



התערבויות טיפוליות עם הורים – סקירה

העבודה הטיפולית עם הורים וסביב ההורות, התחילה מתוך העיסוק בטיפול בילדים, אולם קיבלה מקום מועט, עקיף (פרויד, 1909) ושולי בתחילת התפתחות התחום. האנליזות הראשונות יצרו הפרדה גמורה בין הטיפול בילד להוריו (Hug-Hellmuth, 1921, סמירנוף, 1966). שתי הגישות המרכזיות שהובילו את תחום הטיפול בילד לא הקצו מקום רב להורה ולהורות בפני עצמם. חניכי הגישות הקליינאניות, ראו את הדגש בעבודה עם עולם הפנטזיה של הילד, כפי שבא לידי ביטוי בחדר הטיפול (דניאל, 1992), בעוד שמטפלים שבאו מבית מדרשה של אנה פרויד, נטו לעסוק בפיתוח יכולות התפתחותיות והסתגלותיות בילד, או הפניה לאנליזות נפרדות, או מקבילות. השלכה של גישה זו, בהקשר ישיר להורים הייתה בעיקר ברמת הדרכתית (פרויד, 1978/1913, סמירנוף 1966, דניאל, 1992).

עם התפתחות גישות טיפוליות נוספות והצטברות ניסיון קליני בעבודה טיפולית עם ילדים, נעשו ניסיונות להרחיב את תצורות ואופני העבודה עם הורים. כאשר המטרה המרכזית הייתה במהותה יצירת ברית טיפולית מלווה לטיפול בילד שתתמוך בהצלחה או במימוש של הטיפול (Tsiantis et al, 2000).

מטפלי ילדים רבים, הגיעו כבר מזמן למסקנה שטיפול מוצלח בילד, אינו מתאפשר בדרך כלל, ללא שינוי כל שהוא בדינאמיקה המשפחתית. עקב כך פותחו מודלים שונים המתייחסים להתערבות במשפחה, או בחלק ממנה, החל בטיפולים קבוצתיים שעוסקים בדינאמיקות ובדיאדות של הורים וילדים (Wiel and Boxer, 1990) דרך התייחסות למשפחה והשפעות על ההקשר שלה כולה (Combrenick-Graham, 1989), מודלים של התערבות במערכת ובחיי הילד, דרך טיפול דיאדי (בן אהרון ועמיתותיה, 1997) ועד למודל של טיפול סימולטני (חזן, 2003). מודל זה למשל, שמפתחת חזן, עוסק ברציונאל של שימוש במטפל אחד, שעובד באופן פרטני בו-זמנית עם ילד ועם הורה, מתוך תפיסה שכאשר גם הילד וגם אחד ההורים מטופל הקונסטלציה המשפחתית כולה עוברת שינוי, כאשר שניים מבני המשפחה ישתנו סימולטנית (חזן, עמ 10 ואילך).

תפיסת ההורות עצמה עברה התפתחות משמעותית ומעמיקה. למשל, כתביהם של בנדק (Benedek, 1959), אנתוני (Anthony and Benedek, 1970) ואחרים, התייחסו למשמעות התהליכים הפסיכולוגים הקשורים לשלב ההתפתחותי, שבו אדם בוגר הופך להיות גם הורה והתבוננו בהשלכות של התפתחות נפשיות אלו. הם תיארו את ההתפתחות הרגשיות של גבר שהופך אב ואישה שהופכת אם, מבחינת מורכבות הקשר בין הביולוגי, התרבותי והנפשי, המתרחש תוך כדי הריון ולאחריו. בכך החלו להעמיק בהתפתחות פסיכולוגית ייחודית ומתפתחת של הזהות ההורית. ישנן עבודות רבות הנוגעות בזהות ובמשמעות החוויה של להיות הורה אם (פלג-הקר, 2005), או אב (Trowell & Etchegoyen, 2007) בפני עצמן. אולם הייחודיות של הגישות

העוסקות בפסיכולוגיה של ההורות היא בהרחבת הבנת המשמעות של זהות ההורה המתפתחת גם בהקשר להתפתחות העצמי (Benedek, 1959). תפיסה זו עומדת כחלק מהרציונאל להתייחסות לטיפול בהורות כסוג של התמקדות טיפולית בפני עצמה, כפי שיוצג בהרחבה בהמשך.

עם הזמן הופיעו יותר ויותר עבודות ובהם התייחסויות גם לחשיבות ההבנה של תהליכים העוברים על הורים והשפעתם על ילדיהם (Fraiberg et al, 1975).



תמונה:

www.shutterstock.com

00

מפגש עם הורים יכול להתרחש ברמות שונות של חוזה עבודה וחשוב שהמטפל יגדיר לעצמו ולהורים, מהי התפיסה התיאורטית המנחה את עבודתו ואת סוג הסטינג הנגזר ממנו ברמה המעשית. האם המפגש איתם נועד לצורך ליווי ועדכון סביב הטיפול בילדם? האם מדובר מבחינתם בתהליך של למידה והדרכה? או שעולה צורך לאפשר ולכוון התפתחות של טיפול דינאמי בהורות עצמה



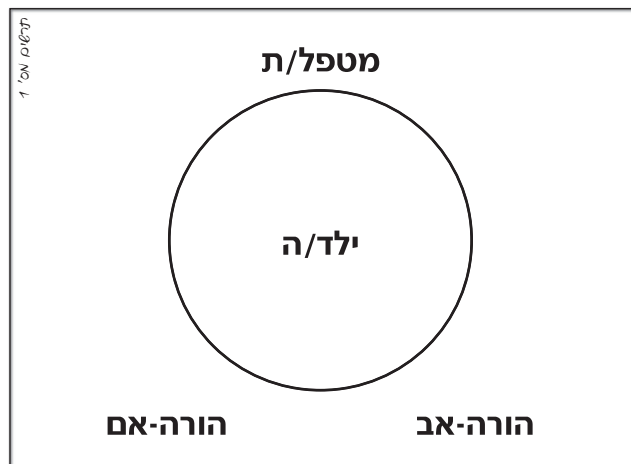


ביותר, בהורות עצמה. טיפול בהורות יעשה מתוך חיבור לכאן ועכשיו, במצוקה של ההורה עם הרגשתו בהתמודדות עם ילדו שלו, לבין העבר: העברות בין דורות, ייצוגי המשפחה בה גדל ההורה והאישיות המתעצבת כל אלה בהקשר ההורי. ילדים מפגישים אותנו פעמים רבות, עם עוצמות רגשיות, של אהבה, התרגשות, שמחה וסיפוק מצד אחד ושל דאגה, צער וכאב מהצד האחר. ילדנו לעתים מפגישים אותנו עם תוקפנות שלמדנו לעקוף, עם חוסר-אונים שעד כה הצלחנו להתחמק ממנו בחיינו הבוגרים ועם מגוון רחב של תכונות שקשה לנו איתו בעצמנו (מנזנו ועמיתיו, 2005). זהו מעין 'צד אפל' שהילד 'ישחק' אותו עבורנו, או יחייב אותנו לפגוש בעצמנו כדי לגדל אותו. התקיעות המשמעותית שלנו, במפגש בעצמנו למה שמעורר בנו הקשר עם ילדנו, מחבלת בזהות שלנו כהורים, ומכאן בהורות עצמה וביחסנו עם הילד/ה. כאשר המטפל פתוח לשאלה מיהו המטופל, ההורה, הילד, הקשר או שילוב שלהם, הוא יכול לתת למטופל את המענה הטיפולי המתאים לו. מטפל שמחליט להתחשב במוקד זה ולקבלו בפני עצמו, עשוי להתערב מתוך הבנה תיאורטית מתאימה, ולאפשר לאדם המטופל, תהליך צמיחה ושינוי משמעותי מזווית זהותו ההורית.

לפני ההתייחסות לטיפול בהורות בפני עצמו, אעשה אבחנה בין סוגי העבודה הטיפולית השכיחים בעבודה טיפולית עם הורים:

מפגש עם הורים, הדרכת הורים וטיפול בהורות

I - מפגש עדכון, ליווי וייעוץ להורים



התיאוריה מאחורי התערבות זו מקורה בטיפול בילד. הילד הוא במרכז התהליך והפסיכולוג הרואה בהורים דמויות משמעותיות, ברמה היום-יומית והמופנמת, ישאף לדיאלוג משמעותי איתם. מכיוון שילד חי את חיינו בהקשר המגדל שמשפיע עליו בחיי היום-יום, השאיפה של המטפל להיות בקשר ולהשפיע על סביבה זו, מובנת ומוסכמת, הן כמסגרת החזקה לתהליך והן לשמירה ולהעמקת העבודה עם הילד עצמו. מכיוון שכך, כמעט כל טיפול בילד (כמובן, אם יש לכך אפשרות מעשית), מלווה מפגשים עם הוריו. יש מטפלים שיתחילו את התהליך באנמנזה ורובם יפגשו מעת לעת עם

זאת, תוך התייחסות לעבודה טיפולית, גם עם ההורים, כמו למשל אצל ויניקוט, שפתח את המושג 'התייעצות ההורית' (Winnicott, 1971) ועד פיתוח קליניקה טיפולית בהורה (מנזנו, אספסה וזילקה, 1999). בשנים האחרונות ישנה יותר התמקדות, בחשיבה על התהליך הדרוש להורה ולקשר בין תהליך אישי זה להורות שלו (בכר ואחרים, 1990). מופיעים מודלים המתייחסים לעזרה בשיחורו ההורים מתחושה של צורך במיקוד ביחס חד-סטרי – כאשר הילד במרכז, לעבר חוויה שיש בתוכה מקום גם להורה (שילה, 2008) וספרות ענפה ביותר העוסקת במפתחות להנאה ולהצלחה בהורות (בטלהיים, 1987, עמית, 1997, סיגל והארצל, 2004).

ישנן עבודות המדגישות את הצורך ואת המשמעות של עבודת העומק עם הורים על תהליכי התפתחות בהורות, באמצעות טיפול פסיכולוגי (ישי ואורן, 2006). יחד עם זאת הרוב המוחלט של ההתייחסויות הטיפוליות עדיין ממקדות את העבודה עם ההורה סביב התפתחות ילדו (פלוטניק, 2007, כהן ועופר, 2007). כמעט מיותר לציין שבמקרים רבים עבודה טיפולית עם הורים ובוודאי טיפול בהורות, כמעט ואינם אפשריים: אנשים בעלי קשיים משמעותיים המפריעים להם להתבונן מעבר לעצמם ולמעגל ההווה שלהם, הורים שמסרבים לשאת באחריותם ההורית, אנשים המסרבים לראות קשר בין אישיותם והתנהגותם ליחסים של הסובבים אותם, חלק מהאנשים הנמצאים בסערת נפש כרונית או אקוטית. כל אלו הם אכן מועמדים קלים לסוג זה של התערבות טיפולית. מהצד השני, בחברה בה אנו חיים, הולכים ומתרבים המקרים בהם כחלק מלקיחת אחריות והתבוננות עצמית, אנשים בוחרים להעמיק ולעסוק בעצמם כהורים. מעל לכל יש לזכור כי הורות היא שלב התפתחותי משמעותי עבור מרבית בני האדם, ומכאן שהיא מנוף פוטנציאלי ומרחב משמעותי וחשוב כמעט עבור כל אחד ואחת.

מהו טיפול בהורות ומתי הוא עשוי להיות הסטיג המועדף?

הפרספקטיבה שתוצג במאמר מציעה, שכאשר אדם בוגר מגיע לטיפול, אפוף בשאלות הנוגעות לזהותו ההורית, או כשהוא מלווה בדאגה חריפה הנוגעת לילדו, יתכן ונכון יותר יהיה, למקד את הטיפול בו ובהותו ההורית. מיקוד זה יכול להופיע כמובן גם מתוך עבודה זוגית וגם כאשר לכאורה ההפניה היא ספציפית לילד. כאשר יש הפניה של ילד לטיפול על-ידי ההורה, או אחרים, תפקיד המטפל בשלב הראשון להעריך מי המטופל: הילד, הורה מסוים, ההורים, ההורות, הקשר בין הורה לילדו, או כולם יחדיו ובעקבות הערכה זו לתכנן את הטיפול. ללא פרספקטיבה רחבה זו, עלולה התפיסה התיאורטית המקדימה של המטפל, בין אם הדגש בטיפול בילד ובין אם הדגש בקשר או אחר, להשתלט ולכפות את מדיום הטיפול על המטופלים שפנו (ישי אורן וישי-לקראת פרסום). הורה מודאג, שקבל חוות-דעת ממטפל כי אצל ילדו "הכול בסדר", עלול ליצור או "לייצר" ילד עם בעיה כיוון שלא קיבל מענה מהותי למצוקתו. הורה מודאג, הוא אדם שנכון לנסות ולסייע לו בפני עצמו. כשהמיקוד הוא כזה, פונה העבודה הטיפולית עם ההורים לכיוון מסגרת של תהליך דינאמי, שמיקודו מאפשר העמקה, לעתים מהירה





הורי הילד. מפגש זה מטרתו לעדכן את ההורים, לשמוע מהם, להיות איתם בקשר. לעתים בתגובה לצורך שלהם. מבנה זה של מעורבות הורית, מתאים ונכון, כאשר הבעיה היא של הילד, או המתבגר בינו לבין עצמו, או לחברה ומידת השפעתה של ההורות על הבעיה מינורית. התערבות זו נכונה יותר, כאשר להערכת המטפל התערבות עם ההורים בשלב הראשוני עלולה להזיק ועליו להתמקד בחיזוק הילד קודם כל. בכל מקרה, למטפל בעל תפיסה דינאמית, עצם מפגש מהסוג הזה עלול ליצור פעמים רבות דילמה מובנית ובלתי נמנעת. עבור מטפלים מגישות אחרות, המדגישות את הקישור הישיר בין המתרחש בחדר למציאות החיצונית, או שפועלים סביב מוקד מודע, כמו התמודדות עם סימפטום מציק, הדילמה של התנהלות הטיפול בנקודה זו היא קטנה יותר.

הברית הטיפולית עם הורי הילד, הכרחית לעצם קיום הטיפול בילד ולחיזוקו ועל כך מסכימים רוב המטפלים. המטפל רוצה להיענות לרצון ההורים בקשר ומעוניין לעמוד איתם בקשר, תחילה לשם היכרות עם הילד וסביבתו ובהמשך, על-מנת להתעדכן אם לא מעבר לכך. ההורים המביאים את ילדם מעוניינים, באופן טבעי, בקשר רציף. הברית הטיפולית מושפעת בראש ובראשונה מעמדת הבסיס עימה מגיעים הורים לטיפול. במקרים רבים, הורים המביאים ילד לטיפול עשויים לחוש דאגה ואשמה, הנובעים מכך שהם מניחים, שעצם התנאים הטבעיים שהעניקו בבית, לא הספיקו על-מנת לגדל ילד מאושר ומסתגל. ישנם גם הורים שפועלים כאילו הם 'מוסרים' את הילד לטיפול, בתחושה ובתקווה שהילד 'יתוקן' על-ידי בעל המקצוע, גם, או בעיקר ללא, מעורבות רבה מצדם. יחד עם זאת, מרביתם של ההורים, חשים סקרנות ועניין אמיתי לגבי המתרחש בחדר, לעתים אף יחושו קנאה. פעמים רבות הם יגלו רצון להיות בקשר עם המתרחש ואף יחושו חרדה, שמקורה בכניסתו של מבוגר זר, כשותף אינטימי בחיי משפחתם. הם מעוניינים לשמוע מהמטפל על ילדם, להעמיק את ההכרות עם הילד/ה באמצעותו ובמקביל להתרשם, עד כמה הוא מבין את ילדם ויכול לעזור לו. מהצד השני חלק מהחווה הראשוני הוא שלילד מותר ורצוי שיוכל לאפשר לעצמו, להביע ולבטא כל מה שעולה מתוכו. מכאן שבהכרח המשפחה כולה, ברמה מסוימת, נוכחת בחדר. ההורים, לעתים באופן מודע ולעתים באופן לא-מודע, רוצים להכיר את המטפל, בכדי לוודא שאינו שיפוטי כלפיהם, ולוודא שהוא אכן בן-בריתם ושותף זמני בדאגה לגידול הילד וכמובן על-מנת להיוועץ בו.

מורכבות הטיפול מבחינת הילד היא שונה. הילד עשוי לחוש מאוים מעצם הקשר בין ההורים למטפל/ת. ישנם ילדים החשים ביטחון מעצם הקשר עם ההורים, אבל לא תמיד. הילד עשוי לחשוש ממה שיספרו המטפל או ההורים ומעצם הקשר והקרבה בניהם. ישנם ילדים שנגזרים במטפל על-מנת להעביר מסר להורים, אולם באותה המידה, ילד יכול לחשוש הן מפגיעה בפרטיותו והן מהרושם שעלול להיווצר עליו אצל המטפל, לאור "תלונות ההורים", או מהשלכות שליליות של הדיאלוג עליו (על אחת כמה וכמה במתבגרים כמובן). כך למשל, אם ילד שנמצא בשלב אידיאליזציה בטיפול, מספר למטפל רק את הצד החיובי של הדברים, הוא עלול לחשוש ממה שיאמרו הוריו וכן הלאה. המטפל שנפגש עם ההורים, עשוי אף הוא להרגיש אפריורית, או בפועל, למצוא עצמו בתוך קונפליקט. ברמה המעשית, הוא זקוק להורים וברור שעצם התקשורת איתם חשובה ביותר. יחד עם זאת, יש במפגש עימם משום סיכון לקשר הטיפולי עם הילד. מטפל יכול לחוש בזמן המפגש עם הורי הילד, כאילו הוא בוגד בקשר עם הילד, או לחילופין, לחשוש מדחייה מצד ההורים, הנובעת מהזדהות לא-מודעת עם הילד. הוא עשוי לחשוש מכך, שמה שיאמר, עלול לחזור באופן ישיר או עקיף כנגד הטיפול ושעצם קיום הקשר עם ההורים עלול להיות גורם חוסם, אם לא לפגוע בקשר עם הילד המטופל. ברמה הרגשית, כאשר מטפל מזדהה רגשית עם הילד, או עם ההורים (Beall, 1972), המפגש מציב אותו בפני השפעתם. למעשה בכדי להצליח בסוג כזה של מפגש וכדי שהוא יחזק את התהליך טיפולי, על המטפל לשאוף ליצור ולפתח כל הזמן בעצמו יכולת חשובה של אמפטיה סימולטנית (Litwack, 1985).

הפתרון ועונשו

מטפלים רבים פותרים את בעיית מורכבות הקשר עם ההורים סביב טיפול בילד, על-ידי כך שהם מסכימים עם הילד מראש, על מה ידובר ובטיפול ועל מה לא. דרך יעילה להתמודד עם סיטואציה מורכבת מסוג זה, היא להסביר לילד ואחר כך להורים, שכול מה שהמטפל אומר, מבטא את תפיסת המטפל והבנתו המעשית והסמלית למתרחש ולא דיווח על מה הילד אמר, או עשה באופן קונקרטי ומפורט. בדרך זו המטפל שם את המיקוד והאחריות

PP

**בשנים האחרונות
ישנה יותר
התמקדות, בחשיבה
על התהליך הדרוש
להורה ולקשר
בין תהליך אישי
זה להורות שלו.
מופיעים מודלים
המתייחסים לעזרה
בשיחורו ההורים
מתחושה של
צורך במיקוד ביחס
חד-סטרי כאשר
הילד במרכז, לעבר
חוויה שיש בתוכה
מקום גם להורה
וספרות ענפה ביותר
העוסקת במפתחות
להנאה ולהצלחה
בהורות"**

PP

**יהיו מטפלים
שיטענו שבתוך
הסטינג של הדרכת
הורים, ניתן לשהות
בבעיות רגשיות
עמוקות יותר של
ההורים. אולם
בפועל כאשר
המטפל נע בין
סטינג הדרכת
לטיפול, הוא
עשוי למצוא עצמו
נוגע באירועים,
מחשבות, זיכרונות
ותחושות, שחורגות
מהחווה שהוגדר
ובפועל נוצר בלבול
וערבוב שיוצר
ציפיות שלא נענות,
או נושאים חשובים
הנותרים מועלים
ונותרים ללא מענה,
עיבוד או סגירה**



לה **Parental guidance** והיא בדרך כלל תעסוק בסוגיות של המציאות (כהן, 1992, בר שדה, 2003). ההתערבות תהיה ממוקדת על-פי-רוב ולעתים תכלול חובת תרגילים לביצוע ופעמים רבות גם התייחסויות התפתחותיות ופסיכולוגיות בכלל. החוזה מוגדר וברור, ואינו מתמקד דווקא בילד אחד (מאירס, 2007). הורים הזקוקים למרחב של היועצות, לידע התפתחותי, למחשבות על דפוסי הורותם, לדיון ביצירת מסגרת הורית בבית, יהויחו ממסגרת זו ויעברו במרבית המקרים תהליך משמעותי ברמת ההורות תוך פרקי זמן לא ממושכים. מסגרת כזו יכולה להתבצע גם בעבודה קבוצתית וסדנאית, כמו זו שנערכת במה שמכונה בתי-ספר להורות. ישנם הורים שיעדיפו ויצליחו להפיק יותר מתהליך שיעשה באופן פרטי.

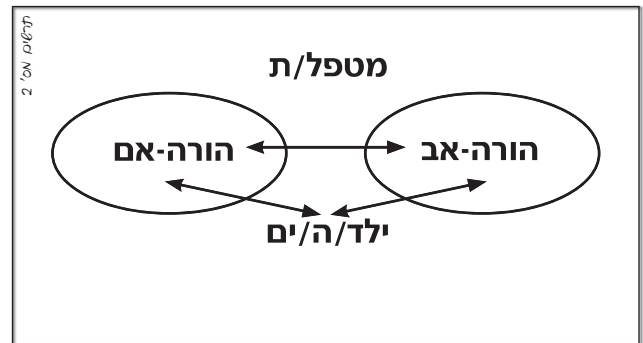
הדרכת הורים היא לעתים סוג של פשרה, שעושים מטפלים בין הרצוי למצוי. הורים מגיעים לעתים ומבקשים תיקון לילד, כאשר המטאפורה של תפיסת הטיפול הרגשי היא כמו הבאת רכב למוסך, מביאים את הילד לתיקון אצל הפסיכולוג. כמובן שניתן להתווכח, אם תפיסה זו הנשמעת רבות מפי הורים, אינה מבטאת גם את תחושת ההעברה הנגדית של המטפל דווקא, שמגיב לחוסר האונים ולא-שיתוף הפעולה, שהוא חש מההורים. זוויית אחרת היא התפיסה הנפוצה אצל הורים החושבים ומרגישים שהכול תקין עם ילדם בבית ובכלל והבעיה, אם היא קיימת, היא בבית הספר, או בחזקת המערכת. ההורים באים בתחושה שהמערכת אינה רואה, קטנונית, אם לא נטפלת, לילדם ולכן קשה לו בבית הספר, בחוג, או עם חברים. הורים אלו יבואו מתוך ציפייה לסוג של הצדקה, שבאה מתוך המערכת ואולי מתוך תקווה, או אפילו דרישה, שהמטפל יהיה סוכן שלהם מול המציאות החיצונית וישנה אותה. פסיכולוגים ועובדי מערכת בריאות הנפש באשר הם, נתקלים פעמים רבות בגישה מעין זו. גם אם הם מגיעים, תוך כדי אנמנזה למסקנה ש'טיפול בהורות' הוא המיקוד הנכון, הם חוששים לנסות ולהגיע לחוזה מעין זה ומציעים כברירת מחדל הדרכת הורים. גישה זו משתמשת בהדרכת הורים במרחב שינוי מוגדר ומוגבל, שהוא זה הניתן להשגה בזמן הנתון.

התיאוריה מאחורי סטינג של הדרכת הורים היא שהורות היא שלב התפתחותי משמעותי בדומה לתחום הזוגיות. לעתים רצוי לחזק את ההורות בלמידה, בכלים, בניסיון ובידע התפתחותי. הדרכת הורים מייצרת סטינג, אשר מאפשר למידה אישית מכוונת שכזו של יחיד או של זוג. לעתים עקב קושי לתהליכים רגשיים עמוקים, נעשית בחירה בהדרכת הורים, כדרך ליצירת שינוי מדרגה שנייה, מתוך הערכה טיפולית של ההישג הטיפולי המקסימאלי האפשרי כרגע. חוזה של הדרכת הורים על-פי-רוב אינו כולל בתוכו את הניסיון להבין, או לפרש את תחושותיו של ההורה, על בסיס התפתחותו האישית. הדרכת הורים מכוונת את ההורה לעשות את הדבר הנכון ולעודד את הפעולה, אולם פעמים היא מחטיאה את הפער שהורים חווים בין מה שידוע להם כנכון, קרי הרצוי, לבין המתבצע בשטח. השאלה מתי 'הדרכת הורים' אינה מספקת לא תהייה שאלה טכנית, אלא שאלה טיפולית מהותית. יהיו מטפלים שיטענו שבתוך הסטינג של הדרכת הורים, ניתן לשהות בבעיות רגשיות עמוקות יותר של ההורים. אולם בפועל כאשר המטפל נע בין סטינג הדרכתי

על עצמו, ומניח למתרחש בחדר להישאר במרחב האינטימי בו מתקיים הטיפול הפרטי. דרך שלישית להתמודדות עם דילמה זו מתאימה למטפלי ילדים בעלי אוריינטציה לגישה המשפחתית. אלו עשויים לפתור את הדילמה, על-ידי שיציעו לילד (רצוי עוד יותר אם מדובר בטיפול במתבגר/ת) להיות חלק מהמפגש עם ההורים. עמדה זו מציבה את הילד כשותף בוגר בדיאלוג הישיר עם הוריו. הפתרונות הללו הם פתרונות ראויים, למצב שהוא לא פשוט מבחינה טיפולית, כיוון שהמטופל והחווה הם בעיקרם עם הילד והקשר עם ההורים מהווה בעיקר אמצעי למימוש, קיומו וחזוקו. מפגשים עם הורים, בליווי טיפול בילד, נערכים אחת לכמה שבועות או חודשים. כפי שניתן להסיק פגישות אלו מורכבות וחשובות כפי שהן, מתמקדות בדרך כלל בילד. העבודה הרגשית של ההורה היא תוצר לוואי אפשרי שינבע מהתבוננות עצמית בעקבות המפגשים.

סוג דומה של מעורבות, נוכחת ומשפיעה על ההורה, מתרחשת כאשר יש **טיפול בילד, בנוכחות הורה בחדר**. במקרים אלו ההורה עד, רואה ושומע את ילדו. הוא מגלה עוד רבדים בילד ועד להתפתחותו הנפשית. גם במקרים אלו תיתכן השפעה משמעותית על ההורות, בעיקר כתוצאה מעבודה עצמית של ההורה. בשני המקרים ההורות מושפעת, אבל המיקוד בילד.

II – הדרכת הורים



בסוג השני השכיח והמקובל של הדרכת הורים, המיקוד הוא בילד, אבל ההשפעה נוצרת דרך העבודה עם ההורים. דרך ההתערבות זו מוכרת בשמה הבעייתי מעט – 'הדרכת הורים' אשר עלול לרמז על עמדה מוסרנית ומחנכת של המטפל, כמי שמייצג את החברה, או את התפיסה המקובלת באותה עת, בשדה הפסיכולוגיה ההתפתחותית והפסיכולוגיה כלל. הורים לעתים מגיעים להדרכת הורים בהפניה עצמית ולעתים מופנים על ידי גורם חינוכי, או גורם רפואי המזהים קשיים בתפקוד ההורי. הם מגיעים פעמים רבות עם שאלות התפתחותיות כמו: האם נכון לגמול את הילד? האם חרדה זו טבעית לגיל? וכן הלאה. פעמים יגיעו עם שאלות ספציפיות, שנוגעות לפסיכולוגיה התפתחותית ולשאלות במפגש בין פסיכולוגיה, חינוך וגידול: איך להתערב בין אחים רבים? מה היתרון לשים גבול לילד שרוצה עוד? ועוד וכיוצא באלה. במקרים כאלה טיפולים דינאמיים וקוגניטיביים יצרו מערכת של הדרכת הורים, או התערבויות חינוכיות-טיפוליות. בר שדה מגדירה התערבות זאת **Child guidance**, רבים יקראו

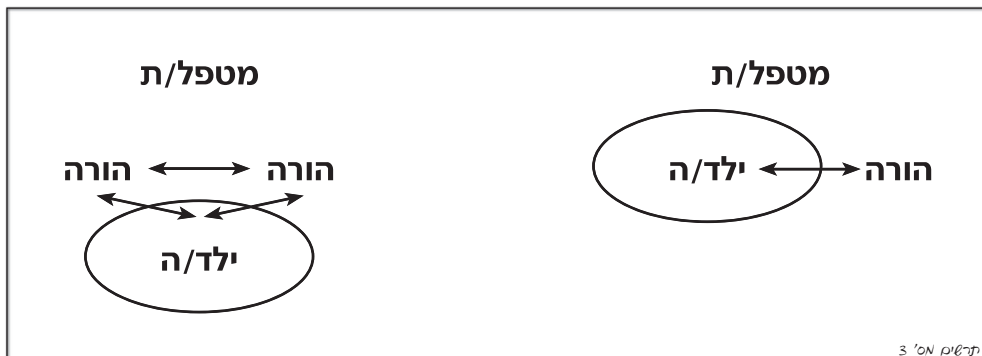


לטיפול, הוא עשוי למצוא עצמו נוגע באירועים, מחשבות, זיכרונות ותחושות, שחורגות מהחוזה שהוגדר ובפועל נוצר בלבול וערבוב שיוצר ציפיות שלא נענות, או נושאים חשובים הנותרים מועלים ונותרים ללא מענה, עיבוד או סגירה. לכן, המטפל צריך להגדיר לעצמו מה נכון למטופל הנוכחי, לפי איזו תיאוריה הוא מבין ומפרש את הנגלה לפניו ובאיזו נגזרת פרקטית הוא בוחר להשתמש ולהתערב. חשוב להדגיש שהורה המביא ילד במצוקה ובוודאי כשזאת זוהתה על ידו, הוא הורה במצוקה ולפיכך ללא ספק המפגש איתו מתרחש כאשר הוא בתפקיד של מטופל. אם הכיוון הוא של הדרכה פונקציונאלית מתוך מחשבה על עידוד והכוונה, אזי ההדרכה היא המבנה הטיפולי הנכון. אם המחשבה היא שהמחסום/המכשלה, היא עמוקה יותר וקשורה לדפוסים אישיותיים, דרושה תיאוריה וגישה טיפולית דינאמית יותר והמטפל צריך לכוון חוזה חדש, שאם לא כן, ההורה המגיע להדרכה מעשית יימצא את עצמו במצב בו הוא/זוגתו, מרגישים שנכנסו למרחב שלא הוסכם לגביו. האב יגיד "לא באתי פה לדבר על ילדותי", "מה זה קשור להתנהגות של בתי היא העניין". האם תאמר: "לא בכעס שלי אני רוצה לעסוק אלא בזה שהוא מרגיז אותי בכך שהוא לא מקשיב לי". במקרים אלו נותר המטפל בבלבול או באי-נוחות, כמו מטופליו, כאשר החוזה אינו מתאים עוד ואינו בהלימה לתהליך. על הדרכת הורים, בגישות שונות נכתב רבות (מאירס, 2007), ורבים המטפלים המשתמשים במבנה זה, במקביל לעבודה עם ילדים או בפני עצמו. אלה שלעיתים צורת התערבות זו אינה מספקת. ישנם מקרים שבהם ההורה מבין מה נכון לעשות, אולם מתקשה לבצע זאת. הוא יבין שנכון לילד בן שמונה לשכב לישון בשעה אחרת מנערה בת ארבע-עשרה, אולם תחושתו הפנימית היא – שהוא מקפח את הילד הצעיר, תבלום אותו מלבצע את מה שהוא עצמו חושב כדבר הנכון. אם יכולה להבין שלילד יש הפרעת-קשב ולכן אינו שומע אותה, אלא אם תעמוד קרוב אליו ותיצור איתו מגע, אבל יחד עם זאת, להרגיש גם שהוא מזלזל בה ומוצאת עצמה חוזרת ומתפרצת כלפיו. ההורים מבינים שנכון להציב גבולות קבועים, אבל הם תופסים את עצמם כאנשים עדינים ואינם מוכנים, כל אחד מסיבותיו שלו, לחוות עצמם כ'תוקפניים'. לכן במצבים כאלה ורבים אחרים, עצות ויעילו לזמן קצר, אם בכלל, או שאף יגבירו את התסכול ואת הפער בין הרצוי למצוי בהוויית ההורה. במקרים אלו על המטפל לשקול ברמה התיאורטית – האם מה שיעזור כעת הוא התמקדות במעשי והתמודדות עם החיצוני, או לשאוף למפגש של רגש והבנה תוך חיפוש וגילוי של המייצג/המופנם/הדפוס. אם המטפל מתרשם, מתוך מפגש עדכון עם הורים, או בתהליך של הדרכה, שאלו התמות שעולות, רצוי שאחרי מחשבה בנושא יפתח מחדש את החוזה הטיפולי ויציע להורים להתמקד ולעסוק בהורות. כך למשל יציע: "עסקנו בתקופה האחרונה בניסיון ליצור גבולות ברורים יותר שיקלו על ניהול הבית. גילינו יחד, שלמרות שאתם מבינים מה צריכים הילדים והמשפחה, לכל אחד ממכם, מסיבות שונות, מאד קשה ליישם זאת. אני מציע שנקדיש מספר מפגשים ונסה להבין לעומק מה כל אחד מרגיש, מה עוצר אתכם לעשות מה שנכון, מה אתם מרגישים כבני אדם מול התפקיד שקשה לכם לבצע. ניגע בהורות של כל אחד מכם, קודם כל דרך המפגש הכואב עם הניסיון שאינו מצליח בינתיים להציב גבולות". המטפל שישאף לנסח כך את החוזה המחודש, יתכן וימצא את ההורים בני ברית נכונים. זהו אמנם טיפול שמוקדו ברגש וביחסים מופנמים וממשיים, אך הוא ממוקד, מוגדר וכפוף למטרה מעשית של הווה ועתיד בחיי המשפחה. מטפלים רבים חשים בהלה מפני הצעה שכזו. הם חשים בבהלת ההורה שירגיש חשוף, אולי מפותה לחוזה בו לא רצה. לעתים הקושי הוא של המטפל במעבר הרגשי להתמקדות אמפאטית בהורה כאדם שבמרכז הטיפול. יתכן והאתגר העיקרי הוא ההתגברות על בהלת המטפל בפני עצם ההצעה לעבור לחוזה חדש, מתאים יותר למטופליו.

PP

התיאוריה לגבי טיפול בהורות מבוססת על תפיסה, הבנה וקבלה של הורות כשלב התפתחותי נפרד מובחן ובעל רבדים נפשיים, הנובעים מהשינוי הביולוגי, תרבותי, רגשי של הבאת ילד לעולם (Bendek, 1959). לעתים, בכדי לחוש רווחה אישית והוויה של התפתחות, על ההורה להתבונן בעברו, בהיסטוריה המשפחתית, בתפיסות ובאמונות, בדפוסים ובהוויה הרגשית שלו בהקשר הורותו על כל רבדיה. טיפול כזה מבסס רעיונותיו מתפיסות דינאמיות, מראיית הפרט בזוית משפחתית ומעקרונות של טיפול ממוקד"

טיפול ביחסים



PP

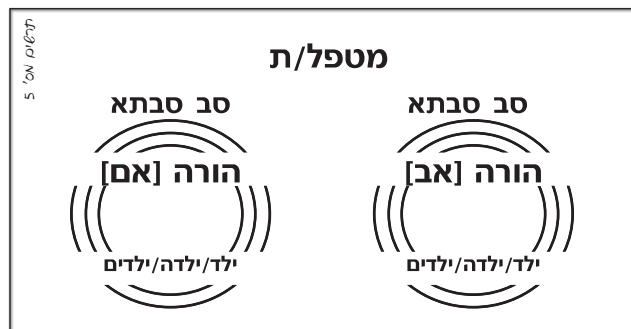
הטיפול בהורות ממוקד בטיפול באדם בוגר, שזהותו ההורית מעסיקה אותו, או שסביב זהותו ההורית, מתקיימת מצוקה והיא זו אשר תעמוד במוקד התהליך הטיפולי"



להורים כחלק ממערכת הנמצאת כולה בטיפול על-פי-רוב מתוך שאיפה לעזור להורים בתפקידם כמובילי המערכת. בטיפול המשפחתי ההתייחסות לילד, אם ההפניה דרכו/ בגללו, היא על פי רוב כפציינט מזוהה ומסמן דבר בינאמיקה המשפחתית. גישות אלו יתייחסו ליחסים והקואליציות השונות במשפחה ולתפקידים הייחודי של ההורים בתוך המערכת. בפועל טיפולים משפחתיים, במתכונת המלאה, קשים לביצוע. רבים מהמטפלים רואים בעיקר את הזוג, או עובדים כל פעם עם חבר/י משפחה שונים, כאשר הם מחזיקים בתוכם את הראייה המשפחתית כפריזמה המובילה את ההסתכלות וההתערבות הנגזרת בעקבותיה. הדגש בטיפול המשפחתי הוא על המערכת כמטופל. ישנו מקום לתפקוד ההורי והשפעתו על יעילות פעולת המשפחה. המיקוד הוא בתפקיד ובתפקוד, יותר מאשר בהווייתו של ההורה כאינדיבידום.

גם הטיפול ביחסים וגם הטיפול המשפחתי הינם סוגי טיפול העשויים להשפיע משמעותית על התקשורת ועל ההתייחסות הרגשית וההבנה של ההורה את ילדו. ההשפעה היא לעתים גם מעשית וגם פוטנציאלית מאפשרת התייחסות של ההורה לעצמו כתוצר לוואי. התייחסות מסוג זה מובילה אותנו להדגש בו המיקוד הוא בעבודה על ההורות – כתחום טיפול ממוקד בפני עצמו.

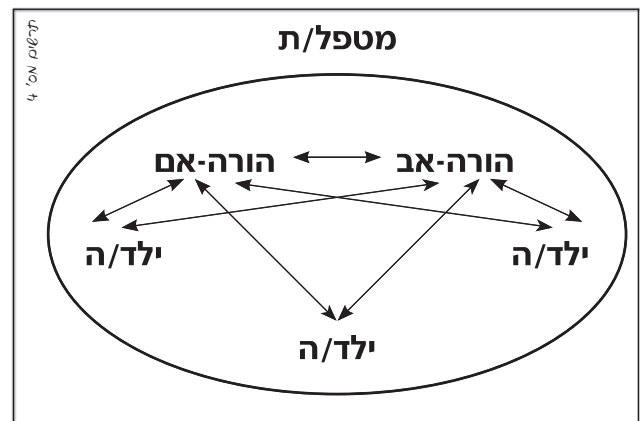
III טיפול בהורות



הטיפול בהורות ממוקד בטיפול באדם בוגר, שזהותו ההורית מעסיקה אותו, או שסביב זהותו ההורית, מתקיימת מצוקה והיא זו אשר תעמוד במוקד התהליך הטיפולי. תמה טיפולית כזו עשויה להיות חלק מטיפול פרטני, זוגי או משפחתי, אולם פעמים רבות, התמה של טיפול בהורות תיוולד מפניה לכאורה עבור ילד או מפניה ישירה של הורה העוסק בהורות. פעמים רבות, הורים מגיעים מודאגים בקשר לבעיה עם הילד ולאט-לאט נחשפים רגשות מורכבים שלהם. הורים באים עם שאלה פרקטית לכאורה העוסקת במה לעשות, אולם עם הזמן מסתבר ש'הידיעה' מה דרוש אינה מקדמת אותם במאום, מכיוון שאינם מסוגלים לעשות איתה דבר. הורה בתלונה על בת זוגו שבגללה הילדים נעים במסלול לא מסתגל כזה או אחר, מתוך השיח עולה, שלמעשה הוא חושש להיות הורה נוכח ומשפיע יותר ובמידת מה נוח לו להיות בדפוס תקשורת של 'משחק תלונה' (ברן, 1970). כאשר אדם שהוא הורה, מגיע למטפל ומעלה נושאים רגשיים עזים ביחס לילדו כמו: אכזבה, רתיעה, מרחק או דחייה, תחושה של פספוס,

סוג נוסף של התערבות טיפולית משמעותית בעבודה עם הורים וילדים הוא טיפול שמוקדו ביחסים, בקשר. כך עבדו ויניקוט ואחרים עם ילדים צעירים (Brafman, 2001). התערבות זו כונתה על-ידי צ'תיק 'טיפול ביחסי הורה ילד' (צ'תיק, 2005). Chethik, 1976) ולו הוא מקדיש פרקים נפרדים בעבודתו המוקדמת (Chethik, 1989). גישות אלו מתחילות כנראה עם המודל שנוצר בעקבות עבודתה המוקדמת של פרייברג ועסקו במודל של פסיכותרפיה של יחסי אם- תינוק (Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro. V, 1975) ופסיכותרפיה קצרת-טווח לאם-תינוק (Cramer, B et al, 1990). הדגש בטיפול הוא על הקשר בין דיאדות במשפחה. עם התמקדות בקשר בעייתי (צ'תיק, 2005). כאשר מבנה הטיפול נע בין מפגש אב-ילד, מפגש אם-ילד, ומפגש אב-אם אחד אחרי השני (בן אהרן ועמיתיה, 1997), או במפגשים של חברי הדיאדה בה הקשר המוגדר הוא בעייתי. בטיפולים הנגזרים מתוך גישה זו, הדגש הוא על היחסים בין הורה לילד. התפיסה הטיפולית העשירה ביותר של המודל הדיאדי, היא של הקבוצה החיפאית. ההגדרה שלהם היא שהגישה היא גישה דינאמית לטיפול בהפרעות יחסים בילדות (בן אהרן ועמיתיה, 1997), כאשר מדובר בטיפול קצר בהפרעות אצל ילדים בשלב קדם-חביוני מבחינה התפתחותית. "אנו רואים את קשייו של הילד כשייכים להפרעה ביחסים, קשורים ומגיבים לקונפליקטים ו/או לקשיים ההוריים ולהיענות לצרכי ההתפתחותיים המשתנים" (שם, מבוא). ניתן לראות כיצד גישה תיאורטית ונגזרותיה המעשיות, מתמקדת בניסיון לשנות קשר בעייתי, או דפוסי תקשורת, כאשר הדגש הוא קודם כל על צרכי הילד ועל היחסים. יתכן שינוי בהורה, בהוויה או מעבר לכך, אך הוא אינו המוקד.

טיפול מערכתי – טיפול משפחתי



האסכולות השונות של הטיפול המשפחתי רואות במשפחה יחידה פסיכולוגית אחת, שהיא מערכת עם מטרות משותפות, קשרים רגשיים ותפקידים. משפחות מתוארות כמערכות, עם גבולות, קבוצות, יחסים, כוחות ופתולוגיות. התנהגות המשפחה משרתת מטרות ואף צרכים הגנתיים של המשפחה ולכן תפקיד המטפל ליצור שינוי בהתנהגויות במשפחה ובמשמעות הניתנת לאינטראקציות ולקשרים. בין אם הגישה המשפחתית היא מבנית, התנסותית, או דינאמית אלו יהיו הבסיסים המשותפים בעבודה הטיפולית (Minuchin, S., Fishman, C., 1981., Whitaker, C., Napier, A, 1978., Ackerman, N, 1966). כך הטיפול המשפחתי מתייחס



אי-הבנה או עצב עמוק, נראה כי הוא יכול להסתייע בטיפול בהורות. תחושות אלו יכולות לעלות סביב נתון בחיי הילד, בהקשר כללי של גידולו של ילד מסוים ויש פעמים שזוהי תחושה כללית כלפי הילדים כולם (ישנו כמובן ממד אבחוני למידה ולהיקף של הבעיה, גם מבחינת אופי התהליך הטיפולי שייגזר). אם שמספרת שדווקא עם ילד זה אינה יודעת כיצד לנהוג, אב שמספר שתמיד חלם להכין שעורי בית עם ילדו וזה מתעלם ממנו והדבר הגורם לו סבל רב, הורים ששואלים עצמם כיצד נולד לנו ילד כזה? או מדוע ילד זה כל כך שונה מאחותו מאחיו ומאתנו וכיצד נכון לגדל אותו? הורה ששונא את ילדו, הורה שנגעל, הוא שמפחד מהילד והוא שמוטרד לאורך זמן מגיעים אלינו למעשה כדי לטפל בהורות שלהם. במקרה כזה יתכן והורה אחד יהיה המטופל המרכזי ובן או בת זוגו יהיו עדים לגילוי, פעילים בעיבוד הקושי ובמציאת הדרך להתמודדות איתו. יתכן והתהליך יגלוש לכיוון זוגי, או לתמות אישיות מאד – אך הדגש הוא על ההורות ועל החוויה שהיא אינה ממומשת כפי שאדם רוצה היה.

דוגמא קלינית

הורים מגיעים לייעוץ כי הם מוטרדים שבתם אינה אוכלת. עולה בכלל תחושה של התרחקות ממנה, התחצפות מצידה וחוסר-אונים מצידם. במפגש אנמנזה שני, האם מספרת כי בשנה שעברה עשתה דיאטה, היא משתייכת לקבוצה שעוסקת בשמירה על משקל ובפועל רזתה מאד, דבר שמקבל תגמול רב על ידי הסביבה. לאחר מכן עולה כי האב בעבר התייחס ל'חברה השמנה' של האחות הגדולה וגם לנערה עצמה העיר מספר פעמים על 'אכילה חזירת'. בשיחת המשוב השנייה עם ההורים, אחרי מספר מפגשים עם נערה, האם מודה שקשה לה עם צורת אכילה והצורה החיצונית של בתה והיא נגעלת ממנה לאחרונה.

אחרי שני מפגשים עם ההורים המטפל שואל את עצמו את מי נכון לראות כרגע, במי נכון לטפל? בנערה, בהורים טיפול ממוקד סביב דימוי גוף, במשפחה כולה? האם רצוי לראות כעת את הנערה או להציע להורים תהליך ממוקד בהם? האם הם זקוקים להדרכה במקביל לטיפול בנערה או לתהליך של 'טיפול בהורות'?

טיפול בהורות יתחיל פעמים רבות ממצוקה ספציפית בהווה ויכול להתפתח להתבוננות מעמיקה בדפוסי ההורות. תחילה הדפוסים המוצהרים והמודעים ולאחר מכן הפחות מודעים. מנקודה זו ממשיך תהליך של התוודעות רגשית מחודשת לגבי הילדות ובדיקה מחדש של תפיסת הורות, כפי שנבנתה עוד בחיי הנפש שלהם כילדים והרהורים בנוגע לדפוסים וציפיות שהופנמו והתפתחו לגבי הורותם העתידית. הם מתוודעים גם להשלכות ספציפיות המתקשרות להורות לילד הספציפי, לדרך בה הם 'מזהים' ו'מסמנים' את הילד וכיצד הם פועלים ו/או נמנעים בעקבות אותה הבנייה של ההיסטוריה האישית. ההתבוננות, העלאת הרגשות, החקירה אישית, בליווי תומך של המטפלת/ת ושל בן/בת זוג, מאפשרים למבוגר ההורה לתקשר עם הילד שבו, זה שהיה וזה הנוכחי, ומהם להגיע מחדש לבוגר ולמפגש עם ילדתו הספציפית. בכל הורות קיים מפגש בין שתי היסטוריות משפחתיות, והפרשנות הספציפית שנתנו להם הבוגרים שהקימו יחד משפחה. מתקיים מפגש בין תפיסות הבאות ממודלים שונים. העיבוד, בנוכחות ההורה השני, יכולה לעורר דיאלוג מחודש של דפוסים וקונפליקטים שבניהם, מתוך ראייה נוספת שנבנית בחדר הטיפול.

דוגמא קלינית

אם מגיעה מותשת עם ילד בכיתה ג', שמסרב להיפרד ממנה בהגיעם לבית הספר. הבעיה חריפה ובבית הספר נבנתה תוכנית התנהגותית מערכתית על-מנת להגביר את סיכויי השתלבותו הלימודית והתפקודית ללא נוכחות צמודה של הוריו. כאשר האב מגיע במפגש השני, הוא מביע כעס גובל בזעם כלפי אשתו, שאינה מאפשרת לדבריו לילד להתבגר. התנהגות הילד בחדר חרדתית, הוא נצמד לאם, נראה שחש כאילו עלולה להיעלם אם רק יניח לה לרגע. משיחות עם האם עולה שהקשר לבנה חזק באופן מיוחד והיא מתקשה לתארו במלים, קשר השונה בעוצמתו ובצורתו מקשריה לבנותיה הבוגרות. מסתבר גם שזוהי ההורית היא הממלאת אותה בשנים האחרונות, ושהאב נחוזה פחות שותף בהורות ויותר ביקורתי. המטפלת בודקת עם ההורים האם ניתן להרחיב את חוזה הטיפול הראשוני ולעסוק בהורות שלעצמה. ההורים מסכימים ובהמשך מצליחה האם להביע את

PP

כאשר אדם שהוא הורה, מגיע למטפל ומעלה נושאים רגשיים עזים ביחס לילדו כמו: אכזבה, רתיעה, מרחק או דחייה, תחושה של ספסוף, אי-הבנה או עצב עמוק, נראה כי הוא יכול להסתייע בטיפול בהורות"

PP

התיאוריה לגבי טיפול בהורות, מבוססת על תפיסה, הבנה וקבלה, של הורות כשלב התפתחותי נפרד מובחן ובעל רבדים נפשיים, הנובעים מהשינוי הביולוגי, תרבותי, רגשי של הבאת ילד לעולם. לעתים, בכדי לחוש רווחה אישית והוויה של התפתחות, על ההורה להתבונן בעברו, בהיסטוריה המשפחתית, בתפיסות ובאמונות, בדפוסים ובהוויה הרגשית שלו בהקשר הורותו על כל רבדיה"





במקרים שבהם המצוקה היא של ההורה וקשורה לניסיונו בחיים, ולתסריטי חייו המוקדמים (ברן, 1970) ("אני רוצה להיות אחרת איתו אבל איתי תמיד נהגו....."), או לדפוס אישיותי ("חשוב להיות איתו תקיף, ברור לי שהוא זקוק לכך, אבל אני לא יכול להיות כזה") או לרגשות עוצמתיים ("הילד הזה משנה לי את מצב הרוח אם הוא בוכה". "אני מרגישה עצב רב ממנו וכלפיו כאילו הוא נושא משא כבד, למרות שאחרים אומרים לי שהוא שמח") הגישה הנכונה תהיה לבדוק עם ההורים אפשרות של 'טיפול בהורות'. פעמים לא מעטות הרצוי נתקל במעצור והמטפל בדילמה טיפולית. האב שאומר "אני מבין מה שאתה מציע, אבל לשבת פה איתה ולדבר על עצמנו, ההורות, מה שהיה לנו כילדים, זה כל כך רגיש ששינוי לא נעמוד בזה. עדיף שתיתקח את הילד ותטפל בו כמה זמן שיצטרך ותעזוב אותנו בצד". מטפלים רבים, הרואים לנכון ושואפים לשלב בעבודתם עבודה טיפולית משמעותית עם הורים, מעלים שוב ושוב נקודה כואבת זו. בפועל פעמים רבות, רק אחרי קשר משמעותי, אמון והכרות, הורה שהביא ילד לטיפול, וקיבל ליווי ו/או הדרכה כזו או אחרת, מוכן ובשל להיכנס לתהליך של 'טיפול בהורות'. לתפיסתי, מוטב להציע ולתאר מסלול טיפולי זה להורה/ים שזקוקים לו, גם אם מניחים שהוא ידחה על הסף. ההורה ששומע שיתכן ויש קשר בין דפוסיו, ניסיונו בחיים, והדרך בה הוא והוריו גדלו, לבין המצוקה הנוכחית, או הנמשכת של ילדו, ירהר בדבר ויתכן שיום אחד ירצה ללכת בשבילי מסע זה.

התיאוריה לגבי טיפול בהורות, מבוססת על תפיסה, הבנה וקבלה, של הורות כשלב התפתחותי נפרד מובחן ובעל רבדים נפשיים, הנובעים מהשינוי הביולוגי, תרבותי, רגשי של הבאת ילד לעולם (Bendek, 1959). לעתים, בכדי לחוש רווחה אישית והוויה של התפתחות, על ההורה להתבונן בעברו, בהיסטוריה המשפחתית, בתפיסות ובאמונות, בדפוסים ובהוויה הרגשית שלו בהקשר הורותו על כל רבדיה. טיפול כזה מבסס רעיונותיו מתפיסות דינאמיות, מראיית הפרט בזווית משפחתית ומעקרונות של טיפול ממוקד.

מתי שני ההורים בחדר?

כאשר התמה בה עוסקים ממוקדת בהורה אחד הנמצא במצוקה או בתקיעות בהורותו, עולה שאלה אם עדיף לטפל בו לבד, או שעדיף שהטיפול יתבצע בנוכחות שני ההורים. יתרון נוכחותם של שני ההורים, גם אם העבודה מתמקדת לאורך מפגשים באחד, הוא רב. העמקת ההורות (ובעקבות כך הזוגיות), האמפטיה של בן הזוג האחר, זווית ראייתו ותמיכתו בתהליך, כל אלו יכולים לחזק את העבודה עם ההורה שבו מושם המוקד הטיפולי. ההורה האחר יכול לשתף מזווית ראייתו לגבי העבר וההווה. הוא יכול להוסיף את תפיסתו הוא, בכל הנוגע לההתנהגות המתוארת של ההורה/הילד ובכך להעשיר את הסיטואציה. דבר נוסף, הוא שהמוקד עשוי להשתנות, בעיקר אם לפתע הגילוי אצל ההורה האחד, מעורר באחר גילויים משמעותיים משלו. נדנדת המיקודים עשויה להשתנות, כאשר המיקוד בחוזה טיפולי ייחודי זה, נותר ההורות.

חששה העמוק שאם תתרחק מהילד הוא יפגע. הטיפול מתחיל להתפתח לכיוון פחדיה ורגשותיה של האם שמקורן בילדותה והתפיסות שנבנו אצלה והתבססו עם השנים. בנקודת זמן זו מיקוד הטיפול בילדה שבאם שפוחדת לנטוש מתוך עוצמת החוויה שננטשה היא בילדותה. מתוך כך מתבהר החשש מההתרחקות מהילד ושל הילד עם התפתחות עצמאותו.

האם המטפלת צריכה הייתה לטפל רק בילד? האם האב צריך להיות חלק מהמסגרת הטיפולית? ברור שיש כאן תמות של טיפול בהורות אולם מי המטופל הראשי? מהם סדרי העדיפויות? האם רצוי לפצל את הטיפול או לפעול בשני מסלולים בו זמנית? האם יש כאן מקום להדרכה מעשית בלבד או שרצוי להציע 'טיפול בהורות'? אלו דילמות שמלוות מטפל המאפשר לעצמו לפתוח את תפיסת עולמו הטיפולית מעבר למוקד של טיפול בילד עם/בלי הדרכת הורים בלבד. במקרה שהוצג, הטיפול בכללותו החל בפגישות משותפות של הילד והאם, בו העלה הילד את חרדתו מנטישת האם וחרדות כלפי החיים בכלל, שהתפתחו לטיפול קצר בו. במקביל נפגשו האם והאב עם המטפלת, והאב נתן תמיכה ליכולת של האם להיפרד מבלי לנטוש את בנה. הסתבר, שטיפול בהורות שחווה האם, העלה בה תחושת נטישה משלה שמקושרת לתקופה שבה אביה שינה קריירה ובהיותה ילדה ובחוויה שלה נעלם מחייה בתקופה קריטית. האם יכלה לזהות את המקור הקשור לאביה, את הקשרו לבנה ואת חרדתה משחזור. היא הבינה גם, שלמעשה למעלה מעשור, התבססה זהותה על דאגה פיזית לילדיה. היא חשה שהתרחקות מהבן תציב אותה במקום מבלבל בעצמה, בו אין לה מסלול אלטרנטיבי של משמעות אישית. ההכרה, יחד עם תמיכת בן הזוג שהסכים לקחת חלק ממשי ותומך בהיפרדות, אפשרה לאם להתרכז בחרדותיה ולתת לבנה לגדול ביתר קלות. לאחר שנים עשר מפגשים של ההורים שהתנהלו במקביל לשש פגישות של הילד, היו הילד, אמו ואביו מחוץ למצב המעיק בו היו קודם, ובאיזון הורי ומשפחתי מתפקד ובעל תחושת רווחה אישית שהמשיך גם שנה לאחר מכן.

בחירת המטפל – מפגש של ליווי וייעוץ, הדרכה או טיפול בהורות?

כאשר האדם מגיע לייעוץ לגבי עצמו או לגבי ילדו, המטפל צריך לעשות אבחנה מה דרוש ומה אפשרי מבחינת סדרי העדיפות. אם לילד יש מצוקה והקושי הוא בברור אינטרה-פסיכי, הסטיג העדיף יהיה לשלב את ההורים בתמונה, לליווי וייעוץ. כאשר המצוקה ההורית נוגעת ליותר מילד אחד, או למשל, לפער בין רצוי למצוי אצל ההורה, יסתמן כיוון של הדרכת הורים. כך למשל האב שיאמר "אני יודע שעדיף שיהיה לו סדר שינה קבוע, אבל אינני מצליח לעמוד בכך". גם פערים בין בני הזוג לגבי ההורות, יכוונו אותנו פעמים רבות להדרכתם. האם שתאמר "אני רוצה יותר לשתף אותו בבית, אבל שהוא מחליט החלטות זה מקפיץ אותי ואני מוצאת עצמי משנה לו אותם", היא אם שיחד עם בעלה זקוקה להדרכה.





מדוע ליצור אבחנה בין סוגי הטיפול?

האבחנות הללו, בין רמות המפגש הטיפולי עם הורים, המוצגות באופן קטגורי, עלולות ללקות בפשטנות יתר. כך לדוגמה, טיפול פרטני יכול להתמקד לתקופה, בתחושה של אישה שהיא אימא לא טובה, כאשר תוך כדי דיאלוג טיפולי מסתבר שהיא חלמה להיות אם רגועה ומרגיעה והיא מוצאת עצמה, כמו אמה, מציפה בחרדותיה. אולם, לאחר עשרה מפגשים בנושא, יתפתח הטיפול בעיסוק בעצמה בחינת זהות מקצועית ונושא ההורות שוב לא יהיה נושא מטריד עבורה. מה שחשוב, ולכן העיסוק באבחנה משמעותי, שלמטפלת יהיה ברור באיזה סטיג היא נמצאת ועבור אלו מטרות. שלא תחשוש, מתוך הבנה טיפולית רחבה להציע חוזה מחודש ולטפל ולהתערב מתוך מבנה הסברי זה. אם למטפל ברור הכיוון הוא יכול לנוע במרחב החלימה הטיפולי ללא חשש, בלבול רב מדי, או חוסר שקט.

בכל טיפול אחריותו של המטפל היא לבנות, במשותף עם מטופלו ובינו לבין עצמו, מטרות והנחות עבודה הקשורות להבנת האדם מולו ולתהליך. מאידך, אותם מטרות טיפול והסטיג המשרת אותן, יכולות ועלולות לנבוע מהתיאוריה של המטפל בלבד. הצעת הכותב היא שהמטפל יפעל מתוך גישה רגישה למשפחה כולה וישאף להתאים את הסטיג, את המיקוד, צורת התערבותו ואת עצמו למורכבות האדם הפונה והמשפחה שהגיעה לטיפול. בהקשר זה טיפול בילדים מעלה מספר כיוונים אפשריים: לטפל בילד עם מפגש הורים לצד הטיפול, לנוע במקביל/בנפרד מטיפול בילד במרחב שנגדיר כ'הדרכת הורים', להתמקד במערך יחסים, לעבוד עם המשפחה כמערכת, או להציע 'טיפול בהורות'. יש לזכור כי הסטיג של 'הדרכת הורים' יוצר מעין בן-כלאיים שמטרתו ללוות פרקטית טיפול בילדים. לעתים הוא אכן המבנה הדרוש והמתאים. כל עוד הוא לא משרת את החששות של המטפל מהמורכבות ואי הודאות בטיפול עומק בהורה. טיפול פרטני במבוגר וטיפול זוגי בודאי, פונים פעמים רבות לתמות הורות פר סה. מטופלים ומטפלים, חשים לעתים אי נוחות כאשר המיקוד הופך ספציפי כל כך וכאילו מוסט מהמיקוד במרחב הזוגי או האישי הכללי.

טיפול בהורות כטיפול דינאמי ממוקד

ההורות מעלה חיבור של עבר והווה, של תפיסות בין דוריות, של המשפחה שהייתה וזו שנבנתה. התזה המוצגת כאן מכוונת לחדד מתי טיפול דינאמי, ממוקד באופן מסוים, שהתכונותו 'ההורות' עדיף ואפשרי על מיקודים אחרים. ישנם אנשים רבים, שעבורם זוהי דרך המלך להגיע לשינוי פנימי או אף דרך הכניסה בכלל לעמדה רגשית ול'תפקיד' המטופל. אם המטפל זוכר שלאדם קל לצלול לנבכי נפשו, כאשר המסגרת ברורה והמטרה מוגדרת, הוא יכול להיעזר בעיסוק בזהות ההורית, כמנוף ליצירת שינוי משמעותי ומהיר באדם ההורה ומכאן במשפחתו כולה לעתים. המשימה שלנו היא להגדיר לעצמנו מהו הסטיג הרצוי ומתוך הבנה זו לפעול ולכוון את מסלול הטיפול.

לטיפול בהורות מספר מאפיינים של טיפול דינאמי ממוקד – לאו דווקא מבחינת הגדרה ראשונית של משך הזמן, אלא בעיקר מבחינת השימוש במיקוד. החוזה הטיפולי יוצר מצב בו ההתייחסות לקושי של ההורה, פונה לבירור חווית ההורות, ציפיות הוריות, ההורים המופנמים וכן הלאה. כל החומר הטיפולי הוא בהקשר ההורות ומקומה בזהות האישית ומכאן הוא מפורש. מיקוד כזה מאפשר מנוף טיפולי מוצלח ביותר. מניסיוני, הורים מעיזים לצלול לחששות ולפחדים, למאווים ולמשאלות, כאשר ישנו תיחום של נושא והאדם חש מוגן במרחב הזה. מטופלים רבים החוששים ממרחב אי הודאות המתאפשר ומתקיים בטיפול דינאמי מסורתי, יכולים להיעזר בתחימה הנושאית, להגעה לרמות משמעותיות של העמקה רגשית בחשיפה ובתובנה בזמן קצר. כך למשל בסיפורו של אב, שהגיע דרך הקושי לחבק את בנו, להיסטוריה בינו לבין אביו וסבו. בפגישה שלישית שעסקה בהורותו, העלה בכאב סדרת אירועים כאובה ביותר בעברו ודיבר עליה לראשונה עם המטפל ועם אשתו. תוך כדי שיחה עלו בכי וכאב ואף הוזכרו חרדות הומוסקסואליות, שהפתיעו אותו ואת אשתו. דוגמה זו, מחדדת שוב את פוטנציאל הקיים בתפיסה המכבדת אפשרות של הטיפול בהורות וכיצד טיפול בהורות יכול לעתים להגיע רחוק יותר ומהר יותר מכל סטיג אחר, כאשר יש קשר טיפולי, אמון וחווה מוגדר היטב.

הורים מגיעים להתייעצות עם נער בן 17 ובפיהם עצב ותחושה שהילד מנותק מהם. הנער אינו מוכן להגיע לטיפול, אולם המטפלת מרגישה שמידת האכזבה והתסכול של ההורים מזמנים חוזה אחר בשלב ראשוני ומציעה להם להיכנס לחוזה של טיפול בהורות. ההורים נשמעים סקפטיים לגבי מידת האפשרות לשינוי הקשר בכלל, אבל נענים מול הגדרה ממוקדת. בשיחות הראשונות עולה שמגיל צעיר חשו שבילד זה משהו אינו קשורה. אבל אבחונים של אנשי-מקצוע

**ההבחנה והבחירה
בטיפול בהורות,
היא קודם כל, בידיו
של המטפל המוביל
את התהליך.
הבחירה לתת מקום
לאדם בוגר הזקוק
לעזרה רגשית
בזהותו ההורית,
היא המשמעותית.
ברגע שהמטפל
בחר להציע חוזה
כזה, המטרות
והתהליך, יעוצבו
בהתאם. המטפל
יציע למטופל
להתחיל לעסוק
בהורות דרך
הקושי הספציפי
איתו הגיע ומכאן
המסלול הוא
אישי. תהליך
שמיקודו טיפול
בהורות יעשה
מתוך חיבור בין
כאן ועכשיו, לבין
העבר: העברות
בין-דוריות, ייצוגי
המשפחה בה גדל
ההורה והאישיות
המתעצבת כל אלה
בהקשר ההורי"**





מסוג זה, לא כדאי שתשתמע בנוכחות משפחתית מלאה. פרט היסטורי חשוב זה זקוק ללא ספק למרחב של התייחסות ועיבוד, אבל עבודה במסגרת של טיפול בהורות תיתן מענה יעיל יותר ללא ספק מהמרחב המשפחתי. ישנן דוגמאות למכביר למצבים ולנושאים הקשורים להורים ולהורותם, בהם טיפול משפחתי כסטינג מתאים פחות כמרחב להבעה רגשית, לדיון מעמיק ולעיבוד. טיפול בילדים מתוך ראייה וזווית הסתכלות משפחתית, קרי המודל שמוצע כאן, יכול לכלול ולהכיל בתוכו, התערבות קצרה או ארוכה של טיפול בהורות, לעתים טרם, או אחרי ולעתים במקביל לטיפול בילד עצמו. זאת בתנאי שהמטפל מוביל מהלך כזה באופן מושכל. טיפול זוגי נוגע פעמים רבות בתמות של הורות אבל המוקד שלו שונה. ביחידה הזוגית ולא דווקא ביחסים הבין-דוריים של אדם, הוריו, משפחתו, הוא עצמו וילדו/ילדיו. ניתן בתוך טיפול זוגי להגדיר, תחום זמן עבודה של 'טיפול בהורות'. אבל אז, בתוך אותו טיפול צריך להגדיר זמנית מחדש, הן את תפקיד המטפל/ת והן את תפקיד בן/בת הזוג המקשיבים. טיפול אינדיבידואלי דינאמי, יעסוק פעמים רבות גם בהורות, כאחד מתחומי הזהות המשמעותיים בחייו של האדם המטופל. רק מעט מאוד אנשים פונים לטיפול סביב זהותם ההורית. המקרים השכיחים כוללים פנייה לטיפול סביב דאגה, ממוקדת לכאורה, בילד. נראה כי בדרך כלל ההשפעה על ההורות בכלל ועל המשפחה והילדים, תגדל כאשר התערבות והשיח על ההורות יעשה בנוכחות בן/בת הזוג ובהקשר הורי כללי. כאשר הטיפול בהורות יכול להיעשות בפועל עם הורה אחד בחדר (במקרה של גירושין או אלמנות זה מתבקש), אולם ההפנמות והייצוגים שיופיעו בחדר, יתייחסו למספר דורות ומודלים בכל מקרה.

סיכום

טיפול בהורות יכול להתפתח ולעלות כאפשרות מתאימה בעקבות פניה לטיפול פרטני, פניה של הורה ליעוץ, מתוך טיפול זוגי ועוד. 'טיפול בהורות' מתפתח בדרך כלל, מתוך פנייה בעקבות מצוקה של ילד, או ליתר דיוק מצוקה עם ילד. על-פי-רוב לתפיסתי, עדיף לקיים אותו בשותפות ובנוכחות של שני ההורים, גם אם המיקוד הוא בהורה אחד. נוכחות השני יכולה להיות בעלת ערך מוסף רב, לשניהם. כמובן שלעתים מתוך מבנה זה של טיפול, יכול להתפתח גם טיפול פרטני, או זוגי, אבל זו אינה מטרתו. בטיפול בהורות המוקד הוא הבוגר אשר זהותו ההורית היא התמה המרכזית בה מתמקדים, משתהים, מרגישים ומנסים להבין כדי לקדם את התפתחותה. Roth ו-Fonagy טוענים כי יש הכרח לגבש עמדות וגישות תרפוטיות מיוחדות למגוון בעיות פסיכולוגיות המתעוררות בשלבים פסיכולוגיים שונים (Roth & Fonagy, 2004). חוקרים אלו ורבים אחרים, עוסקים רבות בניסיון להגדיר את היעילות, הנובעת מהטיפול בהקשר של סוג הטיפול והצורך לו הוא נותן מענה (Roth & Fonagy, 2005). מבחינה זו ברור לנו מזה זמן, שההורות היא שלב התפתחותי פסיכולוגי בפני עצמו (Benedek, 1959) ולכן נכון שתזכה לגישה המתמקדת בה עצמה. ההבחנה והבחירה בטיפול בהורות, היא קודם כל, בידיו של המטפל המוביל את התהליך. הבחירה לתת מקום לאדם בוגר הזקוק לעזרה רגשית בזהותו ההורית, היא המשמעותית. ברגע

העבירו להם מסר שהילד בסדר ושהזמן יעשה את שלו. בפועל ההורים חשו שאינם מבינים ואינם מצליחים להגיע לילדם והלך ונוצר מרחק וזרות שגדלה והלכה עם השנים. ההורים פתחו כעס כלפיו והוא מצדו התרחק. התחושה הייתה הדדית וכללה חוויות שליליות שהצטברו. המטפלת עזרה להורים לעבד את התסכול ואת הכאב, את חוויות הדחייה של האב בילדותו, הריחוק של האם מבני גילה בהתבגרותה, ואת הכמיהה לקשר. כמיהה שמול הבן התבטאה בתסכול, חוסר-אונים וכאב. החיבור להורות שלהם, לציפיות העצמיות ולהורות שחוו כילדים. התהליך הביא להקלה ולהבנה שונה לגבי הרגשתם, אצל כל אחד מההורים. הטיפול הביא לרווחה אישית, ועל סף הדלת בסיומו, ספרו שלאחרונה מצאו עצמם מתייחסים באופן שונה לתקשורת עם הבן, למרות שלכאורה הטיפול לא עסק בו והוא לא נכח בו פיזית.

מחשבות על מודל העבודה

כאשר מסקנת הפסיכולוג המטפל היא שהמוקד המתאים או העדיף הוא טיפול בהורות, רצוי שינסה להציג את תפיסתו להורה/ים ויפתח איתם בדיאלוג לגבי החוזה הטיפולי ומטרותיו. הורים שמבינים, משתכנעים, מתחברים, או מסכימים לרעיון המוצע, נכנסים לתהליך בו המוקד הוא באחד מהם, או מוקד מתחלף, במוטיבציה טובה לשינוי. זהו מודל שונה מטיפול זוגי בטיפול בהורות, גם אם שניים נוכחים בחדר, העיסוק הוא בעיקר בתמה התפתחותית של הפרט. המטפל אקטיבי בתהליך ואחראי על כיוונו. נוכחות ההורה השני יכולה להועיל ויתכן עיסוק בהשפעה על ההורה וההורות, אבל המוקד אינו בדיאלוג הזוגי, אלא בהורות וההשפעה על תחושותיו של האדם עם עצמו. לעתים סביב ההווה וההתנהלות בבית עם ילד/ים של ההורה שמתמקד בהורות. לא תמיד העבודה קשורה ישירות להתנהלות נוכחית. כך מספרת אישה, על אם דומיננטית ונוקשה שגרמה לה לחשוב שהשפעתה של אם יכולה להיות שלילית על ילדים. לכן בביתה הנוכחי היא מקפידה לשמור על 'פרופיל נמוך' ולתת עדיפות לאמירה של האב. העיבוד של תחושותיה מול אמה העלה בחדר כאב רב. לאחר מכן הגיעה האישה לספקות לגבי המשמעות הגורפת של הסכנה הנובעת מהתערבות האם והעלתה השערה שאולי הרתיעה אותה עצם הדומיננטיות ולכן החשש מהשפעה מגדרית כזו או אחרת מוגזם ואינו מותאם. בעקבות ההבנה והחוויה הרגשית שבאה בסמיכות לה, חל שינוי בתפיסה העצמית שלה באופן מפתיע בעוצמתו.

יהיו מטפלים שיכללו טיפול בהורות בתוך התערבות משפחתית, זוגית או פרטנית. לעתים נכון הדבר והעבודה על התמה ההורית הינה חלק מסוים בתוך תהליך שמיקודו אחר. אבל אין זה נכון כאשר ההורות היא הבסיס למצוקה של הפרט, בהקשר עצמו, ילדו, ילדיו, או זוגיותו. קשייו של הורה שחש מנוטרל ולא נוכח, אינם נובעים דווקא מהקשר עם זוגתו, או מהקשיים הנוכחיים עם בנו המתבגר, אלא מתוך התפיסות של ההעברה הבין-דורית שעצבה את הורותו. הטיפול המשפחתי יכול לתת מענה להורה במגוון רחב של אופנים, אבל לא תמיד. לדוגמה, בטיפול משפחתי נשאל אב לגבי הולדת ילדיו וספר שילד מסוים לא היה רצוי והאם לחצה עליו, לתחושתו, כמעט גנבה את זרעו. המשפחה נדהמה מדבריו. מרבית המטפלים יסכימו שאמירה





במפגש בעצמו ובמה שמעורר בנו הקשר עם ילדנו, מחבלת בהורות שלנו ביחסנו עם הילד. התקיעות, שלפעמים מופיעה בשלב מסוים ולא הייתה שם בתקופות חיים קודמות, מעיקה על ההורה ועשויה לעורר בו את הצורך להבין טוב יותר מה מתחולל בתוכו. מתוך צורך זה צומח הבסיס לצורך בטיפול בהורות. מטפל שמחליט להתחשב באפשרות של מוקד זה ולקבלו כעומד בפני עצמו, יכול לבסס לעצמו מסגרת הסברית מתאימה, מתוכה ליצור חוזה יעיל ובכך לתת לאדם המטופל, תהליך צמיחה ושינוי משמעותי בזהותו ההורית.

שהמטפל בחר להציע חוזה כזה, המטרות והתהליך, יעוצבו בהתאם. המטפל יציע למטופל להתחיל לעסוק בהורות דרך הקושי הספציפי איתו הגיע ומכאן המסלול הוא אישי. תהליך שמיקודו טיפול בהורות יעשה מתוך חיבור בין כאן ועכשיו, לבין העבר: העברות בין-דוריות, ייצוגי המשפחה בה גדל ההורה והאישיות המתעצבת כל אלה בהקשר ההורי. ילדים מפגישים אותנו פעמים רבות, עם עוצמות רגשיות, של אהבה, התרגשות, שמחה וסיפוק מצד אחד ושל כאב או של נטייה ותכונה בלתי נסבלת, של מעין 'צד אפל' בעצמו שלמדנו לעקוף – מהצד האחר. התקיעות המשמעותית שלנו,

ביבליוגרפיה:

חוות הורות: יחסים, התמודדויות והתפתחות, בעריכת אסתר כהן, הוצאת האוניברסיטה העברית ירושלים והוצאת אח, ע"מ 389-415.

מזנו ג., פלצ'יו אספסה פ., זילקה נ. (2005). **תסריטים נרקסיסטיים של ההורות הקליניקה של ההתייעצות ההורית.** הוצאת תולעת ספרים, חלק ראשון: 11-35, פרק 10: 131-137, פרק 11: 141-149.

סיגל, נ., הארצל, מ. (2004). **הורות מן השורש אל הבלבוב – כיצד הבנה עצמית עמוקה יותר יכולה לסייע לכם לגדל ילדים בריאים ומצליחים.** מאנגלית יעל זיסקינד-קלר. הוצאת ספרים אחיאסף, ת"א.

סמירנוף, ו. (1994). **הפסיכואנליזה של הילד.** תרגמה מצרפתית מרים טבעון. המקור נכתב ב 1966. הוצאת רשפים, ת"א. פרק תשיעי.

עמית, ח. (1997). **הורים כבני אדם – להיות הורים שטוב להם,** ספרית הפועלים, ת"א.

פלגי-הקר, ע. (2005). **מאי מהות לאימהות,** ת"א: הוצאת עם-עובד.

פלוטניק, ר. (2007). 'הקול ההורי' הורות כתהליך נפשי התפתחותי, בתוך: **בתוך חווית ההורות: יחסים, התמודדויות והתפתחות,** בעריכת אסתר כהן, הוצאת האוניברסיטה העברית ירושלים והוצאת אח, ע"מ 333-362.

פרויד, א. (1978). **תקינות ופתולוגיה בילדות,** הערכות על התפתחות. הוצאת דביר, ת"א.

פרויד, ז. (1909). **האנס הקטן – אנליזה של פוביה בילד בן חמש.** תורגם מגרמנית לעברית על ידי מרים רון, הוצאת עכשיו, ת"א, 2003.

צ'טיק, מ. (2005). **שיטות בפסיכותרפיה של הילד – אסטרטגיות דינמיות.** תרגמה לעברית אלה רבינוביץ'. קרית ביאליק: הוצאת ספרים אח בע"מ.

שילה, ב. (2008). הורות ואהבה עסקת חליפין או עסקת חבילה? **פסיכואקטואליה,** גיליון אפריל, ע"מ 24-32

צדיק, י. (2004). הסכמה מודעת בפסיכותרפיה, **פסיכואקטואליה.**

בטלהיים, ב. (1987). **הורה מתקבל על הדעת.** תורגם מאנגלית ע"י נורית לוינסון, הוצאת עם עובד, ת"א.

בכר א., אייזנברג ז', תדמור א. (1990). הורות כהזדמנות לתיקון פגימויות נפשיות. **שיחות,** ד (2): 114-116.

בן-אהרון, מ., אבימאיר-פת, הראל, ה., קפלן, ח., גלט, ד., וינר, מ., וסרמן, א., רז, ע. (1997). מדריך טיפול דיאדי: אם-ילד ואב – ילד. גישה דינמית לטיפול בהפרעות יחסים בילדות. חיפה: הוצאת אוניברסיטת חיפה, החוג לפסיכולוגיה.

ברן, א. (1970). **משחקיהם של בני אדם – הפסיכולוגיה של יחסי אנוש,** מודן, ת"א.

בר שדה, נ. (2003). **ברית טיפולית (Therapeutic Alliance) בטיפול בילדים.** הוצג במסגרת הסמינר לטיפול בילדים, "בעין המטפל", במכון שלם.

דניאל, פ. אנליזה של ילדים ומושג הפנטזיה הלא מודעת. (1992). מתוך **מאמרים קליניים על קליין וביון** בעריכת ר. אנדרסון. תורגם לעברית על ידי משה ברגשטין 2002 במסגרת פסיכה ספריה פסיכולוגית, הוצאת מודן, ת"א. פרק א', ע"מ 40-52.

חזן, ש. (2003). **טיפול סימולטני בהורה ובילד.** מאנגלית אמנון כץ, הוצאה ראשונה בעברית 2006, הוצאת אח: קרית ביאליק.

ישי, ר., אורן ד. (2006). הורות חסומה והורות ממומשת – הורות כמעשה יצירה ותרומתה של הדרכה דינמית באוריינטציה פסיכואנליטית להורים. **שיחות** כ (3): 251-264.

ישי, ר., אורן, ד., ישי, ג'. מדיום לביטוי מדיום לריפוי על המדיום בטיפול: חלק א'. בפרסום.

כהן, א., עופר-זיו, נ. (2007). יחסי הורים ילדים כהזדמנות הדדית למפגש התפתחותי עם 'האחר'. בתוך: **חווית ההורות: יחסים, התמודדויות והתפתחות,** בעריכת אסתר כהן, הוצאת האוניברסיטה העברית ירושלים והוצאת אח, ע"מ 433-469.

כהן, ר. (1992). **הורות – משימות ואתגרים בהדרכת הורים.** משרד החינוך, האגף לחינוך מבוגרים, המדור להורים משפחה וקהילה.

מאירס, י. (2007). יעוץ להורים כפתרון בעיות. בתוך:





Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (1975). Ghost in the nursery: a psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships. **Journal of American Academy of Child Psychiatry**, 14, 387-421.

Hug-Hellmuth, H. (1921). On the technique of child analysis, **International Journal of Psycho-Analysis**, 2, 287-305.

Litwack, A. D. (1985). The Boa Constrictor or the Hat: a Dilemma for Child Therapists. **Journal of Contemporary Psychotherapy**, 15 (1), 37-45.

Minuchin, S., Fishman, C., (1981). **Family therapy techniques**. Harvard University Press.

Roth, A., Fonagy, P., (2004). **What works for whom? A critical review of the psychotherapy research**. (2nd ed.) New York: Guilford.

Trowell, J., Etchegoyen, A. (2007). **The Importance of Father, A Psychoanalytic Re-evaluation**. Published By The New Library of Psychoanalysis, London.

Tsiantis, J., Boethious, S. B., Hallerfors, B., Horne, A., Tischler, L. (2000). **Work with Parents: Psychotherapy with Children and Adolescents**. London : Karnac Books.

Weil, N, and Boxer, A. (1990). Who mothers young mothers?. In **Adolescent Psychiatry**. Vol 17, Chicago: University of Chicago press.

Whitaker, C., Napier, A, (1978). **The family crucible**. New York: Hrper & Row.

Winnicott, D. (1971). **Therapeutic Consultation in Child Psychiatry**. Hogarth Press, London.

Ackerman, N, (1966). **Treating the troubled family**. New York: Basic Books.

Anthony, E. J., Benedek, T. (1970). **Parrenthood Its Psychology and Psychopathology**. Boston: Little, Brown and Company.

Beall, L. (1972). The Corrupt Contract: Problems un Conjoint Therapy with Parents and Children. **American Journal of Orthopsychiatry**, 42 (1). 77-81.

Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 7, 389-417..

Brafman, A. H. **UNTYING THE KNOT-Working With Children and Parents**. London & New-York: Karnac Books, 2001.

Chethik, M. (1976). Work with parents: Treatment of the parent-child relationships. **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**, 15: 453-463.

Chethik, M. (1989). **Techniques in Child Therapy Psychodynamic Strategies**. New York: The Guilford Press.

Combrenick-Graham, L. Family models of childhood psychopathology. In Combrenick-Graham, L. (ed). (1989). **Children in Family Contexts: Perspective on Treatment**. New York: Guilford Press.

Cramer, B., Robert-Tissot, C., Stern, D.D., Septra-Rusconi, S., De Mural, G. B., Palacio-Espasa, F., Bachman, J., Knauer, D., Berney, C., & D'Arcis, U. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: a preliminary report. **Infant Mental Health Journal**, 11, 278-300.

Fonagy, P., Roth, A., Higgitt, (2005). A., Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom. **Bulletin of the Menninger Clinic**, Vol 69, 1-58.



באתר של הפ"י תוכלו למצוא מגוון שירותים
לפסיכולוגים, סטודנטים ומתמחים...

WWW.PSYCHOLOGY.ORG.IL

