

טיפול משפחתי מבוסס התקשרות במתבגרים דיכאוניים ואובדניים

Attachment-Based Family Therapy (ABFT) for depressed and suicidal adolescents

מאת ד"ר גיא דיימונד וד"ר גארי דיימונד

ד"ר גארי דיימונד הוא פסיכולוג קליני, מטפל משפחתי ומרצה בכיר במחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. הוא בעל קליניקה פרטית במודיעין ובבאר-שבע. גיא דיימונד הוא פסיכולוג קליני, מטפל משפחתי ופרופסור חבר במחלקה לפסיכיאטריה, אוניברסיטת פנסילבניה, ארה"ב. כמו כן הוא מנהל את המרכז לחקר התערבויות במשפחה הנמצא בבית החולים לילדים בפילדלפיה, ארה"ב.  
Diamond, G.S. (2005). Attachment-based family therapy for depressed and anxious adolescents. In J. Lebow (Ed.), *Handbook of Clinical Family Therapy* (pp. 17-41). Hoboken, N.J.: Wiley & Sons.  
ניתן ליצור קשר עם ד"ר גארי דיימונד בכתובת דואר: [gdiamond@bgu.ac.il](mailto:gdiamond@bgu.ac.il)

סאלי, נערה כבת 14, הופנתה לטיפול על-ידי פסיכיאטר שלמורת רוחה שינה את אבחנתה מדיכאון קליני להפרעה דו-קוטבית והחל בטיפול בליתיום.

במהלך אותה שנה, ביצועיה הלימודיים ירדו באופן דרמטי, קונפליקטים משפחתיים החריפו, כמו גם היריבות הקיצונית בין האחים ומשיכתה של סאלי למוסיקת רוק כבד מורבידי גברה.

בתגובה לכך, המליץ הפסיכיאטר לאמה של סאלי להציב יותר דרישות התנהגותיות בנוגע להתנהלותה של סאלי בביה"ס ולשיתוף הפעולה שלה בבית. כתוצאה מכך, גברו הקונפליקטים והועצמה ההתבודדות של סאלי.

לפגישה הטיפולית הראשונה הגיעו סאלי, אחותה בת ה-16 ואמה. סאלי לבשה שחור, עטתה איפור כבד סביב עיניה וענדה קולר מתכת סביב צווארה ומספר עגילים באוזניה ובאפה. במהלך 20 הדקות הראשונות של הפגישה, סאלי שמרה על שתיקה ורק הביעה במחוות מרומזות ואנחות חוסר הסכמה, בעוד שהאם התלוננה בלהט על התנהגותה הבלתי צפויה של בתה, על אדישותה כלפי ביה"ס, על משיכתה לאלימות ועל תסכולה שלה בשל כישלונה לעזור לבתה.

במטרה להסיט את השיחה מתלונותיה של האם על סאלי ולנתב לדין על ההתמודדות המשותפת של המשפחה, שאל המטפל על מות האב 10 שנים קודם לכן. סאלי הצהירה מיד שהיא שמחה על כך שאביה מת, ועוררה חלחלה אצל אחותה ואמה. לאחר שהמטפל חקר תחושות אלה לעומק, חשפה סאלי את היותו של אביה אלכוהוליסט דכאוני שהתעלל באמה.

בהתחלה הקטינה האם את מימדי ההתעללות, אולם בהדרגה החלה להודות בחומרתה. המטפל הצביע על כך שנראה שהכעס של סאלי כלפי אביה נובע, לפחות בחלקו, מהדאגה לאמה ומהאמונים שהיא שומרת לה. סאלי החלה לבכות ולדבר על כמה היא הייתה, ועודנה, מודאגת בנוגע לאמה. כעסה של האם התפוגג, על אף שנראה שהיא חשה שלא בנוח מול הכאב והפחד שביטאה סאלי. כאשר זו הבחינה באי הנוחות של אמה, שבה במהרה והתלוננה על אביה. המטפל כיוון מחדש את סאלי ועודד אותה להתמקד בתחושות הפחד וחוסר האונים שחשה ובדאגה כלפי אמה. מול כל אלה הביעה האם עצב וחרטה והתייסרה על כך שתמיד ניסתה להימנע מלדבר על העבר במטרה להגן על סאלי מפני הכאב.

סאלי התרככה ושתיהן, היא ואמה, חשפו תחושות של אובדן ושל עצב שחשו, ושעודן חשות, על כך שהתרחקו זו מזו במהלך השנים. האם אמרה שהיא הניחה שסאלי הגיעה לגיל שבו אינה רוצה עוד בקרבתה. על כך השיבה סאלי: "לעולם לא אהיה מבוגרת מדי בשביל זה". בנקודה זו החמיא המטפל לסאלי על נכונותה לדון בנושאים קשים כגון אלה והביע הערכה לאומץ הלב שלה בהביעה באופן ישיר עד כמה התגעגעה לאמה. כמו כן, המטפל הביע אמפתיה כלפי האם לגבי הקושי שלה לטפל בבתה, בעוד היא מנסה להתמודד עם בעל אלים. המטפל הציע שהמטרה הראשונה של הטיפול תהיה לעזור לסאלי ולאמה להתחבר מחדש זו לזו, כך ששתיהן ירגישו פחות בודדות ועל מנת שסאלי תחוש בנוח לפנות לאמה בעתיד, כשתרגיש מדוכאת או אובדנית.

פגישה טיפולית ראשונה זו טומנת בחובה רבים מעקרונות הטיפול המשפחתי מבוסס ההתקשרות (ABFT: Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002). לעיתים קרובות, מתבגרים דיכאוניים מגיעים לטיפול בתחושות של חוסר אונים, בדידות וכעס כלפי הוריהם, בשל התחושה שההורים לא מבינים אותם וממעיטים בעוצמת ייאושם. מצד שני, הורים בדרך כלל חווים

תסכול בעקבות ניסיונותיהם הכושלים לעזור לילדיהם. לעיתים קרובות, תחושות אלה של תסכול ושל כעס מקבלות ביטוי דרך וויכוחים סביב אירועים ספציפיים וקונקרטיים (כגון: כשלון במבחן, הפרת איסור יציאה מן הבית). קל יותר להתווכח על מטלה יומיומית, כמו שיעורי בית, מאשר להביע ולעבד רגשות הקשורים להזנחה, נטישה ואף להתעללות, אשר במקרים מסוימים מזינים את הדיכאון. אפילו במשפחות עם תקשורת פתוחה וכנה וללא עבר של טראומה, עלול דיכאון קליני לערער את איכות הקשר בין ההורה והמתבגר. לעיתים קרובות, מתבגרים דיכאוניים נסוגים והופכים נוחים לרגוז. הורים הופכים למתוסכלים, מטילים את האשמה על המתבגר ונאבקים עמו או לחלופין מוותרים ונסוגים מהקשר. זיהוי הכשלים ביחסים ודיון עליהם, כולל התייחסות לרגשות הכואבים הנלווים, מייצרים חוויה משותפת של פגיעות, שיכולה להצית מחדש את הכמיהה הטבעית של המתבגר להתקשרות ואת הדחף הטבוע בהורים לדאוג לילדם ולטפל בו. שיחה אמפתית ובלתי מאשימה בנוגע לקרעים בקשר ולכמיהה לתמיכה ולקרבה, מספקת קונטקסט ללימוד ולהתנסות בניהול קונפליקטים, וויסות רגשות, הבעת פגיעות, ביטוי נקיפות מצפון ובקשות לסליחה, ומספקת מצע לחידוש האמון בין בני המשפחה.

פרק זה מציג סקירה קצרה של Attachment Based Family Therapy (טיפול משפחתי מבוסס התקשרות). הוא מתחיל בתיאור יסודות המודל, ממשיך בתיאור מפורט של חמש המטלות הטיפוליות, לצד הרציונל העומד מאחורי כל מטלה. אחר כך יוצג סיכום מעודכן של נתונים אמפיריים שתומכים ביעילות הגישה, ולבסוף, סיכום קצר של תיאור מקרה.

### **הבסיס התיאורטי**

בחיפוש אחר מודלים בין-אישיים שיעמיקו את ההבנה להתנהגויות, מוטיבציות ורגשות של אנשים במערכות יחסים זוגיות ומשפחתיות (ראה Wood, 2002; Johnson & Whiffen, 2003), ישנה לאחרונה מגמת התעניינות בקרב מטפלים משפחתיים בתיאוריות התקשרות (Bowlby, 1969). תיאוריית התקשרות מתבססת על ההנחה שתחושת הביטחון שחווים ילדים, תלויה בתפיסתם שדמויות המטפלים העיקריים שלהם אכן דואגות להם והן פנויות לספק להם תמיכה ולהגן עליהם בעת הצורך. ההנחה היא שכאשר הורה מספק טיפול והגנה נאותים, ייפתח הילד מה שמוגדר כהתקשרות-בטוחה, כלומר, אמון והערכה חיובית של העצמי ושל האחר ויחסים בין-אישיים המתאפיינים בפתיחות. בניגוד לכך, כאשר מטפלים עיקריים הינם אדישים, נעדרים, דוחים, ביקורתיים ו/או שתלטניים באופן עקבי, יפתח הילד תפיסה שלילית של העצמי ושל האחר, והתנהגותו הבין-אישית תתאפיין בחרדה, בחשדנות ובהימנעות.

בעוד שרוב המחקר העוסק בהתקשרות התמקד בתינוקות ובילדים רכים בשנים, חשיבותו של טיב ההתקשרות במהלך מעגל החיים הומשג ותועד היטב (Ainsworth, 1989; Steinberg, 1990). בניגוד לדעה הרווחת, ההתקשרות להורים נותרת גורם מכריע במהלך שנות ההתבגרות. בעוד שבעבר, מספר חוקרים גרסו כי התבגרות נורמטיבית מתאפיינת בסערה, בדחק (Stress), ובקונפליקט חמור בין המתבגר והוריו המשמש כמנגנון העיקרי שבאמצעותו מבדיל המתבגר את עצמו מהוריו (Blos, 1967), מחקרים עכשוויים מראים באופן חד-משמעי שבקרב מתבגרים בריאים ונורמטיביים, יש עליית מתח מתונה בלבד ביחסי מתבגר-הורה, מתח שנובע בעיקר מנושאים יומיומיים כגון מטלות בבית או מגבלות יציאה (Steinberg, 1990 for review).

למעשה, מתבגרים בריאים שמתפקדים ברמה גבוהה, מדווחים על כך שבאופן בסיסי אכפת להם מהוריהם, הם מכבדים אותם, וחשים שההורים אוהבים ומכבדים אותם. כאשר בסיס זה קיים, המתבגרים מגלים יותר התנהגות אוטונומית, משמרים קשרים חיוביים עם קבוצת השווים והערך העצמי שלהם גבוה יותר (Allen & Land, 1999). כמו כן, מתבגרים אלה מבטאים ביתר חופשיות רגשות שליליים או תחושות של פגיעות (כגון: פחד, כעס, מצוקה, עצב), תוך ציפייה לזכות בקבלה ובנחמה, ולא בביקורת ובנטישה. למעשה, קובק ודמלר (Kobak & Duemmler 1994) מצאו שהתקשרות בטוחה מובילה לתקשורת ישירה יותר, שבתורה מטפחת נקודת מבט עצמאית וכישורים של פתרון בעיות. בהתאם לכך, תיאוריות התקשרות של מתבגרים מקבילות לראייה האמפירית העכשווית, שעל פיה איזון נאות בין קשר למשפחה לבין דיפרנציאציה ממנה (כלומר בין אוטונומיה לשייכות) מהווה מטרה מרכזית בהתפתחות המתבגר (Allen & Land, 1999).

בניגוד לכך, מתבגרים בעלי התקשרות שאינה בטוחה נמצאים בסיכון גבוה לדיכאון ולאובדנות. במקום לבטא באופן ישיר קונפליקטים ואכזבות, הם מגנים על עצמם על ידי הימנעות ו/או הכחשה של פגיעה ושל כעס. אנרגיה רגשית רבה הושקעה בהתמודדות עם התבודדות או בדידות, ונותבה כדי לשמור על מערכות יחסים שבירות ודיספונקציונליות. הכעס והפגיעה הנובעים מכשלים בהתקשרות, באים לידי ביטוי באופן שאינו ישיר או מועיל. במקרים מסוימים, רגשות אלה מתבטאים באמצעות קונפליקטים הקשורים בבעיות התנהגותיות יומיומיות (לדוגמה, איסורי יציאה ומטלות הבית), מה שמחריף את הניכור של דמויות ההתקשרות ומצמצם תמיכה חברתית. במקרים אחרים, בני עשרה אלה נוטים להאשים את עצמם בכישלונות ההתקשרות הללו, ורואים את עצמם כבלתי ראויים לאהבה ולחיבה. כל אלה עלולים לתרום לסכמה שלילית של העצמי, ולהציב את המתבגרים בסיכון גבוה יותר לדיכאון ולמחשבות אובדניות (Cicchetti, Toth & Lynch, 1995). בהעדר האמון והביטחון ביחסים בין-אישיים, מתבגרים אלה יטו פחות לחקור את רגשותיהם ולבטאם באופן ישיר. כתוצאה מכך, הם יחוו פחות תמיכה ויזכו לפחות הזדמנויות לפתח כישורים יעילים של פתרון בעיות ושל וויסות רגשי. באופן בלתי מפתיע, מחקרים מראים שמתבגרים בעלי התקשרות לא בטוחה נוטים יותר לגלות דיכאון ואובדנות מאשר חבריהם שהתקשרותם בטוחה.

### **שיקום ההתקשרות**

בולבי הניח כי מודלים של עבודה פנימית יכולים לעבור טרנספורמציה במהלך מעגל החיים (Bowlby, 1969, 1988; Waters, Kondo-Ikemura, Posada & Richters, 1991). כלומר, לא רק שחויית חיים מוקדמת ושלילית פוגעת בביטחון הפרט, אלא גם חויית חיים חיובית מאוחרת יותר עשויה לסייע לבנותו. כיום, מצאו מחקרים שונים שהורות טובה, נישואים אוהבים, או חוויה טיפולית חיובית, עשויים להעלות את תחושת הביטחון של האדם (Cicchetti & Greenberg, 2000; Weinfeld, Sroufe, Egelund, 1991). מיין וגולדוויין (Main & Goldwyn, 1988) הגדירו תהליך זה כ"ביטחון שהורווח" (earned security). כאשר משתנה אופיים של יחסי הגומלין הורה-מתבגר (לדוגמה, היחס הופך לביקורתי פחות ולמקבל, אוהב ויציב יותר), ציפיותיהם של המתבגרים והתנהגותם יכולים להשתנות בהתאם. כמו-כן גובר הסיכוי שהמתבגרים יתפסו את הוריהם כבטוחים וכמיטיבים, ויחשפו רגשות של פגיעות כמו כמיהה לקרבה, פחד וכאב, הקשורים לאכזבות קודמות ביחסים. קובק וסקירי (Kobak & Sceery, 1988) גורסים שבגיל ההתבגרות,

שיחות הנוגעות לצרכי התקשרות שלא סופקו ולרגשות הקשורים בהם, מהוות מנגנון שדרכו ניתן לשאת ולתת, כמו גם להשיג התקשרות בטוחה (Kobak & Duemmler, 1994).

ב-ABFT עיבוד של קרעים בהתקשרות או ביחסים, מתרחש בהקשר של אפיזודות של "שיקום התקשרות" (Reattachment episodes) - כלומר, דיונים בנוגע לקרעים או טראומות ביחסים שמתמשכים או שקרו בעבר והשלכותיהן עדיין מורגשות. שיחות אלה מתאפיינות בפתיחות, בביטוי של פגיעות, באותנטיות ובלקיחת אחריות. כאשר שיחות אלה צולחות, מגלים ההורים דאגה יעילה וחומלת (רגישות, הגנה, הקשבה אמפתית) בעוד שילדיהם חווים מחדש את רגשותיהם ואת מחשבותיהם הקשורות בקרע או בטראומה. במקרים מסוימים, הורים מבקשים סליחה או מחילה. שיחות מעין אלה הכוללות דאגה, הקשבה, לקיחת אחריות מצד ההורה, מסייעות לבנות מחדש את אמון המתבגרים ביכולתם של הוריהם לספק להם בסיס בטוח. החוויות המתקנות האלה שקורות בתוך החדר הטיפולי, ותורמות לשיקום הקשר, במשך הזמן מוכללות באינטראקציות יומיומיות בין חברי המשפחה ובסופו של דבר, גורמים לשיפור הסכמות של העצמי, של האחר ושל העולם, גם בקרב הורים וגם בקרב מתבגרים (ראה Weinfeld, Sroufe & Egelund, 2000). כאשר מערכת ההתקשרות משוקמת הסיכוי גובר שהמתבגרת תפנה להוריה בעת מצוקה. על ידי פניה להורים, המתבגר גם מקבל תמיכה, גם לומד ומתאמן לזהות באופן בהיר יותר את רגשותיו ולווסת אותם, וגם לפתח אסטרטגיות יעילות יותר על מנת לספק צרכים בין-אישיים ואחרים.

### **בסיס קליני**

שורשיו של ABFT טמונים במסורת המבנית, עם הבדלים מסוימים. לדוגמה, הצבת ההיררכיה על כנה במובן המסורתי (לדוגמה שליטת ההורים) איננה נושא שמניע את הטיפול. לעומת זאת, קידום הורות אוטוריטיבית, הכוללת חום, קבלה, תקשורת וציפיות ברורות תואמות גיל ויכולת (Baumrind, 1991), משמש כמטרה טיפולית עיקרית. הגדרה מחדש (Reframing) והפעלה (enactment) מהווים אסטרטגיות התערבותיות עיקריות. ההגדרה מחדש מכוונת להבנות באופן שונה את הדרך שבה מטופלים חושבים על בעייתם ומסבירים אותה, ומובילה בתנאים אידיאליים לייחוסים שמקדמים התנהגות חיובית יותר. ב-ABFT להגדרה מחדש מטרה ייחודית: להסיט את מיקוד המשפחה מן "המטופל כבעיה", אל עבר "המשפחה כפתרון".

הפעלה היא התרומה הייחודית החשובה ביותר של המסורת המבנית. במקום שהמטופל יפתור קונפליקטים בין-אישיים באמצעות העברתם אל המטפל, מקיימים המטפלים המשפחתיים שיחות ישירות בין חברי המשפחה עצמם. ב-ABFT, הפעלה מתוכנן על מנת להתמקד באופן שיטתי בתוכן ורגש שהם ספציפיים: קרע ביחסים, טראומה משפחתית, רגשות של פגיעות וצרכי התקשרות (לדוגמה: כמיהה לאינטימיות, אהבה ותמיכה גבוהה יותר).

ברור באופן מובהק שההשפעה העמוקה ביותר על ABFT נובעת מן הטיפול המשפחתי הרב מימד (Multidimensional Family Therapy: MDFT) שפותח על ידי הווארד לידל (Liddle, 1999; Liddle, 2001; Dakof, Parker, Diamond, Barrett, & Tejada, 2001). אמנם, MDFT צמח מתוך המסורת המבנית, אך הוא מביא לטיפול המשפחתי את הידע שנצבר בתחומים של פסיכולוגיה משפחתית וקלינית. כמו ב-MDFT, ההתערבויות ב-ABFT שאובות מידע ממחקרים העוסקים בהתפתחות נורמטיבית

של ילדים ושל מתבגרים, כמו גם בפסיכופתולוגיה, בהורות, בקוגניציה, ברגשות, בלמידה חברתית, בתיאוריות התקשרות ובתחומי התמחות נוספים. לדוגמא, המודל מעוצב כך שהוא לוקח בחשבון את הצורך ההתפתחותי של המתבגר להרגיש שהוא מובן ושמשבותיו ורצונותיו מקבלים התייחסות רצינית במסגרת הטיפול. הסיוע למתבגרים לזהות בעיות שהן משמעותיות עבורם, והסיוע להורים להתייחס לדאגות אלה באופן רציני מהווים חותם שהטביע הן מודל ה-MDFT, והן מודל ה-ABFT.

אחד המוקדים המרכזיים ב-ABFT הוא לעזור למטופלים לבוא במגע עם רגשותיהם ולעבד אותם. בעשרים השנים האחרונות, מטפלים פרטניים ומשפחתיים רבים החלו לחקור את חשיבות השימוש ברגשות בטיפול ולכתוב על כך. טיפול מבוסס רגשות: Emotionally Focused Therapy (EFT) (Greenberg & Johnson, 1988) עמד בחזית הגישה של הבנת הרגשות והשימוש בהם כליבו של מנגנון השינוי. בהסתמך על מחקר בן-זמננו העוסק ברגשות, מטפלים בגישה EFT מניחים שבעוד שביטוי רגש עשוי להיות מזכך, הוא גם מהווה מערכת איתות המשמשת פונקציה תקשורתית (Greenberg & Safran, 1987). לדוגמא, רגשות של כעס לרוב יובילו את האחר להגיב באופן הגנתי וכך ייווצרו ריחוק והפרדה. בניגוד לכך, רגשות של עצב ושל כאב נוטים להעביר לאחר את הצורך בתמיכה ולפיכך עשויים לעורר בו תגובה של הגנה ושל חמלה. אי לכך, לא די בחיפוש אחר ביטוי של כעס מוחצן. החיפוש אחר רגשות פגיעים ששוכנים מתחת לפני השטח ושקשורים להתקשרות, הוא העומד בראש העדיפויות של ABFT. בדוגמא אחת, מתבגרת כועסת אמרה לאימה: "אני עדיין שונאת אותך בשל מה שעוללת למשפחה שלנו. אם היית מתייחסת אלינו טוב יותר, אולי אבא לא היה עוזב". בדוגמא זו, הרגש השולט ההתחלתי הינו כעס, אולם מטפל על פי ה-ABFT, יסמן את ההתייחסות הברורה לאובדן שמתגלם בעזיבת האב ולאחר מכן יתמקד בו. דוגמא נוספת היא של מתבגר שאמר לאביו: "אף על פי שאתה פיכת עכשיו, אני לעולם לא אסלח לך על כך שהיית שיכור רוב הזמן ושהתייחסת אלי כאל כלב. דאגת יותר לשתות מאשר לקחת אותי מבית הספר". שוב, המוקד ההתחלתי הוא על כעס, על טינה ועל חוסר נכונות לסלוח, אף על פי שכאבו של המתבגר על שלא נראה ולא זכה לדאגה, נשמע בקול רם וברור.

כאשר פוקדים את המשפחה זיכרונות ומחשבות כה טעונים רגשית כגון אלה, יש לעיתים דחף להימנע מהתמודדות עמם ולחזור לתכנים אשר פחות מעוררים כאב וחרדה. אך הימנעות מדיון על נושאים אלה עלולה לעכב את התהליך הטיפולי. התמקדות במטרות התנהגותיות (לדוגמא הדרכה הורית, חוקים וציפיות, וכדומה) לרוב נכשלות כאשר המתבגרים שומרים טינה להוריהם על עוול שנעשה להם בעבר. למעשה, לעיתים קרובות מתבגרים משתמשים בקונפליקטים התנהגותיים במטרה להעניש את ההורים שלהם על כשלים אמפתיים בהתייחסות אליהם שהם חוו בעבר. מצד שני, כאשר משפחות מצליחות לנהל שיחות מתמשכות וקולחות על תכנים שנמנעו מהם בעבר, הן לרוב חשות הקלה, כמו חשיפת סוד שידוע לכל, אך לעולם אין מדברים עליו. במשפחות רבות, רק זיהוי הנושאים הללו וההכרה בהם, מסייעים לפוגג את המתח ואת חוסר האמון.

### **המבנה הקליני של ABFT**

בהתבסס על הרקע התיאורטי המפורט לעיל, הטיפול על פי ABFT מתמקד ראשית בסיוע למשפחה לזהות ולדון על קונפליקטים, מההווה ומן העבר, שפגעו בקשרי ההתקשרות ושהפרו את האמון.

ברגע שהמשקעים מן העבר או הקונפליקטים העכשוויים נפתרים או שהמתח סביבם מתפוגג באופן משמעותי, יכולה המשפחה לשמש בסיס בטוח שממנו ניתן לקדם את האוטונומיה של המתבגר ואת מעורבותו הפעילה בעשייה פרו-חברתית (לדוגמא, שיפור של ההישגים או של הנוכחות הבית ספריים, מציאת עבודה, פיתוח פעילויות חברתיות או חזרה אליהן). על מנת להשיג מטרות אלה, פותחו חמש מטלות טיפוליות. מטלה הינה מהלך טיפולי מכוון, בעל מערך מוגדר של התערבויות טיפוליות. מטלות יכולות להתרחש בפגישה אחת או, אם יש צורך, הן מתפתחות ומתפרסות אף מעבר לכמה פגישות. ב ABFT הצלחתה של כל מטלה מהווה בסיס לכינון של המטלות הבאות (Diamond & Diamond, 2002). על אף שמודל ה ABFT מציע נוהל מומלץ ומבנה ייחודי עבור כל מטלה, יישומו דורש מן המטפל הערכה מתמדת, שיפוט וגמישות. בהמשך, יסוכמו בקצרה חמש המטלות ולאחר מכן יובאו פרטים נוספים על כל אחת מהם.

המטלה של הגדרת היחסים מחדש (Relational reframe) מציבה בסיס לטיפול בכך שהיא מסיטה את מוקד המשפחה מ"לתקן את המתבגר" ומעבירה אותו לשיפור היחסים במשפחה (Diamond & Siqueland, 1998). המטלה של בניית הברית עם המתבגר מתרחשת בשיחות לבד עם המתבגר, על מנת לחזק את הקשר מטפל-מתבגר, לפתח מטרות טיפוליות שהן משמעותיות עבור המתבגר, ולהכין את הקרקע לשיחות עתידיות בן המתבגר והוריו. המטלה של בניית ברית עם ההורים מיועד לתמוך בהורים, להכיר בגורמי לחץ שאיתם הם מתמודדים בחיים האישיים שלהם, ולבחון איך ההורות שהם בעצמם חוו משפיעה על ההורות שהם מעניקים (Diamond, Diamond & Liddle, 2000). כאשר הורים חשים שהם מקבלים אמפתיה בנוגע לכשלי ההתקשרות בעבר שלהם עצמם, הם הופכים לחומלים יותר כלפי הטראומות שילדיהם עברו וכלפי תחושות חוסר הצדק שילדיהם חווים. במצב מרוכך זה, הם פתוחים יותר ללמוד כישורי הורות ולהתאמן בהם (Gottman, Katz, & Hooven, 1996). כישורים אלה נחוצים על מנת לקדם את המטלה של שיקום ההתקשרות.

שלוש מטלות אלה משמשות בסיס למטלה של התקשרות מחדש (Diamond & Stern, 2003). במטלה זו, המתבגר חושף את דאגותיו, בעוד שהוריו נענים ברגישות ובאמפתיה. המונולוג הופך לדיאלוג ובה בעת מפתחים המתבגר והוריו יכולת חדשה ובוגרת יותר לשוחח. שיחה מסוג זה מחזקת קבלה הדדית של רגשות האחר, כמו גם התחייבות משותפת לכבוד ולתקשורת בעתיד. לבסוף, המטלה של קידום המסוגלות מסייעת למתבגר לבנות מחדש את חייו בבית-הספר ובקבוצת העמיתים, בכך שנעשה שימוש בהורים כבסיס בטוח חדש, שממנו יכול המתבגר לחקור את האוטונומיה ואת המסוגלות שלו.

## המודל הקליני

מטלה ראשונה: הגדרת היחסים מחדש

הגדרת היחסים מחדש מסיטה את מטרת הטיפול מהתמקדות בהאשמת הדיכאון או בהאשמת המתבגר כסיבות לבעיה, ומעבירה אותה לחיזוק היחסים במשפחה כפתרון לבעיה. תהליך זה מהווה ניסיון לפתח הגדרת בעיה אשר: (א) מצמצמת את אשמת ההורים ואת הביקורת שלהם, (ב) מגבירה את תמיכת ההורים ואת דאגתם (לדוגמא, הוא אינו ילד רע, אלא ילד עצוב), (ג) מטילה את האחריות לשינוי על כל חברי המשפחה.

זו יכולה להיות מטלה קשה לגרום לחברי המשפחה לקבל את בניית היחסים כמטרה ראשונית של הטיפול. לעיתים קרובות, רוצים ההורים להאשים את ילדם (לדוגמא, הוא עצלן, נבזה, או אנוכי) או רואים את הדיכאון כתירוץ להתנהגות השלילית. אפילו כאשר ההורים מבינים את הדיכאון, לעיתים קרובות הם מניחים שיכולתם או אחריותם לשנות זאת הינן מוגבלות (לדוגמא: "זוהי בעיה רפואית. עליו רק ליטול את התרופות"). במקביל, דכאונו של המתבגר מעצים את בידודו, את חוסר האמון שחש, את אדישותו - מצבי רוח שפוגעים ביכולתו לבנות קשרים בין-אישיים. מתבגרים מתלוננים שהוריהם הם חסרי סבלנות, שתלטניים וביקורתיים. יתרה מזאת, לעיתים קרובות קונפליקטים בין-אישיים וכשלים אמפתיים ארוכי טווח יוצרים מצבים של טינה ושל אכזבה עמוקות. כתוצאה מכך, המתבגרים עלולים לוותר על הקשר עם הוריהם, בין אם מתוך טינה ובין אם מתוך הגנה עצמית. לאור דינאמיקות אלה, הורים ומתבגרים הינם, במקרה הטוב, אמביוולנטיים לגבי ההתקשרות מחדש. לפיכך, על התהליך שבו מתפתח סדר היום הטיפולי להיות ממוקד ושיטתי.

בדרך כלל, המטפל מתחיל את הפגישה הטיפולית בהצגת התהליך הכללי של הטיפול והמטרות המיוחדות של הפגישה הראשונה בפני המשפחה. בהירות בנוגע למבנה הטיפול, למסגרת הזמן שלו ולמטרות המצופות, משדר מקצועיות וסמכות. משפחות רוצות לעבוד עם מטפלים שיודעים מה הם עושים. לאחר מכן, יתמקד המטפל בהצטרפותו למשפחה ובהיכרות עם כל אחד מחבריה. מוקדש זמן לשיחה עם כל אחד מבני המשפחה אודות חייו הפרטיים, ללא קשר לבעיות שהביאו אותם לטיפול (לדוגמא: עבודה, תחביבים, מערכות יחסים וכולי). שאלות אלה עוזרות למשפחה להתחיל ולהרגיש בנוח, תוך הבנה שהם יותר מבעיותיהם בלבד. בנוסף, חושפות השאלות פרטים חשובים על חברי המשפחה, שבתורם עשויים להנחות את המשך הטיפול.

בשלב הבא, המטפל משנה מהלך ומבקש מבני המשפחה לתאר את הבעיה שהביאה אותם לטיפול. בתחילה, מתמקד המטפל בחיפוש אחר עובדות: פרטי הדיכאון, מתי החל, מי הם המעורבים בו, מהם האירועים האחרונים ביותר, ואלו ניסיונות להתמודד עם הבעיה כבר נעשו בעבר. על המטפל לשמור תמיד בתודעתו התבוננות מערכתית ולהתמקד באופן שבו איכות הקשרים ודפוסי האינטראקציות תורמים לדיכאון. לדוגמא, המטפל יכול לשאול לדעתו של כל אחד מבני המשפחה לגבי מעשיהם של בני המשפחה האחרים ולגבי רגשותיהם כלפי הדיכאון. כמו כן, יכול המטפל לנסות לבחון ולאסוף מידע בנוגע להקשר רחב יותר הן של בעיותיה של המשפחה והן של מקורות התמיכה שלה. לדוגמא, המטפל שואל על מידת התמיכה שהמשפחה מקבלת מן המשפחה המורחבת, מן הקהילה, וגם על מידת שיתוף הפעולה עם גורמי חוץ, כגון בית הספר, שירותי הרווחה, והמערכת החוקית.

כאשר המטפל צובר הבנה כללית לגבי הדיכאון, הוא מתחיל להעביר את מוקד השיחה מן העובדות אל עבר הבנת הדרך שבה הדיכאון השפיע על המשפחה ועל יחסים מסוימים בתוכה. מהלך מסוג זה תלוי בגורמים רבים, לרבות חוזק הברית הטיפולית והמוכנות הכללית של המשפחה להתבונן כיצד יחסים במשפחה יכולים להחמיר ולהקל על הדיכאון.

הרגע המכריע במהלך ההגדרה מחדש מתחיל בגרסה כלשהי של השאלה הבאה: "כשאתה מרגיש כה מדוכא או אובדני, מדוע אינך פונה להוריק לעזרה? מדוע אינך יכול להשתמש בהם כמשאב?" לעיתים קרובות, בתגובה לשאלה מסוג זה מדווחים המתבגרים על כך שהוריהם אינם (קשובים)



ישומעים טובים', תמיד מנסים לתקן דברים, או פשוט לא איכפת להם. במקום לחוות נחמה ואישור, מתבגרים מדווחים על כך שהם חשים שהם אינם נשמעים, מבוטלים, או חסרי ערך. על מנת לעקוף את ההגנתיות הבלתי נמנעת של ההורים, המטפל מצביע על הכאב ומדגיש את הפגיעות ששוכנת מתחת לתסכול ולאשמה: בדידות, פחד, כמיהה לטיפול ולקרבה, וחוסר אונים. לדוגמא, המטפל עשוי לומר: "על אף שאתה נשמע כועס, אתה גם נראה קצת עצוב."

מתוך כוונה להישאר ממוקד ברגשות הפגיעים יותר, עשוי המטפל לשאול את ההורה: "האם ידעת שילדך מרגיש בודד רוב הזמן?" הורים יכולים לטעון כי הם מודעים לרגשות הללו, אך להתלונן שהמתבגר מסרב לדבר איתם עליהם. כאן, יכול המטפל להכיר במאמצייהם של ההורים ולהזדהות עם הקשיים שבגידול ילד מדוכא. אם ההורה עושה יתר על המידה, אזי הוא נתפס כשתלטן. אולם, אם עשייתו מועטת, אזי הוא נתפס כנוטש. עמדה זו עלולה להחיות כמצב שבו לא ניתן לנצח. על המטפל להכיל את תחושות הכעס והתסכול של ההורים ולהעצים רגשות של אכזבה, של חוסר אונים ושל אובדן. בנוסף, המטפל מסייע להורים להתמקד ברגשות הפגיעים של ילדם, רגשות שמפעילים את הדאגה, את האמפתיה ואת הצורך להגן טמונים בנו מבחינת ביולוגית (Gottman, et al., 1996, Johnson & Whiffen, 2003).

במקרים מסוימים, השיחה יכולה להתמשך זמן רב. יחד עם זאת, לעיתים קרובות ירצה המטפל להניח בסיס רחב דיו לפני שיתעמק. הפגישה הטיפולית מסתיימת בהדגשה שתיקון הנתק ביחסים עשוי לספק תמיכה מסוימת ונחמה למתבגר כאשר יעמוד מול מחשבות דיכאוניות או אובדניות בעתיד. במובן זה, הכשל או השבר ביחסים אינו מוגדר כסיבה לדיכאון (על אף שלעיתים כן הוא), אלא שיקום הקשר מהווה צעד חשוב בדרך לצמצום הדיכאון ולהקמת חיץ מולו. בסופה של השעה המטפל עשוי לסיים בגרסה כלשהי של סיכום ושל בקשה כפי שמתואר להלן:

"נשמע כי דברים רבים תורמים לדיכאון שלך. מובן שאנחנו רוצים להבין כיצד לעזור לך במאבק שלך עם מטלות ביה"ס. קריאה ומתמטיקה, בוודאי מתסכלים אותך. כמו כן, את נראית מאוד מבודדת, כאילו איבדת את כל חברייך... החיים הופכים קשים מאוד כשאת מדוכאת, נכון? (המטופלת מהנהנת בראשה להסכמה). אולם, קיימים גם דברים כואבים בינך לבין אימך, כמעט כואבים מכדי שניתן יהיה לדבר עליהם. האהבה העמוקה ששתיכן חשות זו כלפי זו נקברת תחת כאב רב וטינה. האם את מסכימה? (מהנהנת שוב בראשה). זה בסדר אם עדיין אינך מוכנה לדבר על כך. אחרי הכל, אנחנו רק נפגשנו. אולם, אני תוהה אם תסכימי להיפגש עמי בשבוע הבא ותעזרי לי להבין על מה הדמעות האלה. האם את חושבת שתוכלי לדבר יותר על כך לבד בשבוע הבא? (היא מסכימה, אך ממשיכה להשפיל את מבטה). טוב, מכיוון שאנחנו מבינים טוב יותר, אנחנו יכולים לחשוב יחד על מה שמפריע לך לדבר עם אימך ועם אביך הדברים הללו. אני מאמינה בתוקף (פונה לאם) שכאשר ילד מדוכא, יכולים ההורים להוות מקור עזרה עצום עבורו. אני חושבת שבתך מרגישה מאוד לבד ועם כל כך הרבה כאב. אין לה עם מי לדבר, עם מי לבכות ואת מי לשתף בכל הדברים שבמחשבותיה. כך, שבמקום שהדיכאון ישכך, הוא רק גובר.

זה גם נשמע שאתם (אבא ואמא) ניסיתם להיות לעזר. אולם, קשה לדעת כיצד (הם מסכימים). הייתי רוצה שמטרתנו הראשונה בטיפול תהיה לעזור לשלושתכם להתחבר מחדש. לסייע לשניכם (ההורים) לעבוד יחד כצוות ולעזור לבתכם לדבר עמכם על מה שמפריע לה לתת בכם אמון. אני רוצה שבתכם תרגיש בטוחה יותר בבית, האם תסכימו לעבוד אתי על כך?"

## מטלה שנייה : בניית ברית עם המתבגר

המטלה של בניית הברית עם המתבגר הנה מטרה עיקרית בפני עצמה, ובנוסף, היא מהווה מצע למטלות הבאות. שלא כמו ילדים צעירים יותר, שהוריהם יכולים להביאם בקלות לטיפול, רצונם של המתבגרים להיות בטיפול, הוא שיקבע בסופו של דבר האם הם ישתתפו ולכמה זמן. לפיכך, אם מתבגרים חשים שהמטפל מבין אותם, תומך בהם ואף מסנגר עליהם, סביר יותר שהם יעניקו הזדמנות לטיפול. יחד עם זאת, משמעותה של יצירת הברית אינה להיות נחמד, אלא להיות בר הבחנה, נוקב ובעל ידע. ברית מתפתחת כאשר המטפל יודע מה הוא עושה, נותר ממוקד מול התווה ובהו המתרחש, מציג את האמת באופן אמפתי והוא בעל ציפיות גבוהות לשינוי.

בשלב ההתחלתי של בניית הברית, המטפלת מתייצבת לצידה של המתבגרת. היא מזדהה עם תפיסתה של המתבגרת אשר חשה תחת שליטה, מתוסכלת, מוזנחת, מבוזה, מושפלת ו/או מואשמת, ומאשרת תחושות אלה. בעשותה כן, היא מתחברת לצד של המתבגרת שבדרך כלל אינו זוכה להכרה (Liddle & Diamond, 1991). בני-עשרה מדוכאים יכולים להיתפס כמתלוננים, כנוחים לרגוז וכלא תקשורתיים, דבר שמקשה על ההורים להתייחס ברצינות לטענותיהם ולתחושת חוסר הצדק שחווים. לפיכך, על המטפלים לזהות רגשות אלה של חוסר צדק ולאשר אותם, על מנת לשחרר את המטופל מן המאבק לאישור ולהכרה שהוא מנהל. לרוב, המתבגר המדוכא לא יאפשר למטפל או להורה להציב בפניו את האתגר ליטול אחריות על התנהגותו, עד שירגיש כי קולו נשמע וכי הוא מובן ומוערך. דבר זה הינו בר חשיבות, מאחר שעל אף שהמטפל מצטרף למטופל סביב תחושת הקורבנות שלו בתחילה, ברגע שהקשר נבנה, הוא מתחיל לאתגר אותו להגיב לגורמי הלחץ ותביעות ממנו בדרכים ישירות ויעילות יותר.

למטלה זו שלושה מאפיינים המשמשים כקו מנחה. בהתבסס על הגדרתו המשולשת של בורדין (Bordin, 1979) את הברית הטיפולית, שלושת השלבים לבנייתה של הברית הינם: (א) יצירת קשר, (ב) זיהו יעדים טיפוליים משמעותיים, (ג) הסכמה בנוגע למטלות שיש לעשות על מנת להשיג יעדים אלה. המטרה הסופית של הפגישה הטיפולית היא שהמתבגר יודה באומללותו, יביע משאלה לשינוי, ויסכים לפנות אל הוריו בנוגע לקונפליקטים הללו.

יש שלושה מרכיבים ליצירת הקשר. ראשית, המטפל מתמקד בהכרת עולמו של המתבגר (Liddle, 1999). המטפל מגלה סקרנות אודות בן-העשרה: תחביביו, חבריו, המוסיקה ששומע, מחשבותיו ורגשותיו. תחומים בעייתיים כמו דיכאון, קונפליקטים משפחתיים, או כישלון לימודי נשמרים לדיון מאוחר יותר, ולמעשה לרוב ניתן לפסוח עליהם (לדוגמא, "אני מתעניין גם בכך, אולם תני לי לשמוע מעט יותר על הופעת המחול שלך!"). מתבגרים מדוכאים (ומטפלים רבים) ממוקדים בבעיות יתר על המידה. התמקדות בהיבטים חיוביים הנה מפתיעה ומרעננת. שנית, רוצה המטפל לזהות כוחות ולהדגישם. העצמת הכוחות והכישורים הופכת משאבים אלה לנגישים יותר בעבור המטפל. דבר שלישי, המטפל שואף להחליף את ראייתו של המבגר את המטפל כדמות סמכות בראייתו כבעל ברית. לאור כל אלה, משמש הקשר עם המטפל כקשר מעברי, ומחדש את תקוותו של המתבגר שקשר הדדי ומספק עם מבוגר הנו אפשרי.

המרכיב השני של בניית הברית מתמקד בהצבת היעדים הטיפוליים של המתבגר. בתחילה, נשאל המתבגר על דאגותיו, על ענייניו ועל מטרותיו בטיפול. על מנת לעזור למתבגר מדוכא ופסיבי, על המטפל להפוך את התלונות השגורות לנושאים משמעותיים ומוצקים יותר. לדוגמא, לרצות יותר

חופש בבחירת הבגדים או בשמירה על אי-סדר בחדר, יתפרשו כצורך באוטונומיה ובכבוד. באופן כללי, המטפל שואף תמיד לזהות נושאים בין-אישיים רחבים יותר, שמסייעים להפוך פרטים ספציפיים למשמעותיים יותר (Diamond & Liddle, 1996, 1999).

פרטים הנוגעים לדיכאון נותרים בעלי חשיבות. מטפלים שואלים על מגוון התסמינים, על חומרתם, על פרק הזמן שבו מופיעים, על מחשבות אובדניות, ועל השפעתם על התפקוד בבית, בביה"ס ובחברה. האינפורמציה הזאת יכולה לשמש לשתי מטרות: המטפל יכול להשתמש במידע זה על מנת להדגיש את כאבו של המתבגר ולהכיר בו (לדוגמא: "אם כך אתה אפילו יותר אומלל ממה שהוריד יודעים"). בנוסף, יכול המטפל להשתמש במידע זה על מנת להביס הכחשה והתנגדות (לדוגמא: "אם כך, אפילו שאמרת שהדברים בסדר, אתה למעשה אומלל"). כאשר האומללות מובנת באופן בהיר, יכול המטפל להציג שאלות עיקריות: "בהתחשב בכך שאתה כה אומלל, עד כמה תהיה מעוניין לנסות ולשנות זאת? כיצד לשנות, זוהי שאלה אחרת ואנו נגיע לשם. מה שאני רוצה לדעת בנקודה זו הוא האם אתה רוצה שהדברים יהיו אחרת?". כאשר המטפל נתקע באמביוולנטיות או בהתנגדות לשינוי, הוא מזכיר למתבגר את האומללות שתיאר זה עתה. בתנאים אידיאליים, האומללות, יותר מאשר לחץ חיצוני, היא זו שתהפוך למניע לשינוי. כאשר המטפל פוגש את תחושת חוסר התקווה לשינוי, עליו להשרות תקווה ואופטימיות, בכך שיכול לומר: "אני איני חסר תקווה. אני מומחה בעזרה לילדים כמוך! אני יודע כיצד לעשות זאת!". התוצאות הרצויות של שלב זה הן שהמטופל יאמר: "כן, אני רוצה שהדברים יראו אחרת". ההכרה ברצון זה מהווה מנוף שיעמוד בפני התנגדות עתידה, ושבאמצעותה יכול המטפל לומר: "האם אתה זוכר שלפני שבועיים אמרת שאתה רוצה שדברים ישתנו? אם כן, זה מה שאנו מנסים לעשות כעת. אל תוותר כל כך בקלות! הילחם על מה שאתה רוצה!". כמו כן, יכול המטפל להשתמש ברגשות של פגיעות על מנת לעזור להביס התנגדות (לדוגמא: "אתה אומר שזה לא משנה, אך אני רואה את הכאב ואת האכזבה בפניך").

בשלב הבא, מסיט המטפל בעדינות את השיחה לעבר תיקון מערכת ההתקשרות. בדרך כלל, טיפוסית מתחיל המטפל בשאלה: "האם הוריד יודעים עד כמה אתה סובל או מבינים זאת?" או "כשאתה מרגיש רע, מדוע אינך פונה אליהם לעזרה?". שאלות מסוג זה הינן בעלות חשיבות בהסטת השיחה ממוקד תוך-אישי אל עבר מוקד בין-אישי. בתגובה לכך, לרוב יזהה המתבגר אירועים משמעותיים (לדוגמא: התעללות, נטישה, הזנחה) או תהליכים משמעותיים (לדוגמא: ביקורתיות יתר או שתלטנות) אשר מהווים מכשול לתקשורת ולאינטימיות. המטפל, מתוך אמונה עמוקה שעייבוד האירועים והתמודדות עם התהליכים הללו יוביל לשיפור ההתקשרות, מציג את הרעיון ששיחות מעין אלה הינן אפשריות ואולי אף חיוניות: "האם אי פעם סיפרת להוריד איך אתה מרגיש ומה מקשה עליך לדבר עמם?". אם המתבגר לא עשה כן, אזי יכול המטפל לבחון לעומק את חוסר האמון ואת הציפייה של מה עלול לקרות אם המתבגר ידבר עם הוריו. לעיתים קרובות, חוששים המתבגרים שהוריהם לא ישמעו אותם או לא יתעניינו בדבריהם והם מפחדים מדחייה נוספת. תפקידו של המטפל הוא להדגיש את חשיבות העיבוד של התכנים והתהליכים הללו, כמו גם להחזיר בהדרגה ביטחון ותקווה ששיחות מסוג זה יכולות להצליח בהקשרו של הטיפול:

"ראה, אמרת לי שאתה אומלל, נכון? שאתה אינך מאושר בחייך, שלעיתים אתה חושב על להרוג את עצמך, נכון? אמרת גם שאתה רוצה שדברים ישתנו וגם אמרת שדברים שעשית בעבר על מנת

לנסות וליצור שינוי לא פעלו ושאוּלי אינך יודע כיצד לשפר את הדברים בכוחות עצמך, נכון? אם כן ברשותי כמה רעיונות חדשים, כמה דברים חדשים שתוכל לנסות. לדוגמא, אני חושב שהוריי צריכים לדעת את הדברים שאתה אומר לי. הדרך שבה הם מבינים את המצב שונה מאוד משלך. הם חושבים שאתה הבעיה ועד שלא תהיה כן וישיר עמם, הם לעולם לא יתייחסו אליך ברצינות. האם זה נשמע לך הגיוני? אני חושב שעלינו לתכנן פגישה משותפת שבה אתה תדבר והם ישמעו. הם צריכים לשמוע את הדברים הללו ואתה צריך להסיר אותם מעליך ולהשתחרר מהם. מה דעתך על כך?!"

הצגת הדברים באופן הגיוני כפי שמתואר לעיל הנה גולת הכותרת של הפגישה עם המתבגר לבדו, העוסקת בבניית ברית. כל הדיון הנ"ל הוביל לרגע זה. אם עבודת הרקע נעשתה כראוי, אזי המלצה זו הינה רק מסקנה טבעית לשיחה ארוכה שהתנהלה זה מכבר. אם המתבגר מסכים למטלה, יקדיש המטפל זמן להכנתו לפגישה המשותפת. אם המתבגר מתנגד לכך, יבדוק המטפל את דאגותיו של בן-העשרה לעומק. לדוגמא, יכול המתבגר לומר: "אתה אינך מכיר את אמי. היא לא מקשיבה לאיש. היא תקועה בדעות שלה ואף אחד לא יוכל לשנות אותן". שוב, המטפל צריך להשרות אופטימיות באמרו: "כן, אבל אתה מעולם לא ניסית זאת אתי בחדר. אני יכול לעזור לה לשמוע. אני אכין אותה. אם אנני חושב שהיא מוכנה ומסוגלת, לא ננהל את השיחה". אם עדיין אין הסכמה, יכול המטפל להאט את המהלך ולבקש מן המתבגר לשקול זאת במהלך השבוע ולבוא לפגישה הבאה.

מטלה שלישית: בניית ברית עם ההורים

המטלה של בניית הברית עם ההורים, שמתרחש בפגישה נפרדת עמם, הינה מרכיב חיוני בתהליך של שיקום ההתקשרות ובתהליך הטיפול באופן כללי. הברית עם ההורה מגדילה את הסבירות שהמשפחה תישאר בטיפול (Diamond, Shelef, Diamond, Liddle, 2006). ההורה, ולא המתבגר, לרוב הוא זה שיוזם את הטיפול, משלם עבורו, ומביא אליו את המתבגר. לפיכך, אם הברית הורה-מטפל חלשה, סביר יותר שההורה ייכנע להתנגדות הטבעית שמביע המתבגר.

מעבר לתועלת של המשך החזקת המשפחה בטיפול, מניחה הברית הורה-מטפל יסוד חיוני לעבודה עתידית על שיקום מערכת ההתקשרות. ב ABFT ההורים הם המטופלים באותה מידה שהמתבגר הינו. במקרים רבים הורים למתבגרים מדוכאים בעצמן בעלי סגנון התקשרות לא בטוחה, כתוצאה מכשלים אמפתיים בעברם שלהם: טיפול הורי שאינו נאות, הזנחה או התעללות. כל אלה, בשילוב עם התמודדויות נוספות, כמו מתחים זוגיים, בעיות פסיכיאטריות או לחצים כלכליים, פוגמים באינסטינקטים הורה-מתבגר ובכישורים טבעיים של ההורים להעניק טיפול (Kobak & Mandelbaum, 2003). על אף שמטפלים לפי ABFT לא מנסים לקיים מהלך מלא של טיפול פרטני עבור ההורים, התקשרות הלא בטוחה שחוו או שחווים הורים נדון במסגרת הטיפול ומהווה מנוף להשגת מטרות הטיפול (שיקום המערכת ההתקשרות בן ההורה והמתבגר). סיוע להורים להכיר באובדן שלהם עצמם ולהזדהות עם אכזבות ועם כאב שהם חוו או הווה, מכין אותם להיות אמפתיים יותר לחווייתו האישית של ילדם המתבגר.

כמו במטלה של בניית הברית עם המתבגר, ניתן להמשיג את בניית הברית עם ההורה כתהליך שמורכב משלושה היבטים: היוצרות של קשר, הסכמה על יעדים והסכמה לגבי המטלות הטיפוליות. לבניית הקשר שלושה שלבים. בשלב הראשון, המטפל מקפיד להשתמש בטון של

תמיכה ושל אמפתיה. דבר זה חשוב במיוחד בהתחשב בכך שבפגישות קודמות נטה המטפל לציוד של המתבגר ולתלונותיו. מדברים על חוסר איזון זה באופן ישיר ובגלוי בשלב מוקדם בפגישה (לדוגמא: "אני שמח שיש לנו הזדמנות להיפגש לבד. אני יודע שנראה היה שאני נטייתי מעט לציוד של בנכם. אולם, לעיתים קרובות אנו מוצאים שזה נחוץ על מנת לערב את המתבגר בטיפול. האם זה נשמע הגיוני?"). בשלב שני, פונה המטפל להתמקד בהורה עצמו (לדוגמא: "הייתי רוצה להקדיש מעט זמן על מנת להכיר אותך יותר, אתה יודע, מה קורה בחיים שלך"). כמו עם המתבגר, המטפל מנסה לזהות כוחות ומשאבים שיעניקו הבנה רחבה יותר של ההורה הן כהורה והן כבן אדם נפרד. ככל שהורים יחוו קומפטינטים, מוערכים ומוכרים יותר, כך יהיו יותר נכונים לשתף בפגיעות שלהם.

בשלב שלישי, כאשר ההורה מרגיש בנוח, מתחיל המטפל לבדוק את גורמי הלחץ שמשפיעים ושהשפיעו על תפקוד ההורה באופן כללי ועל ההורות שלו בפרט. שיחה מסוג זה יכולה להתמקד בדיכאון של ההורה, בשימוש בסמים או בבעיות פסיכיאטריות אחרות, במתחים זוגיים, באירועי חיים מלחיצים, או בבעיות כלכליות. המטפל בוחן את ההשפעה של גורמי הלחץ הללו על תהליך ההורות ועל הדיכאון של המתבגר עצמו. המטפל עשוי להצהיר הצהרות כמו: "זה בטח קשה לגדל מתבגר מדוכא, בעוד שאתם נאבקים עם כל זה" או "האם אתה חושב שהדיכאון שלך או שהקונפליקטים הזוגיים משפיעים על בתך?". שאלות מסוג זה צריכות להישאל באופן שאינו מערב אשמה, אלא אמפתיה. המטרה אינה בהכרח לפתור נושאים אלה, אלא לגלות עניין, לבטא תמיכה וכשזה ראוי, להציע המלצות (לדוגמא להפנות לטיפול). בעבור הורים רבים, זוהי תמיכה רבה יותר מאשר זו שלרוב הם מקבלים או מזו שיחפשו עבור עצמם, ללא קשר לבנם המתבגר. בנוסף, האמפתיה שמגלה המטפל מגבירה את הסבירות לכך שיעלו על פני השטח רגשות של פגיעות של ההורה, הקשורים לאתגרים העומדים בפניו. במצב מרוכך זה של ההורים, סביר יותר שהם יזדהו עם תלונותיו של המתבגר ועם כאבו.

בניית הקשר מתמקדת גם בחוויית ההורות שחוה ההורה עצמו. שיחות מסוג זה מתחילות בשאלה כגון: "אם כן, איזה סוג של קשר היה לך עם הורידך?" אם נבנה אמון, יתאר ההורה ברצון נקודות שיא כמו גם רגעי כאב או אתגרים שחוו בילדותם. בעוד ששיחה זו יכולה להימשך ללא קץ, מונחה המטפל על ידי המטרה לזהות מידע שיסיע להורה להתבונן בחוויית בנו המתבגר ולהזדהות עמה. לדוגמא, אם להורה הייתה מערכת יחסים טובה עם הוריו, המטפל יכול להגיד את הדברים הבאים: "אתה יודע עד כמה קרבה מסוג זה עשויה להיות חשובה לילדה. זה וודאי כואב לראות את בתך מתמודדת בלי סוג הקשר כזה". לחלופין, כשלהורה הייתה חוויית התקשרות שאינה בטוחה, המטפל יכול לומר: "אם כן, אתה יודע עד כמה זה כואב עבור ילד להרגיש מנוכר מהוריו. אני תוהה אם זה מה שבתך מרגישה?".

היווצרות הקשר מציבה בסיס לעבודה על יעדים טיפוליים משותפים. באופן אידיאלי, בשלב זה של השיחה ההורה נמצא במצב מרוכך ומתבונן והוא בעל הבנה עמוקה יותר של הדרך שבה כשלים בקשר יכלו להשפיע באופן שלילי על הילד. בנוסף, הוא מבין לעומק את חשיבותן של הדאגה ההורית, של תשומת הלב ושל התמיכה עבור המתבגר. בשלב זה, מציג המטפל את היעד של שיקום ההתקשרות באמצעות הצהרה מסוג זה: "אתה יודע, היו לך אכזבות רבות בחייך. את חלק מהן שרדת היטב ואת האחרות נראה שאתה עודך נושא עמך. נוסף על כך, היו רק מעט אנשים שאליהם יכולת לפנות לעזרה ולתמיכה. נכון?... אני חושב שבתך נאבקת עם דברים

*דומים: הרגשה של פגיעה ובידוד. אני תוהה אם אתה מרגיש צורך לעזור לה להיאבק באפלה שבה נאבקת גם אתה. תוכל להגיע אליה בדרכים שבהם אמך מעולם לא עשתה.".* הזמנה זו מציעה להורים הזדמנות לשבור את מה שהתהווה לעיתים כדפוס בין-דורי של הזנחה ושל בידוד רגשי. היא אינה מאשימה את ההורים, אלא תחת זאת מקדמת אותם כמסוגלים להכיל ולהפיג את תחושת הייאוש וחוסר התקווה של ילדם.

אם ההורים מתגייסים ומתחייבים ליעד זה, שארית הפגישה מוקדשת להכנה לקראת המטלה: שיקום ההתקשרות דרך הפעלות. מהו התפקיד שעל ההורים ליטול וכיצד עליהם להתנהג? האם עליהם לומר דבר מה או רק להקשיב? האם הם מגנים על עצמם או מספרים את הצד שלהם בסיפור? מטפלים לפי ה-ABFT מונחים על ידי מסגרת העבודה של אימון רגשי שקודם על ידי גוטמן ועמיתיו (Gottman et.al., 1996). אימון רגשי בעיקרו, מלמד הורים כישורי הקשבה אמפטיים. הדין עם ההורים מתחיל בהתמקדות ב"מטה-רגשות" של ההורים: התיאוריות שלהם לגבי רגשות, אמונותיהם, רגשותיהם וגישותיהם כלפי רגשות באופן כללי וכלפי רגשות שליליים באופן מיוחד. דיון מסוג זה יכול בתורו להיות בעל מוקד בין-דורי בכך שהוא בודק כיצד נוהלו רגשות במשפחתו המוצא. לדוגמא, הורים מסוימים מאמינים שאין להתמקד בכאב ובפגיעה ובמקום זאת יש להתמקד ב"דברים טובים" בלבד. הורים אחרים אולי גדלו בבתים שבהם היה זה מפחיד ואף מסוכן להביע באופן ישיר חוסר שביעות רצון או כעס. לאחר שמצטברת הבנה לגבי גישת ההורים בנוגע לרגשות, עובד המטפל עם ההורים ומסיע להם להבין את ערכם של רגשות ואת צרכם של הילדים ללמוד כיצד לזהות אותם, כיצד להביעם ואיך לנהלם. תפקוד רגשי טוב יותר מקדם פתרון בעיות, בונה ערך עצמי, מקדם התפתחות של כישורי תקשורת, משרת כבסיס לאינטימיות, משפר את היכולת להתמודד עם מתחים, ואף משפר תפקוד החברתית, לימודית ובריאות פיזית (Gottman et.al., 1996).

כאשר ההורים משתכנעים לגבי חשיבות הביטוי הרגשי בהקשר של בריאות הנפש והחוסן של ילדם, המטפל מתחיל ללמד כמה כישורים קונקרטיים פשוטים, על מנת לסייע להם במהלך שיחות ההתקשרות עתידיות מול ילדם: "תן לילדך תשומת לב מלאה. אל תהיה מוסח. הקשב לילדך ונסה להבין מה הוא אומר מנקודת מבטו. שאל שאלות במקום להצהיר הצהרות. היה סקרן. קבל כל רגש שהוא מבטא, באשר הוא. אל תנסה להניא אותו ממה שהוא חש. נסה להקשיב לרגשות פגיעים השוכנים מתחת לכעס. עזור לו לבטא רגשות. השתמש בהקשבה רפלקסיבית: אמור לו בחזרה את מה ששמעת. חלוק עמו הערות פשוטות, ובאופן מוגבל, שתף אותו בדוגמאות מחייך שלך." בכך שהמטפל מטפח כישורי טיפול המבוססים על התקשרות, הוא הופך את הנטייה של ההורים לבקר את המתבגר, להאשים אותו או לתקנו לרצון להציע הגנה ונחמה, מהלך שנדרש להשגה על מנת להצליח במטלה הרביעית והחשובה ביותר- ההתקשרות מחדש.

מטלה רביעית: ההתקשרות מחדש

מטלה זו בנויה על בסיס המטלות הקודמות. פגישות קודמות התמקדו בפיתוח ייחוסים והבניות חדשות לגבי הבעיה, כריתת בריתות איתנות עם בני המשפחה, זיהוי של ליבת הנושאים הקונפליקטואליים, וגיבוש המחויבות לדו-שיח הנוגע לכשלי ההתקשרות. לאור בסיס זה, מוכן המטפל להתחיל את מטלת ההתקשרות מחדש: שיחה קשה אך חשובה בנוגע לפגיעות קודמות, אכזבות, אמביוולנטיות אך כמיהה להתקשרות מחדשת. מטלת ההתקשרות מחדש מתרחשת

בשלושה שלבים: חשיפה של המתבגר, חשיפה קצרה של ההורה, ודו-שיח ממושך שמתקיים בין ההורה למתבגר (Diamond & Stern, 2003).

כשהמתבגר ניאות, מתחילה הפגישה בהצגת התלונה שלו. לרוב, אלה דאגות, קונפליקטים משפחתיים כרוניים ממושכים או טראומות (כגון הזנחה, שליטת יתר של הורים, נטישה ו/או התעללות). על אף שזה מאתגר את ההורים, ביטוי ישיר של כעס ושל אכזבה על ידי המתבגר לרוב מתקבל בברכה והוא מועדף על פני ההתנהלות הנמנעת, השטוחה והנסוגה השגורה עליו. המטפל מעודד את ההורים להעלות פרטים מתלונותיו של המתבגר, ובה בעת עוזר למתבגר לנסח תלונות אלה באופן בוגר, ישיר, ומווסת רגשית. המטפל וההורים מעלים מחשבות, רגשות וזיכרונות, על מנת לבחון כל ניואנס בחוויות אלה.

בנוסף, עוזר המטפל להורים לעמוד בפני הפיתוי להיקלע לקונפליקטים הללו, להציע פתרונות מהירים מדי, או להתגונן. תחת זאת, מאמן המטפל את ההורים לראיין את המתבגר ולבטא עניין, פתיחות וסקרנות בנוגע לחווייתו הסובייקטיבית. על ההורים להישאר אמפתיים ותומכים. אם הורים הופכים שתלטניים או הגנתיים, עלול המתבגר להרגיש מתוסכל או מיואש ולנתק מגע (הופך להיות לא תקשורתי). הענקת כבוד למתבגר כבוגר וכאוטונומי, אך יחד עם זאת עדיין אהוב וזקוק לתמיכה ולאמפתיה, יעניקו איזון נאות של טיפוח ושל הגנה, המחזקים התקשרות בטוחה. באופן כללי, שלב ראשון זה של השיחה צריך להימשך זמן ארוך ככל שניתן. במקרים מסוימים, זו עלולה להיות הפעם היחידה שבה בני משפחה מעלים ודנים על נושאים אלה. בצורה זאת, לומדים ההורים והמתבגרים לנהל שיחות טעונות רגשית וקונפליקטואליות ולשאת אותן.

בשלב שני זה של המטלה, ניתנת להורים הזדמנות לבטא את הצד שלהם בסיפור. קודם שלב זה, חסם המטפל בעדינות את ניסיונות ההורים להסביר את התנהגותם בעבר או להתנצל עליה. יחד עם זאת, לאחר שזיכרונותיו של המתבגר, רגשותיו ותכונותיו נבחנו ביסודיות, מעודד המטפל את ההורים להציג את הנסיבות שגרמו להתנהגותם או את חולשותיהם האישיות. חרטה ונקיפת מצפון הינן נפוצות (לדוגמא: *"הייתי מדוכא ועשיתי כל שיכולתי, אבל אני רואה שזה לא היה מספיק"* או *"חשבתי שהגנתי עליך בכך שלא דיברתי אתך על זה, אבל אני רואה שזו הייתה טעות"*). המטפל מאמן את המתבגר לשאול שאלות נוקבות בנוגע להתנהגות ההורים, למניעים שלהם ולחרטות שחשים. יחד עם זאת, המטפל מתנהל בזהירות ולא מאפשר לחשיפת ההורים להפחית מערכה ותקפותה של חווית המתבגר או להפיק מצידו התנהגות מטפלת והורית. חשיבותה של חשיפת ההורים נראית לא הגיונית בהתחשב בכך שמוקד הטיפול הוא לעזור למתבגר. יחד עם זאת, הניסיון הקליני שלנו מראה ששיתוף ההורה בפגיעות שלו, לפרק זמן קצר ומוגדר, מחזק אווירה של הזדיות שבתורה מקדמת בנייה מחדש של אמון ושל חידוש רצון המתבגר לקרבה. לכאורה, לרגעים מעטים, מתנהלת השיחה בין שני אנשים בוגרים החולקים את חוויותיהם והמציעים זה לזה הבנה ואמפתיה. המתבגר רואה את הוריו כאנשים נפרדים אוטונומיים, בעלי נקודות חוזק וחולשה משלהם, העומדים בפני אתגרים, ולא רק הורים שאכזבו אותו. מובן מאליה ששיתוף יתר של ההורה עלול לעורר במתבגר רגשות של התגוננות או של אשמה, ויש להימנע ולפקח על כך. על המטפל להתבונן, להקשיב היטב ולהיות מוכן לכוון מחדש את השיחה, אם היא נעה לכיוונים אלה. המטפל צריך לעזור למתבגר להעריך את נקודת המבט של הוריו ובה בעת לעצור את המתבגר מלגונן על ההורה או להפוך להורי כלפיו.

שלב החשיפה של המתבגר ושל ההורה מהווה בסיס לדו-שיח בוגר ומתאים יותר מבחינה התפתחותית. ההורה, בעזרת המטפל, מזמין את המתבגר לבחון את תגובותיו לחשיפתו כהורה. לעיתים קרובות, הסבריו של ההורה והתנצלותו יכולים לעורר רגשות עמוקים ופגיעים יותר אצל המתבגר (עצב, חרטה). המטפל עוזר למתבגר לבחון רגשות מעורבים כלפי ההורה שלו (לדוגמא: אמפתיה וטינה) ולקבל אותם, ומסייע לו גם במאבק האם לסלוח ולהיפתח שוב להוריו, מתי וכיצד. בסוף השיחה, מחמיא המטפל לבני המשפחה על שקיימו שיחה כה אמיצה, כנה וחושפנית. במקום לעודד את המשפחה לסכם או להסיק מסקנות (אינטלקטואליזציה) בנוגע לפגישה, מדגיש המטפל את היושר שהפגין כל אחד מבני המשפחה במהלך השיחה. במובן זה, ההתערבות היא במהותה חווייתית. דבר הכרחי להצלחת הפגישה, הוא היכולת של המטפל להישאר מכוון, ממוקד וקשוב רגשית. על המטפל לעקוב אחר כל ניואנס בשיחה על מנת להשאיר את המשפחה על המסלול, ולמצוא כיוונים שיובילו לתקשורת עמוקה וכנה יותר. ראיית המטפל משמרת את השיחה כבעלת משמעות, כזורמת וכספונטאנית. על המטפל לצפות לטוב ביותר מכל אחד מבני המשפחה ולמצות את הדיון, בכך שהוא מנצח על מנגינה של כנות, אומץ, צער, התבוננות עצמית וצניעות. כשהמטפלים עצמם מדברים בשפה זו, סביר יותר שהמשפחה תצעד בעקבותיהם.

מטלה חמישית: קידום מסוגלות

המטלה הטיפולית החמישית מתמקדת בקידום המסוגלות של המתבגר ותפיסת עצמו כמסוגל. שלושת היעדים העיקריים של מטלה זו הינם: (א) להעצים את חוויות המסוגלות, בכמותן ובאיכותן, (ב) לצמצם בידוד חברתי, (ג) לעזור להורים להפוך משאב יעיל עבור המתבגר. במהלך מטלה זו, מגביר המטפל את תשומת ליבו לשינויים התנהגותיים וארגוניים, הן בתוך הבית והן מחוצה לו. שינויים התנהגותיים אלה התאפשרו באמצעות כוחות וכישורים שהתפתחו במחצית הראשונה של הטיפול. למעשה, פתרון בעיות התנהגותיות תוך כדי שיתוף פעולה מייצר הזדמנות ליישום ולתרגול האמון שנבנה זה עתה. המטפל כעת מעודד את ההורים לאתגר באופן נאות את המתבגר ולתמוך בו על מנת להגביר בו את המוטיבציה ואת האומץ. באופן דומה, מעודד המטפל את המתבגר להפסיק להאשים את הוריו, להתייחס לחייו יותר ברצינות, וליטול אחריות גדולה יותר על התנהגותו. בפגישה זו, בני המשפחה מתרגלים ומגבשים את כישוריהם הבין-אישיים החדשים, את היכולות שלהם, את הברורות ואת האמון שרכשו, ובמקביל, בזמן שהם מעבדים בעיות התנהגותיות קונקרטיות מחייהם. מטלה זו דורשת מן המטפל לשים לב הן לתהליכים בין-אישיים (לדוגמא: כיצד בני משפחה מתייחסים ומדברים זה לזה) והן ליעדים קונקרטיים (לדוגמא: חזרה לביה"ס).

המטפל מעודד את המשפחה לדון בציפיות בנוגע לפעילויות יום יומיות, כגון משימות בבית, שעות הגעה לבית, יציאות לבילוי ודמי כיס, כמו גם בעיות הקשורות לביה"ס, לקבוצת העמיתים, לסמים, למערכות יחסים ולמין. המטפל מעודד את ההורים לתמוך בצעדים הקטנים שעושה המתבגר לעבר אוטונומיה וקומפוטנטיות. מאחר שמתבגרים דיכאוניים לעיתים קרובות אינם משתתפים בפעילויותיהם של בני גילם, אזי תמיכה בהתנהגות יזומה ותואמת גיל עשויה לעזור להם להרגיש יותר מסתגלים. במידה הנכונה, המטפל מאיץ את ההורים להפגין עניין בפעילויותיו של המתבגר מבלי להיות מעורבים יתר על המידה או להשתלט (לדוגמא: מתבגר יכול ללמד את הוריו על מוסיקת היפ-הופ). במקביל, הורים צריכים ללמוד לא להסס לשים גבולות. בהעדר ציפיות, למתבגרים לא יהיו אמות מידה או חזון (Baumrind, 1991). אולם, על הציפיות להיות



מציאותיות. עבור מתבגרים מסוימים, להישאר במסלול של חמש יחידות מתמטיקה או לסיים בגרות מלאה יכולים להיות יעדים בלתי אפשריים. רצוי שהמתבגר יהיה מעורב במשא ומתן בנוגע להחלטות ולתכניות הללו. כל אלה יגבירו את הביטחון, את כישורי התקשורת ואת תחושת המעורבות שלו.

צעד חשוב בקידום המסוגלות הוא להעצים או לשפר את טיב הקשר של המתבגר (ושל ההורים) למערכות תמיכה ומשאבים בסביבה. בעיקר בטיפול קצר מועד, על המטפל ליצור קשר באופן מיידי (לעתים קרובות כבר בשבוע הראשון) עם בני המשפחה המורחבת כשאלה משמעותיים, עם גורמים בבית הספר ועם מספקי שירותי רווחה (לדוגמה: קציני מבחן ועובדים סוציאליים). מערכת תמיכה זו יכולה לעזור בזיהוי יעדים טיפוליים חשובים ובהשגתם. המטפל עשוי להזמין אנשים חשובים לפגישה, להגיע לביקור בבית או בביה"ס, או לעדכן טלפונית אנשי מקצוע אחרים. בכל פעם שמתאפשר, על המתבגר ליטול תפקיד פעיל באירועים אלה ולא להיות משקיף מן הצד. הורים יכולים לסנגר על בנם ובה בעת להמשיך ולאתגר אותו במידה הנאותה לזו.

### **תמיכה אמפירית**

ABFT אגר תמיכה אמפירית ניכרת באשר ליעילותו. במחקר הראשון (Diamond, et al., 2002), שמומן על ידי NIMH, 32 מתבגרים הופנו באופן רנדומאלי ל 12 שבועות של טיפול ב-ABFT או לרשימת המתנה בת ששה שבועות. מתוך 16 המקרים שקיבלו ABFT, 13 (8%) לא ענו יותר על הקריטריון של MDD בסוף הטיפול, בעוד רק 9 (56%) מהמטופלים שברשימת המתנה לא ענו יותר על הקריטריון של MDD בסוף תקופת המתנה ( $X^2 [1] = 4.05, p < .04$ ). שיפור קליני היה גם הוא טוב יותר באופן מובהק בקבוצת הטיפול, שבה ל 62% מן המתבגרים שטופלו ב ABFT היה BDI של 9 או פחות בהשוואה ל 19% מהמתבגרים בתנאי של רשימת המתנה ( $t [1] = 6.37, p < .01$ ). מטופלים שהופנו ל ABFT הראו בנוסף יותר שיפור בחרדה, בקונפליקט המשפחתי, בהתקשרות לאמהות, בתחושת חוסר התקווה ובמחשבות האובדניות. תוצאות דומות נשמרו במשך 6 חודשים.

במחקר אחר, בן 3 שנים שהושלם לאחרונה ושמומן על ידי The Center for Disease Control, 68 מתבגרים אובדניים המדווחים על תסמינים דיכאוניים מתונים עד חמורים הופנו באופן רנדומאלי לתרפיה ב ABFT בת 12 שבועות או לטיפול הרגיל בקהילה. הממצאים גילו כי מיד לאחר הטיפול, וגם לאחר שישה חודשים, מתבגרים שקיבלו ABFT דיווחו על פחות מחשבות אובדניות מאלה שקיבלו טיפול בקהילה. בנוסף, המתבגרים שקיבלו ABFT דיווחו על ירידה יותר מהירה של תסמינים דיכאוניים (Diamond, et al., under review). בנוסף, התבצעו מספר מחקרי תהליך שבדקו תהליכים ספציפיים ופירטו את מנגנון השינוי, צעד אחר צעד, לגבי כל אחת ממטלות ABFT (ראה Diamond, Siqueland & Diamond, 2003). לאחרונה פותח הטיפול על מנת להתאימו למתבגרים דיכאוניים ואובדניים הומוסקסואליים, לסביות, בי-סקסואליים וטרנסג'נדריאליים. עבודה זו מומנה על ידי הקרן האמריקאית למניעת התאבדות.

## תאור מקרה

סיכום קצר של המקרה המתואר בתחילת הפרק מדגים כיצד ABFT מתנהל בשלב מוקדם של הטיפול. כפי שתואר, בפגישה הטיפולית הראשונה, עם העלאת רגשות פגיעות מסוימים, ביטאה סאלי (הבת) רגשות של דחייה ושל נטישה שחוותה מצד אימה, כמו גם זיכרונות על אב מתעלל. רגשות אלה הופחתו בחשיבותם ואף בוטלו על ידי אמה. בפגישה השנייה נפגש המטפל עם סאלי בלבד. לאחר שיחה על העניין שהיא מגלה במוסיקה ובאומנות, הופנתה השיחה לעסוק ביחסיה עם אמה. סאלי שבה לעמדתה ההתחלתית וטענה שהיא אינה מעוניינת עוד בקרבה לאמה. היא טענה שאמה ביקורתית מדי, דואגת רק למטלות ביה"ס, ונראית חסרת רצון לעזור לה בהתמודדות מול האתגרים העומדים בפניה (דיכאון, בנים, ריחוק מחברים). המטפל הזכיר לבת את דמעותיה בפגישה הקודמת ותהה מה קרה לרגשות הבדידות שלה ולכמיהה העמוקה לאהבת אמה. סאלי המשיכה ומחתה עד שעלה שוב הנושא של האב. שיחה ארוכה שהתקיימה שיקפה את האמביוולנטיות העמוקה שחשה סאלי כלפי אביה: מחד גיסא, הייתה היא המועדפת עליו ואהבה את תשומת הלב שקבלה ממנו. מאידך גיסא, כאשר החל הדיכאון שממנו סבל, היא תיעבה את הרגזנות שלו, את שתיית האלכוהול ואת התנהגותו המתעללת כלפי אמה. כשנשאלה עד כמה שוחחה על אירועים אלה עם אמה, דווחה סאלי על כך שאימה הוציאה נושאים אלה מחוץ לתחום. לאחר מכן, מתוך נאמנות לאמה, אמרה סאלי שהיא מסכימה עם אמה שעדיף לשכוח אירועים אלה וש"עלינו לנסות ולהמשיך בחיינו". אולם, המטפל היה נחוש באופן אמפתי ואמר: *"זיכרונותייך ממנו הם חייך. הוא קיים במוסיקה שלך, באומנות שלך, בפחדייך להיות דו-קוטבית כמוהו. נשמתו מלווה אותך לכל מקום".* המטפל לא נוקט בעמדה שגירוש רוחו של האב באורח פלא יפטור את כל בעיותיה של סאלי. אולם, הוא מאמין שהכחשת המשפחה את הנושאים ואת האירועים הללו או הימנעות מהם, מעידה על אקלים חסום רגשית במשפחה. לאחר עוד דמעות נוספות, הסכימה סאלי שדיון בנושאים אלה עם אמה עשוי להיות בעל ערך.

בפגישה הבאה, נפגש המטפל עם האם בלבד. תחילה, הייתה האם עצורה באופן מפתיע וענתה תשובות קצרות לשאלות אמפתיות ששאל המטפל בנוגע לחייה. בסופו של דבר, המטפל הצביע על המתח שבשיחה והעיר: *"את יודעת, נראה שאת פחות סומכת עלי היום, האם עשיתי משהו שהפריע לך?".* לאחר דיון בנושא, גילתה האם שהיא מודאגת מכך שהמטפל מחפש אחר הוכחות להורותה הגרועה. המטפל הבטיח לאם שזו אינה כוונתו, ושהוא מאמין שהיא האדם החשוב ביותר בחיי בתה. פחדיה של האם שככו והיא החלה לספר את סיפור ילדותה.

היא סיפרה שאמא שלה (סבתה של סאלי) הייתה דיכאונית ועזבה את המשפחה לטובת מאהבה, כאשר היא הייתה בת 10. מעשה זה הציב אותה כאחראית על ארבעת הילדים האחרים (אחיה) ועל אב אלכוהוליסט. כשהאב גילה נטייה להטריד אותה מינית בהיותה כבת 16, היא עזבה את הבית ומאז, מעולם לא שבה לדבר עם אביה. היא בילתה את חמש השנים הבאות בפחד מכך שתיעצר ותישלח הביתה. אך בגיל 21 הצליחה להתקבל לקולג' ובסופו של דבר להפוך למתכנתת מחשבים. כיום, היא מנהלת אגף גדול לשירות לניהול נתונים בבי"ח מקומי. המטפל הביע הערכה על עקשנות והעמידות שהפגינה, וביטא אמפתיה כלפי בדידותה וכלפי גישתה לחיים המתאפיינת ב"לא להביט לאחור". המנגנון הזה שאפשר לה לשרוד גם גבה מחיר של בידוד רגשי. בעוד שהאם נאבקת בדמעותיה, הציע לה המטפל הזדמנות להגן על בתה מגורל דומה. המטפל אמר: *"את יודעת מה זה להרגיש נטוש על ידי הורה, להרגיש מנותק עד כדי כך שאין אף אחד שניתן לפנות*

אליו או לסמוך עליו. בתך צריכה אותך. היא רוצה להרגיש שהיא יכולה לבוא אלייך כדי לקבל עזרה ותמיכה". במצב פגיע זה, יכולה הייתה האם להעריך את כוונותיו של המטפל. אולם היא עדיין פחדה מכך שלא תוכל לספק את הסוג של תשומת הלב הרגשית ושל ההכלה שלהם בתה משתוקקת. המטפל הציע להיפגש שוב לבד עם האם על מנת לדון בכישורים בסיסיים של אימון רגשי.

כשסאלי ואמה באו שוב יחד, הן היו שתיהן זהירות. יחד עם זאת, בהדרכתו העדינה של המטפל, יזמה הבת שיחה על אביה. בIODעה מעט מאוד על אביה, החלה סאלי לשאול שאלות בנוגע לעבודה שלו, בנוגע לתחביביו ובסופו של דבר, בנוגע לדיכאון שממנו סבל. היא שאלה על שטף הדם (aneurysm) שהביא למותו ושיתפה בפחדיה מלסבול מהפרעת דו-קוטבית כמוהו. האם חלקה עמה באופן חומל כל מידע שיכלה לחלוק עמה. לאחר מכן, סאלי החלה לדבר על האמביוולנטיות שחשה כלפיו, הכוללת אהבה ושנאה בו זמנית. היא התחילה לבכות כאשר שיתפה באשמה שחשה על כך שחיכתה שימות, כאילו שזה מה שהרגו. בתגובה, התיישבה האם בסמוך לבתה, חיבקה אותה ולוותה אותה באמירות מנחמות בעודה מלטפת את שיערה. סאלי התמסרה ברצון לניחומי אמה והמשיכה לבכות במשך כמה דקות. הנושאים הקשורים באביה היו רחוקים מלהיפתר, אולם פריצת דרך אכן התרחשה. האם יצרה בסיס בטוח, מקלט שבו הייתה יכולה סאלי לעמוד באומץ בפני השדים שלה.

בכמה פגישות שלאחר מכן המשיכו והתמקדו בעברה של המשפחה. אולם באופן הדרגתי, סאלי ואמה הפכו לחברות טובות יותר. ככל שסאלי צברה תובנות לגבי עברה של האם מבחינה רגשית ובנוגע ליחסים שהיו לה, כך יכולה הייתה לחוש פחות מאשימה כלפיה ויותר מקבלת את חסימתה הרגשית. ככל שסאלי התנהגה באופן בוגר יותר בפגישות, יכולה הייתה האם להעריך את בתה הקטנה כאישה שמתפתחת. כל זה הוביל למשא ומתן בשל יותר בנוגע לציפיות בבית ולפריבילגיות מחוצה לו. האם הציעה לסאלי את שיעורי הגיטרה שמנעה ממנה קודם לכן (האם התקיימה בקושי כמוזיקאית בשנות ההתבגרות שלה ולא רצתה חיים שכאלה בעבור בתה). תדירות הטיפול ירדה לאחת לשבועיים במהלך ששה חודשים נוספים. למשפחה היו כמה משברים לאורך הדרך וסאלי חשה לפרקים מדוכאת. תרופות חדשות נוסו ותגובותיה של סאלי אליהן היו מגוונות. סאלי הביאה לקיצה מערכת יחסים טלפונית שקיימה במהלך כשנה, מכיוון שכעת חשה מוכנה למגע יותר ממשי עם מישהו שיהיה נוכח פיזית. כשהסתיים הטיפול, היא התאהבה בבחור חדש (כזה שזכה לאישור האם) והייתה לזמרת בלהקת פאנק-רוק (שבה תמכה האם באי-רצון). מדי פעם קיבל המטפל דואר אלקטרוני מסאלי, עם תמונות או שיר חדש. סאלי הפסיקה את הטיפול התרופתי ותפקדה היטב גם בכמה תקופות של שפל. כשנה מאוחר יותר, שבה המשפחה לטיפול בעקבות משבר בביה"ס. המטפל סייע למשפחה לעסוק באותו נושא, והמשפחה פתרה את בעיית ביה"ס בכוחות עצמה.

ABFT הוא טיפול שפותח ונחקר במסגרת עבודתנו עם מתבגרים דיכאוניים ואובדניים לאורך 15 השנים האחרונות. עם זאת, חשוב לציין שהמודל מתאים לא רק למתבגרים אובדניים או כאלו הסובלים ממחשבות אובדניות. גם במשפחות בהן אין דיכאון ואובדנות, אך יש כשלים בהתקשרות הורה-מתבגר, העקרונית ומערך ההתערבויות של ABFT מהווים מפת דרכים שיטתית ויעילה לשיקום הקשר.

## References

- Allen, J.P. & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In P.R. Shaver and J. Cassidy (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 319-335). New York: Guilford Press.
- Allen, J.P., Hauser, S.T., Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 254-263.
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist, 44*, 709-716.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child, 22*, 162-180.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competency and substance abuse. *Journal of Early Adolescence, 11*, 56-95.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252-260.
- Bowlby, J. (1969). Disruption of affectional bonds and its effects on behavior. *Canada's Mental Health Supplement, 59*, 12.
- Bowlby, J.A. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books, Inc.
- Cicchetti, D. & Greenberg, M.T. (1991). The legacy of John Bowlby. *Development and Psychopathology, 3*, 347-350.
- Cicchetti, D., Toth, S. L. & Lynch, M., (1995). Bowlby's dream comes full circle: The application of attachment theory to risk and psychopathology. *Advances in Clinical Child Psychology, 17*, 1-75.
- Diamond, G.S. & Siqueland, L. (1998). Emotions, attachment and the relational reframe. *Journal of Structural and Strategic Therapy, 17*, 36-50.
- Diamond, G.S., Siqueland, S., & Diamond, G.M. (2003). Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents: Programmatic Treatment Development. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*(2), 107-127.
- Diamond, G.M., Diamond, G.S. & Liddle, H.A. (2000). The therapist-parent alliance in family-based therapy for adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 56*(8), 1037-1050.
- Diamond, G.S., & Diamond, G.M. (2002). Studying mechanisms of change: A process research agenda for family-based treatments. In H. Liddle, R. Leant, & J. Bray (Eds.). *Family Psychology Intervention Science*. Washington, DC: American Psychological Association Press.

Diamond, G.S., & Liddle, H. A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 481-488.

Diamond, G.S. & Liddle, H.A. (1999). Transforming negative parent-adolescent interactions in family therapy: From impasse to dialogue. *Family Process, 38*, 5-26.

Diamond, G.S., Reis, Diamond, G.M., Siqueland, L. & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(10), 1190-1196.

Diamond, G.S. & Siqueland, L. (1998). Emotions, attachment and the relational reframe: The first session. *Journal of Systemic Therapies, 17*(2), 36-50.

Diamond, G.S. & Stern, R. (2003). Attachment based family therapy for depressed adolescents: Repairing attachment by addressing attachment failures. In Johnson, S. (Ed.). *Attachment: A family systems perspective*. Pp. 191-215. New York: Guilford Press.

Greenberg, L.S. & Johnson, S.M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.

Greenberg, L.S. & Safran, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford Press.

Gottman, J.M, Katz, L.F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology, 10*(3), 243-268.

Johnson, S. M., & Whiffen, V.E. (2003). *Attachment Process in Couples and Family Therapy*. New York: Guilford Press.

Kobak, R. & Duemmler, S. (1994). Attachment and conversation: Toward a discourse analysis of adolescent and adult security. In D. Perlman & K. Bartholomew (Eds). *Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships, Vol. 5* (pp. 121-149). Bristol, PA: Jessica Kingsley Publishers, Ltd.

Kobak, R. & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development, 59*, 135-146.

Kobak, R., Sudler, N., & Gamble, W. (1991). Attachment and depressive symptoms during adolescence: A developmental pathways analysis. *Development and Psychopathology, 3*(4), 461-474.

Liddle, H. A. (1999). Theory development in a family-based therapy for adolescents drug abuse. *Journal of Clinical and Child Psychology, 28*(4), 521-533.

Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 27*(4), 651-687.

Liddle, H. A., & Diamond, G. S. (1991). Adolescent substance abusers in family therapy: The critical initial phase of treatment. *Family Dynamics of Addictions Quarterly*, 1, 55-68.

Main, M. & Goldwyn, R. (1988). Adult attachment classification system. Version 3.2. Unpublished manuscript. University of California, Berkeley.

Shelef, K., Diamond, G.M., Diamond G.S., & Liddle, H.L. (in-press). Adolescent and Parent Alliance and Treatment Outcome in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict and harmony in the family relationships. In S.S. Feldman and G.R. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 255-276). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Waters, E., Kondo-Ikemura, K., Posada, G., & Richters, J.E. (1991). Learning to love: Mechanisms and milestones. In M.R. Gunnar & L.A. Sroufe (Eds.), *Self processes and development. The Minnesota symposia on child psychology, Vol. 23* (pp. 217-255). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Weinfeld, N.S., Sroufe, L.A., Egelund, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71, 684-689.

Wood, B. (2002). Introduction to special Issue on attachment theory and family systems therapies. *Family Process*. Vol. 41, 3.