

לפעמים אני, לפעמים אתה, כה זקוקים לנחמה על תשישות קרבה בטיפול בחולה הסופני ובנפגעי טראומה נפשית

מולי להד

תקציר

רקע

תופעת השחיקה הנפשית של אנשי מקצועות בריאות הנפש מוכרת והייתה נושא למחקרים רבים. בתגובה של תשישות קרבה מופיעות אצל המטפלים תופעות המדמות את התסמינים הפיזיולוגיים האמוציונליים והקוגניטיביים של הנפגעים. ב-3-7 אחוזים מן המקרים עלולות התגובות להיות כה חמורות עד שאנשי המקצוע יפתחו בעצמם פוסט טראומה או תופעות נפשיות אחרות שעליהן ארחיב בהמשך (Lahad, 2000). תופעה זו מתארת תהליך שחיקה מתמשך בעל שלושה מרכיבים עיקריים – רגשי, גופני ומנטלי (Pines & Aronson, 1988). אך בעוד ששחיקה (burnout) מתפתחת בהדרגתיות, יש לה התרעות מקדימות והיא מתבטאת בתופעות של תשישות רגשית, עצבנות, קשיי ריכוז ותופעות פיזיולוגיות ונפשיות אחרות ומתמשכות, תשישות קרבה יכולה להופיע בפתאומיות וללא סימנים מקדימים (Figley, 1995). טוען פיגלי, כי בהבדל משחיקה נפשית, יש כאן תחושה חזקה של חוסר אונים, בלבול, תחושת ניתוק מתמיכה, ותופעות פסיכוסומטיות הדומות לניצולים או לנפגעים, אולם גם ההחלמה מהירה מאוד. טיעוני המרכזיים הם כי בשל תנאי ההתערבות (מיידית – ללא הכנה, ללא הגדרת מרחב מסודר – יכול להיות בכל מקום, קשיים בהגדרת גבולות הזמן – ההיקף, התכיפות והאינטנסיביות של המפגשים ומשכם), היכרותם ודמיונם של המטופלים למתערב, למשפחתו ולחיו, קשה למתערב להשתמש בטקסי הבידול והחניכה המסורתיים ולכן עולמו נפרץ להשפעות הטראומה.

מי עלול להיפגע מתשישות קרבה?

בעבר ההתייחסות לתהליך שאותו עובר המטפל התמקדה במפגש בין הקונפליקטים הלא מודעים של המטופל והמטפל. מתוך כך, הסיוע למטפל נתפס

כיום אין זו עוד הפתעה שהמטפלים בנוטים למות, בקורבנות אסון או בקורבנות התעללות מפתחים תסמינים נפשיים וגופניים כתוצאה מהקרבה הנפשית הפיזית והחברתית אליהם. אולם גם כיום, כשהידע קיים, נעשה מעט יחסית על מנת לסייע למטפלים לשמור על בריאותם הפיזית והנפשית בהקשר של "תשישות חמלה". העדרם של טקסי בידול וחניכה הם אחת הדרכים להבין את תגובת המטפלים בסמיכות לאסון מוות ופגיעה טראומטית. מאמר זה המבוסס על מאמרי משנת 2000 ועל הרצאתי ביום העיון לזכרה של ד"ר יוכי בן נון, ינסה לתאר את התופעה, ובו אשתף בתובנותי ובתובנות עמיתי לעבודה עם מטפלים במצבי קיצון. עפרה אילון תרגמה את המושג האנגלי Compassion Fatigue שטבע פיגלי (Figley, 1995) לתשישות קרבה (אילון ושחם, 2000). מושג זה מחליף את המושג הקודם Secondary Traumatic Stress Disorder. מושגים אלו מתארים את השפעת המפגש הטיפולי או ההתערבות עם נפגעי אסונות שנחשפו לאימת המוות הסובלים מתגובה טראומטית אקוטית, מפוסט טראומה, או שהם נוטים למות, על אנשי מקצועות בריאות הנפש. במאמר זה אנסה לתעד את תצפיותי לאור ניסיוני בהתערבות באסונות ובליווי אנשי מקצוע המטפלים ומלווים נפגעים מיד לאחר אסון ובעקבותיו נפגעי התעללות ונוטים למות. המשותף לכל האוכלוסיות הללו הוא המגע הבלתי אמצעי שלהם עם המוות, הנוכחות של המוות בחייהם והתגובות של המטפלים מתחושת שליחות וכול יכולות מחד גיסא, וחוסר אונים ורפיון, אל מול העוצמות של הזוועה, הפחד ונוכחות המוות במפגשים, מאידך גיסא. זהו ניסיון להציע הסברים משלי לתופעה הנפשית הפוקדת את אנשי המקצוע בסמיכות למגעם עם הנפגעים, הנוטים למות או בני משפחותיהם. כמו כן אדון במה ידוע כמקל בתופעה זו.

פרופסור מולי להד הוא פסיכולוג רפואי מדרוך, נשיא מייסד של מרכז משאבים, פרופסור מן המניין במכללה האקדמית תל חי. המאמר נכתב על בסיס הרצאה ביום עיון לזכר ד"ר יוכי בן-נון, ומוקדש לזכרה. כותרת המאמר לקוחה מהשיר "נחמה", מאת רחל שפירא.



שעברו טראומה אישית פגיעים במיוחד בעקבות הסיכון להפעלת הטראומה הקודמת (Figley, 1995; Herman, 1992). לעומת זאת, ישנם מחקרים המתנגדים לרעיון מרכזיות הטראומה הקודמת והשפעתה המכרעת על תגובתו של המטפל (Adams, Matta & Harrington, 2001; Creamer & Liddle, 2005; Follette, Polusny & Mikbeck, 1994; Schauben & Frazier, 1995). במחקר שבדק את הקשר בין היסטוריה אישית של התעללות מינית בילדות לבין טראומה עקיפה בקרב מטפלים העוסקים בטיפול בנפגעי התעללות מינית, לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין מטפלים שנחשפו בעברם לטראומות משמעותיות לבין כאלו שלא נחשפו להן (Benatar, 2000). מחקרים שבדקו מטפלים שונים מצאו כי מטפלים שחוו היסטוריה של טראומה דיווחו על שימוש במנגנוני התמודדות חייביים יותר בהשוואה למטפלים שלא חוו היסטוריה טראומטית (Follette et al., 1994; Schauben & Frazier, 1995). טיפול בחולי סרטן יכול להיות מורכב ועמוס רגשית כאשר המטפל מתמודד עם שלבים של סופניות, כמויות חולים גדולות וירידה בכמות הצוות לאיש המחלקות. אינטראקציה אינטנסיבית, אכפתיות ויחסי קרבה עם חולים ובני משפחותיהם, עלולים להוביל לעומס רגשי עצום (Shaha, Wenzel & Hill, 2011). אלמנט מרכזי בתשישות זו נובע מיחסי הקרבה האינטנסיביים במגע עם הנוטים למות (Vachon, 2000).

במחקר שבדק השפעות של עבודה עם נפגעי טראומה על עובדים סוציאליים העובדים בתחום הבריאות נמצא כי אוכלוסייה זו נמצאת בסיכון גבוה מאוד לפתח טראומה משנית ותשישות קרבה עקב חשיפה רחבה וקבועה לנפגעי טראומה לסוגיה. דקל, גינזבורג והנטמן (2004) בדקו במחקר עובדים סוציאליים בבתי חולים כלליים באינתיפאדה השנייה. במחקר השתתפו 144 עובדים סוציאליים המטפלים בנפגעי טרור במהלך עבודתם. נמצא כי 9 אחוזים מהעובדים סבלו מטראומטיזציה משנית מובהקת. מספר גורמי סיכון נמצאו לפיתוח טראומה משנית ובהם: מקום בית החולים שבו עובדים המטפלים ואינטנסיביות הפיגועים באזור. מחקרים (Dobkin, 2009; Halbesleben & Rathert, 2008) העלו כי תשישות חמלה, טראומטיזציה עקיפה או טראומטיזציה משנית, הם גורמי סיכון לשיבושים עמוקים בהשקפת העולם, תחושת הזהות, והשפעה על תחומים המבטאים רחניות של כל סוגי נותני השירות בתחום הרפואה: ממטפלים ועובדים סוציאליים עד

בעיקר כאמצעי להבנת המטופל ולא כמטרה בפני עצמה (ברגר, 2001). כך, גם בטיפול בטראומה, ניתן לראות כי בשנת 1980, עם כניסת האבחנה של התסמונת הפוסט טראומטית ל-DSM, ההיחשפות המשנית לא נכללה בהגדרה של אירוע טראומטי, המהווה תנאי לקיומה של הפרעה פוסט טראומטית. ההכרה בקיומה של טראומה משנית הגיעה רק מאוחר יותר, כעבור יותר מעשור שנים. בעקבות ציון הדבר ב-DSM של שנת 1994, גבר העניין בהשפעות הנפשיות בקרב מטפלים העובדים עם נפגעי טראומה, אף שהתחום קיבל תאוצה משמעותית רק מאמצע שנות התשעים של המאה העשרים, ומושגים כמו "טראומת לחץ משנית" (secondary traumatic stress), "תשישות חמלה" (compassion fatigue) (Figley, 1988; Figley, 1995) ו"טראומה עקיפה" (vicarious traumatization) (McCann & Pearlman, 1990) נכנסו לשימוש. כמו כן, החלה להתפתח ספרות ענפה בתחום (ברגר, 2001). פיגלי (Figley, 1988) היה הראשון שטבע את המושג "קורבנות משנית" (secondary victimization) ומאוחר יותר את המושג "טראומה משנית" (STS: secondary traumatic stress) הקשור להופעה פתאומית של תסמינים דמויי הפרעת דחק פוסט טראומטי. ההבדל העיקרי בין שתי התסמונות הללו הוא רמת החשיפה לאירוע הטראומטי. במקרה של הפרעת דחק פוסט טראומטית החשיפה היא ישירה, ואילו הטראומה המשנית היא חשיפה עקיפה המתרחשת כתוצאה מהיחס הטיפולי האמפתי שמעניק המטפל. עוד מציין פיגלי (Figley, 1995) את המחיר (cost) שאותו משלם המטפל על מתן הטיפול (caring). הוא עלול לסבול מתסמינים מקבילים להפרעה הפוסט טראומטית ובהם סיוטי לילה, הימנעות, חרדה ושינויים באינטראקציות עם בני המשפחה.

מק'קאן ופרלמן (McCann & Pearlman, 1990) הציעו את המושג טראומה עקיפה כמייצג את השינויים החלים במטפל בעקבות הנגיעה בתכנים טראומטיים. הטראומה מתפשטת ומשפיעה על מעגלים נוספים המקיפים את הנפגע (אפקט הגל, ripple effect) (Terr, 1991). עבודה עם נפגעי טראומה עלולה להעמיד את המטפל במידה של סיכון ולעתים הוא עצמו זקוק לסיוע בהתמודדות עם הטראומה שלו (Cerney, 1995; Neumann & Gamble, 1995).

פרלמן ומק'קאן (Pearlman & Maclan, 1995) טוענות לקשר בין טראומה מעברו של המטפל להתפתחות טראומה משנית לאחר טיפול בנפגע טראומה. מטפלים

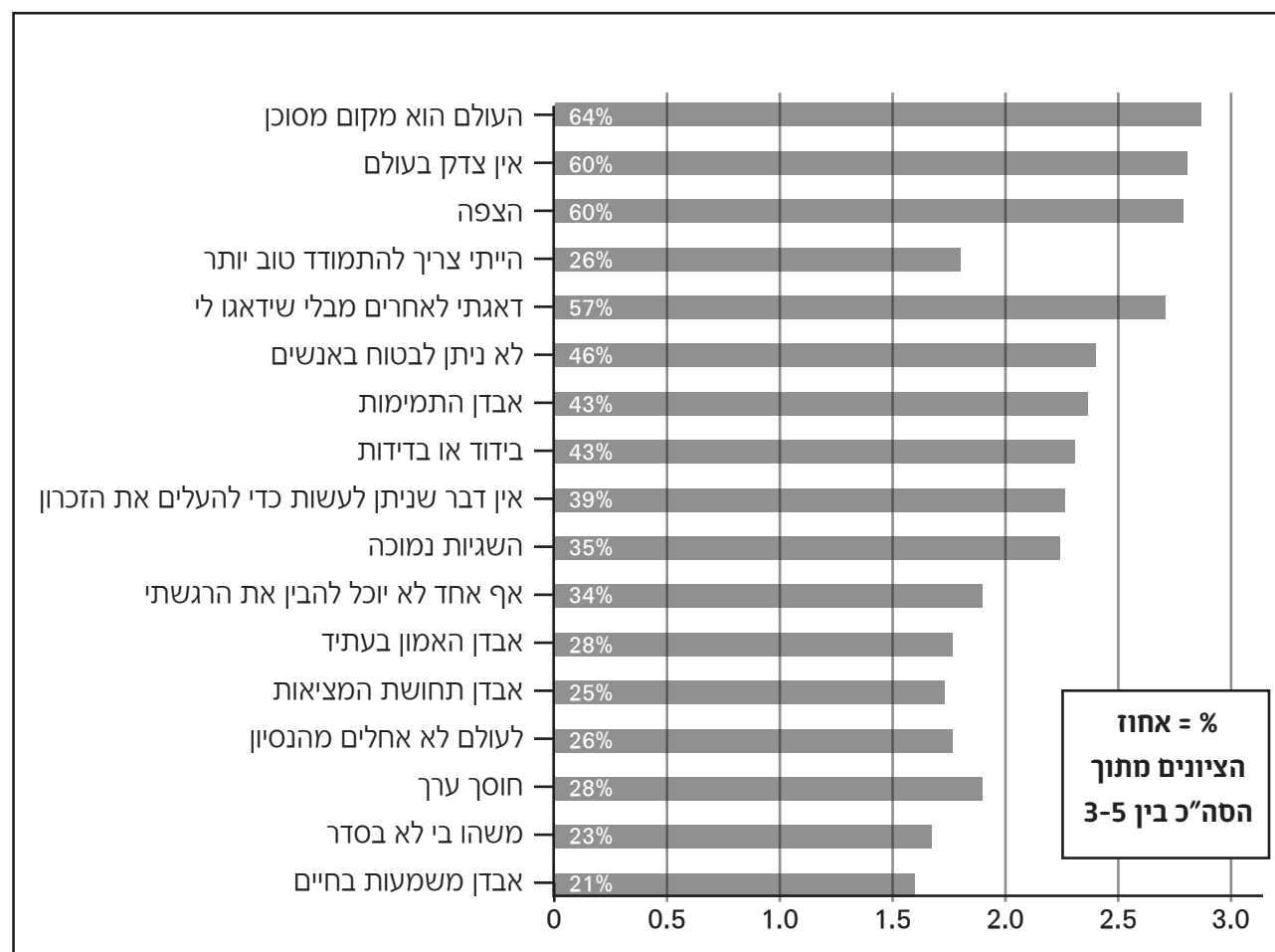
בהתאמה לנפגעים הישירים, יש המדגישים את ההיבטים החיוביים והצמיחה שעשויים לקרות אצל המטפלים בנפגעי טראומה (Linley, Joseph & Loumidis, 2005). בל (Bell, 2003) מציגה את הכוחות המסייעים למטפלים להימנע מתסמינים של טראומה משנית ולהפחיתם. בין כוחות אלו תחושת שביעות רצון של המטפל מאופן ההתמודדות שלו, אובייקטיביות בטיפול ועיבוד מוצלח של טראומות אישיות קודמות. עוד מצאה בל במחקרה על מטפלים באלימות כי 40 אחוזים מהמטפלים טענו כי העבודה עם נפגעי טראומה הייתה בעלת השפעה חיובית עליהם.



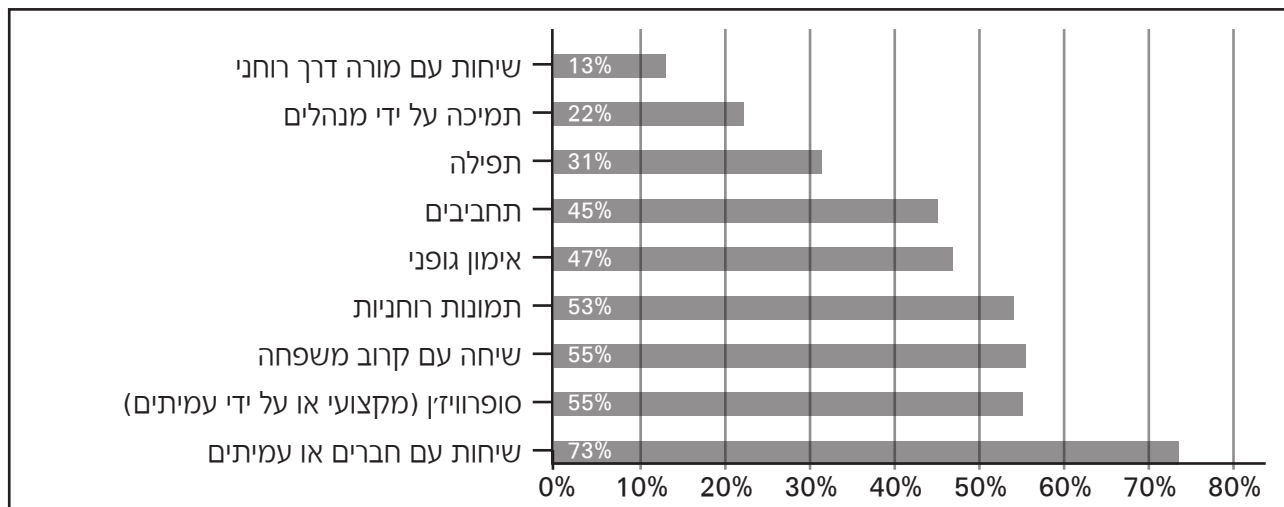
לרופאים ואחיות. ההשפעות עשויות להיות גם רגשיות ופסיכולוגיות, כגון בכי, התפרצויות, עצב, חוסר אונים או חרדה, ובמקרים מסוימים אדישות, כדי למנוע כאב רגשי. כמו כן יכולים להיות תסמינים פיזיולוגיים כגון עייפות, תחושת חנק בגרון או בחזה, שכחה, מחשבות טורדניות וסייטים. עובדי מקצועות הבריאות העובדים בסמיכות למוות פגיעים במיוחד ומבטאים לא אחת דיכאון, חרדה, כעס וחוסר אונים (Coulehan, 2009; West, Tan, Habermann, Sloan & Shanafelt, 2009), וכן עייפות, מחשבות טורדניות וסייטים. ספקות עצמיים ומתח מתמשך ולא פתור נמצאו כבעלי השפעה לרעה על שביעות הרצון של המטופלים, אי הקפדה על נטילת תרופות, ואפילו על החלמתם (Coulehan, 2009, p. 596). מנהלים שפועלים בצעדים כדי לצמצם מתח עבור עובדים שלהם יגלו "יתרונות במונחים של שביעות רצון של מטופלים וקצב התאוששותם" (Halbesleben & Rathert, 2008, p. 29).

טבלה 1

(Tehrani, Humpage, Willmott & Haslam, 2007):



טבלה 2: מה מסייע למטפלים להתמודד עם המגע עם צער, סבל, כאב וטראומה? (Tehrani et al., 2007)



של המטופל. המטפל רושם, המטופל עונה, וכך מוצב גבול דמיוני בין השניים.

גבול אחר הוא משך טקס ההתוודעות. ישנם לפעמים מספר מפגשי intake, וגם אם המפגש הוא חד פעמי, עיון של המטפל בחומר (לאחר שהמטופל הלך לביתו) עוזר לו להמשיך את בעיותיו של המטופל ועל ידי כך לבדל ביניהם. טקס חשוב לא פחות הוא קביעת המקום והזמן. שני אלמנטים שבדרך כלל נמצאים בשליטתו של המטפל גם אם קביעת הזמן נעשית בהתחשבות בצורכי המטופל. בטקס זה שולט המטפל במרכיב מרכזי והוא מקום המפגש, קרי: ב"מגרש" שלו. טקס נוסף הוא "50 הדקות הקדושות". וישנם טקסים נוספים.

זמינות המטפלים לליווי המשפחות ברגעי הפרידה (בשעות שונות של היממה) וכן ליווי הצוות נמצאה יעילה במגע עם החולה, משפחתו והצוות, אך זמינות זו חושפת את המטפלים למלוא עוצמת הרגשות והתחושות העולות ממפגש אינטנסיבי זה

התערבות מיידית באסון כמו גם הליווי של הנוטה למות מבטלת לא אחת את השימוש בטקסים אלו. אין טעם בלקיחת אנמנזה מעמיקה, ולהפך, הספרות המקצועית מצביעה על כך שקישור או הצבעה על קשר היסטורי

פיגלי (Figley, 1995) מצביע על שני מרכיבים עיקריים המחיישים את תופעת תשישות הקרבה, האחד אמפתיה והשני חשיפה. ללא חשיפה ואמפתיה הסבירות להתפתחות תשישות קרבה היא נמוכה. פיגלי וחוקרים אחרים טוענים כי העבודה עם נפגעי טראומה (ניצולים, בני משפחה ונפגעים), חושף את המטפלים לחשיפה קיצונית בעוצמתה לפקטורים מעוררי טראומה.

הפגיעות הזו מיוחסת למספר גורמים: (א) אמפתיה ככלי מרכזי בסיוע ובהערכת הפגיעה ותכנון תוכנית ההתערבות. Harris (1995) טוען שאמפתיה היא גורם מפתח "בהחדרת" הסיפור הטראומטי למטפלים.

(ב) מרבית המטפלים חוו בחייהם אירועים טראומטיים. מכיוון שמטפלים בטראומה ובהתמודדות עם המוות מתמודדים עם מגוון של סיפורים טראומטיים, ללא ספק בחלק מהמקרים הם ייתקלו באירועים הדומים לחייהם.

(ג) טראומות בלתי פתורות של המטפל. (ד) מפגש עם ילדים נוטים למות או נפגעי טראומה חושף מאוד את פגיעות המטפלים (Beaton & Murphy, 1995).

העדר טקסי קבלה והגנה כמחמירי תשישות קרבה בשגרת יומם של אנשי מקצועות בריאות הנפש קיימים טקסים המאפשרים בידול והגנה מפני חדירת האינפורמציה הטעונה או המורבידית לחייהם.

טקס חשוב הוא ה-intake. טקס זה נערך בשלב הראשון של המגע עם המטופל ומטרתו המקצועית ידועות. בטקס זה מודיע המטפל למטופל שהוא זה שמראיין, שהוא אוסף נתונים שיעזרו לו (למטפל) להבין את מצבו

נובעת מהאינטנסיביות של המגע עם החולה ומשפחתו, סיפורי החיים וההיכרות עם רבים מבני המשפחה (בני זוג, ילדים, נכדים וכד') היוצרת "קרבה כמו משפחתית".

הזדהות (identification) והעברה נגדית (counter transference)

הזדהות והעברה נגדית הן תופעות המוכרות בתהליך הטיפול ועליהן ניתנה הדעת למכביר הן בהכשרה והן בהדרכה של מטפלים ומתעורבים. אולם במגע עם הסובלים מטראומה או הנוטים למות שתי תופעות אלו עולות בעוצמה רבה וגובות מחיר רב מהמטפלים.

אם בשגרת העבודה מקפידים אנשי מקצועות בריאות הנפש להתמודד ישירות עם תופעות ההעברה, כאשר הם נפגשים עם נפגע טראומה או עם הנוטה למות (או עם בני משפחתו) והוא אומר להם "אתה כל כך מזכיר לי את בני (בתי)" או "אתה כמו בן משפחה בשבילי", המטפלים מתקשים להתייחס לפנייה זו או לעבד אותה כהעברה. להפך, מרביתם מדווחים כי זה כמו "פריצה לתוך הבטן הרכה שלי, אני מרגישה כל כך משמעותית בשבילם מחד, ומאידך עומס רגשי עצום".

עומס זה מתבטא לא אחת בכניסה לקשר אינטנסיבי ועמוק עם המטופלים, בני משפחתם והשאיירים. הדבר מתבטא בביקורי בית, טלפונים תכופים שהם מעבר להתערבות או לטיפול, והמטפלים מדווחים עליהם באומנם "זה כל כך חשוב להם, הם כל כך זקוקים לי".

תופעה זו קשורה במושג לו אני קורא "הטבעת המוות" או האסון. המטופל או בני המשפחה נצמדים בעוצמה רבה כמו בהטבעה (imprint) לדמות "המציל" שנקרית בדרכם. תופעה זו קשורה בתהליך שאותו אתאר בהמשך, אך לענייננו כאן ניכר שהטבעה זו פועלת גם על המטפל ומתבטאת לא אחת בלקיחת משימות שבדרך כלל אינו עושה למען פונים, כגון: חריגה משעות העבודה ומהגדרת התפקיד וכן קושי עצום בפרידה מהמטופלים, מבני משפחה ומהשאיירים.

ביטויים נוספים לעוצמה זו הם פיתוח תופעות גופניות דומות לאלו של המטופלים, כאבי גוף ומיחושים, כעס עצום בשם המשפחה על מוסדות, ארגונים ונותני שירות אחרים, שבדרך כלל המטפלים עובדים איתם בשיתוף פעולה.

תוארו גם חלומות על האירוע או על המטופלים ובני המשפחה, כמו גם קשיי ריכוז וחוסר עניין ביומיום (תופעות המדמות אבל ודיכאון קל). חשוב לציין כי

לתופעות הלחץ המיידיות והפוסט טראומטיות מפירות את הסיכוי להחלמה (ויצטום, 1989). כך מנגנון מרכזי בהגנה על המטפל יורד מהפרק.

אם בשגרת העבודה מקפידים אנשי מקצועות בריאות הנפש להתמודד ישירות עם תופעות ההעברה, כאשר הם נפגשים עם נפגע טראומה או עם הנוטה למות (או עם בני משפחתו) והוא אומר להם "אתה כל כך מזכיר לי את בני (בתי)" או "אתה כמו בן משפחה בשבילי", המטפלים מתקשים להתייחס לפנייה זו או לעבד אותה כהעברה

גם מקום ההתערבות אינו בשליטת המטפל. התערבויות רבות מתרחשות ליד מיטת החולה, במרחב ציבורי (חדר אוכל) או בביתו של הנוטה למות. משך ההתערבות אף הוא אינו מוגדר בזמן, בוודאי כשמדובר בהתערבות חירום או בשיחה הנוגעת בשאלות של חיים ומוות שאותה מתקשה המטפל לסיים בלוח הזמנים הרגיל. זמינות המטפלים לליווי המשפחות ברגעי הפרידה (בשעות שונות של היממה) וכן ליווי הצוות נמצאה יעילה במגע עם החולה, משפחתו והצוות, אך זמינות זו חושפת את המטפלים למלוא עוצמת הרגשות והתחושות העולות ממפגש אינטנסיבי זה.

קרבה חברתית וקרבה פסיכולוגית (מעגלי פגיעות)
מכיוון שמחלה סופנית, בדומה לאירוע חירום, אינה קשורה ברקע סוציולוגי, במקום גאוגרפי או בשלב חיים מסוים, חלק מהגנות הבידול (מעמד, רקע, מקום וכו') נפגעים. המושג מעגלי פגיעות מציין את הקרבה בין המטפל לנפגעים בשל מאפיינים שמקורם "אובייקטיבי" לכאורה. לדוגמא, למטפל יש ילד או נכדה בגיל של החולה הנוטה למות, משפחת הנוטה למות מזכירה בהרבה ממדים את משפחת המטפל – זוהי קרבה פסיכולוגית. קרבה חברתית נובעת מהדמיון במעמד סוציאקונומי או בהשתייכות לקבוצת גיל או קבוצה חברתית, ולעתים היכרות המטפל עם חברים או עם בני משפחה של המטופל. לעתים הקרבה החברתית



תגובות אופייניות הן לשבר ברציפויות: אינני מבין מה קורה (רציפות תודעתית), אינני מכיר את עצמי (רציפות היסטורית), אני לא יודע מה לעשות, איך פועלים כאן, מה זה להיות שכול או חולה במחלה סופנית או נפגע ופצוע (רציפות תפקיד), איפה כולם, אני כל כך לבד, איפה יקירי (רציפות חברתית).

מניסיוני מצאתי שבבת אחת מתרצצות שתי מחשבות מנוגדות במוחם של הנפגעים. האחת – "זה חלום בלהות, תכף אתעורר ואראה שהכול כמו קודם". השנייה – "זה רק ילך ויעשה יותר גרוע, זה הסוף, זה נורא, זה אסון, זה כואב מעבר לכל כאב". מאחר שהאירוע (מחלה, התעללות או אסון) אמיתי והתרחש במציאות, המחשבה הראשונה מתפוגגת די מהר והנפגע נכנס פעמים רבות לחשיבה הקטסטרופלית שהכול ילך ויעשה יותר ויותר גרוע.

הצורך העצום במישהו מבחוץ שיארגן אותי, שיעגן אותי במציאות, שיבטיח לי שזה לא קרה, שייקח אותי למקום מבטחים, גורם לא פעם לחלק מהנפגעים להיצמד אל המטפלים בעוצמות רגשיות ופיזיות חזקות מאוד (הטבעת המוות).

מנגד, המטפל "מתרועע", נע על רצף מקביל. מחד גיסא, מחויבות עצומה עם תחושת שליחות ורצון לעזור מתוך אמונה ביכולתו ובכוחותיו (כול-יכולות או אומניפוטנטיות), ומאידך גיסא תחושת אפסות – מה אני כבר יכול להועיל באסון שכזה אל מול פני המוות, חוסר אונים (אימפוטנטיות). באופן גרפי זה יראה כך:

נפגע: תכף אתעורר, זה רק חלום, אין מה לעשות, זה ילך ויעשה יותר גרוע – מול – יתרחש "נס" "זה אסון מחריד".
מתערב: אני יכול להועיל, זה לא כל כך נורא. אני משמעותי ביותר – מול – אין שום טעם, מה כוח, אני חסר משמעות.

המטופל משליך על המטפל ציפיות של כול-יכולות, של מעין דמות הורית, דבר התורם לפנטזיה ההורית של "כול-יכולות" של המטפל.

Valent (1995) מתאר את חוויית ההיקשרות (attachment), או כפי שאני קורא לזה "מגע הקסם" המרגיע של ההורה את הילד הקטן שנפגע, ומקביל אותה לקשר עם מטופלים או נפגעי אסון.

בהיקשרות מסתגלת, על פי Valent, בכי וקריאה לעזרה מובילים להרגעת הכמיהה לעזרה על ידי סיפוק הצרכים (כגון חיבוק, נשיקה, מגע). התאחדות עם דמות ההיקשרות מעניקה תחושת ביטחון, שביעות רצון והקלה. היקשרות זו היא, אם כן, לדבריו, יכולה להיות מופנית גם כלפי אב או כל חבר בקבוצה, ופועלת גם אצל

התופעות הגופניות והרגשיות הללו חולפות בדרך כלל לאחר כשלושה עד ארבעה ימים, אם כי חזרה לשגרה מלאה דווחה על ידי רבים כמהלך ארוך יותר.

חוויית האסון –

"וחושיך על פני תהום" והציפייה ל"מגע הקסם"

תמיכה פסיכוסוציאלית וסבל, בהגדרה רחבה, הן חוויות קיומיות, והפדגוגיה הרפואית נוטה לכיוונים מנוגדים. תמיכה פסיכוסוציאלית היא "להגיב לסבל באובייקטיביות וריחוק" ולהימנע מלהיות "המום ומשותק על ידי כאב", במטרה להבטיח כי החלטות רפואיות לגבי טיפול בחולה נעשות באובייקטיביות (Coulehan, 2009, p. 592). למרות העובדה כי אין ראיות אמפיריות המצביעות על כך שניתוק רגשי משפר ביצועים רפואיים ומפחית מעייפות המטפלים, גישות אלה נשארו מקובלות. הדעה האחרת היא כי מטפלים צריכים "ליצור קשר מבוסס על סולידריות רחומה עם [החולים]" (Coulehan, 2009, p. 593). חמלה ורגישות לסבל של אחרים, נחשבות על ידי אחדים מהחוקרים כמרכיבים ראשיים בהשפעה הרפואית המיטיבה שבכוחן להקל כאב ומצוקה רגשית (Coulehan, 2009; Reich, 1989). טיפול פסיכולוגי אפקטיבי מכיל מודעות, צניעות ורגישות, ויש לו את היכולת להפחית את הפגיעה האנושית (Cacciatori, 2011), והוא דורש מידה מסוימת של גמישות וזרימה. המחקר מצביע על כך שנוכחות חמלה בעיצומו של האובדן הטראומתי עוזרת לטווח ארוך, תוך מיתון של סיבוכים פסיכיאטריים שליליים עבור המטפלים והנפגעים (Rushton et al., 2009; Walsh, 2007).

Van der Kolk כתב בספרו מ-1996 פרק בשם "החור השחור של הטראומה". בפרק זה הוא מתאר את החוויה של אסון המתוארת על ידי נפגעים רבים כ"הישאבות לתוך חור שחור". גם במפגשי ובתצפיותי בנפגעי טראומה ובני משפחותיהם שמעתי פעמים רבות את המשפטים המטאפוריים המתארים "אני נופל לתוך בור שחור", "אני מרגיש כאילו אני צולל בתוך תהום שחורה", "אני מוקף בשחור", "זה כמו תהום / בור ללא תחתית".

אסון שובר בבת אחת את תחושת הרציפויות (continuities) שלנו (עומר וענבר, 1991; Winnicot, 1971). רציפויות הן גשרים שאנו בונים לעצמנו כדי להבטיח שאתמול מנבא את מחר, שאנחנו יציבים, שהחיים הגיוניים ושהעולם מקום הגון, בטוח, ושמי שעשה טוב יקרו לו דברים טובים. אסון שובר את האמונה שלנו בעולם טוב, ומפגיש אותנו בבת אחת עם התוהו ובוהו.

אם כן שחויית הנפגע, הנמצא ב"תוהו ובוהו", והמגע עם חשכה זו, קוראת ל"כול-יכולות". המטופל מתחנן לאור. הנוכחות של המטפל מול האין אונים והתוהו ובוהו מזינים את הדחף האומניפוטנטי של המטפל. בכל מהלך חייו מנסה האדם ליצור סדר, לבסס רציפויות, וכאמור, המפגש עם האסון מחזיר באחת את תחושת התוהו ובוהו והפיכת סדרי בראשית.

זהו תיאור מרתק של הדינמיקה של ה"כול-יכולות" של מטפלים המתעצמת על ידי הכמיהה של הנפגע. דינמיקה הגורמת למטפלים להשתוקק להביא אור, ולו גם חלש ודהוי. אולם על פי ספר בראשית היכולת לברוא אור בתוך החושך מצריכה על-אנושיות, וזה מעבר לכוחותיו של מטפל באשר הוא. אז מה כן?

על פי בראשית א', תהליך יצירת הסדר מתוך תוהו ובוהו קורה בהדרגה. הבה נתבונן בסדר הבריאה מההתחלה של "חושך על פני תהום" ועד סיום הבריאה ביום השישי:

סדר הבריאה:

אור (ומאורות)

מים

צמחייה

חיות

אדם

(שבת)

מאחר שמשימת יצירת האור היא משימה של כול-יכולות (ולכן איננה מתאימה למטפל), נשאלת השאלה מה אם כן תפקיד המטפל?

תוך התבוננות בתהליך יצירת הסדר התנ"כי הגעתי למחשבה כי מאחר ש"יצירת אור" היא מעבר לכוחותינו, מה שנותר לנו הוא להיות "אדם". אם נביט מנקודה זו (כלומר מסוף תהליך בריאת הסדר) לכיוון התוהו ובוהו, נדמה לי שנמצא רמז לסיוע שניתן לתת לנפגע, כלומר, ראשית היה "אדם". אותה תופעה שמתאר פיגלי (Figley, 1995) כמגבירת פגיעות: אמפתיה. רגישות לסבל אנושי והיות אדם הם המרכיבים העיקריים שאנו יכולים להציע במפגש הראשוני עם נפגעי אסון ובמפגש האנושי עם הנוטים למות.

אך האם מספיק למתערב להיות אדם? נראה שבמהות, כן.

טבלה 3 מסכמת את עיקרי הדברים שעליהם מצביעים החוקרים (Tehrani et al., 2007).

באופן מרתק ניתן לקרוא בבראשית א' על המשך

מבוגרים החשים בפגיעותם. חוויית "מגע הקסם" ההורי, אותו מגע שבנשיקה וחיבוק, משכך כאב כמו אצל ילד קטן. תופעה זו מתוארת באופן ספרותי אצל דבורה עומר בספרה "הנשיקה שהלכה לאיבוד" כשנשיקת האם שמעבירה כל כאב, היא חוויה חולפת ונעלמת כאשר פג הקסם של הילדות. אולם חוויה זו זכורה לכל מבוגר, הן כילד והן כהורה: היכולת להפסיק סבל באחת.

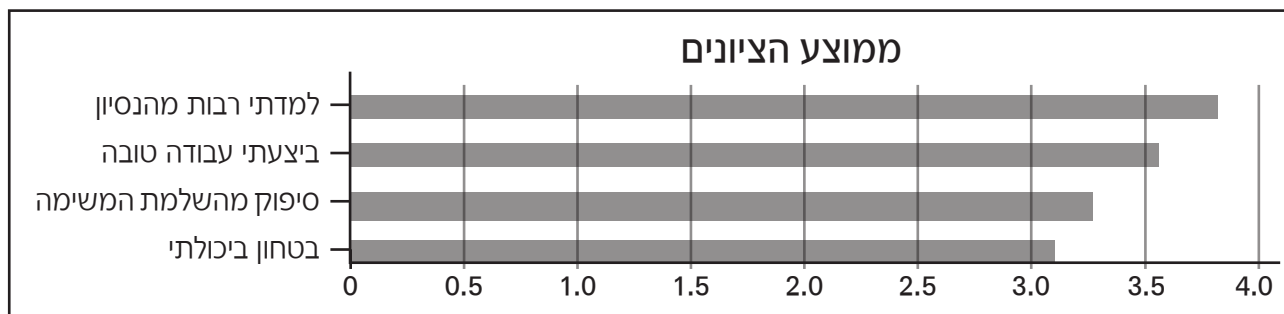
פנטזיית קסם זו פועלת בעוצמה על המטפל הנפגש בנפגע המשדר חוסר אונים, כאב וסבל עצומים כל כך. הסיטואציה של כאב אותנטי ותהומי מזכירה פעמים רבות את חוסר האונים של ילד קטן. הרצון העז לגונן מפעיל את הפנטזיה של כול-יכולות הקשורה בחוויית "מגע הקסם" ההורית ודוחפת את המטפל לתחושת הכול-יכולות, אך כישלון ה"קסם" במגע עם נפגע אסון או עם הנוטה למות, עלולה לדחוף את המטפל לתחושת אין אונים, אפסות וספקות ביכולתו.

בספרות נהוג לכנות חוויה זו כאימפוטנציה. שנים שאני עוסק בהתערבות בחירום ובליוי של "סוף החיים" (end of life care), ומונח זה לא נראה הולם דיו. והנה, לפני מספר שנים, בקוראי את פרק א' בספר בראשית, התחווה לי התחושה במלוא עומקה. הבה נתבונן לרגע בתיאור החוויה של המפגש עם "התוהו ובוהו" כפי שהיא מתוארת בבראשית פרק א' 2: "והארץ היתה תוהו ובוהו וחושך על פני תהום", ובהמשך בפסוק 3 "ויאמר ה' יהי אור". חוויית התוהו ובוהו המתוארת על ידי נפגעים רבים ועל ידי החולה הנוטה למות או ההורה לילד החולה במחלה סופנית, התחושה כי סדרי עולם השתבשו כל כך ואין סדר, אין היגיון והתוהו שב לשלוט בחיים, מקבלת בפסוקים אלו תיאור הולם של מפגש עם תהום וחושך.

שבירת הרציפויות של נפגעי אסון מעצימה את התחושה של הרס סדרי בראשית. זוהי חוויית הנפגע, הניצול ובני המשפחה שתוארה לעיל. גם מי שבא לסייע נמצא כעומד על פי התהום ו"מציץ לחושך בעיניים". הצצה לחושך על פני תהום בעיניים אינה כרוכה רק בתחושת אין אונים (אימפוטנציה), אלא לדעתי זהו עימות אקזיסטנציאלי עם היותך בן חלוף, פחדי המוות שלך, פחדי הפגיעה שלך והדאגה ליקיריך.

עיון נוסף בפרק א' בבראשית מלמד על תהליך ביסוס הסדר ודחיית התוהו ובוהו, והוא נתן בידי תובנות נוספות לדינמיקה שבין המטפל למשווע לעזרה ונחמה. הזעקה לאור מתוך אפלת החושך באה לידי ביטוי בראשית א' 3: "ויאמר ה' יהי אור". אך הבה נשים לב, בהתמודדות עם החושך והתהום, כדי להביא אור יש צורך "בכול יכול". מובן

טבלה 3: ה"רווח" מהעבודה עם מטופלים הסובלים מטראומה נפשית קשה (Tehrani et al., 2007):



אומץ לב המטופלים מעניק השראה, קבלת המציאות מבלי להתייאש, השלמה עם המגבלות האנושיות (Lahad, 2000).

כיצד מסייעים למתערבים?

הגורמים האישיים היכולים לסייע למטפל לשמור כל כשירותו ויכולתו להמשיך ולהתמודד עם העבודה בסמיכות לצער, סבל, כאב, טראומה ואסון הם משמעות אישית ערכית לעבודה המקצועית, תחושת מקצועיות ושליטה, לכידות, מקצועיות ויעילות בעבודה, מחויבות, מוטיבציה ותמיכה חברתית (להד ודורון, 2006). אולם ללא מערכת תומכת, גם עובדים מסורים יתקשו לאורך זמן להתמודד, ולכן מונים להד ודורון (2006) גם את המרכיבים המערכתיים ההכרחיים לתמיכה במטפלים: בהירות המשימה וסדר עדיפויות, העברת האחריות עם סמכות, נהלים לפנייה לדרג ממונה וקבלת סיוע, הקפדה על תזונה וסדר יום, הקפדה על שעות עבודה, פנאי ומנוחה, שמירת קשר עם עמיתים וגורמי תמיכה וקבלת הדרכה להתמודדות המקצועית.

Lawson & Myer (2011) בדקו את מושג השלומות wellness, בהקשר של עבודה של מטפלים עם מטופלים הסובלים מטראומה נפשית. טבלה 4 מסכמת את המרכיבים שנמצאו כמסייעים לכך.



תהליך העבודה עם נפגעי אסון המפגינים PTSD (Post traumatic Stress reactions without disorder) ופוסט טראומה. אם נתבונן בתהליך מרגע היווצרות האדם לכיוון בראשית, נגלה, לדעתנו, רמז לתהליך ההחלמה האיטי, מהסוף להתחלה.

סדר ההתערבות

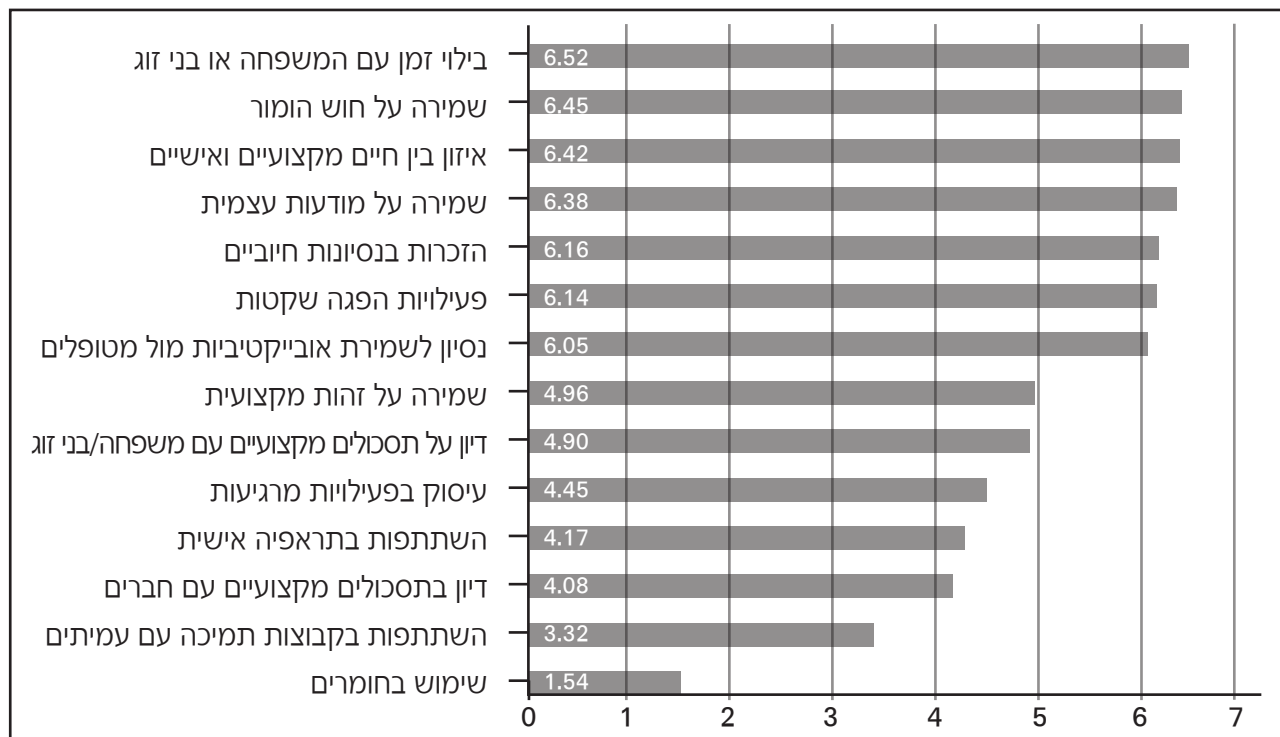
אדם
חיות
מים
אור

לאחר שפגש באדם, זכה בתמיכתו וחמלתו בשלב הראשון, רק אז יחל התהליך הטיפולי הכואב של המפגש עם "החיות" שבפנים: הזעם, הכעס, הכאב, הרצון לנקום. שלב שבלעדיו יהיה קשה לסובל למצוא כוח, לראות שבעולם יש גוונים, שהעולם והחיים ממשיכים, שפרחים פורחים ויש להם אפילו ניחוח. רק אחר כך, לאט לאט, ניתן לנפגע או למטופל לגלות שלמים שב הטעם, ואז, לפעמים, בליווי טיפולי רגיש, פתלתל ומורכב, יהיה מסוגל הנפגע גם לראות את הבלחת האור.

מעניין שכאשר נטבע המושג לפוסט טראומה באנגלית בשנת 1980 (ב-DSM השלישי), השתמשו המחברים במושג האנגלי disorder המקביל למושג הלטיני chaos או למושג העברי תוהו ובוהו. וכך, אולי בלי משים, טבעו מושג המתאר את התוהו ובוהו המתרגש כתוצאה מהמפגש עם האירוע הטראומטי. לעתים הוא נשאר בן לווייה לחיים של הנפגע, של בני משפחתו או של שאריו. מושג חדש יחסית של Hudnall (2002) מתבונן בסיפוק מתוך חמלה (compassion satisfaction).

בשנת 2000 סיכמתי זאת במילים: מה הגמול למי שעוסק בטיפול בטראומה נפשית: חיים מועשרים, הערכה רבה יותר של החיים לנוכח אסון או טראומה,

טבלה 4: מה תורם ליכולתם של מטפלים להמשיך הלאה? (Lawson & Myer, 2011)



מגדיל פעילות עצבית באזורים במוח הקשורים לחמלה (Morgan & Morgan, 2005; Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998), ומקטין מחשבות טורדניות. אמנם תרגולי מיינדפולנס לא מצמצמים את ממדי הסבל, אך הם מייצרים מכל גדול להחזקה בעדינות אינטימית ולידיעת ה"כאב". תהליך זה צפוי להוביל לשיפור החוסן ולצמיחה פוסט טראומטית (Kabat-Zinn, 2005, p. 91; Siegel, 2010).

שימוש בגישת גש"ר מאח"ד כדרך לשמירה וטיפול שלומות אצל מטפלים

מודל החוסן הרב ממדי גש"ר מאח"ד של אילון ולהד (2000) מבוסס על ששת ערכי ההתמודדות המתמחים בראשי התיבות הבאים:

ג = גופני – פעילות גופנית, הרפיה ופעילות.

ש = שכל, היגיון, מציאותיות וטכניקות קוגניטיביות.

ר = רגש – ביטוי רגשי ישיר או עקיף.

מ"א = מערכת אמונות, תקווה, דימוי עצמי, מוקד שליטה.

ח = חברה, חברים, תפקיד, משפחה.

ד = דמיון, יצירתיות.

חלק מההמלצות שייכות ליותר מקטגוריה אחת, כמובן. בתחום הגופני מדובר על פעילות גופנית כמשחררת

להד ודורון (2006) מדגישים כי חשוב שמטפלים העוסקים בטיפול בטראומה יאמצו את העקרונות הבאים: רגישות לזיהוי משבר מתקרב, הכרה בכך ששחיקה "מחכה בפניה", הבנה שהמשימות לא יושלמו – "שיש מחר", הימנעות ממצבים המזמנים הזדהות יתר, שמירה על גבולות מקצועיים ואתיים, גמישות תפקודית במצב המשתנה, פנייה לקבלת עזרה כחלק משמירה על שלומם וכשירותם וכחלק מהאחריות האישית שלהם לעצמם, לבני משפחתם ולמטופליהם.

המטופל משליך על המטפל ציפיות של כול-יכולות, של מעין דמות הורית, דבר התורם לפנטזיה ההורית של "כול-יכולות" של המטפל

מיינדפולנס (mindfulness) היא גישה המדגישה תהליך שבאמצעותו מפתח הפרט מודעות עמוקה של העצמי ושל אחרים ומגיב בחוסר שיפוטיות מתוך שהייה בהווה תוך קבלה עצמית מלאה (Kabat-Zinn, 1990). מסגרת זו מסייעת למטפלים לעבוד עם סבל אנושי תוך קבלת האתגרים של חיים ומוות כחלק בלתי נפרד מלהיות אנושי. אימון מיינדפולנס מטפח אמפתיה במטפלים,

במאמר זה ניסיתי לאפיין את הקורה למסייעים המטפלים במצבים טראומטיים ובהקשר זה גם בעבודה בסמיכות לנוטה למות ובני משפחתו. הרהורים אלו נשענים על ניסיוני האישי, תצפיותי ושיחותי עם אנשי מקצוע שאליהם אני קשור כמנחה ומדריך. הצבעתי על מרכיבים הקשורים בהעדר טקסי הגנה מקצועיים, הצבעתי על



התופעה של הטבעת המוות והשפעתה על המטפל. תוך עיון בפרק א' בבראשית ומתוך עניין במושג ה"תהו ובהו" הצעתי דרך נוספת להבנת חווית הנפגע והמטפל ופנטזיית הכול-יכולות הקשורה ב"מגע הקסם" המרפא, ההורי. הבנת חווית המפגש עם חושך על פני תהום יכלה להסביר תופעות פסיכולוגיות עצימות (Intensive) שחווה המטפל בשל המגע עם התהום והחושך.

בסיום המאמר הצגתי על פי מודל החוסן הרב ממדי "גש"ר מאח"ד" באופן סכמתי את השיטות לסיוע למתעורבים ומטפלים כדי להפחית את תופעת תשישות הקרבה. כיום קיים גוף מחקרי הולך וגדל בנושא תשישות החמלה והטראומטיזציה המשנית, וראוי שגוף ידע זה יהיה מוכר לאנשי המקצוע בתחומי בריאות הנפש בכלל והעוסקים בטראומה ובליוי הנוטה למות ומשפחתו בפרט.

ממתח, הקפדה על מנוחה, שינה, שימוש בהרפיות ותזונה נכונה.

בתחום הקוגניטיבי מדובר על הכנת הצוות מראש למה שעלול לקרות, עדכון הצוות תוך כדי התהליך, תדרכים ופתרון בעיות, שימוש בתוכניות מוכנות מראש וחלקיות - תהליך הדיבוב הפסיכולוגי. בתחום הרגשי הכוונה לאוורור, מתן לגיטימציה לביטוי רגשי לאחר המפגשים בדרך ישירה ועקיפה, למשל על ידי שיחה עם אדם משמעותי.

בתחום מערכת האמונות והערכים הכוונה למתן פירוש מחדש לחוויות, הצמדות לאמונות בדבר יכולתך, טיפוח מערכת האמונות שנפגעה, מציאת משמעות לסבל, טיפוח מוקד לשליטה פנימית, עיסוק ברוחניות.

מצאתי שבבת אחת מתרוצצות שתי מחשבות מנוגדות במוחם של הנפגעים. האחת - "זה חלום בלהות, תכף אתעורר ואראה שהכול כמו קודם". השנייה - "זה רק ילך וייעשה יותר גרוע, זה הסוף, זה נורא, זה אסון, זה כואב מעבר לכל כאב". מאחר שהאירוע (מחלה, התעללות או אסון) אמיתי והתרחש במציאות, המחשבה הראשונה מתפוגגת די מהר והנפגע נכנס פעמים רבות לחשיבה הקטסטרופלית

בתחום החברה חשובה התמיכה החברתית, לקחת תפקיד, שייכות לארגון, היועצות והדרכה מקצועית, וגם טיפול אישי. משום כך אני מוצא בין תפקידי ראש הצוות כאחראי לבריאות הנפשית ולצרכים הפיזיים של צוותו וכמי שדואג לעבודה במשמרות, כמי שמספק הכרה רשמית במאמץ וכמסייע לתהליך הניתוק מן האסון וכמי שמזהה איש צוות במצוקה ודואג לשיחה עמו והפנייתו לסיוע אישי, גם את חובתו להפנות למנוחה ולארגן דיבוב פסיכולוגי.

בתחום הדמיון יש להשתמש ביצירותיות, במשחק, בדמיון מודרך, בהפגה ובהסחת הדעת על ידי פיתוח וטיפוח הומור.

מקורות

1. אילון ע' ולד מ' (2000). חיים על הגבול – 2000. חיפה: הוצאת נורד.
2. אילון, ע' ושחם, י' (2000). מי יתמוך בתומכים? בתוך קלינגמן, א', רביב, ע' ושטיין, ב' (עורכים). ילדים במצבי חרום ולחץ. ירושלים: משרד החינוך, השירות הפסיכולוגי-ייעוצי. עמ' 462-484.
3. ברגר, ר' (2001). מודל אקולוגי קהילתי להתערבות במצבי לחץ טראומטי. תל-אביב: נט"ל.
4. דקל, ר', גינזבורג, ק' והנטמן, ש' (2004). בקו החזית: עובדים סוציאליים בבתי-חולים כלליים בתקופה של טרור מתמשך. חברה ורווחה, כ"ד, 163-180.
5. ויצטום, א' (1989). בין התערבות במשבר לפסיכותרפיה קצרת מועד בתוך דסברג, ח', איזיקסון, י' ושפלר ג' (עורכים), פסיכותרפיה קצרת מועד. ירושלים: הוצאת מגנס, עמ' 53-66.
6. להד, מ' ודורון, מ' (2006). תדריך למסירת הודעה מרה. קרית שמונה: משאבים.
7. עומר ה' וענבר, ח' (1991). פיגועים המוניים: תפקיד צוות חירום. שיחות ב' 3, 157-170.
8. Adams, K. B., Matta, H. C., & Harrington, D. (2001), The traumatic stress institute belief scale as a measure of vicarious trauma in a national sample of clinical social workers. *Families in Society*, 82, 363-371.
9. Beaton, D. R. & Murphy, S. A. (1995). Working with people in crisis: research implications. in Figley, C. H. (Ed.) *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel.
10. Bell, H. (2003). Strengths and secondary trauma in family violence work. *Social Work*, 48, 513-522.
11. Benatar, M. (2000). A qualitative study of the effect of a history of childhood sexual abuse on therapists who treat survivors of sexual abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 9-28.
12. Cacciatore, J. (2011). ATTEND: Toward a patient-centered model of psychosocial
13. care. In Spong, C. (Ed.), *Stillbirth: prediction, prevention, and management*. West Sussex, UK: Wiley Blackwell Publishing. pp. 203-228.
14. Cerney, S. M. (1995). Treating the heroic treaters. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/ Mazel. pp.131-149.
15. Coulehan, J. (2009). Compassionate solidarity: suffering, poetry, and medicine. *Perspectives in Biology and Medicine*, 52, 585-603.
16. Creamer, T., & Liddle, B. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers in September 11' attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 89-96.
17. Dobkin, P. L. (2009). Fostering healing through mindfulness in the context of medical practice. *Current Oncology*, 16(2), 4-7.
18. Figley, C. R. (1988). Toward a field of traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 3-16.
19. Figley, Ch. (Ed.). (1995). *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel.
20. Follette, V. M., Polusny, M. M., & Mikbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing service to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 275-282.
21. Halbesleben, J. R, Rathert, C. (2008). Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Manage Rev*. 2008 Jan-Mar; 33(1), 29-39.
22. Harris, C. J. (1995). Sensory based therapy for crisis counselors. in Figley, C. H. (Ed.) *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel.
23. Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
24. Hudnall, S. B. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In Figley, C. R. (Ed). *Treating Compassion Fatigue*. New York, NY, US: Brunner-Routledge, viii, 227 pp. 107-119.



25. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York, NY: Dell Publishing.
26. Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to Our Senses*. New York, NY: Hyperpium.
27. Lahad, M. (2000). Darkness upon the abyss: supervising crisis intervention teams following disaster. *Traumatology* VI(4), Article 4, 273-293.
28. Lawson, G., & Myers, J. E. (2011). Wellness, professional quality of life, and career sustaining behaviors: What keeps us well? *Journal of Counseling & Development*, 89, 163-171.
29. Linley, P.A., Joseph, S., & Loumidis, K. (2005). Trauma work, sense of coherence, and positive and negative changes in therapists. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 85-188.
30. McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990) Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*. 3(1) pp.131-149. doi:10.1007/BF00975140
31. Morgan, W., & Morgan, S. (2005). Cultivating attention and empathy. In Germer, C., Siegel, R. & Fulton, P. R. (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press. pp. 73-90.
32. Neumann, D. A., & Gamble, S. J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: counter-transference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy*, 32, 341-347.
33. Pearlman, L. A., & MacLan, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 558-565.
34. Pines, A.M. & Aronson, E. (1988). *Career Burnout Causes and Cures*. New York: Free Press.
35. Reich, W. T. (1989). Speaking of suffering: a moral account of compassion. *Soundings*, 72(1), 83-108.
36. Rushton, C., Sellers, D., Heller, K., Spring, B., Dossey, B., & Halifax, J. (2009). Impact of a contemplative end-of-life training program: being with dying. *Palliative and Supportive Care*, 7, 405-414.
37. Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: the effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19(1), 49-64.
38. Shaha, M., Wenzel, J., & Hill, E. E. (2011). Planning and conducting focus group research with nurses. *Nurse Researcher* 18(2):77-87.
39. Shapiro, S., Schwartz, G., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581-598.
40. Siegel, D. J. (2010). *The Mindful Therapist*. New York, NY: W.W. Norton and Company.
41. Tehrani, N., Humpage, S., Willmott, B. & Haslam, I. (2007). What's happening with well-being at work? *Change Agenda*, Chartered Institute of Personnel Development, London.
42. Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
43. Vachon, M. (2000). Burnout and symptoms of stress in staff working in palliative care. In Chochinov, H. & Breitbart, W. (Eds.), *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. Oxford: University Press.
44. Valent, P. (1995). Survival strategies: A framework for understanding secondary traumatic stress and coping in helpers. in Figley, Ch. (Ed.) *Compassion Fatigue*. New York: Brunner/Mazel. pp. 21-50.
45. .Van Der Kolk, B. A. (1966). The black hole of trauma. in Van Der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (Eds.), *Traumatic Stress*. New York: The Guilford Press.
46. Walsh, F. (2007). Traumatic loss and major disasters: strengthening family and community resilience. *Family Process*, 46, 207-224.
47. West, C., Tan, A. D., Habermann, T. M., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*, 302, 1294-1300.
48. Winnicott, D. W. (1971). *A Play and Reality*. London: Tavistock Publication.