



ליאורה בר-טור

**האתגר
שבהזדקנות**

בריאות נפשית, הערכה וטיפול

האתגר

שבהזדקנות

בריאות נפשית, הערכה וטיפול

ליאורה בר-טור



אשל-האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל
נוסדה על-ידי ג'וינט-מלב"ן ונתמכת על ידי ממשלת ישראל וג'וינט ישראל

www.eshelnet.org.il



Mental Health and Aging, The Challenge, Evaluation and Treatment

Liora Bar-Tur, Phd.

הוועדה להוצאה לאור, אשל

פרופ' חוה גולנדר, יו"ר

שמואל באר

פרופ' יצחק בריק

מרים בר-גיורא

בן-ציון כרם

ד"ר מאיר פרץ

ד"ר עירית רגב

פרופ' ארנולד רוזין

ורה שלום

טוביה מנדלסון, מרכז הוועדה

עריכה: נחמה ברוך

עיצוב והדפסה: דפוס איילון

מזכירות ותיאום הפקה: סיגל ברזילאי

הבאה לדפוס: מרים גרינשטיין

הוצאה לאור: טוביה מנדלסון-אשל

מספר קטלוגי: 212814

965-7073-31-6 : ISBN

הודפס בירושלים, כסלו תשס"ו, דצמבר 2005

© כל הזכויות שמורות לאשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל

פתוח סגור פתוח. לפני שאדם נולד
הפל פתוח ביקום בלעדיו. כשהוא חי הפל סגור בו בחייו.
וכשהוא מת הפל שוב פתוח.
פתוח סגור פתוח. זה כל האדם.

יהודה עמיחי,

“אני לא הייתי אחד מששת המיליונים”,
פתוח סגור פתוח, הוצאת שוקן, 1998

תודות

ספר זה מוקדש באהבה ובתודה:

לאבי זכרונו לברכה ולאימי שתיבדל לחיים ארוכים שזקנתם היא סיום עצוב של סיפור חיים מרתק, עשיר וכואב, על שפתחו בפני צוהר אל עולמם והניעו אותי לחפש את האתגר שבחיים ובהזדקנות, את האור ואת התקווה, תוך מתן כבוד ואהבה לאדם הזקן.

לרוני, חבר אמיתי, ותמיד שותף אוהב ותומך.

לניצה אייל - פסיכולוגית, חוקרת, סופרת, שהיא לי כמו אם ואחות, על התמיכה הרגשית והמקצועית לאורך כל הדרך, על ההערות וההארות המקצועיות החכמות, ובעיקר על הדחיפה והעידוד האינסופי לכתוב.

תודה מיוחדת לכל אותם אנשים יקרים שלימדו אותי על החיים ועל הזיקנה, ושאפשרו לי להכיר את עולמם, להשמיע את קולם, וללוות אותם קמעא במהלך מסע ההזדקנות.

וכמובן, לדור הצעיר: לטל, מיכל, יעל וכמובן גם אבי, אבי ודניאל, באהבה אין קץ. אני תקווה שספר זה יסייע לכם ללוות את ההורים והסבים במהלך ההזדקנות שלהם, בהבנה ובאהבה.

תוכן העניינים

9	פתח דבר
11	הקדמה
13	פרק 1: הזיקנה ואני
25	פרק 2: בריאות נפשית חיובית בהזדקנות
53	פרק 3: הערכה קלינית של ההזדקנות
71	פרק 4: הפרעות רגשיות אופייניות בפהלך ההזדקנות ובזיקנה
117	פרק 5: הטיפול הפסיכולוגי בבני האוכלוסייה המזדקנת
147	פרק 6: טיפול פסיכולוגי לבני 60 ופעלה: פי בכלל צריך את זה?
163	פרק 7: הטיפול בפשפחה המזדקנת
201	פרק 8: הטיפול בהתמודדות עם מוות בפהלך ההזדקנות ובזיקנה
229	פרק 9: הטיפול בזיקנה פופלגת - זקן זקן, פי יש לו בחייו?
263	פרק 10: טיפול קבוצתי לבני האוכלוסייה המבוגרת
281	סוף דבר

אדם בחייו

אדם בחייו אין לו זמן שיהיה לו
זמן לכל.
ואין לו עת שתהיה לו עת
לכל חפץ. קהלת לא צדק כשאמר כך.

אדם צריך לשנוא ולאהוב בבת אחת,
באותן עיניים לבכות ובאותן עיניים לצחוק
באותן ידיים לזרוק אבנים
ובאותן ידיים לאסוף אותן,
לעשות אהבה במלחמה ומלחמה באהבה.

ולשנוא ולסלוח ולזכור ולשכוח
ולסדר ולבלבל ולאכול ולעכל
את מה שהיסטוריה ארוכה
עושה בשנים רבות מאוד.

אדם בחייו אין לו זמן.
כשהוא מאבד הוא מחפש,
כשהוא מוצא הוא שוכח,
כשהוא שוכח הוא אוהב
וכשהוא אוהב הוא מתחיל לשכוח.

ונפשו למוֹדָה,
ונפשו מקצועית מאוד,
רק גופו נשאר חובב
תמיד. מנסה וטועה
לא לומד ומתבלבל
שיכור ועיוור בתענוגיו ומכאוביו.

מות תאנים ימות בסתיו
מצומק ומלא עצמו ומתוק,
העלים מתיבשים על האדמה,
והענפים הערומים כבר מצביעים
אל המקום שבו זמן לכל.

יהודה עמיחי, שעת החסד,
הוצאת שוקן, תשמ"ג

פתח דבר

העלייה בתוחלת החיים והגידול במספר הזקנים כרוכים גם בגידול במספר הזקנים הסובלים מהידרדרות במצב בריאותם, משינויים בתפקודם, מפגיעה בעצמאותם ובפעילותם היומיומית. אילו גורמים משפיעים על מצב רוחם ומצבם הנפשי של הזקנים.

ד"ר ליאורה בר טור, מחברת הספר החדש הרואה אור בהוצאת אשל, מחדדת את הדברים ומגדירה אותם היטב בהקדמתה: "ההזדקנות כרוכה באתגרים רבים. זהו מסע הישרדות רצוף שינויים, אבדנים ופרידות, אך טמונה בו גם אפשרות לצמיחה ולהתפתחות". אין זה דבר מובן מאליו והמחברת אכן מציינת כיצד במשך שנים, כפסיכולוגית קלינית, עסקה בייעוץ לבני אוכלוסייה צעירה. "בהשפעת פרויד האמנו שפסיכואנליזה או טיפול מעמיק אינו יכול להשפיע על מי שאישיותו מגובשת ועל מי שמנגנוני ההגנה ארוכי-השנים יצרו אצלו נוקשות שקשה לשנותה".

בדיוק על התפיסות הישנות שהיו מקובלות במשך שנים מערער הספר, מציע גישות חדשות ומציב אתגר לפסיכולוגים, ליועצים ולמטפלים. בין השאר עוסקים פרקי הספר בהרחבה בהיבטים של בריאות נפשית חיובית בזיקנה, בהערכת עברם של מטופלים והשפעתו על הזדקנותם ובהפרעות רגשיות אופייניות במהלך ההזדקנות. ברוח העקרונות המנחים את המחברת בעבודתה המקצועית היא כותבת גם על דעות קדומות הקשורות לטיפול פסיכולוגי לבני 60 ומעלה, ומנסחת בבהירות את ה"אני מאמין" שלה בנושא.

אשל גאה להוציא לאור ספר זה, הכתוב בתבונה וברגישות מתוך ידע מקצועי מעמיק וניסיון אישי מרתק. זהו ספר המיועד לכל מי שעוסקים בזיקנה - לפסיכולוגים, לעובדים סוציאליים ולמומחים מתחומים אחרים, למטפלים, לבני משפחה, לסטודנטים וכמובן - לזקנים המתמודדים בעצמם עם שאלות וקשיים ולכל מי שמבקש להעמיק את הידע וההבנה של תהליך ההזדקנות והזיקנה.

פרופ' יצחק בריק
מנכ"ל אשל

הקדמה

המהפכה הדמוגרפית היא אחד ממאפייני המאה העשרים. תוחלת החיים של האוכלוסייה עלתה במידה ניכרת וממוצע שנות החיים של האדם חוצה את גבול השמונים, כפול מכפי שהיה בתחילת המאה הקודמת. בישראל כיום תוחלת החיים של נשים היא 81.2 שנים ותוחלת החיים של גברים היא 77.5 שנים.

בד בבד עם הצמצום החד בתמותת התינוקות עולה בהתמדה מספרם של בני המאה ומעלה. שיעור הצמיחה של האוכלוסייה המזדקנת הוא הגבוה ביותר יחסית לקבוצות הגיל הצעירות יותר. בשנת 2000 התברר כי אוכלוסיית בני 65 שנים ויותר בישראל גדלה מאז 1955 פי שבעה, וזאת לעומת גידול של פי שלושה ומחצה בלבד באוכלוסייה הכללית. גידול ניכר חל ביחוד באוכלוסיית בני 75 ומעלה: קצב הגידול של בני קבוצה זו הוא פי עשרה.

בישראל, כבארצות אחרות, לא זו בלבד שהאוכלוסייה הכללית מזדקנת, אלא שאוכלוסיית הזקנים עצמם מזדקנת. בשנת 2003 הגיע חלקם של בני ה-75 ויותר ל-45 אחוזים מכלל אוכלוסיית בני ה-65 ומעלה, וחלקם של בני ה-80 ומעלה היה 23 אחוזים. 24 אלף איש היו בשנת 2003 בני 90 ומעלה ו-800 היו בני מאה ומעלה (משאב, 2004).

על פי התחזית, אוכלוסיית בני ה-75 ומעלה תגדל עד שנת 2010 ב-13 אחוזים, ועד שנת 2020 היא תגדל ב-33 אחוזים. העלייה החדה במספרם של בני ה-80 ומעלה בחברה הישראלית בפרט ובחברה המערבית המודרנית בכלל - חברה הסוגדת בדרך כלל לנעורים, ליופי ולכוח - היא אתגר גדול לכל העוסקים ברווחה נפשית ובבריאות בגיל מבוגר.

למרות העלייה הניכרת בתוחלת החיים והשתפרות איכות החיים של אוכלוסיית המבוגרים, נראה שהחברה המערבית ממשיכה במרדף האובססיבי אחרי מעיין הנעורים האבודים, שבויה בפחד מהזיקנה (גרונטופוביה), ובמידה רבה גם מהפליה בגין גיל.

כיצד מתמודדים המבוגרים המזדקנים בחברת הצב"ר (צעיר, בריא, רענן) עם מגוון ה"צעצועים" האלקטרוניים, עם המרוץ הקדחני אחרי הישגים ואחרי כוח כלכלי, פיזי וחברתי? כיצד הם מסתגלים לרשת האינטרנט, לתקשורת מהירה ומקוצרת של "כאן ועכשיו"? איזו חליפת חלל צריך ללבוש אדם מעל גיל 70 כדי לרחף בביטחון בשדות בלתי מוכרים, כשלרשותו מכשירים מיושנים המועדים לתקלות בשל שנותיהם הרבות?

ההזדקנות כרוכה באתגרים רבים. זהו מסע הישרדות רצוף שינויים, אבדנים ופרידות, אך טמונה בו גם אפשרות לצמיחה ולהתפתחות. גם בפני המטפלים באוכלוסיית המזדקנים עומד

אתגר: רובם צעירים יותר ממטופליהם והם מלווים אותם בשלבים הקשים של מסע החיים. המפגש הטיפולי עם אדם בא בימים עשוי להיות מרתק ומעשיר, אך גם קשה.

האתגר שבהזדקנות ובטיפול הפסיכולוגי הייחודי לה הוא הציר של ספר זה. אביא בפניכם מחקרים ומודלים תאורטיים העוסקים בבריאות החיובית בהזדקנות, שהיא שילוב של בריאות פיזית ונפשית, ובהמשך אתאר מהי פסיכו-פתולוגיה בזיקנה. אציג את המודל האינטגרטיבי המשמש אותי להערכה קלינית של האדם המבוגר וכן אציג גישות טיפוליות שונות המתאימות במיוחד לעבודה עם האוכלוסייה המזדקנת - וכל זאת בשילוב תיאורים של מפגשים טיפוליים שערכתי עם אלה הנחשבים על פי ההגדרה החברתית לזקנים, על כל הסטיגמות והחרדות הנלוות לכך. תיווכחו עד כמה הם "צעירים", מלאי חיוניות, חכמה ואנרגיה, אף שגופם בוגד בהם לעתים ורבים חוו בחייהם לא מעט אבדנים ואירועים טראומטיים.

מהו הסוד? האם נוכל ללמוד מהם כיצד ליישם את הכללים להתמודדות יעילה עם האתגר שמציבה ההזדקנות? לצד המחקרים, התאוריות והאנשים, שההזדקנות בעבורם היא אתגר שיש בו קשיים ומגבלות אך גם הנאה ובריאות, אציג גם את המתקשים להתמודד עם אבדנים ועם שינויים. ננסה להבין את קשייהם הנובעים מהפרעות רגשיות ובעיקר מבריאות נפשית לקויה.

הספר יכול לשמש כמקור להדרכה וללמידה של עולם הזיקנה אך חשוב להדגיש שהוא תולדה של החוויות האישיות והמקצועיות שלי במפגש עם האוכלוסייה המבוגרת ולכן הוא אינו מקיף את כל תחומי ההתמודדות, הקשיים והטיפול בזיקנה.

ספר זה מיועד לכל מי שעולם הזיקנה קרוב ללבו ולהווייתו המקצועית ולכל אדם מבוגר המתמודד עם תהליך ההזדקנות האישי שלו או של בן או בת זוגו, המתלבט והמוטרד, או להפך - תר אחר סימוכין לכך שההזדקנות איננה תהליך של ירידה ונסוגה בהכרח; עדיין רבות ההזדמנויות לצמיחה ולהתפתחות.

הספר מיועד גם לסטודנטים ולמטפלים צעירים הלומדים והמגלים לראשונה את עולם הזיקנה, וכמובן לאנשי מקצוע ותיקים למודי-ניסיון המטפלים בזקנים. הספר עשוי להאיר את דרכם של העוסקים בתחום, המעוניינים להעמיק את ההבנה בו ואת הידע שלהם גם אם אינם עוסקים ישירות בטיפול.

הספר עשוי לסייע גם לבנים ולבנות שהוריהם הגיעו לשלב הזיקנה בחייהם, המחפשים מענה לשאלות המתעוררות אצלם או אצל הוריהם. לא מעט נכדים ונכדות שזכו לקשר מיוחד עם סבא או סבתא ורוצים להיטיב להכיר את עולמם עשויים אף הם למצוא בו עניין.

פרק 1

הזיקנה ואני

בעיניו של הצעיר נראית אש,

אך בעיניו של הקשיש נראה אור.

ויקטור הוגו

בה לי ולזיקנה?

"מה לך ולזיקנה?!", שאלו אותי לא מעט במהלך השנים עמיתים למקצוע שעולם הזיקנה זר להם ורחוק מהם. כך שאלו אותי מי שלמדו יחד אתי על טיפול בילדים ובנוער והתמחו כמוני בטיפול במשפחות צעירות, ויחד טיפלנו בצעירים בראשית דרכנו האישית והמקצועית. וכי כמה מטופלים מעל גיל 70 יש בנמצא?

"מה לך ולזיקנה?", שאלו אותי חבריי הצעירים בסקרנות ובהערצה, "זה הרי מדכא; ומה יכולה הפסיכולוגיה לתרום לזקנים שרובם כבר עקשנים וסנילים?" היום רבים מחבריי אלה כבר נושקים לגיל 60 ומתייחסים לתחום העיסוק שלי בהומור המסגיר חרדה: "טוב, תטפלי בנו בעוד כמה שנים", ותוך כדי כך הם מציפים אותי בדיווחים ובשאלות על הוריהם הזקנים, משתפים אותי בקשיים ובתסכולים של ילדים להורים זקנים, חולים ומוגבלים. ניראה לי שהזיקנה דרך הזדקנות ההורים מרתיעה ומפחידה עוד יותר.

נדרש לי זמן מה בטרם יכולתי להשיב - לעצמי ולאחרים - מדוע עברתי מהתמחות בפסיכולוגיה של ילדים ונוער להתמחות בפסיכולוגיה של הזיקנה. תשובות חלקיות היו לי תמיד, אך עם השנים גיליתי עוד ועוד סיבות אפשריות לכך. אין לי ספק שתחום העניין שלנו כפסיכולוגים נוגע בנקודות מרכזיות בעולמנו הפנימי.

זה שנים רבות אני עוסקת כפסיכולוגית קלינית בייעוץ לבני אוכלוסייה צעירה בעיקר ובטיפול פסיכולוגי בה. עולם הזיקנה היה רחוק ממני וזר לי במשך שנות לימודי הרבות ובשנות ההתמחות הראשונות שלי. בחוג לפסיכולוגיה באוניברסיטת תל-אביב למדנו על אישיות והתפתחות ועל פסיכו-פתולוגיה, אך לא למדנו על הפסיכולוגיה של בני 40 או בני 50. בהשפעת פרויד האמנו שפסיכואנליזה או טיפול מעמיק אינו יכול להשפיע על מי שאישיותו מגובשת ועל מי שמגנוני ההגנה ארוכי-השנים בוודאי יצרו אצלו נוקשות שקשה לשנותה. הפסיכולוגיה בכלל התמקדה אז בגיל הרך ובגיל ההתבגרות בעיקר. העתיד, ועמו יכולת ההשפעה שלנו כמטפלים, נראו אז חשובים בעיקר במניעה ובטיפול בצעירים הניתנים לעיצוב ולשינוי, שהרי העתיד עוד לפניהם. החשיבות המכרעת של השנים הראשונות להתפתחות חזיקה את ההנחה שגם אם נטפל באדם מבוגר, הרי נדרשת "ארכאולוגיה" טיפולית ארוכת-שנים ומאומצת כדי להגיע לעומק הבעיות שמקורן בשנותיו המוקדמות, וגם אז אין ערובה לכך שאכן יחול שינוי.

גם בתחום ההתפתחות הקוגניטיבית והבנת האינטליגנציה נראה היה שהאדם מגיע לשיא יכולתו האינטלקטואלית בבגרות, והזדקנות אינה אלא תהליך של ירידה וצמצום.

כסטודנטים צעירים הזיקנה הייתה אפוא זרה לגבינו, מדכאת ורחוקה מרחק רב. חלקנו, כמוני למשל, בני דור שני לניצולי שואה, לא הכיר כלל את הזיקנה מקרוב כי הרי לא היו לנו סבים וסבות. אין תמה שלא תהינו ולא שאלנו מה קורה להתפתחות הפסיכולוגית לאחר תקופת ההתבגרות, וכיצד משפיעים על האדם חיים ארוכים לאחר עזיבת הבית. אמנם השנים הראשונות הן בעלות השפעה מכרעת על עיצוב ההתפתחות והאישיות וכך גם השפעה של משפחת המוצא, אך הרי אנו עוזבים את הבית בשנות העשרים לחיינו וחיים שנים רבות יותר עם בני זוג, עם ילדים ובחוג חברים מסוים. האם לאלה אין השפעה כלשהי על המשך עיצוב ההתפתחות הפסיכולוגית שלנו?

תהיות אלה התעוררו במחשבתי רק שנים רבות לאחר שסיימתי את לימודיי. ילדתי את שלוש בנותיי, עבדתי כפסיכולוגית קלינית בבית חולים פסיכיאטרי ובמרפאה פרטית, והחלטתי לחזור לאוניברסיטה ללימודי התואר השלישי. המטרה הייתה אז ברורה: לחקור תהליכי פרידה רגשית אצל צעירים לפני השירות בצבא ולאחריו.

מה חולל בי את השינוי? וכמי שעסקה בילדים ונוער, כיצד התחלתי לחקור את הזיקנה דווקא? העובדות פשוטות לכאורה, אך התשובה מורכבת מאוד.

נתחיל במציאות הגלויה. במסגרת סמינר הדוקטורנטים באוניברסיטת בר-אילן שמענו בכל שבוע הרצאות מחוקרים בתחומים שונים שהיו עשויים לעורר בנו עניין למחקר. אחד המרצים היה פרופ' שמעון ברגמן, גרונטולוג, איש מבוגר, גבה-קומה, מלא הדר ומעורר כבוד. הרצאתו נסבה על תהליכים בזיקנה ואני הקשבתי לו פעורת-פה. התהליכים שתיאר, העוסקים בפרידות, באבדנים ובשינויים, נשמעו באוזניי ממש כתהליכי פרידה ואינדיוידואציה שרציתי לחקור אצל צעירים, ועובדה זו היא שריתקה אותי במיוחד.

הרצאה זו השפיעה השפעה מכרעת על המשך התפתחותי המקצועית. מלאת התלהבות וסקרנות יצאתי מההרצאה בשעת צהריים ומיהרתי לספרייה. התחלתי לחפש חומר על פסיכולוגיה של הזיקנה ועל תהליכי פרידה ואינדיוידואציה בזיקנה. המבחר היה דל; לעומת הכמות העצומה של הפרסומים על גיל ההתבגרות, מצאתי תחום "צעיר" ומוזנח. עיקר הפרסומים עסקו בהתמודדות עם אבדנים ועם אבל, אך בתחומים שרציתי לחקור, כמו אינדיוידואציה והתפתחות, לא הציעה הספרות מבחר גדול. עם זאת, בדיון שנערך ב-1973 בחברה הפסיכואנליטית ודן בנושא, מצאתי חיזוק להנחה שתהליכי פרידה ואינדיוידואציה נמשכים גם בתקופת הבגרות והזיקנה. באותו יום גמלה בלבי ההחלטה לשנות את הצעת המחקר לדוקטורט ולהסב אותה לתחום הזיקנה. כך נקשרתי אל עולם הזיקנה, והוא אכן

התגלה כמרתק ביותר. במהלך כתיבת עבודת הדוקטור הרגשתי שאני משוטטת לבדי בארץ לא-נודעת שגם המנחים שלי לא הכירו, ולכן הכול היה בבחינת חידוש והתרגשות.

לימים הבנתי כי כמה גורמים נוספים, בלתי מודעים, היו שותפים סמויים להחלטה הגורלית הזאת. הגורם הראשון היה אבי זכרו לברכה, אשר היה בסוף שנות השבעים לחייו כשהתחלתי בעבודת הדוקטור שלי, ואחרי שנים ארוכות של פעילות ועשייה נאלץ על כורחו לפרוש לגמלאות. בגיל 78 חש אבא שהוא בשיא יכולתו. כמהנדס כימיה מדופלם בעל ניסיון עשיר בניהול מפעל, היה משוכנע שיוכל לשמש כיועץ ולהמשיך ולתרום מהידע הרב שצבר. אולם המציאות טפחה על פניו והוא מצא את עצמו חסר תעסוקה ועניין. איש לא התעניין בניסיונו העשיר, שהיה כמובן מיושן לאור ההתפתחויות הטכנולוגיות הרבות בתחום. כמי שעבד במשך כל חייו ולא פיתח עולם של פנאי ותחביבים, הלך מצב רוחו והידרדר. אני זוכרת אותו יושב וכותב בבית ליד שולחן כתיבה עמוס ניירות. בעידודי, ובעיקר לאחר שקראתי על חשיבות התהליך של שחזור העבר בזיקנה (Butler, 1963), הוא החל לכתוב את זיכרונותיו. מתוך עניין ובשלות שלא היו בי שנים רבות החלטתי לראיין אותו ולכתוב את סיפור חייו, והסיפור היה מאלף. גיליתי כמה מעט ידעתי על מעלליו לפני מלחמת העולם השנייה ולאחריה ועל מסע ההישרדות שלו, על השהייה בסיביר, על עבודתו בפרס (איראן כיום), על ההצטרפות לצבא פולניה, על העלייה לארץ-ישראל ואחר כך על העריקה מהצבא ועל הקמת מפעל הגומי הראשון בארץ. לאחר שסיימנו את כתיבת תולדות המשפחה ותולדות חייו, נסענו ביזמתי לפולין ובקרנו בעיר הולדתו וכמובן במחנות הריכוז. מסע השורשים הזה קישר אותי לראשונה ליהדות ולעם היהודי.

חזרנו מהמסע בפולין מלוכדים וקרובים כפי שלא היינו מעולם. שנים נדרשו לי להבין את אימא ואבא ולקבל את התרבות ואת המנטליות האחרת והמיוחדת שלהם. כפי הנראה, ההזדקנות של אבא היא שחלחלה בתוכי וכיוונה אותי לתחום בלתי מוכר זה. בזכות המפגש המפתיע עם עולם הזיקנה פגשתי את אבי ונקשרתי למשפחתי ולתרבות שהתקשיתי להטמיע במשך שנים רבות כצברית ישראלית.

תהליך ההזדקנות של אבא היה קשה. הוא לא התמודד עם אבדן הזהות ועם אבדן התפקיד, בעיקר בשל הכוח הרב שהיה בידיו כאיש צעיר. מיד עם החזרה מפולין התברר כי לקה במחלת הסרטן ובתוך שנה הוא נפטר. בימיו האחרונים הוא המשיך לספר סיפורים מילדותו כאילו נפרץ סכר שהיה סגור שנים והציף אותו בעצמה רבה. בבת אחת הופיעו דמויות של בני המשפחה שעברו מן העולם לפני שנים רבות אך נותרו חקוקות בתודעתו ובלבו. הוא דיבר בקול רפה אך במהירות, כאילו רצה להספיק ולספר את הכול, להוציא לאור את כל אותן דמויות וחוויות מוקדמות בטרם ייקח אותן המוות והן תימחקנה לעד.

סיפור חייו של אבא ושל חיי המשפחה המכובדת שנמחקה מן העולם היו הצוואה החשובה ביותר שהוריש לי. ממנו גם למדתי לראשונה לא רק על הישרדות וגבורה, אלא גם על אבדנים ופרידות, על פרישה ועל זיקנה.

הגורם הסמוי השני שמשך אותי לעולם הזיקנה התגלה לי בשלבים הראשונים של גיבוש הצעת המחקר שלי, כשהתחלתי להיפגש עם זקנים ולראיין אותם. המפגש עם אוכלוסייה זו, עולם חדש מבחינתי, היה מרגש. נוסף לחכמת החיים ולסיפורים המאלפים, זכיתי לחום רב, להכרת תודה, להערכה ולהתעניינות. הרגשתי משוחררת יותר לחשוף מידע אישי שנצטרכתי בקרבי בקנאות במגעיי עם מטופלים צעירים. באותו זמן נחתה עליי ההכרה שבעצם מעולם לא היו לי סבא וסבתא. בצעירותי לא נתתי את הדעת לחסר זה, לא נמשכתי לזקנים ולא חשתי כמיהה לדמויות אלה. המפגש האקדמי והקליני עם סבים וסבות של אחרים העמיד אותי לראשונה בפני מציאות החסר וההיעדר. לימים, ובייחוד כשהפכתי בעצמי לסבתא, הבנתי ועיכלתי את התפקיד החשוב הזה שחסר לי בצעירותי. כל מפגש אינטימי עם איש מבוגר הפך למעין חוויה מתקנת בזעיר אנפין שבה הרגשתי שאני מקבלת ולא רק נותנת. מאז ועד היום אני רוחשת חיבה רבה לזקן או לזקנה. במחיצתם אני מרגישה צעירה, רעננה וחזקה, אני שואבת מהם כוח ובעיקר זווית ראייה חשובה כל כך - שיש לחיות את ההווה וליהנות ממנו, שהרי יחסית לבני השבעים והשמונים אנו צעירים כל כך ועתידנו לפנינו.

וכאן אני מגלה גורם סמוי נוסף למשיכתי אל עולם הזיקנה: החרדה מההזדקנות שלי עצמי. זו החלה כבר בשנות השלושים שלי, כשבתי מיכל בת השמונה ישבה בחיקי, שיחקה בשערותי ולפתע פרצה בצעקה: "אימא, יש לך שיערה לבנה!", והוסיפה בדאגה: "אימא, עוד מעט תהיי זקנה?"

בגיל 35 שנה ושערת שיבה בראשי התחלתי לראשונה להיות ערה לגיל ולזמן. הבהלה של מיכל חלחלה לתודעתי: אני, הילדה בעלת השיערה הלבנה, מתחילה להזדקן. הגעתי ל"גיל המעבר" מוקדם מדי להערכתי וכבר אז התחלתי לתהות על החיים ועל מימושם. ייתכן שתרמה לכך גם העובדה ששני הוריי כבר היו בשלבי הזדקנות. אבא התקרב לגיל 80 והיה עייף וחולה. אימא הייתה צעירה ברוחה ובגופה, אך גם היא הייתה בשנת השבעים לחייה. ואני בת בכורה, רצינית, אחראית, בוגרת מחד גיסא וילדותית כל כך מאידך גיסא. מחשבות על מהלך החיים, על משמעות החיים ועל מקומי בטווח החיים נקשרו לקריאה האינטנסיבית שלי על הפסיכולוגיה של הבגרות והזיקנה. מאז, העיסוק בזיקנה שומר אותי צעירה, צעירה יחסית לאוכלוסייה שאני חוקרת או פוגשת.

פה לכם ולזיקנה? האתגר הטיפולי הכפול

כל מפגש טיפולי בין מטפל צעיר לבין האדם הזקן הוא אתגר כפול: אתגר לאדם המבוגר המתמודד עם קשיי ההזדקנות והזקוק לתמיכה או לטיפול נפשי כלשהו שאינו ברור לחלוטין או מוגדר כמו טיפול רפואי, ואתגר למטפל הצעיר, הנעזר בכלים מקצועיים ומנסה לסייע לאדם רב-ניסיון וחכמת חיים ל"נווט" את נפשו בטלטלות החיים. האדם הזקן תוהה: מה יכול אדם צעיר לתרום לאדם באימים? אילו תובנות היה סיפק בידו לרכוש על החיים? באיזו מידה ניתן לסמוך עליו? וגם למטפל הצעיר תהיות משלו, באותן סוגיות.

בראשית דרכי כפסיכולוגית "מומחית" לפסיכולוגיה של הזיקנה הוזמנתי להרצות בפני דיירי בית אבות בכפר שמריהו. נושא הרצאתי היה "הזדקנות מוצלחת". כדרכי בהרצאות בפני קהל המבוגר ממני, הצגתי את עצמי בראשית דבריי והתוודיתי על רצוני לשתפם בידע שהצטבר בשנים האחרונות על תחום הזיקנה. כמובן, ביקשתי לשמוע מניסיונם שלהם.

לאחר כמה משפטים נשמעה לפתע מקצה האולם שאלה מפי זקן בכיסא גלגלים במבטא גרמני כבד: "גברתי המרצה, מותר לשאול בת כמה את?" לרגע נאלמתי דום. הקהל היה נבוך למראה אך משועשע. אכן, כאלה הם כמה מהזקנים: "שובבים" חסרי גבולות, ישירים, חודרניים. מגננוני הבלימה וההגנה "מזדקנים" והעכבות מתמעטות. בלא היסוס אך בלחיים סמוקות ממבוכה השיבותי: "אני בת 45". הזקן החביב ענה כמעט בשאגה: "אוי, איזה צוציק!", והקהל ואני פרצנו בצחוק. בסוף ההרצאה ניגש אליי אותו זקן, לחץ את ידי ואמר: "סלחי לי, אבל את יודעת בן כמה אני? אני בן 92, ואת אפילו לא בת מחצית חיי!".

משמעות המסר הייתה ברורה: מי את, צעירה שכמוך, שתספרי לנו זיקנה מהי; אנחנו נלמד אותך. מאז אני זוכרת שוב ושוב כי להם הניסיון, חכמת החיים והאמת, ולי - לעת עתה - ניסיון מועט, ובעיקר תאוריה ומחקרים.

פה לכם ולזיקנה? תלמידים ופטלים צעירים

בשיעור הראשון בקורס העוסק בפסיכולוגיה של הזיקנה אני נוהגת לדון בשאלה "מה לי ולזיקנה?". התלמידים עשויים להיות סטודנטים צעירים באוניברסיטה או בוגרים בני דור הביניים, העוסקים בתחום או המעוניינים להשתלם בו. מלכתחילה אני הוגה חיבה והערכה לסטודנטים שבחרו להתמחות בתחום הזיקנה, אך גם רבה סקרנותי להבין מה הניע אותם לעסוק בתחום המנוגד לחיותם ולנעוריהם. אני מבקשת מכל משתתף בקורסים השונים (הרוב

הגדול תלמידות, לצערי. מעטים מאוד הם הגברים הלומדים מקצוע הקשור לזיקנה) לחשוב לרגע ולנסות להשיב בפירוט ככל שניתן על שאלה זו.

התשובות המתקבלות מגוונות. יש מי שסבתא וסבא טבעו חותם בחייו והנחילו לו קשר מיוחד לעולם הזיקנה; יש המתארים את הסיפוק הרב שבעבודה עם הזקנים: תחושת ביטחון, קבלה, פחות ביקורת, פתיחות רבה יותר בקשר לעומת הקשר הנוצר בטיפול בצעירים. ויש המתארים את הקשיים ומודים שאין זו בחירה מרצון אלא בלית ברירה: מקום עבודה זמין או נוח.

לצד תחושת הסיפוק, רבים הם הקשיים הרגשיים הכרוכים בעבודה עם בני האוכלוסייה המזדקנת: חוסר אונים; חוסר יכולת להביא לידי שינוי של ממש בעולמם של המטופלים; הקושי להתמודד עם הירידה בתפקוד, עם מחלות, עם מוות ועם הכיעור שבזיקנה; וכן כעס על בני משפחה שאינם מסייעים להורים המזדקנים.

המפגש המורכב והקשה לעתים עם האדם הזקן מחייב בשלות, פתיחות ונכונות. לא כל אחד, ובעיקר לא בני הגיל הצעיר, ניחן בהן. יש להתמודד עם החרדות מהזיקנה או מהמוות, עם הזיכרונות הנעימים פחות מסבתא או מסבא, עם החרדה מהזדקנות ההורים, ואף עם ההזדקנות של המטופלים עצמם אם הם בני דור הביניים, עם פרידות מסבים או היעדר סבים - כל אלה הם נושאים חשובים המשפיעים על הציפיות שלנו מהמפגש עם הזקן ועל יחסי הגומלין עמו. במפגש טיפולי עם אדם זקן הגבולות בין המטפל למטופל רופפים יותר לעומת הגבולות שבמפגש עם בני אוכלוסיות צעירות יותר.

הקושי לשמור על גבולות ועל מסגרת טיפולית מתאימה עשוי לנבוע ממצבו הירוד של המטופל, אך גם מצרכיו של המטפל. קל לרחם על הזקן ולרצות להגן עליו או לשמש תחליף לבן או לבת, לנכד או לנכדה. חלק מהזקנים מביעים את הערכתם באופן מעשי מאוד - במחמאות, במתנות קטנות ואף בתבשילים או במאפים אם הם עדיין פעילים בתחום עיסוקם. על המטפל להיות ער למשמעות המיוחדת שמייחסים אנשים מבוגרים לנתינה מצדם, ולכן היכולת של המטפל לקבל חשובה לא פחות מיכולתו לתת, כמובן בתנאי שאין חריגה מוגזמת בנתינה ההדדית ושאינה נובעת מחוסר האונים ומהחולשה הגורמת לרגשי אשם.

מטופלים אחדים חשים צורך לתת עצה למטפל הצעיר, לדאוג לו ולטפל בו, כדרך להשיג שליטה או כדי לשמור על סטטוס ועל זהות. כל אלה עלולים להביא לידי היסחפות ואבדן שליטה של המטפל הצעיר, המוצא במפגש הטיפולי סיפוק לצרכיו הבלתי מודעים. צרכים אלה עלולים להקשות עליו לשמור על כישוריו כמטפל במסגרת המפגש הטיפולי. יש להבחין בין עזרה קונקרטיה הכרחית, לעתים חד-פעמית, לבין עזרה שהיא אמנם חיונית ביותר, אך

בטווח הארוך אין היא מועילה; נהפוך הוא - היא מחזקת את התלות ואת ההזדקקות של המטופל. לדוגמה, אישה ערירית בבית אבות עוררה בפסיכולוגית הצעירה שטיפלה בה רחמים רבים עקב בדידותה. היא אמרה למטפלת הצעירה שאין לה איש בעולם וייחלה לכך שהיו לה נכדים כמוה. המטפלת "אימצה" את הזקנה הבודדה, החלה להקדיש לה שעות פגישה כפולות, הרגישה אשמה בכל פעם שנפרדה ממנה ואף עזרה לה בקניית אוכל ובגדים. לכאורה הייתה זו מחווה של רצון טוב ונתינה שהייתה בעלת חשיבות רבה בעבור האישה הערירית, אך לאחר מכן פיתחה הזקנה ציפיות הולכות וגדלות לקבל עוד ועוד, ובסופו של דבר נחלה אכזבה גדולה ואף כעס.

אישיותו של המטפל הצעיר היא אפוא מרכיב חשוב ביותר ביכולתו ליצור קשר עם האדם המבוגר ולתרום לו. היכולת להקשיב, לגלות אמפתיה, להתמודד עם חוסר אונים ועם חוסר תקווה של המטופל ושל המטפל כאחד, להאט את הקצב ולגלות סבלנות וסובלנות כלפי חולשה, נכות או חסר - כל אלה הן משימות קשות הדורשות מהמטפל איזון רגשי על כל המשתמע מכך. אך חרף קשיים אלה, בקשר הטיפולי טמון רווח רב בזכות האהבה, התודה והקבלה הכמעט בלתי אמצעית וללא תנאים, שבהן מקבלים רוב המטופלים המבוגרים את המטפלים הצעירים. הסיפוק הוא עצום.

בתגובות ובאסוציאציות שלהם בראשית הקורס הסטודנטים ערים בעיקר לקשיים ולחרדות. הם חוששים שמא יטעו, שיזיקו, שלא יצליחו לעזור, שהם צעירים מדי ויתקשו לטפל במבוגרים עתירי שנים וניסיון, שמא יזלזלו בהם המטופלים או לא יתייחסו אליהם ברצינות הראויה. גם הנושאים שהם מציעים לדון בהם עוסקים בעיקר בזווית השלילית והפסימית של ההזדקנות: מוות, אבדנים, מחלות, פרידות. קשה מאוד להתמודד עם נושאים אלה, והציפייה הטבעית היא שהמורה המנוסה, בבחינת האם הכול-יכולה, תספק את הפתרונות ואת התשובות לכל הבעיות.

השיעור הראשון והחשוב מכול בכל הקשור לטיפול הפסיכולוגי הוא אפוא ההכרה במגבלות שלנו כבני אדם וכמטפלים. אין באפשרותנו לפתור את כל הבעיות או לעזור לכולם. עלינו לדעת את גבולות היכולת שלנו להשפיע או לשנות, ולהשלים עם חוסר האונים המלווה לא פעם את העבודה עם בני האוכלוסייה המבוגרת, כפי שמתרחש גם בטיפול בבני אוכלוסייה צעירה יותר.

נתן בן ה-83, מטופל עתיר חכמת חיים וניסיון, הציע לי לכתוב ספר על כישלונות בעבודתי. ספק בחיך ספק ברצינות הסביר לי עד כמה חשוב ללמוד מכישלונות יותר משחשוב ללמוד מהצלחות. ממרומי 80 שנות חיים הדבר מובן ופשוט, שלא כמו בקרב המטפלים הצעירים

בשנות העשרים או השלושים לחייהם. "אנשים לא מעזים לכתוב על הכישלונות שלהם, אולי את תעזי..." העיר לי בחיך. לשמע דבריו הצטדקתי, שבהדרכה ובהוראה אני מנסה להדגיש את המגבלות שלנו כמטפלים, תוך שימוש בדוגמאות ממטופלים שלא הצלחתי לתרום להם מניסיוני המקצועי.

בהוראה ובהדרכה אני דנה גם בתסכולים האישיים שחוויתי במהלך שנות הטיפול, למשל תסכול הנובע מכך שאנשים שפנו אליי לעזרה ונראו במצוקה גדולה, הפסיקו את הטיפול לפני שהרגשתי שחל בהם שינוי כלשהו. לא פעם קרה הדבר אחרי פגישה אחת או שתיים, בתחילתו של תהליך חשוב. אכזבתי מהעובדה שהם בחרו להפסיק את הטיפול עוד בטרם החל נבעה בעיקר מכך שהציפיות שלי מהם לשינוי היו גבוהות לאין ערוך משלהם ובלתי מציאותיות. ייתכן שהם חשו דווקא שנעזרו וקיבלו די. תופעה זו אופיינית לטיפול בבני האוכלוסייה המבוגרת. ציפיותיהם מהטיפול נמוכות משלנו, המטפלים הצעירים, אך תואמות בהחלט את צורכיהם, את המוטיבציה שלהם ואת האנרגיה שברשותם, וכמובן את השלב בחיים שבו הם נמצאים.

"עזרת לי מאוד", אמרה לי אישה בת 82, ואחרי פגישה אחת ניתקה את הקשר בינינו והותירה אותי מופתעת. רוב הזמן היא דיברה על קשיים בחייה, על אכזבות ועל כעסים על בנה וכלתה, וכך הותירה אותי מלאה וגדושה רגשות חזקים בלא שניתנה לי ההזדמנות לארגן, לעבד את "הערמה" הגדולה ולהחזירה לה באופן שהיה עשוי להקל עליה. במהלך הזמן הבנתי שהיא לקחה ממני את אשר התאים לה באופן שהיה עשוי להקל עליה. השתתפות ואמפתיה. האישה הפקידה בידי את עולמה המיוסר, עולם שלא יכלה לחלוק עם אחרים, חשה הקלה, והסתפקה בזה בלא צורך להמשיך "לחפור, לעבד ולנקות" את מה שהיה חשוב כל כך בעיניי. לא פעם פונים אליי ילדים מודאגים עקב הידרדרות שחלה לדבריהם אצל אחד ההורים.

רות, אמו של אלי: חיבוק דוב של ילדים מודאגים

לפני זמן מה פנה אליי אלי, בנה הצעיר של רות בת ה-89, בבקשה שאקבל את אמו לשיחות. אלי חש שאמו, אישה פעילה ועצמאית, זקוקה לשינוי תנאי המגורים שלה. "היא חלשה יותר, השכנים התחלפו ואנחנו מתלכטים בין מעבר לדירור מוגן לשיפוץ הדירה שבה גרה אימא כדי שתוכל להכניס מטפלת הביתה", אמר לי בשיחתנו בטלפון. "ובכלל", המשיך, "נראה לי שטוב שהיא תדבר עם פסיכולוג, היא עברה דברים קשים בחיים והיא לא מדברת עם אף אחד על זה. רצינו לתת לה את הלוקסוס של לדבר עם איש מקצוע וגם לעזור לה לקבל החלטה".

אמו של אלי התגלתה כאישה מרשימה ביותר, בריאה בגופה ובנפשה. למרות גילה המופלג היא הגיעה לפגישה בשעת ערב מאוחרת, והייתה ערנית, חייכנית ומלאת מרץ. הקושי להחליט לגבי שינוי תנאי מגוריה נראה טבעי ומוכן מאליו, בהתחשב בגילה. אף שחייה בעבר רצופים התמודדויות ומצבים קשים, היא הצליחה להשכיחם והיא מתמודדת היטב עם זקנתה, בהומור, בעשייה, בתרומה לקהילה ובנתינה לאחרים ולמשפחתה. "אני לא מוצאת טעם בלחטט ולבכות על מה שהיה. היו לי חיים קשים, אך אלה עברו... הילדים שלי מחבקים אותי חיבוק דוב. כולם רוצים לעזור ולתת עצות" אמרה לי רות בשיחה. למרות הדאגה של בנה ורצונו לאפשר לה לפרוק מעט מהמשא שנשאה כל השנים, ואף שהייתי שמחה להכירה היכרות קרובה, נראה שלה לא היה צורך בכך.

רוב פניותיהם של הילדים הן אכן מתוך דאגה המתעוררת עקב ירידה בתפקוד של ההורים. במקרה של רות היה זה אכן "חיבוק דוב", והיא העדיפה להסתדר בלעדיו. עם זאת, במרבית המקרים הדאגה נכונה ותואמת את המציאות, אם כי לא תמיד את המציאות הסובייקטיבית של ההורה.

הירידה בתפקוד הקוגניטיבי של ההורה היא המדאיגה יותר מכול. הילדים מציינים שיש ירידה ניכרת של הזיכרון לטווח קצר, שההורה נראה מבולבל, חסר אונים, שמצב רוחו ירוד או שהוא מפתח חשדנות ואף פרנויה. הקושי נובע על פי רוב מהתכחשות ההורה הזקן למצבו ומהתנגדותו לפנות לעזרה, בעיקר כשמדובר בעזרה נפשית. לעתים הילדים מצליחים לשכנע את ההורה לבוא לפגישה, אך ההורה מסרב להמשיך בקשר הטיפולי לאחר המפגש הראשון.

על פי ניסיוני, רוב ההורים שהילדים "גוררים" אותם לפגישה עם פסיכולוג, אכן סובלים מירידה בתפקוד הקוגניטיבי, המתבטאת בפגישתנו בחזרות תכופות על דבריהם, בשכחה של תאריכים חשובים ועוד. אף שאני משקפת להם בעדינות את הקשיים בזיכרון ומציגה אותם כהליך נורמטיבי שהיום ניתן לטפל בו בתרופות או בשימוש בעזרים שונים המסייעים בהתמודדות עם קשיים בזיכרון, הורים הבאים בעיקר בגלל לחץ של הילדים מתאמצים מאוד להסוות את הירידה בתפקוד ומתעקשים להציג את עצמם כבריאים וכעצמאים שאינם זקוקים לעזרה. בשלב זה, למרות הקשיים, יש לדעתי לכבד את מנגנוני ההגנה של ההורים ואת הכוח שהם אוזרים כדי להמשיך ולהתמודד עם החיים באופן עצמאי; לכן יש לעודד את הילדים להתגבר על התסכול ועל החרדה לנוכח הירידה בתפקוד של ההורה. עם זאת אני ממליצה להמשיך ולעקוב היטב אחר ההורה, וזאת עד לשלב שבו לא יהיה מנוס מהתערבות נוספת,

למשל כשמתחילה לרחף סכנה על המשך תפקודו ללא השגחה או כשמתעורר צורך לקבל סיוע באמצעות תרופות.

כדי להכיר היטב את עולמם של בני האוכלוסייה המבוגרת יש אפוא להקשיב לקולותיהם, קולות שהם לא פעם חלשים, אטיים ועמומים. כמטפלים או כבני משפחה צעירים, על כולנו להסתגל לקצב שונה ולציפיות המותאמות לצרכים של המטופלים או ההורים ולא לצרכינו אנו. יש להיות לידם בלא ללחוץ עליהם או לפעול בעניינם, מתוך קבלת חוסר האונים שלהם אך גם של חוסר האונים שלנו.

ואולי החשוב מכול - והמסר העיקרי של הספר – הוא, שמה שמתפרש על ידינו כחולשה עשוי להיות הכוח והחוזק של האנשים בתהליך ההזדקנות, המצליחים לאזור כוח ושליטה ולנהל את חייהם באופן המתאים להם דווקא במצבים של חוסר אונים. הם קוראים תיגר על מחדלי הזיקנה, מתחזקים את גופם ואת נפשם, וכך שומרים על בריאותם.

פרק 2

בריאות נפשית חיובית בהזדקנות

לדעת כיצד להזדקן זו מלאכת מחשבת של התבונה
ואחד הפרקים הקשים ביותר באמנות החיים הגדולה.
הנרי פרדריק אמיה

פסיכולוגיה חיובית מהי?

כאמור, ספר זה שם לו למטרה להציג את ההזדקנות כתהליך התפתחות וכשלב נורמטיבי במעגל החיים. כבכל שלבי ההתפתחות, יש בו היבטים חיוביים לצד היבטים שליליים. הסבת תשומת הלב אל הכוחות, אל הבריאות ואל החוסן הנפשי של האדם הזקן היא בבחינת חידוש לאחר שנים רבות, שבהן התמקדה תשומת הלב באבדנים, בחולשה, ובעיקר בחולי פיזי ומנטלי. בהמשך נדון גם בקשיים ובחולי שבתקופת הזיקנה וננסה להציע דרכים להתמודדות עם. נקודת המבט הזו מתאימה במידה רבה למודל של הפסיכולוגיה החיובית, התופס כיום מקום נכבד בהבנת הבריאות הנפשית החיובית.

נקודת המוצא של הפסיכולוגיה החיובית גורסת שהאדם הוא חזק, סתגלן ובעל חוסן נפשי המאפשר לו להתפתח ולצאת ממשברים. הלא-מודע מאופיין ברגשות של אהבה ודאגה. הזיכרונות אינם סיזימי לילה מודחקים בהכרח אלא אסוציאציות חיוביות מהעבר, הקשורות על פי רוב למשפחה חיובית ואוהבת (Seligman, 2002).

הפסיכולוגיה החיובית מעריכה את יכולתו של האדם להתמודד עם בעיות ולהפכן לאתגרים כחלק מתהליך ההתפתחות האישית גם אם חיוו היו רצופים משברים ואירועים טראומטיים. הכוחות הפנימיים והסגולות האישיות של כל אחד ואחד הם העומדים במרכז ולכן ההתייחסות אל החיים היא כאל תהליך של גילוי "discovery, not recovery". גישה זו שונה מאוד מהגישה הקלאסית של פרויד, שראתה בטיפול הפסיכולוגי ריפוי או תיקון של פגיעות ושל נזקים מהעבר הרחוק, בעיקר מהילדות.

הפסיכולוגיה החיובית, בניגוד לגישות אחרות, מציעה לא רק דרך להתמודד עם אבדנים ועם ירידה בתחומי החיים השונים, ולא רק לתקן חולשות ולהפוך את החיים לנסבלים יותר, אלא גם למצוא את הסיבות שבגללן כדאי לחיות למרות המגבלות ולהדגישן. לצורך כך יש לחפש את הרגשות החיוביים ואת הכוחות שיאפשרו לאדם הזקן לחיות "חיים טובים", כדבריו של אריסטו. אנשים המתפתחים והצועדים קדימה משקיעים בדאגות שמונה אחוזים בממוצע של אנרגיה ותו לא. לעומתם, יש המוצפים רגשות של ייאוש ושל כעס ורגשות אחרים מעוררי מתח. אלה מבזבזים את האנרגיות בניסיון לכבות את השֵרפה הרגשית שהם עצמם מציתים כל העת.

שלושה הם עמודי התווך של הפסיכולוגיה החיובית. הראשון בהם הוא חקר הרגש החיובי. אנשים שיחסם הכללי לחיים חיובי מרגישים רגשות חיוביים, כמו שביעות רצון, סיפוק, שמחה, עניין, תקווה. משאביהם החברתיים, הפיזיים והאינטלקטואליים של אנשים אלה רבים יותר. בשל הגישה החיובית אחרים אוהבים אותם ולכן הם גם זוכים לתשומת לב

רבה ולעזרה. גם המערך המנטלי שלהם רחב יותר ויכולתם מגוונת, כי רגש חיובי מעודד יצירתיות, סקרנות, סובלנות ופתיחות לחוויות ולרעיונות חדשים.

בני אדם עשויים לחוש רגשות חיוביים ביחס להווה, לעבר ולעתיד. רגשות חיוביים ביחס להווה כוללים הנאה חושית, מנטלית ופיזית ותחושת סיפוק מאתגר שהתמודדנו איתו, מהישג, מנתינה או מחוויה שיש בה מאמץ ומעורבות מלאה. האדם חש זרימה ולזמן החולף אין משמעות. רגשות חיוביים ביחס לעבר כוללים סיפוק, תחושה של הגשמה עצמית, שביעות רצון, גאווה, קבלה והשלמה. בסקירת חייו יתמקד האדם בעל הגישה החיובית בהישגים שהשיג ולא בכישלונותיו. הוא יתאר התנסויות וחוויות טובות ויימנע מלדון בחוויות הקשות והכואבות. גישה זו משמרת את הדימוי העצמי ומחזקת אותו לנוכח האבדנים ולנוכח הפגיעות הנרקיסיסטית שהאדם חשוף אליהם במהלך ההזדקנות.

לעומת זאת, רגשות שליליים הם מרירות, אשמה, בושה, כעס, החמצה, חוסר הערכה עצמית, חוסר השלמה וחוסר מיצוי. בתקופת הזיקנה יבואו רגשות אלה לידי ביטוי בנטייתו של האדם לתאר את חייו כהחמצה והוא ירבה לעסוק בטעויותיו בעבר או באכזבה מאנשים שונים ומעצמו בעבר ובהווה. הפסיכולוגיה החיובית מדגישה את היכולת לסלוח למי שפגע בנו בעבר ובכך לשחרר את עצמנו נפשית ופיזית ממועקות העבר.

הרגשות החיוביים ביחס לעתיד הם אופטימיות, אמונה, ביטחון, תקווה ואמון.

עמוד התווך השני של הפסיכולוגיה החיובית הוא בעיקר חקר הכוחות והסגולות, אך גם כשרים כמו אינטליגנציה וכורשר גופני. תכונה כמו אופטימיות עוזרת לאנשים לתפוס את מצוקותיהם כזמניות, כניתנות לשליטה וכייחודיות למצב מסוים בנקודת זמן מסוימת. לעומתם, אנשים פסימיים מאמינים שבעייתם תתקיים לנצח. הפסימיים גם נוטים יותר לדיכאון, מצב בריאותם רע יותר ותוחלת חייהם קצרה יותר.

תכונות נוספות התורמות ליכולת ההתמודדות עם בעיות הן "הגנות בוגרות", כניסוחו של ג'ורג' וליאנט (Valliant, 1977; 2000; 2002), כמו אלטרואיזם - היכולת לתת לאחרים את אשר היינו רוצים לקבל. יכולת זו מוצאת את ביטויה במשפחה בהורות או ב"סבאות": בגאווה, בסיפוק ובהנאה שחשים ההורים כשילדיהם או נכדיהם מצליחים או משיגים דברים שהם אולי לא זכו להשיגם. אלטרואיזם מתבטא גם ביכולתו של האדם המבוגר להדריך, ללמד ולשאוב סיפוק מנתינה לצעירים במסגרת העבודה ובכך להימנע מהאיום שבתחושת הקיבעון העלולה להתעורר בשלב שבו האדם כבר מיצה את יכולתו להתקדם ולהתפתח והוא מפנה בזיקנתו את האנרגיה שלו לקידום הצעירים שהוא אחראי להם. תכונות נוספות המסייעות בהתמודדות הן סובלימציה - מציאת פתרון יצירתי וקונסטרוקטיבי לקונפליקטים;

הדחקה - סטואיות, סבלנות, ראיית הצד החיובי, היכולת לשכוח, היכולת לטשטש רגשות; הומור - לא להתייחס לעצמנו ברצינות רבה מדי; היכולת לדחות סיפוקים וחשיבה לעתיד. ההגנות הבוגרות הן ביטוי לתפקוד רגשי בוגר המייחס חשיבות ליצירתיות ולפתרונות פרו-אקטיביים, בניגוד לתפיסה השמרנית הפסיכואנליטית, המייחסת חשיבות לעבר והרואה את האדם כקרבן של נסיבות חיים.

רות מתחילה לגלות את עצמה

רות בת ה-89 מיטיבה לייצג את השימוש בהגנות בוגרות: "אף פעם לא הייתי אצל פסיכולוג", הכריזה בחיך כשנפגשנו לראשונה, "אני בסדר, אבל הבן שלי רצה שאבוא אז אני מכבדת אותו ובאה". רות פעילה בארגוני התנדבות רבים, מסייעת לקשישים חולים, ועד לאחרונה עבדה גם בהתנדבות בבית חולים. "אני עסוקה שאין לי זמן לעצמי. עכשיו התחלתי להוריד פעילות כי קשה לי ואז אני מתחילה לגלות את עצמי. עד עכשיו לא התפניתי לכך". בהומור ובחיך היא תיארה את חייה משש בבוקר ועד שעות הערב המאוחרות. הילדים כולם רוחשים לה כבוד וחבריה כולם מתנדבים כמוה, נותנים לאחרים, ועכשיו קשה לה כי היא אינה יודעת לקבל. בסופי השבוע היא מארחת את המשפחה ועדיין קונה מצרכים ומבשלת לבד. "כל החיים אימצתי גישה חיובית. למרות הקשיים הרבים, ניסיתי להיאחז בטוב ובעיקר להיות עסוקה בעזרה בקהילה במקום לריב ולכעוס. מיום שבעלי נפטר אני עסוקה כל הזמן. אני מעודדת אחרים ותומכת במי שאפשר וזה הסיפוק הגדול שלי. את העבר אני 'קוברת' עמוק. היו חיים קשים, אני מעדיפה לא לחשוב על מה שהיה. התחלתי לחיות בגיל 80 אחרי שבעלי נפטר ואני נהנית מכל רגע. בזמן האחרון אני יותר עייפה, הגוף מזדקן, הנשמה לא".

הפגישה עם רות הייתה מרתקת. אישה מלאת מרץ, בעלת פנים מאירות וחיך רחב, המתבלת את דבריה בהומור רב למרות העבר הקשה. ברור היה שרות צודקת. אין לה צורך לדבר על משקעים מהעבר עם פסיכולוג למרות רצונם הטוב של ילדיה. היא מתמודדת היטב עם חיי היום-יום, בגישה חיובית ובהגנות בוגרות ויעילות של הדחקה, של סובלימציה, של נתינה יצירתית ושל הומור.

בשנים 1940 עד 2000 נערכו שלוש קבוצות מחקר פרוספקטיבי באוניברסיטת הרווארד בארצות הברית, ובו עקבו אחר התפתחות מבוגרים באמצעות ראיונות חוזרים ונשנים במהלך השנים. במחקרים השתתפו שתי קבוצות גברים וקבוצה אחת של נשים. ממצאי

המחקר מצביעים על כך שאחד המרכיבים החשובים בהזדקנות מוצלחת הוא נתינה יצירתית - היכולת להעניק לאחרים מתוך שמחה בכל עת ולקבל מאחרים באהבה ובהכרת תודה בכל עת שאנו זקוקים לכך.

כן נמצאו בהזדקנות המוצלחת גם היכולת ליהנות מהחיים, סיפוק בחיי נישואים, היכולת לסלוח, היכולת לשחק, היכולת לשמור על התקווה ולקבל עזרה במצב של תלות, ובעיקר היכולת להפגין סובלנות ולשמור על תחושה סובייקטיבית של בריאות פיזית למרות המגבלות (valliant, 2002).

הפסיכולוגיה החיובית מתבססת על שש סגולות עיקריות: חכמה וידע, אומץ, אהבה ואנושיות, צדק, מתינות, רוחניות וטרנסצנדנטליות. סגולות אלה מוזכרות כמעט בכל המסורות הדתיות והפילוסופיות. כל סגולה כזו עשויה להתחלק לסגולות אחדות. למשל, חכמה עשויה לכלול כוחות וסקרנות, אהבת הלמידה, חוש שיפוט, מקוריות, אינטליגנציה חברתית ונקודת מבט. אהבה כוללת רכות, נדיבות, הזנה רגשית ויכולת לאהוב ולהיות נאהב.

ניתן להשיג כל סגולה באמצעות כמה דרכים. אנושיות למשל אפשר להשיג על ידי רכות, פילנטרופיות, היכולת לאהוב ולהיות נאהב, הקרבה וחמלה. את סגולת המתינות ניתן להשיג באמצעות צניעות, שליטה עצמית, זהירות, משמעת עצמית והסתפקות במועט. צדק ניתן להשיג באמצעות אזרחות טובה, נאמנות, עבודת צוות, הוגנות ושוויוניות, מנהיגות. טרנסצנדנטליות מושגת באמצעות הערכה של יופי ומצוינות, הכרת תודה, תקווה וחשיבה לעתיד, רוחניות, תחושה של משמעות, אמונה, סליחה, הומור וחדווה.

על פי הפסיכולוגיה החיובית הכוחות הם תכונות מוסריות. בניגוד לתכונות הרגילות, שהן אוטומטיות, מולדות וטווח השינוי שלהן מוגבל, אלה הם כוחות שניתן לרכשם או לבנותם, כמו למשל מקוריות, הגינות, רכות ואומץ. השימוש בכוחות ובסגולות אלה זוכה בדרך כלל להערכה מאחרים או מקנה תחושה של סיפוק והגשמה אישית. בניית כוחות וסגולות והשימוש היום-יומי בהם נתונים במידה רבה לבחירה, והתהליך כולל גילוי, יצירה ורכישה.

זליגמן (Seligman, 2002) מאמין שלכל אדם יש מערכת של כוחות ייחודיים משלו שבהם הוא משתמש בחיי היום-יום. במקום להשקיע משאבים בתיקון חולשות, חשוב יותר לאתר את הכוחות הייחודיים שיש לכל אדם ולחזקם.

עמוד התווך השלישי של הפסיכולוגיה החיובית הוא מסגרת החיים כמו החופש לחשוב ולפעול באופן עצמאי בחברה שבה אנו חיים ולכידות המשפחה. היכולת להשתמש בכוחותינו הייחודיים בשירות של משהו רחב יותר מהעצמי, כמו עזרה לזולת או תרומה

לחברה, מאפשרת חיים מספקים ומשמעותיים. רגשות חיוביים, כמו תקווה למשל, אמון וביטחון, משמשים אותנו בעיקר כשהחיים קשים ולא כשהם קלים. ההבנה והבנייה של הכוחות ושל היכולות, ובהם אומץ לב, נקודת מבט, יושרה, שוויון ונאמנות, הכרחיות במצבי מצוקה יותר מבזמנים טובים.

פול פירסל, פסיכו-נירולוג, מתאר בספרו "המניע של בטהובן: הפסיכולוגיה החיובית החדשה של חוזק, אושר, החלמה ותקווה" (Pearsall, 2003) את מהלך חייו כרצף של התמודדויות, החל מילדותו ודרך בגרותו כחולה סרטן במצב קשה, כאב לילד שלקה בשיתוק מוחין ולילד נוסף הסובל מקשיי למידה. למרות כל הקשיים, הצער, האבדנים והכאב, פיתח פירסל חוסן המאפיין לדבריו את אותם אנשים הדוחפים קדימה והמתפתחים, למרות - ולעתים בגלל - הקשיים, והקושי הופך לאתגר. המודל שלו להתמודדות חיובית הוא המלחין הדגול בטהובן, שלמרות מחלתו וחירשותו המלאה המשיך לכתוב סימפוניות ולנצח על הסימפוניה התשיעית שלו כשהוא נע קדימה, שקוע לחלוטין בעשייה המוזיקלית, ומאושר. הכאב, התסכול והייאוש שליוו אותו בראשית מחלתו לא הפריעו לו בדרכו. "אני חי רק במוזיקה", כתב לחבר. בטהובן פיתח מערכת חיסון פסיכולוגית נגד המצוקות והאבדנים שחווה באמצעות עבודה נמרצת שהובילה להתפתחותו היצירתית המופלאה, אף שחייו לא היו מלאי שמחה ואושר. היכולת ללכת הלאה ולא לשקוע בייאוש, היכולת לחשוב חשיבה חיובית והיכולת להיאחז באופטימיות ובהומור הם מרכיבים חשובים בהתמודדות.

אחת השורדות הלוחמות היא ישישה בת 98 מהוואי, אשר סיכמה את הנושא בנוסח "למה לדאוג?!" וכך היא אומרת:

*כארבעים אחוזים מהדברים שאנחנו דואגים שמא יקרו - לא יקרו לעולם; 30
אחוזים עוסקים בהחלטות ישנות שאיננו יכולים לשנות; כ-12 אחוזים עניינם
ביקורת עצמית וביקורת בלתי הוגנת עלינו מצד אנשים הנחותים מאתנו;
כ-10 אחוזים מהדאגות שלנו מתקשרות לבריאותנו והן רק מביאות עלינו
מחלות. כ-8 אחוזים הן דאגות שכדאי להתאמץ ולעשות משהו כדי שיפסיקו
להדאיג אותנו. אם נצליח להרוף את 92 האחוזים של הדאגות האחרות, חסרות
התועלת, נוכל להתפנות לטפל בשמונת האחוזים של הדאגות החשובות.*

סל הדאגות מתמלא עם הגיל. אנו דואגים לבריאותנו ולבריאות קרובינו; אנו דואגים לילדינו ולנכדינו, ויש מי שכבר טרוד בדאגות ביחס לנינים. האם ניתן לשנות דפוסי חשיבה בגיל מבוגר?

אכן ניתן לסייע לאנשים להרחיב את דפוסי חשיבתם או להגמישם, למשל לגלות את החיוב או הרווח שניתן להפיק במצבים שונים של תסכול ושל אבדן. מובן ששינוי זה יתרחש אם המבוגר או הזקן מגלה נכונות ופתיחות להתנסות וללמידה חדשה. התקווה לטוב תלויה בראש ובראשונה בכך שדפוס החשיבה של האדם לא יהיה מקובע ובלתי משתנה. התקווה היא המרכיב העיקרי באופטימיות.

פירסל מתייחס אל התקווה כאל אושר. רגשות של תקווה מרוממים אותנו ועוזרים לנו להתחזק ולהתגבר. הוא מונה כמה אפיונים לתקווה:

- התקווה היא לא רק הסתכלות חיובית קדימה אלא גם מחילה על מה שקרה לנו בעבר והערכה שלנו את תפקודנו בעבר.
- התקווה, בניגוד לחרדה, דורשת לקבל את חוסר הוודאות כאתגר למציאת משמעות חדשה בחיינו.
- התקווה דורשת חשיבה רבה לשם יצירת זווית ראייה אחרת.
- התקווה מתבטאת גם בציפיות מציאותיות ובקבלה של המציאות.
- התקווה היא חיפוש יתרונות על ידי גילוי החיובי גם במצבים קשים במיוחד.
- התקווה היא איסוף זיכרונות של רגעים נפלאים בחיים והיכולת לעצור לרגע ולהעריך רגעים אלה.
- התקווה היא היכולת להעריך דברים בחיינו ולא להתרגל אליהם ולהתייחס אליהם כאל מובנים מאליהם.
- התקווה עומדת מעל ההשוואה. איננו עוסקים בהשוואת עצמנו לאחרים.
- התקווה היא להיות מודעים לעצמנו, לקיומנו, לכך שאנו חיים, נושמים. היכולת ליהנות ממעורבות מלאה ברגע נתון בהווה.
- התקווה איננה חשיבה פסיבית שמשאלותינו תתגשמה.

הפילוסוף התאולוג תומס ברי (אצל פירסל) הצביע על כך שכדי להתפתח ולהצליח נחוץ לנו סיפור חדש וטוב יותר על חיינו. כולנו זקוקים לסיפור מרכזי, שנוכל לארגן אותו ולהבינו כך שיעניק לנו סיפוק וחוש כיוון, אך גם ילמד אותנו, ידריך, יכוון וירפא, סיפור מסוג סיפורי הדת והמסורת שיש בהם מוסר השכל ומסר לעתיד. עלינו גם לכתוב את סיפור חיינו ולשכתבו, ואתגר זה של האדם האופטימי והיצירתי מאפשר לו לצלוח משברים ולקוות לטוב.

ברי מביא את דבריו של משורר פרסי בשם ניזמי: תקווה זו מסייעת לו בזיקנה להדוף את היאוש, הדכאון והפחד מחולי, חוסר אונים וחידלון.

"ברגעים קשים אל תאבד תקווה, כי פתוך עננים שחורים יורד גשם צלול נבדולח"

לפי אריקסון (Erikson, 1963) התקווה היא אבן היסוד להתפתחות פסיכולוגית תקינה והמרכיב הבסיסי של כל הכוחות. אנו מתחילים את החיים בתקווה, וכשם שהיא חשובה ככוח מניע להתפתחות בתחילת החיים, כך היא מוסיפה להיות מרכיב הכרחי של הבריאות הנפשית התקינה לאורך כל החיים ובזיקנה. התקווה של התינוק עשויה לטעת בו אמון במבוגרים ולאפשר לו להתמודד עם מצבים שונים בחיים הבוגרים, שבהם נדרשת התמדה ואמונה ביכולתו להתגבר על קשיים. תקווה זו מסייעת לו בזיקנה להדוף את היאוש, הדכאון והפחד מחולי, חוסר אונים וחידלון.

עקרונות הפסיכולוגיה החיובית משולבים בכל המודלים העוסקים בבריאות החיובית שהיא הבסיס להזדקנות ולזיקנה מיטביות. בעזרתם נוכל להכיר את הזיקנה הבריאה ואת האנשים המתמודדים בהצלחה עם אתגר ההזדקנות בחברה המודרנית של שנות האלפיים.

בריאות נפשית חיובית בהזדקנות ובזיקנה

פסיכולוגים ומומחים אחרים בתחום בריאות הנפש מנסים זה שנים רבות לאתר את הגורמים התורמים להסתגלות טובה ולבריאות הנפש בזיקנה.

על פי המודלים הרפואיים, בריאות מוגדרת באופן שלילי: היעדר מחלה פיזית. בריאות במובן החיובי כמעט אינה מוזכרת במודלים אלה והיכולת לקדם אותה מוגבלת.

העניין הרב בשמירה על בריאות פיזית ובעיכוב תהליכי ההזדקנות ללא ספק חשוב. כיום, לא מעט מבוגרים עוסקים כבר בשלבים מוקדמים של חייהם, כמו גם זקנים רבים, בתחזוקה של הגוף באמצעות תזונה נכונה ופעילות גופנית מבוקרת. נשאלת השאלה האם מיוחסת חשיבות מספקת גם לבריאות הנפש. בשל הקשר ההדוק והבלתי נפרד בין המצב הגופני לבין המצב הנפשי, יש טפף לא רק במחלות הזיקנה ולשמור על הבריאות הפיזית, אלא גם במצב הרגשי ובבריאות הנפשית.

הגבולות בין הנפש לגוף מיטשטשים לא פעם; הגוף מבטא את המצוקה הרגשית והמצוקה הרגשית משפיעה על הגוף. למעשה, הגוף והנפש הם יחידה אחת.

• הגוף והנפש קשורים קשר הדוק ובלתי נפרד
• הפצב הגופני פשביע על הפצב הנפשי ומושפע מפנו
• הפצב הרגשי עשוי לבוא לידי ביטוי בגוף

מחקרים מצביעים על כך שהיכולת להתמודד עם משברים, עם אבדנים ועם מחלות מושפעת במידה רבה מהחוסן הנפשי. היחלשות מערכת החיסון הרגשית משפיעה על המערכת הפיזית ולהפך. נמצא גם קשר הדוק בין בדידות חברתית לבין תוחלת החיים. חיייהם של הבודדים מבחינה חברתית קצרים יותר מאלה של מי שאינם בודדים.

בשנים האחרונות מצביעים מחקרים על קשר בין החלמה ממחלה לבין קשרים רגשיים, תמיכה חברתית, תכונות אישיות ואמונה דתית. כל אלה הם מרכיבים פסיכולוגיים-חברתיים חשובים שהם חלק מהבריאות החיובית. אין ספק שמי שמתחזק היטב את גופו ומשמרו משפר גם את בריאותו הנפשית, אך נדרשים מוטיבציה, כוחות ועניין כדי לתחזק את הגוף, ואלה מושפעים מהבריאות הנפשית. לא מעטים הם הזקנים המחפשים פתרון למצוקה פיזית, חברתית או נפשית בקופות החולים, אך שם הם זוכים לטיפול רפואי והופכים לאדם חולה. אדם חולה הוא פסיבי, חסר אונים, בלא שליטה עצמית, שהיא מרכיב חשוב ברווחה הנפשית.

שמירה על הבריאות הכוללת היא משימה מורכבת ולעתים קשה. זקנים מתקשים בכך יותר מן הצעירים, מאחר שאבדנים בתחומי חיים שונים מאיימים על תפקודם היום-יומי ודורשים כוחות רבים כדי להסתגל לנסיבות המשתנות. כוחות אלה הם המרכיבים של הבריאות הנפשית. לפיכך ההגדרה הרווחת כיום היא:

בריאות נפשית בהזדקנות = התמודדות עם הפציאות הפשתנה

התמודדות זו היא תהליך דינמי ולמעשה אין בו הבחנה בין זקנים לבין צעירים. הצעירים מתמודדים עם התחלת הלימודים בבית הספר, עם שינויים רבים בגיל ההתבגרות, עם מעבר מילדות לבגרות, ועם מעבר מחיי רווקות לזוגיות ולהורות. במהלך ההזדקנות צפויים שינויים רבים נוספים בחיי האדם - פרישה לגמלאות, פגיעה במצב הבריאות, אבדן בן זוג או בת זוג, הסתגלות לחיים ללא בן זוג או מעבר לבית אבות. כל אלה דורשים הסתגלות לנסיבות החיים שהשתנו. מעל כל אלה מרחף האיום של אבדן הזהות ואבדן העצמאות הפיזית והרגשית. תפקוד יעיל בחיי היום-יום הוא אפוא משימה התפתחותית במהלך ההזדקנות ובזיקנה, ומטרתה השגת אוטונומיה וחיים עצמאיים (Baltes, 1999).

תפקוד יעיל בתקופת הזיקנה הוא פשיפה התפתחותית שפטרנה שפירה על אוטונופיה ועל חיים עצמאיים תוך כדי התפודדות עם אבדנים

הקריטריונים להערכת הבריאות הנפשית על פי ריף וזינגר

בשנים האחרונות נעשה ניסיון לקשר בין הבריאות הפיזית לבין הבריאות הנפשית למרכיביהן השונים. תפיסה אינטגרטיבית זו הולידה את המונח "בריאות חיובית" (positive health), המשלב בריאות פיזית ונפשית. מונח זה הציעו קרול ריף, פסיכולוגית ומנהלת המוסד לחקר ההזדקנות באוניברסיטת ויסקונסין, העוסקת זה שנים רבות בחקר ההזדקנות המוצלחת, וברטון זינגר, רופא מומחה לבריאות הציבור מאוניברסיטת פרינסטון. שניהם חברו יחד לעריכת מחקרים משותפים ולבניית תכניות לקידום הבריאות הפיזית והנפשית בקהילה. בתחילת האלף השלישי פנו ריף וזינגר (Ryff & Singer, 2000) בקול קורא לקהילה המדעית והטיפולית להתייחס לבריאות החיובית כאל האתגר של האלף החדש. להערכתם, הבריאות החיובית מבוססת על קשרי גומלין בין מרכיבים פיזיים ופסיכולוגיים-חברתיים התורמים למעורבות האדם בחיים. מעורבות זו באה לידי ביטוי בשימוש נרחב ביכולותיו של האדם - יכולות אינטלקטואליות, רגשיות, חברתיות ופיזיות, והיא עשויה ללמד על בריאות חיובית.

תפקוד זה בזיקנה, לדעת ריף וזינגר, כולל שמונה פעילויות: דאגה לעצמי, ביצוע של מטלות היום-יום בבית, פעילות פנאי פיזית, פעילות פנאי אינטלקטואלית-תרבותית, צפייה בטלוויזיה, פעילות חברתית המערבת קשר עם אחרים, מנוחה ושינה.

ריף וזינגר מציעים לקבל מידע מפורט על בריאותו הפיזית והנפשית של האדם באמצעות שאלות המופנות אל האדם הזקן הנוגעות לאיכות חייו (נוסף לשגרת הבדיקות הרפואיות ולבדיקות תפקוד עצמאי):

- מה עשית היום שהיה משמעותי או מספק?
- האם אתה מרגיש שחיך מכובדים ויש בהם כיוון?
- האם אתה חש שאוהבים אותך ושדואגים לך?
- האם אתה אוהב אחרים ודואג להם?

מידע זה בדבר איכות חייו של הזקן עשוי לסייע לנו כמטפלים לעזור לו להגיע לידי חיים מספקים ומלאים. נראה לי שחשוב במיוחד הוא הצורך ללמד את הרופאים והאחיות לשאול את הזקן גם לשלומו נוסף לשאלות הקשורות לבדיקות השגרתיות, ולהתעניין במצב רוחו ובמתרחש בחייו, לבדוק אם יש סיבה לכך שאינו ישן או שאיבד את התיאבון, וגם לברר האם הוא אולי סובל מתסמינים כמו לחץ דם גבוה למשל, מעצירות כרונית, מעייפות או מדיכאון, הנובעים מגורמים הקשורים לנסיבות חייו.

הבריאות החיובית פירושה אפוא מעורבות בחיים תוך מאבק, והכאב הוא חלק בלתי נמנע ממעורבות זו. מבוגרים רבים חיים בקהילה ומתפקדים באופן עצמאי ולכאורה הכול כשורה בחייהם: הם אינם מתלוננים, אינם מוגבלים ואינם זקוקים לעזרה, אך מצבם הרגשי אינו תקין. מצב רוחם ירוד, אין הם נהנים מעיסוקיהם ולכן אין הם מעורבים רגשית באחרים או בסביבה.

ברוך : האם הבריאות הפיזית היא גם בריאות חיובית?

ברוך בן 82. מצב בריאותו טוב, הוא עצמאי לחלוטין בתפקודו ומצבו הקוגניטיבי מצוין. הזיכרון שלו היה תמיד מעולה וגם היום הוא מרגיש שראשו עדיין עובד כהלכה. במקצועו הוא מהנדס, גמלאי של התעשייה הצבאית. ברוך מקפיד על אורח חיים בריא ועל פעילות גופנית בכל יום, הכוללת הליכה במשך 50 דקות בבית וכפיפות בטן. הוא מקפיד על אכילה מסודרת המכילה מעט שומנים. ברוך נראה מצוין וללא ספק צעיר מכפי גילו. לעומת זאת, אשתו חולה; היא סובלת מקצרת קשה המלווה התקפים תכופים של קוצר נשימה. היא סובלת ממשקל יתר ובשנה האחרונה מתקשה לקום מהמיטה. ברוך מטפל בה במסירות רבה ולמעשה חייו מוקדשים לטיפול בה. לדבריו, אין הוא יכול ללמוד או לעסוק בתחביבים, כי מצבה של אשתו אינו יציב ואין באפשרותו להתחייב או לתכנן. בהיותו רוב הזמן בבית הוא צופה בטלוויזיה וקורא עיתונים.

ברוך הוא אכן איש בריא מבחינה פיזית, אך מה באשר לבריאותו הנפשית? האם היינו מגדירים את בריאותו כחיובית? לכאורה מצבו הנפשי של ברוך טוב. אין הוא סובל מדיכאון, ואף שחייו מצומצמים ומוגבלים לטיפול באשתו, הוא אינו מראה שהוא מתוסכל או ממורמר. "זה התפקיד שלי. כמו חייל אני מבצע כל מה שנדרש ממני. הבריאות של אשתי יותר חשובה מהכול. מה אני יכול לעשות? זה הגורל שלי". את כל זאת הוא אומר בהכנעה ובהשלמה

מעוררות פליאה. הוא מבטל את צרכיו ואת ענייניו בגין הדאגה לה. אך כחינה מדוקדקת של מצבו של ברוך מגלה שמעורבותו הרגשית, פרט לדאגה האוטומטית לאשתו, מוגבלת. טווח הרגשות שלו דל. הוא אינו מתלהב כשם שאינו כועס. הוא גם אינו משתמש ביכולותיו הקוגניטיביות הטובות ואינו מרשה לעצמו להשקיע ולו מעט כתחביב או בעניין אישי. עולמו מצומצם ומוגבל יחסית לאפשרויותיו. הוא פועל ומתפקד היטב בכל התחומים, אך בלא מעורבות, בלא עניין ובלא סיפוק בעשייה ובחיים.

נראה שהשאלונים הבודקים בריאות פיזית ורגשית לא היו מסווגים את ברוך כסובל מבעיות בריאות או מהפרעה רגשית, אך אין ספק שבריאותו קליני מעמיק ואישי ניתן היה לאתר את קשייו הרגשיים וודאי שלא היינו מגדירים את בריאותו הנפשית כחיובית. לכן חשוב לחקור את עולמם של האנשים לעומק, גם של מי שמצבם הכללי, יחסית לגילם הכרונולוגי הגבוה, נראה מצוין.

בסקירה נרחבת הקשורה בשאלות בדבר מהות החיים הטובים ומהות האושר, מסיקים ריף וזינגר שהבריאות החיובית, כפי שנחקרה במדעי החברה והפילוסופיה, היא בעיקרה מטרה המושגת כאשר האדם בוחר פעילויות ועיסוקים משמעותיים המקנים לו תחושה של כבוד ושל סיפוק, קשרים טובים, יכולת לקשר אינטימי ולאהבה הדדית, עניין ואכפתיות כלפי אחרים. הערך העצמי נובע במידה רבה מכך שהאדם זוכה לחיבה ולאהבה בכמות מספקת. המחברים מתבססים על התפיסה הפילוסופית של ברטרנד ראסל. יחסים משמעותיים יכולים לבוא לידי ביטוי גם בדאגה לאחרים, כמו דאגת הורים לילדיהם או דאגה בתפקידים חברתיים שבהם עוזרים לאחר. קשר רגשי משמעותי הוא גם הצורך להשתייך (Baumeister & Leary, 1995) והצורך בביטחון (Bowlby, 1980; 1988). קיומם של קשרים מספקים ומעשירים עם אחרים הוא גם תהליך דינמי. יחסים משמעותיים נוצרים ומתעצבים מחדש במהלך החיים, ולפי ראסל דורשים מאמץ מתמשך והשקעה. ממד נוסף של הבריאות החיובית קשור לתחושה של ערך עצמי ושליטה.

הרווחה הנפשית האנושית (wellness) היא אפוא תהליך דינמי. עם זאת המחברים מציינים שמהות הרווחה שונה בתכלית בתרבויות ובקהילות שונות. המשותף לכולן היא המעורבות בחיים, שהיא הבסיס לבריאות חיובית.

נוסף על מטרות ועל מעורבות בין-אישית החוקרים מציינים גם את תרומתן החשובה של אהבה עצמית, של הערכה וקבלה עצמית ושל תחושת השליטה והיעילות. לכל אלה נודע

מקום מרכזי בכל הקשור לתפקוד מיטבי ולהסתגלות. כאמור, תכונות אלה נבנות כשיש תחושה של מטרה בחיים ושל קשר רגשי משמעותי, והן גם תורמות להגשמת המטרות בחיים ולאיכות הקשרים.

אשר לבריאות הפיזית, המחקרים מציעים לחקור וללמוד את תפקודי הגוף לא במצבי מצוקה ולחץ אלא במצב של רווחה. מחקרים רבים מצביעים על השפעתם של מצבי לחץ, כעס, חרדה ורגשות שליליים על מערכת החיסון. מחקרי הבריאות החיובית מתמקדים בהשפעתן של חוויות חיים חיוביות ובעלות משמעות על התפקוד הביולוגי, שהרי הגוף מעורב בתהליך הגשמת המטרות בחיים וביחסים עם הזולת. מאחר שמערכות החיסום של האדם והבחירות שבחר בחייו טעונות רגשית, יש להבין את השפעת תהליכים אלה על הגוף.

במסגרת מחקרים שנערכו נתבקשו נבדקים צעירים, מבוגרים וזקנים להגדיר מהו תפקוד חיובי או אידאלי בשלב זה של חייהם ולתאר את חוויית ההזדקנות שלהם. ריף וזינגר (Ryff & Singer, 1998) מצאו במחקריהם שישה ממדים בהגדרת הבריאות החיובית. ממדים אלה עשויים לשמש כקריטריונים הקובעים אם בריאותו של אדם מסוים חיובית.

הקריטריונים לבריאות חיובית:

- 1. קבלה עצמית וקבלת העבר שלי.**
- 2. קשר חיובי הדוק עם אדם אחד לפחות.**
- 3. תחושה של אוטונומיה בקבלת החלטות ובניהול החיים.**
- 4. שליטה פרבית בסביבה לשם פיפוש רצונות ותכניות.**
- 5. בטרות ברורות בחיים.**
- 6. תחושה של התפתחות בתפדת.**

נרחיב את הדברים על כל ממד:

1. קבלה עצמית היא המרכיב המרכזי של הבריאות הנפשית והיא כוללת הגשמה עצמית, תפקוד מיטבי ובשלחות. כשמדובר באוכלוסייה המבוגרת אפשר להוסיף גם קבלה של העבר כחלק מהתהליך של סקירת העבר ואינטגרציה. היכולת לבחון את החיים, גם אם היו בהם התנסויות כואבות ואבדנים, כמכלול שבו הרווחים וההישגים מפצים או מקטינים את עצמת האבדנים, היא מרכיב חשוב בבריאותו הנפשית של האדם הזקן. קבלה עצמית היא נקודת המוצא בהתייחסות האדם אל עצמו ואל העולם. אדם בעל דימוי עצמי חיובי מקבל את עצמו ומעריך את הישגיו ואת החלקים החיוביים

והמוצלחים באישיותו ובחיייו. זה האדם הרואה את מחצית הכוס המלאה בתיאור עצמו, משפחתו וחיייו. אין ספק שלאישיות תפקיד מרכזי בהתייחסות זו. מי שמטבעו ביקורתי מאוד ומציב לעצמו רף גבוה ומטרות שקשה להשיגן, הוא האדם שיהיה מרוצה פחות וביקורתי יותר בהצגת עצמו וחיייו. אדם כזה גם נוטה להיות ביקורתי כלפי הסביבה, לאור הדרישות הגבוהות שהוא מציב והקושי ליישמן.

2. יחסים טובים עם אחרים: מערכת יחסים יציבה ומבוססת עם אדם אחד לפחות בחיים. אדם זה עשוי להיות בן משפחה, חבר, שכן או כל אדם אחר. האדם הוא יצור חברתי והוא נולד להתקשר; הצורך בהתקשרות הוא צורך הטבוע באדם והוא הכרחי להתפתחות נפשית תקינה. רוב המודלים העוסקים בהתפתחות פסיכולוגית וברוחה נפשית דנים בחשיבות מערכת יחסים המבוססת על חום ועל אמון. היכולת לאהוב נחשבת אפוא למרכיב חשוב בבריאות הנפשית. אנשים שהגיעו להגשמה עצמית מתוארים בדרך כלל כבעלי רגשות חזקים של אמפתיה ושל קבלת בני אדם וכמי שמסוגלים לאהבה גדולה יותר ולחברות עמוקה יותר, וכן כבעלי יכולת הזדהות מלאה יותר עם אחרים. היכולת לפתח יחסים עם אחרים היא גם קריטריון לבשלות רגשית.

קשר משמעותי הוא תהליך דינמי, מתפתח ומתעצב כל הזמן, כשם שהשגת אושר אינה מטרה קלה אלא מאבק תמידי. בריאות חיובית היא אפוא מעורבות בחיים, שיש בה גם סיפוק ואושר אך גם כאב ומאבק, כשלפעמים דווקא אירועים קשים ולוחצים הם אלו שנותנים משמעות. ריף וזינגר מצטטים את הפילוסוף האנגלי ראסל, שטען שטעם החיים נובע יותר מכול מרגשות של קבלה ונתינה ושהאהבה מגבירה את כל הנאות החיים. המודל של אריקסון (Erikson, 1963; 1982), העוסק בהתפתחות הפסיכולוגית לאורך מעגל החיים ובמשימות פסיכולוגיות מרכזיות בתקופת הבגרות ובתקופת הזיקנה, מדגיש את היכולת לאינטימיות, ואת יכולת הנתינה היצירתית - (generativity). הכוונה ליכולת "להפרות" אדם אחר בידע שלי ולהעניק לו מניסיוני ומהידע שלי, זאת היכולת לשאוב סיפוק והנאה מהיותי מדריך רוחני של בני הדור הצעיר יותר, בשלב שבו אני מרגיש שהגעתי ליכולתי המרבית. היכולת לנתינה יצירתית היא חלק מאלטרואיזם, שהוא מרכיב חשוב בהגנות הבוגרות שמדגישה הפסיכולוגיה החיובית, ומרכיב חשוב בקשר חיובי משמעותי.

3. אוטונומיה היא למעשה הגדרה של העצמי, המבטאת את עצמאותו הרגשית של האדם: היכולת לכוון את התנהגותו, היכולת לעמוד בפני לחצים, ותחושה פנימית של עצמאות המביאה את האדם לידי יכולת להעריך את עצמו בלא להזדקק לאישור הסביבה. בגיל מבוגר, כשפוחתים החיזוקים והתמיכה החיצונית ולעיתים אף נעלמים, הופכת היכולת

להערכה עצמית אינדיווידואלית, תוך פנייה פנימה והשתחררות מנורמות חיצוניות, לחשובה ביותר. למעשה זו היכולת הגבוהה ביותר להגיע לאינדיווידואליזם. במהלך ההזדקנות והזיקנה מאפשרת יכולת זו לשמור על דימוי עצמי ועל ערך עצמי חיובי למרות החולשה הגופנית, למרות היעדר הסטטוס המקצועי והחברתי שהיה לאדם בעבר, ואף שאין לו תפקידים חברתיים משמעותיים. בחיי היום-יום מתבטאת האוטונומיה ביכולתו של האדם להחליט החלטות הנוגעות לעצמו ולהחליט כיצד הוא רוצה לחיות את חייו בלא להיכנע ללחצים מהסביבה. בתקופת הזיקנה החלטות אלה עשויות לגעת בהתלבטות לגבי מעבר לדיור מוגן ובבחירת המקום המתאים, קליטת עזרה בבית, בחירת מסגרת מתאימה או אפיק מעניין לבילוי בזמן הפנוי, טיב העזרה לילדים ולנכדים ועוד.

4. שליטה בסביבה היא יכולתו של האדם ליצור או לבחור סביבה המתאימה למצבו הנפשי, הפיזי והחברתי, המאפשרת לו להשתתף בפעילויות מעניינות ולגלות מעורבות בחיים באמצעות עיסוקים מנטליים ופיזיים. השליטה בסביבה באה לידי ביטוי ביכולת לנצל הזדמנויות שונות בסביבה למרות מגבלות אפשריות בגיל מבוגר.

רבים מן המבוגרים הם בעלי תחושה של אוטונומיה. הם מסוגלים להחליט החלטות, להעריך ולשפוט מה מתאים להם וכיצד הם רוצים לנהל את חייהם, וכל אלה הם עושים באופן בלתי תלוי בלחצים המופעלים עליהם לא פעם על ידי הסביבה. עם זאת, יש אחרים שיכולתם ליישם את רצונותיהם או את תכניותיהם מוגבלת, למרות האוטונומיה.

למשל, גב' כהן, אלמנה הזקוקה לפעילות מנטלית ולחברה, יודעת שטוב יהיה אם תתחיל לשחק ברידג', אך היא דוחה מיום ליום ומשבוע לשבוע את הצעד הראשון שעליה לעשות: להתקשר למועדון הבריידג' שבסביבת מגוריה ולהירשם. הקושי נובע מחרדות ומחוסר ביטחון עצמי, מחוסר אנרגיה וממוטיבציה נמוכה. היא איננה פעילה דייה בחייה, והדבר בא לידי ביטוי גם בקשר שלה עם ילדיה. הם מבקשים ממנה לשמור על הנכדים והיא נענית לבקשתם גם כשהדבר אינו עולה בקנה אחד עם תכניותיה. במצבים אלה היא חשה לעתים תסכול ולחץ המתבטאים בכאבי ראש ובסחרחורת. רק כשאין היא חשה בטוב היא מצליחה להשתחרר מהתפקיד בלא להרגיש איום או אשם.

לעומת גב' כהן, שהיא עצמאית אך אינה שולטת בסביבה, יכול אדם זקן המוגבל פיזית והזקוק לעזרה סיעודית, לנהל את סביבתו הקרובה למרות הנכות. הוא יכול להיעזר במכשור ובטכנולוגיה לשיפור התפקוד או לכוון ולהפעיל את המטפלים בו, וכך הוא יכול להמשיך ולהיות מעורב רגשית ומנטלית במתרחש סביבו ולהמשיך להרגיש אוטונומי.

5. מטרות בחיים: התפיסה האקזיסטנציאליסטית נסבה על תחושת כיוון והמשכיות. ואכן, בכל גיל ובכל מצב רבה חשיבותן של מטרות בחיי האדם. כל אחד זקוק לסיבה לקום בבוקר או להתחיל שבוע חדש, מאחר שהדבר נוסך אמונה שיש משמעות ומטרה לחיים. בגיל מבוגר המטרות הן לטווח קצר וממוקדות יותר. כדי להשיג תחושה של סיפוק, על המטרות להיות ברורות, וחלקן לפחות יתמקדו בסיפוק צרכיו של האדם ולא רק של אחרים. יש מי שמטפל בכת או בן זוג וכל מטרותיו מכוונות לכך. אמנם טיפול מעין זה נותן תחושה של משמעות לקיום, אך אין בו כדי לאפשר לאדם להרגיש שהוא עצמו מעורב בחיים מתוך סיפוק ושביעות רצון.

6. התפתחות אישית: בכל שלב בחיים, גם בשלבים האחרונים כשהאדם זקן ומוגבל, עדיין ראוי שתהיה לו תחושה של התפתחות, כלומר יכולת להמשיך ולהתפתח ולממש יכולות ופוטנציאלים כאדם. הפתיחות לחוויות מעניקה תחושה שתמיד ובכל גיל יש מקום לשינוי ולהמשך הגדילה וההגשמה עצמית. תחושה של התפתחות יכולה להיות גם דרך ילדים, נכדים ואף נינים, המתפתחים והמגיעים להישגים או חווים שלבים חשובים בחייהם כמו נישואים, סיום לימודים וסיום השירות בצבא. תחושה של התפתחות יכולה להיות לאדם זקן ומוגבל שעדיין קורא או לומד משהו חדש בעיתון או בטלוויזיה ומרגיש שהוא ממשיך למרות הדעיכה הפיזית ללמוד ולרכוש ידע.

כל הממדים האמורים משתלבים זה בזה והם המאפשרים תפקוד פסיכולוגי טוב. אני מרבה להשתמש במודל הזה הן להערכת המטופלים והן להתערבות טיפולית. אני מכנה את ששת הקריטריונים "מפתחות לבריאות חיובית" ומציעה לאדם לבחון באיזו מידה יש ברשותו שישה מפתחות אלה והאם הם תקינים. ייתכן שאחד המפתחות חלוד או שבור, ולכן נוכל לנסות לתקנו. המודל מאפשר מיפוי בהיר ופשוט של מקור הקושי או החולשה ולכן ההתערבות הטיפולית תתמקד בניסיון לחזק את ה"מפתח" החלש.

על פי ממצאי מחקרם של ריף וזינגר (Ryff & Singer, 1996) גורמים אחדים משפיעים על הבריאות החיובית:

- גיל: נמצאה עלייה בשליטה בסביבה ובאוטונומיה מבגרות צעירה לבגרות וירידה בהתפתחות האישית ובמטרות בחיים מבגרות לזיקנה. לממצא זה שני הסברים אפשריים. האחד נעוץ בעובדה שלרשות הזקנים אין די הזדמנויות ומסגרות מספקות כדי להעניק להם תחושה שהם מתפתחים או מממשים מטרות. הסבר אחר גורס שאולי התפתחות

אישית ומימוש מטרות בחיים חשובים לזקנים פחות משהם חשובים לצעירים. לא נמצא שוני ביחסים בין-אישיים חיוביים ובקבלה עצמית בין זקנים לבין צעירים.

- מין: בקרב נשים נמצא שבכל קבוצות הגיל הן מדורגות גבוה יותר מגברים ביחסים בין-אישיים חיוביים ובהתפתחות אישית. לא נמצאו הבדלים ניכרים בארבעת הממדים האחרים (קבלה עצמית, אוטונומיה, שליטה בסביבה ומטרות בחיים). ממצאים אלה מנוגדים לממצאים קודמים בתחום הרווחה הנפשית, שלפיהם נמצא שאחוז הנשים הסובלות מדיכאון גבוה יותר בהשוואה לגברים, וכן שלנשים דימוי עצמי נמוך בהשוואה לגברים. עם זאת, נשים בתקופת הזיקנה רואות במצב בריאותן גורם חשוב המשפיע על הערכתן את ההתפתחות האישית, את האוטונומיה, את הדיכאון ואת החרדה.

- השכלה: פרופיל גבוה יותר של בריאות חיובית נמצא בקרב נשים וגברים בעלי השכלה גבוהה. להשכלה קשר הדוק לבריאות חיובית גם לאחר שמנטרלים גורמים נוספים כמו מנת משכל, השכלת הורים ומצב תעסוקתי.

- סטטוס מקצועי: ככל שהסטטוס המקצועי גבוה יותר, הפרופיל של הבריאות החיובית גבוה יותר.

עם זאת חשוב לציין שכל המשתנים הסוציו-דמוגרפיים מסבירים רק עשרה אחוזים מהשונות של שביעות הרצון או של האושר, ולכן חשוב לבחון אילו אירועי חיים רבי-השפעה חוו האנשים ובעיקר את האופן שבו הם מפרשים אירועים בחייהם בעבר ובהווה.

- רקע תרבותי: הרקע התרבותי משקף ערכים ונורמות חברתיות ובעיקר התייחסות לזיקנה וציפיות מגיל הזיקנה, ומכאן השפעתו על הרווחה הנפשית. האנגלו-אמריקנים למשל דורגו במקום הגבוה ביותר בכל הקשור להתפתחות אישית, לעומת הקוריאנים שציונם בנושא קבלה עצמית היה נמוך יחסית, אם כי ביחסים בין-אישיים היה ציונם גבוה.

- אירועי חיים: מחקרים שונים בדקו את הקשר שבין אירועי חיים ואת התפיסה היחודית הסוביקטיבית של ארועים אלה על הרווחה הנפשית. הארועים יכולים להיות נורמטיביים או טראומטיים, תלוי באיזה שלב בחיים הם נחוו ובאיזו מידה הם היוו אתגר או קושי. השפעתם תלויה גם במשמעות שאנשים נתנו ונותנים לארועים אלה. לארועים שונים לאורך החיים השפעה מצטברת. יש כאלה שארועים מסוימים גם אם היו קשים חישלו אותם בעוד שאצל אחרים ניראה שקיימת עם השנים רגישות מוגברת והחלשות.

מחקר אחר שבדק בריאות נפשית כפונקציה של אירועי חיים מצא ארבעה דפוסים של בריאות נפשית אצל אנשים (Ryff, Singer, Love & Essex 1998):

1. המדוכא שאינו בריא מדורג במקום נמוך בכל ששת הממדים של בריאות חיובית.
 2. הבריא מדורג במקום גבוה בכל ששת הממדים; אין בעברו דיכאון או אירועים קשים.
 3. בעל חוסן נפשי מדורג במקום גבוה בששת הממדים, למרות דיווח על אירועים קשים או על דיכאון בעבר.
- בקבוצה זו נמצאו נשים בעלות מנת משכל גבוהה ובריאות טובה. בדרך כלל הן הצליחו מאוד בלימודים והגיעו לסטטוס מקצועי שהקנה להן תחושה של הגשמה עצמית. כן יש להן קשרים חיוביים. ריף וחבריה רואים את החוסן הנפשי כמרכיב חשוב בבריאות הנפשית והפיזית, המקנה יכולת להתגבר על מצבי מצוקה ולחץ ואפילו להמשיך ולהתפתח. יכולת זו מושגת בעזרת גורמים המגנים מפני לחצים בתחום החברתי-פסיכולוגי והמאפשרים התמודדות אקטיבית ויעילה עם בעיות הצצות במהלך החיים.
4. הפגיע מדורג במקום נמוך בממד של בריאות חיובית, ללא דיכאון בעבר.
- בקבוצה זו נמצאו גברים בעלי עבר משפחתי בעייתי, בעלי השכלה נמוכה, המועסקים בעבודה בלתי מספקת, חייהם רווי מתח, ואין בחייהם קשר משמעותי טוב.

לכל ששת הקריטריונים של בריאות חיובית נודעת חשיבות רבה לגבי יכולת האדם המבוגר להיחלץ ממשבר, בשמשם גורמים מגינים. קשיים בבריאות החיובית מתבטאים ברגשות של אשמה ובושה, בקושי לקבל עזרה, בקושי להביע רגשות ורצונות, ובקושי לשתף אחרים במצוקות או בבעיות. המחברים סוקרים מחקרים המראים כי רגשות חיוביים ויחסים חיוביים, כמו גם אמונה דתית חזקה ומדיטציה, מרחיקים מהאדם את האיום על בריאותו, עד כדי החלמה ספונטנית מסרטן והארכת החיים.

במחקר אורך שבדק סגנון חיים של מבוגרים בקליפורניה ובחן דרכים לשמירה על הבריאות וכן יחסים חברתיים (ברקמן וברסלוי, 1983, אצל Ryff & Singer, 2000), נמצאו שבעה מנהגים בריאים:

1. פעילות גופנית.
2. הקפדה על משקל תקין.
3. הימנעות מעישון.

4. שינה של שמונה שעות בלילה.

5. אכילת ארוחת בוקר.

6. הימנעות מאכילת חטיפים.

7. שתיית משקאות אלכוהוליים במידה מתונה.

למרות הספק העשוי להתעורר לגבי קשר נסיבתי בין בדידות חברתית לבין חולי, נמצא גם קשר הדוק בין בדידות חברתית לבין תוחלת חיים. בדידות חברתית מגבירה את הסיכוי למוות. מחקרים אחרים הצביעו על קשר בין בדידות חברתית לבין מחלה או מוות.

בארצות הברית קיימות היום תכניות לקידום הבריאות (Life Skills Program) העוסקות בשמירה על בריאות, בתזונה, בפעילות גופנית וחברתית וגם בהצבת יעדים. גם בישראל קיימות תכניות לקידום הבריאות של האוכלוסייה המבוגרת. "אשל" (האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל) בונה כמה תכניות התערבות ומניעה לשם קידום הבריאות בקהילה. כמה מיזמים חשובים עוסקים כיום באיתור ובמניעה של ירידה בתפקודים כמו שמיעה, ראייה, שיווי משקל ושליטה על הסוגרים אצל תשושים. יש גם תכניות הדרכה לתזונה נכונה ולשיפור הזיכרון, חדרי כושר לזקנים וקבוצות הליכה בערים הגדולות המופעלות על ידי גמלאים מתנדבים.

העניין הגובר בשמירה על הבריאות הפיזית ובעיכוב תהליכי ההזדקנות חשוב ללא ספק, אך למרבה הצער עדיין אין די מיזמים העוסקים בבריאות הנפשית. לכן יש מקום לפתח תכניות גם לקידום הבריאות הנפשית.

תכנית ראשונה הנקראת "ביני לבינך", העוסקת בפיתוח מיומנויות תקשורת, החלה לפעול לפני כשנה, באמצעות הכשרת מתנדבים להקמת קבוצות תקשורת לאוכלוסייה הזקנים. מטרת התכנית היא לסייע לבני האוכלוסייה המבוגרת לפתח מיומנויות של תקשורת ישירה ופתוחה עם הגורמים המטפלים בהם ועם בני המשפחה, כדי שיוכלו לבטא ביעילות את צורכיהם ואת רצונותיהם.

הערכת ההזדקנות המוצלחת על פי בלטס

פרופ' פול בלטס מגרמניה הציע בשנות השמונים של המאה העשרים את מודל טווח החיים להבנת ההתפתחות הפסיכולוגית לאורך החיים (Baltes, 1987). גישה זו, המבוססת על

מקורות שונים, ביולוגיים-פסיכולוגיים-חברתיים, מהווה תחליף לפסיכולוגיה ההתפתחותית המסורתית שהתמקדה בעיקר בהתפתחות בילדות.

בלטס הציע לבחון את ההתפתחות כנמשכת במהלך כל טווח החיים, התפתחות זאת היא רב-ממדית ועשויה לפנות לכיוונים שונים בנקודות זמן שונות במעגל החיים. ההתפתחות יכולה לפנות לכיוון של צמיחה או לכיוון של ירידה בתפקודים וביכולות, ובכל שלב בחיים אנו יכולים לצפות לשינויים בכיוונים שונים. ההתפתחות אינה מאפיינת רק את תקופת הילדות, שכן תחומים מסוימים מתפתחים בשלבים מאוחרים יותר (למשל חכמה וניסיון חיים). גישה זו גם מדגישה את ההשפעות של היבטים היסטוריים ותרבותיים על ההתפתחות.

כל שלב בהתפתחות לפי המודל שהציע בלטס מאופיין ברווח והפסד, אך מאזן הרווחים וההפסדים מופר בזיקנה. לכן ההסתגלות הפסיכולוגית להזדקנות היא היכולת להתמודד עם אבדנים. האדם חווה אבדנים בתחומי התפקוד הביולוגי והחברתי בעיקר, ומכאן חשיבותן הרבה של היכולות הפסיכולוגיות: תפקידן לנסות להגיע למרב הרווחים ולצמצם ככל שניתן את השפעת האבדנים. מכאן, שבבואנו להעריך את האדם המבוגר, עלינו לבדוק את המשאבים העומדים לרשותו בתחומי החיים השונים, המשולבים והמשפיעים זה על זה. על בסיס תפיסה אינטגרטיבית זו ניבנה את המודל להערכה קלינית של האדם המבוגר (ראה פרק 3).

להלן כמה מהעקרונות העיקריים המוצגים במודל ההתפתחותי שמציע בלטס:

מודל ההתפתחות לאורך פרחב החיים

- 1. ההתפתחות נמשכת לאורך כל החיים.**
- 2. ההתפתחות היא רב-פמדית (ביולוגית, רגשית, קוגניטיבית, חברתית).**
- 3. ההתפתחות היא רב-כיוונית.**
- 4. ההתפתחות היא גמישה.**
- 5. ההתפתחות פושפעת פן ההיסטוריה האישית והחברתית ותלויה בה.**
- 6. ההתפתחות נחקרת על ידי כפה תחופי חקר.**
- 7. ההתפתחות פתרחשת בתחום החברתי, הביולוגי והתרבותי, ופשתנה בהתאם.**
- 8. ההתפתחות בילדות נעה בכיוון של גדילה. בתקופת הבגרות אנו עוסקים בשיפור ובתחזוקה של היכולות ושל הישגים. בתקופת ההזדקנות האתגר הוא ויסות של אבדנים ויצירת איזון בין האבדנים לבין הרווחים.**

הזדקנות מוצלחת לפי בלטס היא תהליך פסיכולוגי-חברתי מתמשך של הסתגלות ושל גמישות בהתנהגות: היכולת לעצב מחדש את התפקוד, את התפיסה ואת ההתנהגות לנוכח האתגרים וההשפעות הגופניות, החברתיות והתרבותיות, והיכולת להשיג את מרב הרווחים ולמזער את ההפסדים. לשם תפקוד טוב שיאפשר את כל אלה זקוקים הזקנים למקורות חברתיים, חומריים, פסיכולוגיים ותרבותיים.

אלה הם עקרונות ההזדקנות המוצלחת לפי בלטס (Baltes & Baltes, 1990):

- רב ההבדל בין הזדקנות נורמלית, הזדקנות מוצלחת פתולוגית. ההזדקנות איננה מחלה. למרות הירידה בחלק מהתפקודים ייתכן שיפור וייתכן פיצוי בתחומים אחרים. יש אנשים שהתפתחותם מתחילה או מגיעה לשיאה דווקא בתקופת הזיקנה.
- ההזדקנות מאופיינת בשונות רבה בתחומי החיים השונים ובמערכות השונות בגוף האדם, ואף בין אדם לרעהו. השונות נובעת מגורמים גנטיים וסביבתיים שונים, אך היא נובעת גם מהאופן שבו כל אדם משפיע בהתנהגותו, בסגנון חייו ובהתייחסותו על מהלך

חייו. העתיד אינו קבוע מראש; הוא תלוי במידה רבה בחיי האדם לפני זיקנתו. פתולוגיה בזיקנה עשויה להיות תוצאה של הזנחה בגיל צעיר.

- לכל אדם עתודות בלתי מנוצלות בתחום הפיזי והקוגניטיבי, המאפשרות לו להמשיך ללמוד ולהתפתח בזיקנתו.

אישה שתפקודה הפיזי היה ירוד ביותר התגלתה כבעלת כוחות ניכרים כשבעלה אושפז בבית החולים והיא סעדה אותו במסירות בכל יום במשך שעות ארוכות, למרות חולשתה. כשנפטר בעלה, הצליחה אותה אישה, לתדהמת ילדיה, ללמוד לנהל את חשבונות הבנק שלה, אף שבעבר לא ידעה אפילו למשוך מזומנים מן הכספומט. נראה שבמצבים של "אין בָּרָה" אנשים אוזרים כוחות שלא ידעו שניחנו בהם. עם זאת, בדרך כלל קורה הדבר במצבי משבר וחולי, ובחיי היום-יום אין הם מנצלים יכולות אלה וברוב המקרים אף אינם מודעים להם.

- למרות הידלדלות העתודות הקוגניטיביות בתחומים מסוימים, המכניים בעיקר, ועל אף הירידה ברמת המוטיבציה והאנרגיות, תפקודו של האדם הזקן בחיי יום-יום אינו נפגע במידה ניכרת.

אדם זקן אינו צריך להתכונן לבחינות מסובכות או ללמוד משימות חדשות במקום העבודה. לכן הוא יכול לנהל את חיי היום-יום גם אם יכולתו פחתה במידת מה והאנרגיה שלו שרדו אינה רבה כבעבר.

- חכמה, ניסיון חיים, בשלות רגשית וידע מצטבר עשויים לפצות על אבדנים או על האטה בתפקוד בתחומים מסוימים, ואלה ממשיכים להתפתח בזיקנה וחשובים לתפקוד היום-יומי.

- העצמי נשאר גמיש וחסון בזיקנה, ולכן אנשים זקנים יכולים לשמר תפיסה חיובית של עצמם ושל חייהם. הם נוטים להשוות את עצמם לבני גילם ויכולים לראות את הזיקנה אצל אחרים ולא אצלם. נראה שככל שעולה גילם, כך הם מרגישים צעירים יותר. אם העצמי שלהם מגובש וגמיש הוא מהווה פיצוי לירידה בתחום הביולוגי.

יכולת ההסתגלות לאבדנים תלויה בקיומם של משאבים בתחומים שונים. במחקר של בלטס ולנג (Baltes & Lang, 1997), שבדק את הקשר בין משאבים לבין הזדקנות מוצלחת, איתרו החוקרים משאבים מכמה סוגים: משאבים סנסו-מוטוריים (ראייה, שמיעה, חוש שיווי משקל, יציבות מוטורית); משאבים קוגניטיביים (בתפקוד קוגניטיבי תקין נדרשת אינטליגנציה כללית, דהיינו יכולת לפתור בעיות על סמך ניסיון והיגיון). בדיקת המשאבים

הקוגניטיביים כללה מבחנים שהעריכו אינטליגנציה כללית באמצעות מבחני חשיבה שונים; משאבים אישיותיים, כלומר מהם מנגנוני ההגנה שהאדם משתמש בהם - מדד הבוחן נכונות לסיכונים, מדד לאקסטרורסיה, ויכולת התמדה הקשורה במטרות - מידת ההשקעה של האדם בתחומים שונים כמו תחביבים, חברים, משפחה, בריאות ועיסוק במוות; משאבים חברתיים - מכלול הקשרים, המפגשים, התפקידים החברתיים והפעילויות החברתיות.

יכולת ההסתגלות בזיקנה תלויה בפשאבים סנסו-פוטוריים, בפשאבים קוגניטיביים, בפשאבים אישיותיים ובפשאבים חברתיים.

מרגרט בלטס (Baltes, 1996) מתייחסת אל הבריאות החיובית כאל תפקוד אפקטיבי. לדבריה, תפקוד אפקטיבי הוא משימה התפתחותית שמטרתה לשמור ככל האפשר על אוטונומיה ועל חיים עצמאיים. מידת יכולתו של אדם להתמודד עם אבדנים תלויה בקיומם של משאבים בתחומים הסנסו-מוטוריים והקוגניטיביים, באישיות ובתחום החברתי.

ככל שרבים משאביו של האדם, תתחיל הירידה בתפקוד בגיל מבוגר יותר, מאחר שייתכנו פיצוי ואופטימיזציה של משאבים מסוימים. ההשפעות השליליות של הזיקנה יבואו לידי ביטוי במידה פחותה אצל בעלי משאבים רבים. גם כאשר יש ירידה הדרגתית ותואמת לגיל בחלק מהמשאבים (למשל ירידה באינטליגנציה מכנית הקשורה למהירות ולדיוק בעיבוד הנתונים, לקואורדינציה, לזיכרון חזותי או מוטורי), עדיין יש יכולות פסיכולוגיות חשובות השייכות לאינטליגנציה מעשית, הכוללת הבנה, השכלה, כישורים מקצועיים ובעיקר ידע מצטבר, וכל אלה מאזנים את האבדנים ומפצים עליהם.

אלי ובלה: אינטליגנציה מעשית וחכמת חיים בהזדקנות חשובות יותר מהשכלה גבוהה

אלי הוא פרופסור למדעים בן 80. אשתו בלה היא חסרת השכלה אקדמאית. ככל השנים ניהלה בלה את ענייני הבית, את המשפחה ואת הכספים בעת שהוא בילה במגדל השן האקדמי, ערך מחקרים חשובים ואף זכה בכמה פרסים יוקרתיים. בגיל 80 אלי כבר אינו בין כותלי האוניברסיטה. אמנם הוא ממשיך לעסוק בכתיבה, אך כבר ניכרת ירידה ביכולת הטכנית שלו ואף כשריו הפרגמטיים אינם כה מפותחים כשל אשתו. בשלב זה של החיים, כשעליו

להתמודד עם חיי היום-יום, מתקשה אלי לנהל את חייו בלא הסיוע הצמוד של אשתו. בכל הקשור לחיי היום-יום, לניהול תקציב המשפחה ולקשר עם בני המשפחה. בלה היא היום "חכמה" הרבה יותר מאלי שנחשב כל השנים כגאון. התלות שלו בבלה בולטת היום הרבה יותר והיא הולכת וגדלה ככל שהם מזדקנים.

האינטליגנציה הרגשית והחכמה עשויות להמשיך ולהתפתח בגיל המבוגר. האינטליגנציה הרגשית מייצגת את היכולת להבין רגשות כמו שנאה, אהבה או פחד, ולפתח אסטרטגיות שיעזרו להימנע ממצבי עימות או ינטרלו את ההשפעה השלילית. רמות התפקוד הגבוהות באות לידי ביטוי בעיקר בהתמודדויות בחיים המערבות מערכות יחסים עם אחרים. החכמה מייצגת את מאגר הידע, הניסיון והמומחיות של אנשים בעניינים הקשורים לתפיסה והבנה, לאופן שבו אנו מפרשים את החיים. במחקרים של בלטס ושטאודינגר (Baltes & Staudinger, 2000) נמצא שהמרוויינים המבוגרים ביותר היו בעלי הישגים הגבוהים ביותר במשימות החכמה, שהחוקרים מגדירים כמומחיות לניהול החיים ולהבנתם.

לדעת החוקרים החכמה כוללת חמישה מרכיבים:

1. ידע עובדתי על עניינים מעשיים של החיים.
 2. ידע על דרכי חיפוש של מידע ועל שימוש במידע על החיים.
 3. הקשריות – הבנת המורכבות של ההקשרים שבהם משתלב הידע על החיים בתפקוד שלנו. אנו יכולים לחשוב, לפעול או להחליט באופן שונה במצבים שונים ובנסיבות או במסגרות שונות, וכך גם בתקופות שונות או בגילים שונים.
 4. יחסיות – ההכרה בכך שהתנהגותנו ודפוסי החשיבה שלנו מושפעים מהמסגרות התרבותיות, מן המערכות הערכיות ומן הניסיון האישי, ולכן האנשים שונים זה מזה.
 5. חוסר ודאות – המודעות להיעדרו של פתרון מושלם או פתרון בלעדי לבעיות חיים ולכך שכל פתרון קשור לתנאים שלא ניתן לצפותם בוודאות.
- מסקנות המחקר: ההסתגלות המוצלחת ביותר נמצאה אצל מי שרמת פעילותם הייתה גבוהה יותר, שבאה לידי ביטוי במגוון רחב יותר של פעילויות ובשכיחות גבוהה שלהן. אנשים בעלי משאבים מעטים פעילים פחות ועוסקים פחות בפעילויות, לכן הסתגלותם

טובה פחות. מסקנה נוספת היא שנראה כי התפתחות החכמה מוגבלת עד גיל 75, ומעל גיל זה עשויה להיות ירידה.

החכמה לפי מרכיבים אלה היא תולדה של ניסיון חיים מצטבר, של שיקול דעת מאוזן וזהיר ושל בשלות רגשית, ולכן רבה חשיבותה בגדילה ובהתפתחות האישית בזיקנה. גדילה זו מאפשרת למזדקנים להתמודד עם אתגרי הזיקנה ולהמשיך ולתפקד באופן יעיל (שמוטקין, 2003).

למשאבים חברתיים, קוגניטיביים, סנסו-מוטוריים ואישיותיים השפעה מכרעת על הזדקנות מוצלחת הואיל והם מזרזים, לדעת בלטס וקרסטנסן (Baltes & Carstensen, 1996), את הקשר שבין שלושה תהליכים הסתגלותיים חשובים בהזדקנות.

שלושה תהליכים הסתגלותיים בהזדקנות המוצלחת:

- בחירה: הקטנת מספר היעדים ותחומי העיסוק או בחירת יעדים חדשים המתאימים למצב הנוכחי.
- מיצוי: עידון ושכלול האמצעים להשגה מיטבית של יעדים בתחומים נבחרים.
- פיצוי: איתור אמצעים חלופיים להשגת יעד ושימוש בהם כאשר אבדו או נחסמו האמצעים מן העבר.

בחירה - הפחתת מספר היעדים והתחומים בחיינו כדי לשמר אנרגיה ומוטיבציה ליעדים חשובים יותר, או לחלופין בחירת יעדים חדשים כחלק ממשימות התפתחותיות המתאימות לגיל. תפקוד מיטבי של אדם מבוגר, שהאנרגיה, המוטיבציה ויכולות התפקוד שלו פחתו, מחייב תכנון וארגון של עיסוקיו ופעילויותיו. בניגוד לצעירים, שלרשותם זמן, עתיד ואנרגיות מרובות, המאפשרות להם להתפרס על תחומי עיסוק רבים, האדם המבוגר חייב להיות ממוקד ולבחור את תחומי העניין והעיסוק המעניינים בעבורו בהתאם לצרכיו, אשר יסבו לו הנאה וסיפוק מרביים בגיל מבוגר. לא מעט אנשים אינם מקדישים מחשבה לדרך שבה היו רוצים לחיות את חייהם בשלב ההזדקנות והזיקנה. בחירה נכונה המתאימה להם היא מרכיב חשוב ביכולת להגיע לידי רווחה נפשית ושביעות רצון מהחיים.

מיצוי – עידון ושכלול האמצעים להשגה מרבית של יעדים בתחומים נבחרים. חשוב שהאדם ימצא ככל האפשר את התפקוד ואת העיסוק בתחומים שבחר לעסוק בהם, מאחר שהדבר יעזור לו להגיע לידי תחושת סיפוק ויפצה על האבדנים. העיקרון המנחה הוא בחירה בעיסוקים מעטים, אך בעלי איכות גבוהה והמקנים תחושת סיפוק רב.

פיצוי – איתור אמצעים חלופיים להשגת יעד ושימוש בהם כאשר אבדו או נחסמו האמצעים מהעבר. אצל האדם הבריא הפיצוי עשוי להתבטא במעורבות ובעניין רב בתחום או בעיסוקים חדשים, כמו למידה, התנדבות, פעילות חברתית וכד' שיפצו על אבדן תחומי עיסוק קודמים. אצל האדם המוגבל שחוה אבדנים במצב בריאותו במהלך ההזדקנות, למשל, יתבטא הפיצוי בהבאת אדם לעזרה בבית, בשימוש באמצעי עזר כמו מכשיר שמיעה והליכון, בהאזנה לקלטות כשהראייה נחלשת והתאמת הסביבה לירידה בחושים.

מסקנות המחקר: רמה גבוהה יותר של פעילות מעידה על ההסתגלות המוצלחת ביותר הבאה לידי ביטוי במגוון רחב יותר ובשכיחות גבוהה יותר של פעילויות.

לסיכום, המחקרים של בלטס וחבריו וכן מחקרים אחרים בתחום ההתפתחות הפסיכולוגית מצביעים בבירור על ההפסדים של האדם במהלך ההזדקנות, אך גם על הרווחים שאדם יכול לצבור בתקופה זו.

הפסדים בזיקנה:

- ירידה בתפקוד הפיזי
- ירידה בקוגניציה המכנית
- האטה בתגובות ובתהליכי עיבוד מידע

רווחים בזיקנה:

- שיפור היכולות הפסיכולוגיות: שכלול וייעול אסטרטגיות חשיבה ותפקוד בזכות החכמה והניסיון המצטבר
- גמישות וחוסן נפשי, עידון מנגנוני ההגנה
- שליטה טובה יותר על רגשות
- עצמי מגובש, תפיסה ראלית יותר ואידאלית פחות

לחברה תפקיד חשוב בבניית מסגרות שיסייעו במניעה, בשיקום ובטיפול במשאבים המידלדלים בזיקנה. נראה שאכן חלה התקדמות רבה בתחום השירותים הניתנים היום לזקנים המוגבלים, אך עדיין יש צורך לבנות מסגרות ללימוד ולהעשרה לבני האוכלוסייה הזקנה הבריאה.

הירידה בפקורות הביולוגיים פגבירה את התלות בפקורות פסיכולוגיים, תרבותיים וחברתיים, כמו אמצעים טכנולוגיים בתקדמים לשיפור התפקוד ופסגרות לטיבוח ולשיפור התפקוד הקוגניטיבי והנפשי

המסקנה העולה מספרם של בלטס ובלטס על הזדקנות מוצלחת (Baltes & Baltes, 1990) היא, שכשם שהאדם צריך ללמוד לתכנן את הזדקנותו, כך גם החברה צריכה לתכנן ללמוד עוד על ההזדקנות ועל הצרכים של בני האוכלוסייה המזדקנת.

“העצמות מזדקנות, לא המחשבות. אני מכיר אנשים צעירים עם מחשבות זקנות ואנשים זקנים עם מחשבות צעירות” (שמעון פרס, בהגיעו לגיל 76. מצוטט אצל אייל, 2000, עמ' 201). לא כל אדם מבוגר מעל גיל 70 יכול לתרום לחברה ולפעול בתחום הפוליטיקה כמו שמעון פרס, אריאל שרון. רבים מחפשים מסגרות ליצירה, לעבודה ולתרומה משמעותית של ניסיון וידע, וזהו תפקידה של החברה.

Successful aging is individuals' learning to plan and society's planning to learn

כדי להגיע לידי הזדקנות מוצלחת על האדם ללמוד לתכנן את הזדקנותו ועל החברה לתכנן כיצד ללמוד את ההזדקנות (Baltes & Baltes, 1990, p. 82)

פרק 3

הערכה קלינית של ההזדקנות

הגיל משביע רק כאשר נמצאים בעיצומו של תהליך ההזדקנות.
עתה, כשהגעתי לגבורות, יכול אני להיות גם בן עשרים.
(פבלו פיקסו)

הפגישה הטיפולית הראשונה

פגישה ראשונה עם אדם מבוגר כמוה כצפייה במערכה האחרונה של סרט שאורכו כתשעים דקות. מה ניתן להבין במערכה האחרונה אם לא צפינו בסרט מראשיתו? מה קדם לה? מי השחקן שמתחת למעטה הזיקנה? מה עשה בחייו?

אין ספק שכדי להבין את מצבו ואת תפקודו של האדם, וכדי להעריך את בריאותו הנפשית במהלך ההזדקנות, יש להחזיר את הגלגל לאחור ולהתחיל את ה"סרט" מראשיתו. בשיחות אתו, ולעתים בשיחות עם בני משפחתו אם הוא מתקשה לדבר, אנחנו משחזרים יחד את העלילה המרכזית ומנסים להבין את המתרחש בפרק הנוכחי, שהוא לרוב גם האחרון במסע של חייו.

ביקור של אדם מבוגר אצל הרופא שונה מאוד במהותו מפגישה של אותו אדם עם הפסיכולוג. כשהאדם מגיע לרופא, הוא מצפה שהרופא ימצא מה אינו כשורה. הוא פסיבי לחלוטין וחסר אונים; הרופא הוא האקטיבי, לו הידע ומכאן גם השליטה והכוח. בחלוק הלבן הוא יכול למלא תפקיד חשוב בעולמו של כל חולה: תפקיד הקוסם בגלימה הלבנה. יש רופאים שאכן "נכנסים" לתפקיד בקלות ונוהגים כך. הרופא נותן ל"חולה" דבר-מה מוחשי: טופס לבדיקות, מרשם לתרופות, אבחון מהיר ראשוני של התסמינים שהציג החולה בפניו.

למרבה הצער, יש רופאים שאינם רואים כלל את ה"חולה" כאדם שלם אלא מתמקדים באיבר החולה בגוף. יש גם רופאים שמסיבות בלתי ברורות אינם יוצרים קשר עין עם החולים. זמנם קצוב, מכסת החולים בשירות הציבורי גדולה, והתייחסותם עניינית ולעתים טכנית ומנוכרת.

רופאים לא מעטים, שמטופליהם הזקנים באים למרפאה בלוויית בני משפחה צעירים, נוטים לדבר עם הצעירים ושוכחים או מתעלמים מהעובדה שהמטופל הזקן אמנם חולה, ואולי מבולבל ומפוחד מעט ושמיעתו לוקה, אך הוא מבין ומקשיב וזקוק לתמיכה ולעידוד.

לעומת הביקור אצל הרופא, הפגישה עם הפסיכולוג שונה לחלוטין. הפסיכולוג מנהל שיחה עם המטופל, שואב ממנו את המידע ויחד אתו מנסה להעריך את תפקודו. גם אם המטופל מגיע בליווי וביזמה של בן משפחה, עיקר השיחה נעשית אתו והשיחה עם בני המשפחה הצעירים היא משנית. תפקידו של הפסיכולוג, בשונה מהרופא, הוא לעזור למטופל למצוא מה כשורה אצלו ולא מה אינו כשורה אצלו: לגלות את הכוחות, את העתודות ואת המשאבים ולעזור לו להשתמש בהם באופן נכון. לפסיכולוג אין כוח או שליטה על המטופל, ואף אין לו גלימת קוסם או כדורי בדולח. כוחו ביכולתו לקשור קשר עם האדם ולבנות אמון ראשוני ובסיס לעבודה משותפת.

בפגישה הטיפולית הראשונה עם אדם מבוגר רצוי להקפיד על כמה כללים חשובים ליצירת אווירה נוחה, נעימה ופתוחה:

1. התנאים הפיזיים שבהם נערך המפגש יכללו תנאי ישיבה נוחים, הקפדה על שמיעה תקינה של המטופל המחייבת לעתים ישיבה קרובה אליו ודיבור בקול רם, תאורה נכונה ותחושה של פרטיות.

2. יש להקפיד על תקשורת תקינה עם המטופל ולהבטיח שיבין את שאלותיו ואת הערותיו של הפסיכולוג, באמצעות הקפדה על ניסוח, על שפה או על קצב דיבור אטי ומותאם לקצב של המטופל. את התשובות יש לנסות לקבל תמיד ממנו ולא מבן משפחה המלווה אותו, אלא אם כן הוא אינו מסוגל לתקשר ישירות.

3. לחיצת יד בכניסה לחדר העבודה היא להערכתך חשובה ביותר. אני נוהגת ללחוץ את ידו של האדם המבוגר, להציג את עצמי בשמי המלא ולאשר אתו את שמו. לחיצת היד היא מחווה אנושית, אך היא גם מצמצמת מעט את המרחק בין מטפל למטופל או בין רופא לחולה. זו גם ההזדמנות להתרשם מכוחותיו של האדם. לחיצה חזקה מבטאת אנרגיה וחיוניות העשויות להעיד על בריאות נפשית, לעומת יד רפויה וחלשה העשויה להעיד על חולשה, על דיכאון או על קושי בקשר בין-אישי. לחיצת יד חזקה עשויה להתקבל גם מאדם שמצבו הגופני ירוד וחלש. ללחיצה כזו זכיתי מאדם בן 95, אף שבמהלך פגישתנו שכב בכורסה בגלל חולשה גדולה לאחר אשפוז.

4. על השולחן בחדרי ניצב דרך קבע קנקן מים. בדרך כלל אני מציעה כוס מים לאדם לאחר שהתיישב. מבחינתי זהו אמצעי נוסף להפגת המתח ותחושת הזרות, אך גם יש בכך להקל את תחושת הצימאון והיובש האופיינית לאקלים השורר בארצנו, כמו גם למצב של חרדה או התרגשות.

5. כדאי לפתוח את המפגש הראשון בשיחת חולין קצרה שתסמן את תחילתו של קשר טבעי בין שני אנשים זרים זה לזה. שיחה זו תיסוב על עניינים הקשורים לכאן ועכשיו, כמו "איך הגעת לכאן?", "האם אתה מכיר את האזור?", "האם אתה מרגיש נוח?". כשהביקור הוא ביזמת ילדיו של האדם, אני מבררת אם ההורה שותף להחלטה לבוא אליי ואם הוא יודע מה אמרו בנו או בתו בשיחת הטלפון המקדימה.

6. אני פותחת בשאלה כללית: "איך אתה מרגיש?", ומניחה לאדם לענות לפי מיטב הבנתו ולדבר על מצבו הפיזי או הנפשי. אם הוא פותח בקשיים הפיזיים, אני מבררת כיצד הוא מסתגל לשינוי או לאבדן התפקוד או הבריאות ולאילו תרופות הוא נזקק. אני גם שואלת שאלות הבודקות את מידת התמצאותו בזמן ובמקום, אם הוא קורא עיתונים,

מקשיב לרדיו ומעודכן בחדשות. לעתים ניתן לברר אם יש לאדם דעה בעניין חברתי או פוליטי מסוים. באמצעות שאלות אלה ניתן לקבל הערכה ראשונית נוספת למצב בריאותו החיובית, ועד כמה הוא "מחובר" לחיים, דהיינו מעורב בחיי היום-יום ובסביבה שבה הוא חי.

7. בהמשך, חשוב לשוחח עם האדם המבוגר גם על טיב הקשר עם בני משפחה ועם אנשים קרובים אחרים, לבדוק מהי מערכת התמיכה המשפחתית והחברתית שלו והאם היא לשביעות רצונו.

כאמור, הפגישה הראשונה היא מובנית ויש ליצור בה מסגרת ברורה המאפשרת לאדם להיות מובל בקצב ובאופן המתאימים לו עד שירגיש נוח וידבר באופן חופשי. יש המצליחים בקלות לנהל את השיחה בעצמם, אך רבים, בעיקר אלה שבריאותם הנפשית ירודה, מתקשים וזקוקים להנחיה.

הערכת ההזדקנות של אדם אחד כמוה כניסיון לבנות תְּצָרָף (פאזל) המורכב מחלקים רבים המייצגים היבטים שונים של חייו בהווה ובעבר. החלקים השונים משולבים ומשפיעים זה על זה. את התמונה הראשונית בתצרף – החלקים הגדולים שבאמצעותם אפשר לראות במידה זו או אחרת איזו תמונה תתקבל לבסוף – ניתן להרכיב במהלך המפגש הראשון. כדי להשלים את האבחון לכדי תמונה מקיפה, יש כמובן להמשיך ולצרף חלקים נוספים רבים בתצרף. במהלך האבחון עלינו לנסות ולגלות פרטים רבים המרכיבים חמישה חלקים גדולים ועיקריים בחיי האדם.

לכן הערכת ההזדקנות תיעשה באמצעות בדיקה של כמה תחומים ותהליכים המשולבים זה בזה:

- התחום הביולוגי
- התחום החברתי
- התחום הפסיכולוגי
- הרקע ההסטורי של המטופל
- הרקע התרבותי של המטופל

הערכת פצבו הביולוגי של האדם

בדיקת התחום הביולוגי אמורה לברר מהו מצבו הפיזי והתפקודי של האדם. הערכת מצבו הכרחית לאור הקשר ההדוק והבלתי נפרד בין הגוף לנפש. אין ספק שחלק ניכר מהבעיות שאתן מתמודדים במהלך ההזדקנות נובע או מושפע מירידה במצב הבריאות ומאבדנים בתחומי התפקוד השונים. בעיקר קשה להתמודד עם אבדן השליטה על הגוף, עם הפער הגדל בין המצב הגופני המאותת על תהליך ההזדקנות לבין תפיסת העצמי כצעיר ועם ירידת התפקוד הפיזי לנוכח היכולת המנטלית הגבוהה. כל אלה מהווים מקור ללחץ ולתסכול, אך גם מעוררים את הצורך להשקיע אנרגיה וזמן בתחזוקת הגוף. הגוף, שבמשך שנים רבות ניתן היה אפילו להתעלם ממנו, דורש בגיל המבוגר עוד ועוד השקעה, טיפול ותיקון, וכשהאדם תלוי בגורמים אחרים לשם תפקוד יום-יומי תקין, גדל הלחץ.

נתן: הגוף מזכיר לי בן כמה אני

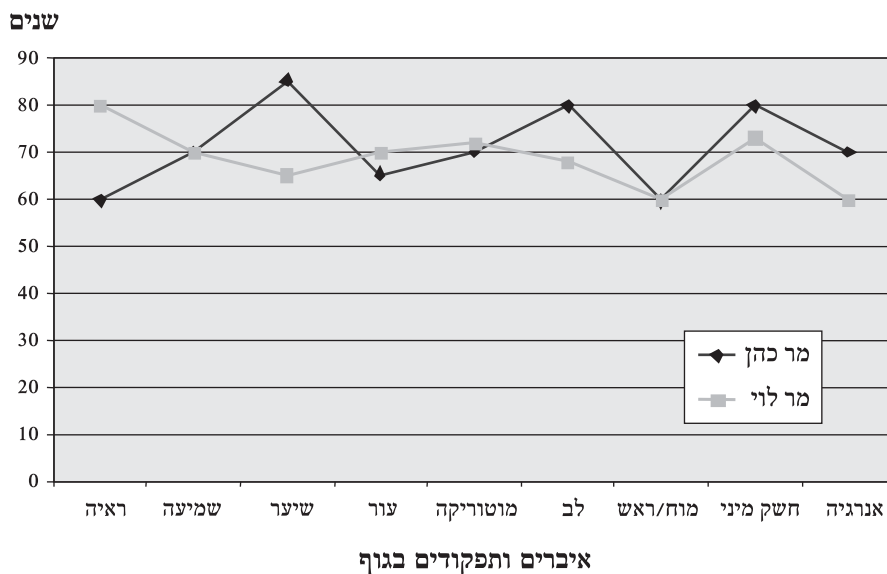
נתן הוא אלמן בן 83. מצב בריאותו הכללי טוב. לפני שנים אחדות נותח לשם הסרת גידול סרטני מהמעיי הגס ומאז הוא נמצא במעקב ומרגיש בריא. בעיה בכרכיו מקשה עליו לצעוד יום-יום, כפי שנהג עד לאחרונה. גם בלוטת הערמונית מציקה לו, ובלילה הוא קם לשירותים פעמים אחדות. מדי פעם בפעם גם מערכת העיכול מציקה לו. "הגוף מזכיר לי בן כמה אני. אני כל הזמן שוכח. הוא מכריח אותי להאט את הקצב, להיזהר, להימנע ממצבים לא נעימים. אם ארצה להכיר אישה היום, זה מגביל וגם מביך. אני משתדל להתמודד עם הצרה הזאת שנקראת זיקנה". כדי להמחיש לי כיצד דברים פעוטים אך חשובים מזכירים לו שהגוף מזדקן, הוא מוציא אריזה של מטלית לחה מכיס מכנסיו ואומר "את זה אני מחזיק בכיס ביחד עם כדור ללב. לכל מקרה שלא יקרה. בגיל שלי, אני חייב להתארגן ולדאוג שלא יהיו תקלות לא צפויות".

בניגוד לסברה שרווחה בעבר, שגרסה כי תהליך ההזדקנות הוא תהליך כללי אחיד המוביל לירידה ביכולת ההסתגלות וההישרדות, כיום ידוע שאיברים ותפקודים שונים מזדקנים בקצב שונה ובאופן שונה אצל כל אדם, ובני האדם אף הם שונים זה מזה בקצב הזדקנותם. גם הגיל הכרונולוגי אינו יכול לשמש בסיס להשוואה בין אנשים שונים לאור השונות הרבה ביניהם. למשל, מר לוי ומר כהן בני 80, אך השונות הביולוגית ביניהם עשויה להיות גדולה ביותר. לכל אחד פרופיל תפקודי, בריאותי או ביולוגי שונה לחלוטין. למר לוי לקות בשמיעה או

בהליכה. מר כהן מתקשה בראייה. לאחד ירידה קוגניטיבית המתבטאת בשכחה, בבלבול ובקשיי ריכוז, ואילו האחר צלול לחלוטין ומתפקד היטב. המצב הפיזי משפיע במידה רבה על תפקודו של האדם בתחומים שונים.

בהערכה הקלינית הראשונית אפשר למעשה לבנות יחד עם האדם את הפרופיל הרפואי שלו. פרופיל זה מבוסס כמובן על הערכה סובייקטיבית אישית שלו את מצב בריאותו. הערכה זו חשובה אף יותר מתוצאות בדיקות המעבדה, מאחר שהתפיסה הסובייקטיבית של האדם את מצבו הבריאותי מספקת לנו תמונה ראשונית חשובה של תפקודו הרגשי והפיזי כאחד. מצאתי לא פעם שתמונה זו מהימנה ביותר, והיא מספקת לי בקלות ובנוחות מידע חשוב על קושי או על ירידה בתפקוד שהסביבה אינה יודעת עליהם בהכרח, כמו למשל קשיים בתפקוד המנטלי, שכחה, בלבול, חוסר ריכוז, קשיים בתפקוד המיני שהגברים המבוגרים בעיקר מציינים כקושי בולט, או ירידה באנרגיה המעידה לעתים על דיכאון.

תרשים של הפרופיל הרפואי



כדאי לפתוח את ההערכה הקלינית בהערכת בריאותו הפיזית של המטופל. לפני כן, כחלק מההיכרות הראשונית ולאחר שהכרתי את האדם בשמו המלא, אני מתחילה בשאלת רקע: "איפה נולדת?, באיזו עיר, באיזו מדינה?". רבים מבני האוכלוסייה המבוגרת בישראל לא נולדו כאן.

אני ממשיכה בשאלה: "מתי עלית ארצה?", ורק אחר כך עוברת לשאלה "באיזו שנה נולדת?", ומיד לאחריה בשאלה "בן כמה אתה?".

לעתים, כבר בשאלות אלה מתעורר קושי או בלבול והדבר עשוי להיות איתות ראשון שהאדם סובל מירידה או מקושי מנטלי כלשהו, שהרי אין אדם בריא שאינו זוכר את שנת הולדתו או בן כמה הוא ובאיזו שנה עלה ארצה. בשלב זה, כדי לא להוסיף לחרדה שאני מניחה שקיימת ממילא, אני מתעלמת מהקושי ועוזרת לאדם לזכור או לחשב את גילו.

כיום, ההערכה של מצבו הפיזי והתפקודי של האדם מתמקדת בתחומים החשובים לתפקוד עצמאי ולבריאות הנפשית: ראייה, שמיעה, תפקוד מוטורי - כל אלה עשויים להיות בני "גיל" שונה בהתאם למצבו של האדם. יש מי שראייתו יציבה זה שנים רבות, וגם אם כבר נותח בעינו להחלפת עדשה בשל ירוד (קטרקט), ראייתו "צעירה" יחסית לגילו ואף השתפרה בזכות הניתוח. הוא עשוי להעריך את גיל הראייה שלו כ- 60 גם אם הוא בן 80 שנה, כי למעשה מגיל 60 אין שינוי מהותי בראייתו.

תחום השמיעה הוא תחום רגיש ובעייתי הרבה יותר. מי שסובל בזיקנתו מירידה ניכרת בשמיעה נאלץ להתמודד עם מציאות מורכבת וקשה. ירידה בשמיעה עשויה להוביל לבידוד חברתי, ובמקרים מסוימים גם לחשדנות ואפילו לפרנויה. זקן שאינו שומע, הנמצא בחדר שבו כמה אנשים, בין בארוחת ערב משפחתית או בכל מסגרת חברתית רחבה שיש בה רעש רב, יכול להרגיש אבדן שליטה, איום, ואף חוסר ביטחון. אין הוא יכול לנהל שיחה, לענות לשאלות ואף לא להשתתף באופן פסיבי בשיחה רבת משתתפים עקב הקושי בשמיעה.

אנשים מתקשים להודות ששמיעתם לקויה. משום מה ליקוי בראייה נתפס כ"בסדר", אך אנשים נרתעים מלבקש מהאחרים להגביר את הקול, מתקשים להודות "אני לא שומע", ואינם ממהרים לרכוש מכשיר שמיעה - כל אלה מעוררים אצל מבוגרים רבים קושי רב, ונטייתם הראשונית היא להתרחק, להסתיר את הקושי או להתכנס בעצמם. גם ההסתגלות למכשיר שמיעה אינה קלה. הדבר דורש התאמה, יכולת לאזן את המכשיר ולווסת אותו במידת הצורך, ועל אף כל השכלולים והטכנולוגיות המתקדמות, עדיין המכשיר עשוי לצפצף. למשל, ברשותה של אמי מכשיר שמיעה זה שנים רבות. הוא קטן ומוסתר ואיש מחבריה הפולנים לא ידע עליו מעולם. אבל המכשיר מצפצף מדי פעם בפעם ובמשפחה הפך הנושא לבדיחה. כשהיינו יושבים ליד השולחן והמכשיר צפצף, היה מישהו מן הילדים אומר "לסבתא יש ביפר" וכולם היו צוחקים. סבתא כמובן לא הבינה וגם לא שמעה. היום אימא סובלת מירידה קוגניטיבית ניכרת ואין לה כל אפשרות להפעיל את המכשיר. במצב

זה תלויה שמיעתו של הזקן בערנותם של המטפלים בו. מדי פעם בפעם עליהם לבדוק את המכשיר, להחליף סוללות ולכוון את עצמתו.

זקנים רבים אינם מודעים לכך שיש היום פתרונות טכנולוגיים טובים לקשיים בשמיעה והם עלולים לסבול מבידוד חברתי וחושי קשה, המאיץ את תהליכי ההזדקנות ומשפיע על הבריאות הנפשית. גם אם הם מודעים למצבם המידרדר ולאפשרות לשנותו, יש זקנים המתקשים לאזור אנרגיה ומוטיבציה כדי לפעול לפתרון הבעיה. אדם ששמיעתו לוקה ידרג אפוא את גיל השמיעה שלו כזהה לגילו הכרונולוגי או אף גבוה מזה, בעוד שמי שאינו סובל מירידה של ממש - פרט לירידה המקובלת הצפויה עם הגיל - ידרג את גיל השמיעה שלו כצעיר הרבה יותר.

קשיים בתפקוד המוטורי, בעיקר בגפיים התחתונות, מביאים אף הם לידי אבדן העצמאות וחופש הפעולה. לא מעט זקנים מסרבים להיעזר במקל הליכה או בהליכון. החשש הוא מהסטיגמה העלולה לדבוק בהם אם יראה אי מי שהם משתמשים בעזרי הליכה. הדימוי המתקבל הוא שלפנינו אדם מוגבל וזקן.

לא מעט זקנים מועדים ונופלים עקב הסירוב להיעזר בגורם כלשהו או באובייקט חיצוני ואז נעשה מצבם גרוע בהרבה. אין ספק שמגבלה מוטורית מחייבת התמודדות רגשית עם מוגבלות ונכות, ומביאה לידי תלות וצורך בקבלת עזרה. מי שמסתגל למגבלה ומקבל אותה כחלק בלתי נמנע מתהליך הזיקנה, מפנה את האנרגיות שלו לפעילות ולעיסוקים מספקים. מי שמתעקש ונלחם מלחמה מתישה שאינה תורמת לשינוי, מבזבז אנרגיות מיותרות, הכוח לפעילויות מספקות נשחק והוא אף חשוף לסכנת נפילה ולנזק רב. בכל הקשור לפרופיל הרפואי, הרי שפגיעה בתפקוד המוטורי נתפסת בעיני האדם עצמו כאבדן יכולת וכזיקנה ולכן הוא עשוי להעריך את גילו בתחום זה כגיל גבוה.

שינויים בשיער כמו התקרחות ושינויים בעור כקמטים וככתמים אינם מפריעים לתפקוד ואינם מגבילים אותו, אך הם ביטויים חיצוניים גלויים מוקדמים להזדקנות. התקרחות של גברים צעירים עשויה להשפיע על הדימוי העצמי ועל הביטחון העצמי; התקרחות בגיל 40-50 מאיצה את דימוי המזדקן והיא משפיעה על ההתייחסות אל העצמי וגורמת לתחושה של הזדקנות מהירה יותר לעומת מי ששערו עדיין מלא. פלאי הרפואה מאפשרים היום הן לנשים והן לגברים להתגבר על קשיים אלה באמצעות התערבויות קוסמטיות ובאמצעות ניתוחים פלסטיים להעלמת קמטים וכתמים. השתלות שיער למיניהן מהוות פתרון נוסף למי שמתקשה להתמודד עם ההתקרחות המואצת. גם בתחום זה עשויים להיות פערים בין הגיל הכרונולוגי לגיל שייתן האדם לשערו או לעורו, בהתאם למצב הטבעי או למצב לאחר "שיפוץ".

תחום נוסף בהערכת הפרופיל הרפואי נקרא "הראש", והכוונה בעצם למצבו הקוגניטיבי של האדם: כיצד הוא מעריך את התפקוד הקוגניטיבי, כיצד הוא מתייחס לזיכרון שלו, ליכולת הלמידה, לריכוז ולתפיסה, והאם להערכתו יש לו ראש "צעיר", צלול, ללא פגיעה או נזק ממשיים הקשורים לגיל. מצבו הקוגניטיבי תקין אם הוא קורא, זוכר לא רע, משחק ברידג', או אולי עובד במחשב, מחשב חשבונות על הנייר ללא טעויות, מנהל את כל ענייני הכספים, החשבונות והמסים ללא קשיים, מצליח להתרכז כשהוא צופה בטלוויזיה או בתאטרון. לחלופין, יש מי שמרגיש שהראש "בוגד" בו לאחרונה. הוא מרבה לשכוח, אינו מרוכז, מתקשה להסתדר עם ניירת וכד'. על פי ניסיוני, כשהאווירה רגועה, בטוחה ודיסקרטית, האדם יכול לשרטט תמונה מדויקת למדי של מצבו הקוגניטיבי גם בלי מבחן להערכת תפקודו. הוא משתף אותי בקשייו, ובעיקר בחרדות שברוב המקרים אין הוא חולק בני המשפחה, בעיקר בשלבים הראשונים של הירידה בתפקוד. כך יהיה מי שיעריך את גילו של ראשו כגיל צעיר הרבה יותר מגילו הכרונולוגי כי הוא מתפקד היטב, ולמרות גופו הנחלש והמזדקן הראש נשאר צעיר וצלול. הציון הזה תורם רבות לביטחון העצמי ולדימוי העצמי. לעומתו יהיה מי שיעריך דווקא את הראש כ"זקן" ולא איברים ותפקודים אחרים, לאור השינויים המלווים תחושת אבדן שליטה וחרדה.

איבר מעניין וחשוב נוסף הוא הלב. גילו של הלב אינו נקבע בהערכה הקלינית לפי מצב החסימות, התקפי לב או ניתוחים שנותח האדם בעבר. אנו מתעניינים ביכולתו של האדם לחוש רגשות, לחוות חוויות מרגשות, להתרגש, לאהוב, להתלהב. לכן השאלות הן: "מתי לאחרונה הרגשת שמח?", "מתי לאחרונה היה משהו או משהו שריגש אותך?", "מתי לאחרונה הרגשת סיפוק או הנאה?", "האם הלב שלך אוהב ואת מי?"

שאלות אלה קונקרטיות מאוד ומטרתן לבחון את מצבו הרגשי של האדם. מי שלבו צעיר, נהנה, מתרגש, מתלהב ואוהב למרות גילו ומצב גופו. תגובה רגשית עשויה לבוא נוכח אירוע משמח במשפחה, שמיעת מוזיקה או התבוננות בתמונה או באישה יפה (כשמדובר בגברים). מי שמצבו הרגשי ירוד והוא סובל מדיכאון או מדכדוך השכיח בגיל מבוגר, מתקשה להתלהב, להתרגש או להרגיש רגשות אהבה או סיפוק. אנ-הדוניה המתבטאת בחוסר יכולת ליהנות, במוטיבציה נמוכה, בחוסר עניין ובאפתיה - כל אלה הם תסמינים של מצבי דיכאון. באופן עקיף, באמצעות הערכת תפקודו של הלב, אנו מקבלים מידע חשוב על מצבים אלה.

הספר "העצמי חסר הגיל", או כפי שהוא נקרא במקור "The Ageless Self", נכתב על ידי ד"ר שרון קאופמן (Kauffman, 1986). ואכן הלב, כמו העצמי, הוא בן-בלי-גיל. אדם עשוי להרגיש כילד, כמתבגר או כזקן בכל גיל. יש צעירים המרגישים עייפים וזקנים ויש רבים

המרגישים כילדים והם כבר רחוקים מאוד מהילדות. המצב הרגשי הזה הוא בעצם הגמישות והדינמיות האין-סופית של העצמי או של "הלב" או הנשמה, נכנה אותו כפי שנכנה. התנועה הרגשית הזאת תלויה במצב שבו אנו שרויים וביחסי הגומלין שלנו עם אנשים שונים. ליד אמי הזקנה אני תמיד מרגישה כילדה, ליד חברה שלמדה אתי בבית הספר התיכון - כמתבגרת, וליד נכדתי לעתים אני מרגישה כמוה, בת שלוש.

במחקר שערכתי לעבודת הדוקטור שלי ראיתי גברים מעל גיל 60 על עולמם הרגשי בתקופת הפרישה. בין השאר שאלתי כל אחד: "לאילו אנשים מההווה או מהעבר, חיים או שאינם בחיים, אתה מרגיש קרוב במיוחד בעולמך הפנימי, אנשים שאתה מתגעגע אליהם או חושב עליהם במיוחד?". חלק גדול מהמרואינים דיבר על הורים או על אחים ואחיות שנפטרו לפני שנים רבות. אחד מהם אמר לי: "אני חושב הרבה על אימא שלי ונורא מתגעגע אליה. היא הייתה מאוד יפה והיה לה ריח מיוחד שעד היום עולה באפי. היא נפטרה בגיל 40 ואני היום בן שמונים, ועדיין כשאני חושב עליה, אני מרגיש כמו ילד קטן. כשהיא, שהייתה כל כך צעירה יחסית לגילי היום, היא האימא הגדולה שלי". גם סיפור ההתאהבות של יצחק בן ה-89 מעיד עד כמה העצמי הוא חסר גיל:

יצחק: התאהבות בכל גיל

ככל עת אני נזכרת ביצחק בן ה-89 שבא אליי לייעוץ בבית האבות וסיפר לי שנתקל בכעיה קשה. "התאהבתי!", הוא אמר בהתרגשות. "זה נפלא", השבתי, "אז למה זאת בעיה?"

"הבעיה היא שהבת שלי חושבת שאני זקן אשמאי וסניילי כי התאהבתי בחברה של הנכדה שלי".

מכאן גולל יצחק סיפור מרגש על תהליך ההתאהבות. החברה של נכדתו, עולה חדשה מרוסיה, הזכירה לו מאוד את בת השכנים שבה היה מאוהב בילדותו. המפגש אתה עורר זיכרונות ורגשות רדומים, הזכיר לו את המוזיקה הרוסית והציף אותו בגעגועים ובמחשבות לאהובתו מהעבר ולצעירה היפה מההווה. רגשות אלה עלו ברקע מתאים ותאמו מאוד את אישיותו המיוחדת של ירון, שנשאר כל השנים רומנטיקן חסר תקנה. בזיקנתו הוא עדיין ממשיך להתלהב מפרחים, ממוזיקה ומנשים יפות. לבו צעיר, ופרידות ואבדנים שחווה בחייו - מות אשתו והכניסה המאולצת לבית אבות - כל אלה לא פגעו ביכולתו לחוות רגשות חיוביים עזים. (אדון במקרה זה בפרק העוסק בזיקנה מופלגת)

כאן אגע בממד נוסף שבדרך כלל אין מתייחסים אליו ברצינות הראויה, אם בגלל אי-נוחות וקושי של המטפל לדון בנושא ואם בגלל מיתוס שגוי שחיי מין אינם חשובים בתקופת הזיקנה. כשבחנתי את ההערכה הסובייקטיבית של הגברים במחקר שערכתי לגבי אבדנים שונים, מצאתי שירידה בתפקוד המיני או פגיעה בו זוכה לדירוג גבוה. בשיחה גלויה הביעו כמה מהם את הקושי לקבל את העובדה שתפקודם אינו תקין, שהם נתקלים בבעיות בזקפה או בשפיכה, או שהם מעוניינים במגע מיני אבל האישה מסרבת או שאין להם בת זוג. גם אם התפקוד לקוי, הגירוי והעניין במין בגיל מבוגר עדיין משמעותיים ביותר.

פגיעה בתפקוד המיני פוגעת בדימוי העצמי ומקנה תחושה ש"אני כבר לא גבר". היא עלולה לגרום לקשיים רגשיים רבים בניסיון לפצות על החולשה הזו, למשל בניסיון להשיג שליטה על האישה בדרכים אחרות, במתח או בחשדנות מרובה כלפיה. פרנויה של הזיקנה אצל גבר הטרוד במחשבות שווא שאשתו בוגדת בו למשל, עשויה להתעורר בגלל קשייו בתפקוד המיני.

להערכתי, חשוב לשאול את הגברים לא רק על התפקוד המיני אלא גם על מידת הגירוי, פנטזיות מיניות, אוננות וכד'. זוהי עדות נוספת למצבם הרגשי ולבריאותם הנפשית. בכל גיל יכול גבר לחשוק או להרגיש גירוי גם אם סיפוק הצורך הוא בלתי אפשרי. חשוב אפוא להבין איך הוא מתמודד עם הדחפים המיניים בזיקנה בשלב ההערכה של מצבו הפיזי והרגשי.

לסיכום התפקוד הפיזי אני מבקשת מהאדם להעריך את כמות האנרגיה שיש לו כיום: "כמה אנרגיה יש לך היום בגילך? האם אתה מרגיש שינוי עם השנים ובאיזה אופן? כמה מוטיבציה יש לך לעשות דברים, או במילים אחרות, כמה כוח יש לך לפעול, לשנות?".

הפרופיל הרפואי יהיה שלם רק לאחר שיהיה בידי גם מידע מפורט על מצבו הבריאותי, על התרופות שהוא זקוק להן, על אשפוזים שלו בעבר ועל מחלות.

הערכת מצבו החברתי של האדם

כשם שמצבו הגופני של האדם הוא גורם חשוב בהערכה שלנו, כך גם חשוב לקבל מידע מלא ומפורט על מצבו החברתי. האדם הוא יצור חברתי ולעולמו החברתי תרומה חשובה לבריאותו הנפשית. הזהות, ההערכה העצמית, הדימוי העצמי, תחושת השייכות - כל אלה תלויים במידה רבה בתפקידיו של האדם, בפעילויותיו ובעיסוקיו, והם חלק ממכלול שלם של מצבו החברתי.

בתקופת הזיקנה עלול האדם לחוות שינויים ואבדנים רבים בתחום החברתי. מצבו החברתי תלוי בראש ובראשונה במשפחה, בקיום של בן או בת זוג ובאיכות הקשר עם. חשוב לברר אפוא את מצבו המשפחתי. האם הוא נשוי, גרוש או אלמן.

אלמנות: אבדן בן או בת זוג הוא ללא ספק אבדן משמעותי המשפיע על מצבו של האדם בתחומים רבים (ראה פרק 8). אלמנות מדורגת כאבדן בעל העצמה הגבוהה ביותר בסולם ההערכה של אירועים חשובים (Holmes & Rahe, 1967), ולמרות שמדובר באבדן בגיל מבוגר, שהוא צפוי ונורמטיבי. אחוז האלמנות גבוה במידה ניכרת מאחוז האלמנים באוכלוסייה של בני 65 ויותר. בישראל 50.9% מהנשים בנות 65 ויותר הן אלמנות, ולעומת זאת 14.7% הם אלמנים (משאב, 2003).

התמודדות עם אלמנות קשה יותר לגבר מלאישה, בעיקר בדור הנוכחי של המבוגרים, כשחלוקת התפקידים בבית הייתה מוגדרת ועקיבה: האישה היא הדואגת לתחזוקת הבית ולארוחות מסודרות, וברוב המקרים היא גם השומרת והמטפחת את הקשר הסדיר עם הילדים ועם בני משפחה אחרים. אבדן בעל הוא קשה וכואב, אך רוב האלמנות המבוגרות מסתגלות ומצליחות להמשיך ולנהל חיים עצמאיים, ולא פעם אף טובים יותר לאחר פטירתו של הבעל, בעיקר אם היה זקן וחולה. לגברים קשה יותר; אבדן האישה מחייב היערכות חדשה וגמישות. לכן רוב האלמנים נישאים שוב, נפטרים או נכנסים לבית אבות.

אחד המרואיינים במחקר שלי לעבודת הדוקטור התאלמן חודשים ספורים לפני שפגשתיו. כששאלתי אותו איך הוא מתמודד עם האבדן של אשתו, ענה לי: "ראי, לא היו לנו יחסים טובים. היינו רבים המון. היא הייתה אישה קשה, היו לה הרבה בעיות בריאות ומצבי רוח, ולא שאני כל כך מתגעגע אליה. אפילו יותר טוב לי בלעדיה. אבל היא החזיקה את המשפחה והייתה מקפידה שכל שבת כולם יבואו לאכול אצלנו ומאז שהיא איננה אין בית. זה לא אותו דבר וזה חסר לי מאוד". מכאן ניתן כמובן ללמוד שכדי להבין את מהות האבדן של בן או בת זוג יש לשאול שאלות רבות כדי להבין האם האדם מתאבל או כואב את הפרדה מן או בת הזוג, או שמא מדובר במכלול שלם של שינויים ואבדנים נלווים הנגרמים כתוצאה מהפרדה מן או בת הזוג, כפי שציין המרואיין.

נוסף על קיומו של בן או בת זוג נשאלת כמובן השאלה איזו משפחה יש לאדם, מה טיב יחסיו עם ילדיו, באיזו תדירות הוא נפגש עם קרוביו, אך יותר מכול - מה הוא מרגיש כלפיהם. מי מהם קרוב אליו לפי תחושתו, על מי אפשר לסמוך, עם מי אפשר לחלוק עניינים אישיים, עד כמה הקרובים זמינים לסייע לו כשהוא זקוק להם, אילו תפקידים הוא ממלא במשפחה והאם התפקידים האלה מספקים.

”סבאות” - תפקיד סבא או סבתא: חלק ניכר מהנשים המבוגרות שואבות סיפוק רב מתפקידן כסבתא - העשוי לבוא לידי ביטוי בטיפול אקטיבי, בהכנת אוכל או בשמירה על הנכדים. נשאלת השאלה האם גם לסבא יש תפקיד מספק. סבא משה, למשל, מרגיש הרבה פחות טוב כשארבעת הנכדים מגיעים לשישי-שבת. לעומתו, סבתא שרה מאושרת ובעבורה זו חגיגה. משה טוען שהביקור מעייף וקשה לו מאוד בגלל הרעש והאי-סדר, אף שהוא אוהב מאוד את הנכדים. השונות בין סבא משה לבין סבתא שרה אינה רק מגדרית ותלוית-תפקיד; היא גם נובעת מהאישיות ומהמצב הנפשי של כל אחד מהם. ”סבאות” יכולה להיות ”תיקון” לילדות שהוחמצה בעיני אלה שילדותם הייתה בצל מלחמה, טראומות ומחסור, ובמפגש עם הנכדים הם יכולים לחזור ולחוות את הילדות, את התמימות ואת המשחק. זו גם הזדמנות להורות ”מתקנת” למי שהיו עסוקים מדי כהורים או חשו החמצה בחינוך ובקשר עם הילדים, ויכולים להיות בגיל מבוגר פנויים יותר רגשית ופיזית לתת מעצמם לנכדים.

מגורים בקרבת הילדים והנכדים והזמן שההורים מבלים עמם אף הם גורם חשוב. בלא ספק, אם ילדיהם ונכדיהם גרים רחוק או מעבר לאוקיינוס, ההורים הזקנים מרגישים בחסר גדול, ועל אחת כמה וכמה מי שאין להם כלל נכדים או ילדים. גם הקשר עם אחים ואחיות, עם שכנים, עם חברים וכד’ חשוב להבנת מצבו החברתי של הזקן.

פרישה: נוסף לכך נשאלת כמובן השאלה מהם עיסוקיו של האדם. האם הוא עדיין עובד באופן במשרה מלאה או חלקית? האם פרש לגמלאות וכמה שנים חלפו מאז הפרישה? הפרישה משפיעה במידה רבה על יכולת ההתמודדות עם ההזדקנות ועל מצבו הרגשי של האדם.

מר כהן ומר לוי: שני גמלאים, שני עולמות

מר כהן ומר לוי בני 70 שנה. שניהם גרים באותה שכונה, מצבם הכלכלי שפיר ולשניהם ילדים ונכדים. מר כהן היה מנהל סניף בנק ופרש לגמלאות לפני שנים אחדות. שכנו, מר לוי, עדיין עובד במשרה חלקית בחנות ששייכת לו והמנוהלת עתה בידי בנו. במשך שנים בלט הפער בין מר כהן מנהל סניף הבנק, שהיה בעל סמכות וסטטוס מכובד בשכונה, איש משכיל, לבוש בקפידה, גאה במעמדו וככוח הרב שהיה לו בתוקף תפקידו, לבין מר לוי, שעבד שעות ארוכות בחנות בדרום העיר והרגיש מותש ועצבני בסופו של יום.

לקראת גיל 68, במהלך חידושים ושינויים רבים שנעשו בבנק, נאלץ מר כהן לפרוש לגמלאות, אף שהרגיש שדווקא בשנים אלה הוא בשיא יכולתו,

בזכות הניסיון והידע הרב שצבר. את החודשים הראשונים שלאחר הפרישה כילה מר כהן בארצות הברית כטיול ארוך וביקור אצל בתו. מצב רוחו היה טוב. הוא סיפר בגאווה על מסיבת הפרידה המרשימה שערכו לכבודו בבנק, על הנאומים המחמיאים ועל המתנות שקיבל. הוא גם שמח על ההזדמנות הראשונה שניתנה לו בחייו להיות בחופשה בלא הגבלת זמן ובלא מגבלה כספית. שלושה חודשים הספיקו לו ולאשתו להתאווורר וליהנות והם חזרו ארצה. בשבוע הראשון לחזרתו ביקר מר כהן בסניף הבנק שבו עבד והתקבל בלבביות ובשמחה. בשבועות שחלפו מאז החל לחפש בעיתונים הצעות עבודה, מתוך אמונה שביכולתו להיות יועץ פיננסי מעולה. הוא התקשר עם לקוחות לשעבר, מכרים שפנו אליו בזמנו ליעוץ או לסיוע, מתוך תקווה שיעזרו לו למצוא עבודה ולו גם במשרה חלקית. בביקורו השני בבנק כבר הרגיש שהוא רצוי פחות. אנשים התנצלו והמשיכו בעיסוקיהם ונראה שמקומו בבנק נמחק כלא היה. מנהל הסניף שהחליף אותו בתפקידו, איש צעיר בגיל בנו הבכור, הצליח בפרק זמן קצר לנהל את הסניף במרץ ובתקיפות. כל העובדים בסניף נראו לו לפתע צעירים כל כך וזרים. במהלך השנה שחלפה המשיך מר כהן לנסות ולמצוא תעסוקה הולמת לכישוריו. הוא אף פנה לעבודה בהתנדבות, אך הוצע לו לשמש כגזבר במועדון יום לקשיש, עיסוק הכרוך בסכומי כסף קטנים ובמתן קבלות, הוא הרגיש שההצעה משפילה. כך מצא מר כהן את עצמו בגיל 70 מדוכא וחסר ערך, למרות בריאותו הפיזית הטובה ומצבו המשפחתי והכלכלי הטוב. כיום הוא משחק ברידג' ולומד כמכללת הגמלאים יום אחד בשבוע, אך עדיין מרגיש שיכול היה לעשות הרבה יותר. בשנה האחרונה "קפצה עליו הזיקנה"; לחץ הדם שלו עלה, הוא סובל מקשיים בעיכול וביציאות, מעדיף לבלות בבית ודוחה הצעות רבות של אשתו לפעילות ולנסיעות.

לעומתו, מר לוי מרגיש טוב. לגביו לא חל כל שינוי בשנים האחרונות. נהפוך הוא, השינוי היה לטובה. הוא חדל לעבוד שעות ארוכות, והוא עדיין בעל החנות שגדלה והתרחבה מאז עבר הניהול לידי בנו, וגם הנכדים עוזרים מדי פעם בפעם. כולם רוחשים לו כבוד כמייסד העסק וכבעליו. יש לו עניין ותעסוקה מספקים, ואף שאין הוא מסכים לכל מעשיו של בנו ולא פעם ניטשים ביניהם ויכוחים, עדיין הוא מרגיש שנשמעים לו ומכבדים אותו לפחות. יחסית למר כהן, כיום מר לוי מרגיש מצוין.

*השונות בין השניים נובעת מהשינוי הבולט בסטטוס המקצועי והאישי
ובתוכן החיים. זה נאלץ לפרוש וזה עצמאי ויכול להמשיך לעבוד, במשרה
חלקית לפחות, וכך אין הוא מאבד את הסטטוס שלו ואת זהותו, את המסגרת
החברתית ואת שגרת החיים.*

בהערכת התחום החברתי בזיקנה אנו בוחנים אפוא את המסגרת המשפחתית והתעסוקתית של האדם, ומבקשים ממנו לתאר שבוע בחייו כיום. יש לבדוק האם הוא נמצא במסגרת חברתית מסודרת וקבועה כמו מועדון, חוג, קורס העשרה כלשהו, האם יש לו תחומי עניין או תחביבים? האם הוא מרגיש שזמנו מלא או ריק, האם הזמן עובר לאט או מהר? האם הוא משועמם או מרגיש בדידות? והאם להפך – הוא מרגיש שחייו מלאים ומספקים?

הערכת הרקע ההיסטורי של האדם והשפעתו על ההזדקנות

בנסותנו להעריך את ההזדקנות בתחום זה, עלינו לבחון תחילה את עברו האישי של האדם, כלומר תהליכים ואירועים רבי-השפעה בחייו. רובם הגדול של בני אוכלוסיית הזקנים כיום לא נולדו בארץ (למעלה מ-80%). מדובר באוכלוסייה גדולה של מהגרים, של פליטים, של ניצולי שואה או של חלוצים, שעזבו את ארץ הולדתם, ונפרדו ממשפחותיהם ומסביבה תרבותית וחברתית שונה לחלוטין מזו שפגשו כאן בארץ ישראל. בהערכת ההזדקנות שלהם יש אפוא חשיבות להבנת תהליך הקליטה וההסתגלות שלהם עם עלייתם ארצה. כן חשוב לברר אם חוו אבדנים או פרידות קשות במהלך חייהם ואיך התמודדו עם חוויות אלה. יש לנסות לקבל תמונה מקיפה כיצד מיזג האדם בין ארץ מוצאו והתרבות שבה גדל לבין התרבות והזהות הישראלית, האם הוא מגדיר את עצמו כפולני או כרוסי או כמרוקני, עד כמה חזקים שורשיו בארץ, עד כמה הוא "מחובר" לכאן או שמא הוא מרגיש שחלקים ממנו שייכים לתרבות אחרת או לעולם אחר. חשוב לברר מתי עלה ארצה, בן כמה היה ובאילו נסיבות עלה, וכך מה היו תנאי הקליטה שלו. ככל שהאדם היה צעיר יותר בעלותו לארץ, כך הקליטה וההסתגלות עשויות להיות טובות יותר. אך מאחר שמדובר בדור של ניצולי שואה ושל פליטים ממדינות אחרות, העובדה שעלו בגיל צעיר אינה דווקא יתרון. לאור העובדה שמדובר בילדים שאולי חוו בילדותם אירועים קשים והגיעו לארץ בלא משפחה, גם אם ההסתגלות לארץ הייתה מהירה, עדיין עשויים להיות בעברם "חורים שחורים". כשאני פוגשת אנשים שחוו את השואה, אני שואלת אותם בעדינות: "האם הייתם מוכנים לספר בקצרה איך עברו עליכם השנים הללו?". יש המדברים בלא קושי ויש המתקשים ומהססים. חשוב שהאדם ירגיש שאני מוכנה להקשיב לו, אך אינני דוחקת בו, ואם הוא מעדיף שלא

להיכנס לפרטים אפשר גם לדלג על הפרק הזה. נוסף על כך, יש שאיבדו ילדים או קרובי משפחה אחרים, או עברו אירועים קשים אחרים הקשורים למלחמות או לפיגועים. רצוי לברר איזה אבדן או אירוע מתאר האדם ובאיזו מידה הוא מרגיש שיש לאירוע זה השפעה על חייו בזיקנה. לא מעט זקנים הדחיקו או הסיטו הצדה חוויות קשות במשך שנים ארוכות. בתקופת הזיקנה והפרישה, כשמשחררות אנרגיות, וזמן פנוי המלווה לעיתים בבדידות וכן בגלל הקרבה למוות, צפים ועולים זיכרונות ומחשבות, רבות על העבר. יש מי שבשלב זה של חייהם מתחילים לתעד או להנציח את עברם, לעסוק באופן פעיל בסקירת העבר, לסדר תמונות, לכתוב זיכרונות, לנסוע לארץ המולדת, ויש מי שעוסק בעבר רק באופן פסיבי, במחשבותיו. יש בארץ גם הורים שכולים, זקנים שאיבדו ילדים בנסיבות שונות. הם מתקשים במיוחד לחיות עם העובדה שהם עדיין בחיים וילדיהם אינם, חשוב לברר כיצד אבדן קשה שכזה משפיע על ההתמודדות שלהם עם ההזדקנות.

נוסף על המשקעים הטראומטיים של המציאות היהודית והארץ-ישראלית, יש כמובן מגוון של התנסויות חשובות, טובות וחיוביות, הקשורות לעברו האישי של כל אחד ואחד. מעניין כיצד האדם מתאר את עברו ולמה הוא מייחס חשיבות - האם לאירועים ולחוויות הכרוכים בהישגים, בהצלחות ובשמחות, או דווקא לקשיים ולאבדנים.

ההיסטוריה הדורית: תחום זה מתייחס לאירועים חשובים שאירעו בחיי האדם בגין היותו בן דור מסוים. לדורות שונים אפיונים שונים הקשורים לאירועים היסטוריים וחברתיים שחוו בני אותה תקופה, ולהם השלכות על סגנון החיים, על ערכים, על דפוסי חשיבה ואף על קווי אופי או התנהגות. רבים מאתנו יודעים על דור השואה, על דור הפלמ"ח, על דור מלחמת ששת הימים, דור מלחמת לבנון וכד'. בארצות הברית מוכר דור ה"בייבי בום" (מי שנולדו בתקופת מלחמת העולם השנייה ולאחריה), וכן ההיפים או דור ילדי הפרחים של שנות השישים של המאה העשרים. היום אנחנו מתייחסים אל הדור הצעיר כאל דור האינטרנט. אירועים היסטוריים בולטים משפיעים על מי שחוו אותם, למשל תקופות מחסור קשות כפי שהיו בארץ ובעולם במחצית הראשונה של המאה העשרים, שתי מלחמות העולם, תקופת המיתון הגדול בארצות הברית, תקופת ה"צנע" והמחסור הגדול בארץ - לכל אלה השפעה על מי שגדלו באותן תקופות. מאחר שמדובר בתקופות של מלחמות וחסר, חלק מהאפיונים של הזקנים כיום עשויים לשקף מנגנוני הגנה שהתפתחו כחלק מהסתגלותם למציאות בעבר - כמו למשל קמצנות או חסכנות, היצמדות לדברים ישנים ומוכרים, עיסוק מוגבר באוכל או חרדות הקשורות לביטחון כלכלי. הדור הצעיר של המטפלים, כמו גם הילדים שלהם חייב להבין באילו תנאים גדל הדור הזקן של היום כדי לגלות אמפתיה רבה יותר ולהיות ביקורתיים פחות כלפיו.

כשהאדם מציג בפנינו את האירועים ההיסטוריים האישיים והחברתיים שחווה במהלך חייו, בדרך כלל ניתנת להם גם משמעות, ויש ביכולתו לקבל דברים שבעבר אולי התקשה לקבל. נקודת המבט ההיסטורית ממרחק השנים מאפשרת לרבים לקבל ממד נוסף חשוב לסיפור חיים מפותל, ארוך, ואולי גם טראומטי, כפי שנשמעים סיפורים של רבים מבני הדור המבוגר של היום.

הרקע התרבותי של הפטופל והשלכותיו על ההזדקנות

המוצא והרקע התרבותי של האדם חשובים אף הם בבואנו להעריכו. אנו חיים בחברה פלורליסטית של עדות שונות ושל חברות אתניות מגוונות, ולהן מערכת ערכים וסגנון חיים אישי ומשפחתי שנשמר באדיקות אצל חלקן. בחברות מסורתיות, כמו החברה הדתית והחרדית בעיקר, או בחברה הערבית או הדרוזית, למשל, מקומו של האדם המבוגר וההתייחסות לזיקנה בכלל שונים לעומת החברה המערבית המודרנית, החילונית. לזקן נשמר מקום של כבוד. המשפחה בדרך כלל מלוכדת ומעורבת יותר בדאגה ובאחריות לאדם המבוגר, ולכן ההתמודדות עם ההזדקנות ועם הזיקנה עשויה להיות קלה יותר. קל יותר להזדקן במשפחה גדולה, מורחבת ומלוכדת, שבה היחסים המשפחתיים הדוקים, לעומת משפחה שבה לאדם הזקן רק ילד אחד או שניים. במשפחה גדולה האדם אינו לבד, שלא כמו במשפחה קטנה, כפרט אם הקשר בין חבריה מרוחק. אפשר לבחון את אוכלוסיית הדיירים בבתי אבות ובמחלקות סיעודיות על פי מוצא הדיירים ולהיווכח מה הרקע המשפחתי שלהם. כמובן, יש להיזהר מהכללות, אך יש להכיר בעובדה שהשונות בתהליך ההזדקנות עשויה לנבוע גם מרקע תרבותי שונה.

לסיכום, יש לציין שנוסף לתכנים שהאדם מעביר, יש משמעות רבה גם לאופן שבו האדם מציג את עצמו ואת סיפור חייו. סיפור חייו יכול לשמש ככלי נוסף שבאמצעותו ניתן להעריך את הבריאות הנפשית החיובית: האם הסיפור שהוא מספר קוהרנטי? האם חייו מתוארים כרצף של אירועים והתנסויות שיש בהם המשכיות או חלו בהם קטיעות, ואם כן - איך נעשה החיבור של תקופות מקוטעות אלה. ואולי תיאור חייו מוצג למקוטעין ויש בו חללים רבים בלתי ברורים. האם הוא נותן משמעות לספור חיים ומסוגל לחוש ספוק או שלוה בסוף חייו? ומה מרגיש המטפל השומע את הסיפור? האם הוא מרגיש חמלה, צער או אולי להיפך הערכה גדולה. לאדם הזקן היושב מולו וכך כמו בסיומו של סרט טוב מסתיים המפגש הקליני והמטפל יוצא מלא וגדוש בחוויות, ברגשות ובמחשבות על החיים.

פרק 4

הפרעות רגשיות אופייניות בפהלך ההזדקנות ובזיקנה

אם נותרו בעינן השקפותיו של אדם שראה את גיל החמישים משני צדיו,
חסרי תכלית היו חייו.

(ויליאם קאופר)

ההזדקנות ובריאות הנפש

ההגדרה המוצעת לבריאות נפשית בזיקנה מדגישה כאמור את הקשר הבלתי נפרד בין הזקן לבין סביבתו: "הסתגלות מתאימה והתמודדות עם העולם האמיתי" (Schaie & Willis, 1996), עמ' 454), או "התמודדות עם המציאות המשתנה".

הבריאות הנפשית בהזדקנות נקבעת אפוא על פי יכולתו של האדם להסתגל לסביבתו ולמלא את המשימות ההתפתחותיות המתאימות לאותו שלב. עם זאת, הירידה במצב הביולוגי של האדם עלולה להקשות את ההתמודדות, ובניגוד לשלבי התפתחות קודמים, האתגר הניצב בפני האדם הזקן הוא גדול הרבה יותר.

ההפרעות הנפשיות אצל האוכלוסייה המבוגרת הן בחלקן תוצאה של הקושי להתמודד עם תהליכי ההזדקנות ועם הסביבה המשתנה. הקושי עשוי לנבוע משינויים פיזיולוגיים, ממחלות, מאבדנים, משינויים באורח החיים עקב מגבלות הגיל ומשימוש בתרופות. כל אלה גורמים נוספים עשויים להביא לידי הפרעות נפשיות בגיל המבוגר.

ירידה בתחום הפיזיולוגי - בשמיעה, בראייה או ביכולת הניידות - משפיעה על הקשר שהאדם יכול לפתח עם אחרים ומשפיעה גם על החוויה הפנימית של גרייה חושית. הירידה הכללית בזמן תגובה, למשל, עלולה לערער את הביטחון העצמי, לגרום לסביבה להיות קשובה וסובלנית פחות ועקב כך לגרום לתחושה של בידוד ואפילו לבלבול במשימות פשוטות בחיי היום-יום (למשל, אדם זקן המשלם בעבור מצרכים במרכול יכול לעכב את העומדים אחריו, להטריד את הקופאית בשאלות "מיותרות" כשהוא מנסה לקרוא את החשבון, להוציא את הכסף לאט ואף למנות לאט את העודף). לכל אלה מתווספות גם החרדות עקב איבוד שליטה. כל השינויים הללו עשויים להביא לידי תחושה של רדיפה (הזקן עשוי לחשוב שמנסים לרמות אותו, למשל, או לגנוב ממנו), שדומה מאוד לפסיכופתולוגיה במקרים קיצוניים.

המשימות ההתפתחותיות החשובות במהלך ההזדקנות כרוכות אפוא בהתמודדות עם ירידה במצב הבריאות, עם צמצום העולם החברתי, עם ההסתגלות לפרישה ועם אלמנות או עם הסתגלות למוסד כמו בית אבות או מסגרת סיעודית. מדובר בתהליך דינמי המשתנה בהתאם לשינויים החלים במהלך ההזדקנות.

מגוון ההפרעות הנפשיות בקרב האוכלוסייה המבוגרת הוא רחב ומקיף מכלול שלם של פסיכופתולוגיה הקיימת בקרב האוכלוסייה הרחבה בכלל. עם זאת, יש הפרעות רגשיות שכיחות האופייניות להזדקנות. בחרתי להתמקד בכמה הפרעות רגשיות אופייניות - כמו

דיכאון, היפוכונדריה, הפרעת אישיות ופרנויה. להפרעות אלה מאפיינים ייחודיים העשויים להופיע במהלך ההזדקנות, נוסף להפרעות רגשיות והתנהגותיות הקשורות לירידה קוגניטיבית כמו דמנציה או מחלת אלצהיימר.

דיכאון

דיכאון הוא הפרעה במצב הרוח המתבטאת על פי רוב בעצבות, בדכדוך או במלנכוליה. רבים חשים תחושות של עצב או דכדוך במצבים שונים בחייהם. תחושות זמניות אלה של עצבות ושל דכדוך הן תגובות נורמליות וטבעיות למצבי דחק, אי נוחות, חסר ואבדן שאנו חווים במהלך החיים. דיכאון הוא אפוא גם ההפרעה הרגשית השכיחה ביותר בקרב האוכלוסייה המבוגרת מאחר שהיא ביטוי טבעי ונורמלי לאבדן.

מאחר שתהליך ההזדקנות מלווה אבדנים רבים, יש הטוענים שהזיקנה היא למעשה תהליך אחד של אבל מתמשך. אך העצבות שאנו חשים לפרקים אינה בהכרח הרגש הדומיננטי אצל האדם הדיכאוני. הדיכאון נחוה אצלו יותר כריקנות, כחוסר עניין, כחוסר תחושה, כחוסר יכולת ליהנות.

המאפיין העיקרי של הדיכאון כהפרעה רגשית הוא ירידה ניכרת במצב הרוח, בפעילות, בהתעניינות, בהנאה ובאנרגיה. ירידה זו נמשכת ברציפות במשך שבועיים לפחות. לדיכאון ביטויים רגשיים, התנהגותיים, קוגניטיביים וסומטיים. הפרעת הדיכאון עשויה לנוע בטווח שבין הפרעה קלה וקצרה לבין הפרעה ממושכת וחמורה, העלולה אף לסכן חיים. לאפיזודה דיכאונית טיפוסית שלוש דרגות: מתונה, בינונית וחמורה. ההבחנה בין הדרגות מבוססת על שיפוט קליני מורכב העוסק במספר התסמינים, באופיים ובדרגת חומרתם. בכל הדרגות האדם סובל ממצב רוח ירוד, מאבדן התעניינות והנאה ומאנרגיה ירודה, הגורמים להתעייפות מהירה ולירידה בפעילות. כמו כן נפוצים ירידה בריכוז ובקשב, ירידה בביטחון ובהערכה העצמית, מחשבות אשם ופחיתות ערך, מחשבות פסימיות ומחשבות על מוות ובכלל זה מחשבות אבדניות, השינה מופרעת והתיאבון ירוד. במקרים אחדים החרדה, המצוקה הנפשית ואי השקט המוטורי בולטים יותר ממצב הרוח הירוד (אליצור ואחרים, 1995).

שכיחות הדיכאון גבוהה אצל מבוגרים אלה:

1. בעלי בריאות לקויה;

2. בעלי טווח מנגנוני הסתגלות מוגבל;

3. זקנים מבודדים;

4. זקנים החשים אבדן שליטה (בעקבות פרישה מהעבודה, אשפוז, העברה למוסד וכו');

5. זקנים שחוו אבדן קשה. לא האבדן הוא החשוב אלא המשמעות שהאדם מייחס לו.

התסמינים האופייניים לדיכאון בזיקנה

אלה הם התסמינים האופייניים לדיכאון בזיקנה: עצבות מרובה, חוסר עניין כללי בחיים, חוסר פעילות, פסימיות המתבטאת בהערכה עצמית נמוכה ובהערכה קודרת של החיים בהווה ובעתיד, קושי להחליט החלטות ובכלל זה החלטות פשוטות לכאורה, תחושה של אבדון, בידוד וחרדה. הדיכאון עשוי להתבטא בנגטיביזם, בסף גירוי נמוך, בסף סובלנות נמוך ובקשב נמוך, בחשיבה בלתי מאורגנת ובאבדן הזיכרון לטווח קצר. מצב רוח דכאוני מתבטא גם באפטיה, באנ-הדוניה, בצמצום, בתחושת אשמה ובמחשבות על מוות. התסמינים הסומטיים הם הפרעות עיכול, הפרעות בשינה, אבדן משקל, חולשה, חוסר אנרגיה.

כל התסמינים האלה עשויים להופיע בזיקנה עקב אבדנים פיזיים, חברתיים או מנטליים, ולכן קיומם של תסמיני דיכאון כמעט בלתי נמנע. לא פעם תחושת הדיכאון היא תוצאה של תחושת חוסר אונים הנחווית לנוכח ריבוי האבדנים המתרחשים בזיקנה. הקושי הגדול הוא להערכתי בהתייחסות של הסביבה, הזוקפת חלק מהתסמינים הללו לתהליך טבעי של הזדקנות או של זיקנה בלא להבין לאשורה את המצוקה הרגשית שבה שרוי האדם ובלא להבחין שניתן לשפר את הרגשתו על ידי התערבות של הסביבה ותמיכתה או על ידי טיפול בתרופות או בטיפול פסיכולוגי.

מבוגרים רבים נוטים להכחיש מצב רוח דיכאוני באמצעות מנגנוני הגנה למיניהם, למשל הכחשה, או באמצעות עיסוק מפצה כלשהו כמו פעילות גופנית מוגברת, אכילה מופרזת, עישון, שתיית אלכוהול, התמכרות למחשב או לעבודה ועוד.

הדיכאון עלול להתבטא גם בתסמינים סומטיים או היפוכונדריים: תלונות מתמשכות על כאבים, על עצירות, על לחצים בחזה, על לחץ דם גבוה ועל סוכרת, וכן חרדות מוגזמות ממחלות ומהתקף לב.

הדיכאון בזיקנה עלול להופיע גם כתגובה למחלה, על רקע אורגני או לעתים כתוצר לוואי של שימוש בתרופות מסוימות.

ניומן וחבריו (Newmann, Engel & Jensen, 1991) הציעו לכנות את הדיכאון השכיח בקרב זקנים תסמונת ההתרוקנות, המתבטאת בעיקר בחוסר עניין ובתחושה שלכל דבר נדרש מאמץ.

תופעה זו מכונה גם דיכאון קל (Blazer et al., 1991). דיכאון מסוג זה נצפה בקרב דיירים רבים במוסדות, בעיקר בקרב מוגבלים פיזית ומנטלית, ובקרב זקנים בודדים בקהילה. נוריס וחבריו (Norris, Snow-Turek & Blankenship, 1995) מצאו תסמינים סומטיים של דיכאון באחוזים גבוהים בקרב זקנים במוסדות בהשוואה לזקנים החיים בקהילה. לטענתם, המסגרת המוסדית והבריאות הירודה תורמים לביטויים אלה של דיכאון וכן השימוש המוגבר בתרופות. ברוב המקרים אין זה ברור אם הדיכאון הוא תופעה משנית לירידה במצבם או שמא הוא תגובה להימצאותם במוסד, אם זה ביטוי מאוחר לחוויות קודמות או שמא תופעות אלה היו קיימות גם בעבר. אבחון והערכה נכונה של המצב הדיכאוני מאפשר טיפול תמיכתי מתאים ולא דווקא דיכוי באמצעות תרופות.

הדיכאון עשוי להופיע בשלוש דרגות עיקריות: דיכאון מזוירי – דיכאון עמוק עם הפרעה קשה בתפקוד; דיסטמיה – מצב רוח ירוד עם תסמינים שעצמתם נמוכה; הפרעה דו-קוטבית המאופיינת בתנודות בין דיכאון לבין מצבי מניה.

מחקרים אפידמיולוגיים מצביעים על שכיחות נמוכה של דיכאון מזוירי (כבד) בקרב זקנים בהשוואה למבוגרים בגיל הביניים. עם זאת, בין 20 ל-30 אחוזים בקירוב מן הזקנים סובלים מתסמינים דיכאוניים ובעיקר ממצב רוח ירוד. אף שבדרך כלל מדווחים על שכיחות גבוהה יותר של דיכאון בקרב נשים, החל בגיל 80 יש שוויון בתסמינים הדיכאוניים בקרב נשים וגברים.

דיכאון על הרקע הבין-אישי

לפי הגישה הפסיכודינמית, הדיכאון מוגדר כתגובה פתולוגית לאבדן, המתבטאת בדה-קומפנסציה (התפרקות) של מנגנוני הגנה, כלומר תגובה קיצונית ובלא כל יחס לחומרת האירוע, הנובעת מהעובדה שהאגו נחלש והוא מתקשה לשאת את ההדחקות משום שעומדות לרשותו אנרגיות במידה מופחתת והוא אף גמיש פחות ביכולת ההתמודדות.

ניתן גם לראות בהפרעה הרגשית ביטוי לקשיים בקשר הבין-אישי. הדיכאון עשוי לבטא כעסים ותסכולים כלפי הסביבה, אשר אינם באים לידי פורקן אלא מופנים כלפי העצמי. כך שומר האדם על יחסים טובים עם האחרים; בעוד שהאחר המשמעותי נחשב ל"טוב", האדם מקבל על עצמו את כל האחריות ואת כל האשמה והופך ל"רע". המשוואה היא אפוא "אני הוא הרע - אתה הטוב".

גם על פי הגישה הקוגניטיבית המערכתית הדיכאון קשור למערכת היחסים עם אנשים החשובים בחייו של האדם. פרופ' יונה טייכמן (טייכמן, 2004) טוענת שהרקע הבין אישי של האדם המדוכא מושפע מן הדכאון ומשפיע עליו. במודל שהיא מכנה "המודל ההדדי של דכאון (The Reciprocal Model of Depression) מציינת טייכמן שהשפעת הדכאון של בן משפחה אחד ניכרת בתחום הקוגניטיבי, הרגשי והתנהגותי של כל אחד מבני המשפחה ובקשרים ביניהם. הדיכאון המתפתח ניזון ממנגנונים משמרי דיכאון כמו עוינות, הגנת יתר, אמביוולנטיות והשלמה של צרכים נירוטיים כמו דימוי עצמי נמוך, למשל. לדברי טייכמן, בני משפחה, ובעיקר בני זוג, עוזרים בלא יודעין לשמר את הדיכאון, ומתחת לפני השטח יש בדרך כלל עוינות שאיננה באה לידי ביטוי באופן גלוי. לכן הטיפול היעיל ביותר חייב להתחשב ברקע הבין-אישי ולערב את בני המשפחה הקרובים, בעיקר בני זוג. המטרה היא להעלות את מודעותם של בני הזוג לחלקם בשימור הדיכאון ולעודד אותם למצוא דפוסים הדרים חלופיים.

לאה: הדיכאון מדבר באמצעות הגוף

מאז ומעולם התקשתה לאה לבטא כעס ותסכול כלפי בעלה, שלו הייתה נשואה כמעט 50 שנה. הוא לא הצליח בעסקים, הסתבך בחובות, ואף נהג לבלות מחוץ לבית, לפלרטט עם נשים צעירות ולכבז כספים אף שסבל מחסרון כיס, וכל אותה עת טיפלה היא בילדים ובבית. מילדותה התרגלה לאה לדכא רגשות, לשתוק ולא לשתף אחרים בדאגותיה ובכאביה, כדי לא להכביד על הוריה שעבדו קשה במשך כל חייהם כדי לספק פרנסה וחינוך לילדיהם.

היא הוסיפה לנהוג כך גם בחיי נישואיה, למרות העוינות הגדולה שהתפתחה בה כלפי בעלה. הביטוי למצוקה הרגשית החל להופיע באמצעות הגוף. עם הולדת בתה הבכורה החלה לאה להתלונן על חולשה, על סחרחורות, על בחילות ועל כאבי ראש. היא החלה לסבול מלחץ דם גבוה ומסוכרת, שהלכה והחריפה עם השנים. לאה סירבה לצאת ובלתה את כל הזמן בבית. במקביל התערערו יחסיה עם בעלה, שהתקשה להתמודד עם אישה חולה ועם הטיפול בילדה קטנה. לאה צברה כעס שהלך והתגבר. התגובה הטבעית ליחסים המעורערים עם בעלה הייתה התכנסות והתרחקות שהובילו במהלך השנים לפסיביות, לאפתיה, לחוסר הנאה, לחוסר חשק ולחוסר עניין בחיים חברתיים ותרבותיים. היא הסתגרה בבית ובהדרגה ניתקה את הקשרים עם חברים.

בתחילה תירצה את התרחקותה בכאבי ראש ובבחילות שתקפו אותה כמעט
מדי יום ביומו.

לנוכח חוסר האונים והחולשה של לאה ניסה בעלה, שתמיד הצטייר בעיניה
כחלש, לעזור. בחולשתה הפך הוא לחזק. לאה הרגישה אשמה שאיננה יכולה
לתפקד כאישה וכך התחזקו עוד יותר תחושת חוסר הערך והדימוי העצמי
הנמוך. בעיני כל המשפחה נראה בעלה כאיש טוב וחזק והכול הבינו שהיא
בעצם מקור הבעיה. אך בתוך-תוכה הצטבר כעס רב וחשבונות בלתי פתורים
עם מי שבמשך שנים לא הצליח לפרנס אותה ואת ילדיה ועוד כגד בה.

השנים חלפו, הילדים נישאו, הבעל חלה ונפטר. לאה, היום בת 78, חיה בגפה.
את זמנה היא מבלה בקופות החולים, במרפאות ובכתי חולים. היא אושפזה
כמה פעמים לצורך צנתורים ופעמיים לצורך ניתוחי מעקפים. היא ממשיכה
לסבול מלחץ דם גבוה ומסוכרת. עולמה המצומצם סובב סביב השמירה על
הבריאות הפיזית, זה גם נושא השיחה העיקרי אתה. ילדיה ונכדיה מתקשים
לתקשר אתה ונמנעים מלבקרה. היא עצמה איננה יוזמת קשר עמו וממשיכה
להיות פסיבית ומכונסת בעצמה. את מקומו של הכעס כלפי הבעל תפס כיום
כעס כלפי בתה ובנה שאינם מקדישים לה מזמנם ועסוקים בחייהם. היא איננה
מתלוננת בגלוי: "אני יודעת שהם עסוקים, מה לעשות זה הגורל שלי...".
התלונות היחידות הן על מצב בריאותה, ושוב ושוב היא חוזרת ואומרת: "אני
סתם מכבידה על כולם, הלוואי שאעצום את העיניים ולא אקום מחר".

דיכאון ופחלה

הקשר שבין מחלה פיזית לבין דיכאון הוא מורכב. לעתים הדיכאון הוא תוצאה של מחלה
עקב המוגבלות והסבל שהיא מביאה על החולה. יתר על כן, השפעתן של מחלות ותרופות
הנלוות אליהן יכולה לבוא לידי ביטוי בתסמינים דיכאוניים. גם תזונה בלתי מאוזנת עלולה
להביא לידי הופעת תסמינים דיכאוניים, אך ידוע שדיכאון כרוך בירידה ניכרת של התיאבון
ומכאן שיש בו כדי לגרום לחסר על רקע של תזונה לקויה. אכילת יתר גם היא עשויה להיות
תוצאה של דיכאון מחד גיסא, ומאידך גיסא היא גורמת לדיכאון עקב בעיות בדימוי הגוף.

דיכאון מופיע גם בשלבים הראשונים של מחלת אלצהיימר, מחלת פרקינסון ומחלות דמנטיות
אחרות. במקרה זה הדיכאון הוא תוצאה של מחלה ניוונית ואינו דיכאון העומד בפני עצמו.
מחקרים מצאו שתסמינים דיכאוניים מחריפים בעיות קוגניטיביות אצל אנשים זקנים ועלולים

להיות גורמי סיכון בלתי תלוי לירידה קוגניטיבית, וההפך - ליקויים קוגניטיביים עלולים להביא ליד דיכאון (Yaffe, Blackwel & Gore, 1999).

על המטפל ללמוד אפוא גם מהן המחלות או הבעיות הגופניות שמהן סובל האדם ומהן השפעותיהן ותופעות הלוואי שלהן, וגם לבחון את מצבו הקוגניטיבי ובאיזו מידה הוא תורם לדיכאון. מטרת הטיפול היא לעזור למטופל; לאחר מחלה כרונית או מחלה קשה הוא שרוי בתהליך של אבל בגין אבדנים שונים והוא חש שאבד לו טעם החיים או אבדה לו התקווה. עליו לעבור תהליך זה של אבל, לקבל לגיטימציה להיות עצוב אך עם זאת יש לעזור לו לאתר חלופות ראליות שיפצו על האבדן ויעזרו בשיקום.

אחד האבדנים הקשים בזיקנה הוא אבדן הראייה. בקרב רבים מהאנשים המאבדים את הראייה מתגלים תסמיני דיכאון. עזרתו של המטפל היא בעידוד ובחיזוק האדם הזקן ללמוד להתמודד עם אבדנו באמצעות עזרים המקלים את תפקודו בחיי היום-יום. יש גם מי שראייתם נפגעה חלקית, ובכל זאת הם מתקשים להסתגל למצבם עקב חוסר מוטיבציה הנובע ממצב רוחם ומן התחושה הקשה של חוסר אונים, של חוסר תקווה ואף של ייאוש. במצבים של אבדן ראייה קשה יותר אפשר לעודד את הזקן לנסות ללמוד כתב ברייל או למצוא חלופות לקריאה באמצעות קלטות שמע. כדאי גם למצוא מתנדבים או אנשים בשכר שיקריאו לאדם, ואף לעזור לו למצוא אפיקים נוספים לבילוי הזמן הפנוי וכן עיסוקים שבהם הקריאה אינה הכרחית.

דיכאון והפרעת אישיות

חלק מהזקנים הסובלים מדיכאון סבלו בעבר מקשיי תפקוד בתחומי החיים השונים, למשל חרדה, תסמיני פרנויה או תסמינים בולטים של כפייתיות. רבים מבעלי הפרעת אישיות נוטים לדיכאון לאור ההפרעה הבסיסית ביחסיהם הבין-אישיים, הדנים אותם לבדידות או לחיים לבד בגיל הזיקנה. לרבים מהם יחסים לקויים עם בני משפחה, הם נוטים לעימותים עם אחרים ומתקשים ליהנות מילדים או מנכדים ובעצם ליהנות בכלל. הטיפול באוכלוסייה זו הוא קשה, סוחט מבחינה רגשית ופעמים רבות מתסכל; הוא עשוי להיות ארוך מאוד או קטוע. גם השימוש בתרופות כרוך בבעיות. השפעתן של התרופות נוגדות הדיכאון עליהם מוגבלת יחסית למטופלים אחרים, ויש הטוענים שמי שאינם מגיבים היטב לתרופות נוגדות דיכאון הם בעלי הפרעות אישיות (לדיון נפרד בהפרעות אישיות ראה בהמשך הפרק).

הטיפול בדיכאון

זאריט וזאריט (Zarit & Zarit, 1998) מונים כמה מרכיבים חשובים בטיפול בדיכאון:

1. שימוש בתרופות נוגדות דיכאון: כיום הטיפול בתרופות נוגדות דיכאון הוא רחב ויעיל והתרופות מקלות את עצמת התסמינים. הנגישות לטיפול תרופתי נוחה, וניתן לקבלן מרופא המשפחה, ללא הסטיגמה המלווה ביקור אצל פסיכיאטר או אצל פסיכולוג. יתר על כן, השיפור מהיר יותר משיפור המושג בטיפול פסיכותרפי. לכן רבים נוטים להסתפק בטיפול התרופתי.

2. עירוב המשפחה בטיפול: פעמים רבות עניינים הקשורים למשפחה הם גורמים מרכזיים בדיכאון של האדם המבוגר, ומשום כך טיפול מוצלח מערב לפעמים גם את בני המשפחה. כשבני המשפחה עצמם סובלים מבעיות רגשיות, ובעיקר מסומטיזציה ומדיכאון, יש לכך השפעה על משך ההחלמה של המטופל ועל האפשרות של חזרת הדיכאון לאחר מכן. מחקרים מצביעים על קשר בין דרגת הקושי בדיווחי בני המשפחה לבין החלמת הזקן. נמצא גם כי משתנים הקשורים למשפחה קשורים גם לניסיונות התאבדות של המטופל - במשפחתם של מי שניסו להתאבד התגלו קשיים רבים ומערכות יחסים בעייתיות עם החולה. לאור תפקידה המרכזי של המשפחה בחייו של הזקן ובתרומה לבריאותו הנפשית, על המטפל למצוא דרך לערב את בני המשפחה בטיפול ולשתפם בו, אם הדבר אפשרי.

טייכמן וטייכמן (Teichman & Teichman, 1990) פיתחו מודל מובנה לטיפול קצר-מועד (מוגבל ל-15 מפגשים) בבני זוג של אנשים השרויים בדיכאון, הכולל הנחיות ברורות לעבודה, תוך התמקדות בהיבטים הקוגניטיביים, הרגשיים וההתנהגותיים וביחסי הגומלין עם האדם המדוכא המשמרים את הדיכאון.

להערכת, מודל זה עשוי להתאים לעבודה עם האוכלוסייה המבוגרת כשמופר האיזון בין בני הזוג. במצב שבו בן זוג אחד חולה או הופך למוגבל ולתלוי, והאחר בריא ועצמאי, עשויים להתעורר רגשות של תסכול, של חרדה ושל חוסר אונים, שיביאו לידי דיכאון של בן הזוג המוגבל, ובמקביל לעוינות, לכעס, לאמביוולנטיות או לשלילנות ולהתחזקות של בן הזוג הבריא. בנסיבות הבין-אישיות החדשות שנוצרו, מחשבות, רגשות והתנהגויות משפיעות ומזינות הדדית את בני הזוג והן עשויות לעורר דיכאון ולשמרו.

הטיפול הזוגי בדיכאון עשוי לסייע לשני בני הזוג לזהות את תגובותיהם ולהכירן ולמצוא יחד דרכים חלופיות ויעילות יותר ליחסים ביניהם.

3. טיפול בנזע חשמלי (ECT- Electroconvulsive Therapy) לאנשים הסובלים מדיכאון עמוק:

למרות חילוקי הדעות בדבר השימוש בנזע חשמלי, הטיפול באמצעותו הוא הטיפול המועדף והיעיל ביותר בדיכאון עמוק. הוא ניתן אם המטופל אינו מגיב לסדרה של טיפולים תרופתיים או כשקיים סיכון בשימוש בתרופות המקובלות או כשיש צורך מידי בטיפול בדיכאון – למשל כשהמטופל הוא טיפוס אובדני. השימוש בנזע חשמלי נחשב בטוח מבחינה רפואית לאוכלוסייה המבוגרת ותופעות הלוואי פחותות לעומת חלק מהתרופות.

4. אוסיף נקודה רביעית לשלושת הגורמים שמנו זאריט וזאריט: טיפול ממוקד, קצר מועד לפתרון בעיות והתמודדות עם אבדנים ולחצים. הגברת המודעות למצב של דיכאון בקרב בני האוכלוסייה המבוגרת באמצעות מידע ברור וזמין על אפיוני הדיכאון עשויה לעודד אנשים לפנות לעזרה בזמן משבר או מצוקה. מידע זה עשוי להימצא בקופת החולים, אצל רופאי המשפחה, במרפאות, בבתי חולים, במרכזי יום לקשישים ועוד. פיתוח תכניות ממוקדות לתמיכה בזקנים בריאים במצבי משבר יכולה להערכתי להקטין את שכיחות הדיכאון באוכלוסייה.

ארגון בריאות הנפש בארצות הברית (NIMH), בשיתוף ארגון האזרחים האמריקנים הוותיקים (OAA), פרסם מידע על תסמיני הדיכאון בעבור הציבור הרחב. הם פונים לאוכלוסייה המבוגרת ומציעים להם לבחון את מצבם לפי סימני הזיהוי הבאים לדיכאון:

אזרח ותיק, לפני שאתה אומר שהכול אצלך כשורה [...], שאל את עצמך אם אתה מרגיש שאתה:

- עצבני או שרוי בתחושת ריקנות;
- אשם או חסר ערך;
- עייף מאוד ואטי;
- אינך נהנה מדברים כבעבר;
- חסר מנוחה או בלתי רגוע;
- חש שאיש אינו אוהב אותך;

• חש שהחיים חסרי ערך מכדי להמשיך לחיות.

או אם אתה:

• ישן יותר מהרגיל או פחות מהרגיל;

• אוכל יותר מהרגיל או פחות מהרגיל;

• סובל מכאבי ראש נמשכים, מכאבי בטן או מכאב כרוני כלשהו.

אלה עשויים להיות תסמיני דיכאון הניתן לטיפול רפואי.

הרופא יכול לטפל כך רק אם תאמר לו בגלוי כיצד אתה מרגיש.

דיכאון אינו תהליך נורמלי של הזדקנות. דבר עם הרופא שלך!

להערכתך, הפצת מידע בדרך זו או בדרך דומה לזו עשויה לתרום רבות לכל האוכלוסייה, כשם שתורם מידע על תסמיני מחלות שונות, הזמין היום לציבור הרחב.

הטיפול הפסיכולוגי בדיכאון:

בחרתי להציג את הטיפול הפסיכולוגי בדיכאון באמצעות שני מטופלים שונים. בשני המקרים היה הדיכאון תגובה לאבדנים הקשורים למהלך ההזדקנות, אך למעשה היה בהם גם ביטוי לפגיעות נרקסיסטית ולקשיים ביחסים בין-אישיים בעבר. הטיפול התמקד בחיזוק הכוחות ובעיקר בשיקום העצמי המזדקן הפגוע.

המטופל הראשון הוא מנחם.

מנחם: דיכאון לאחר פרישה לגמלאות

מנחם בן ה-78 הגיע לטיפול בהמלצת בתו, עובדת סוציאלית במקצועה.

מנחם נראה צעיר מכפי גילו. מבנה גופו רחב, קומתו נמוכה, שערו האפור מלא, עיניו מעוטרות בגבות עבות וכהות, ומבטו עצוב ומיוסר. במפגש הראשון תיאר מנחם את הדיכאון שבו הוא שרוי זה זמן מה ואת ניסיונותיו הנואשים להיחלץ ממנו. שפתו עשירה וקולחת, הוא יוצר קשר ללא קושי ומצליח לעורר הבנה רבה ואמפתיה למצבו. הדיכאון משתלט עליו מרגע שהוא פוקח את עיניו בבוקר. הוא מתקשה לצאת מהמיטה וממשיך לשכב במיטה עד שאשתו מכריחה אותו לצאת ממנה. הוא מתאר עייפות גדולה,

חוסר אנרגיה, חוסר רצון לצאת מהמיטה ולהתחיל יום של פעילות, ויציאה מהבית או מפגש עם חברים הם בעיניו משימה בלתי אפשרית. מצב רוחו הירוד מלווה מחשבות פסימיות על העתיד הצפוי לו, ורגשי אשם כבדים מעיקים עליו משום שהוא מזדקן ומהווה נטל על אשתו ועל ילדיו. הוא מודע לקושי של אשתו להתמודד לבד ובעיקר למאמצים העצומים שהיא משקיעה כדי לעזור לו לתפקד. "לא מגיע לה", הוא ממלמל, "מה היא צריכה זקן כמוני על הראש שלה? היא עדיין צעירה ומלאת חיים ואני סוס מת".

המשבר בחייו של מנחם החל לפני כשנה, בעקבות אירוע מוחי אשר בעקבותיו חלה הידרדרות במצבו הגופני. הוא סובל ממגבלות בהליכה, מתקשה להתרחץ בעצמו ומתנהל באטיות ובכבדות. הדיכאון מתבטא במצב רוח קודר ופסימי, בחרדה מפני הידרדרות נוספת במצבו, והוא חש אבדן שליטה וייאוש. מדי פעם בפעם הוא סבל מהתפרצויות בכי חסר שליטה, והן יוחסו בין השאר גם למצבו הנירולוגי הירוד. כבר בזמן השיקום בבית החולים הוא החל לקבל טיפול תרופתי נוגד דיכאון, אך הטיפול לא הניב תוצאות משביעות רצון. הגלולות שניתנו לו הוחלפו כמה פעמים לאחר שהתלונן על תופעות לוואי ועל אי-שקט. הוא גם עבר מפסיכיאטר אחד למשנהו בחיפוש אחר פתרון למצבו. כיום הוא מטופל בתרופות אך עדיין אינו מרגיש שיפור במצבו. להערכתו הוא אינו מצליח להגיע לאיזון תרופתי מתאים והדבר תורם למתח ולחרדה שלו. הוא מרגיש שהרופא עצמו אינו יכול למצוא פתרון למצבו.

לכאורה נראה היה בתחילת המפגש שהדיכאון הוא בעיקרו דיכאון תגובתי המתקשר לאירוע המוח שעבר, ודיכאון זה מתחזק בעקבות הירידה בתפקוד ותחושות חוסר האונים והחרדה הנלוות אליה. אך בהמשך השיחה ובמהלך השיחות שניהלנו במשך כמה חודשים התקבלה תמונה מורכבת הרבה יותר, שראשיתה בילדות והמשכה במשבר הפרישה לגמלאות.

הדיכאון שהתפרץ בעקבות האירוע המוחי, שהיה ללא ספק אירוע טראומתי, עורר מתרדמתם משקעים רבים מעברו של מנחם. הדיכאון הנוכחי הוא האחרון בשרשרת של תגובות דיכאון שאפיינו את ההתמודדות של מנחם עם פרידות ועם אירועים קשים בחייו. מנחם סובל מלידה מנכות קלה ברגלו. אביו נפטר בגיל צעיר ואמו, שאליה היה קשור מאוד, הייתה אישה חולה. הוא מתאר אותה כאישה עדינה מאוד, שברירת וחלשה. על פי תמונות הילדות

שלו, הקשר עם אימא הוא סביב המיטה שבה היא שוכבת במשך מרבית שעות היום. ההתמודדות עם הנכות ברגל, עם מחלת האם ועם מות האב הולידו אצל מנחם צורך חזק בשליטה והובילו אותו כל חייו לשאיפות גבוהות ולהישגים מרשימים ביותר בלימודים ובחברת בני גילו, הכול כדי לפצות על הנכות ועל תחושות חוסר האונים שחש בבית. בזכות הצורך לבלוט ולהצליח בלימודים ובקריירה זכה מנחם לתפקיד ציבורי בכיר ולמשרה בכירה באחד ממשרדי הממשלה, משרה בעלת כוח והשפעה רבה. למרות הכוח וההשפעה שהיו לו בתוקף תפקידו החברתי והמקצועי, נותר מנחם פגיע ורגיש, והיה נתון מדי פעם בפעם למצבי רוח. במהלך השנים אף חווה כמה אפיזודות של דיכאון, שבהן התקשה מאוד לתפקד במשך פרק זמן קצר. בבית הרגיש תמיד שאשתו היא החזקה והיא שהייתה האחראית על ניהול כלכלת הבית, על גידול הילדים ועל ההחלטות בכל מה שקשור להוצאות שוטפות וכן על החלטות חשובות כמו מעבר דירה, החלפת מכונית או רכישת דירה לילדים. אשתו גם הייתה אחראית במשך כל השנים - ועדיין היא האחראית - למסגרת החברתית, לתכנון טיולים, ליציאה לבילויים ולהזמנות בסופי שבוע. הפרישה לגמלאות וההזדקנות הנלווית אליה היוו איום גדול על מנחם, שהיה זקוק כל חייו לשליטה ולתפקידים המשמרים את תחושת הערך העצמי והמפצים על הנכות ועל החסך הרגשי. עד גיל 75 היה מנחם עסוק, בעבודה במשרה חלקית ובפעילות ציבורית. בגיל 75 הוא נאלץ לוותר על חלק ניכר מפעילותו הציבורית לטובת פעילים צעירים יותר, שלדבריו דחקו את רגליו. הוא הרגיש שהוא מתחיל לאבד שליטה, לאבד סטטוס, ובעיקר "להיות לא יעיל ולא רצוי במערכת". למרות הניסיון המקצועי העשיר והידע הרב שצבר הוא הרגיש ש"הצעירים מסתדרים מצוין בלעדיי. הם לא מעוניינים ללמוד מהניסיון שלי. הם רוצים כנראה ללמוד מהטעויות של עצמם".

הטיפול במנחם התמקד בעיבוד האבל המתמשך על אבדנים ועל פגיעות שמקורן בגיל צעיר, נמשכו בצמתים שונים במהלך החיים והחרפו שוב בזיקנה. אבדן העבודה וצמצום מעמדו בתחום הפעילות הציבורית המיטו עליו את הדיכאון האחרון. מנחם הרגיש שהוא מאבד לא רק סטטוס גבוה, כוח, השפעה, שליטה וכבוד; הוא הרגיש שהוא מאבד במידה רבה גם את זהותו, את עצמו, ושב להיות ילד נכה, חלש ועזוב.

מאז נאלץ לפרוש חיפש מנחם נואשות מסגרת חלופית לתעסוקה. הוא פנה לכמה ארגונים התנדבותיים אך התפקידים שהוצעו לו שם לא התאימו לדבריו למה שהיה לו להציע והוא הרגיש שזו ירידה נוספת של הסטטוס האישי שלו. הוא נרשם לקורסים במכללה, אך אלה היוו רק פתרון חלקי לחלל העצום שנפער בחייו המנטליים. תחביבים של ממש לא היו לו. הביקור אצל הנכדים אחת לשבוע ותפקיד הסב האהוב אמנם הסבו לו סיפוק והנאה, אך לא תרמו תרומה ניכרת לתחושה שהחיים בתקופת הזיקנה הם בעלי תוחלת אמתית ומשמעות. האירוע המוחי הוסיף לאבדנים הרבים גם את אבדן הבריאות ואת אבדן העצמאות הפיזית, ובעקבותיהם חל שינוי ניכר במערך היחסים במשפחה. ממפרנס ושולט הוא הפך לחסר אונים, לתלוי ולנעזר, לחסר ערך ולמכביד לפי תפיסתו. מצב זה ערער עוד את ביטחונו העצמי ואת הערך העצמי הפגועים ממילא. רגשי אשם כבדים על כך שבגלל מצבו הוא פוגע באיכות החיים של אשתו ומדאיג מאוד את ילדיו, שתמיד הניח להם להרגיש שהוא חזק וכול יכול, תרמו לדיכאון העמוק.

האבל של מנחם היום הוא גם על שנים של פעילות ויצירה, של עשייה ונתינה, שחלפו להם ואינם עוד. "אני מרגיש שהפכתי זקן חסר תועלת, לנטל על המשפחה, מה עוד נותר לי לעשות בגילי ובמצבי, עדיף להסתלק מכאן".

כדי לשקם את העצמי הפגוע ביקשתי ממנחם לערוך יחד אתי סקירה של חייו. יצאנו למסע מרתק אל העבר וגילינו את הכוח העצום שבילד הקטן, החלש והנכה, המתמודד עם יתמות, עם חולי ועם בדידות, וכל זאת כשהוא מציב לעצמו אתגרים - בתחילה אתגרים פיזיים קשים כמו מסע רגלי מפרך והדרכה בתנועת נוער למרות מגבלותיו, ובהמשך אתגרים במסגרת העבודה להתקדם לתפקידי ניהול בכירים שהצריכו שעות ארוכות של למידה נוסף על העבודה ללא גבולות. בהדרגה הצליח מנחם למלא בפגישות עמי "סל" של הישגים והצלחות בתחומי החיים השונים. מתוך פרספקטיבה של שנים ותוך כדי סקירת עברו קיבל מנחם תובנות חדשות לגבי החלטות שונות שהחליט כמהלך חייו. הוא גם הצליח להבין את הסיבה לכמה צעדים שהתחרט עליהם בשלב מאוחר יותר בחייו והם הטרידו אותו מאוד, כמו למשל הסיורב לצאת לשליחות בחו"ל. המפגש המחודש עם הילד הרגיש והפגוע מהילדות במסגרת הטיפול אפשר הבנה וקבלה של הצורך העצום שלו באישור וכאהבה, ושל החרדה העצומה שחש שאם יכביד או ידרוש יותר מדי - יידחה. כשהיה

בידו סל מלא של הצלחות והישגים קל היה יותר לדבר על אבדנים ועל פגיעות. החיזוקים הרבים שקיבל בשיחותינו אפשרו לו להשלים עם העובדה שיכולותיו כיום מוגבלות. שהיום כבר אין הוא יכול לעבוד ולתרום באופן פעיל, אך לאחר שתמך ועזר לכולם במשך שנים רבות כל כך ומגיל כה צעיר - "זה בסדר" היום לנוח ואפילו להיעזר באחרים. מצבו הגופני של מנחם לא השתפר וגם מצב רוחו נשאר ירוד יחסית, אך חל שינוי בדימוי העצמי שלו. שינוי זה התבטא בכך שהוא התחיל "לטפל" בעצמו במקביל לטיפול הפסיכולוגי. הוא החל לשחות כמה פעמים בשבוע, וחזר לעסוק בפיסול בחוג שהתחיל בזמנו אך הפסיק עקב חוסר אנרגיה ועניין. גישתו השתנתה מעט; הוא הפך ביקורתי פחות ומוכן יותר לקבל את העובדה שהוא "זקן" ונמצא בחוג של "זקנות", אך אלה עשויות להיות כמוהו - צעירות ברוחן ומלאות חיים. תרומה ניכרת לשיפור שחל במצבו הייתה ההצעה לתעד את חייו ולצורך כך התגייסה בתו הבכורה. הוחלט על מפגש שבועי ביום וכשעה קבועים שבו היא תראיין אותו, ובמקביל הוא הכין חומר כתוב ומתועד כמו תעודות, תמונות, מכתבים שקיבל וכתב. המטרה הייתה להוציא זאת לדפוס לקראת יום הולדתו ה-80. לסקירת העבר ולמפגש הבלתי אמצעי עם הבת לצורך הכנת הספר היה ערך טיפולי חשוב לא פחות מהמפגשים שלנו.

במהלך הטיפול נפגשתי כמה פעמים גם עם אשתו של מנחם. גם היא, כמטפלת העיקרית בו, הייתה זקוקה לתמיכה ולחיזוק, אף שתפקדה בלא דופי. מטרתנו הייתה גם להסיר לאט ובהדרגה את האחריות הגדולה שקיבלה על עצמה לשיקומו ולהעביר אליו חלק מהאחריות הזו. התלות הגדולה שלו בה החלישה אותו מאוד ובעזרת אשתו ניתן היה "לשחרר" חלק מתלות זאת; לתת לו את ההרגשה שלמרות מגבלותיו אפשר לסמוך עליו ושהוא יכול לנצל חלק מהרזרבות הפיזיות הלא מנוצלות שלו ביתר יעילות. הכנסת מטפל סיעודי ומרפאה בעיסוק הוסיפו עוד עניין ותוכן ואפשרו לאשתו חופש רב והקטינו מעט את רגשות האשם שלו.

גב' וייט: דיכאון של אישה בת 60 - הפחד מהזיקנה

גב' וייט בת ה-60 הופנתה אליי על ידי רופא המשפחה עקב דיכאון. בפגישה הראשונה היא לא הפסיקה לבכות. היא ייחסה משמעות כמעט מאגית לשינוי ה"קידומת" עם הגיעה לגיל 60, והרגישה שחייה בעצם מסתיימים. במהלך הפגישה הראשונה עלו חרדות רבות מהזיקנה, מהזדקנות הגוף ומהכיעור של נשים זקנות, ממחלות וממגבלות צפויות. תחושתה הכללית הייתה תחושה של ירידה תלולה במדרון המוביל לתהום. לאבל הכבד על אבדן החיים הצפוי לא היה כל קשר לתפקודה, להופעתה החיצונית הנאה והמטופחת ולחייה הנוכחיים. גב' וייט דיווחה על בריאות תקינה, להוציא כאבי ראש שמהם סבלה שנים ואשר התחזקו בחודשים האחרונים בעקבות אי-שקט ודיכאון. בשבועות האחרונים היא התקשתה להירדם, תאבונה נעלם והיא הרבתה לשתות משקאות אלכוהוליים. בהפסקות הבכי היא דיברה בטון תקיף, ושידרה, למרות הדיכאון, אנרגיה רבה וביטחון. היא סיפרה לי שהיא עובדת כסוכנת מכירות במשרד תיווך גדול, משתכרת היטב ושואבת סיפוק מהעבודה.

בפגישה הראשונה הייתה גב' וייט חשדנית. בעיניה הייתי צעירה מדי והיא רצתה לדעת האם אני מנוסה בטיפול במקרים כמו שלה. הצעתי לה שנערוך שתי פגישות היכרות, ובמהלכן תחליט אם היא מעוניינת להמשיך. הטיפול נמשך כשישה חודשים. להלן סיפורה של גב' וייט:

גב' וייט נולדה בעיר קטנה כבת בכורה במשפחה בת חמישה ילדים. האב היה פועל והאם עקרת בית קשת יום. מגיל צעיר הייתה גב' וייט מעורבת בעול הטיפול באחיה הקטנים ובעזרה בבית. האב שהה רוב הזמן בעבודה ובסופי שבוע בילה כבר השכונתי. גב' וייט שלטה מגיל צעיר מאוד באחיה הצעירים ממנה ובאמה, שהייתה לדבריה אישה טובה וחלשה, והיא שלטה גם בחברותיה. בגיל 16 החליטה גב' וייט שלמדה דייה. היא עזבה את בית הספר ומצאה עבודה בחנות הכלבו המקומית. בגיל 18 החליטה שהגיע הזמן להרוויח כסף והיא עברה לעיר הגדולה. זמן קצר לאחר מכן הכירה בחור בן גילה, וכדי לחסוך בהוצאות ולהימלט מהבידודות הם החליטו להינשא. עם הולדת הבת הבכורה, כשנתיים לאחר הנישואים, היא הפסיקה לעבוד והתמסרה לגידול הבת. שלוש שנים לאחר מכן נולד בנה.

השהייה בבית עוררה בגב' וייט תסכולים רבים, וגם יחסיה עם בעלה הידרדרו ולא תרמו להרגשתה הכללית. היא לא הייתה מרוצה מחייה ולא נהנתה מהם

כשכנותיה וכחברותיה עקרות הבית שנהנו מגידול הילדים ומטיפוח הבית. המתח בבית גבר והיא חשה שהיא עולה במידה רבה על בעלה. היא שניהלה את ענייני הכספים ואת חינוך הילדים.

בעלה של גב' וייט החל להיעדר מהבית והיא מצאה נחמה בכמה רומנים עם גברים אחרים. הקשר בין בני הזוג הלך והתרופף ובסופו של דבר חדלו בני הזוג מקיום יחסי מין. וכך הם חיו במשך כל השנים יחד, אך לחוד. לפני כשלוש שנים הוא קם יום אחד בלי להודיע דבר ועזב את הבית. אף שהיחסים ביניהם נגמרו למעשה שנים קודם לכן, עזיבתו קשתה עליה מאוד. היא התקשתה להתמודד עם העובדה שבעלה הוא שעזב את הבית, ואל אחת כמה וכמה משום שעזב למען בחורה צעירה. הפגיעה הנרקיסיסטית הייתה קשה והפרידה הייתה טראומטית מאוד. היא כעסה על בעלה כעס רב, נתקפה אי-שקט עצום, לא יכלה לישון, איבדה את התיאבון, וכמו במשבר הנוכחי, נמלטה אל האלכוהול ואל הסיגריות. היא ניסתה להתנקם בו באמצעות מאבקים כספיים וצווי עיקול שהוציאה על הרכוש המועט שהיה לו. לראשונה בגיל 56 הרגישה זקנה, לאור העובדה שבעלה בחר לעזוב אותה ולחיות עם מישהי הצעירה ממנה בעשר שנים. לאחר חודשים אחדים שבהם התאבלה על הפרידה וסבלה מדיכאון, היא החלה לשקם את חייה. הצעד הראשון היה מציאת עבודה. העבודה בחברת התיווך הייתה פתרון הולם מאחר שהיא אפשרה גיוון רב, ניידות ומפגש עם לקוחות רבים. בתוך זמן קצר היא הרגישה שהיא חוזרת במהירות לעצמה, לביטחון, לאסרטיביות, לתחושה שערכה רב יותר מערכו של בעלה.

פגיעות נרקיסיסטיות קודמות חוותה גב' וייט גם ביחסיה עם ילדיה. בתה נישאה בניגוד לדעתה לבחור ממוצא איטלקי ועברה לגור בעיר אחרת. כינתיים נולד לה נכד אך היא אינה מצליחה לראות אותו בגלל המרחק הרב ובעיקר לאור הביקורת שלה על חתנה ועל משפחתו. הקשר עם בתה רווי כעסים ואכזבות. גם הקשר עם בנה, שהיה קשור אליה מאוד בכל השנים, הורע לאחרונה מאחר שהוא עבר לגור עם אישה המבוגרת ממנו בחמש שנים. את האישה הזו היא מתעבת ומפנה כלפיה כעס רב. לדעתה היא מנצלת את התמימות של בנה ומבזבזת את מעט הכסף שהוא משתכר. לגב' וייט עצמה יש חבר, ואף שהוא צעיר ממנה וחי על חשבונה ומנצל אותה לדבריה, היא

קשורה אליו מאחר שהוא איש טוב, אמנם חלש, אך מעריך אותה ומוכן לעשות כל דבר למענה.

כפי שנראה מהסקירה הקצרה של גב' וייט על חייה, שימש המעבר לגיל 60 כזרז לתהליך אינטנסיבי מאוד של אבל על אבדנים קודמים ועל פגיעות נרקיסיסטיות בשלבים שונים של חייה. הגיל עורר בה חרדה מפני אבדן הנשיות והעצמאות (מה גם שהיה איום ממשי שיפטרו אותה בקרוב). חרדה זו של אבדן עוררה בה קונפליקטים מוקדמים בלתי פתורים ואבל בלתי גמור על אבדנים קודמים, כמו למשל מות אמה שנפטרה לפתע בעיר רחוקה מבלי שגב' וייט נפרדה ממנה ואפילו לא הספיקה לראותה בשנה האחרונה לחייה. השיחה על אמה גלשה לכעס ולתסכול מחודשים על בעלה ועל ילדיה, שכל אחד בדרכו נטש אותה ופגע בה. הדיכאון המחיש שוב את תחושת חוסר האונים ואת תלותה באחרים.

כמשך כל השנים הצליחה גב' וייט להתמודד היטב עם הקשיים באמצעות מנגנוני השלכה ותגובות היפוך, דהיינו בשתלטנות ובעצמאות מדומה, וכל הזמן חיפשה אחר אובייקטים שיחזקו אותה ויתמכו בעצמי הפגוע שלה (חברות, בעל, ילדים, מאהבים). עזיבת בעלה, למרות הקשר המרוחק ביניהם, והתחלת ההזדקנות, גרמו להיחלשות האני ולדה-קומפנסציה של מנגנוני ההגנה. התדמית של האישה החזקה והעצמאית קרסה והתגלה עצמי פגיע, רגיש מאוד וחלש.

מטרת השיחות בינינו הייתה לעזור לגב' וייט לעבור תהליך של אבל על פגיעות ועל חסכים מהעבר שצפו ועלו בעצמה גדולה על רקע ההזדקנות, לשקם את העצמי הפגוע ולאזור מחדש את הכוחות כדי להתמודד עם שלב נוסף בחייה. במהלך החודשים הראשונים שימש הטיפול כעוגן או כפיגומים שבהם נעזרה גב' וייט. היא הגיעה לפגישות בדייקנות מפתיעה ולא החסירה אף פגישה אחת. במהלך הזמן, כשפסק הבכי והיא הרגישה שוב שהשליטה על חייה בידיה, היא השתתפה בניהול הפגישות: היא הכינה נושאים לשיחות, שמרה על לוח זמנים והקפידה תמיד לסיים את הפגישות בזמן. נראה שהייתה זאת דרך נוספת להתמודד עם האיום שבפרידה ועם הדחייה כשתם הזמן שהוקצב לה. אף שהטיפול היה קצר יחסית, ההעברה הייתה אינטנסיבית מאוד. פעמים רבות היא העבירה לי תחושה של חוסר אונים, לעתים אף כעס,

ועם זאת גם הערכה. כשהערת על הצורך שלה לנהל את השיחות ועל הקושי העצום שלה לקבל ממני משהו או להיות תלויה בי ובאחרים, היא פרצה בבכי והודתה בדמעות שהיא זקוקה להגנה ולחום, והיא מרגישה שהיא באמת מקבלת אותם רק בטיפול. אך היא המשיכה להיות גם ביקורתית וסקרנית מאוד לגבי חיי הפרטיים. לא פעם הרגשתי מאוימת נוכח ניסיונותיה להפוך אותי לבתה ולנהל אותי כפי שניהלה את חיי ילדיה וחיי משפחתה בעבר.

בתוך חודשים אחדים החלה גב' וייט לדווח על שינויים ועל שיפור בהרגשתה. היא נרגעה, הפחיתה במידה רבה את צריכת האלכוהול, התחילה לראשונה לשחק גולף והפיקה הנאה מרובה מן המשחק ומן עולם התוכן החדש והמשמעותי שגילתה. היא הכירה אנשים חדשים והתחושה שיש חיים אחרי גיל 60 התחילה להתחזק ולהתבסס. לקראת הקיץ היא החליטה לנסוע לבקר את בתה ולהשלים עם חתנה ועם משפחתו. היא סיכמה עם הממונה עליה בעבודה על מעבר למשרה חלקית, וכדי להוכיח לו ולעצמה שהיא איננה מזדקנת, העמיסה על עצמה עבודה רבה יותר והחלה להתחרות בסוכנים אחרים - הכול כדי להוכיח שהיא אשת מכירות טובה כפי שהייתה. מצבי הרוח ורגעים של נפילה לייאוש לא נעלמו לחלוטין, אך תדירותם פחתה במידה ניכרת והיא הצליחה לצאת מהם ככל פעם ולהתארגן מחדש.

בתום שישה חודשים הודיעה לי גב' וייט שהיא מרגישה מצוין, ומאחר שהטיפול מהווה מעמסה כספית כבדה היא רוצה לסיים אותו. הפסקת הטיפול הייתה כמה שבועות לפני חופשת הקיץ שלי. בפגישה האחרונה שוחחנו על הצורך שלה לקטוע את הטיפול כדי להרגיש שהיא בשליטה, לאור חרדתה העצומה מתלות ומאבדן שליטה. הטיפול לא נגע בקונפליקטים מוקדמים שחלקם עלו בשיחות, כמו למשל יחסיה עם אביה ועם גברים אחרים, הדימוי הנשי שלה לעומת התנהגותה או מה שנראה כמו הזדהותה עם חלקים "גבריים", התחרות האדיפלית שלה עם הגברים והקשר המיוחד והטעון שלה עם בנה.

כאמור, הטיפול התבסס בעיקר על תמיכה ועל קבלה אך בהמשך סייעתי לה להגיע לתובנה לגבי דפוסי התנהגותה ולגבי מערכות היחסים שיצרה. היא למדה להכיר בכך שהיא זקוקה לאנשים קרובים סביבה שימכו ויחזקו אותה, אך היא גם הבינה שהיא אינה יכולה לצפות שהילדים, למשל, יהיו בלתי

נפרדים ממנה. כחלק מההתפתחות שעברה הסכימה גב' וייט שהיא חייבת להכיר בשונות ובייחודיות שיש להם כאנשים נפרדים ובוגרים. הטיפול לא התיימר ליצור כל שינוי במבנה האישיות הנרקיססטית שלה אך עזר לה לפתח מנגנוני הישרדות יעילים יותר.

גב' וייט חשה צורך לקבוע את חוקי המשחק בטיפול ולכן היה זה אך טבעי שהיא גם שהחליטה מתי הוא יסתיים. כמו במקרים רבים אחרים שטיפלתי בהם, כשנפרדנו היא חשה שהיא מיצתה את אפשרויות הטיפול וקיבלה הרבה מאוד, ואני חשתי שעדיין לא נגענו בדברים רבים ושאלנו בעצם רק בתחילתה של דרך שנפסקה בטרם עת.

היפוכונדריה

הדיכאון עשוי להתבטא בסומטיזציה, שהיא ביטוי לגיטימי וכביכול נורמטיבי במהלך ההזדקנות, וכך להפוך להיפוכונדריה. ניתן לכנות את ההיפוכונדריה גם סומטיזציה של הדיכאון. באין מענה לבדידות ולמצוקה הרגשית, עשוי האדם המבוגר לחפש מעט תמיכה או תשומת לב מהרופא או מהצוות הרפואי במרפאה, בקופת החולים או בבית החולים. כך הוא המקרה של מלכה.

מלכה: ההיפוכונדריה של אלמנה ואם שכולה

מלכה בת ה-76 היא אלמנה ואם שכולה. שנים רבות היא סובלת מלחץ דם גבוה ומסוכרת. בעשר השנים האחרונות החלה גם ללקות בלבה. היא אושפזה כמה פעמים לצורך ארבעה צינתורים ולצורך ניתוח מעקפים. הרופאים מתארים אותה כ"נס רפואי". למרות התפקוד המוגבל של הלב, החסימות וקשיי הנשימה, היא שורדת הרבה מעבר לכל תחזית רפואית. מלכה חיה לבד בסכיבה מוזנחת בדרום תל-אביב, ואת ימיה היא מבלה בבית בצפייה בטלוויזיה. הקשר עם בנה היחיד ועם הנכדים הוא קשר טלפוני בעיקר. אף שהייתה רוצה שיבקרו אותה לעתים קרובות יותר, היא איננה מתלוננת על כך ואינה מבקשת זאת. היא יודעת שהם עסוקים וטרודים בצרות משלהם. בנה של מלכה משתדל להתקשר בכל יום אך מתאר קושי נפשי רב לפני כל שיחת טלפון ולאחריה: "אמי ממוקדת רק בעצמה ובמחלות שלה. רק לשמוע את ה'הלו' הדיכאוני הזה בטלפון מכניס אותי ללחץ. אני גם עייף מלשמוע רק על

המחלות. היא לא עושה שום מאמץ לשמור על קשר עם מעט החברות שהיו לה. היא גם לא מתקשרת לאף אחד. תמיד זה אני שצריך להתקשר”.

גם הנכדים נמנעים מלהתקשר אל מלכה. מבחינתם, לבקר את סבתא הוא עול ובלחץ אביהם הם נאלצים לעמוד במשימה הקשה הזו מדי פעם בפעם, בדרך כלל כשאין היא מרגישה בטוב. הם טוענים שהיא מדברת רק על מחלות ועסוקה באופן כפייתי בדיווח מפורט על סוגי הגלולות שהיא מקבלת, על העליות והירידות בלחץ הדם וברמות הסוכר, ועל הבדיקות בבית החולים. עם זאת הקשר עם המשפחה הופך קרוב ואינטנסיבי בכל פעם שחלה הידרדרות במצבה הבריאותי והיא מגיעה לחדר מיון או לאשפוז. המשפחה הדואגת מתגייסת למשימת ההשגחה והטיפול בבית החולים מתוך מחויבות ואחריות, בתחושה נלווית של אשמה על שלא הבחינו עד כמה גרוע מצבה הפיזי. לעומת זאת, בבית החולים מרגישה מלכה טוב יותר. לאחר יום או יומיים היא מתאוששת, מדברת הרבה יותר מהרגיל, מחייכת ואף מתעניינת בנעשה סביבה. נראה שבבית החולים היא “פורחת”. מצב רוחה משתפר. יש סביבה פעילות ואנשים.

אף שמלכה חכמה וצלולה, מנהלת חשבונות בהשכלתה, אין היא מטפלת בענייניה הכספיים. את כל הניהול, כולל משיכת מזומנים מהבנק, הפקידה בידי בנה. “אין לי כוח וסבלנות”, היא אומרת. ככלל, היציאות היחידות מהדירה בקומה הרביעית ללא מעלית הן לביקורים אצל רופאים ולבדיקות אין-סופיות בקופת החולים. אחת לחודש לפחות היא מזעיקה את “שחל” ומגיעה לחדר המיון בבית החולים בשל חשש להידרדרות במצבה. בחמש השנים האחרונות מאז פטירתו של בעלה היא אושפזה שבע פעמים בבית החולים.

לפני כחצי שנה, בלחץ המשפחה, הסכימה מלכה להכניס הביתה מטפלת פיליפינית. קשה לתאר את השיפור שחל במצבה. מספר הפניות ל”שחל” ירד במידה ניכרת, ואף שהיא ממשיכה להיות עסוקה (מנטלית) בבריאותה בעיקר וחייה ממשיכים להתנהל סביב קופת חולים, תרופות ומחויבים שונים, מצבה יחסית טוב יותר.

מה גרם לשינוי במצבה של מלכה? מצב בריאות הפיזית לא השתנה. גם הדיכאון המלווה אותה שנים רבות לא נעלם. למרות כל זאת, השתפרה

הרגשתה הכללית במידה מסוימת משום שהיא לא לבד. החרדות פחתו והיא מרגישה בטוחה ורגועה יותר במחיצת אדם נוסף בבית. נפתרה גם בעיית הבדידות ובעיקר הבידוד החברתי שמלכה הייתה שרויה בו בשנים האחרונות. כיום היא זקוקה פחות לתשומת הלב של המשפחה ולטיפול בקופת החולים. היא מרגישה חופשייה יותר להעביר ביקורת על המטפלת הזרה, לכעוס עליה ולהעיר לה. ביטויי התסכול והכעס כמעט נעלמו בכל הקשור לבנה ולנכדיה. אמנם היא עדיין מרגישה כעס ותסכול כלפיהם, אך כדי לשמור על מערכת יחסים טובה היא משליכה כעסים על המטפלת או ממשיכה לבטאם דרך הגוף.

פרויד (Freud, 1914) התייחס אל ההיפוכונדריה כאל חלק מהבנת הנרקיסזם. הוא ציין שההיפוכונדריה מבטאת נסיגה של הליבידו ועניין באחרים והתקתם לגוף, כחלק מתהליך פתולוגי בהתפתחות אפשרית של פרנויה או של פסיכוזה. מקרים קליניים בספרות הפסיכואנליטית מראים כי מתחת לתסמיני ההיפוכונדריה נמצאות פנטזיות לא מודעות המערבות תוקפנות, פרגמנטציה של העצמי ומנגנוני הגנה פרימיטיביים כמו השלכה ופיצול. בהיפוכונדריה הגוף הוא בעצם גם הגשר וגם המחסום בין העולם החיצון לבין העצמי הפנימי.

בכל הקשור למישור התפקודי, הרי בהיפוכונדריה חלה נסיגה לעומת הדיכאון. כשהגוף הוא העומד במרכז מבחינה פסיכולוגית, נשמרים יחסי אובייקט ודרך כלל האדם האחר המשמעותי (בן או בת זוג, ילד) נתפס כטוב, כי כל האנרגיה השלילית מושלכת על הגוף.

זקנים שהם מנותקים מאוד ומבודדים חווים את העולם החיצון כריק. מבחינתם נותר רק עולם העצמי: הקונקרטי, הפיזי, הגופני. המוח תופס את הגוף כאזור פריפרי המתפשט עד לעולם הגשמי. במעבר מהעולם החיצון פנימה האנרגיה נתקעת בגוף ומכאן ההיפוכונדריה.

ההיפוכונדריה היא תקשורת לא מילולית, מעין פנטומימה גופנית (Barsky, 1992), שבאמצעותה האדם מבטא כלפי אדם אחר החשוב בעיניו שדבר-מה אצלו אינו כשורה. הנסיבות הן בין-אישיות ומכאן הסברה שאם נשים את ההיפוכונדר במדבר, ייעלמו התסמינים. התסמינים מבטאים בקשה מפורשת: תנו לי מנוחה, פסק זמן, אל תצפו ליותר מדי.

התסמינים ההיפוכונדריים מבטאים את הצרכים הבלתי מסופקים של האדם לקבל טיפול, עידוד, תמיכה והזנה. הם גם משמשים דרך להתמודד עם תחושות של חוסר ערך ונחיתות. הגוף הוא המוגבל, והדבר נסבל יותר מן ההכרה שמהו בי אינו כשורה, שהעצמי שלי אינו

כשורה. כחולה מרגיש האדם שאין הוא חייב לקבל אחריות ולהסביר כישלונות. יתרה מזאת, בהיותו חולה מותר לו לקבל עזרה ואין מאשימים אותו במצבו. ההיפוכונדרים מאופיינים בהתעסקות יתר באובייקט היחיד שנותר - הגוף. ההתעסקות בגוף מספקת אליבי לכישלונות והיא מסירה מהאדם את האחריות, והוא אומר לקרוב לו: לא אני אחראי, גם לא אתה, הגוף אשם. לכן בתחילה לפחות היחסים הבין-אישיים אינם נפגעים. עם זאת, בחלוף הזמן, בהתנהגותו מרחיק ההיפוכונדר אנשים ממנו ואז הוא מרגיש מוזנח, הכעס גובר ועמו השינוי בתפיסת האובייקט. טיפול נכון בהיפוכונדריה עשוי למנוע פרנויה.

הטיפול בהיפוכונדריה

הטיפול בהיפוכונדריה שונה מטיפול רגיל ומטרתו העיקרית היא לספק לחולה דאגה ואכפתיות (CARE) ולא ריפוי (CURE). המטרה היא לעזור למטופל לשאת את התסמינים ולא להכחיד אותם. המטפל חייב להכיר בעובדה שההיפוכונדר זקוק לתלונותיו כדי לשמור על הערכה עצמית ביחס לאובייקט. משום כך יש לתמוך בו במפגש עמו ולשמש כמיכל לתלונותיו ולחרדותיו. אין להתווכח אתו ולנסות לשכנעו שאין בסיס לחרדותיו, ואף לא לספק לו פירושים על תחושותיו. המטרה היא לטפל בתסמינים בלא לצפות שייעלמו. למעשה, יש שני מישורים לתקשורת בעת הטיפול: במישור השטחי המטופל והמטפל עסוקים בחוזה המסורתי - לעשות דבר-מה בדבר התלונה של המטופל, למשל: "אני רואה שיש לך בעיה. אינני יודע מה הסיבה אך אעשה כמיטב יכולתי לעזור לך"; במישור העמוק יותר שוררת הבנה שהמטופל זקוק לתסמינים כדי להתמודד.

המטפל מספק למטופל יחסי אובייקט יציבים בעצם היותו זמין למטופל בזמנים מוגדרים. המטפל נותן למטופל לגיטימציה להרגיש חולה או לסבול. מילות תמיכה ועידוד בנוסח "אני מתארת לעצמי כמה קשה לך, או כמה כואב, או כמה אתה מודאג ממצב הבריאות שלך" מאפשרות למטופל להרגיש שיש מי שמבין אותו, מעודד אותו ומחזק אותו להמשיך ולהתמודד למרות התסמינים הקשים שמהם הוא סובל.

כשנראה שנוצר קשר והמטופל מרגיש בטוח ורגוע יותר, ניתן להתחיל לשאול אותו על חייו ועל האנשים החשובים בחייו. במהלך הזמן ניתן לעמת את המטופל בעדינות עם העובדה שאדם כמוהו, בעל עבר עשיר, משפחה ותחומי עניין, מדבר רק על הגוף, ולעזור לו לבטא במילים קשיים, תסכולים, אכזבות או כעסים שאולי יש בו כלפי הסביבה. יש להביא בחשבון שרוב המטופלים המגלים רגישות מוגברת לגופם מגלים גם רגישות מוגברת לעימותים בין-אישיים ולכן במקרים רבים תגובותיהם קיצוניות.

יש להדריך את הצוות הרפואי, את הרופא או את האחות שיש לבדוק את החולה בדיקה יסודית, לצייד אותו בגלולות כלשהן כדי שירגיש שהוא זוכה לטיפול, לקבוע את פגישות קבועות בתדירות תכופה ולא כפי שמקובל רק כשנוצרת בעיה. חשוב שהחולה ירגיש שהרופא מתייחס אליו לא רק כאל חולה אלא כאל אדם ויגלה בו עניין מעבר לתסמינים. גם האבחנה של הרופא צריכה להיות ברורה ולא רק שלילה של מחלות שהמטופל אינו חולה בהן. אפשר למשל לדבר על רגישות יתר של מערכות בגוף, על מערכת חיסון חלשה ועוד.

החמרה נוספת של הדיכאון, בעיקר אם הוא מלווה רגשות של מרירות, של האשמה או של קנאה, עלולה להפוך לפרנויה. בין דיכאון לבין פרנויה עשוי להיות שלב מתווך של רגשות של קנאה ושל נקמה. היחלשות האגו יכולה לעורר דחפים נרקסיסטיים ואגרסיביים, העלולים להביא לידי השלכה של רגשות על אחרים.

בדיכאון במהלך ההזדקנות ובזיקנה יוצא לעתים כל התסכול שנצבר בקרבו של אדם במשך שנים ארוכות, ותסכול זה מלווה קנאה או נקמנות. פעמים רבות האדם מרגיש שהגורל מאיר פנים לאחרים ולא לו, ומכאן קנאה ועמה לעתים הצורך להשבית את שמחתם של אחרים ואף לנקום בהם. האדם מרגיש שאם האחר טוב והוא עצמו רע, הוא חש צורך לגרום לזה שגם האחר יהיה רע. בגיל מבוגר מצב זה עלול להביא לידי חרדת רדיפה. לעתים מתפתחת חרדת רדיפה קשה עקב לחצים חיצוניים. במצב של דיכאון האדם יכול להיות אם כן תוקפני מאוד או נקמני.

בשלב השלישי שבו מתחילה הפרנויה, הגוף שהגן קודם לכן באופן סימבולי על העצמי אינו מצליח עוד להגן על העצמי הפגוע והתוצאה היא חרדה גדולה המתפתחת למחשבות רדיפה.

כך היה למשל במקרה של חיים, שהחל לקנא מאוד לאשתו ולהאשים אותה שהיא מתרועעת עם גברים זרים, אך בעצם הוא קינא בה בגלל בריאותה ומשום שהייתה עצמאית וניידת בעוד הוא מוגבל ורתוק לכיסא גלגלים. האשמת אשתו הייתה ביטוי לחרדתו וגם לניסיון נואש להגן על חולשתו ועל חוסר השליטה שלו, מבלי לפגוע בערך העצמי.

תסמינים פסיכוסיים: פרנויה ופרפנויה

הלחצים הרבים, האבדנים והשינויים במהלך ההזדקנות ובעיקר בתקופת הזיקנה המאוחרת עלולים להביא לידי התפרצות של תסמינים פרנואידיים המבטאים בעיקר את הקושי של הזקן לתת אמון בסביבה, ואת חרדתו ההולכת וגוברת מפני איבוד העצמאות. אופי התסמינים הפרנואידיים תלוי במשאבים השונים של האדם הזקן ובעיקר במצבו הקוגניטיבי.

האטיולוגיה של התפתחות הפרנויה בזיקנה מגוונת ומכאן חשיבותה של ההערכה הקלינית. לעתים הפרנויה מתעוררת בגלל ירידה בחושים, בשמיעה או בראייה. יש חוקרים הטוענים שתסמינים אלה מתעוררים לעתים אצל אנשים הסובלים מירידה מנטלית והם באים למלא את החלל שנוצר בעקבות הירידה בזיכרון. פרנויה עשויה להתפתח בזיקנה אצל אנשים הלוקים בהפרעות אובססיביות-קומפולסיביות או בהפרעות אישיות, בעיקר סכיזואידיות או נרקיסיסטיות.

גם טראומות המתרחשות בגיל צעיר יותר, כמו פרידה מההורים, הימצאות במצב של בריחה ומסתור, הגירה לארצות אחרות והיעדר צאצאים, מגבירות את הפגיעות לפרנויה בתקופת הזיקנה והתפרצות תסמיניה באה עקב לחצים הקשורים למצבים שונים בזיקנה. ניתן גם למצוא פרנויה בשכיחות גבוהה במוסדות סיעודיים, וההפרעה מתבטאת בדלוזיה מבודדת, בלא תסמינים אחרים ובלא כל הפרעה נירולוגית (Ruskin, Gurian, Wexler & Baker, 1992; 1990).

למרות הנטייה להתייחס להפרעה הפרנואידית בזיקנה כאל סוג של סכיזופרניה (Late Onset Schizophrenia), נראה שדלוזיה מבודדת פרנואידית נבדלת מהתסמינים של סכיזופרניה פרנואידית, בעיקר באנשים שתפקודם היה תקין במהלך חייהם.

פרפרניה (Late-Life Paraphrenia) היא פרנויה המתפתחת בתקופת הזיקנה, אך אפיוניה ייחודיים. ההפרעה מתבטאת בדלוזיה מבודדת בלא תסמינים אחרים ובלא כל הפרעה נירולוגית או הפרעה אפקטיבית ראשונית האופיינית לסכיזופרניה או למחלת אלצהיימר. למרות הפרעת הפרנויה, האישיות נשמרת. זריט וזריט (Zarit & Zarit, 1998) מכנים פרנויה כזו, שלוקים בה אנשים שחיי הנישואין שלהם ותפקודם בעבודה היו יציבים בעבר, בשם Encapsulated Paranoid Delusion. בדרך כלל מדובר באמונה מסולפת חזקה שתוכנה הפרנואידית בנאלי וקשור למציאות. הדלוזיות השכיחות הן מחשבות רדיפה המתבטאות בהתייחסות או בהתנהגות פרנואידית כלפי הסביבה, הנובעות מחרדה ומתחושה של איום פנימי מושלך שהופך לאיום או לאויב חיצוני. בתחומים אחרים, ניטרליים, זקנים אלה עשויים להתנהג ולחשוב בלא כל הפרעה בבוהן המציאות או בשיפוט. מולינרי וצ'אקו (Molinari & Chacko, 1983) טוענים שהתפתחות תסמיני הפרנויה בזקנים היא בדרך כלל תוצאה של שימוש מוגבר בהשכלה כמנגנון הגנה מפני אבל או של תפיסה של אבדן שליטה ואוטונומיה, האופייניים לזקנים מוגבלים התלויים בסביבה.

יש לציין שפרנויות שתוכניהן נסבים על בגידות מתעוררות במקרים רבים שבהם אחד מבני הזוג מוגבל או נכה בעוד האחר צעיר ובריא. צירוף של מטפלת או מטפל לבית או שהייה

במסגרת טיפולית סיעודית יכולים להיות הגורם להתפרצות של רגשות חזקים של קנאה ושל אבדן שליטה המעוררים חרדה גדולה, ובעקבותיה עשויה להתפתח הפרנויה.

נראה שתסמינים אלה מגנים על האנשים מפני רגשות קשים עוד יותר של ייאוש או של דיכאון עקב אבדנים, ומפני החרדה מהתלות שחוו בתקופה שקדמה להתפרצות תסמיני הפרנויה. במקרים רבים הדלוזיות מאפשרות לזקנים גם לשלוט בבני משפחה או באנשי הצוות במוסד, המרגישים חסרי אונים ונשלטים על ידיהם. כך הם מצליחים להניע את הסביבה להשקיע בהם תשומת לב ואנרגיה רבה. קשה להתעלם ממצוקתם, וכך הם מצליחים אולי לשמור על מידה מסוימת של ערך עצמי; במקום להכיר בחולשתם ובמוגבלותם ולחוש חוסר אונים וייאוש, הם משליכים את הרגשות האלה על הסביבה באמצעות האשמות והתקפות וגורמים לסביבה לחוש את חוסר האונים, את התסכול ואת הזעם שלהם באמצעות הזדהות השלכתית.

בדרך כלל הדלוזיה מוצגת כמערכת פרנואידית מאורגנת, לכידה, שיש לה הסבר לוגי ברור מה הסיבה להתנהגותו של האויב. סיבה זו היא המפתח להבנת הקונפליקט או המצוקה של הזקן.

בתקופה שבה עסקתי בטיפול ובייעוץ בבתי אבות פגשתי כמה דיירים פרפנויים שהדלוזיות שלהם היו קשורות בדרך כלל לחוויות טראומטיות מהעבר או למערכת יחסים קונפליקטואלית בלתי פתורה. כזה היה המקרה של קלרה.

קלרה: ניצולת שואה ערירית

קלרה, ניצולת שואה ערירית, הייתה דמות בולטת בבית האבות ומוכרת היטב לדיירים ולצוות. הדיירים נהגו להתרחק ממנה ויש שאף כינו אותה "המשיגינע". היא הסתובבה באי-שקט במסדרונות הבית כשבידה מקל הליכה ומדי פעם בפעם הרימה אותו כשוט אזהרה לנוכח דייר או דיירת שלדעתה הטרידו אותה או הפריעו לה בדרכה. בהיותה דוברת פולנית ואידיש בלבד, התקשתה קלרה לתקשר עם מרבית אנשי הצוות בבית האבות. היא נתפסה בעיניהם כאישה קשה, שתלטנית ודרשנית, שהרבתה להתלונן ולבקש דברים מיוחדים. מדי פעם בפעם נתקפה קלרה התפרצויות זעם ומשום כך דחו אותה הן אנשי הצוות והן הדיירים, אם כי לא היה אפשר להתעלם ממנה. באחת מתקופות המתח בין יהודים לערבים פיתחה קלרה פרנויה קשה כלפי אח ערבי שהיה אחראי על מדידת לחץ הדם שלה. מאחר שסבלה מלחץ דם גבוה, היא הייתה מגיעה למרפאה בתדירות גבוהה למדידת לחץ הדם. באחת הבדיקות הייתה קלרה משוכנעת שהאח הערבי המטפל בה משקר באומרו שלחץ דמה

תקין ושבעצם הוא מנסה בדרך זו לחסל אותה כנקמה על העוול שנגרם לאחיו הערבים.

בניתוח האירוע עלו פרטים אלה:

קלרה הגיעה למרפאה מחוץ לשעות הפעילות, והתלוננה על כאב ראש ועל תחושה של לחץ. היא הייתה משוכנעת שלחץ הדם שלה גבוה מאוד והתעקשה להיבדק אף שהמרפאה כבר הייתה סגורה. האח נענה לדפיקות המקל הנואשות על הדלת והסכים לבדוק אותה. הוא דיווח לה במידה מסוימת של חוסר סבלנות וקרירות (לדבריו בעיקר משום שהכיר אותה ואת דרישותיה הבלתי פוסקות ליחס חריג) שהכול כשורה, אך לא הראה לה את תוצאת הבדיקה במכשיר. קלרה, שחשה לחץ גדול, פיתחה חרדה ותחושת איום נורא שהוא כועס עליה על היותה יהודייה ולכן הוא מנסה להיפטר ממנה, דווקא ממנה, משום שהיא ערירית וממילא איש לא יבדוק מה קרה לה. והיא הרי מכירה אותם, את שונאי היהודים, עוד מאירופה, ועובדה - הם חיסלו את כל משפחתה...

מקרה אחר של פרנויה הנובעת מירידה בחושים הוא המקרה של דונה.

דונה: קשיים במחלקה הסיעודית

שתי בנותיה של דונה נפטרו במהלך השנים האחרונות. דונה עברה למחלקה הסיעודית, לחדר שבו התגוררה דיירת נוספת ממוצא שונה משלה. דונה סבלה ממגבלות בתנועה ומירידה בראייה ובשמיעה. המגורים המשותפים בחדר אחד יצרו קשיים מרובים. דונה הייתה אישה שקטה מאוד ומופנמת, ללא טלפון, ובני משפחתה הקטנה מיעטו לבקרה. לשכנתה, שהייתה אישה כבדת גוף, קולנית ומלאת חיים, הייתה משפחה גדולה שהרבתה לבלות במחיצתה. בשעות הפנאי נהגה השכנה לדבר בטלפון וצלצוליו התכופים הטרידו מאוד את דונה. גם העובדה ששכנתה נהגה לצפות בטלוויזיה בקול רם הכבידה עליה מאוד והפריעה את שלוותה. היה ברור שאין התאמה בין הדיירות, אך עקב מחסור בחדרים פנויים היא נאלצה להישאר שם, בהמתנה לרגע שבו תוכל לעבור לחדר אחר.

זמן קצר לאחר שנכנסה למחלקה הסייעודית החלה דונה לפתח פרנויה. היא הייתה משוכנעת ששותפתה לחדר, מרובת הילדים, גונבת ממנה כסף. היא התלוננה שנעלמו מארנקה מאה שקלים. הכסף לא נמצא ואנשי צוות לא ידעו אם אכן היו לה מאה שקלים או שהיא שכחה והניחה אותם במקום אחר או השתמשה בהם. דונה החלה לפתח פחד משכנתה. היא פחדה שהיא תיקח ממנה גם את מעט התכשיטים שהיו בקופסת התכשיטים במגרה. היא האמינה ששכנתה לוקחת ממנה דברים ונותנת לבני משפחתה. אנשי הצוות נאלצו להתקין מנעול למגרה, אך דונה הוסיפה לחוש חרדה ומצוקה גדולה עד שנמצא לה מקום בחדר אחר.

נראה שהפרנויה במקרה הזה צמחה על רקע האיום הגדול שנבע גם מאבדן השליטה עקב הירידה בחושי הראייה והשמיעה ועקב תחושת חוסר האונים והחולשה שהרגישה דונה ביחס לשכנתה שהיוותה עבורה איום גדול - הן בגודלה הפיזי, הן בנוכחות המשפחתית הגדולה והן בשונות הרבה ממנה, שהמחישו אולי עוד יותר את כדידותה ואת עליבותה. השכנה גזלה ממנה באופן סימבולי מרחב, עצמאות וחופש, שהיו לה כשגרה לכך בחדר ביחידת העצמאים. את הגזלה הזו היא "תרגמה" באופן קונקרטי לגנבה ממשית של כסף או רכוש, וחובת ההוכחה, כמו בהרבה מקרים אחרים, נשארה של אנשי הצוות - היה עליהם לבדוק את התלונה ולהבין מה עומד מאחוריה, איזה מסר מנסה הזקנה להעביר, ומה אכן נלקח ממנה.

מקרה נוסף הקשור לחרדה מפני אבדן שליטה עקב ירידה ניכרת בבריאות שהביאה לחשיבה פרנואידית הוא המקרה של ליאון.

הקנאה של ליאון

ליאון נכנס למחלקה הסייעודית בבית האבות עקב מצבו הגופני התשוש. אשתו, הצעירה ממנו ב-12 שנה, היא אישה בריאה ועצמאית, והיא נכנסה לגור ביחידת הדיור לעצמאים. היציאה מהבית והמעבר למחלקה הסייעודית נעשו בלחץ ילדיו ובהסכמת אשתו, מאחר שהיא התקשתה לטפל בו. ליאון דרש שתהיה בבית רוב הזמן, וכשיצאה לסידורים הוא סירב לשתף פעולה עם המטפל הסייעודי. עוד בהיותם בבית סבלה האישה ממתח תמידי ומאי-נוחות עקב נוכחותו של מטפל זר בבית, מצב רוחה היה ירוד והיא הרבתה להתלונן בפני הילדים ולהציק להם, בעיקר לבן הצעיר. בהתייעצות עם הרופא המטפל

ועם העובדת הסוציאלית, מכרה של הבנים, הוחלט להעביר את שניהם מהבית לבית אבות שבו יטפלו כאבא וישחררו את אימא מהלחצים הרבים.

הבעל נאלץ להיפרד מאשתו עקב מצבו הירוד ולעבור למחלקה הסייעודית. האישה הצעירה והבריאה השתלבה מיד בפעילויות השונות בבית, מצב רוחה השתפר והיא ציינה ש"סוף סוף, אני יכולה לישון בשקט, לשחק ברידג', לשמוע הרצאות ולהתאוורר". אך בעוד שהאישה "פרחה", הלך בעלה ודעך. הוא הרגיש מוגבל וכלוא במחלקה, נטוש ובודד. הוא סירב להשתתף בפעילויות השונות ובילה את היום בכיסא גלגלים, מבהייה בטלוויזיה ובציפייה לביקוריה של אשתו. לא חלף זמן רב, וליאון פיתח חשדות שאשתו בוגדת בו. פעילויות החברתיות בלעדיו עוררה בו חרדה שהתפתחה לחשדות ואחר כך לפרנויה שהיא בוגדת בו עם גברים אחרים.

בשיחה תיאר ליאון את אשתו כאישה צעירה ויפה, שתמיד היו לה מחזרים. ועכשיו, כשהוא כבר "לא גבר" אלא זקן בכיסא גלגלים, "היא הצליחה להיפטר ממני כשהכניסה אותי למחלקה סגורה וכך יש לה את החופש לעשות מה שהיא רוצה".

יש לציין שמחשבות פרנואידיות הנסבות על בגידות מתעוררות במקרים רבים שבהם אחד מבני הזוג מוגבל או נכה, בעוד האחר צעיר ובריא. כניסה של מטפלת או מטפל לבית או שהות במסגרת טיפולית-סיעודית יש בה כדי להביא לידי התפרצות של רגשות חזקים של קנאה ואבדן שליטה המעוררים חרדה גדולה, ובעקבותיה עשויה להתפתח הפרנויה. נראה שתסמינים אלה מגנים מפני רגשות קשים עוד יותר של ייאוש או של דיכאון עקב אבדנים, ומפני החרדה מתלות שחוו בתקופה שקדמה להתפרצות התסמינים הפרפרניים.

הטיפול בפרנויה

בכל המקרים שתיארתי ובמקרים רבים אחרים, הדלוזיות אפשרו לזקנים גם לשלוט בבני המשפחה או באנשי הצוות, שהרגישו חסרי אונים ונשלטים על ידיהם. בכך עוררו הזקנים תשומת לב למצוקתם ואולי גם הצליחו לשמור על מידה מסוימת של ערך עצמי; במקום להכיר בחולשתם ובמוגבלותם ולחוש חוסר אונים וייאוש, השליכו את הרגשות האלה על הסביבה באמצעות האשמות והתקפות. יש לזכור שזקנים הסובלים מפרפרנויה סובלים

למעשה מחרדה גדולה ומתחושה של חוסר ביטחון בסיסי ואיום מצד הסביבה. על המשפחה או אנשי הצוות להכיר במצוקה זו ולמצוא דרך ליצור קשר עם האדם, על ידי תשומת לב לחרדותיו ולקשייו. כן עליהם למצוא את הדרך להקל עליו, בעיקר באמצעות יצירת תחושה של שליטה וביטחון. תחושה זו מתאפשרת לא רק על ידי מתן תרופות מתאימות, אלא גם על ידי חיפוש אחר דמות מתאימה בבית או בצוות במוסד, דמות שעליה יכול הזקן לסמוך. לעתים יש לחפש אחר פתרונות מעשיים שיקלו עליו, כמו החלפת מטפל או מטפלת, החלפת מנעול בארון, הכנת רשימה של חפצים אישיים וארגון סדר היום. יש לשתפו בבניית התפריט או להראות לו מה הוא מקבל לאכול (במקרים שבהם הפרנויה היא שמנסים להרעיל אותו), להסביר לו אילו תרופות נותנים לו, להראות לו תוצאות של בדיקות וכד'.

במפגש הטיפולי עם מטופל הסובל מפרפרניה המטרה הראשונית היא לתמוך בו ולהרגיע אותו מאחר שהוא שרוי בחרדה גדולה מאוד. המטפל חייב לרכוש את אמונו ולשמש כאובייקט "טוב" שיעזור לו להתגבר על האובייקט "הרע - האויב". רק לאחר מכן אפשר להתחיל להציב לו גבולות ולדרוש ממנו דברים. המטרה היא אפוא להצטרף למערכת הפרנויה המאורגנת והמבוצרת של המטופל; אין להסכים אתו, אך גם אין לא להסכים. יש להתייחס לקושי שלו, למצוקה, לחרדות בנוסח "אני מתאר לעצמי שקשה לך מאוד כשאתה מרגיש שגונבים ממך או כשמנסים לפגוע בך. זה בוודאי מלחיץ מאוד ומפחיד". יש לעזור למטופל לטפח הערכה עצמית חיובית ודימוי עצמי משופר ולהעניק לו הרגשה שמבינים אותו ושרוצים לעזור לו. רצוי לעודד אותו לקחת תכשיר כלשהו להרגעה כדי לאזור כוח להתמודד עם קשייו, בלא לתת לו תחושה שאין מאמינים לו. כשהתסמינים הפרנואידיים נמשכים או מתרבים, חשוב למצוא דרך לתת טיפול תרופתי מתאים, שהוא בדרך כלל נוגד פסיכוזות.

התאבדות

שיעור המתאבדים בקרב בני האוכלוסייה המבוגרת גבוה יותר משיעורם באוכלוסייה הכללית. איכות חיים ירודה בגיל מבוגר, וקושי להתמודד עם אבדנים, עם דיכאון ועם פחד ממחלה דמנטית עשויים לעודד התאבדות (Tolchin, 1989). 19 אחוזים מכלל מקרי ההתאבדות בארצות הברית בשנת 1997 היו של בני 65 ומעלה, אף שהם מהווים רק 13 אחוזים מהאוכלוסייה הכללית. שיעור ההתאבדויות הגבוה ביותר נמצא בקרב גברים בני 85 ומעלה. שמונים ואחד אחוזים ממקרי ההתאבדות שצלחו היו של גברים מבוגרים. נראה שאירועי חיים כמו אלמנות או מחלה הם גורם סיכון להתאבדות בקרב גברים מבוגרים, אחוז ההתאבדות בקרב אלמנים בשנתיים הראשונות לאלמנות הוא פי חמש מאשר

באוכלוסייה רגילה. עם זאת רק 2-4 אחוזים מהזקנים שהתאבדו היו חולים במחלה כרונית (Szanto, Prigerson Reynolds, 2001), מחקרים אחדים מצאו שרבים מהמתאבדים המבוגרים ביקרו זמן קצר לפני ההתאבדות אצל רופא: 20 אחוזים באותו יום, 40 אחוזים באותו שבוע ו-70 אחוזים במהלך החודש שבו התאבדו (Conwell, 1994). ממצאים אלה מצביעים על חשיבות זיהויים של בני האוכלוסייה המבוגרת המועדים להתאבדות ועל חשיבות הטיפול בהם. דיכאון הוא מנבא מובהק להתאבדות בקרב בני האוכלוסייה המבוגרת, ובמקרים רבים אין הוא מזוהה ולפיכך גם לא ניתן טיפול מונע לדיכאון (Conwell & Brent, 1995). אחוז נסיונות ההתאבדות אצל מבוגרים נמוך יותר מאשר אצל צעירים ואחוז ההתאבדות במהלך שנה מאז הנסיון הראשון יותר גבוה.

אף שהסיכוי למצוא תסמינים של דיכאון בנשים מבוגרות גבוה פי שניים לעומת גברים מבוגרים, הסיכוי שהן תתאבדנה הוא רבע מזה של הגברים.

על פי הפרופיל הקליני של המתאבדים המבוגרים, נראה שהיה ניתן למנוע אולי את ההתאבדות אילו טיפלו בדיכאון בדרך המתאימה. גברים מבוגרים מתאבדים בעיקר בגלל דיכאון המלווה לעתים בחרדה שמא לא יצליחו להתגבר על הקשיים, ולאוו דווקא בגלל הפרעת אישיות או התמכרות, כפי שנמצא אצל צעירים מתאבדים. ההתאבדות על פי רוב איננה ספונטנית אלא באה לאחר מחשבות על כך במשך כמה חודשים, ולכן רב הסיכוי להתערבות ולמניעה. הקושי בזיהוי הדיכאון נובע מכך שבני האוכלוסייה המבוגרת, ובעיקר הגברים, אינם משתפים את האחר בדיכאונם או בחרדותיהם ובמחשבותיהם על סיום החיים. גם מי שביקרו אצל הרופא בשבוע שבו התאבדו, פנו בגלל בעיות פיזיות ולא דיווחו על דיכאון. הדיכאון במקרים אלה מוסווה (Masked Depression), וביטוי הגלוי והלגיטימי הוא סומטי. הסיבה לכך יכולה להיות הקושי של גברים לבקש עזרה מאחר שבקשה עשויה להתפרש כחולשה, לעומת נשים הנוטות מטבען להיעזר ולהתייעץ באחרים. נשים גם נוטות יותר מגברים להתחשב בהשפעות הצפויות של התאבדותן על האחרים הקרובים להן.

תחושה של ייאוש, תחושת עצמי פגיע בתוך גוף חלש וכואב, תחושה שסיימתי את תפקידי בחיים, שאני יכול ללכת, שהילדים מסודרים וכבר איש אינו תלוי בי או זקוק לי - אלה הם חלק מן המסרים שאנשים מעבירים לעתים, בעיקר אם בריאותם הפיזית והנפשית ירודה, ובייחוד במצבי דיכאון. למרות כל זאת, מרבית האנשים ממשיכים בחייהם, ורק מעטים מסוגלים ליטול את חייהם כמו ידיהם. התאבדות פסיבית יכולה להתבטא בסירוב לאכול או לשתות או לסרב לקחת תרופות.

האם התאבדות של האדם המבוגר, המרגיש שמיצה את חייו ושהעתיד הצפוי לו הוא ירידה במדרון תלול ומדכא, היא ביטוי לחולשה או לכוח דווקא? האם נדרש כוח או אומץ כדי להתאבד?

אין ספק שדרושה מידה מסוימת של אנרגיה, של נחישות ושל יזמה לתכנן התאבדות ולפעול לביצועה. האנרגיה היא אנרגיה הרסנית, תוקפנית, ביטוי של דחף המוות הפועל אצל רבים. ההתאבדות היא אולי מפגן הכוח והעצמאות האחרון של האדם המרגיש בזיקנתו חסר אונים, חסר תקווה. מי שחושש כל כך מתלות ומאיבוד עצמאות, מתהליך ארוך חסר שליטה של סיום החיים, עשוי להאמין שבהתאבדות הוא מסיים את חייו ומנהל את מותו מתוך שליטה, כפי שניהל את חייו כל השנים. בהתאבדות אולי יש גם כמיהה להתמזג עם דמות יקרה שאיבדנו ואנו משוועים להתאחד עמה. קשה למשפחה להבין התאבדות של קרוב, וקשה עוד יותר להשלים עם החלטה של הורה לשים קץ לחייו. טובתו של מי חשובה יותר במקרה זה? מי שם אותנו לשופטים? הזכות היחידה היא של האדם עצמו – ואותו, ברוב המקרים, כבר אי אפשר לשאול.

לוי: התאבדות בעקבות מחלה חשוכת מרפא

לוי היה בן 86, אב לשלושה בנים וסב לשבעה נכדים. הוא היה נשוי לאישה צעירה ובריאה, מצבם הכלכלי היה מצוין ויחסיהם עם בניהם היו טובים. ההתאבדות אירעה יום לאחר שהודיע לו הרופא שבבדיקות השונות שנעשו לו לאחרונה הוא אובחן כחולה במחלת אלצהיימר. עד לאחרונה נהג לוי להגיע בכל בוקר למשרדו של בנו הבכור ולעזור בסידור הניירת, בניהול חשבונות ובשאר מטלות שמילאו את זמנו. בתקופה שקדמה להתאבדות סבל לוי ממצב רוח ירוד. הוא התלונן על קשיים להירדם כלילות, על חוסר תיאבון ועל תחושה כללית של עייפות ושל חוסר חשק. הוא התלונן על קשיי ריכוז ובעיקר על ירידה בזיכרון. משפחתו התייחסה לתלונותיו לעתים כביטול ולעתים בניסיונות הרגעה. אחרי הכול, אנשים רבים בגיל 86 סובלים מקשיים בזיכרון. אשתו אף היא לא התייחסה לתלונותיו ברצינות הראויה. היחסים בינו לבין אשתו היו במשך שנים מרוחקים ולא פעם מתוחים. היא נהגה לבלות מחוץ לבית עם חברות והטיפול כבעלה המבוגר ממנה בשנים רבות היה טכני. היא דאגה לכל צרכיו אך הפגינה כלפיו אדישות, ובשנים האחרונות, כשהזדקן, גילתה כלפיו חוסר סבלנות ולעתים גם כעס.

ההתאבדות היא ביטוי לתחושה בלתי נסבלת של חוסר אוניס וחוסר תקווה האופיינית למצבי דיכאון ולאבל בלתי פתור. ייתכן שלוי חש איום רב בגלל מצבו המידרדר. פרוגנוזה של מחלה קשה כל כך, שבה עלולה להיווצר תלות בלתי נסבלת באשתו ובאחרים, הביאה אותו אולי למסקנה שמוטב לו לסיים את חייו כשהוא עדיין עצמאי ויכול לשלוט בגורלו. וכך, בוקר אחד לאחר שעזבה אשתו את הבית כהרגלה מדי בוקר בבוקרו, עלה לוי לגג הבית המשותף שבו גרו וקפץ למטה. בהרף עין ובקלות בלתי נסבלת הסתיימו חייו העשירים של לוי. הילדים והנכדים היו בהלם. הם לא הבינו מדוע עזב כך, בלי להיפרד לשלום.

גם מרים בת ה-74 בחרה לשים קץ לחייה.

מרים : התאבדות כפתרון לאכל מתמשך

מרים הייתה אלמנה, אם לשני ילדים וסבתא לשישה נכדים. היא הייתה אישה רבת פעלים, עבדה בהתנדבות, כתבה שירים והרבתה לבלות בחיק המשפחה ובחברת הנכדים האוהבים. למרות מערכת התמיכה המשפחתית והחברתית החמה והמקיפה, חשה מרים שמותו של בעלה שלוש שנים קודם לכן הותיר חלל עצום שאינו מתמלא. העיסוקים הרבים והמפגשים המשפחתיים התכופים החזיקו אותה מעל לתהום, אך האיום ליפול מטה, לתהום היאוש והדיכאון, ריחף מעל ולא הרפה. היא היטיבה להכיר את הדיכאון; הוא ליווה אותה שנים רבות, אך היא נלחמה בו ויכלה לו.

ילדותה של מרים הייתה רצופה פרידות וקטיעות. כמרבית מבני גילה היא נולדה במדינה אחרת בעלת תרבות ושפה שונות. אביה של מרים נפטר בילדותה והמשפחה הרבתה לנדוד. אחותה הצעירה הייתה חולה והיא טיפלה בה במסירות כל השנים עד שנפטרה. כשרצתה ללמוד הרחק מהבית התנגדו הוריה, והיא, כבת הבכורה, הטובה, ויתרה ונשארה לעזור בבית. את הכאב, את הגעגוע ואת הבדידות ביטאה בכתיבה. היא כתבה שירים וסיפורים קצרים בצעירותה והמשיכה לכתוב גם בכגרותה.

חייה של מרים השתנו כשהכירה את בעלה ויחדיו הם עלו ארצה. היא העריצה את בעלה, וכדברי הילדים - סגדה לו. כאיש צבא הוא נעדר מהבית לתקופות

ארוכות והיא גידלה את ילדיה לבד, בלא משפחה, וויתרה על הרצון ללמוד ולמצוא לעצמה מסגרת ראויה לעבודה.

כשנים האחרונות הקדישה מרים זמן רב לעבודה בהתנדבות עם ילדים חולים. הקשר שלה עם הילדים היה מיוחד; הם אהבו אותה מאוד והיא מצאה בעבודה אתם סיפוק רב. העבודה עם הילדים הנכים הייתה גם שחזור של הקשר המיוחד שהיה לה עם אחותה הצעירה שנפטרה, ואשר בה טיפלה במסירות שנים רבות. "הייעוד שלי בחיים זה לעזור לחלשים", אמרה לא פעם לילדיה.

מותו הפתאומי של בעלה, דווקא בשלב שבו החלו להתקרב זה לזה אחרי שנים שבהן נעדר מהבית לרגל עבודתו, כשהייתה יציבות ורגיעה בחיים המשותפים, היה טראומטי ביותר. היא הרגישה שאין טעם להמשיך לחיות לבד, הפסיקה לאכול ובהדרגה איבדה עניין בעיסוקיה הרבים. המפגש עם הנכדים היה קרן אור יחידה בעולם שהיה בעיניה חסר תקווה. מבחינתה לא נותר לה עוד תפקיד חשוב למלא. מרים ידעה שבני משפחתה אוהבים אותה ומעריכים אותה מאוד, אך היא גם הבינה שהם טרודים מאוד איש איש בענייניו. היה לה ברור שהם אינם זקוקים לה והיא אינה יכולה ליפול עליהם לנטל.

"מילאתי את תפקידי בחיים", אמרה פעמים אחדות, "אני מרגישה שאני יכולה להסתלק". מבחינתה הפתרון היה להיעלם. פעמיים ניסתה לשים קץ לחייה. המשפחה המודאגת עשתה כל מאמץ לעזור לה להיחלץ מהמצב. היא הייתה כטיפול פסיכיאטרי וקיבלה גלולות נוגדות דיכאון. לאור החשש שמא תנסה שוב להתאבד, יצרו עמה בני המשפחה קשר כמה פעמים ביום.

מרים ניהלה ויכוחים מרים עם ילדיה והמשיכה לטעון שאין היא רוצה להמשיך לחיות. קשה היה להבין מדוע אין היא מצליחה ליהנות מהמשפחה ומהאהבה הרבה שהעניקו לה.

כשבועות שקדמו למותה נראתה מרים רגועה ושמחה יותר. נדמה היה שהיא מסתגלת למציאות ומתחזקת. ההתחזקות, כפי שהסתבר בדיעבד, הייתה רק כדי לשוב ולנסות להתאבד. בוקר אחד, מיד לאחר הטלפון היומי של בנה, היא נטלה כמות גדולה של כדורי שינה ושמה קץ לחייה. הילדים קיבלו את מותה ככאב רב ובכעס. הם כעסו על שוויתרה עליהם, כעסו על שהסתלקה בלא לתת

להם ולנכדים הזדמנויות נוספות להמשיך וליהנות ממנה כאם וכסבתא, וכאבו על כך שאולי לא היו חשובים דיים בחייה ולכן ויתרה עליהם.

לכאורה קשה להבין את הסיבות לכך שמרים ויתרה על החיים. המציאות האובייקטיבית, החיצונית, נראתה כשורה מכל הבחינות: מצב בריאותה היה טוב, מצבה הכלכלי מצוין, משפחתה הייתה חמה ומלוכדת ועמדו לרשותה מקורות תמיכה חברתיים וחברים.

יש להניח שתחושת הריקנות הפנימית וחוסר התקווה לעתיד טוב יותר גברו על כל מערכת התמיכה החיצונית וזו לא הצליחה למלא את החלל העצום שנוצר אצלה. היסטוריה של דיכאונות ושל משברים קודמים, פרידות כואבות ושנים של טיפול ונתינה תוך התבטלות עצמית החלישו את מרים והיא לא הצליחה לאזור כוחות מספיקים כדי להמשיך לחיות לבדה חיים מספקים. יותר מכול, נראה שהאיום שמא יום אחד תהיה לנטל על אחריים, שיטפלו בה ולא היא בהם, היה גדול מנשוא למי שיעודה בחיים היה לתת ולהתמסר.

שנתיים לאחר מותה נפטרה לפתע בתה הצעירה. הכאב העצום על מות ילדתה נחסך ממנה, אך הכאב של בנה הבכור שנותר ללא הורים ובלא אחות נמשך עד היום.

המקרה של לוי מייצג התאבדות של גבר מבוגר שסבל מדיכאון עקב מחלה והתקשה להשלים עם חוסר האונים ועם התלות הצפויה בסביבה. אף שהתאבדותו הייתה לכאורה ספונטנית, אין אנו יודעים אם קדמו לה מחשבות אבדניות ואם הייתה ההתאבדות תולדה של חשיבה ותכנון.

התאבדותה של מרים הייתה סיומו של תהליך של אבל מתמשך שעליו לא הצליחה להתגבר. נראה שהדיכאון נבע גם מאישיותה התלותית, מעצמי חלש ופגיע. מרים לא הצליחה להמשיך את חייה ללא זולת-עצמי משמעותי לצדה (בעלה), למרות הניסיונות הרבים של משפחתה לתמוך בה ולחזק אותה.

סכנת התאבדותם של אנשים החיים במוסד גבוהה עוד יותר, עקב אבדן החופש ועקב הפרידה הכפויה מהבית ומהסביבה האישית, ושיעור ההתאבדויות בקרב גברים במוסדות גבוה יותר משיעורן בקרב נשים. במוסדות אחדים קיים ריכוז של גורמי סיכון כמו דיכאון, בדידות, כעס, קושי לקבל תלות ותחושה של "התחנה האחרונה", שהחיים במוסד ממילא אינם עוד חיים (Glass & Reed, 1993). זקנים חששים חוסר אונים וחוסר תקווה אינם זועקים לעזרה ואינם

עושים ניסיונות הפגנתיים להתאבדות, ולכן הסימנים המוקדמים בולטים הרבה פחות ולעתים אינם נצפים כלל. לפעמים התופעות המקדימות להתאבדות הן התכנסות, צמצום התפקוד, שקט, דיווחים על תחושות של חוסר משמעות ושל חוסר תכלית, האופייניים למצבי דיכאון. במקרים מסוימים הביטוי הוא במסירה של חפצים אישיים רבי-חשיבות מבחינתו של האדם. יש צורך ברגישות מרובה מצד אנשי הצוות או המשפחה לפענח סימנים מוקדמים אלה. עם זאת, במרבית המקרים ניסיון ההתאבדות בא כהפתעה. בכל מקרה, להתאבדות השפעה רבה מאוד על הדיירים ועל אנשי הצוות. הדבר מעורר חרדה, כעס, תחושות של חוסר אונים ולעתים תחושה של חוסר התאמה לתפקיד מצד אנשי הצוות. קשיים והתלבטויות מתעוררים לגבי הצעדים שיש לנקוט כשמוסרים מידע לדיירים בדבר ההתאבדות וכשמשתפים אותם בתהליך האבל: האם לתלות מודעת אבל? האם לאפשר השתתפות בלוויה? איך לדווח על האסון? האם לדון על זה ולאפשר לדיירים לבטא רגשות?

יתר על כן, התאבדות במוסד מעוררת את האיום מפני "מעשה מדבק". מעשה התאבדות אחד משפיע על מחשבות התאבדות ולעתים גם מביא לידי ניסיונות התאבדות של דיירים נוספים. כך אכן אירע בעבר במוסדות אחדים והשתררה בהם אווירה קשה של מתח וחרדה. במקרים אלה הכרחית התערבות מקצועית. באחד מבתי האבות בארץ אירעו שישה ניסיונות התאבדות בתקופה של חודשיים בלבד ונוצרה בו אווירה מלאת חרדה, אשמה, חוסר אונים, תסכול וייאוש. תכנית התערבות מיוחדת הופעלה על ידי צוות של פסיכולוגים, שכללה שיחות אישיות וקבוצתיות עם הדיירים. בשיחות אלה ניתנה לדיירים האפשרות לדבר על הלחצים הקיימים, על החרדות ועל התסכולים. הם הודרכו בטכניקות לשליטה עצמית ולהרפיה. הפסיכולוגים עסקו גם באיתור דיירים ברמת סיכון גבוהה והגישו להם עזרה מידית. הוכנה תכנית מניעה לחברי הצוות ובה הם למדו כיצד לזהות סימני איום להתאבדות בקרב הדיירים. ננקטו כמה אמצעי ביטחון והותקנו אביזרי בטיחות נוספים (למשל: מניעת הצטברות של תרופות אצל דיירים, הגבהת המעקה במרפסות וחסמת הגישה לגגות).

הטיפול בזקנים בעלי מחשבות אבדניות

המפגש עם אדם זקן הסובל מדיכאון המלווה במחשבות אבדניות הוא מפגש מאתגר וקשה. המטפל חייב להתמודד עם הדאגה לשלומם של המטופל ועם החרדות הבלתי נמנעות העולות להציף אותו שמא יממש הזקן את מחשבותיו. קשה להתמודד עם תחושות של חוסר אונים וחוסר שליטה, המלוות לא פעם בהבנה ואולי אף בהזדהות עם חוסר היכולת של המטופל הזקן למצוא תקווה וסיבה להמשיך את חייו. עם זאת, העובדה שאותו מטופל משתף את המטפל במחשבותיו ואינו מתנגד לקשר טיפולי מעידה שעדיין יש סיכוי לשינוי

כלשהו. מטרת הטיפול היא למצוא מסגרת תומכת ומלווה למטופל המיואש והמדוכא בתוך המפגש הטיפולי, אך גם – ובעיקר – בחיי היום-יום, כדי לעזור לו למצוא סיבה להמשיך לחיות, להתחזק ולהדוף את מחשבות האבדן. חשוב לדבר באופן גלוי וישיר על המוות, לאפשר לו לדבר על הסיבות שבגללן הוא רוצה למות, ותוך כדי כך להביע אמפתיה והבנה, בלא התנגדות, ביקורת או חרדה מציפה. בהמשך חשוב לברר אם הוא מתכנן איך לסיים את חייו ומתי. האתגר הטיפולי הוא לסייע לזקן לבחור בחיים ולוותר על הפתרון ה"קל" יחסית של סיום הכאב והקושי המלווים את החיים. רצוי לעשות מעין "חווה טיפולי" שבו מתבקש המטופל להשהות לפרק זמן מסוים את כל המחשבות על המוות. כך אנו מסייעים למטופל להרגיש שהוא בשליטה, שאנו מבינים אותו ומכבדים את רצונו למות, אך מבקשים דחייה כדי לאפשר לטיפול לנסות ולבחון אם ניתן לשנות את הנסיבות ואולי לשפר את איכות חייו. במקביל חשוב ביותר לדאוג לסביבה תומכת ומזינה ובעיקר למסגרת מתאימה כדי שהמטופל לא יישאר לבד. במקרה כזה, הכרחי שיתוף פעולה של המשפחה או של הצוות המטפל. נוסף לתמיכה ולמסגרת המגוננת, חשוב לעזור למטופל לחשוב על אפיקים משמעותיים חלופיים לאבדנים שהוא חווה, למשל תכנים מספקים לעיסוק, דמויות משמעותיות בסביבתו שיכולות להוות תחליף - גם אם זמני - לאובייקט המשמעותי שאיבד, וכל זאת בתקווה שיצליח להתמודד לבד עם הקשיים כאשר ייחלש הדיכאון.

הפרעות אישיות

מבוגרים רבים המוערכים על ידי הסביבה הקרובה כ"קשים" או כ"בעייתיים", כאנשים שאינם משתפים פעולה, המרבים להתלונן, לבוא בדרישות, להאשים ולהציק, עשויים להיות מאובחנים כמבוגרים בעלי הפרעת אישיות. עם זאת, עקב הגיל המתקדם, עקב מצבם הפיזי והמנטלי הירוד, וכן עקב חוסר מידע מספק לגבי דפוסי התנהגותם והתמודדותם לאורך החיים, קשה להגיע לידי אבחון מדויק. הפרעות אישיות נצפות לעתים קרובות עם הפרעות אחרות בהזדקנות - כמו דיכאון המופיע בשכיחות גבוהה.

הפרעת אישיות מוגדרת כסגנון התנהגות מל-אדפטיבי הנמשך לאורך כל החיים והנובע מכישלונות או מחסכים של חוויות ילדות מוקדמות, סביבתיות ובין-אישיות. החוויות המוקדמות עשויות להיות שונות ולכלול אירועים קונקרטיים כמו פרידות מוקדמות, מוות של בני משפחה קרובים, מחלות, או קושי של הסביבה לספק הגנה רגשית, יציבות וביטחון בשלבים המוקדמים של התפתחות העצמי, בעיקר כישלון של האם, עקב נסיבות הקשורות למצבה הרגשי או למצב אובייקטיבי כמו רעב או מלחמה, למשל.

היעדר מערכת תמיכה רגשית אינו מאפשר בניית עצמי לכיד והתוצאה היא עצמי חלש ומערכת הגנות פרימיטיביות ופתולוגיות. הסביבה נתפסת כמאיימת, כעוינת או כמסוכנת והאדם סובל מקושי לפתח אמון בסיסי ויחסי תלות ההכרחיים להתפתחות קשר אינטימי בריא.

ההפרעות הרגשיות של בעלי הפרעת אישיות הן מגוונות. סאדאבוי ולסו (Sadavoy & Lescey, 1986) מציעים חמישה מרכיבים מרכזים בולטים בהפרעת האישיות:

1. פחד או חוויה של נטישה או ריקנות.
2. פגיעה אמיתית או מדומה בהערכה העצמית וכישלון ביחסים בין העצמי והעצמי-אובייקט. המונח עצמי-אובייקט הוצע על ידי קוהוט (Kohut, 1977), אבי תאוריית העצמי, ועניינו קשר בין-אישי חיצוני שהאדם יוצר כדי להרגיש חשוב, מוערך, נערץ או בעל כוח. האדם האחר ממלא תפקיד חשוב בחיזוק העצמי ולמעשה איננו נתפס כישות נפרדת אלא כממלא צרכים, ולפיכך הוא כמו שלוחה של העצמי.
3. פגיעה ביכולת לשאת רגשות חזקים. למשל, האדם מתקשה להתמודד עם אבל של אדם קרוב.
4. קושי בשליטה על רגשות של כעס ובעיבודם. כדי להתמודד יוצר האדם מצב של פיצול בין טוב ורע. הוא מתקשה להכיר ברע ובטוב כקיימים זה לצד זה באותו אדם ולכן הוא נוטה להתייחס אל אנשים כאל טובים או כאל רעים. כשהאדם מרגיש איום וכשאינו יכול לשאת את הרע שבתוכו, הוא משליך את הרע על אחרים ויוצר הזדהות השלכתית אצל אחרים.
5. בגלל הפחד מפני אבדן הלכידות של העצמי (תחושה פנימית של שלמות), במצב של מתח עשויה להיווצר תחושה של פרגמנטציה, חוסר גבולות של האגו עד כדי מיני-פסיכוזה.

אפיונים של בעלי הפרעת אישיות:

- יחסים בין-אישיים בלתי יציבים הנובעים בעיקר מהקושי של האדם לראות את האחר כנפרד ממנו וכבעל צרכים ובעיות משלו. היחס עשוי להיות שתלטני ולא אישי. לעתים אנשים אלה הם תובעניים באופן בלתי הגיוני ורגישים יתר על המידה לביקורת או לאכזבה. יש שתובענותו של הזקן מכוונת כלפי בני משפחה – שיטפלו בו, שיתנו לו, שיבואו לבקרו, שייקחו אותו, וכל זה מלווה בתחושה מתמדת של חוסר שביעות רצון.

אנשים אלה מתקשים לדחות סיפוקים והם מצפים לתגובה מידית על כל פנייה לעזרה. בבית החולים, למשל, יהיה זה החולה המרבה להזעיק את האחות, הכועס כשאין ניגשים אליו מיד, המתלונן על השירות ועל התנאים, שאינו מתחשב בחולים האחרים סביבו או באחיות הטרודות בעניינים דחופים אחרים.

- תגובותיהם הרגשיות בלתי יציבות ואימפולסיביות. הם עשויים להגיב בהתרגשות רבה ובהתלהבות לחוויות או לאנשים מסוימים המעניקים להם הרגשה טובה, אך הם עשויים גם להגיב בזעם, בפניקה או בדיכאון אם מאכזבים אותם או אם מתסכלים אותם. יחסם כלפי האחר אינו יציב. האחר עשוי להיות מקור להערצה במשך תקופה מסוימת ולהפוך לאויב בשלב מאוחר יותר, כשכל הדברים הטובים שהיו בו קודם לכן נמחקו ונותרו רק כעס ואכזבה.

- בתגובותיהם הקיצוניות הם נותנים לאחרים הקרובים להם להרגיש עול או אשמה על שלא עשו די למענם, או לעורר כעס והתרחקות לאור הקושי לספק אותם. חוסר היציבות הרגשית שלהם מתבטא באמביוולנטיות, בחוסר עקיבות ובהתנהגות שקשה לנבא אותה מראש. לגבי אחדים, שאתם הם יוצרים מערכת קרובה ומיוחדת של הערצה ואידאליזציה, הם עשויים לעורר בסביבה את הרושם שיש להם אתם מערכת יחסים מיוחדת וקרובה עד כדי תחושה של אחדות, בעוד שכלפי שאר האנשים יחסם מתנשא, דוחה ותובעני.

- יש בעלי הפרעת אישיות המאופיינים בפסיביות, בהתכנסות, בקרירות ובחוסר תקווה.
- הם חווים משברים ומתחים בדרך קשה בדרך כלל ועלולים להגיע לידי משבר חמור כמו דיכאון קשה, איומים בהתאבדות, התמוטטות פיזית או נפשית או כל ביטוי אחר של הרס עצמי. התגובות הרגשיות העיקריות הן ביטויים שונים של זעם ושל דיכאון המתבטאים בריקנות ובפניקה. הקושי להתמודד עם רגשות אלה מתבטא בהתנהגויות אימפולסיביות בלתי מבוקרות. העצמות הרגשיות הבלתי מעובדות עלולות גם להביא לידי מצוקות גופניות ופיזיות ולתסמיני היפוכונדריה.

אנשים הסובלים מהפרעת אישיות מגלים קשיים בהתמודדות רגשית או בין-אישית לאורך כל חייהם, אך בתקופת הזיקנה הם מתקשים במיוחד להתמודד עם הלחצים המופעלים עליהם ובעיקר עם אבדנים. הסובלים מירידה קוגניטיבית נוטים להגיב בחוסר שליטה על תגובות רגשיות או בהתנהגות אימפולסיבית תוקפנית או בלתי הולמת. סאדאבוי ופוגל (Sadavoy & Fogel, 1992) טוענים שמבנה האישיות של אנשים אלה חלש ופגיע, וקשייהם רבים בייחוד

בתקופת הזיקנה, בשל הלחצים המיוחדים לתהליך ההזדקנות, המוסיפים לתחושת חוסר הביטחון הבסיסי ולעצמי הפגוע שלהם.

לחצים אלה נובעים מכמה גורמים:

1. אבדן קשרים בין-אישיים שסיפקו בעבר הגנה וביטחון: אבדן של אדם קרוב הוא קשה בגלל הקושי להתאבל הנובע מהעובדה שמערכת היחסים הייתה קונפליקטואלית ואמביוולנטית או תלותית מאוד. האדם חש חרדה גדולה מפני הריקנות והבדידות וזעם על האדם שנשט אותו. האבדן בזיקנה מעורר בדרך כלל אבדנים ופרידות מהעבר שלא עובדו וקונפליקטים בלתי פתורים, מה שמקשה על האדם לעמוד בלחצים המרובים.

2. מוגבלות פיזית המגבירה את תחושת חוסר האונים ואת החרדה מתלות: אבדן בתחום הפיזי והמוגבלויות הנלוות אליו מחייבים את האדם המזדקן להתאבל ולהתגבר על האבדן, ולמצוא אפיקים חלופיים לתיעול ההתנהגות והרגשות. בעלי הפרעת אישיות מתקשים כאמור להתאבל ולהשלים עם אבדנים, אך קושי גדול לא פחות הוא הצורך לקבל עזרה ולהיות תלוי באחרים. התלות מעוררת חרדה רבה הקשורה לקושי לתת אמון ולסמוך על האחר, יחד עם החרדה מפני גרסיה ואבדן שליטה העלולים לעורר דחפים פרימיטיביים להתמזגות ולהזנה רגשית. הצורך במיזוג מעורר חרדה של אבדן העצמי. התלות הגדולה מעוררת גם חרדה הבאה לידי ביטוי בזעם גדול העשוי להתעורר כלפי מי שמטפל ודואג לו, הנובע מאכזבה ומתסכול בלתי נסבלים המתעוררים בעקבות צרכים חזקים בלתי מודעים לטיפול ולתשומת לב. אלה עשויים להיות אותם זקנים המסרבים לקבל כל עזרה המוצעת להם ונלחמים בה. כשיש צורך בעזרה עקב מצבו הירוד של הזקן או של בת הזוג, הסביבה נתקלת בקושי עצום לשכנע אותו להסכים לשכן בבית מטפלת לעזרה, למשל; וכשהמטפלת כבר נמצאת, היחס אליה חשדני, ועשוי להיות אף תוקפני.

3. אבדן ביטויים חיצוניים של העצמי (יופי, כוח פיזי, כוח כלכלי, כוח חברתי): רבים מבעלי הפרעות האישיות מייחסים משמעות סימבולית לעצמי הפיזי. יופי וכוח גופני הם מקור חשוב לדימוי עצמי ולערך עצמי. מי שהשימוש בכוח פיזי היה בעבורו אמצעי לשליטה על אחרים או פורקן לרגשות של כעס ותסכול, יתקשה ביותר להשלים בזיקנתו עם חולשת הגוף ועם מוגבלותו. מי שנשענה כל חייה על היופי ועל הנעורים כביטוי לדימוי ולערך העצמי, תתקשה מאוד נוכח אבדן מקור חשוב לכוחה, באין תחליפים אחרים לשיקום ולשמירה על העצמי הפגוע.

4. **אבדן תפקידים:** אבדן תפקידים הוא במידה רבה גם אבדן הזהות האישית ואבדן התחושה של עצמי מגובש ובעל ערך. רבים מבעלי הפרעות האישיות מוצאים בתפקידים שהם ממלאים ובסטטוס החברתי או המקצועי שלהם עוגן המסייע לעצמי החליש. ההישענות על התפקיד או על המקצוע היא מקור לסיפוקים נרקיסיסטיים אך היא גם מקור לכוח ולביטחון, שאבדנם בזיקנה הוא בלתי נסבל.

5. **אבדן של מקורות מגנים המסייעים לשחרור לחצים:** אנשים מפתחים עם השנים סגנונות התמודדות ומנגנוני הגנה בפני לחצים. יש המעדיף לברוח במצבי קונפליקט, להסתלק או להסתגר בחדר, ויש הבוחר לפרוק מתח בפעילות מינית או בספורט. בתקופת הזיקנה טווח האפשרויות לבטא לחצים ולפרוק אותם הולך ומצטמצם. כשהיכולת לברוח, להסתלק או לעסוק בספורט נחסמת או הופכת לבלתי אפשרית עקב מגבלות בתנועה ובכוח הפיזי, האדם חייב למצוא אפיקים חלופיים לפרוק לחצים. לא פעם הזעם, הכעס הרב והמרירות שמגלים אנשים במצבי אי נוחות ותסכול נובעים מהקושי שלהם לסגל דפוס התמודדות אחר מזה הרגיל המוכר להם. מצב זה עלול להגביר עוד את הלחץ כשאינן נמצא אפיקים סובלימטוריים לפרוקן. גם מי שנהגו להתכנס ולהסתגר ונמצאים כיום במסגרת סיעודית, מתקשים להתמודד עם מצבם משום שהמסגרת אינה מאפשרת להם פרטיות מוחלטת והסתגרות שהיו אפשריות בבית.

משה: תיעול רגשות של תסכול וזעם לאפיק חיובי

משה היה בן 86 כשנכנס למחלקה הסיעודית עקב מוגבלות פיזית קשה ברגליו. משה סבל מנכות קלה ברגלו במשך שנים ארוכות, שריד לפגיעת כדור במלחמת העולם השנייה. למרות הנכות ברגל, עסק משה כל חייו בספורט. הוא שיחק טניס שולחן, שחה והתאמן בבית כדי לשמור על הבריאות והכוח שהיו חשובים מאוד בזמן המלחמה והוסיפו להעסיקו גם בארץ. הוא היה נהג והתגאה תמיד בשרירי ידיו ובכוחו הרב המאפשר לו לסייע גם בנשיאת ארגזים במקום עבודתו. כשפרש לגמלאות לפני שנים אחדות המשיך לעסוק בפעילות גופנית ונהג לשחות בים ולהתעמל דרך קבע. הנפילה, ובעקבותיה הפגיעה באגן הירכיים, וכן הקושי להמשיך ולתפקד באופן עצמאי, נסכו בו תסכול רב שהתפתח לדיכאון. כשחלה הטבה במצבו הסכים, בלחץ בנוי, לעבור למחלקה הסיעודית. אי היכולת להמשיך לעסוק בפעילות גופנית ובעיקר לשחות בים, כמו גם היעדר הפרטיות בחדר שבו דר, גרמו למצבי רוח קשים ולהתקפי זעם ואותם הוא נהג להפנות כלפי הדיירים האחרים או כלפי חלק מאנשי הצוות

הסיעודי. במצבי לחץ הוא נהג להניף את מקל ההליכה שלו ולאיים במכות, אף שהוא לא מימש את האיום הזה. הדיירים נרתעו ממנו והתרחקו מחברתו וכך הוא צבר עוד ועוד כוח במחלקה. גם אנשי הצוות הסיעודי נמנעו מלהתעמת אתו ולא פעם נכנעו לתובענותו. במצבו הנוכחי לא הצליח משה למצוא אפיק יעיל וטוב יותר לרגשות התסכול, הייאוש והכעס שמילאו אותו. רק כשנבחר לתפקיד בכיר בוועד הדיירים חלה רגיעה במצבו. הוא החל להיות עסוק בארגון ובתכניות לקידום תנאי הדיירים וזכה להערכה ולתקשורת פתוחה וטובה יותר עם אנשי הצוות ועם חברי ההנהלה.

6. עימות עם המוות וקונפליקטים חזקים בין הרצון לחיות לבין הרצון למות: בעלי הפרעות אישיות בדרך כלל נאבקים בקונפליקטים הקשורים במוותם הם. לעתים קרובות הם נוטים לראות בדמיונם את מותם כמקור לשחרור מסבל או מלחצים. הם חשים בצורך עז לשים מיד קץ למצב בלתי נסבל בחיי היום-יום - כמו לקפוץ מהחלון, לגרום למותם בתאונת דרכים או פשוט להניח את הראש על הכר ולהיעלם. יש זקנים שמשאלתם הבלתי מודעת, ולעתים גם המודעת, היא להתמזג בעולם אחר שכולו טוב עם דמויות חשובות או קרובות מהעבר שאינן עוד. האמביוולנטיות לגבי החיים והמשיכה ה"רומנטית" למוות מתחזקת בזיקנה. חרדות מפני מוגבלות אפשרית ומפני חוסר אונים פיזי, חוסר היכולת לנבא ולשלוט במועד ובאופן שבהם יתרחש מותם - כל אלה עשויים לעורר את משאלות המוות ואף מחשבות על התאבדות. לעומת זאת, בעלי הפרעות אישיות גם מתקשים מאוד להיפרד מהחיים, עקב הקושי ליצור אינטגרציה של החיים ולקבל אותם בהשלמה. בתקופת הזיקנה הם ממשיכים להרגיש תחושות של החמצה, והעובדה שהחיים נתפסים כ"משהו בלתי גמור" רווי אכזבות ותסכולים מקשה את יכולתו של הזקן "לנוח", ולהרגיש שחי את חייו ומיצה אותם ועכשיו הוא יכול ללכת.

האבדן הקשה במהלך ההזדקנות הוא למעשה אבדן מקורות נרקסיסטיים לסיפוק עצמי ולהערכה מצד אחרים, החשובים מאוד בעיניהם של בעלי הפרעות אישיות. אבדנים אלה מערערים את הביטחון העצמי של המבוגרים המזדקנים, מגבירים את חשדנותם ואת עוינותם כלפי הסביבה ולכן פוגעים במערך היחסים שלהם עם המשפחה ועם הסביבה. הצורך לשלוט, לקבל תשומת לב, להיות במרכז העניינים, לזכות בחיזוקים מהסביבה לעצם קיומם, לעצמי החלש והפגוע שלהם, עשויים לבוא לידי ביטוי בשלושה אופנים מרכזיים:

א. דפוס היחסים הבין-אישיים עם חברי משפחה, עם חברים או עם מטפלים רצוף בעיות ומאופיין בתלות גדולה, בהתנהגות תובענית, נגטיביסטית או מזיקה, כדי להרגיש שליטה וכדי לשמור על ערך עצמי. כן עשוי דפוס זה להתאפיין בפניקה, נסיגה והתכנסות למצב של דיכאון, המתבטא בפסימיות, בייאוש או באפתיה. ערנות ומודעות של המשפחה או של אנשי הצוות במוסד לקשיים של זקנים אלו עשויה לסייע להם הן על ידי תמיכה ותשומת לב והן על ידי הפעלתם וצירופם לפעילויות בתפקידים שונים במוסד שיקנו להם את התחושה שהם בעלי ערך ובעלי מידה מסוימת של יכולת שליטה והשפעה על הסביבה.

ב. התעסקות רבה בגוף, חרדות וביטויים סומטיים. הגוף משמש אמצעי לתקשורת פרימיטיבית המבטאת את כל הצרכים, דבר המוביל להיאחזות מוגברת בשירותי הבריאות השונים. כאשר הבריאות מידרדרת והאדם חולה וזקוק לטיפול סיעודי צמוד, המחלה עשויה להיות האמצעי הטוב ביותר לספק את צורכי התלות שלו ואת הצורך שלו בתשומת לב ובדאגה. לא פעם מייחסים את ההתנהגות התלותית והתובענית למניפולציה של החולה, כשהוא מנצל את מצב בריאותו. אך נוסף לכך האדם הסובל מחרדות עקב כאב וחולשה מבטא צורך אמיתי להגנה של אדם קרוב.

ג. נסיגה דיכאונית המבטאת חוסר תקווה וכניעה במצב של משבר. זהו ביטוי לייאושו של האדם כשאזלו מקורות אחרים לביטוי לחצים או מצוקות. לא פעם רואים את דפוס ההתכנסות והכניעה הזה בהתנהגותם של זקנים שאושפזו בעל כורחם במחלקה סיעודית ואיבדו את הכוח או את היכולת להתנגד ולהילחם.

הטיפול בפנוגרים בעלי הפרעת אישיות

הטיפול בהורים או בדיירים "קשים" במוסד אשפוזי או סיעודי חייב לכלול מידע, הדרכה ותמיכה מקיפה למשפחה או לאנשי הצוות במוסד. שיחות הדרכה ולמידה הכרחיות כדי לאפשר למטפלים באשר הם להבין את התנהגותו של האדם בלא להאשימו ובלא לכעוס עליו יתר על המידה. האדם הזקן זקוק להכלה ולתמיכה רבה, להבנה ולקבלה של צורכי התלות שלו נוכח קשיי ההתמודדות עם הלחצים ועם החרדות הגוברים בזיקנה. עם זאת, יש לבנות תכנית ברורה של טיפול ושל קשר עם הזקן, שיש בה חוקים וגבולות ברורים ככל האפשר. אף האדם זקוק למידע רב ככל האפשר כדי לשכך את חרדותיו וכדי שיחוש שלא אבדה לו השליטה בחייו, ויש לעזור לו להרגיש בטוח יותר. אם הזקן מאושפז במסגרת מוסדית, חשוב

שידע מהם הנהלים, מהם התפקידים ותחומי האחריות של כל אחד מאנשי הצוות, ואפילו פרטים כמו משמרות ושעות עבודה של האחראים לטיפול בו.

יש לעמוד בקשר רציף עם ילדים המטפלים בהורה הסובל מהפרעת אישיות, לעדכן אותם במידת האפשר לגבי התנהלותו במהלך השבוע ולהודיעם איך ומתי ניתן לדבר עמו בטלפון. כן יש להבהיר למטפלים שאדם זקן הסובל מהפרעת אישיות מתקשה מאוד לבטא את רגשותיו באופן מילולי. נטייתו הטבעית היא להשליך על הסביבה את רגשות החרדה, חוסר האונים והכעס. על פי רוב אין הזקנים מודעים לרגשותיהם, ותפקידם של המטפלים לנסות להבינם ולדבר עמם על הקשיים האפשריים שבהם הם נתונים. חשוב גם לא להתווכח עם הזקן ואין לנסות להראות לו עד כמה הוא טועה או שוכח את הנעשה למענו. ויכוח זה עקר וחסר תועלת משום שהזיכרון של הזקן, ובעיקר של זה הסובל מהפרעת אישיות, עשוי להיות קצר ביותר. הזקן הסובל מהפרעת אישיות משול לילד קטן הזקוק לסיפוקים מידיים וקונקרטיים, והעבר או העתיד הם חסרי משמעות במצב של מתח וחרדה.

אמה של תמי : מלחמת שליטה

אמה של תמי בת ה-54 היא אלמנה בריאה ועצמאית בת 83 הגרה לבד בתל-אביב. מאז פטירתו של בעלה לפני כשלוש שנים היא מרבה להתלונן על כדירות ועל התחושה שלאיש מבני המשפחה לא אכפת מה קורה אתה. היא כועסת בעיקר על תמי שאינה דואגת לה במידה מספקת ואינה מבלה אתה לפעמים כפי שהיא מבלה עם חברותיה. היא כועסת גם על הנכדים משום שאינם באים לבקרה ושוכחים אפילו להתקשר בטלפון. כל שיחת טלפון לאימא מעוררת בתמי מתח ולחץ. תמי מרגישה כעס ותסכול על שאמה אינה מעריכה את אשר היא עושה בעבודה, אינה מתחשבת בעובדה שלתמי משפחה משלה כמו גם עבודה, שלושה ילדים ובעל הדורשים את שלהם. עם זאת היא אינה מצליחה להשתחרר מתחושת האשמה ובעיקר מתחושת העול בכל הנוגע לאימא.

תמי מרגישה לעתים שאימה מקנאה בה על כך שיש לה בעל, שהיא בעלת מקצוע חופשי ומצליחה בעבודתה ושיש להם חוג חברים רחב ופעילויות חברתיות מגוונות. הערות מעין "יש לך זמן לכולם רק לא לאימא שלך", או "אני לבד כמו כלב בבית ואף אחד לא מתקשר כל היום", או "למה אתי את לא הולכת לסרט אף פעם?" מטלטלים את תמי והיא מרגישה כעס, אך גם אשמה, וכך מצב רוחה מידרדר ועשוי להיות ירוד במשך שעות ארוכות. תמי

פנתה אליי בבקשת עזרה והדרכה כיצד להתמודד עם אמה. לאחר שפרקה את "מטענה" הכבד יכלה תמי להבין את מצבה הרגשי של אמה ואת "נכותה" הרגשית. יחד ניסינו למצוא דרכים להציב גבולות ולהקנות לה תחושה של שליטה רבה יותר ופחות אשמה.

כדי להתמודד עם תחושת חוסר האונים וחוסר השליטה שהרגישה, הודיעה תמי לאמה שהיא מתכוונת להתקשר אליה בכל יום בשש בערב, שעה הנוחה לשתייה. כן אמרה תמי לאמה שאם היא זקוקה לדבר אתה לפני כן, היא יכולה להתקשר לטלפון הנייד, ותמי תשוב אליה ברגע שתוכל. כמו כן החליטה תמי שפעם בשבוע, ביום רביעי שהוא יום פנוי יחסית, היא תבוא לביקור וזו תהיה גם הזדמנות ללכת לפעמים לסרט. התכנית המוצעת של תמי לא פתרה את מצוקותיה של האם ואת תחושת הבדידות שלה, אך הפחיתה במידה רבה את הלחץ שהאם הפעילה על תמי ובעיקר נתנה לתמי תחושה שהיא בעלת שליטה רבה יותר ופחות מופעלת ומוצפת על ידי האם.

יש להדגיש שנוסף להפרעות הרגשיות המתוארות לעיל, רבים האנשים הסובלים במהלך ההזדקנות מתסמינים שונים כמו הפרעות בשינה, הפרעות סומטיות, הפרעות חרדה, התמכרויות לסמים משככי כאבים, לאלכוהול ולאוכל. אחרים סובלים מיחסים קונפליקטואליים עם בני המשפחה, עם שכנים ועם אחרים. אלה הם אותם רבים המתמודדים התמודדות קיומית, נורמטיבית, עם החיים המוגבלים והמלחיצים של הזיקנה בכלל ובמסגרת המוסדית בפרט.

פרק 5

הטיפול הפסיכולוגי בבני האוכלוסייה המצוקנת

שום יופי של אביב או של קיץ

אינו משופע בחן כזה שראיתי בפניו של סתיו אחד.

ג'ון דן

תפונת פצב

כאמור בפרק הקודם, הספרות המחקרית והקלינית מצביעה על כך שהמצוקות הנפשיות המאפיינות את בני האוכלוסייה המבוגרת קשורות בעיקר לשינויים ולאבדנים גופניים, משפחתיים וחברתיים, החלים במהלך ההזדקנות. קשת התסמינים נעה ממצב רוח דיכאוני, תופעות חרדה, סומטיזציה, היפוכונדריה, דיכאון קליני ופרנויה, עד לתסמונת של מחלות אורגניות-מוחיות הכוללת פגיעה קשה בתפקודים קוגניטיביים ובמבנה האישיות. עם הגיל המתקדם עולה בעקיבות השימוש בתרופות, בעיקר תרופות המיועדות לטיפול בחרדה ובדיכאון.

למרות המצוקות הנפשיות הנלוות לאבדנים ולשינויים הרבים במהלך ההזדקנות, אנשים מבוגרים נעזרים מעט מאוד יחסית במסגרות הקיימות של השירותים לבריאות הנפש. ממצאי מחקרים שונים מציגים נתונים שלפיהם רק שניים עד שישה אחוזים מהמטופלים במרפאות לבריאות הנפש הם מעל גיל 65, בעוד ששיעורם באוכלוסייה הוא כעשרה אחוזים. נוסף על כך, במבנה הקיים של מערכות השירותים לבריאות הנפש, בארץ ובעולם, מצויים מעט מאוד - ולעתים אין כלל - שירותים מיוחדים לבריאות הנפש המיועדים לאנשים מבוגרים. במקביל, קיים מחסור רב באנשי מקצוע, פסיכולוגים ופסיכיאטרים כאחד, המכירים את תחום הגרו-פסיכולוגיה והמוכנים לעבוד עם זקנים.

אף שתוחלת החיים הוכפלה מתחילת המאה העשרים (תקופת פרויד), תחום הזיקנה מצומצם ביותר כהתמחות בפסיכולוגיה קלינית, ולו רק בגלל העובדה שאין מסגרות להתמחות. היעדר מסגרות להתמחות הוא ביטוי להיעדר עניין מיוחד לטיפול באוכלוסיית הזקנים, בניגוד לשפע מסגרות ההתמחות לטיפול בילדים. היעדר העניין נובע מתפיסות מסולפות לגבי המטופל הזקן ובורות מוחלטת בכל הקשור לפסיכותרפיה בגיל המבוגר, המציעה כיום מגוון רחב ביותר של גישות התערבות וטיפול, ואף אפשרויות רבות ומרתקות להעשרה הדדית במפגש בין המטפל הצעיר לבין המטופל הזקן.

הפסיכולוגיה הקלינית בישראל אינה מציעה התמחות בפסיכולוגיה של הזיקנה ואין גם אפשרות להתמחות בטיפול בזקנים במסגרת ציבורית מוכרת.

הטיפול הפסיכולוגי באוכלוסייה הפבוגרת: רקע היסטורי

פרויד והזיקנה

הפסיכולוגיה הקלינית החלה את דרכה בתחילת המאה העשרים, בגישה הפסיכואנליטית שהציע פרויד לטיפול בנירוזות. הבסיס התאורטי להבנת ההתפתחות והפסיכופתולוגיה מעוגן עד היום בשנים הראשונות להתפתחות. לפיכך, במשך מרבית המאה העשרים הייתה הפסיכולוגיה של הגיל הרך, של הילדות ושל ההתבגרות מרכז הכובד התאורטי, המחקרי והטיפולי של הפסיכולוגיה. העניין בבגרות ובבגרות המאוחרת היה שולי ביותר, ועד שנות השבעים של המאה הן לא נחקרו ולא נלמדו.

פרויד, שחי עד גיל 83, כתב ויצר, האמין שאין טעם באנליזה לבני 40 ומעלה, אף שאת הדברים האלה טען כשהיה בן 50 בערך והיו לפניו עוד שנים רבות של התפתחות ויצירה.

פרויד ציין שלוש סיבות לפחות לכך שאין טעם באנליזה לבני 40 ומעלה:

1. מגבלות האגו או האינטלקט, בהיעדר גמישות של התהליכים המנטליים.
 2. בגיל המבוגר מצבור החומרים המנטליים הוא אין-סופי. מאחר שאנליזה מוצלחת על פי פרויד דורשת טיפול מלא בכל הקונפליקטים לאורך כל שלבי החיים, בגיל המבוגר אין אפשרות לאנליזה. כאמור, פרויד התעלם מעקרון החזרתיות ומיכולת ההכללה הקיימים במנגנוני ההתמודדות.
 3. משך הטיפול: לטענת פרויד הטיפול יסתיים בשלב שבו אין חשיבות רבה כל כך לבריאות המנטלית (וגם בכך יש סתירה לתוחלת חייו של פרויד ולהישגיו בזיקנתו).
- תפיסתו של פרויד הנוגעת לכל הקשור לטיפול פסיכולוגי לבני 50 ויותר תואמת את מצב הזקנים ואת הזיקנה בתקופתו, כשתוחלת החיים הייתה בסביבות 40 שנה ואיכות החיים של מרבית האנשים שחצו גיל זה הייתה ירודה. ההזדקנות בראי הפסיכולוגיה הדגישה ירידה בתפקוד והמשימה ההתפתחותית החשובה והיחידה באותם ימים הייתה התמודדות עם ירידה בתפקודים ועם האבדנים הרבים.

אברהם (Abraham, 1924), תלמידו של פרויד, היה אופטימי יותר בגישתו. הוא היה הפסיכואנליטיקאי הראשון שדיווח על הצלחות בטיפול בארבעה מטופלים בסביבות גיל חמישים, ולטענתו הנירוזה חשובה הרבה יותר מגילו של המטופל. לאחר מכן דיווחו אנליטיקאים אחרים על טיפולים במבוגרים וציינו שהאנליזה מעניקה למטופלים תחושה של נצחיות, מאחר שהלא-מודע הוא אין-סופי ואינו מוגבל בזמן. הטיפול מעניק לזמן

משמעות מיוחדת מאחר שהוא נפרס על פני כל החיים, ניתן לחזור לאחור בזמן, לשהות בהווה, לחשוב על העתיד ולתכנן אותו. בנוסף, המטפל הצעיר מסמל בעבור המטופל את הנעורים. תחושה של מיזוג מנטלי ומיני עם המטפל בתהליך ההעברה בטיפול מעורר אפקטים חיוביים הקשורים לתקופות קודמות ומעודד שינוי של המציאות. במקרים רבים המטופל מתחיל להקפיד על בריאותו ועל הופעתו. הדימוי העצמי משתפר עם ההתאבחות ועם חידוש ההיבטים האדיפליים. בעקבות שינוי זה העניין בכן או בבת הזוג עשוי להתחדש או להתגבר, ואף להתרחב לפעילויות סובלימטריות נוספות. גם הנוקשות שהיוותה לפי פרויד מכשול לאנליזה איננה נמשכת זמן רב. למעשה, המטפלים פוגשים באדם המגלה התנגדות פחותה ומגע רב יותר עם הלא-מודע עקב היחלשות מערך ההגנות.

יונג והזיקנה

לעומת פרויד, היה תלמידו יונג (Jung, 1963) בעל גישה אקזיסטנציאליסטית ורוחנית יותר מהגישה הרפואית של פרויד, ולכן אולי גילה פתיחות כלפי הגיל המבוגר, ובניגוד לפרויד גם הכיר במקומה המרכזי של הבגרות בחיים. הוא טען שלמעשה רק באמצע החיים מתחילה ההתפתחות הפסיכולוגית המשמעותית של האדם, ואופיו מתחיל להשתנות לאט. שינוי זה עשוי להיות בלתי מודע ולהתבטא בכמה סימנים חיצוניים. למשל, עשויות להופיע תכונות או תחומי עניין שהיו קיימים בעבר ונעלמו מאז הילדות, בעוד שתכונות מסוימות או תחומי עניין אחרים דועכים. לעתים קרובות עקרונות ואמונות, בעיקר בתחום המוסר, הופכים נוקשים יותר מגיל 50 בערך, תקופה המאופיינת בחוסר סובלנות ובפנטזיות. עקב היחלשות הגוף והיחלשות מנגנוני ההגנה, קיומם של העקרונות נתון בסכנה ולכן יש להדגישם. על הקצנה במנגנוני הגנה למדתי מסיפורה של אלונה.

בעלה של אלונה: הקצנה כחלק מתהליך של הזדקנות

אלונה מתארת בדמעות את הקושי לחיות במחיצתו של בעלה בן 58.

בעלה של אלונה גדל בבית מסורתי אך לא נוקשה. בשנתיים האחרונות הוא הפך לדתי יותר ולמחמיר בענייני מסורת. הוא חדל לנסוע בשבת, כועס מאוד על הלבוש החשוף של בתו הצעירה, מעיר לאשתו על כל בגד צמוד או שמחשופו עמוק מדי לטעמו, וכועס כשלעתים היא יוצאת בערב לחוג או להרצאה. תהליך הקצנה זה מתרחש לדברי אלונה במקביל לירידה באונו המיני, הנובעת לדבריו של בעלה מלחצים בעבודה ומטרדות בתחום הכלכלי.

“המצב נהיה בלתי נסבל, הוא כל הזמן מעיר הערות ומוטרד מכל שטות. הוא לא היה כזה. ניראה שהגיל עושה לו את זה. הוא גם השמין וניראה פתאום איש זקן”.

לדעת יונג, הפרעות נירוטיות בגיל מבוגר מלמדות על כך שהאדם מנסה להמשיך את ה"פסיכולוגיה של שלב הנעורים" לתוך שנות הבגרות, כשם שהפרעה נירוטית בנעורים משקפת חוסר יכולת לעזוב את הילדות.

יונג ראה את ההזדקנות כתהליך שבו מתחוללים שינויים עמוקים ומוזרים במבנה הנפשי, הניכרים בנטייה של אנשים להביא לידי ביטוי את הניגודים שלהם. למשל, גברים מפתחים נטיות נשיות ונשים הופכות גבריות יותר. הוא מתאר באופן ציורי למדי את החיים בגיל המבוגר, שלדבריו מבטאים תהליך פנימי המחזק את הצמצום שחל במציאות חייו של האדם המזדקן. הוא טוען שהאדם הוא כמו שמש: בבוקר השמש פורשת את קרניה לכל עבר ומאירה את העולם, וכך האדם הצעיר - כולו ב"חוק" - בקשרי גומלין נרחבים עם אנשים רבים, פעיל, טרוד בעיסוקים ובעל תחומי עניין רבים. יחסית למבוגר, אדם צעיר מיטיב להסכיך עם רעש רב ועם גירויים שונים. כך יכולים צעירים לצפות בטלוויזיה, לשמוע מוזיקה, לדבר בטלפון ולהכין שיעורים, וכל זאת בקול רם "בלתי נסבל" מבחינת ההורים (המבוגרים שלידם). אחר הצהריים השמש אוספת את קרניה ומתכנסת בעצמה, ומתקבל כדור עגול וזוהר. כך מתאר יונג את האדם באחר הצהריים של חייו. מתחיל תהליך פנימי של הארה עצמית, של התבוננות פנימה וגילוי של עולם פנימי משמעותי. בהדרגה האדם מוותר על עיסוקים, על גירויים ועל אנשים רבים, מתחיל להיות בררני יותר בבחירת חברים ועיסוקים, תר אחר שקט ואף מסוגל ליהנות יותר עם עצמו. בפרק חיים זה לא מעט מבוגרים מחפשים את דרכם, חושבים על שינוי, ולעתים אף עושים צעד הנראה מהפכני, אך מבטא כפי הנראה את התוצאה של אותו תהליך פנימי.

יונג טוען שאיננו יכולים לחיות את אחר הצהריים של החיים בהתאם לתכנית הבוקר של החיים. מה שהיה נפלא וגדול בבוקר עשוי להיות מועט וחסר משמעות בערב. גם מה שהיה בבוקר אמת, עשוי להיות בערב שקר.

לטענת יונג, הקושי של הזקנים הוא הצמצום שחל בתפקידם בחברה המודרנית. חייהם של רבים הופכים חסרי מטרה ומכאן גם חסרי משמעות. רבים גם מגיעים לזיקנה בתחושה של חוסר מיצוי וחוסר סיפוק. העיסוק בעבר טומן בחובו קשיים ולכן מטרה לעתיד היא רבת חשיבות. גם אמונה דתית היא רבת חשיבות, מאחר שהיא מאפשרת אמונה בחיים שלאחר

המוות, למשל. אף שיונג היה ער לספקות של מרבית האנשים היום, הוא טען שאדם שאינו מסוגל להיפרד מהחיים הוא אדם חלש וחולה, כאותו צעיר שאיננו מסוגל לחבק את החיים. לכן על האדם להיות מסוגל להתבונן במוות ולצפות לו. בריחה מהמוות גוזלת מהמחצית השנייה של החיים את משמעותה המיוחדת. במחצית השנייה לחיים תשומת הלב של האדם מופנית פנימה וחשיפת הפנים הזו עשויה לסייע בידו למצוא משמעות ושלמות בחיים ולקבל את המוות. על האדם לצמצם מעט את הפעילויות ואת המעורבות בפעילויות חיצוניות כדי שתעמוד לרשותו אנרגיה במידה מספקת וזמן לארגן את חיי הפנים שלו.

בעוד שהעיסוק בעולם הפנימי ובגילוי העצמי בגיל צעיר קשור על פי רוב לקשיים בתפקוד ולכן אינו הכרחי, הרי בגיל מבוגר זה חובה וצורך. מי שאינו מסוגל להאיר את העצמי - את הפנים - כשם שהשמש מאירה את עצמה, מפתח תופעות היפוכונדריות או נאחז בכוח בנעורים האבודים.

אריקסון ופעגל החיים

אריק אריקסון, פסיכואנליטיקאי ממוצא דני, ראה אף הוא בהזדקנות פוטנציאל להתפתחות פסיכולוגית ולא רק לנסיגה. זאת אף שהיה ער לאיום הגדול ליפול לתהומות הייאוש ולהמשיך את תחושת הקיבעון העשויה להתחיל כבר בסביבות גיל 50. בניגוד לפרויד, אריקסון הציע תאוריה פסיכולוגית-חברתית רחבה יותר, המדגישה את הדרך שבה מרכיבים פסיכולוגיים, חברתיים ותרבותיים משתלבים יחד בהתפתחות הנפשית של האדם במהלך החיים. הוא ייחס חשיבות מרכזית לכוחות האני, לזהות האישית וליחסים הבין-אישיים כמרכיבים החשובים יותר מדחפים ומיצרים בהתפתחות האנושית.

אריקסון (Erikson, 1963; 1982) תיאר את ההתפתחות הפסיכולוגית לאורך החיים כשמונה שלבים, ובה לכל שלב משימות התפתחותיות פסיכו-חברתיות המתאימות לו. בכל שלב ייתכן משבר התפתחותי, אך לאדם יכולת להתמודד בהצלחה עם הקשיים בזכות כוחות האני העומדים לרשותו. בניגוד לגישה הפסימית של פרויד, אריקסון רואה בכל משבר התפתחותי אתגר מיוחד שבחובו טמונה הזדמנות לצמיחה נוספת. השלבים ההתפתחותיים קשורים זה בזה; כשמשבר התפתחותי בשלב מסוים לא נפתר, הוא מוסיף ללוות את האדם לאורך כל חייו. השלב הראשון בהתפתחות הוא הבסיס, והמשימה ההתפתחותית המרכזית בו היא היכולת לפתח אמון בסיסי בזולת. אמון בסיסי זה מאפשר אופטימיות ותקווה, שהם ה"דלק" להמשך ההתפתחות. לאורך כל מעגל החיים ועד לזיקנה המאוחרת ממשיך מרכיב זה של היכולת לתת אמון בסיסי בזולת להיות מרכיב חשוב בבריאות הנפשית, ביכולת ההסתגלות

וביכולת לחוש תקווה, שהיא מרכיב חשוב במודלים של הפסיכולוגיה החיובית. בשלב השביעי, שלב הבגרות המאוחרת, המשימה הפסיכולוגית החשובה היא היכולת לנתינה יצירתית (generativity), כלומר היכולת לשאוב סיפוק מנתינה לאחרים ומהדרכת הדורות הצעירים. הסיפוק הוא מהתפתחותם, גם אם האדם עצמו מיצה את פוטנציאל ההתקדמות האישי או המקצועי שלו. בשלב השמיני בזיקנה, המשימה החשובה היא היכולת לשמור על תחושה של אינטגרציה. במובן הפשוט ביותר, האינטגרציה לפי אריקסון (Erikson, 1984) היא תחושה של לכידות וקבלה, אשר ללא ספק נתונות בסיכון בזיקנה לאור האבדנים הרבים בתחומים הנפשיים, החברתיים והסומטיים. היכולת לשמור על שלמות בהתפתחות, על איכות הקיום עד הסוף, היא אולי המשימה החשובה של האינטגרציה. בזיקנה יש גם מקום להתפתחות של חכמה, כלומר בחירה חכמה של מעורבויות בעיסוקים חיוניים שאולי אינם אפשריים בגיל צעיר ושאוּלי אף יש להם תרומה פוטנציאלית לחברה בעתיד. בהזדקנות כמו בהתבגרות עשויה להתפתח שוב הזהות, אך במובן האקזיסטנציאליסטי, זהות המאפשרת מידה מסוימת של חופש מהיאוּש המתקשר לכל אותם פוטנציאלים של הזהות הקודמת שלא מומשו או שאולו. כשנשאל אריקסון לגבי המשמעות של הזיקנה, הוא השיב: "זאת ההזדמנות האחרונה שלך להיות עצמך" (Kahana, 1983).

בספרו האחרון (Erikson & Kivnik, 1986) מרחיב אריקסון את הדיבור על תקופת הזיקנה. האינטגרציה לדבריו מתבטאת בהבנה רחבה יותר, בסובלנות ובסבלנות, בחמלה ובהשלמה עם המוות, וכן ביכולת להתבונן על החיים שחלפו בלא חרטה. בין הביטויים של נתינה יצירתית מציינים אריקסון וקיווניק גם מעורבויות חדשות, היכולת להשלים עם מידה מסוימת של סטגנציה בלתי נמנעת וחויית הקשר עם הנכדים שהיא הזדמנות לנתינה יצירתית והפרייה שנייה.

בזיקנה המאוחרת נחלש האדם ונחלשים כוח הרצון, המטרה והיזמה. הזהות מוגבלת למה שהיה האדם בעבר, וייתכן שבכך טמון ההסבר של הנטייה להיאחז במחשבות וביזכרונות על העבר. אריקסון רואה במחשבות וביזכרונות אלה נסיגה בשירות האגו. גם ההיאחזות באמונה חזקה בהתמזגות עם העולם הבא, מעין אמונה דתית, נוסכת בזקנים תקווה וכוח לשמור על שלמות (integrity), כשהמרכז הוא עצם היותם ולא דווקא עשייתם (being, not doing).

המודל של אריקסון מבוסס על תהליכים התפתחותיים פסיכו-חברתיים של גברים, נשאלת השאלה אם מודל זה מתאים גם לטיפול בנשים. נראה שהנושאים המרכזיים בהתפתחות האישה לאורך מעגל החיים שונים מאלה של הגבר. ההתקשרות היא הנושא המרכזי בהתפתחות האישה ולא הפרידה או בניית האישיות והזהות. לכן בטיפול בנשים מזדקנות הנושאים הרלוונטיים הם האיום שבפרידה, מערכות יחסים בין-אישיים ואחריות כלפי בני

משפחה, בניגוד לאוטונומיה, שהיא הנושא המרכזי אצל גברים רבים בזיקנה. היכולת להיפרד תלויה בדפוסי התקשרות מוקדמים; אם בשלבים המוקדמים לא נבנה אמון בסיסי ולא נוצרה התקשרות בטוחה, יהיו לכך השלכות על יכולתה של האישה בגיל הביניים להיפרד מילדיה הבוגרים, ואחר כך בזיקנה – על יכולתה להתמודד עם פרידות נוספות ובעיקר עם הבדידות ועם חוסר האונים העלולים להתעורר עם אבדן בן הזוג. לכן ההתמודדות עם אבדנים ופרידות בזיקנה היא למעשה הנושא המרכזי בטיפול בנשים זקנות (Freed, 1984). עם זאת, יש להביא בחשבון שלאור ההתפתחות והעצמאות של הנשים הצעירות של היום, ייתכן שהשונות בין גברים זקנים לבין נשים זקנות בדורות הבאים תלך ותיטשטש.

גישות אנליטיות עכשוויות לטיפול באוכלוסייה הפבוגרת

הגישה האנליטית לטיפול באוכלוסייה המבוגרת השתנתה במידה מסוימת במהלך השנים, והיא מייחדת תשומת לב לחוזק האני וליכולתו של האדם להתמודד עם הדחפים המשתחררים באנליזה ולהשיג שינוי חיצוני ולא רק פנימי. העלייה באיכות החיים ובבריאות האוכלוסייה המבוגרת תרמה ללא ספק לאופטימיות ולשינוי בגישה.

ברזין (Berezin, 1963) מציע למשל משימה התפתחותית נוספת לנתינה היצירתית שמציע אריקסון. הוא מכנה זאת "המעמד הייעוצי" ("the consultative position", עמ' 38). בעוד שהנתינה היצירתית מכוונת בעיקר לילדים, הרי בתפקיד היועץ האדם מסייע, מדריך ומייעץ על סמך ניסיון חייו וחכמת החיים שצבר, אך בלי האחריות המחייבת אותו לטפל ולדאוג. הוא ממלא תפקיד של מעין פילוסוף אובייקטיבי שאפשר לפנות אליו ולשמוע את דעתו. זאת בעיקר הודות לעובדה שהוא חופשי ויכול להיות פנוי וקשוב יותר להקשיב. יכולתו של הזקן לשמש כיועץ חשובה מאחר שהיא מחזקת את תחושת האינטגרציה והדימוי העצמי לנוכח האבדנים הפיזיים והחברתיים.

נתן: היועץ לעת מצוא

נתן בן ה-83 ממלא את תפקיד היועץ בהצלחה מרובה. בחייו האישיים הוא מרבה לייעץ לילדיו בעניינים אישיים ומקצועיים כאחד. למרות גילו הוא עדיין משמש כיועץ בשכר בכמה חברות בזכות ניסיונו המקצועי הרחב, ובחדר הטיפולים שאליו הוא מגיע אחת לחודש הוא מייעץ גם לי. כמי שרגיל לנהל, הוא מנהל את הפגישה הטיפולית. בשני שלישים מזמן הפגישה הוא משתף אותי בעניינים שונים הקשורים להתנהלותו ולתפקודו בתחומי החיים השונים. בשלב מסוים, בערך לקראת השליש האחרון של השעה הטיפולית, הוא מבטיח

בשעון, עוצר את דבריו ופונה אליי: "עכשיו תספרי לי את מה קורה אצלך ואיך מתקדם הספר". בנקודה זו לא נותר לי אלא להתגבר על המבוכה הראשונית, על תחושת האשם שבעצם הוא משלם בעבור הזמן ולא אני, ושאוּלי אני מתרשלת בתפקידי. כשאני מבינה את משמעות התפקיד שהוא מקבל על עצמו בטבעיות כה גדולה, ואת חשיבותו לשמירה על הערך העצמי הגבוה למרות גילו, ובעיקר לנוכח העובדה שהוא מטופל על ידי מטפלת צעירה הרבה יותר ממני, אני משתפת אותו בשמחה וזוכה לקבל וללמוד ממנו לא פחות ממה שהוא מרגיש שהוא מקבל ממני (ואולי אף יותר).

מילר (Miller, 1987) טוען שהאנליזה יכולה למשוך את לבם של הזקנים במיוחד, מאחר שהיא אינה מוגבלת במקום ובזמן: הכול פתוח, ניתן לחקור את הלא-מודע המתקשר לעבר והוא אינו מוגדר בזמן. ניתן להתחבר לנעורים ולפנטזיות בלתי מודעות, ולהתמזג עם המטפל הצעיר או עם הבן או הבת. בזיקנה יש יכולת להתחבר לעולם פנימי אקטיבי ועשיר שאינו קשור בהכרח למציאות העכשווית החיצונית. כך יש מקום לפנטזיות מיניות אצל מי שכבר אינו פעיל בתחום המיני אך דחפים ופנטזיות מוסיפים להתקיים בעולמו. תיתכן גם העלאה מחדש של תכנים אדיפליים, כולל הקונפליקט האדיפלי המהופך שבו המטופל הזקן מקנא ומתחרה במטפל או בבן הצעיר. כל אלה עשויים להביא לידי צמיחה, לאינטגרציה מחודשת, לסובלימציה של דחפים ולפתרון של כמה קונפליקטים. יש בכך גם כדי לענות על משאלה בלתי מודעת לחיי נצח.

הפסיכואנליטיקאית אן מרי סנדלר (Sandler, 1978; 1984) מציגה כמה תיאורי מקרים של אנליזות לזקנים. סנדלר משווה את הלחצים בזיקנה למשימות התפתחותיות בילדות שתיארה אנה פרויד. האבדנים בזיקנה והפגיעות הנרקסיסטיות מזכירים לנו את הירידה בתחושת האומניפוטנטיות של הילד, המתחילה בשלב היציאה מהסימביוזה לפי מרגרט מאהלר (Mahler, 1975), והממשיכה לאורך השנים הראשונות עם דרישות ההורים, ואחר כך עם הולדת אח או אחות, בכניסה לגן ולבית הספר, בחיים בחברה ואחר כך בעבודה. בזיקנה ובילדות כאחד יש להתמודד עם משברים הקשורים למעבר משלב התפתחות אחד למשנהו. באנליזה אפשר אפוא לעזור לאדם המבוגר, כשם שעוזרים לילדים, להתגבר על קיבעון או על רגרסיה ולעבור לשלב התפתחות גבוה ומתאים יותר.

סנדלר טוענת שאנליזה של אנשים מבוגרים מתמקדת במבנה ובארגון התהליכים המנטליים בהווה, ביכולתו של האדם להתמודד עם המשימות ההתפתחותיות של הגיל ובעיקר עם

אבדנים ועם פגיעה נרקסיסטית. המטרה בטיפול אפוא איננה שינוי אופי ומבנה אישיות, אלא עזרה לאדם לעשות שינויים הכרחיים לצורך הסתגלות לזיקנה. הבנת העבר וחשיפת הנירוזות של הילדות חיונית רק אם היא רלוונטית להבנת ההווה ואם היא עשויה להאיץ את השינויים ההכרחיים לצורך הסתגלות מוצלחת יותר. פעמים רבות דפוסי התמודדות שהתאימו לשלבים קודמים אינם מתאימים לזיקנה. מנגנוני הגנה, דימוי עצמי והערכה עצמית מושפעים משינויים ומלחצים פנימיים וחיצוניים לאורך מעגל החיים, וכך יש מי שתפקדו היטב בעבר ואילו בזיקנה הם מתקשים להתמודד עם שינויים.

הגישה האנליטית לטיפול במבוגרים השתנתה כאמור מבחינות מסוימות במהלך השנים, וכן התפתחו מאז גישות טיפוליות נוספות. הגישות החדשות מייחסות חשיבות לחיזוק ולארגון המבנים המנטליים, לחיזוק האני וליכולתו של המטופל להתמודד עם הדחפים המשתחררים באנליזה והכוללים תכנים בלתי מעובדים מהעבר. הטיפול מכוון להשגת שינוי בתפקוד בעולם החיצוני, ולא רק לשינוי במציאות הפנימית. מטרת הטיפול זהה למעשה לזו של הטיפול בצעירים - להגיע לשליטה מרבית על עצמם ועל חייהם, תוך הדגשת האוטונומיה, העצמאות והכבוד העצמי. הטיפול מסייע לאדם המבוגר כמו לצעיר להתמודד עם המשימות ההתפתחותיות הקשורות לגיל ובעיקר עם אבדנים ועם פגיעות נרקסיסטיות. עם זאת, לאור האיום המתגבר של אבדנים ככל שהגיל מתקדם, המשימה הטיפולית קשה יותר.

טיפול אנליטי בזקנים עשוי לסייע גם כשהפגישות אתם הן בתדירות נמוכה, למשל אחת לשבועיים ואפילו אחת לחודש (Kahana, 1985). נראה אפוא שאם יש לאדם המבוגר יכולת מנטלית ונכונות רגשית להגיע לתובנות ולנתח תהליכים באופן מעמיק, הרי אין מניעה לטיפול פסיכואנליטי, שכמובן יותאם למצבו הפיזי וליכולותיו של האדם ליהנות מהטיפול.

בספרם "המרוץ כנגד הזמן" מתארים נמירוף וקולרוסו (Nemiroff & Colarrusso, 1985) הצלחות בטיפול באוכלוסייה המבוגרת. לדעתם, דווקא בזיקנה ניכרות לעתים פתיחות רבה יותר, גמישות ויכולת לעבד תהליכים שבגיל צעיר יותר אולי לא היו אפשריים. בהמשך (Nemiroff & Colarrusso, 1990) הם מתארים את ההתפתחות הפסיכולוגית כנמשכת לאורך כל החיים וכמבוססת על קשרי גומלין בין האורגניזם מחד גיסא לבין הסביבה הפנימית והחיצונית מאידך גיסא. האדם נתפס כיצור דינמי המתפתח ומשתנה לאורך כל החיים, בניגוד לתפיסה האנליטית המוקדמת, שלפיה משימות התפתחותיות חשובות נשלמות בילדות. נמירוף וקולרוסו הציעו כמה הנחות להבנת תהליך ההתפתחות לאורך החיים:

1. אופי התהליך ההתפתחותי של המבוגר ושל הילד זהה ביסודו. בניגוד להנחה הרווחת, שלפיה המבוגר תלוי פחות בסביבה, תלותו של האדם בסביבה נמשכת כדי להשיג את המשימות ההתפתחותיות המרכזיות בגיל מבוגר. השוני בין שתי תקופות החיים הוא באובייקטים המרכזיים בחיי האדם. בילדות הסביבה כוללת אובייקטים כמו הורים, מורים וחברים בני אותו גיל, אך בבגרות האובייקטים לאהבה הם בני זוג, ילדים ועמיתים לעבודה. המשימות ההתפתחותיות בבגרות, כמו למשל תפקוד מיני בוגר, אינטימיות, יצירתיות ועבודה; התמודדות עם אבדנים של הורים, של בני זוג ושל חברים ופרישה מהעבודה, חשובות למבוגרים כשם ששליטה על צרכים, למידה והפנמה של "אני עליון" חשובות לילדים. מילוי משימות אלה תלוי בקשרי הגומלין של האדם עם הסביבה. יש לציין שנמירוף וקולרוסו מסכימים שהמבנה הנפשי הבסיסי - האגו, הסופר-אגו והאגו האידאלי - אינו משתנה ואין נוספים לו מבנים חדשים, אך עדיין חלים שינויים במבנים אלה. למשל, לדמות האב יש משמעות פסיכולוגית שונה כשמדובר בילד הרואה אב צעיר כול-יכול, לעומת דמות האב הקשיש המוגבל או המת אצל בן בגיל העמידה.

2. התפתחות בבגרות היא תהליך דינמי נמשך. המבוגר, כמו הילד, נתון כל העת בתהליך התפתחות.

3. ההתפתחות בילדות המוקדמת מתבטאת ביצירת מבנים נפשיים, בעוד שהתפתחות המבוגר ממוקדת בפיתוח נמשך של מבנים נפשיים אלה ובשימוש בהם. במבנים אלה חלים שינויים בהשפעת התנסויות וקשרים שהאדם חווה. למשל, משמעותה הפסיכולוגית של דמות האב בעיני ילד שונה ממשמעותה בעיני בן המביט באביו הזקן: הילד רואה אב צעיר כל-יכול, אך הבן בגיל העמידה רואה לנגד עיניו אב קשיש ומוגבל, ומובן שהגבר המזדקן בוחן את עצמו ביחס לבנו הצעיר הכל-יכול. גם באגו האידאלי עשויים לחול שינויים, כשהאדם בזיקנתו אינו יכול לעמוד עוד בציפיות לתפקוד מיטבי.

4. נושאים מרכזיים בהתפתחות הילד מוסיפים להיות מרכזיים בהתפתחות המבוגר, אך בצורות שונות. כלומר, ההנחה היא שהנושאים ההתפתחותיים המרכזיים בילדות אינם נפתרים לעולם והאדם למעשה אינו יכול להשיג שליטה מוחלטת. לפי מאהלר (Mahler, 1975), התלות המוחלטת באם למשל הופכת לתלות יחסית באובייקטים אחרים בגיל מבוגר. הכמיהה לאם הכל-יכולה נמשכת, והיא עשויה לעלות מחדש בתקופת הזיקנה המאוחרת, למשל כשהזקן מצפה שיבינו אותו ויפעלו כרצונו בלא שיהא עליו לבקש או להסביר. על פי גוטמן (Guttman, 1994), הכמיהה לאם באה לידי ביטוי בהתחזקות הצרכים האורליים ובגעגוע לאוכל של אימא, כפי שעלה במחקר בין-תרבותי. גוטמן מסביר שהגבר הזקן עשוי לבטא את הכמיהה לאם באמצעות רגרסיה בשירות האגו

לצרכים אורליים, שהם תחליף לצרכים גניטליים. בולבי (Bowlby, 1988) גורס כי גם הצורך בהתקשרות מתחזק בזיקנה המאוחרת, ועשוי לבוא לידי ביטוי בצורך של הזקן ב"מקום בטוח", בדמות מרכזית שניתן להישען עליה ולסמוך עליה בעת הצורך. תהליכי פרידה-אינדיווידואציה נמשכים אף הם לאורך כל החיים. תהליכים אלה מתעצמים במהלך ההזדקנות, לנוכח הפרידות והאבדנים הרבים ולנוכח האיום הצפוי מפני אבדן שליטה. שינויים אלה מחייבים את האדם המזדקן להיערך מחדש; להיפרד רגשית ומנטלית ממקורות סיפוק חיצוניים, מתפקידים, מדימויים, ממערכות יחסים, מיכולות פיזיות, כלכליות וחברתיות שאינן עוד בנמצא, ולהישען עוד ועוד על מקורות פנימיים המכילים ייצוגי עצמי ואובייקט מופנמים, לצורך חיזוק ושמירה על דימוי ועל ערך עצמי. התמודדות רגשית זו היא ביטוי נוסף לחשיבותם של תהליכי פרידה-אינדיווידואציה כפי שנחוו בשלבים המוקדמים ושל היכולת להפעילם במהלך ההזדקנות (Bar-Tur & Levi-Shiff, 1998).

במהלך כל חייו אנו ממשיכים לעצב את תחושת העצמי והזהות שלנו ולשפרה. אריקסון וקיוניק (Erikson & Kivnik, 1986) חוזרים ועוסקים בנושא הזהות בזיקנה, ולדבריהם הזקן יכול להשתחרר מהתסכול ומהייאוש שליווהו שנים רבות, שבמהלכן חש החמצה ואי-מיצוי היכולות של זהויותיו השונות בתחום האישי, המקצועי או החברתי. זהויות אלה אינן רלוונטיות עוד בזיקנה, משום שרוב הזקנים כבר יצאו מן המעגל המקצועי והחברתי, וגם הדימוי הגופני אינו חשוב עוד כבעבר. גם התסביך האדיפלי אינו מסתיים בילדות וממשיך בווריאציות שונות בבגרות. הקנאה של הילד באביו והגדול והכל-יכול והתחרות עמו עשויה להתחלף בזיקנה בקנאה ובתחרות של האב המזדקן בבנו הצעיר והחזק. כך ממשיכה האינטראקציה של הנושאים ההתפתחותיים המרכזיים מהעבר לאורך כל שלבי ההתפתחות.

5. תהליכי ההתפתחות בבגרות מושפעים מהעבר הבוגר ומהעבר של הילדות כאחד. למרות החשיבות שממשיכים לייחס לילדות המוקדמת, יש להתחשב גם בהתפתחות ובאירועים בולטים בשלבים הבוגרים המאוחרים יותר, אף שגם הם מושפעים מהילדות. הישגים והצלחה בתחום המקצועי או החברתי, קשר עם בן או בת זוג, הולדת ילדים ונכדים, כמו גם כישלונות, אבדנים ופרידות במהלך החיים הבוגרים, תורמים להתפתחות הפסיכולוגית בבגרות ובזיקנה ואף פוגעים בה.

6. הקשר החזק שבין הגוף והנפש מוסיף להיות גורם מרכזי בבגרות כמו בינקות, בילדות ובהתבגרות. בעוד שבילדות ההתפתחות המינית והגופנית היא הגורם החשוב בחייו של האדם, בבגרות דווקא הירידה בתפקוד והשינוי בגוף הם הגורם העיקרי. ירידה זו,

ובעיקר הפסקת המחזור החלה בגופן של הנשים, מביאה לידי שינויים ניכרים במבנה הנפשי ועלולה לגרום להפרעות רגשיות. המטפל חייב אפוא לשים לב לפחדים, לתפיסות שגויות, להכחשות ולפנטזיות לגבי הגוף המזדקן בקרב מטופלים בגיל העמידה ובקרב מטופלים מבוגרים יותר, כי אלה נושאים רבי-חשיבות בעבודה הטיפולית.

7. המשבר הנורמטיבי המתעורר עקב ההכרה בסופיות הזמן ובמוות הבלתי נמנע הם נושא מרכזי בהזדקנות. הכרה זו עשויה להביא לידי שינויים התפתחותיים בריאים ולא רק לפתולוגיה, כמו ארגון מחודש של סדרי עדיפויות ומעורבות רבה יותר ביחסים משמעותיים.

גישה נוספת לטיפול באוכלוסייה המבוגרת, השייכת לאסכולה הפסיכואנליטית, היא הגישה הטיפולית הבוחנת, המעריכה והמטפלת בעצמי במהלך ההזדקנות. גישה זו מיוצגת על ידי מוסלין (Muslin, 1992), המתבסס על תאוריית העצמי של קוהוט (Kohut, 1977).

תאוריית העצמי וגישה הטיפולית לעצמי הזדקן

על פי תאוריית העצמי, תהליך ההזדקנות הוא תהליך מתמשך של פגיעה נרקסיסטית בתחושת העצמי כתוצאה מהירידה בתחושת השליטה, המעוררת תחושה של חוסר אונים והפוגעת בדימוי ובהערכה העצמית. העצמי לפי קוהוט (Kohut, 1977) מתפתח ומתגבש בתהליך הנמשך לאורך כל החיים. העצמי מתואר כמבנה פסיכולוגי המכיל ייצוגים, זיכרונות של דימויים וקשרים עם אחרים, ובכלל זה גם חוויות והתנסויות שהאדם אינו מודע להן בהווה ובעבר. לכל אדם עצמי דו-קוטבי, כלומר מודל של העצמי שאליו חותר האדם. הוא מבטא את כיוון השאיפות שלו, וכישורונותיו ויכולותיו פועלים לפי הציר הערכי שלו. כשהאדם מצליח לממש את שאיפותיו ופועל לפי ערכיו, הוא נמנע מבושה. כך בא לידי מימוש החלק המופנם של האדם – הסופר-אגו או האגו האידיאלי – שרכש האדם מההורים המטפלים בו באמצעות הגבלות, חוקים, היתרים וחיזוקים ושהפך לערכים קבועים בעצמי.

העצמי נפגע כאשר נוצרת הפרעה ביחסים שבין העצמי לבין אובייקטים מרכזיים בחייו ובסביבתו. משום כך, התייחסות הסביבה אל האדם הזקן חשובה ביותר. יחסה מהווה מעין מראה המשקפת בעיני הזקן את הדימוי העצמי ואת ההערכה העצמית שלו, בין שהיא הוגה לו כבוד והערכה ובין שהיא דוחה אותו ומתרחקת ממנו. כשהאדם המצוי בתהליך הזדקנות מאבד את המראות החיוביות שהסביבה מספקת לו, הוא עלול לחוש ריקנות, כעס, דיכאון, אשמה או היפוכונדריה. דבר זה עשוי לחולל תנודות קיצוניות בהערכה העצמית, להביא

לידי תלות באחרים, לשתלטנות ולתובענות. ככל שהאדם יהא תלוי במהלך חייו באנשים מסוימים לצורך שמירה על הערך העצמי של ועל דימויו העצמי, כך תהיה הפגיעה קשה יותר וההתמודדות עם אבדן האדם הקרוב או התפקיד או המעמד המקצועי-החברתי עלולה להיות קשה יותר.

מוסלין (Muslin, 1992), פסיכואנליטיקאי השייך לאסכולת העצמי וממשיך תורתו של קוהוט, בוחן את תהליך ההזדקנות על פי הערכה וטיפול בעצמי המזדקן ומציע גישה טיפולית מתאימה המבוססת על חיזוק העצמי. מוסלין מעריך את הבריאות הנפשית בזיקנה על פי יכולתו של האדם לשמור על הלכידות, על שלמות העצמי המזדקן לנוכח השינויים והאבדנים בזיקנה. בזיקנה, טוען מוסלין, העצמי צריך לעבור טרנספורמציות בתחומים שונים: הערכים, השאיפות ותפקודים השונים. בשלב הראשון הטרנספורמציה חלה באידאלים ובשאיפות; בשלב השני נעשית בנייה מחדש, כלומר התפתחות של אידאלים חדשים, של תכניות חדשות, ערכים ומטרות, המותאמים למצב של העצמי.

ציר הערכים והאידאלים

ההתפתחות לאורך כל החיים נעה על ציר של ערכים שאנו מפנימים כבר בלידתנו. לכל משפחה וחברה מערכת ערכים משלה, ומערכת זו מכתיבה לאדם את התנהגותו ומשפיעה על דימויו העצמי ועל ביטחונו העצמי. משפחות מסוימות מעמידות במרכז השכלה, אחרות - הצלחה כלכלית, הישגים בספורט או כוח פיזי וכד'. הדבר הראשון המשתנה בהזדקנות הוא אולי הסטנדרטים של העצמי, הערכים שלפיהם האדם בוחן את עצמו, למשל עצמאות, כניעות, נחמדות, כוח ותחרותיות. הסטנדרטים חייבים להשתנות עקב השינויים הפיזיולוגיים והפסיכו-חברתיים. חוסר התאמה למצב ושמירה עיקשת על סטנדרטים שאינם הולמים גוף נחלש, אנרגיות פחותות או היעדר עבודה עקב פרישה לגמלאות, כל אלה יביאו לידי תחושת ריקנות שתביא לידי דיכאון ותחושה של חוסר התאמה. המשימה המרכזית בהזדקנות היא אפוא להגיע לידי עצמי לכיד החי בהרמוניה עם מרכיביו. הדבר מחייב שינוי בערכים הפנימיים כדי ליצור התאמה לכוחות של העצמי. מי שערכיו אינם משתנים אינו מסוגל להתמודד עם השינויים המתרחשים עם התקדמות הגיל ולכן הוא צפוי לחוסר איזון ולסכנה של פרגמנטציה. למשל, מי שהעבודה הייתה כל חייו ערך עליון החיוני לשמירת הערך העצמי, בוודאי חייב לארגן מחדש את סולם ערכיו ולקבל את העבודה שהעבודה אמנם הייתה ערך חשוב ומרכזי, אך כיום, בגיל הזיקנה, ניתן להיפרד ממנה בלא לפגוע בערך העצמי.

במהלך השנים חלים בעצמי שינויים בהתאם לנסיבות החיים החדשות. כדי להיות הורה, למשל, על העצמי להיות מסוגל לטפל, להרגיע ולרכך. לעומת זאת, אם העצמי לא השתנה כהורה, הוא יישאר בעצמו ילד המתחרה בילדיו והמקנא בהם.

ציר השאיפות

ציר השאיפות מבטא את מכלול יכולת העצמי לאסרטיביות: יכולת העצמי לבטא רגשות, ליצור, ליזום ולמלא משימה. חלק זה של העצמי מניע את האידאליים, והוא מתבטא בפעילויות ובעיסוקים השונים של האדם במהלך חייו ובזיקנה. גם בהיותו מחוץ למעגל העבודה עליו לממש את יכולותיו ואת רצונותיו, בשלב שבו הוא חופשי לבחור את האופן שבו ימלא את זמנו ואת תכנים המתאימים לו בזיקנתו.

כשהעצמי לכיד שוררת הרמוניה בין חלקיו השונים. לאחר שחלים בו השינויים הנדרשים הוא שלם ומסתגל לסביבתו ללא תגובות קיצוניות לעולם החיצון בדמות ירידה ואבדן ערך עצמי או פרגמנטציה של העצמי. העצמי הסתגלן אפוא מסתגל למגבלותיו, מוכן לקבל תלות ועזרה ומכיר בכך שהעזרה מספקת ביטחון.

השינויים בעצמי המזדקן עשויים להתרחש בכמה תחומים:

1. בתפיסת המציאות.
2. בציר השאיפות.
3. בהגנות מפני דחפים.
4. בציר הערכים.
5. באיכות האשמה והבושה ובכמותן.
6. בעצמת הדחפים ובאיכותם.
7. בהתקשרויות לעצמי אחרים כאובייקטים או כחלקי אובייקטים.

בעוד שמרבית הזקנים מצליחים לשמור על הבריאות הנפשית למרות הקשיים, יש שאינם מצליחים להתמודד עם השינויים ועם האבדנים, מאחר שהעצמי שלהם פגיע ורגיש ולכן הם מונעים על ידי חיפוש מתמיד אחר הערכת הסביבה כדי למלא את החלקים הריקים בעצמי.

מוסלין מתאר שני סוגי עצמי עיקריים הבולטים בהפרעות בזיקנה: העצמי הרעב למראה (The Mirror-Hungry Self), והעצמי הרעב לאידאל (The Ideal-Hungry Self).

אנשים בעלי הפרעת אישיות נרקיסיסטית מייחסים לעצמם חשיבות מופרזת בקשרי גומלין עם אחרים. הם משדרים בדרך כלל ערך עצמי עליון, כוח רב וביטחון, וזה בניגוד מוזר לצורך יוצא הדופן לקבל אהבה והערצה מאחרים. אנשים אלה סובלים מתנודות בין רגשי נחיתות לבין רגשי עליונות ומחשבות אומניפוטנטיות, והניגודים בתפיסתם העצמית קיצוניים. עולם הרגשות שלהם דל ושטוח והם רוחשים אמפתיה מעטה לרגשות של אחרים. מערכת ההגנות שלהם פרימיטיבית, למשל הזדהות השלכתית, פיצול ואומניפוטנציה. הם בוחרים תחום שבו הם יכולים להצטיין וכך להביע את הצורך בגרנדיוזיות ולקבל הערצה מהסביבה. אנשים אלה שואבים סיפוקים נרקיסיסטיים והנאה רק כשהם מקבלים מהסביבה אישור לפנטזיות הגרנדיוזיות שלהם. הם עשויים להיות נושאי תפקידים בכירים, מנהלים, פוליטיקאים, מצטיינים בתחומי האמנויות השונות או בתחומי הספורט והיופי. ההישענות על מראות חיצוניות בלא עצמי לכיד ויציב היא מסוכנת, מאחר שהמראות החיצוניות אינן נמשכות לעד. האיום הגדול עליהן הוא כמובן הזיקנה. עם אבדן הכוח והזוהר הם מרגישים ריקנות, אי-שקט ושעמום. הם נוטים להתחבר למי שיעריצו אותם, ולבטל או להפחית את ערכם של מי שאינם מעניקים להם דבר. במקרים מסוימים ניתן לגלות קור ואכזריות מתחת למעטה הנחמדות וההתעניינות הנראה לעין. יתר על כן, אנשים בעלי הפרעה נרקיסיסטית אינם חשים בדרך כלל דיכאון אלא כעס וסלידה. הרגשות המלווים אותם יהיו רגשות נקם וקנאה ולאוו דווקא עצב על אבדנים.

אבדן החיזוקים החיצוניים הופך את העצמי לחלש או לריק. הריקנות נובעת מאבדן של אובייקטי-עצמי או חוסר יכולת לשנות את ציר האידאלים והמטרות כדי להיות מסוגל לשאוב סיפוק והערכה ממקורות חלופיים. הצורך בהערכה אינו פוחת עם התקדמות הגיל, אך מאגרי האנרגיה פוחתים ומכאן ההשפעה על הפעילות. אותם אנשים מאופיינים בניגודים קיצוניים בתפיסה העצמית, הבאים לידי ביטוי בתנודות בין רגשי נחיתות לרגשי עליונות.

העצמי של מרבית הזקנים אינו פתולוגי וניתן לתקן בו פגיעות ולפצות על שבירות קטנות. לדברי מוסלין, אדם בריא בנפשו יהיה מסוגל אפוא להסתגל למציאות המשתנה על ידי ארגון מחדש של מערכת הערכים ושל ציר השאיפות. העצמי שלו יהיה גמיש והוא יהיה מסוגל להקטין את הציפיות מעצמו ומסביבתו ובכך להימנע מרגשי בושה ואשמה.

עקרונות הטיפול בעצמי המזדקן על פי פוסלין

מטרת הטיפול בהפרעות נרקיסיסטיות בזיקנה היא לאפשר למטופל להכיר את תחושת הפרגמנטציה של אגו-גוף-עצמי ולקבל אותה. כשהמטופל עסוק למשל במחלה או באבדן, על המטפל לשקף לו את תחושת הפרגמנטציה של העצמי ולאפשר לו להתאבל על העצמי הקודם. תפקידו מתמקד בעיקר באמפתיות, בהבהרה, בשיקוף ובתמיכה המזינים את העצמי הפגוע והמחזקים את ההערכה העצמית. ההעברה בטיפול כזה עשויה להיות חזקה מאוד בגלל הצורך באידאליזציה ובהתמזגות עם דמות מושלמת, כול-יכולה כמו המטפל. פעמים רבות הלחצים במציאות החיצונית מעודדים נסיגה לדפוס קודם של תלות בהורה אידאלי מגן וחזק.

הפגישה הראשונה עם האדם מחייבת את המטפל לדעת לערוך אבחון אמפטי, כלומר להעריך את תפקודיו הרגשיים והקוגניטיביים של הזקן, ולנסות ככל שניתן לראות את העולם מתוך העצמי של האדם המזדקן. מטרת האבחון היא לאתר את הפגיעות בעצמי, אילו חלקים מתפקדים כשורה ומה חסר בו, והאם חלה בו ירידה קוגניטיבית ובאיזו מידה. אבחון כזה יאפשר לקבוע האם העצמי לכיד או פגוע.

שאלות חשובות נוספות הן האם העצמי חלש או ריק, האם הריקנות בעצמי נובעת מאבדן קשה - אבדן של אדם קרוב ששימש כמספק צרכים (עצמי-אובייקט), או שמא הפגיעה נגרמה בשל התרוקנות מערכים וממטרות ובשל חוסר היכולת של העצמי להטעין את עצמו מחדש, לשנות ערכים, לבנות מטרות חדשות ולקבל את תהליך ההזדקנות. יש לבחון באיזו מידה יכול הזקן להתבונן ולהעריך את עצמו (אגו-מתבונן).

בתהליך האבחון יש לבדוק את המצב הפיזי והקוגניטיבי של הזקן, כגון זיכרון ואוריינטציה, וכך את מערכת התמיכה החברתית שלו. יש לבחון גם את מידת נכונותו של הזקן לתת אמון במטפל ולפתח קשר של תלות בו. ככלל, ייתכנו שלושה סוגי טיפול: טיפול תמיכתי, פסיכותרפיה ואנליזה.

כשהעצמי פגוע הטיפול מתמקד בתמיכה. מטרת המטפל היא ליצור קשר עם המטופל דוגמת קשר עצמי-אובייקט (self-object bond). המטפל ממלא חוליה חסרה בתפקוד, שהרי העצמי מתנגד בדרך כלל לשינוי. תחושותיו של המטפל משקפות על פי רוב את אשר מרגיש המטופל בגלל נטייתו להשליך ולראות במטפל שלוחה של העצמי. המטופל גם נוטה להשכיח נושאים חשובים, להפחית בערך המטפל או "לגנוב" ממנו אינטרפרטציות, להסתדר לבד. מטופלים כאלה עשויים לבוא בדרישות גבוהות מהמטפל. הם מפעילים עליו לחץ כבד.

הטיפול התמיכתי מתאים בייחוד למי שהעצמי שלו פגוע, למי ששרוי בדיכאון ולמי שמתקשה לפתח יכולת לאינטרוספקציה - התבוננות פנימה. הטיפול התמיכתי מתאים גם למטופלים שחוו אבדנים או שינויים והעצמי שלהם סובל מחוסר איזון. מטרת הטיפול היא לשקם את העצמי באמצעות העלאת המודעות והתובנה לקשיים, שיקוף, וניתוח של אירועים ותהליכים מהעבר תוך ניסיון לחבר ולאחד את החלקים הפגועים בעצמי.

תהליך השיקום מתרחש כאשר נוצר אמון במטפל וקשר עמו, והמטפל הופך לעצמי-אובייקט, וזוהי למעשה המטרה העיקרית של הטיפול התמיכתי. המטפל משמש כתחליף לאובייקטים שאבדו, כמו בן או בת זוג או ילד. נוצר קשר נמשך של הזנה נרקסיסטית שאינו תהליך מוגדר שיש לו התחלה וסוף. למטפל תפקיד מרכזי בתמיכה, בהגנה, בהכוונה ובסיפוק תחושה של ביטחון, של שלוה, של נוחות או של אהבה. כשהמטופל סובל מחרדה, מאי-שקט או מבלבול, הוא זקוק לשליטה ולארגון ולכן המטפל עשוי לשמש מעין הורה אידאלי, שאפשר להישען עליו ואפשר לקבל אצלו מקלט בטוח.

לאישיותו של המטפל נודע תפקיד חשוב בטיפול התמיכתי. יש לבחון באיזו מידה העצמי שלו לכיד, האם צרכיו מסופקים ומהי מידת העייפות והשחיקה שהוא חש בעבודה או בחייו האישיים. עבודתו הטיפולית מקבילה במידה רבה לתפקיד של ילד המטפל בהורה, לכן חשוב שהמטפל הצעיר לא יהפוך את המטופל להורה שלו ויעביר אליו ציפיות גבוהות או אידאליזציה, או לחלופין - רגשות של עוינות בלתי מודעת. כל אלה יעכבו בעדו מלהוביל ומלהנהיג את הטיפול ואת המטופל הזקוק לחיזוק ולביטחון.

המטפל משמש לעתים כדמות הורה. בניגוד לטיפול רגיל הוא מקבל על עצמו אחריות, הוא אקטיבי, יוזם ואף מסייע בקבלת החלטות כשהאדם המבוגר מתקשה בכך. טיפול זה מתאים במיוחד לאדם בעל עצמי רעב, הזקוק לחיזוקים רבים, שמאגרי האנרגיה שלו והמקורות החיצוניים המזינים אותו מצומצמים.

בניגוד לגישות הפסיכואנליטיות והדינמיות, המתמקדות בעיקר בעולם הפנימי של האדם המבוגר ובעיבוד תהליכים מרכזיים המתקשרים לחוויות העבר, הגישות הביהביוריסטיות והקוגניטיביות המטפלות באוכלוסייה המבוגרת מתמקדות בלמידה ובשינוי ההתנהגות בהווה. מעצם טבען תאוריות אלה, המבוססות על מחקרי מעבדה שהצליחו לחולל שינוי בהתנהגות של בעלי חיים, הן אופטימיות לגבי היכולת לחולל שינוי באוכלוסיות שונות, כולל אוכלוסיות מוגבלות ביותר.

הגישה הקוגניטיבית לטיפול בהזדקנות פיטבית

בקיץ 2001 הוזמנתי על ידי המכון של אלברט אליס בניו יורק ללמוד את שיטת הטיפול הרציונלית-רגשית-התנהגותית. ד"ר אלברט אליס הוא אבי הגישה (Rational Emotive Behavior Therapy, REBT).

הגישה הטיפולית הייחודית הזאת הוצעה לראשונה ב-1955 והייתה למעשה הגישה הטיפולית הקוגניטיבית-התנהגותית הראשונה. גישה זו התבססה על ההנחה התאורטית שאנשים אינם סובלים מהפרעות רגשיות רק בגלל התנסויות וחוויות ילדות ותנאים ראשוניים, כי אם יוצרים ובונים את ההפרעות הראשוניות והמאוחרות שלהם, על פי רוב בגלל האמונה שהם מפתחים כלפי אירועים מזיקים שנגרמו להם במהלך חייהם.

התעניינותי בתחום הטיפול הקוגניטיבי המיוחד הזה ניעורה לאחר שקראתי את הספר של אליס וולטן "הזדקנות מיטבית" (Ellis & Velten, 1998, "Optimal Aging"). הגישה הלוגית והעניינית המוצגת בספר הולמת להערכתי את ההתערבות הטיפולית המתאימה לאוכלוסייה המבוגרת הבריאה ביסודה. המטרה היא לעזור לאדם במשבר לפתח תהליכי חשיבה רציונליים כדי להתמודד עם הקשיים הרגשיים המתעוררים במצבי משבר או מצוקה. התובנות שאנו מפתחים מאפשרות לנו לבחון את תפיסת העולם השלילית, הפסימית, המאפיינת מצבי חרדה, תסכול או דיכאון, ולאחר מכן לשנותה. שינוי התפיסה מאפשר פתרון בעיות ושיפור יכולת ההתמודדות. הגישה מיישמת כמה עקרונות חשובים של הזדקנות מיטבית, ומייחסת חשיבות בעיקר לחיזוק תחושת השליטה של האדם בעולמו הפנימי ומכאן גם בעולם החיצון.

אלברט אליס הוא פסיכולוג בן 92, כבד שמיעה, החולה בסוכרת קשה. כל אלה אינם מפריעים לו לעמוד על הבמה ולהרצות בלהט, להדריך מטפלים ולטפל במאות מטופלים ומודרכים הבאים למכון שבו הוא עובד ומתגורר. למרות גילו המופלג ובריאותו הלקויה, הוא עדיין חדור מוטיבציה ואנרגיות להמשיך ולהניע את מפעל חייו. הוא שנון, ציני, בוטה ומשעשע, בעל כריזמה רבה ומידה של "שיגעון" אשר אינו משאיר את השומע אדיש ולו לרגע. אלברט אליס עצמו נושא בכל יום שישי בערב הרצאה במחיר סמלי המיועדת לקהל הרחב.

הרעיון המנחה של המודל הרגשי-קוגניטיבי מבוסס על העיקרון שלפיו רוב התגובות שלנו לאירועים השונים בחיינו מושפעות מאמונות, ממחשבות, מהשערות ומדימויים המתעוררים אצלנו, חלקם באופן בלתי מודע כתגובה לאירוע, והם המכתיבים את התנהגותנו ואת רגשותינו.

קיימים שני מערכי חשיבה: מערך חשיבה רציונלי ומערך חשיבה בלתי רציונלי. מערך החשיבה הרציונלי מבוסס על רצון, על העדפה ועל משאלה למימוש מטרות בחיים. לעומתו, מערך החשיבה הבלתי רציונלי מבוסס על תובענות ועל הערכה אבסולוטית של מאורעות בחיים – בעבר, בהווה ובעתיד. התובענות מתבטאת בדרישות האדם מעצמו, מאחרים, מהעולם. אפשר להבחין בשלוש קבוצות של תובענות:

1. נוראות - הגזמה במידת הנוראות של הדברים שקורים.
2. סף תסכול נמוך – הערכה של האדם שהוא לא יוכל לשאת את התוצאות של אירוע כלשהו עקב הסבל הנורא שייגרם לו.
3. הפחתה בערך עצמי - בלבול בין מעשה או התנהגות שאינה כשורה או שהאדם נכשל בה לבין הערכת עצמי כבלתי תקין או ככישלון.

ניתן לזהות בקלות מחשבות בלתי רציונליות אצל זקנים, אך אלה אינן שונות ממחשבות של צעירים או של בני דור הביניים, שלהם מחשבות ותאוריות של פגיעה או של כישלון עצמי. מה אפוא ייחודן של המחשבות הבלתי רציונליות העשויות להתרבות ולהתעצם במהלך ההזדקנות ובזיקנה? אלה מחשבות הנובעות מדרישות ומחשבות אוטומטיות המבוססות על "אני מוכרח" או על "אני חייב":

1. אני מוכרח לתפקד טוב, ואם לא כן אני אדם בלתי תקין.
 2. אתה חייב להתנהג אליי בהגינות ובהתחשבות (דרישה המופנית בדרך כלל כלפי בני משפחה, אך גם כלפי כל אדם צעיר אחר).
 3. התנאים שאני חי בהם חייבים להיות נוחים, ואם לא כן החיים יהיו נוראים ואני לא אוכל לסבול אותם. לעולם לא אוכל להסתדר במחלקה סיעודית.
- למרות שנראה שאלה הן דרישות של כלל האנושות, בני 70 עד 90 אוחזים בהן לעתים קרובות, ואופייניות להן בעיקר המחשבות הבאות:

אמונות בלתי רציונליות המפחיתות בערך העצמי:

1. אני חייב לתפקד היטב כפי שתפקדתי בצעירותי, ואם לא כן אני אדם בלתי תקין.
2. אני חייב להיות צעיר יותר ומושך יותר מכפי שאני כיום.

3. לי אסור להיות חלש פיזית ומוגבל.
4. הייתי חייב להשיג יותר מכפי שהשגתי בחיי.
5. אסור לי להיראות חרד וחלש כפי שאני עכשיו.
6. אסור לי למות ולהישכח.

זקנים אלה חשים לא פעם עוינות וזו מעוררת מחשבות בלתי רציונליות ואף נובעת מהן:

1. אנשים אחרים צריכים להתנהג אליי בהגינות ובהתחשבות עקב גילי ולאור המגבלות והקשיים הנלווים לכך.
2. לקרובי ולחבריי אסור להזניח אותי והם חייבים לנהוג בי כפי שנהגו בי כשהייתי צעיר יותר.
3. אנשים אחרים צריכים לנהוג בי כפי שנהגו בי כשהייתי צעיר יותר ובעל יכולת רבה יותר.
4. אסור לאנשים להפלות אותי או לנהוג בי בהתנשאות בגלל גילי וחולשותיי.

מחשבות בלתי רציונליות יכולות להתעורר גם עקב סף תסכול נמוך:

1. תנאי חיי צריכים להיות טובים כפי שהיו קודם לכן. זה נורא, אינני יכול לשאת שזה לא כך.
2. הבעיות המיוחדות והקשיים של הגיל המבוגר לא היו צריכים להתקיים וקשה מדיי לחיות אתם.
3. אני זקוק להנאה רבה יותר ולהתרגשות; החיים משעממים מדיי בלי זה.
4. אני זקוק לחברה ולאהבה רבות יותר, בעיקר מצד אלה שאכפת לי מהם.
5. הייתי צריך שתישאר בידי העבודה שהייתה לי כדי למלא את חיי ולהפוך אותם למעניינים יותר.
6. אני זקוק לבריאות הטובה שהייתה לי ולא להיות חולה ומוגבל.
7. אני לא צריך להיות תלוי באחרים כפי שקורה עכשיו.
8. אני לא צריך למות ולהיאלץ להיפרד מן החיים.

אלה המחשבות הבלתי רציונליות שמצא אלברט אליס (Ellis, 1999), בן ה-92, במהלך עבודתו. מחשבות אלה שכיחות יותר בקרב מטופלים מבוגרים. כמו הצעירים גם הם אוחזים על פי רוב בשתי אמונות מנוגדות: "אני חייב להיות עליון או מעל לאנשים אחרים", ו"אני צריך להיות נאהב על ידי אחרים". באותו אופן, אנשים זקנים עשויים אף הם להחזיק בשתי אמונות סותרות: "אסור לי להיות חלש ומוגבל", ו"משום שאני חלש ומוגבל, יש להתייחס אליי באופן מיוחד, בהתחשבות וברכות". הדרישות הללו הן בלתי מציאותיות ומכשילות. בבואן זו לצד זו, הן עשויות להביא על נקלה לידי ירידה בערך העצמי, לכעס על אחרים ולספק תסכול נמוך לנוכח התנאים שאינם משתנים.

אלה הן מטרות הטיפול הרציונלי-אמוטיבי:

1. לעזור לאנשים להבחין בין מחשבות רציונליות לבין מחשבות בלתי רציונליות.
2. לזהות את המחשבות הבלתי רציונליות ואת ההיקשים המוטעים מהן לאירועים שונים בחיים המעוררים אותן.
3. ללמד את המטופל את הקשר בין האירוע, המחשבה והתגובה.
4. ללמד את המטופל לערער על המערך החשיבתי הבלתי רציונלי (הפרכה, D-disputation).
5. ללמד את המטופל לאמץ פילוסופיית חיים רציונלית ומציאותית יותר, שתביא בעקבותיה תגובות חדשות ויעילות יותר (מלקינסון, 1993).

הטיפול מבוסס על למידת עקרונות הגישה ועל תרגולם. ארבעת העקרונות הם: A, B, C, , והם ממחישים את האופן שבו אנו פועלים. האירועים הקשים, הקשיים, הבעיות, מוגדרים כ-A (Activating event). הם קיימים, אך אין הם קובעים את תגובת האדם להם. האמונות, המחשבות האוטומטיות שמתעוררות כשקורה ארוע כל שהוא מוגדרות כ-B (Belief), והן המעוררות רגשות ותגובות. כשמתעוררים רגשות חזקים או כשהתגובות לאירועים מסוימים קשות במיוחד (C- Consequence), על פי רוב נגרם הדבר עקב מחשבות בלתי רציונליות (B-Irrational beliefs). המטפל מלמד את האדם לזהות ולשלוט במחשבות הבלתי רציונליות, שלמעשה מכתיבות את התוצאות, ולשנותן.

הלימוד נעשה באמצעות הפרכת מחשבות המתבססות על "מוכרח", על "חייב" ועל "צריך", באמצעות מחשבות רציונליות בנוסח "רוצה מאוד", "מעדיף" ו"מעוניין". כשהאדם מצליח להבחין בין "מוכרח" לבין "רוצה מאוד", מתאפשר שינוי בתגובה הרגשית ובתגובה המעשית. התגובה החדשה מוגדרת כ-E (Effective response).

יוסף : גמלאי מתוסכל

יוסף בן ה-75 מספר לי שכמעט בכל פגישה עם בנו הצעיר, כשהבן מספר לו על חוויות והצלחות הקשורות לעבודתו (A), הוא מתחיל להרגיש לחץ המתבטא מיד בחוסר ריכוז ובמתח הגורמים לכאב ראש (C). אני שואלת את יוסף אילו מחשבות עולות בראשו כשבנו מספר לו על העבודה. יוסף משיב ללא היסוס שהוא מרגיש קנאה, שהדברים נוסכים בו הרגשה שהוא היום אפס, עלוב, איש זקן וחולה, לעומת מה שהיה פעם ולעומת בנו (B). ביחד אנחנו מנסים להבין את המחשבות השליליות והבלתי רציונליות האלה ולנתחן. יוסף מדבר על הקנאה ועל השתלטותה עליו, אך כשהוא חושב על כך הוא גם יכול לחוש סיפוק וגאווה בבנו. לאחר שזיהינו וכתנו ביחד את המחשבות האוטומטיות והלא רציונליות אני מבקשת מיוסף שיציע מערך חשיבה שונה מזה הקיים. על כך הוא משיב: "אני בן 75, חייתי את חיי המקצועיים במלואם, ולמרות שהיום אני פנסיונר, זה לא הופך אותי לחסר ערך, לאפס, למרות שאני איש חולה וזה מתסכל ומעציב שאין לי היום אתגרים כמו בעבר. אני גאה בכך שלי למרות הקנאה (D). כדי שירגיש טוב יותר בכיקור הבא של בנו, הוא מקבל את הרעיון לשתף את בנו ברגשות המעורבים שלו תוך קבלה והשלמה (E).

הגישה הרציונלית-רגשית-התנהגותית מציעה כמה טכניקות קוגניטיביות, רגשיות והתנהגותיות, להפחתת מחשבות בלתי רציונליות אלה ולעקירתן. המטרה היא להעמיד אתגר רציונלי בפני זקנים השבויים במחשבות בלתי רציונליות ולהוכיח להם שאמונות אלה מוטעות. למשל, יש לשאול את האדם מהן ההוכחות לכך שאנשים זקנים חייבים לתפקד טוב כפי שתפקדו כשהיו צעירים. יש לברר בדרך ההיגיון האם תמיד ובכל תחום תפקודו של האדם הזקן הוא חלש, והאם פירוש הדבר הוא שאם לעתים הוא נתקל בקושי כלשהו, תפקודו אכן לקוי. במישור המעשי מעודדים את הזקן לבחון אילו תוצאות ישיג אם יחייב את עצמו לתפקד כפי שתפקד בצעירותו. הגישה – הרציונלית-רגשית-התנהגותית מרבה לנקוט טכניקות קוגניטיביות אחרות כדי להפריך את המחשבות הבלתי רציונליות של המבוגרים במטרה לעודדם להתחיל לחשוב במונחים רציונליים יותר, כמו למשל לומר: "אני עדיין יכול ליהנות מאוד מחיי למרות המגבלות והחולשות". יש לעודד את המיטיבים להתמודד בסביבתם להגדיר מחדש חלק ממגבלות הגיל המבוגר ואפילו למצוא בהן אתגר או הנאה.

יש לתת למטופלים קלטות וחומרי לימוד כתובים כדי ללמדם מיומנויות תפקוד יעילות יותר. שיטה נוספת היא שימוש בהרפיה, בדמיון מודרך ובהסחות דעת נלמדות, המסייעים למטופלים למצוא אפיקי עניין חדשים שיסיטו את המוקד מעיסוק במחשבות שליליות לכיוון אחר וישפרו את איכות החיים שלהם.

מגוון האמצעים ההתנהגותיים הקוגניטיביים והרגשיים הוא רחב. ניתן להטיל על המטופלים "שיעורי בית" ומשימות, שבאמצעותם ינסו להתמודד עם מצבים מביכים או מעוררי חרדה וכך ילמדו להעלות את סף התסכול. המטופלים אף לומדים דרכים שונות לפתרון בעיות ולרכישת מיומנויות בהתמודדות עם חיי היום-יום. בכל אלה המטפל הוא אקטיבי ושותף בתהליך השינוי, והקשר המיוחד עמו מפצה את המטופל, במידה מסוימת, על אבדנים. אך יותר מכול המטפל "מקבל" את האדם הזקן קבלה בלתי מותנית, גם אם למטופל יש מגבלות וחולשות. כך מלמדים את המטופלים לקבל אף הם את עצמם קבלה בלתי מותנית, בלא קשר לתפקוד ובלא קשר למידת האהבה וההערכה שהם זוכים להן מאחרים.

בספרם "הזדקנות מיטבית" מציעים אליס וולטן (Ellis & veltan, 1998) כמה עקרונות חשובים להתמודדות מוצלחת עם ההזדקנות. המסר העיקרי של הספר הוא ההצעה להיכנס למחצית השנייה של החיים בעזרת מפה ומצפן, שיסייעו לאדם לדעת לאן פניו מועדות ומה הוא רוצה לראות ולעשות. כאשר הוא יודע מה הוא מצפה לחוות במהלך החיים, הוא יכול למתוח מפרש ולהתחיל להתקדם לכיוון היעדים השונים.

אליס וולטן טוענים שכשאדם מביט בבעיה בעין בוחנת דייה, הוא מבחין שהוא עצמו הנו חלק מהבעיה, שכן האדם עצמו בוחר כיצד לפעול וכיצד להרגיש. הבחירות שלנו לפעול בדרך מסוימת כשמתעוררות בעיות עשויות לעורר קשיים או לעזור לנו לחיות באופן מיטבי. בכוחו של כל אדם לשנות את אופן חשיבתו, את אמונותיו ואת גישותיו כלפי מצבים וכלפי אנשים שונים בחייו. בני האדם נוטים להיצמד לדפוס מסוים, אך ניתן לשנותו ולוותר על גישות ועל מחשבות שאינן תורמות להם.

המודל שלפנינו מציע לנו ללמוד כיצד לשנות גישות קיימות לגישות אפקטיביות יותר בפתרון בעיות. ככלל, יש לנקוט גישות רציונליות ואמונות רציונליות, שהן המפתח להתבגרות ולהזדקנות מיטביות. את הרעיונות הראליים האלו גיבש אליס לעשרים חוקים לחיים מיטביים.

להלן עיקרי החוקים:

1. התבונן במציאות

המציאות כוללת היבטים טובים ורעים כאחד. כשהמציאות רעה, אל תתכחש לה ואל תברח ממנה. קבל אותה. בחן אם ניתן לשנות משהו והשתדל לפעול לשינוי. אם השינוי הוא בלתי אפשרי, נסה לחיות עם הקושי בצורה הטובה ביותר. חפש את הטוב גם בתוך הרע. דרך התייחסותך לקושי ותגובתך לו הן בעלות חשיבות רבה. ניסיון החיים שצברת יאפשר לך להתמודד עם תסכולים טוב יותר מכפי שהתמודדת עמם בצעירותך. אתה מטיב להכיר את עצמך וברשותך דרכים משוכללות להתמודד עם בעיות, דרכים המסתמכות על ניסיון ועל חכמת חיים.

2. היה פעיל

ככל שתהיה פעיל יותר תוכל לממש יותר שאיפות שאתה רוצה במימושן ולמנוע התרחשויות שאינך רוצה בהן. פסיביות לא תעזור. אם לא תחזיק במשוט ותחתור עוד ועוד, תיסחף במים ואתה עלול להיחבט קשות בזרמים חזקים. כדי להתחיל להתקדם למד את עקרונות ה-ABC.

3. שנה את עצמך

קשה לשנות את האירועים, אך ניתן לשנות את האופן שבו אתה מתמודד אתם, וזאת באמצעות שינוי האמונות והמחשבות.

4. קבל אחריות

קבלת אחריות על המחשבות, על הרגשות ועל המעשים, ובכלל זה גם על ההפרעות הרגשיות, חוסכת זמן רב ואנרגיה המושקעת בהטלת אשמה על אחרים או על נסיבות חברתיות. האחריות האישית מאפשרת לאדם להרגיש שהשליטה בידו וכי השינוי אפשרי. האויב הוא בתוכנו והוא התובעני. יש לשים לב להבדל הניכר בין דרישתנו שדברים מסוימים יקרו או לא יקרו, לבין הרצון או האכזבה שאנו חשים אם דברים מסוימים אינם מתנהלים לפי רצוננו.

5. כל שינוי אפשרי - התחל עכשיו

יש לעזור לאנשים להתחיל בהגשמת יעד או למלא משימה בלא לדחותן. רבים מאלה שאינם מצליחים להסתגל לאבדנים או לשינויים בגיל המבוגר הם אנשים הנוטים לדחות צעדים לשינוי. הסיבה לדחייה עשויה להיות חרדות, חוסר ביטחון, חוסר ודאות, ופעמים רבות חוסר מוטיבציה הנובעת לעתים מירידה באנרגיה ובכווח לצעוד את הצעד הראשון.

6. אין ביכולתך לשנות את העבר

תחושות צער, אכזבה, תסכול, עצב וחרטה הן תגובות שליליות מועילות לאירועים שקרו ואי אפשר לשנותם. הן מועילות מאחר שיש בכוחן לעודד אותנו להסתגל לנסיבות שנוצרו או לקבל אותן. ההסתגלות או הקבלה מאפשרות לנו לסלוח, להרפות, או לפעול בדרך מעשית כדי להסיט את המוקד מהתסכול או מהכאב.

הרגשות דיכאון, השפלה, חוסר אונים, זעם או אימה הן תגובות שליליות חסרות תועלת המשתקות אותנו ומחבלות ביכולתנו להמשיך ולנסות להשיג תוצאות חיוביות בעתיד.

שישה רגשות עיקריים עשויים להיות מועילים או בלתי מועילים:

- דאגה מועילה - לעומת חרדה או פניקה.
- עצב מועיל - לעומת דיכאון.
- חרטה מועילה - לעומת אשמה.
- אכזבה מועילה - לעומת בושה ומבוכה.
- אי-נוחות מועילה - לעומת זעם, כעס, שנאה.
- תסכול מועיל - לעומת אימה.

7. פעל כמדען: בחן בדקדקנות את רגשותיך ואת מחשבותיך השליליות

שאל את עצמך האם מחשבה זו או אחרת תואמת את העובדות במציאות, האם היא הגיונית, האם היא עוזרת לך להשיג את מטרותיך. התייחס בכובד ראש לעצמך ולדפוסי חשיבתך; לשם כך עליך להקדיש זמן ואנרגיה כדי לבחון ברצינות ובעמקות את המחשבה ואת מידת התאמתה למציאות. לאחר מכן בחן את אסטרטגיות הפעולה הנובעות מהמחשבה הזו. אם אין הן יעילות ולא חל כל שינוי לטובה במהלך הזמן, יש מקום לבחון אפשרות לשינוי.

ההתעקשות על "מוכרחים" ועל "צריך" היא הרסנית. יש ללמוד איך למגר חשיבה שלילית ובלתי מועילה ולנקוט חשיבה אחרת שתהא מועילה.

8. התאמן

נדרשת עבודה רבה ותרגול כדי לשנות דפוסי חשיבה. מטרתך היא לחיות חיים מיטביים וזוהי מיומנות שיש ללמוד אותה ולתרגל אותה. לעתים אין הדבר קל, ויש להשקיע מאמץ כדי להתאמן.

9. דרבן את עצמך

למד להתמודד עם רמות גבוהות יותר של תסכול כדי לפתח את כוח הסבולת שלך. רמת תסכול גבוהה הכרחית כדי להגיע לידי רמה גבוהה של סבולת. הדרך הקצרה היא גם התלולה ביותר.

10. עשה והרגש

התמודד עם הרגשות הקשים. אין מנוס מאכזבות ומתסכולים.

11. אין רווח בלא כאב

אין דרך קלה ואין קיצורי דרך בפתרון בעיות רגשיות. הכאב הוא בלתי נמנע. יש לדעת לקבל אותו בלא לפחד.

12. קבל את עצמך בלא תנאים; סלח לעצמך

אל תשפוט את עצמך ואל תעניק לעצמך ציונים לפי הישגים. הימנע מלהעליב את עצמך ומלפגוע בעצמך. הסתכל על המכלול של חייך. במקום לנסות להוכיח דבר-מה לעצמך, למד ליהנות.

13. נסה לאזן בין שתי אמירות ידועות:

חיה כאילו היום הוא היום האחרון בחייך, וחייה היום כאילו תחיה לנצח.

14. קבל על עצמך מחויבויות

רוב האנשים נוטים להיות בריאים יותר ומאושרים יותר כשהם שקועים בעולם שמחוץ לעצמם וכשיש להם עניין בתחום יצירתי אחד לפחות וכן קשרים חברתיים עם אחרים.

15. אל תחשוש מסיכונים

אנשים בריאים בנפשם נוטים להסתכן במידה מסוימת במטרה להשיג מטרות מסוימות, גם אם קיים סיכוי שייכשלו במשימתם. מידה מסוימת של הרפתקנות היא חיונית.

16. השקע באחרים

אנשים בריאים בנפשם משקיעים לא רק בעצמם אלא גם באחרים. עם זאת, אנשים הגיוניים ובריאים בנפשם מעמידים את צורכיהם מעט מעל אלה של אחרים.

17. הישאר גמיש

נסה לפתח גמישות רבה יותר במחשבתך ופתיחות לשנויים, בלא חוקים נוקשים מדיי כלפי עצמך וכלפי אחרים.

18. שמור על נכסיך הרוחניים והגופניים

השתמש בראשך, בגופך, בכישרונותיך וביכולותיך, נלא - תאבד את ההזדמנות לחיים מיטביים ולהזדקנות מיטבית.

19. הסכן עם חוסר ודאות

אנו חיים בעולם שמתחוללים בו שינויים בלתי צפויים ואי הוודאות רבה. אין ודאות וביטחון מוחלטים לגבי העתיד. לעתים הדבר מרגש ולעתים מציק, אך ניתן להגיע לידי חיים במידה רבה של סדר גם ללא ודאות וביטחון מוחלטים.

20. אל תצפה לגן עדן עלי אדמות

נלא - תתאכזב ותיפגע. עם זאת אתה יכול לשאוף לחיים מיטביים. המשך המסע נתון בידך.

דרך צלחה.

הצגתי בקצרה את 20 החוקים המובאים בספר. חלקם טריוויאליים ולכאורה מוכרים, אך הניסיון ליישם מצריך תרגול ואימון מפורטים למדי. יישום של עקרונות הגישה בעבודה הטיפולית עם האוכלוסייה המבוגרת הוא מועיל ביותר. המבוגרים הבריאים נפשית, שאינם שרויים בדיכאון ואינם סובלים מהפרעה רגשית קשה, מבינים בקלות את העקרונות: הם נדרשים להיות פעילים (ולא מופעלים), הם מנהלים דיאלוג עם המטפל ועובדים יחד אתו להשגת המטרות, וכך מתחזקת תחושת השליטה והדימוי העצמי. אני מרבה ליישם את הגישה גם בעבודה עם צעירים, בעיקר אלה הסובלים מהפרעות נרקיסיסטיות ונוטים לפרש מצבים והתנהגויות של אחרים על ידי שימוש מוגבר במחשבות אוטומטיות בלתי רציונליות, המעוררות לעתים תגובות רגשיות קיצוניות והתנהגויות בלתי רציונליות. הגישה מתאימה גם לאנשים הנתונים במצבי שינוי, במעבר או במשבר בכל תחום בחיים.

פרק 6

טיפול פסיכולוגי לבני ס6 ופעלה: מי בכלל צריך את זה?

כאשר אהבתי אדם צעיר ובו משהו מן הזקן,

כן אהבתי אדם זקן ובו משהו מהצעיר:

כל הממלא כלל זה אפשר שיהיה זקן בגופו – אך לעולם לא ברוחו.

(קיקרו)

דעות קדובות

כל מפגש טיפולי הוא אינטראקציה בין שני בני אדם שלהם רגשות, מחשבות, דעות קדומות, ערכים, ניסיון חיים וסגנון חיים. כל אחד מביא למפגש זה מטען גדול המשפיע על אופי היחסים שיתפתחו.

מערכת יחסים מיוחדת זו שונה ממערכות יחסים חברתיות אחרות בגלל התלות הבלתי נמנעת של המטופל במטפל. בתהליך הטיפול מתפתחת העברה - העברת רגשות של המטופל למטפל, והעברה נגדית - העברת רגשות של המטפל למטופל.

בטרם נעסוק באפיוני ההעברה ובאפיוני ההעברה הנגדית בטיפול באוכלוסייה המבוגרת, נבחן תחילה את הדעות הקדומות כלפי הטיפול פסיכולוגי באוכלוסייה זו השוררות הן בקרב מטפלים והן בקרב מטופלים. עמדות ודעות אלה משפיעות גם על דפוסי ההעברה וההעברה הנגדית.

דעות קדובות של מטופלים ושל מטפלים לגבי טיפול פסיכולוגי בגיל מבוגר

לפי ממצאי מחקרים בארץ ובעולם, פחות מעשרה אחוזים מאוכלוסיית המטפלים המקצועיים מעוניינים לטפל באנשים זקנים. במחקר של מדגם של פסיכולוגים קליניים ומתמחים שנערך במכון הרצג לחקר ההזדקנות והזיקנה באוניברסיטת תל-אביב, רק 10 אחוזים מהנבדקים מסרו שהם טיפלו או מטפלים באנשים זקנים (לעומת כ-80 אחוזים המטפלים בצעירים ובבוגרים). כ-55 אחוזים מהנבדקים מסרו כי אינם רוצים לעבוד עם זקנים; כ-69 אחוזים טענו כי הידע שלהם בפסיכולוגיה של הזיקנה מועט מאוד או מועט.

תמונת המצב מעלה שלושה נתונים: לתקופת הזיקנה מצוקות נפשיות אופייניות; זקנים אינם מרבים לנצל את השירותים לבריאות הנפש; מעטים הם אנשי המקצוע והשירותים לבריאות הנפש המטפלים בזקנים. תמונה זו משקפת פער בין הצרכים לבין סיפוקם. הפער הנובע, בין היתר, מהימנעות הדדית של המטופלים ושל המטפלים אלה מאלה.

מדוע נמנעים אנשים זקנים מפנייה לשירותים של בריאות הנפש?

ספרות המחקר מציגה כמה הסברים אפשריים שסיפקו המטופלים (אייל ובר-טור, 2002):

1. "בגילי שום דבר כבר לא יעזור. אני לא יכול להשתנות": הזקנים, כמוהם כצעירים, עשויים להיות שבויים בסטראוטיפים הנפוצים לגבי תקופת הזיקנה, שלפיהם אנשים

זקנים הם שכחנים, פסימיים, עקשנים, חשדנים, נוקשים ותלותיים. עמדות אלה עשויות להוות מחסום בלתי עביר בפני התנסויות חדשות ומצבים הדורשים מאמץ או גיוס של יכולת. כך מתחילה התממשות של נבואה המגשימה את עצמה. אם העמדה הנפשית הבסיסית של האדם היא פסימית ודטרמיניסטית, אין כל מוטיבציה לפנות לקבלת עזרה נפשית.

2. "מי שפונה לפסיכולוג הוא משוגע": לדור הזקנים עמדות שליליות כלפי מחלת נפש וכלפי טיפול נפשי, שמקורן בתקופה תרבותית קודמת. אנשים צעירים בדורנו רואים טיפול נפשי כעזרה המתקשרת לעתים לסטטוס גבוה, בעוד שזקנים רואים בטיפול נפשי אות קלון הכרוך בבושה ובאי-נעימות אישית, והם מתייחסים אל הפונה לקבלת ייעוץ פסיכולוגי כאל חולה בנפשו. הלגיטימציה למחלות פיזיות בזיקנה ממירה את הקשיים הנפשיים לשפת הבעיות הגופניות. מכאן הצפיפות על הספסל בחדרי ההמתנה בקופות החולים וניצול-היתר של שירותי הבריאות מצד אנשים זקנים.

3. "אין לי כוח, אין לי מצב רוח": בתקופת הזיקנה חלה עלייה בתסמינים של מצב רוח דיכאוני וניכרת ירידה בתחושת השליטה. מצב הרוח הדיכאוני המאופיין בפסיכיות, בהתנתקות, בתחושות אין-אונים ובמחסור בכוחות נפשיים ופיזיים, יוצר מעגל שלילי המחזק את עצמו והמקשה על האדם הזקן לפנות מיזמתו לקבלת עזרה. כך נוצר פרדוקס, שלפיו ככל שהאדם נזקק יותר לטיפול כך הוא יימנע מפנייה לקבלת עזרה נפשית.

4. "אולי יש לי אלצהיימר, עדיף שלא יתגלה": אחד הפחדים המרכזיים של הזקנים הוא אבדן השליטה על יכולות קוגניטיביות כמו זיכרון וחשיבה. על פי רוב זקנים אינם מבחינים בין שינויים תקינים בתהליכי זכירה וחשיבה בשל הגיל לבין תופעות פתולוגיות והם חוששים מאוד ממחלות דמנטיות, שאמנם שכיחות בזיקנה, ובייחוד ממחלת אלצהיימר. חששות אלה עשויים להרתיע מפני פנייה לאנשי מקצוע העשויים לאשר קיומם של תהליכים דמנטיים שאינם הפיכים.

5. "אני לוקח מספיק תרופות": רבים הזקנים הנמנעים מפנייה לטיפול נפשי (פסיכיאטרי) משום שהם חוששים מהשפעת התרופות שיקבלו במהלך הטיפול. הרתיעה מפני התרופות מבטאת פחדים מפני אבדן שליטה ומפני התמכרות. התלות בתרופות ובפגישות הטיפוליות עשויה לסמל בעבור הזקנים צמצום נוסף של מרחב החופש ושל אפשרויות ההחלטה והבחירה.

6. "קשה לי להגיע למרפאה, זה רחוק ואין לי כוח": כמנגנון התמודדות טבעי, אנשים זקנים נוטים לשמר אנרגיות נפשיות וגופניות לצורכי הקיום. אחת הסיבות לשיעור הפנייה

הנמוך של אנשים זקנים לשירותים הציבוריים לבריאות הנפש היא חוסר הנגישות הפיזית אליהם. פנייה לתחנות אזוריות לבריאות הנפש דורשת מאמץ פיזי מיוחד ולעתים המתנה ממושכת.

7. "זה יקר, אין לי מספיק כסף": משמעות הכסף בזיקנה היא ביטחון קיומי, תחושת עצמאות ואי-תלות בבני המשפחה. עלות טיפול נפשי פרטי היא מחוץ להישג ידם של מרבית הזקנים, הנמנעים מהוצאות שאינן מוגדרות כסולם העדיפויות שלהם כהכרחיות.

למרות כל הנאמר לעיל, יש הפונים לטיפול על אף החששות והדעות הקדומות השכיחות, ואף מצליחים להיעזר בו.

העברה בטיפול בנוי האוכלוסייה המזדקנת

העברה בטיפול באה לידי ביטוי בדפוסי הרגשות, המחשבות והתגובות של המטופל כלפי המטפל. דפוסים אלה נובעים מדפוס היחסים שאפיין את המטופל בעבר בקשריו עם דמויות מרכזיות, בעיקר הורים, אך גם דמויות אחרות כמו בני זוג, ילדים ואחים.

בספרם "המרוץ כנגד הזמן" טוענים נמירוף וקולרוסו (Nemiroff & Colarusso, 1985) כי תהליך ההעברה בטיפול בזקנים עשוי להיות מהיר ואינטנסיבי הרבה יותר מטיפול בצעירים. לדבריהם, לא מעט מטופלים בגיל מבוגר באים לטיפול כשמלווה אותם תחושה חזקה של מרוץ עם הזמן. משום כך הם יכולים להיפתח במהירות ולחלוק עם המטפל חוויות אינטימיות ביותר בתוך זמן קצר. ההעברה מתחילה בשלב מוקדם מאוד של הטיפול והיא דינמית ורב-גונית. היא נעה על פני כל התקופות, והמטפל ממלא תפקידים רבים ומגוונים ביותר - בן, אב, אח, נכד. מטרת הטיפול זהה לזו של טיפול בצעירים, אם כי לעתים היא מורכבת יותר, משום שהמטפל נדרש להבין את משמעות ההעברה ובסופו של דבר לעזור למטופל להגיע לתובנות מסוימות.

ההעברה אצל המבוגרים והזקנים נובעת משלושה מקורות עיקריים: (1) מוריאציות חדשות או נוספות לחוויות ילדות מוקדמות; (2) מחוויות ומאירועים מכל שלבי ההתפתחות שלאחר הילדות; (3) מתוצר של קונפליקטים התפתחותיים עכשוויים הקשורים לתהליכי ההזדקנות.

למרות החשיבות הרבה של השלבים המוקדמים בהתפתחות ובעיצוב מבנה האישיות, יש להתחשב גם בתרומתם של שלבי ההתפתחות בכגרות, ובעצם בכל השלבים לאורך החיים, בכל הנוגע לעיצוב, לשינוי או למימוש הפוטנציאל הבריא או הפתולוגי של האדם.

כשמקור ההעברה בילדות, ההעברה היא הורית טיפוסית ואין חשיבות לגיל המטופל או לגיל המטפל. עם זאת, ההעברה הזו עשויה להיות תוצר של יחסים עם הורים בכל הגילים ואין היא קשורה לשלב הראשוני בהכרח. העברה נוספת היא העברה של קרוב או של בן אותו גיל. המטופל מתייחס למטפל כאל בן זוג, אח, אחות או חבר. לדמויות אלה נודעת חשיבות רבה בחייו של המבוגר, אף שהן טרם זכו להכרה מספקת בתאוריה. אדם חי עם בן זוג או עם בת זוג שנים רבות יותר משהוא חי עם הוריו או עם אחיו והשפעתם עליו משמעותית לא פחות - ואולי הרבה יותר - מהשפעתם המוקדמת של הוריו. לכן יש לבדוק מהן השפעותיהם של אובייקטים מרכזיים אחרים, פרט להורים, על חייו של האדם המבוגר, נוסף לחשיפת הנירוזות שלו.

מבוגרים וזקנים מייחסים חשיבות רבה לקשר עם ילדיהם וחלק ניכר מההעברה הוא של קשר זה, כשהמטופלים מתייחסים אל המטפל כאל בן או כאל בת, וזה סוג ההעברה השלישי. פרדיגמת ההעברה כאן היא הפוכה (reverse transference): המטופלים מעבירים למטפלים - שהם ברובם צעירים יותר - את ציפיותיהם, את תסכוליהם, את אכזבותיהם וכן את הכעסים והאהבות כלפי ילדים קיימים או מדומים. ייתכן כי כאן יבוא לידי ביטוי התסביך האדיפלי, אך הפעם מצד האב, כלומר תסביך אדיפלי הפוך. יש לאפשר לו להתפתח, לפרש אותו ולכלול אותו בחוויית הטיפול, כך שהמטופל ילמד לראות את המטפל כמייצג של הדור הצעיר, של העתיד ושל ההמשכיות שלו. האב אינו הורג את הבן ואינו נכנע לו, אלא מכיר בעובדה שחייו עשויים להמשיך דרך בנו.

מוסלין (Muslin, 1992) מציין מכשולים משני סוגים עיקריים בטיפול בזקנים, המבוססים על העברה של מטופלים הלוקים בהפרעה נרקסיסטית :

1. הגנה בפני העברה - כשהעצמי נתקף תחושה של סכנה או של דחייה במפגש הבין-אישי. מצב זה אופייני לאנשים שחוו בעבר הרחוק חוויות של דחייה, בעיקר בילדות המוקדמת.
2. העברה של הגנה - העברה של הגנה מתבטאת בתחושה של אי-נוחות ובושה מצד המטופל, המונעת בעדו לבטא מצוקות וחולשות. הקושי עשוי לנבוע מהגנה מפני יצירת קשר ותלות. העברה של הגנה עשויה להתרחש כשהמטפל יוצר אידאליזציה של המטופל

ומעביר אליו את צורכי התלות שלו, והמטופל חושש לאכזב אותו או לאבד אותו אם יבטא את חולשותיו.

דעות קדופות והעברה נגדית בטיפול בבני האוכלוסייה הפזדקנת

העברה נגדית שונה מדעה קדומה ביחס לזיקנה אף שלעתים קשה להבדיל ביניהן.

מטפלים צעירים רבים הם בעלי דעות קדומות ביחס לטיפול בזקנים ובגינן הם מתרחקים ממתן סיוע נפשי לאוכלוסייה זו. נמצאו שישה גורמים עיקריים להתנגדות להתמחות ולטיפול באוכלוסייה זו:

1. מטופלים זקנים מעוררים במטפלים פחדים לגבי הזדקנותם הם.
 2. מטופלים זקנים מעוררים קונפליקטים שיש למטפלים עם הוריהם.
 3. המטפלים חוששים שמא המטופלים הזקנים לא יגיבו לטיפול והדבר יתפרש ככישלון שלהם.
 4. גם אם המטופל משתפר בתפקודו, קיימת עדיין התחושה שאולי יש בכך בזבוז זמן לריק לאור גילו של הזקן וקרבתו למוות.
 5. הזקן עלול לחלות או למות במהלך הטיפול ואפשרות זו מאיימת על מקומו ועל חשיבותו של המטפל.
 6. עמיתים למקצוע עשויים לבקר את המטפל או להפחית מערכו של איש מקצוע המטפל באוכלוסייה מורבידית ועוסק בנושאים הקשורים לזיקנה או למוות.
- נראה שהמטפלים מייצגים גישה חברתית לזיקנה המאופיינת בגרונטופוביה - חשש מנושאים מדכאים כמו מחלות, בדידות ומוות, וזאת בלא לתת את הדעת לכך שלזקן עולם פנימי עשיר ומרתק שהוא יכול לחלוק עם המטפל, ושחלק ניכר מהזקנים אינו סובל מירידה קוגניטיבית ניכרת ותפקודם אינו נופל בהרבה מזה של צעירים הפונים לעזרה. יתרה מזאת, חלק ניכר מהזקנים הפונים לטיפול הם אותם יחידי סגולה המקדימים את דורם, שתפקדו היטב בצעירותם, והמפגש עם תהליכי ההזדקנות והאבדנים הנלווים להם הם המניע לקבל טיפול, כדי לחזור ולתפקד באופן עצמאי כפי שתפקדו בעבר.

וכך מסגרות המאכלסות זקנים כמו בתי אבות מצוידות בכל האמצעים החדשניים לטיפול באיכות החיים של הדיירים המבוגרים, אך אלה אינם כוללים משום מה טיפול פסיכולוגי. אין תקן לפסיכולוג בבית אבות, ולכן רק זקנים ספורים זוכים לטיפול.

אלה הם הקולות השכיחים הנשמעים מפי מטפלים בשירות הציבורי או הפרטי נגד טיפול בזקנים (אייל ובר-טור, 2002):

“אינני מאמין ביעילות הטיפול”: מרבית הפסיכולוגים והפסיכיאטרים סבורים כי פסיכותרפיה אינה יעילה בגיל מבוגר. הנחה זו מתבססת בדרך כלל על עמדות שליליות כלפי אנשים זקנים, המציגות אותם כנוקשים באישיותם וכסובלים מהפרעות נפש הקשורות למחלות אורגניות בלתי הפיכות. פרויד טען כי בסביבות גיל 50 האדם מאבד את הגמישות הנפשית, שהיא תנאי לפסיכואנליזה מוצלחת. למרבה האירוניה, דברים אלה נאמרו על ידי אדם שהמשיך לטפל, ליצור ולכתוב עד גיל 80 ועסק באנליזה עצמית במשך כל ימי חייו. גם פסיכולוגים המחזיקים בגישות טיפוליות אחרות סבורים כי טיפול נפשי בזיקנה נושא אופי תמיכתי בלבד, ואינו דורש כישורים מקצועיים ברמה גבוהה.

“אני מרגיש שאינני מתוגמל”: בספרות המחקר מוכרת תסמונת YAVIS, המשקפת את העדפת המטפלים לטפל באנשים צעירים, אטרקטיביים, בעלי יכולת מילולית, אינטלקטואלים ומצליחים (Young, Attractive, verbal, Intellectual and Successful). הואיל והמעמד החברתי של המטופל מקרין על המטפל, הרי שמטפלים בזקנים, במקצועות השונים, מדורגים כבעלי מעמד מקצועי נמוך יותר מעמיתיהם. אין הם זוכים לגמול במעמד החברתי, בתחושת הערך המקצועי, ואף לא מבחינה כלכלית.

“הוא מזכיר לי את אבא שלי”: קשר עם אנשים זקנים הוא מפגש סימבולי וממשי עם סופיות החיים. מחלות, מוגבלות, תלות ומוות הם נושאים העולים בקשר הטיפולי. לפי ממצאי מחקרים, אנשים בעלי חרדת מוות גבוהה ואנשים המאוימים על ידי תהליך ההזדקנות שלהם עצמם או של הוריהם, מתרחקים מקשר אישי ומקצועי עם אנשים זקנים. קשר טיפולי עם אנשים זקנים עשוי להחיות מערכות יחסים עם דמויות הוריות ולעורר קונפליקטים רדומים ורגשות אמביוולנטיים כואבים.

“לא למדתי על הפסיכולוגיה של הזיקנה”: מחסור במסגרות לימוד, במסגרות הכשרה ובמסגרות התמחות הוא הסיבה העיקרית, או לפחות הסיבה המצוטטת ביותר בספרות, לאי-השתלבות של פסיכולוגים במערך הגרונטולוגי. במרבית המחלקות לפסיכולוגיה בארץ ובעולם אין קורסים בנושאים כמו דיאגנוסטיקה ופסיכותרפיה בגיל מבוגר. מעטות הן ההזדמנויות למפגשים טיפוליים עם אנשים זקנים הנקרות בדרכם של פסיכולוגים קליניים

במסלול ההכשרה ובמהלך העבודה הטיפולית. לפי ממצאי מחקרים מארצות הברית, כ-70 אחוזים מהפסיכולוגים המתמחים לא התנסו כלל בקשר טיפולי עם זקנים. אין ספק שמחסור בידע מקצועי על תקופת הזיקנה והיעדר ניסיון טיפולי תורמים לעמדות השליליות כלפי הזקנים ולהיעדר מוטיבציה לקשרים טיפוליים עמם.

להערכתי, מטפל הרוצה לעבוד עם זקנים חייב להיות אדם בשל, בוגר, ובעיקר אופטימי ובעל חיוניות. התקווה שלו עשויה לאזן את תחושת הייאוש של זקנים רבים. האני האינטגרטיבי שלו הוא שיעזור לזקן החש חלש, רגרסיבי, "מפורק" לעתים. המטפל עשוי לשמש מעין אגו-מלווה (auxiliary ego), דמות תומכת המאפשרת לזקן לבנות גשר בין העולם הפנימי לבין העולם החיצוני, ולשמש כאובייקט המחזק את דפנות עולמו הפנימי מפני טלטלות הגיל הצפויות.

גם מי שבחרים לטפל בזקנים ואינם נרתעים או נמנעים ממפגש עם הזיקנה, עשויים למצוא את עצמם בתהליך של העברה נגדית אינטנסיבית. העברה נגדית מבטאת את הרגשות, את המחשבות ואת הציפיות של המטפל בכל הנוגע למטופל, והיא מרכיב חשוב באינטראקציה הטיפולית. כשמדובר בטיפול באנשים זקנים, ההעברה הנגדית של המטפל מושפעת בעיקר מיחסו אל הזיקנה. כשהמטפל תופס את הזקן כאדם שלא ניתן לטפל בו, כחסר תקווה, כשהוא מסרב לטפל בו, כשהתנהגותו כלפיו שונה מהתנהגותו הרגילה בטיפולים ולעתים הוא מייחס את תלונותיו לגיל, נראה שמדובר בהעברה נגדית ובדעה קדומה על הזיקנה (ageism).

הקונפליקטים המתעוררים במהלך הטיפול מתקשרים להעברה הנגדית. הם באים לידי ביטוי בתגובות של המטפל להתנהגותו של המטופל, למחשבותיו ולרגשותיו, המתעוררים במהלך הקשר הטיפולי.

ספוטניץ (Spotnitz, 1985) וויניקוט (Winnicott, 1958) הגדירו תגובות של העברה נגדית כתגובות אובייקטיביות שכל מטפל עשוי לחוש כלפי מטופל, או תגובות סובייקטיביות למטופל, הנובעות מהרקע הייחודי של המטפל. תגובות אובייקטיביות או סובייקטיביות של העברה נגדית אינן מהוות קושי בטיפול אם הן מובנות ומקובלות באופן מודע על ידי המטפל. הן מהוות קושי רק כאשר המטפל מגיב למטופל באופן שאין הוא מודע לו. תגובות אלה עשויות להפוך להתנגדות או למחסום בפני המשך ההתקדמות בטיפול. למעשה, ככל שהמטפל רגרסיבי יותר, יכול המטפל לעשות שימוש רב יותר בהעברה הנגדית שלו כדי להבין את המסרים הלא-מילוליים של המטופל.

דאגות של המטופל הקשורות למוות מעוררות פחדים מפני המוות האישי או מוות של קרובי משפחה של המטפל. פחדים אלה מותירים את המטפל פגיע וחשוף לרגשות אשם. נמירוף

וקולרוסו (Nemiroff & Colarusso, 1985) מאמינים שההעברה הנגדית של המטפל מושפעת בעיקר מתגובותיו להזדקנותו שלו, ובכלל זה חוויות של ירידה או של פגיעה בתפקודים הביולוגיים, אבדנים, מודעות למגבלות האישיות והיכולת להתמודד עם המוות. פחדים מרגשות קשים כמו חוסר אונים, בדידות או תלות, עשויים אף הם להשפיע על ההעברה הנגדית.

תלות מוגברת של מטופל עשויה לעורר שאיפות אינפנטיליות לשלוט בהורה-מטופל; לחלופין, היא עשויה לעורר תגובת הימנעות וחוסר סבלנות. מטפל עשוי גם לחוש חרדה בגלל הזדהות בלתי מודעת עם חוסר האונים של המטופל.

תחום נוסף שבו ההעברה הנגדית יכולה להשפיע הוא תחום המיניות: האם המטפל מסוגל לקבל את המיניות של המטופל הזקן, או שמא הוא חרד ונגעל כשהנושא עולה בהעברה הטיפולית.

נושאים אלה ואחרים הקשורים להעברה הנגדית תלויים במידה שבה פתר המטפל את רגשותיו כלפי הוריו ואפילו כלפי המטפל שלו. מיירס (Myers, 1984) מתאר חלומות שהיו קשורים להתנגדותו כלפי שני מטופלים זקנים שבמהלך הטיפול בהם עלו תכנים הקשורים ליחסיו המוקדמים עם הוריו וחרדות שהתעוררו בעקבות מחלתו ומותו של אביו. נראה שבדומה להעברה של הזקנים, כך גם דפוס ההעברה הנגדית עשוי לבטא יחסי ילד להוריו ואפילו יחסי נכד לסב (Knight, 1996). יתר על כן, היינו (Heinze, 1987) טוען שלאחר שמתחיל הטיפול נראה שהמטפל מתקשה בגלל גילו של המטופל יותר משהמטופל מתקשה נוכח גילו של המטפל. קונפליקטים ביחסים עם ההורים יש בהם כדי להקשות על המטפל להיות אמפתי. מטפל אף עשוי לחוש אשם בגלל גילו הצעיר; עליו להתמודד לעתים גם עם עוינות ועם קנאה של המטופל הזקן ועם ניסיונותיו לכפות עליו אשמה.

טיפול פסיכולוגי לבני האוכלוסייה הפזדקנת: זווית אישית ו"אני באפין"

את ההתמחות הראשונית שלי בטיפול בבני האוכלוסייה המבוגרת רכשתי בתקופה הקצרה שבה התקיים שירות פסיכולוגי יחיד בארץ, שהשתייך לרשת בתי האבות של "משען" שהקים פרופ' יעקב לומרנץ מהחוג לפסיכולוגיה באוניברסיטת תל-אביב, מורי ומדריכי. התנסות ייחודית זאת הייתה תחילתו של מסע מופלא בעולם עשיר ומרתק.

שירות זה שרד לצערי רק שנים ספורות. בשנים אלה התקיימה בו פעילות ענפה שסיפקה ייעוץ והדרכה לצוותים שונים של בתי האבות, וכן ייעוץ פסיכולוגי וטיפול לדיירים במסגרת

קבוצות עבודה. הוא נסגר בגין הצמצומים שנקטה רשת "משען" כחלק מתהליך ה"הבראה" שלה; הרי ההישגים הרבים של הדיירים ושל העובדים בתחום הפסיכולוגיה לא יכלו לבוא לידי ביטוי במאזנים הכספיים.

בשנים אלה למדתי להכיר היכרות קרובה את עולמם של הזקנים, בעיקר את זה של הזקנים ביותר, בני 80 ומעלה, החיים במסגרת מוגנת. היכרות זו תרמה לי יותר משתרמו לי כל הספרים והמאמרים הרבים שקראתי על הפסיכולוגיה של הזיקנה.

חלק מהאנשים שהייתי בקשר טיפולי אתם מלווים אותי מאז, אף שהם כבר אינם אתנו. אני זוכרת אותם בזכות חכמת החיים העשירה שלהם, ההתנסויות הרבות שהיו להם במהלך שנים ארוכות, סוערות וקשות, שבהן התמודדו עם קשיים רבים, ובהם מלחמות, השואה, אבדנים, פרידות, הגירה, מחסור והסתגלות לחיים בארץ ישראל.

מכל האנשים אני שבה ונזכרת בשניים, יוסף ורחל, שניהם כבני 90, שדמויותיהם ייצגו יותר מכול את דור הנפילים. שני עמודי תווך אלה היו שונים מאוד זה מזה, וחכמתם הרבה, אישיותם המרתקת וניסיון חייהם הארוך לימדו אותי רבות על החיים בכלל ועל עולמם של הזקנים בפרט. שניהם נפטרו זה כבר, אך רוחם או נפשם (העצמי שלהם, בעגה המקצועית) חסרת הגיל חיה מדי שנה בשנה בשיעוריי על הפסיכולוגיה של הזיקנה הניתנים לסטודנטים (על שניהם ראה בהמשך בפרק 10).

מפגשי עם מטופלים במסגרת פרטית שונה במידה רבה. אלה אנשים עצמאים, צעירים ובריאים מאלה המתגוררים במסגרת מוסדית. רובם מגיעים בזמן משבר במהלך ההזדקנות והזיקנה. הקשר הטיפולי נפרס על פי רוב על פני מפגשים שמספרם מוגבל, לעתים אף מפגש אחד, שבו בא מטופל או מטופלת שכבר חצו מזמן את גיל השישים, בבקשה להתחלק או להתייעץ בעניין המעסיק אותם במיוחד. אני רואה בהם חלוצים ראשונים של הדור המבוגר, דור שאף שהפסיכולוגיה בכלל והפסיכולוג בפרט לא היו חלק מעברם ההתפתחותי והחברתי, ובדרך כלל מי שפנה לעזרה נחשב לחריג או ל"משוגע", הם עצמם פתוחים דיים ומודעים לאפשרות להיעזר בכל הקשור למצוקות הנפש ולא רק למצוקות הגוף.

לעתים נוצר הקשר הראשוני עם אחד הילדים המעורר את ההורה לפנות לעזרה ואף מסייע לו, אך לאחרונה מתרבות הפניות הישירות, ובכללן פניות מן המתגוררים בדור מוגן.

הייעוץ "תפור" לפי בקשת הפונה. יש המעוניינים להתמקד בשאלה אחת בלבד, כמו למשל האם לעבור לדור מוגן או לבית אבות, או איך לשמור על קשר טוב עם הנכדים כשההורים - הילדים - מסוכסכים ביניהם או עומדים בפני גירושים, איך מתמודדים עם חילוקי דעות במשפחה, עם תחושות קיפוח של ילדים, עם בדידות ואכזבה מילדים ומנכדים שאינם

שומרים על קשר תכוף דיו, איך מתמודדים עם בקשות של ילדים לכספים או לשירותי שמירת-טף שאינם תואמים את רצונותיהם ואפשרויותיהם של ההורים, ועוד שאלות שונות הקשורות בכך שלדעת ההורים ילדיהם אינם נוהגים נכון בעניין מסוים בחייהם.

לא מעט מבוגרים באים בחשש רב למפגש יחיד אך נשארים לטיפול קצר-מועד או ארוך יותר, המתמקד ברצון לשפר את איכות החיים ואת שביעות הרצון, ובהם גברים שפרשו לגמלאות והמתקשים להשלים עם המציאות החדשה ולמצוא תכנים מספקים, או מי שמתקשים להתמודד עם בן או בת זוג חולים או מוגבלים, אלמנים ואלמנות בשלבים שונים של תהליך האבל ועוד.

ויש בהם גם מי שנושאים אתם במשך שנים רבות חוויות מרגשות ומסתפקים בכך שהם מספרים לי את סיפור חייהם, מפקידים אצלי את הסיפור הפרטי, את המחשבות הכמוסות, ולעתים אף סודות שאינם יכולים לחלוק עם בני המשפחה. אלה אינם מצפים לשינוי גדול אלא לאוזן קשבת, לעידוד ולתמיכה. דווקא בגיל מבוגר ניתן לגלות בעזרת סיוע הפסיכולוג זווית חדשה ושונה לאירועים או למצבים שונים בסיפור החיים, שבעבר לא היה אפשר להבינם או להשלים עמם. שחזור האירועים הללו וניתוחם בפרספקטיבה של שנות חיים, של ניסיון ושל חכמה היא התנסות חשובה ביותר.

הטיפול הפסיכולוגי הוא אולי ההזדמנות האחרונה למפגש אינטימי של הזקן עם זולתו ועם עצמו, אפשרות לדיאלוג אמיתי שבו הזקן חוזר ונקשר לעצמי המשוחרר מכבלי הגיל והשנים. אין הוא ניצב מול ראי חיצוני חברתי, אלא מול הראי הפנימי שבעזרתו הוא יכול לטייל בעולמות שונים כמו אליס בארץ הפלאות - אחורה, קדימה, מעלה, מטה, לפנים ומאחור.

האדם המבוגר, בשונה מהאדם הצעיר, נע בטיפול על פני טווח זמנים רחב ביותר העשוי להכיל גם שבעים או שמונים שנות היסטוריה אישית וחברתית.

פטרות הטיפול בבני האוכלוסייה הפזדקנת

למרות השוני באוריינטציה התאורטית ובגישה הטיפולית של הטיפול בצעירים, מטרות הטיפול בבני האוכלוסייה המזדקנת הן כאמור דומות. מטרת הטיפול העיקרית זהה למעשה למטרת הטיפול בצעירים: לעזור לאנשים במהלך ההזדקנות להגיע לידי שליטה מרבית על עצמם ועל חייהם, תוך הדגשת האוטונומיה, העצמאות והכבוד העצמי. עם התקדמות הגיל גובר האיום לאבדנים ולירידה בתפקודים, ולכן המשימה הטיפולית הופכת קשה יותר. יש לבחון את דרכי ההתמודדות וההישרדות שפיתח האדם במהלך השנים ואת דרכו בקבלת

ההחלטות, ולראות האם הן מתאימות למציאות העכשווית, או שמא יש צורך בארגון מחדש של דרכי התפקוד ושל מנגנוני ההגנה, כדי להשיג שיקום ופיצוי על אבדנים.

לאור השונות הרבה של מצבם הפיזי, הרגשי והמנטלי של הזקנים לעומת הצעירים, מטרות הטיפול הייחודיות לכל מטופל יהיו שונות ותלויות באדם ובנסיבות המיוחדות של חייו. על הצבת המטרות להתפתח במהלך הקשר עם המטופל, תוך התאמה והבהרה של הציפיות לגבי העומד להתרחש במהלך השיחות.

שאלה חשובה נוספת היא אמונתו של המטפל בדבר הישגי הקשר הטיפולי. אם הוא אופטימי אך ראלי בהצבת היעדים, הוא יעודד את המטופל ויחזק את המוטיבציה שלו לפתוח בתהליך של שינוי. אם הוא פסימי ואינו מאמין שעשוי לחול שינוי, עלול הדבר להשפיע על המטרות ועל אופן השגתן. ראוי גם שלא יהיה המטפל אופטימי מדי ויציב יעדים בלתי ראליים שיגרמו אחר כך תסכול ואכזבה לו ולמטופל.

השאלה הנשאלת לא פעם היא באיזו מידה עשוי האדם הזקן להשתנות. שלא כבטיפול פסיכולוגי בצעירים, החשש הוא שמאוחר מדי לחולל שינוי של ממש. עם זאת, הזקן הוא בעל ניסיון ובעל חכמת חיים, המאפשרים לו לראות דברים דרך נקודת מבט מפוכחת יותר ואולי להשלים בקלות, יחסית לצעירים, עם מציאות מגבילה ומתסכלת. תפיסה זו היא משאב חשוב העשוי לסייע בתהליך הטיפולי.

הציפיות של המטפל הצעיר עשויות להיות גבוהות ובלתי ראליות, ואם כן תגבר רמת התסכול. לעומתו, המטופל הזקן מסתפק בפחות וציפיותיו ראליות. הוא עשוי להסתפק בהקשבה ובקבלה של המטפל, ליהנות מזה שהוא מרגיש בעל ערך, מחוזק ואולי אפילו חדור תחושה שהוא נותן למטפל או למטפלת הצעירים דבר-מה משמעותי כמו חכמת חיים ואולי סיפור היסטורי מרתק.

לדעת זאריט וזאריט (Zarit & Zarit, 1998), שתיים הן מטרותיו העיקריות של הטיפול. האחת היא לזהות את התחומים הניתנים לשינוי נסיבות חייו ומצבו של הזקן, והאחרת היא שמירה על האוטונומיה שלו. בכל מצב יש לעודד את עצמאותו של האדם, ולא פעם פירוש הדבר הוא טיפול מעמיק פחות שלא יפריע לתפקודו הרגיל, פחות תרופות או דחייה ככל האפשר של הוצאת הזקן מהבית לאשפוז סיעודי.

הטיפול המועדף בספרות המקצועית כיום לאנשים זקנים הוא הטיפול המובנה, האקטיבי, הישיר, לטווח קצר, אך למעשה מגוון הטיפולים רחב ומקיף את כל הקשת, ובכלל זה אנליזות ארוכות-טווח.

בטיפולים הישירים המטפל משמש כדמות מכוונת ומדריכה. הוא לוקח חלק פעיל במציאות החיצונית של המטופל ולא רק במציאות הטיפולית הפנימית. הוא עומד בקשר עם הגורמים הרפואיים המטפלים אם יש צורך בכך או עם בני משפחה וגורמים נוספים בקהילה. הוא מעודד תלות ומתמודד עם התנגדות המטופל על ידי קבלתו ועידודו כדי להפחית את האיום שהמטופל עלול לחוש. אינטרפרטציות הניתנות בדרך כלל בטיפול דינמי עשויות להיתפש כביקורת ולהחריק את תחושת הכישלון וחוסר הערך. לכן יש לאפשר למטופל לפתח העברה חופשית של רגשות כלפי המטפל, ובכללה העברה שיש בה תכנים מיניים. האינטרפרטציות בטיפול בזקן נושאות אפוא אופי אינטלקטואלי, וכוללות הסבר ומתן לגיטימציה לתחושות ולמחושים, הכול במטרה להפחית חרדה של המטופל ולחזק את תחושת הכוח והחשיבות שלו. ניתן להניח למטופל להרגיש שהמטפל לומד ממנו רבות, בעיקר אם הוא עוסק בהעלאת זיכרונות כאמצעי לאינטגרציה של העבר ולחיזוק הדימוי העצמי וההערכה העצמית, או במתן עצות לאדם צעיר ממנו בשנים.

פיופנויות בסיסיות הנדרשות בטיפול בבני האוכלוסייה הפבוגרת

ידע בפסיכולוגיה של הזיקנה ובפסיכולוגיה התפתחותית של טווח החיים

כל מטפל באוכלוסייה המבוגרת חייב להיות בעל ידע ומומחיות בטיפול פסיכולוגי בזקנים ובעל ידע בפסיכולוגיה של הזיקנה או בפסיכוגריאטרייה. הידע מאפשר למטפל להגיע לידי הערכה נכונה ומדויקת ככל שניתן של מצבו הרגשי והתפקודי של האדם, ולהבחין מהן המשימות ההתפתחותיות שאתן הוא מתמודד ואילו קשיים הם נורמטיביים לשלב זה בחייו. הערכה מקיפה המבוססת על ידע ועל ניסיון תאפשר לו להציע את ההתערבות המתאימה ביותר. הידע חשוב בעיקר במקרים הקשים, שבהם לא ניתן לזכות בשיתוף פעולה מצד המטופל בגלל מצבו הפיזי, המנטלי או הרגשי. יכולתו של המטפל להכיר במגבלותיו כמטפל ובמגבלות של המטופל להחלים או להתגבר על קשייו מקלה מאוד את תחושת חוסר האונים והאשמה העשויה להתלוות לטיפול באוכלוסייה המזדקנת הלוקה באבדנים רבים ובמגבלויות קשות, כשהמטפל חש חוסר אונים ולא פעם גם חוסר ביטחון ביכולתו המקצועית.

בשלות רגשית ובקצועית

הידע הכרחי, אך אין בו די. החשובות מכול הן יכולות בסיסיות של המטפל לגלות עניין אמיתי באדם ובעיקר לגלות כלפיו אמפתיה וחום. היכולת להבין את האדם ולהסתכל על

העולם דרך עיניו מתבקשת בעיקר כשהרקע של המטפל שונה מזה של המטופל הן בתרבות והן בגיל. האמפתיה עשויה לגשר על פערים אלה ולנסוך במטופל את התחושה שמבינים אותו, בניגוד לתחושה הכללית של לא מעט זקנים במצוקה, שאין מבינים אותם או אין מנסים להבין אותם.

היכולת להעניק חום והרגשה של קרבה אף היא חשובה ביותר בטיפול בבני האוכלוסייה המבוגרת, הסובלת מבדידות ומחסר באהבה. לא פעם מבטא מטופל מבוגר עמדות שמרניות ונוקשות שאינן מקובלות על המטפל הצעיר. על המטפל לקבל דעות אלה גם אם הן מנוגדות לשלו, ועליו להימנע מנקיטת עמדה שיפוטית וביקורתית כלפי המטופל המבוגר ממנו בשנים רבות. יכולות רגשיות אלו מחייבות בשלות רגשית, ישרה מקצועית ובעיקר בריאות נפשית. הטיפול באוכלוסייה המבוגרת דורש גם יכולת נתינה, הכלה, עמידה בתסכולים, והכרה במגבלות הטיפול ובמגבלות המטפל. כל אלה אפשריים אם המטפל עצמו מצליח לנהל את חייו לשביעות רצונו ולאזן בין חייו האישיים לבין חייו המקצועיים. כשהמטפל טרוד במשימות התפתחותיות אישיות ובמשברים בחייו האישיים, הוא יתקשה לפנות אנרגיה כדי להשקיע במטופל, בעיקר כשהמטופל במצב נזקק ביותר ויכולתו לתגמל את המטפל מוגבלת.

סובלנות וסבלנות

קצב התנהלותו של האדם המבוגר הוא אטי יותר. הוא עשוי לדבר לאט, באתנחתאות בין המילים. נדרש לו זמן רב יותר ומילים רבות יותר כדי להביע או כדי לבטא רעיון או מחשבה. יש להעמיד לרשותם של אנשים מבוגרים את הזמן הדרוש להם כדי לומר את אשר ברצונם לומר. לעתים הם נוטים לסטות מהנושא ולעבור ולדבר על נושאים אחרים. בתחילה יש להקשיב להם בלא לכוונם כדי להניח להם להתבטא בלא איום וכן כדי לעמוד על אופן תפקודם. כאשר נוצר הקשר והמטופל מרגיש בטוח יותר, ניתן לכוונו או להזכיר לו את נושא השיחה כשהוא סוטה מהעיקר. היכולת לפתח סובלנות וסבלנות אפשרית והיא חלק מתהליך ההתפתחות המקצועי של המטפל בזקנים.

גמישות

הבשלות והידע של המטפל באים לידי ביטוי במצבים שבהם המטפלים באוכלוסייה הזקנה נאלצים להיות גמישים ולחרוג מהנהלים ומהגבולות הנוקשים של הטיפול. למשל, לעתים רצוי שהמטפל יניח בידיו של המטופל את השליטה בטיפול, כלומר לאפשר לו להחליט כמה פגישות לקיים ומתי. לאחר כמה פגישות שבועיות עם מטפל נוטים מטופלים מבוגרים

להוריד את תדירות המפגשים, מסיבות שונות, החל בקשיים פיזיים-טכניים או כלכליים לבוא לטיפול, וכלה בצרכים רגשיים לנהל ולשלוט כדי לחזק דימוי עצמי פגוע, צורך בשמירה על אנרגיות, או חשש מהתקשרות למטפל ומתלות בו. לעתים דווקא הפגישות הבלתי סדירות מועילות יותר, כשהמטופל בא אחת לכמה זמן הוא ממוקד והכין "שיעורי בית" לפני הפגישה.

במסגרת הגמישות וההתאמה לצרכים של בני האוכלוסייה המבוגרת הנדרשים לעתים בעבודה אתה, יש מקום להציע למטופלים רישום בין הפגישות ובמהלכן. לעתים המטופל המבוגר סובל מקשיים בזיכרון או בריכוז ולכן ניתן להציע לו לרשום נקודות חשובות העולות במהלך הטיפול, וכן מחשבות, זיכרונות ורעיונות שעלו בין הפגישות.

פתיחות ונכונות ללמוד מהמטופל

על המטופלים במבוגרים - שהם ברובם הגדול צעירים יותר ממטופליהם - לזכור שהמטופלים הם בעלי ניסיון רב משלהם ובעלי חכמת חיים רבה, ולכן הם יכולים ללמוד מהם ולא רק להעניק להם. הנכונות ללמוד מהמטופלים היא הזדמנות לחוויה מיוחדת מאוד, המאפשרת למטפל להתפתח כאדם וכאיש מקצוע. עם זאת, האפשרות של המטפל ללמוד מהמטופל עלולה גם לעורר חרדה אצל מטפל שאינו בטוח דיו ביכולותיו המקצועיות. ראוי שמטפל זה ימצא מדריך שיוכל לעזור לו להתמודד עם החרדה ועם חוסר הביטחון שהמטופל המנוסה והחכם מעורר בו.

פרק 7

הטיפול בפטחה הפזדוקנת

אני ירשתי מאבי את האור
ומאמי את הגלאוקומה ואת הקשי
הבלתי נסבל של הקיום.
מסבי את המוסיקה
ומסבתי לא כלום.
אני זוכר את חיי
מיום שאני זוכר את הורי.

נתן זך, "הכל נשאר במשפחה", כיוון שאני בסכיבה,
הוצאת הקיבוץ המאוחד, 1996

יחסים בין-דוריים בפשחה הפזדקנת

תהליך ההזדקנות האישי אינו מתרחש בחלל ריק. לרובם הגדול של המזדקנים משפחה, ולכן כמעט כל משפחה מושפעת מתהליך ההזדקנות ומשפיעה עליו. תוחלת החיים הארוכה יוצרת מערכת יחסים בין-דוריים ענפה הנמשכת שנים ארוכות, ובמהלכן כל דור במשפחה חווה שלבי התפתחות ומשימות שונות הקשורות בה. תהליכי ההתפתחות האישיים משפיעים על מערכת היחסים בין הדורות במשפחה ומכאן גם על ההתמודדות של הדור המבוגר עם תהליכי ההזדקנות.

סבא חיים, בתו דליה ונכדו אלון: כל דור והתמודדותו

סבא חיים בן ה-70 עסוק בהסתגלות לחיים כגמלאי, הגורמים לפגיעה בדימויו העצמי ובסטטוס שלו וכן לתסכול עקב הקושי למצוא תעסוקה או תחומי עניין מתאימים לגילו. בתו דליה בת ה-47 מתמודדת עם תחושה של חוסר סיפוק במקום העבודה וגם עם קשיים בחיי הנישואים. הנכד אלון בן ה-22 חזר מטיול במזרח אסיה ומתקשה להתארגן ולהתחייב למסגרת קבועה של לימודים או עבודה. הן הסב והן הנכד שרויים בכלבול של זהות ובחיפוש אחר דרך חדשה. הסב השרוי במצוקה סובל ממצב רוח ירוד, הגורם לחוסר סבלנות ולעתים אף לעוינות כלפי הסביבה. הוא גם מתקשה להבין את אלון הנכד העסוק בחיפוש אחר דרכו ואחר זהותו. פערי הדורות, ובעיקר הפער העצום בין סגנון החיים של סבא חיים כשהיה בגילו של אלון ונאלץ להתפרנס כדי לאכול, מגבירים את המתח ואת אי-ההבנה ביניהם. מצבה של דליה הוא הקשה ביותר: היא נאלצת להתמודד עם אכזבותיה ועם תסכוליה, ועם זאת עם הדאגה לבנה הצעיר ולאביה.

כל שינוי בולט בחיי אחד מבני המשפחה עשוי אפוא להשפיע על שאר בני המשפחה. למשל, מחלה של הורה זקן הכרוכה באשפוז ובטיפול שוטף מאלצת את הילדים ולעתים גם הנכדים להשקיע זמן בליווי ההורה ובטיפול בו, אך הם יכלו להשקיע את הזמן ואת האנרגיה הנדרשים לשם כך במטרות אישיות חשובות כמו לימודים, פנאי ובילוי חברתי.

נראה אפוא שתהליך ההזדקנות הכרוך בשינויים ובאבדנים, ובעיקר באבדן העצמאות, מעורר במקרים רבים את הצורך של ההורים בקבלת עזרה מבני המשפחה הצעירים. ככל שהתלות

של הזקן במשפחתו הולכת וגדלה, כך חשוב לערב את בני המשפחה בקבלת ההחלטות לגבי הטיפול בו, מאחר שמצבו הירוד משפיע גם עליהם, במישרין או בעקיפין.

מצב זה עלול להביא לידי מתחים, לחצים ועימותים בין בני המשפחה, ובינם לבין ההורים. ההזדקנות עשויה גם להביא לידי שינוי של מבנה המשפחה ולהפר את מאזן הכוחות בה. הורים מבוגרים רבים מתקשים לקבל את העובדה שהם מאבדים מעצמאותם ומכוחם. הם גם מתקשים להשלים עם העובדה שאין הם יכולים עוד לטפל בצעירים ולדאוג לילדים או לנכדים. הם מתקשים עוד יותר לקבל את תלותם הרגשית והפיזית ההולכת ומתפתחת בילדיהם. השינוי שחל במאזן הכוחות מחייב התארגנות מחדשת ושינוי בהגדרת התפקידים של כל בני המשפחה: ההורים, הילדים ואף הנכדים.

השינוי וההתארגנות המחודשת רווחים יותר בקרב הנשים הזקנות, שתוחלת החיים שלהן ארוכה יותר מזו של הגברים. במקרים רבים הן נאלצות לטפל בכך זוג חולה ומוגבל ואחר כך הן חיות עוד שנים מספר לבדן, ללא בן הזוג.

הטיפול במשפחה המזדקנת מתמקד אפוא במערכת היחסים של ההורים המזדקנים עם בני המשפחה, דהיינו עם ילדיהם ועם נכדיהם. הטיפול עשוי להועיל לכל המעורבים בדבר לאור ההשפעות של מערכת הקשרים שבין ההורים והילדים על מצבם הרגשי הן של ההורים והן של ילדיהם. רבות מהפניות של זקנים ליעוץ או לטיפול נעשות ביזמת ילדיהם, המרגישים חסרי אונים לנוכח המצוקות של הוריהם.

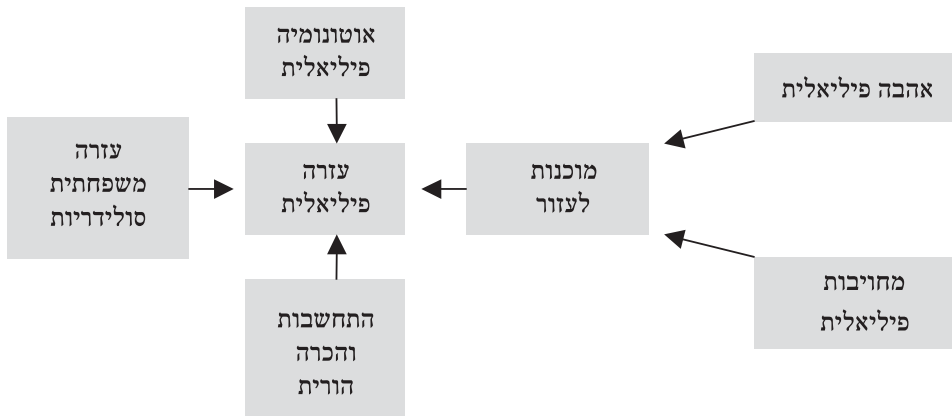
הטיפול בהורה כרוך לא פעם בקונפליקט בסיסי הקיים במרבית המשפחות בין תלות לבין אי-תלות. במצב של זיקנה וחולי של ההורים מתהפכים התפקידים: ההורים הם הנאבקים בתלות, בעוד שבעבר הילדים הם שנאבקו בה. לכן המשימה הפסיכולוגית החשובה של הילדים היא להבין את הקושי של ההורים, לקבל את התלות ולהכיר בצרכים החדשים של ההורים.

היכולת הרגשית לטפל בהורה מתוך אהבה ודאגה בלא לברוח מההתמודדות ובלא לאבד את האוטונומיה ולהיבלע בתפקיד המטפל ללא גבולות, נקראת בשלות פיליאלית. בשלות זו מתבטאת ביכולת של המטפל - בת או בן המטפלים בהורה זקן - לשמור על שלמות העצמי ולהציב גבולות, שלמרות העומס והלחץ הכרוך בטיפול בהורה, מאפשרים להמשיך ולנהל אורח חיים אישי ולמלא תפקידים אחרים במשפחה, בעבודה ובחיי החברה.

בשלות פיליאלית בטיפול בהורים בזדקנים

המונח "בשלות פיליאלית" עניינו הבשלות הרגשית של ילדים בוגרים לטפל בהוריהם הזקנים. הבשלות הפיליאלית נמדדת בנכונות להעניק עזרה באופן אקטיבי. במשפחה המתפקדת באופן תקין, מתן הסיוע להורים מונע על ידי רגשות של אהבה ועל ידי תחושת מחויבות, בלא לאבד את האוטונומיה ביחסים ההדדיים (Marcoen, 1995).

פרקי הבשלות הפיליאלית



- אהבה היא המרכיב הבסיסי התורם לגישה החיובית.
- מחויבות פיליאלית, שהיא תחושת החובה והאחריות לדאוג להורה, היא המרכיב החשוב ביותר.
- נכונות לעזור היא תנאי הכרחי אך אין בו די. ילד בוגר עשוי להיות אוהב ודואג ולחוש מחויבות ואחריות, אך בפועל, למרות הנכונות לעזור, אין הוא עושה זאת.
- עזרה היא התולדה האקטיבית של הנכונות לעזור.
- אוטונומיה, כלומר שמירה על גבולות העצמי, היא היכולת להפריד בין הצרכים והחיים של הילד העוזר לבין אלה של ההורה.
- התחשבות הורית: קבלת התלות של ההורים מותנית גם ביכולתם של ההורים לדעת מה אין הילדים יכולים לעשות ולא להכביד עליהם יתר על המידה. ההתחשבות ההורית באה לידי ביטוי ביכולת של ההורה - אם מצבו הקוגניטיבי תקין - לעזור לילד לשמור על עצמו ולא להיבלע בתפקיד המטפל.

- סולידריות משפחתית: התמיכה שהילד המטפל מקבל ממשפחתו שלו או משאר בני המשפחה, למשל אחים ואחיות, חשובה לא פחות, שכן היא מסייעת לו להתמודד בהצלחה עם תפקיד קשה.

- משבר פיליאלי נפתר כשהילדים מכירים במה שהם יכולים לעשות למען ההורים אך גם במה שאינם יכולים לעשות למענם. היכולת להכיר בגבולות וגם להציבם בלא להיבלע בתפקיד המטפל בהורה היא מרכיב מרכזי בבשלות הפיליאלית.

המונח הוצע לראשונה על ידי בלנקר (Blenker, 1965). לאחר מכן, בשנים 1979 ו-1985, הרחיבה בלנקר את המונח "בשלות פיליאלית" והגדירה אותו כהליך התפתחותי שלא כל אחד חווה, מאחר שהדבר תלוי במבנה המשפחה, במצב הבריאות, בגיל ההורים והילדים ועוד.

לא כל הילדים יכולים לאפשר להוריהם להיות תלויים בהם ולא לכל ההורים יכולת מתאימה או תנאים להיות תלויים בילדים. יש גם איזון מסוים בין מה שהילד מסוגל לתת לבין ציפיות ההורה ממנו. לכן זוהי משימה התפתחותית שרק חלק מהילדים חווים.

נראה לי שניתן להוסיף שני מרכיבים נוספים למרכיבי הבשלות הפיליאלית: סמכות פיליאלית וחמלה.

- סמכות פיליאלית נדרשת במצבי משבר, כאשר יש צורך לארגן מחדש את חייו של ההורה ולחולל שינוי שההורה חושש ממנו או לעתים אף מתנגד לו נמרצות. השינוי עשוי להיות הכנסת מטפלת הביתה, מעבר לדיור מוגן, הפסקת הנהיגה וכיוצא באלה. כשברור לחלוטין שיש צורך בשינוי מאחר שחיי ההורה עלולים להיות בסכנה, על הילדים לקבל החלטה ולהרגיש בטוחים דיים שהחלטה היא אכן לטובתו של ההורה גם אם הוא מתנגד לה, ולבצע אותה.

מניסיוני, כשמדובר בהורה זקן אך צלול המתקשה מאוד לקבל החלטה והחרד משינוי, החלטת הילדים והביטחון שהם נוסכים בהורה שמדובר בהחלטה נכונה, מקלים מאוד על ההורה גם אם הביע בתחילה התנגדות. הסמכות הפיליאלית חשובה בעיקר כשמדובר בהורה הסובל מירידה קוגניטיבית ויש חשש שללא טיפול או השגחה הוא נתון בסכנה. הדאגה לשלומם מחייבת את הילדים לפעול בתקיפות למרות התנגדות נמרצת מצדו.

פגשתי ילדים בשנות החמישים או השישים לחייהם שתפקדו כילדים קטנים ומפוחדים כשנאלצו להפעיל את סמכותם כלפי הוריהם. כשההורה דומיננטי או אגרסיבי קשה

לפעול בניגוד לרצונו. אך לאור העובדה ששיקול הדעת של ההורה איננו תקין לחלוטין, מחובתם של הילדים להגן על הוריהם ולהפעיל את סמכותם למרות הקושי הרב.

- היכולת לחוש חמלה, היא מרכיב רגשי נוסף שעשוי להוסיף רבות לטיפול בהורה. חמלה איננה רחמים אלא אמפתיה מהולה בחיבה, מעין ליטוף או חיבוק רגשי שהילד יכול להעניק להורה. זו גם היכולת לקבל את החולשה ולכבדה ואף לכבד את הקושי של ההורה ובכך לנסוך בהורה את ההרגשה ש"זה בסדר", "מותר להיות חלש, מותר להיות נזקק", או "אני, הילד, מביין אותך, אני אשמור עליך".

התפקיד הפיליאלי מורכב למעשה משני תפקידים עיקריים: סיפוק צרכים אינסטרומנטליים וסיפוק צרכים רגשיים. אלה הם מאפייניו:

1. התפקיד הפיליאלי איננו צפוי ועשוי להתחיל לפתע, בלא התראה ובלא הכנה.
2. השימוש בסמכות איננו טבעי ואיננו מובן מאליו ולעתים הוא מתבקש, כמו במקרה שיש להכריח את ההורה המוגבל להכניס הביתה מטפלת סיעודית.
3. המרכיב החשוב בתפקיד הוא האחריות כלפי ההורה, והיכולת של הילד הבוגר לנסוך בהורה תחושה שאפשר לסמוך עליו.
4. ההתמודדות עם התפקיד הפיליאלי דורשת פתרון קונפליקטים כדי שהילד יוכל להתקרב להורה ולספק את צרכיו.

התפקיד הפיליאלי איננו היפוך תפקידים, כי הטיפול בהורים, בניגוד לטיפול בילדים קטנים, נעשה בלא התקווה שמדובר בטיפול זמני. נהפוך הוא, בתפקיד זה מתגברים התלות והיאוש, בעוד שהטיפול בילדים נע בכיוון של שחרור והרפיה. הטיפול בילדים נע בכיוון של הידוק הקשרים, אך עם יכולת להשתחרר רגשית.

חרדה פיליאלית: הספרות מתארת גם תופעה נוספת העשויה להיות תוצאה של מחלת הורה זקן: חרדה פיליאלית אצל ילדים שהזיקנה או המוגבלות של ההורים מפחידה אותם ומרחיקה אותם מהם.

לא כך היה המקרה של בתיה.

בתיא ואמה חולת הסרטן

כשחלתה אמה של בתיא בסרטן בגיל 68, התמסרה בתיא בת ה-42 לחלוטין לתפקיד המטפלת העיקרית באמה. הקשר של בתיא עם אמה היה מאז ומעולם קרוב מאוד. היא נהגה לדבר עמה בכל בוקר ושיתפה אותה בכל קורותיה, ובכלל זה בעניינים הקשורים ליחסיה האינטימיים עם בעלה. האם מצדה נהגה לבשל למען בתיא ומשפחתה ולבוא אחת בשבוע מעיר מגוריה הרחוקה, וכידה קופסאות מלאות תבשילים מכל טוב. מערכת היחסים הקרובה בין האם לבתה התקבלה בברכה על ידי הנכדים שהיו קשורים מאוד לסבתא. בעלה של בתיא למד עם השנים לקבל את מערכת היחסים התלוית בין שתי הנשים ואת העובדה שהוא במקום השני בחשיבותו אחרי חמותו.

כשחלתה האם השתנו פני הדברים. בתיא נעדרה מהבית ימים רבים, ישבה ליד מיטת אמה בבית החולים וסירבה לחזור הביתה גם כשאחותיה ביקשו להחליף אותה בתפקיד. אף שהייתה זו תקופת בחינות הבגרות של בנה, היא כמעט לא התפנתה לדאוג לו ולהתעניין בלימודיו. ואכן הנער כמעט לא למד וציוניו היו נמוכים מהרגיל. בעלה של בתיא ניסה לדבר על לבה אך היא כעסה על חוסר רגישותו והיחסים ביניהם התערערו. הוא, כמו הילדים, הרגיש מוזנח והקשר בין בני הזוג התרופף עוד יותר.

שלוש שנים חלפו מאז פטירתה של האם והבית טרם חזר לקדמותו. בתיא הייתה שרויה באבל כבד שנמשך עד היום. היא הפסיקה לפסל ולצייר, תחומים שהצליחה בהם מאוד לפני מחלת האם ושהסבו לה סיפוק רב. היא הפסיקה את פעילותה ההתנדבותית בוויצ"ו וימיה עוברים בלא עניין רב, תוך קושי למצוא עיסוק שיעורר בה עניין אמיתי. גם היחסים עם הבעל נשארו מרוחקים וחסרי סיפוק. הדאגה לילדים שבה אל מוקד חייה והיא מקדישה להם את כל זמנה, ומסרבת לקבל את העובדה שהם מתבגרים וזקוקים למרחק. בתקופת הפיגועים היא סבלה מחרדה גבוהה מאוד וסירבה להניח להם להשתמש בתחבורה ציבורית או ללכת לקניון בלא ליווי. דאגות שהיו מנת חלקם של הורים רבים הפכו למרכז חייה.

נראה שעם מות אמה איבדה בתיא גם חלק ניכר מעצמה. מחלת האם ופטירתה טלטלו את המשפחה והיא עדיין לא חזרה לאיזון. שלוש שנים לאחר מות אמה וארבע שנים מאז נקלעה המשפחה למשבר, פנתה בתיא לעזרה. היא

כאה מתוך מצוקה רגשית גדולה שהתבטאה במצב רוח ירוד, בחוסר עניין, בחוסר חשק ובעיקר בחוסר שביעות רצון מהנישואים. כבר במפגש הראשון התברר שבתייה עדיין לא התגברה על האבל על מות אמה ושלמעשה כל המשבר פרץ כבר לפני ארבע שנים, בלא שהייתה לה יכולת להבין מה קרה לה ולמשפחתה במהלך השנים. אף שהטיפול הוא בבתייה בלבד, הוא נוגע במערכות היחסים שלה עם המשפחה. מטרת הטיפול היא לעזור לה להיפרד מאמה ובמקביל גם מילדיה, שאת בגרותם היא חווה שוב כאבדן, ולהתקשר מחדש לבעלה ולעצמה.

אף שבתייה טיפלה באמה במסירות ובאהבה, היא לא הצליחה לשמור על כריאתה הנפשית ונבלעה כולה בתוך הטיפול באמה בלא יכולת להציב גבולות, לשמור על האיזון במשפחתה או להכיר במגבלותיה.

בתייה עדיין משקיעה אנרגיה רבה באם המתה. לכשתתרו, תוכל בתייה להפנות אנרגיה זו לאפיקים יצירתיים ומצב רוחה ישתפר.

לעומת בתייה, דפנה ממחישה לנו את היכולת להגיע לבשלות פיליאלית למרות קונפליקטים בלתי פתורים ומשקעים מהעבר:

דפנה ואמה חולת האלצהיימר

דפנה היא בת 54, אם לשלוש בנות, סבתא לנכדה בת שנתיים, עובדת סוציאלית במקצועה ובת בכורה לאם בת 85, חולת אלצהיימר זה חמש שנים. האם שוהה בבית והטיפול בה מוטל על מטפלת פיליפינית. בבקרים היא מבקרת במועדון לתשושי נפש.

במשך שנים היה הקשר בין דפנה ובין אמה סוער ואמביוולנטי. כבת בכורה ילידת הארץ התקשתה דפנה לקבל את החינוך הפולני שהוריה ניסו להקנות לה בבית. הפער התרבותי והמנטלי ביניהם היה גדול ודפנה הרגישה שאמה איננה מסוגלת להבין אותה ואת אורח חייה, והקשר ביניהן היה רופף, ומדי פעם כפעם מלווה כעסים ורגשי אשם, שחוותה דפנה כל אימת שאמה התלוננה על בדידות ועל חוסר אהבה מצד בתה. אמה של דפנה היא ניצולת שואה, בלא משפחה, והיא ציפתה שדפנה תדאג לה ותטפל בה. האם לא הייתה ערה כלל לצרכים של בתה או לקשייה בחיי הנישואים ובעבודה. דפנה הצטיירה כאישה חזקה, חסרת רגשות, אך בתוך תוכה הצטברו כאב וכעס רב, שאותם

פרקה לעתים בבית ולעתים בצעקות על אמה. מאז נפטר אביה לפני שמונה שנים התובענות של האם רק הלכה וגברה.

אף שלדפנה אח צעיר, הציפיות הופנו תמיד כלפי דפנה: שדפנה תיקח אותה לסרט, שדפנה תלך אתה לרופא, שדפנה תיקח אותה לטיול בחו"ל ועוד.

"את רוב שעות הטיפול הפסיכולוגי הקדשתי לקשיים בקשר עם אימא. לקח לי הרבה שנים להתבגר, להבין ולהשלים עם העובדה שאמי נשארה, כנראה בעקבות הטראומות שחוותה, 'נכה רגשית' והיא לא יכולה לדאוג לי ולתת לי את האהבה שאני זקוקה לה. כאימא לשלוש בנות אני יודעת היום יותר מתמיד מה זה להיות אימא ולתת אהבה לבנות שלי, להיות שם בשבילן כמו שאימא מעולם לא הייתה בשבילי".

בשנים הראשונות לאחר פטירת בעלה הפכה אמה של דפנה לרגזנית ביותר, לחשדנית, לאימפולסיבית בתגובותיה ולחסרת מנוחה. "אלה היו השנים הקשות ביותר. היא לא נתנה לי לנשום. היא כל הזמן נתנה לי להרגיש לא בסדר שאני נפגשת עם חברה או נוסעת לסוף-שבוע ולא לוקחת אותה". לפני חמש שנים היא אובחנה כחולה במחלת אלצהיימר והחלה לקבל טיפול תרופתי. ככל שמצבה הקוגניטיבי הלך והתדרדר כך היא הפכה פרנואידית יותר ותוקפנית יותר.

"היום המצב שונה. היא כבר מאוד ירודה וכבר בקושי מבינה מה קורה לה וסביבה וזה הביא לשינוי מדהים בהתנהגותה", מסבירה לי דפנה.

בשלב מתקדם של מחלת אלצהיימר שינתה אמה של דפנה לחלוטין את יחסה לבתה הבכורה. בעבר היא נהגה למתוח על דפנה ביקורת, להתחרות בה, ולדברי דפנה ממש קינאה בה, אך היום, במצבה החדש, היא מקבלת אותה בחום ובאהבה, מרעיפה עליה מחמאות, אומרת לה כמה היא יפה וכמה היא אוהבת אותה, וכמה היא שמחה שהיא באה לבקר אותה. אימא המבולבלת והמנותקת גם מגלה דאגה רבה כלפי דפנה שתאכל, שלא תסתובב בחושך, שתלבש בגדים חמים, כפי שכנראה דאגה לה בקטנותה, עוד לפני שהחלו המריבות ביניהן.

דפנה במקביל מרעיפה על אמה חום ואהבה. היא מלטפת אותה ומנשקת אותה בכל ביקור, דואגת לה ועוקבת בקפידה אחר הטיפול של המטפלת הפיליפינית

כאמה ואחר הטיפול במעון היום לתשומים שבו היא מבקרת. היא מקפידה בעיקר שאמה תאכל אוכל מזין ובריא, שתהיה לבושה היטב, שלא יהיה לה קר בבית, ושתבקר במספרה כדי לשמור על הופעתה החיצונית שעדיין חשובה לה. דפנה גם מפעילה לחצים על שאר בני המשפחה לבוא לבקר את אמה וטורחת לקחת אותה אליה לארוחות חג ולימי הולדת גם כשלא ברור אם אמה נהנית או מפיקה תועלת מהמפגשים ההמוניים האלה.

"לי זה חשוב", אומרת דפנה. "זה אולי החג האחרון שאימא אתנו ואני רוצה שתיהנה ושתרגיש שיש לה משפחה אוהבת. היום אני קשורה לאימא ואוהבת אותה הרבה יותר ממה שהייתי והרגשתי כל השנים. היא כל כך מתוקה ורכה, אוהבת ודואגת. אני לא זוכרת אותה כך כבר המון שנים. זה הרווח שבטיפול במצב הקשה. החיוך של אימא כשהיא רואה אותי, האהבה שהיא מרעיפה עליי אחרי כל כך הרבה שנים של מתח, האשמות הדדיות, כעס. זה פיצוי נפלא וסיום מוצלח לחיים מורכבים ולקשר כל כך טעון רגשית".

דפנה ממלאת את התפקיד הפיליאלי בדרך הטובה ביותר: באהבה, באחריות ובמסירות. נראה שלמרות העבר רווי הקונפליקטים והמתחים במשפחה, ואף שלכאורה היינו מצפים שהם יחמירו בזיקנה, עדיין תיתכן בשלות פיליאלית אצל הילדים שהתבגרו ולמדו לסלוח ולהבין, ולכן גם בשלב שבו ההורה במצב של דמנציה, ואולי דווקא בשלב הזה, יש מקום לתיקון ולפיצוי. החמלה שדפנה חשה כלפי אמה מאפשרת מחילה והשלמה וכך נמחקים משקעי העבר.

קונפליקטים במשפחה המזדקנת

הזדקנות ההורים והמשברים הכרוכים במחלה או באלמנות תורמים על פי רוב להתקרבות מחדשת של בני המשפחה זה לזה, כשבמוקד מצוי ההורה החולה או הבודד. אחים ואחיות שהקשרים ביניהם היו רופפים או הורים וילדים שמערכת היחסים ביניהם אופיינה באי-תלות וכל אחד ניהל עולם מלא משל עצמו, מוצאים את עצמם במערכת יחסים מחדשת ובמפגשים אינטנסיביים מהרגיל. ההתקרבות המחודשת הזאת עלולה לעורר קונפליקטים.

ניתן לזהות קונפליקטים משלושה סוגים עיקריים ביחסים בין ילדים להורים זקנים
:Steinman, (1979)

1. קונפליקטים חדשים המתעוררים בגין הצורך להחליט החלטות לגבי הטיפול בהורה, למשל הכנסת מטפל הביתה, או התלבטויות הכרוכות בהחלטה אם להעביר את ההורה מהבית לבית אבות, לטיפול סיעודי. מחלוקות עשויות להתעורר גם על רקע כספי או על רקע אי-שוויון בטיפול בהורה.

2. קונפליקטים מחודשים הם מתחים בין הילדים או בין ההורים והילדים על רקע קונפליקטים שהיו קיימים בעבר אך בשנים האחרונות היו רדומים, לאור אי התלות וההתרחקות. קונפליקטים בלתי פתורים עשויים לשוב ולהתעורר במצב של משבר חדש במשפחה, והם ייסובו על שאלות שונות, למשל: מי מקבל עליו את האחריות לטיפול, מי משתתף בטיפול ומי מתחמק, ממי ההורה מצפה שיפעל ואת מי מאשימים. על פי רוב, התפקידים במשפחה נשמרים בדרך כלל בעקיבות. הילד המטפל, הדואג והאחראי הוא גם מי שבבגרותו ידאג להורים ויטפל בהם. הילד השובב, המפונק, הבעייתי, יוסיף להיות כזה. ההורים מבחינתם ממשיכים לטפח ציפיות שונות מהילדים, דבר העלול להגביר את תחושות התסכול והקיפוח של מי שמרגישים שהם נותנים הרבה ומקבלים הערכה או אהבה מעטות מדי.

במשפחה אין שוויון ואין צדק, למרות המשאלה שהמשפחה תהיה מקום בטוח שבו ידאגו לנו ויקבלו אותנו בלא תנאים. גם במשפחה אנו עשויים למצוא את עצמנו נאבקים על אהבת ההורה או על קבלה. לעתים נראה לנו, בתפיסתנו הסובייקטיבית אך לפעמים גם בפועל, שהאהבה ניתנת בקלות רבה יותר לאחינו הצעיר המפונק. מאיתנו מצפים לפעול וממנו לא. הוא מקבל כי קשה לו וכי אין הוא מתמודד היטב עם קשייו, ואנו עובדים קשה כל חיינו ואיננו מקבלים דבר. כשהבת או הבן הבוגרים נאלצים לטפל בהורה החולה ולוותר על זמן פנוי או על עיסוקים חשובים אחרים, התחרות, הקנאה, תחושות הקיפוח וחוסר הביטחון עלולים להתעורר מחדש.

3. קונפליקטים נמשכים: יש משפחות שהקונפליקטים המתעוררים בהן עקב הזדקנות ההורים אינם חדשים או רדומים, אלא הם קיימים כל העת על פני השטח ומערכת היחסים בעייתית כל השנים. הרגשות הקשים היו שם, אך עקב המרחק והעצמאות התפקודית הם הפריעו פחות. במצב של משבר חדש המחייב התחברות מחדש, הם צפים ועולים שוב ובעצמה רבה.

רוב המקרים שבהם טיפלתי במסגרת עבודתי כפסיכולוגית שייכים לקטגוריה השנייה, מקרים שבהם הלחצים והקונפליקטים התעוררו בשלב שבו ההורים הזקנים חוו משבר הכרוך במוות של אחד ההורים או ירידה תפקודית פיזית וקוגניטיבית ניכרת, שחיבה התגייסות לעזרה של ילדים או מטפלת, או מעבר לבית אבות או למסגרת סיעודית. הקושי הרגשי העצום של הילדים, ברובם בנות שטיפלו בהוריהם, נגע אמנם בבעיות הקשורות בהווה, אך למעשה הכיל קונפליקטים בלתי פתורים במערכת היחסים שבין ההורה והילד, ועל פי רוב בין אמהות ובנות, שנמשכו שנים ארוכות.

נאווה ואמה: "היא הורגת אותי!"

"עזרי לי להתמודד עם אימא שלי". כך פתחה נאווה את המפגש הראשון בינינו. "היא הורגת אותי, אני מרגישה שחוקה ועייפה, היא מעסיקה אותי כמעט כל יום ואני מרגישה שאיבדתי את היכולת לעצור את התהליך הזה".

נאווה בת 58, אם לשתי בנות וסבתא לשני נכדים, אישה משכילה, נאה ומטופחת. הקשר שלה עם בעלה ובנותיה נפלא, אך הקשר עם אמה בעייתי מאוד.

אמה מתגוררת זה כשנתיים בדיר מוגן. היא עברה אליו לאחר פטירתו של האב, ואף שהמקום נחשב לאחד הטובים ביותר ויש בו מגוון רחב של שירותים ופעילויות, דיירים ברמה גבוהה וצוות מצוין, היא מתלוננת בלא הרף ומרבה למתוח ביקורת על המקום. היא מצפה שבתה תבקר אותה כמעט כל יום ותלווה אותה לסידורים ולבילויים. היא מסרבת לבוא לביתה של הבת מאחר שהיא כועסת על הנכדים שאינם שומרים על קשר אתה. היא גם מרגישה שכשכל המשפחה יחד היא מוזנחת, מתעלמים ממנה ואין מדברים אתה, אלא טרודים בענייני הנכדים הקטנים. לכן היא מתעקשת על שמירה על בלעדיות הקשר עם נאווה.

כשנאווה באה לבית אמה בדיר המוגן היא עומדת כולה לרשותה, אך בשלב מסוים הופך הביקור לזירת "קרב". האם מתחילה למתוח ביקורת על נאווה, על לבושה ועל מראה ("את לא נשית בכלל, איך זה שאין לך עגילים באוזניים? !, איזה מן בגדים את לובשת, זה נראה כמו סמרטוטים...") ואף על מעשיה. ההמשך בא בדמות כעס על הנכדים, משום שסבתא רואה את נאווה כאחראית לנתק ביניהם וכועסת שנאווה אינה לוחצת עליהם לבוא לבקרה.

נאוה משתדלת ככל האפשר להיות "ילדה טובה", לא להתווכח, לנסות להסביר, להתנצל. היא לוקחת את אמה לסידורים ולקניות, ובעבר אף נהגה לשבת אתה בבתי קפה, אך לאחרונה היא מעדיפה "לעשות דברים ביחד", כי הישיבה המשותפת האמורה להיות נעימה הופכת לשיחה בלתי נעימה, שבה היא מרגישה שוב ושוב מותקפת ולא מוערכת על ידי אמה.

למרות הביקורים התכופים של נאוה וטיפולה בכל ענייניה של האם, ובכלל זה ביקור אצל רופאים, קניית בגדים, סידור הדירה, ביקור אצל הספרית הקבועה המחייב נסיעה - האם אינה מסופקת ותובענותה עומדת בעינה.

שלוש השנים האחרונות קשות במיוחד:

"בשנה הראשונה אבא חלה ואני הייתי אתם כמעט כל הזמן, כי היחסים ביניהם כל השנים לא היו טובים והרגשתי שאני חייבת לתמוך בהם. אחר כך אבא נפטר ומאז אני עסוקה בטיפול באימא ואני מרגישה שכוחותיי פוחתים, אני חיה עם מועקה כזאת שאני מוכרחה לסלק. אני מרגישה אשמה כשאני יוצאת לבלות עם בעלי או עם הילדים, וכשיש לי זמן פנוי אני נוסעת לבקר אותה במקום לעשות את מה שאני באמת רוצה לעשות, וזה להעסיק את עצמי בפעילויות מהנות באמת".

אני מקשיבה לנאוה בקשב רב ומרגישה את המועקה ואת הכאב. נאוה נאבקת בדמעות. אני תוהה איך היא מתמודדת עם התסכול ועם הכעס על האם "כפוייה הטובה". אני קולטת אשמה, אך פחות כעס. קשה לנאוה לכעוס. "אני אדם מאוד נוח, אני לא מרימה את הקול, אני לא מתפרצת ולא כועסת אלא לעתים נדירות. עם אימא היו לי כמה התפרצויות בלתי נשלטות אבל זה היה באמת כשהיא הצליחה להוציא אותי מדעתי".

הטיפול בנאוה סבב סביב שני צירים מרכזיים. הציר הראשון והמידי היה להעניק לה תמיכה בהתמודדות עם הטיפול באמה. נאוה ביקשה ממני "כלים להתמודדות". ארגז הכלים שיכולתי להציע לה הכיל מרכיבים רגשיים, קוגניטיביים ואופרטיביים, אך בראש ובראשונה תמיכה רגשית, הרבה עידוד וחיזוק שאין היא מצליחה לקבל מאימא. החיזוק בא בדמות מסר שהיא "ילדה טובה", שהיא בסדר, שמותר לה להציב לאמה גבולות ולדאוג לעצמה, וביתר דיוק להגן על עצמה מפני החודרנות והפולשנות של האם. התמיכה הרגשית

אמורה גם – ובעיקר - לעזור לה בתהליך הקשה, הבלתי פתור, של היפרדות וגדילה מול האם הגדולה המאיימת.

בתחום הקוגניטיבי המטרה הייתה לספק לה מידע והבנה לגבי מצבה המעורער של אמה בתהליך ההזדקנות הקשה, כלומר הבנת האם כאישיות נרקסיסטית השרויה בתהליך של ירידה קוגניטיבית והמתקשה להתמודד עם חרדה רבה ועם דחפים תוקפניים חזקים.

בתחום האופרטיבי הייתה מטרת הטיפול לעזור לה לבנות "אסטרטגיית הישרדות", שבה תרגיש שליטה על המתרחש ותוכל להציב גבולות ברורים ואיתנים יותר בקשר עם האם: מתי נוח לה לבקר את האם, איך להגיב במצבים שבהם האם מאבדת גבולות, ויותר מכך - לדאוג לבידוד פסיכו-גריאטרי מקיף כדי לבחון מחדש את הטיפול התרופתי באמה.

הציר השני בטיפול עסק בעולמה הפנימי המיוסר של נאווה ונגע בקושי שלה לאורך שנים בפרידה - אינדיווידואציה, קושי שגבר בשלב הזיקנה של האם, שבו דרישות המציאות מחייבות התקרבות פיזית, המעלה מחדש ובעצמות גבוהות מטענים רגשיים.

השאלה הנשאלת היא מדוע נאווה מאפשרת לאמה להתעלל בה רגשית והאם דפוס זה היה קיים גם בצעירותה. הציר הטיפולי הזה עסק בנאווה כילדה, כאישה צעירה וכאישה בוגרת ובמערכת הקשרים המורכבת והטעונה עם האם, שתחילתה בילדות המוקדמת ועוד קודם לכן ביחסים של האם עם סבתא, שהיו אף הם סימביוטיים, חסרי גבולות וקונפליקטואליים. נאווה מתארת דפוס יציב של אם מרוחקת רגשית, שלא הפגינה חום, לא גוננה ולא ליטפה, אלא להפך – אישה ביקורתית, נוקשה, תובענית כלפי בעלה וכלפי בתה הבכורה. נאווה הייתה "ילדה טובה", תלמידה טובה, שקטה, סגורה וחסרת ביטחון.

"המרד" המשמעותי הראשון של נאווה בא לידי ביטוי כשעזבה את עיר הולדתה ואת הוריה לאחר נישואיה ועברה להתגורר רחוק מהם. אמה כעסה עליה, אך מבחינתה של נאווה זו הייתה ההזדמנות להתרחק מאמה, הן פיזית והן רגשית. הריחוק הגאוגרפי נמשך למעשה עד לפני כמה שנים, כשההורים עברו להתגורר בקרבתה, כשחלה אביה והריחוק החל להכביד. במהלך כל השנים, למרות הריחוק הגאוגרפי ותפקודה העצמאי של האם, נמשכו הביקורת

וחוסר שביעות הרצון שלה מהתנהלות בתה, הן מהאופן שבו ריהטה את ביתה, מהדרך שבה גידלה את ילדיה, ואף מלבושה. כמעט כל ביקור שהחל מתוך כוונה טובה הסתיים בריב, ופעמים רבות אף בדמעות. הנכדים שגדלו בינתיים הם שהעזו למרוד וסירבו לבקר את סבתא או נמנעו מלנהל אתה שיחות במפגשים משפחתיים. הנכדים יצאו ל"מרד" שהאם לא יכלה לעשות ויצרו את הניתוק ההכרחי.

היום, כשנאווה עצמה כבר סבתא, היא מנסה לראשונה להיפרד, להתרחק רגשית, ואף שבמהלך השנים התחזק הדימוי העצמי שלה ורמת ביטחונה העצמי עלתה, היא עדיין מרגישה "שבויה" ב"מלתעות" האם. ביחסיה עמה, היא עדיין הילדה הטובה המנסה לרצות, להיות "בסדר", לקבל מאימא הכרה, הערכה, אהבה, וזאת אף שיש לה היום מקורות משלה להערכה ולאהבה. במהלך השיחות הצליחה נאווה להשתחרר לא רק מ"מלתעות" האם, אלא גם מהכבלים ששמה על עצמה במהלך כל השנים והם שמנעו ממנה להגיע לאוטונומיה רגשית ולבשלות פיליאלית.

זוגיות בתקופת הזיקנה

מחקרים שבדקו שביעות רצון מנישואים אצל זוגות בשלבים שונים של נישואיהם, הראו שרוב הזוגות מדווחים על ירידה בשביעות רצון לאחר הולדת ילדים ועלייה בשביעות הרצון לאחר שהילדים עוזבים את הבית.

מחקר שנערך בארצות הברית עקב במשך 50 שנה אחר 17 זוגות. מחקר זה מצא שהגישה השמרנית השתנתה, והשינוי בא לידי ביטוי בטשטוש הגבולות הברורים של חלוקת התפקידים, בנטייה ליתר שוויוניות ובנטייה של הגברים להיות מעורבים יותר רגשית בקשר הזוגי. גם דפוס הקשר השתנה: החובות, הלחצים והחיכוכים פחתו, וגברה הנטייה לבלות במשותף בזמן הפנוי. אולי פחתו התשוקה ועצמת הרגשות, אך גברו הנינוחות והחיבה.

בתקופת הזיקנה גוברת תלותם של בני הזוג זה בזה עקב ירידה בקשרים חברתיים ובפעילות מחוץ לבית. רוב המחקרים מציינים גם ששביעות הרצון בבגרות נשמרת בזיקנה. בני הזוג מתקרבים בתחומי העניין ומטרות, הקונפליקטים פוחתים, ההנאות המשותפות רבות יותר, התקשורת הופכת חיובית יותר וניכרת יכולת להביע רגשות חמים, קבלה וכבוד הדדי. בזיקנה המאוחרת הולכת וגדלה גם התלות ההדדית (Carstensen, Gottman, & Levenson, 1995).

עם זאת יש זוגות הממשיכים לדווח על קונפליקטים ומתחים גם בתקופת הזיקנה. נראה שלא חלה אצלם התפתחות רגשית אישית וזוגית, התפתחות האמורה להימשך גם בתקופת הזיקנה.

גורמים אחדים עשויים להשפיע על טיב הזוגיות בזיקנה:

- בריאות פיזית ונפשית
- טיב מערכת היחסים
- חלוקת התפקידים והמטלות
- עיסוקים ותפקידים של בני הזוג מחוץ למשפחה
- תחומי עניין ודפוסי ניצול זמן פנוי
- מערכת משפחתית מורחבת
- מערכת חברתית
- מערכת ערכית ותרבותית

קונפליקטים בזוגיות בתקופת הזיקנה

שינויים במצב הבריאות, פרישה מהעבודה, ואף הפרעות במהלך החיים התקין של ילדים כמו מחלה או גירושים - כל אלה עלולים להפר את האיזון במערכת היחסים ארוכת-השנים של בני הזוג. מצב זה עשוי להיות אתגר חשוב ומשימה התפתחותית שיש בכוחה לחזק את הקשר הזוגי או להחלישו ולגרור למשבר.

כאמור, הנישואים הם מערכת יחסים בעלת חשיבות מרכזית בעבור בני האוכלוסייה המבוגרת (Carstensen, Gottman & Levenson, 1995). בתקופת הזיקנה היא נוטה להשתפר, ושביעות הרצון של בני הזוג עולה עם התקדמות הגיל (Levenson, Carstensen & Gottman, 1993). התמודדותו של כל אחד מבני הזוג עם הזיקנה היא תולדה של מצבו הרגשי ושל דפוסי ההתמודדות שסיגל לעצמו במהלך השנים, וכן היא מושפעת מההיסטוריה הזוגית. במצבי משבר וחולי יכולים להתעורר קונפליקטים שלא היו קיימים בעבר.

לוסי ובעלה הנכה

לוסי פנתה לייעוץ לאחר לחצים רבים מצד חברתה הקרובה שהייתה מודאגת ממצב רוחה הירוד ובעיקר מהצטמצמות של פעילויותיה ושל קשריה החברתיים. "את חייבת לדבר עם מישהו מקצועי", אמרה החברה, ואף מסרה לה את מספר הטלפון שלי.

במהלך כל הפגישה הראשונה דיברה לוסי על בעלה בן ה-77, שזה שנה וחצי מרותק לבית עקב שבר בירך שאינו מתאחה כהלכה. נוסף על כך סובל בעלה של לוסי מלחץ דם גבוה ומסוכרת. "הוא השתנה מאוד", היא מספרת בעצב, "עד לפני חמש שנים הוא עוד עבד חצי משרה והחיים שלנו היו פעילים. נסענו פעמיים בשנה לחו"ל, אירחנו חברים ויצאנו להצגות ולסרטים. גם הנכדים, שישה במספר, בילו אצלנו ימים רבים. בחמש השנים האחרונות חלה הידרדרות. אני בת 67 ומרגישה צעירה ובריאה, אבל חיי בשנים האחרונות הם כמו של אישה זקנה. קשה לי לצאת מהבית ולעזוב את עזרא לבד. הוא לא אוסר עליי לצאת, אך מביט בי במבט עצוב ושואל: 'מתי תחזרי', וכבר אני מרגישה בפנים מתח ואני מוכנה לא לצאת, אבל אני לא אומרת מילה. אני יודעת שקשה לו. יש לי שני בנים וכת נשואים. הם ילדים טובים אבל כל אחד עסוק עם העבודה ועם המשפחה. כשאני מבקשת שיבואו לבקר את אבא באמצע השבוע, לא ביחד לארוחת ערב ביום שישי כשאו יש רעש והילדים והכלות עם הנכדים מדברים ביניהם בעיקר, שיבואו ככה לבד, לחצי שעה, להיות עם אבא, זה קשה. לכל אחד יש את הסיפור שלו. הבת גרה רחוק, הבן השני, שגר לא רחוק, מטפל בילדים כי אשתו עובדת עד מאוחר. עם הבן הצעיר בכלל אי אפשר לדבר, תמיד הוא כועס. לא מבין למה אני לא יוצאת, צועק עליי שאני סתם מציקה לאבא ושאבא בסדר ולא צריך לדאוג לו. הוא לא מבין. אבל אני יודעת שיש לו בעיות בנישואים, אז בטח הבעיות שלנו נראות לו לא חשובות".

סיפור חייה של לוסי עצמה אינו פשוט. היא נולדה בגרמניה והוברחה בגיל חמש לאנגליה, לקרובי משפחה, ואלה גידלו אותה כנוצרייה. אמה נספתה בשואה אך אביה הצליח להימלט. כשהייתה בת 12 הופיע אביה מלווה באישה אחרת. למרות תחנוניה להישאר עם המשפחה המאמצת, היא נאלצה להיפרד מהם ולעלות ארצה. זמן קצר לאחר שעלו ארצה הכניס אותה אביה לפנימייה

של בני נוער. את שנות ההתבגרות היא מתארת כתקופת סבל מתמשך. היא הרגישה זרה ולא הצליחה להשתלב בחברת הילדים. כשבאה לחופשה בבית אביה אחת לחודש, הרגשתה אף הורעה. אמה החורגת, שהייתה אישה יפת מראה וחזקה, התנהגה אליה באדישות מלווה בכיקורת וכבוז על הופעתה המרושלת והלא-נשית. שנים חיה לוסי בתחושה שהיא מכווערת וטיפשה. הרגשה זו השתפרה רק לאחר שהכירה את בעלה עזרא, אף הוא ילד שואה שאיבד את כל משפחתו. בגיל 19 נצמדה לוסי לעזרא שהיה מבוגר ממנה בעשר שנים ויחד הקימו משפחה. במהלך הנישואים הם תמכו וחיזקו זה את זה. לפני עשר שנים נפטרה אמה החורגת ורק אז הרגישה לוסי שהיא יכולה לנשום ורווחה ולהיות מי שהיא, בלי להרגיש נחותה או פגומה. בשלב זה שבו יכלה סוף-סוף לנהל אורח חיים עצמאי ורגוע, החלה ההידרדרות במצבו של בעלה ולוסי פיתחה חרדות רבות ודאגות שהפכו במהלך הזמן לכאבי ראש. מצב רוחה היה ירוד ופעילויותיה הצטמצמו. הקושי הגדול היה להמשיך את חייה לצדו של בעלה, אך לבד: לחזור ולשחק ברידג', ללכת לחוג בוויצ'ו, ללכת לשיעור התעמלות ואף לצאת בערב מדי פעם בפעם להצגה או לסרט.

"לא יודעת למה אני לא מצליחה לעשות דברים לבד. אני נתקפת במין שיתוק כזה, גם כשאני כבר מחליטה לצאת אני הרבה פעמים מבטלת ברגע האחרון".

בשיחות עם לוסי עלו חוויות קשות שהיא לא דיברה עליהן זה שנים: הפרידה מאמה, ההצטרפות למשפחה זרה באנגליה, ההשתלבות בבית ספר נוצרי והחרדה התמידית שמא יתגלה שהיא יהודייה. אחר כך בא משבר העלייה ארצה, השהות בפנימייה, ובעיקר מערכת היחסים העכורה עם אמה החורגת. ההיצמדות לעזרא התגלתה כדיעבד כמנגנון הישרדות חשוב ויעיל. היא גם הצליחה להבין מדוע היא סובלת מחרדת פרידה ומחרדת הנטישה. חרדות אלה שליוו אותה בעבר שבו ועלו עם ההידרדרות במצבו של בעלה, ששימש כל השנים כחומת מגן בינה לבין העולם ובינה לבין אמה החורגת. בשיחות נגענו גם ביחסיה עם ילדיה ועם כלותיה. לוסי למדה שאפשר לדבר, להסכים, לבקש בדרך שהילדים יוכלו להקשיב ולתמוך, בלא לחשוש מהביקורת שלהם ושוב מהרגשת דחייה. בשיחה עם שלושת הילדים באחד הימים, שיחה יזומה ומתוכננת היטב, הם הצליחו לבנות מערך תמיכה נוסף לאבא בדמות מרפאה בעיסוק ומדריך למחשב, וכן באמצעות טלפונים יום-יומיים, ובמידת האפשר

אף ביקור של כל אחד מהם באמצע השבוע. לוסי חשה הקלה ולאחר כמה חודשים נראה היה שהיא עולה על מסלול עצמאי וחוזרת לתפקוד תקין.

מתחים וקונפליקטים בזיקנה עשויים לעורר מחדש גם קונפליקטים בלתי פתורים מהעבר ולהביא לידי תסמינים שונים כמו דיכאון או חרדה, ואף ירידה בתפקוד ובבריאות הפיזית.

צבי : אבדן עצמאות בגיל 90

צבי בן ה-90 הגיע לייעוץ ביזמיתה של חיה בתו. חיה, בת 56, דואגת לאביה השרוי לדבריה זה כחודשיים במצב רוח ירוד, אינו ישן היטב, ובעיקר מתלונן כל העת שהחיים קשים, שאשתו מעצבנת אותו ושכלל אין הרבה טעם לחייו היום. המשבר החל לאחר שהיה מעורב בתאונת דרכים שבעקבותיה נשלל ממנו רישיון הנהיגה. בבדיקה אצל נירולוג נמצא שהכול תקין, אך הרופא המליץ על תרופת פרוזק כדי לשפר את מצב רוחו. צבי נרתע משימוש בגלולות ואחרי שלושה ימים, שבהם הרגיש עייף ועצבני עוד יותר, הפסיק את הטיפול התרופתי, אך הסכים לקחת חצי כדור "ואבן" לשינה. בשיחת הטלפון תיארה הבת את קשייה על רקע המריבות בין ההורים, ובעיקר על הקושי שחשה כאשר מתחיל אביה לדבר בגנות אמה ולחזור ולהעלות אירועים מהעבר שבהם התנהגה כלפיו באי-הגינות.

"קשה לי לשמוע את כל זה. אני מרגישה כזה כעס עליה וגם עליו, כי כל השנים הוא לא היה ולא תפקד כאבא, והיום שניהם יושבים לי על הווריד ומעיקים עליי. אימא שלי יכולה להתקשר אליי כל שעה. היא כבר לא זוכרת כל כך טוב והיא גם מבלבלת, אבל את הטלפון שלי היא עדיין זוכרת מצוין. אני מרגישה שכל מה שאני עושה היום זה מתוך חובה ורחמים ולא מתוך אהבה והכרת תודה על כך שהיו כאלה הורים נהדרים... ואחי בכלל מחוץ לתמונה. הוא מתגייס כשצריך לתקן משהו או להסיע אותם, אבל עם כל בעיות היום-יום הוא לא מתעסק. אני כבר גם עייפה מזה".

לפגישה באו חיה, צבי ודבורה אשתו בת ה-89. צבי הוא גבר גבה קומה הנראה צעיר מגילו. בהליכתו הוא נעזר במקל הליכה, אך הוא מקפיד על חזות זקופה ועל מבט ערני. אשתו דבורה נראית תשושה. היא מתנהלת בכבודות ומדברת לאט. צבי מציג את הבעיה כפשוטה:

“הבעיה שלי זה שעד לפני חודשיים הייתי בן אדם צעיר ועצמאי ומאז התאונה אני איש זקן ומוגבל. לקחו לי את רישיון הנהיגה וגזלו ממני את החופש שלי”. הוא מתייחס אל התאונה כאל אירוע מקרי לחלוטין. לדבריו, הוא לא הספיק לעצור ומכוניתו התנגשה במכונית שלפניו. בתאונה נחבט בראשו, אך המכה לא הייתה חמורה. הבעיה לדבריו היא שהוא גרם נזק רב למכונית שלפניו והטראומה היא שלילת הרישיון.

צבי ממשיך ומתאר את האבדן הגדול בעקבות שלילת הרישיון: “אנחנו גרים בבית שנמצא על גבעה. מאוד קשה לעלות אל הבית ברגל. אני קצת מוגבל בהליכה. היום בלי אוטו אני לא יכול לצאת מהבית. אני לא יכול לעשות סידורים וקניות. הכול הייתי עושה. מסיע את אשתי שהיא לא נוהגת. היום לכל דבר צריך להזמין מונית...”

“אז מה קרה”, מתפרצת חיה הבת לשיחה, “יש לך מספיק כסף למוניות. גם רכב עולה כסף אז ככה תשלם לנהג מונית”. “את לא מבינה”, מבטל צבי את דבריה בהינף יד. “אני לא יכול להזמין מונית לכל דבר קטן. זה טיפשי...”

בהמשך השיחה מתברר שהחיים בבית קשים מאוד. המריכות בין צבי לבין דבורה רבות, היא מעירה הערות כל הזמן, ועכשיו, כשזיכרונה נחלש, היא חוזרת על הדברים שוב ושוב “כמו תקליט שבור”. היא גם רבה עם העוזרת ומתעקשת לבשל אף שהיא כבר מתקשה בכך. היא גם מתעוררת בלילה ומעירה את צבי. ואז פונה אליי צבי כאל מי שכנראה מיטיבה להבין אותו מבתו, ומוסיף: “חיה לא מבינה שאני כל השנים לא הייתי בבית. שנים עבדתי בכל הארץ והייתי עסוק מאוד. גם אחרי שיצאתי לפנסיה עבדתי בהתנדבות וכמעט שלא הייתי בבית. בשנים האחרונות אני רגיל לפחות חצי יום להסתובב, לעשות סידורים. עכשיו אני כמו בבית סוהר, לא יכול לצאת לאף מקום ואשתי עוד כל הזמן מציקה לי...”

בניגוד לחיה, יכולתי להבין עד כמה גדול השבר ומה המשמעות של אבדן העצמאות והאוטונומיה בעבור אדם בריא וצלול למרות גילו (90). ביקשתי מחיה ואמה לצאת כדי להמשיך ולשוחח רק עם צבי. שאלתי אותו אם כיום מטרידים אותו דברים נוספים ואם הוא רוצה לדבר עליהם. צבי הביט לכיוון הדלת הסגורה, הנמיך את קולו, הטה את גופו מעט קדימה כדי להתקרב אליי, ואמר:

”תראי, האישה הזאת אני נשוי לה כבר 64 שנים. וכל השנים זה היה קשה. היא אישה קשה מאוד. עקשנית, שתלטנית. היו לה הרבה בעיות וגם היום לא חסר לה. היום זה יותר קשה כי היא גם כבר לא כל כך בסדר בראש. היא שוכחת הרבה. היא מבולבלת. כל הזמן מחפשת דברים שהיא חושבת שהעוזרת לקחה לה. היא לא בסדר. אבל כל השנים איכשהו חיינו ביחד. פשוט אני לא הייתי בבית וגם היו שנים שהייתה לי ידידה שהייתי הרבה אצלה. אבל היום אין לי לאן לברוח וזה קשה. זו בעצם הבעיה. שאין לאן לברוח. היא אישה עקשנית. אני רוצה לעשות משהו בבית והיא לא נותנת לי. גם את העוזרת היא משגעת... מה לעשות, היום כבר אין לי לאן ללכת...”

בהמשך שב צבי ותיאר את השנים הטובות, את עיסוקיו הרבים ואת הצלחותיו. כל אלה היו פיצוי על חיי נישואים לא טובים שנמשכו כל השנים למרות הקשיים, והיום אכן קשה לשנותם.

המלצתי להתעקש על הכנסת מטפלת הביתה, הן לאור מצבה הירוד של האם וגם כדי להפיג את המתח בין בני הזוג. אדם נוסף בבית יוכל לספוג קצת מהקשיים של דבורה ואולי יהווה גם גורם ממתן. הכנסת המטפלת צריכה להיעשות על ידי הבת, ללא חשש מתגובותיה השליליות של האם. כן הצעתי להם לבדוק את האפשרות שצבי יצא לפעילות במועדון הגמלאים בעיר, וכן את האפשרות להסדיר בעבורו הסעה לכל צרכיו.

בשיחה עם חיה שנערכה שלושה חדשים לאחר הביקור, היא סיפרה לי שאכן נשכרה מטפלת פיליפינית. המצב בבית נרגע קצת ואביה אפילו הזמין מונית בשבת ונסע לפגוש חברים בבית קפה, דבר שהתקשה מאוד לעשותו קודם לכן. ”המצב של אימא ממשיך להיות קשה. היא מטרידה את הפיליפינית אך זאת מצליחה להסדר אתה יותר טוב ממה שאבא מצליח וזה חשוב. בעצם לי נורא קשה”, סיימה חיה את השיחה, ”אני חושבת שאני צריכה עזרה יותר מאבא היום...”

המשבר שפקד את צבי והקושי של בתו להתמודד עם ההידרדרות במצבם של הוריה ממחיש מה קורה כשמתעוררים מחדש קונפליקטים שהיו קיימים בעבר ונמשכו לאורך השנים. היום הם צפים שוב ועולים בעצמה רבה, לאור תלותם ההולכת וגדלה של ההורים.

הקושי של צבי הוא בעיקר אבדן האוטונומיה והעצמאות התפקודית, שהם מרכיבים חשובים בהזדקנות המוצלחת ובבריאות החיובית, אך הקושי גדול במיוחד לאור העובדה שבעבר העצמאות התפקודית אפשרה לו דרכי מילוט מהקונפליקטים האלה והיום הוא נאלץ להתמודד עמם בלא אפשרות לברוח מהם, כפי שעשה בעבר.

לחיה קשה לא פחות. בקרבה כעסים רבים על ההורים, על שלא היו לצדה כשנזקקה להם בילדותה. במשך השנים שבהם היו הוריה עצמאים וחיה בנתה לעצמה משפחה וקריירה משלה, הייתה רגיעה בכעסים. אך כיום, כשהקשר מתחזק לאור תלותם בה, היא מתקשה לאזור כוחות ולטפל בהם באהבה ובמסירות כפי שמצופה ממנה. חיה בוודאי לא הגיעה למצב שבו היא יכולה לטפל בהורים מתוך מסירות ואהבה עקב קונפליקטים בלתי פתורים. העזרה שהיא מגישה להם אינסטרומנטלית וחסרה את האהבה ואת הקבלה של תלותם. בהיעדר בשלות פיליאלית, התפקיד הפיליאלי קשה וכואב.

המקרה של דב בן ה-89 המטפל באישה מוגבלת הוא שונה. מצבו היום הוא המשך של סיפור חיים קשה מלווה בקונפליקטים בין בני הזוג ועם אחד הילדים. דפוס זה ממשיך גם בזיקנה המאוחרת.

דב: "אני איוב, אין לי חיים"

דב בן ה-89 הופנה אליי על ידי רופא גריאטר לאחר ששלל אבחון של רופא קופת חולים, שלפיו דב לוקה באלצהיימר. דב סבל לאחרונה מסחרחורת, מאבדן זיכרון ומבלבול. כתו בת ה-54 התעקשה שישוחח עם פסיכולוג לפי המלצת הגריאטר, אף שהוא טען בתוקף שהדבר לא יעזור במאום.

דב רזה, כפוף מעט, אך נראה צעיר מכפי גילו. הילוכו מהיר, דיבורו מהיר וענייני, ועד מהרה הוא גולש לעברו ומתאר אותן כקשה וכרצוף התמודדויות קשות. הוא חדרר תחושה שקרו בחייו דברים בלתי צפויים, קשים, בניגוד לרצונו, וכי הוא חי כל חייו תחת לחץ גדול של אשתו ושל חמותו. אך דב מצא מפלט בשירותו בצבא ובמשטרה והוא גאה על עבודתו שבה זכה (בניגוד לבית, אולי) להערכה ולכבוד.

"אני איוב, אין לי חיים, אשתי נכה כבר עשר שנים. אני עושה הכול. מטפל בה, מחליף, רוחץ, לוקח לשירותים, מבשל, והיא כל הזמן כועסת שאני לא מכין אוכל בדיוק כמו שהיא מלמדת אותי. קיווייתי שכשאצא לפנסיה אוכל ללמוד משהו (כל החיים עבדתי קשה ולא יכולתי ללמוד), רציתי לטייל בארץ ובמקום זה אני לא יכול לצאת מהבית. אין מי שיעזור, הבן לא מסודר, עם חובות כל הזמן וסוחט כספים, אוכל לנו את החסכונות. צריך לעזור לילדים, כל חיי נתתי ונתתי למדינה, הייתי חייל ואחר כך שוטר 30 שנה. היום אני ממשך להיות חייל אך נשבר מבפנים".

לקראת סיום הפגישה, כשכיוונתי את השיחה אל ההווה, היה דב קצר רוח ונשמע חסר תקווה. "אין מה לעשות, אני המטפל היחיד, היא תלויה בי תלות מוחלטת". ושוב חזר לדבר על תקופת שירותו כסמל במשטרה.

דב נולד ברוסיה, על נהר הוולגה. הוא התייתם מאביו בגיל 12, ומאמו בגיל 13 ומחצה. אביו התאבד בבליעת רעל ודב גילה את גופתו. אמו הייתה חולנית מאוד ונפטרה לאחר שנה וחצי, והוא נשאר עם אחות אחת שטיפלה בו. כל שאר האחים והאחיות עלו לארץ בהכשרה. בגיל 15 עלה דב ארצה לבדו. אף אחד מאחיו לא הביע שמחה של ממש לקבלו, כי כולם סבלו ממחסור כלכלי באותה תקופה. הוא הצטרף לאחותו שהייתה הרה והתגוררה בדירת חדר, וישן במטבח על מיטה מתקפלת. אף שדב רצה מאוד ללמוד בפנימייה, הוא נאלץ לעבוד לקיומו משום שלא היה מי שידאג לו.

דב עובד מגיל 15, תחילה כשוליה לרתך ואחר כך כחקלאי. במהלך השנים הראשונות בארץ חסך אגורה לאגורה כדי לעזור לאחותו שנותרה ברוסיה לעלות לארץ. את הכסף נתן לאחיו כדי שישלח לה, אך זה לקח את הכסף לעצמו והאחות נספתה בשואה יחד עם בנה. עד היום מרגיש דב אשמה על כך שהיא היחידה שדאגה לו והוא לא יכול היה לעזור לה.

כסופו של דבר החליט לעבור לקיבוץ, ושם היה עובד מצטיין, וכשכל בני הקיבוץ שבגילו גם למדו, הוא עבד. בקיבוץ הוא פגש את אשתו ויחד הם עלו להכשרה בקיבוץ. הוא רצה מאוד להישאר בקיבוץ, אך עזב בגיל 20 בעקבות האהבה, מאחר שאשתו סירבה להישאר ושכנעה אותו לעבור לירושלים.

בירושלים התגוררו בני הזוג עם חמותו, שהייתה לדבריו אישה קשה. דב חיפש עבודה, התגייס לצבא ושירת כחיל הים. הוא מאריך בדיבור על ימיו כחיל הים ומספר סיפור ארוך על כל מעלליו כחייל. אחרי הצבא עבד דב כפועל בים המלח; שוב עבד קשה עד שפרצה מלחמת השחרור ואז התגייס ונלחם בקסטל.

כפגישה השנייה המשיך דב לבכות את חייו. שוב סיפר כיצד עזב את הקיבוץ בעל כורחו, וכיצד עקר מירושלים ועבר לגור ליד בנו, כי אשתו, אחרי שפרשה לגמלאות, התעקשה שהיא בודדה בירושלים ושהיא רוצה לגור ליד הבן. מאז לא מצא דב את מקומו. כיום הוא גר בצמוד לבנו, בדירה קטנה באחד היישובים במרכז הארץ. לדבריו הבן הוא "משאבת כסף", אינו עובד בעבודה מסודרת, כל הזמן סוחט כספים, אבא משלם כל הזמן חובות ואף משכן את הבית בלי ידיעתו של הבן. דב טוען שאין הוא יכול להכניס הביתה מטפלת כי בדירה הקטנה אין מקום להלינה.

ניסיון חייו של דב רצוף חוסר אונים ותסכולים והמסר שלו "סגור": "אין מה לעשות!". הזדהיתי עם תחושת חוסר האונים שלו, והרגשתי שאינני יכולה לעזור לו בהרבה. אולי זה כוחו של דב וזאת המשמעות הקיומית בזיקנה - להרגיש עול עצום וקושי גדול, אך גם כוח רב, כי הרי הכול תלוי בו. אשתו תלויה בו תלות מוחלטת, ואף בנו תלוי בו, ואולי זה מקור לחוזק ולשמירה על הערכה עצמית.

בדרך התמודדותו דב בוחר במסע "התאבדות" אטי. חייו אינם חיים. כשאני מדברת על הכוח ועל השליטה, דב מזדרז ומחזק אותי באומרו שהוא חשב על התאבדות לא מעט פעמים, לגמור עם הסיוט הזה ודי. אבל הוא לא יכול להפקיר את אשתו.

בסיכום הגענו להסכמה שאני אשוחח עם בתו, שתסדיר שדב יקבל עזרה כמשך כמה שעות ביום פעמים אחדות בשבוע, כדי שיוכל "לנשום". נפרדנו בתחושת מועקה וחוסר אונים הדדי, הן מצדו והן מצדי, כמי שמנסה לעזור אך אינה מצליחה בכך.

המקרה של דב ממחיש עד כמה מורכבת מערכת היחסים הזוגית המאוחרת. היא תלויה במצבם הפיזי והנפשי של שני בני הזוג, בעברו האישי של כל אחד מהם ובדפוסי התמודדותו

עם משברים בעבר. כמו כן היא מושפעת במידה ניכרת ממערכת היחסים הזוגית במהלך כל השנים וממערכת היחסים עם הילדים. ככל שהלחצים רבים יותר כך מוגבלת יותר היכולת להתמודד בזיקנה עם קשיים. כשבני הזוג אינם זוכים לתמיכה מהילדים אלא להפך, הילדים הם מקור ללחצים ולדאגות נוספים, המצב קשה עוד יותר. בתקופת הזיקנה היכולת לשנות דפוסי פתולוגיים ארוכי-שנים היא מוגבלת ביותר, והעזרה יכולה להתמקד בתמיכה ובהכלה של הכאב ושל חוסר האונים.

טיפול בשפחתי רב-דורי

רוב המקרים שדנו בהם עד כה עסקו בהתערבות פרטנית בעקבות בעיה או קושי שהתעוררו אצל אחד מבני המשפחה המזדקנת. הטיפול התמקד באדם המבקש עזרה או בקשר שבין הזקן לבין אחד מבני המשפחה.

האדם ופשפחתו

הטיפול המשפחתי הרב-דורי בוחן את האדם המזדקן בהקשר המשפחתי, תוך הדגשת הקשר הבלתי-נפרד בין תהליכי ההזדקנות האינדיווידואליים לבין תהליכים מרכזיים המתרחשים במשפחה. על פי המודל של טיפול משפחתי, כדי לעזור לאדם הזקן יש לבחון את מערכת הקשרים שלו עם בני המשפחה, את מקומו בה ואת תפקידו, ואת השינויים שחלו במבנה המשפחה ובקשרי הגומלין בה במהלך השנים ובזיקנה. תהליך ההזדקנות של ההורים עלול לערער את האיזון שנבנה במשפחה במהלך השנים, והוא עשוי להיות אחד הגורמים העיקריים למשבר ולקשיים בתפקוד בזיקנה. התלות ההולכת וגדלה של ההורה הזקן בבני המשפחה הצעירים מחזקת את הצורך להתערבות משפחתית.

תהליך האבחון, ההערכה וההתערבות הוא תהליך מערכתי ביסודו. על פי גישה זו יש לבחון את המצב הביולוגי של המטופל, את ההיסטוריה המשפחתית, את האירועים הבולטים לאורך החיים, את הרקע התרבותי ואת המצב הנוכחי מנקודת מבט המתחשבת במעגל החיים המשפחתי ולא רק באישי.

בדומה למעגל ההתפתחות האישי, מציעים מקגולדריק, היימן וקרטר (McGoldrick, Heiman & Carter, 1993) מעגל חיים של משפחה ממוצעת "נורמלית" המציין את המשימות ההתפתחותיות החשובות של המשפחה בשלבי החיים השונים. אלה הם השלבים שהם מונים:

1. בין משפחות – הבגרות הצעירה.

2. האיחוד של משפחות בנישואים – הזוג הצעיר.

3. משפחות עם ילדים צעירים.

4. משפחות עם מתבגרים.

5. משפחות באמצע החיים - יציאת הילדים מהבית והמשך החיים בלעדיהם.

6. חיי המשפחה בתקופת הזיקנה.

במהלך שני השלבים האחרונים של מעגל החיים מתמודדת המשפחה עם השפעת הזיקנה. בשלב החמישי, שבו הילדים עוזבים את הבית, משפחות רבות גם מתמודדות עם חולי ומוות של בני הדור הזקן. בשלב זה הדאגה להורים והטיפול בהם מוטלים על הילדים, בני דור הביניים.

בשלב האחרון על המערכת לקבל את השינוי שחל במאזן הכוחות ובתפקידים, והכוח עובר לבני דור הביניים ולצעירים. על בני הדור הזקן לקבל את תפקידם של בני דור הביניים כתומכים ולהשתמש בחכמה במשאבים לטובת המשפחה. עליהם למצוא תפקידים חדשים במשפחה ומחוצה לה, ולשמר ככל האפשר את עצמאותם מבלי לדרוש שבני דור הביניים יעשו למענם יותר מן ההכרחי. לבסוף, על המשפחה המזדקנת להתמודד עם ירידה בתפקודם של חברי המשפחה הזקנים, ולאפשר להם להשתמש בחכמה ובניסיון חייהם כדי שישמרו על ערכם העצמי. הזקנים יכולים לעסוק בהעברת המורשת באמצעות סקירת העבר ובאינטגרציה של חייהם, ובני דור הביניים צריכים להימנע מנקיטת גישה הגנתית ופטרונית יתר על המידה. מטרתם לעזור להורים הזקנים לשמור ככל שניתן על תפקוד עצמאי. אחת המשימות החשובות בשלב זה היא ההתמודדות עם אבדנים ועם המוות (Carter & McGoldrick, 1996).

אם בשלב ההערכה הקלינית של המטופל נראה שקשייו נובעים מן הרקע המשפחתי, יש מקום לשאול שאלות אחדות בדבר המערך המשפחתי. נייט (Knight, 1996) מציע שאלות אלה:

1. האם הבעיה המתוארת כיום היא בעיה חדשה ?

2. מה היה טיב היחסים במשפחה בעבר ? האם שררה תחרות בין האחים ? האם היו ילדים מועדפים ? האם היה שעיר לעזאזל ומי הוא ?

3. מה היה טיב היחסים בין ההורים ? האם הילדים נקטו עמדה ? לאיזה צד ?

4. איזה תפקיד מילא כל אחד במשפחה כשכולם גרו יחד? האם התפקיד השתנה במהלך השנים? מה התפקידים שממלאים עכשיו, כשבני המשפחה אינם גרים יחד?
5. איך השפיע צירוף החתנים והכלות על הנאמנות המשפחתית? איך השפיע הדבר על היחסים בין בני המשפחה?
6. איך כל האמור לעיל מתקשר לבעיה הנוכחית? מי נפגע ממנה?
7. האם המשפחה מדברת על הבעיה?
8. שאלה למטפל: איזה צד או עמדה אתה נוקט?

סדרת השאלות המקיפה הזו עשויה להבהיר את התמונה העכשווית ולסייע למטפל להחליט החלטות לגבי הטיפול ואת מי לערב בו נוסף על המטופל הזקן.

גישה נוספת מעמיקה וממוקדת יותר בטיפול משפחתי רב-דורי היא גישת המודל ההתפתחותי האינטראקציוני. יתרונו של מודל זה הוא באפשרות ליישמו במסגרת של ייעוץ למשפחות בריאות השרויות במשבר. תפקידו של המטפל הוא לשמש כיועץ וכמדריך המאפשר למשפחה ללמוד לזהות את הקשיים ולמצוא פתרונות הולמים.

טיפול משפחתי רב-דורי: המודל ההתפתחותי-האינטראקציוני

מודל הטיפול המשפחתי האינטראקציוני (A Developmental-Interactional Model [DIM]; Hanna, 1997) מייצג גישה אינטגרטיבית לעבודה עם זוגות ומשפחות, הנוקטת אסטרטגיות מבניות של טיפול משפחתי תוך התחשבות במעגל החיים ובמערכת היחסים הבין-דורית. מודל זה עוסק במערכות היחסים במשפחה, והגישה ההתפתחותית מאפשרת הערכה של השינויים שחלו במערכות היחסים, בתפקידים ובמקומו של כל אחד מבני המשפחה במהלך השנים ובתקופה שבה המשפחה מצויה בשלבי אבחון וטיפול.

לאחר סקירת מודלים שונים לטיפול משפחתי שניתן ליישם בעבודה עם משפחה מזדקנת, כשחברי המשפחה ברובם אינם גרים עם ההורים וקשה להביאם למפגש משפחתי טיפולי, מצאתי שמודל זה הוא הבהיר, המקיף והמתאים ביותר. הוא טוב בייחוד בעבור מטפלים צעירים חסרי ניסיון בטיפול משפחתי או בעלי ניסיון מוגבל. המודל עשוי לשמש כהתנסות ראשונית בטיפול במשפחה מאחר שהוא מאפשר למטפל להכיר כמה מהמרכיבים החשובים בה. המטפל גם יכול להסתפק בהערכה מקיפה של המשפחה, וכבר בשלב ראשוני זה ניתן

לראות שינוי, להציע הצעות לפתרון בעיות, ובמידת הצורך להפנות את המשפחה למטפל מנוסה בטיפול משפחתי.

באמצעות מודל זה ניתן לבחון את מערכת היחסים במשפחה לאורך זמן, כשעובדים עם משפחות באמצע החיים ועם משפחות מזדקנות, ולהגדיר כיצד השינויים במשפחה מתקשרים לבעיות כיום וליכולת לפתור אותן. הבעיות מוגדרות כבעיות מצב, כבעיות זמניות או כבעיות כרוניות. החקירה הטיפולית מאתרת את הכוחות של המשפחה ואת המחויבויות המסייעים לפתור את הבעיות. האזנה לסיפור המיוחד שיש לכל משפחה מאפשרת למטפל לחשוף את האפשרויות השונות המתאימות לטיפול והמזרזות שינויים קוגניטיביים-התנהגותיים במשפחה.

מודל הטיפול המשפחתי האינטראקציוני (טמ"א) נולד תוך כדי עבודה עם משפחות מזדקנות במסגרת שירות קהילתי שניתן למשפחות שבהן זקן חולה ומוגבל. אף שבני משפחה רבים ביטאו קשיים ומצוקות רגשיות, הם סירבו להתייחס אל בעיותיהן כאל בעיות המחייבות טיפול. הם רצו עזרה, הכוונה והדרכה, אך לא טיפול.

למעשה, כשמטפל נתקל במשפחה נורמטיבית ובריאה ביסודה, תפקידו להיות יועץ העוסק בחינוך פסיכולוגי ולאפשר למשפחה להחליט על טיב העזרה הרצוי לה ועל מידת העזרה, בלא להיכנס לתכנים פסיכולוגיים עמוקים. אף שמשפחות מסוימות נהנו מטיפול במתכונת הרגילה, נראה היה שתפקיד היועץ התאים לכל המשפחות.

הטיפול באוכלוסייה המבוגרת הוגדר אפוא כיעוץ וכחינוך המיועדים להעריך, לשמר ולשפר את איכות החיים של האדם לנוכח מחלה כרונית ולנוכח משימות הטיפול הכרוכות בכך.

למעשה, ההכוונה וההדרכה להתמודדות עם בעיות הכרוכות בהזדקנות אינה שונה מהכוונה וההדרכה הניתנות לחולים במחלות פיזיות כמו לחץ דם, סוכרת וכדומה. מודל זה עשוי אפוא לסייע לכל משפחה וגם למשפחה הבריאה ביותר, ולדרך הטיפול על פיו יש יתרונות אחדים:

1. הטיפול עשוי לצמצם את השפעתה השלילית של המחלה על בני המשפחה אחרים.
2. הטיפול עשוי לשמש כגורם מונע מחלה, ובכך להפחית את הנזק הנפשי שייגרם למטופל.
3. הטיפול עשוי לדחות את התלות של המשפחה בטיפול במוסד.
4. הטיפול עשוי לספק תמיכה יעילה וקצרת-מועד.

הגישה המבנית בטיפול משפחתי מניחה, שכדי לעזור לפרטים ולמשפחות יש לבחון איך חיי המשפחה מאורגנים. בגישת הטמ"א, מבנה המשפחה מוגדר כדפוס המנהיגות (כוח ואחריות) המארגן את המשפחה ומשפיע על תפיסות, על רגשות ועל התנהגות. מטרתה של גישה זו בטיפול במשפחות מבוגרות היא להבנות מחדש את היחסים כדי להשיג איזון בין כוח לבין אחריות. איזון זה עלול להיות מופר כשאבי המשפחה, למשל, שהוא בעל הכוח והסמכות, מאבד בעקבות הזיקנה את הכוח ואת היכולת לשאת באחריות.

הנחת המודל היא, שבכל הבעיות יש מרכיבים התפתחותיים, ולכן העבר מתקשר להווה כשמעגלי אינטראקציות משלבי חיים שונים, וכן מצבים שונים משלבי התפתחות שונים, משפיעים זה על זה ומושפעים זה מזה.

בשלבים השונים של התפתחות המשפחה מושגות משימות התפתחותיות שונות. הגישה המבנית-אסטרטגית מניחה, שכשהמשפחה אינה מצליחה לעמוד במשימות התפתחותיות בשלבים חדשים של מעגל החיים, מתפתחות בעיות. כשהמשפחה מתפקדת באופן תקין, קשרי הגומלין המוצלחים במשפחה מזרזים את התפתחות המשפחה לאורך זמן. אם נוצרות בעיות, הן מבטאות קשרי גומלין בלתי מוצלחים בטיפול במשימות בשלבים המוקדמים או בשלב הנוכחי עקב הזדקנות אחד ההורים, המחייבת, למשל, תפקידים חדשים וארגון מחדש של הקשרים במשפחה.

על פי הגישה הבין-דורית ניתן להבין את הקשיים של המשפחה על רקע מערכות יחסים מוקדמות וקונפליקטים בלתי פתורים מהעבר בין חברי המשפחה, הממשיכים להשפיע על ההווה והמקשים את ההתמודדות. כעסים או פיצול בין ילדים במשפחה עלולים להקשות את פתרון הבעיה בהווה, המצריך אחדות ושיתוף פעולה.

כמה נקודות חשובות עומדות בבסיס הגישה:

1. לכל משפחה ולכל פרט במשפחה אפיונים ייחודיים. לכן לכל משפחה פתרונות ודרכי התערבות ייחודיים המוכתבים על ידי אפיונים אלה.
2. מטרת המטפל היא לחפש את נקודות החוזק הקיימות בכל משפחה למרות - או לצד - הקשיים.
3. בטיפול מוצלח יש לשמור על גמישות, ועליו להיעשות בלא לחץ ובלא כפייה.
4. יש ללמד את חברי המשפחה שיש בחירות שניתן לעשותן.

5. המשאבים שהמטופל זקוק להם נמצאים בהיסטוריה שלו.

6. האדם בעל האישיות הגמישה ביותר שלרשותו אפשרויות רבות יותר יהיה הגורם השולט במערכת.

סקירת תהליך הטיפול

גישת הטמ"א דוגלת בנקיטת סדרה של ראיונות לצורך איסוף מובנה של מידע. ההבניה מתוכננת להקטין למינימום את חרדתם של בני המשפחה ולספק למטפל תחושת כיוון קונקרטי. לצורך זה נדרשות שתיים עד ארבע פגישות הערכה, המובילות לסדרה של שתיים עד ארבע שיחות התערבות. למעשה, קשה להפריד בין סוגי הפגישות, כי כבר בשיחת ההערכה מתחילה התערבות כלשהי. כל שאלה טומנת בחובה פוטנציאל לחיזוק הקשר הטיפולי ואפשרות לשינוי. למעשה, השינוי בא לידי ביטוי כבר בעצם העובדה שבני המשפחה מתבקשים לבוא למפגש היכרות.

שלב ההערכה

משימות ההערכה הן זיהוי ההיררכיה ועירובה. אחת השאלות החשובות שיש להשיב עליהן היא "מיהו בעל הכוח במשפחה", והאם אותו אדם או אותם אנשים יהיו נוכחים במפגש הראשון. בעלי הכוח במשפחה המזדקנת עשויים להיות מי שמחליטים החלטות לגבי הטיפול בהורה הזקן, ולא מן הנמנע שלא ירצו או לא יוכלו להגיע למפגש הראשון. חשוב לבחון האם הכוח מתחלק שווה בשווה או שמא הוא נתון בידי של אדם אחד שאתו חשוב ליצור קשר. אותו אדם עשוי לא לשתף פעולה, ואז המטרה היא להבין את ההתנגדות ואת הקושי שלו עד שייווצר בסיס לעבודה משותפת.

כשמבקשי העזרה הם החוליה החלשה ביותר במשפחה, המטרה הראשונית של הטיפול היא להדריך אותם כיצד לערב בני משפחה נוספים בתהליך הייעוץ. יש לבצע משימה זו בטרם ממשיכים לכיוון השלב של פתרון הבעיה. כאשר מתגלה קושי לערב בטיפול את מנהיגי המשפחה או את חברי המשפחה המתנגדים, היועץ נשען על שתי הנחות של גישת הטמ"א, המנוסחות כשאלות: (1) אילו יחסים במשפחה משפיעים על ההתנהגות? (2) היכן במהלך התפתחות יחסים אלה אפשר להציב את נקודת הכניסה להתערבות?

כשהמפגש הראשוני נערך עם חברי המשפחה המרגישים חלשים, יש להתמקד בניסיון להבין את מי שנתפסים כבעלי כוח, כלומר להתרכז בקונפליקט. אם המשימה אינה מצלחה לבוא לידי מימוש, המטרה תהיה ללמד את המשתתפים מיומנויות של משא ומתן כדי לפתור את

הקונפליקט. יש לחזק את אותם חברי משפחה המרגישים חלשים כדי לשבור את ההיררכיה הקיימת. לעתים מאחורי החולשה מתגלה אמביוולנטיות גדולה המאפשרת לאדם האחר לשלוט או אפילו להתעלל באדם אחר. כאן על המטפל להגיע לידי הבנת הרגשות של החלש וקבלתם ולעזור לו לנקוט צעדים שעד כה נמנע מהם.

לבידת ההיסטוריה של המשפחה

כדי להכיר את ההיסטוריה של המשפחה עושים גנוגרם (תרשים של שלושה דורות במשפחה) וקו חיים הכולל אירועים מרכזיים בעברה של המשפחה. במהלך סקירת ההיסטוריה של המשפחה יש לתמוך בחבריה. בעבור המטפל משמשת היסטוריה זו נדבך חשוב בהבנת החברים השונים ומקנה לו מידע מבני חשוב, הכולל:

1. רצף האינטראקציות סביב הבעיה המוצגת.
 2. ההבדלים בין בני המשפחה במערכת היחסים ביניהם לאורך השנים.
 3. תפקידים שאימצו בני המשפחה לאורך השנים במערכות היחסים האלה.
- תשובות לשאלות אלה יסייעו בתהליך של פתרון הבעיה. השאלות מובילות את היועץ "לאמפתיה מבנית", וההיסטוריה המשפחתית מחברת בין החוויה של הקבוצה לבין החוויה של היחידים בתוכה.

איפות הסיפור של המשפחה והגדרתו פחדש

תפקיד אחר של היועץ הוא לתאר בבירור את התהליך שחוו בני המשפחה. בתיאור המשפחה ניתן להשתמש בשאלות מנחות, כמוצג להלן:

1. באיזה שלב של המעגל המשפחתי נמצא כל בן במשפחה?
2. מהו סגנון ההתמודדות השכיח של המשפחה?
3. איזה תפקיד מילא המטופל במערך המשפחתי לפני שהתחילה הבעיה?
4. כיצד מתחלקים הכוח והאחריות בין בני המשפחה?
5. עם כמה מתח מצטבר מתמודד כל אחד מבני המשפחה?
6. אילו שינויים אחרים התרחשו במהלך הזמן ביחסים בין בני המשפחה?

המשפחות חוות תהליכים משני סוגים לפחות: הראשון הוא תהליך של הסתגלות או התמודדות עם בן משפחה מזדקן, והשני הוא התהליך הטיפולי המערב את המשפחה ואת היועץ. לכן על היועץ לחזק ולעודד את המשפחה על הדאגה ועל הנכונות לעזור ולדאוג זה לזה. ניתן אפוא לתאר את תפקידו כעוזר לבני המשפחה להעריך את המשאבים ואת האפשרויות שלרשותם כדי להתמודד עם האתגרים העומדים בפניהם. תפקיד המשפחה עשוי להתמצות בסיפוק מידע חשוב ובעל ערך, שיאפשר לחשוף את המשאבים ואת האפשרויות המתאימים ביותר.

שלב הערכה: טכניקות

גוגרם

גוגרם הוא תרשים של שלושה דורות במשפחה, מעין עץ יוחסין, המזהה את כל בני המשפחה ואת נסיבות חייהם עתה. המידע הבסיסי בה כולל שמות, גילים, תאריכי לידה, תאריכי פטירה, נישואים, גירושים, סיבות המוות, מקום נוכחי, עיסוקים, ומוצא אתני או דתי.

כדי להעריך את אופיו של המבנה המשפחתי על המטפל לשאול את השאלות האלה:

1. מי בעל "המילה האחרונה" כשהחלטות חשובות מתקבלות במשפחה?
2. מי מתקשר אל מי בשלב קבלת ההחלטות?
3. כיצד מתייחסים שאר בני המשפחה אל מקבלי ההחלטה (מסכימים או אינם מסכימים)?
4. איך כל ילד במשפחה קשור/מתקשר/מתייחס לאימא, לאבא ולאחים האחרים?
5. האם יש אנשים אחרים המשפיעים על התייחסותכם עתה זה אל זה (בני זוג של אחים נשואים)?

שיטת איסוף המידע בגוגרם מתבססת על מבנה מעגלי, משקף ומסביר, העוזר למשפחה לזהות דפוסים של תקשורת, של כוח, של רגש ושל אינדיווידואליות. יש מקום להשוות תפיסות ולדון בדפוסי התפקוד.

קו חיים של אירועים חשובים

ההיסטוריה של המשפחה היא מפתח חשוב להבנת המצב הנוכחי. כשבני המשפחה בוחנים יחד את ההיסטוריה המשותפת של המשפחה, הם מסוגלים להבין את המתרחש בחייהם, מה השתנה וכיצד אפשר להתמודד עם השינוי. הם עשויים לגלות שהמצב הנוכחי מושפע משלבים התפתחותיים מוקדמים שהם לא היו מודעים להם, וכך נעשה החיבור בין העבר להווה במפגש משותף.

כמה שאלות מנחות מסייעות בשרטוט קו החיים המשפחתי:

1. מה היה האירוע המרכזי הראשון (או הבא אחריו) שחלקתם כמשפחה ומתי הוא אירע?
2. כיצד הגיב כל אחד מכם? מה הייתה התוצאה של תגובות אלה?
3. אילו מסקנות הסקתם על עצמכם ועל אחרים כשהאירוע הסתיים?

כל אירוע מצוין לפי סדר התרחשותו. אם עולים אירועים הקשורים למצב בריאותו של אחד מבני המשפחה, כצפוי במשפחות מבוגרות, יש להרחיב את הדיבור עליו ולשאול לגבי שביעות הרצון מהטיפול הרפואי, ולברר אם נוצרה תלות בגורמים חיצוניים מטפלים.

קונוטציות חיוביות

כבר בשלב זה של איסוף המידע, בזכות התקשורת המשותפת הגלויה, מתפתח קשר בין בני המשפחה ואף תמיכה הדדית. מטרת המטפל כאן היא לעזור למשפחה לפתח תפיסות חדשות של התנהגות ישנה, כך שתופחת הביקורת והבנת ההתנהגות תביא לידי פתרון קונפליקטים. המטפל עשוי, למשל, להצביע בפני בני המשפחה על הכוונות הטובות או על הדילמות ואי-ההבנות שמאחורי התנהגות מסוימת של בן משפחה. החיפוש אחר האפשרות החיובית של ההתנהגות מפחית את הבושה ומעניק לגיטימציה לרגשות או להתנהגויות הנתפסות כשליליות.

פטורות

שימוש במטפורות שונות הוא אחת הדרכים להסביר תהליכים בטיפול ובקשר המשפחתי, כלומר שימוש בתיאורים כמו מסע ושינויים במזג האוויר, כשהמטפל הוא למשל מדריך הטילים המסייע בניווט באמצעות מפה, מצפן וציידה לדרך בלתי מוכרת. מטפורה אחרת נשאבת מתחום הטיפול המכני במכונות, למשל, כשהכוונה היא ליצור הקבלה בין מצב נפשי

לבין מצב פיזי. רצוי לבחור במטפורה המתאימה לתחום העניין או העיסוק של האדם. אני מרבה להשתמש היום במטפורה של תוכנה למחשב, חומרה, זיכרון וכדומה, או במטפורה של האדם כעץ, בעיקר האדם הזקן.

הפשיפות בשלב בתרון הבעיה

דיון בנושאים פניניים

אחד הנושאים העיקריים העולים בעבודה עם משפחות מזדקנות הוא נושא הבדידות. אם בן משפחה אחד הוא המטפל העיקרי בזקן ונושא לבד בנטל הטיפול, כמו בת זוג למשל, ואם אין הוא חולק את האחריות עם אדם אחד נוסף לפחות, הוא נחשב כמי שפועל לבד. אם למטופל אין לפחות שני אנשים אחרים שאפשר לפנות אליהם לתמיכה, הוא נחשב לבודד.

אם הנושא המרכזי הוא הבדידות, יש להציב כמטרה עירוב של אנשים אחרים, למרות הפיתוי הקיים לפעמים להתמקד בעבודה עם הפונה היחיד לעזרה.

נושא מבני אחר עוסק בשינויים של כוח ואחריות המתחוללים במשפחה המזדקנת. לעתים שורר חוסר איזון, שבו המחזיקים בכוח ובאחריות אינם המטפלים העיקריים. חוסר איזון זה משפיע על הבריאות הנפשית של הנושאים בעיקר הנטל. מטרת המטפל היא לעזור לנושאים באחריות לחלוק אותה או לבעלי הכוח לחלוק אותו.

כשהיררכיה המשפחתית מתערערת עקב מוות או מחלה, נוצר חוסר איזון וזהו הצעד הראשון לקראת שינוי.

דיון בנושאים פן העבר

לעתים הנסיבות העכשוויות קשורות למשקעים מהעבר, כמו למשל כעסים, ביקורת ודחייה, שבחלקם נובעים מאי-הבנות ולכן חשוב להבהירם. לעתים הדבר עולה כשדנים באירועים בולטים מהעבר, ולעתים התנהגות בעייתית היא דפוס הישרדות שאימץ בעבר אחד מבני המשפחה. יש לאתר דפוסי חשיבה ויחסים בין-דוריים על רקע עבר משותף, ולנסות לשנותם לאור הנסיבות המשתנות.

התאמת סוג ההתערבות לסוג הבעיה

כשהיועץ מתחיל לקבל החלטות, עליו לשאול כמה שאלות בסיסיות:

- האם הבעיה היא בעיית מצב, בעיה זמנית או בעיה כרונית? כדי להשיב על השאלה יש לבחון את ההיסטוריה המשפחתית.

- האם המשפחה זקוקה להתערבות ישירה או עקיפה?

אם הבעיה נובעת מהמצב שבו נמצאת המשפחה, ההתערבות תהייה ישירה יותר. התערבות ישירה היא טיפול פסיכולוגי-חינוכי; למשל, מציעים למשפחה טקסי התנהגות, נותנים להם הוראות ברורות או שואלים אותם שאלות ישירות. התערבות בלתי ישירה היא אסטרטגיית חשיבה שבה המטפל משנה את תפיסתו שלו, כי הקושי נובע מאי הבנה או מפער בהערכת המצב הקיים בין המטפל לבין המטופל. כשהמטפל מבין שהוא צריך לעזור למטופלים לשמור על כבודם, השאלות ההולמות הן שאלות הבהרה, כגון "איך קרה שאת המטפלת העיקרית? מה היה קורה אם דברים היו אחרת? מה קשה כל כך בחלוקת האחריות עם עוד מישהו? אם דברים היו משתנים, איך היית מתמודד?"

אפשר גם להשתמש בפרדוקס, וכביכול לבחון את האפשרות שכן המשפחה שהוא המטפל העיקרי יעשה הכול לבד, ולבדוק מה המחיר שישלם אם יצא מהבידוד. הפרדוקס מוגדר כאמירה או כהוראה הנראית מנוגדת להיגיון הבריא; למשל, כשמישהו מבטא עצב ניתן באופן פרדוקסלי לבקש ממנו להמשיך ולהיאחז בעצב. דרך זו מתאימה למצבי אבל, כי היא מגבירה את תהליך האבל ונותנת לאדם האבל לגיטימציה לחשוב על העבר ולהקדיש את הזמן הדרוש לפצעים להגלית. היא גם נוסכת בכני המשפחה תחושה שמבינים אותם ומקבלים את רגשותיהם, ואל להם להתבייש בהם גם אם הרגשות שליליים כמו כעס, אשמה ודחייה. רגש אשם עשוי לבטא דאגה ואכפתיות. כעס עשוי לבטא כאב. לעתים מאחורי רגש אשמה מסתתר כעס, ולכן כשמעודדים את האדם להרגיש אשמה, אפשר בדרך זו להפחית את עצמתה. לגבי רגשות שהאדם חש אי-נוחות לבטאם, ניתן לומר לו: "הרגשות שלך מובנים. אתה יכול להמשיך להרגיש אותם עד שתלמד מהם משהו. הם עשויים להועיל לך בתהליך ההחלמה. אל תרפה מהם עדיין".

ניתן גם ליצור ריטואלים שבהם חוגגים שינוי של דפוסי חיים. הריטואלים עשויים לסייע בהתמודדות עם מעברים במשפחות מזדקנות, למשל בהכנה למעבר למוסד סיעודי המשפחה יכולה לערוך טקס פרידה מהבית ומחפצים שונים (כדאי לחלק אותם בין הקרובים), או להכין ביוגרפיה מתועדת עם תצלומים של ההורה כדי שאנשי הצוות במוסד יכירו את עברו ואת הסביבה שבה חי לפני שהגיע למוסד.

בעיות מצב

בעיות מצב הן בדרך כלל בעיות המתעוררות עקב משבר כתוצאה משינוי או מאבדן, בגין מצב בריאות שהחמיר והפך אקוטי. במצבים אלה חל שינוי כבר בשלב ההערכה, כשהמשפחה מצליחה להתארגן ולמצוא פתרונות. פעמים רבות ההתערבות בהמשך כבר אינה נחוצה כי המשפחה קיבלה חיזוק ואישור לפעולותיה.

בעיות זמן

בעיות זמן קשורות לאירועי חיים נורמטיביים. המשפחות בדרך כלל כבר עברו בהצלחה משימות התפתחותיות מוקדמות, אך כרגע הן "תקועות" במצב מסוים. במצבים אלה ההערכה תבחן כמה זמן המשפחה חיה עם הקושי הנוכחי. מצבים של אבל ואבדן למשל הם מצבים שבהם נדרש זמן לעבד את השינוי ולהמשיך הלאה. במצבים של טיפול המתקזז לילד אחד ובעצם קשור לצרכיו ולקשר המיוחד שלו עם ההורה החולה, תינקט התערבות ישירה או עקיפה בהתאם לבעיה. לעתים ההתערבות רופפת, ומתמקדת בשיחות אחת לחודש, ואין צורך דווקא בהתערבות אינטנסיבית המלחיצה את המשפחה.

בעיות כרוניות

במשפחה בעלת היסטוריה של קשיי תפקוד ופסיכופתולוגיה, תאפשר ההערכה למטפל להבין את מורכבות הבעיות שעמן מתמודדת המשפחה. לעתים אלה משפחות הצורכות שירותים רבים ממספר רב של גורמים מסייעים. תפקיד היועץ לעזור למשפחה להתארגן בדרך נכונה עם כל נותני השירותים, להגיע לידי תיאום ביניהם או לצמצם את מספרם. התערבויות עקיפות עדיפות בדרך כלל, כי הן שונות מכל השירותים הישירים האחרים שמקבלים בני המשפחה.

במשפחות המתנגדות לשינוי לא תועיל נקיטת גישה המעודדת שינוי. יש לנקוט אפוא גישה ניטרלית ותומכת. גם גישה המשקפת לעתים התייחסות פרדוקסלית לתפקוד המשפחתי עשויה להתאים, כי יש בה כדי להעניק למשפחה תחושה שיש להם הכוח לשינוי.

ככל שמתקדמים בשלבי האבחון נחשפות הבעיות במערכות היחסים במשפחה ו"התמונה הגדולה" מושלמת (היררכיה, בידוד, כוח או אחריות, חוסר הבנה, דפוסים בין-דוריים). כשמזהים את הגורמים הספציפיים, ניתן לסווג את הבעיות ברצף התפתחותי וההתערבויות מתבססות על אופי הבעיות ועל ציפיות המטופלים מהטיפול. ההתערבות מכוונת כלפי גורמים יחסיים רלוונטיים תוך כדי התמקדות בבעיה הנוכחית.

לסיכום

היתרון של גישת מודל הטיפול המשפחתי האינטראקציוני הוא ביריעה הרחבה שהוא מספק לאבחון ולהתערבות. המפגשים הראשונים עם בני המשפחה מוכנים והם מקיפים מגוון של היבטים מהעבר ומההווה המאפשר היכרות מספקת של המטפל עם המשפחה ושל המשפחה עם אופן התנהלותה, נוסף לתוכנה לגבי תפקודה בהווה.

עם זאת, המפגש המשפחתי כולל בדרך כלל רק חלק מהמשפחה, כי בני משפחה מסוימים אינם מסוגלים להשתתף בו בגלל מגורים רחוקים בארץ או בחו"ל או עקב הימנעות משיתוף פעולה או התנגדות גלויה או עקיפה לשיתוף פעולה.

ברוב המקרים הטיפול מתמקד במטפל העיקרי בזקן. כשמדובר בבני זוג, אחד הילדים מצטרף לפגישה או יוזם אותה. מניסיוני למדתי שקשה לגייס את כל בני המשפחה למשימה ועיקר העבודה הטיפולית נעשה עם "נציג" המשפחה, אותו אדם שממילא קיבל על עצמו את נטל האחריות. נציג זה הוא גם סוכן השינוי במשפחה, ואם הוא מרגיש ביטחון ושליטה הוא גם יכול להשפיע על קבלת ההחלטות ולקבל את האחריות לביצוע השינוי הנדרש. עם זאת, יש גם מקרים שחוסר שיתוף פעולה מצד בני המשפחה האחרים אינו מאפשר להתקדם מעבר להבנת הבעיה ולמודעות לשינוי הנדרש. במקרה זה, כמו גם במקרים אחרים, נשאר המטפל - כמו הזקן - בתחושה של חוסר אונים ותסכול ועליו להתמודד עמה תוך השלמה עם כך שלא תמיד ולא בכל מקרה יש לאל ידנו לעזור.

פרק 8

הטיפול בהתמודדות עם פגמים בפהלך ההזדקנות ובזיקנה

העבר איננו תכשיט חתום בתוך קפסה של בדולח

גם איננו נחש בתוך צנצנת של כהל.

העבר מתנועע בתוך ההנהגה וכאשר ההנהגה נופל לתוך בור

נופל אתו העבר.

כאשר העבר מביט השמימה זו הרמת החיים פלם, גם חיי עבר רחוק מאד.

(זלדה¹)

¹ זלדה, "כל הגעגועים", שירי זלדה, הקיבוץ המאוחד 2003.

אבל לאורך השנים

אבדן של אדם קרוב מלווה בדרך כלל בתגובות של צער וכאב, שהן ביטוי טבעי, אנושי ואוניברסלי לאבל. תהליך האבל, על שלביו השונים ועל המרכיבים הפסיכו-פיזיולוגיים הצפויים במהלכו, נדון רבות בספרות הפסיכולוגית. ביטוייו של האבל הם סומטיים, התנהגותיים ואינטרה-פסיכיים, המופיעים בעצמה רבה מיד לאחר האבדן ובדרך כלל פוחתים במהלך הזמן (Parkes, 1975; Rando, 1993; Sanders, 1989). תהליך נורמטיבי של אבל נמשך כשנה, אך הוא עשוי להימשך יותר מזה ולהגיע אף לשלוש שנים. בתקופה זו עוסק האדם באופן אקטיבי בעיבוד האבל, הן מבחינה קוגניטיבית והן מבחינה רגשית.

מודל לעיבוד האבל או לפתרון האבל הוצע רק במאה העשרים, והוא הדגיש את הצורך הפסיכולוגי להיפרד רגשית מהאדם שאבד כדי לחזור לאיזון נפשי תקין. פרויד (Freud, 1917) דן באבלו של הילד המוותר על אהבת ההורה (אהבה אדיפלית). בתום תהליך האבל יכול האבֵּל לשוב לתפקוד תקין וליצור קשרים חדשים, כשיתפנה האגו מהעיסוק במת בתהליך הדרגתי של הסרת העכבות.

מודל זה של פרויד הפך לבסיס למודלים אחרים שהתפתחו בעקבותיו. המודלים המרכזיים של עיבוד האבל שהופיעו אחרי פרויד תיארו את האבל כתקופה בת שלבים אחדים שבהם עובר האבל בדרך לפתרון ולפרידה (Bowlby, 1980; Worden, 1991).

היו שראו את תקופת האבל כמונחים של משבר או אירוע טראומטי, שכדי להתגבר עליו יש צורך בארגון מחדש של המציאות ובקבלה של מציאות חדשה שאיננה כוללת את המת (volkan, 1981; Weiss, 1993).

לפי פינקוס (Pincus, 1974), פתרון מוצלח של האבל מערב הזדהות של האבֵּל עם היבטים שונים של המת. בתהליך ההזדהות האדם האבל מטמיע חלקים מסוימים של המת והם הופכים לחלק מהעצמי המתפתח שלו במהלך ההתמודדות עם האבדן. וולקן (volkan, 1981) רואה בעיבוד האבל תהליך של הפנמה של המת, התורמת להעשרת האגו של המתאבל.

המודלים החדשים הנוגעים לאבל התפתחו בעשרים השנים האחרונות, בעקבות מחקרים רבים שנערכו בתחום. מודלים אלה החלו להתייחס אל עיבוד האבל כאל תהליך נמשך שתחילתו ברורה, אך פתרונו אינו מעוגן בשלבים ברורים ובמשימות המובילות לקראת פרידה וסיום. כיום ההתייחסות אל תהליך האבל היא כאל קשר נמשך אשר איננו מתבטא בהפנמה או בהזדהות אלא מבטא צורה בריאה של ייצוג פנימי של הנפטר. ייצוג זה כולל את ההכרה שלא ניתן עוד לצפות למאומה מהאובייקט (המת) ולכן הוא נחוה באופן ראלי יותר.

הקשר הפנימי עם המת עשוי למצוא את ביטויו בדרכים שונות ובעצמות משתנות במהלך השנים, תוך כדי משא ומתן המתחדש כל העת לגבי משמעות האבדן ולגבי מקומו בחיי המתאבל (Klass, Silverman & Nickman, 1996; Rubin & Malkinson, 2001; Neimeyer, 1999).

אבל על בן או על בת זוג בגיל מבוגר שונה מאבל בגיל צעיר, ושונה מאבל של הורה על ילד. אלמנות נחשבת כאירוע נורמטיבי וכשלב צפוי בזיקנה. למרות הכאב והקושי הכרוכים בפרידה מבן או מבת זוג, תהליך האבל וההתמודדות עם האבדן עשויים להיות גם מנוף להתפתחות פסיכולוגית ניכרת בגיל מבוגר. ההתפתחות מתבטאת ביכולת של האלמנות והאלמנים להסתגל לתקופה חדשה ושונה מאוד מתקופות חיים קודמות, שבה עליהם לנהל את חייהם לבד, ללא בן או בת זוג.

אלבנות

התמודדות מוצלחת עם אלמנות נחשבת כאמור למשימה התפתחותית חשובה ביותר במהלך ההזדקנות. אבדן בן הזוג נחשב הן לאחד האיומים הגדולים על בריאות הנפש, והן לאירוע נורמטיבי הכרוך בלחץ רב ביותר (Bonanno et.al., 2002). לא לחינם אמר קהלת: "טובים השנים מן האחד [...] כי אם יפלו, האחד יקים את חברו, ואילו האחד שיפול ואין שני להקימו" (קהלת ד, ט).

רבים מהזוגות הנשואים שנים ארוכות חיו חיים המשולבים זה בזה במהודק, ולכן אבדן של האחד עלול לפגוע פגיעה קשה בתחושת הקיום והזהות של הנותר בחיים. תהליך האבל באלמנות מצריך במקרים רבים גם תהליך של למידה, ועל האלמנה או האלמן ללמוד מגוון של מיומנויות חדשות שבעבר היו תפקידיו של בן הזוג שאיננו עוד. כאשר האלמנים והאלמנות מצליחים לרכוש שליטה במיומנויות חדשות, גוברים תחושת השליטה שלהם, ביטחונם והערכתם העצמית, ובכך משתפרת גם בריאותם החיובית.

התמודדות מוצלחת עם אלמנות תלויה במשאבים כמו מצב בריאות, מצב קוגניטיבי, מצב כלכלי ותמיכה חברתית. משאבים אלה מצטמצמים בדרך כלל עם הגיל ולכן אלמנות ואלמנים מבוגרים חווים קשיים, אך עם זאת אחד המשאבים המתחזקים עם השנים הם הידע וחכמת החיים. אלה מאפשרים לעתים ראייה רחבה של המציאות ונקודת מבט המאפשרות להתמודד טוב יותר עם הנסיבות החדשות.

מחקרים מצביעים על כך שאלמנות נתפסת כאירוע הדורש הסתגלות פסיכולוגית והתנהגותית יותר מכל מעבר אחר בחיים. אף שאלמנות במהלך ההזדקנות היא אירוע צפוי ונורמטיבי,

אין הכנה או התארגנות מוקדמת לחיים לבד, ובעבור חלק ניכר מהאלמנות והאלמנים זה אכן משבר קשה:

מצבי החדש כאלמנה דומה למצבו של מטפס הרים כודד במרומי האוורסט. אין איש שיחלוק עמי את המשא, אולם מדרבן אותי הדחף להוסיף ולטפס [...] וחזק ממנו יצר ההישרדות. מצויים בידי מספר חבלי תמיכה: המשפחה והידידים, אך אם אפול, הכאב והפציעה יהיו בעיקר שלי.

אסתר גושן-גוטשטיין, לבדי: אלמנות והתחדשות, הוצאת הקיבוץ המאוחד, תל-אביב 1996, עמ' 56.

האלמנות בגיל מבוגר שכיחה הרבה יותר בקרב נשים. יותר ממחצית הנשים מעל גיל 65 הן אלמנות; לעומת זאת, בגיל זה רק 15 אחוזים מהגברים הם אלמנים. אם כן, מעטות הן הנשים שלא יתאלמנו בשלב זה או אחר. מאחר שגברים נוטים לשאת נשים צעירות מהם ותוחלת החיים של הנשים ארוכה יותר, הרי ש-80 אחוזים מכלל הנשים הנשואות עלולות להתאלמן ולהאריך ימים אחרי מות בעליהן במשך עשר שנים בממוצע. למרות נתונים אלה, אין כאמור תכנון והדרכה הניתנים לנשים מבוגרות לקראת מותו של הבעל.

דור האלמנות והאלמנים המבוגרים היום הוא דור שברובו הגדול לא חי לבד. מרביתם נישאו בגיל צעיר והמעבר הטבעי שחוו היה מחיים עם משפחה לחיים כזוג וכמשפחה חדשה. לעומתם, דור הצעירים של היום בחלקו מממש את האפשרות לחיות לבד מחוץ לבית ההורים ומסגל לעצמו אורח חיים יחידני. ה"לבר" לגבי מי שהייתה רגילה כל חייה לחיות עם אדם נוסף ולחלוק אתו את חיי היום-יום, הוא חוויה חדשה הדורשת כאמור הסתגלות.

אלמנות: לבד, אך ביחד

"אני נכנסת הביתה ומיד מדליקה את הרדיו. השקט הורג אותי. אני חייבת לשמוע קולות של אנשים אחרת אני מרגישה מאוד בודדה", סיפרה לי יפה, אלמנה זה שלוש שנים.

"אני כותבת לו מכתבים. כאילו שהוא נסע לחו"ל ועוד מעט יחזור. אני מדמיינת את הפגישה שלנו אי שם בעולם הבא ובינתיים אני מעדכנת אותך במה שקורה", דברי אלמנה אחרת.

“עד היום אני מדברת אתו בקול רם לא רק בלב. אחרי החתונה של הנכד חזרתי מלאת התרגשות. בכיתי בחתונה מעצב על שבעלי לא זכה להשתתף בשמחה, ומשמחה על הזוג הצעיר והמאושר. כשבאתי הביתה פשוט דיברתי אתו בקול רם כמה דקות. התמונה שלו בחדר השינה ואני הרבה פעמים פשוט מספרת לו דברים. אני כל כך הרבה שעות לבד. אף אחד לא מתקשר. מוכרחים לדבר עם מישהו”, דברי רחל בת ה-93, אלמנה זה שמונה שנים.

המשכיות הקשר עם הנפטר בעולם האישי והפנימי ובאופן אינטימי, כפי שמתארת רחל, היא מרכיב חשוב בתהליך ההסתגלות לאבדן. תהליך זה תואם את המודלים החדשים המצביעים על המשכיות הקשר ולא על פרידה והתנתקות (Klass, Silverman & Nickman, 1996). נוסף לאבדן בן הזוג ולקטיעת הקשר המיוחד וארוך-השנים, האלמנות כרוכה למעשה במכלול שלם של אבדנים: המסגרת המשפחתית, ההרגלים, סדר היום, עולם התוכן והתפקידים שנלוו לזוגיות. לא פעם יש אבדן של קשר עם חברים ואפילו איום מסוים על חברים נשואים. כל אלה פוגעים בסטוס החברתי של האלמנה, שאיבדה גם בן זוג שהיה בן לווייתה למפגשים חברתיים ותרבותיים, לחופשות, לטיולים וכד'. יש לזכור שחלק ניכר מדור האלמנות המבוגרות של היום אינו עצמאי וחופשי מבחינת יכולת התנועה ורובן אינן רגילות לצאת לבד, בהשוואה לדור הצעירות של היום. וכך אמרה לי בעניין זה אחת מן המטופלות: “להיות אלמנה זה לא כמו אישה נשואה. הסטטוס שלך משתנה. את צריכה לבקש מחברים שיסיעו אותך, שיזכרו להזמין אותך. נראה לי שהחברות שלי פוחדות ממני. הן מרגישות לא בנוח ושוב איננו נפגשים בערבים עם הבעלים שלהן אלא רק במשך היום”.

למרות הקשיים, נמשך ואף מתחזק הקשר הבלתי פורמלי והאינטימי עם בני משפחה ועם חברים קרובים והם מספקים לאלמנה תמיכה בתקופת ההסתגלות לאלמנות (Lopata, 1996).

החודשים הראשונים בתקופת האלמנות קשים הן לאלמנים והן לאלמנות. כבשלב הראשוני והאקוטי של תהליך האבל, גובר הסיכון לפתח תסמינים של דיכאון או מחלה פיזית כלשהי.

מחקרים מצביעים על כך שגברים חווים אלמנות בדרך שונה מנשים, אך נראה כי האלמנות קשה יותר לגבר מלאישה.

לופטה (Lopata, 1973) טוענת שנשים שיחסינה עם הבעל היו תלותיים, שעיקר עיסוקן היה הטיפול בבעל ולא היו להן תחומי עניין וקשרים מחוץ לקשר עם בן הזוג, ייתקלו בקשיים

רבים יותר באלמנותן לעומת נשים שניהלו אורח חיים אינדיווידואלי ועצמאי. שריל ולואן (Cheryle & Louanne, 2001) מוסיפות, שאלמנות שזהותן מבוססת על כמה תפקידים יסתגלו טוב יותר למות הבעל, תהיינה דיכאוניות פחות ותפתחנה פחות מחלות; זאת לעומת נשים המאבדות במות הבעל חלק ניכר מזהותן. במחקר שבדק הבדלים בין המינים בתגובה לאלמנות (Lee & et al., 2001) נמצא, שהאלמנות היא חוויה דיכאונית יותר לגברים לעומת נשים. בהשוואה בין גברים לנשים, המדוכאים פחות מכולם היו גברים נשואים. לעומת זאת, אלמנים מתמודדים עם קשיים רבים. הם מאבדים מסגרת המטפלת בהם והדואגת בדרך כלל לכל צורכיהם, כמו אוכל, כביסה, ניקיון ואף קשר עם בני המשפחה והחברים.

משה: הקושי בחיים לבד

כך השיב לי משה, כששאלתי אותו איך הוא מתמודד עם האלמנות בגיל 83:

“תראי, כמו שאת יודעת, הקשר שלי עם אשתי המנוחה לא היה אידאלי. היו לנו הרבה מריבות. היא הייתה אישה קשה ובשנים האחרונות גם חולה והיה לי מאוד קשה. במובנים רבים זו הקלה. אבל מה שחסר זה שאין יותר בית. אין ארוחות משפחתיות. אני צריך לנסוע לילדים לארוחת ערב בימי שישי וזה מאוד חסר שהבית התרוקן. גם אין אוכל במקרר והבגדים שלי לא מגוהצים. לקחתי עזרה הביתה, אבל זה לא אותו דבר. הבית השתנה.”

למרות הקשיים שבהם נתקלים גברים זקנים המתמודדים עם אלמנות, רובם הגדול- בניגוד לאלמנות - אינו נשאר לבד לאורך זמן. רבים מהאלמנים נקשרים לבנות זוג חדשות. עם זאת, תהליך הנתפס בעיני הסביבה כקל, עשוי להיות למעשה תהליך נמשך של התפתחות האלמנים והאלמנות שבראותם החיובית מתבטאת בהמשך פעילות ומעורבות בחיים, בצד המוות והאבל.

למשל, יצחק בן-אהרן בן ה-95, שבחר בחיים, אומר:

שום דבר שקרה לי מאז מותה של מרים – אף על פי שבאו חיים ובאו נישואין - לא דחק את האבל, ואם לבטא במאמץ מסוים את הווייתי מאז, מדובר בעולמות רגשיים המתקיימים זה בצד זה. האבל הוא אין סוף. אלה הפרדוקסים, השניות

כאדם או איך שלא נגדיר את זה. שני החצאים של מוחו וחדרי לבו המיובש [...] האבל יכול בהחלט לנוון כשאתה נושא אותו לבד. אבל יש אבל שדווקא דוחף, כאילו מחויבות לעבר, לחיות מחדש את הנימים הרגשיים האלה”.

(יצחק בן-אהרן, בשיחה עם יעל גבירץ, המובאת בספרה “ילד לא רצוי: יצחק בן-אהרן, ביוגרפיה אינטימית”, תל-אביב 2004, עמ' 27).

אלמנים גם אינם נשארים נאמנים לבית ולחפצים משותפים - נאמנות האופיינית לנשים - והיה אשר היה טיבם של היחסים עם נשותיהם.

מיכאל: מתלות לעצמאות, חיים לאחר התאלמנות

מיכאל בן ה-82 הוא אלמן “טרי”. אשתו נפטרה רק לפני שלושה חודשים, לאחר מחלה ממושכת. במשך כשלוש שנים שקדמו לפטירתה טיפל בה מיכאל במסירות גדולה. הקשר ביניהם היה סימביוטי. הוא שהה כל הזמן בבית או בבית חולים, ושקע רובו ככולו בטיפול בה. שניהם סירבו להכניס מטפלת הביתה ועד לשלבים הסופיים של מחלתה היה מיכאל המטפל הבלעדי ברעייתו. למיכאל בן יחיד החי עם משפחתו בארצות הברית. בהיעדר משפחה תומכת, היו מיכאל ואשתו לבד מרבית הזמן, ומדי פעם בפעם הם ניהלו שיחה טלפונית עם בנם ועם נכדיהם. חברים משכבר הימים הזדקנו והקשר אתם היה טלפוני בלבד.

פטירתה של מלכה אשתו שמה קץ ל-55 שנים שבהם כמעט לא נפרדו. בשבוע הראשון נראה היה שמיכאל לא יחזיק מעמד. הוא היה מדוכא ומכונס בעצמו, סירב לאכול והתקשה להירדם כלילות. עם זאת, השהות במחיצת בנו ונכדו שהגיעו לארץ לשבעת ימי האבל הייתה מקור לנחמה ולעידוד. בתום השבעה חזרו הבן והנכד לארצות הברית, ומיכאל נותר לבדו לאחר שהבטיח שבתום שלושים ימי האבל יצטרף למשפחתו בארצות הברית.

במשך השבוע שלאחר השבעה החל מיכאל לפנות את חפציה של מלכה. אף שלא היה כל הכרח לפנות את החפצים, החליט מיכאל למסור לנזקקים את בגדיה ואת חפציה של מלכה. שבועיים לאחר מותה נותרו בבית רק מעט

פריטים שהיו שייכים לה. מיכאל ציין שתהליך המיון והפינוי קשה וכואב, אך למרות הקושי הוא נרתם למשימה במהירות וללא היסוס.

חודש לאחר מכן נסע מיכאל לארצות הברית. שלושה חודשים מאז פטירתה הוא התחיל חיים חדשים הרחק מהבית. אף שהוא מציין שהוא לא מפסיק לחשוב על מלכה, מצב רוחו טוב. הוא אוכל וישן היטב ואפילו חזר לצעדה היומית. קשריו החברתיים מסתכמים לפי שעה בקשר טלפוני עם שתי אלמנות. הן מחזרות אחריו, אבל "אני עוד לא מוכן לצאת", הוא אומר בחצי חיוך. יש להניח שלא יחלוף זמן רב בטרם תיכנס לחייו אישה אחרת.

הנשים כידוע הן "יצורים חברתיים" יותר מן הגברים והן המטפחות את הקשרים עם בני המשפחה ועם החברים. בתקופת הזיקנה הן ברובן פעילות יותר והן היוזמות והמפעילות את בני זוגן הזקנים. נראה שאבדן בת הזוג בעבור הגברים הזקנים הוא אפוא קשה הרבה יותר. הקושי להישאר לבד ולטפל בעצמם ובבית מביא אותם לעתים לידי התקשרות לאישה אחרת. ניתן גם להפעילם בקלות רבה על ידי נשים בודדות, שהן כאמור פתוחות יותר, אסרטיביות ופעילות.

בקרב אלמנות, לעומת זאת, שיעור הנישואים החוזרים קטן הרבה יותר משיעורם בקרב אלמנים. יש לכך כמה הסברים: תוחלת החיים של נשים ארוכה יותר מזו של גברים ולכן מאגר בני הזוג האפשריים לנישואים הוא מצומצם. גברים עדיין מעדיפים להינשא לנשים צעירות מהן ואין זה מקובל שנשים נישאות לצעירים מהן. יתר על כן, עדיין שוררת נורמה תרבותית המצפה מנשים להישאר נאמנות לבן זוגן ולא להינשא מחדש. אך נראה שהסיבה העיקרית נעוצה בעמדתן של האלמנות עצמן. רובן הגדול מסתגל למצבן החדש ומפתח מידה רבה של חופש ועצמאות. באלמנות של אישה מבוגרת, בעיקר אישה שבעלה היה מבוגר ממנה, חולה יותר ומוגבל, יש חופש ושחרור שלא היו קיימים קודם. מאחר שהנשים יוצרות לעצמן רשתות תמיכה ומסגרות לפעילות ולקשר בקלות רבה יותר מהגברים האלמנים, קטן יותר הצורך שלהן בנישואים נוספים והן גם מרגישות בודדות פחות מכפי שמרגישים אלמנים. אלמנות רבות מציינות שהן מעוניינות בחבר לחיים, מישהו לבלות אתו, לחלוק אתו את עולמן, אך הן נרתעות מלהיכנס למערכת נישואים עם אדם זקן שיהא עליהן לטפל בו ולדאוג לו. חוויית האלמנות עשויה אפוא להיות הזדמנות לצמיחה ולגדילה ולא רק להצטמצמות ולאבדן. ההתמודדות עם האבל מתבטאת ביכולת לעבור לשלב חדש ושונה בחיים ולגייס את כל המשאבים הקיימים ללמידה ולהתנסויות חיוביות לצד החסר והצער על האבדן.

פרופ' ליברמן מאוניברסיטת סן פרנסיסקו ערך מחקר שכלל 600 אלמנות ו-100 אלמנים בגילים 28-75 (Lieberman, 1994). הוא עקב אחריהם במשך שבע שנים: מיד לאחר האבל, שנה לאחר מכן, שוב כעבור שנה וכן לאחר שש שנים. אלמנות איננה מחלה ואין מחייבת טיפול רפואי או פיזי, טוען ליברמן. הוא מצא שרוב האלמנות התאוששו בתוך שנה עד שנה ומחצה. מכלל אוכלוסיית המחקר, המסתגלים ביותר היו מי שהתאוששו מן האבל לאחר חודשיים עד שלושה חודשים. רק שני אחוזים סבלו מבעיות, ובקרב כשליש מכלל הנחקרים נצפתה התפתחות לאחר שנה עד שנתיים. הם תפקדו טוב יותר ובאינטגרציה טובה יותר מבעבר.

ליברמן מצא הבדל ניכר בין אלמנים לבין אלמנות, ולדבריו אלה שתי תופעות כמעט שונות. אלמנים רבים נישאים בתוך שנה; הם מתקשים לתאר את המתרחש בחייהם ומתקשים לדבר על עולמם הפנימי. רוב ממצאי המחקר מסתמכים אפוא על ראיונות עם אלמנות.

ההבדל בין אלמנות צעירות לבין אלמנות מבוגרות הוא, שהמבוגרות מתאבלות זמן ארוך יותר מן הצעירות. מידת התמיכה שהן זוכות לה פחותה משום שאלמנות צעירות זוכות לתמיכה של הורים, של חברים ושל אחים ואחיות. האלמנות המבוגרות קיבלו תמיכה בעיקר מילדים בוגרים.

לאחר מות הבעל נמצאה עלייה במספר הנשים שנכנסו למעגל העבודה או חזרו אליו. המדדים שנמצאו משפיעים על ההתמודדות עם אלמנות היו חוסן נפשי, מידת התלות בבעל, תחושת כעס על הבעל ותחושות של אשמה. השיקום הטוב פחות נמצא בקרב מי שהיו בעלי ציונים גבוהים בשלושת המדדים של כעס, של אשמה ושל תלות.

מחקרו של ליברמן לא מצא מודל אחד יעיל להסתגלות. גם משך זמן האבל לא נמצא מנבא הסתגלות. היחסים במשפחה ומשמעות החיים הם שנמצאו כבעלי חשיבות רבה.

תהליך ההתפתחות הפסיכולוגית בחייהם של האלמנות או של האלמנים אינו קשור בהכרח להחלמה מהכאב על האבדן. היו שהתפתחו מאוד אך נותרו בהם תסמינים של דיכאון ואבל. ההתפתחות הבולטת נמצאה דווקא בקרב האלמנות המבוגרות, שחשו חופשיות ומשחררות להתפתח אולי בפעם הראשונה בחייהן לאחר שנים של טיפול בילדים, בהורים ובבעל, והנה עתה התפנו לטפל בעצמן.

למרות הכאב והאבדן, אלמנות מבוגרות רבות חשות כי נפתחות בפניהן אפשרויות רבות להתפתחות אישית, לפעילות ולעשייה. האלמנות מחייבת גם למידה במידה זו או אחרת מצד חלק מהנשים המבוגרות. למשל, אישה שבעלה ניהל כל השנים את ענייני הכספים ודאג לתשלומים ולחשבונות הבנקים, עשויה לחוש לאחר מותו חרדה רבה של אבדן שליטה, או

לחלופין – לחוש שבפניה התמודדות מאתגרת ביותר. למעשה, יש שלוש אפשרויות: (א) לאלמנה ילדים אוהבים ודואגים שיקבלו על עצמם את תפקידו של אביהם ויטפלו מעתה ואילך בכל ענייניה הכספיים. כך למעשה משמרים הילדים את התלות שהייתה לאמם בבעלה המנוח, ותלות זו עוברת עתה לילדיה; (ב) לאלמנה אין ילדים או ילדיה מרוחקים ממנה והיא נאלצת להתמודד עם האתגר של למידת דברים חדשים ולהיות עצמאית יותר. לכאורה זו אישה בודדה הנאלצת להתמודד לבד; (ג) אלמנה שילדיה מודעים לחשיבות העצומה שאמם תלמד להסתדר בעצמה, להיות אוטונומית ולקבל אחריות על תחומים שונים, אף אם הם נראים בתחילה מסובכים. זוהי האפשרות המיטבית. רוב האלמנות יכולות ללמוד לתפקד באופן עצמאי ולנהל את חשבונות הבנק שלהן. ילדים אלה ירגיעו את אמם החרדה, ילוו אותה בשלבים הראשונים של הלמידה, ויבטיחו את עזרתם מבלי להעביר את האחריות ממנה אליהם.

מחקר אחר מצא שהתמודדות טובה עם אלמנות קשורה להגברת הפעילות והמעורבות החברתית. רמת המעורבות החברתית יורדת לפני מות בן הזוג אך עולה לאחר האבדן, בעקבות תמיכה של בני משפחה ושל חברים. יכולת ההסתגלות תלויה במשאבים העומדים לרשות האלמנים, כמו משאבים פסיכולוגיים, משפחתיים וסוציו-אקונומיים. על פי רוב, האלמנים מחפשים פעילות חברתית ועיסוקים כדי להתגבר על הבדידות ועל האבל. בדרך כלל נשמרת ההמשכיות בתפקוד ובפעילויות, ולא העיסוקים החברתיים הפורמליים הם בעלי החשיבות כי אם הקשרים הבלתי-פורמליים עם אנשים קרובים (Utz, Carr, Nesse, & Wortman, 2002)

במחקר נוסף (Bonanno, Wortman, & Nesse, 2004) נמצא שאחוז גבוה מהאלמנות והאלמנים (161 אלמנות ו-24 אלמנים בני 65 ומעלה) גילו חוסן נפשי והתמודדות טובה עם האבדן. הם דיווחו על נישואים טובים וארוכי טווח (44 שנים בממוצע) ויכולת לשאוב סיפוק ונחמה מזיכרונות טובים, בלא לעסוק יתר על המידה במחשבות ובשיחות על האבדן.

הפלצות לטיפול

הטיפול באלמנה או באלמן צריך להיות מותאם לשלב תהליך האבל שבו הם נמצאים.

על בני המשפחה והמטפלים לקבל מידע על תהליך האבל והתסמינים הצפויים: בשלב הראשון, בחודשים הראשונים לאחר פטירת בן או בת הזוג האבל בשיאו, ותפקיד הסביבה הוא בעיקר לעמוד לצד האדם האבל, לתמוך בו ואם אפשר להכיל את הכאב. הכלת הכאב, אפשרית כשמניחים למתאבל לבכות, לדבר על הנפטר ולכאוב את הכאב במלוא עצמתו,

בלא להיבהל מהביטויים הרגשיים או מהביטויים הסומטיים הנלווים ולא לנסות לבלום את המתאבל או להסיט אותו מכאבו.

בשלב הבא, כשחלה רגיעה בעצמה הרגשית המלווה את האבל, יש לעזור למתאבל להתארגן מחדש בחיי היום-יום ולחזור בהדרגה לשגרה. כאן העזרה עשויה להיות אקטיבית, למשל הכוונה, עזרה מעשית בטיפול בנושאים שונים כמו ארגון הבית, פינוי חפצים, ניהול משק הבית כשמדובר באלמן או ניהול חשבונות וכספים וכד' כשמדובר באלמנה. בשלב זה מתחיל גם תהליך הלמידה של האלמנה או של האלמן המבוגרים. הסיוע הניתן בתקופה זו מבני המשפחה או מהמטפל הוא חיוני. חשוב במיוחד לחזק את האדם השרוי עדיין בעיצומו של תהליך האבל ולהעניק לו תמיכה רגשית ככל שניתן. התמיכה והחיזוק מסייעים גם בשינויים הצפויים המזרזים את תהליך הפרידה מהנפטר, למשל לתת לגיטימציה לחזור ולשחק ברידג' או לצאת לביילוי בלי להרגיש אשמה (מובן שיש להתחשב ברקע הדתי והתרבותי של המתאבל ובמנהגי האבלות הקיימים במשפחה).

בהמשך, ובמהלך כל תקופת האבל שאיננה מעוגנת בלוח זמנים קבוע והמשתנה מאדם לאדם, הטיפול עשוי להעניק למתאבל מקום "בטוח", שבו יוכל לשתף את המטפל בעולמו הרגשי ולעבד את הקשר הנמשך עם הנפטר. לא פעם עולים גם קשרים נוספים עם דמויות משמעותיות שאיבד האדם במהלך חייו.

לדעת מלקינסון וויצטום (2003), כדאי לבנות התערבות טיפולית הכוללת שלושה מרכיבים עיקריים:

1. התערבות במרכיב הסימפטומטי באמצעות טיפול מתאים בתרופות אם קיימת חרדה או אם מזהים דיכאון.
2. עיבוד האבל באמצעות טיפול פסיכותרפויטי, כגון טיפול קוגניטיבי (מלקינסון, 1993), התערבות בעזרת כתיבת מכתבים וטקסי פרידה (ויצטום ורומן, 1993) או גישה טיפולית דינמית (Rubin, 2000).
3. גישה מערכתית משפחתית, הכוללת הדרכה, מידע וחיזוק מערכות התמיכה והיחסים במשפחה, כדי למנוע שחיקה.

אבל על פות ילד

פרויד, אשר הציע את המודל הראשון לעיבוד האבל (Freud, 1917) טען כאמור שבתום תהליך האבל יכול האבֶּל לשוב לתפקוד תקין וליצור קשרים חדשים, כשיתפנה האגו מהעיסוק במת בתהליך הדרגתי של הסרת העכבות.

אך ניסיונו האישי של פרויד בתקופה מאוחרת יותר, הוכיח עד כמה החוויה האישית, ובעיקר אבל של הורה על מות ילדו, היא שונה. כשנפטרה סופי, בתו, הוא הודה שעמוק בתוכו הוא יכול לזהות רגשות של פגיעה נרקסיסטית עמוקה שלא תגלִיד. תשע שנים לאחר מותה כתב פרויד לחבר, שלמרות הידיעה שאחרי אבדן כזה יחלוף המצב האקוטי של האבל, אנו גם יודעים שלעולם לא נזכה לנחמה ולעולם לא יתמלא החלל שנוצר. לטענת פרויד, כך צריך להיות כי זו הדרך היחידה להמשיך להניע את אותה אהבה שאיננו רוצים להכחיד.

תיאור מטפורי מצמרר של חוויית השכול של הורים במשך השנים בא מפי אב שכול בן 76, שבנו נהרג 25 שנים קודם לכן: "אני מרגיש כמו אבא שמנענע עריסה עם תינוק מת בתוכה" (בר-טור ומלקינסון, 2000).

על פי הספרות המחקרית, אבל של הורה על ילד שונה מאבל אחר, ומקובל כיום לראותו כאבל שלעולם אינו ניתן לפתרון במובן של סיום או פרידה. היכולת של ההורים ליצור מערכת יחסים עמוקה וייחודית עם כל אחד מילדיהם היא בעלת מקום מרכזי בהתקשרויות האנושיות. מוות של ילד מזעזע את המרקם המורכב של הקשרים הרגשיים הללו והוא מנוגד לחוקיות הטבע. ילד הוא שלוחה נרקסיסטית של כל הורה; הוא ה"תיקון" שלו, הוא העצמי המוצלח והטוב יותר, הוא התקווה לעתיד טוב יותר. לכן אבדנו של ילד הוא אבדן של חלק מההורה.

היטיב לתאר זאת אב שכול המתמודד עם השכול זה 15 שנים:

זה כאילו שהורידו לך יד ואתה נכה. בהתחלה זה כואב מאוד, ולא יודעים איך להסתדר בלי היד. אחר כך זה מגליד וזה מפריע, ואחר כך שמים לך פרוטזה ואתה מתחיל לתפקד. והפרוטזה היא כל כך טובה, שאיש לא מרגיש שאתה בלי יד. אבל בערב אתה מוריד את הפרוטזה ונשאר בלי. (בר-טור ומלקינסון, 2005)

מערכת הקשרים בין הורים לילדים לאורך החיים היא דינמית ומשתנה מטבעה. היא כוללת מגוון רחב של התנסויות, ובהן סיפוק והנאה אך גם מצבי לחץ ורגשות שליליים של כעס, של תסכול ושל אכזבה.

במערכת יחסים בוגרת שבין הורים מבוגרים לבין ילדים בוגרים פוחת המרכיב האינסטרומנטלי ובלט יותר המרכיב הרגשי והשיתופי העשוי לבוא לידי ביטוי בהדדיות ובחברות בין הורים לילדים. לכן אבדן של ילד בוגר הוא אבדן של מערכת יחסים שהייתה, המלווה בתחושת האבדן של מערכת יחסים פוטנציאלית שהייתה יכולה להיות.

מחקר על ההתקשרות מצביע על מקומם המרכזי של הייצוגים הפנימיים של הילדים בעולמם של ההורים, וזאת גם לאחר שהילדים עוזבים את הבית. הקשר הפיזי עשוי להתנתק אך הקשר הרגשי נמשך. במקרה של מות ילד, נשמרים ייצוגי הילד ולעתים אף נעשים אינטנסיביים יותר.

לא זו בלבד שילדים הם דמויות מרכזיות במחשבות ההורים, הם אף ממשיכים לשמור על מקומם כ"מאזינים" פעילים של ההורים והם מעורבים בעיצוב זהותם. משום כך מותו של ילד מהווה איום חמור על תחושת העצמי של ההורים ושל האחים (Riches & Dawson, 2000).

מחקרים שבדקו אבל של הורים על ילדיהם מצאו שהאבל נמשך שנים ארוכות והזמן אינו מביא מרפא ואינו מסייע בגמילה מהגעגוע ומהכאב על האבדן. ממצאים אלה הראו שאחת היא אם הילד שנפטר היה תינוק, מבוגר או אפילו תינוק שנפטר בלידה. הקשר הרגשי של ההורה למת נמשך.

המודלים המוצעים כיום להבנת תהליך האבל, בעיקר אבל של הורים, מצביעים על המשכיות הקשר (continuing bond) ומדגישים שפתרון מוצלח של האבל אינו ויתור והתנתקות, אלא משא ומתן המתחדש כל הזמן לגבי משמעות האבדן, תפקידו ומקומו. תהליך עיבוד האבל הוא דינמי, אמוציונלי וקוגניטיבי; הוא משתנה, משפיע ומושפע מאירועי החיים, מהזמן ומהנסיבות החברתיות (Klass, Silverman & Nickman, 1996; Stroebe & Schutt, 2001).

מודלים אלה מעמידים במרכז את ההתמודדות היום-יומית הקיומית המלווה את הכאב על האבדן והמתבטאת בהתארגנות מחודשת של החיים ללא המת, ואת הצורך בשינוי ובקבלת תפקידים חדשים.

מחקרים שבדקו השפעות ארוכות-טווח של אבל מצאו אותה עצמת תגובות בקרב הורים שהתאבלו 20 שנה, בקרב הורים שהתאבלו שלושה חודשים, ובקרב הורים שאבלם נמשך שנתיים. על פי להמן, וורטמן וויליאמס (Lehman, Wortman & Williams, 1987) נראה שמשך הזמן אינו קשור לתהליך האבל, והורים לא הצליחו להגיע לפתרון של האבל על ידם. מחקרים אחרים שבדקו אבל של הורים מבוגרים מצאו אף הם שהאבל הוא מרכיב מרכזי בחיים וזאת גם שנים רבות לאחר האבדן.

נראה גם שההתמודדות של הורים שכולים, בדומה לניצולי שואה ואחרים שחוו אירועים טראומטיים, היא דינמית, משתנה ורב-ממדית. היא מכילה בו-זמנית עולם פנימי ובו ייצוגים מהעבר וקשר לאובייקט שאיננו, מלווה רגשות עצב וכאב, ועולם חיצוני שבו תפקודם טוב, אקטיבי ומשתנה. היחסים בין עולמות אלה משתנים וכן גם מרכזיותם בשלבי החיים השונים.

רובין (Rubin, 1990; 1999) הציע לבחון את התמודדותם של ההורים השכולים על פי מודל שהוא מכנה "המודל הדו-מסלולי של אבל". ההורים השכולים מתפקדים לדבריו בשני מסלולים מקבילים: מסלול תפקודי (בריאות, עבודה, עולם חברתי) ומסלול מערכת הקשרים עם המת: עולם פנימי רגשי וקוגניטיבי שהקצב שלו אחר ובו חי ומתקיים הייצוג של הילד המת. מודל זה מעמיד במרכז את טווח ההתמודדות ואת מורכבותה ואת הקשר הנמשך עם המת. עוד אומר רובין, כי פתרון טוב של האבדן מתבטא בתחושה של נוחות וזרימה המאפשרת להתקשר לייצוגים של המת ולשלב את הילד בחיי ההורים בדרך שונה מזו שהייתה כשהיה הילד בחיים.

במחקר מעקב שערך רובין (Rubin, 1992) נמצא שתהליכי האבל של הורים שכולים נמשכים שנים רבות לאחר האבדן. בעוד שחלה ירידה בקשיי התפקוד שלהם וברמת הלחץ, לא חל שינוי במערכת הקשרים עם ייצוגי הילד המת. ממצא זה קיבל תימוכין נוספים במחקר על הורים שכולים זקנים (Malkinson & Bar-Tur, 1999; בר-טור ומלקינסון, 2000), שהראה שגם לאחר 33 שנים לאחר מות הילד ההורים מתארים קשר רגשי חזק עמו. אחת הדאגות של ההורים הזקנים היא שבמותם שלהם יתרחש מוות סימבולי נוסף - מותו של הייצוג הפנימי של הילד המת בתוכם.

תהליך ההזדקנות כרוך גם באבדנים קשים נוספים - כמו מחלות ומוות של הורים, אבדן של מסגרת עבודה, של חברים ושל בני זוג; ירידה במצב בריאות, ובית מתרוקן. אבדנים ושינויים אלה משפיעים גם על האבל בזיקנה. היטיבה לבטא זאת נירה בת ה-63 שבנה נפל במלחמת לבנון:

“היום אני מרגישה, יחסית לעבר, שאין הורים, אין עבודה, איבדנו הרבה חברים, אז פתאום... לא שמהתחלה לא ידעתי שהקושי הוא אין תקווה, אין המשך. כן ידעתי, אבל היו לי התמיכות של המשפחה וגם לדאוג להם. אז אין את זה, המשבצות האלה התרוקנו ברגע שהם מתו”.

לרשות ההורים השכולים עומד עתה זמן ריק, והם ממלאים אותו במחשבות ובזיכרונות הקשורים לילד המת. העולם החיצוני מתכווץ והעולם הפנימי שבו נמצא הילד המת גדל. בבית המתרוקן מילדים בוגרים נשארים ההורים עם ייצוגים של הילד המת: תמונות, חפצים, מזכרות - כל אלה ממשיכים להתקיים כל הזמן.

האבדן מתעצם בזיקנה כשההורה הזקן נחלש וזקוק לתמיכה הרגשית והאינסטרומנטלית של ילדיו. לא פעם נעשית אידאליזציה של הילד, המכוונת לא רק כלפי עברו אלא גם כלפי הפוטנציאל שהיה טמון בו ולא התממש. אומרת מלכה, אם שכולה בת 76:

“ופתאום רואים: מי יעזור? זה איננו, זה קשה, אז הכול קשה. ועוד יותר קשה לסחוב את זה עם הזיקנה. הכול מצטמצם, החברה מצטמצמת, והבן אדם עושה חשבון, הילדים יעזרו, האבל והשכול על הגב ואני רואה את התמונה שלו, מסתיר את הדמעות, זה מאוד קשה”.

אם בני היה בחיים, הוא היה דואג שיהיה לנו יותר קל. הוא תמיד דאג לי...” או דברי אב שכול אחר שאמר “חסר לי שאני לא יכול להתייעץ איתו. הוא תמיד ידע לתת עצה לאחיות שלו ולאמא שלו...”.

למרות הגוף המזדקן וההאטה בתגובות של ההורה, ההתרחשות בתוך נפשו נמשכת וחייו הפנימיים אינטנסיביים. מתנהל כל העת קשר עם הילד המת, וההורים מדברים אתו, מתייעצים אתו, שואלים לדעתו ואף מעדכנים אותו. הדבר נוסך בהם כוח, כדברי משה, אב שכול בן 87:

“הוא לא נמחק, הוא מלווה אותי יום-יום, שעה-שעה. לא רק במחשבה. אני קושר כל דבר ודבר אתו. תמונתו פה, תמיד לידי. הוא חי אתי. והקשר עם הנכדים והנינים - כל אלה מחזירים מחדש. אני לא חש כך לגבי אחיי ואחיותיי שנפטרו. לגביהם לא היה לי הרגש הזה, למרות שהיינו משפחה אוהבת וקשורה. זה לא אותו דבר. השונה הוא שבהם אני נזכר לעתים רחוקות”.

מותו של ילד יוצר אפוא שבר גדול לא רק אצל ההורה, אלא גם ביחסי הזוגיות ובמערכת המשפחתית כולה. במהלך התקופה שלאחר המוות עסוקים ההורים בהתמודדות אישית ראשונית עם האבדן. האנרגיה הרגשית הגדולה המושקעת באבל האישי משפיעה על היחסים הזוגיים. ההתכנסות של כל הורה באבלו וסגנון האבל השונה פוגעים בפניות הרגשית וביכולת להשקיע בזוגיות, משום שבני זוג רבים מתאבלים בדרך שונה. השוני בסגנון ובדפוס האבל בא לידי ביטוי בעומק האבל, במשכו ובטיבו. הקונפליקט בין הכאב האישי לבין הרצון להעניק תמיכה לאחר עלולים ליצור בעיות בתקשורת ובאינטימיות בין בני הזוג ולהביא לידי תחושה של בידוד ושל ריחוק רגשי.

השוני בדפוסי האבל קשור לשוני בתפקוד ההורי. לכל הורה היו יחסים שונים עם הילד לפני מותו והם משפיעים על ההתאבלות. עומק היחסים ומרכזיותם קשורים קשר ישיר לאינטנסיביות של האבל. שוני אחר נובע מיחסים "מיוחדים" שהתפתחו בין כל הורה לכל ילד. התקוות והשאיפות של כל הורה שהושקעו בילד המת לא היו זהות במשמעותן לכל אחד מהם. חרטות, אשמה, חשבון בלתי גמור וזיכרונות ייחודיים אינם משותפים בהכרח או מובנים לשני ההורים.

במחקר שערכנו (בר-טור ומלקינסון, 2005) על הורים שכולים בני 60 ומעלה שאיבדו ילד במהלך שרות צבאי, עלו מסקנות אלה:

אבל לאורך השנים הוא תהליך דינמי, מתפתח ומתעצב, בדומה לתהליכי התפתחות אחרים בחיים. המוות קוטע את החיים והחיים הקטועים של ההורים נחווים מחדש אחרי מותו של ילדם וממשיכים כסיפור הנכתב והמשוכתב בכל פעם מחדש, לשם יצירת משמעות, מטרה, זהות, סדר ושליטה. העיסוק בנסיבות המוות ובילד המת מקבל גוון ותוכן שונים בשלבים שונים של החיים.

ניתן לזהות שלושה שלבים עיקריים בתהליך האבל: השלב המידי האקוטי, האבל לאורך השנים עד לזיקנה והאבל בזיקנה. בחרנו לכנות את שלושת השלבים "אבל צעיר", "אבל בוגר" ו"אבל מזדקן".

האבל האקוטי המכונה "אבל צעיר" הוא האבל בתקופה הראשונה לאחר המוות, כשבכל תחומי החיים ניכרת קריסה כלשהי, מעין התפרקות, המלווה בתגובות אבל ובטראומה אינטנסיביות, עם ההלם וההצפה של כאב עמוק. ההורים מכנים זאת "רעידת אדמה" ומתארים את תחושתם בביטוי "השמים נפלו עלינו". האבל הוא "צעיר" גם בשל הבלבול ובשל קשיי ההתארגנות בגלל השבר הקשה. בשלב זה כל אחד מההורים מכונס בעצמו,

מנסה לשרוד, לעכל את משמעות האבדן. בשלב האבל הצעיר עדיין אין יכולת הפנמה של האבדן, ולכן ההורים חשים חוסר שליטה וחיפוש אחר דרך.

במהלך השנים נראה שהאבל מתפתח והופך לאבל "בוגר" יותר. בשונה מהאבל האקוטי, אבל לאורך השנים נשזר בחיי ההורים והופך להיות חלק בלתי נפרד ממארג חייהם. בעוד שבשלב האבל הצעיר היכולת לשלוט בעולם התפקודי והרגשי מוגבלת, הרי שבתקופת "האבל הבוגר" הרגשות נותרו בעינם, אך התגובות הרגשיות מוכרות יותר, אינטנסיביות פחות, והן חלק ממכלול התגובות הידוע מראש. יש מעין קבלה של דפוס אבל כחלק מהחיים. כפי שעולה מתיאורי ההורים, יש קבלה של הכאב העמוק והצעיר על האבדן ללא ניסיון לברוח ממנו, וגם בלא פחד מעצם קיומו כפי שהיה בשלבים הראשונים. היכולת להכיל את האבל מאפשרת קרבה רבה יותר בין ההורים, פחות בריחה מהבית ויכולת מתפתחת לקבלת השונות של התגובות לאבדן. במהלך שנים אלה חלה במקביל גם התפתחות אישית בכל אחד מההורים, המוצאת את ביטוייה בהשקעה מנטלית ורגשית בחיים באמצעות עיסוקים ופעילויות שונים, הנותנים משמעות לחיים למרות האבדן. משמעות נוספת להמשך החיים מתאפשרת בהנצחה המתעצבת והמתמסדת. נוצרת שגרת חיים, שבה יש מקום לגיטימי לשמור על זיכרון הילד.

השלב השלישי הוא האבל בתקופת הזיקנה, וכפי שהציע אב שכול שבנו נפל בפשיטה על האי גרין (בר-טור ומלקינסון, 2000), בחרנו לכנותו "אבל מזדקן". המאפיין הבולט של האבל בזיקנה הוא המשכיות הכאב שאינו מתפוגג. האבל ממשיך להתקיים כציר מרכזי בחיי ההורים, בנפרד מתהליכי התפתחות ואירועים נורמטיביים אחרים (כמו נישואי ילדים, פרישה לגמלה, "סבות", שינויים במצב הבריאות ואלמנות), אם כי הוא משפיע עליהם כל הזמן. המשימה החשובה לאורך החיים לאחר האבדן הייתה והנה שמירת הקשר עם הילד שאיננו. למעשה, מאז מותו, שזורים החיים עם המת בעולם הפנימי לצד החיים בעולם החיצוני בלעדיו.

אבדנים והתגברות התלות בזיקנה מחזקים את תחושת ההחמצה ההולכת וגדלה והמכוונת לעתיד. תחושה זו מתגברת עם הצורך של ההורים הזקנים למצוא בילדיהם עוגן, או כניסוחו של בולבי (Bowlby, 1980), *secure base*. ההורים מייחסים לעתיד מוחמץ זה נופך חיובי, מעין אידאליזציה המתקשרת לאידאליזציה של הבן המת. נראה אפוא שכשם שהמת לעולם נותר צעיר, גם ההורים נותרים צעירים בחלק מסוים בחייהם הפנימיים. בזיקנה, בעולם הפנימי, בניגוד לעולם החומרי והפיזי, נשמרת חיוניות ויטליות בקשר עם הילד המת. שלא כפי שהציע פרויד (Freud, 1917), נראה שאין באבל ההורי דה-קטקסיס מהילד המת. נהפוך הוא, אפשר לראות שבעקבות הניתוק הפיזי מהילד נפתח תהליך רגשי של המשכיות הקשר,

וניתן לכנותו רה-קטקסיס. הקשר הזה שונה מהקשר הרגשי הקודם, מאחר שהוא קיים בעולם הפנימי בלבד ומשום כך נוספות לו איכויות ייחודיות שלא היו קיימות בעבר ואינן קיימות בקשר עם הילדים החיים. (Malkinson & Bar-Tur, 1995)

שוונות רבה מאפיינת את ביטויי האבל בתקופת הזיקנה, והם נעים לעתים מקצה אחד למשנהו: מבכי לאיפוק, מפעילות יתר להימנעות והסתגרות, מהתקרבות בין בני זוג להתרחקות. ביטויים אלה משקפים את השוונות הרבה המאפיינת משפחות ואת הקשר המיוחד של כל אחד מבני המשפחה עם הילד המת. נמצאה גם שוונות בתגובות הראשוניות לאבדן הילד בין אמהות לאבות. אמהות דיווחו על ביטויים רגשיים וסומטיים יותר מהאבות, שחלקם הרגישו שהם חייבים להיות חזקים ולהמשיך לתפקד ולפעול כדי לא להישבר ולא להכביד עוד יותר על בת זוגם ועל ילדיהם. במהלך השנים, ובעיקר במהלך ההזדקנות, וכחלק מתהליך ההתפתחות הרגשית והזוגית, נוצרת פתיחות והתקרבות בין ההורים ובינם לבין ילדיהם הבוגרים, המאפשרת ביטוי חופשי יותר של האבל. האבות המזדקנים מגלים, אולי לראשונה, ביטויים רגשיים גלויים ויכולת לחשוף כאב וחולשה.

המסר העולה מממצאי המחקר מכוון לסביבה הקרובה ולסביבה הטיפולית: יש לקבל את השוונות של האבלים ולכבדה. יש להפסיק לחפש נוסחאות ומודלים ייחודיים לתהליכי האבל. התפקיד של הסביבה הקרובה ושל הסביבה הטיפולית הוא לעזור לכל אדם ולכל משפחה למצוא את המודל ואת הנוסחה המתאימים להם לאבל והמסייעים להם להמשיך לתפקד בדרך המיטבית לצד האבדן הקשה. אולי דווקא בזיקנה מזדמנת להורה הלגיטימציה להתאבל בגלוי ולהרגיש חלש ונוזק. האבל בזיקנה הוא בעל תפקיד חשוב בחייהם של מי שלא יכלו להתאבל באופן מלא בצעירותם. לכן יש מקום, אם מתעורר הצורך, להפנות את ההורה לקבל תמיכה מקצועית מתאימה, מקום בטוח שבו יוכל לדבר, לבכות ולהתגעגע אל הילד שאבד, בלא פחד מהרגשות החזקים העולים בו ובלא שאי מי ינסה לעצור בעדו.

השואה וזיקנה: התמודדות של ניצולי שואה עם הזיקנה

קשה לדון בהתמודדות עם המוות בגיל מבוגר בלא לכלול בדיון את ניצולי השואה, המהווים למעלה מ-30% מכלל בני ה-65 ומעלה. כמעט שישים שנה חלפו מתום מלחמת העולם השנייה, נפילת הרייך השלישי ושחרור מחנות הריכוז. נראה שהשואה היא האירוע ההיסטורי החשוב ביותר שהשפיע על החברה הישראלית ועיצב אותה, והשפעתו עדיין נמשכת.

מדינת ישראל הוקמה בצל השואה והמוות, אך בעוד שבעשרים השנים הראשונות שלאחר מלחמת העולם השנייה אימצה החברה הישראלית יחס של התנכרות ואפילו מידה מסוימת

של התנשאות כלפי ניצולי השואה, בשלושים-ארבעים השנים האחרונות השתנתה זוויית הראייה והחוויות הנוראות שחוו הניצולים עולות שוב ושוב לסדר היום החברתי. החברה הישראלית היום לא רק מוכנה להקשיב לסיפור השואה; היא אף מעודדת ויוזמת הזדמנויות להוציא לאור ולבטא באופנים שונים את החוויות הקשות שחוו הניצולים. סיפורי השואה הפכו לחומר גלם בעבור יוצרים רבים בתחום האמנות והתרבות (נדלר, 1996).

גם הניצולים, ששרדו ובגרו והצליחו במהלך השנים לבנות להם חיים חדשים, להכות שורשים בארץ חדשה ולבנות עתיד באמצעות ילדים ונכדים, החלו בזיקנתם לדבר על עברם, בניגוד לתקופות המוקדמות שלאחר השואה, שבהן עסקו בהישרדות פיזית ובהדחקה, וההתרחקות מהשואה הייתה המנגנון היעיל ביותר להתמודד מחדש עם החוויות הקשות ועם האבדן רחב-ההיקף של חיים שלמים.

בשנים האחרונות, עם הזדקנותם, נפרץ הסכר של ניצולים רבים, וכיום רבים מהם מסוגלים לשחזר את העבר, לדבר עליו ולתעדו, ואף לבקר בארץ הולדתם ובמחנות ההשמדה. אך השינוי הבולט חל בחברה הישראלית, ש"התבגרה" אף היא, ולמרות הקשיים הרבים העומדים בפניה, יכולה היום להתמודד עם הטראומה הקשה המלווה את חייהם של כשליש מאזרחיה ובני משפחותיהם.

ההשפעות המידיות וארוכות-הטווח של השואה אינן יכולות להיבחן על פי מדדים בודדים. גורמים חיצוניים ופנימיים רבים כל כך יכלו ויכולים להשפיע על ההתמודדות של האדם היחיד עם טראומה עמוקה כל כך ובלתי נתפסת ועל המשך תפקודו לאורך החיים, ולהערכתי כל ניצול שואה הוא מקרה ייחודי למחקר. כדי להבין את מסלול ההישרדות של ניצול שואה יש להכיר היטב את ההיסטוריה המשפחתית והאישית שלו, את רמת הארגון של אישיותו, את סגנון תפקודו ואת מנגנוני ההגנה שלו, את מערכת התמיכה החברתית והתרבותית שלו לפני השואה, במהלכה ולאחריה, ועוד גורמים רבים אחרים. נראה ששום תאוריה בפסיכולוגיה לא תוכל לעולם להסביר כיצד אנשים שחוו תופת כזה ואיבדו את כל היקר להם, יכולים לשמור על בריאות נפשית.

עם זאת, חוקרים ומטפלים רבים עסוקים בניסיון לאפיין את הניצולים ואת דרכי התמודדותם.

הניסיונות הראשונים להבין ולהסביר את ההתמודדות או את הפתולוגיה של הניצולים נעשו על ידי אנשי בריאות הנפש כמו בטלהיים (Bettelheim, 1979) ופרנקל (1978), שעיבדו את חוויותיהם במחנות הריכוז וההשמדה וניסו להסביר את אשר אירע שם לקרבנות. בהמשך היו אלה אנשי הקהילה הטיפולית שבחנו את השפעות השואה על הניצולים, אך זאת דרך

העדשה של מי שנזקקו לטיפול נפשי. הפסיכופתולוגיה היא שעמדה במוקד, דהיינו מי שסבלו מהפרעות נפשיות ונעזרו בשירותי בריאות הנפש.

בשלושים השנים האחרונות התרחב הטווח של נקודת המבט המחקרית. כיום בוחנים את אוכלוסיות הניצולים כחלק מהאוכלוסייה הנורמלית ובכלים מתודולוגיים מדויקים ומהימנים יותר בהשוואה לעבר. כך מתקבלת תמונה הטרוגנית של אוכלוסייה שאחוז גדול מחבריה התמודד עם הקושי והסתגל לחיים לאחר השואה למרות הטראומות הקשות שחווה. נמצאו הבדלים מזעריים ביותר בין הניצולים לבין קבוצות בקרה של לא ניצולים. בקרב הניצולים קיימת שונות במידת הרווחה הנפשית הנובעת ממשנתנים רבים, ובהם ההתנסויות והטראומות השונות שחוו בתקופת השואה (Shmotkin & Lomranz, 1998). מחקרים מצביעים על כך שבריאותם של הניצולים טובה, שהם מרוצים מעבודתם, מנישואיהם וממשפחתם, ושחלקם אף מצליחים יותר מאנשים שלא חוו את השואה (לומרנץ, 1996).

ניצולי השואה שנותרו בחיים, רובם ככולם הם בגיל הזיקנה או בתהליך של הזדקנות. הם מהווים כשליש מאוכלוסיית הזקנים בישראל. מאחר שבמהלך ההזדקנות בני האדם מתמודדים עם אבדנים רבים והתמודדות זו קשורה במידה רבה גם ליכולת אינטגרציה וסקירה של העבר, עולה השאלה כיצד מתמודדים הניצולים עם האבדנים בזיקנה וכיצד הם מושפעים מהאבדנים הרבים שחוו בעבר; האם הם יכולים לעבור בזיקנתם תהליך של קבלה ואינטגרציה ולהיפרד מהעולם בשלווה ובשקט?

מחקרים בתחום הטראומה מצביעים על כך שהתנסות בטראומה בעבר עשויה להשפיע על התחום הרגשי וההתנהגותי בתהליך ההזדקנות, וכן על מערכת היחסים הבין-אישית ועל תחושת העצמי (Sadavoy, 1997). מחקרים אלה תומכים בגישות התאורטיות הגורסות שחשיפה לאירועי דחק קיצוניים היא גורם פתוגני המאיץ פריצה של מצוקה ותחלואה נפשית וגופנית (Titchner, 1986). לעומת גישות אלה, המודל הסלוטוגני טוען שמרבית הנחשפים לאירוע דחק קיצוני אינם מתנסים בתחלואה ובמצוקה, ויש אפילו שמתחסנים בעקבותיו והוא עשוי לעודד התפתחות וגדילה (Antonovsky & Bernstein, 1986).

הדעות חלוקות גם לגבי השאלה אם ניסיון טראומטי בעבר מחסן או מחליש את עמידות האדם בלחצים נוספים. על פי הגישה הראשונה (Silver & Wortman, 1980), אירועים טראומטיים מותירים את האדם רגיש ופגיע יותר, בעיקר כשהוא שב ונחשף לטראומות. לכן הצטברות של אירועי חיים המצטרפת לאבדנים הרבים הצפויים בזיקנה עלולה להחמיר את התגובות הפוסט-טראומטיות. דניאלי (Danieli, 1994) מצאה שניצולים שלא דיברו על

החוויות הקשות שחוו והתמודדו היטב בצעירותם, עשויים לגלות קשיים בהתמודדותם עם הזיקנה, כנחלשים מנגנוני ההגנה והדחקה וההכחשה אינן יעילות עוד כבעבר.

הגישה השנייה גורסת כי אירועים קשים הם בעלי השפעה מחסנת בעת חשיפה חוזרת לטראומה (Sigal, 1995) ובמהלך ההזדקנות (Eysenck, 1983). לפי גישה זו, ככל שמזדקנים ניסיון החיים העשיר מקנה משאבים המאפשרים לאדם להתמודד עם סבל ועם אבדן.

בניסיון להציע מיזוג של שתי הגישות מוצעת גישה שלישית, שלפיה ההתמודדות עם לחץ בעתיד תלויה במידת ההצלחה בהתמודדות עם לחץ בעבר. התמודדות מוצלחת גורמת להרגשת שליטה וחוסן ולהגדלת מכלול אמצעי ההתמודדות בעתיד, לעומת כישלון בהתמודדות, המחזק את תחושת הפגיעות ואת המצוקה נפשית (Solomon et al., 1993).

בעבודת הדוקטור שכתבה שירה הנטמן, בנושא ההתמודדות של ניצולי שואה זקנים עם מחלת הסרטן (הנטמן, 2000), מתוארים שלושה דפוסי התמודדות עם השואה שהשפיעו על אופן ההתמודדות עם מחלת הסרטן בזיקנה: "הקרובן", "הלוחם" ו"אלה שהצליחו". נמצא שמי שהתמודד בהצלחה בעבר עם השואה הצליח להתמודד גם עם מחלת הסרטן בזיקנה. המחקר מצא גם שמרבית הנחשפים לטראומה חוזרת שמרו על יכולתם להתמודד עמה בהצלחה ובכך חיזקו את הגישה הדוגלת בכושר העמידות שאנשים עשויים לפתח לנוכח אירועים טראומטיים. הנטמן מצאה שמרבית הנבדקים הצליחו לשקם את חייהם לאחר המלחמה ולהתמודד עם אירועי החיים, ובכך גילו משאבים פנימיים ואישיותיים וכן תחושת לכידות חזקה כמשאב חשוב הממתן השפעות ארוכות-טווח של לחץ טראומטי.

גישה שונה להבנת יכולת ההתמודדות של ניצולי השואה הציע פרופ' יעקב לומרנץ מאוניברסיטת תל-אביב (Lomranz, 1990). לומרנץ פיתח את מודל הא-אינטגרציה בניסיון להבין את יכולתם של אנשים שחוו אבדנים ואירועים טראומטיים בחייהם להמשיך ולתפקד ואף להרגיש טוב. א-אינטגרציה היא יכולתו של האדם להרגיש טוב גם ללא אינטגרציה מלאה של כל ההיבטים הביו-פסיכו-חברתיים בחייו. למעשה זהו אשכול של יכולות הבאות לידי ביטוי בזמנים שונים:

1. היכולת להכיל סתירות בתוך העצמי כשהנרטיב אינו לכיד תמיד.
2. היכולת להשלים עם עמימות ולהישאר בחוסר ודאות.
3. היכולת להשלים עם אמביוולנטיות.
4. היכולת לחיות בחוסר המשכיות או בלא עקיבות בתחום הרגשי או המחשבתי.
5. היכולת לצאת ממצבים פרדוקסליים או לעמוד במסר כפול.

בעזרת כל אלה, טוען לומרנץ, היכולת לשאת חוויות קשות כל כך כמו זוועות השואה אינה מפריעה לתפקוד היום-יומי. סיפור החיים של ניצולים אינו אינטגרטיבי, אך חוסר הרציפות אינו מונע מהם הסתגלות טובה.

עם זאת, לפי ג'נוף-בולמן (Janoff-Bullman, 1988) התמודדות עם טראומה מחייבת ארגון מחדש של מפות קוגניטיביות שהתפרקו בעקבות הקטסטרופה. על הניצולים להטמיע את הטראומה ולבנות מחדש עולם אינטגרלי ויציב, שיש בו קשר בין עבר להווה. עליהם למצוא משמעות אישית לחיים ולרכוש מחדש מבט על החיים כבעלי משמעות, ומכאן להיות מסוגלים להתפתח ולהשתנות לאחר הטראומה.

חלק מהאנשים עסוקים בתקופת הזיקנה המאוחרת בעיקר בתהליך של שחזור וסקירת העבר כחלק מההתמודדות עם האבדנים ועם המוות הקרב. בשלב זה קיימת נטייה לעבור מעשייה לחשיבה, מתכנון לזיכרון, מעיסוק במחשבות לטווח ארוך למחשבות על העבר (Krystal, 1981). ניצולי השואה מתקשים מאוד בהעלאת זיכרונות ובסקירת העבר. קבלת העבר כפי שמציע אריקסון (Erikson, 1984) נראית בלתי אפשרית. יתרה מזאת, הזיקנה כשלעצמה עשויה להיות טראומטית בעבור הניצולים. תהליך הקבלה העצמית וההשלמה עם העבר נראה בלתי אפשרי כשעולים מחדש רגשות של חוסר אונים ושל בושה. הניצולים עשויים לחוות מחדש תחושת נטישה, בידוד ובדידות, מעין חזרה אל אותה תקופה שבזמן השואה ולאחריה, שבה חוו יחס בלתי אנושי כלפיהם או בדידות גדולה. מי שאיבדו ילדים בשואה עשויים לחוות מחדש רגש אשם על ששרדו. אחרים עשויים לשקוע בדיכאון, בלא יכולת להשלים בדרך אפקטיבית את האבל. היכולת להתמודד עם אבל רחב-היקף כל כך היא מוגבלת. סקירת העבר והעיסוק בעבר כאמצעי לאינטגרציה ולקבלה עשוי מבחינתם להיות מנוגד להצדקה היחידה להישרדותם כעדים כועסים כנגד הזעם הבלתי מוגבל שעוררה השואה. קריסטל (Krystal, 1981) מציין שניצולים רבים אינם פונים לטיפול כי אין הם מודעים לדיכאון. דיכאון של ניצולים בזיקנה עשוי לבוא לידי ביטוי בצמצום עניין ובהימנעות מהנאה וממצבים מעוררי התרגשות. הם נוטים להשטחה של האפקט מתוך תחושה בלתי מודעת שאסור לשמוח וליהנות. עם זאת, למרות המשימה הבלתי אפשרית להשלים את משימת האבל, רוב הניצולים הצליחו לעשות זאת. לדעת לומרנץ (1996), האבדנים הקשים שחוו הניצולים סייעו להם להתמודד עם אבדנים עתידיים, אם כי קיימים משתנים חשובים משפיעים אחרים, כמו מבנה אישיות וסוג החוויות הטראומטיות שחוו.

למרות הקושי, יש ניצולים העוסקים בסקירת השואה, כמו כתיבת זיכרונות, פעילות ציבורית או פעילות חינוכית הקשורות לשואה. עיסוק זה עשוי לבטא צורך בלתי מסופק להמשכיות ולנצחיות, צורך להזהיר אחרים, צורך בנקמה יחד עם הרצון לתיקון, פחד מהשכחה ועוד.

ויזל (Wiesel, 1990) טוען שהזיכרון יוצר קשר בין העבר לעתיד ומאפשר לניצול השואה לחזור ולהאמין מחדש בהומניות ובצדק האנושי.

ליפטון (Lifton, 1977; 1979) מדבר על מנגנון זה במונחים של רקונסטרוקציה של הזיכרון, הכוללת מאמץ ליצור מחדש שלושה אלמנטים עיקריים של התפקוד הנפשי: הראשון - תחושת קשר, כלומר היכולת ליצור יחסים אורגניים בין העבר להווה; האלמנט השני הוא תחושת אינטגרציה סימבולית המהווה את הלכידות ואת המשמעות בחיי האדם, כולל חוויות טראומטיות. האלמנט השלישי הוא תחושת התנועתיות, דהיינו היכולת להתפתח ולהשתנות אחרי הטראומה.

לנשיאת העדות ייתכנו כמה תפקידים אפשריים נוספים. היא עשויה להוות את ניסיונו של האדם להשלים עם ההיסטוריה, שכן לא ניתן לבנות חיים טובים המבוססים על תחושה נצחית של היותך קרבן. יש בה גם כדי להזהיר את האחרים, דבר המאפשר גם למצוא משמעות נסבלת כלשהי למה שקרה.

חנה: ניצולת שואה ערירית

הכרתי את חנה, ניצולת שואה ערירית בת 94, במסגרת עבודתי בבית האבות של "משען" ברמת אביב. חנה עסקה כל חייה בנתינה ובעזרה ולא הייתה מן הנוקמים, וזאת למרות הטראומות שחוותה והקשיים הרגשיים הרבים שללא ספק נלוו לכך. ההיכרות בינינו החלה כשחיפשתי מרואיינים בעבור סטודנטים בקורס "פסיכולוגיה של הזיקנה", שחייב התנסות בריאיון אישי של אדם זקן.

תיאור חייה של חנה ממחיש כיצד העיסוק במתן עדות ובסקירת השואה משמש אמצעי להבנות מחדש את רצף החיים שנקטע. בסיפור חייה היא גם ממחישה כיצד ניתן לשמור על המשכיות ועל לכידות של העצמי בתקופת הבגרות המאוחרת ובזיקנה, למרות השבר שנוצר בעקבות השואה, במצב של א-אינטגרציה לפי לומרנץ (Lomeranz, 1990).

חנה התגוררה במשך 25 שנה בחדר קטן בבית האבות. את רוב זמנה בילתה בחדרה בקריאה ובכתיבה. אף שכמעט לא יצאה מבית האבות, הייתה חנה מעודכנת היטב בכל הנעשה בארץ ובעולם ומעורבת בכל האירועים הפוליטיים והחברתיים. כל אלה היו מקור בלתי נדלה לרעיונות שביטאה בכתיבת פרוזה, שירים ומכתבים. למרות כוחותיה המוגבלים ומצבה הגופני הירוד, התעקשה

חנה לתפקד באופן עצמאי ונמנעה מלבקש עזרה. כבית האבות הכירו אותה הכול. שנים רבות היא חיה שם בגפה, והייתה מעורבת מעט מאוד בחיי החברה והתרבות שבמקום. לעתים רחוקות הלכה לשמוע הרצאה, אך לטענתה אין לה זמן והמלאכה מרובה, והיא העדיפה להישאר בחדר הקטן שהיווה את כל עולמה האישי, ולכתוב.

חדרה של חנה היה עמוס ניירות, ספרים, מזכרות ותמונות של בני משפחה שנספו בשואה וכן תעודות הוקרה רבות שצברה במהלך השנים. הביקור בחדר עורר בי תחושה שאני מבקרת במקדש גדוש חפצים, ספרים, ניירות ותמונות שהיו פזורים בו. כדי לשבת על כיסא ולשוחח עם חנה היה צורך לפנות ערמות של דברים. הרגשתי מחנק ואי נוחות מסוימת לאור הנוכחות המוחשית כל כך של דמויות מהעבר (מעין תחושה של כניסה לסרקופג).

למרות שמירתה הקפדנית על זמן הכתיבה, תמיד שמחה חנה להתראיין על ידי עיתונאים וסטודנטים, ובעיקר ראתה חשיבות בפרסום סיפור חייה בציבור. היא עוררה בקרב כל מבקריה הצעירים הערכה והשתאות לנוכח הערנות והצלילות, בהירות המחשבה וחדות הלשון, למרות גילה המופלג וגופה הרפה.

חנה הייתה ניצולה יחידה ממשפחה ידועה ומכובדת מפולין. את חייה ניתן לחלק לשתי תקופות, או למעשה לשני עולמות (כפי שמתארים את חייהם אנשים רבים שחוו אבדנים טראומטיים, כמו הורים שכולים): החיים לפני השואה והחיים אחרי השואה.

בצעירותה הייתה חנה מורה ואחר כך סגנית מנהלת בית ספר. במקביל הייתה פעילה בארגונים ציוניים ויהודיים. בגיל 22 היא נישאה למנהל בית הספר ובגיל 24 נולד בנה היחיד. הילד היה מחונן וניגן בכינור. רבים ניבאו לו עתיד גדול בתחום המוזיקה. בגיל 38, בשיא פריחתה האישית, החברתית והמקצועית, התמוטטו חייה.

האבדן הראשון היה של אחיה הצעיר שמצא את מותו במלחמה. שבועות מספר לאחר מכן נורתה אמה בחצר הבית ובאותו שבוע נרצחו אביה, בעלה, בנה ואחיה הבכור.

התגובות המידיות הראשונות לרצח כל יקיריה היו בכי בלתי פוסק וניסיון להתאבד. היא הפסיקה לאכול מתוך תקווה למות, ובמקביל פתחה במשימה למצוא את גופות יקיריה ולהביאן לקבורה יהודית. העיסוק האובססיבי, ללא שינה וללא אוכל, היה בעבורה ההסבר היחידי לכך שנשארה בחיים, והוא נמשך זמן מה עד שהצליחה למצוא את רוב הגופות. גילוי הגופות היה טראומה נוספת בעבורה, ועד יום מותה היא נשאה בזיכרונה את מראות הזוועה.

העיסוק האובססיבי כלל גם איתור גופות נוספות של קרובי משפחה ויהודים נוספים והבאתן לקבורה. שנים לאחר הרצח הנציחה חנה בחדרה את בני משפחתה. תמונת המצבות שלהם הייתה תלויה בחדרה לצד תמונותיהם, עדות סמלית לחיים ולמוות שהיו משולבים בחייה הבוגרים מאז תחילת השואה. הדבר נתן לה סיבה לחיות, לצד חינוך ילדים בגטו וארגון פעילויות שונות בעבורם, זאת עד אשר נתפסה ונשלחה ברכבת המוות למחנה השמדה. יחד עם עוד 80 צעירות יהודיות נדחסה חנה בקרון קטן. היא החליטה לארגן בריחה והדריכה את הצעירות איך לקפוץ מהרכבת הנוסעת. באופן טרגי, כל הנערות נהרגו או נורו במהלך הקפיצה. חנה הצליחה לשרוד אף שהייתה פצועה וחבולה בכל גופה. למרות הרצון למות, ולמרות ניסיון ממשי להרעיב את עצמה, היא שרדה. חנה ראתה בכך עוד אות בשרשרת הנסים המכוונים משמים לכך שיעודה הוא להינצל ולהמשיך במשימת ההנצחה. שנים לאחר המלחמה כתבה חנה מחזה על סיפור הבריחה, והיא סיפרה אותו בעקיבות בכל שנה ביום השואה לתלמידים רבים ברחבי הארץ.

לאחר המלחמה המשיכה חנה לחיות בתחושה פנימית של השתייכות לקבוצה מוגבלת של "אודים מוצלים", השונים משאר הניצולים בכך שנותרו לבד בעולם. המשמעות היחידה שנותרה לחייה הייתה להמשיך להציל יהודים, בעיקר ילדים. במקביל לעיסוק בהוראה, עסקה חנה באיתור ילדים יהודים יתומים ובהעברתם לישראל. לאחר מכן היא טיפלה באלמנות וביתומים שהגיעו מברית המועצות. נוסף על כך היא כתבה עדות לשלטונות פולין על הפרעות ועל רצח העם בעיר הולדתה. למרות בריאותה הלקויה היא הייתה עסוקה יומם ולילה בשליחות להצלת היהודים שנותרו מחד גיסא, ובתיעוד פרטי היהודים שאבדו מאידך גיסא.

כמורה עסקה חנה בהוראת נושא השואה ובחינוך תלמידים, וכתבה מאמרים לעיתונות ולבתי הספר. במשך 26 שנה היא טיפלה במסירות גם בבעלה השני שחלה ועזרה לו בעסקיו, וגם בקשר אתו היא ראתה ייעוד. בגיל 57 כתבה את ספרה הראשון. הספר נכתב בפולנית ועסק בהיסטוריה של היהודים בעיר הולדתה. שנים מספר לאחר מכן היא נסעה להעיד נגד פושעים נאצים בגרמניה ומסרה עדויות בפולין.

בגיל 70 פרשה חנה מהעבודה ועברה עם בעלה החולה לבית אבות. הוא מת זמן קצר לאחר מכן, בהותירו אותה שוב לבד בעולם. חנה חזרה למשימה המרכזית בחייה – תיעוד ומתן עדות. היא כתבה שלושה ספרים נוספים, כמה ספרי שירה ועסקה בהנצחת כל בני משפחתה. בשנים האחרונות לחייה, תשושה וחולה, היא כתבה בעיקר שירים ומכתבים, וכל שיר היה בבחינת מסר - לחנך את הצעירים, "לא סתם פואטיקה", אמרה. בהכרה שהזמן אוזל, הרבתה חנה להתכתב עם ארגונים ועם מוסדות חינוכיים ויהודיים ברחבי העולם. כל מי שזכה להכירה, התרשם מהנחישות הבלתי פוסקת אך בעיקר מסיפור חייה הטרגי. אף שהייתה ערירית, אלמנה ואם שכולה ניצולת שואה, היא הצטיירה בעיני כולם כ"לוחמת", כאישה חזקה ומרשימה הרחוקה מדמות הקרבן. כששאלתי אותה מניין היא שואבת את הכוחות, ענתה לי בחיוך: "יש בררה? מי יעשה את זה במקומי?". העיסוק בשואה ובסבל החזיק את חנה בחיים באמצעות הקשר הסימבולי והמנטלי המתמשך עם יקירה.

דניאלי (Danieli, 1981) טוענת שהניסיון להתמודד הוא הסיבה המרכזית לעיסוקו של הניצול הזקן בתיעוד. זאת נוסף לתהיותיו הבאות לידי ביטוי הן בשאלה "מי אוהב אותי ודואג לי", והן עם שאלות כואבות אחרות - מי יזכור אותי? האם הזיכרון של עמי ושל השואה ייעלמו עם הסתלקותי? בעניין זה מציין מאירוביץ, כי להיזכר על ידי אחרים פירושו לזכות בלגיטימציה לקיומי מעבר לעצמי (Meirowitz, 1981).

חנה נפטרה לפני שנים אחדות, אך סיפור חייה ודמותה המרשימה נותרו חקוקים בזיכרוני. במפגשים עם חנה ניסיתי בתחילה ללמוד ולהבין את סוד הישרדותה: מהו הדבר המחזיק "אוד מוצל", כפי שכנתה את עצמה, בתקופת הזיקנה המאוחרת, למרות מצב הבריאות הלקוי והבדידות, אך בלא דיכאון או ייאוש. נראה שחנה, כניצולים אחרים, סיגלה לעצמה

את העיסוק בסקירת השואה כמנגנון ייחודי שאפשר לה עיבוד קוגניטיבי של הטראומה, כלומר עיסוק אינטלקטואלי שהיה מנותק מהרגשות הקשים והמאיימים. דסברג (1993) תיאר את התופעה כ"קשיות" - (hardening) מנגנון הגנה של ניצולים שאינו מאפשר חיים אמוציונליים, אך האדם יכול להמשיך ולנהל את חייו בדרך קונסטרוקטיבית.

אך הדחף שהתעורר בהמשך היכרותי עם חנה היה חזק יותר: דחף למלא משימה, לשמש לה "דור המשך", להמשיך את השליחות שנפסקה ולהנציח גם אותה, כדי שהזיכרון של אישה מופלאה זו ושל ניצולים רבים כמותה, ושל דור שלם שנכחד, לא ייעלם (בר-טור, 1995).

פרק 9

הטיפול בזיקנה הפופלגת: זקן זקן, פה יש לו בחייו?

כבר אינני האיש שהיה. אני הוא הבא אחרי,
המשך משוער לאותן הפנים
אני ממשיך ללכת בלעדיו. לפעמים רץ בלילה,
מנסה לעבור את המינימום האולימפי שלי.
לומד לנתר, מסתפק בפרס נוחומים:
שרק לא יהיה גרוע יותר.

חיים גורי, הבא אחרי, הקיבוץ המאוחד, 1994

זיהם הזקנים-זקנים?

אוכלוסיית הזקנים-זקנים מוגדרת בספרות כבני 80-85 ומעלה (Dunkle, Roberts & Hang, 2001; Jonson & Barer, 1997; Perls, 1995). עם זאת, גיל הכניסה לקטגוריית הזקנים ביותר עשוי להיות 90 ואפילו יותר מזה (Suzman & Riley, 1985). הנטייה הרווחת כיום היא לכלול בקטגוריה זו את בני ה-85 ויותר. אוכלוסייה זו היא בעלת אפיונים ייחודיים. ההישרדות בשלב זה של החיים מבחינה פיזית ומבחינה רגשית היא אתגר גדול, שלא רבים זוכים להתמודד עמו.

אוכלוסיית הזקנים-זקנים: אפיונים ביוחדים

בלטס ובלטס וסמית (Baltes, 1997; Baltes & Smith, 2003) מסבירים שאוכלוסיית הזקנים ביותר שייכת לגיל הרביעי שהמעבר אליו מתחיל בארצות מפותחות בגיל 80-85, כי אכן הבוחן שנקבעה היא שמחצית מבני קבוצת הגיל הזו כבר אינם בחיים. מי ששורדים בגילים אלה חווים כיצד מוסט המוקד מהיבטים שונים של רווח לעוד ועוד אבדנים. הגיל הרביעי שונה מאוד מהגיל השלישי של הזקנים הצעירים. קבוצות הזקנים הצעירות יותר עשויות להגיע להזדקנות מוצלחת, בבריאות פיזית ומנטלית טובה, בסיוע כוחות חברתיים ותרבותיים. כוחות אלה כוללים רפואה מתקדמת, סביבה טובה, משאבים פסיכולוגיים וחברתיים משופרים כמו קריאה, כתיבה, גלישה באינטרנט ואמצעי תקשורת משופרים, המסייעים לזקנים לגלות מעורבות ופעילות ולהגיע לידי אופטימיזציה של יכולותיהם, וכן להדוף לחצים ולהסתגל לאבדנים על ידי שינוי הגישה לאבדנים ולמחלות (לדוגמה, הם מדוחים על רווחה נפשית למרות נסיבות חיים אובייקטיביות שליליות).

בגיל הרביעי מידלדלים משאבים רבים. גם בקרב הזקנים הבריאים נראה שנפגעת מאוד יכולת הלמידה של דברים חדשים, ולמעלה ממחצית בני ה-90 סובלים ממידה זו או אחרת של דמנציה. הדמנציה מתבטאת באבדן הדרגתי של איכויות חיים מרכזיות כמו אוטונומיה, עצמאות תפקודית, זהות אישית, קשר חברתי והיכולת לפעול בהתאם לתכנון. אבדן הפונקציות האלה הוא פגיעה קשה בכבוד האנושי הבסיסי ובזכות האדם הזקן לחיות בהתאם לרצונו. טיפול אפקטיבי בדמנציה עדיין מוגבל, הן בתחום הרפואי והן בתחום הפסיכו-חברתי.

אפיוני הזקנים-זקנים בני 85 ומעלה שונים במידה רבה מאלה של הזקנים הצעירים. ההבדלים בין המינים בולטים בקבוצת גיל זו לאור העובדה שאחוז הנשים בה גבוה במידה רבה מאחוז הגברים. רובן אלמנות, ובדרך כלל המקורות הכלכליים שברשותן מצומצמים יותר מאלה

של גברים בני אותו גיל ומאלה של שאר האוכלוסייה (Barer, 1994). לנשים הזקנות ביותר סיכוי גבוה יותר לפתח דמנציה והפרעות תפקוד שונות. הפרופיל של התפקוד הפסיכולוגי של בנות 85 ומעלה נמצא ירוד יותר מזה של הגברים (Smith & Baltes, 1997).

במכון הרצג באוניברסיטת תל-אביב נערך במשך 12 שנה מחקר אורך על מדגם מייצג של אוכלוסיית הזקנים בני 75 ומעלה בישראל, במטרה לזהות את הקבוצות בעלות פרופיל הסיכון הגבוה לתמותה בזיקנה מופלגת. הפרופיל מבוסס על תפקוד קוגניטיבי, רגשי וגופני. במחקר נמצא שהקבוצה הנמצאת בסיכון הרב ביותר לתמותה מאופיינת בפרופיל של תפקוד קוגניטיבי וגופני ירוד ובתפקוד רגשי תקין. ייתכן שהתפקוד הרגשי התקין הוא למעשה תולדה של הכחשה של המצב הגופני והקוגניטיבי, ובעקבותיה – הימנעות מפנייה לטיפול. כן נמצא שגברים ונשים הן שתי קבוצות סיכון נפרדות המושפעות על ידי גורמים שונים. בקרב הנשים, יותר מבקרב גברים, נמצא שתפקוד רגשי ותפקוד קוגניטיבי ירודים בזיקנה המוקדמת, ובמיוחד קשרי הגומלין שבין התפקוד הגופני לבין התפקוד הרגשי, משפיעים על הסיכון לתמותה בזיקנה מופלגת.

גם המשאבים הסוציו-דמוגרפיים החשובים להישרדות שונים בקרב הנשים והגברים. לנשים נדרשים משאבים כלכליים ותרבותיים, ולגברים נדרשים משאבים חברתיים (סיכויי התמותה של גברים לא נשואים גדולים יותר) (חזן, שמוטקין ואייל, 2004).

עקב המקורות המוגבלים העומדים לרשות הזקנים ביותר, ומשום שרבים מהם בודדים ללא בני זוג, אחוז גבוה מהם (בעיקר בני 85 ומעלה) יחסית לשאר הזקנים תלוי בשירותים מהסביבה ונזקק להם, או מתגורר במוסדות.

סמית ובלטס (Smith & Baltes, 1997) טוענים: "התכנון הארכיטקטוני הביו-תרבותי להתפתחות האנושית אינו מושלם בכל הנוגע לזקנים ביותר, וכי הארכיטקטורה של מהלך החיים משקפת חוסר שלמות מתסכלת בבני אוכלוסייה זו".

בלטס (Baltes, 1997) מתאר שלושה עקרונות הפועלים בהתפתחות האדם. העיקרון הראשון הוא בחירה אבולוציונית הקיימת בעיקר במחצית הראשונה של החיים והמאפשרת הולדת צאצאים בריאים יותר והתנהגות הורית יעילה יותר. בזיקנה הביולוגיה כבר אינה פועלת לטובה. במהלך החיים גובר והולך הצורך במשאבים תרבותיים-חברתיים כדי לנצל את הפוטנציאל הביולוגי. ההיבטים התרבותיים השונים, החומריים, המנטליים, החברתיים והטכנולוגיים למשל, הם המנוע העיקרי המאפשר עלייה של תוחלת החיים במאה העשרים, ולא השינוי הביולוגי הגנטי. מאחר שהזיקנה כרוכה בירידה בפוטנציאל הביולוגי וביעילות האורגניזם, אבדן זה מחייב התרחבות של תפקיד התומך והמפצה של המשאבים התרבותיים-

חברתיים. בזיקנה המאוחרת, כשמתרבים האבדנים הביולוגיים ויכולת הלמידה פוחתת, השקעת משאבים בזקנים מניבה שיפור ושינוי פחותים בהרבה לעומת ההשקעה בגיל צעיר יותר, כך שהשפעת ההתערבות הולכת וקטנה והיעילות של המשאבים התרבותיים הולכת וקטנה.

ג'ונסון (Jonson, 1994) וג'ונסון ובארר (Johnson & Barer, 1993; 1994) מצאו שההתמודדות של הזקנים-זקנים עם הלחצים של זיקנתם המאוחרת מתאפשרת על ידי התנתקות מתפקידים או ממערכות יחסים מלחיצות, ובאמצעות ארגון מחדש של תפישותיהם ושל התייחסויותיהם לאירועים חדשים. שינויים אלה מתבטאים בתפישת הזמן ובמשמעות החיים והמוות. ג'ונסון ובארר (Johnson & Barer, 1993) מצאו שהזקנים-זקנים אכן נוטים לתת פירושים שונים לבעיותיהם, והמשמעות שהם מייחסים לאירועים השונים מאפשרות להם להשיג תחושה של שליטה על חייהם. הזקן ביותר בונה למעשה תפיסת עצמי שונה מזו שהייתה לו בזיקנה הצעירה. הזקן מוותר על שליטה ומעורבות, כי ההסתגלות המתאימה לגילו המופלג היא דווקא היכולת לוותר על שליטה, לקבל מידה של תלות מאחרים ולהתנתק מקשרים חברתיים מעיקים ולוחצים.

רחל : אתגר ההישרדות במחלקה הסייעודית

שבע שנים חלפו מאז הכרתי את רחל בת ה-96, אישה חכמה ודעתנית, עצמאית וצלולה שלימדה אותי על זיקנה ועל החיים יותר מכל הספרים והמאמרים שקראתי במשך השנים. הקשר הטיפולי בינינו נמשך כשנה ומאז נשמר קשר טלפוני, ומדי פעם בפעם אף באתי לבקרה.

סיימתי את תפקידי בבית האבות כשרחל הייתה בת 91 ומאז המשכתי בדרכי. חיי היו מלאים וגדושים עבודה, משפחה, חברים ועיסוקים רבים שהרחיקו אותי ממנה. היא נותרה ספונה בבית האבות, בבית שממול לאוניברסיטה, אותו בית שפעמים רבות חלפתי על פניו, נזכרתי בה לרגע, אך מיד שבתו וצללתי בענייני.

כמהלך השנים הובא לידיעתי שרחל נפלה ונחבלה בראשה, ונאלצה למגירת לבה לעבור להתגורר במחלקה הסייעודית. שוחחנו לעתים בטלפון. בחוש ההומור שלה ובחן רב תמיד היא מצאה דבר-מה "משעשע" לספר, עליה או על בני משפחתה. "אוי, ליאורינקה, מה אספר לך?" השיבה כששאלתי לשלומה, כשהתקשרתי ביום מן הימים לדרוש בשלומה. "היית מאמינה שהנין

שלי בן שש וכבר החל לנגן. מוכשר כמו שד, כמו כל הגדולים במשפחה".
"ואיך את מרגישה?", שאלתי לאחר שהסתיימה ההתלהבות הראשונית וקולה נחלש ונשמע לפתע עייף ועצוב. "נו, מה יש לספר על זקנה בת 94 במחלקה סעודית?", השיבה לבסוף, "הגוף בוגד, בגיל שלי, מה לעשות, אני כבר קצת מוגבלת, אך הראש עוד צעיר, זוכר הכול, קורא, מתעניין", חשוב היה לה להבהיר.

על המחלקה הסיעודית לא רצתה להרחיב את הדיבור, הרי שתינו ידענו שזה "אפילו לא מלון של שני כוכבים", אלא אגף סגור ומבודד בקומות השלישית והרביעית, שחלק גדול מדייריו אינו יוצא את שעריה. "הצעירים העצמאים" נרתעים מהזקנים הנעזרים בהליכונים ובכיסאות גלגלים. מוטב שיישארו באגף שלהם. הם הרי כבואה מפחידה של עתידם שאינו רחוק כל כך. הם גם אינם משתלבים באולם המבואה של "מלון חמישה כוכבים".

לא ביקרתי את רחל מאז עברה למחלקה הסיעודית. לא יכולתי לראותה שם, מוגבלת, מאבדת את המעט שעוד נותר לה, את הפרטיות ואת האינטימיות, חולקת את ה"בית" שלה עם אישה זרה לחלוטין. כל עולמה הצטמצם לחדר קטן ובו מיטות מתכת, ייצוג מזערי של עולם שהיה פעם עשיר ומלא חיים. חייה שם דמו לחייה של ילדה בפנימייה: עם שעות השכמה, רחיצה, אכילה וכיבוי אורות, דלת בלא מנעול, פינה בלא מסתור, בלא גבולות, אישה זקנה, מוגבלת וחשופה. אין זו רחל שרציתי לזכור. אך ערב "הימים הנוראים", וללא אמונה דתית, עשיתי כהרגלי זה שנים חשבון של מכלול מעשי הרעים. רחל חזרה ובצבצה אי משם. היא הרי הייתה שם בכל פעם שנסעתי לאוניברסיטה ובכל פעם שנכנסתי לקניון המפואר שממול. חרדה הציפה אותי לפתע: "שלא יהיה מאוחר מדי. אולי כבר אינה יכולה לדבר. אני חייבת לבקר. קודם לצלצל. לא להביך אותה בביקור פתע", אני משוחחת עם עצמי בלא קול, "הרי לא דופקים סתם על דלת של אדם שלא ראינו שנים. שתוכל להתכונן, שתציע תאריך".

הקול שמעבר לקו נשאר אותו קול. עדיין מלא אנרגיה וחיים. הראש עדיין עובד כהלכה וזוכר, ואפילו מזהה אותי. פרץ של שמחה לשמע קולי. כמה חשבה עליי, אפילו חשבה להתקשר. "לא רציתי להטריד". כרגיל, לא השתנתה. "אני באה ביום חמישי בארבע" אמרתי, "לאחל לך שנה טובה".

כך הגעתי בערב ראש השנה לקניון בדרך לביקור אצל רחל. תהיתי מה אפשר להביא לה בביקור שכזה, ערב ראש השנה. שפע המתנות המוצעות בקניון, ארוזות בניירות צלופן ובסרטים צבעוניים, לא הכיל אף דבר אחד שיתאים לזקנה במחלקה סיעודית. ספלים צבעוניים, כלי מיטה, אביזרים לאמבטיה ולמטבח, שוקולד, בשמים וסכונים.

הסתפקתי בזר פרחים צנוע שתוכל לשים באגרטל קטן, זר שלא יגזול מקום ושניתן יהיה לשימו גם בכוס אם אין לה אגרטל. המחלקה הסיעודית נמצאת בקומה השלישית. מסדרון ארוך שממנו נכנסים לחדרים השונים. במרכזו מובלעת קטנה המשמשת כחדר אוכל, כחדר טלוויזיה וכחדר אורחים. לידה חדר אחיות ומטבח. בשעה שלוש שרר שקט במסדרונות. בחדר המרכזי פעלה טלוויזיה בלא קול. מולה, בכיסא גלגלים, ישב זקן ובהה בדממה. חדרה של רחל נמצא בקצה המסדרון. ליד דלת הכניסה הופיעו שני שמות, של רחל ושל שכנתה לחדר. החדר קטן. בשני צדיו מיטות וליד כל מיטה שידה קטנה. טלוויזיה בצד, שעון וטרנזיסטור. מדף ועליו כמה ספרים. זיהיתי מיד את מיטתה. זאת הטריטוריה הקטנה שלה. תמונות של כל הנכדים והנינים. ברכה ממוסגרת לסבתא רחל. תמונה ישנה של בעלה. על השידה עוד שתי תמונות במסגרת. המיטה מכוסה בכיסוי שסרגה כלתה. פינה קטנה, חמימה, אישית, בתוך מחלקה המעוצבת כמחלקה בבית חולים, ללא כל סימן ודמיון ל"מלון חמישה כוכבים" שהיא נבלעת בתוכו.

את רחל מצאתי ישובה בכיסא, מחזיקה בספר. נראה שחיכתה לי. היא הייתה לבושה בקפידה, שערה האפור הקצר מסורק בקפידה, על פניה חיוך רחב ובעיניה התרגשות רבה. שאלתה הראשונה הייתה: "נו, השתנית? איך אני נראית לך? את לא השתנית בכלל", היא ממשיכה בטרם יכולתי להשיב. "תודה על הפרחים. אבל את יודעת, יש כאן מחסור בווזות. פעם הייתה לי וזה מחרסינה עדינה כל כך יפה, אבל הילדים לא העבירו אותה לבית האבות" (נזכרתי בכאב שליווה אותה בשלב הקליטה בבית האבות, וחשבתי על ההשלמה שבהתייחסותה היום לאבדן האוטונומיה והשליטה שחוותה).

"אולי תקחי את הפרחים היפים הביתה? ממילא אין כאן מקום". "מיד נמצא להם מכל וגם מקום", התעקשתי. פניתי אל תחנת האחות, ולאחר כמה מילים של ברכה ובקשה מצדי, מצאה אחת המטפלות צנצנת קפה ריקה. חשתי הקלה.

שמתי את צנצנת הפרחים על השידה, לצד התמונה. צפוף כאן, חשבתי, בעודי מפנה מקום. עצבות תקפה אותי לפתע. מיהרתי לפנות אל רחל כדי לשאוב ממנה עידוד. היא מיד הציעה שנצא לחדר האורחים לשוחח בשקט. פניה הטובות והשמחה שגילתה לבואי הקלו עליי.

בדרך לפינה שליד החלון, בחדר ששימש גם כחדר אורחים, חלפנו ליד הזקן הבוהה במסך הטלוויזיה. "פה הרוב כאלו", אמרה רחל, "אין עם מי לדבר".

"נו, איך אני נראית לך?" שבה רחל ושאלה אותי כשהתיישבנו זו מול זו. "אני בת 96", הדגישה, "היית מאמינה? ואני עוד בן אדם כמו שהייתי", הוסיפה. "איך זה להיות בת 96?" שאלתי בסקרנות. "אי אפשר לסחוב את זה, אין לי כוח, אבל הילדים אומרים שאני צריכה לחיות עוד שנה וחצי כי לנין שלי יהיה בר מצווה. יש לי כבר שלושה נינים, אחד יותר מוצלח מהשני...". וכאן כהרגלה עזבה את עצמה, את הזיקנה ואת המחלקה ה"סגורה", והפליגה לעולמם של בני משפחתה הצעירים, שעתידם לפניהם, שחייהם מלאי עשייה ויצירה, חיים של חופש.

"איך את מסתדרת במחלקה?" שאלתי אחרי זמן מה, וניסיתי להחזירה שוב לעולמה העכשווי. "אני בת 96, חיה לי מיום ליום, לי אסור להתלונן", השיבה רחל, "אלוהים נתן לי ביד רחבה. ילדים טובים, מסורים. הם גאים בי. דואגים לי." אור וצל משמשים בערבוביה, טוב וגם רע. יש לי כאן מאהב, את יודעת?, הצליחה שוב להפתיע אותי. עיניה חייכו וכל כולה שובבות ונעורים. "בן 91. שמו ישראל. הוא יושב בכיסא גלגלים. הוא הישועה שלי כאן. כל יום אחרי ארוחת ערב, אנחנו נפגשים. מבלים שעה, שעה וחצי. משוחחים. אני לומדת ממנו המון. יש לי עוד המון מה ללמוד".

"הייתי אצל נירולוג והוא חשב שאני בת 76. אמרתי לו: 'אני בת 96', והוא חזר אחרי: 'בת 76?' היום אני מרגישה בת 80, אפילו פחות. השבוע היה אצלי הנכד שלי ושאל אותי על גברים שהיו לי. ותארי לעצמך שהוא הצליח להוציא ממני את כל הרומנים שהיו לי פעם...".

הקשבתי לה בשקיקה, ותהיתי כמה היא מנסה לחזור ולהתרפק על זמנים טובים יותר, על רומנים שבהם הגיבורים צעירים ובריאים יותר, חופשיים, ואולי מלאי חלומות לעתיד... "ומי החברות שלך עכשיו?" שאלתי. "אין

לי חברות. שתי החברות הטובות שלי מתו. מי חי כל כך הרבה?“, שאלה בהומור, “פה אין לי עם מי לדבר, חוץ מהמחזר שלי ישראל. עוד אפשר בגיל כזה להיות מחזר?“, שאלה בחיוך. “מה את חושבת?” הקשיתי. “מה אני מרגישה? מה הייתי עושה בלעדיו, הייתי משתגע...”. כאן שוב הפנתה רחל את אפיק השיחה ועברה לשאול על בנותי, כדי לברוח למקומות אחרים, לדמויות צעירות בעלות עתיד וחיים. סיפרתי לה והיא הקשיבה בקשב רב. כזאת היא רחל. גם בגיל 96, במצב גופני ירוד, במחלקה סיעודית, הביעה עניין, שאבה חיים מחיים של אחרים יקרים וחשובים לה. כשהחזרתי אותה לעצמה ושאלתי מה מעסיק את מחשבותיה, סיפרה בגאווה על בנה המוזמן להרצות בכל העולם, והוסיפה: “את יודעת? הבן שלי הוא כבר בן 71. הוא בעצמו סבא לשלושה נכדים, אבל בשבילי הוא נשאר הילד שלי. אני עדיין דואגת לו כשהוא נוסע מירושלים לתל-אביב. טוב, נו, מה כבר יש לי לחשוב? ‘הדאגות הן מלח החיים’. חומר למלא בו את הראש הזקן”.

נפרדתי מרחל בחום בהבטחה שאשמור על קשר. בפתח הבית נשמתי נשימה ארוכה, נשימה של אבק רחוב ופיח מכוניות, שבעבורי הייתה באותו רגע כחמצן טהור לריאות חנוקות. גם המולת הרחוב נשמעה לפתע כסימפונייה נפלאה של קולות חיים. חשתי הקלה. חזרתי לחיים. לחופש. אותו חופש היקר כל כך לזקנים המוגבלים והמובן מאליו לצעירים.

תהיתי במשך זמן רב מאוד, מה מחזיק את רחל בחיים - בגיל 96, במחלקה סיעודית, בלא אינטימיות, בלא מרחב ופרטיות ובלא חופש לחיות לפי רצונה, באין יכולת לנוע באופן חופשי במרחב חייה המצומצם. ומה באשר לאיכות החיים ומשמעותם בגיל מופלג, הרבה מעבר לטווח החיים המתאים לחברה הצעירה המודרנית? הזקנים המוגבלים הרי נחשבים לסרח עודף בחברה התזזיתית של היום, חברת הצב"ר - צעירים, בריאים, רעננים. בחברה כזו יכול האדם להתקיים רק אם יש ברשותו משאבים כלשהם: חומריים, פיזיים, כלכליים, קוגניטיביים, המאפשרים תפקוד עצמאי. כל אלה ברובם אינם ברשות הזקנים-זקנים.

“הם רוצים שאני אחזיק מעמד עד לבר מצווה של הנין שלי“, אומרת רחל, לאחר שקודם לכן הכריזה בפשטות: “מספיק לי, חייתי את חיי, השגתי הרבה, אני מוכנה ללכת...”

האם בר המצווה של הנין היא המנוע של חייה המקרטעים?

כדי להשיב על שאלה מורכבת וקיומית זו יש לבחון את מקומה של רחל בטווח החיים ולשאול מה מעניק משמעות לחייה או מה מחזיק אותה בחיים היום.

בשפעות החיים בזיקנה הבאחרת

במחקר שערכתי עם פרופ' אדי פרגר ז"ל על מקורות משמעות החיים בקרב אוכלוסיית הזקנים-זקנים (בר-טור ופרגר, 1996), ניסינו לבדוק את מקורות משמעות החיים שלהם (בני 80+) בהשוואה לאלה של הזקנים-צעירים.

ממצאי המחקר הראו שיחסים בין-אישיים הם אחד ממקורות המשמעות החשובים ביותר הן לזקנים הצעירים והן לזקנים-זקנים. יכולתה הנפלאה של רחל לשאוב סיפוק מהישגיהם ומחיייהם של בני משפחה הצעירים מבוססת על יחסים קרובים ומשמעותיים. נראה שבאמצעותם היא "מתדלקת" את חייה המצומצמים ומאפשרת להם להוסיף ולנוע. אך אין בכך די כדי למלא שעות ארוכות של ריקנות וחסר. רחל חשה דכדוך במידה מסוימת, כשם שחשים זקנים רבים במחלקות סעודיות, בתגובה למציאות הסגורה והמוגבלת ולהיעדר תקווה לעתיד טוב יותר.

עוד מצאנו במחקר ירידה בציפיותיהם של הזקנים-זקנים בכל הקשור להישגים ולסיפוקים ממקורות חיצוניים, מגמה הסתגלותית המותאמת למעשה לעולמם המצטמצם. ממצא זה תואם את ממצאיהם של ג'ונסון (Johnson, 1994) ושל ג'ונסון ובארר (Johnson & Barer, 1992), שלפיהם הזקנים-זקנים מעצבים את עולמם באופן פסיכולוגי וחברתי על ידי ארגון מחדש של הייצוגים הפנימיים שלהם בהתאם לסיטואציות חדשות, ובאמצעות נסיגה סלקטיבית מנסיבות חיצוניות מלחיצות. מקורות המשמעות החשובים ביותר אצל הזקנים-זקנים במחקר שלנו משקפים טווח רחב של משמעויות ומצביעים על כך שהזקנים-זקנים, בדומה לשאר האוכלוסייה, מייחסים משמעות לתחומים אישיים ומעשיים בחיי היום-יום, כמו יחסים בין-אישיים, ביטחון כלכלי ופעילויות פנאי, ובאותה מידה הם מעריכים מקורות משמעות רוחניים וערכיים יותר, כמו שמירה על ערכים ועל אידאלים, עניין בזכויות האדם והזהרות עם דאגות הומניות. ממצאים אלה תומכים בתאוריית ההתקשרות (Attachment Theory) של בולבי (Bowlby, 1980, 1988). בולבי מציין שהצורך בהתקשרות נמשך לאורך כל החיים ומהווה מקור חשוב לתחושת ביטחון בסיסי בזיקנה כמו בילדות המוקדמת. הצורך בהתקשרות בכל גיל כולל בגיל המבוגר מתבטא בתחושה שקיים אדם קרוב היכול לסייע

במקרה חירום. זאת "תעודת ביטוח" החשובה בעיקר לזקן המוגבל והתלוי בסביבה. יחסים בין-אישיים מייצגים בעבור הזקן הבודד והמוגבל תחושה של המשכיות, של ביטחון ושל אהבה, ולכן הם ממשיכים להוות מקור חשוב ביותר למשמעות בחיים.

ביטחון כלכלי נמצא אף הוא כמקור משמעות חשוב בחיי הזקנים. בהתחשב במצבם הפיזי, החברתי והכלכלי של הזקנים, ביטחון כלכלי מהווה מקור חשוב לצורך של הזקן לשמור על רמת חיים סבירה ולהבטיח קבלת שירותים מתאימים בעתיד, כולל מימון של שירותי סיעוד ואשפוז שיידרשו לו. נושא זה מעסיק לא מעט זקנים ולכן הביטחון הכלכלי חשוב ביותר דווקא בקבוצת הגיל המבוגרת יותר. מקור נוסף חשוב למשמעות הוא השתתפות בפעילויות פנאי. מקור זה מדגיש את הצורך של הזקנים - בגילים שונים, הן בבית והן בבית אבות - בעיסוקים מספקים לשעות הפנאי. מאחר שרוב הזקנים אינם עובדים, עיסוקים מעניינים בשעות הפנאי חשובים בגיל זה יותר מכל שלב אחר בחיים. צורך זה עשוי להיות חשוב יותר בעבור זקנים מוגבלים המרותקים לביתם או המתגוררים במוסדות. דאגתם העיקרית של המוסדות היא לספק את הצרכים הבסיסיים של הזקנים, אך נראה שיש צורך לספק להם גם מגוון רחב של פעילויות פנאי שיתאימו לאוכלוסייה המבוגרת. למרות ריבוי המרכזים לקשישים בקהילה, נראה שצורכיהם של הזקנים הם רבים, ויש מקום להרחיב ולפתח את המקורות להעשרה ולבילוי.

בבתי האבות פועלים חוגים רבים ומוצעות תכניות למידה, אך נראה שמגוון האפשרויות הזה מצטמצם ככל שהאוכלוסייה מזדקנת והופכת להיות מוגבלת יותר. למרות ההיצע, הזקנים-זקנים הנמצאים במוסדות נוטים לפסיביות ולצמצום הפעילות בהשוואה לבני גילם החיים בקהילה. ממצאי המחקר מצביעים על עצמות נמוכות יותר של מקורות משמעות בקרב אוכלוסיית בתי האבות. ההבדלים המובהקים היו במקורות הקשורים לערכים חברתיים, לדאגות הומניות ולשמירה על ערכים ומסורת.

ממצאים אלה מצביעים על נטייתם של הזקנים-זקנים במוסדות להיות מעורבים פחות מבחינה חברתית, ועל נטייתם להתכנסות ולאינטרוספקציה (Cumming & Henry, 1961; Neugarten, 1973), וכך גם מעידים ממצאיהם של ג'ונסון ובראר (Johnson & Barer, 1992; 1993). נראה שהזקנים-זקנים החיים במוסדות חווים אבדנים נוספים וצמצום סביבתי התורמים לנטיות אלה יותר משחווים הזקנים-זקנים החיים בקהילה. ניתן לקשר זאת להשפעת החיים במוסדות (Goffman, 1961), המחזקים נטיות לרגסיה ולפסיביות. נראה שגורמים כמו נסיבות החיים ותנאי הסביבה - יותר מגורמים כמו אלמנות ומצב בריאות - תורמים לנטיות לאינטרוספקציה ולהצטמצמות בזיקנה המאוחרת.

בסוף הריאיון במחקרנו נשאלו הזקנים-זקנים מהם הדברים החשובים ביותר בחיים. שאלה זו אפשרה להם להתייחס למקורות משמעות ייחודיים המתאימים למצבם הנוכחי, בלא קשר למקורות שהוצעו בשאלון. שני מקורות משמעות חשובים צוינו באחוזים גבוהים במיוחד: משפחה וקשר עם המשפחה צוינו כמקור החשוב על ידי 80 אחוזים מהנשאלים, ובריאות צוינה כמקור החשוב על ידי 65 אחוזים. ממצא נוסף זה מחזק את החשיבות הרבה לקשר הבין-אישי ולהתקשרות הנמשכת לאורך כל החיים. החשיבות המיוחדת לבריאות היא פועל יוצא של מצבם של רוב הזקנים-זקנים, אך עם זאת אין בכך כדי לשנות את התייחסותם למקורות משמעות נוספים.

לאור ממצאי המחקר נראה שדבריה של רחל אכן משקפים את משמעות החיים של זקנה-זקנה בבית אבות. העיסוק בבני המשפחה, בנינים, בנכדים ובילדים הוא עיקר עולמה הפנימי, דבר התואם את ממצאי המחקר לגבי חשיבות הקשר הבין-אישי. העולם החיצון מוגבל לקריאה, לצפייה בטלוויזיה ולקשרים שטחיים עם חברים וחברות בבית האבות. רחל אף משקפת תחושה של חוסר עניין בחיי היום-יום בבית האבות - וזאת בהתחשב במצבה המנטלי התקין, בערנותה ובהתעניינות שהיא מגלה כלפי העולם, אם כי באופן פסיבי. נשאלת השאלה האם ניתן היה לספק לה מקורות מנטליים רבים יותר להעשרה ולמיצוי הולם של שעות הפנאי הרבות. לא כל זקן בן 80 ויותר מתכנס בעולמו ושוקע. רבים כמו רחל מייחסים חשיבות למקורות משמעות רבים ומגוונים, כמו זקנים-צעירים וצעירים יותר.

האהבה היא סם החיים: התאהבות בגיל 90

רחל לימדה אותי רבות על הזיקנה ועל חכמת החיים המתגבשת בגיל המופלג, אך חותנה יצחק, אביה של כלתה, שאף הוא נכנס לבית האבות חודשים אחדים אחרי רחל, לימד אותי על אהבה חסרת גיל, על יצירתיות ועל התרגשות בזיקנה המאוחרת. יצחק, כרחל, מייצג את הזיקנה המוצלחת, המסתגלת והגמישה. עם זאת, אופיים של השניים שונה לחלוטין. רחל רצינית, שקולה, חכמה, דואגת, מעין "אימא אדמה", אך הוא קליל, מרחף, מלא הומור ולא פעם מתפקד כילד או כנער מתבגר. שניהם מזכירים לי את הדמויות האופייניות של נשים וגברים בזיקנה המאוחרת. האישה ממשיכה בתפקיד האם המזינה, הדואגת והאחראית, הגבר גרסיבי יותר, ילדותי במידה מסוימת ומוכן פחות לקבל אחריות.

לשניהם משפחה משותפת, נכדים ונינים משותפים. אך בעוד שרחל הרבתה לדבר עליהם ולהיאחז בהם כבמקור לסיפוקים נרקיסיסטיים ולחיזוק זהותה המתפוררת, יצחק מיעט להזכירם והתמקד יותר בעצמו, בפנטזיות שלו ובאהבותיו הישנות והחדשות.

אך שניהם, הן רחל והן יצחק, הם דמויות המייצגות יותר מכול את דור הנפילים בזיקנה המופלגת, שני עמודי תווך שונים מאוד זה מזה אך גם דומים מאוד בחכמת החיים, באישיותם המרתקת ובניסיון חייהם העשיר וארוך השנים.

יצחק: אהבה בלא גבולות גיל

כאחד מימי הקיץ הלוהטים ניגש אליי יצחק, שהיה דייר חדש בבית האבות ברמת אביב, וביקש פגישת ייעוץ. שמחתי על ההזדמנות שנפלה בחלקי להכיר את יצחק מקרוב. הכרתי אותו כחותנה של רחל ושמעתי עליו רבות ממנה.

כמעקב מרחוק נראה שיצחק, שנכנס לבית האבות כמה חודשים קודם לכן, הסתגל היטב למסגרת החדשה. הוא קנה לעצמו בקלות ובמהירות חברים ומעריצים בזכות כישורו המוזיקלי המבורך ובהיותו אדם חייכני, מסביר פנים ומתקשר בקלות. רבים מוותיקי תל-אביב דיירי הבית הכירו את יצחק, דמות תל-אביבית ססגונית שלא החמיצה אף אירוע תרבותי חשוב אחד בעיר הגדולה.

יצחק נולד בירושלים בשנת 1904. הוריו, ילידי אוקראינה, היו לדבריו "זוג יונים". הם חיו בהרמוניה ו"לכן אני אוהב הרמוניה מוזיקלית".

יצחק תיאר את עצמו כילד יפה וגבוה, אהוב על הבנות ועל המורים. הוא היה תלמיד טוב וניגן יפה מאוד בכינור. גם בגיל 90 הוא גבר מרשים למראה: גבה קומה ובעל שער אדמוני רך עורו הבהיר המכוסה כתמי זיקנה רבים מסגיר את גילו.

באותו בוקר התייצב יצחק במשרדי כפי שקבענו. הוא נכנס לחדר כשמקלו מונף אל הכתף ובקצהו סל. על ראשו, כתמיד, חבש כובע מצחייה משובץ. לרגע אפשר היה לחשוב שהוא דייג או צייד החוזר עם שלל יומו. הוא התיישב על הכורסה שמולי והצביע על הסל: "זה די כבד, ככה אני סוחב דברים מהסופרמרקט", אמר בחיוך, ולפני שפתח במונולוג שאל אם אפשר לקבל כוס תה ואולי גם עוגיות:

"אני כאן כבר שישה שבועות ואני מרגיש בסך הכול די טוב. פגשתי פה חבר אחד מהשכונה שאתו אני נפגש כל יום ואנחנו משוחחים. הוא פסימיסט גדול אבל איש משכיל מאוד ומעניין. טוב, יש פה כל מיני דיירים משונים. יש כאלה שאני לא סובל". וכאן התחיל יצחק לתאר בהומור רב כמה דיירים, ולכל אחד הוא הצמיד דימוי של חיה. תוך כדי התיאור הוא קם והדגים כיצד נראה כל אחד: יש אחת שהיא כמו גמל, ובן זוגה – שימפנזה, ויש אחת שהיא ממש דינוזאור, אישה בעלת גוף גדול, ראש קטן והליכה מוזרה. צחקתי והוא נראה מבודח ושבע רצון.

"זה נשמע כמו קרנבל החיות", הערתי, והזכרתי את כישרונו התאטרלי. "כן, תמיד היה לי", השיב בחיוך רחב, "אבל אני הכי נהנה לשמוע מוזיקה טובה, בעיקר מאהרל. לרומנטיקה שלו אין מתחרים", והוא התחיל לזמזם את הלחן של אחת הסימפוניות. "איזו עצמה של מוזיקה", מלמל תוך כדי זמזום.

"את יודעת, אני גם כותב שירים ומכתבים". ניסיתי לברר אילו שירים ולמי המכתבים מופנים.

"אני רציתי לפגוש אותך כדי לספר לך שאני מאוהב", אמר לפתע. השתתקתי בהפתעה, וחפישתי תגובה הולמת.

"זה נפלא", עניתי, ונסחפתי בקלות בהתרגשות וברומנטיקה שהציפה לפתע את החדר. "את יודעת בן כמה אני?" שאל, ואני עניתי לתומי: "אם אינני טועה אתה בן 89". "לא", השיב, "אני בן 90. בחנוכה אני בן 90". "האם זה חשוב?" שאלתי, כמנסה להגן על האהבה. "בן כמה אתה מרגיש? בת כמה הנפש שלך?", שאלתי כדי לתמוך בו ולעודדו. הוא חייך וענה: "בת 30, אולי בת 16, זה תלוי מתי הייתי מאוהב".

עתה החל יצחק לספר בהתרגשות את סיפור אהבתו החדשה. "כל החיים היו לי אהבות, תמיד הייתי מאוהב. אבל היום הבת שלי חושבת שאני חייב לעבור בדיקה אצל פסיכולוג. נו, ותשאל לי למה? כי אני מאוהב אהבה גדולה בחברה של הנכדה שלי, שהיא בת 24. מה דעתך? את חושבת שזה לא בסדר? שזה יכול להזיק לבריאות שלי? אני שואל, כי הבחורה גורמת לי התרגשות רבה כשאני רואה אותה או חושב עליה".

”ספר לי עליה ועל האהבה שלך”, ביקשתי, והוא ענה מיד: ”שמה ורה, היא עולה חדשה מברית המועצות. פגשתי אותה בפעם הראשונה בארוחת ליל שישי אצל הבת שלי. אחרי הארוחה, כנהוג במשפחתנו, מתחילים לנגן, וורה הוציאה את הכינור והתחילה לנגן ואני הבטתי בה מהופנט, מוקסם מהנגינה ומיופייה. יש לה עיניים שחורות בורקות ופה אדום, והיא כל כך נשית”.

התבוננתי בו מוקסמת. הוא נשמע כבחור צעיר מאוהב. התקשיתי להאמין שלפניי אדם בן 90. מאותו רגע שהחלה לנגן הרגיש יצחק שהוא מאוהב, וכמורה לכינור לשעבר הציע לה מיד שיעורים חינם. מאז, כבר כמעט שישה חודשים, הוא נותן לה כל ערב לפני הארוחה שיעור בכינור.

”מהרגע שראיתי אותה הרגשתי כימיה, כמו מכת חשמל הרגשתי כשהתחילה לנגן”. מאז הוא חושב עליה כל הזמן וסופר את השעות מסוף שבוע אחד למשנהו. הוא גם כותב לה מכתבים ושירים. יש לה חבר, והיא מספרת לו עליו והוא גם פגש אותו כמה פעמים, אבל היא שמחה על מכתביו וגם משיבה לו מדי פעם בפעם.

יצחק המשיך וסיפר איך בעקבות האהבה הזו נתקף מחדש פרץ של יצירתיות, הבא לידי ביטוי בכתיבת שירים ומכתבים, בנגינה בחליל (כי כינור כבר אין לו), בהאזנה לתקליטים ששנים לא האזין להם, בהנאה וסיפוק מהתבוננות סתם בגינה הפורחת בבית ממול, מתמונה יפה, מאישה נאה, הרגשה של התרגשות והתחדשות שלא חווה זה זמן רב.

”יש גם התרגשות מינית, אבל אני רק בן אדם. אני לא מנצל את זה לרעה, אבל לך אני אומר שזה ישנו. אז מה את אומרת, ד”ר ליאורה?”, שאל אותי, ספק ברצינות ספק בחיך.

”אני חושבת שאם זה עושה לך טוב ומכניס טעם נפלא לחיך, זה נהדר ומזלך שהתברכת ביכולת המופלאה הזו להתאהב ולהתרגש למרות כובד השנים” (והצבעתי בחיך על סל הקניות הכבד המונח על הרצפה). ”בתי חושבת שאני אשמאי זקן, היא לא מבינה איך אני מרשה לעצמי לספר שאני מאוהב. היא לא מאמינה שזה אמיתי”.

שאלתי את יצחק על האהבות הגדולות שהיו לו בחייו. יצחק נזכר שוורה דומה מאוד לאהבתו הראשונה, בת השכנים. הוא היה נער צעיר והיא עלמה בוגרת,

תלמידת סמינר למורות. הוא ניסה בכל דרך להתקרב אליה והיא התייחסה אליו כאל ילד חביב.

יצחק הפליג בזיכרונות וסיפר על חברתו הראשונה: "היינו כמו רומאו ויוליה, נפגשים כל ערב, הייתי בן 18, מאוהב עד הראש. אוי, איזו תמימות הייתה אז". הוא עצם את עיניו וחיוך עלה על פניו. נראה שריחף בעולמות רחוקים. התבוננתי בו בחיוך והרגשתי שגם אני עוזבת את החדר הקטן בבית האבות ומפליגה אל האהבה הראשונה שלי...

כך ישבנו בשקט כמה דקות ובנימה אופטימית נעימה זו הצעתי שנסיים את הפגישה באותו יום. הצעתי לו להיפגש שוב בשבוע הבא, אם ירצה.

נפרדתי מיצחק, ובמשך כל היום חשתי התרגשות ואופטימיות, רגשות שבדרך כלל אינני חווה במפגש עם בני האוכלוסייה הזקנה. במהלך השבוע ועוד ימים רבים אחר כך הרהרתי בו ובשמחת החיים שלו, החיות המופלאה הזו בגיל 90. מאז ועד היום משמש סיפור האהבה שלו דוגמה נהדרת ל"עצמי גמיש", עצמי חסר גיל, היכול לנוע בכל הגילים ולהיות צעיר וגם זקן, ילד וגם מתבגר. היכולת להתרגש, לחוות רגשות חזקים, ליהנות מפריחה של פרח, מתמונה, מאישה יפה או ממוזיקה - היא מרכיב חשוב לבריאות נפשית ומלמדת על הזדקנות מוצלחת.

הקשר שלי עם יצחק נמשך כשנתיים. במהלך תקופה זו נפגשנו פעמים אחדות, ואחר כך המשיך יצחק בשיחות עם אחת המתמחות בפסיכולוגיה. הוא לא הרגיש צורך בפגישה מסודרת וקבועה, כי אם בא כשהרגיש צורך לדבר. הדפוס במפגשים נשמר בקפידה: הוא מדבר, אני מקשיבה, מעירה מדי פעם, שואלת, אך רוב הזמן שותקת ומקשיבה. ניסיונותיי לפתוח בשיחה על נושאים כואבים נהדפו בנחמדות ובהומור. הוא לא הרגיש צורך "לטפל" בדברים. עם זאת, הייתה בו פתיחות מפתיעה וחלק מהדברים שסיפר היו אינטימיים מאוד.

בסיום כל פגישה הרגשתי מלאה כמכל מלא וגדוש דמויות מן העבר, אירועים וחווייות, שנארגו לסיפורים שבחלקם הגדול נשמעו מפי המספר משעשעים ומלאי הומור אך תוכנם היה קשה, והיו גם כמה סיפורים עצובים מאוד. יצחק עצמו נראה מנותק רגשית. עם זאת הרגשות זרמו אליי בתהליך של

הזדהות השלכתית. מצאתי את עצמי מוצפת רגשות, ולעתים אף מותשת או רעבה. יצחק מצדו התקשה פעמים רבות לצאת מהחדר: "זה עושה לי נורא טוב השיחות האלה, הן כמו מדיטציה טרנסצנדנטלית, זה משחרר, ואת נורא נחמדה".

יצחק הרבה לדבר על מין. המין העסיקו במשך כל חייו והוסיף להטרידו ולעוררו באותה מידה גם בזיקנתו

הרבה תסכול וכעסים הצטברו בקרבו של יצחק במהלך 50 שנות נישואים, תסכול על רקע מיני ועל רקע רגשי כאחד. למרות היחסים הגרועים הוא לא עזב את אשתו וגם לא בגד בה. "הייתי מתאהב בתלמידות שלי, אבל בוגד רק בפנטזיות", העיר בחצי חיוך.

כל אימת שנגע יצחק בנושא כואב, היה מסיים את הפגישה בכמה דברים טובים שקרו לו. בעיקר התגאה בהישגיו בתחום המוזיקה, באירועים ובאנשים חשובים שניגן לפניהם או לימד את ילדיהם, בלחנים שחיבר. את תיאוריו אלה היה מתבל באנקדוטות מתקופות שונות בחייו.

הקשר הבעייתי והמורכב עם אשתו שב ועלה במפגשים השונים: "היא הייתה אישה מאוד חכמה, היא החזיקה אותי בבית כל כך נמוך. תמיד הייתה לה ביקורת, אפילו במוזיקה שאני ידעתי הרבה יותר טוב ממנה. היא אמרה לי שאני בטלן, שאין לי מספיק אמביציות. על ידה הרגשתי כמו ילד קטן. היא לא הבינה שאני איש רוח ולא איש מעשה. היא הייתה עם שתי הרגליים על הקרקע ואני ריחפתי בעננים".

בחוש ההומור האופייני לו ובחיוך שובב תיאר יצחק בפניי את הדרכים שפיתח כדי לעמוד במתקפות של אשתו: "פיתחתי יכולת לאטום את עצמי לחלוטין. היא הייתה מדברת ומדברת, ללא הפסקה ואני הייתי מדמיין כל מיני דברים משעשעים". "מה למשל?", שאלתי בסקרנות. "למשל, הייתי מדמיין שיש לי מטרייה מעל הראש ושהמילים שלה הן כמו גשם שיורד אבל לא פוגע בי כי יש לי מטרייה. הייתי מדמיין את עצמי מנגן מול קהל גדול באולם קונצרטים בווינה וכולם מוחאים כפיים בהתרגשות. כך לא הייתי שומע את הגידופים שלה אלא רק את מחיאות הכפיים. זה היה לפעמים מוציא אותה מדעתה, אבל לי זה היה פתרון מצויץ".

על אהבתו וכמיהתו לוורה חזר יצחק ודיבר שוב ושוב בשיחות. הוא תיאר כאב לב, סיפר על משאלתו לראותה ועל געגועיו העזים. "רק המוזיקה מרגיעה את הכאב", אמר, וציין איך הוא חוזר ומאזין היום ליצירות שלא האזין להן שנים, וקורא שוב את כל השירים שכתב.

יצחק, מעט כמו רחל, סיפר את סיפור חייו ואת ההיסטוריה של משפחתו, אך בניגוד לרחל הוא חלף עליהם בסיפוק ובגאווה ולא התעכב ולא חזר ודש בהם כמוה.

בזיקנה המאוחרת חי יצחק לבדו בבית האבות. יש לו כמה ידידות ואהבה אחת צעירה מרחוק. הוא ממשיך לכתוב לה מכתבים ומדי פעם בפעם אף זוכה לתשובה. הצורך שלו באהבה ובהכרה נותר גדול ובלתי מסופק. במהלך השנים שחלפו מאז פגישתנו הראשונה הפניתי ליצחק סטודנטיות שחיפשו מרואיין זקן מעניין כחלק מעבודת הגמר שלהן בקורס על הפסיכולוגיה של הזיקנה. כל מי שנפגשה אתו נשכתה בקסמיו. יצחק הצליח לעורר בהן עניין ועם שתיים מהן הוא אף התכתב במשך זמן רב.

תיארתי בקצרה את עולמו הסוער והמיוסר של יצחק. מי היה מאמין שאדם בן 90 המתגורר בבית אבות יהיה בעל עולם פנימי סוער ותוסס שכזה? יצחק שבר את כל הסטראוטיפים הנוגעים לזיקנה המאוחרת: הוא שרד בגיל 90 כשמרבית הגברים בני גילו אינם עוד בין החיים, מתפקד באופן עצמאי לחלוטין למרות מגבלה קלה בהליכה, מלא אנרגיות, שמחת חיים ומוטיבציה לעשות ולהתנסות, מלא רגשות, ועוד מסוגל להתאהבות.

בשונה מרחל, שהתייסרה על אבדן הזהות ועל העצמי הפגוע, המשיך יצחק להרגיש טוב, והוא חווה תחושה של המשכיות ואפילו התחדשות שהתאפשרה לאחר מות אשתו. ייתכן שבניגוד לרחל, שהקשר שלה עם בעלה היה קרוב ומספק ולכן אבדנו ואבדן הבית היו טראומטיים כל כך בעבורה, אבדן אשתו של יצחק רק הקל עליו ושחרר אותו ממערכת היחסים הבעייתית ומתחושה מתמדת של פגיעה בכבודו. ייתכן שהפרידה מהבית לא הייתה משמעותית כל כך בעבורו בהיותו גבר, שהרי הבית היה כל השנים מבצרה של אשתו והוא ממילא הרגיש טוב יותר מחוץ לו. אך עם זאת נראה שמשוהו "בקלות הבלתי נסבלת" שבה הצליח יצחק להתמודד כל חייו עם תסכולים, עם אכזבות, עם פגיעה בעצמי ובעיקר עם חסכים רגשיים ומיניים, ממשיך לשרת אותה גם בהתמודדות עם הזיקנה המאוחרת ועם הכניסה לבית האבות. מעורבות רגשית שטחית מעט באחרים והתמקדות מוגברת ונרקיסיסטית בעצמי הן "אמצעי לחימה" מועילים ב"שדה הקרב" של הזיקנה המאוחרת.

אהבה, פיניות וזוגיות פאזורה בזיקנה המופלגת

יהושע, בן 95, חי בתנאים טובים הרבה יותר מאלה של רחל ושל יצחק. בגילו המופלג, ואף שהוא תשוש, הוא מתגורר בביתו, מטופל על ידי אשתו המסורה נורה בת ה-65, אך כמו רחל גם הוא סובל מחסך בקשר ובמגע עם אשתו ועם בני משפחה, או עם אחרים היכולים לבקר אותו ולשוחח אתו ובכך לעזור לו לבלות את ימיו בסוף חייו בדרך נעימה יותר. כתינוק הוא זקוק במצבו לאהבה ולחום רגשי יותר מכפי שהוא זוכה בפועל.

פגשתי לראשונה את יהושע בביקור שערכתי בביתו. הוא קיבל את פניי בחדר האורחים, שם הוא מבלה את מרבית היום כשהוא שוכב או יושב בכורסה. ראיתי אדם נמוך קומה, רזה, בהיר, בעל עיניים כחולות שמבטן ערני, לבוש בקפידה. פניו היו חיוורות, אך באופן מפתיע לחיצת ידו איתנה, משדרת כוח ואנרגיה. החדר רחב ידיים ומואר במרפסת פרחו אדניות ובחדר היו פרחים רעננים.

הוא שניהל את הפגישה הראשונה בינינו, ובחר להתחיל בתיאור מצב בריאותו:

“אני סובל מאי-ספיקת לב, קשיים בנשימה, חולשה כללית”. קולו חלש, מדי פעם בפעם הוא מכחכח בגרונו, אך דיבורו שוטף, קוהרנטי, לעתים נשמט מזיכרונו מילה, אך הוא היה צלול לחלוטין והעיר בחיוך: “אני שוכח איפה שמתתי את המפתחות אבל זוכר עדיין בשביל מה המפתחות. אני זוכר מצוין פרטים מלפני הרבה שנים, שמות ותאריכים”. כאן המשיך יהושע בתיאור סיפור אהבתו לאשתו ובתיאור המשברים שהם חווים לאחרונה, שבעקבותיהם הוזמנתי לביתם.

יהושע היה נשוי לאשתו הראשונה למעלה משישים שנה, נישואים שהיו רצופי מריבות וקשיים. את נורה, אשתו הנוכחית, הכיר לפני עשר שנים, כשעבדה בביתם כעוזרת ואחר כך גם טיפלה במסירות גדולה באשתו. לפני שמונה שנים, לאחר פטירת אשתו, נישאו. יהושע היה אז בן 87 ונורה בת 57.

“הצעתי לה לקשור את גורלה בגורלי, אהבתי אותה מאוד. היא אישה נפלאה ומאוד מוכשרת”. נורה, עולה מברית המועצות, הייתה גרושה, אם לשני ילדים וסבתא לשני נכדים.

“אני מקבל קוצר נשימה, כאבים בחזה מהמתח איתה”. המתח הוא בעיקר על רקע יחסיה של נורה עם בנה הצעיר, שלדברי יהושע הם אובססיביים עקב חרדות ודאגנות מוגזמת.

לפני כשנה פסקו היחסים האינטימיים ביניהם, ומשום כך שקע יהושע בדיכאון עמוק. הקשר והמגע הפיזי חשובים ביותר בחייו. “אני מרגיש שאני שטוף הורמוני לחץ שממש גומרים אותי. חשבתי שאין מוצא אלא להיפרד”.

”החיים שלי מלאים. אני אוהב את החיים ונהנה מהם על אף הקשיים. אני שמח על כל יום שאני מתעורר. לאחרונה אני מאוד רגשני ולא יכול להשתלט על הבכי. בשנה האחרונה אנחנו חיים נפרדים, כשאני בסלון היא בחדר שינה. אני ממשיך לאהוב אותה”. כך, ובתוספת פרטים רבים אחרים (שמפאת החיסיון השמטתי אותם), הציג בפניי יהושע במונולוג ארוך את הבעיות שעמן הוא מתמודד.

במהלך היכרותי את יהושע גיליתי עוד ועוד נדבכים באישיותו המרתקת והמורכבת.

הוא מטפל בכל יום בצמחים ובפרחים שבחצר הבית המשותף שבו הוא גר, ועיסוק זה כרוך באחריות ובעיקר בעתיד. כל פריחה של פרח עונתי מרגשת אותו. אשתו קונה לו במשתלה את השתילים והוא בעצמו, בכוחותיו המוגבלים, שותל, משקה, מנכש עשבים, עודר ומדשן.

יהושע אף כותב ומקבל מכתבים בדואר האלקטרוני מבני משפחה ומידידים. יש לו ניין שאליו הוא קשור מאוד. הקשר ביניהם הוא דרך ”מדיום” הוא אומר, אמו של הילד שהיא נכדתו. ”אנחנו כותבים אחד לשני מהיום שהוא נולד. מחשבות ודעות של תינוק. אני חי את זה כאילו זה הדבר הטבעי ביותר בעולם. זו אילוזה, אבל אילוזה נהדרת. לכבוד יום ההולדת שלו הגיע הנין מחו”ל. ”הרגשתי שטף של הורמונים כשראיתי אותו. זה עשה אותי מאושר. החזקתי אותו על הברכיים. נתתי לו שרשרת ושיחקנו במשחק כוח. מבחן כוח בין ניין לסבא. מי מושך אליו יותר. הוא ניצח בקלות. יש לו כוח. וזה נותן לי כוח. מפגן של חוסר כוח שלי נותן לי כוח. זה משונה לא?”, שאל אותי. הסברתי לו על מושג הנתינה היצירתית של אריקסון ועל הסיפוק וההנאה ששואבים מההישגים ומהכוח של הדור הצעיר.

מעניין לבחון את שני החלקים המנוגדים שביהושע: מצד אחד חכמה, חריפות, הבנה רגשית, יכולת ניתוח נפלאה, קבלה והכלה של אשתו הצעירה הנירוטית, ומצד אחר מבצבץ ועולה כל הזמן הילד המקופח, הקנאי, העסוק בהשוואות בינו לבין הבן הצעיר, הבוחן בקפדנות כל תנועה של הבחור מלא החיים והחן. יהושע רגיש במיוחד לגילויי החיבה של נורה אשתו כלפי הבן. רגישות יתר זו קשורה גם לטראומה שבנישואיו הראשונים. הוא שב ומזכיר את הנאמנות המוחלטת שהייתה לאשתו המנוחה כלפי בנם המוגבל ואת תחושת הבגידה שחוה בשל כך. הקנאה אינה מאפשרת ראייה מפוכחת ו”חכמה”, המתבטאת בתחומי חייו אחרים. בנושא זה הוא ”אטום”, ההיגיון אינו פועל והוא מונע על ידי רגשות חזקים מאוד של צדק שאין לו מקום.

נורה, אשתו של יהושע, היא אישה נאה. כשראיתיה לראשונה הייתה הופעתה מרושלת. עיניה היו עצובות ומושפלות רוב הזמן ופניה רציניות. שערה השחור שזור שער שיבה. קולה שקט, עצוב, ובדיבורה ניכר מבטא רוסי כבד. ”אנחנו חיים ביחד יותר משמונה שנים. הוא כבש

את לבי עם האהבה שלו. הוא איש גדול. למרות ההבדל הגדול בינינו בכל התחומים. אני הייתי נשואה למדען. הוא למד ועבד כל הזמן ואני הייתי צריכה לקחת אחריות על הכול. הוא [יהושע, בעלה הנוכחי] התנהג כמו גבר שמכבד ולוקח אחריות לעומת הנישואים הראשונים. זה מאוד משך אותי. אני בן אדם שהתרגלתי לתת. נתתי לאימא, נתתי לילדים, לבעל. היה חסר לי משהו חזק שמחליט. לפני שמונה שנים הוא עבר ניתוח לב פתוח. חודשיים הוא היה בבית חולים ואני נתתי הכול. מאז היו הרבה אשפוזים ואירועים. אני מרגישה שאני נגמרת בגלל בעיות הבריאות, כלואה, כל הזמן מטפלת בו. הילדים דואגים, אבל מי שמטפל כל הזמן זה אני.”

נורה תיארה כיצד הידרדר מצב בריאותו של יהושע בשנה האחרונה והיא הרגישה שאינה יכולה עוד לבוא במגע אינטימי אתו. “מאז הוא כל הזמן כועס עליי. אומר שאני לא אישה. אני לא מסוגלת. קודם הוא היה מלמד אותי, היינו מדברים, היינו משוחחים. היום הוא חלש וכל הזמן מדבר על הבריאות שלו ומתלונן שאני לא מתעניינת. אני עושה כל מה שאני יכולה. אבל בפנים אני מרגישה שאני מתה!”

בפניה העצובים של נורה, אישה עדינה ונבונה, בולטים הכאב וחוסר האונים. היא מרגישה שהיא תלויה ביהושע ושהוא יכול לגרש אותה והיא תישאר בלי כלום. החרדה שמא תאבד את הבית שמצאה אתו היא גדולה.

שני בני הזוג מתמודדים למעשה עם אבדן קשה מאוד. יהושע מתמודד עם אבדן בריאותו ועם אבדן האישה שלצדו, ונורה מתמודדת עם אבדן הגבר החזק, הדמות שלמידה וטיפחה אותה. נראה שהיום, בגלל מצבו המידרדר וגילו המופלג, הוא עסוק בעצמו, חוזר על אותם הדברים כל הזמן, תובעני כמו ילד. נורה מתקשה להתמודד עם הנסיבות. היא מרגישה כלואה ומדוכאת, וכועסת מאוד על השתלטנות ועל התובענות שבעבר היו בעבורה מקור לביטחון ולכוח, אך היום הן ביטוי לחולשה.

יהושע בן 95, אך למרות גילו המופלג וגופו החולה והחלש הוא מלא חיים. נורה בת 65, אישה צעירה יחסית, אך “מתה” רגשית. נורה שומרת על יהושע ומטפלת בו. בזכותה הוא חי, אך המחיר הוא מותה הרגשי. היא מרגישה לחץ וקושי משום שהיא מתייחסת ברצינות לחיים ומתקשה שלא לעשות דברים באופן מושלם. לא פעם מתקשה יהושע להבין אותה בגלל הבדלי המנטליות ביניהם. היא נפגעת על נקלה ואינה מסוגלת להתמודד עם דברים הנאמרים ישירות. היא חשה מאוימת ממשפחתו של יהושע ושמקומה בה אינו בטוח. יהושע מתעקש שהמתח של נורה קשור לבנה וכי הוא משפיע על הקשר ביניהם. הוא מתקשה לקבל את העובדה שהמתח נובע בעיקר מהיחסים ביניהם ומהשינוי שחל במצבו.

“נורה חייבת להפחית את המתח. לנוח. להתאוורר”, הערתי. יהושע הבין, אך היא מתקשה להשתחרר. היא נוקשה כלפי עצמה ולכן היא שחוקה ומרוקנת מכוחות. “צריך להטעין אותה מחדש”, חשבתי לעצמי, והצעתי לערוך כמה שיחות נוספות עם שניהם יחד ועם כל אחד מהם בנפרד.

בפגישה השנייה, שנערכה שבועיים לאחר הראשונה, היו שניהם במצב טוב יותר. נורה חייכה. יהושע אמר שהוא מאושר. “קרה נס”, הוא אמר, “קיבלתי אותה בחזרה. היא שוב מלטפת אותי”. נורה חזרה להיות טובה ונחמדה, והוא מיד חזר לישון כתינוק. כשהם רבים אין הוא מצליח לישון וסובל מלחצים בחזה ומחרדות.

במהלך החודשים הבאים צפו ועלו חלקים נוספים בתצרף הזוגי המיוחד הזה. האידיליה לא נמשכת זמן רב. יהושע ממשיך ומתקשה להבין את אשתו הצעירה או אינו רוצה להבינה, ומעדיף להתכחש למצבו ולהשליך את הבעיה עליה: “אישה שאוהבת יכולה לגרום נזק פיזי לבן אדם חולה לב. כשאני מסביר לה שאפילו אם אני אשם, לא על כל אשמה מגיע פסק דין מוות. מה שהיא עושה זה פסק דין מוות. יש לי דקירות בלב, כאב בלב, חוסר שינה. הפצע נשאר ומצטבר ואני נעשה במקום יותר חסין יותר פגיע”. יהושע ממוקד בעצמו ובהישרדותו. ברשותו משאב חשוב, והוא יכולתו האינטלקטואלית והקוגניטיבית הגבוהה, אך גם – ובעיקר – חוש הומור המקל את התסכול ואת ההשפלה: “לרוץ לחדר העבודה אני צריך קורקינט”, הוא מעיר בחיך. הוא מצליח לעורר אמפתיה והערצה, אך לא עוד מצד אשתו.

נורה מתארת את הקושי לחיות לצדו של יהושע שנהיה שתלטן יותר ויותר, ואף שיש לה כביכול יד חופשית בענייני כספים, הוא בודק כל חשבון, מעיר הערות, מתווכח, כועס על גובה ההוצאות. הקושי הוא תחושת החנק התוקפת אותה לא פעם. כשהיא יוצאת מהבית היא חייבת להודיע לו מתי תחזור ועליה להסביר את היעדרותה, לאו דווקא משום שהוא דואג לה, כי אם מתוך התלות הגוברת והולכת בה שלא הייתה קיימת בעבר.

בתלונותיה של נורה עולה וצפה שוב ושוב הקנאה והתחרות של יהושע בבנה הצעיר. היא נקרעת בין שני הגברים בחייה, אך הכעס מופנה כלפי בעלה ולא כלפי בנה, שלמרות גילו מתנהג כמתבגר ואינו מקבל על עצמו את האחריות לחייו.

הטיפול הזוגי התמקד בשיחות שבועיות עם נורה, שהייתה זקוקה לתמיכה ולהכלה לאור מצבה הרגשי הקשה, כולל סיוע של תרופות לטיפול בחרדה ובדיכאון. אחת לחודש נערכה פגישה עם יהושע בביתם, שכללה לא פעם גם שיחה משותפת עם שניהם. הקשר בינינו התנהל גם בטלפון ובדואר האלקטרוני. יהושע חש צורך ליידע אותי בכל המתרחש. נראה גם שקינא בגלל פגישותיי האישיות עם נורה.

במקביל טיפולית בהכנסת מטפלת סיעודית לשעות אחדות. זו הייתה אחת המשימות החשובות בטיפול, כי היה צורך באדם נוסף שיטפל ביהושע וישחרר את נורה, המרגישה כלואה ולחוצה מאוד. עם נורה עבדתי על הרחבת מרחב המחיה שלה ועל יכולתה לפתח עיסוקים נוספים לבר מהטיפול בבעלה. נראה היה שאדם נוסף בבית עשוי להפיג את המתח של שניהם ולהוות ערוץ נוסף לקשר שיהושע זקוק לו כל כך.

ככל שחלפו הימים, נראה שההתעסקות האובססיבית של יהושע בבנה של נורה התחזקה והפכה לפרנויה. כל תפיסת המציאות סביבו התקשרה לאירועים שונים מהעבר ומההווה שהתערבבו זה בזה והציגו תסריט עצוב של אדם זקן שאשתו מקפחת אותו ומזניחה אותו על חשבון "המלך הצעיר", כפי שכינה את בנה של נורה. נראה שיהושע חווה בקשר עם בן זה את הקונפליקט האדיפלי המהופך, שבו בזיקנה האב שנחלש מקנא ומתחרה בבן הכל-יכול, החזק.

המקרה שתואר ממחיש כיצד יכולה להתפתח בזיקנה המאוחרת אהבה מלווה רגשות חזקים "חסרי גיל", וכיצד ניתן לבנות זוגיות חדשה גם במצב של תשישות פיזית, כשהמשאבים האישיותיים והקוגניטיביים מהווים פיצוי לחולשה הגופנית. עם זאת, בשלב מסוים, כשהזיקנה מתקדמת ומשתלטת והגוף נחלש ומתקשה לשמור על עצמאות תפקודית, מופר האיזון והאבדנים הרבים גוברים על הרווחים. נראה שחלה נסיגה מנטלית ורגשית המתבטאת בכך שיהושע הפך להיות מבולבל, חרד וחשדן. התנהגותו דומה להתנהגות של "תינוק דרשן ובכייך" ביחס לאשתו הצעירה, והוא זקוק לה יותר מבעבר ומצפה ממנה להתמסרות ולוויתור מוחלט על עצמיותה.

הפרדוקס הוא שלמרות כל זאת יהושע מצליח, בקסמו האישי הרב, לשמר עדיין חלק מיכולותיו ולגייס אהבה ותמיכה מכל מי שפוגש אותו. מפתיעה גם אהבתו לחיים והשמחה על כך שהוא מתעורר לעוד יום בחייו, למרות הקשיים והתסכולים הרבים ואף שאשתו איננה מעניקה לו עוד חום ומגע כבעבר. "מה יש לך בחיים האלה שאתה טוען שאתה סובל כל כך?" שואלת נורה, והוא משיב: "אני באמת לא יודע. אני פשוט אוהב את החיים וכשאני מתעורר בחמש בבוקר ופותח את התריסים שייכנס אור לעצצים, אני מאושר".

האם תיתכן הזדקנות פוצלחת בזיקנה הפאוחרת?

על פי התחזית הצפויה לזקנים ביותר לפי בלטס וסמית (Baltes & Smith, 1997, 2003), יגברו חוסר השלמות והפגיעות בחייהם ויתמעטו ההזדמנויות להסתגלות, להתאמה ולאופטימיזציה. הזיקנה המופלגת איננה המשכיות של תקופות חיים קודמות. הירידה

בתפקודים מחייבת הסתגלות: יכולת להעביר שליטה לאחרים, יכולת לשאת מצבי תלות ותסכול, יכולת להתנתק ולשנות סדרי עדיפויות, יכולת לייחס פחות חשיבות לגרייה חברתית. ירידה קוגניטיבית בשיעור הולך וגדל בקרב בני ה-90 ומעלה, נוסף לירידה בכושר הפיזי, מחלישים את יכולת ההתמודדות. בתקופה זו גוברים גם הרגשות השליליים והתסמינים הדיכאוניים.

למרות ממצאי המחקרים והתחזית הפסימית, טוען בלטס שבפני האנשים הזקנים עומדות אפשרויות שונות משום שיש להם יכולות חבויות שטרם נחשפו. לכן לרשות המדע, כמו גם למדיניות החברתית, עומדים מקורות חשובים ביותר לשינוי ולשיפור. למרות חוסר הוודאות ביחס לטכנולוגיה של ההתערבות הגנטית, טכנולוגיה זו היא אולי האמצעי החשוב ביותר להשלים את הארכיטקטורה הביו-תרבותית הבלתי גמורה של מהלך החיים האנושי. עדיין ניתן לעשות שימוש באסטרטגיה הפסיכולוגית של ניהול החיים, כמו בחירה וקביעת סדרי עדיפויות, למשל, ואנשים זקנים ומוגבלים יכולים ליישם בחייהם שינויים באמצעות פיצוי תפקודי וסביבתי. אפשרויות אלה חשובות מאוד בתחנה האחרונה של מסע החיים. גם לחברה תפקיד חשוב, נוכח יכולתה להציע לזקנים אמצעים לבחירה, למיצוי ולפיצוי, שייטיעו להם להרבות ככל האפשר את הרווחים בזיקנה המופלגת. כדוגמה מביא בלטס תיאור של אדם בן 103, שכאדם צעיר היה עסוק בניהול חווה ושטח נרחב בסביבותיה. בגיל 75, כשהיה כבר מוגבל מעט, הוא התמקד בטיפול בגינתו. בגיל 90 הוא כבר התהלך בקושי ונפגעו ראייתו ושמיעתו. הוא התחיל אפוא להתמקד בטיפול בצמחים בתוך הבית. אדן החלון הפך להיות מרכז לטיפול וכך התאפשר לו לשמור על רווחתו הנפשית.

בציטוט מדבריו של הסיוודוס, משורר יווני בן המאה השמינית לפנה"ס, מחדדים בלטס וסמית את האסטרטגיה של הזדקנות מוצלחת: "המחצית עשויה לכלול יותר מן השלם" (Half can be more than a whole).

יהושע בן ה-95 ממשיך לטפל בערוגות הפרחים בחצר ביתו ובאדניות במרפסת. כשהיה צעיר יותר הוא עסק במיזמים רחבי-היקף ונהג לנסוע ברחבי הארץ והעולם לצורך הדרכה. כיום, כשהוא מוגבל וזקן, הוא עדיין שואב סיפוק רב מכל פרח הפורח בערוגותיו הקטנות. הוא שמח כשהוא מתעורר בבוקר ומגלה שהוא עדיין חי. הוא אוהב את החיים. ליהושע משאבים גבוהים במיוחד בתחום הקוגניטיבי, החברתי, הכלכלי והפסיכולוגי. משאבים גבוהים אלה שימשו אותו עד גיל 92, וכיום, בגיל 95, הם הולכים ומידלדלים. הוא מרגיש את הירידה ביכולתו הקוגניטיבית; הוא שוכח, הוא מבולבל, אינו מצליח להתרכז, ואפילו המחשב כבר אינו משמש מקור להתחברות אל העולם ולתחושת שליטה. חרדתו היום רבה יותר, הוא מוטרד מאוד מאבדן השליטה, ומוצף מחשבות אובססיביות שליליות שקשה

לו לנטרלם, ורווחתו הנפשית אינה גבוהה עוד כפי שהייתה בעבר הלא רחוק. נראה אפוא שמשאביו הגבוהים עוזרים לו לשרוד, אך איכות חייו נתונה במגמת ירידה למרות מאמציו הרבים. נראה שיהושע הגיע לקצה הארכיטקטורה הביולוגית, הפסיכולוגית והתרבותית. למרות יכולותיו הקוגניטיביות הגבוהות והשמורות, התנהגותו הרגשית מאופיינת בתלות גדולה, בדרשנות, בהיצמדות רבה לאשתו ובחרדה מפרידה. עוד הוא סובל מקושי לתת אמון בסיסי, קושי המביא לידי רגשות השלילים ומצב רוח ירוד. מצבו המורכב ורב-הפערים של יהושע תואם את מודל הא-אינטגרציה שתיאר לומרנץ (Lomranz, 1990).

גם השנים האחרונות בחייהם של רחל ויצחק - שנפטרו בינתיים - היו קשות, מתסכלות ועצובות. יצחק סבל מדמנציה וסיים את חייו במחלקת התשושים כשהוא מנותק מהסביבה. רחל נשארה צלולה למרות תשישותה הפיזית. את ימיה סיימה במחלקה סיעודית, רוב הזמן לבדה, עצובה ובודדה, למרות הטיפול המסור של הצוות ושל בני המשפחה.

היה קשה לראות את שני ה"נפילים" האלה במצב שכזה בסוף דרכם. נראה אפוא שמעטים הם בני 90 ומעלה היכולים ליהנות באמת מחייהם. אלה שמצליחים סובלים ברובם מפערים בתפקודים השונים ומתסכולים וקשיים לא מעטים. ואולי הקושי הוא שלנו, הצעירים, להבין כיצד ניתן לחיות כמו יהושע, עם רגשות מנוגדים של אהבה לחיים והנאה מטיפול בצמחים יחד עם חכמה, שנינות וחוש הומור, אך גם עם אי שקט, חשדנות, רגזנות, תובענות וביקורתיות כלפי האישה המטפלת בו במסירות ושהיא אהבת חייו.

"הפרדוקס של יהושע" הוא אולי הביטוי ההולם ביותר למצבו הנפשי בגיל 95. הפרדוקס של הזקנים ביותר הוא אולי אתגר ההישרדות המרכזי ביותר להם ולמטפלים בהם. דברים אלה נותנים משנה תוקף לדבריו של בלטס, שבשלב הסופי, בזיקנה המאוחרת, קצרה היד מלהושיע. יכולתנו מוגבלת. נראה שרק חום ואהבה, טיפול סיעודי טוב, ומוטב בבית, בסביבה מוכרת ונעימה, עשויים להקל במעט את תהליך הפרידה מהחיים.

את המסר לילדים שהוריהם הזקנים מוגבלים ותשושים מצאתי בשירו של אבנר טריינין:

לא לאהבה היא מתחננת.

בודאי לא לרחמים.

רק שאשיב לה ולו קרטוב

מחם ההזדהות הטוב שבו עטפה אותי

אז כאשר הושטתי לה ידי הזעירה

אף שלא הבינה מהו פשר הדמעות.

אבנר טריינין, "אמא ליזה לאה בגבורות", לקט השכחה, הוצאת הקיבוץ
המאוחד תשמ"ב

בני באה: חידת ההישרדות

בני המאה הם הנוטים שסיימו בהצלחה מסע ארוך. לא זו בלבד שהתחמקו עד כה מהמוות, אלא רבים מהם גם הצליחו להתחמק ממחלות.

שלוש מאות ארבעים ושלושה בני מאה הצטרפו בשנת 2004 למועדון בני המאה ומעלה בישראל. בסך הכול מונה קבוצת גיל זו למעלה מ-800 איש ואישה, והזקן שבהם הוא בן 117. על פי נתוני הביטוח הלאומי שני שלישים מבני המאה ומעלה הם נשים.

מהו סוד החיים הארוכים והבריאים?

שלושה בני מאה השתתפו בסרט שהפיק המרכז האור-קולי של אש"ל ("בני מאה-1998"). שלושתם בריאים פיזית ונפשית. את המפתח האישי שלהם לאריכות ימים טובה הם משמיעים בקולות דומים.

יונה חג'בי אומרת: "אני אוהבת את החיים של בן אדם בריא. אני לא לוקחת ללב. אפילו יש צרות... אבל אני מדלגת...". רגליה של יונה כואבות. היא נעזרת בהליכון, אך אינה מתלוננת: "כואב לי... זה שלי... אז מה אם כואב לי?" בכל בוקר מבקרת יונה במועדון לקשיש: "אני צוחקת, שרה, רוקדת, הולכת, מתעמלת, שומחת". אחר הצהריים היא צופה בטלוויזיה ומעורבת היטב באופרת הסבון "היפים והאמיצים". ביתה הוא מקום עלייה לרגל לכל המשפחה. כולם סביבה.

חיים אשכנזי בן המאה אף הוא מלא שמחת חיים וחיוניות: "אני מגיש את עצמי טוב, יפה, בריא... אני אוהב את החיים, את הטבע, את היופי, את האישה". לחיים יש חברה והוא כותב לה שירים. "אני אופטימי, מאמין שמחר יהיה יותר טוב. אני מתפלל לאלוהים ששומע אותי. אני שומר על גופי, נפשי ורוחי. מתעמל כל יום, מתפלל כל יום".

גם ורדה שבו מרגישה מצוין. למרות מגבלה קשה בראייה, היא מתפקדת בכוחות עצמה, מחממת אוכל במיקרוגל, מחליפה כל יום שמלה. ארונה מלא שמלות יפות. כל חייה הייתה פעילה ועבדה בהתנדבות.

נראה שהמפתח המשותף של שלושתם לחיים טובים הוא גישה חיובית, אופטימיות, היכולת "לדלג" ולהמשיך הלאה ולא להתעכב על עניינים מטרידים ולבזבז לריק אנרגיה שלילית,

כפי שמציעה הפסיכולוגיה החיובית. האם המפתח שלהם תואם מפתחות אחרים של בני מאה שהצליחו לשרוד פיזית, קוגניטיבית ורגשית תוך כדי תפקוד תקין?

במחקר שהתחיל ב-1992 בניו אינגלנד שבארצות הברית, נאספו נתונים על מצב הבריאות הפיזי, המנטלי והרגשי של בני מאה ומעלה החיים בצפון ארצות הברית בשמונה קהילות סביב בוסטון (Perls & Hutter-Silver, 1999).

מאה שישים ותשעה בני מאה ומעלה רואיינו, 74 נבחנו מבחנים נירו-פסיכולוגיים, 60 נבחנו מבחני אישיות ול-13 נעשתה אוטופסיה במוח. במקביל נלקחו דגימות דם מהם ומקרובי משפחתם בחיפוש תשובות לשאלות שהעסיקו את החוקרים: מי חי עד גיל מאה? כיצד הם עושים זאת? האם בני המאה שונים משאר האוכלוסייה? האם כדאי לחיות חיים ארוכים? לפי התחזית הדמוגרפית העולם הולך ומזדקן ותוחלת החיים של הזקנים עולה בהתמדה. בשנת 2020 אחד מכל שישה אמריקנים יהיה מעל גיל 60, ושיעורם יהיה כשיעור בני 20 ומטה באוכלוסיית ארצות הברית. 74 מיליון בני דור ה"בייבי בום" ("Baby Boomers"), הדור הגדול ביותר בהיסטוריה, מתחיל להזדקן.

בשנת 2050 יהיה אחד מכל שלושה אנשים בעולם מעל גיל 60. בערך 100,000 בני מאה התחילו את האלף השלישי, ועל פי התחזית בשנת 2050 יגיע מספרם בארצות הברית בלבד לכמיליון. הממצא המפתיע בנוגע אליהם הוא השונות שנמצאה ביניהם ולא הדמיון. מצבם הכלכלי נע מעוני קיצוני לעושר גדול. ניתן למצוא בהם אנשים ממוצא אתני שונה ויש בהם מבני כל הגזעים. כמחציתם נולדו מחוץ לארצות הברית. טווח השכלתם רחב ביותר, משתי כיתות לימוד ועד לתואר שלישי. גם מצבם הפיזי שונה במידה ניכרת. ממצא נוסף היה מספרם של הבריאים ושל החיים באופן עצמאי בקהילה. 15 אחוזים מהם עדיין עצמאים בקהילה, כלומר כ-7500 בני 100 בכל רחבי ארצות הברית יכולים לגור בכתיים, לבשל לעצמם, לדאוג לצורכיהם הבסיסיים ואפילו לעבוד. כ-35 אחוזים מהם מתגוררים עם בני משפחה, והשאר חיים במסגרות סיעודיות. כשלושה רבעים סבלו מדמנציה ברמה מסוימת, אך הנתורים - 25 אחוזים - לא סבלו כלל מהפרעות קוגניטיביות. המרוויחין הזקן ביותר היה בן 112 ועדיין קרא עיתון בכל יום. בריאותם הפיזית והמנטלית של ארבעה מתוך חמישה גברים שהגיעו לגיל מאה הייתה טובה מאוד. לעומת זאת, מצב הבריאות המנטלי והפיזי של הנשים לא היה אחיד, ונע מתלות ומחוסר תקשורת לעצמאות ולחיוניות יוצאות דופן. השוני המגדרי היה מפתיע. המסקנה שנחישות ואנרגיה להתגבר על מכשולים חשובות הרבה יותר לתוחלת חיים ארוכה מחיים נוחים וקלים ניפצה מיתוס אחד מני רבים ששררו בתחום זה.

בריאות של בני המאה היא בדרך כלל טובה, אך סמוך למוות ההידרדרות מהירה. חלק מהזקנים עברו ניתוחים והחלימו מהם בגיל זקן מאוד, במהירות יחסית. נראה אפוא שהמפתח לזיקנה מופלגת הוא הימנעות ממחלות, וככל שאתה זקן יותר אתה בריא יותר. גם אין הוכחה לכך שככל שאתה זקן יותר גוברים סיכוייך לחלות במחלת אלצהיימר. מחלת אלצהיימר וזיקנה הן שני תהליכים נפרדים.

ממצא זה מנוגד לתחזיות ולממצאים קודמים. למשל, במחקר שנערך בקנדה ב-1994 על בריאות וזיקנה נטען שדמנציה היא תהליך כמעט ודאי אצל כל אדם מעל גיל מאה. טענה זו תאמה את הממצאים על מחלת אלצהיימר המנבאים שאחוז חולי האלצהיימר מוכפל בכל חמש שנים בקרב בני האדם שגילם 65 עד 85. אך לאחר ניתוח ממצאים לגבי 5,000 דיירים במוסדות סיעודיים גילו חוקרים ממצאים סותרים. ההסבר לכך קשור כנראה לתופעה הנקראת "סלקציה דמוגרפית". נראה שקבוצה מסוימת של זקנים זוכה להגיע לגיל מופלג ולהימנע ממחלת אלצהיימר ומשאר מחלות דמנטיות, משום שכל הגברים שלקו בהפרעות קוגניטיביות קשות נפטרו בגיל צעיר יותר. נראה כי השפעת הדמנציה קטנה עד מאוד בקרב זקנים שנשארו לחיות במסגרת קהילתית. יתר על כן, הדמנציה בקרב בני המאה שחיו בקהילה, ושבמשפחתם יש היסטוריה של דמנציה, התחילה מאוחר מאוד יחסית - בשנות התשעים לחייהם. גם תפקודם היה טוב יותר, כי למרות הדמנציה הם שמרו על אישיותם ועל אפיוניהם הייחודיים, ולמרות המגבלות בתפקוד הקוגניטיבי נשמרה יכולתם לפיזי בתחומים אחרים.

במדגם נוסף השוואתי של 36 בני מאה ומעלה נמצאו 11 (33 אחוזים) בלא דמנציה. זאת הוכחה נוספת שזיקנה מופלגת ומחלת אלצהיימר הם שתי תופעות נפרדות. בכינוס שנערך ב-1997, שהשתתפו בו חוקרים מרחבי העולם שחקרו בני מאה ומעלה, ניתן חיזוק מפתיע לממצא שלפיו כשליש מהנחקרים שרדו ללא דמנציה. הרוב, כמו במדגם מניו אינגלנד, הגיע לגיל 90 ללא ירידה קוגניטיבית ניכרת. כך מתחזקת המסקנה שמוח זקן נורמלי הוא מוח ללא מחלה. השאלה היא מהי ה"מסננת" שדרכה אפשר לסנן פגעים ומחלות ולהגיע לגיל מופלג במצב טוב יחסית.

בניתוח הממצאים עלו נתונים אלה: לאישיות תפקיד חשוב בהישרדות, וכן גם ליכולת להתמודד עם קשיים ועם אבדנים. בני המאה, בעיקר נשים, היו מחוסנים מפני נירוטיסיזם, כלומר מרגשות שליליים כמו כעס, חרדה, עוינות, לחץ חברתי, מודעות עצמית מוגברת, אימפולסיביות ופגיעות. מי שמאופיין בתכונות אלה תופס את הזיקנה כמשבר המעורר לחץ, חרדה וייאוש. דאגות וחרדות כשלעצמן אף הן עשויות להשפיע על הבריאות בזיקנה. אמנם לא ניתן לשנות מרכיבים בסיסים באישיות, אך ניתן ללמוד להתגבר ולשלוט טוב יותר

בחרדות ובדאגות ולהחליט החלטות המשנות את סדרי החיים במטרה להפחית את הלחצים. היכולת להתמודד עם לחצים או להתגבר במהירות על מצבים קשים בחיים הם מרכיבים חשובים של ההזדקנות המוצלחת וכאן בני המאה ניחנו ביכולת טובה להדוף לחצים. אנשים המאופיינים בנירוטיסיזם נוטים גם להתמכר לשתיית אלכוהול ולעישון סיגריות עקב קושי לדחות סיפוקים ולשלוט בדחפים. בניגוד להם, בני המאה הם יציבים רגשית, גמישים, מסתגלים, ורק לעתים רחוקות מדוכאים. ג'ורג' וליאנט (Valliant, 2000), פסיכיאטר מהרווארד, הראה שאנשים הלוקים בדיכאון חיים הרבה פחות מאנשים ללא דיכאון. הדיכאון מלווה חלק ניכר מהקשישים כתגובה לאבדנים ולקשיים, אך בני המאה מתמודדים היטב למרות לחצים ואכזבות. מקרב 74 נבדקים רק ארבעה הראו סימנים של דיכאון קשה וגם הם לא הראו סימנים קלאסיים של דיכאון, והצליחו לנהל את חייהם למרות התסמינים. ייתכן ששמירה על יציבות רגשית בגיל מופלג חשובה הרבה יותר לבריאות הפיזית והנפשית מכפי שחשבו עד היום. נראה כי בני המאה יכולים להתמודד עם מצבים חדשים ללא מתח מיותר בזכות תכונה כלשהי הטבועה בהם במשך שנים ומקלה את התמודדותם.

גישתם של בני המאה לחיים מרשימה לא פחות מגילים. הם חדורי רוח לחימה והם נוקטים אמצעים יוצאי דופן לשמור על כוחם הפיזי ועל יכולת החשיבה שלהם. הם מסרבים לראות בגיל מגבלה המונעת מהם את הנאות החיים. אף שעל פי הנתונים לא נמצאה תזונה מסוימת האופיינית להם, נמצא שאיש מהם לא היה שמן במיוחד, שהם אכלו במתינות ותפריטם כלל מזון מתאים, וכל אלה מנעו מחלות לב, סוכרת ואולי גם גורמי סיכון לסרטן. כ-80 אחוזים מהם דיווחו שמשקלם לא השתנה במהלך שנות חייהם בבגרות. רובם לא צרכו משקאות אלכוהוליים ולא הפריזו בכך בעברם. אחדים מהם שעישנו בעבר נטשו את הסיגריות לפני זמן רב. רובם היו פעילים יום יום, הן פיזית והן מנטלית.

חלק נכבד מבני המאה שנחקרו השתמשו בחוש הומור דרך קבע. וליאנט ציין שחוש ההומור קשור להסתגלות פסיכולוגית מעולה והוא אחד ממנגנוני ההסתגלות החשובים לזיקנה (כפי שכבר נדון בפרק 2). השימוש בהומור מאפשר לדבריו גם הכרה במציאות קשה וגם הגנה מפני צער וכאב. ההומור גם תורם לחשיבה יצירתית ועוזר בפתרון בעיות, כמאמר הפתגם: "אם החיים נותנים לך לימונים, עשה מהם לימונדה". חוש הומור הוא ביטוי להתפתחות פסיכולוגית בוגרת והוא מאפשר להתגבר על בושא או על סיטואציות מביכות אחרות, וכל אלה מקלים את ההזדקנות הפיזית. חוש ההומור גם יוצר קרבה והערכה, משום שבני האדם נמשכים אל מי שמאופיין בחוש הומור ובגישה פוזיטיבית. ואכן נמצא שבני המאה אינם בודדים ואינם מבודדים ולרובם יחסי קרבה עם אחרים. היטיב לבטא זאת אחד מהם:

“כשאתה זקן, אתה זקוק לאנשים, לא דולרים”. בני המאה מוקפים אפוא באנשים המעניקים להם תמיכה רגשית ופיזית.

במדגם האמור נמצא שכ-14 אחוזים מהנשים היו רווקות, אך למרות היעדר בן זוג ומשפחה הן היו מוקפות באנשים אוהבים בני כל הגילים. גם הפגועים קוגניטיבית מצליחים לשמור על יחסים אישיים, ויחסים אלה הם אמצעי הישרדות חשוב. קשר ידידותי חשוב לא פחות מווייטמינים או מאספירין.

בתקופת הזיקנה המופלגת נודעת חשיבות רבה גם לצד הרוחני שבחיים. אמונה או שמירה על מסורת דתית מאפשרות להתמודד עם אבדנים קשים, כמאמר התפילה: “ה’ נתן, ה’ לקח, יהא שם ה’ מבורך”. הרברט בנסון (אצל Perls & Hutter-Silver, 1999), מומחה לקשר שבין גוף ונפש מאוניברסיטת הרווארד, מצא שתפילות תכופות עשויות להוריד לחץ דם ולהפחית כאב בקרב חולי סרטן. אין ספק שלתפילה יש השפעה מדיטטיבית המסייעת להורדת לחץ, בדומה להשפעת צחוק או קרבה רגשית.

מרכיב חשוב נוסף בהישרדות של הזקנים ביותר הוא מנגנון ההסתגלות. נמצא כי בני המאה הם בעלי יכולת הסתגלות טובה ויכולת לשלוט על הנסיבות. שליטתם מתבטאת בפעילות גופנית מוגברת כדי להתגבר על חולשה של איברים, למשל. כשפעילותם מוגבלת, הם מפתחים יכולת לפצות על המגבלות ולחדד תפקודים קוגניטיביים כמו פתרון תשבצים. עוד נמצא כי בני המאה הם ראליים, יודעים לקבל עזרה וגם להציב גבולות. הם מסתגלים בקלות לסביבה חדשה, כמו מסגרת סיעודית, בלא להילחם ובלא לשקוע בדיכאון. הם בוחרים את הפתרון האפקטיבי ביותר בעבורם.

נראה כי בני המאה הגיעו לשלב בהתפתחות, שבו כבר אין קונפליקטים וניגודים כי אם שלוה עמוקה. הם אינם עסוקים בעבר אלא ממשיכים לחיות את ההווה, ואף שהם מוכנים למוות, הם עדיין מעורבים בהווה. אריקסון (Erikson, 1984) דן בשלב השמיני בהתפתחות הפסיכולוגית, אך מאחר שהוא לא חקר אנשים בגיל זיקנה מופלגת, נראה שיש מקום להציע שהם שרויים בשלב התשיעי שהוא שלב נוסף הקרוב ביותר להשלמה של מעגל החיים, ולכן הוא מאופיין בהתכנסות רבה יותר, בפסיביות וברגיעה.

חזקן של נשים

הנתונים על בני המאה חוזרים ומראים שאחוז הנשים השורדות בזיקנה מופלגת גבוה הרבה יותר מאחוז הגברים. גם האדם ששנות חייו היו הרבות ביותר בהיסטוריה היה אישה, שחיה עד גיל 122 ונפטרה ב-1997. יחס הנשים והגברים באוכלוסייה של בני ה-65 הוא 3 : 2

(תוחלת חיים ארוכה אופיינית לנקבות בקרב בעלי החיים בכלל). שמונים וחמישה אחוזים מבני המאה במחקר היו נשים, ממצא התואם את הממצאים האחרים על בני המאה במדגם הכללי בעולם: מכל עשרה אנשים בני מאה, תשע הן נשים ואחד הוא גבר.

רק בבנגלדש, בפקיסטן ובהודו תוחלת החיים של הגברים גבוהה יותר מזו של הנשים, אך הדבר נובע מאפליה בתנאי החיים של הנשים ומפגיעה בהן, וכאמור בדרך כלל תוחלת החיים של נשים גבוהה יותר. ממצאים אלה מפתיעים לאור העובדה שלגברים יש יתרון פיזי וגם חברתי לעומת נשים, ונשים זקנות עניות יותר מגברים זקנים.

כיצד ניתן להסביר את ההבדל בתוחלת החיים של נשים לעומת זו של הגברים? תמותת עוברים זכרים גבוהה מזו של עוברי נקבות; ריאותיהם של תינוקות בנים מפותחות פחות מריאותיהן של בנות ולכן הם עלולים לפתח מחלות שונות על רקע זה ואף קשיים קוגניטיביים. כשהבנים גדלים הם נוטים מהתנהגותם לסיכון, לתאונות, לשתיית משקאות אלכוהוליים ולצריכת סמים, וכל אלה מגבירים את סיכוייהם ללקות במחלות לב או במחלות אחרות. גברים אף נוטים להתאבדות יותר מן הנשים וחייהם בדרך כלל מתאפיינים בתוקפנות, במתח ובלחצים יותר מנשים.

מצב בריאותן של נשים בנות 50 ו-60 טוב מזה של גברים בגיל זה. האסטרוגן המיוצר בגופן במהלך שנות הבשלות המינית עשוי להועיל לבריאות המערכת הקרדיו-וסקולרית בגופן ואף להגן מפני תופעות לוואי של כולסטרול גבוה. האסטרוגן עשוי גם למנוע התקפי לב בקרב נשים עד גיל 60, וסיכוייהן ללקות בהתקף לב גם בשנות השמונים והתשעים לחייהן נמוכים במידה רבה מאלה של גברים. יתר על כן, האסטרוגן הוא גם גורם אנטי-אוקסידנטי המגן על הגוף.

גברים בני שישים ושבעים חשופים לגורמי סיכון כמו מחלות לב, סרטן, אלצהיימר וסוכרת. בגילים אלה נראה שנשים בריאות הרבה יותר מגברים כמעט בכל המדדים. הן מתחילות לסבול מתחלואים שונים בשנות השמונים והתשעים לחייהן. המצב הפוך בקרב גברים: גברים שצלחו בשלום את גיל השמונים והתשעים כבר לא ילקו בסרטן או במחלות לב. כך גם בזיקנה המאוחרת: הגברים הם בעלי היתרון. אמנם מספרם קטן יחסית, אך הם בריאים יותר מן הנשים.

לאישה נודע תפקיד חשוב בהארכת חייו של הגבר. גברים שהגיעו לגיל מופלג היו כולם נשואים תקופה מסוימת בחייהם ורבים מהם היו נשואים שנים ארוכות, בעוד שבקרב הנשים היו שחיו לבד. אבדן בת הזוג נחשב לאירוע הפוגע קשות בהמשך חייו של הגבר, אך אישה

בריאה יכולה לטפל בגבר חולה במשך תקופה מסוימת. נשים גם מיטיבות להסתגל לאלמנות לעומת גברים.

היסטוריה משפחתית אף היא מלמדת על תוחלת החיים הצפויה. לרבים מבני המאה היו קרובי משפחה שהאריכו ימים עד גיל הקרוב לשלהם, או נמצא שתוחלת החיים של הוריהם הייתה ארוכה מהרגיל.

מה לפדו החוקרים מבני הפאה?

- הגיל אינו מגבלה: בני המאה אינם מתייחסים לגילם כאל מגבלה. עמדתו של אדם כלפי זיקנתו הוא המפתח ליכולתו להמשיך ולהתפתח. זקנים יכולים לנצל את ההזדמנויות ואת האפשרויות שנקרות להם בזיקנתם המאוחרת, שלא היו קיימות בעבורם קודם לכן.
- גנטיקה: רוב האנשים הם בעלי גנים המאפשרים להם להגיע עד מעל לגיל 85. יש להשתמש ביתרון של הגנים ולא לבזבזם לריק. שמירה על הבריאות עשויה לשפר את הסיכוי להאריך ימים ולהקטין לפחות חלק מההבדלים בין אדם צעיר יותר ובין זקן בן מאה.
- פעילות גופנית: פעילות גופנית הכרחית לשמירה על הכוח ועל השרירים. הגדלת רקמת השריר מנצלת שומן ביעילות רבה יותר, מפחיתה את הסיכון ללקות במחלות לב ומגבירה את תחושת הרווחה הנפשית.
- אתגרים חדשים: גלה אתגרים חדשים. ראש פעיל ופעילויות שונות מתרגלות את המוח. על האדם לנצל הזדמנויות חדשות שלא נקרו בדרכו בגיל צעיר יותר: קריירה שנייה, פעילות התנדבותית, כתיבה, טיולים, נגינה וכד'.
- תזונה: תפריט הכולל פירות וירקות במידה רבה אך מעט בשר, מעט שומנים ומעט דברי מתיקה. יש להקפיד על אכילה מתונה ולצרוך בכל יום ויטמין E וסלניום.
- הימנעות ממתח: בני המאה הם בעלי יכולת פסיכולוגית להתגונן מפני מתח. הומור, מדיטציה, טאי צ'י, פעילות גופנית ואופטימיזם הם כמה דרכים חשובות המסייעות לשליטה בחיים.

בחיי בחיי

עכשיו אני שומע יום יום את מעגלי חיי הנסגרים,
אני שומע את נקישות האבזמים הנסגרים, נקישות
כמו נשיקות של פיוס ואהבה. ואלה עושים קצב
לחיי האחרונים. דברים שאבדו אז שוב מוצאים
את מקומם, כמו כדורי בלירד, כל אחד למקומו.
חוזים ונבואות מתקיימים, נבואות אמת ונבואות שקר,
אני מוצא שוב את המכסים לכלים שנשארו פתוחים,
אני מוצא חלקים תואמים כמו בחוזים בימי קדם
שעשו אותם מחרס ושברו אותם לשני חלקים לא שוים
אבל משלימים זה את זה. כמו פסיפס,
כמו משחק ילדים למצוא את החלקים החסרים.
המשחק יהיה גמור והתמונה שלמה.

יהודה עמיחי, פתוח סגור פתוח,

הוצאת שוקן 1998

פרק 10

טיפול קבוצתי לבני האוכלוסייה המזדקנת

הגיל, כמו המרחק, מעניק לנו קסם כפול.
(אוליבר ונדל הולמס)

הבדידות הפיזית והרגשית היא להערכתך הקושי הגדול ביותר בתהליך ההזדקנות של האדם הבריא והעצמאי. אבדן תפקידים משפחתיים וחברתיים עלול לפגוע בהערכה העצמית של האדם ולעורר קשיים בדימוי העצמי. מבוגרים רבים החיים בקהילה, הצעירים שבהם או הזקנים יותר שכבר יצאו לפני שנים רבות ממסגרות של למידה או של תעסוקה, כמהים לקשר חברתי ולהשתייכות. הפתרון הוא הצטרפות למסגרות שונות בקהילה המספקות מגוון של תכניות לשעות הפנאי, להתנדבות, ללמידה ולעניין. אך יש אנשים הזקוקים בנוסף להתחברות ולעניין גם לאוזן קשבת, לתמיכה, לייעוץ בנושאים מדאיגים או כואבים הקשורים למשפחה, לעצמם ואולי גם למשקעים מהעבר המכבידים היום יותר מבעבר המחפשים פורקן. רובם הגדול של אנשים אלה לא יפנה לטיפול נפשי, ואף לא לייעוץ. הפונים הם אלה הנתונים במשבר ובלחץ נפשי גדול. הטיפול הקבוצתי עשוי להוות פתרון הולם לאותם אנשים אם הוא זמין וקיים בקהילה ובסביבה הקרובה.

בהיותו מפגש חברתי שבו כל משתתף פעיל ותורם, הטיפול הקבוצתי מחזק את הדימוי העצמי ואת תחושת הערך של האדם המבוגר ומשמר אותם. הטיפול הקבוצתי מבוסס על יתר שוויון והדדיות ובכך מנעת החרדה או הבושה שעלול לחוש מי שבא כמטופל וכ"חלש" לייעוץ או לטיפול נפשי.

מגוון העבודות הטיפוליות הנעשות במסגרת של קבוצה הוא רחב ביותר. המפגשים הקבוצתיים עוסקים בנושאים שונים כמו סקירת חיים והעלאת זיכרונות, שיחות קבוצתיות על נושאים מוגדרים כמו תקשורת ומערכות היחסים במשפחה. יש גם קבוצות תמיכה לאלמנות ולאלמנים, קבוצות העוסקות בפסיכודרמה, בתנועה, בתזונה ובבריאות, קבוצות תמיכה לבני זוג של חולי אלצהיימר וכדומה. המסגרת הקבוצתית עשויה לתרום תרומה ניכרת לבריאות הנפשית של בני האוכלוסייה המבוגרת.

היתרונות העיקריים של העבודה הטיפולית בקבוצה

טוסלנד (Toseland, 1995) מונה כמה יתרונות חשובים בעבודה הקבוצתית עם בני האוכלוסייה המבוגרת:

- **שייכות והתחברות:** הקבוצה מהווה אמצעי לקשר אנושי ולהתקשרות בין-אישית. המפגש הקבוצתי מסייע להפיג את הבידוד החברתי ואת הבדידות שחשים רבים מן המבוגרים עקב האבדנים הרבים שחוו במהלך ההזדקנות. בקבוצה יכולים המשתתפים לחלוק זה עם זה את חוויותיהם ולקבל זה מזה לא רק חום ותמיכה, אלא גם עצה, הכוונה ורעיונות להתמודדות. הקבוצה עשויה לסייע למשתתפים להרחיב את הרשתות

החברתיות שלהם, לחדש חברויות ישנות, לפתח חברויות חדשות ולהמשיך ולשמור על מערכות יחסים ועל קשרים חברתיים מעבר לפעילות הקבוצה.

- **הקבוצה כמספקת אישור והכרה:** חברי הקבוצה משתפים זה את זה בקשייהם ובבעיותיהם ובמהלך המפגש נשמעים קולות דומים. בכך מתחזקת תחושתו של האדם המזדקן שהוא אינו לבד במערכה. מחשבותיו, חוויותיו ודאגותיו אינן יוצאות דופן. המשתתפים בקבוצה גם מקבלים זה מזה חיזוק והכרה ליכולותיהם, לפעילויותיהם ולחכמת החיים שלהם, והם זוכים להכרה בקשיים הכרוכים בתהליך ההזדקנות המשותפים לרבים. הכרה זו בונה את תחושת היכולת, את ההערכה העצמית, את הביטחון העצמי ואת השליטה ומחזקת אותם.

- **פורקן ואינטגרציה:** הקבוצה מאפשרת לחבריה לפרוק את רגשותיהם ולחלוק את דאגותיהם ותסכוליהם. האמפתיה שבקבוצה חשובה מאוד משום שלא תמיד ניתן לקבל אמפתיה במשפחה. חברי הקבוצה אינם מעורבים רגשית בחיי הפרט כמו בני משפחתו, ולכן הם עשויים להיות גם אמפטיים יותר מבני משפחה וגם להעניק נקודת מבט אובייקטיבית יותר לקשיים שהוא מעלה. יכולתו של הפרט לחלוק היבטים חיוביים ומרכזיים של חייו עם חברי הקבוצה מאפשרת התפתחות של תחושת האינטגרציה של האגו.

- **תפקידים מספקים ומשמעותיים:** קשרי הגומלין בקבוצה מאפשרים לחבריה לאמץ לעצמם תפקידים משמעותיים, כמו תפקיד המייעץ, המלווה, התומך והמחזק, אך גם המלמד והמדריך, על פי הנושאים שבהם עוסקת הקבוצה. כשהאדם מרגיש שהוא עוזר או נחוץ לאדם אחר, מתחזקת תחושת הערך העצמי שלו והוא חש שהוא תורם לאחר או עושה בעבורו דבר-מה משמעותי. אנשים בעלי כישרונות מיוחדים בתחום היצירה או בעלי מומחיות בתחומים מסוימים יכולים להפגין את כישוריהם ואת הידע שלהם ואף לתרום מהם לאחרים. גם לזקנים מוגבלים במסגרות סיעודיות ניתן למצוא תפקידים, כמו המברך, מי ששר או מלמד שירים, מי שמציעה תפריטים קלים ובריאים, מנהל חשבונות הנותן ייעוץ פיננסי, עורך דין המסייע בעצה משפטית, איש דת הקורא פסוקים מהתנ"ך מפרשת השבוע וכיוצא באלה.

- **הקבוצה כמסגרת לפתרון בעיות:** הקבוצה יכולה לשמש גם כמסגרת חשובה לפתרון בעיות. אדם המתמודד עם בעיה ושומע דעות שונות וכן מקבל מידע על התנסויות דומות לשלו, זוכה לנקודת מבט רחבה יותר על בעייתו, לתמיכה ואף לעזרה מעשית בפתרון הבעיה. הקבוצה מעודדת את האדם לחשוב, לנתח, לנסח בבהירות את הבעיה ובהמשך

לכך - לבחון אפשרויות שונות להשגת המטרות שהוא מציב לעצמו לצורך שינוי המצב או לפתרון הבעיה הקיימת. הקבוצה גם מגבירה את המוטיבציה לשינוי ומעודדת אותו במצבים שבהם הוא מרגיש חסר אונים או חסר תקווה.

להערכתנו, נוסף לכל היתרונות שנמנו, היתרון העצום של העבודה בקבוצה הוא בכך, שאנשים שלא היו פונים לטיפול אישי או לייעוץ למרות קשייהם, בגלל דעות קדומות, חרדות או סטיגמה - יכולים להצטרף לקבוצה ולבטא מצוקות וקשיים נוספים שאינם קשורים בהכרח למטרות המוצהרות של העבודה בקבוצה. המסגרת הקבוצתית מעניקה אחווה וקבלה של החברים, ואין מייחסים לה סטיגמות של בעיות נפשיות כפי שנוטים לייחס לטיפול פרטני ובוודאי למפגש עם פסיכולוג.

הקבוצה עשויה גם לסייע למטפל הצעיר, בעיקר כשנדרשת יכולת הזדהות ואמפתיה לנוכח אבדנים הקשורים לתהליך ההזדקנות. חברי הקבוצה שמצבם דומה ובעיקר זקנים יותר יכולים לתמוך, להבין ולהזדהות בקלות רבה יותר זה עם זה ואף לשמש מקור לתקווה ולעידוד במצבים שבהם אין די במטפל הצעיר וחסר הניסיון כדי להעניק להם תחושה של ביטחון. למשל, אלמנה בת 74 עשויה לתרום מניסיונה האישי לחברה בקבוצה שהיא אלמנה "טרייה", צעירה יחסית, בת 69: "עברתי תקופה קשה כזו כמו שאת מתארת עכשיו, והיום, אחרי כמה שנים, התחזקתי ואני מתמודדת הרבה יותר טוב".

עם זאת, בעבודה הקבוצתית נדרשת מידה מסוימת של הומוגניות בין חברי הקבוצה, בהתאם למטרת העבודה. יכולת מילולית ורמה מסוימת של תובנה חשובות בקבוצה שהמדיום העיקרי שלה הוא מילולי. ראוי שהמיון והבחירה של חברי הקבוצה יבטיחו אווירה של פתיחות ונוחות. אנשים הסובלים מירידה קוגניטיבית עשויים להשתלב בעבודה קבוצתית המותאמת לתפקודם, המעמידה במרכז את הפעלת חברי הקבוצה ומייחסת חשיבות לתקשורת לא-מילולית. אנשים בעלי הפרעת אישיות קשה המתבטאת בהתנהגות תוקפנית, שתלטנית וחסרת גבולות, עשויים להפריע לפעילות הקבוצה ולעכב את התפתחותה, ולכן יש לשקול אם לשלבם בעבודה הקבוצתית.

פניהיות בקבוצה שחבריה זדקנים

על מנחה הקבוצה, שהוא המטפל, להיות בעל ידע בהנחיית קבוצות ויכולת להנהיג, כדי שיוכל להוביל את הקבוצה ולהעניק לחבריה הרגשה של ביטחון ופתיחות. דרוש גם ידע נרחב בפסיכולוגיה של הבגרות והזיקנה כדי להעריך את מצבם המנטלי והנפשי של חברי

הקבוצה ולזהות את המשתתפים הנתקלים בקשיים, המחייבים אולי התערבות נוספת או טיפול אינדיווידואלי ולא קבוצתי.

בעבודה הקבוצתית עם בני האוכלוסייה המבוגרת, המנחים, אנשי המקצוע, זוכים בדרך כלל לכבוד ולהערכה רבים, בעיקר עקב הסטטוס המקצועי שלהם וההשכלה שחסרה אולי לחלק מחברי הקבוצה המבוגרים יותר. הביטוי לכך הוא בצורך של חברי הקבוצה בתשומת הלב של המנחה, בנטייה לפנות בעיקר אליו ובציפייה שהוא יציע הצעות, יוביל את הקבוצה ויהיה פעיל. יש לזכור שבני האוכלוסייה המזדקנת נוטים לפסיביות ולתלות וזקוקים לאישור, לקבלה ולהערכה עצמית, ולכן רב המשקל שהם מייחסים למנחה. חלק מהמבוגרים מתקשים גם בשמירה על גבולות ולא פעם ניכרת בהם נטייה להתייחסות הורית כלפי מנחה צעיר, ואף סקרנות המתבטאת בניסיון לשאול אותו שאלות אישיות או להעיר הערות.

כנה פחשבות אישיות

להערכת, על המנחה להיות כריזמטי, כדי שיוכל להעניק לחברי הקבוצה תחושה של ביטחון אך גם של ערך עצמי וחוזק. מנחה של קבוצה שחבריה שרויים בתהליך של הזדקנות משמש כ"אובייקט-עצמי" המאפשר מראה חיובית ואידאליזציה. חברי הקבוצה יכולים לקשור עמו קשר טוב ולהתחזק הן כפרטים והן כקבוצה. בהיותו צעיר ובריא מהם, הוא יכול לשמש תחליף לילד שאולי מאכזב, דוחה או איננו. הוא יכול גם להוות תחליף לעצמי הצעיר של האדם המזדקן שאיננו עוד. התייחסותו האמפתית אל חברי הקבוצה משמשת דגם לחיקוי בעבור חברי הקבוצה ומעקרת את הביקורת ואת תחושת חוסר הערך העצמי שהם עלולים להרגיש.

מנחה טוב משמש גם כמנהיג המוביל את חברי הקבוצה, מעודד את המוטיבציה שלהם ובעיקר מקרין אנרגיה חיובית. חיוך, חום, אמפתיה, הומור, אך גם יכולת להציב גבולות - כל אלה הם כלים חשובים ביותר לעבודה עם בני האוכלוסייה שהיא ברובה פגיעה או חלשה.

התכונות הרצויות למנחה יעיל הן אפוא רגישות וחום, ביטחון אישי ומקצועי המתבטא ביכולת להנהיג ולהוביל, אנרגיה, גמישות ויצירתיות, יכולת תמיכה והכלה, רצון טוב, מודעות עצמית, הומור ואופטימיות.

ניסיוני בהנחה ובהדרכה של מנחי קבוצות לימדני שעבודה יעילה בקבוצות עם בני האוכלוסייה המבוגרת צריכה להיות מובנית. יש לעבוד על פי תכנית מפורטת של התכנים ושל מהלך העבודה בכל מפגש ומפגש. תכנית העבודה תכלול גם משחקי תפקידים, סרטים או חומר ספרותי שדרכם ניתן לדון ולפתח נושאים רלוונטיים לקבוצה, הפעלות שונות או

כל אמצעי אחר לביטוי יצירתי לא-מילולי, העשוי לשמש כאמצעי לתקשורת ולפתיחות בין חברי הקבוצה.

במפגש הראשון על המנחה לערוך עם חברי הקבוצה מעין "חוויה" ובו נוהלי העבודה בקבוצה, הגדרת תפקידים, הגדרת הגבולות ופירוט האחריות של הקבוצה, וכל זאת כדי שחברי הקבוצה יכירו את כללי העבודה. ככל שנהלים אלה ברורים יותר כך יקל על חברי הקבוצה להשתלב בה וקל יותר למנחה לנהל אותה. נהלים אלה יפרטו למשל את הכללים להיעדרויות של חברי הקבוצה ממפגשים, לאיחורים ולשמירה על סודיות, וכן כללים הנוגעים להתנהגות ולנימוס בקבוצה.

רצוי לקבוע מראש כי מספר המפגשים ינוע בין שמונה ל-12, משום כאשר מספר הפגישות מוגבל וידוע מראש, למשתתפים קל יותר להתחייב למסגרת וחששם מפני האחריות פוחת, וזאת לאור הקשיים בניידות, במצב הבריאות, באנגריה ובמוטיבציה. כשהזמן קצוב, העבודה עשויה להיות יעילה יותר ופחות שוחקת או מעייפת, הן בעבור המשתתפים והן בעבור המנחה.

מן הסוגים השונים של הטיפולים הקבוצתיים בחרתי להציג בפניכם מודל לעבודה קבוצתית עם האוכלוסייה המבוגרת הצעירה בעיקר, זו המתמודדת עם הסתגלות לחיים לאחר פרישה לגמלאות, עם הרצון למלא את הזמן הפנוי ועם בניית עולם תוכן משמעותי לתקופת הזיקנה. את ההשראה למודל קיבלתי מחברתי הטובה, הפסיכולוגית ניצה אייל, העוסקת זה שנים רבות בנושא הזמן הפסיכולוגי ואף כתבה ספר חשוב, "הזמן האמיתי: החוויה האישית של הזמן" (אייל, 1996).

המודל שאציע, העוסק בניהול זמן חיים, הוא פרי מחשבות ורעיונות שהתפתחו בשיחות בינינו ובעקבותיו בנינו יחד את עקרונותיו. המודל מחבר למעשה את מושג הזמן וההתנהלות בזמן עם עקרונות הבריאות הנפשית החיובית, עקרונות ההזדקנות המיטבית על פי הגישה הקוגניטיבית ועל פי התכנית "אל המטרה" (Danish et al., 1995) "go for the goal"; (Ellis & velten, 1998; Ryff & Singer, 1998).

ניהול זמן חיים

מודל "ניהול זמן חיים" מבטא תפיסה פסיכולוגית הבוחנת למעשה את האופן שבו מתפקד האדם בעולם. הזמן הפסיכולוגי הוא מערך ארגוני-פנימי ייחודי הכולל תבניות קוגניטיביות, דימויים, ייצוגים, סמלים ושפה, וכל אלה יוצרים את מודעות של בני האנוש לזמן (אייל, 1996 ; 1998).

ניתן למנות ארבעה ממדים של הזמן הפסיכולוגי:

1. מערך האמונות והעמדות שלו כלפי הזמן: מערך זה כולל את אשר יודע האדם על הזמן או את אשר הוא חושב עליו. הן התרבות והן התקופה הם בעלי חשיבות רבה במערך זה. החברה המערבית המודרנית מכוונת לעתיד, חיה בקצב מהיר, וזמניה קצרים וצפופים, כמו למשל הדואר האלקטרוני והפקסימיליה בתקשורת. הזמן הוא ברובו הווה המכוון לעתיד. בזמן שכזה נתקלת האוכלוסייה הזקנה בקשיים רבים. דפוסי התפקוד והתקשורת שהיא רגילה להם נעים בקצב אטי הרבה יותר. היא גם אינה מצליחה להתאים את עצמה לטכנולוגיה המתקדמת וברובה גם אינה משתמשת בה. אוכלוסייה זו מכוונת יותר אל ההווה או אל העבר, המלא זיכרונות של פעילות ותוכן, והעתיד נחוה כמאיים במידה רבה. יש צעירים המשתמשים בביטוי "זמן זולָה", שהוא זמנם של צעירים המבלים במזרח הרחוק לאחר השירות הצבאי, ופירושו בעבורם פסק זמן, אתנחתה חשובה כנראה לפני המרוץ הגדול של החיים. בפרק זמן זה אין יעדים ואין לחצים, כמקובל בתפיסה התרבותית של עמי המזרח, ובתפיסה הגורסת שלחיים כאן אין משמעות אלא כחיי הכנה לעולם הבא. תפיסה זו מנוגדת לתפיסה המערבית המודרנית, המדגישה שהאדם הוא המעניק משמעות לחייו ושמשמעות זאת מבוססת על תחושת כיוון, על מטרה ועל המשכיות

2. החוויה האישית של האדם לגבי הזמן: אדם עשוי לחוות את הזמן כמלא או כריק; הזמן טס, קטוע, אטי, רגוע, מעגלי, נע בשיפוע למעלה או למטה. תפיסת הזמן משתנה ומתפתחת עם השנים. החוויה האישית של הזמן, פרט להתפתחות מילדות לבגרות, מבטאת גם מצב נפשי ומנטלי. הזמן עשוי לנוע במהירות הבזק במפגש עם אהוב או עם אהובה, בצפייה בסרט מרתק, וכשחווים חוויה מוזיקלית רבת-עצמה, והוא מלא וגדוש. סרט משעמם, המתנה לאוטובוס או כל מצב שהאדם איננו מעורב בו רגשית או מנטלית, עשוי להחוות כזמן ריק, אטי, כבד. אנשים השקועים בדיכאון חווים את הזמן כריק, כתקוע, ללא עתיד. לעומת זאת, כשאדם במצב של מניה הוא טס עם הזמן או עף למרחקים. בתקופת הזיקנה, ובעיקר בזיקנה המאוחרת, הזקנים מדווחים שהזמן ריק,

אין לו תוכן מספיק, אין עם מי לדבר. הבדידות מחזקת את תחושת הריקנות של הזמן. תחושה זו שהזמן ריק עשויים לחוות גם זקנים במסגרות סיעודיות, שבהן הפעילות והגירויים המוצעים להם מוגבלים ולא פעם גם אינם מעניינים.

3. אזור הזמן שבו נמצא האדם: האדם עשוי להימצא בעתיד מבחינת התייחסותו לזמן, הוא עשוי להיות בהווה, ויש שהוא חי בעבר. לעתים זמן זה הוא הבולט והמשמעותי בעבורו ולעתים זמן אחר, ואזורי הזמן עשויים להשתלב זה בזה בצורה זו או אחרת, לעתים בלכידות ולעתים במקוטע. ילדים וצעירים מכוונים לעתיד; זמנם פתוח, אין-סופי, מאפשר דחייה של מימוש יעדים, התחמקות מהתמודדות או פסיביות במסווה של "יש זמן". לעתים החיים בעתיד מכסים על חרדות, על פחד ממחויבות או על פחד מכישלון.

האדם חי את סיפור חייו על פי התסריט שהוא כותב; הוא השחקן, הוא הבמאי והוא התסריטאי. עם זאת, לכל חברה יש גם שעון חברתי והוא מתקתק ומפעיל לחץ גם על השעון הפנימי. למשל, גיל 30 נקבע בחברה כגיל שבו רוב הנשים נשואות. בחורה המתקרבת לגיל 30 ואינה נשואה, תרגיש לחץ לחפש בן זוג קבוע, גם אם מבחינה רגשית, על פי השעון הפנימי היא מרגישה שעדיין אינה בשלה לנישואין. כשאדם פורש לגמלאות, הוא עשוי לחוות את הזמן כ"זמן זולָה", שבו האדם יכול לבחור את הקצב ואת התוכן שיינתן לזמן הזה, ובעיקר לצמצם את הלחצים ואת העומס המעיקים עליו בחיי היום-יום. עם זאת, אין לו – כפי שיש לצעיר – עתיד העומד לפניו, ויש להניח שאת אשר לא יעשה היום – לא יעשה כלל. הזמן בהווה יקר ומשמעותי מאוד.

4. התנהגות האדם בזמן: האדם עשוי לשלוט בזמן, ויש שהזמן שולט בו. יש הנעים בזמן בקצב מהיר ויש הנעים בקצב אטי, מדייקים או דוחים מטלות, מקדימים או מאחרים, מקמצים בזמן או מבזבזים אותו ומפזרים אותו לכל עבר. שעת טיפול היא מסגרת חשובה מאוד שניתן לאבחן בה איך האדם מתנהל בזמן: האם הוא מצליח להגיע בזמן, כיצד הוא מתארגן במהלך השעה, האם הוא ממלא את השעה, כיצד הוא מסיים פגישה, מה הוא זוכר ומה הוא שוכח, כיצד הוא מסתדר עם התשלום לפסיכולוג ועוד. נראה שהאופן שבו האדם מתנהל במרחב הזמן מבטא במידה רבה את המצב הרגשי שבו הוא נמצא. השאלה המרכזית היא מה מידת שליטתו של האדם; מי ששולט בחייו מנצל את הזמן לצרכיו בצורה המספקת אותו.

יש הטוענים תמיד שאין להם זמן. כולנו שבוים באמונות כאלה: "אין לי זמן לעסוק בספורט", "אין לי זמן לאכול", "אין לי זמן להיות עם הילדים", "אין לי זמן ללמוד",

או "אין לי זמן לגשת לבנק". למעשה, הטוען זאת אינו מארגן נכונה את הזמן, אינו בונה סדרי עדיפויות המתאימים לו, ובעיקר אינו משקיע בעצמו. הוא מציב את עצמו בעדיפות אחרונה או את העבודה בעדיפות ראשונה, ולשאר אינו מתאמץ לפנות מקום. חלוקת הזמן דורשת מחשבה ותכנון.

יש המתיימרים להיות מנהלים מוצלחים, החולשים על תקציבי ענק והממונים על עובדים רבים, אך בכל הנוגע לניהול זמנם האישי, הם מאבדים שליטה ונסחפים. אנשים משקיעים משאבים רבים בלימוד אסטרטגיות ניהול מוצלחות, אך הם חסרי כל ידע בניהול הזמן האישי, הזוגי והמשפחתי. יש הבורחים מעצמם אל החוץ, יש ששוקעים כליל בתוך עצמם. המנהל המצליח מנהל מרוץ מסחרר נגד הזמן, אינו דואג לצרכיו או למשפחתו, ואינו שונה במידה רבה מאותו בחור שנתקע בזמן בלי שהצליח להחליט מה הוא רוצה לעשות כשהיה גדול. שניהם חסרי שליטה, שניהם אינם מסופקים, שניהם אינם מנהלים נכונה את זמנם, ושניהם אינם מעניקים לעצמם את המקום הראוי. המנהל המוצלח עשוי להיראות כסמל להצלחה, אך הוא אינו מאושר.

אשר לאוכלוסיית הזקנים, לא כל מי שעסוק ופעיל כל העת אכן נהנה ומנהל את חייו לשביעות רצונו, ולהפך - יש שפעילותם מעטה ועם זאת הם שלווים, רגועים ונהנים מהזיקנה הנאה רבה. בתקופת הזיקנה, כשאינ לוח זמנים ומסגרת חיצונית של עבודה או של תפקידים המגבילים את הזמן, חשוב לבחון כיצד האדם מנהל את חייו ועד כמה הוא מרגיש שהשליטה בזמן שלרשותו נתונה בידיו. חופש עלול להיות אויב מר למי שאינו יודע להפיק ממנו את הפירות הרצויים לו.

סדנה לניהול זמן חיים

הסדנה לניהול זמן חיים מבוססת במידה רבה על חשיבה רציונלית וחיוכית. העיקרון המנחה ההכרחי לשינוי אורחות החיים הוא האמונה ביכולת להשתנות ולשנות כפונקציה של הערכה עצמית.

שלושה תנאים הכרחיים לשינוי מוצלח:

- הבנת ההווה כפוטנציאל לאפשרות לשינוי.
- להסתכל קדימה ולא אחורה. לא לשקוע במחשבות על העבר.
- קבלת חוסר הוודאות של העתיד.

מטרת הסדנה להקנות כלים להערכה של האופן שבו האדם מתנהל או מנהל את חייו בתחומים שונים, על סמך בחינת תפקודו ושביעות רצונו בתחום האישי, בתחום הזוגי ובתחום המשפחתי, וכן את שביעות רצונו מעיסוקו המקצועי (בשכר או בהתנדבות ובפנאי).

הסדנה מציידת את המשתתפים ב"ארגז כלים" המכיל (א) מידע; (ב) מודעות עצמית; (ג) תחושת כיוון; (ד) הגדרת יעדים; (ה) זיהוי מכשולים.

תהליך הלמידה בסדנה מקנה שבע מיומנויות בסיסיות:

1. שליטה בזמן וניהולו.

2. עמידה מול הבעיה.

3. לנהוג בעצמי באופן הוגן ואמפטי.

4. פתרון בעיות: אסטרטגיה לשינוי.

5. ראיית הדברים תוך שימוש בגישות קוגניטיביות.

6. בניית ביטחון עצמי והערכה עצמית.

7. הרפיה עצמית.

הסדנה נערכת במתכונת של מסע בזמן, הכולל ארבעה עד שישה מפגשים קבוצתיים מרוכזים, אך ניתן גם לצאת למסע כזה באופן פרטני, בליווי אישי. הסדנה מציעה למשתתף "ארגז כלים" אישי וייחודי לניהול זמן חיים המכיל:

מפה ומצפן: באמצעותם נקבע יעד ברור שאליו האדם רוצה להגיע ואמצעי ניווט לבניית תכנית ברורה, ובכללה יעדי משנה בדרך אל המטרה.

מפרשים: טכניקות לניהול זמן שניתן להסתייע בהן כדי להתמודד עם "גזלני זמן" ועם שאר מכשולים.

ציוד מגן אישי להגנה מפני מכשולים אפשריים נוספים בדרך להשגת המטרה.

כל משתתף בקבוצה מתבקש להצטייד במחברת להכנת שיעורי בית, וכל משתתף מתחייב לשמירת סודיות.

תכנית הפגישות

מפגש ראשון

במפגש הראשון ניתנת הקדמה תאורטית על ניהול זמן חיים, על עקרונות הבריאות החיובית ועל הזדקנות מיטבית. לאחריה עורכים היכרות, הערכה וניתוח של העצמי בהווה. המשתתפים מתבקשים להכין כרטיס ביקור אישי ולהציג בו את העצמי שלהם בנקודות מרכזיות. הנקודות המוצגות מציינות את תפקידיו של האדם וכן נתונים סוציו-דמוגרפיים. נציץ למשל בכרטיסו של משה:

1. גמלאי של התעשייה האווירית.
2. בעל של ויקי.
3. אב לארבעה ילדים.
4. סב לעשרה נכדים.
5. יליד טורקיה.
6. מתנדב של המוסד לביטוח לאומי.
7. אוהב לבשל.
8. אוהב מוזיקה קלאסית.

הכרטיס של ויקי אשתו שונה מעט:

1. אימא של עמי, של דני, של טל ושל גיל.
2. סבתא לעשרה נכדים מקסימים, שש נכדות וארבעה נכדים.
3. בת של יוסף ושרה ז"ל.
4. אחות של בתיה, של חנה, של טובה ושל מוטי.
5. חברה טובה.
6. עקרת בית, חולת סדר וניקיון.
7. אישה מסורה ונאמנה לבעלי ולמשפחתי.
8. אוהבת לטייל.
9. ביישנית.
10. בוכה בקלות.

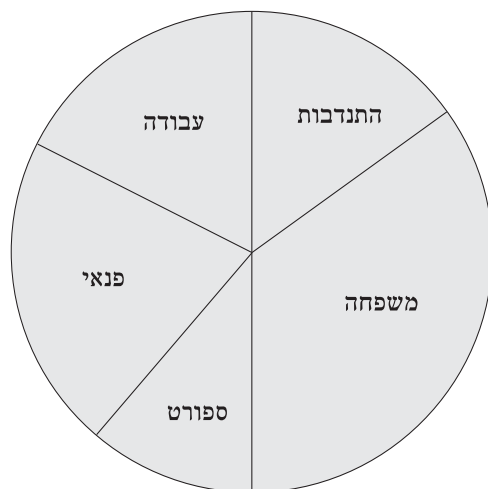
בשני הכרטיסים של בני הזוג בולטת השונות למרות הדמיון והזהות. משה מציג את עצמו קודם כול על פי זהותו המקצועית הקודמת ועל פי מקום עבודתו במשך שנים רבות, עבודה שהוא עדיין קשור אליה כפי שנראה מבחינת תחושת הזהות והשייכות. לעומת זאת, ויקי פותחת בתפקיד העיקרי, האימהות, ואחר כך מזכירה תפקידים משמעותיים אחרים שהיא ממלאת או שמילאה בעבר ועדיין קשורה אליהם במשפחה, כסבתא וכבת. ויקי גם מציינת תכונות ורגישויות שחיים נמנע מלציין. שני הכרטיסים מייצגים במידה רבה את השונות בין כרטיסי ביקור של גברים לעומת כרטיסי ביקור של נשים. הגברים מציגים על פי רוב את הנתונים ה"יבשים" כפי שהם מופיעים אובייקטיבית בחייהם, תוך הדגשת המקצוע, העיסוק או תפקיד חברתי כלשהו. נשים מתקשרות יותר לתפקידן במשפחה גם אם הן בעלות מקצוע ותפקידים אחרים.

לאחר הצגת הכרטיסים דנים עם המציגים על כל נקודה שהעלו ומבררים מה היא בעבורם. למשל, משה ציין כנקודה הראשונה בחשיבותה את העובדה שהוא גמלאי של התעשייה האווירית. השאלה שנשאלה הייתה: "מה פירוש הדבר מבחינתך להיות גמלאי של התעשייה האווירית?", או "מה אתה רוצה להגיד לנו בזה?". כך גם לגבי הנקודות הבאות: "מה זה להיות הבעל של ויקי?", איך זה בא לידי ביטוי בחיי היום-יום?", ועוד שאלות אחרות. כל תשובה לשאלה מבהירה עוד ועוד מיהו משה והיכן הוא נמצא כיום, בשלב זה של חייו.

מפגש שני: מפת חיים

במפגש זה נידונות תחנות מרכזיות בעבר ובהווה. לאחר סקירה קצרה של העבר האישי מתבקש כל משתתף לציין מהן אבני הדרך החשובות בחייו, ומתי התרחשו אירועים הקשורים בהן. ציוני דרך אלה מאפשרים סקירה מהירה ואינטגרציה של תהליכים חשובים ואירועים בולטים שהשפיעו על דרכו ועיצבו אותה. מהעבר עוברת הקבוצה לדיון בהווה ובעתיד, והמטרה היא ליצור המשכיות ולהתוות כיוון ודרך.

לאחר סקירת העבר עוברים לניתוח ניהול הזמן בהווה. ניתוח ניהול הזמן בהווה נעשה באמצעות "עוגת זמן". המשימה היא שכל אחד מהמשתתפים יחלק את עוגת הזמן על פי עיסוקיו בתחומים שונים בחייו כיום:



לאחר שכל אחד משרטט את עוגת הזמן שלו, הוא מתבקש לחשוב על עוגת הזמן הרצויה ולשנות את השרטוט בהתאם.

המשימה השנייה מוקדשת לשיעורי בית: הכנת יומן שבועי שבו מציין כל משתתף את כל העיסוקים או הפעילויות בשבוע שבין מפגש זה למפגש הבא. היומן יכלול שבעה ימים: בוקר, צהריים וערב.

מה עשיתי בשבוע שחלף?

יום בשבוע	בוקר	צהריים	ערב
ראשון			
שני			
שלישי			
רביעי			
חמישי			
שישי			
שבת			

המפגש השלישי מוקדש להערכת התפקוד של המשתתפים בזמן ולניתוח ולבניית תכנית עבודה ליעול ולמיצוי הזמן. המטרה היא לעזור לאדם לנהל את זמנו מתוך תחושת שליטה ומיצוי אופטימלי. כן יוגדרו במפגש זה מטרות לעתיד וייבנה סולם היעדים.

בהערכת התפקוד בהווה ובניתוח לומד כל משתתף לזהות את סגנון ההתנהגות הייחודי שלו בזמן ולזהות את "גזלני" הזמן המעכבים בעדו והמפריעים בתפקודו (למשל נטייה לדחות דברים, פרפקציוניזם, קושי בנקיטת יזמה, ביטחון עצמי נמוך, קושי בקבלת החלטות, קושי בהאצלת סמכויות, מצב רוח ירוד). לאחר הדיון בקבוצה כל משתתף ממשיך ומנתח לברו את האופן שבו הוא מנהל את זמנו. שיעורי הבית כוללים תרגיל בהערכת ניהול הזמן והצעה לשינוי.

התרגיל הראשון בהערכת ניהול זמן הוא התרגיל שלהן:

בשלב זה של היכרותך את עקרונות ניהול הזמן, נתח בקצרה את תפקודך בזמן על פי נקודות אלה:

- סגנון ההתנהגות האופייני שלי בזמן.
- חלוקה משוערת של עוגת הזמן הנוכחית.
- התחום בחלוקת הזמן שבו הייתי מעדיף/מעדיפה לעשות שינוי.
- התחום שבו אני מתפקד/מתפקדת ביעילות.
- גזלני הזמן האישיים שלי.
- נקודות החוזק שלי.

התרגיל השני בניהול זמן מתמקד בהצעה לשינוי ומכיל שתי מטלות:

1. הצע/הציעי תכנית לשינוי לאור הערכת ניהול הזמן הנוכחית.
2. התכנית תקבע מטרה לשינוי, תכנית לשינוי ולוח זמנים.

במסגרת הקבוצה דנים בניתוח הזמן כפי שהוא כיום ובארגון הזמן הרצוי, לומדים כמה עקרונות לניהול זמן, ולסיום מתחילים להגדיר מטרות.

עקרונות לניהול זמן:

- הגדרת מטרות
- בניית סדרי עדיפויות
- תכנון לוח זמנים: הקצאת זמן לפעילויות מוגדרות
- הקצאת זמן לפעילויות בלתי נעימות
- סירוב תקיף ל"גזלני זמן"
- הקצאת זמן לרגיעה ולמנוחה

המטרות המוגדרות צריכות להיות ברורות, מעוגנות במציאות, ניתנות לשליטה ומכאן אפשריות להשגה.

יעד הניתן להשגה הוא

- יעד המנוסח ניסוח חיובי
- יעד מוגדר היטב
- יעד שהשגתו חשובה לי במיוחד
- יעד העשוי להיות בשליטתי

לאחר הגדרת המטרות מתחילים בהכנת תכנית העבודה ולוח זמנים להשגת היעדים השונים:

לוח הזמנים להשגת היעדים מבוסס על סולם בן שלבים אחדים, ואלה הם:

שלב	תאריך השגה משוער
ראשון	
שני	
שלישי	
רביעי	
חמישי	

המפגש הרביעי עוסק באיתור הקשיים שבהם אפשר להיתקל בדרך להשגת היעדים. המפגש מוקדש להכנת "ארגז כלים" העשויים לסייע בפתרון הבעיות ובבניית אסטרטגיות לשנוי.

לעתים יש צורך להוסיף עוד מפגשים כדי להמשיך ולעבד את התכנית לשנוי. בכל מקרה רצוי לקבוע מפגש לאחר שלושה חודשים כדי לבחון את השנוי שהתרחש במהלך הזמן ולחזקו.

סדנה לניהול זמן חיים מועילה במיוחד למי שמרגיש צעיר, דינמי, אופטימי, בעל מוטיבציה להתפתחות אישית ויכולת להציב אתגרים המתאימים לחייו בהווה, על אף גילו ומצב בריאותו. אין היא שונה מתכניות ניהול זמן המיועדות למנהלים ולבעלי תפקידים בכירים אחרים. ייחודה הוא במטרה שהיא מציבה לכל משתתף - "לנהל את עצמי ואת חיי, כפי שניהלתי עד כה את עסקיי ואת עבודתי, את משפחתי, ואולי אנשים רבים אחרים". ניסיון וחכמת חיים הם הצידה הטובה ביותר לדרך חדשה, או לדרך שנעשו בה כמה שיפוצים ושנויים.

סוף דבר

שום דבר לא קורה פעמיים
ומאום פעמים לא קרה
לכן נולדנו בלא הכנה
וגם נמות בלא שגרה.

(ויסלבה שימבורסקה²)

² ויסלבה שימבורסקה, "שום דבר לא קורה פעמיים", שלהי המאה, מפולנית: רפי וייכרט, הוצאת קשב לשירה 1998.

בספר זה ניסיתי לערוך לכם, הקוראים, היכרות עם העולם המורכב והעשיר של ההזדקנות ושל הזיקנה, ועם אנשים שלהם מטען עשיר של שנים, של חכמה ושל ניסיון. פנים רבות לה להזדקנות: פנים המקרינות חכמה, שלווה, קבלה, אהבה, חיוניות וסקרנות, אך גם פנים אדישות ומבע אטום, או פנים המביעות כאב, עצב, חרדה, דיכאון וכעס.

החרדה מפני הזיקנה היא מנת חלקם של צעירים רבים בעידן המודרני. החרדה מתחילה לנוכח הזדקנות ההורים, המלווה לעתים בתחושת חוסר אונים של הילדים הבוגרים בראותם את קשיי ההסתגלות של הוריהם. חרדה זו נמשכת לא פעם כשאותם ילדים מתחילים להתמודד עם הזדקנותם שלהם. בעולם שבו עצמאות, כוח ויופי הם חלק בלתי נפרד מזהות ומדימוי עצמי, קשה לקבל את העובדה שההזדקנות היא גם תחילתו של תהליך ארוך שבו חל מעבר מעצמאות לתלות, מכוח לחולשה, מיופי "צעיר" ליופי חרוש קמטים, יופי אחר.

להזדקנות היבטים שונים הקשורים לשונות הגדולה בין האנשים. השונות באופן ההזדקנות ובקצב שלה תלויה בגורמים רבים: בעבר, בהווה, באדם ובסביבתו. אך התדמית האופיינית הטבועה עמוק בכולנו היא תדמיתו של הזקן החלש, חסר האונים.

לצד האבדנים הרבים והירידה בתפקודים, מביאה עמה ההזדקנות גם רווחים, התחלות חדשות, צמיחה והתפתחות, כפי שראינו בכמה מהמקרים. דרך "קולם" וסיפורם של אנשים שונים שפגשתי במהלך שנות עבודתי בתחום זה ניסיתי להאיר את עולמם הפנימי העשיר וה"צעיר" של אחדים מהם, כמו גם את מצוקתם, את כאבם, את זעקתם ואת כעסם של אחרים.

יכולתו של האדם להסתגל לנסיבות המשתנות בשנות חייו המתקדמות היא המפתח להזדקנות מוצלחת. יש שהצליחו ויש שלא הצליחו. יכולת זו תלויה במשאבים רבים שאינם עומדים לרשות כל אחד. עם זאת, האופטימיות, התקווה, בצד הקבלה וההשלמה עם הקרבה לפרידה מהחיים, הן אבן המסד שעליה נבנית הבריאות הנפשית החיובית.

הסביבה, המשפחה והחברה ממלאים תפקיד חשוב, בעיקר בשלבים המתקדמים של הזיקנה המאוחרת, בשמירה על בריאות נפשית חיובית. בסוף ימיו גוברת תלותו של האדם באחרים, ועליו לקבל תהליך טבעי זה באהבה והבנה.

החינוך לאהבת האדם באשר הוא ולקבלת השינויים החלים בתקופת ההזדקנות, ובעיקר קבלת החולשה והתלות של האדם הזקן ביותר, ראוי שילווה את בני האנוש מגיל צעיר. הזיקנה, החולי והמוות הם חלק בלתי נפרד מהחיים, ואם נדע לקבלם בלא חת, יקל עלינו לטפל בהורינו הזקנים ובעצמנו עם הגיענו לגיל הזיקנה.

אך חרף החולי ועל אף המוות המצפה לכל אחד בזקנתו, חשוב לזכור שגם כשהגוף עייף וחלש ממסע השנים, עדיין חבוי בכל אחד מאתנו עצמי חסר-גיל שיכול להמשיך ול"קפץ" בהתרגשות, להרגיש לעתים כילד שובב, חסר מעצורים, אוהב ומלא תקווה. נראה לי שהמשוררת אסתר ראב הצליחה להציג בפנינו את העצמי חסר-הגיל באופן המשכנע ביותר:

הזקנה בראי –
מי היא?
שבעים שנה -
ואחת -
של מי?
היא תולשת נרקיסים
בבצה, אוספת פטריות
לאחר גשם, ...
באדמת "השלל"
הדשנה השחורה
קופצת על "הנס" –
עם שקיעה,
לדהרה אחרונה לפני בוא הליל:
חוטפת עלים
ביעף
מועכת אותם
להעלות ניהוחם
אלף קנדסים
ואחד
מרצדים בעיניה,
בלבה:
לעג, זעם, חיבה –
ועתה היא נרדמת
בצמרות ארנים
חבוקה בזרועותיהם
הבשומות.
בת השבעים ואחת...

אסתר ראב, כל השירים, הוצאת זמורה-ביתן, 1994

בקורות

- אייל, נ' (1996). הזמן האמיתי: החוויה האישית של הזמן. תל-אביב: אריה ניר.
- אייל נ' (1998). אני מחוג שברח מן השעון: החוויה האישית של הזמן בתקופת הזיקנה. גרונטולוגיה, כה, 9-24.
- אייל נ' (2000). הגמד החשוב: פסיכולוגיה של מחשבות. תל-אביב: אריה ניר.
- אייל נ' ובר-טור ל' (2002). זרקור על הפסיכולוגיה של בזיקנה: הריקוד המוחמץ. המטפל המסרב והמטופל המסרב. פסיכו-אקטואליה, אפריל, 24-28.
- אליצור, א', טיאנו, ש', מוניץ, ח' ונוימן, מ' (1995). פרקים נבחרים בפסיכיאטריה. תל-אביב: פפירוס.
- בר-טור, ל' (1995). נשיאת עדות ותיעוד השואה כמנגנון הסתגלות בבגרות ובזיקנה. שיחות, 3, 48-52.
- בר-טור, ל' ומלקינסון, ר' (2000). "שכול מזדקן": הורים שכולים מזדקנים בישראל. שיחות, 14, 114-121.
- בר-טור, ל' ומלקינסון, ר' (2005). תהליכי אבל לאורך החיים ובזיקנה אצל הורים שכולים מזדקנים בישראל. גרונטולוגיה, לב (1), 11-38.
- בר-טור, ל' ופרגר, א' (1996). זקן-זקן מה יש לו בחייו? איכות ומשמעות החיים בזיקנה המאוחרת. גרונטולוגיה, 76, 37-47.
- גבירץ י' (2004). ילד לא רצוי: יצחק בן אהרון - ביוגרפיה אינטימית. תל-אביב: ידיעות אחרונות, ספרי חמד.
- גושן-גוטשטיין א' (1996). לבדי: אלמנות והתחדשות. תל-אביב: הקבוץ המאוחד.
- דסברג, ח' (1993). זיקנה ושואה: נתונים אפידמיולוגיים. הרצאה ביום עיון בנושא חקר השואה: השפעות ארוכות טווח ותהליכי זיקנה. מכון הרצוג לחקר ההזדקנות והזקנה. אוניברסיטת תל-אביב, 20 בדצמבר.
- הנטמן, ש' (2000). השפעתה של חשיפה חוזרת לאירועים טראומטיים: התמודדות ניצול שואה עם מחלת הסרטן. חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל-אביב.
- ויילאנט, ג"א (2002). ליהנות מהזקנה: אבני דרך לחיים מאושרים יותר. תל-אביב: מטר.

ויצטום, א' ורומן א' (1993). התמודדות טיפולית בעקבות מות הורה מבוגר עם אבל נדחה או פתולוגי בעזרת טכסי פרידה. בתוך ר' מלקינסון, ש' רובין וא' ויצטום (עורכים), אבדן ושכול בחברה הישראלית (עמ' 231-258). ירושלים ותל-אביב: משרד הביטחון – ההוצאה לאור.

זך, ג. (1996). כיוון שאני בסביבה. תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד.

חזן, ח', שמוטקין, ד' ואייל, נ' (2004). הזקנים ביותר: איתור אוכלוסיות זקנות בסיכון. נייר דיון מס' 9-2004. מוגש למרכז לפיתוח ע"ש פנחס ספיר, ליד אוניברסיטת תל-אביב, תל-אביב.

טייכמן, י. (2004). "איך להבין טוב יותר את המדרים השונים של הדיכאון" הרצאה שניתנה במסגרת יום עיון של החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת תל-אביב (מאי, 2004)

לומרנץ, י' (1996). הישרדות וחיים: השפעות ארוכות טווח של השואה. גרונטולוגיה, 72-73, 93-114.

לומרנץ י' (2003). בריאות נפשית וטיפול נפשי בזיקנה. בתוך א' רוזין (עורך), הזדקנות וזיקנה בישראל (עמ' 467-529). ירושלים: אשל.

מלקינסון, ר' (1993). טיפול רציונלי אמוטיבי במצבי שכול. בתוך ר' מלקינסון, ש' רובין וא' ויצטום (עורכים), אבדן ושכול בחברה הישראלית (עמ' 95-116). ירושלים ותל-אביב: משרד הביטחון - ההוצאה לאור.

מלקינסון, ר' וויצטום, א' (2003). מוות, אבל ואלמנות: לחיות עם אבדנים בגיל הזיקנה. בתוך א'

פראנקל 1 (1978) הזעקה הלא נשמעת למשמעות. תל-אביב: בהוצאת דביר

רוזין (עורך), הזדקנות וזיקנה בישראל (עמ' 555-571). ירושלים: אשל.

משאב (2004). מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזיקנה: קשישים בישראל שנתון סטטיסטי 2004. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל ואשל.

נדלר, א' (1996). חמישים שנה אחרי: מוטיבים משתנים של מחקר ועיון אודות ניצולי השואה בראי הפסיכולוגיה. גרונטולוגיה, 72-73, 4-14.

שמוטקין, ד' (2003). תאוריות פסיכולוגיות של הזדקנות. בתוך א' רוזין (עורך), הזדקנות וזיקנה בישראל (עמ' 345-375). ירושלים: אשל.

Abraham, K. (1924). The applicability of psychoanalytic treatment to patients at advanced age. In *Selected papers on psychoanalysis*. London: Hogarth Press.

Antonovsky, A., & Bernstein, J. (1986). Pathogenesis and Salutogenesis in war and other crises: Who studies the successful copier? In N. A. Milgram (Ed.), *Stress and coping in time of war: Generalizations from the Israeli experience* (pp. 52-65). New York: Brunner/Mazel.

Baltes, M. M.(1996). *The many faces of dependency*. London: Cambridge University Press.

Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamic between growth and decline. *Developmental Psychology, 23*, 611-626.

Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist, 52*, 366-380.

Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. London: Cambridge University Press.

Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1999). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspective from the biological sciences* (pp.1-34). New York: Cambridge University Press.

Baltes, M.M. & Carstensen, L (1996) The process of Successful ageing. *Ageing and Society, 16*, 397-422.

Baltes, P.B. & Lang, F.R (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging, 3*, 433-443.

Baltes, P.B. & Smith, J. (1997). A systemic-holistic view of psychological functioning in very old age: Introduction to a collection of articles from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 12 (3)*, 395-409.

Baltes, P.B. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology, 49*, 123-135.

Baltes, P.B. & Staudinger, U.M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist, 55*, 122-136.

Bar-Tur, & Levi-Shiff, R. (1998). "Mental engagements as a moderator of losses of elderly men". *Journal of Aging Studies, 12*,1-17.

Barer, B. (1994). Men and women aging differently. *International Journal of Aging and Human Development*, 38, 29-40.

Barsky, A.J. (1992). *The Diagnosis and management of hypochondriacal concerns in the elderly*. Paper presented in the Scientific Meeting of the Boston Society for Gerontological Psychiatry, April.

Baumeister, R.F. & Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.

Berezin, M.A. (1963). Some intrapsychic aspects of aging. In N. A. Zinberg & I. Kaufman (Eds.), *Normal psychology of the aging process* (pp. 30-39). New York: International Universities Press.

Berezin, M.A. (1977). The fate of narcissism in old age: Clinical case reports. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 10 (1), 9-45.

Berezin, M.A. (1983). Psychotherapy of the elderly. *Journal of geriatric psychiatry*, 16, 3-6.

Bettelheim, B. (1979). *Surviving and other essays*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Blazer, D., Burchett, B., Service, C. & George, L. K. (1991). The association between age and depression among the elderly: An epidemiological exploration. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 46, 210-215.

Birren, J.E. & Schaie, K.W.(Eds.) (1998). *Handbook of the psychology of aging* (4th ed.). New York: Academic Press.

Blenker, M. (1965). Social work and family relationships in later life, with some thoughts on filial maturity. In E. Shanas & G.F. Streib (Eds.), *Social structure and the family: Generational relations* (pp. 249-272). Englewood Cliffs, N.J.: Prentis Hall

Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonneyer, J. et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality & Social Psychology*, 83, 1150-1164.

Bonanno, G.A., Wortman, C.B. & Nesse, R. M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology & Aging*, 19, 394-401.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: vol. 3. Loss: Sadness and depression*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscing in the aged. *Psychiatry*, *26*, 65-76.

Butler, G., & Hope, T. (1995). *Managing your mind: The mental fitness guide*. New York: Oxford University Press.

Carstensen, L. L. (1991). Selectivity theory: Social activity in life span context. In K.W. Schaie (Ed.), *Annual Review of Gerontology & Geriatrics* (pp. 195-217). New York: Springer.

Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions of Psychological Science*, *4*, 253-258.

Carstensen, L. L., Gottman, J.M., & Levenson, R.W. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*, *10*, 140-149.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1989). *The changing family life cycle: A framework for family therapy*. New York: Gardner Press.

Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). *Growing Old*. New York: Basic Books.

Danieli, Y. (1994). As survivors age: Part. *NCP Clinical Quarterly*, Spring, 20-24.

Danish, S. J., Mash, J. M., Howard, C.W., et al. (1995). *Going for the goal: Student activity book*. Virginia, Virginia Commonwealth University, Department of Psychology.

Dunkle, R., Roberts, B. & Hang, M. (2001). *The oldest old in everyday life: Self perception, coping with change, and stress*. New York: Springer Publishing Company.

Ellis, A., & Velten, E. (1998). *Optimal aging: Get over getting older*. Chicago and La Salle, Illinois.

Ellis, A. (1999). Rational emotive behavior therapy and cognitive behavior therapy for elderly people. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *17*(1), 5-18.

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: W.W. Norton.

Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed: Review*. New York: Norton.

- Erikson, E. H. (1984). Reflections on the last stage. *Psychoanalytic Study of the Child*, 39, 155-167.
- Erikson, J. M., & Kivnik, H. Q. (1986). *vital involvement in old age*. New York: Norton Press.
- Eysenck, H. J. (1983). Stress, disease and personality: The inoculation effect. In C.L. Cooper (Ed.), *Stress research* (pp. 121-146). New York: John Wiley and Sons.
- Freed, A. O. (1984). Comments on Dr Liptzin's paper: Erikson's theory from the perspective of women's life cycle. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (2), 203-214.
- Freud, S. (1914). *On narcissism: An introduction*. Standard Edition, pp. 69-102. London: Hogarth Press, 1957.
- Freud, Z. (1917). Trauer und Melancholie (grief and melancholy). *Teredional Zeritschrift fur Artztliche Psychoanalyse*, 4, 288-301.
- Gatz, M., Kasl-Godley, J. E., Karel, M. J. (1996). Aging and mental disorders. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of Psychology of Aging (4th ed.)*. San Diego, CA: Academic Press.
- Glass, J. C., & Reed, S.E. (1993). To live or to die: A look at elderly suicide. *Educational Gerontology*, 19(8), 767-778.
- Glenn, N. D. (1990). Quantitative research on marital quality in the 1980s: A critical review. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 818-831.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essay on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday, Garden City.
- Gurian, B.S., Wexler, D., & Baker, E.H. (1992). Late-life paranoia: Possible. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 277-284.
- Gutmann, D. (1994). *Reclaimed Powens: Men and women in later life*. Illinois: Northwestern University Press.
- Gutmann, D. (1999). Shame and its sources in later life. Paper presented at the 2nd International Forum. The Herczeg Institute on Aging. Tel-Aviv University.
- Hanna, S. M. (1997). A developmental-interactional model. In T.S. Hargrave & S.M. Hanna (Eds.), *The aging family: New visions in theory, practice, and reality* (pp. 101-130). New York: Brunner Mazel.

- Heinze, E. (1987). Transference and countertransference in the psychoanalytic treatment of older patients. *International Review of Psycho-Analysis*, 14, 465-473.
- Holmes, J. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 11, 213-218.
- Jannoff-Bulman, R. (1988). victim of violence. In S. Fischer & J. Reason (Eds.), *Handbook of life, cognition and health, stress*. New York: Wiley.
- Johnson, C.L. (1994). Introduction: Social and cultural diversity of the oldest-old. *International Journal of Aging and Human Development*, 38, 1-12.
- Johnson, C., & Barer, B. (1992). Patterns of engagements and disengagements among the oldest old. *Journal of Aging Studies*, 6, 351-364.
- Johnson, C. L., & Barer, B. (1993). Coping and a sense of control among the oldest old. *Journal of Aging Studies*, 7, 67-80.
- Jonhson, C. L., & Barer, B.M. (1997). *Life beyond 85 years: The aura of survivorship*. New York: Springer.
- Jung, C. G. (1963). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt , Brace and World.
- Kahana, R. J. (1983). Psychotherapy for the elderly: A miserable old age - what can therapy do?. *Journal of Geriatric Psychiatry*, xvi(1), 7-32.
- Kahana, R. J. (1985). Discussion: Hypochondriasis-Psychodynamics of classic and model cases. *Journal of Geriatric Psychiatry*, pp. 143-148.
- Kaufman, S. (1986). *The ageless self: Sources of meaning in late life*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Klein, W. C., & Bloom, M. (1997). *Successful aging: Strategies for healthy living*. New York: Plenum Press.
- Knight, B. G.(1996). *Psychotherapy with older adults* (second edition). London: Sage Publication.
- Kohut, H.(1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.

- Krystal, H. (1981). The aging survivor of the Holocaust: Integration and self-healing in posttraumatic stress. *Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 165-189.
- Lee, G. R., De Maris A., Baum, S., & Sullivan, K. (2001). Gender differences in the effect of widowhood in later life. *Journal of Gerontology, Social Issues, 56B*, s56-s61.
- Lehman, D. R., Wortman, C.B., & Williams A. F. (1987). Long-term effects of losing a spouse or child on a motor vehicle crash. *Journal of Personality & Social Psychology, 52(1)*, 218-231.
- Lieberman, M. A. (1994). "Do widows have to wear black?!" A lecture given at Research Conference in the Herzceg Institute on Aging , Tel-Aviv University, Israel.
- Lifton, R. J. (1977). The sense of immortality. In H. Feifel (Ed.), *New meaning to death*. New York: McGraw-Hill.
- Lifton, R. J. (1979). *The broken connection*. New York: Simon and Schuster.
- Leshner, E. L., Berger, K. J. (1988). Bereaved elderly mothers: Changes in health, functional activities, family cohesion, and psychological well-being. *International Journal of Aging & Human Development, 26*, 81-90.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging, 8*, 301-313.
- Lomranz, Y. (1990). Long-term adaptation to traumatic stress in light of adult development and aging perspectives. In M. Stephens, J. H. Crowther & D. L. Tennenbaum, *Stress & coping in late- life families* (pp. 99-121). New York: Hemisphere Publishing Corp.
- Lopata, H. Z. (1973). *Widowhood in an American city*. Cambridge, MA: Schenkman.
- Lopata, H. Z. (1996). *Current widowhood: Myths and realities*. CA: Sage Publications.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Malkinson, R, & Bar-Tur, L. (1999). The aging of grief in Israel: A perspective of bereaved parents. *Death Studies, 23(6)*, 413-431.
- Malkinson, R, & Bar-Tur, L. (2004-5). Long term bereavement processes of older parents: "The three phases of grief". *Omega, 50 (2)*, 95-121.
- Marcoen, A. (1995). Filial maturity of middle-aged adult children in the context of parent care: Model and measures. *Journal of adult development, 2(2)*, 125-136.

McGoldrick, M., Heiman, M., & Carter, B. (1993). The changing family life cycle: A perspective on normalcy. In F. Walsh (Ed.), *Normal family process*, 2nd ed (pp. 405-443). New York: Guilford Press.

Meirowitz, M. (1981). The aging survivor of the Holocaust – words before we go: The experience of the Holocaust and its effects on communication in the aging survivor. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 241-244.

Metha, K. M., Yaffe, K., & Covinsky, K. E. (2002). Cognitive impairment, depressive symptoms, and functional decline in older people. *Journal of American Gerontology Society*, 50: 1045-1050.

Molinari, v., & Chacko, R. (1983). The classification of paranoid disorders in the elderly: A clinical problem. *Clinical Gerontologist*, 1, 31-37.

Miller, E. (1987). The Oedipus Complex and rejuvenation fantasies in the analysis of a seventy-year old woman. *Journal of Geriatric Psychiatry*, XX(1), 29-51.

Muslin, H. (1992). *The psychotherapy with the elderly self*. New York: Brunner-Mazel.

Myers, W.A. (1984). *Dynamic therapy of the older patient*. Northvale ,New Jersey: Jason Aronson.

Neimeyer, R. A. (1999). *Lessons of loss: A guide to coping*. New York: McGraw Hill.

Nemiroff, R. A., & Colarusso, C.A. (1985). *The race against time: Psychotherapy and psychoanalysis in the second half of life*. New York: Plenum.

Nemiroff, R. A., & Colarusso, C.A. (1990). Frontiers of adult development in theory and practice. In R. A. Nemiroff & C. A. Colarusso (Eds.), *New dimensions in adult development* (pp. 97-122). New York: Basic Books.

Neugarten, B. L. (Ed.) (1968). *Middle age and aging: A reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.

Neugarten, B. L. (1973). Personality change in late life: A developmental perspective. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp 311-335). Washington: American Psychological Association.

Newman, J. P., Engel, R.J., & Jensen, J.E. (1991). Changes in depressive symptom experiences among older women. *Psychology and Aging*, 6, 212-222.

Norris, M. P., Snow-Turek, A. L., & Blankenship, L. (1995). Somatic depressive symptoms

- in the elderly: Contribution or confound?. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1, 5-17.
- Parkes, C. M. (1975). Determinates of outcome following bereavement. *Omega*, 6, 303-323.
- Perls, T. T. (1995). The oldest old. *Scientific American*, January, 70-75.
- Perls, T. T., & Hutter-Silver, M. (1999). *Living to 100: Lessons in living to your maximum potential age*. New York: Basic Books
- Pearsall, P. (2003). *Beethoven factor: the new positive psychology of hardiness, happiness, healing and hope*. Hampton, Charlottesville, VA: Roads Publishing Company.
- Pincus, L. (1974). *Death and the family*. New York: Pantheon Books.
- Pollock, G. H. (1987). The mourning liberation process: Ideas on the inner life of the older adult. In J. Sadavoy & M. Lecszcz (Eds.), *Treating the elderly with psychotherapy* (pp. 3-29). Madison, CT: International Universities Press.
- Rando, T.A. (1993). *Treatment of complicated grief*. Champaign: Research Press.
- Riches, G., & Dawson, P. (2000). *An intimate loneliness: Supporting bereaved parents and sibling*. Philadelphia: Open University Press.
- Rubin, S. (1990). Death of the future: An outcome study of bereaved parents in Israel. *Omega*, 20(4), 323-339.
- Rubin, S. (1992). Adult child loss and the Two Track Model of Bereavement. *Omega*, 24(3), 183-202.
- Rubin, S. (1999). The Two-track Model of Bereavement: Overview, retrospect and retrospect. *Death Studies*, 23(8), 681-714.
- Rubin, S. (2000). Psychodynamic treatment in the bereaved: Modification of the psychotherapeutic transference paradigm. In R. Malkinson, S. Rubin & E. Witztum (Eds.), *Traumatic and nontraumatic loss and bereavement: Clinical theory and practice* (pp. 143-172). CT: Psychosocial Press-International University Press.
- Rubin, S., & Malkinson, R. (2001). Parental response to child loss across the life-cycle: Clinical and research perspectives. In M. Stroebe, R. Hansoon, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research : Consequences. coping and care* (pp.219-240). Washington DC: American Psychological Association.
- Ruskin, P. (1990). Schizophrenia and delusional disorders. In D. Bienfeld (Ed.) *verwoerd's*

clinical geropsychiatry (pp. 125-136). Baltimore: Williams & Wilkins.

Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *65*, 14-23.

Ryff, C. D., & Singer, B. (2000). Biopsychosocial challenge of the new millennium. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *69*, 170-177.

Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive health. *Psychological Inquiry*, *9*, 1-28.

Ryff, C. D., Singer, B., Love, G. D., Essex, M. J. (1998). Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes. In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of Aging and mental health: Integrative approach* (pp. 69-96). New York: Plenum.

Sadavoy, J., & Fogel, B. (1992). Personality disorders in old age. In J.E. Birren, R. B. Sloane, & G. D. Cohen (Eds.), *Handbook of mental health and aging* (2nd ed., pp. 433-462). San Diego: Academic Press.

Sadavoy, J., & Lescez, M. (Eds.). (1986). *Treating the elderly with psychotherapy*. New York: International Universities Press.

Sadavoy, J. (1997). A review of the late-life effects of prior psychological trauma. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *4*, 287-295.

Sanders, C. (1989). *Grief: The mourning after*. New York: John Wiley & Sons.

Sandler, A. M. (1978). Problem in psychoanalysis of an aging narcissistic patient. *Geriatric Psychoanalysis*, *11*, 5-36.

Sandler, A. M. (1984). Problems of development and adaptation in an elderly patient. *Psychoanalytic study of the child*, *39*, 471-489.

Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1996). *Adult development and aging*. New York: Harper Collins Publishers.

Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.

Shmotkin, D., & Lomranz, J. (1998) Subjective well-being among Holocaust survivors: An examination of overlooked differentiations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 141-155.

- Sigal, J. J. (1995). Resilience in survivors, their children and grandchildren. *Echoes of the Holocaust*, 4, 9-14.
- Silver, R. L., & Wortman, C. B. (1980). Coping with undesirable life events. In J. Garber & M.E.P.(Eds.), *Human helplessness: Theory and application* (pp. 279-340). New York: Academic Press.
- Smith, J., & P. B. Baltes (1997). Profiles of psychological functioning in the old and oldest old. *Psychology and Aging*, 12(3), 458-472.
- Solomon, Benbenishty, R., Neria, Y., Abramowitz, M., Ginzburg, K., & Ohry, A. (1993). Assessment of PTSD: validation of the revised PTSD *Inventory*. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 30(2), 110-115.
- Spotnitz (1985). *Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient* (2nd.ed.). New York: Jason Aronson.
- Staudinger, U. M. (2001). Psychology of wisdom. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (vol. 24, pp. 16510-16514). Oxford: Elsevier Sciences.
- Steinman, L. A. (1979). Reactivated conflicts with aging parents. In P. Ragan (Ed.), *Aging parents* (pp. 126-143). K.A.: University of Southern California.
- Stroebe, M., & Schutt, H. (2001). Models of coping with bereavement: A review. In M. S. Stroebe et al., (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 375-403.) Washington DC: American Psychological Association:
- Suzman, R., & Riley, M. W. (1985). Introducing the "oldest old". *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 633, 177-185.
- Suzman, R. M., Willis D. P., & K. G. Manton (Eds.) (1992). *The oldest old*. New York: Oxford University Press.
- Szanto, K., Prigerson, H.G., & Reynolds, C.F. (2001). Suicide in the elderly. *Clinical Neuroscience Research* 1(5), 366-376
- Teichman, Y., & Teichman, M. (1990). Interpersonal view of depression: Revile and integration. *Journal of Family Psychology*, 3, 349-367.
- Titchener, J. L. (1986). Post traumatic decline: A consequence of unresolved destructive drives. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake*. vol. II: *Traumatic stress, theory, research and intervention* (pp. 5-19). New York: Brunner-Mazel.

Tolchin, M. (1989). When long life is too much: Suicide rises among elderly. *New York Times*: July, 19.

Toseland, R. W. (1995). *Group work with the elderly and family caregivers*. New York: Springer Publishing Company.

Utv R.L., Carr, D., Nesse, R., & Wortman, C., (2002), The effect of widowhood on Older Adults' Social Participation: An Evaluation of Activity, Disengagement, and Continuity Theories, *The Gerontologist*, 42 (4),522-533.

valliant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown And Company.

valliant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms. *American Psychologist*, 55(1), 89-98.

valliant, G. E. (2002). *Aging well: Surprising guideposts to a happier life from the landmark of Harvard study of adult development*. Boston: Little, Brown and Company.

volkan, v. D. (1981). *Linking Objects and Linking Phenomena*. New York: International Universities Press.

Weiss, R. S. (1993). Loss and recovery in M.S. Stroebe, W. Stroebe & R. O Hansson (Eds.), *Handbook of Bereavement* (pp. 271-274). Cambridge: Cambridge University Press.

Wiesel, E. (1990). *From the kingdom of memory*. New York: Summit.

Winnicott, D. W. (1958). Hate in the countertransference. In D.W. Winnicott (Ed.), *Through pediatrics to psycho-analysis* (pp.194-203). New York: Basic Books.

Worden, J. W. (1991/1982). *Grief counseling and grief therapy*. New York: Springer Publishing Co.

Wortman , C. B. & Cohen Silver, R. (1990). Successful mastery of bereavement and widowhood: A life-course perspective. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging* (pp. 225-264). Cambridge: Cambridge University Press.

Yaffe, K., Blackwell, T., & Gore, R. (1999). Depressive symptoms and cognitive decline in nondemented elderly women: A prospective study. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 425-430.

Zarit, S. H. & Zarit, J. M.(1998). *Mental disorders in older adults*. New York: The Guilford Press.

תהליך ההזדקנות כרוך באתגרים רבים. זהו מסע הישרדות רצוף שינויים, אכדנים ופרידות, אך טמונה בו גם אפשרות לצמיחה ולהתפתחות.

בתבונה וברגישות, מתוך ידע מקצועי מעמיק וניסיון אישי מרתק ד"ר ליאורה בר-טור מערערת על תפיסות ישנות ומציבה אתגר בפני מטפלים ומטופלים כאחד. הספר מיועד לכל מי שעוסקים בזיקנה-לפסיכולוגים, לעובדים סוציאליים ולמומחים מתחומים אחרים, למטפלים, לבני משפחה, לסטודנטים וכמובן- לזקנים המתמודדים בעצמם עם שאלות וקשיים ולכל מי שמבקש להעמיק את הידע וההבנה של תהליך ההזדקנות והזיקנה.

ד"ר ליאורה בר טור היא פסיכולוגית קלינית, מרצה בבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת תל-אביב בלימודים לתואר שני, בתכנית לטיפול משפחתי רב-דורי ובקורס מנהלי בתי אבות.

ד"ר בר-טור עוסקת בפיתוח ובהפעלה של תכנית התערבות בתחום איכות החיים אחרי פרישה וניהול זמן, וכן בהוראה ובהדרכה של מטפלים באוכלוסייה המבוגרת



אשל-האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל
נוסדה על-ידי ג'וינט-מלב"ן ונתמכת על ידי ממשלת ישראל וג'וינט ישראל

www.eshelnet.org.il

