

אישיות מרובת פנים: הערות על אבחון, טיפול ורגשות המטפל

ד"ר אלי זומר¹

תהליך האבחון של החשודים כסובלים מאישיות מרובת פנים (multiple personality) דורש שימוש בהיפנוזה כדי להתגבר על חוסר הידיעה הדיסוציאטיבי של האישיות המרכזית. על אסטרטגיית הטיפול לשאוף למצב שבו תרכך האישיות את חומת הדיסוציאציה שבין פצליה כך שתתאפשר חווייה אינטגרטיבית יותר של רגשות מאיימים. העבודה עם חלקי האישיות במסגרת השעה הטיפולית מציבה בפני המטפל אתגר מיוחד במינו. חלקים אלה מופיעים לעתים במצב סומנמבוליסטי ויוצרים רושם של אדם ער. המטפל ניצב איפוא, בפני פצלי אישיות אוטונומיים הנוטים להתפרש על פני מרחב ניכר של גילים, מצבי אפקט, טיפוס אישיות ודרגות פסיכופאתולוגיה. מאמר זה מציע סימני עזר לזיהוי ההפרעה, דרכים לשיפור אמינות האבחון, דן בדילמות הטיפוליות שמקרים אלה מציבים בפני המטפל, ומתאר שיטת טיפול המחייבת גמישות סגנונית ואישית. המטפל חייב לפגוש את האישיות המטופלת על כל פניה ולהציע טיפול ראשוני המתאים לכל פצל. המאמר דן בקושי הרגשי המתעורר בטיפול בהפרעה זו ומאיר את טיעוניו בתיאור מקרה.

תיאור ההפרעה

ה-DSM-III-R מתאר שלושה קריטריונים לאבחון מבריל של הפרעות האישיות מרובת הפנים (פ.א.מ.פ.).

1. קיום נפרד של שני פצלי אישיות או יותר בתוך הפרט, כשכל פצל אישיות הוא דומיננטי בזמן מסויים.
 2. האישיות השלטת בזמן מסויים היא המכתיבה את התנהגות הפרט.
 3. כל אישיות אינדיבידואלית היא מורכבת, בעלת אינטגרציה פנימית ודפוסי התנהגות ויחסים חברתיים יחודיים.
- מטפלים שעבדו עם מקרים של פ.א.מ.פ. יודעים שקריטריונים אלה אינם מספקים. פציינטים הלוקים באישיות מרובת פנים הם פוליסימפטומטיים ותלונותיהם עלולות להשתנות אף מפגישה לפגישה. החיחסות לסימפטומים בודדים עלולה להטעות את המטפל, מאחר וקיימת חפיפה כסימפטומים בין פ.א.מ.פ. להפרעות אחרות. לדוגמה, הזיות אודיטוריות מאפיינות גם סכיזופרניה וגם פ.א.מ.פ.

על המטפל לחשוך באפשרות שהפציינט סובל מאישיות מרובת פנים אם הוא מבחין בדפוס (לא קבוע) של מספר סימנים כגון:

* זמן שהולך לאיבוד, אמנויה או "בלק אאוט" (black out).

מבוא

ישיות מרובת פנים (פ.א.מ.פ.) (multiple personality disorder — M.P.D.), היא הפרעה דיסוציאטיבית קשה, שעדיין אינה מובנת דיה על-ידי הפסיכולוגיה והפסיכיאטריה. למרות שהתופעה עוררה כעת האחרונה תשומת לב ניכרת בטפרות המקצועית (1, 2, 3, 4, 5, 6), עדיין מתגלות טעויות באבחון ובטיפול בבעיה. אחת הסיבות לכך נעוצה, לדעתי, בעובדה שההפרעה מתוארת בספרי הלימוד כתופעה נדירה ביותר (7). סיבה אפשרית אחרת קשורה מן הסתם בעובדה שברוך כלל מופיעה לבדיקה הפסיכולוגית רק אישיות אחת, ואין למבחן יכולת לדעת על הפיצול בגלל דיסימולציה או בגלל אמנויה מלאה לפצלי האישיות האחרים. הקושי באבחון הבעיה, הספקנות לגבי אמינות הפציינטים המציגים את סימניה, והקושי בהמשגה ויישום של תוכנית הטיפול, מציבים אתגרים מיוחדים בפני המטפל. מטרת מאמר זה, להציג כמה מהדילמות בהן יתקל המטפל באישיות מרובת פנים, ולהציע מודל טיפולי המבוסס על עקרונות היפנוותרפויטיים.

¹ המרכז לחקר לחץ פסיכולוגי ע"ש ר.ד. וולף, אוניברסיטת חיפה.
* מבוסס על הרצאה שהוצגה בכנס הארצי השלישי של האגודה הישראלית להיפנוזה, תל אביב, 20.11.1987 — 18.

- * דכאון.
- * מחשבות אוכרניות או התנהגות של הרס עצמי.
- * שינוי מצב רוח קיצוניים.
- * כאבי ראש.
- * הפרעות שינה או סיוטים חוזרים.
- * כאב בלתי מוסבר, או תלונות סומאטיות כמו הפרעות קארדיאליות או גאסטרליות.
- * אנורקסיה.
- * היות אודיטוריות כשהקולות כאים מתוך הראש ומשמיעים ביקורת או אמירות עוינות.
- * אפיוזרות הדומות להתקפים אפילפטיים.
- * קושי בזכירת תקופות מסוימות בילדות.
- * הסטוריה טראומתית ידועה.
- * דיווח מקרובים או ידידים על השתנויות בהופעה חיצונית, כסגנון דיבור ובהתנהגות.
- * דיווח של הפציינט על אירועים קשים מהילדות, המובע ללא איכויות רגשיות של הזכרון.
- * תגובות שונות לפסיכופרמקולוגיה בזמנים שונים.
- * דיווח מהפציינט על מציאות מכתבים, ציורים, פתקים או חפצים שאין הפציינט מזהה או יכול להסביר כיצד הגיעו אליו.
- * פליטות פה שבהן מתייחס הפציינט אל עצמו כמילים "אנחנו" או "הוא/היא".
- * הפציינט נכנס למצבי טראנס ספונטניים המזוהים לפעמים על-ידי גלגול העיניים כלפי מעלה.

אחד מתיאורי ההפרעה הראשוניים, היה זה של מורטון פרינס (9), שתיאר בפירוט טיפול כאשה צעירה, גב' B, עם ארבעה פצלי אישיות. תחת היפנוזה, אבחן פרינס שני מצבי אישיות שונים להם קרא BII ו-BIII. היתה אישיות דומה ל-B, אך בעלת עוצמה רבה יותר. BIII תוארה כעליזה, מרדנית ומגמגמת וקראה לעצמה "סלי". BIV הופיעה מאוחר יותר כטיפול וכונתה "האידיוטית", בגלל רמת האינטליגנציה הנמוכה שהראתה. המקרה המפורסם ביותר תואר ב-1974 על-ידי שרייבר (10) בספרו "סיביל". שרייבר מתאר את עבודתה של הפסיכואנאליטיקאית ד"ר קורנליה ווילבור עם מטופלת, שעברה דיסוציאציה לשישה עשר פצלי אישיות שונים, מתוכם ארבעה היו פצלים מרכזיים, והשאר התפצלויות משנה. לאחר אחת עשרה שנות פסיכואנאליזה, גילתה המטופלת שמקורות בעיתה נבעו מנסיבותיה להתמודד עם אמה הפסיכוטית האלימה.

אטיולוגיה

כרוב המקרים מתחיל תהליך פיצול האישיות בילדות המוקדמת. לילדים יש יכולת הדמיה טבעית והם משתמשים ביכולת זו למשחקי "כאילו", וליצירת חברים דמיוניים עמם הם משוחחים ומשחקים. תהליך נורמלי זה פוחת,

כשאינטראקציות חברתיות מחליפות אותן, ואז מתמלא בהדרגה עולם הילד בבני אדם אמיתיים. כשילד חש שהוא אינו יכול למלא את עולמו ביחסים יציבים ובריאים עם בני אדם, הוא עשוי להניח לחבריו הדמיוניים להישאר. כדי ליצור גבולות ברורים, נוטה הילד לחדר את החלוקה המברלת בינו לבין האובייקט שיצר. אובייקט זה יכול לעזור לילד להתמודד עם תחושות כמו דחיה, בדידות, כעס, פחד וגרוי מיני, תחושות שהילד אינו מסוגל להטמיע ב"אני" שלו. לאובייקט, אם כן פונקציות מושיעות, משום שהוא מציל את הילד מחווית הרגשות המאיימים. הדיסוציאציה בין האני לאובייקט עלולה להתפתח ולהתרחב כך שהאובייקט הופך נסתר מהכרת האישיות המרכזית. כזוה הוא עלול לקבל חיים אוטונומיים, תוך שליטה בגוף הפציינט.

בהשוואה לנורמה, אנשים המפתחים אישיות מרובת פנים מועדים לדיסוציאציה (dissociation prone), ותגובתם דומה מאוד לאמנויה פוסט-היפנוטית. ואכן, כמעט לכל הפציינטים הלוקים בהפרעה זו, דרגת היפנוטיזביליות גבוהה ביותר. כלומר, התהליך ההיפנוטי המתרחש כאן הוא לא רק שיכחה של חוויות, תחושות ורגשות כמו שניתן לעודד בסוגסטיית לאמנויה פוסט-היפנוטית, אלא שיכחה זמנית מוחלטת של ה"עצמי".

להפרעת האישיות מרובת הפנים יש כמה מאפיינים התומכים במושג הפיצול של תיאוריות יחסי אובייקט. הפיצול על פי תיאוריות אלו מתייחס למנגנון הגנה מיוחד הפועל בילדות המוקדמת וגורם לעיוות בהתפתחות האנו. מנגנון זה גורר קיטוב של הזדהויות רגשיות, עד שהילד אינו מסוגל יותר להטמיע חוויות של "טוב" ו"רע" אל תוך היצוגות המנטליים שיש לו מעצמו ומן האחרים (11). בהפרעת האישיות הגבולית והאישיות הנרקסיסטית, מוביל הפיצול לחוסר וודאות בדבר הזהות, לחוסר יציבות רגשית ולקושי ביחסים בין-אישיים. גם בהפרעת האישיות מרובת הפנים מתרחש פיצול של אובייקטים, אבל הפיצול חמור הרבה יותר וכולל גם את האישיות של הפציינט. פיצולים רבים אצל פציינטים עם הפרעה זו מתרחשים בווגות של פצלי אישיות שהם מעין הפכים. כשאישיות אחת ירודותית ושקטה האחרת עוינת ורגונית. אם האחת צנועה ושמרנית, האחר מופקרת כאופן מיני, אם האחת ברכאון, השניה מאנית. מפץ הפיצול רחוק עדיין מלהסביר את התופעה כולה. לא כל פצלי האישיות מתחלקים לזוגות, פצלי אישיות מסוימים עשויים להתפתח לשלבים כוגרים של התפתחות פסיכולוגית יותר מאשר פציינטים עם הפרעת אישיות גבולית או נרקסיסטית ויותר מזה, יש מקרים שבהם מתגלה אישיות מרכזית מסתגלת ומאוזנת החיה במקביל לפצלי האישיות האחרים. מבחינה אטיולוגית נראה שכל אישיות-משנה מופיעה לראשונה כאורחת המוזמנת לקבל אחריות על פונקציה נפשית מסוימת כלומר בנוסף לפצלי אישיות האחרים לכלול בתוכם רגש

"שיחות" כרך ג, חוב' מס' 2, סוף 1977

הקשורים בטראומה, יש פצלים האחראים לפיתוח מיומנויות, יש פצלים המבטאים דחפים וצרכים קונפליקטואליים.

המודל ההיפותרפויטי להתערבות ב־א.מ.פ. (M.P.D)

אבחון

אחד מהסימנים הברורים לאבחון ההפרעה היא האפשרות להוציא בהיפנוזה אישיות אחת נוספת או יותר. למרות שהשימוש בהיפנוזה לאבחון א.מ.פ. מעורר חילוקי דיעות (12, 13, 14), נראה שיתרונות השימוש בכלי זה הם ברורים, ומשקלם כבד יותר ממשקל הטיעונים התיאורטיים כיהם ליכולתה של ההיפנוזה ליצור ולעצב פצלי אישיות. אבחון חיובי שגוי (false positive) של א.מ.פ. הוא, להערכתנו, פחות מזיק לפציינט מאבחון שלילי שגוי (false negative). אבחון שלילי שגוי עלול להותיר את הפציינט עם אבחנה חמורה הרבה יותר, כמו סכיזופרניה, ועלול להוביל לשנים של טיפול בלתי יעיל.

משאותרו סימנים המחשידים את הפציינט כלוקה בהפרעה, מוצע שימוש בהיפנוזה לאבחון וודאי. הטקטיקה ההיפנוטית משמשת גם כדרך טובה ליצירת תקווה ואמון טיפולי אצל האישיות על פצליה השונים. על המטפל להצטרף למטופל בכל המימדים המתפצלים (דיסאינטגרטיביים) שלו, תוך הפחתה למינימום של הסוגסטיה הראשונית לקיום ישויות אישיותיות אחרות. מוצעות כאן שתי אפשרויות:

א. נקיטת לשון דרמטמעיית בניסוח הסוגסטיה החקירתית. הפניה בטראנס היא אל אותו אלמנט נסתר מן ההכרה, שאחראי לאתת מהתופעות שבה הבחין המטפל והמעוררת את חשדו. לאותו אלמנט אין כמובן שם, והפניה אליו צריכה להיות כאל פניה אל התת-מודע של הפציינט בלי סוגסטיה לקיום אישיות אחרת. לדוגמה: "...הייתי רוצה לדבר עם אותו חלק לא מודע שלך שזוכר את מה ששכחת, או שיועד את מה שמעולם לא ידעת..."

זו אפשרות אחת, למרות שאין זה סביר שתיווצר אישיות קוהרנטית עם הסטוריה ורפואית התנהגות עקביים כתוצאה מפניה כזו.

אפשרות נוספת לאבחון וודאי של אישיות מרוכת פנים,

היא:

ב. שימוש ברגרסיית גיל. במקרה שהפציינט יודע לרווח שבזמן מסויים הוא כנראה "לא היה עצמור", או שהתרחש אירוע סימפטומטי אחר שאותו הפציינט אינו זוכר או אינו יודע להסביר, ניתן להחזיר את הפציינט בתוך הטראנס אל אותה נקודה בזמן, וכרוב המקרים יתרחש כרגע זה חילוף אישיות ספונטני ותופיע האישיות שהיתה פעילה בזמן ההוא.

התערבות

הטיפול באישיות מרוכת פנים מציג בפני המטפל דרישות אישיות ומקצועיות לא קלות. אחת מאבני הבוחן החשובות

היא קשירת הקשר הטיפולי עם הפציינט. בגלל ההסטוריה שלהם השזורה בניצול לרעה, דחיה ואליומות, יש לפציינטים אלה ציפיה למערכת יחסים שתשקף דינמיקה דומה. התהליך הטיפולי המוצע מתחיל מיד עם האבחון הוודאי של ההפרעה ומזכיר את תהליך האינדוקציה ההיפנוטית הקרוי הצעדה (pacing) (15). זהו תהליך שבראשיתו משקף המהפנט לפציינט את החוויה שלו. ה־pacing נעשה בהצטרפות כמעט טוטלית אל המטופל על-ידי אימוץ קצב דיבורו ונשימתו, אוצר המילים המיוחד לו ותנוחת גופו. לאחר שהושג הקשר, מגיע שלב ההנחיה (leading), שבו מכניס המהפנט, בעשיה או בסוגסטיה, התנהגויות חדשות החורגות במעט מהדפוס הקודם והמתקרבות בהדרגה אל הדפוס הרצוי. תהליך דומה תואר גם על-ידי אריקסון ורוסי (16). הם כינו את התהליך "קבלה וניצול" (accepting & utilizing). מדובר בתקשורת אל הפציינט המשדרת שכל מה שהוא מבטא "זה בסדר", ושוה בעצם מה שמאפשר לו לעשות משהו אחר, למשל לחוות טראנס היפנוטי במקרה של אינדוקציה, או להשיג שינוי במקרה של פסיכותרפיה. pacing עם אישיות מרוכת פנים מחייב גם את המטפל להתפצל במובן מסויים ולהיות כמגע עם הרב גוניות האישית והמקצועית שלו. מטפלים שיעדיפו לדבוק בתיאוריה טיפולית אחת ימצאו את עצמם נכנסים במהרה למברי סתום. ההיבט החשוב ביותר בטיפול אינו הגברת מודעות וגם לא אבריאקציה, אלא, דווקא הקניית מיומנויות כדי שהפציינט יוכל לעבד את הצער שלו ולשקם את תחושת הבקרה והשלימות העצמית. כדי להגיע למטרה סופית זו יש צורך להכיר את מערכת היחסים שבין פצלי האישיות ואת המפה התוך-נפשית כולה. מגעים פסיכותרפויטיים עם הפצלים שהתגלו עשויים לעזור למטפל בעניין זה. אולם מיגוון רחב של פאתולוגיות, איכויות שונות של הסתגלות, וטווח הגילים הרחב של פצלי האישיות, מחייבים שליטה לא רק בהיפנוזה אלא גם במיגוון רחב של טכניקות טיפול. לאחר הטראנס האינדוקטיבי והבקשה לדבר עם אישיות זו או אחרת, מופיעה האישיות במצב סומנאמבוליסטי. כלומר, הפציינט ער לחלוטין. כמצב כזה משתנה האינטראקציה במהירות ומחייבת מעבר לטכניקות פסיכותרפויטיות אחרות. טיפול אופייני באישיות מרוכת פנים עשוי לכלול, אם כן, התערבות פסיכודינמיות, עיצוב התנהגות, התערבויות קוגניטיביות, טיפול במשחק ובאמנויות וכמובן היפותרפיה.

ניתוח מקרה מייצג

הופנתה אלי אשה בת 38, רות (שם כדוי), על-ידי פסיכיאטר. היא אובחנה על-ידי כסובלח מאישיות גבולית דכאונית ונגטיביסטית. הפציינטית סבלה מחלק מהסימנים האופייניים לחולי א.מ.פ. שנרדו קודם. בשיטות האבחון שהוצעו לעיל אובחנו אצל רות חמישה פצלי אישיות אוטונומיים. בנוסף לאישיות המרכזית שסבלה מרכאון עמוק, הייתה אישיות פסיכוטית רצחנית, אישיות מופקרת באופן מיני,

ילדה נפחדת ודכאנית ככת שש, משוררת בגיל ההתבגרות בעלת avoidant personality disorder, וכן אישיות בריאה ויציבה. האישיות המרכזית, זו שלמעשה הופיעה לפגישות, הייתה אטומה לחלוטין לכל פרשנות ותוכנה של התופעות שחווהה. היא לא קיבלה את האבחנה שלה, והכתיבה טיפול תמיכתי, איטי וחסר תוחלת מבחינת ההפרעה האמיתית שממנה סבלה. הטיפול התומך נטב סביב כאבי הראש המענים שלה, טיוטי הלילה המפחידים (היא לא התעניינה בפשרם ולא הגיכה לפירושים שניתנו לה בגינם) והתאונות המשותות שקרו לה.

כדי להשיג התקדמות יעילה כטיפול במקרה שהוצג לעיל, היה צורך ביצירת קשר מהיר ובלתי אמצעי עם פצלי האישיות. ואכן, לאחר שרות הופנטה ואובחנה, החל הטיפול צובר תאוצה. האישיות הפסיכוטית של אותה מטופלת אגרה בתוכה את כל הזעם האדיר כנגד אביה, האנס האלים, ואת כל הכעסים של הפציינטית מאז. הדרך היחידה שבה איים לעתים כעס זה להשתחרר, הייתה כלפי האישיות המרכזית שנתפסה כישות שיש להיפטר ממנה. כלפי חוץ נראה הדבר כמוכן, כנסינות התאבדות. לאישיות זו היו דחפים רצחניים גם כלפי אחרים. ה-pacing רדש הכרה בכעס המטורף, אך גם אישפתי חידום קצרים והתעוררות במשכר לא שגרתיות אחרות. כשלב ההנחיה היה המסר הטיפולי: "אני לא ארשה לך להכניס את עצמך לצרות, יחד עם זאת אני מכיר ומכבד את הכוח שלך. את היית חשוכה לרזתי בילדות הקשה, ואת חשוכה מאוד גם עכשיו בתהליך ההחלמה".

המפוקרת באופן מיני, נהנתה לגרות גברים להתמכר אליה ואז, בעת שגילתה את חולשתם, נהנתה לדחות ולהשפיל אותם. שלב ה-pacing כלל ריסוף פיו והצבת גבולות, ללא שיפוט מעניש של ההתנהגות הפרובוקטיבית כזמן הטיפול. המסר בשלב ההנחיה נתן הכרה לכן, שהאופן בו למדה לקבל גילויי חיבה והערכה מגברים הוא באמצעות גופה, וכי פעילות כזו יכולה גם להעלות רגשות טינה. לילדה הנפחדת היה ארצו מילים ויכולת המשגה של ילדה ככת שש. היא ביטאה פחד לחזור הכיתה "בגלל מפלצת שחיה בכיתה", והתלוננה שהיא "ילדה רעה כי אבא לא אוהב אותה". הטיפול בה אילץ את המטפל לרדת על ארבע לשטיח במשרד ולשחק איתה ב"כיתה" וכיכאילר, חוץ שימוש בעקרונות הטיפול במשחק (play therapy). בשלב ההנחיה אישר המסר הטיפולי שהיא ילדה טובה ושקרו לה דברים רעים שלא באשמתה.

הפצל האישיותי הבריאה הציג דמות רגועה ואחראית, אך מודאגת מן התווה ובוהו הפנימי שעמו היא צריכה להתמודד. שמה, אנב, היה "תקוה". כאן היוותה ההנחיה אישור לכן, שהיא אכן מקור היציבות והשפיות, ושכחו היא בת הברית של המטפל בתהליך האינטגרציה וההחלמה. תקווה הייתה גם זו שסיפקה מידע על המפה והדינמיקה התוך-נפשית.

מקרה זה מאייר את הצורך לחזור אל מעבר לחומות הדיסוציאציה, ולעשות זאת בצורה מבוקרת בתוך הפגישה הטיפולית. בלי אקט כזה מתעוררת סכנה שהטיפול יהפוך לבלתי רלוואנטי, וככזה לבלתי אחי; בעוד שכרוך כי האסטרטגיה הטיפולית צריכה להוביל להפחתת הצורך בדיסוציאציה ולהמסח תומותיה, הרי הטקטיקה האידיאלית ברורה פחות. לדיסוציאציה ברב אישיות מפוצלת יש סיכה אותה יש להכין ואשר בגורמיה יש לטפל, לפני שממהרים לדחוף לכיוון אינטגרציה מלאכותית של האישיות. כשהמטפל

שוקל להפנט את הפציינט כדי להוציא את פצלי האישיות החוצה, הוא צריך להתגבר על אינסטינקט המורה לו של לזעזע מערך שכיר ולא לעודד דיסוציאציה. הבעיה היא של ניתן להגיע לאבחון טוב ולרפוי, לפני שפצלי האישיות קורמים עור וגידים בחוך הפגישה הטיפולית.

האסטרטגיה הטיפולית במקרים של אישיות מרוב פנים, מיועדת להפוך על פיו את כיוון התהליך שברא א הבעיה וליצור תנאים לאינטגרציה. אם בעבר דחקה המטופל את רגשותיה המאיימים והעבירה אותם אל ננית, חקר דמיונית, הרי שהמטרה הטיפולית היא לגרום לחברה הדמיונית (שהתפתחה לאישיות נפרדת), להחזיר את הרגשות האסור לכוורה, לאישיות המרכזית, ושזאת מצדה תקבל ותבי רגשות אלה (17). האלמנט החוק היחיד המסוגל לאפש זאת הוא אישיות המטפל. המטפל פועל ונתפס כאן בכמ רבדים: כדמות סמכותית המעניקה חוויה מתקנת הנותנת לגיטימציה לרגשות אסורים, אבל גם כאישיות הנוספו למשפחת פצלי האישיות של המטופלת. במצב שבו חומח הדיסוציאציה הן בלתי תרירות, במצב שבו ה"אני" (אגו) שי המטופלת חלש מדי מכדי להתמודד עם התווה ובוהו הפנימי יכולה אישיות המטפל למלא כמה תפקידים. הביזור שי הטיפול הראשוני יוצר מעין pacing היפנוטי עבור המטופלת המאפשר את השינוי הרפוי. הוא גם יוצר אמון וקשו טיפולי טוב. ברמה אחרת, משמשת אישיות המטפל מודג "אני" לאישיות המטופלת. במקרה שתואר נוצר קשר כזה בין הפצל האישיותי שקרא לעצמו תקווה לכין המטפל ברעיון דומה משתמש בליס (18) שיוצר "ד"ר בליס" פנימי, מעין אישיות נוספת במטופל שעוזרת לו כמטפל-שותף (קר תרפיסט) בתהליך הסינתזה של האישיות מרובת הפנים.

תהליך האינטגרציה

גם האדם הבריאה מתפקד כקונפדרציה של חלקי - אני, אולם אלה חיים במעין סימביוזה הרמונית. חלקי האני של האדם הבריאה מתגלים כחילופי מצב רוח וכחילופי סגנון התנהגותי. ווטקינס מכנה אותם "מצבי אני" (19). "מצב אני" הוא קבוצה של התנהגויות וחוויות המאורגנות סביב עקרון משותף. קבוצה זו מופרדת מ"מצבי אני" אחרים על-ידי גבול שהוא פחות או יותר חזיר. באישיות מרובת הפנים מופרדים "מצבי אני" על-ידי חומות בלתי תרירות וכך "מצבי אני" פועלים באופן בלתי תלוי זה בזה וסמוי זה מזה. האסטרטגיה הטיפולית הטובה ביותר היא להחזיר את פצלי רב האישיות המפוצלת לתפקד כ"מצבי אני" במסגרת של אישיות אינטגרטיבית כוללת וממחנת. לא ניתן לרפא א.מ.פ. על-ידי מתן סוגסטיית להיעלמות פצלי האישיות. התהליך הטיפולי המוצע עושה שימוש כמושג ה-pacing וההנחיה (leading) שהוזכרו קודם. שלב ההנחיה קשור בדרך כלל כריכוך ראשוני של הדיסוציאציה.

אחת מהטקטיקות המוצעות דומה לזו המוצגת בעבודתו של אלפרד הרצוג (20). מוצע לעצור את הפציינט, כרגע שמתרחשת דיסוציאציה ספונטנית, עם הערה כמו: "לאט, עצור רגע, מה בדיוק עשית לפני שאיבדת את חוט המחשבה". או: "נסה להיזכר בהרגשה האחרונה שהייתה לך לפני שהתנתקת".

התערבויות כאלו מאפשרות לפציינט להתמקד על תהליך הדיסוציאציה והחשיפה (uncovering), תוך שמירה על תחושת השתתפות ובקרה מסוימת על התהליך הטיפולי. כמצב שבו תהליך הדיסוציאציה הופך לאוטומטי פחות, מתחיל להתאפשר טיפול אחיד יותר. למעשה הכוונה היא למקד בהדרגה את הטיפול באישיות כמכלול אחד. בשלב זה יכולים ההבדלים בין סגנונות הטיפול להתמתן, והמטפל הופך למכנה משותף אינטראקציוני, מעין גשר בין הפצילים. כאן חשובה ההתייחסות לפצילים העריניים. חשוב לעזור להם לשחרר את אנרגית הזעם שצברו במשך השנים, בעזרת טכניקות אבריאקטיביות. כשהזעם הופך בר שליטה, ניתן לבקש מהפצל העיוני להחזיר חלק מהרגשות הללו לאישיות המקורית. זו מצדה זקוקה בשלב זה לחיזוק "אגני", כדי שתוכל להתמודד עם העליה מחדש של הרגשות הקשים אשר עד כה הוסתרו בעזרת המנגנון הדיסוציאטיבי.

הטיפול אם כן, מחזיר לאחור את התהליך שהוביל לפילוג האישיות. בשלב הזה ניתן לצפות לכך שרוב חלקי האישיות יקבלו את הדיאגנוזה ויכירו בפצילים האחרים. בדומה למצב מדיני בין ארצות השוקלות להפסיק מצב לוחמה אנרכי, ולהחליפו במצב טוב יותר עבורן, נע עתה המטפל כשליח נודד בין הפצילים, כדי לשאת ולתת עם הצדדים שאינם מוכנים עדיין לשבת בצוותא ליד שולחן הדיונים. הטיפול הופך אחיד עוד יותר משהתמוססה חומות הדיסוציאציה כדי לאפשר שיח פנימי. בשלב זה דומה הטיפול להפעלת גשטאלט, שבו מדברים ביניהם חלקים שונים של האישיות, כמו בטכניקות הכסא הריק (21). מכאן המרחק אל המטרה הסופית אינו רב. הטיפול שהחל כסדרת טיפולים שונים בטיפוסי אישיות שונים של אותה פציינטית, מגיע בהדרגה למצב שבו גישת המטפל אחידה, והדיאלוג הפנימי מוביל ליצירת סדר פנימי חדש, סדר פנימי המאפשר קיום הרמוני יותר של חלקים נורמליים של האישיות.

רגשות המטפל

הטיפול בפציינטים הלוקים ב־א.מ.פ. דורש סבלנות והתמדה לאין קץ, ומיומנות מעולה מצד המטפל. הטיפול ממושך ויכול לנוע בין שנתיים לשש שנים. פציינטים אלה מסוגלים להפוך כל מטפל לעניו על-ידי חשיפת מגבלותיו וניפוץ בטחונו כתיאוריות ובטכניקות האהובות עליו. אם המטפל מוכן ללמוד, יתן לו ה־א.מ.פ. הזדמנות ללמוד. במשך הטיפול ב־א.מ.פ. הופך המטפל לאדם החשוב ביותר

בחיי הפציינט, והאחרון מציב בפניו תביעות גדולות לטיפול משאבי אנרגיה וזמן. האינטנסיביות של הטיפול והעוצמה הרגשית הפרימיטיבית המגולמת בחלק מפצלי האישיות, יכולים לעורר רגשות הנעים בין חשוקה לזהטת לזעם רצחני, בין בטחון כלי-יכול (אומניפורטנטי) ליאוש חסר-אונים. הסיבה שקטע זה לא כונה "העברה נגדית", נעוץ בעובדה שרוב הרגשות אותם חווה כותב מאמר זה בטיפולו בפציינטים כמו רותי, לא נבעו מהשלכות כלתי מודעות על ההתנהגות הנייטרלית של המטופל, אלא היו תגובות רגשיות צפויות למדי להתנהגות רבת עוצמה מצד המטופלת, וכאלו אין לכנותן העברה נגדית.

לדוגמה, באחת הפגישות סיפרה רותי, שהציגה כדרך כלל התנהגות דכאונית, אפטיח והזנחה מוחלטת של נשיותה, על כי בזמן האחרון מדווח לה בעלה בכורך, כי כלילה הקודם היתה שותף מהנה ופראי ליחסי מין שכמותם לא חווה מעולם. רותי הוסיפה כי אינה זוכרת דבר מכל העניין וכי זה תמוה בעיניה. משנאמר לה כי זהו חלק ממנה שאותו היא עדיין לא מכירה, קיבלה כאב ראש חזק, שהיה סימן מקדים לחילוף האישיות, ומיד לאחרי התרווחה בכורסה. חיוך התפשט על פניה ובקול מפתה שאלה אם גם אני רוצה "בילוי משגע" כמו שנחנה לבעלה של רותי. לפני שהספקתי להגיב, צנחה הפציינטית על כרכי. תוך אחיזה תקיפה בורועה הושכה למקומה כשפרשנות ניתנת להתנהגותה. למרות זאת נמשכה ההתנהגות חסרת המעצורים, והיא החלה להתערטל. כאותו שלב נעשה שימוש בסוגסטיה שניתנה לפציינטית פעמים רבות בעבר, כדי להבטיח את שליטתי במצבים שבהם פועלת אישיות הרסנית. הסוגסטיה היתה שכל פעם שאומר את המילים "ומננו כמעט חס", יהיה זה אות עבודה לחזור לכורסתה ולהיכנס מיד לטראנס היפנוטי עמוק. משניתן לרותי האות המוסכם, האטה את תנועותיה, חזרה בהילוך מכני אל כורסתה ונכנסה לטראנס תוך עצימת עיניים.

באותה תקופה סבלה רותי מאפיוזות פסיכוטיות קצרות שהפחידו אותה מאוד. קולות מבפנים קראו לה לשים קץ לחייה, ואיימו עליה שאם לא תפסיק את הטיפול היא תינזק. שיעור הקריאות הטלפוניות שהפנתה לביתי באותה תקופה הלך וגבר. מכתבי איום החלו להגיע לכתובתי הפרטית ובהם אימים על חיי ותנחומים לרעייתי על מותי הקרוב.

כמקביל החלה רותי להיפצע בתאונות מזרות ללא הסבר הגיוני. תאונות אלו כללו כוויות כבדות באיזור המפשעה, אותן חוותה כאירועים, שבהם נזרק כדור אל מפשעתה מרמות נשית מפחידה. הסלמה זו נסתיימה באשפוז פסיכיאטרי, שבמהלכו המשכתי לטפל בה, בתוך בית-החולים.

תיאור קצר זה של כחודש טיפול ברותי, מדגים את האינטנסיביות המתישה שדורש טיפול מסור בפציינטית כזו, ומאיר את ההסתייגות מן השימוש במונח "העברה נגדית" לתיאור הרגשות המודעים העזים, שחווה המטפל בטיפול ב־א.מ.פ.

סיכום

העובדה שאישיות מרוכת פנים עלולה להיות בעיה לא קלה לאבחון, תורמת כנראה להתייחסות אליה כאל חופעה

4. Putnam F.W., Guroff C.J.J., Silberman E.K. et al., The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *J. Clin. Psychiatry*, 47: 285, 1986.
5. Coons P.M., Sterne A.L., Initial and follow-up psychological testing on a group of patients with multiple personality disorder. *Psychological Reports*, 58: 1986.
5. Coons P.M., Treatment progress in 20 patients with multiple personality disorder. *J. Nerv. & Mental Disease*, 174: 715, 1986.
7. Kaplan H.I., Sadock B.J., Modern synopsis of comprehensive psychiatry. 3d Ed. Baltimore/London, Williams & Wilkins, 1981.
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition — Revised), Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
9. Prince M., The dissociation of a personality. New York, Longmans Green, 1906.
10. Schreiber F., Sybil. New York, Warner Paperback Library, 1974.
11. Fairbairn W.R.D., An object relations theory of the personality. New York, Basic Books, 1952.
12. Watkins J.G., Difficulties diagnosing the multiple personality syndrome in a death penalty case. *J. Clin. Exp. Hypnosis*, 32: 67, 1984.
13. Allison R.B., On the differential diagnosis of multiple personality in the forensic context. *J. Clin. Exp. Hypnosis*, 32: 102, 1984.
14. Thigpen C.H., Cleckley H.M., The Bianchi strangler case: Sociopath or multiple personality? *J. Clin. Exp. Hypnosis*, 32: 63, 1984.
15. Bandler R., Grinder J., Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson. Vol. 1, Cupertino: Meta Publications, 1975.
16. Erickson M.H., Rossi, E., *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York, Irvington Pub. 1979.
17. Watkins J.G., Johnson, R.J., *We the divided self*. Irvington Pub. 1982.
18. Bliss E.L., Multiple personalities: A report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria. *Archives of General Psychiatry*, 37: 1388-1397, 1980.
19. Watkins J., Watkins H., *The theory and practice of ego state therapy*. in: Grayson H., Editor, Short term approaches to psychotherapy. New York, Humam Sciences Press, 1979.
20. Herzog, A. On multiple personality: Comments on diagnosis, etiology and treatment. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1984, 32: 210—221.
21. Perls F.S., *Gestalt therapy verbatim*. Real People Press, 1969.

נדירה ביותר. מאמר זה מציע סדרה של סימנים, בנוסף לקריטריונים של ה-DSM-III, שיעזרו להקטין את שיעור האבחונים השוללים בטעות את התסמונת (false negative). מאחר ויטוד ההפרעה בתהליך דיסוציאטיבי שהוא תהליך היפנוטי, יש הגיון רב בשימוש בהיפנוזה לאבחון הבעיה ולטיפול בה. מאמר זה מציע אומנם מודל טיפולי המושתת על עקרונות היפנוטרפויטיים, אך דגש רב מושם על חשיבות טיפול אינטגרטיבי וגמישות אישית וסגנונית של המטפל. הטיפול באישיות מרובת פנים מדגיש, אולי יותר מכל טיפול בהפרעה אחרת, את חשיבות ההשכלה המקצועית הרבגונית של המטפל, ואת ההכרח שבהתרחקות מדוקטרינות דוגמטיות המנסות להתאים אל עצמן את עולמם המורכב של הפציינטים. היתה תקופה — לא זמן — שבה המושג "טיפול אקלקטי" היה שורה ערך ל"חסר חוט שדרה תיאורטי". היום, לנוכח ההתפתחויות בתחומי הפסיכופיזיולוגיה, טיפול קוגניטיבי התנהגותי, היפנוזה וטיפול משפחתי, והתפתחות ראית האדם כמושפע ממכלול של גורמים, הופכת הגישה האינטגרטיבית, הרב תיאורטית לרלוואנטית יותר. בעידן שבו הדיסציפלינות השונות מתקרבות זו אל זו, מתוך נסיון להבין את המקורות האטיולוגיים השונים של התופעה האנושית, מהרה הטיפול באישיות מרובת הפנים אתגר מיוחד במינו. הוא דורש מהמטפל למצות את רבגוניותו, את כל מכלול הידע והיצירתיות שלו ולהיות מעין גירסה צנועה של איש אשכולות מתקופת הרנסנס. האישיות מרובת הפנים מאלצת את המטפל להפוך לצוות בין-תחומי של איש אחד, אלא שבניגוד לזו הראשונה (א.מ.פ.), פועל כאן "הצוות" כתיאום, בהרמוניה וכאופן קונסטרוקטיבי, וככזה, משמש מודל חיובי לפצלי האישיות המסוכסכים של הפציינט.

ספרות :

1. Kluff R.P., Unsuspected multiple personality disorder: an uncommon source of portraited resistance, interruption, and failure in psychoanalysis. *Hillside J. Clin. Psychiatry*, 9:100, 1987.
2. Goodwin J., Mary Reynolds: A Post-Traumatic reinterpretation of a classic case of multiple personality disorder. *Hillside J. Clin. Psychiatry*, 9: 89, 1987.
3. Kluff R.P., An update on multiple personality disorder. *Hospital & Comm. Psychiatry*, 38: 363, 1987.