

העיסוק בזנות כטראומה אביטל מרמלשטיין

העיסוק בזנות היה ומהווה עדיין נושא שנוי במחלוקת. מאז שמדענים בתחום הרפואה במאה ה-19 הגדירו את הזנות כהתנהגות סטייה, הפך הנושא לאובייקט למחקר מדעי נרחב כמו גם למטרה להתערבויות רפואיות וטיפוליות. במקביל, מהווה העיסוק בזנות נושא לויכוח פוליטי, כשהדיונים בסוגייה הנם בעלי אופי מוסרי וקשורים ברצון לשלוט במיניות הנשים ובהתנהגותן או נוגעים לתחום בריאות הציבור. ההתייחסות לרווחתן הנפשית (well-being) של העוסקות בזנות הנה שולית אם קיימת בכלל (Vanwesenbeeck, 1994), כשרוב הפרסומים בנושא בין השנים 1980 ו-1998, אינם נוגעים באלימות הכרוכה בעיסוק עצמו (Kelly, 2000 & Farley).

עם זאת, על מנת לקבל החלטות פוליטיות ולקבוע מדיניות בתחום, יש צורך בידע נרחב ורב ממדי הכולל גם את ההיבט של העוסקות בתחום עצמן, כלומר את הסיכונים הכרוכים בעיסוק בזנות ואת השלכותיו לגבי רווחתן ובריאותן הנפשית.

להלן תובא סקירה של המגמות המאפיינות את חקר התחום. מגמות בחקר הזנות

הסברים ביולוגיים המתמקדים באינדיבידואל

כתוצאה מהשילוב של הקשר האסוציאטיבי בין זנות ורוע והנטיות הביולוגיות-אינדיבידואליות ששלטו בפסיכיאטריה המוקדמת, המחקרים הראשונים בתחום התמקדו כמעט בלעדית בעוסקות בזנות עצמן, תוך בחינת 'אופיין הרע' ו'אישיותן החולה' (Vanwesenbeeck, 1994). מגמה הנובעת מכוון חקירה זה הנה האשמת הקורבן. תיאוריות לגבי נשים העוסקות בזנות התבססו בעיקרן על מודל פסיכיאטרי פרוידיאני. העוסקות בזנות תוארו במגוון ביטויים: כמזוכיסטיות, כבעלות מנטאליות אינפנטיליות, ככאלה שאינן מסוגלות ליצור יחסים בינאישיים בוגרים, כרגרסיביות וכמסוכנות לגברים מבחינה רגשית. נערות הטלפון תוארו כחרדות, כבעלות דימוי עצמי מבלבל, כתלותיות יתר על המידה, כמאופיינות בבלבול בנוגע לתפקידי מגדר, כתוקפניות, כמזוכיסטיות וכחסרות מעצורים פנימיים (Bryan, 1996). כמו כן, תוארו העוסקות בזנות כ'נוטלות סיכונים', כשהתנהגות זו יוחסה על פי רב לנטילת סיכון מכוונת, כלומר, חשיפה מרצון למצבים הטומנים בחובם פוטנציאל לנזק. למרות שחלק מהכותבים תיאר התנהגות נטילת סיכון כמופיעה בהקשר של עוני, טראומה ואלימות שנחו בילדות, הרי שאחדים בלבד פירשו התנהגות מעין זו כחזרה מבוססת-טראומה של ניצול מיני בילדות (Kelly, 2000 & Farley).

כיוון מחקרי זה הדגים את קיומה של פתולוגיה באופן משכנע רק בקבוצות מסוימות של העוסקות בזנות - אלו שעברו טראומה או שהיה קיים לפחות חשד בנוגע לקיומה של טראומה בעברן. המחקר בקרב האוכלוסייה הכללית בעשורים האחרונים העלה יותר ויותר קשרים בין טראומה מינית והפרעות פסיכולוגיות ופסיכיאטריות. עם זאת, כשדובר בעוסקות בזנות, ה'גילוי' של ההשפעה הפסיכולוגית של טראומה מינית העתיקה, באופן מפתיע, את תשומת הלב המחקרית מבריאותן הנפשית של העוסקות בזנות. טראומה מינית, בהקשר של זנות, נחקרה בעיקר כגורם מסביר לכניסה לזנות (Vanwesenbeeck, 1994).

הסברים לכניסה לעיסוק בזנות

פסיכו-אנליטיקאים ופסיכולוגים שחקרו בעיות אפשריות בתחום בריאות הנפש של העוסקות בזנות, עשו זאת בעיקר בהקשר של הבחירה בזנות, ולא בהקשר של מצבן הממשי הנוכחי. חוקרים רבים התמקדו בשכיחות של התעללות בקרב העוסקות בזנות, בחיפוש אחר קשר בין טראומה מינית בילדות והעיסוק בזנות ברמה אינדיבידואלית פסיכו-דינאמית (van der Kolk, 1989).

תיאורטית, ניתן להסביר את העיסוק בזנות של קורבנות להתעללות כצורה של התנהגות נגד פוביה (counter-phobic behavior), בה החזרה הבלתי מודעת על החוויה הטראומטית משמשת כניסיון להחזרת שליטה ולשימור הדימויים המעוותים של העצמי ושל העולם (Vanwesenbeeck, 1994). לאחר ניצול מיני, תפיסת הקורבן את עצמו ואת העולם חייבת להיות מעוצבת מחדש, על מנת לשלב את חווית הניצול. נטילת אחריות על הניצול מאפשרת החלפת תחושות חוסר אונים באשליה של שליטה. ילדים הנם בעלי סבירות גבוהה אף יותר להאשים את עצמם, בשל הצורך לשמר את ההורה כדמות מיטיבה. עם זאת, הניסיון הקליני הראה שבמקום לזכות בשליטה מחדש, לרוב, גורמת החזרה לסבל נוסף לקורבן או לאנשים בסביבתו (van der Kolk, 1989).

במקביל להתפתחותן של תיאוריות פסיכולוגיות הנוגעות לחזרה הכפייתית על הטראומה, התגבשו גישות סוציולוגיות כלפי סטייה, כגון תיאורית השליטה החברתית, תיאורית התיג, אינטראקציוניזם חברתי ותיאורית הסטיגמה. גישות אלה מסבירות את הסטייה כתוצאה של הגדרה חברתית ושליטה, תיג וחיזוק, יותר מאשר כמאפייני התנהגות אינדיבידואלים קבועים. המחקר שנבע מגישות אלו התייחס, לעיתים קרובות, לרקע משפחתי הכרוך באלימות, הרס והיעדר אהבה, אולם במקום להתמקד בתהליכי ההישרדות הפסיכולוגיים האינדיבידואלים של הקורבן, הדגש הושם על יחסי הגומלין ההדדיים ומעגלי המשוב בין הפרט לבין סביבתו.

נורמליזציה של הזנות כמקצוע

לטענת סגרין וגילוי (Jolly, 1983 & Sagarin), רובה של הזנות ניתנת להסבר במונחים כלכליים וחברתיים, ואינה דורשת פתולוגיה על מנת להבין את התופעה. עם זאת, הם מוסיפים, שסביר להניח שחיי הזנות, על כל הכרוך בהם, עלולים להביא לפתולוגיה שלא הייתה קיימת קודם לכן.

ספרות רבה בתחום מדעי הבריאות מושתתת על ההנחה של הנורמליזציה של הזנות, כבחירה מקצועית של נשים. ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) תרם לנורמליזציה זו על ידי תאור הזנות, ב-1988, כ'עבודת מין דינאמית ואדפטיבית, המערבת עסקת שירות מין בין מוכר וקונה (Kelly, 2000 & Farley). בהקשר זה, סגרין וגילוי (Jolly, 1983 & Sagarin) מבחינים בין המונחים מקצוע ועיסוק. לטענתם, מקצועיות, כפי שמיושמת במקצועות כגון רפואה, עריכת דין, שיטור ועוד, כרוכה בתקופת חניכה ארוכה וקשה, בסדרת כישורים הנרכשים במהלכה, בשיפוט של עמיתים מוסמכים לגבי הכישורים והסטנדרטים הנדרשים לכניסה למקצוע, באבחנה חדה בין אלו שהתקבלו לאלו שלא, ברמה גבוהה של הכרה, מחויבות ויוקרה. הכותבים מסכמים כי 'עם קריטריונים אלו, הרעיון של זנות כמקצוע אינו רציני' (עמ' 28). המשגה זו אף מטילה בספק את תפיסת הזנות כבחירה מקצועית של הנשים העוסקות בה. בחירה אינה קיימת כאשר סוכנות או גורם מעסיק אחר מחזיק בדרכונה של אישה ומכריחה לשלם עמלות והוצאות נסיעה, סטנדרטים המקובלים בתעשיית המין הכרוכה בסחר בנשים. הבחירה נעלמת כאשר, על מנת להמשיך בזנות, נשים מתמכרות לאלכוהול וסמים או מתחילות לעסוק בזנות בכדי לממן את התמכרותן. הטראומה שעוברת אישה על ידי שימוש של גבר אחר גבר בגופה עד לקבלת הזנות כגורלה, אינה כרוכה אף היא בבחירה (Leidholdt, 1993).

המצדדים במיסוד הזנות יכולים למצוא תימוכין לעמדתם בטיעון כי העיסוק בזנות נעשה מבחירה חופשית ומכיוון שכך, מוטב שהתופעה תהיה תחת פיקוח כלשהו. המתנגדים לו, מאידך, עשויים לטעון כי מדובר בניצול גרידא המתעלם מזכות הבחירה של הנשים המעורבות. כך או אחרת,

בחינת שאלת הבחירה, כפי שנתפסת על ידי העוסקות בזנות עצמן והקשר בינה לבין רווחתן הנפשית עשויה להעלות מידע רלוונטי ומשמעותי לצורך קבלת החלטות בנושא מיסוד הזנות.

הדאגה לבריאות הציבור

בין השנים 1992 ו 1996, ניתן לזהות תפנית חדה במגמות המחקר בנושא הזנות בתחומי הרפואה ומדעי החברה. הנושא הדומיננטי בספרות שפורסמה באותן שנים הנו האיידס, עם תת קטיגוריות המדגישות קיום בו זמני של צריכת אלכוהול וסמים. במקביל, ניכרת ירידה בחקר הנזקים הכרוכים בעיסוק בזנות, השונים ממחלות המועברות במגע מיני. ההתמקדות באיידס מדגישה את ההתעלמות מהאלימות המינית והנזק הפסיכולוגי הקודמים לעיסוק בזנות ומובנים בתוכו. למרות שבמבט ראשון, תשומת הלב לסיכון להידבק באיידס כוללת את העוסקות בזנות עצמן, בחינה מעמיקה יותר מראה שהדאגה העיקרית נתונה לבריאות הלקוח ולהפחתת חשיפתו למחלה. למרות התיעוד הרב על הידבקות נשים מגברים במהלך קיום יחסי מין, כשמדובר בעוסקות בזנות, ההנחה הרווחת הנה שהן אלו הנושאות את המחלה ומפיצות אותה (Kelly, 2000 & Farley). התומכים בפיקוח רפואי על נשים בתעשיית המין לא העלו אף הצעה למעקב רפואי בקרב צרכני המין. פיקוח רפואי על הנשים בלבד, ללא פיקוח, בד בבד, על אוכלוסיית הצרכנים, לא יוכל להפחית את הזיהום והפגיעה ולהגן על אף אחד מהצדדים (Raymond, 1998).

ואנוסנביק (Vanwesenbeeck, 1994) מצאה במחקרה כי רוב הנשים העוסקות בזנות מודעות היטב לסכנת האיידס ומחלות אחרות המועברות במגע מיני ומחויבות להגן על עצמן מפני איומים אלה. כמו כן, ציינו הנבדקות כי קיימים בעלי עניין שונים בכך שעבודתן תעשה תוך נקיטת אמצעי הזהירות הנדרשים: בן זוג קבוע, לקוחות, עמיתות לעיסוק וילדיהן. מתוך 119 נשים, 93 דווחו על שימוש בהגנה קבועה, 13 הציגו את עצמן כנוטלות סיכון סלקטיבי ומחושב ו 13 נוספות דווחו כי אינן משתמשות כלל באמצעי הגנה.

קיימות מספר סוגיות שידע לגביהן עשוי לסייע בקבלת ההחלטות לגבי מיסוד הזנות ככלל ואופן הפיקוח על הסיכונים הבריאותיים הכרוכים בה בפרט: ראשית, מהן התפיסות הרווחות בקרב העוסקות בזנות לגבי איידס ומחלות נוספות המועברות במגע מיני: האם הללו נתפסים כגורמי לחץ, כסיכון מקצועי או אחרת? שנית, כיצד מתמודדות העוסקות בזנות עם היבטים אלו בעבודתן? ושלישית, מהן ההשלכות של התמודדותן עם היבטים אלו לגבי רווחתן הנפשית?

ממצאים הנוגעים לבריאותן ולרווחתן של העוסקות בזנות

רבים מאתנו חווים לעיתים תחושות של חוסר ערך, אולם, עבור נשים העוסקות בזנות זוהי חוויה יומיומית (Dworkin, 1997) במחקר שנערך בהולנד, נמצאו שיעורים גבוהים של תלונות ובעיות בקרב נשים העוסקות בזנות: 90% מאוכלוסיית המחקר דווחו על תחושת עצבנות ובין 75%-80% דווחו על תחושות דיכאון, תוקפנות, חוסר אמון ואשמה. כל הנשים דווחו על לפחות בעיה אחת רגשית או פסיכו-חברתית. במחקר נוסף, שנערך אף הוא בהולנד, נמצאו שיעורים גבוהים של תלונות על כאבי ראש (88%) ורמת אנרגיה נמוכה (86%). תלונות שכוחות נוספות (בעלות שיעור של לפחות 70%) הן: תחושה שאינן מובנות, נטייה להתרגז בקלות, כאבי שרירים, נטייה להיפגע בקלות, קשיי ריכוז, האשמה עצמית והיעדר יכולת להיפטר ממחשבות לא נעימות. שיעורן של תלונות אלו נמצא גבוה בקרב נשים העוסקות בזנות בהשוואה לקבוצת ביקורת (Vanwesenbeeck, 1994). במחקר אחר, שנערך בקרב נשים שגויסו במקומות ציבוריים בהארלם, ניו-יורק, נמצאה רמה גבוהה יותר של מצוקה פסיכולוגית בקרב נשים שסחרו במין בהשוואה לאלה שלא עשו כן, וחומרת התסמינים נמצאה כגבוהה מזו המאפיינת אוכלוסיות המטופלות במסגרות טיפוליות (El-Bassel et al., 1997).

ממצאים אלו מעלים את הצורך בבחינה מעמיקה של הסיכונים הכרוכים בעיסוק בזנות ושל מקורותיהם. הסבר תיאורטי אפשרי לשיעור הגבוה של מצוקות רגשיות ותלונות פסיכוסומטיות בקרב העוסקות בזנות בא מכיוון חקר הטראומה. להלן יוצגו הרלוונטיות של הטראומה להבנת

התהליכים הפסיכולוגיים הנלווים לעיסוק בזנות וממצאים מחקריים התומכים בהמשגה זו.

זנות, טראומה והפרעת לחץ פוסט טראומטית

הגדרת מושג הטרומה

המהדורה העדכנית של המדריך הדיאגנוסטי והסטטיסטי להפרעות נפשיות, DSM 4 TR (APA, 2000), מגדירה טראומה באופן הבא: חוויה של אירוע או אירועים או עדות לאירוע או אירועים, המערבים מוות או פגיעה חמורה או איום למוות או לפגיעה חמורה או איום לשלמות הפיזית של העצמי או אחרים.

העיסוק בזנות כטראומה

ישנן מספר התייחסויות לכך שעיסוק בזנות כרוך ברצף מתמשך של ניצול מיני ואלימות, המתחילים בתקיפה מינית או בזנות בילדות (לדוגמא: Nadon, Bagley, 1995; Koverola & Schludermann, 1998). דוורקין (Dworkin, 1997) טוענת כי הזנות הנה התעללות במהותה, וכי אף אישה העוסקת בזנות אינה יכולה להישאר שלמה, כתוצאה מהשימוש בגופה כפי שנעשה בעיסוק זה. אלימות מינית ופיזית, המתבטאת באיומים, באמצעות כלי נשק או בלעדיהם, בתקיפות פיזיות על ידי לקוחות וסרסורים ובאונסים, הן חוויות נורמטיביות עבור נשים העוסקות בזנות (Farley & Farley, Baral, Kiremire, 1998; Barkan, 1998 & Sezgin, 1998; Raymond, 1998). בנוסף, נראה שהעיסוק בזנות הנו דרך ללא מוצא. כשילדה או אישה מתחילה לעסוק בזנות, ניסיון לעזוב עלול להיות מסוכן ואף קטלני (Leidholdt, 1993).

בהיעדר מקורות תמיכה רגילים זמינים, עלולים אנשים לפנות למענים אותם. ילדים ומבוגרים כאחד עלולים לפתח קשרים רגשיים חזקים עם אובייקטים שמטרידים אותם, מכים אותם ומאיימים עליהם לסירוגין (van der Kolk, 1989). ממצא זה בשילוב עם תופעת החזרה הכפייתית על הטרומה יוצרים מעגל קסמים כמעט בלתי ניתן לפריצה.

בחינת הדינאמיקה של הכוחות בין העוסקות בזנות לבין סרסוריהן, מדגימה בבירור כיצד טקטיקות של כוח ושליטה המשמשות לגיוס נשים לזנות ולשמירתן, מקבילות לאלו בהן משתמשים גברים מכים על מנת להבטיח את צייתנותן של נשותיהן. טקטיקות אלו כוללות בידוד, הפחתה והכחשה של ההתעללות, הפעלה של זכויות הגבר, איומים והתעללות רגשית, מינית ופיזית (Giobbe, 1993). השלכותיה של דינאמיקה מעין זו על נשים מוכות תוארו בספרות ונמצאו ככוללות פתולוגיות שונות ובפרט, שיעור גבוה של מענה על הקריטריונים הדיאגנוסטיים להפרעת לחץ פוסט טראומטית (Girolamo & McFarlane, 1996; Houskamp & Foy, 1991; Kemp, Green, Hovanitz & Rawlings, 1995; Kemp, Rawlings & Green, 1991; Saunders, 1994). בנוסף, נמצא קשר בין עוצמת האלימות שנחווה ותדירותה לבין חומרת תסמיני ההפרעה. בניגוד לנפגעות אונס, הטבע הכרוני של התעללות בהקשר של מערכת יחסים, החשיפה המתמשכת למתעלל ופוטנציאל החזרה של האירוע הטרומטי, עלולה להוביל לשינויים קוגניטיביים כגון נאמנות פרדוקסלית למתעלל, הגברת ייחוסים סיבתיים בעלי אופי של האשמה עצמית וחוסר אמון כללי (Houskamp & Foy, 1991; Kemp, Rawlings & Green, 1991; Saunders, 1994). התעללות פיזית ו/או מינית כרונית עלולה להשפיע באופן שלילי על תחושת האינטגרציה של העצמי ולגרום לתסמינים כגון דיסוציאציה, אלקסיתימיה ושפת גוף שאינה מותאמת. נשים בעלות רקע של התעללות חוזרת דיווחו, לדוגמא, על אפיזודות של התנתקות ומציאת עצמן בסביבות בלתי מוכרות ומאיימות. רבות מנשים אלו נראות כבעלות יכולת מעטה לסמוך על מצבים רגשיים, ובייחוד על תחושת פחד על מנת לזהות מצבים בעלי פוטנציאל מאיים. ככלל, נראה כי הן מתקשות לווסת תגובות רגשיות, מאפיין המתבטא בהיעדר פחד ממצבים מאיימים מחד, ובתגובות מוגזמות למצבים בעלי סיכון מציאותי מועט, מאידך. תצפיות קליניות

שנעשו על נשים אלו מעידות על היעדר קואורדינציה ואינטגרציה טובות בשפת גופן. מאפיינים אלו עלולים להעביר מסר של פגיעות לסובבים אותן ובכך לתרום להמשכיות ההתעללות בהן. הספרות המתייחסת לבחירת הקורבן על ידי מתעללים מעידה על כך שהאחרונים הנם בעלי רגישות גבוהה לשפת גוף המבטאת היעדר אסרטיביות ועל בחירת מטרות המונחית על ידי הבחנה זו. (Cloitre, 1994).

העיסוק בזנות והפרעת לחץ פוסט טראומטית

נשים העוסקות בזנות מהוות תת קבוצה ספציפית של נשים החשופות להתעללות כרונית ומתמשכת. חקירת קיומם של תסמינים של הפרעת לחץ פוסט טראומטית באוכלוסייה זו נובעת משלושה טעמים: ראשית, נשים העוסקות בזנות נמצאו כבעלות שיעור גבוה של התעללות מינית בילדות, שנמצאה קשורה לתסמינים של הפרעת לחץ פוסט טראומטית בבגרות (בר גיא ושל, 2001; Rodriguez, Kemp, Ryan & Foy, 1997; Girolamo & McFarlane, 1996). האלימות המינית והפיזית המאפיין את חיי הזנות (Cooper, Kennedy & Yuille, 2001; Farley, Barkan, 1998). נוכחותם של תסמינים דיסוציאטיביים, המקושרים להפרעה זו בתיאוריהן של נשים העוסקות בזנות & Farley).

(Keaney & Barkan, 1998; Farley 1997). להמשגת המצוקה הפסיכולוגית שחוות נשים העוסקות בזנות ישנן גם השלכות פרקטיות: ראשית, יש שביקרו את השימוש במונחים פסיכיאטרים לגבי אוכלוסייה זו בשל ההנחה שקיימת הדחקה והתעלמות מהדיכוי ממנו סובלות נשים אלו בהינתן אבחנה פסיכיאטרית. שימוש במושגים כגון מזוכיזם, סטייה ואישיות גבולית, גרם בודאי נזק נוסף לנשים העוסקות בזנות. לעומת זאת, על פי פארלי ועמיתיה (Farely et al., 1998), דיון במושגים של תסמיני הפרעת לחץ פוסט טראומטית, מאפשר לנשים אלו להשתחרר מהסטטיגמה, מביא להפחתה בתחושה שהנן 'משוגעות' ולהקלה כתוצאה משיום התסמינים המאפיינים אותן. תחושה זו מחוזקת על ידי העדות הבאה: 'אני תוהה מדוע אני ממשיכה ללכת למטפלים ולספר להם שאיני מצליחה לישון ושיש לי סיוטים. הם חולפים ליד העובדה שהייתי זונה ושהוכיתי עם לוחות של 24x, ושצבעותי ובהונתיי נשברו על ידי סרסור, ושנאנסתי יותר משלושים פעמים. מדוע הם מתעלמים מכך?' (Barkan, 1998 & Farley). שנית, כמובן שמתן אבחנה תואמת סוללת דרך למציאת דרכי טיפול אפקטיביות.

רמזים לתסמינים דיסוציאטיביים ניתן למצוא בדבריהן של נשים העוסקות בזנות: 'אני סוגרת את עיניי ואת אוזניי. אני חותכת כל דבר הקשור ברגשותי, 'הכל מרגיש מטושטש... באמת, זה נגד הרצון שלי. ההליכה למכונית היא ריקה, לאחר מכן המכונית שם. אחר כך זה המעשה. לאחר מכן אני רוצה למחוק את כל הבלגן', 'רק ראשי שייך לי. השארתי את גופי ברחוב' (Hoigard & Finstad, 1992, p. 65-66); 'עזבתי את גופי. לעיתים רחוקות בלבד הייתי שם. הייתה לי טכניקה טובה לעזיבה. ידעתי איפה אני, אני מתכוונת שידעתי מה הם עושים, אבל זה היה כאילו אין לי שום תחושה... זאת הייתה ההישרדות שלי. זאת הייתה דרך לדעת שהם יכולים לקבל את גופי, אך הם אינם עומדים לקבל אותי' (Kelly, 2000 & in Farley Giobbe, 1992, p. 125).

לצד תיאורים אלה, ישנם גם ממצאים מחקרניים המעידים על הימצאותם של תסמיני הפרעת לחץ פוסט טראומטית בקרב העוסקות בזנות: במחקר שכלל נשים העוסקות בזנות מתמש ארצות שונות, נמצא כי בממוצע 67% מהנשים עונות על הקריטריונים הדיאגנוסטיים להפרעת לחץ פוסט טראומטית. 85% מהנשים ענו על קריטריונים להפרעת לחץ פוסט טראומטית חלקית (כלומר, עמדו בשניים משלושת הקריטריונים הסימפטומטיים B- חוויות חוזרות ונשנות של האירוע הטראומטי בדרכים שונות, C- הימנעות עיקשת מגירויים המקושרים לטראומה וקהות תגובתית, ו D- סימפטומים עקביים של עוררות מוגברת) (Farley et al., 1998). לא נמצאו הבדלים בשיעור הפרעת הלחץ הפוסט טראומטית בין ארבע מתוך חמש הארצות. ממצא זה פורש על ידי המחברים כעדות לכך שהחוויה הטראומטית הכרוכה בעיסוק בזנות הנה בעלת עוצמה גבוהה מזו של

משתנים כגון גזע, מגדר או ארץ מוצא. למרות ששיעור האלימות הפיזית בבתי בושת היה נמוך ביחס לזה שנמצא בקרב זונות רחוב, לא נמצאו הבדלים בשיעור הפרעת לחץ פוסט טראומטית בין שני סוגי הזנות (Farley et al, 1998). מחקר אחר, שבדק נשים העוסקות בזנות ברחובות סן פרנסיסקו, מצא 68% מהן כעונות על הקריטריונים הדיאגנוסטיים להפרעת לחץ פוסט טראומטית ו 76% העונות על הקריטריונים הדיאגנוסטיים להפרעת לחץ פוסט טראומטית חלקית. החוקרים יצרו ארבע קטיגוריות של אלימות: תקיפה מינית בילדות, תקיפה פיזית בילדות, אונס בתקופת העיסוק בזנות ואיום או תקיפה פיזית בתקופת העיסוק בזנות. נמצא קשר ישיר בין מספר סוגי האלימות שנחוו לבין חומרת תסמיני הפרעת לחץ פוסט טראומטית והסבירות לענות על הקריטריונים הדיאגנוסטיים שלה (Barkan, 1998 & Farley).

שיעורי הפרעת לחץ פוסט טראומטית, כפי שמדווחים במחקרים אלה, הנם גבוהים ביותר, אף ביחס לאוכלוסיות נפגעות מוכרות אחרות (לשם השוואה, שיעור הפרעת לחץ פוסט טראומטית בקרב האוכלוסייה הבוגרת בארצות הברית הנו כ 8%. מחקרים על קבוצות בסיכון כגון נפגעות אונס, לוחמי קרבות צבאיים ושבויים הניבו שיעורי הפרעת לחץ פוסט טראומטית הנעים בין שליש ליותר ממחצית מהנחשפים לתופעות) (APA, 2000).

עם זאת, אבחנה של הפרעת לחץ פוסט טראומטית אינה מכסה את הנזק הפסיכולוגי הספציפי הנגרם על ידי העיסוק בזנות. לאורך זמן, האלימות המתמשכת, ההשפלה והעלבון מביאים לשינויים אישיותיים. הרמן (1992) תיארה שינויים ארוכי טווח בניצולי טראומה המתבטאים בויסות רגשי, בתודעה, בתפיסה העצמית, בתפיסת המתעלל, בקשרים עם אחרים ובמערכות של משמעות. הרמן הציעה להבדיל בין תסמינים אלה, הנובעים מהיסטוריה של חשיפה לשליטה טוטליטרית וניצול מיני מתמשך לבין תסמינים פוסט-טראומטיים שמקורם באירוע חד פעמי על ידי ההגדרה תסמונת לחץ פוסט-טראומטי מורכבת.

הבעייתיות הכרוכה בחקר הטראומה

הרמן (1992) מגדירה את ההיסטוריה של חקר הטראומה הנפשית כסובל מ 'אמנויה אפיזודית', המתבטאת בהתחלפותן של תקופות חקירה פעילות בתקופות שכחה ובקווי חקירה הנבדקים, נשכחים ומועלים שוב חדשות לבקרים. תופעה זו מיוחסת על ידה לטבעו השנוי במחלוקת של הנושא, ש: "שוב ושוב הוליד... אל מה שאין להעלותו על הדעת והתנפץ אל שאלות יסוד של אמונה... כאשר מדובר באסונות טבע או ב 'אצבע אלוהים', אין הם מתקשים לרכוש אהדה לנפגעים. אבל כאשר האירועים הטראומטיים הם מעשה ידי אדם, נקלעים העדים לעימות בין התוקף לקורבנו. מבחינה מוסרית אי אפשר להישאר שווה נפש בקונפליקט הזה. העומד מן הצד נאלץ לנקוט עמדה" (עמ' 19).

קונפליקט זה מעורר ויכוחים סוערים, המטילים בספק את אמינותם של מטופלים ומטפלים כאחד. תופעת ה 'אמנויה האפיזודית' מוסברת על ידי הצורך בהקשר חברתי ופוליטי שיאשר את דברי הנפגע, יספק לגיטימציה לטענותיו ויתמוך במחקר השיטתי של הטראומה (הרמן, 1992). טענותיה של הרמן משתקפות בסקירת ההיסטוריה של התפתחות מושג הטראומה.

סקירה היסטורית התפתחותית

התופעה הראשונה שהועלתה לתודעת הציבור ונחקרה כצורה מיוחדת של טראומה נפשית הנה ההיסטוריה, שהייתה אובייקט לעניין רב בשלהי המאה התשע-עשרה. ז'נה בצרפת ופרויד, עם שותפו ברויאר, בוניה, הגיעו, כל אחד בנפרד לניסוחים דומים להפליא באשר למקורותיה של ההיסטוריה: ההיסטוריה היא מצב שנגרם עקב טראומה נפשית. תגובות רגשיות קשות מנשוא לאירועים טראומטיים מולידות מצב תודעה אחר, ומצב זה עצמו מביא לידי הופעת התסמינים ההיסטוריים. ז'נה קרא לשינוי הזה 'דיסוציאציה'. ברויאר ופרויד קראו לו 'תודעה כפולה' (הרמן, 1992). ב 1896, כתב פרויד את המאמר 'נורו פסיכוזה של הגנה', בו קבע על סמך שלושה עשר מקרים כי הטראומות הגורמות להיסטוריה "שייכות בהכרח לילדות המוקדמת (הזמן שלפני

הבגרות המינית), והן חייבות לכלול גירוי ממשי של אברי המין (הליכים הדומים למשגל) "גיי, (1993).

החברה הוינאית השמרנית, בתוכה חי ופעל פרויד לא הייתה בשלה דיה עדיין על מנת לקבל את ההאשמות העולות מתיאורית הפיתוי ופרויד נאלץ לחזור בו מרעיונותיו. מהריסות התיאוריה הטראומטית של ההיסטוריה הקים פרויד את הפסיכו-אנליזה. התיאוריה הפסיכולוגית שעתידה למשול בכיפה במאה השנים הבאות הייתה מבוססת על שלילת המציאות של נשים שהיו חשופות להתעללות מינית. המיניות נשארה במוקד החקירה, אבל ההקשר החברתי של ניצול, שבו היחסים המיניים מתרחשים בפועל, נעלם לחלוטין מן העין (הרמן, 1992). את תיאוריית הפיתוי החליפה תיאוריית הפנטזיה, שגרסה כי תיאורי המטופלות הנן פרי דמיון ומאוויהן. כך, בהיעדר תמיכה חברתית פוליטית, נגנז חקר הטראומה לזמן מה.

בשנות השבעים, העלתה התנועה לשחרור האישה לתודעה החברתית את העובדה שההפרעות הפוסט טראומטיות הנפוצות ביותר אינן אלו של הגברים במלחמה אלא של הנשים בחייהן האזרחיים. תנאי החיים האמיתיים של הנשים הוסתרו בתחום האישי, הפרטי. הפחד והבושה השתיקו את הנשים, ושתיקתן נתנה היתר לכל צורה של ניצול מיני ומשפחתי. תנועת הנשים האמריקאית אף עוררה את המחקר בתחום, שתוצאותיו איששו את הממשות של חוויות הנשים, שפרויד פטר מאה שנים לפני כן בקביעה שאינן אלא פנטזיות. התנועה הפמיניסטית נדרשה להגדיר את האונס כפשע אלים ולא כאקט מיני, וזאת על מנת לסתור את ההשקפה שבאונס מגשימות הנשים את מאוויהן העמוקים ביותר, טענה שרווחה בספרות, החל מן הפורנוגרפיה הזולה ועד לפרסומים אקדמאים.

בשנת 1972, ערכו ברג'ס, אחות פסיכיאטרית והולמסטרומ, סוציולוגית, מחקר על השפעותיו הפסיכולוגיות של האונס. הן איתרו דפוס של תגובות פסיכולוגיות אותו כינו 'תסמונת טראומת האונס'. במחקר צוינה חוויתן של נשים את האונס כאירוע המסכן את חייהן, שלוהו בפחד מחבלה וממוות. כמו כן, התלוננו הנפגעות על נדודי שינה, בחילות, תגובות בהלה וסיוטים וכן על תסמינים של דיסוציאציה וקהות. החוקרות נתנו את הדעת לדמיון הקיים בין התסמינים שתיארו הנפגעות לבין התסמינים שנמצאו בקרב ותיקי המלחמה.

האונס היה הפרדיגמה הראשונה של התנועה הפמיניסטית לאלימות נגד נשים ברשות היחיד. ככל שהתעמקה ההבנה כך התקדם חקר הניצול המיני וכלל מערכות יחסים בעלי מורכבות הולכת וגדלה, בהן אינטימיות ואלימות משמשים בערבוביה. הפעילות הראשונה בתחום האלימות במשפחה וההתעללות המינית בילדים צמחה אף היא מהתנועה הפמיניסטית. כמו באונס, גם המחקרים הפסיכולוגיים בתחום זה הביאו לגילוי מחודש של תסמונת הטראומה הנפשית. התיאורים הראשוניים של הפסיכולוגיה של נפגעות גילוי עריות סיכמו, ביסודו של דבר את ממצאי ההיסטוריה משלהי המאה התשע-עשרה. עם זאת, רק ב 1980, הופיעה לראשונה תסמונת הטראומה הנפשית במדריך הרשמי להפרעות נפשיות של האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית, תחת ההגדרה 'הפרעת לחץ פוסט טראומטית' (הרמן, 1992), על מנת שהנזקים הפסיכולוגיים הכרוכים בחשיפה להתעללות מינית ו/או פיזית יעלו לתודעה הציבורית ויזכו בהכרה חברתית ומקצועית, נדרשה פעילות רבה ואינטנסיבית מצד גורמים חברתיים (ובראשם התנועה הפמיניסטית). היעדר תמיכה חברתית ופוליטית באינטרסים של העוסקות בזנות, כמו גם חסרון של מודעות והכרה בגורמי הלחץ הכרוכים בעיסוק בזנות, מהווה מעין הסכמה שבשתיקה לתופעות כגון נורמליזציה של הזנות, הגדרתה כמקצוע ופירוש התופעה באמצעות יחוס פתולוגיה לפרטים המעורבים בה. תופעות אלו אף עלולות לגרום לכך שאנשי מקצוע הבאים במגע עם פרטים מאוכלוסייה זו יהיו שבויים בהמשגות שגויות, שעלולות, בתורן, להוביל למאמצים טיפוליים עקרים, המסתיימים בטרם עת בשל היעדר אפקטיביות. בחינה מעמיקה של גורמי הלחץ והסיכון הכרוכים בעיסוק בזנות והשפעותיהם על רווחתן הנפשית של הנשים המעורבות בה עשויה לסלול דרך להגברת המודעות הציבורית לתופעה ולהשלכותיה.

לחץ ורווחה נפשית (well-being)

לצד ממצאים בספרות לגבי דימוי עצמי נמוך בקרב העוסקות בזנות (Nadon et al., 1998) והערכה עצמית נמוכה כחלק מתסמיני הפרעת לחץ פוסט טראומטית מורכבת, ישנם מחקרים המעידים על היעדר הבדל בדימוי העצמי של נשים העוסקות בזנות בהשוואה לקבוצת ביקורת (Nadon et al., 1998; Nwankwo, 1989). הסבר אפשרי אחד לממצאים בלתי עקביים לגבי הדימוי העצמי של העוסקות בזנות הנו קיומו של גורם מתווך בין החוויות הכרוכות בעיסוק בזנות לבין השפעותיהן על הדימוי העצמי של העוסקות בו. גורם מתווך כזה עשוי אף להסביר את העדר הקשר בין תופעות דיסוציאטיביות לבין חומרת ההתעללות המינית בעבר או פגיעות שהתרחשו במהלך העיסוק בזנות, כפי שדווח על ידי קופר ועמיתיו (Cooper et al., 2001) וזאת בסתירה למחקרים אחרים שמצאו קשר בין המשתנים (Farley & Barkan, 1998; Farely et al., 1998). המנגנונים באמצעותן מתמודדות העוסקות בזנות עם הסיכונים והנזקים הכרוכים בעיסוק יכולים לשמש כגורם מתווך מעין זה ולהסביר הבדלים אינדיבידואלים הנוגעים לתוצאות העיסוק בזנות ולהשלכותיו.

מנגנוני התמודדות

הויגרד ופינסטד (Hoigard & Finstad, 1992) מתארים בספרם, המבוסס על ראיונות עם נשים העוסקות בזנות, את מנגנוני ההגנה המשמשים אותן. אסטרטגיות אלו, המשרתות כולן מטרה אחת - להימנע מהשתתפות, לשמור מרחק ולהגן מפני חדירה לעצמי, קובצו על ידי המחברים למספר קטגוריות: 'התרוקנות', הכוללת מחשבות על דברים אחרים וצריכת אלכוהול או סמים; 'קביעת גבולות פיזיים', הכוללת הימנעות מנשיקות, ממגע בחלקי גוף מיוחדים, מתנחחות מסוימות ודרישה לשימוש בקונדומים; 'הסתרת העצמי', הכוללת הימנעות מחשיפת החיים הפרטיים, הימנעות מהבאת לקוחות הביתה, שימוש בשם בדוי, לבישת פיאה ובגדים שונים, הסתרת סיפוק מיני ורחצה לאחר האקט; 'עשיית מהומות', הכוללת התחמקות ונגיבות; 'הימנעות מלקוחות שאכפת מהם' כגון, גברים צעירים, לקוחות קבועים ולקוחות המוצאים חן בעיני העוסקות בזנות.

ואנוסנביק (Vanwesenbeeck, 1994) בחנה את תגובותיהן של העוסקות בזנות לבעיות שונות עמן הן נדרשות להתמודד ומצאה כי תגובות התמודדות המכוונות בעיה (לחשוב על אפשרויות שונות לפתרון בעיה) הן השכיחות יותר בקרב העוסקות בזנות, בשילוב עם תגובות התמודדות מרגיעות מטבען (לנסות להרגיש טוב יותר), הנמצאות, אף הן, בשימוש על ידי רבות. לעומת זאת, תגובות התמודדות המבטאות חוסר אונים או מסוגלות ומיקוד שליטה חיצוני (אי יכולת לעשות משהו), 'השלמה עם מהלך הדברים', 'בקשת עזרה' ו'תחושה כי נשלטת על ידי הבעיות' דווחו בשכיחות נמוכה יחסית. בהשוואה לקבוצת ביקורת, לא נמצאו הבדלים בתדירות השימוש בתגובות המכוונות בעיה. עם זאת, נשים העוסקות בזנות השתמשו יותר בתגובות הממוקדות ברגש ופחות חיפשו תמיכה חברתית. מיקוד השליטה של העוסקות בזנות בנוגע לבריאותן נמצא כפנימי. במחקר נוסף שערכה, תגובות דיסוציאטיביות מסוימות (תחושה של אובדן קשר עם המציאות, 'תחושה של יציאה מהגוף') דווחו בשכיחות נמוכה (יותר מ 60% מהנבדקות דווחו שלא חוו כך מעולם). עם זאת, ממוצע הציונים בפריטים דיסוציאטיביים נמצא כגבוה ביותר, ממצא המעיד על כך שלמרות שדיסוציאציה נראית כמנגנון התמודדות קיצוני, היא נמצאת בשימוש תדיר יחסית בקרב העוסקות בזנות. קופר ועמיתיו (Cooper et al., 2001) דווחו אף הם על חוויות דיסוציאטיביות תדירות בקרב העוסקות בזנות.

* * *

המשגת העיסוק בזנות כחוויה טראומטית מתמשכת והבנת הנזקים הספציפיים הכרוכים בעיסוק זה משמעותיות ביותר בבואנו לבחון סוגיות חברתיות שונות הנובעות מחקר הזנות. עם זאת, המשגה זו חשובה אף הרבה יותר כעמדה מוסרית אתית וכגישה אנושית כלפי אותן נשים

השבועות במעגל האימה והאלימות. עמדה זו, המכירה בעוול המתמשך שנגרם להן והינה נטולת ביקורת ושיפוטיות הינה, לטעמי, בסיס מחייב לשיקום העצמי של אותן נשים.

1. בר גיא, נ. ושלו, א. (2001). השפעותיה של התעללות בשנות הילדות על פסיכופאטולוגיה במבוגרים. שיחות, ט"ו . 180-194 (3)
2. גיי, פ. (1993). פרויד. פרשת חיים לזמננו. תל אביב: דביר .
3. הרמן, ג'ל. (1992). טראומה והחלמה. תל אביב: עם עובד .
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (fourth edition, text revision). Washington, DC: Author.
- Bagley, C. (1995). *Child sexual abuse and mental health in adolescents and adults*. Vermont, U.S.A.: Ashgate.
1. Bryan, J.H. (1996). Apprenticeships in prostitution. In D.F. Greenberg, (Ed.), *Criminal careers volume II* (Pp. 46-55). England: Dartmouth.
2. Cloitre, M. (1994). Practical and theoretical considerations in the treatment of sexually revictimized women. *NCP Clinical Quarterly*, 4(3).
3. Cooper, B. S., Kennedy, M. A. & Yuille, J.C. (2001). Dissociation and sexual trauma in prostitutes: Variability of responses. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(2), 27-36.
4. Dworkin, A. (1997). *Life and death*. New York: The Free Press.
5. El-Bassel, N., Schilling, R., Irwin, K.L., Faruque, S., Gilbert, L., Von Bargen, J., Serrano, Y. & Edlin, B.R. (1997). Sex trading and psychological distress among women recruited from the streets of Harlem. *American Journal of Public Health*, 87(1), 66-70.
6. Farley, M., Baral, I. Kiremire, M. & Sezgin, U. (1998). Prostitution in five countries: Violence and post-traumatic stress disorder. *Feminism & Psychology*, 8(4), 405-426.
7. Farley, M. & Barkan, H. (1998). Prostitution, violence against women and posttraumatic stress disorder. *Women & Health*, 27(3), 37-49.
- 8.
- Farley, M. & Keaney, J.C. (1997). Physical symptoms, somatization and dissociation in women survivors of childhood sexual assault. *Women & Health*, 25(3), 33-45.
- Farley, M. & Kelly, V. (2000). Prostitution: A critical review of the medical and

- social sciences literature. *Women & Criminal Justice*, 11(4), 29-64.
- Giobbe, E. (1993). An analysis of individual, institutional and cultural pimping. .1
Michigan Journal of Gender & Law, 1(1), 33-57.
- Girolamo, G. & McFarlane, A. C. (1996). The epidemiology of PTSD: A comprehensive review of the international literature. In A.J. Marsella, M.J. Friedman, E.T. Gerrity, & R.M. Scurfield, (Eds.). *Ethnocultural aspects of Posttraumatic Stress Disorder* (Pp. 33-71). Washington DC: American Psychological Association.
- Hoigard, C. & Finstad, L. (1992). *Backstreets: Prostitution, money and love*. Cambridge, U.K.: Polity Press.
- Houskamp, B.M.& Foy, D.W. (1991). The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(3), 367-375.
- Kemp, A., Green, B.L., Hovanitz, C. & Rawlings, E.I. (1995). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in battered women. Shelter and community samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(1), 43-55.
- Kemp, A., Rawlings, E.I.& Green, B.L. (1991). Post-Traumatic Stress Disorder in battered women: A shelter sample. *Journal of Traumatic Stress*, 4(1), 137-148.
- Leidholdt, D. (1993). Prostitution: A violation of women's human rights. *Cardozo Women's Law Journal*, 1(1), 133-147.
- Nadon, S.M., Koverola, C. & Schludermann, E.H. (1998). Antecedents to prostitution. Childhood victimization. *Journal of International Violence*, 13(2), 206-221.
- Nwankwo, A. (1989). Self esteem maintenance and social construction of occupation: Bar prostitutes in a small midwestern city. *Dissertation Abstracts International*, 49(9-A), 2844-A.
- Raymond, J.C. (1998). Health effects of prostitution. *Women's Studies International Forum*, 21(1), 1-9.
- Rodriguez, N., Kemp, H.V., Ryan, S.W. & Foy, D.W. (1997). Posttraumatic Stress Disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 53-59.
- Sagarin, E. & Jolly, R.W.Jr. (1983). Prostitution: Profession and pathology. In L.B. Schlesinger, & E. Revitch, (Eds.), *Sexual dynamics of anti-social behavior*

(Pp. 9-30). Springfield, Illinois, U.S.A.: Charles C. Thomas.

- Saunders, D.G. (1994). Posttraumatic Stress symptom profiles of battered women: A comparison of survivors in two settings. *Violence and Victims, 9(1)*, 31-44.
- Van der Kolk, B.A. (1989). The compulsion to repeat the trauma. *Psychiatric Clinics of North America, 12(2)*, 389-411.
- Vanwesenbeeck, I. (1994). *Prostitutes' well being and risk*. Amsterdam: VU University Press.