

נוירופסיכואנליזה של אמנזיה פוסט טראומטית אצל אנשים עם הפרעת דחק פוסט  
טראומטית<sup>1</sup>

אמיר טל<sup>2</sup> וג'ודית סגלוביץ' - גבעון<sup>3</sup>

**הקדמה**

אנשים הסובלים מאמנזיה פוסט טראומטית חווים חוסר יכולת להיזכר במידע אישי חשוב בעל אופי טראומטי או מעורר לחץ באופן קיצוני, המשתרע על פני פרק זמן מסוים (החל מדקות ספורות ועד מספר חודשים ואף שנים).

בספרות המקצועית ישנה נטייה להבחין בין הגורמים הפסיכולוגיים הגורמים לאמנזיה הפוסט טראומטית לבין הגורמים הנוירוביולוגיים, הבחנה שלעיתים גורמת לראייה צרה ומוגבלת של התופעה. "הדיסוציאציה" הזו בספרות ובגישות הפסיכולוגיות השונות מובילה לכך שמספר גישות מובילות לכיוונים שונים בהבנה ובטיפול של תופעה זו, דבר הפוגע ביכולת להבין בצורה אינטגרטיבית כיצד נוצרת האמנזיה הפוסט טראומטית ומהן הדרכים היעילות ביותר לטפל באדם הסובל מההשלכות של הפרעה זו. בעבודה זו אנו מבקשים להציג גישה אינטגרטיבית אשר משלבת בין תחומי הידע השונים ואשר עשויה ליצור שפה משותפת שתאפשר הבנה רבה יותר של תופעת האמנזיה הפוסט טראומטית בין הגישות המקצועיות השונות, ותקדם את החקירה של ההתנהגות האנושית. באופן ממוקד יותר, אנו מבקשים להציג את ההסבר לאמנזיה פוסט טראומטית אשר משלב בין שני קטבים קונספטואליים הקיימים בפסיכולוגיה: פסיכואנליזה ופסיכוביולוגיה.

<sup>1</sup> המאמר מפורסם באתר האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה בהסכמת האדיבה של המחברים. כל הזכויות שייכות למחברים.

<sup>2</sup> דוקטורנט בחוג לבריאות נפש קהילתית, אוניברסיטת חיפה. מייסד עמותת "בחברה טובה - רואים מעבר" לצמצום סטיגמה ואפליה כלפי אנשים עם מגבלה ותיוג פסיכיאטרי. חבר בפורום הישראלי לנוירופסיכואנליזה וחבר באגף הסטיגמה בארגון הפסיכיאטרי הבינ"ל.

<sup>3</sup> סטודנטית לתואר שני בפסיכולוגיה קוגניטיבית, החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת חיפה



על מנת להסביר את התופעה באופן ברור וממצא, אנו מחלקים את העבודה לארבעה חלקים:

1. נציג סקירה קצרה על התופעה של אמנזיה פוסט טראומטית.
2. ננתח בקצרה את התופעה דרך נקודת המבט של התיאוריה הפסיכואנליטית.
3. נציג את נקודת המבט של מדעי המוח על האמנזיה הפוסט טראומטית.
4. נשלב את שתי נקודות המבט תוך הצגת נקודת המבט הנוירופסיכואנליטית לאמנזיה פוסט טראומטית.

### **1. הפרעת דחק פוסט טראומטית ואמנזיה פוסט טראומטית**

הפרעת דחק פוסט טראומטית היא אחת מהפרעות החרדה. הדיאגנוזה של הפרעת דחק פוסט טראומטית מתארת את הסימפטומים שעלולים להיווצר אצל הנפגע בעקבות חשיפה לאירוע טראומתי חד פעמי. לעומת הפרעה אקוטית הפרעת דחק פוסט טראומטית כרונית נמתחת על פני חודשים ואפילו שנים לאחר האירוע הטראומטי. האירועים הטראומטיים מחוללים שינויים עמוקים ומתמידים בעירור הגוף, ברגש, בהכרה ובזיכרון. תסמונת פוסט-טראומטית נגרמת כתגובת הסתגלות של האדם לאירוע הטראומטי, שהיווה איום ממשי על מרכיבים מהותיים כגון חייו, כבודו או מעמדו. בעקבות הטראומה חל שינוי במצב הנפשי של הקורבן ומתפתחים סימפטומים הפוגעים בתפקודי החיים השונים.

הקריטריונים לאבחון הפרעת דחק פוסט טראומטית ע"פ מדריך IV-DSM (הגדרה מתומצתת):

- א. האדם נחשף לאירוע טראומטי בו נכחו שני היסודות הבאים:
  - האדם חווה, היה עד, או עמד בפני אירוע או אירועים שכללו סכנת מוות ממשית, או חבלה חמורה, או איום על החיים או על השלמות הגופנית של עצמו או של אחרים.
  - תגובת האדם כללה פחד עמוק, תחושת חוסר אונים ותחושת זוועה.
- ב. האירוע הטראומטי נחוה מחדש ובהתמדה.



ג. הימנעות מתמדת מגירויים הקשורים לטראומה והקהיה של התגובתיות הכללית.  
ד. שניים או יותר תסמינים עקביים של עוררות מוגברת (שלא הייתה קיימת לפני האירוע הטרומטי):

- קושי בהירדמות; נטייה לעצבנות או להתפרצויות זעם; קשיים בריכוז; דריכות יתר; ותגובת מוגזמת של קפיצה מבוהלת.

ה. משך ההפרעה (התסמינים בקריטריונים ב', ג' ו-ד') הוא מעל חודש ימים.

ו. ההפרעה גורמת למצוקה וסבל ניכרים או ליקויים בתפקוד חברתי, תעסוקתי או בתחומי תפקוד חשובים נוספים.

לב ליבה של הפרעה זו קשורה בשיבוש משמעותי של זיכרון האירוע הטרומטי ובהשפעה שלו על חיי האדם:

הפרעת דחק פוסט טראומטית כוללת תופעות מנוגדות ופתולוגיות של זיכרון יתר

(זיכרונות חודרניים, פלשבקים) ו / או חוסר יכולת לזכור פרטים משמעותיים מהאירוע

הטרומטי (אמנזיה טראומטית). כמו כן היא כוללת הפעלה פתולוגית של סוגי זיכרון לא-

דקלרטיביים: סנסיטיזציה, התניית פחד, ודפוסי פעילות נלמדים (Learned motor

responses) (Van Der Kolk, 1994). בעבודה זו נתמקד בתופעת האמנזיה הפוסט

טראומטית.

הפגיעה בזיכרון ובחוסר יכולת לזכור חלקים ממנו הקיימים בהפרעת דחק פוסט טראומטית

נקראת "אמנזיה פוסט טראומטית". אמנזיה פוסט טראומטית היא מעין "חור" קטן וממוקד

בזיכרון הדומה ל"הדחקה" הקלאסית שככל הנראה נובע מהפרעה בקידוד ובשליפה

הספונטאנית של אותו זיכרון.

ממצאים רבים בספרות המחקרית מראים כי אמנזיה פוסט טראומטית מתלווה למקרים

רבים להפרעת דחק פוסט טראומטית. דוגמה מייצגת למחקרים אלה הינו מחקרם של

Herman & Harvey המראה כי מתוך שתי קבוצות מחקר 60%-64% בהתאמה,

ממדגמים של ניצולי התעללות מינית דיווחו על אבדן חלקי או מוחלט של זיכרונות

הקשורים להתעללות (Herman & Harvey, 1993).



חשוב להדגיש כי האמנזיה הטראומטית אינה ערך דיכוטומי: ישנם מקרים מסוימים בהם אין שכחה גמורה אלא זיכרון מקוטע משולל רגש ומשמעות. האדם אינו מרשה לעצמו לחשוב על משמעות הסימפטום שלו שכן אם היה עושה כן היה מחזיר את כל הכאב, האימה והזעם. הדיכוי הרצוני של מחשבות הקשורות לאירוע הטראומטי אופייני לנפגעי טראומה. המחקר הקליני בתחום מצביע על כך שאירועי טראומה חד-פעמיים (כמו פיגוע טרור או אונס) עשויים להיזכר על ידי החווים אותם טוב יותר מאשר אירועים טראומטיים חוזרים ונשנים (כמו התעללות מינית מתמשכת בילדות או עינויים בשבי) (Terr, 1990). בנוסף לכך, אופי הטראומה משפיע על היכולת להיזכר באירוע. כך למשל, אסונות מקריים ואסונות טבע (כמו רעידות אדמה) ייזכרו טוב יותר מאסונות שנגרמו באופן מכוון על ידי בני אדם (כמו פשעי מלחמה, אלימות במשפחה, גילוי עריות). לבסוף, נמצא כי האירוע הטראומטי מקודד במוח באופן חזותי. עובדה זו מגבירה את ההסתברות שטראומות תזכרנה יותר בדימויים, חלומות ובשחזורים התנהגותיים, ולא בהזכרות מילולית (Van Der Kolk, 1994).

בחלק הבא של העבודה נציג את התפיסה הפסיכואנליטית לתופעת האמנזיה הפוסט טראומטית אשר מדגישה את ההיבטים הסובייקטיביים, האינטרה פסיכיים, של תופעה זו.

## **2. אמנזיה פוסט טראומטית על פי התיאוריה הפסיכואנליטית (הגישה הסובייקטיבית)**

הפסיכואנליזה הנה אוסף של תיאוריות על מבנה ותפקוד הנפש, גישה להכרת עולמו הסובייקטיבי והפנימי של האדם, ואוסף שיטות טיפול מייסודו של אבי הגישה, זיגמונד פרויד. פרויד החל דרכו כנוירולוג העוסק בחקר מערכת העצבים אך זנח את מחקרי המוח לטובת הפסיכואנליזה. הפסיכואנליזה שמה לה למטרה לעסוק בחיי הנפש של בני אדם כגישה סובייקטיבית וכוללת מספר מרכיבים משולבים: חקירה, תיאוריה ושיטות טיפול (פרויד, 1940/1988). הפסיכואנליזה רואה את הנפש ככוללת חלק בלתי מודע ובלתי רציונאלי שמשפיע ומשתתף בתפקוד האדם. התפתחות האדם מלידתו ובמהלך חייו מעוצבת על ידי יצריו, כוחותיו



הפנימיים ויחסיו העמוקים עם הדמויות שבקרבתו. עולמו הפנימי של האדם הנוצר על ידי יחסי גומלין אלה הוא המפתח להבנת החוויה, כמו גם ההתנהגות האנושית, על עושרה מורכבותה וסבלה.

הפסיכואנליזה התפצלה מהגישה ה"אובייקטיבית" (מדעי המוח) לפני מעט יותר ממאה שנים. מאמרם של ברויאר ופרויד "מחקרים בהיסטריה" (כמו גם "פשר החלומות" המאוחר יותר) הינה אבן דרך בפיצול זה, מאחר והחל מנקודה זו, כל אחת מהגישות התקדמה והתפתחה במסלול נפרד.

על פי התיאוריה הפסיכואנליטית, האמנזיה הפוסט טראומטית היא תוצר של הדחקה שבה הקרבן נמנע באופן לא מודע מהמצוקה הנובעת מהזיכרונות על ידי העלמתם מן המודעות. ההדחקה הינה מנגנון הגנה נפשי המגן על האדם מפני תכנים העלולים לעורר חרדה, פחדים או אשמות ופועלת כמנגנון לא-מודע המזהה את התכנים המאיימים (אירוע טראומטי) ומרחיק ומדחיק אותם מהתודעה אל נבכי הלא מודע. חשוב לציין כי התכנים המודחקים ממשיכים לפעול בלא-מודע, ותוך כך עלולים לגרום לסימפטומים פסיכו-פתולוגיים (פרויד, 1940/1988).

ההדחקה באמנזיה הפוסט טראומטית עלולה גם להתרחש כתוצאה מתהליך דיסוציאטיבי אשר מוביל לשינוי במחשבות, ברגשות או בפעולות האדם בזמן הטראומה. דיסוציאציה זאת גורמת לכך שמידע או זיכרונות מסוימים הקשורים לטראומה מבודדים מהמודעות תוך יצירת נתק בין חלקי המידע והזיכרון השונים. תופעה זו מתרחשת כיוון שבמהלך החוויה הטראומטית, האדם עלול ליצור נתק בינו לבין האירוע, כמין "בריחה מנטלית זמנית" מן הפחד והכאב של הטראומה. במקרים מסוימים יכול תהליך נתק כזה ליצור "חור בזיכרון" בכל הנוגע לחוויה הטראומטית (Zomer, 1994). דוגמאות למצבים אלה מתוארים בספרה של הרמן בה היא מתארת כי זיכרונות של התעללות מינית בגיל הילדות נוצרים במצב היפנוטי עצמי הנוצר מתוך אימה (הרמן, 1992).

אם כן, הפסיכואנליזה גורסת כי האמנזיה הפוסט טראומטית הינה תוצאה של הדחקה שתכליתה למנוע מחומרים מאיימים להעלות למודעות. לנוכח העובדה כי הפסיכואנליזה טוענת שיש זיקה חשובה בין השכחונות של האדם הנוירוטי ובין התהוות של סימפטומים



(היסטריים למשל) התכלית הטיפולית הנה להפוך כל תוכן לא מודע שהוא פתוגני לדבר שבמודע או למלא את כל פרצות הזיכרון של החולה תוך ביטול השכחונות שלו. הדרכים להעלות את החומרים למודע כוללים אסוציאציות חופשיות, בדיקת ההתנגדויות, ניתוח חלומות וכדומה, תוך מתן תמיכה אשר תאפשר קרקע בטוחה להתמודד עם החומרים המאיימים שיעלו תוך כדי הטיפול. אולם, כפי שהוזכר בפתיחת הדברים, הפסיכואנליזה אינה נותנת דעתה כלל על התהליכים הנוירוביולוגיים המתרחשים בשעת הטראומה ובכך מתעלמת ממידע רב שעשוי להוביל להבנה טובה יותר של תופעת השכחה הפוסט טראומטית. אולם, חשוב לציין כי פרויד האמין כי כאשר יבשילו התנאים למחקר ביולוגי של הנפש תהיה התקדמות משמעותית בהבנה של חיי הנפש ובדרכים לטפל בבעיות פסיכולוגיות. כך לדוגמא, ניתן לראות כי ב"פרוש החלום" כתב פרויד כי הוא "מתעלם מהעובדה שהמנגנון שבו אנו עוסקים כאן מוכר לנו גם בצורת ישות אנטומית" והפציר בקוראיו "להישאר על קרקע פסיכולוגית". אולם, פרויד לא טען שהמנגנון שהוא מתאר אינו גם ישות אנטומית אלא אמר במפורש שהוא **מתעלם** מכך (8, p. 174). פרויד קרא רק לתקופה מסוימת של עצמאות דיסציפלינארית, על מנת שהפסיכולוגיה תוכל לנהוג לפי דרישותיה שלה, אך "לאחר שנשלים את עבודתנו הפסיכואנליטית", המשיך, "יהיה עלינו למצוא נקודת מגע עם הביולוגיה" (ע' 175). על אותה נקודת מבט עם הביולוגיה נרחיב בהמשך.

### **3. אמנזיה פוסט טראומטית על פי התיאוריה הנוירוביולוגית (הגישה האובייקטיבית)**

הנוירוביולוגיה היא החקר של הביולוגיה התאית והמולקולארית של תאי העצב (הנוירונים) ושל התאים האחרים, המבנים והאיברים של מערכת העצבים. הנוירוביולוגיה של זיכרון טראומטי עשויה להיקשר לשני מנגנוני זיכרון שונים: זיכרון אפיזודי שעליו בעיקר אחראי היפוקמפוס, והתניית פחד המתרחשת באמיגדלה. ההיפוקמפוס הינו חלק מהמערכת הלימבית וממוקם באונה הטמפורלית. להיפוקמפוס תפקיד חשוב ביצירת זיכרונות חדשים והוא אחראי לקטגוריזציה של החוויה, יצירת מפות מרחביות, ארגון זיכרון פשוט, יצירת אינדקס או סכמות מסכמות קצרות. האמיגדלה מקושרת עם תגובות רגשיות למצבי סכנה (בעיקר פחד ותוקפנות) ומשתתפת בתגובות



התנהגותיות, האוטונומיות וההורמונאליות בנוכחות גירויים רגשיים. כמו ההיפוקמפוס, גם האמיגדלה היא חלק מהמערכת הלימבית. האמיגדלה נחשבת למעורבת ישירות בתהליכי ויסות רגשי ו"אחראית" על פחד ומורא. כמו כן, היא קשורה בהתניה של תגובות פחד ומתרחשים בה קישור ושיוך רגש לגירויים נייטרלים. לבסוף, האמיגדלה מעורבת בביסוס אסוציאציות בין אופנויות החישה השונות.

ההיפוקמפוס ביחד עם מערכות שכנות אחרות ובאמצעות קשרים הדדיים עם אזורי ניאוקורטיקליים רבים מחבר מידע הזורם ממרכזי עיבוד חישה שונים בקליפת המוח לכדי זיכרון שליף אחד. בזמן לחץ טראומטי מעובדים הנתונים ומקודדים באמיגדלה, אך בו-זמנית מתרחשת גם עכבה של קורטיזול על ההיפוקמפוס וכתוצאה מכך תפקידו משתבש; הטראומה עלולה לגרום להתגברות ארוכת טווח או אף לעוררות יתר תמידית של פעילות ציר ה (HPA) Hypothalamus – Pituitary – Adrenal Axis השולט על התגובה ללחץ (Van Der Kolk, 1994). שחרור מוגבר ותמידי של הורמוני לחץ יכולים מצידם לגרום לנזק תמידי להיפוקמפוס. עדות לכך ניתן למצוא במחקר שנעשה בשנים האחרונות אשר גילה עובדות הנוגעות לשכחה של חוויות הנוגעות לדחק אשר מחזקים את ההנחה כי חוויות דחק עלולות לפגוע בתפקוד ההיפוקמפוס ולפיכך בתפקוד הזיכרון האפיזודי (סולמס וטרנבול, 2005). במצבי דחק משחרר הגוף סדרה של חומרים שבשיאם מופרשים הורמונים סטרואידים (glucocortico-steroids) אשר עוזרים לאדם לגייס את האנרגיה למקום שבו היא דרושה. אולם, הפרשה מאסיבית של הורמונים אלה עלולה להיות טוקסית לנוירונים אשר מכילים ריכוז גבוה של רצפטורים גלוקוקורטיקואידים. ההיפוקמפוס הוא, כאמור, אחד מאזורים אלה. מהמחקר עולה כי בעקבות המכניזם המתואר לעיל, הזיכרונות הטראומטיים אינם מקודדים באופן שיאפשר המשך היזכרות מודעת, בגין פגיעה פונקציונאלית בהיפוקמפוס אשר התרחשה ברגע הטראומטי עצמו (סולמס וטרנבול, 2005).

בעקבות תפקוד לא תקין זה, אנשים אינם מסוגלים לשלב כראוי את הזיכרונות הטראומטיים בהכרתם. כתוצאה מכך, אנו מקבלים את התמונה הקלינית המוכרת מהפרעת לחץ פוסט-טראומטית: תסמינים של עירור חרדתי, היזכרויות פולשניות של האירוע



הטראומטי בתגובה לגירויים המזכירים אותו ותסמיני הימנעות מנטאלית והתנהגותית מגירויים המזכירים את הטראומה. בהפרעת לחץ פוסט-טראומטית הפציינטים חווים מחדש, ללא הרף, את עברם באמצעות פירוש מוטעה ורב עוצמה של גירויים ניטרליים הנחווים כמייצגים איום פוטנציאלי (התניות תפחד). מעבודותיו של הפסיכיאטר ון-דר-קולק אנו למדים גם שפעילות קורטיקלית יכולה, בתנאים מסוימים, לעכב ולדכא את ביטויים של זיכרונות הטראומה הרגשיים התת-קורטיקליים. נתונים אלה עשויים לסייע לנו להבין מדוע יש לעתים פריצה של זיכרונות טראומטיים אל המודעות, מדוע חלק מהזיכרונות הטראומטיים נחווים כמנותקים ומפורקים למרכיביהם הסנסוריים, ומדוע לעתים קיים אובדן זיכרון מוחלט לגבי חלק מהאירועים הטראומטיים (Zomer, 2003). לבסוף, טראומה עלולה ליצור גם שינויים ארוכי טווח במערכות הניורוביולוגיות של הגוף ובהתנהגות האדם. שינויים אלה כוללים אובדן זיכרון ותופעות אבנורמליות אחרות במערכות הנוירופטידיות והניורטרנסמיטוריות במוח (Van Der Kolk, 1994). לחץ פסיכולוגי חריף מוביל לשינויים בהפרשות של מוליכי הדחף העצבי במוח כמו נוראפינפרין, משחררי קורטיקוטרופין במוח, דופמין וכן משתנות ההפרשות של ההורמון האדרנוקורטיקוטרופי הפריפרלי, של הקורטיזול הפריפרלי ושל אופיאטים אנדוגנים (Van Der Kolk, 1994). כתוצאה משינויים אלה מופיעים תסמינים של הפרעת לחץ פוסט-טראומטי (למשל, קיהיון רגשי ושינויים בזיכרון), נוצר כשל בפיתוח הזיכרון הדקלרטיבי וארגון הזיכרון הטראומטי נעשה ברמה סומטוסנסורית (למשל, תמונות, ריחות, תגובות גופניות), והוא אינו נתון לפיתוח, הרחבה וסילוף. סקירה קצרה זו מראה לנו כי הטראומה רגשית אינה חוויה פסיכולוגית בלבד, אלא גם מצב פיזיולוגי, המערב הפעלה של מספר מערכות, וביניהן: המערכת החיסונית, המערכת הניורואנדוקרינית ומערכת העצבים האוטונומית הפריפרית (Solms, 2004). כמו כן, ניתן ללמוד מכך שלעיתים אכן נגרם נזק נוירוביולוגי למערכות האמונות על הקידוד והשליפה של הזיכרון האפיזודי דבר המקשה מאוד על הנגישות של האדם לזיכרונות טראומטיים. כפי שנראה בחלק הבא, לעובדה זו חשיבות רבה גם בהבנה של האמנזיה הפוסט טראומטית וגם באופן הטיפול באנשים החווים אותה.





#### 4. אמנזיה פוסט טראומטית – התיאוריה הנוירופסיכואנליטית

"הפסיכואנליזה נהגה לראות תופעות כאלה (שכחה פוסט טראומטית) כ"הדחקה", ולעתים קרובות הציפייה הייתה שבעקבות טיפול מוצלח תבוא בצורה זו או אחרת ההיזכרות. היום ברור לנו ש"הדחקה" אינה דבר אחד, אלא אוסף של תהליכים שונים הקשורים לקידוד זיכרונות, אחסונם ושליפתם. בתנאים של טראומה נפשית ייתכן שחוויות מסוימות לא יעברו קידוד כלל, ולכן לא יהיה אפשר להיזכר בהן בעתיד בשום אופן. תובנה זו גרמה לי לרסן את הלהט הטיפולי שלי כאשר לא הופיעה היזכרות מלאה במהלך הטיפול"

(סולמס, 2005)

ציטוט זה ממחיש את התפיסה הקונספטואלית של הנוירופסיכואנליזה לפיה ישנה חשיבות רבה בהבנת המנגנונים המוחיים הקשורים לתפקודי הנפש השונים (במקרה זה זיכרון של אירוע טראומטי), ובה בעת לדעת כי ישנם זיכרונות רבים אשר אינם נגישים לתודעה אך בצורה מובלעת משפיעים רבות על חייו של האדם. לכן, מצד אחד חשוב לדעת את המגבלות האובייקטיביות של התופעות הנפשיות השונות ומצד שני בתוך המגבלות הקיימות חשוב לחתור לבחינה מעמיקה של המשמעות הסובייקטיבית של הסימפטומים הנפשיים לאדם המתמודד עימם. הנוירופסיכואנליזה נוסדה על מנת לנסות לאחות את הנתק שנוצר בין הגישות הסובייקטיביות לגישות האובייקטיביות להבנת נפש האדם. לעיתים עולה השאלה: "הרי ברור שהנפש והמוח הם שני היבטים שונים של אותו דבר. היכן כאן החידוש?" מבחינה קלינית, החידוש הוא בכך ששני תחומים שבעבר התעלמו זה מזה באופן מוחלט מתחילים לעבוד ביחד. בהכללה ניתן לומר שעד לפני זמן קצר הפסיכואנליזה התנהלה כאילו המוח אינו קשור לתהליכים נפשיים, ואילו מדעי המוח התנהגו כאילו אין לבני אדם נפש, והסובייקטיביות אינה אלא תופעת לוואי מביכה וערטילאית של המוח (סולמס, 2005). מבחינה פילוסופית עוסקת הנוירופסיכואנליזה בליבה של בעיית הקשר בין מוח לנפש (הבעיה הפסיכופיסית).



לכן החשיבות של הגישה היא בחיבור שהיא עושה בין התובנות והגישות האובייקטיביות לבין אלה של הפסיכואנליזה, בחתירה למדע שיהיה עשיר יותר מכל אחת מהשתיים לכשעצמה. שכן אפשר לומר כי למשל, הנוירופסיכולוגיה הקלאסית נוגעת רק בפני השטח של הנפש – בפן השטחי של תפישה, זיכרון, שפה, רגש, וכדומה – בגין גישתה האובייקטיבית, המבוססת על מבחנים ומבדקים. אולם, הבנת השפעתם של גורמים עמוקים יותר דורשת את כינונו של קשר אמיתי בין רופא לחולה, העברה, בדיקת התנגדויות, תשומת לב סבלנית לכל מה שנאמר ונשתק, המופגן והמוסתר, ושימוש באסוציאציות חופשיות על מנת לאפשר לנפש ספונטאניות מרבית (סאקס, בתוך סולמס וטרונבול, 2005). בתוקף כך זוכה הנוירופסיכולוגיה למימד עומק נוסף ואילו הפסיכואנליזה לביסוס ועיגון, ובד בבד חל קירוב ואיחוד בין מנגנוני המוח של המטופלים לבין עולמם הפנימי. כאשר החיבור הקונספטואלי נוצר, ניתן לנסות ולמצוא הסברים ודרכי טיפול המשלבות את עקרונות הגישות הסובייקטיביות והאובייקטיביות, דבר שיוביל להבנה גדולה יותר של התופעות השונות, כמו גם לדרכי טיפול יעילות יותר. וכך, חוקרי המוח אשר החלו להתמודד עם מורכבות הסובייקטיביות האנושית נעזרים רבות בידע העצום ובהמשגות הפסיכואנליטיות. המטפלים הדינאמיים, מצידם, נעזרים בהישגים האמפיריים של מדעי המוח ולקדם בעזרתם חשיבה ומחקר תיאורטי וקליני. לבסוף, מחקרים מרתקים שעושים שימוש בצידוד הדמיה מתוחכם כמו גם בשיטות "קונבנציונאליות" יותר מצביעים בבירור על קיומו של הלא-מודע, על מיקומו האנטומי ועל הקורלציות הפיזיולוגיות שלו. כך הדבר גם לגבי הדחקה, לגבי מודעות, לגבי חלום ולגבי Theory of Mind. בעבודה זו בחרנו להתמקד בתחום הזיכרון (או אמנזיה), תחום אשר זכה להתייחסות רבה הן בקרב חסידי הגישות האובייקטיביות והן בקרב חסידי הגישות הסובייקטיביות. אולם, חסידי הגישות השונות לרוב לא התייחסו לידע שנצבר בגישות המנוגדות להן, דבר, שכאמור, גרם לכך שלא הייתה אינטגרציה ראויה של הידע הקיים בתחום זה. וכך, הפסיכואנליזה ראתה את תופעת השכחה הפוסט טראומטית כתוצר של מנגנון הגנה (הדחקה) אשר מונע מן החומרים המאיימים לעלות למודע. הנוירוביולוגיה, לעומת זאת, הסבירה את השכחה באמצעות מנגנונים מוחיים אשר תפקודם נפגע בעקבות חוויות



טראומטיות. התפיסות הללו השפיעו גם על אופן הטיפול. הפסיכואנליטיקן הקדיש שעות רבות בניסיונות להעלות את החומרים המודחקים למודעות ובכך לשחרר את המטופל מהסימפטומים הנפשיים, מתוך הנחה שניתן בהכרח להגיע לכל החומרים שנשכחו. הנוירופסיכולוג לעומתו, ערך מבחנים אובייקטיביים שונים, הסיק כי אירעה פגיעה במנגנונים השונים הקשורים לזיכרון והסיק כי אין טעם לנסות ולשחרר את הזיכרונות הטרואומטיים, כיוון שהם אבדו, וממילא אין טעם לחתור להבנה סובייקטיבית של החומר שנשכח. התפיסה הנוירופסיכואנליטית לאמנזיה פוסט טראומטית טוענת כי מצד אחד אין ספק כי התפקוד של חלק מהמנגנונים הקשורים בקידוד ושליפה של הזיכרונות הטרואומטיים נפגעו, אולם אין זה אומר כי הזיכרונות אינם משפיעים על חייו של האדם ברמות בלתי מודעות (Van Der Kolk, 1994, סולמס וטרנבול, 2005). לכן, יש צורך להבין את המגבלות האובייקטיביות הקשורות לפגיעה הנוירוביולוגית במנגנוני הזיכרון מחד ולהעמיק, לנתח ולעבוד באופן משותף עם האדם על הבנת ההשלכות העכשוויות של שכחה זאת על חיי הנפש שלו. כאשר אינטגרציה זו תקרה ונשכיל לחבר מחדש את הזוויות השונות לחוויה האנושית באופן שלם ועמוק יותר מאי פעם, ירבו הסיכויים כי נבין טוב יותר את תופעת השכחה הפוסט טראומטית ונוכל לספק טיפול יעיל יותר לאלו הזקוקים לו.

#### מקורות

הרמן, ל.ג. (1992). טראומה והחלמה. הוצאת עם עובד/ספריית אפיקים.

סולמס, מ. וטרנבול, א' (2005). **המוח ועולם הנפש**. ספריית הפסיכולוגיה החדשה. הוצאת הקיבוץ המאוחד.

סולמס, מ (2005). ראיון בעקבות הכנס הראשון בישראל לנוירופסיכואנליזה. זמין באתר: [http://www.haaretz.co.il/hasite/pages/ShArtTower.jhtml?itemNo=579844&contrassID=nl&nl=25\\_05](http://www.haaretz.co.il/hasite/pages/ShArtTower.jhtml?itemNo=579844&contrassID=nl&nl=25_05)



פרויד, ז. (1940/1988). מבוא לפסיכואנליזה. דביר הוצאה לאור.

פרויד, ז. (1900/2007). פרוש החלום. הוצאת עם עובד.

Harvey, M., & Herman, J. (1993). The trauma of sexual victimization: Feminist contributions to theory, research and practice. *PTSD Research Quarterly*, 3, 1-8.

Terr, L. (1990). *Too Scared to Cry*. New York: Harper Collins.

Van Der Kolk B.A. (1987). *Psychological Trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Van Der Kolk B.A. (1994). The Body Keeps the Score: Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253 – 265.

