין אבל פתולוגי. פרויד, בפרסומו "אבל ומלנכוליה" (Freud, 1917), היה הראשון שהבחין בין תגובות פתולוגיות למוות של דמות משמעותית, לתגובות תקינות. מלאני קליין (Klein, 1940) הרחיבה את הבחנתו של פרויד וטענה שכל תגובות האבל הן פתולוגיות, כלומר אבנורמליות, מאחר והן מחקות הפרעה מאנית-דפרסיבית. לינדמן (Lindemann, 1944), שחיבר את "סימפטומטולוגיה של אבל", היה החוקר הראשון שחקר תהליכי אבלות באופן אמפירי, בניגוד לתיאורטי-פילוסופי שהיה מקובל עד לאותה תקופה. ההתייחסות לאבל, מאותו הזמן ואילך, הייתה מנקודות ראות גופנית ומנטאלית, שניתן היה למקמן בביוכימיה של הגוף ובהיסטורית האבל בשלבים התפתחותיים של האדם האבל. המתאבל ניתן היה לא רק לתצפית אלא גם להערכה מקצועית ולמדידה. החשיבה הייתה רפואית — ניתן להשפיע על סימפטומים של אבל בעזרת תרופות ובכך להפוך התנהגות לא נורמלית לנורמלית. זו הייתה הנורמליזציה של אבל בעזרת תרופות. התנהגות נורמלית של אבל הוצגה כתהליך מתפתח, שבו קיים פוטנציאל השואף להגיע ממצב כאוטי שלאחר מות אדם קרוב, למצב נפשי וגופני של יציבות או אינטגרציה (Prior, 2000). אם האדם האבל לא התנהל על-פי ה'שלבים' המתוארים, אזי התנהגותו נחשבה ל'אבל פתולוגי' ולא תקין. חשיבה זו אפיינה את כל המודלים של ה'שלבים': כך היה מודל ההתקשרות של בולבי (Bowlby, 1960).

מודל חמשת שלבי האבל של קובלר-רוס (Kübler-Ross, 1970) ומודל שלבי האבל של קולין פארקס (Parkes, 1978). כולם דנו בנקודת התחלת אבל, מעבר דרך שלבים מסוימים וסיום האבל בנקודת זמן כלשהי, שתוארה כשלב שבו האדם האבל אימץ השקפת עולם חדשה, מושאי 'אהבה' חדשים, או 'קבלה' של עובדת המוות בפרק זמן קצוב שהשתנה מחוקר לחוקר (Kagan [Klein], 1998). רק עם עבודתו של הסוציולוג אמיל דורקהיים (Durkheim, 1968) חלה תפנית בנורמליזציה של אבל. דורקהיים טען שעוצמת האבל היא תוצר של תהליכים חברתיים ולא תוצאה בלעדית של תהליך פסיכולוגי שבו קיים פוטנציאל השואף להגיע למצב של יציבות או אינטגרציה. לקראת סוף המאה העשרים, המושג של "אבל פתולוגי" הוחלף בזה של "אבל מורכב" (Complicated Grief) (1993 Rando).

מתחילת המאה ה-21 ובמיוחד בעשור האחרון, התעורר וויכוח מתמשך בקהילה המדעית — לא רק על משמעות המושג "אבל מורכב", אלא גם על יעילות הייעוץ/הטיפול האבלי (Grief Counseling). כיום, קיימת הסכמה חלקית שייעוץ/טיפול אבלי יעיל, כנראה, בסיוע לאלה שאובחנו כסובלים מ"אבל מורכב" ופחות לאלה שאובחנו כחווים אבל "נורמלי" או תקין (Bonanno, 1999; Currier, Neimeyer, 1993 & Berman, 2008; Martin & Doka).

דיון נוסף קשור להוצאתה לאור של המהדורה המעודכנת של ה-DSM-V (Shear, 2012). ההצעה הנוכחית היא לא לכלול את הקריטריון למושג 'אבלות' (bereavement), שהיה עד כה חלק מן ההגדרה הקיימת של הפרעת דיכאון מאג'ורי, בתוך ההגדרה החדשה של 'דיכאון' (הפרעת דיכאון מאג'ורי). הבעייתיות בהצעה זו, היא ש'דיכאון מאג'ורי' מוגדר לא רק על-פי סימפטומים כבדי, תחושת אובדן, עצבות עמוקה, קשיי שינה, תשישות ועוד, אלא גם על-פי טווח של זמן: חודשיים. ההנחה הקיימת היא, שאם בעקבות מותו של אדם הקרוב לליבנו, תהיינה לנו תגובות דומות לאלה שנמנו, אך מעבר לחודשיים, מצבו של אותו אבל יוגדר כמי שסובל מ'הפרעת דיכאון' — depressive disorder ולא כמי שחווה אובדן ומגיב לכך באופן צפוי ונורמלי. אין בהגדרה זו כל התייחסות לסוג האובדן ולאבל הבא בעקבותיו. הפסיכיאטרים זייסוק וקנדלר (Zisook & Kendler, 2007; Zisook, 2007), מצדיקים את אי הכללת הקריטריון למושג 'אבלות' בהגדרה החדשה של 'דיכאון'. הם טוענים שאבלות, כחלק מדיכאון, דומה או זהה לדיכאון ללא אובדן. לכן, לדעתם, יש לטפל באבלים כפי שמטפלים בדיכאוניים. קארי (Carey, 2012, p.1) טוען, כי אם הקריטריון למושג 'אבלות' יצא מן ההגדרה של 'דיכאון', קיים חשש לאבחון שגוי של אנשים אבליים וטיפול מיותר בתרופות נוגדות דיכאון, שעלולות לגרום לתופעות לוואי בלתי רצויות.

במאמר ובדו"ח נפרדים זה מזה, הן וייקפילד ופירסט (First, 2012 & Wakefield) והן חבר המנהלים של ADEC (Association Death for Education and Counseling, ADEC, 2010), מתנגדים למסקנותיהם של זייסוק וקנדלר (2007) וטוענים כי מחקריהם היו פגומים בשיטות המחקר שלהם ובדגימה, ולכן מסקנותיהם מוגבלות ביותר (ibid., p.8). הוועדה המדעית המייעצת לחבר המנהלים של ADEC, פנתה לעשרות קלינאים מוכרים ומנוסים, המטפלים באוכלוסיה אבלה ומכירים היטב את הספרות המקצועית בטנטולוגיה. חבר המנהלים שאל אותם האם, לדעתם, רצוי להוציא את הקריטריון למושג 'אבלות' מן ה-DSM החמישי? אחת התגובות הבולטות היתה שהתנהגות של אנשים אבליים בדרך כלל אינה עונה לקריטריון של 'הפרעת דיכאון מאג'ורי'. למרות קיומו של דמיון, או חפיפה, בכמה סימפטומים בין אבלות לדיכאון, יש הבדל בעיקר בחשיבה: לדוגמה, לאנשים הסובלים מדיכאון (הפרעת דיכאון מאג'ורי) יש תחושה מורבידית של חוסר-ערך. היוצא מן הכלל הוא כאשר ברור לגמרי שהאדם האבל מגלה התנהגות מסוכנת והרס עצמי (ibid., p.5). הוועדה המדעית ממליצה לחייב אבחון יסודי ומקיף במצב האבלות. הוועדה המדעית המייעצת לחבר המנהלים של ADEC התייחסה בביקורתה גם לכך שזייסוק וקנדלר לא התמקדו באנשים אבליים במהלך החודשיים הראשונים לאחר אובדנם — חודשיים שהם חיוניים לקריטריון ההגדרה של הפרעת דיכאון מאג'ורי כפי שמופיע ב-DSM הנוכחי: (TR-IV-DSM (ibid., p.8). כפי שצינו החוקרים בונאנו (Bonanno, 2009) ופארקס ופריגרסון (Prigerson, 2009 & Parkes), תהליכי אבלות נמשכים הרבה מעבר לחודשיים המוזכרים ב-DSM, בעיקר תהליכי אבלות של הורים שכולים (ADEC, 2010, p.8).

חיזוק לתפיסה של הוועדה המדעית התקבל על ידי הצהרה פומבית של קבוצת החוקרים והמלומדים הנמנים על קבוצת העבודה הבינלאומית (International Group Work on Death, IWGDDB (Dying and Bereavement), שהתקיימה בקנדה בחודש אפריל, 2013 ביניהם: תומס אטיג, קתלין גילברט, פיליס סילברמן, וויליאם וורדן, דונה שורמן, דייל לארסון, דיויד רות' ומל מק-קיסוק. השאלה שנדונה היתה: "מתי לב שבור' הופך ל'הפרעה נפשית'?" או במלים אחרות: האם אבל צריך להיחשב כהפרעה מנטאלית? התשובה הייתה: "אף פעם!" (IWGDDB, דוא"ל מפיליס סילברמן, 2 ביוני, 2013).

# שכול הורי ואבלות הורית ( Parental Bereavement)

המושג "אבלות הורית", או שכול הורי, מתייחס להורים האבלים על מות ילדם. ידוע כיום, שנסיבות מוות טראומתיות מעוררות תגובות אבל טראומתיות הדומות לאלה של הפרעה פוסט-טראומתית. אך למרות שתגובות האבל של ההורה עלולות להפוך ל"כרוניות" או 'מורכבות', הן לא מוגדרות כ"הפרעה פוסט-טראומתית" (Witztum & Malkinson, Rubin, 2000). קיים קושי בהגדרת תגובות אבל טראומתיות כ'הפרעה', כאבל "מתמשך", "כרוני", או כ"אבל מורכב", לאור העובדה שאבלות הורית נמשכת קרוב לוודאי במהלך כל החיים (Kagan [Klein], 1998 ; Shanun-Klein, 2011). האנט וגריף (Greiff & Hunt, 2011-12) גילו הבדלים בתגובות אבל בין אבות לאמהות, אך מרטין ודוקה (2000) (Martin & Doka, 2000) דוחים את הרעיון של הבדלים בתגובות אבל כתוצאה ממגדר. לעומת זאת, הם זיהו שתי אסטרטגיות, או סגנונות התמודדות: אינטואיטיבית ואינסטרומנטאלית. האסטרטגיה הראשונה מתמקדת בתגובות רגשיות, ואילו השנייה מאופיינת בפעילות אקטיבית ובפתרון בעיות. הסגנון האינטואיטיבי, הרגשי והרגשי, נחשב בעבר כסגנון התגובות המאפיין בעיקר נשים, בעוד שסגנון התגובה האקטיבי, זה השואף לפתרון בעיות, נחשב כמאפיין גברים. מרטין ודוקה (Ibid.) טוענים ששני המינים מסוגלים לאמץ כל אחד מן הסגנונות, או להגיב ברצף המכיל את שני הסגנונות בזמנים שונים ובהתאם לנסיבות. דספלדר וסטריקלנד (Strickland & DeSpelder, 2009) מגדירים מוות של כל ילד — בין אם היה זה מוות בנסיבות צפויות, כתוצאה ממחלה, למשל, או מוות בלתי צפוי — כ'מוות בעל יגון-מועצם' (High-grief death). אך במוות של ילד בוגר יותר בגילו, מתבגר או מבוגר, גלום הפוטנציאל לעורר רגשות אבל ויגון מורכבים במיוחד אצל ההורה השכול, ולו רק מן הסיבה הפשוטה של משך היחסים והקשרים שנוצרו בין הורה לילד מזמן היוולדו ועד לרגע מותו. ככל שהילד חי זמן ארוך יותר, כך כמות הזיכרונות שהצטברה, מורכבות היחסים שהתפתחו עם הזמן וכן גורמים נוספים, תורמים למורכבות תגובות האבל של ההורה. מוות פתאומי ובלתי נצפה של ילד, נחוה על-ידי רוב ההורים כאירוע טראומתי. לכן, תגובות האבל הצפויות הן של אבל טראומתי. כלומר, תגובות אבל ממושכות — אף אם נמשכות לאורך כל חיי ההורה ואף אם מועצמות — נחשבות, לפחות בחלקי העולם המפותח, כתגובות תקינות לאירוע לא-תקין' (Kagan [Klein], 1998).

## נורמליזציה של אבלות הורית

טנטולוגיה (מדעי השכול) נאבקה עדיין בהגדרת, בהמשגת ובתיקוף המושג "אבל נורמלי, תקין". רנדו (Rando, 1993) טוענת במחקרה על 'אבל מורכב' שהתנהגויות המוגדרות כ'פתולוגיות' לאחר סוגי אובדן אחרים, הן אופייניות אצל רוב ההורים לאחר מות ילדיהם (Kagan [Klein], 1998). רנדו (Rando, 1986), קלאס (Klass, 1988) וחוקרים אחרים, טוענים שקריטריונים מסורתיים-היסטוריים להגדרת 'אבל תקין-נורמלי', כמו, לדוגמה, קשר הנמשך כל החיים לילד המת, בכי ממושך, חרדה מועצמת, הסתגרות, הפרעות שינה, עצב עמוק, יגון או דיכאון כתוצאה מאבל על מות הילד, מחשבות ממוקדות על הילד המת והצורך להנציח את הילד שמת, הן תגובות אבל צפויות אצל הורים ששכלו את ילדיהם, ואינן נחשבות תגובות לא נורמליות (Kagan [Klein], 1998; Klass, 1988). רנדו מחזקת את הטענה, בטענה כי הכישלון להכיר בכך (שאלו הן תגובות צפויות) רק מעצים את הלחץ שחשים הורים שכולים (Rando, 1986). סטרובה, סטרובה והנסון (Hansson, 1993 & Stroebe, Stroebe) מוסיפים, כי חייבים להתייחס בזהירות לסימפטומים כאשר מנסים לאבחן או לגלות אבנורמליות באבלות הורית. רק מאמצע שנות השמונים של המאה ה-20, במיוחד עם פרסום מחקריהם של רנדו (Rando, 1986); סילוורמן וורדן (Worden, 1933 & Silverman); קלאס, סילוורמן וניקמן (Klass, 1986); ניקמן וסילוורמן (Nickman, 1996 & Silverman); אטיג (Attig, 1996, 2001); קייגן (קליין) (Kagan [Klein], 1998); טלבוט (Talbot, 2002); נימאייר (Neimeyer, 2006, 1994, 2001) ואחרים, החלו להישמע תיאורים והגדרות של שכול הורי כתהליך ייחודי, הדורש המשגה שונה מזו שהייתה מקובלת עד אז; כלומר,

טיעונים שחזקו את התפיסה של נורמליזציה של תהליכי אבל קיצוניים ומורכבים, הדומים בביטויים להפרעות מזוהות, כמו הפרעה פוסט-טראומטית, דיכאון קליני וכדומה, אינם מעידים בהכרח על פתולוגיה כלשהי. המושג "אבל מורכב" (Complicated grief) הוא פועל יוצא מוויכוח ממושך זה. כך גם הגדרת המושג "אבל טראומטי" (Neimeyer, 2000) (Traumatic grief). חשוב להדגיש את משנה הזוהרות בו יש לנקוט בעת קביעת אבחנה והחלטה על שיטות טיפול בהורים ששכלו את ילדיהם, בעיקר בנסיבות טראומטיות (Shanun-Klein, 2011; Talbot, 2002). אכן, חשבתי כי אין זה סביר להניח שהתנהגותי ותהליכי החשיבה שלי טרם מותה של גילי, שנתפסו עליי ועל-ידי אחרים כ'תקינים', יהפכו בין רגע, בעקבות מותה, ל'אבנורמליים'. בעיקר משום שהספרות מתארת אבלות הורית כתהליך הסתגלות למציאות חדשה, הנמשך כל החיים כנראה, ומתבטא במכלול התנהגויות קיצוניות, מועצמות וממושכות. התהליך עשוי להיות מלווה בעצב עמוק, חרדה, הפרעות סומאטיות שונות, שינויים באמונה ועוד. אלו הם שינויים דינמיים התלויים באינסוף משתנים אינדיבידואליים, חברתיים, תרבותיים והיסטוריים, כגון חוויות אובדן קודמות, סגנון התמודדות, תפיסה עצמית טרם האובדן ולאחריו, התייחסות האחרים ומסקנות משתנות שההורה האבל מאמץ וזונח במהלך חייו. יאיר לפיד מתאר את קינת אביו, טומי, למות בתו מיכל (אחותו של יאיר) במלים אלו: "מיכל שלי (אוי בתי, מי יתן מותי תחתיך, אין אדם אמור לקבור את ילדיו) לימדה אותנו איך להתמודד עם השכול, ולימדה אותנו גם שאין בעצם איך להתמודד אתו" (לפיד, 2010, עמ' 216). אם אנחנו יכולים לקבל את ההנחה שעבור רוב ההורים, מות ילדיהם נתפס כאירוע טראומטי, הרי נוכל לשער שגם מסע האבל של כל הורה נחוה כחוויה פוסט-טראומטית, הכוללת מגוון רב של תגובות יגון וכאב שליליות, אך גם אפשרויות של צמיחה פוסט-טראומטית; חוויות חיוביות של שינוי, המלוות אמנם בכאב, אך תורמות לשינוי חיובי בתפיסת עולמו של ההורה האבל (Shanun-Klein, 2009). ייתכן מיעוט של הורים שכולים שאובחנו כסובלים מהפרעה כלשהי כגון דיכאון קליני, הפרעת חרדה או הפרעה פוסט-טראומטית בשל חוויה טראומטית קודמת למות הילד; הפרעה שהייתה קיימת טרם מותו של הילד או התפתחה מסיבות כלשהן במהלך חייו של ההורה. ייתכן מיעוט שאובחן כסובל מ"הכחשה" של מותו של הילד או האבל, או מכל מצב אחר שאובחן כ"פתולוגי" (Balk, 2007, pp. 44-45), אך מהם הקריטריונים להגדרת תגובות אבל כ"מוכחשות", "מורכבות" וכדומה? אם אין לוח זמנים לאבל של הורים, היות שהאבל נמשך לפחות רוב חייהם, כיצד ניתן להגדיר את מה שנצפה בנקודת זמן מסוימת, כלומר, תגובות זמניות, כתופעה פרמנטית? אם "אבל מורכב" מוגדר ככשל לחזור לרמות תפקוד של טרום-האובדן (Hermoni, 2010, p. 100 & Halamish), הרי אבלות הורית אינה יכולה להיות מוגדרת כתופעת "אבל מורכב" ולו רק משום שלא סביר לצפות שאירוע, אשר נחוה לעתים כשואה אישית (כפי שחוויתי זאת אני וכפי ששמעתי גם מהורים אחרים), לא ישפיע באופן בלתי הפיך על כל ההיבטים הקיומיים של החיים. מרגרט שיר (Shear, 2012) טוענת, כי תופעת האבל המורכב אינה שכיחה ורוב האבלים מתאוששים אפילו מאבלות מורכבת (עמ' 107). בכל מקרה, למרות שיגון אקוטי הוא מכאיב ופוגע במהלך החיים, הרי אותו יגון גם מסייע לנו להסתגל למציאות החדשה (עמ' 115).

אחת השאלות שאני נשאלת תכופות על-ידי הורים שכולים היא: האם אני שפוי? האם מה שאני חווה, נורמלי? תשובתי: סביר להניח כי אם היית שפוי/ה (על-פי הגדרתך ועל-פי הגדרות אחרים) טרם מות ילדך, הרי שאת/ה שפוי/ה גם עתה, למרות שתחושותיך קיצוניות לעתים. לא תחוש כך עד סוף ימך, רק לעתים (בלתי צפויות בעיקר). אך יש לך זכות לחיות בעוצמה מחודשת גם עם כאב של שינויים. טפלי בעצמך. אל תחשוש/תחששי לבקש סיוע ולהעניק לאחרים מניסיוןך.

## אבל וצמיחה באמצעות האחר (Vicarious Grief) (Vs. Vicarious Grieving)

אנו שואפים להרגיש 'אחדות' עם הבריאה, עם הטבע. אך הפרדה וייחודיות מושרשות בתרבות האנושית. אנו מכירים ביכולתנו לחוות חוויות חיים שונות באופן עקיף, לא ישיר, באמצעות האחר. לווניס

(Levinas, 2007), הגדיר את ה'אחר' באמצעות תיאור מפגש פנים-אל-פנים, שבו שני אנשים חווים את קרבתו וגם את ריחוקו של השני, בו-זמנית, כשחוויות הריחוק והקרבה, שתיהן עזות בעוצמתן. על-פי קאנט, כפי שמוזכר אצל היידגר (Heidegger, 1962), במפגש עם האחר, אנו מכירים באופן מייד-בפוטנציאל שלו להיטיב עימנו או לגרום לנו נזק. גורביץ' (Gurevitch, 2011) טוען, כי במפגש פנים-אל-פנים, ברגע של הסחת הדעת, יתכן וזרות תשתקף גם בפניו המוכרות של האחר. אך רק מההכרה בפער שבין 'מוכרות' (familiarity) ו'זרות' (strangeness), מתחילה התנועה כלפי 'התקרבות' כלפי ה'אחר'. את ה'אחר' יכול לגלם אדם זר או אדם קרוב ומוכר, דמות ספרותית, קולנועית ובעצם כל מדיה של מציאות וירטואלית. אדם יכול לחוש התרגשות, פחד, עצב, שמחה ומכלול רגשות נוספים, באופן עקיף ובאמצעות האחר.

הספרות הטנטולוגית מכירה בתופעה של אבל/יגון באמצעות האחר (Bereavement / Vicarious Grief). קסטנבאום (Kastenbaum, 1987) היה הראשון שטבע והגדיר את המושג. זה שמתאבל באמצעות האחר, חווה אובדן באמצעות האחר. החוויה הבלתי ישירה נחווית באופן מדומיין, או מתוך סימפטיה לזה שחווה את האובדן ישירות. אָבֵל באמצעות האחר הוא אבל אמיתי ואותנטי, וזאת למרות שהוא נחווה על אובדן שאינו שלך. מבחינים בשני סוגים של אבל באמצעות האחר: הסוג הראשון, שבו האובדן אינו אישי למתאבל ה'עקיף'/באמצעות האחר. הסוג השני, שבו האובדן גם כן אינו של המתאבל ה'עקיף', אך הוא מחזק חווית אובדן שהייתה למתאבל ה'עקיף'. תגובותיו של המתאבל באמצעות האחר הן משום שהאובדן דומה בסוגו לאובדן שהוא עצמו חווה, בגלל הזדהות יתר וכדומה (Kastenbaum 1989; Rando, 1997 & Kastenbaum). הכוונה המקורית במושג זה, הייתה למסייעים שנפגעו באופן עקיף מהיחסות שמיעתית או חזותית בדרך כלל, לאלה שנפגעו באסון כלשהו. מסייעים אלה, או אפילו קהילות רחבות יותר, מגלים סימפטומים של מתח, לחץ ואפילו יגון, כאילו הם אלה שנפגעו ישירות. למרות שקיימת הערכה לכאב ההזדהות הבלתי ישירה, אנו מוקירים במיוחד את החוויה הישירה, האותנטית — זו שנחווית מ'יד ראשונה', ומחשיבים חוויה זו כבעלת ההשפעה החזקה במיוחד על שינוי תפיסת עולמנו וההנחות שעליהן מושתתות אמונותינו (Rando, 1997).

עקרונות המפגש עם ה'אחר' הלא מתאבל דומים במהותם למפגש עם ה'אחר' המתאבל. אך בהקשר של הבנת אבולו של ההורה, אני מציעה הבחנה נוספת בין המושג הקיים: **אבל באמצעות האחר** (Vicarious Grief) לבין המושג החדש שטבעתי: **אבל וצמיחה באמצעות האחר** (Vicarious Grieving). הדגש **באבל באמצעות האחר** (Vicarious Grief) הוא על האדם הלא-אבל, שחווה כאב ויגון באמצעות האדם המתאבל. הדגש, לעומת זאת, **בצמיחה מאבל באמצעות האחר** (Vicarious Grief) הוא על האדם ה**אבל**; על חוויות מאששות חיים וצמיחה מתוך העצמי המתאבל ומתוך אינטראקציה עם האחר הלא-אבל.

בהרחבה על דברי קאנט (Heidegger, 1962), במפגש עם האחר — מפגש מציאותי, או סמלי-וירטואלי, שוכן הפוטנציאל לרווח הדדי: לצמיחה פנימית, או לגרימת נזק. בהטיה של דברי גורביץ' (Gurevitch, 2011), המתח הנוצר בעיקר במפגש הפנים-אל-פנים, בין תחושת הקרבה לריחוק, בין המוכרות לזרות, מהווה קרקע פורייה לצמיחת מודעות קיומית הדדית, הבנה, חמלה, צמיחה פנימית מתוך ומבין האינטראקציה עם האחר.

אנחנו מסוגלים לחוות את הכאב של עצמנו וזה של האחר באמצעות הזדהות עימו והתחברות לחלקים הרלוונטיים לנו מ'סיפורו' של האחר. החוויה באמצעות האחר יכולה להתרחש באופן מכוון ומודע, או לא. חוויה מכוונת של יגונו של האחר, לדוגמה, יכולה להתבטא ב'צעדים פנימה' (Kagan [Klein], 1998) — 'תנועה' פנימית-נפשית סמויה מן העין, שמהותה חיפוש משמעות וגילוי עצמי הכוללת אלמנטים מ'סיפורו' של האחר, ומ'צעדים החוצה' — 'תנועה' גלויה לעין, מן העצמי-הפנימי אל החוץ; תנועה שמטרתה התחברות לאחר, לעולם החיצוני באמצעות האחר (Ibid.). התקרבות המתאבל לאחר הלא-אבל, יכולה לבטא את משאלתו של המתאבל לחוש, ולו רק לרגע, "כאילו" הוא חי את חיו של

האחר, ללא אובדן ויגון מתמיד. מובן שתחושת ה"כאילו" עלולה לעורר כאב ברגע ההתפקחות. כאב על שהאשליה על חיים ללא אובדן ויגון נופצה. היו פעמים שחשתי כאב של קנאה בחייהם של חברים ובני משפחה, שנראה היה לי שחייהם 'שלמים', או לפחות מלאי שמחה, כי לא חוו אובדנים כשלי: ילדה, בעל, הורים. אך בתהליך שאינו נטול כאב, באמצעות היחשפותי ל'סיפורי' חייהם של מכרי, במפגשי פנים-אל-פנים ובמפגשים סמליים-וירטואליים, ב'ריקוד' הצעדים החוצה ופנימה, התעוררו אצלי גם מחשבות על אפשרויות קיומיות אחרות, שהיו לעתים דומות לאלה של מכרי שחייהם 'נורמליים'. אפשרויות קיום, לפיהן לא האובדנים הם אלה שמגדירים אותי, אלא אני זו שמגדירה את עצמי בכל רגע נתון, כבעלת אפשרויות שנובעות גם מן האובדנים.

באינטראקציה עם האחר, קיימת אפשרות לחזרה על נרטיב האובדן. ל'סיפור' החוזר ונשנה, יש גם ערך חיובי. יש בו אפקט של הפחתת כאב נפשי. בחזרה על הנרטיב המוכר, אנו מסוגלים ליצור נרטיב דמיוני של מציאות פנטסטית. ובהרחבה על הגדרתו של להד: מהי המציאות הפנטסטית (Lahad, 2006, p. 47), זהו מרחב ה"כאילו", שבו כל "אילו" הוא אפשרי. ברגע החולף, שבו המאזין והמספר מעורסלים זה ב'סיפורו' של זה, יש למתאבל אפשרות לנשום עמוק ולהתכונן למסע הארוך שמצפה לו. מסע שמכיל כאב זה של יגון, אך יתאזן גם בזה של שמחה, תקווה ומשמעות קיומית חדשה.

## מודל חלופי של אבלות הורית

רוב המודלים אשר מתארים תהליכי אבל, הנם כלליים, ואינם ספציפיים בהצגת תהליכי אבלות הורית. טלבוט (Talbot, 2000) חקרה תהליכי אבלות אצל אמהות שילדן היחיד נפטר. מסקנותיה העיקריות היו כי הקשר הנפשי של האם לילדה המת אינו ניתק עם מותו; כי אין 'קבלה' של מותו, אלא, תחת זאת, יש אדפטציה למציאות החדשה, ולמידה מחדש של המציאות ללא הילד, אך באמצעות המשך הקשר אתו. ממצאיה של טלבוט חיזקו מחקר ראשוני ומודל שפותח בעקבותיו על אבלות הורית כתוצאה ממוות טראומתי של ילד (Kagan [Klein], 1998). למרות שהמודל מתייחס לנסיבות מוות טראומטיות, רוב ההורים השכולים מתארים את מות ילדם כאירוע טראומתי עבורם בלי להתחשב בסיבת המוות. לכן, סביר להניח כי ההנחות הבסיסיות של מודל זה ישימות לגבי אבלם של אותם הורים.

## המודל המורחב של אבלות הורית — מודל ההסתגלות צעדים פנימה והחוצה, אבל וצמיחה באמצעות האחר

- במאה הנוכחית ובחברות מפותחות, מותו של ילד נתפס, ברוב המקרים, כאירוע בלתי צפוי ולכן נחווה כטראומתי אצל רוב ההורים.
- אבלות הורית היא תהליך ייחודי של יגון ואבל. זהו מערך מורכב של תגובות פסיכו-פיזיולוגיות, חשיבתיות והתנהגותיות — סמויות וגלויות, לעתים קיצוניות בביטויין, הנמשך קרוב לוודאי כל החיים.
- התהליך עצמו אינו ליניארי (אינו מתקדם בשלבים מובחנים מנקודת התחלה-אמצע-סוף), אלא רב-מימדי ומשתנה. זהו תהליך של למידה והסתגלות מחדשת למציאות של חיים ללא הילד.
- לאבלות הורית אין לוח זמנים. זהו תהליך של למידה והסתגלות מחדש למציאות ללא הילד. התהליך משתנה בעוצמתו ולעתים בלתי צפוי בביטוייו.

• לפיכך, אבלות הורית, למרות ביטוייה הקיצוניים לעתים והמתמשכים, לא תוגדר כ'הפרעה' או כ'חולי' שצריך לרפאו. שכן, בניגוד להפרעה או לחולי, תהליך אבל ייחודי זה הוא מכלול תגובות צפוי לאירוע בלתי צפוי, ומכיל בתוכו את האפשרות לצמיחה חיובית.

• החוויה הטראומטית של מות ילד מזעזעת את אושיות קיומו של ההורה ועלולה לגרום לשינויים בעלי השלכה שלילית לגבי איכות חייו של ההורה. אך החוויה הזו גם מכילה את הפוטנציאל לשינוי חיובי. עקרונות הפסיכולוגיה החיובית של סליגמן (Seligman, 2000) ושל טדשי וקלהון (Tedeschi, 2006), המדברים על אפשרות של שינוי חיובי בעקבות משבר וצמיחה פוסט-טראומטית, ניתנים ליישום גם בהבנת אבלות הורית. כל תהליך של שינוי — שלילי או חיובי — כרוך בכאב.

• לרוב, יסוד האבלות ההורית הוא עצב עמוק (Deep Sadness) ולא דיכאון קליני, הפרעת חרדה או הפרעה פוסט-טראומטית, למרות הדמיון לעתים בביטויים.

• חשוב שיתאפשר להורה השכול לחוות את כאבו במלואו, ללא הסחות דעת מכוונות מן הסביבה. מאותה סיבה, רצוי שלא לטשטש את היגון בעזרת תרופות.

• לעתים תכופות, הורים שכולים מבטאים רצון מפורש למות, או רצון להצטרף לילדם המת. למרות שיש להתייחס ברצינות הראויה להצהרות שכאלה, הן אינן בהכרח מעידות על נטיות אובדניות, אלא יותר על הקשר הנפשי העמוק לילד, על געגועים עזים אליו, על חוסר אפשרות זמני לתפוס את האירוע בפרספקטיבה של מכלול החיים.

• במהלך החיים עם אבל, מתפתחת זהות חדשה. 'עצמי' חדש של ההורה בוקע. הזהות החדשה עשויה להכיל אספקטים התנהגותיים או סמליים של הילד המת שהופנמו. לדוגמה, ההורה יכול לגלות בעצמו העדפה למוסיקה מסוימת שהייתה אהודה על הילד, אך ההורה עצמו דחה אותה בעת שהילד היה חי.

• מסע האבל הוא אינדיבידואלי ותלוי באינסוף גורמים, הכוללים היסטוריה של אובדנים נוספים, מרכזיותו של האובדן הנוכחי, דרכי התמודדות עם משברים, בריאות פיזית ונפשית טרם מות הילד ובמהלך שנות האבל, מצב כלכלי ובעיות משפטיות הכרוכות במוות, יחסים בינאישיים וחברתיים, יחסים עם הילד החי, אישיותו של ההורה, ערכיו, אמונותיו וצרכיו של ההורה בקיום קשר מטפיזי עם הילד המת, ועוד.

• הקשר הנפשי-המטפיזי, עם הילד המת לא נפסק. הוא נמשך כל החיים. לכן, יתכן ולהורה יהיה צורך להנציח את הילד באופן מעשי או סימבולי.

• ישנם הורים שכולים המתנגדים לשימוש במונח 'קבלה' ביחס למות ילדם, אולי משום שבמונח זה חבויה גם 'הסכמה'. לכן, המונחים 'הסתגלות' או 'אדפטציה' לעובדת המוות ולחיים עם אבל, עדיפים.

• הקשר הנפשי והגעגועים לילד המת, מתבטאים בהתפתחות **כפל דימויים** (Dual Images) של הילד המת: **הדימוי הממשי** (Real Image) — מבוסס המציאות ומכוון עבר, שיסודו בזיכרונות אמיתיים על הילד והיחסים אתו; ו**הדימוי המדומה** (Shadow Image) — מבוסס על משאלת הלב והפנטזיה (מה היה "אילו" הילד היה בחיים היום?) ומכוון עתיד. שני התהליכים מתפתחים לאורך רצף של זמן: הראשון הוא 'הדימוי הממשי' ולאחר זמן מסוים — 'הדימוי המדומה' ומאז ועד סוף החיים שני הדימויים מתקיימים גם יחד.

• לעתים ההורה השכול רואה את עצמו כהיסטוריון וכביוגרף של חיי הילד המת. הוא מתמקד בילד המת מתוך חרדה שהילד ישכח מלב. הוא דואג להנציח ולהזכיר לסביבה, באופן פעיל ולרוב מודע, את עצם העובדה שהיה ילד, שהוא מת, שחייו ומותו היו חשובים. שההורה עצמו קיים, גם באבלו. ההתמקדות בילד המת חיונית להורה. היא בדרך כלל זמנית ואינה שוללת קיום בו-זמני של ראייה פריפריאלית כלפי אחרים בסביבה.



• **השכחה מכוונת** (Intentional Forgetfulness) הוא מושג שטבעתי על מנת לתאר מצב שונה מהכחשה או הדחקה, שהן תגובות נוירוטיות או פתולוגיות. המאמץ לשכוח זיכרונות לא נעימים, דומה למה שניטשה קרא: "שכחה אקטיבית" ופריד תיאר (Krell, 1990, p.107) כ"הכחשה": נזירה של שכחת או השכחת זיכרונות לא נעימים. פריד טען ש"הכחשה" אינה מוחלטת; יש חוסר יכולת להשיג שכחה מוחלטת של זיכרונות לא נעימים. אך אבל אינו נזירה. השכחה מכוונת היא תגובה נורמלית באבל. זו תגובה רצונית של ההורה שמבקש לעצמו מנוחה רגעית מן הזיכרונות המכאיבים הקשורים במות ילדו. ההורה, שמשכיח באופן מודע ומכוון אירועים שונים, עשוי לעשות זאת על מנת שיוכל לתפקד בעבודתו, או בחברה שמתקשה לקבל אותו באבלו. ההורה לא משכיח רגשות של יגון ואינו שוכח את עובדת המוות של ילדו או את האירועים שהובילו למותו. הוא רק משכיח אותם זמנית ובהתאם לנסיבות. לעתים, על מנת שלא להתעמת עם תחושת הכאב העז וביטויי הלא רצויים והבלתי נשלטים, כמו, לדוגמה, בכי במקום ציבורי.

• אבלות הורית ניתנת לתיאור כהליך תנועתי של 'ריקוד' ב-זמני המורכב מ'צעדים פנימה' (Inward Steps), 'צעדים החוצה' (Outward Steps) ומשילוב של 'צעדים' — 'אבל וצמיחה באמצעות האחר' (Grieving Vicarious).

• ה'צעדים פנימה' וה'צעדים החוצה' מוגדרים על-ידי ההורה האבל עצמו, שכן הוא המומחה האולטימטיבי לכאבו, ועל-ידי הצופה-המפרש מבחוץ. ה'צעדים' ניתנים להגדרה גם על-פי כוונה ומטרה של ההורה.

• ה'צעדים פנימה' מתארים תנועה נפשית מופנמת, פרטית ואישית, שלרוב סמויה מעינו של המתבונן מבחוץ. לא תמיד ההורה מודע לתנועה פנימית זו. כאן הכוונה היא להסתכלות אינטרוברטית-פנימה. המטרה: חקירה עצמית; חיפוש משמעות לחיים ללא הילד וכדומה. היא מאופיינת, לדוגמה, בהרצה חוזרת ונשנית של 'סרט' החיים והמוות של ילדם; בשאלות של חקירה ונבירה עצמית: "למה זה קרה?" "מה עשיתי שמגיע לי עונש כזה?" "זעקה לכוח עליון: "איך מרשה אלוהים מוות של ילד תמים?" ועוד.

• ה'צעדים החוצה' מאופיינים בהתנהגות אקסטרוברטית — גלויה לעינו של המתבונן מבחוץ. הכוונה והמטרה של ההורה דומות: התחברות לעולם החיצוני. ההתנהגות יכולה להתבטא באופן ממשי, כמו מענה לשיחת טלפון, יציאה לארוחה עם ידיד, חזרה לעבודה, או סמלית, כמו תכנון מפעל הנצחה, מחשבה על הצטרפות לקבוצת תמיכה וכדומה.

• ה'אבל והצמיחה באמצעות האחר' הם 'צעדים' או תנועה משולבת-טרנספורמטיבית, שמבטאת התחברות וקשר מחודש עם העולם. הקשר המחודש נעשה באמצעות החקירה העצמית שאינה מותירה את ההורה מבודד באבלו, אלא מובילה אותו מפנים החוצה. התהליך הזה מתרחש לאחר שההורה גילה משמעויות חדשות לקיומו, בעזרת הפעולות הסמליות והממשיות ומפגשים פנים אל פנים, שההורה יוזם או נענה להם, על מנת להתחבר ולהתקשר לעולם סביבו. כאן הכוונה **והמטרה** זהות: חזרה לחיים.

• נקודת מפנה בתהליך האבל מתרחשת כאשר ההורה מזהה מטרה ו/או משימה, ובאופן כללי מגלה משמעויות חדשות לקיומו.

## לסיכום

תהליכי אבלות, באופן כללי, הם תוצר של מי שאנחנו ועל מי אנו אבלים. אבלות הורית, באופן ייחודי, היא תהליך מורכב, רב-מימדי, דינמי ובלתי צפוי של הסתגלות מחדש לחיים ללא הילד, והנמשך, קרוב לוודאי, לאורך כל החיים. מסע הסתגלות זה מגלם בתוכו, לצד היגון, גם אפשרויות לצמיחה ושינוי לטובה.

# על הכותבת - פרופ' הניה שנון-קליין

פרופסור הניה שנון-קליין היא פסיכולוגית וטנטולוגית (מדעי האובדן והאבל), חוקרת, מטפלת וסופרת

פרופ' הניה שנון-קליין היא עורכת הספר 'טנטולוגיה – מדעי האובדן, השכול והאבל' בהוצאת פרדס (מהדורה שנייה – 2023) מתוכו הובא לפניכם כאן פרק לקריאה.

## מקורות

גורביץ', ז. (2011). שיחה. תל אביב: הוצאת בבל

חלמיש, ל.ד., וחרמוני, ד. (2010). הערבה הבוכייה. מערכות, ישראל

לפיד, י. (2010). זיכרונות אחרי מותי: סיפורו של יוסף (טומי) לפיד. ירושלים: כתר ספרים בע"מ

שנון-קליין, ה. (2011). מודלים כלליים ומודלים ספציפיים של אבל. הרצאה. אשל, חיפה

Association for Death Education and Counseling (ADEC). (November 3, 2010). Removing the Exclusionary Criterion about Depression in Cases of Bereavement. Executive Summary of a Report to the ADEC Board of Directors. [www.adec.org](http://www.adec.org)

Attig, T. (1996). How we grieve: Relearning the world. New York: Oxford University Press

Attig, T. (2001). Relearning the world: Making and finding meaning. In: R.A. Neimeyer (Ed.) Meaning reconstruction and the experience of loss (pp. 33-53). Washington, DC: American Psychological Association

Balk, D. (2007). Handbook of Thanatology: The essential body of knowledge for the study of death, dying and bereavement. Association for Death Education and Counseling. [www.adec.org](http://www.adec.org)

Bonanno, G.A., (2009). The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss. New York: Basic Books

Bonanno, G. A. (1999). Factors associated with the effective accommodation to loss. In: Figely, C., (Ed.). The traumatology of grieving. Washington DC.: Taylor and Francis

Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. The Psychoanalytic Study of the Child, VX, 3-39

Carey, B. (2012). Grief could join list of disorders. The New York Times. <http://www.nytimes.com/2012/01/25/health/depressions-criteria>

Berman, J. S. (2008). The effectiveness of & .Currier, J. M., Neimeyer, R. A psychotherapeutic intervention for the bereaved. A comprehensive quantitative review. Psychological Bulletin, 134(5): 648-661

Strickland, A.,L. (2009). *The last dance: Encountering death and dying* (8th edition). Boston: McGraw-Hill

Doka, K. J., (Ed.) (1989). *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. New York: Lexington Books

Durkheim, E. (1968). The elementary forms of religious life. New York: The Free Press. Editorial, Living with grief. *The Lancet*, 379(9816), 589. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140>

Ferreira, M.J. (2011). Total altruism in Levinas's Ethics of the Welcome. *The (3)Journal of Religious Ethics*, 29

Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *International Journal of Psychoanalysis*, 4(6), 288-301

Gurevitch, Z. (2011). *Conversation (Hebrew)*. Tel Aviv, Israel: Bavel Publishers

Hermoni, D. (2010). *The weeping willow: Encounters with grief*. & .Halamish, L. D Maarahot, Israel (Hebrew)

Row & Heidegger, M. (1962). *Being and Time*. San Francisco: Harper

Greiff, A. P. (2011-12). Parental bereavement: A panoramic view. & .Hunt, S *Omega: The Journal of Death and Dying*, 64(1), 41-63

Kagan (Klein), H. (1998). *Gili's Book: A journey into bereavement for parents and counselors*. New York: Teachers College Press, Columbia University

Kastenbaum, B. & .Kastenbaum, R. (1989). Vicarious grief. In: Kastenbaum, R (Eds.), *The Encyclopedia of Death*. Phoenix, AZ: The Oryx Press

Kastenbaum, R. (1987). Vicarious grief: An intergenerational phenomenon? *Death Studies*, 11: 447-453

Kenaan, H. (2008). *Emmanuel Levinas: Ethics as an optics (Hebrew)*. Tel Aviv: Hakibbutz Hameuchad Publishing House Ltd

Klass, D. (1999). *The spiritual lives of bereaved parents*. Philadelphia: Brunner/Mazel

L. (Eds.) (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Washington, DC: Taylor & Francis

Klass, D. (1988). Parental grief: Solace and resolution. New York: Springer. Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145-174

Kleinman, A. (2012). Culture, bereavement, and psychiatry. *The Lancet*, 379(9816), 608-609. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PSIISO140> Kübler-Ross, E. (1970). *On Death and dying*. London: Tavistock

Lahad, M. (2006). *Fantastic reality: Creative supervision in therapy*. Nord Publications

Levinas, E. (2007). *La Mort et le temps* (French and Hebrew). Tel Aviv, Israel: Resling Publisher

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148

Witztum, E. (Eds.) (2000). *Traumatic and nontraumatic loss and bereavement: Clinical theory and practice*. Malkinson, R., Rubin, S. S. Madison, CT: Psychosocial Press

Doka, K. J., (2000). *Men don't cry—women do: Transcending gender stereotypes of grief*. & .Martin, T. L. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel

Lavnieli, D. (1998). Adult attachment style and affect regulation: Strategic variations in subjective self-other similarity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 436-448

Neimeyer, R., A. (2006). *Lessons of loss: A guide to coping*. Memphis: Center for the study of loss and transition

Neimeyer, R., A. (Ed.) (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington DC: American Psychological Association

Neimeyer, R., A. (2000). *Lessons of loss: A guide to coping*. Keystone Heights: PER—PsychoEducational Resources, Inc

Neimeyer, R., A. (Ed.) (1994). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, Francis & and application*. Washington, DC: Taylor

Prigerson, H.G. (2009). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. & .Parkes, C.M. New York: Routledge

Parkes, C.M. (1978). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: International Universities Press

Prior, L. (2000). The social distribution of sentiments. In: *Death, Dying and Katz, J. S. (Eds.). Sage Publishers & .Bereavement*. Dickenson, D., Johnson, M

Raphael, B. (1983). *The anatomy of bereavement*. New York: Basic Books

Rando, T. A., (1997). Vicarious bereavement. In: Starck, S. (Ed.). *Death and the quest for meaning: Essays in honor of Herman Fiefel*. Northvale, NJ: Jason Aronson

Rando, T. A., (1993). Treatment of complicated mourning. Champaign, IL: Research Press

Rando, T. A., (Ed.). (1986). Parental loss of a child. Champaign, IL: Research Press

Rando, T. A., (1984). Grief, dying, and death: Clinical interventions for caregivers. Champaign, IL: Research Press

Seligman, Martin E. P. (2006). Learned optimism: How to change your mind and your life. New York: Vintage Books

Shanun-Klein, H. (2011). Parental bereavement, In: Kreitler, S. (Ed.). Confronting Dying and Death. New York, NY: Nova Science

Shanun-Klein, H. (2011). Contemporary general and specific grief models (Lecture, ESHEL, Haifa, Hebrew)

Shanun-Klein, H. (1999-2011). [http://www.gilisplace.com/Grief Notes](http://www.gilisplace.com/Grief%20Notes)

Shear, M. K. (2011-2012). Bereavement and the DSM5. Omega: The Journal of Death and Dying, 64(2), 101-118

Worden, J. W. (1993). Children's reactions to the death of a parent. In: Silverman, P. R. & R. O. Hansson (Eds.), Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention (pp. 300-316). Cambridge, UK: Cambridge University Press

Hansson, R. O., (Eds.) (1993). Handbook of bereavement: Theory, research and intervention. Cambridge: Cambridge University Press

Schut, H. (Eds.) (2004). Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington, DC: American Psychological Association

Sullender, S. (2009). Vicarious grieving and the media. Pastoral Psychology, 59(2), 191-200

Talbot, K. (2002). What forever means: Transcending the trauma, living with the loss. New York: Brunner-Routledge

Calhoun, L.G. (2006). Time of change? The spiritual challenges of bereavement and loss. Omega: The Journal of Death and Dying, 53, 105-116

First, M. B. (2012). Validity of the bereavement exclusion to major depression: Does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in the DSM-5?. World Psychiatry, 11(1), 3-10.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266762>

Worden, J. W., (2002). Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. New York: Springer Publishing Co

Kendler, K.S. (2007). Is bereavement-related depression different than & .Zisook, S non-bereavement-related depression? Psychological Medicine, 37(6), 779-794.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17306046>

Kendler, K.S. (2007). Validity of the bereavement exclusion & .Zisook, S., Shear, K criterion for the diagnosis of major depressive episode. World Psychiatry, 6(2). 102-107