

פרקנו די-מאסי

franco.demasi@fastwebnet.it

הרצאה ראשונה

נסיגה נפשית: מדיסוציאציה לדלזיה

הנושא של ההרצאה שלי, פסיכוזה מנקודת מבט פסיכואנליטית, הוא פרי החלטה משותפת עם אלינה שלקס, אשר הציעה את הכותרת **נסיגה נפשית: מדיסוציאציה לדלזיה**. אני אתמקד במושג הנסיגה הנפשית, שהוא מבנה פסיכופתולוגי אשר מכונן את תהליך היווצרותה של הדלזיה. דעתי האישית היא שהיעדר מחקרים מעמיקים אודות מבנה זה לא רק שמונע מאתנו לקבל מושג מדויק לגבי מקורה של הפסיכוזה, הוא גם אינו מאפשר לנו להסביר את התפתחותו של התהליך הפתולוגי הזה.

מבוא

המודל הדינאמי שיצר פרויד ושהוכח כשימושי כל כך בהבנה ובטיפול בנוירוז — לפיו האמת הנפשית מודחקת אך נותרת בלא-מודע וניתן להשיב אותה ע"י עבודה אנליטית — אינו קל כל כך ליישום במקרה של פסיכוזה.

במקום הסתמכות על הדחקה ושימוש בה, מעוות המטופל הפסיכוטי את אמצעי התפיסה והידיעה עצמם ומחסל אותם. פירוש הדבר שהאוריינטציה והטכניקה הרגילות שהאנליטיקאי משתמש בהן כדי לטפל בנוירוז אינן יכולות לשרת אותו עם מטופלים פסיכויים.

אני מקווה להראות שהתהליך הפתולוגי בפסיכוזה עניינו מצב מנטאלי שמהותו ורמת הסיכון שבו הינם במידה רבה מחוץ למודעותו של המטופל. משהתבסס, תהליך זה יוצר שינויים נפשיים שלא ניתן להשיב אותם על כנם בקלות ואשר משתקים או משמידים את ההכרה באמת הנפשית.

שלילת המציאות ונסיגה נפשית

בנוירוזה ופסיכوزה, פרויד הציב נוסחה פשוטה בנוגע להבדל הגנטי בין פסיכוזה ונוירוזה: 'נוירוזה היא פרי של קונפליקט בין האני לסתמי, ואילו הפסיכוזה הינה תוצאה אנלוגית של הפרעה כזו ביחסים שבין האני לעולם החיצון.' (פרויד 1924, עמ' 114)

במאמר אחר, אבדן המציאות בנוירוזה ופסיכוזה, פרויד הצהיר ש: '...בנוירוזה בורחים מִנְתַח מציאות ובפסיכוזה בונים את המציאות מחדש ... או בניסוח שלישי: הנוירוזה אינה שוללת את המציאות, אלא שאין היא רוצה לדעת דבר אודותיה. הפסיכוזה שוללת אותה ומנסה למצוא לה תחליף' (פרויד, 1924, עמ' 125-124). *(Verleugnen) Disavowal* הוא מושג הרבה יותר חזק ויעיל כדי לתאר את ההכחשה או הדחייה של המציאות המתרחשת בפסיכוזה.

ציטטתי שתי טענות אלו של פרויד כדי לומר שגם אם כולנו מסכימים שהמטופל הפסיכוטי מכחיש את העולם החיצוני (והפנימי), הרי שלא כל כך קל להבין כיצד ומהיכן הכחשה זו נובעת. נוכחתי בחשיבותה של הנסיגה הנפשית במהלך מספר עשורים של עבודת הדרכה ודיונים קבוצתיים עם קולגות אשר טיפלו בילדים חולים מאד, אשר לעיתים קרובות דווחו לראשונה ע"י מורי בית הספר. אם כך, מה טבעם של ילדים אלו?

לרוב יש להם בעיות למידה או קשיים בקשרים עם בני כיתתם, והם לא באמת נמצאים בקשר עם אחרים, זה רק נראה כך. במציאות, יש להם חיים סודיים המקבילים לחיים האמיתיים, ובחיים אלו הם סגורים בתוך נסיגה אינפנטילית עשירה באיכויות חושיות. זהו עולם חלופי לחיים האמיתיים, המאוכלס לעיתים קרובות בדמויות דמיוניות אשר ניזונות לעיתים מצפייה אובססיבית בסרטים מצוירים. הפסיביות שלהם סותרת את עולם הפנטזיה שלהם, שבו הם מוציאים לפועל מעשי גבורה, בעלי אופי אלים וכל-יכול, לעיתים. לא קל להבחין בין הנסיגה האשלייתית בילדות לבין הפנטזיות הנורמאליות של כל ילד, ולעיתים קרובות הורים אינם מזהים זאת. התוצאה המשמעותית ביותר של חיי פנטזיה אלו היא שהילד אינו מִכְנֶה מנגנון נפשי המסוגל להבין את המציאות הנפשית.

אילו תנאים יכולים להוביל ילדים אֶל נסיגה?

ההשערה שלי היא שהוריו של ילד הנוטה לפסיכוזה מזניחים אותו מבחינה פסיכולוגית ואינם מסוגלים להתאים את עצמם אל התקשורת הרגשית שלו, או אולי הם פולשים למוחו באמצעות השלכות רגשיות מטרידות; הנסיגה יוצרת ניתוק מהמציאות, אשר משמש כהגנה מפני המגע עם ההורים, אבל גם מפני העולם ההתייחסותי.

בספרו *מסתורים נפשיים*, ג'ון סטיינר (1993) תופס את הנסיגה הנפשית כאוסף של מנגנוני הגנה ומערכות יחסי-אובייקט המסתכמים בביסוסו של מקום נפשי אמיתי, אליו הסובייקט יכול לסגת כאשר הוא ניצב בפני רגשות שהוא אינו יכול לעמוד בהם.

כשהוא מגן על המטופל מפני חרדה פרנואידית-סכיזואידית וחרדה דיכאונית, המסתור יכול לעטות פנים מגוונות, החל משקיעה מלאה בעולם רומנטי ואגדי שבו הכל עובר אידיאליזציה, ועד לנסיגת אוננות, המוכתבת ע"י ריגוש פורנוגרפי. לפי שטיינר, התוצאות העיקריות של הפעלת מערכים פתולוגיים הינן נסיגה מיחסי אובייקט ועיכוב תהליכי ההתפתחות של הנפש.

בניגוד לשטיינר, אני רואה במסתור או נסיגה, כפי שאני מעדיף לכנות זאת, לא ישות סטטית אלא כזו שמתרחבת ומשתלטת על שאר העצמי.¹ זהו ההסבר לכוחם הפתוגני של חלק מהמסתורים אשר עלולים, לאחר ביסוסם בילדות, להוביל אל אפיזודה פסיכוטית בבגרות.

בהקשר זה ישנו המקרה של נערה בת 14 אשר בית ספרה ציין כי היא מתקשה ללמוד ולהשתלב חברתית: היא מנותקת מעמיתה, ובעלת ליקוי קשב אשר הקשה עליה ללמוד. במהלך פגישה עם המטפל, היא דיברה על מחלתה והעולם האחר בו היא חיה: בעולם הפנטזיה הזה, בו היא שהתה רוב ימיה, היו לה שני ילדים והיא הייתה נשואה לגבר מצליח מאד. גם בבית, בארוחות ערב עם הוריה, היא נהגה לקום מהשולחן, ללכת לחדרה ולהיכנס לעולם הזה, אשר היה מְזַמֵּן ומפתה אותה כל העת: היה עליה לטפל בילדים שלה. חיים מנותקים אלו, שהתקיימו במקביל לחיים האמיתיים, ביטלו את הצורך שלה להתקשר עם עמיתה, וכאשר הייתה לבדה הם גרמו לה להאמין שיש לה חיים בוגרים מעניינים. במקרה כזה ניתן לצפות שהנסיגה תהפוך לדלוזיה ברורה כאשר הדמיוני יגבר ויציג עצמו כאמיתי בפני המטופל.

החיים בפנטזיה

בעבודה קודמת (De Masi, 2006), הבחנתי בין דמיון אינטואיטיבי לבין בריחה אל פנטזיה והדגשתי את חשיבותה של ההבחנה בין דמיונות חיוביים, אשר נחוצים כדי להותיר את אופק העתיד פתוח, לבין בנייתם של עולמות מקבילים המנותקים מהמציאות. כאשר ילד משחק הוא מסוגל להבחין בין משחק (כאילו) ומציאות; הילד אשר חי בנסיגה נפשית מאבד יכולת זו להבחין בין השניים, כיון שהפנטזיה הופכת ל'אמיתית'. בעוד שמשחק מעשיר את העולם הרגשי, נסיגה חושית מדכאת את הדחף האפיסטמופילי של הילד ולוכדת אותו בתוך מציאות סגורה ואוטורקית.

מלאני קליין התקרבה מאד להמשגת הנסיגה בכותבה: 'ואז ישנם הילדים אשר חיים בפנטזיה, ואנו יכולים לראות כיצד במשחקם, חייבים ילדים כאלה להתעלם לחלוטין מהמציאות ויכולים להמשיך ולהחזיק בפנטזיה

¹לגבי התרגום של "עצמי" - ולמען הסר ספק - במקור היה self

רק ע"י הדרתה המוחלטת של זו. ילדים אלו אינם סובלים שום תסכול, כיון הדבר מזכיר להם את המציאות; והם אינם מסוגלים להתרכז בשום עיסוק הקשור למציאות' (Klein, 1930b, p. 253).

בסופו של דבר קליין לא פיתחה את מחשבותיה על מצב מנטאלי זה (אשר פותח הרבה יותר מאוחר ע"י שטיינר), אבל היא כן פיתחה את חשיבותה של ההרסנות הראשונית וההזדהות ההשלכתית במצב הפסיכוטי.

או-שוני (O'Shaughnessy, 1992) תיארה היטב את תהליך הנסיגה/פסיכוזה כאשר הבחינה בין הילד אשר מסוגל להתגבר על תסכול ע"י שימוש במבשרי המחשבה (למשל, בכי עד שהאם מזדרזת לנחם אותו), לבין הילד הפחות בר-מזל אשר מפנה (evacuate) את התסכול (ואת המציאות) במקום לשנות אותה. סוג הילד השני אינו בוכה אלא שותק וממקד את תשומת לבו בפרט חושי כלשהו; זו תחילתה של הנסיגה, אשר עושה שימוש בערוצי החושים כדי ליצור מציאות נעימה המרחיקה את הילד מתלות אשר עשויה לטפח את התפתחותו הרגשית והתפתחות יחסיו.

העולם החושי נותר מנותק מהעולם האמיתי למשך זמן רב, כאשר היחיד יכול לחיות רגע בעולם אחד ורגע בעולם השני. הבנייה הפסיכופתולוגית של הנסיגה יכולה להימשך באופן יציב ללא הגבלת זמן, אך היא נוטה על פי רוב להתרחב ולשלוט בשאר האישיות. כמה סוגים של נסיגה, בייחוד אלה המובילים להתפתחות פסיכוטית, הופכים לאמצעי ליצירת עולמות מיניים, גרנדיזיים, רדופים, כל-יכולים.

במקום לפתח את החשיבה ולהזין את המציאות הנפשית, משמש המוח בנסיגה כאיבר חושי, המייצר דימויים חושיים ותפיסות אקוסטיות אשר יחוללו, בשלב מתקדם של התהליך הפסיכוטי, הזיות/דלזיות. לרוב, המצב נעשה ברור כאשר המבנים החושיים שהוקמו בנסיגה, אבל נותרו מנותקים למשך זמן רב, מתחילים לפלוש לחלק הבריאי של האישיות; זו הנקודה בה המטופל הפסיכוטי מגיע אל הפסיכיאטר, אבל אין להתעלם מההכנה ארוכת הימים שהחלה בילדות.

הפרדה ומציאות בעלת שתי פנים

באומרי "ניתוק בנסיגה הנפשית", אינני מתכוון לפיצול אנכי של האישיות, שבו חלק אחד אינו יודע על השני, אלא לכך שעולם הנסיגה הנפשית ניזון רק מפנטזיות חושיות המנותקות מעולם היחסים.

שני החלקים, זה הבריאי שנמצא במגע עם המציאות של יחסי אנוש וזה החלופי הנבנה ע"י פנטזיות חושיות, מתקיימים זה לצד זה אך אינם מתקשרים אחד עם השני. נוצר מצב של מגורים משותפים של שתי מציאויות הסותרות זו את זו ואין ביניהן כל תקשורת.

דוגמא ברורה מאד של מצב זה נחוה ע"י אחד המטופלים שלי שתיארתי בספר *Delusion and Bi-Ocular Vision* (2015) ושארחיב עליו ביתר פירוט בהרצאה השנייה שלי.

פרנצ'סקו הוא מטופל שהחל אנליזה בגלל פסיכוזת רדיפה מסועפת ביותר. במהלך הטיפול היו לו דלזיות רבות, אחת מהן הייתה ממוקדת בשותפתו לחיים אשר עמה הוא חי ואשר הולידה לו ילד. הוא היה משוכנע שהיא רוצה להרוג אותו, אבל למרות שהיה מבועת הוא המשיך לדבוק בתפיסה שהשותפה שלו היא אדם נחמד ואמא טובה.

עמלתי זמן רב על הדלזיה של פרנצ'סקו ובנקודה מסוימת הוא הבין שיש לו ראייה כפולה (bi-ocular) של המציאות. שמתי לב לדיוק הרב של הצהרתו: הוא לא אמר שיש לו ראייה דו-עינית (binocular), כי במקרה כזה היה אפשר להפגיש בין שתי התמונות ולהשוות ביניהן, כיון שהראייה שלו נעדרה אינטגרציה. שתי התמונות, אחת דלזיונלית והשנייה מציאותית, נותרו מובחנות ונפרדות זו מזו כיון ששתיהן נשאו את אותו אופי תפיסתי של מציאות.

במקרה של פרנצ'סקו, בנסיגה הדלזיונלית, עולם החושים והפנטזיה הציג עצמו כמציאות אחרת שאף פעם לא נפגשה עם המציאות הנפשית או עם החוויה ההתייחסותית. על כן שתי התמונות, של הנסיגה הנפשית ושל המציאות הנפשית, לא יכלו להתחבר ולהפיק תובנה, כיון שהתקיימו זו לצד זו.

לדעתי, אופייה המנותק של החוויה הדלזיונלית קשור במקורו לעובדה שדלזיה היא תולדה של נסיגה אינפנטילית, המציגה עצמה כמציאות חלופית לחוויה הנפשית ומנותקת ממנה (בדיסוציאציה ממנה). כאן המילה "מנותקת" אין פירושה פיצול אנכי בעצמי, שבו חלק אחד של האישיות אינו מודע לקיומו של השני.

אם נשתמש במטפורה של פרנצ'סקו, ראייתו מחולקת לשניים (bi-ocular): בעין אחת הוא יכול לחיות בעולם הנסיגה ובשנייה הוא שוב רואה את המציאות. כיון ששני סוגי הראייה הללו אינם נפגשים, אין הוא מסוגל להגיע לראייה שלמה (binocular) אשר תסייע לו להבין את אופייה המזויף/מעוות של הדלזיה.

אחרי הכל, עקרון אי-הסתירה אינו תקף בדלזיה. בלוגיקה הקלאסית, כל משפט הטוען כי משפט והניגוד שלו הינם נכונים בה בעת, הוא משפט שקרי. באותה המידה, אם משפט והיפוכו הם נכונים, אז כל משפט הוא נכון. לוגיקנים קוראים לזה *עקרון הנפיצות* (the principle of explosion). מסיבה זו, ההבחנה בין אמת, מציאות, הסתברות, אפשרי ובלתי אפשרי הולכת לאיבוד במערכת הדלזיונלית וכך מופעל מנגנון נפיץ, חסר מעצורים, כל-יכול וחסר גבולות. אמנם, עם אבדן המושגים של זמן, מקום, נפרדות וזהות, האבסורד הופך לאפשרי ואמיתי, וכך ניתן להמשיך עד אין סוף.

אם נחזור לשאלה שהתחלנו בה אודות הכחשת המציאות הנפשית, אנו יכולים לומר שהמציאות מוכחשת באמצעות בנייתה של מציאות חושית חדשה המהווה חלופה לחיים האמיתיים.

רוזנפלד (Rosenfeld, 1971) הדגיש שהמטופל תופס את עצמו כחי בעולם או באובייקט שמפריד לחלוטין בינו לבין העולם החיצוני. הנסיגה הדלזיונלית יוצרת שכנוע עמוק בדבר היכולת למצוא הנאה מוחלטת

בתנאים של אנרכיה מוחלטת. זו הסיבה שגרעין הדלוזיה מושך אליו, בסופו של דבר, את החלקים הבריאים של האישיות ומשכנע אותם להרחיק עצמם מעולם יחסי האנוש.

על כן, העובדה שחיי החברה של מטופלים אלו נראים חסרי חיים, העובדה שהם אדישים לסביבתם וחסרי יכולת לבצע כראוי את מטלות החיים – כל זה הגיוני. כל מחויבות בעולם האמיתי הופכת למקור של תשישות וחרדה.

נסיגה בלתי-מזיקה (benign)

צורתיה השונות של הנסיגה אינן מובילות כולן לפסיכוזה או דלוזיה. כפי שהזכרתי, חלקן תישארנה דוממות במהלך כל החיים מבלי להפוך לפסיכוזות. לא נדיר למצוא מטופלים בעלי עולם פנטזיה המתקיים באורח יציב לצד העולם הרגיל. במקרים כאלה הנסיגה אל הפנטזיה, הנחשבת בעיני המטופל כחיונית לשיווי המשקל הנפשי שלו, יכולה להישאר בלי לפלוש אל שאר האישיות.

אחת המטופלות שלי, אשר הציגה סימפטומטולוגיה פובית עשירה, תמיד יצרה אידיאליזציה של החיים בפנטזיה על חשבון החיים האמיתיים. כאשר פגשה גבר שאהבה, היא לא חיפשה עמו קשר אלא השתמשה בו כדי להזין את חיי הפנטזיה שלה: היא הייתה נמנעת ממנו ומשתמשת בו כדמות בעולמה הפנימי, שיהיה עמה לעד ויאהב אותה ברוב תשוקה. כאשר הפנטזיה החלה להימוג, היא חשה שוב צורך לראות אותו כבשר ודם על מנת להטעין מחדש את יחסי הפנטזיה.

אבל, במקרים שסופם להפוך לפסיכוטיים, השבר בא לידי ביטוי כאשר המבנים החושיים אשר נוצרו בנסיגה שולטים בחלק הבריא של האישיות. פעילות שקטה ואנרגטית מקדימה את השבר: כפי שמבנה עץ מתמוטט אחרי שבסיוס נאכל ע"י מושבת טרמיטים העושים מלאכתם, כך גם השבר הפסיכוטי מתרחש בפתאומיות, לאחר עבודה רבה ומתמשכת מאד.

החלק הפסיכוטי של האישיות

כך תיאר זאת פרויד (1940, 1938, p. 201): 'שתי גישות נפשיות נוצרו במקום אחת יחידה – אחת, הנורמאלית, אשר מביאה בחשבון את המציאות, והשנייה שתחת השפעת האינסטינקטים מנתקת את האני מהמציאות. השתיים מתקיימות זו לצד זו. העניין תלוי בחוזקן היחסי. אם השנייה הינה חזקה יותר או נהיית כזו, אז מתקיים התנאי המקדים לפסיכוזה. אם היחס הפוך אזי נראה שישנו מרפא להפרעה האשלייתית.'

רוזנפלד (Rosenfeld, 1969) העיר שלמרות שניסח את מושג האני המתפצל לחלק נורמאלי וחלק פסיכוטי, פרויד לא פיתח אינטואיציה זו בעבודתו הקלינית.

כתביה של מלאני קליין (Klein, 1946) אודות מנגנון ההזדהות ההשלכתית היוו מבט חדש על הפסיכוזה והדלוזיה. לדעתה, המנגנון הפתוגני הספציפי של פסיכוזה הוא הזדהות השלכתית, כלומר השלכה של

החלקים התוקפניים וההרסניים של העצמי על אובייקט חיצוני. בהיותו מחובר לעמדה הפרנואידית-סכיזואידית, מנגנון זה כולל את הפנטזיה האינפנטילית של השלכת חלקים שהתפצלו מהעצמי אל תוך גופה של האם על מנת לשלוט בה מבפנים. פנטזיות אלו הופכות אז למקור של חרדה הקשורה להילכדות והירדפות בתוך גוף האובייקט. מלאני קליין חשבה שכאשר ההזדהות השלכתית היא מסיבית ומתמשכת, קשה להשיב את החלקים המושלכים.

ביון (Bion, 1957) הציע קריאה דינאמית של הפסיכוזה והתפקוד הנוירוטי גם יחד: החלק הנוירוטי פועל בהתאם להיטמעות (assimilation), אינטרויקציה ואבחנה (discrimination), בעוד שהחלק הפסיכוטי משליך באופן אלים כדי לחסל את האלמנטים הנפשיים שהוא אינו מסוגל 'לעכל'. חוסר הסובלנות כלפי תסכול, אשר ביון קשר לקנאה מוגזמת, יוצר שנאה כלפי כל הקשרים הזוגיים: אם-ילד, אנליטיקאי-מטופל, חלקים של העצמי וכן הלאה: השמדת הקשר הורסת את השפה הסמלית היוצרת משמעות.

אינני שותף לרעיון של כמה מחברים קלייניאניים על פיו החלק הפסיכוטי נוכח, ולו במעט, באינדיבידואלים נורמאליים ונוירוטיים. לדעתי, דבר אחד הוא לדבר על תפקוד פסיכוטי בקרב חלק מהמטופלים הנוירוטיים, ודבר אחר הוא לדבר על מטופלים שהינם פסיכוטיים קלייניים. בהתייחס לעבודה הקלינית, פירושו של החלק הפסיכוטי אצלי הוא המבנה הפסיכופתולוגי אשר מעוות את המציאות הנפשית ויוצר הזיות ודלזיות.

אם המטופל החל את הטיפול האנליטי לאחר אשפוז, אזי החלק הפסיכוטי כבר התנחל בחלק הבריא של אישיותו; כאשר המטופל מעולם לא חווה אפיזודה פסיכוטית אמיתית, מעולם לא אושפז ומעולם לא היה בטיפולו של פסיכיאטר, קשה יותר לחשוף את הפעילות הפרוגרסיבית של החלק הפסיכוטי. כפי שהוזכר לעיל, לעיתים קרובות מטופלים מסתירים את הנסיגה אל העולם הפסיכוטי מאחורי תפקוד נפשי תקין לכאורה. על כן, אני משתמש במושג החלק הנפשי באופן שונה מביון, אשר השתמש בו כדי להתייחס אל אותו חלק באישיות שבו שולטים האינסטינקטים ההרסניים והשנאה כלפי המציאות הפנימית והחיצונית ואשר ניזון מנטייה מולדת מוגזמת לתוקפנות וקנאה. לדעתי, החלק הנפשי אינו נובע מהרסנות אלא הוא מזדהה עם אותו חלק באישיות אשר יוצר עולם המנותק מהמציאות ההתייחסותית. אני מאמין שהשימוש במנגנון הנסיגה הפסיכוטי מועיל יותר לתיאור והבנת הפסיכוזה והדינאמיקה שלה.

אם נחזור לסתירה של החלקים הנוירוטיים-פסיכוטיים, הרי שמדובר לא רק בכך שתפקודם שונה אלא שהם אנטגוניסטיים, כאשר חלק אחד (הפסיכוטי) מנסה להטמיע ולהתנחל בשני; אלה דרכים סותרות לחוות את המציאות הנפשית, הנעות בין חשיבה אומניפוטנטית לבין שימוש במוח כדי להצליח לקבל את המציאות ותסכוליה הנלווים. בקרב יחידים שנידונו לפתח פסיכוזה, ישנו איזון בלתי יציב בין השניים; החלק הבריא של האישיות נכבש, בסופו של דבר, ע"י החלק הפסיכוטי.

מטופלת אשר עברה אפיזודה פסיכוטית הביאה את החלום הבא לאנליזה, לאחר מה שנראה כמספר חודשי הפוגה: "אני נוסעת במכונית שלי בכביש צר, באופן טבעי למדי, מה שמפתיע אותי קצת. בנקודה מסוימת אני מחליטה לא לציית יותר לתמרורי הדרך, ואני מבינה שאני נוסעת בניגוד לכיוון התנועה, הנעה לקראתי. זה קצת מפחיד אותי אבל באותו הזמן זה גם מרגש אותי. אני חושבת שאני באמת צריכה לקחת כמה שיעורי נהיגה ואז אני מחליטה שאני לא עושה זאת ושאני יכולה פשוט להמשיך כך. בסוף, אני מרגישה מאד במצוקה, אני מאבדת שליטה על המכונית וגומרת בארץ חרבה, עם נוף כמו של מאדים, מלא צמחייה דמוית-קקטוס. אני מרגישה מאד לבד."

חלום זה יכול להיחשב למבשר על לכידתה של המטופלת בידי החלק הפסיכוטי, המיוצג כאן ע"י מצב מרומם החורג מהמוסר, אשר דוחף אותה לפעול בניגוד לחוקי התנועה, כשהיא חשה תערובת של פחד והתרגשות. היא בעלת מודעות עמומה לכך שהיא מובלת ע"י החלק המסוכן והבלתי מוסרי שלה; למעשה, היא שואלת את עצמה האם היא זקוקה לשיעורי נהיגה ומחליטה שלא. החלק הפסיכוטי משתלט ומוביל אותה לארץ חרבה, שבה נמחקו כל יחסי האנוש. תפקודו של החלק הפסיכוטי מיוצג היטב בחלום זה ומסייע מאד לאנליטיקאי בבואו למנוע התרחשותה של אפיזודה פסיכוטית נוספת. כפי שניתן לראות מהחומר הקליני, נדמה כמעט שבחלומה המטופלת רואה את החלק הבריא שלה (נהיגה המביאה בחשבון את כללי הדו-קיום עם בני אדם אחרים) כהרגל חסר תכלית שניתן לחסל אותו באמצעות הריגוש המגיע מהחלק הפסיכוטי.

במקרים כאלה, חשוב מאד לתאר למטופל את הפנטזיות האומניפוטנטיות, המרגשות והמפתות, אשר קשורות לחלק הפסיכוטי שהתפצל, על מנת למנוע ככל הניתן את הצפתו של החלק הבריא, עמו האנליטיקאי יצר קשר טיפולי. אין לשכוח את העובדה שהחלק הפסיכוטי אינו נותן מנוח למטופל. בעוד שהמטופל הנוירוטי אינו נמשך בקלות לשיגעון כיון שהוא חושש ממנו, הרי שבמקרה הנדון החרדה מסולקת באמצעות הפסיכוזה, אשר מפתה את היחיד ומוליכה אותו שולל (לעיתים קרובות ע"י כך שהיא מציעה אומניפוטנטיות). לעיתים קרובות המטפל עצמו מוּלָך שולל כיון שהמטופל אינו מסגיר את נטייתו הדלזיונלית והמטפל בסופו של דבר מאמין לתקשורת הגלויה של המטופל ואינו יוצר כל קשר עם ההיבטים הפסיכוטיים הפועלים מתחת לפני השטח. החרדה מתעוררת מאוחר מדי גם היא, לאחר שהמטופל נכבש זה מכבר ע"י הפסיכוזה, כשבשלב זה הוא מבין שהוא אינו מסוגל להיחלץ מהמצב שהוא עצמו יצר.

החלק הפסיכוטי של האישיות, כפי שהוזכר לעיל, הוא תולדה של הנסיגה האינפנטילית, מקום המאופיין ע"י פנטזיות חושיות מסוג מסוים, שילד בונה כדי להרגיש שהוא שולט בעולם. זמן רב חולף לפני שהדלזיה הופכת לגלויה מבחינה קלינית. פרויד דיבר על כך (Freud, 1922) כאשר כתב: '... ייתכן שהדלזיות שאנו סבורים כי הן מבנים חדשים כאשר המחלה פורצת החוצה – קיימות זה זמן רב.' (עמ' 227).

התהליך הפתולוגי בפסיכוזת כרוך במצב מנטאלי שאופיו והסיכון שבו נעלמים מעיניו של המטופל, במידה רבה. משהתבסס, התהליך יוצר שינויים נפשיים שלא קל להפוך אותם ואשר משתקים או מחסלים את היכולת לזהות אמת נפשית.

מורכבותה של שאלת הטכניקה האנליטית מתייחסת לעובדה שפסיכוזת אינה נוגעת ללא-מודע הדינאמי אלא יותר לתפקוד המנטאלי הבסיסי, אשר מוביל לכך שהמטופל מעוות את תפקוד החשיבה שלו, באופן לא מודע. המטופל הפסיכוטי משמיד את הכלים אשר היו יכולים לאפשר ללא-מודע שלו להבין את החוויה הנפשית; למעשה, הוא אינו מסוגל להדחיק ולעבד באופן לא-מודע תוכן שנחווה (הוא אינו יכול 'לחלום'), ולכן אינו יכול להפיק תועלת מעבודתו של הלא-מודע. זו הסיבה שבגללה קשה לעשות שימוש בכלי המרכזי של הטכניקה האנליטית, העבודה הפרשנית.

על כן, האנליטיקאי אינו יכול לנקוט עם המטופל הפסיכוטי באותה הגישה בה הוא נוקט עם המטופל הנירוטי; עליו 'לשכוח' מה שלמד באנליזה האישיית שלו, בעבודתו הקלינית עם מטופלים אחרים ובשיחותיו עם עמיתים.

מטופל נירוטי 'נורמאלי' מבין את משמעותו של הפירוש, כיון שהוא משתמש בפונקציות האינטואיטיביות של הלא-מודע, אשר מאפשרות לו לקרוא ולתרגם את האמת הנפשית שהאנליזה מציעה. על כן, לאחר פירוש מועיל, היא יכול לעשות אינטגרציה של התכנים, בעוד שהמטופל הפסיכוטי ימשיך להכחיש את המציאות הנפשית. אופייה הממשי ביותר של חוויית הדלזיה יוצר בעיות טיפוליות סבוכות ביותר. בניגוד לחלום, שניתן להבין ולהתמיר, לא ניתן לעשות זאת עם דלזיה: עקב אופייה החושי בעיקר, מאד מסוכן לנסח פירושים אודות התכנים של המטופל השרוי בדלזיה, כיון שהם יכולים להוביל לאי-הבנות ובלבול. כאשר האנליטיקאי מנסה לפרש את הפנטזיה הדלזיונלית באופן סמלי, הפירוש נתפס ע"י המטופל הפסיכוטי כמציאות קונקרטי, כגילוי אודות קיומו של עולם אחר ולא כמציאות נפשית שהוא אינו מודע אליה.

לב הבעיה של המטופל הפסיכוטי הוא העולם החושי שהוא יצר, אשר תופס את מקומה של החשיבה. כשהוא שקוע בעולם זה, המוח אינו יכול לחשוב כיון שהוא עסוק בדימויים ודיאלוגים פנימיים, כלומר הוא מצוי בעולם מקביל שהוא סבור שהוא אמיתי ומציאותי, עולם נפרד ורחוק מהמציאות של יחסי אנוש. זו הסיבה בעטייה המטופל מוצא עצמו ללא מצפן שבאמצעותו יוכל ללמוד ולהבין מניסיונו.

תפקודים תקשורתיים רגשיים אינם מובנים; הם מתפתחים בהדרגה בסביבה אוהדת, כלומר כאשר מוחו של הילד מצוי בקשר עם מוחו של אדם אחר, אמא או מטפלת המטפחות את התפתחותו. תפקוד לא-מודע קשור באופן הדוק לרגשות, לאיכות, ולאובייקט המעורר אותם. תהליך זה חסר אצל האדם שעתיד להיות פסיכוטי, כיון שהוא נסוג אל עולם חושי חלופי אשר מזניח את עולם יחסי האנוש ואת הצמיחה הרגשית.

על מנת לפתח את מודעותו של המטופל במהלך הטיפול, האנליטיקאי חייב לתאר שוב ושוב את הדינאמיקה באמצעותה החלק הפתוגני מפתה את המטופל לסגת, מנתק אותו מיחסי אנוש – ובכלל זה הקשר הטיפולי – ומציע לו את היתרונות המזויפים של חיים חלופיים למציאות. הניסיון הקליני הוביל אותי לחשוב שפרשנויות תוך-נפשיות, אלו המתארות את הדינאמיקה והיחסים ההדדיים בין חלקים נוגדים של האישיות (ובייחוד החלק הפסיכוטי והחלק הבריא) מועילים מאד לחיזוק התובנה של המטופל. במילים אחרות, טוב להתייחס לנסיגה הפסיכוטית, המקבילה לחלק הפסיכוטי של האישיות, כמבנה מסמם הנוטה לשאוב את חיוניותו של האדם מתוכו ולהקריב את צמיחתו הרגשית לטובת כוחה של ההנאה החושית. באופן זה ניתן ליצור קשר בין החלק הבריא של המטופל – שתמיד נמצא בסכנת היחלשות ע"י פיתוי הנסיגה הפסיכוטית – והאנליטיקאי, שמטרתו לסייע למטופל ליצור, בסופו של דבר, הבחנה בין מה שנעים אבל הרסני למוח, לבין מה שטוב וקונסטרוקטיבי.

המטופל הפסיכוטי אינו מדבר באופן גלוי אודות תפקודו של החלק הפסיכוטי (להיפך, הוא מסתיר זאת), ובייחוד אודות תפקודו של המבנה הדלוזיונלי, שהוא רואה בו דבר יקר שהוא אינו רוצה שהמטפל יערער עליו. כאן אנו עומדים בפני בעיה אופיינית למצב הפסיכוטי, של בלבול בין החלק הבריא לחלק החולה. הדלוזיה מציעה למטופל את עינוגיה של מציאות נעימה המתגמלת מבחינה חושית. על כן, מציאות זו נראית לא רק שימושית אלא חיונית לגמרי, עד כדי כך שיש להסתירה מהמטפל.

הייתי רוצה להדגיש שהקלות שבה המטופל מרשה לעצמו להתפתות נעוצה בעובדה שהפסיכודה מציגה עצמה כבעלת מאפיינים מרגשים וגואלים. חלק מרגש זה, הנמנע מסבל במחיר עיוות המציאות, נחשב ע"י המטופל הפסיכוטי כטוב וחיובי. על כן, החלק החולה אינו נראה כמסוכן אלא כמקור של רווחה.

לצד המטופלים שאינם מסגירים את הנסיגה, יש כאלה שכן עושים זאת, אם בתחילת הטיפול ואם בשלב מאוחר יותר. המטופל שאינו מסגיר את הרעיון הדלוזיונלי למטפל מסתכן במידה רבה יותר בכך שהפסיכודה תשתלט עליו לחלוטין. על כן, חובה על המטפל להסיק את קיומה ולהצביע בעדינות על הסכנות, שאם לא כן, אפיזודה פסיכוטית תופיע פתאום כאילו משום מקום, כאשר למעשה פילסה את דרכה בסתר.

חויית הדלוזיה עושה שימוש ביכולתו של המוח הפסיכוטי להפוך חשיבה דמיונית לחושית. במצב מנטאלי זה, הנפש אינה משמשת להבנת המציאות אלא על מנת לייצר תחושות ורשמים, כלומר כאיבר חישה. המאפיין הבסיסי של האשליה הוא יכולתה לבנות עולם חושי דמיוני, כפי שציינו קודם. אבל בנקודה מסוימת, תפקוד פתולוגי חדש זה של הנפש חומק משליטתו של המטופל, והוא אינו מסוגל עוד להבחין בין מציאות שנוצרה זה מכבר לבין מציאות שהייתה קיימת לפני כן: המטופל מודע לייצוג הדלוזיונלי אבל הוא אינו ער לאופיו המזויף/המעוות.

במצב הדלזיונלי, המטופל אינו חושב; הוא 'רואה' או 'מרגיש', כאילו הוא חולם בהקיץ. כאשר אנו חולמים, אנו מאמינים שהתוכן של החלום הוא אמיתי, אבל כשאנו קמים אנו מבינים שהיה זה סיפור רגשי שאינו אמיתי כלל. אחרי הכל, החלום הוא חוויה סמלית המקשרת עם המשמעות הרגשית של החולם, עם משאלתו, הקונפליקט או החרדה שלו. החוויה הדלזיונלית אינה מקיצה, אין בה ספקות או ריחוק, כיון שהיא אינה סיפור סמלי אלא רושם ממשי.

לדעתי, הילד העתיד להיות פסיכוטי אינו מעורר כל כך ע"י תוקפנות אלא יותר ע"י נטייה ספציפית לבודד עצמו מיחסי אנוש כדי שיוכל לבנות בדמיונו עולם אחר, מנותק (dissociated). עולם מנותק זה מועמד לרשות הפנטזיה והוא אטרקטיבי כיון שבתוכו אין צורך להתמודד עם מגבלות הקיום ותסכוליה של המציאות.

האפקט ההרסני אינו עיקרי אלא תולדה של הבריחה אל האל-מציאות, שממנה קשה לחזור. כדי לבנות עולם מנותק (dissociated), המטופל חייב לשנות את איברי החישה שלו ולחסל את יכולתו לחשוב. בהינתן שתהליך זה מלווה על פי רוב במצב נעים, הסובייקט אינו ער לסכנות שבפעולה זו: הנסיגה הופכת לכלא עם סיכוי קלוש לבריחה; המבנים הפתולוגיים, משנכנסו לפעולה, בסופו של דבר מאפילים עליו ושולטים בו.

בעבודתו עם דלזיה, האנליטיקאי מצוי בעמדה קשה, כיון שהוא אינו יכול לצפות להחזיר את המטופל לשלב קודם של בריאות מנטאלית באמצעות עבודה פרשנית – אם בכלל היה קיים שלב כזה אי-פעם. עבודתו דורשת זמן וסבלנות רבים כדי לגלות את האמצעים שהמטופל משתמש בהם מבלי להיות מודע לכך, על מנת לעוות את התפקוד המנטאלי. יש צורך במאמץ יצירתי ניכר כדי להיכנס לעולמות שכל כך רחוקים מאלו שלנו. אפילו יכולת מעולה שנרכשה במהלך ניסיונו הקליני של האנליטיקאי אינה מספקת כאשר מתמודדים עם תחום הפסיכודה.

בהרצאתי השנייה אבקש להדגים, באמצעות אנליזה ארוכה של אחד ממטופליי הפסיכוטיים, שהדרך להחלמה היא קשה אך לא בלתי-אפשרית.

מקורות

פרויד, ז. (1924/2007). *הצגת הנרקיסים ומאמרים נוספים על פסיכודה: מבחר כתבים א'* (תרגום דנית דותן). תל אביב: רסלינג.

Bion, W. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *International Journal of Psychoanalysis* 38:266–75.

De Masi, F. (2015). "Delusion and Bi-Ocular Vision." *International Journal of Psychoanalysis* 96(5): 1189– 1211.

De Masi, F. (2018). *Svelare l'enigma della psicosi*. Mimesis Edizioni. English Translation in press (*Discovering the Enigma of Psychosis*).

Freud, S. (1922). *Some Neurotic Mechanism in Jealousy, Paranoia and Homosexuality*. S.E. 18, 221–233.

Freud, S. (1940 [1938]). *An outline of psycho-analysis*. S.E. **23**, 139–208.

Meltzer, D. (1979). Un approccio psicoanalitico alla psicosi [A psychoanalytic approach to psychosis]. *Quaderni di psicoterapia infantile*. Le psicosi. No. 2. Borla, p. 31–50.

Rosenfeld, H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts. An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *International Journal of Psychoanalysis* **52**:169–78.