

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

פרופ' י. יודפת

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

ירושלים, 1987

חייט, 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 לתלוטין וכדי לשלול תהליך 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, התברר שזהבה אשתו (צעירה ממנו ב-9 שנים) הרבתה לבקר ולהתאונן על כאבי גב חחחחח ללא ממצא אורטופדי או נוירולוגי. שאר בני המשפחה נמצאו^{כלא} סובלים לכאורה מבעיות משמעותיות. ציור העץ המשפחתי מודגש 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 לחייט שיטנס 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 ולנסות לטפל בו על ידי שיחות, תרופות, הפניה לפסיכיאטר

או אולי ל"מטפלי" מסורתי מבני עדתו. יכולנו להניח שקיימת כאן בנוסף גם תגובת הזדהות עם אחד מידידיו המקורבים שנפטר לא מכבר מ-Amyotrophic lateral sclerosis.

למרנח כל זאת זימנו גם את האשה לשיחה. המרשמן מאדישות וחוסר רגשיות

כלפי תלונותיו של בעלה. מעמדה בבית היה של נזתנת הטון ורוב ענינה בלהקת

מחול אזורית בה השתתפה ולה הקדישה זמנה החפשי פרט לעבודתה במפעל תעשייתי.

כאשר הזכרנו את סבלו של בעלה, טענה שיש לו "דמיונות" בראש ושבצעם הוא איננו

"גבר" בכלל וסובל מאין אונות מינית תקופה ארוכה.

ברור נוסף העלה שיוסף הבן שעומד להתגייס סובל מהחוסים שונים ושני התאומים

סובלים: טל - מבעיות דיבור ושקדנות ויוני - מקשיים בלימודים.

כל מערכת ה"מעמדות" והיחסים בתוך המשפחה מודגמת ב-psycho-figure לפי

הצעה של Schuman בעקבות Mitchell (1). האישיות המרכזית והדומיננטית

במשפחה היא האם ואילו הבעל תופס עמדה קטנה ביותר. מערכת היחסים כוללת יחסי

שנאה, אגבה תדירה ביותר (enmeshed) ואדישות בין כל חברי המשפחה כפי שמוזגם

בפסיכופיגורה.

(ראה תמונה מס' 2)

המודל הביופסיכוסוציאלי

בשלב הנזכר היה ברור מה קרה במשפחה, מהי מערכת היחסים והמעמדות ומה

הדקע 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

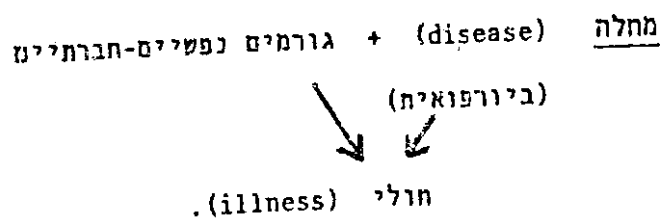
חיים כלפינו היה חולי - קושי בבליעה (illness) שנוצר משלוב של מחלתו -

תגובת קונברטיה (disease) וגורמים פסיכו - חברתיים, במקרה זה גורמים הקשורים

במשפחתו. דבר זה נכון לגבי כל חולי עם הרקע האורגני הברור ביותר כמו מחלת לב

איטכמית (מחלה) ואחרים.

אנחנו חונכנו להתייחס לכל חולה הפונה אלינו ולנסות ולאשר או לשלול מחלה אורגנית (ביו רפואה). אם שללנו מחלה אורגנית אנו נוטים ליחס לחולה רקע נפשי ולטפל בו בהתאם. היה זה Engel שנשנת 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 ודוחה לתמיכת משפחה אוהבת ? המודל הביופסיכוסוציאלי מבוסס על כך שעלינו להסתכל על המשפחה כ"מערכת" (system) . כאשר אחד מבני המשפחה חולה במחלה * היא משפיעה על כל בני המשפחה ותורר חלילה. (תמונה מס' 3) אין טפק 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 (5) .

(ראה תמונה מס' 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 ושלייליים.
3. כמו בכל מערכת אין להתייחס רק לבני המשפחה אלא גם ליחסים ביניהם.
4. התנהגות פתולוגית של בן משפחה אחד יכולה להתבטא בבן משפחה אחר.

המודל האתנו - רפואי - תרבותי

לפני שנבין יותר את חשיבות המשפחה כגורם במכלול הפסיכוסוציאלי אנו הייבים 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 מכוסות על נטיוננו האישי, הרקע התרבותי והתרתי כו גדלגו 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 קורא/ה לבעיה שלך ?
2. מה את/ה חושב/ה שגרם לבעיה שלך ?
3. מדוע את/ה חושב/ת שהבעיה הופיעה עכשיו ?
4. איך פועלת עליך המחלה ?
5. ממה את/ה מפחד/ת בעצם ?
6. אילו בעיות גורמה לך המחלה ?
7. איזה טיפול את/ה חושב/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 רעתו של הרופא וייענה (comply) לטיפול המוצע.

הרי מספר דוגמאות ל-EM שקבלתי מכמה מהחולים שלי :

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

4. כאביס ביד כתוצאה מהוצאת דם לבדיקה לכן הטיפול הוא בזריקות "דסי".

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 ההנהגות חוליות יוצאי עדות שונות - למשל יוצאי צפון אפריקה נוטים לבטא דכאון יותר בהופעות סומאטיות לעומת יוצאי איכופה המבטאים זאת יותר בצד הרגשי.

חוסר התייחסותנו 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", "רבי", "חכמי" וכל מרפאים עממיים אחרים ואילו חולים משכבה תרבותית אחרת פונים לדיקור, הומיאופתיה, דיאטות שונות כמו טבעונות, יוגה, אוסטיאופתיה, רפלקסולוגיה וכל יתר התורות ה"מודרניות" הצצות חדשות לבקרים.

בשלב זה נחזור למטפה, כיחידה המשפיעה ביותר על אופיו של החולי שמציג לנו החולה.

המטפה כמערכת תמיכה

התפקיד החשוב ביותר של המטפה כמערכת היא התמיכה ההדדית.

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

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

5. המשפחה כמקור לתמיכה מעשית (תמיכה כספית, קניות, טיפול בחולים וכו').
6. המשפחה כמקלט למנוחה והחלפת כוח (בעיקר לאחר משבר נפשי).
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 נישואים ויצירת המשפחה הבסיסית.
2. שלב ההתרחבות מתחיל בלידת הראשון ונמשך עד שצעיר הילדים מגיע לבגרות. שלב זה מכיל את תקופת הפוריות והתקופה של בשלותם הפיזית 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 כחומט

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.

ארועי חיים ומשברים במשפחה

המערכת המשפחתית היה 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 חלופים מדי, יש וחגורת התמודדות זו אינה מספקת והמשפחה נכנסת למשבר.

תמונה מדי 4 מדגימה לפי Hill (7) את שלבי המפקוד של המשפחה. המשבר מביא את המשפחה למצב של אי שווי משקל שחולף כאשר המשפחה מצליחה להתגבר על המשבר בכוחות עציה 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%, טינויים בביתאור המשפחה - 44%, הריון - 40%, עזיבת ילדים - 29%, בעיות עם מעבידינו - 23% ואילו טינויים כמו בהרגלי מזון, לימודים ותופשות נעים בין 13-20%.

לצב, קרעכוף ודורגובד הברו שימאו 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, פרחות פתאומי-303, קבלת צו קריאה למילואים - 295 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, אישפוז 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, טמים 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 החבתי, 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).

Beautrais וחב' בדקו במחקר פרוספקטיבי בניו-זילנד 1082 ילדים בגילאי 1-4 שנים. הם מצאו שילדים אשר במשפחתם נרשמו יותר מ-12 ארועי חיים במשך שנה אושפזו פי 6 נגלל טיבות כל שהן לעומת ילדים עם פחות ארועי חיים במשפחה (12).

Schleifer וחב' 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 החגובה של הלימפוציטים לפיטוהמאגלוטינין, קונקנבלין A ו-Mitogen Pokeweed (13) David and Priscilla Schmidt. מצאו שאנשים עם ארועי דחק רבים ללא משאנים שינטרלו ארועים אלו, מראים עליה בהפרשת הקטיכולאמינים ואלו מביאים לעלייה האי T Suppressor וירידה ביחס של $T_4 : T_8$ וכחוצא ירידה ביצירת אינטרלאוקין 2 מצב זה מביא לרה-אקטיבציה של זהומי הנגיף הרפס מטיפוס 1 (14).

Locke וחב' 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 כחגובה לארועי דחק רבים (15).

המשקע של ארועי חיים כאלו יכול לגרום לעתים קרובות להתנהגות בלתי מובנת של אחד מבני המשפחה בחולי מטוסים כאשר העובדות האוביקטיביות מצביעות לכאורה על כך שהאיש הנריא לחלוטין. עובדה זו מודגמת במקרה הבא:

כרמלה, בת 48, נשואה ואם ל-5 ילדים. חלתה בדלקת חריפה של אגן הכליות (pyelonephritis) שהתבטאה בחום גבוה, צמרמורות וזהום בשתן. לאחר טיפול אנטיביוטי בהתאם לרגישות החיידק, ירד החום ותרביות השתן היו עקרות. להפתעתנו המשיכה לביקר במרפאה להתאונן על חולשה ובקשה המשך תעודות המחלה. ברור ארועי חיים שקרו במשפחה - העלה שרעלה ופגע בתאונת דרכים שבועיים לפני מחלתה, בנה הבכור נשצע קל במלחמת שלום הגליל, ואילו שני בנים נוספים נשרחים 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"חגורה ההומודדו"מ" היתה צרה יותר. 3 ארועי חיים נוספים - מחלה האם, פציעת הבן הבכור וערוב שני בנים נוספים במלחמה, הכניסו את המשפחה למיבר עמוק יותר, ומנו היא מתזילה להתאושש. "חולשה" של האם היה ביטוי טיפוסי ל"משבר תפקודי במשפחה".

(ראה תמונה מס' 5)

השפעת המשפחה על בריאות וחולי

שכיחות של חולי כפרט, תלויה בגורמים תורשתיים ומשפחתיים, הדבקה במחלה זיהומית והשפעת גורמים נסיכוסוציאליים.

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

מדלי וחבי בדקו שכיחות של תעוקת 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 שילדים לאמהות שנוקזו לתרופות פסיכותרופיות, ביקרו כפליים יותר במרפאות בגלל זהומי דרכי נשימה עליזניים מאשר ילדים שאמהותיהן לא נזקקו לתרופות כאלו. (18).

מחקרים רבים הראו את השפעת גורם המשפחה במצבים שונים. כך נמצאו השפעות על תמותה, מחלות קרדיווסקולריות, 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 זכאון, 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 ההדדית של תחלואה בתוך המשפחה. נביא לדוגמא משפחה שאם המשפחה הירודה 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 אלומי רנטגן רגילים ומסוהגים וכן מיפויים רדיו אקטיביים שהיו כולם תקינים. אבחנה סופית היתה של זכאון. 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 הייכנו מבצעים אצל שרה שסבלה מכאבי בטן, שתן "דמיי" וכאבי חזה או נאוה שסבלה מכאבי ראש, קוצר נשימה, סחרחורת וטשטוש ראייה.

(ראה תמונה מסי 6)

Calling קורא לסוג כזה של משפחה "משפחה חולה". הוא מדגיש שמשפחות כאלו מאופיינות ע"י בעיות פסיכוסומטיות מרובות וחגובות מוגזמות למחלות אורגניות. עכ"ל לראות במשפחות אלו מצבי חרוזה ודכאון באחד או שני ההורים. מחלה כרונית באחד מבני המשפחה וקשיים בחיי הנישואין (20).

כיצד בודקים האם המשפחה מתפקדת ?

תפקוד 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 מטרגלת 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 וחץ משפחתיים לפתרון בעיות שנגרמות על ידי ארועי חיים שונים.

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

ג. צמיחה (growth) בגווינה 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)	
			<p>1. האם את/ה מרוצה מכך שאת/ה יכול/ה לדבר עם בני משפחתך ולבקש עזרה כשמהוו מציק לך?</p> <p>2. האם את/ה מרוצה מהדרך בה בני משפחתך משתפים אותך בבעיות שלהם?</p> <p>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).</p> <p>4. האם את/ה מרוצה מהדרך בה בני משפחתך מביעים אהבה כלפיך?</p> <p>5. האם את/ה מרוצה מהזמן שבני משפחתך ואת/ה מבליים ביחד?</p>
			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 הירחיב את שאלון ה-APGAR המקורי ל-22 שאלות ותיקף אותו בקרב אוכלוסיית מושבים הכלולים במרכז הבריאות שמשון (24). השאלות הנוספות כוללות הרגשת פרטיגת בבית, חלוקת כסף, מכונת וכו', דיבור והחלטות על בעיות ומשפחה, שביעות רצון מהמעמד במשפחה, יחס האחים והאחיות, יחס ההורים ושאלה. סיכום על שביעות רצון כללית מחיי המשפחה.

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

לשאלה ראשונה הנפקוד היה 0, לשניה - 1, לשלישית - 0, לרביעית - 1 ולחמישית - 1. כלומר ביקוד כללי של 3 מצביע על כך שלפי דיווחיו 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 המחייח למקום העבודה ולחברים (19). שיטה זו אמנם מעסיקה 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 יתן תוצאה דומה או שווה כאשר יוצג לפני בני משפחה אחרים.

2. שיטת ה-FCS Family Categories Schema

השיטה פותחה על ידי המחלקה לפטיכיאטריה 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, פידל ויודפת (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/ת זוגך מתחשב בזה?
 3. האם את/ה מרגיש/ת נוח לספר את בעיותיו לבן/ת זוגך?
 4. האם את/ה מרוצה מיחסיו המין שלכם?
- בשאלות הבאות נקד:
1. תמיד - 0, לפעמים - 1, אף פעם - 2.
 5. האם קיים מחח במשפחה?
 6. האם בן/ת זוגך כ"כ קנאי/ת שזה מפריע לך?
 7. האם הועלה פעם שאלה של גירושין?
 8. האם את/ה הרגיש/ת חזק/ה בבית?
 9. האם אתם רבים הרבה?
 10. האם את/ה מרגיש/ת שכל המעמסה בבית נופלת עליך?
- סה"כ
 ניקוד מתחת ל-10 - תפקוד לקוי
 10-16 - תפקוד בינוני
 17+ - תפקוד טוב

4. שיטת עיגול המשפחה

בשיטה זו מתבקש כל פרט במשפחה לסמן בתוך 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).

(דאה תמונה מס' 7)

(דאה תמונה מס' 8)

5. (FES) Family Environment Scale

פוחת ע"י Moos ב-1974. זהו שאלון עם 90 שאלות הנוחן 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 שתוסר פיקוח על סוכרת קשור בקוהזיה נמוכה וקונפליקט גבוה לפי שאלות ה-FES (29).

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

מפחות שאחד הילדים סובל מגנחת.

שיטה זו טובה יותר למחקר ואינה ישגמה בפרקטיקה היומיומית.

שיטת הצירקומפלקט.

נקראת גם (FACES) Family adaptability and cohesion scale

ופותחה ע"י Olson (30).

לכידות

השאלון מתרכז ב-3 היבטים של המערכת המשפחתית: "קוהזיה" א- הקשר

הרגשי בין בני המשפחה, "סגילות" (adaptability) - היכולת של המשפחה

לשנות את המבנה, יחסי תפקיד (role relationship) וחוקים בתגובה לדחק

קיים או מתפתח ו"תקשורת".

(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 פסיכוסומאטיות (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

מיועדת לאפיונה. נראה כמכשיר הטוב ביותר כיום לבריכת תפקוד המשפחה (33).

השאלון תורגם לעברית ועובר כעת מבחני תיקוף בארץ.

משאבים ותפקוד המשפחה

משפחה המתמודדת עם מצבי דחק (stresses) תצליח לשמור על שווי משקלה

התפקודי אם תדע לנצל משאבים פנימיים וחיצוניים.

Boyce מדגיש שתחלואה גבוהה תהיה קשורה במצבי דחק רק אם המשאבים החברתיים

הם דלים (34). McKay וחב' מצאו שנשים שטבלו ממצבי דחק רבים ומשאבי תמיכה

נמוכים - טבלו מתחלואה גבוהה פי 25 מאשר נשים עם מצבי דחק מעטים ומשאבי תמיכה

גבוהים (35). Berkman וחב' מצאו במעקב של 9 שנים בין חושבי Alameda County

שהתמותה בקרב תושבים ללא קשרים חברתיים וקהילתיים הייתה גבוהה בהשוואה לאלו עם

קשרים (36). ממצא זה לא היה קשור במשתנים בריאותיים, עישון, השמנה ומצב כלכלי.

Lin וחב' 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 הייתה גבוהה מארועי הדחק להיארעות התסמינים. McKay וחב'

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 ע"י

5 מרכיבים:

1. כלפי כמה חברים וקרובי משפחה מרגיש הנבדק קרוב.

2. השתתפות בפעילות דתית או חברתית.

3. אפשרות לחלוק הרגשות.

4. מידת הערכה והעזרה מהסובבים.

5. שביעות רצון ממגעים חברתיים ומשפחתיים.

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 הנותר).

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, חרבותיים, דתיים, כלכליים, חינוכיים ורפואיים. Hartman מציע לצייר לכל משפחה כזו מה שהיא מכנה Eco-Map (40). תמונה מסי 10 מדגימה שימוש במודל זה במשפחה של חיים. משפחה זו לא היתה מסוגלת לגייס משאבים פנימיים ולכן בטיפול במשפחה זו יכולנו לזעיל משאבים סוציאליים מבני המשפחה המורחבת, דתיים מהרב המקומי ורפואיים והצוות שלנו.

(ראה תמונה מסי 10)

תגובת 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 מסתגלת ותחזור לשווי משקל. בהיעדר משאבים, יתפתח משבר שעלול להיות הפיך אם נמצאו בינתיים המשאבים. באם לא, מפתח מנגנון הגנה פתולוגי המתבטא בדרך כלל במחלות שונות בין בני המשפחה בעיקר מחלות פסיכוסומטיות או תופעות "השלכה" (projection).

בשלב הבא מתפתח שווי משקל פתולוגי המתבטא בתופעות פסיכוכברתיות בין בני המשפחה כמו שעיר לעזאזל, עבריינות, אין אונות ודפוסי התנהגות פתולוגיים אחרים. אם המשפחה איננה מצליחה לגייס משאבים למרות הכל או יופיע מצב דחק חדש, העבור 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 לארזעים שקרו במשפחתו של חיים (תמונה מס' 11). שלושה מצבי

דחק ארעו למשפחה: עריקות הבן הבכור, גיוס הבן השני, ומוחו של חבר קרוב.

למשפחה לא היו משאבים פנימיים או חיצוניים ולכן התפתח משבר ובעקבותיו מנגנון הגנה פתולוגי שהתבטא בחיים בהופעות של הזנהות וקונברסיה. באשה הופיעו תלונות פסיכוסומטיות של כאבי גב, המעבר לשווי מסקל פתולוגי התבטא בבעל בחוסר אונות מינית ובעיות התנהגותיות בילדים. כאשר הפעלנו משאבים חיצוניים השתפר תפקוד המשפחה ויכולנו לכן לראוח שיפור בכל החופעות הפתולוגיות שהופיעו בבני המשפחה.

(ראה תמונה מס' 11)

תפקידו של רופא המשפחה והצוות במשבר

א. מכיעה

על רופא המשפחה להיות עק לאפשרות של התפתחות משבר במשפחות אשר בטיפולו.

בעיקר כאלו שזאת תפקידו נמור. במידה והוא נמקל בארועי דחק במשפחה עליו

ועל צוותו להתערב מיד לפני התפתחות המשבר.

במצבים אלו יט.

1. ליצור חגעים קרובים עם בני המשפחה.
2. לעודד את בני המשפחה במאבקם ונסיבותיהם למציאת פתרון.
3. לעזור ליצירת תקשורת טובה בין בני המשפחה.
4. לעזור בארגון טדרי ההיררכיה החדשה במשפחה.
5. לתמור בהם בשליטה והבעת רגשות.
6. לנסות להפית תקווה במידה והיא ריאליסטית.

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

1. התערבות מיידית (ביקורי בית בזמן האבל ואחריו).
2. לשוחח עם בן המשפחה מנצי המשפחה.
3. לעודד את בני המשפחה לתמוך אחד בשני.
4. לעזור בגיוס משאבים חצוניים כמו משפחה מורחבת, ידידים וכו'.
5. להסביר לבני המשפחה שתגובות הצער הטונות 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 והיומניות במניעה, אבחון וטיפול במחלות השונות של היחיד. עליו להבין את הרקע הפסיכו-סוציאלי-אנתרופולוגי של החולה, עליו לפתח יחסי רופא-חולה מושלמים, 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 במודליט שתארתי או במודלים אחרים (44 - 42, 6). בכל מקרה עליו לבצע ראיון משפחתי במיקרים הבאים: -

1. גמירה והיא מתרשם שגן משפחה מבקר אצלו לעתים קרובות בגלל תלונות שונות שאינן מגיבות לטיפול. בעיקר תופעות של סומטיזציה או תופעות הקשורות במצבי חרדה, דכאון 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 לקיוט 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 לנסיוננו, 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 כמשפחה 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 מציג שיטה נוספת הטכוסט 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 הואשונית, על כל בן משפחה לרשום הפרעות בתפקוד

- הקשורות בבעיה עקבית 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 הקשורים בשינוי התנהגותי וטביבתי.

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 להתוות 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-Sealy 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.

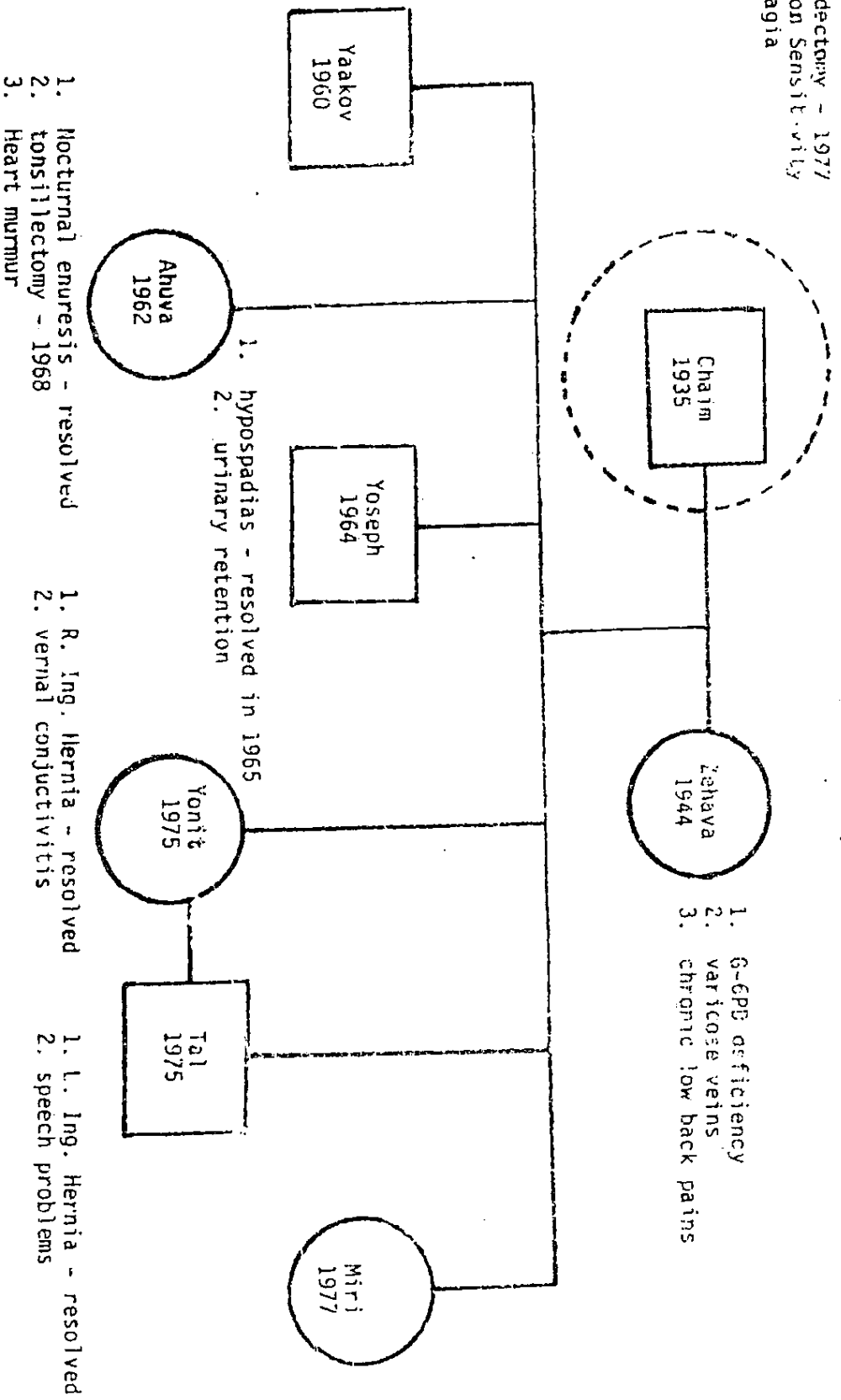
10. Smilkstein G.; The family in crisis. In Taylor R. (ed).
Family Medicine - Principles and Practices. New York:
Springer Verlag pp. 235, 1978.
11. Olsen E.H.: The impact of serious illness on the family system.
Postgrad. Med.: 172, February 1970.
12. Beautraes AL, Fergusson DM and Shanon FT: Life events 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. Ann. J. Med. 60:910, 1975.
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.

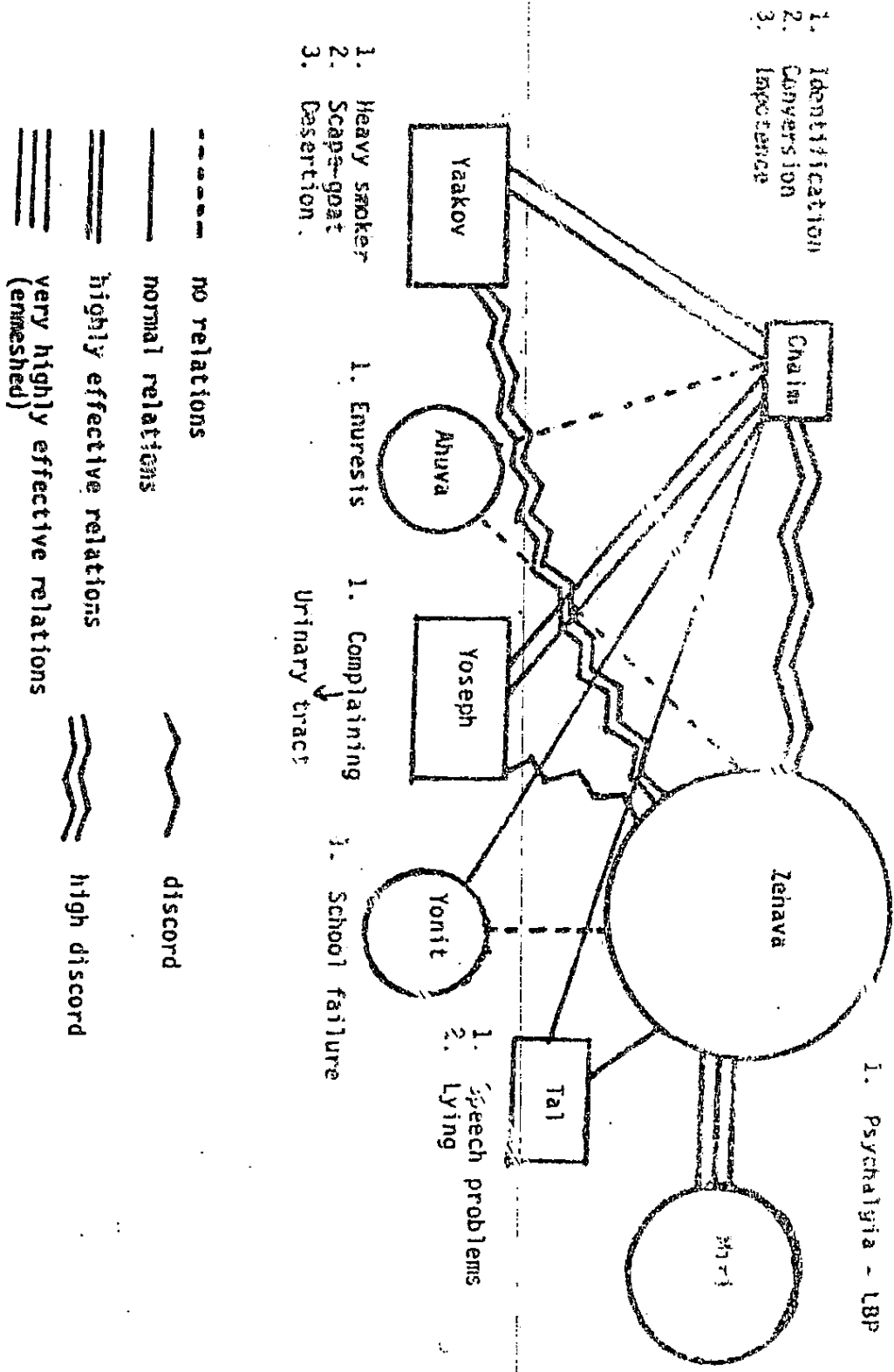
29. Anderson BJ, Miller JP, Auslander WF et al: Family characteristics of diabetic adolescents: Relationship to metabolic control. Diabetes Care 4:586, 1981.
- X 30. Olson D.H., Sprinkle, Russel C.S.; Circumplex model of marital and family systems. Fam. Proc. 18:3, 1979.
31. Minuchin S, Rosman BL, Baker 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, Minneapolis, 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/Mazel 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

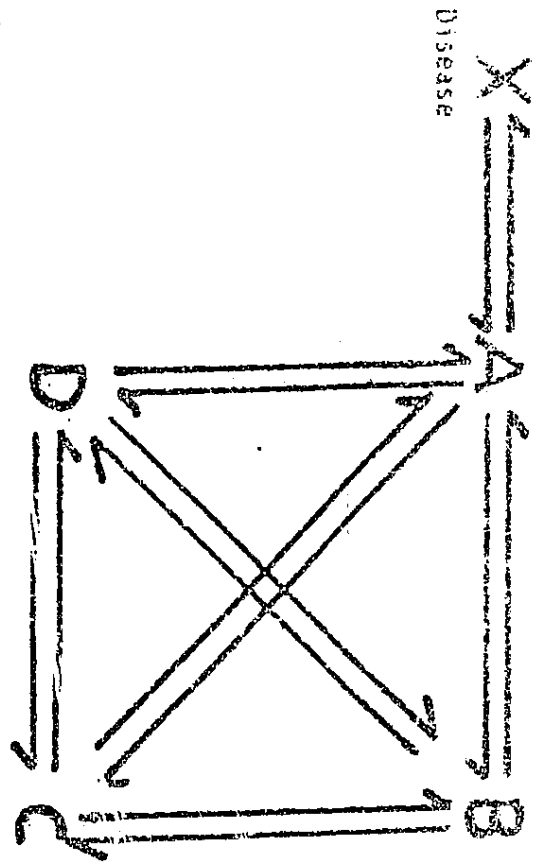


תמונה מס' 1: הגע המשפחה של משפחה פ. - משפחה של חיים ורחבה

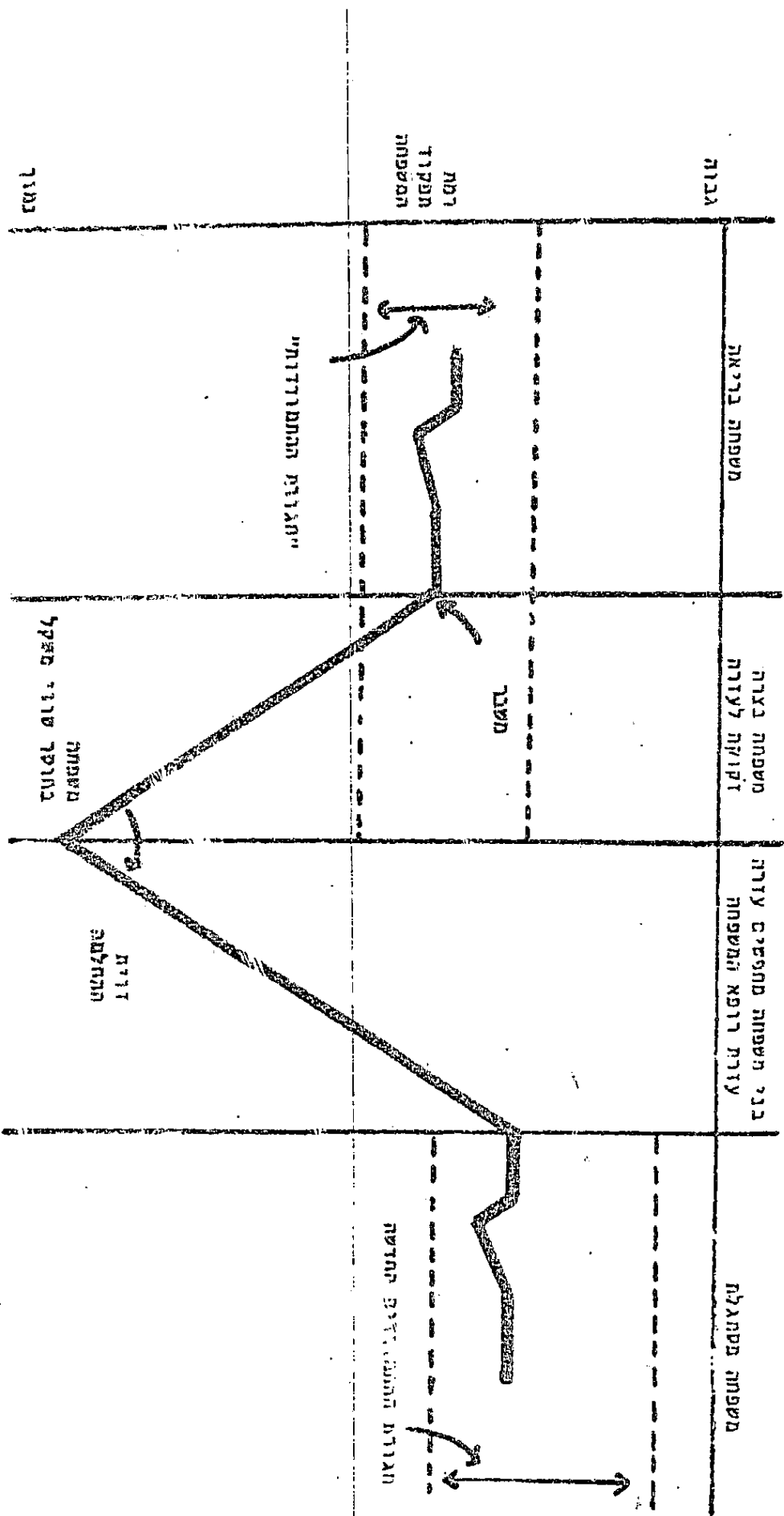


ממונה מס' 2: הפסיכופתולוגיה על משפחה פ.

הערה: יש לראות את תוצאות הבדיקות כמקור מידע ראשוני בלבד, והן אינן מהוות חלק מהאבחון הסופי. יש להתייעץ עם רופא המטפל לגבי המשמעות של התוצאות.



תמונה מס' 3: השפעת מחלה א על המשפחה במערכת



1987

1987

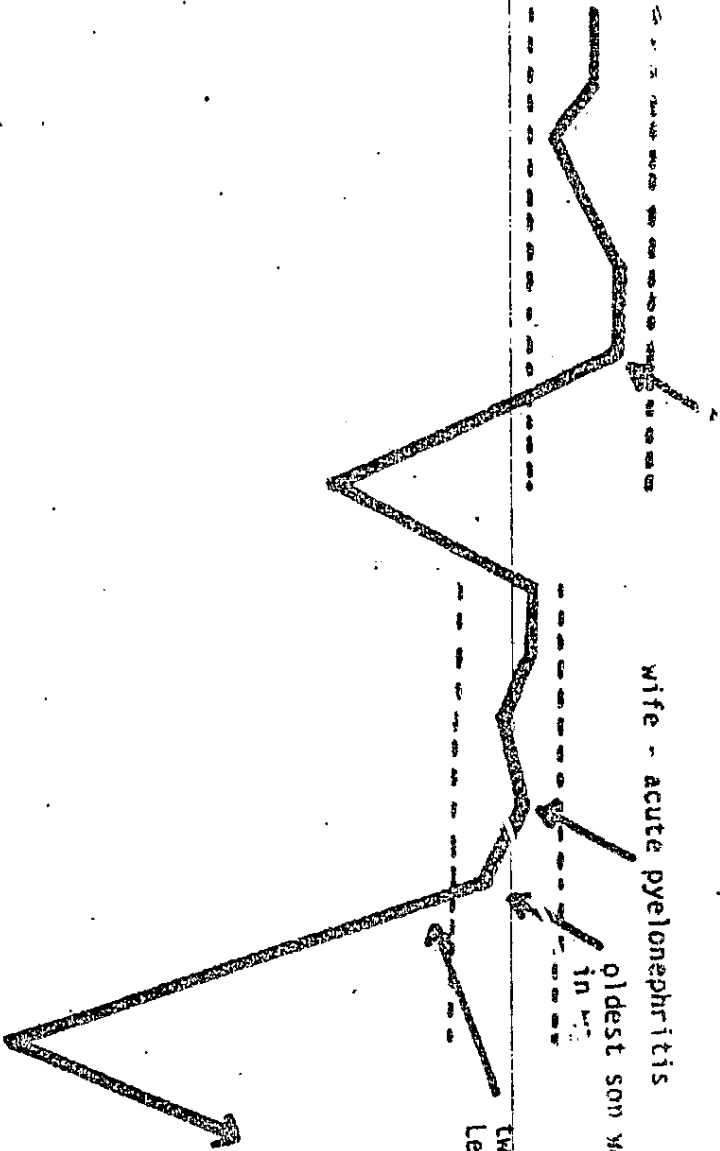
מספתה טפוסים יורה

husband was injured in road accident

wife - acute pyelonephritis

oldest son was injured

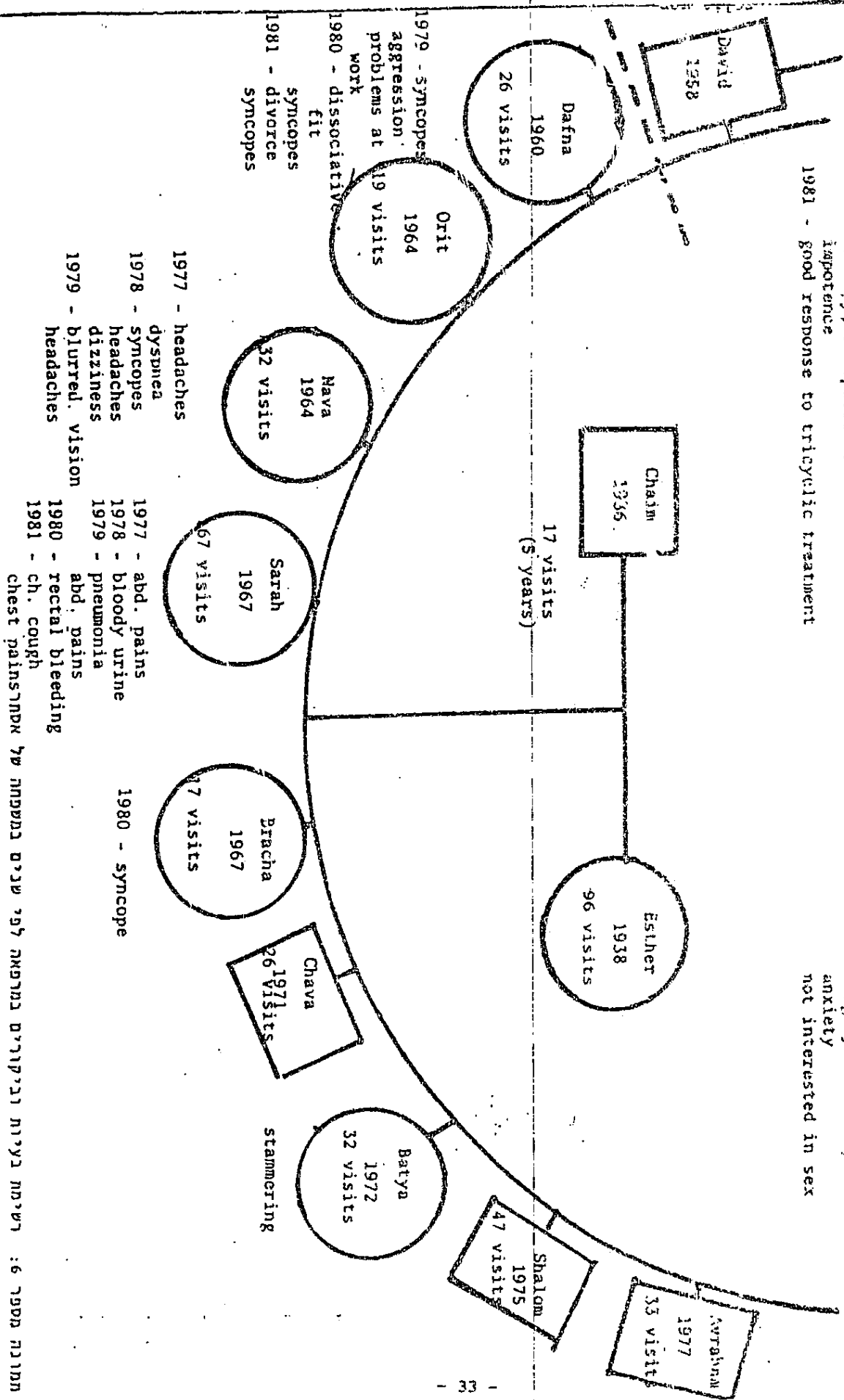
two other sons in Lebanon War



תמונה מס' 5 : ארבע חייים ופעמים ארבעה על כרמלית

1978 - David accident - 1st traumatic period
 1977 - Chronic L.S.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 - cholelithiasis
 anxiety loss
 not interested in sex



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

1977 - headaches
 1978 - syncope
 1979 - blurred vision
 1977 - headachas
 1978 - syncope
 1979 - blurred vision
 1977 - abd. pains
 1978 - bloody urine
 1979 - pneumonia
 1980 - rectal bleeding
 1981 - ch. cough

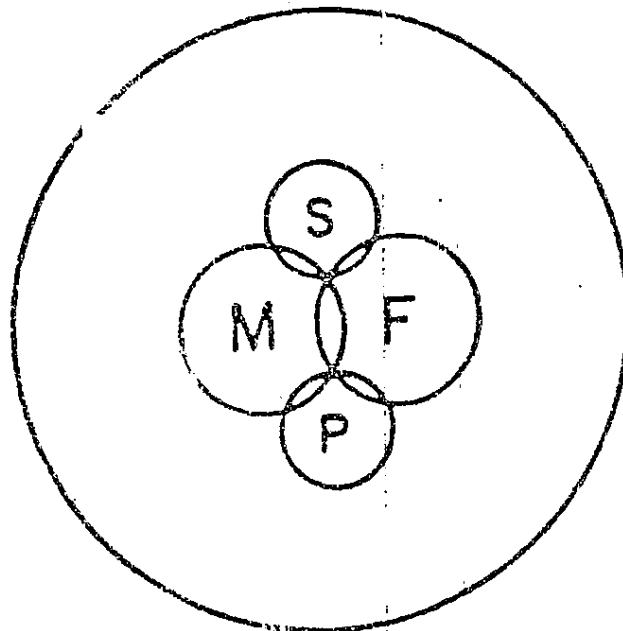
1977 - abd. pains
 1978 - bloody urine
 1979 - pneumonia
 1980 - rectal bleeding
 1981 - ch. cough

1980 - syncope

stammering

1975 - 47 visits
 1977 - 35 visits
 1972 - 32 visits
 1971 - 26 visits
 1967 - 17 visits
 1967 - 67 visits
 1964 - 32 visits
 1964 - 26 visits
 1960 - 26 visits

Functional Family Circle

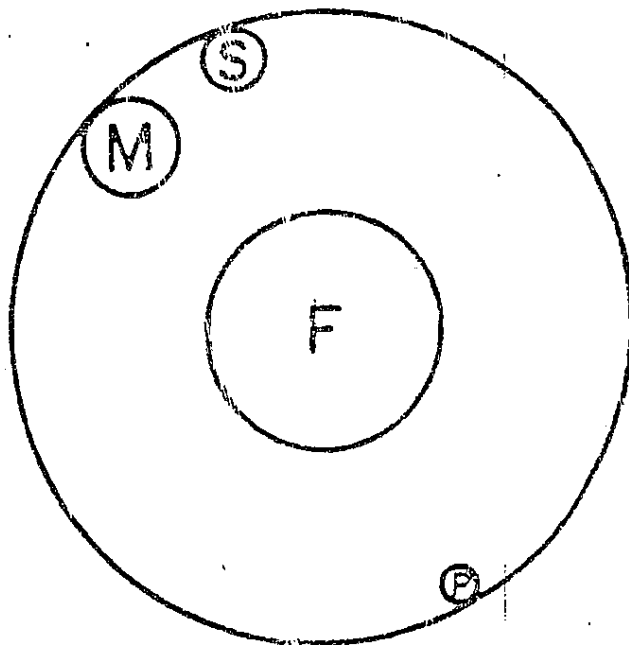


M = mother
F = father
S = sibling
P = patient

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

תמונה מס' 7: שיטה ה- Family circle במסגרת עם המורה לקורס ובהמשך בעמוד

Dysfunctional Family Circle



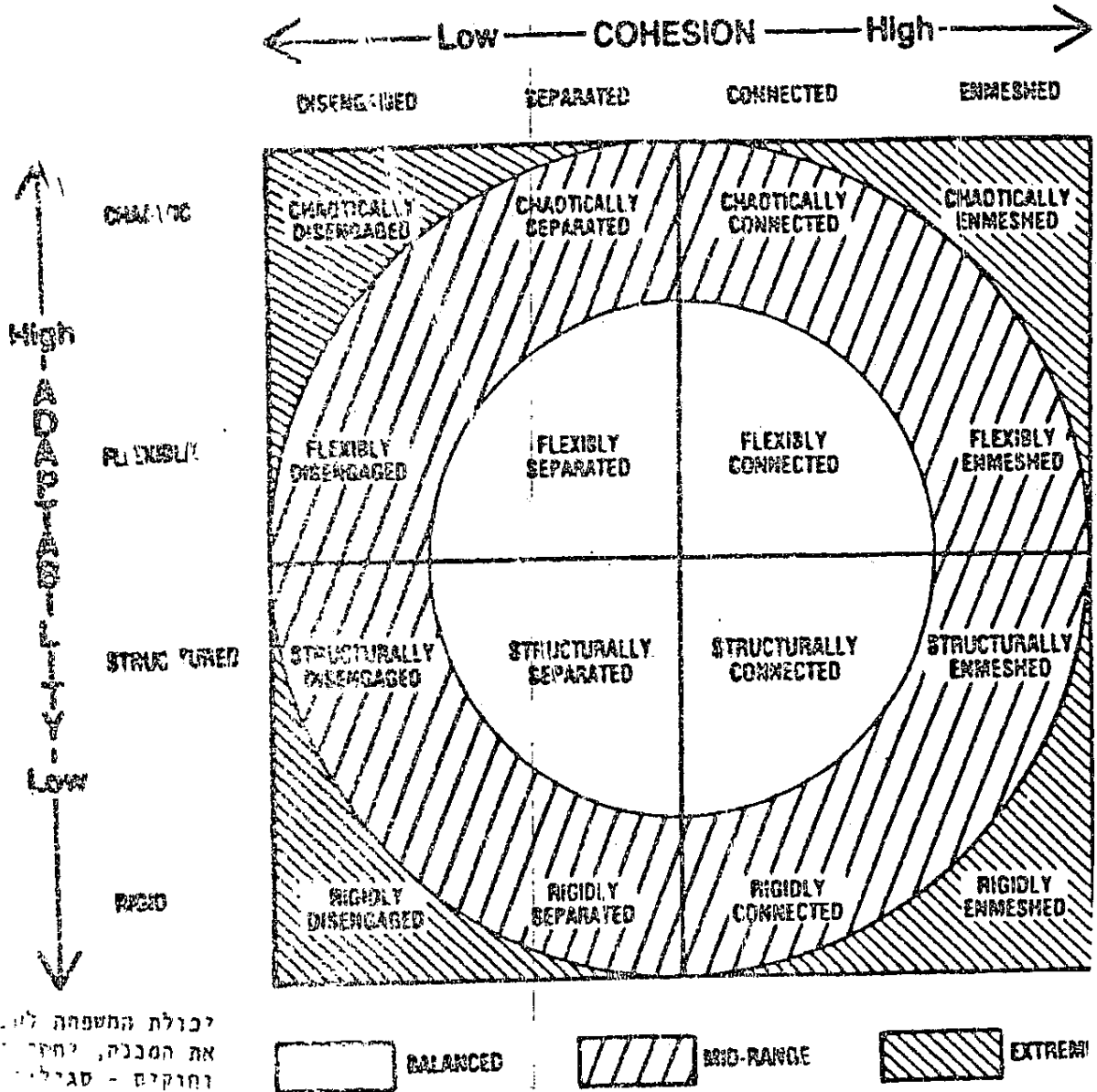
F= father
M=mother
S= sister
P= patient

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 אפ"ר: Family Circle על משפחה שאינה מתפקדת

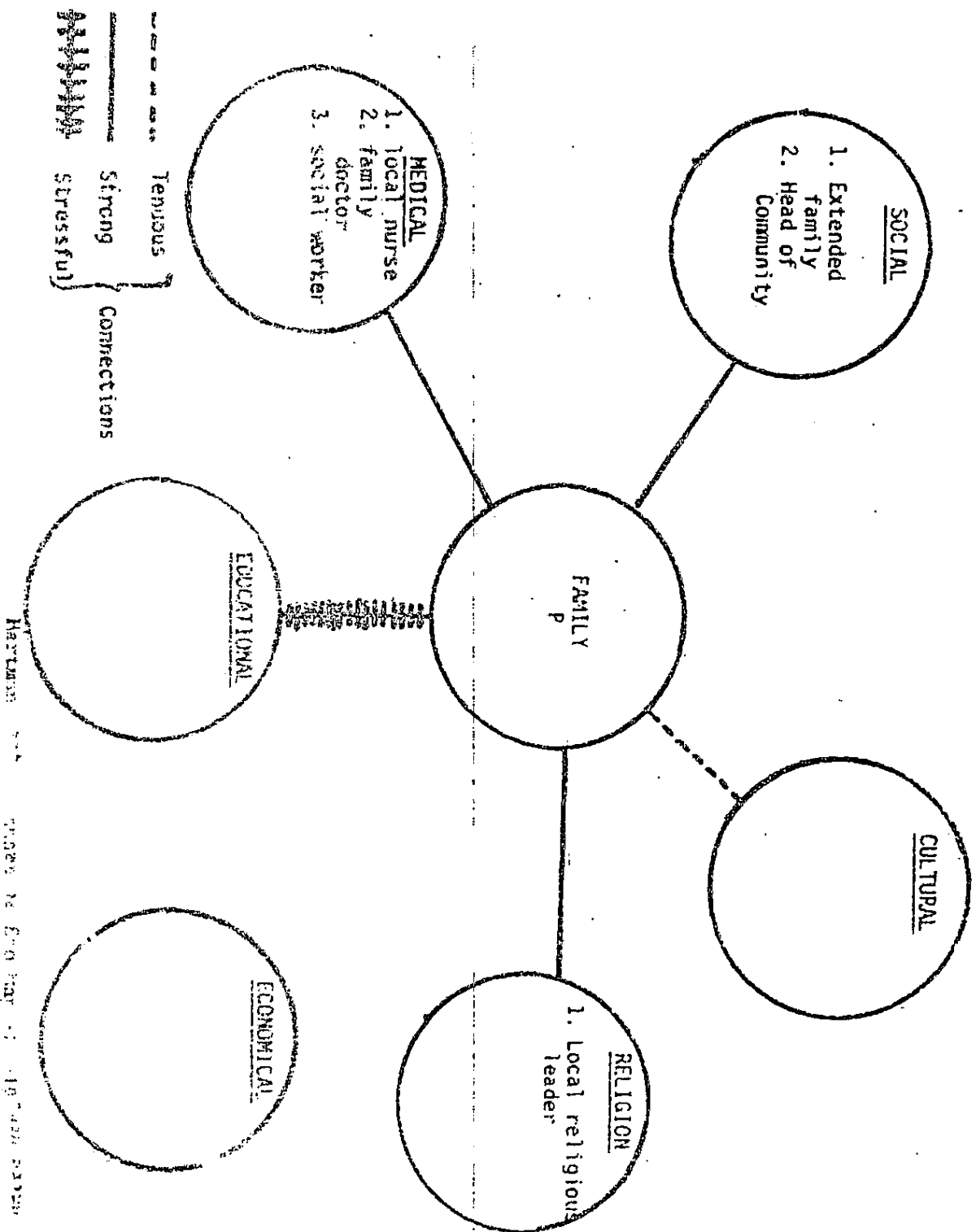
FIGURE 1. CIRCUMPLEX MODEL: SIXTEEN TYPES OF MARITAL AND FAMILY SYSTEMS

הקטר הרגשי לכידות



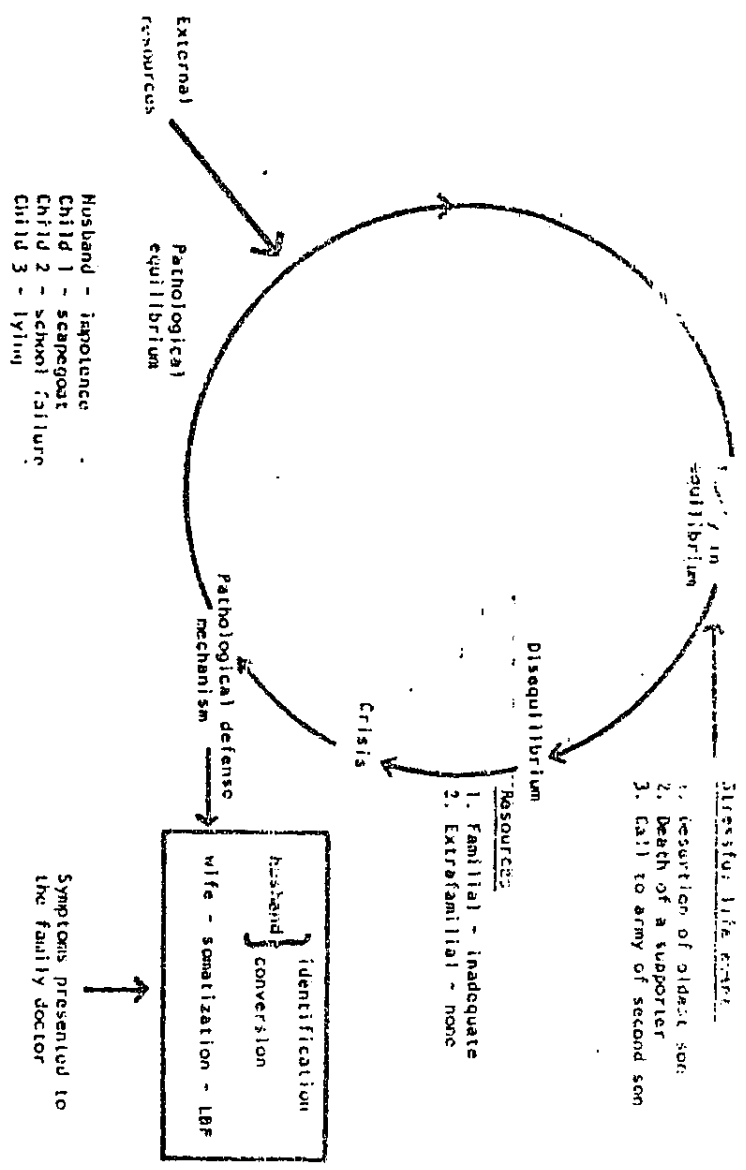
לכולת התמסרות לילדים
את המבנה, יחסים ושינויים
וחוקים - סגולה

תמונה מס' 9: מודל הצירקומפלקס לפי Olson



Handwritten notes and scribbles at the bottom of the page.

מתינת 11 : לנגדו של משה סלישטין



Husband - impotence
Child 1 - scapegoat
Child 2 - school failure
Child 3 - lying