

מקורות הנפש: על הפסיכולוגיה הפּרֶה-נְטִלית והפּרֶינְטִלית

פרופ' זלמן ויינטראוב¹, ד"ר אודי בונשטיין²

הפסיכולוגיה הפּרֶה-נְטִלית (prenatal) והפּרֶינְטִלית (perinatal) עוסקת בחיי הנפש של המטופל הבוגר שמקור הפסיכופתולוגיה שלו נעוץ בשלב העוֹבְרִית. יכול הדבר להיות קשור בעוֹבֵר (הפיטוס, fetus), באשה ההרה, ביחסי הגומלין אֶם-עוֹבֵר, ובלידה. לפסיכולוגיה הפּרֶה-והפּרֶינְטִלית חשיבות בהרחבת הבנתנו את היחסים בין הגוף לנפש ובשיפור היכולת לאבחן אצל המטופל טראומות ראשוניות, ומכאן – להשליך על אופן הטיפול. לאחר סקירת הבסיס האמפירי לקיומה של מנטליות ראשונית-בסיסית (תוך-רחמית) נשלבה עם רעיונות תיאורטיים מהשדה הפסיכואנליטי ונדון ביישומים רלוונטיים, הן בתחומי הטיפול והן בתחומי המניעה.

כמה תנאים הכרחיים כדי להניח קיומם של חיים מנטליים טרום-לידתיים. הראשון שבהם הוא קיומה של מערכת חושית בשלה, היכולה לקלוט את הסביבה (אם התוך-רחמית ואם מחוץ לרחם או אף מחוץ לגוף האם). התנאי השני הוא רישום (זיכרון) של חוויה זו. התנאי השלישי הוא עדויות לקיומם של תהליכים פנימיים בעוֹבֵר (תהליכי למידה ושינוי).

הסביבה בה מצוי העוֹבֵר מוצפת גירויים: הלמות לב האם, שאון זרימת הדם בכלי-הדם העוטפים את הרחם ובחבל הטבור, קולות הנשימה של האם ופעולות מעיה, קול הדיבור של האם המהדהד בתוך גופה וקולות אחרים, מחוצה לה, מגע מי השפיר בעורו של העוֹבֵר, טעם השיליה ומי השפיר ועוד. המערכות הסנסוריות והמוטוריות של העוֹבֵר מתפקדות כבר בשלב מוקדם (1). חושי הריח, הטעם, והמגע מתפקדים שבועות מעטים לאחר ההפריה. חוש השמיעה מתחיל לתפקד בשבוע ה-16 להריון ומגיע לבשלות בשבוע ה-22. העוֹבֵר ממצמץ בעיניו בתגובה לאור כבר בשבוע ה-24 להריון, אם כי עיקר התפתחות העיניים מתרחש בטרימסטר השלישי. העוֹבֵר מגיב לגירויי כאב נוסיספטי (כאב הנגרם בשל נזק לרקמה) בגיל עשרה שבועות הריון, ומגיל 25 שבועות הריון נקלט הכאב 'במודעות ראשונית' ומתבטא בשינוי התנהגותי, בהבעת הפנים, בפעילות החשמלית של המוח, בהדמיה מוחית, ובעלייה ברמת הורמוני הדחק (2). המערכת המוטורית מתפקדת החל מ-8 שבועות הריון. בתקופה זו התנועות עדיין כלליות, חסרות מטרה וקואורדינציה, וכאוטיות, אך בגיל 22 שבועות הריון ניתן כבר לצפות בתבניות מוטוריות בשלות, נשלטות, ובעלות מטרה (3).

באשר ליכולות הזיכרון והלמידה, הרי שמחקרים אמפיריים הראו שלפיטוס יכולות זיכרון ולמידה גרעיניות שמתפתחות בהדרגה ומכינות אותו להתמודד עם הסביבה החוץ-רחמית. מחקרים שבחנו את סוגיית הלמידה ברחם הראו כי תינוקות

"וגר דלוק לו על ראשו וצופה ומביט מסוף העולם ועד סופו... ומלמדין אותו כל התורה כולה... וכיוון שבא לאוויר העולם – בא מלאך וסטרטו על פיו, ומשכחו כל התורה כולה" (תלמוד בבלי, מסכת נדה דף ל/ב).

ה' יכן 'מתחילה' הנפש? באיזה שלב ובאיזה אופן נרשמות חוויות חושיות ראשוניות ועד כמה משפיעות חוויות אלו על מי שנהיה בבגרותנו? כיצד ובאיזה אופן ישפיע הדבר על הפסיכופתולוגיה בהמשך החיים, והאם משליך הדבר על אופי ואופן הטיפול? בעמודים הבאים ננסה לסקור את ההתפתחויות האחרונות בפסיכולוגיה הפּרֶה-נְטִלית (תוך-רחמית) והפּרֶינְטִלית (ה'מכסה' את התקופה שבין שבוע לפני הלידה, דרך הלידה עצמה ועד החודש שלאחר הלידה) ולהשיב על שאלות אלו.

מנטליות ראשיתית-גרעינית בעוֹבֵר

ממצאים הקיימים בידינו מאפשרים לנו להניח שכבר ברחם קיימת מנטליות ראשיתית-גרעינית (primordial) המשפיעה על התפתחות ה- mind ברחם ובהמשך, לאחר הלידה.

¹ ביה"ס לרפואה, טכניון, חיפה.

² המרכז הרפואי האוניברסיטאי לגליל; "הדדיות" – מכון מוכר ללימודי היפנוט.

udibon@gmail.com

* העוֹבֵר האנושי עובר שני שלבים עיקריים המחולקים לשלבי משנה: מרגע ההפריה ועד תום השבוע ה-8 להריון הוא נקרא עוֹבֵר (embryo). מתום השבוע ה-8 ועד תום ההריון הוא נקרא פיטוס (fetus) או שליל בעברית. בשל נדירות השימוש במילה שליל, נשתמש לאורך המאמר במונחים "עוֹבֵר" ו"פיטוס" בהתאם להקשר.

כשיפת הפיטוס והיונק לרמות קורטיזול גבוהות יכולה לפגוע בהתפתחות מוחו.

השפעות חיצוניות ארוכות טווח

מן הידועות היא שלהתרחשויות חיצוניות מסוימות השפעה ארוכת טווח על התפתחות מוחו ונפשו של העובר, ובהמשך – על מצבו הבריאותי, הקוגניטיבי והרגשי. שימוש של האם ברעלנים במהלך ההריון כמו עישון או שימוש תדיר באלכוהול (היכול לגרום לתסמונת האלכוהול העוברית המשפיעה על כל המבנה הביולוגי וההתנהגותי של הילד בצורה בלתי הפיכה) (11), שימוש לרעה של האם בסמים העלול להביא לתופעות גמילה בילוד, זיהומים וירליים (כמו שפעת) העלולים לגרום להתפתחותן של הפרעות נפשיות ופסיכיאטריות (12), רעב קיצוני של האם (ר' למשל, 13) ומצבי דחק וחרדה מתמשכים (14). בנוסף, מחלות אמהיות במהלך ההריון (רעלת הריון, תת-פעילות של בלוטת התריס, מחלות אוטואימוניות וכד'), עשויות לתרום להפרעות נפשיות ו/או פסיכיאטריות לאחר הלידה ובהמשך החיים, כילדים וכמבוגרים. כך, לדוגמה, סכרת הריונית לא מטופלת עשויה לתרום להפרעות התנהגות בצאצאים, הפרעות פסיכומטוריות, ואף חמור מכך (15).

תפיסה פסיכואנליטית

על רקע הממצאים הביולוגיים התומכים בקיומה של תשתית טרום-לידתית ל-*mind*, מעניין להתבונן בתפיסות הפסיכואנליזה לנושא. המחשבה שהלידה והחוויה הטרום לידתיות משפיעות על התפתחות האישיות מלווה את הפסיכואנליזה מראשיתה. היה זה פרויד שציין ב"עכבה סמפטום וחרדה" כי "החיים התוך-רחמיים וראשית הילדות הם בבחינת רצף, הרבה יותר מכפי שהקיטוע הבולט (*caesura*) של אקט הלידה מאפשר לנו לסבור" (16, עמ' 66). אולם עוד קודם לכן, ב"פשר החלום" (17) תיאר פרויד כמה 'חלומות לידה' ושיער כי מקורם בהזיות ומחשבות לא-מודעות על החיים בבטן האם, ולא רק זאת, אלא שמעשה הלידה הוא חווית החרדה הראשונה ומהווה את המקור והדוגמה לאפקט החרדה. הוא שב ונדרש לנושא ב"איש הזאבים", כאשר הוא דן בחלומו של פנקייב ובאסוציאציות הנלוות אליו (נושא שנשוב אליו בהמשך) (18), אך פרויד לא המשיך לפתח נושא זה של פסיכולוגיה פרה/פרינטילית. למעשה, הוא שב ומהיר מפני פירושים שרירותיים ואומר שלמרות שהאם כאובייקט נפשי מחליפה אצל הילד את הסיטואציה העוברית הביולוגית, הרי אין פירוש הדבר שרשאים אנו לשכוח כי בחיים התוך-רחמיים לא היתה האם אובייקט כלל, וכי לא היו אז שום אובייקטים בנמצא. בעקבות השערות של פרויד שהלידה מספקת את המודל לחווית החרדה אצל האדם (16, עמ' 60), התמקדה עבודתו של אוטו ראנק בטרואמת הלידה. ראנק סבר שהלידה הטראומתית מהווה בסיס משמעותי לחרדות קשות, הבאות לידי ביטוי בייצוגי חלום ומהוות את המקור לנוירוזות, חרדות הישרדות, והפרעות התנהגות בהמשך החיים (19), אולם פרויד עצמו לא

בני ימים מספר יכלו לזהות ולהגיב למוזיקה שאמותיהם האזינו לה במהלך הריון (4), ידעו לזהות את קול אמם שהושמע להם על גבי סרט הקלטה (5), ללמוד למידת התניה (6) ואף להגיב לסיפור שהוקרא להם בהיותם ברחם אל מול סיפור אחר, ששמעו לראשונה (7).

יתרה מכך, מדען המוח (וחתן פרס נובל) אריק קנדל, הדגים זיכרון הישרדותי בבעלי-חיים פרימיטיביים שהכילו במוחם עשרות בודדים בלבד של תאי-עצב. הוא שיער, בהסתמך על תצפיותיו, שקיימת סבירות גבוהה לכך שגם לעובר האנושי זיכרון ולמידה ראשוניים, גרעיניים, שסביבם מתפתח ה-*mind* (8). בהמשך ננסה 'לחבר' רעיון זה למושגי העצמי הגרעיני (9) והעצמי הווירטואלי (10).

אפיגנטיקה

אפיגנטיקה (Epigenetics) הוא תחום חדש יחסית בביולוגיה, העוסק בשינוי הפנוטיפ על-ידי משובים מהסביבה. לא מדובר בשינוי של ה-DNA, אלא רק בעיצוב ביטויים של גנים מסוימים על-ידי החלשה ('סגירה ועיכוב') או חיזוק ('פתיחה והפעלה') פעולתם של הגנים. מוח העובר הוא איבר פלסטי וגמיש, הנמצא בהתפתחות מואצת, ורגיש ביותר לגירויים הסביבתיים ולהשפעותיהם. להשפעות אלו תפקיד מעצב, מן הסתם, על כל ההתפתחות הנפשית בהמשך החיים, באשר הם משפיעים על הקידוד הגנטי של המוח.

מוחו של העובר מתחיל להתפתח בשבועות הראשונים לחייו, ובמחצית הראשונה לתקופת ההריון הוא מתפקד באופן משמעותי. התפתחותה של קליפת-המוח מתחילה בגיל 8 שבועות הריון, וב-20 שבועות הריון קיימים בה כבר מספיק תאי עצב, סינפסות והסתעפויות, כדי שתתקיים פעילות פרוטו-מנטלית. במחציתו השנייה של ההריון יש מספיק סיבי עצב שמעבירים מידע מהגוף לקליפת המוח והוראות מקליפת המוח לגוף דרך התלמוס. בטרומסטור השלישי קיימת התפתחות מואצת של קליפת המוח והפונקציות המנטליות הגבוהות. גם ממצאים אלה תומכים בהנחה (עליה הצבענו קודם לכן) שלעובר יש 'mind ראשית' ושהגירויים שבהם הוא מוצף (שמקורם באם ובסביבה התוך-רחמית והחוץ-רחמית) משפיעים, לעתים באופן קריטי, על תפקוד ה-*mind* והנפש בהמשך החיים. כך, למשל, עקה, חרדה ודיכאון קיצוניים ומתמשכים באם ההרה משפיעים על מוח הפיטוס, הן ישירות (דרך המערכת הביוכימית האימונולוגית) והן על-ידי הטבעות אפיגנטיות במוח הפיטוס. ניתן לראות את התגובות הפלסטיות ההסתגלותיות ב-*mind* של הפיטוס כמנגנוני הגנה אל מול סכנת הישרדות. הורמוני העקה (קורטיזול, קטכול-אמינים, נורטרנסמיטורים וחומרים פסיכו-אקטיביים אחרים) באם ההרה מועברים לפיטוס המתפתח. הבלוטה ההיפופיזית בפיטוס שמוסתתת את הפרשת הקורטיזול, עוברת תכנות מחדש בעקבות החשיפה לדחק האמהי, דבר שעלול לשנות את תהליך ההיוון החוזר בתפקוד הקורטיזול, בדומה למתרחש ב-PTSD. יתרה מכך,

פירבולט (25) הרחיב את רעיונותיו של פודור תוך הצגת חומרי חלום של מטופליו ואת פירושו להם. מסקנתו היתה שכאשר האנליזה של טראומות הילדות לא מצליחה להעלים את הסימפטומים הנירוטיים, יש לערוך אנליזה לטראומת הלידה או לטראומה הפרה-נטלית כדי להביא להחלמה.

גרינקר (26) הדגישה את תפקיד הלידה הנורמלית, נטולת הסיבוכים, בהתפתחות התינוק. המאבק להגיח לעולם מהווה מעין הכנה ותרגול לקראת החיים שבחוץ, מעין גשר בין התלות התוך-רחמית לבין העצמאות מחוץ לרחם. חווית הלידה מארגנת את דפוס החרדה (בדומה להשערתו של פרויד), על מרכיביה הפסיכולוגיים והסומטיים.

ויניקוט (27, 28) סבר שגופו של הילד מכיר את התחושה של ההיולד. הוא ראה את משחקי הלידה, שילדים רבים משחקים בהם, כנובעים מסיפורים ששמעו או מזיכרון לידתם. את ההוכחות לכך שחווית הלידה משפיעה על ההתפתחות הרגשית ראה בחומרי חלום ובחוויות גופניות (למשל מחוות, תנוחות או מצבים פסיכוסומטיים). הוא שיער שעקבות זיכרונות אלה ממשיכים ומתבטאים בקשיים לאורך החיים הבוגרים. ויניקוט מנה שלוש קטגוריות של חוויות לידה: זו הבריאה והנורמלית (המספקת דפוס טבעי לחיות לפיו, הכולל ביטחון, סדר, יציבות וכו'); זו הכוללת חוויות טראומטיות מתונות (המתערבות עם משתנים טראומטיים סביבתיים אחרים שמגיעים בהמשך, מעצימים אותם ומועצמים על-ידם); ולבסוף – חוויות לידה טראומטית קיצונית.

גם פיירברן (29) ראה את שורשיהן של חרדות קיצוניות או טראומות מאוחרות יותר כרה-אקטיבציה של ההלם שנוצר בעקבות חווית הלידה. את מקור ההזדהות העמוקה של התינוק עם אָמו הוא ראה כעדות לקיום חוויות רגשיות תוך-רחמיות עזות.

פאולה היימן סברה שההתנסויות המוקדמות משאירות עקבות זיכרון סומטיים בלא-מודע. בהמשך הופכים זיכרונות סומטיים אלה לבעיות נפשיות בדומה לתהליך העומד ביסוד ההמרה ההיסטרית (30).

ביון, בהתאמה למה שיודעים אנו היום ממחקרים בעוֹפָּרִים, סבר שהפיטוס שומע, רואה, מרגיש, טועם ומריח. ביון שיער שמקור ההלוצינציות והדלוזיות בהמשך החיים הוא בשרידי זיכרונות תוך-רחמיים. שרידי זיכרון אלה הם 'הצל' שעליו נבנה העתיד (31). הוא תמך (בדומה לסדגר) ברעיון שלמצבה הרגשי של האם ההרה ולתקשורת וההיקשרות אֶם-עוֹפָּר יש השפעה רבה על עיצוב הנפש לאחר הלידה.

מנכיה (32) הניח קיום של גרעין פרוטו-מנטלי (proto mental nucleus) בפיטוס, ששורשיו גנטיים בחלקם ובחלקם האחר הם תוצר הגירויים הראשוניים מהאם ומהסביבה. הוא הראה שלפיטוס יש שנת רע"ם (REM), והיות שכך – שיער את קיום החלימה. חלימה עוֹפָּרית דורשת מנטליציה בסיסית וראשונית, שכוללת זיכרון ראשיתי ואולי אף יכולת חשיבה ראשונית. מה 'קורה' לחוויות אלו?

החשיב ניסיון זה של ראנק כמוצלח. אחד מטיעונו של פרויד כלפי השערתו של ראנק היה שקשה להאמין שהילד זוכר מתהליך הלידה דבר מה זולת רשמי מגע ותחושות כלליות. את האנלוגיה שרואה ראנק בין פחדי ילדים מבעלי חיים קטנים הנעלמים בתוך חורים או יוצאים מתוכם, מבטל פרויד בטענו שהילד אינו יכול להבחין באנלוגיה זו. נדמה כי שניות זו בגישתו של פרויד מייצגת התמודדות תהליכית ועמוקה יותר שלו עם נושא הטראומה הממשית לעומת הפנטזיה של טראומה (המיוצגת, בין השאר בנטישתו את 'תיאורית הפיתוי' לטובת ההתרחשות האדיפלית הפנטזיונית). את ניסיונותיו האמציים של פרויד להתמודד עם הנושא אנו שבים ומוצאים גם בספרות המחקרית העדכנית, עליה נרחיב בהמשך.

פרנצי האמין, גם הוא, באפשרות של השפעת הקיום הפרה-נטלי על החיים הפוסט-נטליים. הוא אף הדגיש זאת באומרו כי מגוחך להאמין שתפקוד ה־mind מתחיל באופן פתאומי של 'יש-מאין' לאחר הלידה. לדעתו, התפתחות ה־mind מתרחשת בהדרגה בתוך הרחם, כך שבלידה היילוד מוכן להתמודד עם החיים החוץ-רחמיים (20). 'השרידים הפסיכיים' של החיים התוך-רחמיים משפיעים על החיים הנפשיים שלאחר הלידה, לפעמים למשך שארית החיים. רעיון זה מזהה את עבודתו של ביון, שעסק רבות במצבים מנטליים ראשוניים אותם ייחס לשלבי החיים המוקדמים, הכוללים גם את החיים התוך-רחמיים. הוא סבר, בהמשך לפרויד, שקיים גרעין מנטלי בפיטוס שיוצר המשכיות בין החיים הפרה-נטליים לפוסט-נטליים למרות הנתק החד (הסזורה) ביניהם בזמן הלידה (21). סדגר היה הכותב הראשון שניסה לפרוט לפרטים את חוויות של הפיטוס (22). הוא טען כי הסימפטומים ההיסטריים אצל המטופלים אינם נעלמים בטרם מתייחסים לתקופה התוך-רחמית. הוא תיאר זיכרונות מודעים לכאורה, שמקורם בחוויות המטופלים כזרע וביצית (אך לא סיפק מידע לגבי האופן בו התעוררו 'זיכרונות' אלה במהלך השעות האנליטיות). סדגר עצמו לא ידע לאשורו אם מדובר היה בזיכרון אמיתי או בפנטזיה, אך האמין כי קיים גרעין של זיכרון, גם אם לא-מודע, שמקורו בחיים התוך-רחמיים ושזיכרון זה ממשיך להתקיים במהלך החיים הבוגרים ומשפיע על ההתנהגות. כך, למשל, יכול העוֹפָּר להרגיש האם אָמו רוצה בו ואוהבת אותו והפיטוס יכול להבחין בין אהבה לשנאה (רעיון שנמצא גם אצל ביון, 23). לפיכך, הוא סבור שרגשות אשמה, דיכאון חמור ואף אובדנות, נובעים מ'מודעות' לכך שההריון לא היה רצוי.

פודור היה עקבי יותר מסדגר בחיפושיו אחר עדויות משכנעות לקיומם של זיכרונות מהרחם ומהלידה. הוא ראה את החיים הפוסט-נטליים כרצף המתחיל בחיים הפרה-נטליים, רצף שנקטע על-ידי הלידה, שבעקבותיה מגיעה אמנויה לתקופה שקדמה לה (בדומה לציטוט שבראש המאמר). הוא הביא דוגמאות קליניות למקרים בהם טראומה במהלך הלידה השפיעה השפעה מכרעת על המשך החיים, תוך שנעזר בעיקר בחלומות של מטופליו, אך גם בווינייטות מפורטות (24).

מיושנת יחסית מהבחנה הטכנית ועל תיאוריה פסיכואנליטית ספציפית מאוד, תוך כמעט התעלמות מעדויות עדכניות השוללות הנחות יסוד אלה ופגמים מתודולוגיים רבים. נפנה כעת לבחון רעיון זה של המשכיות בין החיים התוך-רחמיים לאלה החוץ-רחמיים משלוש זוויות שונות: נסקור תחילה את נושא ההיקשרות בין האם לפיטוס, נמשיך ונציג את גוף המחקר הבודק את מעגלי ההשפעה הביולוגיים בין האם לפיטוס וכן את רעיון העצמי הווירטואלי מתיאורית העצמי.

היקשרות אִם-פִּיטוּס

הספרות המחקרית מצביעה על יחסי גומלין בין האם לפיטוס, הן סומטיים והן נפשיים. האשה ההרה מתנסה בשינויים ביו-אמוצינליים משמעותיים. ההריון והלידה מערבים תהליכים נפשיים רבי עוצמה באם ההרה, חלקם חיוביים ומשמחים, אך לעתים מדובר בפחדים עזים ולא מוסברים, תחושות של ספק, אכזבה, ריקנות ודיכאון. תחושות אלו יכולות להופיע לאחר הלידה (במקרה של דיכאון לאחר הלידה), אך יכולות להתקיים כבר בתוך הרחם ואף בטרם הכניסה להריון. יש עדויות מחקריות לכך שההיקשרות בין האם לתינוקה מתחילה כבר ברחם (36). לאחר שפותחו סולמות מדידה שאיפשרו הערכת האיכות של ההיקשרות אִם-פִּיטוּס, הוכח קשר בין איכות ההיקשרות הפרה-נטלית לזו הפוסט-נטלית (כך, למשל, נמצא קשר בין איכות ההיקשרות הפרה-נטלית להתעללות בפיטוס ובילד, 37), ויתרה מכך – לדפוס ההיקשרות של הילד כאשר הוא הופך למבוגר (38). זוהו כמה גורמים העשויים לתרום לאיכות ההיקשרות אִם-פִּיטוּס, ביניהם ניתן למנות הדמיה על-קולית (שבדרך כלל מהדקת היקשרות), גורמים דמוגרפיים, סיבוכי הריון, בריאות הפיטוס, מומים בפיטוס, הפלה לפני ההריון הנוכחי, הפריה מלאכותית, תאומים, שימוש האם בסמים, עמדות המשפחה ועוד. בניסיון להבין את המנגנונים העומדים בבסיס ההיקשרות אִם-פִּיטוּס, נציג שני מסלולים: א. המנגנונים הביולוגיים של השפעה הדדית בין האם לפיטוס; ב. גישתה של פסיכולוגית העצמי לנושא.

המנגנונים הביולוגיים של השפעה הדדית אִם-פִּיטוּס

חרדה ודחק אמהי בהריון משפיעים על הפיטוס ועל ההיקשרות אִם-פִּיטוּס. ההשפעות יכולות להיות ארוכות טווח. במצבי דחק וחרדה מפריש גוף האם ביוכימיקלים פסיכואקטיביים, כמו אדרנלין, נוראדרנלין, דופמין, קורטיזול ועוד. חומרים אלה עוברים באמצעות חבל הטבור לפיטוס ומשפיעים על הביולוגיה שלו. כתוצאה מכך, הפיטוס עשוי לחוש חרדה ודחק, אף אם אלה אינם מיוצגים עדיין בצורה בשלה במוחו. אִם יחסי הגומלין הפסיכונורולוגיים והביוכימיים יימשכו זמן רב (קרי – שבועות וחודשים), עלול האיוון במערכות אלו להיות מופר, לעתים אף לתמיד (14). השערה מעניינת היא כי ייתכן שכאן נבנית התשתית להתפתחותן של הפרעות נפשיות ופסיכיאטריות.

מנכייה דן ארוכות בזיכרון החבוי (implicit memory) – אותו זיכרון שאינו יכול להיות מודע ולכן גם לא יכול להיות מודחק – בעוֹבָר ובתינוק. בזיכרון החבוי נאגרים אמוציות, תחושות אפקטיביות, אירועים טראומטיים, התנסויות טרום-סמליות (פרה-סימבוליות) ויחסי גומלין אִם-פִּיטוּס. תכניו של הזיכרון החבוי יכולים, כמובן, להשפיע משמעותית על התפקוד הנפשי במשך החיים. אלה הם 'זיכרונות קבורים' המהווים את התשתית להתפתחות עצמי גרעיני לא-מודע ולא-מודחק. ניתן ללמוד על נוכחות "זיכרונות קבורים" אלה אצל המטופל באמצעות איכות ותוכן ההעברה בזמן הטיפול כמו גם דרך חלומות, התנהגות רגרסיבית, ותבניות פסיכומטריות שחוזרות על עצמן. לרעיון זה יש שותפים נוספים (למשל, גרוטשטיין, 33), אולם מעניינת בהקשר זה התמקדותו של מנכייה בחיים העוֹבָרִיִּים.

יש הסבורים (סברה הנשמעת על גבול המדע הבדיוני) כי הזיכרון מגיע אף מוקדם יותר – עד רגע ההתעברות – ונוכח ברמה תאית. לפי רעיון זה נשמר זיכרון הדחייה של התאים המופרים לאחר רגע ההתעברות על-ידי מערכת החיסון של האִם (34). טראומת התעברות זו נוכרת בזיכרון תאי (cellular memory), זיכרון האוגר את ההתנסויות הראשונות שלנו (מלפני ההתעברות ועד הלידה). זיכרונות אלה יכולים לבוא לידי ביטוי כפנטזיות התואמות את הייצוגים הנפשיים של ההטבעות המוקדמות ברחם. התנגדות קשה בטיפול ותגובה טיפולית שלילית יכולים לנבוע כבר מהשלב המוקדם של הקיום, שלב ההתעברות. תהליכי ההתעברות מוטבעים בתוך המצע הבסיסי של הלא-מודע ועוברים אקטיבציה במפגש האנליטי.

רגשות קטסטרופליים ימנעו את השגתם של קשרים נפשיים במטרה למנוע את הכאב שהורגש בחוויה הטראומטית המקורית, ברמה התאית בשלב ההתעברות (ייתכן שזוהו ההסבר הביולוגי להתקפה על החיבורים של ביון). וילהיים מדגימה כיצד רשמים חושיים הקשורים לזיכרון תאי (קרי – רכיבי ביתא) הופכים במהלך הטיפול לרכיבי אלפא, דרך תפקודי האלפא של האנליטיקאי.

פיונטלי ניסתה לבחון את השערת המשכיות בין החיים התוך-רחמיים לחיים שלאחר הלידה באמצעים אמפיריים. היא ערכה מחקר אורך במהלכו בוצעו תצפיות אולטרה-סאונד בעוֹבָרִים במהלך ההריון, ותצפיות משלימות לאחר לידתם ואשר השתקף גם בטיפולים פסיכואנליטיים שעשתה בילדים קטנים (35). כאשר עקבה פיונטלי אחר ארבעה הריונות של תאומים, היא זיהתה דפוסי יחסים ותנועות אופייניות בין התאומים שהמשיכו גם לאחר הלידה. כאשר תיארה אנליזות של ילדים קטנים (בהם צפתה כעוֹבָרִים) היא זיהתה חזרתיות של התרחשויות תוך-רחמיות.

מחקרה של פיונטלי מעניין וראשוני, בעיקר בשל הניסיון לחפש עדויות תצפיתיות להמשכיות בין החיים טרום הלידה לאלה שאחריה. הוא מחייב זהירות בשל הנאיביות של חלק מהנחות היסוד, התבססות ספקולטיבית מאוד על שיטת מחקר

מהאם לעובר ויוצרים אצלו פרה-קונספציות. אינטגרציה של הפרה-קונספציות עם הגירויים הסביבתיים יוצרת קונספציות. מיטרני (44) מתארת התנסויות תחושתיות בסיסיות שלא עברו טרנספורמציה לסימבולים, כך שלא הפכו לייצוגים מנטליים, מאורגנים ואינטגרטיביים או לאותות רגשיים. התנסויות אלו נתפסות על-ידי הנפש או הגוף כאובייקטים קונקרטיים, אינן יכולות לשמש לחשיבה ולא להיאגר בזיכרון. היות שכך – התנסויות אלו לא ניתנות להדחקה ונמצאות בבידוד בתוך ה-mind. גם החיים התוך-רחמיים, לדעתה, כלולים במסגרת ההתנסויות שלא עברו מנטליזציה.

העברה

לא מעט מחברים פסיכואנליטיים השתמשו בחיים התוך-רחמיים כבסיס לתיאור צורות העברה שונות, אם כמטאפורה ואם כחלק התפתחותי ואינטגרלי בתיאוריה. נזכיר כמה מהם:

ביון תיאר צורות טפילות של העברה (45). במצב זה המטופל מפנטז את עצמו כחיי בתוך גוף המטפל ומתקיף והורס כל חיבור שהמטפל מנסה לבסס. גרוטשטיין (46) איפיינ סוג העברה דומה, אותה כינה פרזיטיות שטנית, ואת המטופלים הנאבקים לכינונה של תחושת אחדות הזדהותית ראשונית. במקרים אלה, סבור גרוטשטיין, כי על הפירוש להתמקד בקושי ובחוסר הרצון למצוא את דרכם לתעלת לידה מטאפורית ולהיוולד פסיכולוגית.

מודל (47) תיאר את תהליך ה'התכנסות' בהעברה (cocoon transference) כדי לאפיינ מצב של אי-התקשרות ואשליה של הסתפקות בעצמי. הוא ראה בזה הגנה כנגד פחד מתלות מוחלטת בסביבה האנושית. העברה זו, לדידו של מודל, היא וריאציה של פנטזית הרחם – מצב בו האדם מוותר על קשר עם הסביבה, הוא לא 'באמת' בעולם, אלא באשליה ההסתפקות בעצמי מתוך תלות מוחלטת וכמיהה שאינה יודעת שובע בדמות המטפלת.

פאול (48) התייחס לאיפיונים ה'דביקים' שיש בסוגי העברה מסוימים כחזרה על הדרך בה נדבק הפיטוס לדופן הרחם דרך השיליה. ביחסי ההעברה מתבטא הדבר בחרדה (מודעת או לא-מודעת) של המטופל לאבד את מטפלו (האנלוגי לשיליה המזינה, 'אובייקט שיליתי', בלשוננו), היונקת ישירות מחוויות האימה שחש הפיטוס אל מול איום הניתוק מדופן הרחם בזמן הלידה או עקב סכנת הפלה.

הזדהות-השלכתית

רובינסון דנה באזורי נפש בעלי שרידים של מצב מנטלי תוך-רחמי אשר מתגלים באנליזה של המבוגר (49). היא מדגימה זאת יפה באמצעות 'הרחבת' מושג הזדהות-השלכתית למרחב התוך-רחמי. הזדהות-השלכתית אינה מהווה רק הגנה פתולוגית כנגד אובייקט בתר-לידתי (postnatal), אלא גם מנגנון היקשרות חושית ופיסית השייכת לתקופה הטרומ-לידתית (למעשה זו

גרוטשטיין (39) מתאר את תהליך העברתם של כימיקלים ביו-פסיכיים מהאם דרך השיליה ולתוך מי השפיר. הפיטוס בולע את מי השפיר כך שהכימיקלים עוברים לגופו ופועלים עליו. כימיקלים שמקורם במזון של האם מגיעים למי השפיר ונוצרות הטבעות של טעמים, שיכולות להמשיך גם אחרי הלידה. כך, מצבה המנטלי של אם בדיכאון יכול לגרום להתקפה ביו-כימית' על הפיטוס, התקפה שכתוצאה ממנה עשוי הוא לסבול מדיכאון בהמשך חייו החוץ-רחמיים.

כאן המקום לציין השערה מעניינת נוספת הנוגעת להשפעתו של הדיכאון האמהי על הרך הנולד. כבר מגיל מוקדם (ימים מספר) לאחר הלידה מסוגל התינוק לחקות את אמו. חיקוי זה מתאפשר בשל נירוני-מראה (mirror neurons), אשר רשתות בשלות שלהם מצויות כבר לאחר הלידה במוחו של התינוק (40). לענייננו, נירוני המראה קיימים כבר בפיטוס, וייתכן שמעורבים הם עוד טרם הלידה בקביעת תצורתה של התשתית הנפשית עליה יתפתח ה-mind בהמשך (41).

העצמי הווירטואלי

העצמי הווירטואלי, שהוזכר, הוא העצמי הטרומ-היוולדותי המתקיים בנפשם של ההורים (זולתיהעצמי של העובר). קוהוט טען שהעצמי הווירטואלי מתקיים גם לאחר הלידה, בינקות, כל עוד אין עדיין לתינוק עצמי ממשי משל עצמו, והעצמי שלו מוחזק על-ידי זולתיהעצמי המאמינים עבורו כי הוא בעל עצמי (10). למעשה, אנו מתארים כאן את חשיבותם של תהליכי המנטליזציה, כאשר ההורים 'חושבים את' העובר, ובהמשך את התינוק, בכינון החוויה הסובייקטיבית (40).

קוגן (42) מיקמה את העצמי הווירטואלי בתוך הקשר התפתחותי הכולל ארבע פאזות עוקבות: א) עצמי ווירטואלי; ב) עצמי גרעיני; ג) עצמי מגובש; ד) נרקיסיזם קוסמי.

אנו סבורים שבין הפאזה הראשונה לשנייה (למרות שלא מדובר בתיאור מדויק של השלבים או במעבר ברור בין שלב לשלב) קיימת פאזה נוספת, הכוללת את המנטליות הראשית-גרעינית בעובר. השערה זו שלנו נתמכת בממצאים רבים (שאת חלקם פירטנו בתחילת מאמרנו).

מושגים פסיכואנליטיים התנסויות פרה-נטליות ומנטליזציה

אחת מהנחות היסוד שהנחנו היא שקיימת מנטליות ראשיתית-גרעינית בפיטוס. פועל יוצא של הנחה זו הוא שקיימות פונקציות מארגנות ב-mind הפרה-נטלי. גרוטשטיין (43) סבור שפונקציה אלפא פעילה כבר ברחם ופועלת על רכיבי ביטא להתפתחות הגרעין הנפשי ברחם. כזכור, הראה מנכיה (32) שלעובר יש שנת רע"ם (REM), שלב של שינה שלמרות שאינו זהה לשנת חלום, הרי שקיים מתאם גבוה ביניהם. חלימה עוברית דורשת מנטליזציה, גם אם בסיסית וראשונית. הוא שיער שמקורות החלימה של העובר כוללים גירויים סנסוריים מהסביבה, וגירויים סנסוריים ופסיכולוגיים שעוברים

לאיכות קולה של האם השפעה רבה על עיצוב נפשו של הפיטוס, בין השאר משום שאזורי המוח הקשורים בעיבוד מידע מוסיקלי מתפתחים עוד ברחם. הפלישה והצפה יכולים להיגרם גם מקולה של האם ('אובייקט קול', בלשונה של מאיילו, 53), הנחוה כמתקין. מאיילו, דרך בדיקתם של ילדים הלוקים באוטיזם, שיערה שיתכן ניסיון נסיגה של הפיטוס כדי שלא להיפגע מקולה של האם הנחוה כמתקין.

טיפול

רבים מהטיפולים העוסקים בגורמים הפרה-נטליים שייכים דווקא לתחומים אלטרנטיביים ורוב החומר הכתוב על שיטות אלו נמצא בכתבים שאינם אקדמיים או בכתבי עת בעלי דירוג אקדמי נמוך. מדובר במיגוון רחב של שיטות סומטיות (שהצדקה להן נסמכת על הדומיננטיות של הסומה בפיטוס), אולם אנו נגביל עצמנו לדיון בפסיכותרפיה פסיכואנליטית ובכמה היבטים טכניים הקשורים אליה (למשל, עבודה עם חלומות) וכן לשאלת הטיפול הרגרסיבי עם וללא היפנוזה.

חומרים פרה-נטליים בפגישה הטיפולית ורה-קונסטרוקציה שלהם

האם ניתן להבנות-מחדש (re-construct) חוויות תוך-רחמיות? אנליטיקאיות כמיטוני (50) ושר (54) סבורות שכן, ואף מדגימות זאת בכתיבתן הקלינית, אולם מחברים אחרים טוענים שאנו יכולים לעשות רק רקונסטרוקציה כללית ומטושטשת, מכיוון שהזיכרון – ובוודאי שהמוקדם – הוא דינמי ולא מדויק, מתעתע ומשתנה. כזכור, גם פרויד עסק בשאלה האם חומרי החלום והאסוציאציות שנלוו להם, מקורם בפנטזיות על אודות החיים בבטן האם או שמדובר בזיכרון ממשי המתבטא בחומרי החלום (ראו 16, 17).

גרינקר (26) מנתה את חומרי הגלם לרה-קונסטרוקציה של התרחשויות פרה-נטליות: דיבורים של המטופל על חבלות בלידה, על מחלות מוקדמות, תאונות, תחושות האם כלפי ההריון והפיטוס וכד'. המטופל איננו חושף 'זיכרונות ברורים' שאותם הוא יכול להפוך למילים, אלא הוא מגיב בעקה מוגברת, ברתיעה, או בתופעות סומטיות, כאשר נוגעים באזורים רגישים, בעיקר כאשר אזורים אלה נוצרו בשלב טרום-מילולי ואפילו בתקופת החיים ברחם.

פלוי (55) טען שאפשר לעשות רקונסטרוקציה של ההתנסות הפרה-נטלית והציע מספר קריטריונים לרקונסטרוקציה מוצלחת. פלוי הדגיש שההתנסות הארכאית הפרה-נטלית יכולה להופיע בהעברה בזמן הטיפול ולגביו נקודת המפתח היא השאלה האם אנו יכולים לתקשר את הממצאים הפרה-נטליים עם המטופל, כך שהוא ירגיש שזה עוזר לו לחוש שיש משמעות לפיענוח.

שימוש בחלומות

על אף שיש דרכים לא מעטות לאסוף את החומר המשמש לרה-קונסטרוקציה של טראומות מוקדמות, הרי שניתוח

'תוספת' טרום-לידתית לתכונות התקשורתיות שהוסיף ביון ההזדהות-ההשלכתית שתיארה קליין). זהו מנגנון הסתגלותי חיוני לשעתו, אך כזה העלול להימשך ללא שינוי – יש לחקור במסגרת האנליזה מדוע – ולהפוך לסגנון התמודדות בעולם שלאחר הלידה. רובינסון מאמינה כי מצבים מנטליים אלה, אשר מונצחים עקב כשל בהכלה, עשויים להביא לתחושת איום של התפרקות וליצירת עור משני.

רובינסון מאמינה שבתווך בין מוכל ומכיל יש תהליך שניתן להבנה כניסיון להתנגד ליחסים מכילים ולהימנע מפרידה ויגון. בהדגשתה את נוכחותם של פנטזיות ויחסים עם חבל הטבור והשיליה, היא מתארת מטופלת שהיתה במצב של התכמסות (אנקפסולציה). מטופלת זו נעה בין קיפאון בפנטזיות טרום-לידתיות ובין שימוש בהזדהות דביקה (adhesive identification) (50), כדי לטשטש את ההבחנה בין 'אני' ל'לא אני'. לפי רובינסון, מתוך יחסי המוכל-מכיל מתפתח מצב בינוקולרי אשר מאפשר קיום של התייחסות כפולה, הן להתנסות הטרומ-לידתית והן להתנסות הבתר-לידתית.

הצפה, התכמסות והגנות 'אין כניסה'

הפנטזיות הפרימיטיביות נקבעות חלקית על-ידי הפנטזיות הלא-מודעות של האם שמושלכות לפיטוס, השלכה הנעזרת גם במנגנונים הביולוגיים שתוארו קודם. כאשר הפנטזיות ההוריות שליליות ועוינות, הפיטוס הנפלש ניצב מולן חסר אונים. אנו משערים שחוויה זו, בעיקר כאשר היא קיצונית ומתמשכת – נרשמת ו'נשמרת' טסטין (51) מציינת שכאשר קיים כשל במיזוג אִם-פיטוס, או כשיש הצפה של עקה וחרדה בהריון, הפיטוס חש איום הישרדותי בלתי נסבל. כך, למשל, כאשר האם אינה יכולה להכיל את התגובות הביוראמוציונליות של עצמה ושל הפיטוס (או הילוד), יביא הדבר להשלכה הזדהותית מסיבית, שכדי להתגונן מפניה עשוי הפיטוס ליצור קליפה מגינה ובלתי חדירה שעוטפת וכולאת בתוכה את ההתנסות הטראומתית המוקדמת. כך, בגיל מאוחר יותר יכולים אנו לראות את מה שוויליאמס מכנה 'הגנות אין כניסה': דפוס הגנתי אופייני שזיהתה אצל מטופלות הסובלות מהפרעות אכילה והתבטא בדחיית כל מה שנכנס, לא רק כשמדובר באוכל, אלא לעתים באופן מורחב עד מאוד (52).

ויליאמס מציינת כי ההעברה בעבודה עם מטופלים כאלה, החווים עצמם ככלי הקיבול של הזדהות-השלכתית, מתאפיינת בכך שהתגובה הראשונית שלהם לפירוש – זהיר ככל שיהיה – קרובה מאוד לתחושה ש'טיל עובר דרך הדלת'. היא סבורה שרק עבודה על חוויה זו, שוב ושוב, בתוך יחסי ההעברה יכולה לסייע לשנות בהדרגה את האובייקט הפנימי, בתהליך אותו ניתן לדמות לדה-טוקסיטציה של חומר רעיל וזר בגוף. בחווית ההעברה-הנגדית, מציינת ויליאמס בדוגמאות הטיפוליות שהיא מביאה, כי מטופלים עם מערך הגנות של 'אין כניסה' יכולים 'לפרוץ' לפתע עם השלכות רבות עוצמה ודחוסות המקבילות לפחד שלהם מפלישה.

המטפלת נשארה עם מעט מאוד אסוציאציות. אמה של סילביה סיפקה גירויים אינטלקטואליים אבל לא מגע רגשי לבתה. הבית בחלום משלב את בית ילדותה וביתה העכשווי. לאן זה מוביל? הפרט המשמעותי ביותר היה יום ההולדת שלה. הן שארית היום (יום ההולדת האמיתי שחל באותו שבוע) והן המתנה בחלום התייחסו לכך. המטפלת החלה לתהות האם החלום מציג משהו הקשור ללידה. לשאלתה, ענתה סילביה שהלידה היתה במועד, אך פרט לזה לא ידעה להוסיף כלום.

המטפלת תהתה בינה לבין עצמה: המספר שלוש – לא אמר כלום. גם העובדה שיש משהו בין שני דברים אחרים – לא אמר כלום. אולי, אם כן, סידור המתנה מרמז על סדר התרחשויות? תוך כדי פגישה הבחינה המטפלת שנשימתה נעתקת כשסילביה סיפרה שאיחור בהגשת מסמכים בנוגע למקרה של מוות בעריסה, עלול להביא לפיטוריה. היא תהתה שמא התרחשה קטסטרופה (או "כמעט קטסטרופה") האנלוגית למוות בעריסה? היא החלה לדמיין תינוקות ברגע לידתם. תינוקות נהיים כחולים (או כחולים-אפרפרים) כשהם במצוקה, ללא חמצן (היא נזכרת בנשימתה שלה הנעתקת כמה רגעים לפני כן). במצב הנורמלי צבעם בז'. ייתכן שהסל עם הפרחים מסמן את הילוד או הרחם? ייתכן שהחלום מסמל חוויה ממשית של מצוקה חמורה – כמעט קטסטרופה – בלידתה של סילביה? ביום הולדתה?

סילביה יצרה קשר עם אמה שסיפרה לה שבשל הפלות ספונטניות שהיו לה טרם ההריון איתה (שנבעו מצוואר רחם רפוי שלא איפשר לשמור את הפיטוס בתוך הרחם) בוצע ניתוח לתפירת צוואר הרחם במהלך ההריון. סילביה נולדה טרם זמנה (בניגוד למה שידעה) על-ידי ניתוח קיסרי. העובדה שהיו שתי הפלות שקדמו להריון עם סילביה ושהרופא החליט לילד אותה מוקדם תמכו בהשערה שחרדה רבה היתה, הן אצל האם והן אצל הרופא. למעשה, היא "נשלפה" החוצה לפני שהיתה מוכנה לכך בגלל תחושה של סכנה לחייה.

המטפלת שיערה שהאיחורים הקבועים בהגשת מטלותיה היו ביטוי לרצונה לעשות דברים בזמן המתאים לה, לא על פי לוחות זמנים של אחרים. היא פירשה למטופלת שהיא כל הזמן ב'מצב כחול' ועוברת ל'מצב בז' ברגע האחרון, עם עזרה רבה והתערבויות חיזוניות.

הרהור נוסף בחלום הביא את המטפלת לשער כי הנחת המתנה ליד דלת דירתה של סילביה ועזיבת המקום, מצביעה על טיב היחסים הממשיים ביניהן: אמה סיפקה לה טיפול פסי, אך לא לידה פסיכולוגית. המטפלת בחנה את יחסי ההעברה וההעברה-הנגדית, תוך שבודקת האם גם היא, כמו אמה של סילביה, משאירה את מתנתה ליד הדלת, מספקת הבנה אינטלקטואלית ללא מגע רגשי אמיתי.

שר מדווחת כי אנליות החלום והחומר שעלה בעקבותיו הביאה להפחתת ה־acting out מסכן החיים של המטופלת, הפסקת נטילת התרופות והיעלמות התחושה (שאפיינה את המפגשים עד כה) שחיי המטופלת בסכנה. בהדרגה חל גם שיפור בתפקודה המקצועי. המשך הטיפול עסק בעיבוד הזעם שלה על הכישלונות ההוריים להבין אותה ולהעניק לה את מה שנזקקה לו נפשית.

טיפול רגרסיבי

ויניקוט, במאמרו על רגרסיה במערך הטיפול הפסיכואנליטי (56), ממיין את המטופלים לשלוש קטגוריות: אלה המתפקדים כאנשים שלמים ואשר קשייהם שייכים לתחום היחסים הבין-אישיים (להם מתאימה הפסיכואנליזה הפרוידיאנית);

חלומות מאפשר לא רק חשיפת ניואנסים מעולמו הפנימי של המטופל, אלא גם זיהוי של 'הסיפור' והמשמעות של החוויה הטראומטית המוקדמת באופן מטאפורי. שר (54) מציגה בספרה כמה דוגמאות בהן אנליזה של חלומות הביאה לחשיפת טראומות לידה ו/או טראומות מוקדמות. את החומר שהופק מניתוח החלום היא קישרה (כאשר העיתוי היה מתאים לכך) להתנהגות, לתסמינים, לאופי וליחסי ההעברה. בחרנו להביא דוגמה מאחד המקרים שמתארת שר בספרה (58), בו מוצגת רה־קונסטרוקציה של טראומה פיסית בלידה:

סילביה, עורכת דין בת 44, הגיע לטיפול בשל קשיי הסתגלות למעבר מקנדה (שם התגוררה כל חייה) ללוס אנג'לס. היא השנייה מבין ארבעה אחים ואחיות והוריה תוארו כמרוחקים ונוקשים ללא קשר רגשי לילדיהם. בשנות העשרים לחייה נישאה, ובעת פנייתה היתה גרושה ואם לילד.

טרם פנייתה לטיפול חשה דיכאון חריף והחלה טיפול תרופתי על-ידי סטימולנטים ומייצבי מצב רוח שפגעו בגופה. היא היתה אדם אינטליגנטי ומוכשר בתחומה, אך לא הצליחה למלא את חובותיה אלא ברגע האחרון ממש. כחדשה בעיר, החלה לפקוד מועדוני לילה במטרה להכיר גבר עמו תוכל לפתח מערכת יחסים. בילוי כזה היה מסתיים בדרך כלל במיטה עם גבר, ובציפייה שלה (שנכזבה) שלאחר מכן ימשיך את הקשר. היא נפגעה פיסית באחד המפגשים ובאחר נגנב כספה. המטפלת, למשמע פרטים אלה, חשה כאילו נשימתה נעתקת, בציפייה לאסון.

באחד מימות השבוע בו חל יום הולדתה של סילביה, ותוך ששוחחו על 'כמעט פיטוריה' ועל 'כמעט פגיעה' מידי גבר שאותו פגשה במועדון, סיפרה סילביה את החלום הבא (חלומה הראשון בטיפול):

"הייתי בביתי ואמי השאירה מתנת יום-הולדת עבורי בפתח הבית. הרמתי את המתנה מהפתח, פתחתי את העטיפה והיו שם שלושה סלים מהודרים. אחד היה בצבע בז', השני כחול – בעצם כחול-אפרפר, והשלישי גם הוא בצבע בז'. הם היו מקושטים בפרחים, גם מסביב וגם בתוכם, והיו מסודרים בסדר מיוחד, כך שהסל הכחול היה מונח בין שני הסלים בצבע בז'."

האסוציאציות של סילביה בקשר לחלומה: יום הולדתה המתקרב הוא כנראה הסיבה לחלום זה. אין היא מחכה לו במיוחד, מאחר שימי הולדת מזכירים לה מה שלא השיגה בחייה: יחסים מספקים, קריירה, ויכולת לעשות סדר בחייה.

[אמא שמשאירה את מתנת יום ההולדת בביתה]: אמא נתנה מתנות בימי הולדת. היו לה דעות לא מקובלות לגבי חינוך ילדים, כמו שצעצועים אינם נחוצים. רק פריטים חינוכיים היו חשובים לה.

[דלת הבית]: הדלת בחלום היא דלת הבית בו אני מתגוררת עכשיו, אבל הבית מזכיר את הבית שגרתי בו כילדה, בקנדה. יש לי כמה סלים מעוצבים בבית בצבעים שונים. הם נחמדים, אבל אין להם שום משמעות מיוחדת מבחינתי. גם הצבעים לא אומרים לי כלום. אלה לא 'הצבעים שלי', או אין לי מושג למה אמא בחרה דווקא בצבעים האלה. כחול לפעמים מתקשר לבנים, אבל אני לא אמורה להיות בן. יש ארבעה אחים ואחיות, השנייה והשלישית – בנות. אני השנייה מבין הארבעה, לא ממש מה שניתן לכנות "האמצעית".

[שלושה סלים?]: לא מתקשר לשום דבר מיוחד [אסוציאציה הקשורה למשהו בין שני דברים דומים?] שום דבר לא עולה. אף אח לא היה שונה באופן מיוחד מהאחרים.

[הפרחים המסודרים בתוך ומסביב לסלסלות]: הם היו מסודרים כמו שמסודרים למשלוח מתנה ליום הולדת של מישו או אירוע מיוחד אחר.

פעם נבחרה תגובה לאחד המאפיינים החיצוניים הבולטים של תהליך הלידה המקורי ונחווה מחדש" (57, עמ' 85). ויניקוט מונה רשימה ארוכה של דפוסים acting out בעזרתם חיה המטופלת מחדש את תהליך הלידה המקורי, עד שבהדרגה הגיע המימוש מחדש "לחלקו הרע ביותר" (57, עמ' 86).

נסיגת גיל היפנוטית

בנסיגת גיל היפנוטית ניתנת למטופל המהופנט סוגסטיה לחוות מחדש אירוע שהתרחש מוקדם יותר בחייו. כשמדובר בנבדקים בעלי היפנוטיביליות גבוהה – השינויים המתגלים הם דרמטיים, ומציגים רגרסיה פסיכולוגית (כפי שמשתקף בביצוע במבחנים פסיכולוגיים, שם מתקבלים ביצועים המתאימים לגיל צעיר יותר) ופסיכולוגית (כפי שמשתקף, למשל, בהופעתם של רפלקסים המתאימים לגיל שאליו נסוגו המהופנטים). היפנוזה יכולה לשמש, הן כאמצעי מחקרי להחייאת זיכרונות מוקדמים והן כאמצעי טיפולי המסייע להתמודד עם השפעתם של אירועים טראומטיים מוקדמים. בספרות ניתן למצוא כמה תיאורים קליניים של שימוש בהיפנוזה רגרסיבית לצורך חשיפת טראומות מוקדמות מאוד, גם תוך-רחמיות (58, 59). במאמר המשך נציג טיפול כזה, אך כעת נרצה לבחון האם קיימת תמיכה אמפירית לרגרסיה היפנוטית, מעבר לתיאורים אנקדוטיים. עולות כאן שתי סוגיות: האם הרגרסיה ההיפנוטית אכן 'אמיתית' ומה ערכה הטיפולי של רגרסיה זו.

רבים חושבים שלרגרסיה אפקט טיפולי מרפא וחיוני במהלך פסיכותרפיה (56, 60, 61) אולם אחרים חושבים שאין צורך ברגרסיה, שאין הדבר אפשרי (62) או שאין ברגרסיה ערך מרפא (63). באשר לסוגייה הראשונה, הדעות חלוקות. ארבע סקירות שבחנו את המחקרים בנושא (שלוש מבין הארבע פורסמו בטווח של שנה זו מזו) הסיקו מסקנות הפוכות: היו שסיכמו את המחקרים בכך שאין חזרה לתפקוד פסיכולוגי או פסיכולוגי מוקדם במהלך נסיגת גיל היפנוטית ושתגובת הנבדקים שהופנטו אינה שונה מנבדקים שהתבקשו 'לשחק' את התפקיד (64, 65) והיו מי שמצאו תמיכה מסוימת לרעה-אקטיבציה של מבנים נפשיים ארכאיים (66, 67).

גם אם נקבל את ההשערה שאכן מופעלים מחדש מבנים נפשיים ארכאיים במהלך נסיגת גיל היפנוטית, הרי שנשאלת שאלה רצינית באשר לאמיתות הזיכרון המופק מנסיגת גיל לתקופות כה מוקדמות. המחקר בתחום ההיפנוזה מראה כי נדרשת זהירות רבה באשר ליכולת להסיק לגבי אמיתותן ההיסטורית של החוויות ה'נזכרות', באשר הזיכרון האנושי מתעתע, נתון לשינויים, מבנה עצמו על-ידי 'מילוי חללים' בעזרת דמיון ופנטזיה (68).

האם משמעות הדבר היא כי אין טעם טיפולי בעבודה היפנוטית כזו? לא בהכרח. מאחר שאנו עובדים עם משמעויות, נארטיבים ואפקטים (רגשות), הרי שבהחלט יש טעם טיפולי בעבודה רגרסיבית, גם ללא הוודאות שאכן מדובר באמת היסטורית (68).

אלה שתהליך גיבוש אישיותם עדיין מתרחש והם עסוקים באירועים ראשוניים של התלכדות האהבה והשנאה, כלומר – שלב האיכפתיות או 'העמדה הדיכאונית' (להם מתאימה אנליזה של מצב רוח); מטופלים שהאנליזה שלהם צריכה להתמודד עם שלבים מוקדמים מאוד של ההתפתחות הרגשית, עוד טרם התבססותה של האישיות כישויות (עם מטופלים אלה הדגש הוא על ניהול ולא על עבודה אנליטית גרידא).

במאמרו "התפקוד המנטלי ויחסו לפסיכה-סומה" (57), טוען ויניקוט בתוקף שהגוף זוכר את לידתו. לדבריו, המשכיות ההוויה של הפסיכה-סומה המתפתחת מופרעת על-ידי התגובות לפגיעות סביבתיות, כלומר – על-ידי כישלונה של הסביבה בהספקת התאמה פעילה. תגובותיו זו לפגיעה הולכת וגדלה, וכמוה גם הפגיעה בהמשכיות הפסיכו-סומה והיכולת לשאת את הפגיעה. נוצרת תגובתיות עודפת ובלתי נסבלת. בפני הפיטוס (או הרך הנולד) עומדות שתי אפשרויות: בלבול או קיטלוג התגובות. בלידה, כך ויניקוט, ההפרעה בהמשכיות היא כה קיצונית עד כי מתקיימת פעילות מנטלית השומרת במדויק את כל תהליך הלידה בזיכרון:

"בעבודתי הפסיכואנליטית אני נתקל לפעמים ברגרסיות שנמצאות בבקרה מלאה, החוזרות עם זאת עד לחיים שלפני הלידה. מטופלים ברגרסיה מסודרת משחזרים את תהליך הלידה שוב ושוב; ונדמה לי לגלות הוכחות משכנעות לכך שבמהלך הלידה, לא רק שהתינוק שומר בזיכרונו כל תגובה ותגובה המפריעה להמשכיות ההוויה, אלא שכול הנראה, הוא גם זוכר אותן בסדר הנכון" (57, עמ' 83). ויניקוט מציין כי למרות שהוא עצמו מעולם לא השתמש בהיפנוזה, ידוע לו על תגליות דומות הנחשפות גם בעזרת טכניקה זו.

תפקוד מנטלי זה מהווה מעמסה על הפסיכה-סומה ועל המשכיות ההוויה של היצור האנושי המכוננת את העצמי. תפקוד מנטלי מקטלג זה פועל כגוף זר אם הוא קשור לכשל בהתאמה הסביבתית שהוא מעבר להבנה או לניבוי.

דוגמה טיפולית:

ויניקוט (57) מתאר אשה כבת 47, מתפקדת, שעברה בעבר אנליזה קלאסית אשר לא נגעה בגרעין מחלתה. משהגיעה מטופלת זו (אותה הוא שב ומזכיר גם במאמרו "היבטים מטה-פסיכולוגיים וקליניים של רגרסיה בתוך המערך הפסיכואנליטי") לאנליזה אצלו, התברר עד מהרה "כי מטופלת זו צריכה לעבור רגרסיה רצינית ביותר; ולא – תיאלץ להרים ידיים ולוותר על מאבקה" (57, עמ' 84). באנליזה הקודמת שלה נהגה המטופלת להשליך עצמה מהספה באופן היסטרי, ומקרים אלה פורשו בדרך המקובלת לגבי תופעות היסטוריות מסוג זה. ויניקוט סבר כי הרגרסיה העמוקה יותר של האנליזה החדשה (זו שהוא ערך) שפכה אור חדש על משמעותן של אותן נפילות: "במהלך שתי האנליזות איתי, נסוגה המטופלת שוב ושוב לשלב מוקדם שהיה ללא ספק קדם-לידתי" (57, עמ' 85). ויניקוט ראה בזה צורך לא-מודע בחוויה מחודשת של תהליך הלידה ולא דווקא נפילה היסטורית.

הוא כותב: "ניתן לומר הרבה על כל זה; אך הדבר החשוב מנקודת מבטי כאן הוא, שכול הנראה, שימרה המטופלת כל פרט ופרט מחווית הלידה; ולא זו בלבד, אלא שהפרטים נשמרו בדיוק לפי סדר הופעתם בחוויה המקורית. תהליך הלידה נחווה מחדש תריסר פעמים ויותר, ובכל

סיכום

מזה זמן אנו עדים לצבירת תאוצה בחשיבה ובמחקר על מצבים מנטליים ראשוניים, וזאת בצד התפתחויות בתחום המנטלי התוך-רחמי. קרוב לוודאי שבעתיד שני נושאים אלה יתאחדו תחת כותרת אחת. היכולת שלנו כמטפלים לזהות, לחשוב ולהגדיר את השפעותיה ארוכות הטווח של התשתית הראשונית שבמסגרתה נוצרת המודעות, יכולה לאפשר לנו לא רק להכיל ולהתמיר רכיבי ביתא לרכיבי אלפא (בלשונו של ביון), אלא גם לסייע למטופל להבנות סיפור קוהרנטי של חויתו. מניסיונו – גם היכולת לדה-קונסטרוקציה, באמצעות יחסי ההעברה, שימוש בחלומות, טיפול גרסיבי (עם וללא היפנוזה) יכולה לסייע למטופלים (ולמטפלים) רבים, בעיקר במצבים של תקיעות. להבנה שהפיטוס מגיב להתרחשויות הסביבתיות יש יישומים רבים, חלקם ברמה של קובעי המדיניות. ניתן לחשוב על תכניות התערבות ומניעה בקרב נשים הרות הנמצאות בדיכאון או במצבי עקה ודחק קיצוניים, ויתרה מזו – על איתור נשים בסיכון לכך. המודעות היא גבוהה למצבי סיכון פסיים בהריון, אך דומה שבנושא החוויה הרגשית של האם אין הדבר כך (אלא במקרי קיצון מהם קשה להתעלם). אנו סבורים כי יש די והותר ממצאים המצביעים על קשר חזק בין מאפיינים רגשיים לבין התרחשויות פסיולוגיות, ולמודעות לכך יש השלכות לתחומים רבים. איתור ומניעה יכולים, בסופו של דבר, גם להיות בעלי יתרון כלכלי – נושא רלוונטי ביותר לאור התהליכים העוברים על מערכת הבריאות.

בעבודתנו התמקדנו בשילוב של בסיס אמפירי עם רעיונות פסיכואנליטיים, וביישום האפשרי במהלך טיפול פסיכואנליטי או פסיכודינמי (לעתים תוך שימוש בהיפנוזה). נמנענו מדיון בשיטות שנויות במחלוקת כ'טיפול' תוך שימוש בסמי הזיה, או בשיטות טיפול סומטיות ואלטרנטיביות.

נשארנו עם שאלות רבות שהחשובות שבהן נוגעות לתהייה האם מצבים מנטליים ראשוניים ניתנים לשיחזור אמיתי (למשל, במהלך טיפול), ואם כן – באלו מצבים ומה התועלת שבכך. במאמר המשך נציג את אופן עבודתנו שלנו וכיצד מתאפשרת לעתים פריצת דרך טיפולית במצבי תקיעות שנראים חסרי תקווה. אנו סבורים כי חקר המצבים המנטליים הראשוניים, כמו גם ההתפתחות המנטלית התוך-רחמית, פותחים בפנינו מרחב חדש ומסקרן אשר עשוי להביא לשינוי משמעותי בתפיסות טיפוליות. והאין זו סיבה טובה דיה?

ספרות:

1. Hepper P.G., Fetal psychology: an embryonic science. In: J.G. Nijhuis (Ed.), Fetal behavior. pp 129-156, Oxford, Oxford Univ. Press, 1992.
2. Lowery C.L., Hardman M.P., Manning N. et al., Neurodevelopmental changes of fetal pain. Semin. Perinatol., 31(5): 275-282, 2007.
3. Prechtl H.F., Fetal behavior. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 32(1): 32-40, 1989.

4. Hepper P.G., Fetal "soap" addiction. Lancet, 1: 1347-1348, 1988.
5. DeCasper A.J., Fifer W., On human bonding: newborns prefer their mother's voices. Science, 208: 1174-1176, 1980.
6. Spelt D.K., The conditioning of the fetus in utero. J. Exp. Psychol., 38: 338-346, 1948.
7. DeCasper A.J., Spence M.J., Prenatal maternal speech influences newborns' perception of speech sounds. Infant. Behav. Dev., 9: 133-150, 1986.
8. Kandel E.R., The molecular biology of memory storage: a dialog between genes and synapses. Biosci. Rep., 24(4-5): 475-522, 2004.
9. קוהוט ה. (1985). על אומץ לב. בתוך: פסיכולוגית העצמי וחקר רוח אדם. עמ' 35-77. תל-אביב, תולעת ספרים, 2007.
10. Kohut H., Wolf E., The disorders of the self and their treatment: an outline. Int. J. Psycho-Anal., 59: 413, 1978.
11. Weintraub Z., Bental Y., Oliven A. et al., Neonatal withdrawal syndrome and behavioral affects produced by maternal drug use (during pregnancy). Addict. Biol., 3(2): 153-170, 1998.
12. Brown A.S., Prenatal infection as a risk factor for Schizophrenia. Schizoph. Bull., 32(2): 200-202, 2006.
13. Susser E., Neugebauer R., Hoek H.W., Brown A.S. et al., Schizophrenia after prenatal famine. Further evidence. Arch. Gen. Psychiatry, 53(1): 25-31, 1996
14. בונשטיין א., ויינטראוב ז., ההתפתחות הנפשית של פגים במשקל נמוך מאוד. שיחות, כ"א(1): 70-77, 2006.
15. Van Lieshout R.J., Voruganti L.P., Diabetes mellitus during pregnancy and increased risk of Schizophrenia in offsprings: a review of the evidence and putative mechanisms. J. Psychiatry Neurosci, 33(5): 395-404, 2008.
16. פרויד ז. (1926). עכבה, סמפטום וחרדה. תל-אביב, רסלינג, 2003.
17. פרויד ז. (1900). פשר החלומות. תל-אביב, יבנה, 1998.
18. פרויד ז. (1918). איש הזאבים. צפת, ספרים, 1999.
19. Rank O., The trauma of birth. New York, Courier Dover Pub., 1929.
20. Ferenczi S. (1913). Stages in development of a sense of reality. In: First contributions to psychoanalysis. pp 213-239, London, Hogarth, 1952.
21. ביון ו.ר., סורה. תל-אביב, תולעת ספרים, 2012.
22. Sadger J., A preliminary study of the psychic life of the fetus and the primary germ. Psychoanal. Rev., 28: 327-358, 1941.
23. Bion W.R., A memoir of the future. Book 3. Perthshire, Clunie Press, 1979.
24. Fodor N., The search for the beloved. New York, Hermitage Press, 1949.
25. Peerbolte M.L., Psychotherapeutic evaluations of birth-trauma analysis. Psychiatr. Q., 25(1): 589-603, 1951.
26. Greenacre P., The biological economy of birth. Psychoanal. Study Child., 1: 31-51, 1945.
27. Winnicott D.W., (1949). Birth memories, birth trauma, and anxiety. In: Collected papers: Through paediatrics to psychoanalysis. pp 174-193. London, Tavistock, 1958.
28. ויניקוט ד.ו. (1949/1954). התפקוד המנטלי ויחסו לפסיכה-סומה. בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כוזב. עמ' 78-91. תל-אביב, עם עובד, 2009
29. Fairbairn W.R.D., Psychoanalytic studies of the personality. London, Routledge and Kegan Paul, 1952.

30. Heimann P. (1958). Notes on early development. In: M. Tonnesmann (Ed.), *About children and children-no-longer*. pp 104-113. London, Routledge, 1989.
31. Bion W.R., *Four discussions with W.R. Bion*. Perthshire, Clunie Press, 1978.
32. Mancía M., *Implicit memory and early unrepressed unconscious: their hole in the therapeutic process (how the neurosciences can contribute to psychoanalysis)*. *Int. J. Psychoanal.*, 87: 83-103, 2006.
33. Grotstein J.S., "Orphans of O": the negative therapeutic reaction and the longing for the childhood that never was. In: J. Van Buren, S. Alhanati (Eds.), *Primitive mental states: a psychoanalytic exploration of the origins of meaning*. pp 8-31. New York, Routledge, 2010.
34. Wilhelm J., *The trauma of conception: cellular memory*. In: J. Van Buren, S. Alhanati (Eds.), *Primitive mental states: a psychoanalytic exploration of the origins of meaning*. pp 97-111. New York, Routledge, 2010.
35. פיונטלי א. (1992). *מעובד לילד. בן-שמן, מודן, 2001*.
36. Cannella B.L., *Maternal-fetal attachment: an integrative review*. *J. Adv. Nurs.*, 50: 60-68, 2005.
37. Laxton-Kane M., Slade P., *The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care*. *J. Reprod. Infant Psychol.*, 20: 253-266, 2002.
38. Muller M.E., *Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation*. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, 25: 161-166, 1996.
39. Grotstein J.S., *Deciphering the schizophrenic experience*. *Psychoanal. Inq.*, 3: 37-69, 1983.
40. בונשטיין א., *העין הפנימית: התפתחות הסובייקטיביות של הילד. תל-אביב, הוצאת הספרים של אוניברסיטת חיפה וידיעות אחרונות - ספרי חמד, 2011*.
41. Gallesse V., Rochat M., Cossu G. et al., *Motor cognition and its role in the phylogeny and ontogeny of action understanding*. *Dev. Psychol.*, 45(1): 103-113, 2009.
42. קוגן ק., *היות זולתעצמי - סיפור בראשית. שיחות, כ"ה(3): 2011, 282-276*.
43. Grotstein j., *A beam of intense darkness: Wilfred Bion's legacy to psychoanalysis*. London, Karnac Books, 2007.
44. Mitrani J., *Toward an understanding of unmentalized experience*. *Psychoanal. Q.* 64(1): 12-68, 1995.
45. Bion W.R., *Transformations*. London, Heinemann, 1965.
46. Grotstein J.S., *Gradients in analysability*. *Int. J. Psychoanal. Psychother.*, 7: 137-151, 1978.
47. Modell A.H., *Psychoanalysis in a new context*. New York, Int. Univ. Press, 1984.
48. Paul M.I., *A mental atlas of the process of psychological birth*. In: J.S. Grotstein (Ed.), *Do I dare disturb the universe? a memorial to W.R. Bion*. pp 551-570. London, Karnac, 1983.
49. Robinson M., *A binocular view of adhesion: from prenatal cogniguity to postnatal appetite*. In: J. van Buren, S. Alhanati (Eds.), *Primitive mental states: a psychoanalytic exploration of the origins of meaning*. pp 80-96. New York, Routledge, 2010.
50. Mitrani J., *A framework for the imaginary clinical explorations in primitive states of being*. London, Karnac, 2008.
51. Tustin F., *Psychological birth and psychological catastrophe*. In: J.S. Grotstein (Ed.), *Do I dare to disturb the universe? a memorial to W.R. Bion*. pp 181-196. London, Karnac, 1981.
52. Williams G., *Reflections on some dynamics of eating disorders: "no entry" defenses and foreign bodies*. *Int. J. Psycho-Anal.*, 78: 927-941, 1997.
53. Maiello S., *The sound-object: a hypothesis about prenatal auditory experience and memory*. *J. Child Psychother.*, 21(1): 23-41, 1995.
54. Share L., *If someone speaks, it gets lighter: dreams and the reconstruction of infant trauma*. NJ, Analytic Press, 1994.
55. Ploye P.M., *The prenatal theme in psychotherapy*. London, Karnac, 2006.
56. ויניקוט ד.ו. (1954). *היבטים מטה-פסיכולוגיים וקליניים של רגסיה במערך הטיפול הפסיכואנליטי. בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כובד. עמ' 120-137. תל-אביב, עם עובד, 2009*.
57. ויניקוט ד.ו. (1949/1954). *התפקוד המנטלי ויחסו לפסיכה-סומה. בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כובד. עמ' 78-91. תל-אביב, עם עובד, 2009*.
58. Chamberlain D.B., *Transpersonal adventures in prenatal and perinatal hypnotherapy*. *J. Prenatal Perinatal Psychol. Health*, 14(1-2): 85-95, 1999.
59. Gass M., *Rebuilding therapy: overcoming the past for a more effective future*. Westport, Prager, 1997.
60. Balint M., *The basic fault*. London, Tavistock, 1968.
61. Fromm-Reichmann F., *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago, Chicago Univ. Press, 1950.
62. Spitz R., *The first year of life*. New York, Int. Univ. Press, 1965.
63. Freud A., *Difficulties in the path of psychoanalysis: a confrontation of past with present viewpoints*. New York, Int. Univ. Press, 1969.
64. Barber T.X., *Hypnotic age regression: a critical review*. *Psychosom. Med.*, 24: 286-299, 1962.
65. Nash M., *What, if anything, is regressed about hypnotic age regression? A review of the empirical literature*. *Psychol. Bull.*, 102(1): 42-52, 1987.
66. Gebhard J.W., *Hypnotic age regression: a review*. *Am. J. Clin. Hypn.*, 3: 139-168, 1961.
67. Yates A.J., *Hypnotic age regression*. *Psychol. Bull.*, 88: 429-440, 1961.
68. בונשטיין א., *היפנוזה - דרכה של הנפש ליצור את הגוף. תל-אביב, אוניברסיטת חיפה וידיעות ספרים, 2014*.