

# קווי מתאר לטיפול פסיכולוגי בהפרעות אישיות

יחסי אובייקט  
מנטליזציה  
דיאלקטי התנהגותי  
סכמה תרפיה  
פסיכולוגיה של העצמי



ד"ר גיורא זקין, ד"ר אילן דיאמנט, אמירה ישראלי,  
הגרה פלדמן, פרופ' אשכול רפאלי



פסיכולוגיה עברית

## קווי מתאר לטיפול פסיכולוגי בהפרעות אישיות

חוברת זו נועדה לשרטט קווי מתאר לגישות הטיפוליות המודרניות בהפרעות אישיות גבוליות. היא מציגה את התיאוריות עליהן מבוססות השיטות השונות. היא סוקרת את הטכניקות העיקריות לטיפול, הנגזרות מהתיאוריות השונות.

הניסיון הוא לבטא את הדומה והשונה בין התיאוריות והגישות הטיפוליות, באופן הממחיש את גישתן הטיפולית בפועל, כולל דוגמאות לצורות אופייניות של התערבות.

חוברת זו נועדה להעניק לקורא מבט-על ולשרטט קווי מתאר כללים. היא איננה מחליפה בשום צורה, את החומר הספרותי המעמיק והמקיף יותר ביחס לגישות הנסקרות כאן.

© 2017 כל הזכויות בעברית שמורות לפסיכולוגיה עברית, פרדס

חנה-כרכור [www.hebpsy.net](http://www.hebpsy.net)

אין לשכפל, להעתיק, לצלם, להקליט, לתרגם, לאחסן במאגר מידע, לשדר או לקלוט בכל דרך או בכל אמצעי אלקטרוני, אופטי או מכני אחר כל חלק שהוא מהחומר בספר זה. שימוש מסחרי מכל סוג שהוא בחומר הכלול בספר זה אסור בהחלט אלא ברשות מפורשת בכתב מהמו"ל.

גרסה אלקטרונית של מדריך זה מתפרסמת באתר פסיכולוגיה עברית:

<http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3498>



## תוכן העניינים

הקדמה.....3-5

### א. הפרעות עם מבנה אישיות גבולי נמוך

1. הגישה הטיפולית של יחסי אובייקט ..... 1-19
2. גישה טיפולית מבוססת מנטליזציה ..... 20-44
3. גישה טיפולית דיאלקטית התנהגותית ..... 45-67
4. הגישה הטיפולית של סכמה תרפיה..... 68-91

### ב. הפרעות עם מבנה אישיות גבולי גבוה

1. הגישה הטיפולית של יחסי אובייקט ..... 92-102
  2. גישה טיפולית מבוססת פסיכולוגיה של העצמי ..... 103-111
  3. גישה משולבת – יחסי אובייקט והפסיכולוגיה של העצמי  
תחת קורת גג תיאורטית אחת ..... 112-123
- ביבליוגרפיה כללית – פסיכותרפיה של הפרעות אישיות..... 124-125

## הקדמה

החל משנות השבעים של המאה הקודמת, גדל בצורה ניכרת העניין והעיסוק של חוקרים ומטפלים בהפרעות אישיות בעלות מבנה גבולי. בשנים אלה התעצבו תיאוריות מגובשות יותר של ההפרעה וגברה המודעות לקשיים ולמכשולים הרבים בדרך להתמודדות עם בעיה זו באמצעות פסיכותרפיה. בהמשך, במגדירים הרשמיים של ההפרעות הנפשיות נוסף ציר אישיותי לצד ההפרעות הסימפטומטיות. בעיות אישיות ארוכות טווח זכו להכרה מקיפה.

עוצמת הבעיות והיקפן, בעיקר של הפרעות האישיות הנמוכות, כפה על הגישות השונות לערוך שינויים מפליגים בשיטות המסורתיות בהן טיפלו בהפרעות אחרות. גישות דינמיות, זנחו את עמדתן הנמנעת יחסית, כמו גם את הניסיון לשימוש בפירושי עומק המשלבים היבטים היסטוריים ולהתמקד ב- "כאן ועכשיו" ובתמורות ביחסים עם המטופל. גישות אלה אימצו עמדה הרבה יותר מובנית והתערבות אקטיבית, וזאת על מנת להתמודד עם חוסר הארגון המפליג של הפרעות האישיות בעלות מבנה גבולי נמוך. מאידך, מהעבר האחר של המתרס, הגישות הקוגניטיביות-התנהגותיות, מצאו, כי התבוננות צרה בסימפטומים ממוקדים יחסית, איננה יעילה דיה כדי להתמודד עם בעיה רחבת היקף, הנוגעת כמעט לכל רבדי החיים של המטופל הגבולי. הן אימצו עמדה מרחיבה שמדגישה למידה מוקדמת של סכמות בלתי-מסתגלות, תנודתיות של מצבי-עצמי שונים, שימוש בכלי טיפול ממוקדי-רגש, ודגש רב יותר על מערכת היחסים בתוך הטיפול. באופן מעניין, ההתמודדות עם הפרעות אישיות קשות, קרבו את הגישות השונות ומיתנו את המתח והניכור ביניהן. כך, מושג הסכמה מבית היוצר הקוגניטיבי התנהגותי, היא מושג הקרוב מאוד ליחסי אוביקט ואישיות. טיפול במנטליזציה קרוב מאוד באופיו להחייאת החשיבה התובנתית-אמפטי של הגישה הדיאלקטית התנהגותית. נראה, כי הגישות השונות, למרות בסיס תאורטי שונה, נכונות היום להיות בדיאלוג פורה יותר, תוך לימוד זה מזה.

הממצאים האחרונים ביחס ליעילות הטיפול של הגישות השונות הנסקרות כאן, מצביעים על שיפור משמעותי בסיכויים של הגבולי לחולל שינויים מהותיים, אשר יאפשרו לו לפתח שליטה וגמישות וממילא יעניקו לו כושר הסתגלות טוב הרבה יותר. כך, ממצאי המחקרים, מראים כי בין שליש לחצי המטופלים בעלי מבנה אישיות גבולי נמוך, עשויים להשתנות במידה ניכרת ושוב לא להיות מאובחנים כנושאי הפרעה זו כלל, בחלוף שנה עד שלוש שנים מתחילת הטיפול. בעוד הגישות הקוגניטיביות התנהגותיות נצמדו למתודות מחקריות ברורות, ניתן לראות בסיפוק, כי בשדה הטיפול בהפרעות אישיות קשות, גם הגישות הדינמיות, אשר נמנעו מסורתית ממחקר, מכפיפות עצמן כיום לשיטות מחקר מודרניות.

רוב הגישות הטיפוליות, מסכימות כי ההפרעה הגבולית הנמוכה מתאפיינת בבעיות וויסות קשות של רגשות ודחפים, הגורמות לסבל רב ולבעיות הסתגלות עמוקות, בעיקר בתחום הבין אישי. הן מסכימות כי מטופל בעל הפרעת אישיות גבולית נמוכה מתקשה לנהל את חייו, לכוון, לתכנן ולשמר יציבות, בעיקר במצבים טעונים רגשית ועמומים ובהעדר מסגרת מחזיקה ומובנית. הן קובעות, כי המקור להיווצרותן של בעיות אישיות ארוכות טווח מעין אלה, קשור לבעיות מבנה מולדות או לרקע קשה במיוחד, או לשילוב בין שני מקורות אלה גם יחד. כך למשל, מטופל עם בעיות חריפות של קשב וריכוז, מתחיל את תהליך התבגרותו עם כלים בלתי יעילים להפנמה של

ממדים מווסתים. מטופל, אשר חווה בילדותו סביבת גידול בעלת מאפיינים טראומטיים, יתקשה אף הוא להימנע מחוסר יציבות ואימפולסיביות, בהעדר גורם מחזיק ומכיל, ההכרחי להתפתחות של מנגנוני וויסות מתאימים.

בד בבד, הגישות השונות חלוקות הן ביחס למודל התיאורטי של ההפרעה והן ביחס לדרך הטיפולית. גישות מבוססות יחסי אובייקט מאמצות נקודת מבט של קונפליקט. הן מנסות לגשר ולפייס בין הפנמות רוויות אפקט מוקצן וסותר של טוב ורע, על מנת לקדם גיבוש, מיתון וגמישות. מאידך, גישת הפסיכולוגיה של העצמי, כמו גם גישת הסכמה תרפיה, מזהות את לב הבעיה של הגבולי בחסך התפתחותי עמוק. גישתן מכוונת לייצר סביבה טיפולית, אשר תפצה על חסכי העבר. בעוד גישות יחסי אובייקט מעמתת ומפרשת סתירות ואי התאמות, סכמה תרפיה מנסה לשחזר אווירה של הורות מתקנת, דרך "הורות מתקנת חלקית". גישת יחסי אובייקט מתנגדת להיענות ליחסי אובייקט מופנמים דורשניים ובלתי מציאותיים, אשר אותם בדיוק יש לשנות.

גישת טיפול מבוססת מנטליזציה, איננה נשענת על תאוריה שונה מהותית מגישת יחסי אובייקט. יחד עם זאת, היא איננה מקבלת את הניסיון לבסס את ההתערבויות הטיפוליות בעיקר על תגובות העברה של המטופל הגבולי ועל פירושן, כפי שנוהגים בגישת יחסי האובייקט. גישה זו מבוססת על ניסיון שיטתי לעורר, להחיות ולפתח את יכולת המטופל להתבונן בעצמו ובאחרים ולפתח התבוננות מבינה של הקשרים חווייתיים בין אישיים. גישה זו קובעת כי הניסיון לפרש תגובות העברה, עלול להרחיק את המטופל מהחוויה הרגשית המידית בה הוא נתון ומהיכולת להבינה. כאשר פירושי העברה אינם ניתנים להתבוננות כתהליכים המייצגים יחסי אובייקט מופנמים, הם עלולים לעורר תגובות שכלתניות ואי שינוי בעמדה הבסיסית. הן עלולות גם לפגוע בסיכוי להישאר בטיפול ולהיתרם ממנו. המיקוד בשיפור יכולת להתבוננות בעצמי ובאחר תוך הדגשה על קשיבות (mindfulness) נמצאת גם בחזית הטיפולית של הגישה הדיאלקטית התנהגותית. זו מנסה לפתח התבוננות עצמית ונעזרת בטכניקות מגוונות, כדי לווסת מצבים טעונים המאיימים על היציבות ועל השליטה העצמית של המטופל.

**הפרעות בעלות מבנה גבולי נמוך והפרעות בעלות מבנה גבולי גבוה:** נראה, כי קיים הבדל משמעותי בדרך הטיפול, בין מטופלים בעלי מבנה גבולי נמוך, לבין אלה עם מבנה אישיות גבוה. בשני סוגי ההפרעה, הטיפול מכוון לעורר התבוננות עצמית והבנה טובה יותר של חוויות בין אישיות. יחד עם זאת, אצל הגבולי הנמוך, הדגש הוא על עידוד לעיכוב, וויסות ושליטה, בעוד אצל בעלי מבנה אישיות גבוה, תשומת הלב מכוונת דווקא לשחרור עכבות ולעיתים קרובות להסרת שליטה עצמית מוגזמת.

קיימים הבדלים משמעותיים בדרך בה תיאוריות שונות מגדירות אישיות ויש כאלה שכלל לא נזקקות למושג כזה וכופרות בעצם השימוש בו. אולם נראה, כי משני עברי המתרחס, בשמות שונים, רובם מזהים אצל בעלי הפרעות אישיות, דוגמא חווייתית יציבה יחסית, אשר מתאפיינת בנוקשות וצמצום, לצד קושי חריף בהקשרים בין אישיים.

נראה לנו, כי הדרך בה הופך "איד לאגו", קשורה בתהליך אינטראקציה בין פנים לחוץ. הוא מתרחש באופן הדרגתי, וחלים בו עיכוב והפנמה המאפשרים בתהליך הגדילה וההתבגרות להיות בחוויה המשלבת ממדים פנימיים כגון רגשות, דחפים וצרכים, ביחד עם מרכיבים של הסביבה

ובחיבור מאוזן ומתאים להקשרים בין אישיים. כלומר, היכולת שלנו לפעול בשליטה ובוויסות רגשי ובחופש יחסי, בניגוד לדפוס פעולה של "תקיפה אן בריחה", קשור להפנמה ואימוץ של ממדים חווייתיים מתווכים (יש המכנים זאת העצמו), אשר אינם רק פנים או חוץ, אלה שילוב של שניהם. בעל מבנה אישיות גבולי נמוך, נאבק לעיתים קרובות עם השתלטות של "הפנים על החוץ". הדוגמא החווייתית המופנמת שלו היא פגיעה ושברירית. נוכח לחץ, היא נכנעת לצדדים פנימיים בלתי מעובדים ובלתי משולבים עם הסביבה החיצונית והבין אישית (יש הקוראים לביטויים כאלה צרכים בעלי אופי ראשוני או אפקט לבילי ללא וויסות, ממדים של האיד, וכו'). שיטות הטיפול השונות, מנסות להחזיר לגבולי הנמוך, את יכולתו להחזיק ולהרחיב את הדוגמא החווייתית המשולבת שלו, כדי לקדם את יכולתו להסתגל בגמישות למצבי חיים מגוונים. דרך עיכוב והתבוננות הן מנסות לשקם את כושר הוויסות של המטופל. כלומר, לשוב ולחבר בין ממדים פנימיים לחיצוניים באופן הרמוני.

המטופל בעל הפרעת אישיות גבוהה הוא בעל מבנה מגובש יותר ומאורגן. הוא נעזר בהדחקה כדי להימנע ממודעות מעוררת מצוקה ונשלט על ידי מצפון ביקורתי או נוקשה במיוחד. הוא סובל לעיתים קרובות, מהשתלטות "החוץ על הפנים". הדוגמא החווייתית היציבה יחסית שלו, כוללת משקל יתר לממדים חיצוניים וייצוג של אחרים, באופן המדכא את הרגשות והדחפים הפנימיים והופך אותו לאסיר בבית כלא פרטי משלו. בדרך כלל, מטרת טיפול בבעלי הפרעה גבוהה היא להתחבר לצדדים הפנימיים המדוכאים והמוגנים על ידי שכבה עבה של הדחקה ומנגוני הגנה, כדי להפוך אותם שוב לזמינים, כדי להרחיב ולהעשיר את החוויה הזמינה למטופל, הסובל קודם מפגיעה של ממש ביכולתו לממש את צרכיו וליצור קשרים מספקים עם אחרים.

**ניתן לשרטט באנלוגיה שטחית, כי אצל הפרעות אישיות גבוליות נמוכות, אנו מנסים לעודד את האונה השמאלית להתמודד ולשתף פעולה מגובש ומאוזן עם זו הימנית הסוררת. בהפרעות אישיות בעלות מבנה גבוה, אנו מנסים לעודד את הביטוי של האונה הימנית, תוך הרפיית הלחץ המוגזם של זו השמאלית.**

נראה, כי למרות השוני בתיאוריה ובטכניקה הטיפולית בין הגישות השונות, שני גורמים הינם בעלי השפעה מכריעה על יעילות הטיפול בהפרעות אישיות. בכל הגישות בולט הצורך ביצירת קשר אמין ויציב של ברית עבודה ובהסכמה על ממדים מובנים וברורים של הטיפול, לצד מעורבות אקטיבית של המטפל. נראה, כי כמעט כל השיטות חותרות גם להחזיר ולהחיות את יכולתו של הגבולי לעיכוב התנהגות בלתי נשלטת ופוגענית, עם דגש על עידוד להתבוננות רפלקטיבית.

בחברת זו אנו מציגים את קווי המתאר של הגישות השונות לטיפול בהפרעות אישיות. אנו משרטטים את הדומה והשונה ביניהן, ומנסים גם להציג דוגמאות של התערבויות טיפוליות, זאת על מנת להחיות את השיטות השונות ואת אופיין. יחד עם זאת, אנו מביאים כאן אך ורק מדגם לטעימה אשר אין בו די כדי להחליף את הספרות המעמיקה הנוגעת לגישות הטיפוליות הנסקרות כאן. אנו תקווה, כי המעט המצוי בחוברת זו, יצייד את הקורא בנקודת מבט רחבה, ממעוף הציפור, על תחום הטיפול הזה ויעודד את הקורא להתעמק בספרות הרבה המתארת ומסבירה את הטיפול בהפרעות אישיות.

ד"ר גיורא זקין

# יחסי אובייקט - טיפול ממוקד העברה

## ד"ר גיורא זקין

### תיאוריה

הפרעת אישיות מאופיינת בדוגמא התנהגותית רגשית נוקשה ויציבה יחסית, המשפיעה באופן שלילי על איכות ההסתגלות של הפרט:

א. ביטוי יציב יחסית של חוויה נפשית והתנהגותית, השונה באופן משמעותי מהמקובל בתרבות נתונה ומתבטא לפחות בשני תחומים:

1. דרך חשיבה ייחודית, נוקשה ושונה מהמקובל
2. ביטוי רגשות עם עוצמה חריגה לצד תנודות חריפות
3. תפקוד בין אישי ויחסים אינטימיים בעייתיים
4. קושי לקיים שליטה באימפולסים, בחרדות וברגשות

ב. אפיוני הגבולי גורמים לו למצוקה בתחום תעסוקתי, בין אישי ובהעדר סקרנות ועניין.

ד. ביטויי ההתנהגות הינם ארוכים יחסית בזמן ונמשכים לפחות מגיל ההתבגרות.

ה. לביטוי ההתנהגותי אין סיבה פיזיולוגית או גורם נפשי אחר.

קרנברג מגדיר את ארגון האישיות הגבולית על פי שלושה קריטריונים עיקריים:

א. הסינדרום של זהות מעורפלת

ב. התבססות על מערך הגנתי פרימיטיבי, אשר במוקד שלו פיצול, עם חולשת אגו.

ג. תפיסת מציאות תקינה יחסית.

הארגון הגבולי שונה מארגון האישיות הנוירוטי, הכולל אישיות היסטרית, אישיות דכאונית ואישיות אובססיבית קומפולסיבית. ארגון זה כולל זהות ברורה, תוך התבססות בעיקר על הגנות הקשורות להדחקה ותפיסת מציאות תקינה עם הבחנה חברתית מובחנת לצד רגישות בשדה זה. מאידך, קשיים נמשכים ועקביים בתפיסת המציאות קשורים בארגון אישיותי פסיכוטי.

### זהות מעורפלת

הזהות המעורפלת של הארגון הגבולי קשורה למושג עצמי בלתי מגובש, לצד תפיסה בלתי מגובשת של אחרים. היא מאופיינת בדיווח מבולבל ועמוס סתירות ביחס לעצמי ולאחרים, בעוד הגבולי איננו מודע בדרך כלל לחוסר העקביות הטבוע בתיאורים אלה. לחוסר הגיבוש הזה יש השפעה מרחיקת לכת על האופן בו חווה הגבולי את סביבתו. לעיתים קרובות הזהות הבלתי מגובשת הזו מתבטאת גם בזהות מינית מעורפלת. במצבים רבים הגבולי מתקשה להבין את עצמו ואת האחר. קשה לו לגבש תפיסה עקבית ודימוי עצמי ברור של עצמו.

## הגנות פרימיטיביות

ההתבססות על מערך הגנות פרימיטיביות מפריע להסתגלות הגבולי וצובעים באופן מעוות את יחסיו עם סביבתו ועם המטפל. הפעולה של פיצול, קשורה בניתוק רגשי בין מצבי אגו סותרים. הדגש הוא על הפרדה חדה בין דימויים אידאליים לדימויים רודפניים של אחרים משמעותיים. הפיצול מחוזק עוד על ידי השלכה הזדהותית. זהו ביטוי פרימיטיבי של השלכה, אשר איננו פועל רק ליחס לאחרים צדדים בלתי מקובלים של הגבולי. הוא פועל כצורך "לביים" את הסביבה הבין אישית על פי תסריט מצומצם ומקוטב של הגבולי ולכפות על סביבתו תפקידים בעלי אופי מוקצן. הגנה זו מעוררת באחר תגובות חריפות שונות, בהן הגבולי צריך לשלוט. בניגוד להשלכה מבוססת הדחקה היוצרת ריחוק מצדדים בלתי רצויים, השלכה הזדהותית, הופכת למערכת יחסים נמשכת אותה צריך הגבולי לאלף באופן מאומץ. הגנות נוספות כהכחשה ושליטה אומניפוטנטית מחזקים את המערך ההגנתי הפרימיטיבי של הגבולי. מערך הגנות כזה מעוות ומקשה על קיום קשרים בין אישיים אצל הגבולי. בעלי ארגון נוירוטי אינם סובלים מחוסר גיבוש, אלא מדחיקים היבטים חווייתיים מבודדים יותר, באופן המעכב את ביטויים בהקשרים הרבה פחות מקיפים. אלה עשויים לכלול קושי בביטוי מיניות, כעס ואסרטיביות או חסימה של ביטוי רוך וקבלה. הם מתבטאים באופן מתון ועקיף יותר והופכים בולטים לאחר טיפול דינמי ממושך ולא באופן מידי כמו אצל הגבולי.

## דחפים וחולשת אגו

קרנברג משתמש במושגים המתארים את הדחפים, מין ותוקפנות, באופן דומה לפרויד. אולם ניסוחים, אלה מסתירים ומערפלים את המידה שבה גישתו נדדה בעצם לכיוון של מודל יחסים, במקום מודל של דחפים קלאסי. בניסוחיו המאוחרים ניתן לראות, כי קרנברג, איננו רואה את האדם, כנדחף בעיקר על ידי מין ותוקפנות, אלא הוא בעיקר תגובתי מבחינה רגשית וכי הדחפים מעוצבים במידה ניכרת על ידי החוויות המוקדמות שלו. כלומר, היצוגים של מין ותוקפנות, הם למעשה יחסי אובייקט הרוויים ברגשות של אהבה ושנאה והם נגזרים, אומנם גם מגורמים גנטיים הקובעים את עוצמתם, אולם בעיקר על ידי התנסות מוקדמות של יחסים, אשר הופכים להיות מופנמים "אהבה ושנאה הופכים להיות מבנים אינטרה פסיכיים יציבים, דרך שלבי התפתחות שונים וכך מתעצבים כדחפי תוקפנות ודחפי מין". קרנברג רואה את כוחות האגו, כקשורים באופן מהותי ליחסי האובייקט, בשונה מתיאורית האגו, בה יחסי אובייקט היו ממד מסוים במכלול כוחות האגו. האופן בו יחסי אובייקט, הופכים משולבים, מופשטים, רחבי חוויה וגמישים, משליכה באופן ישיר על יכולתו של האדם לווסת דחפים, רגשות, חרדות ואיומים מבחוץ.

הפנמות מקוטבות של יחסי אובייקט, המחוזקים על ידי מערך הגנות מבוסס פיצול, פוגעים ביכולתו של הגבולי לווסת רגשות, דחפים, צרכים ואיומים מבחוץ. המשמעות של פיצול וקיטוב באה לידי ביטוי בהעדר רצף חווייתי מופנם, הכולל איזון מווסת בין פנים לחוץ. כך, במצבים שונים הגבולי מתקשה לאלף רגשות, דחפים וחרדות וביטויים עלול להיות בלתי מבוקר ובלתי נשלט.

חולשת אגו מתבטאת ב:

א. סף תיסכול נמוך



ב. סף חרדה נמוך

ג. אימפולסיביות

ד. זהות מעורפלת

חולשת האגו של הגבולי מתבטאת בעיקר במצבים בין אישיים טעונים ובסביבה עמומה, בה חוסר המבנה החיצוני, פוגש בהעדר הגיבוש הפנימי של הגבולי. יתכן, כי חולשה זו תתבטא באופן מתון הרבה יותר, כאשר הגבולי נהנה מסביבה מובנית היטב עם מסגרת ברורה ומכוונת.

### **תפיסת מציאות**

הגבולי כנוירוטי, נהנה בדרך כלל מתפיסת מציאות תקינה. כלומר, הוא עשוי להזדהות באופן מלא עם הקריטריונים של תפיסת המציאות המקובלת על אחרים. יחד עם זאת, בניגוד לנוירוטי תפיסת המציאות של הגבולי רגישה לתנודות חריפות, בעיקר במצבים טעונים רגשית. חסרה לגבולי אמפטיה בוגרת והדדית עם אחרים והערכה מאוזנת ומתאימה שלהם. במצבים שונים, הגבולי עלול להיקלע לשיפוט לקוי של השדה הבין אישי, באופן המקשה על קיום יחסים יציבים ותקינים. בעלי מבנה גבולי, עלולים לסבול מרפיון של גבולות. הם עלולים להגיב למצבי תיסכול, באובדן זמני של תפיסת המציאות התקינה ולאבד את ההבחנה בין פנים לחוץ. הם עלולים לסבול מאובדן תפיסת מציאות המקובלת, אם כי בדרך כלל באופן חלקי וזמני ולא לאורך תקופה ממושכת, כפי שקורה לאנשים בעלי מבנה אישיות פסיכוטי.

### **רמות ארגון של הפרעת אישיות גבולית**

קרנברג רואה את השדה של בעלי מבנה גבולי כרצף. הוא מחלק את התחום בין הפרעות גבוליות בעלות מבנה גבוה יחסית לבין אלה הסובלים ממבנה נמוך ופחות מגובש. בעוד הגבוהים מגובשים יותר וקרובים יותר לאחיהם הנוירוטיים, הנמוכים קרובים יותר לתחום הפסיכוטי. הם סובלים הן ממבנה פחות מגובש מהגבוהים, אך גם מרפיון של גבולות בין פנים לחוץ, אשר עלול לכלול רגישות לאובדן שיפוט תקין במצבים שונים. קרנברג רואה את מבנה האישיות כמשתנה העיקרי המשפיע על אופי ההתערבות הטיפולית ועל סיכוייה. יחד עם זאת, הוא מודע להבדלי סגנון משמעותיים בין בעלי מבנה גבולי דומה. הוא מחלק, לכן, את שדה ההפרעות האישיות לרמות של ארגון וכן לסגנונות שונים. הוא משרטט ארבע רמות ארגון:

א. הפרעות אישיות עם מבנה נוירוטי.

ב. הפרעות אישיות עם מבנה אישיות גבולי גבוה.

ג. הפרעות אישיות עם מבנה גבולי נמוך.

ד. הפרעות אישיות עם מבנה פסיכוטי.

בכל רמת ארגון, יש הבדלי סגנון וטמפרמנט גדולים. הבדלים אלה נעים בין סגנון מופנם מאוד, ממוקד חשיבה, לבין סגנון מוחצן מאוד מבוסס רגש.

## האסטרטגיה של הטיפול ממוקד העברה

המודל הטיפולי על פי גישתו של קרנברג מתבססת על מספר עקרונות כללים, אשר תכליתם להביא ליתר גיבוש וגמישות של מבנה האישיות של המטופל, כדי לשפר את איכות חייו וכדי לאפשר לו להסתגל באופן עצמאי :

- א. דגש על יציבות מסגרת הטיפול.
- ב. הגברה ניכרת של מעורבת המטפל, בהשוואה לטיפול בהפרעות נוירוטיות. בניגוד לנוירוטי, המתקשר בדרך כלל בערוץ מילולי, הגבולי מבטא את עצמו בעוצמה בהתנהגות ובתגובות העברה עם עיוות חריף הדורשות התערבות פעילה של המטפל.
- ג. הכלה של התוקפנות האופיינית להפרעות גבוליות המתבטאת בהעברה שלילית.
- ד. עידוד שליטה בהתנהגות הרסנית, דרך הבהרה ועימות במטרה להפוך התנהגות זו לזרה.
- ה. שימוש בפירושים, כדי לחבר ולגשר בין התנהגות, דחפים ורגשות.
- ו. חסימה של התנהגות בלתי נשלטת על די הצבת גבולות, כדי למנוע סיכונים והפסקת הטיפול.
- ז. דגש על פירושים המבוססים על מצבים של כאן ועכשיו, במקום אלה המבוססים על היסטוריה של המטופל, פרט לשלבים מתקדמים.
- ח. בקרה רגישה ומתמשכת ביחס לתגובות העברה נגדית של המטפל.

ההשערה המרכזית המדריכה את הטיפול הדינמי בהפרעות אישיות בעלות מבנה גבולי, מבוססות על ההשערה, כי הפתולוגיה שלו מהווה חזרה בלתי מודעת של יחסים מופנמים מקוטבים מהעבר. היחסים המופנמים הפתולוגיים האלה, נוצרים באופן סימבולי מחדש ושוב ונתפסים על ידי הגבולי כמציאות עכשווית. מערכת ההנעה מערבת דחפי מין ותוקפנות, שנאה ואהבה. בעוד אצל אנשים בעלי מבנה מגובש, כוחות אלה משולבים ליחסים מופנמים עם אפקט מווסת, המבנים את תפיסת המציאות באופן המשכי, מופשט ורב ממדי, הרי היצוגים הפנימים של הגבולי, הם בעלי אופי חלקי, פרימיטיבי, קריקטוריסטי ללא חיבור ביניהם והם רוויים ברגש מוקצן. עולמו של הגבולי עלול להיות מאוכלס בדימויים קוטביים של עצמו ושל אחרים ואלה עלולים גם להתחלף ביניהם לעיתים קרובות. דימויים אלה עלולים להיות משוחזרים בעת הטיפול ולהתבטא כתגובות העברה. צמדים אופייניים של תפיסות אלה עלולים להיות :

א. ילד הרסני ורע – הורה מעניש ואכזרי

ב. ילד נשלט וכעוס – הורה שתלטן

- ג. ילד בלתי רצוי – הורה מזניח, עסוק בעצמו
- ד. ילד פגום – הורה מזלזל
- ה. ילד פגוע אלימות ומיניות – תוקף סדיסטי
- ו. ילד מוזנח – הורה אגוצנטרי
- ז. ילד כעוס ללא שליטה – הורה חלש, חסר כוחות
- ח. ילד תלתי מוזן – הורה מעריץ ודואג

### שלב בטיפול

- א. הגדרה של היחסים המופנמים העיקריים – הכלה של עולמו הפנימי המבולבל של הגבולי. זיהוי היחסים הבולטים לאחר זמן. הגדרה של השחקנים הראשיים.
- ב. התבוננות ופרוש ביחס לחילופי התפקידים של הגבולי בעת הטיפול וביחסי העברה.
- ג. חיבור ופירוש של זוגות יחסים מופנמים המגנים זה על זה, באופן היוצר המשכיות לפיצול ולחוסר הגיבוש.
- ד. חיבור ואינטגרציה של הפנמות חלקיות והגנות פרימיטיביות.

בתחילת הטיפול, על המטפל לשאת ולהכיל את עולמו הפנימי המסוכסך והמבולבל של המטופל הגבולי. עליו להיות ער לתמורות וליחסי העברה, כמו לרגשות המתעוררים אצלו של העברה נגדית. יכולתו של המטפל להימנע מהגדרות מהירות מידי, ממחישות למטופל את יכולתו של המטפל לשאת מצבים תנודתיים חריפים ובלבול, באופן המעניק למטופל ביטחון.

בהדרגה, יכול המטפל לזהות את היחסים הבולטים ואת התנודות ביניהם. כמו בדרמה הנפרשת לפניו עם שחקנים שונים בהצגה עם תפקידים שונים. על ידי דימוי התפקידים השונים, בהם המטפל עצמו מלוהק, יכול המטפל לקבל תמונה טובה יותר של עולמו הפנימי של המטופל. לעיתים קרובות, שימוש בדימויים של המטופל עצמו עשויים לשמש כהבהרה צבעונית ומתאימה רגשית, בדרך להגדרת היחסים המופנמים שלו.

**“שמתי לב, שאתה מגיב אלי כאילו אני אויב עם כוח בלתי מוגבל ביחס אליך. כאילו אני סוהר ואתה שבוי חסר אוניס”**

**“אני תופס אותך לעיתים כילד החסר כל אחריות למעשיו, בעוד עלי להיות האימא המחפה על כל מעשיך”.**

**“לפעמים נדמה לי, כי הכל יכול היה להסתדר, אם רק הייתי מציית לך, כאילו הייתי ילד עקשן המתמרד נגד אימא נוקשה ושתלטנית”**

המטפל צריך להיות קשוב לאפשרות, כי הוא שוגה בזיהוי התמונה ולהיות מסוגל לשנות את תפיסתו. יתר על כן, בהמשך, הגדרת התפקידים הנכונה, עלולה גם לעורר אצל המטופל את

היחסים המופנמים ההפוכים. במצב זה הערנות של המטפל נדרשת כדי לזהות למטופל את הפיצול, אשר עלול להתרחש באותה פגישה עצמה. המטפל גם צריך להיות ערני להיפוך תפקידים באותו זוג של יחסים. כך, המטפל עלול להפוך מרודף לנרדף וההפך.

הפיצולים של המטופל ניזונים מקונפליקט בין זוגות יחסים מופנמים הרוויים באפקט מקוטב וסותר. הזוגות המופנמים מיצגים דחפים והגנה נגדם המוסיפה מורכבות רבה. הדחפים מהווים ארגון וייצוג של מצבים רגשיים ראשוניים. אצל הגבולי, דחף אחד עלול להיות מבוטא בעוצמה, כדי להתגונן בפני האחר. כלומר, זוג יחסים רווי תוקפנות, עלול להיות בחזית החווייתית של הגבולי כדי להגן בפני פגיעה בזוג עם דחף ליבידינלי רווי באפקט של אהבה וההפך. כך, מטופל החווה עצמו כקורבן חסר הגנה ומאשים את המטפל בהיותו סוהר סדיסטי אשר באופן שרירותי דורש מהמטופל להתאים לדרישותיו, עשוי גם לחוות את המטפל באופן קוטבי ומנוגד. הוא עשוי לראות את המטפל כאימא מושלמת ומגינה, בעוד את עצמו כתינוק שבע, מטופל ומרוצה. בדרך כלל מערכת יחסים אחת מופרדת לגמרי מזו האחרת. כאשר האחת מופעלת, חסרה מודעות לאחרת. בעוד הנוירוטי עשוי להדחיק יחסים מופנמים רווי כעס, הוא עושה זאת עם יציבות ועומק, באופן אשר איננו נחשף, אלא במצבי רגרסיה חריפים או אחרי טיפול ארוך, תוך שמירה על יציבות, הגבולי עלול לחוות טלטלות עזות בין זוגות היחסים המופנמים באופן המשפיע על סביבתו עם עוצמה ועיוות הפוגעים בהסתגלות יציבה.

התהליך של מיזוג וחיבור בין חלקים מפוצלים של האישיות הגבולית, חוזר על עצמו לאורך כל הטיפול. על המטפל לזהות ולהדגים למטופל שוב ושוב מצבים סותרים הן בפגישה עצמה והן בהתנהגות המטופל מחוץ לחדר הטיפולים. כיצד ניתן לזהות שינויים לכיוון של יתר גיבוש אצל המטופל?

א. ביטויים של המטופל המרמזים על הרחבה ועל סקרנות ביחס לדברי המטפל. לא מדובר בהסכמה להערות אלה, אלא נכונות להתבונן ולהרהר בהן.

ב. יכולת הכלה גדלה בעת מודעות לכעס ושנאה. הכוונה היא יכולת למודעות מסוימת כתחליף להתנהגות הרסנית, סומטיזציה או הרס התקשורת עם המטפל.

ג. סובלנות לפנטזיה ופתיחת מרחב מעבר. היכולת של המטופל להיפתח לאסוציאציות חופשיות, אשר אינן תחת שליטתו המידית.

ד. סובלנות ויכולת להיעזר בפירוש של הגנות פרימיטיביות, בעיקר זו של השלכה הזדהותית. היכולת של המטופל לקבל, כי יחסו למטפל מושפע מצדדים מופנמים שלו.

ה. היכולת לקבל פרושים ביחס לעצמי הגרנדיוזי. סימן זה חשוב בעיקר לגבי מטופלים גבוליים עם מרכיב נרקסיסטי משמעותי כאמצעי הגנה בולט. עמדה זו פועלת להפחית את הערך של אחרים או לחילופין של העצמי והיכולת לבאר צדדים אלה עשוי לפתח גמישות רבה יותר.

1. שינויים באופי העברה. אם זוג יחסים מופנמים שולט באופן נוקשה ביחסי העברה לאורך תקופה ממושכת, שינוי בדוגמא זו, עשוי להעיד על גמישות רבה יותר ועל גיבוש רב יותר.

הביטוי המדאיג ביותר עם השלכות שליליות על המשך הטיפול ועל הסיכויים להתקדם בו, קשורים להעברה הרוויה בצדדים אנטי חברתיים. העמדה האנטי חברתית קשורה לכעס וזעם ביחס ליחסים חיוביים, בגלל חוסר האמון הבסיסי הכרוך בהם וכדי להימנע מעמדה של חולשה. עמדה זו גם יונקת מקנאה נרקיסיסטית עמוקה והתוקפנות כלפי יחסים חיוביים נועד למנוע תחושה קשה זו. מטופלים אלה נוטים להפוך סבל לזעם ולשנאה. הם הופכים כוח והשפלה להגנה בפני צדדים חשדניים. העדר נגישות כמעט לגמרי, ליחסים מספקים וחוסר אמון גורף בהם, הופך את הטיפול בתנאים אלה לקשה במיוחד.

## הטקטיקה של טיפול ממוקד העברה

הטקטיקה של הטיפול ממוקד העברה, מתייחסת למהלכים המיועדים לעודד גיבוש ואינטגרציה אצל המטופל הגבולי בפגישות עצמן. מדובר בכלים בהם עושה המטפל שימוש ברמה של הפגישה הטיפולית:

א. **בחירה של הנושא החשוב יותר**, כולל התייחסות למצבי חרום או סדרי עדיפויות רגילים יותר. הנושאים הדחופים יותר הם אלה המחזיקים סיכונים ואלה אשר עלולים לפגוע בהמשך הטיפול. בראש ניצבים איומים של אלימות ואובדנות. יש להציב במקום מרכזי איומים על המשך הטיפול. כמו מניעת תשלום, עזיבת העיר, איחורים ואי הופעה, כמו גם שקרים, אי נכונות לתקשר והסתרה. פגיעה בחוזה הטיפולי כפי שהוסכם עליו. התנהגות בלתי מבוקרת בפגישה עצמה, אי נכונות לעזוב או אלימות.

ב. **הגנה על מסגרת הטיפול**. הצבת גבולות ומניעת רווח משני. הרווח המשני עלול להתבטא בשני ערוצים עקריים. 1. שליטה באחרים דרך התנהגות הרסנית/אבדנית. במקרה זה על המטפל להבהיר למטופל, כי הוא איננו עומד להיות מעורב במעגל האיומים וכי הוא איננו מתכוון לשנות את מסגרת הטיפול תחת לחץ כזה. 2. עמדה שאננה, תלותית, שימוש ניכר בשירותים טיפוליים כחולה כורני, במקום לפתח ערוצים בונים ועצמאיים. **"אני שם לב שאת שבה לדוגמא, בה את מעורבת מאוד בטיפול, אבל כבר שבועות שאת לא מנסה לפעול באופן משמעותי מחוץ לפגישות שלנו"**.

המטפל מבהיר, כי איננו מוכן לטפל במטופל, אשר איננו נכון גם לפעול באופן בונה מחוץ לפגישות עצמן. ההגנה על מסגרת הטיפול, כוללת גם חסימה של התנהגות חסרת שליטה בטיפול **"אתה צריך להפסיק לצרוח, כי במצב זה אינני יכול לעזור לך"**. המטפל שב ומציב גבולות, אשר ראשיתן בחוזה הטיפולי, כדי למנוע התנהגות הרסנית, תוקפנית וכזו הפוגעת בגבולות הטיפול בכל הממדים.

ג. **שמירה על עמדה של ניטרליות טיפולית.** אין הכוונה לעמדה בלתי רגישה או חמה, אלא חוסר הזדהות ונקיטת עמדות ביחס לאחד מחלקי הקונפליקט. הברית הטיפולית של המטפל היא עם העמדה המתבוננת של המטופל ולא עם אחד מצדי הקונפליקט המקוטבים. "מטופלת גבולית גבוהה ואגרסיבית, אשר נקלעה למאבקי כוח עם המנהלים שלה שוב ושוב, זכתה לעצה טיפולית לעסוק בתחום השיווק, בו התחרותיות שלה תתבטא באופן מועיל, כהפרה בלתי רצויה של העמדה הנייטרלית". הצורך לסטות מעמדה נייטרלית מתעורר בעיקר במצבים, בהם המטפל צריך לרסן התנהגות מסוכנת, פגיעה במסגרת הטיפול, או אפשרות של גרימת נזקים למטופל, אשר עלולים להיות בלתי הפיכים "נראה לי כי חשוב שתחזרי ללמוד. מה שנראה על פני השטח כמרדנות, היא בעצם הענשה עצמית על מרדנות ואת לא צריכה להיכנע לה". המטפל צריך לשאוף לחזור לעמדה פרשנית נייטרלית מהר ככל האפשר.

ד. **התערבות על פי תפיסה משותפת עם המטופל** - לפני פירוש של פנטזיות המעוותות את המציאות, על המטפל לזהות מחנה משותף עם המטופל, המהווה בסיס שהמטפל יכול להתחבר אליו. אין ערך לפירושים של צדדים, אשר המטופל לא מתבונן בהם, לפחות חלקית, כזרים ומעוררי סבל. המטפל בודק באמצעות הבהרה, עימות ופירוש את יכולתו של המטופל לשאת את תפיסת המציאות המקובלת ביחס להיבטים שונים בטיפול או מנסה להפוך אותם לכאלה. "האם יש משהו בפגישה, אשר רמז לאפשרות שאני מעוניין לקיים יחסי מין אתך?", "האם יתכן, כי החשש שלך נובע מהשכנוע שלך, כי לא ניתן לסמוך על גברים וכי העניין היחידי שלהם הוא לנצל אותך?". לעיתים, כדי ליצור זרות, המטפל עלול להזדקק לאמצעים הגיוניים חדים יותר: "האם נראה לך הגיוני, כי אסכן את מקצועי, כדי לקיים אתך יחסי מין?". אם את חושבת כך במאה אחוז מדוע את נשארת בטיפול?".

#### ה. **פירוש העברה חיובית ולשלילית והגנות פרימיטיביות**

פירוש מקיף של הגנות פרימיטיביות כאשר הן נחשפות בטיפול, מהווה ערוץ מרכזי לשינוי. ההעברה השלילית צריכה להיות מפורשת באופן המלא ביותר. בניגוד לרושם של מבקרי הגישה, פירוש כזה עשוי לחזק את הברית הטיפולית ולא להחלישה. הפירוש נעשה ביחס לכאן ועכשיו. הוא מהווה ערוץ להיווצרות אמביוולנציה, גמישות ומורכבות. ההימנעות מכך, עלולה לעורר אצל המטופל את התחושה, כי המטפל איננו יכול להתמודד עם הרוע שלו וממילא להתקשות עוד בחיבור בין שנאה לאהבה. הצבעה על היבטים חיוביים, המסתתרים בתוך העברה שלילית, עשויים למתן את עוצמתם ולהקל על שילובם "למרות שאת אומרת שאני מטפל איום ונורא, התחלת להגיע לפגישות באופן קבוע ובזמן. נראה לי שמקום כלשהו, את מרגישה שאני לא קר ומרוחק כפי שתיארת אותי". הפירוש של העברה חיובית, ממוקדת בתגובות העברה בעלות אופי אידאלי מוגזם, המבטאות את הפיצול המקוטב בין טוב לרע. התפיסה האידאלית נמצאת בדרך כלל כקוטב הפוך לעמדה חשדנית ונרדפת. בעוד, קשר חיובי של הברית הטיפולית איננו מפורש, הרי זה האידאלי המוגזם מהווה אבן נגף לגיבוש ולמיתון הפיצול ויש להתייחס אליו באופן שיטתי. הגנות פרימיטיביות צובעות את החוויה הסובייקטיבית של המטופל

הגבולי. מטרת הטיפול, היא לעזור למטופל הגבולי להיות מודע להגנות אלה ולסיבות לקיומן. המטפל עושה מאמץ לחשוף את ביטוין. הוא מאתר ביטויים של פיצול, השלכה הזדהותית, הכחשה, אידאליזציה פרימיטיבית, אומניפוטנציה ושליטה. ההתייחסות להגנות אלה מהווה את ליבת הטיפול, כפי שיתואר בהמשך.

ו. **השימוש בהעברה נגדית** - לאורך הטיפול ממוקד העברה, תשומת לב לתגובות הרגשיות של המטפל ולהעברה נגדית מהווים ערוץ תקשורת מרכזי. ערוץ תקשורת זה יונק מכמה מקורות:

1. תגובות העברה של המטופל
2. המציאות של חיי המטופל
3. נטיות העברה של המטפל עצמו
4. מציאות החיים של המטפל

ככל שהמטופל סובל ממבנה אישיותי פחות מגובש, כן גוברת נטייתו להעברה בעלת אופי חריף ומעוות, בעיקר דרך השלכה הזדהותית, באופן המעורר תגובות העברה נגדיות חזקות אצל המטפל. כך, בעיקר במקרים אלה, ההעברה הנגדית, מהווה ערוץ תקשורת חשוב להבנת תגובות העברה של המטופל. תגובת המטפל עשויה להיות **דומה** לזו של המטופל או **משלימה** ואף להשתנות לאחד הצדדים. הצד הדומה כרוך בהזדהות המטפל עם הצד החויתי של המטופל לו הוא מודע. הצד המשלים משקף תגובות רגשיות של המטפל, המבטאות את הצדדים המפוצלים והמושלכים, אותם המטופל איננו חווה באותו זמן, אלא מנסה להשתחרר מהם ולשלוט בהם.

**בהעדר מודעות לתגובות הרגשיות של המטפל, הוא עלול להגיב על פיהן, באופן המשתף פעולה עם התסריט הפתולוגי של המטופל. כך, התשובה לשאלה, "כיצד המטופל מתייחס אלי?", תמצא לעיתים קרובות ב-"כיצד הוא גורם לי להרגיש".**

## הטכניקה של הטיפול ממוקד העברה

הטכניקה של הטיפול מבטאת את האופן בו מתבצעת ההתערבות עצמה. היא כוללת שלושה ממדים עקרים:

א. הבהרה

ב. עימות

ג. פירוש

### הבהרה

ההבהרה היא הצעד בראשון בתהליך הפירוש. המושג מתייחס לבקשה מהמטופל להסביר ולבאר דברים אשר אינם ברורים, מעורפלים או סותרים. הבהרה עשויה להתמקד במציאות החיצונית של המטופל, בעברו וכן בתגובות העברה בפגישה טיפולית עצמה. במובן הפשוט של המילה, הבהרה נועדה לאפשר למטפל להבין את דברי המטופל באופן המלא ביותר. סיגנון התקשורת של המטופל הגבולי, עלול להיות מבלבל הן בגלל ערפול אותו חווה המטופל והן מתוך עמדה של שליטה, בה המטופל מנסה לכפות על המטפל להבינו גם כאשר התקשורת היא מעורפלת.

**“התייחסת מספר פעמים לאדם בשם יצחק, לא ברור לי מי האיש הזה וכיצד הוא קשור לאירוע שחווית”**

**“האם אתה יכול הסביר ביתר פרוט למה התכוונת כאשר צינת שהיית “מתבגר ממוצע”?”**

**“למה התכוונת כאשר אמרת, כי אמך הייתה מלאך?”**

### עימות

עימות מהווה אף הוא טכניקה המקדימה לפירוש מלא. כמו ההברה, נעשה בה שימוש רב יחסית בשלבים הראשונים של הטיפול. המטרה של התערבות זו נועדה להפוך את המטופל מודע יותר לצדדים בלתי תואמים וסותרים שהוא מציג בטיפול. כצעד מקדים לפירוש, העימות מביא יחדיו צדדים מודעים וכאלה אשר מהם המטופל מתעלם ואשר אותם הוא חווה בנפרד. הכוונה היא להביא למודעות, צדדים אשר פוצלו והופרדו על ידי המטופל, כדי לשייכם אליו. בעוד למושג “עימות” עלול להיות צליל עוין, הרי בטיפול טכניקה זו מבוצעת עם רגישות וטקט. יחד עם זאת, ההצבעה על צדדים בלתי תואמים וסותרים עלולה להיתפס על ידי המטופל כמסוכנת לארגון ההגנתי שלו. הוא עלול גם להגיב באופן שלילי ויש צורך בברור תגובותיו.

**“בעת שתיארת עד כמה קשה הרגשתה ואיך נאלצת לחתוך את עצמך במצב זה, ראיתי שאתה מחייך. איך זה נראה לך?”**

**“בתחילת הפגישה ציינת כמה חשוב שקיבלתי אותך לטיפול. עכשיו אתה טוען, כי הפגישה אינך היא בזבוז של זמן ללא כל תועלת. איך אתה מחבר את שני הדברים האלה ביחד?”**



## פירוש

התערבות הכוללת פירוש, עושה שימוש בצדדים, אשר עלו עקב הבהרה ועימות ומנסה לקשור ביניהם באופן מקיף יותר. בפירוש נעשה ניסיון לחבר צדדים מודעים ובלתי מודעים, אשר משפיעים על ההתנהגות ועל ההרגשה של המטופל. המטרה היא להפיג את הקונפליקט וההתנהגות המושפעת ממנו, עם מיקוד במקרה של הגבולי, בפיצול של היחסים המופנמים שלו. המטפל הדינמי משער, כי במפגש מבוקר של חלקי קונפליקט מוקצנים, ניתן למתן את צדדיו ולקדם אינטגרציה ושילוב. הפירוש, נערך בעיקר ביחס למתרחש "כאן ועכשיו". פירושים הכוללים סיבתיות עבר ואירועים היסטוריים, נדחים בדרך כלל לשלבים מתקדמים של הטיפול בגבוליים. הפירוש היעיל מותנה בהיותו 1. בהיר 2. ניתן בעיתוי מתאים 3. בעל שייכות ורלוונטיות 4. כאשר הוא ניתן בעומק המתאים. חשוב להציג פירוש עם עמדה אמפטית, גם לצדדים המפוצלים והמתנגדים של המטופל.

**"אתה עלול לראות בדברים שלי כביקורת, אבל חשוב לי להצביע על צדדים אשר נראים לי בלתי מאורגנים ולעיתים ממש סותרים"**

הפירוש מתחיל בדרך כלל מפני השטח כלפי מטה. במקרה של הגבולי, הוא מתייחס קודם להגנות. הפירוש מתייחס אחר כך לזוג יחסי אובייקט ובהמשך, גם לאופן בו זוג יחסים משמש כהגנה בפני המודעות לזוג אחר ומנוגד באופיו.

## הפירוש של הגנות פרימיטיביות

הגנות פרימיטיביות, בניגוד להגנות גבוהות, מיועדות להתמודד עם קונפליקט, לא באמצעות הדחקה, אלא באמצעות הפרדה חדה ובלתי מציאותית, של חלקים אוהבים ושונאים אצל המטופל ואצל אחרים. הכוונה היא למונע מחלקים אלה להופיע בעת ובעונה אחת בזירת המודעות של המטופל, באופן אשר עלול לגרום למצוקה ולבלבול. אפילו כאשר מצבים רוויים באפקט מוקצן מופיעים במודעות, הם אינם מתרחשים בו זמנית, או שהם מופיעים ללא כל שייכות ביניהם. זוג יחסים רווי בכעס עשוי להיות מודע, בעוד זוג של יחסים עם גוון אוהב, עשוי להידחק מהמודעות או להיות מיוחס החוצה לאחרים. המנגנון ההגנתי המרכזי של פיצול והשלכה הזדהותית שומר על יחסי אהבה מיחסי שנאה, על ידי הפרדה ברורה. הגנה כזו מעניקה בהירות, אך פוגעת ביכולת המטופל לגלות גמישות, מורכבות וגיוון ההכרחיים לקיום יחסים בין אישיים מסתגלים.

**"כיצד ניתן להבין שדמותי הפכה במהירות כל כך גדולה מטובה ומרגיעה "לעיט הבולש אחריך ועלול לתקוף בכל עת". כאילו אתה מסתדר רק כאשר אתה רואה אותי באחד הקטבים. כאילו כך תמנע מחרדה, אם לפתע תראה אותי בצורה שלא מתאימה לאחד הקצוות שלך".**

השלכה הזדהותית עשויה להתבטא בטיפול שתי דרכים: המטופל מנסה להתגונן מצדדים של עולמו הפנימי, על ידי העברתם למטפל תוך השתלת תגובה רגשית אצלו ותוך ניסיון לשלוט במטפל כמחזיק צדדים אלה. שנית, המטפל עצמו עלול לחוש תגובות כלפי המטופל, אשר אינן אופייניות לו ואשר עלולות לעורר ספקות ביחס לתגובה נגדית חריפה, אשר מקורה נראה בלתי ברור. בעת ובעונה אחת תגובה כזו, עשויה להיות ערוץ תקשורת להגנה זו אצל המטופל

ולתערבות מתאימה. פיצול והשלכה הזדהותית עלולים להיות מחוזקים באמצעות הכחשה. תהליך זה נועד בדרך כלל לנתק קשר רגשי ממחשבות וזיכרונות, כמו גם מאירועים והתנהגויות.

### **הפירוש של יחסי אובייקט פעילים**

פירוש היחסים הנמצאים בחזית הקשר עם המטופל, זקוקים לפירוש כאשר הם מוסווים במידה מסוימת, או במקום בו צריך להבהיר למטופל את המידה בה צדדים פנימיים מעצבים ומעוותים את היחסים שלו, הנראים לו מציאותיים.

**"לרוב האנשים אתה עלול להראות עכשיו כילד חסר אוניס. בתחילת הדרך גם לי היה רושם כזה. עכשיו אתה נראה לי הרבה יותר חזק מששערת. מנסיוני למדתי שאדם חסר אוניס מבקש עזרה. ההתנגדות החזקה שלך והדחיה של כל מה שאני אומר, נראית עכשיו, כאילו בדרכים שונות אתה בעצם הרבה יותר חזק מכפי שחשבתי בתחילה."**

**"בדרך מוזרה אתה נראה לי רגוע יותר כאשר אתה מאשים אותי כאילו אני מפלצת. איכשהו יותר נוח לך לתקשר אלי כאדם רע מאשר כאל אדם נחמד, אשר מנסה לעזור לך. כאילו זה שטח שאתה מכיר היטב ומרגיש בו יותר בטוח."**

### **הפירוש של יחסי אובייקט מפניהם מתגונן המטופל**

פירוש יחסי האובייקט מהם מתגונן המטופל בעיתוי מסוים, מהווה מהלך מרוכב ושלם יותר של התערבות המטפל משאר המהלכים שצוינו עד כה. המטפל נוקט במהלך כזה, כאשר הוא משוכנע, כי יש לו די נתונים כדי לערוך התערבות כזו וכי היא עשויה להיות יעילה בעיתוי נתון. זהו מהלך מרוכב, בו המטפל מנסה לחשוף למטופל את האופן בו יחסי אובייקט מסוימים, מגנים בפני יחסי אובייקט מנוגדים ומוסתרים.

**"אני שם לב שכל פעם שאתה עוזב את הפגישה עם הרגשה טובה במידה מסוימת, הרגשה שנוצר קשר טוב יחסית בינינו, שני דברים קורים אחר כך: או שאתה משאיר לי הודעה טלפונית שאתה לא יכול סבול את הטיפול יותר, או שאתה מגיע לפגישה אחר כך עם מבט כעוס ומודיע לי שאין לך מה לומר בפגישה. נראה לי כי במצבים האלה אתה פוגש לרגע את הרצון שלך לסמוך על מישהו, אשר אולי יוכל לעזור לך, במקרה זה מדובר בי, והרגשה זו מאוד מפחידה אותך. נראה לי כי החזרה לעמדה של עוינות מרגיעה אותך במידה מסוימת, למרות אי הנעימות הכרוכה בכך, כי היא מחזירה אותך למקום מוכר ובטוח יותר."**

הפירוש, בו נעשה ניסיון לקשור בין תופעות התנהגותיות ורגשיות שונות, לבין אירועים ויחסים מהעבר, מופעל אצל המטופל הגבולי רק בשלב מאוחר בטיפול ואחרי שחלו כבר שינויים מבניים, המאפשרים לפירוש עמוק ומקיף כזה להיות יעיל.

## שלבם בטיפול ממוקד העברה

השלבם האופייניים לטיפול ממוקד העברה הם בדרך כלל:

- א. תחילת הטיפול, הערכה מקיפה, תיעוד ההיסטוריה של המטופל, חוזה טיפולי.
- ב. שלב ראשוני, התערבות באמצעות הבהרה ועימות, ביחס למוטיבים מרכזים של יחסי אובייקט מפוצלים.
- ג. שלב ביניים של הטיפול, התערבות גם באמצעות פירוש לאינטגרציה של הפנמות חלקיות ומקוטבות, בעיקר ביחס ל"כאן ועכשיו".
- ד. שלב מתקדם, פירוש מעמיק עם מרכיבים של שיחזור היסטורי.
- ה. פרידה

תחילת הטיפול מאופיינת בעיקר בסכנה של התנהגות הרסנית של המטופל ושל עזיבת הטיפול. בטיפול נעשה שימוש בחוזה טיפולי ובחסימה של התנהגות חסרת שליטה. אמצע הטיפול מאופיין בירידה בהתנהגות בלתי נשלטת. שלב זה מאפשר פירוש מחבר של כאן ועכשיו בין הפנמות מקוטבות וחלקיות המוגנות על ידי מנגנוני הגנה פרימיטיביים. בשלבים המתקדמים של הטיפול, ניתן לצפות כי למטופל יש די גיבוש ויכולת התבוננות עצמית, המאפשרת לערוך גם פירושים בעלי אופי מעמיק והיסטורי.

### הערכת המטופל

לפני תכנון של טיפול עם מטופלים גבוליים, יש לבצע הערכה של הסימפטומים, מבנה האישיות והדינמיקה שלהם. הסימפטומים כמו, בעיות אכילה, דכאון, אובדנות, התמכרויות ואלימות כלפי אחרים, אינם תמיד חופפים באופן מלא את מבנה האישיות וכל אחד מהם מציג בעיה ייחודית בעת הטיפול.

- א. אפיונים נלווים של ציר II, כמו קווים אנטי חברתיים בולטים עלולים למנוע טיפול דינמי.
- ב. סימפטומים כמו דיכאון ואובדנות, התמכרות ובעיות אכילה, דורשים הבניה שונה ואולי גם התערבות תרופתית וטיפול משלים.
- ג. היבטים מבניים כמו ביטויים גרנדיוזיים ונרקסיסטיים מסבכים את הטיפול ומשנים את הפרוגנוזה שלו לרעה.
- ד. מיניות ואינטימיות – מטופלים עם יכולת להתאהב הם בעלי פרוגנוזה טובה יותר.

לצורך תכנון של טיפול אצל מטופלים גבוליים, קשה להסתפק בהבחנה של ה-DSM. במקרים רבים, קיימים בו זמנית אפיונים של שתי הפרעות אישיות. אותה התנהגות וסימפטומים של שני מטופלים עלולה לנבוע ממבנה שונה וממערכת הנעה שונה. כדי לערוך תכנון מתאים צריך לקחת בו זמנית, הן את הסימפטומים והן את מבנה האישיות. כדי להעריך את התחום הסימפטומטי, ניתן לעשות שימוש בכלי ריאיון מובנים. האבחון כולל, גם בירור מקיף ויסודי של ההיסטוריה של

המטופל. אולם, כדי להעריך את מבנה האישיות יש צורך להיעזר גם בריאיון ממוקד יחסי אובייקט והגנות. קרנברג מכנה גישה זו "הריאיון המובנה". בגישה זו, יש התייחסות פעילה ליחסי המטופל מטפל בריאיון עצמו. עמדה זו בריאיון, כוללת הן בירור מקיף של האופן בו מעריך המטופל את יחסיו הקרובים והן את האופן בו הוא מגיב להבהרה ניסיונית ועימות בפגישה עצמה. הגישה זו מאפשרת למטפל לקבל תמונה מעמיקה יותר על טיב יחסי האובייקט והגנות המטופל. כך, לדוגמא היכולת של המטופל להתארגן בעזרת הבהרה ועימות המצינים יחסי אובייקט מקוטבים או הגנה של פיצול, מאפשרים לאבחן בביטחון רב יותר את המטופל כבעל מבנה אישיות גבולי. מאידך, התדרדרות ובלבול בעקבות התערבויות כאלה, מצביעות לכיוון של תהליך פסיכוטי. שאלות אופייניות בריאיון המובנה המכוונות להעריך יחסי אובייקט:

1. בקשה ספר לי מה הביא אותך לריאיון הזה, מה אופי הבעיות מהן אתה סובל ומה הציפיות שלך ביחס לטיפול אפשרי?
2. קיבלתי תמונה של האופן בו סימפטומים וקשיים גורמים לך לסבל ומביאים אותך לטיפול. האם אתה יכול ספר מעט על האופן בו אתה מתפקד בחיי יום ועל הדרך בה הקשיים לך מפריעים לך או לא בתפקוד שלך?
3. הייתי רוצה לשמוע יותר עליך כבן אדם, הדרך בה אתה רואה את עצמך ואולי גם הדרך בה אתה חש שאחרים רואים אותך?
4. אני מבקש שתספר לי על האנשים החשובים לך ביותר עכשיו. נסה לתאר אותם, כך שגם אני אוכל להכירם דרכך?
5. מגוון שאלות ביחס ליחסי עבר עם אנשים קרובים, משפחה, חברים וקשרים רומנטיים, לצד היסטוריה תפקודית, לימודית ומקצועית.

טיפול ממוקד העברה מתאים לרוב הטווח של הפרעות אישיות בעלות מבנה גבולי, למעט מטופלים בעלי עמדה אנטי חברתית בולטת. יחד עם זאת, מטופלים, החסרים מוטיבציה או תחכום פסיכולוגי מסוים הדרוש לטיפול אנליטי, עשויים להיות מושפעים מטיפול תמיכתי טוב יותר. הערכה של ההתאמה עשויה להתבצע גם בעזרת ההיסטוריה הטיפולית, אשר בה עשויה להיות גלומה הפרוגנוזה לטיפול אנליטי. יתר על כן, אם בעיות המטופל מעניקות לו רווח משני ניכר, הסיכוי לטיפול אנליטי פוחת באופן משמעותי. המטפל צריך גם להעריך את מכלול הנסיבות של חיי המטופל. אם יש צורך בהתערבות סביבתית מקיפה, יתכן כי טיפול תמיכתי מתאים יותר למטופל זה. היסטוריה של בידוד חברתי חריף, עשוי אף הוא להצביע על העדפה של טיפול תמיכתי, לפחות בשלב הראשון.

### החוזה הטיפולי

החוזה הטיפולי נועד להבטיח את התנאים בהם טיפול ממוקד העברה יכול להתבצע בהצלחה, אל מול חוסר ארגון והתנהגות, אשר עלולה לעיתים להיות בלתי נשלטת. עצם התווית הגבולות, מהווה מסגרת ברורה, אשר מסייעת למטופל הגבולי להתארגן. החוזה הטיפולי עם המטופל, איננו נקבע על ידי הצהרה חד צדדית של המטפל. הוא מעוצב דרך דיאלוג והקשבה רגישה לתגובות

המטופל. יחד עם זאת, יש תנאים עליהם המטפל איננו יכול לותר. תנאי הטיפול, אינם יכולים לכלול מאמצים רווי "גבורה" ו"הקרבה" של המטפל. אם הוא נזקק לאמצעים כאלה, עליו לברר את תחילתן של תגובות העברה נגדיות בעלות אופי מכשיל. החוזה עוסק הן באחריות המטופל והן בזו של המטפל. הוא עוסק בזמנים, תשלום, השתתפות פעילה וגבולות ברורים. החשיבות בחוזה, היא בעיקר ביחס לגבולות ברורים ולקביעות בעלות יציבות לאורך זמן. כך, הסדרי התשלום עשויים להיות שונים בין מטפל אחד למשנהו. יחד עם זאת, החוזה הטיפולי מיועד להבטיח עקביות ויציבות לאורך זמן.

"עליך לנסות בטיפול לבטא באופן חופשי כל מה שעולה בראשך, בעיקר ביחס לבעיות שהביאו אותך לכאן. המטרה שלנו היא לנסות יחד להבין את הצדדים הנסתרים הגורמים להתנהגות שלך המעוררת אצלך קשיים ומצוקה. מאוד חשוב לנסות ולבטא מחשבות, רגשות, פנטזיות וחלומות באופן בלתי מצונזר. המחשבות שלך, עשויות ללבוש אופי של שאלות אלי. לא תמיד אענה לכל שאלה ואפעל על פי מה שנראה לי מועיל ומבהיר יותר. אם מתעוררת בחייך בעיה, אשר עלולה לפגוע במהלך הטיפול, רצוי להביא אותה לשיחות שלנו לפני כל נושא אחר. שמת לב, כי לאורך השנים, היו מצבים רבים בהם איימת לפגוע בעצמך. אינני מגדיר מצבים אלה כמצבי חירום, כי לצערי נראה שמצבים אלה חוזרים על עצמם לעיתים קרובות בתקופה זו של חייך. במצב כזה תצטרך לפנות לעזרה של חברים ומשפחה או למרכז מיון ולא לטלפן אלי מחוץ לשעות הטיפול אשר נקבעו. סיפרת לי כי בעבר פנית למטפלים שלך לעיתים קרובות בשעות מחוץ לשעות הפגישות עצמן, כדי לדווח להם על מצבי רוח ומצוקה שחווית. המטרה של הטיפול הנוכחי, היא לשפר במידה ניכרת את יכולתך לפעול באופן עצמאי לקבל החלטות בעצמך. לכן, ברוב המקרים אעדיף להשאיר שיחות אלה לשעות המפגשים עצמם. יחד עם זאת, אם התרחש משהו קשה וחריג בחייך, כמו מוות במשפחה או תאונה קשה, אתה יכול לפנות אז אלי טלפוניית מחוץ לשעות הטיפול. אני עלול לענות רק לאחר זמן, כי אינני נמצא בהאזנה לאורך כל היום. "

החוזה הטיפולי צריך לכלול את כל האיומים הגלומים בהתנהגות אפשרית של המטופל, הן לעצמו ולסביבה והן ליציבות הטיפול ולסיכוי הצלחתו.

א. התנהגות הרסנית ואבדנית

ב. התנהגות אלימה כלפי הסביבה, איום על המטפל

ג. שקרים והעלמת מידע

ד. חוסר השתתפות עקבית בפגישות

ה. התמכרויות

ו. בעיות אכילה בלתי נשלטות

ז. טלפונים תכופים למטפל ופלישה לחייו הפרטיים

ח. אי תשלום עבור הטיפול

ט. טיפול בו זמנית עם יותר ממטפל אחד

י. סיגנון פסיבי כרוני והשענות על רווח משני לאורך זמן

“בעבר ניסיונות ההתאבדות שלך הפכו למוקד הטיפול עם המטפלים הקודמים שלך. הם דאגו לך אז ופעלו לעזור לך. נראה לי שהם הפכו להיות שירות חירום עבורך. גישה זו עשויה לעזור לנטייה ההרסנית לך זמנית, אולם היא איננה עוזרת לך להבין את ההתנהגות שלך ואת סיבותיה וכך היא דנה אותך לחזור עליה שוב ושוב.”

בעיה שכיחה בניהול ובהסכמה על חוזה טיפולי קשורה בחוסר הקשבה רגישה לתגובת המטופל. “זה בסדר מצדיי” איננה בדרך כלל מענה מספק, למרות היותו שכית. המטפל צריך לבקש הבהרות: “האם אתה יכול לספר לי על ההסכמות שהגענו אליהן?” לעיתים המטפל מעדיף להימנע מהתנגדויות הקיימות אצל המטופל. הגישה של טיפול ממוקד העברה מעדיפה להעלות צדדים אלה מוקדם ככל האפשר ולהציבן על פני השולחן, מאשר להתעלם מהן ולאפשר להן להיות מתחת לפני השטח. הברור חשוב, גם אם קיים אצל המטפל חשש לפגוש בתגובות העברה עוינות באופיין. אומנם, רצוי שלא להגיע לפירושים מוקדם מידי, אך המפגש עם תגובה שלילית, מאפשרת להדגים העדר רתיעה מצדדים אלה, האופיינית כל כך למטופלים גבוליים. הסתרה, עלולה לדון את הטיפול לעיכוב ואולי גם להפסקתו.

“מכשול משמעותי בטיפול הקודם שלך נבע מכך שנמנעת מלדבר בפגישות עצמן וצלצלת למטפל בשעות הלילה. אינני מאמין בטיפול המתנהל בטלפון, האפשרות לצלצל מאפשרת לך להיסגר בפגישות עצמן ולכן פוגעת באפשרות להפוך את הפגישות ליעילות. לא אוכל גם להיות פנוי סביב השעון, זה יהיה מסוכן עבורך לשער שאני יכול להציע זמינות כזו.”

### שלבים ראשונים בטיפול

השלבים הראשונים בטיפול ממוקד העברה, קשורים בהקמת ברית עבודה וחוזה טיפולי. יחד עם זאת, לעיתים קרובות, התנהגות גבולית היא בעלת מאפיינים של חוסר שליטה, באופן היוצר סדרי עדיפויות בעלי דחיפות לתחילת הטיפול. לעיתים קרובות המטפל צריך להתייחס לאיומים אובדניים השכיחים בקרב אוכלוסייה זו. המטפל צריך לעיתים לערב את המשפחה באפשרות זו, כדי להבטיח את בטחונו של המטופל וכדי להבהיר את מגבלות הטיפול בשמירה פיזית על המטופל. יחד עם זאת, נושא זה צריך להיות גם נדון עם המטופל באופן גלוי, תוך ניסיון להבין את הסיבות לנטייה זו ולאיומים אלה. כך, הנטייה האובדנית זוכה לקדימות בטיפול, אלא אם כן היא משמשת כהגנה שכיחה בפני נושאים אחרים בהם המטופל מתקשה לגעת. המטפל עלול להידרש גם לתגובות אלימות כלפי הסביבה או כלפי המטפל עצמו. המטפל מבהיר למטופל, כי אם קיים סיכון לצד שלישי, עליו לדווח זאת לנפגע אפשרי ולגורמי אכיפה. עליו לחסום כל ביטוי אלימות בפגישות עצמן, כולל הבהרה, כי בתנאים אלה הטיפול איננו יכול להתנהל. המטפל עלול להיתקל בפלישה לחייו, בחוסר כנות, בהסתרה, בהעדרות מפגישות או ביטול התכוף וכן מהימנעות בפגישות עצמן. נושאים אלה צריכים להיות מבוררים, דרך הבהרה ועימות ולא להידחק לשוליים. הנטייה לפעול באופן בלתי נשלט, בולטת מאוד אצל מטופלים בעלי מבנה גבולי. נטייה זו מבטאת התנהגות המונעת על ידי קונפליקטים פנימיים, אולם תוך כדי ביטוי התנהגותי, ללא חוויה

רגשית, חשיבה ויכולת להתבונן ולהבין תופעה זו. התנהגות בלתי נשלטת מאפשרת למטפל התבוננות לקונפליקטים של המטופל, אולם מונעת תובנה ושינוי. התנהגות כזו, צריכה להיות מפורשת. אם מאמצי התערבות אלה אינם יעילים, על המטפל לעודד את המטופל לחדול מכך ואז לברר ולפרש את השפעת הריסון העצמי. לעיתים, דוקא אחרי שלב בו המטופל מגלה שליטה עצמית רבה יותר, הוא מעלה נושאים שוליים בטיפול ועל המטפל להתייחס לכך. הימנעות מנושאים מעוררי חרדה וטעוניהם והחלפתם בתחומים שוליים, עשויים לעורר אתגר משמעותי בעת הטיפול.

תגובות העברה של מטופלים גבוליים עלולים להיות בעלי אופי שונה ומגוון. תגובה שכיחה עלולה להיות **תגובה חשדנית**. על המטפל לברר את אופי התגובה, את הדימוי שיש למטופל ביחס למטפל בתגובות אלה ואת תהליך ההשלכה עצמו ואת האופן בו חוויה בלתי נסבלת של המטופל מוחצנת ומעוברת למטפל. יש מצבים קשים בהם המטפל צריך לנקוט בעמדה טיפול של **"מציאות בלתי תואמת"**. המטפל מבהיר, כי הוא מבין את תגובת המטופל וכי הוא רואה שהיא איננה ניתנת לערעור. יחד עם זאת, המטפל מציין את תפיסתו שלו השונה בתכלית מזו של המטופל. תגובת העברה בעלת **אופי נרקיסיסטי** מסבכת ומעכבת יצירתה של ברית טיפולית. למטופלים אלה, רתיעה מתלות במטפל. הם חווים קנאה חריפה והם עלולים לעשות שימוש בהפחת ערך המטפל כדי להקל על תחושות קשות אלה.

**"הביקורת שלך לגבי וביחס לטיפול התגברה לאורך הזמן. יתכן, כי הטיפול איננו מספק אותך, אולם נראה לי כי גם משהו אחר מתרחש. יתכן שאתה מתחיל לראות בי משהו חשוב עבורך. זה עלול להיות מפחיד עבורך וגורם לך לפגוע בי ולהמעית בערכי כדי לברוח מרגשות אלה. אני נזכר, כי ציינת שאנשים שסמכת עליהם אכזבו אותך בעבר. יחד עם זאת, הגעת הנה במזג אוויר קשה. יתכן, כי אתה מתחיל לסמוך עלי וחושש מכך. נראה לי שקיימת אצלך התבלטות חשובה ורצוי שנדבר עליה"**.

ניתן לצפות למספר שינויים בשלבים הראשונים של הטיפול:

- א. ירידה בהתנהגות הרסנית ובלתי נשלטת
- ב. הפחתה ניכרת בסיכון לעזיבת הטיפול
- ג. הסערות הרגשיות מרוכזות בטיפול וקשורות יותר למתרחש בו
- ד. יציבות גדלה ביחסים עם המטפל חרף התנודות הרגשיות בפגישות עצמן
- ה. אין ציפייה בשלבים הראשונים, כי חוסר הארגון הבסיסי של המטופל השתנה

### **שלבים מתקדמים בטיפול**

בשלבי הביניים של הטיפול, קיימת יציבות רבה יותר ביחס למסגרת הטיפול והתנהגות בלתי נשלטת נעשית הרבה פחות שכיחה. יחד עם זאת, הבעיות המבניות של אישיות הגבולי, בדרך כלל עדיין לא עברו שינוי יסודי ובר קימא. המטרה בשלבים אלה, היא להעמיק את ההבנה של הקונפליקטים המרכזיים, של תגובות העברה הבולטות ושל יחסי האובייקט המקוטבים והרוויים

באפקט טעון. הגישה של טיפול ממוקד העברה, איננו יכול להתקדם באופן משמעותי ללא ברור צדדים של תוקפנות ושנאה, אשר מאוד בולטים בחיי הרגש של הגבולי. ניתן לזהות את עוצמת הרגשות האלה מהמתון לחריף ביותר:

- א. מזוכיזם
- ב. התקפי כעס
- ג. שליטה אובססיבית ותוקפנית במישור הנפשי
- ד. קנאה, הפחתת ערך ובוז
- ה. שליטה סדיסטית עם הפחדה של אחרים
- ו. תקיפת פיזית של אחרים ללא חרטה
- ז. תקיפת פיזית של אחרים עם הנאה מעינוי הקשור בכך, ללא חרטה
- ח. פגיעה עצמית מסכנת חיים

ההתייחסות לתוקפנות ושנאה, איננה באה במקום התייחסות לצדדים של אידאליזציה וארוטיזציה של תגובת העברה. הטיפול עלול להתאפיין בעברה שלילית בלבד, אשר מגינה על צדדים של כמיהה ליחסים קרובים ותלותיים. במצבים אחרים, המטופל מבטא תוקפנות רבה כלפי הסובבים אותו מחוץ לטיפול, אך שומר בקנאות על שלמות המטפל ועל תפיסה אידאלית שלו. בשני המצבים אין למעשה שינוי בעמדה של פיצול וחוסר ארגון ויש לחשוף בטיפול את הצדדים, אותם המטופל מעדיף להעלים.

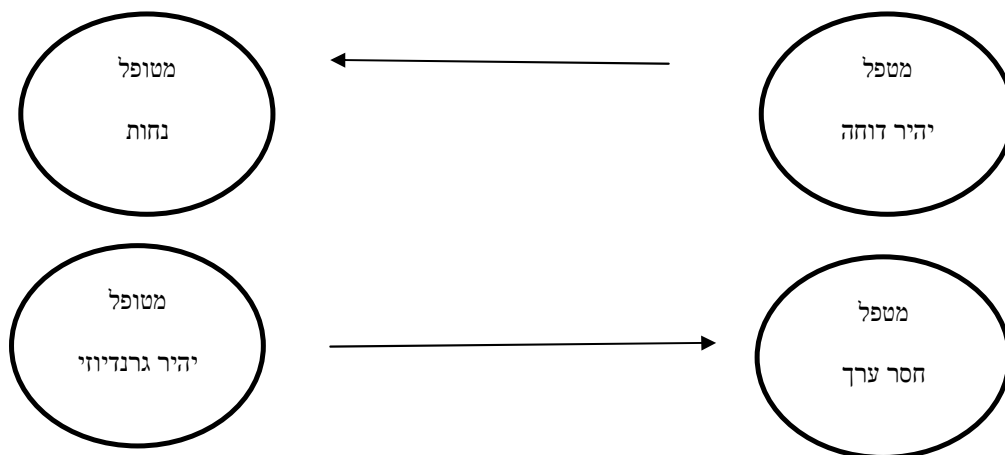
השלבים המתקדמים יותר של הטיפול, מאופייניים במודעות גוברת של המטופל לצדדים קוטביים של היחסים המופנמים שלו. מטופלים יכולים עכשיו לשאת את המודעות לחילוף התפקידים שהם חווים. בשלבים אלה גוברת התובנה, כי לא מדובר במציאות חיצונית ובעמדות של המטפל, אלא במציאות פנימית של המטופל עצמו. תהליך ההתקדמות איננו לינארי ורצוף והוא כרוך בנסיגות ובתנודות. קצב ההתקדמות לשלבים מתקדמים, עלול להיות שונה דרמטית בין מטופל לרעהו. התהליך יכול להתמשך חודשים או גם שנים.

**”מטופל, אשר חשש, כי המטפל מזלזל בו, כי הוא משעמם אותו ואולי רוצה להיפטר ממנו, גם חווה את עצמו לא פעם כחכם יותר מהמטפל, תוך שהוא מפחית מערכו ומיכולתו לעזור לו. כלומר, הוא חווה את יחסי האובייקט כמכילים צד יחיר, דוחה ומזלזל וצד בעל ערך ירוד, כשהוא מחליף ביניהם. היחסים עמוסי השנאה והזלזול, היו מפוצלים באופן חד מהצורך של המטופל באב אוהב ומקבל, אליהם גם נלוו חששות של פגיעה בזהות המינית. בשלב מתקדם יותר המטופל יכול היה לשאת בו זמנית, באופן אמביוולנטי, את היותו של המטפל אב אוהב ומקבל, אך כזה העלול גם להיות ביקורתי. היכולת הגדלה של המטופל לייחס לעצמו את שתי החוויות ביחס למטפל, היוו את הצעדים הראשונים לקראת שלב מתקדם של הטיפול. צריך לקחת**

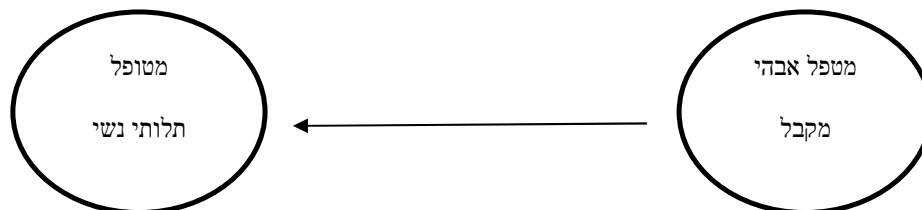


בחשבון, כי בשלבים מתקדמים המטפל עלול להיחשף לתגובות בעלות אופי דכאוני והעברה דכאונית של המטופל, המשקפים יתר אינטגרציה ותהליך אבל כאוב על אובדן האובייקט האידיאלי".

יחסים בעלי אופי עוין וחשדני קרובים למודעות



יחסים אידיאליים, מפוצלים רחוקים יותר ממודעות



שלב הפרידה מהטיפול בהפרעת אישיות גבולית, כרוך בדרך כלל בתקופת אבל מסוימת. החיבור, אשר הושג בין צדדים תוקפניים לבין רגשות של אהבה וקשר, גוררת אחריה עמדה דכאונית, עם הכרה של המטופל, כי הוא איננו כולו טוב או רע וכי הוא עלול גם לפגוע במטפל אליו הוא גם קשור. זו עמדה שיש עמה מרכיב של אשמה. בעוד בשלבים קודמים, פרידות אופיינו בכעס, חשדנות או בחרדת נטישה קיומית, הרי בשלבים מתקדמים, מדובר בתגובות עצב עמוקה הרבה יותר, הקשורה לראית המטפל כאדם שלם עם יחס אמביוולנטי כלפיו. רצוי להתחיל את התהליך הפרידה מספר חודשים לפני התרחשותה, כדי לאפשר ברור של תגובות המטופל וכדי לעבד את רגשותיו. הרעיון, להפחית את מספר הפגישות, כדי למתן את עוצמת הפרידה, גורעת מהאפשרות לברור מעמיק ואינטנסיבי של שלב זה ועדיף לותר עליו.

# קריסתה של מנטליזציה (mentalizing) בהפרעת

## אישיות גבולית והעשייה הטיפולית לשיקומה

### (Mentalizing Based Treatment)

#### ד"ר אילן דיאמנט

#### תקציר

מאמר זה נכתב במטרה להציג גישה תיאורטית וטיפולית המשלבת ישן וגם חדש, יצירתית כשלעצמה, מספרת את המובן מאליו, מדברת את המחשבה, אותה לא אמרנו לעצמנו במילים. ננסה לתאר כיצד ומדוע הבנה של תהליכי עיסוק במנטליזציה מאפשרים לחדד, להבהיר ולהקל על החשיבה הקלינית ועל הפרקטיקה הטיפולית במטופלים בעלי הפרעת אישיות גבולית.

במאמר סקירה של המושג מנטליזציה, אבני הדרך להתפתחות של היכולת לעסוק במנטליזציה, המכשולים ההתפתחותיים היוצרים את הליקוי במנטליזציה אצל בעלי הפרעת אישיות גבולית, והעקרונות המרכזיים של הפרקטיקה הטיפולית תוך הדגמות של מקרים טיפוליים.

#### א. מבוא

כששאלתי את גיין (שם בדוי) עד כמה תיאורי ההתעללות המינית והפיזית שסיפרה לי עליהם הינם אמת, ענתה: "הדברים האלו באמת קרו. כל הדברים שסיפרתי לך, אבל, אתה יודע, אני לא בטוחה. זה לא שאני משקרת, אבל האם זו האמת, באמת? האם אני אומרת מה שבאמת התרחש? או אולי אני מגזימה, כדי שאהיה בטוחה שהבנת, כיוון שלא היית שם, בעצם, כך שאם אומר לך משהו קטן אחד, אתה עשוי לחשוב שזה היה כלום. אז אני צריכה להיות בטוחה שאתה מבין. אני מתכוונת, אילו חיים נוראים. אני זוכרת שהיו מענישים אותי על זה, אני זוכרת את זה בצורה כל כך חיה ש..."

תשובתה של גיין הינה קטע הלקוח מראיונות עם מטופלות שעברו התעללות פיזית ומינית ואובחנו כסובלות מהפרעת אישיות גבולית (תוגדר מעתה - ה.א.ג.). הראיונות נעשו במסגרת עבודת מחקר לדוקטורט שנערכה באוניברסיטת לונדון (על ידי כותב המאמר), בהנחייתו של פרופ' פונגי (Prof. Peter Fonagy) ובמחלקת טיפול יום, במרכז האליוויק, בניהולו של פרופ' בייטמן (Prof. Anthony Bateman). תשובתה מתארת ציר מרכזי בהבנת הליקוי בהתפתחות היכולת לעסוק במנטליזציה (Mentalizing) אצל בעלי ה.א.ג... יכולתה להבין מה היא חושבת ומרגישה לגבי אמוציות, לקויה. עבור גיין החוויה פנימית, טראומטית ואינה מתויגת כחוויה שאכן התרחשה בתוכה. החוויה מתקיימת אך ורק כחלק מהיחסים הבינאישיים עם האחר. **המטופלת יודעת, באופן כללי, מה היא מרגישה כיוון שהיא רואה מישהו שמאמין למה שהיא מספרת. רק**

אז היא מסוגלת לחשוב שאם הוא מאמין במשהו זה חייב להיות משהו שהיא בעצמה חוותה, ואז גם היא יכולה להאמין בכך.

תודעתה<sup>1</sup> נבנית באמצעות התבוננות בתודעה של האחר.

*מיהם האנשים המפתחים ומייצגים את הגישה?*

פרופ' פיטר פונגי ומרי טארג'ט<sup>2</sup> פיתחו וממשיכים לפתח תיאוריה וגישה מהפכנית בהבנת האטיולוגיה של הפרעת אישיות גבולית. פרופ' אנתוני בייטמן<sup>3</sup> שותף בפיתוח גישה טיפולית ייחודית המתבססת על תיאוריה זו. בשנים האחרונות הצטרף אליהם, פרופ' ג'ון אלן ממרפאת מנינגר שביוסטון, אריאטה סלייד מאוניברסיטת ניו יורק, פטריק לויטן מאוניברסיטת לובן בבלגיה ורבים אחרים ברחבי העולם.

*מה ייחודה של הגישה?*

בטווח של תיאוריות ופרקטיקות טיפוליות, גישת המנטליזציה מגשרת בין תיאוריות פסיכואנליטיות קלאסיות (לדוגמא, וויניקוט, קרנברג) ועכשוויות (התייחסויות), לבין גישות מחקריות בתחום הפסיכולוגיה ההתפתחותית (תיאוריית ההתקשרות של בולבי) והקוגניטיבית (ToM, תיאורית ה-תודעה של סיימון-כהן) ומבהירה מדוע שיטות פסיכואנליטיות-דינאמיות קלאסיות מתקשות בטיפול במקרים גבוליים.

## **ב. מהו עיסוק במנטליזציה?**

עיסוק במנטליזציה מתייחס ליכולת להכיר ולהבין מצבים מנטאליים אצלך ואצל האחר ולראות מצבים אלה כנפרדים אך קשורים להתנהגויות של כל אחד. מנטליזציה כוללת את היכולת לחשוב על מחשבות, אמונות, רגשות ומשאלות שלך ושל האחר, ולהבין שאירועים פנימיים אלה משפיעים על התנהגותך ועל התנהגות האחר, באופנים שונים ומשתנים. כך לדוגמא, ניתן לדמות שיחה עם ידידה. במהלך השיחה את/ה משמיע/ה ביקורת לגבי תספורתה. השיחה נמשכת, ולאחר מספר דקות ידיתך מפסיקה בפתאומיות את השיחה, ובסגנון לקוני, אומרת שעליה ללכת. בעיסוק במנטליזציה לגבי האירוע נתייחס להתבוננות (רפלקציה) על מצבה הפנימי של ידידתך, ועל האופן בו מצבה הפנימי מתקשר להתנהגותה. **עמדה נוקשה ולא מנטליסטית** תבוא לידי ביטוי במחשבה אחת ויחידה: "אני בטוח שידידתי נפגעה מההערה שלי לגבי תסרוקתה. מפני שהיא נפגעה היא החליטה לקצר את השיחה ולנתק את הקשר איתי". **עמדה מנטליסטית** תבוא לידי ביטוי בהעלאת מספר חלופות להסבר. למשל, "יכול להיות שהיא נפגעה ממני, אך יתכן שהשיחה עימי הייתה מעניינת והתארכה יותר מהצפוי, בה בשעה, שידידתי מיהרה להגיע לפגישה אחרת". בעמדה מנטליסטית מתקיימת חשיבה מסדר שני – התבוננות (רפלקציה) על מה שאנו או אחרים חושבים או מרגישים. חשיבה מנטליסטית מפותחת מבוססת על הנחה שאין ברשותנו את הידע

<sup>1</sup> תודעה בתרגום מ-mind

<sup>2</sup> רשימת מקורות לעיון נוסף, בסוף המאמר

<sup>3</sup> רשימת מקורות לעיון נוסף בסוף המאמר.

מה באמת נמצא בתודעתו של האחר, וכי כל עמדה, מחשבה, אמונה או הרגשה על עצמי ועל האחר הינם ייצוג של "משהו פנימי" ולא "המשהו הפנימי" עצמו.

מבחינה תחבירית, עיסוק במנטליזציה (mentalizing) מייצג פועל (verb) דקדוקי. עיסוק במנטליזציה מתייחס לפעילות מנטאלית. מושגים אחרים, כאמפטיה, תובנה, אגו צופה, סובייקטיביות, מרחב מעבר, רפלקטיביות, psychological mindedness, mindfulness הם מושגים דומים, שאולים מתיאוריות אחרות, קשורים להבנת הקשר בינינו לבין הזולת, אך אינם מייצגים את המהות העיקרית שמבטאת את היכולת המאפשרת לנו, כיונקים מתקדמים במדרג האבולוציוני, להבין<sup>4</sup> באופן ספונטאני ויעיל את עצמי ואת האחר, במונחים של נטיות התנהגותיות ותכונות פסיכולוגיות. המונח mind-blindness שטבע סיימון ברוך-כהן (1997), חוקר האוטזים, המשיג את ההבנה שאוטיסטים לוקים בהבנה חברתית, בקריאת תודעה, והצביע על המוקד העיקרי בליקוי במנטליזציה.

עיסוק במנטליזציה מצוי באבחנה שבין "אדם" ו"אובייקט". עיסוק במנטליזציה מהווה חלק אינטגרלי ויום-יומי בקשרים בין אישיים ובהבנה של עצמנו. התבוננות במבע פנים, בתזוזות ידיים, באינטונציה ובתנוחת גוף משמשים עוגן להבנה מה האדם העומד מולי (או אני) חושב, מרגיש, מאמין, רוצה. זהו תהליך בלתי נמנע, אלא אם אנו מצויים במצב של קריסה ביכולת למנטליזציה, בו אנו מתייחסים לאחר כ"משהו" ללא תוך (המאופיין ברגשות, מחשבות, עמדות, משאלות ושאיפות). שימוש בזולת כאובייקט עשוי להתבטא בקשת רחבה של יחסים בין אישיים, בהם האדם משתמש בזולת לצרכיו, מבלי להתייחס להשפעת התנהגותו על האחר, למשל התנהגות אלימה כאונס או סחיטה.

מצבים סובייקטיביים הינם תמיד בעלי כיוון אל אובייקט, אליו הם מופנים. מצבים פנימיים הינם לגבי משהו, על משהו, מכוונים למשהו. אנו מרגישים טוב על משהו שקרה או מצפים לטוב לקראת משהו שיקרה. סלע אינו יכול להיות על משהו, אך מחשבה, רגש, אמונה ועמדה הינם על משהו- יש להם כוון ואובייקט.

היכולת שלנו למנטליזציה מותנית ביכולת לייצוג פנימי (representation). כך למשל, יכולתנו לשחק, מצריכה את היכולת להבין שבמשחק העמדה בה אנו מצויים איננה מי שאנחנו "באמת". במהלך משחק אנחנו מפגינים מה שבכוונתנו להציג לאחר. ילד בגיל 4, שמשחק בכדור עשוי בוץ, מאמין שזו קציצת בשר, אך בו זמנית הוא גם יודע שלא לאכול אותה. יכולת זו חשובה במיוחד שכן מדובר במהלך התפתחותי חיוני של תודעתנו. זו ההבנה **שאותו מצב במציאות יכול להיות מיוצג בדרכים רבות ומגוונות**. באמצעות מנטליזציה אנו יכולים לדמין מחשבות ורגשות שונים ומגוונים שעשויים להביא לאותה התנהגות. כך למשל, בדוגמה דלעיל, הרעיון לגבי מחשבות חלופיות או רגשות מגוונים בעטיים הידודה החליטה ללכת. בעצם, **בכל תהליך טיפולי אנו משתמשים ביכולת זו, זאת כאשר אנו מפתחים אצל המטופלים את היכולת לחשובאו להרהר על**

---

<sup>4</sup> להבין בתרגום מ-to make sense

התנהגויותיהם. בכל עבודה טיפולית טובה אנו עוזרים למטופלים להסתקן ולהתבונן בתודעה שלהם ושל אחרים.

### ג. אבני הדרך ההתפתחותיות

המחקר המגוון שהתרחש בתחום של Theory of Mind (ToM) חשף כיצד מגיל ינקות, באופן אינטואיטיבי, אנו יוצרים הנחות מוקדמות והסברים מנטאליים סמויים לגבי התנהגות. בפרדיגמה המחקרית הבסיסית מראים לילד תיאטרון בובות, כאשר בובת ילד (הרצל) מניחה חפץ מסוים במגרה כחולה. הרצל יוצא מהזירה ונכנסת בובה אחרת (חמדה), שמעבירה את החפץ למגרה אדומה. חמדה יוצאת מהזירה. הרצל נכנס חזרה. הילד הצופה בסצנה נשאל, "היכן אתה חושב שהרצל חושב נמצא החפץ?" אם הילד אומר שהרצל חושב שהחפץ מצוי במגרה הכחולה, משמע הוא עבר את מבחן ToM. הוא יודע להבחין בין המחשבות של הרצל למציאות החווייתית מהעמדה האגוצנטרית שלו.

#### ג.1. כיצד מתפתח יכולת זו?

כקלינאים, עלינו להבין כיצד מתפתחת היכולת לעסוק במנטליזציה, זאת על מנת לאפשר שיקום יכולת זו אצל המטופלים. פסיכולוגים רגילים לחשוב במונחים של השפעת העולם פנימי על ההתנהגות. זהו לנו טבע שני. למשל, לאחר מתן פירוש למטופלת<sup>5</sup> בנוגע לקשייה, אנו עשויים לפרש את השתהותה, התכנסותה, והסטת מבטה הצדה, כניסיון לחשוב ולעכל את הפירוש. ההנחה ביחס למתחולל אצל המטופלת מתרחשת באופן כמעט אוטומטי, התגובה שלנו, תהיה לרוב שינוי של המבט, ירידה בדריכות, המתנה. כאשר המטופלת תשנה את זווית ראשה, ותחזור להביט בפני המטפל, היא תגלה אל מול עיניה פנים שכבר מביעות "משהו" אחר.

#### ג.1.1. יכולת לייצוג פנימי : יכולתנו לעסוק במנטליזציה מותנית ביכולת לייצוג פנימי

(**representation**). העיסוק במנטליזציה מתבטא במחשבה שהמטופלת הסיטה את מבטה מכיוון שהיא מתרכזת בפירוש. המטפל מייצג בתוכו את המצב הפנימי שלה, במקרה זה – "ריכוז". כאשר המטופלת מתבוננת במטפל מחדש ורואה את מבע פניו המתין, היא, בתורה, עוסקת במנטליזציה, למשל, חושבת על כך שהפנים השקטות והממתנות מייצגות "הבנה" או "השתתפות". בתהליך הטיפולי המטפל משתמש ביכולתו לעסוק במנטליזציה ומאפשר למטופל לשקם את יכולתו לחשוב ולהרהר על מחשבותיו, רגשותיו, עמדותיו, אמונותיו והתנהגויותיו. **עבודה טיפולית טובה תביא את המטופל להסתקן ביחס לעצמו וביחס לזולת, בניסיון כן להתבונן בתודעה שלו ושל אחרים.**

ה"ריקוד" הזה, שבין התבוננות החוצה להתבוננות פנימה אצל המטפל ואצל המטופל מייצר את החוויה האינטר-סובייקטיבית של הנוכחות, של "עצמי". דקארט, בדברו על המבוגר, הניח כי "אני חושב משמע אני קיים", והובסון (2002), בספרו עריסת-המחשבה (The Cradle of Thought – Exploring the Origins of Thinking), הוסיף את המימד האינטר-

<sup>5</sup> הכיתוב במאמר זה יהיה לעיתים בלשון נקבה, ולעיתים בלשון זכר, כאשר הכוונה לכל אורכו תהיה לשני המינים (מטופל/ת, תינוק/ת, וכדומה).

סובייקטיביותען שאם הפעוט לא מעורב בקשר עם אנשים אחרים הוא לא יוכל להגיע לתודעה שהוא חושב. אלן (2008) אומר זאת כך: "אימא חושבת משמע אני קיים".

### 2.1.1. היכולת לשיקוף: וויניקוט (1971) תרם לנו את ההבנה לגבי תהליכי שיקוף

(mirroring), בהם הדמות המטפלת משקפת לתינוק את החוויה שהוא חווה. כאשר ילד אינו יכול לפתח ייצוג של החוויה שלו באמצעות שיקוף, הוא מפנים את התמונה של הדמות המטפלת, כחלק מהייצוג העצמי שלו. פעוטות לומדים להבדיל בין רגשות שונים באמצעות התבוננות בפניה של אמם או בתגובתה המילולית, המשכפלת את הרגש.

### 3.1.1. התפתחות הרגישות החברתית: פרופ' ג'ורג' גרגלי ושותפיו (1999) הצליחו להראות

לנו בסדרת מחקרים (יצירתית כשלעצמה) את התהליך ההתפתחותי-קוגניטיבי, בו מתפתח המוח החברתי. כאשר מקרינים לפעוטות את תנועות רגליהם על מסך טלוויזיה, תחילה הם מסבים את תשומת ליבם לשיקוף מושלם של תנועותיהם (צילום המראה במדויק ובו-זמנית את תנועת רגליהם) כך, הם מתחילים לחבר בין חוויות מוטוריות פנימיות לבין הקשרם במציאות הנראית (חיצונית לכאורה). בגיל שלושה חודשים מתרחשת תפנית משמעותית. משלב זה, הפעוט מסב את תשומת ליבו לשיקוף תנועות רגליו בקישוריות גבוהה, אך לא מושלמת (צילום המראה את תנועת רגליהם בו זמנית אך במדויק, אלא בעיכוב של מספר שניות). פרופ' גרגלי מפרש תפנית זו בהתפתחות הקשב של הפעוט מגירוי שקשור ל"עצמי" באופן מובהק, לגירוי ש"אינו עצמי", אך "מאד קרוב לעצמי". כך, מותווה הבסיס לתפנית בה הפעוט הופך להיות קשוב למה שהוא יודע שזו חוויית עצמו אך גם לאופן בו היא שונה בהשתקפותה במציאות. בהמשך ההתפתחות ועל בסיס זה, לפי גרגלי, פעוטות מפתחים את הרגישות החברתית, אליה מדבר וויניקוט, במצבים בהם הדמות המטפלת משקפת להם את מצבם הסובייקטיבי. פעוטות הסובלים מאוטיזם נותרים מקובעים בשלב הקודם. הם לא מפתחים את הרגישות החברתית. התיאוריה של גרגלי מצביעה על תהליך זה כעוגן ההתפתחותי עליו התנהגויות, ובהמשך גם חוויות, הופכות להיות בעלות משמעות ומיוצגות באמצעות שיקוף של דמות חיצונית.

הדמות המטפלת ממלאת תפקיד חשוב בוויסות מצבים רגשיים אצל הפעוט. בתחילת החיים, הרגעה מסופקת על ידי מגע פיזי ישיר, יצירת מעין מיכל פיזי המחזיק את התינוק ומאפשר לו לחוש בגבולות הפיזיים שבינו לבין הסביבה החיצונית. בהמשך חייו של הפעוט, הרגעה מסופקת באמצעות תקשורת רגשית שמקדמת את ההתפתחות של ייצוג הרגשות אצל הפעוט.

### 4.1.1. מסומנות: אם הדמות המטפלת משקפת ייצוג ישיר של הרגש של הפעוט, כיצד הוא

ילמד שמדובר ברגש שלו ולא ברגש שלה? אם הדמות המטפלת מחייכת כאשר הוא מרגיש שמח, כיצד ידע שהשמחה היא שלו ולא שלה? על הדמות המטפלת לשקף שהיא מציגה רגש שאינו שלה, אלא את הידיעה או המודעות שלה למצב הרגשי (מנטאלי) של הפעוט. הגילוי של גרגלי ופונגי: על שיקוף זה להיות מסומן (marked). הדמות המטפלת אמורה לסמן את המצג של הרגש. כשהיא מראה רגש מסומן היא מבטאה עמדת "כאילו" (as if) או מעמידה פנים. למשל, כאשר הפעוט מצוי בתעוקה רגשית, היא תצליח להרגיע אותו כאשר תבטא בפניה את המחשבה על המועקה של הפעוט, תחקה את רגש התסכול ביחד עם ביטוי של דאגה (במובן של concern ולא anxious). בדרך כלל, רגש מסומן כולל ביטויים רגשיים מוקצנים, איטיים, המבטאים מספר

רגשות בו-זמנית. הדמות המטפלת מסמלת לפעוט ש'מה' שהפעוט רואה הינו השתקפות של רגשותיו ולא של רגשותיה של הדמות המטפלת. שיקוף זה מאפשר לו להבין ש'מה אני מרגיש', שונה מ'מה שהאחר מרגיש'.

בתגלית הזו, פונגי וגרגלי חושפים את הבסיס ההתפתחותי-קוגניטיבי שמאפשר לפעוט ולדמות המטפלת ליצור קשב משותף למצבים פנימיים. בשלב הראשון, קשב לאמוציות וליצירת ההבחנה בין רגשות שונים. בשלב הבא, קשב למחשבות, עמדות, אמונות וכל מה שקשור למצבים מנטאליים-פנימיים. הילד עובר מפירוש המציאות כפי שהיא, ממצב בו הוא חווה את החוויה הפנימית באופן גולמי, למצב בו הוא יודע שזהו הרגש שלו והוא עשוי להיות שונה מהרגש של הדמות המטפלת. תהליך זה מבטא את המעבר מהחוויה של מיידיות המציאות הפיזית. הילד לומד להכיר את הרעיון של הרגש בניגוד לחוויית הרגש, רעיון הכעס לעומת חוויית הכעס וכדומה.

**5.1.1 יחסי התקשרות והתפתחות מנטליזציה:** הגורם המשמעותי ביותר המקדם יכולת לעסוק במנטליזציה הוא יחסי התקשרות בטוחים (Secure attachment relationships) בקשרים רגשיים קרובים. פעוטה שתגובתה של דמות ההתקשרות לנוכח מצוקותיה הרגשיות והפיזיות מרגיעה אותה, לומדת לצפות להרגעה כאשר מצבי מצוקה יופיעו בעתיד. פעוטה זו תוגדר כבעלת סגנון התקשרות בטוח. עבורה, דמות ההתקשרות - אמא, אבא או כל דמות מטפלת אחרת מספקים "מקלט בטוח" (safe haven), או "בסיס בטוח" (secure base).

חווית "הבסיס הבטוח" מאפשרת לפעוט לרכוש ביטחון לחקור את העולם שסביבו. חוקרי ההתקשרות צפו בפעוטות, שהוגדרו כבעלי סגנון התקשרות בטוח, כאשר הם שוהים יחד עם אמותיהם בחדר, ומשחקים איתן. התגלה שפעוטות אלה סקרנים ושמחים לגלות סוגים שונים של צעצועים, ומרשים לעצמם "לחקור" את הסביבה בחופשיות. אולם "בסיס בטוח" מאפשר לא רק לחקור את העולם החיצוני, אלא גם את העולם הפנימי, את העולם של הנפש שלי, ואת העולם הפנימי של אחרים.

המחקר בתחום ההתקשרות מצביע על כך שתפישתנו לגבי ההתפתחות שונה ממה שהאינטואיציה מציעה. האדם המבוגר יגרוס שתחילה אנחנו מגלים את התודעה שלנו, ורק לאחר מכן אנחנו מגיעים למסקנה שלאחרים יש תודעה דומה, כמו לנו עצמינו. אמונה שגויה זו מבוססת על ניסיונו באמפתיה - אנחנו מדמיינים את עצמנו באופן אקטיבי בנעליו של האחר, וכך מבינים אותו טוב יותר. אולם, המחקר ההתפתחותי מגלה שאנחנו לומדים על התודעה שלנו דווקא מבחוץ, באמצעות התודעה של האחר. כלומר, מתוך ציפייה שהאחר יהווה "בסיס בטוח", אנחנו מפתחים מודעות למצבים המנטאליים שלנו.

לדוגמא, דמיינו אם המשקפת לפעוטה את רגשותיו באמצעות הבעת פנים המורכבת ממספר מאפיינים: שינוי בתווי פניה, בנימת קולה, בעמידתה. היא מתבוננת בפני הפעוט המיוסר ופניה

מביעות תערובת של מצוקה, עניין, דאגה, חמלה, תהייה ועוד. היא מעבדת את ההרגשה<sup>6</sup> של הפעוט באופן אקטיבי – מתבוננת בו ומראה לו שהיא יודעת מה הוא מרגיש, ומזדהה אתו. אולם, באופן, שנראה קסום, היא מצליחה לסמן לפעוט שהרגש שהיא מפגינה אינו בדיוק הרגש אותו הוא חווה, כי אם הרגש שלה עצמה, המכיל בתוכו מגוון של רגשות.

שני תהליכים מתרחשים בו זמנית. ראשית, הפעוט "מרגיש מורגש", ותגובת אימו מרגיעה אותו. שנית, הוא מתחיל להבין את רגשותיו שלו. בפניה של אימו הוא רואה מה הוא חש וגם לומד מהי עוצמת התחושה. האם מוצאת את התודעה שלו בתודעה שלה, והתינוק, אף הוא מוצא את התודעה שלו בתודעה שלה.

מובן שאנחנו לומדים על התודעה שלנו לא רק דרך דמויות ההתקשרות ראשוניות, אלא גם באמצעות קשרים אחרים, עם אחים ואחיות, בני משפחה רחבה, חברים, ומורים. גם בבגרותנו אנו זקוקים למשוב חברתי – לא רק על מנת לאשר לנו את מה שאנחנו חשים, אלא גם כדי לעזור לנו להכיר את הרגשות והלכי המחשבה בתוכנו אליהם אנו לא מודעים.

#### ד. מצבים פרה-מנטאליים

אנו יודעים, שעל מנת להפוך ולהיות בעלי יכולת לעסוק במנטליזציה יש צורך בקשר בין אישי. ג'ון בולבי, למשל, התייחס למודלים של עבודה פנימית (internal working models). בהמשך לתיאורית ההתקשרות של בולבי, פונגי ועמיתיו מסבירים כי היכולת לעסוק במנטליזציה מתפתחת בתנאים של התקשרות בטוחה (secure attachment). באופן הרלבנטי לתהליכים בפסיכותרפיה, התקשרות בטוחה תורמת לחקירה של התודעה שלי המצויה בתודעת המטפל, שמחזיק בתודעתו את תודעתו.

כפי שוויניקוט הציע, כאשר הפעוט אינו יכול לפתח ייצוג של החוויה שלו (התחושה של "עצמי") דרך שיקוף, הוא יפנים דימוי של הדמות המטפלת בייצוג העצמי שלו.

פונגי ושותפיו אספו ראיות מחקריות המצביעות על כך שהתקשרות טראומטית בילדות מחלישה את היכולת לחשוב על מצבים מנטאליים (פונגי ואחרים, 1996; לוינסון ופונגי, 2004). ההנחה היא שדמות מטפלת לא בטוחה (מבחינת התקשרות) עשויה להגיב בשלושה אופנים עיקריים: שיקוף מדויק וזהה למציאות ולא שיקוף מסומן, ולא שיקוף מסומן, שנכנה אותו מעתה 'השוואה נפשית' או שיקוף שכלל אינו מקושר למצב הרגשי של הפעוט, אותו נכנה מעתה בהקשר הטיפולי 'העמדת פנים', ומצב טלאולוגי.

#### ד.1. מצב "השוואה נפשית" בהקשר הטיפולי

שיקוף מדויק: דמות מטפלת הנוטה להגיב לילדה באופן מדויק, באופן זהה למציאות ולא באופן מסומן, מייצרת מצב בו רגשות שליליים משתקפים באופן ישיר ואמתי. בכך, היא מחזקת עבור הילד השוואה בין החוץ לבין הפנים. מה שקיים בתודעה חייב להיות קיים במציאות החיצונית.

<sup>6</sup> הרגשה בתרגום מ-feeling. ההרגשה היא הביטוי החיצוני של מצבים פנימיים, גולמיים. מצבים פנימיים יוגדרו כרגש או תחושה, בתרגום מ-emotion.



מה שקיים בחוץ, חייב להיות קיים גם בתודעה. כתוצאה מכך, עבור הילד יהיה זה בלתי אפשרי להגיע לוויסות (modulation) של הרגש.

פונגי וטארג'ט מגדירים "השוואה נפשית" (psychic equivalence) כקושי בוויסות רגשי הנובע ממיקוד מודגש במציאות הפיזית והקונקרטית ולא במציאות הפנימית, רגישות יתר לתגובות גלויות לעין של האחר ופרשנות מוטעה שלהם.

בהקשרים טיפוליים, מדובר במצבים בהם המטופל מגיב בחשיבה קונקרטית, נוקשה. נעדר את האפשרות לחשוב על חלופות או על נקודות מבט שונות. יש דחייה של מצב "כאילו" (as-if). הכול נחוה אמתי. אין יכולת התבוננות ממספר נקודות מבט על המציאות החיצונית או הפנימית. כפי שהפעוט פוחד מהווילון המרצד, בטוח שמאחוריו מתחבא שד מפחיד ומשוכנע שמחשבתו היא המציאות, כך גם נפגוש את איכות חווית העצמי בקשרים הבין אישיים וביחסים טיפוליים.

פרשנות של המטפל לא מתקבלת, אלא אם היא זהה לפרוש המציאות על פי המטופל. המטופל בטוח שמה שנמצא בתודעה שלו היא האמת, זו המציאות ואין בלתי. אם הוא חושב שהמטפל עייף ומסביר זאת לעצמו בכך שהוא משעמם את המטפל, הוא גם בטוח שהוא משעמם. במצבים קיצוניים יותר, המטופל עלול להגיב בעוינות פרנואידית. הוא חושב שהמטפל דוחה אותו או ביקורתי כלפיו, הוא בטוח בכך, ומגיב בעוינות ישירה או בהתנהגות של acting out.

למשל, המטופלת משוכנעת שהמטפל כועס עליה כי ראתה שתנוחת ישיבתו השתנתה ופניו התכרכמו, או שהוא שתק יותר מדי, או שטון קולו התגבר, או שתגובתו, לדבריה, הייתה קצרה וחותכת. במצב הקיצוני "השוואה נפשית" מופיעה בזיכרונות חודרניים של טראומה, שמשמעותם חוויה מחדש של האירועים הטראומתיים בפלש-בק. כאשר מופעלת מערכת הפלש-בק, המציאות הפנימית נחוות כאמתית, כחיה, באופן ממשי וקונקרטי. זהו מצב בו נמחקת הידיעה שמצבים מנטאליים הם ייצוגיים. במצב רגיל, בו יש הפרדה בין המציאות הפנימית לבין זו החיצונית היה האדם אומר לעצמו: "כשאני מתבונן בתמונת הקרב, שומע את קולות הנפץ, חווה את האימה, אני יודע שאני מתבונן בתמונה שהיא ייצוג של החוויה ולא חי את החוויה שוב, עכשיו".

**בטיפול, המטפל פוגש במטופלת שדוחה כל חוויה של "כאילו" – תיאורי ההתרחשויות נחוים בהווה, כאילו התרחשו בזמן הטיפול.** כשמטופלת מתארת זעם כלפי בן זוגה, אותו חוותה כמי שנטש אותה, בזמן תיאור הדברים היא "חיה" את האינטראקציה עם בן הזוג, מתייחסת אליו ישירות כנמצא בחדר, מדברת בגוף שני ("אתה"), מרימה את קולה, מעוותת את פניה, מאדימה ומכווצת את גופה. במקרה כזה, כשהמטופלת חושבת על מה שקרה בעבר וחיה את זה בהווה, כמשהו שקורה בחדר, אין מקום לשלושה (המטופלת, בן זוגה והמטפל), אלא רק לשניים.

בעמדת "השוואה נפשית", היכולת לחשוב על מחשבות, רגשות, או משאלות של עצמי לא נוכחת בתודעה. אין יכולת לגמישות מחשבתית. בהעדר יכולת להבין שמחשבות ורגשות הן מהויות משתנות המטופלת נצמדת להסבר יחיד מבחינתה שנותן משמעות להתנהגות. אין לה יכולת לבחור מתוך טווח של אפשרויות. אין לה יכולת לשלול אפשרויות לא מתקבלות על הדעת. אין לה מקום לספק. כמו כדור שלג מתגלגל, ככל שתיאור החוויה בקשר הבין אישי מתקדם, כך מתחזק שכנועה העצמי ש"אני צודקת". הטון הרגשי מאופיין לעיתים קרובות בעוינות פרנואידית.

**לעיתים קרובות, שכנוע זה מופיע בדמות של ראוותנות דרמטית, המציגה את הידיעה הוודאית לגבי מה שמצוי בתודעה של האחר ומדוע הוא פעל כפי שפעל.**

במצב מנטאלי זה, קשה מאד למטפל לספק שיקוף או פרוש שיגרום לתזוזה ויסלק את ההשוואה הנפשית. כאשר כל מה שנחשב, מורגש, או מדומיין נחוה כאמתי קשה למטפל להשהות את "המשוואה הנפשית" ולשוב לשיח טיפולי מתבונן בו ניתן לדבר על מצבים פנימיים כייצוגים. בגלל המופע הרגשי המודגש שמתרחש אצל המטופלת, **המטפל אינו רק צופה בדרמה, אלא הופך להיות שותף לה.** אז, המטפל עלול להיחוות כמאשים ("אתה מזדהה עם החבר שלי ולא מסכים איתי"). הוא מוטען בעמדת "המשוואה הנפשית" ועלול להתפש כביקורתי ("אתה שוב ושוב טוען שאני אחראית לכך שהוא לא רצה להמשיך להיות איתי בקשר") או כאדיש ("אתה נראה לי עייף ולא אכפת לך ממה שאני מספרת לך"). גם בהקשר לחוויה זו לא תהיה אפשרות להעלות ספק.

#### **ד.2. מצב "העמדת פנים" בהקשר הטיפולי**

**שיקוף שאינו מקושר:** הדמות מטפלת הנוטה להגיב בשיקוף שאינו מקושר כלל לחוויה הראשונית של הילד מייצרת אצלו נטייה לפתח מבנה של "עצמי כוזב", בו הייצוג של מצבים פנימיים אינו נחוה כאמתי. בכך הדמות המטפלת מחזקת עבור הילד את העדר הקשר בין 'מה אני יודע' ו'מה אני מרגיש'. הייצוג של המצב הפנימי מתקיים במחשבה, אך לא נחוה באמת. בהקשרים טיפוליים, המצב השכיח הוא שיח שנשמע כאילו הוא מכיל מנטליזציה, אך הוא משולל משמעות אמיתית, נעדר חיבור לחוויה עכשווית, מורגש כ"לא אמיתי". לעיתים מתרחש דיון אינטלקטואלי, אשר לא נחוה כלל כקשור למצבים פנימיים. כאשר המטופל מדבר, המטפל יחוה את עצמו 'בחוק', יחוש מורחק, לא מבין. במקרה הקיצוני, המטופל נראה דיסוציאטיבי ומדבר מתוך עולם ממנו המטפל חווה את עצמו מנותק לגמרי.

**המהות של מצב "העמדת פנים" היא ההפרדה שבין מציאות נפשית לבין מציאות פיזית עד לנקודה בה לא ניתן לקיים קשר כלשהו בין השניים.** למשל, המנכ"ל שמתפאר בפני חבר מועצת מנהליו על הצלחותיו, בלא קשר למציאות, ימצא את עצמו די מהר במועקה, כאשר מי מחברי מועצת מנהליו יאתגרו אותו. באופן דומה, התודעה של מטופלת עשויה לאמץ תבנית בה המציאות הנפשית והמציאות הפיזית נפרדות לגמרי זו מזו: **יש תחושת מצוקה, אך בה בעת יש שידור של אדישות: "הכול בסדר". יש דיבור על מצוקה, אך זהו דיבור שאינו מחובר רגשית.** כך שעה שהשיח הטיפולי נשמע כאילו קיים בו עיסוק במנטליזציה, בפועל מתרחש דו שיח אינטלקטואלי. המצבים המנטאליים מתרחשים ללא השתמעות אמיתית, וללא קשר לתחושה אותנטית.

המטופלת, המודעת אך במעט למשמעותם של מצבים פנימיים, עשויה לחפש קשרים מתעתעים לגבי המציאות הפיזית, למשל דרך אמונה מיסטית, רוחניות, כישוף, תורת הנסתר או כל תופעה פרה-נורמאלית. אין בכך כדי לומר שאין ערך לפעילויות כגון אלה – גם הדרך לפסיכותרפיה עוברת דרך המסע לחיפוש משמעותם של מצבים פנימיים – אלא שמי שסובלת מהפרעת אישיות גבולית איננה מצויה בעמדה המאפשרת לחבר אמצעים אלה לחוויותיה הפנימיות האמיתיות. רעיונות אלה אינם ממלאים עבורה את החסר ואינם מובילים ליצירת משמעות (אותה היא בעצם מחפשת), וכך היא עשויה להידחף מרעיון אחד לאחר, מאמונה אחת לאחרת, או לעבור ממטפלת למטפלת.

במצבים מסוימים, הסובלים מהפרעת אישיות גבולית מחפשים קולות של אחרים שנתפשים על ידם כ"יודעים". בהעדר תמונה פנימית אינטואיטיבית של "האם מה שאני חושב או מרגיש זה נכון" הם נדחקים לחלוק התרחשויות שמעיקות עליהן ומאמצים לעצמם את האמונות של האחרים כאילו היו אלו אמונותיהם (ראה הדוגמה שתוארה בפתח). זהו תהליך בין אישי בו האדם כאילו אומר לעצמו "אם אני לא יודע ומישהו אחר יודע, אז אני יודע", כפי שג'ון אלן (2008) שינה את הגדרתו של דקארט והסביר שעבור הפעוט "אימא חושבת שאני קיים משמע אני קיים".

דינה (שם בדוי) לא מצליחה ליצור קשר זוגי. היא מתחילה לצאת עם גבר, לא מוצאת סימנים בהתנהגותו לכך שהוא נמשך אליה, לא מאמינה שהוא מעוניין בה. היא חולקת את פחדיה עם מספר חברות קרובות, באופן יום יומי, ומבקשת לדעת מה לעשות: "האם אני צריכה להפסיק או להמשיך את הקשר?" החברות מגיבות באופן שונה זו מזו, כל אחת על פי תפישת עולמה. המטופלת מאמצת אחת התפישות שנראית מתאימה באותו הרגע, למשל "אני צריכה לעזוב אותו אם הוא ימשיך להסתיר אותי מבני משפחתי".

במקרים רבים, מתהווה גם סכנה להתפתחות של העברה נגדית בה המטפל "נדחק" למקום של הצגת "אני יודע". אל מול מצוקה זו עלול המטפל 'לברבר' על עניינים שבמידה מסוימת הוא בור לגביהם, ואף להיכנס לעמדה של "העמדת פנים", של מי שמקדין כלפי חוץ עמדת ידיעה, בשעה שהוא לא באמת יודע.

במצב הקיצוני, "העמדת פנים" מופיעה כאשר המטופלת נראית דיסוציאטיבית, מדברת מתוך עולם ממנו השומע לגמרי מנותק. המטופלת פועלת במצב "העמדת פנים" כאשר יש למטפל תחושה שהיא 'מבלבלת את המוח', כשהמטפל מאבד את חוט המחשבה שלה. המטופלת מדברת על משהו כאילו היא יודעת עליו מבלי שיש לה מושג קלוש על מה היא מדברת, והמטפל עושה את עצמו כאילו הוא מבין על מה המטופלת מדברת, מהנהן בראשו כסימן לכך שהוא מבין (אך למעשה, אין לו מושג על מה מדברת המטופלת!). לשיח הטיפולי יש נראות של תקשורת, אך לחילופי המילים אין משמעות אמיתית. מצב זה מתרחש בטיפול כאשר הסיפור של המטופלת לגבי מצבים פנימיים משולל משמעות והשתמעות. יש אריכות בדיבור על מצבים פנימיים ועל יחסים בין אישיים, אך הקשר למציאות החווייתית נעדר..

פרנקפורט (2005) מכנה דיבור כזה כ-bullshitting. במצבים אלה, אם לא שמנו לכך לב, עשויה להתפתח אשליה שנעשית עבודה טיפולית. הטיפול יכול להמשיך, כמעט ללא סוף, ללא התקדמות.

### ד. 3. מצב טלאולוגי בהקשר הטיפולי

פונגי וטארג'ט מתארים גם מצב נוסף, מוקדם יותר מבחינה התפתחותית, אותו הם מכנים מצב טלאולוגי (teleological). ההגדרה המילונית מסבירה את המצב הטלאולוגי בתפישה שמערכות בטבע פועלות לכיוון ולמטרה, על מנת לשפר את מצבן. בגיל 8-9 חודשים פעוטות מתחילים לחשוב במונחים של פעולות כמכוונות למטרה. הם מצפים שסביבתם תתנהג באופן הגיוני, בהתאם למגבלות הפיזיות. למשל, נמצא בניסויים, שהם מופתעים מאד כאשר הם צופים בכדור שמועבר מצד אחד לצד אחר ואינו עושה זאת בדרך הקצרה ביותר – כפי שניתן היה לצפות.

דוד (שם בדוי) מגיע לטיפול בתלונה על תחושות לא טובות ("לא כל כך שמח"), חוסר סבלנות, בדידות, חוסר שליטה על מצב הרוח. מצבי רוחו משפיעים בעיקר בקשר עם חברתו. דוד מתאר שיחת טלפון בה חברתו סיפרה לו ששוחחה עם חברתה לעבודה. הוא חש חוסר נוחות, מפסיק לדבר, נאטם. חברתו שואלת אותו מה קורה לו. כשהוא ממשיך לשתוק, היא מוסיפה ש"נדבר על כך כשנפגש". אז, דוד חש באי נוחות מוגברת, לא מזהה רגשות מסוימים. בבירור המבוסס על גישת "עצור וחזור" (טכניקה טיפולית במסגרת גישת MBT), מה עבר במחשבותיו וברגשותיו, דוד מתאר שכאשר חברתו דיברה על שיחתה עם חברתה הוא חש "בחוץ, לא שייך, למה היא מדברת איתה ואיתי היא לא מדברת". בהמשך, כאשר חברתו אמרה לו ש"נדבר על כך שניפגש" דוד חש שהוא כועס, תחושה שלווה בחוויה של שנאה עצמית "כי אני יודע שכעס זה דבר הרסני". בני הזוג נפגשו מאוחר יותר. חלפו דקות מבלי שדיברו, כאשר דוד ממתין שחברתו תדבר. הוא מוצא עצמו לפתע בוכה ומחכה שחברתו תחבק אותו. הוא אומר שעבורו חיבוק יהווה הוכחה לכך שחברתו חשה חיבה כלפיו. כך תשיב לו תחושה של שלמות, תחושה שתאפשר לו לא לשנוא את עצמו.

עבור דוד המציאות הפיזית שחברתו תארה ובה שוחחה עם חברתה לעבודה, התפרשה באופן חד משמעי כדחייה שלו, כאילו אמר לעצמו 'כשהיא לא מדברת איתי זה אומר שלא אכפת לה ממני'. במצב זה, באופן אוטומטי, אין הוא מסוגל לעסוק במנטליזציה, לחשוב על הסברים אחרים. בהמשך, כאשר הוא חווה מועקה לא ברורה, לא מתויגת – הוא ממתין שחברתו תחבק אותו. גם אז, החיבוק יצביע עבורו על התוקף החד משמעי של המצב המנטאלי בו חברתו מצויה, 'אם היא מחבקת אותי סימן שהיא מחבבת אותי'. הנרטיב שעולה בשיחה עימו מצביע על מרכיב נוסף המשמעותי בשרשרת הבלתי נמנעת של החוויות הבאות: אני מרגיש מועקה – אני לא יודע בדיוק מה אני מרגיש – אני קולט סימנים התנהגותיים שמוכיחים שלא אכפת לאחר ממני – אני כועס – אני שונא את עצמי. במצב זה, מתגבר הצורך בהתקרבות לדמות מרגיעה, שתאפשר תחושה של שלמות.

במצב הטלולוגי, **למעשים יש בולטות על פני מילים. לחוויה הפנימית יש תוקף כאשר התוצאות נראות לעין.** חיבה, לדוגמא, נתפשת אמתית רק אם היא מלווה בביטוי פיזי, כמו נגיעה או לטיפה. אם אין ביטוי פיזי, אין חוויה של חיבה. במצב טלולוגי התפקוד מושפע מהאמונה שמצבים מנטאליים נתפשים אמתיים, רק הם מאומתים על ידי פעולה פיזית שניתן להבחין בה, ואשר עולה בקנה אחד עם האמונה, ההרגשה או המשאלה של האדם. **הפעולה הפיזית מקבלת עודפות כמצביעה על תוקף חד משמעי של המצב המנטאלי.** התחייבותו של המטפל לראות את המטופלת מספר פעמים בשבוע בשעות מוקדמות לא יחוה כסימן למחויבותו. התחייבות כזו מתקבלת כמובנת מאליה, וכחלק סטנדרטי מהתמיכה הטיפולית. **רק הסטייה מהדפוס הקבוע בהתאם למשאלתה של המטופלת נחוות כבעלת ערך.** כך, רק התנהגויות כגון התקשרויות טלפוניות בין הפגישות הטיפוליות, בקשה לפגישות מחוץ לסדר הרגיל, גלישה בזמן מעבר לשעה הטיפולית, מהווים הוכחה למחויבותו של המטפל.

בתגובה למצב טלולוגי המטפל עשוי גם למצוא עצמו מיעץ למטופלת מה עליה לעשות. מטופלת מצויה בייאוש ובתחושה שהיא חייבת לקבל תשובות. היא שואלת "כמה זמן ייקח לי לצאת מהדיכאון?", "האם עלי להתגרש?", "האם עלי להפסיק לנסות להתפייס עם אימי?" האם

התמונות ששוב ושוב עולות אצלי מצביעות על כך שבאמת עברתי התעללות מינית? והמטפל עלול לתת לה תשובות קונקרטיות לשאלות.

התנהגות הנובעת ממצב טלאולוגי עשויה להתפרש כהתנהגות מניפולטיבית, לאמור, המטופלת מתכננת בכוונה תחילה לעבור על הגבולות על מנת לחוש את המחויבות של המטפל. מחשבה זו מקבלת משמעות רבה יותר כאשר היא מיוחסת להתנהגויות של פגיעה עצמית או ניסיון אובדני, לאמור, 'פגיעה עצמית או ניסיון אובדני מתרחשים על מנת לזכות בתשומת לב, כאילו כוונתו לכך במחשבתה של המטופלת מלכתחילה'.

**מהבחינה הטלאולוגית, ההתנהגות אינה מתוכננת, אלא נכפית מבפנים. ההתנהגות מופעלת. היא גורמת למטופלת לראות שהתגובה להתנהגותה היא תשומת לב המטפל. בנסיבות דומות, מי שניחן ביכולת לעסוק במנטליזציה לא היה מעלה ספק לגבי העניין והדאגה של האחר, גם מבלי תגובה התנהגותית. אמונה מוטעית של המטפל, כאילו מטרת הפגיעה העצמית מכוונת על מנת לזכות בתשומת לב, כהתנהגות מניפולטיבית, עלולה להביא לתגובות לא תואמות, אולי אף לתוכחה ולנזיפה.**

#### **ה. חולשת עיסוק במנטליזציה בהפרעת אישיות גבולית**

כאשר הילד עומד בפני דמות מטפלת מבוהלת או מבהילה, הוא קולט אל תוכו, כחלק ממנו, את הרגשות של הדמות המטפלת - כעס, שנאה או פחד, את הדימוי שלה אותו כמבהיל או כבלתי ניתן לשליטה. על מנת שהילד יגיע לחוויית ייצוג עצמי נסבלת וקוהרנטית עליו להחצין זאת, פשוט, כיוון שרגש זה נחוה כזר. את התוצר של ייצוג עצמי לא קוהרנטי המשיגו פונגי וטארגיט כ"עצמי זר" (alien self). אחרי שחלק זר זה אוסן בחוויה של ייצוג ה"עצמי", הוא נחוה כחלק זר ומכאיב, עוין ורודף. כמו מזון מקולקל, זהו חלק שלא ניתן לעיכול בתוך ה"עצמי" האמתי. לכן, כמו מזון מקולקל, עליו להיות מורחק החוצה, מוחצן. ברמה הפשוטה, סילוק ה"עצמי הזר" החוצה יוצר חוויה של מציאות חיצונית מפחידה, כיוון שהחלקים הרודפניים נחוים כעת מבחוץ. הם הופכים להיות אמתיים. ברמה המורכבת יותר, קיימת חשיבות ממעלה ראשונה שהחלקים הרודפניים יהיו בבעלות תודעה אחרת, כך שאותו תודעה תיהיה בשליטה על חלקים אלה. מבחינת פונגי וטארגיט זהו הסבר חלופי לשימוש בהזדהות השלכתית.

פונגי משער כי אטימה של עיסוק במנטליזציה תתרחש בתגובה לחוויה טראומטית במסגרת יחסי התקשרות. מטופלים בעלי ה.א.ג. ימנעו מלחשוב על מצבים מנטאליים כיוון שמחשבה על מצבים מנטאליים של המתעללים ששימשו גם כדמות התקשרות הינה בלתי נסבלת וכואבת. מכאן, ניתן לשער, שבמצבים בהם מופעלת חוויית הטראומה ביחסי התקשרות (יחסים קרובים מבחינה רגשית, בהם יש ציפייה שבמצבי חרדה, התקרבות תביא להרגעה) יתרחש דיכוי של המנטליזציה. ההגנה הפסיכולוגית המיידית של האדם היא לא לחשוב על מחשבותיו (הזדוניות) של האחר.

הקטע הבא מתאר פגישה עם עופרית (שם בדוי), מטופלת המצויה בקשר זוגי מזה שלוש שנים, במהלכם היא חשה, שוב ושוב, שבן זוגה דוחה אותה, מפרשת זאת בכך שהוא לא מעוניין בה. עופרית פותחת את הפגישה באמירה: "אני עוד פעם הורסת את חיי". בבירור שנערך עימה עולה כי למרות מאמצים כבירים להימנע מלהאשים את בן הזוג בדחייתו, היא שוב ושוב, מוצאת עצמה חושפת בהתנהגותו של בן זוגה ראיות לכך שלא אכפת לו

ממנה. למשל, עופרית מספרת שהוא לא שלח לה את ה-SMS הקבוע שנשלח בכל בוקר בשעה 0930. היא נתקפת בחרדה, האוחזת בה, עד אשר היא נפגשת עימו בשעות הערב.

בערב היא ממתינה להופעתן של התנהגויות שתוכחנה לה שהוא מעוניין בה. כשאלה אינן מופיעות, היא חוזרת ושואלת אותו באופן אינסטינקטיבי: "אני מעצבנת אותך? אתה אוהב אותי? תתחתן איתי?". בסקרנותי, מה מתרחש במחשבותיה וברגשותיה אני מגלה (ביחד איתה) שהחוויה של "אני עוד פעם הורסת את חיי" עולה כביטוי של "אני עוד פעם חשה שאני לא שווה". אני מנסה לשקף לעופרית שחרדתה היא מעצם המחשבה שבן זוגה ינטוש אותה, ובעקבות כך היא חשה באופן וודאי שהוא באמת נוטש אותה. אני מוסיף ואומר, שבאותו הרגע, היא גם נמנעת מלחשוב על סיבות אפשריות אחרות לעובדה שהוא לא שלח SMS. אני מבקש ממנה לבדוק אם יתכנו אפשרויות אחרות. עופרית מגיבה: "אתה לא היית שם ואתה לא יודע. אין אפשרויות אחרות". לקראת סוף הפגישה, כשאני חש מעט מבולבל, חושב על כך שהיא מדכאת שוב ושוב את יכולתי ויכולתה למנטליזציה, מתרחש השיח הבא:

**אני:** "נותרו לנו עוד מספר דקות לסיום הפגישה. התחלת את הפגישה באמירה שאת הורסת שוב את חייך. האם המפגש בינינו עד עכשיו עזר לך?".

**עופרית (לראשונה בפגישה נראית מהססת, מתלבטת, חושבת):** "לא, אני עדיין חשה שאני הורסת את חיי ואני לא שווה".

**אני:** "נסי לעזור לי להבין כיצד הגבתי באופן שלא עזר לך".

**עופרית (שוב, חושבת, מתלבטת):** "אני לא יודעת להגיד לך.... בעצם, כן... כל הפגישה הרגשתי ששום דבר ממה שאתה אומר לא נכנס אלי, הרגשתי numbness".

**אני:** "בוא ננסה לראות מה היה במה שאמרתי או באופן שבו אמרתי שגרים להרגשת ה- numbness?".

**עופרית:** "עכשיו אני נזכרת ששמתי לב שהסתכלת בשעון וחשבתי שלא אכפת לך ממני, שבשבילך אני רק "עבודה" ואני משעממת אותך".

**אני:** "אני יכול להבין שכשאת מרגישה שאת לא שווה את מגיעה למסקנה זו. יש סבירות גבוהה שאם הייתי במצבך הייתי חש כמוך. עכשיו, אני נזכר שאמנם כמו שאמרתי, הסתכלתי בשעון. האם כשהסתכלתי בשעון חווית שאת משעממת אותי?"

**עופרית:** "כן. הרגשתי שלא אכפת לך ממני".

**אני:** יתכן שכפי שאת חשה כעת, הגעת מהר למסקנה שלא אכפת לי ממך. אולי כעת אינך יכולה להעלות הסבר אחר מדוע הבטתי בשעון, האם יכולים להיות לך הסברים אחרים?"

**ה.1. כישלון בעיסוק במנטליזציה בהקשר בין אישי וביחסי העברה**

המטופל הגבולי מצוי במצב של הזדקקות לקשר בין אישי אך לא נהנה ממנו. קשר בין אישי חיוני על מנת לייצב תחושה של מבנה פנימי, של לכידות, של "זהו אני". ואולם, באותה העת, הקשר מהווה גם מקור לפגיעות משמעותיות. בהעדרו של האחר, כאשר יש שבר בקשר הבין אישי, או כאשר האחר מפגין עצמיות (או עצמאות), ה"עצמי הזר" חוזר לשכון בפנים, כחלק רודפני, וגורם לערעור מבנה הלכידות של ה"עצמי".

פגיעות זו מתעצמת שבעתיים במערך של יחסי התקשרות. טראומות עבר מותירות את הנפגע עם מודלים מרוששים של עבודה פנימית. ייצוגי מצבים מנטאליים של ה"עצמי" ושל האחר מפסיקים לעבור מנטליזציה. הם הופכים להיות דלים, עקרים, חד משמעיים, למשל, הביטחון המוחלט שידידתך נפגעה מהערך לגבי תסרוקתה, וזה מה שגרם לה לקצר את השיחה ולנתק את הקשר עימך. השערה זו נחווית כ"המצאיות" ואינה תוצר של הבנה, שמדובר אך ורק בייצוג מנטאלי של המציאות. **כלומר, הימצאותו של האחר חיונית על מנת לשחרר את ה"עצמי" מהחלקים הזרים, וכך נוצרת תלות טוטאלית באחר.**

יחסי ההעברה מאופיינים בהחצנת החלקים הזרים של המטופל אל המטפל. המטופל חייב לייצר יחסים עם המטפל, בהם הוא "מקיא" את התחושות הזרות אל המטפל. באופן מתמשך ולא מודע לעצמו, המטופל מתפעל את המטפל לחוות תחושות אינטנסיביות. במשך הזמן, תחושות אלה נחוות על ידי המטופל מבחוץ, כשייכות למטפל, כמצויות בתודעת המטפל. אז, למטופל אין עוד עניין במטפל. הוא אף שואף לנער חוצנו ממנו. ברגעים אלה, המטפל עשוי לחוש נעזב, למשל, בפעמים בהם המטופל טוען שהטיפול לא עוזר לו בכלל ומודיע שהוא עוזב, או עשוי לחוש הקלה, למשל, במקרים בהם הוא מפתח התנגדות למטופל שחודר שוב ושוב לנימי חולשותיו. במקרים מסוימים, מתרחשת הפרה של הגבולות מצידו של המטפל, אם בשל הקושי שלו להתמודד עם חווית הדחייה, ואם בשל הקושי להתמודד עם החוויה התוקפנית שנבנית בתוכו, זאת בשעה שהמטופל בעצם חפץ להרחיק מעצמו את החלקים, אותם הוא מותיר אצל המטפל.

**בעתות אלה, התמקדות המטפל בפירוש של יחסי ההעברה עלולה להיחוות על ידי המטופל כערעור ניסיונותיו "להיפטר" מהחלקים הזרים ולכן יכולה להפוך לקאונטר-פרודוקטיבית, אולי אף להביא לסיום מוקדם של הטיפול. פירוש ישיר, בסגנון הקלאסי, המתאר תהליך בו המטופל מעביר את חוויות ורגשות חזקים שחוה כלפי דמויות משמעותיות בעברו אל המטפל, עלול לגרום למטופל בעל ה.א.ג. לחוש שמה שמתרחש בטיפול אינו אמיתי. זו תחושה העשויה להוביל לחוויה דיסוציאטיבית, בה הרגש הנחוה אינו מקבל תוקף. במצב שכזה, המטפל והמטופל עשויים לייצר יחדיו שיח משוכלל, מפורט ומורכב, אשר לו קשר מועט למגע חווייתי עם המציאות. לחלופין, המטופל עשוי לעזוב את הטיפול בכעס או בבוז, מתוך חוויה שהמטפל לא מבין את בעיותיו וקשייו העכשוויים, או שהוא עשוי לסגת מהטיפול מבחינה מנטאלית, לייצר תהליך טיפולי כוזב, כך שנראה 'כאילו' מתקיים טיפול. במצב זה, שני הצדדים, המטפל והמטופל, למעשה מדברים עם עצמם.**

השתמעות זו, השוללת פרוש קלאסי של העברה, הינה אחד מהמוקדים הבולטים המבחינים בין הפרקטיקה הטיפולית הקלאסית לבין הפרקטיקה של טיפול מבוסס מנטליזציה.

אז מה עושים?

## טיפול מקדם מנטליזציה – הפרקטיקה הטיפולית

פונגי ועמיתיו מצביעים על כך שטיפול במנטליזציה הינו הגורם הבסיסי הקבוע המתקיים בכל מעשה טיפולי. כמו כן, הם מדגישים שהמיקוד במנטליזציה בטיפול הינו הכי פחות חדשני שניתן לדמיין. **למעשה, כולנו, מטפלים ומטופלים, בני האנוש עוסקים במנטליזציה.** ואולם, אנחנו יכולים ללמוד לעסוק במנטליזציה באופן יותר מתמשך ומשוכלל. **פסיכותרפיה מתרחשת בהקשרים טעונים רגשית, בהם יכולת לעסוק במנטליזציה היא חיונית, אך גם עלולה להיות רצופה במכשולים.**

לי, כמטפל מנוסה בשנים, קשה כיום לדמיין את עצמי עוסק במעשה הטיפולי בלא מנטליזציה. עבורי, העיסוק במנטליזציה הינו כמו השבת אוויר צח לריאות. אני מוצא כי העיסוק במנטליזציה רלבנטי במיוחד בהדרכה של מטפלים בתחילת דרכם, הבאים לעיתים קרובות, כבולים למרשמים ולהגבלות שרכשו בלימודיהם, כך שהם פועלים כבתוך צינוק, לעיתים אף מעונים על ידי מצפון נוקשה המיוצג על ידי המדריך ("היודעי") או התיאורטיקן והתיאוריה המוערכים. ובעצם, עכשיו, כאשר אני כותב דברים אלה על המטפלים שבתחילת דרכם, אני מצוי במצב של "השוואה נפשית". אני עושה הכללה (כאילו כל המטפלים בתחילת דרכם הם כך) ומגיב מתוך החוויה שלי כמטפל ומודרך צעיר, (ולשמחתי גם כיום, כמודרך לא כל כך צעיר).

לרבים מאתנו במקצוע די ברור שאין דרך אחת שמהווה את המעשה הטיפולי האולטימטיבי. מניסיוני בטיפול, כמו גם משיחות עם עמיתיי הצעירים והותיקים אני למד, שיותר משזו התיאוריה שמדריכה את יכולתי להיות מטפל אפקטיבי, זהו האדם שאני, זה האופן בו אני עובד עם אנשים. לכן, אומר מלכתחילה, כהקדמה ל"מרשמים" שאציג בהמשך, בעבודתך הטיפולית, היה מי שאתה, היה טבעי. כשאינך יודע מה לעשות, הכר בכך, תן לזה מקום והיה מוכן לומר למטופל שאין לך מה לומר.

התפישה של פונגי ועמיתיו היא שניתן להשתמש במעשה הטיפולי מבוסס המנטליזציה בכל סוגי הטיפול, ללא תלות באוריינטציה התיאורטית של המטפל. מטפלים בגישות טיפוליות שונות משתמשים בעקרונות גישת מנטליזציה כאשר הם חשים שזו יכולה לתרום.

הדגש בו התפתחה הפרקטיקה הטיפולית של פיטר פונגי ואנתוני בייטמן הינו שבטיפול בה.א.ג. **חיוני להתמקד בפיתוח היכולת לעסוק במנטליזציה, ולא בפיתוח תובנה על סמך פרוש של יחסי ההעברה.** הטענה היא שהמכנה המשותף לכל הגישות הטיפוליות בה.א.ג. הוא **בפוטנציאל המשותף ליצור מחדש שוב ושוב יחסי התקשרות במערך הטיפולי, בו תהליכי עיסוק במנטליזציה מתפתחים, מתחדשים ומבלבלים.**

המהות של הטיפול באמצעות עיסוק במנטליזציה בה.א.ג. מצויה בחוויה של המטופל שהתודעה שלו (המטופל) מצוי בתודעה של האחר (המטפל). **המהות אינה בתוכן של הפרוש או במרכיבים תמיכתיים לא ספציפיים, אלא בתהליך שמייצר פרוש.** המיקוד הוא בתהליך הפנימי המתרחש בעולמו של המטופל המאפשר יצירת משמעות להתנהגות העכשווית.

כבכול טיפול פסיכולוגי, השינוי אותו מבקש המטפל להוביל, דורש **מהמטופל להסיר את ההגנות האוטומטיות שלו במצבים טעונים רגשית ולהסתכן באימוץ של דרכי חשיבה והתנהגות סתגלניים יותר.** טרם הטיפול, האמצעים העיקריים בהם המטופל ידע להשתמש, במצבים של



חרדה וטעינות רגשית, כאשר מערכת ההתקשרות נטענת, היא עלולה לכלול הימנעות מהתבוננות במצבים מנטאליים שלו ושל זולתו, ושימוש מוגבר ב"השוואה נפשית", ו/או "העמדת פנים", ו/או "מצב טלאולוגי", מטרת התהליך הטיפולי תהיה לבחון את המצבים בהם חלה קריסה של המנטליזציה למצבים הפרה-מנטאליים, ואימוץ עמדת מנטליזציה במצבים אלה, הן בקשר הטיפולי (ביחסי העברה) והן בקשריו המשמעותיים מחוץ לחדר הטיפולים.

דוגמה (לקוחה מבייטמן ופונגי, 2004):

בשיחת האינטייק, המטופל מספר על מספר מקרים בהם הוא חש שאנשים לא מבינים אותו. הוא תיאר מספר מפגשים עם אנשי בריאות הנפש במהלכם הוא דחה את ניסיונותיהם לעזור לו, בכך שיצא מהחדר. המטפל שאל על קשרים בין אישיים אחרים בהם התנהג באופן דומה. התברר שגם קשרים אחרים, כולל עם אימו, אותה הוא תיאר כלא יאומן עד כמה שהיא טיפשה, הסתיימו באופן דומה. המטפל הדגיש שבמהלך הטיפול יהיה חשוב לשים לב כשיעלו אצל המטופל רגשות שמישהו מהצוות הטיפולי טיפש, כיוון שזה עלול להביא למשבר ביחסים הטיפולים.

קטע הפגישה הבא מתרחש לאחר שלושה חודשי טיפול. במהלך הפגישה, המטופל מכנה את המטפל שוב ושוב 'טיפש' ואז, יוצא מחדר הטיפולים.

**המטפל** יוצא אחריו ומציע לו: "נראה שאתה חושב שאני טיפש בכל פעם שאתה מרגיש מאוכזב, אולי זו הדרך שלך להתמודד עם רגשות אכזבה".

**מטופל**: "כמה שאתה צודק! אני ממש מאוכזב ממך".

**מטפל**: "אמור לי מה מאוכזב כל כך?"

**מטופל**: "למה אני צריך? אתה צריך לדעת בעצמך, אבל אתה טיפש מדי מכדי לקלוט את זה!"

**מטפל**: "ולכן אני מבקש שתסביר לי. אתה יכול לזכור שכשנפגשנו לראשונה הבנו שבשלב מסוים אתה עשוי להרגיש שאני טיפש ושאי, יהיה עלינו להבין מה בדיוק קורה כדי שלא נחזור על הדפוס שהיה לך בטיפולים קודמים".

**המטפל לא מפרש את דחית ניסיונות העזרה שלו על ידי המטופל בקשר לחוויות העבר, ביחוס הקשר לאימו. המטפל גם לא מתמקד במרכיבים הרסניים בקשר הטיפולי על ידי עימות או פרוש של התוכן האגרסיבי. ניתן להבין טוב יותר את התנהגות הדחייה של המטופל כהגנה עצמית. הפרוש מכוון לרגשות המקדימים שהביאו להתנהגות זו (תחושת האכזבה והקושי לשאת אותה), לבלבול וחוסר ארגון.**

אולי מכל העקרונות של מודל הטיפול באמצעות מנטליזציה אני מוקיר בשלושה מרכיבים מכריעים: **התמקדות ברגש, שקיפות ועמדת אי הידיעה.**

א. **התמקדות ברגש**: מיועדת להשיג בהירות לגבי החוויה הרגשית ולא לשוחח על רגשות מתוך עמדה מנותקת ואינטלקטואלית. מנטליזציה של רגשות מחייבת הבנה לגבי הטבע רב הפנים והמשתנה של רגשות, כמו גם הדרגות או העוצמות המשתנות של רגשות. זאת ועוד, בזיהוי הרגשות לא די, אלא אנו מוקירים את מבנה המכוון של הרגשות, רגשות הם לגבי משהו ולא

באים "סתם כך". ולבסוף, מתוך הראייה הטיפולית המתמקדת בוויסות רגשות, אנו משתדלים לתרגל מנטליזציה של רגשות בזמן הווייתם רגשות אלה, בעת התרחשותם של רגשות אלה, מבלי להתנתק מרגשות אלה – כלומר, להרגיש (כעס) ולחשוב על מה שאני מרגיש ("אני מרגיש כעס") בזמן שאני מרגיש (יש כעס).

ההתערבות הבסיסית מחייבת את זיהוי הרגש – המללה של הרגש הגולמי. לשם כך יש צורך לזהות את המרכיב הגופני המקושר לרגש. המטופל יכול לחוש "מצוברח" או "עצבני" או "לחוץ", אך אינו מזהה את הרגש במדויק. הדיוק בזיהוי הרגש אינו מלאכה קלה, ולעיתים זמן רב מוקדש לכך במהלך פגישה או תקופה בטיפול (בדרך כלל בתחילתו). מטופל שמתאר שהוא כועס, יכול להכיר בכך שהרגשות המתוארים ככעס מהולים בתסכול, עצבנות, חוסר שקט, מתח, לחץ ופחד. לעיתים תכופות נוכל למצוא שבנוסף לכעס המופיע בצורה ברורה, קיים ברקע גם פחד.

לדוגמה:

**אני פוגש את מאיר (בן 20) ואימו, פותח ושואל אותו "מה נשמע?".**

**מאיר מספר שהשבועיים האחרונים היו בסדר.**

**אני שואל: "מה זה בסדר?"**

**אימו עונה שהוא התחיל ללכת מספר ימים בשבוע לעבודה, שהוא גם עוזר בבית, שוטף כלים ודואג שהחדר שלו יהיה מסודר.**

**אני שואל את מאיר: אני מבין שבשביל אימא "בסדר" אומר שהלכת לעבודה, שאתה עוזר בבית, ודואג לניקיון חדרך. מה זה בשבילך "בסדר".**

**מאיר חוזר על דברי אימו.**

**אני שם לב שכאשר הם מתארים מה זה בסדר, אני מחייך, נהנה, נרגע. באותו זמן אני שם לב שכשמאיר מדבר פניו חתומות, ללא מבע רגשי. אני אומר לו שתוך שהם הסבירו מה זה בסדר שמתני לב שאני מחייך וחשתי שאני נהנה ונרגע והוספתי שמה שאני רואה על פניו הוא חוסר ביטוי רגשי, כך שאינני יכול להקיש מה הוא מרגיש עכשיו, כשהוא מספר מה זה "בסדר". ואז, אני שואל אותו אם הוא שם לב.**

**מאיר: לא חשבתי על זה, אבל עכשיו, לאחר שהסבת את תשומת ליבי, אני יכול לחשוב למה אתה מתכוון.**

**אימו של מאיר נכנסת לדבריו ואומרת שעכשיו היא שמה לב שבעצם זהו מבע פניו מאז הטראומה שהוא עבר לפני שנה. היא מוסיפה שאי אפשר לראות מה עובר עליו.**

**אני מזכיר לה שבפגישות קודמות יכולנו לראות כאשר מאיר היה במצוקה כשכעס או היה עצוב. אני מחבר בין רגשות אלה לביטויים התנהגותיים כגון הרמת קול, תזוזה בכיסא, הימנעות להסתכל במופגן, ובכי שקט ומכונס. אני מוסיף שאולי**

**רגשות חיוביים כמו נחת או שמחה או הנאה מובעים כ"בסדר" ואין להם ביטוי חיצוני.**

**מאיר מסכים, מבקש ממני שנעסוק בכך במהלך הפגישה.**

לאחר זיהוי הרגשות אנו מעוניינים לנסות ולהבין את המקורות להופעתם, הסיבות לקיומם בעוצמה הנחווית, ובהמשך לאפשר את ויסותם של רגשות אלה, בכיוונים הרצויים – דיכויים כאשר הם גורמים להצפה או עידודם כאשר הם מעוכבים. המרכיב הטרנספורמטיבי העיקרי מערב הערכה מחדש של הרגשות שזוהו. זהו למעשה מרכיב חיוני בתהליך ההתבוננות ברגשות. המטופל לא מתבקש לאמץ רגשות חדשים אלא לפרש את משמעותם של הרגשות שהוא חווה.

לדוגמה:

תרצה מאחרת לפגישה, נראית מאד סוערת ומתלוננת בקול רם המביע חרון על השכנה מחוץ למרפאה שנגשה אליה וביקשה שתזיז את מכוניתה מהחניה שליד ביתה (של השכנה). ככל שתרצה ממשיכה לתאר את ההתרחשות, הטונים של קולה מתגברים, היא נעשית אדומה, אך לא מאבדת קשר עין עימי. הוא מוסיפה שזה לא חוקי, ומותר לה לחנות היכן שהיא רוצה, שהשכנה תלך לעזאזל ושהיא הייתה חונקת אותה עכשיו.

אני מתאר לה מה אני רואה ומה אני חושב שהיא מרגישה, שואל אותה מה היא חושבת שהביא אותה לרגשות אלה. היא ממשיכה להסביר את הכעס בשכנה המעצבנת. אני שואל אותה מה קרה היום עוד, לפני כן. אז נפתח סיפור שהיא הייתה כל היום במשרדי הביטוח הלאומי ובדרך לפגישה שלנו הייתה תנועה ערה שגרמה לה לאחר. מתברר שתוך כדי הנסיעה, המתח שלה התגבר, כי היא ראתה שהיא מאחרת והיה לה חשוב להגיע לפגישה כי רצתה לדבר איתי על הקשיים שהיא נתקלת בעבודתה.

אני אומר לה שאני מניח שאם אני הייתי במצב דומה, גם הייתי חש מתח ועצבים שאני מאחר, ואלה היו בוודאי תורמים לכעס שלי על השכנה, למרות שהשכנה בעצם, אחרי כן הייתי יכול לחשוב שהוויכוח עם השכנה גורם לו עוד יותר לאחר.

תרצה נרגעת, תוך שהיא מתחילה לשתף אותי בקשייה בעבודה.

ב. **שקיפות:** הכך שאני הופך את תודעתי נגישה למטופלים, וכמודל, אני מקווה שהם ירכשו מיומנות זו, כמוני. איני שומר על פנים חתומות או הבעה ניטראלית. כפי שניתן היה לראות בדוגמה הקודמת, אני שם לב ומהרהר בקול רם בהבעות פניי, לעיתים גם תוך הסבר סיבתי: "קימטתי את מצחי כי חשתי שמצבך שוב מתדרדר". הערות רבות תתייחסנה למחשבות המלוות אותי תוך כדי: "ראיתי אותך משתק וחשבת שאולי פעלתי באופן שחשתי אותי תוקף אותך, האם שמת לב לך שהשתקתי?". לעיתים ההרהור מדגיש את השונות הפוטנציאלית בין מחשבותיי למחשבותיו של המטופל: "אני שותק עכשיו כי אני חושב, ואין לי ממש מה להגיד, ועכשיו כשאני אומר את זה אני חושב גם שאולי את חושב שכשאני שותק אני לא איתך, כי זה קרה מספר פעמים בעבר, מה חשבת כששתקתי?". כפי שניתן לראות, ביטויי השקיפות של תודעתי אינם הצהרות על המטופל, אלא הצעה לשיח על המחשבות שמתעוררות אצלי או אצל המטופל.

התערבויות מסוג זה מבוססות על אמירתם של פונגי ובייטמן שעל המטופל למצוא את עצמו בתודעה של המטפל ובאופן שווה, המטפל צריך להבין את עצמו בתודעתו של המטופל, במידה ואנחנו מעוניינים שהשניים יפתחו את יכולתם למנטליזציה. אמירה זו מייצגת את ההבנה שטרנספורמציה בטיפול צריכה להשתקף בשינוי התודעה אצל שני בני השיח, הן במטופל, אך גם המטפל! כפי שהמטפל רואה, חושב ומרגיש את המטופל, כך גם המטופל רואה, חושב ומרגיש את המטפל. המטופל יכול להיות ער למצבים מנטאליים אליהם המטופל לא היה כלל מודע, ולאפשר למטפל מפגש עם עיוורונו המנטאלי. בהקשר זה, יכולתו של המטפל להתבונן בתודעתו, בלא הגנתיות, מתוך מוכנות לשנות את התבוננותו בהתאם. כך למשל, המטופל יכול להתלונן על המטופל שהוא ראה את המטפל מסתכל על שעונו (או הסתיר פיהוק) וחשב שהוא משמעם את המטפל. בהנחה שהמטפל לא שם לב שהביט בשעונו (או הסתיר פיהוק) הוא יכול לענות למטופל: "לא שמת לי לב לכך שהתבוננתי בשעון (או שפיהקתי) אך אני יכול בהחלט לדמיין שעשיתי זאת מבלי שהייתי מודע לכך. כשאני חושב על זה אני יכול להבין מדוע זה יכול להטריד אותך. אני יכול עכשיו להבין שכשהסתכלתי בשעון בעצם לא ראיתי אותך. אני מניח שלו הייתי במקומך, גם אני הייתי מוטרד במצב כזה. אני מצטער שגרמתי לך להיות מוטרד, אך אני תמה אם המסקנה שהגעת אליה, שאני משועמם היא האפשרות היחידה. מה אתה חושב?"

ג. **עמדת "אי הידיעה"**: בטיפול המתבסס על מנטליזציה, המצבים המנטאליים של המטופל מצויים במוקד הקשב. **המטפל בונה שוב ושוב את תמונת התודעה של המטופל בתודעתו על מנת לעזור למטופל להבין מה הוא מרגיש ומדוע הוא חווה את מה שהוא חווה.**

בטיפול שכזה, **המטופל לומד שאיכותם של מצבים מנטאליים היא אלסטית ולכן גם ניתנת לשינוי, שגם כשהוא חושב שהוא יודע מה האחר חושב או מרגיש, זו רק הנחה:** אם אני חושב שהידידה הלכה מאחר שהיא נפגעה מהערתי על תסרוקתה, אני מבין שזו מחשבה שלי שאינה בהכרח המחשבה או ההרגשה שלה, ושאוּלֵי היא חשבה או הרגישה משהו אחר.

למרות שתהליך זה נשמע מורכב, באופן מעשי הוא פשוט. **המטפל חייב להבטיח שהעניין העיקרי שלך הוא בתודעה של המטופל ולא בהתנהגותו. הסקרנות של המטפל בתודעת המטופל, יכולת המטפל לשנות את העמדה/מחשבה/אמונה/הרגשה שלו לגבי התודעה של המטופל תאפשר למטופל להבין שכל קשר בין אישי הינו אך ורק התרשמותי.** הידיעה וההכרה של המטפל היא שמצבים מנטאליים הם עמומים. למטפל, אין יותר ידע על מה שנמצא בתודעת המטופל, וברוב המקרים, אפילו פחות. ידיעה זו של המטפל הינה חלק משמעותי בעמדת "אי הידיעה". עמדה זו אינה עמדה פאסיבית. **המטפלת הופך להיות אקטיבי, שואל, בודק, בוחן.**

ומה רבותא? רבים מאתנו יאמרו שהם ממילא נוקטים בעמדה טיפולית זו.

גם אני האמנתי וחשתי כך, עד שעברתי סדנה בתרגול מעשי של עמדת "אי הידיעה". כמוני, כמו אחרים, אני יכול להעיד, שבסוף הסדנה הרגשתי באופן ברור יותר עד כמה בפועל, לא נקטתי בעבר בעמדת "אי הידיעה", זאת על אף העובדה שהגישה אינה חדשה לי ואני מנסה ליישם אותה בעבודתי הטיפולית זה מספר שנים. במהלך התרגול המעשי

למדתי להכיר ברגעים הרבים, בהם אני "כאילו" בעמדת "אי ידיעה". פיטר פונגי, אנתוני בייטמן וג'ון אלן (2008) מתארים את החוויות של משתתפי הסדנה החשים לאחריה, שוב ושוב, את הקושי לתרגם את הידע ההצהרתי "אני בעמדת אי ידיעה" לידע תהליכי "אני כל הזמן באמת לא יודע, כמו בלש שמחפש אחר עקבות כדי לפתור תעלומה בלי לדעת בוודאות שאוכל לדעת יותר בסוף התהליך". הרבה יותר קשה לשמור על עמדה אמתית של אי ידיעה לאורך זמן. קשה במיוחד לשמור על עמדה זו בטיפול של הסובלים מהפרעת אישיות גבולית שלא אחת "מוציאים אותך מהכלים", כלומר גורמים לך להפסיק לחשוב על... אלא להגיב ל....

כמה פעמים אנו מוצאים את עצמנו "מבינים", מסבירים למטופל, משתמשים בהתניות ובהסברים כגון בגלל ש... אז...? כמה פעמים אנו מוצאים את עצמנו "מבינים", מסבירים למטופל מה הוא חווה או מה הוא חושב במונחים של תיאוריות היצוקות בנו? כמה פעמים אנו מרפרפים באסוציאציות שלנו? כמה פעמים אנו מוצאים עצמנו משועממים ומאבדים עניין בתודעה של המטופל? אלה הם רק מקצת המצבים בהם אנו מאבדים את עמדת "אי הידיעה".

הקטע הבא, מתוך ספרו האוטוביוגרפי "עד יוסף" של מלחין המוזיקה הקלאסית, יוסף טל (בפרק "המלחין והקהל") (1997). בדברו על עמדת הקהל בהאזנתו למוזיקה, הוא ממחיש בדיוק מה צריכה להיות עמדת המטפל בגישת "עיסוק בעיבוד מנטאלי".

"אין אני רואה את יצירתי כגמורה, עד שאתם לא תשמעו אותה. עליכם לדעת שהחיבורים היוצאים מתחת ידי אינם יצירים נפרדים ומנותקים זה מזה, כי אם שרשרת של יצירות שכל אחת מהן מחוברת אל זו שלפניה וממשיכה אותה על פי דרכה. זה תהליך אינסופי: אף פעם אינני מגיע לסוף-פסוק. תגובת הקהל על כל יצירה ויצירה בפני עצמה היא גורם חשוב בעיצובה של השרשרת כולה: אני רושם את התגובה הזאת לפני ומטמיע אותה בתוך האידיאלים היצירתיים שלי. בדרך זו או אחרת היא תבוא לידי ביטוי ביצירה הבאה. אבל כדי שתגובתכם תהיה בעלת ערך, חשוב שתנסו להתמודד עם היצירה התמודדות אמתית. שתפעילו את כל כלי ההקשבה העומדים לרשותכם, שלא תניחו למחשבותיכם לנדוד אל דברים שהיו אתמול או דברים שיהיו מחר, שלא תחפשו לכם ביצירה נקודות-חיבור אל דברים מוכרים שבעזרתם תוכלו להפליג למסע של אסוציאציות אישיות. הקהל המקשיב באמת יושב באוזניים דרוכות ובנחיריים מרטטים כמו חיה בטבע. משהו קורה במרחק-מה ממנו, עדיין איננו יודע אל נכון מהו הדבר הזה, אבל הוא יודע שהדבר מתייחס אליו ונוגע לו, והוא מתוח לקראתו בכל חמשת חושי, ואף הזיעה הקטן ביותר אינו נעלם ממנו. לשם כך אין כל צורך שיהיה בקיא בתולדות המוסיקה או בתיאוריה המוסיקלית. משהו קורה בעולם והוא שומע אותו. ואם הדבר הזה הוא חדש ואין הוא מסוגל לחבר אותו אל שום דבר ששמע בעבר: מה בכך? העיקר שלא ידחה מעליו את החדש הזה עד שלא הניח לו לחדור לתוכו, שישהה את תגובתו הביקורתית עד שבאמת שמע וקלט. השומע הוא קודם כל סקרן... גבירותיי ורבותיי, אם אתם מוכנים לגשת לסימפוזיה שלי כשאתם מצוידים בסקרנות הזאת, למרות

היצירה הקלאסית המרהיבה ששמעתם לפנייה והיא עודנה נמוגה על לשונכם כמו שוקולד משובח, כי אז תעשו למעני את הדבר היפה ביותר שאוכל להעלות בדעתני. שהרי מדבר אני אליכם ביצירה הזאת, הרי כתבתי אותה בשבילכם, לא בשביל ארבעת הקירות, ואם אתם מוכנים להקשיב, הרי זה כאילו אנו משוחחים זה עם זה על הדברים שאני מנסה לומר לכם. אף אין ברצוני לדעת, מה בסופו של דבר תמצאו להעיר על היצירה כשתצאו מן האולם, אם דברים של חיוב ואם דברים של שלילה. משהו קרה, אולי דבר מלהיב, אולי דבר מאכזב, ואולי אחד מאינספור המאפיינים שבין זה לזה. משהו קרה ואתם הייתם חלק ממנו. משהו הולך לקרות: על נכונותכם להיות חלק ממנו, תודתי נתונה לכם מראש."

עד כה, הדגשתי את שלוש העקרונות המובילים לדעתי במעשה הטיפולי בטיפול במנטליזציה. אוסיף כי המודל מבוסס על מדריך מפורט המתאר מהן הטכניקות וההתערבויות המיועדות לשכלל את היכולת למנטליזציה ומהו העיתוי המתאים להפעלתן.

להלן מספר מרכיבי מפתח בגישה הטיפולית:

- א. המטפל מתמקד באופן בלעדי במצבו המנטאלי העכשווי של המטופל (מחשבות, רגשות, משאלות, רצונות) במטרה לבסס את אבני היסוד של הייצוג של מצבים מנטאליים.
  1. יש התעלמות מעיון בתכנים לא מודעים והעדפה של תכנים מודעים או קרובים למודע; מיקוד מופחת בעבר כפי שמוצג בהווה.
  2. מטרת הטיפול אינה תובנה אלא החלמה של עיסוק במנטליזציה - השגה מחודשת של עקביות ואינטגרציה בייצוגים של מצבים מנטאליים.
  3. המטפל נמנע מתיאור מצבים מנטאליים מורכבים (כגון קונפליקטים, אמביוולנטיות, תהליכים לא מודעים) ומתבקש לבצע אינטרפרטציות "קטנות" ביחס לתכנים (רגשות, מחשבות, אמונות, עמדות, משאלות) שהן קרובים לידיעה של המטופל.
- ב. המטפל מתבקש להימנע ממצבים בהם המטופל מדבר על מצבים מנטאליים אותם הוא אינו מסוגל לקשור למציאות סובייקטיבית הנחווית באותו הרגע, היינו להימנע משימוש הגנתי במצב "העמדת פנים". זוהי סטייה מטכניקות פסיכו-דינאמיות מסורתיות בכך ש:
  - ג. כד, המטפל יוצר "שטח מעבר" (transitional area) של קשר בין אישי בו ניתן "לשחק" במחשבות ורגשות.
  - ד. התנהגות של enactment במהלך הטיפול לא מוסברת באינטרפרטציה המתייחסת למשמעות לא מודעת, אלא במונחים של המצב הרגשי המיידי שהתרחש לפני ה-enactment.
  - ה. ההתערבויות מתייחסות לאירוע או פעילות נוכחית – מציאות מנטאלית (מבוססת על עובדות או מצויה בזיכרון העובד).

#### רצף התערבויות טיפוסיות:

- א. תאר את נקודת מבטו של המטופל.

- ב. תאר במילותיך את מה שאתה מבין.
- ג. הרחב את נקודת מבטו של המטופל, הבהר, העמק, שים לב להתנסחויות 'מובנות מאליהן' (השערות קרובות למודע).
- ד. הצג חלופות – כיצד מישהו אחר היה מרגיש.
- ה. הקשב לתגובה והיה דרוך להפעלת 'העמדת פנים'.
- ו. קשר כיצד הבנה משפיעה על ההקשר הבין אישי (כולל בטיפול).

#### רשימת מקורות:

Allen J. G., Fonagy P., (2006) **Handbook of Mentalization-Based Treatment**, Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Allen J. G., Fonagy P., Bateman A.W., (2008) **Mentalizing in Clinical Practice**, Washington: American Psychiatric Publishing Inc..

Allen, J. G., (2013) *Mentalizing in the Development and Treatment of Attachment Trauma*, Karnac, London.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. **Am J Psychiatry** 156:1563-1569.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. **Am J Psychiatry** 158:36-42.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. **Am J Psychiatry** 160:169-171.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). **Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment**. New York, Oxford University Press.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006). **Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide**. New York, Oxford University Press.

Bateman, A.W., Fonagy, P., (2010) Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder, **World Psychiatry**, 9, pp. 11-15

Baron-Cohen, S. (1995). **Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind**. Cambridge, MA, MIT Press.

Baron-Cohen, S. & Wheelwright, S. & Hill, J. & Raste, Y. & Plumb, I.,(2001) The "Reading the Mind in the eyes" Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism.**Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Vol 42(2) 241-251.

Bion, W. R., (1962) The Psychoanalytic Study of Thinking, II: a Theory of Thinking, **International Journal of Psychoanalysis**, 43, 306-310.

Engler, J., (2003) Being Somebody and Being Nobody: A Re-examination of the Understanding of Self in Psychoanalysis and Buddhism, in Safran J.D (Ed.), **Psychoanalysis and Buddhism – An Unfolding Dialogue**, Boston: Wisdom Publications.

Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. **Int J Psychoanal** 72:639-656.

Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991a). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. **Child Dev** 62:891-905.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., et al. (1991b). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. **Infant Ment Health J** 12:201-218.

Fonagy, P. (1995). Playing with reality: the development of psychic reality and its mal-function in borderline personalities. **Int J Psychoanal** 76:39-44.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. **J Consult Clin Psychol** 64:22-31.

Fonagy, P., & Target, M. (1997a). Attachment and reflective function: their role in self-organization. **Dev Psychopathol** 9:679-700.



Gergely, G., & Watson, J. S. (1999). Early social-emotional development: contingency perception and the social biofeedback model, in **Early Social Cognition: Understanding Others in the First Months of Life**. Edited by Rochat P. Hillsdale, NJ, Erlbaum, pp 101-137.

Fonagy, P. (2001a). **Attachment Theory and Psychoanalysis**. New York, Other Press.

Fonagy, P. (2001b). The human genome and the interpersonal world: the role of early mother-infant interaction in creating an interpersonal interpretive mechanism. **Bull Menninger Clinic**, 65:427-448.

Fonagy, P. (2002). Understanding of mental states, mother-infant interaction and the development of the self, in **Infant and Toddler Mental Health: Models of Clinical Intervention with Infants and Their Families**. Edited by Maldonado-Duran JM. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, pp 57-74.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., et al. (2002a). **Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self**. New York, Other Press.

Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. **Psychoanalytic Inquiry** 22:307-335.

Fonagy, P. (2003a). The development of psychopathology from infancy to adulthood: the mysterious unfolding of disturbance over time. **Infant Ment Health J** 24:212-239.

Fonagy, P. (2004). Early life trauma and the psychogenesis and prevention of violence. **AnnNY Acad Sci** 1036:181-200.

Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development, in **Handbook of Mentalization-Based Treatment**. Edited by Allen JG, Fonagy P. Chichester, UK, Wiley, pp 53-99.

Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006a). Mechanisms of change in mentalization-based therapy of borderline personality disorder. **J. Clin. Psychol.** 62:411-430.

Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. **J Child Psychol Psychiatry** 48:288-328.

Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., et al. (1997) Attachment and theory of mind: overlapping constructs? **Association of Child Psychology and Psychiatry Occasional Papers** 14:31-40.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., et al. (1995). Attachment, the reflective self and borderline states: the predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development, in **Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives**. Edited by Goldberg S, Muir R, Kerr J. New York, Analytic Press, pp 233-278.

Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. **Psychiatr Clin North Am** 23:103-122.

Fonagy, P., & Bateman A. W. (2006b). Progress in the treatment of borderline personality disorder. **Br J Psychiatry** 188:1-3.

---

Bateman, A.W. & P. Fonagy (Eds.), **Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice**, American Psychiatric Publishing, London, 2012.

Levinson, A, Fonagy, P. (2004) Offending and Attachment: the relationship between interpersonal awareness and offending in a prison population with psychiatric disorder. **Canadian Journal of Psychoanalysis** 12:225-251.

Stern, N. D., (2004) **The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life**, London: W.W. Norton Company,.

Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality, II: the development of psychic reality from a theoretical perspective. **Int J Psychoanal** 77:459-479.

Winnicott, D. W. (1971). **Playing and Reality**. London, Routledge.

---

# Dialectical behavioral Therapy (DBT)

## בהפרעת אישיות גבולית

### אמירה ישראלי

#### רקע

בשנות ה-80 של המאה הקודמת פרופסור מרשה לינהאן (Linehan) מאוניברסיטת וושינגטון שבסיאטל הייתה עסוקה בשאלה מהו הטיפול היעיל להפרעת אישיות גבולית. פרופ' לינהאן עצמה הייתה מאושפזת בנערותה תקופות ארוכות במחלקות פסיכיאטריות בעקבות ניסיונות אובדניים ובעיות רגשיות, וטופלה בשיטות הטיפול שהיו מקובלות בצעירותה- בעיקר טיפול תרופתי ופסיכואנליזה. לאחר שסיימה את לימודי הפסיכולוגיה, פרופ' לינהאן התמקדה בטיפול ובמחקר של שיטות טיפול התנהגותיות ובהדרגה התמחתה בטיפול בנשים הסובלות מהפרעת אישיות גבולית. במקביל, וכחלק מתהליך הריפוי העצמי שלה, היא למדה בודהיזם ותרגלה מדיטציה לאורך שנים. הכישלונות הטיפוליים שחוותה עם מטופלות גבוליות עוררו בה שאלות וכיוונו את חשיבתה לצרכיהן המיוחדים, המחקרים שערכה ביחד עם הלמידה האישית של מדיטציה ובודהיזם, תרמו לתהליך הגיבוש של הגישה הטיפולית הדיאלקטית.

במקביל לפרופ' לינהאן החלו בארה"ב להתפתח שיטות טיפול מבוססות קשיבות (Mindfulness), כשהחלוץ בהן היה ג'ון קבט-זין (Kabat-Zinn). שיטות אלו השתלבו בשינויים שחלו בתפיסה הטיפולית ההתנהגותית בכללותה והפכו להיות מה שמכונה "הדור השלישי" של הטיפולים ההתנהגותיים. "הדור השלישי" מאופיין בהתייחסות לא רק לשינוי מחשבות אלא לשינוי הגישה למחשבות- המטופל מכוון להבנה של הקשר החלקי בין מחשבות לאירועים במציאות, וכך מפורק החלק הדטרמיניסטי בחיבור בין מחשבה לאירוע במציאות- *לדוגמה: המחשבה שאני לא שווה (בדיכאון למשל) היא לא הוכחה לכך שאני לא שווה; או המחשבה שמשוה רע יקרה לי אם לא ארחץ ידיים היא מחשבה ולא אמת אמפירית...* פרוק החיבור הזה מאפשר תהליך של חשיפה לסימפטומים כמו גם מציאת דרכים אחרות לחשיבה עליהם. הטיפולים הקוגניטיביים מהדור השלישי, שכיום הם הזרם המרכזי של הטיפולים ההתנהגותיים-קוגניטיביים (למשל "Acceptance & Commitment Therapy" של Hayes; או "Behavioral Activation" (BA) של Martell) משתמשים בקשיבות כחלק מרכזי בטכניקת השינוי החשיבתי-התנהגותי, זאת בנוסף להופעתה של קשיבות בכלל וקשיבות בודהיסטית בפרט בשיטות טיפול יותר דינמיות ופסיכואנליטיות.

אולם כשפרופ' לינהאן פיתחה את שיטת הטיפול שלה השימוש בקשיבות היה זר למערכות הטיפוליות והשימוש שהיא עשתה בו היה יוצא דופן ומעורר התנגדות. לכך היא הוסיפה את העמדה הבודהיסטית של "דרך האמצע" ואת תפיסת העולם הדיאלקטית שמתייחסת לתנועה בין הקצוות שמאפיינת את הפרעת האישיות הגבולית כבסיס למציאת האמצע או הסנינתזה שמכילה את הקצוות אך לא מופעלת על ידיהם. על סמך אלו, ביחד עם המשך ניתוח התנהגויות וחשיבה על

הכישורים החסרים למטופלות הגבוליות, היא בנתה את התוכנית הטיפולית הבסיסית של ה-DBT.

כיום, כשלושים שנה לאחר שפרופ' לינהאן החלה את המחקר שלה, ה-DBT היא אחת משיטות הטיפול המבוססות ביותר בהפרעות אישיות גבוליות. מאות (אם לא אלפי) מחקרים נערכו על השיטה והיא אומצה על ידי מערכות הבריאות בארצות רבות מסביב לעולם. בהשראת ה-DBT נבנו תוכניות טיפוליות להפרעות שונות כגון הפרעות אכילה, הפרעות התנהגות, שימוש בסמים, ואפילו סכיזופרניה, והיא הותאמה לגילאים שונים ולמערכות טיפוליות שונות.

## **התפתחותה של אישיות גבולית על פי ה-DBT**

### **המציאות כשלמות**

על פי תפיסת העולם הבודהיסטית שבבסיס ה-DBT המציאות היא שלמות שנתפסת כמחולקת בגלל תהליכי החשיבה שלנו ולא בגלל שבמציאות עצמה, כמו שהיא, יש אכן חלוקה וגבולות. מה שנראה כניגודים או קטבים איננו אלא חלק מהמציאות השלמה ונובע מהחלוקות הקוגניטיביות שאנחנו עושים על מנת "לסדר" את המציאות, אך שגורמות לנו לכאב ולסבל. אצל אנשים שסובלים מהפרעת אישיות גבולית קיימת נטייה חזקה ל"סידור" המציאות בצורה של קטבים. הקטבים אמנם נראים כהפכים או מנוגדים אך למעשה הם היבטים שונים של אותה מציאות שלמה. מכך נובע:

1. כי הפרעה פסיכולוגית מומשגת כבעיה בתפקוד המערכתי (systemic dysfunction) שמאופיינת על ידי:

א. הנחת המשכיות בין בריאות לחולי.

ב. הנחה שהפרעה נובעת מסיבות מרובות ולא מסיבה עיקרית אחת.

2. היחסים בין היחיד לסביבתו הם הדדיים ומשתנים כל הזמן בהשפעת גורמים שונים אצל היחיד ובסביבה.

*לדוגמה: ילד שנולד עם בעיה פיזית ויש לו הורים שמאוד מתמסרים לטיפול בו- יכול להצליח יותר מילד שלהוריו יש קושי רגשי או פיזי לטפל בו. יתכן, עם זאת, שכשהילד מתגבר על בעיותיו, אותם הורים שהיו כה טובים עבורו כשהיה חלש וזקוק להם נעשים הורים בעייתיים עבורו כי הם יותר מידי דאגניים, מתערבים, מחליטים עבורו וכד'. וכמובן גם להפך- בני זוג שיחסייהם טובים והרמוניים כששניהם חזקים ובריאים, יחסייהם יכולים להשתנות לרעה כאשר אחד מהם חולש או זקוק לאחר, שלא יכול לשאת את התלות של בן זוגו או את העובדה שהוא כבר לא בריא וחזק. ואז הזוגיות ההרמונית הופכת למרירות וקושי הדדי.*

### **הדיאלקטיקה המרכזית**

ההנחה הדיאלקטית אומרת שבכל רגע נתון אנחנו יכולים לזהות במציאות שני קטבים הפוכים שמכונים תזה ואנטיתזה:

### סינתזה

הסינתזה מתארת את המצב טוב יותר מאשר כל אחד מהקטבים כי היא מכילה את שניהם. הסינתזה לא בהכרח נמצאת באמצע, בדיוק בין שני הקטבים, אלא היא סוג של תמהיל של הקטבים ונמצאת ברמה גבוה יותר של אינטגרציה.

התזה והאנטיתזה המרכזיות בטיפול הדיאלקטי הן **קבלה מול שינוי**:

**קבלה** - דומה לעמדה המרכזית בחלק מהטיפולים הדינאמיים שבו המטפל מקבל ומתקף את מצבה הנוכחי של המטופל, ומאמין שעל ידי יצירת סביבה אמפתית ומקבלת כזו היא תחוש טוב יותר (ואז תוכל לעשות שינויים בהתנהגותה ובחיה).

**שינוי** - דומה לעמדה המקובלת בטיפול התנהגותי שרואה את התהליך האקטיבי של שינוי מחשבות והתנהגויות כדרך הטובה ביותר לעזור למטופל לשנות את הסימפטומים שלו, וכתוצאה מכך - להרגיש טוב יותר.

**בטיפול הדיאלקטי נעשה מאמץ לסינתזה של הקטבים, בין התיקוף והקבלה של הסבל לבין הציפיה והרצון לשינוי: המטפל בו-זמנית מאמין במטופל ומאמין למטופל.**

### התיאוריה הביו-סוציאלית של ה-DBT

כיום אין שום דבר יוצא דופן בחשיבה על התפתחותה של הפרעה נפשית כתוצאה של גורמים מעורבים - ביולוגיים וסוציולוגיים/פסיכולוגיים, אך בתקופה שפותח ה-DBT הוויכוח הישן של תורשה מול סביבה היה עדיין בעיצומו. התרחש דיון סוער בין החשיבה הביולוגית/תורשתית אשר ראתה במערך הגנטי ובגורמים ביולוגיים את המקור לבעיות נפשיות, לבין התפיסה הסוציולוגית/סביבתית, אשר ראתה התפתחות של בעיות נפשיות כתוצר של סביבה פתולוגית. מרשה לינהאן הציעה שבעיות פסיכולוגיות-התנהגותיות הן תוצר של גורמים פיזיולוגיים שבאים לידי ביטוי ומועצמים עקב גורמים סביבתיים.

לטענתה של לינהאן הפרעת אישיות גבולית הינה תוצר של **פגיעות רגשיות בסיסיות (ביולוגיות) ושל סביבה לא מתקפת**, שהצרוף שלהם מיצר את הסימפטומים המוכרים של ההפרעה.

• **פגיעות רגשיות = רגישות גבוהה לגירויים רגשיים, תגובות רגשיות אינטנסיביות, וחזרה איטית לבסיס רגשי יציב.** מדובר בתינוקות או ילדים שכל גירוי קטן מעורר אותם והם חווים אותו בעצמה, שהתגובות הרגשיות שלהם עוצמתיות גם הן, ושקשה להם להירגע ולחזור לתפקוד רגיל ומאוזן. **האטיולוגיה** יכולה להיות מגוונת, החל מהטיות גנטיות, המשך בהשפעות של אירועים במהלך ההיריון, וכלה באירועים טראומטיים בילדות (פסיכולוגיים ופיזיולוגיים).

• **סביבה לא מתקפת = סביבה שמיחסת את הפגיעות הרגשיות של הילדה לתכונות אופי לא רצויות - לפינוק, למניפולטיביות, לרגישות יתר לא רצויה, לחוסר יכולת לשלוט בעצמה, לדרשנות... וכד' בעקבות חוסר הקבלה של הפגיעות הרגשיות הבסיסיות התינוקות,**

הילדה, ואח"כ הנערה מקבלת מסר שהיא לא יודעת מה היא חשה ומרגישה, והסביבה יודעת זאת טוב ממנה. "לא כל כך כואב לך את פשוט רגישה מידי" או "את לא עצובה אתמרגישה לא טוב" או "אל תעשי הצגות" "אל תגזימי" ... הן תגובות לדוגמה שמעבירות את המסר שמי שיודע הכי טוב מה קורה בתוכה הם הסובבים אותה ולא היא. לעיתים קרובות ילדות שמפתחות הפרעת אישיות גבולית הן בנות לאימהות (או הורים) גבוליות, כי הבעיה בוויסות הרגשי עשויה להיות גם תורשתית, וכך גם דרכי הטיפול וההורות שמועברים בין-דורית. לכן לעיתים קרובות במשפחה אפשר לראות את האמא שמתקשה להיות מווסתת ומתקפת עבור נערה שמאוד דומה לה, כאשר בד בבד, לילדים אחרים, אם זו יכולה להיות מתקפת ומווסתת. **בולט במיוחד דפוס של תיקוף לא עקבי, כאשר לעיתים ההורה מתקף כאב, מצוקה, עצב, או כעס, ולעיתים, במצבים מאוד דומים, הוא לא מתקף אותם או מתכחש להם, מה שיוצר בלבול, חוסר וודאות, והגברה של הצורך של הילדה לפנות החוצה לקבלת תיקוף והכוונה לגבי רגשותיה.** קבוצה אחרת של הורים היא הקבוצה שלינהאן מכנה "המשפחה האמריקאית האידאלית", בה הערכים המרכזיים הם הישגיות ושליטה עצמית. אותה נערה אשר הפגיעות הרגשית שלה גבוהה ולכן מתקשה לווסת את עצמה ולשלוט בביטוי הרגשי שלה, להתמודד עם קשיים ולחצים, ולהתגבר על מכשולים, מהווה עבור משפחה זו ביטוי לחוסר התאמה לערכים ולעצלות, וזוכה לחוסר תיקוף של רגשותיה וקשייה.

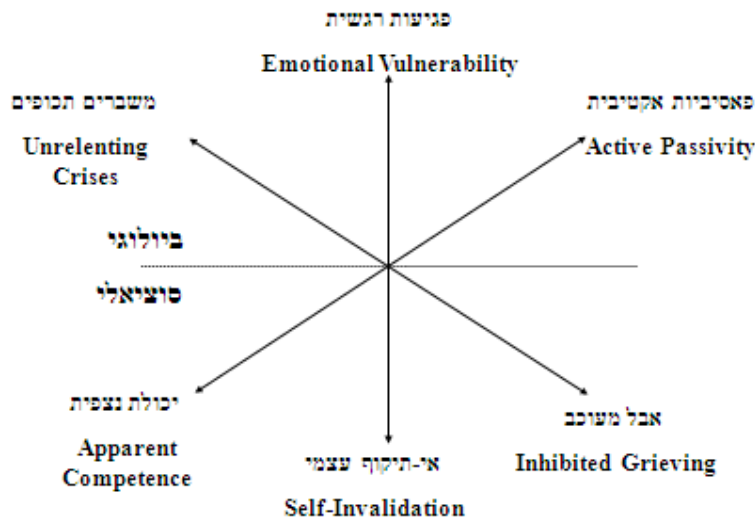
**כתוצאה מהשילוב בין הפגיעות הרגשית וחוסר התיקוף של הסביבה נוצרת הפרעת האישיות הגבולית שמאופיינת ב:**

- ✓ **קושי לתת שם**, לשאת ולווסת את העוררות הרגשית
- ✓ **קושי לתת אמון** במה שחשים ולראות את הרגשות כמשקפים פירוש נכון של אירועים.
- ✓ **חיפוש רמזים בסביבה** לגבי איך לפעול, לחשוב או להגיד.
- ✓ **כישלון ביצירת תחושת עצמי יציבה.**
- ✓ **קושי בשמירה על יחסים בין אישיים יציבים.**

#### **תיאור הפרעת האישיות הגבולית על פי ה-DBT**

לינהאן מתארת את הפרעת האישיות הגבולית בצורה גרפית כשבשבת של קטבים שמיצגים את הקטבים השונים באישיות ואת התנועה הקיצונית ביניהם:

## תיאור הפרעת אישיות גבולית:



כפי שאפשר לראות בשבשבת, הקטבים שנמצאים בחלק העליון של הציר מיוחסים לתחום הביולוגי (נובעים מהפגיעות הרגשית של המטופלת) ואילו הקטבים שנמצאים בחלק התחתון של הציר, מיוחסים לתחום החברתי (בעיקר כתוצר של חוסר התיקוף המשפחתי). ההנחה המרכזית הינה שהמטופלת נעה מקוטב לקוטב ולא מסוגלת לנוע לאיזושהי סינתזה בין שני הקטבים. נעבור על זוגות הקטבים השונים:

### - פגיעות רגשית מול אי תיקוף עצמי:

**פגיעות רגשית = עוררות רגשית גבוהה, שמשמעותה הינה כי:**

- הרגשות הם בעוצמה ולאורך זמן - התגובה הרגשית היא כוללנית
- התגובה הרגשית היא לגירויים שלא תמיד ניתן לדעת מראש כי יעוררו אותה, לעיתים הם אירועים פעוטים וחסרי חשיבות לכאורה
- לא מתפתחות תגובות מרגיעות
- מכך נובעת תחושת חוסר שליטה וחוסר ודאות כי המטופלת לא יודעת למה תגיב בעוצמה ואיך תירגע.

**אי-תיקוף עצמי = אימוץ והפנמה של סביבה לא מתקפת, כאשר המטופלת:**

- אינה מתקפת את תחושותיה.
  - בזה לעצמה כאשר חשה רגשות עזים.
  - סורקת את הסביבה כדי לקבל שיקוף של המציאות החיצונית והפנימית.
- התוצאה היא שבכל פעם שיש עוררות רגשית, המטופלת מתרחקת מהעוררות הזו ע"י כך שהיא לא מתקפת אותה, ופונה אל הסביבה לחפש בה תשובות לשאלה איך מרגישה או איך עליה לפעול, מה שמגביר את העוררות הרגשית שלה, שמגבירה את חוסר התיקוף הרגשי וחוזר חלילה.

## - יכולת נצפית מול פאסיביות-אקטיביות:

### יכולת נצפית:

- לעתים הנערה מסוגלת להתמודד מצוין עם חיי היום-יום ועם בעיות העולות בחייה, ולעתים יכולת זו אינה קיימת כלל. לעיתים היא תלמידה מצטיינת, עובדת מעולה, משתלבת מצוין בחברה; ולעיתים היא מדוכאת, חסרת כוחות, לא מגיעה בזמן או בכלל לא, ונמנעת מהתמודדות עם נושאים שאך לפני יום שלטה בהם בקלות.

### פאסיביות-אקטיביות:

- הנטייה לגשת לבעיות בצורה פסיבית ולהרגיש שהיא לא יכולה לפתור אותן לבדה
- דרישה מהסביבה לתת פתרונות לבעיות חיים ולבעיות שיצרה בעצמה
- אקטיביות במאמצים לגרום לאחרים (כולל המטפל) לפעול למענה/במקומה.

המטופלת יכולה לחוש לתקופה תחושות של יכולת וכוחות שמעוררים אותה לפעול בצורה יעילה, חיובית ומוצלחת, להשתמש ביכולותיה הקוגניטיביות ובכישרונותיה בצורה טובה, ולהיות מתחשבת ורגישה לאחרים. אולם כאשר הזמן עובר, כאשר היא נעשית יותר מעורבת רגשית, כשהיא חווה חוסר בהצלחה מיידית או שניצבים מכשולים בדרכה, היא נעה לכיוון הפאסיביות-האקטיביות ונמנעת מהתמודדות. כשהיא חשה שאין ביכולתה לעמוד בציפיות של הסביבה היא לא מסוגלת להתמודד כלל וזקוקה למישהו שיפתור עבורה את בעיותיה.

מול התנועה הזו **הדילמה הדיאלקטית של המטפלה היא בין דרשנות יתר, וציפיות גבוהות מדי, לבין פרוש חוסר התקדמות כ"התנגדות" או עידוד דפוס של פסיביות אקטיבית על ידי התחברות לחוויה שהמטופלת לא מסוגלת לעשות דבר וזקוקה לתיווך וליווי אינטנסיביים.**

*לדוגמה: נערה מגיעה לבי"ס חדש, מרשימה את המורים כבעלת יכולות גבוהות ומוכשרת, מתקבלת לתוכנית למצטיינים ומצליחה לעמוד בדרישותיה תקופה מסוימת, כמו גם משתלבת חברתית ואהובה על מוריה. לאחר תקופה היא מתחילה לא להגיע לבי"ס, לא להיכנס לכיתה, לרדת בלימודים, להתרחק ולהיות עצובה ומכונסת בעצמה. המורים מתחילים לפתח כלפיה יחסים מפוצלים כאשר חלק מהמורים מאוד משתדלים, עושים הכל על מנת לעזור לה, באים לביתה ונותנים לה עזרה מעבר לשעות הלימודים, בעוד אחרים רואים בה מניפולטיבית ומנצלת ודורשים לסלק אותה מביה"ס.*

## - משברים תכופים מול אבל מעוכב:

### משברים תכופים:

- משברים תכופים וקיצוניים, שנובעים הן מהפגיעות הרגשית והן מהסביבה הלא יציבה שבה חיה המטופלת, ללא שהות להירגע ממשבר למשבר. נוצרת חוויה של הצפה, שמובילה לתגובות רגשיות קיצוניות עד לפגיעה עצמית ולהתנהגות אובדנית בעקבות אירוע שנראה קטן יחסית.



## אבל מעוכב:

- קיים קושי להתמודד עם אבל הן בגלל הדפוס של אי תיקוף עצמי והן בגלל האובדנים הרבים שמטופלות אלו חוות מגיל צעיר מאוד (מחקרים מצביעים על אחוז גבוה של אובדנים מוקדמים אצל מטופלות שמאובחנות כסובלות מהפרעת אישיות גבולית- מעברים רבים, תנאי חיים קשים, גירושין, אובדן של דמויות התקשרות, פגיעות פיזיות ומיניות ועוד...). כתוצאה מכך תהליך האבל הטבעי לא מתפתח והנטייה היא לעצור בשלב ההכחשה. האובדנים נותרים מאוחסנים אז כעומס רגשי לא מעובד ולא מבוטא, לרוב גם לא מודע.

המטופלת נעה בין משבר שמעורר את תגובת האבל, אשר מצידה מעוררת את שרשרת האסוציאציות לתגובות אבל מעוכבות בעבר, אשר מעוררות צורך לעכב את תגובת האבל הנוכחית, אשר מעורר את הצורך לפעול על מנת לא לחוש את האבל, תהליך אשר מוביל, בסופו של דבר, לקבלת החלטות לא מאורגנת וקיצונית, כזו שמגבירה את המשבר או מעוררת משבר חדש.

*לדוגמה: מטופלת נמצאת בקשר עם גבר אשר מכה אותה. לאחר שהיא מקבלת מכות עוליים בה זיכרונות ואסוציאציות הקשורים לאלימות שחוותה כילדה, כדי לא להיפגש בזיכרונות אלה וכדי לא לחוש את האבל הקשור בפגיעה הנוכחית היא בורחת מהבית בלי לקחת דבר, נוסעת בטרמפים, הנהג שלוקח אותה טרמפ אונס אותה, וכן הלאה...*

**אובדנות כפתרון לקוטביות המורכבת:** רמת האובדנות הגבוהה של מטופלות אלו יכולה להיות מוסברת ע"י השבשבת כחוסר יכולת להתמודד עם המעברים בין הקטבים השונים המביאה לפתרון האובדני. פתרון זה נותן תשובה, לכאורה, לכל הקשיים: כאשר המטופלת מנסה להתאבד היא נחלצת מהפגיעות הרגשית שלה כי היא מבטאת את מצוקתה בצורה התנהגותית ברורה ומראה לסביבה שהיא באמת סובלת. גם לעצמה היא מוכיחה כך את רצינות הסבל שלה, תהליך המאפשר הן תיקוף חיצוני והן תיקוף פנימי. היא אינה נדרשת לפעולה על מנת לעמוד בציפיות למימוש היכולת הנצפית שלה. עצם האקט האובדני מהווה גירוי להפעלת הסביבה בעוצמה שמשחררת אותה מהפאסיביות האקטיבית, לפחות לזמן מה. הסביבה פועלת עבורה מבלי שתצטרך להפעיל אותה, מעבר לאקט האובדני. בנוסף, הביטוי הקיצוני של סבלה עוזר לה לעכב את האבל על טראומות העבר, ובו-זמנית לבטא אותו בצורה מוחצנת כמשבר נוכחי. האקט האובדני גורם לסביבה להתגייס אל המטופלת, להבין את מצוקתה, ולהאמין לה. בו זמנית, לטווח ארוך האקט האובדני גורם לתוצאה הפוכה - לחוסר אמון, האשמה במניפולטיביות, ואי התגייסות גם במצבים קשים וקיצוניים.

## שיטת הטיפול

הטיפול הדיאלקטי, כשמו כן הוא, נע בצורה דיאלקטית בניסיון לגשר על הפער בין הקטבים שמביאה המטופלת, מתוך ראייתה כמי שבכל רגע נתון עושה הכי טוב שהיא יכולה!! התיקוף הבסיסי את היותה של המטופלת מעוניינת בטובתה ואת רצונה שחייה יהיו טובים, נובע מתפיסת העולם הבודהיסטית המבוססת על מהות החמלה והאמונה שכל בני האדם חותרים לטוב ומחפשים את השחרור, גם אם הם לא יודעים כיצד לעשות זאת, ופועלים בצורות שאינן הגיוניות, הרסניות, ופוגעות.

הטיפול בכללותו נע בין תיקוף לשינוי:

**תיקוף מתרחש כאשר-**

- המטפל מוצא את החוכמה או הערך בתגובתה של המטופלת, באירוע או הקשר מסוים, כשהוא לוקח בחשבון את יכולותיה, כישוריה ומגבלותיה של המטופלת.
- המטפל מאמין שהמטופלת יכולה לצאת מהסבל הקיים בחייה, ולחיות חיים ראויים יותר.

**שינוי מתרחש כאשר-**

- המטופלת מתחייבת לעשות מאמץ ללמוד דרכי התמודדות חדשות ולתרגל אותן.
- המטפל מנתח את התנהגותה של המטופלת ומציע לה דרכי התמודדות וכישורים שחסרים לה.
- המטפלים השונים מאזנים בכל רגע נתון בין תיקוף לשינוי בהתייחסותם למטופלת ומזמינים אותה לעשות כך גם כן.

**המטרות הטיפוליות, על פי שלבי הטיפול:**

ה-DBT מציב מטרות טיפוליות המסודרות בסדר הירארכי, על פי חשיבותן ועל פי השלב של הטיפול. בכל אחד משלבי הטיפול ישנה התייחסות לעמידה בחתירה לקיום מטרות אלה. להזכירכם, מדובר בטיפול התנהגותי ועל כן המטרות מוגדרות במונחים של שינויים התנהגותיים:

• **שלב קדם טיפולי**

מטרותיו: (א) אוריינטציה ומחויבות לטיפול

(ב) הסכמה על מטרות טיפוליות

• **שלב 1**

מטרותיו: (1) הפחתת התנהגויות מסכנות חיים

2) הפחתת התנהגויות הפוגעות בטיפול

3) הפחתת התנהגויות הפוגעות באיכות חיים

4) חיזוק של כישורים התנהגותיים

• **שלב 2**

מטרותיו: 5) הפחתת לחצים פוסט-טראומטיים

• **שלב 3**

מטרותיו: 6) הגברת כבוד לעצמי

7) השגת מטרות אישיות

• **שלב -**

מטרותיו: 8) פתרון תחושות של חוסר שלמות

9) מציאת חופש ושמחה

למעשה במסגרת הטיפול הבסיסית מגיעים עד לסוף שלב 1. ההמשך נעשה במערך טיפולי רגיל (ז"א בלי המערכת הרחבה של הטיפול הבסיסי שיתואר בהמשך). מדובר בד"כ בטיפול פרטני או קבוצתי בלבד.

**הטיפול הבסיסי נמשך שנה**, אך ישנם מערכי טיפול שונים, חלקם קצרים יותר, חלקם ארוכים יותר של המערך הטיפולי הבסיסי.

**המערך הטיפולי**

המערך הטיפולי ב DBT כולל 4 מרכיבים:

1) טיפול פרטני

2) טיפול קבוצתי (קבוצת כישורים)

3) שיחות טלפון

4) קבוצת עמיתים למטפלים

**1. הטיפול הפרטני**

המטפל הפרטני מרכז את הטיפול בכללותו. מעל לכל, תפקידו להגביר מוטיבציה לטיפול הכוללני, לעזור למטופלת למנוע אובדנות ופגיעה עצמית, וכן לעזור לה להפחית התנהגויות לא מסתגלות, להחליפן בתגובות יעילות, ולהכלילן.

בקבוצה נרכשות המיומנויות בצורה יותר ישירה ודידקטית. בטיפול הפרטני יש יותר מרחב לתיקוף ולהטמעת המיומנויות.

הטיפול הפרטני מתקיים במסגרת מרפאתית לרוב בפגישות שבועיות בנות 50-60 דקות, אולם ניתן להתאים את אורך הפגישות ותכיפותן לצורכי המטופלת **בצורה של חיזוק התנהגות מועילה**. לדוגמה, מטופלת שמתקשה להחזיק מעמד 50 דקות יכולה לקבל פגישות קצרות יותר אך תכופות (למשל 25 דקות פעמיים בשבוע) או מטופלת שמתקשה "להתחמם" בטיפול יכולה לקבל פגישות של 90 דקות, בשני המקרים ההחלטה על אורך הפגישה תתקבל **לאחר שנעשה ניתוח התנהגות והמטפל והמטופלת החליטו שזוהי הדרך הטובה ביותר לעודד שינוי**.

### **הפגישה הטיפולית**

לפגישה יש מבנה קבוע החוזר על עצמו, כך שמופחתת החרדה מפני הלא ידוע וכן יש התחייבות לעבוד ביחד בצורה מסוימת.

- בתחילת כל פגישה נעשית סקירה של השבוע שעבר על מנת לזהות התנהגויות שאותן רוצים לשנות. חלק זה של הפגישה יכול להתרחש מול יומן מעקב (מצורף בנספח 1). במידה ולא מולא יומן, נעשה ברור לגבי הסיבות לאי מילוי היומן ושיח לגבי הדרך בה ניתן לחזק את היכולת למלא יומן בהמשך. אפשרות חלופית הינה סקירת השבוע, ללא יומן.
- נערך דיון לגבי "סדר היום" של הפגישה ומחליטים על אילו נושאים עובדים, תוך התייחסות להירארכית המטרות הטיפוליות. לדוגמה, אם היה ניסיון אובדני במהלך השבוע, גם אם המטופלת לא מעוניינת לדבר על מה שקרה, נעשה ניסיון לעורר שיחה בנושא מתוך התפיסה שהמטרה של מניעת אובדות היא הראשונה בהירארכיית המטרות.
- במהלך הפגישה בודקים את ההתקדמות של המטופלת במטרות השונות: מילוי "שיעורי בית" מהקבוצה ומהטיפול הפרטני, שימוש בכלים שנלמדו, בעיות שעלו סביב השימוש בכלים או סביב המטרות השונות.
- "שיעורי בית" (שימוש בכלים שהוחלט שיכולים להיות מועילים, משימות קשיבות (mindfulness) למהלך השבוע וכד')
- מסיימים בכמה דקות של קשיבות משותפת.

במהלך הפגישה המטפל משתמש הן **בטכניקות קוגניטיביות** (כמו chain analysis) על מנת לבנות תכנית התערבות ולעודד שימוש בכלים הדיאלקטיים שנלמדים בקבוצה, והן **בטכניקות של תיקוף** על מנת לשמר עמדה דיאלקטית למצבה של המטופלת ולהתמודדותה עם חייה ועם הטיפול. המהות של התיקוף היא כי **המטפל מעביר למטופלת מסר שתגובתה והתנהגותה הנוכחית הגיוניות וניתנות להבנה במצבה ובהקשר חייה הנוכחי**. המטפל מתקף את המטופלת בצורה אקטיבית ומתקשר תיקוף זה. **אסטרטגיות תיקוף דורשות מהמטפל לחפש, להכיר, ולשקף למטופלת את התוקף שקיים בתגובתה**. לא יוצרים את התיקוף אלא מכירים במה שתקף.

**דוגמה:** מטופלת מרבה לאחר לפגישות הטיפוליות בגלל שבדרכה לפגישה הפרטנית היא עוברת על פני קבוצת החברה מה-DBT ומתפתה להישאר ולבלות בחברתם. מספר פעמים כשלא הגיעה הלכתי לקרוא לה או התקשרתי אליה וכתוצאה מכך היא הגיעה לפגישה. פעמים אחרות לא התקשרתי והיא הגיעה באיחור, והיו גם פעמים שלא הגיעה כלל לפגישה. לאחר פעמיים בהן לא הגיעה לפגישה עברתי בדרכי לחדרי ליד המקום בו הקבוצה נפגשת וסימנתי לה שאני הולכת לחדר. החלטתי לא להתקשר אליה כי היה לי ברור שהיא ראתה אותי וכי היא יודעת שהפגישה צריכה להתקיים בשעה היעודה. היא הגיעה באיחור של כ-10 דקות. שאלתי אותה מה קרה שאחריה: "סתם, לא היה לי נעים לקום וללכת וגם לא הרגשתי כל כך חשק לדבר. גם איתם לא דיברתי, סתם ישבתי שם. את יודעת שככה אני מתמודדת עם תחושות כאלו" ניש לציין שאחת המטרות ההתנהגותיות שמטופלת זו קבעה לעצמה הייתה להיכנס יותר לשיעורים בביה"ס משום שהדפוס של אי כניסה לשיעורים פגע מאוד בהתקדמותה בלימודים. לעיתים קרובות דיברנו על המהלך ההתנהגותי של רצון להיכנס, תחושות של חוסר כוחות וחוסר ביטחון, הישארות מחוץ לכיתה, הגעה של "משלחות" לתלמידים או של המחנכת לקרוא לה, תחושה שאכפת ממנה ושאוהבים אותה, אבל לרוב אי כניסה לכיתה ופספוס השיעור].

ניסחתי את מה שהמטופלת אמרה לי בצורה הבאה: "ככה אני, כשרע לי אני מפעילה את הטכניקה של פאסיביות אקטיבית ומרגישה שאכפת לאחרים ממני." תגובתי הייתה מתוך ניסיון להגיע להבנה דיאלקטית של המצב. מכיוון שהיא מטופלת וותיקה שאלתי אותה מה לדעתה הם הקטבים הדיאלקטיים במצב הזה, מה היא מרוויחה ומה היא מפסידה מכל החלטה שהיא לוקחת. מה שעשינו בהמשך רוב הפגישות היה לנסות למצוא את ה"הגיון" בהתנהגותה מחד ואת "חוסר ההגיון" שבתגובתה מאידך והגענו לניסוח הבא:

בשלב הראשון אי הכניסה לפגישה נבעה מתחושה שהיא עצובה, שאין לה כוח, שלא יהיה לה על מה לדבר איתי ושהיא לא בטוחה שתוכל להיעזר על ידי. התנהגות זו חוזקה על ידי העובדה שהייתה בחברת חברים שכל מה שרצו ממנה זה את נוכחותה ולא לחצו עליה שתדבר או תשתתף בשיחה. כך יכלה להרגיש שייכת ואהודה בלי להתייחס למה שלא טוב לה כרגע או בכלל. למעשה, היא ידעה שאם תבוא לפגישה תצטרך לדבר על הנושאים שמציקים ושהגישה של "אין לי על מה לדבר" היא הגנה בפניהם. למרות שידעה שהשיחות בדרך כלל עוזרות לה, הרגישה חוסר כוחות וחשש מפני הפגישה עם נושאים אלו. מצד שני, ההליכה לפגישה הייתה עבורה סימן ליכולת להתגבר על העייפות ולהרגיש יותר חזקה ובשליטה בחייה. הבחירה בפגישה האישית מול הפיתוי שבקבוצה היה עבורה סימן להתבררות ולעצמאות. וכך ללכת לפגישה היה מבחינות מסוימות ניצחון ומבחינות אחרות, הפסד.

בהמשך הפגישה ניסינו לראות איך המטופלת מחליטה לאיזה קול פנימי להקשיב והאם יש דרכים למצוא את "דרך האמצע" שתיקח בחשבון את הקושי אבל תעזור לה לעשות את מה שהיא חושבת שיותר טוב עבורה.

במהלך הפגישה, תחילה הייתה בדיקה של הירארכית המטרות ובחירה במטרה הכי גבוהה בהירארכיה זו (המטרה בעלת הקדימות הגבוהה ביותר הייתה "פגיעה בטיפול" כיוון שלא היו בשבוע זה אירועים של פגיעה עצמית או מחשבות/ניסיונות אובדנות). במקרה של מטופלת זו

המטרה הכללית מתחברת גם למטרה אישית שהיא בחרה, התמודדות עם נטייתה להימנע מכניסה למצבים של אינטראקציה עם דמויות סמכות כשחשה עצובה או חלשה, וכך הימנעות מהתמודדות עם קשיים מתוך עמדה של פאסיביות-אקטיבית. נעשה תהליך של תיקוף ההתנהלות של המטופלת כדרך שהרגישה הטובה ביותר מול המתח הדיאלקטי שחוותה, ובו-זמנית היה דגש על השאלה איך היא יכולה למצוא דרכים שיהיו יותר יעילות עבורה להתמודדות הן עם ההגעה לפגישות הפרטניות בזמן והן עם הכניסה לשיעורים בביה"ס.

בסוף תהליך הבדיקה של ההיבטים השונים של המהלך שקרה חשבונו ביחד כיצד אפשר לגרום לכך שתוכל גם להגיע לפגישה וגם לשמר את הצורך להיות פחות מתפקדת, "אחראית" ו"בוגרת". החלטנו שכאשר היא מאחרת לפגישה אני אחכה 10 דקות ואם היא לא תגיע עד אז אצלצל אליה על מנת לעזור לה להתארגן ולהגיע למפגש בכל זאת.

בסיום הפגישה ישבונו ל-5 דקות של קשיבות על מנת לבדוק "מבפנים" האם הפתרון שמצאנו היה הטוב ביותר עבורה.

## **2. הטיפול הקבוצתי**

תקצר היריעה מלתאר באופן מלא ושלים את הטיפול הקבוצתי מאחר ומדובר בטיפול על פי פרוטוקול. ניתן לקרוא את הפרוטוקול ב"מדריך להקניית כישורים" אשר תורגם לעברית (לינהאן מ.מ. 2006). בחלק זה אתאר רק את קווי המתאר של הקבוצה:

הקבוצה היא קבוצת למידה ורכישת כישורים. הקבוצה מתקיימת פעם בשבוע לאורך שתיים או שלוש ומחולקת לשני חלקים. בחלק הראשון מתקיים מעבר על שיעורי הבית ולמידה ממנו. בחלק השני (לאחר הפסקה) נלמדים כישורים חדשים. במערכות אשפוזיות יש לעיתים פיצול של המפגש לשניים. במקרה שכזה, במפגש הראשון בשבוע עוברים על שיעורי הבית, ובמפגש השני נלמדים כישורים חדשים.

הקבוצה הבסיסית מתקיימת לאורך שנה. ישנן התאמות להפרעות כך שבמערכות שונות מתוארים טיפולים קצרים או ארוכים יותר.

בקבוצה משתתפים כל המטופלים שמקבלים את הטיפול הפרטני במקביל, אם כי יש מקומות בהם הקבוצה היא הטיפול היחיד. כמו כן, בטיפול במתבגרים הקבוצה יכולה לכלול את המתבגרים והוריהם ביחד. לחלופין מופעלות שתי קבוצות, אחת למתבגרים ואחת להורים. בשתי הקבוצות נלמדים אותם כלים.

הקבוצה מונחית על ידי שני מנחים, זאת משום שקשה מאוד לעקוב ולנהל קבוצה כזו על ידי מנחה יחיד.

בתחילת כל קבוצה או בסופה מתקיים תרגול קשיבות. כמו כן, בין פרק לפרק בקבוצה מתקיימת פגישת ריענון לפרק הראשון (מודעות עצמית), שהוא ה"לב" של ה-DBT.

**לקבוצה 4 חלקים** בהם נלמדים הנושאים הבאים:

- ✚ מודעות עצמית
- ✚ יעילות בין אישית
- ✚ וויסות מצב הרוח
- ✚ התמודדות עם תסכול
- ✚ בטיפול במתבגרים נוסף נושא לקבוצה, "דרך האמצע", העוסק בלמידת החשיבה הבודהיסטית והדיאלקטית באופן מסודר עם דגש על למידת תיקוף

#### **א. מודעות עצמית**

מודעות וקשיבות (Mindfulness Skills) הינם ה"לב"ה-DBT. מדובר ביכולת לזהות את הרגשות, המחשבות, והחוויות, להתבונן בהם מבלי לנסות לשלוט או לשפוט אותם. כלומר, העיסוק הוא ביכולת להימנע מלהיות שיפוטי בתגובה לאירוע. בחלק זה של הקבוצה לומדים דרך תרגילי מדיטציה והתבוננות מהי הדרך להיכנס למצב של יותר מודעות וקשיבות. נערכים דיונים על הנטייה לשיפוטיות וערכיות בנוגע למה שעולה ברגעים של התבוננות עצמית או על הסביבה. מוצעים כלים לחשיבה דיאלקטית בתהליכי קבלת החלטות מתוך חיפוש "הנפש היודעת" ( wise mind) (ראה דוגמה בנספח 2: הנפש היודעת).

#### **ב. יעילות בין אישית**

הנטייה לנוע מהימנעות מקונפליקט, צייתנות, וביטול עצמי, לדרשנות, תוקפנות, וחוסר התחשבות באחר אשר מובילים לעימות חריף מאפיינת בדרך כלל אנשים ונשים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית. בפרק הזה בקבוצה, נלמדים כישורים בין אישיים - היכולת להבחין בין מטרות (מטרות לטווח קצר וארוך, מטרות קונקרטיות מול מטרות של קשר או של דימוי עצמי, וכד'), כישורי בקשה וסירוב, התנהלות אל למול דרישות חברתיות, איזון בין "רוצה" ל"צריכה" וכד'. (ראה דוגמה בנספח 3: שמירה על איזון)

#### **ג. וויסות רגשי**

בחלק זה נלמדות יכולות להרגעה וויסות עצמי תוך שנלקחת בחשבון הנטייה להצפה ועוררות רגשית גבוהה המאפיינת את המטופלות הללו. בחלק זה נלמדת הדרך להכרת טווח הרגשות, שיום רגש, הכרה כיצד הוא ממתרחש במופע גופני, מחשבתי והתנהגותי, מתי הוא מועיל ומתי מזיק. בנוסף, נלמד המהלך הטבעי של הרגש. כל מטופלת מזהה את המהלך הטבעי של הרגשות השונים אצלה. לבסוף, בהתחשב בסוג הרגש ובמהלכו הטבעי, נלמדת הדרך לווסת את הביטוי הרגשי בהתאם למטרות באותו רגע (דוגמה בנספח 4: וויסות רגשי)

#### **ד. התמודדות עם תסכול**

היכולת לשאת מצוקה וכאב מרכזית בכל ניסיון לשינוי. פרק זה עוסק ביכולת לשאת את הכאב והתסכול, כפי שהם בהווה. בחלק זה נלמדות: מיומנויות הסחה באמצעות עיסוק בפעילויות נעימות; מיומנויות הרגעה עצמית באמצעות החושים, הדמיון, בעזרת הרפיה. כמו כן, מתקיים

שיח על היתרונות והחסרונות בעמידה בתסכול מסוים. המטרה היא לברר האם כדאי לנסות להתרכז במטרות לטווח ארוך או להעדיף מטרות קצרות טווח. (ראה נספח 4: קבלה, נכונות ועיקשות)

המנחים בקבוצה משתמשים בחשיבה ובהתערבויות דיאלקטיות תוך תנועה בין תיקוף לשינוי, למרות שהדגש הוא על שינוי. מחד גיסא, הקבוצה מתנהלת בצורה שמכוונת למטרות ולמידה. מאידך גיסא, היא נותנת מקום לביטוי אישי, התחלקות ותמיכה רגשית. ישנו שימוש רב במשחקי תפקידים על פי המקרים שהמטופלות מביאות. כך, מתקיים אימון בכלים הנלמדים וחשיפה למצבים בעייתיים ומעוררי מתח. בכל מפגש, המטופלות מקבלות "שיעורי בית", אימון בכלי שנלמד בחיי היומיום שלהן. הן מתבקשות להביא למפגש הבא סיכום של ההתנסות וזאת על מנת לבחון אותה בקבוצה וללמוד ממנה.

### **3. שיחות טלפון**

המרכיב השלישי בטיפול הדיאלקטי הינו הזמינות המלאה של המטפלים הפרטניים לשיחות טלפון של המטופלות. פרופ' לינאהן ממליצה שהמטפלים יתנו למטופלות את המספר הטלפון הפרטי שלהם ויתחייבו לזמינות מלאה לשיחות הטלפון בכל שעה ויום. במסגרות שונות מגבילים את הזמינות המלאה הזו אך מתחייבים לחזור אל המטופלת תוך זמן סביר על פי סיכום מראש.

שיחות הטלפון ממלאות שתי פונקציות בלבד:

- שימוש בכלי שנלמד בקבוצה במצב חיים אמיתי, כאר קשה למטופלת לפעול בצורה שתואמת לעקרונות שנלמדו.
- תיקון של הפרעה בטיפול וחינוך היחסים הטיפוליים.

#### **שימוש בכלי שנלמד:**

הדימוי לשימוש זה בשיחות הטלפון הינו דימוי של מאמן כדורסל (או כדורגל...) המלמד את שחקניו תרגיל חדש או צורת משחק חדשה. השחקנים מתאמנים על התרגיל באימון ואז במהלך המשחק המאמן צועק להם הוראות על מנת לחזק את השימוש בתרגיל שנלמד במצב "אמיתי". בצורה דומה, המטופלת ב-DBT לומדת כלי חדש בקבוצה ורוצה להפעיל אותו במצב חיים אמיתי. הטלפון למטפל הוא סוג של ליווי "in vivo" של המטפל.

*לדוגמה: המטופלת למדה בקבוצה יכולות לוויות רגש, היא עומדת מול מצב מעורר רגשית (למשל, ריב עם החבר שלה) ורוצה להשתמש בכישורים שנלמדו אך לא בטוחה שהיא מבינה או זוכרת נכון, יודעת איך לעשות זאת וכד'. הטלפון למטפל מאפשר לה חיזוק של הידע הנלמד והתאמתו למצב הנוכחי- למשל החלטה איזה הכלי מתאים ברגע זה או איך להפעיל אותו ביעילות.*

חשוב לציין ששיחת הטלפון לא תתקיים לאחר מעשה- ז"א המטופלת לא תוכל לדבר עם המטפל על מה שכבר קרה (למשל במקרה המתואר, לאחר שהכתה את החבר או ברחת ממנו) כיוון שבכך



יהיה חיזוק לדפוס של הרגעה וויסות חיצוני (על ידי המטפל) כמו גם של פאסיביות-אקטיבית (המטפל יתקן את המקולקל).

### **חיזוק ותיקון הקשר הטיפולי:**

המטופלת יכולה להתקשר למטפל כאשר נוצר מצב של פגיעה בטיפול. כך למשל כאשר לא הגיעה לפגישה, יצאה באמצע, הגיעה לאחר שימוש באלכוהול או סמים, לא הקשיבה, לא דיברה, וכדומה. במצבים אלה שיחת הטלפון נועדה לתקן את הקרע שנוצר ביחסים ואת הפגיעה בטיפול הנובעת ממנו. מטרת השיחה תהיה, במקרה כזה, הבהרת מה שקרה, והחלטות לגבי התמודדות עם מצבים דומים בהמשך. במקרים מסוימים תיקבע פגישה נוספת כחיזוק להתמודדות בדרך זו.

בכל מקרה, שיחות הטלפון אמורות להיות **קצרות וענייניות**, ולעסוק במעשים והתנהגויות, כאשר ההתייחסות לרגשות ולמחשבות הינה במטרה להבהיר את ההתנהגות ולעזור בבחירה של התנהגות תואמת למצב ומועילה. **לא יתקיימו שיחות טלפון במקום פגישות, משום שהדבר מחזק התנהגות של הימנעות מהגעה לפגישות שאיננה מועילה למטופלת.**

### **כלל "24 השעות"**

**לאחר שהמטופלת ביצעה מעשה אובדני, המטפל, לאחר שבדק שהיא נמצאת במסגרת שמטפלת בה פיזית ושומרת עליה, ימנע מקשר עם המטופלת במשך 24 שעות.** הרציונל להתנהגות כזו הינו שמניעת מעשים אובדניים הינה המטרה הראשונה ב- DBT. אם התגובה למעשה כזה הינה התייצבות של המטפל והגברה של הקשר אתו, למעשה מתקיים בכך חיזוק של התנהגות כזו כדרך להשגת קשר ויחס מהמטפל, התנהגות שמנציחה את המצב בו התנהגות אובדנית הינה אחד הכלים החזקים ביותר של המטופלת להשגת תשומת לב, ליחס מטפל ולחוסר דרישות מהסביבה. **חשוב להדגיש: אין כאן האשמה של המטופלת או ראייתה כ"מניפולטיבית" המטפל מבין שהמטופלת עשתה הכי טוב שיכלה במצב המסוים אך הוא לא רוצה לחזק את הדרך הזו ורוצה לעזור לה למצוא דרכים טובות יותר להתמודדות עם קשייה.** ברי כי במידה והמטופלת מתקשרת למטפל לפני ביצוע ניסיון אובדני ומתייעצת אתו מה לעשות עליו לעודד את הבחירה שלה ולעזור לה במציאת כלים התמודדות עם המצב ועם תחושותיה הרעות. כך למשל, במצב זה הוא יכול להציע לה פגישה נוספת על מנת לחזק את הבחירה שלה בשיחת טלפון ובקבלת עזרה במקום בהתאבדות.

### **4. קבוצת עמיתים**

"המטפלים נותנים DBT למטופלים ומקבלים DBT זה מזה".

מטרת קבוצת העמיתים הינה לעזור למטפלים להתמודד עם הטיפול במטופלות קשות ובטיפולים שוחקים. **הספרות מלאה בתיאורים של שחיקת המטפלים בבעלי הפרעת אישיות גבולית ולכן ב- DBT קבוצת העמיתים הינה חלק בלתי נפרד מהמערך הטיפולי.** מטרת הקבוצה הינה להשתמש בכלים של ה- DBT על מנת להתמודד טוב יותר עם הטיפול. לכן גם בקבוצת העמיתים מתאמצים לנוע בצורה דיאלקטית בין **תיקוף לשינוי**.

- הקבוצה מתקיימת במתכונת של שעה שבועית ויש לה סדר יום קבוע, כמו בשעה הטיפולית או בקבוצת הכישרים.
- מתקיים תרגול של קשיבות, על מנת לעודד את המטפלים לשימוש בכלי זה במסגרת (ומחוץ למסגרת) עבודתם הטיפולית.
- נעשית למידה וחיזוק של כלים שנלמדים ב-DBT.
- מובאות הצגות מקרים ובהם וויניטות טיפוליות. נעשה מאמץ משותף לניתוח ברוח ה-DBT, לחשיבה על פתרונות למעצורים וקשיים, ותרומה למטפל מהידע של כל המטפלים האחרים, ובו-זמנית תיקוף התנהלותו ומתן תחושה של קבלה והכרה.
- הקבוצה מתנהלת באווירה של כבוד, קבלה, ותיקוף, ונעשה מאמץ מתמיד להימנע משיפוטיות והאשמה.
- אין לקבוצה מנחה והיא מתנהלת על ידי העמיתים בצורה של שיתוף וקבלת החלטות משותפת.

### **רשימת קריאה DBT**

- לינהאן מ.מ. (2006) הפרעת אישיות גבולית- מדריך להקניית כישרים הוצאת ספרים "אח".
- Dimmeff, L.A. & Koerner K. (2007) Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice, The Guilford Press,
- MacPherson H. M., Cheavens J. S., Fistad M. a.,(2013) "Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Theory, Treatment Adaptations, and Empirical Outcomes"Clinical Child & Family Psychology Review vol 16 Pp 59-80
- Hayes, S. C.; Kirk D. S., Kelly G. Wilson (2003). Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change. The Guilford Press,
- Linehan, M.M. (1993) Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. The Guilford Press.
- Martell CR, Addis ME, Jacobson NS; (2000). Depression in context: Strategies for guided action. New York: Norton and Co
- Miller, L.M., Rathus, J.H. & Linehan, M.M. (2007) Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. The Guilford Press,.

Kabat-Zinn J. (1991) *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*, Delta Trade Paperback

Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, m., Stijnen, Verheul, R., & Van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 43(9):1231-1241

Verheul, R., VanDen Bosch, L.M., Koeter, M.W., Ridder, M.A., Stijnen, T. & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behavioral therapy for women with borderline personality disorder: 12- month randomized clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182(2): 135-140

**אתרי אינטרנט נבחרים :** [www.behavioraltech.com](http://www.behavioraltech.com) האתר המרכזי לטיפול, הכשרת מטפלים והדרכה בשיטת ה DBT.  
<http://faculty.washington.edu/linehan/> האתר המרכזי של פרופ' לינהאן

---

**יומן שבועי לתכנית DBT:**

השבוע המתחיל בתאריך: \_\_\_\_\_

התנהגויות שאני רוצה להימנע מהן:	א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'	שבת.
<b>מחשבות אובדניות:</b> דחפים: ניסיונות:							
<b>פגיעה עצמית:</b> דחפים: מעשים:							
<b>פגיעה בגוף:</b> צום, שבירת תפריט דחפים: בולמוס, הקאה מעשים:							
<b>פגיעה ברכוש:</b> דחפים: מעשים:							
<b>שימוש בחומרים מסוכנים:</b> אלכוהול, סמים דחפים: תרופות חופשיות מעשים:							
<b>פגיעה בטיפול:</b>							



לשמור על איזון

איזון בין רוצה לצריכה.

התבונני במה שאת עושה :

יש דברים שאת נהנית לעשות, "רוצה"לעשות,

יש דברים שאת עושה כי "צריך"לעשות.

דאגי לשמור איזון בין השניים.

לעיתים 'צריך' לעשות כי זה חשוב לך,

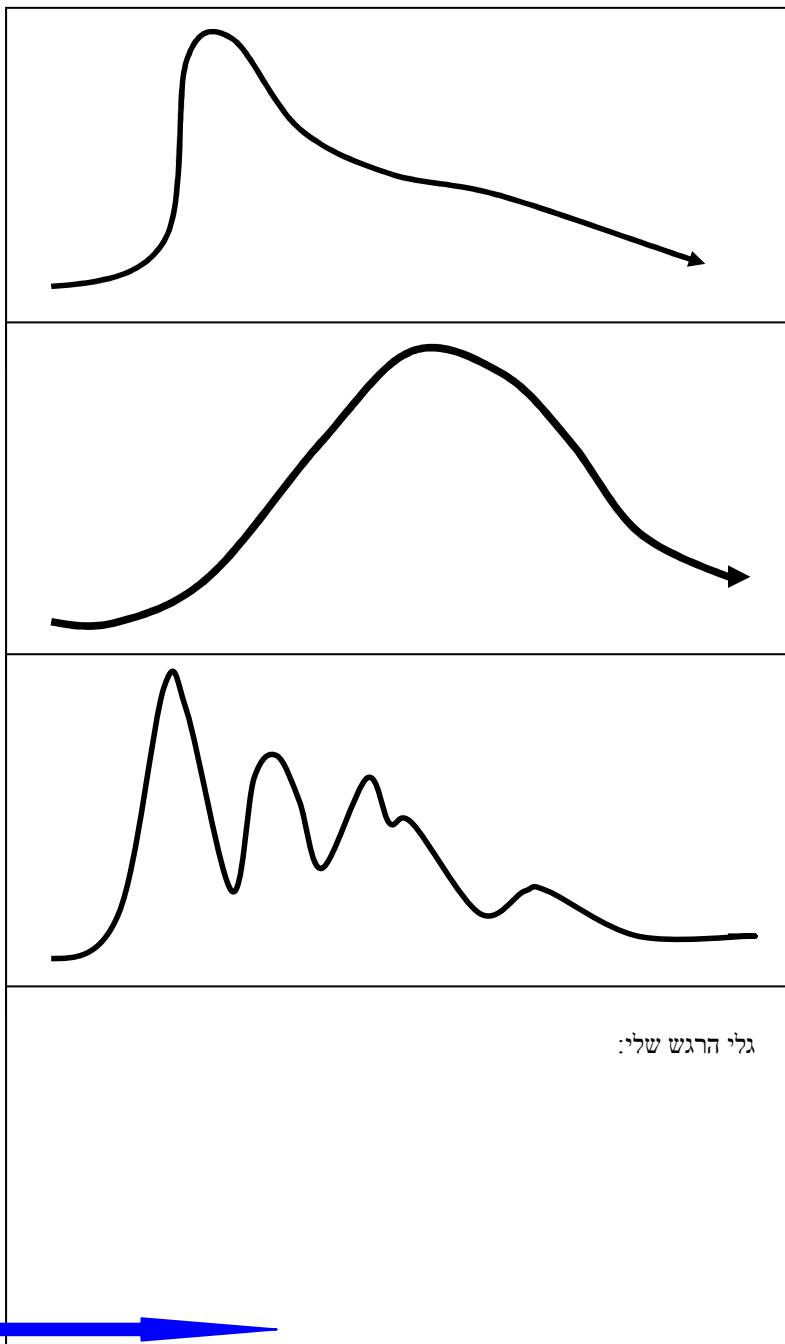
ולעיתים 'צריך' לעשות כי הסביבה מצפה ממך.

דאגי לשמור איזון בין השניים.

- מהם הדברים החשובים לך יותר?
  - מה, בעצם, לא כל כך חשוב?
  - מה, בעצם, מתאים לך ומהם הכוחות שלך עכשיו?
  - כאשר את מוצפת - הניחי בצד דרישות פחות חשובות.
  - כשמשוהו מאוד חשוב לך - בקשי עזרה מאחרים.
  - האם יש דרישות שניתן לסרב להן עכשיו?
- חוסר איזון קיים גם כשאין דרישות - צאי ללמוד, לעבוד, קבלי מחויבות.

גלים של רגש.

עוצמה.



**לקבל את המציאות:**

- קבלה זה ללכת עם מה שיש.
- קבלה זה להניח למלחמות עם המציאות.
- קבלה זה להחליט לשאת את הרגע הזה.
- כאב גורם לסבל רק כאשר אנחנו מסרבים לקבל את הכאב.
- לקבל משהו זה לא לומר שהוא טוב.
- קבלה היא בחירה, בצומת בין לקבל את המציאות, לבין להלחם במציאות,
- בחירה בין נכונות לבין עיקשות, וצריך לבחור שוב ושוב.



<u>willfulness</u>	<u>Willingness</u>
<p data-bbox="402 296 792 327"><b>עיקשות</b> - החליפי עיקשות בנכונות:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="289 365 748 426">• עיקשות זה לנסות ליתקן כל סיטואציה.</li> <li data-bbox="289 499 748 590">• עיקשות זה לסרב לעשות כל שינוי אשר נדרש בסיטואציה.</li> <li data-bbox="289 663 748 724">• עיקשות זה לסרב לשאת את הרגע הזה.</li> </ul>	<p data-bbox="807 296 1305 354"><b>נכונות</b> - אמצעי תגובות של נכונות בכל סיטואציה:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="813 396 1263 457">• נכונות זה לעשות רק מה שצריך בכל סיטואציה.</li> <li data-bbox="807 499 1263 617">• נכונות זה להכניס למודעות את המציאות, את המקום שאת עומדת בו, את האדם שאת מדברת אתו עכשיו.</li> <li data-bbox="807 659 1263 690">• נכונות זה להקשיב לנפש היודעת שלך.</li> </ul>

# מבוא לסכמה תרפיה

## הגרה פלדמן ופרופ' אשכול רפאלי

### מדריכים בסכמה תרפיה

#### רקע ומושגים תיאורטיים בסכמה תרפיה

סכמה תרפיה הינה מודל אינטגרטיבי של פסיכותרפיה. היא צמחה מהטיפול הקוגניטיבי של בק, ממנו היא שואבת את החלק הפרגמטי שלה - הטכניקות הקוגניטיביות והטכניקות ההתנהגותיות. התפיסה האטיולוגית עליה היא מושתתת חולקת רבות מהשערותיה עם תיאוריית ההתקשרות ועם תיאוריות פסיכודינמיות כדוגמת יחסי אובייקט, פסיכולוגית העצמי ופסיכואנליזה התייחסותית. מקורן של הטכניקות החוויתיות המשחקות תפקיד מרכזי בעבודה הינו בגשטאלט ובגישות מבוססות חוויה אחרות.

פיתוחה של שיטת הטיפול החל בשנות ה-80 בעבודתו של ד"ר ג'פרי יאנג, פסיכולוג קליני אמריקאי ששימש באותן שנים כיד ימינו של אהרון בק, מפתח הטיפול הקוגניטיבי. יאנג ראה צורך בטיפול שיענה על מקרים לא מעטים בהם טיפולים קוגניטיביים, משיטתו של בק, לא הובילו לשינוי המבוקש – כפי שקרה עם קשת רחבה של מטופלים בעלי קשיים רגשיים ובינאישיים ממושכים, בעיקר הפרעות אישיות אך גם מטופלים בעלי הפרעות ציר I כרוניות. יאנג גילה כי טיפול קוגניטיבי עם מטופלים אלו דורש מעבר מהתמקדות בקוגניציות או אמונות אשר מעל פני השטח, להתמקדות במבנים עמוקים יותר, שהינם מרכזיים להבנת הפתולוגיה.

יאנג (כמו בק לפניו) כינה מבנים אלו בשם **סכמות מוקדמות בלתי-מסתגלות (early maladaptive schemas)**. סכמות (בין מהסוג הלא-מסתגל ובין אם לאו) כוללות בתוכן מרכיב קוגניטיבי דקלרטיבי/סמנטי, אך גם זכרונות אפיזודיים, רגשות, ואפילו תחושות גוף. הסכמות מבטאות את ה"שיעור"אותו למד הילד לגבי עולמו, ובפרט, לגבי האופן בו עולם זה נתן (או לא נתן) מענה לצרכים הרגשיים הבסיסיים שלו.

עפ"י סכמה תרפיה קיימות חמש קבוצות של צרכים רגשיים אוניברסאליים: התקשרות בטוחה; אוטונומיה, יכולת ותחושת זהות עצמית; גבולות מציאותיים ושליטה עצמית; חופש לבטא רגשות וצרכים; וספונטניות ומשחק. מענה מותאם לצרכים אלו הינו תנאי מרכזי להתפתחות פסיכולוגית תקינה. במידה והצרכים הבסיסיים נענו (ונענים) בצורה טובה-דיה, מתפתחות סכמות חיוביות, שלא מובילות לסבל או למצוקה. לעומת זאת, צרכים בסיסיים שנתרו ללא מענה הולם (או לפעמים, כאלו שקיבלו מענה מוגזם ולא מותאם) עשויים להוביל להתפתחות סכמות מוקדמות בלתי-מסתגלות. סכמות אלו אמנם נוצרות בילדות, אך הן הולכות ומתפתחות במהלך החיים, משפיעות על תפיסת העולם ועל ההתנהגות בו, ולכן נוטות להיות מעין "נבואות המגשימות את עצמן", המובילות לחזרה ולשחזור של נסיבות חיים ה"מתאימות" לשיעור המגולם בסכמה.

יאנג הציע סיווג של הסכמות הנפוצות על פי חמש קבוצות צרכים:

1) סכמות של חוסר קשר ודחיה (שעולות כאשר הצורך בהתקשרות בטוחה לא נענה) מאפיינות אנשים שגדלו בסביבה בלתי יציבה, קרה, מנותקת, מזניחה או מתעללת, ובלתי ניתנת לחיזוי. סכמות אלו כוללות: נטישה; חוסר-אמון והתעללות; חסך רגשי (בדאגה, באמפתיה, בהגנה, או בהכוונה); פגימות ובושה; ובידוד חברתי/ניכור.

2) סכמות של אוטונומיה או ביצוע פגומים (שעולות כאשר הצורך באוטונומיה, ובפיתוח מסוגלות, יכולת, ותחושת זהות עצמית לא נענה) מאפיינות אנשים שגדלו בסביבה מגוננת יתר על המידה, כזו שמחלישה את הבטחון העצמי של הילד, או שמתקשה לעודד התנסות והתנהלות בריאה מחוץ לגבולות המשפחה. סכמות אלו כוללות תלות וחוסר מסוגלות; פגיעות לנזק ולמחלות; עצמי בלתי מפותח/חוסר לכידות; וכשלון.

3) סכמות הקשורות לגבולות פגומים (שעולות כאשר הצורך בגבולות מציאותיים - שאינם רופפים או נוקשים מדי - לא נענה) מאפיינות אנשים שגדלו בסביבה מתירנית או מפנקת יתר על המידה, או כזו בה הגבולות היו נוקשים מדי. סכמות אלו כוללות זכאות-יתר ("מגיע ליי"); וכן שליטה/משמעת עצמית בלתי מספקת.

4) סכמות הקשורות למכוונות-יתר כלפי אחרים (שעולות כאשר הצורך בחופש לבטא רגשות וצרכים לא נענה) מאפיינות אנשים שחוו קבלה או אהבה מותנית, ונאלצו לדכא חלקים מסוימים בעצמם על מנת להיות אהובים ומקובלים; על פי רוב, היו משפחותיהם חסרות מודעות לרגשותיהם, לצרכיהם, או למשאלותיהם. סכמות אלו כוללות חיפוש אחר אישור; הכנעה/הכפפה-עצמית; והקרבה עצמית.

5) סכמות הקשורות לדריכות יתר ולעכבה רגשית (שעולות כאשר הצורך בספונטניות ובמשחק לא נענה) מאפיינות אנשים שגדלו בסביבה נוקשה, פסימית, תובענית ולעיתים מענישה, סביבה בה ציפו מילדים להסתיר רגשות, להימנע מטעויות ולשאוף למושלמות. על פי רוב, הדגישו משפחותיהם הישגים, ביצועים ואתיקה, על חשבון הנאה, רוגע ומשחק. סכמות אלו כוללות נגיביות/פסימיות; עכבה/שליטה רגשית; סטנדרטים מוזגמים/ביקורתיות; והענשה.

בעיות כרוניות של מטופלים כרוכות לעיתים רבות בכך שהסכמות האופייניות להם מופעלות ע"י אירועים שונים בהווה. לעיתים נחווית מצוקה הקשורה ישירות להתעוררות הסכמה, אך במקרים רבים יותר, המצוקה נובעת דווקא מהתגובה ההתנהגותית בה נוקט האדם כשהסכמה מופעלת - ומהמציאות אשר אותה תגובה מייצרת. באופן טיפוסי, ניתן לראות תגובות אלו כשייכות לשלושת **סגנונות ההתמודדות הבסיסיים** של המנעות, פיצוי-יתר, או כניעה.

באמצע שנות ה-90, הבחין יאנג כי המודל המתבסס על צרכים, סכמות וסגנונות התמודדות, לא מצליח להסביר את מלוא התמונה האישיותית ואת מכלול הסימפטומים מהם סובלים מטופלים עם הפרעות אישיות. עיקר כתיבתו בשנים ההן עסקה בהפרעת אישיות גבולית ובהפרעת אישיות נרקיסיסטית. מטופלים עם הפרעות אלו, שעבורם למעשה פותח המודל, הציגו מעברים חדים ומהירים בין מצבי רוח ותגובות, ואילו שלושת המושגים עליהם נבנתה התיאוריה עד אותה עת (צרכים רגשיים, סכמות, וסגנונות התמודדות) ביטאו מרכיבים כרוניים ומתמשכים, ולא סיפקו שפה שתאפשר התייחסות לתנודתיות הרבה.

את החסר הזה בתיאוריה השלים יאנג בעזרת מושג נוסף – מושג **המודים** או **מצבי הסכמה (schema-modes)**. בעוד הסכמות וסגנונות ההתמודדות הם מאפיינים יציבים, דמויי-תכונות, רחבים וקבועים למדי, כל מוד מייצג את הרגשות, הסכמות או תגובות ההתמודדות

העיקריות הפעילות אצל הפרט *זמן מסוים* – כלומר, 'מצב עצמי מסויים'. מודים הם בני-חלוף ובכל רגע נתון הפרט נמצא בעיקר במוד מסוים.

בכתבתם, הגדירו יאנג ועמיתיו (Young et al., 2003; Rafaeli, Bernstein, & Young, 2011) ארבע קבוצות של מודים. בחלק הבא, נפרט לגבי הקבוצות השונות ולגבי המודים אותן הן מכילות. בנוסף, נתייחס לעמדות הקלינית ולתגובות הטיפוליות עליהן ממליצה הסכמה תרפיה אל מול כל קבוצה:

#### 1) מודים ילדיים (child modes)

אלו הם אותם מודים (או חלקי עצמי) שקיימים כבר מילדות, וממשיכים, גם בבגרות, לכלול את חלקי העצמי הראשוניים ביותר של האדם. כאשר צרכיו הרגשיים של ילד מקבלים מענה שהינו טוב דיו והוא חווה באופן חוזר ונשנה מענה מותאם לצרכים, רגשותיו של הילד מווסתים יותר, רמת החרדה והמתח יורדים, והוא זוכה (כבר כילד, ובהמשך, כמבוגר) בגישה למוד של **ילד שמח ושבע רצון**. במצב זה האדם מסוגל להתחבר לתחושות קירבה ואמון ולחוות שביעות רצון. הוא נהנה מספונטניות, מחיוניות וממוטיבציה חיובית. אחת ממטרות הטיפול הינה לייצר גישה למוד זה, להרחיב את מנעד החוויות שלו, ולהגדיל את נפח הזמן בו הוא מופיע בחייו של האדם.

כאשר צרכיו של ילד אינם מקבלים מענה תואם, נוצר מוד הנקרא **ילד פגיע**. מוד זה הוא אוניברסאלי ומולד – שהרי כל ילד חווה גם חוויות של חסך ותסכול. עם זאת, הוא קיים בדרגות שונות, עם שוני בתוכן ובצורה. סוג הפגיעות, אופן ביטוייה ועוצמתה נובעים מסוג הצרכים שלא קיבלו מענה ומהיקף אי-המענה. לדוגמא, כאשר הצורך בביטחון וביציבות אינו מקבל מענה בשל סביבה אלימה ופוגענית, הילד הפגיע יאופיין ברגשות של פחד ואי אמון במערכות יחסים. בהיעדר מענה לצורך באמפתיה ובהכלה, הילד הפגיע יאופיין בתחושות של בדידות, חוסר ניראות והיעדר הבנה ע"י אחרים. כאשר במקום התפעלות ועידוד מוטחות ביקורת והאשמה, הילד הפגיע יאופיין בתחושות בושה וחוסר ערך.

מוד של ילד פגיע יכול להתעורר בהווה כתוצאה ממגוון אירועים, הקשורים בדרגות ובהקשרים שונים לאירועי הילדות הטראומתיים. כשמבוגר נמצא במוד זה, הוא חושב ומתנהג בדיוק כפי שהרגיש וחשב במצבים הפגיעים בילדותו, והוא אף מצפה או מאמין שהאחרים בסיטואציה ינהגו באותו אופן בו המבוגרים בחייו התנהגו אליו כילד. במידה רבה, ההכרה במוד הפגיע והיכולת ליצור מגע מתקן עמו היא המטרה המרכזית בטיפול. במוד זה כלולות מרבית הסכמות, למעט אלו הקשורות לאקטינג-אאוט. כדי להביא לשינוי בסכמות אלו, ולמזור משמעותי לטראומות ההתקשורתיות שבבסיסן, מתמקדת הסכמה תרפיה ביצירת גישה למוד הילד הפגיע, תוך זיהוי ומתן מענה חלקי לצרכים שלא קיבלו מענה בילדות או בהמשך החיים (ראו הסבר לגבי *הורות מתקנת חלקית בהמשך*).

מוד ה**ילד הכועס** מופיע, כבר בילדות, כתגובת מחאה על מצבי חסך או פגיעה – כלומר, על היעדר מענה לצרכים רגשיים בסיסיים. מוד זה מאופיין בכעס ספונטני – לעיתים, ממש בזעם – וניתן לראות בו תגובת התמודדות מוקדמת ובסיסית. בסכמה תרפיה, יגיב המטפל באמפתיה ובתיקוף למוד זה, אך גם יציב גבולות מציאותיים כדי למנוע נזק למטופל או לאחרים עקב הכעס. לעיתים, יושם דגש דווקא על עידוד והרחבת ביטויי הכעס – בעיקר בקרב מטופלים אצלם מוד זה קיים באופן מצומצם מדי. במקרים אלה השאיפה תהיה לאינטגרציה של תגובות כעס תואמות

כחלק מרפטואר התגובות של מוד המבוגר הבריא (למשל: היכולת להביע אסרטיביות או להציב גבולות).

לבסוף, מוד הילד האימפולסיבי/הלא ממושמע נוצר על ידי שילוב בין טמפרמנט מולד מחד, וקושי של ההורים להציב גבולות ריאליים לילד מאידך. מוד זה מאופיין בהתנהגויות מוחצנות ותובעניות ("בא לי"), וסכמות של זכאות-יתר ושליטה עצמית בלתי מספקת באות בו לידי ביטוי.

אל מול כל המודים הילדיים, נוקטים מטפלי סכמה תרפיה בעמדה של "הורות מתקנת חלקית" – limited reparenting. בעמדה זו, מזהה המטפל את הצורך שעולה, ובאופן חלקי (שמותאם למגבלות הקשר הטיפולי) אך ישיר, פועל לתת לו מענה. כך למשל, הוא יגיב בעידוד למשחקיות וליצירתיות לילד שבע הרצון, בדאגה או הכוונה לילד הפגיע, בתיקוף אך גם בהצבת גבולות לילד הזועם, ובגבולות ריאליים וברורים לילד האימפולסיבי.

## 2) מודים של התמודדות בלתי מסתגלת (maladaptive coping modes):

אל מול מצוקה (ובעיקר, אל מול חוויות של פגיעות או כעס קשים לנשיאה), מתפתחים אצל כל אדם נטיות-פעולה (action tendencies) אשר הופכים למודים עקב אקטיבציה חוזרת ונשנית שלהם. בעוד המודים הילדיים הכאובים (ובפרט הילד הפגיע על שלל מופעיו האפשריים) מאופיינים בתגובה של חוסר אונים ורגשות ילדיים מושתקים, מודים של התמודדות בלתי מסתגלת מבטאים את מערכת ההישרדות הבסיסית והאוטומטית. אלו תגובות הישרדות המופעלות כתגובה לסביבה מזניחה (או רעילה באופן זה או אחר), או כהפנמה של תגובות הסביבה.

קיימים מודים רבים של התמודדות בלתי מסתגלת, אך ניתן לסווגם לשלוש קבוצות, המקבילות לשלושת סגנונות ההתמודדות הנפוצים בקרב משפחת היונקים – המנעות, פיצוי יתר וכניעה; כלומר, לתגובות הבסיסיות של לחימה/בריחה/קפאון (Fight/Flight/Freeze) בעת דחק. לכל מוד יש מגוון ביטויים. הימנעות, לדוגמא, יכולה להיות רגשית ו/או התנהגותית. פיצוי יתר יכול לבוא לידי ביטוי בפרפקציוניזם או דווקא בבריונות. כניעה יכולה לבוא לידי ביטוי כריצוי ו/או כתלות.

**א. מודים של המנעות (avoidance modes)** מקבילים לתגובה האוטומטית של בריחה (Flight) ונחלקים למספר סוגים עיקריים. הראשון הינו **המנון המנותק** (detached protector) – מנגנון הגנה של ניתוק רגשי, אשר מטרתו לא להרגיש כאב. תוצר הלוואי הלא רצוי של "שימוש יתר" במוד זה היא חסימה גם של תגובות רגשיות אדפטיביות, כגון עצב על אובדן, כעס על הפרת זכויות, וגם שמחה והתרגשות, חיוניות או קירבה וחום. על מנת לייצר את הניתוק מהרגש או להסיח את הדעת ממנו, אנשים הנמצאים במוד זה נוטים בין היתר לבודד עצמם, להשתמש בסמים ממכרים או באכילה רגשית. זהו גם מוד נפוץ ביותר בקרב אלה הסובלים מהפרעת אישיות גבולית. מטרה חשובה של הטיפול הינה לעקוף אותו, או לכל הפחות למתן את פעולתו, וזאת בכדי לאפשר גישה לילד הפגיע.

סוג עיקרי שני בקבוצה זו הינו **המנון הנמנע** (avoidant protector). מוד זה בא לידי ביטוי בעיקר בהתנהגות של הימנעות ממגוון רחב של התנסויות, משימות או אתגרים (בתחום האישי והבינאישי), בהם קיים סיכון לכאב, כשלון, או פגיעה. מטרת ההגנה הינה למנוע הישנות של חוויה מכאיבה אשר עלולה לחזק את הסכמות הכואבות ולייצר מפגש עם מוד ילדי פגיע. במוד זה, עשוי האדם להמנע מקשרים אינטימיים בכדי למנוע חווית דחיה ונטישה, להמנע מלהירשם ללימודים

גבוהים או מלהגיש מועמדות לקידום בעבודה בכדי שלא לחוות כשלון, ואף להמנע מהתמודדויות יומיומיות (נסיעות בכביש ראשי, בישול, רכישת מוצרים חדשים ועוד) בכדי לחסוך מעצמו חווית חוסר מסוגלות. דא עקא, הגנה זו למעשה מונעת מהפרט את האפשרות לחוות גם חוויות מתקנות של הצלחה, ובכך מנציחה את האמונות השליליות אודות העצמי ואודות אחרים. כלומר, באופן פרדקסלי, מנגנון הגנה זה מחזק בסופו של דבר את חווית הילד הפגיע. זהו מוד נפוץ מאוד בקרב אנשים הסובלים מחרדה חברתית או מהפרעת אישיות המנעותית.

לצד שני תת-סוגים אלו, יכולים להופיע גם מודים אחרים של המנעות - את **המנותק העסוק בגרייה-עצמית** (detached self-stimulator) או **המנותק העסוק בהרגעה עצמית** (detached self-soother). גם בוריאציות הללו, מדובר במודים בהם חוסם האדם את החוויה הרגשית הכואבת בדרכים שונות.

**ב. מודים של פיצוי יתר** (over-compensation modes) הינם וריאציה של תגובת הלחימה ההשרדותית (Fight). בפעולתם, מייצרים מודים אלה אצל הפרט תיקון מיידי וקיצוני של התחושה הרעה שמתעוררת ויושבת בליבת הילד הפגיע הייחודית שלו (כלומר, תחושת ההשפלה, הכשלון, הדחיה, ועוד). כך לדוגמא, אם הפרט מרגיש נחות בסיטואציה, הוא עלול להגיב בהאדרה עצמית או בהשפלת האחר, על מנת "לתקן" את החוויה השלילית שחוהה רגע קודם לכן. קבוצת מודים זו כוללת את המוד של **הבריון/תוקפן** (bully/attack), **המאדיר העצמי** (self-aggrandizer), וכן ווריאציות נוספות של **מודים של שליטת-יתר** (כגון אובססיביות או פרפקציוניזם).

**ג. מודים של כניעה** (surrender modes) מביאים לידי ביטוי התנהגותי את תגובת הקיפאון (Freeze) ההשרדותית. תגובות אלה מופיעות בעיקר **כמוד מרצה** ו/או **כמודתלות** (compliant/surrender mode), בהם מרגיש האדם שעליו לרצות את האחר ולהתאים עצמו לרצונותיו, גם אם הדבר מצריך ממנו לבטל את הרגשות האוטנטיים ואת הצרכים שלו עצמו. לדוגמא: ילד שגדל בסביבה בה קיבל אהבה והערכה מותנית, עלול לבטל את צרכיו ורגשותיו על מנת לרצות את האחר, וינסה כך לזכות באהבה או למנוע תגובת זעם כלפיו.

מודים של התמודדות בלתי מסתגלת משלושת הסוגים (המנעות, פיצוי יתר, או כניעה) מייצגים את האופן בו (או האופנים השונים בהם) למד הילד להגיב ולהתמודד עם היעדר המענה לצרכיו בילדות. כפי הנראה, תגובות אלו היו היעילות והאדפטיביות ביותר עבורו כילד. עם זאת, במהלך הזמן, מייצרים מודים אלו מעגלי קסמים שליליים אשר משמרים ומחזקים את הסכמות ואת המודים הבלתי מסתגלים. הם לא מאפשרים לחוות חוויות מתקנות הסותרות את הסכמות, וכך "מוכיחים" שוב ושוב את נכונות האמונות הדיספונקציונליות שבבסיסם ומנציחים את המציאות שלהם. אל מול מודים אלו, מנסה המטפל ליצור מעין משא-ומתן – כזה שמכיר ביעילות הצידה"כדי לאפשר מגע ישיר יותר עם מודים ילדיים (ועל ידי כך, מענה מלא יותר לצרכים הרגשיים הבסיסיים).

### 3) מודים הוריים בלתי פונקציונליים (dysfunctional parent modes):

לצד המודים הילדיים והמודים של התמודדות, נוכחים אצל כל אחד "קולות" מופנמים המייצגים את המסרים ואת הסגנון הדיספונקציונאלי של המבוגרים המשמעותיים (או של הסביבה החברתית המשמעותית) בחייו כילד. במקרים רבים, הילד מפנים את האופן בו התייחסו אליו, וממשיך להכאיב לעצמו באותו אופן. כך למשל, הוא עלול לדבר אל עצמו באופן שמוריד את

בטחונו העצמי, להעניש את עצמו בחומרה או לדרוש מעצמו לעמוד בסטנדרטים לא מציאותיים. במוד זה, האדם מהווה, הלכה למעשה, את האויב הגדול ביותר של עצמו. חשוב לציין שלמרות השימוש במונח "הוריי", מוד זה אינו ייצוג מדויק של ההורים עצמם, ולעיתים קשור במידה רבה דווקא לדמויות אחרות.

בתחילת דרכה, זיהתה הסכמה תרפיה שני מודים מופנמים נפוצים במיוחד: **קול מענישוקול ביקורתי-דורשני**. במוד המעניש, המטופל יהיה אגרסיבי, חסר סבלנות ובלתי סלחני כלפי עצמו, בד"כ עקב תפקוד שנתפס כלא עומד בסטנדרטים של המוד. במוד הדורשני, ירגיש המטופל לרוב כי עליו לעמוד בנורמות וחוקים נוקשים ומוגזמים, ביעילות אופטימלית. מודים אלה (וכן מודים מופנמים אחרים שמקבלים תשומת לב הולכת וגוברת בשנים האחרונות, כדוגמת **ההורה המגונן-יתר אההורה המזניח**) מפעילים כמעט באופן אוטומטי את מוד הילד הפגיע – כך שהאדם חווה (בסמיכות גבוהה בזמן או אפילו בחפיפת זמנים) הן את התקיפה העצמית והן את תוצאותיה. מטרת הטיפול בסכמה תרפיה היא לייצר אגו-דיסטוניות ממודים אלו, ולהכיר בהם כהרסניים או לפחות כבלתי-מועילים.

#### 4) מוד של מבוגר בריא (healthy adult mode)

למרבת האנשים יש גם חלקים/מודים שהינם חיוביים ובריאים בצד אלה הבלתי-מסתגלים. גם כשאלו נדירים למדי, גישת הסכמה תרפיה מניחה שניתן לחזקם ולבססם. מוד אחד, שכבר הוזכר, הוא הילד שבע-הרצון. מוד נוסף וחשוב הוא מוד **המבוגר הבריא**. זהו החלק החומל, היציב, והמסתגל באדם, אותו חלק שהופנם כאשר הילד חווה (לפחות חלקיקים של) הורות בריאה שהצליחה לספק לו מענה עקבי ומותאם לחלק מצרכיו. בהיעדר מודל כזה, יצירת מבוגר בריא היא משימה מאתגרת יותר, אם כי אפשרית. למעשה, אחת המטרות הבולטות בטיפול היא הפנמה של דמות המטפל עצמו כמודל למבוגר בריא, בעיקר באמצעות עמדת ההורות המתקנת החלקית (שהוזכרה קודם).

במוד המבוגר הבריא קיימת גמישות המאפשרת לאדם להגיב בצורה יעילה למודים אחרים ולא לפעול על פיהם באופן "אוטומטי". במילים אחרות, המבוגר הבריא (כמו הורה טוב דיו, וכמו המטפל במסגרת המוגבלת של הטיפול) עמל לזהות את המודים שמתעוררים, ולהעניק להם מענה דיפרנציאלי מתאים. כך לדוגמא, הוא יכול להעניק חמלה והרגעה (במקום ביקורת וכעס) למוד הילד הפגיע, להחליש/להשתיק את הקול המעניש במקום לשתף איתו פעולה, או לקיים משא ומתן עם מוד המגן הנמנע על מנת לאפשר לאדם התנסויות חדשות וצמיחה.

#### התנועה בין המודים:

כל בני האדם עוברים בין מודים שונים לאורך זמן. ההבדלים העיקריים בין אנשים טמונים בזהות הספציפית של המודים המאפיינים אותם ובאופן המעבר ביניהם. בקרב אנשים הסובלים מהפרעות אישיות מתרחש פעמים רבות מעבר פתאומי (שחרוב מלווה בדיסוציאציה חזקה) בין מודים מסויימים, כתגובה לטריגרים חיצוניים או פנימיים. מאמץ רב מוקדש בסכמה תרפיה לזיהוי של מודים אלו ושל דפוסי המעבר ביניהם. כך, למרות שמודל המודים מתאים לעבודה עם כל מטופל, פותחו לאורך השנים מודלים מפורטים יותר לעבודה עם אוכלוסיות קליניות שונות (Young et al., 2003; Arntz & Jacob, 2012). מודלים אלו מתבססים על זיהוי סט מודים אופייניים לכל הפרעה, ובניית אסטרטגיות התערבות מותאמות לשינוי הרצוי במבנה המודים המסויים. בחלק הבא, נרחיב לגבי מודל אחד שכזה – מודל המודים שפותח כדי לתאר את אלו הסובלים מהפרעת אישיות גבולית ולהנחות את הטיפול בהם.

## מודל המודים בסכמה תרפיה להפרעת אישיות גבולית

הסובלים מהפרעת אישיות גבולית חווים אי יציבות במגוון רחב של תחומים – בתחום הבינאישי, הרגשי, ההתנהגותי וכן באופן בו הם תופסים את עצמם. הדבר מוביל לזעם תכוף, לאימפולסיביות ולחיים רצופי משברים, כולל התנהגויות אובדניות ופגיעה עצמית. מטופלים אלו חווים כאב נפשי חמור וחזרתי, המשפיע לא רק עליהם עצמם כי אם גם על איכות החיים של סביבתם. הפרעה זו מתפתחת ע"י שילוב בין ביולוגיה וסביבה (ראו, לדוג' Distel et al., 2008). לסובלים ממנה יש בדרך כלל רגישות ולביליות רגשית מולדת (הבאה לידי ביטוי במהלך הינקות והילדות כקושי להרגע), אשר תורמת או הולכת יד ביד עם יצירת התקשרות לא בטוחה. עם זאת, ניתן להסביר את התפתחות ההפרעה גם על רקע גורמים סביבתיים/משפחתיים – סביבה טראומטית או לכל הפחות בלתי מתקפת.

הגורמים המשפחתיים העיקריים עליה שמה דגש הסכמה תרפיה הם: חוסר יציבות והיעדר הגנה; חסך רגשי; עמדות ותגובות הוריות מענישות ודוחות; ו/או סביבה ביתית מכניעה, המעדיפה את רגשות וצרכי ההורים על פני אלו של הילד. במשך שנים רבות מטופלים שאובחנו בהפרעה זו, נתפסו כמאוד קשים, או אפילו כבלתי אפשריים, לטיפול. בשני העשורים האחרונים התפתחו הסברים להבנת ההפרעה ועימם גם מודלים שונים לעבודה עם הסובלים ממנה. הטיפול הדיאלקטי התנהגותי מדגיש את הקשיים בויסות הרגשי (Linehan, 1993), הטיפול הקוגניטיבי את אמונות הליבה השליליות והדיספונקציונליות (Beck et al., 2001), הטיפול ממוקד העברה את יחסי האובייקט הלא מפותחים (Kernberg, 1976) הטיפול מבוסס מנטליזציה את ההתקשרות הלא מאורגנת המובילה לקשיים ביכולת להבין ולפעול מול המינד של העצמי והאחר (Bateman & Fonagy, 2004). בעוד כל גישה מדגישה ומתמקדת באלמנט מסוים בהפרעה, גישת הסכמה תרפיה מציעה מודל אינטגרטיבי המתייחס הן לבעיות בהווה והן למקורותיהן בילדות. מתוך מודל זה נגזרות התערבויות הנוגעות לכל תחומי הבעיות של המטופל – התחום הקוגניטיבי, הרגשי, ההתנהגותי ותחום היחסים הבינאישיים.

מטופלים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית מאופיינים בסכמות בלתי-מסתגלות רבות – לפעמים, ברוב או בכל הסכמות שפורטו לעיל. הסכמות המרכזיות בהפרעה זו הן אלו של נטישה, התעללות, חסך רגשי, פגימות וכניעות. עם זאת, למרות עוצמתן וכמותן של הסכמות, הן לבדן לא מספקות הסבר לבעיה המרכזית של חוסר יציבות. סכמה תרפיה רואה בשינויים החדים והמהירים במצבי הרוח ובמצבים המוטיבציוניים - מזעם לתיעוב עצמי, מאידיאליזציה לדבליאציה, מעוצמות רגשיות מאד גבוהות לתחושת ריקנות וניתוק – כמעברים חדים ומהירים בין מודים שונים, מתוך סט קבוע יחסית של מודים, המפעילים ומגיבים זה לזה.

כדי להתמודד עם תנודות אלו, פותח מודל המודים (ובפרט, הגרסה של מודל זה שמותאמת להפרעת אישיות גבולית). סט המודים האופייניים להפרעה זו כולל: **ילד פגיע** – **נטוש/מנוצל**; **ילד כועס אימפולסיבי**; **הורה מעניש**; **מגן מנותק**; ולעומתם, **מבוגר בריא** שהוא לרוב מוחלש מאד או מושקע לחלוטין בתחילת הטיפול. בפסקאות הבאות, נפרט את מאפייניו השכיחים של כל מוד ונציין בקצרה מהו האתגר הטיפולי העומד בפני המטפל במפגש עימו. נשתמש בחלק מהדוגמאות בלשון נקבה, כיוון שנשים מהוות אחוז גדול יותר מהמטופלים עם הפרעה זה (אם כי לא בהפרש גדול כפי שהיה נהוג לחשוב בעבר; Trull et al., 2010).



**הילדה הנטושה/מנוצלת** (abandoned/abused child) היא וריאציה של מוד הילד הפגיע. כאשר המטופלת מצויה במוד זה, היא שברירית, תלותית וילדית. היא מרגישה עצובה, מבוהלת, אבודה, לא אהובה, חסרת אוניס ובודדה. היא מחפשת אחר דמות הורית שתטפל בה ותציל אותה, ולרוב עושה לה אידיאליזציה. היא משקיעה מאמצים נואשים למנוע את נטישתה על ידי אותה דמות, ומפרשת כנטישה או כאיום לנטישה, גם מצבים ניטראליים יחסית. בהיותה במוד זה המטופלת מרגישה באופן הכואב ביותר את סכמות הנטישה, התעללות, חסך רגשי, פגימות/בושה וכניעות. יכולת ההתמודדות הרגשית והקוגניטיבית שלה עם סכמות אלו גרסיבית ביותר, ותואמת לגילאים צעירים מאוד (לעיתים אפילו פרה-ורבאליים). במצבים כאלה, אין לה קביעות האובייקט, אין הפנמה של אובייקט מרגיע ולכן גם יש צורך בנוכחותו הפיזית של אובייקט לצורך ויסות של האפקט.. המטופלת מתקשה לבטא במילים את רגשותיה וצרכיה, ונוטה לבטא רגשות במעשים. תפקיד המטפל במפגש עם מוד זה הוא לזהות ולספק מענה לצרכים הרגשיים הבסיסיים של התקשרות בטוחה - אהבה, הכלה, אמפתיה, תיקוף, עידוד לבטוי רגשות וצרכים ועידוד לספונטניות.

**הילדה הכועסת/אימפולסיבית** הוא המוד אשר בד"כ הכי מזוהה עם הפרעת אישיות גבולית על ידי מטפלים, אף על פי שמטופלות שאינן באשפוז נמצאות רוב הזמן דווקא במוד של מגן מנותק. לעיתים קרובות הן עוברות למוד של הורה מעניש או ילדה נטושה, ורק לעיתים פחות תכופות, כשהן מרגישות שאינן יכולות עוד להתאפק, מופיע מוד הילדה הכועסת והאימפולסיבית. מוד זה מופיע בד"כ כתוצאה מאירוע שהוא בבחינת "הקש ששבר את גב הגמל", כאשר הדחקת הצרכים על ידי המגן המנותק וההורה המעניש לא מצליחה עוד לעמוד בעומס הרגשי. לרוב, תתאר המטופלת הצטברות של לחץ פנימי שנבנית לאורך זמן ומסתיימת בהתפרצות כעס המתבטא בדרכים ועוצמות לא מקובלות. במצבים אלה היא נראית זועמת, תובענית, דה-אבלטיבית, שתלטנית או פוגענית. היא פועלת באימפולסיביות כדי לקבל מענה מידי לצרכיה ועשויה לעשות שימוש אפילו באיומי אובדנות או בהתנהגויות של פגיעה עצמית (אך חשוב לציין שאיומים או התנהגויות כאלו עלולים להופיע גם במודים אחרים). היא זועמת על דמות ההתקשרות ותוקפת אותה. התנהגותה ודרישותיה עשויות להתפרש כביטוי של "זכאות יתר" ופנינוק, אך למעשה הן ניסיונות נואשים למצוא מענה לצרכים שלא קיבלו מענה. כאשר מוד זה פעיל, תפקיד המטפל הוא לתקף את הזכות לכעוס על הפרת הזכויות או אי המענה על הצורך, להציב גבולות בקשר לעוצמת הכעס או אופן הביטוי שלו וללמד את המטופלת דרכים יעילות יותר לקבל מענה לצרכיה ולבטא את כעסיה.

מוד **ההורה המעניש** הוא הפנמה של דמויות התקשרות פוגעניות ומענישות – לעיתים הורה אחד או שני ההורים, ולעיתים דמויות אחרות – שביטאו זעם, תיעוב, או התעללות כלפי המטופלת כילדה. המטופלת במוד זה הופכת בעצמה להורה המעניש והמרוחק שלה. מוד זה מופיע לעיתים כדי להעניש את המטופלת על כך שעשתה משהו לא בסדר, כמו הבעת רגשות או צרכים, ומאופיין בתיעוב עצמי, ביקורת עצמית, פגיעה עצמית, מחשבות אובדניות, והתנהגויות של הרס עצמי. לעיתים היא מדברת על ואל עצמה בסגנון מרושע ומשפיל ("מגעילה", "דוחה"), ואף חותכת או פוגעת בעצמה בדרכים אחרות. תפקיד המטפל מול מוד זה הוא ללמד את המטופלת לזהות אותו, ואז להפוך אותו לאגו-דיסטוני ולהתנגד למסרים שלו, בכדי להגן על הילדה הפגיעה ולסייע לה בבניית הבטחון העצמי.

מוד **המגן המנותק** הוא למעשה מוד ברירת המחדל של רוב הסובלות מהפרעת אישיות גבולית. מטרתו היא לנתק את המטופלת מהרגשות ומהצרכים שלה, להתרחק מאחרים ולהתנהג בצייתנות ובכניעות על מנת להמנע מעונש. כשמטופלות נמצאות במוד זה, הן עשויות להראות כאילו הן בתיפקוד ובהתנהלות נורמלית/נורמטיבית. הן "מטופלות טובות", מגיעות בזמן, מכינות משימות בית, משלמות. הן שולטות ברגשותיהן ולא עושות 'אקטינג אאוט'. בשל כך, מטפלים עלולים לחזק בטעות את המוד הזה, אשר בו המטופלת למעשה מנותקת מרגשותיה ומצרכיה. במקום להיות כנה ואותנטית עם עצמה, היא מבססת זהות על סמך סימנים ואותות של אישור מצד המטפל. היא מבצעת ומאשרת את כל מה שהמטפל אומר, אך אינה מחוברת אל הדברים באמת. מובן שמצב זה אינו מקדם את המטופלת ואת מטרותיה. במקרים רבים, מופיעים במוד זה דפרסונליזציה, ריקנות, שעמום, שימוש בחומרים (כמו אלכוהול או קנביס), התקפי אכילה, פגיעה עצמית, תלונות פסיכוסומטיות וצייתנות רובוטית. הטון הרגשי הוא שטוח, חסר רגש ומכני. תפקיד המטפל ביחס למוד זה הוא לסייע למטופלת לחוות רגשות במקום לחסום אותם, להיות מסוגלת לתקשר עם אחרים בצורה מיטיבה ומקרבת ולבטא את צרכיה. לשם כך, עליו לקיים משא-ומתן עם המוד המנותק, לעוקפו או למתן אותו תוך הכרה בתפקידו המוצלח-חלקית – כחלק המגונן על המטופלת לאורך זמן רב.

מוד **המבוגרת הבריאה**, שנוטה להיות חלש מאוד ולעיתים ממש בלתי-נוכח בתחילת הטיפול, הינו הפנמה של דמות הורית חזקה, מרגיעה ומתקפת. החולשה או ההעדרות של מוד זה מקשה על המטופלת לחמול על עצמה או להרגיע את עצמה במצבי מצוקה רגשית. בתהליך הדרגתי מאוד, מנסה המטפל להנכיח את המוד הזה, לחזק אותו, ולעשות מודלינג לדרכי תגובה בריאות, עד אשר הוא מופנם אצל המטופלת במידה כזו שהיא תוכל להשתמש בו מתוך עצמה. המודים השונים מופעלים על ידי טריגרים חיצוניים, אך הם גם מפעילים זה את זה (ראו תרשים מס' 1, בהמשך). כך לדוגמא, ארוע חיצוני כמו ביטול פגישה על ידי חבר (טריגר לסכמת נטישה) עלול (1) להצית אצל מטופלת את מוד הילדה הפגיעה, בו בולטים במיוחד הצרכים הלא-מסופקים. הרגשות הראשוניים במוד זה (בדידות ועצב, תחושת נטישה) עלולים להביא (2) להפעלתו של מוד הורי מעניש מופנם. מוד זה מפנה אצבע מאשימה כלפי המטופלת, ומבזה אותה על כך שהיא מרגישה עצב או בדידות ('מגיע לך, זו אשמתך, בטח עשית משהו לא בסדר ועכשיו הוא לא רוצה אותך. תתביישי לך! התגובה שלך לא נורמלית!'). תגובה פוגענית זו (3) מעצימה את הכאב של הילדה הפגיעה, שחשה עכשיו לא רק נטושה כי אם גם מובסת ומלאת-בושה. עוצמתם של רגשות אלה גבוהה כל-כך, שהיא מצריכה מוצא כלשהו – בדמות (א4) פורקן אימפולסיבי או זועם, שיכול להראות כמו מתקפת זעם והאשמות כלפי בן הזוג, או לחילופין, בדמות (ב4) בריחה מנטלית לאחד ממצבי ההתמודדות השגורים – ובפרט, למגן המנותק שמצליח לטשטש את הכאב, למשל על ידי שימוש באלכוהול או סמים, או פגיעה עצמית למטרת ויסות רגשות. או אז, מגיבה הסביבה לצורת ההתנהגות הזו - בדרך-כלל באופן שלילי (למשל: בן הזוג עלול להגיב בהתרחקות), אשר רק מתקף את התפיסות והחוויות של הילדה הפגיעה בדבר מסוכנותו של הזולת ובדבר פגימותה שלה.



### תרשים 1: מודל הממחיש את רצף הפעלת המודים האופייני למטופל.

מטופלות עם הפרעת אישיות גבולית לכודות במעגל קסמים מרושע זה, והמעברים הקיצוניים בין המודים השונים מלווים בדיסוציאציה חזקה ביניהם. לרוב, מוד המבוגרת הבריאה אינו חזק מספיק כדי להתערב ולעצור את התהליך, ובמקום זאת, חוזרות שוב ושוב התנהגויות וחוויות שתואמות ומשמרות את סכמות אי האמון והנטישה, ובכך מרחיקות את המטופלת מסיפוק אמיתי של צרכים רגשיים (לדוגמא, על ידי בניית קשרים מייטיבים שיובילו לתחושת התקשרות בטוחה).

**מטרה מרכזית** של הטיפול בסכמה תרפיה היא להביא לכך שמטופלים יצליחו להשיג לעצמם מענה מספק לצרכים רגשיים מהותיים. כדי להגיע לסיפוק זה, מדגיש הטיפול את הצורך לזהות את המודים השונים הקיימים באדם ואת הגורמים המפעילים אותם, וכן את החשיבות של עבודה מובחנת ומותאמת-אישית עם כל מוד. המטפל (ובהמשך, המבוגר הבריאה של המטופל, כשזה נהיה חזק דיו) מגן על הילד הפגיע ומטפח אותו; מקשיב לילד הכועס ומתקף את כעסו כשזה מוצדק, אך בו בעת גם מציב גבולות לביטויי כעס שעלולים להיות הרסניים; מצמצם את השפעתם ההרסנית של קולות פוגעניים מופנמים (בין אם אלה קולות הוריים או לא); ומחליף בהדרגה את המגן המנותק (או את המודים האחרים של התמודדות לא אדפטיבית) ששימשו כהגנה העיקרית עד אותה עת.

## מהלך/שלב הטיפול בסכמה תרפיה להפרעת אישיות גבולית

הטיפול בהפרעת אישיות גבולית הוא טיפול ממושך, אשר מתנהל ללא פרוטוקול המנחה באופן ספציפי על מה ואיך יש לעבוד בכל פגישה ופגישה אך מסתייע ב'מפת דרכים' שהינה ההמשגה הטיפולית הכתובה (ראו להלן). המיומנות של מטפל סכמה היא ביכולת לתת מענה והתייחסות מתאימה למודים השונים המופיעים במהלך הטיפול. עם זאת, ניתן להבחין בשבעה שלבים בטיפול, חלקם רלוונטים רק לתקופה מסוימת, חלקם חוזרים בשלבים מסוימים, וחלקם נמשכים לאורך כל הטיפול. שבעת השלבים הם:

(1) יצירת קשר, הערכה והמשגה

(2) טיפול בסימפטומים של ציר I

(3) ניהול משברים

(4) התערבויות טיפוליות במודים

(5) טיפול בטראומות ילדות

(6) שינוי דפוסים התנהגותיים

(7) סיום הטיפול

**שלב יצירת הקשר, ההערכה וההמשגה:** שלב זה אורך כ- 4-5 פגישות ולעיתים אף יותר. הוא כולל

בראש ובראשונה יצירת אקלים בינאישי בטוח מספיק בכדי לאפשר למטופל לחוש כי הוא מסוגל לעבוד עם המטפל. העמדה הטיפולית של 'הורות מתקנת חלקית' מסייעת במשימה זו. בהמשך, וכחלק משלב זה בטיפול, נעשה איסוף מידע משלל סוגים שיכול לכלול מילוי שאלונים, ניטור קוגניטיבי התנהגותי לשם קבלת תמונה של היומיום ועבודה בדמיון לשם הערכה ויצירת גשר רגשי בין מצבי העבר וההווה (טכניקה זו תתואר בפירוט רב יותר בהמשך). שלב זה כולל גם היכרות של המטופלת עם המודל הפסיכו-חינוכי – הכרות עם הצרכים האוניברסליים, הסכמות ואופן התפתחותן, וכמובן המודים הרלבנטיים. **בתום שלב זה** מתבצעת, יחד עם המטופלת, המשגה אישית מפורטת, המתייחסת לזכרונות ליבה מעצבים, לצרכים, לסכמות ולמודים שלה. בהמשגה מוגדרות הבעיות אשר מציגה המטופלת, כאשר הן מומשגות במונחים של סכמה תרפיה, ומהן ניגזרות מטרות הטיפול ואבני הדרך להשגתן. תהליך ההמשגה מתנהל בדיאלוג עם המטופלת ואמור לקבל ביטוי במסמך כתוב אשר עליו מסכימים המטפל והמטופלת.

**הטיפול בסימפטומים של ציר I:** שלב זה מתקיים רק במידה והמטופלת סובלת מסימפטומים מסוימים של ציר I, כגון אפיזודה דיכאונית, התקפי פאניקה מרובים או תסמיני OCD ברמה בינונית-גבוהה. במידה ואלו קיימים (לעיתים כתלונה מרכזית), יש לטפל בהם בדרך-כלל לפני תחילת השימוש בסכמה תרפיה בעזרת שיטות טיפול מבוססות ומותאמות (לדוג', טיפול בינאישי או קוגניטיבי-התנהגותי קצר-מועד). בהמשך הטיפול, ניתן להעמיק את ההתייחסות להפרעות ציר I, על ידי התייחסות/המשגה של הפרעה במושגים של המודים הרלוונטים, מה שמאפשר הרחקה ופתיחת דיאלוגים בין המודים. ההתייחסות לסימפטומים ועזרה בהם לא רק עוזרת לשיפור במצב הרוח וברמת הכוחות של המטופלת אלא גם תורמת לחיזוק הקשר הטיפולי ולתחושה ש"שווה" לתת אמון שכן אז ניתן לקבל מענה לצורך. כך, שינוי מסויים בסכמות בעייתיות מתאפשר כבר בשלבים מוקדמים בטיפול.

**ניהול משברים:** משברים עלולים להופיע בכל שלב במהלך הטיפול, והופעתם מחייבת תשומת לב מיידית. בעת משבר, מנסה המטפל לייצר גישה לילדה הפגיעה/הנטושה, להרגיע אותה ולהגן עליה. הוא מעודד את המטופלת לבטא רגשות וצרכים, ומאפשר לאוורר גם כעס. המטפל מעודד את השימוש במעגלי תמיכה (במידה בה הם זמינים) ומדגיש שהוא נמצא עבודה ולא ינטוש אותה. כשהעוצמה הרגשית פוחתת, הוא מחבר רגשית וקוגניטיבית בין המשבר הנוכחי לבין ההיסטוריה האישית של המטופלת.

כשפגיעה עצמית ו/או אובדנות עלולות על הפרק, עושה המטפל כל הניתן בכדי לעצור את ההתנהגויות הללו. הוא מסייע למטופלת לזהות מאיזה מוד מגיעים ההתנהגות או הדחפים: האם מהמגן המנותק שרוצה להסית את הכאב הנפשי הבלתי נסבל לכאב פיזי נסבל? מהילדה הכועסת שרוצה להעניש אחרים? מההורה המעניש שרוצה להעניש אותה עצמה? כשהמוד מזוהה, המטפל משתמש במגוון הטכניקות המכוונות למוד המסוים, עד שההתנהגות פוסקת.

**התערבויות טיפוליות במודים (ובכללן, טיפול בטראומות מוקדמות):** שלב זה הוא לב לבה של הסכמה תרפיה והתערבויות אלו מכוונות לכל האספקטים של ההפרעה, בכל שלבי הטיפול. התערבויות אלו, היות והן מהוות את מרכז הטיפול, יפורטו באריכות בפרק הבא (פרקטיקה טיפולית). חשוב לציין שגם הטיפול בטראומות מוקדמות נעשה דרך עבודה על המודים כפי שיפורט בהמשך. עם זאת, בניגוד להתערבויות אחרות הנעשות באופן זה, עבודה על טראומה מתחילה בד"כ רק בשלב מאוחר יותר של הטיפול, לאחר שהמטופלת מבססת באופן מספיק את מוד המבוגר הבריאה בתוכה וכן מעגל תמיכה משמעותי מחוץ לטיפול. עם זאת, חשוב שלא לדלג או לוותר על שלב זה, גם כאשר נראה שהמטופלת כבר במצב טוב ויציב.

**שינוי דפוסי התנהגותיים:** בשלב מתקדם בטיפול, ניתן דגש רב על הכללת ההישגים וביטויים ההתנהגותיים גם מחוץ לחדר הטיפול. גם לאחר שהמעברים בין המודים נעשים פחות תכופים וקיצוניים, ומבוגר בריא כבר קיים בהיקף מספק, היישום ההתנהגותי של השינויים האלו אינו בהכרח קל. לכן, שלב זה בטיפול עשוי להיות ממושך למדי. בשלב זה נהוג להיעזר בשלל התערבויות התנהגותיות הנהוגות בגישת ה-CBT וכן כאלה היחודיות לסכמה תרפיה.

**סיום הטיפול:** סיום הטיפול מתרחש כאשר המטופלת בנתה לעצמה רשת תמיכה חברתית/משפחתית שמספקת מענה טוב דיו לצרכיה, והיא אינה עונה עוד על הקריטריונים של הפרעת אישיות גבולית. שלב זה כרוך לא פעם בתחושת אבל על אובדן הילדות, ובעבודה על קבלת העובדה שלא ניתן לחזור אחורה ולהשיב את כל מה שהיה חסר מלכתחילה. במקביל מתרחש תהליך פרידה מהמטפל. תדירות הפגישות הולכת ופוחתת כשנראה שהמטופלת מצליחה "לעמוד על רגליה" בעצמה. יש לקחת בחשבון את סכמת הנטישה של המטופלת, אשר קרוב לוודאי תתעורר בשלב זה, ולאפשר לה בניית נפרדות ללא חווית נטישה (כמו הורה שילדו מתבגר ומתקדם בחייו).

## פרקטיקה וטכניקות טיפוליות בסכמה תרפיה

הפרקטיקה בסכמה תרפיה, הן עם מטופלות גבוליות והן עם מטופלים אחרים, ממוקדת מזה שני עשורים במודל המודים. המטפל מתמקד במודים כפי שהם באים לידי ביטוי הן בקשר הטיפולי/בחדר הטיפולים והן "בחיים האמיתיים". הבעיות העכשוויות שמציגה המטופלת מנוסחות דרך המשגת המודים הרלוונטים, וכך גם הגדרת המטרות ודרכי הפעולה. המטפל והמטופלת, מזהים ומגדירים בשיתוף פעולה, את המודים שלה. הם חוקרים בסקרנות את מקורותיהם ומחברים אותם למצבים בהווה החוזרים שוב ושוב. המטפל מסייע למטופלת להבחין בין המודים השונים כאשר הם פעילים, ולפעול מול כל אחד מהם באופן יעיל יותר. הוא שם דגש רב על הקשר הטיפולי ועושה בו שימוש לטובת המטופלת, וכן משתמש באופן גמיש ויצירתי במגוון של טכניקות בינאישיות, חוויתיות/רגשיות, קוגניטיביות והתנהגותיות. בפרק זה נסקור את הטכניקות העיקריות המסייעות להשגת מטרות הטיפול בסכמה תרפיה, עם דגש על הטיפול בהפרעת אישיות גבולית.

### טכניקות בינאישיות ושימוש בקשר הטיפולי:

הקשר הטיפולי בסכמה תרפיה מתאפיין בכבוד הדדי, בכנות, ובפתיחות. המטפל משדר חום וקירבה וחש דאגה אמיתית למטופלת שלו. נקודה זו חשובה במיוחד במפגש עם מטופלות עם הפרעת אישיות גבולית – הנסיון מלמד שמטופלות אלו מאד אינטואיטיביות ולרוב מזהות מיידית כל זיוף מצידו של המטפל ומגיבות לכך ב-acting out. עמדה טיפולית מרכזית בטיפול, אשר עוברת כחוט השני לאורך כל הטיפול ובכל סוג של התערבות, הינה הורות מתקנת חלקית (limited reparenting). מונח זה מתייחס למאמצי המטפל ליצור בתוך הקשר הטיפולי אוירה שתיתן מענה (חלקי אמנם) לצרכים הרגשיים הבלתי-מסופקים הדוחקים ביותר של המטופלת, צרכים הנובעים מהתנהגות הורית פוגענית או מחוסר התאמה מספקת בין מזגה של המטופלת לבין הסביבה המוקדמת שלה. עמדה זו מדריכה את המטפל למלא צרכי ילדות בלתי-מסופקים של המטופלת, ולעשות זאת בגבולות המותאמים למערכת יחסים טיפולית. מבחינה פרקטית, היא מזמינה התנהגות חמה, מקבלת, אכפתית, ומספקת אישור, במידה שעולה לרוב על הנהוג בטיפול קוגניטיבי התנהגותי (ולא כל שכן בגישות שאינן CBT). באופן כללי, מטפלי סכמה תרפיה פועלים לרוב מעבר ל-"חובת התפקיד" בדאגה למטופליהם. תוך שמירה על גבולות אתיים והגיוניים, הם ממלאים במכוון צרכים רגשיים של המטופלים כל עוד צרכים אלו נראים בריאים ומוצדקים אך אינם מקבלים מענה נאות בחייהם של המטופלים.

התקדמות בטיפול מקבילה להתפתחות הרגשית של ילד. לרוב, מטופלת הסובלת מהפרעת אישיות גבולית מתחילה את הטיפול מבחינה רגשית כילדה קטנה, שמרגישה נטושה ומחפשת את הוריה (ולכן חווה פאניקה כשהיא לבד), וללא יכולת ויסות האופיינית לאשה בוגרת או אפילו לנערה. בתחילת הטיפול, יש על המטפל לזכור שהמטופלת מרגישה לעתים עמוק בתוכה כמו ילדה קטנה ונטושה, גם כאשר היא נראית כלפי חוץ ככועסת, דבליואטיבית, מנותקת או מענישה. לאור זאת, הוא יעניק מענה לצרכים הרגשיים, ממש כפי שהיה נוהג עם ילד צעיר שאין

איש הדואג לצרכיו ולבטחונו. מענה זה יכול חמלה, הגנה, קבלה, עידוד והרגעה לילדה הנטושה. המענה יכול גם אמפתיה לצד הצבת גבולות הגיוניים לילדה הכועסת/אימפולסיבית, באופן שיכוון אותה למציאת ביטוי יעיל יותר לצרכיה ורגשותיה. באופן גורף, המטפל יגיב בסלחנות (באופן הפוך מההורה המעניש) ובעידוד לבטויים של צרכים ורגשות. בהדרגה, עם התקדמות הטיפול, ובמיוחד בעזרת ההורות המתקנת החלקית של המטפל, הולך ומתפתח בתוך המטופלת מוד של "מבוגרת בריאה".

עמדה טיפולית מרכזית נוספת בסכמה תרפיה היא זו של **עימות אמפתי (empathic confrontation)**. בעמדה זו מספק המטפל אמפתיה ותיקוף לרגשות, לסיבות בעטין הם התפתחו, ולקושי לשנות אותם. בו זמנית, ובמשקל זהה, הוא גם מתעמת עם הסכמות, המודים ותגובות ההתמודדות, אותם תצטרך המטופלת לשנות כדי לקבל מענה טוב יותר לצרכיה. המטפל מדגיש את מעגל הקסמים השלילי ואת שיחזור הסבל שאותם מודים מייצרים בהווה, הן במציאות החיצונית והן במציאות הפנימית של המטופלת.

עמדת העימות האמפתי מופנית בעיקר למודים של ההתמודדות אשר היו אדפטיביים ופונקציונליים ברמה כלשהי בסביבת הילדות, אך הפכו לדיספונקציונליים בהווה. לדוגמה, עימות אמפתי עם מוד המגן המנותק שבא לידי ביטוי אצל מטופלת הסובלת מהפרעת אישיות גבולית עשוי להשמע כך: "אני מבין שבמהלך הילדות זו היתה הדרך הכי טובה עבורך לשמור על עצמך, כי נפגעת והתאכזבת כל כך הרבה פעמים. ואני יודע עד כמה זה שירת אותך ובאמת הגן עליך! אני מבין את הפחד שיש גם היום לפגוש את החלק הפגיע והכואב, את הילדה הנטושה, ואת הצורך האמיתי כל כך בהגנה. אבל בו זמנית אני גם מודאג מכך שההגנה הזו אינה מאפשרת לך להרגיש רגשות ולבטא אותם ואת צרכיך הרגשיים. אני חושש שבאופן זה הצרכים הרגשיים האמיתיים שלך לעולם לא יקבלו מענה, ולא תצליחי להתחבר באמת למישהו אחר ולאפשר לעצמך לחיות חיים מלאים וחוויתיים."

תוך כדי עבודה שנגזרת מאיזון דינמי בין שתי העמדות הטיפוליות הנרחבות הללו, מדגישה גישת הסכמה תרפיה את הצורך לקשיבות רבה לרגשות ותחושות העולים בתוך הקשר הטיפולי – ובהם, גם לרגשות ולתחושות של המטפל. מושגים אלה דומים אולי למושגים "העברה" ו"העברה נגדית" אך השימוש בהם שונה מזה שמאפיין טיפול פסיכואנליטי קלאסי. בפרט, מטפל שמפנה את תשומת לבו (ולב המטופלת) לרגשות העולים בתוך החדר יעשה זאת לא מתוך עמדה נייטרלית או מתבוננת גרידא, אלא מתוך עמדת ההורות המתקנת או העימות האמפתי.

### **טכניקות חוויתיות, ממוקדות רגש:**

הטכניקות החוויתיות המרכזיות בהן נעשה שימוש בסכמה תרפיה, הן **עבודה בדמיון ועבודת ניסאות**. טכניקות אלו משולבות במהלך כל הטיפול ומתאימות לעבודה מול כל המודים, כאשר מוקד ההתערבות משתנה עפ"י המטרה ובהתאם למוד מולו פועלים. כאן, נוכל לתאר את הכלים הללו בקצרה, ואנו ממליצים לאלו המעוניינים ללמוד עוד על כלים אלה לקרוא את החומרים המוזכרים תחת הכותרת "לקריאה נוספת".

בשלב שונים בטיפול, מכוונת **עבודה בדמיון** להשגת מספר מטרות, ובהם הערכה והכרות עם הצרכים הבסיסיים, עקיפת המגן המנותק ויצירת גישה לילדה הנטושה, מתן מענה

לצרכים הרגשיים של הילדה, ביטוי והבעת כעס בצורה מבוקרת (הילדה הכועסת), והתמודדות מתאימה עם ההורה המעניש.

עבודה בדמיון מתחילה (במיוחד בפעמים הראשונות) באמצעות דמיון של מקום בטוח ורגוע. שלב זה מאפשר גלישה רכה יותר לזכרונות כאובים שעשויים לעלות בהמשך, ומייצרת עוגן אליו ניתן לחזור במידה ויש גירוי יתר של הסכמות והמודים בעת הדמיון הטראומטי. לאחר ביסוס המקום הבטוח, המטופלת מתבקשת להעלות זכרון מגיל צעיר (לא מאוחר מגיל 10-9) בו מעורב אחד מהוריה, שניהם או דמות מטפלת אחרת. את הזכרון מנסים להחיות ככל הניתן ע"י חיבור לתחושות גופניות - ריחות, מראות ותחושות גוף. המטפל מבקש לתאר במילים את המתרחש בסיטואציה ומכוון לזיהוי ולהבעת המחשבות, הרגשות והצרכים של הילדה.

**בשלב ההערכה** (אך גם בהמשך, לפי הצורך) המטפל משתמש באמצעי הנקרא "גשר רגשי", שעוזר לזהות את האופן בו המטופלת פירשה וחוותה אירועים בילדותה, הפנימה אותם ועושה בהם שימוש בהווה. באמצעי זה, המטופלת מתבקשת לפגוע את פרטי התוכן של הזכרון ולהשאיר רק עם גרעין הרגשות והצרכים אותו היא חשה במקום כלשהו בגוף. היא מתבקשת להעצים גרעין זה, ולקשר אותו רגשית לסיטואציה בהווה אשר נחוות באופן דומה ("מקום או מצב שבו אותה הרגשה מהדהדת לך"). גם בסיטואציה שעולה מההווה, המטופלת מתבקשת לבטא את מחשבותיה, רגשותיה וצרכיה, ולהחיות את החוויה ככל האפשר. לבסוף, מתבקשת המטופלת לחזור למקום הבטוח ולאחר מכן "לעורר" את הגוף ולפקוח עיניה.

**עקיפת המגן המנותק** הינה הכרחית לשם יצירת גישה למוד הילדה הפגיעה, במיוחד אצל מטופלות עם מגן מנותק דומיננטי, כמו מטופלות גבוליות. ללא הסכמת המטופלת להלחם במגן המנותק ולחוות מודים אחרים בטיפול, לא תתרחש התקדמות אמיתית בטיפול. אחת הטכניקות לעקיפת המגן המנותק הינה **דיאלוג בדמיון** עמו. המטפל מנחה את המטופלת להתחבר ככל הניתן למוד המגן המנותק ולייצג אותו, ואילו המטפל מיצג את המבוגר הבריא. לשם העמקת החוויה, המטפל יכול לבקש מהמטופלת לתאר את המגן המנותק (תאר לי בבקשה איך אתה נראה. אתה גבר / אשה?) ואת האנרגיה שלו (איך זה מרגיש בגוף?; התייחסות לשפת הגוף). המטפל מאתגר ומנהל משא ומתן עם המגן המנותק. הוא משכנע אותו "לזוז הצידה", לפחות לזמן קצוב, ולאפשר למטופלת להיות במגע עם הילדה הנטושה. המטפל פונה אל המגן המנותק מתוך עמדת העימות האמפתי, ומתעניין בסקרנות - מה אתה חושש שיקרה לו X תבטא את רגשותיה? מה מפחיד בלפגוש את X הקטנה והנטושה?

עקיפת המגן המנותק הינה מטרה חשובה ולעיתים קרובות קשה להשגה. ככל שמגן זה חזק יותר, כך יהיה צורך בתהליך הדרגתי ובפתרונות יצירתיים. נקודת התחלה "קלה" יחסית יכולה להיות עבודה על דמיון של מקום בטוח בלבד, והתמקדות בתחושת ההרפיה המתפשטת והרגשות הנעימים. חשיפה לרגשות לא נעימים יכולה להיעשות בשלב ראשון דרך התמקדות בדמיון של חוויה לא נעימה בהווה, ולא דרך זכרונות ילדות. עבודה חוויתית המתמקדת בסיטואציות מההווה, יכולה גם לתת מענה יעיל לניהול מצבים מטרידים בחייה הנוכחיים של המטופלת. בתרגילים מסוג זה המטופלת מתבקשת לעצום את עיניה וליצור תמונה/דימוי של המצב, להתנהג את הסיטואציה **במשחק תפקידים** עם המטפל, לעיתים לשחק בתפקיד המוד הפעיל בעוד שהמטפל משחק את הבוגר הבריא, או לבטא את הרגשות והשאיפות שיש לה בכל מוד ואז לנהל דיאלוג או מו"מ ביניהם.



כלי עזר נוסף לעקיפת מגן מנותק הוא שימוש בתצלומים מהילדות אותן מתבקשת המטופלת להביא לפגישות. שימוש בתצלומים אלה, תוך הנחיות שמסייעות להתחבר רגשית לילדה שבתמונה, מאפשרים לעיתים רבות חיבור חזק לחוויית הילדות.

לאחר שהוסת המכשול של המגן המנותק, ניתן לתת מענה לצרכי הילדה הפגיעה/הנטושה. לאחר שהסתיים שלב ההערכה, ניתן לשלב בעבודה בדמיון טכניקות של "רישום מחדש" (rescripting), בהן מתקיימת הורות מתקנת בתוך הדמיון עצמו. כך לדוגמה, יכול המטפל להכנס בדמיון לתוך הסיטואציה הכאובה ולתת מענה טוב ומותאם יותר למצב שהתעורר: לסייע בזיהוי ובביטוי הרגשות והצרכים, להגן על הילדה, להוציאה מהסיטואציה בה מתרחשת הדרמה, ולהעניק עידוד, הרגעה, או חיבוק מדומיין.

רישום מחדש לא חייב לכלול את מעורבותו של המטפל. לעיתים, הדמות שעושה את התיקון עשויה להיות זו של המטופלת כאדם בוגר (כלומר, המוד הבוגר והבריא שלה). בפעמים אחרות, זו יכולה להיות דמות משמעותית ומיטיבה אחרת. עם זאת, בשלבים מוקדמים של הטיפול במטופלות הסובלות מהפרעת אישיות גבולית, יהיה זה בדרך כלל המטפל עצמו שממלא את הצורך הרגשי בעבודה בדמיון וזאת בגלל החוסר הכרוני ביכולת הרגעה עצמית או בדמויות מרגיעות מופנמות בחיי המטופלות. עם הזמן, תוכל המטופלת להפנים את הקול וההתנהגות של המטפל ולהפוך לדמות המרגיעה בעצמה.

חשוב לציין שעבודה בדמיון – עם או בלי רישום מחדש – תתמקד תחילה בזכרונות וחוויות קשים מההווה או העבר, אך לא בטראומות קיצוניות של הזנחה והתעללות. אלה יוכלו להפוך למוקד רק כשהמטופלת כבר חזקה מספיק ומנוסה דיה בצורת העבודה הזו.

לא פעם, כוללת עבודה בדמיון התמודדות עם קולות מופנמים שליליים (לדוגמה, ההורה המעניש). עבודה מסוג זה מסייעת לזהות את המוד כקול חיצוני (לדוגמה, של ההורה האמיתי), ולא כקולה של המטופלת עצמה. כדי לשמוע את הקול בבהירות, יכול המטפל לבקש לנהל דיאלוג בדמיון בין ההורה המעניש לבין חלק אחר (הילדה הנטושה, הילדה הכועסת). לאחר שכל חלק אומר את דבריו, המטפל עצמו (ובהמשך, הבוגר הבריא) מתערב בדמיון, ומתעמת עם הפוגע ועם ההתנהגות המזיקה שלו באותה סיטואציה, מגן על הילדה ומסייע לה לבטא את רגשותיה וצרכיה. בעת הצורך, הוא אף מביע בשמה, בפני הפוגע, את הרגשות והצרכים שלה.

לפני עימות שכזה, חשוב לוודא שהילדה הפגיעה מרגישה מספיק בטוחה לצד המטפל ואף להציע אמצעי הגנה שונים בדמיון (למשל, קיר זכוכית החוצץ בין המטפל והילדה לבין הפוגע). חשוב ביותר שעימות מסוג זה יסתיים בחוויה רגשית מתקנת לילדה - כלומר בחוויה של מוגנות ושל מתן ביטוי ומענה לצרכיה.

טכניקה חווייתית מרכזית נוספת להשגת המטרות הטיפוליות היא עבודת כיסאות (Kellogg, 2012), טכניקה טיפולית שמקורה בפסיכודרמה של גייקוב מורנו, ובהמשך בגישת הגשטאלט (Perls, 1973) ובפיתוחים שנעשו על ידי גרינברג, מייסד הטיפול מבוסס הרגש (Emotion Focused Therapy) ועל ידי אחרים (Elliot et al., 2004; Greenberg & Pascual, 2006). עבודת כיסאות בסכמה תרפיה מסייעת בהפרדה בין המודים השונים, וביצירת אפשרות לדיאלוגים ביניהם.

כמו עבודה בדמיון, עבודת כיסאות יכולה להתחיל גם היא באמצעות דמיון של סיטואציה מטרידה והצפת הרגשות והמחשבות הקשורות אליה. היא מתבצעת בעזרת מעברים בין כיסאות

בחדר, הלכה למעשה, כאשר כל כסא מייצג מוד פנימי מסוים (דיאלוג בין שני כיסאות) או דמות חיצונית ("הכסא הריק").

חשוב לציין כי קיימים אמצעים וכלים חוויתיים נוספים, אותם ניתן ורצוי לשלב בטיפול. כלים אלו כוללים בין היתר **משחק תפקידים עם המטפל** (תרגול הבעת כעס / אסרטיביות, הבעת צרכים ורגשות, הצבת גבולות מתאימים ועוד), **כתיבת מכתבים**, **עבודה עם קלפים טיפוליים**, **תמונות ילדות** (שהוזכרו בקצרה) ועוד.

### טכניקות קוגניטיביות:

בסכמה תרפיה, משמשות טכניקות קוגניטיביות להשגת שינוי במרכיב הקוגניטיבי של הסכמות והמודים, ומשולבות לסירוגין לאורך כל שלבי הטיפול. הן מלוות את העבודה הרגשית והחוויתית, ועוזרות להמשיג ולשיים את התהליכים שמתרחשים. למרות היותן חשובות מאוד בשלב המוקדם של הטיפול – שלב יצירת הקשר, ההערכה וההמשגה, הרי שהללו אינן נתפסות בתור המרכיב המרכזי בטיפול.

להלן חלק מהכלים הקוגניטיביים העומדים לרשות מטפלים בסכמה תרפיה:

1. שיתוף במידע פסיכו-חינוכי (אודות רגשות, צרכים רגשיים בסיסיים, תפקיד הורי, מודים ועוד).
2. זיהוי ושיום הסכמות והמודים השונים (יצירת ריחוק קוגניטיבי מהסכמה/מהמוד).
3. חקר המקורות ההתפתחותיים והרגשיים של סכמות ומודים (לדוגמא: זיהוי שמוד ההורה המעניש הוא למעשה תוצר של הפנמת מסרים מאחד ההורים או מדמות משמעותית אחרת מהילדות, ולא הקול של המטופלת עצמה).
4. בניית מערכת הוכחות הסותרות את "אמיתות" הסכמה/מוד, ומאפשרת יצירת נקודת מבט חלופית (לדוגמא: חיפוש הוכחות תומכות וסותרות לתפיסת העולם של ההורה המעניש, כאמצעי להחלפתה בתפיסת עולם בריאה יותר).
5. רישום יתרונות וחסרונות של המודים (לדוגמא, יתרונותיו של המגן המנותק הינן שהמטופלת אינה נסערת בקלות ומרגישה שמצליחה לשמור על עצמה היטב. חסרונותיו הן שקשה לה להתחבר באמת לאנשים אחרים ולאפשר שיתקרו אליה. היא אינה מחוברת לרגשותיה, רצונותיה והעדפותיה, אינה חווה גם רגשות חיוביים, והיא חווה לרב ריק ושעמום).
6. יצירת "כרטיסיית הבזק" (Flash card) המציגה את עמדת המבוגר הבריא, בה ניתן יהיה להיעזר בעת שהמטופלת מופעלת יתר על המידה ומתקשה לעבור למוד המבוגר הבריא באופן ספונטני. כרטיסיות כאלו, שיכולות להיות ממוקדות באירועים תכופים או צפויים שונים, כוללות את זיהוי הרגש הנוכחי והטריגר, זיהוי הסכמה הרלוונטית וקישור למקורות שלה, בדיקת המציאות כולל חיפוש הוכחות לעמדת הסכמה ולעמדה הבריא, והנחיות התנהגויותיות (ראו נספח 1). יש מטפלים הנוהגים, במיוחד בשלבים מוקדמים של הטיפול, להקליט את תוכן "כרטיסיית הבזק" במכשיר הנייד של המטופלת בכדי שתוכל לשמוע את הדברים בקולו של המטפל, דבר התורם לחיזוק האימפקט הרגשי של התוכן.
7. ניהול יומן מודים. כלי זה דומה לכלי הניטור המקובל בטיפול הקוגניטיבי התנהגותי, אך הוא כולל גם את זיהוי הסכמה שהתעוררה, הסיבות להיווצרותה, נקודת מבט מציאותית והתנהגות חלופית בריאה ויעילה יותר (ראו נספח 2)

### טכניקות לשבירת דפוסי התנהגות:

בשלב מתקדמים, עושה גישת הסכמה תרפיה שימוש גם בטכניקות התנהגותיות שמטרתן להכליל וליישם את השינויים הרגשיים והקוגניטיביים בחיים האמיתיים של המטופלת. שינוי התנהגותי שכזה כרוך בהחלפת דפוסי התנהגות המונעים מהסכמות ומהמודים של התמודדות מל-אדפטיבית בהתנהגויות חדשות, גמישות ואדפטיביות, המשרתות את המטופלת באופן יעיל יותר.

טכניקות אלו מיושמות בד"כ בשלב מאוחר יותר של הטיפול, לאחר שכבר התרחש שינוי בחשיבה וברגש. שינוי התנהגותי אינו מתרחש בהכרח כפועל יוצא של שינויים אלו, ולעיתים זוהי משימה קשה, הדורשת רכישת מיומנויות נוספות.

טכניקות התנהגותיות מקובלות בסכמה תרפיה כוללות ניסויים התנהגותיים (לבדיקה או חיזוק של הסכמות הפונקציונליות החדשות), תרגול בפתרון בעיות ובאסרטיביות, עזרה בניהול זמן, משחקי תפקידים/סימולציות, מודלינג, תרגול טכניקות הרפיה והרגעה עצמית, ועוד. הבחירה בתרגולים הנדרשים ובהתנסויות המתאימות לשם ביסוס דרכי התמודדות בריאות ויעילות יותר נעשית תמיד בשיתוף עם המטופלת, תוך וידוא כי הבחירה היא במשימות הגיוניות ובנות השגה.

### הביסוס המחקרי לסכמה תרפיה

גישת הסכמה תרפיה החלה להתפתח לפני כשלושים שנה. מסיבות שונות, נסיונות להעמידה לבחינה אמפירית החלו להופיע רק בעשור האחרון והללו מלמדים על יעילות מרשימה. עד היום, נערכו מספר מחקרים (ובהם, ארבעה מחקרים מבוקרים עם השמה רנדומית – קבוצתי בהפרעת אישיות גבולית (Giesen-Bloo et al., 2006; van Asselt et al., 2008; Farrell, Shaw, & Webber, 2009; Nadort et al., 2009) ולצידם מספר הולך וגובר של מחקרים המלמדים על יעילות בטיפול במגוון רחב יותר של הפרעות אישיות נוספות, ובהן הפרעות אישיות אנטי-סוציאלית ואחרות באוכלוסיה פורנוזית (Bernstein et al., 2012) והפרעות אישיות אישיות שונות מ-cluster C באוכלוסיה כללית (Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz). הגדול והחשוב במחקרים אלה הוא זה של גיסן-בלו, ארנץ ועמיתיהם (Giesen-Bloo et al., 2006; van Asselt et al., 2008), מחקר RCT גדול שנערך בארבעה מרכזים בהולנד. מטופלים במחקר זה קיבלו, בהשמה רנדומית, אחד משני טיפולים – סכמה תרפיה או טיפול ממוקד העברה (transference focused psychotherapy). תוצאות המחקר מלמדות ששני הטיפולים יעילים בהפחתת תסמיני הפרעת אישיות גבולית, אך מטופלי הסכמה תרפיה הפגינו שיפור רב יותר (66% מהם חוו שיפור במדד העיקרי, לעומת 43% מהמטופלים בגישה ממוקדת העברה; 52.3% מהם נחשבו כמחלימים מההפרעה אחרי ארבע שנים, לעומת 28.6% מהמטופלים בגישה השניה). ממצא חשוב במחקר זה (וכן בכל אחד מהמחקרים האחרים שנעשו על שימוש בסכמה תרפיה עד כה) הוא שאחוז הנושרים מהטיפול בסכמה תרפיה (27%) נמוך באופן משמעותי, מהטיפול השני (50%). יתרה מכך, גם כשהתרחשה נשירה, היא קרתה בשלב מתקדם יותר בטיפול (בממוצע, לאחר כשנה, לעומת 3 חודשים בטיפול השני). ניתוחים נוספים של מחקר זה מלמדים

שהנשירה הנמוכה קשורה לברית הטיפולית החזקה שנרקמה בטיפולי הסכמה תרפיה – ברית שמושפעת, ככל הנראה, מהעמדה הבסיסית החזקה של הורות מתקנת חלקית.

לסיכום, סכמה תרפיה הינה מודל אינטגרטיבי אשר צמח מהטיפול הקוגניטיבי אך גם חולק רבות מהשערותיו עם תיאוריית ההתקשרות ועם תיאוריות פסיכודינמיות. הטכניקות החוויתיות המשחקות תפקיד מרכזי במודל מקורן בגשטאלט ובגישות מבוססות חוויה אחרות. התפתחות המודל לאורך עשרים השנים האחרונות הביאה לכך שיכלול התייחסות מפורטת לנושא מצבי העצמי (המודים), ציידה את המטפלים הנעזרים במודל בסט כלים משוכלל, ואיפשרה מתן מענה מדוייק יותר ואפקטיבי יותר לטווח רחב של הפרעות אישיות והפרעות כרוניות אחרות.

**כרטיסיית הבזק בסכמה תרפיה**

■ **זיהוי הרגש הנוכחי**

כרגע אני מרגיש \_\_\_\_\_ בגלל \_\_\_\_\_  
(מציב שעורר את הסכמה/המוד) (רגשות)

■ **זיהוי הסכמה/המוד (הסכמות/המודים)**

עם זאת, אני יודע שהגורם לכך היא כנראה הסכמה/סכמות שלי \_\_\_\_\_  
(סכמה או מוד רלבנטיים)  
שלמדתי בעבר כתוצאה מ \_\_\_\_\_  
(המקור)  
הסכמה גרמה לי להעריך בצורה מוגזמת את \_\_\_\_\_  
(עיוותי הסכמה/המוד)

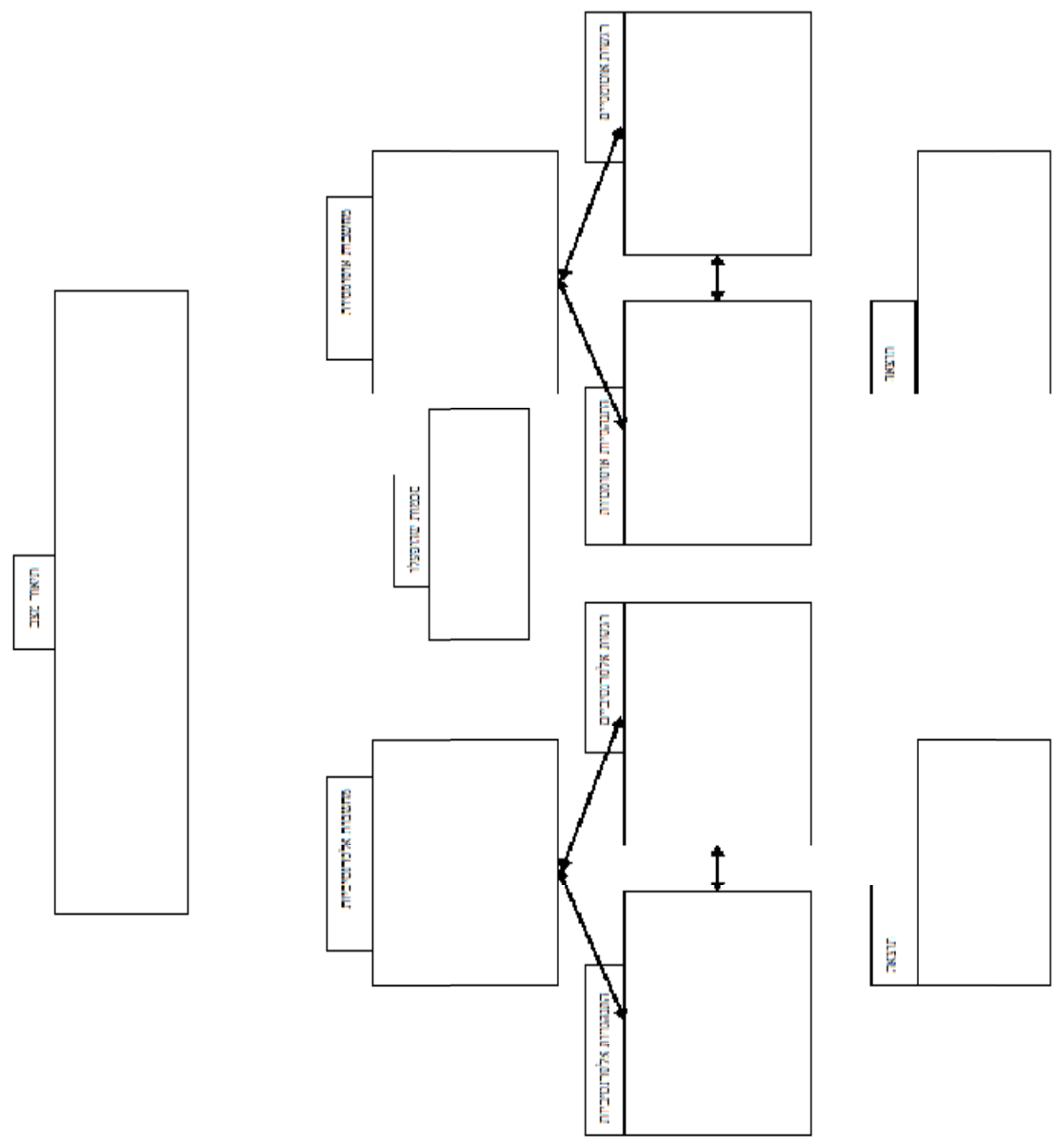
■ **בדיקת המציאות**

למרות שאני מאמין \_\_\_\_\_  
(מחשבות שליליות)  
המציאות היא \_\_\_\_\_  
(נקודת מבט בריאה)  
וההוכחות מחיי שתומכות בנקודת המבט הבריאה הן \_\_\_\_\_  
(דוגמאות ספציפיות מהחיים)

■ **הנחיות התנהגותיות**

לכן, למרות שאני מרגיש שבא לי \_\_\_\_\_  
(התנהגויות שליליות)  
אני יכול במקום זה \_\_\_\_\_  
(התנהגות בריאה חליפית)

נספח 2: יומן סכמות או מודלים



- Arntz, A., & Jacob, G. (2012). Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach. Chichester: Wiley.
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *171*, 305–322.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*, *18*, 36-51.
- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., & Beck, J. S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *39*(10), 1213-1225.
- Bernstein, D. P., Nijman, H. L., Karos, K., Keulen-de Vos, M., de Vogel, V., & Lucker, T. P. (2012). Schema therapy for forensic patients with personality disorders: Design and preliminary findings of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, *11*, 312-324.
- Distel, M. A., Trull, T. J., Derom, C. A., Thiery, E. W., Grimmer, M. A., Martin, N. G., ... & Boomsma, D. I. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological medicine*, *38*(09), 1219-1229.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change. American Psychological Association.
- Farrell, J., Shaw, I., & Webber, M. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *40*, 317–328.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, *63*, 649-658.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of clinical psychology*, *62*, 611-630.

- Kellogg, S. (2012). On Speaking One's Mind: Using Chairwork Dialogues in Schema Therapy. *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research and Practice*, 197-208.
- Kernberg, O. (1976). Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24, 795–829.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., ... & van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973.
- Perls, F. S. (1973). *The Gestalt approach and Eye witness to therapy*. Oxford, UK: Science and Behavior Books.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2011). *Schema therapy: Distinctive features*. New York: Routledge.
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of personality disorders*, 24, 412-426.
- van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., Van Dyck, R., Spinhoven, P., ... & Severens, J. L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 192(6), 450-457.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

#### לקריאה נוספת:

- רפאלי, א. (2011). הפרעות אישיות. פרק מתוך צ. מרום, א. גלבו-שכטמן, נ. מור, & י. מאירס, (עורכים), טיפול קוגניטיבי התנהגותי במבוגרים. הוצאת דיונון.
- Arntz, A., & van Genderen, H. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. NY: Wiley.



- Rafaeli, E., Maurer, O., \*Lazarus, G., & Thoma, N.C. (2016). The self in schema therapy. In M. Kyrios, M., R. Moulding, M. Nedeljkovic, S.S. Bhar, G. Doron, G. M. Mikulincer (Eds.), *The Self in Understanding and Treating Psychological Disorders*. Cambridge University Press.
- Rafaeli, E., Maurer, O., & Thoma, N. (2014). Working with modes in schema therapy. In N. Thoma & D. McKay (Eds.), *Working with Emotion in Cognitive-Behavioral Therapy: Techniques for Clinical Practice*. NY: Guilford.

# טיפול מבוסס יחסי אובייקט של הפרעות אישיות גבוהות

## ד"ר גיורא זקין

הפרעות אישיות גבוהות מאופיינות במבנה מגובש יחסית ועל פי ההגדרות קרנברג, הן נמצאות בספקטרום הנוירוטי. שלוש ההפרעות הבולטות בתחום זה הן האישיות האובססיבית קומפולסיבית, האישיות הדכאונית והאישיות ההיסטרית. יחד עם זאת, מספר קטגוריות של אישיות גבולית גבוהה משיקות לתחום זה. אם הן מגובשות יחסית, ניתן להתייחס אליהן, מבחינה טיפולית כשייכות לתחום הגבוה. מדובר באישיות ההיסטוריונית, הנמנעת והתלותית וכן ההפרעה הנרקסיסטיית הגבוהה.

הפרעות האישיות האלה, מאופיינת, בניגוד להפרעות האישיות הגבוליות, במבנה יציב ועקבי יחסית. הן מגלות קושי עם תחום יחסים מסוים, המעורר חרדה ולכן מודחק.

יחד עם זאת, מדובר בתחום יחסים חלקי וממוקד יותר, מאלה המפוצלים אצל הגבולי.

אומנם, ההדחקה והחרדה, מעוררים סבל וקשיים, אך אינם פוגעים ביציבות יחסית, פגיעה האופיינית כל כך לבעלי מבנה אישיות גבולית. בשל הארגון המגובש יותר, צדדים מעוררי קונפליקט, נוטים להיות מודחקים מהתודעה ואינם מפוצלים באופן הפוגע בגיבוש ובכושר הוויסות בחיי יום יום. רק חלקים שוליים מהחוויות הבעייתיות, מפוצלים ועוברים דיסוציאציה. כך, מטופלים בעלי אירגון אישיות גבוה, נהנים בדרך כלל מזהות יציבה יחסית, מסף תיסכול גבוה וביכולת ליצור קשרים יציבים לאורך זמן, כמו גם מיכולת לעסוק בתחום מקצועי באופן יציב. יש להם מערכת ערכים מוצקה יחסית, אך כזו העלולה להיות דרשנית, נוקשה ובלתי מתפשרת. מטופלים בעלי כושר אירגון גבוה, סובלים ונפגעים בעיקר בתחומים הטעונים ביחסים המעוררים אצלם קונפליקט. הם עלולים להגיע לטיפול, כאשר סימפטומים של חרדה או דיכאון הופכים חריפים. במצב זה, יש צורך להציע להם טיפול ממוקד סימפטומים, כמו טיפול תרופתי או טיפול התנהגותי, היעילים יותר למטרה זו מאשר הטיפול הדינמי. במצב זה ניתן להציע להם שינוי אישיותי מקיף יותר, דרך טיפול דינמי ארוך יחסית, אשר עלול להתמשך בין שנה לארבע שנים.

### האסטרטגיה הטיפולית בהפרעות אישיות גבוהות

מטופלים בעלי מבנה אישיות גבוה, הם בעלי גיבוש ויציבות יחסית ומתבססים בעיקר על מנגנונים של הדחקה כדי להתמודד עם צדדים של יחסי אובייקט המעוררים קונפליקט וחרדה. הטיפול מכוון להסיר את ההדחקה הזו ולהפוך מרחב חוויתי מודחק לזמין.

בעוד המטרה בטיפול אצל מטופלים בעלי מבנה נמוך הנשענים בעיקר על פיצול כהגנה מחלישה, היא למזג, לשלב ולעודד אירגון וגיבוש חוויה רציפה, כדי להשיג וויסות, עיכוב, שליטה וגמישות רבה יותר, הרי אצל מטופלים בעלי מבנה גבוה, המטרה היא להסיר הדחקה

ולגאול צדדים של יחסי אובייקט, אשר בפניהם מתגונן המטופל, כדי להימנע ממודעות כואבת. תהליך זה מאפשר למטופל לחוות סביבת יחסים רחבה יותר וגמישה יותר, תוך הפחתה במאמצים ובמתח הכרוכים בהגנה בפניהם. הטיפול מיועד להביא למודעות פעולות הגנתיות וקונפליקטים פסיכולוגיים, תוך מיקוד בתלונות המטופל ומטרות הטיפול המוסכמות.

במסגרת התבוננות דינמית, קונפליקטים מאורגנים סביב רצונות, צרכים ודחפים רבי עוצמה, הנתפסים כמתנגשים ובלתי מתאימים זה לזה. ניתן לקרוא להם **מוטיבציות קונפליקטואליות**. אלה עשויים להיות קשורים לתשוקות מיניות, כעס, סדיזם, תחרותיות, כוח, עצמאות, תלות והרצון להיות מוכר, נערץ ואהוב. על פי המודל הדינמי, גורמי הנעה בלתי מתאימים ומעוררי חרדה, מודחקים מהמודעות. הם עלולים לגרוע מהמטופל סביבה חווייתית משמעותית להסתגלות וליצור נוקשות וצמצום. למשל, החשש מביטוי של כעס עלול לפגוע גם ביכולת לבטא אסרטיביות. מטופל אחר עלול להדחיק צרכים תלתיים מחשש להיות מושפל, תוך אובדן היכולת שלו להיות מעורב ביחסים אינטימיים באופן משמעותי, תוך קיום עמדה חשדנית וחשש להיות מנוצל.

**במסגרת של טיפול דינמי מבוסס יחסי אובייקט**, דוגמאות של יחסים מופנמים, נתפסים כגורמים מאורגנים מרכזיים של התפקוד הפסיכולוגי. הם ממושגים כיצוגיים של עצמי ואחר באינטראקציה, תוך חיבור לרגשות בעלי גוון מסוים. **המושג מבנה אישיות, מתייחס לדוגמא יציבה יחסית של פונקציות פסיכולוגיות המארגנות את התנהגות המטופל ואת החוויות שלו**. דוגמא זו, מופעלת לעיתים קרובות וחוזרת על עצמה בנסיבות רבות יחסית. ככל שהמבנה נוקשה יותר, דוגמא זו של ארגון, מופעלת עם מידה פחותה של התחשבות בנסיבות להן צריך המטופל להסתגל ולכן פוגעת ביכולתו להתאים את עצמו לנסיבות מגוונות. יחסי אובייקט, אינם מבטאים בהכרח משקעים של יחסי עבר באופן מדויק. הם מהווים תוצר מורכב של התנסות, מוכנות מולדת ופנטזיות. **חוסר גמישות ונוקשות**, הם הגורמים הבעייתיים הבולטים ביותר בהפרעות אישיות גבוהות.

**עורך דין צעיר, היה בלתי מודע לסיגנון המרצה והחביב, אותו הפעיל כמעט בכל מצב.**

**אולם, כאשר הופיע לראשונה בבית משפט, הוא נתקל בקושי בולט לשנות התנהגות זו ולהיות אסרטיבי ותקיף יותר, כפי שנדרש לעיתים קרובות בנסיבות כאלה. מגבלה זו גרמה לו למצוקה של ממש ועוררה אצלו רצון וסקרנות להבינה.**

תכונות פסיכולוגיות נוקשות ובלתי מסתגלות עלולות להופיע דרך צד של **עיכוב** דוגמאות התנהגות או לחליפין דרך **הפעלה** שלהן. העיכוב מתבטא בהעדר התנהגות המתאימה למצב נתון, כפי שניתן היה לראות בדוגמא למעלה. מאידך, מטופל אחר עלול להפעיל באופן חוזר ובלתי מתאים התנהגות של שליטה בסביבתו ובאחרים הקרובים לו, תוך גילויים של הפתעה במקרים הרבים בהם הסובבים אותו מסתייגים או מנוכרים ממנו.

פונים רבים בעלי אישיות גבוהה מדווחים על הצלחה יחסית בעבודה, תוך גילויים של קשיים וחרדה ביחסים אינטימיים. פונים אחרים מדווחים על חוסר יכולת להתמודד עם סמכות בעבודה ועם קושי לבטא את מלוא יכולתם ואת שאיפותיהם במסגרת הקריירה שלהם.

מטופלים בעלי מבנה אישיות גבוה מציגים בדרך כלל קונפליקטים בעלי אופי אדיפאלי, לצד קונפליקטים בעל צדדים דיאדיים. בניגוד להפרעות אישיות נמוכות, מטופלים אלה חווים קונפליקטים בעלי אופי מורכב ומשולש, אשר מחזיק בתוכו היבטים של פחד מתחרות של דבר מה או על מישהו שאחר רוצה בו. כלומר, במצב זה הצורך והשתתקות לאובייקט אהבה, קשורים באופן מהותי גם לאדם שלישי נוסף. מטופלים אלה עלולים לחוות אשמה בשל הצורך לזכות בדמות נאהבת, אשר אחר רוצה בה באותו זמן, לפחות לפי תפיסתו של המטופל. דינמיקה זו קשורה לעיתים קרובות, לפנטזיות ילדות הקשורות בשבירת קשרים הוריים כדי לזכות באהבה של אחד מהם או של שניהם

**ילדה אדיפאלית עלולה להשתוקק לאביה, תוך תחרות ותחושת ניצחון על אימא המחזיקה בו. קונפליקט זה עלול להיות מודחק ולהיות מופעל בבגרות, באופן מעורר חרדה ביחסים אינטימיים ומיניים כמו גם בנסיבות המעוררות תחושה של תחרות.**

הקונפליקטים האדיפליים קשורים ברצון לקחת משהו ממישהו שאחר שלישי רוצה בו. הקונפליקטים הדיאדיים קשורים ברצון לקבל משהו אשר מוחזק אצל מישהו שעשוי לתת לו אותו או לסרב לתת לו אותו, תוך יכולת לעורר תגובה של סיפוק או לחליפין של כעס ותסכול. שני סוגי הקונפליקטים האלה בדרך כלל דחוסים זה בזה וקשורים אחד לאחר באופן מהותי גם אצל המטופלים בעלי האישיות הגבוהה. יחד עם זאת, הקונפליקטים בעלי אופי מורכב ומשולש, אינם רק תוצאה של פנטזיה פנימית ומינית, כפי שרטט פרויד והם עשויים לשקף מערך משפחתי מקוטב, אשר עשוי להתבטא אחר כך ביחסי אובייקט מופנמים בלתי תואמים אצל הילד.

**ילד הגדל במשפחה, בה האם מעודדת תלות וקרבה של בנה, כדי לפצות על ריחוק מאב משימתי ותחרותי, עלול להפנים קונפליקט בין עמדה תלותית ומרצה לבין יחסי אובייקט תחרותיים מהן הוא חושש, כסכנה ליחסים הקרובים עם אמו וכרתיעה ממפגש מאיים עם אביו.**

לטיפול בהפרעות אישיות גבוהות שלושה ממדים מרכזיים:

1. חשיפה של יחסי אובייקט בולטים, המשמשים גם כהגנה וגילוי הגנות אחרות של המטופל
2. הבהרה, עימות ופירוש של קונפליקטים בלתי מודעים מעוררי חרדה, תוך הפיכתם למודעים
3. עיבוד הקונפליקטים המרכזיים, תוך מיקוד במטרות הטיפול

הטיפול בהפרעות אישיות גבוהות ממוקד סביב מטרות טיפול מוסכמות, עליהן מתקיים דיון עם המטופל. הפרעות אישיות שונות מציגות סיגנון שונה ומוקד דינמי בעייתי שונה לטיפול כפי שניתן לראות בטבלה 4-9:

## תהליך וטכניקות לטיפול בהפרעות אישיות גבוהות

הטיפול בהפרעות אישיות גבוהות מתקדם מפני השטח, הגנות והיחסים הקרובים יותר למודעות לעומק היחסים המופנמים המודחקים יותר. המטפל מעדיף להתייחס בתחילה לתחומים הקרובים יותר למודעות המטופל, הטעונים רגשית, או כאלה אשר אמורים לעורר רגשות חזקים, אך מתבטאים בתגובה נמנעת ומנותקת. בתהליך הטיפול בהפרעות גבוהות יש דגש על קונפליקטים עכשוויים ופחות על פירוש עם שחזור היסטורי. יש רצון להימנע בצעד זה מתהליך הרווי בצדדים שכלתניים, אשר עלולים למנוע חשיפה של צדדים חווייתיים ורגשיים יותר בטיפול. השחזור ההיסטורי נעשה רק בשלבים מתקדמים של הטיפול. התהליך הטיפולי מתקדם בדרך כלל על פי השלבים הבאים:

מטפל	מטופל
	1. יצירת מסגרת טיפולית מוסכמת, יוצר ברית טיפולית, מגביר את יכולתו לצפות ביסוס של ברית עבודה ועמדה טכנית ולהתבונן בעצמו, מחזק עמדה של אגו צופה נייטרלית, התבוננות בחוויות המטופל, תוך כינוסן למילים, רגישות רבה לתגובות העברה נגדיות
	2. ניתוח ההתנגדות לתקשורת חופשית מפתח יכולת ביטוי חופשית יותר, מגייס הגנות וספונטניות בטיפול אל מול חרדות המתעוררות עקב שינוי בשיווי המשקל הקודם
	3. הכלת רגשות וחרדות, המתבטאות בעקבות הסרה של חלק מהגנות המטופל
	4. זיהוי וניתוח של הגנות המבוססות על הגנות אופי, הופכות לזרות יותר והמטופל עלול יחסי אובייקט לחוות זמנית יותר חרדה בעקבות זאת
	5. פירוש של יחסי אובייקט מודחקים וויסות הולך וגובר של רגשות וחרדות הקשורים ומעוררי חרדה, תוך הכלה מתמשכת לקונפליקטים מודחקים הנחשפים בטיפול. של המטופל ותוך חיבור פרשני של יכולת הסמלה גדולה יותר בתחומים רווי יחסי אובייקט בכל הרבדים, הן קונפליקט ההגנתיים והן המודחקים. חשיפה של מוטיבציות מנוגדות ומעוררות קונפליקט

6. פירוש חוזר ועיבוד הקונפליקטים, גם חרדות ורגשות חזקים הופכים מאולפים יותר עם שחזור היסטורי, תוך מיקוד גם ומתונים יותר, ככל שתהליך תובנתי מתקדם במטרות הטיפול יותר. המטופל מסוגל לקבל אחריות לצדדים סותרים מעוררי קונפליקט ולעבד אובדן, אשמה ותיקון. המטופל מסוגל לשאת עכשיו אמביוולנציה באיזורי הקונפליקט

### **מסגרת טיפולית, ברית עבודה ועמדה נייטרלית**

הקמת מסגרת טיפול יציבה וקיום ברית טיפולית עם אגו צופה, הוא תחום בו הפרעות אישיות גבוהות שונות באופן מהותי מהפרעות האישיות הנמוכות יותר. אצלן, תהליך זה מתנהל בדרך כלל עם הרבה פחות מכשולים, מאשר בספקטרום הגבולי הנמוך. ביסוסה של ברית טיפולית, הצבת גבולות באמצעות חוזה טיפולי, המגביל התנהגות הרסנית בלתי נשלטת, והפעלה של אגו צופה הן מטרות עמוסות עיכובים, תנודות חריפות וקשיים אצל המטופלים הגבוליים. יש הרואים בהבשלת תהליך זה אצל הגבוליים הנמוכים, שינוי מבני מהותי, אשר הצלחתו משחררת אותם מכבלי המבנה הנמוך הפגיע ומאפשרת טיפול בהם כבעלי הפרעת אישיות גבוהה יותר. כך, הגישה של מנטליזציה, מכוונת להשיג שינוי כזה, עם יכולת התבוננות, באופן המהווה תנאי מוקדם לטיפול מורכב יותר מבוסס פרשנות של העברה וקונפליקטים של יחסי אובייקט. מאידך, אצל המטופלים בעלי הפרעת אישיות גבוהה, קיימת יציבות רבה יחסית, המאפשרת ליצור ברית טיפולית עקבית, עם גיוס של התבוננות עצמית טובה יותר. במטופלים אלה, מידת הנוקשות, המאפיינת את המבנה ההגנתי שלהם, עלולה להיות הגורם המרכזי המשפיע על תוצאות הטיפול ועל הפרוגנוזה להתקדמות. בעוד אצל הגבוליים הנמוכים, היבטים של העברה והשלכה הזדהותית פעילים בעוצמה מתחילת הטיפול ומעוותים את תמונת היחסים עם המטפל ומקשים על קיומה של ברית טיפולית מציאותית, הרי אצל הפרעות הגבוהות, הביטוי של יחסי אובייקט מודחקים ומוגנים, כהעברה טעונה מתעכב לאורך זמן ותלוי בהסרה הדרגתית של הגנות נוקשות.

הברית הטיפולית מהווה נטבח מציאותי של הקשר בין המטפל למטופל. זהו קשר בין האגו הצופה של המטופל, אשר מבקש להיעזר בהתמחות של המטפל כדי להבין את עצמו טוב יותר ולהתגבר על בעיותיו, לבין המטפל המסור לתפקידו כאיש מקצוע מיומן לקדם הבנה כזו.

ביסוסה של עמדה נייטרלית ביחס לטיפול, על פי גישתו של קרנברג, איננה מכוונת לקיומה של הימנעות על פי התאוריה שלך פרויד. זהו ביטוי אומלל משהו, המעורר תחושה של ריחוק רגשי עם עמדה טיפולית מנותקת. למעשה, נייטרליות טכנית, מתייחסת להעדר תמיכה באחד מצידי הקונפליקט ולא ליחס מנוכר של המטפל למטופל. כלומר, במסגרת גישה טיפולית זו, המטפל איננו מקבל על עצמו להיות סניגור של אחד מצידי הקונפליקט, כי במצב זה הוא למעשה עובר לטפל בגישה תמיכתית וכך אינו מקדם את ההבנה של הקונפליקט, אלא מערפל אותו עוד ומכוון ומעצב התנהגות יותר מאשר הוא מעודד תובנה.

מטופלת בת ארבעים, בעלת קריירה מצליחה, מתלוננת על קשר ארוך עם חבר, המתנכר לה שוב ושוב. לצד בילויים מספקים, הוא לעיתים קרובות מתנתק, נעלם או מתייחס למטופלת בחוסר רגישות בולט, כמעט באכזריות רגשית. עמדה טיפולית תמיכתית, עשויה לעודד את המטופלת לעזוב חבר זה הגורם לה לסבל ללא סיכוי רב לקיום קשר לטווח ארוך.

מאידך, המטפל הדינמי על פי גישה של יחסי אובייקט, ימנע מעדוד צעד כזה, אלא יבקש להבין, ללא עמדה לצד זה או אחר, יחד עם המטפלת את ההתקשרות הזו ואת הקונפליקט הכרוך בו, הגורמת לה לסבל וכעס.

אומנם, המטפל מחזיק בעמדה נייטרלית בעת הפירוש, אולם כדי להבין את המטופל עליו דווקא לאמץ פתיחות רבה ככל האפשר, כדי להיות רגיש לתגובות השונות שהמטופל מעורר בו. המטפל מנסה להגביר את רגישותו למסרים מילוליים, רגשיים ותקשורת אשר איננה מילולית. המטפל, מחזיק בעמדה של צופה מתבונן.

המטופל מקבל עידוד לבטא את עצמו באופן חופשי ובלתי מעוכב. המטפל מנסה ליצור מסגרת המתאימה לביטוי חופשי, אסוציאטיבי ובלתי ממוקד של המטופל. זו הדרך היעילה ביותר להביא את הקונפליקטים המודחקים לפני השטח הטיפולי.

### **התמודדות טיפולית עם הגנות**

ההפעלה של פעולות הגנה שונות של המטופל, בפני מודעות לצדדים שונים של הקונפליקט ממנו הוא סובל בטיפול, נקראת התנגדות. ההתערבות הטיפולית אצל הפרעות גבוהות מתחיל מפני השטח ולכן עוסקת לעיתים קרובות, קודם, בדרכים השונות בהן המטופל מתגונן. ההתנגדות עלולה ללבוש אופי של הימנעות מתקשורת חופשית ובלתי מעוכבת. אין פירוש הדבר, כי המטופל מתנגד באופן מכוון ומודע. ברוב המקרים הגנות והתנגדות מופעלים באופן אוטומטי וכמעט ללא מודעות גלויה. יחד עם זאת, בכל מקרה המטפל מנסה להבהיר את תגובות המטופל ואז לעמת אותו עם צדדים החסרים או מוכחשים בתגובותיו. תהליך זה ילווה אחר כך בפירוש הסיבות והמוטיבציות להימנעות הנצפית בטיפול. המטפל מצביע על נקודות הנראות כבעיות:

**”אני שם לב, כי אתה מדבר לעיתים קרובות על היחסים אשתך, אך לא הזכרת בכלל את היחסים המיניים אתה”**

**”אני שם לב, כי בכל מצב בו אתה מתחיל לדבר על השאיפות המקצועיות שלך, אתה מהסס מאוד או משתתק לגמרי”**

**”מטפל: אתה מדבר לעיתים קרובות בטון שקט, עד שקשה לי לשמוע אותך.**

**מטופל: לא נראה לי שזה משהו חשוב במיוחד, אני אנסה לדבר בקול חזק יותר.**

**מטפל: האם יכול להיות, כי היותך בלתי נשמע כאן קשורה גם לדיווח שלך, כי אינך נוטה להעיר לשותף שלך, גם כאשר הוא טועה או מעלים ממך דברים. האם יכול להיות כי בשני המקרים אתה משתיק את מה שיש לך להגיד”**

כך, ללא קשר אם ההתנגדות היא מודעת או לא, ניתוח מתחיל בציון הפעולות ההגנתיות עצמן ובהמשך, גילוי המניעים לקיום הגנה זו. באופן מהותי, התנגדות מבוססת על יחסי אובייקט הרוויים בחרדה ולכן מעוררים בולטות של יחסי אובייקט הנתפסים כפחות מאיימים.

**“נראה לי כי אתה נמנע מלפתח שאיפות גדולות מידי. בכל הזדמנות, אתה מזכיר את הנכונות שלך לקבל תפקידים אשר בהם אינך ממש את יכולתך. בעת ובעונה אחת, אתה לא נשמע מרוצה מבחירה זו. האם יתכן, כי אתה חושש מהצלחה”**

דוגמא זו קשורה גם להיבטים של “התנגדות אופיי”. היא איננה קשורה להימנעות או החסרה, אלא להבלטה של יחסי אובייקט, המתבטאים כתכונות אישיות ומופעלות כהגנה החוזרת על עצמה. כך, במקום להשמיט תכנים נפשיים, כדי להימנע מחרדה, התנגדות אופי, מגייסת יחסי אובייקט הגנתיים, כדי למנוע מודעות ליחסי אובייקט מודחקים ומעוררי חרדה. המטפל מנסה לזהות את היחסים האלה ולהדגים את אופיים המוגזם, כדי לעורר זרות אצל המטופל וכדי לגייס את סקרנותו לבחון צדדים הגנתיים אלה.

המטפל שואל את עצמו מה משמש כהגנה עבור המטופל, מפני מה הוא מתגונן, אבל גם מדוע הגנה מסוימת מתעוררת עכשיו. איזה אירועים בטיפול או מחוצה לו עלולים היו לעורר חרדה ומתת, המגייסים הגנה.

### **תהליך הפרוש לצד הכלה**

התהליך הפרשני, כולל בדרך כלל כצעדים מקדימים, גם הבהרה ועימות ומתחיל מפני השטח לעומק היחסים המודחקים. הוא כולל פירוש של צדדים מפוצלים דיסוציאטיביים, לפני אלה המודחקים. הדגש הוא על פירוש צדדים הקרובים יותר למודעות לפני אלה המודחקים באופן עמוק ופחות נגישים למודעות המטופל. למשל, התערבות בצדדים מפוצלים ודיסוציאטיביים:

**“אני שם לב, כי את מאוד אסרטיבית בעבודתך, אך מתקשה להתקומם בעת יחס פוגע של החבר שלך. כיצד את מבינה מצב זה”**

תהליך הפירוש עצמו, כולל השערות ביחס ליחסי האובייקט הקונפליקטואליים המוגנים על ידי המטופל. הפירושים ניתנים למטופל במנות קטנות ובמסגרת של תהליך הדרגתי של צעד אחר צעד. הוא מתחיל בהבהרה ועימות ועובר לזיהוי יחסי אובייקט הגנתיים. הוא ממשיך לעבר חרדות המהוות מוטיבציה להגנה ולבסוף מתקדמת לעבר יחסי האובייקט המודחקים, נגדם נערכה ההגנה מלכתחילה.

בגישה של יחסי אובייקט, פירושים נערכים בעיקר במסגרת של כאן ועכשיו או “בהווה הבלתי מודע”. כלומר, רוב התהליך הפרשני ממוקד בחרדות המופעלות בחיי יום של המטופל או במסגרת הטיפול עצמו. כאשר המטפל מפרש הפעלה של יחסים טעונים בטיפול עצמו, הוא בדרך כלל מנתח יחסים של העברה.

בעוד הפירוש הוא תהליך גלוי, הכלה הו מרכיב סמוי יותר מהעין. בתהליך הטיפולי המטפל עוזר למטופל להעביר למילים חוויות רגשיות טעונות ועוזר לו להתבונן בהן.



המטפל המכיל, מגיב רגשית למטופל ומבטא תגובה זו עם יכולת התבוננות, תוך שימור של אגו צופה ביחס לתגובתו ולתגובת המטופל. כלומר, הכלה מתבטאת ביכולת לקלוט ולהבין את חוויות המטופל, תוך יכולת לעבדן ולהחזירן למטופל עם פרספקטיבה שונה וממותנת. פונגי ניסח את תהליך ההכלה בדרך הבאה:

**”המטפל מציין את התגובה הרגשית של המטופל, משדר את הערכתו והבנתו לגבי מצבו הרגשי של המטופל, אולם איננו שותף מלא לחוויה זו ורואה אותה באופן מעט שונה, אך בעיקר איננו מוצף על ידה”.** הוא קישר עמדה זו להתפתחות היכולת, אצל ילדים ואצל מבוגרים בטיפול, להתבונן בחוויה הרגשית שלהם. כך, תהליך הפירוש הגלוי מלווה באמצעות ממד של הכלה הסמוי יותר, אך מהווה נטבח בלתי נפרד ממנו. היכולת להיות קשוב ואמפטי, אך גם לעבד את תגובותיו של המטופל, ממתנת את עוצמתם, מחזקת את תחושתו שהוא מוחזק ומאפשרת לו להתבונן באופן בטוח יותר בצדדים מעוררי חרדה. היכולת שלו לסמוך על המטפל המכיל, מבססת עוד את הברית הטיפולית ומחזקת את האמון של המטופל בתהליך הטיפולי.

מטופלים בעלי מבנה אישיות גבוה, נוטים לפתח תגובת העברה באופן הדרגתי, תוך התגברות על הגנות של הדחקה. כלומר, הפירוש של יחסי העברה בטיפול, עלול להתרחש רק לאחר זמן. מטופלים אלה גם מתקנים עיוותים שונים ביחסים עם המטפל, באופן הממסך עוד את תגובות העברה הן בטיפול והן בקשריו של המטופל עם אחרים במסגרות חיים אחרות שלו. תהליך הפירוש וניתוח הגנות קשור במספר שלבים:

1. זיהוי מוטיבים עיקריים, טעונים יותר רגשית או חסרים רגשות – היכן להתערב
  2. הגדרת הקונפליקט
  3. ניתוח הקונפליקט המרכזי באופן מקיף ושיטתי מהגנה ועד למוטיבציות הבלתי תואמות אשר מעוררות אותו
  4. ניתוח היחסים בין הקונפליקט המרכזי לבין מטרות הטיפול
- דוגמא: מטופל בן ארבעים, נשוי הנתקל לעיתים קרובות בבעיות של כעס ביחס לסמכות. הוא התלונן, כי איננו די אסרטיבי ביחס לקידום וביחס להכנסתו, למרות היותו איש מקצוע מיומן. בפגישה, הוא מתאר סידרה של מצבים, בהם לא הצליח לעמוד על דעתו ואחרים ניצלו זאת לטובתם. הוא הרגיש כמפסידן, יחסית לחבריו לעבודה, אך בעיקר ביחס למנהלים.**
- מטפל: אני שם לב, כי יש לך דימוי החוזר על עצמו ביחס לבעלי סמכות, על פיו אתה חלש וחסר אונים, או כפי שאתה קורא לזה מפסידן. אתה גם מוצא לעמדה זו הרבה הסברים, עם טענה, כי בכל מקרה האפשרות להיות תקיף יותר רק תבייש אותך.**
- מטופל: לשמוע אותך אומר דברים כאלה, רק גורם לי להרגיש רע יותר, כאילו אתה בעצמך קורא לי מפסידן.**
- מטפל: נראה לי כי אתה מרגיש כמפסידן, כי יש לך צורך לראות את עצמך באור כזה. זה גורם לך להרגיש יותר בטוח.**

**מטופל: נראה לי שעכשיו אתה רק מנסה לרכז את המכה. אתה אומר שאני לא באמת מפסידן, אלא רק מרגיש ככה. למה זה גורם לי להרגיש בטוח?**

**מטפל: זו באמת שאלה טובה. במצבים בהם אתה מתנהל ביחס למנהלים, אני מקבל תמונה על פיה צד אחד חזק ורב עוצמה ואליו אתה נמצא בקוטב ההפוך של חולשה גמורה. כאילו אתה מפחד לראות את עצמך עם מעט אסרטיביות וכוחות. במספר הזדמנויות תיארת את המנהל שלך כמנופח ורודף בצע, האם אתה חושש להיות כמהו?**

**בפגישה הבאה המטופל דיווח על חלום בו גבר תוקף מילולית אישה והוא קרוב לאלמוות פיזית. המטופל הרגיש חרד בחלום וגם אשם, על שעמד מהצד ולא הצליח לעזור לאישה המותקפת.**

**מטפל: נראה לי, כי החלום מהווה תגובה לשיחה הקודמת שלנו. נשמע לי שהוא קשור לפחדים שלך להיות חזק. כאילו היותך בעל כוח עלולה להוביל לאובדן שליטה. כאילו מתחת לחולשה שלך, מוחזקים כעסים חזקים, אשר עלולים להתפרץ ולא תוכל להגן על אנשים סביבך מהכעס המסוכן הזה.**

### **עיבוד ומיקוד ביעדי הטיפול**

תהליך העיבוד של הקונפליקטים, הוא תהליך מעגלי החוזר לעצמו, תוך מפגש עם חוויות שונות של המטופל, כדי לבסס ולהעמיק את ההבנה של הקונפליקטים המרכזיים.

בעת העיבוד, המטפל מנסה להתמקד באיזורי הקונפליקט והסבל של המטופל, כפי שגם התבטאו במטרות הטיפול עצמן. כלומר, בתהליך זה, קיים מיקוד בהבנה של יחסי אובייקט בעייתיים והקשר שלהם למטרות הטיפול המוסכמות. בשלבים מתקדמים של הטיפול, נעשה גם מאמץ לקשור את הקונפליקטים לרקע היסטורי, כדי להרחיב עוד את בסיס ההבנה של המטופל. ניסיון כזה איננו נעשה קודם לכן, כדי להימנע מטון שכלתני, אשר עלול למנוע מהמטופל לחשוף באופן פתוח יותר חוויות, רגשות ודחפים.

יחד עם זאת, זיהוי הקונפליקטים המרכזיים, נעשה בתחילה ללא זיקה למטרות הטיפול ורק מאוחר יותר כאשר הוא נמצא על פני השטח באופן ברור יותר נעשה ניסיון לקשור אותו למטרות הטיפול.

**כלומר בתהליך הפירוש, אנו מבקשים להביא את הקונפליקטים המרכזיים לכלל מיקוד, לפני שאנו קושרים אותם למטרות הטיפול.**

הטיפול הדינמי המכוון לשינוי מבני אישיותי מהותי, מעודד תקשורת פתוחה אסוציאטיבית ובלתי ממוקדת. בניגוד לטיפול דינמי קצר מועד הממוקד מלכתחילה, במטרות מוסכמות, הגישה הפתוחה וההוראה לומר כל מה שעולה בראשו של המטופל, איננה מתאימה לעמדה ממוקדת. אולם, כאשר קונפליקט מרכזי הובהר ופורש באופן מקיף, ניתן לקשור אותו באופן ממוקד יותר למטרות הטיפול המוסכמות. תהליך זה הופך מרכזי יותר בשלבים מתקדמים של תהליך העיבוד.

דוגמא: מטופלת, אשר פעלה באופן מוצלח בתחום המקצועי, נקלעה ליחסים ארוכים עם גבר, אשר פגע לעיתים קרובות. אחרי הפרידה מחבר זה, המטופלת ביקשה להבין את ההתקשרות הזו, מתוך רצון שלא לחזור למערכת יחסים כזו בעתיד. ניתן היה לזהות קשיים רבים של המטופלת בתחומים נוספים, פרט למערכת היחסים האינטימית. היא נהגה להתפרץ בכעס ביחס לעובדים אשר כפופים לה ונמנעה מקשרים קרובים לאחיה.

אולם כאשר הקונפליקט המרכזי נחשף ופורש, המטפל המתמקד ביעדי הטיפול המוסכמים, כלומר בעיקר סביב היחסים האינטימיים והזוגיים של מטופלת זו.

המטפל פרש למטופלת, כיצד דוקא פחד מתלות, מומש ביחסים עם גבר מתסכל ופוגע.

המטופלת למדה להכיר את הצדדים התוקפניים והנצלניים שלה, תוך יכולת לקבל אחריות עליהם. היא הבינה כיצד בחירה של בן זוג פוגעני, איפשרה לה להחצין צדדים אלה שלה, לבן הזוג.

מטפל: נראה לי כי היחסים עם ג'ק, עזרו לך להימנע מהכאב שהיית עלולה להרגיש, לו ביטאת את התוקפנות שלך, כלפי מישהו שבאמת אהבת ואשר עלול היה להיפגע ממך על פי תפיסתך.

### סיום ופרידה

אחד הסימנים הבולטים לסיום הטיפול, קשור להופעה של קונפליקט בשלמותו בפגישה אחת, כולל הגנות, חרדה, מוטיבציות סותרות ואף ממדים של קונפליקטים נלווים. מצב זה משקף גמישות רבה יותר, וזמינות רבה יותר של החוויות מעוררות הקונפליקט למודעות. בשלבים מתקדמים מרכיבי הקונפליקט הופכים נגישים יותר עבור המטפל והמטופל.

שלב סיום הטיפול מתמשך בין שלושה לשישה חודשים. המטרה של שלב זה היא לחזק עוד את הישגים והתובנות של הטיפול וכן לעבד את החרדות הקשורות בפרידה. הגישה הנוכחית, איננה מעודדת הפחתה של שכיחות המפגשים בשלב הסיום. מהלך כזה עלול לגרוע מהאפשרות לעבד ממדים שונים של שלב זה באופן מעמיק ומתאים.

לאורך הטיפול, בעיות של פרידה מחוץ לטיפול וביחס למטפל צריכות היו לעלות מפעם לפעם (חופשות, מחלות וכו'), כך למטפל יש התבוננות טובה יחסית ביחס לקשייו של המטופל בתחום זה, עוד לפני שלב סיום הטיפול והא יכול צפות קדימה ביחס למכשולים ולבעיות הצפויות בשלב סיום הטיפול. סיום הטיפול, עשוי להיות מוצע על ידי המטפל, אך גם על ידי המטופל. הוא קשור בהשגת מטרות הטיפול, תוך שינוי מבני והשגת גמישות רבה יותר. מטופלים רבים עלולים לגלות נסיגות סימפטומטיות בשלב הסיום. פן זה הוא חלק חשוב ושכיח בניתוח של הפרידה. תגובות של עצב והצורך לעבדן שכיחות בשלב זה.

תגובות חרדה חריפות ותחושות נטישה לפרידה, עלולות לבשר צדדים חשדניים יותר נוכח הפרידה והם עלולים לדרוש מאמץ טיפולי נוסף, אשר עלול להאריך את שלב הסיום.

מטופלת עם קונפליקטים זכאוניים, סביב תחרותיות מינית ותוקפנית, התחילה לחוש כי בעלה מתנכל ופוגע בה, כאשר המטפל יצא לחופשה ארוכה. בעת ובעונה אחת, מטופלת זו הייתה מודעת לחוסר ההגיון מאחורי תחושות אלה והן קושרו אחר כך לפרידה מהמטפל.

שלב הסיום של הטיפול, איננו קשור רק באובדן המטפל ובפרידה ממנו, אלא גם באובדן יחסים אידאליים, אשר הפכו עתה יותר אמביוולנטיים ומרוכבים.

# טיפול מבוסס פסיכולוגיה של העצמי

## ד"ר גיורא זקין

### תיאוריה

הפסיכולוגיה של העצמי יונקת מתיאוריה שונה בתכלית, מזו המבוססת על יחסי אובייקט. היא צמחה מתוך התנסות טיפולית עם הפרעות אישיות נרקיסיסטיות, בהן לא התרחשה הקלה באמצעות גישה טיפולית המבוססת קונפליקט. מטופלים אלה אופיינו בתגובות העברה שונות: (1) "תגובות מראה", בה חוסר של תגובתיות הורית מתאימה לצרכי הילד בהכרה ובאישור, התעוררו כצורך חריף במצב הטיפולי (2) "תגובות אידאליזציה", בה הצורך בדמות חזקה באופן אידאלי, בעלת יכולת להעניק ביטחון והרגעה, התעורר בטיפול.

קוהוט טען, כי לא ניתן היה להבין תגובות אלה ואת הבעיות מהן סבלו מטופלים עם תופעות דומות, על פי המסגרת הקלאסית של דחף והגנה מפניה. הוא זיהה אצל מטופלים אלה, עצמי מוחלש ופגום, אשר לא ניתן היה לבארו ואף לא לעזור להם בטיפול, באמצעות תיאוריה מבוססת קונפליקט של דחפים בעלי אופי ליבידינלי ותוקפני. הוא פיתח תיאוריה חליפית **מבוססת חסך וממוקדת בערוץ התפתחות נרקיסיסטי**. כדי להסביר את תגובות העברה ואת הבעייתיות של מטופלים אלה, קוהוט הציג את המושג של "אובייקט עצמי". המושג מתאר חיבור המשכי של אחר משמעותי לעצמי בשלבי התפתחות מוקדמים של הילד, האמור לספק וויסות חיצוני ולאפשר בניה הדרגתית על עצמי מגובש. אובייקט עצמי עשוי להופיע בשני אופנים ולספק צרכים משלימים לבנית העצמי: (1) אובייקט המספק אישור והכרה לצדדים של חיות, גדולה ושלמות, אך גם לטיפול והכלה. (2) אובייקט המהווה דמות אידאלית המספקת הגנה וביטחון. קוהוט ראה בקשרים עם ההיבטים השונים של אובייקט עצמי, את אבני הבנין לעיצוב של שני קטבים בעצמי. קוטב אחד ממנו נובעות השאיפות לכוח ולהצלחה וקוטב אחר, המחזיק את הערכים והאידאלים, המשותפים לאחרים. יתר על כן, קטבים אלה מתקשרים בעצמי המגובש, על ידי קשת של כישרונות ומיומנויות, המהווה איזור ביניים מגשר, אשר מחבר ומשלים את שני הקטבים בעיקריים. על פי גישתו של קוהוט העצמי מהווה פונקציה מקיפה, של סוכן פעיל מרכזי בהסתגלות תקינה, בניגוד למבנה המשולש של פרויד למשל, או כיצוג בלבד אצל תיאוריות האגו. קוטב מפותח בעצמי עשוי לפצות על חולשה יחסית של הקוטב האחר.

אופי היחסים של הילד עם המטפלים שלו, המחזיקים פונקציות של אובייקט עצמי, משליך על הסיכוי שלו לפתח עצמי מגובש, או לחליפין חלש, פגום ופגיע. תהליך גיבוש העצמי מתרחש דרך "מיקרו הפנמות". זה תהליך בו כישלונות אמפטיים בעלי אופי מתון ואופטימלי, מאפשרים לילד להפנים פונקציות וויסות לעצמי, תוך יצירת אי תלות הולכת וגדלה באובייקט עצמי חיצוני ותוך בנייתו ההדרגתית של עצמי מגובש.

הורים אשר מתקשים בקיום עמדה אמפטית כלפי ילדיהם, עלולים לפגוע בהתפתחות העצמי ובגיבושו.

"ילדה חוזרת מבית הספר עם כמיהה לספר לאימא על הצלחה שהייתה לה בבית הספר. אולם, האם במקום להקשיב בגאווה, מטה את השיחה לניסיון שלה ולהצלחות שהיא חוותה בגילה של בתה בבית הספר"

"ילד הרוצה לשמוע על הצלחות אביו (כצורך באידאליזציה), מבקש ממנו לספר על השתתפותו במלחמה ועל תפקידו בה. אביו מגיב במבוכה. הוא מרגיש עייף ומשועמם ומסרב לשתף פעולה. הוא יוצא מהבית לפאב קרוב במקום זאת"

התוצאות של עמדה בלתי אמפטית של ההורים או הגורמים המטפלים, עלולה להוביל למספר תוצאות:

- א. עצמי עם חסך גריה – חוסר חיות ואנרגיה, ריקנות, עם מאמצי פיצוי כשתייה, סמים, מין והימורים.
- ב. עצמי מפורק – הזנחה עצמית, פגיעה בדימוי גוף, היפוכונדריה
- ג. עצמי מגורה יתר – הימנעות משאיפות, הסתגרות, עיכוב יצירתיות והעזה.
- ד. עצמי עם עומס יתר – קושי בוויסות חרדה, חשדנות, חוסר אמון בסיסי.

אנשים הרעבים לתגובת מראה מאחרים, נוטים לעשות מאמץ להציג את עצמם תוך ניסיון למשוך תשומת לב והערכה כניסיון למנוע חוסר ערך. ביניהם יש כאלה המצליחים לקיים יחסים עם אחר המעניק להם הערכה וחיוזוק לאורך זמן, אולם בדרך כלל יציבות זו איננה נשמרת והם צריכים לחפש מקורות נוספים להזנת הערכה העצמית שלהם. אנשים הרעבים לקרבה לדמות אידאלית, מחפשים דמויות אותן הם יכולים להעריך. אולם, בדרך כלל החלל שלהם איננו יכול להתמלא באופן יציב. הם נוטים למצוא מגרעות וכשלים בדמויות בהן קיוו למצוא מזור לריקנות שלהם. קוהוט, בניגוד למודלים קלאסיים, איננו רואה את התוקפנות כדחף בסיסי ומהותי של האדם. מנקודת מבטו, זו תופעה הקשורה לפגיעה קשה להערכה העצמית וממליא צריך לראות אותה כתופעת לוואי פתולוגית. "הזעם הנרקיסיסטי" מבטא כישלון אמפטי ותגובת נגד להעדר הכרה ואישור. התנהגות בלתי אמפטית של הגורמים המטפלים, נתפסת על ידי הילד כהתקפה על שלמות העצמי ועל ארגונו.

### **האסטרטגיה הטיפולית - פסיכולוגיה של העצמי**

קוהוט מתאר את התהליך האנליטי אותו שרטט, כמבוסס על בסיס של מודל יחסים אותו פיתח. התהליך הטיפולי איננו מוגדר, על ידי מתבונן נייטרלי, המפרש דחפים והגנות, אלא כשדה בין אישי, בו השתתפות המטפל היא חיונית "הפסיכולוגיה של העצמי טוענת, כי הנוכחות של צופה אמפטי ואינטרוספקטיבי, מגדירה את השדה הפסיכולוגי". על המטפל להקשיב ולהתחבר לנקודת מבטו הסובייקטיבית של המטופל ולא להתבונן באופן אובייקטיבי ומרוחק. בדומה לויניקוט, הוא האמין, כי הפרעות של העצמי קשורות באופן מהותי, לחסכים ולעיוותים של הסביבה המטפלת. בעת הטיפול, המטופלים יכולים להקים שוב העברה אל אובייקט עצמי בממד של "מראה" או של "אידאליזציה", באופן המאפשר הזדמנות נוספת וחדשה לגדילה ולהתהוותו על

עצמי מגובש. כישלונות אמפטיים אופטימליים של המטפל, הופכים למיקרו הפנמות של המטופל, בדרך לעיצוב של מבנים מפצים בעצמי. כלומר, האנשים הסובלים מפגיעה נרקיסטיסטית מחפשים באופן בלתי יעיל דרכים לתקן את מבנה העצמי שלהם ולחדש את צמיחתו. הטיפול המבוסס על הפסיכולוגיה של העצמי נועד ליצור תנאים אופטימליים בהם התחדשות כזו עשויה להתרחש. מטפלים, אשר מנסים לעכב את תגובות העברה הנרקיסטיסטית, עלולים בעצם לדחוק אותה ממרכז הזירה הטיפולית וכך לדון אותה להמשכיות במקום לטפל בה, כאשר היא גלויה. כלומר, אם המטפל מפרש את הכמיהות להכרה ולאישור כדחפים אורליים בלתי מציאותיים, הוא עלול להעלים את התגובה, אך לא לפתור את הבעיה באופן מהותי. מאידך, אם התגובה יכולה להתבטא באופן פתוח וחופשי, המטפל יכול לבאר למטופל את שורשיה ואת הכישלונות האמפטיים, מהם סבל. כך, הוא עשוי להביא ליתר גיבוש וחיזוק של העצמי של מטופל כזה. כלומר בתהליך הטיפול, הביטוי של הצרכים החסרים, יהפכו לאסרטיביות בריאה במקום פנטזיות גרנדיוזיות בלתי מציאותיות.

על פי התיאור הזה, הטיפול המבוסס על פסיכולוגיה של העצמי, קשור במידה ניכרת לחוויה מתקנת ואולי קצת פחות לתהליך אנליטי. יחד עם זאת, קוהוט טען במפורש, כי התהליך, איננו קשור בסיפוק ישיר של צרכי המטופלים בהכרה ובדמות אידאלית, אלא בהבנה אמפטית של צרכים אלה ובהסבר שלהם. הוא הודה, כי במצבים מבודדים, עלול המטפל להיות גם מספק צרכים ישיר, "ככניעה בלתי ברירה", נוכח אפשרות של הפסקת הטיפול וכדי לבסס את הברית הטיפולית.

התבוננות מזוית אחרת בהתערבויות על פי הפסיכולוגיה של העצמי, מלמדת, כי בכל התערבות, קיים גרעין של פער עליו המטופל צריך לגשר. התבוננות כזו רואה בטיפול של קוהוט מעין **עיבוד אובדן נדיב**. דרך עמדה אמפטית המטופל רוכש אמון במטפל ומרגיש מובן. הוא יכול עכשיו לוותר בהדרגה על פנטזיות גרנדיוזיות ועל כמיהות לאובייקט אידאלי, תוך יכולת גדלה למלא את החסר באמצעות חוויות מציאותיות. התערבות כמו "**אני מבין עד כמה היה חשוב לך להיות תמיד מושלם**", מתחברת אומנם לחוויה הסובייקטיבית של המטופל, אולם הסיפא שלה רומזת, בעת ובעונה אחת, על הצורך לותר עליה. הטיפול על פי גישה זו איננו מבוסס על קונפליקט והגנות שיש לפרשם, אלא על חסך שהמטופל סובל ממנו ואשר אותו הוא צריך למלא. ביטויים של תוקפנות, מיניות מעוותת, מזוכיזם וביטויים אורליים שונים, מובנים תמיד כתופעות הנובעות מתיסכול של צרכים נרקיסטיים וכביטוי לעצמי מפורק ולא די מגובש. כך, נוכח תיסכול, עלול הילד ואחר כך המטופל, לחוש דחף להרוס את האובייקט העצמי הכושל. אולם זעם כזה, עלול לעורר גם חשש מתוקפנות נגדית של האובייקט, באופן שהעוינות עלולה להיות מופנית עכשיו חזרה למטופל ולהפוך לשנאה עצמית ולמזוכיזם כרוני. עמדה זו, המתפתחת, מילדות עלולה להתעורר שוב בטיפול, נוכח כישלונות אמפטיים של המטפל.

"מטופלת אשר גדלה עם הורים, עסוקים בעצמם ובלתי קשובים, הפכה להיות התומכת של אחותה שהייתה חולה במחלה כרונית מילדות. בעת היותה במחנה קיץ, נפטרה אחותה ללא שהוריה הודיעו לה על כך. בעת הטיפול הביעה המטופלת כעס רב ומצוקה, נוכח אירוע זה, בו נזכרה באחת הפגישות. המטופלת פירשה תגובה זו על פי דינמיקה של קונפליקט, הגנות ודחפים. היא ראתה את התגובה הזו, כמבטאת תגובת הפך לקנאה ולתחרות על תשומת הלב

אשר ניתנה בעיקר לאחותה החולה. המטופלת הגיבה לפירוש זה בצורה קשה ובכעס רב. רק בהמשך ועל פי פסיכולוגיה של העצמי, יכלה המטופלת לזהות באופן רגיש, כי הדאגה והאחריות של המטופלת לאחותה, הייתה למקור החיזוק הנרקסיסטי העיקרי לערך שלה, בהעדר, הכרה ואישור של הוריה ולא תגובת הפך לתוקפנות. הבנה זו שינתה באופן דרמטי את מהלך הטיפול".

הדוגמא הזו ממחישה את אחד הקשיים הבולטים של המטפל באמצעות הפסיכולוגיה של העצמי. גישה זו דורשת ערנות רבה יותר ביחס לתגובות המטופל וביחס להערכה העצמית שלו. הוא עלול לחשוב, כי הכעס של המטופל מבטא תגובת העברה קלאסית והעתקה של כעס מאחותה החולה למטופלת. אולם, בדוגמא הנוכחית, ניתן להבחין, כי למעשה הכעס ביטא הרגשה של המטופלת, כי היא איננה מובנת. הוא ביטא אכזבה מהמטופלת, אשר חזרה בהתערבות זו, על היחס הבלתי אמפטי לו זכתה מהוריה. בתחילה, קוהוט טען, כי רק פרעות אישיות מאורגנות וגבוהות בתחום הגבולי, כמו הפרעה נרקסיסטית, יכולים להיתרם על ידי טיפול מבוסס פסיכולוגיה של העצמי. הוא חשב, כי הפרעות הגבוליות, מהוות התפרקות עמוקה של העצמי, אשר לא ניתן לתקנה באופן אנליטי. מאידך, האישיות הנרקסיסטית, אומנם, עלולה להיות נתונה להתפרקות ולחוסר גיבוש, אולם עמדה זו היא זמנית ויש לאישיות זו די גמישות כדי להיתרם על ידי הזדמנות שניה אנליטית. ממשיכיו של קוהוט, הרחיבו את היריעה הטיפולית על פי גישה זו ומצאו אותה יעילה גם להפרעות נמוכות יותר.

## **התערבות קלינית בטיפול מבוסס פסיכולוגיה של העצמי**

### **העצמי הגרנדיזי**

המטופל עשוי לחזור על תגובות אותן אימץ עם הורים בלתי קשובים. הפתרון האחד, קשור בתחושת פיצוי של כל יכול וכבעל שליטה מוחלטת על העולם הטוב. הפתרון האחר, הוא לראות באחר רב כוח ושליטה, באמצעותו הוא יכול להיות בטוח ומוגן. תחושת השליטה המוחלטת, דומה לשלב האימון של מהלך, בו מתחיל התינוק ללכת. הכעס המלווה את העצמי הגרנדיזי, קשור באכזבות מאובייקט עצמי, אשר אמור לספק לו תחושת שליטה וכוח, דרך תגובת מראה. כיצד מצב זה יתבטא בטיפול:

**מטופל:** אני מרגיש בושה וחוסר אונים, שאני צריך להשקיע כל כך הרבה זמן וכסף בטיפול, אשר לא מבטיח לי דבר בעצם. אני לא רואה איך את יכולה לעזור לי. אני צריך למעשה להסתדר בעצמי, בלי עזרה מכל הטיפולים האלה.

**מטפלת:** (מגיבה מעמדה של פסיכולוגית האגו) נראה שהעובדה שאתה בכל זאת מגיע מצביעה על כך שחלק ממך כן רואה את עצמו ראוי לכל עזרה שאתה יכול לקבל.

**מטופל:** (מגיב לחוסר ההכרה בצרכים של העצמי הגרנדיזי) את יודעת המילים הפסיכולוגיות שלך, רק מראות לי שאני לא באמת צריך את הטיפול המשוגע הזה.

**מטפלת:** (קשובה לצרכים של העצמי הגרנדיזי והכעס המלווה כל אי שלמות) נדמה לי שאני מבינה מדוע אתה דוחה את ההצעה שלי שאתה זקוק לעזרה, אני חשה שתמיד הרגשת צורך לעמוד בכל מה שנדרש ממך.



**מטופל: (מרגיש הרבה יותר מובן) כן, דרשו ממני לפעמים דברים בלתי אפשריים.**

ניתן לראות, כיצד המטופל מגיב באופן חיובי יותר להכרה בצרכים הבלתי מודעים של העצמי הגרנדיוזי ובדרישותיו המעיקות. כאילו אמר לעצמו: אני לא צריך לדרוש דבר עבור עצמי, אלא להיות רב עוצמה ומוצלח, כדי לגרום להם לאהוב אותי על ידי סיפוק הצרכים שלהם. היכולת של המטפלת להגיע לרבדים העמוקים והבלתי מודעים של העצמי הגרנדיוזי באופן מקבל, מתחילה לספק למטופל את תגובת המראה, אשר מעולם לא קיבל מהוריו. התערבויות כאלה לאורך זמן, עשויות לעודד הפנמות של מבנה ואת המטופל לבטא את האסרטיביות הבריאה והטבעית שלו, תוך ויתור על הצורך בפיצוי גרנדיוזי. העצמי המגובש, עשוי ליצר שאיפות, יצירתיות, הומור וערכים, אשר מהווים ביטוי פוטנציאל של המטופל ואשר מבקש להתממש ובו גלומה נטייתו הטבעית של המטופל, אשר עוכבה בגלל העדר סביבה תומכת.

### **הדמות האידאלית**

בתהליך הטיפול, מתעורר אצל המטופל הצורך לראות במטפל דמות אידאלית, כדי לאשר את יכולתו לעזור לו בעת מצוקה ויאוש. "האם תהיה שם כאשר אצטרך אותך?".

המטפל עלול לראות צרכים אלה בצורה בלתי רגישה ואף להתקשות להיות בעמדה בה מעריצים אותו. יחד עם זאת, הנטייה לעכב תגובה כזו אצל המטופל, עלולה להעלים אותה ואף לפגוע באמון הבסיסי ביותר בטיפול.

**מטופל: עונת החגים מתקרבת. אני מבין ששוב תסעי לחופש.**

**מטפלת: כן, עמדתי להזכיר זאת, אבל הצלחת להתגבר על כך היטב בתקופה האחרונה. אני מקווה שכך גם יהיה הפעם.**

**מטופל: ההורים שלי תמיד נסעו בחופש לקאריביים. הם תמיד השאירו אותי ואת אחי אצל בת דודה. תמיד חלמתי שפעם הם יקחו אותנו אתם, כמו למשל בקיץ, במקום לשלוח אותנו למחנה. אחרי הרבה שנים שהם נזכרו באפשרות הזאת, כבר היה מאוחר מדי. היו לי חברים משלי ולא רציתי לצאת אתם.**

**מטפלת: אולי בכל זאת, היכולת שלך להתחבר לבני גילך עזרה לך להתגבר על ההרגשה שאתה לא כלול בטיולים של הורידך.**

**מטופל: אני מבין שאת אומרת לי שגם עכשיו, אני אעזר בחברים שלי כתחליף לנוכחות שלך בחופש. אני רק רוצה לומר שבמצב זה, יפסיק להיות לי אכפת ממך ואולי אעזוב את הטיפול לגמרי. בלי קשר לאיך את מעריכה את מצבי עכשיו.**

**מטפלת: (מרגישה, כי לא הגיעה למטופל בצורה מתאימה) אני משערת שהיית מעדיף לנסוע איתי לחופשה בלונדון, כפי שקיווית בעבר שהורידך יקחו אותך כילד.**

מטופל: אבא שלי היה מרצה באוניברסיטה, הוא יכול היה להרשות לעצמו לקחת גם אותנו, לפחות לפעמים. אני יודע שאת לא יכולה לקחת אותי אתך, אבל אני בטוח שיכול היה להיות מענין אתך בלונדון.

מטפלת: (מחייכת) תודה, זה רעיון נחמד (המטפלת מרשה להיות מוערכת ואיזאלית, תוך הבנה כי המטופל מבין את המציאות, אך מודה לה על הכרה בצרכים שלו).

המפגש של המטופל עם חוסר אמפטיה בטיפול, מעוררות שוב את האכזבות שחוה בעבר עם הוריו. יכולתה של המטפלת להתחבר לצרכים ולאכזבות, מאפשרות למטופל לחדש את האמון בדמות מגוננת ובהדרגה להפנים כוחות משלו, כדי להתמודד עם הסביבה אמתית.

### קשר של תאומות

קוהוט חשב, כי לצד תגובת המראה והדמות האיזאלית, אותם בדרך כלל צריכים לספק ההורים, הילד הגדל זקוק גם להכרה ולאישור מחבריו או מחלקם כדי לחזק את המבנים של העצמי. יתר על כן, יחסים כאלה עשויים להיות פיצוי חלקי לפחות, לכישלון אמפטי מתמשך של ההורים.

במקרה בו מטופלת סיפרה לאורך זמן על יחסיה עם אחותה החולה, הגיעה המטפלת למסקנה, כי היחסים ביניהן, היו מעין פיצוי של יחסי תאומות, לקור וריחוק של הוריהם ולא תגובת הפך לקנאה ותחרות ביניהן.

"לאחותי הייתה רוח נהדרת למרות מחלתה הקשה. היא הייתה תמיד סקרנית והייתה לה הערכה יוצאת דופן לאומנות ויופי אסטטי. ההורים שלנו, לא הבינו אותה, כפי שלא הבינו אותי. הבדידות של שתינו חיזקה את הקשר בינינו. אף אחד סבבינו לא הבין מה הרגשנו ובטוח לא מה הינו צריכות. אחרי שאחותי נפטרה כבר לא היה לי אכפת מכלום".

המטפלת הבינה את הכעס הנרקיסטי של המטופלת, על שלא מנעה את מותה של אחותה ולא יכלה לעזור לה. האבל על אחותה, אשר לא עובד, לא איפשר לה לחפש תחליף יחסים. "חייך נראו לך ריקים אחרי שאיבדת את אחותך". היכולת של המטפלת לתקן, התערבות ראשונית, אשר ראתה בכעס של המטופלת תגובה של קנאה ותחרותיות ולהכיר בצורך שלה ביחסי תאומות מפצים, הפכה את הטיפול על פיו ואיפשרה למטופלת לתקשר עם אוביקט עצמי מחדש, בדרך לצמיחה שנעצרה.

### שתי האנליזות של מר Z

קוהוט הציג את המקרה של מר Z כדוגמה לגישתו ומקרה פרדיגמטי העשוי להאיר באופן ברור ביותר את גישתו, אשר השתנתה מטיפול אנליטי קלאסי, לטיפול מבוסס פסיכולוגיה של העצמי. במקרה זה, קוהוט ניהל שתי תקופות של טיפול. בראשונה הוא טיפל במר Z בגישה אנליטית מבוססת דחפים והגנות. אחרי הפסקה בטיפול, הוא התחדש כאשר קוהוט היה כבר חמוש בגישתו החדשה, בפסיכולוגיה של העצמי. כך, הוא יכול היה להדגים את השוני בהתערבות הטיפולית ואת גישתו עם מקרה טיפולי מקיף.

## רקע

מר Z הגיע לראשונה לטיפול כאשר היה סטודנט באמצע שנות העשרים שלו. הוא היה בעל מבנה אתלטי ובעל פנים נאות וגבריות, אך עם דיבור עדין ומראה חולמני. הוא התגורר עם אמו האלמנה, אחרי שאביו נפטר ארבע שנים קודם לכן. הם חיו ברווחה כלכלית, תודות לירושה גדולה של אביו. התלונות שלו היו בתחילה מעורפלת ובעלות אופי פיזי. הוא התלונן על הזעה מוגברת בכפות הידים ועל תקופות של אי נוחות בבטן עם שלשולים ועם עצירויות. הוא גם התלונן על בידוד חברתי ועל קושי ניכר להקים חברות אינטימיות עם בחורה. הציונים שלו בלימודים היו טובים, אולם הוא הרגיש, כי איננו ממצה את מלוא הפוטנציאל שלו. הוא ניסה להפיג את הבדידות שלו באמצעות ספרים וסרטים. הוא יצא עם חבר שהיה בודד בעצמו ולא פעם אמו התלוותה אליהם. התקשרות של חבר זה עם בת זוג וההתרחקות שלהם תרמה לפנייתו לטיפול. הפרטים, ביחס לבעיותיו של מר Z, נחשפו בתחילה באיטיות רבה עם עמדה הגנתית, מלווה בבושה רבה. בהמשך, הסתבר, כי הוא מרבה לאונן בליווי של פנטזיות מזוכיסטיות. בעת אוננות הוא הכפיף את עצמו לאישה דומיננטית עם דחף בלתי ניתן לסיפוק. על פי דיווחו ניתן להסיק כי השנה וחצי הראשונות של חייו, עברו בצורה טובה. בתמונות ובסרטים המשפחתיים, המשפחה והוא עצמו נראו מאושרים למדי. אולם כאשר היה בן שלוש וחצי אביו חלה באופן רציני ואושפז בבית חולים. בעת אישפוזו אביו התאהב באחות אשר טיפלה בו. הוא החליט לא לשוב הביתה אלא לחיות עם אהבתו החדשה. אביו של מר Z נפרד מהאחות וחזר הביתה כאשר היה בן חמש. אומנם, אמו קיבלה חזרה את אביו, אולם נישואיהם שוב לא היו מאושרים. בגיל אחת עשרה מר Z התקשר לאחד המורים שלו, אתו גם היה לו גם קשר הומוסקסואלי, אשר נמשך מפעם לפעם במשך כשנתיים. אחרי הפרידה מהמורה הוא שקע לבדידות חברתית ולא התעניין בצירת קשרים עם בנות.

## שלב ראשון בטיפול – אנליזה קלאסית

שלב הטיפול הראשון ובמשך כשנה וחצי, אופיין על ידי תגובת העברה רגרסיבית. היא הייתה קשורה באופן עמוק לעמדה הנרקסיסטית של מר Z. הוא היה דורשני ובאופן חוזר דרש לשלוט במהלך הטיפול. הוא דרש להיות נערץ ונוכח פרושים ביחס לתחושת המגיע שלו, הוא הביע כעס רב. הוא התנגד באופן נחרץ לכל הפרושים האדיפאליים. הוא גם ביטא כעס נוכח חופשות של המטפל. אחרי שנה וחצי הוא הפך רגוע הרבה יותר. במוקד הטיפול עמדו המוטיבים של הקונפליקט האדיפאלי, חרדת הסירוס שלו, והפנטזיות של האם הפאלית. קוהוט ניסה להדגים לו את ההכחשה של שובו של היריב האדיפאלי בגיל חמש והתעקשותו על שליטה מוחלטת באמו הפרה אדיפאלית, לפני שובו של אביו. כלומר, קוהוט פירש את העמדה הנרקסיסטית כהגנה בפני המודעות הכואבת לשובו של האיום האדיפאלי ופחד הסירוס. בתגובה לפירוש זה, מר Z נזכר במראות של הוריו מקיימים יחסי מין, שכן הוא ישן בחדר שלהם עד גיל שמונה. קוהוט הסביר למטופל ופירש, כי המזוכים שלו, ביטא סקסואליזציה של אשמה על שליטה באם הפרה אדיפאלית וביחס ליריבות האדיפאלית הבלתי מודעת. האימא הפאלית גויסה בפנטזיות, גם להיות חזקה מאביו ולהגן עליו מפניו. מר Z תיאר את יחסיו עם המורה, כיחסים חמים, אשר רק

לקראת סופם הפכו מיניים ואז גם נפסקו. קוהוט ראה בכך, מימוש צרכים פרה אדיפאליים. לקראת סיום השלב הראשון של הטיפול, מר Z יצא עם בנות ואף קיים יחסי מין מספקים אתן. אולם, הסימן הבולט ביותר להתקדמות הטיפול, הייתה יכולתו להתמודד הקונפליקט העמוק יותר, אשר היה קשור באופן ברור לתקופה בה אביו חזר הביתה:

**“הוא היה בבית והדלת הייתה מעט פתוחה. מעבר לדלת היה אביו עמוס במתנות עטופות, אשר ביקש להיכנס לבית. מר Z היה מבוהל בחלום וניסה לסגור את הדלת כדי למנוע את כניסת אביו דרכה”.**

קוהוט האמין כי בחלום זה הם נגעו בטיפול בלב הקונפליקט האדיפאלי. הוא ראה בפירוש חלום זה ובעיבודו שלב מרכזי בטיפול, אשר לצידו כבר ניכר היה שיפור משמעותי בחייו של מר Z. כלומר, החלום היה צוהר דרכו ניתן היה לצפות בטיפול בקונפליקט האדיפאלי ובאיום הסירוס שהיה כרוך בו. שובו של האב הובן כחזרתו של היריב המאיים.

אולם, במבט לאחור על שלב זה, קוהוט הבין כי השלבים התאימו, אולם התגובה הרגשית של מר Z הייתה שטוחה משהו, אצל מטופל בעל רגשיות שהייתה קודם לכן ניכרת ואפילו סוערת. בחלוף ארבע שנים מסיום השלב הראשון של הטיפול, מר Z בירך את קוהוט לחג המולד וזמן קצר אחר כך ביקש לקבוע פגישה.

### **השלב השני בטיפול – פסיכולוגיה של העצמי**

ההתרשמות הראשונה בפגישה בשלב השני, הייתה כי מר Z נתון במתח מסוים. הוא דיווח לקוהוט, כי הוא אומנם יוצא עם בנות וכי הוא מקיים יחסי מין בצורה תקינה, אולם יחסיו שטחיים מאוד והוא איננו נהנה מיחסי המין. הוא עבד, אך לא נהנה מעבודתו וראה בה שיגרה עמוסה הכרחית. קוהוט קיבל את הרושם, כי נטייתו המזוכיסטית, לא נעלמה אלא עברה לתחומים אחרים בחייו. יתר על כן, בהמשך הסתבר, כי הוא אפילו גייס פנטזיות מזוכיסטיות, כדי להזרים עניין ליחסי המין שלו עם בנות. הוא הרגיש סכנה, כי ישקע שוב בבידוד חברתי, כמו בתקופות אחרות בחייו. הוא עבר לגור בנפרד מאמו, אשר מצבה התדרדר לבידוד ולחשדנות רבה. בתחילה, קוהוט חשב כי ההרעה במצבו של מר Z קשורה לרגשות אשמה על עזיבתה. אולם, בהמשך, הוא הבין, כי הוא פנה כדי לחדש ולחזק את הגדילה שלו ולא להתמודד עם צדדים גרסיביים עמוסי אשמה. הטיפול עצמו, התחדש מספר חודשים אחרי הפגישה הזו וקוהוט היה חמוש בגישתו החדשה. הוא זיהה בתחילת הטיפול העברה של אידאליזציה:

**“מר Z חלם על אדם בעל מראה מכובד העומד בסביבה כפרית ובנוף של גבעות ואגמים. הדמות הייתה בולטת על רקע מטושטש יותר”**

קוהוט לא התערב בתגובה זו, אשר התחלפה די מהר לתגובה של מראה. שלב זה היה דומה לשלבים הראשונים באנליזה הקודמת, בה מר Z התעקש לזכות בהכרה וגילה כעס כאשר הרגיש בלתי מובן. בעוד בטיפול הקודם קוהוט ראה תגובה זו כהגנתית, הרי בשלב השני, הוא ראה בכך חזרה על תנאי הילדות, אשר שוחזרו שוב בטיפול. לא עוד התנגדות לגדילה וחוסר נכונות לעזוב

סיפוק ילדותי, אלא דוקא צורך להתנתק מאובייקט עצמי מגביל ומחניק. האם, אותה ראה בטיפול הראשון באור מוצלח ומעורר ואת התקשרותו של מר Z אליה כאינססטואלית, בטיפול השני ניתן היה לזהות בצורה בהירה יותר, את נטייתה לשעבד את הקרובים אליה. כך, מר Z יכול היה לראות בשלב השני את עזיבתו של אביו עם האחות כבריחה מאמו הסוהרת. יחד עם זאת, גם את העבודה שהוא ניסה להציל את עצמו, תוך עזיבת בנו. בשלב השני, מר Z יכול היה לדווח על יחסיו הקשים עם אמו, אשר קודם הוסתרו על ידי תיאורי הערצה שלה. הוא יכול היה עכשיו להיזכר בעיוותים שונים של אמו, כמו התענינות בהפרשות שלו, בפצעים שונים על העור שלו ובדרכים שונות אחרות בהן הייתה מאוד חודרנית, ללא כל אמפטיה לצרכיו. פרטים אלה לא הוזכרו באופן ברור בטיפול הראשון. לאם הייתה מאוד חודרנית, ללא כל אמפטיה לצרכיו. פרטים אלה לא האומנות בבית. חבריו לא אהבו לבקרו, כי חששו מתגובתה, פן יפגעו בתכולת הבית והיא התעקשה שהדלת שלו תהיה פתוחה בעת ביקורים כאלה, תוך שהיא מעירה על הערות לא מתאימות אותן השמיע במהלך הפגישות שלו עם חברים. בטיפול הראשון חלק מפרטים אלה לא הוזכרו ואחרים לא זכו לדי תשומת לב. בטיפול השני, נפרשה תמונה מעיקה על פיה מר Z התבגר בצל אם עם אישיות גבולית ועל סף פסיכוזה במובנים רבים. היכולת לבטא צדדים אלה, הזינה בו אנרגיות וחיות רבה, כאילו יכול היה עכשיו להשתחרר מעמדה של שיעבוד מזוכיסטי. מר Z התחיל לגלות עניין רב בחייו של קוהוט. קוהוט, הבין לבסוף, כי סקרנות זו ביטאה צורך באב חזק ומגונן ולא בסקרנות מינית מוקדמת. מר Z ביטא צער מסוים על היחסים המיניים עם המורה שלו, אולם בעת ובעונה אחת, גם יכול היה לציין את יכולתו של המורה להבין אותו ולקבלו, כצורך בהכרה שהיה חסר לו במשפחתו ולא כרגרסיה לאם הפרה אדיפאלית. הוא יכול היה לראות את חברו אחר כך, כפיצוי של תאומות וכי מצבו הורע כאשר נפרדו. מר Z יכול היה להיזכר במספר מקרים של חוויה משותפת עם אביו, בו גם ראה את הקסם האישי הרב שלו. ככל ששלב זה התקדם, הסתבר עד כמה המפגש וההכרה של אביו הייתה חסרה למר Z ולא התחרות האדיפאלית עמדה ביסוד בעיותיו.

**”החלום המרכזי בשלב הראשון של הטיפול, בו אביו החוזר לבית מעורר חרדה ואשר הובן כחזרתו של היריב האדיפאלי המאים, הובן עכשיו ככמיהה לדמות אידאלית מגוננת עם תגובת מראה למר Z. המתנות בידיו של אביו, אותן זיהה בחלום, היו למעשה ביטוי להזנה נרקסיסטית שהייתה כה חסרה לו. החרדה בחלום, אותה חווה לא נבעה מתחרות ופחד מסירוס, אלא הייתה קשורה למימוש צורך זה באופן פתאומי, בדרך שמר Z לא היה ערוך אליה.”**

בשלב השני של הטיפול, חל שינוי בחיות ובאנרגיות של מר Z. ניתן עכשיו היה להתרשם מרגשיות תגובתית ולא משטחיות רבה, אשר אפיינה את השלב הראשון. קוהוט ראה את ההישג הבולט של השלב השני, כהתנתקות של מר Z מהחיבור הפתולוגי לאמו, אשר החניק את התפתחותו העצמאית, את השאיפות והאסרטיביות שלו. תגובת ההעברה למטפל, איפשרה למר Z להתחבר לאביו, לגבריותו ולעצמאותו. אחרי מספר שנים מסיום הטיפול, קוהוט למד בצורה עקיפה על ההצלחה המקצועית הרבה של מר Z ועל הנישואים המאוזנים שלו

# אדם הראשון, האדם השני וגן העדן

## יחסי אובייקט והפסיכולוגיה של העצמי תחת קורת תאורטית אחת

ד"ר גיורא זקין

המתבונן ממעוף הציפור בגישות הפסיכואנליטיות השונות מזהה היום קרע של ממש בין המודלים השונים. הוא נפגש במחלוקת עמוקה ביחס למוטיבציה האנושית הבסיסית; האם זו מבוססת על סיפוק דחפים או על כמיהה לקשר או על הצורך באישור נרקסיסטי. בניסיון להבין את ההפרעות הנפשיות הוא ימצא עצמו מתלבט בין הסבר המבוסס על חסך מוקדם לבין הסבר המבוסס על קונפליקט בין נטיות סותרות. במפגש עם הטיפול הפסיכואנליטי יגלה, כי ההבדלים בין הגישות השונות מתבטאים כבר בכיוון שונה ובשפות שונות. קשה מאד לתרגם מושג מגישה אחת באופן שיובן במסגרת של גישה אחרת. דוגמא מובהקת למצב עניינים זה, ניתן למצוא בסימפוזיון שנערך בין מאסטרסון, המייצג גישה של יחסי אובייקט לבין טולפין המייצגת את הגישה הקוהוטיאנית והפסיכולוגיה של העצמי (1).

הוויכוח התלהט סביב פניה של מטופלת בעלת אישיות גבולית למטפל שלה. היא התלוננה על תחושה של חוסר אונים ובקשה עזרה ישירה. מאסטרסון, נאמן למודל של קונפליקט ולתפיסה, כי יש להתמודד עם בריחה מהמציאות ורגרסיה הקשורים בפניה זו מציע להתערב בעימות. הוא תמהה מדוע מרגישה המטופלת כה חסרת אונים. טולפין, המניחה כי המטופלת סובלת מחסך מוקדם, קובעת כי אין כל טעם לשאול אדם רעב מדוע הוא סובל. היא מאמינה, כי גישה אמפטיית ותומכת תקדם הפנמה של המטפל ולכן היא עדיפה. מאסטרסון קובע מאידך, כי התערבות מסוג זה משולה להוספת דלק לאש בוערת ועידוד הרגרסיה. טולפין מסכמת, כי המחלוקת מבטאת הנחות תיאורטיות שונות באופן בסיסי.

לצד המחלוקות יש גם ניסיונות לגשר בין התפיסות השונות. מאמץ מעניין מסוג זה הוא של רענן קולקה (2). הוא רואה את האישיות כמתפתחת דרך יחסים רבי פנים עם האובייקטים המרכזיים שלו. כך, הוא מזהה ממדים שונים של התייחסות, הכוללים היבטים של צורך בקרבה וקשר, אישור לצרכים נרקסיסטיים והיבטים של סיפוק דחפים. קולקה מנסה להלך על חבל דק, תוך הימנעות מאקלקטיות ותוך ניסיון לחבר בין הגישות העיקריות בעת ובעונה אחת. הוא מדגים כיצד יש לראות את הגישה הקוהוטיאנית כהרחבה של הפסיכואנליזה הקלאסית של פרויד ולא

כתיאוריה, אשר תחליף את קודמתה. בדוגמאות טיפוליות מראה קולקה, כי ניתן לשלב בטיפול התייחסות לקונפליקט ותובנה ובעת ובעונה אחת להתייחס לצדדים נרקיסטיים ולכן גם לפשרה וויתור הקשורים בממדים אלה.

גם קולקה איננו מבאר את היחסים בין הממדים השונים והמוטיבציות השונות. כך, לא ברור מה בקשר בין הדחפים, הצורך בקשר והערוץ הנרקיסטי. לכל אחד מהיבטים אלה השלכות מרכזיות על התפתחות האישיות, כיצד אם כן מעוצבת האישיות? האם קימת אינטראקציה ביניהם? האם קיימת הירארכיה או האם יש לראותם כמתקיימים זה לצד זה ואם כן, כיצד הופכת האישיות לאינטגרטיבית ומאורגנת?

גרינברג ומיטשל, המנתחים את התיאוריות הפסיכואנליטיות השונות על פי השתייכותן למודל דחפים או למודל של יחסים, קובעים כי הניסיון לשרטט מודל מעורב מוביל בדרך כלל לערפול ולחוסר יציבות הנובעים מחוסר תואם בסיסי בין הנחות היסוד של שני המודלים (3). הם מנתחים, כי מקור המחלוקת נעוץ בשתי השקפות פילוסופיות בסיסיות על טבע האדם המתנגשות זו בזו בעולם המערבי במשך דורות. הגישה האחת רואה את האדם כאינדיווידואליסטי באופן מהותי ומיוצגת על ידי פילוסופים כהובס ולוק, לעומת הגישה הרואה את האדם כחברתי מטבעו ושואף לקשר עם בני מינו. גישה זו מיוצגת באופן מובהק על ידי פילוסופים כרוסו ומארקס. באופן מקביל ותואם מתחלקות, לדעתם, התיאוריות הפסיכולוגיות. האם יש לכן, לוותר על ניסיון לתאר מודל מעורב, או האם המחלוקת לאורך הדורות מצביעה בעצם על האופי החברתי והאינדיווידואליסטי של האדם, הדריים זה לצד זה ומכוונת אותנו לקונפליקט המרכזי המתנהל באדם? כלומר, האם יתכן, כי המחלוקת איננה רק מערפלת, אלא עשויה פרדוקסלית לכוון אותנו לגישה מגשרת.

### **שני צירי ההסתגלות המרכזיים**

"ויברא אלוהים את האדם בצלמו בצלם אלוהים" בראשית פרק א'

"וייצר ה' אלוהים את האדם עפר מן האדמה" בראשית פרק ב'

בספר בראשית שני סיפורים על בריאת האדם השונים זה מזה באופן משמעותי. הרב סולביצ'יק ניתח בחיבורו "איש האמונה" את שני סיפורי הבריאה של האדם בספר זה. הוא דחה את הפירוש, כי קיימים שני סיפורים בשל שתי מסורות. לדעתו, התשובה איננה בשניות המסורת, כי אם בשניות האדם; לא הסתירה המדומה של שתי המהדורות, אלא הסתירה המהותית בטבע האדם.

האדם הראשון נברא בצלם אלוהים והארץ ניתנה לו "לכבשה". כוחו בשכלו המסוגל לעמוד מול העולם החיצוני, להבינו ולשלוט בטבע. האדם הראשון שואף להדר ותהילה, אשר מוצאים את ביטויים ביכולתו למשול בסביבתו. אצל האדם הראשון המחווה ליצירת קהילה היא תועלתית ואנוכית בלבד ונועדה לשרת את שליטתו בסביבה. לאדם הראשון אין תחושת "אנחנו" וקשריו מתקיימים בערוץ פונקציונלי. האדם השני נברא מהעפר והאדמה. הוא לא שוכח לעולם את מקורו השפל, את פגיעותו ואת בדידותו. כמיהתו לקשר היא עמוקה ובסיסית. הרעות אינה באה על ידי כיבוש, אלא על ידי כניעה ונסיגה; "ויפל ה' אלוהים תרדמה על האדם". האדם נכבש ונוצח-ובכישלונו מצא את חברו. יתר על כן, ההתקשרות של האדם השני כרוכה גם בקרבן והקרבה. עליו להקריב חלק מגופו כדי לזכות ברעות. אצל האדם השני מתחברות לא רק הידיים, אלא גם החוויות (4). הרב סולביצ'יק מבאר, לכן, את שני סיפורי הבריאה כתיאור של קונפליקט בסיסי באופיו של האדם. מצד אחד שאיפתו לשליטה בסביבה ויצירת אי תלות, מהצד האחר כמיהתו לקשר ולאיינטימיות. הרב מזכיר, כי ההתקשרות של האדם השני נעשית מעמדה של חולשה ובתיווך אלוהים, מתוך שאיפה להיות קשור בכוח חזק ממנו - מגן ומעניק בטחון. מנקודת מבט הסתגלותית, על האדם לפשר, אפוא, בין שתי מגמות סותרות. שאיפתו לשליטה ואי תלות, מתנגשת בצורך החברתי המהותי שלו, הקשור בויתור על כוח ושליטה והכפפתו, מתוך חולשה והקרבה, לקרבה המעניקה חום וביטחון. האם יתכן, כי הקושי הבסיסי במיזוג שני הכיוונים של ההסתגלות, הם שגרמו לפילוסופים ואח"כ גם לפסיכולוגים, לתאר את אופיו הבסיסי של האדם, תוך בחירה והדגשה של אחד מהם?

אנו נבקש להדגים, כי גישה המעמידה את שני צירי ההסתגלות האלה בראש המוטיבציות האנושיות, עשויה הן להרחיב את ההבנה של תופעות קליניות ואף לגשר בין גישות דינמיות שונות; כבר ב1909 כתב פרויד (5), במאמר על ה"רומן המשפחתי", כי שני התכנים המאכלסים את החלימה בהקיץ באופן השכיח ביותר, הן הפנטזיות הארוטיות ואלה הנוגעות לשאפתנות וכוח. אולם, מהר להדגיש כי שני התכנים קשורים בדחף מיני. סולביץ, אשר היה מאבות המודל של יחסים, תיאר בתחילה גם מוטיבציה לכוח לצד השאיפה לקשר. אולם, ברבות הזמן זנח פן זה לחלוטין (6). קארן הורני הייתה הראשונה, אשר תיארה את שתי הנטיות האלה כלב הקונפליקט הבסיסי ביותר. היא העמידה את שני צירי ההסתגלות והקונפליקט ביניהם במוקד התבוננותיה. הפתרון של האהבה והפתרון של השליטה (בחיבורים קודמים הם נקראו הנטייה לקראת אנשים



ונגד אנשים) מתאימים היטב לניסוחים הנוכחיים שלנו. אומנם, הורני נמנעה מתיאוריה מקיפה, אך בעבודתה הקלינית, בולטת התייחסותה למוטיבציות אלה כבעלות מעמד מרכזי (7).

קוהוט (8), תאר את שני הקטבים של העצמי המבוססים על הנטייה לאידיאליזציה ועל הנטייה לאומניפוטנציה, המעוצבים ומופנמים דרך אינטראקציה עם אובייקט עצמי. ניסוח השקפה זו מנקודת מבט הסתגלותית מוביל אותנו שוב לפירוש הקושר בין שני הקטבים והצרכים העומדים מאחוריהם לצירי ההסתגלות המבוססים על קשר והגנה מצד אחד, ועל שליטה ואי תלות בסביבה מאידך. יחד עם זאת, קוהוט תיאר מצבים פתולוגיים שונים כנובעים מחסך מוקדם. הוא וויתר על תיאור של מתח אינהרנטי בין שני הצירים העיקריים. על פי תפיסתנו, בין המניע לקשר וקירבה לבין המניע לאוטונומיה, שליטה ואי תלות קיים מתח מהותי, אשר עלול להפוך בהעדר מיזוג ושילוב לקונפליקט חריף. הגישות, המבוססות על נקודת מבט התפתחותית, ובעיקר אלה אשר התמקדו בשלב הפרה-אדיפאלי, מתאימות היטב לרעיון של שני הצירים, גם אם הנחות היסוד של גישות אלה היו שונות. כך, אין קושי לראות בגישתה של מאהלר (9), את הקונפליקט המרכזי אותו תיארו. זהו תיאור של התפתחות דיאלקטית, אשר בו הנטייה לתלות והנטייה לנפרדות והפרדה מתנגשים וגוררים בכל שלב צורך ביצירת שילוב בין שני הצירים ברמת התפתחות גבוהה יותר.

מאסטרסון היטיב לתאר את המצבים הפתולוגיים הנובעים מחוסר יכולת לשלב את שני הצירים האלה; כך, ההפרעה הגבולית נובעת לדעתו, ממצב בו האם מענישה את הילד על ניסיונותיו לממש עצמאות בציר השליטה בסביבה וכופה תלות וחוסר הפרדה. התנסות זו גוררת קיטוב של שני הצירים והקצנה שלהם לתלות רגרסיבית מחד ולמצאיות אכזרית ורודפנית מאידך. העדר המפגש, המיתון והשילוב דנה את אותם לקיבעון מקוטב ומקוצן (10).

התמונה מורכבת יותר במעבר לשלב האדיפאלי. רוב הפסיכואנליטיקאים, אשר מתבססים על גישה של יחסי אובייקט ביחס לשלבים מוקדמים של ההתפתחות, פונים לגישה הקלאסית הפרוידיאנית, המבוססת על מרכזיות הדחפים והשלבים הפסיכוסקסואלים, כאשר הם מטפלים בהפרעות אשר מקורן מאוחר יותר - בשלב האדיפאלי. אנו מאידך, רואים את הדחפים כממדים של צירי ההסתגלות העיקריים וככפופים להם הירארכית. כך, דחף המין קשור בנטייה לקשר, בעוד התוקפנות קשורה בביטוי אפשרי של הצורך בשליטה, בעיקר בהעדר שילוב והרמוניה בין שני הצירים. כיצד ניתן להסביר עלפי גישתנו את הדרמה האדיפאלית וכיצד היא עשויה להעשיר את המטפל בממדים רחבים יותר ורלוונטיים יותר?

השלב האדיפאלי קשור בהרחבת ההסתגלות מקשר עם האם לכל המשפחה ובצורך לבסס זהות מינית. אין בכך חידוש, אולם אנו מדגישים, כי עבור הילד/ה מהווה עתה המשפחה מודל מורחב של המציאות בו עליו למצוא איזון חדש בדיאלקטיקה של שני צירי ההסתגלות. הקונפליקט העיקרי קשור בכך שמסורתית (במידה הולכת ופוחתת היום) האב מייצג את ציר האוטונומיה והשליטה בסביבה ואילו האם קשורה עדין יותר לתחום הבין אישי, לקרבה והגנה. המפגש עם האב מאיץ את התפתחותו של הבן לכיוון של אוטונומיה ושליטה. הוא מעורר תחרותיות, כי האב מייצג היבטים של שליטה בסביבה הקשורים אינהרנטית לתחרותיות והשגת עליונות על אחרים. ההתבוננות בקונפליקט האדיפאלי, דרך פריזמה של משיכה אסורה לאם, מצמצמת במידה רבה את תמונת היחסים המורכבת כפי שאנו רואים אותה. כך, התחרות על האם כמקור תמיכה וחום מהווה רק פן אחד של יחסים אלה, בעיקר כאשר מתרקמת קירבה של האם לבן תוך ריחוק של שניהם מהאב. בהיות האב נציג הסביבה וציר השליטה הוא גם מהווה את מקור האישור ליכולתו של הבן להסתגל לציר זה. כלומר, אם האב מאוים על ידי התחרותיות המתעוררת של הבן הוא עלול "לסרס" את בנו דרך התייחסות ביקורתית ופוגעת. הבן זקוק לאפשרות לעימות ולתחרות עם אביו, אך בו זמנית גם לאישור שהוא עושה זאת היטב ובאופן שאיננו מקפח את ציר ההשתייכות וההגנה. המשיכה לאם, איננה מאימת רק בשל היותה מינית ואסורה. היא מעוררת רגשות אשמה, כי היא קשורה בנטייה לוותר על היכולת לממש את המניע לשליטה, תוך תחושה של כניעה וחולשה וכמיהה לחזור לתלות מגוננת. (מעניין לציין בהקשר זה פנטזיה שכיחה אצל מטופלים נוירוסטיים המוצאים צורך לפנטז הצלחות בתחום הקריירה והתפקוד מיד לאחר חוויה של קירבה, אינטימיות ויחסי מין).

קנאת האבר של הבת, מובנת על ידינו כביטוי מוחשי לתפיסתה, כי מקור הכוח והשליטה בסביבה נמצאת בחזקת האב וכי דרכה לאוטונומיה ואי תלות איננה סלולה. כך, התחרותיות עם האם איננה משקפת רק מאבק בציר ההשתייכות, אלא גם את הרצון לרכוש מקור של כוח ושליטה באופן עקיף דרך קירבה לאב. רגשות האשמה המתעוררים אינם רק ביטוי למשיכה מינית אסורה, אלא גם מבטאים כמיהה לתפקיד, אשר עלול להיתפס על ידי הבת כבגידה ביעודה ובזהותה. כדי להדגים את יישומה האפשרי של תפיסותינו בשדה הקליני, אנו מבקשים לשוב ולבחון בקצרה את המקרה המפורסם של מר Z, אשר הוצג על ידי קוהוט ואשר הפך פרדיגמטי לגישתו ובעיקר לשינוי ולשוני בין גישה זו לבין הגישה הפסיכואנליטית הקלאסית (11).

מר Z פנה לקוהוט כשהוא סובל מתופעות סומאטיות שונות מקשיים בולטים ליצור קשרים בין אישיים ומדיכאון. הוא היה סטודנט באמצע שנות העשרים לחיו, אשר גר עם אמו האלמנה. בהיותו בן שלוש חלה אביו ואושפז. לאחר החלמתו הוא עזב את הבית ועבר לגור עם האחות שטיפלה בו. הוא חזר הביתה רק לאחר שנה וחצי. מר Z היה מעורב ביחסים הומוסקסואלים בנערותו עם אחד ממוריו והרבה להזות תכנים מזוכיסטיים תוך כדי אוננות. לטיפול היו שני שלבים; בשלב הראשון נקט קוהוט בגישה פסיכואנליטית קלאסית. תקופה מסוימת לאחר סיום הטיפול פנה מר Z לקוהוט שוב, כשהוא מתלונן על תופעות שונות מהן סבל בעבר. בשלב זה היה קוהוט חמוש בגישתו החדשה של "הפסיכולוגיה של העצמי" והטיפול בשלב זה התנהל כולו ברוח שונה לחלוטין, המתאימה לתפיסתו שהשתנתה. במהלך הטיפול מדוח קוהוט על חלום מרכזי של מר Z אשר דרכו ניתן לבחון בתמצית את השינויים שחלו בין שני השלבים והתקופות של הטיפול. בחלום עומד מר Z בקרבת דלת הכניסה הפתוחה מעט. לפתע מופיע אביו בחריץ הדלת כשהוא נושא מתנות עטופות בידיו. בחלום נבהל מר Z וניסה נאשות לסגור את הדלת ולחסום את כניסת האב. בשלב הראשון של הטיפול פירש קוהוט את החלום כמחזיק חרדה מפני שובו של היריב האדיפאלי ומסירוס. המתנות סימלו את כוחו ואת פוטנציאל האיום הטמון בו. בשלב השני פירש קוהוט אותו חלום, כשובו של אובייקט עצמי, אליו כמהה מר Z תוך שהוא נושא מתנות של הזנה נרקסיסטית שכה חסרה למר Z. החרדה קושרה לפתאומיות של אפשרות התגשמות צורך כה עמוק וכה חריף.

לתפיסותינו, הופעת האב בחלום סימלה את המפגש עם כל האפיונים של ציר הסתגלות שלם שהיה חסר למר Z ואת הקונפליקט הקשה שהיה כרוך בו. שובו של האב בחלום היה קשור, מצד אחד לכמיהות העזות של מר Z לזכות באישור והכרה בגבריותו וביכולתו להיות עצמאי, ובעת ובעונה אחת את הפחד בפני תחרות הרסנית, ביקורת פוגעת ואיום על השתייכותו. האב הביא עמו את האפשרות לרכוש זהות הולמת ובעיקר את ההזדמנות לצאת מציר ההשתייכות התלתי והמחניק בו הוא היה נתון. בעת ובעונה אחת הביא האב עמו את כל האיומים הכרוכים בציר זה והקשורים בכוחו המאיים; הן את התחרות, שעלולה להיות פוגעת והרסנית והן את האיום על ההגנה לה זכה מר Z מאמו. המתנות היו, לכן, מפתות ומאימות בעת ובעונה אחת.

החלום מסמל את הקונפליקט הפנימי בו היה נתון מר Z; השאיפות לאי תלות ולשליטה עצמאית בנסיבות חיו, לעומת נטייתו להיאחז בחסות מגוננת - מגבילה ומחניקה, אך גם בטוחה. לפי תפיסה זו, יתכן וניתן היה להחליף את שני שלבי טיפול, אשר ניזונו מגישות תיאורטיות שונות,

ברצף טיפולי אחד הממזג ומכנס צדדים תיאורטיים וקליניים משתיהן לכדי תפיסה מגשרת אחת. כלומר, לתפיסותינו שני שלבי הטיפול בפני עצמם אינם שלמים ומחסירים היבטים חשובים. המודל המוצע כאן מאפשר להחזיק היבטים חשובים משני השלבים של הטיפול תחת קורת גג תיאורטית אחת.

### הציר הנרקיסטי

”ותפקחנה עיני שניהם וידעו כי ערומים הם” בראשית פרק ג’

פרק ג’ בספר בראשית עוסק בפרשת גן עדן וגירושם של אדם וחוה ממנו. האכילה מעץ הדעת ניתנת לפירוש כאירוע בו רכש האדם מודעות עצמית וגילה את פגיעותו וחולשתו. אפשר לראות בפרק זה המשך לתיאור אופיו של האדם, הנפרס בשני הפרקים הראשונים של ספר בראשית. על פי פירוש זה, מהווה המודעות העצמית צלע מרכזית נוספת ומשלימה, לצד שני צירי ההסתגלות העיקריים, בדינמיקה המורכבת של האישיות. המודעות העצמית מרחיבה את אפשרויות ההסתגלות של האדם ויוצרת בסיס לשיפוט ובחירה. אולם בעת ובעונה אחת, היא חושפת בפניו את נקודות התורפה הקיומיות שלו ומרחיקה אותו באופן כואב מהמושלם והאידיאלי. על פי פירוש זה, המודעות העצמית מרחיקה את האדם מגן עדן פסיכולוגי ודנה אותו למאבק מתמשך בפחדים וחרדות. פסיכולוגים ופילוסופים שונים ייחסו לחרדה הקיומית הנובעת מהמודעות העצמית משקל מרכזי; בקר (12), הסביר כי כיסוי הגוף ותחושת הבושה של האדם, נובעים מכך שהגוף מהווה את מוקד הפגיעות של האדם ומקור חולשתו, לעומת דמיונו ושכלו אשר אינם מוגבלים. בקר הסביר, כי פסיכולוגים שונים טעו בערכת המרכזיות של הדחפים, בשל העובדה כי חרדות קיומיות רבות מתמקדות בגוף, בהיותו נקודת התורפה הקיומית העיקרית. למשל, החרדה והבושה האופפים יחסי מין בכלל ובמשפחה בפרט, נעוצים ברצון של האדם להימנע מהכניעה לצד הפיזי שבו ומהרצון להדחיק את פגיעותו ולהכחיש את חולשתו. הוגים אחרים התייחסו להיבט הקיומי באופן עקיף יותר. ממאמרו המפורסם של פרויד על הנרקסיזם (13) ועד קוהוט, שהפך מושג זה ולמרכז חקירותיו, עסקו הפסיכואנליטיקנים בדרכים הנפתלות בו מנסה האדם לשמר תחושה של ערך עצמי, המהווה ביטוי של ביטחון יחסי אל מול פגיעות אובייקטיבית וסופיות בלתי נמנעת. אנו רואים במודעות העצמית מכניזם של היזון חוזר, הדומה למערכת הפיקוח על רמת הסוכר בדם, והמשווה בין המשאבים של שני צירי ההסתגלות בעצמי לבין דרישות הסביבה והמציאות. תפקידה, בנוסף לכשרים קוגניטיביים אחרים, לאפשר שיפוט ובחירה בדרך

להסתגלות מגוונת, המשוחררת יחסית מנסיבות מיידיות והמאפשרת פעולה מכוונת ומתוכננת. הממד הנרקיסטי, או בשפה מובנת יותר הערכה עצמית, מהווה מדד של היזון חוזר זה. כל עוד שני צירי ההסתגלות העיקרים מפותחים ושוררת הרמוניה יחסית ביניהם על פי תפיסתו של הפרט, קיימת גם הערכה עצמית יציבה באופן יחסי. הפער בין מצוי לרצוי הקיים תמיד, מהווה זרז ובית יוצר לשאיפות, להנעה ולהתקדמות והתפתחות נוספת, כמו גם ליצירת קשרים וחיזוקם. מאידך, היזון חוזר המזהה בעצמי מחסור או קונפליקט משתק, גורר חרדה בגוונים שונים או דיכאון. (מעניין אולי להניח, בעקבות מאמרו של גרינסון (14), כי הדיכאון מהווה סיגנל של ציר ההשתייכות והקשר ואילו החרדה קשורה יותר לציר השליטה והאוטונומיה). היכולת לדמיין ולתכנן מצבים עתידיים, המהווה כלי הסתגלותי מרכזי, עלולה להחליף מציאות בדמיון במצב בו מזוהה פער רחב בין המשאבים לבין איומים שונים, הנתפס כבילתי ניתן לגישור. זו מעין הטעיה של המודעות העצמית כמנגנון של היזון חוזר. כאילו הוזן הגוף בסכרין במקום בסוכר המזין באמת. הפרט נסוג אז לגן עדן דמיוני ומותר על התמודדות פעילה ומציאותית.

זהו, לדעתנו היסוד לפתרון הנרקיסטי או לעצמי האידיאלי, ההולך ומתעצם במקביל לדלדול העצמי האמתי. הפער הולך וגדל במעגל המחזק את עצמו. זו עלולה להיות התמכרות מקיפה ולא ביטוי הגנתי מצומצם. ככל שהפרט נשען יותר על פנטזיות אידיאליות כן גדל הפער ביניהן לעצמי האמתי וכך גדל הצורך לשוב ולפנטז אותן ביתר שאת וחוזר חלילה. השנאה העצמית והבוז העצמי הופכים בן לוויה קבוע של העצמי האידיאלי, שכן ההתמכרות לשלמות איננה מכירה ואיננה מקבלת את מגבלות העצמי והמציאות. העצמי האמתי הולך ומדלדל, כי שוב איננו חשוף לסביבה ולהתנסויות חדשות המהות את חומרי הגלם לבנינו. פתרון נרקיסטי מקיף כזה, מעמיד את המתח שבין העצמי האידיאלי לעצמי לאמתי במוקד ודוחק קונפליקט אפשרי בין צירי ההסתגלות העיקריים למעמד בעל חשיבות משנית.

תיאורטיקנים כמאסטרסון וקרנברג (15), תיאורו את התפתחותה של האישיות ואת הדינמיקה המרכזית, כקשורה בדחפים והפנמות רוויות אפקט מקוטב והדגישו את הצורך במיתון הקונפליקט ובמיזוג הנטיות הסותרות בדרך לביסוסו של עצמי מאורגן. בתיאור מצבים פתולוגיים, הם הדגישו את המציאות של קונפליקט מרכזי והגנות שונות, אשר משקפות את הניסיון להתמודד עמו. גישתם מחסירה מצבים בהם העצמי האידיאלי תופח בממדיו ומחליף מציאות של חולשה כללית בעצמי. דלדולו של העצמי במצבים אלה, ממתן את הקונפליקט בין הצירים העיקריים והופך אותו למשני. מרכז הכובד במצבים אלה קשור בהתמכרות לתמונה

אידיאלית מטעה, המחליפה מציאות של ריקנות והעדר משאבי הסתגלות בעצמי. זו הסתגרות ב"כלוב של זהב" ובחירה בנתיב של מימוש עצמי אידיאלי במקום זה האמתי. יחד עם זאת, יחסי הגומלין בין צירי ההסתגלות לממד הנרקסיסטי לא מניבים בהכרח מהפך כוללני כזה. במצבים אחרים מוגנת הערכה עצמית על ידי פיצול של חלקי הקונפליקט או על ידי הכחשה והדחקה ולא על ידי אימוץ תמונה אידיאלית. במצבים אלה עשוי הקונפליקט בין צירי ההסתגלות להיות במוקד הדינמיקה האישיותית ולא הפתרון הנרקסיסטי. גישתו של קוהוט מאידך, מתאימה למציאות של כמיהות נמשכות לשלמות ועצמי אידיאלי מנופח המטיל צל כבד על עצמי אמתי שברירי, כביטוי לקיבעון אשר מנע הפנמתן של פונקציות מווסתות מרכזיות לעצמי. קוהוט הסביר את תהליך התפתחותה של האישיות, כהפנמה הדרגתית של פונקציות מאובייקט עצמי חיצוני, לכדי מבנים פנימיים. הוא תיאר תהליך זה, כקשור במיתון ובאילוף של כמיהות לגרנדיוזיות ולאידאליזציה, והפיכתן דרך אמפטיה, הכרה ואישור של דמות מטפלת, לקטבים בעצמי מגובש. אולם, קוהוט לא התייחס לאפשרות קיומה של מתיחות אינהרנטית בין השאיפה לכוח בלתי מוגבל, לבין השאיפה לחסות מוחלטת המגולמת בכמיהה לדמות אידיאלית מסוככת ומגינה. ממילא, לא התייחס קוהוט למציאות דיאלקטית של קונפליקט בין שתי השאיפות, תוך צורך מתמיד לפשר בניהן ולמזגן בתהליך הפנמתן לעצמי ובמפגש עם הסביבה. כך, בהתייחסותו למצבים פתולוגיים, הדגיש קוהוט, בעיקר היבטים של חסך בעצמי וליקויים מבניים ופחות צדדים של קונפליקט.

אנו גורסים, כי בגישות של התאורטיקנים אותן סקרנו בולטת נטייתם של הפסיכואנליטיקאים להכליל את גישתם באופן סוחף, דרך הדגשת מציאות של קונפליקט בכל המצבים הפתולוגיים או לחליפין דרך העמדת הפתרון הנרקסיסטי במוקד כל ההפרעות הנפשיות. על פי תפיסתנו, גישות אלה אינן בלעדיות ואין צורך להעדיף גישה אחת על פני רעותה. הן מתאימות בעצם לתרחישים דינמיים שונים, הנובעים מיחסי הגומלין המורכבים שבין צירי ההסתגלות העיקריים לבין הציר הנרקסיסטי. יתר על כן, גם הגישות הטיפוליות אשר פותחו כחלק מתיאוריות אלה, אינן בלעדיות והולמות מצבים פתולוגיים שונים או מתאימות יותר לשלבים שונים בתהליך הטיפול, על פי התמונה הדינמית הייחודית של כל מטופל. למשל, ההתערבות הקלינית המתאימה ביותר לטיפול בהפרעה הנרקסיסטית, מעודדת ויתור הדרגתי על ההתמכרות לאידיאלי, כדי לאפשר התנסות מציאותית ומרחיבה. כלומר, לב הטיפול במצב זה כרוך בתהליך של עיבוד אובדן. הקשר הטיפולי והגישה האמפטיית מסייעים למטופל להתגבר על האבל הכרוך בויתור הכואב על עצמי אידיאלי ועל המפגש המחודש עם עצמי אמתי, מדולדל ושבירי. זו גישה טיפולית המאפיינת את

התפיסה הקוהוטיאנית. בהמשך לאנלוגיה של הערכה עצמית כמנגנון פיקוח על מצב צירי ההסתגלות והשוואתו למנגנון פיקוח על רמת הסוכר בדם, פועל הוויתור על עצמי אידיאלי כוויתור על סכרין מתוק, תוך פתיחות מחודשת לסוגים שונים של אוכל מזון, המתבטא בחידוש הפנמתן של פונקציות מווסתות לעצמי. מאידך, ההתערבות הקלינית המכוונת לפתרון של קונפליקט בין צירי ההסתגלות העיקריים פועלת לחשיפה ועימות, כדי לקדם אפשרות של סינתזה, איזון ושילוב מרכיבים משני עברי המתרס של מניעים בלתי תואמים. גישה טיפולית זו מתאימה יותר לתפיסתם של קרנברג ומאסטרסון. כלומר, אופיין של שתי ההתערבויות שונה;

**בהתערבות המכוונת לפתרון של קונפליקט אנו מנסים להפגיש בין "האדם הראשון לבין האדם השני", כדי להביאם לכדי הרמוניה ושיתוף פעולה. בציר הנרקסיסטי אנו מנסים לשכנע את המטופל לוותר על גן עדן דמיוני בו הוא מתעקש לחיות, כדי לרכוש ולבסס כלי הסתגלות בעולם הממשי ובמציאות עמה הוא צריך להתמודד.**

לכן, לפי תפיסתנו כאשר הפתרון הנרקסיסטי הוא מרכזי, התערבות על פי מודל של חסד והמיישמת עיבוד אובדן יעילה ומתאימה יותר. אולם, כאשר ציר הקונפליקט נמצא במוקד ההפרעה עדיפה בעיקר התערבות המבוססת על חשיפה, עימות ופירוש.

כך, ניתן עתה לחזור לסימפוזיון בין טולפין ומאסטרסון בו פתחנו; שני הקלינאים הגדולים האלה דנו במקרה של אישה, אשר אובחנה כסובלת מהפרעה גבולית נמוכה. למרות, שסיימה לימודים אקדמאים עם תואר שני, היא לא הצליחה להחזיק בעבודה כלשהי לאורך זמן. היא סבלה מדיכאונות קשים, פנתה לעתים תכופות לסמים ולאכזריות וניהלה קשרים קצרים וחולפים עם גברים שונים. היא הייתה הבת הצעירה למשפחה מבוססת. אביה, שהיה עורך דין, תואר כקר, מרוחק וכועס. האם סבלה מדיכאונות והאשימה את המטופלת, תוך שהיא הופכת אותה לשעיר לעזאזל לבעיותיה. במהלך הטיפול היה צורך להתמודד שוב ושוב עם נטייתן של המטופלת להתנהגויות של שתייה, סמים ומין במקום אינטרוספקציה. בטיפול היה גם צורך להתמודד עם עמדה של חוסר אונים מצד המטופלת ובקשה חוזרת ונשנית לעזרה. להשקפותינו זו מטופלת, אשר מותרת הגנתית על כל ביטוי של שליטה בסביבה ונסוגה לתלות רגרסיבית. היא איננה מווסתת את קשייה באמצעות הפתרון הנרקסיסטי, אלא נעה בין קטבים קיצוניים של שני צירי ההסתגלות, כמי קופצת מרגל לרגל על משטח לוחט. החסך ההתפתחותי ממנו סבלה שזור באופן בלתי נפרד לקונפליקט הבסיסי. הנטייה השכיחה להפריד בין התערבות המכוונת לתיקון פגמים

התפתחותיים לבין פתרון קונפליקט, המיוחס בדרך כלל להפרעות גבוהות יותר, נראה לנו מלאכותי. כל שינוי מבני כרוך במקרה זה ביכולתה של המטופלת לאמץ התנהגויות של שליטה בסביבה, אשר ימתנו בהדרגה את נטייתה הרגרסיבית. כלומר במפגש בין צירי ההסתגלות העיקריים ומיתון הקונפליקט החריף בין קוטביהם.

אנו סבורים, כי ההתערבות המוצעת על ידי טולפין (בעקבות קוהוט) מתאימה יותר לציור הנרקיסיסטי. מאידך, ההתערבות המוצעת על ידי מאסטרסון מתאימה יותר להתמודדות עם קונפליקט בין צירי ההסתגלות העיקריים. במקרה הנידון בסימפוזיון מדובר במטופלת בעלת אישיות גבולית. הקונפליקטים שלה מוגנים על ידי פיצול והכחשה ולא ניתן להתרשם מהיבטים נרקיסיסטיים בולטים באישיותה. לכן, על פי תפיסתנו עדיפה במקרה זה ההתערבות המוצעת על ידי מאסטרסון. יחד עם זאת, על פי המודל המוצע כאן, אין בלעדיות לגישה אחת ואופי הטיפול ועיתוי סוג ההתערבות, נגזרים מהמשקל השונה של מרכיבי ההפרעה. במצבים נוירוטיים רבים הפתרון הנרקיסיסטי הוא משני להדחקה של ממדים שונים של הקונפליקט ומחזק מנגנון זה. הוא גם מאפשר פורקן וביטוי לחלקים מודחקים, שכן הוא יכול להחזיק בהרמוניה מדומה גם צדדים בלתי תואמים. הוא מחפה על תחושת חולשה הנובעת משיתוק ומגבלה של העצמי הנובעים מהקונפליקט. אולם, גם כאשר במהלך טיפול נרכשת מודעות לצדדים מודחקים של קונפליקט מרכזי, מתקשים מטופלים רבים לוותר על הפתרון הנרקיסיסטי, כמו אורח שנקרא לעזרה ושוב לא ניתן להסתדר בלעדיו. כך, נדרשת גם התערבות בציר זה. יתכן וכישלונות רבים בתרפיה עם מטופלים אלה לא נבע "מדביקות הליבידו", כפי שחשב פרויד, או מצדדים מודחקים שלא נחשפו, אלא בגלל הקושי לוותר על העצמי האידיאלי. בניגוד להגנה אחרת, המונעת מודעות מעוררת חרדה, העצמי האידיאלי מעניק גם תחושה נעימה של התעלות וחמימות. הוויתור על ממד זה דורשת, כפי שתוארנו, התייחסות טיפולית שונה מזו המכוונת לפתרון קונפליקטים ותכליתיה לאפשר גמילה הדרגתית מהתמכרות זו.

## **סיכום**

המאמר הנוכחי מציע גישה מגשרת בין תפיסות פסיכואנליטיות מרכזיות, המצויות בוויכוח והמאמצות גישות טיפוליות שונות זו מזו. הוא מתבסס על הרעיון, כי שתי המוטיבציות העיקריות של האדם, המצויות במתח בניהן, קשורות בשאיפה לשליטה בסביבה מצד אחד, ובשאיפה להשתייכות, ולקשר בין אישי מאידך. משוער, כי שאיפות אלה מהוות בסיס להפנמתם של קטבים בעצמי, המחזיקים ומארגנים משאבי הסתגלות של שליטה והתקשרות, תוך תהליך דיאלקטי הקשור במיתון המתח בניהם ותוך אינטראקציה עם הסביבה. נטען, כי תהליך זה מפוקח על ידי



מערכת של היזון חוזר הקשורה ביכולת האנושית להתבוננות עצמית, המניבה מדד של הפער בין מצוי לרצוי, הנקרא הערכה עצמית. על פי גישה זו, הדינמיקה של האישיות מבוססת על יחסי גומלין והשפעה הדדית בין הציר הנרקסיסטי של הערכה עצמית, לבין צירי ההסתגלות העיקריים. ניסינו להראות, כי מודל כזה עשוי לספק בסיס לשימוש בגישות טיפוליות שונות, על פי הנסיבות הקליניות, תחת גג תיאורטי אחד.

### ביבליוגרפיה

1. Masterson, J., Tolpin, M. and Sifneos, P. (1991) Comparing psychoanalytic psychotherapies. New York, Brunner/Mazel Publishers
2. Kulka, R. (1988) Narcissism and neurosis-an opportunity for integration in psychoanalytic theory and technique. International Journal of Psychoanalysis 69, 521-533.
3. Greenberg, J. and Mitchell, S. (1983) Object relations in psychoanalytic theory. Harvard Press.
4. סוליביצ'יק, י. (1975) איש האמונה. ירושלים, הוצאת מוסד הרב קוק.
5. Freud S. (1909). Family romance. Standart edition, 9, 237-244, 1959.
6. Sullivan, H. (1953) The Interpersonal theory of psychiatry. New York, W.W.Norton & Compony.Inc.
7. Horney, K. (1950) The collected works of Karen Horney. New York, W.W.Norton & Compony.
8. Kohut, H. (1977) The restoration of the self. New York, International University Press,
9. Mahler, S. (1975) the Psychological birth of the human infant. New York, Basic Books,
10. Masterson, J. (1976) Psychotherapy of the borderline adult. New York, Brunner/Mazel
11. Kohut, H. (1979) The two analysis of Mr. Z. International Journal of Psychotherapy Publishers 60,3-27.
12. Becker, E. (1973) The denial of death. Free Press, Macmillan Publishing Co.
13. Freud, S. (1914). On narcissism. Standart edition ,14, 69-104.
14. Greenson, R. (1959) Phobia, anxiety and depression. Journal of American Psychoanalysis 7,663-674.
15. Kernberg, F. O. (1984) Severe personality disorders. Yale University Press,

## ביבליוגרפיה מומלצת – פסיכותרפיה של הפרעות אישיות

1. Arntz, A., & van Genderen, H. (2009). Schema therapy for borderline personality disorder. NY: Wiley.
2. Bateman, W.A (2012) Interpersonal Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Clinical Psychology Psychotherapy, volume 19, issue 2, 124-133.
3. Batemen, W. A., Fonagy, P. (2012) Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. American Psychiatric Publishing Inc.
4. Bateman, A., Fonagy, P. ( 2004) Psychotherapy for Borderline Personality Disorder—Mentalization-Based Treatment. Oxford, UK, Oxford University Press
5. Chapman, H. A. (1978) The Treatment Technique of Harry Stack Sullivan. Brunner/Mazel Publishers. New York.
6. Caligor, E., Kernberg, F. O., Clarkin, F. J. (2007) Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology. American Psychiatric Publishing Inc.
7. Clarkin, F. J. and Yeomans, E. F. and Kernberg, F. O. (1999) Psychotherapy for Borderline Personality. John Wiley & Sons, Inc.
8. Clarkin, J. F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F (2006) Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations. Arlington, Va, American Psychiatric Publishing.
9. Gabbard, G .O., Horwitz, L., Allen, J.G., Frieswyk, S., Newsom, G., Colson, D.B., Coyne, L. (1994) Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, high-gain phenomenon. Harvard Review Psychiatry 2:59–69
10. Greenson, R. R. (1967) The Technique and Practice of Psychoanalysis. International Universities Press Inc.
11. Guntrip, H. (1975) My Experience of Analysis with Fairbairn and Winnicott. International Review of Psychoanalysis, 2, 145-156.
12. Horny, K. (1950) The collected Works. W.W Norton & Company Inc. New York.
13. Horwitz, L. Gabbard, G.O, Allen, JG, Frieswyk, S.H, Colson, D.B, Newsom, G.E, Coyne, L. (1996) Borderline Personality Disorder: Tailoring the Psychotherapy To the Patient. Washington, DC, American Psychiatric Press,

14. Kohut, H. (1977) *The restoration of the self*. New York, International University Press
15. Kohut, H. (1979) *The Two Analyses of Mr. Z*. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 3-27.
16. Kohut, H. and Wolf, E. (1978) *The Disorders of the Self and Their Treatment*. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 413-425.
17. Lemma, M., Target, M., Fonagy, P. (2011) *Brief Interpersonal Therapy*. Oxford University.
18. Linehan, M. M. (1993) *Dialectical Behavioral Therapy of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford, 4. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL.
19. Markowitz, C.J., Skodol E.A., Bleiberg, K. (2006) *Interpersonal Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Possible Mechanisms of Change* *Clinical Psychology*, volume 9, 431-444.
20. Masterson, F. J. (1976) *Psychotherapy of the Borderline Adult*. Brunner/Mazel, Publishers. New York.
21. McWilliams, N. (1994) *Psychoanalytic Diagnosis – Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. Guilford New York, NY.
22. Pine, F. (1990). *Drive, Ego, Object Relations & Self*. BasicBooks.
23. White, T. M. and Weiner, B. M. (1986) *The Theory and Practice of Self Psychology*. Brunner/Mazel Publishers, New York.
24. Winnicott, W. D. (1949) *Hate in the Counter transference*. In *Collected Papers*, 194-203. Basic Books, New York (1958).
25. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.