



دليل للممارسة الجيدة والإدارة الحسنة في المراكز التي تعنى بالصدمات

الجوانب الهيكلية المتعلقة بالضغط المتصل العمل - الرعاية لمقدمي الرعاية

كريستيان بروس
أيلول/سبتمبر 2011

دليل للممارسة الجيدة والإدارة الحسنة في المراكز التي تعنى بالصدّات: الجوانب الهيكلية المتعلقة بالضغط
المتصل العمل - الرعاية لمقدمي الرعاية
كريستيان بروس ، أيلول/سبتمبر 2011

©2011 المجلس الدولي لإعادة تأهيل ضحايا التعذيب (IRCT)

إنّ المجلس الدولي لإعادة تأهيل ضحايا التعذيب هو منظمة مستقلة، دولية تعنى في مجال الصحة، تعزز وتدعم إعادة تأهيل ضحايا التعذيب، وتعمل على الوقاية من التعذيب في جميع أنحاء العالم. وتتمثل رؤية المجلس الدولي لإعادة تأهيل ضحايا التعذيب في تحقيق عالم يقدر ويتقبل المسؤولية المشتركة للقضاء على التعذيب. إنّ الآراء التي أعرب عنها هنا هي آراء المؤلف ولا يمكن اتخاذها في أي حال من الأحوال على أنّها تعبّر عن الرأي الرسمي للمجلس الدولي لإعادة تأهيل ضحايا التعذيب.

بورغراد 13

ص.ب. 9049

كوبنهاغن 1022

دانمارك

هاتف: +45 3376 0600

فاكس: +45 3376 0500

بريد الكتروني: irct@irct.org

موقع الكتروني: www.irct.org

دليل للممارسة الجيدة والإدارة الحسنة في المراكز التي تعنى بالخدمات

الجوانب الهيكلية المتعلقة بالضغط المتصل العمل - الرعاية لمقدمي الرعاية

كريستيان بروس
أيلول/سبتمبر 2011

الفهرس

5	مقدمة
6	الجزء الأول: الممارسات الجيدة
6	١- مؤهلات مقدمي الرعاية
7	٢ مؤهلات القادة
8	٣ فلسفة العلاج، بيئة الشفاء و تعاون الفريق
9	٤ المسائل التنظيمية
10	٥ مجلس الإدارة والمدير
10	٦ الرعاية لمقدمي الرعاية
11	٧- الإشراف
13	الجزء الثاني- الإجهاد المتصل بالعمل في "مراكز الصدمات"
13	١- مقدمة
14	٢- ثقافة مراكز الصدمات والمشاكل الهيكلية
15	٣- الصدمة لدى مقدم الرعاية -الموارد والمخاطر
16	٤- إعادة إحياء الصدمة
16	٥- الوقاية من الضغط الناتج عن العمل
18	٦- المعايير الهيكلية
18	٧- ملاحظات ختامية
20	المراجع

المقدمة

تعتبر الصدمات النفسية حقل جديد إلى حد ما. في السنوات العشرين الماضية، ظهر العديد من مراكز الصدمات من جميع أنحاء العالم. وقد بنيت معظمها بعيداً عن الهياكل التقليدية لأماكن لرعاية الصحية كالمنظمات الشعبية مثلاً. وفي خلال السنوات التأسيسية، شرع جميع المشاركين للبدء ببناء المنظمة مع كثير من المثالية والحماس. ول سوء الحظ، في ظل الحماس في المرحلة الريادية كثيراً ما تهمل القضايا الهيكلية. فالأساسيات التي تعتمد عليها مؤسسات الرعاية الصحية العادية كمدى كادت أن تكون مفقودة في غالبية الوقت مناقشة الحالات مثلاً، وحفظ السجلات، وساعات العمل الثابتة، وجدول خدمة يظهر من يفعل ماذا وفي أي وقت، وإدارة الوقت، وإيجاد قنوات ثابتة لتبادل المعلومات، وإجراء دورات تدريبية داخلية مستمرة بشكل دوري، وإنشاء نظام أساسي وقواعد داخلية للإجراءات، وتوصيف الوظائف، وتقييمات الإدارة العادية للموظفين، وتحديد الشخص القائد، وإدارة تدريب القيادات، والشفافية في صنع القرار. كل شخص يقوم بعمله على قدر ما يمكنه، ولكن غياب هذه الأساسيات يمكن أن تسبب الكثير من الاحتكاك، ومضاعفة العمل، والتوهان، والالتباس والإحباط.

يتناول الجزء الأول من هذا الدليل المكونات الأساسية لمؤسسة صحية تدعم الناجين من التعذيب والعنف السياسي ويتضمن التالي: مؤهلات مقدمي الرعاية واختيارهم، ومؤهلات القادة، والفلسفة العلاجية ومدى تعاون الفريق، والقضايا التنظيمية، ودور مجلس الإدارة، والرعاية لمقدمي الرعاية، والإشراف. وتتمثل المكونات الأساسية بالشفافية، واتخاذ إجراءات سليمة، وحسن الإدارة، والموظفين ما يؤثر إيجاباً ليس على نوعية العمل فحسب، بل على المستفيدين أيضاً، وهذه هي مهمة المراكز الرئيسية. ويرد في الجزء الثاني تحليلاً علمياً أكثر تعمقاً حول الطرق التي تجعل من المسائل التنظيمية والعلاجية والشخصية مصادر للعمل متصلة بالضغط. ويأخذ هذا الدليل في الاعتبار نتائج الدراسات العلمية، ويستند إلى تجربة الكاتب كمقدم للرعاية، ومدير مركز، وعضو اللجنة التنفيذية في المجلس الدولي لإعادة تأهيل ضحايا التعذيب، ومشرف طبي ومستشار تنظيمي.

وقد تمّ استخدام الضمير "هو" في هذا المستند من أجل سهولة القراءة لكلا الجنسين.

وأنا مدين بالشكر الجزيل إلى مونيكا بريندلير، بورييس دروزديك، تون هانس، ليلا هاردي، يوهان لانسين، إيفالينا كليفيك وميتشيلد وينك-أنسون لإبداء تعليقاتهم بالإضافة إلى جون دوشيرتي لقيامه بالتحريير.

١ - مؤهلات مقدمي الرعاية

يشكل التعاطف والتضامن مع ضحايا التعذيب افتراض حيوي في هذا العمل. فالأشخاص الذين يبحثون عن وظيفة لكسب العيش ولا يتمتعون بالتفاني والاندفاع من القلب هم غير مناسبين لهذا النوع من العمل، كما لا يعتبر أصحاب القلب الرقيق والحساس مؤهلين بحد ذاتهم لهذا العمل أيضاً. قد قام العديد من الناجين من التعذيب ببناء مراكز لضحايا التعذيب. فمن الطبيعي، ولدوافع إنسانية، أن يقدم أولئك الذين عانوا من التعذيب المساعدة لزملائهم الضحايا. فتجربتهم الشخصية هي الحافز القوي والقوة الدافعة لهذا العمل. لديهم حساسية خاصة، وفهم عميق لزياباتهم الذين كثيراً ما يشكون من جهل الأشخاص العاديين وعدم تعاطفهم معهم. من ناحية أخرى، إن مقدمي الرعاية الناجين من التعذيب قد يقعون في شرك الغرق والإنغماس مع الزبائن، الأمر الذي يؤدي إلى فقدان الموضوعية المهنية وبالتالي نقل الصدمة للزبائن والزملاء. ولا يمكن أن يخفف هذا الخطر إلا إذا قاموا خلال عملهم بنوع من الوعي الذاتي في خلال التدريب العلاجي، فقد يصبحون قادرين على أن يناووا بأنفسهم عن صدمات زبائنهم النفسية. هناك نقص في الأخصائيين النفسيين في العديد من المراكز. ويقوم الكثير من المتطوعين والأشخاص غير المحترفين بمعظم الأعمال العلاجية. فبعض الموظفين قد تلقوا تدريباً طبياً، وليس نفسياً، ولكن، هناك طرق بسيطة وسهلة التعلم للعلاج النفسي تشمل (1) الوعي الذاتي في مناهجه التدريبية: مثل التحليل التصالحي (2) والعلاج الحيوي (3) والعلاج الديناميكي وفقاً لهورويتز. تقوم معظم أساليب وتقنيات العلاج النفسي أساساً على الطريقة الغربية الموجهة ولها أن تتكيف مع ثقافة وسياق ومستوى التعليم لدى مقدمي الرعاية والزبائن - على سبيل المثال: المعالجة على طريقة التعرض الروائي (4) والعمل النفسي التبروي (5). في البلدان التي توجد فيها مراكز، قد تكون الأساليب العلاجية تقليدية كالعلاج في تقديم شهادة، والذي طوّرتة الشيلي خلال حقبة الديكتاتورية (6،7)، العلاج من خلال رواية القصص الذي تم تطويره عند الثقافات الشرقية (8)، أو أساليب الشفاء التقليدية الأخرى (9)، وقد أثبت نهج العلاج الجماعي فعاليته من بين غيره (10،12). لا يتطلب التدريب العلاجي بالضرورة شهادة علمية في الطب أو في علم النفس. فيمكن أن نتعلمه من خلال الأشخاص ذوي الخلفيات المهنية الأخرى مثل الأخصائيين الاجتماعيين والمرضات وأخصائيي العلاج الطبيعي والمعلمين.

من الصعب - إذا لم نقل من المستحيل - بعد مقابلة واحدة معرفة ما إذا كان مقدم الطلب مؤهلاً لهذا العمل ومناسباً. فليس بالضرورة أن تظهر لكم أفضل الشهادات، وإفادات الدورات التدريبية، والمسيرة المهنية المتسمة بالكمال، ما إذا كان هذا الشخص هو مقدم رعاية جيد. ولذلك ينبغي أن لا تقل فترة الاختبار عن نصف عام ويكون ذلك جزءاً من عقد العمل.

إنّ أئمن وأقوى وأهم أداة عمل لمقدم الرعاية/المعالج هي شخصيته، إذ إنها تعتبر بمثابة قدوة للزبون، ولأن العلاقة العلاجية أولاً وقبل كل شيء هي علاقة بشرية. إلى جانب المهارات المهنية والخبرة، من المهم أن ننظر في شخصيته لنرى ما إذا كان طيب القلب، حساساً، متعاطفاً، صلباً، ومتوازناً، وما إذا كان لديه موارد في حياته الشخصية، حياة طبيعية خارج العمل، روح دعابة، قدرة على الراحة والاسترخاء، وإذا كان يقدر السعادة. غالباً ما يتمكن المدمنون على العمل، والمتعصبون والترجسيون الذين تتمحور حياتهم حول العمل ويحتاجون إلى ذلك لتغذية غرورهم الكبير، من إعجاب أقرانهم بتفان هائل وتحقيق إنجازات في مجال التأييد والسياسة، إلا أنهم يثبتون بأنهم ليسوا من مقدمي الرعاية الجيدين، وتعود أحد الأسباب إلى أنهم لا يعتنون بأنفسهم جيداً.

وينبغي اعتماد التدقيق عند تجنيد المتطوعين. إن حسن النية لدى المتطوعين الذين هم على استعداد للعمل بلا مقابل هو أمر جيد. ولكن، هل سيشكل قيمة مضافة إلى المنظمة؟ ما هي المهارات التي يمتلكها؟ هل هو متجانس مع الفريق؟ ففي بعض الأحيان، يمكن أن يشكل المتطوعون عبئاً على المنظمة أكثر من أن يكونوا مكسباً لها. كما يجب أن يحصل المتطوعون أيضاً على عقد يتم فيه تحديد واجباتهم.

من الشائع في بعض الثقافات إدخال أفراد الأسرة والأصدقاء في بعض المواقع لأنهم من الأسرة. يمكن لهذا الأمر أن ينجح إذا كانوا مؤهلين شرعياً للمهمة، ولا يستفيدون فحسب من هذه القرابة ليعملوا. ومع ذلك، غالباً ما ينطوي الأمر على خطر المحسوبية والفساد، كما يمكن أن يضر بروح الفريق ودافع العمل عندما، على سبيل المثال، يحصل موظف غير مؤهل للعمل على موقع معين لأنه قريب للمدير. يجب على المدير أن يكون عادلاً وأن يعامل الجميع على قدم المساواة، ووضعاً نصب عينيه أن مسؤولية المركز الأولى هي تقديم الرعاية الملائمة للناجين. في هذه الحالة

الافتراضية المغلوطة، أي عندما لا يعمل أحد الأقرباء بصورة صحيحة، سيتم تقييد المدير وسيكون في موقف حرج من الولاء المزدوج.

٢ - مؤهلات القادة

قليلون جداً من يولدون قادة. وعادة ما لا يملك المهارات الإدارية الأشخاص الذين يعملون في مجال الصحة وحقوق الإنسان، ولكن يمكن أن يتم تعلم الأمر من خلال تدريب خاص. يحتاج المركز الذي يعنى بالصددمات الى قيادة مخولة لهذا العمل. وينبغي أن يكون هناك مدير مسؤول عن خدمات الزبائن، ومدير إداري مسؤول عن الشؤون المالية والمسائل التنظيمية. تتطلب القيادة بعض الخصائص الأولية مثل مواهب الاستماع، والتواضع، ومستوى من الصلابة، والنضج، وتجربة الحياة، والاستقرار، والثبات والثقة بالنفس والحكمة. هذه الخصائص جميعها تشبه الأب والأم، وبالتالي، فإن نمط القيادة ينبغي أن يتبع مبدأ الأبوة الصالحة. إن قيادة مركز الصدمات النفسية يمثل تحدياً خاصاً لأنه يسلب الضوء على كل طاقة سلبية ومدمرة تأتي مع هذا العمل، ويتوجب على القائد احتواءها. إن القائد الجيد هو الذي يلعب دوره من دون طمس التسلسل الهرمي الوظيفي، وهو الذي يكون على استعداد لتحمل انعكاسات "المدير السيء" عند اتخاذ القرارات غير المستحبة. كما يجب عليه في الوقت نفسه أن يشجع الأفكار الإبداعية والمبادرات لدى الموظفين، وأن يسمح للآخرين بالنمو والإزدهار بدلاً من رؤيتهم كمنافسين، وأن لا يسيء استخدام سلطته، وأن يعمل بشفافية تجاه الموظفين ويكون مسؤولاً أمام مجلس الإدارة. ويتوجب على القائد أيضاً رصد أداء الموظفين وأن يقوم بتقييمات منتظمة معهم، كما ينبغي أن يعزز ويتبنى على عملهم، وأن يكون قادراً أيضاً على القول للشخص غير المؤهل أن يخضع لدورات تدريبية إضافية أو أن يبحث عن وظيفة أخرى. لكن، من المستحيل أن يتحمل لوحده هذه التحديات والمسؤوليات جميعها، فعبارة "وحيد في الأعلى" غالباً ما تتردد على مسمعنا، وهي شكوى مشتركة بين القادة. في الواقع، لا يمكن للقائد أن يتقاسم المشاكل المرتبطة بدوره مع الموظفين، ولا أن يكون محبوب الجميع، وأن يكون كبير القلب دائماً كما يتوقع منه الجميع، وأن يفهم مشاكلهم وشكواهم. فهو لديه حدوده مثل كل إنسان، وعليه أن يحترم هذه الحدود، وبالتالي فإنه يحتاج الى التبادل مع أقرانه والتشاور مع القادة الآخرين والتدريب بشكل منتظم على يد مدرب قيادي خارجي مستقل.

يشكل القائد نموذجاً مهماً لفريق مقدمي الرعاية، وكذلك للزبائن. فالقائد غير المنضبط والفوضوي يشجع على الفوضى والإرتباك بين الموظفين. أما القائد العصبي والذي لا يستطيع السيطرة على غضبه فهو ينشر الخوف والترهيب بدلاً من احتوائه. لن يشجع القائد المدمر على العمل والذي يضحي بنفسه في سبيل العمل ولا يهتم بنفسه جيداً على تقديم الرعاية لمقدمي الرعاية في أوساط الموظفين، انظر على سبيل المثال كينيس دي فريس (13). كما يجب أن يكون القائد أيضاً بمثابة الوسيط لحل النزاعات، فإذا كان جزءاً من المشكلة، يجب على مجلس الإدارة أو أي وسيط خارجي أن يأخذ هذا الدور.

٣ - فلسفة العلاج وبيئة الشفاء وتعاون الفريق

ينبغي أن يكون هناك اتفاق على إجراءات القبول وفلسفة المعالجة المشتركة كإنشاء مجموعة من الأدوات التشخيصية الموحدة مثل إستبيانات الصدمة مثلاً، وهي صيغة لأخذ السجلات الطبية والنفسية والأسرية والاجتماعية وتاريخ الصدمة؛ وتطبيق اتفاق بشأن ماهية التدخلات بحسب أوضاع الحالات، والاحتفاظ بالسجلات الطبية والعلاجية بدقة. كما ينبغي مناقشة موضوع القبول الجديد والعملية العلاجية للزبائن في خلال المناقشات العادية الأسبوعية للحالات المتعددة. ويمكن القيام بذلك كالذهاب في جولة في جناح المستشفى حيث يتواجد كافة الزبائن / المرضى دائماً، أو أنه يمكن أن يتم ذلك بأسلوب شبيه بالمؤتمر حيث يتم التركيز على عدد قليل من الحالات -- على سبيل المثال الأكثر صعوبة أو العاجلة -- ليتم مناقشتها في العمق. وينبغي أن تتضمن موضوعات المؤتمر مفهوم الحالة التي يتم مناقشتها، ونتائج التشخيص، والوضع الاجتماعي، والضغوطات والموارد الممكنة، ومناقشة أساليب العلاج مثل التدخل عند الأزمات، وتقديم المشورة، وتحديد مدة العلاج (قصير أو طويل الأمد)، والعلاج الاجتماعي والنفسي والطبيعي، والعلاج الجماعي، و التدخلات مع الأسرة أو المجتمع (14، 15). وعلاوة على ذلك، ينبغي أن تناقش عدد الدورات الإستكشافية للمريض الجديد، والتقييمات الدورية للعملية العلاجية والنهائية المتوقعة للعلاج. وغالباً ما تكون الاحتياجات الاجتماعية والوجودية الأكثر إلحاحاً لدى الناجين من التعذيب. إذ، إن الدعم الاجتماعي في العثور على وظيفة، ومسكن، وعلاقات اجتماعية، والحصول على حق اللجوء في البلد المضيف وحق الأولاد بالذهاب الى الحضانه والتعلم في المدارس، والتعليم النفسي، والاستقرار، وبناء الثقة وما إلى ذلك قد تكون له الأولوية ويكون مناسباً أكثر في البداية من التركيز على معالجة الصدمة. ومع ذلك، ينبغي الجمع بين هذه الأنشطة والتدخلات النفسية العلاجية الداعمة الأخرى.

وعادة ما يعمل عدة أشخاص مع زبون واحد: الطبيب، والطبيب النفسي، والأخصائي الاجتماعي، والممرضة، والمحامي، إلخ. و يجب أن يبقوا على تواصل مع بعضهم البعض لكي يطلعوا على آخر المستجدات؛ يجب أن تعرف اليد اليمنى ما تقوم به اليد اليسرى. ومن أجل ضمان تبادل المعلومات المناسبة ذات الصلة يجب حفظ السجلات، والتواصل بشكل مستمر ومنتظم فيما بين مقدمي الرعاية سواء أكان ذلك بطريقة رسمية أو غير رسمية. فعمل المجموعة هو أكثر فعالية وأكثر إفادة من العمل مع شخص واحد.

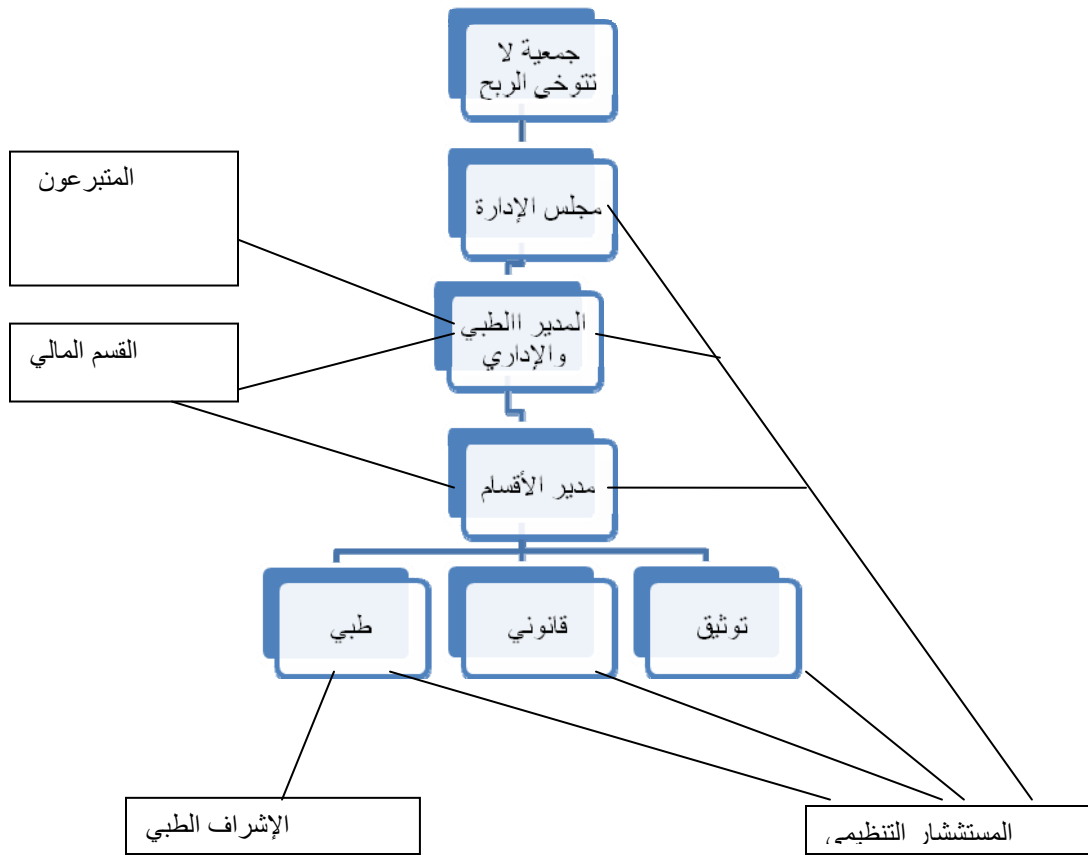
ينبغي أن يسود جو من الترحيب والود الشافي في داخل المركز. وعادة ما يكون المكان الرّث علامة على وجود نمط من الفوضى والإهمال في العمل. وأيضاً بواسطة الموارد والوسائل البسيطة، يمكن خلق بيئة مريحة للزبائن والموظفين كوضع لوحات على الحائط مثلاً، وتعليق ستائر بألوان ودية، وإبقاء الغرف مرتبة ونظيفة، ووضع ألعاب للأطفال في قاعة الاستقبال. وينطبق الأمر نفسه على نمط التواصل؛ فلا يتعلق الأمر بما تقوله بل بالطريقة التي تتكلم فيها مع الزبون. ويبدأ ذلك مع الشخص الذي يجيب على الهاتف والشخص الذي يستقبله في غرفة الاستقبال. هل يشعر الزبون بأنه موضع ترحيب أو مصدر ازعاج؟ وينطبق الشيء نفسه على اللهجة بين الموظفين : هل هناك ثقافة الاحترام المتبادل، والانتباه والتسامح أو ثقافة التنافس والحسد والمكائد؟ (16)

٤- الأمور التنظيمية:

غالباً ما تعتبر قواعد وإجراءات العمل مصدر إزعاج أو شر لا بد منه في المنظمات الرائدة، فهي تحمل وصمة البيروقراطية. فإذا كان شكلها وفقاً لاحتياجات ومهام المركز وتم إنشاؤها على أساس من التوافق، فإنها تجعل الحياة أسهل، توفر الوقت والطاقة، وتسهل التعاون والاتصال. يحدد النظام الأساسي أهداف المركز ومهامه والفئات المستهدفة. كما يحدد النظام الداخلي كيفية إنجازها من خلال العمل اليومي ويوضح بالتالي، على سبيل المثال، ساعات العمل اليومية، وجدول الخدمة، من يفعل ماذا وفي أي وقت، فضلاً عن بعض البنود المذكورة أعلاه مثل معايير حفظ السجلات، الخ. وينبغي صياغة التوصيف الوظيفي وإبرام عقد عمل لكل موظف، بغية توثيق مهامه بوضوح. ومن المفيد وضع هيكل تنظيمي للمركز (انظر الرسم ١) إذ إنه يسلط الضوء على التسلسل الهرمي، ويظهر من هو مسؤول أمام من، ومن الذي يقرر ماذا، وكيف ينبغي تقسيم العمل، ومن هو المسؤول عن ماذا، وما هي حدود القرار، وما هي قنوات المعلومات والتواصل. وينبغي أن تحدد مسؤوليات المتطوعين بوضوح وتتمايز عن مسؤوليات الموظفين الدائمين.

الرسم ١- مثال على مخطط تنظيمي

الهيكل التنظيمي للمركز



في بعض الثقافات، قد يكون من غير المألوف وضع الاتفاقات والقواعد كتابةً. وتكمن المشكلة في أن الاتفاقات الشفهية تميل إلى أن تكون منسية، أو قد يتذكرها البعض بشكل مختلف، بحيث لا أحد بعد حين يتذكر بالضبط ما تم الاتفاق عليه، وما من مؤشر للجوء إليه في حالة عدم الانضباط أو الخلاف حول انتهاك القواعد. وعلاوة على ذلك، قد تختلف إدارة الوقت عبر الثقافات، ويمكن التعامل مع أوقات الاجتماع وجدول مواعيد الجلسات بمرونة أكثر. ولكن غالباً ما يسبب هذا الأمر بالإحباط والخلافات. فعندما لا يمكن لفريق مقدمي الرعاية البدء في العمل بسبب انتظار المتأخرين ليخرجوا من اجتماع ما أو من مناقشة حالة، يسمى ذلك مضیعة للوقت والموارد (أي المال). بما أن

الأطباء غالبا ما يكونوا غير ملمين بمسائل الميزانية والمسائل الإدارية، يجب أن يوظف المركز مدير إداري أو -- إذا لم تتوفر الموارد -- على الأقل محاسبا.

٥- مجلس الإدارة والمدير

ينبغي أن يكون في المركز مجلس يمثل هيئة قانونية للمنظمة، سواء أكانت مؤسسة، أو جمعية خيرية أو جمعية لا تبغي الربح. وينبغي، بطريقة مثالية، أن يتألف المجلس من خبراء مستقلين من مختلف الخلفيات- الطبية، الأوساط الأكاديمية، القانونية، المالية، التجارية، السياسية، الفنية، والإعلامية إلخ، الذين عادة ما يعملون على أساس طوعي. وينبغي أن يكونوا أصحاب نفوذ، لهم مكانة في المجتمع، وبالتالي يمكنهم أن يوفرُوا بذلك الدعم المعنوي والسياسي للمركز. ولهذا الأمر أهمية كبرى خاصة في البلدان التي لديها نظام قمعي بحيث يمكن لأعضاء المجلس حماية المركز من تهديدات سلطات الدولة وإعتدائها. يجب ألا يمتلك أعضاء المجلس حصص في الشركة وذلك لتفادي تضارب المصالح، أي كي لا يتم المزج بين دور المدير أو الموظفين على اختلاف مستوياتهم، والذين يعملون في نفس الوقت لصالح المجلس. يحق للمجلس تعيين المدير وإقالته، مراقبة أداء الموظفين والمدير، الموافقة على الميزانية وضبط الإنفاق. كما يجب أيضاً أن يكون بمثابة وسيط في حالة النزاع إذا لم يتم معالجة الأمر على مستوى الموظفين والمدير. وتبين التجربة في العديد من المنظمات الرائدة، أن السبب في الفشل في التغلب على الاختلال والتوتر والنزاع يعود إلى وجود خلل في المجلس.

من غير المألوف وجود مجلس في بعض البلدان، ومن الصعب العثور على خبراء مستقلين يكونون على استعداد للنضحية بالوقت والطاقة لهذا النوع من الالتزام الطوعي. في هذه الحالة، يكون رب العمل، الذي يتمتع بالخبرة المهنية -- ويكون ربما من الخارج -- قادراً على دعم وحماية المنظمة.

٦- الرعاية لمقدمي الرعاية

غالبا ما أهملت هذه المسألة في السنوات التأسيسية للمراكز. فالعمل مع الناجين من التعذيب قد يسبب الإحترق الوظيفي والتعب الشديد. وتحتوي كثرة العمل ذات الصلة في الإجهاد على العناصر المبهمة الموصوفة أعلاه. وسيتم خفض الإجهاد لدى العاملين بنسبة عالية إذا تمّ العمل على معالجة المشاكل التنظيمية المذكورة أعلاه. ولكن أيضاً، يحتاج المرء، في منظمة صحية، إلى الموازنة بين تحديات هذا العمل الشاق، ففي كل فريق هناك خليط من العناصر البناءة والمدمرة. يجب أن تكون عين القادة وأقرانهم على الزملاء الذين يظهرون علامات الإفراط في العمل والإرهاق. فمن الضروري الحفاظ على حياة طبيعية خارج العمل وتعزيز هذا الأمر بحيث يمكن للمرء الاسترخاء والتجدد. ومن الضروري أيضاً حماية الحياة الخاصة، وإبعاد الأطفال والأسرة عن مواضيع متعلقة بالعمل الشاق والأعباء الثقيلة. كما يجب أن يدق ناقوس الخطر أمام زملاء العمل الذي يعملون لساعات متأخرة وخلال عطلات نهاية الأسبوع، والذين يأخذون العمل معهم إلى المنزل، ولا يأخذون عطلة كاملة، ويهملون الأصدقاء والعائلة والهوايات، والزملاء الذين لديهم هاجس العمل ولا يتوقفون أبداً عن الحديث عنه. فمن المهم ترتيب تسهيلات على المستوى التنظيمي، مثل أخذ استراحة من العمل مع الزبون أو أعمال المناصرة لفترة من الوقت، على سبيل المثال من خلال الإستفادة من "أيام الصحة النفسية"، والتفرغ، والقيام بأبحاث والتدريس والنشر، والمشاركة في التدريب المهني المستمر، والمناوبة في مجالات أخرى لبعض الوقت، أو خفض ساعات العمل إلى دوام جزئي. كل هذه الترتيبات تساهم في خلق المسافة والوقت اللازمين للمتابعة والتفكير.

عادة ما يكون لدى مقدمي الرعاية في حياتهم الخاصة، مجموعة كاملة من الموارد للرعاية الذاتية واستراتيجيات خاصة بالحماية يتوجب على القادة تشجيعها (انظر الجدول ٣). وتحدد "مؤسسة حقوق الإنسان في تركيا" أنّ أحد عوامل الإحترق الوظيفي هو عدم التمكن من إيجاد الوقت لخلق الصداقات الخارجية وعدم القدرة على تطوير هوية بعيداً عن العمل. كما توصي مقدمي الرعاية بالعمل بدوام جزئي والعناية الجيدة بأنفسهم، أي النوم بشكل جيد، إتباع نظام غذائي متوازن، المشاركة في الألعاب الرياضية، إستهلاك كمية أقل من الكافيين والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية. وتشجع أخيراً وليس آخراً على الإشراف المستمر، مما يساعد على تحديد واضح لدور مقدمي الرعاية مع الناجين من التعذيب ورصد عملية التماهي، والنقطة والنقطة المضادة (17).

الإشراف هو في الواقع عنصر أساسي من عناصر الرعاية الذاتية، فهو يساعد مقدمي الرعاية على عدم الغرق في العمل، وفقدان المسافة المهنية والوقوع في الشرك أيضاً. كما ينبغي أن ينص النظام الأساسي على تصميم برنامج الرعاية لمقدمي الرعاية يتطابق مع ثقافة الفريق واحتياجاته (18).

يجب أن يكون مقدمو الرعاية على بينة من حقيقة أنهم بمثابة قدوة لزملائهم. يسعى الناجون من التعذيب لاستعادة بعض الأوضاع الطبيعية في حياتهم، لتعزيز قدرتهم على الاحتفال، والضحك، والحب وإيجاد اللذة في الحياة بدلاً من البقاء في ظلام تجربتهم المؤلمة. إذا كان الجو في المركز جافاً، رمادياً، يفتقر إلى روح الدعابة، يمتنع فيه

الأخصائيين عن التمتع بحياة طبيعية، ويضحون بكل وقتهم وطاقاتهم للنضال ضد الشر، فإنّ ذلك لن يشجع المرضى على السعي لتخطي وضعهم.

٧- الإشراف

يعتبر الاستماع إلى حكايات عن التعذيب تحدي لا يمكن ولا يجب أن يتحملة مقدم الرعاية لوحده، بل يجب أن يتشاركه مع الآخرين كزملائه مثلاً بشكل يومي، ومن وقت لآخر مع مشرف خارجي. ويعتبر في الوقت الحاضر الإشراف السريري مقياساً في مجال الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية. ما هو الإشراف السريري؟ الإشراف بمعناه الأنجلو ساكسوني الأصلي يعني رصد المجموعات، ومتابعتها وتوجيهها وبترباط هذا الأمر مع وظيفة القائد. لا يكون المشرف السريري مديراً طبياً، ولا مديراً تنفيذياً، بل مستشار خارجي، وغالباً ما يكون معالجاً استشارياً صاحب خبرة، يقدم النصح والمساعدة لمقدمي الرعاية (الذين يتم الإشراف عليهم) لتحسين جودة أعمالهم. تسهل عملية الإشراف على تنمية الأشخاص والمنظمات إذ إنها تبحث عن الجوانب التفاعلية والتنظيمية الشخصية وتساعد على تحسين التواصل والتعاون لدى فريق مقدمي الرعاية. إنها انعكاس مشترك للمشاكل التي تنشأ أثناء العلاج والعمل الجماعي، وبحث مشترك عن الحلول، وليست بمادة تعليم أو تدريب للذين يتم الإشراف عليهم من قبل المشرف.

الإشراف الفردي

يتم ذلك بين المشرف والمشرف عليه، أو بين المشرف ومجموعة من الأشخاص مثل الأخصائي الاجتماعي والنفسي الذين يعملان مع الزبون نفسه حيث يعرض المشرف عليه الحالة والمشكلة التي يسعى إلى حلها من خلال مشورة المشرف. بالإضافة إلى الإشراف على الحالة، يمكن للمرء أيضاً توفير التدريب الفردي كوسيلة دعم جراء ضغوط العمل المتعلقة بالتنظيم والتطور المهني الشخصي.

الإشراف الجماعي على الحالة

إنّ الإشراف الجماعي هو الطريقة الأفضل لمقدمي الرعاية الذين يعملون بشكل مستقل عن بعضهم البعض، كالأطباء مثلاً، والطبيب النفسي، والمرضات، والعاملين الاجتماعيين، الذين يعملون مع عدة زبائن ويأتون من منظمات مختلفة. يجب أن تتألف المجموعة من ٤ إلى ٧ من مقدمي الرعاية، وهذا هو الحجم الأمثل للمجموعة. وتكمن الاستفادة من الإشراف الجماعي في تبادل الدعم بين المجموعة، مما يجعلها أقل اعتماداً على المشرف. كما أنها تسمح بتطبيق تقنيات متعددة الوظائف كلعاب الأدوار وتقنية المرآة. كما يمكن للمرء أيضاً تطبيق هذا النوع من الإشراف ضمن فريق.

الإشراف على الفريق

خلال الإشراف على الفريق، يقدم المشرف إستشارته لمجموعة من مقدمي الرعاية يعملون في مؤسسة واحدة أو يريدون العمل على مشاكل التواصل، والتعاون، والتوتر، والصراعات ضمن الفريق. وينصب العمل في هذه الحالة بشكل أقل على مناقشة الحالات ويميل أكثر للتطرق إلى العلاقات الشخصية بين أعضاء الفريق، ومناخ العمل، والتسلسلات الهرمية، والمنافسة، والتحالفات، والخلافات. يمكن لعملية الإشراف على الفريق أن تساعد على تطوير ثقافة خلاقة ومثمرة في حل النزاعات.

الإشراف التنظيمي

يتوجب على المدير في هذه الحالة توظيف مستشار للعمل مع الفريق وإدارة المسائل المتعلقة ببنية المنظمة وثقافتها، وأهدافها واستراتيجياتها وكذلك هويتها. وينصب التركيز على توضيح وتحسين تقسيم العمل، وإسناد المهام والإختصاصات والإجراءات المعمول بها وخطوط القرار والتواصل، تحديد تعريف واضح للتسلسلات الهرمية، وسلطة المدير، ومن يكون مسؤولاً عن من. إنّ المشاكل التي تطرح خلال الإشراف الجماعي أو الفردي كثيراً ما تتصل بمشاكل على الصعيد الهيكلي ويمكن حلها جزئياً عن طريق التغييرات التنظيمية بمساعدة الخبير الاستشاري المتخصص.

القواعد الأساسية للإشراف والتوجيه والتشاور

يجب أن يكون المشرف أخصائي خارجي مستقل، لا صلة شخصية له مع المشرف عليهم ولا يرتبط بالمنظمة كموظف دائم مثلاً. فهو لا يمكنه الحكم بطريقة مهنية ورصد المشاكل الناشئة والإجراءات خلال عملية الإشراف إلا إذا كان من الخارج. ولا يمكن للمدير أو لأي موظف على حد سواء أن يشرفوا على زملائهم الذين يجمعهم مع بعضهم البعض ارتباطاً وثيقاً، شخصياً ومهنيًا على السواء.

إنّ جميع القضايا التي تشارك خلال الإشراف تكون سرية للغاية، لأنها قد تمس بيانات الزبائن الطبية والنفسية الحساسة، فضلاً عن مشاكل مقدمو الرعاية الشخصية. ويتطلب الإشراف ثقة وقبول متبادلين بين المشرف والمشرف عليهم. لذلك، ينبغي في البداية أن تعقد دورات تدريبية، يقرر خلالها كلا الجانبين بحرية ما إذا كان يلائمهما الأمر، ويريدان أن يعملوا مع بعضهما البعض.

يتوجب على المشرف والمشرف عليهم أن يعاملوا بعضهم البعض بكل احترام واهتمام ويقدرّوا عمل بعضهم البعض. لا يتم التعبير عن الإقتراحات وعمليات النقد بطريقة إنتقاصية أو معاقبة، إذ ما من شيء "صحيح" أو "خاطئ" بالمطلق، فالهدف من ذلك هو تشاطر التفكير والتعلم. كما ينبغي إبرام عقد بين المنظمة والمشرف ينص على قواعد تواتر الإشراف ومدته، تفويض المشرف، وبدل أتعابه (19-20).

الجزء الثاني- الإجهاد المتصل بالعمل في "مراكز الصدمات"

١- مقدمة

إنّ العمل مع الناجين من التعذيب هو مهمة صعبة للغاية يتعرض من خلالها مقدمو الرعاية الى بعض المخاطر. وتكشف دراسات عديدة عن نسبة عالية من الإحترق الوظيفي والتوتر الناتج عن العمل لدى مقدمي الرعاية في المنظمات العاملة في مجال الصدمات (21-25). في السنوات الأولى من عمل المنظمة الدولية لدعم ضحايا التعذيب، تمّ تجاهل الأمر أو النظر إليه كمشكلة هامشية، على الرغم من أن تأثيره على أداء الموظفين ونوعية عملهم بدأ واضحاً. وقد تنطرق للمرة الأولى أعضاء المجلس الدولي لتأهيل ضحايا التعذيب جون لوبيز، إليزابيث مارسيلينو وآخرين في عام ١٩٩٤ الى مواضيع النقلة المضادة والرعاية لمقدمي الرعاية، خلال ورشة عمل استشارية عقدت في مدينة تاغايثاي في الفلبين وتناولت طرق علاج الناجين من التعذيب والأبحاث المتصلة بذلك (26). خلال الندوة الثامنة الدولية للمجلس الدولي لإعادة تأهيل ضحايا التعذيب والتي أقيمت في نيودلهي بالهند في عام ١٩٩٩، أفاد عدة متكلمين خلال الجلسة الخاصة بالرعاية لمقدمي الرعاية عن حالات انهيار وإكتئاب وانسحاب وقلق بين الموظفين العاملين في مراكزهم كنتيجة للضغط الكبير الذي يتحملونه. وقد أوصوا باعتماد مبدأ تقديم الرعاية العقلية والإشراف، لمقدمي الرعاية بشكل دوري كوسيلة للوقاية (27). ومنذ ذلك الحين، أصبح هناك وعي متزايد حول وجوب القيام بشيء ما، وقد كانت مواضيع الصدمات الثانوية، وتقديم الرعاية لمقدمي الرعاية والإشراف السريري بين المواضيع الرئيسية التي تمّت مناقشتها خلال الندوة الدولية التاسعة للمجلس الدولي لإعادة تأهيل ضحايا التعذيب والتي أقيمت في برلين عام ٢٠٠٦ (28). ومنذ ذلك الحين، سعت بعض مراكز التأهيل الى اعتماد الإشراف المستمر والتشاور التنظيمي لفريق عملهم، الأمر الذي أسفر عن حل النزاعات بشكل أفضل، والحد من الإجهاد، وتحسين مناخ العمل، والرضا الوظيفي، وإنتاج أفضل (29).

تركز الدراسات المذكورة أعلاه بشكل أساسي على المستوى الفردي، والديناميات بين مقدم الرعاية والمريض. بعضهم يصف كيف يمكن أن تنتقل المادة "المعدية" المسببة للصدمات إلى المعالج ويطلق عليها اسم "الصدمة المعدية" (22)، "تعب الإشفاق" (21) أو الصدمة الثانوية (25). وتقول ليلا هاردي من مؤسسة كورديليا: "إنّ الإصغاء هي السمة الأكثر أهمية في عملية التعاطف، ومن خلال هذا التعاطف، تدخل الصدمة في اللاوعي عند مقدم الرعاية، وبالتالي نعيش الصدمة "بدلاً من الزبون". غالباً ما يمكننا الكشف عن أخف أعراض الرضة ما بعد الصدمة في أنفسنا كالقلق، والاكتئاب، والعجز، وذكريات من الماضي، والإبتعاد عن الحياة العادية، والحلقات فصامية، والأفكار جنونية، والسخرية، والتشاؤم، ولعب دور المساعد، والإفراط في التماهي مع غضب الضحية أو حداده، والتماهي مع المعذب، والشعور بالذنب، واليقظة الشديدة، والخلل الاجتماعي، والريبة، والذعر الوجودي". (30) تظهر الدراسات الأخيرة أن البيئة الاجتماعية والسياسية، فضلاً عن أوجه القصور الهيكلية والتنظيمية، يشكلون أيضاً مصدراً هاماً للضغط الناتج عن العمل (31-33) (بروس ٢٠٠٥)، كما تبين كيف يمكن للتغيير على المستوى التنظيمي أن يحسن الدافع لدى مقدمي الرعاية وأداءهم. وتتصّن تقارير مؤسسة حقوق الإنسان التركية على مجموعة واسعة من العوامل البيئية المسببة للضغط الناتج عن العمل أبرزها: تدهور حالة الناجين خلال فترة العلاج بسبب التهديد بالاحتجاز مرة أخرى، وسوء أحوالهم المعيشية، وتوقعات الناجي التي تتجاوز ما يمكن أن يقدم له مقدم الرعاية، والعزلة الاجتماعية لدى الناجي ومقدم الرعاية، والإعتداء الجسدي على مقدمي الرعاية والتخويف من جانب سلطات الدولة. نتيجة لذلك، يعاني مقدمو الرعاية من التعب والشعور بالوحدة وانعدام الثقة، وفقدان الدافع، والعزلة، والشعور بالذنب، والضعف، والعجز والغضب. فكل هذه العوامل تعجل بعملية الإحترق الوظيفي النفسي (18).

وجد جوريس في دراسته على المراكز التي تعنى بصدمات اللاجئين في ألمانيا أنّ المصادر التي تؤدي الى الضغط في العمل هي كالتالي: تجارب الزبائن الأليمة جداً، ظروف معيشة اللاجئين الصادمة، المنازعات مع فريق العمل والإدارة، ونسبة نجاح العلاج المتدنية مع الزبائن. وقد صمم نموذجاً وضع فيه نجاح العلاج كعامل أساسي، وأظهر أنّ مقدمي الرعاية الذين يعتقدون أن معالجة الصدمات النفسية هي أمر ضروري وبالتالي لا يحققون نتائج ملحوظة أو بالكاد يحققون نتائج ضئيلة، لديهم ضعف كبير تجاه ضغوطات العمل وبالتالي فهم حساسون تجاه واقع العمل مع الفريق الذي يعدّ مدمراً ومحبطاً. كما يشير في هذه الدراسة الى أن خوض المعالجين تجربة الصدمة قد يكون له أثر إيجابي وسلبي على العلاج. إنّ مقدمي الرعاية الذين لم ينهوا التدريب النفسي معرضون جداً للآثار السلبية (انظر أيضاً الفصل ٣ "صدمة مقدمي الرعاية....") (34، 35)

٢ - ثقافة مراكز الصدمات والمشاكل الهيكلية

في خلال السنوات الـ ٢٥ الماضية، تم تأسيس مراكز معالجة ضحايا التعذيب ضمن شبكة المركز الدولي لدعم ضحايا التعذيب على يد أخصائيين وناشطين في مجال حقوق الإنسان. ويتطلى مؤسسو هذه المراكز بشخصيات كاريزمية قوية، وهم رواد في حقل جديد، يتمتعون بمهارات عالية في تنظيم المشاريع ولديهم إحساس إعلامي، الأمر الذي يسمح لهم ببناء منظماتهم والدفاع عنها ضد البيروقراطية الممانعة والموقف السائد من الحرمان واللامبالاة في المجتمع. لم تكن هذه المراكز لتنتج من دون العاطفة، والحماس، والقدرة على التحمل. فلم يبالي المؤسسون كثيراً بالقواعد التقليدية والإجراءات المتعلقة بكيفية تشغيل المنظمة في مجتمعاتهم. على العكس من ذلك، فقد رفضوا هذه الأمور واخترعوا نماذج جديدة على غرار المعارضين والمتمردين. إن الثقافة الرائدة والميدانية التي شكلوها، والمثالية والحماس التي نشروها في سبيل الهام موظفيهم، أضفوا مناخاً خاصاً "كشهر العسل": مناخ عمل صديق وودي، علاقات غير رسمية والقليل من التركيز على المراقبة والمساءلة. ويمكن أن تستمر ظاهرة "شهر العسل" هذه عدة سنوات وتعمل بطريقة عادلة تماماً، ما دامت المنظمة تحافظ على صغر حجمها الأصلي وبرامجها (33). وقد وجد علماء الاجتماع في دراساتهم على المنظمات التي لا تتوخى الربح، أن النمو التنظيمي وتنوع المهام يتطلبان في نقطة ما المزيد من تقسيم العمل ومهارات العمل في المنظمة. ويتوافق هذا الانتقال المؤلم الذي لا مفر منه من الثقافة الرائدة إلى الثقافة الإدارية المهنية مع أزمات (36،37).

تعتبر صفات المؤسسين الكاريزميين المذكورة أعلاه أساسية في إنشاء المنظمة إلا أنها يمكن أن تتحول إلى عقبات لأنهم يعتبرون إدارة القضايا إزعاجاً. بالنسبة إليهم، تنتمي هذه المسائل إلى عالم الشر الذي انبثقت عنه المؤسسات القمعية والبيروقراطيات. فهم الذين تربوا على محاربة قمع الدولة، يرفضون أي تسلسل هرمي ويعملون إلى فصل ثقافة "الإدارة الباردة" في العالم الخارجي عن ثقافة "القلب النازف" في العالم الداخلي لحركة حقوق الإنسان. وتعني لهم القواعد والإجراءات الموحدة القسر وعدم الاستقلالية. ولهذه الأسباب، كثيراً ما يتعرض مشروع تحويل منظماتهم إلى مؤسسة مهنية تعنى بالرعاية الصحية. على الرغم من أنهم يحملون شعار الديمقراطية والمساواة، إلا أن بعض المؤسسين الكاريزميين لديهم مشاكل مع المعارضين. فهم مقاتلون، مقتنعون تماماً بأنفسهم ومهمتهم، ويمتلكون قدراً من الاعتزاز والإحساس بالفردية مما يجعلهم يظهرون بعض التسامح حيال الشكوك أو النقد من داخل صفوفهم. يسلط هذا الواقع الضوء على مشكلة محددة نموذجية لدى منظمات الدفاع عن حقوق الإنسان. وتعتبر مكافحة التسلسل الهرمي النابعة من النضال ضد الاستبداد والديكتاتورية إحدى أنماط ارتباط المؤسسين بمنظمات حقوق الإنسان ومراكز الصدمات. وهكذا، يعتبرون في تصورهم أن أي نوع من التسلسل الهرمي، وممارسة السلطة، وعملية القيادة بنفسها، هي شيء خطير، يؤدي إلى تحمل وصمة عار من فعل الإساءة والقمع. إلا أن ما كان، ولا يزال قوة دافعة طبيعية وإيجابية في النضال السياسي قد لا يكون مناسباً في بيئة الرعاية الصحية والعلاجية. ففي كل مجموعة من البشر تظهر التسلسلات الهرمية: الأصغر سناً مقابل الأكبر سناً، المهنيين والخبراء مقابل المبتدئين، الأكاديميين مقابل غير الأكاديميين، وما إلى ذلك.

بعد مرور بعض الوقت في المساحة الحرة التي تظهر عند فريق المساواة، تبرز حتماً بصورة غير رسمية قوة أصحاب السلطة؛ على سبيل المثال، من يكون بليغاً منهم، يتكلم بصوت أعلى ولمدة أطول من أولئك الذين يتسمون بالصمت والتواضع. تحمل السلطة غير الرسمية الناشئة في بيئة خالية من التسلسل الهرمي مخاطر أكبر في ارتكاب الإساءة من السلطة الرسمية الناشئة في بيئة منظمة مع وجود مجموعة محددة من القواعد والأدوار. تعمل السلطة غير الرسمية في الظلام، فهي غير ملموسة، وغير شفافة وغير مضمنة في نظام من القواعد وليست مسؤولة أمام هيئات مستقلة مثل الهيئة الإدارية أو الجهة المراقبة. ولذلك، تعتبر إساءة استخدام السلطة غير الرسمية أصعب بكثير للكشف عنها وفصحها من إساءة المعاملة في بيئة خاضعة للرقابة علناً ورسمياً. إن أسطورة وجود بيئة خالية من التسلسل الهرمي تتجاهل حقيقة أن التسلسل الهرمي له وظيفة حمانانية، بمعنى الأبوة الصالحة. فالآباء والأمهات يحمون الأطفال الصغار من أخطائهم الأكبر سناً، كما يحمي القائد أعضاء الفريق الأصغر أو الأضعف من الأشخاص المهمين أو كبار السن (33).

وتبرز مشكلة أخرى متصلة في هذا المجال وهي التوتر الناشئ عن الاستقطاب الشديد بين المعتدب والضحية. ويتطلب العمل في مجال مناهضة التعذيب من المرء التعامل مع عدو خارجي شرس وقوي للغاية. ألا وهو المعتدب. في كل دورة من الدورات الاستشارية والعلاجية، يكون ظل المعتدب متواجداً بشكل أو بآخر، فيكون المر الذي اختبره المعالجين مع الضحايا له تأثير قوي على فريق العمل والمنظمات. من جهة، يشكل العدو الخارجي قوة ترابط قوية داخل المنظمة، إلا أن ذلك يمكن أن يعزز مفهوم رؤية العالم بالأبيض والأسود، ويساهم في الميل إلى رؤية العالم الخارجي بشكل سيئ ومعاد والعالم الداخلي، عالم فريق العمل، بشكل مثالي، حيث يسود الوئام والعلاقة الجيدة ("هم" مقابل "نحن"). وفي هذا الإطار، غالباً ما يتم وضع المعارضة الداخلية في خانة التهديد والخيانة، وقد يكون

هذا انعكاساً للعلاقة بين مقدمي الرعاية والمرضى. يثير بؤس الضحية ومعاناته لدى مقدمي الرعاية مشاعر قوية من التعاطف، وترتبط هذه المشاعر بتوقعات أخلاقية عالية لدى مقدم الرعاية فيصطف إلى جانب الضحية (ليكون "جيداً"). إنّ الدوافع الأنانية ("السيئة")، مثل السعي إلى الحصول على مهنة، المطالبة بمرتبات جيدة، أخذ عطلة كاملة وتجنب العمل الإضافي، والتي تعتبر طبيعية في ميادين أخرى، تميل إلى أن تكون مقموعة في هذا المجال. وهناك ضغوط قوية للتماهي مع الضحية والقضية. ومع ذلك، يمكن أن يكون الضحايا / المرضى متطلبين كثيراً من مقدمي الرعاية وأن يكونوا عدائيين واستغلاليين. في حالات النقلة والنقلة المضادة أثناء العلاج، يمكن أن يتحول المريض إلى موقع المعذب ومقدم الرعاية إلى موقع الضحية. ويمكن أن يتطابق الأمر في عملية موازية ضمن فريق مقدمي الرعاية في بعض الأحيان عندما يتم التعامل مع الصراعات الداخلية وتفسيرها على نمط علاقة المعذب والضحية (على سبيل المثال: القائد القوي المذنب ("السيئ") مقابل الموظف الذي لا حيلة له، البريء ("الجيد")، والعكس بالعكس). إنّ اتهام شخص يتصرف مثل المعذب في صراع داخل الفريق - والذي نادراً ما يحدث - يمكن أن يسبب له ضرر كبير.

يبين الجدول ١ أوجه القصور الهيكلية الأكثر شيوعاً كمصادر للضغط الناتج عن العمل (33)

الجدول رقم 1 : القصور الهيكلي في المنظمات ذات الضغوط العالية والصراعات

الفشل في المحافظة على الحدود
التماهي المفرط مع الزبائن، وعدم وجود مسافة مهنية
عدم وجود إدارة محترفة وقيادة رشيدة
مشاركة القادة في النزاعات
خراقة المساواة بين الفريق
عمليات صنع القرار الطويلة وغير الملائمة
نشر الأدوار والكفاءات
التدخلات والأنشطة غير المنسقة المحمومة
عدم وجود معايير الجودة المهنية
عدم كفاية أو عدم وجود التدريب العلاجي
عدم وجود المفهوم العلاجي
عدم وجود الإشراف السريري أو وجوده بشكل متقطع
إعادة إحياء صدمة الزبون
عدم تدريب القادة
الإدمان على العمل، التضحية بالنفس، والرعاية الذاتية، غير الكافية أو غير الموجودة
لا مجلس إدارة، أو اندماج في المجلس، أو إدارة موظفين، الأمر الذي يؤدي إلى تضارب في المصالح

وقد أوردت ليلا هاردي بعض من هذه النتائج في وثقتها المتعلقة بالرعاية لمقدمي الرعاية : "بعد أن يصاب مقدم الرعاية بالصدمة من جراء صدمة الزبون النفسية، يبدأ مقدم الرعاية بحشد آليات دفاعه البديائية أو غير الناضجة نتيجة للنكوص الذي وصل إليه. وبنبتق النكران عن انعدام الثقة، أما الإسقاط، فقد يؤدي إلى اعتبار الحكومة المشوهة صورتها كعدو. إذا أفرط مقدم الرعاية في التماهي مع الضحية أو مع المعذب، فإنه قد يقسم العالم المحيط به إلى قسمين: "المساعدين" و "الأعداء". تعتبر عملية التعامل مع إدراك السلوك الإنكفائي ووضعها ضمن آلية الدفاع الناضج من أفضل "الأدوات النفسية" للتعامل مع الأمر بطريقة صحية، كما يشكل التسامي (النشاط الإنتاجي أو الخلاق)، والروح المرحلة أفضل حد في مثل هذه الحالة... إنّ الإلتزام إلى فريق هو بحد ذاته مساعدة كبيرة، مع كلّ دعمه وانتقاده. فهو لديه وظيفة الحاوية، ويتقاسم عبء الصدمة مع الزملاء الذين يشكلون أفضل حد له (30).

٣- الصدمة لدى مقدم الرعاية- الموارد والمخاطر

يذكر بروس وشوايتزر (33) في الدراسة التي أجريها أن واحد وثلاثين في المئة من مقدمي الرعاية الذين تمت مقابلتهم يتكلمون عن تاريخ الصدمات. وقد احتوت دراسات أخرى تتعلق بمقدمي الرعاية الذين يعملون في مجال الصدمات النفسية على أرقام مماثلة (22،34،38). قد يكون هؤلاء المعالجين يتشاطرون مع الآخرين احساسهم أكثر

من أولئك الذين "لم يصابوا" (أنظر القسم الأول، الفصل الأول)، إلا أنه لم يتم إثبات هذه الفرضيات بعد (39)، ويمكن أن يقال عكس ذلك: إنّ المعالجين الذين أصيبوا بالصدمة قد يقعون في الشرك فيفرون في التماهي مع الزبائن، ويفقدون بالتالي موضوعيتهم ومهنتهم وينقلون صدمتهم الخاصة الى الزبائن والزلاء. تظهر العديد من الدراسات أن الصدمة التي لم تحل لدى مقدم الرعاية يمكن أن تكون عامل خطر كبير للنزاعات بين الفريق والضغوط الناتجة عن العمل إلا إذا تمّ العمل عليها ومعالجتها بنوع من الوعي الذاتي خلال عملية التدريب العلاجي (33،35،40). وتلاحظ مؤسسة حقوق الإنسان في تركيا أن مقدم الرعاية الذي شهد صدمة مشابهة لتلك التي اختبرها الناجي من التعذيب يمكن أن يجد نفسه يتماهى مع الناجي، ويمكن أن يؤدي ذلك إلى أعراض ما بعد الصدمة لدى مقدم الرعاية (17).

٤- إعادة إحياء الصدمة

تتخذ المنظمات التي تعاني من أوجه القصور الهيكلية المذكورة أعلاه طابع إعادة إحياء عالم الصدمة لدى زبائنهم، وخلق جو عام من الخوف والاضطهاد، والأوهام حول وجود جهاز المخابرات، والعلاقات بين المعدّب والضحية، والهوس بالعنف والسلوك الانفصالي (على سبيل المثال تصنيف الزلاء على أساس من منهم جيد ومن منهم سيء، من هم الأصدقاء ومن هم الأعداء). وعلاوة على ذلك، يمكن العثور على جو من التعصب والدوغمانية يشبه ثقافة الطائفية، وبترافق مع علاقات مسيئة تتسم بالتشويه والإفراء والتحقير والإيذاء، وإستبعاد المعارضين ووضع موضع كبح الفداء. تعكس البيئة الفوضوية، وغير المنظمة، والمشوشة في المنظمة عالم الصدمة الذي عاشه الزبائن في ظل الغياب التام للبنية والسيطرة، الأمر الذي يشبه الى حد ما الوضع الذي يكون فيه الضحية تحت رحمة المعدّب (33).

٥- الوقاية من الضغط الناتج عن العمل

على الرغم من أن بعض مصادر التوتر المذكورة أعلاه هي عنصر جوهري في العمل لمناهضة التعذيب إلا أنّ هناك طرق عديدة لاحتوائها والتعامل معها، بغية خفض مستويات الضغط. ويسمى مقدمو الرعاية مجموعة واسعة من الموارد والأنشطة المجزية التي تمكنهم من التعامل مع التحديات التي يواجهونها في هذا العمل. عادة ما يذكر المعالجون المصادر والإستراتيجيات التالية: تاريخ الصدمة الشخصي (الذي يتم العمل عليه خلال التدريب العلاجي)، والتعاطف مع الزبائن، والكفاح ضد الظلم، والنشاط السياسي، والمناصرة، والعمل الإعلامي، والتمويل، والرضا عن عمل الزبون، والحصول على دعم الأقران والتبادل، والتدريب المهني المستمر، والبحث، والنشر، والتعليم، ووضع الأهداف الواقعية، والنهج العملي، والتخلص من العقائد، والتحرر من الضغط المعنوي.

كما يذكرون بعض الاستراتيجيات الخاصة بالرعاية الذاتية ومنها تقليص الالتزام الى العمل بدوام جزئي، المناوبة في حقول مهنية أخرى، الإستفادة من "أيام الصحة النفسية"، والحفاظ على روح الدعابة كترياق للجانب المظلم في هذا العمل (انظر الجدول ٢).

في المؤسسات ذات المستوى المنخفض من الضغط والصراع الداخلي، يدعم القادة هذه الاستراتيجيات الوقائية الذاتية ويشجعونها (33). قام ساكفيتن وآخرون بإنشاء وحدات تدريبية حول استراتيجيات الرعاية الذاتية تقوم على العديد من الموارد نفسها (41)، كما وضع ريدمان مفاهيم مماثلة (42).

ويبين الجدول ٢ الموارد والوسائل المتعلقة بالوقاية من الضغط الناتج عن العمل لدى مقدمي الرعاية النفسية من أجل كيفية تعاملهم مع تحديات عملهم (14،30،35،41،43،44).

الجدول ٢ : موارد مقدمو الرعاية وإطار الرعاية الذاتية

تجنب الإفراط في العمل
الحد من الأعباء
الحفاظ على التوازن بين التعاطف والمسافة المهنية
عدم حمل العمل الى المنزل
الإستفادة من أيام العطل و "أيام الصحة العقلية"
مشاركة المشاكل ذات الصلة بالعمل مع الزملاء أو مع مشرف أو مدرب
الإجتماع مع الفريق بحيث يمكن مناقشة المشاريع الجديدة والاستراتيجيات الطويلة الأجل
وضع أهداف واقعية، براغماتية - أقل مثالية ووهمية كإنقاذ العالم مثلاً
المناصرة والعمل السياسي
الأولوية للكفاءة المهنية على السياسة
التعليم المهني المستمر
إيجاد الفرص للقيام ببحوث والتفرغ للتدريب
تعلم كيفية حماية أنفسهم من الانسياق مع المتماثرين
إيجاد الوقت للهوايات والراحة
إيجاد الوقت للعائلة والأصدقاء
الإستمتاع بالموسيقى، والفن، والأدب والأفلام والمسرح
المحافظة على حس الفكاهة
ممارسة الرياضة والذهاب في الطبيعة
ممارسة تقنيات التأمل والاسترخاء
اعتماد وجهات النظر الروحية والفلسفية
الحذر من المخدرات،الكحول، الكافيين، التدخين
تنظيم فريق ثقافي، والذهاب الى حفلات، ومشاركة في الطبخ، والقيام برحلات في نهاية الأسبوع
اتخاذ القادة مبدأ الأبوة الصالحة لتوفير الحماية والرعاية
الاعتراف الاجتماعي بهم وذلك بدعم من "المشاهير" مثل الفنانين وصناع الرأي

٦- المعايير الهيكلية

تلخص المعايير التالية التي تعنى بالهيكل التنظيمي جميع المفاهيم المذكورة أعلاه، ويمكن استخدامها كمبدأ توجيهي (أنظر الجدول ٣)

الجدول ٣: المعايير الهيكلية لمركز الصدمات (33)

اعتماد قاعدة القيادة الجيدة وفقاً لمبدأ الأبوة
تفويض المهام والمسؤوليات
وضع تعريف واضح للأدوار والكفاءة
وضع خطوط تنسم بالشفافية عند صنع القرار والمساءلة
مشاركة الموظفين وفقاً للكفاءة المهنية
مناقشة الحالات
تحديد ساعات العمل، وخدمة الجدول الزمني، وإدارة الوقت
إنشاء قنوات ثابتة لتبادل المعلومات، ونظام الاتصال الداخلي
وضع النظام الأساسي والنظام الداخلي، وتوصيف الوظائف
قيام الإدارة بتقييمات منتظمة للموظفين
الحفاظ على الحدود
خلق التوازن بين التعاطف مع الزبائن والمسافة المهنية
اتخاذ إجراءات واضحة
الحد من تحمل عبء الحالة
شرح إمكانيات وحدود الزبون - إنَّ العمل بشفافية وبأخذ الموافقة المسبقة يقلل من الإحباط الذي تسببه التوقعات العالية
الاختيار الدقيق للموظفين الجدد والقادة (مع مراعاة شخصيتهم ومؤهلاتهم المهنية)
"التأثر": لا يعتبر مثلاً تاريخ الصدمة الشخصي عامل مؤهل بحد ذاته
توفير التدريب العلاجي لمقدمي الرعاية بما في ذلك الوعي الذاتي
توفير التدريب المهني المستمر على نطاق واسع (تعلم أساليب جديدة)
فلسفة العلاج المشترك، المفهوم العلاجي
الإشراف الخارجي
التوجيه والتدريب الإداري للقادة
برنامج الرعاية لمقدمي الرعاية
أن يقوم مجلس الإدارة بمراقبة المنظمة والقائد، على أن يتكون من خبراء مستقلين ليس لديهم أي تضارب في المصالح

٧- ملاحظات ختامية

إنَّ العديد من الصعوبات التي ذكرت أعلاه في فرق العمل والمنظمات التي تعمل في مجال إعادة تأهيل ضحايا التعذيب متأصلة في هذا العمل. وتميل هذه الصعوبات الى الظهور فجأة وبشكل غير متوقع خلال فترة رائدة، سعيدة ومثمرة، وهذا ما يسبب الشعور بالصدمة والقلق، والنكسة وخيبة الأمل. عادة ما يكون الانتقال من العيش في بيئة رائدة، غير رسمية، تشبه الأسرة، إلى مؤسسة يتم إدارتها بشكل مهني، مصحوب بالخلافات والإضطرابات، إلا أنَّ ذلك قد لا يؤدي بالضرورة إلى إضعاف المنظمة وتفككها، إذ إنه جزء أساسي وحتمي لبناء المنظمة وتنميتها؛ فكل أزمة توفر فرصة. إذا فكرنا بهذه الطريقة، قد يساهم هذا الأمر في تقليل المخاوف وتعزيز مقاومة الضغط والصبر. يمكن أن تساعد عملية الإشراف على الفريق-والحالة التي يتم معالجتها-، فضلاً عن الإستشارة بالشأن التنظيمي، والتدريب من جانب خبراء استشاريين خارجيين في حل هذه المشاكل، وإعادة المنظمة إلى مسارها، وجعل العمل أكثر جدوى.

من المفترض أن تكون مراكز الصدمات أماكن لجوء وملاذآ أماناً للزبائن الذين عاشوا الرعب والدمار وشهدوا على تخريب بيئتهم. كثيراً ما يفقد ضحايا الفظائع البشرية، مثل التعذيب والإعتداء الجنسي، ثقّتهم بالجنس البشري. فبالنسبة إليهم، لم يعد هناك أي شيء حميد في العالم. فعندما كانوا تحت رحمة المعتدّب، شهدوا التعسف الشديد، والغياب التام للهيكليّة، والإستحالة التامة للسيطرة على ما سيحدث لهم أو التنبؤ به، مما أدى إلى إحساسهم بانعدام الأمان، والقلق والتوهان.

لا يمكن للمعالج الفردي إصلاح كافة الأضرار لوحده في ظل العلاقة بين المعالج والزبون. فهو يحتاج إلى الدعم من فريق من الزملاء يتشاطر معهم إحاسيسه، ومن قائد ذي كفاءة وخبرة يؤمن له الحماية والدعم، ومن ومشرف خارجي. إنّ إعادة إحياء الصدمة بشكل معيّن من قبل مقدمي الرعاية وفرق العمل أمر لا مفر منه، إذ يمكن أن يكون مصدراً قيماً لفهم مشاكل المرضى. بنفس القدر من الأهمية، يجب أن توفر المنظمة بشكل عام جو شاف ينطوي على تأمين الدعم والسلامة والحماية لزيابنها، كما يجب أن تعطّيهم الفرصة لاستعادة السيطرة على حياتهم. ولهذا السبب، يعتبر الاستقرار والوضوح في هيكليّة مركز الصدمات النفسية أمر بالغ الأهمية لتحقيق الرفاه للمرضى ومقدمي الرعاية في آن معاً. بيد أنّ الافتقار إلى هيكليّة واضحة ووجود بيئة فوضوية، يعززان التوتر والنزاع في داخل فريق العمل، الأمر الذي يساهم في تعطيل عمل المنظمة. وعلاوة على ذلك، فإنّ ذلك يؤدي إلى إعاقة قدرة مساعدة مقدمي الرعاية، ما يضر في نهاية المطاف بضحايا التعذيب (33).

1. Moore SD, Slife BD. The Self-Awareness process in the effective psychotherapist. In: Annual Convention of the South-Western Psychological Association (33rd New Orleans, LA). New Orleans, LA: 1987. p. 1-15.
2. The International Transactional Analysis Association [Internet]. Available from: <http://www.ita-net.org/resources/>
3. Horowitz M. Stress Response Syndromes: Character Style and Dynamic Psychotherapy. Arch Gen Psychiatry. 1974 Dec;31(6):768-781.
4. Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative exposure therapy: a short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture. 1st ed. Göttingen/Cambridge: Hogrefe; 2004.
5. Liedl, A, Schäfer, U., Knaevelsrud C. Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen. 1st ed. Stuttgart: Schattauer; 2010.
6. Cienfuegos AJ, Monelli C. The testimony of political repression as a therapeutic instrument. The American journal of orthopsychiatry. 1983;53(1):43-51.
7. van Dijk JA, Schoutrop MJA, Spinhoven P. Testimony therapy: treatment method for traumatized victims of organized violence. American journal of psychotherapy. 2003 Jan;57(3):361-73.
8. Ahmad S. The Healing Power of Storytelling. In: Graessner S, Gurriss N, Pross C, editors. At the side of torture survivors: treating a terrible assault on human dignity. Baltimore: JHU Press; 2001. p. 112-125.
9. Junior BE. Psychotherapie mit Kindersoldaten in Mosambik: auf der Suche nach den Wirkfaktoren. 1st ed. Maastricht: Shaker; 2007.
10. Curling P. The effectiveness of empowerment workshops with torture survivors. Torture. 2005;15:9-15.
11. Manneschmidt S, Griese K. Evaluating psychosocial group counselling with afghan women: is this a useful intervention? Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture. 2009 Jan;19(1):41-50.
12. Droždek B, Wilson JP. Uncovering: trauma-focused treatment techniques with asylum seekers. In: Droždek B, Wilson JP, editors. Broken spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims. New York: Brunner-Routledge. 2004. p. 243-276.
13. Kets de Vries MFR. Leaders, Fools and Impostors: Essays on the Psychology of Leadership. 1st ed. San Francisco, CA: Jossey Bass; 1993.
14. Gurriss NF, Wenk-Ansohn M, Maercker A. Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In: Maercker A, editor. Posttraumatische Belastungsstörungen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2009. p. 477-499.
15. Wenk-Ansohn M. Treatment of torture survivors - influences of the exile situation on the course of the traumatic process and therapeutic possibilities. Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture. 2007 Jan;17(2):88-95.
16. Aroche J, Coello M. Ethnocultural considerations in the treatment of refugees and asylum seekers. In: Droždek B, Wilson JP, editors. Broken spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims. New York: Brunner-Routledge. 2004. p. 53-80.
17. HRFT (Human rights foundation of Turkey). Care for caregivers [Internet]. T. 2002;:7. Available from: www.irct.org
18. Cottrell D. Supervision. Adv. Psychiatr. Treat. 1999;5:83-88.
19. Lansen J, Haans T. Clinical Supervision for Trauma Therapists. In: Droždek B, Wilson JP, editors. Broken Spirits: the treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims. Brunner-Routledge; 2004. p. 317-354.
20. Elizabeth L. Holloway. Clinical supervision: a systems approach. 1st ed. Thousand Oakes: 1995.
21. Figley CR. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Brunner/Mazel psychological stress series, No. 23. 1st ed. Philadelphia: Brunner/Mazel; 1995.
22. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. Journal of Traumatic Stress. 1990 Jan;3(1):131-149.
23. Kassam-Adams N. The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. In: Stamm BH, editor. Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators, . Baltimore: The Sidran Press; 1995/1999. p. 37-48.
24. Lansen J. What does this work do to us? In: Graessner S, Gurriss N, Pross C, editors. At the side of torture survivors: treating a terrible assault on human dignity. Baltimore: JHU Press; 2001. p. 198-211.
25. Stamm BH. Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators. 1st ed. Baltimore: Sidran Press; 1999.
26. June C. Pagaduan Lopez, Elizabeth Protacio Marcelino. Torture survivors and caregivers: proceedings of the International Workshop on Therapy and Research Issues. In: Proceedings of the International Workshop on Therapy and Research Issues. Quezon City: Center for Integrative and Development Studies, University of the Philippines and the University of the Philippines Press; 1995. p. 357.

27. Westcott S, editor. Care for caregivers. In: Torture – A Challenge of the Health, Legal and Other Professions. abstracts of papers presented at the VIIIth International Symposium. New Dehli: 1999. p. 121.
28. Schweitzer S (comp), editor. Providing reparation and treatment, preventing impunity. In: IX IRCT International Symposium on Torture. -. Copenhagen: IRCT; 2006. p. 32.
29. Cordelia-Foundation. Care for caregivers: self care strategies and other methods for work, care and carehandling. Torture. 2007;17(2):175-177.
30. Hardi L. Workplace Wellness, Care for Caregivers - Hungarian experiences with the caregivers of refugees.
31. Smith AJM. Listening to trauma. Therapists' countertransference and long-term effects related to trauma work. 2009;:189.
32. Pross C. Verletzte Helfer. Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen. 1st ed. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag; 2009.
33. Pross C, Schweitzer S. The Culture of Organizations Dealing With Trauma: Sources of Work-Related Stress and Conflict. Traumatology. 2011 Jan;16(4):97-108.
34. Gurriss NF. Stellvertretende Traumatisierung und Behandlungseffizienz in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. 2005;
35. Deighton RM, Gurriss N, Traue H. Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: is the therapist's attitude to working through trauma relevant? Journal of traumatic stress. 2007 Feb;20(1):63-75.
36. Heimerl-Wagner P, Meyer M. Handbuch der Nonprofit Organisation: Strukturen und Management. In: Badelt C, Meyer M, Simsa R, editors. Handbuch der Nonprofit Organisation: Strukturen und Management. Stuttgart: Schäffer-Poeschel; 1999. p. 209-240.
37. Zauner A, Simsa R. Konfliktmanagement in NPOs. In: Handbuch der Nonprofit-Organisation: Strukturen und Management. Stuttgart: Schäffer-Poeschel; 1999. p. 405-418.
38. Wilson JP, Thomas RB. Empathy in the treatment of trauma and ptsd. 1st ed. New York: Brunner-Routledge; 2004.
39. Munroe JF. Ethical issues associated with secondary trauma in therapists. Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators. In: Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators,. Luthersville: Sidran Press; 1995. p. 211-229.
40. Florentine J, Iris-Tatjana K, Thomas E. Traumatisierte Therapeuten? Ein Überblick über sekundäre Traumatisierung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. 2009;38(4):250-261.
41. Saakvitne KW, Gamble S, Pearlman LA, Lev BT. Risking connection: A training curriculum for working with survivors of childhood abuse. 1st ed. Baltimore: The Sidran Press; 2000.
42. Reddemann L. Einige Überlegungen zu Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe von TraumatherapeutInnen. Erfahrungen und Hypothesen. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin. 2003;1(1):79-85.
43. Birck A. Secondary Traumatization and Burnout in Professionals Working with Torture Survivors. Traumatology. 2001 Jun 1;7(2):85-90.
44. Smith AJM, Klein WC, Stevens JA. "en wij proberen te luisteren . . ." Reacties van therapeuten op traumatische ervaringen van hun patienten. ["and we try to listen..." Reactions of therapists to trauma experiences of their patients]. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2000;43:7-19.

المجلس الدولي لإعادة تأهيل ضحايا التعذيب
بورغراد 13، ص.ب. 9049، كوبنهاغن 1022، دانمارك
هاتف: +45 3376 0500 | فاكس: +45 3376 0600
الموقع الإلكتروني: www.irct.org | بريد إلكتروني: irct@irct.org

International Rehabilitation Council for Torture Victims
Borgergade 13, P.O. Box 9049, DK-1022 Copenhagen K, Denmark
Tel +45 33 76 06 00 | Fax +45 33 76 05 00 | irct@irct.org | www.irct.org