

## מה עובד בטיפול בהפרעת אישיות גבולית?

סקירת הכנס הבינלאומי הראשון בנושא "מה עובד בטיפול בהפרעת אישיות גבולית?"

מאת: אפי נורטוב, פסיכולוג (M.A.)

סקירת הכנס הבינלאומי הראשון בנושא "מה עובד בטיפול בהפרעת אישיות גבולית?" אשר נערך בתל-אביב בתאריכים 7 ו-9 בפברואר, 2014 מטעם בית-הספר לפסיכותרפיה של מכון מגיד, מבית האוניברסיטה העברית, בשיתוף עם המרכז למנטליזציה בישראל ועמותת NEA-BPD בארה"ב.

הפרעת אישיות גבולית מאופיינת על ידי דפוס נרחב של חוסר יציבות במערכות יחסים בינאישיות, בתחושת העצמי ובמצבי הרוח, לצד רמה גבוהה של אימפולסיביות והתנהגויות של אובדנות והרס עצמי. מדובר בהפרעה נפוצה ממנה סובלים בין 1% ל-4% מכלל האוכלוסייה כאשר שיעור הנשים המאובחנות בהפרעה גבוה מזה של גברים (1). בעשור האחרון אנו עדים להתפתחויות במחקר ובטיפול באלו הסובלים מן ההפרעה. התפתחויות אלה הביאו לצמיחת טווח נרחב של התערבויות טיפוליות ולשיפור ביעילותן הטיפולית. קיימות כיום 4 גישות פסיכותרפויטיות מרכזיות מבוססות-ראיות לטיפול בהפרעה: טיפול מבוסס מנטליזציה (Mentalization Based Therapy - MBT), טיפול דיאלקטי התנהגותי (Dialectical Behavior Therapy - DBT), טיפול ממוקד בהעברה (Transference Focused Therapy - TFP) וסכמה-תרפיה (Schema Therapy). גישת הטיפול הדינמית-אנליטית, אשר מהווה גישת טיפול שכיחה ביותר לטיפול בהפרעת אישיות גבולית בישראל, זכתה גם היא לתמיכה מחקרית (למשל, 2). עם זאת, זכתה הגישה למחקר שיטתי מועט יותר בהשוואה לגישות מבוססות-הראיות שהוצגו לעיל, ועל כן נדרש מחקר נוסף אשר יאפשר לבחון את יעילותה ביחס אליהן.

בראשית פברואר נערך בבית החייל בתל-אביב הכנס הבינלאומי הראשון בנושא "מה עובד בטיפול בהפרעת אישיות גבולית?". בכנס הוצגו 3 מגישות הטיפול המרכזיות בהפרעה: MBT אשר יוצגה על-ידי פרופ' פיטר פונגי, ממייסדי הגישה, DBT אשר יוצגה על-ידי פרופ' אלן פרוזטי ו-TFP אשר יוצגה על-ידי ד"ר פרנק יאומנס. מדובר במטפלים מהמובילים בעולם בטיפול, בהפצה ובהטמעה של כל אחת מהגישות ובכנס הנוכחי, פרט להצגה מעמיקה של כל אחת מהגישות שלאחריה דיון עם פאנל מומחים, הדגים כל מטפל את גישתו במפגש טיפולי חי על הבמה עם השחקנית אסתי זקהיים אשר גילמה בכישרון רב את רות, מטופלת הסובלת מהפרעת אישיות גבולית, בעלת חוסר יציבות רגשית עם היסטוריה של חיתוך עצמי. רות הנה אם לשניים החושדת בבעלה בבגידות ומנהלת מערכות יחסים בלתי יציבות. היא נוטה לאחר למפגשים הטיפוליים ומגיעה למפגש שהוצג בכנס באיחור של חצי שעה ולאחר סוף שבוע סוער שכלל עימות נוסף עם חמותה, חיתוך עצמי וניסיונות ליצור קשר טלפוני עם המטפל. הדגמות חיות אלה, המתקיימות זו הפעם הראשונה בכנס מסוג זה בארץ, היוו ללא ספק מוקד עניין עצום וסיפקו, בהמשך לפן התיאורטי, המחשה חיה ומעשירה מאוד לאופי ולסגנון של כל מטפל ושל כל אחת מהגישות הטיפוליות, דבר מבורך שפעמים רבות אינו נמצא כחלק מההכשרה וההתפתחות המקצועית בתחום הפסיכותרפיה.

פאנל שכלל את שלושת המומחים אשר דנו בדומה ובשונה בין השיטות היווה עוד מוקד עניין מרכזי בכנס. בנוסף לנציגים הבכירים של גישות אלה, הייתה בכנס נציגות לגישה הפסיכיאטרית (ד"ר קן סילק) וכן לגישת הטיפול במשפחות הסובלים מההפרעה (ד"ר שריל קמפינסקי). בכנס הנוכחי נפקד אמנם מקומה של הסכמה-תרפיה אולם הובטח כי יינתן לגישה מקום בכנסים עתידיים. כמו כן, הוצג בכנס פרויקט המעגל הרחב אשר ייסדו המרכז למנטליזציה בישראל ומכון "אופק" המתמחה בעבודה טיפולית לפי גישת ה-DBT. שני הגופים הללו אמונים על הפצת הידע התיאורטי והקליני של שיטתם בקרב אנשי מקצוע בישראל ונגעו בעשור האחרון באלפי אנשי מקצוע מתחומי הטיפול באמצעות ימי הכשרה, סדנאות והרצאות. מטרת פרויקט המעגל הרחב הנה לאפשר טיפול ממוקד ויעיל לאנשים שידם אינה משגת לממן טיפול במסגרת פרטית. במסגרת הפרויקט יקבלו אנשי מקצוע המעוניינים בכך הכשרה תיאורטית והדרכה קבוצתית מתמשכת בתשלום הוגן בגישת ה-MBT ו/או בגישת ה-DBT וזאת בתמורה להתחייבות לקבלת שני מטופלים בתשלום סמלי אשר יופנו אליהם ממסגרות בריאות נפש ציבוריות.

הודות לתכנית נרחבת ומעמיקה זו ולארגון יעיל, זכה הכנס להצלחה רבה והצליח למשוך אליו אנשי מקצוע רבים מתחום הטיפול ובריאות הנפש: כ-700 איש.

להלן סקירת ההרצאות אשר הוצגו בכנס.

#### ד"ר קן סילק – BPD עבר הווה ועתיד/טיפול תרופתי

ד"ר קן סילק, פרופסור במחלקה לפסיכיאטריה בביה"ס לרפואה של משיגן, המתמחה בנושא הפרעות אישיות, הציג בכנס 2 הרצאות: האחת כללה סקירה בנושא 'הפרעת אישיות גבולית, עבר והווה' והאחרת עסקה בטיפול תרופתי בהפרעה.

בהרצאתו הראשונה, סקר סילק את ההיסטוריה של השימוש במונח "הפרעת אישיות גבולית" תוך שהוא מדגיש תובנות מחקריות ואישיות לגבי ההבנה והטיפול בהפרעה. הוא ציין כי המונח הוזכר לראשונה בשנת 1940 והתייחס לאותם מטופלים שנדמה היה כי נמצאים על הגבול שבין נירווה לפסיכוזה. סילק ציין מספר מאמרים מכוננים שפורסמו בשנים שלאחר מכן ובהם מאמר שהגדיר את הסובלים מההפרעה כ- as if personality ומאמר מ-1947 בו הופיעה ההתייחסות הראשונה ל"אי היציבות היציבה" שמאפיינת את הסובלים מההפרעה. לאור המעבר התכוף של הגבוליים ממשבר למשבר, הדגיש סילק כי במקום לטפל במשברים עצמם יש צורך לטפל בדפוס של חוסר היציבות, דבר המאפיין את הגישות הטיפוליות השונות. עבודה עם גישה טיפולית מובנית מסייעת ביצירת יציבות אצל המטפל, מטרה שהיא חשובה לא פחות ומהווה תנאי מקדים לקראת חתירה ליציבות רבה יותר אצל המטופל. סילק ציין גם את המשגתו של קרנברג את יחסי האובייקט הבלתי עקביים המאפיינים את ההפרעה וכן את המאמר של גאנדרסון וסינגר מ-1975 אשר סייע בהכנסת ההפרעה לראשונה לספר האבחנות הפסיכיאטריות, ה-DSM-3, ב-1980.

בהמשך סקר סילק את הקריטריונים למתן האבחנה לפי ספרי ה-DSM האחרונים. נושא הקושי הבינאישי אותו הדגישו גאנדרסון וסינגר במחקרם, הפך לחלק מרכזי באבחנת ההפרעה בשתי המהדורות האחרונות של ה-DSM. הכנסתה של ההפרעה לספר האבחנות הובילה לתנופה מחקרית נרחבת ומאז 1980 פורסמו לגביה למעלה מ-70,000 מאמרים. עם זאת ציין סילק, כי מרבית הקלינאים מסוגלים לזהות מטופלים הסובלים מההפרעה באופן ישיר ומידי. בהקשר זה הוא התבדח ואמר כי אם מטפל רואה מטופל ואחרי 5 דקות מוכן להתחתן אתו או לרצוח אותו – הוא ככל הנראה סובל מהפרעת אישיות גבולית. המטפלים בסובלים מהפרעת אישיות גבולית נדרשים לנהל קשיים חריפים בוויסות רגשי, הן בעולמו של המטופל מטופל והן בהם עצמם, בין היתר מאחר ולמטופלים אלה יש דרכים מיוחדות להעביר למטפל את כאבם ואת הקושי שלהם לנהל את חייהם. בכדי להיות מטפל טוב, חשוב להבין כי מטופלים אלו עושים את המיטב שהם יכולים, קשה ככל שיהיה הדבר עבור המטפל. מכיוון ש"אסור שיהיו שני אנשים כאוטיים בחדר" ולמטפל אין בהכרח מומחיות מיוחדת בוויסות רגשות קשים, חשובה ההסתמכות של המטפל על קבוצות עמיתים עמן ניתן לעבד את הרגשות הקשים המתעוררים בו, כולל רגשות השנאה כלפי המטופל.

סילק עבר לסקירה אפידמיולוגית של ההפרעה. למטופלים אלה, שהם ברובם נשים, קיימת פחות אינהיביציה של דחפים על-ידי האונה הפרונטלית במוח והם מתקשים לעשות הביטואציה למצבים שונים מכיוון שהמוח שלהם לא לומד כהלכה מניסיון. קיים משחק גומלין בין היבטים גנטיים וסביבתיים, כאשר למרבית המטופלים יש נטייה מולדת לחוסר ויסות רגשי המשולבת בחוויה של חוסר ולידציה ע"י הסביבה. כן קיימת קו-מורבידיות גבוהה עם הפרעות אחרות. חלק חשוב ומעניין בדבריו של סילק היה הצגתם והפרכתם של מיתוסים בנוגע להפרעה. כך למשל, קיימות קאונטר-אינדיקציות לתפיסות המקובלות כי גבוליים נוטים להתנגד לטיפול, כי הם תמיד תוקפניים כלפי הדמויות המטפלות או כי הם כמעט ואינם משתפרים. לדברי סילק, מטופלים אלו נוטים דווקא מאוד לבקש עזרה, להיות מאוד פתוחים עם המטפלים ואילו התוקפנות שהם מפגינים מהווה חלק מהסימפטום הבינאישי של הקושי במתן אמון באחרים והציפייה שלהם לדחייה ע"י אחרים. סילק ציין כי חשוב להמשיך לשפר את הטיפולים הקיימים ואת הטיפולים התרופתיים, והדגיש את חשיבות הפחתת הסטיגמות לגבי ההפרעה באמצעים חינוכיים.

בהרצאתו השנייה, לגבי הטיפול התרופתי במטופלים עם הפרעת אישיות גבולית, הציג סילק עמדה הומניסטית, מפוכחת ואף ביקורתית במידה מסוימת כלפי שימוש מוגבר בטיפול תרופתי בקרב הסובלים מהפרעת אישיות גבולית. לאורך השנים, לא נעשתה התקדמות רבה בהיבט של הטיפולים התרופתיים אולם חלה התקדמות רבה בפסיכותרפיה של גבוליים. מטופלים אלה הנם צרכנים גבוהים של שירותי בריאות הנפש ומטופלים תרופתיים במידה רבה – 80% מהמטופלים בארה"ב מקבלים תרופות פסיכיאטריות, ולעיתים קרובות מדי הם מקבלים יותר מדי תרופות. סילק הציג ממצאים שהראו כי כשליש מהמטופלים בארה"ב נטלו 3 תרופות במקביל גם במעקב של 6 שנים. עם זאת, אין הוכחות רבות לטובת טיפול תרופתי ואף להיפך מכך. סילק מדגיש את הקושי לעשות פסיכותרפיה לאדם שמקבל מינונים גבוהים מדי של תרופות, דבר שיכול לפגוע ביעילות הטיפול. בעבר היוו התרופות ממשפחת ה-SSRI הקו הראשון של הטיפול התרופתי אולם החל משנת 2001 יש מעבר לכיוון של מייצבי מצב רוח ושל תרופות אנטי-פסיכוטיות אטיפיות.

הפחתת סימפטומים באמצעים תרופתיים יעילה הרבה יותר כשאין מבנה אישיותי גבולי בעוד שלגבוליים יש רגישות רבה יותר לתופעות הלוואי של התרופות, אולי עקב הדריכות הרבה שלהם לתגובותיהם הסומטיות. כתוצאה מכך, מאזן העלות-תועלת של השיפור לעומת הקשיים שמעוררים התרופות מתהפך לעתים אצל גבוליים והופך את הטיפול התרופתי ללא-כדאי, אולם כאמור, בפועל הם נמצאים על מינונים תרופתיים גבוהים.

סילק הציג מחקר מ-1991 שהגדיר 4 ממדים של פסיכופתולוגיה שמציגים מטופלים גבוליים: חוסר יציבות רגשית, אינהיביציה רגשית, ממד תפיסתי-קוגניטיבי ואימפולסיביות-תוקפנות. בהתאם לכך נבנו אלגוריתמים מותאמים לטיפול תרופתי בהתאם לממד המרכזי שמציג כל מטופל. סילק הדגיש את החשיבות של שיתוף פעולה בין הרופא המטפל והפסיכותרפיסט והזהיר מפני שינויים תרופתיים תכופים ללא בירור מעמיק מול המטפל. מסקנותיו של סילק הן כי תרופות עוזרות לעיתים במניעת יציאת מאיזון ובוויסות הרגשי אולם אסור להאמין כי כל הבעיות ייעלמו עם הטיפול התרופתי. עם זאת, מכיוון שלעיתים מדובר במטופלים מאוד סוגסיטיביים, אפקט הפלסבו יכול להיות דווקא גבוה. כמו כן, לעיתים רואים את השיפור שהעניקו התרופות רק לאחר הפסקת נטילתן. חשוב כי הרופא המטפל יפעל בעקביות אך בצניעות, ללא פסימיות אך גם ללא נלהבות רבה מדי. חשוב גם לומר למטופל כי התועלת האמתית תגיע מהפסיכותרפיה. סילק דוגל במתן הסבר מפוכח למטופל לגבי היעילות הפוטנציאלית של התרופות וכן לגבי תופעות הלוואי הצפויות, ובשיתופו בשיקול הדעת שלו בבחירת התרופות השונות. המלצות נוספות הן לא לשנות טיפול תרופתי בעיצומו של משבר וכן לבקש מהמטופל להתמיד בטיפול ולהודיע לרופא במידה ובחר להפסיק ליטול את התרופות. סילק הדגיש את החשיבות של יידוע המטופלים לגבי האבחנה שלהם, עם כל הקושי הכרוך בכך, וציין כי לעיתים הוא עובר יחד עימם על הקריטריונים שבספר האבחנות. בקבלת האבחנה מעניקה הקלה בכך שהיא יכולה להסביר למטופל את דפוסי הסימפטומים שלו לאורך השנים ואת עמידותם לטיפולים התרופתיים השונים. באמצעות דוגמאות קליניות שונות הדגים סילק את גישתו ואת התקשורת האנושית והמפוכחת שהוא מייצר עם מטופליו.

### **פרופ' אלן פרוזטי – DBT, דיון והדגמה**

עיקרי גישת הטיפול הדיאלקטי התנהגותי (DBT) הוצגו ע"י פרופ' אלן פרוזטי, ראש תכנית ה-DBT באוניברסיטת נבאדה ותלמידה של מרשה לינהאן, מייסדת הגישה. פרוזטי הציג את הרקע התיאורטי לגישה ואת האופן בו היא ממשיגה את הפרעת האישיות הגבולית ואת דפוסיה, ולאחר מכן הציג את המודל הטיפולי וממצאים מחקריים. תחילה תיאר פרוזטי את התפיסה הפילוסופית של הדיאלקטיקה העומדת בבסיס הגישה, אשר לפיה יש למצוא את האיזונים המתאימים בצמדים דיאלקטיים שונים: בין קבלה ותיקוף של המצב הקיים לבין דחיפה לכיוון של שינוי באמצעות למידת כישורי וויסות והתמודדות; בין עמדה חמה לבין ריחוק; בין התערבויות סביבתיות לעבודה מול המטופל; בין עמדה מאתגרת ומעמתת לבין אכפתיות חמה. הגישה לא הומצאה לצורך טיפול בהפרעת אישיות גבולית אלא במטופלים הפוגעים בעצמם באופן כרוני ומתקשים בוויסות רגשי, דפוס שהפרעת אישיות גבולית מהווה גרסה קיצונית שלו. פרוזטי הדגיש

את הזהות הקיימת בין חוסר הוויסות הרגשי להפרעת אישיות גבולית והזהיר מהתייחסות לקשיי הוויסות כסימפטום בלבד. התנהגותם הבלתי מסתגלת של בעלי ההפרעה הנה פונקציונאלית עבורם ומהווה ניסיון בוויסות רגשותיהם כאשר בעיות נלוות כגון שימוש בסמים ואלכוהול, קשיים במערכות יחסים ופגיעה עצמית מהווים ניסיונות לבריחה ממצבים רגשיים מכאיבים וכרוניים. ניסיונות אלו יעילים בטווח הקצר אך הרסניים לאורך זמן. פרוזטי הדגיש גם את הנורמליות שבמצבים של חוסר וויסות רגשי המאפיינים כל אדם אולם הגבוליים נמצאים על הקצה הכרוני של הרצף עם תדירות ועוצמה גבוהים משמעותית מאלו של אחרים.

בהמשך הציג פרוזטי מודל תהליכי המסביר את היווצרותה והשתמרותה של ההפרעה. הוא תיאר כי ילדים שנולדו, למשל, עם נטייה מולדת לעצבות וחיים בסביבה בלתי תומכת ובלי מתקפת רגשית, יתקשו מאוד ללמוד לווסת את רגשותיהם. תגובותיהם השליליות יקשו עוד יותר על הדמויות המטפלות להעניק להם תגובות מתקפות וכך נוצר מעגל קסמים שלילי. לפי המודל, אירוע חיצוני או פנימי בשילוב עם פגיעות מצבית ושיפוטיות קוגניטיביים מעוותים כלפי המאורע, מובילים לעוררות רגשית גבוהה ואז נוצרת יכולת פחותה לחשוב, דבר שרק מגביר את העוררות. אדם שמעורר רגשית באופן כרוני עשוי להשתמש בהתנהגויות דיסרגולטיביות כדי להפחית את העוררות. אדם כזה יבטא את המתרחש בביטויים נחרצים ובלתי מדויקים ואילו הסביבה שרואה תגובה זו מבלי להבין את המנגנון שמאחוריה, לרוב מתקנת אותו ובכך מעניקה לו תגובה בלתי מתקפת (invalidating), דבר שמגביר אצלו את העוררות הרגשית עוד יותר וחוזר חלילה.

המודל הטיפולי של ה-DBT נותן מענה לכל אחד מהחלקים בתהליך זה וכולל 5 פונקציות טיפוליות: (1) הגברת יכולות ע"י אימון לכישורים, דבר שלרוב נעשה בקבוצות; (2) הגברת מוטיבציה באמצעות ניתוח שרשרת (chain analysis) דבר שלרוב נעשה בטיפול פרטני; (3) למידת הכללה לחיים האמתיים באמצעות עבודה בפגישות עצמן אך גם בין הפגישות באמצעות תכנון, שימוש ב-SMS ובטלפון, והתערבויות מערכתיות; (4) הגברת יכולות ומוטיבציית המטפל לטפל טוב יותר באמצעות צוות ייעוץ למטפלים המספק הדרכה קבוצתית. המטרה היא להמשיך לסייע למטפלים לשרוד ולאהוב את עבודתם בנוסף ללמידה ולשיפור המקצועי; (5) הבניית סביבתו של המטופל באמצעות התערבויות משפחתיות.

הטיפול כולל 4 מטרות הנתונות בהיררכיה כאשר שני השלבים הראשונים בלבד הנם קליניים ומטרת-העל הנה לייצר עבור מטופל חיים ששווה לחיותם. השלב הראשון מתמקד בבטיחות ויציבות בחיי המטופל, קרי טיפול בגורמים מסכני-חיים כמו פגיעות עצמיות, הרעה עצמית או שימוש בסמים. יש התופסים זאת בטעות כמהות הבלעדית של ה-DBT. השלב השני הוא טיפול בחוויה הרגשית, באומללות הרבה ממנה סובל המטופל כתוצאה מהקשיים בוויסות הרגשי. השלב השלישי הוא טיפול בבעיות חיים והרביעי הוא הגברת מעורבות המטופל בחייו. שני השלבים האחרונים הנם שלבים אימוניים שאינם קליניים ושניתן לעשותם גם בסיוע גורם שאינו איש טיפול.

הטיפול כולל שימוש בכלים ממסורות טיפוליות שונות. כך למשל, למידת אסטרטגיות שינוי מגיעה מהעולם הקוגניטיבי-התנהגותי וכוללת התערבויות כמו חשיפות התנהגותיות, מיינדפולנס,

ניהול סיכונים בסביבת המטופל ולימודי כישורים של סבילות ושל וולידציה עצמית. כלי מרכזי נוסף הוא ניתוח השרשרת (chain analysis) ובו מנסים להבין אחורנית שלב אחר שלב את השתלשלות האירועים, הרגשות והמחשבות הרבים והחוזרים סביב ולפני אירוע שלילי כמו חיתוך עצמי שכאמור, מהווה אמצעי לוויסות עצמי ומקנה הקלה מעומס רגשי כבד. בתהליך זה מחפשים את הטריגרים שהובילו לאירוע, מנתחים אותם יחד ביסודיות שלב אחר שלב ומנסים ללמוד מכך ולשבור את הדפוס, וזאת תוך שימוש בכישורים נלמדים כגון ניהול עצבות או ניהול שיפוטים עצמיים מביסי-עצמי. המטפל והמטופל צריכים לפתח מערכת יחסים אמיתית בחדר ועל המטפל לספק למטופל תגובות רבות של קבלה וולידציה של רגשותיו וזאת תוך תהליך מיון והחלטה של אילו רגשות הנם תקפים ואילו ראויים לשינוי. המחקר מראה כי עבור כל אדם, תגובות מתקפות הן כאלה המפחיתות מתח בעוד שללא תיקוף יעלה המתח.

פרוזטי השלים את הרצאתו בהצגה של ממצאי מחקרים על יעילות ה-DBT שהוא הטיפול היחיד כיום המקובל רשמית על ה-APA לטיפול בהפרעת אישיות גבולית. המחקר מראה כי לגישה יעילות רבה עם הישנות חוזרת מעטה וזאת למרות ששליש מהמטופלים אינה מפקים ממנה תועלת בפרק זמן של שנה. נמצא גם כי השיפור קשור ישירות באורך הטיפול. הגורמים המתווכים המביאים לשינוי הם השיפור בוויסות הרגשי וכן הפחתת המצוקה המשפחתית והשיפור בתפקוד המשפחתי. בהשוואה לטיפול בגישה דינמית, היעילות דומה עם יתרון קל ל-DBT. פרוזטי מציין כי נמצא שהברית הטיפולית הייתה חזקה יותר ב-DBT למול טיפול דינמי וזאת למרות העמדה המאתגרת והדוחפת לשינוי של המטפל, אולם בניגוד לדעה המקובלת, למשתנה הברית הטיפולית לא הייתה השפעה על יעילות הטיפול, כלומר החשוב בטיפול זה הוא לעשות את הפעולות והשליבים הנכונים ולא דווקא לחזק את הברית. כמו כן, המטופלים ב-DBT השתפרו גם בסקאלות דינמיות, דבר המעיד ע"פ פרוזטי על כך שתוצאה דינמית אינה מחייבת טיפול דינמי. כן מראה המחקר כי מטפלים דינמיים ומטפלים ב-DBT עושים וולידציה בתדירות דומה וההבדל הוא את מה וכיצד מתקפים כאשר ב-DBT נוטים לעשות הרבה נורמליזציה ועושים זאת באופן רגשי, חי, בלתי-מרוחק ואף דרמטי. כמו כן, מטפלים דינמיים נוטים להחמיץ הזדמנויות רבות לוולידציה ומתייחסים יותר לתוקפנות ולאשמה ופחות לרגשות של עצב, בעוד שמטפלים ב-DBT עושים עצירות רבות, משקפים את דברי המטופל אך מנסים לאתר את העצב והכאב מאחורי הדברים, דבר שבעיני פרוזטי מהווה את הרגש המרכזי ולא המשני במרבית הסיטואציות. פרוזטי סיים את דבריו באזהרה לגבי אינטגרציה של גישות טיפוליות שונות. לדבריו, אינטגרציה מהירה מדי ונעדרת הבנה של הגורמים המתווכים ושל מנגנוני השינוי, עשויה לגרום להפסד של רווחים טיפוליים רבים ולכן עדיף לדבוק בגישה טיפולית אחת ומוכחת מחקרית.

בתום ההרצאה נערך דיון בשיתוף ד"ר יפעת כהן, פסיכיאטרית המנהלת את מכון "אופק" לטיפול פסיכולוגי ופסיכיאטרי המלמדת ומדריכה בגישת ה-DBT, וד"ר צביה זליגמן, פסיכולוגית קלינית מדריכה המתמחה בתחום הטראומה המינית ומנהלת את מרכז לטם לטיפול בטראומה מינית באיכילוב. בדיון הדגיש פרוזטי את החשיבות שהוא רואה לכך שהמטופל יזכה לחוויה כי הוא מקבל טיפול יעיל שיסייע לו לזוז מהמקום בו הוא נמצא וזאת באיזון דיאלקטי עם קבלה של

חלקים שאינם משתנים. במהלך הדיון זכה הקהל להדגמה ספונטנית ראשונית של דרך עבודתו של פרוזטי כאשר בעקבות שאלה לגבי יעילות ניתוח השרשרת אצל מטופלות דיסוציאטיביות, החלה זליגמן לשחק לפתע של מטופלת דיסוציאטיבית. פרוזטי ניסה להמחיש את האופן בו הוא מטפל בנפגעות טראומה, כשהוא מנסה לדבריו להתנות את המוח שלא לפחד במצבים מעוררי דיסוציאציה. הוא היה ישיר ואקטיבי מאוד ולעיתים אף השתמש בשפה גסה וזאת לדבריו כדי לשדר למטופלת כי חדר הטיפולים הנו מקום בטוח. יש לציין כי חלק זה שהיה ספונטני, קצר וחלקי, לא הביא את המתדיינים להסכמה ונראה כי אף עורר מתח מסוים בהם ובקהל.

הדגמת הטיפול ברות (אסתי זקהיים): פרוזטי הקדים ואמר לקהל כי מכיוון שמדובר בטיפול בגישת ה-DBT שמתקיים כבר 4 חודשים, אמורה רות להגיע למפגש עם יומן לניטור עצמי. במפגש עצמו הפגין פרוזטי גישה אקטיבית ומאוד מעורבת תוך שימוש בשפה פשוטה ויומיומית כשהוא אף מרשה לעצמו להשתמש בביטויי סלנג יומיומיים (כמו לומר "bullshit"). כבר בתחילת המפגש הוא קטע את רצף דבריה של רות וביקש לבחון יחדיו את יומן הניטור העצמי. הוא הרבה לקטוע אותה, לשאול שאלות ולבצע התערבויות רבות ולאורך המפגש דיבר פרק זמן גדול יותר ממנה באופן משמעותי. רות ציינה מספר פעמים שהוא דוחף אותה יותר מדי ואף תהתה בקול רם אם היא יכולה לבטוח בו אולם פרוזטי לא הרפה והמשיך בהתערבויות הישירות. דיבורה של רות היה לקוני ומקוטע, בניגוד לאופן בו הנכיחה את עצמה במפגשים הטיפולים האחרים, ושפת גופה הייתה סגורה כשהיא ממעטת ליצור קשר עין עם המטפל. פרוזטי דרש מרות מספר פעמים להתבונן בעיניו ובהדרגה היא הצליחה בכך ובתום הכנס היא אף ציינה כי התערבות זו נגעה בה. לאורך המפגש ביטא פרוזטי אמפתיה ונתן תגובות וולידציה מספר פעמים וכמו כן השתמש בכלים רבים ושונים ובהם טכניקות של גראונדינג, שימוש בסקאלה של עוצמת רגשות, ניתוח שרשרת, בקשה מהמטופלת לתאר אירועים ודמויות ללא שיפוט וטכניקות של הרפיה. לחלק מההתערבויות היה אופי חינוכי של תוכחה: למשל, פרוזטי החזיר את רות למשבר בסופ"ש ותהה מדוע לא עשתה שימוש בכלים שלמדה בטיפול. ניכר כי רות מוצפת והיא התקשתה לענות באופן קוהרנטי לרבות משאלותיו של פרוזטי. לקראת סיום המפגש הוא ביקש מרות להתמקד ברגש העצב, אחד מהרגשות שעלו בתיאוריה. הוא ניסה לברר עמה היכן הרגישה את העצב בגופה ואז עבר לשימוש בהרפיה גופנית באמצעות נשימות. בשלב זה אחז פרוזטי בידיה של רות וניכר כי היא נרגעת. בסיום הפגישה הוא הציע להקליט הנחיות במכשיר הנייד שלה ולקבוע מועד בו ידברו עד לפגישתם הבאה. מעבר לכלים ולטכניקות הספציפיות של גישת ה-DBT, הייתה זו הדגמה מאלפת לעמדה טיפולית אקטיבית ברוח ה-CBT ולסטינג טיפולי וכללים השונים מאלו המקובלים לרוב בטיפולים דינמיים.

#### ד"ר פרנק יאומנס – TFP, דיון והדגמה

עיקרי גישת הטיפול ממוקד ההעברה (TFP) הוצגו ע"י ד"ר פרנק יאומנס, פרופסור לפסיכיאטריה באוניברסיטת קורנל בעל ניסיון רב בעבודה עם הפרעות אישיות לפי גישתו של קרנברג עמו הוא משתף פעולה למעלה משלושים שנה. גישת ה-TFP עובדת במסגרת של תיאוריית יחסי האובייקט

ומתמקדת בעולמו הפנימי של המטופל ובאופן בו הוא משפיע על תפיסת העולם החיצוני. המאמץ בטיפול יהיה לחקור את הסיבות לכך שהמטופל חווה מקום כבלתי בטוח ולא ניסיון להפוך אותו לבטוח עבורו, כלומר המטפל לא ינסה להרגיע ולהפחית חרדה אלא להתבונן בה יחדיו. יאומנס תיבל את דבריו בדוגמאות קליניות רבות אשר נתנו מושג לאופן בו הוא מיישם את הגישה.

העבודה הטיפולית על פי גישה זו מתמקדת הרבה ב'כאן ועכשיו' בניסיון להבין את הרגשות השליליים שעולים במטופל כמו תפיסת המטפל כמאיים והקושי לבטוח בו. יאומנס ציין, בהמשך לתפיסת האישינות של קרנברג, כי אין להתעלם מההיבטים הביולוגיים אולם בעבודה הטיפולית המוקד הוא על החלקים האינטרה-פסיכיים. מטרת הטיפול הנה לעבור מתפיסה פרגמנטרית של העצמי אל עבר זהות קוהרנטית יותר. הסטינג הטיפולי הנו מפגשים של עד פעמיים בשבוע וזאת מאחר ולפי קרנברג לא נכון לערוך אנליזה לגבוליים. הטיפול בגישת ה-TFP הנו טיפול דינמי ספציפי שנבנה לצורכי מחקר לפי פרוטוקול שאינו מובנה לחלוטין אך כולל היררכיית התערבויות בהן יש להשתמש בסיטואציות שונות. עמדת המטפל הנה ניטרלית אך לא על חשבון אנושיותו. מכיוון שלגבוליים יש תפיסה של עצמם ושל אחרים שהנה פרגמנטרית ושטחית הכוללת עיוותים בתפיסה, הם נוטים לראות את עצמם ואת האובייקטים סביבם באופן חלקי ויחוו העדר המשכיות של החוויה וקושי לשהות עם רגשות עזים. הטכניקה כוללת יצירה של מסגרת בטוחה להכלת רגשות עזים ופרשנות מרובה של מצבי עצמי ותפיסות של האחר בהם קיימים סתירות. כאן קיים שוני מגישת המנטליזציה מאחר והכיוון הפרשני הנו מאוד ספציפי ב-TFP. הטיפול מנסה לסייע למטופל לגבש את זהותו, להפוך את הגנותיו לאדפטיביות יותר, לווסת טוב יותר את רגשותיו ולהסתגל באופן יעיל יותר לאתגרים של עבודה ושל אהבה.

בהמשך עבר יאומנס לתיאור של תיאוריית יחסי האובייקט. חלק זה, אשר כלל תיאור מפורט של העמדות הנפשיות של מלאני קליין (הסכיזו-פרנואידיה והדיכאונית), תיאור המטרה ההתפתחותית של תנועה מהעמדה הסכיזו-פרנואידיה לעמדה הדיכאונית, הסבר על מנגנון הפיצול, על מנגנון ההשלכה (לראות בחוץ את מה שלא ניתן לראות בעצמך) וכן על משמעות הבחירה במילה "דיכאונית" לתיאור עמדה זו (התאבלות בעקבות הגילוי כי אין באמת אובייקט מושלם) והבעייתיות ה"שיווקית" שבשימוש בכינוי זה, היה מעט בסיסי עבור קהל השומעים שהורכב רובו ככולו מאנשי טיפול הבקאים בתכנים אלו. נוצר הרושם כי יאומנס רגיל להציג את דבריו לקהל אמריקני הבקיא פחות במושגים פסיכודינמיים לעומת קהל מטפלים ישראלי.

יאומנס הציג את האופן בו ממשיג קרנברג את דיאדת יחסי האובייקט: דימוי של העצמי המקושר באמצעות רגש עז עם דימוי של האחר (האובייקט). במטרה להגיע לאינטגרציה רבה יותר, אמור הטיפול לגרום למטופל לבחון את הדיאדות המופנמות שלו ולתהות לגבי מידת נכונותן וכך לעבור מהשלכה של רגשות שליליים החוצה לראיה שלהם כחלקים של העצמי. האדם נמצא בצרות אם יצפה למושלמות בעצמו או באחר וההשלמה עם העובדה שהמציאות אינה כזו, כחלק מהמעבר לעמדה הדיכאונית, גוררת עמה עצב. בהמשך הוצגו דיאדות יחסי אובייקט טיפוסיות כמו הדיאדה האידיאלית, הדיאדה הרודפנית או דיאדת נוטש-ננטש ואת המעבר המתרחש בין הדיאדות ובין התפקידים שבדיאדות (כמו תוקף-קורבן) במהלך מפגש טיפולי ולאורך התהליך הטיפולי. פעמים רבות מתחיל הטיפול עם רגשות פרנואידיים קשים המסתירים את הרגשות של הדיאדות



החייבויות ועל המטפל לשים לב לכך ולתת פרשנות. ללא אינטגרציה של העצמי, יש המון דיאדות מפצלות שמופעלות וצובעות את כל החוויה ומאוד קשה ועצוב לחיות באופן כה כאוטי. גם האידיאליזציה הנה מסוכנת כי היא אשלייתית. יאומנס נתן דוגמה קלינית של מטופלת שנהגה להכות את בעלה בתגובה לאירועים פעוטים ולאחר שחל שיפור במצבה והיא הייתה מסוגלת לשהות בעמדה הדיכאונית, חוותה רגשות קשים של אשמה על מעשיה. יאומנס הדגיש כי חשוב לנרמל רגשות אשמה אלו ולהפחיתם. בהתייחס לתוקפנות, עמדתו של יאומנס הנה פרוידיאנית והוא רואה את התוקפנות כדחף מולד ולא רק כתגובה לטראומה ומדגיש את החשיבות לכך שהמטופל יהיה מסוגל לקחת בעלות על התוקפנות שלו במקום להשליכה החוצה על העולם. התוקפנות אינה דבר רע לכשעצמו אך חשוב לנתב אותה לנתיבים סובלימטיביים.

הטכניקות הטיפוליות בגישת ה-TFP כוללות דגש רב על מבנה וסטינג כשתחילה נערך חוזה טיפולי ונקבעות מטרות לטיפול. על המטפל לזרום עם רגשותיו של המטופל ולהישאר מרוכז במערכת היחסים שבחדר תוך ניסיון להישאר ניטראלי ללחצים שמפעילים הקונפליקטים של המטופל. תפיסת ההעברה היא לא רק שדפוסים מן העבר מועברים אל ההווה אלא שהעולם הפנימי מועבר וצובע את זה החיצוני. העבודה הפרשנית היא בעיקר על מה שקורה בכאן ועכשיו בין מטפל למטופל, דבר שמונע מהעבודה להפוך לאינטלקטואלית מדי ומייצר טיפול שהוא קרוב-חוויה. ההליך הפרשני יכול להבהיר של מצבים פנימיים, תשומת לב לסתירות בחוויה הפנימית ופירוש של העדר אינטגרציה של העצמי. המטפל אמור לסייע למטופל להכליל לחייו בעולם החיצוני את העבודה שנעשית על המתרחש בדיאדה הטיפולית. יאומנס טוען כי לא ניתן לפטור אדם באחת מההשלכות שלו אולם ניתן לגרום לו להתבונן בהן יותר ולהבינן. באמצעות ההתבוננות של המטפל על ההשלכות שהמטופל עושה עליו, התפקידים אליהם הוא נכנס והרגשות המתעוררים בו בהעברה הנגדית, בין היתר באמצעות מנגנון ההזדהות ההשלכתית, הוא מסוגל לפרש למטופל את דיאדות יחסי האובייקט שהוא מפעיל. יאומנס מתנגד לגישות שמפחיתות את חרדותיו של המטופל מכיוון שמעבר להקלה זמנית, טכניקות אלה מונעות מהמטופל להתבונן ולעבד את הקונפליקטים ואת יחסי האובייקט הבלתי-אדפטיביים שלו. יאומנס סיים את הרצאתו בהצגת ממצאים מחקריים המראים כי הטיפול בגישת ה-TFP מסייע הן בהפחתה של סימפטומים והן בשיפור בקוגניציה החברתית, בהגברת יכולות המנטליזציה ובמעבר להתקשרות בטוחה יותר ולנרטיב קוהרנטי יותר.

בתום ההרצאה נערך דיון בשיתוף ד"ר בועז שלגי, פסיכולוג קליני, מורה ומדריך בתכנית לפסיכותרפיה באוני' תל-אביב, מרצה באוני' בר-אילן ומורה במרכז ויניקוט בישראל, וד"ר חנה אולמן, פסיכולוגית קלינית, פסיכואנליטיקאית מנחה וחברה במכון תל אביב לפסיכואנליזה בת זמננו, ממקימי הפורום הישראלי לפסיכואנליזה ופסיכותרפיה התייחסותית, וחברת ההנהלה של הארגון הבינלאומי לפסיכואנליזה ופסיכותרפיה התייחסותית. בדיון המעניין התבקש יאומנס להתייחס לביקורת מעמדה התייחסותית. הועלתה הטענה כי אם מקבלים את העובדה שהחוויה הסובייקטיבית היא המציאות של המטופל ממנה הוא פועל ותופס את העולם, כיצד נוכל לצפות ממנו להתבונן עליה. כן הועלתה שאלה בנוגע למידה בה מכירים המטפלים בגישת ה-TFP בהשפעת ההתנהגות והעמדה שלהם על המטופל ועל האינטראקציה, גם מעבר להשפעת עולמו הפנימי של המטופל. יאומנס התייחס לחשיבות של יכולת ההישרדות של המטפל גם במצבים

קשים ושל פונקציית ההכלה הפנימית בקרב המטפל של חלקים שונים במטופל גם מבלי לתת פרשנות. הוא ציין בהקשר זה את סטיינר שהדגיש את החשיבות של מתן פרשנויות "אני" ולא פרשנויות "אתה" באופן המאפשר למטופל לחקור את האובייקט ואת האינטראקציה מבלי שהוא חווה את עצמו כמואשם. בנוסף הזהיר יאומנס מלקיחה רבה מדי של אחריות המטפל על כשלים אמפתיים, דבר שעשוי למנוע עבודה על החלקים שמביא המטופל לאינטראקציה מעולמו הפנימי.

הדגמת הטיפול ברות (אסתי זקהיים): לפני פגישתו של יאומנס עם רות, היה מעניין לראות כיצד הוא בחר לשנות את החלל הטיפולי כששינה את מיקום הכיסאות והזיז הצידה שולחן שעמד בין כסאות המטפל והמטופלת. למול כעסה של רות על שלא היה זמין לה כשהתקשרה אליו, הוא בחר להזכיר לה את החוזה הטיפולי ואת העובדה כי לא ריאלי שיהיה תמיד זמין. יאומנס התייחס לאיחור של רות, בדק עמה את תחושותיה וכן את האופן בו היא חושבת שהוא היה אמור להרגיש עקב האיחור. הוא הרבה להחזיר את רות לכאן ועכשיו כשהוא בודק כיצד היא חשה ברגע הנוכחי, מתייחס לשפת הגוף שלה ברגע נתון או מראה לה את ההבדל בין תחושתה ברגע מסוים לזו שבתחילת המפגש. גישתו של יאומנס הייתה פרשנית מאוד אולם הטכניקה שהפגין כללה מתן פרושים באופן צנוע וטנטטיבי כשהוא מקפיד לומר שמדובר בהשערות שלו. באחת הפעמים הוא אפילו שאל את רות אם אינו מכניס לה מילים לפה בפרשנותו. יאומנס הצביע בפרשנויותיו על סתירות ופרדוקסים בין אמירות ורגשות של רות וניכר כי הוא גורם לה לחשוב על דבריו ועל עצמה, אולם במספר מקרים נראה שפרשנויותיו היו מסובכות מדי עבודה והיא ביקשה ממנו לחזור על דבריו במילים פשוטות יותר, דבר אותו הוא עשה בשמחה. הוא הציע לרות מספר פעמים להתבונן יחד בתופעות שונות או בפרשנויות שונות שהציע. כמו כן, השתמש יאומנס בהעברה הנגדית שלו ואף חשף אותה באופן ישיר ברגע מסוים לאחר שרות התייחסה לדאגות שלה, כשציין שאיחוריה של רות מעוררים בקרבו דאגה והעלה את השאלה מי דואג למי בקשר בניהם. הוא התייחס להתנגדות ולאמביוולנטיות של רות לגבי הטיפול ואחרי שאמרה שהוא אינו מכיר אותה באמת, הציע לה פרשנות שאם אינה מגיעה בזמן, היא גורמת לו אכן לא להכיר אותה מספיק ואולי אם יכיר אותה יותר, היא מאמינה כי הוא יזרוק אותה מהטיפול. יאומנס הזכיר גם אירוע עליו סיפרה לו בעבר (מקרה בו אפתה לבעלה עוגיות עם חומר משלשל אחרי שחשדה כי הוא בוגד בה), קישר אותו למתרחש בכאן ועכשיו וציין בפני רות כי אם יבינו את מה שקורה בניהם, יוכלו לעזור לה בהתמודדות דומות במקומות אחרים בחייה. לקראת סיום המפגש הוא הציע כי ייתכן והעצבות שרות חשה בחדר משקפת את מה שהיא עשויה להפסיד אם תתמסר לטיפול וכי דחיית הקשר הטיפולי דומה לדחיית קשרים אחרים שלה, דבר שנובע מעולמה הפנימי. בשלב זה הוא הצליח לגעת בה רגשית והיא אמרה לו שהיא רוצה לבכות. הייתה זו הדגמה מאלפת לעבודה פרשנית על ההעברה בכאן ועכשיו ועל היכולת שלה לעורר, להביא להתבוננות פנימית ולגעת רגשית במטופל. יאומנס נטוע באופן ברור בעמדה של One-Person Psychology אולם הפרשנויות בהן הוא משתמש אינן נוקשות ורוויות (לפי ביון) אלא מאפשרות משחק הדדי ומשותף בין מטפל למטופל בדרך להבנה רבה יותר של עולמו הפנימי של המטופל.

עיקרי גישת הטיפול מבוסס המנטליזציה (MBT) הוצגו ע"י פרופ' פיטר פונגי, פרופסור לפסיכואנליזה וראש מחלקת המחקר הקליני באוניברסיטת קולג' בלונדון, מנהל בכיר במרכז אנה פרויד בלונדון וממייסדי גישת המנטליזציה יחד עם פרופ' אנטוני בייטמן. פונגי הוצג ע"י תלמידו, ד"ר אילן דיאמנט, פסיכולוג קליני בכיר שהקים וייסד יחד עם יואב ברושי את המרכז הישראלי למנטליזציה. פונגי התגלה כגינטלמן בריטי חביב במיוחד ובתחילת דבריו התנצל אם ידבר מהר מדי וביקש בהומור מהקהל שלא לעורר אצלו חרדה רבה, דבר שגורם לו בדרך כלל להאיץ בדבריו.

בתחילת ההרצאה התייחס פונגי בקצרה למבנה המוח האנושי המסייע לאדם לחיות בקהילות עצומות ומאפשר מודעות עצמית ומודעות חברתית. הוא עבר להגדרת המנטליזציה: צורה של פעילות מנטלית המאפשרת תפיסה ופרשנות של התנהגות אנושית במונחים של מצבים מנטליים פנימיים כגון צרכים, תשוקות, רגשות, אמונות, מטרות, כוונות ומניעים. במילים אחרות: Having mind in mind. מונח זה מתייחס לפעולה טבעית הידועה לאדם מאז ומעולם וקיימים מושגים רבים בתחום הפסיכולוגיה כגון אמפתיה, מודעות רגשית ומיינדפולנס החופפים למושג זה. דרך ההבנה של מה אנשים עושים ומדוע, פיתח האדם מודעות עצמית, דבר שמוביל לרגשות מבוכה, שיפוט עצמי, בושה ואשמה מאחר וניתן לדמיין מה אחרים יחשבו עלינו בסיטואציה דומה לזו בה אנו נמצאים. מנטליזציה הנה גם הבנת חוסר הבנה ולהבנת עצמנו מבפנים. פונגי הזכיר כי מצבים בטיפול בהם קיים חוסר הבנה גדול עם המטופל הם לעיתים קרובות דווקא אלו המובילים להתקדמות ניכרת מכיוון שכדי להבין מה אירע צריך להיכנס ל-mind האחד של השני, כלומר לעשות שימוש ולפתח את היכולת למנטליזציה. בני אדם חיים עצמם בהווה דרך מצביהם המנטליים בעבר והשלת מצבנו המנטלי לעבר ולהווה מייצרת המשכיות של העצמי. זאת בניגוד למטופלים גבוליים שמצבם המנטלי משתנה באופן תדיר והם מתקשים ביצירת המשכיות של העצמי שלהם ולהיות הבעלים של מצבם המנטלי. אחרי שהראה אזורים שונים ורבים במוח המעורבים בפעולת המנטליזציה, פונגי ערך הבחנה בין מנטליזציה רגשית (היכולת לחוות ולהבין חוויות רגשיות) ומנטליזציה קוגניטיבית (היכולת לשחק תפקידים והיכולת להסיק לגבי מצבים מנטליים של אחרים) אשר לכל אחת מהן מסלולים שונים במוח.

פונגי הגדיר 4 מימדים המדגימים את פניה הרבות של המנטליזציה: (1) רובד מובלע, אוטומטי ולא-מודע למול רובד גלוי, מפורש ונתון לשליטה מודעת; (2) יכולת להבין מצב מנטלי של האחר באמצעות תגובותיו ההתנהגותיות מול יכולת להבין זאת באמצעות כניסה באמצעות הדמיון לתוך עולמו הפנימי; (3) הסקה קוגניטיבית לגבי האחר מול הסקה על האחר באמצעות עולמו הרגשי; (4) מערכת מוחית אינהיביטורית פרה-פרונטלית מול מערכת של נוירוני מראה. היכן נמצאים בעלי הפרעת אישיות גבולית על רצפים אלו? בממד הראשון הם נוטים לצד המובלע, דבר המתבטא באימפולסיביות הרבה שלהם. כאשר הם נמצאים בחלק המפורש והמודע הם לרוב עושים פסאודו-מנטליזציה, מפרשים באופן שגוי רגשות של אחרים ולכן נוטים להסתבך. בממד השני הם נוטים להסתמכות רבה על רמזים חיצוניים ומראה חיצוני ולדריכות יתר, באופן שעשוי להיות שגוי (המטפל מסתכל בשעון והמטופל יסיק כי הוא משועמם) או מדויק (למשל, יזהו במדויק את עייפות המטפל). הבעיה היא שהם אינם טובים בשימוש ברמזים פנימיים, לא קוראים טוב את ה-mind של עצמם ולכן נתונים בחוויית ריקנות. בממד השלישי יש לגבוליים קושי בשימוש

בקוגניציה ושימוש מוגבר ברגשות ולכן יש להם חוויות לא מווסתות מציפות המשתלטות על כל ההווה שלהם. רגשותיהם מידיים, נטולי הקשר וללא תיווך מספק ע"י קוגניציה ולכן הם חווים מצבים רגשיים שונים כקטסטרופה. לעיתים הם גם בחוויה של ידיעה מוחלטת לגבי נושאים שונים ללא ביסוס אמתי. בממד הרביעי קיימת אצל הגבולי רגישות גבוהה עקב שימוש מוגבר במערכת של נירוני המראה ללא אינהיביציה פרה-פרונטלית מספקת. כלומר, הם נוטים להיות מושפעים מאוד מאחרים ללא יכולת פנימית מווסתת הולמת. באופן זה, רגשות האחר הופכים להיות לשלהם והם עשויים לחוש למשל כי הם נעלמים בתוך קשר של קרבה. הנוקשות של הגבולי והניסיונות שלו לשלוט במתרחש נתפסים לעיתים קרובות כמניפולציות אולם מדובר למעשה בניסיון לווסת את השפעת האחר על רגשותיהם. המטרה בטיפול היא לסייע לגבולי לנוע לעבר איזון רב יותר על פני כל אחד מהצירים.

פונגי הציג 3 מצבים סובייקטיביים פרה-מנטליים, המאפיינים את הפרעת האישיות הגבולית: (1) משוואה נפשית (Psychic Equivalence) בה ההבנה הנה קונקרטי וואדס רואה את הקיים בתודעתו כזהה לעולם החיצוני ומתקשה לזהות את מחשבותיו כמחשבות בלבד שאינן זהות למציאות; (2) מצב העמדת פנים (Pretend Mode) בו מתקיים ניתוק בין הרגש לבין המחשבה. מתפתחת מעין דיסוציאציה בה ניתנים הסברים אינטלקטואליים למצבים פנימיים, ללא חיבור רגשי. זוהי פסאודו-מנטליזציה או היפר-מנטליזציה ובטיפול נראה את המטופל מפתח מודלים סבוכים מדי ומחליף תכופות בין מודלים שונים; (3) מצב טלאולוגי (Teleological Mode) בו מובנת התנהגות רק על סמך הנראה לעין באופן קונקרטי ופיזי (למשל, חיבה נתפשת כאמתית רק אם היא מלווה בביטוי פיזי, כמו נגיעה. אם אין ביטוי פיזי, אין חוויה של חיבה).

ליכולת לוויסות רגשי ולמנטליזציה יש קשר עם טיב ההתקשרות של התינוק לדמויות המשמעותיות המווסתות אותו במצבי מצוקה. חוויה רגשית שלילית מובילה לעוררות של מערכת ההתקשרות ולחיפוש קרבה עם אחר משמעותי. תגובות המסייעות בוויסות הן תגובות של שיקוף מסומן (marked mirroring) ולא של שיקוף מדויק- שיקוף הרגש באמצעות גרסה מסומנת ומרוככת של התגובה הרגשית האמתית של הפעוט, דבר המאפשר לו להבין כי המבע של אמו הוא שיקוף של עצמו ולא שלה, וכך מאפשר להפנים את הרגש המווסת. שיקוף מדויק עשוי להוביל דווקא לתוצאה הפוכה של הגברת העוררות בעוד ששיקוף מסומן מראה לתינוק כי הרגש שהביע נקלט וסומן, באופן המפחית את העוררות ומסייע לוויסות. כאשר דמות ההתקשרות מסיקה את מצביו המנטליים של התינוק, מייצגת אותם בתוכה ומשקפת אותם בחזרה לתינוק באמצעות הסימון, מפנים התינוק את מצבו הרגשי ובונה באופן זה את העצמי הפסיכולוגי שלו. כשהתינוק אינו זוכה לכמות מספקת של שיקוף מסומן נוצרות בעיות בהתקשרות ובמקום התקשרות בטוחה נוצר אחד מסוגי ההתקשרות הפתולוגיים, המאפיינים את הפרעת האישיות הגבולית. עבור גבוליים, הפעלה של מערכת ההתקשרות אינה מובילה להרגעה באמצעות דמות התקשרות מיטיבה אלא גורמת להגברת המצוקה. אצל כל אדם, כשעולה רמת העוררות הרגשית, נפגעת יכולת המנטליזציה וההבנה הפסיכולוגית יורדת ואילו אצל גבוליים המנטליזציה נוטה לקרוס בשלב מוקדם יותר מאשר אצל אחרים. בטיפול יש להיזהר שלא לעורר אותם יותר מדי רגשית ולא להפעיל יותר מדי את מערכת ההתקשרות שלהם, אחרת נפגע ביכולת של המטופל למנטליזציה. עם זאת, פעמים רבות מייצר הטיפול דרישות גבוהות עבור המטופל, דבר שעשוי

ליצור עומס רגשי ולהביא לקריסת המנטליזציה. הגבוליים נתונים במעין מלכודת בה הפחד והמצוקה הגדולים שלהם מגבירים את צרכי ההתקשרות שלהם, דבר שגורם להם להסתבך עוד יותר.

תינוק לא קל זקוק שיראו אותו ויסייעו לו בוויסות הרגשי ובבניית העצמי, אולם במקרים בהם ההורים אינם מסוגלים לעשות זאת כהלכה ונותנים תגובות לא מדויקות או לא מסומנות, מופנם אצל התינוק מבנה של עצמי חוצני והוא חווה עצמו כרע וכמלא-שנאה. אם הוא מפנים חלקים רעים לתוך עצמו באמצעות מנגנון של הזדהות עם התוקפן, הוא יזדקק בהמשך חייו לאדם אחר שייקח בעלות עליו ועל חלקים אלו ועשוי לפתח תלות רבה וממכרת באחר. הידבקות זו לאחר שמכיל אותך, גם אם מדובר בדמות שלילית ופוגענית, מהווה אסטרטגיה הישרדותית אצל גבוליים. גבוליים שחוו טראומות בילדותם עשויים להחציץ את מצב העצמי השלילי ולתקוף אותו באמצעות התקפה על אחרים. במצבים אחרים, חוויות רגשיות כואבות באופן בלתי נסבל מובילות לקריסת המנטליזציה למצבים פרה-מנטליים ובהמשך לכך מובילות לפגיעה עצמית כמפלט אחרון מהסבל. מצב של משוואה נפשית מוביל להגברת החוויה הבלתי נסבלת, המצב של העמדת הפנים מייצר היפר-מנטליזציה, העדר משמעות ודיסוציאציה והפתרונות הטלאולוגיים למשבר הנם ניסיונות אובדניים ופגיעה עצמית.

המטרה בטיפול לפי גישת ה-MBT אינה להראות למטופל מה הוא מרגיש ומה המורכבויות שלו וטיפול שעושה זאת יכול להזיק למטופל. עמדת המטפל לפי גישת ה-MBT הנה חוקרת, לא-יודעת וחותרת למנטליזציה של הקשר הטיפולי. הטיפול כולל התערבויות פשוטות ומכוונות לרגש ולתודעה של המטופל ולא להתנהגותו. על המטפל להתייחס למצב המנטלי הנוכחי ולהשתמש ב-mind שלו עצמו כמודל עבור המטופל. יש לזהות מצבים של העדר מנטליזציה ומצבים פרה-מנטליים ולשקמם. הטכניקה כוללת חזרה לאחור לרגעים שלפני קריסת המנטליזציה תוך זיהוי תרומתו של המטפל לכך וחקירה משותפת של ההקשר הרגשי הנוכחי בחדר. פונגי סיים את הרצאתו בהצגת יעילות הטיפול לפגי גישתו. הטיפול מפחית את כמות האשפוזים הפסיכיאטריים ואת שיעור הניסיונות האובדניים. נראה כי ככל שיש פגיעה גדולה יותר במנטליזציה, כך יש יותר צורך בגישה שמתמקדת בשיקום המנטליזציה. המחקר מראה כי הגישה מסייעת גם להפרעות אישיות אחרות והיא נמצאה אפקטיבית גם בטיפול משפחתי, בטיפול זוגי ובעבודה עם צוותי בתי-ספר. בהקשר זה ציין פונגי כי קל יותר להגביר מנטליזציה במשפחות מאשר בעבודה פרטנית.

הדגמת הטיפול ברות (אסתי זקהיים): גישתו של פונגי הייתה חמה ואמפתית מאוד. הדבר ניכר גם בשפת גופו ולכל אורך הפגישה הוא היה מרוכז מאוד ברות וישב רכון קדימה לעברה. הוא הרבה לשקף את דבריה וכשהיא הטיחה בו האשמות על כך שלא הסכים לתת לה פגישה נוספת, התנצל ולקח אחריות על החלק שלו בעומס הרגשי שהיא חווה. הוא אף ביטא הזדהות כשאמר שגם הוא היה מרגיש נסער אם היה חושב שבת-זוגו בוגדת בו. רות דרשה ממנו טוטאליות ואמרה שחשה נטושה על-ידיו והוא אישר את דבריה ולקח אחריות על כך. פונגי התמקד בכעסה של רות על שלא היה זמין כלפיה באופן מידי (דבר המבטא עמדה טלאולוגית). הוא נתן הסברים נרחבים לגבי הסיבות לחוסר הזמינות שלו כמו העובדה שהוא עובד עם מטופלים רבים והוא איש משפחה. הוא לא ניסה לאתגר או להתעמת עם רות בשום רגע ולא ניסה לפרש או להעלות השערות לגבי עולמה

הפנימי. בתגובה להתערבויותיו נרגעה רות ועברה לרגש חיובי באומרה שהיא מרגישה שכעת אכפת לו ממנה. פונגי הזכיר את האיחור של רות ואת החוזה הטיפולי וציין כי כשאינה נמצאת פיזית בטיפול נבנה חוסר האמון בניהם. הוא התייחס לחוזה כתוב בניהם שנערך בעבר והזכיר כי יצירת קשר עם המטפל נמצאת בעדיפות נמוכה ביחס לדרכי התמודדות אחרות. כמו כן, שיבח פונגי את רות על כך שבסיטואציה של מתח ניכר שאירעה בסופ"ש היא בחרה בסופו של דבר לצאת החוצה ולהפחית את העוררות הרגשית הרבה שלה. הוא סיים את הפגישה בטון חיובי ובמתן תקווה בכך שאמר לרות כי הוא רוצה שתרגיש טוב ושתרגיש בטוחה.

בתום ההדגמה נערך דיון מעניין בשיתוף יואב ברושי, פסיכולוג קליני בכיר שהקים וייסד יחד עם ד"ר אילן דיאמנט את המרכז הישראלי למנטליזציה וד"ר הנרי שור, מנהל החטיבה האמבולטורית במרכז לבריאות הנפש ע"ש יהודה אברבנאל וחבר בחברה הפסיכואנליטית הישראלית. פונגי נשאל לגבי ההתערבות האפקטיבית ביותר בעיניו בטיפול ברות והתייחס לחוויית האשמה העולה לעיתים אצל המטפלים בהפרעת אישיות גבולית על כך שאינם עושים מספיק עבור המטופלים, דבר המייצר אצל המטפל עומס רגשי ומקשה עליו לעשות מנטליזציה. כשהעוררות יורדת, הן מטפל והן מטופל מסוגלים להתחיל לחשוב ובטיפול הוא ניסה להפחית את העוררות שלו ושל רות וכן להראות לה כי לא יוכל לספק את כל צרכיה. הוא ציין כי בסיום המפגש ניסה לעשות הערכת סיכונים ולחדד את תכנית ניהול המשברים של רות. בהמשך נשאל פונגי לגבי הקשר בין גישת המנטליזציה לפסיכואנליזה ולגבי המייחד את הגישה. פונגי אמר כי קיבל הרבה ביקורת על כך שגישתו אינה אנליטית או כי מדובר בגישה טריוויאלית שגם כך מיושמת כחלק מהתערבויות אחרות. הוא אמר כי כאנליטיקאי הוא נוהג להשתמש בידע האנליטי שלו בכדי להגדיל את יכולת המנטליזציה של המטופל. הוא תמיד התייחס בביטול לביקורות השונות ודוגל בגמישות בחשיבה ובפרקטיקה. כנשאל לגבי אופן שיקום יכולת המנטליזציה שלו כמטפל אמר פונגי כי כשהוא חש כי אינו יושב עוד לצד המטופל ועובד עמו בשיתוף פעולה אלא עובד מול ועל המטופל, הוא מבין כי איבד את יכולת המנטליזציה שלו. במצבים כאלו הוא נוהג לציין זאת בפני המטופל ולבקש ממנו לסייע לו לחזור לאיזון מאחר ואינו יכול לעשות זאת כרגע לבדו. למטופל קשה הבוחר לשתוק בפגישה יאמר פונגי כי הוא רואה שיש למטופל בעיה כרגע וכי הדבר מקשה עליו כמטפל, ויבקש מהמטופל לעזור לו לצאת ממצב זה יחדיו. שור ציין את האקטיביות שאפיינה את פונגי בטיפול ותהה אם הטכניקה של גישת המנטליזציה מאופיינת יותר בדיאלוג ולא רק בהקשבה, בשונה למשל מגישתו של ביון. פונגי אמר כי כשהוא מטפל באדם נוירוטי, הוא יכול להרשות לעצמו להתרווח בכיסאו ולהקשיב, אולם בטיפול בגבוליים הוא חייב להיות מעורב ואם יתרווח על כסאו, ירגיש המטופל נטוש ובודד לגמרי. המשותף לכל הגישות העדכניות בטיפול בגבוליים למול גישה מסורתית יותר הוא מעורבות ואקטיבית רבה של המטפל. פונגי הדגיש את החשיבות של השבת אמון המטופל במטפל מכיוון שמטופלים אלו חווים חוסר אמון בסיסי מול העולם. שור ציין גם כי נראה שהטיפול מהווה סוג של אימון לאגו אצל מטופלים בעלי חולשת אגו בסיסית ותהה עד כמה הדבר אפקטיבי ופונגי ענה כי אימון אינו דבר רע בעיניו וכי בטיפול לא עובדים על הקונפליקטים אלא על יכולת המטופל להתמודד עמם.

**ד"ר שרלי קמפינסקי - נקודת המבט של משפחות המטופלים**

את דברי הפתיחה להרצאה נשאה ד"ר פרי הופמן, נשיאת של ה- National Education Alliance (NEA-BPD) for Borderline Personality Disorder, עמותה ללא כוונת רווח בארה"ב הפועלת לקידום המודעות להפרעת אישיות גבולית ולמתן מענה טוב יותר למטופלים ולבני משפחותיהם. בין היתר פעלה העמותה להפיכת חודש מאי לחודש המודעות להפרעה בארה"ב והופמן הביעה תקווה כי מהלך דומה יקודם גם בישראל. הופמן, מיוזמי הכנס הנוכחי, היא ממייסדי הכשרת ה-Family Connections, יחד עם פרופ' אלן פרוזטי, אותה הציגה ד"ר שריל קמפינסקי. הופמן הציגה ממצאים ממחקרי משפחות ובהם הממצא המדהים כי 99% מהמשפחות חוו לפחות אירוע טראומטי אחד עם בן המשפחה הגבולי הקרוב שלהם כאשר הרוב חוו יותר מאירוע אחד ויותר ממחצית מבני המשפחה הראו סימפטומים של PTSD. המחקר מראה כי ככל שיש מעורבות רגשית רבה יותר של בני המשפחה עם החולה, כך הוא משתפר יותר.

ד"ר שריל קמפינסקי, פסיכולוגית קלינית בעלת ניסיון רב בטיפול קבוצתי ואינדיבידואלי בגבוליים ובבני משפחותיהם לפי גישת ה-DBT וחברה בצוות המנהל של ה-NEA-BPD, הציגה את ההתערבות המשפחתית Family Connections המועברת ללא תשלום לבני משפחה רבים בארה"ב ומחוצה לה ושמטרתה שיפור הרווחה של הגבוליים ושל בני משפחותיהם וקידום המטופלים לכיוון של שיפור והחלמה. מדובר בקורס מובנה בן 12 שבועות בעל יעילות מבוססת-ראיות. קמפינסקי תיארה את החוסר הרב בידע ובהבנה של ההפרעה בקרב הציבור הרחב ובקרב בני המשפחות הנובע ממורכבותה הרבה של ההפרעה ומפריע להחלמה ממנה. מצב זה, יחד עם הסטיגמות הרבות לה זוכה הפרעת האישיות הגבולית הם שהובילו להקמת ה-NEA-BPD. קמפינסקי הציגה בקצרה את 6 המודולות של הפרוטוקול הקבוצתי אשר פרט למתן תמיכה וולידציה למשפחות, מקנות להם את התפיסה הדיאלקטית, נותנות הסברים פסיכו-חינוכיים לגבי ההפרעה ומקנות כלים כגון מיינדפולנס, כלים לניהול הסביבה המשפחתית, כישורי וולידציה וולידציה-עצמית וכישורי ניהול בעיות. מחקרי יעילות מצאו כי ההתערבות הצליחה להוריד חוויית אבל, דיכאון ועומס רגשי ולהגביר תחושות מסוגלות והעצמה.

### **פאנל שיח המומחים**

במהלך הכנס התקיימו שני פאנלים בהם התדיינו שלושת המומחים בהנחיית ד"ר אילן דיאמנט וד"ר קן סילק (בפאנל הראשון) ובהנחיית ד"ר יפעת כהן וד"ר עינת אספולר-רוזנבוים, פסיכולוגית קלינית וראש ביה"ס לפסיכותרפיה של מכון מגיד (בפאנל השני). השיח שהתקיים בין המומחים היה מרתק ומעבר לתוכן שהועלה בו, ניתן היה להתרשם מהדינמיקה בין שלושה אנשי מקצוע מנוסים האמונים כל אחד על גישה תיאורטית וקלינית שונה ומבוססת מחקר לטיפול בהפרעת אישיות גבולית. המומחים ביטאו כבוד והערכה האחד כלפי השני והאווירה הייתה מחויכת ונעימה אולם מעניין היה להבחין גם בלא מעט עקיצות שנשלחו, בייחוד מצדו של יאומנס כלפי פרוזטי ופונגי, דבר שהצביע על מתח שבכל זאת קיים בין הגישות ועל ההיבטים הפרסונליים והפוליטיים שהם ככל הנראה חלק בלתי נפרד מתחום הטיפול ומכל התנהלות אנושית.

המומחים ציינו את העמדה הטיפולית הבסיסית בגישתם: דיאלקטיקה (DBT), אי-ידיעה (MBT) ואקטיביות וניטראליות (TFP). הם הסכימו כי קיים משותף בין הגישות, למשל באקטיביות והמעורבות הרגשית הרבים. יאומנס בחר להתמקד דווקא במבדיל בין גישתו מן האחרות וציין את ניטראליות המטפל אולם הוא סייג ואמר כי עמדה זו אינה צריכה להתפתח כבר מהשלבים המוקדמים של הטיפול. בחתירה להבין כיצד משפיע עולמו הפנימי של המטופל על התנהגותו, יאומנס שואל עצמו, בהמשך לקרנברג, כיצד היה מגיב אדם נורמלי בסיטואציה דומה. הוא הדגיש שוב כי הוא לא ימהר לקחת אחריות על כשלים אמפתיים ותחת זאת ינסה לבדוק מה ב-mind של המטופל גרם לו להגיב כפי שהגיב. כן אמר כי הדגש הרב שמושם לרוב על הברית הטיפולית, הוא מעט שטחי בעיניו. ברית טובה היא היכולת לשנוא את המטפל ולדעת שעדיין הטיפול הנו מקום בטוח שאפשר לחזור אליו. הוא עקץ את פרוזטי באומרו שב-DBT המטופלים אוהבים את המטפל אבל נכשלים בחיים האמתיים בעוד שב-TFP המטופלים שונאים את המטפל אך משפרים את יחסיהם בחוץ. מובן שפרוזטי התנגד נחרצות לדברים אלו ואמר כי הדבר סותר את הממצאים המחקריים. פונגי ציין כי למד הכי הרבה מהכישלונות שלו, דבר שגרם לו לחפש את הדבר הבסיסי ביותר שעוזר למטופל וכך פיתח יחד עם פרופי' בייטמן את גישת המנטליזציה. עם זאת, לא תמיד הוא יתמוך בהגברת יכולות המנטליזציה של מטופלים ואם למשל הגברת המנטליזציה רק גורמת לראייה רבה יותר של הסבל בחיים, זה לא באמת עוזר ולכן השיטה לא תמיד מתאימה למשל למטופלים דיכאוניים.

שלושת המומחים נשאלו לגבי תכונות המטפל שיתאימו למטופלים גבוליים. פרוזטי ציין כי דרושות יכולות תקינות לוויסות העצמי ולמנטליזציה אך כי יש חשיבות דומה הן לתכונות המטפל והן לטכניקה הטיפולית. יאומנס הוסיף את יכולת המטפל לחיות בשלום עם העומקים של נפש האדם, כולל עם הרגשות הקשים והאינטנסיביים ביותר, כדי שיוכל להכילם ולשקף אותם בחזרה. פונגי ציין כי מטופלים שהיו מסוגלים יותר לשאת מטופלים קשים ואובדניים ללא פניקה רבה מדי ועם יכולת וויסות עצמי טובה יותר, הצליחו יותר. בהמשך נשאלו המומחים לגבי אופן ההתמודדות של כל אחד מהם עם יציאה מוויסות במהלך פגישה טיפולית. פרוזטי ציין את אותם הכלים אותם הוא מקנה גם למטופליו ובהם מיינפולנס וטכניקות של הרפיה וכן אמר כי הוא נוהג להזכיר לעצמו במצבים אלו מה הן מטרותיו. יאומנס אמר שמיינדפולנס ומנטליזציה אכן יכולים לסייע אך כי דווקא מצבי היציאה שלו מוויסות, כחלק מרגשות ההעברה הנגדית שלו, הנם אחד האמצעים המשמעותיים שהבנת המתרחש בעולמו הפנימי של המטופל. צריך לעיתים לפתור את חוסר הוויסות אך גם להשתמש בה והוא הדגיש גם את חשיבות ההדרכה. פונגי ציין כי במצב של חוסר ויסות חשוב לדבר עם אדם אחר ונתן דוגמה משעשעת של בייטמן שיצא נסער מהחדר במהלך מפגש סוער, שיתף את פקידת הקבלה במה שאירע והיא אמרה לו בפשטות לשוב לחדר.

המומחים נשאלו לגבי התפקיד של פרשנות ככלי להגברת המנטליזציה והתפקוד הרפלקטיבי של המטופל. יאומנס ציין כי הוא מאמין שפירוש טוב הוא כלי העבודה המרכזי בטיפול. ההתייחסותיים יאמרו אולי כי יש כאן כפיה של משהו מעולמו של המטופל על המטופל ואנשי המנטליזציה יאמרו כי מייצרים כך מצב העמדת פנים אצל המטופל. עם זאת, יאומנס הגדיש כי אין כל תועלת בדיבור על העבר במנותק מהמתרחש בחדר ובחיי המטופל בהווה, ויש לעסוק באופן



בו משפיע העבר על המתרחש בכאן ועכשיו. פירוש אינו מהווה בהכרח הסבר מלא ומדויק של המטופל אלא רק מציין משהו בו ראוי להתבונן כעת - הפירוש כאמצעי להביא את המטופל צעד נוסף קדימה להמשך התבוננות ועבודה. הוא מתייחס לפרשנות כתהליך המבוסס על חוויה משותפת וציין כי מחקרים מראים שגישת ה-TFP מבוססת הפרשנות הצליחה לגרום לעלייה ביכולת המנטליזציה. פונגי הסכים שפירוש הנו תהליך וציין כי זוהי דרך אחרת להסביר את הדברים למטופל, גרסת המטפל לדברים. הוא הזהיר מפני פרשנות מוקדמת מדי ואמר כי תחילה יש להיות תומכים ואמפתיים ולתקף את רגשות המטופל ובהמשך על הפירוש להיות פשוט, קצר וממוקד בכאן ועכשיו. ראשית יש לגעת ברגש הנוכחי של המטופל, הדבר האמתי ביותר באותו רגע, ורק בהמשך נוכל להגיע עמו למערכות היחסים שלו בעבר. בגישת ה-MBT לא שוללים שימוש בפרשנויות (שאכן מגבירות מנטליזציה) אולם בזהירות ובמידה.

בפאנל המסכם (בו לא נכח פרופ' פונגי שנאלץ לעזוב מוקדם יותר) הצטרפה למתדיינים השחקנית אסתי זקהיים והתייחסה לחווייתה במפגשי הטיפול השונים. היא ציינה כי אהבה את התרגול הפיזי אצל פרוזטי וכן את העובדה שהציע להיות זמין טלפונית, דבר שהקנה לה תחושת ביטחון. אצל יאומנס אהבה את קשר העין שהתעקש שתייצר עמו, דבר שגרם לה להרגיש שהוא רואה אותה אולם היא ציינה כי חוותה גם סכנה מאחר ובאמצעות פירושיו הוא קילף וגילה את העצמי האמתי שלה. אצל פונגי, הרגע בו אמר לה כי לעולם לא יוכל להבין לחלוטין כיצד היא באמת מרגישה היה אמתי ונגע בה מאוד והיא חשה כי הוא היה מאוד אמפתי גם מבלי לדעת באמת כיצד היא מרגישה. יאומנס ציין כי ניסה להראות לרות רגשות שהיו חבויים מתחת לאלו אותם היא הפגינה, למשל געגוע שהסתתר מאחורי הכעס שלה וכמו כן הוא אמר כי הכניס חלקים מפגישות קודמות כדי שיהיו עוד חלקים של רות בחדר וכך יוכלו לעבד את המורכבות הרבה הגלומה בה. הוא אמר כי היבט מהותי ב-TFP הוא כי בדרך לשינוי יש לעבור שלב של חרדה שאינו קל אך בטווח הארוך מעניק יציבות רבה יותר למטופל. המומחים נשאלו לגבי ההבדלים בין הגישות ויאומנס אמר כי ב-TFP פוגשים את המטופל היכן שהוא נמצא ולא מנסים להוציא אותו משם. הוא פחות ינסה להרגיע את המטופל, פרט למצבים קיצוניים במיוחד, וברור לו כי בכך הוא מגביר לעיתים את עוררות המטופל. פרוזטי הגדיש את העובדה כי ב-DBT לא יתנו כלל פרשנויות. לבסוף נשאלו המומחים לגבי היכולת למדוד באמת את טיב ההתערבויות שמתרחשות בחדר הטיפולים ולזהות את הקשר בניהן לבין שינויים אצל המטופל. יאומנס ציין כי העולם הפסיכודינמי נותן למטפל כלים רבים אך אינו כולל הבניה מספקת וסיסטמית של אופן השימוש בהם אולם בפיתוח של פרוטוקול ה-TFP ניסה קרנברג לייצר שיטה חצי-מובנית של התערבויות בהן יש להשתמש והתנאים לשימוש בכל התערבות. פרוזטי הבחין בין מדידה של תוצאות שהיא קלה יותר ממדידה של תהליך. הוא אמר כי ראשית יש למדוד את התוצאות, את היעילות של כל גישה, ורק במידה והיא אפקטיבית יש לעבור למדידה של התהליך.

## **סיכום**

הנוכחים זכו להשתתף בכנס מרתק ולחוות הדגמה חיה של אינטראקציות טיפוליות מפי המומחים הגדולים ביותר כיום שהם ממובילי הגישות המרכזיות לטיפול בהפרעת אישיות גבולית. לצד דמיון בגישות ובסגנון של כל אחד מהמומחים כמו גישה אקטיבית ומעורבת ודגש על

שימוש ברגשות המטפל בתהליך הטיפול, לא ניתן היה להתעלם מההבדלים הגדולים בתיאוריה ובטכניקה בין שלוש הגישות שהוצגו ובין הסגנונות הטיפולים והבינאישיים של כל אחד מהמומחים. דוגמא חיה לכך היה השוני הבולט באופן בו הנכיחה המטופלת רות בכל אחת מההדגמות את עצמה, דבר שהתבטא בשפת גופה ובשטף דבריה שהיו אחרים בין המטפלים השונים. אם לוקחים בחשבון את העובדה כי כל אחת מהגישות הנה מבוססת ראיות ומאחוריה גוף מחקרי נרחב המאשש את יעילותה, קשה שלא לתהות כיצד ייתכן הדבר לגבי גישות שונות, לעיתים באופן מהותי, באופן בו הן רואות את המטופל ובדרך בו הן ניגשות לטיפול בו. נראה כי הדבר מחזיר אותנו לגורמים הלא-ספציפיים המשותפים לכל טיפול והמביאים למירב ההשפעה הטיפולית. נראה גם כי למרות הבדלים לכאורה במושגים התיאורטיים הקיימים בכל גישה שחלקם נובעים מצורך שיווקי ופוליטי של בידול מהגישות האחרות, קיים בפועל דמיון ברבות מההתערבויות המתרחשות בחדרי הטיפול, בין אם מדובר ב-MBT, DBT או TFP.

האפיון המגדרי של הפרעת אישיות גבולית (העובדה כי רוב הסובלות מההפרעה הן נשים) מעורר שאלות וביקורת מנקודת מבט פמיניסטית ומזו של ביקורת התרבות. על פי הגישה הפמיניסטית, ההפרעה איננה רק הפרעה פרטית הטבועה בנפשן של נשים מסוימות הסובלות ממנה, אלא גם ביטוי לפוליטיקה של יחסי כוחות והסדרים חברתיים בחברות פטריארכליות. יש לראות את ההפרעה כקשורה למערכת החברתית שבה נשים חיות ולא רק כביטוי לחסר או לפתולוגיה נשית מהותניים. מעבר לכך, בהמשך לדבריהם של סילברסטיין ופרליק (3), על קיומה של הפרעה נשית לאורך השנים אותה הם מכנים "הסינדרום הנשכח", ניתן אולי לטעון שהסימפטומים שמאפיינים הפרעת אישיות גבולית כיום דומים לסימפטומים המתארים היסטריה, דיכאון, וכאבי ראש, כולן הפרעות שיוחסו בעבר לנשים ושמבטאות יחסי כוח חברתיים תרבותיים. בכנס, קשה היה שלא להבחין בחסרון ייצוגה של עמדה פמיניסטית תרבותית. שלוש הגישות הטיפוליות שהוצגו נשענות בעיקרן על הנחות יסוד של ה"מודל הרפואי" ורואות בהפרעה ביטוי לפתולוגיה פרטית ואישית. בהתאם, ההתערבות ממוקדת בקשייה של החולה. בנוסף, קשה היה להתעלם מכך שהמטפלים בכנס כולם היו גברים רהוטים ואילו המטופלת הייתה אישה, חלשה, חסרת אוניס וקפריזית.

### **ביבליוגרפיה**

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Health Disorders, (4th Edition-Text Revision)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Effectiveness of psychodynamic treatment in patients with borderline personality disorder. Martens, Willem H. J. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol 36(4), Dec 2006, 167-173.

Silverstein B. & Perlick D. (1995). *The cost of Competence : Why inequality causes depression, eating disorders, and illness in women*. New York :Oxford University Press.

