

PSICOTERAPIA

LA TERAPIA DIÁDICA DE HAIFA: UN MODELO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN INTERSUBJETIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS Y SUS PADRES^{1, 2}

(Rev GPU 2017; 13; 2: 161-172)

Judith Harel³, Hayuta Kaplan, Raya Avimeir-Patt

La psicoterapia psicoanalítica de corto plazo madre-hijo⁴ y padre-hijo supone que los niños desarrollan determinados tipos de relaciones con cada progenitor, así como con la pareja de crianza. El modelo integra una mirada intrapsíquica, de relaciones objetales con una perspectiva interpersonal, por lo que representa un enfoque intersubjetivo (Aron, 1996) para el tratamiento de trastornos relacionales en la infancia.

El modelo que se presenta fue desarrollado en Haifa, Israel, por Miriam Ben Aaron y sus colegas (Ben Aaron *et al.* 1997, 2011).

INTRODUCCIÓN

En este modelo el mismo terapeuta se reúne con las parejas madre-hijo, padre-hijo con una frecuencia semanal, junto con reuniones periódicas con la díada de padres. El modelo se centra en las necesidades del desarrollo del niño preescolar con la participación activa de ambos padres en las “experiencias del aquí-

y-ahora” compartido del proceso terapéutico. Los participantes expresan, en las interacciones y “enactments” (escenificaciones), diversos contenidos y significados de sus patrones relacionales específicos. El terapeuta se dirige a los comportamientos, así como a los significados de las relaciones, promoviendo así la comprensión reflexiva y cambios experienciales dentro del *self*, el otro, y las relaciones yo-otro. La participación

¹ Version anterior del artículo fue publicado en: *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2005), 79, 1-14. Traducido y publicado en GPU con autorización.

² Agradecemos a las colegas Analía Stutman y Beatriz Abramovich-Kosoy por la traducción del artículo al castellano.

³ Professor Judith Harel, Department of Psychology, University of Haifa, Mount Carmel, Haifa, 31905, Israel (e-mail: jharel@psy.haifa.ac.il).

⁴ Con la palabra “hijo” nos referimos a ambos sexos.

activa y diferente del niño con cada padre es el factor principal en la promoción de cambios. El niño utiliza principalmente el juego como medio para expresar sus necesidades y movilizar la ayuda del terapeuta. La disponibilidad de la terapeuta con las diferentes diadas, así como su postura de mentalización se utilizan para comprender mejor los temas relacionales explícitos e implícitos. El terapeuta sostiene la co-construcción de nuevos y diferentes patrones de comportamiento y la co-creación de significados adicionales a las representaciones. El terapeuta tiene como objetivo alcanzar un estado de reconocimiento mutuo (Benjamin, 1988) en cada diada, mediante el fomento de reconocimiento por parte de cada uno, del otro como sujeto (Ogden, 1994). La configuración fomenta la participación activa del niño en el desarrollo y promoción de cambios en cada una de las diadas, y permite al terapeuta facilitar en los participantes una actitud de “función reflexivo-mentalización” con respecto a sí mismo y los otros (Harel *et al.*, 2006).

Este artículo presenta un modelo de orientación psicoanalítica para el tratamiento de trastornos relacionales (vinculares) en la infancia. El modelo se centra en los niños “prelatentes”, en edad preescolar (Bleiberg, Fonagy y Target, 1997), y hace hincapié en el papel del niño en el proceso de tratamiento (Lojkasek, Cohen, y Muir, 1994). Al igual que la psicoterapia padres-bebé (Cramer, Lieberman) el modelo madre-hijo y padre-hijo se centra en la relación y en los significados mutuamente construidos entre el niño y cada progenitor, y a su vez se puede extender y adaptar a intervenciones para niños mayores (escolares, latentes) que por lo general son tratados de forma individual y no en un formato vincular con los padres (Berlin, 2002). Consideramos al tratamiento diádico “madre-niño y padre-niño”, como una aplicación de la perspectiva relacional intersubjetiva (Altman, Briggs, Frankel, Gensler, y Pantone, 2002; Lyons-Ruth, 1999) en la que las interacciones reales entre padres e hijos moldean y construyen el mundo representacional interno del niño (Mitchell, 1988). Esta aproximación al desarrollo psicológico tiene importantes implicaciones para la terapia.

La mirada relacional considera el encuentro terapéutico como el resultado de la contribución tanto del terapeuta como del paciente; por lo tanto, el proceso es mutuamente co-construido por ambos participantes. Las puestas en acto (*enactments*) en la situación terapéutica son consideradas como importantes oportunidades para aprender sobre los significados inconscientes del paciente que no han sido expresados anteriormente (McLaughlin, 1991). Tal y como subrayó Lyons-Ruth (1999), el interés principal está en aquellas

características de la escenificación que hacen eco de los aspectos problemáticos de la interacción del paciente con otras personas importantes.

Aplicar esta mirada a los niños significa que los *enactments* más importantes serán aquellos que resuenan con los problemas de los padres del niño, ya que a lo largo de su desarrollo estas mismas interacciones formarían las bases de las representaciones del niño. En este modelo lo que más tarde podría convertirse en trastornos en las relaciones y en las representaciones del *self* y del otro, puede ser abordado de manera efectiva en las interacciones reales en el aquí y el ahora progenitor-hijo, como la fuerza modeladora de las representaciones del niño.

El niño se desarrolla en una matriz relacional. Dentro de esta matriz se producen interacciones y se construyen las representaciones de uno mismo, de los otros, y de las relaciones yo-otro. Estas representaciones son inicialmente presimbólicas y diádicas en su naturaleza, como lo postulan la teoría de relaciones objetales y teorías del apego, y que han sido recientemente demostradas por estudios empíricos tales como los de Beebe y Lachman (2002). Las interacciones observadas son los “puntos de encuentro” de las representaciones de la relación que poseen el niño y sus padres (Stern, 1985). Las experiencias del *self* y del otro y de uno mismo-otro que posee el bebé, son específicas para las diferentes relaciones y, por lo tanto, dependen del contexto. La influencia del contexto en el *self*, el otro y las relaciones es reconocida en las teorías clínicas (Stolorow y Atwood, 1992), así como también en la investigación cognitiva y del desarrollo (Fischer y Ayoub, 1996; Tronick, 2003). Por ejemplo, el apego seguro de un bebé no puede generalizarse a todas las relaciones, se trata de una relación específica y no de un bebé específico (Van Ijzendoorn, Sagi y Lamberman, 1992). Del mismo modo, no debemos esperar que se puedan generalizar los efectos del tratamiento entre madre e hijo a la relación padre-hijo, o viceversa.

El formato de tratamiento del modelo padre-hijo, madre-hijo, consiste en sesiones intermitentes sobre una base semanal con el mismo terapeuta. Una semana hay una sesión de madre e hijo y la semana siguiente una sesión de padre e hijo. Cada dos semanas, en la mayoría de los casos, es una sesión conjunta de madre y padre. Aunque en cada sesión solo esté presente una diada, la tercera parte está casi siempre presente en el nivel representacional simbólico. Mientras está presente el padre o la madre, el niño puede decirle a él / ella lo que ha sucedido con el otro padre en la sesión anterior y puede pedirle continuar un juego que se inició con el otro, y así sucesivamente.

EL MODELO DE TRATAMIENTO

Los problemas del niño, que se presentan en el comportamiento, las estrategias defensivas o síntomas, son considerados como alteraciones en las relaciones entre padres e hijos. Los pediatras que tratan lactantes (Cramer, 1992; Daws, 1993; Greenspan, 1991; Stern, 1995) han observado que problemas en la alimentación, el dormir y la regulación en los bebés son indicadores de problemas en las relaciones en lugar de intrínseco al niño. Creemos que esto también es cierto para niños mayores con una amplia gama de síntomas.

Consideramos que este modelo es el tratamiento más adecuado para al menos tres causas principales de trastornos:

1. Los cambios en el desarrollo del niño que crean tensiones en la relación padres-hijo, que no pueden ser fácilmente satisfechos por uno o ambos padres. La discrepancia entre las expectativas de los padres y las necesidades actuales del niño conduce a incomprendimientos y dificultades para hacer frente a algunas tareas de desarrollo, como por ejemplo: necesidades de autonomía, control de los afectos, problemas edípicos.
2. El drama subjetivo de los padres es escenificado por dos nuevos actores, el progenitor y el niño. Al niño se le asigna el papel de algún importante objeto del pasado parental, y el padre continúa su lucha con el niño (basado en motivos inconscientes irracionales). Esta actitud de los padres provoca dificultades para el niño ya que impide que se relacionen y ofrezcan al niño experiencias apropiadas para él / ella, según sus necesidades de desarrollo (Brazelton y Cramer, 1990; Fraiberg, 1975).
Este patrón de proyecciones de los padres a los hijos con frecuencia crea una tensión entre ellos. El progenitor trata de manera inconsciente de moldear al niño de acuerdo con sus necesidades, mientras que el hijo tiene dificultades para el reconocimiento de su subjetividad (Benjamin, 1988), o su verdadero *self* (Winnicott, 1971).
3. El progenitor y/o el niño necesitan ayuda activa para liberar o fortalecer procesos mentales que están inhibidos, que permitan la creación de representaciones, más adaptativas del propio *self* y los otros.

La capacidad de reflexionar sobre los estados mentales de uno mismo y de los demás, para entender las acciones en términos de las intenciones, creencias y deseos; la disposición para estar en sintonía con y compartir las experiencias

emocionales; y la capacidad para comprender el significado de interacciones, a veces están limitadas. Las limitaciones en la función reflexiva de los padres, puede ser causal de la limitada mentalización del niño, ya que este se considera a sí como teniendo una mente tal como el padre se refiere a ella (Fonagy y Target, 1996). Las limitaciones en la mentalización pueden resultar de una experiencia traumática, por ejemplo una pérdida, adopción, pero más a menudo se derivan de las limitaciones y dificultades en el desarrollo de las relaciones con los objetos primarios.

Los niños descritos por Bleiberg *et al.* (1997) como "niños Grupo B"; son los que en su mayoría se benefician de nuestro enfoque. Muestran afectos intensos y necesidades de responsividad social y afecto. Se muestran ansiosos y mal humorados, con carácter descontrolado y rabietas, como características comunes de su desarrollo temprano. En la edad escolar son por lo general diagnosticados como TDAH, trastornos de la conducta, ansiedad de separación o trastornos anímicos. Estos niños tienen dificultades en la autorregulación y en el uso de su capacidad de mentalización. La inhibición de la mentalización se presenta con frecuencia también en los padres en relación con este niño específico y, a veces solo cuando emergen temas específicos en la relación con este niño (Verheugt-Pleiter, A.J.E., Zevalnik, J. & Schmeets, M.G.J. 2008)

A continuación se describirán las características únicas del modelo, la participación activa de los padres, la importancia de los padres en la terapia del niño, los temas relacionales implícitos de las diádas, los dos procesos de transferencia observados, y la postura de mentalización.

La participación activa de los padres en el proceso de tratamiento de los niños prelatentes es única de nuestro modelo (Berlin, 2002). El modelo se centra en la necesidad del niño de lograr la participación de la madre y el padre en las experiencias aquí-y-ahora comunes del proceso terapéutico. Los niños y los padres traen a la sesión los problemas en sus relaciones y los presentan en diálogos verbales, en la comunicación no verbal, en las secuencias de juego, representaciones y narrativas. Los temas presentados con cada padre pueden ser diferentes o similares. Muy a menudo el niño presenta el mismo tema a ambos padres tanto para aprender sobre el estado de su *self* como para comprobar su percepción sobre las reacciones de cada padre, especialmente cuando las reacciones están en conflicto. Por ejemplo, el niño que expresa abiertamente su agresión al padre que la acepta y se la recibe, pero no

así con la madre que se lo prohíbe porque le recuerda sus propias relaciones problemáticas con su propio padre. A veces el niño tiene el mismo problema con ambos padres, por ejemplo problemas con el autocontrol. Sin embargo, cada uno lo procesa y reacciona de manera distinta y por razones intrapsíquicas diferentes.

El terapeuta convoca a la función de mentalización de los padres para tomar conciencia y darse cuenta de cómo sus respuestas confunden al niño en sus esfuerzos para aprender acerca de sí mismo/a y experimentarse a sí mismo/a de manera coherente. Los padres son ayudados a comprender el requerimiento infantil y los diferentes significados que ellos atribuyen a su comportamiento subyacente en sus diferentes reacciones. Estos significados a veces se derivan de los propios “fantasmas” de los padres y no permiten atender suficientemente a las necesidades del niño o su mundo interno, o sea, la subjetividad del niño.

La postura de mentalización del terapeuta es generalmente adoptada por el niño y el progenitor. En consecuencia, logran entender la dificultad del niño en una imagen más coherente y auténtica.

En nuestro modelo de tratamiento los padres participan igual que las madres, a pesar de la inclinación de madres y terapeutas de dejar a los padres fuera del tratamiento del niño (Frascarolo, 2016). Ellos son considerados como participantes, junto con las madres en el desarrollo normal como patológico de su niño. Nuestra experiencia demuestra que, contrariamente a la creencia aceptada de que las madres son las involucradas principales en la terapia del niño, vemos que los padres son socios dispuestos e importantes. Los padres son importantes en el nivel diádico entre padre - hijo, y como miembros de la pareja de crianza (Barrows, 1997). La investigación ha demostrado que, aunque los padres en comparación con las madres tienden a reportar menos problemas en el comportamiento del niño, su interacción con el niño está más comprometida por su visión sobre el niño que la interacción que tiene la madre: cuanto más síntomas informan los padres en el Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991) más negativa es la experiencia del niño en la interacción con ellos, según lo medido por el Core Conflictual Relational Theme (CCRT; Luborsky y Crits-Christoph, 1998; Harel, Eshel, Penso, Muchtar, y Ben-Aaron, 2003).

Hay una conciencia creciente en la literatura sobre tratamiento respecto de temas que se abordan y que no son verbalizados o simbolizados de ninguna forma. El creciente énfasis en el “conocimiento relacional implícito” (Stern, 1998) o las “representaciones relacionales escenificadas” (Lyons-Ruth, 1998) como diferentes del conocimiento declarativo de las relaciones, destaca

la importancia de un modo directo de experimentar y expresar las relaciones. El formato de la terapia, con la participación directa de los padres y el ambiente empático y de apoyo en las sesiones maximiza la aparición de temas implícitos junto a los explícitos, entre los padres y el niño en presencia del terapeuta. Esto permite al terapeuta observar directamente y experimentar la relación del niño con su padre y su madre, en lugar de extrapolarla a partir de la transferencia, o aprender de ello a través de los reportes de los padres. Se sabe que nuestras experiencias y formas de estar con otros más tempranas e importantes se almacenan en la memoria implícita y son accesibles solo a través de la conducta con el otro específico. El conocimiento explícito declarativo se desarrolla más tarde y es solo un aspecto parcial de nuestras relaciones, esa parte de la que se puede hablar o simbolizar de otras maneras (Lyons-Ruth, 1998, 1999). El conocimiento relacional implícito, según Lyons-Ruth, es probable que sea visible en la estructura de las relaciones fantaseadas, así como en la estructura escenificada de las interacciones reales. Nos encontramos con que el conocimiento implícito relacional se aprecia en el proceso terapéutico a través de las escenificaciones de la diada padre/madre - hijo o la pareja parental, y de esta manera se hace observable, pudiendo hacerse reflejos sobre ello y mentalizarse (Midgley y Vrouva, 2012). Stern, al tratar de definir el “algo más allá de la interpretación” que actúa como un factor curativo en la terapia, escribió sobre los “mecanismos no interpretativos” en la psicoterapia psicoanalítica. Esto se refiere a los procesos que están relacionados con el conocimiento implícito relacional que emerge en la sesión de terapia. Observando diadas en la terapia, uno puede conocer y experimentar sus formas implícitas de ser el uno con el otro, pudiendo hacerse visibles y ser reflejadas por el terapeuta. Además de la escenificación del conocimiento relacional pasado, somos testigos de la aparición de los “momentos presentes” que dan la oportunidad a “momentos de encuentro” como factores inductores de cambio (Stern, 1998). La presencia del progenitor e hijo en la sesión de terapia permite a los participantes experimentar y trabajar en el ‘aquí y ahora’ de la relación, en lo que está pasando ahora en los procesos de regulación mutua, es decir, dando significado a cada comportamiento del otro, los afectos, y así sucesivamente. El foco y la reflexión sobre la relación actual conduce a una expansión de los temas que la diada puede compartir, y enriquece la relación y las representaciones (Stern, 1998; Tronick, 2003).

Paralelamente a las representaciones y los temas implícitos entre padres e hijo en presencia del terapeuta, los temas se presentan en la transferencia entre

los participantes. Fonagy y Target (2000) especifican los elementos principales de nuestro modelo de tratamiento: "Esto da al terapeuta la oportunidad única de observar en lugar de especular sobre la naturaleza de las relaciones entre padres e hijos, permite observar la transferencia, o sea, las atribuciones inconscientes del niño al padre o de los padres hacia el niño según sea el caso, en lugar de inferir estos procesos de las reacciones del niño al terapeuta. Esta técnica hace una importante modificación al tratamiento volviéndolo más directo, más inmediato y, esperamos, también más efectivo" (en Ben-Aaron, Harel, Kaplan, y Patt, 2000, p. 11).

La presencia del niño evoca poderosas respuestas de transferencia de los padres (Fraiberg, Adelson, y Shapiro, 1975; Berlin, 2002). Puesto que este modelo se aplica a niños mayores, somos testigos de las reacciones de transferencia del niño, además de las de los padres, por lo tanto, se logra identificar dos procesos de transferencia mientras se trabaja en este modelo. El primer proceso de transferencia se produce de padre a hijo o de hijo a padre. Esta transferencia es diferente de la que se describe en las terapias de padres-bebé; por ejemplo, lo descrito por Hopkins (1992) y Barrows (1997) como la "transferencia de la madre en el bebé", donde solo es la proyección de los padres sobre el bebé. Por el contrario, acá observamos un proceso mutuo, bidireccional, en el que vemos las proyecciones de los padres sobre el niño a la vez que las del niño sobre los padres, creándose una proyección del "formato de la relación" (Seligman, 1999).

El otro proceso de transferencia se desarrolla en paralelo al primero. Esta transferencia se produce entre el terapeuta y los participantes de la diada. El progenitor y el niño asignan varios roles al terapeuta, a los que este responde tanto consciente como inconscientemente (Sandler, 1976). Esta transferencia entre el terapeuta y las diadas tiene diversos matices. Al principio del tratamiento es posible apreciar algunas dificultades significativas en el establecimiento de la alianza de trabajo, derivadas de experiencias o expectativas negativas del pasado de los padres, sobre el proceso de tratamiento. Estas reacciones se expresan a veces como proyecciones sobre el terapeuta, por ejemplo la sospecha hacia él/ella, la evitación, y así sucesivamente. Un aspecto importante de la transferencia, de naturaleza positiva, que facilita el proceso terapéutico, es lo que Stern (1995) llama "la transferencia de la abuela buena" (Dugmore, 2013). Los padres ven al terapeuta como alguien que aprecia su papel de padres, no se entromete en ello, y hace todo lo posible para ayudarles a ayudar a sus hijos. En las sesiones con el niño, así como en las sesiones con

la pareja parental, el respeto del terapeuta por el rol de los padres se transmite claramente y los padres se sienten autorizados a movilizar sus recursos parentales para ayudar a sus hijos. Esta transferencia positiva no se da por sentado, ya que es un logro del proceso de tratamiento.

EL PROCESO DE TRATAMIENTO

El objetivo terapéutico es fomentar cambios experienciales en las formas de interacción habituales en las diadas, orientadas a producir cambios en las relaciones y representaciones.

Los objetivos son de dos tipos: los cambios en las relaciones actuales, así como en las relaciones representadas, y cambios en las representaciones del *self* y de los otros; en última instancia, alcanzar el reconocimiento mutuo (Benjamin, 1988). Al dirigirse a comportamientos específicos de los padres y el niño se les ayuda a reflexionar sobre los significados y las intenciones que hay detrás de estos comportamientos. El terapeuta está constantemente atendiendo a la diada en dos niveles: (a) el nivel de experiencias, comportamientos, y las interacciones reales; y (b) el nivel de significados, estados mentales y representaciones.

El terapeuta elige intervenir en uno de estos niveles de acuerdo con su juicio en ese momento de lo que será la mejor "puerta de entrada" (Stern, 1998). Aunque suponemos una estrecha relación entre los niveles de interacción y de representación y de acuerdo con el supuesto de Stern respecto a las influencias mutuas en respuesta a la intervención, no se da por supuesto que el cambio en un nivel siempre inducirá a cambiar en el otro (Lyons-Ruth, 1999). Dificultades en las conexiones entre los dos niveles podrían estar en el núcleo del problema (Bucci, 1985), el terapeuta tiene un rol especial en promover la asunción de las influencias mutuas entre los dos niveles. Mediante el reflejo, la clarificación, la interpretación y el fomento de una postura de mentalización, ayuda a comprender y traducir comportamientos a significados y viceversa (Fonagy y Target, 1997).

Los miembros de la diada van siendo ayudados a reflexionar sobre las experiencias compartidas y a captar las diferencias y las distorsiones. Esto les permite co-construir nuevos patrones de comportamiento intersubjetivos, junto con adquirir nuevos significados de las experiencias interpersonales e intrapsíquicas. El terapeuta, que está presente en las tres diadas, hace conexiones entre las diferentes representaciones y promueve el logro de representaciones mutuas más coherentes, integradas y equilibradas del *self* y de los otros.

EL NIÑO

Consideramos la participación activa y diferente del niño con cada padre como el principal factor promotor de cambio en este modelo de terapia. El juego es utilizado por el niño como el contexto para el desarrollo de su *self* (Winnicott, 1971) y de la capacidad de mentalización (Fonagy y Target, 1996; Meersand, 2001).

Tempranamente en el proceso terapéutico, los niños tienden a presentar sus temas más importantes en la relación con los padres. Estos temas pueden ser similares a los mencionados por los padres inicialmente, pero a veces son diferentes y sorprenden tanto a ellos, como al terapeuta. Estos diferentes temas resultan ser a veces preocupaciones preconscientes, ya sea de uno o ambos y/o a veces son demasiado estresantes para el niño, que no pueden ser hablados directamente con los padres. Los niños pueden representarlos en el comportamiento o en el juego como un tipo de pregunta a ser respondida por la diada.

María es una niña adoptada de 4 años de edad. Ella fue remitida a tratamiento a causa de problemas para vestirse en las mañanas; el problema más difícil era ponerse los zapatos, lo que se agravó con el cambio de estación de verano a otoño.

Cuando se le preguntó acerca de la adopción, los padres dijeron que el tema fue discutido abiertamente en su casa y que María y su hermano (también adoptado) no tienen ningún problema con eso.

María llegó con su padre a la primera sesión, un día frío y lluvioso. Ella iba sentada sobre los hombros de su padre, vistiendo un camión enorme y pantuflas muy grandes para sus pies. Alrededor de la mitad de la sesión cogió una pistola de juguete y comenzó disparar en la dirección de su padre.

¿El terapeuta anima al padre a preguntarle a quién se le disparaba? María dijo que ella estaba disparando a "Poppy" y señala un cuadro, que representa a un hombre con una trompeta que colgaba detrás de la espalda de su padre. El terapeuta le pidió a ella y su padre le dijeran quién era "Poppy". Ellos respondieron que "Poppy" era un hijo imaginario que hacía cosas malas y que se aparecía en la familia cada vez que María hacía algo malo. "Poppy" era también el nombre con que María llamaba a su padre cuando estaba enojada con él. En una postura reflexiva el terapeuta se preguntó acerca de cuáles eran las cosas malas que sucedieron y que hicieron que María quisiera disparar a "Poppy". María respondió a esto que él era un ladrón, que tomó un autobús grande y puso ahí a algunos niños robados y se los llevó a la tienda de juguetes. Y que las personas que no tienen hijos pero que desean tenerlos van a la tienda a comprar juguetes y niños.

Este breve episodio marcó el comienzo de una larga serie de sesiones en que María llenaba la sesión con preguntas acerca de su adopción. Ella creó muchas historias diferentes como respuestas a estas preguntas y ellos jugaron a esto con la participación de su madre y padre. Los padres experimentaron y descubrieron cómo el tema de la adopción ocupaba su mente y cómo sus dificultades se relacionaban con aquello. Esto fue muy significativo para cada uno, para resolver este problema en conjunto y para crear una historia de vida coherente para María, una historia que fuera apropiada y única para ellos. Durante todo este proceso el terapeuta percibió fuertemente cómo el trabajo de construcción de esta historia fue más significativo e importante que cualquier historia que pudiesen haber creado el niño con el terapeuta, sin la participación de los padres.

En las sesiones diádicas observamos que los niños tratan de enseñar a los padres cómo los necesitan en cada etapa específica del desarrollo. Los niños son activos en la co-construcción de nuevos tipos de relación y reorganizaciones de significados, con cada padre presente en la sesión. Muy a menudo el niño trae estos cambios a la sesión con el otro padre para observar su respuesta y confirmar la aceptación. Como se ha mencionado antes, los niños tratan de construir imágenes coherentes de sí mismos incluyendo las diferentes maneras en que los padres los ven.

La siguiente viñeta ilustra cómo los niños a menudo son sensibles al "timing" apropiado para presentar al otro padre los "insights" adquiridos en las sesiones:

Alex, un niño de 5 años de edad, fue remitido a nosotros debido a los cambios bruscos de estado de ánimo y rabietas. Después de seis meses de tratamiento anunció con alegría al padre y al terapeuta: "Ahora sé que no soy una niña, pero mamá no puede saberlo todavía".

La madre de Alex le había transmitido inconscientemente que era una niña con el fin de "proteger" al niño de una condición hereditaria en su familia que afectó solo los miembros masculinos.

Un papel importante en la participación activa del niño –habilitado por el *setting* y apoyado por el terapeuta– es ayudar a los padres a trabajar en la diferenciación entre las necesidades y los deseos del niño y los propios. La presencia del niño, una vez con el padre y otra con la madre, facilita la apertura de los problemas en la diferenciación. El terapeuta ayuda a los padres y al niño a estar atentos a estas diferencias y a reflexionar sobre ellas. El progenitor tiene que elaborar este proceso como un paso previo para el levantamiento de sus proyecciones sobre el niño y encargarse de ellas por sí mismo.

LOS PADRES

La inclusión de los padres es un mensaje importante, así como un factor terapéutico, no se los deja fuera a puertas cerradas, mientras el niño entra en la consulta con el terapeuta. Esta inclusión refleja nuestra creencia de que el progenitor es la pareja más natural e íntima del niño, mientras que el terapeuta se ve a sí mismo como siendo invitado a unirse a ellos en su viaje de exploración de su relación.

La participación de los padres es un factor importante en la reducción de sus temores a la crítica con respecto a su función parental. Al comienzo del tratamiento los padres están preocupados acerca de ser observados por el terapeuta. La atmósfera de seguridad y el respeto del terapeuta hacia el rol parental ayudan a hacer frente a estos temores.

El terapeuta pone de relieve la necesidad del niño del apoyo de los padres en el esfuerzo por el logro terapéutico y los padres comienzan a disfrutar del proceso de descubrir y participar en el mundo interno de sus hijos y a valorar su propia influencia en lo que sería “crear un mundo mejor”. Los padres disfrutan de ser considerados por el terapeuta y en última instancia por su hijo, como sujetos, y no solo objetos para la satisfacción de sus hijos. Por su parte, los niños también prosperan con la mirada del terapeuta y posteriormente de los padres acerca de ellos, al verlos como sujetos independientes con su propia “agenda”.

Las sesiones con la pareja parental se dedican al procesamiento por parte de los padres de sentimientos y recuerdos despertados en las sesiones con el niño. En estas sesiones se exploran y trabajan las conexiones entre pasado y presente.

EL TERAPEUTA

El papel del terapeuta en nuestro modelo es similar a otros modelos psicodinámico-relacionales, pero posee algunas características adicionales y específicas, que serán descritos más adelante.

El terapeuta como proveedor de un ambiente de seguridad

La terapia se lleva a cabo en una sala equipada con juguetes, lápices para colorear, juegos, etc. Al progenitor e hijo se les anima a sentirse cómodos y a estar juntos de maneras que les sean familiares, jugando y hablando de lo que quieran. El terapeuta tiene especial cuidado de no tomar el lugar de los padres en las interacciones con el niño. Cuando el niño se dirige al

terapeuta y no al progenitor –para pedir ayuda o tratar de compartir una experiencia– el terapeuta redirigirá la petición a los padres del niño. El terapeuta discutirá este tema con el niño y el padre, para entender su comportamiento y ofrecer ayuda cuando sea necesario. Se tiene especial cuidado en apoyar los sentimientos de seguridad y competencia de los padres con respecto a sus funciones parentales y su posición de adultos.

El objetivo del terapeuta es lograr un ambiente de “alegría” (“playfulness”) definido por Moran (1987) como “flexibilidad orientada al placer.” Esta atmósfera permite a los niños presentar, negociar, y validar su mundo interno con cada padre. Los niños necesitan un adulto lúdico con el fin de desarrollar su capacidad de mentalización, alguien que tiene en cuenta tanto la realidad como la fantasía (Fonagy, 2000; Fonagy y Target, 1996; Meersand, 2001; Tessier VP, *et al.*, 2016)). El juego permite a los participantes mejorar su funcionamiento reflexivo y para algunos de los niños y sus padres es una nueva experiencia intersubjetiva de estar juntos, lograda en las sesiones de terapia.

El terapeuta como observador participante

A través de la observación y participación en la interacción entre los padres y el niño, el terapeuta comienza a entender mejor las interacciones reales, así como la motivaciones y estados mentales de los participantes. Llega a conocer los temas específicos que pertenecen a cada día.

La función de observación y reflexión del terapeuta es adoptada gradualmente por los padres y el niño, movilizándolo así su propia capacidad de mentalización, a menudo inhibida.

El terapeuta como intermediario –traductor e intérprete– de la diada a la diada

La mayoría de las veces el terapeuta actúa como un traductor entre los miembros de la diada. Su postura es ayudar a los miembros a comprender los estados mentales de los demás a través del reflejo, el foco, la significación verbalizada (etiquetado), y la aclaración. En el ambiente resguardado de la sesión los participantes presentan sus temas conflictivos a través de *enactments*, juegos de rol y narrativas.

El terapeuta trata de escuchar empáticamente y comprender a cada participante, para mejorar el funcionamiento reflexivo de la diada (Fonagy y Target, 1998). Por ejemplo, en el caso de María y sus padres, el terapeuta dice: “Mami yo creo que María quiere que la ayudes ahora. ¿Qué opinas?”, o “Puede ser que lanzando

los juguetes a tu alrededor quieres decirle a tu papá que estás enojado con él y quieres que él lo vea?”

Este tipo de intervención tiene la intención de transformar el comportamiento en una comunicación con sentido. La traducción también evoca los estados mentales de cada participante –emociones, intenciones, recuerdos y deseos– y los conecta con la conducta manifiesta. La traducción presenta el mundo interno de cada participante al otro y facilita el reconocimiento mutuo (Benjamin, 1988). Esto permite la diferenciación de los sentimientos e intenciones y es vital con diádas que tienden a traducirse mal entre sí, o con las diádas que tienen un rango muy restringido de significados para los comportamientos. Fogel (1993) define como patológicos esos diálogos que no transmiten ninguna información nueva. Observando y experimentando las relaciones entre padres e hijos, el terapeuta puede detectar a menudo patrones recurrentes en los que el progenitor ofrece una traducción muy restringida a los comportamientos del niño, o una traducción claramente patológica. Ser traducido siempre en la misma forma, o en una forma distorsionada por un padre no ofrece al niño las oportunidades necesarias para el desarrollo de su *self*. En una comunicación sana, cada miembro se ajusta a las acciones, intenciones y objetivos del otro, así co-construyen y co-regulan significados intersubjetivos (y los cambios en el significado) que permiten el desarrollo y el crecimiento. Muy a menudo, y a veces de manera dramática, los temas interpretados por el niño invitan y permiten a los padres para que aparezcan por primera vez recuerdos dolorosos de su propia vida y poder hablar de ellos como padres a su propio hijo:

Steven, a 10 años de edad, presentaba con frecuencia en las sesiones con su padre, severos conflictos entre ellos, mostrando al padre como falto de empatía e incluso cruel. El terapeuta refleja el tema presentado de la ira y el temor al abandono y se pregunta cómo se relacionarán con sus sentimientos acerca de su padre. Steven reaccionó diciendo “Usted sabe, papá no sabe cómo ser un padre porque nunca tuvo un papá real!”. La capacidad emergente de Steven de entender a su padre como un “niño sin padre” muestra el progreso de Steven en la mentalización hacia la relación con su padre como sujeto. En la siguiente sesión el padre contó a Steven y al terapeuta acerca del abandono de su propio padre, que dejó a su madre cuando estaba embarazada de él. Añadió que estaba contando esto por primera vez en su vida. También mencionó que su padre quiso encontrarse con él cuando tenía 18 años de edad, pero se negó a verlo porque todavía estaba enojado y adolorido. La capacidad del padre para compartir sus

dolorosas emociones con su hijo, dando así acceso a su mundo interno vulnerable fue interpretada por el terapeuta como un acto de valor, que muestra la confianza del padre en su hijo y en el proceso de la terapia. Eventos similares de intercambio de emociones y otros estados mentales entre padre e hijo (con la facilitación de mentalización por parte del terapeuta) facilitaron el logro de reconocimiento mutuo en esta diáda.

El terapeuta como el “otro”

La personalidad del terapeuta es un factor que tiene que ser reconocido. El terapeuta se hace conocido a las diádas como una persona con ciertas características externas (edad, género, etc.), y como alguien con emociones, intenciones, y un estilo relacional. La actitud del terapeuta frente a cada uno de los participantes como seres intencionales y sujetos, y a sí mismo como tal, es un aspecto muy potente en la relación. Se desarrolla una relación con el terapeuta que es específica a cada participante. Esta relación puede ser observada desde aspectos conscientes e inconscientes, aspectos transferenceles y de cada uno como objeto real.

Una función adicional asignada al terapeuta, a menudo con los niños en la fase edípica, es ser la tercera persona en el triángulo. Aquí, el terapeuta puede observar cómo la diáda acepta o rechaza un tercer miembro. ¿Cuáles son las razones detrás de este proceso?, ¿Cómo afecta el género del terapeuta a la diáda? Las diádas progenitor-hijo presentan al terapeuta sus dificultades para pasar al nivel triádico las ansiedades asociadas con este movimiento, junto con la disminución de los lazos diádicos.

María se enfrentó a problemas edípicos después de 6 meses de tratamiento. En la casa le daba órdenes a la madre y a su hermano, diciendo que eran sus sirvientes. Ella era la reina-princesa de la casa, y su padre era el rey. En las sesiones ella escenificaba sus fantasías con su padre con los muñecos. Hubo un muñeco rey, una reina-princesa y algunos sirvientes. En las sesiones madre - hija era muy regresiva y jugó siendo todo tipo de animales bebé, haciendo jugar a su madre a ser la que todo lo acepta y es buena madre. En estas sesiones con la madre se pedía al terapeuta que viera y admirara la diáda “madre-bebé” perfecta. En las sesiones con el padre el terapeuta era invitado a escuchar las fantasías de María sobre el rey y la reina-princesa y a veces se le pedía ser la madre en varias versiones. Después de unas semanas, en una de las sesiones con la madre, mientras que María estaba sentada en su regazo, abrazándola y luego balanceándose entre sus piernas, ambas plantearon la cuestión de que María era la reina-princesa

y daba órdenes a todo el mundo. La madre, alentada por el terapeuta, comenzó a explicar a María que todas las niñas tienen estos pensamientos de casarse con el papá, que se enojan con la mamá, y también la quieren y que eso las hace sentir muy confundidas. La madre explicó que ella se había casado con el padre y que la ley no le permitía casarse con su hija. También dijo entonces que cuando María creciera se encontraría a alguien como el padre y lo amaría y se casarían. María escuchó con atención e hizo algunas preguntas. En la siguiente sesión con el padre ella trajo una bella muñeca nueva y la introdujo al terapeuta diciendo: ¡ahora ella es la reina! Después de esta sesión los padres informaron que el ambiente en el hogar había mejorado mucho ya que María dejó de comportarse como una reina.

EL TRABAJO DEL TERAPEUTA CON LOS PADRES

El terapeuta se reúne habitualmente con la pareja parental y a veces con cada padre individualmente.

Las sesiones diádicas con el niño proporcionan el material a discutir en estas sesiones. Es decir, la experiencia de los padres sobre sí mismos, el niño y la relación en las sesiones diádicas, es discutida a nivel de las representaciones en las sesiones de los padres. Los temas se conversan en el contexto de las relaciones diádicas y también en sus significados para la tríada y toda la familia. Muy a menudo las asociaciones entre los temas actuales y el pasado de los padres se exploran. Los conocimientos obtenidos en estas sesiones se aplican a las sesiones de padres e hijos. Existe una constante influencia recíproca entre las sesiones con el niño y las sesiones con la pareja parental. El terapeuta tiene como objetivo ayudar a que padre y madre sientan que él como terapeuta acepta su manera única de ser con el niño, el papel de “padre de este niño” y su papel de adultos es respetado y apoyado. El hecho de que el niño no esté presente permite al terapeuta estar más sintonizado con los padres y conocerlos como pareja y como individuos con necesidades subjetivas propias. Experimentar las respuestas empáticas del terapeuta hacia ellos y hacia los problemas de sus hijos facilita a los padres enfrentar aspectos muy dolorosos de su propia infancia. Aun así, el foco de estas reuniones es la relación progenitor-hijo, y el objetivo principal es ayudar a los padres a ayudar a sus propios hijos. Se les anima a reflexionar sobre las necesidades del niño, sus propias necesidades, y a hacer uso de la ayuda adecuada. No es inusual que los padres terminen tomando terapia de pareja o terapia individual después de su experiencia en la terapia madre-padre-niño. Entendemos este giro de los acontecimientos como la nueva capacidad de los

padres para reconocer al niño como sujeto y no como objeto de sus proyecciones como antes.

El terapeuta como proveedor de psicoeducación

El terapeuta entrega a los padres información muy útil sobre el desarrollo y los espera mientras la integran y trabajan en ella, a la vez que apoya sus funciones parentales. En este tipo de “psicoeducación” a los padres se les ayuda a observar sus traducciones diferentes y distorsionadas de los significados y centrar su atención en las posibles conexiones entre las relaciones presentes y pasadas. Las significaciones se abordan y son entendidas en su nivel general, en el nivel de desarrollo evolutivo y específico para cada uno de ellos. Esto sirve como una preparación para el trabajo a realizar en las sesiones con el niño y también como un marco para hacer frente a los problemas en el hogar. Toda posibilidad de comprensión ganada por parte de los padres es integrada –con la ayuda del terapeuta– en el contexto de las relaciones reales y representaciones del niño “real”.

El terapeuta como integrador

Como participante en las tres diadas, el terapeuta puede focalizar la atención de los padres y el niño en los significados y representaciones conflictivas y contradictorias en temas recurrentes. Cuando se produce el cambio, él ayuda haciendo de puente en las posturas en evolución de las comunicaciones de la diada, en los diferentes contextos entre el miembro que está presente en la sesión y el que no está. Es muy común que el niño traiga sus cambios significativos y puntos de vista logrados en una de las diadas a la otra diada para la reflexión, confirmación y la asimilación. El terapeuta ayuda al niño en sus esfuerzos por alcanzar una imagen de sí mismo más compleja y coherente de las diferentes imágenes que los padres tienen en sus mentes.

Contratransferencia

La principal dificultad inherente experimentada por los terapeutas en este modelo es cómo dividir la atención y las intervenciones entre padres e hijos. A pesar de que las diadas comparten su deseo por mejorar la relación (al menos en un nivel manifiesto), sus intereses en ciertos momentos son contradictorios y complementarios (Benjamin, 2004) y el terapeuta se debate entre la necesidad de validar la experiencia del niño y no exponer todavía a los padres a trabajar en su percepción distorsionada del niño, por citar un ejemplo. Se les ayuda a

moverse “de la sumisión a rendirse” mediante la creación de una “terceridad” (Benjamin, 2004).

El proceso de supervisión ayuda al terapeuta a separarse de las identificaciones que impiden el proceso terapéutico. El terapeuta aprende a centrarse en la relación y considerarla como “el paciente” (Stern, 1995) y para intervenir de maneras que promuevan la relación. Este enfoque ayuda al terapeuta en el proceso de toma de decisiones, que se mueven constantemente –consciente o inconscientemente– para ver a quién responder y cómo.

Existen varias implicaciones teóricas del modelo que pueden ser delineadas. El modelo de la terapia diádica se basa en la particularidad de la relación del niño con cada progenitor, tal como se describe en la literatura. Observando las díadas madre-niño y padre-niño, uno se impresiona por las diferencias en sus interacciones reales. La experiencia intrapsíquica y los significados de las interacciones observadas también difieren. La investigación en este modelo de terapia muestra que los niños se experimentan a sí mismos y a sus parejas (madre/padre) de manera diferente en las diferentes díadas (Harel *et al.*, 2003), proporcionando así apoyo adicional a la idea de la “singularidad de las relaciones” (Tronick, 2003). En este formato el modelo extiende la psicoterapia padres - bebés a niños en edad preescolar, y demuestra su aplicabilidad a esta edad o grupo. La participación efectiva de los padres permite al terapeuta experimentar directamente y observar las relaciones entre padres e hijos. Las díadas transmiten sus patrones relacionales implícitos, además de las representaciones verbalizadas, lo que enriquece la información acerca de sus relaciones y las opciones de intervención. Así, el modelo sostiene la importancia de las relaciones implícitas a lo largo del desarrollo y en el proceso terapéutico. En el modelo se hace hincapié en las influencias recíprocas entre el nivel de representación y las interacciones actuales y es señalado por el terapeuta cuando es necesario. La postura de mentalización del terapeuta y la facilitación de la propia mentalización de los participantes es la principal herramienta terapéutica empleada en el proceso de traducción entre representaciones y comportamientos. Así, los participantes en la díada llegan a conocer y reconocer el mundo interno de uno y otro, logrando el reconocimiento mutuo. Se destaca la participación de los niños y su contribución al proceso de la terapia. Considerando nuestra experiencia clínica, observamos que la participación de los padres es igualmente importante como la de las madres, se observa que contribuyen tanto en lo patológico como en los procesos de cambio. En el proceso de la terapia las díadas logran experiencias

diferentes de sí mismos y de la relación; identificarse con el modo de reflexionar del terapeuta sobre las interacciones los lleva a representaciones e interacciones diferentes y más adaptativas.

Fonagy (2003) se refirió a la necesidad vital de la investigación empírica sobre psicoterapia infantil, y desarrolló una agenda para un programa de investigación. La disponibilidad del modelo de terapia manualizado cumple con los requisitos de tal agenda, lo que permite su estudio empírico. El manual que describe nuestro modelo ha sido publicado en hebreo (Ben-Aaron *et al.*, 1997) en inglés (Ben-Aaron *et al.*, 2000, revisado por Rignell, 2002) en alemán (Ben-Aaron, Avimeir-Patt, Harel, y Kaplan, 2004). El modelo se adaptó y se aplicó con éxito al tratamiento de niños que muestran síntomas de TEPT (PTSD) después de la guerra (Harel y Kaminer, 2013). El modelo de terapia diádica también puede servir como un diseño de evaluación muy completo y útil, ya que proporciona una información muy rica acerca de las relaciones implícitas, además de la información verbal consciente que los padres aportan. Aun cuando decidamos una terapia individual para el niño, se incluye el aporte de la observación del niño con cada uno de los padres. El modelo puede ser utilizado como una preparación para la terapia individual del niño (por ejemplo, cuando la separación es difícil), o en muchos casos, de uno de los padres. Un resultado frecuente de este trabajo terapéutico es que padre y madre se den cuenta de la importancia del papel que han jugado en los problemas del niño. Esto libera a este de los “fantasmas” de los padres y trae al padre y la madre mismos a la terapia.

LIMITACIONES

Hubo varias limitaciones a la aplicabilidad de este enfoque. La presencia de padre e hijo en la sesión con el terapeuta a veces conduce a sentimientos de competitividad por la atención del terapeuta. Estos sentimientos podrían reflejar dificultades preedípicas o edípicas en los padres, y en la mayoría de los casos pueden ser abordadas y entendidas terapéuticamente. Con frecuencia reflejan problemas similares en la familia.

También se podría desarrollar competitividad entre los padres y el terapeuta. La complejidad del trabajo requiere una intensa supervisión de los terapeutas más jóvenes y menos experimentados.

Las dificultades y reacciones contratransferenciales del terapeuta se abordan en el proceso de supervisión, a veces con la ayuda de las sesiones grabadas en video, con el previo consentimiento de los participantes.

No pueden obtener suficientes beneficios de este modelo los padres que muestran limitaciones en su capacidad para compartir y reflexionar sobre sus propios estados mentales y en los del niño, o a quienes les resulta muy difícil aceptar la separación (física y psicológica) del niño, o para quienes les es difícil crear un “espacio potencial” en las sesiones. Sin embargo, en algunos casos, un corto periodo de trabajo preliminar con los padres solos, antes de comenzar las sesiones padre-hijo-madre, ha demostrado ser útil (Ben-Aaron *et al.*, 2000).

Una dificultad adicional intrínseca a los modelos de terapia donde el niño se encuentre presente con los padres surge cuando el niño resulta expuesto en las sesiones a revelaciones emocionales o verbales de los padres, que pueden ser insoportables para el niño. Se supone que esto por lo general representa una experiencia similar a la del niño en el hogar. Mientras que en las sesiones, el niño y los padres tienen la oportunidad de reflexionar sobre ello y cambiarlo con ayuda del terapeuta. Algunos padres necesitan sesiones individuales con el terapeuta antes de que puedan proteger al niño de sus propios arrebatos afectivos dañinos. Sin embargo, estamos de acuerdo con Lieberman (1992), cuando plantea la siguiente preocupación en relación con la psicoterapia diádica con niños pequeños: “la presencia del niño a menudo enfrenta al terapeuta a decisiones difíciles sobre a quién dirigir la atención, a quién escuchar, y cómo intervenir, pero la riqueza de la oportunidad clínica de presenciarlo e intervenir a menudo compensa la dificultad de la tarea”.

EXPRESIONES DE GRATITUD

Los autores desean agradecer a sus colegas la Dra. Dina Glatt, la Sra. Edna Raz, la Srta. Michal Winer y la fallecida Srta. Ariela Wasserman, quienes participaron en el desarrollo de este modelo.

REFERENCIAS

- Achenbach TM (1991). Child behavior checklist for ages 4-18. University of Vermont
- Monographs of the Society for Research in Child Development, 56(3), 225
- Altman N, Briggs R, Frankel J, Gensler D, Pantone P (2002). Relational child psychotherapy. New York: Other Press
- Aron L (1996). A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis. Hillsdale, NJ: The Analytic Press
- Barrows P (1997). Parent-infant psychotherapy: A review article. Journal of Child Psychotherapy, 23, 255-264
- Beebe B, Lachmann F (2002). Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions. Hillsdale, NJ: Analytic Press
- Ben-Aaron M, Avimeir-Patt R, Harel H, Kaplan H (2004). Beziehungsstörungen in der Kindheit: Eltern als Mediatoren. Bern: Verlag Hans Huber
- Ben-Aaron M, Avimeir-Patt R, Harel J, Kaplan H, Glatt D, Weiner M, Wasserman A, Raz E (1997). The mother-child and father-child psychotherapy: A dynamic approach to relational disturbances in childhood: A Manual. Haifa: Haifa University Press (in Hebrew)
- Ben-Aaron M, Harel J, Kaplan H, Patt R (2000). Mother-child and father-child psychotherapy. A Manual for the Treatment of Relational Disturbances in Childhood. London: Whurr Publishers
- Benjamin J (1988). The Bonds of Love. New York: Pantheon Books
- Benjamin J (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. Psychoanalytic Quarterly 73.1: 5-46
- Berlin N (2002). Tripartite psychotherapy and maternal projections. American Journal of Orthopsychiatry, 72(20), 204-216
- Bleiberg E, Fonagy P, Target M (1997). Child psychoanalysis: Critical overview and a proposed reconsideration. Psychoanalytic Clinics of North America, 6, 1-38
- Brazelton BT, Cramer BG (1990). The earliest relationship. Reading, MA: Addison-Wesley
- Bucci W (1985). Dual coding: A cognitive model for psychoanalytic research. Journal of the American Psychoanalytical Association, 33, 571-607
- Cramer B (1992). The importance of being baby. New York: Addison-Wesley
- Daws D (1993). Through the night: Helping parents and sleepless infants. London: Free Association Press
- Dugmore N, (2013). The Grand maternal Transference in Parent-Infant/Child Psychotherapy. Journal of Child Psychotherapy V 39 (1), 59-75
- Fischer K, Ayoub C (1996). Analyzing development of working models of close relationships: Illustration with a case of vulnerability and violence. In G. Noam & K. Fischer (Eds.), Development and vulnerability in close relationships (pp. 173-199). New Jersey: Erlbaum
- Fogel A (1993). Developing through relationships: Origins of communication, *self* and culture. Hemel Hempstead, UK: Harvester Wheatsheaf
- Fonagy P (2000). Attachment and borderline personality disorder. Journal of American Psychoanalytical Association, 48(4), 1129-1146
- Fonagy P (2003). The research agenda: The vital need for empirical research in child psychotherapy. Journal of Child Psychotherapy, 29, 129-136
- Fonagy P, Target M (1996). Playing with reality. International Journal of Psychoanalysis, 77, 217-233
- Fonagy P, Target M (1997). Attachment and reflective function: Their role in *self*-organization. Development and Psychopathology, 9, 679-700
- Fonagy P, Target M (1998). Mentalization and the changing aims of Child Psychoanalysis. Psychoanalytic Dialogues, 8, 87-114
- Fonagy P, Target M (2000). The historical background of psychoanalytic psychotherapy for children. In M. Ben-Aaron J Harel H Kaplan & R. Patt (Eds.), Mother-child and father-child psychotherapy. A manual for the treatment of relational disturbances in childhood. London: Whurr Publishers
- Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 14, 387-421
- Frascarolo F, Feinberg M, Albert Sznitman G, Favez N (2016). Professional gatekeeping toward fathers: A powerful influence on family and child development. Latest issue: Perspectives in Infant Mental Health

29. Greenspan S (1991). *Infancy and early childhood*. Madison, CT: International Universities Press
30. Harel J, Eshel Y, Penso A, Mughtar D, Ben-Aaron, M (2003). The child's experience in interaction with mother and father: Links with the parents view of the child. Presented at the Fourth Joseph Sandler Research Conference, 7-9 March, University College, London
31. Harel J, Kaplan, H, Patt R (2006) *Reflective Functioning in Mother-Child, Father-Child psychotherapy*. In L. Jacobs & C. Wachs, (Eds.). *Parent focused child therapy*. Jason Aronson, Inc
32. Harel J, and H. Kaminer (2013) *The Haifa Dyadic Therapy: a mentalization based treatment applied to war traumatized children*. In Ruth Pat-Horenczyk, Danny Brom, Claude Chemtob, & Juliet Vogel (Eds.). *Helping Children Cope with Trauma: Individual, family and community perspectives*. Routledge,
33. Hopkins J (1992). *Infant-parent psychotherapy*. *Journal of Child Psychotherapy*, 18 (1), 5-18
34. Kaplan H, Harel J & Avimeir-Patt R (2016). *The dyadic therapy: from theory to practice*. Hebrew, 300 pp. seventh ed
35. Lieberman A (1992). *Infant-parent psychotherapy with toddlers*. *Development and Psychopathology*, 4(2), 559-574
36. Luborsky L, Crits-Christoph P (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship method (second edition)*. Washington, DC: American Psychological Association
37. Lojkasek M, Cohen N, Muir E (1994). Where is the infant in infant intervention? A review of the literature on changing troubled mother-infant relationships. *Psychotherapy*, 31(1), 208-220
38. Lyons-Ruth K (1998). *Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment*. *Infant Mental Health Journal*, 19, 282-289
39. Lyons-Ruth K (1999). *The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization*. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576-617
40. McLaughlin J (1991). *Clinical and theoretical aspects of enactment*. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 39, 595-614
41. Midgley M and Vrouva I, (Eds.), 2012. *Minding the child: mentalization-based interventions with children, young people and their families*. Routledge
42. Meersand P (2001). *Psychoanalytic aspects of play in parent-infant psychotherapy: Supporting the capacity for understanding mental states*. *Journal of Clinical Psychoanalysis*. 10(3-4), 461-479
43. Mitchell S (1988). *The intrapsychic and the interpersonal: Different theories, different domains, or historical artifacts?* *Psychoanalytic Inquiry*, 8, 472-496
44. Moran G (1987). *Some functions of play and playfulness: A developmental perspective*. *Psychoanalytic Study of the Child*, 42, 11-29
45. Ogden T (1994). *Subjects of Analysis*. Northvale, NJ: Aronson
46. Rignell J (2002). *Mother-child and father-child psychotherapy: A manual for the treatment of relational disturbances in childhood*. *International Journal of Psychotherapy*, 7(1), 105-106
47. Sandler J (1976). *Countertransference and role responsiveness*. *International Review of Psychoanalysis*, 3, 7-43
48. Seligman S (1999). *Integrating Kleinian theory and intersubjective infant research: Observing projective identification*. *Psychoanalytic Dialogues*, 9(2), 129-159
49. Stern DN (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books
50. Stern DN (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books
51. Stern DN (1998). *The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy*. *Infant Mental Health Journal*, 19, 300-308
52. Stolorow R, Atwood GE (1992). *Contexts of being*. Hillsdale, NJ: Analytic Press
53. Tessier VP, Normandin L, Ensink K, Fonagy P. (2016). *Fact or fiction? A longitudinal study of play and the development of reflective functioning*. *Bull Menninger Clin*.80(1): 60-79. doi: 10.1521/bumc
54. Tronick E (2003). *Of course all relationships are unique: How co-creative processes generate unique mother-infant and patient-therapist relationships and change other relationships*. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 473-491
55. Van Ijzendoorn MH, Sagi A, Lambermon MW (1992). *The multiple caretaker paradox: Some data from Holland and Israel*. In R. C. Pianta (Ed.), *Relationships between children and nonparental adults. New directions in child development (Vol. 57, 5-24)*. San Francisco: Jossey-Bass
56. Verheugt-Pleiter, A.J.E., Zevalnik J & Schmeets, M.G.J. (2008). *Mentalizing in child therapy. Guidelines for clinical practitioners*. Ch.5. London: Karnac
57. Winnicott Dw. (1971). *Playing and Reality*. Middlesex, UK: Penguin