

**ביה"ס המרכזי להכשרת עובדים לשירותי רווחה**

**עבודת סיום בקורס לטיפול בהתמכרויות**

**הפרעת אישיות גבולית ושימוש בחומרים פסיכו אקטיביים**

**מוגש לידי: חני אלמוג- עובדיה**

**מגישה: לינה עוסמאן ת"ז 033203704**

**דצמבר 2012**

## תקציר

אני עובדת בעמותת "אפשר" לטיפול בנפגעי אלכוהול והימורים. אחד הגורמים העיקריים להתפתחות מחלת ההתמכרות בקרב המטופלים שמגיעים אלי לטיפול הוא חוויות ילדות קשות. כשרגישות העוברת בתורשה- וקיימת בחלק מבני האדם מלידה- נפגשת עם חוויות טראומטיות של גיל הילדות, התוצאה עלולה להיות אישיות גבולית.

בעבודתי זו אני אתייחס להפרעת אישיות גבולית בקרב מכורים. בחלק הראשון של העבודה אני אציג את ההגדרה של הפרעת אישיות גבולית ואיך מאבחנים הפרעה זו לפי ה- DSM, אתייחס לשכיחות ההפרעה וגורמיה. כמו כן, אני אציג את תופעת ההתמכרות לחומרים פסיכו אקטיביים, הגדרה וגורמים. לאחר מכן, אתייחס לקשר בין שתי ההפרעות ודרכי טיפול. בחלק השני של העבודה אני אציג מקרה של מטופל מכור הסובל מהפרעת אישיות גבולית תוך התייחסות למהלך הטיפול שנעשה איתו.

## חלק א'

### **1. הפרעת אישיות גבולית - Borderline Personality Disorder (BPD)**

**הגדרת הפרעת אישיות:** כאשר קווי אישות מסוימים מתפתחים בצורה מוגזמת ונוקשה, עלולה להתפתח הפרעת אישיות. מתפתחים דפוסי תגובה והתנהגות לא מסתגלים (אדפטיביים), שהם מושרשים עמוק וממושכים. הם מגבילים את הפוטנציאל ולעתים קרובות מביאים לידי כשלונות חוזרים בתפקוד, ביחסים הבין-אישיים או בשניהם. לעתים קרובות הפרעת האישיות מעוררת תגובת-נגד מצד הסביבה, מתפתחת השפעה הדדית שלילית ויחסי גומלין שליליים בין הפרט ובין סביבתו, דבר שגורם לבעל הפרעת האישיות סבל משני, והרגשת כישלון, כעס, אכזבה ותסכול (מוניץ, 1995).

#### **הפרעת אישיות גבולית- הגדרה ותסמינים קליניים**

הפרעת אישיות גבולית מאופיינת ע"י דפוס של חוסר יציבות בוויסות האפקט, בשליטה בדחפים, ביחסים בינאישיים ובדימוי העצמי. סימנים קליניים כוללים הפרעה בוויסות הרגשות, תוקפנות אימפולסיבית, פגיעה עצמית חוזרת ונטיות אובדניות כרוניות, אשר הופכות את אוכלוסיית החולים הזו לצרכנית אינטנסיבית של שירותי בריאות הנפש (מוניץ, 1995).

## אבחנה על פי DSM IV

הפרעת אישיות גבולית (באנגלית Borderline Personality Disorder ; בר"ת BPD) היא הפרעה נפשית שעל פי DSM- IV (ספר האבחנות הפסיכיאטרית של האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית) מאופיינת על ידי דפוס נרחב של חוסר יציבות במערכות יחסים בין-אישיות, בתחושת העצמי ובמצבי הרוח, לצד אימפולסיביות משמעותית.

### האבחנה ניתנת כאשר קיימים לפחות חמישה מתוך המאפיינים הבאים:

1. מאמצים קיצוניים להימנע מנטישה אמיתית או מדומה.
2. דפוס עז ובלתי יציב במערכות יחסים בין-אישיות, הנע בין הקצוות של אידאליזציה והפחתת ערך (דיבליזציה).
3. דימוי עצמי ותחושת עצמי בלתי יציבה.
4. אימפולסיביות בשני תחומים לפחות המביאים לנזק: בזבזנות, התנהגות מינית, התמכרות לחומרים ממכרים, נהיגה פרועה, אכילה מוגזמת.
5. התנהגות אובדנית או התנהגות של פגיעה עצמית.
6. חוסר יציבות רגשית ושינויים חדים במצב הרוח.
7. תחושת ריקנות כרונית.
8. כעס עז, וקושי לשלוט בו.
9. חשיבה פרנואידית או תסמינים דיסוציאטיביים חמורים

### שכיחות ההפרעה

ההערכה היא, ש- 2% בני אדם לפחות מתוך האוכלוסייה הכללית לוקים בהפרעת אישיות גבולית. השכיחות המדווחת בקרב נשים גבוהה פי 2-3 לעומת גברים (בוקיאן, פור ווילאגראן, 2009).

### גורמים להפרעה

גישות שונות ניסו להסביר את היעדר היציבות ואת העוצמות הרגשיות המביאות לאורח החיים הסוער, כאשר מרביתן הדגישו השפעה שלילית של הסביבה הראשונית על אישיותו המתעצבת של הילד.

**גורמים פסיכולוגיים:** הגורמים שלגביהם נערכו המחקרים או הדיונים הרבים ביותר, הם היסטוריה של התעללות טראומטית, הסביבה הבלתי מתקפת (מאשרת) וגורמים תרבותיים. אחת מהעבודות המשכנעות ביותר שגילו המחקרים היא, שבדרך כלל, מבוגרים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית חוו בילדותם סוג כלשהו של התעללות משמעותית, כגון התעללות מינית או גופנית (בוקיאן ואח', 2009).

**גורמים ביו-סוציאליים:** ע"פ הגישה הביו-סוציאלית, נולדים חלק מהילדים עם נטייה בסיסית לקושי בויסות רגשי והם מאופיינים בתגובתיות חזקה לגירויים. כאשר הסביבה אינה מגיבה באופן יציב והולם לחוויות אישיות (כרגשותיו ומחשבותיו של הילד), גדלים הבלבול וחוסר היכול לויסות וגדלים סיכוייו של הילד לפתח אישיות גבולית.

**גורמים ביולוגיים:** במחקרים שונים נבחנה רמת הסרטונין אצל הסובלים מהפרעת אישיות גבולית ונמצא כי ישנו קשר בין רמות נמוכות של סרטונין לבין תוקפנות והתנהגות אימפולסיבית אצל אנשים הסובלים מ-BPD (בוקיאן ואח', 2009).

### מנגנוני ההגנה

מנגנוני ההגנה של אנשים עם הפרעת אישיות גבולית קשורים בקשר בל יינתק לפסיכודינמיקות ההתפתחותיות שלהם. הם כוללים פיצול, אידיאליזציה פרימיטיבית, הטלה והזדהות השלכתית קיצונית, הכחשה פרימיטיבית והמעטת ערך (קאופמן, 1994).

## **2. שימוש בחומרים פסיכואקטיביים**

**התמכרות (Addiction):** התמכרות הינה תלות עמוקה (פסיכולוגית ולעיתים קרובות אף פיזיולוגית בחומר, בהתנהגות או בפעילות אשר גורמת לפגיעה בתפקודיו, ברווחתו ובהתנהלותו של האדם) (מיכאלי, 2007). מדובר בצורך נפשי וגופני חזק וכפייתי להשתמש בסם עם נטייה להגדיל את הכמויות של החומר כדי להגיע למצב הרגשי או הגופני המבוקש. משום שנוצרת תלות גופנית בחומר, מניעת החומר מהצרכן תביא לידי תופעת הגמילה ולעיתים אף לידי מוות.

### הסבר הגורמים לשימוש בסמים

המחקר בשלושים השנים האחרונות זיהה חמש קבוצות עיקריות של גורמים המשפיעים על תחילת השימוש בסמים:

#### **א. גורמים תורשתיים וביולוגיים:**

חלק מהמחקרים שנעשו מצאו קשרים בין תורשה לבין שימוש והתמכרות לסמים ואלכוהול. חוקרים אחרים מניחים כי השימוש בסמים הוא ביטוי להפרעה בחילוף החומרים (מטבוליזם).

#### **ב. גורמים הקשורים לאדם ולאישיותו:**

נבחנו תכונת חיפוש ריגושים (דפוסים של מרדנות, אי-כבוד לממסד, הפרה של מוסכמות חברתיות ונורמות חברתיות, סקרנות, רצון להתנסות בחוויות חדשות ומסעירות, נטילת סיכון וריגושים) ותכונת חרדה ומצבי רוח דיכאוניים ("הפגת המתח" או "טיפול עצמי" בעזרת סמים).

#### **ג. גורמים קוגניטיביים-ציפיות, עמדות וערכים:**

קשר חיובי נמצא בין עמדות חיוביות של בני נוער כלפי הסמים לבין נכונותם להתנסות בסמים ולבין ההתנסות בפועל בסמים.

#### **ד. גורמים בינאישיים וחברתיים:**

הנכונות להתנסות בסמים מתפתחת ומתגבשת תוך כדי יחסי גומלין בין הפרט לבין המערכות החברתיות שעמן הוא נמצא בקשר: משפחה: נמצא שההסתברות לשימוש בסמים גדלה אצל מתבגרים הבאים ממשפחות הרוסות או ממשפחות שהיחסים הבינאישיים בהן פגומים. קבוצת השווים: מחקרים רבים העידו כי לציפיות ולעמדות של חברי הקבוצה, להתנהגותם וללחץ החברתי כפי שהוא נתפס ע"י הפרט יש השפעה ישירה על תחילת השימוש בסמים בקרב מתבגרים.

#### **ה. גורמים מצביים ומימד הסם:**

מתייחסים לפרמקולוגיה של הסם, זמינותו וקיומם של מצבי לחץ (פלום, 1995).

### **3. הפרעת אישיות גבולית ושימוש בחומרים פסיכו אקטיביים**

קיימות ראיות מבוססות לכך שמשותמים רבים בחומרים פסיכו אקטיביים המאובחנים כלוקים בהפרעת אישיות גבולית הם למעשה "פסאודו-גבוליים". הדבר קורה כיוון שתכונות אופייניות למשתמשים לרעה בחומרים פסיכו אקטיביים – כגון (1) מערכות יחסים בין-אישיות לא יציבות או אינטנסיביות, (2) כעס חזק, בלתי הולם שיוצא מכלל שליטה, (3) אי-יציבות רגשית, (4) מעשים של פגיעה עצמית פיזית- יהוו את חמשת הקריטריונים הדרושים לאבחון הפרעת אישיות גבולית, בשילוב עם שימוש לרעה בחומרים פסיכו אקטיביים, בהיעדר מאפיינים בסיסיים של הפרעת אישיות גבולית, כגון הפרעת זהות, אי-יכולת לסבול בדידות ותחושה כרונית של ריקנות או שיעמום. כך לעתים קרובות רואים את "תסמונת הפסאודו-גבולית" באה לידי ביטוי בקרב משותמים לרעה בחומרים פסיכו אקטיביים (קאופמן, 1994).

#### 4. טיפול

בעבר, נהוג היה לחשוב שלא ביכולתם של הסובלים מההפרעה להחלים ומדובר בקרב חסר טעם מבחינת הפרוגנוזה. אולם, היום ישנן דרכי טיפול אפשריות הדורשות זמן ומאמץ מאחר ולא פשוט לשנות דפוסי חשיבה שנקבעו במשך שנים ארוכות. איכות חייו של המטופל יכולה להשתפר מאוד כשמטרתו להפוך את דרכי ההתמודדות הבריאות יותר לנגישות עבורו ובזאת להפחית את המצוקה הנפשית.

#### סוגי טיפול

**פסיכותרפיה:** ניתן להשתמש בעקרונות של הפסיכותרפיה לאחר שהמשתמש לרעה בחומרים פסיכו אקטיביים הלוקה בהפרעת אישיות גבולית פיתח שיטה לאפשר התנורות. השיטה דוגלת בבניית חוזה ברור, אשר במקרה של משתמשים לרעה בחומרים פסיכו אקטיביים מפרט כיצד תושג התנורות וכיצד מעידות יטופלו (קאופמן, 1994). הפסיכותרפיה הדינמית מתמקדת במערכות היחסים המוקדמות של המטופל, כמו גם בקונפליקטים הפנימיים (במיוחד באופן שבו הם באים לידי ביטוי ומתגלים במערכות היחסים עם המטפל) (בוקיאן ואח', 2009). בנוסף, הטיפול עצמו יתמקד, בד"כ, בחידוד תובנתו של המטופל למוטיבציות העומדות בבסיס התנהגותו, לזיהוי השפעות התנהגותו על הסביבה ולשינוי הנחות וסכמות בלתי יעילים בהן מחזיק המטופל. הוספת טיפולים קבוצתיים ומשפחתיים עשויה להועיל בשיפור מיומנויות חברתיות.

**טיפול פסיכו-פרמקולוגי: תרופתי:** הבסיס לטיפול התרופתי הוא ההשערה, שיש קשר בין הפרעת האישיות הגבולית ובין הפרעות אפקטיביות (מוניץ, 1995). תרופות נוגדות פסיכוזה הראו שיפורים במצב הרוח, כעס, חרדה ותלונות גופניות אצל הסובלים מ-BPD.

**אשפוז:** נמצא כגורם יעיל ו"מארגן" במצבי משבר קשים או כאשר קיים חשש משמעותי לאובדנות.

**טיפול דיאלקטי התנהגותי DBT:** מבין כל הטיפולים עבור הפרעת אישיות גבולית, הטיפול שעורר התרגשות גדולה ביותר הוא, קרוב לוודאי, ה-DBT שפותח ע"י ד"ר מרשה לינהאן. על פי מחקרים, הפחיתו אנשים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית שטופלו באמצעות DBT את שיעורי ניסיונות ההתאבדות, התנהגות פרא-אובדנית, דיכאון, התמכרות לסמים וזלילה (בוקיאן ואח', 2009).

ב DBT קיים דגש חזק על דיאלקטיקה, והעניין הבסיסי פה הוא קבלת המטופל כמו שהוא, ובו זמנית לעזור לו לעבור שינוי. בעיקרו, טיפול זה מאזן בין ההתעקשות הבלתי פוסקת של פתרון בעיות על ידי טכניקות התנהגותיות, לבין יחס של קבלה, שמחזקים אותו בטיפול: תיקוף, אמפתיה וקבלת הדברים אפילו

הקיצוניים כמו שהם- לאורך הטיפול צריך איזון והתאמה בין קבלה (תיקוף) לבין שינוי.  
DBT מנסה לאורך הטיפול למסגר מחדש התנהגויות אובדניות ודיספונקציונליות אחרות, כחלק מתהליך  
הלמידה של המטופל דרכים לפתרון בעיות, תוך כדי התאמה לרגשות, מחשבות, והתנהגויות עכשוויות כמו  
שהן. בטיפול DBT מלמדים את המטופל : ויסות רגשי, סובלנות, מודעות עצמית ומיומנויות אישיות  
(Swenson, C.R., Sanderson, C., Dulit, R.A., & Linehan, M.M., 2001).

## חלק ב'

### תיאור מקרה

אמיר (שם בדוי) יליד 1984, רווק. ללא משלוח יד. הופנה למרכזנו מהשירות מבחן למבוגרים בחודש 5\2011  
לצורך אבחון הרגלי השתייה שלו בעקבות מעורבותו בעבירת החזקת סכין כשברקע שלו ביצע עבירת נהיגה  
תחת השפעת אלכוהול.

אמיר בן בכור למשפחה המונה זוג הורים וששה ילדים, חמש בנים ובת אחת. לאחיו הצעיר ממנו הרגלי  
שתייה בעייתיים. אביו מסגר במקצועו אך אינו עובד ומתקיים מהבטחת הכנסה, לפעמים עובד באופן  
מזדמן בשיפוצים. אמו עקרת בית. היחסים בין ההורים בעייתיים ומורכבים ומאופיינים בוויכוחים בלתי  
פוסקים, אלימות מילולית ולעיתים אף אלימות פיזית. האב מתואר כאישיות חלשה בעוד האם הינה  
הדומיננטית בבית.

אמיר תיאר תקופת ילדות קשה מאד ורוויה בחוויות כואבות. המשפחה סבלה מיחס עוין ואלים ואף נידוי  
מהמשפחה המורחבת על רקע סכסוכים בין האחים. בנוסף, אמיר סבל מאלימות מילולית ופיזית מצד אביו  
במיוחד כשניסה להגן על אמו.

בהיותו בן 5, אמיר עבר פגיעה מינית מצד אביו אשר חשף אותו לסרטים וחומרים פורנוגרפיים ואף נהג  
לאונן בפניו בעת שצפה בסרטים. כשאמיר סיפר לאמו על כך הוא חטף מכות קשות מאביו, העלבות ודחייה.  
בנוסף לכך, באותה תקופה אמיר עבר שני מקרים של פגיעה מינית מקרובי משפחה מבוגרים כשניסו לגעת  
בו. בעקבות אירועים קשים אלה אמיר נקלע למצוקה נפשית קשה שהתבטאה בחרדות, הסתגרות ומצבי  
רוח ירודים. אמו שעמדה לצידו ותמכה בו הפנתה אותו לטיפול פסיכולוגי.

אמיר עזב את בית הספר בכיתה ח' על מנת לעזור בפרנסת המשפחה שסבלה ממצוקה כלכלית קשה מאד. חווית הלימודים זכורה לו כחוויה לא נעימה ואף קשה. הוא חווה חרם ונידוי משאר התלמידים בשל השתייכותו למשפחה שהוכרה אז כמשפחה בעייתית. גם הצוות הלימודי התייחס אליו בעוינות אשר התבטאה בזלזול, העלבות ואף קללות.

לאחר הנשירה מהלימודים אמיר עבד באופן מזדמן בעיקר בענף הבניין והשיפוצים.

בהיותו בגיל 16 אמיר עבר אונס קבוצתי מלווה באלימות קשה מקרובי משפחה כנקמה באביו של אמיר. בעקבות אירוע זה הוא הופנה למחלקה הפסיכיאטרית של ביה"ח זיו בצפת ואף שולב בפנימיית נוער השייכת למחלקה זו למשך חודשיים וחצי. מאז אירוע זה לאמיר היו מספר ניסיונות אובדניים ופגיעה עצמית.

אמיר התחיל לשתות בגיל 14-15 כשתייה חברתית שסייעה לו להתמודד עם תחושותיו הקשות בעקבות החוויות מהילדות. במרוצת השנים ובמיוחד לאחר אירוע האונס שתייתו גברה עד לכדי תלות. בנוסף לכך, בשנים האחרונות אמיר התחבר לאחד מהמכורים והסוחרים המוכרים בכפר והתחיל להשתמש בסמים שונים באופן מזדמן.

### **טיפול ודרכי התמודדות**

אחד התחומים השנויים ביותר במחלוקת בעולם הפסיכולוגיה והפסיכיאטריה הוא הפרעת אישיות גבולית ואופן הטיפול הנכון בה. אך מה שאינו שנוי במחלוקת הוא שהטיפול בהפרעת אישיות גבולית הוא קשה, ממושך, רצוף במשברים, ולפעמים גם מסוכן. ממש כמו האבחנה עצמה.

אמיר הגיע לחדר הטיפולי כשהוא סוחר מאחוריו ילדות רוויה בחוויות כואבות, היסטוריה של התעללות טראומטית וסביבה בלתי מתקפת (מאשרת). לפגישה הראשונה הוא הגיע יחד עם אימא שלו ישירות לאחר פגישתם עם קצינת המבחן. כבר באותה פגישה האימא חשפה את סיפור הפגיעה המינית שאמיר עבר בלי לבקש את אישורו. חוסר הגבולות של האימא וההתעלמות המוחלטת מתחושותיו, רצונותיו וקיומו של אמיר עוררו אצלי כעס רב כלפיה ואמפטיה וחמלה כלפי אמיר. ישב מולי בחור מבויש, חסר בטחון, חשדן, חסר אמון (במיוחד במוסדות), ראשו מורכן ולא שומר על קשר עין.

אמיר התחיל תהליך של אבחון בו הוא שיתף פעולה כראוי, הגיע לכל הפגישות וביצע את כל הנדרש ממנו. הוא היה מבולבל ומוצף מאד, דיבר ללא הפסקה, התקשה להתמקד בנושא אחד, דיבר ברמזים ומסתוריות



וגרר אותי לאותו מקום של בלבול, הזדהות-יתר ואף לפעמים קושי בהצבת גבולות (הפגישות איתו ארכו יותר מהזמן המקובל) מתוך רצון, ככל הנראה, להגן עליו ולא לפגוע בו. השיחות איתו היו מאופיינות בקבלה, הכלה לכאב שלו, תמיכה וחוסר שיפוטיות. עם הזמן הוא חש יותר אמון ובטחון ומבחינתו זה המקום היחידי שבוא הוא יכול להתבטא, לשתף, לכעוס ולהביא את עצמו כפי שהוא בלי חשש מדחייה.

הוא אובחן כסובל מהתמכרות לאלכוהול וסמים והפרעת אישיות גבולית. בוועדת האבחון וההחלטה הוחלט על שילובו של אמיר במסגרת קהילה טיפולית (היה בהפסקת שתייה ושימוש מזה ארבעה חודשים). הוא הביע רצון רב, נכונות והסכמה לתוכנית המוצעת והזמן לראיון בקהילת מלכישוע, נסע לשם אך ברח לפני שנכנס לראיון ולי נודע על כך רק כעבור שלושה שבועות בעת שחיכיתי לתשובה ולא קיבלתי. השקרים והמניפולציות של אמיר עוררו אצלי תחושות כעס ואכזבה שבלטו היטב בחדר הטיפול. אמיר התקשה להסביר את מניעיו לבריחתו מהראיון ולהסתרת מידע זה ממני וכמו ילד קטן שמתבייש במעשה רע שעשה כך הוא ישב מולי מבולבל, מבויש, נבוך ונסגר בתוך עצמו. תחושות הכעס והאכזבה שלי עלו ועובדו בפגישות ההדרכה שבמהלכם הבנתי כי פעמים רבות הסובלים מהפרעת אישיות גבולית מצטיירים בעיני הסובבים אותם כשקרנים ומניפולטיביים מאין כמותם. התנהגויות מניפולטיביות אלו הן בדרך כלל ניסיון נואש להתמודדות עם כאב רגשי בלתי נסבל או לחליפין, ניסיון למילוי צרכיהם של הסובבים מההפרעה ללא כוונה כלשהי לפגוע באדם אחר. התנהגויות אלו מהוות בדרך כלל תגובה אימפולסיבית הנובעת מפחד, בדידות, ייאוש וחוסר אונים ולא מתוך כוונה להרע. פעולותיהם נעשות מתוך כוונה אחרת מזו שאותה הם משיגות בפועל. ריחוק במקום קרבה. פעולותיהם לרוב מלוות, עם התעוררות המודעות למניעיהם, בתחושת בושה כבדה. בדיעבד נראה כי בשל התלות שנוצרה אצל אמיר בי כמטפלת והחשש שלו לאבד את המקום שלו בטיפול באם יתנגד לתוכנית הטיפולית הוא "נאלץ" להסכים. כשהגיע לראיון בקהילה והוא הבין את משמעות העניין הוא נתקף חרדה ותחושות של נטישה ובדידות המוכרות לו היטב מהעבר הציפו אותו שוב והפחידו אותו עד כדי בריחה.

באותה תקופה אמיר שיתף ברגשות האהבה שלו אלי ואף הקליט את עצמו מקריא לי שירים שהוא כתב. בשירים הוא חשף רגשות אהבה בעוצמה חזקה מאד, תיאר אותי כמושיעה והאדיר אותי כאדם, כמטפלת וכאהובה. בהתחלה נבהלתי מעוצמת הרגשות שעלו והתחלתי לבדוק עם עצמי אם תרמתי באיזשהו מובן לזה, מה האחריות שלי להתפתחות רגשות אלו, האם לא היית ברורה מספיק עם אמיר והאם לא הצבתי גבולות כמו שצריך ??? מצד שני ידוע לי כי אצל הסובלים מהפרעת אישיות גבולית קיים פיצול בולט בין טוב לרע כמנגנון הגנה פרימיטיבי, וקיימות תנודות ביחס לזולת, מאידיאליזציה מוגזמת לאכזבה קשה ודבליזציה. אותן תנודות רגשיות קיימות גם כן ביחסם לעצמם ובהערכתם העצמית. הנושא טופל בהבנה

וקבלה ומאז חלה תפנית בתהליך הטיפול איתו. אמיר הרגיש יותר בטחון ואמון, נפתח יותר, העלה נושאים רגישים ואישיים מיוזמתו כגון, התנהגותו המינית (אוונות- יתר, קשרים מיניים עם גברים), בזבזנות- יתר, הביע רגשות ותחושות בצורה יותר ברורה ובהירה והצליח להתמקד יותר. יחד עם זאת, סבל מתנודות קיצוניות במצבי הרוח שלו שבלטו מאד בחדר הטיפולי והשפיעו על החלטתו בקשר לשילובו במסגרת קהילה.

כעבור חודשיים אמיר נפל שוב לשתיה ועבר גמילה פיזית באשפוזית טמרה כשהתוכנית, בהסכמתו, היא המשך לקהילה מדלת לדלת. במהלך האשפוז אמיר חזר בו מהחלטתו וסירב להשתתף בראיונות של הקהילות. ההחלטות של אמיר היו, לרוב, תלויות במצב רוחו שנדד באופן קיצוני משבוע לשבוע. תנודות אלו הקשו עלי מאד בקביעת מטרות טיפוליות איתו לטווח הארוך. למעשה קיימת כאן הפרעה בזהות, המתבטאת בחוסר ביטחון בדימוי העצמי ובזהות העצמית ובהעדר מערכת ערכים יציבה. חוסר יכולת הן להתמיד בערכים יציבים, בבחירת קריירה, במטרות לטווח ארוך, בקשרי ידידות ובנאמנות והן להאמין בהם.

כשחזר לטיפול לאחר האשפוז אמיר סיפר על פחד רב ממסגרת הקהילה, פחד ממקום סגור, פחד לעזוב את אמו ואחותו לבד ופחד מחלקים אלימים באישיותו שעלולים לעלות במהלך הטיפול בקהילה.

לאחר חודשיים הנפילה היתה שוב מנת חלקו, והוא נשלח לאשפוזית לגמילה חוזרת. כעבור יומיים הופנה לבדיקה פסיכיאטרית בבית חולים "מזרע" בעקבות מחשבות אובדניות, אובחן כסובל מדיכאון מגירוי ללא סימנים פסיכוטיים, הוצע לו אשפוז אך הוא סירב והומלץ לו על טיפול תרופתי אנטי דיכאוני. הוא שוחרר באותו יום והחליט על דעת עצמו לא לחזור לאשפוזית. כעבור יומיים ביצע ניסיון אובדני (חתך וורידים) וכעבור חודש ביצע ניסיון אובדני נוסף ע"י בליעת כדורים. אני הרגשתי שהגעתי למצב של חוסר אונים. מצד אחד אינני מצליחה למצוא את התוכנית המתאימה ביותר לאמיר ומצד שני המצב שלו הולך ומחמיר והוא ממשיך לפגוע בעצמו ולסכן את חייו ואני לא מצליחה לשמור ולהגן עליו.

בשלב הזה הוחלט יחד עם הרופאה הפסיכיאטרית של המרכז כי הטיפול עם אמיר יתמקד בייצוב מצבו הנפשי ע"י טיפול תרופתי (נוטל רסיטל וטיגריטול) בשילוב פסיכותרפיה התנהגותית דיאלקטית DBT כשהתוכנית של קהילה טיפולית תידחה ותיבדק מחדש עם שיפור מצבו.

הדגש ב DBT הוא על קבלת המטופל כמו שהוא, מתן תיקוף מתמיד לרגשותיו, מחשבותיו והתנהגויותיו ובו זמנית לעזור לו לעשות שינוי.

המטרה העיקרית בעבודה עם אמיר בשלב זה היא הפחתת התנהגויות של פגיעה עצמית- התנהגות אובדנית והפחתת התנהגויות הפוגעות באיכות החיים- חזרה לשימוש בסם. היתה התייחסות מעמיקה לניסיונות האובדניים שהיו ומתן אישור לרגשותיו בעת הניסיון ("אם חתכת את עצמך בטוח שהרגשת באותו רגע שזאת הדרך היחידה להקל על הכאב..") והכוונה לחוסר שיפוטיות ("סיפרת שחתכת שוב כי הסתכלת במראה על הצלקות ונורא התביישת וכעסת על עצמך כל כך שהיית מוכרח לחתוך שוב..") וכמובן הכוונה לאיזון ולאפקטיביות ("האם אתה יכול לראות דרך אחרת להקל על הכאב?")

הטיפול באמיר לא היה קל במיוחד ולפעמים אף מתיש מפני שכל הזמן היו נסיגות ותנודות במצב רוחו והתפרצויות זעם עקב הרגישות הרבה לגירויים חיצוניים בסביבתו כמו וויכוחים עם אביו, התפתחות הרגלי שתייה בעייתיים אצל אחיו, קרבתו הפיזית והיומיומית לתוקפים שפגעו בו מינית.

מניעת החזרה לשימוש בסם נעשתה בשיטת הטיפול הקוגניטיבי – התנהגותי ע"י זיהוי מצבי סיכון, זיהוי טעויות חשיבה ולמידת פירושים מתוקנים לאירועים, ניתוק קשרים עם חברים משתמשים וסוחרים ולמידת מיומנויות סירובו אסרטיביות.

לפני כחודשיים אמיר שיתף כי לאחרונה יש לו מחשבות אובדניות ממשיות ואף תוכניות איך לבצע זאת. אחת הטכניקות המקובלות בשיטת הטיפול DBT היא החתמת המטופל על חוזה בו הוא מתחייב לא לבצע ניסיון אובדני. כשהצעתי זאת לאמיר הוא נלחץ מאד וסירב לחתום. במשך כשעה וחצי ניסיתי לשכנע אותו לעשות זאת אך ללא הועיל. ביחידות הטיפול בהם מועסק מדריך נהוג ומקובל למסור את מספר הטלפון האישי של המדריך שבו ישתמש המטופל בעת מצוקה ובמקרים בהם המחשבות האובדניות הופכות לפעילות וממשיות. במרכז בו אני עובדת אין מדריך, ולכן היתה לי התלבטות קשה אם למסור את הטלפון האישי שלי. מצד אחד, ישנו איום מוחשי וסכנה מיידית לחייו של אמיר וצריך להתערב ומצד שני, החשש שלי שפעולה כזו תתפרש מצידו של אמיר בצורה לא נכונה ותובן כחציית גבולות במיוחד לאור רגשות האהבה שאמיר חש כלפיי. לאחר התייעצות עם המנהלת והרופאה הוחלט למסור לאמיר את מספר הטלפון אך עם הסבר ברור וגבולות ברורים לשימוש בו. הופתעתי מאד כשאמיר סירב לקבל מספר הטלפון בטענה שהוא לא רוצה להכביד עלי!! נראה כי אמיר נרתע ונלחץ מההתחייבות לא לבצע ניסיון אובדני הטמונה בחוזה ובקשר הטלפוני איתי, והקושי לא לעמוד בהתחייבות זו ולכן סירב לה.

בנוסף, הרופאה הציעה לאמיר לפנות למרפאה הקהילתית לבריאות הנפש לטיפול אינטנסיבי יותר אך גם להצעה זו סירב.

כיום אמיר מגיע לשיחות איתי פעם בשבוע, נמצא במעקב קבוע עם הפסיכיאטרית, נקי מסמים ואלכוהול מזה ארבעה חודשים עפ"י דיווחיו והדיווחים של אמו שנמצאת בקשר מתמיד איתנו ומלווה את אמיר בכל התהליך. בפגישות האחרונות אמיר מבקש להשתלב בקהילה טיפולית במטרה להתרחק ולהתנתק מהסביבה הבעייתית בה הוא חי, לשקם את חייו ולהתחיל מחדש.

ושוב אני חוזרת לאותה שאלה ודילמה :

לאור הניסיונות האובדניים שאמיר ביצע, הפגיעה העצמית, המעברים החדים במצבי הרוח (הפרעת אישיות גבולית), האישיות הפגיעה והשברירית, ההשלכות והצלקות הנפשיות עקב הפגיעה המינית הקשה שעבר, הדיכאון בו הוא נמצא והתלות החזקה בי שפיתח במהלך הקשר הטיפולי, האם זה יהיה נכון לשלב אותו במסגרת נוקשה עם גבולות קשוחים וברורים, הומה בגברים כמו קהילה טיפולית מבלי שינסה שוב לפגוע בעצמו או להיפגע ??

מצד שני, טיפול במסגרת שלנו במתכונת של שיחה אחת לשבוע אינו מספיק לנוכח הסביבה הבעייתית בה הוא חי, השכן העברין שמנסה לשדל אותו לסחר בסמים, האבא המתעלל, התוקפים שביצעו בו את האונס ומסתובבים חופשי ליד הבית, האח שמפתח התמכרות... האם לאמיר יש מספיק כוחות להתמודד עם כל זה כמעט לבד ??

מה הטיפול הכי נכון והכי יעיל לאמיר (לסובלים מהפרעת אישיות גבולית בכלל) ??

## ביבליוגרפיה

בוקיאן, נ. פור, ו. וילאגראן, נ. (2009). הפרעת אישיות גבולית: תקווה חדשה למתמודדים ולבני משפחותיהם. הוצאת פוקוס.

מוניץ, ח. עורך. (1995). פרקים נבחרים בפסיכיאטריה. אוניברסיטת תל-אביב. הוצאת פפירוס.

מיכאל, א. (2007). התמכרות והחלמה: סוגיות נבחרות בטיפול במתמכרים. קרית-ביאליק: "אח".

פלום, ח. (1995). השימוש בסמים ואלכוהול בקרב מתבגרים: גורמים ומניעים, מניעה והתערבות. מתבגרים בישראל.

קאופמן, א. (2004). פסיכותרפיה של אנשים עם התמכרויות. קרית-ביאליק: "אח".

DSM IV (1994). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. 4th Ed.

.Washington, Dc : American Psychiatric Association

Swenson, C.R., Sanderson, C., Dulit, R.A., & Linehan, M.M. (2001). The application of Dialectical Behavior Therapy for patients with Borderline Personality Disorder on inpatient units. Psychiatric Quarterly, 72, 4, 307-324.