

דיכאון כמיסוך פסיכוסומטי בשירות ההישרדות הנפשית השימוש הנפשי בסוג מסוים של דיכאון

עירית המאירי ולדרסקי, מ.א.¹

במאמר זה אציע כי הודות למנגנוני המיסוך הפסיכוסומטיים המעורבים בדיכאון, הדיכאון יכול, במקרים מסוימים, לייצג רגרסיה לסביבה כמו-אוקיאנית, בניסיון לייצר התנסויות מסוג הוויה ההכרחיות לקיום הנפשי. הדיכאון נקרא לפעולה כשלא ניתן לייצר התנסויות אלו בדרכים בריאות יותר, וככזה הוא מייצג רגרסיה בשירות ההישרדות הנפשית. בתנאים המתאימים, תיווצרנה בהדרגה אפשרויות בריאות יותר ליצירת ההתנסויות הנחוצות, ויתאפשר ויתור הדרגתי על הדיכאון. במקרים הקיצוניים, תצטמצם האפשרות לוותר על הדיכאון, והוא עלול להתקבע כמוצא יחיד וכוני של פשרה. הצעה זו עולה בקנה אחד עם ממצאים והשערות בעולם המחקר האבולוציוני הנוירופסיכולוגי. מתואר מקרה שעודד את ההבנה המוצעת, ומנסחות מחשבות ראשונות על ההשלכות הקליניות.

מנוחה ותשומת לב מהסביבה). ואכן, גם בכל אחד ממופעי השונים של הדיכאון מעורבים מרכיבים אדפטיביים ורווחים משניים. בסוג הסינדרום שאני מתארת קורה הרבה מעבר לכך: הסימפטומים מגויסים בשירות הניסיון ליצור סביבה פסיכוסומטית מסוימת, שרק בתוכה הנפש יכולה למצוא מענה לצורך דוחק בהתנסויות מסוג הוויה הסיבות לכך יכולות להיות מגוונות, והן תלויות באינטראקציה הייחודית בין נסיבות החיים בזמן נתון ובין מידת החסך במענה של הסביבה המוקדמת לצורך זה, כפי שהמענה הזה נקלט במערכת המולדת. מערך הסימפטומים שנראה ברמה הפנומנולוגית יכול להיות שונה ממקרה למקרה, תלוי במפגש הייחודי בין הנתונים המולדים לסביבתיים. מה שיחצה תמונות סימפטומטיות שונות תהיה ההנעה הזו שבבסיסן, השימוש הנגזר בסימפטומים, והאפשרות לוותר על הדיכאון ככל שיימצאו דרכים בריאות יותר ליצירת ההתנסויות המבוקשות. כך, למשל, ברמה הפנומנולוגית, לצד ירידה במצב הרוח, נוכל לראות סימפטומים שמקדמים את המיסוך באופן ישיר, כמו סימפטומים וגטטיביים וקטטוניים, בהם נסיגה חברתית, חוסר עניין, חוסר יוזמה, קשיי ריכוז, ירידה בתנועתיות, שינה מוגברת ופנטזיות על מוות כמצב של מנוחה. לצידם, נוכל לראות גם סימפטומים שלכאורה חותרים תחת מיסוך כזה, אך למעשה, בהקשר הנוכחי, פועלים לקדמו בעקיפין. כך, למשל, גילויים של תוקפנות כלפי העצמי בצורה של ביקורת עצמית ואשמה, הפועלים בהקשר הנדון כמכות חוזרות שמבקשות, בסופו של דבר, להקהות את התודעה ואת החוויה. לצידם, נוכל לראות סימפטומים שגם אם אינם מקדמים מיסוך זה, אינם בהכרח מפריעים לו, כמו תנועתיות מוגברת, או שינויים בתיאבון.

ראשיתה של החשיבה הפסיכואנליטית מוסכם כי סימפטומים מהווים סוג של פשרה אדפטיבית (1) בהתמודדות עם קונפליקטים קשים להתרה או עם צרכים שאינם זוכים למענה הולם. במאמר הנוכחי אתבונן בדיכאון מזווית זו, תוך הישענות גם על מימצאים מעולם המחקר האבולוציוני הנוירופסיכולוגי.

הדיכאון הוא מצב של נסיגה (withdrawal) פסיכוסומטית, שבמקרים רבים מתבטאת בירידה ברמה הליבידינלית, בפעילות מופחתת ובתגובתיות ירודה. התפקוד של המערכות החושיות, המוטוריות והאפקטיביות יורד, והחוויה של גירויים פנימיים וחיצוניים מעומעמת. אציע כי ככזה, הדיכאון יכול לייצר מיסוך פסיכוסומטי המעמעם את חווית העצמי, האחר, והגבולות ביניהן, וכך לקדם התנסויות מסוג הוויה ההכרחיות לקיום הנפשי. לכן במקרים מסוימים, הדיכאון יגויס לענות על צורך בהתנסויות מסוג הוויה, כשלא ניתן לענות עליו בדרכים אדפטיביות יותר. כך, עד כמה שגילוייו יכולים להיות פתולוגיים, סוג הדיכאון המתואר כאן מהווה צורה של רגרסיה בשירות ההישרדות הנפשית. הדיכאון כסינדרום משני כך למיסוך שהוא מאפשר, וזו מהותה של הפשרה האדפטיבית שהוא יוצר.

ניתן לטעון, כי במחלות פיסיות ונפשיות רבות יש היבטים המסייעים להסתגלות ואפילו להחלמה (למשל חום ועייפות במחלות גופניות רבות); ומיגוון רווחים משניים (למשל

¹ המכון הפסיכואנליטי, ירושלים; התכנית לפסיכותרפיה, ביה"ס לרפואה ע"ש סאקלר, אוני' ת"א; המרכז ללימודי וויניקוט וממשיכיו; ביה"ס לפסיכותרפיה, מכון מגיד, האוני' העברית. valdsrkyid@zahav.net.il

עוינים כלפי ייצוגי אובייקט בלתי מובחנים דיים. בסקירה מקיפה של הספרות על דיכאון, בליצ'מור (8) מציע טיפולוגיה נרחבת של מצבים דיכאוניים, אך כולם כאחד מובנים כצורות של תוקפנות כלפי העצמי, כנגזרת של משאלות מתוסכלות נוכח אובדן אובייקט.

החיבור בין דיכאון לתוקפנות כלפי העצמי נתמך בהיסטוריה הפסיכואנליטית בעיקר בתיאוריות המזהות בקונפליקטים פנימיים את לב הפתולוגיה האנושית. תיאוריות המכוונות יותר לחסך, עוסקות בדיכאון בעיקר במונחי דלדול נרקיסיסטי שהתוקפנות משנית לו, נגזרת ממנו ולא אחראית לו. ביברנינג (9) למשל, מזהה בלב הדיכאון תחושה של חוסר אוניס הנובעת מתסכול של צרכים בסיסיים. צרכים אלה מהדהדים צרכים ראשוניים: להיות נאהב, טוב או חזק; תסכולם יוצר פער בלתי נסבל בין הישגים ואידיאלים. ביברנינג מסכים עם באלנט (10) שהעיונות כלפי העצמי היא נגזרת של הפצע הנרקיסיסטי ולא של פעילות האני העליון. קוהוט (11, 12) מרחיק וממקם את מקור הפצע הנרקיסיסטי בכישלון הסביבה להגיב כהלכה לצורכי העצמי באמצעות פונקציות עצמיות-זולת הולמת. גם מרקסון (13) מייחס את הדיכאון להתנסות בחסך מכאיב עם הדמויות הראשוניות; ולמרות שמילרוד (5) רואה בתוקפנות כלפי העצמי חלק אינטגרלי של הדיכאון, גם הוא מזהה את מקורה בפצע נרקיסיסטי קשה לאיחוי.

במהלך של אינטגרציה בין תיאוריות קונפליקט לבין תיאוריות חסך, ותוך הישענות על ממצאים קליניים נרחבים, בלאט (14, 15, 16) מציע הבחנה בין דיכאון אינטרוייקטיבי לדיכאון אנקליטי. מאפייניו של הראשון כמו נובעים מתיאוריות הקונפליקט, ושל השני מתיאוריות החסך. דיכאון אינטרוייקטיבי מאופיין בתחושות אשמה וכישלון, משאלה לאישור ולהכרה ופחד מביקורת ומאי-יכולת לעמוד במיגוון ציפיות וסטנדרטים. ההגנות המרכזיות הן הפנמה והזדהות עם התוקפן. יחסי האובייקט העומדים בתשתית הדיכאון האינטרוייקטיבי הגיעו לשלב של ספרציה-אינדיבידואציה והיחסים עם האובייקט אמביוולנטיים במידה רבה. דיכאון אנקליטי מאופיין בתחושות חוסר אוניס, חולשה וריקנות. המשאלות הן להיות מושא להזנה לסוגייה, בעיקר אהבה, תשומת-לב, טיפול והגנה. הפחד הדומיננטי הוא מפני נטישה, דחייה וחוסר הגנה. יחסי האובייקט לא הגיעו לספרציה-אינדיבידואציה בריאה והם מושתתים על סיפוק צרכים בהקשר של חוסר מובחנות מספקת בין העצמי לאחר.

עבודותיו של אנג'ל באמצע המאה הקודמת עושות מאמץ די נדיר בניסיון לחשוף את הערך האדפטיבי שיכול להיות לדיכאון. במחקר ביו-פסיכולוגי יוצא-דופן, אנג'ל ורייצ'זמן (17) חושפים תגובה התנהגותית של נסיגה דיכאונית רצונית של תינוקות בת חודשים אחדים, בנוכחות זרים. תצפיות דקדקניות מובילות אותם למסקנה כי הדיכאון הוא צורת תגובה בסיסית של התא החי או האורגניזם הכולל, הנקראת לפעולה כשמקורות האנרגיה מידלדלים, מאויימים או בלתי נגישים. ברמה הביולוגית, תגובה

ניתן לחשוב על הדיכאון בהקשר זה כצורה של גרסיה נרקיסיסטית, אשר מקדמת מצב של נרקיסיזם ראשוני. אך מורכבותו של מושג הנרקיסיזם בחשיבה הפסיכואנליטית, והשימוש המגוון שנעשה בו במסורות פסיכואנליטיות שונות, מקשה על כך. אם נצא מההגדרה הקלאסית, הרי מושג הנרקיסיזם מסמן בעיקר כיוון של השקעה ליבידינלית – השקעה בעצמי לעומת השקעה באובייקט, והמושג של נרקיסיזם ראשוני מסמן מצב נטול אובייקט (objectless), בו ההשקעה הליבידינלית מכוונת כולה לעצמי. בדיכאון כפי שאני עסוקה בו, הכיוונית אינה העיקר, ולא מדובר ביצירתו של מצב נטול אובייקט, אלא במצב של עימעום פסיכוסומטי לטישטוש הגבולות בין העצמי לאובייקט.

מכיוון שלא ניתן לזהות את סוג הדיכאון הנדון ברמה הפנומנולוגית, הכלים המרכזיים באיתורו הם ההעברה-הנגדית בנוכחותו, התכנים הנחשפים ביחס ההעברה, והתכנים הנחשפים בתיאור הדיכאון עצמו. באופן ספציפי יותר, המשאלות הרגרסיביות הייחודיות שניתן לזהות במטופל ביחסי ההעברה וההעברה-הנגדית, והדקויות הייחודיות לתיאור העובר עליו בחסות הדיכאון: בהעברה-הנגדית האנליטיקאי – אם יהיה פתוח לכך – יחוש מוזמן ליחס מסוג הוויה; להרפות מתהליכי חשיבה משניים ולהתמסר למצבי אנהיגורציה. התכנים המתפענחים ביחס ההעברה ובתיאור הדיכאון גופו יחשפו כי המטופל כמה לייסד מצב כזה בתוכו: מבקש להרפות מגבולות הגוף, הזמן והמרחב; להתמסר לזרם של נתונים בערוצי התחושה, החוויה והחשיבה; כשהאובייקט נחוה ספק חלק מהעצמי, ספק הרחבה שלו וסביבו.

חשיפתו של הערך האדפטיבי שיכול להניע דיכאון ולהצטרף אל פעולתו, מעבר לתפקידו האפשרי כהגנה או כאמצעי להשגת רווחים משניים, מוגבלת למדי בחשיבה הפסיכואנליטית. מאז אברהם (2, 3) ופרויד (4), התבססה ההבנה המחברת בין אובדן ובין דיכאון כצורה של תוקפנות כלפי העצמי שבמרכזה אשמה. מושג האובדן התרחב, והוא כולל מיגוון התרחשויות קונקרטיות וסימבוליות, כשהאחרונות יכולות לייצג, למשל, נטישה או דחייה מצד האובייקט, אכזבה ועיונות כלפיו או ויתור על מרכיב נכסף בעצמי, במעמד או בתפקיד. הדיכאון מובן כפעולה של תוקפנות כלפי העצמי, הגוררת גינוי בערוץ הנרקיסיסטי או המוסרי (תחושות של חוסר אוניס, חוסר ערך ובושה, לעומת אשמה). בהבנה הפרוידיאנית (4), התוקפנות מופנית כלפי חלק העצמי המזדהה עם האובייקט האבוד, ועל-כן ניתן להבינה כהזדהות 'אני' או 'אני עליון' (5). לפי אברהם (2, 3), התוקפנות יכולה לנבוע גם מהחשש לגרום נזק לאובייקט כתוצאה ממשאלות הרסניות כלפיו. קליין (6) רואה בדיכאון בעיקר כישלון באינטגרציה של ייצוגי האובייקט הטובים והרעים בעמדה הדיכאונית, הגורר חוסר יכולת לשאת אמביוולנטיות כלפי האובייקט והתגברות של דחפים תוקפניים כלפיו; וג'קובסון (7) מייחסת את התוקפנות לפער בין ייצוגי עצמי לייצוגי אובייקט ממשיים ואידיאליים, הנובע מרעיונות

חיזוק מיוחד להבנת הערך האדפטיבי הפוטנציאלי בדיכאון מגיע דווקא ממחקרים שנעשו מפרספקטיבה אבולוציונית. הם מצטרפים למחקרם החלוצי של אנג'ל וריצ'מן מזווית אחרת. מחקרים אלה טוענים לסלקציה של צורות דיכאון ביונקים לאורך האבולוציה, בשירות אתגרים הסתגלותיים מגוונים, בנסיבות בהן אין בנמצא פיתרון יעיל יותר (ר' למשל: 26, 27, 28, 29). במחקר נזירופסיכולוגי נרחב, וואט ופאנקספ (30) מציעים כי הדיכאון הוא מנגנון מוחי שנשמר ביונקים לאורך האבולוציה, במטרה להפסיק מצוקת פרידה. הם חושפים את המרכיבים הממתנים והממסכים (shutting-down) של הדיכאון במיגוון מערכות מוחיות. מרכיבים, האחראים בסופו של דבר גם על מיסוך תחושת המצוקה עצמה. הם טוענים לערך הישרדותי של מיסוך זה ליונקים בכלל, וליונקים צעירים בפרט, כשהתמדתה של תגובת המצוקה עלולה להתיש או לסכן במתקפה של טורפים. לדבריהם, הפעלתם של מנגנוני המיסוך בבני-אדם, בתגובה לאובדנים שונים, תלויה באינטראקציה בין פְּרָדִיספּוּזִיָה גנטית לבין התרחשויות לאורך החיים.

דיכאון כרגרסיה בשירות ההישרדות הנפשית

אני מצטרפת למאמץ להבין את המניע ההסתגלותי שיכול לעמוד בשורש הדיכאון, תוך שאני נסמכת על המאפיינים הביולוגיים והמנטליים הממתנים והממסכים, כמתואר לעיל, ועל הפיכותם. נדמה לי כי במקרים מסויימים הדיכאון מגוייס כאמצעי לגייס, למעשה, בדיוק את המאפיינים האלה כמצע להתנסויות מסוג הוויה.

כפי שתיאר ויניקוט (31), ההוויה היא יחס אובייקט המבוסס על הזדהות ראשונית. האובייקט אינו נחוה כנפרד, כ'לא-אני', אלא כאובייקט סובייקטיבי, המשך של העצמי והרחבה שלו. החוויה של גבולות הגוף, הזמן והמרחב מטושטשת. התנסות ביחס אובייקט זה, או במונחי ארליך ובלאט (32) וארליך (33), ההתנסות באופנות חוויה זו, הכרחית לחוויה של המשכיות הוויה זורמת בביטחה (31). החוויה של המשכיות ההוויה מערבת מצב של אֶנְאִינְטֶרְצִיָה במונח הטוב: התמסרות רגועה ובטוחה לזרם של נתונים בלתי מובחנים ובלתי מוגדרים בערוצי התחושה, החוויה והחשיבה, תחת הדומיננטיות של תהליכי חשיבה ראשוניים. התמסרות זו מתאפשרת בתגובה להתמסרות הסביבה הראשונית של התינוק ליחס אובייקט מסוג הוויה – כלפיו. היא מתרחשת, במקרה הטוב, כחלק מהמושקעות האמהית הראשונית בתינוק, המערבת הזדהות ראשונית עימו (34), משמע, טישטוש הנפרדות. כפי שגורס ויניקוט, המידה בה הסביבה המוקדמת פגשה את צורכי ההוויה של התינוק אחראית על יכולתו להתמסר ליחס אובייקט מסוג זה ולמצבי אנאינטגרציה נינוחים הנגזרים ממנו. פגיעה ביכולת זו פוגמת בחיוניות הראשונית (35, 36). העצמי האמיתי נפגע, והאישיות מתפתחת על בסיס תגובתיות להפרעות הסביבה (37). האישיות נשענת אז בעיקר על יחס אובייקט מסוג עשייה, שבמרכזו חוויית האובייקט כנפרד, כאובייקט אובייקטיבי; יחס הנשען על

זו מערבת הפחתה ברמת הפעילות הכללית וירידה פוטנציאלית של הפעילות המטבולית. באורגניזמים מפותחים היא מערבת גם הסגה של ההשקעה (דה-קטקסיז) מהעולם החיצוני ומהייצוגים המנטליים. התגובה הדיכאונית מובנת כך בעיקר כתהליך של חיסכון אנרגטי החיוני להישרדות. נגישותו של תהליך זה בבני-אנוש מותנית, להערכתם, בפְּרָדִיספּוּזִיָה מוקדמת תוצר טראומה. אנג'ל (18) טוען עוד, כי במקרים מסויימים הדיכאון, כתגובת נסיגה, הוא מנגנון של שמירה עצמית כנגד אובדן ונפרדות. הוא מייצר השהיה בפעילות העצמי, עד שתגיע האספקה החיצונית הנדרשת. ככזה, הוא מערב גם עיבוי של מגן הגירויים, שמטרתו להפחית את כניסת הנתונים שיכולים להעיק על המערכת.

הוויתור (giving-up) הנוצר כך, תועד בהרחבה במחקרי בולבי (19), כמתווך הכרחי של היכולת להשקיע באובייקט התקשרות חדש. לולא הוויתור והיאוש המקדם אותו, היתה נשמרת התקשרות לאובייקט שאינו נגיש עוד, אינו עונה על צורכי האורגניזם, ובכך מסכן את קיומו. במונחי ביברנינג (9), ויתור זה הוא תגובה הולמת, במיוחד מכיוון שבדיכאון מועצמות תחושות של חוסר אונים וחוסר כוח, והוויתור מקדם את קיצו. שצ'מייל (20, 21), המתמקד בתחושות של חוסר אונים וחוסר תקווה כתחושות העומדות במרכז הדיכאון, טוען כי הן אלו שדוחפות לויתור על האובייקט האבוד ועל הציפיות הלא מציאותיות מהעצמי. ושוב, גם לטענתו הוויתור משרתת התאמה בריאה יותר למציאות המשתנה. התאמה כזו עומדת במרכז חשיבתה של גאט (22), הרואה ביכולת לחוש תחושות דיכאוניות מתונות נכס חיוני להסתגלות תקינה. לדבריה, בתנאים אישיותיים וסביבתיים טובים זיים, התחושות הדיכאוניות יכולות לקדם צמיחה אישית, הכוללת ציפיות מותאמות יותר ותקשורת יעילה יותר.

ויניקוט (23, 24) לכאורה מרחיק לכת. הוא מגדיר את הדיכאון כמנגנון מרפא; ומתאר את המצב הדיכאוני כערפל היורד על שדה קרב, המאפשר לתהליכי העיבוד הנחוצים להיכנס לפעולה עד להחלמה ספונטנית. אך הוא אינו מרחיב את הדיון בכוח המרפא מעבר לכך, ומגביל את העיסוק בהקשר המרפא רק למצב־הרוח הדיכאוני ולא לסינדרום הדיכאוני. ויניקוט עוסק, למעשה, בסוג של עצב עמוק, המעורב בתהליכי ההתמודדות עם ההתוודעות להרסנות הפנימית המעורבת באהבה ובאשמה הנגזרת. הדיכאון משמש כך בעיקר מנגנון הגנה, הדרוש עד שייכנסו לפעולה מנגנוני הגנה יעילים יותר. הוא, כשלעצמו – כמו שכותב ויניקוט – עדות להתפתחותה של מידה בריאה של אינטגרציה ויכולת לחוש אחריות ודאגה לאחר. דיכאון שהוא, למעשה, צורה של אָבֵל (4), המערב את אותם תהליכים – אך ברמה פחות מודעת (25). חלק הכרחי בעמדה הדיכאונית הבריאה, או בלשון ויניקוט – בשלב הדאגה (concern). כשוויניקוט (24) עוסק בדיכאון כסינדרום, כהפרעה אפקטיבית, הוא רואה בו כוח החוסם התפתחות, והוא לא עוסק בפוטנציאל האדפטיבי הטמון בו.

תוקפניים המאפיינים את הדיכאון האינטרוייקטיבי (צורות של גינוי עצמי, אשמה, כאב חריף) הם, כאמור, יוכפפו בהקשר הנדון ליצירת הסביבה הפסיכוסומטית הממסכת המבוקשת: הם יפעלו בעיקר בשירות הדיכוי הפסיכוסומטי במסע אל קהות החושים והעירפול. בנוסף, הם לא יבואו במקום המשאלות הרגרסיביות, אלא לצידן. תכני הגינוי העצמי יתמקדו, למשל, בעיקר בסיבות לכך שלא ניתן להשיג מענה לצרכים הלוחצים, תוך שהמטופל יתייחס לעצמו כמי שאינו ראוי לכך, לא 'הרוויח' את זה, וכד'. הם גם ינסו, למשל, תוך הדגשת המבט החיצוני והנפרד של המטפל על המטופל.

התבוננות זו על השימוש בדיכאון ממשיכה את מחשבותיו של ויניקוט (24) על הדיכאון כתהליך ריפוי, אך אני לא עסוקה כאן בכוח המשקם של הדיכאון כמצב יחיד, או כמבטא תהליכי עיבוד של הרסנות ואשמה כפי שתיאר ויניקוט (23, 24, 25). אני עסוקה בפוטנציאל הריפוי של הדיכאון בהקשר של מושג ההוויה של ויניקוט (31, 34, 35, 36, 37), מושג שהוא עצמו לא דן בו בהקשר של הדיכאון. בהקשר מסוים זה, בשונה מתפיסתו של ויניקוט, הדיכאון אינו חוסם התפתחות, אלא מבקש למצוא תחליף להתפתחות שלא התרחשה כהלכה. לכן, בשונה ממצבים רבים של רגרסיה אל פתולוגיה (withdrawal), המתרחשת בתגובה לכישלון ברגרסיה לתלות (38), כאן אין ויתור על תקווה. להיפך, הפתולוגיה כאן נובעת מהיאחזות בתקווה לא-מודעת. היא מהווה ניסיון ליצור את התנאים הדרושים להחלמת העצמי, ולהכניס לתחומי האומניפוטנציה של הנפש. אומניפוטנציה, שוויניקוט מזהה כתנאי חיוני להתפתחות מיטיבה.

המידה בה רגרסיה אל הדיכאון תקדם צמיחה נפשית מעבר לרמה ההישרדותית תלויה בדיאלוג המתחדש עם עולם הייצוגים הפנימיים ועם הסביבה המקדמת אותו, ובמרכז סביבת הטיפול הנפשי. הוויתור על הדיכאון כמוצא של פשרה יידרש במקרים רבים לתיווך הטיפולי. כפי שאראה בתיאור המקרה, תיווך זה יכול לסייע במציאת דרכים אדפטיביות יותר למענה על הצרכים הדוחקים, תחילה בתוך המסגרת הטיפולית עצמה, ובהמשך מחוץ לה. במצב האופטימלי ייבנה איזון בריא יותר בין יכולת לחויה באופנויות ההוויה והעשייה, וכך איזון בריא יותר בין אפשרות לחוויות של אחדות ונפרדות, ובין תהליכי חשיבה ראשוניים ומשניים.

במקרים הקלים, ייתכן שמתאפשר ויתור ספונטני על דיכאון מסוג זה, משנוצרת רוויה מסוימת מהמענה שהוא נותן לצרכים המעורבים; ו/או מתפתחות באופן ספונטני דרכים אדפטיביות יותר להשגתו. ניתן לשער כי בחלק ממקרים אלה, ללא התערבות טיפולית יהיה השיקום חלקי, ולכן הדיכאון מסוג זה יגויס שוב ושוב. ההידרשות להתאמה הפסיכוסומטית שהדיכאון מאפשר, ובהתאמה, עוצמתו ומשכו של הדיכאון, יחריפו ככל שהקושי לפגוש את הצרכים החווייתיים הנדונים בדרכים אדפטיביות גדול יותר. במקרים הקיצוניים תצטמצם האפשרות לוותר עליו. אז הוא יגן אולי מפני מעשה אובדני, אך יתקבע כמוצא יחיד וכרוני של פשרה.

תהליכי חשיבה משניים ומודעות לגבולות הגוף, הזמן והמרחב. במונחי ארליך ובלאט (32) וארליך (33), לא מתאפשר איזון בין יכולתה של האישיית להתקיים (לחוש ולחשוב) באופנות ההוויה, לבין יכולתה להתקיים באופנות העשייה. הדומיננטיות נוטה לכיוון אופנות העשייה באופן פתולוגי. כך, האפשרות להתמסר למצבים כמו מנוחה, חלימה בהקיץ, האזנה למוסיקה, ריקוד, קריאה ויצירה, מוגבלת ביותר. צורת נוכחות, שהיא קריטית לחווית עצמי שלמה וליחסי אובייקט בריאים, לקוייה מאוד או חסרה.

לטענתי כאן, במצבים מסוימים של חוסר איזון כזה, תחת תנאים בלתי ניסבלים אשר אובדן יכול להיות אחד מהם, הנפש כורעת תחת החסר בהתנסויות מסוג הוויה. העצמי אינו יכול למצוא לחסר מענה אדפטיבי, ולכן הוא פונה אל הדיכאון כמענה של פשרה. הדיכאון הופך אז הכרח להישרדות הנפשית, אולי האלטרנטיבה היחידה למעשה אובדני.

הנפש מגייסת את הסביבה הפתולוגית שיוצר הדיכאון, כתחליף לסביבה המטפלת שמבחינתה כשלה; ובהתאמה – כתחליף לסביבה הפנימית הבריאה שלא נוצרה דייה. כפי שמעידים המחקרים הביורונוירופסיכולוגיים שתוארו למעלה, הפסיכוסומה כמו ממתנת את רמת הפעילות שלה, מקהה את חושיה ומטשטשת את תחושותיה ותפיסותיה. להבנתו בהקשר הנדון – תהליך זה פועל בשירות טישטוש גבולות האני, הזמן והמרחב. משמע, בשירות העצמה פוטנציאלית מאולצת של חוויות ההוויה. המיסוך הפסיכוסומטי והעלייה במחוסם הגירויים, שעליהם מצביעים המחקרים הנדונים, גם ממתנים את ההפרעות מהסביבה החיצונית, ויכולים לקדם מצב כמו אנאינטגרטיבי של זרימה מחשבתית-תחושתית. נוכחותו האובייקטיבית, החיצונית והנפרדת של האובייקט מיטשטשת כך לטובת חוויתו כאובייקט סובייקטיבי. העצמי כמו פונה פנימה, באופן שבפנטזיה הלא-מודעת יכול להיקשר להתכנסות עוברית בשק מי השפיר ברחם האם.

סוג הדיכאון המתואר כאן אינו מנגנון התנהגותי שניתן להפעילו על-פי רצון, כפי שהציגו זאת אנג'ל וריצ'מן (17) ואנג'ל (18); אלא תגובה מנטלית הנשענת על מנגנונים ביולוגיים ששרדו את תהליך הביררה הטבעית. תגובה שהנפש מגייסת נוכח משאלה פרה-מודעת או לא-מודעת לפגוש צרכים ראשוניים החיוניים להישרדותה. הדינמיקה יכולה להיות מהסוג המאפיין דיכאון אנקליטי או אינטרוייקטיבי, כמתואר למעלה (14, 15, 16). בפנומנולוגיה המאפיינת יותר את הדיכאון האנקליטי, בתוך השיח ויחס ההעברה המבטאים בעיקר תחושות של חוסר אונים, חולשה, ריקנות ומשאלה לאהבה ולהגנה, ניתן יהיה לזהות עיסוק מוגבר בהתנסויות מסוג הוויה. כך, למשל, המטפל לא ייחווה כאובייקט נפרד, או שחוויתו ככזה תהווה מקור של מצוקה. נשמע משאלה להתמסר לפעילויות שונות תוך התנתקות מהמציאות האובייקטיבית ומהמבט הנפרד והאובייקטיבי הכרוך בה; או שנשמע התייחסות לקושי לייסד התמסרות כזו ולפוגג את המבט הזה. אם יהיו אפקטים

הסתכלה למעלה, על השמים. הן ישבו כך איזו חצי שעה. אני הסתכלתי עליהן וקינאתי. ההורים שלי הם אנשים חמים ומלאי רצון טוב, אבל סיטואציה מהסוג הזה לא היתה אפשרית אצלנו, תמיד היה צריך לעשות משהו, לטפל במשהו, לסדר משהו. תמיד זה אני מולם, והם אחד מול השני, משהו קשה ובוודד ורדוף". או: "אף פעם לא הייתי עם בעלי סתם... בחיבוק כזה... מתחבר... שאני לא מרגישה שצריך תיכף להפסיק אותו ולעשות משהו מועיל במקום... אף פעם לא חשבתי על זה, אבל יכול להיות שהוא עצמו ממש סובל מזה".

היא התחילה לתאר זאת במונחי 'נכות' באפשרות שלה להיות עם עצמה/אחרים בנינוחות ובריגוע, ואני הבנתי זאת בעיקר כ'נכות' בערוץ ההוויה. האופן בו היא היתה עסוקה בפעולות (acts) השונות ביטא בעיקר את הקושי לשהות בפעולה כלשהי לכשעצמה, להתמסר אליה עם האובייקט המעורב בה, או לחילופין, להתמסר אל האובייקט בהקשרה. הבנתי עוד, שהעמדה היותר מפרשת שלי בתחילת הטיפול העצימה את תחושת הנפרדות שלה מולי, וכך הצטרפה למה שנעמי חוותה כעמדה המדכאת של סביבתה. הדומיננטיות של תהליכי החשיבה המשניים המעורבים חתרה תחת הצורך שלה להתנסויות ביחס הוויה. תהליכים אלה שלטו גם בניסוח שיקופים שהתייחסו, למשל, לקושי שלה מול אי-התפקוד, לחוסר האונים שלה, לכעס שלה ולהיבטים נוספים במצבה. שיקופים אלה העצימו את תחושת הנפרדות גם בתוכם, מכיוון שהם לא ניסחו את העיקר: הצורך בדיכאון כמצע פסיכוסומטי להתנסויות החסרות.

בשלב זה בטיפול הלך הדיכאון ונתחם בהדרגה לפרקי זמן מסוימים לאורך היום. לצידם התרבו פרקי זמן של חלימה בהקיץ ושעות בהן יכלה נעמי גם להרגיש ולתפקד באופן מלא יותר. כשנה וחצי לאחר תחילת הטיפול, נעמי חזרה לקרוא לאחר שנים ארוכות שבהן לא החזיקה ספר ביד. שעות ארוכות של חלימה בהקיץ התחלפו כעת בשעות של קריאה מהנה.

פעולת הקריאה מזמנת אף היא סוג של ניתוק מהעולם החיצוני והתמסרות לחוויות באופנות ההוויה. בין השאר היא מזמנת זרימה אסוציאטיבית-תחושתית, חוויה של אחדות עם הדמויות והיסחפות לתוך העלילה.

תהליך זה בלט במיוחד אצל נעמי, ששקעה לעולם הבדיוני באופן טוטלי וכמעט מנותק מאופנות העשייה, המאפשרת התבוננות במתרחש בסיפורים מתוך שמירה על נפרדות מן הדמויות וניסיון להבין, לנתח, ללמוד. נעמי קראה בעיקר ספרים על נשים חולות שעומן הזדהתה באופן מוחלט וכמו 'חיה' אותן גם בשעות שמחוץ לקריאה. היא סיפרה על חייהן בפגישות כמעט ללא הבחנה מחייה שלה, ובמקביל תיארה את התחושות העוברות עליה בתהליך הקריאה במונחים דומים לאלה בהם תיארה את הדיכאון, את החוויה בחדר ואת החלימה בהקיץ. ניכר היה שתהליך הקריאה הוא זה שמאפשר לה כעת יותר ושעות של חוויות מסוג הוויה, במעטה מסוכך ומעמעם של גבולות גוף, זמן ומקום, ותחושות של מיזוג עם הדמויות והתכנים הנפרשים בפניה.

ככל שהתקדם התהליך המתואר ונעמי יכלה להרגיש, לחשוב ולתפקד בחייה באופן יותר ויותר מלא, גברה הבנתי את הדיכאון במונחים התיאורטיים שפרשתי לעיל. הדיכאון שלה הובן בתוכי יותר ויותר כתהליך מיסוך שיצר לה סביבה כמו אוקיאנית, בתוכה היא יכלה להיענות לצרכים ראשוניים דוחקים ובראשם הצורך בחוויות מסוג הוויה. סביבה, שהיא לא יכלה ליצור לעצמה באמצעים בריאים יותר; סביבה שהצורך בה בנסיבות שקדמו לטיפול גבר במידה שסדקה את יכולתה להמשיך ולתפקד כפי שהיתה רגילה ויכולה עד אז.

מרגע שהרפיתי מהאחיה בתהליכי החשיבה המשניים ושקעתי לסוג של נוכחות הווה וזורמת בתוך תחושותיה ומחשבותיה; כמו

נעמי הרשתה לעצמה לשקוע יותר ויותר למצב תודעת-חוויתי זה בפגישות עצמן, ואני הרשתי לעצמי להרגיש את ההדים שלו בתוכי. המשכתי להסתפק בשיקופים שמתמקדים בווריאציות על תיאוריה שלה, והדגשתי יותר ויותר את תחושות השקט והשלווה המעורבות במצבים האלה. נעמי הקשיבה לשיקופים מהסוג הזה קשב רב, וההערות הזועמות בסימיו הפגישות הלכו ופחתו. היא כמו אספה את ההתערבויות האלו אליה, חוזה אותן כהמשך של דבריה שלה. ברגעים שונים הוסיפה משפטים שכבר מזמינים התבוננות וחשיבה ברמה אחרת, כמו: "זה מוזר להרגיש כך. צריך להרפות בשביל זה. אני לא יודעת להרפות. בחוץ הדיכאון אולי עושה את זה בשבילי. כאן לא ברור מה, כי כאן אני לא ממש בדיכאון".

לאחר חודשים אחדים נעמי החלה לחלום בהקיץ ולשתף אותי בתכנים המעורבים.

פעולת החלימה בהקיץ כשלעצמה מעצימה אפשרות להתנסות באופנות ההוויה. היא מזמינה זרימה תודעתית-חוויתית אנאינטגרטיבית תחת שלטונם של תהליכי חשיבה ראשוניים. הגבולות בין העצמי לסביבה מתפוגגים.

למרות שניתן לחשוב על חלימה בהקיץ גם בהקשר של אופנות העשייה, ניכר היה שנעמי משתמשת בה בעיקר באופנות המתוארת, כשגם תכני החלימה שירתו זאת: נעמי הפליגה בעיקר לפנטזיות על הריונותיה, מתמסרת לתחושות נעימות על אחדות פסיכוסומטית עם התינוק/ת כאשר הכול סביב כמו מיטשטש בשירות חווית התנועה בתוכה, ושלה, הזרימה ההדדית. כותבים רבים מתייחסים לאופן בו הריון מאפשר אחדות פסיכוסומטית בין האם לעובר, הזדמנות לנסיגה של האם פנימה לתוך עצמה בהשקעה נרקיסיסטית גוברת, המלווה חוויות של התמוססות ומיזוג (למשל, 39, 40, 41). ויניקוט (34) מייחס מצב זה גם לשבועות הראשונים לאחר הלידה, כשהאם עדין נסוגה מהסביבה המציאותית החיצונית והמובחנת. נעמי לא שיחזרה את התחושות המתוארות כתחושות שאכן חוותה בהריונותיה. היא כמו יצרה אותן וחוותה אותן כעת לראשונה, באמצעות הפנטזיה. היא נמשכה אל מימד זה בפנטזיות ההריון כחבלי קסם, מבנה בתוכה מחדש את שני הריונותיה – שבמציאות היו בלתי נסבלים עבורה.

ככל שנעמי שקעה לתוך סיפור חלומותיה בשעות, כך גברה האפשרות שלי לחשוב, להבין, ולפרש. התחלתי לשתף אותה במחשבותיי על האופן בו היא משתמשת בדיכאון, בסיטואציה הטיפולית, וכעת גם בחלימה בהקיץ (למשל: "את מחפשת/צריכה להרגיש זרימה כזו בתוכך ואיתך... נינוחה... בלי שאני נוכחת כאן כמישהי מחוץ לך... בלי שאני שואלת או אומרת משהו שמפריע לזה..."). נעמי גילתה עניין גובר בחקר תחושותיה ומקורותיהן. התינוקת שבגופה בעולם הפנטזיה הפכה למושא חקירה של הפנטזיות על התינוקת שהיא עצמה היתה. היא החלה לשחזר התנהלות תובענית ומגבילה כלפיה, כפי שהיא חוותה אותה והזדהתה איתה: דרישה מתמדת להכיר במגבלות המציאות ולהסתגל לצורכי המציאות ולצורכי האחרים. בין השאר, להיות ילדה, ואח"כ אשה מתפקדת בכל מצב, מצטיינת בכל הקשר, פעילה כל הזמן, לא 'מבזבזת' זמן, לא 'מבזבזת' יכולות (דרישה שהיה לה ביטוי דומיננטי ביחסי ההעברה בתחילת הטיפול). כל מרחב שמעצם טיבעו מזמן יותר נוכחות הווה – כמו חלימה בהקיץ, צפייה בטלוויזיה, משחק עצמי, קריאה במגזינים וכד' – הותקף בחוויות, ונמנע. האובייקט הפנמי הדומיננטי בתוכה נבנה כאובייקט שהוא בעיקר 'חיצוני', נפרד, מנתח את המצבים בהם היא נתונה ומנסח את הצעדים שעליה לנקוט – כל הקשר לגופו. למעשה, רק כשנבנתה לאובייקט זה אלטרנטיבה בטיפול, נעמי יכלה יותר ויותר לחקור אותו ואותה: "ראיתי בגינה ילדה שוכבת על ספסל, הראש על הרגלים של אמה שלה, האמא ליטפה אותה והיא

בנוכחות האנליטיקאי, באמצעותו ועימו. אי-נוחות של המטפל בהתנסויות באופנות ההוויה עלולה להוביל לתחושות של דה-פרסונליזציה ודריאליזציה מצד אחד, ולהיצמדות לתהליכי חשיבה משניים ולניסיונות פרשניים כושלים מצד שני, כפי שאכן קרה בתקופה הראשונה בטיפול שלי בנעמי. המטופל עלול אז לחוות פירושים, ואפילו שיקופים על הסבל שהדיכאון מסב לו, כהפרעות (impingements); כהזמנה להזיז הצידה את הצרכים שדחקו אותו לעבר הדיכאון מלכתחילה, במקום לטפל בהם. הטיפול עלול אז להפוך מקור מצוקה בפני עצמו.

התערבויות שכנראה מסייעות בשלב ראשון הן אלו המשקפות למטופל את התחושות שהוא מפיך מהסיטואציה הטיפולית מחד, ומהדיכאון מאידך, מרגע שניתן להמשיג זאת. אלו התערבויות שכמו ממשיכות את רצף החוויה והחשיבה של המטופל ומצטרפות אליו, ובכך לא מפריעות ליחס ההוויה שהוא מבקש. המטופל יוכל לחוש אז עטוף וממוזג בהווית המטפל ובסיטואציה הטיפולית, ולשקוע לזרימה פנימית אָנְאִינְטֵגְרֵטִיבִית שקטה ונוחה, תוך חוויה של התאמה בין אופנות הנוכחות האנליטית לאופנות החוויה שהוא מבקש. מקרה כמו של נעמי מראה, כי בהדרגה יכולה הסיטואציה האנליטית להתוות כך כתחליף אפשרי למצב הדיכאוני.

יכולתו של המטופל לחשוב ולהבין את מצבו, צרכיו, חסריו ונסיבותיהם תתעצם בהדרגה לצד יכולתו למצוא דרכים אדפטיביות יותר לחוויות באופנות ההוויה גם מחוץ לסיטואציה האנליטית. התהליך יקדם את האפשרות לוותר על המצב הדיכאוני כמוצא של פשרה. כמובן, שכמו תמיד בעבודה הטיפולית, ובמיוחד כשמדובר בדיכאון שיכול לערב סכנה אובדנית, דרושה זהירות מרבית ויד על הדופק, לבחינה חוזרת ונשנית של כיווני המחשבה והעבודה המעורבים.

סיכום

במאמר אני מציעה שהאיכויות הפסיכוסומטיות הייחודיות לדיכאון, כפי שמצביעים עליהן מחקרים מהעולם הבין-הגוררי-פסיכולוגי, יכולות לאפשר צורה של גרסיה, שמטרתה התאמה לצרכים מוקדמים, ובראשם הצורך בחוויות מסוג הוויה. ההיזקקות לדיכאון באופן זה מתעוררת על רקע מה שנקלט במערכת המולדת כחסך במענה אדפטיבי לצורך זה, שבנסיבות חיים מסוימות לא ניתן עוד לשאתו. הדיכאון הופך במקרים אלה לסוג של גרסיה בשירות ההישרדות הנפשית, שבתנאים הולמים ניתן יהיה להרפות ממנה בהדרגה לטובת צורות אדפטיביות יותר של חוויות מסוג הוויה. ככזה, עומדת בבסיס הדיכאון מהסוג המתואר מוטיבציה להישרדות נפשית, והדיכאון משמש תחילה מוצא יחיד של פשרה במענה על הצרכים הדוחקים. מתואר מקרה של אשה, שלפי ההבנה שצמחה בטיפול, היא השתמשה בדיכאון באופן זה. בהדרגה היא הצליחה למצוא במעריך הטיפולי מענה אדפטיבי יותר לצרכים הגדונים. הודות לכך, התרחבה האפשרות שלה למצוא להם מענה אדפטיבי יותר ויותר מחוץ לטיפול, תחילה באמצעות

ממוזגת בסביבה בעצמי, כמו נעטפת בעצמי במעטה פסיכוסומטי ממסך – התאפשרה תנועתה של נעמי אל עבר אופנות חוויה זו בתוך הטיפול, באמצעות הטיפול. רק אז יכלה בהדרגה לנוע בין השהייה באופנות חוויה זו ובין הדיווח עליה, ואני יכולתי בהדרגה לנוע בין השהייה באופנות חוויה זו בעצמי ובין התבוננות עליה וניסוח שיקופים המתייחסים אליה, תוך כדי כך שהם מנסים לא להפריע לה. ככל שהתבססה יכולתה של נעמי לחוויות באופנות ההוויה בסביבה הטיפולית, כך הפכה הסביבה הטיפולית לאלטרנטיבה למצב הדיכאוני. בהמשך, היא יכלה להרחיב את השימוש בדיכאון ובי/ב־setting בצורה זו גם לאזורי קיום אחרים, ולנוע יותר ויותר אל עבר זמנים של חלימה בהקיץ בשלב ראשון, וקריאה בשלב שני, כאמצעים אדפטיביים יותר ויותר למפגש עם הצרכים הדוחקים. השקיעה אל הדיכאון במשך היום הלכה והצטמצמה, והאפשרות להשתמש בטיפול באופנים אחרים הלכה והתרחבה.

חשוב להדגיש שלא הדיכאון, כמובן, ריפא (חלקית) את נעמי, אלא הטיפול. ובאופן יותר ספציפי: אופי הנוכחות הטיפולית כפי שהתפתחה בהדרגה. אך הטיפול התחיל לרפא מרגע שהתאפשר לנעמי לעשות שימוש בי/ב־setting באופן שיענה על אותם צרכים שעליהם ענה הדיכאון תחילה. הרגרסיה בטיפול התרחשה רק משנעמי הרגישה שהיא יכולה למצוא בי/ב־setting תחליף אדפטיבי יותר לדיכאון, במענה על אותם צרכים בדיוק. ככל שהתהליך העמיק, כך התאפשרה החלמה מסוימת והדרגתית מהדיכאון תחילה, ומהאופי שנסאה הרגרסיה שלה בטיפול בהמשך. כך, ההיזקקות לסביבה הפסיכוסומטית של הדיכאון הצטמצמה בהדרגה לטובת השימוש בסביבה הפסיכוסומטית שהתאפשרה בטיפול. ובהמשך: ההיזקקות לסביבה הפסיכוסומטית שהתאפשרה בטיפול הצטמצמה במידה מסוימת ובהדרגה לטובת השימוש המסוים שנעמי עשתה בחלימה בהקיץ בשלב ראשון, ובקריאה בשלב שני (כמובן שכל אמצעי שמצאה נעמי ליצירת חוויות באופנות ההוויה אינו מוציא לגמרי את קודמו).

קשה לי לחזות מה היה קורה עם נעמי ללא הטיפול. אני נוטה להניח שבזכות הדיכאון היא לא היתה מגיעה למצב אובדני, למשל, אך גם לא היתה מחלימה באופן ספונטני. כך, הדיכאון אכן היה משרת את המשך הישרדותה, אך מבלי שתצמח בתוכה האפשרות להרפות ממנו ככזה.

השלכות קליניות – מחשבות ראשונות

כפי שעולה מהמקרה המתואר, ההעברה-הנגדית יכולה להיות כלי חשוב בזיהוי המסע הפך-או-הלא-מודע של המטופל להתנסויות מסוג הוויה באמצעות המצב הפסיכוסומטי הייחודי לדיכאון. זאת, לצד המשאלות הרגרסיביות הייחודיות שניתן בהדרגה לזהות במטופל, והדקויות הייחודיות לתיאור העובר עליו בחסות דיכאון זה. בהעברה-הנגדית האנליטיקאי – אם יפתח לכך – כנראה יחוש מוזמן לנטוש את תהליכי החשיבה המשניים, לסגת למצב של אָנְאִינְטֵגְרֵטִיבִית ולהתמסר לחשיבה אסוציאטיבית מפורזת ודיפוזית. משמע, הוא יוזמן לסוג ההתנסות החוויתית שהמטופל עצמו, למעשה, מבקש. זרימה עם הזמנה זו כנראה תעזור יותר ממאבק בה. זאת, כמובן, תוך בדיקה מתמדת של האפשרות לקדם ערוצי נוכחות והתערבות נוספים בחדר. כנראה שבראשיתו של התהליך, הרלוונטיות של התכנים שהמטופל עסוק בהם שולית לרלוונטיות של היכולת להיות ולחוות באופנות ההוויה

20. Schmale A.H., A genetic view of affects – with special reference to the genesis of helplessness and hopelessness. *Psychoanal. Study Child.*, 19: 287-310, 1964.
21. Schmale A.H., Depression as affect, character style, and symptom formation. *Psychoanal. Cont. Sci.*, 1: 327-354, 1972.
22. Gut E., Cause and function of the depressed response, a hypothesis. *Int. Rev. Psycho-anal.* 9: 179-189, 1982.
23. Winnicott D.W., The depressive position in normal emotional development. In: *Trough paediatrics to psycho-analysis*. pp 262-277, London, Hogarth Press, 1978.
24. Winnicott D.W., The value of depression. In: *Home is where we start from*. London, Penguin, 1986.
25. Winnicott D.W., The mentally ill in your caseload. In: *The maturational processes and the facilitating environment*. London, Hogarth Press, 1979.
26. Freed P.J., Mann J.J., Sadness and loss: a neurobiopsychological model. *Am. J. Psychiatry*, 164: 28-34, 2007.
27. Keller M.C., Neese R.M., The evolutionary significance of depressive symptoms: different adverse situations lead to different depressive symptom patterns. *J. Personality & Socialpsychology*, 91: 316-330, 2006.
28. Malatynska E., Knapp R.J., Dominant-submissive behavior as models of mania and depression. *Neuroscience & Biobehavioral Rev.*, 29: 715-737, 2005.
29. Neese R.M., Is depression an adaptation? *Arch. Gen. Psychiatry*, 57: 14-20, 2000.
30. Watt D.F., Panksepp J., Depression as an evolutionarily conserved mechanism to terminate separation distress? A review of aminergic, peptidergic and neural network perspectives. *Neuropsychanalysis*, 11: 7-51, 2009.
31. Winnicott D.W., *Playing and reality*. Middlesex, Penguin, 1971.
32. Erlich H.S., Blatt S.J., Narcissism and object love: the metapsychology of experience. *Psychoanal. Study Child*, 40: 57-79, 1985.
33. Erlich H.S., Experience-what is it? *Int. J. Psychoanal.*, 84: 1125-1147, 2003.
34. Winnicott D.W., Primary maternal preoccupation. In: *Trough pediatrics to psycho-analysis*. London, Hogarth Press, 1978.
35. Winnicott D.W., Mind and its relation to the psychosoma. In: *Trough paediatrics to psycho-analysis*. London, Hogarth Press, 1978.
36. Winnicott D.W., The theory of parent-infant relationship. In: *The maturational process and the facilitating environment*. pp 37-55, London, Hogarth Press, 1960.
37. Winnicott D.W., Ego distortion in terms of true and false self. In: *The maturational process and the facilitating environment*. London, Hogarth Press, 1960.
38. Winnicott D.W., Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytical set-up. In: *The maturational process and the facilitating environment*. London, Hogarth Press, 1960.
39. Deutsch H., The psychology of women in relation to the functions of reproduction. *Int. J. Psychoanal.*, 6: 405-418, 1925.
40. Bibring G.L., Some consideration of psychological processes in pregnancy. *Psychoanal. Study Child*, 14: 113-121, 1959.
41. Benedek T., Parenthood as a developmental phase – a contribution to the libido theory. *J. Am. Psychoanal. Assn.*, 7: 389-417, 1959.

חלימה בהקיץ ובהמשך באמצעות קריאה. הדיכאון נותר, אומנם, כאפשרות זמינה בקיום הנפשי שלה, אך תדירות ההיזדקקות אליו ומשכו הלכו ופחתו. איכויות בהעברה-הנגדית ובמשאלות הסמויות והגלויות של המטופל יכולות לסייע בזיהוי דיכאון מסוג זה בסיטואציה הטיפולית, וכך, לקדם את העבודה עימו באופן שאכן ייצור את הסביבה הטיפולית כתחליף אדפטיבי ראשוני לסביבה הפסיכוסומטית של המצב הדיכאוני.

ספרות :

1. Freud Z., Five lectures in psychoanalysis. S.E. XI, 1910.
2. Abraham K., Notes on the psychoanalytical investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. In: *Selected papers on psychoanalysis*. New York, Basic Books, 1960.
3. Abraham K., A short study of the development of the libido viewed in the light of mental disorders. In: *Selected papers on psychoanalysis*. New York, Basic Books, 1960.
4. Freud Z., Mourning and melancholia, S.E., XIV, 1917.
5. Milrod D., A current view of the psychoanalytic theory of depression. *Psychoanal. Study Child*, 43: 83-99, 1988.
6. Klein M., A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. In: *Contributions to psychoanalysis, 1921-1945*. New York, McGraw-Hill, 1964.
7. Jacobson E., Depression: comparative studies of normal, neurotic, and psychotic conditions. New York, Int. Univ. Press, 1971.
8. Bleichmar H.B., Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *Int. J. Psycho-Anal.*, 77: 935-961, 1996.
9. Bibring E., The mechanism of depression. In: *Greencare P. (Ed.), Affective disorders*. New York, Int. Univ. Press, 1953.
10. Balint M., New beginning and the paranoid and the depressive syndromes. *Int. J. Psychoanal.*, 33: 214-224, 1952.
11. Kohut H., *The analysis of the self*. New York, Int. Univ. Press, 1971.
12. Kohut H., *The restoration of the self*. New York, Int. Univ. Press, 1977.
13. Markson E.R., Depression and moral masochism. *Int. Psycho-Anal.*, 74: 931-940, 1993.
14. Blatt S.J., Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanal. Study Child*, 29: 107-153, 1974.
15. Blatt S.J., Contribution of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 46(3): 723-752, 1998.
16. Blatt S.J., Experiences of depression: theoretical, clinical, and research perspectives. Washington, DC, Am. Psychological Assoc., 2004.
17. Engel G.L., Reichsman F., Spontaneous and experimentally induced depressions in an infant with a gastric fistula – a contribution to the problem of depression. *J. Am. Psychoanal. Assn.*, 4: 428-452, 1956.
18. Engel G.L., Anxiety and depression-withdrawal: the primary affects of unpleasure. *Int. J. Psycho-Anal.*, 43: 89-97, 1962.
19. Bolby J., Attachment and loss. vol. 3: Sadness and depression. New York, Basic books, 1980.