

גבולות או חומות?

מטופלת שהיתה אצלי בפסיכואנליזה נכנסה בהתראה קצרה לשמירת הריון קפדנית, ולא יכלה להגיע אלי. התחלנו לקיים שיחות טלפון במקום הפגישות, והדבר היה למועיל, אך עדיין השאיר הרגשה של מרחק. לבסוף סיכמנו שבנוסף לשיחות הטלפוניות, נקיים שיחה בביתה של המטופלת אחת לשבועיים. בחרנו זמן בו ידענו שתהיה לבד. להפתעתי, בפעם הראשונה שהגעתי, המטופלת סידרה בסלון כורסה מאחורי הספה עליה השתרעה, כך שיכולתי לשבת מאחוריה כפי שהיינו רגילים באנליזה. עבדנו כך כמה חודשים עד הלידה, באופן מאוד אפקטיבי.

האם היתה זו שבירת גבולות? לדעתי, בשום אופן לא. המסגרת המוסכמת, הבהירות ביחס למטרת המפגשים, והתפקידים הברורים של מטפל ומטופלת נשמרו בקפדנות בכל אותה תקופה. החוויה הייחודית של טיפול בבית המטופלת לובנה היטב בשיחותינו, ולא היו שום סימנים להיווצרות תחושת בלבול מערערת. אני מכנה מה שהתרחש הגמשת גבולות שקולה.

רעיון הגבולות הוא חיוני, כמובן. מטרתו לשמר את הייחודיות של הקשר הטיפולי, למנוע ממנו להפוך לקשר חברתי גרידא, לקשר רומנטי, לקשר עסקי וכן הלאה. בכך יש הגנה הן מפני טריוויאליזציה של הטיפול והכפפתו לנורמות חברתיות קונוונציונליות (של "הכול טוב", נחמדות בכל מחיר והתעניינות שטחית בזולת), והן מפני ניצול מיני או אחר במסווה של טובת המטופל, והפרות אחרות של האתיקה המקצועית. הגבולות מאפשרים לקלוט טוב יותר ניואנסים משמעותיים וייחודיים באינטראקציה, שהופעתם ומשמעותם עלולים להיטשטש בתוך קשר המתנהל ללא כללים בסיסיים מוסכמים, קשר שבו "הכול הולך". הגבולות גם מסייעים למטפל לנווט את המפגש הטיפולי מתוך שיקולים של טובת המטופל, ולהגן על עצמו מפני הפיתויים של אימפולסיביות, קפריזיות או אינטרסנטיות. אולם רעיון הגבולות (כפי שלימד אותנו פרנצי כבר לפני שמונים שנה) אינו מכוון לניטרול רגשי של הקשר הטיפולי, לדחיפתו לכיוון פורמלי וקפוא, למניעת גמישות וספונטניות. פסיכותרפיה, בין אם היא מתרחשת במסגרת פרטית ובין אם היא נעשית במסגרת ציבורית, גם אם המטפל הוא איש מקצוע מנוסה וגם אם הוא מתלמד מתחיל, חייבת להיות מפגש אישי אינטימי כדי שתהיה אפקטיבית. פגיעה באופי האישי של המפגש הטיפולי (סיכון שהייתי מכנה "דה-פרסונליזציה" של הטיפול, לולא קיבל כבר מונח זה משמעות אחרת בתחום הפסיכופתולוגיה...) היא פגיעה במהותו. לעתים, הגמשה מתונה ושינוי מושכל של גבולות הטיפול מאפשרים נאמנות למטרותיו המהותיות, בעוד שהיצמדות קפדנית למסגרת סטנדרטית יוצרת חומות המחבלות במטרות אלה.

הנה דוגמה לכללים פסקניים שפוגעים בטיפול: בתחנה טיפולית מסוימת מקבלים המטפלים תיק של מטופל חדש, ונאמר להם לא ליצור איתו קשר טלפוני, אלא לבקש מהמזכירה לזמן אותו בכתב (בטופס סטנדרטי) לתאריך מסוים. זהו נוהל שמתאים אולי לזימון נישומים למשרדי מס הכנסה, אך בהחלט לא להתחלת תהליך טיפולי. יצירת הקשר בדרך מנוכרת, אנונימית ועקיפה מעין זו יוצרת מראש אווירה לא מתאימה. אם המועד המוצע אינו נוח למטופל עליו לפנות לגוף רשמי ולבקש את שינויו, "לעשות צרות". פניה טלפונית אישית של המטפל המיועד, כולל הזדמנות לברר מההתחלה אילו זמנים אפשריים למטפל ולמטופל

כאחד, יוצרת אווירה שונה לחלוטין. היא מאפשרת גם אוריינטציה מועילה לגבי נתוני הפתיחה: המטפל עשוי לגלות, למשל, שהמטופל המיועד כועס על הזמן שעבר מאז רואיין לראשונה ("עכשיו נזכרתם?"), ומגיב באמביוולנטיות להזמנה; אם זה המצב, יש להתמודד עם הכעס במישרין, אחרת אולי לא יתאפשר טיפול. בה בעת, אם נוצר אקלים חיובי בשיחת הטלפון הראשונה, הונחו כבר היסודות לברית טיפולית טובה, שתהווה בסיס מוצק לטיפול.

החשש ממגע ישיר מדי של מטפל-מטופל, חשש שאולי קשור גם לרצונם של מנהלים לשמור בקרה מלאה על הנעשה במסגרת שלהם, מחבל לא רק בשלב הפתיחה של הטיפול. במסגרות ציבוריות מסוימות מתבקשים המטפלים לעולם לא לתת למטופל מספר טלפון פרטי, ולדרוש שכל התקשורת תתועל דרך המזכירות בשעות העבודה. בעיני זוהי התערבות מוגזמת בשיקול הדעת של המטפל (ואם הוא סטודנט או מתמחה, גם של מדריכיו). ייתכנו אכן מקרים שבהם יש חשש לשימוש לרעה במספר הטלפון, ויש להיזהר, אך מניסיוני מקרים אלה הם נדירים למדי. רוב המטופלים מכבדים את פרטיותו של המטפל, ולא פעם אנו מוצאים את עצמנו עובדים איתם דווקא על הימנעות משימוש בטלפון ברגעי משבר, בעת עליית דחפים אובדניים, וכולי. מיסוד-היתר שבאיסור גורף מעין זה גם מוליך לא פעם לתסכול מיותר, כמו במצב שבו סטודנט בפרקטיקום מגיע במאמץ רב לפגישה טיפולית בשעת בוקר מוקדמת, ואז שומע מהמזכירה שהמטופל שלו ביטל את השעה יומיים קודם. (מגע ישיר היה מאפשר אולי למצוא שעה חלופית). יתר על כן, טלפונים רבים מצוידים היום לאיתור שיחה מזוהה, כך שכדי למנוע מהמטופל את ידיעת מספרו של המטפל על המטפל גם להימנע מלטלפן מביתו אל המטופל (למשל, אם המטפל חולה וצריך לדחות פגישה), מה שעוד מעצים את הניכור ההדדי. ברוח דומה, נתקלתי במצבים בהם נאמר למתמחים או לסטודנטים שאסור להם לדבר עם המטופלים שלהם לאחר סיום הטיפול, בתום שנת הלימודים או ההתמחות. הדבר מנומק לעתים בשיקולי ביטוח, מה שמסמן בבירור ש"הגולם קם על יוצרו", ושיקולים לגליסטיים (או חרדות לאו דווקא מציאותיות מפני תביעות משפטיות) דוחקים את רגלי ההיבט המהותי. גם אם המתמחה אינו יכול להמשיך את הטיפול במטופל, מגע טלפוני ביניהם בהמשך יכול להיות חיוני כדי לאתר הידרדרות ומשברים, כדי לייעץ למטופל על אפשרויות טיפול חדשות בשעת הצורך, וכדי לשמר את תחושת המפגש העמוק והמשמעותי שנוצר (הבה נקווה) בטיפול, מפגש שיש לו משמעות רגשית ארוכת טווח. יש ממצאים אמפיריים הקובעים שטיפולים שבהם נשמר קשר עם המטפל אחרי הסיום התגלו במעקב ממושך כאפקטיביים יותר, וזו גם התנסותי. כמדריך בפרקטיקום, אני מייעץ למודרכים לאפשר מגע כזה, ולפנות אלי להתייעצות אם יתרחש בעתיד כדי לסייע בהכוונה קונסטרוקטיבית שלו, גם אם האחריות הפורמלית שלי כמדריך פגה מזמן. עוד הערה בענייני טלפון בעידן הסלולרי. ככלל, יש כמובן יתרון בכך שהמטופל יכבה את הטלפון בשעות הטיפול, ושיחות תכופות יכולות ללא ספק לשבש את התהליך ולמנוע את האינטימיות והריכוז שהוא דורש. אך יש גם יוצאים מהכלל. כשמטופלת מגיעה בעת שילדיה לבד בבית, למשל, לא פעם תשובה קצרה לטלפון של ילד ("מתוק, אני עסוקה עכשיו, אטלפן אליך בעוד חצי שעה") מאפשרת רגיעה והתמקדות טובות יותר בפגישה מאשר המתח שיגרום טלפון מנותק מול ילדים הרגילים לזמינותה של האם. עוד דוגמה שבה נתקלתי להגמשת גבולות שהתגלתה כתורמת לטיפול, ובהחלט לא כמשבשת: המטופל עבר תאונה, שבר את רגלו בצורה קשה, ואינו יכול לעלות לחדר הטיפולים בקומה השלישית של המרפאה, שאין בה מעלית. האירוע נדון בישיבת צוות, ובתחילה נראה שאין מה לעשות; הטיפול יושעה בהכרח עד שהרגל תחלים, שהרי כל

פתרון אחר "יפגע במסגרת (setting) ובגבולות הטיפול". אולם בדיקה יסודית יותר מעלה אפשרות אחרת: קומת הקרקע של הבניין אינה שייכת למדור בריאות הנפש אלא מיועדת לתחום רפואי אחר, אך לאחר משא ומתן קצר מתקבל אישור לראות את המטופל, עד להחלמתו, בחדר ארעי בקומת הקרקע. הדבר מתגלה כחשוב מאוד, שכן המטופל נכנס לדיכאון בעקבות התאונה שעבר, זקוק מאוד לפסיכותרפיה, ונרגש מכך שהמטפל הלך לקראתו ומצא פתרון למצב. (במקרה זה יש חשש שהדאגה לגבולות היתה בעצם רציונליזציה ל"ראש קטן", לחוסר תושיה ודימיון).

כתבתי במדור זה בשעתו (ב-1998) על הנטייה של מטפלים דינמיים מסוימים שלא עברו הכשרה פסיכואנליטית להיות "יותר קתוליים מהאפיפיור" לעומת רבים מהפסיכואנליטיקאים עצמם, מפרויד ועד היום. פרויד טיפל בו במקום במלצרית שפגש בפונדק באלפים ("קתרינה"), הגיש ארוחה למטופל רעב ("איש החולדות"), ועשה אנליזה עם מטופלים אחרים תוך כדי טיול משותף בפארקים של ווינה. רובנו עובדים עם גבולות מוגדרים יותר, אך תמיד עולה השאלה כיצד להבטיח שהגבול לא יהפוך לחומה, ברגעים קריטיים. אני מרבה ללכת להצגות מקרים של מתמחים המסיימים את הכשרתם במכון הישראלי לפסיכואנליזה, גוף שיש לו דימוי שמרני למדי; במשך השנים שמעתי שם לא מעט דוגמאות להגמשת גבולות, לא פעם תוך לבטים ופולמוסים על השלכותיה של הגמשה כזו באנליזה מסוימת.

שמעתי אנליטיקאים המספרים כיצד נפגשו עם מטופל במשבר על ספסל בגן ציבורי, מפני שסירב בזעם להגיע לטיפול; כיצד רצו אחרי מטופלת אותה ראו במקרה ברחוב, אחרי שנעלמה בלי עקבות; כיצד השתתפו בהלוויה של בן-משפחה קרוב של מטופל, שנהרג בפיגוע; כיצד הלכו לתערוכה של מטופלת, או נכחו בקונצרט של מטופל; כיצד קיבלו מתנות ממטופלים או נתנו להם מתנות; כיצד עודדו מטופלת לבוא עם התינוק שלה לשעה, ואף להיניק אותו; כיצד השיבו לשאלה אישית משמעותית, או השאילו ספר למטופל – דוגמאות שכולן חורגות מהדימוי המקובל של "גבולות פסיכואנליטיים".

אינני בטוח שבכל מקרה ומקרה הייתי נוהג באותה דרך, וכאמור הדעות נחלקו לא פעם בין השומעים. אך כדי להגיע למסקנה כיצד לנהוג במצב קליני זה או אחר הכרחית חשיבה דינמית ממוקדת וחד-פעמית על משמעות המצב, ועל ההשלכות הרגשיות המודעות והלא-מודעות של כל בחירה שיעשה המטפל, בתוך הספקטרום הרחב בין היענות לתסכול, בין עמידה על המסגרת שנקבעה מראש לשינוי יצירתי שלה.

מה שייחודי לגישה הפסיכואנליטית אינו רשימת כללים של "עשה" ו"אל תעשה", אלא הנכונות והיכולת לשקול באופן מעמיק את דרך ההתמודדות האופטימלית בכל דילמה טיפולית. עיקרון זה חל על שאלת הגבולות בכל טיפול וטיפול.

Emanuel Berman
Sharp Angle
Boundaries or walls?