

# גילנות במפגש הפסיכולוגי בין מטפלים צעירים למטופלים זקנים: בין הריקוד המוחמץ למאתגר

ליאורה בר-טור<sup>1</sup>

מטרת המאמר היא לדון בשתי סוגיות חשובות המעסיקות את קהילת המטפלים באוכלוסייה הזקנה, והן משולבות זו בזו. הסוגיה האחת היא דעות קדומות, ובעיקר גילנות, ביחס של החברה כלפי הזיקנה. דעות אלה ממשיכות להשפיע על הרתיעה, ובעיקר ההימנעות, של צעירים רבים מלבחור ללמוד ולהתמחות בתחום הגרונטולוגיה. הרתיעה וההימנעות מהזיקנה הן גם נחלתם של מבוגרים רבים, ובהם בני הגיל השלישי, "הזקנים הצעירים". הסוגיה האחרת היא ההעברה וההעברה הנגדית במפגש הטיפולי בין המטפל הצעיר למטופל הזקן. הדעות הקדומות והגילנות של הצעירים והזקנים כאחד מחללות ומעצבות את מערכת היחסים הנוצרת בין המטופל לבין המטפל, הצעיר ממנו לעיתים בשנים רבות. לכך מצטרף הרקע האישי השונה של כל אחד מהם, הנמצא בבסיס מערכת הצרכים והציפיות מהקשר הטיפולי.

**מילות מפתח:** גילנות, העברה, העברה נגדית, טיפול פסיכולוגי, זיקנה

---

1 דוקטור, הפקולטה למדעי החברה והקהילה, המרכז האקדמי רופין; ופסיכולוגית קלינית ומדריכה בפסיכותרפיה, המרכז האקדמי רופין  
ביטחון סוציאלי 118, נובמבר 2022: 149-166

## מבוא

### גילנות בכלל, ובעידן קורונה בפרט

העלייה החדה שחלה במאה ה-21 במספרם של בני השמונים ומעלה מציבה אתגר גדול לכל העוסקים ברווחה הנפשית בגיל הזיקנה. למרות העלייה הניכרת בתוחלת החיים של האוכלוסייה הזקנה, והשיפור באיכות חייה, נראה שהחברה המערבית עדיין סוגדת ל"מעין הנעורים האבודים", שבויה בפחד מהזיקנה (גרונטופביה) ובמידה רבה גם בגילנות – הפליה בגין גיל.

המונח **גילנות**, (Butler, 1969) Age-ism, מתייחס לדעה קדומה על אדם או להפלייתו בגלל גילו הכרונולוגי. בהגדרה המעודכנת והרחבה הגילנות כוללת גם סטראוטיפים חיוביים. הגילנות יכולה להיות גלויה וסמויה, ולהתבטא במישורים שונים: האישי, החברתי, המוסדי או התרבותי (Iversen et al., 2009). דורון (2013), החוקר את תופעת הגילנות בישראל, הוא דוגמה למאמצים הרבים למזער אותה ולהילחם למען זכויותיהם המשפטיות של זקנים ולמען שוויון ההזדמנויות בתפקודם ובמעורבותם בחברה.

עדות מוחשית לפגיעה בזקנים על רקע גילם חוינו בשנה האחרונה, בעיצומה של מגפת הקורונה. המדיניות שנקבעה, ובעיקר ההגבלות שהוטלו על זקנים, התייחסו אל כלל האוכלוסייה של בני השישים+ כאל זקנים, על כל הסטיגמות והדימויים השליליים הנלווים לכך. באותה עת נשמעו קולות מחאה של גרונטולוגים רבים בעולם (Ayalon et al., 2020; Brooke & Jackson, 2020; Fingerman & Trevino, 2020; דורון, 2020; כהן-מנספילד ואח', 2020). נוסף על גילנות מצד החברה, התפיסה הגילנית שורת גם בקרב קבוצת "הזקנים הצעירים", המצויים בשנות השישים והשבעים לחייהם. אנשים אלה, שהם עצמאיים ברובם, מבדלים את עצמם מהמבוגרים מהם ומתייחסים אליהם כאל זקנים, ואילו הם עצמם, בני הגיל השלישי בעיקר, משתדלים להיאחז בתדמית הצעירים (Ayalon & Tesch-Romer, 2018). ההשפעה הדדית בין גילנות החברה לבין גילנות בני הגיל השלישי נמצאה גם במחקרם של בודנר ואח' (2020).

בודנר (2011) מצא בסקירתו כי הגילנות בקרב הצעירים נובעת מהגנה לא מודעת מפני חרדת המוות, ואילו אצל הזקנים היא מתקשרת לאופן שבו הם תופסים את בני גילם. עם זאת, חשוב לציין שהשפעת הזיקנה על אחרים יכולה גם להיות מנגנון הסתגלות חיובי (Baltes & Baltes, 1990). כך עשויה הגילנות לחלחל ולעצב את מערכת היחסים שנוצרת בטיפול הפסיכולוגי בין זקנים לבין מטפלים הצעירים מהם. כל אחד מביא למפגש זה מטען גדול המשפיע על אופי היחסים שיתפתחו: רגשות, מחשבות, דעות קדומות, ערכים, ניסיון וסגנון חיים ועוד.

מערכת יחסים בטיפול שונה ממערכות יחסים חברתיות אחרות בגלל התלות הבלתי נמנעת של המטופל במטפל. בטיפול מתפתחות **העברה** – העברת רגשות של המטופל למטפל שאיננה מבוססת על הקשר הטיפולי או על אפיוני המטפל, והעברה נגדית – העברת רגשות של המטפל למטפל, שגם היא איננה מבוססת על המציאות הטיפולית ועל אפיוני המטופל, אלא מתקשרת למערכות יחסים קודמות של המטפל (Knight, 1996). ההעברות הללו ניזונות גם מתפיסות העולם של המטפל ושל המטופל, בעיקר בנוגע לזיקנה, מוגבלות, תלות, חולי ומוות. דעות קדומות של המטפלים והמטופלים משפיעות על המוכנות לקשר טיפולי, ועל מידת ההצלחה של קשר זה להשתחרר מכבלי הגילנות והגרונטופוביה. הסרת המחסום והכניסה לקשר הטיפולי עם אדם "בא בשנים" יכולות אפוא להיות מרתקות ומאתגרות הן עבור המטפל הן עבור המטופל, בהתמודדות ההדדית עם לחצי הזיקנה.

הטיפול הפסיכולוגי עשוי להיות 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, לחזור לתקופות גיל מוקדמות וכך לנוע בטיפול על פני טווח זמנים רחב ביותר, העשוי להכיל גם שבעים או שמונים שנות היסטוריה אישית וחברתית.

## דעות קדומות על טיפול פסיכולוגי בזיקנה

למרות העלייה הדרמטית בתוחלת החיים ובבריאותה של האוכלוסייה המזדקנת, מעטים הם אנשי המקצוע והשירותים לבריאות הנפש המטפלים בזקנים. גם הזקנים, מצידם, אינם מרבים לנצל את השירותים לבריאות הנפש (Gum et al., 2014; Gur-Yaish et al., 2016). הסיבה לכך היא הימנעות הדדית של מטופלים ושל מטפלים אלה מאלה, הימנעות שבבסיסה דעות קדומות ומוטות באשר לזיקנה – ובעיקר באשר לטיפול בזיקנה (אייל ובר-טור, 2002; Gur-Yaish et al., 2016). גור-יעיש ואחרים מצאו שרק 6% מבני 65 ומעלה שסבלו מדיכאון קיבלו טיפול פסיכולוגי, רובם במסגרת פרטית. הגורמים לפנייה לטיפול פסיכולוגי בקרב המטופלים הזקנים היו תחושת דיכאון, עמדות חיוביות כלפי טיפול פסיכולוגי וקבלת עזרה, הפניה ועידוד של הרופא המטפל, וזמינות פיזית להגיע לטיפול. כך, עמדת המטופלים ועמדת הרופאים הן גורם חשוב ביחס לזיקנה ולטיפול פסיכולוגי בזיקנה. מרבית הרופאים אינם מפנים מטופלים זקנים לטיפול נפשי.

הגילנות בקרב מטפלים בתחומים השונים ביחסם לאוכלוסייה הזקנה ממשיכה גם כיום להיות מוטית, ואף מוטעית. אנשי בריאות הנפש בכלל, והפסיכולוגים בפרט, מצוידים בעיקר בידע ובכלים המתאימים לטיפול בצעירים יותר. לרובם עדיין אין ידע וכלים המותאמים לזקנים, ואמונתם בטיפול הפסיכולוגי לזקנים מועטה. בד בבד, הזקנים סובלים מתיוג עצמי

כפול: נוסף על התפיסות השליליות שלהם באשר לטיפול נפשי המתאים לגיל שלהם, הם עצמם שבויים בתפיסות שליליות על אודות הזיקנה, מפנימים את ההתייחסות הגילנית, ומטילים ספקות ביכולתם להפיק תועלת מטיפול שאינו בהכרח תרופתי (Bodner et al, 2018). הנירכסון (Hinrichsen, 2015) טוען שבכל אחד מאיתנו קיים "טייס אוטומטי שמתעורר במפגש עם אדם השייך לרקע שונה משלנו". הוא מתעורר על רקע עדתי, תרבותי, מגדרי, וגם גילי. לכן כשמטפלים צעירים פוגשים זקנים הם מגיבים בהתאם לסכמות מופנמות של תפיסות מושרשות כלפי השונה והזר. אך תפיסות אלה קיימות גם בקרב זקנים רבים הסובלים ממצוקות רגשיות. תפיסות סטראוטיפיות שליליות כלפי הזיקנה והפוטנציאל לשינוי הטמון בטיפול פסיכולוגי מחלחלות עד היום, יותר ממאה שנים לאחר שפריד הביע את הסתייגותו מטיפול פסיכולוגי בזיקנה עקב היעדר גמישות מנטלית (Freud, 1953).

בעוד צעירים רבים כיום רואים בטיפול נפשי עזרה המתקשרת לסטטוס גבוה, לקדמה, הרי זקנים רואים בטיפול נפשי חולשה או בושה. הלגיטימציה למחלות פיזיות בזיקנה ממירה את הקשיים הנפשיים לשפת הבעיות הגופניות. גורמים נוספים הם היעדר מוטיבציה ואנרגיה לפנות לטיפול עקב מצב רוח ירוד וקשיים פיזיים. לאלה עשוי להתלוות גם הפחד של זקנים מהאפשרות שבמפגשים תיחשף ירידה קוגניטיבית שלהם. ייתכנו גם גורמים דוגמת קושי פיזי או טכני להגיע לטיפול, והתנגדות לתשלום עבור טיפול פסיכולוגי – שתוצאותיו אינן מוחשיות או מיידיות כמו אלה של טיפול רפואי (אייל ובר-טור, 2002). למרות כל הנזכר לעיל, יש הפונים לטיפול על אף הדעות הקדומות והחששות השכיחים. חלקם מגיעים בעידוד ובתמיכה של בני משפחה (לעיתים גם תמיכה אקטיבית בהסעות ובליווי), ואף מצליחים להיעזר בו (בר-טור, 2019).

ברוך (2019) מצאה שבטיפול בזקנים עולים תכנים עמוקים הכוללים טראומות מאוחרות ומוקדמות, דוגמת נטישה בגיל צעיר, ובעיות התפתחותיות מאוחרות ומוקדמות, דילמות באשר לתלות ולעצמאות, ולכן יש בו מקום מרכזי לפירושי העברה ואף ולפרשנות של חלומות. עוד מציינת ברוך שהרתיעה מלטפל בזקנים מבטאת התנגדות חזקה, מודעת ובלתי מודעת, שמקורה בחרדה בלתי מעובדת של המטפלים מפני התופעות הקיומיות של הזדקנות וסופיות החיים, בקושי לקבל את הזדקנות ההורים ומותם, ואת הזדקנותם ומותם שלהם עצמם.

## העברה בטיפול פסיכולוגי בזיקנה

העברה בטיפול באה לידי ביטוי בדפוסי הרגשות, המחשבות והתגובות של המטופל כלפי המטפל. על פי הגישה הקלאסית הדינמית, הדפוסים האלה נובעים מדפוס היחסים שאפיון

את המטופל בעבר בקשריו עם דמויות מרכזיות – בעיקר עם הורים, אך גם עם בני זוג, ילדים ואחים (Freud, 1953).

גולדברג (Goldberg, 2012) מגדיר העברה כדפוס של התייחסות אנושית שבו חוויות עבר עם אנשים משמעותיים ודפוסים ארכאיים של חשיבה ושל רגשות נשמרים, מעובדים ובאים לידי ביטוי באינטראקציות עם אנשים בהווה. ההעברה, לא מודעת יותר מאשר מודעת, מוסיפה ממד של עומק ועוצמה למערכות היחסים, אך עשויה גם להכביד עליהן ולחסום אותן.

באשר להעברה בזיקנה, נמירוף וקולרוסו טענו בספרם **המרוץ נגד הזמן** (*The race against time*; Nemiroff & Colarusso, 1985) כי בטיפול בזקנים תהליך ההעברה עשוי להיות מהיר ואינטנסיבי בהרבה מאשר בטיפול בצעירים. לדבריהם, לא מעט מטופלים זקנים באים לטיפול בתחושה חזקה של מרוץ נגד הזמן. הם יכולים להיפתח במהירות ולחלוק עם המטפל חוויות אינטימיות ביותר בתוך זמן קצר. במקרה זה, ההעברה מתחילה בשלב מוקדם מאוד של הטיפול, והיא דינמית ורב-גונית. היא נעה על פני כל תקופות החיים, ובמהלך הטיפול המטפל מגלם תפקידים רבים ומגוונים ביותר: בן, אב, אח, נכד, בן/בת זוג, מאהב ועוד (Knight, 1996). מטרת הטיפול זהה למטרתו בטיפול בצעירים, אך היא מורכבת יותר, משום שהמטפל נדרש להבין את משמעות ההעברה ומקורה (בר-טור, 2019).

## העברה לפי הגישה הפסיכואנליטית

לפי הגישה הפסיכואנליטית, ההעברה אצל זקנים נובעת משלושה מקורות עיקריים: (1) וריאציות חדשות או נוספות לחוויות ילדות מוקדמות; (2) חוויות ואירועים מכל שלבי ההתפתחות שלאחר הילדות; (3) קונפליקטים התפתחותיים עכשוויים הקשורים לתהליכי ההזדקנות (Nemiroff & Colarusso, 1985). למרות החשיבות הרבה של השלבים המוקדמים בהתפתחות ובעיצוב מבנה האישיות, יש להתחשב גם בתרומתם של שלבי ההתפתחות בברות, ובעצם בכל השלבים לאורך החיים, בכל הנוגע לעיצוב הפוטנציאל הבריא או הפתולוגי של האדם, לשינוי פוטנציאל זה ולמימושו.

כשמקור ההעברה הוא בתקופת הילדות, ההעברה היא הורית טיפוסית ואין חשיבות לגיל המטופל או לגיל המטפל. העברה הורית מאוד משמעותית היתה לרחל<sup>2</sup> בת ה-95, המשחזרת בטיפול זיכרון צרוב וכואב שצף וחוזר כמה פעמים ונוגע ביחסים המוקדמים שלה עם אימה. פעם היא ראתה אישה הולכת לצד ילדה קטנה ואוחזת בידה. האם החזיקה מטררייה וגוננה על הילדה מהגשם. "כל כך קינאתי בילדה", היא אומרת. באחת הפגישות היא רוצה להגיד לי משהו ומתביישת, בורחות לה פתאום המילים. ואז היא אומרת: "את כאילו ממלאת המקום של אימא שלי. כשאני מרגישה שאת יכולה להיות אימא שלי אני מרגישה נהדר. אבל

2 שם בדוי. הפרטים האישיים של מטופלת זו, ושל המטופלים האחרים הנזכרים במאמר, שונו.

אחר כך את אומרת משהו ומרחיקה אותי. ואז אני אומרת, אולי לא כדאי להתקרב כי את דוחה אותי". היא מתחילה לבכות, אומרת בדמעות כמה היא זקוקה לאימא שתלטן אותה, שתקשיב לה ותסביר לה דברים. אני מושיטה לה יד והיא לופתת אותה במהירות. אני מנסה להבין מה בדבריי גרם לה להרגיש כך. היא אווזת בידי בחוזקה. אני מציעה לה לנשום כמה נשימות עמוקות, והיא נרגעת. ליד הדלת היא מתקרבת אליי. באופן ספונטני, אני מחבקת אותה. היא אומרת לי שהיא מרגישה שהיום הצליחה להוציא משהו חשוב, ושהיא חשה הקלה.

ההעברה עשויה להיות גם תוצר של יחסים עם הורים בכל הגילים, ואין היא קשורה בהכרח לשלב הראשוני. העברה נוספת היא של קרוב או של בן אותו גיל. המטופל מתייחס למטפל כאל בן זוג, אח, אחות או חבר. לדמויות האלה נודעת חשיבות רבה בחייו של המבוגר, אף שהן טרם זכו להכרה מספקת בתאוריה. בדרך כלל, אדם חי עם בן זוג או עם בת זוג שנים רבות יותר משהוא חי עם הוריו או עם אחיו, כך שהשפעה של בן הזוג או בת הזוג עליו משמעותית לא פחות – ואולי הרבה יותר – מהשפעתם המוקדמת של הוריו. לכן יש לבדוק אילו השפעות יש לאובייקטים מרכזיים אחרים, פרט להורים, על חייו של האדם המבוגר.

לאילנה, שזה כמה שנים מטפלת בבן זוג הסובל ממחלת האלצהיימר, חסר מאוד חבר לחיים, אך חסרה לה גם חברה קרובה שתוכל לחלוק עימה את עולמה. בטיפול היא מרבה לדבר, משתפת אותי בספר או במאמר בעיתון שקראה, מביעה דעה בעניינים פוליטיים, מתרגשת מקונצרט ששמעה או מסרט שראתה בטלוויזיה ומבקשת ממני לראות אותו, אם טרם ראיתי. "את חייבת", היא אומרת לי. "את מאוד תיהני". אני מקשיבה לה בקשב רב, מרגישה פעמים רבות מיותרת, כי היא מספרת סיפורים, מסבירה לי ומלמדת אותי. באחת הפגישות היא אומרת לי בדמעות: "הייתי רוצה כל כך שתהיי חברה שלי, שנוכל לשבת ביחד גם בבית קפה, שתבואי אליי". ההעברה של אילנה, על פי תאוריית העצמי (Kohut, 1977) היא **העברת תאומות** (twinship). היא משקפת במידה רבה את האמונה שלה שאני חולקת איתה את תחומי העניין שלה, מבינה אותה כמו אחות ומסכימה לכל דעותיה – גם אם בפועל הן שונות משלה.

מבוגרים וזקנים מייחסים חשיבות רבה לקשר עם ילדיהם, וחלק ניכר מההעברה מתגלם בקשר זה, כשהמטופלים מתייחסים אל המטפל כאל בן או כאל בת. זהו סוג ההעברה השלישי. בסוג זה של ההעברה מדובר ב**פרדיגמה הפוכה** (reverse transference): המטופלים מעבירים למטפלים – שרובם צעירים מהם – את תסכוליהם, את אכזבותיהם וכן את הכעסים והאהבות כלפי ילדים קיימים או מדומים. ייתכן כי בהעברה זו יבוא לידי ביטוי התסביך האדיפלי, אך הפעם מצד האב, כלומר תסביך אדיפלי הפוך. במקרה זה יש לאפשר למטופל להתפתח, לפרש את התסביך 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.

במערכת היחסים שבין מטופלת זקנה למטפלת צעירה תיתכן העברה של יחסי אם-בת. המטפלת יכולה לייצג את הבת האידיאלית שהמטופלת מייחלת שתהיה לה: מכילה, מבינה, תומכת, קשובה, אמפתית. מערכת יחסים זאת יכולה גם להיבנות כתחליף לאימא טובה ומבינה עבור המטפלת, והאינטראקציה בחדר הטיפולים מזינה את הקשר המיוחד האידיאלי הזה. כזאת היא מערכת היחסים שלי עם דבורה, בת ה-79.

בעלה של דבורה סובל מירידה קוגניטיבית וממוגבלות עקב אירוע מוחי. לדבורה שתי בנות, ומערכת היחסים שלה עימן מורכבת. עם הבת הבכורה היחסים קרובים וחמים, אך זו מתמודדת עם גירושים כואבים ועם ניסיונות לבסס את עצמה מבחינה מקצועית וכלכלית. דבורה מרבה לשוחח איתה ולתמוך בה, אך לדבריה התכנים בשיחות עימה מתמקדים בעיקר במה שקורה לבת, ולדבורה אין מקום ויכולת לדבר על הקשיים שלה. היא ממשיכה לשמש "האם האומניפוטנטית הכול יכולה" הדואגת לכל בני המשפחה, מטפלת בהם ואפילו מאכילה אותם. "אני לא יכולה להעמיס עליה גם את הצרות שלי", אומרת דבורה בדמעות. "היא לא מסוגלת לתמוך בי". בתה השנייה של דבורה מרוחקת, ומערכת היחסים איתה טעונה בקונפליקטים נמשכים מאז גיל ההתבגרות. לדברי דבורה, בתה הצעירה "מסרבת לגדול למרות שהיא בת חמישים". היא אומרת בדמעות:

היא עדיין חושבת שהכל מגיע לה ורק דורשת כל הזמן סיוע כספי. לא מתעניינת, לא שואלת איך אני מרגישה. רק אבא מעניין אותה, אך היא בקושי מגיעה לבקר אותי. מזל שיש לי אותך. כאן אני יכולה לבכות, יש מי שמבינה אותי.

בסוף הפגישה היא מתקשה לקום ולהיפרד. ליד הדלת היא נעצרת, מביטה בי וממתינה לחיבוך.

ההעברה אליי משקפת את תפקידי כבת הטובה שחסרה לדבורה, אך גם את החסר שחוותה כילדה במערכת היחסים עם אימה, שהיתה אישה קשת יום; אומנם טובת לב, אך עסוקה מכדי להעניק לדבורה את התמיכה הרגשית שזקקה לה, בעיקר לאחר העלייה ארצה. אך דבורה מעוררת גם בי רגשות רבים. היא משחזרת בדבריה את יחסי עם אימי ז"ל; את הכמיהה לאימא טובה, את התיקון שהייתי רוצה לעשות ביחסים איתה ומתאפשר בטיפול עם דבורה ועוד. האתגרים שלי בטיפול בדבורה הם לא ליפול לחגיגה הנרציסטית של האדרה עצמית ומערכת יחסים אידיאלית שבין אם ובת; לא ליצור פיצול בין בת טובה (אני) לבין בת רעה (בנותיה); לסייע לדבורה לבטא את התסכולים ואת הכעסים שלה כלפי הבנות, אך להיות מסוגלת גם להתמודד עם התסכול שבין הצרכים שלה והציפיות שלה מהבנות לבין היכולת שלהן למלא אותם. אשר לאתגרים של דבורה, נוסף על ביטוי קשייה עם בנותיה, נראה לי שחשוב שתוכל להעז ולחלוק עימי את התסכולים ואת הכעסים שלה כלפי בעלה החולה, בלי לגונן עליו כפי שגוננה כל השנים על אימה קשת היום.

כשמדובר במטופל זקן – ובעיקר אם הוא חולה, מוצף חרדה, סובל מכאבים ומתמודד עם אובדנים – יש להיזהר בפירושים של העברה שמקורם בעבר. במצבים כאלה עדיף לשקף את

הרגשות המציפים את המטופל בהווה או כלפי המטפל, ורק אם נוצרת הזדמנות שבה המטופל מתייחס לחוויות דומות מהעבר ולדמויות משמעותיות מעברו, להציע לו חיבור ביניהן (Greenberg, 2016). גם סנדלר וסנדלר (Sandler & Sandler, 1983) הציעו גישה זהירה בכלל כלפי פירושים מהעבר, והמליצו להתמקד בראשית הטיפול רק ב"כאן ועכשיו". לשיטתם, רק אחרי התבססותו וכשנוצר מקום בטוח בטיפול, אפשר לפנות לעבר חוויות הילדות. פנייה מוקדמת מדי לעבר עלולה לעורר התנגדות, לחזק הגנות, ובעיקר אינטלקטואליזציה (שְׁקֶלוֹן), ולכן לא תאפשר עיבוד רגשי. סנדלר וסנדלר ממליצים להתמקד באמפתיה לקשיים שמעלה מטופל, ובראיית הקושי כמובן וכאנושי בתכלית.

## העברה בטיפול בזקנים

מוסלין, שכתב על פי תאוריית העצמי בטיפול בזקנים, זיהה שני סוגי מכשולים בהעברה בקרב זקנים הסובלים מהפרעה נרציסטית (Muslin, 1992):

1. **הגנה מפני העברה:** מכשול זה נוצר כשהעצמי נתקף תחושה של סכנה או של דחייה במפגש הבין-אישי. מצב זה אופייני לאנשים שחוו בעברם חוויות של דחייה, בעיקר בילדות המוקדמת. אלה עשויים להיות רגישים במיוחד למטפל במהלך הפגישות, לשינוי או לפרדה במהלך הקשר הטיפולי, ולחוות אותם כדחייה אישית. כך הגיבה דליה בת ה-71 כשחזרתה מחופשה. בפגישה שקיימנו מייד עם חזרתה היא היתה נסערת ביותר, בחנה אותי ללא הרף, וציינה שאני נראית עייפה ולא לגמרי איתה – כנראה בגלל היעפת (גיט לג). אימה של דליה נעדרה הרבה מהבית עקב מחלה. דליה גדלה בתחושה שהיא מטרד, ושאימה לא רצתה אותה כלל. ניסיונותיי לשקף ולגעת בחרדת הפרדה וברגשות הדחייה שעלו בעקבותיה נתקלו בכעס. הנושא שב ועלה לאחר כמה מפגשים, כשחזרנו לשגרת המפגשים השבועיים. כשהחלה לדבר על היחסים עם אימה אפשר היה לקשר בין ההעברה אליו לבין חוויית הדחייה וחרדות הפרדה שלה בעבר ובהווה.

2. **העברה של הגנה:** העברה המתבטאת בתחושה של אי נוחות ובושה מצד המטופל, המונעת בעדו מלבטא מצוקות וחולשות. הקושי עשוי לנבוע מהגנה מפני יצירת קשר ותלות. העברה של הגנה עשויה להתרחש גם כשהמטפל יוצר אידיאליזציה של המטופל ומעביר אליו את צורכי התלות שלו, והמטופל חושש לאכזב את המטפל או לאבד אותו אם יבטא את חולשותיו.

כך חווייתי במידה מסוימת את הקשר עם נפתלי, כשהיה בן 85. נפתלי הצליח – בנועם הליכות ובחוכמה רבה, לשדר שאצלו הכול בסדר ושהוא מנהל היטב את חייו בזיקנה, וגם את הפגישות שלנו. הוא ניסה "לנהל" גם אותי בעצות שונות שהציע לי במהלך המפגשים. חשתי כלפיו הערכה רבה, אך גם תחושה לא נוחה שאני מרוויחה מהפגישות האלה יותר ממנו, עד לשלב שבו הוא הרגיש טוב והיה לו חשוב יותר מכל לדבר איתי באופן כללי על הזדקנות,



וללמד אותי איך אפשר לנהל חיים בזיקנה. כבר לא היה לו צורך בשיחות טיפוליות, ולהצעת התחלנו לנהל שיחות במתכונת חדשה, בביתו. שיחות אלה "הולידו" את הספר **החיים במחשבה שנייה – שיחות עם נפתלי** (בר-טור, 2009). גם כיום – כשנפתלי בן 96, תשוש ומלווה במטפל סיעודי – הוא ממשיך להעביר לי, בשיחות הטלפון, את המסר שהוא בשליטה. כשהוא מתאר את ההתמודדות ואת התסכולים הנלווים לבעיות הבריאות ולמוגבלות שלו הוא עושה זאת בהומור ובאופן שאינו מאפשר לחוש כלפיו חמלה או להעניק לו תמיכה רגשית, אלא להפך: להמשיך להתפעל מחוכמתו ומההתמודדות המוצלחת שלו עם אתגרי הזיקנה המאוחרת.

### **העברה לפי גישות פסיכואנליטיות עכשוויות**

גישות מאוחרות יותר, ובהן הגישה האינטרסובייקטיבית (ארון, 2013), והגישה ההתייחסותית (מיטשל, 2003; מיטשל וארון, 2013) בוחנות את הטיפול כמפגש בין שני אנשים היוצר תהליך אינטראקטיבי מורכב, ולכן רואות בהעברה ביטוי ליחסיו של המטופל עם ההעברה הנגדית – המדומיינת והאמיתית – של המטפל (ברמן, 1986). לכן לשיטתן אין הבדל מהותי בין העברה להעברה נגדית. כך, בקשר עם נפתלי חווייתי במידה רבה העברה נגדית חזקה, שהתבטאה במשאלה שהוא יהיה עבורי האב החכם, המנטור שחסר לי באופן אישי ומקצועי.

### **העברה לפי הגישה ההתייחסותית**

הגישה ההתייחסותית מניחה כי האדם הוא יצור חברתי, שנולד עם רצון ליצור יחסים עם סובביו, והאישיות מתפתחת מתוך מערכות היחסים הראשוניות של התינוק עם הוריו ועם דמויות משמעותיות אחרות. גישה זו שמה את הדגש על מערכות היחסים בנפש האדם (ארון, 2013; ברמן, 1997; מיטשל, 2003). בגישה ההתייחסותית המטפל לא רק מגיב, אלא בונה עם המטופל יחד את החומר הטיפולי. ההיסטוריה של המטופל היא רק רכיב אחד. ההיסטוריה שנבנית בחדר, ביחסים שבין המטפל למטופל, היא רכיב נוסף. לכן יש לבחון את התכנים שהמטופל מביא לחדר כעולם תוכן משותף הנבנה בתוך החדר ומשלב את ההיסטוריה של המטופל, של המטפל ושל הקשר ביניהם. מה שנבנה מהתכנים שהמטופל מביא מושפע אפוא מהאסוציאציות של המטפל והמטופל. לדוגמה, אם המטופל חווה את המטפל כאגרסיבי, והמטפל לא חווה אגרסיה באותו רגע, אין פירוש הדבר שזוהי בוודאות השלכה של המטופל. החוויה יכולה להתקשר גם לאגרסיה לא מודעת של המטפל, המתקשרת לקשר שהיה לו עם אביו.

### העברה לפי הגישה האינטרסובייקטיבית

הגישה האינטרסובייקטיבית מניחה שהעברה של המטופל היא תגובה בלתי נפרדת מתגובת המטפל. המטופלים קשובים כל הזמן לפסיכולוגיה של המטפל, ומכוונים עצמם לפיה. לכן אי אפשר לומר על שום רגש א-פריורי שהוא בלתי מתאים, מאחר שייתכן שהמטופל מזהה אצל המטפל דברים שהמטפל אינו מרגיש. גם אם זוהי התקפה מיחסים אחרים, עדיין משהו מעורר את ההרגשה הזאת. לכן המטפל אינו יכול להתעלם מחלקים שלו ועליו לנסות להבין מה בו (במטפל) מעורר במטופל את האסוציאציות הספציפיות שלו (ארוך, 2013). כך, אני מניחה, ההעברה של נפתלי הושפעה לא רק מעולמו הפנימי ומההתמודדות שלו עם ההזדקנות שלו, אלא גם מהצרכים ומהרגשות שלי, למשל החיפוש אחרי המנטור, האב החכם והדואג. בימים אלה, כשהקורונה מרחפת מעלינו וחודרת למרחב הטיפולי, השיח הטיפולי ודפוס ההעברה מקבלים גם הם ממד מיוחד. ממד זה מושפע מהתגובות של המטופלים, אך גם שלנו, המטופלים, לאיום הקורונה, לסגר, ולהשלכות שלהם על חיינו האישיים.

## דעות קדומות של המטפלים והשפעותיהן על הטיפול בזקנים

בראיונות שערכה פלוטקין (Plotkin, 2000) עם פסיכואנליטיקאים הם הביעו היסוסים וספקות בדבר הסיכויים להצלחה של הטיפול הפסיכואנליטי בזיקנה. הספקות עשויים להתבטא בהעברה נגדית חזקה ולא מודעת, אשר מקשה על המטפל לראות את המטופל כאדם בעל פוטנציאל לשינוי – בעיקר אם הוא חלש פיזית ואופק החיים שלו קצר. נמצא גם שהעברה הנגדית של המטפל ביחס למטופלים זקנים חזקה במיוחד בגלל הפגיעות שלהם לירידה בתפקוד, לאובדנים ולמוות. העברה זו מאתגרת וקשה יותר מאשר ההעברה שחווים המטפלים כלפי מטופלים צעירים מהם.

העברה נגדית של המטפל יכולה לנבוע גם מדעות קדומות באשר לטיפול בזקנים. הימנעות של מטפלים מהתמחות ומטיפול באוכלוסייה נובעת מכמה גורמים: מטופלים זקנים מעוררים במטפלים פחדים הנוגעים להזדקנותם הם, וכן קונפליקטים שיש להם עצמם עם הוריהם; מטפלים חוששים כי מטופלים זקנים לא ישתפו פעולה וכי הטיפול ייכשל; מטפלים עשויים לחשוב כי לאור גילו של הזקן וקרבתו למוות אין בטיפול משום תרומה לו, וכי הזקן עלול לחלות או למות במהלך הטיפול. אפשרות זו מאיימת על המטפל, ועמיתיו למקצוע עשויים לבקר אותו או להפחית מערכו של מי שמטפל באוכלוסייה מורבידית וחלשה זאת.

מחלות, בדידות ומוות נמצאים בבסיס הדעות הקדומות וההימנעות, בלי לתת את הדעת לכך שלזקנים יש עולם פנימי עשיר ומרתק, ושחלק ניכר מהם אינם סובלים מירידה קוגניטיבית

משמעותית ותפקודם אינו נופל בהרבה מזה של המטופלים הצעירים. יתרה מכך, רבים מהזקנים הפונים לטיפול הם יחידי הסגולה המקדימים את דורם, כאלה שתפקדו היטב בצעירותם, והמניע שלהם לקבל טיפול הוא רצונם לחזור ולתפקד באופן עצמאי כפי שתפקדו בעבר, ולהצליח להתמודד עם תהליכי ההזדקנות ועם האובדנים הנלווים להם. כזה היה נפתלי בן ה-85 (בר-טור, 2009), שבתפקידו כמטופל זקן לקח על עצמו את תפקיד המנטור, ה"זקן החכם", המלמד את הפסיכולוגית הצעירה מה היא זיקנה ואיך מנהלים נכון את ההזדקנות ואת מערכות היחסים במשפחה, עם הזמן, עם העבודה ועם הגוף המזדקן.

היעדר המודעות לחשיבותו של הטיפול הפסיכולוגי בזיקנה מתבטא בכך שמסגרות המאכלסות זקנים – למשל דיור מוגן – מצוידות בכל האמצעים החדשניים לטיפול באיכות החיים של הדיירים הזקנים, אך אלה אינם כוללים משום מה טיפול פסיכולוגי. במסגרות של דיור מוגן ובמרכזי היום לקשישים אין תקן לפסיכולוג, ולכן רק זקנים ספורים זוכים לטיפול כזה. דפוסי העברה והעברה נגדית יכולים לבוא לידי ביטוי גם ביחסים שבין דיירים לבין הצוות המטפל: כך למשל, בין דייר תלתי מאוד המתקשה לקבל החלטות, לבין איש צוות המתייחס אל הדיירים כהורה אל ילדים, או כ"מומחה כל יכול", עשויה להתפתח מערכת יחסים המבטאת את הצרכים והדפוסים האישיים של כל אחד מהם (Knight, 1996).

ממצאי מחקרים שנערכו בארצות הברית עולה כי כ-70% מהפסיכולוגים המתמחים לא התנסו כלל בקשר טיפולי עם זקנים. אין ספק שמחסור בידע מקצועי על תקופת הזיקנה והיעדר ניסיון טיפולי מגבירים את העמדות השליליות כלפי הזקנים, ואת היעדר המוטיבציה לקשרים טיפוליים עימם (אייל ובר-טור, 2002).

בסקירה שערכו בודנר ואח' (Bodner et al., 2018) על דעות קדומות וגילנות ועל ההשפעות שלהן על ההעברה ועל ההעברה הנגדית בטיפול בזקנים, הם מציעים למטפלים בזקנים לבחון את עמדותיהם האישיות כלפי זיקנה, אך גם לעודד את מטופליהם הזקנים להביע את הדעות שלהם על זיקנה, מוגבלות ותלות. עוד המליצו החוקרים כי המטפלים בזקנים יעלו לדיון במפגש הטיפולי את התפיסות השליליות האפשריות של מטופלים זקנים באשר לבריאות הנפש ובאשר למטפלים צעירים, העשויים שלא להבין אותם. החוקרים המליצו גם כי המטפלים יקנו למטופלים ולבני משפחתם ידע על אפשרויות הטיפול, על יעילותן ועל תרומתן לאוכלוסייה הזקנה. כל אלה כדי לתת לגיטימציה ולנרמל טיפול נפשי והפרעות רגשיות אופייניות דוגמת חרדה ודיכאון, שהם חלק בלתי נפרד מהתסמינים של זקנים חולים. נוסף על כך מציעים החוקרים לפעול לשינוי התרבות החברתית והמקצועית ביחס לזיקנה, להגביר את המודעות הציבורית והחברתית לנושאים הקשורים לזיקנה, ובעיקר להאיץ פיתוח תוכניות להכשרה בתחום.

מקוויליאמס (McWilliams, 2017) הציעה נקודה נוספת להתייחסות – הזדקנות המטפלים והמורים. בשיחה שקיימה עם סטודנטים צעירים בנושא הזיקנה, וכמי שהיא עצמה בגיל השלישי, היא ניהלה עם תלמידיה דיון לא רק על מגבלות ואובדנים הכרוכים בהזדקנות

ובזיקנה, אלא גם על יתרונותיהן. כמי שמייצגת את הזקנים באופן אישי הצביעה מקוויליאמס על השיפור בקבלה העצמית ובקבלה בכלל, השחרור מלחצים להישגים, ההנאה מהנכדים ומהזמן הפנוי ועוד. עוד הציעה מקוויליאמס לדון בהתמודדות של מטופלים של סטודנטים עם הזדקנותם של המטפלים והמדריכים. איך הם תופסים אותם? מה קורה כשהמטפל או המדריך חולה? או מתחיל לסבול מירידה קוגניטיבית? אלה הם נושאים חשובים שאין דנים בהם בספרות. נושא לא פחות חשוב, להערכתך, הוא ההשפעה של ההזדקנות על המטפלים הזקנים עצמם. במה שונה עבודתם כמטפלים בעת זיקנתם מזאת שהיתה בצעירותם? אילו יתרונות מתלווים לכך, ואילו קשיים?

אני סבורה כי מטפל הרוצה לעבוד עם זקנים חייב להיות אדם בשל, בוגר, ובעיקר אופטימי ובעל חיוניות. התקווה שלו עשויה לאזן את תחושת היאוש של זקנים רבים. האניגמטיבי של מטפל כזה יעזור לזקן החש חלש, רגריבי, "מפורק" לעיתים. המטפל עשוי לשמש עבורו מעין **אגו-מלווה** (auxiliary ego), דמות תומכת המאפשרת למטופל הזקן לבנות גשר בין העולם הפנימי לבין העולם החיצוני, אובייקט המחזק את דופנות עולמו הפנימי מפני טלטלות הגיל הצפויות. כשהמטופל מתמודד היטב אך מרגיש פגיעה בנרציסיזם שלו עקב אובדן תפקידים מקצועיים, חברתיים ומשפחתיים, חשוב שהמטפל הצעיר יהיה פתוח לקבל מהמטופל, ולא רק לתת לו. חשוב גם לכבד את הניסיון והידע שברשות המטופל הזקן וליהנות מהיכולת לקבל וללמוד ממנו. תרומתו של המטופל יכולה להיות בידע, בעצה, בתובנה חשובה על הזיקנה, אך גם בעוגה מאפה בית, פרחים בחגים או תשורה קטנה, שבאמצעותם הוא מנסה לבטא לא רק הערכה ותודה למטפל, אלא גם לחזק את העצמי, את תחושת המסוגלות והשליטה בנתינה ההדדית (בר-טור, 2010).

## העברה נגדית בטיפול בזקנים

העברה נגדית מבטאת את הרגשות, את המחשבות ואת הציפיות של המטפל בכל הנוגע למטופל, והיא רכיב חשוב באינטראקציה הטיפולית. על פי התפיסה הקלאסית, ההעברה הנגדית היא תגובה של המטפל להעברה של המטופל, והיא נובעת מן הקונפליקטים הבלתי פתורים של המטפל (Freud, 1953).

### התפיסה הכוללנית

התפיסה הכוללנית מתייחסת לכל תגובה של המטפל באשר היא כאל העברה נגדית. לכן חשוב שהמטפל יבין את התגובות הללו וישתמש בהן כדי להבין טוב יותר את המטופל ואת יחסיו עם דמויות משמעותיות בחייו. מטפל המשתעמם בטיפול עם מטופל זקן, ומגיע למסקנה שאי

אפשר לטפל בו משום שהוא דוחה כל פירוש אפשרי המוצג לו, עשוי להיות שבוי בהעברה נגדית שבבסיסה דעות קדומות בדבר האפשרות לשינוי בקרב מטופלים זקנים, וקושי לחוות את הריק והדיכאון שחווה המטופל. אם התנהגותו כלפי מטופל זקן שונה מהתנהגותו כלפי מטופלים שאינם זקנים, ואם הוא מייחס לעיתים את תלונותיו של המטופל הזקן לגילו – נראה שמדובר בהעברה נגדית המלווה בחרדה וברתיעה מתחושות חוסר האונים בזיקנה.

ויניקוט (Winnicott, 1958) וספוטניץ (Spotnitz, 1985) ציינו כי תגובות של העברה נגדית יכולות להיות אובייקטיביות או סובייקטיביות. לדעתם, את התגובות האובייקטיביות כלפי מטופל יכול לחוש כל מטפל, ואילו התגובות הסובייקטיביות למטופל מקורן ברקע הייחודי של המטפל. תגובות אובייקטיביות או סובייקטיביות של העברה נגדית אינן מקשות על הטיפול אם המטפל מבין אותן ומקבל אותן באופן מודע. הן מקשות על הטיפול רק כאשר המטפל מגיב למטופל באופן שאין הוא מודע לו. במקרה כזה, התגובות האלה עשויות להפוך להתנגדות או למחסום בפני המשך ההתקדמות בטיפול. למעשה, ככל שהרגרסיביות של המטופל גוברת, והוא משחזר בטיפול יחסים מוקדמים והתנהגותו נעשית ילדית יותר, כך יכול המטפל לבחון את ההעברה הנגדית שלו עצמו ולהפיק ממנה תועלת בהבנת את המסרים הלא מילוליים של המטופל.

כאשר מתעוררים קונפליקטים במהלך הטיפול אפשר לבחון אותם כחלק מהעברה הנגדית. הם עשויים לבוא לידי ביטוי בתגובות הרגשיות של המטפל להתנהגותו של המטופל, למחשבותיו ולרגשותיו (שלו עצמו) המתעוררים בעקבות ההעברה במהלך הקשר הטיפולי (Freud, 1953). לדוגמה, העברה נגדית מתרחשת כאשר המטפל מגיב רק לתוקפנות ולכעס של המטופל הזקן כלפיו, ואין בו יכולת להגיב לחוסר האונים של המטופל. המטפל עצמו חש חסר אונים, כי זו תגובת העצמי שלו, ולכן הוא אינו יכול להתייחס לפגיעות של המטופל (רגב, 2018).

## התפיסה המשלימה

תפיסה עכשווית זאת רואה בהעברה נגדית תגובה משלימה, או מנוגדת, לצורת היחסים של המטופל. על פי תאוריית יחסי האובייקט, התאוריה האינטרסובייקטיבית והגישה ההתייחסותית, המטופל גורם למטפל להרגיש ולהתנהג בדרכים מסוימות כתגובת נגד לאופן ההתייחסות שלו. לדוגמה, כשהחלה מטופלת בת שמונים לתאר את האהבות האסורות שלה ואת הפנטזיות המיניות שיש לה כשהיא צופה בסרט רומנטי בטלוויזיה, מצא את עצמו מטפל צעיר בן 35 מדמיין איך נראתה כשהיתה צעירה. העוררות שחש הפחידה אותו מאוד, והוא נמנע מלשאול שאלות ולהגיב כשזו הפליגה בתיאורים הרומנטיים.

גם אלה הבוחרים לטפל בזקנים ואינם נרתעים או נמנעים ממפגש עם הזיקנה, עשויים למצוא את עצמם בתהליך של העברה נגדית אינטנסיבית. כשמדובר בטיפול באנשים זקנים, ההעברה

הנגדית של המטפל מושפעת מיחסו כלפי הזיקנה. כמו בהעברה של המטופל הזקן, גם בהעברה נגדית המטפל הצעיר יותר יכול לפתח כלפי המטופל שלו העברה נגדית של הורה, בן זוג או נכד, דרך הזדהות יתר עם הצורך בתלות ועם פחד מחולשה, חוסר אוניס ומוות, ואף להשפיע על ההחלטה לעבור למסגרת של דיור מוגן (Knight, 1996).

דאגות של המטופל הקשורות למוות עשויות לעורר במטפל פחדים מפני המוות האישי שלו או של קרובי משפחתו, ואלה מותירים אותו פגיע וחשוף לרגשות אשם. חרדה זו עשויה להתבטא בהעברה נגדית חזקה ולא מודעת, אשר מקשה על המטפל הצעיר יותר לראות במטופל שלו אדם בעל פוטנציאל לשינוי, גם אם הוא חלש פיזית וגם אם לא נותרו לו שנות חיים רבות, ולטפל בו כפי שהיה מטפל במטופל צעיר יותר. כך חוויתי בתחילה את רחל בת ה-89 כשהגיעה לטיפול בעקבות חרדות מנפילה, ונראה היה לי שהטיפול המתאים לה הוא קצר מועד, ואילו היא רצתה טיפול דינמי ממושך (בר-טור, 2021). ברוך (2019) טוענת שהמטפל צריך להיות מוכן להכיל את רגשי האבל והעצב על האובדנים הכרוכים בהזדקנות, לא רק מתוך אמפתיה לחוויה השייכת לעולמו של ה"זקן", אלא כדי לשאת ללא איוס את נגיעתם גם בו עצמו. במקרה של רחל בת ה-89, החרדה שלי נגעה בפחדים שלי שרחל תהיה חולה ותפסיק את הטיפול או תמות במהלכו. חרדות אלה, שלא הייתי מודעת להן בתחילת הטיפול, הלכו והתבהרו בהמשך.

נמירוף וקולרוסו (Nemiroff & Colarusso, 1985) סבורים כי ההעברה הנגדית של המטפל מושפעת בעיקר מתגובותיו להזדקנותו שלו, ובכלל זה לחוויות של ירידה או של פגיעה בתפקודים הביולוגיים, לאובדנים, למודעות למגבלות האישיות וליכולת להתמודד עם המוות. פחדים מרגשות קשים דוגמת חוסר אוניס, בדידות או תלות עשויים אף הם להשפיע על ההעברה הנגדית.

זאת ועוד, תלות מוגברת של מטופל עשויה לעורר אצל המטפל שאיפות אינפנטיליות לשלוט בהורה-מטופל; לחלופין, היא עשויה לעורר בו הימנעות, חוסר סבלנות וגם חרדה בגלל הזדהות בלתי מודעת עם חוסר האונים של המטופל.

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

כל הנושאים האלה ואחרים, הקשורים להעברה הנגדית, תלויים גם במידה שבה פתר המטפל את רגשותיו כלפי הוריו ואפילו כלפי המטפל שלו. מיירס (Myers, 1984), למשל, תיאר חלומות שלו שהיו קשורים להתנגדותו כלפי שני מטופלים זקנים, שבמהלך הטיפול בהם עלו תכנים הקשורים ליחסיו המוקדמים עם הוריו ולחרדות שהתעוררו בו בעקבות מחלתו ומותו של אביו. נראה שבדומה להעברה של הזקנים, גם דפוס ההעברה הנגדית עשוי לבטא יחסי ילד להוריו ואפילו יחסי נכד לסביו (Knight, 1986). היינו (Heinze, 1987) אף טען כי לאחר

שמתחיל הטיפול, נראה שהמטפל מתקשה בטיפול בזקן בגלל גילו של המטופל יותר משהמטופל מתקשה לקבל את גילו של המטפל. זאת ועוד, אם למטפל יש קונפליקטים ביחסים עם הוריו, הוא יתקשה לגלות אמפתיה כלפי המטופל. מטפל אף עשוי לחוש אשם בגלל גילו הצעיר; ולעיתים עליו להתמודד גם עם עוינות ועם קנאה של המטופל הזקן, ועם ניסיונותיו לכפות עליו אשמה שהוא צעיר ובריא.

העברה נגדית כתגובה משלימה חשתי גם באחת הפגישות שהיו לי עם עדנה, אם שכולה שבתה (בת גילה של בתני) נהרגה בתאונה. בשיחות שבהן תיארה עדנה את חייה של בתה מצאתי את עצמי חושבת על בתי הגדולה, ותוהה על הדמיון שהיה קיים בין שתי הבנות הצעירות, שלה ושלי. התחושות הללו התגברו כשעדנה החלה לשאול אותי על בנותיי, ובעיקר על בתי הבכורה – בת גילה של בתה שאיננה. הקושי שלי לענות במישרין, והניסיונות שלי להסוות את החרדה שהציפה אותי שמא תגלה עדנה פרטים על בתי, העצימו את תחושת אי הנוחות. עדנה, המכירה את עולם הטיפול הפסיכולוגי, פירשה את שתיקותי והימנעותי מלענות כ"כשל אמפתי". חשתי אשמה כפולה: על הקושי שלי להכיל את הרגשות של עדנה, שכללו כאב, אך גם על כעסה עליי וקנאתה הלא מודעת בי, כאם שבתה חיה.

## סיכום

הטיפול הפסיכולוגי עשוי, כאמור, להיות ההזדמנות האחרונה למסע פנימי ולהתבוננות ממרומי הגיל על חיים שלמים, מלווה באינטגרציה ובעיבוד רגשי משמעותי. במפגש הטיפול של המטופל משוחרר מכבלי הגיל; הוא יכול לטייל בעולמות שונים כמו אליס בארץ הפלאות – אחורה וקדימה, מעלה ומטה, פנימה והחוצה. האדם הזקן, להבדיל מהאדם הצעיר, נע בטיפול על פני טווח זמנים רחב ביותר, ועשוי לחוות חוויה מרתקת ומורכבת. המטפל המלווה אותו במסע זה יכול לעבור איתו ביחד חוויה משמעותית ביותר, לעיתים מטלטלת.

היכולת לנוע במרחב בחופשיות תלויה במידה רבה ביחסים שבין המטופל למטפל, וביכולת של שניהם להבין את התהליך הנוצר ביניהם במהלך הטיפול. אם תהליך מיידי ורב-עוצמה זה אינו נידון ואינו מובהר, השיח הטיפולי לא יהיה מעמיק, ותחסר ההבנה החשובה בדבר האופן שבו אירועים שחווה המטופל בעבר מתקשרים לחיים בהווה ולקשר שנוצר בטיפול, ומשפיעים עליהם. הליווי האמפתי, המכיל, של המטפל, משוחרר מגילנות ומגרונטופוביה, משול למסע במרחב משותף ואינטימי. השותפות הזאת נותנת, לדברי ברוך (2019) מענה אנושי לתחושת הבדידות הקיומית האופפת לעיתים קרובות את האדם הזקן. מענה אנושי זה מתבטא ביכולת של המטפל לחוות במפגש האינטימי עם המטופל הרגשה כנה ואמיתית של שותפות גורל, הרגשה ששניהם נמצאים על אותו רצף חיים, גם אם בנקודות זמן אחרות.

## מקורות

- אייל, נ' ובר-טור, ל' (2002). זרקור על הפסיכולוגיה של הזיקנה: הריקוד המוחמץ. המטפל המסרב והמטופל המסרב. **פסיכו-אקטואליה**, אפריל, 24–28.
- ארון, ל' (2013). **המפגש: הדדיות ואינטר-סובייקטיביות בפסיכואנליזה** (תרגום: י' איתן-פרסיקו). עם עובד.
- בודנר, א' (2011). מקורות הגילנות בקרב צעירים וזקנים. **גרונטולוגיה**, לח, 19–40.
- בודנר, א', שרירא, ע', כהן-פרידל, ש' הופמן, י' וברגמן, י' (2020, 17–18 בפברואר). **שונות יומיומית בגיל סובייקטיבי ובגילנות והקשר שלה לסימפטומים דיכאוניים** (הרצאה בכנס). האגודה הישראלית לגרונטולוגיה: בין משבר להזדמנות, מחשבים מסלול מחדש. תל-אביב.
- ברוך, י' (2019). טיפול פסיכודינמי במטופל המבוגר ביותר. **שיחות**, כה, 1–7.
- בר-טור, ל' (2009). **החיים במחשבה שנייה: שיחות עם נפתלי**. אח.
- בר-טור, ל' (2010). מי מטפל במטפל? מיומנויות מקצועיות ורגשיות של המטפלים בזקנים. **גרונטולוגיה**, לז, 69–86.
- בר-טור, ל' (2019). **האתגר שבהזדקנות: בריאות נפשית, הערכה וטיפול**. אשל.
- בר-טור, ל' (2021). בין תשעים למאה ואחת: אתגרי הזיקנה המאוחרת והטיפול בה. **שיחות**, לה(2), 160–167.
- בריק, י' (2020). **נייר עמדה של האגודה הישראלית לגרונטולוגיה: אסטרטגית היציאה של האזרחים הוותיקים מהמרחב הביתי**. האגודה הישראלית לגרונטולוגיה.
- ברמן, ע' (1986). העברה והעברה נגדית כתהליך בין-אישי כולל. **שיחות**, א, 1–10.
- דורון, א' (2013). **גילנות בחברה הישראלית: הבניה חברתית של הזקנה בישראל**. מכון ון ליר והקיבוץ המאוחד.
- דורון, א' (2020, 5 באפריל). בצל הקורונה. האם שבעים הוא עדיין החמישים החדש? **הארץ**.
- כהן-מנספילד, י', לוי, ד', אפל, נ', קורל, ע', יעקובוביץ, ר', וולף-מירון, ר', רוזן, ל' ולב-ארי, ש' (2020). **קידום בריאות הזקנים בזמן מגפת נגיף הקורונה – המלצות**. החוג לקידום בריאות, בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.
- מיטשל, ס"א (2003). **תקווה ופחד בפסיכואנליזה** (תרגום: א' זילברשטיין). תולעת ספרים.
- מיטשל, ס"א וארון, ל' (2013). **פסיכואנליזה התייחסותית: צמיחתה של מסורת** (תרגום: א' רילוב). תולעת ספרים.
- רגב, ע' (2018). טיפול נפשי דינמי בזקנים. בתוך ר' אלפנדרי (עורך), **למצוא מקום לנפש: אבני יסוד בעבודה סוציאלית פסיכודינמית** (עמ' 173–202). כרמל.
- Ayalon, L., & Avidor, L. (2020). "We have become prisoners of our own age": From a continuing care retirement community to a total institution in the midst of the COVID-19 outbreak. *Age and Ageing*, 50(3), 664–667.  
<https://doi.org/10.1093/ageing/afab013>



- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B. R., Neupert, S. D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C., & Wahl, H-W. (2020). Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), 49–52.  
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (2018). Introduction to the section: On the manifestations and consequences of ageism. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary perspectives on ageism* (pp. 109–114). Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_7)
- Baltes, P., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.
- Bodner, E., Palgi, Y., & Wyman, M. F. (2018). Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. In L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Eds.), *Contemporary perspectives on ageism* (pp. 241–262). Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_15)
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2044–2045.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15274>
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4, Part 1), 243–246. [https://doi.org/10.1093/geront/9.4\\_part\\_1.243](https://doi.org/10.1093/geront/9.4_part_1.243)
- Fingerman, K. L., & Trevino, K. (2020, 7 April). Don't lump seniors together on coronavirus: Older people aren't all the same. *USA Today*.
- Freud, S. (1953). *On psychotherapy*. In *The complete works of Sigmund Freud* (Trans.: J. Strachey) (Vol. 6, pp. 249–263). Hogarth. (Original work published 1905)
- Goldberg, S. H. (2012). Transference. In G. O. Gabbard, B. E. Litowitz & P. Williams (Eds.), *Textbook of psychoanalysis* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 65–77). American Psychiatric Pub.
- Greenberg, T. M. (2016). *Psychodynamic perspectives on aging and illness*. Springer (2<sup>nd</sup> ed.). <https://doi:10.1007/978-3-319-24289-7>
- Gum, A. M., Hirsch, A., Dautovich, N. D., Ferrante, S., & Schonfeld, L. (2014). Six-month utilization of psychotherapy by older adults with depressive symptoms. *Community Mental Health Journal*, 50(7), 759–764.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-014-9704-0>

- Gur-Yaish, N., Prilutzky, D., & Palgi, Y. (2016). Predictors of psychotherapy use among community-dwelling older adults with depressive symptoms. *Clinical Gerontologist, 39*(2), 127–138.  
<https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1124957>
- Heinze, E. (1987). Transference and countertransference in the psychoanalytic treatment of older patients. *International Review of Psycho-Analysis, 14*, 465–473.
- Hinrichsen, G. A. (2015). Attitudes about aging. In P. A. Lichtenberg, B. T. Mast, B. D. Carpenter, & J. Loebach Wetherell (Eds.), *APA handbook of clinical geropsychology, Vol. 1. History and status of the field and perspectives on aging* (pp. 363–377). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/14458-015>
- Iversen, T. N., Larsen, L., & Solem, P. E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology, 61*(3), 4–22. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.4>
- Knight, B. G. (1996). *Psychotherapy with older adults*. Sage.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. International Universities Press.
- McWilliams, N. (2017). Psychoanalytic reflections on limitation: Aging, dying, generativity, and renewal. *Psychoanalytic Psychology, 34*(1), 50–57.  
<https://doi.org/10.1037/pap0000107>
- Muslin, H. L. (1992). *The psychotherapy of the elderly self*. Brunner.
- Myers, W. A. (1984). *Dynamic therapy of the older patient*. Jason Aronson.
- Nemiroff, R. A., & Colarusso, C. A. (1985). *The race against time: Psychotherapy and psychoanalysis in the second half of life*. Plenum.
- Plotkin, F. (2000). Treatment of the older adult: The impact on the psychoanalyst. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 48*(4), 1591–1616.  
<https://doi.org/10.1177/00030651000480042001>
- Sandler, J., & Sandler, M. A. (1983). The “second censorship”, the “three box models” and some technical implications. *International Journal of Psychoanalysis, 64*, 425–413.
- Spotnitz, H. M. (1985). *Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient* (2<sup>nd</sup>. ed.). Jason Aronson.
- Winnicott, D. W. (1958). Hate in the countertransference. In D. W. Winnicott (Ed.), *Through pediatrics to psycho-analysis* (pp. 194–203). Basic Books.