

# פסיכזזה אורדינארית

## אריק לוראן

אני מודה ל Leonardo Gorostiza עבור הפרזנטציה שלו, אשר לקחה אותנו לנקודה בהתערבותו של ז'אק אלן מילר שכינתה את העבודה של הסקציות הקליניות ב 1998 "פסיכזזה אורדינארית".

החידוש הזה, לקרוא לכך "פסיכזזה אורדינארית" מהווה ציון דרך בעבודה שהחלה עוד הרבה לפני שלושת השיחים של Angers, Arcachon & Antibes. היא החלה קודם להתפרקות של ה Ecole Freudienne de Paris. היא החלה בסקציות הקליניות על בסיס האוריינטציה אשר התבססה לאחר קאראקס, אשר בה הוצג לאקאן האחר, לאקאן של האובייקט a – שם התחלנו תוכנית עבודה בתוך הסקציות הקליניות בקריאה של פסיכזזה, הקליניקה של הפסיכוזות, לא רק על בסיס המסמן אלא על הבסיס של הזוג הסדור S<sub>1</sub>-a.

הניסיון הראשון לחשוב מחדש את הקליניקה היה הקריאה של שרבר, של ה On a **Question Prior to Any Possible Treatment of Psychosis** עם האובייקט a.

דבר זה התחיל תוכנית עבודה אשר התבססה על חשיבה על המסמן בהשפעה שלו באפקט של דיסיונקציה (disjunction). עם המסמן אנחנו משיגים ריבוד של דיסיונקציות, סדרות של דיסיונקציות

הפונקציה הדיפרנציאלית של המסמן של "שם האב", בין אם היא נמצאת שם או שלא, בין אם אנו פועלים תחת המשטר של ההדחקה או של הדחייה, זה מרמז בבהירות על קטגוריות נפרדות, כמעט כמו עץ של דיסיונקציות.

כשלוקחים בחשבון את ה הזוג הסדור S<sub>1</sub> – a, ניתן לקבל במקום של שם האב, ריבוי של התפקודים של מסמני אדון אשר מאפשר לסובייקט לתפקד ללא התמיכה של הדיסקורס הממוסד, ואז עם האובייקט a, משטר לא של דיסיונקציה אלא באמצעות משלים.

על הבסיס הזה של ארגון מחדש בחנו ראשית את ה"פסיכוזות הגדולות" – בעיקר את הפסיכוזות האקסטראורדינאריות – את הקטגוריות הממוסדות של הפרנויה, סכיזופרניה, מלנכוליה ומאניה - דבר זה הניב שורה של מחקרים. אבל אז היה עלינו להתעמת עם ההקשר של הפסיכואנליזה של שנות התשעים, העידן שבו התנועה האנליטית מתאפיינת בהצלחה בהגדרת "מצבי הבורדרליין". המוביל המרכזי של "מצבי הבורדרליין" בכל התחום היה אוטו קרנברג (Otto Kernberg).

קרנברג פיתח קליניקה שלא נשענה על אי הרציפויות שנוצרות מהתפלגות הסימפטום, אלא על פירוש מחדש של מנגנוני ההגנה של האגו, בהמשך לאנה פרויד, ותחת זאת החשיב כ"הפרעות של האישיות". עם האמצעי הזה של הפרעות האישיות קרנברג התחיל לבנות קליניקה אשר אינה מבוססת על הסימפטומטולוגיה אלא על איזון הדינאמי בין התהליכים הניירוטיים והפסיכויטיים תוך חיפוש של איזון זה במצבי הבורדרליין, כאשר הפריד בין האישיות הבורדרליין לבין הפסיכוזות בתור שכאלה.

עם עליית הקליניקה של ה DSM בשנות התשעים, עליית הקליניקה של הסימפטומים, הקליניקה של הדה קונסטרוקציה של הקטגוריות הקלאסיות, ביקש קרנברג לחדש את הקליניקה ולשמר את הציר 2, AXIS, בתוך המערכת החדשה שהתמקדה בהפרעות האישיות. לכן, היה זה פרויקט בעל חשיבות, כי נשא ונתן על מקום בעבור הפסיכואנליזה עם הקליניקה הביולוגית, ובנה תפיסה חדשה של הפסיכואנליזה. דבר זה ייסד תוכנית מחקר בעלת משקל רב.

לאור זאת, היה עלינו לקבוע האם פרויקט זה תקף או לא. עבורנו השגיאה של כל הפרויקט הזה הייתה בכך שהתרכז, פעם נוספת, במנגנוני ההגנה בפרוצדורות ההגנה של האגו – אמנם עם ניסיון לחדש ולפרק מחדש אבל בסופו של דבר, אותו הציר שלאקאן התנגד לו ב 1960.

הייתה לנו כאן ורסיה חדשה עם מה שלאקאן נאלץ להתמודד בעבר, גרסה חדשה של תופעה שהיה עלינו להפריד את עצמנו ממנה ולהציע אוריינטציה ביחס לקליניקה זו, שהייתה לה אפקטיביות מסוימת. זו הייתה הקריאה של ז'אק אלן מילר, כאשר הציע את הזוג הסדור S1-a (ordered pair), כלומר, לומר שאין מסמן ללא האספקט של ההתענגות. באותו אופן שבפיזיקה, במכניקת הקוואנטים, יש תמיד שני מרכיבים לתופעה. ב"מכניקה" שלנו האספקט של המסמן והאספקט של ההתענגות הם תמיד במשחק.

זוהי הדרך בה נוסד לראשונה העניין בתפקוד של *S1 all – alone*, לא כ- זוג הסדור אלא יותר בכיוון של *S1 all alone*, בחתך מ S2. לדבר זה היה אפקט שנתן לגשת אל הקליניקה של הפסיכוזות באופן כללי בדרך שאפשרה לגשת אל תופעות שהציגו את עצמן כפסיכוזות ומנקודת מבט של הקליניקות נחשבו לפסיכוזות מתונות או מוחלשות או לפסיכוזות בעלות מנגנוני הגנה ניירוטיים או ניוורוזות שכוללות תופעות פסיכויטיות וכו'.

כל הבלבול שהופיע בגישה זו, ההצגה הזו של קליניקה חדשה מחוץ לקטגוריות המסודרות ולפרספקטיבות הברורות ייצגו אזור של קושי.

האמצעי שלנו בארגון מחדש של הקליניקה ובייצוג פרספקטיבה לקאניאנית בקשר לכך היה - *S1 all alone*, כאמצעי לחקור את התופעות האלמנטריות ואת היחסים של הסובייקט עם

המגננים המשלימים שלהם. כמו כן, למדנו גם תופעה שמופיעה כתשליל, כפסיכודה שלא התפרצה.

השינוי היה בכך שהפסקנו להתייחס אליה כאילו הייתה נירוזזה עד הרגע של ההתפרצות, כאילו יכולנו לעבור למרחב סובייקטיבי אחר ברגע שהתרחשה ההתפרצות.

תוכנית זו הגיעה לשיאה ב 1998 עם הרעיון של הפסיכודה האורדינארית, אשר שויימה בדרך מפתיעה ואשר במציאות הייתה וממשיכה להיות תוכנית מחקר יותר מאשר קטגוריה דיאגנוסטית או סימפטומטית – כפי שהיינו אומרים מתוך הפרספקטיבה של הסיווג של Linnean, לאחר Linnaeus הנטורליסטי.

דבר זה הנו מעניין במיוחד, היות והיום עלינו להתמיד בתוכניות המחקר שלנו באופן נרחב יותר בעודנו מצפים כי הקטגוריות של "הפרעות אישיות" יעלמו תוך חמש שנים בעקבות הפרסום של DSM - 5.

הפסיכיאטריה הביולוגית מניחה ששארית זו, אשר האוניברסיטאות עם הכיוון של ה- IPA ואלו עם הכיוון הביולוגי דנו עליה בסוף שנות השמונים הנה מיושנת. זה מה שמכיל הספר אשר נקרא: " A Research Agenda for DSM - 5 " שהביא לתשומת ליבי על ידי העמית שלנו Juan Pablo Luchelli, פרופסור בשוויץ, ואשר מעיד על ההחלטה לסלק את הממד הזה.

לכן הקולגות שלנו מה- IPA יצטרפו לגשת לקליניקה הזו ללא התמיכה של שיח ממוסד על בסיס "הפרעות האישיות". יהיה מעניין לראות מה יתפתח מכך. נצטרך לעקוב אחר המאמץ שלהם, מאמץ של פיוט שיצטרפו לעשות.

מצד שני, בימים אלו, עלינו להתעמת עם התופעה של רישום מאסיבי של מרשמי תרופות, יוצא כי כאשר יש לסובייקט סימפטומים שאינם מאוד מובחנים, נרשמות לו חמש תרופות מרכזיות: תרופה אנטי פסיכוטית, אנטי דיכאונית, ממריצים, רגולטורים / מסדירים למצב הרוח, תרופה היפנוטית.

יש ברשותי את המספרים, אינני מתכוון לשעמם אתכם עמם, אבל המחקרים העדכניים מעידים כי נתינת המרשמים הנה מאסיבית.

מחקר זה דן בפציינטים, עם הקושי להשיג את אותם מקרים ללא דופי אשר מאפשרים את שימור החלום על הקשר בין תרופה ואפקט רגשי אידיאלי. ככה זה עובד באופן אידיאלי, אולם כאשר המקרים אינם מגיבים לאידיאל, אזי באוניברסיטאות מסוימות ישנו קונפליקט בין פקולטות שמשמעותו שפציינטים עוברים מקומה לקומה על פי חלוקת הכוח, או לפי מי שנושא את האגלמה ברגע נתון, ונדמה כי מחזיק את העתיד בידי. אולם הנקודה היא

שכאשר המקרה אינו מתאים בדיוק "לקופסאות הקטנות" אז ישנו שימוש נרחב במרשמי תרופות.

כעת עלינו למצוא את האוריינטציה של עצמנו בתוך הפרספקטיבות הללו, כשאר אנו משתמשים בתוכנית המחקר שלנו שאינה מתבססת על הקטגוריות הללו, בין אם הקטגוריות של 'הפרעות אישיות' או אלו של הביולוגיה, כאשר ישנה השערה כי הפרעה ביולוגית נמנית בין הפתולוגיות.

עלינו להשתמש בתוכנית כצורה של מחקר אמפירי וקליני כדי לשמור על קשר עד כה עם התזוזות של האטמוספירה הקלינית, או השיח הקליני, על מנת שנהיה כלולים בשיח הקליני הזה אשר מוזז ממקומו.

בראש ובראשונה ישנו הרעיון של תוכנית מחקר במרחב קליני אשר מוגדר על בסיס רעיון של אבחנה בין שתי קטגוריות "על": נירוזזה ופסיכוזזה - אם אנו מניחים כי שני קטבים אלו, אכן קיימים - או שהרעיון הוא של עיוות בין שתי התצורות הגדולות הללו אשר ניתן לחקוק אותם בקואורדינטות מבניות או בתצורות טופולוגיות של קשרים.

סידור זה מאפשר לנו לחשוב במונחים של הפרעות טופולוגיות ממצב אחד למשנהו, או קרעים שמשמעותם שהקשר אינו רשום באותו אופן, אשר מיתיר את ההתפלגות של תופעות כגון עכבות, סימפטומים וחרדות. אולם היא גם מייצרת עיוותים, למשל האופן שבו הסמלי והסימפטום נקשרים, כי הרי ישנם מגוון דרכים לחיבור ביניהם. דבר זה מייצר תוצאות קליניות.

העובדה, למשל, שסובייקטים מנכסים לעצמם מסמן אדון של תקופתנו למשל המסמן "דיכאון", אשר יכול להכיל ספקטרום פתולוגי רחב, אך גם מהווה מסמן אשר הסובייקט יכול לזהות את עצמו עמו. דבר זה יכול לסייע לנו בהגעה לנקודה אשר בה באמצעות המסמן "פסיכוזזה אורדינארית" סובייקט שלא יזהה את עצמו כל כך עם מי שיכול להגיע למפגש עם פסיכואנליטיקאי יאמר מתישהו: "יש לי פסיכוזזה אורדינארית, אני עובר דרך של תיקון קשה". הפסיכוזזה האורדינארית מטרידה אותי".

יש משהו במושג הזה "פסיכוזזה אורדינארית" שמשמר את המושג "פסיכוזזה" (שמקורו במאה התשיעית) עם המושג "אורדינארי", אשר מכיל משהו מן הסדר של הפילוסופיה של "השפה האורדינארית". משהו שנוכל לומר כי הוא יותר מהמאה ה-20. ועם זה, אומר כי אנחנו מנסים ליצור מסמן עבור המאה ה-21.

נצטרך לראות האם בעזרת המסמן הזה נוכל לא רק להבנות עבורנו תוכנית מחקר אלא לעזור לסובייקטים להשתמש במסמן זה, להפוך זאת לאמצעי אשר בו יוכלו להגדיר את עצמם ללא התמיכה בשיח ממוסד אלא בתמיכה של תוכנית מחקר.

הביקורת על הגישה לכל המשלב של הפסיכוזות על בסיס של "הפרעות האישיות" או על בסיס הפרספקטיבה של הנרקסיזם צריכה להביא בחשבון את העובדה שההצלחה של המונח דכאון מבוססת על גישה נרקסיסטית לכל הפתולוגיות. בשל כך, לדוגמא, לימודי הסוציולוגיה על האינדיבידואליזם של ההמונים, תופסים את הפתולוגיה הדיכאונית, כמשהו ממש נורמלי, טבעי בכנותה אותו "עייפות מעצמו" – "tiredness of oneself". זו הייתה נוסחה שיש לה הצלחה מסוימת כי היא 'caught hold of something' – תפסה משהו. אך זה מוביל לנטייה של הסוציולוגים, על בסיס ההשערות המוקדמות של המתודולוגיה שלהם, להעריך הערכת יתר את "tiredness of oneself", או להניח כי זה דבר אשר ניתן למדוד אותו, משהו שניתן לבדד אותו אצל הפרטים.

אולם, הרבה יותר קשה להם להביא בחשבון את האפקטים של חוסר העקביות באחר, באחר הגדול. לא חוסר העקביות בדעות של האחר הקטן, אלא חוסר העקביות הבסיסית של האחר הגדול השסוע. התוצאות שיש לכך על התפקוד של התרבות שבה התמיכה בשיחים ממוסדים (ורק במעטים מהשיחים יש עקביות) תלויה באופן שבו כל סובייקט עושה נרמה מההמצאות שלו, מצליח לרשום את המצאותיו בקשירה (knotting), של כפתור, מצליח לרשום את מה שמשמש כמסמן אדון בעבורו, בתוך מערכת הערכים של רישום של קשירה נורמאלית בתקופה שבה האחר הגדול איננו קיים.

תוכנית המחקר הניגשת לקליניקה על הבסיס של הפסיכוזה האורדינארית מנסה לייסד פרגמטיות מסוימת, מקרה – מקרה, על האופן שבו הסובייקט קושר את שלושת עקביות (consistencies) של הממשי, הסמלי והדמיוני. איך הסובייקט מפרש את אירועי הגוף בהם הוא נתקל? איך הוא ממקם את בריחת המשמעות? איך הוא מתמודד עם הפיזור של הדמיוני בביתור היסודי? איך הוא מנסה להשתמש בנורמות פחות או יותר ממוסדות בכדי לתמוך בעצמו בבניה של דבר מה? הדיון על כל הללו הנו קריטי בהכוננת הריפוי.

בועידת אנטיב עבדנו עם שלוש הקטגוריות הבאות :

Neo-conversion, neo-triggering, neo-transference. Neo-conversion כלל הליכה ממה שהיה הניגוד בין קונברסיה היסטורית והיפוכונדריה, לרעיון, תפיסה כללית יותר, של אירועי הגוף, כדי להביא בחשבון את אשר מתרחש באזור הקליני אשר מעניין אותנו. איך סובייקט מתייחס לגוף אשר אינו מצויד בסימפטום אשר מתרכז באהבת האב.

התפרצות מסוג חדש--ניו-התפרצות, השאלה כאן הייתה איך לשמר באותה עת את התופעות הברורות של ההתפרצות, ואלו אשר היו פחות מוגדרות ואשר קשה יותר להבנות מעין רציפות עבורן, בהינתן, למראית העין, שכך היו מאז ומעולם איך אפשר להביא בחשבון

את שתי הפרספקטיבות הללו בו זמנית? כאן היה לנו את המושג התנתקות אשר איפשר לנו לחשוב על תופעות שלא ניתן בדיוק לכנותן התפרצויות אלא יותר כשינויים, היכן אנחנו לא מתמודדים עם תופעות של קריסה מלוות כמעט במידיות בדלזיות, כפי שקורה בפסיכוזות אקוטיות היכן שזה ברור כשמים כחולים וצלולים, מיום אחד למשנהו, שיש לנו שבר והבנייה של משהו לחלוטין בלתי צפוי. בעוד שתופעות כמו התנתקות יכולות בו זמנית לשמר ולהיות תואמות לפרספקטיבה של רציפות ולפרספקטיבות מסוימות של העדר רציפות.

ב neo-transference הדבר שהיה חיוני הוא כיצד לפרש את הקשר הפרטיקולרי אשר מאפשר לנו "לארגן" את הכוונת הריפוי, כי במקרה האחרון זה מה שמונח על כף המאזניים.

עם סובייקט אשר מגיע אלינו עם דלזיה גדולה הכוונת הריפוי מערבת רצון להימנע מהדלזיה כזו.

המודל היה שרבר, בהתחלה היו לנו מיליונים של "examined souls" [מונח של שרבר: *Gepreufte Seele* נשמות במבחן שעדיין לא הגיעו להיות מטוהרות] ועם האבולוציה של הדלזיה, המיליונים הללו, ירדו למספר מוגבל, למבנה סביר וברור אשר נוטה לחזור על עצמו ואשר ממקם את הסובייקט ביחסים שנוכל לכנותם אסימפטוטיים (asymptotic) במפגש עם האחר שלו. וזה נותן לנו כיוון.

אבל כאשר אין לנו הבנייה חשובה כמו זו, מה אז? זה מה שממש ניסיתי לבחון מחדש במאמר שלי על הפירוש של הפסיכוזת. הרעיון היה להתמקד באירועי הגוף כרגעים של "קשירה", הנקודה שבה המוצקויות/ה consistencies של ה-RSI יוכלו להקשר (knotted) יחדיו עבור הסובייקט. עלינו לבחון את התופעה ואת הדרך המעשית שבה הסובייקט מתמודד עם ההופעה של משהו חסר תקדים, של דבר מה שמופיע בגופו ואשר לא ניתן לפרש אותו בשיח הקיים, ולקחת זאת לא כאפשרות של הבניה של דלזיה אלא של קשירה (knotting).

במובן הזה הכוונת הריפוי מתבססת בהעדפה של הכפתור, הפיסוק, החתך בכדי להימנע מהבנייה של דלזיה, כדי שהסובייקט יוכל לשמר את עצמו ברמה של התופעות הללו אשר מופיעות כפרגמנטים מהממשי, מבלי הצורך לפלוט אותו מהשיח השגור, השפה שכיחה, מבלי כל צורך להבניה של מבנים דלזיונרליים ענקיים אשר מפרידים את הסובייקט מהשיח הרגיל ואשר יאפשרו לו להבריא רק לאחר מסלול ארוך. כפי שפריד טען, הדלזיה היא "ריפוי" בפסיכוזות האקסטרואדינריות, היכן שיש מבנים רבי רושם אשר תובעים מהסובייקט לפרט מסלול אשר יכול לקחת שנים ולעיתים עשרות שנים. בעוד שאם נוכל להימנע מאותה הבנייה על ידי כך שנפסק את הרגעים הללו, את ההתפרצויות האניגמטיות של הממשי, נוכל לחסוך לסובייקט כמויות רבות של עבודה. זוהי האוריינטציה על בסיס הפסיכוזת

האורדינארית אשר מובילה אותנו לחקור ולהביא בחשבון כיצד ניתן להשיג את האפקטים הללו וכיצד לשמר אותם.

המחקר הזה עתיד להמשך בקונטקסט החדש אותו תיארתי, אשר ניתן לכנותו, שיח של הקליניקה באופן כללי ללא המושג של "הפרעות אישיות". לכך יש תוצאות רבות. יהיו לכך תוצאות למשל על הקנאים לגבי ההערכה, כולל אלו בתוך ה IPA, המסורים לתוכניות אומדן מתוככמים על פי הקריטריונים הפסיכואנליטיים. המייצג מבריק ביותר של האוריינטציה הזו הנו Drew Weston, אשר לאחרונה שלח דוא"ל לאנשים של ההכוונה שלו בו הוא טוען שזה בלתי אפשרי כעת לעניין מישהו מתוך ה NIMH (the National institute of Mental Health) לממן תוכנית הערכה של היעילות של תוכניות טיפול ארוכות טווח. לדבריו כעת אין אפילו את המימון הנדרש למחקר של טיפולי קצרי מועד, והמימון מקרנות ממשלתיות אינו אפשרי.

לכן הוא מביא בחשבון כי הפתרון היחידי הוא שהפסיכואנליזה תתחיל להקים קרנות למימון מחקר כזה. הוא סיכם את דוא"ל שלו באומרו כי המשימה היחידה של האגודה הפסיכואנליטית ברחבי העולם הנה לגייס משאבים אלה כדי לממן מחקרים לטווח ארוך כי אחרת ב-2030 לא ישאר חבר אחד בחברה הפסיכואנליטית.

ובכן התוכנית שלנו היא בדיוק ההיפך. בהקשר זה, היא כוללת דחיה של אומדן באופן החלטי והסבר מדוע האומדן הוא גישה לחלוטין שגויה אשר על לנו לשאת ולתת איתה. עלינו לגנות את הפרספקטיבה הזו בשל מה שהיא – צורה של ניהול של חברות המתפתחות אשר הומצאה על ידי החרדה של שיח האדון האובד עצות, ואשר נמצאת תחת ההשפעה והפיתוי של מדע מזויף.

אולם זוהי פרספקטיבה אשר לא תמשך. ב 2030 המעריכים, מספקי אומדנים, יהיו אלו אשר יישארו ללא חברים, ולא החברה האנליטית. עוד נראה, אבל זאת היא התשובה שלנו.

ההערכות יישארו לזמן מה, ואז החזרה של האפקטים של הממשי תהיה כזו כך שהפרספקטיבה הזו תחשוף את טבעה האמיתי: חלום, חלום מדעי אשר הופיע בתחילת המאה ה 21 ואשר אז, עם הקטסטרופות שיוצרו, יתגלה בבירור העדר יכולתו להתמודד עם הממשי שעל הפרק.

אנחנו יכולים למנות מגוון של דברים אשר נובעים מבעיות סימפטומטיות, כסימפטומים של העדר היכולת של החלום המדעי לענות על שאלות אלו.

כל זה כאמור, ברמה של האחר, ברמה של חוסר העקביות של האחר.

אולם זה גם במישור של הקליניקה, של האחד אחד, שהחלומות הללו להשיג חלוקה של פתולוגיות והגישה המפותחת על בסיס של שיח של אומדן, יצמיחו קונפליקטים, מצבים של אינקונסיסטנטיות, עובדות אשר נוצרות בעקבות השימוש הרב בחלוקה של קוקטיילים של תרופות, עתה גם מגיל מאוד מוקדם.

אל לנו לשכוח את הילדה הצעירה ביותר בעולם, בת השנתיים וחצי מטקסס, הסובלת מהפרעה בי פולרית, אשר אמה הצליחה, בפסק דין נגד הפסיכיאטר של הילדה, שהבת שלה תוכר כבי פולארית ולקבל עבורה תרופות באמצעות השופט, בשם זכויות האדם, כמובן. זה מסוג התופעות אשר מראות מה נגרם מהלהיטות לתרופות אנטי דיכאוניות.

אני זוכר אנתרופולוג קנדי ארגנטינאי אשר היגר לקנדה ועשה את ההתמחות שלו בארגנטינה ב- Borda Hospital וביצע מחקר וסיכם כי הלקאניאניים נוטים לאבחן מטופלים יותר כפסיכוטיים מאשר כדיכאוניים, לכן רושמים יותר תרופות אנטי פסיכוטיות מאשר אנטי דכאוניות, מייצרים יותר שיתוק ודיסקינזיות, כלומר שמים את הסובייקטים בסיכון, ולא רושמים לו תרופות אנטי דיכאוניות עם פחות תופעות ללואי.

ואולם שנה מאוחר יותר, התחילו להופיע המחקרים נגד התרופות האנטי דיכאוניות. בהם ניתן לראות את הרשימה על מספרי ההתאבדויות שיצרו התרופות האנטי דכאוניות, אפקטים של דה-אינהיביציה אשר הובילו למעברים לאקט. כך שכעת כותבים על קופסאות התרופות האנטי דיכאוניות "אזהרה, תרופה זו עלולה לגרום להתאבדות".

בדרך זו אנו יכולים לראות כיצד האגדה המדעית של מציאת האושר, או יותר מכך, מציאת הדרך הטובה ביותר להתמודד עם הממשי באמצעות ההתמכות (מלשון נתמך) בחלום המדעי, אנו רואים כיצד זה מתנגש עם סדרה שלמה של דברים. כאשר האוריינטציה שלנו בעידן חדש זה היא בדיוק להמשיך עם הפרספקטיבה הזו של תוכנית המחקר כיצד להמשיך עם הפרספקטיבה הזו של הפונקציה של S1 all - alone ואיך – ללא התמיכה של הפירוש של ה- S2 אשר כיוונה את הטיפול בפירוש קודם לפרספקטיבה זו – כיצד נוכל לכוון את עצמנו כעת בשדה משתנה, שמחדש את עצמו ומפלג את עצמו מחדש. זהו שדה המחקר שאנחנו נוהרים/רודפים אחריו כעת.

### **תשובות לשאלות**

מהן ההשלכות המעשיות בהכוונת הטיפול? מה שלדעתי עלינו להימנע ממנו, מה שהיא המחלה הבסיסית בחוגים שלנו, היא נפילה למלכודת של עצמנו, של הבניית דלזיה תיאורטית משלנו שאין לה כל אחיזה במשהו פרגמטי. אנו יודעים טוב מאד כיצד לעשות זאת, לסובב את המסמנים כך שיתארו עולם אידאלי מבלי שיהיה אפשרי, בכל רגע נתון, כדי לקבוע מה בדיוק יהיו ההשלכות להכוונת הטיפול.



אפקטיבית, מה שנאמר הוא מכריע: ארגונה מחדש של הקליניקה של הפסיכוזות, בהכוונת הוראתו המאוחרת של לאקאן, כפי שאמר ז'אק-אלן מילר, מרמז על חשיבה מחודשת בנוגע לפרספקטיבה של נירוזזה מבוססת פסיכזזה ולא של פסיכזזה מבוססת נירוזזה. זה לא באותו כיוון כי אם בכיוון אחר. כך, הנירוזזה הנה מקרה פרטי של פסיכזזה מוכללת. מקרה פרטי משום שיש שם-אב מתפקד בתוך השיח הממוסד. ישנו דיון הנמשך מזה כ 3500 שנה בנוגע למה הוא שם-האב עוד מימי משה רבנו. כך יש לנו שיח עליו נסמכות הווריאציות. ההבדל/השוני הנובע מאוריינטציה זו לגבי בסיס הפסיכזזה הוא שבנירוזזה לא ניתן להציל, או לנסות להציל, את הסובייקט מהדלזיה האדיפאלית. הבעיה היא כיצד לחלץ אותו. זה נכון ששקילת הטיפול מנקודת מבטו של הסובייקט הנורוטי נוגעת לכיצד לתמן – וזה בהלימה מוחלטת עם מה שנאמר – כדי לייצר s1-ים, מבלי שיקודמו ברישום חוזר על השיח של שם האב, או לדלזיה. או, לפי נוסחתו של לאקאן בסמינר 23: הסינטום: כיצד לשחרר עצמנו מן הנצח-

כיצד לשחרר עצמנו מן הנצח, מהנצח של אהבת האב? איך ליחס את הסובייקט לקונטינגנטיות של המפגשים עם ההתענגות שסימנה ויצרה טראומה בגופו, ונשאר כחתיכות של הממשי עליהן לא ניתן להתגבר? זה יכול להוות אופק, אפילו מכשיר מעמיק ביותר להכוונת עצמנו בתוך חוויית הפס. זו האינדיקציה של הקורס של שנה זו שז'אק-אלן מילר החל לפני שבועיים עם קריאה של הטקסט האחרון של הכתבים האחרים, שהם המבוא לגרסה האנגלית של סמינר 11. זהו טקסט חשוב שז'אק-אלן בחר לשים בסוף הכתבים האחרים. הוא מתחיל את הקורס בהערה על טקסט דחוס, אניגמטי ורדיקאלי זה, ומקשר אותו למה שעניין את לאקאן באותו רגע, חוויית הפס. ואני חושב שלפרספקטיבה של ה s1 לבדו יש השלכות מעשיות לגבי העבודה עם העברה בנירוזות, תוצאת הטיפול, וגם התקרבות למה שנשאר כשארית בסיום האנליזה עם כלי המחקר שיש לנו בחוויית הפס.

עכשיו, לגבי השאלה של הפסיכזזה, ההשלכות של פסיכוזות אורדינריות וכיצד לא לאבד את מה שאנו כבר יודעים מנקודת המבט של פסיכוזות אקסטרא-אורדינריות. השאלה שעלתה הייתה כיצד להבר את שתי הפרספקטיבות. כאשר דלזיה נבנית, כאשר הסובייקט נעזר בה, האם אנו תומכים בו במלאכת בניה זו, אפילו באופן מינימאלי? האם פרספקטיבה זו תקפה או לא? שאלה זו קשורה לאספקט האחר, הפרספקטיבה הכפולה של ההפעלה/התעוררות (triggering) או הניתוק (unplugging).

אפשר לקחת את הדוגמא של ילד בן עשר שמתחיל לפתח דלזיה של רדיפה בה חבריו לכיתה בביה"ס מסתכלים עליו. זה מתחיל עם לכאורה "פוביית ביה"ס"; למעשה מתגלה כי ביציאתו מביה"ס עולה בו הרעיון כי כל המצלמות ברחוב צופות בו, מפני שהוא יודע משהו לגבי גורל הנשמות לאחר המוות, ודברים מתחילים להתפשט. אנו רואים דלזיה שנבנית,

פארפרנית או סכיזופרניה פרנואידיית אצל ילד צעיר בן עשר. מפרספקטיבה אחת אפשר לומר שהסובייקט החל את הבניה הדלזיונית שלו ואז אולי כדאי לעזור לו, להאזין למבנים שלו ולנסות לכוון אותו בבנייה זו. בדרך זו התוצאה עלולה להיות שבגיל ההתבגרות, בגיל 15-16, לסובייקט תהיה דלזיה בנויה באופן מושלם, על היתרונות והחסרונות הנלווים. כלומר, הסובייקט אשר ייצר אותה מפריד עצמו מהשיחים הממוסדים בדרך קיצונית. הוא צריך להמציא ייחוד אישי באמצעות כל המבנה הזה, שיכול להגיע לשיאו בהפיכתו לאמן שמייצר התקנה, באופן בו עושה זאת ג'וזף בויס [Joseph Beuys], או שלא. זה עומד להיות נתיב אישי/ייחודי/יחידאי (סינגולרי בקיצור).

אבל אם במקום לתמוך בו בבניה זו, אנו מנסים לבודד את התופעה הרודפנית ברמה של המבט, תוך התייחסות או הצבעה מתמדת לנקודה זו שלו, תוך השגת האפקטים של התבטאות במישור הקולות (manifestation), אנו מנסים להרתיע אותו מעקביות של הדלזיה בשלב זה של ההתפתחות. כלומר, אנו מנסים לרופף זאת ולחבר אותו לעקביות של אירועי הגוף. ראיתי כיצד מבנה הדלזיה יכול להימנע במקרים דומים רבים. בחור צעיר זה מגיע, נמצא שנתיים בתרפיה, ואז עוזב וכנראה שנראה אותו מאוחר יותר כאשר יצטרך להתעמת עם קשיי ההתבגרות. כנראה שנראה מהדורה חדשה, אך ללא מבנה הדלזיה, אשר תאפשר לסובייקט להישאר כלול פחות או יותר בסוג של נורמה, להכניס עצמו לקבוצת המוזרים בביה"ס, מקום מפגשם של כל בעלי הקווים הפרנואידיים, ובתוך תמונה כוללת זו אף אחד לא ישים לב אליו, פחות או יותר, אפילו לא הפסיכיאטרים.

אני לא יודע איך זה כאן, אך הנטייה בצרפת היא לשקול שלילדים אין הלוצינציות, אלו אינן הלוצינציות דומות לאלו של מבוגרים, הן משתנות עם הדינמיקה של הילדות. מדוע לדאוג מהן כל כך? הם לא לוקחים את זה כציר עבודה, מפני שהם מחשיבים את מתן העקביות למסוכן. ואני מבין למה, מפני שמהפרספקטיבה הקלינית שלהם הם רואים כיצד מבנה עצום זה מבודד את הסובייקט ואינו מאפשר לו שיקום החיבור מחדש. הבנאליזציה והבורות לגבי פסיכוזא ככזו מאפשר לקלינאים לשחרר עצמם מחרדה ע"י כך שאינם מתמודדים איתה כבעיה. אך בו זמנית אני חושב שעלינו, כרעיון, לתמוך ולנסות לשכנע אחרים מעבר לחוגים שלנו לגבי העניין בזיהוי קיום של ההלוצינציה, אשר ככזו אינה קיימת ב DSM.

ב DSM , בקליניקה של הילדות יש רק את הפרעות ההתפתחות המאסיביות, עם הממד האוטיסטי. אין הרבה מעבר לזה, הכל מצומצם להפרעות קשב, אשר מאפשרות לתופעות הלוצינטוריות להיות כלולות כתופעות של פיזור דמינוי. ילדים שאינם יכולים להתרכז בדבר אחד, מבטם מוסח, הם שומעים קולות, הם חשים רדופים – כל זה בעיה של קשב, של ריכוז. עלינו להימנע מגישה זו, אבל זו גם שאלה של ניסיון לשמר כמה מהם בתוך הנורמה, תוך שימוש בכך שבעולמנו נורמות הן אלסטיות דיין בשביל מישהו שקצת מוזר בשביל להתאים

לנוף הכללי. חייבים להיות קצת גמישים כאן. זו לא סתם עניין של להתלונן שיש יותר תופעות פסיכוטיות כי סובייקטים ננטשים למנגנונים של עצמם. נכון, אך הצד השני של המטבע הוא שסובייקטים אלה יכולים להיכלל בנורמות משתנות-תדיר אלה של התקופה של האחר שאינו קיים באופן כזה שהם יוכלו להרגיש באזור של שיח משותף.

בעידן בו האחר כן היה קיים, לאקאן אמר – בסוף התיזה שלו – שהטיפול בפרנואידיים היה להכניסם לכנסיה או לצבא. זו הייתה התקופה של בונואל [Buñuel], של הסרט שלו *EL*, שם אנו רואים בדיוק את זה, את הטיפול בפרנויה, של נזיר במסדר קתולי. הרעיון של בונואל נלקח ישירות מן התיזה של לאקאן. אני מניח שנזירים כאלה עדיין קיימים גם כיום, הם ממציאים עצמם מחדש, והם כנראה יוצרים מקום עבור מספר מסוים של פרנואידיים שמתפקדים שם. אך עם נורמות רופפות יותר, נוכל גם אנחנו להכניס סובייקט לתוך השיח המשותף על בסיס נורמות אכסצנטריות יותר תוך שימוש בכל זה.

אין זו שאלה של יצירת שיח במעגלים הלאקאניאנים שלנו: "האם קראת על האוריינטציה המאוחרת ביותר-, *s1* לבדו? אם אתה מבין את ה *s1* לבדו, הכל יתבהר". לא, כלום לא מתבהר, זהו רק כלי להיכנס לדיון המשותף, כדי לחשוב על תופעות שמציגות את עצמן, ועל התפלגות הממשי, אשר הינה לוחצת. אנו צריכים להיכנס לדיון משותף על כל השאלות האלה.

אני חושב שעלינו להתייחס לשאלת הדו-קוטביות (ביפולאריות) באותה דרך. דו-קוטביות היא כמו דכאון, זהו מסמן מצוין. סביר להניח שהיא מומצאת ע"י גאון שיווק. אתם יודעים למעבדות הפרמצטיות הגדולות יש מחלקות שיווק עצומות שם הם מנסים את האפקטים של מסמנים. זוהי מהות השיווק – לנסות ולקלוע עם מסמן זה או אחר הינו לטעם התקופה: קוטביות, דו-קוטביות, עולם דו-קוטבי. מאז נפילת חומת ברלין ב 1989, הפך סופו של העולם הדו-קוטבי לאופנתי. כך יש לנו היום דו-קוטביות, רב-קוטביות בכל מקום ברמת האחר הגדול. כך שכמובן שאנשים חשים דו-קוטביים. זה משהו באוויר וזה בסדר, זה אמיתי.

בצרפת, עיתונאי גדול, פרנס-אוליביה גיספר, שהזמין את ז'אק-אלן מילר למופע הטלוויזיה שלו, כתב ספר על הנשיא שיראק, שעמד לפרוש, ובו הוא מתאר, באופן ציני משהו, את הקריירה הפוליטית של שיראק. והוא מחווה שם את דעתו שהמועמדים שיש לנו עכשיו לנשיאות, סרקוזי ודומיניק ווילפן, שניהם דו-קוטביים. כך, שלא משנה מה יהיו תוצאות הבחירות, אנו עומדים להיות מונהגים ע"י אדם דו-קוטבי. זהו מצב העולם. אפילו וינסטון צ'רצ'יל טופל תרופתית באמצעים שהיו אז. כשהוא היה ב "דאון" הוא היה ב "בדאון". וכשהוא היה בעוררות כולם רצו סביבו כדי למנוע ממנו לייצר קטסטרופות בראיונותיו. וזה הבחור שהיה הממונה/האחראי בזמן המלחמה!

ישנן סיבות עמוקות למה זה קורה. עלינו לדעת כיצד להתנהל עם המסמנים להם הצלחה מסוימת: דיכאון, דו-קוטביות: "אתה דו-קוטבי, אבל עם הקונסיסטנציה של ה RSI (ממשי-סימבולי-דמיוני) שלך, הסיבוך הפרטיקולארי, אתה דו-קוטבי מאד פרטיקולרי". הבה נאמר שזה אינו קרב ברמת הקטגוריות, שם אפשר רק להפסיד. זו אינה שאלה של שכנוע. כאשר אמרתי קודם שסובייקטים יכולים לומר: " אני פסיכופט אורדינרי", זהו משהו שכבר קרה. אני מכיר סובייקטים שבאים לאנליסט ואומרים: "אני פסיכופט-אורדינרי". אך מעבר לכך, זו אינה שאלה של לשכנע את תעשיית התרופות להשתמש במסמנים שלנו. הם מייצרים את המסמנים שלהם, יש להם תעשייה שלמה של זה. אנחנו אלה שצריכים להשתמש במסמנים אלה כדי להגיע לרמת הפרטי היחיד. וזהו משאב רב עוצמה.

המשאבים שלנו, אם כן. כאשר מישהו מגיע במצב אקוטי, זה לא שחסרים לנו משאבים. אנו מאזינים לסובייקט, רואים שהוא במצב אקוטי, שהוא צריך להתקבל ושהוא מתקבל. כמה זמן זה נמשך? כמה חודשים? שבועיים? אח"כ יש לנו חמישים שנה. כאשר הסובייקט אושפז, הוא לוקח את התרופה לזמן מה. הוא בא לראות את האנליסט שלו, לוקח את התרופות שלו בהתחלה, ואז אנו מחכים לרגע בו יהיה זה אפשרי לבנות, כפי שאומרים, חלון הזדמנויות, בו ניתן יהיה להפסיק עם התרופה. זה נמשך זמן מה ואפשר לראות אם הסובייקט מסתדר ללא התרופה. בפרקטיקה פרטית מגוון של פתולוגיות, אך עם הרעיון שצריך להשתמש בכל משאב זמין, כולל תרופות ואשפוז. וצריך להמשיך שיח עם הרופאים והפסיכיאטרים כדי שהם יוכלו להבין אספקטים של הנתבי הסובייקטיבי של כל פציינט.

בדרך זו, אני מאמין שתוכנית מחקר שלנו הינה משאב רב עוצמה לא רק עבורנו אלא עבור הקהילה בכלל. זהו השימוש הציבורי בתוכנית המחקר שלנו. נראה לי שבאווירה הדיסקורסיבית בה אנו חיים, נוכל לשמר את התוכנית שלנו כבעלת ערך ציבורי.

תרגום : מירב שטנצלר ועמיר סנדר

קריאה ועריכה : סמואל נמירובסקי וליאת שליט.