

תקווה וחוסן בראי הטראומה ד"ר אופיר לוי¹

תקציר

במאמר זה אסקור את התפתחות המושג תקווה ברמה המחקרית והקלינית, שהתפתח מתהליכים פוליטיים וחברתיים הנוגעים באופן ישיר למושג טראומה. במרכז סקירת ההתפתחות של המושג אציג במאמר את רכיבי המושג השונים, קוגניטיבי-התנהגותי, ביולוגי ודינאמי, תוך הצגת עקרונות ומאפייני הטיפול המאפיינים כל שיטה. לבסוף, אדגיש את המושג "תופעת התקווה", המשלב בין המרכיב הקוגניטיבי-התנהגותי והמרכיב הדינאמי לרבות שלבים לטיפול עם נפגעי פוסט טראומה כרונית, שגובשו על ידי על בסיס מושג זה. בתיאור המושג תופעת התקווה ושלבי הטיפול שהוצעו על בסיסו, יודגש שתופעת התקווה הינה תופעה רציפה המתרחשת לאורך כל החיים באופן מודע ובלתי מודע הבאה לידי ביטוי בעיקר במעבר בין שלבים התפתחותיים. על הרקע הזה, יומחש תפקידה בהתמודדות עם טראומה שתחשוף את הקשר הישיר בינה ובין צמיחה, התפתחות וחוסן.

מבוא

העיסוק במושג תקווה ובמשמעותו להתמודדות עם מצבי משבר ומצוקה החל למעשה בסוף מלחמת העולם השנייה בעקבות דיווחים של ניצולים ששרדו האת אימת הזוועות של המלחמה (יעקובי, 1989; לוי, 2006). דיווחים אלה הובילו חוקרים וקלינאים לשאול כיצד במצבי אימה ובתנאים תת אנושיים, אנשים מצאו משמעות ולמעשה גילו רגשות חיוביים להתמודדות (פרנקל, 1985; Antonovsky, 1979;). בעקבות כך העניין המחקרי במושג גבר ובשנות החמישים והשישים התפרסמו מחקרים על רגשות חיוביים ומקומם בתהליך הצבת מטרות בחיים (Snyder, Irving, & Anderson 1991;)

¹ היחידה לתגובות קרב – מחלקת בריאות הנפש, חיל רפואה



(Snyder, 2000). בהמשך, העיסוק במושג התפתח גם לתהליכים המתרחשים בחדר הטיפול בפסיכותרפיה פרטנית וקבוצתית (Babits, 2001, Bergin & Walsh 2005;). בתווך בלטה העמדה הדיכוטומית מצד אנשי מקצוע כלפי המושג, שהתבטאה בראיית המושג כחיובית ומקדמת תהליכי ריפוי והתמודדות, לצד ראייתה כשלילית על רקע הטענה שהיא מובילה למצבים רגרסיביים ובלתי אדפטיביים (Babits, 2001; Bergin & Walsh 2005; Boris, 1976;). (Meninger, 1959; Mitchell, 1993).

מעיסוקי המתמשך בנושא התקווה הן ברמה המחקרית ובעיקר ברמה הקלינית, למדתי שהמושג תקווה התפתח מתהליכים פוליטיים וחברתיים הנוגעים באופן ישיר למושג טראומה (הרמן, 1992; Antonovsky, 1979; 1992) וכתוצאה ישירה מכך, הוא קשור למושג חוסן (hardiness) (Kobasa, 1979). שני מרכיבים אלו, תקווה וחוסן, מתחדדים ומתגבשים באמצעות הטיפול הפסיכותרפויטי (לוי, 2006; לוי, 2008; Hobfoll et al, 2007).

במאמר זה אתאר את התפתחות המושג תקווה עד לגיבושו למושג "תופעת התקווה", תוך קשירת תהליך התפתחותו למושג טראומה. בהמשך אדגים את תפקידה הייחודי והמשמעותי של התקווה ותופעת התקווה, בהתמודדות עם תוצאות האירוע הטראומתי ואת הקשר ביניהם למושג חוסן.

התפתחות המושג תקווה עד מלחמת העולם השנייה

המילה תקווה מוזכרת בתנ"ך למעלה מעשרים פעם דבר המבטא את הגישה החיובית של היהדות למונח תקווה ולמשמעותו. גישתה החיובית של היהדות מגולמת בעמדה



הרוחנית האופיינית ליהדות, המדגישה את ביאת המשיח - שאמור להביא לאחווה ושגשוג ליהדות ולכלל עמי העולם. מנינגר (Menninger, 1959) הדגיש היבט זה במאמרו הקלאסי "Hope", באמרו שהיהודים היו לאורך כל הזמן אנשי תקווה שדבקו למרות הסבל שהם חוו לאורך אלפי שנים, בציפייה שהמשיח יבוא ושהעולם יהיה טוב יותר. הופר (Hopper, 2001) מוסיף על כך, שבמשנה ובגמרא היהודית קיימות תובנות עמוקות באשר לחשיבות התקווה בחייו של האדם.

גם הנצרות מתייחסת לתקווה באופן חיובי. הופר (Hopper, 2001) טוען שבנצרות רואים בתקווה כאחת מהמידות הטובות כמו הצדקה והאמונה. מנינגר (Menninger, 1959) הוסיף שהנצרות תופסת תקווה ככוח מניע המוביל להשקעת מאמץ באשר הוא. גם הוא עצמו מתייחס באופן חיובי לתקווה. הוא למעשה מציג את עמדת היהדות והנצרות במאמרו בכדי להציג את העמדה השלילית של היוונים הקדמונים כלפי המושג.

עמדתם השלילית של היוונים הקדמונים ביחס למושג תקווה מיוחסת לסיפור "תיבת פנדורה". דרך הסיפור ניתן ללמוד על התפתחות העמדה השלילית של היוונים הקדמונים כלפי המושג, עמדה שהיוותה בסיס לעמדה האמביוולנטית כלפי המושג ע"י פסיכואנליטיקאים בני ימנו (Babits, 2001; Mitchell, 1993) ושלה נמצא תימוכין בממצאים מחקרניים עם נפגעי פוסט טראומה (לוי, 2006), שיוצגו בהקשר של "תופעת התקווה".

תחילת הסיפור בבריאת האדם ע"י פרומתאוס ("מחשבה תחילה") ותביעת האלים בראשות זאוס, להערצה וכבוד מצד בני האדם כלפיהם, תמורת הגנה. על רקע תביעת האלים, נערכת פגישה במקנה בין פרומתאוס לזאוס, במהלכה פרומתאוס מנסה להוליד שולל את זאוס, שעולה על ניסיון התרמית. כתוצאה מכך וכתוצאה מאי ציות אחר החלטתו



של זאוס שלא להעניק לבני האדם את האש, זאוס שולח את העלמה פנדורה (שפירוש שמה "זו שקיבלה מתנות מכולם"), ועוצבה בידי הפייסטוס (אל האש), לבני האדם ובידה תיבה. בתיבה מונחות מתנות הרות אסון לרבות התקווה. את התיבה פנדורה מעניקה לאפיתאוס ("מחשבה שלאחר מעשה") אחיו התמים של פרומתאוס, שמסכים לקבל את התיבה, למרות אזהרותיו של אחיו. בטקס הענקת התיבה, פנדורה פותחת התיבה וממנה מזנקים על בני האדם אסונות רבים למעט התקווה, שנשארת בתוכה בהוראתו של זאוס (יש הטוענים שפנדורה פתחה לבסוף את התיבה ושחררה את התקווה כי אחרת היינו חיים בעולם עגום, קר ומנוכר) (שוואב, 2007).

על סיפור תיבת פנדורה שואל מנינגר (Menninger, 1959), מדוע התקווה שהיוותה רוח טובה אחת, נחמת האדם, נשארה בתוך תיבה שממנה הופיעו כל הרעות שמתרחשות היום? ואם היא גרועה כמו כל הרעות האחרות, כפי שטוענים היוונים, ואולי יותר, למה היא לא עפה מחוץ לתיבה יחד עם כל הרעות האחרות?

כך או כך, מסיפור תיבת פנדורה ניתן להבין את עמדת היוונים הקדמונים כלפי המושג תקווה. על פי תפיסתם הגורל לא ניתן לשינוי ולכן התקווה היא אילוזיה עד כדי קללה עבור האדם. עמדה שלילית זו קיימת גם בקרב פסיכואנליטיקאים בני ימנו (למשל, Boris, 1976), אך לכך אחזור מאוחר יותר.

עד מלחמת העולם השנייה, עמדת היהדות, הנצרות וזו של היוונים הקדמונים שימשה השראה לכתיבה על תקווה עבור משוררים וסופרים (יעקובי, 1989) דבר שממחיש את העמדה הכללית כלפי תקווה לפיה היא עם משמעות דתית אך ללא משמעות אופרטיבית (Hobfoll et al, 2007). לאחר מלחמת העולם השנייה חלה תפנית משמעותית בהתייחסות למושג אז החל בו עיסוק מחקרי וקליני בו (יעקובי, 1989). כל זאת על רקע החוויות



הטראומתיות שחוו אוכלוסיות ועמים שנאלצו להתמודד עם המלחמה הקשה ביותר שחוותה עד כה האנושות.

עיסוק זה החל בשאלה אותה מציג מנינגר (Meninnger, 1959) במאמרו, לאחר הזעזוע שחווה בביקורו במחנה ההשמדה בוכנוולד (Buchenwald), מה גרם לאנשים לשרוד? בשאלה זו הוא דן דרך דיווח על רופאים שהיו אסירים במחנה, הורעבו, הוכו והועבדו בפרך כמו כל האחרים, ולמעשה ציפו למוות עלוב, כמו כל האחרים. ביחס אליהם הוא מספר שבלילות, כאשר האסירים האחרים ישנו, הרופאים הרזים, הרעבים והמותשים קיימו ישיבה קבוצתית שפופה במסגרתה הם דנו במקרים רפואיים. הם ארגנו חברה רפואית (medical society) במסגרתה הם הכינו והציגו דפים ותכנונו תוכניות לשיפור תנאי בריאותם. הוא מוסיף שבהמשך הם החלו להבריא פנימה חומרים כדי להכין כלים רפואיים שונים, במטרה לשפר את גורל חבריהם האסירים. על כך הוא אומר כי זה מה שמחויבות לרפואה ולאנושות יכלה לעשות - "להישאר בחיים ע"י התקווה" (kept alive by hope". P. 485).

מנינגר (Meninnger, 1959) אינו עושה לעצמו הנחות כאשר הוא מציג את השאלה שצוינה לעיל. עובדה זו בולטת דרך שאלה אחרת שהוא מציג באשר לאותם מיליונים חפים מפשע שמתו בצורה אומללה למרות התקווה שטיפחו? גם במקרה זה, הוא משוכנע שלתקווה היה תפקיד חשוב. הוא טוען שגם ביחס לקורבנות אלה התקווה נכשלה לגמרי כיוון שהיא עזרה לנספים להתמודד עם סבלם. הוא מוסיף עוד ביחס לכך, שגם שהיא הייתה רפה (frail) מעונה, ומובסת, היא תקשרה הלאה - דרך דורות של אסירים שלבסוף נגאלו – והיוו עדות חיה לנס הרפואי והאנושי שהתחולל מבעד לזוועות.



הדברים שנאמרו לעיל אם כן, ממחישים את הסקרנות המחקרית והקלינית שהלכה וגברה ביחס למושג תקווה. סקרנות זו הובילה לניסיונות להגדיר, להסביר ולהבין מהי תקווה (יעקובי, 1989) ואת תוצריהם הענפים קרי, תיאוריות והגדרות ועקרונות טיפול, אציג בסעיפים הבאים.

התפתחות גישות פסיכולוגיות וביולוגיות להבנת המושג תקווה – מחקר, תיאוריה

וטיפול

כללי

העקרונות הפסיכולוגיים הראשונים שנוסחו ונדונו כחלק מהניסיון להגדיר את המושג תקווה, התמקדו בניסיון להבין ולהסביר את התנהגות האדם מתוך הנחה שהיא מושפעת מתקווה (Gottschalk, 1985). גישות אלה תפסו תקווה כניסיון של האדם לזכות מסביבתו בחיזוקים חיוביים דרך למידה של התנהגויות חדשות ולספק צרכים בסיסיים (יעקובי, 1989). יצוין כי גם בהמשך, ככל שהמחקר סביב המושג העמיק, נושא קבלת החיזוקים החיוביים כמניע לתקווה, לא נכחד. הוא הוטמע בפן ההתנהגותית-קוגניטיבי של המושג שפותח בסוף שנות ה – 60 ע"י סטוטלנד (Stotland, 1969), בתחילת שנות ה – 90 ע"י שניידר, הרווינג ואנדרסון ((Snyder, Irving, & Anderson 1991) וגובש סופית בתחילת המילניום ע"י שניידר (Snyder, 2000).

ככלל, המושג התקווה נחשב לבעל תכונות מורכבות וסובייקטיביות בטבען (יעקובי, 1989; לוי, 2006; 2005; 2006; Bergin & Walsh). ואכן, עד אמצע שנות השמונים ותחילת שנות התשעים של המאה הקודמת, רבים מהחוקרים שעסקו בתקווה, התקשו בהגדרת המושג ובפיתוח כלי מקיף ואובייקטיבי למדידתו (יעקובי, 1989; לוי, 2006; Snyder,

איגוד ישראלי לפסיכותרפיה



"Hope Scale" (Bergin & Walsh, 2005; 2000). יחד עם זאת, בעקבות תיקוף ה- "Hope Scale" בידי שניידר ועמיתיו (Snyder, Irving, & Anderson 1991; Snyder, 2000), חלה עלייה בכמות המחקרים על תקווה.

אחד הנושאים שהעסיקו רבים מהחוקרים, הוא מיקומה של התקווה בהתמודדות של אנשים מחלות קשות שבד"כ מלוות בסבל רב ובסכנת חיים (גרופמן, 2006; Bergin & Walsh, 2005). העיסוק של החוקרים התבטא במחקרים כמותיים שניסו לעקוב אחר כלי ההתמודדות של החולים עם המחלה. במסגרת מחקרים אלה, נמצא שלתקווה יש השפעה חיובית על מיתון לחץ סביב מחלות ויש לה תפקיד בשימור המוטיבציה להתמודדות עם המחלה. גוטשהולק (Gottschalk, 1985) מדווח למשל, על התאמה מובהקת בין מדדי תקווה וזמן ההישרדות בקרב 27 חולים בסרטן סופני שקיבלו טיפולי קרינה. מחקרים אחרים הצביעו על קשר מובהק בין מדדי תקווה והסתגלות למחלה (גרופמן, 2006).

מחקרים אחרים דיווחו על קשרים חיוביים בין תקווה, יחסי אנוש ושאפתנות, על יכולתה של התקווה לנבא רווחה אישית, שביעות רצון מהחיים והצלחה בלימודים ועל קשר שלילי בין תקווה למחלות נפש ולהרדה ובין תקווה לניכור חברתי (Beck & Weissman, 1974; WBergin & Walsh, 2005; Park, Peterson & Seligman, 2004; Snyder, 2000; Snyder, Shorey, Cheavens, Pulvers, Adams & Wiklund, 2002; Wroblecki & Snyder, 2005;) כמו כן, דווח על קשר חיובי בין

תקווה ובין התמודדות עם תוצאות החשיפה לאירוע טראומתי (Simpson, 2000) גם מחקרים איכותניים נערכו על תקווה. למשל, בדיקת הפנומנולוגיה של התקווה מנקודת מבט התפתחותית וקונפליקטואלית, על ידי ניתוח שמונה אוטוביוגרפיות של ניצולי



שואה, ובהם אנשים שעברו ניצול מיני, אנשים שהוחזקו כבני ערובה וניצולים אחרים)
(Cunningham, 2005).

אחד הדברים הבולטים שעלו מהמחקרים על תקווה הוא שישנה הפרדה בין מחקרים כמותיים המתמקדים בפן הקוגניטיבי-התנהגותי של המושג ובין מחקרים איכותניים המתמקדים בחוויות סובייקטיביות הקשורות אליו ובתצפיות קליניות בטיפולים פסיכולוגיים. עובדה זו מייצגת את הנטייה לדון במושג תקווה או דרך הפן הקוגניטיבי-התנהגותי או דרך הפן הפסיכו-דינאמי. במילים אחרות, לא היה דיון ועיסוק מחקרי במחקר דרך שילוב בין הרכיב הקוגניטיבי-התנהגותי והדינאמי. עובדה זו הובילה אותי לנסות ולדון במושג תוך שילוב בין שתי הגישות, כפי שזה התבטא בהגדרה ובתיאור של המושג "תופעת התקווה" (לוי, 2006).

כיוון שאנו עוסקים בין השאר במאמר זה, בתיאור התפתחותו של המושג התקווה וכיוון שברצוני שהמושג "תופעת התקווה" יהיה בהיר, אסקור את הפן הקוגניטיבי - התנהגותי על עקרונות הטיפול שגובשו בהתאם לו. בהקשר של פן זה, אם כי בנפרד, יוצג הפן הביולוגי המציג את השפעת רגש התקווה על **תהליכים קוגניטיביים – התנהגותיים** שמשפיעים על שינוי במאזן ההפרשות של חומרים כימיים במוח בדרך להתמודדות אקטיבית וסתגלנית למחלות ומצבים פיזיים קשים. בנוסף, יוצג הפן הפסיכו-דינאמי והתבטאותו בחזר הטיפול ולאחריו יוצג ויתואר המושג "תופעת התקווה" תוך כדי השתקפותו בראי הטראומה והעקרונות שהצעתי על פיה לטיפול בנפגעי פוסט טראומה.

הפן הקוגניטיבי-התנהגותי

המונח "ציפייה" עומד במרכז הגישות הקוגניטיביות-התנהגותיות המנסות להגדיר את המושג תקווה ולהציע שיטת טיפול תואמות. את השימוש ברכיב הציפייה כחלק ממושג

איגוד ישראלי לפסיכותרפיה



התקווה הצייע סטוטלנד (Stotland, 1969). הוא הגדיר תקווה כציפייה כל שהיא להשגת מטרה תוך דגש על כך שליחיד תהיה מוטיבציה להשיג מטרה רק אם יתפוס שקיימת אפשרות להשיגה. הוא קשר בין תפיסת חשיבות המטרה בידי הפרט והמוטיבציה להשגתה קרי, הוא טען שככל שהמטרה תהיה חשובה יותר כך תהיה לפרט מוטיבציה גדולה יותר להשיגה. כפועל יוצא מכך הוא טען, שאם אותה מטרה שנתפסת כחשובה הושגה, תהיה לכך השפעה על רמת הביטחון העצמי של הפרט. במילים אחרות, סטוטלנד גרס שלהצלחה יש השפעה על רמת התקווה. ככל שהיא גדולה יותר וככל שמספר ההצלחות עולה, רמת התקווה תעלה. לעומת זאת, ככל שהשגת המטרה נתפסת כבלתי אפשרית להשגה, הפרט יחוש חרדה שעשויה להוביל לדפוסי התנהגות הימנעותיים. זאת ועוד, סטוטלנד עסק גם בתהליכי הלמידה שמובילים לציפייה. תהליכי הלמידה מתבססים לטענתו על זיכרונות בעלי מאפיינים של הצלחה המובילים את האורגניזם כהגדרתו, לייצור תוכנית להגשמת מטרות. בהקשר זה ניתן לציין את דבריהם של צ'יבנס ומיכאל (Cheavens, & Michael, 2005) המחזקים דברים אלה בציינם שרמות של חשיבה תקווית קשורות להצלחות קודמות בביצועים אקדמיים ואתלטיים, לבריאות פיזית ולהסתגלות פסיכולוגית גבוהה.

שניידר, הירווינג ואנדרסון (Snyder, Irving, & Anderson 1991) משתמשים במונח "רצון" במקום ציפייה, אולי בכדי להמחיש את האלמנט האקטיבי (לעומת המונח ציפייה שנראה יותר אבסטרקטי) הנדרש לגיבוש מטרות ולמציאת דרכים להשגתן. הם טענו שהרצון מוביל לגיבוש מטרות כאשר בנוסף לרצונות ישנן אסטרטגיות שדרכן ממומשות המטרות (או מיושמים הרצונות). אסטרטגיות אלה ממחישות למעשה את התהליך שדרכו מתרחשת התקווה. תהליך זה מונע על ידי חוש החלטה מכוון מטרה (או אנרגיות מכוונות מטרה), המכונה agency, ומשמעו נחישות בהשגת יעדים בעבר, בהווה

איגוד ישראלי לפסיכותרפיה



ובעתיד וכן על ידי חוש מוצלח של תכנון המכונה pathway, שנועד להשיג את המטרה. חשיבה מונחית מטרה ויכולת תכנון להשגתה מתפתחת על פי שניידר, הרווינג ואנדרסון בגיל הילדות ובכדי שהיא תמשיך להתפתח ולהשתכלל, חייבת להיות תמיכה מצד הסביבה באמונה שיש לאדם יכולת לפיתוח חשיבה נתיבית.

אך בכך אין די. יש צורך במוטיבציה להשגת מטרות חיוביות תוך יכולת לקיחה בחשבון, שייתכנו מכשולים בדרך להשגת המטרה, שאף עשויים להוביל להתפתחות של רגשות שליליים. במצב כזה, שניידר ועמיתיו טוענים שאם יתקיים ניתוח סיבתי ביחס לאסטרטגיות שנוסו בדרך להשגת המטרה, ויתפתח תהליך של משוב פנימי בקרב הפרט, תפתח יכולת להציב מטרות יעילות יותר. כמו כן, עשויה להתפתח בעקבות מנגנון זה יכולת להצבת מספר נתיבים להשגת המטרה. ככלל, כאשר מתפתחת יכולת להציב מספר נתיבים (אסטרטגיות) להשגת מטרה המתבססת על התהליך שתואר לעיל, יש בכך עדות על פי שניידר, ארווינג ואנדרסון, לרמה גבוהה של תקווה.

מכאן, שאנשים עם רמת תקווה גבוהה מגיבים אחרת למכשולים בדרך להשגת המטרה, כיוון שהם מאופיינים החשיבה חיובית וסתגלנית למכשול. כשמעמיתים אותם עם המכשול, הם מסוגלים לנצל את הדרכים האלטרנטיביות הטמונות בתבניות חשיבתם וכך הם מסוגלים לייצר תנועה קדימה (התפתחות למרות המכשול). תקווה אם כן על פי שניידר, הרווינג ואנדרסון מתבססת על כוחות פנימיים (דבר המדגיש את הניגוד עם לעמדתו של אנטונובסקי (Antonovsky, 1979) שטען שתקווה מובילה את הפרט להתבסס על כוחות חיצוניים לעצמי כמו אמונה באלוהים) והיא עוזרת להתמודד עם עיכוב ומכשולים.

תקווה ומושגים קרובים על פי הגישות הקוגניטיביות-התנהגותיות: ארבעה מונחים נושקים למושג תקווה לפי הגישות הקוגניטיביות: ציפייה, אופטימיות, פנטזיה וחוסר

איגוד ישראלי לפסיכותרפיה



תקווה וייאוש. מגאלטה ואוליבר (Magaletta & Oliver, 1999), בניסיון להבחין בין המונחים תקווה וציפייה, טענו שהשימוש במונח ציפייה בספרות פסיכולוגית קוגניטיבית, מכוון לאמונה שתוצאה מבוקשת תתרחש. יש לכך השפעה על האופן שבו האדם תופס את עתידו. הם מציינים שציפייה הפכה למרכזית אצל חוקרים שחקרו תיאוריות של מוטיבציה, תיאוריות של למידה חברתית, ותיאוריות של הצבת מטרות. ההבדל בין ציפייה ובין תקווה לדעתם, הוא בכך שציפייה חסרה את המרכיב האקטיבי שמשמעו ביטוי התקווה הלכה למעשה.

מגאלטה ואוליבר (Magaletta & Oliver, 1999) שייר וקרבר (Scheier & Carver, 1985) מבחינים בין המושגים אופטימיות ותקווה. לטענתם, בשניהם קיים מרכיב גרעיני של ציפייה, שניהם מתייחסים לעתיד, בשניהם יש התייחסות למטרות או יעדים, ושניהם מורכבים ממשתנים פסיכולוגיים חיוביים הנחשבים לבעלי משמעות בהתמודדויות עם מצבי חיים שונים. עם זאת, שני המושגים שונים זה מזה. במושג תקווה יש דגש על התמודדות פעילה והשגת תוצאות דרך מקורות נפשיים אינטרא-פסיכיים, ואילו במושג אופטימיות ניתן להשיג את התוצאות באמצעות אחרים וכוחות מחוץ לעצמי. שניידר (Snyder, 2000) מוסיף בהקשר זה, שתקווה מבוססת על תהליך הכולל ניסיון עבר מוצלח המאפשר לפרט להשיג מטרות על ידי הגדלת טווח האסטרטגיות. לעומת זאת, באופטימיות לא מתקיים תהליך זה, ולכן ציפיותיו של האופטימיסט עשויות לצמוח על בסיס לא מציאותי. בראינט וקונגרוס (Bryant & Cvenegros, 2004), לעומת זאת, טוענים שתקווה מתבטאת באופן ישיר בהשגת מטרות ספציפיות, בעוד אופטימיזם מתבטא באיכותן של תוצאות עתידיות. זאת ועוד, ברגין ווולש (Bergin & Walsh, 2005) הוסיפו שבאופטימיות עשויה לנבוע מהרהורי לב (wishful thinking) ולכן היא עשויה



להיות עיוורת (blind optimism), לעומת תקווה המתמקדת בהשגה מציאותית של התוצאה המיוחלת (hoped-for). ניתן ללמוד מהדברים שנאמרו לעיל ביחס להבחנה בין אופטימיות לתקווה עד כמה המושגים קרובים ועד כמה האבחנה ביניהם מורכבת.

מושג נוסף המובחן מהמושג תקווה הוא הפנטזיה. בפנטזיה קיים אלמנט בולט של הכחשת בעיה קיימת, לעתים מתוך אמונה בלתי מציאותית שהבעיה תיפתר. הפנטזיה מקושרת למצוקה שמאחוריה קיימים תסמינים של דיכאון. בתקווה, לעומת זאת, ישנה הכרה בבעיה מתוך ציפייה ושאיפה לפתרון אקטיבי ומתוך קבלה שתהליך הפתרון עשוי לקחת זמן ולכן היא מקושרת לרווחה (Benyamini, 2003).

הבחנה נוספת הקיימת בספרות היא זו שבין תקווה לחוסר תקווה וייאוש. תקווה וחוסר תקווה מייצגים ציפיות מנוגדות. חוסר תקווה היא מערכת של סכמות קוגניטיביות שהמשותף לה הוא ציפיות שליליות לגבי העתיד. התחושה המלווה את הפרט המאופיין בחוסר תקווה היא שתוכניות הפעולה לא יהיו אפקטיביות, שהן ייכשלו, ולכן הוא לרוב נמנע מלתכנן תוכניות. בתקווה, לעומת זאת, ישנה ציפייה שתוכניות פעולה שתוכננו ישיגו את מטרתן. ייאוש וחוסר תקווה, מתבטא בניתוק או ביכולת מוגבלת ליצירת קשרים עד כדי תחושת ריקנות ואימפוטנטיות. תקווה לעומת זאת, מבטאת יכולת התקשרות עד כדי יצירת מטריצה בריאה ותחושת נחישות הנובעת מכך (Beck & Weissman, 1974).

ביטויים של עקרונות הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית לתקווה בטיפול, הומחש ע"י ג'רום פרנק (Jerome Frank) במאמרו על תפקיד התקווה בטיפול פסיכותרפויטי ("The Role of Hope in Psychotherapy", 1968). לפני שאתאר את הדגשים של פרנק, ברצוני לחזור להתפתחות עקרונות הטיפול בנפגעי פוסט טראומה בשדה הקרב, כיוון שבהם משולבים עקרונות הגישה הקוגניטיבית התנהגותית לתקווה.

איגוד ישראלי לפסיכותרפיה



תומס ויליאמס סלמון (1876 – 1927, Thomas W. Salmon), שהיה היועץ הפסיכיאטרי הראשי של כוחות המשלוח האמריקאיים במלחמת העולם הראשונה, הציע שלושה עקרונות להתערבות עם נפגעי טראומה (או "הלם פגזים"- "shell shock" שהייתה ההגדרה המקובלת בימי מלחמת העולם הראשונה): (1) עקרון המידיות (immediacy), ולפיו הטיפול חייב להתחיל סמוך ככל האפשר להתרחשות האירוע על מנת למנוע התפתחות לקיבעון; (2) עקרון הקרבה, (proximity) הנובע מעקרון המידיות, ולפיו ככל שהטיפול בתגובת הקרב יינתן בסמיכות רבה יותר למקום הפגיעה ולמקום הימצאותה של יחידת החייל, כך תקטן הנטייה לקיבעון של תסמינים ו-(3) עקרון הציפייה (expectancy), ולפיו יש להעביר לנפגע מסר של ציפייה שמשמעו שמדובר במשבר זמני שאמור לחלוף, עד כדי חזרה לתפקוד מלא. יצוין שמסר הציפייה נחשב למרכזי והמשמעותי ביותר בהתערבות מול הנפגע (שקלאר, 2003; ; Hobfoll, 2007; Solomon, 1993)

עקרונות אלה הוטמעו והתבססו במלחמת העולם השנייה, קוריאה ווייטנאם (Ransom, 1978), על רקע פועלו של תת אלוף סמואל לימן אטווד מארשל (Brigadier Samuel Lyman Atwood Marshall) שהיה ראש המחלקה ההיסטורית הקרבית של צבא ארה"ב במלחמת העולם השנייה (1939 – 1945) ובמהלך מלחמת קוריאה (1950). מארשל פיתח את שיטת ההתערבות הקבוצתית על בסיס "תשאול" (debriefing), דרך "התשאול הקבוצתי ההיסטורי" ("historical group debriefing"), שנועד לאיסוף חומר עובדתי על פועלה של היחידה בשדה הקרב. את התשאול ההיסטורי הוא היה במסגרת קבוצה (יחידה), תוך ישיבה במעגל ולאחר הסרת הדרגות השונות מכתפיהם של בעלי התפקיד, מתוך מטרה ליצור תחושת נוחות ושותפות. כמו כן, הוא הקפיד לבצע את



התשאול בסמיכות לזמן התרחשות האירוע וקרוב לשדה הקרב, בכדי לקבל מידע המבוסס על "זיכרון טרי". מעבר לאיסוף המידע המוצלח, הוא מצא שהמסגרת הפיקודית התחזקה ורמת הלכידות בה עלתה. על הרקע הזה החיילים והקצינים דיווחו שהם מרגישים בטוחים יותר ונחוישים יותר לקראת ההתמודדויות הבאות. על הרקע הזה התפתחה שיטת ה"תשאול קבוצתי פסיכולוגי" (Psychological group debriefing) (Raphael, 1977;) (Mitchell, 1983) שנועדה למנוע התפתחות של פוסט טראומה ולהפחית לחץ וחרדה. התשאול ההקבוצתי הפסיכולוגי המכונה ע"י מיטשל, Critical Incident Stress Debriefing, משלב את העקרונות של סלמון וגם בו יש דגש על עקרון הציפייה. בסקירתי את הפן הקוגניטיבי-התנהגותי של תקווה הודגש המושג ציפייה בתיאור ובהגדרת המושג. מתיאור זה בולט הקשר הישיר בין עקרונותיו של סלמון לפן הקוגניטיבי-התנהגותי, לאור הדגש הוא על המושג ציפייה. במילים אחרות, ניתן לומר שהיישום הראשון של עקרון התקווה הקוגניטיבית התנהגותית בטיפול, נעשה כבר במלחמת העולם הראשונה ובהמשך במלחמת לבנון השנייה, קוריאה ווייטנאם. זאת ועוד, מניסיוני הקליני עם נפגעי הפרעת דחק פוסט טראומתית בשלב הראשון (בשלב תגובת הדחק החריפה והפרעת הדחק החריפה), למסר הציפייה משמעות רבה סביב יכולתם של הנפגעים "להתארגן מחדש" והוא למעשה עוזר להתפתחות התקווה מחדש, לאחר האירוע הטראומתי (Hobfoll et al, 2007).

מי שעסק באופן ישיר בעקרונות הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית בטיפול באמצעות תקווה, היה ג'רום פרנק (Frank, J., 1968). הוא טען כי במהלך טיפול יש לעשות מאמצים להגביר את הציפיות החיוביות של מטופלים, בכדי לשפר את תפיסתם לגבי העתיד. הוא הדגיש שיש קשר הדוק בין ציפיותיו של המטפל וציפיותיו של המטופל והוא

איגוד ישראלי לפסיכותרפיה



מצא שהמטפל המצליח ביותר הוא זה שיש לו ציפיות גדולות יותר עבור מטופליו. הוא הוסיף עוד בהקשר זה, שמטפלים שיש להם ציפיות גדולות יותר עבור המטופלים, בטוחים מבחינה מקצועית, סובלים מפחות חרדה ולכך השפעה על ביטחוננו של המטופל ביכולתו המקצועית של המטפל לעזור לו ועל תקוותו להחלים. עמדה זו תואמת את דבריה של ג'ודי הרמן (1992), לגבי מטופלים הסובלים מפוסט טראומה, שאמרה שהם זקוקים, יותר ממטופלים אחרים, למטפלים המסוגלים להקרין ביטחון מקצועי בדבר יכולתם לעזור למטופלים להחלים.

ביטחוננו המקצועי של המטפל ויכולתו לשדר ציפייה להחלמה חייבות להיות מעוגנות על פי פרנק בתפיסות ריאליות באשר לתוצאות האפשריות של הטיפול ותוך כדי העברת אחריות למטופלים באשר לחלק שלהם בטיפול. הוא הדגיש דברים אלה על רקע הציפייה הנפוצה בקרב מטופלים (שאותה הזכירה גם הרמן, 1992), שלאחר תיאור המצוקה בפני המטפל, הוא יציע פתרונות קסם שיפתרו את המצוקה. לכן הוא מציע שהמטפל יגדיר יחד עם המטופל את מטרות הטיפול במסגרת החוזה הטיפולי, דבר שיביא לידי ביטוי את רכיב האקטיביות המזוהה עם התקווה (יעקובי, 1989, לוי, 2008) ויוביל ליישום תהליך לקיחת האחריות של המטופל על הטיפול. זאת ועוד, הגדרת המטרות מובילות על פי פרנק לביסוס תקוות מציאותיות (גרופמן, 2006; יעקובי, 1989; לוי, 2008; Bergin Hopper, 2001; 2008 & Walsh, 2005) ביחס לטיפול ובהמשך לגבי התפקוד בחיים.

בהתייחסו לתפקידה הייחודי של התקווה בטיפול, פרנק טען שרגש התקווה ממזג בעת טיפול בין מצבים פיזיולוגיים של עוררות עם מצבים קוגניטיביים מסוימים. מיזוג זה מוביל לשינויים במישורי החיים השונים, תוך כדי הטיפול. כתוצאה מכך נוצרת בקרב הפרט הרגשה של רווחה אישית והיא מהווה תמריץ לפעולה.

איגוד ישראלי לפסיכותרפיה



ניסיון נוסף לדון בעקרונות טיפול על פי המרכיב הקוגניטיבי-התנהגותי של המושג תקווה בולט בעבודתה של סוזי סימפסון (Susie Sympson, 2000), שהציעה מודל לטיפול בנפגעי פוסט טראומה. היא ביססה את המודל שלה (הכולל חמישה שלבים: יציבות של התגובות הרגשיות והפיזיות, הפחתת ההתניה של זיכרונות טראומתיים והתגובה להם, בנייה מחדש של התוכניות האישיות, בניית יחסים חברתיים בטוחים ויחסים בינאישיים יעילים וצבירה של ניסיונות רגשיים מפצים) על עקרונותיו של שניידר (Snyder, 2000) ובהתאם לזאת, היא הדגישה שעם נפגעי פוסט טראומה חשוב לבסס השפה המכוונת מטרה (goal-directedness) מייד בתחילת הקשר הטיפולי. במילים אחרות, היא מציעה לבסס תוכנית טיפול המבוססת על הצבת מטרות והאסטרטגיות להשגתן (pathway), בהתבסס על קשר יציב ובטוח בין המטפל והמטופל. באמצעות הצבת המטרות והשגתן (שצריכות בתחילת הטיפול להיות קטנות וצנועות), יהיה על פי סימפסון שיפור בתפקוד שימריץ את הניצוץ בקרב הפרט, של תחושת ה- agency (חוש אנרגטי להצבת מטרות), ואת האפשרות האמיתית שהאסטרטגיות (pathways) יהוו פתרון אמיתי. כל מטרה שתושג, תשפיע על מחשבות ה- agency והיא תפעל כזרז להצבת מטרות גדולות יותר, כמו גם להקלה על יצירה וזיהוי ה- pathways. היא ממליצה לנסות לבסס את התהליך על פעולות שעשה הפונה בעבר והיו יעילות בעבורו. אלה צריכות להיות מנוסחות במונחים של pathway בכדי להטמיע את השפה הטיפולית ותוך מתן חיזוקים חיוביים.

עד כאן, באשר להתפתחות התיאורתית והמחקרית של הפן הקוגניטיבי-התנהגותי של המושג תקווה ותיאור האסטרטגיות והעקרונות הטיפוליות התואמים פן זה. עתה אעבור לתיאור הפן הביולוגי של תקווה, המניחה שתקווה מתבטאת באמונה וציפייה ולה השפעה ישירה על מערכת העצבים.

איגוד ישראלי לפסיכותרפיה



הפן הביולוגי

ג'רום גרופמן עסק בעקבות חוויה אישית שחווה, בבסיס הביולוגי של המושג תקווה, אותו הוא סיכם בספר "אנטומיה של תקווה" (2006). לטענתו, "בחוט השדרה ובמוח ישנם תאים, "הפעל" (מגבירים את הכאב ויש להם חשיבות בהפעלת הרפלקסים של התרחקות ממקור הכאב) ו"הפסק", שיכולים להדליק ולכבות את אותות הכאב. תחושת הכאב מושפעת מחומרים הדומים בהרכבם לאופיום ואנקפלינים (סוג של אנדרופין) אשר ביכולתם לחסום כאב, אם הם משתחררים למחזור הדם. חומרים אלה מושפעים ע"י אמונה וציפייה, מרכיביה העיקריים של תקווה על פי תפיסתו של גרופמן. לתקווה אם כן על פי גרופמן, השפעה על הפרשת חומרים ביולוגיים המשפיעים על התמודדותו של הפרט עם כאב.

יתרה מזאת, לדבריו במערכת העצבים המרכזית יש כימיקלים נוספים שיכולים להשפיע על מסלולי הכאב ולגרום להגברת הכאב. אחד מהם הוא כולציסטוקינין (או CCK) שבפעולתו חוסם לעיתים שחרור של אנדורפינים שעוזרים כאמור, בשיכוך כאבים. תקווה משבשת את שחרור הכולציסטוקינין דבר המאפשר לאנדורפינים להשתחרר על פי הצורך וע"י כך לשכך את הכאב.

גרופמן דן עוד, בהשפעת הסביבה על מעגלים עצביים, מתוך ניסיון להראות כיצד רגשות, ובכללם התקווה, יכולים להוביל לשינויים מבניים במוח. לדבריו, הגנים שכל אדם יורש משפיעים על מבנה המוח, אך לאינטראקציה עם הסביבה תרומה לא מבוטלת להתפתחותו והתעצבותו. במילים אחרות, גרופמן טוען שאירועים בחיים, שבחלק גדול מהמקרים מעובדים באמצעות השפה, משנים את הגנים ולכן למילים שנאמרות והמחוות שנעשות, ע"י דמויות משמעותיות (למשל, מנתחים או בני משפחה), משפיעות על מבנה

איגוד ישראלי לפסיכותרפיה



המוח ועל הקישורים בין הסינפסות. בהקשר זה ראוי לציין שגם מיטשל (Mitchell, 1993), שיוצג בדיון על המרכיב הדינאמי במושג תקווה, דן בהשפעתם של המילים של המטפל על התפתחות התקווה של המטופל.

תקווה אם כן, משפיעה על מערכת העצבים המרכזית ואת זאת מדגים גרופמן בשורה של דוגמאות סביב ניסויי פלצבו. באחד הניסויים המעניינים שהוא מציג, נבחרו באקראי מאה שמונים חולים שחולקו לשלוש קבוצות: קבוצה אחת קיבלה הטריה (גירוד סחוס) ארתרוסקופית, השנייה שטיפה ארתרוסקופית והשלישית שובצה לניתוח פלצבו מזויף. החולים שעברו את הניתוח הארתרוסקופי חוו ירידה בכאב בברך ושיפור מרשים בתפקוד, אבל גם קבוצת הפלצבו נהנתה מתוצאות זהות. הדברים הומחשו באזכור של גבר מקבוצת הפלצבו שדיווח ששיחק כדורסל עם נכדו בפעם הראשונה זה שנים.

התקווה לריפוי הובילה לתוצאות המרשימות בקבוצת הפלצבו על פי גרופמן, והיא נוצרה דרך הובלת החולים לחדר הניתוח שם הם שמעו את קולו של המנתח שביקש את כלי הניתוח וקולות השטיפה. כל אלה הובילו לשחרור אנדורפינים ואנקפלינים שבהמשך הקלו על הכאב ב"תהליך השיקום", שהם עברו. לתקווה תפקיד אם כן, בהתמודדות עם מכשולים ועם מצבים קשים ולעיתים יש ביכולתה להוביל לריפוי ללא התערבות תרופתית או כירורגית. יצוין שגם חוקרים אחרים שדנו בפלצבו, הצביעו על כך (Frank, 1968; Menninger, 1959; Gottschalk, 1985; Hopper, 2001).

גרופמן גם דן בקשר שבין הכרה ותחושה והשפעתם על החשיבה המכוונת מטרה שאותה הזכרנו בהקשרו של שניידר (Snyder, 2000). לדבריו, הכרה ותחושה משפיעים על מנגנון התפיסה, על המעגלים העצביים שמשמשים לקליטה ולעיבוד נתונים ועל קבלת החלטות. בהקשר זה הוא עשה אבחנה בין התקווה האמיתית לעומת תקוות שווא (אבחנה



זו הייתה חלק ממצאי מחקר על משמעות תופעת התקווה בקרב נפגעי פוסט טראומה כרונית [לוי, 2006]). הוא טוען שתקות שווא אינה מזהה את הסכנות והסיכונים עד כדי בחירות בלתי מרוסנות וקבלת החלטות לקויה. לעומתה, תקווה אמיתית מביאה בחשבון את האיומים האמיתיים הקיימים ומבקשת למצוא את הנתיבים הטובים ביותר לעקוף אותם. לסיום סעיף זה, לגרופמן הייתה התייחסות גם לנפגעי הפרעת דחק פוסט טראומתית. הוא טען שלמרות התסמונת הם ממשיכים לתפקד - וזאת באמצעות הזיכרון. הזיכרון שמאחסן ומשמר את האירוע הטראומתי מאחסן ומשמר גם את התקווה. במהלך ההתמודדות עם האירוע הטראומתי, התקווה, שמשלבת מידע ותחושות הנובעות מן הנסיבות בהווה וחוויות מן העבר, עוזרת בחיפוש והכוונה להתמודדות, בכדי להתעלות ולהתגבר הקשיים. הכוונה זו מובילה גם לחיבור עם אחרים שחוו מצבים קשים המהווים גורמי תמך ומדריכים להתמודדות.

באמצעות תיאור הפן הביולוגי לתיאור והסבר המושג תקווה, למדנו על הדיאלקטיקה המורכבת הקיימת בין גוף-נפש. על מנת להשלים את התמונה ביחס למושג תקווה, אתאר עתה את התפתחות התיאוריה והמחקר של הפן הדינאמי, תוך תיאור תהליכים דינאמיים בטיפול, התואמות פן זה.

הפן הפסיכו-דינאמי

הגישות הפסיכו-דינאמיות עוסקות בביטוי של המושג בתהליך הפסיכותרפויטי. הבסיס המחקרי לגישות אלה הינן תצפיות קליניות ובעיקר דיווחים של מטפלים (יעקובי, 1989; Babits, 2001; Mitchel, 1993). תחת תצפיות ודיווחים אלה, נבחנים ביטוייה הבלתי מודעים של התקווה בקרב המטפל וביטוייה הבלתי מודעים בקרב המטופל, והאופן שבו נפגשות שתי התקווה בחדר הטיפול (Babits, 2001; Mitchel, 1993). ככלל, ההגדרות

איגוד ישראלי לפסיכותרפיה



למושג תקווה תחת פן זה, הינן אבסטרקטיות כפי שזה מתבטא אצל מיטשל (Mitchell, 1993) שמגדיר תקווה כחיפוש אחר מרחב פסיכולוגי שבו העצמי יכול למצוא התחלה חדשה לקראת התעצבות והתגבשות.

זאת ועוד, תחת גישות אלה ניתן למצוא יחס אמביוולנטי כלפי המושג: מצד אחד קשירת המושג לאשליה, פנטזיה, תלות, פחד ואכזבה וראייתו כרגרסיבי וכנגזר מתהליך חשיבה ראשוני וילדותי (שוואב, 2006; Boris, 1976) ומצד אחר, התייחסות חיובית המתבססת על תפישת התקווה כטבועה ביכולת המנטאלית האישית והמהווה בסיס לשינוי עתידי (קוהוט, 2005; Meninger, 1963; Erikson, 2005; Bergin & Walsh, 1956; Winnicott, 1959; Mitchell, 1993).

אחד המייצגים הבולטים של התפיסה השלילית, התואמת את עמדת היוונים הקדמונים כלפי המושג תקווה, הינו הרולד בוריס (Harold Boris, 1976) שעסק במאמרו הקלאסי "On hope: its nature and psychotherapy", בדיאלקטיקה שבין תקווה ותשוקה. לטענתו, התקווה, שנובעת מסט הנחות המונחות מראש כתוצאה מהתהליך האבולוציוני ומהווה בסיס להשוואה של כל חוויה שנחווית, עשויה לכבול אדם בתוך ייאוש, במיוחד שאובייקט התשוקה אינו ממומש. הוא הדגים זאת בהתייחסו לתינוק שלדבריו מניח מראש כתוצאה מהתהליך האבולוציוני, כיצד השד אמור להיות. כאשר השד עונה לקריטריונים שעומדים בבסיס ההנחות המוקדמות קרי, המציאות תואמת את סט ההנחות המוקדמות, התקווה תואמת את התשוקה ולמעשה הן פועלות יחדיו. אבל כשההנחות המוקדמות אינן מתממשות והשד אינו מתפקד כפי שהתינוק קיווה (הניח), איכות החוויה (התשוקה) נפגמת. מכיוון שחלב ויניקה הכרחיות לתינוק, תקוותו לסיפוק צורך הכרחי זה אינה נפסקת, אך היא חסרה את התשוקה שהייתה אמורה להתלוות ליניקה. אובייקט התשוקה



(השד) אם כן לא מומש, כיוון שהתקווה סיכלה ודיכאה את החוויה. במילים אחרות, על פי בוריס התקווה מחויבת להנחות מוקדמות והיא מאופיינת בבררנות ותובענות לעומת התשוקה שהינה גמישה רבת גלגולים וצורות שעוזרות לפרט להתמודד עם תהליך התפתחותו התובעני.

לעומת בוריס, בולטים אריקסון (Erikson, 1963), ויניקוט (Winnicott, 1956) וקוהוט (2004) בגישתם החיובית ביחס לתקווה כפי שמתאר זאת מיטשל (Mitchell, 1993). אריקסון טוען שהתקווה נוכחת כבר בינקות המוקדמת, בשלב האוראלי, בו מתרחש על פי שלביו, "שלב האמון הבסיסי לעומת אי האמון הבסיסי". בשלב זה מתעצבת ומתגבשת התקווה הראשונית הנחשבת לסגולה חיונית כיוון שהיא מעוררת בוולד ובתינוק חיות המתקיימת בכל שלב ושלב ברצף החיים. תקווה זו שמאופיינת בינקות ובילדות, במשאלות ובכמיהות ינקותיות, מתפתחת וצומחת לאורך שלבי ההתפתחות והיא נחשבת על פי השקפתו לקונסטרוקטיבית ומקדמת צמיחה. גם ויניקוט (1956) התייחס לתקווה באופן חיובי כפי שזוהה השתקף במאמרו על הנטייה האנטי חברתית. הוא טען שהתנהגות אנטי סוציאלית ופסיכוטית מבטאת תקווה לחוות מחדש היבטים מסוימים של הסביבה שכשלו. למעשה הוא ראה בכך תקוות ינקותיות לריפוי של טראומות, באמצעות חזרה על הנקודה שבה נעצרה הצמיחה הפסיכולוגית. בדומה לויניקוט, קוהוט התייחס לתקווה כמפיחה אש בגחלי התשוקה (ולא כמחניקת תשוקה כמו אצל בוריס [Boris, 1976]), המתבטאת בניסיונו של הפרט להשיב את מה שהוחסר ממנו בשלבי התפתחותו המוקדמים. מיטשל הוסיף עוד ביחס לקוהוט, שהוא הדגיש גם את חשיבות התקווה בבגרות ובמשך ההתפתחות כולה על רקע הצורך באידיאלים ובאידיאליזציה המחיים את חוויית העצמי.



גם התייחסותו של קרל מנינגר (Menninger, 1959) ביחס לתקווה ראויה לציון. מנינגר התייחס למקורות האינטר-פסיכיים הקיימים באדם המתבטאים בקונפליקט, בין הרצון לחיות לבין הרצון, בתנאים מסוימים, לוותר ולבחור במוות, או להיכנס לתהליך של הרס עצמי. לדבריו, אנוכיות, נקמנות, שנאה, תאוותנות, קטנוניות, מרירות, אכזריות והתאכזרות, הרסנות והרס עצמי, מצויים בתוככי האדם בתצורות לא מודעות, המגלמות למעשה את אינסטינקט המוות. אל מולם מתייצבים האהבה, האמונה ואח"כ התקווה - המייצגים את אינסטינקט החיים. בסופו של דבר פוטנציאל האהבה, האמונה והתקווה, חזקים מהיצרים ההרסניים שתוארו לעיל, והם מביאים את האדם לכדי כוח רצון פנימי עז למימוש והתגשמות, לעומת השקיעה הטמונה ביצרים השליליים המגולמים באינסטינקט המוות. מנינגר רואה אם כן בתקווה, דחף יצירתי השייך לאינסטינקט החיים ולכן היא עומדת על פי תפיסתו, כנגד המוות וההרס. נדמה לי שדרמה זו מתרחשת גם בקרבו של הסובל מפוסט טראומה כרונית (לוי, 2006), ולכך אחזור בהמשך.

תקווה ומושגים קרובים על פי הגישות הפסיכודינמיות: מנינגר (Meninger, 1959), מבחין בין תקווה לאופטימיות (optimism). לדבריו אופטימיזם מרחיק מהמציאות ולכן תהליך השיפוט לגבי מכשולים שעשויים לצוץ, מוביל להפחתת ערכם ועוצמתם של המכשולים. כתוצאה מכך, יכולת ההתמודדות של הפרט נחלשת. בנוסף הוא טוען, שהאופטימיסט, כמו הפסימיסט, מדגיש את החשיבות של "אני" ("I"). לעומת זאת, אדם עם תקווה יפחית מחשיבות ה"אני" כי התקווה באופייה היא צנועה וחסרת עצמי. היא מדגישה את התהליך המבוסס על הליכה קדימה (going forward) לעומת ההתעסקות בעבר המאופיינת בחיפוש אחר חיזוקים לעצמי, האופיינית על פי תפיסתו, לאופטימיסט.



מושג נוסף הנחשב קרוב לתקווה על פי הגישה הדינאמית הינו האמונה. פרום שהתייחס לשני המושגים, טוען שהאמונה היא דבקות בדבר שטרם הוכח, הכרה באפשרות ממשית היוצרת ציפייה חיובית ומודעות למה שעתידי להיוולד. התקווה היא הלך הרוח המתלווה לאמונה ולכן על פי דעתו, האמונה אינה יכולה להתקיים בלא התקווה ולתקווה אין בסיס ללא אמונה.

מושג אחר הקרוב למושג תקווה על פי הגישה הדינאמית היא האלוזיה. הופר (Hopper, 2001) התייחס אליה כאל יכולת ליצור קפיצה דמיונית העוזרת ל"נותר מעל תהום האובדן, הנטישה או הנזק..." (עמוד 217). היא למעשה מגלמת מאמץ להירפא מריקנות ולפתור את הפער שנפער בין הציפיות ובין המציאות. כלומר, כמו התקווה, אילוזיה היא תוצר של פעילות חיובית, בונה ולא הגנתית למרות אך בניגוד לתקווה על פי הופר, היא עשויה להפוך להגנתית עד כדי יצירת אשליה.

לסיום הדיון על תקווה ומושגים קרובים על פי הגישה הפסיכו-דינאמית, אזכיר שוב את הקרבה בין המושג תשוקה ותקווה עליה דן בוריס (Boris, 1976) עליה פירטתי דרך הדיאלקטיקה שבין התקווה והתשוקה.

את ביטויה של התקווה בתהליך הטיפול הדינאמי מתאר באופן מעמיק סטפן מיטשל, בספרו (1993) "Hope and Dread in Psychoanalysis" בפרק על הדיאלקטיקה של התקווה (The dialectics of hope). הוא דן ביחסי הגומלין בין התקוות והפחדים של המטפל (אנליטיקאי בשפתו) לבין אלו של המטופל. לדבריו, תקוותיו של המטפל מגולמות בבחירה להיות מטפל ובשירות שהוא מציע. מעבר לכך, תקוותיו נובעות גם מתחושת ערך העצמי שלו ומהמשמעויות בחייו. לכך השפעה על תחושתו בדבר יכולתו לעזור כאשר במצב בו יחוש שאינו מסוגל לעזור, הוא עלול לחוש חרדה משתקת.



לעומת המטפל, תקוותו הבלתי מודעת של המטופל היא להישאר תקוע עם התקוות הישנות והמוכרות תחת טיפולו המגונן של המטפל (הנתפס ככל יכול ועליו מושלכים ציפיות הקשורות למערכות יחסיו עם הוריו). תקוות אלו נטועות בתוך תקוות ישנות ולכן יש לראותן כמערכת יחסים דיאלקטית בין הסטטי והמוכר לבין הכמיהה למשהו מלא ומספק יותר.

נובע מכך, שמשבר הממחיש את הפערים שבין שתי התקוות, הוא בלתי נמנע ולמעשה מיטשל מתייחס אליו כחלק טבעי בתהליך הטיפול. בתוך כך, במהלך התהליך הטיפולי, עיתות המשבר מתגברים והם מתבטאים בהתקפות מצד המטופל על הבנותיו של המטפל (המהוות את המשאב החשוב ביותר של המטפל). ההתקפה היא למעשה על האמונה של המטפל בדבר שינוי, ועל מה שמשך אותנו לתחום מלכתחילה (היכולת להבין, לפרש ולגרום לשינוי). לכן ההתקפה מהווה נקודת מפגש עם מגבלותיה של ה"הבנה" וכתוצאה מכך עם הפחדים העמוקים ביותר של המטפל.

זאת ועוד, "ההבנות" של המטפל על פי מיטשל, הן למעשה הבסיס לפירוש האנליטי, שבסופו של דבר מוביל לצמיחה והתפתחות של התהליך הטיפולי קרי, צמיחה והתפתחות התקווה. בכדי שתהליך קבלת הפירוש יתקבל ע"י המטופל, עליו לראות בפירוש כמשהו שונה מכל דבר אחר המוכר לו ובשפתו של מיטשל, שהאור (הפירוש) שהאנליטיקאי מטיל על המנסרה (עולמו הסובייקטיבי של המטופל) לא יתפזר לקטגוריות התנסות מוכרות: פחדים ישנים, כמיהות ישנות ותקוות ישנות. אלא שהפירוש, שבד"כ מוביל לתקוות חדשות, מגביר את פחדיו של המטופל - שכאמור חושש משינוי. למרות זאת, מיטשל מצביע על הפירוש והדיאלוג עימו כתחילת השינוי.



שינוי עבור המטופל הוא מצב טרום מאוזן ולכן בלתי נסבל. כל זאת גם על הרקע התחושה הבלתי מודעת של המטופל, שערכי המטפל ואישיותו נכפים עליו. לכן, בין השאר, מתפתחות ההתקפות שהוזכרו לעיל.

זאת ועוד, מיטשל טוען שתקווה אמיתית בתחילת הטיפול אינה אפשרית בתחילת התהליך, אלא היא דבר הנרכש במאבק ולכן היא דורשת אומץ רב (כפי שגם טען הופר, Hopper, 2001). במילים אחרות, היא מתפתחת דרך **נוכחות מתמשכת** המטפל והמטופל.

למיטשל הייתה גם התייחסות לנושא הטראומה. לטענתו, טראומה גורמת לבלבול עמוק בין משאלה לצורך ולכן תקוות ומשאלות הנובעות מתוך טראומות ישנות, אינן בגדר מדריך מהימן המסייע לדעת מה מועיל כעת. הפגיעה הפסיכולוגית בעקבות הטראומה, מותירה את האדם על פי מיטשל, מחוסר כלים לזהות מה באמת נדרש אז ובזמן הטיפול. לכן כדי שהתקוות והמשאלות תהיינה שימושיות יותר כבסיס ליצירת משמעות אישית, דרושה התמרה של תקוות ישנות במסגרת האינטראקציה בין המטופל למטפל. בסופו של דבר, כך הוא טוען, לכל אדם יש פוטנציאל לצורות התארגנות רבות וישנות ולכן בטיפול צריך למצוא הזדמנויות לצמיחה חדשה. התמרה, שינוי צורה ומטמורפוזת הם אלו הקיימים בבסיס התקווה במסגרת הטיפול, שלמעשה מתמשת דרך מילים חדשות שהמטפל אומר והמטופל חי אותן וע"י כך מפרק מצבי תודעה ישנים ומוכרים המפנים מקום למצבי תודעה חדשים.

לבסוף, מיטשל מדגיש שהאנליזה חייבת להסתיים כדי להעביר למטופל את התחושה שהוא אחראי לחייו ועל מנת לא ליצור מצב שהטיפול הופך להיות חלופה לחיים. ללא סיוע המטופל לא יוכל להשתחרר מההכנות המשותפות קרי, ליצור שינוי החתום על שמו



בלבד. יתרה מכך, הסיום מאפשר למטופל להשתחרר מהשפעתו של האנליטיקאי ולהיפתח לדרכים ייחודיות משלו.

מהדברים שנאמרו לעיל ביחס לפן הפסיכו-דינאמי של המושג תקווה, למדנו שתיאור המושג דרך פן זה, נעשה דרך תצפיות ובעיקר דיווחים סובייקטיביים של מטפלים ולעיתים מטופלים. על הרקע זה מובן הקושי להגדיר תקווה ברמה האופרציונאלית. יתרה מזאת, על קושי זה ניתן ללמוד מעבודתה של יעקובי (1987, 1989). שעסקה באישיותו של הפרט ובקשריו הראשוניים (יחסי אובייקט) עם דמויות משמעותיות בחייו, דרך רעיונות של ויניקוט ומאהלר. היא הניחה שיש טענות שעל בסיסן היא הגדירה תקווה כ"תהליך נפשי פעיל המתעורר בתגובה לאיום במגמה להתמודד עמו" (עמוד 172).

אך לצורך עבודת מחקר (יעקובי, 1987), במהלכה היה עליה להגדיר תקווה ברמה האופרציונאלית, היא פנתה לרכיבים קוגניטיביים-התנהגותיים. ניסיון זה הוביל אותה לשימוש במושג "עבודת תקווה" בדומה לתהליך שהוביל להגדרה "מותאמות של תקווה" (לוי, 1999). יעקובי אם כן, השתמשה ברעיונות פסיכו-דינאמיים בכדי להסביר מהי תקווה, אך לצורך מחקר, היא עשתה שימוש ברעיונות מהגישה הקוגניטיבית-התנהגותית. לכך היה ביטוי בשימוש בכלי המחקר שבהם בחרה (למשל: שאלון הרגלים שנועד לבדוק עד כמה נוטה האדם לתכנן אירועים הצפויים לו בעתיד).

לאור המורכבות שנחשפה עד עתה, דרך הדברים שתוארו ביחס למושג תקווה יוצג עתה המושג "תופעת התקווה" המהווה את נקודת מבטי על תקווה. על בסיס הדברים שיתוארו ביחס למושג, יתואר מודל לטיפול בנפגעי פוסט טראומה כרונית.



"תופעת התקווה" - נקודת מבטי על תקווה

למושג תקווה יש להתייחס מתוך נקודת מבט פילוסופית-פסיכולוגית רחבה, בגלל היותה תופעה אבסטרקטית, חווייתית ויצירתית (Hopper, 2001) ובשל התרחשותה במרחבים נפשיים מגוונים, המצריכים המשגה רחבה מתיאוריות שונות. בנוסף, העיסוק בתקווה הינו על רקע הצורך לתאר את ההיבט הסובייקטיבי של מצבים קליניים ושל דרכי התמודדות עם משברים (Bergin & Walsh, 2005; Hopper, 2001), ולכן היא לעיתים עמומה ומשתמעת לפנים רבות. עמימות זו מייצגת למעשה את ייצוגה הפנימי בקרב הפרט, על צרור החוויות הסובייקטיביות המודעות והבלתי מודעות המאפיינות אותה. כיוון שהתקווה היא רחבה, אבסטרקטית, מטפורית חווייתית ויצירתית, יש לדון בה במונחים של תופעה – "תופעת התקווה".

בדומה ליעקובי, אני רואה ברעיונות של תיאוריות ההתפתחות של וויניקוט (Winnicott, 1951, 1956, 1960, 1967) ומאהלר (Mahler, 1972) בסיס להסבר תופעת התקווה, ולאלו ראוי להוסיף גם את תיאוריית הפסיכולוגיה של העצמי (self psychology) של היינץ קוהוט (Heinz Kohut). אמנם, תיאוריות אלה אינן עוסקות באופן מפורש במושג, אך ברעיונותיהן טמון ההסבר התיאורטי לתופעת התקווה.

"תופעת התקווה" מתחוללת מרגע יציאתו של התינוק לאוויר העולם, דרך העצמי הגרעיני (nuclear self), הנגזר מהעצמי הווירטואלי (אופנהיימר, 2000) השוכן אצל הפרט כבר ברגע לידתו. תפקידו של העצמי הגרעיני לאפשר קיום של תהליכים קוגניטיביים ודינמיים בדרך הארוכה של ההתפתחות הפסיכוסוציאלית (Erikson, 1963). התהליך מתחיל כבר בקשריו הראשוניים של הילד עם העולם החיצון, באמצעות החושים (יעקובי, 1989) שסופגים את החוויות הטובות, המזינות והמחזקות. חוויות אלה נספגות

איגוד ישראלי לפסיכותרפיה



ב"עצמי הגרעיני", המשמש אמצעי עבור האדם לחוש ולחוות את עצמו דרך דימויים, מחשבות, רגשות וחוויות המופיעים זה לצד זה וזה אחר זה על המסך הפנימי של התודעה (נוי, 1995). החוויות ש"נספגות" אמורות להוות מאגר לעתיד – תקווה - עבור הפרט, ובו הוא יוכל להשתמש בשעת הצורך.

הבסיס לקיומן של חוויות טובות תלוי ביכולתה של האם להיות "טובה זיה" (good enough mothering) (Winnicott, 1956) עבור ילדה ועל ידי כך לעזור לו להתגבר על חרדות הפרידה והנטישה. אחיזתה של האם, חיבוקה המגן את הילד, ובתוך כך מתן אפשרות לו להשתחרר מחיבוק זה ולצאת לדרך, מהווה את התפתחותה הראשונית של התקווה (יעקובי, 1989).

זאת ועוד, את אחיזת האם, חיבוקה המגן וההיענות הבלתי אמצעית המותאמת לצורכי התינוק, ניתן לראות כהליכים אוסמוטיים של מְשוקְעוּת (immersion) ושל מזיגה (merging), והם תואמים את תפיסתו של היינץ קוהוט באשר ליחסי זולתעצמי (קוהוט, 2005). זולתעצמי הוא אותו פן של הזולת הממלא פונקציה עבור העצמי: מרגיע, מרסן, נוטע תקווה בעצמי שנפגע, ונחווה על ידי העצמי כחלק ממנו. הזולתעצמי הוא חוויה סובייקטיבית שיש לפרט מאובייקט חיצוני הממלא עבורו פונקציות פנימיות. האם, כפי שאומר קולקה (2004), מקיימת עם תינוקה יחסי זולתעצמי במטריצה האמפתית שבה היא ממלאת עבורו פונקציות פנימיות המכוננות את חוויית התקווה הבסיסית, שעליה תתבסס התקווה המגובשת בחיים הבוגרים.

אנו רואים אפוא שתופעת התקווה מתרחשת משחר ינקותו של האדם וקיומה תלוי ביכולתה של האם לאפשר לילדה להיעזר ולהשתמש בה בתהליך התוודעותו לעולם. על בסיס זה מפתח התינוק תקוות, גם אם הן לא מודעות (קדם-הכרתיות) (קייסמנט, 1995),



בשלב זה . תקוות אלו נובעות למעשה מתהליך ההתקשרות (attachment) (Ainsworth & Bowlby, 1991) הבטוחה עם האם, שמאפשרת לו לחוש הגנה מפני סכנות המאיימות עליו. במילים אחרות הוא חש שהתפתח "בסיס הבטוח" (secure base) (תקווה) המאפשר לו לצאת ולחקור את הסביבה.

התקווה הבלתי מודעת כוללת כל צורה של חתירה לסיפוק צרכים (קייסמנט, 1995). היא משתקפת בחיפוש האינסטנקטיבי החוזר של התינוק, אחר השד, שנובע על פי בוריס (Boris, 1976) מההנחות המוקדמות שלו ביחס לשד. כאשר התינוק יחווה סיפוק חוזר לצורך הבסיסי בביטחון פיזי ונפשי, התקווה הבלתי מודעת תהפוך לתחושה מודעת של תקווה. מכאן שמקור התקווה היא מהתגובה של הסביבה (אם) לרמזים (התפתחותיים) המובעים מצד התינוק (קייסמנט, 1995).

התקווה הבלתי מודעת מסייעת לתהליך תקין של אינדיבידואציה - שלה חשיבות להתפתחות התקווה הבשלה העצמאית והבלתי תלויה (לוי, 2006). מעבר לכך, התקווה הבלתי מודעת, מסייעת להתמודדות מוצלחת עם שלבי הגדילה וההתפתחות (לוי, 2008) והיא נועדה להסב את תשומת לבה של האם, ולאחר מכן של ההורים, להתגבשותו של צורך גדילה הדורש היענות (קייסמנט, 1995).

לעומת זאת, התקווה המודעת, המבוססת על היכולת להציב מטרות ולהשיגן, נכנסת לפעולה בגיל הילדות, בשלב ה"יוזמה לעומת אשמה" (initiative vs. guilt) (Erikson, 1993), המתרחש בגיל ארבע עד שש, ובו בולטת יוזמתו של הילד לפעילויות מגוונות וחופשיות, לעתים על סמך תכנון והצבת מטרה. נובע מכך, שההיענות לצרכי הגדילה שהתבטאו בתקווה בלתי מודעת לתחושת ביטחון שתאפשר לחקור את העולם, אפשרו את התפתחותה של התקווה המודעת בשלב ה"יוזמה לעומת האשמה". יתרה מכך, אין זה אומר



שכניסתה של התקווה המודעת לפעולה, נטרלה את תפקידה ומשמעותה להתפתחות של התקווה הבלתי מודעת, אלא שהתקווה המודעת והבלתי מודעת צועדות זו לצד זו, אך ההשפעה של כל אחת משתנה בכל אחד משלבי ההתפתחות. לכך ביטוי ייחודי בעת ההתמודדות עם תוצאות האירוע הטראומתי ולכן אחד משלושת מרכיבי הדיאלקטיקה של תופעת התקווה נוסח כ"תופעת התקווה מודעת וגם בלתי מודעת" (לוי, 2006, עמוד 164)

לתופעת התקווה אם כן, פן בלתי מודע ומודע, והיא משמשת "גשר" (יעקובי, 1989) מחושך לאור, מתלות לעצמאות, מעבר לעתיד ומזמן ילדי לזמן קלנדרי (Mann & Goldman, 1982). כלומר, גם ל"זמן" יש משמעות לתיאור המושג תופעת התקווה, כיוון שתקווה קשורה למילה "time" (Hopper, 2001, p. 209). זמן ילדי הוא זמן אינסופי המתקיים כל עוד צרכיו הבסיסיים של התינוק (שובע, חום, רגיעה, מגע גופני, היעדר כאב, היעדר גרייה חיצונית מוגזמת) מסופקים. בתהליך ההתפתחות התקין, מציאות חייו הפנימית והחיצונית של התינוק משתנה, בגלל הפרידה הבלתי נמנעת מהאם, דבר המוביל לפיתוחה של חוויית זמן נוספת – הזמן הקלנדרי - הבוגרת והבשלה יותר. זמן זה מניע את גלגלי המציאות שבה טמונה ההכרה בסופיות ובמוות אך גם תהליכים של פיתוח וצמיחה, אוטונומיה ועצמאות, כלומר לתקווה. זאת ועוד, "זמן" הוא גם מרכיב בהגדרה המילונית ("תוחלת, ציפייה לדבר מה נעים וטוב מלווה הרגשה כי הוא בא יבוא, אמונה בסיכוי שיתגשם", אבן שושן, 1973) והאופרציונליות של המושג תקווה כפי שזה מתבטא בהגדרות "פרספקטיבת זמן עתיד" או "אוריינטציית עתיד" (יעקובי, 1989; לוי, 1999; Stotland, 1969).



גם במונח "תופעת תקווה" קיים ממד של זמן אך במובנו הרחב. "תופעת התקווה" היא תופעה פסיכית מודעת ובלתי מודעת, המתלווה לאורך כל שלבי החיים ולאורך כל שלבי ההתפתחות, קרי במעבר מזמן הווה לזמן עתיד, הכרוך במעבר בין שלבי ההתפתחות. יחד עם זאת, המעבר בין שלבי ההתפתחות השונים כרוך בשימוש החשוב בחוויות עבר המאוגדים ב"זיכרון התקווה" (גרופמן, 2006), ומכאן שלחוויות אלה חשיבות רבה לתהליך ההתפתחות. בנוסף, שלבי ההתפתחות מתבססים על השאיפה למימוש חוויה הטמונה במעבר שבין שלב אחד למשנהו, ומתוך הכרה וקבלה שמימוש החוויה עשוי להתעכב ואף לא להתרחש (לוי, 2008). ההכרה והקבלה שמימוש חוויה עשוי להתעכב ואף לא להתרחש מבטאת את הזמן הקלנדרי, הכולל חוויות נעימות והרמוניות (קיום זמן ילדי בחוויה הבוגרת) לצד חוויות פרידה המאופיינות באבל, יגון וסופיות (קולקה, 2004). כפי שצוין, תופעת התקווה מתבססת על חוויות סובייקטיביות שחלקן קשורות זו לזו (תחושת תקווה חזקה תוך כדי התמודדות עם אירוע מסוים הנובעת מהמחשבה שאין מצב בו אין תקווה) ויש שהופעתן נתפסת כבלתי קשורה לחוויה ידועה כלשהי. ישנן חוויות המתעוררות למשך פרק זמן קצר ביותר על מנת לפנות את מקומן לחוויה אחרת (כמו פרץ של תקווה בעקבות הצלחה מסוימת המפנה את מקומה לתחושת תסכול וחוסר תקווה כתוצאה מהבנה שההצלחה חלקית והשמחה הייתה מוקדמת), וישנן חוויות המתקיימות לאורך כל החיים כחלק מחוויותיו הטובות של הפרט שאירעו בילדותו המוקדמת ונספגו בגרעין העצמי (נוי, 1995).

הואיל ואנו דנים בתופעה סובייקטיבית המתרחשת לאורך כל שלבי החיים, אני מניח שתופעת התקווה היא תופעה רציפה המתרחשת תוך כדי "תחושת רציפות" (נוי, 1995), שמשמעה שלמרות השינויים החלים בתנאי חיינו, הרגשותינו ודעותינו, אנו ממשיכים



להיות אותם בני אדם שהיינו בעבר ונהיה בעתיד. לתחושת רציפות זו צריך לתת ביטוי דרך נגיעה בהיסטוריה האישית של הפרט במהלך הטיפול, (Bergin & Walsh, 2005), מה שעשוי להוביל להתעצמות התקווה הקוהרנטית, שאמורה לעמוד לרשות הפרט בשעת צורך (לוי, 2006).

תקווה וחוסן בראי הטראומה

כפי שצוין בתחילת המאמר, העיסוק המחקרי והקליני המשמעותי במושג תקווה נוצר בעקבות מלחמת העולם השנייה. יחד עם זאת, תוך כדי העיסוק הקליני במושג, מצאו חוקרים וקלינאים שהלידה ותהליך ההסתגלות של התינוק לחיים הם בעלי פוטנציאל טראומתי על רקע התלות המוחלטת של התינוק הבלבול והדיס-אינטגרציה שמאפיינת אותו (Hopper, 2001; Mitchel, 1993; Winnicott, 1960).

התלות ופוטנציאל ההיפגעות, הם חלק בלתי נפרד מתהליך ההתפתחות ובמקרים שהתפקוד הסביבתי (אימהי / או של הדמות המטפלת העיקרית) נכשל, נחווית טראומה (קוהוט, 2005; Ainsworth & Bowlby, 1991; Winnicott, 1967). הטראומה גורמת לפגיעה במבנה משמעות החיים הטמון בגרעין העצמי (Janoff & Bulman, 1992) עד כדי פגיעה בהנחות הבסיסיות על העולם וכתוצאה מכך בעצמי. לכן ייצוגים פנימיים ובטוחים לכאורה מתערערים ותחושת האיום על העצמי עד כדי תפיסתו כפגום וחסר ערך קורים. מכאן, שפוטנציאל קיומו של תהליך טראומתי הינו גבוה והוא למעשה נמצא בכל מקום, גם אם ההיקף והאינטנסיביות של החווייה הטראומתית משתנים (Hopper, 2001).



לתקווה תפקיד "טבעי" בהתמודדות עם תוצאות האירוע הטראומתי (לוי, 2006);
(2008). אם טראומה כדברי מיטשל (Mitchell, 1993), גורמת לבלבול עד כדי פגיעה
פסיכולוגית המותירה את האדם מחוסר כלים לזהות מה באמת נדרש, הרי שלתקווה
פוטנציאל ליצור התמרה וצמיחה.

יחד עם זאת, גם מעל התקווה מרחפת סכנה כתוצאה מחשיפה לטראומה. אומנם
התקווה הינה תופעה מתפתחת המסייעת להתמודדות שלבי ההתפתחות השונים אך גם
התפתחותה, ולכן יכולתה לסייע בתהליך ההתפתחות, נמצאת בסכנה. לכן אחד המרכיבים
של הדיאלקטיקה של תופעת התקווה כונה "תופעת התקווה מתפתחת אך גם נתקעת"
(לוי, 2006, עמוד 160).

דווקא בגלל הקשר העמוק עם טראומה, תקווה, כדברי הופר (Hopper, 2001), תמיד
תתקשר עם חוסן, עקשנות, אומץ, גבורה וריאליזם שמתחשל דרך שינויים בהפנמות עם
הדמויות המשמעותיות. לטענתו, תופעת התקווה מאפשרת לאדם יכולת לדמיין אפשרויות
ליצירה קריאטיבית להתמודדות עם הניסיון הטראומתי ובתנאי שהוא יראה בפוטנציאל
ההתמודדות עם האירוע הטראומתי **כאתגר (Challenge)**, שמשמעו ראייה בשינוי כגירוי
לצמיחה והתפתחות, **מחויבות (commitment)** שמשמעה יצירת תכלית תוך גילוי
סקרנות שתוביל ליצירת משמעות לאירועים ולהזדהות איתם ו**שליטה (control)**
שמשמעה אמונתו של האדם שיש ביכולתו לשלוט על האירועים המתרחשים בחייו)
(Kobasa, 1979).

אך דווקא על רקע תפקידה הייחודי של התקווה בהתמודדות על מצבי משבר והקשר
שלה למרכיבי החוסן, אי אפשר שלא להדגיש ולזכור את השפעתו של האירוע הטראומתי
על נבכי נפשו של הנפגע ובכלל זה על התקווה. בשלבים הראשונים שלאחר החשיפה



לאירוע, ישנה תחושה של פרידה כואבת מהתקווה. פרידה זו מתרחשת ברגעים שזקוקים לה ביותר ולכן הפרידה ממנה כרוכה בתחושת היחלשות של העצמי. מכאן, שהתקווה, שיצרה תחושת שווא שהיא תתגייס לטובת הפרט בכל עת, נעדרת תחת אימת האירוע הטראומתי. בכך טמון הפוטנציאל השלילי של התקווה (שגם עשוי להתבטא בעת שהפרט רוצה בכל עוזו להשיג דבר מסוים כחלק, מסיפוק דחפים ינקותיים מיניים ו/או תוקפניים. רצון זה משקף את תקוות הנטועות בתהליכים של חשיבה ראשונית ומילוי משאלות, והן רחוקות מהמציאות במידה ניכרת). יחד עם זאת, כתופעה רחבה בעלת מאפיינים אקטיביים ובלתי מודעים, התקווה כאמור נושאת תפקיד רב-משמעות בעתות משבר ומצוקה. תפקיד זה מוביל לפעילות קוגניטיבית, וזו מייצרת תכניות פעולה קונקרטיות שנועדו לסיים את המשבר או להקל את מצב המצוקה. נראה שבנקודה זו, חוברים מרכיבי החוסן לפעילות הנפשית הבלתי מודעת והמודעת של התקווה, המובילים להתמודדות עם הקשיים. מכאן, שלתקווה פוטנציאל שלילי לצד מאפיינים מחסנים ומחזקים, ולכן המרכיב השלישי של הדיאלקטיקה של תופעת התקווה נוסח על ידי כ"תופעת התקווה מחזקת ומתחזקת אך גם מחלישה ונחלשת" (לוי, 2006, עמוד 167).

כפי שראינו תופעת התקווה כוללת בתוכה את המרכיב הקוגניטיבי-התנהגותי המושתת על הרעיון של הצבת מטרות והדרכים להשגתן. הצבת המטרות והשגתן כרוכה בהבאתם לביטוי של רכיבי המושג חוסן (Kobasa, 1979), על אחת כמה וכמה כשמדובר בהתמודדות עם אירוע טראומתי.

לרכיבי המושג חוסן ישנה משמעות גם כשמדובר במרכיב הדינמי של המושג תופעת התקווה, קרי במישור התמודדות נפשית אינטרה-פסיכית, כי ללא יצירת אתגר, תחושת מחויבות ויצירת שליטה, לא ניתן יהיה להתגבר על עיתות המשבר עליהם דיבר מיטשל (



(Mitchel, 1993) ולא ייווצר תהליך של מפגש בין תקוותיו של המטפל ותקוותיו של המטופל.

תקווה וחוסן אם כן, משתקפים היטב בראי הטראומה. יתרה מזאת, ניתן לומר ששניהם "חוברים" האחד לשני לאחר החשיפה לאירוע טראומתי. אם זוכרים שתופעת התקווה מקבלת ולוקחת תפקיד בשלבים מוקדמים מאוד מפרוץ האירוע הטראומטי (לוי, 2006), חיבור זה מקבל משנה תוקף.

הבנות תיאורטיות אלה ביחס למושג, גובשו על ידי למודל טיפולי עבור נפגעי פוסט טראומה (לוי, 2008). מודל זה כולל שישה שלבים: שלב יצירת הקשר, שלב יצירת החוזה, שלב ה-Agency (פיתוח חוש החלטה מכוון מטרה) וה-Pathway (פיתוח יכולת תכנון להשגת המטרה), שלב השחזור, שלב העיבוד הרגשי באמצעות כוחה הטבעי של תופעת התקווה ושלב הסיכום. חלק מהשלבים אוניברסאליים ומשמשים בכל טיפול פסיכולוגי, לרבות בטיפול בנפגעי פוסט טראומה, וחלקם נגזרים מן ההגדרה של המושג "תופעת התקווה". המודל אמור להעצים את הפונים בהתאם לרעיונה של הרמן (1992) והוא מושתת על התפיסה שנפגעי פוסט טראומה מגיעים לטיפול בשעת משבר ולכן לקליטה ע"י מטפל שיוודע להקרין ביטחון מקצועי ולטעת תקווה בקרב המטופל ישנה משמעות (הרמן, 1992; Frank, 1968).

זאת ועוד, בשעת משבר, הפרט שנפגע כתוצאה מהחשיפה לאירוע הטראומתי, זקוק לדמות אחרת שתישא ותחזיק בעבורו את התקווה. אם האירוע הטראומטי פוגע ברצף שבין עבר, הווה ועתיד עד כדי תחושת התפרקות של העצמי, קיומה של דמות כמו מטפל, שתבין את מצוקתו וצרכיו של הנפגע ותהיה בעלת יכולת להזדהות עם רגשותיו ואף לשאת אותם, היא זו שתחזיק למען הנפגע את התקווה. בכך דמות זו תאפשר לפרט להתאושש ולהתחבר

איגוד ישראלי לפסיכותרפיה



לתקווה הטמונה בנבכי נפשו, ויהיה זה השלב הראשון בבנייתה המחודשת של התקווה שהתפרקה (לוי, 2008). בהקשר זה חשוב להזכיר שוב את דבריו של מיטשל (Mitchell, 1993), שטען שלכל אדם יש פוטנציאל לצורות התארגנות רבות ושונות ולכן בטיפול צריך למצוא הזדמנויות לצמיחה חדשה. רעיון זה מגלם את מטרת הטיפול באמצעות "תופעת התקווה".

סיכום

נקודת המבט על תקווה במאמר זה, שהתפתחותה תוארה בראי הטראומה, היא שהיא מאגדת רכיבים קוגניטיביים-התנהגותיים ודינאמיים, שעד עתה נדונו בהקשרו של המושג תקווה באופן דיכוטומי. על בסיס רכיבים אלה התגבשה התפיסה שהתקווה היא תופעה רצופה המתרחשת לאורך כל שלבי הגדילה וההתפתחות באופן מודע ובלתי מודע והיא הכרחית לחיים, לגדילה, לשינוי והתמודדות. התופעה מקבלת משמעות ייחודית בתהליכי התמודדות עם תוצאות האירוע הטראומתי. מתוך הבנה באשר למשמעות ייחודית זו, גובשו שלבים לטיפול באמצעות התופעה, שהוצגו לעיל. שלבים אלה אמורים להוביל ליישום תרומתה של תופעת התקווה להתמודדות, צמיחה והחלמה לאחר החשיפה לאירוע הטראומתי.



רשימת מקורות

- אופנהיימר, א'. (2000). היינץ קוהוט. "תולעת ספרים" - תל-אביב.
גרופמן, ג'. (2006). אנטומיה של תקווה. כנרת, זמורה-ביתן, דביר – מוציאים לאור
בע"מ.
יעקובי, ר' (1987). על "עבודת התקווה" בתהליך ההחלמה לאחר ניתוח. עבודת דוקטור,
אוניברסיטת חיפה, החוג לפסיכולוגיה.
יעקובי, ר' (1989). דיון תאורטי במושג תקווה. שיחות, ג, 165-172.
לוי, א' (1999). תקווה ומובחנות של בוגרים נכים. עבודת מוסמך, האוניברסיטה העברית
בירושלים, בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד.
נוי, פ' (1995). מהו העצמי של פסיכולוגיית העצמי? שיחות, ט(3), 180-190.
פרום, א' (1975). מהפכת התקווה. תל אביב: מסדה.
פרנקל ו' (1981). האדם מחפש משמעות. תל אביב: דביר
קוהוט, ה' (2005). כיצד מרפאת האנליזה (פרק 10 עמודים 251-269). הוצאת עם
עובדבע"מ- תל-אביב.
קולקה, ר' (2004). בין טרגיות לחמלה: על היינץ קוהוט וספרו "כיצד מרפאת האנליזה?"
שיחות,
יח(3), 221-238.
קייסמנט, פ' (1995). להוסיף וללמוד מן המטופל, (פרק 7 עמודים 121-134). תל אביב:
דביר.
שוואב, ג' (2007). אלים וגיבורים. כנרת, זמורה-ביתן, דביר – מוציאים לאור בע"מ.
שקלאר, ר' (2003). הטיפול הקדמי בנפגעי תגובות קרב במלחמת לבנון – הערכה חוזרת.
עבודת דוקטור, אוניברסיטת תל-אביב.

Ainsworth, M. D. S., Bowlby, J. (1991). An ethological approach to
personality
development. *American Psychologist*, 46, 333-344.



- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Joeeey-Bass.
- Bergin, L. & S. Walsh, S. (2005). The role of hope in psychotherapy with older adults. *Aging & Mental Health*, 9(1), 7-15.
- Babits, M. (2001). The Phoenix juncture: Exploring the dimension of hope in psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 29(4), 341-350
- Beck, A. T., & Weissman, A. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6 (42), 861-865.
- Benyamini, Y. (2003). Hope and fantasy among women coping with infertility and its treatments. In R. Jacoby & G. Keinan, *Between stress and hope: From a disease-centered to a health-centered perspective* (pp. 141-166). Westport, CN: Praeger.
- Boris, H. (1976). On hope: Its nature and psychotherapy. *International Review of Psychoanalysis*, 3, 139-150.
- Bryant, F. B., & Cvengros, J. A. (2004). Distinguishing hope and optimism: Two sides of a coin, or two separate coins? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(2), 273-302
- Cheavens, J. S., & Michael, S. T. (2005). The correlates of hope: Psychological and physiological benefits. In J. A. Elliott (Ed.), *Interdisciplinary perspectives on hope* (pp. 241-256). New York: Nova Science Publishers.
- Cunningham, K. J. (2005). An autobiographical approach to the psychological study of hope. *Humanities & Social Sciences*, 65 (7-A).
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society*, (Chapter 7 pp. 247-274). New York: Norton.



- Frank, J. (1968). Hope in psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 5, 383-395.
- Gottschalk, A., L. (1985). Hope and Other Deterrents to Illness, XXXIX: *American Journal of Psychotherapy*, 515-524.
- Hobfoll, E. S., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, A. R., Melissa, J. B., Friedman, J. M., Friedman, M., Gersons, P. R. B., De Jong, M. V. T. J., Layne, M. C., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, E. A., Pynoos, S. R., Reissman, D., Ruzek, I. J., Shalev, Y. A., Solomon, Z., Steinberg, M. A. & Ursano, J., R. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283-315.
- Hopper, E. (2001). On the nature of hope in psychoanalysis and group analysis. *British Journal of Psychotherapy*, 18(2): 205-226.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York. Free press.
- Magaletta, P. H., & Oliver, J. M. (1999). The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 539-551.
- Mahler, M. (1972). On the first three sub-phases of the separation-individuation process. *International Journal of Psycho-Analysis*, 53, 333-338.
- Mann, J., & Goldman, R. (1982). *A casebook in time-limited psychotherapy*. New York: McGraw Hill.
- Menninger, K. (1959). Hope. *The American Journal of Psychiatry*, 116, 481-491.



- Mitchell, S. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis* (Chapter 8 pp. 202-231). New York: Basic Books.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and social Psychology*, 37, 1-11.
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Reply: Strengths of character and well-being: A closer look at hope and modesty. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 628-634.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Snyder, C. R., Irving, M. L., & Anderson, R. J. (1991). Hope and health. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology* (pp. 285-300). New York: Pergamon Press.
- Snyder, C. R. (2000). Hypothesis: There is hope. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 3-21). San Diego, CA: Academic Press.
- Snyder, C. R., Shorey, H. S., Cheavens, J., Pulvers, K. M., Adams, V. H., & Wiklund, C. (2002). Hope and academic success in college. *Journal of Educational Psychology*, 94(4), 820-826.
- Solomon, Z. (1993). *Combat stress reaction: The enduring toll of war*. New York: Plenum Press.
- Stotland, E. (1969). *Psychology of hope*. New York: Jossey-Bass.
- Sympson, S. (2000). Rediscovering Hope: Understanding and Working with Survivors of Trauma. In: C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (Chapter 15 pp. 285-300). San Diego, CA: Academic Press.



- Winnicott, D. W. (1951). Transitional objects and transitional phenomena. In *Playing and reality* (pp. 1-30). New York: Basic Books.
- Winnicott, D. W. (1956). Primary maternal preoccupation. In: *Through pediatrics to psychoanalysis* (pp. 300-305). London: Karnac Books.
- Winnicott, D. W. (1960). Ego distortion in terms of true and false self. In: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. (pp. 140-152). London: Hogarth.
- Winnicott, D. W. (1967). Mirror role of mother and family in child development. In *Playing and Reality* (pp. 111-118). New York: Basic Books.
- Wroblewski, K. K., & Snyder, C. R. (2005). Hopeful thinking in older adults: Back to the future. *Experimental Aging Research*, 31(2), 217-233.

