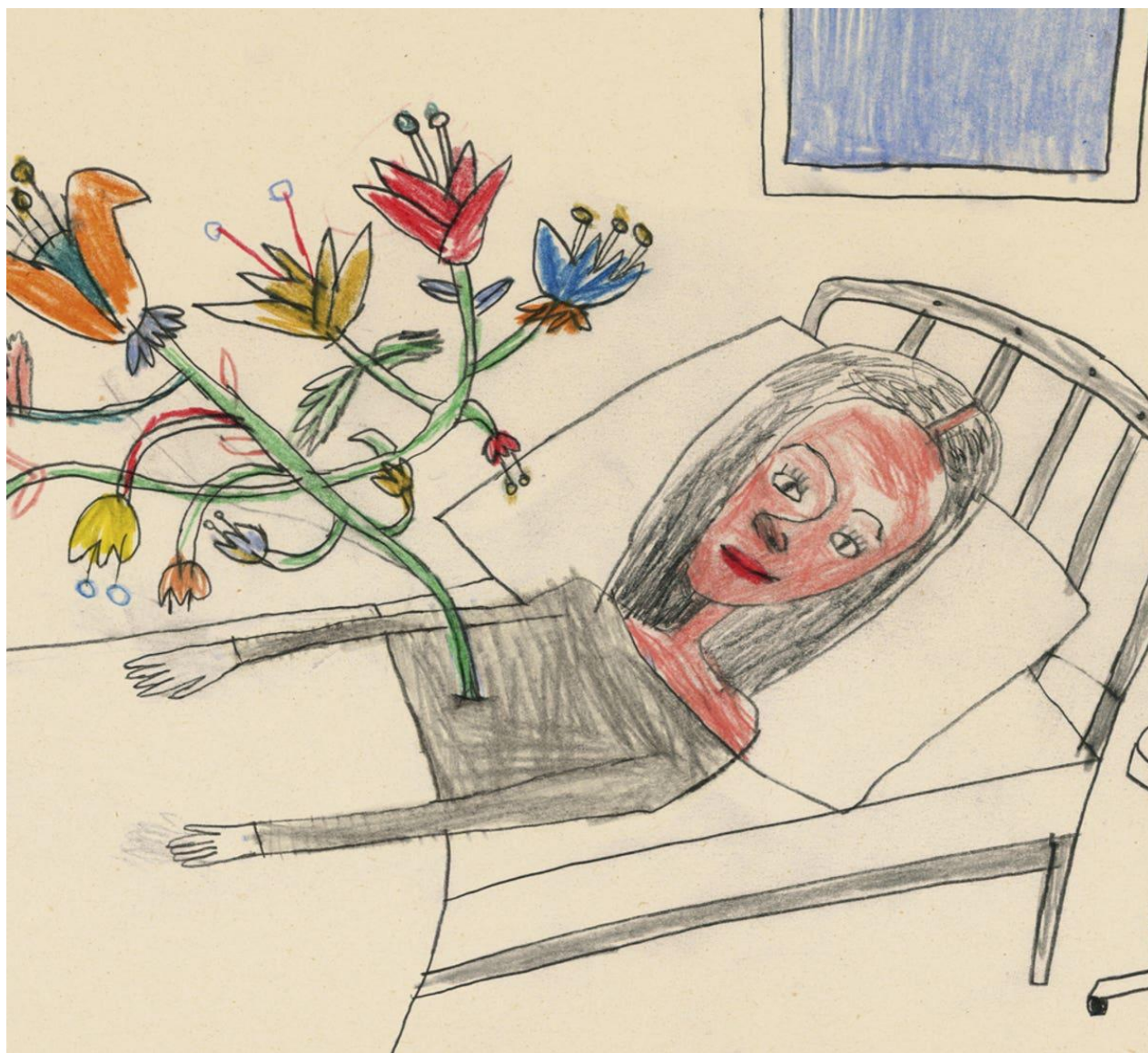


האם תקווה יכולה להפחית כאב ואפילו להאריך חיים?

פרופ' בן קורן, אונקולוג בכיר שמתמחה ב"תיאוריית התקווה", משוכנע שכן. יותר ויותר מחקרים מראים שהוא צודק



סמדר רייספלד

איור: מיכל בוננו

פורסם ב-25.11.20

לא מכבר חגג כתב העת "לאנסט אונקולוגיה" 20 שנה להיווסדו. על שער הגיליון החגיגי התנוסס איור מאיר עיניים של המספר 20 על רקע שמש מפציעה, ציפורים מעופפות ואנשים – ספק חולים ספר רופאים – מביטים אל־על בתקווה. זה יכול היה להיחשב קיטש ירוד במיוחד, אלמלא נושא המאמר שאיור השער התייחס אליו – "המדע של התקווה" – ואלמלא האסוציאציה הבלתי־נמנעת שמעורר המספר המאזין: שנת 2020 המכזיבה. במקרה כזה, הקיטש הופך לאמירה. עוד לא אבדה תקוותנו.

אחד מכותבי המאמר הוא פרופ' בן קורן, מנהל מכון הרדיותרפיה בבית החולים שערי צדק, שבדרך כלל עוסק בגידולים סרטניים, במוטציות ובהקרנות. במקביל הוא פעיל גם במחקר וביישום של מה שנקרא "תיאוריית התקווה". מה לאונקולוג ולחקר התקווה?

"כשהייתי בן 11", הוא מספר במבטא אמריקאי כבד, "אבי חלה בסרטן ואושפז בבית החולים בניו יורק. בערב שביעי של פסח, מיד לאחר שאמי הדליקה את נרות החג, צילצל הטלפון בבית. הסתכלנו זה בזה. אנחנו משפחה דתית ולענות לטלפון פירושו לחלל את החג, ובכל זאת אמא הרימה את השפופרת. בצד השני של הקו היה רופא צעיר. הוא אמר: 'גברת קורן, בעלך שבק חיים לפני חצי שעה. האם נוכל לבצע נתיחה של הגופה?' שקט. עד היום אני זוכר את המילים האלה, המצמיתות, ואת השקט שהשתרר אחריהן. נמלאתי תחושה חזקה של ייאוש. דימיינתי את עצמי יתום נטוש, מין דמות מאחד הספרים של דיקנס, ופרצתי בבכי מר. אחי הגדול, בסך הכל בן 12, אסף אותי אליו, אל חזהו הצנום, ולחש לי 'יהיה בסדר, בנג'י'."

קורן נשנק לרגע. הוא מתרגש. "במבט לאחור", הוא מתעשת, "נראה לי שמעולם לא חוויתי נחמה גדולה מזו שחוויתי ברגע ההוא. התקווה שהציע לי אחי – עדיין ילד בעצמו, שהעמיד לרשותי פשוט את מה שהיה לו – שינתה הכל עבורי. החלטתי אז שכשאהיה גדול אמצא תרופה לסרטן שהרג את אבא, אבל גם נולד בי הצורך, החובה אפילו, להציע לאחרים את הנחמה הזאת ואת האפשרות לתקווה". יחד עם אשתו דבורה, פסיכולוגית שמתמחה בטיפול משפחתי, הוא הקים לפני 17 שנה את ארגון "גישה לחיים", שמציע ללא תשלום "סדנאות תקווה" לחולי סרטן, לקרובי משפחתם ולרופאים, וגם עורך מחקרים על מהותה של התקווה.

מה זה תקווה?

"ראשית צריך לומר, שתקווה היא לא אופטימיות. בניגוד לדיבור היומיומי, שמשתמש בהן כמילים נרדפות, הגישה הפסיכולוגית מתייחסת אליהן כאל מושגים שונים בתכלית. אופטימיות היא קו אישיות שמתייחס לציפייה העקרונית, האפרורית, שהעתיד יהיה טוב. תקווה, לעומת זאת, היא מצב נפשי קונקרטי. זו הציפייה שמשהו טוב יקרה הודות לפעולה מסוימת. ההבדל בין אופטימיות לתקווה הוא השוני בין 'יהיה טוב' הסביל לבין 'השנה אצליח לסיים את הספר' הפעיל. יש הבדל במידת מעורבותו של האדם בעיצוב העתיד. כיוון שאופטימיות היא עניין אישיותי ואילו התקווה היא מצב נפשי, האחרונה ניתנת לטיפול. וזה מה שאנחנו מנסים לעשות, ללמד אנשים להיות תקוותיים."

תקווה היא מבנה קוגניטיבי, אך לא פחות מכך גם ישות ביולוגית, שמעורבת בבריאות, בחולי ובאורך החיים שלנו. מחקר שנערך לפני 30 שנה ובחן נתונים של יותר מ-2.5 מיליון אנשים שמתו מוות טבעי, מצא שנשים נטו למות במהלך השבוע שלאחר יום ההולדת שלהן הרבה יותר מבכל שבוע אחר בשנה. אחד ההסברים לכך הוא שהתקווה של הנשים לחגוג את יום ההולדת, אירוע שרבות מהן מצפות לו בכיליון עיניים, גרמה לגופן "להתגייס" למען המטרה ולדחות מעט את המוות כדי לממש את החגיגות.

גברים, לעומת זאת, גילו תבנית תמותה אחרת. הם נטו למות דווקא בשבוע שלפני יום ההולדת, אולי משום שיום זה לא מתקשר אצלם לחגיגות, אלא מעורר דווקא מודעות מצערת לגילם ההולך ומתקדם. יהיה ההסבר אשר יהיה, המחקר שפורסם בכתב העת "רפואה פסיכוסומטית" וקיבל את השם ("life line or deadline" הציג תבנית תמותה לא אקראית סביב תאריך יום ההולדת, כלומר הדגים את כוחה של הנפש להשפיע על הגוף. באופן ספציפי הוא תיאר את יכולתה של התקווה להשפיע על החיים ועל המוות.

סקר אחר, שבדק את נתוני התמותה בניו יורק בסביבות ינואר 2000, גילה ירידה משמעותית בתמותה בשבוע האחרון של דצמבר 1999, יחסית לשנים אחרות. אחד ההסברים ייחס את השרידות המופלגת בשבוע הזה לתקווה של אנשים לחצות את קו האלף השני כדי לחיות בשתי מאות, ואולי גם לסקרנות לגלות מה יקרה עם 'באג 2000' המדובר. המגמה הזאת בלטה במיוחד בקרב אנשים בני יותר מ-100, אולי בגלל ש"דחיית מותם" היתה עשויה להקנות להם הישג נדיר: להיות אנשים שחייהם התפרשו על פני שלוש מאות.

מאז נעשו מחקרים דומים, חלקם איששו את הממצאים האלה ואחרים לא. באשר לסרטן, יותר ויותר עבודות מציעות שלתקווה יש תפקיד משמעותי בהתמודדות עם המחלה. "חולים שהעידו על עצמם שהם יותר תקוותיים היו גם בעלי סיכויי הישרדות גבוהים יותר", אומר קורן. "מדובר בהבדל של כשישה חודשי חיים. כלומר, אם תקווה היתה תרופה, ה-FDA כנראה היה מאשר אותה. חלק מהאפקט הזה נובע כנראה מכך שיש קשר בין תקוותיות גבוהה לבין התנהגות מקדמת בריאות: אנשים תקוותיים פחות נוטים לעשן, יותר פעילים גופנית ויותר מקפידים על תזונה מיטיבה, וזה כמובן משפיע על ההישרדות. למשל, חולי סרטן מעי עם גרורות שעשו פעילות גופנית נמרצת גילו שרידות גבוהה יותר יחסית לאלה שלא התאמנו."

נשים עם סרטן שד שהיו יותר מלאות תקווה נטו לדווח על תפיסות חיוביות יותר באשר לבריאותן שלושה חודשים אחרי הטיפול הרפואי. בנוסף, מחקרים הראו שהתערבות שמעודדת תקווה גרמה לירידה בתסמיני דיכאון של חולים. כלומר, גם אם לא על תוחלת החיים, התקווה יכולה להשפיע על איכותם. מטופלים מלאי תקווה דיווחו על שינויים פסיכולוגיים חיוביים שהתרחשו במהלך מחלתם, כמו יצירת חברויות, העמקה בתכנים רוחניים ואימוץ פעילויות חדשות. גם ההפך קורה: יש מחקרים שמראים כי דיכאון ולחץ נפשי מעלים את הסיכוי לחלות בסרטן, משפיעים לרעה על קצב התפתחותו ואף מעלים את סיכויי התמותה ממנו.

להיות פסימיסט מלא תקווה

בעשרות השנים האחרונות התפתח תחום מחקר חדש – פסיכוניורואימונולוגיה – שחוקר את יחסי הגומלין בין הפסיכולוגיה, הניורולוגיה ומערכת החיסון, ומנסה לשים את האצבע על המנגנונים התאיים והמולקולריים שמתווכים את היחסים האלה. במחקרים כאלה נמצא שהמצב הרגשי יכול להשפיע על מערכת החיסון ועל המסלולים הניורולוגיים הקשורים בחלוקת תאי הסרטן. ידוע, למשל, שמתח ולחץ נפשי יכולים לפגוע ביכולת ההחלמה מסרטן, והסיבה יכולה להיות נעוצה בכך שהמצבים האלה מעלים את רמת הקטכולאמינים, ניורטרנסמיטורים שקשורים בפעילותה של מערכת החיסון. רמה גבוהה של קטכולאמינים פוגעת ביעילותן של תרופות כימותרפיות שניתנות לחולות בסרטן השד, ובכך מחבלת בריפוי שלהן. מחקר מצא שבמצבי דיכאון עולה רמתם של חלבונים פרו־דלקתיים, וידוע הקשר בין דלקות ממושכות לבין סרטן. מחקר אחר גילה שהפרעות רגשיות מסוימות מקדימות לעתים את האבחון בסרטן הבלב, מה שמעלה את ההשערה שהן אלה שתורמות להתפתחותו.

יכול להיות, כמובן, שהכיוונויות הפוכה: שלא ההפרעות הרגשיות תורמות ליצירת הסרטן, אלא שהגידול הסרטני הוא שמעורר אותן, ולחלופין, שגורם שלישי כלשהו מוביל גם להפרעות הנפשיות וגם לממאירות.

"זה נכון", אומר קורן, "יש מחקרים שהראו שגידולים סרטניים בבעלי־חיים עוררו בהם מצבים רגשיים שליליים, ובבני אדם ידוע שחלבונים פרו־דלקתיים שקשורים לגידולים יכולים להשרות דיכאון ואנורקסיה. בהחלט חשוב לדעת את כיוונויות התהליכים, כי אם המצב הרגשי משפיע על התפתחות הסרטן, כדאי לשקול התערבות פסיכולוגית. אם הגידול הוא זה שהביכימיה שלו גורמת לדיכאון, התערבויות כאלה יהיו פחות יעילות. וייתכן, כמובן, שהתהליכים משפיעים זה על זה הדדית. בינתיים מצטברות עדויות מחקריות שמצביעות על כך שהתערבויות פסיכולוגיות מבוססות תקווה משפיעות על מדדים ביולוגיים שקשורים לדלקות ולסרטן, אולי בתיווכו של הדופאמין, אותו ניורטרנסמיטור שקשור לציפייה, למוטיבציה, לגמול – בקיצור לתקווה – ויש לו תפקיד בבקרה על מערכת החיסון.

מחקרים שונים הדגימו את כוחה של הנפש להשפיע על הגוף. מחקר שבח נתונים של מיליוני בני אדם מצא שנשים נטו למות במהלך השבוע שלאחר יום ההולדת שלהן הרבה יותר מבכל שבוע אחר בשנה. גברים, לעומת זאת, נטו למות בשבוע שלפני. סקר אחר גילה ירידה בתמותה בשבוע האחרון של דצמבר 1999

"ועם כל זה, עד לאחרונה המערכת הרפואית לא דיברה על תקווה. למעשה רופאים נמנעו מלהשתמש במילה הזאת, למרות שהתקווה היא כלי טיפולי מדיד שיכול לשמש התערבות רפואית חיונית. עכשיו, בעקבות הצטברות העדויות, הוציא המכון הלאומי לחקר הסרטן בארה"ב הנחיה הנוגעת לשורה של מחקרים, שלפיה כל משתתף בניסוי יהיה חייב לעבור גם הערכה של מידת התקווה שלו. זה יהיה תנאי להשתתפות בניסוי, כדי שאפשר יהיה

לבחון את השפעת התקווה על חולים במספרים גדולים. זה צעד מאוד משמעותי שיכול להעביר אותנו מעידן המהפך הביולוגי לעידן המהפך הביולוגי-פסיכולוגי."

אתה אומר שתקווה היא כלי טיפולי מדיד. איך מודדים תקוותיות?

"יש כמה מדדים לתקוותיות, וכולם מבוססים על שאלונים שבהם הנבדק מדרג את עמדותיו ומצבו. אנחנו משתמשים במדד של החוקר הבולט ביותר בתחום, פרופ' ריק שניידר, שגם פיתח את 'תיאוריית התקווה'. לפי שניידר, תקווה היא מבנה קוגניטיבי מכוון מטרה, שכרוך בפעולה כלשהי במציאות. זו מיומנות שאפשר ללמוד, וזה מה שאנחנו מנסים לעשות בסדנאות שאנחנו מעבירים: ללמד אנשים להיות תקוותיים."

מי שפיתח את "סדנאות התקווה" הוא פרופ' דייב פלדמן מהפקולטה לפסיכולוגיה באוניברסיטת סנטה קלרה בקליפורניה, שמעיד על עצמו שהוא "פסימיסט תקוותי". "באופן כללי, אני אדם שמאמין שדברים רעים הולכים לקרות", הוא אומר. "החיים עומדים להנחית עלינו מכות, זה ברור. עם זאת, אני גם מאמין שמה שחשוב זה איך אנחנו מגיבים לאירועים שקורים לנו, וזה הופך אותי לאדם תקוותי. לפי המודל של שניידר, המאפיין הבסיסי של אדם תקוותי הוא העובדה שיש לו מטרה מוגדרת ושיש לו שליטה עליה. זכייה בלוטו, למשל, היא לא מטרה כזו. המאפיין השני של תקוותיות הוא קיומה של דרך להשיג את המטרה. ולבסוף, לאדם התקוותי יש מוטיבציה לצאת לדרך ולהתגבר על הקשיים לאורכה. בסדנאות אנחנו עוזרים לאנשים למצוא את התקווה שלהם: להגדיר מטרה, לשרטט דרכים שיכולות להוביל אליה ולגייס את המוטיבציה להתמיד בהן."

כל אחד יכול לטפח בעצמו תקווה?

"כל אחד מוזמן למצוא מטרה שרלוונטית לחייו ולערכיו", אומר קורן. "לפעמים אומרים לי, 'למה אתה מדבר עם החולה הזה על תקווה, אתה הרי יודע שאין לו סיכוי. אתה סתם משלה אותו שאתה יכול לרפא אותו'. אבל תקווה היא לא דווקא ריפוי, וגם מטופל שמתמודד עם סרטן חשוך מרפא עדיין יכול לקוות. אתן לך דוגמה. מתברר שהתקוותיות של אדם משפיעה על הסובלנות שלו לכאב. שניידר הזמין למעבדה שלו אנשים, העריך את התקוותיות שלהם ואז ביקש מהם לטבול את ידיהם במי קרח. התברר שאנשים עם תקוותיות גבוהה יכלו להשקיע את ידיהם בקור זמן ארוך יותר מאנשים עם תקוותיות נמוכה, כלומר יכלו לשאת יותר את הכאב. הקשר הזה היה כה מובהק עד שכאשר הגיעו אליו נבדקים חדשים, שניידר הצליח לנבא מי מהם יחזיק את היד בקרח זמן רב יותר על פי מידת התקוותיות שלהם. בחינה מדוקדקת של התופעה העלתה כי בעלי התקוותיות הגבוהה החלו לחוש את הכאב הרבה אחרי בעלי התקוותיות הנמוכה. בנוסף, הם נטו להשקיע פחות זמן במחשבות על הכאב."

הממצאים האלה מזכירים את הניסוי המפורסם של ארנסט הילגרד, שהיפנט אדם והצליח "לשכנע" אותו לא לחוש כאב גם כשידו השמאלית היתה שקועה במי קרח. הפרשנות המקובלת מייחסת את שיבוך הכאב ליכולתה של ההיפנוזה להקצות לכאב עדיפות נמוכה יותר בתודעה. אולי זה גם מה שעושה הדבר הזה שאתה קורא לו "תקוותיות."

"יכול להיות. אנשים עם כאבים כרוניים שעברו סדנאות להעצמת התקווה דיווחו על הקלה בכאבים, וזה הרי שיפור אדיר באיכות החיים. תקווה, אם כן, יכולה להוביל להקלה בכאב. בתחום שלי, בייחוד אצל חולים בסרטן הלב, הכאבים יכולים להיות קשים ממש, ולכן חלק מהטיפול בהם מוקדש לשיכוך הכאב. יש דיווחים על כך שחולים שהצליחו להקל על הכאב גם שרדו יותר. משום כך אנחנו מתכוונים לשתף חולים כאלה בסדנאות ולעורר בהם את התקוותיות שתעזור להם בשיכוך הכאב.



צילום: אמיל סלמן

**"לחולים מלאי תקווה יש גם סיכויי הישרדות גבוהים יותר", אומר קורן.
"המשמעות היא שאם תקווה היתה תרופה, ה-FDA כנראה היה מאשר
אותה". גם ההפך קורה: דיכאון ולחץ נפשי מעלים הן את הסיכון לחלות
בסרטן והן את הסיכון למות ממנו**

"אתן לך עוד דוגמה. חולות בסרטן השד מקבלות במשך חמש שנים תרופות אנטי-הורמונליות, שמאריכות את החיים. אלא שהתרופות האלה גובות מחיר כבד: גלי חום, כאבי מפרקים, כל התופעות הכי איומות של גיל המעבר. סיוט. מתברר ש-45% מהנשים שמקבלות את התרופות, פשוט לא לוקחות אותן בגלל הסבל שהן גורמות. אנחנו רוצים ללמד את הנשים האלה להיות יותר תקוותיות כדי לשאת את הסבל. תופעות הלוואי אכן קשות, אבל אולי אפשר לחשוב על מה שמחכה מעבר להן. למצוא ציון דרך כלשהו — יום הולדת, חתונה, פגישה עם אדם אהוב — ששווה להגיע אליו."

אבל אם האלטרנטיבה לסרטן היא חיים עם גלי חום, כאבים, אובדן הליכודו, לא בטוח שהיא ראויה. מי רוצה לחיות ככה?

"זו שאלה מאוד לגיטימית של מי ששוקל יתרונות וחסרונות, וכרופא אני רוצה לעודד שאלות כאלה. אישה בהחלט יכולה שלא לקחת את התרופה, אבל כדאי שהיא תעשה את זה מתוך בחירה מודעת. כדאי להימנע מחרטה, שעלולה להופיע מאוחר יותר, כי חרטה היא רגש קשה ומרעיל. מחקרים מראים שחולות בסרטן שד שבחרו לעבור ניתוח לכריתת השד (בביגוד לניתוח שמסיר רק את הגידול אך כרוך בהקרנות), נשאלו אחרי עשר שנים אם היו חוזרות על הבחירה. כ-25% מהן ענו שהן מתחרטות עליה, כי הן מרגישות שנשיותן נפגעה באופן אנוש.

"חרטה היא נושא שאנחנו מתעסקים בו הרבה בסדנאות. אנחנו מנסים לגשר בין המטרות הרפואיות של הרופאים לבין הערכים של החולה, כדי שבסופו של דבר הוא לא ירגיש חרטה. בימים אלה אנחנו מתכננים ניסוי, שמטרתו לבדוק את מידת החרטה של נשים שהחליטו לקחת או לא לקחת את התרופה שדיברנו עליה. השאלה היא אם למידה של טכניקות להעצמת התקווה תוכל להפחית את החרטה."

זו גישה שדומה לזו של הפסיכיאטר ארווין יאלום, שרבים מספריו מתארים מפגשים עם מטופלים שנוטים למות. יחד הם מסתכלים על חייו של המטופל ומנסים לנסח את המטרה של שארית ימיו כדי למנוע ממנו את תחושת החרטה.

"אני מאוד אוהד את הגישה של יאלום. ביקרתי אצלו פעם ומאוד התחברנו, כי יש חפיפה גדולה בין האקזיסטנציאליזם הפסיכולוגי לתיאוריית התקווה. אנשים נמנעים מלדבר על המוות, כאילו הוא לא קיים, ובאמת לא נעים תמיד להיות משבית השמחות. אבל בסדנאות אני רוצה למצוא דרך לשכנע את האנשים שחולי, זיקנה ומוות הם חלק מהחוויה האנושית, ולהיעזר בזה כדי לעזור לאנשים למצוא משמעות. משמעות בחיים היא אמנם מושג מופשט מדי, אבל אנחנו מנסים לפרק אותו למרכיבים קונקרטיים. שואלים את האנשים על מטרות ספציפיות לפי קטגוריות: רפואית (למשל, למנוע כאבים), משפחתית (להדק את הקשר עם הילדים), יצירתית (לכתוב את הספר שתמיד רציתי) וכו."

גם רופאים צריכים תקווה

קורן הוא אדם של סתירות. הוא דתי, אבל גאה בכך שמשפחתו הפרה את האיסור ההלכתי ביום שבו אביו נפטר ("חשבתי שמגיעה לאלוהים מכת נגד על האסון שניחת עלינו"). הוא חתום על יותר מ-200 פרסומים מדעיים, אבל גם כותב סיפורים קצרים. הוא מתרגל "שחייה מדיטטיבית", אבל אוהב מתח. "מתח זה דבר טוב", הוא אומר.

תקווה היא סוג של מתח. אנחנו לא באמת יודעים מה יהיה.

"בדיוק. המילה 'תקווה' נגזרת מאותו שורש של המילה 'קו', וחלק ממנה הוא הידיעה שלא תמיד הקו עולה. יש עליות וירידות, והרבה אי-ודאות. זה, אגב, אחד הדברים הקשים עכשיו בתקופת הקורונה: העתיד לא ברור. אנחנו לא טובים בהתמודדות עם חוסר ודאות.

"עבור מדענים, אי־ודאות היא המניע שמדרבן אותנו לחקור: אני עושה ניסוי כדי לצמצם את אי־הוודאות. את יכולה לשאול את עצמך, למשל, איך רופא שעושה ניסוי עם בני אדם מרשה לעצמו לתת לחולה אחד טיפול, ולחולה אחר — זה שבקבוצת הביקורת — הוא לא נותן. מצב כזה אפשרי רק הודות לאי־הוודאות: הרופא לא יודע אם הטיפול הנבדק באמת עוזר."

לכן לפעמים, כשכבר במהלך הניסוי מתברר באופן מובהק, כמעט בוודאות, שהטיפול הנבדק עוזר, מפסיקים את הניסוי ונותנים את הטיפול לכולם.

"אכן. אם אני מתיימר לדעת מראש אני לא פתוח לבחון את הדברים, ולכן אולי דווקא תקופת הקורונה, שכרוכה בכל כך הרבה אי־ודאות, יכולה להיות הזמן המתאים לפרספקטיבה כזאת. אולי זה אפילו יותר קל עכשיו, כי נדמה לי שאין אדם בוגר עם יושר אינטלקטואלי מסוים, שלא עברו בו מחשבות על המוות. עכשיו יש הזדמנות להתחיל לחשוב מה אני רוצה, מה סדר העדיפויות שלי."

אז בעצם אתה מציע סדנאות תקווה לכולם, לא רק לחולי סרטן.

"זו השאיפה שלי, אם רק נמצא מקורות מימון, והרציונל אומר שאם אני יכול לגרום לחולה סרטן שיש לו תוחלת חיים של שישה חודשים להיות יותר תקוותי, קל וחומר שאצליח עם אנשים 'רגילים'. בחצי השנה האחרונה, דווקא בתקופת הקורונה, הכשרנו 800 מתנדבים, חלקם כמנחים בסדנאות תקווה וחלקם כמי שיוכלו פשוט להוביל שיחות על תקווה עם אנשים שזקוקים לה כיום במיוחד: מובטלים, אנשים שמטפלים בקרוביהם או פשוט סבא וסבתא שנמצאים במצב מבודד. נתנו להם כלים ליצור קשר ולנסות לדבר איתם מעבר ל'איך אתם מרגישים' על מטרה, דרך ומוטיבציה. אנחנו עומדים להשלים ממשק דיגיטלי בשם Hopetimize, שיעזור למטופלים לשמר את המוטיבציה שלהם, להשיג את המטרות שהציבו לעצמם ולהתמיד בתוכניות הטיפוליים."

בעקבות הצטברות העדויות על השפעתה של התקווה, הוציא המכון הלאומי לחקר הסרטן בארה"ב הנחיה לחוקרים, שלפיה כל משתתף בניסוי יהיה חייב לעבור גם הערכה של מידת התקווה שלו

גם רופאים משתתפים בסדנאות תקווה, כי לא רק המטופל זקוק לתקווה. "כשמודדים את התקוותיות של רופאים צעירים — כירורגים ואונקולוגים — מתברר שרובם מגלים תקוותיות גבוהה. אבל שיעורי השחיקה בקרב אונקולוגים אחרי כמה שנות עבודה עומדים על 50%. זו כנראה הערכת חסר, כי לא בטוח שכולם מודים במצבם."

אבל צריך גם להיזהר. "לפעמים הרופא הכי מסוכן הוא דווקא הרופא הכי תקוותי, מפני שהוא עלול לגייס חולה לטיפול ניסויי שיש בו תקווה להארכת חיים, אבל עלול להיות בעייתי ורווי כאב", אומר קורן. "זה טוב לפרסום מאמר, לא בהכרח לחולה. מטופל שמגיע לטיפול נמצא במצב פגיע מאוד ומחפש תקווה, והרופא צריך להיזהר לא לנצל לרעה את כוחו ולא להציע לו תקוות שווא. אני לא נגד הליכים רפואיים, כמובן, אבל צריך לשדך בין הליכים לחולים, לא להפך. כיום יש הליכים שמחפשים חולים, וזה מצב לא נכון. צריך לשאול מה

המטרה של החולה, לא של הרופא. כלומר, דרושה לא רק תקווה, אלא גם חמלה כלפי החולה."

בוא נפתח את הנושא העדין הזה. כולנו מצפים מהרופא להיות אמפתי כלפי המטופל. אבל חייבים להודות שזו ציפייה כמעט בלתי־אפשרית. אדם שמטפל כל הזמן בחולים מאוד קשים, חייב ליצור ניתוק רגשי מסוים, אחרת איך הוא יוכל לשרוד?

"את לגמרי צודקת, ולכן בספרות הפסיכולוגית יש הפרדה בין אמפתיה קוגניטיבית לאמפתיה רגשית. תראי, אין כמו אמפתיה רגשית. כשאח שלי ניחם אותי עם מות אבינו, במלוא עוצמתו הילדית, זו היתה מחווה מיטיבה מאין כמוה, אבל אי־אפשר לתת אמפתיה כזאת ברצף. אנחנו רוצים לתעל את האמפתיה של הרופא מהזירה של הלב לזו של המוח. לאפשר לו גישה של: 'אני איתך, אבל אני משאיר משהו גם למטופל הבא'. גם בזה עוסקים בסדנאות התקווה."

כחלק מהתמיכה ברופאים, קורן מעודד אותם לכתוב טקסטים "לא מדעיים" בכתב העת שהוא משתתף בעריכתו. "אונקולוג, שמתמודד כל יום עם השאלות הקיומיות הכי בסיסיות, עם המון לחץ ותסכול, חייב לעבד את החוויות שהוא עובר ולהציף את התחושות. אם הוא לא עושה את זה, הוא עסוק בהכחשה, וזה בדרך כלל מדרון חלקלק. כשאני כותב על מה שעובר עליי כאונקולוג — בצורת מחשבות או כסיפור — וחולק את זה עם רופאים אחרים, זה גם סוג של פורקן וגם הזמנה להזדהות ולשיתוף. הכתיבה הזאת, שהיא חלק ממה שנקרא 'רפואה נרטיבית', מעוררת הרבה עניין בקרב הרופאים. כל גיליון של כתב העת נפתח במדור הזה, ובכנס השנתי של האונקולוגים, רופאים עולים לבמה בזה אחר זה ומספרים את הסיפורים שלהם. אני מאמין, שהעובדה שכרופאים אנחנו יכולים לחשוף את עצמנו ואת מצוקותינו, מאפשרת לנו להיות יותר אמיתיים כשאנחנו מגיעים למפגש הקדוש הזה עם המטופל."

אתה יודע, כשאנחנו מדברים, אתה מצליח לעורר בי איזו תחושה של התרוממות. משהו בכנות שלך משרה מצב נפשי מיוחד — אולי אמון, תחושה של אחווה אנושית, אפילו חסד — שיש לו מן הסתם פרופיל ביוכימי מיטיב בגוף. ואולי זה גם מה שאנשים בסדנאות התקווה מרגישים — שהם לא לבד. וזה כשלעצמו מעודד ומבריא.

"כשאנחנו עושים את המחקרים שלנו לגבי השפעתן של סדנאות התקווה, אנחנו מקיימים במקביל קבוצת ביקורת שזוכה לליווי אמפתי של מדריך. זה אמור לנטרל את השפעתה של תחושת ה'יחד' ולזקק את תרומתה של התקווה במובן של מבנה קוגניטיבי מוכוון מטרה. אבל תחושת האחוה באמת מאוד חשובה. כששואלים חולי סרטן ממה הם מפחדים, הם מציינים שלושה דברים: פחד מהמוות, מהתסמינים (בעיקר מכאב) וחשש שמא יזניחו אותם והם יישארו לבד. תקווה היא תרופת נגד לכל הדברים האלה, אבל אם רק הצלחתי להחזיר להם קצת תחושה של שליטה והרגשה שהם לא לבד — עשיתי את שלי. ממש לא אכפת לי איך קוראים לזה."