

לצלול אל תוך הדממה: מאפייני ההתמודדות הפסיכולוגית של בני משפחה של מטופלים במצב וגטיבי מתמשך ומצב הכרה מינימלי

עינת יהנה

הטראומה. מגמה זו מתקיימת גם בהקשר של מצבים וגטיביים, כאשר ההמתנה להתעוררות מהווה את כל תמצית עולמם הרגשי והתעסוקת של בני המשפחה. לרוב, ההורים שוהים שהות ממושכת בחדרו של המטופל הדומם ומתקשים לעזוב את מיטתו, בין היתר, בשל רצונם להיות נוכחים לידו כאשר יתעורר. דוגמאות של אנשים שהתעוררו מתרדמת לאחר כמה שנים המובאות במדיה, וההנחה הרווחת בציבור כי "אף אחד לא ממש יכול לדעת מה קורה שם בתוך הקופסא שכן המוח הוא חידה", מגבירות תחושות של בלבול, עמימות ואי ודאות, ויש בהן כדי לחזק ולהזין תהליכים של הכחשה רגשית אדפטיבית לשלב, ושימור תקווה העומדת בבסיס היכולת לשאת המתנה וציפייה לאורך זמן כה רב. סוגיות כגון "האם הוא שומע", "מה הוא קולט", "האם הוא קולט", "האם הוא מרגיש" ו"מדוע הוא לא מתעורר", מעצימות אף הן את עמדת אי הוודאות. גורמים אלו עומדים לרוב בבסיס עמדת המשוקעות הרגשית האינטנסיבית של ההורה המקבלת את ביטוייה אף בקושי להתנתק (לעתים אפילו לשעות אחדות) מחדרו של המטופל. במקרים מסוימים, הקושי להתנתק מהווה אף הוא סממן לתגובה פוסט טראומטית, בייחוד בקרב הורים לילדים קטנים, ובייחוד במצבים שבהם סיפור הפגיעה מכיל נרטיב הורי של "לא הצלחתי להגן ולשמור עליו". במצבים אלו, הנוכחות האינטנסיבית מהווה חוויית הגנה של בן המשפחה על המטופל חסר האונים.



מצב וגטיבי מתמשך (Persistence Vegetative State - PVS) ומצב הכרה מינימלי (Minimally Conscious State - MCS) עלולים להתהוות לאחר חבלת ראש נרכשת המוגדרת כחמורה. מטופלים במצב וגטיבי נמצאים במצב של ערנות (wakefulness), עיניהם פקוחות והמחזוריות ערות-שינה שלהם תקינה. עם זאת הם אינם מגלים מודעות (complete unawareness) לעצמם או לסביבה (American Academy of Neurology, 1994). למרות ההסכמה הגוברת כי מרכיב משמעותי באבחנה הוא היעדר מודעות (awareness), עד היום לא נמצא מבחן קליני מוסכם ומתוקף להערכת מודעות. בדיקות הדמיה כגון MRI-CT עשויות אמנם לשפוך אור על היקף הפגיעה ועל טבעה מבחינה ניויר-פתולוגית, אך המאפיין המבחין בין מצב וגטיבי למצב הכרה מינימלי מתבסס בעיקר על הערכה קלינית של התנהגות המטופל כפי שזו נצפית על ידי הצוות המטפל (Wilson et al., 2007). האבחנה של מצב הכרה מינימלי תינתן כאשר קיימת עדות לרמה מוגבלת של מודעות לעצמי או לסביבה, וכן יכולת מוגבלת להגיב ולתקשר. כך, למשל, מעקב תנועות עיניים עקבי אחר גירוי, תגובה להוראות פשוטות, ולעתים אף שימוש פונקציונלי בחפצים, מהווים אינדיקציה קלינית לרמת מודעות מסוימת אצל המטופל. נצפה כי מטופלים המתחילים לצאת ממצב וגטיבי מתמשך עשויים להיכנס למצב של הכרה מינימלית, עם או ללא החלמה נוספת.

שדה הידע הניויר-שיקומי עוסק בשתי האבחנות, מצב וגטיבי ומצב הכרה מינימלי, בעיקר מהפן של ההשלכות והדילמות הקליניות, האתיות-משפטיות והפילוסופיות שהן מעוררות, כמו למשל סוגיות הנוגעות לאפוסטרופוסות, התערבויות מצילות חיים, הפסקת פעולות מאריכות חיים וכדומה. המחקר בשתי אבחנות אלו הניב ספרות מחקר ענפה, אך המאפיינים הייחודיים של חוויית ההתמודדות הרגשית והפסיכולוגית של בני המשפחה של מטופלים אלו לא זכו להתייחסות מספיקה, אם בכלל. במאמר זה אבקש להדהד מאפיינים אלו, ובאופן ספציפי, להדגיש את הזווית ההורית ואת נקודות הממשק שלה עם הצוות במערך הטיפול השיקומי. המאמר הנוכחי מתבסס על עבודתי הקלינית עם בני משפחה לחולים במצב וגטיבי מתמשך במחלקת טיפול נמרץ בבית החולים ליונשטיין (מבוגרים) ובמחלקת שיקום ילדים במרכז הרפואי שיבא.

עמדת ההמתנה ואי הוודאות

אבחנה של מצב וגטיבי ניתנת לרוב לאחר כמה חודשים של תרדמת (coma) ממושכת, שבה המטופל לא חוזר להכרה. מאפיין פסיכולוגי ראשון להתמודדות עם מצבים אלו הוא עמדת ההמתנה להתעוררותו של המטופל ממצב התרדמת, ואי הוודאות ביחס למשך התרדמת ומהלך המחלה הצפוי ("מתי ואיך הוא יקום ובאיזה מצב"). השלב האקוטי של טראומה פסיכולוגית מתאפיין לרוב בצמצום עולמם של בני המשפחה להתמודדות עם

ד"ר עינת יהנה, המכללה האקדמית תל אביב יפו ומחלקת שיקום ילדים בבית החולים לילדים ע"ש אדמונד וילי ספרא, המרכז הרפואי שיבא.



יכול לצאת מזה ושיהיה חזק". מתן הפרשנויות, שלעיתים מייצגות את חווייתו הרגשית של ההורה עצמו, ומתן הסבר סיבתי להתנהגותו הנצפית של המטופל, משקפות תפיסה הורית סובייקטיבית שלפיה קיים עולם תוכן רגשי ואף הגיוני בעולמו הפנימי הדמום של המטופל. סוגיה זו מהווה לא אחת אבן מחלוקת בין בני המשפחה לצוות המטפל. כך, התנהגויות שהצוות מגדיר כמקריות, רפלקסיביות, אוטונומיות ובעיקר לא עקביות, עשויות להיתפס אצל ההורה כמשמעותיות ואף כמעידות על התקדמות במצבו. פרשנות סובייקטיבית זו, עשויה אף להוביל את ההורים לבקש טיפולים שיקומיים נוספים על אלו הקיימים, ואפילו טיפול רגשי, שאינם עולים בקנה אחד עם ההערכות הקליניות של הצוות המטפל. קונפליקט זה, מעבר להיבט האינסטרומנטלי שלו, משקף ברובד העמוק יותר את המרקם העדין המתקיים בסטיגה השיקומי בין בני המשפחה לבין הצוות המטפל: סוגיות של שימור תקווה, לצד הצורך להגן על ההורה מפני הכחשה רגשית שאינה אדפטיבית, תופסים מקום מרכזי בתהליך הטיפול. סוגיות אלו דורשות רגישות ופתיחות מצד המטפלים, לצד צורך בהעברת מסר ריאלי ומאוזן שיקדם הבנה מציאותית וריאלית יותר באשר למצב.



למלא את חלל הדממה

היבט נוסף של ההתמודדות עם עולם הדממה וחוויית הריק בא לידי ביטוי בניסיונות של ההורים למלא את החלל על ידי ייצור סביבה המכילה גרייה עבור המטופל (צעיר ומבוגר כאחד). הגרייה עשויה לכלול מרכיבים בעלי קשר אישי למטופל, כמו למשל השמעת מוזיקה שהוא אוהב, שיתופו במתרחש בחיי המשפחה, הבאת אלבומי תמונות וכדומה. ובנוסף, גרייה שאינה בהכרח מוכרת לו, אך נתפסת בעיני בני המשפחה כמיטיבה ומועילה כגון הענקת עיסויים, טיפולים הוליסטיים וכדומה.

ניסיונות אלו, בין אם הוכחו מחקרית כמסייעים לפעילות מוחית ובין

בשלב זה, התרחקות פיזית נתפסת לרוב כמאיימת ואף נחוות על ידי בן המשפחה כבעלת פוטנציאל להתרחקות רגשית. כלומר, בהיעדר ודאות לגבי מה עובר על הילד ומה הוא קולט, ההתרחקות הפיזית עלולה להעלות רגשות אשם בקרב ההורה בעקבות מה שהוא עשוי לתפוס, באופן סובייקטיבי, כנטישה פסיכולוגית. לפיכך, ההתמזגות עם המטופל במצב כזה עשויה להוות אמצעי (לא בהכרח אדפטיבי) ליישב את חרדת הנטישה ותחושת האשמה הפוטנציאלית הטמונה בה. בהשאלה מתיאוריות יחסי אובייקט, ניתן לדמות מצב זה כרגרסיה התפתחותית לשלב הניקותי שבו התנהליכים הראשוניים אינם מתקיימים בתוך התינוק אלא בתוך היחסים של התינוק עם מטפלו, קרי בתוך היחידה של אם - ילד (ויניקוט, 1958). בדומה לשלב המשוקעות האמהית (maternal preoccupation) שתיאר ויניקוט (1956) כשלב שבו גם לאחר הלידה ממשיכה האם להתייחס לתינוק כאל חלק מגופה, ובכך היא שומרת על אשליית חוסר הנפרדות, דומה שההורה במצב זה, מבקש לשוב לחוויית התמזגות פסיכולוגית עם יקירו הנתפס כעת כחסר אונים, חסר ישע וחסר יכולת מינימלית לבטא את עצמו ואת צרכיו ("אני מרגיש את הילד, אני גם יודע מה הכי טוב ונכון עבורו, אני מכיר את הילד שלי"). כך, תפקידו הנתפס של ההורה בשלב זה הוא להגן ולהוות שלוחה המייצגת ומנכיחה את הנראות של המטופל הדומם בפני המציאות החיצונית, קרי המחלקה והצוות המטפל. כפי שציינה בפני אמא לילד מתבגר: "הילד שלי הוא לא ילד רגיל, הוא ילד מיוחד. גם פה הוא יתנהג אחרת. הוא לא מתאים לשום גרף... מעולם הוא לא התאים לשום גרף... הוא עוד יפתיע אתכם".

הגרסיה לשלב פרה-ורבלי

חוויית הדממה והיעדר התגובתיות של המטופל מהווים קרקע לפרשנויות והשלכות פסיכולוגיות של בני המשפחה. בהיעדר תקשורת ישירה עם המטופל, גם לא בעזרת הבעות פנים ומחוות גוף מינימליות, בני המשפחה עסוקים בפענוח ובמתן משמעות להתנהגויות הנצפות, בדומה למתרחש בשלב הניקותי הפרה-ורבלי. בין אם מתוך הצורך להיות מכוונן כהורה טוב דיו, ובין אם מתוך הצורך לייצר תקשורת, חוויית רצף וחיים בתוך עולם הדממה, דומה כי פרשנויות אלו יש בהן כדי להשיב להורה מעט מחוויית השליטה והוודאות, דרך ייצור מציאות פסיכולוגית ממשית במרחב התקשורתי בינו לבין ילדו. כך, למשל, סימנים של אי שקט פסיכומטורי בקרב המטופל, תגובות רפלקסיביות של הגוף, מבטו האטום והבוהה של המטופל, ותנוחת שכיבה מסוגרת - כל אלה מקבלים פרשנות על ידי ההורים. הווייטה הבאה מדגימה את התייחסותם של הורים אל מצבו של בנם המבוגר:

[אמא]: "הוא מבקש עזרה. הפנים שלו מראות עצב, כאב. עצוב לו. הוא לבד. הוא לא בהכרה. הוא מסתכל בנקודה אחת, מסובב את הראש לקריאה בשמו, אבל זה לא אומר שהוא מצליח לצאת מתוך עצמו. הוא כלוא בתוך קופסא, הוא סגור והוא זועק לצאת. הוא מבקש ממני עזרה. לפעמים רואים עליו שהוא במצוקה. במיוחד כשבאים לבקר אותו החברים הכי טובים והוא לא מגיב אליהם. אולי הוא מתבייש במצב שלו, אולי כואב לו. לא יודעת איך לפרש את זה. אולי הוא לא מזהה. אולי בכלל הוא לא מזהה גם אותנו. אני לא יודעת, אבל אני לא בטוחה שהוא בכלל יודע שאנחנו אבא ואמא שלו". {האב משיב לה}: "הוא יודע, הוא יודע. פשוט אין לו מילים להגיד. אני בטוח שהוא מרגיש שאנחנו פה על ידו הוא מרגיש את הליטוף שלנו, אנחנו מראים לו את האהבה, נותנים לו עידוד שהוא



תסכול ואף החמצה לנוכח הסיוע והשיקום הפוטנציאליים שלא התאפשרו ושלא הגיעו לכדי מימוש בייחוד במצבים הווגטיביים. הוויניטה הבאה מדגימה עניין זה: [אמא:] "לא נעים לשמוע את מה שאומרים. אחת המטפלות אמרה לי שאין לי מה לעשות איתו, השנייה אומרת שהוא לא מגיב, ואין שיתוף פעולה. זה קשה ולא נעים לשמוע. בכל זאת אם הוא פה ופה לא יכולים לעשות שום דבר אז איפה כן. בית החולים פה מפורסם בזכות היכולת שלו לשקם אנשים כדי שיוכלו ללכת יותר טוב ולדבר יותר טוב. בכל זאת עבר קצת זמן. זה קשה לשמוע. אני בכל זאת אומרת שהייתה פה התקדמות ושבאמת צריך עוד זמן. יותר להתעסק איתו הצוות המקצועי. לא המשפחה. המשפחה



נותנת לו משהו אחר. זה מה שאני מקווה, עוד טיפול עוד תמיכה הוא יתעורר בסוף".

המורכבות הקלינית האינהרנטית למצבים אלו, מתאפיינת, כאמור, גם בהיעדר שליטה, חוסר ודאות וחויית עמימות בקרב בני המשפחה בכל הקשור לסיכויי ההחלמה וההתעוררות של יקירם. חויית הפער והיותה בלתי הפיכה, בין מצבו של יקירם בהווה לבין מה שקיוו לו בעתיד, מסלימה על ציר הזמן. חוויה זו עומדת גם בבסיס הקושי להגיע להבנה ולפתרון פסיכולוגי עם המשמעויות וההשלכות הטראגיות של הטראומה. אובדן עמום ומתמשך זה נוגע גם בטווח התחושות הרגשיות שמתועדות בספרות על ציר הזמן בקרב בני משפחות של מטופלים אלו כגון חרדה, דיכאון, תסכול, צער עמוק וגעגוע (Giovannetti et al., 2012; Tzidkiah, Sazbon & Solzi, 1994). לתחושות אלו נלווית לעתים התפיסה של בני המשפחה את הצוות הרפואי כאובייקט מאכזב ולא מספק. לצד זה, נראה שאמירות כגון "יתרו עליו" או "התייאשו ממנו" משקפות אף יותר את המורכבות הפסיכולוגית של ההורה להיתפס ככזה המוותר על הילד, ואת הקושי להרפות ולהשלים. דבר זה מודגם בוויניטה הבאה:

אם לא, משרתים עבור ההורה שתי פונקציות פסיכולוגיות: באחת על ידי חשיפת המטופל לגרייה בעלת משמעות סובייקטיבית עבורו מתגבשת הזיקה של בני המשפחה אל המטופל הדומם, וזאת על ידי כינון עולם תוכן משותף המנכיח לבני המשפחה את קיומו הממשי, לא רק בגוף אלא גם בתודעה ובנפש. לשון אחר, בני המשפחה מבקשים לחבר את תודעתו החסרה אל העולם הסובב אותו, ובכלל זה אל עולמם הם. בשנייה, ייצור סביבה המכילה גרייה עבור המטופל מסייעת במיתון חויית חוסר האונים הקיומי והיעדר השליטה (שכן התעוררות המטופל מתרדמת אינה תלויה בבני המשפחה), ומעבר למצב של עשייה (doing). עניין זה משמעותי מכיוון שההתערבויות הקליניות במצבים ווגטיביים הן ברובן רפואיות ומשמרות ואינן מתירות תמיד השתתפות פעילה של ההורה. באופן זה, המעבר למצב של עשייה הוא בבחינת מתן החזקה (holding) סימבולית וקונקרטיית למטופל, המשיבה לבני המשפחה חויית מסוגלות ושליטה, שכן יש בידם להשפיע בכדי לקדם את מצבו של יקירם. משמע, העשייה מתפקדת כמנגנון התמודדות המשקם את המעורבות והסמכות ההורית שמתערערות עקב העברת האחריות לשלומם של המטופל לידי הצוות המטפל. נקודה זו מודגמת בוויניטה הבאה המתארת התייחסותה של אם לבנה המבוגר:

"באים בבוקר. אני מוצאת אותו בפרוזדור. יש לי הרגשה שהנה לא באתי בזמן והנה הוא כאן לבד. אולי אם הייתי באה יותר מוקדם הייתי נותנת יותר תמיכה. לא יודעת מה עוד אני יכולה לעשות. זו הרגשה שלי כאילו שהידיים קשורות ואני לא עושה מספיק, אבל אני גם לא יודעת מה עוד אני יכולה לעשות. מובן שהייתי עושה כל דבר אפשרי. אני עושה לו מסאז' ברגליים אני מרגישה שאני צריכה להתכופף, כדי לא להכאיב לו. אני לא מסתכלת או חושבת על הגב שכואב לי. מכאן אני אומרת שזה לא מספיק. אם הייתי יודעת לעשות משהו אחר, להביא משהו הייתי עושה".

תמידיות קלינית והשפעותיה על העמדות הרגשיות של בני המשפחה

העמדה הרגשית שאותה נושאים בני משפחה לחולים במצב ווגטיבי, לאורך זמן, מהווה חוויה שוחקת. היעדר השינויים המיוחלים במצב ההכרה וביכולת לתקשר עם המטופל שוחקים לא רק את התקשורת הקונקרטיית עם המטופל אלא לעתים גם את התקווה של בני המשפחה. בנוסף, המציאות השיקומית, לאחר כמה חודשי אשפוז ממושכים והיעדר התקדמות ממשית, מעמידה את הצוות המטפל והמשפחה בפני סוגיית השחרור מהמחלקה. הורים לילדים במצב ווגטיבי מתמשך, ניצבים בפני דילמה האם לקחת את הילד הביתה או שמא להעבירו למוסד תואם צרכים. דילמה זו מופיעה בשיעור פחות כאשר הילד הוא בעצם מבוגר והחזרה הביתה היא פחות טבעית וריאלית.

Gans (1983) מסביר את חויית הזעם שמבטאת המשפחה כלפי הצוות המטפל בסטינג השיקומי, כנובעת מעמדת הנחיות, מחויית התסכול, ובין היתר, מהתחושה כי ההחלטה לסיים את הטיפול ולהעביר את המטופל למסגרת אחרת, או לקהילה, נוטלת מהם את התקווה לשיקומו של הילד. במובן זה, הקושי לשאת את הנטל הרגשי נודד לא אחת לכתפיו של הצוות המטפל שהופך למושא התסכול אף שגם הוא חווה, בתהליך הזדהות מקביל, חוסר אונים,



מושגים אלו לא נחקרו ביחס להורים לילדים במצבים של פגיעות נרכשות לרבות במצבים וגטיביים. דומה שחויית בני המשפחה למטופלים במצב זה, אינה רק בגדר אובדן מתמשך, אלא אף עונה להגדרה של "אובדן עמום" (ambiguous loss), שבו הדעת מתקשה ליישב את חויית האובדן; האדם עדיין נוכח פיזית אך לא רגשית, או שהוא נוכח רגשית אך לא פיזית כמו במצב של נעדרים או שבויים. האובדן עשוי להיחווה כזמני, ומאופיין בתקווה שהדברים ישובו לקדמותם (Boss, 1999).

דומה שהמצבים הווגטיביים מהווים את נקודת הקיצון המשמעותית ביותר מבחינת חויית האובדן. המטופל (המייצג את עמדת הנוכח-נפקד) נמצא בעיקר בגופו אך לא בנפשו או בתודעתו: בני המשפחה ניצבים מצד אחד מול יקירם, הן במובן של הימצאותו הפיזית והקונקרטי, והן במובן הזיכרון, הנרטיב והייצוג הפנימי שיש להם על אודותיו טרם מצבו. עם זאת, אף אחד מאלה אינו מוצא את ביטוי הריאלי במרחב האינטר-סובייקטיבי שנפרש ביניהם. מצב זה, שבו הדמות היקרה ללבם נוכחת פיזית אך נפקדת בכל המובנים הפסיכולוגיים והחוייתיים-קיומיים, אינו מאפשר את קיומם של תהליכי פרידה בהבאת תהליך האבל לסימו, כפי שעשוי להתאפשר במוות מוחלט וממשי. במובן זה, המשמיה הפסיכולוגית המרכזית שעומדת בפתחו של עיבוד תהליך האובדן, אולי טמונה ביכולת של בני המשפחה לייצר מעט נפרדות פסיכולוגית רגשית כאשר תהליכי פרידה ממשיים אינם מתאפשרים. מורכבותה של משימה זו, ושברירותו של התהליך הפסיכולוגי שמתקיים בעטייה אינם נוגעים אך ורק לבני המשפחה, אלא גם לצוות שמטפל בהם.

"אתמול בערב היו שני חברים שעמדו בצד. התחילו לדבר אליו והוא סובב את הראש וראיתי שהוא מסובב את הראש ושומע מה שמדברים אליו. כלומר, אפשר להגיע אליו, אם החברים ראו את זה והצליחו להגיע אליו אז גם הצוות הרפואי יכול. כמובן שצריכים זמן. אני לא יכולה להגיד להם כמה, אולי הוא צריך תקופה יותר ארוכה, אולי הוא איטי יותר מאחרים. תנו לו את הזמן. אולי הטיפול צריך להיות יותר אינטנסיבי. מכל הסיפור הזה זה כואב לי מאוד שאני באה רואה שהוא ישן. אומרים לי הנה הוא ישן לא לקחו אותו לפיזיותרפיה. יש ויתור. מה זאת אומרת הוא ישן? אפשר להעיר אותו. אתם אנשי מקצוע. אני מדברת על הכאב שלו, אני רואה ויתור. בטח כואב לו לראות שמוותרים עליו. יכול להיות שהמשפחה רואה דברים שאי אפשר לראות אותם מהצוות. לצוות זה לא מספיק הם רוצים לראות משהו אחר. לא אני קובעת את הזמנים שלהם."

דין

מהפן התיאורטי, חויית הנטל הרגשי במצבים אלו עשויה להיות מוסברת על ידי תיאוריות של עיבוד אבל ואובדן. ככלל, בספרות המחקרית קיימת הכרה בתגובת הצער שחווה משפחות, ובייחוד הורים לילדים, המתמודדים עם קשיים רפואיים. תגובות אלו מוכרות בכינוייהן "צער כרוני" (Chronic Sorrow), "אבל מתמשך" ו"אבל מורכב", בהיותן מתארות את התגובה הרגשית לחויית האובדן הבלתי מוגמרת והמתמשכת (Nonfinite loss) עמה מתעמת ההורה מדי יום לנוכח הפער בין מצבו הנוכחי של ילדו לבין התקוות והחלומות שהיו לו ביחס למצבו (לדין נרחב ראו: Bruce & Schultz, 2001; Roos, 2002; Benedict, 2012). על אף שמושגים אלו נדונו בעיקר במצבים של התמודדות הורים עם נכות מולדת של ילדיהם,

מקורות

1. וינקוט, ד"ר (1958). היכולת להיות לבד. בתוך עצמי אמיתי, עצמי כוזב. הוצאת עם עובד (הדפסה שלישית, 2010)
2. American Academy of Neurology (1994). Multi-Society Task Force on PVS. Medical aspects of the persistent vegetative state - First of two parts. The New England Journal of medicine: 330, 1499-1508.
3. Benedict, C. (2012). "For parents, the unthinkable of letting go". New York times, March 2005: WK5(L). Academic One profile. Web. 12, July 2012.
4. Boss, P. (1999). Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief. Cambridge, MA: Harvard University Press.
5. Bruce, E.J. & Schultz, C.L. (2001). Nonfinite loss and grief: A psychoeducational approach. Baltimore: Paul H. Brookes.
6. Gans, J.G. (1983). Hate in the rehabilitation setting. Arch Physy Med Rehabil, 64,176-179.
7. Giovannetti, A.M. et al. (2012). Children in Vegetative State and Minimally Conscious State: patients' condition and caregivers' burden. The Scientific World Journal, Article ID 232149.
8. Roos, S. (2002). Chronic sorrow: A living loss. New York: Brunner-Rutledge.
9. Tzidkiah, T., Sazbon, L. & Solzi, P. (1994). Characteristic reactions of relatives of post-coma unawareness patients in the process of adjusting to loss. Brain Injury, 8 (2): 159-165.
10. Wilson, F.C., Harpur, J. & McConnell, N. (2007). Vegetative and minimally conscious state(s) survey: Attitudes of clinical neuropsychologists and speech and language therapists. Disability and rehabilitation, 29(22): 1751-1756.

