

הפרעות אישיות "קשות" – קשה למי?¹
ציפי רולניק, יו"ר האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה

אני שמחה לקדם את פניכם הבוקר הזה בבואכם להשתתף ביום העיון בנושא "מגמות עכשוויות בטיפול בהפרעות אישיות קשות – בתווך שבין גישות קוגניטיביות-התנהגותיות לבין גישות דינמיות-פסיכואנליטיות". זאת תחת קורת הגג של האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה.

אני מברכת ומודה למרצים הנכבדים אשר נענו לפנייתנו ונאותו, לחלוק איתנו את הידע התאורטי והקליני שלהם: לגב' ענת פרי פיאמנטה, למר עופר פלד, לדר' יפעת כהן ולדר' אילן דיאמנט.

אני רואה ביום עיון זה ממש "יום לימודים ארוך", בו תפרש לפנינו מניפה עם 4 מודלים תיאורטיים, ויישומים טיפוליים בהפרעות אישיות קשות. יום המעניק הזדמנות לטעום ולהתרשם מהמגוון הקיים, מה שיאפשר אולי להתמקד בעתיד בלימוד מעמיק יותר של אחת מן הגישות. יש כאן ביטוי מיטבי לתפקידו של האיגוד לפסיכותרפיה להיות בית לגישות טיפוליות מגוונות.

אף שהמילה "קשות" בכותרת יום העיון היא שם תואר לקטגוריה דיאגנוסטית "הפרעות אישיות", ולא מתייחסת לחווייה האנושית, בדברי המבוא שלי אני מעוניינת להעלות את השאלה "למי קשה?"

אנסה לטעון כי מעבר לטכניקות השונות, מאחדת את כל הגישות היא ההבנה כי טיפול

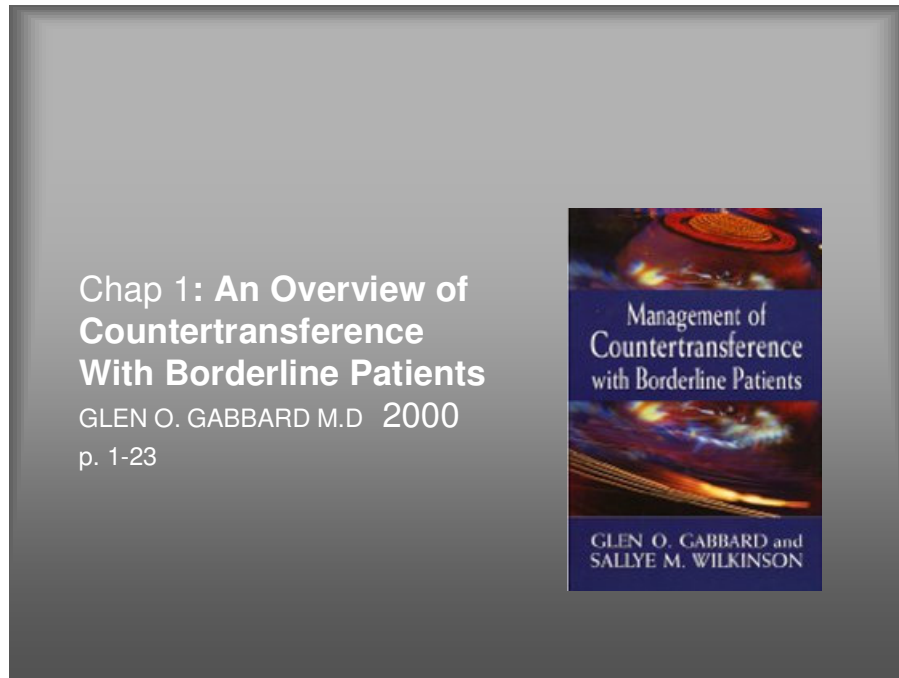
¹ דברי הפתיחה ליום העיון בנושא:

מגמות עכשוויות לטיפול בהפרעות אישיות קשות - בתווך שבין גישות קוגניטיביות-התנהגותיות לבין גישות דינאמיות-פסיכואנליטיות
אשר התקיים ביום ב' 8.12.08



בהפרעות אישיות מעורר אצל המטפל תגובות לא פשוטות, הקאונטרנספרנס הוא טעון ומורכב. או כפי שאומר גבארד (2000),
"patient with borderline personality tend to overwhelm the clinicians that treat them" והוא מעיר כי אנחנו זקוקים ביותר למודלים התיאורטיים, כשאנו נאבקים עם רגשות קאונטרנספרנסיאליים אינטנסיביים.
ההערה הזאת של גבארד יכולה לפחות להסביר לנו למה הגענו ליום העיון.
אז מה קורה לנו שם במפגש הטיפולי עם אדם בעל הפרעת אישיות?
להלן כמה תיאורים והתבטאויות:
"כאשר בטיפול מופיעות תצורות משתנות של ייצוגי סלף ואובייקט, הטעונות במצבים אפקטיביים גולמיים ואינטנסיביים בעוצמה רבה, נוצרת אצל המטפלים הרגשה שהם **לכודים במאבק של חיים או מוות**" (קרנברג ואחרים 1989)
"הם גורמים לחווייה של דריכות, כמו בנהיגה במעבר הרים דו-נתיבי צר ללא גדר הפרדה.
מכיוון שהם כ"כ רגישים למילים בהן המטפל בוחר, ולנואנסים הלא וורבאליים, הם יכולים לעורר הרגשה של **'ללכת על ביצים'...**"
"למרות האימפקט הלא נעים, **הם איכשהו נעשים 'מיוחדים'** עבור המטפלים שלהם (גבארד 1986) ומשרים אופטימיות מפתיעה למרות הסימנים לפרוגנוזה שלילית".
"למטופלים בעלי הפ' אישיות קשות, נראה שיש יכולת יוצאת דופן להסב צורה מיוחדת של **'סבל מתוק'** למטפליהם. הם עצמם סבלו במהלך חייהם, וחשוב להם שמטפליהם יסבלו מהם" (גיובצ'יני 1975).
לתאורים ודימויים אלה, על מה שקורה למטפל בסיטואציה הטיפולית מצרף גבארד רשימה מסודרת יותר של תגובות קאונטרנספרנס שכיחות שעולות במפגש עם המטופל הגבולי (הרשימה מופיעה בפרק הראשון של הספר "ניהול קאונטרנספרנס עם מטופלים גבוליים" משנת 2000)





הרגשת אשמה

לבעלי הפ' אישיות ישנה יכולת מופלאה להתביית על הרגישות של המטפל ולנצל אותה במובן של להפיק ממנה רגשות של אשמה.

לדוגמא: המטופל יכול להתנהג באופן כזה שירגיז את המטפל

כשהמטפל כועס, המטופל מאשים: "לא באמת איכפת לך ממני"

אז המטפל מרגיש "שנתפס" רואה את עצמו כלא מקצועי, וכדי לכפר מכריז על נאמנות ומסירות נצחית

גבארד (1986) מוסיף כי ההאשמה של המטופל הפוגעת בזהות המקצועית של המטפל יכולה אף ליצור מה שהוא מכנה קאונטרטרנספרנס פזיולוגי, שמערב פעילות של המערכת הסימפתטית כמו התגברות קצב לב, יובש בפה, רעד וכד'.

מטופלים רבים בעלי ה.א. נראים בתחילת הטיפול לא פגועים יחסית, התדמית הזאת

משתנה כשהטיפול מתקדם, מה שמביא את המטפל להרגיש אחראי לכך.

סירלס (1968) מציין כי מטופלים מסויימים ירגישו אשמה על כך שהצדדים הפסיכוטיים של מטופליהם מקסימים אותם יותר מאשר הצדדים הנורוטיים.

פנטזיות הצלה



מדובר כאן במצב שהוא יותר מאשר ההתגייסות וההתלהבות הרגילה של המטפל. יש כאן הנחה שהמטופל הוא לגמרי חסר אונים והמטפל מרגיש שהוא חייב לעשות משהו עבור המטופל. מטופלים בעלי ה.א. לעיתים מציגים את עצמם "כיתומים עזובים" גבארד (1986) ולכן זקוקים למטפל שימשש כ"אם טובה" או "אב טוב" מה שמגייס את המטפל לפצות על ההורה הרע או הנעדר שאחראי על היותם קורבנות בילדות.

חציית גבולות מקצועיים

בהמשך ל- 2 הראשונים, מטופלים בעלי הפ' אישיות קשות יכולים להופיע עם עמדת "מגיע לי" (של זכויות יתר) ודרישה לקבל יחס מיוחד מהרגיל. יש ביניהם בעלי פתיל קצר וביטויים תכופים של זעם. המקור לנטייה לביטויים פרימיטיביים של האגרסיה יכול להיות מבני (קרנברג 1975) או משני לטראומה (הארטמן ואחרים 1989) אבל התוצאה הסופית היא מטפל שמרגיש מאויים ומפחד מחוסר היציבות של המטופל ומהפוטנציאל להתפרצות.

כדי להדוף ולהרחיק את כעסו של המטופל, המטפל יכול למצוא עצמו מאריך את הפגישות, חושף ומספר על עצמו, נותן תעריף מיוחד, מקיים פגישות מחוץ לחדר, או אפילו נעשה מעורב בקשר פיזי או מיני.

החריגה מהגבולות המקצועיים מוסברת לעיתים ע"י התפיסה של המטופל כקורבן הזכאי ליחס מפצה. איומים בהתאבדות גם הם גורמים למטפל להצדיק צורות שונות של חציית גבולות בטענה שזה היה הכרחי כי אחרת המטופל היה מתאבד.

מקור נוסף לחציית גבולות קשור לסוגיית "הנטישה". מטופלים גבוליים רבים יש להם חווייה קיומית מתמשכת של להיות על סף הנטשות ע"י דמות משמעותית מזינה ותומכת. הם בוחנים כל תקשורת מצד המטפל - האם היא טומנת בחובה איום בדחייה? דרישות של מטופלים אלה להבטחה מחדש שלמטפל באמת איכפת מהם ואין הוא כמו זונה שמקבלת תמורה על זמנה ותשומת ליבה, מובילה את המטפלים להרחיק לכת כדי להפגין את האיכפתיות הכנה שלהם.

זעם ושנאה

מרכיב שכיח בפסיכותרפיה של בעלי הפ' אישיות הוא הצורך שלהם לשחרר את עצמם ממתחים ע"י פינוי זוריקה שלהם על המטפל. מה שרוזנפלד (1987) כינה "טרנספרנס של



התנקות". בעוד שנוירוטים נוטים לרוב להשליך את הסופר אגו שלהם על המטפל, הגבוליים מפצלים ומשליכים את הסלף ה"חולה" או ה"רע". במילים אחרות חלקי עצמי וייצוגי אובייקט נזרקים לתוך המטפל וגורמים ללחץ להזדהות לא מודעת, עם אספקטים של המטופל משני קצוות קיצוניים: המטפל יכול להרגיש "all bad" שנוא לגמרי ללא כל תחושה של "טוב" או אהבה ממתנת. חווייה זו של היות אובייקט חלקי מובילה את המטפל להרגיש "חנוק" ע"י אינטרוייקטים ורגשות שליליים פרימיטיביים, והוא מתקשה להמנע מרגשות שליליים של זעם, שנאה, וטינה. כשהמטפל הוא בן ערובה לאיומי התאבדות או מוטרף ע"י טלפונים ליליים ודרישות בלתי פוסקות להתייחסות מיוחדת זה גם יכול להוביל לרגשות עזים של טינה. (ויניקוט היה מבין האמיצים בחשיפה העצמית במאמרו "Hate in the C.T" משנת 1949 בו הוא מונה לפחות 10 סיבות לשינאת המטופל)

חוסר אונים וחוסר ערך

מטופלים גבוליים נוטים לעשות דוולואציה למאמצי מטפליהם וכאשר דרישותיהם מתוסכלות ולא מסופקות, הם נוטים לעשות שיפט מהיר מטרנספרנס של אידיאליזציה לבוז. חריגה קטנה ביותר הופכת את המטפל בעיניהם מ-"all good" ל-"all bad". התוצאה היא שהמטפל לעיתים מרגיש לא קומפטנטי לעשות משהו בקשר לזה. בנוסף, בעלי הפ. אישיות קשות מזהים את האיזורים הפגיעים ומנצלים את המודעות הזאת שלהם ע"כ שהם מצביעים באופן קבוע על חולשותיו של המטפל. המטפל בד"כ מגיב בהתגוננות או נסיגה מול התקפות דוולואציה אלה ומרגיש חוסר אונים.

חרדה ואימה

בלי קשר לכל הדברים שקורים בטיפול, המטופל הגבולי כמעט תמיד מעורר חרדה אצל המטפל. המקורות של החרדה הם רבים ומגוונים. ברמה הפרימיטיבית ביותר, הבלבול של המטופל הגבולי - בכך שהוא לעיתים מזהה רגשות שקשורים אליו ככאלה ששוכנים אצל המטפל, יכול להוביל את המטפל להרגיש אימה מפני השתלטות/הבלעות ע"י הפציינט עד לכדי חרדת התאינות. החששות שהוזכרו קודם: שמא המטופל יבצע מעשה אובדני מופיע בתהליכי טיפול רבים. גם רגש האשמה והאחריות שמעורר ע"י המטופל הגבולי גורם להעצמת החששות



והדאגות.

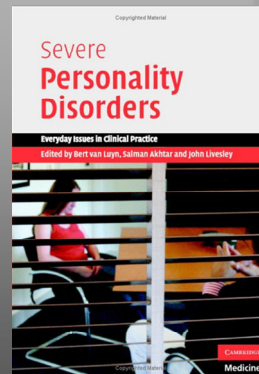
הפחד שמא יאמר את הדבר הלא נכון, שיגרום למטופל להתפוצץ, להתפרק או לצאת מהחדר בחטף ג"כ גורם לקאונטרנספרנס של חרדה. ולבסוף, הטיפול לכל אורכו מלווה בחרדה הקשורה לחשש של המטפל שהוא לא עמד או לא יעמוד במשימות הטיפוליות שלו והוא יכשל במאמציו.

מרשימה זו (שאגב בולט שהיא מדברת במונחים של תאוריית יחסי אובייקט) על הרגשות המתעוררים אצל המטפל במפגש עם הפרעות אישיות קשות, מצטייר המטפל כקורבן של מטופל רב-חלקיקי המשליך עליו מטר של אינטרוייקים מורעלים. נראה שדי השתכנענו כי למטפל מאד קשה. ונראה שיש לנו תשובה לשאלה "למי קשה?" מראשית דבריי: כשמדובר בהפ' אישיות קשות – קשה למטפל! כדי להדגים את הקושי של המטפל, בטיפול בהפרעות אישיות, בחרתי בדוגמא (ממאמר של קרנברג 2007) דוגמא לא דרמטית או מסעירה, אין כאן חיתוך ורידים או הזמנה של המטפל לפלירט. הדוגמא מהספר:

Severe Personality Disorders

by [Bert van Luyn](#) (Editor),
[Salman Akhtar](#) (Editor),
[W. John Livesley](#) (Editor)
2007

Chap. 3: Countertransference: recent developments and technical implications for the treatment of patients with severe personality disorders
Otto F. Kernberg
p. 42-57



המטופל

צעיר נכשל בלימודיו בשל גישה מזלזלת כלפי מוריו וכלפי החומר הנלמד. עם פנטזיות שהוא לא צריך ללמוד על מנת להבין ולדעת.

בא לפגישה כשהוא מוטרד במיוחד כי הבין שהוא נכשל ברוב המבחנים. הוא היה מאד מיואש, חש כישלון וחשב כי מוריו וחבריו ללימודים לא יעריכו אותו.

המטפל

תגובה ראשונית: נאבק עם תגובה פנימית של "אמרתי לך" והרגשה שהמטופל "הרוויח ביושר" את הכישלון. במיוחד לאחר מאמצי המטפל, שהעלו חרס, לעמת את המטופל עם ההזנחה, הגובלת בהרס עצמי, של לימודיו.

תגובה מעובדת: מבין כי המטופל עושה אנאקטמנט של חוויות המלוות אותו של ייאוש ופחד מלהיות לא מוערך ע"י אחרים, מלהרגיש נחות, מלחוש חוסר הערכה עצמית. כאשר עכשיו, הוא משליך את החלקים הגרנדיוזיים והמשפילים שלו על חבריו ללימודים וחושש מכך שהם ישפילו אותו.



המטפל

משער כי המטופל משליך גם עליו את הסלף הגרנדיוזי שלו (בהתנשאות: אני הרי ידעתי מראש והזהרתי אותך...), יחד עם הסופר אגו הפרימיטיבי והסדיסטי (מגיע לך, זה עונשו של מי שמזלזל בלימודים...).

מנסה לבדוק עם המטופל, אולי המוטרדות שלו היום בפגישה קשורה גם לכך שהוא חושב שהמטפל לא מעריך אותו, בקורתי כלפיו, סדיסטי, חש עליונות ומנצח?

המטופל

רואה את החלק שלו ואת השלכותיו.

אבל: "כשניסיתי לחשוף ולהעמיק יותר בחווייה של המטופל, הסתבר שהוא לא יכול היה לראות, באותו זמן, שכשעשיתי לו קונפרונטציה על שמזניח את לימודיו, הייתה שם דאגה אוטנטית מצדי" (קרנברג 2007)

ניתן לשער מתוך דוגמא זו מהי החווייה של המטפל שמנסה לעזור, מתריע, משקיע מחשבה, מביא להדרכה הולך לימי עיון וכו' ולא מצליח למנוע את הכשלון הכמעט ידוע מראש, או לשנות את תפיסתו של המטופל. חווייה לא נעימה וגם לא נדירה בטיפול בבעלי

איגוד ישראלי לפסיכותרפיה



הפרעת אישיות.

ועד שהשתכנענו כי קשה למטפל בהפרעות אישיות, אם נוסף ונחשוב, עלול להזדחל לליבינו הספק שאולי זה לא הגיוני להניח כי כל תגובות הקאונטרטרנספרנס של המטפל והרגשות הקשים שלו, הם פשוט אספקטים של המטופל שהוא השליך והפקיד אצל המטפל, ואילו הוא המטופל נותר שמח וטוב לב.

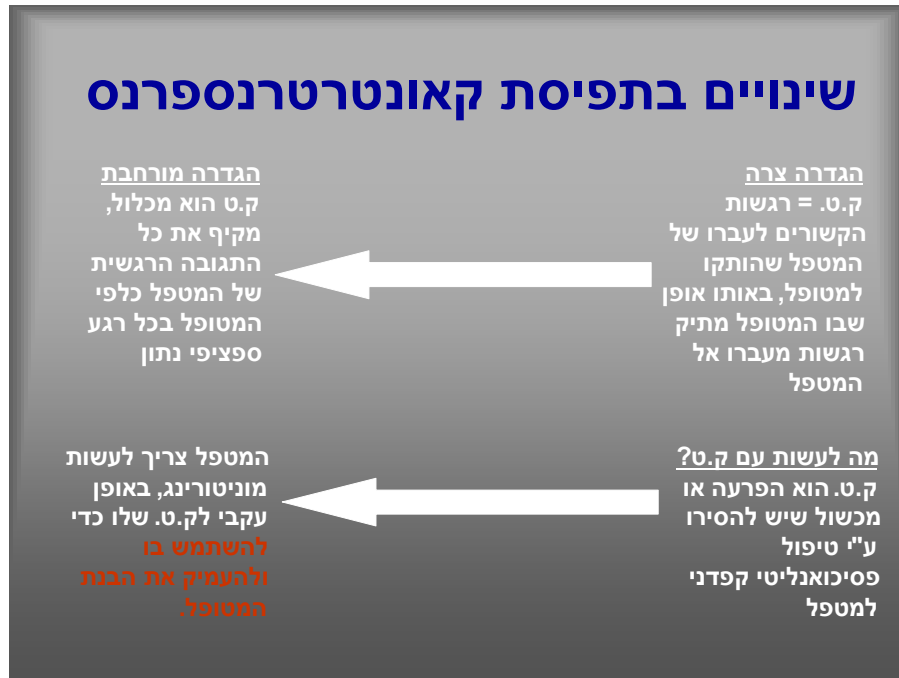
זה הרגע לעצור ולאפשר לעצמנו לראות את המטופל שנכשל בלימודיו, שלא התאפשר לו לחוות את האיכפתיות של קרנברג כשהוא התריע בפניו על יחסו המזלזל כלפי לימודיו, זה שמרגיש אולי מיואש כי לא הובן ע"י המטפל שלו. [שלא לדבר על מציאות חייו - שצריך לקום מחר בבקר להתקל בפניו במראה או במבטיהם הביקורתיים והמזלזלים (המציאותיים או הדמיוניים) של מוריו וחבריו ללימודים, שצריך אולי לממן שנת לימודים נוספת] אז אם כך, למי קשה? למטפל? למטופל? לאדם אחד? לשניים?

השאלה הזאת מקבילה בעצם למחלוקת מרכזית המפצלת את הקהילה הפסיכואנליטית בסוגיית הקשר טרנספרנס/קטונטרטרנספרנס:

האם מדובר ב- "one person psychology" או ב- "two person psychology" ?

היה מתבקש מאד בהרצאה זו לתאר את השינויים שעבר מושג הקאונטרטרנספרנס במרוצת השנים, מאז הגדרתו הצרה של פרויד ועד להגדרה המכלילה היום (היימן, ראקר, סנדלר, ויניקוט, בולאס ועוד) וכמובן לדון במושג נוסף שיש לו זיקה לקאונטרטרנספרנס "השלכה הזדהותית" שמקורו במלני קליין והוא הורחב ממנגנון של אחד למנגנון ששותפים בו שניים ע"י אחרים.





בקצרה: מבחינת הגדרתו, הקאונטרטרנספרנס הורחב מראייה שלו כ"התקה של רגשות מהעבר של המטפל כלפי המטופל" לראייה של ק.ט. כ"כלל התגובות הרגשיות של המטפל"

יש גם שינוי בתפיסת מקום הקאונטרטרנספרנס בטיפול, מתגובה שיש לסלקה ע"י טיפול פסיכואנליטי קפדני למטפל, לתפיסה כי יש לתת לטרנספרנס מקום, להתבונן ולעקוב אחריו ולהשתמש בו בטיפול.

מה שחשוב לי להדגיש הוא את ההרחבה של המושג קאונטרטרנספרנס ואת השימוש שניתן לעשות בו להבנת עולמו של המטופל וחוויותיו המתמשכות וכאמצעי טיפולי ממשי, בעיקר עם מטופלים בעלי הפרעות אישיות קשות.

תשובה לשאלה כיצד ניתן להשתמש בקאונטרטרנספרנס בטיפול, בקשתי אצל קרנברג שגישתו transference focused psychotherapy לטיפול בהפ' אישיות לא מוצגת ביום עיון זה, וחשבתי שא"א לדבר על הפרעות אישיות מבלי להזכיר אותו. הדוגמא הקטנה שנתתי קודם מציגה גם את צורת עבודתו של קרנברג. אפשר לראות איך הוא מפרש את הטרנספרנס ואיך הוא מצר על כך, שאף שהמטופל נעשה מודע לכך שהוא השליך על המטפל התנשאות וזלזול, המטופל עדיין נותר בחווייה שלמטפל אין איכפתיות אמיתית כלפיו, קרנברג גם מוסיף שהמטופל לא מסוגל היה לראות את ההקשר ליחסיו עם



אימו הבקורתית והמטיפה.

קרנברג, בפרק בו הוא דן "בקאונטרטרנספרנס: התפתחויות אחרונות ויישומים טכניים בטיפול במטופלים עם הפרעות אישיות חמורות" עורך השוואה קצרה בין גישתו ל- relational, ל- self psychology, (אשר אותה תייצג ביום העיון שלנו גב' ענת פרי פיאמנטה) ולגישה האינטרסובייקטיבית המדגישה את חוויותיהם של שני אנשים, כך שהחוויה של המטופל בסיטואצייה הטיפולית נחשבת כמעט סימטרית לזו של חוויית המטפל. כלומר, הטרנספרנס נחשב בחלקו כתגובה לקאונטרטרנספרנס ובמקביל הקאונטרטרנספרנס הוא תגובה לטרנספרנס. לפיהם, מדובר ב"יצירה משותפת" אשר בה הקשיים מעברו ומחיו של המטפל והן העולם הפנימי ומציאות חייו של המטופל יוצרים דפוס ייחודי של אינטראקציה בתוך התהליך הטיפולי. וכשקשה לאחד, בטנגו הזה יש שניים!

באשר לשימוש בקאונטרטרנספרנס, גישות אלה מציעות לשתף את המטופל בקאונטרטרנספרנס בנסיבות מסוימות.

קרנברג לעומת זאת, (העוסק כאמור בעיקר בפרוש הטרנספרנס), מאמין, כי שיתוף המטופל בקאונטרטרנספרנס עוזר ללא ספק להעניק בטחון למטופל, מונע את הפנטזיות המפחידות על מה מרגיש וחושב המטפל, מחזק את היבטים המציאותיים של הסיטואציה הטיפולית, אך שיתוף זה הוא מזהיר, יכול לנתב את הטיפול יותר לכיוון הגישה המציאותית, התמיכתית. "זה יכול לשפר את היבטים התנהגותיים אצל המטופל לטווח הקצר, אבל לטווח הארוך מונע הבנה עמוקה יותר של היבטים לא מודעים במינד של המטופל".

בעוד שבראייה האינטרסובייקטיבית, המטפל יוזם ומניע ולא רק מגיב. ובפרקטיקה האינטראקציה בין המטפל והמטופל היא כה מסובכת והדברים שזורים זה בזה כך שזה כמעט בלתי אפשרי לחתוך מי יוזם ומי מגיב. קרנברג מדגיש את תפקיד המטפל להתחייב לתהליך אינטרוספקטיבי בנסיון לעשות דיפרנציאציה/להבחין בין תרומתו הוא לזו של המטופל והוא מדבר על "3 person psychology".

פסיכולוגיה הכוללת:

1. את חוויות ותגובות המטופל;



2. את חוויות ותגובות המטפל;

3. ואת החלק המתבונן והמנתח של המטפל.



קרנברג מוסיף הערה לגבי ההשלכות הטיפוליות של שיתוף המטופל בקאונטרנספרנס. הוא חוזר ומזכיר כי במצבים בהם המטפל מוטרד מדבר מה, או מרגיש משהו המשפיע על התנהגותו והמטופל מבחין בכך ומתייחס לזה, חשוב שהמטפל יתן הכרה להבחנה של המטופל ולא יכחיש זאת, אך לא ירחיק לכת יתר על המידה, כדי להגן על המטופל ולא להעמיס עליו את בעיות המטפל.

גבארד 2000, מייצג עמדה גמישה יותר של שימוש בקאונטרנספרנס. הוא מסתייג מהצמדות נוקשה רק למסגרת תאורטית אחת כשהמצב הקליני לא מתאים לתאוריה. הוא טוען כי לעיתים עלולים גם לעשות שימוש לא נכון בתאוריה ולהשתמש בה כרציונליזציה לאקטינג אאוט של קאונטרנספרנס (צ'סיק 1997). אפשר למשל, להשתמש בפסיכולוגיית העצמי כדי להצדיק את ההנאה ושביעות הרצון של המטפל מהאידיאליזציה שהמטופל עושה לו. המטפל עלול גם להשתמש בעידוד של קרנברג לעשות קונפרונטציות, ואז לפרש טרנספרנס מוקדם מידי בתהליך הטיפולי ובכך להצדיק ביטוי של אגרסייה כלפי המטופל.

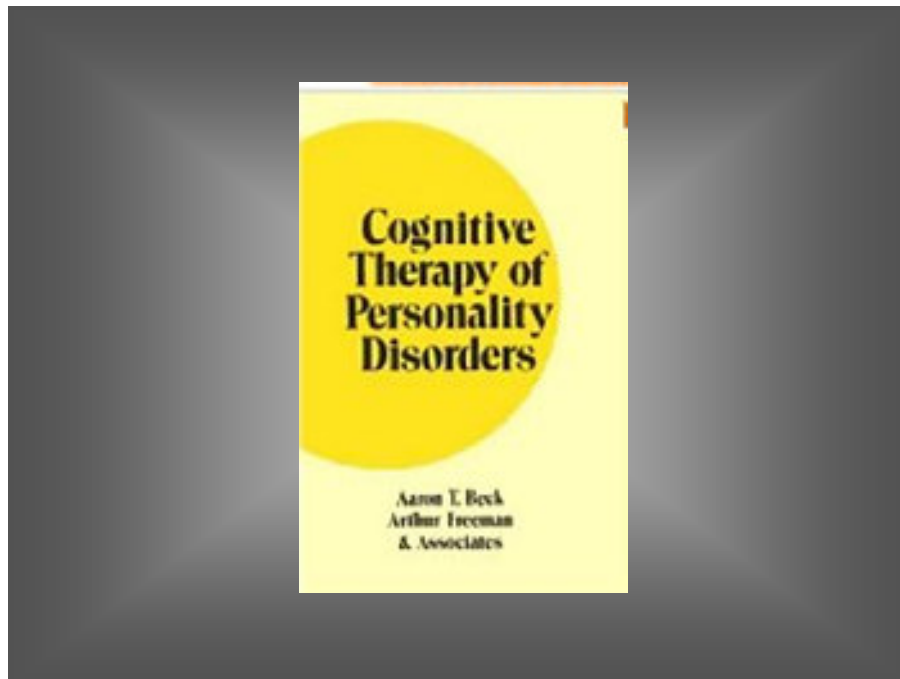


בולאס (1989) מדגיש כי מטפלים עכשוויים חייבים להבין מגוון של אסכולות פסיכואנליטיות: "המטפל הוא אובייקט המבצע פונקציות מרובות, ובכל פעם דמות אחרת שלו משמעותית יותר בנוכחותה בהתאם לדרישות הטיפוליות" (ע' 100).

יכול היה להשתמע מדברי כי העיסוק בקשיי המטפל, בחווייתו או העיסוק בקאונטרטרנספרנס והשימוש בו בטיפול בהפרעות אישיות קשות, מייחד רק את הפסיכולוגיה הדינמית-הפסיכואנליטית על גישותיה.

ובכן ממש לא כך:

כבר ב 1990 – כשהגישה הקוגניטיבית "יצאה מהארון" והחלה להעזיז לדבר על אישיות והפרעותיה כותבים בק פרימן ואחרים כי:

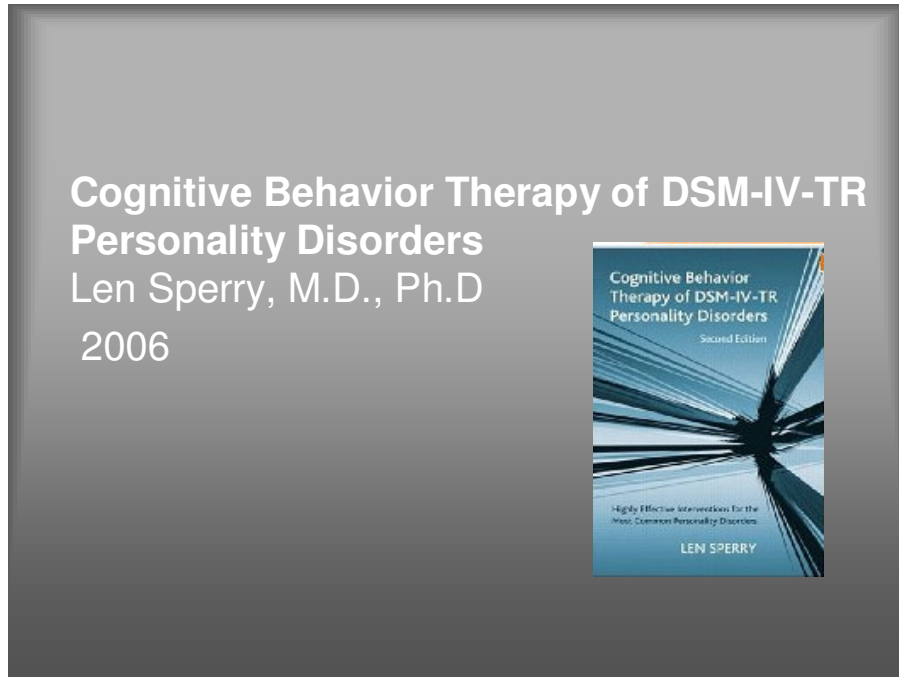


- תגובות רגשיות לא קורות באופן מקרי. אם המטפל חווה תגובה רגשית לא רגילה כלפי הקליינט, זו כנראה תגובה לאספקט מסויים של התנהגות הקליינט וזה יכול לספק אינפורמציה בעלת ערך אם ניתן להבין אותה.
- אין זה יוצא דופן עבור מטפל להגיב רגשית לדפוס בהתנהגות המטופל הרבה לפני שהדפוס מזוהה אינטלקטואלית. אינטרפרטציה מדוייקת של התגובה הרגשית יכולה לזרז הכרה בדפוס זה. (1990, pp. 195–196)



הפרעות אישיות "קשות" – קשה למי? / ציפי רולניק

תקצר היריעה לסקור כאן את כל ההתקדמות של הגישה הקוגניטיבית, וגם אינני רואה את עצמי כמייצגת גישה זו. עם זאת ברצוני להגיד כמה מילים את גישתו של Len Sperry פסיכיאטר אמריקאי בכיר שכתב כבר כמה עשרות ספרים, שהאחרונים שבהם עוסקים בהפרעות אישיות.



בחרתי להראות כיצד Sperry (2006), בספרו על טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בהפ' אישיות, "הפלא ופלא" עוסק ב"טרנספרנס ובקאונטרנספרנס" של כל אחת מהפרעות האישיות השונות. הכנתי טבלא מסכמת:



הפרעות אישיות "קשות" – קשה למי? / ציפי רולניק

הפרעת האישיות	טרנספרנס	אסטרטגיה	קאונטרטרנספרנס	אסטרטגיה
המנעותית	"testing"; תלות יתר	לקבל ולפרש את ה-"testing" להציב גבולות לתלות	תסכול וחוסר אונים; מהטיפול	לעקוב
גבולית	תלות, פנטזיות התמזגות	להציב גבולות, לעשות קונפונטציה, לפרש	כעס; פנטזיות הצלה	לעקוב
תלותית	הצמדות בשחת ההתנגדות; דרישות מחבות; אידיאליזציה למטפל	להציב גבולות בהרים באשר ליחסי מטפל-מטופל לתסכל את פנטזיות התלות של המטופל ולסרב להצמדות	פנטזיות הצלה; לזקח תפקיד מכון ישיר; מתקשה לעשות קונפונטציה לאי-ההתקדמות של המטופל	לעקוב אחר פנטזיות ההצלה ותפקיד המכוון. לעשות קונפונטציה להתקדמות המוגבלת
נרקציסטית	אידיאליזציה ודולואציה; השלכה הזדהותית	מיחורנג	המטפל לא מכיר בצרכים הנרקציסטיים שלו; שיעמום; הרגשה שנשלט ע"י המטופל; כעס; פגיעות; חוסר אונים	לעקוב ולפרש
הסטרוינית	פנטזיה להנצל; טרנספרנס ארוטי או eroticized	לכוון ולמקד; לנתח ולהסביר	תפקיד המציל/המשיח; ריחוק; חרדה; ניצול	לעקוב ולהמנע מאקטינג-אאוט
אובססיב'-קומפולסיב'	התבטאות אובססיבית ולא ממוקדת; מבטל את המטפל	לקטוע; לפרש; לכוון	"לא מחובר"; בידוד רגשי; כעס; חובר להגות של המטופל	לעקוב

ניתן לראות, אם כן כי גם בגישה הקוגניטיבית התנהגותית העכשווית יש הקשבה לרגשות המטפל ומורכבותן וכמובן נותנים את הדעת בשאלה כיצד נכון להשתמש בהן.

Sperry, אגב הוא גם מבוא מצויין להמשך יום עיון זה משום שבגישתו הוא נסמך באורח מרכזי על שתי שיטות שיוצגו ביום זה באופן מפורט. האחת, גישתו של ג'פריי יאנג – טיפול ממוקד סכמה שתוצג על ידי עופר פלד.

והגישה השנייה, גישתה של מארשה לינהאן (DBT) שתוצג על יד ד"ר יפעת כהן.

נסיים את יום העיון בהצגת הטיפול באמצעות מנטליזציה של פונגי ובאטמן, אשר סוגר מעגל ומדגים אינטגרציה של הרעיונות שיועלו המהלך יום העיון. גישה זו תוצג ע"י דר' אילן דיאמנט.

לסיכום אומר כי המילה "קשות" בכותרת "הפרעות אישיות קשות" הינה כנראה שם המתאר את חומרת ההפרעה – אבל בלא מודע אולי מרמזת המילה גם על הקושי של המטפל והמרכזיות של תגובת המטפל ויחסו להפרעות. סקרתי בקיצור נמרץ תגובות העברת נגד שכיחות אשר הכרה בהן אני מאמינה, תסייע למטפל להבין יותר את עצמו ואת מטופליו.



הפרעות אישיות "קשות" – קשה למי? / ציפי רולניק

אני רוצה לסיים בתודה לחברי וועד האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה: דר' אודי אורן, דר' דניאל בקר, דר' נורית לוי, גב' דורית נוי שרב. למזכירת האיגוד גב' שוש גונטנג. לכל המשתתפים ברכות, שיהיה לכולנו יום עיון מעניין ומעורר מחשבה.

