

רבקה רייכר-עתיר*

הורים שכולים המבקשים לשוב למעגל הפוריות באמצעות הפריה חוץ-גופית מחקר על היבטים נפשיים וחברתיים**

הקדמה

במהלך העבודה נתבקשתי מספר פעמים לחוות דעה על הורים שכולים הפונים לטיפולי פוריות. נשאלתי האם יש צורך לשוחח עמם לפני הטיפולים, האם יש מקום להמתין לתום שנת האבל הראשונה ורק אז להתחיל בטיפול, או לטפל בהם כמו בכל זוג רגיל.

מצאתי שאני חפה מדעה ומידיעה וכל שאני יכולה לענות מעוגן באינטואיציות אישיות שלי שאינן בהכרח טובות משל אדם אחר. כדי להבין טוב יותר הורים שכולים הפונים לטיפולי פוריות ובהעדר חומר תאורטי המתייחס לנושא זה, חשבתי שהנכון הוא לפנות לזוגות עצמם ומהם להבין את הקשר בין שכול ופוריות. בישראל מוטלת עלינו חובה מיוחדת להבינם, בגלל השילוב של שכיחות השכול והתקדמות טכנולוגיות ההפריה הפותחות אפשרויות מגוונות. ההנגדה בין פוריות והריון לבין מוות ושכול מוזכרת בספרות הפסיכולוגית והסוציולוגית באופנים שונים.

פרויד¹ מביא את גישת הדחפים או האינסטינקטים לפיה קיים דו-קיום מתמיד בין דחף המוות (הטנטוס), לבין דחף החיים (הליבידו). אנסון ומאיר², טוענים שבמצב של חשיפה מתמדת לאיום קיומי יש נטייה להגברת ילודה. ו- Talbot³ מדברת על דרכים לעיבוד אבל ומדמה אבל להריון, כאשר בשניהם יש תחושת מלאות, אלא שמלאות שחשים באבל לא תסתיים בהולדה, ואילו מלאות של הריון כן.

* פסיכולוגית קלינית-רפואית ביחידה לפיריון והפריה חוץ גופית, מרכז רפואי רבין, קמפוס בילינסון, פתח-תקוה.

** הרצאה בכינוס השנתי של האגודה הישראלית לחקר הפוריות (איל"ה), אפריל 1998. הוצג מחקר שנערך ביחידה לפוריות והפריה חוץ גופית בקמפוס בילינסון, וחתומים עליו רייכר-עתיר רבקה; רוזנברג אתי; אברך אורי; פנקס חיים; בן-רפאל ציון; פיש בנימין. העבודה נבחרה לקבלת הפרס במדעים הפרה-רפואיים.

1. S. Freud, *Beyond The Pleasure Principle*, edited by James Strachey (1920), standard edition, vol. 18 (London: The Hogarth Press, 1955).
2. א. אנסון, א. מאיר, דתיות, לאומנות ופיריון בישראל. **בטחון סוציאלי כתב עת בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי**, יוצא לאור על-ידי המוסד לביטוח לאומי, חוברת 46, עמ' 29-43. 1996.
3. Talbot, *A Book about My Mother*, (New York: Farrar, Straus & Giroux, 1980)

אם ממרואינות המחקר שלא הכירה את דבריה של טלבוט, המחישה זאת בפסל שהיה היצירה הראשונה ש"נולדה" ממנה לאחר נפול בנה. על הפסל בו רואים שתי דמויות נשיות רכונות, האחת מרוקנת והשניה מלאה בהריון, היא אומרת: "לאחר האובדן את כמיכל ריק, רק עטיפה... עם הפנמת האובדן את מתמלאת כל כולך... את בהריון מדומה, הריון ללא מוצא וללא פתח ללידה... זה הריון שעלול לתפוס את מקום הילדים החיים שנותרו... רק הריון אמיתי או ילד אמיתי יכול לגרש את ההריון המדומה הזה..." והיא מוסיפה: "השכול תופס אותנו דווקא בתקופה שהנשיות אולי פוחדות... זו מכה לאגו הנשי... והריון יכול לשקם, להחיות את האגו הנשי..."

המטרה המרכזית של המחקר היתה לבחון האם זוגות המבקשים להרות לאחר אובדן ילד, וזאת באמצעות הפריה חוץ-גופית, עושים זאת מתוך פתרון בריא של אבל, פתרון בו יש הסתגלות לאובדן, הכורך ויתור והשלמה מכאיבים על כי הילד לא חי יותר. או שמא יש כאן תהליך של אבל ממושך וכרוני, עם תחושות חרדה ואשמה על הפרידה הבלתי הפיכה מהמת, ואז להולדה מחדש יש מימד של הנצחה פתולוגית, בה הילד הנולד לאחר המת מהווה "ילד מצבה".

ארבע שאלות המחקר:

1. מה מהות הקשר בין שכול לבין פניה לטיפולי פוריות?

האם השיבה למעגל הפוריות תורמת לשיקום והחלמה מהאבל, ומצטרפת לתהליך של אבל בונה, או שמא תורמת להנצחתו ועלולה כאן להצטרף לאבל הרסני⁴. באבל-בונה קיימת פרידה מהמת והסתגלות לאובדן אשר מתוכו נוצר שינוי יצירתי ויצרני⁵. היכולת לתפוס את גודל האבידה טמונה בהשקעת מרץ במושאים ואידאלים חדשים ומספקים. המחשבה על עוד-ילד או השיבה לפוריות או להורות בלבד על-ידי אימוץ למשל עשויות להיות במובן זה מקור לשיקום חיובי.

אבל הרסני הוא תהליך של התאבלות ממושכת וכרונית, לעיתים עד התגבשותם של מצבים פתולוגיים. טיפולי פוריות עלולים להצטרף לאבל פתולוגי ולהנציחו בשני אופנים: כמקור ל"גאולה" למבקשים להחליץ מהאבל, וכמקור ל"הנצחת המת".

4. ראה: אבל בונה, אבל הרסני - קובלר-רוס 1969, ויורסט 1986.

5. G. Pollock, "Mourning and Adaptation," *The International Journal of Psycho-Analysis* 42, parts 4-5 (1961): 61-341.

המשכונות של התאבלות כרוכה בין השאר בתחושת החרדה והאשמה שמא וויתור על האבל יהיה הפרידה הסופית מהמת. אם תפקידו של הילוד הפוטנציאלי הוא לגאול את ההורים מהאבל הכרוני, הרי שיש כאן סיכון יחסי הן לשלומם הרגשי והן לשלומם, (ראה עבודות העוסקות בדור שני לניצולי שואה, גודר⁶, שפט⁷). במצב זה יתכן ומוטב לעזור להורים למצוא תהליך יצרני אחר, לא מפוריות, אשר יעזור להם להחליף מהאבל.

התכחות וכעס הם חלק משלבי אבל נורמליים. הורים אבלים יכולים לכעוס על בנם שנפל על כי התנדב ליחידה קרבית, על רופאים שלא הצילו, על נהג שדרס או להרגיש אשמים על כשלון כלשהו ביחסיהם עם ילדיהם. אחת מהדרכים האופייניות להתמודד עם רגשות אלו היא על-ידי אידאליזציה, המכניעה רגשי אשמה. הנצחה המרוממת את המת היא לעיתים ביטוי לאותה אידאליזציה, והחשש הוא שמא ילוד פוטנציאלי למשפחה ששכלה כבר בן ישמש כ"מצבה חיה" להנצחת המת.

הפונים לטיפול פוריות לאחר מות ילדם עושים זאת בדרך-כלל סמוך למותו. עולה השאלה האם בשלב זה מתאים לקבל החלטה כה גורלית בדבר השיבה למעגל הפיריון? לחלקם אין ברירה כי זו שעתם האחרונה בגלל רודנות גיל הפוריות של האשה. אך זהו אותו שלב ראשוני של הלם ותדהמה, ומתעוררת השאלה האם במצב זה יש לאפשר טיפולי הפריה חוץ-גופית ללא הערכה של גורם פסיכולוגי.

שאלה נוספת הקושרת שכול לטיפול פוריות דנה ביחסי הגומלין בין שני סוגי אבל: האבל על הילד שמת והאבל האפשרי על כשלון טיפולי פוריות, לו קראנו כבר לפני שנה מעל במה זו "אבל על יישות שלא נולדה"⁸.

החשש הוא כי טיפולים שלא הצליחו יהוו הפעלה מחדש של האבל על הילד המת, וצרופם של השניים אף יחמיר את המצב⁹.

6. ל. גודר, דור שני לניצולי שואה – מאפיינים פסיכולוגיים, עבודת מוסמך, מחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת תל אביב, 1984.

7. ר. שפט, המחוייבות להורים כמטלה בלתי פתירה אצל בנים לניצולי שואה. **שיחות כתב עת ישראלי לפסיכותרפיה**, ט' 1994, עמ' 27-23.

8. רייכר-עתיר ושות'. קנאת פיריון. הרצאה בכנס איל"ה 96, טרם פורסם.

9. אבלות לנוכח כשלון של טיפולי פוריות מזכיר אבלות לנוכח מותו של נפל. בשני המקרים - אין לנהוג מנהגי אבלות. אך בשני המקרים וודאי קיימת עצבות ורגשות אחרים האפייניים לאבל. במקרה של כשלון טיפולי פוריות לא רק מדובר בתחושת אבדן על "יישות שלא נולדה" אלא גם על תחושת אבדן לנוכח אי מימוש יכולת הולדה. (ראה גם "אבלות על נפל שחי יותר משלושים יום", **אסיא** נ"ה (י"ד, ג) תשנ"ה, 1994, עמ' 66-62, לעיל עמ' 145-141).

2. מה יחסה של הסביבה, ובפרט של צוות הפוריות המטפל, לזוג שכול הפונה לטיפול פוריות?

משפחה וסביבה חברית הם מקורות תמיכה למתאבל, השאלה האם תמיכה זו גם מועברת אל פניה לטיפולי הפוריות? האם מקורות תמיכה אלו שותפים גם לרעיון השיבה לטיפולי הפוריות?

בהתייחסות הצוות המטפל נראה שיש לעיתים קרובות, כפי שאם אחת אמרה, "חרדת-קודש" או השתדלות יתר. יתכן ואנחנו מגיבים אל הזוגות האלו מתוך רגשי החמלה והאשמה הפרטיים/לאומיים שלנו ומתוך רגש המכתיב לתת את כל שמבקשים כי הם הקריבו את היקר להם. המחקר בא בין השאר לבחון האם אכן זו העמדה והאם היא תואמת.

3. מה מבקשים זוגות שכולים בכואם לטיפולי פוריות: פיריון? הריון? הורות?

ההבדל בין הורים שלא חוו אובדן ילד לבין אלו שאכן חוו זאת מתקשר גם למשמעות השונה של פיריון, הריון והורות אשר עונים על צרכים שונים של האדם. הפיריון מתמקד בהשקעה של האדם בינו לבין עצמו; הורות בהשקעה של האדם בזולת - בגידול, בנתינה ובאחריות כלפי צאצאיו; הריון הוא 'קו-התפר' בין אלו, האשה מגדלת, אך הצאצא נמצא בתוכה וכך אין השקעה בזולתה. הזוגות שעדיין לא הרו נלחמים לא רק על הגשמת ההורות אלא גם על הישג הפיריון, אלו ששכלו חוו כבר את שלושת המרכיבים הללו של פיריון, הריון והורות, ומעניין לבדוק מה מריץ אותם לטיפולים לאחר מיצוי שלבים אלו.

4. מה המניעים של הזוגות השכולים בשובם למעגל הפוריות: האיום הקיומי? הציווי של פרו-ורבו?

אנסון ומאיר¹⁰, שבחנו את רמת הפיריון של היהודים בישראל, הגבוהה יחסית לזו של עמיתיהם באירופה ובארה"ב, מראים כי דתיות ועדתיות אינם מהווים גורמים סיבתיים לפיריון הגבוה וכי הציווי הנורמטיבי של "פרו ורבו" אינו בהכרח מהווה הנחיות להתנהגות בפועל.

10. ראה הע' 2 לעיל.

לדבריהם שורשיו של הפיריון הגבוה בישראל טמון במצבה הייחודי של המדינה החשופה לאיום קיומי מתמיד¹¹. אם שהרתה ספונטנית ובמכוון כשבנה היה בטירוונות צנחנים, ספרה לכתב עתון:

“אני יודעת שזה נשמע נורא, גם אותי זה מצמרר, אבל זה לא שאמרת חס וחלילה, שיהיה לרזרווה, שמהברוטו ישאר נטו, זה בא מהאינסטינקט, נבע מהאימה. הפחד לשלומו של גוני גרם לרצות להאחז במשהו חיובי”¹².

אצל אשה זו נחוה איום קיומי נחוה כאימה שמא בנה ימות, כשלמעשה היא החלה בתהליך המכונה “שכול-מוטרם”¹³. אצל זוגות המחקר הנוכחי מדובר בשכול ממשי.

המחקר – מדגם, כלים ושיטה

חווייה הקושרת שכול ופוריות היא אותנטית עבור אלו שעברו כבר הולדה ולצערנו גם אובדן. לפיכך מתמקד המחקר בזוגות שהשלימו הולדה, ולאחר ששכלו ילד מבקשים עזרה רפואית כדי לשוב למעגל הפוריות. המחקר אינו עוסק בזוגות שכולים ששבו להרות באופן ספונטני, וזאת מתוך הנחה מקדימה כי הבחירה לשוב להולדה אצל הורים שנזקקו לסיוע רפואי היא אקטיבית ונחושה יותר, בה מתגייסים לבקש התערבות של גורם שלישי, בעוד שזוגות העושים זאת ספונטנית משוחררים מכך.

במחקר רואיינו רק בנות הזוג, מטעמים של נגישות ויעילות מחקרית, המתבקשת במחקר חלוץ. לבני הזוג אתייחס בסוף דברי.

רואיינו 21 אמהות שכולות אשר 17 מהן חולקו ל 3 קבוצות. נתונים של 4 לא נלקחו, אם משום שהתנגדו לפרסום המחקר ואם משום שנתרו ללא ילדים, וחשבתי שמצבם שונה מאלו שנתרו עם ילד אחד ויותר.

הקבוצות: המטופלות העוברות טיפולים והחלו בהם לאחר האובדן (N=5); **פורשות** שפרשו מהטיפולים (N=6), שתיים מהן לאחר לידה); **השוללות** שלא פנו לטיפולים (N=6). לא מדובר על שלילה עקרונית אלא על שלילת האופציה הזו עבור עצמן בלבד.

11. האיום הקיומי מגביר בו-זמנית זהות דתית ונטיה לפיריון גבוה. מכאן יוצא הקשר הסטטיסטי הגבוה בין דתיות ופוריות אלא שקשר זה מצביע רק על דו-קיום של משתנים ולא על קשר סיבתי ביניהם.

12. עתון הארץ, 2 ינואר 1998, “משחקי מלחמה של אמהות” אביחי בקר.
13. E. Rosenheim, R. Reicher, “Children in Anticipatory-Grief,” *Journal of Clinical Psychology* 15, 2 (1986): 115-19.

הסיבה לחלוקה לשלוש קבוצות מסויימות אלו טמונה בשאלות המשוות מדוע יש שפונות לטיפול ואחרות באותו מצב לא, והאם אמהות הפורשות מטיפולים עושות זאת מסיבה אחרת שאינה לידה או שאינה רפואית. כמו-כן נראה שאי-פניה לטיפולים אינה אומרת כי יש ויתור על רעיון ההולדה. יש דרכים שונות להתמודד עם אי-פוריות: "יש הנפקדות ללא פעולה מצידן" (לאה ואשתו של מנוח), "יש הנפקדות לאחר תפילה" (רבקה וחנה), "ויש הנפקדות לאחר פעולה מיוחדת מצידן" (שרה ורחל על-ידי הכנסת צרה לביתן, ומקבילותיהן היום על-ידי פניה לטיפולים)¹⁴.

כולן במצב סוציו-אקונומי בינוני-גבוה, בוגרות תיכון ומעלה, 15 יהודיות ו-2 ערביות.

טבלה מס' 1 שלהלן מסכמת את השכיחויות בקבוצות המחקר לפי גיל, דתיות, תעסוקה, גיל הילד במוחו, משך הזמן לאחר האובדן עד שפנו לטיפול, ומספר הילדים שנותרו.

גיל הנשים נע מ-37 עד 51. בקבוצת המחקר היו יותר חילוניות מדתיות ומסורתיות. באשר לתעסוקה, האמהות השוללות - שלא פנו לטיפולים - כולן בתעסוקה מחוץ לביתן. אך אין להסיק מכך שהעדר תעסוקה מניע לשיבה למעגל הפוריות. עבודה ולימודים נלקחו כעיסוק כי שניהם מהווים גורמים יצירתיים/יצרניים החשובים לעיבוד של אבל בונה. גם טיפולי פוריות או הורות יכולים להוות גורמים כאלו, ונראה שזו הסיבה שחלק מהמטופלות והפורשות מופיעות בשורה "לא עובדת".

בנוסף לגיל מותו של הילד יש לציין ש-8 זוגות שכלו חיילים/ות, 6 זוגות שכלו ילדים בגיל הנעורים, 3 זוגות שכלו ילדים בגיל הילדות. לסיבת המוות לא התייחסנו. יש לציין עוד שכל אלה שלא פנו לטיפולים נותרו עם יותר מילד אחד. יתכן ובין השאר, השארות עם ילד אחד בלבד מעוררת יותר את הצורך לשוב לפוריות.

בגלל מספר הנבדקות הקטן יחסית למטרות מחקר כמותי, אך תמיד רב מידי כשמדובר בשכול, קיימנו מערך מחקר איכותני שהתבסס על ראיונות וניתוח תוכן של התשובות.

14. מ. הלפרין, תרומת חומר גנטי בטיפולי פוריות - היבטים רפואיים והלכתיים. **תורה שבעל-פה, הרצאות בכינוס שלושים ושלשה לתורה שבעל-פה**. בעריכת יצחק רפאל. מוסד הרב קוק. ירושלים. תשנ"ב. עמ' ק"א-קט"ו.

טבלה מס. 1

שוללות N=6	פורשות N=6	מטופלות N=5		
3	2	3	43 - 37	גיל
3	4	2	51 - 44	
5	4	3	חילונית	דתיות
1	2	1	מסורתית	
0	0	1	דתית	
6	4	2	עובדת/לומדת	תעסוקה
0	2	3	לא עובדת	
4	3	3	20 - 16	גיל הילד במותו
2	1	1	16 - 8	
0	2	1	8 - 2	
	4	2	6 - 1	זמן
	1	2	12 - 6	בחודשים
	1	1	36 - 12	עד הפניה לטיפול
0	2	3	1	מס. ילדים
6	4	2	3 - 2	שנותרו

השכיחויות בקבוצת המחקר (N=17) לפי גיל, דתיות, תעסוקה, ולפי גיל הילד במותו, זמן בחודשים עד הפניה לטיפול, מספר ילדים שנותרו.

שאלות המחקר והתשובות:

הראיונות עם האמהות נערכו כשיחה חופשית שנערכה במשך מפגש אחד עד שלושה. במהלכה הן נשאלו 15 שאלות קבועות. 12 שאלות התייחסו לארבע שאלות המחקר ו- 3 שאלות התייחסו להליך המחקרי עצמו, (כמו, האם את מכירה עוד נשים שאוכל לראיין אותן? האם יש לך עניין לדעת מה יעלה במחקר? האם יש לך התנגדות לפרסום המחקר?). חלק מהשאלות שנוסחו כשאלות הסופיות של הראיון נבע מהצעות של המרואיינות. השאלות והתשובות מוצגות בארבעה אשכולות התואמים את ארבע שאלות המחקר¹⁵.

15. ראה עמ' 327-329 לעיל.

אשכול שאלות ותשובות ראשון - אודות הקשר בין שכול לבין פניה לטיפולי פוריות:

איך ומתי עלתה המחשבה על עוד ילד? איך השתלב רעיון על עוד ילד או הטיפולים עצמם, במהלך האבל? יש טוענות שהמחשבה על עוד ילד והשיבה לטיפולים הייתה סימן החיות הראשון שלהן אחרי האובדן - מה דעתך? מה את חושבת על הגישה האומרת שילד הנולד לאחר אובדן הוא כ"מצבה חיה" לילד המת? יש טוענים שכשלון בטיפולי פוריות מעורר "אבל על יישות שלא נולדה", איך את רואה אבל כזה לעומת האבל על הילד הממשי שלך שמת?

אצל כל 17 המרואיינות הרעיון לעוד ילד עלה סמוך מאוד לאובדן, במרחק של ימים ספורים: "זו מחשבה אינסטינקטיבית"; "באה מהבטן, אין עליה שליטה"; "אם את לא חושבת על זה, יש מישהו קרוב בסביבה שיעלה את זה".

כל המרואיינות משלוש הקבוצות עונות בחיוב על הרעיון כי המחשבה על עוד ילד וההליכה לטיפולים הם "זיק חיים" בתקופה המתוארת כחורבן והתפוררות. אלה שאינן פונות אומרות כי "זיק חיים" זה לא מתאים להן אך מתייחסות אליו בחיוב עבור עמיתותיהן הפונות.

כל האמהות דוחות בתוקף את הרעיון שילד הבא אחרי אובדן הוא "גלעד חי" למת. בהתחלת הראיונות חשבתי שמדובר בתהליכי הכחשה לנוכח שאלה שנוגעת בכאב טראומטי, בהמשך השתכנעתי שהסיבה הבולטת לפניה לטיפולים טמונה בצורך להלחם במוות הפנימי ובחורבן שתואר כמתרחש עם מותו של ילד:

"לא חפשתי את הילד שלי שמת, חיפשתי חיים בתוכי וסיבה אשר למענה שווה לחיות...". "לא פניתי לטיפולים עד שלא הרגשתי שנפרדתי מאיתן. היה לי חשוב שתהיה בתוכי הפרדה מוחלטת בינו ובין התינוק החדש אם יבוא"; יש שאמרו מסיבות מטהפיזיות ש"אין סיבה לחפש לה ממלא מקום בצורה של גלעד חי... לתכונות אצילות כמו שלה אין מקום בעולם הזה"; ויש שלא פנו להרות מחשש ש"תמיד ילד אחר יהיה בבחינת 'במקום'", כלומר: נמנעו במודע מהקמת אותה "מצבה" משוערת.

כולן חשבו שהאבל על יישות שלא נולדה (האבל הנוצר מכשלון טיפולים), מתגמד מול האבל על ילד ממשי שמת: "עם אי-פוריות היה לי קל יחסית להשלים, גם כי פעם הייתי פוריה וגם כי אני שלמה עם העובדה שניסיתי את האופציה הזו... עם מות ילד שהרית וגידלת לא משלימים באמת... מקבלים כמו גזירה, נכנעים..."

אשכול שאלות ותשובות שני - אודות הטיפולים ויחסם של הסביבה והצוות המטפל לזוגות הפונים:

כמה זמן חלף מהאסון ועד הפניה לטיפולים? מתי תפסיקי טיפולים, ומדוע? האם עברת שיחה עם פסיכולוג או גורם אחר מבריאות הנפש לפני הטיפולים? האם לדעתך צריך לעבור שיחה כזו? את מי שתפת ברעיון ה"עוד ילד" ובטיפולים? מה היו התגובות והמעורבויות של בן הזוג, הילדים, המשפחה והחברים? מה היו תגובות הצוות המטפל לפנייתך? האם בגלל האסון טיפלו בך באופן שונה?

9 מתוך 11 הנשים שפנו לטיפולים, עשו זאת בתוך שנת האבל הראשונה, אחרי שישה חודשים או פחות מהאובדן. 2 עשו זאת לאחר שנתיים-שלוש. הסיבות לכך טמונות בחלקן בשאלת הגיל: "הייתי מעדיפה לחכות אבל בגילי זה סיכון", ובחלקן באופן שבו מעבדות את האבל: "מיד התערר בי צורך אדיר להחזיק תינוק, זה היה השיקום שלי". העמדה של אם שהמתנה שלוש שנים משקפת אולי גם עמדה של חלק מאלו שממהרות, ואשר היו רוצות עוד זמן להתארגן עם עיבוד אבל ושיבה ל"חיים רגילים": "אחרי שאלון נפטר, החיים שלי נעו בשני מסלולים. האחד להמשיך לחיות אתו דרך הזכרונות עליו, השני לחזור לחיים דומים ככל היותר אל מה שהיה קודם... ההתארגנות הזו נמשכה כשנתיים".

סיום הטיפול לא היה יזום על-ידי אף אחת מהפורשות. הסיבות התמקדו בלידה, בסיכויים נמוכים, ובסיכויים רפואיים. באשר לסוגיית הגיל המבוגר כסיבה לכאורה לסיום טיפול אמרה אשה שטופלה בתרומת ביצית: "אני יודעת שזה טרוף להיות אמא בגילי (49), אבל אנחנו (האמהות השכולות), במצב מיוחד ולכן אני לא מתייחסת לגיל כאילו אני אשה רגילה". עמדה זו משקפת את העמדה של רוב מרואיינות המחקר.

המגמה המצטיירת אצל רובן היא לא לשתף סביבה שמחוץ למשפחה בקיום טיפולי הפוריות. מעורבות המשפחה נראית כאן גבוהה יותר מאשר בטיפולים הרגילים המוכרים לנו. את כל הילדים הבוגרים (בגילים 17 - 23), שיתפו ההורים בפנייתם לטיפולים. לדברי ההורים ללא הסכמת הילדים הבוגרים לא היו עושים זאת, "מי יטפל אם חלילה לא נהייה?".

12 מהמרואיינות חושבות שצריך להתייעץ עם פסיכולוג לפני תחילת הטיפול, לדברי מטופלת: "ההחלטה של הורים שכולים להוליד היא אנוכית, צריך להתייעץ עם איש בריאות הנפש שמבין בילדים והורים". בהמשך אסכים עמה שיש להתייעץ עם איש מקצוע מבריאות הנפש, או איש הלכה ורוח, אך לא בהכרח מהסיבה שהעלתה.

10 מתוך הפונות לטיפולים דווחו על יחס אוהד ומתחשב של הצוות. 8 מטופלות חושבות שקבלו יחס מיוחד מהרופא, וזאת גם בשרות הציבורי וגם הפרטי. חלק סיפרו על אי-נוחות של מטפלים ביחס למצבן המיוחד: "נראה היה לי שהוא נבוכ ממני ואולי ממה שקרה לי... הוא כאילו טיפל בי בחרדת קודש"... "הוא נתן לי תרומת ביציות גם שלא האמין שכדאי... הוא אמר שכמעט אין סיכויים, אבל נתן...". המטופלות רובן ככולן מצדיקות יחס מיוחד אליהן בתנאי שלא בא מתוך רחמים.

אשכול שאלה ותשובות שלישי - אודות הריון, פיריון, הורות:

מה היה חשוב לך אחרי האובדן, לחוש פוריה, לחוש בהריון או להיות הורה השב לגדל ולחנך? היתה אשה שספרה כי בראיה לאחור היא שמחה שלא ילדה כי הבינה שרצתה לחוש חיים של הריון אך אין לה היום עניין בטיפול בתינוק, מה דעתך?

אצל שבע מהפונות לטיפול ניכרה אינטגרציה בין הצורך לפרות, להרות ולהיות הורה. אך יש להקשיב בתשומת לב למעטות (4), שערכו הפרדה בין פיריון-הריון-הורות, הן כדי לתת את הטיפול התואם יותר והן בגלל ההשלכות שיש לדברים אלו לטיפולי פוריות בכלל.

אם שרצתה רק בהורות ופנתה לאימוץ: "לא היה לי שום עניין בהריון, מיצייתי את החוויה הזו... היה לי חשוב לגדל, לחנך ובעיקר להציל ילד אבוד". אם שבקשה הריון: "כל ההריונות שלי היו מהתקופות היפות בחיי... אהבתי את הגוף שלי בהריון ואת התחושה שמהו גדל בי... היום, שנה לאחר הטיפולים, אולי טוב שכך נגמר, אני יותר טובה בלהיות בהריון מאשר בלהיות אמא..." אם שרצתה בהפריה: "הטיפולים היו סיבה לקום, סיפקו לי תוכנית ליומיום ותקווה... הרגשתי שאני עושה משהו... יוצרת חיים... בספק אם היו לי כוחות לגדל שוב תינוק..."

אשכול שאלה ותשובה רביעי - אודות המניעים לשוב להולדה

מחדש:

יש ויכוח אודות הנטיה לפיריון גבוה בישראל, האם הנטיה טמונה בגורמים דתיים כמו הלחץ של מצוות פרו-ורבו, או האם היא טמונה בגורמים לאומיים כמו האיום הקיומי? לאחר מה שעברת, האם את יכולה לזהות אילו מהגורמים השפיעו עליך?

הייתה הסכמה בין כל המרואיינות כי אין קשר אישי בינן לבין קודים משפחתיים לוחצים או לבין מצוות פרו-ורבו. הדבר נכון לדתיות כמו לחילוניות.

לפי הציוויים הפרונטליים, הרבה ילדים זה דבר טוב. בראיונות, הביטויים לחסר הכמותי שנוצר בעקבות מות הילד לא היו קשורים לעמדה שלהרבה ילדים יש חשיבות לאומית, אלא יותר לשאלות של זהות אישית: "אני לא יכולה לדמיין לעצמי את המשפחה עם שני ילדים. 15 שנה אני חיה עם המספר שלושה ילדים, וקשה לי לוותר על המספר הזה".

האיום הקיומי קבל אצל מרואיינות המחקר שני ביטויים:

האחד: האימה מפני אי-הקיום הממשי, "הייתי תמימה, חייתי בבטחון מטופש שלנו לא יקרה כלום... לאחר האסון הבנתי שהקיום שלנו כל-כך לא בטוח, למרות זאת ואולי בעצם בגלל זה אני רוצה עוד ילד".

השני: האימה מפני המוות הפסיכולוגי: "כשכרמל מתה הייתי גוויה מהלכת. הגוף שלי אולי תפקד אבל הנשמה הייתה כבויה לחלוטין, לכן אני מעריצה נשים שפונות לטיפול פריון, הן כאילו מדליקות אור וחיים בנשמתן המתה... אני בזמנו לא הייתי מסוגלת לכך...".

סיכום הממצאים הבולטים:

המחשבה על "עוד ילד" מופיעה קרוב מאד לאובדן, והפניה לטיפולים נעשית בדרך-כלל מוקדם מידי ביחס לשלבי האבל אך אולי מאוחר ביחס לגיל.

לפניה לטיפול יש אצל רוב הפונים תפקיד חיובי בשיקום האבל. המניע העיקרי של הורים שכולים לשיבה אל מעגל הפיריון טמון בצורך להחיות בתוכם חלק שמת בעקבות אובדן הילד ולא בצורך להנציח את הילד שמת.

אצל אמהות שכולות, האבל על הילד שנולד ומת כבד יותר מהאבל על יישות שלא נולדה. לכן החשש שכשלון בטיפולים עלול להחמיר את האבל על מות הבן - מופרך.

לאמהות שכולות כמטופלות פוריות יש שני איפיונים ייחודיים: האחד - נטיה ברורה שלא להחליף צוות מטפל, והשניה מתמקדת בתחושתן שהן מטופלות מיוחדות. (ביחס לאבלן ולגיל).

נראה כי לאור נטייתן להצמד למטפל קבוע, ולאור מצבן המיוחד המעורר גם בצוות תגובות בהתאם, יש לדאוג כי יטפל בהן רופא מנוסה הפטור יחסית ממבוכה סביב תכנים של אובדן ואבל. כיוון שהן באות לטיפול מתוך "צורך אינסטינקטיבי" ליצור חיים לאחר שהתחולל מוות, כך עלינו לעזור להן לממש זאת בדיוק מתוך אותם אינסטינקטים שלנו. לעיתים עזרה זו הינה בעוכרי הזוגות עצמם, בעיקר כשיש מצד המטפל השתדלות יתר.

על הצוות המטפל מוטלת אחריות לשלב בשיקולים המתמקדים בטיפולי הפוריות גם את השיקולים המתמקדים בתהליכי אבל. לכן יש מקום להמליץ, לפני התחלת הטיפולים, על שיחה עם גורם פסיכולוגי או רוחני אחר. זאת לא כפי שהוצע "כמומחה לבעיות ילדים-הורים", כי אנו רואים שמטופלים המגיעים אלינו מקבוצה זו, באים מתוך מערכת תמיכה משפחתית טובה, וכנראה לא היו מגיעים אלינו אם לא היתה כזו.

הפריה-הריון-הורות הינם שלושה מרכיבים העונים על שאלות זהות שונות. ההבחנה בין אלו ישימה גם לטיפולי פיריון רגילים, ללא שכול. בעיקר ביחס לזוגות המתלבטים בין המשך טיפולים ו/או פניה לאימוץ.

הולדה בכלל, והשיבה של השכולים למעגל הפוריות בפרט, מתעוררים לנוכח איום קיומי. המחקר הנוכחי מתאים לממצאיהם של אנסון ומאיר¹⁶, לפיהם לא החשיפה למצוות פרו-ורכו ורמת הדתיות הם המשפיעים על שיעור הילודה, אלא התגברותה של "תודעת הפיריון" הנובעת מאיום קיומי לאומי והעדר ביטחון אישי¹⁷.

לדבריהם תהיה ירידה בילודה כאשר תחושת הבטחון האישי תגבר, וכשהכוחות המושקעים בלחימה והגנה יושקעו ביצירה ויצרנות. במצב זה אולי תפחת הפניה לטיפולי הפוריות, וודאי תפחת זו של ההורים השכולים.

¹⁶ ראה לעיל הע' 2.

¹⁷ המחקר הנוכחי מצביע, בקבוצת המדגם, על העדר שיקול דתי ברצון לחזור לתהליכי פוריות אחרי שכול, אך אין בו אינדיקציה להעדר שיקולים דתיים בקביעת שיעור הילודה במשפחות רגילות, במיוחד אם מדובר במשפחות דתיות. משום כך אפשר לומר שהוא אמנם נמצא בהתאמה לממצאיהם של אנסון ומאיר, אך אי אפשר לומר שהוא מהווה תמיכה ישירה בהם. – העורך

לסיום,**מילה ביחס לאבות השכולים:**

ויאמר דוד אל עבדיו המת הילד ויאמרו מת
 ויאמר... ועתה מת למה זה אני צם, האוכל להשיבו
 עוד אני הולך אליו והוא לא ישוב אלי.
 וינחם דוד את בת שבע אשתו ויבא אליה וישכב עמה
 ותלד בן ויקרא את שמו שלמה וה' אהבו.

(שמואל ב' י"ב, 19 - 24).

גם מתוך המקורות וגם מתוך העולה בחיים ובמחקר אין ספק
 שהאבות שותפים מלאים למהלך חיים המשלב אבל בו נפרדים מהמת
 ופונים להולדה.

לא ראינו את שני בני הזוג מטעמים של תפסת מרובה לא תפסת. אך
 יש מקום לעשות זאת במחקרים ממשיתים, בפרט לאור מה שספרה לנו חנה
 כי לאגו הנשי הפגוע יתכן שיקום מתוך הריון, ומתבקשת השאלה: מהו
 תואם ההריון עבור בן הזוג?

לאמהות השכולות:

הוקרה מיוחדת ואסירות תודה על ששתפו אותי בכאבן ואשר עשו זאת
 בהרבה אומץ וכנות. אני מקבלת את ההערה ששמעתי מרבות מהן כי "מי
 שלא היה שם לא יכול להבין", וודאי לא ניתן לחוש את שהן חשות. אך גם
 אם לא הבנתי חלק, הרי שהן ציידו אותי בתובנות חדשות הן ביחס לעצמי
 והן ביחס לעבודה שלנו עם מטופלי פוריות.

מקורות נוספים:

וירסט ג', החיים אבידות הכרחיות, וויתורים גורליים - אהבה ואבל, מאנגלית
 תמר עמית, הדר-הוצאת ספרים, עמ' 251-388. 1986.

Freud, S. *Mourning and Melancholia*. Edited by James Strachey (1915).
 Standard edition. Volume 14. London: The Hogarth Press, 1957.

Kubler-Ross, E. *On Death and Dying*. London: Collier Macmillan Ltd., 1969.

מקור: אסיא סה-סו, עמ' 31-43 (1999)