



מסע בין חיים, מוות וחיים

דר' גילי פלג

ההתמודדות של השארים לאחר הפטירה. עידוד קיומם של מהלכים בינאישיים משמעותיים בין החולה לבין קרוביו, באמצעות איש מקצוע, יכולים לשפר את הרגשת שני הצדדים במהלך החולי, וכן להגביר את הסיכויים לקיומו של אבל יעיל בקרב השארים. שייר וציבולסקי² מציינות כי התערבות מקצועית השמה דגש על היבטים פסיכו-סוציאליים יכולה למנוע היווצרות בעיות ארוכות טווח ויש בכוחה לעודד חוויית אבל חיוביות יותר עבור השארים.

ולשפר את איכות החיים במהלך המחלה של החולה חשוך המרפא ובני משפחתו, ברמה פיזית, נפשית, חברתית ורוחנית. שיפור איכות החיים של בני המשפחה, על פי עקרונות הטיפול הפליאטיבי, מתייחס גם לתקופת האבל שלאחר פטירת יקירם¹ בהתאם לכך, המאמר יסקור את התהליכים שעוברים קרוביו של החולה הנוטה למות במהלך המחלה ולאחר פטירת יקירם. על אף ההבחנה הברורה בין החיים למוות, קיים רצף תהליכי בלתי ניתן להפרדה בין התקופה המקדימה לפטירה לבין יכולת

הידיעה על מחלה חשוכת מרפא יוצרת מהפך דרמטי בחייהם של החולה ואנשיו הקרובים. בין רגע נפער פתח החושף נתיב התנהלות חדש, מורכב ומאיים. נתיב זה, שמתחיל עם הידיעה על המחלה, מתפתל לאורך שלבי התפתחות המחלה ומוביל עד לפרידה הסופית והתמודדות השארים עם אובדן יקירם. בטיפול הפליאטיבי, המטרה היא לנסות

חויית הקרובים במהלך המחלה

קבלת הידיעה על החולה חשוך המרפא יוצרת טלטלה רגשית עזה בקרב מקורביו של החולה ומעלה במקרים רבים תחושות חזקות של תדהמה, בלבול, כעס, מתח, דיכאון, אשמה ופחד². עם התפתחות המחלה והתגברות הסמנים, נדרשים ונשאבים המקורבים להתמודד עם מהלך המחלה עצמה והשלכותיה. מטפלים רבים מציגים את הקושי הרב הכרוך בטיפול, המתבטא ברמה הנפשית והפיזית כאחד: דיווחים על תשישות ועייפות רבה, מיחושים גופניים, אי אכילה באופן מסודר ומזין, חוסר מנוחה וריכוז, תחושת הצפה ומלכוד, דיכאון, חרדה, ואשמה^{4,5}. קשיים נוספים נסבים סביב תחושת איבוד השליטה, תסכול רב על הניסיון לשלוט על הכאב של מישוהו אחר, הניסיון הכושל "לשלוט" על העניינים במצב של חוסר שליטה, תחושת חוסר אונים בהמתנה ובהתבוננות במתרחש, ללא יכולת לשנות או לעצור את המוות העתידי⁶. פחד מהמוות עצמו, עיסוק מרובה בשאלות משמעות כגון "למה זה קרה לי?", כמו כן, יש מטפלים שמציינים מחד תחושת בידוד חזקה, ומאידך קושי בקבלת אורחים שבאים לערוך ביקור חולים^{7,8,9}. בני משפחה מתארים דרכי התמודדות שפיתחו וסיגלו לעצמם על מנת להתמודד עם מסכת הקשיים, נסיונות לשמור ולשמר קשרים ותחומי עניין מהעבר, התמקדות בהווה - "לקחת כל יום ביומו", הישענות וקבלת כוח מהאמונה, לקיחת הפסקות קצרות וציאה מהבית או מעבר לחדר אחר במקרים בהם לא ניתן לעזוב את הבית, האזנה למוזיקה, קיום שיחות עם אחרים משמעותיים, התנהלות באופן אוטומטי, שימוש בהומור, קבלת עזרה מאחרים ויצירת מטרות לעתיד מעבר לזמן פטירת החולה^{10,11,12}. מעבר לתחושות הקשות אותן חווים המטפלים והאסטרטגיות להתמודדות עימן, קיימים בספרות האמפירית דיווחים אודות היבטים חיוניים באשר להתנסות בליווי וטיפול חולה הנוטה למות. אנשים ציינו שכיוון שהחולי היה תהליך מתמשך, הדבר אפשר, בימים בהם המחלה היתה מינורית יותר, לחלוק זמן איכות עם החולה, זמן בו היו שלובים רגעי שמחה, שיחות מלב אל לב והזדמנות לקרבה. כמו כן היו מטפלים שחשו גאווה על כך שזכו להעניק את הטיפול ליקרם ויכלו להתמודד עם הטיפול בצורכי החולה על אף שלא היו בעלי ניסיון

והכשרה מקצועיים לכך. מטפלים ראו נקודת אור בכך שהם הצליחו לשמור על חזות חיובית בפני המטופל ומנעו משניהם לשקוע במרה שחורה⁹. הספרות ממשיגה תהליכים נפשיים מרכזיים אלה שעוברים הקרובים עם התפתחות והתקדמות המחלה כ"אבל מטרים" (Anticipatory grief), שעיקרו תהליך ההיפרדות שהחולה חווה מן העולם ושכני המשפחה/קרובים חווים מן החולה. תהליך זה מתרחש בעקבות ההבנה וההכרה של החולה וקרוביו כי המוות קרב וכתוצאה מכך פרידה פיזית, נפשית ורוחנית קרבה. אין משמעו של האבל המטרים כי הקרובים נסוגים מהחולה, הם ממשיכים ללוותו, אך בד בבד, הם מתחילים להפנות אנרגיה נפשית ומנטלית להשלכות שיהיו על חייהם ללא יקרם¹³.

המטרה ועדי התערבות של איש המקצוע

שיפור איכות חייו של החולה ובני משפחתו היא המטרה העומדת בבסיס ההתערבות של איש המקצוע הביו-פסיכו-סוציאלי, המלווה את החולה הנוטה למות וקרוביו בשלבים השונים של המחלה. לשם השגת מטרה זו יש להציב חמישה יעדים להתערבות: הראשון, עזרה בארגון ויצירת מערכת תמיכה מתמשכת. השני, עידוד קיומה של תקשורת רגישה, פתוחה וכנה. השלישי, זיהוי פחדים וניסיון להפחיתם. הרביעי, עידוד החולה והמשפחה לסגירת עניינים לא פתורים והחמישי, זיהוי ופיתוח תקוות ממוקדות ומציאותיות¹⁴. במקרים רבים קיים קשר שתיקה בין בני משפחה לבין החולה, כשכל צד מנסה לגונן ולשמור על השני מפני כאב, או חשש מפגיעה ברגשות האחר. בשל קשר השתיקה נבצר לממש בזמן קצוב ויקר זה רגשות, פחדים, תקוות, צרכים, לסגור עניינים שטרם נפתרו, לחלוק מחשבות ולהשלים תהליכי פרידה¹⁵. הבאת שני הצדדים בעזרת איש המקצוע להבנה כי כל צד חווה בתוכו בדידות וכאב רב, יכולה להוביל לקיומה של תקשורת פתוחה ולהיטיב את התנהלותם והרגשתם של כל בני המשפחה בזמן החולי ובזמן שעתידי לבוא עם פטירת יקרם. אירה ביוק, על סמך ניסיון עבודתו בהוספיס, זיהה חמישה דברים שהחולה וקרוביו ביטאו אחד כלפי השני עוד בטרם הפטירה הצפויה ובכך סייעו לקיום פרידות באופן שלם ויעיל יותר: 1. סלח לי. 2. אני סולח לך. 3. אני אוהב אותך. 4. תודה. 5. שלום¹⁶.

חויית הקרובים/ בני משפחה לאחר הפטירה

עם הפטירה מופסק באחת כל העומס הפיזי והרגשי הכרוך בטיפול בחולה, אך עתה על המטפל להתמודד עם עובדת אובדן יקירו ותהליך האבל הנובע מכך. התגובה לאובדן בין-אישי עקב מותו של אדם קרוב אינה אירוע חד פעמי, אלא רצף של אירועים, תחושות, מחשבות והתנהגויות שמהם מורכב תהליך האבל¹⁷. תגובת האובדן מאופיינת על ידי שינויים דרמטיים בהתנהגות, בתפקוד ובשינויים אישיותיים, כמו גם בתהליך איטי והדרגתי של עיסוק פנימי בנפטר ובקשר עימו דרך מחשבות, זכרונות ורגשות¹⁸. בספרות קיימות שתי אסכולות תיאורטיות בולטות העוסקות באובדן ואבל: תיאוריות השלבים רואה באבל תהליך ליניארי בעל שלבים, שבסופו השכול יגיע להתרת קשריו מהנפטר ולמצב של החלמה מהאבל. האסכולה השנייה מתייחסת לאבל כאל תהליך דינמי הנמשך לאורך כל החיים ובו ממשיך להתקיים קשר עם המת. Bowlby¹⁷ ו-Parkes^{19,20} הם תאורטיקנים בולטים מאסכולת השלבים. הם מציגים ארבעה שלבים שמתרחשים בתהליך האבל ומתקיימים ברצף זמן עוקב: השלב הראשון מאופיין בהלם וקהות חושים שיכולים להימשך ממספר שעות עד למספר ימים. שלב זה מתרחש מיד עם הידיעה על מותו של האדם ומתאפיין בהכחשה ובתחושה ש"זה לא אמיתי". תחושת ההלם, קהות החושים, התנהלויות ארגוניות בעניין מנהגי האבל והתקבצות גורמי תמיכה רבים, מסיחים את האבלים ומאפשרים להם לעכל את הידיעה ולדחות במעט את ההתמודדות עם האובדן והשלכותיו. השלב השני מאופיין בכמיהה והשתוקקות לנפטר, תוך נסיונות להתכחש לעובדת האובדן. קיים חיפוש מתמשך אחרי הנפטר ואחרי דברים אשר קשורים לנפטר. הזיכרון אודות הנפטר חזק ולעתים קיימת תחושה שהנפטר נמצא בקרבה. חיפוש עקר זה מלווה בתחושות חרדה, תסכול ואכזבה ומוביל להפנמת עובדת האובדן. השלב שלישי מאופיין ביגון חריף, חוסר ארגון ויאווש. עם הפנמת קיומו של האובדן המוחלט, מתחילים לעטוף את האבלים תחושות ורגשות של עצבות עצומה, בדידות, כעס, רגשות אשמה, קושי בריכוז ובהתארגנות, ותחושה מתמדת של תשישות ולאווה. אבלים רבים מוצאים עצמם דשים שוב ושוב בנסיבות שהביאו למותו של יקרם ובנסיבות לבדוק

תיאוריית הקשרים המתמשכים

Silverman & Klass²² פיתחו את תיאוריית הקשרים המתמשכים שגורסת כי ממשיכים להתקיים קשר ומעורבות של האבל עם דמות האדם המת. מקומם של אנשים יקרים בחיינו הוא חזק ומופנם בעולמנו הפנימי. באופן כזה, גם במצב שהם לא עימנו במובן הפיזי, הם עדיין בעלי נוכחות והשפעה על חיינו. האסכולה ההבנייתית (Constructivism) שמחזיקה בתפישת הקשרים המתמשכים, רואה בתהליך האבל כדרך להבניה מחודשת של משמעות. אסכולה זו דוגלת בתפישת כי האדם מעניק משמעות ייחודית לחייו בהסתמך על תרבותו, משפחתו ואישיותו. אובדן בעקבות מוות יוצר שבר במשמעותו בהן החזיק האבל טרם האובדן. בהתאם להשקפה זו, תהליך האבל מורכב מהבניה ובנייה מחדש של משמעות, ובכללה שינוי והמרת המשמעויות והרגשות המקושרים ליחסים עם המת.

מטרת שינוי המשמעויות היא לאפשר המשך קיומו של קשר בין השכול לקרוב המת.²³ יצירת המשמעויות החדשות היא תהליך אישי, דינמי, אקטיבי, מתמשך, תמידי ומשתנה של הסתגלות, ארגון מחדש, שינוי בתפישת העצמית ובתפישת האחרים ושינוי ברמת הנוחות שחשים עם הזכרונות והקשר למת. אין מדובר בתהליך עם נקודת סיום ותוצאת החלמה, כי אם בתהליך הנמשך לאורך כל חייו של השכול. עם זאת, תהליך האבל עשוי להוביל לתחושה של סגירה ושלמות נפש. עוצמת הרגשות עשויה להתמעט עם חלוף הזמן וההתכוונות הפנימית של השכול, ולהתמקד יותר בהתבוננות קדימה לעתיד ופחות בעבר.^{18,24,22} מזהים מספר הנחות המסייעות בהבנת משמעות אישית שיוצר האדם בעקבות אובדן: 1. המוות הוא אירוע שיכול לחזק או להחליש מבני משמעות של הפרט. 2. אבל הוא תהליך אישי, פרטי, שמקבל פירושו ומשמעות על ידי האדם עצמו. האובדן מביא את הפרט לבחינת מבני המשמעות ובהתאם לכך, לארגן מחדש את זהותו ומבני המשמעות שלו. 3. בתהליך האבל, המתאבל לוקח חלק פעיל בבחירת דרכי התמודדותו, צורת התאבלותו והתייחסותו לאובדן. 4. תהליך האבל הוא תהליך של הבניה מחודשת של עולם המשמעות הפנימי. בעקבות הפגיה עם המוות, האדם צריך לבדוק מחדש את תוקפם של מבני המשמעות שהחזיק טרם האובדן, לשמר מבנים שעדיין תקפים או

מה השתבש וכיצד היה ניתן לפעול אחרת. ככל שחולף הזמן, עוצמת ותדירות היגון העז הולכת ופוחתת.

השלב רביעי מאופיין בהתארגנות מחדש. מאמצי ההתקשרות של השכול עם המת דועכים ומתחילה התארגנות מחודשת של העצמי. השכול עובר מהשאלה של "למה זה קרה לי?" לשאלה "איך אחיה עם האובדן?". השורד מסתגל לשינויים שחלו ומתחיל להשקיע ביצירת מערכות יחסים חדשות, הגברת העניין בעולם ובמתרחש, נכונות לחשוב ולתכנן את העתיד.

בהתאם לתיאוריה זו מציג Worden²¹ ארבע משימות שעל המתאבל לבצע על מנת להשלים את תהליך האבל:

המשימה ראשונה – קבלת המציאות וההבנה כי האיחוד עם הנפטר הוא בלתי אפשרי, לשם כך נדרש זמן עיבוד נפשי וקוגניטיבי של האבל. מנהגי האבלות השונים יכולים ועוזרים בנקודת זמן זו. **המשימה השנייה** – לחוות את הכאב שבאבלות. לא ניתן לאבד משהו קרוב ללא חוויית הכאב. התעלמות וצמצום הכאב יכולות להאריך או לדחות את תהליך האבל. הריפוי הוא דרך הכאב. Bowlby¹⁷ טוען שמי שלא מבטא וחש את הכאב סופו שיהיה מדוכא. חוויית הכאב ועוצמתה משתנה מאדם לאדם. עוצמת הכאב פוחתת במהלך אבל בריא.

המשימה השלישית – להסתגל לסביבת הנפטר, לזהות אילו תפקידים היו לנפטר ולהבין שהוא לא ימלא אותם יותר. השורד נדרש בשלב זה למלא חלק מהתפקידים של הנפטר.

המשימה הרביעית – למקם רגשית מחדש את הנפטר. להבין כי הנפטר לא נשכח ושהאבל מצא מקום מתאים לנפטר בחייו הרגשיים. השכול יכול לחשוב על הנפטר בעצבות אבל לא באותן עוצמת רגשות וכאב שחש בעבר. לאחר סיום שלב זה, האבל יכול להתחיל להשקיע בחיים. בהתייחס לתיאוריית השלבים, נשאלה פעמים רבות השאלה "מה משכו של תהליך האבל ומתי הוא מסתיים?".

לטענת Worden²¹, התשובה לכך היא לא חד משמעית, כיוון שאין גבולות זמן מוגדרים. עם זאת, מרבית האנשים האבלים, לטענתו, מדווחים כי השנה הראשונה היא הקשה ביותר ולאחר מכן במהלך השנה השנייה מתחיל בהדרגה תהליך של התחדשות והתארגנות מחודשת. הסימנים שתהליך האבל התנהל כשורה ומתקרב לסופו מתבטאים, בדרך כלל, כשהאבל מתחיל לגלות עניין מחודש בחיים, מרגיש תקווה, מאמץ תפקידים חדשים ומתחיל להרגיש שביעות רצון וסיפוק.

לבנות מבני משמעות חדשים, וזאת על מנת להשיב את האיזון לחייו של המתאבל. 5. מגוון התגובות הרגשיות שעולות בקרב מתאבלים הן בעלות ערך הסתגלותי ובעלות משמעות סמלית עבור המתאבל. לפיכך, אין לתייג ולראות בתגובה מסוימת כפתולוגית.

מודל דו מסלולי – מודל נוסף להמשגת תהליך האבל מהפרספקטיבה של קשרים מתמשכים פותח על ידי רובין שמשון ונקרא ה"מודל הדו מסלולי המאוזן לאבל". מודל זה מציג את תהליך האבל כנע על שני מסלולים מקבילים. מסלול אחד מתייחס להיבט התפקודי של השכול - רמת תפקודו, קשיי תפקודו וסימפטומים של האבל כתגובה לאובדן. מסלול שני עוסק בהתייחסות הפנימית של השכול לאדם שאבד לו - העיסוק הפנימי עם הנפטר ועם כאב השכול, אופי הקשרים לייצוגיו של הנפטר, מידת ההשפעה של האובדן על תפישת העצמי¹⁸ (Rubin).

לסיכום, "תיאוריית הקשרים המתמשכים" גורסת כי הקשר עם האדם המת ממשיך להתקיים במהלך כל חייו של האדם השכול שלבי האבל כפי שהוצגו בעבר יכולים להתרחש אצל השכולים, אך אלה קיימים בתור מצבים זמניים אצל חלק מהשכולים. קיימת ההבנה כי יש מגוון רחב ולגיטימי של תגובות אבל שונות, ואלו נבראות על ידי האבל באופן הייחודי לו. תגובות האבל השונות יעבירו את האבל דרך מסכת חוויית ורגשות עד שיאפשרו היווצרות שינוי משקל חדש עם הנפטר.²⁵ על פי הגדרת ארגון הבריאות העולמי, הצוות הרב מקצועי המעניק טיפול פליאטיבי, אמון על הצעת מערכת תמיכה למשפחה בזמן החולי והן בזמן האבל שלאחר הפטירה, וזאת על מנת לשפר את איכות חייהם של החולה וקרוביו.¹

מטרה ויעדי התערבות לאחר המוות

לאחר אובדן גדול ומשמעותי כדוגמת אובדן בן זוג או ילד, עד כשליש מהאנשים שהושפעו באופן ישיר מהאובדן סובלים מהשפעות מזיקות על בריאותם או בריאותם הנפשית, או שניהם יחדיו²⁶. תגובה שכיחה זו מביאה במקרים רבים את האבלים לפנייה בבקשת עזרה ממערכת תמיכה מוכרת ונטולת סטיגמות חברתיות, כדוגמת מערכת הבריאות - המרפאה



מודעה



הצוות הרב מקצועי מגיעים לקצם בסמוך לפטירתו של החולה, כך שלא מתקיים תהליך של ליווי המשפחה במהלך התקופה הראשונית של האבל. הכנסת הטיפול הפליאטיבי כפי שהוגדר על ידי ארגון הבריאות העולמי, לסל הבריאות, תאפשר מתן מענה הולם ומקיף לבני המשפחה הן בתקופת החולי והן בתקופת השכול.

דר' גילי פלג, עובדת סוציאלית בשירות בריאות כללית, יחידת שקד (יל"ט). מרצה במכללת עמק יזרעאל, מרצה בקורס הפליאטיבי הארצי.

לרגשותיו ולמצוקותיו של האבל באופן מכיל וללא שיפוטיות. השני, נרמול ומתן לגיטימציה לתחושותיו ותגובותיו של האבל. השלישי, עידוד פנייה של האבל לקבוצות ופורומים של תמיכה (קבוצות תמיכה, פורומים באינטרנט וכדומה), והרביעי, הפניה ליעוץ נפשי מקצועי במקרה הצורך (כדוגמת עובד סוציאלי, פסיכולוג).

בארץ, טרם הוכלל והוגדר הטיפול הפליאטיבי בסל השירותים ולכן קיימת עמימות במערכת הבריאות באשר לסטנדרטים לטיפול בזמן החולי בכלל, וליווי המשפחה לאחר הפטירה בפרט. המצב בפועל הוא שמרבית הטיפולים של

הקהילתית. במקרים רבים, המטפלים המקצועיים שליוו את החולה והמשפחה בזמן החולי נתפשים ככתובת מתאימה ובטוחה עבור הקרובים הזקוקים לתמיכה בתהליך האבל. כניסת הצוות המטפל לאחר הפטירה, כמו גם יצירת קשר יזומה בהמשך על ידי הצוות ו/או השארת פתח למשפחה ליצירת קשר מטעמם, יש בה תרומה חיובית משמעותית לאבלים.²⁷ הטיפול הפליאטיבי, השואף לשפר את איכות חייהם של בני משפחת החולה גם בתקופה שלאחר הפטירה, הציב לעצמו מספר יעדי התערבות: הראשון, הקשבה

רשימה ביבליוגרפית

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

1. World Health Organization (W.H.O.). (2002). Definition of palliative care. Retrieved November 3, 2005 from the World Wide Web: [http://HYPERLINK \"http://www.who.int/cancer/palliative/en\"](http://HYPERLINK \)

2. שייר, ר. וציבולסקי, א. (1998). אבל מטרים של בני המשפחה בהתמודדות עם מחלת סרטן סופנית. במה, 10, 16-20.

3. Zeitlin, S.V. (2001). Grief and bereavement. Primary Care: Clinics in Office Practice, 28(2), 415-425.

4. Kristjanson, L., Sloan, J., Dudgeon, D. Adaskin, E. (1996). Family members' perceptions of palliative cancer care: Predictors of family functioning and family members' health. Journal Palliat Care, 12(4), 10-20.

5. Rose, L.E. (1996). Families of psychiatric patients: A Critical review and future research directions. Arch Psych Nurs, 10(2), 67-76.

6. Stetz, K., Hansen, W. (1992). Alterations in perceptions of caregiving demands in advanced cancer during and after the experience. Hosp Journal, 8(3), 21-34.

7. Hileman, J. & Lackey, N. (1990). Self identified needs of patients with cancer at home and their home caregivers: A Descriptive study. Oncol Nurs Forum 17(6), 907-913.

8. Yates, P. (1999). Family coping: issues and challenges for cancer nursing. Cancer Nurs, 22(1), 63-71.

9. Grbich, C., Parker, D. & Maddocks, I. (2001). The emotions and coping strategies of caregivers

of family members with terminal cancer. Journal of Palliative Care, 17(1), 30-37.

10. Steele R. & Fitch, M. (1996). Needs of family caregivers of patients receiving home hospice care for cancer. Oncol Nurs Forum, 23(5), 823-828.

11. Rubin, S. (1999). The Two Track Model of bereavement: Overview, retrospect, and prospect. Death Studies, 23, 681-714.

12. Doombus, M.M. (1996). The strengths of families coping with serious mental illness. Arch Psychiatr Nurs, 10(4), 214-220.

13. Hull, M. (1992). Coping strategies of family caregivers in hospice homecare. Oncol Nurs Forum, 19(8), 1170-1187.

14. Rando, T.A. (2000). The six dimensions of anticipatory mourning. In: T.A. Rando(Ed.), Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice 15. Lamers, W.M. (2000). Grief in dying persons. In: T.A. Rando(Ed.), Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with dying, their loved ones, and their caregivers. Champaign, IL, Research Press.

15. Worden, J. W. (2000). Towards an appropriate death. In: T.A. Rando(Ed.), Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with dying, their loved ones, and their caregivers (pp.601). Champaign, IL, US Research Press.

16. Byock, I.R. (1996). The nature of suffering and the nature of opportunity at end of life. Clin Geriatric Med, 12, 2-10.

17. Bowlby, J. (1960). Processes of mourning. The International Journal of Psychoanalysis, 42, 317-340.

18. Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss: Sadness and depression. Vol. 3. New-York: Basic Books.

19. Parkes, C.M. (1972). Bereavement: Studies of grief in adult life. New-York: International

Universities Press.

20. Parkes, C.M. (1998). Coping with loss: Bereavement in adult life. BMJ, 316 (7134), 856-864.

21. Worden, J. W. (1991). Grief counseling and grief therapy: A Handbook for the mental health practitioner, second edition. London: Springer Publishing Company.

22. Silverman, P.R. & Klass, D. (1996). What's the problem? In: D. Klass, P.R. Silverman & S.L. Nickman, (Eds.), Continuing bonds: New understanding of grief (pp. 3-27). Washington, D.C. : Taylor & Francis.

23. Hagman, G. (2001). Beyond decathexis: Toward a new psychoanalytic understanding and treatment of mourning. In: R.A. Neimeyer, (Ed.), Meaning Reconstruction & the experience of loss, (pp. 13-31). Washinton D.C.: American Psychological Association.

24. Neimeyer, R.A., Keese, N.J. & Fotner, B.V. (2000). Loss and meaning reconstruction : Propositions and procedures. In: R. Malkinson, S.S. Rubin & E. Witztum (Eds.), Traumatic and non traumatic loss and bereavement (pp. 197-230). Madison, Conn.: Psychological Press.

25. יוצטום, א. (2004). נפש, אבל ושכול. (עמ' 81-88). ישראל: משרד הבטחון – ההוצאה לאור.

26. Jacobs. S. (1993). Pathologic grief: Maladaptation to loss. Washington DC: American Psychiatric Press.

27. Kissane, D.W. (2004). Bereavement. In: D.D. Obe, G. Hanks, N.I. Cherny & S.K. Calman (Eds.), Oxford textbook of Palliative medicine, third edition (pp.1137-1151). New York: Oxford University Press.

in working with dying, their loved ones, and their caregivers. Champaign, IL, Research Press.