

א. י. יודפת

ארועי חיים והשפעתם על המשפחה כמערכת :
לישום השיטה ע"י רופא המשפחה והצוות

פרופי י. יודפת

המחלקה לרפואת המשפחה, ביה"ס לרפואה של האוניברסיטה העברית והדסה
ירושלים

ירושלים, 1987

חיים, גבר בן 48 ממוצא עירקי ובעל השכלה מינימלית, נשוי ואב ל-6 ילדים. מעברו ביקורים מועטים במרפאה ולכן ניתנה לתלונתו החדשה תשומת לב מירבית. התלונה התייחסה לקושי בבליעה שהחל מספר שבועות קודם לבקורו. לא היה לו כל הסבר לתלונה והוא שלל רקע נפשי. הבדיקה הגופנית היתה תקינה לחלוטין וכדי לשלול חהליך תופס מקום, סקלרודרמה או נזק מקומי ונוירולוגי, הוא הופנה לסדרת בדיקות שהיו כולן תקינות. כאשר חזר אלינו לשם סיכום תלונתו וקבל הסבר שאין מקום לדאגה החל לטעון שאין ספק שיש לו "משהו" ולכן יש להפנותו למומחים נוספים.

לאחר עיון בשאר תיקי בני המשפחה, החברר שזהבה אשתו (צעירה ממנו ב-9 שנים) הרבתה לבקר ולהתאונן על כאבי גב תחתון ללא ממצא אורטופדי או נוירולוגי. שאר בני המשפחה נמצאו^{כלא} סובלים לכאורה מבעיות משמעותיות. ציור העץ המשפחתי מודגם בתמונה מס' 1. ציור זה לא תרם רבות להכנת הרקע והבעיות האמיתיות של המשפחה.

(ראה תמונה מס' 1)

ניסינו לזמן פגישה משותפת עם הזוג ולאחר שלא הצלחנו - ראינו (הרופא והעובדת הסוציאלית) כל אחד מבני הזוג בנפרד. הוסבר לחיים שיטנם מצבים בהם למועקה על הנפש יש השפעה על הגוף. בתחילה לא היה מוכן לשמוע על כך אבל באמצעי שכנוע נוספים הוא "נשבר", פרץ בבכי ולאחר שנירגע סיפר לנו שאמנם משהו מציק לו - עריקות בנו בכורו יעקב מהצבא - אבל "כמובן" שאין כל קשר בין דבר זה לבין תלונתו הנוכחית. עריקותיו של יעקב נמשכו כבר למעלה משנה אבל מה שהדאיגו במיוחד היה צו הגיוס שקבל בנו השני והחשש שהוא יחקה את מעשי אחיו הבכור.

בשלב זה יכולנו להסתפק ולסכם שלפנינו קרוב לודאי תגובת קונברסיה למתחים שעברו עליו ולנשוח לטפל בו על ידי שיחות, תרופות, הפניה לפסיכיאטר

או אולי לייטפליי מסורתי מבני עדתו. יכולנו להניח שקיימת כאן בנוסף גם חגובת הזדהות עם אחד מידידיו המקורבים שנפטר לא מכבר מ-Amyotrophic lateral sclerosis. למרות כל זאת זימנו גם את האשה לשיחה. התרשמנו מאדישות וחוסר רגשיות כלפי תלונותיו של בעלה. מעמדה בבית היה של נותנת הטון ורוב ענינה בלהקת מחול אזורית בה השתתפה ולה הקדישה זמנה החפסי פרט לעבודתה במפעל תעשייתי. כאשר הזכרנו את סבלו של בעלה, טענה שיש לו "דמיונות" בראש ושבצעם הוא איננו "גברי" בכלל וסובל מאין אונות מינית תקופה ארוכה. ברור נוסף העלה שיוסף הבן שעומד להתגייס סובל ממחוסים שונים ושני התאומים סובלים: טל - מבעיות דיבור ושקרנות ויונית - מקשיים בלימודים. כל מערכת ה"מעמדות" והיחסים בתוך המשפחה מודגמת ב-psycho-figure לפי הצעתו של Schuman בעקבות Mitchell (1). האיטיות המרכזית והדומיננטית במשפחה היא האם ואילו הבעל תופס עמדה קטנה ביותר. מערכת היחסים כוללת יחסי שנאה, אהבה חדירה ביותר (enmeshed) ואדישות בין כל חברי המשפחה כפי שמודגם בפסיכופיגורה.

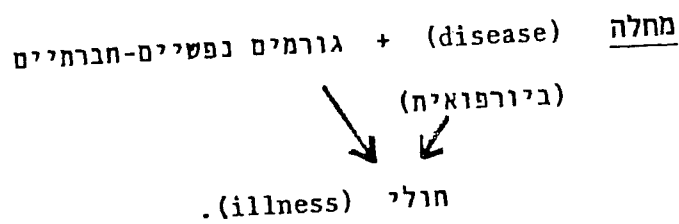
(ראה תמונה מס' 2)

המודל הביופסיכוסוציאלי

בשלב הנוכחי היה ברור מה קרה במשפחה, מהי מערכת היחסים והמעמדות ומה הרקע לחלק מהתלונות. אנו לא היינו מגיעים להבנת הנעשה אילו לא שינינו את כל גישתנו כלפי האבחנה של תלונותיו של חיים. יצאנו מתוך השקפה שמה שייצג חיים כלפינו היה חולי - קושי בבליעה (illness) שנוצר משלוב של מחלתו - תגובת קונברסיה (disease) וגורמים פסיכו- חברתיים, במקרה זה גורמים הקשורים במשפחתו. דבר זה נכון לגבי כל חולי עם הרקע האורגני הברור ביותר כמו מחלת לב איסכמית (מחלה) ואחרים.

אנחנו חונכנו להתיחס לכל חולה הפונה אלינו ולנסות ולאשר או לטלול מחלה אורגנית (ביו רפואה). אם שללנו מחלה אורגנית אנו נוטים ליחס לחולה רקע נפשי ולטפל בו בהתאם. היה זה Engel שבשנת 1977 יצר את המודל המעשי לשלוב מדעי ההתנהגות עם הרפואה המעשית - המודל הביו פסיכוסוציאלי (2).

המודל מוצג כך:



לדוגמא, האם סכרת התלויה באינסולין (מחלה) תהיה אותו חולי אצל 3 נשים צעירות שהאחת מובטלת ללא מקורות הכנסה, השניה גרה עם הוריה במשפחה הרוסה ואילו השלישית לומדת וזוכה לתמיכת משפחה אוהבת ?

המודל הביופסיכוסוציאלי מבוסס על כך שעלינו להסתכל על המשפחה כ"מערכת" (system). כאשר אחד מבני המשפחה חולה במחלה x היא משפיעה על כל בני המשפחה וחוזר חלילה. (תמונה מסי 3) אין ספק שגם מחלתו של בן המשפחה תשתנה בהתאם לתגובת המערכת כולה ולא רק של החולה בה. Christie-Seely משווה את המערכת המשפחתית למערכת האנדוקרינית המבוססת על ארבעה עקרונות (3).

(ראה תמונה מסי 3)

1. כדי להבין את מחלתו של חבר משפחה יש להבין את כל יחסי המערכת המשפחתית.
2. במשפחה המתפקדת בבריאות וחולי קיים שווי משקל, הנוצר ממשובים חיוביים ושליילים.
3. כמו בכל מערכת אין להתיחס רק לבני המשפחה אלא גם ליחסים ביניהם.
4. התנהגות פתולוגית של בן משפחה אחד יכולה להתבטא בבן משפחה אחר.

לפני שנבין יותר את חשיבות המשפחה כגורם במכלול הפסיכוסוציאלי אנו חייבים להכיר היבט נוסף וחשוב והוא הרקע האנתרופולוגי - רפואי - תרבותי של כל אדם הפונה לטיפולנו. גם לנו הרופאים וגם למטופלנו יש אמונות הכוללות ציפיות שונות, הנחות, נטיות ופירושים לבריאות וחולי. אמונות אלו מבוססות על נסיוננו האישי, הרקע התרבותי והחברתי בו גדלנו והשפעות סביבתיות.

Kleinman מכנה זאת EM-Explanatory model ובהתאם לכך מציע שחובתו של כל רופא לחשוף את ה-EM של החולה וזאת תוך כדי לקיחת האנמניזה (4).

מספר שאלות חייבות להישאל:

1. כיצד את/ה קוראת/ת לבעיה שלך ?
2. מה את/ה חושבת/ת שגרם לבעיה שלך ?
3. מדוע את/ה חושבת/ת שהבעיה הופיעה עכשיו ?
4. איך פועלת עליך המחלה ?
5. ממה את/ה מפחדת/ת בעצם ?
6. אילו בעיות גורמת לך המחלה ?
7. איזה טיפול את/ה חושבת/ת יתאים לך ומה את/ה מצפה מהטיפול ?

הפעולה הבאה של הרופא היא משא ומתן בין ה-EM של הרופא לבין ה-EM של החולה. רק בצורה זאת יקבל החולה את דעתו של הרופא וייענה (comply) לטיפול המוצע.

הרי מספר דוגמאות ל-EM שקבלתי מכמה מהחולים שלי :

1. כאב גב נגרם עידי הזעה ורוח קרה, זה מתבטא בדלקת בעצם עם מוגלה.
2. סרפדת (urticaria) כתוצאה ממאמץ גופני למי שאינו מורגל בכך.
3. עקצוץ בצמקת (cirrhosis) הכבד נגרם כתוצאה מעודף דם ולכן הטיפול הוא בהקזת דם.

4. כאבים ביד כתוצאה מהוצאת דם לבדיקה לכן הטיפול הוא בזריקות "דפי".

ברור שבחלק גדול מהמקרים, לא נקבל תשובות לשאלות הנ"ל לפחות בגישה ישירה. כמו-כן לא תמיד ה-EM של החולה שונה מההסבר הרפואי לבעיתו, אבל אין ספק שחשיפת ה-EM היא חלק נכבד ביחסי רופא-חולה.

השפעות תרבותיות מבטאות גם התנהגות חו"ם יוצאי עדות שונות - למשל יוצאי צפון אפריקה נוטים לבטא דכאון יותר בתופעות סומאטיות לעומת יוצאי איכופה המבטאים זאת יותר בצד הרגשי.

חוטר התיחסותנו לבקע האתנו-רפואי - תרבותי, מביא לפריחתה של הרפואה החילופית. חולים מעדות אחדות שנכזבו מגישתנו וטיפולנו פונים לרפואה המסורתית אם זה אנשים מסוגו של ה"באבא-סאלי", "רבלי", "חכמי" וכל מרפאים עממיים אחרים ואילו חולים משכבה תרבותית אחרת פונים לדיקרור, הומיאופתיה, דיאטות שונות כמו טבעונות, יוגה, אוסטיאופתיה, רפלקסולוגיה וכל יתר התורות ה"מודרניות" הצצות חדשות לבקרים.

בטלב זה נחזור למשפחה, כיחידה המשפיעה ביותר על אופיו של החולי שמציג לנו החולה.

המשפחה כמערכת תמיכה

התפקיד החשוב ביותר של המשפחה כמערכת היא התמיכה ההדדית.

קפלן מונה 9 תפקידים עיקריים במערכת תמיכה זו (5):

1. המשפחה כקולטת ומפיצה מידע על הנעשה מחוץ לה.
2. המשפחה כמערכת של הדרכה הדדית.
3. המשפחה כמקור לאידיאולוגיה (אמינות, ערכים, ונוהגי התנהגות).
4. המשפחה כמדריכה ומכוונת לפתרון בעיות (דיון הדדי בבעיות אישיות ומשפחתיות).

5. המשפחה כמקור לתמיכה מעשית (תמיכה כספית, קניות, טיפול בחולים וכו').
6. המשפחה כמקלט למניחה והחלפת כוח (בעיקר לאהר משבר נפטי).
7. המשפחה כמערכת מעודדת מצד אחד ומבקרת מצד שני.
8. המשפחה כמקור ואישרור למודעות עצמית.
9. המשפחה כתורמת לשליטה רגשית (עודד בדכאון, אכזבה וכו').

מעגל החיים של המשפחה

מעגל החיים של המשפחה מורכב מ-5 שלבים עיקריים:

1. לידת המשפחה ניסואים ויצירת המשפחה הבסיסית.
2. שלב ההתרחבות מתחיל בלידת הראשון ונמשך עד שצעיר הילדים מגיע לבגרות. שלב זה מכיל את תקופת הפוריות והתקופה של בשלותם הפיסיית והחברתית של הילדים.
3. שלב הפיזור מתחיל בתקופה שהילד הראשון עוזב את הבית (מתגייס לצבא) ונמשך עד שאחרון הילדים עוזב את הבית.
4. שלב העצמאות השלב שבו ההורים חוזרים לחיות לבד (שלב הקן הריק).
5. שלב ההחלפה מתחיל כאשר ההורים מגיעים לגימלאות מבחינת תפקידיהם העיקריים במשפחה ונגמר כמותם.

מדלי מתאר את מעגל החיים של המשפחה כמו גליל מאורך כאשר חתך כל שהוא לרחבו מראה שלב מסוים במעגל החיים של המשפחה (5,6).

לכל שלב ושלב הבעיות שלו, ארועי חיים ומשברים הדורשים מחברי המשפחה השגת שווי משקל מחודש תוך הבנה ותמיכה הדדית.

- המערכת המשפחתית חיה בשווי משקל תפקודי כאשר מדי פעם פוקדים אותה ארועי דחק (stress). ארועים כאלו "נבלעים" בדרך כלל על ידי המשפחה המוגנת על ידי "חגורת התמודדות" שעביה שונה ממשפחה למשפחה. כאשר ארועי הדחק הם חזקים או תכופים מדי, יש וחגורת התמודדות זו אינה מספקת והמשפחה נכנסת למשבר.
- תמונה ממי' 4 מדגימה לפי Hill (7) את שלבי התפקוד של המשפחה. המשבר מביא את המשפחה למצב של אי שווי משקל שחולף כאשר המשפחה מצליחה להתגבר על המשבר בכוחות עצמה או בכוחות חיצוניים. שווי המשקל החדש אינו בהכרח באותה רמה תפקודית קודמת ואף עוביה של "חגורת ההתמודדות" החדשה יכול להיות שונה. (תמונה מספר 4 - להכניס כאן)
- Holmes ו-Rahe חיטבו ומצאו שלכל משבר יש דרגת "קושי" המבוטאת באחוזים (8). כ-100% נחשב משבר הנגרם עקב מות בן זוג. גירושין נחשבים כ-75%, נישואין-50%, שינויים בבריאות המשפחה - 44%, הריון - 40%, עזיבת ילדים - 29%, בעיות עם מעבידים - 23% ואילו שינויים כמו בהרגלי מזון, לימודים החופשות נעים בין 13-20%.
- לבב, קרטנוף ודורנונד חברו רשימה של ארועי דחק ישימים לתנאי הארץ (9).
- במקום ראשון מופיע איבוד של בן במערכה עם ערך של 2612 נקודות, עקרות -1686, מלחמה בארץ - 1193, בגידה בנישואין - 941, חומר נפץ באזור - 818, פיטורין-709, שלילת רשיון נהיגה - 588, גיוס חרום - 529, התחלת שרות סדיר - 445, פיחות פתאומי-303, קבלת צו קריאה למילואים-285 וכו'.
- קיימים שני סוגי "ארועי חיים" - נורמטיביים- כלומר צפויים, ובלתי נורמטיביים כלומר- בלתי צפויים. Smilkstein מחלק את כל ארועי החיים שעלולים לגרום למשברים ל-4 קטגוריות עיקריות (10):
1. אלו הנגרמים על ידי תוספת (addition) כמו לידה ונישואין (נורמטיביים), הורה חורג או הריון בלתי מתוכנן (בלתי נורמטיביים).
 2. אלו הנגרמים על ידי זניחה (abandonment) כמו שינוי מתוכנן של מגורים, מוות

- צפוי של סב במשפחה (נורמטיביים), בן משפחה נמצא במלחמה, איטפוז של בן משפחה, גירושין ומוות פתאומי של אחד מבני המשפחה (בלתי נורמטיביים).
3. אלו הנגרמים על ידי ערעור הסדר (demoralization) כמו מרד הנעורים (נורמטיביים), אלכוהוליזם, סמים פשיעה, גרוש מבית הספר (בלתי נורמטיביים).
4. אלו הנגרמים על ידי שינוי במעמד (status) כמו מעמד חדש בחיים, מקצוע חדש, הצלחה או כשלון בלימודים או עסקים (נורמטיביים) נכות במשפחה, ירידה במעמד החברתי, מאסר (בלתי נורמטיביים).
- Olsen הראה עוד בשנות ה-70 שמחלה קשה של אחד מבני המשפחה (מצב דחק- לא נורמטיבי) הוא עסק משפחתי - כלומר, כל המשפחה ולא רק החולה עצמו הם חולים (11).
- Beutrais וחבי בדקו במחקר פרוספקטיבי בניו-זילנד 1082 ילדים בגילאי 4-10 שנים. הם מצאו שילדים אשר במשפחתם נרשמו יותר מ-12 ארועי חיים במשך שנה אוספזו פי 6 בגלל סיבות כל שהן לעומת ילדים עם פחות ארועי חיים במשפחה (12).
- Schleifer וחבי בדקו במחקר פרוספקטיבי 15 בעלים של נשים עם סרטן שד מתקדם. הם מצאו שינוי משמעותי ביותר במערכת האימונולוגית של הבעלים לאחר מות נשותיהם. שינוי זה התבטא בדיכוי התגובה של הלימפוציטים לפיטוהמאגלוטינין, קונקנבלין A ו-Mitogen Pokeweed (13) David and Priscilla Schmidt. מצאו שאנשים עם ארועי דחק רבים ללא משאבים שינטרלו ארועים אלו, מראים עליה בהפרשת הקטיכולאמינים ואלו מביאים לעליית תאי T Suppressor וירידה ביחס של $T_4 : T_8$ וכחוצאה ירידה ביצירת אינטרלאוקין 2. מצב זה מביא לרה-אקטיבציה של זהומי הנגיף הרפס מטיפוס 1 (14).
- Locke וחבי בדקו את הקשר בין ארועי דחק, תסמינים נפשיים ופעילות תאי ה-natural killer (NKCA) ב-114 סטודנטים בריאים. באלו שדווחו על תסמינים נפשיים מועטים למרות ארועי דחק רבים נמצאה רמת NKCA גבוהה באופן משמעותי מאלו שדווחו על תסמינים נפשיים מרובים כתגובה לארועי דחק רבים (15).

המסקע של ארועי חיים כאלו יכול לגרום לעתים קרובות להתנהגות בלתי מובנת של אחד מבני המשפחה בחולי מסוים כאשר העובדות האובייקטיביות מצביעות לכאורה על כך שהאיט הבריא לחלוטין. עובדה זו מודגמת במקרה הבא:

כרמלה, בת 48, נשואה ואם ל-5 ילדים. חלתה בדלקת חריפה של אגן הכליות (pyelonephritis) שהתבטאה החום גבוה, צמרמורות וזהום בשתן. לאחר טיפול אנטיביוטי בהתאם לרגישות החיידק, ירד החום ותרביות השתן היו עקרות. להפתעתנו המסיכה לבקר במרפאה להתאונן על חולשה ובקשה המסך תעודות המחלה. ברור ארועי חיים שקרו במשפחה - העלה שבעלה נפגע בתאונת דרכים שבועיים לפני מחלתה, בנה הבכור נפצע קל במלחמת שלום הגליל, ואילו שני בנים נוספים משרתים בלבנון.

תמונה מס' 5 מביאה את עקומת תפקוד משפחה זו לפי Hill ויכולנו להדגים שבמשפחה זו ארע מספר ראשון מסוג זניחה עקב פציעת הבעל. המשפחה חזרה אמנם לתפקודה התקין אלא ברמה נמוכה יותר ו"חגורת ההתמודדות" היתה צרה יותר. 3 ארועי חיים נוספים - מחלת האם, פציעת הבן הבכור וערוב שני בנים נוספים במלחמה, הכניסו את המשפחה למסבר עמוק יותר, ממנו היא מתחילה להתאזשש. "חולשתה" של האם היה ביטוי טיפוסי למסבר תפקודי במשפחה.

(ראה תמונה מס' 5)

השפעת המשפחה על בריאות וחולי

שכיחה של חולי בפרט, תלויה בגורמים תורשתיים ומשפחתיים, הדבקה במחלה זיהומית והשפעת גורמים פסיכוסוציאליים.

קיים קשר הדוק בין שכיחות של זהנמים ומבנה ותפקוד המשפחה. Meyer וחב' בדקו שכיחות של זהומים סטרפטוקוקלים ב-16 משפחות במשך שנה. הם מצאו שאמהות מראות זהומיות גדולה מאבות, שכיחות הזהומים היתה גבוהה ביותר בגילאי 5-2 שנים ובמשפחות עם מצבי דחק חריפים וכרוניים. הם הדגימו שהנטיה לפתח עליה בייליה-AST היתה קשורה בדרגת הדחק במשפחה (16).

מדלי וחבי בדקו שכיחות של מעוקת חזה בין 10,000 גברים עובדי עיריות וממשלה בישראל ומצאו שכיחות גבוהה משמעותית בין גברים עם דרגה נמוכה של אהבת האשה ובאלו עם בעיות אחרות במשפחה (17).

במחקר בין 50 משפחות מצאו Howie וחבי ילדים לאמהות שנזקקו לתרופות פסיכותרופיות, ביקרו כפליים יותר במרפאות בגלל זהומי דרכי נשימה עליוניים מאשר ילדים שאמהותיהן לא נזקקו לתרופות כאלו. (18).

מחקרים רבים הראו את השפעת גורם המשפחה במצבים שונים. כך נמצאו השפעות על תמותה, מחלות קרדיוסקולריות, סוכרת, גנחת הסימפונות, הריון, היענות לטיפול והשמנה. מיטב המחקרים וההתערבויות נעשו בקרב בעיות נפשיות כאשר המחקר על הקשר בין המשפחה וסכיזופרניה מקדים לפחות ב-10 שנים מחקרים אחרים בשטח זה. גם מחקרים על דכאון, אלכוהוליזם וסמים תרמו רבות להבנת הנושא. אני מפנה את כל המתעניין בנושא זה למאמרו של Campbell מהאוניברסיטה של רוצ'סטר שהופיע לאחרונה ב-Family Systems Medicine (19).

שלא במסגרת רפואת המשפחה, אנו רואים מדי פעם פרטים מחברי המשפחה כאשר אין אנו שמים לב לקשר ולהשפעה ההודית של תחלואה בתוך המשפחה. נביא לדוגמא משפחה שאם המשפחה היוותה לגבינו בעיה אבחנתית קשה. אסתר, נשואה עם 10 ילדים. בהיותה בת 40 נבדקה במרפאתנו בגלל חולשה ואיבוד 15 ק"ג במשקל. כל הבדיקות הגופניות והמעבדתיות היו תקינות. היות וחשדנו בממאירות - ביצענו גם צלומי רנטגן רגילים וממוחשבים וכן מיפויים רדיו אקטיביים שהיו כולם תקינים. אבחנה סופית היתה של דכאון. בתמונה מסי 6 אנו רואים את עץ המשפחה במשך 5 שנים.

שימו לב למקבילות בין תלונות של כל אחד מבני המשפחה ואתם יכולים לתאר לכם אילו פרוצדורות אבחנתיות היינו מבצעים אצל שרה שסבלה מכאבי בטן, שתן "דמיי" וכאבי חזה או נאווה שסבלה מכאבי ראש, קוצר נשימה, סחרחורת וטשטוש ראייה.

(ראה תמונה מסי 6)

Calling קורא לסוג כזה של משפחה "משפחה חולה". הוא מדגיש שמשפחה כאלו מאופיינת ע"י בעיות פסיכוסומטיות מרובות ותגובות מוגזמות למהלך אורגניות. סכיח לראות במשפחות אלו מצבי חרדה וכאון באחד או שני ההורים. מחלה כרונית באחד מצני המשפחה וקשיים בחיי הנישואין (20).

כיצד בודקים האם המשפחה מתפקדת ?

הפקוד משפחתי יש לבדוק כאשר מגיע בן משפחה חדשה לטיפולו של רופא המשפחה או כאשר אחד מבני המשפחה חולה במחלה ממושכת וקיים צורך לבחון באיזו מידה מסוגלת המשפחה להתמודד עם מחלה זו.

לשם הערכת תפקוד המשפחה, פותחו מספר רב של מודלים.

1. ה-APGAR המשפחתי

השיטה פותחה על ידי Smilkstein ונוסחה בארה"ב וטאיוון בתוצאות טובות (21-23). מודל זה מתבסס על 5 קטגוריות תפקודיות בתחומי המשפחה: -

א. הסתגלות (adaptability) - כיצד משתמשת המשפחה במשאבים תוך וחוץ משפחתיים לפתרון בעיות שנגרמות על ידי ארועי חיים שונים.

ב. שותפות (partnership) שותפות הדדית בין בני המשפחה בטיפול והחלטות.

ג. צמיחה (growth) בגרות גופנית ונפשית ועזרה הדדית בהגשמת שאיפות.

ד. רגשיות (affection) היחסים הרגשיים בין בני המשפחה.

ה. מחויבות (resolved) הקדשת זמן לכל בני המשפחה לטיפול גופני ונפשי.

בהתאם לכך פיתח Smilkstein שאלון בן 5 שאלות האמורות לנסות את כל

חמשת הקטגוריות שנזכרו. לכל שאלה יש 3 אפשרויות לתשובה עם ניקוד

בין 2 - 0.

בדרך כלל לא (0 נקודות)	לעיתים (נקודה אחת)	תמיד (2 נקודות)	
			1. האם את/ה מרוצה מכך שאת/ה יכול/ה לדבר עם בני משפחתך ולבקש עזרה כשמהו מציק לך?
			2. האם את/ה מרוצה מהדרך בה בני משפחתך משתפים אותך בבעיות שלהם?
			3. האם את/ה מרוצה מהדרך בה בני משפחתך תומכים ברצון שלך לעשות דברים חדשים? (למשל, ללמוד דברים חדשים, להחליף מקצוע, או להחליף מקום עבודה).
			4. האם את/ה מרוצה מהדרך בה בני משפחתך מביעים אהבה כלפיך?
			5. האם את/ה מרוצה מהזמן שבני משפחתך ואת/ה מבליים ביחד?
			סה"כ

ניקוד של 10 - 7 מצביע על תפקוד משפחתי תקין. ניקוד של 6 - 4 מצביע על תפקוד לקוי חלקי וניקוד מתחת ל- 4 מצביע על תפקוד לקוי לחלוטין. מרקוביץ הרחיב את שאלון ה-APGAR המקורי ל-12 שאלות ותיקף אותו בקרב אוכלוסית מושבים הכלולים במרכז הבריאות שמשון (24). השאלות הנוספות כוללות הרגשת פרטיות בבית, הלוקת כסף, מכונית וכו', דיבור והחלטות על בעיות במשפחה, שביעות רצון מהמעמד במשפחה, יחס האחים והאחיות, יחס ההורים ושאלת סיכום על שביעות רצון כללית מחיי המשפחה.

נחזור עתה למשפחתו של חיים ונמלא את שאלון ה-APGAR לפי תשובותיו
שלו עצמו.

שאלה ראשונה הניקוד היה 0, לשניה - 1, לשלישית - 0, לרביעית - 1
ולחמישית - 1. כלומר ניקוד כללי של 3 מצביע על כך שלפי דיווחו של חיים
תפקודה של משפחתו לקוי ביותר. ניקוד לפי השאלון של אשתו היה 4, כלומר היתה
הסכמה בין בני הזוג לגבי התפקוד הלקוי של המשפחה.

בדומה ל-APGAR המשפחתי, פיתח Smilkstein גם APGAR המתייחס למקום העבודה
ולחברים (19). שיטה זו אמנם מעטית וקצרה ונותנת בפעם הראשונה כלי בידי רופא
המשפחה לבדוק במספר שאלות קטן את תפקוד המשפחה אלא שלשיטה שתי מגרעות עיקריות.
הראשונה נובעת מכך שהגבול בין תפקוד תקין ולקוי אינו ברור בחלק גדול מהתשובות,
והשניה שאין בטחון שתפקוד המשפחה כפי שמיוצג על ידי נציג אחד של המשפחה אכן
יחן תוצאה דומה או שווה כאשר יוצג לפני בני משפחה אחרים.

2. שיטת ה-(FCS) Family Categories Schema.

השיטה פותחה על ידי המחלקה לפסיכיאטריה ורפואת המשפחה באוניברסיטת
McMaster בקנדה (25). השיטה דורשת ראיון משפחתי ומכוונת להגיע להערכה שאפשר
לנצלה גם לטיפול משפחתי.

במודל זה קיימות 6 קטגוריות המקיפות את יכולת התפקוד המשפחתי :

- א. פתרון בעיות במשפחה.
- ב. ביטוי ומעורבות רגשות.
- ג. תקשורת בין בני המשפחה.
- ד. מיקומו ותפקודו של כל אחד מבני המשפחה.
- ה. תגובות רגשיות במשפחה.
- ו. בקורת התנהגותית הדדית.

יתרונה של שיטה זו שהיא מעריכה את כל המשפחה אבל חסרונה שדרוש ראיון
והערכה היא סובייקטיבית.

3. שאלון קידרמן, פורסט, סידל ויוזפת (שם זמני) (26)

השאלון נבנה באזור ירושלים ונמצא תקף בדרגה גבוהה. הוא מורכב מ-10 שאלות: בארבע השאלות הבאות נקד: כן - 2, באמצע - 1, לא - 0.

0	1	2

1. האם אשתך היא אשה טובה? האם בעלך הוא

בעל מוצלח?

2. כאשר לא טוב לך, האם בן/ה זוגך מתחשב

בזה?

3. האם את/ה מרגיש/ה נוח לספר את

בעיותיך לבן/ת זוגך?

4. האם את/ה מרוצה מיחסי המין שלכם?

בשאלות הבאות נקד:

תמיד - 0, לפעמים - 1, אף פעם - 2.

5. האם קיים מתח במשפחה?

6. האם בן/ת זוגך כ"כ קנאי/ת שזה

מפריע לך?

7. האם הוועלה פעם שאלה של גירושין?

8. האם את/ה מרגיש/ה חנוק/ה בבית?

9. האם אתם רבים הרבה?

10. האם את/ה מרגיש/ה שכל המעמסה בבית

נופלת עליך?

סה"כ

ניקוד מתחת ל-10 - תפקוד לקוי

10-16 - תפקוד בינוני

17+ - תפקוד טוב

שיטת עיגול המשפחה

בשיטה זו מתבקש כל פרט במשפחה לסמן בתור עיגול המסמל את המשפחה את הרגשותו.
לגבי המעמד והיחסים בין בני המשפחה. (תמונה מס' 7,8).
ציור זה נותן מבט גם על קרבה, ריחוק ועמדות כוח (27).

(ראה תמונה מס' 7)

(ראה תמונה מס' 8)

(FES) Family Environment Scale

פוחת ע"י Moos ב-1974. זהו שאלון עם 90 שאלות הבוחן 10 מאפיינים של המשפחה המחולקים ל-3 קטגוריות (28).

- | | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| A. Relationship: | 1. Cohesion |
| | 2. Expressiveness |
| | 3. Conflict |
| B. Personal Growth | 4. Independence |
| | 5. Achievement |
| | 6. Intellectual-cultural orientation |
| | 7. Active recreational orientation |
| | 8. Moral religious emphasis |
| C. System Maintenance | 9. Organization |
| | 10. Control |

שאלון נפרד נוסף בודק כיצד רואים בני המשפחה תפקוד אידיאלי במשפחתם.
Anderson וחב' הראו שחוסר פיקוח על סוכרה קשור בקוהזיה נמוכה וקונפליקט
גבוה לפי שאלות ה-FES (29).

הטופס תורגם לעברית ע"י די"ר רביב מאוניברסיטת ת"א בשנת 1980 ונמצא
תקף גם בצורתו העברית. המבחן הועבר בארץ בילדים הסובלים מדכאון, הסתגלות
של יתומים ודרכי השינה של הילדים בקיבוץ. גם אנחנו מעבירים מבחן זה אצל

שפחות שאחד הילדים סובל מגנחה.
שיטה זו טובה יותר למחקר ואינה יעילה בפרקטיקה היומיומית.

שיטת הצירקומפלקס.

נקראת גם (FACES) Family adaptability and cohesion scale ופותחה ע"י Olson (30).
לכידות השאלון מתרכז ב-3 היבטים של המערכת המשפחתית: "קוהזיה" A- הקשר הרגשי בין בני המשפחה, "סגילות" (adaptability) - היכולת של המשפחה לשנות את המבנה, יחסי תפקיד (role relationship) וחוקים בתגובה לדחוקים או מתפתח ו"הקשורתי".

(ראה תמונה מס' 9)

Olson ביצע 2 תיקונים של השאלון. הראשון FACES II מכיל 30 מצבים במשפחה. הנבדק עונה על מצבים אלו כפי שהמשפחה נתפסת על ידו וכפי שהיה רוצה שתהיה. בשאלון זה נבדקים גם 2 מאפיינים שתוארו ע"י Minuchin וחב' (31) כשייכים למשפחות פסיכוסומטיות (enmeshment and rigidity).
Cederblad וחב' מצאו קורלציה בין הפיקוח על סוכרת במשפחות עם ילד חולה סוכרת לבין קוהזיה באם והסתגלות נמוכה אצל האב (32); FACES III שפותח לאחרונה נראה כמכשיר הטוב ביותר כיום לבדיקת תפקוד המשפחה (33).
השאלון תורגם לעברית ועובר כעת מבחני תיקוף בארץ.

משפחה המתמודדת עם מצבי דחק (stresses) הצליח לשמור על טווי משקלה התפקודי אם תדע לנצל משאבים פנימיים וחיצוניים.

Boyce מדגיש שתחלואה גבוהה תהיה קטורה במצבי דחק רק אם המשאבים החברתיים הם דלים (34). McKay וחבי מצאו שנשים שסבלו ממצבי דחק רבים ומשאבי תמיכה נמוכים - סבלו מתחלואה גבוהה פי 25 מאשר נשים עם מצבי דחק מעטים ומשאבי תמיכה גבוהים (35). Berkman וחבי מצאו במעקב של 9 שנים בין חושבי Alameda County שהתמותה בקרב חוטבים ללא קטרים חברתיים וקהילתיים היחה גבוהה בהשוואה לאלו עם קטרים (36). ממצא זה לא היה קשור במשתנים בריאותיים, עישון, השמנה ומצב כלכלי.

Lin וחבי הראו בקרב סינים-אמריקאים יחס ישר בין ארועי דחק ושכיחות תסמינים נפשיים ויחס הפוך בין תמיכה חברתית ותסמינים אלו (37). יתרה מכך, התרומה של התמיכה החברתית היחה גבוהה מארועי הדחק להיארעות התסמינים. McKay וחבי הראו שנשים שעברו ארועי דחק רבים והיו בעלות משאבי תמיכה נמוכים חלו פי 2.5 מנשים עם ארועי דחק מעטים ומשאבי תמיכה גבוהים (38). משאבי תמיכה נבדקו עיין 5 מרכיבים:

1. כלפי כמה חברים וקרובי משפחה מרגיש הנבדק קרוב.
2. השתתפות בפעילות דתית או חברתית.
3. אפשרות לחלוק הרגשות.
4. מידת ההערכה וההבנה מהסובבים.
5. שביעות רצון ממגעים חברתיים ומשפחהיים.

Thoits מזהירה בצדק מפני פשטנות ביחס בין ארועי דחק ומשאבי תמיכה (39). ארועי חיים עלולים לשנות את משאבי התמיכה ותמיכה מתאימה יכולה לבלום התפתחות ארועי דחק. (לדוגמא, מות בן זוג הוא גם ארוע דחק אבל גם קיצוץ דרסטי במשאבי התמיכה של בן הזוג הנוותר).

משאבים פנימיים יגויסו על ידי חלוקה שווה של אחריות ופתרון בעיות בהתאם לכל הקטגוריות שהזכרנו במודלים שהוצגו. בהיעדר משאבים פנימיים תזדקק המשפחה למשאבים חיצוניים. משאבים כאלו יהיו סוציאליים, תרבותיים, דתיים, כלכליים, חינוכיים ורפואיים. Hartman מציע לצייר לכל משפחה כזו מה שהיא מכנה Eco-Map (40). המונה מסי 10 מדגימה שימוש במודל זה במשפחתו של חיים. משפחה זו לא היתה מסוגלת לגייס משאבים פנימיים ולכן בטיפול במשפחה זו יכולנו להפעיל משאבים סוציאליים מבני המשפחה המורחבת, דתיים מהרב המקומי ורפואיים מהצוות שלנו.

(ראה תמונה מסי 10)

הגובת המשפחה למצבי דחק

מבין המודלים הרבים, בחרתי להציג את ה-Cycle of Family Function שפותח ע"י Smilkstein (41). במודל זה מתחיל המעגל במצבי דחק הגורמים לערעור שווי המשקל התפקודי של המשפחה. במידה והמשפחה מסוגלת לגייס משאבים פנימיים ו/או חיצוניים היא תסתגל ותחזור לשווי משקל. בהיעדר משאבים, יתפתח משבר שעלול להיות הפיך אם נמצאו בינתיים המשאבים. באם לא, ממפתח מנגנון הגנה פתולוגי המתבטא בדרך כלל במחלות שונות בין בני המשפחה בעיקר מחלות פסיכוסומטיות או תופעות "השלכה" (projection).

בטלב הבא מתפתח שווי משקל פתולוגי המתבטא בתופעות פסיכוכברתיות בין בני המשפחה כמו טעיר לעזאזל, עבריינות, אין אונות ודפוסי התנהגות פתולוגיים אחרים. אם המשפחה איננה מצליחה לגייס משאבים למרות הכל או יופיע מצב דחק חדש, תעבור המשפחה לערעור תפקודי סופי ממנו בדרך כלל לא תוכל המשפחה להחלים.

סמילקסטיין בנה על סמך המודל הזה גם מודל דומה לתגובת הפרט למצבי דחק וקרא לו - The cycle of psychosocial risk in health outcome. מודל זה מתאים לארועים שקרו במשפחתו של חיים (תמונה מס' 11). שלושה מצבי דחק ארעו למשפחה: עריקות הבן הבכור, גיוס הבן השני, ומותו של חבר קרוב. למשפחה לא היו משאבים פנימיים או חיצוניים ולכן התפתח מסבר ובעקבותיו מנגנון הגנה פתולוגי שהתבטא בחיים בהופעות של הזדהות וקונברסיה. באשה הופיעו תלונות פסיכוסומטיות של כאבי גב, המעבר לשווי משקל פתולוגי התבטא בעל בחוסר אונות מינית ובבעיות התנהגותיות בילדים. כאשר הפעלנו משאבים חיצוניים השתפר תפקוד המשפחה ויכולנו לכן לראות שיפור בכל התופעות הפתולוגיות שהופיעו בבני המשפחה.

(ראה תמונה מס' 11)

תפקידו של רופא המשפחה והצוות במשבר

א. תמיכה

על רופא המשפחה להיות ער לאפשרות של התפתחות מסבר במשפחות אשר בטיפולו. בעיקר כאלו שרמת תפקודן נמוך. במידה והוא נחקל בארועי דחק במשפחה עליו ועל צוותו להתערב מיד לפני התפתחות המשבר. במצבים אלו יש:

1. ליצור מגעים קרובים עם בני המשפחה.
2. לעודד את בני המשפחה במאבקם ונסיונותיהם למציאת פתרון.
3. לעזור ליצירת תקשורת טובה בין בני המשפחה.
4. לעזור בארגון סדרי ההיררכיה החדשה במשפחה.
5. לתמוך בהם בשליטה והבעת רגשות.
6. לנסות להפיח תקווה במידה והיא ריאליסטית.

ב. התערבות במשבר (לדוגמא - מות של בן משפחה)

1. התערבות מיידית (ביקורי בית בזמן האבל ואחריו).
2. לשוחח עם כמה שיותר מבני המשפחה.
3. לעודד את בני המשפחה לחמוך אחד בשני.
4. לעזור בגיוס משאבים חצוניים כמו משפחה מורחבת, ידידים וכו'.
5. להסביר לבני המשפחה שתגובות הצער השונות הן לגיטימיות.
6. לעזור למשפחה להתוות את עתידם במסגרת החדשה שנוצרה.

תפקידו של רופא המשפחה והצוות בטיפול במשפחה

הגדרת תפקידו של רופא המשפחה המודרני אינה קלה. עליו להיות בעל ידע, כושר ומיומניות במניעה, אבחון וטיפול במחלות השונות של היחיד. עליו להבין את הרקע הפסיכו-סוציאלי-אנתרופולוגי של החולה, עליו לפתח יחסי רופא-חולה מוטלמים, עליו ליטול מנהיגות על הצוות העובד איתו ועליו להבין ולטפל בכל המשפחה. על מנת לטפל במשפחה, על רופא המשפחה לבצע איבחון משפחתי ובעקבותיה לטפל במשפחה הפתולוגית.

כדי לבצע אבחון משפחתי, הוא יכול להשתמש במודלים שתארתי או במודלים אחרים (44 - 42, 6). בכל מקרה עליו לבצע ראיון משפחתי במיקרים הבאים: -

1. במידה והיא מתרשם שבן משפחה מבקר אצלו לעתים קרובות בגלל תלונות שונות שאינן מגיבות לטיפול. בעיקר תופעות של סומטיזציה או תופעות הקשורות במצבי חרדה, זכאון ודומיהם.

2. עם כל משפחה בה אחד מבניה הוא חולה כרוני קשה (למשל סכרת או מחלת לב איסכמית).

3. במקרה של חוסר היענות לטיפול (non-compliance).

4. כאשר קיימת הפרעה בהתנהגות של אחד מבני המשפחה (בביה"ס או בזמן ההתבגרות).
5. כאשר הוא נתקל במצבי דחק העלולים לגרום למשבר.

קיימות שיטות רבות לקיום הראיון המשפחתי ו-Christie-Seely מדגישה שקיים שוני מהותי בין גישתו של רופא המשפחה לראיון משפחתי ובין גישתו של מומחה בטיפול משפחתי. (3) לעומת "מקצועיותו" של המטפל המשפחתי, יתרונו של רופא המשפחה בהיכרותו הממושכת עם המשפחה הגרעינית והמורחבת, האפשרות להתערבות בשלבים הראשוניים של מצבי הדחק וכמובן זמינותו.

בהתאם לנטיונתו, פיתחנו מספר כללים עליהם אנו מקפידים בזמן ראיון משפחתי (45):

1. בראיון יש לכלול את רוב בני המשפחה אם לא את כולם (כולל המשפחה המורחבת כמו הורי האב והורי האם).
2. יש לשאול על יחסים ומתחים בתוך המשפחה.
3. יש לעודד תקשורת חופשית בין בני המשפחה ובעיקר לעודד אלו ששותקים מרבית הזמן.
4. יש לחזק נטיות חיוביות במשפחה כמו חיזוק מעמד האב.
5. יש לעודד השתתפות משאבי חוץ בתמיכה במשפחה כמו חברים, מורים, אנשי דת וכו'.
6. במידה והטיפול אינו מתקדם או שאחד מבני המשפחה הוא פסיכוטי יש להפנות את המשפחה למטפל מקצועי.

Shapiro מציעה שיטה נוספת המבוססת על הדרכת בני המשפחה במיומנויות של טיפול עצמי (46). לשיטה זו 6 שלבים:

1. על המשפחה לגבש ולרשום בעצמה את בעיותיה.
2. המשפחה חייבת להסכים על מהות הבעיה העיקרית שלהם.
3. המשפחה חייבת להגיע להסכמה מה גרם בעצם לבעיה העיקרית שלהם.
4. לאחר סיכום הבעיה הראשונית, על כל בן משפחה לרשום הפרעות בתפקוד

- הקטורות בבעיה עקריה זו כמו מחשבות, הרגשות והתנהגויות.
5. בשלב זה עליהם להציג לעצמם יעד קצר טווח בשינוי ההתנהגות של כל אחד מהם.
6. בשלב הבא עליהם להציב יעדים בעלי טווח ארוך הקטורים בשינוי התנהגותי וסביבתי.

נושא זה של טיפול במשפחה על ידי רופא המשפחה, נמצא רק בשלבים הראשונים של פיתוחו. אין לי ספק שבעתיד הקרוב נקרא על מודלים חדשים שיהיו מכוונים להתרות לרופא המשפחה דרכי פעולה מעשיים ונוחים לטיפול המשפחתי.

1. Schuman S.H.; Life events, time flow and family epidemiology. In Medalie J.H. (ed.) Family Medicine, Principles and Applications, Baltimore, The Williams and Wilkins Co., 1978, pp. 37-50.
2. Engel G.L.; The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 196:129-36, 1977.
3. Christie-Seely J.; Teaching the family system concept in family medicine. J. Fam. Pract. 13:391, 1981.
4. Kleinman A., Eisenberg L., and Good B.; Culture, Illness and care. Clinical lessons from anthropologists and cross-cultural research. Ann. Intern Med. 251-8, 1978.
5. Caplan G.; The family as a support system. In Caplan G. and Killilea M. (eds). Support systems and mutual help: Multi-disciplinary explorations. Grune and Stratton, Inc. New York, 1976, pp. 19-36.
6. Medalie J.H., Kitson G.C., Zyzanski S.J.; A family epidemiological model: A practice and research concept for family medicine, J. Fam. Pract. 12:79, 1981.
7. Hill R.; Generic features of families under stress. Soc Cas 39:139, 1958.
8. Holmes T.H. and Rahe R.H.; The social readjustment scale. J. Psychosom. Res. 11:213, 1967.
9. Levav I, Krasnoff L and Dohrenwend B.S.; Israeli PERI life event scale: rating of events by a community sample. Isr. J Med. Sci. 17:176, 1981.

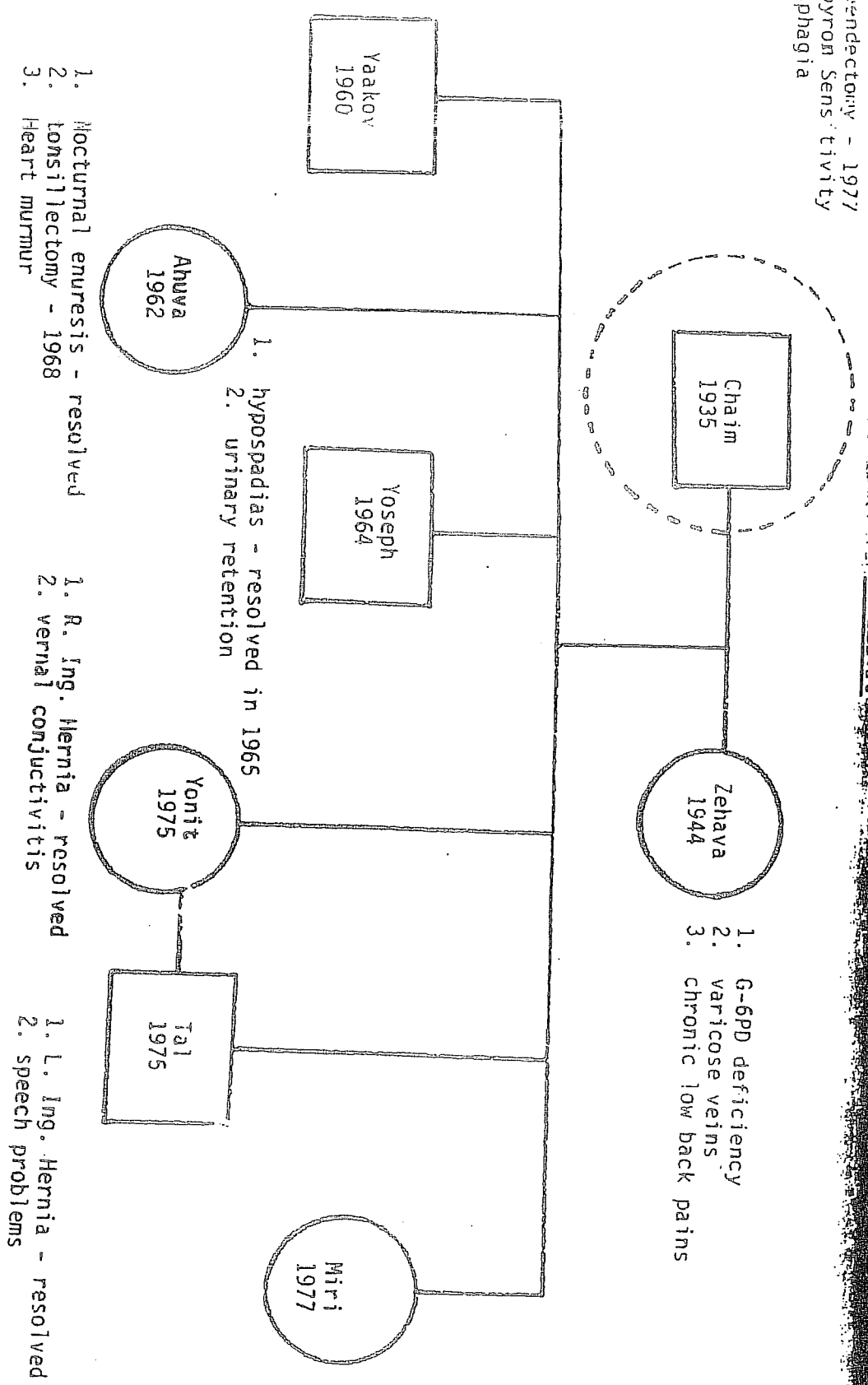
10. Smilkstein G.; The family in crisis. In Taylor R. (ed).
Family Medicine - Principles and Practices. New York:
Springer Verlag pp. 235, 1978.
11. Olsen E.H.: The impact of serious illness on the family system.
Postgrad. Med.: 172, February 1970.
12. Beautraes AL, Fergusson DM and Shanon FT: Life events and
childhood morbidity: A prospective study. Pediatrics 70:935, 1982.
13. Schleifer, S.J., Keller S.E., Camerino M, Thornton J.C. and Stein M.
Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement.
JAMA 250:374, 1983.
14. Schmidt D. and Schmidt P.: Family systems, stress and infectious
disease. Presented at the conference on family systems in family
medicine. San Antonio, TX. January 1985.
15. Locke SE, Kraus L, Leserman J et al: Life change stress,
Psychiatric symptoms and natural killer activity.
Psychosom Med. 46:441, 1984.
16. Meyer R.J. and Haggerty RJ: Streptococcal infections in families.
Factors altering individual susceptibility. Pediatrics 29:539, 1962.
17. Medalie J.H. and Goldbourt U: Angina pectoris among 10,000 men.
II. Psychosocial and other risk factors as evidence by a multivariate
analysis of a 5 year incidence study. Am. J. Med. 60:910, 1976.
18. Howie J.G.R. and Bigg A.R.; Family trends in psychotropic and anti-
biotic prescribing in general practice. Brit. Med. J. 280:836, 1980.
19. Campbell TL: Family's impact on health: A critical review.
Fam. Syst. Med. 4:135, 1986.

20. Calling A: The sick family. *J. Roy. Coll. Gen. Pract.* 14:191, 1964.
21. Smilkstein G.; The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam. Pract.* 6:1231, 1978.
22. Good M.J.D.; Smilkstein G., Good B.G., Shaffer T., and Arons T: The family APGAR index: A study of construct validity. *J. Fam. Pract.* 8:577, 1979.
23. Smilkstein G., Ashworth C. and Montano D; Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J. Fam. Pract.* 15:303, 1982.
24. Markovitz A: Extended family APGAR. M.D. dissertation Hebrew University Hadassah Medical School. 1987
25. Epstein N.B., and McAuley R.G.; A family systems approach to patients' emotional problems in family practice. In Medalie J.H. (ed) *Family Medicine - Principles and Applications*. Baltimore, Williams, 1978, pp. 223-229.
26. Kiderman S, Furst AL, Fidel J and Yodfat Y.: Questionnaire for assessment of family functioning. Submitted for publication.
27. Thrower SM, Bruce W.E. and Walton R.F.; The family circle method for integrating family system concepts and family medicine. *J. Fam. Pract.* 15:451, 1982.
28. Moos R; Family environment scale and preliminary manual. Consulting Psychologist Press Inc. Palo Alto, Ca. 1974.

29. Anderson BJ, Miller JP, Auslander WF et al: Family characteristics of diabetic adolescents: Relationship to metabolic control. Diabetes Care 4:586, 1981.
- X 30. Olson D.H., Sprinkle, Russel C.S.; Circumplex model of marital and family systems. Fam. Proc. 18:3, 1979.
31. Minuchin S, Rosman BL, Baker L: Psychosomatic families. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.
32. Cederbald M, Helgesson M, Larson Y et al: Family structure and diabetes in children. Ped. Adol Endoc. 10:94, 1982.
33. Olson DH: FACES III. St Paul: University of Minnesota, 1985.
34. Boyce W.T.; Interaction between social variables in stress research. J. Health Soc. Behav. 24:160, 1981.
35. McKay D.A., Blake R.L., Colwill J.M. et al; Social supports and stress as predictor of illness. J. Fam. Pract. 20, 575, 1985.
36. Berkman LF, Syme L: Social networks host resistance and mortality: A nine-year follow-up of Alameda County residents. Am. J Epidemiol 109:186, 1979.
37. Lin N, Ensel WM, Simeion RS et al: Social support stressful life events and illness: A model and an empirical test. J. Health Soc. Behav. 29:108, 1979.
38. McKay DA, Blake RL, Colwill JM et al: Social supports and stress as predictors of illness. J Fam. Pract. 6:575, 1985.

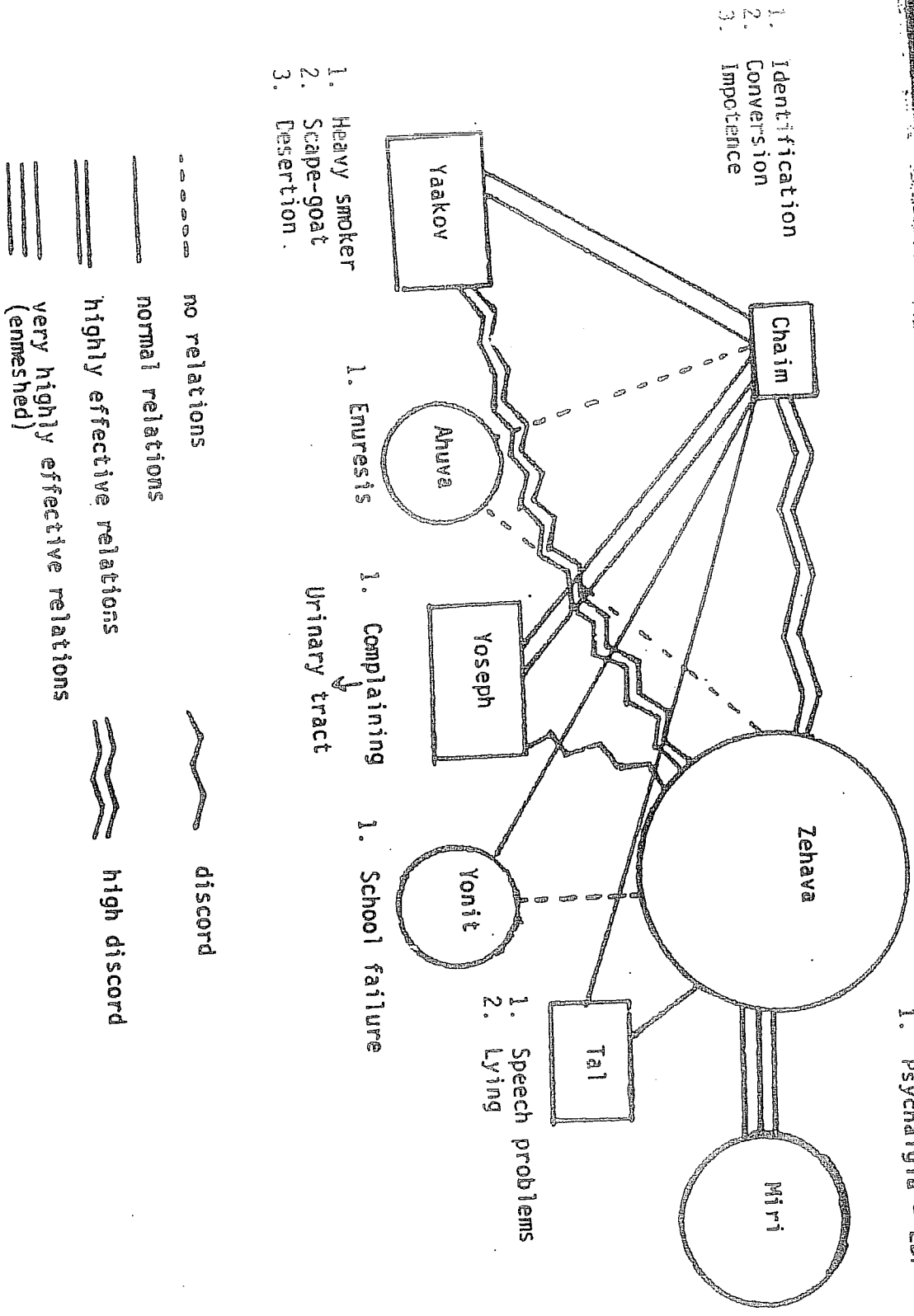
39. Thoits PA: Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. J Health Soc. Behav. 23:145, 1982.
40. Hartman A.; Diagramatic assessment of family relationships. Soc. Casework 59:30, 1978
41. Smilkstein G.: The cycle of family function: A conceptual model for family medicine. J. Fam. Pract., 11:223, 1980.
42. Medalie J.H.; Family diagnosis in family practice. Presented at the John Cassel Symposium, School of Public Health, University of North Carolina, Chapel Hill, N.C. May 25, 1977.
43. Minuchin S.; Families and family therapy. Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1974.
44. Tomm K.; A family assessment model. Presented at Conference on the Family in Health and Illness, Mineapolis, Minn. February 8, 1977.
45. Yodfat Y.: The role of the family physician in family therapy. Group and Family Therapy, 1981, Wolberg L., and Aronson M. (eds.) Brunner/Mazol Inc., New York, 1981, pp. 255.
46. Shapiro J., Development of family self-control skills. J. Fam. Pract. 12:67, 1981.

Appendectomy - 1977
 Dipyrrom Sensitivity
 Dysphagia

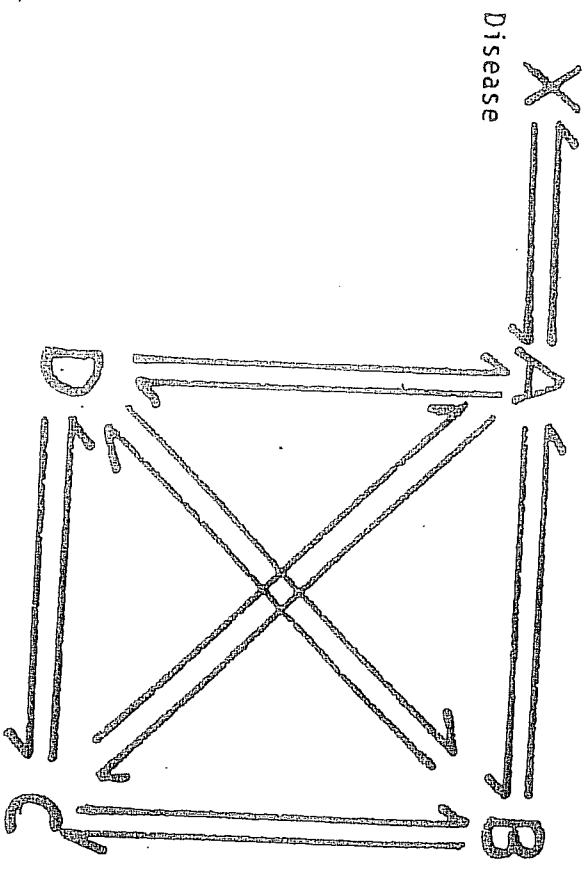


תמונה מס' 1: הגף המשפחתי של משפחה פ. - משפחת של חיים וזוהבה

1. Psychalgia - LBP

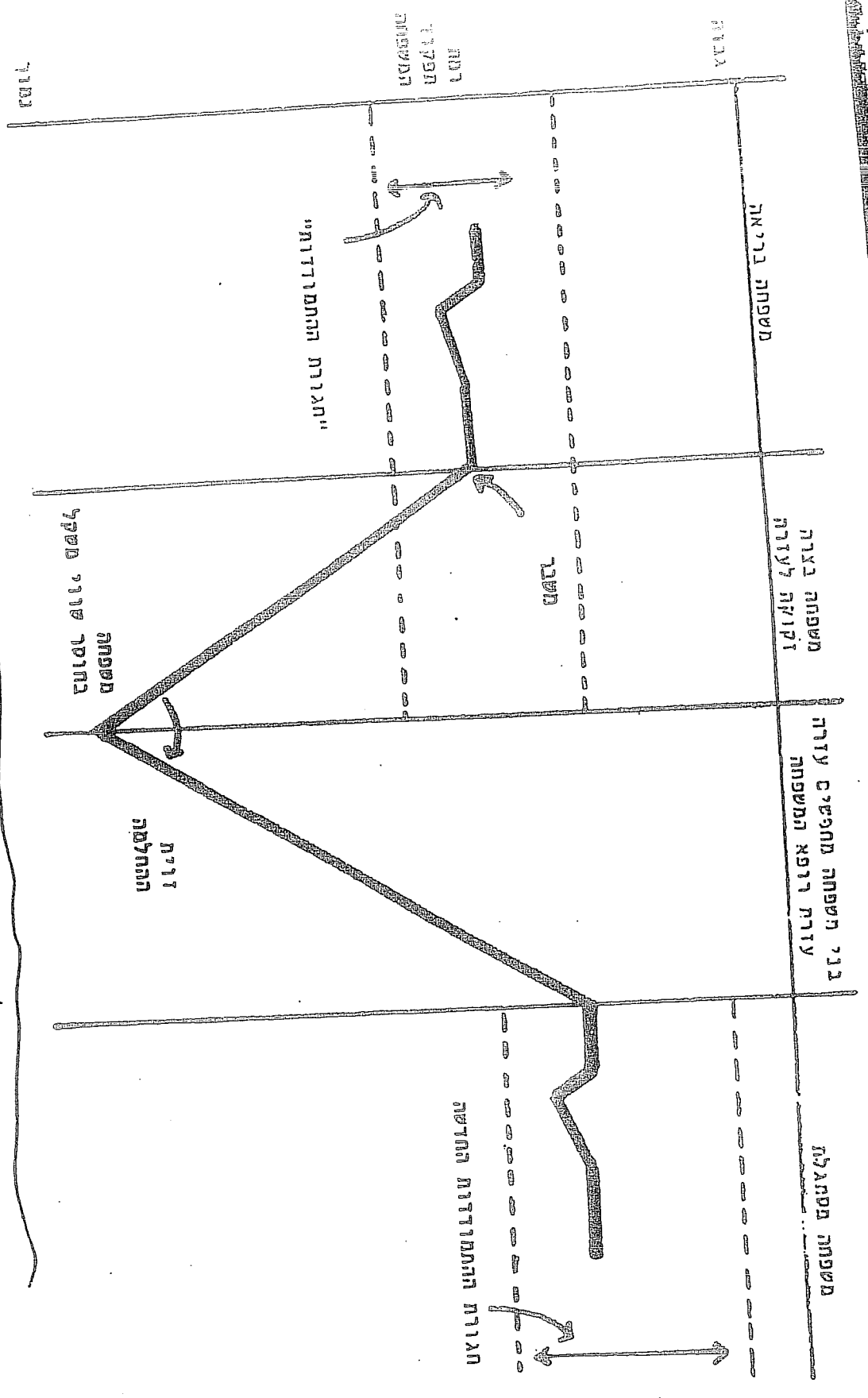


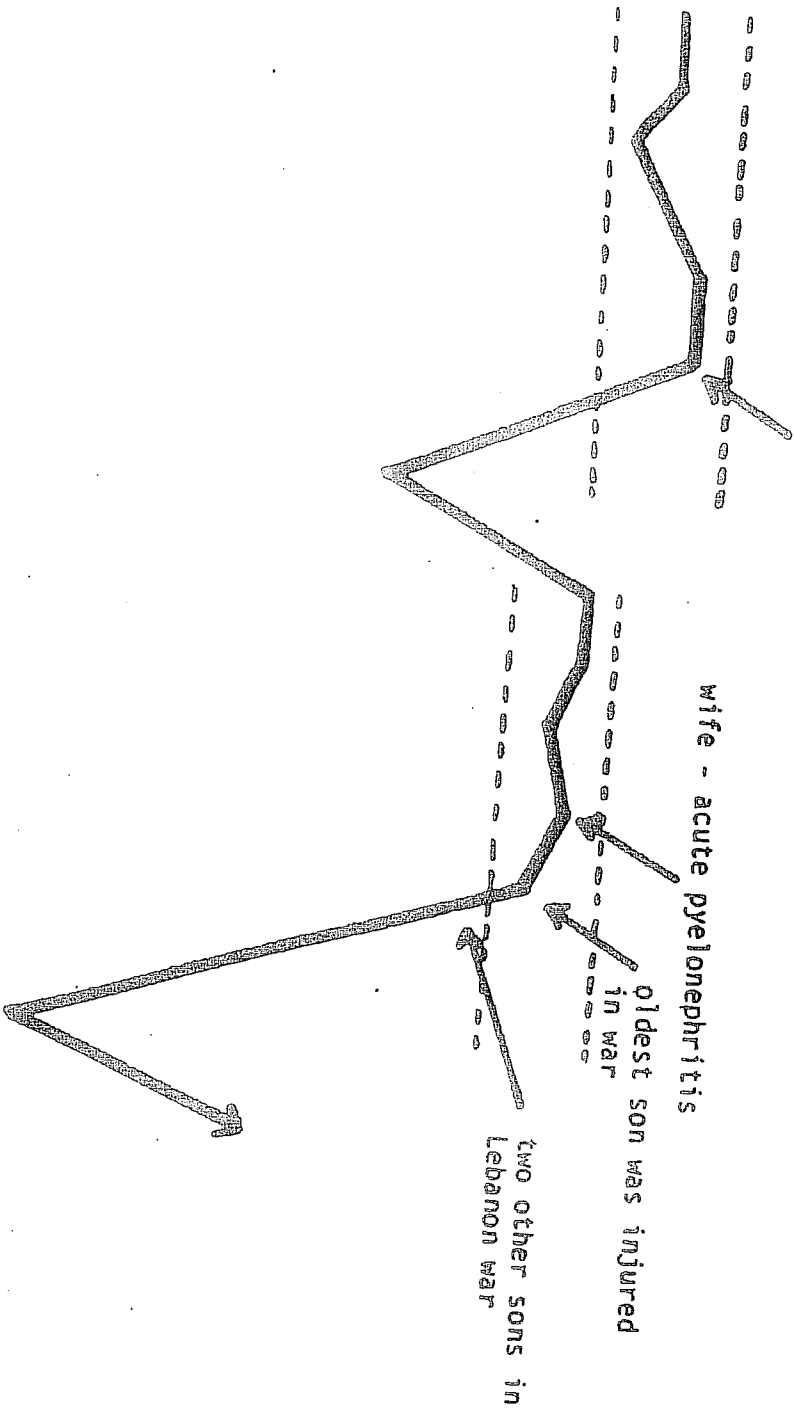
תמונה מס' 2 : התפוצצות של תופעה פ.



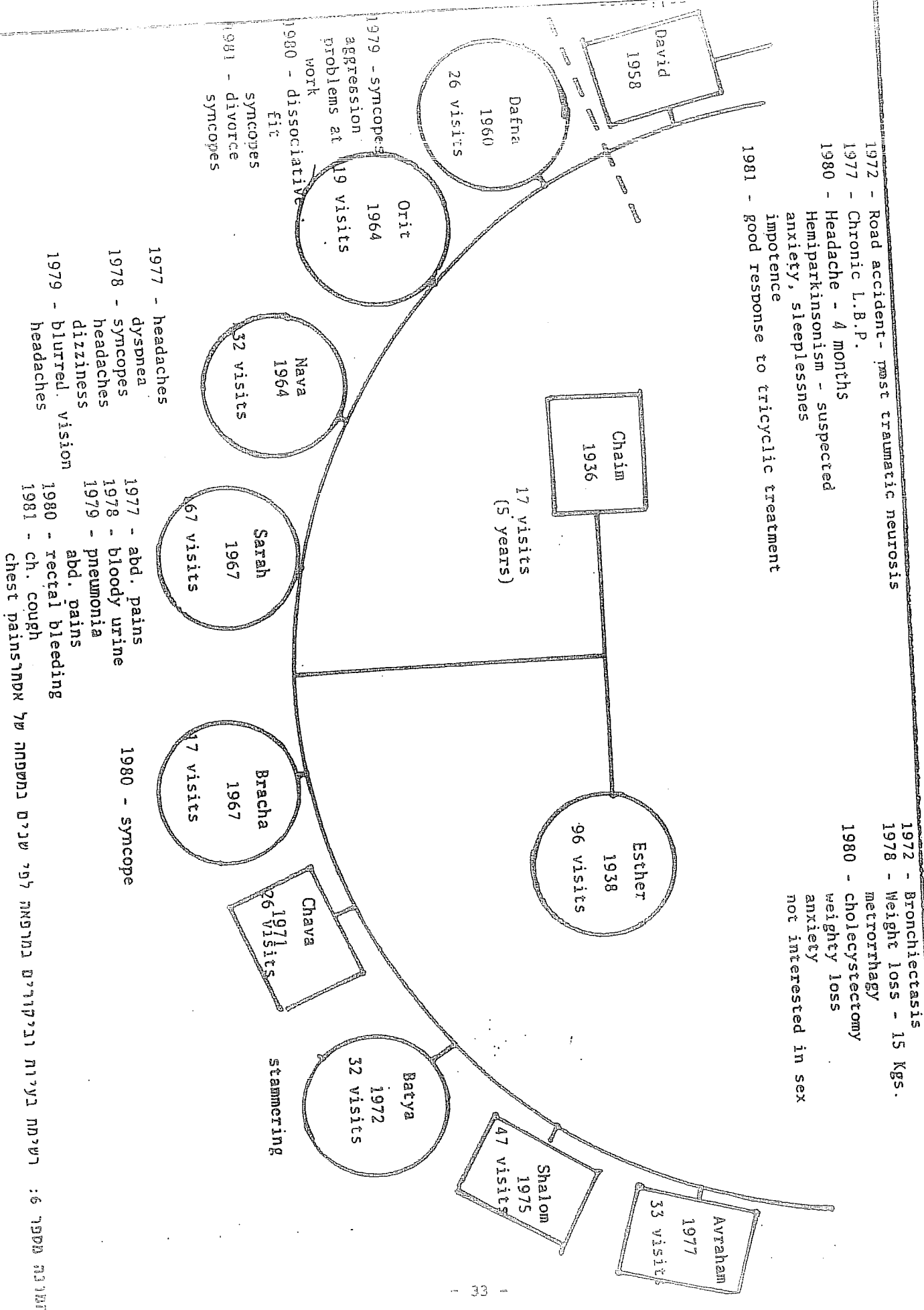
המנוחה מ' : 3 : על המשפחה כמערכת

חמוניה סיס' 4 : למי. טי. 1981
 1981
 1981
 1981
 1981





תמונה מס' 5: ארועי חיים ומסבירים במסגרתה של כרמלה



1972 - Road accident - post traumatic neurosis
 1977 - Chronic L.B.P.
 1980 - Headache - 4 months
 Hemiparkinsonism - suspected
 anxiety, sleeplessness
 impotence
 1981 - good response to tricyclic treatment

1972 - Bronchiectasis
 1978 - Weight loss - 15 Kgs.
 metrorrhagy
 1980 - cholecystectomy
 weighty loss
 anxiety
 not interested in sex

1979 - syncopes
 aggression
 problems at
 work
 1980 - dissociative
 fit
 1981 - divorce
 syncopes

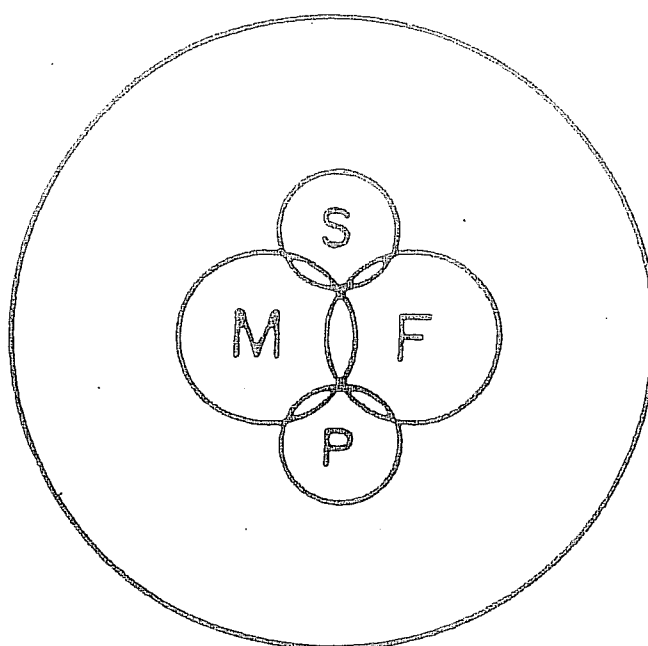
1977 - headaches
 dyspnea
 1978 - syncopes
 headaches
 dizziness
 1979 - blurred. vision
 headaches

1977 - abd. pains
 1978 - bloody urine
 1979 - pneumonia
 abd. gains
 1980 - rectal bleeding
 1981 - ch. cough
 chest pains

1980 - syncope

stammering

Functional Family Circle

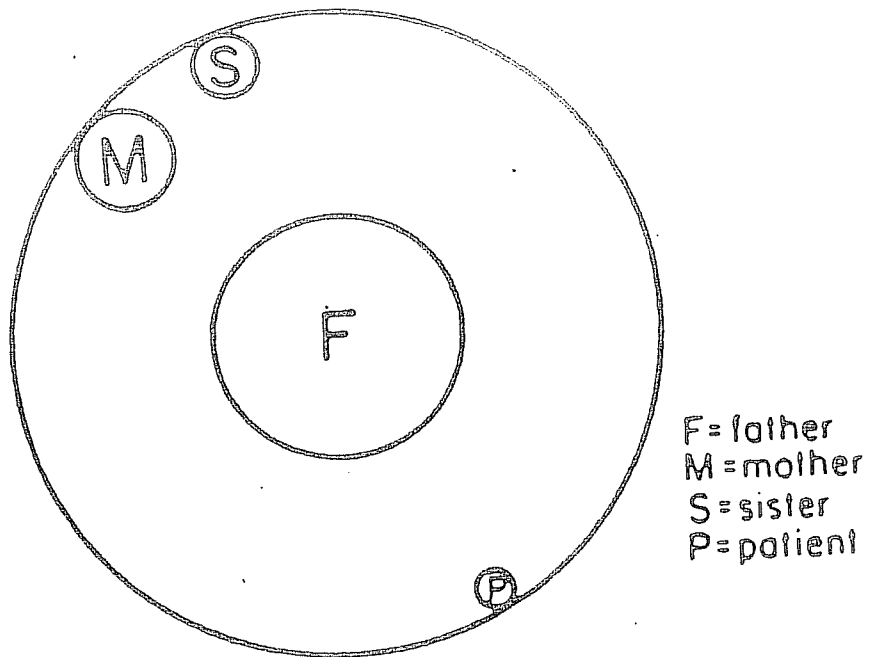


M=mother
F=father
S=sibling
P=patient

P is a 25-year-old, Chinese-American student with close family ties.

תמונה מס' 7: שיטת ה- Family circle במספחה עם תפקוד תקין ובמספחה בעייתית

Dysfunctional Family Circle



P is a 43-year-old, white, single patient whose father dominated the family. Patient had low self-image and rarely used the family as a resource.

תמונה מס' 8 : Family Circle של משפחה שאינה מתפקדת

FIGURE 1. CIRCUMPLEX MODEL: SIXTEEN TYPES OF MARITAL AND FAMILY SYSTEMS

הקשר הרגשי לכידות

← Low — COHESION — High →

DISENGAGED SEPARATED CONNECTED ENMESHED

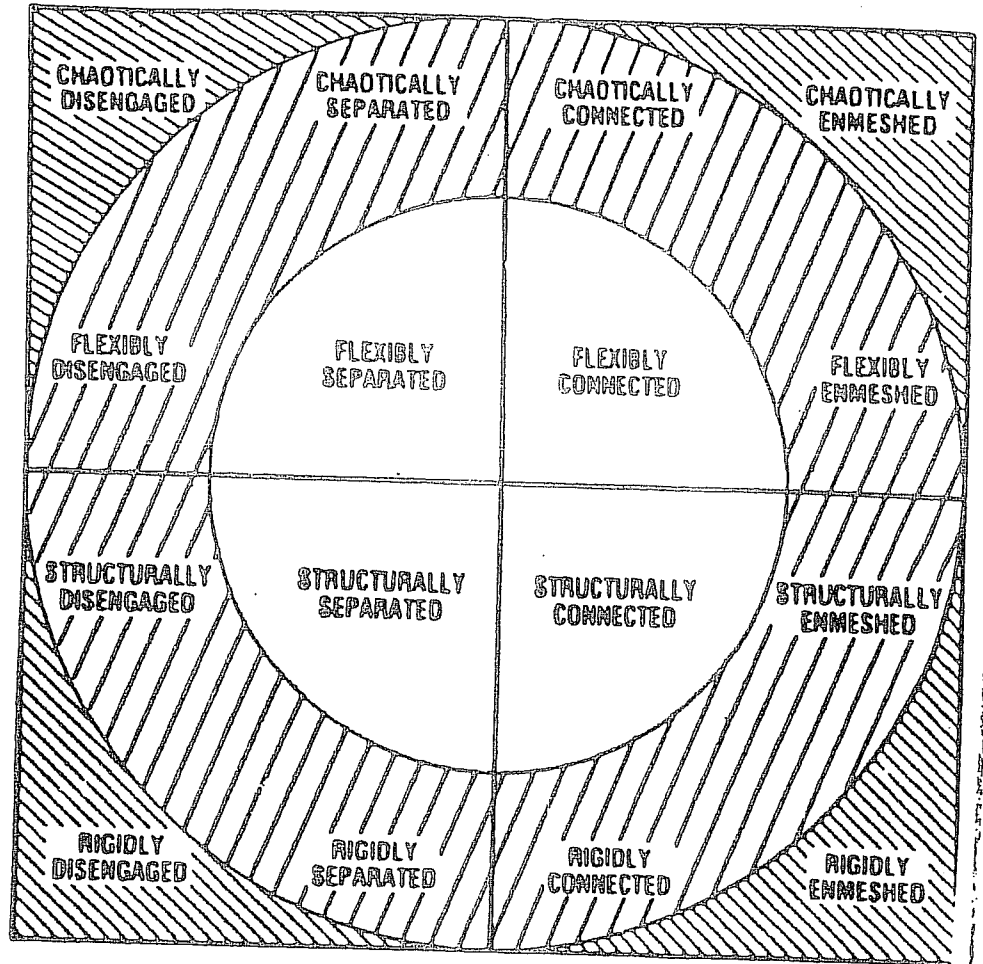
↑ High
ADAPTABILITY
↓ Low

CHAOTIC

FLEXIBLE

STRUCTURED

RIGID



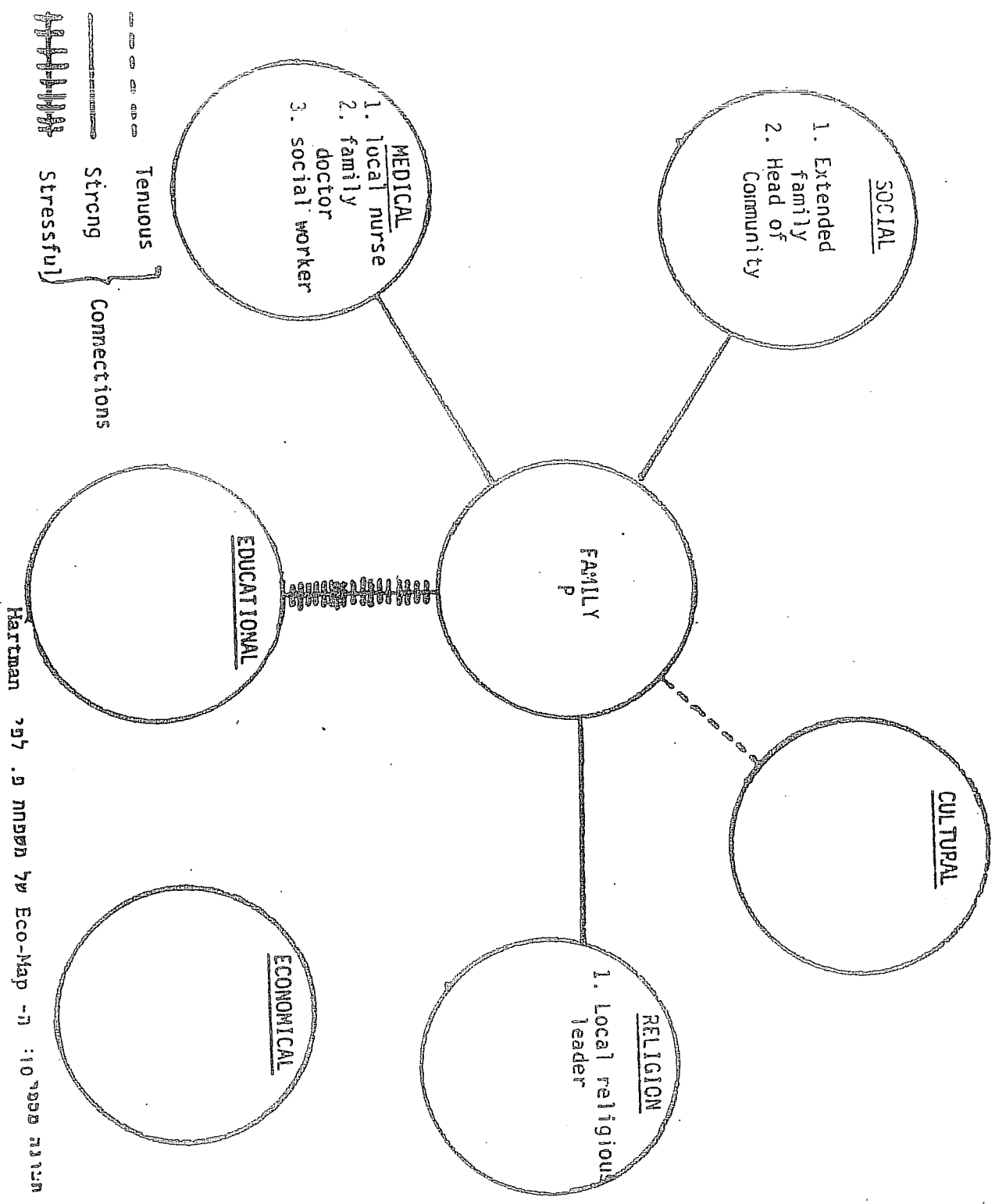
BALANCED

MID-RANGE

EXTREME

יכולת המספחה לשנות
את המבנה, יחסי תפקוד
וחוקים - סגילות

המונח מסי' 9: מודל הצירקות הפלקס לפי Olson



מחנכים ממונים : 10 - ה"ר Eco-Map לשימוש .97 חרטמן

תמונה מספר 11 : מעגל החיים המשפחתי של משפחה פ. ל. סמילקשטיין

