

אישויות דפרסיביות ומאניות – פרק 11

(תרגום, הבהרות והערות ע"י חוה ינאי-מלאך)

בפרק זה אדון בדפוסי אופי המעוצבים ע"י דינמיקה דכאונית. אתייחס גם לאישויות שמאופינות ע"י הכחשת הדיכאון; כלומר אלו הנקראות מאניות, היפומניות וציקלומניות. בעוד אנשים מקבוצת הדיאגנוזה האחרונה ניגשים לחיים עם איסטרטגיות הפוכות לאלו שהדכאוניים משתמשים באופן לא מודע, הרי שהנושאים המאגרנים הבסיסיים, הציפיות, המשאלות, פחדים, קונפליקטים והמבנים הלא מודעים של דכאוניים ומאניים, דומים.

כולנו יודעים היטב, הרבה אנשים מתנסים לחילופין במצבי נפש דכאוניים או מאניים; אלו הנמצאים ברמה הפסיכוטית מאובחנים כחולים ב"מאניה- דפרסיה", או מחלה בי-פולרית. במצבי מחלה אלו יכולות להופיע דלוזיות ואובדנות, אולם הרבה אנשים שלא היו מעולם פסיכותרפיה מציינים מעגליות של מאניה ודיסטימיה. אנשים שהם בעיקר דפרסיבים, אנשים שהם בעיקר מאניים, וכאלו שנעים מקוטב אחד לשני כולם נמצאים בכל נקודה ברצף ההתפתחותי.*

* **קרנברג (1989)** טען שאנשים עם אופי היפומאני הם בורדרליין. אולם, אני מכירה מספר אנשים היפומנים ואף טפלתי בכמה, אשר נשענו מאוד על הגנות של הכחשה והגנות ארכאיות אחרות אבל שגם היו עם מספיק זהות אינטגרטיבית ויכולת להתבוננות-עצמית, מכדי להחשב גבוליים

אישויות דכאוניות

מכשול מיותר להבנה המקצועית הקולקטיבית של הדכאון, בעיניהם של הרבה אנליטיקאים, נוצר כאשר ה- DSM-3 בחר לשים את כל מצבי הדכאון והמאניה תחת הכותרת של "הפרעות במצב הרוח". בעשותם כך, ובכך שוויתרו על הקטגוריה של אישיות דכאונית, הם הדגישו את האספקטים האפקטיביים של תנאים דיכאוניים על חשבון מרכיבים קוגניטיביים, התנהגותיים, תחושתיים, אשר שווים בחשיבותם לפנומנולוגיה של דכאון. החלטה זו גם השפיעה על הטיית תשומת הלב מההבנה של תהליכי ההגנות שמאפיינים אנשים דפרסיבים גם כאשר הם לא במצב של דכאון קליני.

אין ספק לגבי איך דכאון קליני נראה, ולהרבה מאיתנו אף היה את המזל הרע לסבול ממנו. העצב הבלתי פוסק, חוסר האנרגיה, אנהדוניה (חוסר יכולת להנות), והפרעות ווגטטיביות (בעיות באכילה, שינה וויסות-עצמי) הם סימנים שאי אפשר לטעות בהם. פרויד (1917) במאמר "אבל ומלנכוליה" היה הכותב הראשון שהשווה והנגיד את המלנכוליה עם אבל נורמלי; הוא מצא שההבדל המשמעותי בין שני המצבים הוא שבתגובות אבל רגילות העולם החיצוני נחוזה כמתדלדל (כלומר, הוא איבד אדם בעל ערך), בעוד שבמצב דכאוני, מה שמורגש כאובדן או קלקול הינו חלק של העצמי. לכן, באופן מסוים הדפרסיה היא ההיפך מאבל; אנשים שמתאבלים באופן נורמלי, לא נכנסים לדכאון, למרות שהם מאוד עצובים במהלך התקופה של שכול ואובדן.

התהליכים הקוגניטיביים, הרגשיים, הדמיוניים והתחושתיים אשר כל כך בולטים בדכאון קליני פתאומי, פעילים כארגון כרוני, ונמצאים באופן קבוע בנפשם של אלו עם אישיות דכאונית. (Laughlin, 1956, 1967).

אפשר לאפיין די הרבה פסיכותרפיסטים כדכאוניים. אנחנו באופן טבעי חשים אמפתיה כלפי עצב, אנחנו מבינים מהי פגיעה בערך העצמי, אנחנו מחפשים קרבה ומתנגדים לאובדן, ואנחנו מייחסים את ההצלחות הטיפוליות למאמץ של הפציינט ואת הכשלונות למגבלות האישיות שלנו.

(Greenson (1967) מציין את הקשר בין הרגישות הדכאונית והאיכויות הנדרשות ממטפלים, הולך מאוד רחוק בטענתו שאם המטפל לא סבל בעצמו מדכאון רציני הוא יהיה מוגבל בעבודתו כמרפא. הוא ראה עצמו כדוגמא למישהו הנמצא בצד הבריא של הרצף הדכאוני. ביחד עם דמויות היסטוריות כמו אברהם לינקולן. (וגם מנחם בגין ז"ל).

בקצה הרצף של המופרעות הגבוהה נמצא פציינטים עם שנאה-עצמית חסרת רחמים ודלוזיונלית, כאלו שעד שגילו את התרופות האנטי דכאוניות, יכלו לסחוט את מאמצי המטפל המסור ועדיין להאמין שהדרך הטובה ביותר להציל את העולם היא להרוס את העצמי. {ישנם כמה אוטוביוגרפיות וספרים בהם אנשים מתארים באופן מר וצורב את חווית הדכאון : האוטוביוגרפיה של פרנסס פונדה – אשתו של הנרי ואמם של ג'יין ופיטר – שהתאבדה לבסוף. הספר "חשכה נראית" של וויליאם סטירון}.

דחף, אפקט ומזג בדכאון

מחקרים על היסטוריות משפחתיות הראו שאפשר לרשת נטיה לדיכאון . הדכאון באופן בולט "רץ במשפחה" אם כי לא ניתן לדעת לגמרי אם מדובר בהעברה גנטית או שהורים דפרסיבים מתנהגים באופן כזה שמכוון את ילדיהם לתגובות דיסטימיות.

פרייד (1917) העלה השערה ו**אברהם** (1924) המשיך בפתוח הרעיון, שמקדם חשוב לנטיות דכאוניות הוא חוויה של אובדן טרם זמנו. על פי התאוריה הקלאסית אנשים או ספקו-פונקו יתר על המידה או קופחו, נעשו מקובעים בשלב ילדותי, ועל כן אפשר להבין שאנשים דכאוניים נגמלו (מיניקה) מוקדם מדי או בגסות, באופן פתאומי או סבלו מתסכול מוקדם שפגע ביכולות שלהם להסתגל (Fenichel,1945). האיכויות ה"אורליות" של אנשים עם תכונות דכאוניות השפיעו על הסתכלות זו; שמו לב שאנשים דכאוניים הם לעיתים קרובות עם עודף משקל, אוהבים בד"כ לאכול, לעשן, לשותות, לשבר, להתנשק ועוד סיפוקים אורליים, ושהם נוטים לתאר את החוויות הרגשיות שלהם באנלוגיות של אוכל ורעב. הרעיון שאנשים דכאוניים הם בעלי פיקסציה אורלית המשיכה להיות פופולרי בקרב פסיכואנליטיקאים גם באופן אינטואיטיבי וגם מבחינה תאורטית. כאשר אחד המדריכים שלי העיר לי שאני רואה כל אחד כרעב, ועימת אותי עם הנטיה שלי להשליך את הבעיות הדכאוניות שלי על כל המטופלים שלי, אני התחלתי להבחין בין אלו שזקוקים להאכלה רגשית ובין אלו שצריך לשאול אותם למה הם לא למדו לבשל.

הדרך הפסיכודינמית המוקדמת לתיאור התהליך הדכאוני, והפופולרית ביותר, מדגימה את יישומה של תאורית הדחף לבעיות קליניות ספיציפיות. צוין (**פרייד**, 1917) שאנשים במצבים דכאוניים מכוונים את רגשותיהם השליליים הרחק מאחרים, כלפי עצמם, שונאים עצמם ללא פרופורציה למגבלותיהם האקטואליות. בזמנו כאשר ההנעה הנפשית תורגמה כליבידו ואגרסיה, תופעה זו תוארה כ"סדיזם (תוקפנות) כלפי העצמי", או "כעס המופנה פנימה". בגלל ההבטחה הקלינית בנוסחה זו הקולגות של **פרייד** אמצו אותה בהתלהבות, וניסו לעזור לפציינטים לזהות דברים שהרגיזו אותם כך שהתהליך הפתולוגי יהיה הפיך. מאוחר יותר תאורטיקאים ניסו להבין מדוע אדם לומד להפנות את תגובות הכעס כנגד עצמו, ואילו פונקציות שמירת דפוסים כאלו משרתות.

המודל של הפניית האגרסיה פנימה תואמת לתצפיות שאנשים דכאוניים לעיתים רחוקות מרגישים כעס ספונטני. במקום זאת הם חשים אשמה. לא האשמה המוכחשת וההגנתית של האדם הפרנואידי, אלא תחושת אשמה עיקשת, מודעת, אגו-סינטונית. הסופר וויליאם גולמן פעם התבדח בראיון: "כאשר מאשימים אותי בפשע שלא בצעתי, אני מתפלא למה שכחתי

אותו". אנשים דכאוניים מתייסרים בכאב על כל חטא שעשו, כל טוב-לב שהזניחו, כל נטיה אנוכית שעברה להם בראש.

עצבות הינה רגש עיקרי נוסף אותו הם חשים. רוע וחוסר צדק מכאיבים להם אבל לעיתים רחוקות מייצרים אצלם זעם כמו אצל הפרנואיד, או את המוסרניות של האובססיבי, או את ביטול הנעשה של הקומפולסיבי, או חרדה כמו אצל ההיסטרי. העצב של מישהו שהוא מדוכא קלינית הוא כל כך מוחשי ומושך תשומת לב כך שבתפיסה הציבורית – וגם אצל אנשי מקצוע – עצבות ודכאון נהיו כמעט מילים נרדפות.

כפי שצוין קודם, מאחר ואנשים יכולים להיות ללא סימפטומים דיסטימיים אבל בעלי אישיות דכאונית, ומאחר ואבל ודכאון נובעים כל אחד מתנאים שונים, השוואה זו מטעה; אפילו בן אדם בריא נפשית יכול להסגיר רמז על מלנכוליה פנימית.

אלא אם כן הם כל כך מופרעים ללא יכולת לתפקד באופן נורמלי, אפשר לחבב ולהעריך בקלות אנשים דכאוניים. מאחר והם מפנים שנאה ובקורתיות כלפי עצמם, הם בד"כ נדיבים, רגישים וסובלניים לטעויות. מאחר והם שואפים לשמר יחסים בכל מחיר, באופן טבעי הם מעריכים את הטיפול.

תהליכי הגנה והסתגלות בדכאון

ההגנה המארגנת החזקה ביותר היא ההפנמה (introjection)*.

באופן קליני, זה הדבר הכי חשוב להבנה בעבודה עם אנשים דכאוניים. כאשר התאוריה הפסיכואנליטית התפתחה, מושגים פשוטים יותר (תוקפנות-פנימה לעומת תוקפנות-החוצה) שיקפו את תהליכי ההפנמה שפרויד החל לתאר ב"אבל ומלנכוליה" (1917) ו**אברהם** הבין את האדם הדפרסיבי כ"הזדהות עם אובייקט-אהוב אבוד". כאשר אנליטיקאים התחילו להדגיש את חשיבות תהליכי האינקורפורציה (האחזה, בליעה) בדכאון (התפיסה הקלייניאנית), הם הוסיפו כוח טיפולי עצום בהבנת האומללות הדיסטימית.

כשעובדים עם מטופלים דכאוניים, אפשר לשמוע את האובייקט המופנם מדבר. כאשר מטופל אומר משהו כמו: "זה מוכרח להיות בגלל שאני אנוכי", המטפל יכול לשאול "מי אומר את זה?" והתשובה תהיה, "אמא שלי" (או אבא, או סבא או אח גדול או כל אובייקט בקורתית מופנם). לפעמים המטפל מרגיש כאילו הוא מדבר עם "רוח" וכדי שהטיפול יהיה יעיל הוא צריך לכלול "גרוש שדים". סוג ההפנמה שמאפיינת אנשים דכאוניים, הינה הפנמה לא מודעת של החלקים השנואים ביותר של האובייקט האהוב. התכונות החיוביות שלו\ה זכורים באהבה,

בעוד שהתכונות השליליות נחוות כחלק של העצמי (Klein, 1940). (במאמר שלה על "אבל והיחסים שלו עם מצבי מאניה-דפרסיה").

האובייקט המופנם איננו חייב להיות אדם אשר במציאות היה עוין, ביקורתי או רשלני (למרות שלעיתים זה המקרה, וזה הופך את הטיפול ליותר מאתגר) כדי שהמטופל יחוה אותו כך ויפנים כזו דמות. ילד קטן שיחוש נזנה ע"י אבא שמאוד אוהב אותו – שלפתע יש לו עומס בעבודה או שאושפז בשל מחלה רצינית- יחוש עוינות בשל הנטישה אבל גם יתגעגע אליו וירגיש נזיפה-עצמית על כך שלא העריך את

*ישנם שני סוגי דכאון, לעיתים מכונים "הפנמתי" "introjective" (אשמה) ו"אנאקליטי" "anaclitic" (תלותי) (Blatt, 1974). שני הסוגים הינם שונים קונספטואלית. כאשר הדינמיקה של הפנמה מגבשת את האישיות, התוצאה היא האישיות המתוארת כאן; כאשר הדפוסים האנאקליטים מעצבים את האופי, הם מאפיינים את הסוג הדכאוני של האדם הנרציסטי.

אבא מספיק כשהיה זמין. ילדים משליכים את תגובותיהם על אובייקטים אהובים שנטשו אותם, ומדמיינים שעזבו כי הרגישו כעס או פגיעה. ואז, דמויות אלו של נוטש רע ופוגעני, מאחר והם מאוד מכאיבות וקוטעות את התקווה לאיחוד מחדש אוהב, מוצאות אל מחוץ למודעות ונחווים כחלק רע של העצמי.

כך, הילד מגיח מהתנסויות של מאובדן טראומטי קודם זמנו עם אידיאליזציה לאובייקט האבוד והעברה של כל הרגש השלילי אל תוך תחושת העצמי שלו. זוהי דינמיקה דפרסיבית מוכרת מאוד אשר יוצרת הרגשה שהוא רע, שהבריה אדם נזקק וטוב, והוא מוכרח לעבוד מאוד קשה כדי למנוע את הרוע מלהתעורר בעתיד. ניתן לראות שפורמולציה זו תואמת את מודל ה"כעס-פנימה"; למעשה זה מסביר למה מישהו מתרגל להתמודד עם עוינות בדרך זו. אם מישהו שעובר פרידות כואבות מאמין שזה הרוע שלו שהרחיק את האדם האהוב, הוא ינסה בכל הכוח לא להרגיש כלום אלא רק רגשות חיוביים כלפי אלו שאוהב. ההתנגדות של אנשים דכאוניים להודות ולהכיר בעוינות טבעית היא מובנת, וזה קשור גם לתופעת המעיקה של אדם שנשאר עם מישהו לא מתחשב או מתעלל פיזית ו/או נפשית, ומאמין שרק אם הוא/היא יהיו טובים מספיק ההתנהגות הבוטה של בן בזוג תפסיק.

לצאת נגד העצמי (Laughlin, 1967; Anna Freud, 1936)(turning against the self), זהו מנגנון הגנה נוסף אצל אנשים דכאוניים, מנגנון שהוא פחות ארכאי ממנגנון ההפנמה

שתואר לעיל. הפנמה כמושג מכסה באופן טוטאלי יותר את החוויה של להרגיש לא שלם ללא האובייקט ולקחת אותו אל תוך תחושת העצמי במטרה להרגיש שלם, אפילו שהמשמעות היא לקחת פנימה ייצוגים-עצמיים של רוע הקשור לחוויות כואבות עם האובייקט. לצאת כנגד העצמי מפחיתה את החרדה ובמיוחד חרדת נטישה (אם הוא מאמין שהכעס או הביקורת שלו שהביא לנטישה, הוא ירגיש בטוח יותר לכוון זאת כנגד העצמי), וגם להשאיר עם תחושה של כוח (אם הרוע נמצא בי, אני יכול לשנות את המצב המעיק).

ילדים תלויים באופן קיומי. אם האנשים בהם הם תלויים אינם אמינים, אי אפשר לסמוך עליהם או הם בעלי כוונות רעות, יש להם ברירה בין לעמוד בפני המציאות ולחיות בפחד כרוני, או להכחיש זאת ולהאמין שהמקור לחוסר האושר שלהם שוכן בתוכם, ועל כן שיפור-עצמי יכול לשנות את הנסיבות. אנשים בד"כ יעדיפו כל סוג של סבל על פני חוסר אונים. הנסיון הקליני מעיד באופן ברור על הנטייה האנושית להעדיף את האשמה הכי לא הגיונית מאשר להודות באימפוטנציה. לצאת כנגד העצמי הינה תוצאה שאפשר לצפות כאשר נתקלים בהיסטוריה רגשית שלוותה שחוסר בטחון.

אידיאליזציה הינה הגנה חשובה שצריך לשים אליה לב. מאחר והערכה העצמית פוחתת כתגובה לחוויות, ההערצה כלפי אחרים גוברת. נוצרים מעגלים סגורים של ערך גבוה לאחרים, ואז להרגיש נחות בהשוואה, ואז לחפש אובייקטים מוערצים לפצות על החסר, להרגיש נחות כלפי אובייקטים אלו, וכן הלאה, הינם אופייניים לדכאוניים. האידיאליזציה שונה מזו של נרקסיסטים מאחר והיא מאורגנת סביב עניינים מורליים יותר מאשר סביב סטטוס וכוח.

יחסי אובייקט בדפרסיה.

הפרק הקודם על תהליכי האגו מעלה כמה נושאים חשובים לגבי יחסי אובייקט אצל אנשים דכאוניים. הראשון, הוא התפקיד של אובדן מוקדם או חוזר על עצמו. הדמיון המדהים בין דכאון לאבל עורר תאורטיקנים ופרויד בראש לחפש אחר מקורות הדינמיקה של הדכאון בחוויות פרידה מכאיבות ומוקדמות מדי מהאובייקט האהוב. אובדן מוקדם איננו תמיד קונקרטי, ניתן לצפיה ולאומות מחקרי; זה יכול להיות יותר פנימי ונפשי, כמו במקרה של ילד שהופעל עליו לחץ לוותר על התנהגויות תלותיות כאשר עוד לא היה מוכן ובשל לכך.

(Erna Furman 1982) במאמרה "אמהות צריכות להיות שם כדי להעזב" חוקרת סוג זה של אובדן שני. היא מבקרת נמרצות את הרעיונות הקלאסיים על אחריות האם לגמול את התינוק כאשר הוא בשל לקבל את אובדן האובייקט-המספק, פורמן מדגישה שתינוקות גומלים את עצמם. המשאלה לעצמאות הינה חזקה בדיוק כפי שהמשאלה לתלותיות; נפרדות מתקבלת באופן טבעי ע"י צעירים שבטוחים בכך שההורה ימצא אם הם צריכים לסגת ו"לתדלק" (מהאלר, 1972). פורמן מעצבת מחדש את תהליך הנפרדות במונחים של התנועה הטבעית של הילד קדימה, מאתגרת את הרעיון המערבי העקבי שהורים מוכרחים לייצר תסכולים, כי אם הילד יצטרך לבחור אזי הוא יעדיף סיפוקים רגרסיביים.

על פי פורמן, אשר הקדישה קריירה מכובדת להבנת ילדים, זו בד"כ האמא, ולא התינוק, שמרגישה בחריפות את האובדן של סיפוק טבעי בשל הכרת התודה בזמן הגמילה- ובהקבלה בזמנים אחרים של פרידה.

ביחד עם ההנאה והגאווה שהילד גדל ונעשה אוטונומי, היא סובלת וחשה כאב וצער עמוק. ילדים נורמלים מעריכים כאבים אלו; הם מצפים שהוריהם יזילו דמעה ביומם הראשון בבי"ס, במסיבה הראשונה אליה הולכים ובטקס הבגרות. פורמן מאמינה שתהליך הנפרדות-אינדיבידואציה גורם לדינמיקה דכאונית, רק כאשר הכאב של האם בשל גדילת הילד הוא כה גדול, כך שאו שהיא נצמדת ויוצרת אשמה ("אני אהיה כל כך בודדה בלעדיך") או שדוחפת אותו הרחק ממנה באופן קאוונטרפובי ("למה אינך יכול לשחק בעצמך?"). ילדים במצב הראשון נותרים בהרגשה שמשאלות נורמליות להיות תוקפני ועצמאי גורמות כאב לאחר; במקרה השני, הן לומדים לשנוא את הצרכים התלותיים.

לא רק החוויה של אובדן מוקדם אלא גם הנסיבות הפועלות יחד להקשות על הילד להבין באופן מציאותי מה קורה, ולהתאבל באופן נורמלי, תורמים לנטיות דכאוניות. אחת מהנסיבות היא התפתחותית. ילדים בני שנתיים הינם צעירים מדי להבין שאנשים מתים ולמה הם מתים, והם אינם מסוגלים להעריך מניעים בין-אישיים מורכבים כמו "אבא אוהב אותך אבל צריך לעזוב כי איננו מסתדר עם אמא". העולם של הילד בן השנתיים עדיין נתפס כקסם ובמושגים מוחלטים. בתפיסה הקטגורית של טוב ורע, הילד אשר ההורה שלו נעלם יגיע למסקנות אודות רוע, ולא תמיד ניתן להפריכן בהסברים חינוכיים. אובדן משמעותי בשלב הנפרדות-אינדיבידואציה מבטיח רמה מסוימת של דינמיקה דכאונית.

נסיבות אחרות כוללות הזנחה של צרכי הילדים ע"י חבר משפחה אשר עמוס בקשיים משלו, ואינם יודעים באיזה מידה הילד זקוק להסברים אשר יפריכו את הפרושים שלו והייחוס לעצמו של ההזנחה. חשוב להסביר לילדים בהתאם לגילם מה קורה בתהליך הגרושין של ההורים, אצל מי נשאר ומתי נפגש עם ההורה השני.

סיבה נוספת שמעודדת נטיות דכאוניות הינה אוריה משפחתית שמונעת התאבלות. כאשר המודל של ההורים הוא להכחיש אבל או לעמוד על כך (כמו אחרי גרושים סוערים) שהילד יצטרף למיתוס המשפחתי שכולם בסדר ללא האוביקט האבוד, או זקוקים שהילד יאשר להם שאיננו כואב, האבל יורד למחתרת ולבסוף הופך לאמונה שמהו לא בסדר בעצמי. לעיתים הילדים מרגישים לחץ לא מדובר אינטנסיבי מהורה עם עומס רגשי, להגן על ההורה מצער נוסף, כאילו ההכרה בצער תביא להתמוטטות. כך הילד יגיע למסקנה שצער ואבל מסוכנים והצורך לנחמה הוא הרסני.

לעיתים התפיסה המוסרית המועדפת במשפחה היא שהתאבלות וצורות אחרות של טפול-עצמי ונחום-עצמי הינם "אנוכיים" או "פינוק-עצמי", או "אתה סתם מרחם על עצמך", כאילו ופעילויות אלו ראויות לבוז. יצירת אשמה מסוג זה, ונזיפה בילד שיפסיק לבכות ויתגבר כבר, מחדירה הן את הצורך להחביא כל חלק פגיע של העצמי, ודרך ההזדהות עם ההורה הביקורתית, תחושת שנאה עצמית לאספקטים רגישים אלו. הרבה מהמטופלים הדכאוניים שלי כונו בשמות שונים כאשר לא יכלו לשלוט בתגובותיהם הרגרסיביות הטבעיות לקשיים המשפחתיים; כמבוגרים הם מתעללים בעצמם נפשית בכל פעם שהם מצוברים.

השילוב של הזנחה רגשית ומעשית, ושל בקורת הורית היא במיוחד מתכון ליצירת דינמיקה דכאונית. פציינטית שלי אבדה את אמה ממחלת הסרטן בגיל 11 ונשארה עם אביה אשר חזר והתלונן שחוסר האושר שלה מרגיז את כיב הקיבה שלו ומזרז את מותו. מטופלת אחרת נקראה תינוקת מייללת ע"י אמה, מאחר ובגיל 4 היא בכתה כאשר נשלחה למחנה לילה למספר שבועות. איש דפרסיבי עמו עבדתי אשר אימו היתה דכאונית קשה ובלתי נגישה רגשית בשנים הראשונות של חייו, ספר שנאמר לו שהוא אנוכי וחסר רגישות בכך שרוצה מזמנה, ושיהיה מרוצה שאיננה שולחת אותו לבית יתומים. במקרים אלו קל לראות שתגובות כעס של ההורה לצורך הרגשי יסבו לילד תחושה של סכנה, שממילא כבר פוחד מדחיה. (אמירות מסוג זה שכיחות אצל מטופלים שהם דור שני לניצולי שואה, ודור שני להגירה של הורים שנותקו מסביבתם המוכרת והגיעו לארץ חסרי כל)

חלק מהמטופלים הדכאוניים שעבדתי אתם, היו האנשים הרגישים ביותר במשפחת המקור שלהם. התגובתיות שלהם למצבים רגשיים אשר חברי המשפחה האחרים היטיבו להכחיש, נתנו להם את הכינוי "היפרסנסיטיביים" או "אובר-ראקטיביים", תויות אותם המשיכו לשאת בתוכם עם התחושה הכללית של נחיתות.

אליס מילר (1975) תארה כיצד משפחות נצלו באופן לא מודע את הכשרון הרגשי של ילד מסוים, וכתוצאה מכך הילד הרגיש מוערך כאשר משרת פונקציה משפחתית. אם בנוסף גם לועגים לו והופכים לפתולוגים את הכישורים הרגשיים שלו, דינמיקה דפרסיבית תהיה עוד יותר חזקה מאשר רק כאשר משתמשים בו כסוג של מטפל משפחתי.

לבסוף, גורם סיבתי נוסף הינו דכאון משמעותי אצל אחד מההורים במיוחד בשנים הראשונות לחייו של הילד. תאורטיקאים עם נטיה ביולוגית ייחסו זאת לתהליכים גנטיים, אבל כותבים עם אוריינטציה אנליטית היו יותר זהירים. אמא שנמצאת בדכאון רציני וללא עזרה תוכל לתת לילד טיפול בסיסי בלבד, גם אם תרצה מאוד להעניק לו יותר. ככל שלומדים יותר על תינוקות, כך יודעים יותר עד כמה קריטית היא ההתנסות המוקדמת ביותר ליצירת עמדות וציפיות בסיסיות (שפיץ, 1965; גרינספון, 1981; שטרן, 1985). ילדים מאוד מוטרדים מהורה דכאוני; הם מרגישים אשמים בשל דרישות נורמליות, ומאמינים שהצרכים שלהם התישו את האחר.

שבילים רבים ושונים יכולים להוביל ליצירת דכאון. בחברה אשר בה המבוגרים מתקשים לתת זמן להקשבה רגישה לילדיהם, שבה אנשים משנים מקומות מגורים לעיתים תכופות, אשר בה גירושין נפוצים, ושמתעלמים מרגשות בעזרת תרופות שמשככות אותן באופן מלאכותי, זה לא מפתיע שאחוז הצעירים הדפרסיביים וההתאבדויות עלה, ושקומפולסיות כמו שימוש יתר בסמים ובהימורים, נמצאות בעליה. כמו גם, הפופולריות של קבוצות עזרה עצמית "הילד האבוד" או "הילד שבתוכנו", שמנסות להפחית את מידת הבדידות.

העצמי הדפרסיבי

אנשים דפרסיביים מאמינים שבתוך תוכם הם רעים. הם מקוננים על התאוה שלהם, על אנוכיותם, על התחרותיות, הגאווה, היהירות, הכעס, הקנאה, והחשקים שלהם. הם מחשיבים את כל האספקטים הנורמלים הללו כסטייה וכסכנה. הם מודאגים מכך שהם הרסניים. חרדות אלו יכולות לבוא בטון אורלי ("אני מפחד שהרעב שלי יהרוס אחרים"), או יותר על מישור אנאלי ("ההתנגדות שלי והסדיזם הם הרסניים") או באופן יותר אדיפלי ("השאירות שלי להתחרות בשביל אהבה ולנצח הן רעות"). אנשים דכאוניים מסבירים לעצמם את האובדנים ע"י האמונה שזה היה משהו במ שהרחיק את האובייקט. העובדה שהם הרגישו דחויים, מומרת אל האמונה הלא מודעת שהגיע להם דחייה, שהטעויות שלהם עוררו זאת, ושדחיה עתידית הינה בלתי נמנעת אם מישהו יכיר אותם באופן אינטימי. הם מנסים מאוד להיות "טובים", אבל הם פחדו מלהחשף כחוטאים ויחשבו כלא ראויים. אחת מהמטופלות שלי היתה משוכנעת בנקודה מסוימת שאני אסרב לראות אותה שוב אחרי ששמעתי את משאלות המוות שהיו לה כלפי אחיה הקטן. היא, כמו מטופלים מתוחכמים

אחרים שבאים לטיפול, יודעים ברמה המודעת שמשאלות כאלו מקובלות בגילאים צעירים, אבל עמוק בליבה היא חששה שתגונה.

האשמה אצלם היא עמוקה לאין שיעור. קצת מהאשמה היא פשוט חלק של המצב האנושי, והיא מותאמת לטבע הלא מושלם והמורכב שלנו, אבל האשמה הדפרסיבית מרשימה בעצמתה. במצב של דכאון פסיכוטי היא יכולה להופיע כאמונה ברורה שאסון מסוים נגרם בשל חטאיו האישיים – במשטרה רגילים שמדוכאים דלזיונלים מתקשרים כדי להצהיר על אחריותם לגבי פשעים שפורסמו שהם כמובן לא בצעו – אבל גם אצל אנשים מתפקדים ללא דכאון קליני אך עם פרופיל אישיותי דכאוני נוכל לגלות רעיונות במהלך הטיפול. "דברים רעים קורים לי כי מגיע לי" הינו נושא עקבי אצל דכאוניים. הם אפילו יכולים להיות עם ערך-עצמי פרדוקסלי המבוסס על רעיון גרנדיוזי ש"אף אחד הוא לא כה רע כמוני".

מאחר והם בכוננות מתמדת להאמין ברע מכל לגבי עצמם, לדכאוניים יש עור-דק. בקורת יכולה להרוס אותם; בכל מסר שיכלול גם תזכורת למגרעות שלהם הם ישמעו רק את החלק הזה. בביקורת עם כוונות חיוביות, כמו פידבק במקום עבודה הם יפחיתו בערך של המחמאות. כאשר הם חשופים להתקפות מרושעות, הם אינם יכולים לראות מאחורי גרעין האמת, שלאף אחד לא מגיע לקבל יחס מתעלל, לא משנה כמה לגיטימי התלונות של הרודף שלהם.

אנשים דפרסיביים לעיתים מתמודדים עם דינמיקה הלא מודעת שלהם דרך עזרה לאחרים, פעילות התנדבותית, או בתרומה לקידום חברתי, במטרה להפחית את האשמה. לעשות טוב, זוהי דרך לשמור על ערך-עצמי ולהימנע מאפיזודות דכאוניות.

כפי שצוין קודם לפסיכותרפיסטים יש לעיתים דינמיקה דפרסיבית. הם מחפשים הזדמנויות לעזור לאחרים כך שהחרדות שלהם אודות ההרסנות שלהם תוחזק בפינה. מאחר וזה קשה לעזור לאנשים מבחינה נפשית, לפחות לא מהר כפי שהיינו רוצים, ומאחר ואיננו יכולים להימנע מגרימת כאב זמני בשרות הצמיחה שלהם, יכולה להווצר אצל המטפלים אחריות מוגזמת ובקורת עצמית לא פרופורציונלית אצל מטפלים מתחילים. מדריכים יכולים להעיד עד כמה מתמחים צעירים חווים דינמיקה זאת במהלך ההכשרה. אחד הפציינטיות הדכאוניות שלי, פסיכותרפיסטית, הגיבה לכל נסיגה של מטופל שלה, במיוחד אם זה עורר בה רגשות שליליים בחיפוש אחר מה היה תפקידה בבעיה – עד כדי כך שהיא התעלמה מהזדמנויות ללמוד על מעגלים סגורים בעבודה עם פציינטית מסוג זה.

העברה והעברה נגדית עם פציינטים דכאוניים

בד"כ קל לאהוב פציינטים דכאוניים. הם מתקשרים מהר למטפל, מייחסים טוב לב למטרותיו אפילו כאשר הם חוששים מבקורת, הם מתרגשים מתגובות אמפתיות, עובדים קשה להיות

"טובים" בתפקיד המטופל, ומעריכים רסיסי תובנות כאילו היו פרורי אוכל מזיני-חיים. הם נוטים לעשות אידיאליזציה של המטפל (כטוב מוסרי בניגוד לרוע הסובייקטיבי שלהם), אבל לא בדרך ריקה ולא מחוברת רגשית שאופיינית למטופלים עם מבנה נרקסיסטי. אנשים דכאוניים בריאים יותר, מכבדים את הסטטוס של המטפל כנפרד, מציאותי ואנושי, ומשתדלים לא להפוך למעמסה. אפילו דכאוניים גבוליים או פסיכוסים מחפשים אהבה וקשר, ובד"כ מיצרים תגובה דואגת כלפיהם.

בו זמנית, פציינטים דכאוניים משליכים על המטפל את הביקורת הפנימית שלהם, את האינטרוייקטים אשר באופנים שונים הספרות הפסיכואנליטית התייחסה אליהם כסופר-אגו "סדיסטי", "אכזרי" או "פרימיטיבי" (פרויד, 1917; אברהם, 1924; קליין, 1940). זוהי התנסות מפתיעה לראות מטופל מתפתל בציפיה אומללה להסתייגות ממנו כאשר הוא מתוודה על מחשבה חוטאת קטנה. הם נוטים לאמונה כרונית שהענין של המטפל בהם יסתיים כאשר הוא יגלה באמת מי הם. אמונה זו יכולה להתקיים חודשים ושנים, גם כאשר כבר התנסה בכך שהמטפל מקבל אותו למרות החלקים השליליים.

כאשר הם מתקדמים בטיפול, הם פחות משליכים את הרגשות העוינים וחשים אותם באופן יותר ישיר בצורה של כעס וביקורת כלפי המטפל. בנקודה זו בטיפול, השליליות שלהם הופכת לסוג של קומוניקציה שהם לא באמת ציפו להעזר וכל מה שהמטפל יעשה בעצם לא ישנה. חשוב לשאת את השלב הזה בטיפול מבלי לקחת את הביקורת באופן אישי יותר מדי, ולהתנחם בכך שבתוך התהליך הם זזים מעמדה של תלונות כלפי עצמם.

הטיפול התרופתי של ימינו מאפשר לעבוד עם דכאוניים מכל הרמות של הפרעה ולטפל בדינמיקה לעיל גם עם חולים פסיכוסיים. לפני האפשרויות התרופתיות חולים גבוליים ופסיכוסים היו כל כך משוכנעים בכך שהם רעים, ובטוחים בכך שהמטפל ישנא אותם, כך שלא יכלו לשאת שום כאב של התקשרות. לעיתים הם יכלו להתאבד אחרי שנים של טיפול כי לא יכלו לשאת להרגיש התחלה של תקווה ואז והסתכן בעוד אכזבה קשה.

תמיד היה קל יותר לעבוד עם פציינטים דכאוניים יותר בריאים מאחר והאמונות שלהם על הפגמים הבסיסיים הן שלהם בעיקר לא מודעות וזרות לאגו כאשר מביאים אותן להכרה. אנשים עם הפרעה יותר קשה יהיו זקוקים לתרופות ע"מ להפחית את עוצמת הרגשות הדכאוניים. המצבים של תיעוב-עצמי חסרי הרחמים ושאינם יודעים מרגוע של הדכאוני הגבולי או הפסיכוסטי, פחות שכיחים אצל פציינטים שלוקחים תרופות. זה כאילו והדינמיקה הדכאונית נעשית אגו-דיסטונית באופן כימי. הצללים של השנאה העצמית שנשארים אחרי השימוש בתרופות הם כמו אצל הדכאוני ברמה הנוירוטית ועל כן נגישים יותר לטיפול.

העברת-נגד עם פציינטים דכאוניים פרוסה על קשת מחיבה מיטיבה ועד פנטזיות הצלה הומניפוטנטיות, תלוי בחומרת ההפרעה הדכאונית. תגובות אלו בנויות על העברת-נגד קומפלמטרית (ראקר, 1968); הפנטזיה הטיפולית שאפשר להיות "אלוהים", או אמא טובה, או ההורה הרגיש והמקבל שלפציינט אף פעם לא היה. רצונות אלו הן תגובה לאמונה הלא מודעת של המטופל שהתרופה לדכאון היא אהבה לא מותנית והבנה טוטלית. (יש בכך הרבה אמת אבל גם בעייתיות מסוכנת כגישה טיפולית).

ישנה גם העברת-נגד קונקורדנטית: המטפל ירגיש מיואש, חסר יכולת, חסר תקווה, ו"לא טוב מספיק" לעזור לפונה. עמדות דכאוניות הן מדבקות. נעשיתי מודעת לכך כשעבדתי במרכז לבריאות נפש והזמנתי ארבעה חולים דפרסיביים אחד אחרי השני. כשהגעתי להפסקת קפה אחרי כן המזכירה הציעה לי מרק עוף וכתף לבכות עליה. קל מאוד להגיב כמטפלים לאומללות שמושלכת עלינו בתחושה דכאונית או לייחס לעצמנו חוסר הצלחה כמטפלים. אפשר להתמודד עם רגשות אלו אם יש לך כמטפל מקורות תמיכה אישיים ומקצועיים וכן עם צבירת נסיון מקצועי.

יישומים טיפוליים באבחנה של דכאון

התנאי הכי חשוב הוא יצירת אוירה מקבלת, מכבדת ועם מאמצים מפצים להבין. כל הגישות הטיפוליות- הומניסטיות, ביהביוריסטיות-קונגיטיביות, פסיכודינמיות- מדגישות את סגנון ההתייחסות שיש לאמץ בטיפול בפציינטים דכאוניים. פציינטים דכאוניים הם בעלי ראדאר לקלוט את האישור הקל ביותר לפחדים שלהם מבקורת ודחיה.

הטיפול והניתוח של ההנחות הסמויות של המטופל אודות דחיה, והמאמצים להבין את תגובת הנגד שלו להיות "טוב" במטרה לסכל את הדחיה, הם החלק הגדול של העבודה הטיפולית. לפציינטים בתפקוד גבוה, הספה האנליטית היא שימושית מאחר והיא מזרזת העלאת נושאים אלו מהר ושמה אותם במוקד. אשה צעירה בה טפלתי (שלא היו לה סמפטומים גלויים אבל האופי היה מאורגן באופן דכאוני) היתה מומחית בקריאת הבעות פני. כאשר עבדנו פנים מול פנים היא כל כך מהר בטלה מחשבות שאני דוחה אותה או בקורתית מבלי אפילו להיות מודעת לכך. גם אני לא הייתי מודעת לכך; כאשר החליטה להשתמש בספה ולא היה לה קשר עין איתי, התפלאה עד כמה החלה להסס לדבר על נושאים מסוימים מתוך חשש שאני לא אקבל אותה.

גם בסטואציות טיפוליות שאין אפשרות להשתמש בספה, יש דרך להפחית את האפשרויות של המטופל לחפש כל הזמן את מבט המטפל, כך שיוכלו להיות יותר במגע עם עד כמה כרונית ואוטומטית עמידתם על המשמר. אחד הקולגים שלי התנגדה לעידוד שלי לבקש מפציינט דפרסיבי לשכב על הספה. היא לבסוף השתכנעה כאשר הטבע התערב לצידי בויכוח. ערב אחד

כאשר היא עבדה עם המטופל, סערה ניתקה את החשמל במשרד, והם החליטו להמשיך את השיחה בחושך. סיטואציה זו אשר מנעה את האפשרות לבדוק ויזואלית מה קורה הביאה את אותו הגילוי שהיה לי עם הפציינטית שלי.

בשל סיבות ברורות, טיפול יעיל בדכאוניים יותר קשים דורש תנאים הפוכים. ההנחות המוקדמות על כך שהם לא אהובים והפחד מדחיה הוא כל כך מרכזי ואגו-סינטוני שמבלי החופש לבדוק היטב את פניו של המטפל ולהפריך את פחדיו הרעים ביותר, הם יהיו בחרדה גבוהה מכדי לדבר בחופשיות. המטפל חייב להוכיח תקופה ארוכה שבה הוא מבטא יחס מקבל, לפני שאפילו הציפיות המודעות מדחיה יהיו פתוחות לבדיקה מדוקדקת.

חשוב מאוד לחקור עם פציינטים דכאוניים ולפרש את התגובות לנפרדות, אפילו לפרידה כמו שתיקה קצרה, מהמטפל. (חשוב להמנע משתיקות ארוכות; הם מעלות את ההרגשה שהוא לא מעניין, חסר ערך, תועה בדרכו, חסר תקווה). הם מאוד רגישים לנטישה וסובלים מלהיות לבד. חשוב יותר, הם חווים אובדן – בד"כ לא מודע, במיוחד במצבים פסיכויטים, ולעיתים במודע-כהוכחה לכך שהם רעים. לפיכך, זה קריטי להיות קשוב לא רק עד כמה האובדנים פוגעים בו – וזה יכול לעלות סביב חופשה שהמטפל לוקח- אלא איך הם מפרשים אובדנים אלו.

הרולד סמפסון (1983), ערך מחקר בו השווה שתי נשים דפרסיביות תואמות שטופלו אנליטית במשך תקופה דומה, האחד ע"י מודל שהדגיש אמפתיה, קבלה, והתאבלות על אובדנים לא מעובדים; השניה עפ"י שליטה-מבוקרת אשר בה הרעיון שיש צורך גם להתייחס לאשמה ולאמונות פתולוגיות אודות העצמי. בראיונות לאחר שנה כל אישה היתה צריכה להעריך את הטיפול. הראשונה היתה מלאה הכרת תודה למטפל, למסירות ולחום שלו. אולם, היא גם היתה עדיין מדוכאת. השניה אמרה שחסרים לה זכרונות חיים מהטיפול, למרות שחושבת שהוא עזר לה, ונראה שהיתה פחות זקוקה להלל את המטפל שלה. היא הרשימה את המראיין בבטחון העצמי והשלווה שלה, ונראה שחיה עכשיו חיים מספקים. ממצאים אלו מדגישים את החשיבות של גילוי הפנטזיות על מה שמייחסים לעצמם, ולא רק לאפשר אבל על פרידות בהווה ובעבר.

חשוב ליצור אוירה מקבלת ולא שיפוטית אך זה בלבד לא מספיק. גילוי זה מעלה גם סוגיות חשובות אודות טיפול קצר-מועד בפציינטים דכאוניים. טיפולי המוגבלים בזמן באופן שרירותי אולי יכולים להיות טובים בזמן אפיזודה כואבת של דכאון קליני, אבל התנסות מוגבלת בזמן יכולה להיות דומה לניתוק טראומטי- עוד הוכחה לכך שהמטופל איננו טוב מספיק לעורר רצון לקשר.

כמו כן, טיפול מוגבל בזמן עלול לאמת את ההנחה של המטופל שהוא תלתי באופן פתולוגי, מאחר וטיפול קצר-מועד לעיתים מוצע כטיפול הנבחר. במידה ואין ברירה אלא טיפול קצר חשוב להתחייס ולפרש את משמעות האובדן שבפרידה.

נטיה אופיינית למטפלים מתחילים שעובדים עם דכאוניים היא המנעות מלקחת חופש או במקרה הצורך להזיז פגישה, כדי לחסוך למטופל כאב. כולנו מנסים להגן עליהם מפני סבל. אולם מה שהם זקוקים לו זה לא טיפול ללא הפרעה אלא הם זקוקים לחוויה שהמטפל חוזר לאחור פרידה. באופן ספיציפי יותר הם צריכים לדעת שהרעב שלהם לא מרחיק את המטפל לצמיתות ושהכעס שלהם על כך שננטשו לא הורס את היחסים. לא ניתן ללמוד זאת ללא שקורות הפרעות במהלך הטיפול.

כאשר מעודדים אותם להיות בקשר עם הכעס ורגשות שליליים אחרים, הם מסבירים שאינם יכולים לקחת את הסיכון של לבטא עוינות כלפי המטפל מאחר ו"איך אני יכול לכעס על משהו שאני זקוק לו כל כך?". חשוב מאוד שהמטפל לא יצטרף לחשיבה מעגלית זו. חשוב להצביע על כך שהשאלה מצביעה על הנחה שיש לבחון אותה שכעס מפריד בין אנשים. זה לפעמים גילוי מפתיע עבור אנשים דפרסיביים שהחופש להודות ברגשות שליליים מחזק את האינטימיות, בעוד שעמדה כוזבת יוצרת בידוד. כעס מתנגש עם תלות נורמלית רק אם האדם בו הוא תלוי הוא בעל תגובות פתולוגיות לכעס – חוויה שהרבה דכאוניים עוברים בילדותם, שאז לא היתה להם הזדמנות ליחסים עם מבוגר יותר עמיד לכעס.

מטפלים לפעמים מוצאים שהמאמץ שלהם לרכך את תחושת הרוע של הדכאוניים נתקלים בהתעלמות או בתגובה פרדוקסלית. הערות תומכות לאדם השקוע בתיעוב-עצמי יכולות לעורר הגברת הדכאון. המכניזם בעזרתו הופך המטופל את המשוב החיובי להתקפה-עצמית הולך בערך ככה: "כל אחד שבאמת מכיר אותי לא יכול להגיד כזה דבר חיובי עלי. אני בטוח רימתי את המטפל לחשוב שאני בסדר. אני רע כי הולכתי שולל אדם כזה נחמד. יותר מכך, אי אפשר לסמוך על תמיכה מכיוון זה כי אפשר לשטות בקלות במטפל הזה". (Hammer, 1990), מצטט את כאן את Groucho Marx שנהג לומר שאינני מעוניין להצטרף למועדון שמקבל אנשים כמוני כחברים.

אם שבחים פועלים כבומרנג, מה ניתן לעשות על מנת לשפר את הערך העצמי של אדם דכאוני? לפסיכולגים של האגו יש מרשם שימושי: **אל תתמוך באגו; תתקיף את הסופר-אגו.** לדוגמא: אם אדם נוזף בעצמו על פשע של קנאה בהצלחת חברו, והמטפל מגיב שהקנאה היא רגש נורמלי, ושהמטופל לא בטא זאת בחוץ, ושהוא יכול לברך את עצמו במקום לדכדך את עצמו, המטופל יגיב בשתיקה ספקנית. אבל אם המטל יאמר "אז מה כל כך נורא בכך?" או יקניט אותו בכך שמנסה להיות יותר טהור מאלוהים או יזמין אותו "להצטרף לגזע האנושי", המטופל יוכל לקבל את המסר.

אספקט נוסף של טיפול רגיש באנשים דכאוניים היא נכונות המטפל להעריך, כהישג התפתחותי, התנהגויות שמסמלות התנגדות. לדוגמא, הרבה מטופלים מבטאים את תגובותיהם השליליות דרך ביטול שעות או איחור בתשלום. אנשים דכאוניים מתאמצים כל כך להיות טובים, כך שהצייתנות הופכת לחלק מהפתולוגיה שלהם. אפשר לעשות סדקים קטנים במנטליות הדפרסיבית ע"י פרוש ביטול השעה או אי תשלום בזמן, כנצחון על הפחד שהמטפל ינטוש לאחר הגילוי הקל ביותר של התנגדות. אם מטופל דכאוני לא יתנהג אף פעם באופן אנוכי או כיריב, המטפל צריך להעלות דפוס זה כשווה לברור.

חשוב שהמטפלים יקדמו בברכה את הסרת ההילה והאידיאליזציה ע"י המטופל. זה סימן משמעותי להתקדמות כאשר מטופל דכאוני נעשה בקורתי או כעוס על המטפל. מטופלים דכאוניים צריכים לעזוב את העמדה של "one-down" ולראות את המטפל כאדם רגיל עם פגמים. לשמור את האידיאליזציה, משמעותו לשמור דימוי עצמי נחות.

לבסוף, כאשר הנסיבות המקצועיות מאפשרות זאת, חשוב עם אנשים דכאוניים יותר מאשר עם אחרים להשאיר להם את ההחלטה לגבי הסיום. חשוב להשאיר להם דלת פתוחה ולנתח מראש מה יכול לקרות שיצריך פניה מחודשת לטיפול. חשוב שלא תהיה הרגשה שלחזור לטיפול זה הודאה בכשלון או שהמטפל יתאכזב שלא היה ריפוי מושלם. מאחר והגורמים לדכאון הן לעיתים קרובות פרידות בלתי הפיכות – אשר מכריחות את הילד לנתק את הקשרים ולהדחיק את הגעגועים הרגרסיביים, במקום להרגיש בטוח במחיצת הורה זמין ומבין – שלב הסיום עם מטופל דפרסיבי צריך להתנהל בזהירות ובגמישות.

אישויות מאניות והיפומניות

מניה היא צדו השני של הדיכאון. לאנשים בעלי אישיות היפומנית יש ארגון דכאוני מיסודו, אשר מנוטרל על ידי מנגנון ההדחקה. מכיוון שרוב האנשים בעלי דרגה של מניה סובלים מאפיזודות שבהן מנגנון ההדחקה כושל והדיכאון עולה, הפסיכולוגיה שלהם מתוארת לעיתים במונח "ציקלוטימי" (CYCLOTHYMIC). במהדורה השנייה של DSM (DSM-II; 1968 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION), גם דיכאון וגם ציקלוטימי אושרו כאבחנות של הפרעות אישיות. היפומניה אינה מצב של ניגוד פשוט לדיכאון; נקודה לנקודה, היא ההיפוך הגמור שלו. היחיד ההיפומני הינו במצב רוח מרומם, אנרגטי, מקדם את עצמו, שנון, וגרנדיוזי. אח'טר (AKHTAR, 1992), מסכם:

אדם בעל היפומניה באופן גלוי הינו שמח, חברותי מאוד, נתון לאידיאליזציה של אחרים, מכור לעבודה, פלרטטני, ורהוט, כאשר בחשאי הוא אשם בתוקפנותו כלפי אחרים, חסר יכולת להיות לבד, לקוי ביכולתו להיות אמפתי, חסר יכולת לאהוב, מושחת, ובעל חוסר גישה שיטתית בסגנון הקוגניטיבי שלו. (עמ' 193)

אנשים במצב מאני או בעלי אישיות מאנית הינם מפורסמים בתוכניות גרנדיוזיות, מחשבות רצות, וחופש רב מהצרכים הפיזיים הרגילים, כגון אוכל ושינה. הם נראים במצב "מרומם" תמידי – עד שהתשישות סוף סוף תופסת אותם. מכיוון שאדם החווה מאניה לא מסוגל להאט, סמים כגון אלכוהול, כדורי שינה, ואופיאטים שמדכאים את מערכת העצבים המרכזית יכולים להיות מאוד מושכים. נראה כי קומיקאים והומוריסטים רבים הם בעלי אישיות היפומניות; שנינותם הבלתי נלאית יכולה לעיתים להיות די מעייפת. לעיתים הצד הדיסטימי של אדם מאוד מצחיק הוא יותר נראה, כמו במקרים של מארק טווין או אמברוז בירס או לני ברוס, כל אלו סבלו מאפיזודות דיכאוניות קשות.

דחף, השפעה, וטמפרמנט במניה:

אנשים מאניים מוכרים כבעלי אנרגיה גבוהה, התרגשות, ניעות, מוסחות וחברותיות. הם לעיתים קרובות בדרנים מעולים, מספרי סיפורים, בדחנים, חקיינים – אוצר לחבריהם, אשר אף על פי כן מתלוננים לעיתים שמכיוון שהם הופכים כל הערה רצינית להומור, קשה להתקרב אליהם רגשית. כאשר אפקט שלילי מופיע באנשים בעלי פסיכולוגיה מאנית והיפומנית, הוא מתגלה לא כיגון ואכזבה, אלא ככעס, לעיתים בצורה של אפיזודות של זעם פתאומי ובלתי נשלט.

כמו עמיתיהם באזור הדיכאוני, הם נראים לצופים באופן פסיכואנליטי כמסודרים לפי קווים אוראליים (פנישל, 1945): הם יכולים לדבר ללא הפסקה, לשתות בפזיזות, לכסוס את ציפורניהם, ללעוס מסטיק, לעשן, לגרם את פנים פיהם. במיוחד בקצה המשובש של הרצף המאני, רבים הם בעלי עודף משקל. התזונה הנצחית שלהם מרמזת על חרדה רבה, למרות

המצב רוח המרומם שבו הם נמצאים לרוב. ההנאה הרגשית שהם מציגים וההידבקות, הענקה, היא בעלת איכות די שברירית ובלתי אמינה; מכריהם לרוב שומרים בליבם דאגות מעורפלות לגבי היציבות שלהם. בעוד ששמחה היא מצב מוכר לאדם מאני, שלוה רגועה יכולה להיות מצב רגשי לגמרי מחוץ לניסיון שלו או שלה (אקיסקל, 1984).

תהליך הגנתי ומסתגל במאניה:

ההגנות המרכזית של אנשים מאנים והיפומאנים הן הכחשה וביטוי בפעולה (acting out). הכחשה בולטת בנטייתם להתעלם (או להפוך להומור) מקרים אשר יטרידו או יבהילו את רוב האנשים. ביטוי בפעולה מתרחשת בעיקר בצורת בריחה: הם בורחים ממצבים אשר עלולים לאיים עליהם באובדן. הם גם עלולים לברוח מהשפעות כואבות בדרכים אחרות של ביטוי בפעולה, כגון סקסואליזציה, שיכרון, פרובוקציה, ואפילו פעולות שנראות פסיכופטיות, כגון גניבה (לכן, מספר אנליטיקאים תהו לגבי היציבות של העיקרון המציאותי של פציינטים מאניים [קאטן, 1953]). אנשים מאניים גם מבצעים דבלואציה, תהליך דומה בצורתו לנטייה הדיכאונית לאידיאליזציה, בעיקר כאשר הם מתלבטים לגבי התקשרות אוהבת אשר הם מפחדים שתאכזב אותם.

עבור אדם מאני, כל הסחת דעת עדיפה על פני סבל רגשי. אנשים בעלי נטיות מאניות, בעיקר אלו בעלי הפרעה קשה ואלו במצב פסיכוטי זמני, עלולים להשתמש גם במנגנון ההגנה של שליטה כל-יכולה; הם עלולים להרגיש בלתי פגיעים, בני אלמוות, בטוחים בהצלחה הבטוחה של תוכנית גרנדיוזית. פעולות של ראוותנות אימפולסיבית, אונס (בדרך כלל של בן/בת זוג), ושליטה אוטוריטית מוכרות בקרב אנשים מאניים בזמן התקף פסיכוטי.

יחסי אובייקט במאניה:

בהיסטוריות של אנשים מאניים, ייתכן אפילו באופן מפתיע יותר מבאלה הדיכאוניים, אפשר למצוא דפוס של פרידה טראומטית חוזרת בלי אפשרות לילד לעכל אותן רגשית. מוות של אנשים חשובים אשר עברו בלי התאבלות, גירושים והיפרדות שאף אחד לא דיבר עליהם, ומעברים משפחתיים אשר לא הייתה להם הכנה משבשים את הילדות של המאני. אדם היפומאני אחד שעבדתי איתו עבר 26 פעמים במהלך העשור הראשון לחייו; יותר מפעם אחת הוא הגיע הביתה לאחר בית הספר וגילה את משאית ההעברה בשביל הגישה לביתו. ביקורת והתעללות נפשית ולעיתים פיזית, גם הם נפוצים ברקע של יחידים מאניים והיפומאניים. כבר דנתי בנושא של השילוב של פרידה טראומטית והזנחה והתעללות רגשית, מכיוון שהוא מוביל לתוצאות דיכאוניות; ייתכן כי בהיסטוריות של אנשים מאניים האובדן היה יותר קיצוני, או שהיחס לחשיבותם הרגשית על ידי מטפלי הילד היה אף יותר נדיר מזה שברקע של אנשים דיכאוניים. אחרת קשה להסביר את הצורך בהגנה קיצונית כהכחשה.

העצמי המאני:

אחת המטופלות המאניות שלי תיארה את עצמה כראש מסתובב. היא הייתה מודעת בהריפות לצורך שלה להמשיך לנוע שמא היא תצטרך להרגיש משהו כואב. אנשים מאניים הינם מפחדים מחיבור, מכיוון שלדאוג למישהו משמעו שלאבד אותו או אותה יהיה הרסני. הרצף המאני ממבנה פסיכוי לנורוטי מעמיס ביותר בכובד באזורים הגבוליים והפסיכויטיים בשל הפרימיטיביות של התהליך המעורב; התוצאה היא שאנשים מאניים, היפומאניים וציקלוטמים רבים הם בסכנה של חוויה סובייקטיבית של התפוררות עצמית אשר פסיכולוגים עצמיים מתייחסים אליה כפיצול. אנשים מאניים מפחדים שאם לא ימשיכו לזוז, הם יתפרקו. ביטחון עצמי באנשים בעלי מבנה מאני יכול להשתמר, בצורה קלושה, על ידי שילוב של הצלחה מהתחמקות מכאב והתרוממות רוח בלשבות את רוחם של אחרים. אנשים מאניים מסוימים שולטים ביכולתם לחבר אנשים אחרים אליהם רגשית בלי השקעה הדדית באותו עומק. מכיוון שהם לעיתים קרובות מבריקים ושנונים, חבריהם ועמיתיהם – בעיקר אלו אשר מחזיקים באמונה הרווחת, אך שגויה, שאינטליגנציה ופסיכולוגיה חמורה הם בלעדיים באופן הדדי – יכולים להיות נבוכים לגלות אודות החולשות הפסיכולוגיות שלהם. ניסיונות התאבדות והתנהגות פסיכויטית בוטה יכולים לחדור פתאום מבצר מאני אם אובדן מסוים נהיה יותר מדי כואב להכחיש.

העברה והעברה נגדית במטופלים מאניים:

מטופלים מאניים יכולים להיות מקסימים, בעלי תובנות ומרתקים. הם גם נוטים להיות מבלבלים ומעייפים. פעם בזמן שעבדתי עם אישה צעירה היפומאנית, שמתי לב לפנטזיה שהראש שלי היה במייבש בגדים, מהסוג במכבסות שמסובב בגדים בתצוגה מלאה אך מהר מדי בשביל לעקוב אחריהם. לפעמים בראיון ראשוני אדם מודע להרגשה המציקה שעם היסטוריה כל כך בעייתית, הפציינט אמור להראות יותר רגשות בזמן שהוא מספר עליה. בזמנים אחרים אדם מודע לכך שאינו יכול לחבר את כל החלקים ביחד. ההעברה הנגדית המסוכנת ביותר במטופלים העובדים עם אנשים היפומאניים הינה ההערכה הנמוכה מדי של מידת הסבל והחוסר ארגון האפשרי שנמצאים מתחת להצגה המרתקת שלהם. מה שעלול להיראות כתצפית קרובה ברוחו של האגו ושיתוף פעולה אמין יכולים להיות עבודתם של הכחשה מאנית וקסם הגנתי. יותר ממטפל אחד היו מופתעים מהתוצאות של מבחן השלכתי במטופל היפומאני מושך; הרורשך (ROSRCHACH) במיוחד מראה לעיתים קרובות רמה של פסיכופתולוגיה שאף אחד בצוות האינטייק לא חשד בה.

השלכות תרפויטיות של איבחון מאניה או היפומאניה:

אחת הדאגות העיקריות במטופל היפומאני צריכה להיות מניעת הבריחה. אלא אם המטפל העלה זאת בפגישה הראשונה, לפרש את הצורך המתגונן של אדם לברוח מקשרים משמעותיים (אשר יהיה ברור מההיסטוריה) ולפעול נגד המטופל להישאר למשך זמן מסוים אחרי שהרגיש את הדחף לברוח, לא יהיה טיפול מכיוון שלא יהיה מטופל. צריך לעשות כך: "הבחנתי כי כל קשר חשוב בחייך נקטע בפתאומיות, לרוב ביוזמתך. אין סיבה שזה לא יקרה גם בקשר הזה – במיוחד מכיוון שבטיפול כל כך הרבה דברים כואבים עולים. כאשר החיים נהיים כואבים, הדפוס שלך הוא לברוח. אני רוצה שתעשה איתי הסכם מההתחלה שלא משנה כמה זה נראה הגיוני, אם אתה פתאום מחליט להפסיק את הטיפול בכל נקודה, תבוא לפחות לעוד שש פגישות¹, כך שנוכל להבין לעומק את החלטתך ללכת ולתת הזדמנות לסיים את התהליך בצורה רגשית נכונה."

זו יכולה להיות הפעם הראשונה שהמטופל עומד בפני העובדה שיש דרך רגשית נכונה לסיים קשרים; כלומר, אדם צריך להתמודד עם אבל ורגשות מתבקשות אחרות סביב פרידה וסיום. התמקדות מתמשכת בהדחקה של אבל ורגשות שליליים באופן כללי אמורה לאפיין את העבודה הטיפולית. רוב האנליטיקאים (דוג', קרנברג, 1975) שקלו את הפרוגנוזה של מטופלים היפומאניים להיות שמורה לכל היותר, אפילו כאשר המטפל לוקח כל אמצעי זהירות למנוע בריחה, בשל הקושי הנוראי של המטופל לסבול. אבל לפעמים קל יותר לעזור למטופלים מאניים יותר "חולים" בעליל, מכיוון שרמת אי הנוחות הפסיכולוגית שלהם תומכת במוטיבציה שלהם להישאר בטיפול.

במטופלים מאניים יותר מופרעים, כמו במטופלים מאוד דיכאוניים, תרופות פסיכותרופיות הן מתת אלוהים. התחכום הפסיכיאטרי הנוכחי גורם לכך שיהיה אפשרי להתאים את הסוג והמינון של התרופות לצרכים הספציפיים של המטופל; הימים שבהם ליתיום היה התרופה האפקטיבית היחידה למאניה עברו מזמן. מצאתי שזה חשוב, עם זאת, להיות בטוח שהרופא שרושם את התרופות ייקח גישה זהירה וייחודית לכל מטופל; מטופלים מאניים הם שונים כמו כל אחד אחר ולעיתים קרובות בעלי רגישויות פיזיות ייחודיות, התמכרויות ואלרגיות. קשר מהימן עם הרופא שלהם כמו עם הפסיכותרפיסט שלהם, וקשר תומך הדדי בין שני מטופלים אלה, תומך בהחלמתם. בניגוד לחוכמה מקובלת, פסיכותרפיה היא חשובה ואפקטיבית במטופלים מאניים; בלעדיה, הם נכשלים בעבודתם על חווית האובדן שלא התאבלו ובלמידה כיצד לאהוב בלי פחד. הם גם יפסיקו לקחת את התרופות שלהם.

אנשים היפומאניים בריאים יותר נוטים להגיע לטיפול בזמן מאוחר יותר בחייהם, כאשר האנרגיות והדחפים שלהם פחתו, והם יכולים להביט לאחור בבהירות כמה מקוטעות ולא מספקות ההיסטוריות שלהם. הם לפעמים באים לקבל עזרה לאחר תפקיד ארוך בעבודה על

¹ מספר זה הוא שרירותי. המטפל יכול לבחור כל מספר פגישות שנראה לו הגיוני ושהמטופל יכול לדמיין לסבול. זה יכול להחלט להיות החלטה משותפת.

התמכרות בתוכנית 12 שלבים, כאשר ההרסנות העצמית שלהם פחתה והם רוצים להבין את חייהם. כמו מטופלים נרקסיסטיים מהסוג הגרנדיוזי, עימם הם חולקים כמה דפוסים מתגוננים, לפעמים קל יותר לעזור לאנשים היפומאניים מבוגרים יותר מאשר לעמיתיהם הצעירים יותר (קרנברג, 1984). אך הם עדיין צריכים הסכם נגד בריחה מוקדמת. הנדירות של ספרות על טיפול פסיכותרפיוטי של אישיות היפומאניות יכולה להראות כי מטופלים רבים לומדים בדרך הקשה שהם היו צריכים לעשות הסכם כזה.

חלק מהטיפול המתאים למטופלים פרנואידיים גם מתאים למטופלים היפומאניים. לעיתים קרובות אדם צריך "לרדת מתחת" להגנה; למשל, להתמודד באגרסיביות עם הכחשה ולהצביע על מה שמוכחש מאשר להזמין את המטופל לחקור את ההגנה הנוקשה מיסודה. המטפל חייב להיראות חזק ומסור. הוא או היא חייבים לפרש כלפי מעלה, ללמד את האדם ההיפומאני אודות אפקט שלילי נורמאלי והחוסר שלו באפקט קטסטרופי. בשל אימה מאנית של אבל וקיטוע עצמי, הטיפול צריך לזוז לאט. הקלינאי שמדגים התכוונות מציע למטופל דגם שונה של דרך לחיות עם עולם הרגשות. טיפול צריך גם להיערך בגוון ענייני במיוחד. במאמצם להימנע מכאב נפשי, רוב האנשים המאנים למדו להגיד את מה שעובד אוטנטיות רגשית הינה מאבק בשבילם. המטפל צריך אם כך לחקור מדי פעם אם הם אומרים את האמת, במקום להסביר, לבדר, או להשהות. כמו באנשים פרנואידיים, מטופלים היפומאניים צריכים מטפל פעיל ונוקב, בלי צביעות, דו פרצופיות והונאה עצמית.