

## שיתוף המשפחה בטיפול בחולי סכיזופרניה מודל יישומי להערכה ולהתערבות משפחתית

שובית מלמד, מ.א.<sup>1</sup>, תמר רומי, מ.א.<sup>2</sup>

המאמר מציג מודל להערכת משפחות של חולים בסכיזופרניה בעת אישפוז פסיכיאטרי ולאחריו, כדי לעמוד על נכונותן ויכולתן של המשפחות להיות שותפות בטיפול בחולה. מחקרים מצביעים על התערבויות משפחתיות כקשורות לירידה בתכיפות ובעוצמה של התקפים חוזרים, וכתורמות לשיפור תפקוד חברתי ומקצועי של נפגעי נפש. שיתוף המשפחה בטיפול בבריאות הנפש של בן המשפחה, עשוי לקדם את שיקום המטופל. בעידן של רפורמה בתחום בריאות הנפש, שפירושה אישפוזים קצרים בעת משבר אקוטי והעברת מוקד הטיפול לקהילה, גובר העומס על המשפחות של נפגעי הנפש, ונדרשת הערכה מהירה של המשפחה כדי לתת המלצות להמשך טיפול. המודל בוחן באופן שיטתי ומדגים באמצעות מקרה מן הפרקטיקה, את תהליך ההחלטה על כיווני התערבות אפשריים עם משפחות בעת אישפוז פסיכיאטרי ולאחריו. הדיון ביישום המודל עם חולים בסכיזופרניה מעלה אפשרות להרחבה של מודל זה גם לתחומים רפואיים נוספים.

יכולה ליהנות מאותה התערבות טיפולית באותה יחידת זמן של המחלה. המודל שיוצג במאמר עוסק במפגש בין הצרכים השונים של המשפחה לאלה של המטופל, ומתמקד ביכולת המשפחה להתמודד עם המחלה ולהיות שותפה בטיפול בקרוב המשפחה החולה.

### טיפול משפחתי בתחום בריאות הנפש

ההיסטוריה של טיפול משפחתי בתחום בריאות הנפש עברה מהפכים במשך השנים. כמעט עד לשנות השבעים של המאה הקודמת, המעיטו בתחום זה לשתף את בני המשפחה של החולים בטיפול. בספרות המקצועית שעוסקת בטיפול משפחתי, יש עניין מועט בטיפול בחולי סכיזופרניה (6). ההבנה האטיולוגית להיווצרות סכיזופרניה התבססה על גישה פסיכואנליטית, והניחה כי להורים יש השפעה קריטית וכמעט בלעדית על התפתחות לכיוון בריאות נפשית או חולי, וכי פתולוגיות בין-אישיות בתוך המשפחה, במיוחד בין ההורים, יכולות לגרום לפתולוגיות נפשיות אצל ילדים (10). התפתחות הטיפול המשפחתי אחרי מלחמת העולם השנייה לא שינתה עמדה זו. המושגים התיאורטיים הראשונים בתחום הטיפול המשפחתי נוסחו מתוך תצפית ועבודה טיפולית עם חולים סכיזופרניים בזמן אישפוז. מטפלים משפחתיים, שעבדו עם משפחות, נטו להתייחס אל מחלת

ספרות אודות יעילותן של התערבויות משפחתיות מצביעה עליהן כגורם יעיל במניעת אפיזודות חוזרות בסכיזופרניה ובשיפור תפקודים חברתיים כאשר הן מתווספות לטיפול תרופתי (1, 2, 3, 4). לאינטראקציות בין-אישיות יכולה להיות משמעות חיובית או שלילית על מהלך המחלה (5). במצבים משפחתיים בעייתיים הקשורים לחולי הנפשי, התערבויות משפחתיות יכולות לצמצם את המתח הרגשי במשפחה ולהגדיל את רפרטואר הפתרונות למצבי חיים יום-יומיים (6). בנוסף, יש ככל הנראה קשר בין התערבויות משפחתיות לבין התמדה בנטילת תרופות, ניהול הסימפטומים השלייליים, והצלחה בשיקום תעסוקתי (7, 8, 9, 10, 11, 12). טיפול משפחתי בעת משבר האישפוז מפגיש את המשפחה בכל הרבדים התוך-נפשיים והבין-אישיים הקשורים למחלה בעת שכל 'עצבי המשפחה חשופים'. המחלה משפיעה על האיוון במשפחה ויש לה פוטנציאל בולם במעגל החיים המשפחתי, אבל זו יכולה להיות גם הזדמנות לגילוי כוחות כמשפחה. לא כל משפחה זקוקה

<sup>1</sup> שירות ייעוץ ותמיכה למשפחות, מרכז רפואי לבריאות הנפש, לב השרון, פרדסיה.

shuvka@gmail.com

<sup>2</sup> ביה"ס לעבודה סוציאלית, המרכז האוניברסיטאי אריאל בשומרון; מכבי שירותי בריאות, המכון להתפתחות הילד, פתח-תקוה.

שובית מלמד, תמר רומי

הסכיוזופרניה אינה משנה רק את מהלך חייו של החולה, אלא גם את מהלך חייה של המשפחה. הדאגה לקרוב משפחה חולה בסכיוזופרניה יוצרת אצל בני משפחתו נטל, המכונה בספרות המקצועית מעמס משפחתי (family burden) שניתן לכימות ולהערכה (13, 19, 20, 21, 22). תהליך האל-מיסוד ושחרור מהיר של חולים לקהילה הגביר מעמס זה ויצר לחץ גובר על משפחות החולים להתגייס לטיפול בבן המשפחה החולה.

**גישות טיפוליות** — הגישה הטיפולית הנפוצה כיום בטיפול במשפחות של חולי סכיוזופרניה היא השיטה הפסיכוכימית. גישה זו כוללת מינון רחב של התערבויות, בהן מלמדים את המשפחה באמצעות טיפול פרטני או בקבוצות אודות המחלה: מהלכה, סימניה, טיפול תרופתי. יעילות הגישה הפסיכוכימית מגובה מחקרית (3, 9, 11, 22, 23). תהליך פתרון בעיות הוא החלק המשלים בעבודה הפסיכוכימית. החולה והמשפחה ביחד עם מטפל לומדים בעיה מסוימת אשר מתעוררת בבית וקשורה למחלה, ומנסים ביחד ללמוד דרכים לפתור אותה בדרך מתאימה. פותרים בעיות קונקרטיות בעת שהן מתעוררות, ובהיבט גם לומדים דפוסים לפתרון הבעיות בעתיד (למשל, 6). התערבויות טיפוליות מסוג זה יכולות להתקיים עם משפחה אחת או בקבוצה המורכבת מבני משפחה של חולים (23). פן ומיסור (24), שסקרו מחקרים של תוצאות התערבויות משפחתיות פסיכוכימיות אצל חולי סכיוזופרניה, מצאו שגישה זו יעילה בהפחתת אישפוזים, בהקטנת משכי אישפוז, בהורדת עוצמת רגשות מובעים (EE) במשפחה ובהקטנת המעמס המשפחתי. טיפול משפחתי בגישה נארטיבית, עם בני משפחות של חולים בסכיוזופרניה, הוצע על-ידי מרלי (6). מטרתו של הטיפול, לפי גישה זו, היא חיזוק המשפחה בבניית נארטיב משפחתי עם דגש על הכוחות. בישראל, מלמד (10) תיארה טיפולים במשפחות עם חולה סכיוזופרני תוך דגש על 'מתן רשות להיות חולה'. לדעת המחברת זו גישה יעילה בטיפול במשפחות של חולי סכיוזופרניה. אין עדיין נתונים אמפיריים מספקים על האפקטיביות של שתי גישות משפחתיות אחרונות אלו על מהלך מחלת הנפש.

**משך זמן הטיפול** — אדינגטון וחב' (25, 26) ממליצים להתחיל בטיפול משפחתי כבר באפיזודה הראשונה של ההתקף הסכיוזופרני בעת שהמשפחה נמצאת במשבר. דיקסון וחב' (22) מציינים שהתערבות משפחתית של פחות מעשרה מפגשים אינה משפיעה על תחושת המעמס של בני משפחת החולה. מגליאנו וחב' (27) מציעים התערבויות משפחתיות סמוך ככל האפשר לפרוץ המחלה, שמטרתן לתמוך ולחנך את המשפחה לטיפול בחולה בגישה הפסיכוכימית. תמיכה נוספת לצורך בהתערבויות משפחתיות ממושכות יותר מודגמת גם בתוצאות ראשוניות של מחקר שמלווה טיפול קבוצתי במשפחות חולים, שערכו בישראל מלמד וציבולסקי (28). במדגם קטן

הנפש כמייצגת חולי משפחתי וניסו לשנות את הדינמיקה המשפחתית (6). התקדמות המחקר הביולוגי וההבנה האטיולוגית של פסיכוזות כהפרעות שנובעות משילוב של גורמים תורשתיים, ביולוגיים ופסיכולוגיים (2), גרמו לשינוי ביחסם של אנשי בריאות הנפש אל משפחות החולים. את תפקיד משפחות החולים מבינים היום לא כגורם בפריצת המחלה, אלא כמשאב טיפולי היכול להשפיע לטוב ולרע על המחלה, למניעת התקפים חוזרים והידרדרות במצב החולה, לשיפור תפקודים חברתיים ואיכות החיים (2).

### קשיים בשילוב טיפול משפחתי

למרות אינדיקציות לאפקטיביות של התערבויות משפחתיות, הן לגבי מהלך מחלת הנפש והן לגבי יכולת המשפחה לעמוד בעומס הטיפול בחולה (למשל: 9, 13, 14, 15), ממעטים אנשי המקצוע בבריאות הנפש לכלול שיטות אלו ברפרטואר המקצועי (15, 16). פער זה יכול להיות מוסבר, הן בהבנת עמדות הצוות הטיפולי כלפי עבודה עם המשפחות והן בהבנת עמדות המשפחה. רובין וחב' (17) מדדו את רמת ההפנמה של השינוי בהתייחסות למשפחות החולים. ממחקרם עולה כי על אף שעובדים סוציאליים מודעים לחשיבות הגורמים הביולוגיים, הם עדיין מאמינים באחריות ההורים להיווצרות מחלות נפש. עמדות אלו של המטפלים משפיעות על הנכונות לשלב התערבויות משפחתיות בעבודתם. במחקר אחר, בדק קרוסו (15) עמדות של פסיכולוגים כלפי עבודה עם משפחות של חולי נפש, וזיהה 'מחסומים' המונעים מתן שירות אופטימלי למשפחות, ביניהם: עומס עבודה אשר אינו משאיר זמן לעבודה עם משפחות שאיננה נחשבת עבודה ישירה, צורך בעבודה אדמיניסטרטיבית המתחייבת מעבודה עם משפחות, חוסר בהירות בגבולות של מקצועות בריאות הנפש השונים, מדיניות המוסדות הטיפוליים שאיננה מעודדת הרחבת אוכלוסיית המטופלים על רקע הצורך לצמצום משאבים. כמו בארגונים אחרים, גם בבריאות הנפש אנשי המקצוע מאמצים שיטות עבודה חדשות בהתאם לרוח הנושבת בארגון. אמנסון וליברמן (16) מציינים את חשיבות המנהיגות ומדיניות המוסד, כמו גם את חשיבות ואורך ההכשרה בגישות משפחתיות, כגורם בהטמעת עמדות חיוביות כלפי עבודה עם משפחות. לאוב והיגסון (18) מדווחים על קשר חיובי בין חשיפה של צוות רב-מקצועי בבריאות הנפש להכשרה תוך-מוסדית בטכניקות קוגניטיביות והתנהגותיות לטיפול במשפחות לבין עלייה ביוזמות שגרתיות של הצוות לשיתוף משפחות החולים.

### טיפול משפחתי והחולה בסכיוזופרניה

סכיוזופרניה מהווה קבוצה של מחלות הגורמת לשינוי בדפוסי אישיותו של החולה. הסימפטומים מופיעים בתחום החשיבה, האפקט, התפיסה, ההתנהגות והזהות העצמית.

העדויות המחקריות המצטברות, על חשיבות ההתערבויות המשפחתיות (41), הביאו את האיגוד האמריקאי לפסיכיאטריה לכלול המלצות להתערבויות משפחתיות כחלק מהמלצות לטיפול בחולי סכיזופרניה (42). המלצות דומות על הכללת טיפולים משפחתיים כחלק מנוהל טיפול בחולים בסכיזופרניה נשמעות גם מפי פנל מומחים לטיפול בסכיזופרניה (43) ומצוות המחקר (PORT) שבדק תוצאות טיפול בחולי סכיזופרניה.

המחקרים המתייחסים להתערבויות משפחתיות בתחום הפסיכיאטריה עוסקים, בחלקם הגדול, בחולי סכיזופרניה ואולם קיימות גם עדויות מחקריות המצביעות על היתרונות של התערבויות משפחתיות לגבי הפרעות פסיכיאטריות אחרות. סימונו וחב' (44), למשל, עקבו לאורך שנה אחרי השפעות של שתי גישות של התערבויות משפחתיות לטיפול בחולים במחלות דו-קוטביות (גישה פסיכו-חינוכית מול גישת ניהול משברים), ומצאו כי חלה עלייה בשימוש באינטראקציות לא-מילוליות חיוביות אצל החולים, כמו גם אצל בני משפחה שטופלו בגישה פסיכו-חינוכית. לטענתם, השפעה זו יכולה גם להסביר את השיפור בסימפטומים של החולים עצמם. בדומה, גם מיקלוביץ וחבריו (45) מתייחסים למרכיבים פסיכו-סוציאליים, ובמיוחד למצבי חיים לוחצים ולהפרעות במערכות חברתיות ומשפחתיות, כמשפיעים על המחזוריות של הפרעות דו-קוטביות, ומצביעים על מודלים של טיפול פסיכו-סוציאלי, המתמקד בשינוי השפעתם של גורמי סיכון משפחתיים וחברתיים, כדרך לשפר את מהלך ההפרעה.

### דילמות טיפוליות לגבי מעורבות המשפחה

ההיסטוריה של טיפול פסיכיאטרי במסגרת בית-חולים ידעה בעבר תקופה של שלילה כמעט מוחלטת של מעורבות משפחות בטיפול, ובתקופה שלאחריה – שאיפה כמעט גורפת לטפל בכל משפחה ומשפחה. לכאורה, לטיפול משפחתי יש פוטנציאל להניב תוצאות טובות בלבד, ואולם בעבודה עם משפחות החולים התמודדנו לא פעם עם משפחות שעוררו שאלות לגבי ההכללה של עמדה טיפולית זו, כמו למשל: איך לטפל במשפחה בה ההורים או מספר בני משפחה חולים? האם התערבות משפחתית במשפחה שמגלה דחייה או התעללות היא בכלל בעלת פוטנציאל לקדם את החולה במצבו השביר? שאלות נוספות שיכולות לעלות מתוך העבודה עם משפחות של חולי סכיזופרניה הן: מהו העיתוי הנכון להתערבות? מהו המוקד הטיפולי? למי נתונה הנאמנות הטיפולית? או לחילופין: מה ניתן לעשות כאשר בן המשפחה החולה מסרב לשתף את משפחתו?

מורכבות יחסי המשפחה יחד עם מורכבות המחלה מחייבים, איפוא, להפעיל שיקול דעת בהחלטה על הצורך

של מחקר זה נמצא כי שישה מפגשים משפחתיים קבוצתיים לא הביאו לירידה משמעותית במעמס המשפחתי, וזו התרחשה רק בעקבות תוספת של כשישה עד שמונה שבועות, בהמתנה למחזור הבא של סידרת המפגשים המשפחתיים.

פורמט משפחתי – דרגת הקירבה לחולה, היעילה ביותר לצורך התערבות משפחתית, נבדקה על-ידי מגליאנו וחב' (29). לדעתם, בכל הנוגע לרמת המעמס, שחווה הקרוב המטפל, אין הבדל בין רמת המעמס בין קרובי משפחה מקרובה משמעותית [המכונים כאן "קרובי מפתח"] לבין קרובים ומטפלים אחרים. כך הדבר גם כאשר לסיכון של קרובים מטפלים לפתח סימפטומים פסיכיאטריים, סיכון שנמצא דומה אף הוא בקרב שתי הקבוצות. במחקר מעקב שנערך על-ידי מגלינו וחב' (30), נמצאו הבדלים בין סוגי קרובים מטפלים ברמת המעמס ובאסטרטגית ההתמודדות. קרובי משפחה שהצליחו להפחית את רמת המעמס היו בדרך כלל קרובים צעירים של חולים. קרובים אלה נטו פחות להתמודד מול מעמס הטיפול והמחלה באמצעות אסטרטגיות ממוקדות רגש, והתמודדו יותר באמצעות אסטרטגיות של השגת תמיכה מרשתות התמיכה הקרובה שלהם. לעומתם, קרובים מטפלים מבוגרים יותר, אשר שהו זמן ממושך יותר במחיצתם של החולים, ואשר רשת התמיכה החברתית שלהם היתה דלה יותר, נטו יותר להשתמש באסטרטגיות התמודדות רגשיות, שנתפסו כפחות יעילות. אוסטמן וחב' (31) מסכמים:

”הגורם המשמעותי לפיתוח חווית מעמס משפחתי ולנטייה לקחת חלק בהתערבויות משפחתיות הינה החיים במחיצתו של חולה בזמן האקוטי של המחלה, עובדה הנוגדת את האמונה העממית, כי הגורם המשמעותי הוא דווקא אבחנה זו או אחרת“ (31, עמ' 2. תרגום שלנו, ש.מ, ת.ר.).

בשנים האחרונות ניתנת בספרות תשומת לב לאחים הבריאים של חולי סכיזופרניה, לסיכונים ולגורמי המעמס הייחודיים להם, להשלכות של החיים עם אח חולה נפש, ולתפקידים המיוחדים כמשאב תמיכה לאח החולה (32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39). חיים בצל אח חולה מגבירים את הנטל האובייקטיבי והסובייקטיבי על האח הבריא. הנטל האובייקטיבי קשור בצורך להתמודד עם קשיים יום-יומיים כמו: חשש מהתאבדות, והצורך לדאוג לאחים כאשר ההורים יזדקנו. הנטל הסובייקטיבי קשור בחשש מפני המרכיב התורשתי של המחלה, ברגשות אשם על היותו 'הבריא' ובצורך לוותר על צרכיו כדי להגן על ההורים המותשים מהתמודדות עם אח החולה. צרכים ייחודיים אלה יוצרים צורך לתכנן התערבויות טיפוליות ספציפיות לקבוצת אוכלוסייה זו. להתערבויות המשפחתיות יש גם היבט כלכלי; הן אומנם דורשות משאבי כוח אדם, אך לעומת זאת, קיימות עדויות מחקריות על ירידה בעלויות הטיפול למטופלים שבני משפחותיהם מקבלים טיפול פסיכו-חינוכי (3, 40).

שובית מלמד, תמר רומי

לעזור לכל משפחה של חולה סכיזופרניה, שכן לדעתן, הלחץ המשפחתי במשפחות אלו מפריע לטיפול בחולה. המודל שהן מציעות מכיל ארבע רמות של התערבויות משפחתיות, החל מייעוץ למשפחה ועד טיפול משפחתי, כשבכל רמת התערבות הן ממליצות על ה-setting הטיפולי (משפחה לבד או מספר משפחות), מרכיבים של תהליך הטיפול בהתאם לסוג ההתערבות, משך התהליך ותוצאות מצופות. בשונה ממרש ולפלי (11), המודל המוצע במאמר הנוכחי הוא מודל יישומי. מודל זה מציע תהליך הערכה של המשפחה להיות שותפה בטיפול בכך משפחה חולה סכיזופרניה בזמן אישפוז ולאחריו, כשבמוקד ההערכה נמצאת השאלה בדבר יכולתה ומוכנותה של המשפחה לקבל טיפול.

המודל הוא רב-שלבי ובעל פוטנציאל לשמש, דרך מיפוי וניפוי (screening) בתרשים זרימה, כעץ החלטה בנוגע לכיווני טיפול במשפחה בעת משבר של מחלת סכיזופרניה. המודל יכול לארגן ולחדד תמונת מצב אודות מערכות היחסים במשפחתו של החולה. תמונת מצב זו תסייע למטפל לגבש המלצה מהירה להתערבות טיפולית, כשהמוקד הוא מחלת הנפש. ההתערבות המשפחתית תוכל להיות אז

והאופן של שיתוף המשפחה בטיפול בחולה בסכיזופרניה. הדבר חיוני במיוחד בעת זו, כשהרפורמה בשירותי בריאות הנפש עומדת בפתח, רפורמה אשר כפי שהיא מוצעת כיום, משמעה אישפוז לטווח קצר, ומימון מספר מוגבל של מגעים עם מטופלים, כולל התערבויות משפחתיות. אישפוז קצר, כפי שתחייב הרפורמה בבריאות הנפש, יצריך קביעת תוכנית טיפול מהירה וממוקדת, עם המלצות הולמות שתתייחסנה למאפיינים הייחודיים של כל מטופל, של כל משפחה ושל המשאבים המערכתיים.

באמצעות המודל שלעיל, אנו מבקשות להציע כלי אבחוני אשר יסייע למטפל לאתר את צורכי המשפחות, לבחון האם הן זקוקות ומוכנות לטיפול, וכך להצביע על כיוונים טיפוליים אפשריים.

מודל יישומי להערכת יכולת, נכונות והנעה של המשפחה מודלים שונים בספרות מאבחנים משפחות לצרכים טיפוליים לפי מימדים שונים (46, 47, 48), אולם מודלים אלה אינם מתייחסים באופן ספציפי למחלה נפשית. מרש ולפלי (11) גורסות כי המשפחה בתחום בריאות הנפש איננה חלק מן הבעיה, כי אם חלק מהפתרון, ומציעות בהתאם

לוח 1: שלבים בהערכת המשפחה בנוגע לשיתופה בטיפול בכך המשפחה החולה בסכיזופרניה בעת אישפוז

שלב 1. יצירת קשר בין המשפחה לבין הצוות המטפל		
מטרה: היכרות עם המשפחה, הרחבת האנמנזה אודות המטופל, המחלה, והרקע המשפחתי-מערכתי.	מוקדים עיקריים: היסטוריה משפחתית: הסתכלות מערכתית על המשפחה, ועל שלב החיים בו נמצאת המשפחה. הבנת הרקע התרבותי של המשפחה הכרת מערכת התמיכה המשפחתית ומקום המחלה בה.	תוצאת שלב זה: הערכה מערכתית של המשפחה על כוחותיה ומשאביה <
שלב 2. בדיקת האווירה הרגשית במשפחה ויכולתה לפתור בעיות הקשורות במחלה		
מטרה: לאמוד את הרגשות במשפחה בהקשר למחלה ואת הגמישות לשינוי.	מוקדים עיקריים: דפוסי התמודדות ותקשורת במשפחה בהקשר למחלה. משאבי התמודדות משפחתיים עם משברים ומצבי לחץ. יכולת לשאת עמימות ואי-וודאות.	תוצאה מצופה בסיום שלב זה: זיהוי מבחין בין משפחה במשבר עם מאפיינים של מתח, לחץ, בלבול וירידה ביכולת התפקוד הקשורים במשבר המחלה, לבין משפחה בעלת דפוסי תקשורת בעייתיים המקשים על פתרון קונפליקטים ועל יכולת תמיכה בחולה.
שלב 3. זיהוי יכולת, מוכנות והנעה של המשפחה להתערבות טיפולית		
המטרה: להעריך את יכולת המשפחה להתגייס לתהליך של שינוי.	מוקדים עיקריים: אמביוולנטיות, מנגנוני הגנה, יכולת הכלה ותחושת קומפוטנטיות משפחתית.	תוצאה מצופה בסיום שלב זה: מידע בנוגע ליכולת ולהנעה של המשפחה להירתם כשותפה לטיפול בחולה. מסקנות בנוגע לקונטר-אינדיקציות לגבי טיפול במסגרת מסוימת.
שלב 4. סיום תהליך ההערכה והמלצות		
מטרה: לקבוע מוקד להתערבות טיפולית בהתחשב בצורכי המטופל, בהבנת המשפחה וביכולת המערכת המטפלת.	מוקדים עיקריים: רצון המשפחה ליצור קשר עם גורם טיפולי בבית-החולים או לחילופין במסגרת אחרת. ציפיות המשפחה מטיפול.	תוצאה מצופה בסיום שלב זה: החלטה לגבי סוג ההתערבות, מוקד ההתערבות, והמלצה על מיקום ההתערבות (לדוגמה: במחלקה שבה מאושפז בן המשפחה, במרפאה, או במסגרת קהילתית).

שיתוף המשפחה בטיפול בחולי סכיזופרניה

אמבולטורית על רקע קשיים אלה. אושפז לראשונה בשל מצב פסיכוטי עם מרכיבים אובססיביים. בעת הפנייה לאישפוז התגורר עם אמו ושני אחים בוגרים ממנו, שלשתם מצליחים בתחום עיסוקם המקצועי, תומכים, קשובים ודאוגים ליקירם. האב התגורר בעיר סמוכה וקיים קשר תכוף עם בניו, אך במשפחה חששו לספר לו אודות האישפוז. בעת הפנייתו לאישפוז למד במכללה ובתחילת האישפוז ניסה להתמיד בלימודים וקרא חומר לימודי דרך האינטרנט. התמדה זו הצטיירה כניסיון להיאחז במרכיבים מאורח חייו עד האישפוז. אמו של רועי הוזמנה למחלקה להתערבות משפחתית.

שלב 1: יצירת קשר בין המשפחה לבין הצוות הטיפולי

בפגישות הערכה ראשונות, שאליהן האם הגיעה לבד או מלווה בבני משפחתה, תיארה משפחה משכילה ומצליחה עם קשרים טובים בין שלושת הילדים, משפחה שייחסה חשיבות רבה להשכלה מקצועית אקדמאית, ולהצלחה מקצועית. היא סיפרה שכשרועי היה ילד צעיר, ההורים התגרשו. תהליך הגירושין היה מורכב, וכתוצאה ממנו רועי חווה כילד מעברים רבים של המשפחה ממקום אחד לשני, כולל תקופת מגורים בחו"ל. האם נטתה לחשוב כי מקור הסממנים הפסיכיאטריים של בנה קשור בקשיי ההסתגלות שחווה בשנות ילדותו ונעורותו. היא סיפרה על מאמציה הרבים כאם לתמוך, לדחוף ולדרכן את בנה לשלב הישגים לימודיים יחד עם פעילות חברתית, ועל הכאב שחשה עקב כידודותו החברתית. בסיום שלב זה של ההערכה היתה למטפלת תמונה חדה יותר אודות המערכת המשפחתית: על חשיבות ההשכלה בתפיסה המשפחתית ועל הקשרים הטובים בין חברי המשפחה.

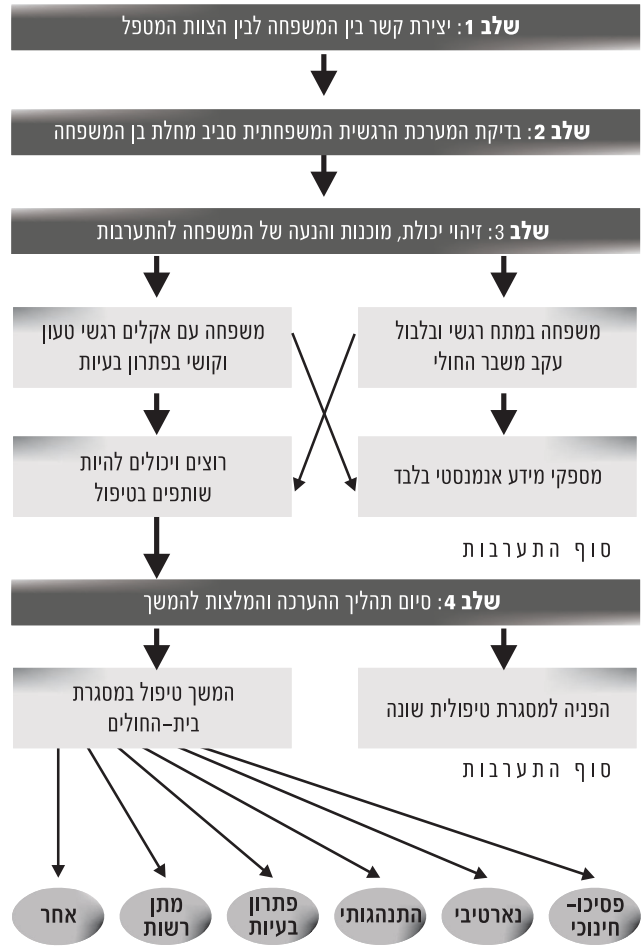
שלב 2: בדיקת המערכת הרגשית המשפחתית סביב המחלה

האם תיארה את סבלה מהסימפטומים של הבן, בעיקר תיארה את הקושי להתמודד עם האיטיות, החשדנות שלו והצורך הכפייטי בסדר, המקשים עליה בהתנהלות הבית. היא הציגה על כישלונותיו של בנה בלימודים ובקשר בין-אישי. מבעד לעצב ולצער היא תיארה גם את תחושות הכושה על כך שאינו מצליח כמו שאר בני משפחתו, ואת חרדתה מפני תגובתו של אביו של רועי לאישפוז.

נדמה היה שהאם האמינה שאם תוסיף ותתמוך בבנה, תדרכן אותו לפעול ולהצליח בפרויקטים שנטל על עצמו, שאם תעזור לו קונקרטי להתארגן, ייעלמו הקשיים ובנה יחזור להיות האדם הנכון, הרגיש והמצליח, אשר הכירה בעבר. יחד עם זה, במפגשי ההערכה, האם תיארה באופן מילולי והדגימה בהתנהגותה את מעורבותה הרבה בחיי בנה, ואת נטייתה לענות בשמו ולהחליט עבורו. ניכר היה שהמשפחה, שתפקדה בעבר, למרות סערות ומשברים, לפי הסטנדרטים שהציבה לעצמה, נכנסה למשבר עקב מחלת הבן והתקשתה למצוא פתרונות ודרכי התמודדות הולמים לקשיים הכרוכים בהשלמה עם המחלה. החשש מתגובת האב לאישפוז הקשתה עוד יותר על ההתמודדות של רועי, שנאלץ להימנע מפגישות עמו כדי לא לחשוף את הסוד.

שלב 3: זיהוי יכולת ומוכנות המשפחה להתערבות טיפולית

במהלך השנים שקדמו לאישפוז, רועי טופל אמבולטורית בתרופות נוגדות פסיכוזה, אך למרות זאת, מצבו הידרדר והוא אושפז. תיאור זה של תהליך ההידרדרות לא מנע מהאם ומבנה לספר בפגישות ההערכה על הפרעת הקשב והריכוז, שאובחנה אצלו כילד. ייתכן שהניסיון בעבר להתמקד בהפרעת הקשב והריכוז ריכך לשניהם את



תרשים 1: המודל למיפוי וניפוי בהתערבות משפחתית במשפחה עם חולה בסכיזופרניה

מותאמת למשפחה הספציפית. אבחון המשפחה לפי המודל נעשה במספר מצומצם של פגישות וסייע במיקוד המשאבים הטיפוליים באופן אופטימלי, ובקבלת החלטות אילו משפחות זקוקות להתערבות, לאיזו התערבות והמלצה היכן תיערך התערבות זו.

שלבים בהערכת המשפחה על פי המודל

בלוח 1 מוצגים 4 השלבים של מודל הערכת המשפחה בנוגע לשיתופה בטיפול בכך המשפחה החולה בסכיזופרניה. בכל שלב, משלבי המודל מנוסחות המטרה, מוקדים עיקריים, ותוצאה מצופה מהבירור באותו שלב.

תיאור מקרה להדגמת השימוש במודל

רועי\*, בחור נאה בשנות העשרים לחייו, סיים שירות צבאי מלא למרות שסבל במשך שנים מהפרעות קשב וריכוז וטופל

\* שמו של המטופל ופרטים נוספים שונו כדי להגן על פרטיותו ופרטיות בני משפחתו.

המחברות מבקשות להודות למשפחה על אומץ לבה ועל הרשות שנתנו להשתמש במקרה לצורך הדגמת המודל במאמר.

שובית מלמד, תמר רומי

חייו וחייהם כמשפחה, ובו בזמן עליהן להתארגן ולתמוך בו, מעוררת את הצורך לבחון את דרכי ההתערבות תוך הבחנה בין משפחות שונות לפי מידת יכולתן, מוכנותן, כוחותיהן, משאביהן הנפשיים ומקור ההנעה שלהן להיות מגויסות לטיפול בבן המשפחה החולה. הבחנה כזאת תאפשר לזהות האם המשפחה יכולה להירתם כשותפה בטיפול ולמקד את הגישות הטיפוליות המתאימות. למעשה, יש צורך לענות על שאלות מעשיות ואתיות הנוגעות לשימוש במודלים משפחתיים: עם מי עובדים? לפי איזו גישה? על מה מתמקדים? באיזה מקום מתקיים הטיפול? כמות (משך) הטיפול? האם בכלל? חשיבה ממוקדת בעידן של צמצום משאבים עשויה להוות כלי יעיל וחסכוני לאינטגרציה בין צרכים של המטופלים ושל המשפחות לבין אלה של מערכות בריאות הנפש.

בעבודה זו הצגנו והדגמנו בעזרת תיאור מקרה מודל זרימה, המאפשר לבחון שאלות אלו בצורה שיטתית ומבחינה.

המפגש עם משפחת המטופל והשימוש במודל מאפשרים לאתר את צורכי המשפחה הגלויים והסמויים, להבין את הדינמיקה בתוכה ולאבחן את העמדה הרגשית של המשפחה סביב המחלה. משפחה יכולה לבטא דאגה ממצבו של בן המשפחה החולה, להציג את המצוקה ולבקש סיוע. לעתים, מתחת למעטה הדאגה והמצוקה, קיימים גם רגשות נוספים, למשל: כעס, אשמה, האשמה, רגשות שיש צורך לעבדם כדי לאפשר מתן סיוע לבן המשפחה החולה. במצב בו יש ירידה באפשרות הספיקה בשירותים טיפוליים וחברתיים בקהילה, עשויה להתפתח נטייה של בני משפחות במצוקה, במיוחד במצבי חולי, לפנות לעזרה לצוות הטיפולי במסגרות בהן מטופל בן המשפחה. העובדים במסגרות הרפואיות הללו עומדים בפני הצורך להחליט בצורה מקצועית מהו גבול אחריותם המקצועית ובאיזה דרך יתעברו במקרה הנתון.

הרחבת העבודה הטיפולית בתחום בריאות הנפש באופן שתכלול את המשפחה מעלה שאלות אתיות. שאלה מרכזית היא מיהו הצרכן. בדרך כלל, פנייה לטיפול משפחתי מבטאת מצוקה והבעת נכונות להירתם לתהליך טיפולי. ואולם, גיוס המשפחה למעורבות הטיפולית, בעת טיפול בבן משפחה חולה, אינה וולונטרית במקרים רבים, אלא נעשית ביוזמת הצוות המטפל, לצורך הרחבת האנמנזה. גיוס מטופלים בדרך זו מחדד שאלות לגבי הרשות לטפל במשפחה כשהעילה היא בן משפחה חולה.

היבט אתי נוסף נוגע לערך הבחירה העצמית של המטופל המאושפז. לא כל המטופלים מעוניינים במעורבות המשפחה. בהתייחסותן לסוגייה זו, טוענות מרש ולפלי (11): "קוד האתי המקצועי אכן מגן על זכויות מטופלים לסודיות טיפולית, אך גם למשפחות יש זכויות שראויות להתחשבות, במיוחד אם המשפחות הן בתפקיד המטפל העיקרי" (11, עמ' 63. תרגום שלנו, ת.ר., ש.מ.). לדעתן, קשר עם משפחה בעת אישפוז

הכאב הפוטנציאלי הכרוך באבחנה פסיכיאטרית חריפה יותר. עם זאת, נראה היה שהשותפות והאחווה המשפחתית של האם עם בנה הצעיר, של שלושת האחים ביניהם, ושל חברי המשפחה המורחבת, תרמה לתחושת היכולת המשפחתית ואיפשרה להם לעמוד בכאב של האישפוז ובכאב העתיד לבוא בשל החמרת האבחנה. באחת מפגישות ההערכה, כשהאם שמעה מפי הרופא המטפל של בנה אודות האבחנה הפסיכיאטרית העדכנית (סכיזופרניה), היא הגיבה בכאב, אך גם בנכונות להירתם לכל מהלך טיפולי שיידרש כדי לעזור לבנה החולה. האב, שעל פי בקשתו המפורשת, אם גם מלווה בחשש רב של רועי, הוזמן בנפרד, שמע אף הוא את האבחנה המעודכנת, אולם לא רצה להיות שותף בשום טיפול שהוצע.

שלב 4: סיום תהליך ההערכה, והמלצות

עקב ההנעה והנכונות של האם ללמוד דרכי התנהלות משפחתית אלטרנטיביים, הומלץ בפניה לקבל טיפול פסיכוכימיוטי פרטני, שסייע למשפחה כולה להתארגן סביב המחלה: להכיר אותה, את סימניה ואת מגבלותיה, להכיר ולבחור את הטיפולים, וללמוד את גורמי הסיכון. חלק מרכזי בטיפול הפסיכוכימיוטי הפרטני בפגישות המשפחתיות עם האם ועם בנה, היה להעביר לרועי את האחריות על ההתארגנות היום-יומית שלו. האם הודרכה לחדול מלהאיץ בבנה ולהניח לו להתנהל לפי הקצב שלו. לדוגמה: לסייע לו ללמוד להתעורר ולהתארגן בעצמו ליום הפעילות. יחד עם זאת, וכדי לקדם עוד יותר את הנפרדות מבנה, הוזמנה האם להצטרף לקבוצת משפחות, ובמקביל הוצע לבנים להצטרף לקבוצת אחאים. שתי קבוצות טיפוליות קצרות-מועד אלו מתקיימות בבית-חולים במחוזות חוזרים חוזרים בני שישה מפגשים. מוקד הקבוצה הוא החיים של המשתתפים ומשפחתם: הכאבים והשמחות, ההצלחות הקטנות והגדולות, האכזבות, הציפיות, היחסים עם הילדים האחרים ועם בני הזוג של המשתתפים. הנחת העבודה היא שאם תשתפר איכות החיים של בני המשפחה ויהיה להם מקום לחלק את העומס המשפחתי שהם חווים, גם בריאותו של החולה תצא נשכרת.

סיכום: ההתערבויות המשפחתיות השונות, שאליהן הופנו, עזרו לאמו ולאחיו של רועי להתמודד עם קשיי התנהלות הבית במחיצת מחלה, סייעו להם לשחרר את רועי מדרישות אשר מעל ליכולתן, ותרמו להמעטת החיכוכים עמו. בלשון האם: "החלפתי משקפיים... הפסקתי לראות רק את הבעיה, והתחלתי לראות את מה שיש... אל כל מה שמעבר לזה אני מתייחסת כאפשרות". עדיין קיימים קשיים בהתמודדות עם המחלה, אך עתה יש לקשיים שם, יש דרכים להתמודד איתם ויש כתובת לפנות אליה.

רועי עצמו, בעת שהתרחשו כל ההתערבויות המשפחתיות הללו, פיתח וביסס קשר טיפולי משל עצמו עם המטפלת שלו. בטיפול הוא שיתף בגעגועיו ובכמיהתו לחזור ולהיות הסטודנט בעל התחביבים, בן המשפחה המוערך. בה בעת הוא גם התחיל להכיר בעצמו במחלתו ובמגבלותיה. הוא, אומנם, נזקק לתמיכתה של אמו בכל החלטה, אבל גיבש לעצמו עמדה לגבי נטיותיו ורצונות השיקום שלו. בהדרגה, נבנתה עבורו תוכנית שיקומית מציאותית שכוללת לימודים, חונכות, ותעסוקה במסגרות שיקומיות.

## דיון

התערבויות משפחתיות עם חולים בסכיזופרניה הן היום חלק מהרפרטואר הטיפולי בבריאות הנפש. עבודה טיפולית עם המשפחות, אשר צריכות להסתגל לעובדה שבן משפחתם חולה במחלה נפשית שעשויה לשנות את מהלך

שיתוף המשפחה בטיפול בחולי סכיזופרניה

6. Marley J.A., Family therapy and schizophrenia: A developing model for practice. *J. Family Psychotherapy*, 10(1): 1-14, 1999.
7. Bellack A.S., Hass G.L., Schooler N.R. et al., Effects of behavioral family management on family communication and patient outcomes in schizophrenia. *Brit. J. Psychiatry*, 177: 434-439, 2000.
8. Dyck D.G., Short R.A., Hendryx M.S. et al., Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multi-family groups. *Psychiatric Services*, 51(4): 513-519, 2000.
9. McFarlane W.R. Psychoeducational multi-family groups: Adaptations and outcomes. In: B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe et al. (Eds.), *Psychosis: Psychological approaches and their Effectiveness*. pp 68-95. London, Gaskell/Royal College of Psychiatrists, 2000.
10. Melamed S., Permission: A conceptual tool for treating mentally ill patients and their families. *J. Family Psychotherapy*, 12(2): 29-42, 2001.
11. Marsh D.T., Lefley H.P., Family interventions for schizophrenia. *J. Family Psychotherapy*, 14(2): 47-68, 2003.
12. Pharoah F.N., Rathbone J., Mari J.J. et al., Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Review*, The Cochrane Library, 2: 2004.
13. Reinhard S.C., Gubman G.D., Horwitz A.V. et al., Burden assessment scale for families of the seriously mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 17(3): 261-269, 1994.
14. Heru A.M., Family functioning, burden and reward in the care-giving for chronic mental illness. *Families Systems and Health*, 18(1): 91-103, 2000.
15. Carosso J.E., Actual and preferred roles in family intervention: Psychologists perspectives in working with families of the mentally ill. *Dissertation-Abstracts-International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(9-B): 4879, 2000.
16. Amenson C.S., Liberman R.P., Dissemination of educational classes for families of adults with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52(5): 589-92, 2001.
17. Rubin A., Cardenas J., Warren K. et al., Outdate practitioner views about family culpability and severe mental disorders. *Social Work*, 43(5): 412-422, 1998.
18. Laub R.E., Higson F.M., Staff training in cognitive-behavioral family intervention in mental illness using the multiple-family group approach: A pilot study. *Community Mental Health J.*, 36(5): 477-490, 2000.
19. Goldman H.H., Mental illness and family burden: A public health perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 33: 557-559, 1982.
20. Platt S., Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological Med.*, 15: 383-393, 1985.
21. Biegel D.E., Milligan S., Role of race in family care-giving with persons with mental illness: Burden, support system and use of self help. In: D. Roth (Ed.), *New research in mental health: A digest of the Ohio Department of Mental Health*, Vol. 10, 1992.
22. Dixon L., McFarlane W.R., Lefley H. et al., Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Service*, 52(7): 903-910, 2001.

פסיכיאטרי הוא חיוני, כיוון שיש צורך לקבל את המידע האנמנטי מן המשפחה. באשר להתערבויות בעלות אוריינטציה טיפולית, המודל המוצג אכן לוקח בחשבון את הבחירה העצמית של המטופל, כפי שמשתקף בשלב 3. משפחות שמציבות התלבטויות אתיות קיצוניות במיוחד הן משפחות פוגעות: משפחות שמזניחות או מתעללות במטופל. האם נזמין וננסה לגייס גם משפחות כאלו להיות מעורבות בטיפול בחולה הפסיכיאטרי? האם נשקיע משאבים לטיפול בהן?

הסוגיות האתיות הללו מורכבות וראויות לדיון ולבחינה. יש לזכור כי מדובר באוכלוסייה של חולים בסכיזופרניה, מחלה שמאופיינת בגלים: התקף, נסיגה וליקוי. הצורך של המשפחה להיעזר במערכת הטיפולית והשיקומית קיים כל הזמן ולאורך נקודות שונות בדרך הארוכה והמייגעת.

במאמר זה ניסינו להציע הבחנה מושגית ומעשית לגבי עבודה קלינית עם משפחות של חולי סכיזופרניה. המודל שהוצג במאמר כמו גם הדוגמה, מתייחסים לעבודה עם חולים בסכיזופרניה, שהיא מחלה נפשית כרונית עם סטיגמה ומשמעויות לחיי החולה והמשפחה, ודורשת משאבים נפשיים וכלכליים לצורך ההתמודדות איתה. ואולם, אנו סבורות שניתן ליישם חשיבה זו גם במסגרות עבודה עם מחלות נפשיות אחרות, כפי שהצגנו במאמרנו (49). לאור הרפורמה וצמצום המשאבים התמקדנו במאמר זה במשפחת של חולים סכיזופרניים שלא ספק הצורך בהתערבויות משפחתיות עם בני משפחותיהם חשוב ביותר לאור אופייה הכרוני וההתמודדות הקשה עם המחלה.

להערכתנו, יש צורך להמשיך לבחון את הנושא של הטיפול משפחתי לסוגיו בתחום בריאות הנפש, במיוחד לאור יעילות הטיפולים הללו בהפרעות בי פולאריות (44), או בטיפול בדיכאון (50), ובהתאמות נדרשות גם בתחומים רפואיים נוספים, כדי שניתן יהיה לבסס אמפירית את ההמלצות לגבי אוכלוסיית היעד להתערבויות, מוקד ההתערבויות, המסגרות הטיפוליות המתאימות להתערבויות ומועד ההתערבויות.

ס פ ר ו ת :

1. Gerhart U.C., *Caring for the chronic mentally ill*. Itasca, Illinois, Peacock Pub., 1990.
2. שטיין ד., ויצטום א., ירוסלבסקי ע. וחב', מאפיינים משפחתיים בסכיזופרניה. הרפואה, 126(ח'): 463-468, 1994.
3. MacFarlane W.R., Link B., Dushay R. et al., Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34: 127-144, 1995.
4. Pitschel-Waltz G., Leucht S., Baumel J. et al., The effect of family interventions of relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta analysis. *Schizophrenia Bull.*, 27(1): 73-92, 2001.
5. Marley J.A., People matter: Client-reported interpersonal interaction and its impact on symptoms of schizophrenia. *Social Work*, 43(5): 437-444, 1998.

שוֹבֵית מַלְמֵד, תִּמְר רֹמִי

23. Dixon L., Adams C., Lucksted A., Update of family psychoeducation for schizophrenia, *Schizophrenia Bull.*, 26(1): 5-20, 2000.
24. Penn D.L., Mueser K.T., Research update on psychosocial treatment of schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 153(5): 607-617, 1996.
25. Addington J., Collins A., McCleery D. et al., The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research XX* (2005) XXX-XXX, on line at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com). 2005.
26. Addington J., McCleery A., Addington D., Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophrenia Research XX* (2005) XXX-XXX, on line at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com), 2005.
27. Magliano L., Fadden G., Economou M. Et al., Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: Results of BIOMED 1 study, *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33(9): 413-419, 1998.
28. Melamed S., Cibulsky S., Family burden and mental illness: Working to ease family burden and improving the patient's condition. Presentation in IFTA/AFTA Family Therapy Congress, Washington D.C., May 2005.
29. Magliano L., Fadden G., Economou M. et al., Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1 year follow-up data from the BIOMED 1 study. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 35: 109-115, 2000.
30. Magliano L., Fadden G., Fiorillo M. et al., Family burden and coping strategies in schizophrenia: Are key relatives really different to other relatives? *Acta Psychiat. Scand.*, 99(1): 10-15, 1999.
31. Ostman M., Wallsten T., Kjellin L., Family burden and relatives' participation in psychiatric care: Are the patient's diagnosis and relation to the patient of important? *Int. J. Social Psychiatry*, 51(4): 291-301, 2005.
32. Nechmad A.S., Fennig P., Ternochiano I. et al., Siblings of schizophrenic patients: A review. *Israel J. Psychiatry & Related Sciences*, 37(1): 3-11, 2000.
33. Landen J., Whelton C., Dermer S. et al., Needs of well siblings of persons with schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(2): 266-269, 1992.
34. Marsh D.T., Dickens R.M., Koeske R.D. et al., Troubled journey: Siblings and children of people with mental illness. *Innovations & Research*, 2(2): 13-23, 1993.
35. Horowitz V.A., Adult siblings as sources of social support for the seriously mentally ill: A test of the serial model. *J. Msttishr Snf Yhr Family*, 55: 623-632, 1993.
36. Greenberg J.S., Kim H.M., Greenley J.R., Factors associated with subjective burden in siblings of adults with severe mental illness. *Am. J. Orthopsychiatry*, 67(2): 231-241, 1997.
37. Marsh D.T., Siblings: Forgotten family members NAMI San Diego: The alliance advocate 5 (7/8) <http://www.healthieryou.com/j31.html> last accessed 28/5/2007 (2000).
38. ברק ד., סלומון ז., בצל הסכיזופרניה: השפעת המחלה על אחאי החולים. חברה ורווחה, כ"ג(1): 53-73, 2004.
39. Stalberg G., Ekerwald H., Hultman C.M., At issue: Siblings of patients with schizophrenia: Sibling bond, coping patterns, and fear of possible schizophrenia heredity. *Schizophrenia Bull.*, 30(2): 445-458, 2004.
40. Tarrier N., Barrowclough C., Porceddu K. et al., The Salford Family Intervention Project: Relapse rates of schizophrenia at five and eight years. *Brit. J. Psychiatry*, 155(6): 829-32, 1994.
41. Dixon L. et al., Providing services to families of persons with schizophrenia: Present and future. *J. Mental Health Policy Economy*, 21: 3-8, 1999.
42. [No authors listed] Treatment of schizophrenia. The Expert Consensus Panel for Schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry*, 57 Suppl. 12B: 3-58. Review, 1996.
43. Lehman A.F., Steinwachs D.M., Patterns of usual care for schizophrenia: Initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. *Schizophrenia Bull.*, 24(1): 11-20; discussion, 20-32, 1998.
44. Teresa L., Simoneau D.J., Milkovitz J.R. et al., Bipolar disorders and family communication: Effects of a psychoeducational treatment program. *J. Abnormal Psychology*, 108(4): 588-597, 1999.
45. David J., Miklowitz L.B., Psychosocial factors in the course and treatment of bipolar disorders: Introduction to the special section. *J. Abnormal Psychology*, 108(4): 555-557, 1999.
46. Olson D.H., Russell C.S., Sprenkle D.H., Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families. New York, Haworth Press, 1989.
47. McCubbin H.I., Cauble A.E., Patterson J.M., Family transitions: Adaptation to stress. In: H.I. McCubbin, C.R. Figley (Eds.), *Stress and the family. vol. 1: Coping with normative transitions*. New York, Brunner/Mazel, 1983.
48. Bentovim A., Miller L.B., Family assessment. Pavilion Press, 2001
49. Romi T., Melamed S., Involving the family of patients with mental illness in treatment: A model for assessment. *J. Family Psychotherapy*, 18(1): 11-26, 2007.
50. Teichman J., Teichman T., Integrative view of depression: Review and integration. *J. Family Psychology*, 3(4): 336-349, 1990.

**מחסלים את מחסן העודפים של "שיחות"**  
**מחירי הזדמנות!!!**  
**התקשו ללילך לפרטים נוספים**

טל' 03-5449215 ■ [Sihotlilach@bezeqint.net](mailto:Sihotlilach@bezeqint.net)