

Kernberg O, (1984) Severe Personality Disorders

chap.1:Structural Diagnosis, pp 3-26.

פרק 1 – האבחנה המבנית

אחת הבעיות המעסיקות את השדה הפסיכיאטרי הינה האבחנה המבדלת, במיוחד כאשר מתקיימת אפשרות של פתולוגיה של אישיות גבולית. צריך להבחין בין מצבים גבוליים ובין, מחד נזירות ופתולוגיה אופי נורוטית ומאידך פסיכוזות בעיקר סכיזופרניות והפרעות אפקטיביות חמורות.

גם הגישה התיאורית לאבחנה המתמקדת בסמפטומים ובהתנהגות הנצפית והן הגישה הגנטית המדגישה את המרכיב הביולוגי אשר הינן בעלות ערך להבנת הפסיכוזות אינן מספיק מדויקות באשר להפרעות אישיות.

אני מאמין שהבנת המאפיינים המבניים התוך-נפשיים של פציינטים עם ארגון אישיות גבולית ביחד עם האבחנה התיאורית יכולות לשפר את רמת הדיוק האבחנתי.

למרות שקשה יותר לערוך אבחנה מבנית אשר דורשת מהקלינאי יותר תרגול ונסיון ומציבה כמה קשיים מתודולוגיים, יש לה יתרונות במיוחד עם מטופלים אשר אינם נופלים בקלות אל תוך הקטגוריות העיקריות של מחלות נזירות או פסיכוטיות.

גישה תיאורית למטופלים גבוליים יכולה להטעות. לדוגמא, כמה כותבים (Grinker et al., 1968; Gunderson and Kolb 1978), תארו אפקט עוצמתי, בעיקר של כעס ו/או דכאון כאפיון של המטופלים הגבוליים. אולם פציינטים עם אישיות סכיזואידיות אופייניות וארגון אישיות גבולית יכולים בכלל לא להציג כעס או דכאון. הדבר נכון גם לגבי מטופלים נרקיסיסטים אשר הינם בעלי ארגון אישיות גבולי אופייני. התנהגות אימפולסיבית תוארה גם היא כמאפיין שכיח של מטופלים גבוליים, אולם הרבה מטופלים היסטריים עם ארגון נזירי אופייני גם הם בהתנהגות אימפולסיבית. לכן מבחינה קלינית גישה תיאורית בלבד איננה מספיקה במקרים גבוליים. המחקר של קשרים גנטיים אפשריים בין הפרעות אישיות חמורות ובין הפרעות על הספקטרום הסכיזופרני והפרעות אפקטיביות מג'וריות עדיין בחיתוליו. כרגע, להיסטוריה הגנטית יש תרומה מועטה לבעיה הקלינית של הבחנה בין תסמונת נזירות, גבולית ופסיכוטית. נראה שהאבחנה המבנית יכולה לתרום להבנת הפרהדיספוזיציה הגנטית של הסימפטומטולוגיה.

לאבחנה המבנית יש יתרון נוסף בחידוד הפוקוס של הקשר בין סימפטומים שונים של הפרעות גבוליות, במיוחד קונסטלציות של תכונות אופי פתולוגיות שכל כך אופייניות לקבוצה זו. כפי שהצבעתי בעבודות קודמות (1975, 1976), התכונות המבניות של ארגון אישיות גבולית הינו בעל

ערך יישומי פרוגנוסטי. איכות יחסי האובייקט ודרגת האינטגרציה של הסופר-אגו הינם קריטריונים פרוגנוסטיים בטיפול אינטנסיבי במטופלים גבוליים. טבען של ההעברות הפרימיטיביות שמטופלים אלו מפתחים בפסיכותרפיה פסיכואנליטית והטכניקה לטיפול בהם נובעת ישירות מהתכונות המבניות של יחסי האובייקט הפנימיים שלהם. בעבודה עוד יותר מוקדמת (1972) מצאנו שמטופלים לא פסיכוטיים עם חולשת אגו הגיבו טוב לאופנויות טיפוליות אקספרסיביות של פסיכותרפיה אך לא לטיפול תמיכתי או לפסיכואנליזה לא מותאמת.

בקצרה, התוספת של הגישה המבנית מעשירה את הדיאגנוזה הפסיכיאטרית, במיוחד במקרים הקשים לקלאסיפיקציה, ותורמת להחלטה על פרוגנוזה וטיפול.

מבנים נפשיים וארגון אישיות

המושג הפסיכואנליטי של מבנה נפשי נוסח לראשונה על ידי פרויד ב-1923. הוא התייחס לחלוקה הראשונה של הנפש לאגו, סופר אגו ואיד. בפסיכולוגיה האני, אנליזה מבנית התייחסה להשקפה שהאגו יכול להיות מומשג: (1) כ"מבנים" המשתנים באיטיות או כתצורות הקובעים את התיעול של התהליכים הנפשיים, (2) התהליכים הנפשיים או הפונקציות כשלעצמן, (3) הפעלת גבולות הפונקציות והתבניות האלה. מיבנים, לפי המושגים האלה הם תבניות יחסית יציבות של תהליכים נפשיים; סופר אגו, אגו ואיד הם מיבנים שבאופן דינאמי כוללים תת-מבנים, כמו החלקים קוגניטיביים וההגנתיים של האגו. לאחרונה אני משתמש במושג *אנליזה מבנית* לתאור היחסים בין נגזרות המבניות של יחסי אובייקט מופנמים ובין רמות הארגון השונות של התפקוד הנפשי. בהתאם להשקפתו, יחסי האובייקט המופנמים מהווים את תת המבנים של האגו, תת מבנים שמאורגנים בצורה הירארכית.

כמו כן, בחשיבה הפסיכואנליטית של הזמן האחרון, אנליזה סטרוקטורלית מתייחסת גם לאנליזה של הארגון הקבוע של תוכן הקונפליקטים הלא מודעים, במיוחד התסביך האדיפלי כמאפיין מארגן של הנפש אשר יש לה הסטוריה התפתחותית והוא מאורגן באופן דינמי במובן שהוא לוכד אל תוכן התנסויות מוקדמות ומארגן את הדחף של שלב ספיציפי לתוך ארגון חדש. המשגה זו של המבנים הנפשיים מתקשרת לגישת יחסי אובייקט. בהתייחס להבנייה של יחסי אובייקט מופנמים: התכנים הנפשיים הבולטים, כמו התסביך האדיפלי, משקף ארגון של יחסי אובייקט מופנמים.

אני מיישם את כל הקונספטים המבניים כדי לנתח את המבנים הפנים נפשיים העיקריים ואת הקונפליקטים הייצריים של המטופלים הגבוליים. אני מציע שקיימים שלושה ארגונים מבניים רחבים של חיי הנפש של האדם והם ארגוני האישיות הנירוטית, הגבולית והפסיכוטית. בכל אחד מהם הארגון המבני הוא שממלא את התפקיד של היצוב של המערכת המנטאלית ומתווך בין הגורמים האטיולוגיים ובין הביטויים ההתנהגותיים הישירים של המחלה. בלי קשר עם הגורמים הגנטיים,

המבניים, הביוכימיים, המשפחתיים, והדינאמיים, התורמים להתפתחות של המחלה, ההשפעות של כל אותם גורמים בסופו של דבר מתבטאות במבנה הנפשי של האדם. וזוהי המטריצה הבסיסית מתוכה הסימפטומים מתפתחים.

סוגים אלו של הארגון הנירוטי, הגבולי והפסיכוטי מתבטאים בכל מיני איפיוניים ובעיקר באיפיונים הבאים: (1) דרגת גיבוש הזהות, (identity integration) (2) הסוגים של מנגנוני ההגנה שהאדם משתמש בהם (3) יכולתו לבחון מציאות. המחבר טוען, שמבנה אישיות נירוטי בניגוד לגבולי ובניגוד לפסיכוטי, משמעו זהות מגובשת (integrated identity). מבנה האישיות הנירוטי, מציג ארגון הגנתי המתמקד סביב הדחקה ומנגנוני הגנה אחרים מתקדמים מדרגה גבוהה יחסית. בניגוד לכך, מבנים פסיכוטיים או גבוליים מצויים אצל אנשים שיש להם מנגנוני הגנה פרימיטיביים דומיננטיים הממוקדים במנגנונים של splitting פיצול. בוחן המציאות נשמר גם בנירוטי וגם בגבולי אבל פגוע ביותר בארגון האישיות הפסיכוטי. הקריטריונים המבניים האלו יכולים להוסיף על התיאורים הפנומנולוגיים וההתנהגותיים של מטופלים ולחדד את הדיוק של אבחנה מבדלת של מחלת הנפש, בעיקר במקרים שקשה לסווג.

קריטריונים מבניים נוספים שיכולים לעזור ביותר להבדיל בין ארגון אישיות גבולי לבין הנירוזות בעיקר בשל נוכחות או היעדרות של גילויי חולשת אני לא ספציפיים, חוסר טולרנטיות לחרדה, חוסר בשליטה דחפית, וחוסר יכולת לסובלימציה; וכדי להבחין את המקרים הגבוליים מסכיזופרניה גם בדיקת המצאותם או העדרם של תהליכי חשיבה ראשוניים בתמונה הקלינית. גם המידה וגם האיכות של גבוש הסופר-אגו גם הם איפיונים מבניים חשובים המבחינים את הנירוטי מהגבולי.

הראיון המבני כשיטה דיאגנוסטית

הראיון הפסיכיאטרי המסורתי נבנה בעקבות הראיון הרפואי הכללי ואומץ בעיקר עבור מטופלים פסיכוטיים או אורגניים. בהשפעת התיאוריה והפרקטיקה הפסיכואנליטית הדגש הועבר בהדרגה אל האינטראקציה של פציינט-מראיין. השאלות הסטנדרטיות הוחלפו בהערכה יותר גמישה של בעיות מרכזיות, והתמקדה ביכולתו של המטופל להבין את הקונפליקטים שלו ולקשר אותם להתנהגותו בתוך הראיון.

כותבים שונים שעסקו בהבניית הראיון הפסיכיאטרי התרכזו באינטראקציה של המטפל-מטופל כמקור מרכזי לאינפורמציה. Gill et al (1954) עיצבו מודל חדש לראיון פסיכיאטרי השם דגש על הערכה מקיפה של המטופל וחיזוק הרצון לשלו לעזרה. טבע ההפרעה, המוטיבציה והיכולת לפסיכותרפיה מוערכים דרך האינטראקציה שנוצרת עם המראיין. גישה זו יוצרת קשר מידי בין הפסיכופתולוגיה ובין האינדיקציה לטיפול פסיכותרפואטי. היא גם מתמקדת על התנגדויות אשר נעשות בעיות מרכזיות בשלבי הטיפול המוקדמים. מאחר והאלמנטים התמיכתיים משולבים בגישה

זו היא נוטה להאיר את החלקים החיוביים, ולעיתים יכולה להחמיץ אספקטים של הפסיכופתולוגיה של המטופל.

Deutsch (1949) הציעה שיטה פסיכואנליטית לראיון שתחשוף קשרים לא מודעים בין הבעיות העכשוויות והעבר של המטופל. מרקע תיאורטי אחר Rogers (1951) הציע סוג ראיון שעודד את המטופל לגלות את החוויות הרגשיות שלו ואת הקשרים ביניהן. חסרון של גישות בלתי מובנות אלו בכך שהן מצמצמות את הנתונים האובייקטיביים ולא חוקרות באופן סיסטמטי את הפסיכופתולוגיה של המטופל.

הראיונות הקליניים שתארתי הפכו לכלים חשובים בהערכה התיאורית והדינמית, אבל לדעתי הם אינם מאפשרים להוציא את הקריטריון המבני שמבדיל את ארגון האישי הגבולי. Bellack (1973) פתחו ראיון קליני מובנה בנסיון להשיג אבחנה מבדלת בין סובייקטים נורמליים, פציינטים ניאורוטיים וסכיזופרנים על בסיס של מודל מבני לתפקודי האגו. למרות שהם לא חפשו להבחין פציינטים גבוליים, מחברים אלו מצאו הבדלים ניכרים בין שלושת הקבוצות בהערכת תפקודי האגו. המחקר שלהם מראה את התועלת של גישה מבנית לאבחנה מבדלת.

בשיתוף עם כמה קלינאים פתחתי את *הראיון המבני* על מנת להאיר את האיפיונים המבניים של שלושה סוגי ארגון אישיות. הראיון מתמקד על סימפטומים, קונפליקטים, או קשיים שהמטופל מציג, והדרכים המסוימות בהן בעיות אלו משתקפות באינטראקציה של כאן ועכשיו עם המראיין.

אנו מניחים שהתמקדות המראיין על הקונפליקטים העיקריים של המטופל ייצרו מספיק מתח, כך שהביטויים ההגנתיים העיקריים אצל המטופל והארגון המבני של התיפקוד הנפשי שלו, כל אלה יעלו על פני השטח. בהארה של האופנים ההגנתיים בתוך הראיון אנחנו מקבלים נתונים המאפשרים לנו לסווג אותו לאחד משלושת סוגי האישיות על בסיס דרגת גיבוש הזהות שלו (האינטגרציה בין ייצוגי העצמי והאובייקט), סוג מנגנוני ההגנה העיקריים בהם משתמש, ועל בסיס היכולת לבחון מציאות. במטרה לאבחן איפיונים מבניים אלו פתחנו ראיון אשר משלב את הבדיקה המסורתית של סטטוס נפשי עם ראיון באוריינטציה פסיכואנליטית המתמקד על האינטראקציה בין מטפל-מטופל, ועל הבהרה, קונפרונטציה, ופרוש של קונפליקטים זהותיים, מנגנוני הגנה, ועיוות מציאות שהפציינט מראה באינטראקציה, במיוחד אם הם גם מבטאים אלמנטים העברתיים שנתן לזהותם.

לפני שאתאר את הראיון ישנן כמה הגדרות שיכולות לסייע.

הבהרה *clarification* מתייחסת לבדיקה, לחקירה של המטופל של אותם חלקים באינפורמציה שהוא סיפק שנותרו מעורפלים, לא ברורים, מעוררי שאלה, סותרים או בלתי שלמים. הבהרה הינה הצעד הקוגניטיבי הראשון במובן שמה שהפציינט אומר. מדובר בדרך שאינה תשאול, במטרה לחשוף את כל המשמעויות ולגלות את רמת ההבנה או הבלבול שלו בהתייחס למה שנותר לא ברור.

הבהרה מכוונת לעורר חומר מודע או סמוך למודע בלי לאתגר את המטופל. זה המטופל בעצמו שמבהיר את התנהגותו ואת החוויה התוך אישית שלו והוא שמוביל אותנו להבין ולתפוש את גבולות המודעות העצמית שלו.

עימות. confrontation. זהו הצעד השני בתהליך הראיון, המציג בפני המטופל איזורים של אינפורמציה שהוא סיפק שנראים סותרים או בלתי מתאימים. עימות משמעו להצביע למטופל על אותם היבטים של האינטראקציה שמצביעים על נוכחותו של תפקוד קונפליקטואלי וכתוצאה מכך, את הנוכחות של מנגנוני הגנה, ייצוגי עצמי ויצוגי אוביקט סותרים, וירידה במודעות למציאות. בתחילה, יש למשוך את תשומת לך המטופל למשהו באינטראקציה שהוא לא היה מודע לו או שהתייחס אליו באופן טבעי, או שהמראיין קבל זאת כלא מותאם, בסתירה לאספקטים אחרים של האינפורמציה, או מבלבל. קונפונטציה דורשת לשלב חומר מודע ופרהמודע שהמטופל מציג או חווה באופן נפרד. המראיין מעלה את השאלה של מה המשמעות האפשרית להתנהגות מסוימת עבור תפקודו. היכולת של המטופל להתבונן בדברים האלה בצורה שונה ללא רגרסיה נוספת, להבין את הקשר של היחסים הפנימיים בין הסוגיות השונות, ובעיקר היכולת לגבש (to integrate) את המושג של העצמי ושל האחרים, כל אלה הם אינפורמציה דיאגנוסטית חשובה. העליה או הירידה בביקורת המציאות המשתקפת מתגובתו של המטופל לעימות, והאמפתיה שלו למראיין כמשקפת מודעות חברתית ובוחן מציאות מאירים גם הם את האבחנה. לבסוף, המראיין מייחס, משייך היבטים שונים של האינטראקציה "כאן ועכשיו" עם בעיות אחרות בתחומים אחרים וכך יוצר חיבור בין בעיות, תיאוריות ותלונות של המטופל לבין איפיונים אישיותיים מבניים. עימות אם מגדירים אותו כך דורש טאקט וסבלנות, זוהי לא דרך תוקפנית לחדור לתוך מוחו של המטופל או נסיון לקטב את היחסים איתו.

פירוש. interpretation. בניגוד לעימות, מחבר חומר מודע ופרה-מודע עם פונקציות או מוטיבציות לא מודעות משוערות בכאן ועכשיו. פירוש עוסק במקורות הקונפליקטואליים של הדיסוציאציה של מצבים שונים של האגו (פיצול בין ייצוגי עצמי ואוביקט), האופי והמניעים להפעלת מערכי ההגנה, והנטישה ההגנתית של ביקורת המציאות, כל אלה נחשפים בתהליך הפירוש. במילים אחרות, הפירוש מתמקד בחרדות ובקונפליקטים המופעלים במהלך הראיון. עימות, מצרף יחד ומנסה לארגן מחדש מה שנצפה; פירוש מוסיף מימד משוער של סיבתיות ושל עומק לחומר. המראיין מחבר כך את הפונקציות העכשוויות של התנהגויות ספציפיות עם הקונפליקטים, המניעים, והחרדות שמונחות בבסיס ההתנהגויות, באופן שמבהיר את הקשיים הכלליים של המטופל מעבר לאינטראקציה העכשווית. לדוגמה, להראות למטופל שהתנהגותו מגלה חשדנות ולחקור את המודעות שלו לדפוס זה זהו עימות; להציע שהחשדנות או הפחד שלו נובע מכך שמייחס למראיין משהו "רע" שהוא מנסה להפטר ממנו בתוך עצמו (ואשר אליו המטופל לא היה מודע) זהו פירוש.

העברה transference הכוונה היא לנוכחות בתוך האינטראקציה האבחנתית של התנהגות בלתי מתאימה שמשקפת הפעלה מחדש (reenactment) לא מודעת, של יחסים קונפליקטואליים ופתולוגיים עם אחרים משמעותיים מעברו של המטופל. תגובות העברתיות מספקות את הקונטקסט לפירושים המחברים בין ההפרעה של ה"כאן ועכשיו" עם חווית ה"שם ואז". להצביע על כך שהוא פועל בדרך חשדנית ועם שליטה כלפי המאבחן זהו עימות. אולם, להצביע על כך שיתכן והוא רואה את המאבחן כשולט, נוקשה וחשדן - ולכן הוא צריך להיות בשליטה בשל המאבקים שלו עם כאלו נטיות בתוכו- זהו פרוש. להצביע על כך שהמטופל נאבק עם המראיין שמייצג "אויב" פנימי בעל אותם מאפיינים מאחר והוא התנסה באינטראקציה דומה בעבר עם דמות הורית, זהו פרוש של ההעברה.

לסיכום, הבהרה היא אמצעי קוגניטיבי, לא מאתגר, לחקור את גבולות המודעות של המטופל לגבי חומר מסוים. הקונפרונטציה מנסה לעורר מודעות במטופל לגבי אספקטים קונפליקטואליים ולא תואמים של החומר. הפרוש מנסה לפתור את טבעו הקונפליקטואלי של החומר דרך לגבי מניעים והגנות לא מודעות ובכך מסייעות לסתירות לקהל הסבר לוגי. פרוש ההעברה מייחסת את כל האופניות הקודמות לאינטראקציה הנוכחית בין המטופל והמאבחן.

ראיונות מבניים מסוג זה יוצרים לחץ לא מבוטל על המטופל, משום ההתמקדות על העימות עם הפרוש של ההגנות, של הקונפליקטים בזרות, של בוחן המציאות ושל העיוות של יחסי אובייקט מופנמים, ועל קונפליקטים רגשיים וקוגניטיביים. במקום להקל על המטופל ולהפחית את ההגנות שלו בכך שמתעלמים ממנה, המראיין מנסה להוציא מהמטופל את החלק הפתולוגי בארגון הפונקציות של האגו כך שנפיק אינפורמציה המתייחסת לארגון המבני של המחלה. הגישה אותה אני מתאר איננה של ראיון מסורתי מלחיץ אשר מנסה לייצר קונפליקטים או חרדה מלאכותיים. להיפך, הבהרת המציאות והעימות דורשים טאקט ומשקפים דאגה וכבוד כלפי המציאות הרגשית של המטופל והתחברות כנה בניגוד למה שלעיתים נראה כאדישות או סובלנות "מתנשאת" כלפי אי מותאמות.

האיפיונים המבניים של ארגון אישיות גבולי

סימפטומים תאוריים כהוכחה "משוערת"

הסימפטומים ותכונות האופי הפתולוגי, הם לא קריטריון סטרוקטורלי אבל הם מכוונים את הקשב של המראיין למבנה האישיות הגבולי. הנוכחות של סימפטומים, שיש להם לכאורה אופי פסיכוטי ושהם לא נראים מצדיקים או מתאימים לאבחנה של הפרעה אפקטיבית מג'ורית או של סכיזופרניה, או של סנדרום אורגני, סימפטומים כאלו יצביעו לכיוון של בחינה ובדיקה של האיפיונים המבניים של

ארגון אישיות גבולי. הסמפטומים של מטופלים גבוליים דומים לסמפטומים של נירוזת רגילה או של הפרעת אופי, אבל השילוב שלהם עם תכונות מסוימות מיוחדים למקרים גבוליים.

להלן יובאו סמפטומים שהם בעלי חשיבות מיוחדת.

1. חרדה anxiety, חולים גבוליים נוטים להיות בעלי חרדה, דיפוזית, כרונית ומציפה.

2. נירוזה מרובת סמפטומים - Polysymptomatic neurosis, מטופלים רבים מציגים כמה

סמפטומים, אולם צריך לקחת בחשבון כאשר יש יותר משניים מהסמפטומים הבאים:

א. ריבוי פוביות, במיוחד כאלו המגבילות את המטופל בחיי היוםיום.

ב. סמפטומים אובססיביים קומפולסיביים שהפכו לאגו-סינטונים ולכן הם בעלי איכות של יתר מחשבות ומעשים.

ג. סמפטומים קונברסיביים (ממירים) ביזאריים, במיוחד אם הם כרוניים.

ד. תופעות דיסוציאטיביות כל מיני מצבי הכרה "דמדומיים", פוגות, ושכחה המלוות בהפרעה במודעות.

ה. היפוכונדריות

ו. תכונות היפוכונדריות ופרנואידיות עם כל נירוזת סימפטומטית.

3. נטיות לסטיות מיניות מרובות - Polymorphous perverse sexual trends. אנשים בעלי סטיה

מינית עם כל מיני נטיות מעורבות. ככל שהפנטזיות והמעשים יותר כאוטיים ומרובים, וככל שיחסי אובייקט לא יציבים מעורבים באינטראקציות אלו, יש לשער שמדובר בארגון אישיות גבולית. צורות שונות ביזאריות של סטיה במיוחד אלו המפגינות תוקפנות פרימטיבית או התקה פרימיטיבית של מטרות גניטאליות שמותקות לדברים אחרים כמו השתנה, הפרשת צואה, כל אלה מצביעים על אפשרות של ארגון אישיות גבולי.

4. מבני אישיות פרה-פסיכוטיים קלאסיים Classical prepsychotic personality structures.

א. האישיות הפרנואידית (נטיות פרנואידיות בעצמה כזו שצובעות את התיאור הדיאגנוסטי).

ב. האישיות הסכיזואידית

ג. האישיות ההיפומאנית וארגון האישיות הציקלוטימית עם נטיות היפומניות חזקות.

5. נירוזת דחף והתמכרויות, מתייחס כאן לאותן צורות של פתולוגית אגו חמורה אשר בה התפרצויות חזרתיות כרוניות של הדחף לספק צרכים אינסטינקטואליים באופן שהם אגו דיסטונים חוץ מאשר באפיזודות "טעונות דחף" שהן אגו סינטוניות אשר במהלכה של האפיזודה יש הנאה עצומה. אלכוהוליזם, התמכרויות לסמים, וצורות שונות של אכילת יתר וקלפטונמניה הינן דוגמאות

6. הפרעות אופי ב"רמה נמוכה", כולל הפרעת אופי טיפוסית חמורה המיוצגת על ידי אופי כאוטי ונשלט על ידי הדחף, בניגוד לסוגים של מבנה אישיות קלאסיים המבוססים על תצורת תגובה (reaction formation) או צורות יותר קלות של "תכונות המנעות" שונות. מנקודת מבט קלינית לאישיות ההיסטרית הטיפוסית אין מבנים גבוליים; הדבר נכון גם לגבי רוב האישויות האובססיביות –קומפולסיביות והמבנים של "אישיות דכאונית" או אישיות מזוכיסטיות עם אינטגרציה טובה. בניגוד לכך הרבה אישיות ילדותיות, ואישיות נרקיסטיות טיפוסיות בבסיס שלהן נמצא ארגון אישיות גבולי; וגם אישיות "כאילו as-if" שייכות לקבוצה זו. כל המבנים הברורים של אישיות אנטיסוציאלית הציגו ארגון אישיות גבולית.

כל הסמפטומים האלו ביחד עם התכונות הדומיננטיות של הפרעת אופי צריכות להיחשף בברור הסמפטומים שמביאים מטופל לטיפול. הבירור צריך לכלול את האיפיונים של היחסים הבין-אישיים וחיי החברה של המטופל ביחס לעבודתו ולמשפחתו; קשרים מיניים וזוגיים; האינטראקציה שלו עם קרובי משפחה, חברים, מכרים; והיחסים שלו עם אזורים יצירתיים, תרבות, פוליטיקה, דת, והתעניינויות קהילתיות אחרות. עם כל הפציינטים אשר לגביהם אנחנו מבצעים הערכה של ארגון אישיות גבולי, חשוב לקבל מידע על היחסים הבין-אישיים.

חסר בזהות אינטגרטיבית : הסינדרום של זהות דיפוזית

באופן קליני, זהות דיפוזית (identity diffusion) מיוצגת על ידי תפיסה לא מגובשת של העצמי ושל האחרים המשמעותיים. זה משתקף בחוויה סובייקטיבית של ריקנות כרונית, תפיסות עצמי סותרות, התנהגות סותרת שאינה מחוברת למשמעות רגשית, ותפיסות רדודות, שטוחות ומצומצמות של האחרים. באופן דיאגנוסטי, זהות דיפוזית תתבטא בחוסר היכולת של המטופל להציג בפני המראיין אינטראקציות משמעותיות שאיתן המראיין יכול להיות אמפתי ולהזדהות ולהבין יותר על התפיסה של המטופל של עצמו ושל האחרים באינטראקציות אלו.

באופן תאורטי, ההנחות הבאות נמצאות בבסיס של חוסר האינטגרציה של תפיסת העצמי ושל תפיסת האחרים המשמעותיים (קרנברג, 1975): (1) בארגון אישיות גבולי, יש מספיק דיפרנציאציה של יצוגי העצמי מיצוגי האוביקט על מנת שיהיה איזשהו שימור של גבולות אני (כלומר, גבול ברור בין עצמי לאחרים). במבנים פסיכוטיים לדוגמא מופיע חוסר נפרדות בין יצוגי האחר והעצמי. (2) בניגוד למבנים נוירוטיים, שבהם כל הדימויים העצמיים (גם ה"טובים" וגם ה"רעים") גובשו לעצמי כולל ומקיף, וכאשר דימויי "טוב" ו "רע" של אחרים יכולים להיות מגובשים למושגים ברורים של האחר, הרי שבארגון אישיות גבולי, כזאת אינטגרציה לא קיימת, והן ייצוגי עצמי וייצוגי אוביקט

נשאים מרובים, סותרים גם מבחינה אפקטיבית וגם מבחינה קוגניטיבית. (3) הכשולן לגבש היבטים של "טוב" ו"רע" של המציאות של העצמי ושל האחרים נובע, אנו מניחים, מתוקפנות מוקדמת חמורה ביותר שמופעלת במטופלים האלו: הדיסוציאציה הניתוק בין "טוב" ו"רע" גם בייצוגי העצמי וגם בייצוגי האובייקט בעצם מגינה על האהבה והטוב מפני הדבקותם והזדהמותם על ידי השנאה ורוע.

בראיון המובנה, זהות דיפוזית משתקפת במידה רבה בהיסטוריה של התנהגויות סותרות או של חילופים מהירים בין מצבים אמוציונאליים, שמשקפים כאלו סתירות התנהגותיות ותפישות של העצמי עד שהמראיין מוצא זאת קשה ביותר לתפוש את המטופל כאדם "שלם". בזמן שאפילו בפתולוגית אופי נירוטית חמורה, ההתנהגויות והמגע הבין אישי הסותר מבטאים דימוי פתולוגי של המטופל על עצמו, אבל מגובש במידה רבה, גם של עצמו וגם של אחרים, הרי שבארגון אישיות גבולית אין ראייה פנימית מגובשת של עצמו ושל האחר.

לדוגמה, פציינטית נירוטית עם מבנה אישיות היסטרוני אמרה בראיון שהיא רוצה עזרה בקשייה המיניים אבל סרבה לדון בהם. בעימות עם סתירה זו היא הסבירה שמראיינים גברים יהנו מההשפעה המשפילה שאשה חשה כאשר היא מדברת על קשייה המיניים, שהם יכולים להתרגש מינית מכך שהם מורידים מערכה כנחותה מינית. תפיסה זו של הגבר ושל האופי המשפיל של החוויות המיניות וחשיפתן היו חלק של תפיסה מגובשת – גם אם פתולוגית- של עצמה ושל האחרים.

לעומת זאת, מטופלת עם מבנה אופי אינפנטילי ואישיות גבולית הסבירה כמה היא נגעלת מגברים שכל רצונם הוא להשתמש בנשים כאובייקטים מיניים, כיצד הייתה צריכה לברוח מניסיונות הטרדה מינית של אחד מהבוסים הקודמים שלה, וכיצד היא נמנעת מקשרים חברתיים בשל הגישות המיניות הטורפניות של הגברים. אך היא גם סיפרה שעבדה זמן מה בתור "שפנפה" במועדון פלייבוי, והיא הייתה מופתעת מאוד כשהמראיין הציג בפניה את הסתירה בין טענותיה לבין בחירת התעסוקה שלה.

זהות דיפוזית משתקפת גם בתיאורים של אנשים משמעותיים בחייו של המטופל שלא מאפשרים למראיין "לחבר אותם יחד", לקבל תמונה שלמה וברורה שלהם. התיאור של אחרים משמעותיים הוא לעתים כה סותר שהם נראים יותר כקריקטורות מאשר אנשים מציאותיים. אישה אחת שחיה במערכת יחסים של "מנאז' טרואה" לא יכלה לתאר את המאפיינים של החבר והאישה עמם חיה או את הקשרים המיניים והאנושיים ביניהם, ובמיוחד, שלהם איתה. מטופלת אחרת עם אישיות גבולית בעלת מבנה אישיות מזוכיסטי תיארה את אימה בזמנים שונים בראיון כאישה חמה, מקסימה, רגישה וערנית לצרכיה של המטופלת; ובזמנים אחרים כאישה קרה, אדישה, חסרת רגישות, אגואיסטית, ומכונסת בעצמה. ניסיונות להבהיר את הסתירות הגליות הללו הובילו קודם כל

להגברת חרדה מצידה של המטופלת. לאחר מכן הרגישה שהיא מותקפת על ידי המראיין, שמבקר אותה על כך שיש לה דימויים סותרים של אימה, ובאופן בלתי נמנע, על כך שהיא מטפחת רגשות "רעים" כלפיה. הפירוש של ההשלכה של רגשות האשמה שלה על המראיין הוריד את החרדה שלה אך השאיר את המטופלת עם חוויה כואבת של תפיסה כאוטית של אימה. מטופלת יכולה, כמובן, לתאר אדם שהוא באמת כאוטי, כך שעלינו להבחין בין תיאור כאוטי של אדם אחר ובין תיאור מדוייק של אדם שהוא אכן סותר באופן כרוני. זוהי בפועל משימה קלה יותר ממה שאנחנו חושבים.

הראיין המבני מאפשר לנו לרוב לחקור כיצד המטופל תופס את המראיין ואת הקושי של המטופל לגלות אמפטיה כלפי ניסיונות המראיין לחבר את מה שהוא תופס כתפיסות המטופל אודותיו. בקיצור, הראיין המבני מכיל מצב ניסיוני בו ניתן לחקור ולבחון את מידת האינטגרציה של העצמי ושל תפיסת אובייקטים.

זהות אני מגובשת משקפת ארגון אישיות נירוטי של מטופל עם בוחן מציאות תקין. זהות פתולוגית, לא נורמלית יכולה להופיע אצל חולים עם מערכת דלזיונלית כרונית, כלומר מאניים דפרסיביים או סכיזופרניים. באופן מבני ניתן לומר שגם האינטגרציה וגם ההתאמה למציאות מבדילה בין נירוטים לארגון אישיות פסיכוי.

סוגיה מבנית קרובה, קשורה באיכות יחסי האובייקט: היציבות והעומק של היחסים של המטופל עם אחרים משמעותיים הבאים לידי ביטוי על ידי חום, מסירות, דאגה וטאקט. גם היבטים כמו אמפתיה, הבנה והיכולת לשמר קשר אפילו כאשר הוא מותקף על ידי קונפליקט או תיסכול. האיכות של יחסי האובייקט תלויה במידה רבה בגיבוש זהות, שכולל לא רק את דרגת הגיבוש אלא גם המשכיות של תפישת העצמי ושל תפיסת האחר. באופן נורמאלי אנחנו חווים את עצמנו כעיקביים לאורך זמן ובנסיבות שונות ומשתנות ועם אנשים שונים, ואנחנו חווים קונפליקט כאשר סתירות בדימוי העצמי שלנו מופיעות. אותו דבר נכון לגבי ההתנסות שלנו עם האחרים. אבל בארגון אישיות גבולי הרציפות הולכת לאיבוד; למטופלים כאלו יש יכולת מועטה להערכה ריאליסטית של אחרים. היחסים ארוכי הטווח של המטופל הגבולי עם האחרים, מאופיינים על ידי תפישה מעוותת שלהם. הוא לא מצליח למצוא בעצמו אמפתיה אמיתית כלפי האחרים; היחסים עם האחרים הם כאוטיים ורדודים; יחסים אינטימיים נגועים בקונפליקטים גניטאליים ופרה-גניטאליים אופייניים.

איכות יחסי האובייקט של המטופל יכולים להופיע באינטראקציה עם המראיין. אינטראקציות דיאגנוסטיות אלו לעיתים מאפשרות להבדיל בין אישיות נירוטית הבונה קשר אישי מותאם לבין אישיות גבולית עם קשר כאוטי, ריק, מעוות וחסום. במקרה של ארגון אישיות פסיכוי, כאשר בוחן המציאות נפגע, העיוותים חמורים אף יותר. בארגון אישיות גבולי מתקיימת קומבינציה בין בוחן מציאות שמור ובין עיוותים של האינטראקציה. המעבר התכוף בין האינטראקציה הנוכחית של מראיין-מטופל ובין קשייו של המטופל עם אחרים משמעותיים מספק חומר נוסף להערכת יחסי

האובייקט שלו.

מנגנוני הגנה פרימיטיבים

הבדל נוסף שקיים בין ארגון אישיות נויירוטי מחד ומבנים פסיכוסטיים וגבוליים מאידך, הוא האופי של הארגון ההגנתי. בנוירוטי, כפי שהוזכר קודם לכן, הארגון הזה מתמקד בהדחקה ובמנגנוני הגנה מסדר גבוה. בניגוד לכך, מבנים פסיכוסטיים וגבוליים מאופיינים על ידי דומיננטיות של מנגנוני הגנה פרימיטיביים בעיקר מנגנונים של פיצול. הדחקה, ועוד מנגנונים מדרגה גבוהה כמו תצורת תגובה, בידוד, undoing, אינטלקטואליזציה ורציונאליזציה מגינים על האני מקונפליקטים תוך נפשיים על ידי הדחייה של נגזרות הדחף או של הייצוגים הרעיוניים של הדחפים מהאגו המודע. פיצול ומנגנונים נוספים הקשורים בכך, מגינים על האגו מפני קונפליקטים באמצעים של ניתוק, דיסוציאציה, או שמירה באופן נפרד של חוויות סותרות של העצמי ושל האחרים. כאשר מנגנונים כאלה משתלטים מצבי אני סותרים מופעלים לחליפין. ככל שמצבי האני הסותרים האלה יכולים להשמר מופרדים אחד מהשני נמנעת או נשלטת החרדה הקשורה בקונפליקטים אלו.

מנגנון של דיסוציאציה פרימיטיבית או של פיצול והמנגנונים של אידאליזציה פרימיטיבית, השלכה פרימיטיבית (במיוחד הזדהות השלכתית), הכחשה, אומניפוטנטיות ודה-אבלואציה, כל אלה יכולים לעלות באינטראקציה הקלינית של המטופל והמאבחן. ההגנות האלה שומרות על המטופל הגבולי מפני הקונפליקט התוך נפשי אבל במחיר של החלשת תפקודי האני שלו, בשל הפחתת יעילות ההסתגלות והגמישות בראיון הקליני וגם בחיים בכלל. מנגנוני הגנה פרימיטיביים אלו כאשר הם מופיעים בארגון פסיכוסטי הם מגנים על המטופל מהתפרקות נוספת של הגבולות בין העצמי לאובייקט. העובדה היא שניתן להבחין באותם מנגנוני הגנה אצל גבוליים ופסיכוסטיים, אולם באופן קליני הם משרתים פונקציות שונות. פרוש של הפיצול ושל מנגנונים אחרים הקשורים בכך, עם פצינט שיש לו ארגון אישיות גבולי גורם לגבש יותר את האני ולשפר את התיפקוד המידי של הפצינט. שיפור מידי זה, אפילו אם הוא רק זמני, בהסתגלות החברתית ובבחון המציאות יכולה לשמש למטרות דיאגנוסטיות. בניגוד לכך פירוש של ההגנות האלה למטופל פסיכוסטי בתוך ראיון איבחוני, עלול להוביל, ברוב המקרים לרגרסיה בתיפקוד שלו. כלומר, האופן בו המטופל מגיב לפרוש הינו משמעותי לאבחנה דיפרנציאלית בין ארגון גבולי ופסיכוסטי.

מנגנון הפיצול - Splitting. הבטוי הברור ביותר של מנגנון הפיצול הוא החלוקה של אובייקטים חיצוניים ל"הכל טוב" או "הכל רע" עם האפשרות של שינויים, מעברים חריפים מקיצוניות אחת לקיצוניות אחרת, כלומר, שינוי פתאומי ומעברים מלאים, של רגשות ושל המשגות לגבי אדם מסויים. תנודות חריפות, קוטביות וחזרתיות כאלה בין מושגי עצמי סותרים, היא עוד סוג של המחשת מנגנון הפיצול. בראיון הדיאגנוסטי, שינויים פתאומיים בתפישה של המראיין או בתפישת המטופל את עצמו, או הפרדה מוחלטת של תגובות סותרות לאותו נושא יכולה לשקף מנגנונים של

פיצול באינטראקציה של "כאן ועכשו". התגברות החרדה כאשר מצביעים למטופל על דימויים סותרים כאלו, על היבטים שונים של דימויי העצמי ודימויי האחרים, מצביעה גם כן על שימוש במנגנון הפיצול. נסיונות של המראיין להבהיר, לעמת, ולפרש את הסתירות בעצמי ובייצוגי האובייקט מפעילים את המנגנון של הפיצול באינטראקציה "כאן ועכשו" וממחישים את התפקיד שיש לכך בהקשר לבוחן מציאות(עולה או יורד) ואת הנוקשות של תכונות האופי שיצרו פיקסציה של הפיצול לבעיות קבועות.

אידאליזציה פרימיטיבית – Primitive Idealization. המנגנון הזה מסבך את הנטיה לראות אובייקטים חיצוניים כאו טובים לחלוטין או רעים לחלוטין, על ידי כך שבאופן מלאכותי מוגברות התכונות של ה"טוב" או של ה"רוע". האידאליזציה הפרימיטיבית יוצרת דימויים לא ריאליים, טובים לחלוטין ובעלי עוצמה; זה יכול להתבטא באינטראקציה עם המראיין על ידי כך שמתייחסים אליו כדמות אלוהית, אומניפוטנטית, אידאלית, שעליה אפשר להשען באופן בלתי ריאלי. המראיין או אדם אחר שמושלכת עליו אידאליזציה, יכול להתפש כבעל ברית פוטנציאלי כנגד אובייקטים בעלי כוח (אבל לא מציאותיים) רעים לחלוטין.

צורות קדומות של השלכה בעיקר הזדהות השלכתית – Early Forums of Projection, Especially projective identification - בניגוד לצורות של השלכה מרמה גבוהה המאופיינות על ידי כך שאדם מייחס לאחר דחף שהוא הדחיק בתוך עצמו, הצורות הפרימיטיביות של השלכה, בעיקר הזדהות השלכתית, מאופיינות על ידי: (1) הנטיה להמשיך ולחוות את הדחף שבו זמנית מושלך על אדם אחר, (2) פחד מהאדם האחר שהוא תחת ההשפעה של הדחף המושלך (3) הצורך לשלוט באדם האחר שנמצא בהשפעת המנגנון הזה. הזדהות השלכתית, משמעותה לכן, גם תוך-אישית וגם יש לה היבטים בין-אישיים התנהגותיים, של האינטראקציות של המטופל, וזה יכול להתבטא באופן דרמטי בתוך הראיון. המטופל יכול להאשים את המראיין באיזו שהיא תגובה כלפיו, תגובה שבעצם הוא עצמו מנסה לשים אותה, להכניס אותה אל המראיין על ידי התנהגויותיו שלו. למשל, מטופל שהאשים את המראיין שהוא סדיסטי, בעוד שהוא עצמו התייחס אל המראיין בצורה קרה, שתלטנית, משפילה וחשדנית. הפירוש של מערך הגנתי זה ב"כאן ועכשו" הרבה פעמים באופן דרמטי מאפשר את הדיפרנציאציה של אישיות פרנואידית מסכיזופרניה פרנואידית.

הכחשה – Denial - הכחשה במטופלים גבוליים מומחשת באופן טיפוסי על ידי הכחשה של שני אזורי מודעות בלתי תלויים מבחינה אמוציונאלית; אנחנו יכולים לומר שהכחשה לכן מחזקת את הפיצול. המטופל מודע שהתפישות, המחשבות והרגשות שלו לגבי עצמו, או לגבי אחרים בזמן כזה או אחר שונים ומנוגדים למה שהוא הרגיש בזמנים אחרים, אבל לזכרון הזה אין שום רלבנטיות אמוציונאלית והוא לא יכול להשפיע על הדרך שבה הוא חש כרגע. הכחשה יכולה להתבטא כחסר מוחלט של דאגה, חרדה או היעדר תגובה רגשית למצבי סכנה, קונפליקט או צורך לוחץ מידי ורציני

בחיוו, כך שהמטופל מתייחס ברוגע לסיטואציה בעודו מכחיש את המשמעות הרגשית. לעיתים אזור שלם במודעותו הסובייקטיבית של המטופל יכול להיות חסום בפני החוויה הסובייקטיבית וכך מגן עליו מפני קונפליקט פוטנציאלי. המאמץ האמפתי של המאבחן להעריך את הנסיבות של המטופל ואת התגובות שלו כלפיהן לאורן של תגובות אנושיות נורמליות שאפשר לצפות להן, לעיתים יפגיש את המטופל עם ניגוד חריף בין מאמץ אמפתי זה לבין עמדתו האדישה וחסרת הרגישות לעצמו ולאחרים משמעותיים. הכחשה עשויה להראות בדיון של המטופל על החיים הנוכחיים ועל הסתירה בין מצב החיים שלו, ובין התגובה למצבים שונים בתוך הראיון הקליני.

Omnipotence and Devaluation – דבליואציה - הן דבליואציה והן אומניפוטנטיות הינן נגזרות של מנגנון הפיצול המשפיעות על העצמי ועל יצוגי אוביקט ומיוצגות בדרך כלל על ידי הפעלת מצבי אגו המשקפים התייחסות גרנדיוזית ומנופחת מאוד לעצמי, והתייחסות ליצוגי אחרים כמושפלים ומופחתי ערך. אישיות נרקיסטיות, שהם תת-קבוצה של ארגון אישיות גבולי, מציגים את מנגנוני ההגנה הללו בצורה ניכרת. אומניפוטנטיות ודבליואציה יכולים לקבל ביטוי בתיאורים של המטופל של אחרים משמעותיים ושל האינטראקציות שלו איתם, וכן בהתנהגות במהלך הראיון. בהתחשב בכך שהמטופל ינסה בד"כ להציג את עצמו במיטבו בסיטואציה חדשה (ואם לא, אזי זה עשוי להצביע על פתולוגיה אופי רצינית), אפשר להסיק שהן התנהגות לא תואמת באופן מוגזם והן סטיות עדינות מהתנהגות "לגמרי נורמלית" ידרשו בדיקה בראיון הדיאגנוסטי.

Reality Testing – בוחן מציאות

ארגון אישיות נורוטי וגבולי, שניהם מציגים שימור טוב של בוחן מציאות, בניגוד למבנה אישיות פסיכוטי. לכן בעוד שהסנדרום של זהות דיפוסית ושימוש ניכר במנגנוני הגנה פרימיטיביים מאפשרים את ההבחנה המבנית של מצבים גבוליים מאלו הנורוטים, הרי שבוחן מציאות מאפשר את ההחנה בין ארגון אישיות גבולי מתסמינים פסיכויים מג'ורים. בוחן מציאות מוגדר כיכולת להפריד עצמי מלא עצמי, להפריד בין מקורות חיצוניים, ומקורות תוך נפשיים של גירויים שונים, והיכולת להעריך בצורה ריאליסטית את הרגש שלו, ההתנהגות ותוכן החשיבה, במושגים של נורמות חברתיות רגילות. באופן קליני, ניתן להבחין בבוחן מציאות ע"1: (1) העדר הלוצינציות ודלוזיות (2) העדר אפקט, או תוכן חשיבה או התנהגות ביזארים או לא תואמים באופן ניכר (3) היכולת לגלות אמפתיה ולהבהיר את התצפיות של אנשים אחרים, על מה שנראה להם, לאחרים, כרגש, התנהגות או תוכן חשיבה לא מתאימים ומעוררי סימני שאלה בקונטקסט של אינטראקציות חברתיות רגילות. בוחן מציאות צריך להיות מובחן ושונה מהחוויה הסובייקטיבית של מציאות, שיכולה להיות קיימת בזמן כלשהו בכל אדם שחווה מצוקה פסיכולוגית וגם משינויים ביחס אל המציאות, המופיעים בכל מיני הפרעות אופי, כמו גם במצבים פסיכויים. כיצד בוחן המציאות

משתקף בראיון ההבחנתי המובנה?

1) בוחן המציאות מתקיים כאשר באינפורמציה שמספק המטופל אין אינדיקציה לכך שסבל או סובל מהלוצינציות ודלוזיות, או שהיו לו כאלה בעבר ועכשיו הוא יכול להעריך אותם במלואם כולל היכולת לבטא דאגה ומבוכה סביב תופעה כזו.

2) בפציינטיים אשר לא היו להם הלוצינציות או דלוזיות, אפשר להעריך את בוחן המציאות ע"י התמקדות חדה על כל גילוי של אפקט, התנהגות או תוכן חשיבה לא תואמים. בוחן מציאות יתבטא ביכולת המטופל להזדהות עם התפיסה של המראיין את אותם איפיונים, וכן, ביכולת שלו להזדהות עם תפיסת המראיין את האינטראקציה עם המטופל באופן כללי. הראיון המבני נותן הזדמנות אידיאלית לבדיקת בוחן מציאות ומכאן להבחנה בין ארגון גבולי לפסיכוטי.

3) מסיבות שהוזכרו קודם לכן, בוחן מציאות יכול להמדד דרך פרוש מנגנוני ההגנה הפרימיטיביים שהופיעו באינטראקציה עם המראיין. שיפור מידי בתפקוד המטופל כתוצאה מהפרוש משקף בוחן מציאות שמור, בעוד ירידה בתפקוד לנוכח הפרשנות מעידה על אובדן בוחן מציאות.

טבלה 1 (בסוף הפרק) מסכמת את ההבחנה בין ארגון האישיות על פי שלושה קריטריונים מבניים: גיבוש הזהות, מנגנוני הגנה ובוחן מציאות.

ביטויים לא ספציפים של חולשת אני

הביטויים ה"לא ספציפים" של חולשת אני כוללים את העדר הסובלנות לשאת חרדה, העדר שליטה על הדחפים, והעדר ערוצים מפותחים של סובלימציה. יש להפריד את ההיבטים האלה מההיבטים ה"ספציפיים" של חולשת אני: החלשת האגו כתוצאה של של מנגנוני הגנה פרימיטיביים מסויימים. טולרנטיות לחרדה מתייחסת למידה שבה אדם יכול לשאת מטען של מתח גדול יותר ממה שהוא בדרך כלל חווה, בלי לפתח סימפטומים מוגברים או התנהגות גרסיבית; שליטה על דחף מתייחסת למידה שבה האדם חווה דחפים אינסטינקטואליים או רגשות חזקים בלי להיות צריך לפעול מתוכם באופן מידי ובניגוד למיטב שיפוטו ולאינטרס שלו; היעילות הסובלימטורית מתייחסת לדרגה שבה המטופל יכול להשקיע את עצמו בערכים מעבר לאינטרס העצמי המידי שלו ומעבר לצורך שלו בשימור עצמי - במיוחד במידה שבה הוא יכול לפתח משאבים יצירתיים בתחום מסוים מעבר לרקע הטבעי, ההשכלה או ההכשרה.

האיפיונים האלה, על אף שהם משקפים תנאים מבניים, מקבלים ביטוי גם בהתנהגות ישירה שניתן למצוא אותה בהסטוריה של המטופל. הגילויים הלא ספציפים של חולשת האני, מבדילים ארגון אישיות גבולי ופסיכוזות ממבני אישיות נורוטים, אבל אין להם יכולת הבחנה, כל כך טובה, כאשר מדובר על הפרדה בין מבנים נורוטים למבנים גבוליים, כפי שיש לגיבוש הזהות ורמות הארגון ההגנתי.

חסר בסופר-אגו מגובש

סופר-אגו מגובש היטב יחסית אם כי לעיתים נוקשה יתר על המידה מאפיין סוגים שונים של ארגונים נירוטיים. בארגונים פסיכוסטים וגבוליים ניתן לראות פגמים בגיבוש הסופר אגו המאופיינים ע"י חלקי סופר אגו קדמוניים שלא עברו אינטגרציה, במיוחד ייצוגים של אובייקט סדיסטי פרימיטיבי ואובייקט מוערץ. סופר אגו מגובש יכול להיבחן דרך הדרגה בה המטופל מזדהה עם ערכים אתיים ושיש לו אשמה נורמלית המשמשת כווסת. ויסות הערך העצמי ע"י רגשות אשמה חמורים ומרובים או תנודות של מצבי רוח דכאוניים מצביעות על סופר אגו פאתולוגי (אופייני לארגון נירוטי) בניגוד לביקורת עצמית ממוקדת שיש לאדם נורמלי במושגים של ערכים אתיים. הדרגה שבה האדם יכול לווסת את תפקודו לאור עקרונות אתיים; להמנע מניצול, מניפולטיביות או התייחסות לא טובה לאחרים; ולשמר כנות, יושרה ואינטגרטי מוסרי ללא בקרה מבחוץ מעידים על סופר אגו מגובש. קריטריון זה הוא פחות אמין מבחינה אבחנתית מאלו שתוארו קודם לכן. אפילו מטופלים המשתמשים בהגנות פרימיטיביות יכולים להפגין סופר אגו מגובש גם אם הוא יכול להיות סדיסטי באופיו, וישנם פציינטים עם ארגון אישיות גבוליהמשמרים סופר אגו מגובש במידה טובה למרות פתולוגיה חמורה באזור של זהות מגובשת, יחסי אובייקט וארגון הגנתי. כמו כן, מידע אודות גבוש הסופר אגו אפשר לקבל יותר עפ"י ההיסטוריה של המטופל והסתכלות ארוכת טווח מאשר בראיון האבחנתי. אף על פי כן, לרמת הגיבוש של הסופר אגו יש ערך פרוגנוסטי חשוב והוא קריטריון מבני לאינדיקציה לגבי טיפול ארוך ואינטנסיבי. למעשה, איכות יחסי האובייקט ואיכות תפקוד הסופר אגו הם קרוב לודאי שני הקריטריונים החשובים ביותר הנובעים מאנליזה מבנית.

איפיונים דינמיים-גנטיים של הקונפליקטים הדחפיים

למרות שהקונפליקטים הדחפיים של ארגון אישיות גבולי מתגלים בטיפול לטווח ארוך וקשה באופן יחסי לתפוס אותם בראיונות הדיאגנוסטים, הם מתוארים כאן כדי להשלים את התמונה. ארגון אישיות גבולי מציג, מפגין, עירוב פתולוגי של מאבקים גם גניטאליים וגם פרה-גניטאליים עם דומיננטיות יתר של תוקפנות פרה-גניטאלית. הנחה זו מסבירה את הצירוף הבלתי מתאים, הביזארי של דחפים מיניים תלתיים ואגרסיביים, כפי שאנחנו רואים בארגון גבולי. מה שנראה כמופע קהוטי של פחדים ודחפים פרימיטיביים, סוג המיניות במקרה של גבולי, מייצג צירוף של פתרונות פתולוגיים של קונפליקטים אלה.

חשוב להדגיש כאן שהסתירה בין ההתפתחות ההיסטורית האקטואלית של המטופל, ובין החוויה הפנימית והמקובעת שלו היא עצומה. בחקירה הפסיכואנליטית של מקרים אלו אנו מוצאים לא את

מה שקרה במציאות החיצונית אלא איך המטופל חווה את יחסי האובייקט המשמעותיים שלו בעבר. אי אפשר לקחת את התאור שלו את עברו ללא סייג: ככל שהפתולוגיה של האופי יותר חמורה, כך פחות ניתן לסמוך על ההיסטוריה כפי שאנחנו לוקחים אותה בראיון. בהפרעות אישיות נרקיסטיות חמורות ובאישיות גבולית, ההיסטוריה של ההתפתחות המוקדמת היא בדרך כלל ריקה וכאוטית, ומטעה. רק אחרי שנים של טיפול, ניתן לשחזר את הרצף הגנטי הפנימי (במובן של המקורות האינטרפסיכיים) וליחס אותה באיזשהו אופן לחוויות העברה ממשיים.

האיפיונים של הקונפליקט הייצרי שיצוינו למטה נובעים מהספרות המקצועית ומנסיונו האישי מתוך העבודה הטיפולית הפסיכואנליטית אינטנסיבית עם מטופלים גבוליים.

האיפיון הראשון, הוא האגרסיביזציה היתרה של הקונפליקטים האדיפליים, כך שהדימוי של היריב האדיפלי מקבל איפיונים מפחידים ומסוכנים באופן מציף; חרדת הסירוס וקנאת הפין מופיעים מוגזמים ומציפים; והאיסורים של הסופר-אגו נגד היחסים המיניים מקבלים איכות פרימיטיבית, פראית, הבאה לידי ביטוי בנטיות מאזוכיסטיות או השלכות פרנואידיות של הסופר אגו הרודפני. האיפיון שני, האידאליזציה של אוביקט האהבה ההטרסקסואלי ביחסים האדיפליים החיוביים והאידאליזציה של אוביקט האהבה ההומוסקסואלית והקשר האדיפלי השלילי הם מוגזמים ויש להם פונקציות הגנתיות כנגד זעם פרימיטיבי. כך יש גם אידאליזציה בלתי מציאותית, וגם געגועים לאוביקטים של אהבה, וגם אפשרות של שבירה מאוד מהירה של האידאליזציה עם תנועה מיחסים חיוביים לשליליים (או משליליים לחיוביים), ושינויים חריפים ומהירים ביחסי אוביקט. כתוצאה מכך האידאליזציה נראית גם מוגזמת וגם שברירית, עם סיבוך נוסף כאשר מדובר בהפרעת אופי נרקיסטית עם הפחתה או הערצה של אובייקטים.

האיפיון השלישי, האופי הלא מציאותי הן של היריב האדיפלי המאיים והן של מושא ההשתוקקות המוערץ, מעלה בניתוח גנטי זהיר, את קיומם של דימויי אב-אם דחוסים באופן לא ריאלי המשקפים את העיבוי של אספקטים חלקיים של היחסים עם שני ההורים. בעור שהשונות המינית ביחסי האובייקט נשמרים, הקשר המדומיין (fantasied) עם כל אחד מאובייקטים אלה אינו ריאלי, פרימיטיבי ומשקף את השילוב בין יחסים מאיימים או מוערצים (idealized) הנובעים מההתפתחויות הפרהאדיפליות והאדיפליות ותנועה מהירה הן של היחסים הליבידואליים והן של היחסים התוקפניים, מאובייקט הורי אחד לשני. כל קשר מסוים עם אובייקט הורי משקף היסטוריה התפתחותית מסובכת יותר מאשר במקרה נורוטי. בקשר זה ההתפתחויות ההעברתיות מתייחסות יותר למאורעות אמיתיות של העבר.

הרביעי, השאיפות הגניטליות של מטופלים עם קונפליקטים פרה-אדיפלים ניכרים, משרתים את הפונקציות הפרה-גניטליות. כך למשל, הפניס מקבל איפיונים של אם מזינה, מונעת או מתקיפה (באופן בסיסי פונקצית ההזנה של השד שלה), והואגינה יכולה לרכוש פונקציות של הפה הרעב, המזין או האגרסיבי; התפתחויות דומות מופיעות בהקשר של פונקציות אנאליות ושל מערכת השתן.

נקודה חמישית, מטופלים גבוליים מראים את מה שניתן לכנות כאדיפליזציה לא בשלה (premature) של הקונפליקטים הפרה-אדיפאלים שלהם ושל הקשרים שלהם, התקדמות דפנסיבית בהתפתחות האינסטינקטואלית שלהם שנראית בצורה קלינית כאדיפליזציה מוקדמת של ההעברה. תופעה העברתית זו נוטה לעיתים קרובות להיות מלאכותית במובן שהיא מובילה לבסוף אחורה לפתולוגיה פרהאדיפלית קהוטית וחמורה; אך באותו הזמן ניתן להצביע על ארגון הגנתי משמעותי סביב הקונפליקטים האדיפליים, שלבסוף, לאחר הרבה שנות טיפול ישלטו בהעברה. (כלומר: ישנו מעין ארגון הגנתי אדיפלי, עם מאבקים אדיפלים בתוך ההעברה, כאשר למטה ברור שישנו מאבק חריף יותר, כאוטי, פרה-אדיפלי).

אצל שני המינים, ההתקה של צרכי התלות המתסכלת מהאמא אל האבא צובעת את הקשר האדיפלי החיובי של ילדה, ואת הקשר האדיפלי השלילי של הילד. ההתקה של הקונפליקטים האוראליים אגרסיביים מהאמא לאבא מגבירה את חרדת הסירוס והיריבות האדיפלית אצל בנים, וקנאת הפין מיוחסת להפרעת אופי אצל בנות. הבנות שיש להן תוקפנות פרה-גניטאלית חמורה ביותר כלפי האם מפתחות נטיות מזוכיסטיות ביחסיהן אל גברים, הן מפתחות סופר-אגו נוקשה ביותר שאוסר גניטאליות בכלל, והיחס האדיפלי השלילי לאמא כאידיאליזציה הגנתית והיפוך תגובה כנגד תוקפנות. ההשלכה של הקונפליקטים הפרימיטיביים, שעוסקים בתוקפנות, על היחסים המיניים בין ההורים, מגבירה את העיוות והפחדים של הסצינה הראשונית (primal scene) ויכול להיות מורחב לכדי שנאה של כל אהבה הדדית שמוצעת על ידי אחרים. יותר בכלליות, ההתקה ההגנתית של האימפולסים והקונפליקטים מהורה אחד להורה אחר, מטפחת התפתחות מבלבלת וקומבינציה פנטסטית של דימויים הוריים בסקסואלים בשל השפעת הדחף המושלך המסוים.

כל האיפיונים האלו של הקונפליקטים הייצריים אצל מטופלים עם ארגון אישיות גבולי יכולים להשתקף בסמפטומטולוגיה העיקרית ובהתנהגות המינית, הפנטזיות והיחסים הבין-אישיים. אולם, כמו שהוזכר קודם, הם לא תמיד מסגירים את עצמם בראיונות הדיאגנוסטיים המוקדמים אלא רק בטיפול יותר ממושך.

טבלה 1 – הבחנה של ארגון אישיות

<u>פסיכומטרי</u>	<u>גבולי</u>	<u>נאורוטי</u>	<u>קריטריון מבני</u>
ייצוגי עצמי וייצוגי האובייקט מופרדים באופן חד.			
זהות דיפוזית: אספקטים סותרים של העצמי והזולת אינם אינטגרטיביים ונשמרים בנפרד.			אינטגרציה של הזהות
ייצוגי העצמי וייצוגי האחר אינם מופרדים או שיש זהות דלזיונלית.	זהות אינטגרטיבית: דימויים סותרים של העצמי ושל הזולת מגובשים בקונספציות ברורות.		
הדחקה והגנות מרמה גבוהה: תצורת תגובה, בידוד, ביטול, רציונליזציה ואינטלקטואליזציה.			
בעיקר פיצול והגנות מרמה נמוכה: אידיאליזציה פרימיטיבית, הזדהות השלכתית, הכחשה, אומניפוטנטיות ודבלואציה.	ההגנות מגנות על המטופל מקונפליקט תוך-נפשי. פירוק ומיזוג עצמי/אובייקט פרשנות מובילה לנסיגה.	ההגנות מגנות על המטופל מקונפליקט תוך-נפשי. פרשנות משפרת את התפקוד.	אופרציות הגנתיות
היכולת לבחון מציאות שמורה: הבחנה בין עצמי ללא עצמי, ובין גירויים ותפיסות ממקורות תוך נפשיים לחיצוניים.			
מתרחשים שינויים ביחס למציאות ולתחושות כלפי המציאות.			בחון מציאות
אובדן היכולת לבחון מציאות.	קיימת יכולת להעריך את עצמי והאחרים באופן מציאותי ולעומק.		

