

פגיעה מינית ובריאות נפש

ד"ר ענבל ברנר

השלכות נפשיות של פגיעה מינית

פגיעה מינית הינה תופעה נפוצה מאד, כאשר ההערכה היא ש-1 מתוך 4 נשים עברה במהלך חייה הבוגרים אונס ו-1 מתוך 3 נשים עברה פגיעה מינית הכוללת מגע בבגרותה. פגיעה מינית בילדות (Child Sexual Abuse - CSA) אף היא, לדאבונו, נפוצה ביותר, כאשר ההערכה היא כי שיעורי ההיארעות של CSA הינם סביב 25% בקרב ילדות ו 15%-20% בקרב ילדים. אחת מ-7 נשים ואחד מ-10 גברים חוו פגיעה מינית בתוך המשפחה, כלומר היו קורבן לגילוי עריות.¹⁻³ עד גיל 12, בנות ובנים נפגעים בשיעור דומה, ולאחריו חלה עליה בשכיחות הפגיעה בנערות לעומת שכיחות הפגיעה בנערים. מרבית הפוגעים הינם גברים, אולם גם נשים פוגעות מינית. התופעה חוצה מגזרים, חברות ומעמדות סוציאקונומיים. מחקרים שנערכו בישראל מורים כי שכיחות CSA בישראל דומה לשכיחות במקומות אחרים בעולם.⁴⁻⁵

(Traumatic Stress Disorder, PTSD). כ-94% מהנשים שעברו אונס בבגרותן, יחוו סימפטומים של Acute Stress Disorder בשבועיים שלאחר הפגיעה.⁶ אונס הוא האירוע הטראומטי הבודד שהסיכון לפתח PTSD בעקבותיו נמצא כגבוה ביותר (בהשוואה לאירועים טראומטיים אחרים דוגמת תאונה, אסון טבע, מלחמה או שוד, שהסיכון לפתח PTSD בעקבותם נמוך יותר).⁷ ההערכה היא שכ-50% מהנשים שחו אונס בבגרותן יפתחו PTSD במהלך חייהן, בעקבות האונס.⁸ זאת בעקבות ההשערה שטראומה מעשה ידי אדם הפוגעת בחוויית האמון והשליטה ומתקיימת לרוב בתוך קשר והיכרות קודמת של הקורבן והתוקף, לצד התפיסה החברתית שפעמים רבות מאשימה עדיין את הקורבן ומתקשה להכיר בסבלו, תורמות לערעור מערכות המשמעות, לתחושות בושה, אשמה והסתרה ולהיווצרות PTSD השכיח כל כך בקרב אלו שחוו פגיעה מינית בבגרותם.

פגיעה מינית המתרחשת בילדות, עלולה לגרום להשלכות נפשיות רחבות ומרחיקות לכת, בעיקר אם היתה ממושכת ו/או התרחשה בתוך קונטקסט של יחסי אמון (למשל על-ידי קרוב/ת משפחה מבוגר/ת יותר, או על ידי דמות סמכות כמו מורה, רב/ה, מדריך/ה) תוך

לפגיעה מינית, בין שהתרחשה בילדות ובין שהתרחשה בבגרות, מאפיינים ייחודיים העלולים לגרום להשלכות נפשיות רחבות היקף. נשים וגברים שעברו אונס או פגיעה מינית בבגרותם, נמצאים בסיכון גבוה מאוד לפתח הפרעת עקה בתר-חבלתית (Post-)

חייהם.¹² גם הקשר בין היסטוריה של CSA להתפתחות הפרעות פסיכוטיות צובר ביסוס מחקרי בעשור האחרון, ונמצא כי קיימת שכיחות מוגברת של הפרעות פסיכוטיות בקרב נשים וגברים בוגרים שעברו CSA בעברם, וכי הפרופיל הקליני של מטופלים ומטופלות אלה חמור יותר בהשוואה למטופלים ומטופלות עם הפרעות פסיכוטיות שלא עברו CSA.¹³⁻¹⁵

תמונת סימפטומים מורכבת זו, האופיינית לשורדות ולשורדי CSA, ניתנת להמשגה כהפרעת עקה בתר-חבלתית מורכבת (Complex-PTSD). מושג זה שהוטבע על-ידי הפסיכיאטרית האמריקאית ג'ודית לואיס הרמן בשנות ה-90 של המאה ה-20 אינו מתייחס באופן בלעדי למי שחוו CSA, אלא, בלשונה של הרמן, לאנשים ונשים שחו "היסטוריה של שליטה רודנית לפרק זמן ממושך".¹⁶ הרמן הבחינה כי קיימים הבדלים בין ההסתמנות הקלינית הטיפוסית של נשים שחו טראומה בינאישית מתמשכת, לבין ההסתמנות הקלינית האופיינית לאנשים שחו אירוע טראומתי חד פעמי. על-פי הרמן, לטראומה בינאישית מתמשכת, בעיקר כשהיא מתרחשת בקונטקסט של יחסי אמון, ובעיקר כשהיא מתרחשת בגיל צעיר כאשר האישיות אינה בשלה עדיין, ישנן השלכות נפשיות רחבות היקף המתפרשות על פני תחומים רבים, מעבר ל-PTSD ה"רגיל" האופייני למי שחו אירוע טראומתי בודד, קשה ככל שיהיה. למעשה, האישיות של הילד הנפגע או הילדה הנפגעת מתעצבת ונבנית בצילה של הפגיעה המתמשכת. תסמונת זו כוללת בתוכה, מעבר לתסמיני הליבה של PTSD, שלושה אשכולות של סימפטומים נלווים: קשיים בוויסות הרגשי וההתנהגותי, תפיסה עצמית שלילית מתמשכת, וקשיים במערכות יחסים. המונח Complex PTSD אמנם אינו כלול, נכון להיום, כקטגוריה במערכות הסיווג הפסיכיאטריות המקובלות

ניצול האמון ועמדת הסמכות של הפוגעת/ת כלפי הילד/ה ושל התלות הפיסית והרגשית של הילד/ה בפוגע/ת. בדרך כלל CSA נמשך לאורך חודשים ושנים, כאשר המגע המיני מתפתח על-פי רוב בהדרגה. לעתים הפגיעה מלווה באלימות פיסית ומילולית אך פעמים רבות גם בתחושות של קרבה ורוך, כאשר די בתלות ובאמון שרוחשים הילד או הילדה לפוגע/ת על מנת לאפשר את הימשכות הפגיעה. המחקר והניסיון הקליני מצביעים על כך ששורדות ושורדי CSA סובלים ממגוון רחב של הפרעות נפשיות ומסוכן מוגבר לפתח פסיכופתולוגיה משמעותית: PTSD המתבטא במחשבות חוזרות וחודרניות על אודות הפגיעה, ביעוטי לילה, פלאשבקים, קהות רגשית, הימנעות מרגשות וממצבים שעלולים להזכיר את הפגיעה, עוררות מוגברת וכן מצבי ניתוק ודיסוציאציה שיכולים להיות ארעיים או ממושכים ועמוקים. חלק גדול מהשורדות ומהשורדים סובלים מהפרעות פסיכיאטריות נלוות דוגמת דיכאון, הפרעות דיסוציאטיביות, הפרעות חרדה, וקשיים בוויסות הרגשית וההתנהגותי שיכולים להתבטא בפגיעות עצמיות חוזרות, בהפרעות אכילה ובשימוש באלכוהול ובסמים.^{9,10} כדרך להרגעה-עצמית, מיסוך המציאות הכואבת או כביטוי לתחושות האשמה והשנאה העצמית שהינן נפוצות ביותר בקרב שורדי ושורדות CSA. לצד ביטויים התנהגותיים אלה קיימות תחושות בושה, אשמה, שונות גמורה וקושי ניכר ביצירת אמון וקשר עם האחר. נמצא כי היסטוריה של CSA קשורה לסיכון מוגבר לניסיונות אבדניים. כך למשל סקר לאומי שנערך בבריטניה העלה כי נשים שדיווחו שעברו CSA היו בסיכון של פי 9.6 לבצע ניסיונות אבדניים במהלך חייהן לעומת נשים ששללו היסטוריה כזו.¹¹ בנוסף נמצא כי שליש עד שני שליש מקורבנות CSA עוברים ועוברות פגיעה מינית חוזרת על-ידי פוגעים אחרים (רה-ויקטימיזציה) בהמשך

במידת הצורך, לצד הטיפול הפרטני ניתן טיפול פסיכיאטרי תרופתי (שנועד לייצוב, איזון וטיפול סימפטומטי למשל בהפרעות שינה, חרדה ודיכאון), טיפול קבוצתי, והפניה למסגרות שיקום ותמיכה בקהילה. אשפוז פסיכיאטרי נשמר למקרי קצה, למצבים של דה-קומפנסציה משמעותית, סיכון אובדני או מצבים דיסוציאטיביים חמורים עם סיכון משמעותי. על-פי רוב ההמלצה היא לאשפוז ממוקד וקצר טווח לצורך מניעת רגרסיה, וחזרה לטיפול בקהילה.²¹

הטיפול בנפגעי ובנפגעות תקיפה מינית חד פעמית בבגרות הסובלים מ-PTSD, ניתן על-פי רוב באמצעות טיפולים פסיכולוגיים מממוקדים כגון PE (Prolonged Exposure) או EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).²² הטיפול בשיטות אלו יעיל גם בקרב מטופלים ומטופלות הלוקים בנוסף ל-PTSD בהפרעות נפשיות קשות כגון סכיזופרניה או הפרעה סכיזואפקטיבית.^{23,24}

חשיבות איבחון, טיפול ופיתוח מענים מותאמים לנפגעי ונפגעות טראומה מינית במערכת בריאות הנפש

למרות שכיחותה העצומה של היסטוריית פגיעה מינית בקרב צרכני וצרכניות שירותי בריאות הנפש, על אף הקשרים ההדוקים בין היסטוריה של טראומה מינית לבין תחלואה נפשית, ועל אף קיומם של טיפולים ייעודיים ומבוססי ראיות לטראומה מינית, קיים תת אבחון ותת זיהוי של נפגעות טראומה מינית בקרב צרכניות שירותי בריאות הנפש בישראל. כמו כן קיימים חסרים משמעותיים של מענים טיפוליים מותאמים לאוכלוסייה זו.

נכון להיום לא קיימת חובת תשאול אודות היסטוריה של טראומה מינית במערכת בריאות הנפש בישראל. יתרה מכך, חלק גדול מהצוותים

דוגמת ה-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), אולם הוא מהווה מונח קליני מקובל ומוכר הנמצא בשימוש נרחב בשיח הטיפולי, וככל הנראה הקטגוריה אף תיכנס למהדורה הבאה של מערכת הסיווג והאבחון של ארגון הבריאות העולמי (The International Classification of Diseases, ICD-11).

לאור ההשלכות הנפשיות הקשות של פגיעה מינית ו-CSA בפרט, אין זה מפתיע כי בקרב האוכלוסייה הנזקקת לשירותים פסיכיאטריים, השכיחות של היסטוריה של פגיעה מינית ושל CSA גבוהה אף יותר מאשר בקרב האוכלוסייה הכללית ומגיעה לשיעור של כ-36%-70% במרפאות חוץ ובמחלקות האשפוז.^{17,18}

הטיפול הנפשי בטראומה מינית

הטיפול הנפשי בטראומה מינית יכול להביא להקלה בסבל, לשיפור סימפטומטי ולשיפור באיכות החיים, גם אם ניתן שנים רבות לאחר הפגיעה.

הטיפול ב-Complex PTSD בבסיסו, הינו טיפול אמבולטורי (מרפאתי) ממושך, המתבצע על-פי קווים מנחים מקובלים.¹⁹ הטיפול דורש מיומנות בעבודה עם מצבים דיסוציאטיביים, פגיעות עצמיות, רה-ויקטימיזציה וסומטיזציה ומצריך התמקצעות בתחום. הוא כולל טיפול פסיכותרפויטי פרטני המתבצע על-פי מודל טיפול תלת-שלבי.^{16,19,20} 1. יצירת קשר וייצוב סימפטומטי - שלב הכולל יצירת סביבה מוגנת, הסברים פסיכו-חינוכיים על השלכות הפגיעה המינית, לימוד ורכישה של מיומנויות חסרות לוויסות רגשי והתנהגותי ויצירת קשר טיפולי בטוח ותומך; 2. שלב האבל ועיבוד הזיכרונות הטראומתיים; 3. צמיחה מחודשת והעמקת הכישורים הבינאישיים והרווחים שהושגו בטיפול.

בקרב מטפלים/ות לבין הצרכים בשטח, הפיק ביולי 2016 האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות מסמך הנחיות לתשאל וטיפול מותאמים לנפגעי ולנפגעות תקיפה מינית במרכזים לבריאות הנפש.²⁸ בנוסף החלה הנהלת האגף לבריאות הנפש בהדרכות למתמחים/ות ומומחים/ות צעירים/ות בפסיכיאטריה במרכזים לבריאות הנפש שמטרתן מתן כלים לאבחון פגיעה מינית בעת הקבלה לשירותי האשפוז, להתייחסות מותאמת בעת הקבלה, בתשאל ובטיפול לאורך האשפוז כולו. בנוסף, פורסם במאי 2016 דו"ח של איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית וארגון בזכות - המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלות בנושא פגיעה מינית ואשפוז פסיכיאטרי.²⁵ באשר לסוגיית התשאל אודות טראומה מינית בקרב הסובלות ממגבלה נפשית, הדו"ח המליץ לפתח הנחיות מקצועיות לביורר היסטוריה של פגיעה מינית בעת הפנייה לקבלת שירותים בבריאות הנפש או בעת הפנייה לאשפוז. במהלך 2016 מונתה ועדה מייעצת למועצה הלאומית לבריאות הנפש, לצורך גיבוש המלצות בנושא הכנסת תשאל טראומה מינית כמדד איכות באשפוז פסיכיאטרי. על אף המלצות הועדה להכליל את התשאל כמדד איכות באשפוז פסיכיאטרי ועל ידי כך להפוך תשאל אודות היסטוריה של טראומה מינית למחייב בכל קבלה לאשפוז במערכת הפסיכיאטרית בישראל,²⁸ התהליך, נכון לכתיבת שורות אלה, עדיין לא הגיע לסימו.

בנוסף, קיימים חסרים משמעותיים בתחום של פיתוח ומתן מענים טיפוליים מותאמים לנפגעי ולנפגעות טראומה מינית במערכת בריאות הנפש.

לנפגעות ולנפגעי טראומה מינית קיימים צרכים ייחודיים באשפוז פסיכיאטרי.²⁵ כך למשל פרקטיקות כוחניות של הגבלה ובידוד עלולות לגרום לתחושת אובדן שליטה ולשיחזור של הטראומה המקורית. לאור האמור, פותחו

המטפלים במסגרות בריאות הנפש (בתי חולים פסיכיאטריים, מרפאות בריאות הנפש ממשלתיות ומרפאות קופת חולים) חסרים את הידע ואת הכלים הבסיסיים לתשאל, זיהוי וטיפול בנפגעי ובנפגעות טראומה מינית. זאת משום שעל אף השכיחות הגבוהה של פגיעה מינית והשלכותיה הנפשיות המשמעותיות, לימוד הנושא אינו כלול כלימודי חובה בתכניות הלימודים וההכשרה במקצועות בריאות הנפש: פסיכיאטריה, פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית, סיעוד פסיכיאטרי וטיפול בהבעה ויצירה. מטפלים ומטפלות רבים מביעים חשש מהתמודדות עם הנושא ועם התשאל והטיפול, משום שהם חשים שאין בידם די כלים לשם כך.²⁵

בשל המחסור בידע, בהכשרה ובכלים של צוותים טיפוליים, ניתן, פעמים רבות, אבחון שגוי. כך למשל נמצא כי הפרעות דיסוציאטיביות, הקשורות קשר הדוק להיסטוריה של טראומה, ולטראומה מינית באופן ספציפי, סובלות מתת אבחון משמעותי. במחקר שנערך בקרב מאושפזים ומאושפזות במחלקות פסיכיאטריות בישראל, נמצא כי 12% מהמטופלים ומהמטופלות ענו על הקריטריונים של הפרעה דיסוציאטיבית, אולם אבחנה זו לא ניתנה ולא תועדה בתיק הרפואי של אף לא אחד מתוכם.²⁶ פעמים רבות ניתן אבחון שגוי של הפרעות אחרות (הפרעות פסיכוטיות, הפרעות אישיות) ולעתים קרובות הטיפול הניתן כנגזרת של האבחון השגוי הוא חלקי או חסר במקרה הטוב, ועלול להזיק במקרה הרע. רבים מהמטופלים ומהמטופלות הסובלים מהפרעות פוסט טראומתיות מורכבות ומהפרעות דיסוציאטיביות נמצאים שנים רבות בטיפול מערכת בריאות הנפש, מקבלים אבחנות שונות ואינם מגיבים לטיפול התרופתי הייעודי או לפסיכותרפיה, משום שלא בוצע אבחון נכון.²⁷

בשנים האחרונות, התגברה המודעות לקשר בין טראומה מינית לתחלואה נפשית. בניסיון לצמצם את הפערים הקיימים בין הידע החסר

מינית במערכת בריאות הנפש, הכוללים את כל הרצף הטיפולי: מענים במסגרת קופות החולים, מרפאות בריאות הנפש, מרכזים ייעודיים שיתמחו בטיפול במקרים של הפרעות פוסט טראומטיות מורכבות והפרעות דיסוציאטיביות מורכבות, טיפול יום ואשפוז ייעודי. לצד זאת, ישנה חשיבות בפיתוח מענים שיקומיים מותאמים לאוכלוסייה זו (הכוללים מסגרות דיוור, תעסוקה ופנאי מותאמות לנפגעי ולנפגעות טראומה מינית שזכאים/ות לסל שיקום).

כחלק מהבנת החוסרים המשמעותיים בשטח, הוקם לאחרונה על-ידי מספר אנשי מקצוע המחויבים לתחום, פורום לקידום תחום הטיפול בנפגעי ובנפגעות תקיפה מינית במערכת הבריאות. פורום זה הציב לעצמו מספר מטרות שביניהן: יצירת נהלי עבודה מוסדרים במערכת הבריאות ובריאות הנפש לתשואול, אבחון וטיפול בנפגעים ובנפגעות והכנסת הכשרות ולימוד תחום ההשלכות הבריאותיות והנפשיות של טראומה מינית למסגרת לימודי החובה וההתמחויות במקצועות הבריאות והטיפול בישראל – זאת במטרה להגדיל ולהרחיב את מספר המענים הטיפוליים המותאמים לנפגעות ולנפגעים במערכת הבריאות. אנו מאמינים כי רק באמצעות שינויים אלה במדיניות, נוכל ליצור את השינוי המתחייב מאתנו כחברה, על-ידי יצירת מענה טיפולי מותאם, נגיש והולם, לנשים ולגברים שחוו יחס אנושי קשה כל כך, וזקוקים כעת לטיפול זה.

בשנים האחרונות מספר מענים ייעודיים לנפגעי ולנפגעות טראומה מינית במסגרת מחלקות אשפוז פסיכיאטריות, הכוללים תוכניות התערבות ממוקדות, הכשרה של צוות בתחום של טראומה מינית ודיסוציאציה, ופיתוח מענים חלופיים שאינם משחזרים עמדות של כוח ושליטה, דוגמת שימוש בטכניקות קרקוע ושימוש בשמיכת עיטוף כבדה במקום הגבלה.²¹ לצד התפתחות מבורכת זו, מספר המיטות הייעודיות לנפגעות ולנפגעי טראומה מינית בפריסה ארצית במערכת האשפוז הפסיכיאטרי בישראל עומד נכון להיום על 12 מיטות בלבד, ורשימות ההמתנה לאשפוזים אלה הינן ארוכות ולא מאפשרות מתן מענה מידי למספר רב של נפגעות ונפגעים הזקוקות לאשפוז במצבי דה קומפנסציה או סיכון. במקרים רבים נוצר אילוץ להתאשפז במחלקה פסיכיאטרית רגילה, בה, בדרך כלל, לא עברו אנשי ונשות הצוות הכשרה כלשהי בנושא טראומה מינית, ופעמים רבות על אף מאמציהם הכנים של הצוותים המטפלים, בשל המחסור בידע ובכלים מותאמים, חווית האשפוז עבור המטופלות הינה קשה ועלולה לגרום לרה-טראומתזיזה.²⁵

מבחינת המענה המרפאתי, שהוא המענה המותאם לרוב הנפגעות/ים, נכון להיום כמעט ולא קיימים מענים ייעודיים במערכת בריאות הנפש בהם ניתן טיפול מותאם המכיר בהשלכות הפגיעה המינית ובהשפעותיה על המצב הנפשי של השורדות והשורדים. המרכזים הבודדים הקיימים מטפלים בעשרות עד מאות בודדות של נפגעים ונפגעות בשנה, ורשימות ההמתנה לטיפול ייעודי לטראומה מינית במרבית המרכזים הללו הינן ארוכות באופן לא סביר וזמן ההמתנה מרגע הפניה ועד לתחילת הטיפול עומד על בין שנה לשנתיים. ישנה חשיבות עליונה ליצירת מענים טיפוליים מותאמים ונגישים לנפגעי ולנפגעות טראומה

²¹ ד"ר ענבל ברנר היא פסיכיאטרית מומחית, מנהלת היחידה לטיפול בנפגעי/ות טראומה מינית, מרפאת מבוגרים נתניה, המרכז לבריאות הנפש לב השרון. פסיכיאטרית במרכז הרב תחומי "בנפשנו בית חם בני ברק" לטיפול בנפגעי/ות טראומה מינית בקהילה הדתית חרדית. מלמדת ומרצה במסגרות שונות בתחום איתור, תשואול וטיפול בטראומה מינית ובהפרעות פוסט טראומטיות מורכבות.