

טיפול בו-זמני, העברה נגדית והשלישי האנליטי

אנקה דיטרוי וחיים וינברג
פורסם ב"מיקבץ" כרך 13(1) 2008, 9-26

תקציר

המאמר הנוכחי עוסק בהעברה הנגדית של המטפלים בטיפול בו-זמני על שני אופניו (טיפול מקבילי, הכולל מטפלים שונים בכל אחד מהטיפולים- אישי וקבוצתי- וטיפול משולב- הכולל אותו מטפל בשני הטיפולים), תוך הבחנה בין הצורות השונות בהן נחשף המטפל האישי בכל אחד מהאופנים. כך, בטיפול המשולב, המטפל האישי נחשף לתגובה ביקורתית אפשרית של מטופליו בקבוצה, בעוד שבטיפול המקבילי, הוא נחשף לתגובה ביקורתית אפשרית של עמיתיו המנחים. בנוסף, המאמר מציע את תפיסת "השלישי האנליטי" כמסגרת התייחסות להבנת הטיפול הבו-זמני. המטפלים והמטופלים יוצרים מרחב- ביניים, מעיין ישות טיפולית חדשה, שהיא מעבר לטיפול האישי והקבוצתי.

מילות מפתח: טיפול בו-זמני, טיפול משולב, טיפול מקבילי, העברה נגדית, השלישי האנליטי, גישה אינטרסובייקטיבית, גישה התייחסותית.

מבוא

מאז המאמר הראשון על הטיפול המשולב (Wender & Stein, 1949) פורסמו מעל ל- 120 עבודות בתחום, ביניהן עבודותיהם של Caligor, 1985; Bernard & Drob, 1985; Alonso & Rutan, 1990; Taylor & Gazda, 1991; Ormont & Streaun, 1978; Rutan & Alonso, 1982; Fieldsteel & Brok, 1993).

מרביתן התמקדו בסוגיות מעשיות הקשורות בקיום במקביל של טיפול אישי וטיפול קבוצתי. מאחר ורוב השאלות הפרקטיות נידונו במאמרים קודמים, אנו נסקור אותן רק בקצרה. המיקוד שלנו במאמר הנוכחי הוא על ההעברה הנגדית של המטפל בטיפול משולב, סוגיה שעד כה לא נחקרה בצורה מספקת. בנוסף, עבודה זו מציעה מסגרת התייחסות חדשה עבור הטיפול המשולב, באמצעות מושג השלישי האנליטי (Ogden, 1994).

נושא ההעברה הנגדית עבר שינויים רבים בתיאוריה ובפרקטיקה, מאז העלתו ע"י Freud (1912) ולאחרונה הוא נדון רבות גם בספרות על טיפול קבוצתי. בעבודה זו אנו מתארים את ההיבטים השונים דרך ההיסטוריה שלו, במיוחד ביישומו בהקשר של הטיפול המשולב. אנו טוענים כי הטיפול המשולב יוצר מרחב ביניים, בו המטפל והמטופל שותפים כל אחד מהזווית שלו לבניה של ישות טיפולית חדשה ומורכבת, בה מתקיים קשר דיאלקטי מעשיר וגורם לשינוי. אנו קושרים זאת לרעיון השלישי האנליטי.

סקירה ספרותית קצרה

לטיפול הבו-זמני שני אופנים: האחד, טיפול מקבילי- *conjoined therapy* - הוא מבנה טיפולי בו המטופל נמצא בטיפול אישי אצל מטפל אחד ובטיפול קבוצתי אצל מטפל אחר. השני, טיפול משולב- *combined therapy* - בו המטופל נמצא אצל אותו המטפל, בטיפול האישי והקבוצתי. לפי Yalom (1995), הטיפול המשולב- *combined therapy* הוא נפוץ יותר מאשר הטיפול המקבילי- *conjoined* (Yalom, 1995).

הטיפול הבו-זמני מוצע כמסגרת עדיפה עבור מטופלים קשים (דוגמת מבנה אישיות גבולית) או עבור מטופלים בטיפול קבוצתי, אשר חווים משבר חיים המצריך את התמיכה של הטיפול האישי בנוסף לעבודה בקבוצה, ועבור מטופלים מסוימים שעוברים שינוי בתוך הטיפול האישי, אך מתקשים ליישם את הלמידה שלהם מחוץ לטיפול. עבורם, הפגישות הקבוצתיות מגשרות על פער זה, בהיותן קרובות יותר למציאות החיצונית. האינטראקציות הבינאישיות בתוך הקבוצה עשויות לספק חומר עשיר, שעבודו נעשה בפגישות האישיות, ודרך זה לפתוח ממדים אשר סביר להניח כי לא היו צפים בטיפול האישי.

Rutan & Stone (1993) מצביעים על כך, שכל אחד מהאופנים הללו מציע משהו ייחודי. הם מבחינים בין הוספת הפגישות הקבוצתיות לטיפול האישי השוטף לבין האפשרות ההפוכה, הוספת הפגישות האישיות לטיפול הקבוצתי השוטף. הוספת טיפול קבוצתי נראית בעיניהם כמועילה עבור מטופלים שהעברה דיאדית אינה מספיקה לפתרון הבעיות הבינאישיות שלהם. הוספת הטיפול האישי לטיפול קבוצתי מוצעת עבור מטופלים המתקשים מאוד להביע את עצמם בקבוצה, עקב תחום מסוים

בעולמם, הדורש עיבוד רב, או בהימצאם במצב משברי. ככלל, שילוב טיפול נוסף לטיפול הקיים מאפשרת למטפלים, הרגילים לראות את מטופליהם מזווית אחת בלבד, להיחשף למידע מסוג חדש שלא ראו קודם.

Rutan & Alonso (1982) מתייחסים לשאלת התועלת שהמטופל מפיק כאשר מומלץ בפניו אופן מסוים של טיפול בו-זמני (משולב או מקבילי-combined or conjoined). הטיפול המקבילי-conjoined אינו מתאים בתנאי פיצול מובהקים (למשל, כאשר המטופל אינו מרשה למטפלים לדבר ביניהם). כמו-כן, הם טוענים שטיפול משולב-combined הינו עוצמתי, אך מצריך הסכמה ברורה שהטיפול אינם מנותקים ע"י סודיות (כלומר שלמטפל מותר להביא לקבוצה חומר שהמטופל העלה בפגישות האינדיבידואליות) במאמר מאוחר יותר, Alonso & Rutan (1990) מתארים חלק מהקונפליקטים הקיימים בטיפול משולב, בוחנים חלק מהיתרונות והחסרונות וממליצים להימנע מטיפול זה כאשר למטופל יכולת נמוכה לפתור פיצולים.

האידיאולוגיה של הטיפול המשולב

טיפול אישי וקבוצתי יכולים להיראות כגישות משלימות, שכל אחת מהן מתמקדת בהיבטים שונים של עולמו של המטופל. המטפל העוסק בטיפול משולב מסתכל דרך שתי עדשות, היוצרות ראייה מעמיקה יותר. דרך עדשה אחת, המיקוד הוא בעולם התוך-נפשי של המטופל והקירותו. התבוננות על אותה הסצנה דרך העדשה הנוספת חושפת את העולם החברתי של המטופל ואת שדה האינטראקציות שבו, מה שמאפשר הזדמנות לחקור את העולם הבינאישי. הראיה הזו-עינית משתמשת בטיפול המשולב כגשטאלט של צורה-רקע, אשר מקרב ומרחיק לסירוגין אספקט מסוים בנקודות זמן שונות. קושי להתמקד בשני הרבדים גם יחד עלול לתת את המסר שמימד אחד חשוב יותר מאשר השני והוא האחראי הבלעדי לשינוי. בטיפול בו-זמני, כל צורת טיפול תומכת בשניה, ולכן החשיבות הרבה לכך שהמטפלים בטיפול מקבילי יעבדו בשיתוף פעולה. בטיפול הבו-זמני ניתנת ההזדמנות להעמיק את העבודה שנעשית בפגישות הקבוצתיות. המפגש אחד על אחד מאפשר למטופל לזהות את מקורות השלכותיו ולמקד את תשומת הלב מהמציאות אל העולם הפנימי. האלמנטים האופייניים אשר מקשים על העבודה בקבוצה (כמו עיסוק ואכפתיות לגבי מה חבר קבוצה אחר יאמר או תחרות על זמן ותשומת לב) אינם קיימים כאן. הפגישות האישיות עשירות באסוציאציות חופשיות, בזיכרונות, בפנטזיות ובהיקשרות מוקדמת לדמויות המטפלות הראשונות. הקשר יכול להפוך לסימביוטי, אינטימי ומוביל להתערבות ופנטזיות של מילוי צרכים נרקסיסטיים עמוקים. הפגישות האישיות מספקות הזדמנות לחקור בפרוטרוט את ההיסטוריה, את העולם התוך-נפשי ואת העברות המטופל. הקשר הדיאדי המכיל יכול להיפך לחוויה מתקנת ולאפשר חשיפה של סודות מבישים.

הטיפול הקבוצתי מאפשר חקירה בינאישית וחקירה של תפקוד חברתי. הוא מזכיר לחבר בקבוצה שהוא אינו לבד בעולם, לטוב ולרע. זוהי הזדמנות לגדילה מעבר למעטפת הדיאדית. הפגישות הקבוצתיות מורכבות ממגוון קשרים, רגשות חזקים וביטוייהם הקטרטיים, תוך התמודדות עם סוגיות בינאישיות. הן מזמנות חוויות של החיים האמיתיים ושל גדילה ע"י נגיעה במגוון מצבי חיים אמיתיים. חברי הקבוצה יכולים לשאול שאלות או לתת היזון חוזר, אשר המטפל האישי אינו יכול לתת מתוקף תפקידו התרפויטי. דפוסי מנגנוני ההגנה של המטופלים נחשפים בצורת טיפול זו. בעוד הפגישות האישיות מחזקות את האשליה שאפשר תמיד לחזור לתשומת הלב הבלעדית של דמות אמהית ולהינות מהמעמד של ילד יחיד, הפגישות הקבוצתיות מזכירות לנו שהעולם הוא מקום בו אנו נדרשים להתמודד עם רגשות והתנהגויות לא נוחים, שלנו ושל אחרים. תחרות, קנאה באחר, קנאה לאחר, קונפליקטים, כעס, עלבונות ופגיעות-כל אלו יכולים לעלות בקבוצה ועל-ידי כך להפגיש את המטופלים עם תחושות של פגיעות ושל חוסר אונים. לכולנו תפקידים שונים בעולם ומצבים שונים חושפים את המגוון הזה. הקבוצה מספקת מצבים מגוונים רבים, שלא ניתן לראותם במבנה הדיאדי, בעוד שהמטפל בטיפול האישי בדרך-כלל מעורר תגובה חד-מימדית. חלק מהאנשים מתפקדים טוב בקשרים אחד-על-אחד, נהנים מאינטימיות ומתחושת קרבה מינית, אך חסרים את הכישורים להתמודדות בעולם תחרותי. אחרים מסתדרים במצבים תחרותיים ועסקיים, אך אינם מתפקדים טוב ביחסים קרובים. שילוב של טיפול קבוצתי ואישי מאפשר להתייחס לכל הדפוסים והתפקודים הללו.

טיפול בו-זמני מקיף את הפרט בכל האספקטים שלו. הרעיון הוא לראות את האדם כשלם, כולל מציאויות פנימיות וחיצוניות. רוב הכותבים (ראו Rutan & Stone, 1993) מסכימים שפגישות אישיות מובילות להעברה אנכית: המטופל משליך דמויות הוריות על המטפל ויחסי האובייקט שהוא חוקר הם בעיקר ייצוגים פנימיים של דמויות סמכות. מנגד, הקבוצה מאפשרת העברות מרובות ומועילה במיוחד

לחקר היחסים עם אחאים ושווים. אלו הן העברות אופקיות. אמנם נכון הוא, שההשלכה על המטפל הקבוצתי היא בדרך-כלל של דמות הורית, אך חקר ההעברה האנכית עמוק יותר בטיפול אישי. הטיפול הבו-זמני נוגע ברמות השונות של תפקוד ושל יחסי אובייקט של המטופל. בהתבסס על רעיון זה, "הקשר הטיפולי יכול לנוע קדימה ואחורה בין הפוזיציות היותר מתקדמות והיותר ראשוניות של האדם בתוך האנליזה" (Stolorow & Lachman, 1980; p. 174).

Caligor, Fieldsteel, & Brok (1993) טענו כי מטופלים צריכים צורות טיפול שונות, בהתאם לרמות יחסי האובייקט שלהם. כאשר הם מרגישים חסרי אונים וילדותיים הם דורשים יותר קשב אמפטי ותמיכה אישית. כאשר הם מרגישים יותר חזקים ועם גבולות מובחנים, הם יכולים להתמודד עם קונפליקטים, ולהיפך.

Caligor et al. (1993) מציעים גם שהרצף של טיפול אישי תחילה ואח"כ טיפול קבוצתי עוקב אחרי מודל הנפרדות של Mahler, Pine and Bergman (1975) ויכול להקביל להתפתחות החזק של המטופל ויכולתו לשאת תסכול. אנו יכולים גם לראות זאת כשלב התפתחותי טבעי כמו מעבר הילד מהקשר הדיאדי עם האם לעולם מורכב ומסובך יותר, עמו הוא מסוגל להתמודד, אך עדיין צריך מדי פעם יד תומכת ובסיס בטוח להתמלא מחדש.

דוגמא קלינית

גבר בן 27 הגיע לטיפול אישי והתלונן על חוסר סיפוק כללי בחיים שלו. הוא עבד בחברת הייטק גדולה, אך לא היה בטוח שזה מה שרצה לעשות במשך כל חייו. היתה לו חברה, אך לא הרגיש שהוא אוהב אותה או שהקשר ביניהם מספק, למרות שלא יכול היה לסיים את הקשר. למעשה הוא השתוקק לאשה מושכת מינית, איתה היה לו קשר רומנטי קצר בעבר, שהיה מאד מתסכל ומאכזב וכלל בגידה באמונו. בנוסף, אדם צעיר זה היה בעל משקל עודף ולמרות שרצה לרזות, הוא לא היה יכול להביא את עצמו לעשות משהו בעניין.

במהלך השיחות האישיות השבועיות, המטפל הרגיש משועמם. השעה נראתה ארוכה ושוחרקת, המטופל נראה אטום ולא נענה. תגובותיו הרגשיות היו מאוד מצומצמות והוא המשיך בצורה אובססיבית להתלונן על חייו האומללים בלי לעשות דבר בנידון. כמעט ולא הייתה לו כל תובנה באשר לבעיותיו, והוא הגיב לפרשנויות המטפל במשיכת כתפיים.

המטפל הרגיש יותר ויותר חסר אונים וייחל לכך שהשעות הטיפוליות יעברו מהר ככל האפשר. לאחר שנת טיפול אחת ללא כל שינוי כמעט (מלבד הפסקת הקשר של המטופל עם החברה שלו), המטפל "עזר" למטופל בעדינות לעזוב את הטיפול, ע"י שאלות חוזרות ונשנות לגבי כמה הוא מפיך מהטיפול. שנתיים לאחר מכן האיש חזר לטיפול, באופן מהותי עם אותן התלונות. מצבו אף הורע: הוא איחר תכופות לעבודה ותפקד פחות ופחות ביעילות, רוב הזמן סוקר את האינטרנט למציאת אתרי פורנו, לפעמים נרדם במהלך העבודה.

מספר חודשים לאחר חידוש הטיפול, דפוס זה הוביל לכך שיפטרו אותו. למרות שהוא היה מעורב בקשר זוגי חדש, הוא חזר על אותן התלונות כמו בקשר הקודם, והוסיף כי אינו חש משיכה מינית כלפי בת-זוגו. המטפל הסכים לחדש את הפגישות בתנאי שהמטופל יצטרף לקבוצה טיפולית. הקבוצה הייתה בהנחיית המטפל האישי ומנחה נוספת. הטיפול המשולב הוכיח את עצמו כמוצלח. למרות שרוב הזמן המטופל היה פאסיבי ואטום בפגישות הקבוצתיות ולפעמים אפילו נרדם, הוא פיתח קשר בין אישי טוב עם חברים לקבוצה והיה אפילו אהוד עליהם. אף על פי כן, היה עדיין קשה לשאת אותו בפגישות הקבוצתיות מתוך התסכול, הכעס, והייאוש שהתעוררו סביב היותו אטום ולא נגישי. מה שקרה הוא שכאשר המטפל האישי היה משועמם או מיואש ממנו, המטפלת הקו-מנחה יכלה לחוש תמיכה ואמפתיה. כאשר היא חשה תסכול, למטפל היתה יותר אנרגיה וסבלנות כלפי המטופל ובמקרים הנדירים כאשר שני המטפלים הרגישו עייפים ממנו – הקבוצה הפכה תומכת יותר והצילה את המצב.

הפגישות האישיות פתאום לא היו משעממות יותר.

באופן הדרגתי המטופל התחיל לרכוש תובנה ולהיענות לפרשנויות ושיקופים של המטפל. הוא היה מוכן להתבונן על הימנעותו מתחרות, במיוחד עם גברים (גם בקבוצה וגם בעבודה) ועל הפער בין הפאסיביות שלו בתוך הפגישה הקבוצתית והאקטיביות בחוץ, כפונקציה של התמודדות שלו עם סמכות.

המטופל יצא הדרגתית מהדיכאון, התחזק ושכנע את הנהלת מפעל ההייטק לקבל אותו בחזרה. גם הקשר שלו עם בת זוגו העמיק ורעיון הנישואין הופיע על הפרק. לאחר חמש שנים החליט לעזוב את הקבוצה. בפגישה זו הוא שיתף את הקבוצה בתחושות הביטחון והתמיכה שהוא חש בה. הדבר היה מפתיע, מאחר וזה מעולם לא

עלה עד אז והרושם סביבו היה שלפגישות אין השפעה משמעותית עליו. בניסיון לאתר סיבות להגנות אטומות אלה, שמשתקפות גם בהשמנת היתר שלו (נושאים שהעמיק בהם גם בפגישות האישיות), הוא אמר שהרגיש תמיד שקוף בפני אימו. היא הייתה מנחשת באופן אינטואיטיבי את מצב רוחו ואת משאלותיו, לפעמים חוקרת אותו בצורה פולשנית, עד שהוא פיתח עמדה של התעלמות ע"י הימנעות משאלותיה והעדר שיתוף על חייו ועל עצמו. הוא בדק את השלכותיו לגבי דמות האם על בנות הזוג שלו ועקב שבעקבות כך הוא פיתח חוסר עניין מיני בהן. הוא החל לשמור על משקלו.

הדוגמא הקלינית הזאת מראה את הערך המוסף של הטיפול המשולב. ללא הקבוצה, הפגישות האישיות היו עלולות להמשיך להיות משעממות ותקועות כמו בפרק הראשון של הטיפול ויתכן שהמטפל היה מתקשה להכיל את הרובד החסום שהמטופל הביא לחדר. הקבוצה סייעה להכיל מועקה זו, בהתחלקות בין שני הקו-מנחים ובינם לבין חברי הקבוצה ונהייתה מיכל מועיל עבור מטופל זה.

כמה סוגיות מעשיות

מטופלים בטיפול משולב עוזבים לעיתים רחוקות את הקבוצה (Yalom, 1995). שתי סיבות אפשריות לכך שהתופעה היא נדירה הן מחויבותם כלפי המטפל והאפשרות לדון בטיפול האישי בנושאים קשים שעלו עבורם בקבוצה ולחזור לאחר מכן לקבוצה מחוזקים ועם יותר מוכנות לעבוד על כך. נושאים אלה כמובן מעלים את שאלת הגבולות ומה ידובר בפגישות האישיות ומה בפגישות הקבוצתיות. אילו דברים נשמרים בסוד בפני הקבוצה ומה משמעותם? אילו אירועים מתוך הקבוצה יידונו בטיפול האישי ובאיזה אופן? איך להתייחס למידע שמובא לידיעתו של המטפל האישי, אך לא עולה בתוך הקבוצה?

בטיפול מקבילי, כאשר הבדלי הגישות בין המטפלים גדולים מדי, הם עלולים להתקשות לשתף פעולה, מה שיכול ליצור פיצול ביניהם וחסומה בתוך הטיפול.

המטופלים גם יכולים לתמרן (באופן מודע או לא מודע) בין שני הטיפולים ע"י העמסת התכנים המשמעותיים בטיפול האישי ותוך כדי "ריקון" הטיפול הקבוצתי ממשמעות וע"י כך לחסום את העבודה ב"כאן ועכשיו" של האינטראקציה הקבוצתית.

אנו מציעים (ונחזור על כך גם מאוחר יותר) כי עבודה בקבוצת הדרכה על התהליכים המקבילים שמתפתחים באינטראקטיביות שנוצרת בין המטפל האישי והמטפלים הקבוצתיים במרחב של השלישי האנליטי הכרחית כדי לזהות תהליכי פיצול. ע"י הכלה ופירוש של שחזור החלקים המפוצלים והמושלכים ע"י המטופלים על המטפלים, כפי שהם נחווים בהעברה הנגדית, ניתן לאחר מכן להחזיר חלקים אלו למטופלים בצורה יותר מעובדת ופחות פתוגנית, אשר תאפשר להם אינטגרציה מחודשת שלהם.

אצל (Lipsias 1991) מופיעות הצעות מעשיות כיצד להימנע מפיצול בין שתי צורות הטיפול ולהגיע לאיזון הרמוני ששומר על סודיות הפגישות האישיות בלי "ליבש" את הקבוצה.

Alonso and Rutan (1990) בוחנים תועלות וחסרונות של הטיפול המשולב עם ציון קונטרה-אינדיקציות לגבי התאמת טיפול זה עבור מטופלים מסוימים.

(Taylor and Gazda 1991) עוסקים בנושאים אתיים ומשפטיים בטיפול הבו-זמני ומציעים כללי זהירות למטפלים הקבוצתיים.

Bromfield & Pfeifer (1988) מתייחסים לרווחים ולסיכונים הפוטנציאליים בטיפול המשולב בילדים.

אצל (Porter 1993) ניתנת סקירה מורחבת של ספרות על טיפול בו-זמני, עם מיקוד על ההעברות המרובות שמתפתחות בקבוצה ובטיפול האישי במקביל, תוך תמיכה במצבים תרפויטיים רגרסיביים של המטופל בטיפול האישי.

העברה נגדית בטיפול הבו-זמני

Freud (1912) החזיק בדעה שהחוויות המוקדמות והקונפליקטים הפנימיים של המטופל יוצרים בתוך המטפל תגובות רגשיות חזקות שעלולות להפריע ולהרוס את העמדה האנליטית שלו. רעיון זה מתאים לנקודת הראות של פסיכולוגיית "האחד" או לכל היותר להקשר פסיכואנליטי של שניים. הגישה הפסיכודינאמית נעה מהרעיון שההעברה הנגדית מהווה מחסום לטיפול שנדרש להיפתר ע"י המטפל בלבד. כך, Winnicott (1949) מבחין בין תגובות העברה נגדית שהן "סובייקטיביות" לעומת "אובייקטיביות", כאשר חקר האחרונות עשוי לתרום לטיפול, מאחר ונחשפת דינאמיקת המטופל.

הגישות האינטרסובייקטיבית וההתייחסותית (Aron1991) טוענות שהעברה וההעברה הנגדית נבנות במשותף על- ידי המטפל והמטופל, ושמקורן אינו באדם אחד בלבד (יהיה זה מטופל או מטפל), אלא הן נוצרות במשותף במרחב הביניים שביניהם. למטרותינו, אנו נשתמש בהגדרה הרחבה יותר של ההעברה הנגדית כ"התגובה הרגשית הכוללת של המטפל אל המטופל בטווח השלם של עמדות, אמונות ורגשות מודעים ולא מודעים" (Imhof, Hirsch, & Terrenzi, 1993, p. 492).

התפתחות נוספת בתחום ההעברה הנגדית בשנים האחרונות הינה חקירתה במערכים קליניים שונים (במיוחד בקבוצות), מאחר והפרעות מסוימות ואוכלוסיות שונות של מטופלים עשויות להעלות תגובות ייחודיות בתוך המטפל. כך (Scherner (2005) ערך חוברת מיוחדת של ה International Journal of Group Psychotherapy בנושא ההעברה הנגדית של המטפל הקבוצתי לטראומה בקבוצות של ניצולי טראומה ו Vannicelli (2001) פרסמה מאמר על העברה נגדית בטיפול קבוצתי עם מכורים. מחברים אחרים חקרו העברה נגדית במקרים של גילוי עריות (Ganzarain & Buchele, 1986) ועם גברים הומוסקסואלים (Frost, 1998). אנו מעוניינים להמשיך את קו החשיבה הזו ע"י תיאור סוגיות ייחודיות של העברה נגדית בטיפול משולב. צעד אחד לקראת מטרה זו הושג ע"י (Ulman 2002) שכתבה על לחצים של העברה נגדית בטיפול מקבילי. מסקנותיה היו ש: "מטפלים שעובדים בטיפול מקבילי עשויים להרגיש יותר פגיעים, חשופים, תחרותיים ומפחתי ערך" (pp. 404).

הטיפול המשולב מעמיד את המטפל האישי במצב חשוף יותר. ההתנהגות החברתית של המטפל נחשפת בפני המטופלים. לפעמים, המטפל מרגיש פחות חופשי לנהוג בטבעיות, כשעיניים רבות בוחנות אותו בקפידה. המטפל הקבוצתי שקוף יותר מאשר בטיפול האישי בהגיבו ליותר גירויים, יותר צרכים ומצבים מורכבים יותר מאשר בפגישות אחד על אחד. זה יכול להוסיף לחץ על המטפל, במיוחד בהפנייתו את המטופל שלו- לקבוצה.

המצב הקבוצתי למעשה מחייה מחדש זכרונות מקבוצות ראשוניות גם עבור המטפל עצמו. המצב של מטפל-מטופל מעורר יחסי אובייקט אם-תינוק מוקדמים שטבעם הוא התמזגות. המטופל מזדהה עם העמדה הילדית הרגרסיבית. המטפל יכול לאמץ עמדה הורית מבינה, או להזדהות באופן לא מודע עם העמדה הילדית במערכת זו. "בעוד הקבוצה נאבקת עם ינקות כדי לשמור על התחברות ועל תחושת ביטחון, המנחה נאבק עם הורות ע"מ ליצור נפרדות ולהרגיש מותאם" (Billow, 2006, p. 271). הקבוצה קשורה בעיקר למצבים משפחתיים, ועבור מטופלים הבאים מצורת טיפול אינדיווידואלית הצורך להתחלק במטפל שלהם עם אחים נוספים עלול להקשות. המטפל עלול להרגיש קרוע בין צרכיהם השונים של הילדים כמו אמה שהיא מוגבלת מציאותית ונפשית ביכולתה "להתחלק" בין ילדיה. המטפל יכול גם להגיב באופן לא מודע ולהזדהות עם תחושות המשתתפים של חוסר במשאבים של זמן, חום ותשומת לב בקבוצה, במיוחד כאשר זה מהדהד במשפחתו שלו. התחרות והקנאה הבלתי נמנעות, שהן נגזרות של המבנה הקבוצתי, עשויים להיהפך לסוגיה רגשית שגם המטפל כמו גם משתתפי הקבוצה צריכים לעסוק בה. כתוצאה מכל מה שנאמר, הוספה של קבוצה לטיפול אישי מוסיפה מעמסה גם עבור המטפל.

מטפלים רבים מרגישים מוגנים במקומם הניטרלי בטיפול האישי וחוששים מהמצב הקבוצתי עם סביבתו הלא בטוחה. זוהי אחת הסיבות לכך שמספר המטפלים האישיים עולה על מספר המטפלים הקבוצתיים.

המטפל במפגש הקבוצתי חשוף לביקורת חיה שלפעמים באה מכיוונים לא צפויים עבורו. "סכנה" זו עלולה למנוע באופן לא מודע מהמטפל מלהפנות מטופל שלו לקבוצה בהנחייתו. המצב בקבוצה הוא מורכב יותר מאשר המפגש אחד על אחד; ישנם רשמים רבים לעכל, תגובות רבות לשים לב אליהן, וביטויים רגשיים רבים שמציפים את המטפל.

"המטפל המשולב" עשוי להגיב בצורה לא מודעת לסוגיות של גבולות. הצורך לזכור מה נאמר בפגישה האישית ושעוד לא הועלה בפגישה הקבוצתית בהחלט מעמיס, ולמטפל יכולות להיות ציפיות מהמטופל לכך שיעלה בקבוצה מה שעלה כבר בפגישה האישית, מה שיכול להביא ללחץ לא מודע על המטופל, הן בפגישות האישיות והן בפגישות הקבוצתיות.

הטיפול המקבילי חושף את המטפל האישי לביקורת עמיתו יותר מאשר לזו של המטופל שלו. המבנה הזה מעלה השוואות בין עמיתים ומעורר בצורה לא מודעת קנאה ותחרות ביניהם. מטפלים אישיים יכולים לשתף פעולה עם המטפל הקבוצתי על פני השטח, ובו זמנית לחסום את השתתפותו של המטופל בקבוצה בצורות אחרות.

אנו מציעים כי עיבוד סוגיות של תחרות וקנאה בין המטפלים עשוי לפתוח רמות קומוניקציה עמוקות יותר במרחב שלישי, כמו זה שנוצר בקבוצת הדרכה וכך לאפשר למטפל האישי לתמוך בהשתתפותו של המטופל שלו בקבוצה הטיפולית.

טיפול בו זמני כמרחב שלישי

המטפל והמטופל מגיבים, כל אחד מהמקום שלו, למבנה החדש שנוצר במשותף בטיפול הבר-זמני, שהוא המרחב החדשני שמתייחס לתחום המתווך אשר איננו אישי או קבוצתי בלבד. השילוב של שני האופנים דורש התאמות מסוימות גם מצד המטפל וגם מצד המטופל תוך קשב הדדי לתגובות אלה. לדוגמה: אם המטופל נהיה חרד במעבר מהטיפול האישי לקבוצתי, המטפל עשוי להגיב לחרדה זו, במודע או שלא במודע. מאידך, אם המטפל נהיה עצור ונמנע בתוך הקבוצה (בהשוואה למפגש האישי), המטופל עלול להרגיש בכך ולהגיב לזה. מרחב חדש של רגשות, אמונות והתנהגויות נוצר במשותף ובתוכו הקשר ההדדי בין מטפל ומטופל מתמלא חיוניות. התפקיד המשמעותי של טיפול בו-זמני הוא, אם כן, להיהפך לסביבה מקלה ומאתגרת במקביל. אנו מציעים ליישם את המושג של Ogden (1994), "השלישי האנליטי כסובייקט האנליזה", בתור מסגרת תיאורטית וקלינית לבדיקה מחדש של סוגיות שקשורות בטיפול בו זמני. מושג זה יעזור לנו לחקור את המהות של טיפול מקבילי, את הפוטנציאל שלו לשינוי ואת עמדות הקו-תרפיסטים סביב החלמה וריפוי.

תרומתו של Ogden (1994) דרך המושג של "השלישי האנליטי" היא ביישום מודל דיאלקטי ליחסי מטפל-מטופל בבניית הסובייקט הפסיכואנליטי.

Ogden רואה את בניית הסובייקטיביות של המטופל באנליזה בתנועה דיאלקטית בין מודע ללא מודע, בין אופני חוויה המשמרים ומבטלים זה את זה בו-זמנית (ויגודר, 2000).

על-פי מודל זה, סובייקט האנליזה נוצר על רקע המתח הדיאלקטי שבין חוויותיהם האישיות של המטפל והמטופל על רקע מעגלי הכרה ושליה הדדיים.

השלישי האנליטי נוצר כסובייקטיביות משותפת, יותר גדולה מהסובייקטיביות של כל אחד מהצדדים ואינה ניתנת להפרדה, בתוכה המטופל הוא משתתף פעיל בתהליך החקירה והמטפל, כמיכל לתכנים המושלכים עליו, מעבד ומעכל אותו בהתאם לאישיותו הטיפולית, כשהוא מושפע ומשתנה גם בתוך התפתחות השלישי האנליטי.

האמירה המרכזית שלנו ביישום המודל הדיאלקטי של השלישי האנליטי של Ogden (1994) היא שהתרומות הייחודיות של כל אחד מהטיפולים (אישי וקבוצתי) נחוות במרחב חדש שנוצר במשותף, שהוא יותר מאשר החיבור של שני סוגי הטיפול. הטיפול האישי והקבוצתי לא רק משלימים אחד את השני במודל המקבילי, אלא גם יוצרים מרחב תרפויטי חדש. מרחב זה מזכיר לנו את מה ש Nitsun (1996) קורא הייחוד הבלתי ניתן להפרדה בין פרט לקבוצה בתהליך מתמשך של זרימה ושל כשלים בקומוניקציה.

Mitchell (1996) ו-Ogden (1994) מתארים את מבנה האישיות כריבוי של רמות ארגון שונות הקשורות בקשר דיאלקטי. בקליניקה אנחנו יכולים לראות כיצד היחיד מביא אספקטים שונים מעולמו הפנימי, ממקומות שונים באישיותו, לטיפול האישי לעומת הקבוצתי. בהתאם לכך, תהליכי העברה מופיעים כהעברות מרובות, הן כלפי המשתתפים והן כלפי המטפלים. עיבוד ההשלכות המפוצלות והחזרתם למטופלים ע"י המטפלים בצורה פחות פתוגנית בעקבות עבודה על תהליכים מקבילים בקבוצת ההדרכה, מוביל לאינטגרציה פנימית יותר טובה אצל המטופלים. המודל המקבילי של טיפול יוצר מרחב פוטנציאלי משותף ע"י אינטגרציה של שתי צורות הטיפול, שמאפשר לאלמנטים מילוליים ולא מילוליים להתגלות. לפי Ogden (1994), אלמנטים אלו מייצגים את המחשבות ואת התחושות החוסמות את השיח הטיפולי.

Weinberg & Toder (2004) התייחסו לפונקציה הטיפולית של ההשתקפות (mirroring), במיוחד בקבוצות. בטיפול מקבילי ההשתקפות מקבלת פרספקטיבה רחבה יותר. היא איננה רק השתקפות המטופל בעיני המטפל, או אספקטים של העצמי המשתקפים ע"י חברי הקבוצה דרך התנהגותם. זוהי גם ההשתקפות הנפרדת של המטופל בכל אחד משני מערכי הטיפול ובתוך האינטראקציה ביניהם. בהסתמך על התפיסה שהזהות הראשונית צומחת מחוויית השתקפות, הרי שבטיפול משולב היא מקבלת צורה משולשת, כאשר נוצר מעגל של השלכות והפנמות. משולש זה של השתקפויות מאפשר למטופל להיות יותר מודע לחלקים שבעבר היו לא נגישים.

לפי de Maré et al. (1991) אינדיבידואליות אינה מתקיימת בוואקום או בבידוד מן העולם, אלא היא נוצרת ומשתנה ע"י מודעות מנטלית, תוך חוויית שיח מתמשכת עם האחרים. אנחנו יכולים לומר

שהעצמי נמצא בתהליך מתמשך של היווצרות והשתנות ע"י אינטראקציות. כך ניתן לראות את הפונקציה הטיפולית של הדיאלוג אשר משנה את העצמי: de Mare et al טוענים שרק כאשר המערכת משתנה מבנית, יכול לקרות שינוי קבוע. בעקבות רעיון זה אנו יכולים לראות את מרחב המעבר של הדיאלוג בין שני הטיפולים ככלי מרכזי אשר מניע מערכות; כאשר מרחב דיאלוגי כזה נוצר, אז שינוי עשוי להתרחש. עפ"י (Ogden, 1994), בשלישי האנליטי גם ההקשר בו מטופל ומטפל חווים את עצמם משתנה. שינוי ההקשר החווייתי מתוך הנפשי לבין-אישי בתנועה הדיאלקטית ביניהם, מאפשר שינוי פנימי אצל המטופל.

מהו מקומו של שינוי פנימי בתהליך הטיפול (אישי או קבוצתי) ואיך הוא קשור לעמדות המטפל ביחס להחלמה ולרפיון? עמדתנו הטיפולית ממקמת את ההחלמה במרחב המעבר שנוצר, הכולל מימד אנכי תוך-נפשי ומימד אופקי בין-אישי. מעמדה זו אנו יכולים לראות את הקשר בין טיפול אישי וקבוצתי (כולל את האינטראקציות בין המטפלים) כיישות חדשה המאפשרת לבנות מחדש בתוך האינטראקציה אספקטים מופוצלים, מושלכים מן העבר. האינטראקציה היא בין כל חלקי המערכת (בין המטפל הקבוצתי לבין המטופל ובין חברי הקבוצה, בין המטפל האישי והמטופל ובין המטפלים), ועל-ידי כך לתרום לאינטגרציית העצמי של המטופל.

אם כן, אנו יכולים לדבר על מספר מרחבים שלישיים.

התפיסה שלנו אודות שינוי מאתגרת את הראייה הדטרמיניסטית של Freud (1930), אשר קבעה כי ההווה והעתיד מעוצבים ע"י דפוסי העבר. לפי המשגתו של Ogden (1994) של "השלישי האנליטי", טיפול אינו חפירה ארכיאולוגית של העבר בלבד, אלא בנייתו מחדש ביחסי הגומלין בין מטפל ומטופל בתוך ההעברה וההעברה הנגדית. הבניה במשותף של המטפל והמטופל נעשית מהמקום של כל אחד מהם בתוך הקשר האנליטי הא-סימטרי. העבר נבנה בתוך השלישי האנליטי במשותף, ע"מ לשרת את ההווה ואת העתיד.

היצירה הזאת במשותף בפגישה האישית, בפגישה הקבוצתית ובמרחב השלישי של המשולב ביניהן מאפשרת את התפתחות אותו מפגש של אינטנסיביות נפשית בין מטופל למטפל (Bollas, 1987), בה תפקיד המטפל אינו להקשיב בלבד, אלא לחוות ו"להיפגש" עם האמירות העמוקות ביותר של מטופליו (Greenson, 1960). האמירות הללו עוברות טרנספורמציה במרחב של השלישי האנליטי, בו נוצרת במשותף יישות חדשה. ביישות הזו, שהיא סובייקט האנליזה, מטופלים ומטפלים נמצאים באינטראקציה דיאלקטית של יצירה במשותף דרך זיהוי ושלייה הדדיים אחד של השני.

שאלת השינוי מומשגת בשלישי האנליטי של Ogden (1994), כיצירה במשותף מתמשכת של העבר בתוך ההווה ע"י תהליכים דיאלקטיים של הכרה ושלייה הדדיים.

ביישום גישה זו למודל הטיפול הבו-זמני, אנו יכולים לומר כי מודל זה אינו מהווה חיבור של טיפול אישי וקבוצתי בלבד, אלא שהשילוב ביניהם נחוה כ"שלישי אנליטי" על-ידי המטופלים והמטפלים.

נושאי האנליזה בטיפול הבו-זמני הם האינטראקציות בין מטופל והמטפל האישי שלו, האינטראקציות בין מטופל לבין הקבוצה, הקו-תרפיה בין מגחי הקבוצה והקו-תרפיה של המנחים עם המטפל האישי (במקרה של טיפול מקבילי).

דוגמא קלינית נוספת

הנרי, גבר בן 33 עם היסטוריה ארוכה של דיכאון, החל טיפול עם תלונות של בדידות חברתית והיעדר קושר קרוב עם אישה זה מספר שנים. הוא בנה במו ידיו את עסק ה"צווארון הכחול" שלו והצליח יחסית מבחינה כלכלית, אך הוא חש לחוץ והדבר גרם לו לחוסר סיפוק בעבודתו. הוא נמנע מלהחזיר טלפונים ללקוחותיו והרגיש את בקשותיהם כדרישות מכבידות, עמן לא יכול היה להתמודד. בנוסף, הוא היה מאחר (לפעמים בחודשים שלמים) במשלוח דרישות התשלום שלו.

לאחר שנה של טיפול אישי, חלק מהסימפטומים של הדיכאון פחתו, אך לא הייתה התקדמות בקשריו החברתיים, בפרט עם נשים.

חקירת קשייו בעבודה הובילה למסקנה, כי הנרי רואה בבקשותיו של האחר דרישות מכיוון שהוא אינו יודע לדאוג לצרכיו שלו. הוא אינו מסוגל לומר "לא" כשהוא נתקל בבקשות אלו ונמנע מקונפליקטים ומדחייה שהיו מתרחשים לו היה נעמד על זכויותיו.

הדרך היחידה להימנע מהמעמסה של הסתגלות אוטומטית לאחרים הייתה על-ידי התנגדות פסיבית של אי-היענות לשיחות טלפון והתחמקות מהלקוחות. למרות שגורמים אלו נחקרו בפרוטרוט בפגישות האישיות, לא הייתה לכך כל השפעה על התנהגותו: הוא המשיך להימנע מלעסוק בלחציו בעבודה.

המטפל הציע שהגרי יצטרף לקבוצה טיפולית בהנחיתו שלו, כך שהטיפול נהפך לטיפול משולב-
combined. עד לנקודה זו, בעמדתו של הנרי כלפי המטפל באו לידי ביטוי אדישות מחד והרבה אמון
באמירותיו המקצועיות והמלצותיו מאידך. על סמך אמון מלא זה, הסכים הנרי להצטרף לקבוצה, אם כי לא
הבין לאיזו מטרה.

בפגישות הקבוצתיות הוא היה בדרך-כלל שקט ופסיבי, אבל התעניין והיה מעורב באירועים הקבוצתיים,
כך שכשאנשים היו פונים אליו או בקשו את דעתו, תמיד היה לו משהו משמעותי לומר. חברי הקבוצה החלו
לחבב אותו והוא פיתח קשרים חמים וקרובים עם רוב חברי הקבוצה, במיוחד הגברים.

בעיני המטפל בלט ההבדל בין עמדתו של הנרי כלפיו בקבוצה לבין עמדתו כלפיו בטיפול האישי. ככל
שהגרי הרגיש יותר בטוח ונינוח במערכת הקבוצתית, כך הוא נראה יותר מציק למטפל ומקנטר אותו, מערער
בסמוי על סמכותו והחלטותיו, ולפעמים אף מביך אותו בפני הקבוצה. בפגישות האישיות, לעומת זאת,
המשיך הנרי להחזיק בעמדה הנוכחית של אמון מלא כלפי המטפל, בהיותו לא מודע לפער הגדול בין
התנהגותו בקבוצה לבין התנהגותו בטיפול האישי. הוא גם אמר שהוא אינו מבין מדוע חברי קבוצה אחרים
מתייחסים אל המטפל כאל דמות אב והדגיש שהוא אינו רואה במטפל דמות אב כלל. המטפל הציע או שהם
יתבוננו יחד בהבדלים בין שתי ההתנהגויות; בכך נבנתה דרך להתייחסות ל"שלישי האנליטי".

החקירה הזו התקיימה לא רק בפגישות האישיות, אלא גם בקבוצה, ובעזרת חברי קבוצה נוספים אשר
הצביעו על הצורות שבהן הנרי, בצורה שקטה וכמעט בלתי ניתנת להבחנה, קרא תגר על מנהיגותו של
המטפל, תוך הצעת מניעים להתנהגות המטפל. הסתבר, שלהנרי הייתה אמא שתלטנית ומנצלת ואב שלא ניתן
לסמוך עליו, שהבטיח להנרי לתמוך בו, אך היה חלש מדי מכדי לעצור את התוקפנות של אשתו. כתוצאה
מכך, הנרי פיתח חוסר אמון עמוק בסמכות, אבל מתוך פחד מהתקפה נגדית, הוא הסתיר עמדות אלו. האמון
האוטומטי שלו במטפל היה מנגנון של היפוך תגובה. באווירה המוגנת של הקבוצה, הוא הרשה לעצמו
לחשוף את חוסר האמון הסמוי שלו מבלי להיות אפילו מודע להבדל בין עמדתו בקבוצה לבין עמדתו בטיפול
האישי. המלצתו של המטפל להמשיך לחקור סוגיה זו ועידודו את הנרי להמשיך עם הצקותיו הרגיעו את
חששותיו של הנרי מתגובה של התקפה נגדית ויצרו במה חדשה ומוגנת כדי לעבד סוגיות מורכבות אלו-
המרחב של "השלישי האנליטי".

התוצאה המפתיעה הייתה שבעבודתו הנרי התחיל לטפל בבקשותיהם של לקוחותיו בצורה שונה. למרות
שזה היה עדיין לא קל עבורו, הוא לא נמנע יותר מלהחזיר טלפונים, סירב לעשות דברים שלא התאימו לו,
אם בגלל שהייתה לו דעה מקצועית שונה, או בגלל שהם לא היו נוחים עבורו, ומדי פעם נכנס לקונפליקטים
עם לקוחותיו. תוך מספר חודשים גם רווחיו הפיננסיים השתפרו בצורה משמעותית.

דוגמא זו מתארת את האופן שבו מטפל ומטופל בונים ביחד את "השלישי האנליטי" כמושא האנליזה.
בדוגמא זו, הם יכלו לבחון את היישות החדשה שנוצרה על-ידי הוספת פגישות קבוצתיות לפגישות
האישיות ולחקור את המשמעות של ההתנהגויות השונות של המטופל בשני הטיפולים. חקירה זו התרחשה
לא רק במרחב האישי והקבוצתי, אלא במרחב ביניים, אשר אינו שייך-לא לפגישות הקבוצתיות ולא
לפגישות האישיות. מנגנון השינוי היה הדיאלוג שהתפתח במרחב זה בין המטפל, משתתפי הקבוצה
והמטופל המסוים הזה, בתוך אינטראקציה אמפטי של זיהוי, שלילה והכרה הדדיים.

מסקנות

הטיפול הבו-זמני הוא טיפול מועדף עבור קטגוריות שונות של מטופלים מבחינת פוטנציאל לשינוי.
השאלה מה יוביל לשינוי יעיל יותר נענית בטיפול הבו-זמני שמועצם על-ידי ההיווצרות של ה"שלישי
האנליטי", בו מתפתחים תהליכים דיאלקטיים של זיהוי, שלילה והכרה הדדיים. לטיפול הבו-זמני השלכות
קליניות, תיאורטיות, אידיאולוגיות, אתיות וארגוניות. ההקשר והעיתוי בהם נוצר הטיפול הבו-זמני הם
אינטראקציה בין מבנה האישי של המטופל והדינמיקות בתוך הטיפול האישי או הקבוצתי השוטף.
מטופלים עם מבנה אישיות גבולי או נרקסיסטי, המופנים לטיפול בו-זמני יכולים להרוויח הרבה ממערכת
זה. כך, כאשר קיימים קשיים בעיבוד של סוגיות קדם-אדיפיות, סכיו-פרנואידיות או סוגיות
נרקסיסטיות, עולות חרדות מסיביות במפגש ה"אחד על אחד" המעלות הגנות ראשוניות, כמו הכחשה,
השלכה ופיצול; במקרים אלו, מומלצת הפניה לטיפול קבוצתי בו-זמני. בקבוצה, מטופלים אלה חווים
אינטראקציות חברתיות והתייחסות בינאישית בתוך התפתחות העברות מרובות, הדהוד לנושאים של בוחן
מציאות, תוך תמיכה של משתתפי הקבוצה על-ידי הזדהויות. מנגד, מטופלים הנמצאים רק בטיפול
קבוצתי עלולים לחוות מתח רגשי מציף, צורך למקום טיפולי נוסף, בו יוכלו לעסוק בסוגיות העולות
בקבוצה במסגרת פרטנית ולעומק; במקרים אלו, מומלצת ההפניה לטיפול אישי בו-זמני.

מאחורי הטיפול הבו-זמני נמצאת אידיאולוגיה הרואה את הפרט בכל ההיבטים שלו. במפגש הפרטני, המטופל יכול לחקור לעומק סוגיות תוך-נפשיות והעברה אנכית, וכמו-כן לעבד את אירועי העבר מתוך השלכתם על קשיי ההווה. הטיפול הקבוצתי מקל על פתיחת סוגיות בין-אישיות, העברות אופקיות מרובות וחקירת העולם החברתי של המטופל. המצב הטיפולי כולו מאפשר ביטוי תפקידים שונים בחיים, החל מקשרים דיאדים אינטימיים ועד למצבים חברתיים מורכבים. מאידך, צורת הטיפול הייחודית הזו מסבכת את תמונת ההעברה הנגדית. היא גורמת לכך שהמטפל האישי מגיב ליציאה מהמרחב היחסית מוגן של המפגש הדיאדי, כשהוא חווה את עצמו כיותר חשוף, בין בפני עמיתיו (בטיפול מקבילי) ובין בפני המטופל האישי (בטיפול משולב).

המטפל והמטופל מגיבים למבנה החדש-מרחב הביניים שנוצר במשותף בטיפול הבו-זמני, שהוא לא פרטני ולא קבוצתי בלבד. מרחב המעבר הדיאלוגי שנוצר ב"שלישי האנליטי" הוא המנוע העיקרי המאפשר שינוי. כך, שינוי נוצר על-ידי דיאלוג מתמשך בכל הרמות האפשריות של המערך החדש.

שאלה מעניינת שעדיין לא נחקרה דיה היא מה קורה במצב שבו חלק מחברי הקבוצה נמצאים בטיפול משולב, אחרים- בטיפול בו-זמני והיתר- רק בטיפול קבוצתי. מצב זה מעורר מורכבות וקשיים שצריכים להילקח בחשבון, כמו עבודה על קנאה בין חברי הקבוצה סביב השוואות בין מטפלים שונים, תוך העלאת תגובות שונות של העברה נגדית אצל המטפל הקבוצתי, כגון עמדות שונות כלפי מטופלים שהם "שלי" ומטופלים שהם "לא שלי".

ברמה המערכתית, אנו טוענים שהטיפול הבו-זמני משפיע על עיצוב האקלים המקצועי והתרבותי של המוסד הפסיכותרפויטי בו הוא נערך ועל הצוות כקבוצת הדרכה, והוא גם מושפע על-ידם. ה"שלישי האנליטי" שנוצר בטיפול המשולב והמקבילי מאפשר השפעה ושינוי של כל תמונת המצב ומוביל להשתנות מתמשכת, הן של המטפלים והן של המטופלים.

מה מקומו, אם כן, של מבנה טיפולי זה, הדורש השקעה רבה-הן מצד המטפלים והן מצד המטופלים- בעולמנו הפוסט מודרני? במאמר זה סימנו את השאלה הזו, תוך הזמנה להתייחסויות בהמשך.

- Alonso, A., & Rutan, S.J. (1990). Common dilemmas in combined individual and group treatment. *Group, 14(1)*, 5-12.
- Aron, L. (1991). The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues, 1*, 29–51.
- Bernard, H.S., & Drob, S. (1985). The Experience of Patients in Conjoint Individual and Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 35*, 129-146.
- Billow, R.M., (2006). The Three R's of Group: Resistance, Rebellion, & Refusal. *International Journal of Group Psychotherapy, 56(3)*, 259-284.
- Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. New York: Columbia University Press.
- Bromfield, R., & Pfeifer, G. (1988). Combining Group and Individual Psychotherapy: Impact on the Individual Treatment Experience. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 220-225.
- Caligor, J., Fieldsteel, N.D., & Brok, A.J. (1993). *Combining individual and group therapy*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- de Maré, P., Piper, R. & Thompson, S. (1991). *Koinonia*. London: Karnac Books.
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 12*, 97–108. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1930). Civilization and its discontents. In *Standard Edition, 21*, 59-145. London: Hogarth Press.
- Frost, J.C. (1998). Countertransference considerations for the gay male when leading psychotherapy groups for gay men. *International Journal of Group Psychotherapy, 48*, 3-24
- Ganzarain, R., & Buchele, B. (1986). Countertransference when Incest is the Problem. *International Journal of Group Psychotherapy, 36*, 549-566.
- Greenson, R. R. (1960). Empathy and its Vicissitudes. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41:418-24.
- Imhof, J., Hirsch, R., & Terenzi, R. E. (1983). Countertransference and attitudinal considerations in the treatment of drug abuse and addiction. *The International Journal of Addictions, 18(4)*, 491–510.
- Lipsius, S.H. (1991). Combined Individual and Group Psychotherapy: Guidelines at the Interface. *International Journal of Group Psychotherapy, 41(3)*, 313-327.

- Mahler, M., Pine, F., and Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. A. (1996). When interpretations fail: a new look at the therapeutic action of psychoanalysis. In L. E. Lifson (ed.) *Understanding Therapeutic Action: Psychodynamic Concepts of Cure*, 165-86. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Nitsun, M. (1996). *The Anti- Group*. London: Routledge.
- Ogden, T. H. (1994). The analytic third- working with intersubjective clinical facts. *Int. J. Psycho-Anal.*, 75, 3-20.
- Ormont, L. & Streaan, H. (1978). *The Practice of Conjoint Therapy: Combining Individual & Group Treatment*. New York: Human Sciences Press.
- Porter, K. (1993). Combined Individual & Group Psychotherapy. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (eds.). *Comprehensive Group Psychotherapy (3rd edition)*, 314-324. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Rutan, S.J., & Alonso, A. (1982). Group therapy, individual therapy or both? *International Journal of Group Psychotherapy*, 32(3), 267-282.
- Rutan, S.J., & Stone, W.N. (1993). *Psychodynamic group-psychotherapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Schermer, V.L. (ed.) (2005). Group Therapist Countertransference to Trauma and Traumatogenic Situations. *Special Issue - International Journal of Group Psychotherapy*, 55(1).
- Stolorow, R. & Lachman, F. (1980). *The Psychoanalysis of Developmental Arrests*. N.Y.: International Universities Press.
- Taylor, R.E., & Gazda, G.M. (1991). Concurrent Individual and Group Therapy: the Ethical Issues. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry*, 44, 51-59.
- Ulman, K.H. (2002). The Ghost in the Group Room: Countertransference Pressures Associated with Conjoint Individual and Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52(3), 387-407.
- Vannicelli, M. (2001). Leader Dilemmas and Countertransference Considerations in Group Psychotherapy with Substance Abusers. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(1), 43-62.
- Weinberg H. & Toder M. (2004). The Hall of Mirrors in Small, Large and Virtual Groups. *Group Analysis*, 37(4), 492-507

Wender, L. & Stein, A. (1949). Group Psychotherapy as an aid to outpatient treatment in a psychiatry clinic. *Psychiatry Quarterly*, 23, 415-427.

Winnicott, D. W. (1949). Hate in the countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 30(2), 69–74.

Yalom, I.D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.

ויגודר, ש. (2000). מן הקצוות הפרימיטיביים לעבר המפגש האינטרסובייקטיבי: אוגדן ועבודתו. שיחות, ט"ו (1): 5-16.