

השלכות נפשיות ארוכות טווח בנשים נפגעות תקיפה מינית

ענת גור

הרצאה ביום עיון במכללת גליל מערבי

23.5.02

בכל פעם שאני מתכוננת לדבר על הנזקים של התעללות מינית לצורתיה השונות אני מבינה מחדש כי מדובר במשימה כמעט בלתי אפשרית. בלתי אפשרית כי אין מילים לתאר את גודל הזוועה. וברוב המקרים, המילים שאנחנו מנסים לתת מגמדות, ממזערות, עושות טריוויאליזציה של הזוועה. אני עובדת כפסיכותרפיסטית עם נשים שעברו תקיפות מיניות עשרים שנים, וככל שאני שומעת יותר, ומבינה יותר, ברור לי כי אי אפשר להבין, ואי אפשר לתת מילים. אפשר לתת רשימה ארוכה של סימפטומים, ואני אכן אנקוב בהם במהלך ההרצאה, בד בבד עם הסיפורים של הנשים במלותיהן הן. אבל בעצם אנחנו מדברים על הבלתי ניתן לדיבור. (unspeakable)

"האוויר סביבך היה עז, מתוח... בגלל ששמעתי אני זוכרת, ובגלל שאני זוכרת טרור, אבא, אני זוכרת אותך. אבא מה אתה זוכר? מה שאני זוכרת הוא שמעולם לא דברנו. לא השמעתי אפילו אנחה. אני, שותפתך השותקת לפשעים שאין להם מחילה. בעלת בריתך הסודית לחטאים שאין לבטאם. אהבת אותי? שנאת אותי? או שפשוט חשבת שאני שלך? גופי – רכושך? מה אמר לך העור שלי? האם הוא רעד כמו הוילונות או שנשאר קפוא, הלום לכדי שתיקה? אתה ליבתה של שמש אדומה. אני עומדת עטופה בסדין של זכוכית בוערת, עד שהשמש מרסקת אותו. חלקיו נופלים. ריסקת אותי. זה קרה בלילה.

סודות קורים בלילה. חייתי לך בלילה.

זה היה רק בבוקר, כל בוקר שניקינו את העדויות, אבא, כל הדם הזה. כל בוקר אתה ואני היינו חמורים ונקיים ועדיין שותקים.

אני שואלת אותך אבא מה אתה זוכר? אם לא תאמר כלום, אני אומר לך. אם לא תאמר כלום, אני אזכיר לך שאתה, אבא, פגעת במישהו שהיה חלש, מופחת, קטן: ילדת הלילה שלך."

יו ויליאם סילברמן

"Because I Remembr Terror Father I remember You".

ההכרה בנזקים הקשים של פגיעות מיניות החלה רק בשנות הששים והשבעים עם עליית הפמיניזם בעולם המערבי. מיליוני נשים השתתפו בקבוצות להעלאת מודעות, ושם בקבוצות הקטנות, ללא מנחה מקצועי, נשים ספרו את סיפורי חייהן, ונשים אחרות האמינו להן. הרבה קודם לכן, בשנת 1896 סבר פרויד כי גילה את מקור ההיסטריה. בדיווח של 18 מקרים ששמו "האטיולוגיה של ההיסטריה" כתב פרויד: "אני מעלה אפוא את התיזה, שביסוד כל מקרה היסטריה מונח אירוע אחד או כמה אירועים של התנסות מינית טרם זמנה, אירועים השייכים לשנים המוקדמות ביותר של הילדות.... אני סבור שזה ממצא חשוב, בבחינת גילוי מקורות הנילוס בתחום הנוירו-פתולוגיה" פרויד ביסס את התיזה שלו על הדברים המזעזעים ששמע מן המטופלות שלו שסיפרו על תקיפה מינית, על התעללות מינית ועל גילוי עריות. לדברי הרמן (1994) (החיבור הזה עדיין יכול להתחרות עם תיאורים קליניים של השפעות ההתעללות המינית בילדות הנכתבים בזמננו. אולם בתוך כשנה כפר פרויד בתיאוריה הטראומטית של מקורות ההיסטריה. מכתביו מעידים כי הוא הפך להיות מוטרד מן ההשלכות החברתיות הרדיקליות של התיאוריה שלו. ההיסטריה הייתה נפוצה כל כך בין הנשים עד שאילו הניח כי סיפורי המטופלות שלו נכונים, היה עליו להסיק כי מדובר באפידמיה. טל הגיעה אלי לטיפול בקליניקה פרטית לפני כשלושה חודשים. טל, כבת 35, בעלת מקצוע בתחום מקצועות הטיפול. לדבריה נזכרה לפני כארבעה חודשים כי אביה התעלל בה מינית מגיל 3 ועד גיל 7.

בפגישות, כאשר טל מספרת את הזיכרונות הקשים של ההתעללות המינית שעברה היא נתקפת סחרחורת קשה, הגוף מתאבן, והיא בקושי מצליחה לדדות מחדר הטיפול ולהגיע לביתה. באחת השבתות אף התקשרה אלי שהיא מוטלת מספר שעות "מעולפת" על הרצפה בביתה. (היסטריה "מודרנית").

לאחר שפרויד הפסיק להאמין לסיפורי המטופלות שלו, התיאוריה הפסיכולוגית שעתידה למשול במאה השנים הבאות מבוססת על שלילת המציאות של הנשים.

שתי תנועות פוליטיות החזירו את ההכרה בתיאוריה הטראומטית: התנועה נגד מלחמת וייטנאם שהקימה "קבוצות שיחה" (rap groups) "העדויות שיצאה מהקבוצות הללו מיקדה את תשומת הלב בנזקים הפסיכולוגיים המתמידים של הלחימה. והתנועה הפמיניסטית, באמצעות הקבוצות להעלאת מודעות, שחוללה מפנה דרמטי בהתייחסות לתקיפה מינית. בשנת 1980 נעשתה תסמונת הטראומה הנפשית, בפעם הראשונה, אבחנה אמיתית, ונכללה במילון ההגדרות הפסיכיאטרי ה-3 DSM תחת הכותרת: הפרעת לחץ פוסט טראומטית.

היקף התופעה

מאמצע שנות השבעים החל להתרחב גוף הידע והמחקר בנושאים של תקיפה מינית. בראשית שנות השמונים בוצע סקר אפידמיולוגי רחב על ידי דיאנה ראסל שכלל יותר מ-900 נשים. התוצאות היו קשות: אחת מכל ארבע נשים נאנסה. אישה אחת מתוך שלוש הייתה נתונה להתעללות מינית בילדותה.

בשני העשורים האחרונים מחקרים קליניים ואפידמיולוגיים מראים כי התעללות מינית בילדות היא בעיה מרכזית של בריאות הציבור. ההערכה בארה"ב כיום היא כי מדובר שהיקף של עד 27% בקרב נשים, ועד 16% בקרב גברים. תוך הדגשה כי המדידה של התופעה קשה עקב הסטיגמה שיש כלפי קורבנות ההתעללות, והאופי הפרטי של ההתעללות. קיימת הסכמה בספרות המקצועית כי התעללות מינית בילדות היא מנבא רב עצמה לפסיכופתולוגיה (Molnar et al, 2001). הערכות נוספות מדברות על בין 3

ל - 25% של הגברים, ובין 11 ל 62% של הנשים בארה"ב התנסו בהתעללות מינית בילדות (Salter, 1992).

השפעות נפשיות וחברתיות של אלימות מינית כלפי נשים

בד בבד עם תיעוד האלימות המינית הן מבחינת ההיקף והן מבחינת חומרת הנזקים שהיא גורמת לנפגעות, החלה הבנה חדשה של המשמעות החברתית של האלימות המינית כלפי נשים. לדברי סוזן בראונמילר – עיתונאית שכתבה את הספר: "בניגוד לרצוננו: גברים נשים ואונס" (1980), האונס הוא כלי מרכזי בשימור עליונות הגברים על הנשים בחברה פטריאכלית: "מן הימים הפרהיסטוריים ועד ימינו, אני סבורה, מילא האונס תפקיד מכריע. אין הוא אלא תהליך מודע של הטלת אימה, פשוטו כמשמעו, שבאמצעותו כל הגברים שומרים את כל הנשים במצב של פחד". בכך החלה ההכרה כי כלל הנשים נפגעות מאונס גם אם לא נפגעו באופן אקטואלי, שכן כלל הנשים מתחנכות משחר ילדותן להכיר בפגיעותן, ולחיות בפחד מתמיד מפני אונס. מה שכמובן גורם לתחושת נחיתות, ופוגע באופן מיידי בדימוי העצמי ובתחושת ה-Well-being שחיונית להגדרה של בריאות נפשית. כלומר על פי קו מחשבה זה כלל הנשים נמצאות במצב של פגיעות להפרעות נפשיות עקב פגיעותן הרווחת למעשי אלימות מינית ופיסית.

מחקר שנערך על השפעות האונס (Burgess & Holmstrom, 1974) הראה כי מדובר בקשת של תגובות פסיכולוגיות שנקראה בשם: "תסמונת טראומת האונס", והראה כי הנשים חוו את האונס כאירוע שמסכן את חייהן, ובדרך כלל פחדו בזמן התקיפה מחבלה וממוות. לאחר האונס הנשים סבלו מנדודי שינה, בחילה, תגובות בהלה וסיוטי לילה. סימפטומים של דיסוציאציה וקהות. התחילה ההכרה כי קשת זו של סימפטומים דומה מאוד לסימפטומים שאובחנו אצל נפגעי המלחמות, וכי מדובר בהפרעה פוסט טראומטית. גם המחקרים הפסיכולוגיים על אלימות במשפחה, ועל התעללות מינית בילדים: לדוגמא: לינור ווקר (1979) שתיארה נשים שברחו למקלט לנשים מוכות, והגדירה את "תסמונת האישה המוכה". וג'ודית הרמן (1977) שתארה את הפסיכולוגיה של נפגעות גילוי עריות, מצאו כי

התסמונת שנמצאה אצל נפגעות אונס, הכאה וגילוי עריות היא ביסודה אותה תסמונת שאובחנה אצל נפגעי מלחמה.

תקיפה מינית נמצאת על רצף של דרגות חומרה, החל מפגיעות מיניות בילדות, על ידי קרוב משפחה או על ידי זר, המשך דרך אונס על ידי מכר או על ידי זר, והמשך בקשת רחבה של הטרדות מיניות במקומות עבודה במקומות ציבוריים ועוד. ברור כי לכל פגיעה מינית יש את המאפיינים היחודיים שלה, וחומרת הנזקים נקבעת הן על ידי דרגת החומרה של הפגיעה, דרגת האלימות ואופי הפגיעה, האם האדם היה קרוב או זר, מצב הנפגעת ועוד, ומן ההבדלים בין אישה לאישה. יחד עם זה מחקרים קליניים ואמפיריים רבים מתעדים כיום את חומרת הפגיעות והנזקים קצרי הטווח וארוכי הטווח על הנפגעות. כולל ביחס לפגיעות שלא נחשבו חמורות כמו הטרדה מינית מילולית ועוד. ההבנה החדשה הזו השפיעה על החקיקה ועל דרכי הטיפול.

התעללות מינית בילדות (child sexual abuse- CSA)

ניתן לומר כי התעללות מינית בילדות, בעיקר התעללות מתמשכת על ידי אב או קרוב משפחה אחר, היא אחת הפגיעות הקשות שקיימות. פגיעה שמשאירה נזקים קשים ומתמשכים אצל הקורבנות. כיום ידוע כי התעללות מינית בילדות היא אחד הגורמים המרכזיים לפסיכופתולוגיה קשה כמו: מחלות נפש, התמכרות לסמים ולאכזריות, בריחות מהבית בגיל ההתבגרות, והתנהגות מינית מופקרת, התדרדרות לעבריינות וזנות, הפרעות אכילה ועוד.

מחקרים רבים הן בקרב אוכלוסיה של מטופלים קליניים והן בקרב האוכלוסייה הכללית נותנים אינדיקציה לקשר שבין התעללות מינית בילדות ובין טווח רחב של הפרעות פסיכיאטריות שכוללות: דיכאון, התמכרות לסמים, הפרעות חרדה והתנהגות אובדנית (MacMillan et al, 2001).

על מנת להבחין בין טראומה שקורית בבגרות ופוגעת במבנה אישיות שכבר עוצב, ובין טראומה שמתרחשת בילדות שמעצבת את האישיות ומעוותת אותה, הוצעה האבחנה: תסמונת פוסט טראומטית מורכבת. (Complex PTSD), (Herman, 1992) סינדרום של ניצולים מטרומה מתמשכת וחוזרת.

תסמונת זו מאפיינת ניצולים שהיו במצב של שבי בידי המתעלל כמו מחנות ריכוז, שבי וכמובן התעללות מינית במשפחה. ילדה הנתונה במצב של התעללות מינית על ידי קרוב משפחה: אבא, אח, אב חורג, שכן, דוד, בן דוד וכדומה נמצאת במצב בו היא נתונה תחת מרותו של המתעלל מבלי יכולת להפסיק את ההתעללות, הן עקב גילה הצעיר והן עקב הפרשי הכוח הפסיכולוגי והפיסי הדרמטיים. הקשת של הפרעות, כאשר מדובר בתסמונת פוסט טראומטית מורכבת, דיפוסית וקשה הרבה יותר מאשר במצבי ה PTSD- המקובלים. ניצולי טראומה מתמשכת מפתחים שינוי אישיות אופייניים כולל פגיעות בהתקשרות ובהיות, והנפגעים נמצאים בסיכון גבוה לרה-ויקטימיזציה, פגיעה חוזרת הן בידי עצמם, והן בידי אחרים.

ריבוי סימפטומים:

היסטוריה של התעללות מינית בילדות היא אחד הגורמים למועדות להיות חולה פסיכיאטרי. מחקרים מראים כי בין 40 ל- 70% של החולים הפסיכיאטרים הבוגרים היו קורבנות של התעללות בילדות. מחקרים בקרב נשים שיושבות בכלא, נשים מכורות לסמים ונשים שעוסקות בזנות מראים של אחוזים המגיעים עד ל 90% של היסטוריה של התעללות מינית בילדות בקרב אוכלוסיות אלה.

שינויים פתולוגיים בזהות וביחסים

כל מבנה ה"אני", דימוי הגוף, הדימוי המופנם של אחרים, הערכים האידיאליים אשר נותנים תחושת שלמות ומטרה בחיים – מתרסקים. אצל נפגעי טראומה חד פעמים קיימת, פעמים רבות, תחושה של איבוד העצמי: "אני לא עצמי עוד". בטרומה של התעללות מתמשכת בילדות הנפגעת אינה יודעת מי היא, היא מאבדת את תחושת העצמי, תוך תחושה של חוסר אנושיות: "אני לא בן אדם יותר".

מתפתח דימוי עצמי של מזוהמת, אשמה, רעה.

ברור כי כאשר ההתעללות קורית עם אדם מוכר, קרוב, שאמור לדאוג, לטפל ולשמור על הילדה היא מפתחת עיוותים קשים מאוד בתפיסת יחסים. קיימת בגידה עמוקה ביחסים דבר שלא מאפשר התפתחות של אמון בסיסי. הפגיעה הקשה הזו ביחסים באה לידי ביטוי בקשיים ביחסים עתידיים של האישה הבוגרת: בחשיפתה לחזרתיות על יחסים עם אנשים מתעללים, חוסר אמון כי משהו בעולם יוכל לאהוב אותה ולטפל בה ללא פגיעה בה, בריחה מיחסים קרובים, חשדנות עמוקה כלפי כל אחד. הדבר בא לידי ביטוי קריטי בחדר הטיפולים כאשר המטופלות אינן באמת מאמינות ברצון של המטפלת/ל לעזור להן. קיים טרנספרנס חזק של התוקף כלפי המטפלת. אני זוכרת את הכאב הגדול שלי שכאשר מטופלות עזבו את הטיפול דווקא כאשר החל להיווצר קשר של קירבה ואינטימיות, שהעלה את החרדה הקשה שאם אני אשאר אני אפגע כי מי שפגע בי היה קרוב אלי". הבנה זו של הפגיעה הקשה ביחסים היא מרכיב מרכזי ביחסי הטיפול עם הנפגעות. ויש צורך ללמוד לווסת את הקרבה והאינטימיות על מנת להימנע מנשירה מהטיפול.

סומטיזציה:

אנשים עם טראומה כרונית רגישים במיוחד, חרדים ועצבניים, ללא כל יכול להגיע למצב של רגיעה ונינוחות לאורך זמן. ישנן תלונות רבות על כאבי ראש, בעיות עיכול, כאבי בטן, אגן וגב. תחושות חנק ובחילות. מרכז הסיוע לנפגעות תקיפה מינית ערך בשנה האחרונה פעילות הסברתית בקרב רופאים במרכז הרפואי בת"א. כתוצאה מכך עלה בעשרות אחוזים הדיווח על פגיעות מיניות, שכן הרופאים למדו לזהות בקרב הפונות לחדר המיון את הסימנים של הפגיעה המינית, ואת הדרכים הסומטיות שדרכן הן מבטאות, פעמים רבות, את המצוקות הקשות. הבנה כזאת חשובה על מנת להפנות את הנשים לטיפול מתאים.

Trauma encapsulation דיסוציאציה :

ידע קליני רחב ומחקרים רבים מדגישים, כיום, את החשיבות של הדיסוציאציה בהבנה והמשגה של הדינמיקה הנפשית, והנזקים הקשים של ההתעללות המינית בילדות. הבנת הדיסוציאציה מאפשרת הבנה של ההשפעות ארוכות הטווח של ההתעללות על התפקוד של האישה הבוגרת. בזמן ההתעללות התהליך הדיסוציאטיבי מסייע לילדה להתמודד עם הטראומה הפסיכולוגית והפיסית באמצעות פיצול והדחקה של הרגשות והכאב הפיסי הנוראים. לאורך זמן קיימת הסתגלות להשענות על הדיסוציאציה כדרך (לא) להתמודד עם כעס, חרדה, ורגשות אחרים. תלות מופרזת זו מונעת מהנפגעות את היכולת לפתח מנגנוני התמודדות כדי להתמודד ולווסת רגשות קשים (לדוגמא: עצב, זעם), או שיש להן מעברים חדים בין רגישות קיצונית לחוסר רגישות ואפטיה. הכיוונים האלה מובילים להשפעות הרסניות כרוניות שכוללות קורבנות חוזרת, דיכאון, הפרעות דיסוציאטיביות, והתנהגויות שנמצאות בהגדרות של הפרעות אישיות שונות. בטרמינולוגיה המקצועית כיום החוקרים רואים את הדיסוציאציה על רצף החל מדיסוציאציה נורמלית ועד לצורות הפתולוגיות שמסווגות כהפרעת לחץ פוסט טראומטית, (PTSD) והפרעת אישיות רבת פנים

(Multiple Personality Disorder) שמתוארת כיום ב DSM4 כהפרעת זהות דיסוציאטיבית (Dissociative identity disorder) בסיפורים האישיים של המטופלות ניתן לראות את הדינמיקה של ההפרעה בהתהוותה: קיימת שמספרת את סיפורה האישי בסרטה הדוקומנטרי של אן וייט "דיאלוגים עם נשים מטורפות" הייתה כבת שלוש כאשר אביה, הפך חבר בקבוצה של פדופילים שהאמינו כי ילדים צריכים לעבור התנסות מינית. אביה וכל הקבוצה נהגו להתעלל בה. קיימת מספרת כיצד בכל פעם הייתה צריכה להמציא ילדה נוספת על מנת שזו תוכל לשרוד את ההתעללות במקומה, וילדה אחרת תוכל ללכת לבית הספר ולזכור מה מלמדים שם. קיימת הייתה מאושפזת בבתי חולים פסיכיאטריים שנים רבות, עד שבעזרת טיפול פסיכותרפויטי נזכרה בהתעללות והצליחה לאחד בתוכה את כל הדמויות. המודעות כוללת ארבעה מרכיבים: התנהגות, רגש, תחושות וידע. התהליך הדיסוציאטיבי מנתק את

אחד או יותר מהמרכיבים האלה זה מזה.

מניסיוני הקליני עם מטופלות שעברו התעללות מינית ברור לי כי המנגנון הדיסוציאטיבי הוא אחד המרכיבים ההרסניים ביותר. אני נזכרת בתיאורים רבים של מטופלות הן על הדיסוציאציה במהלך האירועים המחרדים, ואני חשה הזדהות עמוקה עם הילדה הקטנה שעברה זוועות שלא ניתנות לתיאור, ו"ברחה" מן הגוף הנקרע, והנפש הנקרעת, לעולמות אחרים: "הרגשתי שאני ציפור שיושבת על חלון", "מספרת יסמין שהייתה קורבן להתעללות מינית אכזרית על ידי בן דודה שהיה מבוגר ממנה בחמש שנים.

כי איך אפשר אחרת? יסמין שהייתה סטודנטית למשפטים הייתה עם הפרעה דיסוציאטיבית שהפריע קשות למהלך חייה. מידי פעם הייתה מתקשרת אלי בקול חנוק ומספרת כי יצאה מהבית ללימודים במכללה, אולם מצאה את עצמה לאחר מספר שעות על שפת הים מבלי שהיה לה מושג כיצד הגיעה לשם.

כמו גם להיות עדה לפתולוגיה הקשה של הניתוק הרגשי, שמתבטא, בן היתר, בקשיים עצומים בהורות: בהם נתקלתי בצורה החמורה ביותר כאשר ניהלתי הוסטל לאסירות משוחררות – אמהות עם ילדיהן וראיתי את הנשים, שכולן עברו התעללויות מחרדות בילדות, מפחדות לשהות עם הילד, שהן כה אוהבות, ביחידות. או לא מסוגלות לחבק, ללטף להעניק חום ואהבה. כמו גם בקרב מטופלות "נורמטיביות" שמתארות, בכאב עצום, את הקשיים הרגשיים שכרוכים בהיותן אמהות: "לא הייתי צריכה ללדת, אני לא יודעת להיות אימא...את יודעת כאשר מיכל נולדה הייתי הולכת עם העגלה לגן, ומסתתרת מפני האמהות האחרות כי היה לי ברור שאם הן תיראנה אותי עם מיכל, הן מיד תרגשנה שאני לא יכולה להיות אימא"

הספרות המקצועית העדכנית מתייחסת למונח (Trauma encapsulation (Burgess et al, 1987): שמשמעותו בידוד הטראומה מחיי היום יום. תסמונת זו מתפתחת כאשר האדם מגן על עצמו מפני ההכרה או המודעות לקיום הטראומה, ומדחיק אותה. הדבר מאפשר להתמודד בחיי היום יום מבלי לעבד את הטראומה באופן מתאים. תהליך זה כרוך בגיוס מיגוון של מנגנוני הגנה כמו דיסוציאציה, פרגמנטציה, הדחקה, דחף לא הרמוני (drive disharmony) הכחשה, וספליטינג.

הדיסוציאציה מהאירועים הטראומטיים קורית כאשר "הנפש עושה פרגמנטציה של האינטגרציה הנפשית לצורך ההישרדות" (עמוד 34). כתוצאה מהרצון להפריד את הטראומה ולבודד אותה על מנת לשרוד בחיי היום יום: תשומת הלב של הילדה מוסחת מההתעללות המינית. במקרים כאלה תתכן פרגמנטציה של האגו שתגרום להפרעה באינטגרציה של התפקודים השונים של האישיות (לדוגמה תחושת העצמי, זיכרון, למידה וכו'), שתגרום לפיצול או לשבירה של התפקודים האלה. אחד הסימנים המיידיים לדוגמה הוא הפרעה בלימודים. ירידה חדה בלימודים יכולה להיות, פעמים רבות, עדות לכך שהילדה עוברת טראומה. דבר שחשוב מאוד להסביר הקרב מורים ומחנכים. (יחד עם זאת יש גם מקרים בהם התפקוד הלימודי נשמר.)

התוצאה של הדחף לא הרמוני היא הפרעה בתפקוד המכניזם של ההתעוררות המינית של הגוף, שגורם לתגובת הימנעות, או התעוררות מוגזמת, או תלונות גופניות מתמשכות. ההדחקה מתבטאת בחסימת האירוע הטראומטי והשמטתו מן הזיכרון. כתוצאה מכך אין יכולת לזכור או להיזכר באירוע. הדיסוציאציה היא אחת הדרכים לשרוד את ההתעללות הקשה באמצעות התנתקות ממה שקורה, דיכוי מחשבות, מינימליזציה, הכחשה. מטופלות רבות מתארות סוגים שונים של דיסוציאציות בזמן התרחשות האירועים הטראומטיים, כולל תאור שכיח של התנתקות מהגוף וראיית האירועים ממקום אחר בחדר.

המנגנונים האלה שנתפסים כמנגנונים בשרות ההישרדות, וההגנה על הקורבן מפני חוסר היכולת לחיות בתוך ההתרחשויות המחרדות, אולם הם הופכים להיות אחד הבסיסים המרכזיים של הפסיכופתולוגיה. זאת משום שהמנגנונים האלה אינם נשארים תחומים לאירועים הטראומטיים עצמם, אלא הופכים לחלק מחיי הנפש של האישה. הדבר גורם להפרעות בתחושת הזמן, ברצף הזיכרון, פגיעות קשות בריכוז. ישנו שבר ברצף הזמן מן העבר להווה, כאשר מבחינה פסיכולוגית האדם נשאר בעבר.

אובדנות ופגיעות עצמיות

אחת התוצאות הקשות של פגיעות מיניות הוא איבוד הטעם לחיים ורצון למות. מטופלות רבות מדווחות על נסיונות אובדניים רבים, כמו גם על רצון למות מבלי להתאבד. בסרטה של קרן לב "היהלום שבפנים" מספרת לבנה, שהייתה קורבן אינססט על ידי אביה, כי היא השתקמה, נישאה ילדה ילדים ויש לה נכדים. אבל הרצון למות לא עזב אותה מעולם. לא אפגע בעצמי, היא אומרת, אבל אני מתפללת שכאשר אעבור את הכביש אוטובוס יפגע בי. יוספה שעברה התעללות מינית על ידי אביה אומרת לאחרונה, לאחר למעלה משלוש שנים של טיפול כי הרצון למות פחת במידה מסוימת. פגיעה עצמית שכיחה מאוד בקרב נפגעות תקיפה מינית. לעיתים מדובר ברצון למות, אולם פעמים רבות הפגיעה העצמית מכוונת להפיג כאב רגשי קשה מנשוא. הקשר שבין התעללות ופגיעה עצמית מתועד היטב, ונראה כי פגיעה עצמית חוזרת ונשנית ומתקפות אחרות על הגוף רווחות בקרב נפגעים שעברו התעללות בילדותם. החבלה העצמית משרה תחושה של שלוה ורוחה. הכאב הגופני עדיף על הכאב הרגשי שאת מקומו הוא תופס. כפי שמסבירה נפגעת גילוי עריות "אני עושה את זה כדי להוכיח לעצמי שאני קיימת" (הרמן, 1994, עמ' 136). "המלחמה לא נשכחה. לא ההרעבה העצמית, לא הבולימיה, לא הדיכאונות הקשים או חוסר היכולת לקיים חיי נישואין. לילה אחד זמן קצר קודם לכן בביתה, היא חתכה את עצמה בירכיים וביניהן, עד שהיא מצאה את עצמה על ריצפת הלינוליאום של המטבח בשלולית של דם. תמיד יש לה קופסה של סכיני גילוח לנחם אותה" (סו סילברמן).

אונס

למרות שאונס הוא טראומה חד-פעמית, לעומת התעללות מינית בילדות, מפתיע לראות את חומרת ההשפעה, ואת אורך ההשפעה, שיש לאונס על הנפגעות ((Koss, 1993 בעבר היה נהוג לחשוב על המצוקה שנגרמת כתוצאה מאונס כמצוקה זמנית שנעלמת בתוך מספר שבועות. כיום יש עדויות רבות כי השפעות שליליות רבות של האונס נשארות זמן רב לאחר האונס. בדרך כלל אירוע של אונס מייצר מצוקה מיידית גבוהה שהולכת ופוחתת כחודשיים שלושה לאחר האונס. יחד עם זאת הדיווחים מראים כי פחדים, חרדות, הערכה עצמית נמוכה, ובעיות בתפקוד המיני נמשכים עד שנה וחצי לאחר האונס, לעיתים אף יותר. רבע מכלל הנשים שנאנסו ממשיכות להראות סימנים שליליים גם לאחר שנים רבות. ניתן למצוא סימנים של דיכאון, נטייה לשימוש באלכוהול ובסמים, אכילת יתר, הפרעה אובססיבית קומפלסיבית, PTSD, והפרעות חרדה שונות. 94% מנפגעות אונס מתאימות לקריטריונים של PTSD שנים עשר יום לאחר האונס, 46% עדיין מתאימות לקריטריונים האלה 3 חודשים לאחר האונס.

אונס גורם ל PTSD יותר מקשת של אירועים טראומטיים אחרים כמו שוד, תקיפה פיסית, מוות פתאומי של קרוב, או אסון טבע. ההשפעות הקשות של אונס אינן מפתיעות אם חושבים על האופי המיוחד של הטראומה הזו. היסוד המהותי באונס הוא הפגיעה הגופנית, הנפשית והמוסרית בנאנסת. האנס מנסה להפחיד את הנאנסת, לשוט בה, להשפילה ולעשותה חסרת ישע לחלוטין. האונס נועד אם כך לחולל טראומה נפשית.

הגישה הקוגניטיבית התנהגותית (Rothbaum et al, 1992) טוענים כי התנסות באירוע פתאומי ומפחיד מייצר סכמה של זיכרון שכוללת:

1. אינפורמציה לגבי המאפיינים של הסיטואציה המפחידה.
2. אינפורמציה ביחס לתגובה ההתנהגותית המילולית, הפיסיולוגית, והגלויה שקרתה בסיטואציה הטראומטית, ושקורית שוב ושוב בכל פעם שיש אקטיביזציה של הסכימה הזו.
3. קוגניציה ביחס למשמעות של הסיטואציה המפחידה והתגובה שקורית ביחס לכך. בגלל הטווח הרחב של הסכימות האלה, ושל הגירויים שגורמים לאקטיביזציה שלהן, ההנחה היא כי הם קיימים ברמה אקטיבית באופן מתמשך. בגלל שהסכימות הן המשקפיים שדרכן נחוה העולם: האונס שמייצר שינויים בסכימות הופך להיות עם פוטנציאל לתוצאות מזיקות נרחבות ומתמשכות.

לדוגמא: שירה, כבת 28 הגיעה אלי לטיפול בקליניקה פרטית. שירה הייתה רקדנית במקצועה, אישה נאה מאוד שעמדה להינשא. שירה עברה אונס בגיל 18 כאשר נסעה לטיול בכינרת עם חברתה הטובה ובן זוגה. בן הזוג הביא עמו חבר. שירה שהייתה חיילת, טרם התנסתה ביחסי מין מלאים. בערב ניסתה בפעם הראשונה בחייה להשתמש במריחואנה. היא חשה ברע והלכה לאוהל. בשכבה באוהל, מסטולית לחלוטין ללא יכולת לזוז, הגיעה החבר של בן זוגה של חברתה ואנס אותה. שירה מתארת שלא יכלה לעשות כלום כדי להגן על עצמה, חוץ מלהחזיק בחוזקה בחולצתה. לאחר האונס היא נשארה מוטלת ללא יכולת לזוז. אחד הדברים הקשים ששירה זוכרת מהאונס הוא שהאנס הביא את חברו ושניהם עמדו בפתח האוהל כאשר שכבה עירומה וחסרת אונים והתבדחו על מראה איבר המין שלה.

שירה מעולם לא התלוננה על האונס. לאחר האונס החלה לקיים יחסי מין לא מובחנים עם גברים רבים. היא חשה כי בכך היא נוקמת בהם. כיום כאשר יש לה מערכת יחסים טובה עם בן זוג לו היא עומדת להינשא, היא אינה מסוגלת לקיים יחסי מין עם בן זוגה, ללא השפעת אלכוהול. דבר זה מעיב מאוד על היחסים הזוגיים, ומעמיד את תוכניות הנישואין בסימן שאלה.

אורלי הגיעה אלי לטיפול כשהייתה כבת 17. היא עברה אונס בגיל 13 כאשר יצאה עם חברותיה לבלות בדיסקוטק. היא רקדה עם בחור שהיה מבוגר ממנה, כבן 21. בשלב מסוים הציע לה לצאת לדבר בחוץ מחמת הרעש. כאשר יצאו גרר אותה לרחוב הסמוך, שהיה חשוך ומבודד באזור תעשייה, אנס אותה והתעלל בה במשך כשעתיים תוך אלימות פיזית שכללה הטחת הראש בקיר ואלימות פיזית קשה. אורלי חששה לחייה ולא הייתה בטוחה כי האנס ישחרר אותה לאחר המעשה. לבסוף שחרר אותה והיא חזרה לחברותיה. היא הסתירה את האונס והתעללות. חזרה לביתה, התקלחה שעות, והחליטה כי לא תספר לאיש על מה שקרה. הוריה הבחינו כי אורלי החלה להתלבש באופן שונה: הפסיקה להתלבש כמו בנות גילה, והחלה ללבוש בגדים ארוכים ומסתירים, חולצות של אביה. אורלי שהייתה תלמידה מוכשרת באחד מבתי הספר היוקרתיים לאומנויות החלה להתדרדר בלימודים. היא החלה לסבול מ PTSD שכללה סיוטי לילה וחוסר יכולת לישון, הפרעות בקשב ובריכוז שכללו פלאשבקים של האונס, חרדות, חוסר שקט, עוררות מוגברת, הימנעות ועוד. אורלי לא יכלה עוד להמשיך להתרכז בלימודים וכשנתיים לאחר האונס הייתה מועמדת להרחקה מבית הספר. בשלב זה נשברה והיא ספרה על האונס ליועצת בית הספר שהפנתה אותה לטיפול. במהלך הטיפול זומנתי להעיד במשטרה כי לאורלי נפתח תיק עקב שימוש בסמים. חשוב לציין כי סמים הנם במקרים כאלה self medication כנגד הסבל המתמשך של הסימפטומים המתמידים של התסמונת הפוסט טראומטית.

חשוב לציין גם את הפגיעות הגופניות הקשות שיכולות ללוות אונס. הדבקה במחלות מין קורית בין 3% ל-30% מהמקרים. 26% מהנשים שעברו אונס חרדות מפני גילוי איידס בשלושת החודשים הראשונים לאחר האונס. הריון נמצא ב- 5% מהמקרים. נשים שנאנסו מדווחות על כאב כרוני של אגן הירכיים, בעיות קיבה ומעיים, כאבי ראש, כאבי גוף כללים, ואי סדר במחזור.

גילוי עריות כגורם מרכזי בהתדרדרות של נשים ונערות לזנות, סמים ופשע

התעללות מינית בילדות היא הגורם המרכזי בהתדרדרות של נשים למצבי מצוקה קשים כמו התמכרות לסמים, עיסוק בזנות ועבריינות. בפרק שכתבתי ונקרא: "הסרסור שלי לא היה צריך ללמד אותי כלום, אבא לימד אותי הכל בבית" (גור, 2002) אני מתארת כיצד גילוי העריות מעצב את הדינמיקה שמובילה נשים ונערות להתדרדר. בפרק אני מצטטת את אנדריאה דבורקין, סופרת פמיניסטית שטענה "האינססט הוא הטירונות של הזנות. האינססט הוא המקום אליו אתה שולח את הילדה ללמוד איך לעשות את זה. היא נמצאת שם ואין לה מקום אחר ללכת אליו. היא עוברת הכשרה. וההכשרה היא ספציפית וחשובה: היא לומדת שאין כל גבול אמיתי לגוף שלה. על מנת ללמוד את זה היא מוערכת רק על סקס. היא לומדת על גברים את מה שעברין המין מלמד אותה. אולם גם זה אינו מספיק כדי להתדרדר לזנות. היא בורחת מהבית, היא בחוץ ברחובות, חסרת בית. עבור רוב הנשים כל הסוגים האלה של התעללות צריכים לקרות כדי שהן יעסקו בזנות." ההתעללות המינית בילדות מייצרת את השביל שמוליך לזנות סמים ופשע בקרב נשים. תהליך היצור הזה מורכב הן מהפגיעה נפשית, שתוארה לעיל, ושמאפשרת לנערה להיות בתוך יחסי התעללות

והרס עצמי, הצורך להשתמש בסמים כ self medication כנגד הכאב הבלתי נסבל של זיכרונות ההתעללות, העיסוק בזנות שנתפס כהמשך של ההתעללות, חווית העצמי כאוביקט מיני, הצורך להרוויח כסף מהיר (לא כסף קל (!כדי לממן את ההתמכרות לסמים. הבריחות מהבית שהן לעיתים האמצעי היחיד שעומד בפני הנערה להפסיק את ההתעללות, ההומלסיות שאליה נקלעות הבורחות מהבית, ושבמידה מסוימת משחזרת חוויה פנימית של גדילה בבית לא בית. "בית" שבמסגרתו התרחש הנורא מכל. וכו' וכו'.

מחקרים מראים כיום כי כמעט כל אוכלוסיית הנשים בכלא, הנשים שעוסקות בזנות ונשים שמכורות לסמים עבור התעללות מינית בילדותן, ורה - ויקטימיזציה קשה בבגרותן. נתון המעיד בעד עצמו, ומלמד על גודל הנזקים האישיים והחברתיים שכרוכים בהתעללות ובפגיעות מיניות.

אבחון ותיוג פסיכיאטרי

אני רואה חשיבות רבה לספר את הסיפורים של המטופלות דבר שמסייע לנו להבין ולהיות אמפטיים למצוקות ולהפרעות הקשות. זאת לעומת ההסתפקות בדיאגנוזות הפסיכיאטריות וברשימות אין סופיות של סימפטומים, שכרוכה בהם, הרבה פעמים, התייחסות מתייגת והאשמת הקורבן. אסטרטגיות ההישרדות של קורבנות התעללות מינית בילדות כגון: דיסוציאציה, התמכרות לסמים, פגיעות עצמיות, התנהגויות אובדניות, התנהגויות אגרסיביות ואקטינג אוטו, גורמים לכך שהרבה מהנשים מאובחנות כבעלות הפרעת אישיות גבולית. לדברי הרמן (1994) אבחנה זו טעונה משמעות משפילה: "במקצועות בריאות הנפש משתמשים במונח זה לעיתים קרובות שלא הרבה יותר מעלבון מתוחכם". הרמן טוענת כי שימוש באבחנות הנו חלק מהנטייה להאשים את הקורבן שרווחת הן בקרב הציבור הרחב והן בקרב אנשי המקצוע. בעטייה חיפשו חוקרים וקלינאים את ההסבר לפשעיו של התוקף בתכונות קורבנו ולא בתכונותיו הוא.

האבחון של הפרעת אישיות גבולית מתייג את הנשים כסוטות ופגומות, ובכך מחזק את הקו המסורתי של התייחסות לנשים עברייניות, זונות ומכורות לסמים כאל נשים "רעות" ו"משוגעות". מערכת דיאגנוסטית זו מאשימה את הקורבן בחוסר יכולת לארגן את חייו לאחר ניסיון חיים מחריד, מה שמאפשר לחברה להכחיש את האחריות להתעללות המינית בילדות באמצעות יחוס הבעייתיות לאישיות הפגומה של הנשים הסוטות, כמו גם, לנקוט בדרכים של נידוי אשפוז וכליאת נשים. כיום הוכר הצורך בשינוי המערכת הדיאגנוסטית והטיפולית בנפגעות התעללות מינית בילדות. הבנת התפקיד שממלאת הטראומה המינית בילדות, יכולה לסייע להבנת הקשיים הנפשיים וההתנהגות הבעייתית, ובכך לפתוח דרכי טיפול ושיקום מותאמות, במקום שיטות הענישה והכליאה המקובלות כיום.

לסיכום: במהלך כתיבת ההרצאה עלו בי עשרות סיפורים של הנשים שטיפלתי בהן במשך השנים. קיים פער גדול בין האישה, הנערה שנלחמת על חייה לאחר ניסיונות מחרידים, ובין תיאורי הפסיכופתולוגיה בספרות המקצועית. בהרצאה ניסיתי לגשר על הפער הזה ולהעביר במילים המועטות את הבלתי ניתן להיאמר. המאבק בחדר הטיפולים הוא על מתן מילים, והבנה מחודשת של מה שאינו ניתן להבנה. השאלה "למה הוא עשה לי את זה?" נשארת תמיד ללא מענה. ומפגישה את המטפלים והמטופלים עם חוסר האונים כנגד מעשי זוועה אנושיים. יחד עם זאת הנכונות שלנו, המטפלים, לא להסב את המבט הצידה, לא להסכים להכחיש את הזוועה, לנקוט עמדה מוסרית ברורה של סולידריות עם הקורבן, ולגנות את המתעלל, לטפח הבנה עמוקה וקשר אמפטי כפי שכותב קרנברג: "יש בה יסודות משותפים עם האמפטיה של האם הטובה דייה, ואולם יש בה גן צד רציונלי לגמרי, כמעט סגפני בעבודתו של התירפיסט עם המטופל, צד שמעניק ליחסים ביניהם אופי שונה לחלוטין" נשים רבות הצליחו לצאת ממעגל התופת ולשקם את חייהן, לעיתים אחרי ניסיונות טיפול כושלים. כמעט כולן עשו זאת בעזרת קשר טיפולי מיטיב.

בראונמילר, ס. (1980). בניגוד לרצוננו. גברים נשים ואונס. הוצאת המין השני, ת"א.

גור, ע. (2002). "הסרסור שלי לא היה צריך ללמד אותי כלום, אבא לימד אותי הכל בבית" גילוי עריות כגורם מרכזי בהתדרדרות של נשים ונערות לזנות, סמים ופשע. מתוך: סלומון, ז, זוליגמן, צ (עורכות). סוד ושיברו – גילוי עריות: מאפיינים, השלכות ודרכי טיפול, קובץ מאמרים. אוניברסיטת תל אביב (בדפוס).

הרמן, ל. ג'ודית. (1994). טראומה והחלמה. עם עובד, ת"א.

Burgess, A.W., & Holmstrom, L.L. (1974). Rape Trauma Syndrom" American Journal Of Psychiatry, 131, 981-986.

Burgess, A. W., Hartman, C. R., Wolbert, W. A., & Grant, C. A. (1987). Child molestation: Assessing the impact un multiple victims (Part 1). Archives of Psychiaric .
Herman, L.J. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of Traumatic Stress, 5 (3), 377-391.

Koss, M. (1993). Rape: Scope, impact, interventions, and public policy responses. American Psychologist, 48 (10), 1062-1069.

MacMillan, H. A., Fleming, J. E., Streiner, D.L., & Lin, E. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology un a community sample.

Molnar, B.E., Buka, S.L., & Kessler,R.C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. American Journal of Public Health, 91, 5, 753-760.

Salter, A.C. (1992). Epidemiology of child sexual abuse. In: O`Donohue, W. & Geer,J. H., Editors, (1992). The sexual abuse of children: Theory and research (vol. 1), Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, pp. 119-149