

© כל הזכויות שמורות לאוניברסיטת חיפה החוג לפסיכולוגיה.

הותר לפרסום באתר "פסיכולוגיה עברית" [www.hebpsy.net](http://www.hebpsy.net)

## הטיפול הדיאדי: טיפול אם-ילד ואב-ילד – במחשבה שנייה

רות שרבני

"פירוש אשר ניתן להורה בנוכחות הילד מאפשר לילד להיות מודע לעומס הקונפליקטואלי שממנו הוא סובל כתוצאה מההשלכה ההורית. בה בעת, הפירוש הניתן לילד בנוכחות ההורה מאפשר לשניים להבין את הקונפליקט שכל אחד מהם יוצר באחר המזין את עצמו במין מעגל קסמים." (מזנו ואחרים, 2005 עמ' 26-27).

כיום יש תוכניות רבות תחת הכותרת "תכנית התערבות" של טיפולים שונים בהורים ובילדיהם בעיקר באוכלוסיות שבהן הילדים מצויים בסיכון. כך, למשל, חלק מתוכניות ההתערבות בנויות על בסיס של תיאוריית ההתקשרות של בולבי, במטרה לבנות או לתקן יחסים של ביטחון בהתקשרות בין הילד לבין האם או האב (Cassidy et al., 2009; Steele, 2009; Oppenheim & Goldsmith, 2007) יש התערבויות טיפוליות ביחסי הורה ילד על בסיס התיאוריה ההומניסטית של רוג'רס, שבהן מודגש הלווי הרגשי האמפאתי הצמוד של המטפלת כגורם השינוי (Landerth and Bratton, 2006). הדיון בשיטת הטיפול של מרים בן-אהרן, המכונה "השיטה הדיאדית החיפאית" מאפשר להעלות מחשבות שונות לגבי התהליכים המתרחשים במפגשים דיאדיים אלה. נתמקד בשני אספקטים המייחדים את הטיפול:

א. היחס שבין הטיפול המתמקד בעולם הפנימי ופרשנותו ובין האירועים המתבטאים במציאות-בחוץ. וכן

ב. בחידת ההעברה (transference) המתרחשת במפגשים המשולשים.

המבנה המקובל של הטיפול הדיאדי כיום הוא מפגשים מסודרים של הילד עם כל אחד מההורים בנפרד בנוכחות המטפלת, ואחריו פגישה של זוג ההורים עם המטפלת כגון: מטפלת-אב-ילד, מטפלת –אם-ילד. [הערה: כדי לשמור על שוויון בין המגדרים אעשה שימוש מזדמן במטפל/מטפלת וכן במטופל-ילד/מטופלת-ילדה אלא אם המין מרכזי לבעיה הנדונה] כל זאת לאחר פגישה או פגישות הערכה שעל יסודן מתקבלת ההחלטה ששיטת הטיפול הזאת מתאימה לפנייה הספציפית. בנוסף לכך קיים, כמובן, מרחב של שינויים והתאמה למשפחה לפי הצורך שיתברר במהלך הטיפול. שינויים במבנה המפגשים מתרחשים בהתאם להתפתחות הטיפול ולצרכים המתעוררים. לעתים הטיפול הדיאדי בהגדרתו נהפך לטיפול אינדיווידואלי

לילד ובמקביל נערכים מפגשים עם ההורים לצורך עיבוד של תכנים הנוגעים להם (בן-אהרן ועמיתים, 1997).

### **שאלת הפנים והחוץ ומה שביניהם**

שיטת הטיפול הדיאדי מעוגנת בתפיסה ובמושגים פסיכו-אנליטיים. גישת הטיפול הפסיכו-דינמי מדגישה את העיבוד הפנימי של האינטראקציות שלנו. מאידך, במודל הדיאדי הטיפול עוצמו מתרחש תוך הכרה ברלבנטיות של ההורה כגורם חיצוני לתהליך השינוי הטיפולי ובנוכחות של הורה, בצד הפעילות הטיפולית בחדר – בדרך של משחק, יחסים, ופעולות. ברמה התיאורטית יש בגישה זו התייחסות כפולה הן ל"פנים" והן ל"חוץ".

מצד אחד התיאוריה הפסיכואנליטית מדגישה את חשיבותו הרבה של הפירוש האישי והלא מודע כמכונן את רגשותינו וכפועל יוצא מכך - גם את התנהגותנו. בהתאם לכך התנהגות בעייתית היא פועל יוצא של פירושים פנימיים הבנויים לעתים קרובות בעיקר על העולם הפנימי, ולכן גם ההתערבות הטיפולית מתמקדת בפן הזה. הדרמה המתרחשת היא תוך-נפשית (אינטרה-פסיכית), וזו מקרינה על התנהגות החיצונית. בחיי הילד/הצאצא התנהגות ההורים (למעט התנהגות קיצונית) היא בעלת ערך בעיקר כנקודת מוצא לבניית הפירוש והחוויה האישית הפנימית. כפועל יוצא מעמדה תיאורטית זו נוטים לייחס חשיבות רבה לטיפול האינדיווידואלי המאפשר ירידה לעומק של העולם הפנימי של המטופל, גם כאשר מדובר בטיפול בילד. ביטוי קיצוני לעמדה זו ניתן באסכולה הקלייניאנית והניאו-קלייניאנית.

לעומת הגישה הזאת קיימת תיאוריה המייעדת מקום חשוב להורים ולאיינטראקציה של הילד איתם, הן כגורם מרכזי בהתפתחותו הנפשית הפנימית והן כשותפים רלבנטיים לתהליכים הטיפולים העוברים על ילדם. מחקרים המבוססים על תיאוריית ההתקשרות של בולבי (Cassidy et al., 2009; Slade et al., 2009; ) מחקרים המבוססים על תיאוריית ההתקשרות של בולבי (Steele et al., 2007) מדגישים את ההתנהגות בפועל של ההורה כדרך ליצירת בסיס בטוח היוצר אפשרויות להתפתחויות חיוביות רבות.

הביטחון שההורה מקנה הודות לנוכחותו הפיזית ובעיקר לזמינותו הרגשית, הם המסד לעולם פנימי של ביטחון וויסות רגשי מול עולם פנימי של חוסר ביטחון בהתקשרות, המקרין על חוסר ארגון נפשי פנימי. לא יפלא, איפוא, שמבית מדרשה של אנה פרויד, ביתה של אותה קליניקה, יצאו לימים מחקרים המראים את הקשר שבין עולמו הפנימי של ההורה לזה של הילד.

ראיונות עם האם לפני הלידה אפשרו לעמוד על עמדתה הרגשית הפרטית והפנימית. נמצא כי התפיסה של האם שלה את מדת הביטחון בהתקשרות בחייה (אשר לפי התיאוריה משקפת את מידת הביטחון שלה בהתקשרות להוריה), ניבאה את מידת הביטחון בהתקשרות של ילדה אליה, כפי שילדה הפגין בהתנהגותו במצב "הסיטואציה הזרה" בגיל שנה לערך (Fonagy, Steele and Steele, 1991). במילים אחרות,

השפעתם של ההורים על מצבו הנפשי של ילדם אכן ניכרת, ובחלקה מוסברת על ידי עמדתם הרגשית של ההורים (ולא על ידי פרשנותו הפנימית של הילד בלבד). מודגשת ההתנסות ההיסטורית ההורית כרקע המוביל לפרשנות הרגשית (המודעת והבלתי מודעת) של ההורה את התנהגותו של הילד. פרשנות זו משפיעה ומובילה את יחסיו עם ילדו בהווה ובמציאות.

הזדמנות לעמוד על השפעת היתנסות ההורים עצמם וכיצד זו מועברת לילדיהם באמצעות התנהלות ההורים כלפי ילדם יש בדוגמא הבאה: הורים נורמטיביים שחוו לינה משותפת בקבוץ מראים דפוס ייחודי ביחסם לשינה של ילדם (Tikotsy et al., 2009). יחסם של ההורים להשכבה ולשינה של ילדם ניתן ביטוי להזדהותם בעיקר עם המצוקה של ילדם והצטרפותו אותם. הדבר התבטא הן בהשקעה רבה מצד ההורים בשינה ובהשכבה של ילדם והן באופן השינה של ילדם. כלומר, לאירועי חיים והתנסות של ההורים יש השפעה על התנהגותם כלפי ילדיהם. השפעה זו עוברת דרך הפרשנות של ההורים לאירועים שהם עצמם עברו. תופעה זו כונתה בשם "Ghosts in the Nursery" (Fraiberg et al., 1975). כפועל יוצא מגישה זו נודע להורים תפקיד חשוב בטיפול בילדם – בין אם טיפול זה נעשה באופנים שונים (למשל כהזדמנות הורים בנפרד מהטיפול בילד).

הטיפול הדיאדי לפי אסכולת חיפה נותן ביטוי לשתי ההשקפות. ברמה של החוץ שהיא הרמה ההתנהגותית, ניתנת הזדמנות להורה וגם לילד לבטא את התנהגותם "באופן הרגיל" כפי שנאמר להם מלכתחילה בתחילת הטיפול. יתר על כן, למטפל יש אפשרות להתערב (Fraiberg, 1980) "in the Now moment" ובכך אולי גם לשנות את ההתנהגות בפועל במהלך הטיפול. כך, למשל, ילד שמבטא פחדים מהתלככות בחדר הטיפולים בתמיכת המטפלת ובנוכחות ההורה, לומד לנסות להעיז ולשנות התנהגות זו. בדומה לכך, אב הנבהל מכך שבנו מתחיל את המפגש הטיפולי בכל פעם במשחק בובות, לומד בהדרגה, ובתהליך מורכב, לאפשר את ההתנהגות הזאת על כל מה שעומד מאחוריה. הזוהת המינית של ילדו חדלה לאיים עליו כבבואה של חששותיו לגבי עצמו. במקביל, המשחק של בנו מתפתח מעבר למשחק בבית-בובות.

הורים לא מדברים על דברים מסוימים כי הם מקווים שהילדים לא הרגישו, שאם לא ידברו, התנהגות מסוימת זו תעלם. להורים עצמם קשה להכיר במטען הרגשי שיש להם עצמם ושהוא משתקף ביחסיהם עם ילדם. לעתים ההורה עצמו מפעיל מנגנוני הגנה משלו מתוך קושי לתפקד וכך אינו מתפנה לעזור לילד בוויסות (הרגשות שלו). מאידך, הילד מצפה מההורה שיבהיר לו מה קרה ומה עליו להרגיש ויעזור לו לעשות סדר בעולמו.

ילדים נותנים ביטוי למה שמעסיק אותם דרך משחק, ביחוד אם הם מתקשים לדבר על כך. שינויים התנהגותיים אלה הנצפים במהלך הטיפול הדיאדי מתרחשים בעזרת הערכה, הסתכלות ושימוש בתיאוריה פסיכודינמית, תיאוריה המתחשבת הן בשלב ההתפתחותי של הילד ובאופני ההבנה שלו והן בעמדה המודעת והלא מודעת של ההורה כלפי האירועים בחדר. הטיפול הוא התערבות בתהליך שבו העולם הפנימי מתבטא

בהתנהגות ובמשחק "בחוזן" ומאידך פרשנות והתייחסות מופנמת כשינוי הנרשם באופן פנימי ומיוצג על ידי הדמויות הפועלות (הורה, מטפל).

מהי הפונקציה או הפונקציות המתווכות בין "החוזן" ל"פנים" ולהפך? בנוסף לעבודה טיפולית המשלבת בין התייחסות לפנים (משמעויות אישיות, מודעות ולא מודעות, המובילות לבחירת התנהגות ותגובות מסוימות –) וכן "חוזן" במובן של נוכחות בפועל של ההורה, ושינויים בהתנהגותו האמורים להשפיע על הילד, שיטת הטיפול הדיאדי נבנתה על הבנה של אינטראקציות ושל יחסים. התייחסות המטפלת לאינטראקציה הורה-ילד (וכמובן הורה-מטפלת או ילד-מטפלת) בחדר הטיפולים מתבססת על הבנתה את הדינמיקה ההתפתחותית של הילד ושל ההורה, ומתבטאת ומתמקדת ב**יחסים** שביניהם.

אחת המשמעויות של העמדת היחסים במרכז היא שמה שקורה בפועל בין הילד לבין ההורה אכן נרשם ומשפיע. כפי שהתבטא מיטשל: "...what actually happened matters..." (Mitchel, 1997). לפיכך, את הטיפול הדיאדי החיפאי ניתן לתאר במושגים של הזרם ההתייחסותי.

תהליך הטיפול הדיאדי החיפאי יובן גם מנקודת ראות שלישית. במפגש המשולש שבין המטפל לילד ולהורה מושם דגש על הארת ה**יחסים** שביניהם. היא יונקת מהתובנה הפסיכואנליטית המודרנית, שהיתה נוכחת הן בתיאוריה והן בעבודתו של ה.ס. סליבן, שהיה בה דגש באופן מקורי על היחסים מטפל-מטופל כמרכזיים והכרחיים בתהליך הטיפול. באופן דומה - הטיפול הדיאדי מהדהד גם את התיאוריה ודרכי הטיפול האופייניים לגישתו של וויניקוט: יש בו שילוב בין גישת פנים מעמיקה, מצד אחד, (המטפל מפענח ומנסה להבין את עולמו הפנימי של המשתתף, בדומה לגישת המעמקים הקליינאנית) ובין החזקה-הכלה והדגשת מקומם של ההורים, לפי הגרסה של אסכולת אנה פרויד, מצד שני.

ההסתכלות והפרשנות ניזונות מהניסיון להבין מהי המשאלה – מה האחד רוצה מהשני? מה חוסם את הבעת המשאלה? מה חוסם את מלוי המשאלה? במידה רבה – התקשורת שבין ההורה לילד עוברת הבהרות ותרגום מאחד לשני. במובן זה העמדה של הילד וההורה היא עמדה שוויונית התייחסותית – כל אחד מביא את ניסיונו לתקשר בכל הרמות (כהשלכות, כמשחק, כפעולה וכתקשורת מילולית) יחד עם העיוותים בתקשורת הנובעים מתהליכים פסיכו-דינמיים ומהיסטוריה של התנסות הדדית. ניתן לתארם, בייחוד במקרים חמורים, כהשלכות הדדיות. המטפלת מקבלת על עצמה להבין ולתרגם באופן המחזיק את הצדדים המעורבים ברמה שווה כמבקשי תקשורת וכחסומי-חוסמי תקשורת. תפקידה דומה לזה של דיפלומט במובן שהדיפלומט אינו המנהל או הגורם האינטרסנטי באינטראקציה, אלא שליח של (הילד- המטופל) ותפקידו בתוך מהלכים ודיבורים בין הנוגעים בדבר, הוא להעביר מסרים ולגרום לשינויים (Altman et al., 2002). הטיפול מבוסס על התובנה שבתהליך הזה מתחוללים תהליכים מנטאליים בעצמי ובזולת, בהורה ובילד - משאלות, רצונות, פחדים, כוונות וכו' וכן הכרה בכך שהבנת הזולת דורשת חקירה מסוימת – זוהי "הפונקציה הרפלקטיבית" (Fearon et al., 2006; Slade, 2006).

מתוך זיקוק של תהליך בניית הפונקציה הרפלקטיבית אצל ההורה נבנות התערבויות הורה-ילד (למרות שאינן נקראות תרפיה), עבור אוכלוסיות של ילדים בסיכון גבוה עקב תנאי חייהם – אמהות חד-הוריות מכורות לסמים, ילדים באימוץ בגילאי חביון שתהליך ההתקשרות שלהם (Steele et al., 2007; Cassidy et al., 2009) ידוע כמסובך ביותר. השילוב בין תוכנית ההתערבות שבמרכזה עומדת הקניית הפונקציה הרפלקטיבית להורה ובין מחקר הכולל קבוצת בקורת שבה טופלו הילדים והוריהם בנושאים הבריאותיים בלבד, הראה שכתוצאה מהתערבות שכללה מיקוד בפונקציה הרפלקטיבית ניכרו שיפורים רבים ברווחתם של ההורים והילדים (Slade et al., 2009).

אף על פי שאין בטיפול הדיאדי התבססות על ידע שנצבר מתוך טיפול משפחתי, הרי שבפועל באים לידי ביטוי בטיפול הדיאדי אלמנטים חשובים של גישה מערכתית. הטיפול שואף לערב לא רק הורה וילד, אלא את שני ההורים (כאשר הם נוכחים בחיי הילד) וגם את הילד. למעשה גורמים להורים לתקשר ביניהם באופן שונה. כתוצאה מכך תיתכן שתהיה לטיפול תרומה משנית שהיא מעבר לטיפול בהורה ובילד.

השאלה היא האם הטיפול הדיאדי מתערב במישרין או בעקיפין גם בדיאדה אב-אם כבני זוג? כמשפחה? האם השפעת הטיפול הדיאדי על הזוגיות היא אחת התוצאות-השלכות הבלתי נמנעות של הטיפול? לחילופין – האם הזוגיות יכולה להישאר מחוץ לטיפול – בייחוד כאשר מתקיימות פגישות של אב-אם ומטפלת שהם זוג עם מטפלת? יתכן כי הטיפול המתרחש במתכונת דיאדית פועל בשני מישורים מקבילים – הוא מאפשר קרבה רבה יותר בין הילד להוריו מתוך הבנה אמפתית והיענות מסוימת, ולו חלקית, לצרכיו, ובמקביל – יוצר מרחבים של משולשים שונים המאפשרים מרחב של נפרדות בדיאדות השונות.

### **של מי ההעברה? מה מקומם של ההעברה וההעברה הנגדית בטיפול הדיאדי?**

המודל המוכר בתיאוריה הפסיכואנליטית הוא של מטפל-מטופל, שבו במקרה הפשוט ההעברה היא תהליך העובר על המטופל – העברה של דפוס של יחסים משמעותיים אל המטפל. זהו תהליך שבו המטופל מייצר אינטראקציות הנובעות מחזרה על התנסויותיו הילדיות ומשליך אותן על המטפל. לעומת זאת העברה נגדית היא תהליך העובר על המטפל ובו הוא מגיב למטופל מתוך ההיסטוריה והעולם הפנימי שלו עצמו (כאשר התגובה יכולה להיות הולמת למטופל ולתהליך הטיפול או בלתי הולמת לחלוטין).

אחד התהליכים החשובים בהעברה הוא היכולת להתייחס לאירועים של "כאן ועכשיו" בין המטפל למטופל, כך שעצם ההתייחסות לחוויה תוך כדי התהוותה היא בעלת משמעות רבה לקידום הפוטנציאל לחוות, להבין, לשנות. עבודת ההעברה היא דו-כוונית. התהליך הטיפולי מאפשר ל"תסריטים" המובאים על ידי המטופל להתרחש בינו ובין המטפל ולהיות מפורשים בתור שכאלה, ומצד שני – הטיפול מייצר אירועים הנובעים ממהלך הטיפול וגם מההעברה למטפל ומאפשר להם להתממש מחוץ לטיפול, הן כ-acting out והן כחלק מתהליך השינוי המקווה. אם נניח, למשל, שגורם החרדה מאיץ חזרות על דפוסים המתבטאים בעוצמת

ההעברה, הרי שהטיפול הדיאדי מכיל אלמנטים מסוימים בעלי פוטנציאל להפחית את האיום על ההורה, כגון: ההתמקדות בילד, האפשרות להיות נוכח בתהליך ואפילו החוויה שדברים אכן משתנים. כמו כן המאמץ וההגדרה של הטיפול הדיאדי המחייב את שני ההורים להיות שותפים בטיפול, מאפשר מעורבות שלהם כשותפים בתהליך, מצב שבדרך כלל קשה להשגה (בייחוד קשה להשיג את שיתופו של האב). לעומת זאת, לאחר שמנינו את האפשרויות ואת הסיבות להפחתת החשש והחרדה של ההורה מן הטיפול, אפשר להפוך את הקערה על פיה ולהכניס את אותם המרכיבים דווקא לרשימת מגבירי החרדה עבור הורים הבאים לטיפול. כך, למשל, יתכן איום פוטנציאלי גדול של חשיפה מול המטפל בחוסר שליטה יחסי כאשר הדברים באים מן הילד.

הטיפול הדיאדי יכול להוות פתיחה למעבר לטיפול אישי לאחד ההורים או לטיפול זוגי. תהליכי ההעברה מתרחשים בו-זמנית עם אירועים מסוג "כאן ועכשיו" בטיפול. אירועים אלה פועלים להגברת הבנות ותפיסות מציאותיות. עקב נוכחות ההורה ניתן לעתים בתהליך הטיפולי אישור לאירועי-מציאות מסוימים, ביטוי מילולי לתפיסות בלתי מובעות על ידי הילד, כאשר נוכחות ההורה מהווה אישור שהדבר מותר. כך למשל אישור להכרה רגשית ביחס אמביוולנטי כלפי ההורה או כלפי מעשיו, פחד מפניו (במקרה של אירוע חריג, מכות, היעדרות) ועם זאת געגוע וחיפוש.

במצב שבו נוכחות שלוש דיאדות (לפחות): ילד ומטפל, ילד והורה, הורה ומטפל. מה קורה להעברה במצב טריאדי כזה המכונה דיאדי? בטיפול הדיאדי האינטראקציה בין הילד לבין ההורה, מתקיימת בפועל. האינטראקציה ביניהם אינה מובנית ומוכתבת אלא מוזמנת ונתונה לזרימה התנהגותית של השניים. בכך מתאפשרת הפעלה של תהליכים שנקראים "מובלעים" (אימפליציטיים), "תסריטים", "רוטינות", בין ההורה לילדו. תהליכי ההשלכה-העברה למטפלת נהפכים לכאורה למיותרים שהרי מבחינתו של הילד המטופל, ההורה – האובייקט המקורי – אכן נוכח במקום. למרות זאת יש לשער שעצם התפקיד המוגדר כ"מטפלת" כדמות סמכות הנוכחת במצב שהוא בניהולה, הופך אותה למושא העברה הן עבור הורה והן עבור הילד. בנוסף לכך, ההתנהלות של המטפלת המתמקדת בעיקר בעבודת התרגום, התיווך והפירוש ואינה נותנת ביטוי מלא, ישיר ועוצמתי למשאלות, מאויים והתערבויות **משל עצמה** מגבירים את פוטנציאל ההעברה כלפיה – (למרות שיש מקום לשער שהיא אינה בגדר לוח-חלק). בצד תהליכים אלה מתקיימים תהליכים בעלי פוטנציאל להחליש את ההעברה מצד ההורה. בטיפול הדיאדי מגויס "האני הצופה" של ההורה תוך כדי הטיפול (והוא אחד המרכיבים האמורים להתפתח כתוצאה מכך) וכך נוצרת התבוננות משותפת של המטפל וההורה אשר תבוא לידי ביטוי בשיחה ביניהם, המתרחשת בעקבות פגישת ההורה-ילד, תוך פרוק של אלמנטים שונים וחיזוק של הברית הישירה עם ההורה. עם זאת, פגישה זו עשויה לייצר תהליכי העברה חדשים ברמה של הורה-מטפל.

עוצמות ההעברה טמונות הן בתפקיד התיווך- המפרש המעביר מסר וחוויה של הבנה עמוקה, והן בחוויית החזקה וההכלה שהטיפול הדיאדי מאפשר. האם המטפל נהפך לאחד האובייקטים המופנמים? האם טיפול

מוצלח הוא טיפול שבו ניתן להתעלם מהמטפל – הפנמתו "אינה מורגשת" – (אולי היא מוטמעת בשנויים החלים בדמוי הפנימי של ההורים) ועיקר השינוי מתבטא ביחסים עם ההורים? ידוע ממחקר על טיפול במבוגרים, כי בסיומו של הטיפול ניתן היה לזהות שינויים שחלו בדמותם המופנמת של הורי המטופלים. לעומת זאת לא חל שינוי בין התחלת הטיפול לסופו בדמותו של המטפל כפי שהצטיירה על ידי המטופל (Blatt et al., 1991). האם ניתן להשליך מכאן כי גם בטיפול הדיאדי, ניתן לצפות כי השנויים כתוצאה מהטיפול יתבטאו ביחסים ובדמויות המופנמות של ההורה וילדו אך לא בדמותה של המטפלת שהיתה סוכנת השינוי?

באשר להעברה הנגדית של המטפלת – אין לנו סיבה להניח שלא מתקיימים תהליכי העברה נגדית כלפי כל אחד מהמשתתפים בטיפול. "הורה" הוא תפקיד המזמין השלכות-תבניות רבות רבדים ועוצמה, השלכות-העברות כלפי ה"ילד/ילדה והעברות כלפי "הזוג" והזוגיות של ההורים. המטפל נדרש להיות נוכח, להיות קשוב ולהחזיק את הטיפול ברגעים הטובים וברגעים הקשים. נוכחות של המטפל כדמות חיובית המעוניינת לעזור היא מרכזית. לדעתו של ויניקוט החשיבות של הנוכחות הזאת עולה אפילו על החשיבות של הדיוק בפרשנות (Winnicott, 1958).

ניסיונו של המטפל להיות קשוב למטופל ולהבינו נשען על מידה כזו או אחרת של יכולת הזדהות עם המטופל (השימוש בביטוי "הזדהות" כאן הוא במשמעות של יכולת הבנה עמוקה, ממקומו כמתוך נעליו של הזולת ולא לאובדן של המרחק). השתתפות ההורים בתהליך מחייבת הזדהות גם איתם – עם כל אחד מהם ועם הזוגיות שלהם והיחסים ביניהם כאחד. הנוכחות הפיזית של כל המשתתפים היא משמעותית ביותר. היא מסוגלת לייצר הזדהויות ביתר קלות עם כל אחד מהמשתתפים, מאידך – ההתבוננות של השני- הנוכח בתהליך הדיאדי דורשת משנה זהירות והתחשבות בדרכי בטויה של ההזדהות של המטפל. העולם הפנימי הטיפולי-הנוכח של המטפל נתון לתהליכים צולבים הדורשים ממנו לנווט אותם באופן פנימי ולהוציאם החוצה בדרכי התערבות טיפולית המותאמים ומיטיבים עם כל הנוכחים הנוגעים בדבר.

## סיכום

מתוך מצבי הטיפול הדיאדי ותהליכי העברה והעברה הנגדית ניתן להסיק לגבי תהליכים בטיפול הפרטני. בטיפול פרטני המטפלת מחויבת, לכאורה, רק לאדם אחד שבא פיזית לטיפול. מטבע הדברים המטופל "מביא עמו" חומרים מתוך עולמו והיחסים שלו עם דמויות שונות משמעותיות ובעיקר הוריו. למעשה על המטפלת להשתדל ולהחזיק ואולי אף להיות מודעת ל"תיאטרון-ההעברה-הנגדית" שלה עצמה כלפי הדמויות המשמעותיות בחייו של המטופל. יתר על כן, רק הזדהויות כנות עם דמויות אלה (אף על פי שהן מייצגות קשת רחבה של חיוב ושלייהן ביחסיהן למטופל), תאפשר לה לעזור למטופל לסדר-לביים את התיאטרון הפנימי המקביל שלו באופן שיוכל לקיים קרבה לדמויות המשמעותיות שלו וגם מרחב של נפרדות וצמיחה.

**הערה:** תודה לדינה גלט על הארותיה לנוסח קודם.

### **רשימת מקורות**

- בן אהרן, מ., אבימאיר-פת, ר., הראל, י., קפלן, י., גלט, ד., וינר, מ., וסרמן, א., רו, ע. (1997). מדריך טיפול דיאדי: אם-ילד אב-ילד: גישה דינמית לטיפול בהפרעות יחסים בילדות. חיפה: אוניברסיטת חיפה
- מזנון, ג., פלצ'יו-אספסה, פ., זילקה, נ. (2005) תסריטים נרקיסטיים של ההורות: הקליניקה של ההתייעצות הטיפולית. תל אביב: תולעת ספרים
- Altman, N., Briggs, R., Frankel, J., Gensler, D., Pasqual, P. (2002 ) *Relational child psychotherapy*. New York: Other Press
- Blatt, S., Wiseman, H., Price-Gibson, E., & Gatt, C. (1991). Object representations and change in clinical functioning. *Psychotherapy*, 28(2), 273-283.
- Cassidy, J., Woodhouse, S. S., Stupica, B. S., Jernigan S, L., Ziv, Y., Lejuez, C. (2009) Infant irritability and maternal adult attachment as moderators of a home visiting intervention in a randomized controlled study. *Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development*, April, Denver, Colorado
- Fearon, P., Target, M., Sarget, J., Williams, L., McGregor, J., Bleiberg, E., & Fonagy, P. (2006), Short term Mentalization And Relational Therapy (SMART): An integrative family therapy for children and adolescents. In J. G. Ailen & P. Fonagy (Eds.) *Handbook of Mentalization-Based Treatment*, Chichester, UK: Wiley. pp. 271-288.
- Fonagy, P. Steele, H., Steele, M. (1991) Maternal representation of attachment during pregnancy predicts the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62(5), 891-905
- Fraiberg, S.H., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387-422.
- Fraiberg, S.H. (1980), *Clinical studies in infant mental health*. New York: Basic Books.
- Landreth, G.L. & Bratton, S.C. (2006) *Child Parent Relationship Therapy (CPRT): A 10 session filial therapy model*. New York: Routledge



- Lieberman, A.F. Van Horn, P. & Gosh Ippen, C. (2005) Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with pre-schoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1241-1248.
- Mitchel, S.A. (1997) *Influence and autonomy*. Hillsale, NJ: Analytic Press
- Oppenheim, D. and Goldsmith, D.F. (Eds.) (2007) *Attachment theory in clinical work with children*. New York: Guilford
- Slade, A., Sadler, L.S., Miller, M. and Ueng-McHate, J. (2009) Maternal reflective functioning as a moderator of intervention effects predicting infant attachment. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, April, Denver, Colorado
- Slade, A., (2006) Reflective parenting programs: Theory and development *Psychoanalytic Inquiry*. 26 (4), 640-657
- Steele, M. Hodges, J., Kaniuk, J., Steele, H., D'Gustino, D., Blom, I., Hilliman, S. and Henderson, K. (2007) Intervening with maltreated children and their adoptive families: Identifying attachment-facilitative behaviors. In D. Oppenheim, D.F. Goldsmith (Eds.) *Attachment theory in clinical work with children*. New York: Guilford
- Tikotzki, L., Sharabany, R., Hirsh, I., Sadeh, A. (under review) Ghosts in the nursery: Infant sleep and sleep-related cognitions of parents raised under communal sleeping arrangements *Infant Mental Health Journal*.
- Winnicott, D.W. (1958) Child analysis in the latency period. In Winnicott, D. W. *The maturational process and the facilitating environment*, pp 115-123. New York: International Universities Press.