

פסיכותרפיה מינית

מיכל ניר, מ.א.¹

במאמר אציג את הפסיכותרפיה המינית, תחום טיפול אשר משלב בין פסיכותרפיה לבין הטיפול המיני. אנסה להראות בעזרת ניתוחי מקרה איך שני התחומים מרחיבים אחד את השני ואינם בהכרח סותרים. יושם דגש על השונות בתהליך הכניסה לפסיכותרפיה מינית לעומת כניסה לטיפול פסיכותרפי. אביא תיאורטיקנים שונים, אשר שמו דגש על השלבים הטרומ-מילוליים בהתפתחות וחברו בין כשלים אמפתיים, חוויות חודרניות והיעדר רציפות וקביעות לבין היווצרות פגיעות נרקסיסטיות, עור משני ועצמי כוזב. אותם כשלים, אשר התרחשו בשלבים שבהם הכשל נחוזה בגוף ופחות ברמת הנפש, יצרו את הבסיס להתפתחות הסימפטום המיני בבגרות.

מ ב א

הקשיים המיניים לשלושה: תשוקה, עוררות ואורגזמה. לטענתה, גישת מסטרס וג'ונסון נתנה מענה עבור אותם מטופלים שאצלם הסימפטום היה הגנתי (ביטוי לכיווץ, כגון ווגיניסמוס), אולם בעיות בתשוקה המינית נשארו עדיין בלתי פתורות בטיפולים קצרי מועד.

משנות השמונים ניתן לראות התפתחות במענה הרפואי לחלק מהסימפטומים המיניים, בעיקר הגבריים: אימפוטנציה, קשיים בשפיכה (7, 8, 9, 10, 11, 12). תחום הטיפול הרפואי התפתח ללא הכר, מספק מענה לחלק מהמטופלים, ובמקביל מסית אותו מן ההיבט הנפשי לשדה התרופתי. כיום ניתן לראות שדה מחקרי עצום שכולו שייך לרפואה לגווינה. בשל ההיקף העצום לא אסקור כאן את המחקרים, אך רובם, אם לא כולם, מחויבים להיבט הפיסיולוגי. הרפואה חידדה את המענה המידי לקושי, ואת ניתוק הבנתו מהנפש: לצד זאת, הספרות הפסיכואנליטית עסוקה בעשורים האחרונים בהתייחסות אנליטית לקשיים מיניים, ושמה דגש על התרגום הפיסי של הגוף לחסרים וכשלים אמפתיים מהינקות המוקדמת. גם כאן המיגוון רחב ואביא דוגמאות קצרות (13, 14, 15). עם זאת, ככל הידוע לי, מעטים המטפלים המיניים, העסוקים ומסורים לקשיים המיניים של מטופליהם, שכותבים על החיבור בין הקושי הפיסי ובין שורשיו בנפש. למעשה, מאז שנות השבעים ועבודתה האינטנסיבית עם קשיים מיניים של קפלן, תחום הפסיכותרפיה המינית מיעט להתפתח.

במהלך השנים מצאתי עצמי מטפלת בקשיים מיניים דרך גישות טיפוליות שונות. בתחילה דרך הגישה ההתנהגותית, הרווחת ברוב הקורסים לטיפול מיני, וגם תאמה את רוח המקום בו עבדתי ואת משך הזמן שהוקצה לכל טיפול. בנוסף, במבט רטרוספקטיבי, גישה זו תאמה בתחילת דרכי גם את שאיפתי האומניפוטנטית אז, להצלחות מהירות ומיידיות. בהדרגה נחשפתי לגישות טיפול אחרות. בשנים האחרונות אימצתי את השם פסיכותרפיה מינית, מתוך אמונה כי הטיפול הוא פסיכותרפויטי, ומלווה בתרגילים. אני עסוקה בשאלות האם מהות הטיפול תישאר גם עם

טיפול המיני החל להתפתח כטיפול התנהגותי בשנות השישים, כאשר מסטרס וג'ונסון (1, 2, 3) עמדו בראשו וייצגו קו טיפולי-תפיסתי חדש: מיקוד בסימפטום המיני עצמו. לפי תפיסתם, במשך פרק זמן קצר ועל-ידי תרגילים התנהגותיים ניתן לפטור את המטופל מהסימפטומים המיניים שלו. הם יצרו שפת אבחנה חדשה: סימפטום ראשוני ומשני. האם הסימפטום ממנו סובל המטופל מלווה אותו במשך כל חייו הבוגרים (ראשוני)? או אולי הופיע לפתע, מתרחש עם בן/ת זוג אחד ולא עם השני, מתרחש ביחסי מין ולא באוננות (משני)? אבחנה חדשה זו, בין סימפטום ראשוני למשני יצרה מרחב שונה להתמודדות טיפולית ודרכי טיפול שונות. עד אותן שנים רווחה בתחום תפיסתו של פרויד כלפי המיניות, לפיה אורגזמה נשית 'בוגרת' נרכשת דרך יחסי מין מלאים (4). מסטרס וג'ונסון פרצו דרך משמעותית בהבנת מיניות האשה והעבירו את המיקוד הנשי מהוויגנה לדגדגן. תפיסתם סייעה לנשים רבות לחוות אורגזמה לראשונה, ולאחרות – להשתחרר מאשמה שהרגשה שהן חוות אינה 'בוגרת'. הטיפול שהציעו כלל חינוך, הצעות התנהגותיות ושיחות טיפוליות. הם יצרו כעשרה תרגילים שאותם מבצע המטופל בביתו, עם ובלי בן/ת זוג, ומדווח עליהם בפגישות.

גישתם איפשרה הרחבה של הסתכלות על מיניות. ואכן בתחילת שנות השבעים, הלן זינגר קפלן (5, 6), פסיכיאטרית בעלת אוריינטציה פסיכודינמית, יצרה בספריה אפשרות לאינטגרציה בין טיפול זוגי קצר-מועד לבין הבנה דינמית של הקושי המיני. קפלן מציעה בספרה השני (6) לחלק את

¹ אוניברסיטת בר אילן: התוכנית לטיפול זוגי, והתוכנית לטיפול מיני. מכון "שילובים", גבעת ברנר.

* המאמר הוא עיבוד לעבודת גמר בפסיכותרפיה, אוניברסיטת בר אילן, 2004.

* ברצוני להביע תודה חמה למיקי פטרן על הליווי והעידוד הצמודים, לחנה ריינשרייבר, לנורית גורן, לסוקרים ולעורכת "שיחות".

moshenir@bezeqint.net

הפגישה הראשונה המטופל מדבר בחופשיות יחסית על קשייו המיניים. ברמת העברה הכללית מצאתי, עם השנים, כי מטופלים שפונים אלי, כאשר הם יודעים מראש על הסמכתי לטפל בבעיות מיניות, חשים מהר יותר בנוח לדבר על בעיותיהם המיניות, על עולם הפנטזיות שלהם ועל עולמם 'הסוטה'. עצם הפנייה למטפל מיני יוצרת מראש העברה, שבה המטפל נתפס כחזק ובשל דיו לשמוע ולהכיל את עולמו המיני של המטופל. אולם אין בהסברים אלה די כדי להבין מדוע באופן לא-מודע בחרו מטופלי סימפטום מיני ולא סימפטום גופני, אשר מתמקד בגוף או בעור. בפועל, רובם סובלים גם מסימפטומים מיניים וגם מסימפטומים גופניים/עוריים רבים, אך בתחילת הטיפול הם מעלים רק את הסימפטום המיני. לרוב, הסימפטומים הגופניים האחרים עולים בשלבים מאוחרים יותר ובאופן כמעט עקבי, הם עולים כדרך אגב. נתקלתי שוב ושוב בתגובות דומות, כגון: "זה נעים שאת מתעניינת בגוף שלי. את יודעת, לא חשבתי על זה אף פעם, אבל אני סובלת שנים רבות מפטיות בעור וסבוריאה בפנים. תמיד התעלמתי מזה, רק שמתי משחות ולא חשבתי על זה. כאילו ככה זה צריך להיות תמיד".

עם ההקשבה המכוונת לתלונות הגופניות-מיניות של המטופל, נפתחת נפשו. בגוף הראשוני נחבאים כשלים מוקדמים, שעם ההתבגרות באים לידי ביטוי בצורת סימפטום מיני. לכן הכניסה הטיפולית הראשונית דרך הגוף מאפשרת כניסה למקומות ראשוניים ועמוקים, לרוב כבר בשלבים מוקדמים בטיפול.

לדוגמה: מטופלת חדשה פנתה מכיוון שאינה מקיימת יחסי מין עם בעלה, איננה מעוניינת ומודאגת מכך. אנחנו באמצע החורף, היא נכנסת רטובה וקפואה. אני שואלת על חום/קור בגוף, איך היא מחממת בביתה? היא מספרת על החום הקונקרטי, במקביל גופה נרפה בחדר ופתאום נדרך ומתכווץ. מה קרה? היא נזכרת שכשהיה חם בבית ילדותה, כולם השתרעו ליד התנור והוריה התגפפו בלהט לידה, היא נזכרת בהצפה רגשית ובכיווץ הפיסי של הגוף אז, ואומרת לי: "שאלת שאלות פיסיות והכל נפתח..."

ויניקוט (17) דיבר על פחד מפני התפרקות עתידית כפחד מפני התפרקות שהיתה ולא נחווה בעבר, כי לא היתה נוכחות מלווה. לדבריו, פחד זה יצר ארגון הגנתי, אשר פיתח סימפטום. מחשבה זו לא תעלה במהרה ולא ניתן לזרזה. הדרך היחידה להיזכר היא לחוות את האירוע כבפעם הראשונה.

דוגמה: מטופלת בשנות השלושים לחייה, גרושה ללא ילדים, הגיעה עם תלונה "אני קרה כקרח במיטה וגם יש לי ווגיניסמוס" (התכווצות לא-רצונית של שריר-הנרתיק, אשר מונעת חדירה). היא גדלה בתנאי עושר מופלגים, בקיפאון רגשי עצום, שכוסה מאחורי כללים חברתיים ומעמדיים ולא זכרה מגע נעים מאף אחד מהוריה. בנישואיה סבלה מכאבים ביחסי המין, מקיפאון רגשי ומבהלה על שאינה מרגישה דבר. הוריה שיחררו אותה מנישואים אלה לאחר שנתנו לבחור סכום כסף אגדי. היא ביקשה בתחילה טיפול מהיר וקצר וקנתה את ערכת המרחיבים (ערכה הכוללת שישה מרחיבי פלסטיק אשר מאפשרים תרגול הדרגתי של החדרה לנרתיק, תוך כדי

התרגילים ההתנהגותיים? האם יש כאן סתירה או הרחבה של הגישה? הסמכתי הפורמלית היא גם כסוקולוגית, אך שם זה זר לי ומנוגד להשקפת עולמי, מכיוון שהוא שם את הסקס ככותרת ולא את הטיפול. בעבודה הקלינית אני פוגשת אנשים אשר חשים רגשות רבים ומגוונים, ורובם סותרים רגש מיני. מטופלים חשים כאב, אכזבה, חרדת נטישה, חרדות ביצוע ועוד. לרוב התהליך ארוך וקשה עד שהם מגיעים לחוויה מינית מספקת. בנוסף, שם זה מזמין פיצול בין מין ובין רגש ושם דגש רק על המין. השם אף עשוי להעלות בקרב המטופל פנטזיות לא-מודעות, ש'כאן ייעשה סקס'. האם בין בני הזוג? או בין המטופל למטפל? פנטזיות אשר קיימות בכל טיפול ואין צורך להעצימן על-ידי השם. שם נוסף המקובל במקצוע הוא, מטפל/ת מינית. שם זה מדגיש בראש ובראשונה את הטיפול. אך מה משמעות המילה "מינית" כאן? המטפל/ת היא מינית? המטופל שבא עם תחושות אימפוטנציה והשפלה הוא המיני? גם שם זה בעייתי בעיני. השם: פסיכותרפיה מינית, שאותו אימצתי, מדגיש שהמיקוד הוא העיסוק בנפש, אך דרך המיניות, ועם שם זה אני שלמה יותר.

יש הבדל בין מין למיניות. מין מתייחס ליחסי מין כאל אקט אשר לא מלמד עדיין דבר על טיבו ואיכותו. מיניות מתייחסת לחוויה הסובייקטיבית, אשר אינה מחייבת יחסי מין מלאים. הסימפטום המיני שעמו מגיע המטופל בתחילת הטיפול, זו דרכו לצאת לטיפול. להערכתו, לאחר שפיתח יחסי אמון מבוססים על אמפתיה וקירבה, הוא יאפשר לגעת בנפשו. אך המנדט הטיפולי הראשוני אותו מעניק המטופל הוא הסימפטום המיני שאיתו בא, חלון צר ראשוני, שדרכו בחר לתת כניסה לנפשו.

הפיצול והאינטגרציה בין פסיכותרפיה לבין טיפול מיני

בחברה בכלל ובחברת המטפלים בפרט, נהוג לחשוב כי לדבר בטיפול על מיניות ועל יחסי מין זהו אקט שדורש אומץ, אקט קשה או אפשרי רק לאחר ביסוס הקשר הטיפולי. התפיסה שמנחה את המטפל היא כי עם היפתחות הנפש גם הגוף ייפתח. קולקה (16) מציג במאמרו את תפיסתו של קוהוט על המטרות הטיפוליות: האדם יחיה בהקשר אמפתי בוגר, מתמיד וזמין. המטרה השנייה: כינון מפצה של מבנה העצמי. מטרות אלו נובעות מן ההבנה כי התפתחות האדם היא תוצאה של כשלים אמפטיים בסביבתו. בפסיכותרפיה מינית ההקשר האמפתי הפוך. בשלב הראשוני בטיפול ההקשר האמפתי מופנה כלפי הגוף וכלפי הסימפטום המיני שעמו בא המטופל. המטופל הפונה עם סימפטום מיני, מאמין, לרוב, שלמטפל קל לשמוע על בעיות מיניות, שזהו המיקוד הטיפולי ועל כך ידובר. הוא מגויס לדיבור על מיניותו עוד טרם בואו לקליניקה. עצם הגדרת תפקיד המטפל משחררת אותו מחלק מעכבותיו וכבר מן

מיכל ניר

בהמשך, להיענות לצורכי נפשו העמוקים יותר. אני רואה תהליך מקביל בין סימפטום הווגיניסמוס הנשי, או פליטה מוקדמת גברית, לבין התהליך הנפשי הטיפולי. בתחילה המטופל פונה כי גופו מכווץ, מהיר ומזורז באקט המיני וכן גם נפשו. עם היענות לפתח צר זה, ללא חדירה/חודרנות, תתאפשר הרחבה. בתחילת הטיפול אתן למטופל לעתים תרגילים הביתה, אך דרך שאלותי ודרך מחשבותי, תיעשה התכוונות לנפשו.

יש שלושה ספרים, שאני נוטה להמליץ עליהם לחלק ממטופלי, מתוך מחשבה על האובייקט המעברי של ויניקוט: (1) "מין ורגש" (21); (2) "לעצמך מיניות האשה" (22); (3) "נשים מעל" (23). בתחילת דרכי חשבתי שספרים אלה יעילים למטופלים אשר גילם, ניסיונם המיני ורמת השכלתם נמוכים. ספרים אלה אכן התאימו להם, אך התאימו לעוד רבים אחרים. רק דרך הבנתי המצטברת במשמעות כוחו של פיצול אני מסוגלת להבין מדוע. הפיצול הזה מעיד על פרגמנטציה בחוויית העצמי הלא-לכיד, אשר קיים אצל רבים ללא קשר להשכלה ולגיל. בנוסף, אני מאמינה כי ההמלצה לקריאה בספרים מהווה תחילת איחוי של הפיצול האנכי (vertical split), אשר מאפשר קיום צד ליד צד של שני חלקים מנוגדים, שבו חלק אחד מכחיש את קיום האחר (24). (1) "לעצמך מיניות האשה" (22) מדבר ברובו על מחסומים רגשיים בהשגת אורגזמה, לצד הצעות לתרגולים התנהגותיים. הוא מתאר כשלים מסוגים שונים לאורך העוררות המינית הנשית ומתמקד במחשבות ורגשות, אשר מפריעים לספונטניות הגופנית; (2) "נשים מעל" (23) הוא אסופה עמוסה של פנטזיות מיניות, אשר שלחו נשים אנונימיות למחברת והיא פרסמה אותן כפשוטן, ללא עריכה. מטופלי נוהגים להגיד: "אני קורא/ת במידה כדי שהספר לא יציף אותי. דרך הקריאה הבנתי שלא כל מה שחושבים מייד צריך לעשות במיטה ואני לא אאבד שליטה..." קריאת המטופל מעלה שאלות: האם לא ניתן ליצור בהדרגה ובאיטיות מרחב-ביניים, ביטחון בעולם הפנטזיה, שלא יחדור לעולם המציאות? האם ללא הדיבור והעיסוק הקונקרטי במיניות לא היתה מתפתחת מיניות? ייתכן מאוד שכן. להערכת התשובה נעוצה בחופש, הסוגסטיבי או האמיתי, לדבר ולעבד מיניות בחדר הטיפולים; (3) "מעבר לאמפתיה" (25) מתמקד בכך שלכולנו תשוקה בסיסית להיות מובנים באופן עמוק. זוהי כמיהה אוניברסלית וחלק מהרעב שלנו לקשר. אני מאמינה כי רבים מהפונים לטיפול מיני לא חוו חוויות אמפתיות מספקות ולכן הלכו ונסגרו, או חוו טראומה מצטברת, בשפה של מסעוד חאן (26).

חיבור בין סימפטום מיני לבין שלבים טרום-מילוליים בהתפתחות

אדון בחלק זה באותם כשלים אשר התרחשו בשלבים שבהם הכשל נחוה בגוף, בשלב שבו גוף ונפש היו דבר אחד

שליטתה ובנינוחות, כדי להכניח נפשית וגופנית (חדירה). לאחר קניית הערכה, הכניסה אותה ללא שימוש למגירת התחתונים בביתה, דחפה אותה לעומק וכיסתה בתחתוניה, כדי לא לראותה כל פעם שתפתח את המגירה. כל ניסיון לפרשנות מצדי נהדף באלגנטיות מצדה. או כדבריה: "אני ידועה כאצילית וכך אני מסלקת באצילות כל מכשול". הבנתי כי היא הפקידה בידי/בידי המגירה את כאבה, וגם את הפוטנציאל שלה להתרחב נפשית ופיסית. רק שאדע ושחזיקו עבורה, עוד בלי יכולת להשתמש בו. כדברי ויניקוט במאמרו על השימוש באובייקט (18), ההמתנה השקטה של המטפל והימנעותו מפרשנות מוקדמת תאפשר למטופל לבוא עם הבנה, יצירתיות והנאה בהמשך. דרך עבודה טיפולית דינמית איתה, בגישה הקוהרטיאנית/ויניקוטיאנית, אשר כללה פירושים אמפתיים, הקשבה עדינה לכאב שגופה העביר לי בשעה הטיפולית (ישבה מתוחה בכיסא כאילו קפאה בזמן, דמעה מחושבת מכל צד של העין וניגוב ממחטה לפי סדר, קיפול הממחטה באלגנטיות וכו'), לאט ובהדרגה הקיפאון הרגשי והפיסי נמס. שנתיים לאחר תחילת התהליך היא 'נזכרה' בערכה שבמגירה ואמרה: "אולי הגיע הזמן להוציא אותה משם".

אוגדן (15) מדבר על שלב מוקדם בינקות, השלב האוטיסטי-מגעי, שבו מגע חושי במשטח העור יחד עם מרכיב הקצביות, הם הבסיס למערכת היסודית של יחסי אובייקט ינקותיים. אוגדן מציין ביטויים נפוצים של חרדה אוטיסטית-מגעית שכוללים תחושת בהלה של האדם, כי סוגריו, אשר אמורים לשמש להכלת תכולתו הגופנית, בוגדים בו וההפרשות ידלפו החוצה.

לדעתי, המטופלת הנ"ל בחרה מטפלת מינית, כדי להפקיד בידיה את הסוד שמנייתה במגירה ולא בשלה להפשיר. שכל הפרשות הגוף, מווסת ועד הפרשות בשעת יחסי מין, מהוות סכנה אמיתית עבורה. לחוות שהסוד שמור, להפשיר בהדרגה ואז לחזור למיניות ממקום מאוחד יותר בין גוף לנפש. עבורה, הפקדת הסוד על מיניותה היוותה בתחילה אפשרות כניסה לדמות חיצונית לתוך עולמה הסגור וההרמטי. כשהעצמי שבור, המיניות מאיימת להציף והעצמי החלש מפחד להתערער עוד יותר. תהליך זה לא יכול היה להתאפשר, לדבריה, בטיפול 'רגיל', שם האמינה כי לא תתקיים הבנה לחסך העורי העצום, לקיפאון שנועד להגן על העור ועל חווית העצמיות הלא-מוחזקת.

תהליך הכניסה לטיפול מיני

מטופל הפונה עם קושי מיני, לרוב מציג אמירה מודעת: "אנא טפלי בסימפטום המיני ללא שום מגע עם נפשי". בטיפול מיני התנהגותי וקוגניטיבי שומרים אמירה זו לאורך הטיפול הקצר ועוסקים בשיפור והעלמת הסימפטום. ההקלה מהירה יותר עם מיעוט תכנים מן העבר (19). בפסיכותרפיה מינית נעשה ניסיון נוסף להיענות לצורך החבוי, למגע עמוק, דרך התכוונות אמפתית (20). בקשת המטופל והיענות ראשונית לצרכיו, מצומצמות ככל שיהיו בתחילת הטיפול, הן הדרך ליצירת ברית טיפולית עמו. עמדתו של קוהוט מנוגדת לתפיסות קלסיות רווחות, בהן יהיה פירוש לבקשתו כהתנגדות. דווקא כיבוד גבולותיו של המטופל, בקצב שלו, ללא חודרנות (impingement של ויניקוט) יאפשר לו,

יוכל ליהנות מאשליה אומניפוטנטית של שליטה, דרכה יוכל להגיע להכרה, למשחק, לדמיון ולמרחב מעברי שמחבר בין הסובייקט לעולם. זהו הבסיס להיווצרות סימבולים. בחוויית “אם לא טובה דיה” התינוק/המטופל יעסוק בהסתרת העצמי האמיתי ויחווה עצמו כאילו עדיין לא החל להתקיים. בנוסף, יתפתח נתק בין הפעילות השכלית לבין החווייה הפסיכוסומטית.

אני מאמינה כי אנשים אשר סובלים מסימפטום מיני, חוו כישלונות הוריים בשלבים מוקדמים יותר בהתפתחות, מאשר אנשים שסובלים מסימפטומים זוגיים או משבר אקזיסטנציאליסטי בחייהם. אנשים אלה חוו כשל אמפתי בסיסי וראשוני, שבשלב ההתפתחותי בו הוא התרחש, הכשל נחוה בגוף, עוד טרם תרגומו לנפש. להערכתי, הכישלון אשר נחוה בגוף, אם היה מתמשך, הוא תולדה של החזקה לא רציפה ולא עקבית ולכן לא עבר עדיין הסמלה. בבגרות, בקיום יחסי המין או בניסיונות לקיים, הסימפטום המיני מייצג כישלון ראשוני זה.

ביק עסקה בעור במשמעות של מעטפת נפשית ורגשית (32). אנזייה בשפתו, קרא לתפקוד זה “אני עור” (33). העור נתפס כמעטפת גוף, אשר שואפת לעטוף את מנגנון הנפש. לעור המכסה את שטח הפנים של הגוף כולו יש פונקציה הכלה, אשר מופעלת בעיקר על-ידי holding אמיה. אנזייה הדגיש שהטיפול האמיה מעניק תחושת עור כשקיק, אשר מאפשר לתינוק לחוות עצמו בצורה הדרגתית, דרך תחושות וריגושים מהמגע של אמו, מבלי לחוש נהרס. לדבריו, ה’אני-עור’ קולט על פניו את ההשקעה הליבידינלית, והופך למעטפת של ריגוש מיני כולל. ביק הוסיפה כי ‘עור משני’ נועד ליצור אשליה של החזקה כלל חלקי האישיות, במקומות בהם היו כשלים בהחזקה הראשונית. ‘עור משני’ הוא שברירי ויכול להתמוטט תחת לחץ. פגיונות בסיסית במיכל המופנם של תינוקות/מטופלים אלה מקשה בהתפתחות היכולת לעשות שימוש ולהחזיק בכאב רגשי (34). דבריהם מחזקים את אמונתי כי מטופלים אשר באים עם סימפטום מיני ומבקשים לרוב: “טפלי בסימפטום בלי לגעת בנפשו”, סבלו מכשל ראשוני, לא מילולי ומתמשך, בהחזקה ההורית, ולכן הכאב הרגשי תורגם לסימפטום מיני.

פסיכותרפיה מינית אשר ממוקדת בתחילת הטיפול בגוף, מעלה מרחב-מעברי להקשבה עדינה בכשלים גופניים/עוריים נוספים. בהתבסס על דברי ביק, אנזייה ומניסיוני הקליני, השלב שבו התרחשו הכשלים האמפטיים הוא כה ראשוני, ולכן הגוף/העור עוד לא עבר אבחנה בין אברי גוף ‘רגילים’ ובין אברי גוף ‘מיניים’. ברצוני לחדד נקודה זו להבנת המיוחדות שבפסיכותרפיה מינית. סימפטום מיני מתורגם וממוקד באברי המין, המקום הסמלי ביותר לחיי הבוגר. מקום אשר טומן בחובו גם את השכבות ההתפתחותיות הקודמות. אברי המין מהווים את המעבר הסמלי מההתבגרות לבגרות: קיום יחסי מין מלאים.

(27). כשלים אלה יצרו את הבסיס להתפתחות הסימפטום המיני בבגרות. גם ויניקוט וגם קוהוט הוסיפו לשפת הדחפים של פרויד את שפת הצרכים. הוספת שפת צורכי-עצמי היא מהותית ועמוקה. היא מאפשרת להיענות לצרכים ולא לספק משאלות, שהן תולדה של פנטזיה לא-מודעת שנובעת מדחפים, כפי שקבע פרויד בכללי הטיפול הפסיכואנליטי (28). ויניקוט מדבר על שלב מוקדם, שלב של צורכי גוף ועצמי, שלב שבו ההיענות והאספקה הראשוניים של צורכי הגוף מהווים תפקיד מרכזי בהתפתחות (29). השימוש במילה ‘צורך’ מחליף, לדבריו, את המילה תשוקה, בשלב הראשוני שבו אין אבחנה בין האם לתינוק. לדבריו, בטיפול אנליטי יעבור זמן, אם בכלל, עד שיעלה הכשל בהתכוונות הראשונית של האם. אם שעברה את שלב ‘המחלה הבריאה’ (primary maternal preoccupation), תיענה למחוות הספונטניות של התינוק ותאפשר לו לזהותן כשלו. כישלון בשלב מוקדם זה ייפגע ב-“going on being”, כישלון אשר לא יוצר תסכול, אלא חרדה הכחדה, חרדה ראשונית בהתהוות הספונטניות והעצמי האמיתי. לדבריו, בתחילה צורכי התינוק הם צורכי גוף, ורק מאוחר יותר הם הופכים ומתפתחים לצורכי נפש. קוהוט (30) גם הוא מדבר על היענות לצרכיו של התינוק ולא על דחפים. לדבריו, חוסר יכולת האם לאתר את צורכי התינוק ולהיענות להם גורמת לצרכיו להישאר ברמה ארכאית, העצמי נותר שבור ועלול להיות מוצף על-ידי זעם נרקסיסטי. הישג המובחנות בין האובייקט לבין העצמי נאבד, ושניהם מתמזגים לאחד פרימיטיבי יותר. למרות ההבדלים בין שני תיאורטיקנים אלה, שניהם רואים את המטריצה האמפתית כקריטית להיווצרות חוויות עצמי לכיד ואמיתי.

בפסיכותרפיה מינית המטופל מאפשר בתחילת טיפול הצצה זעירה לחייו, דרך הסימפטום המיני שאיתו הוא בא. לכן, הכלי הראשוני (תרגיל קונקרטי), ייטען בהמשך במטען סימבולי ויתחיל להיות אפיק יצירתי בנפשו של המטופל. למשל, קיים הבדל גדול בין מראָה כאובייקט (תרגיל הסתכלות במראָה בטיפול המיני), לבין העיניים הסובייקטיביות, האנושיות, שמראות ורואות. קוהוט תיאר את הצורך הקיומי בתגובות שיקוף (25). תגובות ההורים אשר רואים את רגשות התינוק, עושות הבחנות בין רגשותיו, כדי לבנות את הערכתו העצמית ואת החוויה הקיומית שלו. תגובות אלו הן מילוליות, אך בראש ובראשונה נעוצות בגוף, במובן הלא מילולי שלו: אדישות, עוינות, מאור עיניים, מבט ממוקד וכו’.

אותה מראָה קונקרטי של תחילת הטיפול, הופכת בהדרגה בפסיכותרפיה מינית למראת שיקוף מהמטופל/ת עצמה, דרך עיני המטפל המתפעלות, באופן כן ומותאם לשלב ההתפתחותי הטיפולי. העיניים הרואות מחזירות לאדם את עצמו. המראָה של קוהוט וויניקוט היא השאלת הנפש של המטפל כמיכל, בשפה של ביון. מיכל אשר יכול להחזיר בצורה טבעית ובאופן פחות מפוחד את עצמו. ויניקוט (31) דיבר על כך שבחוויית “אם טובה דיה” התינוק

מיכל ניר

כחודשיים לאחר החתונה עברה להתגורר עם בעלה. יעל בת 36, בת שלישיית במשפחת מוצאה. אביה נפטר ממחלה לפני כעשור ואמה חיה מאז לבד. אובחנה כמחוננת בבית-הספר היסודי, עברה ללמוד בבית-ספר מיוחד וסיימה את לימודי התואר הראשון בגיל 21. כיום עובדת במשרד בעיר מגוריה.

יעל פנתה לטיפול בתחושת דחיפות גבוהה — תחושה שאינה יכולה לשאת את עצמה, אינה מסוגלת להיות בקשר זוגי ומיני וייש לי הרבה בעיות מיניות. שמעה שאני מטפלת מינית וזוגית ולכן בחרה בי, אך עברו כשנתיים בטיפול עד שאיפשרה לגעת בתכנים אלה. הסימפטומים היו רבים וקיצוניים בתחילה: בולימיה שלוותה בהקאות, עקצוצים בראש ובעורף במצבי מתח, אי סדירות במחזור החודשי בתגובה למתח רגשי, יחסי מין עם אפקט סאדו-מזוכיסטי, כשהיא חווה את עצמה בצד המזוכיסטי והמושפל. תחושות גועל, בחילה ורצון להקאה כשמתייחסת לגופה והתקרחויות. פרידות היו מרכיב מרכזי בתכנים, תוך תיאור של היצמדות נואשת לאובייקט עם נכונות לביטול עצמי לידו, כאוס, כאוטיות, דימוי גוף ותחושה פנימית של גועל-נפש, ליכלוך ומגעילות. כל זאת לצד תכנים מפוחדים סביב זהותה המינית הלא ברורה.

הכניסה שלה לטיפול החלה בהתקפה עלי ועל המסגרת מהמפגש הראשון. השנה הראשונה לטיפול לימדה אותי, דרך החוויה עם יעל, על שנת חייה הראשונה. היא עסקה רבות במידת התאמת אי-היא: “את צעירה מדי/מבוגרת מדי. את לבושה שחור מדי/בהיר מדי, את מכינה לי קפה טעים/לא טעים...” ייתכן כי עסקה בלבושי כדרך לבחון עד כמה אני עסוקה בעצמי ובבגדי ופנויה אליה? או האם בגד שחור מסמל את היותי בדיכאון ולא פנויה אליה? גילי הצעיר/מבוגר כחשש שלא אהיה “גדולה” עבודה?

העיסוק האינטנסיבי שאפיין את שנת הטיפול הראשונה, רמז לי, דרך העברה, עד כמה פחדה להיעזר, כדי למנוע היעזבות, למרות היוקקות הרבה. בתחילה ביטאה זילזול כלפי: “כמה ספרים כבר קראת על בולימיה, הא?” זילזול אשר סיפר לי על חוויה של מושפלות סביב הזדקקות. גם של דאגה שלא תוכל להיעזר כאן, שלא מוחזקת בידיים חזקות ויודעות.

דרך ההעברה-הנגדית הבנתי כמה חשה בתחרות איתי, שאני/ היא קטנות. נתנה לי לחוש כך, כדי שאוכל באמת להבין איך מרגישה: שלאורך חייה נכשלו כל הזמן להיענות לצרכיה ולכן ברור שחוששת שגם אני אפול. בחוויה שלה — כל מה שנתתי לא היה מספיק טוב, כמו באוכל שמקיא. הנתנה הפכה למרעילה ולמסוכנת. כמות הזעם והתוקפנות היתה כה גדולה, ולימדה אותי, יותר ממילים שעוד לא היו קיימות, על חווייתה הסובייקטיבית בבית בו גדלה, חוויה קשה של שנאת אמה אותה, של מושפלות ודחייה. בחייה מחוץ לטיפול חיה אז עם בחור שלא עבד, והיא זו שמיננה אותו. חשה מושפלת על-ידו ותיארה יחסי מין עם גוון על גבול האלים, שבו היא בצד המושפל ללא תחושת חופש לבחור. בקשר זה היא ספגה השפלות מילוליות ולא מילוליות רבות, ניצול כספי ורגשי והצליחה להיפרד ממנו רק לאחר שהדביק אותה במחלת מין כואבת, אשר הביא הביתה מאחת מהנשים עמן שכב במקביל. עבדתי עם יעל לפי התפיסה הקוהוטיאנית-ויניקוטיאנית, מתוך אמונתי הבסיסית לגבי טיפול. אולם בנוסף, מתוך ההבנה שהיא חוותה מגיל צעיר כשל אמפתי מתמשך, גדלה ללא עיניים ראות ומתפעלות, שניתן להתמזג איתן ודרך כך להיבנות (20, 30) ופיתחה ‘עצמי כוזב’ מסיבי, מאחר שלא התאפשרה לה חווית אחדות עם לפחות אחד מהוריה, וחוויה המשכית של ‘אם מסורה רגילה’ (29, 31). תקופות ארוכות בטיפול עסקתי ביצירת אווירה של התכוונות אליה, של מענה סימבולי לצרכים ינקותיים אבודים. לדוגמה,

הסימפטום בתחילת הטיפול נתפס כזר לכלל האישיות בעיני המטופל והוא ה'אשם' בהכשלת המימוש של קיום יחסי מין מלאים והנאה. הסימפטום המיני בתחילת הטיפול ‘מדבר’ את מה שהמטופל עדיין לא יכול לומר: “שם כשלו איתי ולכן פיתחתי עור משני ואיני יכול להתמזג עם האחר ליחסי מין בוגרים. אני יכול לקיים יחסי מין מלאים ומהנים גם עם מיגרנות, אקזמות וסבוריאה, אך לא עם ווגיניסמוס או אימפוטנציה”.

מקדוגל (35), בספרה “פנים רבות לארוס”, נותנת הסבר יפה למיקוד דווקא במיניות ולא רק בעור/גוף הכללי. לדבריה, ההכרה האיטית ב'אחר' — הכרה בנפרדות האובייקט מהעצמי, נולדת מתוך תיסכול, זעם וצורה פרימיטיבית של ייאוש, שחוהה התינוק בהקשר לאובייקט האהבה והתשוקה. המתח הנוצר בין אהבה לשנאה בעל פוטנציאל דיכאוני ומספק בסוף חיות לכל צורות האהבה והמיניות הבוגרת. הוורבליזציה של חוויות-הגוף היא תחילתו של החיבור, דרך עקרון הדואליות של גוף-נפש. שפת הגוף היא השפה היחידה שאינה יודעת לשקר. הגוף, ובעיקר תפקודו הסומטי, ניחן בזיכרון מדהים. מרגע הלידה התינוק מוקף במערכת של מילים. במקביל, שפה נוספת מתחילה להיות מתורגמת-גוף התינוק וחושיו נמצאים בקשר תמידי עם גוף האם: קולה, ריחה, חומה ומגע. התינוק מקבל קשרים לא מילוליים אלה בצורה של מגע גופני, כאשר חוויות סומטיות מתורגמות למילים ולביטויים סמליים מהלידה.

ריי ו-וולס טבעו מושג בשם ‘body loveprints’ — סימני אהבה גופניים (36). מושג זה מתייחס, לדבריהן, לשנתיים הראשונות לחיי התינוק. העניין המרכזי של המחברות הוא בשלבים המוקדמים ביותר של כמיהה ותשוקת התינוק לסנסורים ולגוף האם. ניתן, לדבריהן, לדמות זאת לתינוק שתמיד רוצה לחדור ולהיות חלק מגוף האם, יכולתה לקבל, להכיל ולהינות מכך. זאת תחת תנאים מתאימים, או תחת יחסי מטפל-מטופל טובים דיים, הם הבסיס להיווצרות יחסי מין גניטליים בבגרות. תשוקה בוגרת מוגדרת על-ידן כתשוקה וכמיהה כלפי האחר וכלפי גופו של האחר. יכולת פיסית זו תלויה במודעות ובהבנה שביחודיות, בנפרדות ובשוני של האחר ושל העצמי וכיכולת להתחברות. הסימפטום המיני מייצג מקום שבו יכולת זו לא התפתחה.

מקרה קליני

בחלק זה אעמיק בהצגת מקרה טיפולי, שנמשך יותר משבע שנים. הטיפול התחיל בפנייה על רקע סימפטום מיני ונמשך עד היום כטיפול פסיכותרפי מיני. דרך המקרה אנסה להדגים שגם במקומות בהם המיקוד המיני עבר לנפש, לעצם היות הטיפול מוגדר כמיני מתחילתו, יש השלכות על המשך הטיפול.

יעל (שם בדוי) נמצאת בטיפול כשבע שנים. בשנה הרבע הראשונות הגיעה פעם בשבוע, בשנתיים וחצי הבאות הגיעה פעמיים בשבוע ולאחר מכן שוב פעם בשבוע. לפני כשנתיים התחנתה ורק

פסיכותרפיה מינית

מילים, חלומות, ופחות דרך הגוף. הטיפול מאפשר לה, לדעתי, להעלות תקווה שתיתכן אם סביבתית. זהו שלב גרסיבי, פנטזיה על מיזוג איתי, מיזוג שלא היה עם אמה. בתחילת הטיפול דיברה על אמה כאם מתה. האם האמיתית נחווה כמי שמזמינה להיכנס מתחת לשמיכה ואז דוקרת בכידון.

הקריאה החוזרת שלי בכתבי קוהוט עוזרת לי לחדד את משמעות הכשל האמפתי הראשוני שלה עם אמה, את צורכי זולתעצמי הארכאיים שלה. בנוסף, ביק (32, 34) ודבריה על הצורך במעטפת עורית מתאימים בעיני, ולכן גם כל פגיעה מבחוץ (תזכורת שאני נפרדת, כגון מטופלים אחרים אחרי השעה שלה שפוגשת בחוץ) נחווית כדקירה ולא ניתן לשאת זאת. בשלב זה בטיפול מעיזה לבטא צורך לשכב על השטיח — צורך להרגיש אותי ממוזגת איתה ולא נפרדת. זוהי הזדקקות לזולתעצמי ארכאי, והיא יכולה לבטא את המשאלה הזו כלפי בתוך החדר.

יש גם חרדה מהתוקפנות שלי כלפיה, כמו אמא שלה. בילדות אמה רחצה אותה במים שורפים, בלי לשים לב והיא למדה להישרף בלי להתלונן. יעל הפנימה הישארות עם אויביקט-סאדיסטי אמהי מהילדות. ולכן, גם בתוך הקירבה יש כל הזמן חרדה איומה. במקביל, פיתחה נתק מעורה, כי כך עשתה כילדה, כשהמים באמבטיה שרפו מדי וחשה שאסור להעיר מילה לאמה. יעל נותנת לי להרגיש איך זה להיות בולימית — דוחסת הרבה דברים לתוכי. כגון: שלושה-ארבעה חלומות בכל שיחה, דיבור קדחתני.

"התרסקות על הקירות" — חוויה קיומית שלה, שדרשו שתהיה עצמאית מדי בגיל צעיר מדי, נתנו לה חיזוקים לעצמאות והיא חשה זאת כסכנה, התרסקות. ברמה הקונקרטי, כתינוקת היתה במעין מנשאת-גלגלים ובאמת התרסקה על הקירות בבית, בלי תחושת-גבול. מכאן הפנימה שהיא הולכת להתרסק כל הזמן. דרך כך היא מלמדת אותי על חווית ההתפרקות שלה. כאן בטיפול ההיפך, חיזוקים ממני כשמרשה לעצמה להיות ילדית, צריכה, נזקקת. בהמשך אומרת שמזוהה שמערכת בין רעב לבין צורך במתן צואה. נדהמת שמתחילה לברוא את גופה מתוך הכאוס. אחרי שנה וחצי טיפול אומרת: "רק עכשיו מתחיל להיות לי גוף".

בשנה השנייה חווה עצב עמוק על הגוף, אך חשה שמכילה זאת. לא רגילה להכיל דברים. מביאה זיכרונות מוקדמים של גוף ענקי, מוונח ובלי מגע. אבא סיפר כי הוציאו אותה מחדר הלידה כחולה, הפכו אותה ושטפו בברז. היא חושבת שזה לא ייתכן, כי מי הופך תינוקת ושטף בברז? חיה עם תחושה שלידתה היתה טראומתית, שלא החזיקו אותה טוב, וכשהחזיקו — זה היה מגע קונקרטי בלבד, ללא הנאה של הוריה ממנה.

מתחילה לזהות ריחות, צבעים ותחושות ראשוניות. עסוקה בבושם שלי שהיה בעבר הבושם של אמה. איך זה שיש לי בושם כמו שהיה לאמה? מתחילה לעסוק בריחות החדר הטיפולי — ריח חדר דחוס ולא מאוורר, כי היו לפני הרבה מטופלים? ריח הקפה השחור שלי שנתפס בעיניה כגברי ובדווי ולא מתקשר אלי. אני לא של ריחות מתקתקים, כן של בושם 'אלקסיר' שמריחה ממני לפעמים, שהוא בושם נשי, אך חזק. העיסוק בריחות הוא ראשוני וחשוב, מדבר על כמיהה ארכאית למגע ועל חסרונו. בשנה זו עסוקה גם בהפרשות הגוף. ווסת? רוצה לחזור להשתמש בתחבושות, כדי להרגיש מה קורה לה בגוף, כי עם טמפון לא מרגישה.

ראתה את ההורים, בגיל שבע-שמונה, מקיימים יחסי מין. הם ישנו בדלת פתוחה והיא באה. הם אמרו-"אוייך", ומייד אבא בא לטפל בה. לא דובר על כך מעולם (עושה תנועה של גועל מהנושא), לא מרגישה שיכולה לדבר על זה. מה שראתה תורגם בעולמה הפנימי לרוע, גועל, חוסר מוגנות. זאת, כי לא היתה מוגנת, כי שפת

הקשבה לבקשותיה כל תחילת שיחה לבדוק בעצמה האם אטמתי לחלוטין את חלון החדר. הקשבה לסוג הקפה שאוהבת, לכמיהה לשותות איתי יחד, לצד קושי רב בכך. מתן מקום לבושה לרצונה ה"מלוכלך", לפי תפיסתה, להכיר אותי מחוץ לחדר הטיפול. דרך התמדה עיקשת בסוג זה של נוכחות שקטה לידה, יעל החלה להעז לבטא חלקים מה'עצמי האמיתי' האבוד, המדוכא. העזה לשאול שוב ושוב האם אקבל אותה כשתביא תכנים שנתפסים על-ידה כמגעילים. כל התערבות לכיוון החיובי מצדי נחווה כנטישה שלי אותה. היא אמרה — "מה נשאר לי בלי הגועל? אל תראי את הטוב, כי הוא זר לי, לא מוכר ואינו אני".

בשנה זו הגיבה אלי ברתיעה, לצד כמיהה ומכאן יכולתי להבין שהוריה לא הצליחו לתת לה את הזרועות, הקונקרטיות והסימבוליות המותאמות לה. ייתכן שנעו בין חדרונות ופולשנות, לבין הימנעות וניכור ממנה. עלתה חרדה-טראומתית, ששוב משהו יפלוש לתוכה לצד כמיהה למיזוג. למשל, דרך דבריה כי בגיל שמונה חודשים כבר הקיאה את החלב. בגיל שנה וחצי זכרה שאבא דחף לה בכוח לפה עגבניות מעוכות ותוך כדי כך החזיק אותה בכוח רב, כדי שלא תתנגד. מבין האחים רק איתה היו בעיות אכילה. אולי כמו שהרגשתי בתחילה ש'מקיא' ו'קופצת פיה' בטיפול, בגלל חוסר התאמה מכוונת לצרכיה. זכרה את אמה מחליפה טיטול לנכדתה, וכשראתה קקי, הקיאה, ואבא ניקה הכול. בטוחה שכך היה גם איתה. היא הפנימה את חווית הגועל של אמה בתוך עצמה. אמה לא יכלה להכיל חלקים מלוכלכים ולא יפס, במובן הקונקרטי והסימבולי, את החלקים התוקפניים והמיניים: היצריים של העצמי של התינוקת (של יעל, של הנכדה ושל האם עצמה).

כל ניסיון לחיך אמפתי מצדי נחווה כגלגול ולא כאמפתיה. כשאני שואלת אותה למה זה מתחבר, יעל עונה שזו חוויה ראשונית שלה — לועגים לה ועליה. לאחר מעל לשנה של הקשבה מכווננת לצרכיה, מתן כבוד ומקום לכל צורך שחוותה אותו כמביש, היא צוללת מיוזמתה באופן ספונטני לפנטזיה בחדר:

רואה מנהרה אפלה מתחת לאדמה, ובסופה חדר קטן עם דלת עגולה של מתכת, כמו כספת. ילד קטן ערבי, יחף, עם בגדים ישנים וקרועים רוצה לסגור בכל מחיר את דלת החדר. הילד כבן תשע אך חושב שהוא בן שלוש עשרה, הוא נוקשה ומשימתי, כל חייו חי במנהרה ורוצה לסגור את הדלת, בלי לדעת מה יש בחדר ובלי להבין. מנסה לדחוף מבפנים את הדלת ולצאת ברגע האחרון לפני שהיא נסגרת. היא והוא מבינים שבעצם החדר ריק. היא מבינה שהילד קטן וחלש ולקח על עצמו משימה בלתי אפשרית. הוא לבד בעולם והיא אינה יכולה להשאירו שם לבד, רוצה להושיט לו יד ולקחת אותו לאימוץ, אך רק אימוץ טכני ולא רגשי, אין לה כוח להכיל את עולמו הרגשי. בפנטזיה על הילד הערבי, יעל גם כעצמה וגם כילד הערבי בתוך המנהרה. היא מוצאת עצמה נאבקת, האם לצאת או להישאר ודרך העברה — האם אקח אותה ואושיט לה יד רק במובן הטכני ואאכזב כמו הדמויות הראשוניות בחייה? במציאות — חודשיים לא הקיאה, רוצה כל הזמן לאכול, אך לא בעוצמות של פעם.

במקום זה חלה טרנספורמציה, שהיא תולדה של ההתפתחות בטיפול ויעל כותבת תחושות, רגשות ומחשבות במקום לאכול. בנוסף, לראשונה בחייה היא ללא בן זוג. לדבריה, זה לא היה ייתכן בעבר ללא ההחזקה הטיפולית, כי הלכד כמוהו כמוות ולכן עדיף היה בעבר חבר פוגעני.

בהעברה, תכנים חוזרים ונשנים של כמיהה אין-סופית וחרדה מפני דמות אמהית. היא חווה איתי חוויה חדשה — של הקשבה והתכווננות לצרכיה ולכן מרשה לעצמה להביא חששותיה דרך

מיכל ניר

לעשות". אני מצומצמת, סיוט נוראי. עיבוד החלום בחדר שבו גם המשוגעת וגם האמא הן שתי אמהות מופנמות בה. כן, המשוגעת לא מבינה שמזיקה, ובעצם לא חשה שרוצחת אותם. בתוכה יש אמא משוגעת, ממיחה, והמשאלה היא שלא אהיה אמא כזו, שאמצא אותה בזמן ואציל אותה. ברמת הקונטקסט, זהו שלב שבו היא מתלבטת האם להמשיך את הטיפול פעמיים בשבוע או לעבור לפעם אחת. אני איתה עם ההתלבטות ולא מחליטה עבורה.

בשנה הרביעית והחמישית בטיפול יעל מעמיקה את הקשר הזוגי שלה, נדהמת ומרוגשת כל פעם מחדש שמישהו מסוגל לרצותה, לאחר שהכירה לעומק. במיניותה זורמת, משתחררת ונפתחת. יחד עם זאת, מוצאת שכן זוגה אינו מיני ולדבריה — "הוא כמוני לפני שלוש שנים בטיפול". תהליך מרגש הדדי עברנו יחד עם קביעת חתונתה והזמנתה אותי אליה. לדבריה — "הרי בלעדיך מעולם לא הייתי מתחנתת, או שכן, לאיזה סאדיסט מטורף". יעל רוצה מאוד להודות לי על הדרך הטיפולית דרך 'שולחן כבוד' דמיני שאזכה לו בחתונתה. אנו עסוקות כמה חודשים בעיבוד התהליך כשבסיומו, אני לא מגיעה קונקרטי לחתונתה ובחדר הטיפולים מאוחר יותר אנו חוגגות יחד. קוהוט טען כי "אנליזה מוצלחת היא אנליזה שבה את מקום צרכיו הארכאיים הקודמים של המטופל לתגובותיהם של הזולתעצמי הארכאיים תופסת חוויית זמינותו של הדהוד אמפתי, המרכיב העיקרי של תחושת הבטחה בחיים הבוגרים" (40).

אני קונה ליעל מתנה לחתונתה: תכשירים לגוף בריחות שנדמה לי שאוהבת. יעל מתרגשת מעצם הנתינה, אך בעיקר מהעובדה כי נישאתי שאלה הריחות המועדפים עליה: וניל וקינמון. יעל חוזרת שוב ושוב שידעתי כי הייתי בתוכה. היא מחברת זאת לתקווה כי בהמשך, גם תלמד ליהנות ממיניות עם בעלה.

גם שתיית הקפה וגם קניית המתנה נתפסים בעיני כביטוי סימבולי לנוכחות שפוגשת אנשים עם צרכים יותר קדומים. מרגרט ליטל (41) כותבת: "בפגישות עם ד.ו. ויניקוט היה ביטוי סמלי לטיפול הורי בתינוק, הוא תמיד פתח לי את הדלת בעצמו, בסיום כל פגישה הוגשו קפה ועוגיות, הוא דאג לכך שיהיה לי חם ונוח". יש כאן היענות, כחלק מההחזקה בפגיעות כה ראשוניות, ומתוך ההיענות התקווה שיהיה העצמי.

אנו בתחילת השנה השמינית לטיפול. יעל נשואה מעל שנתיים. לה ולבעלה קשיים דומים בהיבט המיני-אינטימי: שניהם התקשו מאוד להתחנן, לעבור לגור יחד ולקיים יחסי מין. יחסי המין נעדרו גוון סאדו-מזוכיסטי, אך גם בעלי תשוקה נמוכה. יעל יצאה מסכיבה רגשית קשה והגיעה להישגים גבוהים. ליעל כיום יש גוף שמחובר לנפש, שבו לסימפטומים הקיצוניים כבר אין חלק בחייה.

קוהוט דיבר על שני צירים: ציר יחסי האובייקט וציר ההתפתחות הנרקסיסטי. בציר השני מופיעים צורכי זולתעצמי ולא רמת הדחפים. בציר זה נמצאים צורכי זולתעצמי ארכאיים, צרכים של התמזגות (20). צרכים אלה הבשילו במהלך הטיפול והפכו לפחות טוטליים. יעל לימדה אותי את הקשר שבין פסיכותרפיה לבין מיניות. לגביה, הרשות ללמוד להרית, לחוות את טמפרטורת המים באמבט/בחדר הטיפולי, לפגוע בלי שאשבר, לבקש את הקפה בדיוק כפי שאוהבת, כל אלה ואחרים בוראים בתוכה עצמי לכיד שמאפשר מיניות מהנה. כדברי גולומב, משקפים את המאבק לתחיית העצמי האבוד (42). או כדברי מאן: "לפתוח אפיקים של חירות ועצמאות בחשיבה, לאפשר התמרות ואלטרנטיבות, שנותנות מקום למחשבות-שלא-נחשבו-מעולם, אשר מתבושות לצאת לאור" (43).

התשוקה קדמה לשפת הרוך והקירבה. כדברי פרנצי, רגשות האשם הם אלה שעושים את מגע האהבה של המבוגר, בעיני הילד, למאבק מפחיד (37). וכדברי פרויד, הסצנה הראשונית מתורגמת בנפש לאקט אלים, אם לא עובדה והוגנה בנפשו של הילד (38). לא היו לה עדיין כלים לתרגם זאת לאהבה ולכן תורגם לגועל.

בתחילת השנה השלישית לטיפול, עיסוק מסיבי חוזר באמה, לצד העיסוק בגוף. חלום בהקיץ: "אמא אחת שוכבת על האספלט מחוץ לקליניקה ואני מטיחה את ראשה באספלט לפי קצב המוסיקה של "הדנובה הכחולה". חושבת — "זה ילמד אותה לקח". הרגשתי מוזעזעת ומוטחת-ראש, אך השהיתי את תגובתי.

ויניקוט טען, בניגוד לגישה הקלייניאנית, שתוקפנות וכעס שמכוונות כלפי אובייקט מבטאות גם שמחה על כך שהאובייקט שרד את ההתקפה. לדבריו, לחלק ממטופלינו אין עדיין יכולת להשתמש באובייקט ואזי — מטרת הטיפול היא שרידת המטפל את הרסנותם (31). האגרסיות בחלום בהקיץ הן תולדה מאמא שלא היתה בשבילה, זוהי אמא שלא ניתן להגיע אליה ועבור יעל היא היתה 'אמא מתה'. גרין דיבר על אמא שהיתה נעדרת נפשית, בגלל שקיעתה בתוך הנרקסיזם והאובדן של עצמה (13). להערכתי, יעל החלה להביא את אמה לטיפול, לאחר ששרדתי את התקפותיה. במקביל, לאחר למעלה משנה ללא בן זוג, יעל הכירה בחור, הדומה חיצוני ופנימי לאביה ז"ל ומתפתחת מערכת יחסים, אשר תהפוך לאחר כשנתיים לנישואין.

פרנצי טען כי באישיות שעדיין לא מפותחת דיה, התגובה כלפי מצוקה לא תהיה על-ידי הגנה, אלא על-ידי הזדהות מיוחדת והפנמה של התוקף המאיים (37). הסברו היפה מחזק את ההבנה כי יעל הפנימה את הזדהותה בילדותה עם תפיסת אמה אותה כמעין חיה דוחה, מעוותת.

פטרן מתארת את מושג השהיית הגבול, דרך משנתו של ויניקוט (39). השהיית גבול המטפל לא כאקט של גבול ובלימה, אלא כנוכחות מתמזגת, אשר מאפשרת העלאה ספונטנית של העצמי. בהתרשמותי, ככל שיעל חשה יותר מוגנת ומובנת בטיפול, קשר-ההעברה העמיק, הביאה חלומות קשים יותר שהתמקדו בקשר עם דמות אמהית, באופן פחות מבוהל.

חלום מהשנה השלישית לטיפול

אשה מטורפת חוטפת שני ילדים בגילאי העשרים ומחזיקה כל אחד מהם בתוך קבר סגור נפרד עם מצלמה. אחרי 30 יום היא מרשה להם לבקש משהו והם מבקשים ציפור-שיר. כשמקבלים את הציפור לתוך הקבר הם בוכים והאשה מסתכלת על הכול מחדר-התקשורת שלה דרך המצלמות. בסוף הם מתים ואמא שלהם מוצאת אותם, אך מאוחר מדי.

בשלב זה בחייה יעל מנסה להעמיק את הקשר הזוגי החדש. בפרשנותה החלום אופטימי, מדבר על החבר ועליה כמו שני אחים ולא כזוג ולכן החיוניות והמיניות לא קיימות. אך שמחה, כי הקשר ללא גוון סאדו-מזוכיסטי. בקשר זה יש דאגה, נאמנות ואיכפתיות, גם אם אין מיניות. בעיניה, לצפות ליותר מזה זה "לחטוא בחטא ההיבריס הקדמון". עבורה — אפילו שהאמא איחרה את המועד ומצאה אותם מתים, מרגש שבכלל יצאה לחפש אותם. אמה המציאותית בדמיונה היתה בוודאי אומרת — "טוב, נעלמה, אין מה

11. Riley A., Beardsworth A., Kontodimas S. et al., Sexual intercourse frequency in men presenting for treatment of erectile dysfunction observational dysfunction: Results from the Pan-European study. *J. Sex & Marital Therapy*, 3(1): 3-18, 2007.
12. Stimmel G.L., Gutierrez M.A., Counseling patients about sexual issues. *J. Pharmacotherapy*, 26(11): 1608-1615, 2006.
13. Green A., The chains of Eros – the sexual in psychoanalysis exploration of human sexuality. New York, London, Norton Professional Books, 1997.
14. מקדוגל ג., תיאורוני הגוף. גישה פסיכואנליטית למחלות פסיכוסומטיות. תל-אביב, הסידרה הפסיכולוגית, דביר, 1998.
15. אוגדן ת. (1989). הקצה הפרימיטיבי של החוויה. תל-אביב, עם עובד, סדרת פסיכואנליזה, 2001.
16. קולקה ר., בין טרגדיות לחמלה. על היינץ קוהוט וספרו "כיצד מרפאת האנליזה?" שיחות, י"ח(3): 238-221, 2004.
17. Winnicott D.W. (1963). Fear of breakdown. In: *Psychoanalytic explorations*. pp 87-95, London, Karnac Books, 1992.
18. Winnicott D.W. (1969). The use of an object and relating through cross identifications. In: *Playing and reality*. pp 111-118, New York, Basic Books, 1971.
19. Perelman M.A., A new combination treatment for premature ejaculation: A sex therapist's perspective. *J. Sexual Med.*, 3(6): 1004-1012, 2006.
20. Ornstein P.H. (Ed.), The search for the self. Selected writings of Heinz Kohut: 1978-1981. V. 3. New York, Int. Univ. Press, 1990.
21. קררה מ., מין ורגש. תל-אביב, מודן, 1985.
22. ברבק ג.ל., לעצמך מיניות האשה. תל-אביב, ספרי ארוז, 1986.
23. פריידי נ., נשים מעל. פנטזיות מיניות של נשים. תל-אביב, ספרית מעריב, 1993.
24. Mollon P., Releasing the self. The healing legacy of Heinz Kohut. Perversion, the vertical split and the psychoeconomic dimension. Ch 3. London and Philadelphia, Whurr, 2001.
25. Erskine R., Moursund J.P., Trautmann R., Beyond empathy – a therapy of contact-in-relationship. London, Brunner/Mazel, 1999.
26. Khan M.M.R. (1963). The concept of cumulative trauma. In: *The privacy of the self*. pp 42-58, London, Hogarth, 1974.
27. Winnicott D.W. (1945). Mind and its relation to the psychosoma. In: *Through paediatrics to psychoanalysis*. pp 243-245, London, Karnac Books, 1992.
28. פרויד ז., הטיפול הפסיכואנליטי. תל-אביב, עם עובד, פסיכואנליזה, 2002.
29. Winnicott D.W. (1956). Primary maternal preoccupation. In: *Through paediatrics to psychoanalysis*. pp 300-305. London, Karnac Books, 1992.
30. Kohut H., The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalysis treatment of narcissistic personality disorder. New York, Int. Univ. Press, 1971.
31. Winnicott D.W. (1960). Ego distortion in terms of true and false self. In: *The maturational process and the facilitating environment*. pp 140-152. London, Hogarth, 1965.

יעל לימדה אותי בעבודה הטיפולית איתה שניתן. ממנה לקחתי את האמונה והתקווה גם למטופלים קשים אחרים.

סיכום

המאמר הציע את הפסיכותרפיה המינית – תחום אשר נבדל מפסיכותרפיה רגילה בכניסה לטיפול ומתמזג ומורחב עימה בהמשך. בפסיכותרפיה מינית ההקשר האמפתי הוא הפוך: קודם כלפי הגוף והסימפטום המיני. ההבדל בתחילת הטיפול מתבטא בטיב תלונת המטופל, בהדגשים המילוליים ובמתן התרגילים הביתה. בנוסף, המאמר הציע כי הבנת הסימפטומים המיניים תיעשה במונחים של פגיעות עמוקות וראשוניות, אשר מאפיינות לרוב את המבקשים תחום זה. הערך המוסף של שילוב הטיפול המיני בפסיכותרפיה הוא השימוש בידע של טיפול מיני כפותח ומרחיב את התחום. בהמשך הטיפול אין גבול ברור ודיכוטומי, וההבדל בין פסיכותרפיה לבין טיפול מיני מיטשטש. הדגש הוא על רצף. אם תחילת טיפול מובחנת בסגנון מיני סימפטומטי, הרי בהמשך הטיפול הצורך להיאחז בתרגילים הולך ופוחת ונכנסים לעולמות תוכן דינמיים ועמוקים. התרגילים והספרות מהווים מעין אובייקט מעבר. בהמשך נוצרת התמזגות והרחבה המכילה בתוכה פסיכותרפיה וטיפול מיני, בהתאם להתקדמות התהליך.

ספרות:

1. Masters W.H., Johnson V., Human sexual response. Boston, Little Brown, 1966.
2. Masters W.H., Johnson V., Human sexual inadequacy. Boston, Little Brown, 1970.
3. מסטרס ו., ג'ונסון ו., קשר ההנאה, ההשקפה החדשה על חיי המין. תל-אביב, עם עובד, 1979.
4. Freud S., Three essays on the theory of sexuality. S.E., VII: 1905.
5. Kaplan H.S., The new sex therapy. New York, Brunner/Mazel, 1974.
6. Kaplan H.S., Disorders of sexual desire. New York, Brunner/Mazel, 1979.
7. Althof S.E., The psychology of premature ejaculation: Therapies and consequences. *J. Sex and Med.*, 3(4): 324-331, 2006.
8. De Carufel F., Trudel G., Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *J. Sex & Marital Therapy*, 32(2): 97-114, 2006.
9. McCullough A.R., Carson C.C., Hatzichristou D., A prospective study of the beneficial effects of dose optimization and customized instructions on patient satisfaction with Sildenafil citrate (Viagra) for erectile dysfunction. *J. Urology*, 68(3): 38-46, 2006.
10. Melnik T., Abdo C.H., Psychogenic erectile dysfunction: Comparative study of three therapeutic approaches. *J. Sex & Marital Therapy*, 31(3): 243- 255, 2005.

מיכל ניר

32. Bick E. (1967). The experience of the skin in early object-relations. In: Collected papers of Martha Harris and Ester Bick. pp 114-118. Roland Harris Education Trust, 1987.
33. אנזייה ד. (1995). ה”אני עור”. תל-אביב, תולעת ספרים, 2004.
34. Bick E., Further considerations on the function of the skin in early object relations. Brit. J. Psychotherapy, 2: 292-299, 1986.
35. McDougall J., The many faces of Eros. A psychoanalytic exploration of human sexuality. New York, Norton, 1995.
36. Wrye H.K., Welles J.K., The narration of desire – erotic transference and counter-transferences. London, The Analytic Press, 1994.
37. פרנצי ש. (1933). בלבול השפות בין המבוגרים לילד: שפת הרוך ושפת התשוקה. תל-אביב, עם עובד, פסיכואנליזה, 2003.
38. פרויד ז., מיניות ואהבה. תל-אביב, עם עובד, פסיכואנליזה, 2002.
39. פטרן מ., תפיסת הגבול במשנתו של ויניקוט. שיחות, ט”ו(2): 115-126, 2001.
40. קוהוט ה., השפעתה המרפאת של האנליזה: אמירה ראשונית המבוססת על ממצאי פסיכולוגית העצמי. שיחות, י”ח(3): 2004.
41. ליטל מ.א., חרדות פסיכוטיות והכלה. דיווח אישי על אנליזה אצל ויניקוט. תל-אביב, תולעת ספרים, 2005.
42. Golomb E., Trapped in the mirror – Adult children of narcissists in their struggle for self. New York, Quill, William Morrow, 1992.
43. מאן ג., כריסטופר בולאס — גלגולים מוויניקוט, ביון, ופרויד. שיחות, י”ב(3): 166-177, 1998.

The Israel Center
for the Treatment of
Psychotrauma



המרכז הישראלי
לטיפול
בפסיכטראומה

מצג

**סדנה בנושא טיפול בהפרעות דיסוציאטיביות
עקב ניצול מיני וטראומות אחרות**

פרופ' אונו ון-דר-הארט, הולנד

מומחה בינלאומי לטיפול בדיסוציאציה וטראומה מורכבת

הסדנה תתקיים בירושלים בתאריכים 21-22.5.08 בשעות 9:00-17:00

עלות: 580 ש"ח. הסדנה תערך באנגלית.

לפרטים ניתן ליצור קשר עם המרכז הישראלי לטיפול בפסיכטראומה

בטלפון: 02-644-9666 או באתר האינטרנט שלנו: www.traumaweb.org

איגוד הפסיכולוגים הקליניים בישראל
וועדת השתלמויות

משרד הבריאות
וועדת השתלמויות

מודיעים לציבור הפסיכולוגים הקליניים על הכנס השנתי

**”כמיהה וצורך באינטימיות בפסיכותרפיה ובהדרכה
בעולם דיגיטלי רב-ערוצי”**

במלון ”נוף גינוסר” בימים: א' – ד', 22 – 25 ביוני 2008

בכנס נעסוק ביחסי הגומלין שבין הכמיהה והצורך שלנו באינטימיות בחיי היומיום (המציאות החיצונית), ובחיי הנפש (המציאות הפנימית) לאור קיומו של השלישי הווירטואלי-ממשי: עולם אופנויות התקשורת הבין-אישית כדוגמת האינטרנט, המיילים, הפורומים, המסרונים (sms) וכו' והשפעותיהם על הפסיכותרפיה, הטיפול הנפשי וההדרכה המקצועית.

שריינו את התאריכים — פרטים יגיעו