

## על הגוף ועל השימוש בגופו של המטפל אצל מטופלים עם מוגבלויות

יצחק הירשברג – מנהל המרכז לטיפול רגשי לילד ולמשפחה, בית איזי שפירא  
2019

### תקציר

במאמר זה נבחן את מקומו של הגופני בטיפול באנשים עם מוגבלויות ואת השימוש הנעשה בגופו של המטפל בטיפול שכזה. לגופני האישי יחסי גומלין עם הסביבה: תפיסות דתיות, תרבותיות וכלכליות משפיעות על מעמדו החברתי של הגוף. צורת הגוף המועדפת, היציבה הזקופה ומידת היכולת להתנועע קובעים במידה רבה את ההתייחסות לאותם שהם חסרי יכולת כזו, ובמקביל גם את התפיסה העצמית של אנשים עם מוגבלויות את עצמם. להבנתנו הגופני הינו ממד נוסף שיש להתייחס אליו בטיפול בכלל ובטיפול של אנשים עם מוגבלויות בפרט, אצלם הגופני טעון מאוד רגשית ומהווה מרכיב משמעותי ביותר בהווייתם הנפשית. בטיפול הווייה זו מוטלת על המטפל וכתגובה יכולות לעלות אצלו מחשבות, רגשות ותחושות גופניות. נטען שהמטופל עושה כך שימוש בגופו של המטפל לתקשר ולבטא מצבים וקונפליקטים נפשיים. כך למשל המטפל יכול למצוא את עצמו שם לב יותר למראה וללבוש שלו, משתדל לשמור במידה רבה יותר על קביעות הסטינג הכולל גם את החדר ואת המטפל עצמו. נדגים זאת דרך תיאורים מן הספרות והאמנות, התיאוריה הפסיכואנליטית ומתוך הניסיון שלנו בעבודה עם ילדים ובוגרים עם מוגבלויות.

כשהמילה תהפוך לגוף  
והגוף יפתח את פיו  
ויאמר את המילה שממנה  
נוצר –

אחבק את הגוף הזה  
ואלין אותו לצדי.

*חזי לסקלי, "שיעור עברית הא", מתוך "העכברים ולא גולדברג"*

האנשים אינם שקופים  
בבית שקוראים לו גוף  
הם גרים.  
הפרצוף הוא שלט  
הלשון – מפתח.  
הפה הוא דלת  
הנחיריים – ארובות  
העיניים – חלונות

והחיוך על הפנים  
הוא תמונה לקישוט.  
וקשה לדעת מה קורה בפנים  
אם לא מספרים  
על הבית בו גרים.

**שלומית כהן אסיף, גוף.**

Mens sana in corpore sano - 'a healthy mind in a healthy body'.

***Satire X of the Roman poet Juvenal (356)***

אני, משאני ילד קטן, אני חושב מה היה לאלוהים בראש כשעצר לי את הידיים והרגליים לגדול בתוך הבטן של אמא שלי..... בגלל שעוד בבטן של אמא שלי הוא בחר רק אותי, איציק דדון, יהיה הילד הראשון של הסוג החדש של הבני אדם.

**שרה שלה, שום גמדים לא יבואו.**

**מבוא**

הרעיון לכתיבת מאמר על הגוף ועל השימוש בגופו של המטפל, עלה אצלי בעקבות רצון של שתי מטפלות לעשות פירסינג וההתלבטויות הרבות שליוו אותן טרם קבלת ההחלטה. הקושי העיקרי היה איך יקבלו זאת המטופלים, איך יגיבו והאם לא תהיה זו חשיפה גדולה מידי. תגובה זו היא כמובן תלוית תקופה, קונוונציות ואופנות נהוגות, וכוללת גם את התפיסה העצמית על איך צריך להראות מטפל ועד כמה הוא יכול להבליט את אישיותו דרך הופעתו וטעמו האישי. העובדה שאנו מטפלים בילדים ובמבוגרים עם מוגבלויות, שהגופני שלהם פגוע או מוגבל, מביאה אתה מורכבות נוספת כשדנים בשאלות אלו. אל מול מטופל עם מוגבלות פיזית המטפל יחוש לא פעם שגופו שלו, ומחשבותיו על גופו של המטופל משתתפים בשיח והוא יכול בקלות להרגיש אי נוחות על מחשבות אלו. אני נזכר במקרה של נערה מתבגרת שסיפרה שביקשה מאמה, כמקובל כיום, לשים לה לק על הציפורניים. לנערה זו, כתוצאה מתסמונת הפוגעת בגפיים, היו למעשה אצבעות וציפורניים שלמות רק ביד אחת. לקראת הפגישות עם נערה זו המטפלת שמה לב שהיא מקדישה זמן רב לעמידה מול הראי, בודקת את המראה שלה, מנסה להרגיע את עצמה שהופעתה אמנם מסודרת ומותאמת ובד בבד מרגישה גם אי נוחות ואשמה מהתנהגותה זו.

בהקשר למראה של המטפל, אנו מכירים בספרות התייחסות להשתנות גופה של המטפלת למשל בהריון (Raphael-Leff, 2004). לגבי שינויים הקשורים בהופעה חיצונית כמו שינוי בצבע השיער ובתסרוקת, קעקועים גלויים בעור, הצבע של הלך בציפורניים, סגנון הלבוש וכיוצא בזה, ההתייחסות היא בדרך כלל היא רק האם המטופל הגיב או התעלם מהשינוי. לגבי השתנות גופו של המטפל כתוצאה של חלוף השנים, ההתייחסות כמעט ולא קיימת, אף שאנו עדים לכך שישנם טיפולים הנמשכים שנים רבות. ישנם בספרות תיאורים של מצבים שבהם המטפל עצמו חולה וכיצד עובדה זו מתבטאת ומשפיעה בטיפול, בעיקר במחלות הפוגעות בתפקודו או כשהמטפל עצמו הוא עם מוגבלות (Bliss, 1994).

לגבי המקום של הגוף מציין כבר פרויד שהאגו הבראשיתי הוא גופני (1923) אך ההתלבטות לגבי האופן שיש להתייחס לגופני בטיפול ממשיכה לעורר מחשבות ודעות שונות. למרות שמקובל לחשוב שטיפול עוסק במהותו בעולם הפנימי ובפנטזיות, יש בשנים האחרונות נטייה מחודשת להתייחס גם אל הגוף הקונקרטי של המטופל כמושא לחקירה פסיכואנליטית (יצאו לאחרונה מספר ספרים על הגוף ופסיכואנליזה<sup>1,2,3,4</sup>) ונדמה שראוי לעשות זאת גם לגבי גופו של המטופל ולהתייחס לתחושות ולמחשבות שלו על גופו בטיפול כמסמנים חשובים בתקשורת הבינאישית הלא מודעת. אולם כדי לעשות זאת צריך להכיר במקומו של הגוף הממשי בשיח הטיפולי כשחקן פעיל בעולם הנפשי. כשמדובר באנשים עם מוגבלות אי אפשר כלל להתעלם מנוכחותו של הגוף ונוכחותה של המגבלה הגופנית ומתרומתם להבנת העולם הנפשי של המטופל.

### רקע חברתי תרבותי

כרקע לדיון בנושא אציג מספר מאמרים העוסקים בגופני מבחינה חברתית תרבותית, לאו דווקא רק כשקיימת נכות או מוגבלות גופנית אלא בגופני ככזה שמשפיע מאוד על ההווה הכללית של האדם עד כדי כך שהוא יוצר אצלו לא פעם את הרצון והצורך הקונקרטי מאוד לשנות אזור מסוים או איבר מסוים בגופו כדי לאפשר לו, בתפיסתו, לשנות את מעמדו ותדמיתו. איבר או אזור זה מוטענים ומנווטים אליהם את תחושת התקיעות הכללית של האדם. באופן זה הגוף הופך להיות מקור לחוסר שביעות רצון ואי נחת רבה הגורמת לאדם לסבל ולכאב נפשי רב. במצב קיצוני כמו שיכול לקרות למשל בפסיכוזה, הדבר עלול להביא לפגיעה עצמית והטלת מום self-mutilation. אולם ישנם גם מצבים רבים אחרים שבהם הגוף מותקף, למשל בהפרעות אכילה: אנורקסיה ובולימיה, או כשיש לגבר או לאשה קונפליקט חריף לגבי הזהות המינית שלהם וכן בהפרעות קומפולסיביות כמו למשל מריטת שיער, כסיסת ציפורניים קיצונית, שריטות וחיתוכים בעור וכיוצא באלו.

אולם ראוי לציין שהדברים הללו יכולים לבוא לידי ביטוי גם באופנים שהתקבלו כבר חברתית כנורמטיביים ואפילו אופנתיים, למשל בפרוצדורה רפואית מקובלת של ניתוחים אסתטיים להגדלה או הקטנה של איברים, והזרקות להעלמת פגעי הגיל והזמן, הרווחים מאוד כיום.

אסופת המאמרים שאביא בהקשרים אלו היא 'הגוף היהודי ואיברים בולטים אחרים: מבחר מאמרים', ספר שתורגם ויצא לאור בעברית ב 2016. הוא נכתב על ידי סנדר ל. גילמן, פסיכיאטר והיסטוריון של התרבות הגרמנית, הרפואה והפסיכואנליזה, שהרחיב את החשיבה על סטיגמות וסטריאוטיפים בכלל וזה של הגוף היהודי בפרט. אני מציין אותו בהקשר למאמריו על הניתוחים האסתטיים ולתפיסה החברתית הרואה קשר בין מראה לאישיות ולהצלחה. לדוגמא "האף היהודי" שנחשב ללקות ולמגבלה חברתית ואישית, והמסקנה המתבקשת שרק שינוי צורתו של האף יאפשר לאדם להתגבר על מוגבלות זו. ניתוח אף כ- makeover גופני שיאפשר לאדם להיפרד מהדימוי הקלוקל והמושחת שלו. גילמן מצטט מאמרים רפואיים מקצועיים שהיו נפוצים בעבר הלא רחוק, שהראו לכאורה קשר בין הפיזיונומיה ותכונות אישיות. גילמן חוקר את ההיסטוריה של הפסיכואנליזה דרך היסטורית ההתייחסות התרבותית רפואית לגוף. הוא עושה קישור בין ערש צמיחתה של

<sup>1</sup> Anzieu Premmereur (2018) *A psychoanalytic exploration of the body in today's world*

<sup>2</sup> Alessandra Lemma (2015) *Minding the body, The body in psychoanalysis and beyond.*

<sup>3</sup> Phyllis L.Sloate (2016) *From soma to symbol, Psychosomatic conditions and transformative experience.*

<sup>4</sup> אירית בן עטר (2017) *הגוף בפסיכואנליזה, קריאה ביקורתית בכתבים פסיכואנליטיים.*

הפסיכואנליזה של פרויד, ההתייחסות ליהודים ותחילתם של הניתוחים האסתטיים<sup>5</sup>. ניתוחים שהראשונים שבהם היו אמנם ניתוחים לתיקון האף הגברי יהודי, פרוצדורה ניתוחית שהמציא ז'אק/יעקב יוסף, רופא יהודי מתבולל באותה תקופה בגרמניה. מעניין שבתקופה זו הייתה מקובלת, אצל גברים, צלקת בלחי כסימן לגבריות נכונה. צלקת שהיא תוצאה של פציעה מחרב בדו קרב שמטרתו הייתה שמירה על השם הטוב והכבוד. צלקת זו הייתה הרבה פעמים צלקת יזומה והיא סימלה יושרה והקרבה, אדם הגון ומהימן שעומד במילתו, גוף גברי מצולק כגוף שלם וטהור.

כאן כדאי להזכיר את עבודתה האמנותית של מיכל היימן "היימן טסט". היא משתמשת בתצלומי דמויות מטסטים רפואיים בדומה לתיאוריו של גילמן, צילומי טיפוסים אופייניים שהיו נוהגים להעריך על פיהם פתולוגיה נפשית. היימן היא אמנית המשתמשת בטכניקה זו להאיר את המציאות הפוליטית והחברתית בימנו. בכלל באמנות יש שימוש רב בגופני כמעביר רגשות ותחושות, כך למשל בתחום המחול והפרפורמנס אבל גם באמנות הפלסטית. לדוגמא, לעטיפת ספרה של A. Lemma, *Minding The Body*, שאזכיר בהמשך, המעצב בחר צילום של אנשים המבקרים בתערוכת פסלים של ג'קומטי שהגופני שלו מיוחד מאוד ואנושי מאוד למרות הדפורמציה הצורנית המכוונת שלהם שהפכה לכרטיס הביקור האמנותי שלו. ג'קומטי עצמו היה גבוה מאוד, רזה וגמלוני, ונראה כלא לגמרי מסתדר עם גופו. נזכיר גם אמנית צרפתייה קונטרוברסלית ORLAN המפסלת את גופה בניתוחים פלסטיים חוזרים ונשנים מתוך רצון להעמיד במבחן קונוונציות אסתטיות ומגדריות בהווה, ולחזות פני העתיד שבו טכנולוגיה ורפואה נפגשים ומשפיעים על החברה והתרבות. דניאל כנפו (Knafo, 2009) מביאה מספר מאמרים פסיכואנליטיים על המפגש עם אמנית יוצאת דופן זו. באופן דומה גם הזמרת האיטלקית ביורק נוהגת להופיע בתלבושות המאתגרות את המראה האנושי המקובל כשמסכות הפנים לעיתים עשויות במכוון מחומרים אורגאניים ביולוגיים.

כאמור הדברים הללו לא קורים בחלל ריק אלא מעוגנים היטב בתפיסה חברתית של ייחוס תכונות ומבנה אישיות לפיזיונומיה ולמראה. למשל חיבור בין יופי לטוב ומוצלח או בהיבט השלילי ייחוס תכונות של רוע וטיפשות למעוותות גופנית, עדיפות של עור בהיר על עור כהה וכיוצא בזה. דברים אלו לא השתנו מהותית וקיימים גם כיום. במובן זה הקישור אל הפגיעה והעיוות הגופני אצל אנשים עם מוגבלות, הוא קישור מידי ומתבקש. היבט זה מתואר בצורה נפלאה למשל בספרו של סטפן צוויג: "קוצר רוחו של הלב" המתאר את תגובתו המבוהלת של גבר לגילויי האהבה של נערה משותקת ברגליה.

בספר חדש של סנדר גילמן (Gilman, 2018) "עמוד זקוף! ההיסטוריה של היציבה/ עמדה! Stand up straight! A History of Posture"<sup>6</sup>, גילמן מקדיש פרק מיוחד לקשר שבין יציבה מקובלת ומוגבלות. הוא מצטט סוציולוג צרפתי בשם Canguilhem שמציין שהרעיון של קישור בין אנומליה גופנית ופתולוגיה התגבש ברגע מסוים מאוד בתקופת ההשכלה כאשר ב - 1759 נוצרה והחלה להופיע בשימוש המילה נורמאליות *normal* התפיסה הזו התפתחה עד להופעת המילה *normalized* להיעשות נורמאלי/ מנורמל ב - 1934.

<sup>5</sup> ראה בהקשר זה את קורות חייה המעניינים של מארי בונפרטה והנוירוזה הגופנית ממנה סבלה, התרומה שלה לפסיכואנליזה בצרפת ועד להצלתו של פרויד.

<sup>6</sup> Posture הוא מינוח לטיני שמתייחס לאופן אחזקת הגוף. קשה לתרגום אותו לעברית במילה יחידה אלא כמכלול של המילים: יציבה, תנוחה, עמדה, פוזה, מערך גוף, מעמד, מצג. מבחינה פסיכולוגית מתייחסים ל Posture כמקור לתקשורת לא מילולית ומקור להבנת העמדה והאופי של האדם. דרווין כבר השתמש במינוח זה לתאר את יתרון האדם שהתרומם לעמידה על שתיים אבל גם כדי לתאר את הדמיון שבין המינים השונים המתקשרים דרך שפת גוף.

הקבוצה הנורמאטיבית זכתה לעמדת כוח וקבעה את הנורמות בדמותה. באופן זה רכשה קבוצה זו פיקוח חברתי על הגוף. הנורמה היא עמידה זקופה וישרה, ויכולת להתנייע וללכת עצמאית. הגוף, כמו גם מושגים לאומיים וכלכליים, עבר סטנדרטיזציה. יציבה נכונה חוברה לתכונות אישיות של אדם טוב, ישר ומוסרי. הנכים שגופן לא מאפשר זאת הפכו בהגדרה לחסרי תכונות אלו, ובתוך הקשר זה נקבע גם המושג *disability* שמצביע על ומציין את חוסר היכולת.

עיוורון וחרשות היו מוגבלויות שהחברה קבלה כקשיים של בני אדם הזקוקים לעזרה ספציפית. בעקבות זאת החל להתפתח החינוך המיוחד. חינוך ספציפי ומיוחד לפי הנכות המסוימת וכן לימוד עיסוקים ומקצועות המתאימים לנכות המסוימת. הרעיון החיובי הזה שבא לסייע לאנשים לחיות ולהשתלב יצר גם סגרגציה והדרה. החברה התמודדה עם מציאות זו כך שעיוורים וחרשים שהתבלטו ביכולת שלהם הפכו לדמויות להערצה, כמו למשל לואיס ברייל והלן קלר שזכו לתהילת עולם. ההתייחסות לנכות הגופנית באה מאוחר יותר, ורק ב 1960 הופיע בפעם הראשונה על בול, בארה"ב, אדם עם כיסא גלגלים, כשהמטרה הייתה לעודד העסקת אנשים עם נכות גופנית.

ארגון הרפואה הבינלאומי WHO בקונגרס ב 1980 שהוקדש למוגבלות מבחין בין שלוש מונחים בהקשר של נכות: *Impairments, Disabilities, Handicaps*, קשה לפרש את המונחים הללו לעברית גם כי בעברית הם משתנים כל זמן מה לפי התקינות החברתית. *Impairments* זו הפגיעה הביולוגית באיבר או בחוש מסוים. פגיעה זו מביאה למצב שבו קיימת *Disability* כלומר איזו חוסר יכולת, שהופכת את האדם לאדם עם מוגבלות *Handicap* נכה. זו הגדרה פונקציונאלית שיש בה רצון להבהיר את הדברים ויחד עם זאת היא למעשה מקבעת את הגדרת האדם לפי הגופני הפגוע שלו. כיום יש התנגדות בקרב האוכלוסייה של אנשים עם מוגבלויות לאפיון שכזה. הגוף הנכה אם כך הוא לא פתולוגי אלא גוף של מיעוט.

ההתנגדות באה לידי ביטוי בפעילות של תנועות השפעה חברתית ויוזמות של סגור עצמי, וכן באקדמיה בפתיחת חוגים ללימודי מוגבלות *Disability Studies*. אלו המתנגדים גם למינוח מחסיר שכזה קוראות לתחום לימוד זה *Ableism ; Ability Studies*. תנועות אלו רואות באנשים עם מוגבלות קבוצת מיעוט מוחלשת חברתית בדומה לקבוצות מוחלשות אחרות, ואת כלל בני האדם כהופכים בדרך הטבע, עם השנים, למוגבלים גופנית יותר ויותר. לצורת מבט כזו יש יתרונות רבים אבל השוואה זו לקבוצות מוחלשות אחרות מוציאה את ההיבט הגופני המיוחד קבוצה זו.

גילמן בודק את התפתחות היחס למוגבלות דרך התנהגות של משטרים שונים, במיוחד המשטר הנאצי בגרמניה ויחסו למוגבלים שבשלב מסוים אסר עליהם להתעבר וללדת וחלקם אף הושמדו. ישנן עוד דוגמאות רבות של התארגנויות חברתיות ולאומיות הרואות בזקיפות הקומה תכונה אנושית וחברתית ראויה. הפרופורציות וצורת הגוף הראויה מופיעות גם ברישום שנקרא *The Vitruvian Man*, האדם האידאלי בעל הגוף הבריא שהפך לקנה מידה ברפואה ולמדגים פרופורציה נכונה בארכיטקטורה.

ליאונרדו דה וינצ'י פיתח את הרישום הזה (1490), ותעתיק שלו אף מוטבע על לוחית זהב שנשלחה אל החלל החיצון כמסמל את היצורים החיים כאן בכדור הארץ.

בתחילה כאמור, התייחסו בתחום המוגבלות בעיקר לחרשות ועיוורון, עליהם היה לענוד סרט צהוב עם סמל שלוש הנקודות השחורות. גילמן רואה קשר בין השתנות הסימן הגראפי שנקבע כמייצג נכות לבין היחס המשתנה למוגבלות ולהתגברות התפיסה החברתית הרואה עצמה כבעלת זכות לפקח על גופם של חבריה. סמל שלוש הנקודות השתנה בסביבת שנת 1960 לווריאציות שונות של כיסא גלגלים. עם הזמן התווסף גם ראש עגול שמייצג

אדם ישוב בכיסא גלגלים. במקביל הפך נושא הנגישות וההתחשבות בו בבנייה ובארכיטקטורה לנושא המקבל מקום הולך וגדל עד כדי גיבוש סטנדרטים לבניה הלוקחים בחשבון את צרכיו של האדם הנכה למשל בקביעת גודל הפתחים, בדלתות, רוחב המסדרונות וכו'.<sup>7</sup>

גילמן מביא גם את ממצאיו ורעיונותיו של משה פלדנקרייז על שיטת המודעות לגוף, כפי שהם מופיעים בספרו: *Body and Mature Behavior: a study of anxiety, sex, gravitation and learning*<sup>8</sup>.

פלדנקרייז עבד הרבה מאוד עם בעלי מוגבלויות מוטוריות, במיוחד כאלו עם שיתוק מוחי והוא עצמו סבל מפגיעה מתמשכת בברך שהעסיקה אותו מאוד.

פלדנקרייז החל לחקור את הגוף הנכה כחלק מהחקירה שלו על הקשר בין מחשבות, רגשות, תפיסות ותנועה ואיך כל אלו משפיעים ומעורבים זה בזה. הוא ניסה למפות דרכים לשינוי גופני וטען שיציבה קשורה במערכת הווסטיבולרית אבל גם במערכת הראיה. שני אלו יחד מנווטים את הגופני בעולם. הגוף הסובייקטיבי, כלומר זה הנתפס על ידי האדם עצמו, הוא גורם מרכזי בתפיסה זו. אם תיקח לאדם את חוש הראיה נראה זקיפת קומה. האדם העיוור תמיד ילך זקוף. החברה מיד תתפוס זאת כהתנהלות טובה או נכונה. פלדנקרייז יחד עם אחרים, נאבק נגד גישה זו והתעקש להראות שלכל אדם יש יציבה posture נכונה עבורו, חשוב לעמול על שיפור יכולת התנועה mobility, אבל לא למטרת 'תיקון' היציבה והנירמול שלה, כפי שאנשי שיקום רבים מנסים לעשות.

### הגופני בפסיכואנליזה

למרות שפרויד התייחס לאגו הגופני כבראשיתי הוא היה צריך גם להשתחרר במידה מסוימת מן הגופני כדי לבסס את הרעיונות הפסיכואנליטיות שלו, יחד עם זאת, הגוף המשיך להיות נוכח בתיאורי המקרה המפורסמים שלו שבו מתוארים בפרוטרוט גם התגובות הגופניות של המטופלים. כך לגבי תיאורי המקרה של ההיסטריה, שיתוק גופני שמקורו בקונפליקט נפשי, או באיש העכברושים, שם פרויד (1909) מפרש את תגובת הגוף של המטופל כשהוא מציין שהמעיים שלו התחילו להשתתף בשיחה, וכך בתיאורי מקרה רבים נוספים.

מי שעוסק בהבנת היחס החברתי תרבותי לגוף, יכול להעלות סברה על צורך בסדר היררכי שבו נדרש מהגופני להישאר מאחור, דיאלקטיקה שמגבירה את החשיבה על בכירות הנפשי<sup>9</sup>. צורה נוספת של הסתכלות בגופני היא הצגת היחס לגופני כקו התפתחותי פרוגרסיבי: מן הגופני הפרימיטיבי אל האינטלקטואלי, המוסרי, המתקדם. במידה רבה הפסיכואנליזה קיבלה קו זה כמתרחש במהלך ההתפתחות של הפרט; מן האגו הגופני אל האגו המפותח יותר או מה שמתבטא בגוף ראוי שיהפוך לתובנה מילולית, לשפה; מהתחושה או הסימפטום הגופני לביטוי נפשי, להמשגה ולחשיבה. אולם גם אם זה כך אנו בכל זאת מבינים שתהליכים ראשוניים וקודמים אינם נכחדים אלא מתקיימים ויכולים להתעורר גם אם מעליהם בנויים מבנים גבוהים יותר של עיבוד וצורות ביטוי.

<sup>7</sup> לאדריכל הבריטי המוערך מאוד, שחלה בפוליו Selwyn Goldsmith תפקיד מרכזי בסטנדרטיזציה חדשה זו ובהשפעה על דעת הקהל לקבל אנשים עם מוגבלות לא כחסרים יכולות אלא כבעלי יכולת כשהסביבה מאפשרת להם לחיות חיים עצמאיים על ידי בנייה נכונה ומותאמת *Desining for the disabled: the new paradigm (1997)*

<sup>8</sup> Moshe Feldenkrais: *Body and mature behavior: a study of anxiety sex gravitation and learning* (Berkley C.A. 2005)

<sup>9</sup> מהבחינה הפילוסופית מדעית, מחברים את השתרשות הדואליות גוף נפש להשפעתו של דקארט אולם אי אפשר להתעלם גם מהממד המונותאיסטי היהודי ואחר כך הנוצרי שבתפיסות אלו. נזכיר את האל כחסר דמות וחסר גוף ביהדות ואת התגלמות האלוהות בנצרות בגופו של ישו שממנו המאמינים אוכלים את לחם הקודש, הגוף הוא זמני והוא תמיד פחות מן הרוח והנשמה. ראה למשל מאמר: [גוף, תנועה והתפתחות רגשית; ילדים ומבוגרים עם מוגבלויות בתנועה.](#)

הפסיכולוגיה עוסקת במבנה נפשי, בתוואים תפיסתיים ושכליים, ביחסים ובקשרים ובהתגבשות המודע והלא מודע. לגבי הקישור בין הגופני לנפשי כותבת ג'ויס מקדוגל (McDugall, 1989): ההנחה הקרטזיאנית על דואליות גוף נפש וההנחה של כותבים שונים שלגוף אין שפה יכולים למסך ולהטות את עבודתו של הפסיכואנליטיקאי. למעשה שפת הגוף היא השפה היחידה שאינה יכולה לשקר, תפקיד היחסים הפסיכואנליטיים הוא למצוא את הממד המתאים שיאפשר לגוף לבטא עצמו סימבולית.

לגבי ממשיכיו של פרויד נציין בקצרה כמה מהם: קליין הדגישה את החוויה הגופנית כמקור לחוויית האני. ההמשגות והמטאפורות המרכזיות שלה הן ברובן גופניות: השד, הבליעה וההבלעות, הרצון לחדור לגופה של האם וכדומה, כולם שואבים מן הגופני ונשענים הרבה מאוד על פנטזיות גופניות. בגישות ניאו-קלניאניות יש מקום גדול יותר גם לגוף הממשי (Lombardi, 2006).

אצל ויניקוט (1970) הגוף קיים ופועל, והאחזקה היא ראשית לכל אחזקה גופנית. ויניקוט רואה בחיבור של הגוף-נפש סימן לבריאות. מחלה גופנית או התפתחות נפשית שנבלמת, יכולים להיות תוצאה של חיבור לא טוב בין הגופני לנפשי. נרחיב על ויניקוט בהמשך. ביון התעניין במיכל ובמוכל ובמעבר מן הסדר הגופני לנפשי מחשבתו, ובמובן זה הגוף עדיין משתרך אצלו מאחור. ביק, טסטין ואחר כך אלורז' התייחסו למצבים מנטאליים ראשוניים שבהם החוויה היא גופנית טרום מילולית. אוגדן (Ogden, 1989) גם הוא כותב על *The primitive edge of experience* ומנסה להבהיר את התחלת החיים המנטאליים, ואת הסטרוקטורה הפיזית הראשונית/פרימיטיבית ביותר של תחושת ההיות. הוא מכנה אותה *autistic contiguous position* כשהדגש הוא על התארגנות גופנית סנסורית, במיוחד של תחושות הבאות מפני השטח של העור. זוהי מסגרת פרה סימבולית שבה נוצרות השתמעויות ראשוניות דרך תחושות גופניות. הסכנה האורבת במצב זה היא של נפילה אינסופית, וזה קורה כאשר היכולת להגדיר או לעשות אינטגרציה של התחושה בצורה מינימאלית פגועה או לא בשלה מספיק. חוסר או פגם בשלב האוטוסיטי מגעי, כלומר ביכולת לארגן את התחושות, יכולה להתבטא בהמשך החיים בעריצות של חיפוש מתמיד של גירויים סנסוריים, מעין התמכרות סנסורית. במצב כזה אמנם אפשר להגיע לקוהרנטיות דפרסיבית והגדלת היכולת הסימבולית אבל על חשבון הספונטניות וחיות הגוף. זאת לעומת מצב טוב יותר שבו הנפש חיונית ומלאה שלמעשה משחקת ומתנועעת בין התחומים הללו. אצל אוגדן מזהים את חשיבות הגופני כאמור, במצבים המנטאליים הפרימיטיביים. אוגדן מביא דוגמאות של פציינטים שחווים את קיומם דרך תחושות גופניות. כך למשל נער שריח הגוף שלו מספר לו שהוא קיים, או אישה צעירה אובססיבית שמתגברת על שיתוק גופני בעזרת שתיית כוס יין קר. אייגן (Eigen, 1993) מסכים כללית לאבחנות אלו אבל טוען שאוגדן וטסטין נותנים עדיפות מוגזמת לתחושת המגע על פני הראיה למשל או השמיעה, החושים הרחוקים, ולדעתו המציאות הנפשית האנושית מורכבת יותר.

מריון מילנר (Milner, 1987) מביאה גישה מעניינת הרואה רצף של התחברויות גוף נפש, כפי שקורה למשל בתהליך הגמילה. זהו חיבור בין ההסתכלות הפנימית יחד עם התפתחות המודעות לשינויים בגוף. זו תוצאה של הדיאלקטיקה בין ההסתכלות הפנימית והתחושות הגופניות. במהלך הטיפול, לא רק המודחק הוא שמתגלה אלא גם תחושה ישירה ואקטיבית של מודעות לגוף *Primary body awareness*. דוגמא לחיבור כזה לפי מילנר (שאהבה מאוד את אמנות הציור) נעשה בעבודת האמנות/ציור. זו היא מודעות לגמרי פנימית של תפיסת הגוף כאן ועכשיו, ואם כך היא כוללת את תפיסת האני. זהו מאמץ עצום של האומן להעביר את תחושותיו דרך מודעות סנסורית המשקפת מצב של להיות חי בתוך גוף. הצייר שמצייר דומם שהוא מחבב או לא, נכנס אל הכוסיות הדוממת של הכוס, זה מלווה בשינוי בהרגשה גופנית ובשינוי בתפיסת הגוף השלם שלו.

מילנר מוסיפה לכך גם את תחושת האינטגרציה כתהליך מתמשך שמייצר את הגוף. זו מודעות פסיכו פיזית ללא שום מודעות סימבולית אבל יחד עם זאת כן עם קשר לדימויים פנימיים, כאמור עם אובייקט מופנם טוב. חיבור זה נובע מתוך כך שבעבר התהליך של המשך קיום גופני היה תלוי באספקה חיצונית מהזולת. בשונה מהאמירות הפסיכואנליטיות המדברות על אוטו ארוטיות ונרקסיזם בקונוטציה שלילית הרי מילנר טוענת שישנה איזו הנאה ראשונית שלמעשה באה עם קטקסיס לגוף כולו, ולא לחיבור לאיבר ספציפי המוטען מינית. במובן זה זו לא דחייה או הימנעות של העולם החיצוני אלא צעד נוסף בחיבור אל החיצוני. מילנר מציינת מאמרים של מרגרט ליטל ומסעוד חאן וטוענת שיש חוסר המשכיות בין זיכרונות גופניים מוקדמים והתנסויות מאוחרות יותר. מניסיונה מילנר טוענת שהמעצורים בהתפתחות נובעים בחלקם מחוסר יכולת לבסס את התנועה בין להתלכד לשלם מאוחד בתוך גבולות הגוף לבין קיום רופף דיפוזי שבו אין גבולות, מצב נוזלי. ברור אם כך שבטיפול פירושים מפצלים לא תורמים לגדילה ולהתפתחות אלא להיפך.

באיטליה נקבעה מסורת שלמה של כותבים שהתייחסו אל הגופני הראשוני. אויגיו גאדיני דיבר על תפקיד הרומיניציה אצל התינוק כאב טיפוס לחיבור הפסיכה לסומה ולמנטליזציה (Cenovese, 2010). לומבארדי ופרארי (2002, 2009), שהראו את הקשר בין התפתחות החשיבה והגופני, המשיכו שניהם במידה רבה קו מחשבה ויניקוטיאני אבל גם הרחיבו אותו והתייחסו אל הגופני כאובייקט קונקרטי ראשוני. הם ניסו להכניס את הגופני הממשי לתוך השיח הפסיכואנליטי והדגישו שלגופני יכול להיות מקום שאיננו רק מיני. התינוק מבסס את עצמו דרך הקשר הגופני והנפשי. אצל לומבארדי למשל, יש למעשה היפוך תיאורטי במובן זה שהוא רואה את הגופני כקודם לארוטי-מיני. הוא רואה את המחשבות המיניות במצבים של היסטריה, באות בשרות הגופני הלא מודע, הנעדר, ולא להיפך.

מעניין לצטט בהקשר זה את בולס שמנכיח את הגוף של המטפל וכותב שההמרה ההיסטרית בימינו היא לגופו של המטפל: "המרה היסטרית עדיין קיימת, ההבדל העיקרי נעוץ בכך שבעבר העבירה ההיסטרית תוכן נפשי באובייקט מוקהה שהיה חלק מגופה ואילו עכשיו המטפל הוא הסובל מהשפעת ההמרה ההיסטרית" (Bollas, 1987).

נזכיר גם כותבים צרפתיים כמו פרנסואז דולטו (Dolto, 1984), וגיויס מקדוגל (1989) שהזכרנו גם קודם, ומאמרים מעניינים על הגופני של ג'נביב האג (Hagg, 1993, 2000) בהקשר של אוטיזם, כולם מתייחסים לגופני ומנסים להכיר את מקומו בהתפתחות המנטאלית. אנוייה דיבר גם הוא על מקומו של הגופני וקרא שלא להדיר אותו. הוא כתב בעיקר על העור אבל ראה את המשמעות הרחבה של הגופני כנעדרת מהשיח הפסיכואנליטי שלא בצדק, כי אי אפשר כלל להבנתו להתעלם מהשפעתו של הגופני הכרוך בנפשי. קריסטבה (קריסטבה, 1987), כותבת על השפה ומרחיבה את התפיסה של לקאן כשהיא מקבלת את שני ההיבטים של המסמן-מילה בשפה ומדברת על הממד הגופני הסמיוטי של השפה התקשורתית. היא מאפשרת כך לגופני להיות נוכח בחיי הנפש בעיקר דרך מושג הבזות, שהיא משתמשת בו לתאר את תחושות הגועל העולות בנו כשיש איום על הגבול הברור בין סובייקט לעולם. כשהמקור של הבזות לדעתה, הוא ביחס של הפעוט לגופה של האם ואם כך תהליך ההפרדות מגופה של האם גם הוא תהליך גופני. ב"שמש שחורה" מביאה קריסטבה תיאור טיפול "במטופלת שנולדה עם קשיים מוטוריים חמורים שהצריכו כמה התערבויות כירורגיות וריתקו אותה למיטתה עד גיל שלוש..... המטופלת שהצליחה יפה בחיים המקצועיים, אך סובלת מהתקפי דיכאון בהם היא מרגישה מתה, משותקת, אילמת... האם אלה פניה של הילדה הקטנה חסרת האונים שהייתה בשעתו" כשהייתה מרותקת ומוגבלת, שואלת קריסטבה (1987).



תחום זה רחב ולא נוכל להקיף כאן את כולו. בכל זאת נגיד שגופניות התקשרה תמיד למטופלים קשים, כאלו המתקשים באינטגרציה בין הגופני לנפשי וסגנון החשיבה שלהם קונקרטי. הגוף נכנס פחות כאמצעי תקשורת לגיטימי. דבר זה השתנה עם הזמן, למשל בגישות האינטר-סובייקטיביות וההתייחסותיות. בגישות אלו גופו של המטופל וגופו של המטפל הם שחקנים פעילים במפגש הדיאדי בין שני סובייקטים בעלי גוף המביעים עצמם במילים ובאמצעים נוספים. ארון כותב שבהדרכה ראשונה אמרו לו שחשוב הגוף, המין והלכלוך. הייתה זו מדריכה שבאה מתאוריות הדחף. אחר כך בהדרכה של מיטשל האינטר-סובייקטיבי הוא הדגיש לו את ההדדיות ואת הדיאדה בחוויה הגופנית, ארון מסיק: איך שלא תביט בזה תגיע אל הגופני (Aron & Anderson, 1998).

### הגוף של המטופל והגוף של המטפל

אנו מתייחסים אל הגופני כאל יש נוכח ומתקשר שיש להתייחס אליו בטיפול, וככזה שבמהלך הטיפול יכול אף לסמן את קיומה של נזירות ההעברה. נתרכז כאמור במיוחד באופן שמטופלים עם מוגבלות עושים שימוש בגופו של המטפל, איך המטפל מרגיש את השימוש הזה בגופו, ולאופן שהוא משתמש במידע הגופני הזה. לעיתים המטפל ירגיש זאת כהתקרבות נעימה, לעיתים כחודרנות מלווה בזעם על פריצת גבולות ההשתמשות בגופו. דברים אלו כאמור הופכים טעונים ומורכבים יותר אל מול מטופלים עם מוגבלות. התעוררות תחושות לא נוחות אצל המטפל לנוכח גוף פגוע deformed של מטופל עם מוגבלות מעלים רגשות אשם ומביכים את המטפל. אחת התגובות של המטפל יכולה להיות הופעתה של בושה כתגובה גופנית (למשל הסמקה) הבאה כתגובה למבוכה הרגשית (הדר, 1997). לומבארדי (2005) מרחיב את הפרשנות למושג הבושה בהעברה ורואה בה תגובה ארכאית של הכחשת המציאות הגופנית של האדם עצמו. הוא חוזר לתפיסתו את הגוף ואומר בהקשר זה שהגוף איננו סמל אלא יש ממש. בנוסף לבושה ישנן כמובן תגובות ותחושות אחרות של המטפל והן כולן ראויות להתייחסות, לרפלקסיה ולפירוש בטיפול.

Bacon (2013) במאמר מקיף על פרנסיס דולטו המתייחס לשפת הסובייקט, מציין שדולטו כותבת על יחסי הגוף לגוף body to body של הפעוט בדיאדה אם תינוק, ועל ההתפקחות של הפעוט כשההנאה הזו נקטעת. לאפשרות החדשה הזו התינוק מתוודע דרך הקטיעה המסרסת שבהכרה בנפרדות שלו. מהלך מקביל יכול להתרחש גם בטיפול.

על העברה נגדית גופנית somatic countertransference כותבת Gubb (2014) ומבהירה שיש להעברה זו ערך אינפורמטיבי עשיר וחשוב. היא מציינת שהכותבים השונים נחלקים לכאלו הממקמים את מקור העברה הנגדית בלא מודע של המטפל ואחרים בלא מודע של המטופל. לכן חשוב לבחון כל מקרה לגופו ובכל מקרה כותבת Gubb שעל המטפל לעשות מנטליזציה mentalize של ההתנסות הגופניות הספציפית ולתת לה משמעות באותו אופן כמו שעושים במקרה של reverie.

Wrye (2006) כותבת על bodily state of mind של המטופל שמקריין על ה-bodily state of mind של המטפל, ועל השוד או החדירה לגוף של המטפל כדי למנוע ממנו את תחושת הנפרדות. היא מתארת את המרכיב הטרנספורמטיבי של פנטזיות העברה מוקדמות המבוססות על ארוטיזציה של גוף האם והכמיהה לתחושות גופניות אימהיות ראשוניות, פנטזיות אלו באות לביטוי בתחושות של המטפל דרך ההעברה. זו הקיבולת של הגוף האימהי the maternal capacity המועברות בייצוג אל גופו של המטפל, שהוא אמנם ייצוג לא מודע אבל נוכח מאוד ומורגש בהעברה. פנטזיות פרה ורבוליות אלו כוללות ערגה לגוף התחושתני של האם עד כדי היות בתוך רחמה של האם או במקביל לכך בפנטזיות של היות בתוך גופו של המטפל. פנטזיות תחושתיות אלו יכולות לבלבל

ולבוא לביטוי בתגובה לא מודעת של המטפל המזמין את המטופל לאמבט רגרסיבי עם צפייה לכך שהדבר יוביל ליתר אינטגרציה ולקבלה עצמית שלמה יותר.

Toronto (Toronto, 1999) מקבילה את היכולת האימהית Maternal capacity לזו של המטפל, יכולת הבאה לביטוי דרך העברה והעברה נגדית מבוססת גוף. התפתחות ההעברה הארוטית האימהית למטפל באה כדי לחוות התנסות טרנספורמטיבית דרך הגוף של המטפל. זוהי הגנה של המטופל מפני הרגשות עצמיות של ריקנות, תחושות של יובש מנטאלי, חוסר נראות- להיות שקוף, וחוסר חיים שהילד מנסה להחיות דרך הגוף של המטפל כמו הפעוט המנסה לקבל זאת דרך גופה של אם. מטבעה מניפסטציה זו המורגשת בהעברה ובהעברה נגדית היא של התנסות פרה ורבאלית. Toronto מצטטת את מקדוגל המדגישה את קוצר ידם של המודלים הקלאסיים של תפקוד נפשי המבוססים על משמעות, להמשיג את הארגון הנפשי הראשוני בתקופה הפרה ורבאלית ( McDougall, 1989 ).

אצל מלצר ישנה התייחסות מעניינת למקום של הגוף של המטפל. הוא מתייחס לריתמוס של הרס ותיקון במשחק של ילדים בחדר הטיפול ומדמה זאת למעברים שעובר התינוק בהנקה. מעברים משד (אנליטי) מספק לשד מתסכל. זה בא לביטוי בחדר בהקפצות כדור, תרגילי אקרובטיקה, ציור פיגורטיבי מול ציור של צורות, התקרבות והתרחקות פיזית מהגוף של המטפל, ומעצמים שונים בחדר. סימנים של שינוי והתפתחות יכולים להיות כשאנו מרגישים שיש פחות עניין במעורבות של הגוף של המטפל במשחק ובמקום זאת יש יותר סקרנות ועניין במילים שלו. כאשר קודם התגובה לפירוש של המטפל הייתה זלזול, סתימת אוזניים, וטענות שהוא "חופר" עכשיו יש עצירה במשחק ואיזושהי התעניינות במה שיש לו להגיד.

מלצר כותב שזהו מצב של איזון עדין מאוד, ודווקא כשיש קירבה גדולה יותר- התחושה בחדר היא שכל רגע יכולה להיות התפרצות של החלקים ההרסניים האינפנטיליים על השד האנליטי המזין. זה נכון אצל ילדים ואצל מבוגרים, כאשר אצל ילדים ההתקפה יכולה להתבטא גם בהתקפה ממשית ואלימה על הגוף של המטפל. מלצר מפתח עוד את הנושא הזה במאמר על הקלסטרומ. בדירוג של מניפסטציות התנהגותיות בטיפול בילדים הוא מציין כמה צורות: השימוש בגוף המטפל כחלק מהעצמי של הילד, השימוש בחדר כפנים הגוף של הילד והמטפל אז הוא רק אובייקט חלקי אבל גם מזוהה עם האובייקט, היפוך תפקידים המטפל הוא הקטן יותר שמבטא את העצמי הילדותי, שליטה אומניפוטנטית במטפל.

מלצר טוען שהשימוש הממשי בגוף המטפל כחלק מהעצמי, אופייני לילדים צעירים, לפסיכוטיים וגם לאוטיסטים. אצלם למרות ניסיונות של שימוש בטכניקה הטיפולית הרי הם מתעקשים ולא מוותרים על השימוש הזה, ולכן צריך לחשוב ספציפית לילד המסוים אם לא ראוי לאפשר זאת במצבים שאנו מרגישים שהילד מצוי בחרדת פרגמנטציה ממשית. דוגמאות לצורך הזה הן למשל: כשהילד יכול לעלות על ברכי המטפל, מביט לתוך איבר אחד מסוים: בעין, באוזן או בפה, או ביטויים הנתפסים כקונקרטיים של אכילה של המילים של המטפל, לדחוף את הראש אל הבטן של המטפל, לדחוף את האיברים המיניים כלפיו, לקחת ולחבק עצמו בידיים של המטפל ועוד. דוגמא שמלצר מביא היא על ילד אוטיסט שיכול להביט בחלון ולראות גינה ולשמוח ולהרגיש הרגשה ממשית מענגת כאילו הוא בתוך הגוף של האם. הרבה פעמים קונטקט כזה או שימוש כזה מועבר ומורגש בגוף של המטפל בצורה של הזדהות השלכתית מסיבית.

מלצר משתמש בהקבלת ההזדהות השלכתית לתחושות גופניות, נשאר כך בתפיסה הקליניאנית.

Lemma (Lemma, 2015) אותה הזכרנו כבר, מקדישה פרק בספרה Minding the body לגופו של המטפל והשימוש שעושים בו מטופלים מסוימים כאשר הם תופסים את גופו של המטפל כחלק מהסטינג. זהו סוג של

העברה סימביוטית שהמטופלים הללו זקוקים לה. הסטינג באופן כללי, כולל הסכמה על זמנים ותדירות המפגשים, על התשלום הכספי, ובמידה רבה הסכמה לגבי מהות החומרים שעוסקים בהם במסגרת הזו. בגישה הפסיכואנליטית, החומרים הם בעיקר האסוציאציות החופשיות והזרימה החופשית של המחשבות. בתוך ההסדר הזה קיים גם המקום והתפקיד של המטפל.

מאמרים רבים עוסקים בסטינג כ-background of safety (רקע- קרקע) הכרחי המאפשר לאט, לאט, למטופל לפרוש את עולמו הפנימי דרך העברה, ומאפשר לפנטזיות הלא מודעות לעלות ולנוע. על המטפל להיות הממונה ושומר הסטינג הזה. כלומר, בנוסף לשימת הלב איך המטופל מתמודד או מגיב או מה מתעורר אצלו לנוכח הסטינג, על המטפל גם לשים לב היטב לתהליך הפנימי שלו עצמו כממונה על הסטינג, והאם הוא מאפשר ותומך בתהליך שעובר המטופל או שהוא מונע ומעכב אותו, דרך המעצורים האישיים שלו.

Lemma נסמכת על מאמר של Bleger על הסטינג הכפול, זה שמביא המטפל וזה שמביא המטופל שאותו הוא מכנה המטא-אגו. גישתו מתאימה במיוחד למטופלים שמפתחים טרנספרנס סימביוטי, ושהחרדות הפרימיטיביות שלהם מתייחסות לאי נפרדות מהאובייקט, ואשר זקוקים להתייחס לגוף של המטפל כחלק מהסטינג, כלומר הם חלק מהרקע/קרקע. במצבים כאלו הגוף הוא עבורם כמו עצם דומם, קבוע ובלתי משתנה, "עציץ", חלק מהתפאורה הקבועה של החדר. כל סימן חיים או נפרדות בגופו של המטפל יחוה כקטסטרופה. לאורך הטיפול זה כמובן יכול להשתנות.

Lemma משתמשת במושג embodied setting במשמעות של הצורה הממשית של המטפל שכל שינוי בה יעורר חרדה ופנטזיות אצל המטופל, וגם כדי להדגיש את חשיבות ההעברה הנגדית הגופנית של המטפל ואת הפנטזיות הגופניות שלו.

לפי Bleger הסטינג הוא בסיס בטוח המאפשר את הסימביוזה וגם את ההתפתחות ממנה לעבר נפרדות. זהו תהליך עדין ושברירי שיוצר בהעברה נגדית תגובות גופניות חזקות אצל המטפל. שימוש כזה בגופו של המטפל יוצר אצלו הרגשה שחדרו לגופו, שולטים על גופו ועל חייו. כשיתרחשו אצל המטפל שינויים בלתי נמנעים כתוצאה מהריון, פציעה, שינוי תסרוקת וכיוצא בזה, תהיה תגובה של עוינות מצד המטופל.

Lemma שואלת דווקא על הפוטנציאל הטמון בתגובה חזקה זו ומציינת כותבים רבים המתייחסים לשלב חושי פרה סימבולי, (רוזנפלד, אוגדן, פרו, פונגי) ויעקובי שמדבר על 'מערכת של נורוני ראיי ועל תגובות פרה רפלקטיביות אמפטיות, ובעיקר על כך שהתפיסות והפנטזיות הראשוניות שלנו הן סנסוריות/חושיות, כלומר חוויות ה'כתובות' לא במילים ולא בתמונות אלא בתחושות סנסוריות. במובן זה המטפל ונוכחותו הצורנית, הדרך שהוא יושב, מתנועע, לבוש, נושם, אומר שלום, פותח את הדלת, כל אלו הם חלק מהסטינג הקבוע שכבר מצפים לו.

במציאות הגוף וצורתו משתנים עם הזמן וכאמור יש מטופלים שמגיבים חזק יותר לשינויי כזה. זה אופייני יותר לפסיכוטיים המשליכים את תחושותיהם לתוך גופו של המטפל, לילדים שרואים בגוף המטפל חלק סינונימי לסטינג ולמטופלים אוטיסטים המנסים לשלוט שליטה מלאה בגוף של האחר, כמו גם אצל סוג מטופלים מסוים הזקוקים לגוף יציב שכזה ומחזיקים אותו כך דרך חיבור סימביוטי.

Lemma מביאה כדוגמא מטופלת שבמחיצתה הרגישה תחושות גופניות חזקות אבל הרגישה גם שהמטופלת מתייחסת אליה כחלק מהסטינג הקבוע: מהחפצים, השעה הקבועה, הכורסא וכיוצא בזה. הייתה אצל המטופלת הזו חרדה גדולה מפני התפתחות רגשית, כך למשל היא הסכימה לכל מה שהמטופלת אומרת. פירושים המתרכזים במטופלת היו נכונים בשלב זה כדי שאפשר את ההדבקות שנדרשה. התגובה של אותה מטופלת

לתספורת חדשה של המטפלת הראו כמה היא זקוקה למטפלת שלא משתנה. המטפלת הרגישה שהיא ממש עשתה משהו איום, תספורת, כלומר חיתוך השיער הורגש כמעשה קיצוני, חיתוך חבל הטבור ממש. רגישות רבה זו של המטופלים מאתגרת את הסטיינג ומעלה אצל המטפל תחושות גופניות בהעברה הנגדית. אפשר להבנתי להרחיב ולהגיד ששינויים בגופו של המטפל משפיעים אצל כלל המטופלים. יש מטופלים שישתמשו בשינויים הללו בצורה יצירתית ואחרים יגיבו אליהם בבהלה ובהתכווצות וישנם אלו שיגנו על עצמם באופן שלא יראו את השינויים הללו כלל.

### גוף ומוגבלות גופנית

ראיתי לפני זמן מה, קבוצה של צעירים, אחד מהם נכה בכיסא גלגלים נדחף בידי חבריו, הוא היה מקועקע כולו ברגליו שהיו צרות ודקות, אי אפשר היה שלא להביט. ההרגשה הייתה שהוא תובע מאתנו הצופים בו: הביטו בגופי, כזה אני. מי שמטפל באנשים עם מוגבלות מכיר הרגשה זו. עם הזמן תגובה זו נמהלת אל תוך מרחב הקשר הטיפולי של שני אנשים המדברים והמייצרים יחד שיח והיסטוריה. בחדר נוצרים ערוצי תקשורת גלויים וכאלו שאינם גלויים שנגלים למטפל גם דרך סימנים ותחושות גופניות. כשהמטופל הוא אדם עם מוגבלות, הוא והמטפל נעים כל הזמן בין דיבור כללי על מציאות נפשית מורכבת לבין דיבור ממשי על הגופני הפגוע. המטפל מוצא עצמו עסוק לא פעם בשאלת האיזון בין שני אלו: עד כמה להביט ולפרש את המוגבלות ועד כמה להביט ולפרש תכנים וקונפליקטים אחרים ואיך לחבר בין כל אלו. בתוך הלך דברים זה חלק מהתקשורת הלא מודעת אלו התחושות הגופניות של המטפל שמהוות כלי עזר משמעותי להבנת ההתרחשות בחדר, בעיקר את ההעברה. לגבי תחושת הפגימות הגופנית של האדם עם המוגבלות, ישנן צורות התמודדות שונות שנבדלות ביניהן לפי סוגי ההגנות שהמטופל מגייס. ההתמודדות יכולה להתאפיין בהתעלמות מוחלטת מהמוגבלות ולהגיע לתפקוד גופני וירטואוזי מעורר הערצה בסביבה, ועד לשקיעה מוחלטת והפיכת המוגבלות לציר או תכלית מרכזית בהווייתם. בהקשר זה של הפיכת המוגבלות לנקודת אחיזה מרכזית בהווייה-aidus, כהן (Coen, 1986) טוען שכשהנכות היא משמעותית או גם כשהיא מזערית אבל הופכת לסיבת הכול, לציר המרכזי, הרי במקרה כזה יש לפנטזיה מקום מרכזי שהוא מעבר למצב במציאות. כלומר, לדעתו המצב הגופני הפגוע לא מסביר את מלוא התגובה, הפנטזיה במקרה כזה משתלטת ומתגברת. Downey, שעובדת במרכז רפואי שיקומי ומטפלת באנשים עם מוגבלויות התפתחותיות, תסמונות ומוגבלויות אחרות, מתקוממת על קביעה זו של Coen וכותבת שאי אפשר להתעלם מהמצב הגופני הממשי וממגבלותיו: "גוף המטופל עלול להגביל אותו, יש להתייחס לכך בדיוק כמו למגבלה במוח. באנלוגיה, אנחנו לא מתייחסים לרמת היכולת הקוגניטיבית כאל פנטזיה, למרות הפנטזיות הרבות עשויות להתלוות לכך ולהשפיע. לגבי מראהו של האדם, האם יש לו מראה פיזי רגיל או כזה שעלול למשוך תשומת לב ולגרור תגובות מהסביבה, יש לכך חשיבות ממשית בדיוק כפי שחשובה העובדה אם הוא בעל יכולת בסיסית לראות או ללכת. הדבר חשוב במיוחד כי אנחנו כמטפלים, חייבים להיות מודעים ולהשתדל לא להכחיש את קיומם של מומים וחוסר יכולת ממשית או מראה יוצא דופן, וזאת כי מציאות זו יכולה להיות כל כך כואבת עד כי לנוכח מציאות זו די מפתה לעשות זאת ולהתכחש לה.

לגבי ההשפעה הראשונית של הולדת ילד עם נכות התפתחותית על הסביבה הקרובה, מצאתי התייחסות מעניינת במאמר של תומס אוגדן, (העותק לפני פרסום) *Fear of Breakdown and the Unlived Life*, אוגדן מתייחס למאמר של ויניקוט על הפחד האיום מפני התפרקות ועל המסקנה שלו שהפרדות שנעשתה בצורה לא טובה מסבירה את תחושת ההווייה של חיים בצל סכנה, למעשה חוסר חיים, המתאפיינים בהימנעות ובתחושה של

איום מתמיד. אוגדן, מנסה להבין למה התכוון ויניקוט. המאמר הזה שהוא למעשה המאמר האחרון שהוא השלים טרם מותו.

העצמי המאוחד The unit self, מוגדר על ידי ויניקוט כמצב שבו התינוק הוא דבר אחד, אדם שלם, שיש לו פנים וחוץ והוא חי ומתקיים בתוך גופו, ופחות או יותר מתוחם ומוגדר בגבולות העור שלו. עם המבנה המאוחד הזה הוא יכול לרכוש למעשה בהמשך את הנפרדות שלו. בילדות המוקדמת, תקופת התלות המוחלטת, האימא משמשת ומתפקדת כאגו חיצוני. התינוק עדיין לא מבחין בין not-me לבין me. הוא מתחיל לחוות primitive agonies ייסורים המאיימים על קיומו. הוא מתגונן ומפעיל הגנות שונות. ויניקוט במאמר basis of the self in the body מתאר את התנודות הללו של הפעוט שיכול לסגת

לדיס-אינטגרציה ולעיתים לאבד את הדחף לחיות. רק קשר ממשי בריא וטוב של אם תינוק מאפשר לו לשרוד את הטלטלות הללו. אחת ההגנות שהתינוק משתמש בה היא דה-פרסונליזציה, שמגנה עליו מפני הרס החיבור הפסיכוסומטי.

הנפש psyche אצל ויניקוט מתוארת כעולם הפנימי, מציאות פנימית שבה מתקיים עיבוד הכרתי של התרחשויות סומטיות. ויניקוט מוסיף שזה דורש ותלוי בקיומם של תפקודי מוח מסוימים שהם תקינים. עבור התינוק העצמי ממוקם בגוף אבל ה Mind לאו דווקא ממוקם במוח, אם תהליך זה מתרחש בצורה טובה דיה הילד ירגיש שהוא ממוקם היטב בתוך גופו. בסביבה לא מספיק טובה הילד ירגיש את גופו מפוצל מנוכר וזר (אצל אריקסון למשל מוגדרת זהות אישית מגובשת כזו שהילד מרגיש בבית בגופו).

אחרי תיאור זה, בהערת שוליים, אוגדן כותב:

It seems to me that Winnicott oversimplifies the concept of breakdown in this paper when he attributes its source to a failure in the facilitating environment. It seems odd that Winnicott, always the pediatrician, does not acknowledge the myriad contributions to breaches in, as opposed to failures of, the facilitating environment, such as hypersensitivity on the part of the infant that makes the infant inconsolable, regardless of how good mothering (the facilitating environment) may be; an infant's severe and/or chronic physical illnesses, and so on.

בחלק הנוגע בעניינינו, אוגדן טוען שחשוב להכיר בקושי הממשי הקיים במוגבלות הגופנית, קושי שמייצר פרצות/חדירות של הרצף הטוב שלא רק כתוצאה מכשל סביבתי. זו אמירה מתריסה של אוגדן, אבל לצרכים שלנו נשתמש בה כמות שהיא, הרעיון הוא: שאי אפשר להגביל את התיאור אך ורק לסביבה המספיק טובה כשאנו מדברים על תינוקות שחווים מציאות גופנית המייצרת אי נחת וקושי אינהרנטי להירגע. מדובר על מערכות רגישות מידי חושית, תפיסתית, על כאבים שונים, נכות גופנית וכו'. מצב כזה מהווה פרצה ממשית באפשרות של האם/סביבה להיות טובה דיה. באופן דומה ובהקבלה לכך אנו נשאל על האפשרות של המטפל להיות מיכל מספיק טוב לילדים כאלו.

במאמר אחר אוגדן מתאר מטופל שעורר אצלו תחושות גופניות חזקות אבל הוא בכלל לא קישר את זה למטופל, לקח לו זמן רב להבין שמתרחשת העברה גופנית. ההכרה בהעברה הזו אפשרה התפתחות ותזוזה בטיפול, ואצל אוגדן מקרה זה עורר מחשבות רבות על תפקיד הגופני בטיפול.

ויניקוט עצמו מתאר באופן מפורט מאוד את עבודתו עם ילדים ומתבגרים עם נכות גופנית, כך למשל במאמר Basis for self in body (1971) שבו ויניקוט מתאר עבודה יוצאת דופן עם ילד שנולד עם אצבעות מחוברות שעומד לעבור ניתוח ובהמשך תיאור טיפול בנערה עם נכות מולדת ואת חשיבות חוסר הנחת של הסביבה הקרובה

מקיומה של המוגבלות הגופנית. ויניקוט רואה אצל ילדים אלו קושי ניכר הנובע מאי קבלה של הסביבה את גופם כמות שהוא, הילד או הילדה עם הנכות הגופנית עורגים כמו כולם לאהבת אם בלתי מסויגת. ויניקוט נזקק בטיפול בילדים אלו למתווך אינטראקטיבי בצורת משחק הסקויגל כדי לתקשר ולאפשר השלכה של תחושות אלו וכך מאפשר לעצמו להגיב ולפרש גם מילולית.

Resnik (1985), מתאר גם הוא את חשיבות ההיבט הגופני בטיפול. הוא מביא מטופלת שמצהירה שלהיות פירושו להראות ולהיות בעלת גוף. מטופל אחר שאומר 'אין לי גוף', או פצינט אחר שאומר 'הבגדים כולאים אותי', אני גוף קטן עטוף בבגדים שלא נותנים לי לצאתי – כביטוי של קלסטרופוביה. דרך חלומות ודלוזיות המטפל מזהה מצבים וצורות נפש בראשיתיים. רזניק מתאר שעליו לחפש בטיפול שפה פירושית שתהיה מתווכת בין השלב הנפשי הזה המוקדם והשלב הביולוגי הנוכחי של הגופני.

תהליכים ראשוניים אלו מתבססים בינקות והאדם סוחב את תוצאותיהם אתו לאורך כל חייו והם משפיעים על יחסיו של האדם עם עצמו ועם הסביבה, משפיעים על מצבים וביטויים פסיכוסומטיים, מחלות גופניות וגם כאמור על קשרים בין אישיים. בטיפול זה יבוא לביטוי באותה קבלה גופנית ופסיכולוגית שהמטופל ישאף לקבל מהמטפל.

#### השימוש בגופו של המטפל כשישנה מוגבלות

במאמר של Rifkin (2016), *Plight of the imposter: the embodied transference and counter transference in the analysis of a woman with a congenital deformity*

הבעיה של המתחזה, טיפול באישה עם נכות מולדת, ריפקין עוסקת באופן שבו העיוות הגופני משפיע על ההתפתחות הנפשית. היא עוסקת בשאלה זו דרך בחינת ההעברה וההעברה הנגדית בעבודה הטיפולית. תיאור המקרה של גרטה, שנולדה עם מחלה נדירה שמקורה לא ידוע, הפוגעת בהתפתחות כלי הדם, אזורי עור רכים, ובעצמות. הסימפטומים כוללים בהרות בעור, גדילה מוגזמת או עיוות של הפנים, הידיים והרגלים. כל חולה יראה סימנים אחרים ומידת פגיעה שונה. אצל גרטה יש גדילה של עצמות, רגל אחת ארוכה יותר, ופיגמנטציה משמעותית בעור. דווקא הפנים והצוואר לא נפגעו. היא עברה כמה ניתוחים שעזרו אבל לא העלימו לגמרי את המצב, אין אצלה סכנת חיים. באופן כללי היא נראית אישה נאה לבושה אופנתית ויפה, רק מבט בוחן יותר יגלה את הפגמים. בטיפול, היחסים של גרטה והוריה בהקשר למצבה הגופני לא עלו בצורה גלויה אלא התבטאו בהעברה ובהעברה הנגדית למטפל.

הפנטזיות הפרימיטיביות על גופה והאופן שהיא השליכה אותן שידרו בלבול, שבא לביטוי גם אצל המטפל דרך העברה נגדית. הבלבול היה בעיקר בעניין עד כמה זו המחלה ועד כמה זו הפנטזיה, קונפליקט בסיסי בכל מחלה שיש לה מקור גופני. אני זוכר לפחות שני מקרים של ילדים צעירים עם אותה תסמונת שגם הם הראו בלבול רב שהתבטא בקשיי למידה ניכרים וקשיים חברתיים ואת המטפלים כמתלבטים נואשות לגבי מקור הקשיים הללו. הטיפול בגרטה מראה את חשיבות ההתייחסות לפרפונטציית הגוף בתהליך הפסיכואנליטי. כשיש עיוות צורני המטפל הופך לווריסט-מציץ, וכך חוזר שוב ושוב לטראומה. הכותבת מדברת על קושי לכתוב ולתאר בעיקר מראות, הסיבה היא החוק שגרטה הכניסה לטיפול באופן לא מודע והורגש בהעברה נגדית: לראות-לא לראות. לראות עבודה היה להיות מישהו חיצוני/מבטי-האחר. המבט של האחר היה תמיד מאיים עבורה כי הוא גם חשף וגם קישר למצבי חוסר הנוכחות האימהית. המטפלת הרגישה שיש לה מיינד וגוף נפרד מגרטה אבל בהעברה נגדית המטפלת הפכה למוגבלת, לשוכחת, עיוורת שלא ראתה דברים, לא הבינה, והתקשתה להתבטא.

המטפלת הרגישה מתחזה fraud, imposter פסיכואנליטית. המאמצים של המטפלת להתמודד ולהיחלץ ממצב זה אפשרו לה להכיר את גרטה מבפנים החוצה ולהבין שיש לה חוסר ברפרזנטציה עצמית קוהסיבית. גרטה החזיקה בתמונה של מושלמות כדי להכחיש את המציאות של חוסר המושלמות הגופנית שלה. כדי להסביר זאת ריפקין מתייחסת למושג של ללמה somatic countertransference. סוג כזה של העברה נגדית מופיע אצל מטופלים שהגוף הוא הכלי שדרכו עוברת קומוניקציה לא מודעת.

אני חוזר לדולטו ולתפיסה שלה לגבי השתתפות גופו של המטפל בטיפול. כפי שצינתי כבר Bacon (2013) כותב שדולטו מתארת את יחסי הגוף לגוף body to body של הפעוט בדיאדה אם תינוק, ועל ההתפקחות של הפעוט כשההנאה מהחיבור הגופני הזה נקטעת. לאפשרות החדשה הזו הנגלית לו התינוק מתוודע דרך הקטיעה המסרסת שבהכרה בנפרדות שלו. לגילוי היכולת לאסוף את עצמו כשלם נפרד היא קוראת 'פירות הסירוס' Fruits of castration. לפי דולטו, יחסינו עם האחר, מראשית החיים, הם בבסיסם יחסי גוף לגוף. באופן דומה, היא מתארת את המתרחש בטיפול ואת השימוש שעושה המטופל בגופו של המטפל. לגבי השימוש בגופו של המטפל לדעתה לא צריך לומר The treatment of the body of the analyst אלא צריך לומר למעשה: The treatment of the image of the body of the analyst. במובן זה מעבר לדימוי הגוף של המטופל עצמו יש אצלו התייחסות גם לדימוי הגוף של המטפל<sup>10</sup>.

אצל דולטו הכוונה היא לאינטימיות הנוצרת בחדר הטיפול בין שתי ישויות גופניות, למעשה של הדימוי הגופני הלא מודע של שני האובייקטים. הגוף של המטפל הוא אחד מאותם מקומות שההעברה מתגבשת בו. כדוגמה היא מציננת את תחושת הגוף של המטפל אל מול מטופל פסיכוטי או גם בעבודה עם ילדים מסוימים, ואומרת שאנו מרגישים לפעמים בהעברה כאילו נלקח מאתנו חלק מהגוף שלנו. המטפל נבהל וכתגובה לבהלה שלו, הוא מתייג את המטופל כלא שפוי וכזה שהוא לא בר שיח אמתי, וזו לדעתה טעות טיפולית. למעשה צריך להבין שזו הערגה של המטופל לתקשר. דולטו טוענת שהגוף של המטפל מוטען באותה רצפטיביות receptive capacity כמו השפה המילולית שבראשיתה זרה לפעוט (Dolto & Nasio, 1987). המטופל רוצה לתקשר, יש לו דחף לתקשר, להיות נשמע ולקבל הכרה, ועל המטפל לעבור את מבחן הסירוס ולממש את פירותיו הסימבוליים על ידי אלבורציה של הדרישה של המטופל לשפת הסדר הסימבולי. המטפל פועל כך בשירות ההתפתחות והגדילה. עבור דולטו זו אינה אבסטרקציה אלא כמו ביחסי אם תינוק יש כאן גילום גופני embodied, התנסות גופנית של המטפל שגופו משמש אתר מרכזי עבור המטופל לעבד חוויות ראשוניות אלו. בספרה Limage Inconsciente du Corps (1984) כותבת דולטו על הסכמה הגופנית כמובחנת מהדימוי הגופני, כדי להמחיש את תפיסתה היא מביאה דוגמה של ילד עם מוגבלות גופנית ברגליים שמדמיין וחולם את עצמו כבעל גוף שלם, רץ ומשתולל דבר שבמציאות כלל לא אפשרי לו, וטוענת שזה לא מתכחש או מנוגד לתפיסת גוף בריאה למרות דימוי הגוף הפגוע<sup>11</sup>. לא פעם שמעתי הורים מודאגים שמספרים שהילד או הילדה שלהם מתארים שהם חלמו או דמינו את עצמם עושים מה שבמציאות לא אפשרי, חושפים כך את ההורים לראות את הפער, את הפגיעה הגופנית, את הלכות שהם היו כל כך רוצים שלא תהיה.

<sup>10</sup> לגבי מאפייני דימוי הגוף כותב שילדר (1935) דימוי הגוף נשען על שלושה בסיסים: על מצבים פיזיולוגיים, מאפיינים ליבידינאליים והשתמעויות סוציולוגיות. כלומר מחלות, פגמים גופניים, כמו גם אינטראקציות בינאישיות משפיעות ומעצבות את דימוי הגוף. דוגמאות בולטות ששילדר מביא הם למשל היסטריה שבא חלקים שלמים של הגוף כמו מנותקים, אבל זה יכול להתרחש גם כתוצאה מפגם פיזיולוגי או נוירולוגי ממש.

מילנר (1960) מדברת על קשב גופני או התרכזות גופנית של המטפל. זה יכול להיות מוסבר כמודעות ישירה לגוף-עצמי, זו הפרזנטציה הגופנית (במובחן מרפרזנטציה גופנית, דימוי גוף) שהופכת להיות בקדמת הבמה בהקשבה ולא נשאת מאחור כרקע/קרקע פרה מודע. קשב כזה שונה מקשב free floating היות וקשב זה איננו סתם הרהור באוויר אלא מעוגן בגופני ממש- במודעות גופנית, שאינו מחפש כלל אינטרפרטציה נכונה, למעשה לא מחפש רעיונות כלל, למרות שפירוש יכול להיות פועל יוצא ממצב כזה. ההסבר האפשרי הוא שמטופלים שמייצרים בטיפול מצב כזה הם כאלו שלא מצליחים לעשות שימוש יצירתי באיחוד עם המטפל, שזהו שלב הכרחי בדרך ליצירת סימבולים, עליהם להשיג קודם מודעות אינטואיטיבית של אימא לא חרדה מעוגנת בגוף, אם שמלווה בתקשורת נעימה. אנחנו נוסיף לכך את ההבנה שאצל אדם עם מוגבלות גופנית הקשב הגופני שלו צריך להיות לגופו של המטופל אבל גם לזה של עצמו, היות ומסרים אלו הרבה פעמים מועברים כתחושות גופניות.

### לסיכום

התחלנו את המאמר בתיאור התלבטויותיו של המטפל לגבי המראה שלו ומה ראוי לו ללבוש או לסמן ולקעקע בגופו. נושא הקעקועים, והפירסינג וריבוי הניתוחים האסתטיים הוא מציאות נוכחת מאוד בימינו וראוי לנסות ולהבין תופעה מעניינת זו. היחס למוגבלות גופנית מתקיים במקביל ובתוך כך מתגברת התנועה של אנשים עם מוגבלות לפעול בעצמם ולהשפיע על התייחסות זו.

כמטופלים וכבני אדם יש גם לנו מחשבות ותחושות לגבי השינויים הגופניים שלנו, במפגש עם אנשים עם מוגבלות נראה שמחשבות ותחושות אלו מועצמות.

התמקדנו במאמר במתרחש בטיפול, באופן כללי יותר בנוכחות הגופני בטיפול ובמורכבות הנוספת המתעוררת כשזהו גופו של אדם עם מוגבלות. גופו של המטופל וגם זה של המטפל משתתפים בשיח הטיפולי, בחדר מתרחשת מעין אינדוקציה גופנית שהרבה פעמים היא כלל לא מודעת. אין זה נכון לחשוב שצריך להסיר את 'מכשלת הגוף' הזו. אצל אנשים עם מוגבלות זהו חלק קונקרטי שהאדם נושא עמו לכל מקום. יחד עם זאת לא צריך לתת לו להפוך לחזות הכול, אדם עם נכות יכול לחיות חיים מלאים ושלמים לא פחות מאדם שלם גופנית.

### מקורות

גילמן, ס. (2016). הגוף היהודי ואיברים בולטים אחרים, מבחר מאמרים, הוצאת רסלינג.

הדר, ב. (1997) הגישה הטיפולית לגוף: מה בין פסיכואנליזה לבין טיפול בתנועה ואנליזה ביו אנרגטית. שיחות י"א.

קריסטבה, ג. (1987) שמש שחורה, דיכאון ומלנכוליה, הוצאת רסלינג, ליבידו, תורגם 2006.

Aron, L. & Anderson, F.S. eds. (1998) Relational perspectives on the body. Hillsdale, N.J The Analytic Press.



Bacon, R. (2013). Listening to Voices, Hearing a Person: Françoise Dolto and the Language of the Subject. *Brit. J. Psychother.*, 29(4): 519-531.

Bliss, S. (1994) Perfection or preconception- some thoughts on reactions to disability in the therapist. *British J. of Psychotherapy*, 11(1); 115-119.

Bollas, C. (1987). *The Shadow of the object: psychoanalysis and the untaught known*. Free Associations, London.

Cenovese, C. (2010): The basic mental organization Eugenio Gaddini: full circle from Freud to Winnicott and back to Freud. *Italian Psychoanalytic Annual*. 4: 163-176.

Coen, S.J. (1986). The Sense of Defect. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 34: 47-67.

Dolto, F. (1984). *Limage inconsciente du corps*. Editions du seuil. Paris.

Freud, S. (1909). Notes Upon a Case of Obsessional Neurosis. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume X (1909): Two Case Histories ('Little Hans' and the 'Rat Man')*, 151-318

Eigen, M. (1993) review of *The primitive edge of experience* by Thomas Ogden. *Psychoanalytic Review*, 80: 657-659.

Freud, S. (1923). The Ego and the Id. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIX (1923-1925): The Ego and the Id and Other Works*, 1-66

Gilman, S. (2018) *Stand up straight! a history of posture*. Reaction Books, London.

Gubb, K. (2014). Craving Interpretation: A Case of Somatic Countertransference. *Brit. J. Psychotherapy.*, 30(1): 51-67.

Hagg, G. (1993). Fear of Fusion and Projective Identification in Autistic Children. *Psychoanalytic Inquiry*, 13(1): 63-84

Haag, G. (2000): In the footsteps of Frances Tustin: farther reflection on the construction of the Body- Ego. *Int.J. of Infant Observation*, 3: 18p.

Knafo, D. (2009). Castration and medusa: Orlan's art on the cutting edge. *Studies in Gender and Sexuality*, 10(3): 142-158

Lemma, A. (2015) *Minding the body, The body in psychoanalysis and beyond*. Routledge, London & New York.

Lombardi.R.(2002) Primitive mental states and the body; a personal view of A.B.Ferrari's concrete original object. *I.J.P* 83: 363-381.

Lombardi,K.L.(2006)When body meets body: a neo Kleinian view of language and bodily experience. *Psychoanalytic Review*, 93: 379-390.

Lombardi.R.(2009) Body, Affect, Thought: Reflections on the work of Matte Blanco and Ferrari. *Psychoanalytic Quarterly*, 78: 123-160.

McDugall, J. (1989) *Theatres of the Body: A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness*. Free Association Books.

Meltzer, D. (1973). On the Apprehension of Beauty. *Contemp. Psychoanal.*, 9: 224-229

Milner,M. (1987) The concentration on the body, in *The Suppressed Madness of Sane Men: Forty-four Years of Exploring Psychoanalysis*. New Library of Psychoanalysis, 3: 1-297. London and New York: Tavistock Pub. New Library of Psychoanalysis.

Ogden, T.H. (1989). On the Concept of an Autistic-Contiguous Position. *Int. J. Psycho-Anal.*, 70: 127-140.

Ogden, T.H. (to be published) Fear of breakdown and the unlived life.

Raphael-Leff, J. (2004). Unconscious transmissions between patient and pregnant analyst. *Studies in Gender and Sexuality*, 5(1): 317-330.

Resnik, S. (1985). The Psychotic Crisis. *Brit. J. Psychother.*, 2(1): 5-19.

Rifkin(2016) Plight of the imposter: the embodied transference and counter transference in the analysis of a woman with a congenital deformity.

Toronto, E.L. (1999). The Application of Therapists' Maternal Capacity in Pre representational Body-Based Transference and Countertransference. *Psychoanalytic Social Work*, 6(2): 37-59

Winnicott, D.W. (1970) On the basis of the self in the body in *Psychoanalytic Explorations* 37: 261-283.

Schilder, R. (1935) *The image and appearance of the human body*. Kegan Paul. London.

Wrye, H.K. (2006). Deconstructing the Unconscious Saboteur: Composing a Life with Ambition and Desire. *Int. Forum Psychoanal.*, 15(2): 70-80.