
תיאור מקרה: טיפול משפחתי עיסוקי להחזרת תפקוד משפחתי

דפנה הירשמן, שני ולוביק שושן, עפרה ברקת-סרולביץ, אילן טרבס

דפנה הירשמן, MA, OTR, BOT, מטפלת ומדריכה מוסמכת בטיפול משפחתי, קנדיטית במכון הישראלי לאנליזה קבוצתית. מרפאה בעיסוק אחראית מחלקת מבוגרים פתוחה, רכזת הדרכה. המרכז לבריאות הנפש "שלוותה", הוד השרון. dafnahi@clalit.org.il

שני ולוביק שושן, OTR, BOT, מרפאה בעיסוק מחלקת מבוגרים פתוחה, המרכז לבריאות הנפש "שלוותה", הוד השרון. shamivo@clalit.org.il

עפרה ברקת-סרולביץ, OTR, BOT, אחראית שירותי ריפוי בעיסוק במרכז לבריאות הנפש "שלוותה", הוד השרון. ofraba@clalit.org.il

אילן טרבס, MD, מנהל מחלקת מבוגרים פתוחה המרכז לבריאות הנפש "שלוותה", הוד השרון. itreves@clalit.org.il

תודות: תודה מיוחדת ל**ד"ר שמואל הירשמן** שסייע בכתיבת המאמר.

מילות מפתח: ריפוי בעיסוק, התערבות משפחתית, שיקום, הקשר חברתי

תקציר

תהליך ההתערבות בריפוי בעיסוק כולל טיפול במגוון לקוחות בכל הגילאים ובתחומים שונים. כחלק מתהליך ההתערבות הטיפולי מושם דגש גם על הקשר עם בני המשפחה והמטפלים העיקריים של הלקוח. במאמר זה מוצגת תכנית התערבות חדשה: טיפול משפחתי עיסוקי (טמ"ע). בשונה מרוב ההתערבויות שכוללות בני משפחה בריפוי בעיסוק ושבהן הלקוח המרכזי הוא האדם המתמודד, בטמ"ע המשפחה כולה היא הלקוחה. ההתערבות מבוססת על ראייה מערכתית ולפיה במקרים מסוימים על מנת לתת מענה טיפולי לבעיית היחיד יש לערב ולטפל בשלם שממנו הוא בא, כלומר לטפל במשפחתו. על פי גישה זו, בני המשפחה שמתפקדים יחד כיחידה עיסוקית, מגיעים לטיפול. המטרה היא לקדם את המשפחה לתפקוד משפחתי טוב יותר תוך שימוש בעיסוקים משמעותיים בעבורם כמשפחה. הטיפול כולל חמישה שלבים עיקריים: הערכה, תיאום ציפיות וקביעת מטרות, תרגול מעשי, איסוף תוצרים והמשגה, תרגול עצמאי ומדידת השינוי. המאמר מתאר טיפול משפחתי עיסוקי במשפחה של ארבע נפשות שהתבצע במרכז לבריאות הנפש "שלוותה". תיאור המקרה מציג את שלבי הטיפול, את המטרות שנקבעו ואת האמצעים שנבחרו להשגת המטרות. הטיפול המשפחתי העיסוקי תואם את ממאפייני העבודה בריפוי בעיסוק, נגזר מהם ומספק מענה טיפולי שנחוץ כיום בשטח, תוך התייחסות למשפחה כולה. מאחר שטמ"ע משלב ידע מתחומי הטיפול המשפחתי מערכתית, ביצוע טיפול זה מחייב הכשרה נוספת.

מבוא

לעתים תוך גיוס המשפחה. הרציונל העומד בבסיס פיתוח גישת טמ"ע נובע מן הצורך להרחיב את ההתמקדות בדפוסי תפקוד המטופל לדפוסי התפקוד המשפחתיים וליחסי הגומלין שביניהם. הרחבה זו היא תרומתו של מודל זה לעבודת המרפאים בעיסוק.

ראייה מערכתית בטיפול משפחתי

בטיפול המשפחתי המבני נתפסת המשפחה בנקודות מסוימות כגוף אחד, מערכת פעילה אחת, המכילה בתוכה תפקידים שונים. פעמים רבות, קולו של היחיד במשפחה הוא קול קבוצתי המייצג את המערכת כולה. על פי ראייה כזאת גם מחלה של אחד מבני המשפחה, או לחלופין אי יכולת לייצב מחלה והחרפה בתסמינים יכולה לשקף את מצבה של המשפחה כולה. בטיפול המשפחתי המבני, המטפל המשפחתי שואף אפוא לטפל במערכת המשפחתית כולה, כלומר במשפחה כיחידה אחת (דאלוס ודרייפר, 2004).

רעיונות הטיפול המערכתי המוקדמים התפתחו על בסיס תורת המערכות והקיברנטיקה - שטבע וינר (Weiner, 1961). הרעיון המרכזי בה הוא עקרון המשוב, שיושם בהמשך גם למערכות ביולוגיות. Bateson (1972) ציין שהמערכת מתקיימת כשאנו יכולים לזהות ישות המורכבת ממערך של חלקים המקיימים ביניהם קשרי גומלין, מתקשרים ומשפיעים זה על זה. המערכת היא יותר מסכום החלקים המרכיבים אותה. תורת המערכות מדגישה את התלות ההדדית בין חלקי המערכת (חברי המשפחה) לתפקוד המשפחתי. כל אדם נחשב למשפיע על אחרים ומושפע מאחרים. (Watzlawick, Jackson, & Beavin, 1967; Watzlawick, Weakland, & fish, 1974) דיברו על המעגליות, כדי לתאר את הדפוסים

המשפחה הנה הסביבה האנושית הראשונית שאליה נקלט האדם מיד עם היוולדו. המשפחה מתנהלת כיחידה אורגנית בדרגות ובאיכויות משתנות של קרבה ואינטנסיביות תפקודית בהתאם לשלבי מעגל החיים המשפחתי. Duvall (1977) הרחיב את מודל מחזור חייו של האדם למחזור חיי המשפחה. לאורך מעגל חיי המשפחה, יש תקופות שבהן במשפחה מתרחשת עשייה משפחתית אינטנסיבית יותר. כשצאצאי המשפחה צעירים המשפחה באופן ההתפתחותי הטבעי שואפת לפעילויות משפחתיות, כמה מהן כפנאי וכזמן איכות משפחתי וכמה מהן כחלק משגרת העשייה היום-יומית. בשלבים אחרים, כשמדובר בילדים מתבגרים, העשייה המשפחתית משתנה ופחות אינטנסיבית וניתן משקל רב יותר אצל המתבגרים לקבוצת השווים. העשייה המשפחתית עשויה להשתנות ממשפחה למשפחה בהתאם לתרבות, לטקסים דתיים, לשגרה המשפחתית, לאופי המגורים וכולי.

משפחות נדרשות לערוך שינויים ולהסתגל לתהליכי אבולוציה משפחתית, כגון צמיחה וההתבגרות של ילדים ושינויים בהרכב המשפחה (לידה, מוות, נישואין, גירושין). מחקרים הראו כי יכולת ההסתגלות של משפחה טובה יותר כשהיא עוסקת בפעילויות פנאי משותפות (Zabriskie & McCormick, 2001). מחלות או הפרעות כלשהן אצל אחד מבני המשפחה עלולות להיות מקור למשבר משפחתי. כחלק ממשבר משתנים דפוסי התפקוד המשפחתיים. יש יחסי גומלין בין דפוסי התפקוד המשפחתיים לדפוסי התפקוד של הפרט. מרבית ההתערבויות הטיפוליות מתמקדות בשינוי דפוסי תפקוד המטופל,

משתתפים ילדים קטנים כדאי שיהיו בחדר צעצועים ובובות, כדי שתינתן לילד אפשרות לבטא עצמו באמצעות משחק. המשחק מאפשר פעילות בחדר הטיפולים, משמע שבמקום דיבורים על פעילות, המטפל יוכל לצפות בבני המשפחה בשעת פעילות וכן יוכל לבחון את התייחסותם זה לזה. הגישות שתלו במשפחה את האחריות למחלות נפשיות כללו בעבר את מושג האם הסכיזופרנוגנית (Fromm-Reichman, 1948), מושג ה"חולה המזוהה" וכן את רעיון המסר הכפול (double bind) (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956). "החולה המזוהה" הוא אחד המושגים השגורים. משמעות המושג היא שזיהוי אחד מבני המשפחה כחולה יכול לאפשר לשאר החברים לחוש "בריאים" ואף למצוא משמעות ודרך לגיבוש משפחתי סביב הטיפול בחולה. המושגים האלה היו דומיננטיים בהתפתחות הטיפולים המשפחתיים בבריאות הנפש בשנות ה-60 (Marley, 2014). כיום, למעט במצבים משפחתיים קיצוניים, התפיסה שתקשורת משפחתית עלולה לחולל מחלה פסיכיאטרית נדחתה.

התמודדות במשפחות שבהן אחד מבני המשפחה עם מגבלה תפקודית

הפרעות שונות משפיעות על התפקוד המשפחתי ומובילות לצורך בקרבת בני משפחה, בייחוד אצל אנשים הסובלים ממחלה קשה. בארה"ב, מוערך כי 26% מן האוכלוסייה הבוגרת, בעיקר נשים, מוגדרים כמטפלים בלתי פורמליים למטופלים שהם בדרך כלל מבני משפחתם הסובלים ממחלות כרוניות (Tsara, Serasli, Voutsas, Lazaride, & Christaki, 2006). הפרעה נפשית ממושכת משפיעה הן על המתמודדים עמה, והן על המערכת המשפחתית כולה. לרוב מדובר בקשיים גופניים ונפשיים, בבעיות רגשיות,

החוזרים ביחסים המערכתיים במשפחה. הראייה המעגלית פוטרת מחיפוש ההתחלה, והאשמה, השאלה מי התחיל אינה רלוונטית. התיאורטיקנים הבחינו שרוב המשפחות מכילות תת מערכות כגון: תת מערכת האחים, תת מערכת ההורים. הגישה המבנית רואה חשיבות באבחנה ברורה בין תת המערכות (דאלוס ודרייפר, 2004).

מינוחין (1974) שם דגש על נושא הגבולות בתוך המשפחה. הוא טען כי בני משפחה יכולים להיות במעורבות יתר, או מנגד בריחוק ובגבולות נוקשים. מעורבות יתר יכולה לבוא לידי ביטוי באי יכולת לכבד אוטונומיה, כגון הורה שעונה כשילדו נשאל שאלה. גבולות נוקשים יכולים להתבטא בריחוק ובאי הבעת עניין רגשי זה בזה. שני הדפוסים הקיצוניים משתקים את יכולתה של המשפחה לפעול יחד או להתמודד עם בעיות. השאיפה היא שהגבולות בתוך המשפחה יהיו גמישים וברורים. הנחת היסוד של הטיפול המשפחתי המבני היא שהטיפול כרוך בהערכה של המבנה המשפחתי ובניסיון לשנותו בעת הצורך. שיחה היא האמצעי העיקרי בטיפול. עם זאת, במקרים מסוימים תואר שימוש בעשייה משפחתית באופן חד פעמי כדרך לבחון את דפוסי המשפחה. לדוגמה, בטיפול במשפחות שבהן ילד הסובל מהפרעות אכילה הזמינו את המשפחה בשעת ארוחת הצהריים לפגישה טיפולית והמשפחה הוזמנה לאכול יחד. האקטיבציה סייעה לראות ביתר ברור את דפוסי ההתנהגות במשפחה, כגון אי יכולתם של ההורים להסכים ולפעול יחד כדי שכן המשפחה שסובל מהפרעת האכילה יאכל באופן נורמלי יותר (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978).

היילי (1982), המשתייך לזרם הטיפול המשפחתי האסטרטגי, מצייין שאם בריאיון

המשפחתיות בעלות יתרונות רבים ומספקות למשפחה תמיכה רגשית, אמפתיה, משתפות במידע ומשמשות הזדמנות לחלוק ברגשות ללא החשש מן הסטיגמה הנלווית למחלה (Kim & Slayers, 2008). הקבוצות הפסיכו-חינוכיות כוללות בין השאר: תכניות הנותנות מידע על המחלה, תרופות ושירותים בקהילה. אלו הן תכניות כוללניות המערבות רכישת מיומנויות חברתיות ומיומנות קוגניטיביות כגון: מתן כבוד הדדי, הענקת כבוד לדעתו של האחר, ופתרון בעיות באמצעות דו-שיח וראיית הפתרון בכמה פרספקטיבות. תכניות אלו נמצאו יעילות בעבור משפחות לאנשים הסובלים ממגוון של מחלות פסיכיאטריות כמו סכיזופרניה, הפרעה ב-פולארית, דיכאון והפרעה סכיזו-אפקטיבית (הדס לידור, חסדאי ומוזס, 2007). שיעור האשפוזים החוזרים בקרב מטופלים שבני משפחותיהם היו מעורבים בהתערבויות טיפוליות נמצא נמוך במידה ניכרת לעומת מטופלים שלא קיבלו טיפולים מסוג זה (טוקר, וגנר, הראל וברוק-שפיר, 1995; מרום, חרמש, כרמלי ומוניץ, 1995; הירשמן וטרבס, 2007; McFarlane, Dixon, Lukens, & Lucksted, 2003; Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2010).

תפיסת המשפחה בריפוי בעיסוק

בספרות המקצועית של הריפוי בעיסוק, אפשר למצוא אזכורים רבים המתיחסים למשפחות. במסמך "מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל" (ילון-חיימוביץ ועמיתים, 2006), המספק קווים מנחים לעשייה המקצועית, אפשר למצוא את המשפחות בהקשר החברתי, הכולל את הסביבה האנושית של האדם. למעשה, ההקשרים השונים מתארים את הסביבות שבהן בני האדם מבצעים את העיסוקים שלהם. המונחים שבבסיס האבחון והטיפול

במצוקה כלכלית, באובדן תמיכה חברתית ועוד (שטרון ואחרים, 2007; Kim & Salyers, 2008). ההתמודדות משפיעה על כל תחומי החיים, סביבת המשפחה, עבודה, פנאי, יחסים עם בני משפחה נוספים, חברים ועוד (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2012). הופעתה של מחלת נפש אצל אחד מבני המשפחה, מפרה את האיזון במערכת המשפחתית, והמשבר סביב גילוייה מעורר את הצורך לבחון את דפוסי התקשורת במשפחה (Redlich, Hadas Lidor, Weiss, & Amirav, 2009; קויפמן, 2009).

מחקרים בתחום בריאות הנפש ובתחומים אחרים הראו שיש משקל רב לאופן ההתמודדות המשפחתית עם מחלה על הפרוגנוזה ועל מהלך המחלה (Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2010). בראון ועמיתיו פרסמו מחקר שממנו עלה שמטופלים הסובלים מסכיזופרניה, שהגיעו ממשפחות שבהן רמות גבוהות של ביקורתיות, עוינות או מעורבות יתר (High expressed emotion) חווים הישנות (relapse) גבוהה יותר של המחלה, ממשפחות שהגיעו ממשפחות בעלות דרגות נמוכות יותר של רגשות מובעים (Brown, Birley, & Wing, 1972). ממצאי מחקרו של בראון ומחקרים נוספים הוליכו לבניית התערבויות על פי הגישה הפסיכו-סוציאלית שמטרתן הפחתת העומס הרגשי במשפחות, לשם מניעת הישנות התסמינים. נמצא כי ההתערבויות המשפחתיות באוכלוסייה של נפגעי נפש משפיעות באופן דרמטי על מהלך המחלה של בן המשפחה (McFarlane, Dixon, Lukens, & Lucksted, 2003).

תכניות התערבות בעבור משפחות המתמודדות עם המחלה הפסיכיאטרית מתחלקות לשני סוגים עיקריים: קבוצות תמיכה וקבוצות פסיכו-חינוכיות. תכניות התמיכה

ברפיו בעיסוק הם "אדם", "עיסוק", ו"סביבה" (ילון-חיימוביץ ועמיתים, 2006). השילוב בין שלושת המונחים מאפשר ביצוע עיסוקי מיטבי (Law, Steinwender, & Leclair, 1998). אפשר להניח כי חשוב שהמטפל יבצע הערכה של מידת השפעת ההקשר החברתי משפחתי על הביצוע העיסוקי של האדם. כמו כן, המשפחה מתוארת כבעלת תפקיד מרכזי בתהליך השיקום של האדם עם המגבלה הכרונית וכן כתומכת בשילובו בקהילה (Redlich et al., 2009). יש כמה סיבות לכך שלמשפחה השפעה מכרעת על הטיפול ועל השירות הניתנים לאדם. ראשית היחידה המשפחתית היא שמספקת את ההקשר שבו השינוי מתרחש דרך יחסים ואינטראקציות. שנית, משפחות מייצגות את ההמשכיות בחיי האדם עם המגבלה, המקבל טיפול מכמה גורמים שונים, הן מי שיכולות להגדיר את צרכיהן לנותני השירות, כדי לקדם את תחושת הרווחה והבריאות של כלל חברי המשפחה. ולסיום, המשפחות הן המכתיבות את ההקשר החברתי הנותן משמעות לביצוע העיסוקי של האדם (Brown, Humphry, & Taylor, 1996).

בתפקוד המשפחה ובתחומי עיסוק שונים מתוארת כשאחד מבני המשפחה לאחר אירוע מוחי (Palmer & Glass, 2003), במצב של הנשמה ממושכת (הרטל, אינבינדר וצדוק, 2013) או במצבי אלימות במשפחה (ולדמן-לוי ווינטראוב, 2009). בעקבות זאת פותחו תכניות התערבות, שעקרונות הטיפול בהן מתמקדים בעידוד השתתפות והעצמת המשפחה, התייחסות לצרכיהם וליכולותיהם של בני המשפחה ומציאת עיסוק משמעותי בעבור המשפחה בקרבת המטופל (הרטל ועמיתים, 2013). תכנית התערבות נוספת המתמקדת בשיפור התפקוד המשפחתי ובשיפור התקשורת היא קורס קש"ת (קידום, שיתוף, תקשורת). תכנית קש"ת היא קורס לימודי מובנה להקניית הגישה והכלים לתקשורת קוגניטיבית בתוך המשפחה ומחוצה לה, מול גורמים ממסדיים וקהילתיים בהקשר להתמודדות עם בן המשפחה הסובל ממחלה פסיכיאטרית ובהקשר לחיי המשפחה בכלל (Redlich et al., 2009). מטרת הקורס העיקריות הן לסייע לבני המשפחה ללמוד לפתור בעיות בחיי היום-יום בדרך של תיווך קוגניטיבי, להיות פעילים ומעורבים בטיפול בבן המשפחה המתמודד ולהיעזר בעקרונות התיווך כדי לאפשר תפקוד יום-יומי במסגרות חיים שונות. בגישה ממוקדת משפחה בטיפולי רפיו בעיסוק בתחום בריאות הנפש מושם דגש על החשיבות של שיתוף בני משפחה בתהליכי הטיפול וההעצמה של המשפחה, על ראית כוחות המשפחה ועל חשיבות התפקוד של היחיד הפגוע בתוך משפחתו (Abelenda & Helfrich, 2003).

כתוצאה מתפקידן המרכזי יש צורך לראות במשפחות שותפות עיקריות בכל ההתערבויות ברפיו בעיסוק במעגלי החיים של האדם (Baum & Law, 1997). בגישה ממוקדת משפחה (family-centered approach), גישה שתופסת מקום בעיקר בתחום הטיפול בילדים, בני המשפחה מעורבים בשיחות המקדימות ובכינון הטיפול. כחלק מגישה זו נעזרים בבני המשפחה, בהגדרת משימות שהן משמעותיות למשפחה, ויש ניסיון לראייה מערכתית, אם כי בפועל אין מדובר על טיפול במשפחה כיחידה והדגש הוא הטיפול בילד כלקוח מזוהה (DeGrace, 2003; Schultz-).

טיפול משפחתי עיסוקי (טמ"ע)

מסגרות התייחסות רבות כוללות את העיסוק כמוקד מרכזי בהערכה ובטיפול, ביניהן מודל העיסוק האנושי (Kielhofner, 2008), המודל הקנדי (law et al., 1998) והמודל האקולוגי (Dunn, Brown, & McGuican, 1994). בכלן יש התייחסות לפרט, לעיסוקיו ולהקשרים השונים בחייו. הטמ"ע מרחיב התייחסות זו למשפחה כולה, ורואה ביחידה המשפחתית לא כתומכי הטיפול במטופל, אלא כלקוח. ההתערבות הטיפולית מתקיימת תוך ניתוח והבנת העיסוק, משמעותו בעבור המשפחה, וכיצד המשפחה מיישמת עיסוקים שונים בתחומי החיים השונים (Kielhofner, 2008; Sachs, 2001).

הטיפול המשפחתי העיסוקי מבוסס על ידע שהוצג במבוא מתחומי הטיפול המשפחתי המערכתי והריפוי בעיסוק. תכנית ההתערבות הייחודית בנויה על השלבים המקובלים בעבודת הריפוי בעיסוק, אלא שבשונה מטיפול ריפוי בעיסוק - המשפחה כיחידה עיסוקית מוגדרת כלקוחה. שלבי ההתערבות הם: הערכה, תיאום ציפיות וקביעת מטרות, תרגול מעשי, איסוף תוצרים והמשגה, תרגול עצמאי ומדידת השינוי. התפיסות הטיפוליות המכוונות את תהליך ההתערבות בריפוי בעיסוק כוללות קידום בריאות, שיפור/שחזור, שימור, התאמה/פיצוי ומניעה. טמ"ע מתמקד באסטרטגיית השיפור/שחזור. זוהי תפיסה טיפולית המיועדת לשינוי משתני האדם (גורמי אדם, מיומנויות ביצוע ודפוסי ביצוע) במטרה לבנות מיומנות או יכולת שטרם פותחה, או לשחזר מיומנות או יכולת שנפגעה (AOTA, 2008).

תכנית ההתערבות ושלביה יודגמו דרך תיאור מקרה.

Brown et al. (1996) בנו מודל שמתרכז בטבע היחסים שבין המטפל למשפחת המטופל והציגו את חשיבות המעורבות של המשפחה בתהליך ההתערבות של ריפוי בעיסוק. המודל פותח במטרה להכשיר סטודנטים לריפוי בעיסוק לביצוע עבודה בשדה הקליני. המודל הוא היררכי וכולל שבע רמות. הרמה הנמוכה ביותר היא הרמה שבה המשפחה מעורבת באופן מקרי, והגבוהה ביותר היא הרמה שבה המשפחה מכוונת ומנחה את הטיפול. ברמה הרביעית הקרויה Family as co-clinet מוקד ההתערבות הוא השגת יציבות לכלל המשפחה. המטפל ברמה זו זקוק לידע בתחום הטיפול המשפחתי, להבנה כיצד משפחות מגיבות במצבי לחץ וליכולת אמפתית (Brown et al., 1996). מבחינה תפיסתית תכנית ההתערבות שתוצג במאמר זה שייכת לרמה זו.

לסיכום, בסקירת הספרות הודגש הצורך במתן תמיכה לבני המשפחה, היתרונות הרבים של טיפול משפחתי וחשיבות מעורבות המשפחה בטיפול. מעט מחקרים מדגישים את כל ההיבטים יחד וכוללים את בן המשפחה המתמודד ואת חברי המשפחה - במפגש אחד טיפולי. לנוכח סקירת תכניות ההתערבות נראה כי ניכר חֶסֶר של ממש בתכנית התערבות הכוללת אינטגרציה בין מטרות של שיפור התקשורת בין בני המשפחה, מתן תמיכה ושיפור התפקוד של בן המשפחה המתמודד. יתרה מזאת, לא נמצאו תכניות התערבות המתמקדות בתפקוד ובביצוע העיסוקי המשפחתי, ומיושמות על כל בני המשפחה. להערכתנו, להתערבות מסוג זה השפעה רבה על מהלך המחלה של האדם ועל בריאות המשפחה כולה.

תיאור מקרה

רקע

משפחת אלון (שם בדוי) הופנתה למפגשי טיפול משפחתי עיסוקי על ידי צוות המחלקה שבה אושפזה רינה (שם בדוי), אם המשפחה. ההורים, רינה בת 36 ויאיר (שם בדוי) בן 39, יאיר עובד בתפקיד ניהולי, רינה שעבדה בתפקידים בעלי סטטוס גבוה בעבר חדלה לעבוד שש שנים טרם קבלתה לאשפוז והשתתפה באופן חלקי בלבד בחוגים. לרינה וליאיר שני בנים: רועי (שם בדוי) בן 11 ודני (שם בדוי) בן 6. רינה אושפזה עקב דיכאון, שהחל שש שנים טרם קבלתה לאשפוז. עם לידת בנה הצעיר, מתואר כי שכבה ימים במיטה, הפסיקה כמעט לחלוטין לטפל בילדיה, התפרצה עליהם בכעס והתקשתה להיות בקשר אתם. לקראת אשפוז הנוכחי גם תפקודה בעיסוקי ADL ו-IADL הידרדר והיא התקשתה לשמור על ניקיון הבית, לבשל, לארוח ועוד. רינה קיבלה סיוע מן השירותים החברתיים של העירייה במקום מגוריה, שכללו עזרת סומכת ושיחות שבועיות. הילדים היו בצהרון עד שעות מאוחרות וקיבלו מבית הספר ארוחת ערב. בני המשפחה המורחבת הגיעו לסייע לעתים. הילדים קיבלו טיפול פסיכולוגי, כל אחד באופן פרטני, לתקופה קצובה במהלך המשבר. רינה טופלה באופן אמבולטורי בתקופות שונות לאורך שש השנים האלה וכן אושפזה במחלקת יום. ואולם, על אף שבשיחות עמה בלטה מוטיבציה ברורה לשינוי ומוכנות להתחיל בתכנית התנהגותית לתפקוד בבית, לא חל שינוי ניכר בתפקודה. במהלך אשפוז במחלקתנו הראתה רינה יכולות תפקודיות טובות והצליחה במשימות קוגניטיביות ובעיקר במשימות ביצועיות שניתנו לה תוך הקפדה על איכות גבוהה של תוצרים. עם השיפור במצבה החלה לצאת יותר לחופשות לביתה ונעשתה תכנית טיפולית

שכללה משימות בית. ואולם, ההתערבות לא הביאה לשינוי עקבי ויציב בתפקודה בבית. בישיבת צוות שנערכה, הוחלט ליישם במקרה זה את הטיפול המשפחתי העיסוקי (טמ"ע), לאור התובנה שלנו כצוות שטיפול שהוא ורבלי בלבד אינו מספק במקרה זה וחשוב לכלול בטיפול את כל בני המשפחה. ההפניה לטיפול משפחתי עיסוקי יכולה להיעשות על ידי הצוות הטיפולי שמעורב בטיפול באחד מבני המשפחה, כשיש התרשמות שניכרים פערים בין תפקוד המטופל במסגרת הטיפולית לבין דיווח על תפקודו במסגרת המשפחה. משפחה שמתקשה בתפקוד המשפחתי, ושתפקוד זה חשוב לה והיא מעוניינת לשפרו, יכולה להיות מוזמנת לטיפול כזה. כשמזמנים את המשפחה למפגשים הטיפוליים חשוב לעסוק בהגדרה פונקציונלית של המשפחה. כלומר, מי בפועל הוא חלק מיחידת המשפחה שתפקודה משותף, ושאותו יש לכלול בטיפול. פעמים רבות הכוונה היא מי גר תחת קורת גג אחת (היילי, 1982). אם יש, לדוגמה, במשפחה ילד שעזב את הבית לפני כמה שנים ומנהל אורח חיים עצמאי ונפרד, יש לשקול את הצורך לשלבו. לעומת זאת, במצב שבו אחת מן הסבתות מעורבת ומבצעת מטלות בבית והיא מרכזית בחיי המשפחה חשוב לשלבה בטיפול.

שלב ההערכה

בשלב זה המרפאה בעיסוק בוחנת את הקשיים ואת העוצמות המשפחתיים. הכלים שעומדים לרשותה הם: ראיונות עם בני המשפחה, שאלונים ותצפית. מטרת ההערכה היא ניתוח הביצוע העיסוקי המשפחתי. לאורך כל ההתערבות ממשיכה המרפאה בעיסוק להעריך את הפרמטרים הקשורים בתפקוד המשפחתי.

הטיפול של משפחת אלון החל בשיחה עם בני הזוג כדי לאתר את נקודות הקושי

כבעלי סיבתיות מעגלית, כפי שצוין בסקירת הספרות. הביצוע המשפחתי העיסוקי צריך להימדד ולהיפך ליעדים משפחתיים ולא ליעדים של היחיד במשפחה. הגדרת המטרות צריכה להיות בלשון פעולות מדידות, בנות השגה ומדורגות. הגדרה זו מאפיינת הן את הטיפול בריפוי בעיסוק והן את הטיפול המשפחתי המבני. דוגמאות למטרות: חזרה למטלה משפחתית משותפת אחת לשבוע לפי בחירת המשפחה (למשל, הכנת ואכילת ארוחת ערב משותפת או משחק משותף). חזרה לתפקיד משפחתי מצופה כגון תפקיד הורכימסייע בהכנת שיעורי בית לילדים וניהול משק בית. במקרה של משפחת אלון המטרות הוגדרו במהלך שני מפגשים שנערכו עם רינה ויאיר, ובהמשך במפגש עם כל המשפחה. הוגדרו מטרות לטווח ארוך, וכן מטרות לטווח קצר שתהיינה מדידות. המטרות שהוגדרו הן:

1. חזרה לפעילויות משפחתיות. לנוכח המשבר שחוותה המשפחה, העומס חייב אותם להתנהל באופן הישרדותי. המשמעות הייתה שלרוב מונה "תורן", אחראי יחיד על תפקוד הבית מקרב ההורים או גורמי התמך. המטרה לטווח קצר שהוגדרה הייתה ביצוע מטלה שבה נוכחים כל חברי המשפחה יחד (לדוגמה, משחק משותף, ארוחת ערב משותפת). כשלב ראשון הפעילות המשפחתית התבצעה במהלך המפגשים הטיפוליים ובהמשך נעשתה העברה לפעילויות שבוצעו בבית כגון ארוחות משפחתיות ופעילויות פנאי.

2. שיפור התקשורת בין בני המשפחה. בלט כי יש תקשורת פתוחה ובטוחה בין בני הזוג. כמו כן עלה כי האם משוחחת עם הילדים. עם זאת, עלה הצורך לשפר את התקשורת בין כל בני המשפחה. כמו כן האב העלה קושי לשוחח עם ילדיו על

לצד נקודות החוזק של המשפחה. רינה ויאיר תיארו קשיים שמתמשכים שנים, בכל תחומי החיים. רינה תוארה כמתפקדת מעט מאוד וזקוקה להרבה שעות שינה ומנוחה. יאיר תואר כמי שמחזיק את עול הבית והודגש הקושי הנוכחי, בעבורו ובעבור הילדים, בכך שרינה נוכחת חלק מן הזמן ואז נסוגה להתכנסות ולאפיסת כוחות. בני הזוג העידו על עצמם שכמעט אינם חווים חיי חברה זוגיים. לכל אורך הפגישה היה ביניהם מגע גופני, וסיפרו שהם "חברים הכי טובים". בפגישת ההערכה בלטו הקשר הבסיסי הטוב ביניהם והשותפות. המצע הזוגי החזק בין השניים שימש נכס בטיפול, שכן במקרים רבים של זוגות שמתמודדים עם מחלה נפשית של אחד מבני הזוג יש מתחים רבים שמתבטאים בהאשמות הדדיות ובכעסים עמוקים זה כלפי זה. התצפיות החלו בריאיון עם בני הזוג נמשכו גם במפגשים עם כל המשפחה. בתצפיות היה אפשר ללמוד על דפוסי ההתנהלות של המשפחה אל מול משימה. התצפיות אפשרו ללמוד על התנהלות יעילה ולא יעילה, על הקואליציות שנוצרות במשפחה, על מידת הגמישות בתפקידים שיש לחברי המשפחה, על גבולות המשפחה ועוד.

שלב תיאום ציפיות וקביעת מטרות

שלב זה מתבצע תחילה מול שכבת ההנהגה של המשפחה (לרוב תת המערכת ההורית) ובהמשך מול כל חברי המשפחה. מטרת המפגש הראשון היא יצירת ברית טיפולית, תיאום ציפיות והגדרת מטרות. בהמשך, נעשה תהליך דומה מול כל המשפחה, תוך שמירה על ההיררכיה המשפחתית ומתן אפשרות להנהגה המשפחתית להיות דומיננטית. בני המשפחה עלולים להצביע על אחד החברים כמקור לבעיה. ובשלב זה מן המטפל מצופה להצליח לראות את הקשיים המשפחתיים

נכון בין האתגר שהיא מציבה לבין יכולות המשפחה ("Just Right Challenge"). משלב זה על המטפל לאפשר לכוחות המשפחתיים לפעול. בפגישות הראשונות הוא עשוי למצוא עצמו פעיל בהתנעת התהליך תוך כיבוד ההיררכיה המשפחתית. עם התקדמות הטיפול, התערבויות המטפל יראו יותר כאינטרפרטציות נקודתיות המחוללות שינוי על בסיס הכוחות הפנימיים במשפחה. בתחילה המטלה המשפחתית תתבצע במהלך המפגשים הטיפוליים ובהמשך תתרחש העברה למטלות שיבוצעו בסביבה הטבעית בקהילה. פגישות הטיפול של משפחת אלון נערכו ביחידה לתפקודי חיים של הריפוי בעיסוק. המבנה עוצב במתכוון כהדמיה של בית. הוא מצוי מחוץ לבניין האשפוז וכך גם התאפשר לילדים שלא להיכנס לבניין האשפוז. בתוך היחידה יש מטבח, סלון, חדר שינה שירותים ומקלחת. המפגשים המשותפים עם הילדים כללו ביצוע משימות משותפות משפחתיות כגון: בישול משותף, משחקים חברתיים ופעילויות פנאי בתחומי האמנות.

בפגישות המשפחתיות התלכדה המשפחה סביב משימות משותפות. ההווה המשפחתית לא הייתה דבר שבשגרה בשביל בני המשפחה, והם כמעט לא נכחו יחדיו כמשפחה בחיי היום-יום שלהם בבית. כשעסקנו באפיינה היה יאיר דרוך כולו, סייע לשני הילדים והשגיח שהתוצר יהיה באיכות טובה. המקום האחראי לא תמיד אפשר לו ליהנות מן התהליך. בתחילת הטיפול רינה הייתה יכולה לנוע ממקום של סמכות יתר למקום פסיבי לחלוטין לאורך מפגש אחד. דפוס זה תאם את מה שתיארו שקורה בבית. תואר שרינה מביעה כעס באופן לא פרופורציונלי כלפי הילדים ברגע מסוים, וברגעים אחרים יכולה להיות פסיבית מאוד ומסתגרת במיטתה. במפגש הראשון במטבח הטיפולי, חזר הדפוס

הקשיים שהם מתמודדים אתם. המטרה לטווח קצר שהוגדרה הייתה זיהוי דפוסי התקשורת הלקויים בתוך המשפחה והעלאת המודעות של ההורים לקראת הפנמת שינוי.

3. חיזוק התפקידים ההוריים של שני בני

הזוג כשותפים. מטרה עיקרית שהוגדרה בטיפול הייתה חזרתה של רינה, אם המשפחה, לעיסוק המרכזי שלה כאם, הן בפן האינסטרומנטלי והן בפן הרגשי והבין-אישי. בתקופת המשבר נאלץ יאיר ליטול לבדו חלק גדול מן הזמן את האחריות ההורית והתייחס לאשתו במקרים מסוימים ממקום של מטפל ולא של שותף. מטרה לטווח קצר שהוגדרה בטיפול הייתה להגיע בהדרגתיות לשיווי משקל מחדש ומאוזן יותר בין ההורים בתפקידים ההורי. לדוגמה: סיוע בהכנת שיעורי בית, הכנת ארוחות וכדומה.

4. שיפור התפקוד הזוגי ההדדי. בין רינה

ויאיר (בילויים משותפים, אירוח חברים, דאגה ופינוק הדדי). יאיר תואר כבן הזוג המטפח והדואג, ואילו רינה תוארה כחסרת כוחות גם בהקשר למערכת היחסים הזוגית. המטרה לטווח קצר שהוגדרה הייתה חזרה ליחס סימטרי בין בני הזוג, כך ששניהם ייטלו אחריות באופן שווה על תפקודם כזוג. לדוגמה: פינוק, קניית מתנה או הזמנה לקפה.

שלב התרגול המעשי

סביבת הטיפול צריכה להיות אקולוגית ככל האפשר. כשטיפול כזה מתבצע בבית חולים רצוי לבנות דירת טיפול הכוללת את מרכיבי הבית המתפקד. בבחירת המטלה המשפחתית יש לזכור שהשתתפות נחווית כמשמעותית ומוצלחת, כשהיא מספקת איוון

המשותפת. הנה כמה מן הנושאים שנידונו: היכולת לעבוד כזוות, התנועה בין תלות לעצמאות, תכנון משימה מול ביצוע ספונטני, תפקידים שיש לחברי המשפחה, והתייחסות לחוויות היצירה בתהליך אל מול התרכזות בקבלת תוצר מוגמר. חלק מהותי משלב זה הוא המפגש עם התוצר של העשייה המשפחתית. חוויית ההצלחה כשהיה תוצר מוגמר (כגון עוגיות, מאפים, עבודת קולאז') תרמה מאוד לתחושת המסוגלות והערכה העצמית המשפחתית.

ההמשגה בפגישות עם ההורים בלבד, שנעשתה במקביל להתנסות המעשית, אפשרה העמקה בנושאים שעלו עם הילדים. דנו בנושאים רבים כגון: נוקשות בחלוקת התפקידים במשפחה, תקשורת, מקום הורי שוויוני יותר בין רינה ליאיר, נפרדות ואינדיבידואליזם של הילדים. הנוקשות בחלוקת התפקידים במשפחת אלון באה לידי ביטוי בכך שיאיר היה בתפקיד המבוגר האחראי, ייתכן שהוא נדחק לתפקיד זה בשל המשבר שחוותה רינה, וייתכן שזהו גם אופיו הבסיסי שהועצם לנוכח הנסיבות. בתחילת הטיפול, יאיר האב נכנס לתפקיד אחראי בלעדי על המשימות במטבח. בראייה מערכתית מקשרים את התנהלותה של האם לזו של האב. ההשערה היא שתזוזה של אחד מהם תאפשר גם תזוזה של האחר, כשהמטרה ששניהם יוכלו להיות במקום הורי סמכותי תואם אבל גם גמיש. לאורך הטיפול, השתנה הדפוס שתואר, ורינה החלה בהדרגה לבסס את סמכותה ההורית באופן תואם ורציף. רינה נטלה תפקידים רבים יותר בבית ובמקביל, יאיר הפחית ממידת האחראיות שהיה נוהג לקחת והחל ליהנות מחוויית התהליך והיצירה עם הילדים.

בתהליך ההמשגה, המטפלת וההורים התמקדו בהבנת הדינמיקה המשפחתית.

הזה. בתחילה הייתה האם דומיננטית, נתנה הוראות, תיקנה אמירות ועשייה של הילדים, ונחוה שהילדים מנסים לרצות אותה באופן שעלול להפחית את חופש היצירה שלהם. בהמשך כשהתעייפה ירדה על יד השולחן פסיבית ורדומה, כששאר המשפחה בשיא העשייה. המטפלת (המרפאה בעיסוק, ד"ה) התמודדה עם סיטואציה מורכבת. היא נמנעה מלהיכנס לתפקידה של האם ולתפוס את מקומה בסיוע לעשייה המשפחתית, ובכך גם הקפידה שלא לביישה מול ילדיה באמירות שמטרתן עידוד לתפקוד. הפגישה נתנה תמונה חדה וברורה על מה שנעשה בבית. היה אפשר לראות כיצד האם נלחמת על מקומה כאם באופן לא יעיל ולעתים אף הרסני, דרך מתן הערות ביקורתיות ושתלטניות. כמו כן, נצפה כיצד האב מכלה את כוחו בניסיון לייצר משהו תפקודי למרות היעדרה הנוכח של אישתו.

שלב איסוף תוצרים והמשגה

בסיום ביצוע מטלה משפחתית משותפת, המשפחה מתכנסת לדיון על מהלכה. הדיון ממוקד סביב התהליך, תוך דגש על נקודות לשימור לצד נקודות לשיפור. בנוסף לעיבוד שנעשה עם כל המשפחה, מוזמנים ההורים (או שכבת ההנהגה המוגדרת במשפחה) לפגישה נפרדת שבה מתקיימת המשגה נוספת. בדיון זה יש יותר מקום לבחון נקודות לשיפור. חלק מהותי מן השלב הזה הוא קונקרטי ויוצר חוויית הצלחה משפחתית כשיש מפגש ומתן מקום להכרה בתוצר המוגמר של העשייה המשפחתית. לעתים תוצרי התרגול וחוויית התרגול ישולבו בחיי היום-יום של המשפחה. אצל משפחת אלון המשגת התהליך עם הילדים הותאמה לגילם וליכולתם להתבטא, וכללה בעיקר הדגשת היכולות המשפחתיות שהתגלו בתרגול. השיחה והעיבוד נערכו במהלך העשייה ולאחר סיום שלב העשייה

הפנייה של המטפלת לרועי משמשת מודלינג בעבור ההורים, לדרך שבה יוכלו לנהל שיחה רגשית על נושאים ולא למחר ולהחליט על פתרון. כמו כן, חשובה ההבנה כי יש מקום "לשמוע" את רועי ואת תחושותיו. הלמידה היא למידה משפחתית על קיום שיח שמטרתו התקשורת הרגשית המשותפת בין כל בני המשפחה ולא רק מציאת פתרון לבעיה. לאחר שנפתחה האפשרות לקיום התקשורת, המשיך רועי ותיאר חוויה של בדידות וכמיהה להתייחסות הורית אכפתית, שאצל חבריו מתבטאת במגבלות ובחוקי בית. החוויה המשפחתית מורכבת כשמצד אחד ההורים מעוניינים לשמוע את הילדים ואת תחושותיהם, אך מצד אחר ההורים (ובייחוד, רינה, שחשה מראש אשמה) מתקשים לשמוע את מה שנחוה על ידם כביקורת. כאן, המטפלת עשתה מסגור מחדש (Reframing) לדברי הבן, ואמרה שהתיאור הזה משקף געגוע שלו לבילוי משפחתי, וזה אומר עד כמה יש במשפחה הזו חוויות טובות שאותן הוא רוצה לחוות מחדש. המטפלת ציינה שרינה עושה כמיטב יכולתה כדי להיות עם משפחתה, ונתנה הכרה לכך שהם עוברים **כמשפחה** חוויה לא פשוטה כלל. מטרת ההתערבות הטיפולית היא לאפשר את שמיעת הדברים ממקום בונה. לאחר החיבור הרגשי ותוך הבנה של תחושות בני המשפחה, עברנו לחשיבה משותפת על מענה קונקרטי בר השגה לצורך שייצג רועי. בשיחה משותפת הוחלט על יום בשבוע שבו יעשו משהו משפחתי משותף. לדוגמה, ארוחה משפחתית, משחק משותף. הבן הציע שכל פעם מישהו מבני המשפחה יבחר את הפעילות.

המשגה נוספת שבה דנו היא המבנה המשפחתי. היה צורך לחזק את המערכת הזוגית ההורית. באחד המפגשים המשפחתיים, הבן הצעיר ישב בחיקה של אימו. הישיבה

במהלך מפגשי המשגה נעשה שימוש בכלי טיפול פסיכותרפויטים כגון אמפתיה, שיקוף ומתן פירושים. כמו כן נעשה שימוש במיומנויות התצפית וניתוח משותף של התצפית על העשייה המשפחתית. בשיחה היה אפשר לשוחח על כך שהדומיננטיות והריכוזיות של יאיר עלולה להקשות על רינה לתפוס את מקומה בתפקיד הורי ובנוסף עקב כך לא מתאפשר ליאיר להיות נינוח וליהנות מן המשימות. התובנות בשיחה עם ההורים הביאו לידי כך שנבחרה פעילות של משחקי קופסה למפגש הבא. לרינה הייתה מיומנות והיכרות טובה יותר מיאיר במשחק הקופסה שנבחר. למעשה ההבניה המשותפת של המטפלת וההורים נעשתה במטרה לשנות את מערך הכוחות ההורי, להגמיש את חלוקת התפקידים ביניהם ולתת הזדמנות לרינה להיכנס למקום יותר אחראי וליאיר למקום יותר משחקי.

עוד נושא שבו נגענו בשלבי המשגה הוא התקשורת בין בני המשפחה. באחת הפגישות הזוגיות, יאיר האב היה מוטרד ממצבם של הילדים ברמה הרגשית. יאיר הוטרד בשאלה אם ילדיו נתונים במצוקה ולכן יש לדאוג להם לטיפול נפשי פרטני (כפי שהיה בעבר). בתהליך המשגה עם ההורים הועבר המוקד מ"אבחון" של הילדים ומצבם, ל"תקשורת" עם הילדים על מנת להתקרב אליהם ולהבין אותם. בשיחה, הבן הגדול, רועי, תיאר מצב שבו הוא בבית, אימו ישנה ואביו בעבודה. הוא סיפר על חברים שאותם מגבילים בשעות המחשב והטלוויזיה, כשהוא עצמו עובר ממכשיר למכשיר, ללא פיקוח הורי. ניכר היה כי ההורים התקשו לשמוע את דבריו של רועי. האב הגיב מיד בשאלה כלפי הבן: "אז מה נעשה? מה הפתרון?". המטפלת (המרפאה בעיסוק, ד"ה) ביקשה לשמוע עוד מרועי לפני שמוגיעים לפתרון קונקרטי.

לסייע לילדים בשיעורי הבית תוך חלוקה מוגדרת ביניהם. רינה בתחומי החשבון בלבד (תחום שבו הרגישה שתוכל לסייע בלי לאבד שליטה) ויאיר בשאר המקצועות. זו הייתה הפעם הראשונה שהילדים חוו פעילות מסוג זה, שכן עד אז הם נמצאו במסגרות עד שעות הערב המאוחרות.

דיון

יש כמה נקודות השקה בין הטיפול המשפחתי לטמ"ע. ראשית, בשני הטיפולים המטפל פעיל ועליו לתת פרשנות לסיטואציות המתרחשות בחדר, תוך הכרה בהיררכיית היחסים שבין המערכות השונות, ונתינת דגש לראייה הוליסטית וסוציאלית (AOTA, 2008; נבון, 1998). הן בטיפול המשפחתי והן בטמ"ע יש התייחסות להקשרים האישיים, החברתיים, התרבותיים ולהשלכות הפסיכו-סוציאליות של המחלה (AOTA, 2008). התייחסות להקשרים רחבים יותר (דוגמת דרך החיים של משפחה), שבהם מתרחשת ההתמודדות עם המחלה, עוזרת למטפל להבין כיצד משפיעה המחלה על מחשבות, על רגשות ועל מעשים של בני המשפחה כולה (גרוסמן, 2002). נקודת השקה נוספת וחשובה ביותר היא התמקדות הטיפול במרחב המציאותי, כלומר, נתינת כלים שיאפשרו למשפחה לפתח גמישות ומיומנויות שונות על מנת להתמודד עם קונפליקטים בחיי היום-יום שלה בדרך יעילה.

בשונה מן הטיפול המשפחתי הקלאסי שבו הדגש מושם על טיפול בדיבור, בטמ"ע הדגש הוא על העשייה התפקודית של המשפחה. בטיפול המשפחתי הקלאסי, יש דגש על הבנה של דינמיקות משפחתיות ושימוש בכלים פסיכו-תרפויטיים, כגון אינטרפרטציות להבנת

הזאת כללה מגע מאוד אינטימי בחזה של האם. אופן הישיבה הזה לא אפשר לשניהם לתפקד במשימה שהוגדרה. בעת הפגישה הפרידה המטפלת בין הבן לאם והושיבה את האב על יד האם. מעשה זה, שנעשה ללא פרשנות במהלך האירוע, מצד המטפלת, חיזק את מקומו של האב לצידה של האם, ושל שניהם יחד כמערכת זוגית. בהמשך בשיחה עם ההורים בלבד, נעשה קישור למקום של מיניות במשפחה, תוך הגדרה שמקומה של המיניות היא בין ההורים. הועבר מסר שהבן הצעיר כמה לאהבה וחום מאימו, רגשות שהיא לא יכלה להרעיף תמיד. עם זאת ועל אף שגם האם שרויה באשמה על תקופות שבהן אינה מתפקדת כאם, הוגדרו גבולות תואמים לסוגי המגע בינה לבין הבן.

שלב התרגול העצמאי ומדידת השינוי

עם סיום ההמשגה, המשפחה בוחרת מטלה שתבוצע ללא ליווי המטפלת ובסביבה שאינה טיפולית (בבית, בקהילה). המטלה צריכה להיות תואמת את יכולותיה של המשפחה, מדורגת, מדידה ובת השגה. לאחר בחירת המטלה מתקיים דיון על תכנונה תוך העצמת שכבת ההנהגה. שלב זה יאופיין בירידה לפרטים מעשיים וברורים על מנת להוציא כל רמז לציפיות עמומות ולא מציאותיות. בשלב זה המשפחה תוכל לעקוב אחר השינויים שמתרחשים בחיי היום-יום שלה.

בני משפחת אלון דיווחו על עלייה מתמדת בעשייה המשפחתית בבית. נקבעו מטרות מדידות בהתאם לתחומים, שהומשגו במפגשים. לדוגמה, בתחום הזוגי דורגו המשימות האלה: ישיבה בבית קפה, יציאה להופעה והזמנת חברים לביתם. בתחום המשפחתי דורגו המשימות: תחילה הכינו ארוחה משפחתית, בהמשך יצאו לבילוי משותף, ולאחר זמן מה החלו רינה ויאיר

בטמ"ע המשפחה כולה מוגדרת כלקוחה, כל בני המשפחה, שמהווים יחידה עיסוקית אחת, מוזמנים למפגשים ומצויים במעמד של מטופלים. ההתערבות, בשונה מן הגישה ממוקדת המשפחה, מיועדת לשפר את תפקוד המשפחה כולה ולא רק את תפקודו של היחיד, המטופל. מדובר בתחום חדש, נחוץ ומעניין שכדאי שיתפתח בעתיד כהתמחות ספציפית של מרפאים בעיסוק שיתמקצעו בכך. תחומי הידע הרחבים של המרפאים בעיסוק נוגעים במגוון אוכלוסיות ומוקדים שונים, עם ההכשרה המתאימה, יהיה אפשר לקיים טיפול משפחתי הכולל התערבות עיסוקית בגילאים שונים לכל אורך מעגל חיים.

מקורות

גרוסמן, ג', (2002). טיפול משפחתי במתבגרים חולי סוכרת תלויית אינסולין (IDDM): סיקור ספרות והצגת מקרה. *שיחות: כתב עת ישראלי לפסיכותרפיה*, ט"ז(3), 268-275.

דאלוס, ר' ודרייפר, ר' (2004). *מבוא לטיפול משפחתי, תיאוריה ושיטות עבודה מערכתיות* (א' ברורמן, מתרגמת). קריית ביאליק: אח.

הדס לידור, נ', חסדאי, א' ומוזס, ד' (2007). הכשרת הורים ובני משפחה לאנשים עם מחלה פסיכיאטרית - קש"ת - קידום שיתוף ותקשורת בדרך קוגניטיבית. מתוך נ' הדס לידור ומ', ולכמן (עורכים). *שיקום והחלמה בבריאות הנפש. קריאה מנקודות מבט שונות. פרקטיקה, מדיניות ומחקר*. עמ' 409-427. כפר יונה: ליתם.

היילי, ג' (1982). *בעיות משפחה, גישות חדשות לפתרון* (ש' שווארץ, מתרגמת).

סיטואציות משפחתיות שונות (דאלוס ודרייפר, 2004). בטמ"ע, בנוסף על הכלים הפסיכו-תרפויטיים, הדגש מושם על שיח תפקודי, המדגיש גם כוחות ומשאבים ("החלקים הבריאים" של האדם), ומעודד את המטופל ואת משפחתו להחזיר לחייהם ולמחשבותיהם חלוקה ואבחנה נכונה בין נושאי בריאות, תפקוד וחולי בדרך לצמיחה ולשינוי.

לטענתנו, טמ"ע תואם את מאפייני העבודה בריפוי בעיסוק ונגזר מהם. אחד המאפיינים המייחדים את עבודת המרפאים בעיסוק הוא שימוש בתצפיות וראיונות ככלים טיפוליים. שימוש באמצעים אלו מאפשר הבנה עמוקה של המשמעויות שבני המשפחה מייחסים לפעילויות השונות בתוך הקשרי חייהם. במסגרת ההתערבות המוצעת נעשה ניתוח פעילות למשפחה כיחידה. בתוך הניתוח הזה מזוהים גורמים מעכבים וגורמים מעודדים לפעילות המשפחה ותפקידים משמעותיים, וכן מזוהים שגרות והרגלים המאפיינים את המשפחה. רצף הטיפול המשפחתי העיסוקי המובא כאן תואם את תהליך העשייה בריפוי בעיסוק (ילון-חיימוביץ ועמיתים, 2006), משלב ההערכה שבו מתבצעים הפרופיל העיסוקי וניתוח הביצוע העיסוקי, עד שלב ההתערבות שבו נקבעות תכנית ומטרות ההתערבות וכן מיושמת ההתערבות. בסיום כל שלב מתבצעת מדידת התוצאות כדי להעריך את מידת הצלחתו של התהליך וההתערבות בכללותם.

כיום אין מענה טיפולי שנותן תרגול משפחתי עיסוקי. שילוב בני משפחה כחלק מטיפול ריפוי בעיסוק בגישה ממוקדת משפחה הוא חלקי ובני המשפחה בגישה זו מוגדרים כתומכי הטיפול בבן המשפחה הפגוע. בגישה ממוקדת משפחה לרוב המרפאה בעיסוק מצויה בקשר עם אחד מבני המשפחה שהוא המלווה העיקרי בלבד.

שיחות: כתב עת ישראלי לפסיכותרפיה,
י"ג(1), 40-48.

קויפמן, ת' (2009). השפעותיה של מחלה
נפשית אצל אחד מילדי המשפחה על
האתגרים ההתפתחותיים העומדים בפני
הפרט והמערכת המשפחתית בתקופת
אמצע החיים [גרסה אלקטרונית]. נדלה
מאתר פסיכולוגיה עברית: [http://www.
hebpsy.net/articles.asp?id=1966](http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=1966)

שטרך, נ', שרשבסקי, י', בידני-אורבך, א',
לכמן, מ', שגיב, נ' וזהבי, ט' (2007). סטיגמה
בתחום בריאות הנפש: עמדות, התנסויות
והתמודדויות של הורים לאנשים
המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית.
ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

Abelenda, J., & Helfrich, C. A. (2003).
Family resilience and mental illness:
The role of occupational therapy.
*Occupational Therapy in Mental
Health, 19*(1), 25-39.

American Occupational Therapy
Association. (2008). Occupational
therapy practice framework: Domain
& process (2nd ed.). *American Journal
of Occupational Therapy, 62*, 625-683.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J.,
& Weakland, J. (1956). Towards a
theory of schizophrenia. *Behavioral
Science, 1*, 251-264.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology
of mind: Mind and nature*. New York:
Ballantine Books.

תל אביב: ספריית הפועלים.

הירשמן, ד' וטרובס, א' (2007). טיפול משפחתי
בסכיזופרניה. *Medicine פסיכיאטרית, 5*,
32-35.

הרטל, נ', אינבינדר, נ' וצדוק, ס' (2013).
התערבות בריפוי בעיסוק במחלקת הנשמה
ממושכת: דגש על גישת "המשפחה
במרכז". כתב-עת ישראלי לריפוי בעיסוק,
22(3), 186-200.

ולדמן-לוי, ע' ווינטראוב, נ' (2009). התערבות
בריפוי בעיסוק לטיפול באמהות וילדיהן
אשר נחשפו לאלומות במשפחה. כתב עת
ישראלי לריפוי בעיסוק, 18(2), 97-115.

טוקר, ד', וגנר, ע', הראל, ת' וברוק-שפיר, נ'
(1995). מודל אינטגרטיבי לעבודה עם
משפחות של חולי נפש. שיחות: כתב עת
ישראלי לפסיכותרפיה, י"ג(1), 5-12.

ילון-חיימוביץ, ש', זק"ש, ד', וינטראוב, נ', נוטה,
א', מזור, נ', איתן, י' . . . שרון, ג' (2006).
מרחב ותהליך העשייה המקצועית בריפוי
בעיסוק. תל אביב: העמותה הישראלית
לריפוי בעיסוק.

מארלי, ג' (2010). מעורבות משפחתית
בטיפול בסכיזופרניה: מודלים, כישורים
חיוניים ותהליך (נ' שטיימן, מתרגמת).
קריית ביאליק: אח.

מרום, צ', חרמש, ח', כרמלי, ז' ומוניץ, ח'
(1995). רגשות מובעים (Expressed-
Emotion): סקירה. שיחות: כתב עת
ישראלי לפסיכותרפיה, ט' (3), 198-202.

נבון, ש' (1998). מודל האי-מחלה: פסיכותרפיה
לחולים במחלה גופנית ולמשפחותיהם.

- Kim, H.W. & Salyers, M. P. (2008). Attitudes and perceived barriers to working with families of person with severe mental illness: Mental health professionals' perspective. *Journal of Community Mental Health, 44*, 337-345.
- Law, M., Steinwender, S., & Leclair, L. (1998). Occupation, health and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 65*(2), 81-91.
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psycho-education and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(2), 223-245.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry, 32*(8), 1031.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Palmer, S., & Glass, T. A. (2003). Family function and stroke recovery: A review. *Rehabilitation Psychology, 48*(4), 255.
- Baum, C. M., & Law, M. (1997). Occupational therapy practice: Focusing on occupational performance. *American Journal of Occupational Therapy, 51*(4), 277-288.
- Brown, G. W., Birley, J. L., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry, 121*, 241-258.
- Brown, S. M., Humphry, R., & Taylor, E. (1996). A model of the nature of family-therapist relationships: Implications for education. *American Journal of Occupational Therapy, 51*(7), 597-603.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2012). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York: Guilford Press.
- DeGrace, B. W. (2003). Occupation-based and family-centered care: A challenge for current practice. *The American Journal of Occupational Therapy, 57*(3), 347-350.
- Duvall, E. (1977). *Marriage and family development* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatments of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry, 11*, 263-273.

- coping strategies in families of patients under noninvasive home mechanical ventilation. *Respiration*, 73, 61–67.
- Watzlawick, P., Jackson, D., & Beavin, J. (1967) *Pragmatics of human communication*. New York: W.W. Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. Oxford, England: WW Norton.
- Weiner, N. (1961). *Cybernetics*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Zabriskie, R. B., & McCormick, B. P. (2001). The influences of family leisure patterns on perceptions of family functioning. *Family Relations*, 50(3), 281-289.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database, Systematic Reviews*, 2012 (12), 1-162. doi:10.1002/14651858.CD000088.pub2
- Redlich, D., Hadas Lidor, N., Weiss, P., & Amirav, I. (2010). Mediated learning experience intervention increases hope of family members coping with a relative with severe mental illness. *Community Mental Health Journal* 46(4), 409-15.
- Schultz-Krohn, W., & Cara, E. (2000). Occupational therapy in early intervention: Applying concepts from infant mental health. *The American Journal of Occupational Therapy*, 54(5), 550-554.
- Tsara, V., Serasli, E., Voutsas, V., Lazarides, V., & Christaki, P. (2006). Burden and

הצטרפות לעמותה - זו ההזדמנות שלך להיות שותף בקידום מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל!

יתרונות נוספים של חברות בעמותה:

- ← כתב עת מדעי - 4 גיליונות בשנה
- ← צפייה בגיליונות הישנים באתר העמותה
- ← הנחה בימי עיון, כנסים והשתלמויות של העמותה ושל ארגונים אחרים
- ← פרסום חינמי במדור קליניקות ומטפלים
- ← כניסה למדור דרושים
- ← הנחה בפרסומים במידעון ובאתר

החלה ההירשמה לשת. 2015
www.isot.org.il