

מאי נראות לשותפות: נתיבי התמודדות והחלמה עם מחלה פסיכיאטרית במשפחה

עורכות: ענת שליו ונעמי הדס לידור

כרך א'

ענת שליו ונעמי הדס לידור
מאי נראות לשותפות: נתיבי התמודדות
והחלמה עם מחלה פסיכיאטרית במשפחה
כרך א'

עריכת לשון: אלישבע ברק

הפקת הספר: נועה דניאלי

עטיפה – אסמבלאז': ויטלי גיא

עיצוב גרפי ועימוד: נטליה פרבר

עבודות האמנות בחלק משערי הספר באדיבות הגראז' – מכינה
רב תחומית ללימודי אמנויות, המכינה צעירים המתמודדים
עם משברים נפשיים ללימודים גבוהים במגוון תחומי האמנות,
ומכינה אותם להשתלב בשוק העבודה.

שער ג' בספר זה, שער ההיבט התיאורטי,
באדיבות האמן אמיר שליו, (www.amirshalev.ie)
אחיה של העורכת, ענת שליו.

אחווה מדיה
רח' תל אביב 11, חיפה
www.ahvamedia.co.il
04-8512652

דאנאקוד 800-261006

© כל הזכויות שמורות לכם, הקוראים.
ניתן לשכפל, להעתיק, לצלם, להקליט, לתרגם,
לאחסן במאגר מידע, לשדר או להקליט בכל דרך או אמצעי אלקטרוני,
אופטי, מכני או אחר כל חלק שהוא מהחומר שבספר זה.
שימוש מכל סוג שהוא בחומר הכלול בספר זה מותר בהחלט
וברשות מפורשת של המחברים.

נדפס בישראל תשע"ז (2017) Printed in Israel

תוכן העניינים

פתיחה כרך א'

- 9 פתח דבר – החשיבות של ראיית המשפחה ענת שליו ונעמי הדס לידור ...
- 31 משפחות ושירותי בריאות הנפש בישראל Julian Leff
- שער היבט אישי: "מומחיות מתוך ניסיון" – למידה מניסיון אישי/קהילתי**
- 35 1. שיח עם אב – הוד, אבא לבת עם מחלה פסיכיאטרית אבא
- 55 2. מפחד לאומץ, מדאגה לאמונה. סיפורה של אם שחר שטרליד
- 59 3. בדרך לזוגיות – הסיפור שלנו בת זוג של
- 65 4. אלוהים מרחם על ילדי הגן אילאיל צין
- 73 5. ההורות סימה לוי
- 79 6. אמא, אפשר כבר לחזור להיות ילדה? ילדה של
- 87 7. סיפור משפחתי אורלי אלון
- 91 8. להיות אח של... אחות
9. צמיחת 'עוצמה' – פורום ארצי של משפחות נפגעי הנפש (ע"ר) –
- 95 סגור, מאבקים ושיתופי פעולה מירי דביר ואלי שמיר

שער היבט תיאורטי: מומחיות מבוססת תיאוריה ומחקר

10. עיצוב מודל התערבות למשפחות בבריאות הנפש: רקע תיאורטי ואמפירי ענת שליו
- 137
11. המטופל, המשפחה, והמערכת השיקומית בראי הגישה ההקשרית עופרה שחם
- 179
12. משאבים פסיכולוגיים של הורים כמקור להתמודדות עם ילד בעל מוגבלות נפשית בראי תיאוריית ההתקשרות ארז יעקובי
- 189
13. בין מטופל, מערכת מטפלת ומערכת משפחתית: משולשים ומובחנות (דיפרנציאציה) אהרון פלשמן
- 211

המטופל, המשפחה, והמערכת השיקומית בראי הגישה ההקשרית

עופרה שחם¹

מילות מפתח: הקשרים משפחתיים (family contexts), נאמנות במשפחה, מיקוד בכוחות, האסכולה המשפחתית, הכוחות המניעים במשפחה.

המאה ה-21 והעידן החדש הביאו למפגש עם ההבנה שהמציאות היא בעיני המתבונן, שאין מציאות אובייקטיבית. מכאן שהמטפלים בעידן החדש נדרשים להתבונן בכל משפחה כמו שבני המשפחה חווים אותה, ולא מתוך הבנת המציאות על ידי המטפל, או על פי מדד אובייקטיבי כלשהו. המיקוד בפתולוגיה ובבעיה המוצגת, שאפיין את העולם הטיפולי של תחילת ואמצע המאה העשרים פינה את מקומו ללמידה ומיקוד בכוחות, ביכולות ובמשאבים של המערכת המשפחתית. שינוי זה במיקוד משפיע על תפקיד המטפל בעידן החדש. מאחר שהמיקוד הוא כעת בכוחות ובמשאבים של המטופל ובני משפחתו, על המטפלים לאתר כוחות אלה ולאפשר שימוש בהם לרווחת המטופל והקשר המערכתי שלו. המטפלים נדרשים להתבונן במערכת, להציע זווית ראייה חדשה, להציע פירוש חדש לעובדות ולמצבים, פירוש שיאפשר התמודדות יעילה יותר הן של המערכת השיקומית והן של המערכת המשפחתית.

המעבר למיקוד בהבנת התנהגות האדם כחלק ממערכת חברתית התנהגותית הושפע מהתפתחות האסכולה המשפחתית ופריצתה לתודעה האקדמית והקלינית כמודל טיפולי בשנות החמישים של המאה העשרים (Gurman & Kniskern, 1991; Nichols & Schwartz, 2009; Simon, Stierlin, & Wynne, 1985). פריצת האסכולה המשפחתית לתודעה האקדמית והקלינית הביאה לתפנית בגישה ובאופן ההבנה של

¹ בעבודתי הקלינית אני מיישמת את הפילוסופיה של הטיפול ההקשרי ואת עקרונותיה. היה לי הכבוד ללמוד ולתרגל את עקרונות הגישה ממייסדה, **איבן בוזורמני-נאז'**, שהדריך אותי בעבודתי הקלינית המוקדמת בפילדלפיה, והנחה את עבודת התזה שלי.

הפתולוגיה והטיפול הנפשי של האדם. בתחילת המאה העשרים הובנה ופורשה ההתנהגות הפתולוגית והנורמטיבית בעיקר דרך מאזן הכוחות הדינמיים התוך-אישיים הפועלים באדם. אבי הפסיכואנליזה, זיגמונד פרויד (1856-1938), טען שהמוטיבציות האנושיות נבנות מצרכים, דחפים, משאלות ופנטזיות – רעיון המכוון אל האינדיבידואליות. עם ההתעניינות במערכת, חקירת תיאוריית המערכות (systems theory) ופיתוחה, הורחבה הבנת הפסיכופתולוגיה של היחיד והחלה לכלול את ההקשר המערכתי שלו, כלומר את המערכת הבין-אישית, הקהילתית והמשפחתית (Boszormenyi-Nagy & Framo, 1965).

באמצע המאה העשרים הפכה המשפחה למוקד התבוננות מחקרית וקלינית. בתחילתו של מהפך זה נתפסה המשפחה כגורם האחראי על התפתחות הפתולוגיה של החברים בה. תיאוריות למיניהן חיפשו במשפחה, ובייחוד באם, את מקור הפתולוגיה של הפרט. בין התיאוריות הפסיכו-גנטיות האלה אפשר למנות את "האם הסכיזופרנוגנית", שהיא אותה אם ה"מייצרת" צאצא עם סכיזופרניה (Fromm-Reichmann, 1948), תיאוריית "האם הקרה", לפיה הקרירות ההורית היא הגורם לאוטזם (Battelheim, 1959; Kanner, 1943). תיאוריית "המסר הכפול" (the double-bind hypothesis) הרואה במבנה המשפחה ובמסרים הכפולים והמנוגדים בה את הגורם האחראי להתפתחות מחלות נפש (Bateson, 1956) ותיאוריית "ההדדיות המדומה" (pseudo mutuality) המתארת את התנגדות המשפחה להשפעות חיצוניות והימנעותה מקונפליקטים התפתחותיים ופרידות, כיוצרות נוקשות ותקיעות בפסאדה של הרמוניה (Wynne, Ryckoff, Day, & Hirsch, 1958).

לקראת סוף המאה העשרים נוצר מעבר מעמדה המתמקדת באדם כאינדיבידואל בלבד, או במשפחה כמייצרת פתולוגיה, להבנה כי ישנם כוחות דינמיים הפועלים במשפחה, ולכוחות אלה תפקיד מרכזי בתהליך התפתחותו של כל פרט במשפחה ובעיצוב התנהגותו. גישה זו מרחיבה ומעמיקה את הבנת המושגים הבסיסיים של משמעות המחלה וההחלמה, וכן של ההתערבות הטיפולית. מתוך הראייה הזו, המשפחה נתפסת כשותף הכרחי בכל שלב בתהליך ההתמודדות וההחלמה של המתמודד. כדי להבין את היחיד עלינו לפתוח את 'צמצם המצלמה' לראות, ללמוד, להבין, ולהתחשב בהקשר המשפחתי הספציפי של המתמודד על מנת לייעל ולקצר את ההתערבות הטיפולית בו (Minuchin & Fishman, 1981).

מתוך עדותם של בני משפחה של מתמודדים אנחנו למדים שוב ושוב על המחיר הכבד והטראומה שגובים המפגש וההתמודדות עם המחלה הפסיכיאטרית מבני המשפחה שאינם חולים: על הנטל הרגשי, הכאב, האשמה, הבושה, חוסר האונים, וחוסר היכולת להתנתק ולנהל חיים מלאים ונפרדים מבן המשפחה עם המחלה. בני משפחה מדווחים כי הם חווים בתוך הקהילה הקרובה אפליה, שיפוטיות, ודחייה בשל בן המשפחה עם המחלה. ומצד המתמודדים עצמם אנו למדים על תחושה של נידוי בתוך משפחתם, בדידות גדולה, חוסר הבנה, ועם זאת תחושת אשם וכאב על הפגיעה במשפחתם עקב מחלתם. ההתמודדות המשפחתית עם המשימות ההתפתחותיות שבמעגל החיים המשפחתי, מושפעת גם היא מהמחלה והמתמודד. בני המשפחה וגם המתמודד עלולים למצוא את עצמם מעוכבים בשלב התפתחותי מסוים במעגל החיים או אף נסוגים לשלב מוקדם יותר. למשל כשבן המשפחה המתמודד מגיע לשלב של "עזיבת הקן" והוא עדיין לא בשל לכך, כל המשפחה מושפעת מ'העיכוב' וצריכה להתארגן בהתאם (McGoldrick, 1995).

מטפלים רבים מצביעים על שיתוף הפעולה עם משפחת המתמודד, כעל מרכיב מרכזי בתהליך ההתמודדות וההחלמה של המתמודד ומשפחתו. לעתים קרובות, המטפלים נדרשים להרחבה, הבנה והכלה מערכתית של כל הפרטים המרכיבים את המשפחה, לשם התקדמות והצלחת התהליך הטיפולי-שיקומי. דרישה זו היא אתגר למטפלים רבים ולמערכות טיפוליות. הבנה ופיענוח של מערך הכוחות הדינמיים והקשרים המחברים בני משפחה, יכולים לסייע למטפלים ולאפשר להם להיות ממוקדים ומדויקים יותר בהתערבויותיהם.

מהם אפוא אותם כוחות דינמיים ייחודיים הפועלים בתוך המשפחה ומניעים את חבריה? את הקשרים המולדים והייחודיים למשפחה האנושית חקר, למד ותיאר אחד מחלוצי הטיפול המשפחתי – איבן בוזורמני-נאז', הוגה ומייסדה של הגישה הטיפולית ההקשרית (contextual therapy approach). בוזורמני-נאז' התעניין בהתפתחות הקשרים והכוחות שאינם ברי בחירה הפועלים בתוך מערכות יחסים קרובות – אמון, נאמנות ומורשת. גישתו, כתביו וספריו: Invisible Loyalties (1973) (נכתב בשיתוף עם ג. ספארק), ו-Between Give and Take (1986) (נכתב בשיתוף עם ב. קראסנר), הפכו לקלסיקה נלמדת ומוערכת מאוד בתחום הטיפול המשפחתי.

הכוחות המניעים הפועלים במשפחה

בוזורמני-נאז' מתאר את האמון (trust) כמשאב שנוצר אצל הילד, על בסיס המחויבות ההורית לדאגה ולטיפול מותאם לצרכיו ההתפתחותיים השונים. הילד מפתח אמון ללא סייג בהוריו המאפשרים את קיומו. תחושת אמון זו היא דינמיקה של מערכת יחסים בין אישית, זוהי פונקציה של חוויית אמינות, אחריות והתחשבות. על פי אריקסון (Erikson, 1963) משאבי האמון מתפתחים ונשמרים דרך טיפול או דאגה הדדיים ומהווים ציון דרך חשוב בהתפתחותו האישית והחברתית של האינדיבידואל.

כוח נוסף הפועל בתוך המשפחה האנושית, שמתאר בוזורמני-נאז', הוא **המורשת** (legacy) או המנדט הבין-דורי. המורשת היא אותה מחויבות מולדת שלנו לקיום והישרדות של הדורות הבאים, התחייבות לעזור, לשחרר ולתקן את הדורות הבאים מהרגלים ומסורות הרסניים (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1986). מחויבות זו מתבטאת באמירות, כגון: "לא אניח לילדי לעבור את שאני עברתי", "אהיה הורה יותר טוב מההורים שלי". השילוב של משאב האמון עם המורשת יוצר את אחד הכוחות רבי העוצמה בקונטקסט המשפחתי, כוח מוטיבציוני – **הנאמנות**.

הנאמנות (loyalty) היא כוח מניע עוצמתי שאינו בר-בחירה. לדעתו של בוזורמני-נאז', הסיבים החזקים והבלתי נראים של נאמנות במשפחה מורכבים מקרבת דם ודאגה אכפתית לקיום החיים הביולוגיים והשושלת המשפחתית. זהו שילוב של משאב האמון הנוצר על בסיס המחויבות לדאגה ולטיפול, עם המורשת שהיא המנדט הבין-דורי, או המחויבות המולדת לקיום הדורות הבאים ולהישרדותם. כך, נאמנות בגישה ההקשרית נתפסת כמחויבות הדדית מולדת הן של ההורים כלפי ילדיהם והן של הצאצאים כלפי הוריהם, מה שמשפיע כמובן ומכיל גם את הקשרים בין האחאים, מעצם היותם שותפים לדינמיקה הזו ומושפעים ממנה. דרך התיאור וההבנה של הגישה ההקשרית את הכוחות הדינמיים והקשרים המתקיימים בכל משפחה אנושית, אפשר להסביר ולהבין את החיבור האמיץ המתקיים בין המתמודד ומשפחתו.

בעדויות הקליניות המובאות להלן אפשר להבחין בביטויים של עצמת קשרי הנאמנות בין ילדים להוריהם:

♦ מתבגרת בת 15 מצהירה שיש לה הורים מזניחים, שהם שתויים רוב היום ושהיא שונאת אותם, אבל אם מישהו בבית הספר או בשכונה אומר עליהם מילה רעה, היא "קורעת אותו במכות..."

✦ נער מאומץ בן 16 המאושפז ביחידה פסיכיאטרית בשל התנהגות עבריינית, כולל איום אמתי עם אקדח על הוריו המאמצים. בפגישה המשותפת עם ההורים, מברר הפסיכיאטר את הרקע המשפחתי ושואל על ניסיונות האם המאמצת להרות לפני ואחרי האימוץ. כשהאם מספרת בכאב על כישלונה להרות, פונה פתאום הנער לפסיכיאטר בכעס ושואל אותו למה הוא מציק לאמא שלו...

✦ אמא ובנה בן החמש היו בנסיעה ארוכה, כשהבחין הבן בדמעות אמו, ניסה להסיח את דעתה ע"י בקשה לעזור לו לספור מכוניות, וכשזה לא עזר יותר, ביקש ממנה לעצור מספר פעמים לשירותים, האם התרגזה. בפגישה טיפולית, כשהילד נשאל איך הוא עוזר לאמו כשהיא עצובה – סיפר את הסיפור על הנסיעה הארוכה...

✦ בתה בת השבע של מטופלת שסובלת מדיכאון ומנסה לשכב כל היום בחושך במיטה, פיתחה בעיות התנהגות בבית ובביה"ס. הילדה למדה להרגיז את אמה ולהפריע לה, לא לאפשר לה להיות בחושך במיטה (בדיכאון) ולו גם במחיר היקר של סימפטומטיזציה של עצמה (בעיות התנהגות).

חשוב מאוד שעצמת הדינמיקה הזו בין בני המשפחה וההשקעה הרגשית העצומה יילקחו בחשבון בתכנון תהליך הטיפול, השיקום וההחלמה, ובכל שלבי ההתערבות. ההכרה וההבנה הבסיסית של הכוחות הדינמיים המחברים בין הורים לילדיהם, חיבור שלרוב אינו בר בחירה, מחייבות את המערכת הטיפולית לדרוש בטובתה וברווחתה (well-being) של משפחתו של המתמודד כחלק מדרישת רווחתו של המתמודד עצמו.

בין הורים לילדים מתקיים קשר ורטיקלי של נאמנות שהוא בלתי סימטרי ובלתי הפיך במהותו. עם זאת, על אף שורשים עמוקים וקשר דם, לעתים קרובות נאמנויות ורטיקליות אלה מוכחות או "מוקטנות". קשרי נאמנות ורטיקליים מושרשים עמוק למרות הכחשתם והפחתתם השכיחה. כאשר מסיבה כלשהי לא מתאפשר לאדם לבטא את נאמנותו למוצאו באופן כן וגלוי – קשרים אלה "יחפשו" ערוצים גלויים פחות (נאמנויות סמויות). כשנוצר מתח אצל אדם על רקע חוסר יכולתו להביע בפתירות את נאמנותו למוצאו, הנאמנויות הופכות סמויות מפני שהן מוכחות (Boszormenyi-Nagy & Spark 1973).

מעגל החיים מזמן תזוזות ושינויים בתוכן הנאמנות, כמו בעזיבת הבית – שחרור מהנאמנות האקסקלוסיבית למשפחה ופיתוח חברויות, יחסים רומנטיים ונישואין. ככל שהקשרים של המתבגר עם משפחתו נוקשים יותר, כך יהיה לו קשה יותר להרגיש חופשי ביחסים הוריוזונטליים. ישנן משפחות שבהן כל תנועה לעבר עצמאות של הילד נתפסת כביטוי של חוסר נאמנות. במשפחות כאלה הישארות בבית היא לא רצויה למראית עין, אבל באופן סמוי מוערכת כעדות לנאמנות למשפחה. מטרת ההתערבות הטיפולית במשפחה לפי הגישה ההקשרית היא קידום ההבנה והאמון ההדדיים על ידי חשיפה וגיוס המשאבים (resources) שבתוך מערכת היחסים, משאבים כמו אכפתיות ו"שרידי אמון". הצידוד הרב-כיווני (multi-directed partiality) הוא מתודה של הגישה ההקשרית שמנחה את המטפל להרחיב את ההתייחסות האמפטית והמחויבות שלו למטופל, ולכלול כל אחד מבני המשפחה (נוכחים ושאינם נוכחים בטיפול) שיכול להיות מושפע מהתהליך הטיפולי (Shaham, 2005). צידוד רב-כיווני זה כמתודה טיפולית נובע ומסתמך על תפיסת הנאמנות במשפחה האנושית.

ההתייחסות לבני המשפחה על עמדותיהם וצרכיהם השונים, דורשת כפי שצוין לעיל, הבנת ההקשר, הרחבת האמפטיה וההכלה של המטפל, כך שתכלול את המערכת המשפחתית של מטופליו ללא שיפוטיות והאשמה כלפיה. דרישה זו יכולה לעורר שאלה בנוגע לנאמנות המערכת הטיפולית: האם הנאמנות היא למתמודד או לבן המשפחה, שלרוב נזקק אף הוא לאמפטיה וסיוע. הפנמת רעיון ה"צווים" המולדים של נאמנות במשפחה, מאפשרת להבחין כי כל התייחסות אמפטית של המטפל למשפחת המתמודד, למעשה מיטיבה בראש ובראשונה עם המתמודד, גם כאשר נראה שמדובר בעמדות מנוגדות, סתירות ורצונות מנוגדים. דילמה שכחה ביחידות שיקום, עשויה להדגים זאת: בוגר צעיר בן 23 המאושפז ביחידה פסיכיאטרית מתנגד שמשפחתו הדואגת תדבר עם הפסיכיאטר, והפסיכיאטר בתגובה בוחר באחד משני פתרונות – או מסרב לפגוש את המשפחה בשם הסודיות הרפואית, או נפגש עמה בהסתר ללא ידיעתו של המתמודד. בדילמה זו נשאב המטפל ונענה לפחדים או להתנהגות המניפולטיבית של המטופל, מה שעלול להגביר את החשדנות והמרחק בין המשפחה לבין המתמודד, וכמובן גם להחמיר את מצבו. מכאן ששני הפתרונות הנזכרים לעיל אינם מקדמים את המטופל ושיקומו. לעומת זאת, כאשר הצוות הטיפולי מצליח להוביל למפגש מובנה ומונחה של המטופל ומשפחתו תוך שימת דגש על הקשרים הבלתי-הפיכים הללו כמשאב (אכפתיות) בתהליך השיקומי, ייתכן שיפור ניכר במצבו של

המטופל, וכן שיפור ושיקום היחסים בתוך המשפחה כמקור תמיכה אולטימטיבי למטופל גם בעתיד.

למרות התפתחות ההבנה המחקרית והקלינית של המשפחה כמערכת ייחודית שחוקי תיאוריית המערכות חלים עליה ועל חברה, וההבנה שמשפחתו של המטופל היא מרכיב חשוב בתהליך ההחלמה באשר הוא, ולמרות ההכרה שהתפתחה עם השנים, שעבודה משותפת עם המשפחה מתוך כבוד וחמלה (לעומת שיפוטיות והאשמה) (הדס לידור, רדליך ווייס, 2009) יעילה יותר ותורמת למטופל, למשפחתו וגם למערכת הטיפולית, עדיין אפשר להבחין כי רבים מן המטפלים והמערכות הטיפוליות והשיקומיות מחזיקים בעמדה מאשימה כלפי משפחות, כמו: צוות טיפולי שמתלונן על משפחה המפריעה בתהליך, צוות שלא משתף את המשפחה, שמוציא את המשפחה מהחדר, שמסתיר ממנה אינפורמציה, שמתלונן על התנהגותה ורואה בה גורם מטריד, מנדנד ומכביד. אפשר לראות זאת ביחידות פסיכיאטריות, ביחידות המטפלות בילדים עם צרכים מיוחדים, בבתי חולים, במסגרות שיקומיות, במרפאות, וגם עם קשישים. בתוך אווירה "עוינת משפחות" זו, ועם הבנת כוחות הנאמנות הפועלים בתוך המשפחה, אפשר להסיק שהמטופל כבן למשפחה "המותקפת" עלול להיפגע גם כאשר הצוות הטיפולי פועל בשם טובתו של המטופל.

אולגה הייתה בת 16 כשאושפזה ביחידה הפסיכיאטרית לילדים ונוער בשל ירידה בלימודים, בריחות חוזרות מהבית, נטייה לדיכאון עם מחשבות אבדניות ושימוש בסמים. בראיון הראשוני עם המשפחה התרשם הצוות ממשפחה כמבנה פטריארכלי אופייני עם אב דומיננטי ונוקשה במיוחד, שנקט בעונשים של קרקוע (הגבלת יציאות מהבית) של בתו הבכורה כבר מגיל 12, וביטא חוסר אמון ביחסים עמה. נראה היה שנוקשות זו יכולה להיות הגורם לסימפטומים החמורים של הבת. הצוות הטיפולי "התגייס לתיקון ושיפור ההתנהלות המשפחתית".

במפגשים המשפחתיים הראשונים נקט הפסיכיאטר עמדה ברורה נגד סגנונו של האב, שניסה להצדיק את עמדתו בהוכחות ודוגמאות מהתנהגותה המתדרדרת והולכת של בתו. אולגה נראתה לכאורה מרוצה מהצידוד בה ומהעימות של הפסיכיאטר עם עמדות אביה, אבל בשעות ובימים שבין הפגישות ניכרה רגרסיה בהתנהגותה: היא סירבה להשתתף בפעילויות המחלקה ונשארה במיטתה רוב היום. כשנשאלה אולגה על התנהגותה, השיבה שאין טעם במאמצייה – ושום דבר לא עומד להשתנות.

עם כניסת מטפלת משפחתית מהגישה ההקשרית לתהליך הטיפול של אולגה, החל השיח הטיפולי להתמקד בהיסטוריה של המשפחה, בשנות ילדותה של אולגה ובחוויות ההורות השונה של אולגה ואביה. האב – משה – גדל במשפחה קשת יום, אביו עמל קשה על פרנסת המשפחה והצליח לעשות זאת בדוחק, מה שהביא להיעדרותו הפיזית והרגשית מהמשפחה ומילדיו. משה חווה ילדות נעדרת אב שתורגמה לחוסר מעורבות וחוסר אכפתיות כלפיו. כשהפך משה להורה בעצמו, הוא הרגיש כי המעורבות הגדולה שלו בחיי שתי בנותיו והפיקוח וההכוונה הצמודים שלו, הם ביטוי לאכפתיות ונוכחות הורית. עם בירור המקורות והמשמעות של מעורבות האב וחשיפת משאב האכפתיות במערכת המשפחתית, קרו שני דברים במקביל: אולגה הצליחה להרגיש את האכפתיות במעורבות של אביה, ומשה הצליח לראות, להבין, ולתקן את מגנון ה'פיצוי העודף' שהדריך אותו בגידולה של בתו הבכורה. השינוי לטובה בתפקודה של אולגה היה כמעט מידי, ובמעקב שהתקיים במפגשים המשפחתיים הוסיף והתקיים הדיאלוג האמתי בתוך המשפחה והביא לשגשוג של אולגה שחזרה לביה"ס, סיימה את לימודיה בהצלחה והתפתחה למשימות ההתפתחותיות המתאימות לבני גילה. גם עבור משה חווית ההורות שעברה הפחתה באינטנסיביות, פינתה אנרגיות שחסרו לו תמיד להשקעה בעצמו, בבריאותו, ובקריירה שלו.

ההתערבות הטיפולית במשפחה של אולגה, הייתה התערבות קצרת מועד (10 פגישות). פגישות המעקב החלו בתדירות של פגישה משפחתית אחת בחודש ולאחריהן בתדירות נמוכה יותר (כל שלושה עד שישה חודשים) במשך כשנתיים. המשפחה הראתה שינויים משמעותיים שנשמרו גם לאחר סיום פגישות המעקב.

אין ספק שהגישה הרואה במשפחה חלק מהתהליך הטיפולי והשיקומי היא גישה המאתגרת את הצוות המקצועי שהוכשר "לרפא ולשקם" את היחיד. הגישה מאתגרת גם את תהליך ותכניות הכשרתם של אנשי מקצוע בתחום הטיפולי. יחד עם זאת ובשל האתגר אין ספק שתפיסת עולם זו הרואה במשפחה שותפה מלאה בתהליך השיקום וההחלמה של היחיד, דורשת התייחסות, הבנה, תרגול והפנמה כבר בשלבים המוקדמים של רכישת השכלתם והכשרתם של אנשי מקצוע – בבתי הספר לרפואה, לרופאי משפחה ולפסיכיאטרים, וכמובן לכל אנשי המקצוע במערכות שיקום בריאות הנפש למיניהן.

החזון שלי הוא שכל מטפל שבא במגע עם אדם בעל קושי, יתבונן באופן מכבד באדם עצמו ובהקשרים המשפחתיים שלו, ויוותר על העמדה השיפוטית והמאשימה.

מקורות

הדס לידור, נ', רדליך, ד' ווייס, פ' (2009). בדרך לתקשורת טובה יותר במשפחה שיש בה אדם עם מגבלה פסיכיאטרית. *המדסיין לפסיכיאטריה*, 3.

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

Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. Hagertown, Md: Harper & Row.

Boszormenyi-Nagy, I., & Framo, J. (1965). *Intensive Family Therapy: Theoretical And Practical Aspects*. New York: Hoeber Medical Division.

Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. (1986). *Between give and take. A clinical guide to Contextual Therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Erikson, E. (1963). *Childhood and Society*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.

Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalysis and psychotherapy. *Psychiatry*, 11, 263-273

Gurman, A., & Kniskern, D. (1991). *Handbook of family therapy Vol.II*. New York: Brunner/Mazzel, Inc.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child, New York*, 2, 217-250.

McGoldrick, M. (1995). *You can go home again. Reconnecting with your family*. New York: Norton & Company.

Minuchin, S., & Fishman, C. (1981). *Family Therapy Techniques* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Nichols, M., & Schwartz, R. (2009). *Family Therapy: Concepts and Methods* (9th Edition). Boston: Allyn & Bacon.

Simon, F., Stierlin, H., & Wynne, L. (1985). *The Language of Family Therapy: A Systemic Vocabulary and Source Book*. New York: Family Process Inc.

Shaham, O. (2005). Contextual family therapy, an illustration. *Family Therapy Magazine*, 4(5) 34-37.

Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J., & Hirsch, S. I. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.