

# הנזקים הסמויים מן העין

השלכות כלכליות  
ובריאאותיות  
של פגיעה מינית

ישראל 2017

איגוד מרכזי הסיוע  
לנפגעות ולנפגעי  
תקיפה מינית





---

**איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית מודה לקרנות ולחברות על תמיכתן בפעילותו:**

חברת בזק

יזמת העמותות של הנשים, הפדרציה היהודית של אזור מיאמי

הקרן הפילנתרופית של מייקל וגנית שטייפמן

מגנוליה תכשיטי כסף

מתן משקיעים בקהילה

סופר פארם (ישראל) בע"מ

עמותת עיגול לטובה

עמותת ידידות טורונטו הנתמכת ע"י קרן פרידברג

צ'ק פוינט

קרן אריסון

קרן הדסה

קרן הנשים היהודיות

רונית רפאל - מדע היופי

תורמות ותורמים פרטיים וקרנות המעדיפים להישאר בעילום שם

---

**The ARCCI gratefully acknowledges  
the support of:**

Arison Foundation

Bezek

Jewish Women's Foundation

Hadassah Foundation

Magnolia Silver Jewelry

Matan - Investing in the Community

Michael and Ganit Steifman Philanthropic Fund

Ronit Raphael - the Science of Beauty

Round-Up

Super-Pharm

Yedidut Toronto supported by the Friedberg Charitable Foundation

Women's Amutot Initiative of the Greater Miami Jewish Federation

Private donors who prefer to remain anonymous

---

The Association of Rape Crisis Centers in Israel is recognized as a public institutions for the purpose of tax-deductible contributions, under section 46 of the Income Tax, as an independent organizations, funded by donations only.

PO Box 53262 Jerusalem, 9153102

Telephone: +972-73-7013-246 Fax: +972-2-6521219. [www.1202.org.il/English](http://www.1202.org.il/English)

---

**צוות האיגוד**

אורית סוליציאנו	מנכ"לית
שרונה אסלן	מנהלת אדמיניסטרטיבית ופרויקטים
עו"ד יפעת בלפר	אחראית תחום מניעת הטרדה מינית
עו"ד איילת רזין בית אור	יועצת משפטית
עו"ד ד"ר כרמית קלר-חלמיש	מנהלת תחום מחקר
רונית אילתי ממן	דוברת
גגה ברגר	מנהלת תוכן

---

**ועד מנהל**

שני אלוני	מנהלת מרכז סיוע לנפגעות אונס ותקיפה מינית, חיפה והצפון
טניה גלבוע	מנהלת מרכז סיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה והטרדה מינית, השפלה הדרומית ('תאיר')
דבי גרוס	מנהלת מרכז הסיוע לנשים דתיות
בטי מרטין קורן	מנהלת מרכז סיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית, השרון
ליזה ניקולאיצ'וק	מנהלת מרכז סיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית ואלומות, נגב ('מסל"ן')
לינדא חוואלד	רכזת מרכז סיוע לנפגעות תקיפה פיזית ומינית, נצרת
טלי פרץ כהן	מרכז סיוע לנפגעות תקיפה מינית ואונס, קרית שמונה והגליל
סילבינה סוסנה	מנהלת מרכז סיוע לנפגעות אונס ותקיפה מינית, ירושלים
מרים שלר	מנהלת מרכז סיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית, תל-אביב

---

**ועדת ביקורת**

אלה מנו בן יוסף  
אירית חצרנוב

---

**הפקה**

הפקה	גגה ברגר
צוות היגוי	אורית סוליציאנו, תיקי אשורי, רותם סדן, טלי ארבל לוי, שהם כרמי, ערן האן, לינדא חוואלד, מעיין עוזי אביב, נועה יצחקי ונגה ברגר
ריכוז נתונים	לליב אגוזי
תרגום ועריכת לשון בערבית	שפאא אבו ג'בל ושאהין נסאר
עריכת לשון	שירה דינור-ריקלין
עיצוב ועריכה גרפית	יעל בוברמן

---

**איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית בישראל** מוכר כמוסד ציבורי לצורך זיכוי ממס בגין תרומה, לפי סעיף 46 לפקודת מס הכנסה. כארגון עצמאי, הממומן מתרומות בלבד.

ת.ד. 53262, ירושלים 9153102, טלפון: 073-7013246, פקס: 02-6521219



[WWW.1202.ORG.IL](http://WWW.1202.ORG.IL)

תרומות תתקבלנה בברכה

**איגוד מרכזי סיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית (ע"ר)**  
**היא עמותה המתקיימת רק מתרומות.**  
**תרמו לנו ובכך תסייעו לנו להמשיך בפעילותנו החשובה.**

ניתן לתרום לנו בכמה אופנים:

- באמצעות אתר האינטרנט שלנו: [www.1202.org.il](http://www.1202.org.il)
- באמצעות כרטיס אשראי באתר "עוגול לטובה" - [www.round-up.org.il](http://www.round-up.org.il)  
שיטת "עוגול לטובה" מאפשרת לכם לעגל את סכום הקניות שאתם מבצעים בכרטיס האשראי שלכם לשקל הקרוב ולתרום לנו את האגורות שיעוגלו.  
התקשרו אלינו לטל': 073-7013215 ואנחנו נבצע את הרישום עבורכם.
- באמצעות כרטיס אשראי באתר "ישראל תורמת"  
היכנסו לדף שלנו ב"ישראל תורמת": [www.israeltoremet.org/amuta/580173730](http://www.israeltoremet.org/amuta/580173730)  
ולחצו משמאל על הכפתור הכחול "לתרומה".
- באמצעות המחאה (צ'ק)  
את המחאה יש לכתוב לפקודת "איגוד מרכזי סיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית"  
ולשלוח לת"ד 53262 ירושלים מיקוד 9153102
- באמצעות העברה בנקאית לחשבון הבנק שלנו  
פרטי החשבון:  
איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית בישראל (ע"ר)  
בנק הבינלאומי סניף 012 - ירושלים ראשי  
רח' הלל 10 ירושלים  
מס' חשבון 440902990

כל תרומה תתקבל בברכה!

**בואו להיות מעורבים בפעילותינו הענפה:**

- רוצה להתנדב אצלנו?
  - רוצה לקבל את הידיעון שלנו?
  - רוצה להיות חבר/ה באגודת הידידים שלנו?
  - רוצה לארח חוג בית בביתך?
- אם כן, צרו עמנו קשר בדוא"ל: [office@igud1202.org.il](mailto:office@igud1202.org.il)  
או בטלפון: 073-7013215

כל שינוי גדול מתחיל בצעד קטן אחד!



# תוכן העניינים

8	פתח דבר
10	איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית
11	פעילות מרכזי הסיוע
14	נתוני פגיעה מינית לשנת 2016:
14	נתוני מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית
23	נתוני משטרת ישראל
28	נתוני הפרקליטות
34	נתוני המחלקה לחקירות שוטרים (מח"ש)
36	נתוני צה"ל: מהו"ת, מצ"ח והפרקליטות הצבאית
	פגיעה מינית והשלכותיה במערכת הבריאות   ד"ר שיר דפנה תקוע,
40	ד"ר הילה לייבוביץ-דיאמנט וד"ר אנה פדואה
45	פגיעה מינית ובריאות הנפש   ד"ר ענבל ברנר
50	על הבורות: עדות   ליון גיא מאיר
	בקול דומה: על תת האבחון של גברים נפגעי תקיפה מינית בשיח הטראומה הישראלית
53	אורי פריד
	העבר אינו בהכרח גורל: מבט קליני על הריון ולידה של נשים שנפגעו מינית בילדותן
59	ליהי גבע-ליסר ונעמה שוורץ
65	והיינו לעוף החול: עדות   יעל
	שילוב תעסוקתי כאמצעי וכמטרה בתהליך ההחלמה מטראומה מינית: עשור לתוכנית "שילוב
67	תעסוקתי" במרכז הרב תחומי בבין חולים בני ציון, חיפה   נעמה תמרי לפיד וקרן לוי פיינשטיין
74	העלות הכלכלית: מחירה של פגיעה מינית   שיחה עם פרופ' אורי ינאי
79	התדרדרות כלכלית של משפחה בעקבות פגיעה מינית: עדות   עבד
82	הערות
88	מפת מרכזי הסיוע לנפגעי ולנפגעות תקיפה מינית

**הערה חשובה:** המאמרים בדו"ח זה עוסקים בהשלכות הפגיעה המינית על נשים וגברים כאחד - למעט המאמר בקול דומה, אשר מתמקד בתפיסת הממסד הטיפולי והעונשי את הגברים הנפגעים, והמאמר העבר אינו גורל, אשר חווית ההיריון והלידה שבמרכזו רלוונטית לנשים בלבד.

כאשר נדרשנו לתאר את הנפגעות והנפגעים בגוף סתמי יחיד, בחרנו להשתמש בעיקר בלשון נקבה. עם זאת, ואלא אם צוין אחרת - הדברים נכונים לנשים נפגעות וגברים נפגעים כאחד.

## פתח דבר



כיצד נראה ה"יום שאחרי" הפגיעה המינית? גבולות הגוף נפרצו, סיפי הנפש נרמסו, האמון נדרס ברגל גסה - אך במקרים רבים, לא נותרו סימנים הנראים לעין. הנזק וההשלכות אינם נחשפים במלואם מיד: הם מתגלים אט אט, ומבטאים את הצריבה העמוקה של הטראומה בגוף והנפש של הילדה, הילד, האישה והגבר.

הפגיעה משפיעה על הבריאות הפיזית, על האיתנות הנפשית, על היכולת ללמוד ולהתפרנס, על האפשרות לתת אמון ולייצר קשרים בינאישיים. מרכזי הסיוע הפרוסים ברחבי הארץ פוגשים מדי יום נפגעות ונפגעים הסובלות וסובלים מגלי ההדף, המביאים לירידה ברבים מתחומי החיים. אך לצערנו, גם כיום, במדינת ישראל של שנת 2017, מערכות הרפואה, הטיפול, התעסוקה והרווחה חסרות לא פעם את הכלים והידע המקצועי בתחום הפגיעה המינית.

לכן, בדו"ח שנתי זה של איגוד מרכזי הסיוע ביקשנו לעסוק ב**נזקים הסמויים מן העין** של הפגיעה המינית, הנוגעים להשלכותיה הכלכליות והבריאותיות. שורת אנשי ונשות מקצוע נרתמו לשתף מהידע המקצועי ומניסיונם רב השנים בזיהוי ובטיפול בנפגעות ובנפגעי תקיפה מינית. בעזרתם, אנו מציגות אסופת מאמרים זו, אשר עוסקת בהיבטים השונים של ההשלכות הכלכליות והבריאותיות של הפגיעה המינית. לצד תיאור וכרוניקות של הקשיים הייחודיים שערים מתמודדים נפגעות ונפגעים בתחומים אלו, נושא כל מאמר, בתחומו, קריאה לפעולה ו/או הצעות קונקרטיות להקלת משאן של הנפגעות. המאמרים מתאימים לקריאה של הציבור הרחב ושל אנשי ונשות מקצוע, אשר יוכלו גם להרחיב בנושאים המוצגים באמצעות ההפניות ומראי המקום המצורפים.

אני מקווה שדו"ח זה ייתן לקהילה המקצועית הפוגשת את הנפגעות והנפגעים את הכלים והידע הנחוצים בכדי לספק טיפול מותאם ורגיש. כולי תקווה שבעוד זמן לא רב נצליח לקדם חקיקה שתחייב צוותים מקצועיים מתחום הבריאות, הרווחה והחינוך לעבור הכשרות ייעודיות בנושא - וכך, יחדיו, נהפוך את הקהילה הרפואית והטיפולית לכזו שתדע להביא מזור, בריאות פיזית ורגיעה נפשית לנפגעות ולנפגעים הרבים החיים בקרבנו.

המאמר הראשון בדו"ח עוסק בהשפעות הפגיעה המינית על בריאותם של נפגעות ונפגעים. **הד"ר שיר דפנה-תקוע, הד"ר הילה ליבוביץ-דיאמנט והד"ר אנה פדואה** מאפיינות תסמינים וסיבוכים רפואיים שכחים בקרב נפגעות ונפגעים, ואת אופי המפגש שלהם ושלחן עם מערכת הבריאות. בסיום, מספקות הכותבות קווים מנחים להקמת מערך טיפולי מותאם, שבכווח להביא מזור והקלה לנפגעות והנפגעים הרבים אשר נופלים בין הכיסאות.

מבריאות הגוף אל בריאות הנפש: **הד"ר ענבל ברנר** מציגה את הקשר בין פגיעה מינית לפיתוח הפרעות נפשיות ותסמינים פסיכופתולוגיים. היא דנה בהחמצות של המערך הפסיכיאטרי בתחום האבחון והטיפול, ועומדת על חשיבות המענים והכלים המתאימים לשיפור מצבן של נפגעות.



בהמשך לכך, מביאה **ליון גיא מאיר** עדות אישית על חווייתה כמטופלת במערך בריאות הנפש, וממחישה את הסכנות שבהתחמקות המערכת מעיסוק ישיר בפגיעה ובהשפעותיה. כמי ש"חצתה את הקווים", ועובדת היום במערכת בריאות הנפש, היא מציעה לאנשי ונשות מקצוע תדר חדש להקשבה למטופלות והמטופלים.

**אורי פריד** נוגע גם הוא בהשפעות הפגיעה המינית על בריאות הנפש, ומספק קריאה מאירת עיניים על כישלון מערכות הבריאות והחוק באבחון והבנה של סימפטומים נפשיים שמפגינים גברים כביטוי לפגיעה. לאחר סימון הלאקונה, מאמרו מניח את היסודות לטיפול חומל במי שלעיתים קרובות מודרים משיח הטרואומה המינית.

מאמרו של **ליהי גבע ליסר ונעמה שוורץ** מתמקד במפגש החזיתי בין הטרואומה לבין התהליכים הנפשיים והפיזיים המתחוללים בתקופת ההיריון והלידה. הן מדגימות כיצד המנגנונים הנפשיים שסייעו לנפגעות לשרוד במהלך ההתעללות המינית יכולים להקשות על יכולותיהן להתמודדות הנדרשות בתקופה זאת, ומציעות דגשים לעבודה נפשית עם נפגעות הרות.

**יעל**, נפגעת תקיפה מינית בילדות הפעילה כיום במסגרת פורום "קיימות" מחייה בעדותה את הרגע שבו השמחה על יצירת החיים החדשים נמהלת בזיכרונות הטרואומטיים, ומציגה בגוף ראשון את הפער החוויה הקשה תחת המנגנון האוטומטי לחוויה המיטיבה של צוות רפואי קשוב.

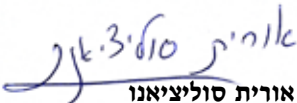
**נעמה תמרי לפיד וקרן ליון פיינשטיין** מתארות את המנגנונים שפוגעים ביכולת של נפגעות ונפגעים לעבוד וללמוד, והשפעתם על מצבן הכלכלי של הנפגעות, כמו גם תפיסת הערך העצמי שלהן. ככיוון לפתרון והקלה, הן מציעות את המודל של תוכנית השילוב העסוקתי במרכז הרב תחומי בני ציון בחיפה.

ומה קורה בהיעדר מסגרת טיפול? השיחה עם **הפרופ' אורי ינאי**, מי שעמד בראש מחקר חלוצי לבחינת ההוצאות הכספיות של נפגעים ונפגעות בפועל, עוסקת במחיר הממשי, הנומינלי, שנגבה מהנפגעות ומסביבתן – והפתרונות הנפוצים בעולם ליצירת פיצוי. בסוף השיחה, מובאים גם דבריו של **דני קריבו** מהמשרד לביטחון פנים, העוסקים בחישוב הנזק המצטבר למדינה מפגיעות מיניות.

הדו"ח נסגר בעדותו של **עבד**, בעלה של **מרים** שנפגעה מינית על ידי המעסיק שלה. הוא מספר, צעד אחד צעד, כיצד שינתה הפגיעה את התנהלותם כמשפחה ואת סדר העדיפויות שלהם, עד שנקלעו לחובות גדולים שספק אם יצליחו להחזיר. זאת, תוך התמקדות בקשיים הייחודיים של נפגעות ומשפחותיהן בחברה הערבית.

ברצוני להודות לכותבות ולכותבים שתרמו מזמנם וממומחיותם בכדי לסייע בהנגשת ידע מקצועי שיטיב עם נפגעות ונפגעי תקיפה מינית. אני מודה גם לוועדת ההיגוי של הדו"ח: **תיקי אשורי, רותם סדן, שהם כרמי, מעיין עוזי אביב, טלי ארבל לוי, נועה יצחקי ונגה ברגר.**

תודה מיוחדת לצוות האיגוד המסור, למנהלות ולעובדות מרכזי הסיוע, למתנדבות ולמתנדבים של האיגוד והמרכזים וכן לחברותינו ב"עזרת נשים" – כולכן שותפות למלאכת הקודש של מיגור תופעת האלימות המינית ממדינת ישראל.

  
אורית סוליציאנו

מנכ"לית איגוד מרכזי הסיוע  
לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית

# איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית

**איגוד מרכזי הסיוע** הוקם בשנת 1990 כארגון גג של תשעה מרכזי סיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית בישראל. איגוד מרכזי הסיוע הוא הארגון היחיד בארץ שפעילותו ממוקדת במאבק באלימות מינית נגד נשים, ילדים וגברים.

**מרכזי הסיוע** פועלים ברמה פרטנית, בהענקת סיוע נפשי וליווי לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית, וברמה המקומית בהעלאת מודעות והסברה וכן בחינוך ובחיזוק הקשר עם הקהילה. איגוד מרכזי הסיוע פועל ברמה הארצית כסוכן לשינוי חברתי, למען השגת זכויות ושיפור השירותים הניתנים לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית, להפחתת התופעה, ובטווח הארוך – למיגורה מהנוף החברתי בישראל.

על אף שהאלימות המינית הינה תופעה רווחת בחברות מפותחות, היא נתפסת, רק לעתים רחוקות, כהפרה בוטה של זכויות אדם, המערערת את אושיות החברה הדמוקרטית. איגוד מרכזי הסיוע פועל בגישה רב-תחומית על מנת למגר את התופעה המושרשת וההרסנית של האלימות המינית.

**פעילות איגוד מרכזי הסיוע** כוללת פעילויות רבות ומגוונות בתחומי המשפט, התקשורת, החברה והחינוך. בין הפעילויות: העלאת יוזמות חקיקה וסיוע בקידומן, העלאת מודעות לתופעת האלימות המינית באמצעות כלי התקשורת, פיתוח וייזום ימי עיון ופעילויות חינוכיות בנושא, פרסום דו"ח שנתי כולל של מרכזי הסיוע, ייצוג בועדות כנסת ובוועדה המייעצת של הרשות לקידום מעמד האישה בישראל, חברות בקואליציה לקידום זכויות נפגעי עברה, בקואליציה לצדק מאח, בקואליציה למאבק בסחר בנשים ובקואליציה למאבק בפורנוגרפיה ועבודה משותפת עם ארגוני נשים בארץ ובח"ל.

## פעילות האיגוד בשנה החולפת:

פעילות האיגוד בשנה האחרונה:

1. **גם השנה היה האיגוד שותף לקידום יוזמות חקיקה.** בין היוזמות שהבשילו לכדי חקיקה השנה ניתן למנות תיקון לחוק מגבלות על חזרתו של עבריין מין לסביבת נפגעת העבירה. התיקון לחוק, בשיתוף ח"כ יעל גרמן, מרחיק את הפוגע מסביבת הלימודים ומקום העבודה של הנפגע או הנפגעת. יוזמה נוספת שהבשילה לכדי חקיקה השנה היא תיקון לחוק העונשין, המרחיב את תקופת ההתיישנות וחובת הדיווח בעבירות מין שבוצעו בקטינה על ידי בן דוד. התיקון, בשיתוף ח"כ מיכל רוזין, מכליל בכך את חזקת בן הדוד כשאר חזקות המשפחה, עליהן חלה תקופת ההתיישנות מורחבת עבור קטינות וקטינים. כמו כן, התקבל השנה חוק הקובע מתן סיוע משפטי חינם לנפגעות ונפגעי עבירות מין במשפחה וחסרות ישע. את החוק יזמו ח"כ שולי מועלם, מרב מיכאלי ואורלי לוי אבקסיס, והאיגוד סייע להטמיעו בשטח באמצעות יצירת ממשקי עבודה מתאימים והכשרות לאנשי הסיוע המשפטי.

בנוסף לחוקים אלו, האיגוד יזם וקידם הצעות חוק נוספות שנועדו לשפר את מצבם של נפגעות ונפגעי עבירות מין ולהרחיב את ההגנה עליהם. בין הצעות החוק שנמצאות בעבודה: השוואת תקופת ההתיישנות על הטרדות מיניות בצבא לתקופת ההתיישנות האזרחית; סכום מינימום לפיצוי בתביעות אזרחיות על עבירות מין; החלת האפשרות לערוך הסדר התדיינות בבית המשפט לענייני משפחה גם בעבירות מין; הרחבת העבירות בגינן ניתן לבקש תסקיר קורבן ופטור מאגרה בתביעות אזרחיות על עבירות מין.

2. **השנה לקח האיגוד חלק בעשרות דיוני ועדות בכנסת שנועדו לקדם את הטיפול בתופעת האלימות המינית ולפעול למניעתה.** ביניהם: קידום תכנית לאומית למניעת אלימות מינית בקרב ילדים ובני נוער; טיפול בתופעת הניצול מיני של דיירות הדיור הציבורי וגיבוש תקנון למניעת פגיעה באוכלוסייה זו; מחסור במענים לילדים ולגברים נפגעי אלימות מינית; התמודדות הרשויות עם תופעת השימוש בסם האונס; הטיפול שניתן לנפגעות ולנפגעים בחדרים האקוטיים בבתי החולים; קידום סיוע משפטי חינם לנפגעות אלימות מין; דיונים על הטרדות מיניות במסגרת שירות המדינה, הצבא, משטרת ישראל והמערכת להשכלה גבוהה.

3. **בשנה האחרונה הפעיל האיגוד פרויקט למיפוי ולבחינה של החדרים האקוטיים, במטרה לשפר את הטיפול המוצע במסגרתם.** החדרים האקוטיים בבתי החולים נמצאים בקו הראשון בטיפול הרפואי לקורבנות עבירות מין, ובהם נאספות גם ראיות פיזיות לתקיפה. קיימנו ראינות עומק עם נפגעות שהשתמשו בשירותי החדרים, ועם מתנדבות שליוו נפגעות

מטעם מרכזי הסיוע, ומהן למדנו על בעיות מערכתיות ונקודתיות הטעונות שיפור. במקביל, ביקרנו בחמשת החדרים האקוטיים הפרוסים בארץ: בני ציון בחיפה, בת עמי בהדסה עין כרם, וולפסון בחולון, מרכז טנא בטבריה וסורוקה בבאר שבע. נפגשנו עם הצוותים הרפואיים והסוציאליים ומיפינו את הצרכים ואת הסוגיות המהותיות עבורם. בין הממצאים העיקריים: צורך ביצירת רגולציה וסטנדרטיזציה בפעילות החדרים האקוטיים; צורך בהכשרה מקצועית מותאמת ובהדרכה שוטפת לצוותים בתחום הטיפול בטראומה מינית; צורך בהארכת חלון הזמנים בו נשמרות הראיות המשפטיות, העומד כיום על כשלושה חודשים.

הממצאים הוצגו בשולחן עגול שנערך בשיתוף משרד הבריאות, בו השתתפו נציגות החדרים האקוטיים, משטרת ישראל והמכון לרפואה משפטית. הגשנו למשרד הבריאות את המלצותינו, ובחודשים האחרונים הגדיל המשרד את תקציב החדרים האקוטיים, והוא פועל לקראת הטמעת ההמלצות וגיבוש נוהל מחודש שיאריך את תקופת שימור הראיות. אנו מבצעות מעקב שוטף אחר יישום המסקנות.

**4. השנה הניע האיגוד פרויקט לבחינת הליך הבירור של הטרדות מיניות בארגונים עסקיים. בעבודתנו היום – יומית עם חברות וארגונים, נתקלנו לעיתים קרובות בממונות על מניעת הטרדה מינית שהעידו על קושי בקיום הליכי בירור בשל עמימות החוק. לכן, ערכנו סקר מקיף בקרב 50 ממונות שסיפרו על אופן קיום ההליך בחברה שלהן, באמצעות עמדתנו על היעדר האחידות בין ההליכים המתקיימים בארגונים השונים, והצורך של ממונות בהבניה ברורה יותר של ההליך. עם גיבוש התוצאות ערכנו שולחן עגול של ממונות מהחברות הגדולות במשק, בו התארכה גם חברת הכנסת מיכל רוזין. בשנה הקרובה נתקדם לשלב הבא של הפרויקט, ונפרסם המלצות, הנחיות וכלים שיעמדו לרשות הממונות.**

**5. האיגוד הפיק זכותון ראשון מסוגו לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית. הוצאנו לאור חוברת המכילה מידע מקיף על כל השירותים הקיימים עבור הנפגעות והנפגעים – סיוע, ליווי בהליכים, מענה רפואי ראשוני, מענה טיפולי ורגשי ודרישת פיצוי מביטוח לאומי, כמו גם הסברים לגבי ההליך הפלילי וההליך האזרחי. הזכותון הופץ בקרב כל מרכזי הסיוע בארץ, בחדרים האקוטיים ובתחנות משטרה. המהדורה הראשונה אזלה, ואנו שוקדות על מהדורה מעודכנת שתפורסם בחודשים הקרובים.**

**6. האיגוד, בשיתוף פעולה עם ארגון 'בזכות' ובתמיכת משרד הבריאות, קיים הכשרות לצוותים רפואיים ולאנשי ונשות בריאות הנפש. זו השנה הרביעית שבה פועל האיגוד בשיתוף פעולה זה, שתכליתו למקצע את כח האדם שעובד בבתי החולים הפסיכיאטרים ובקהילה. למרות השיעור הגבוה של נפגעות ונפגעי תקיפה מינית בקרב המאושפזות והמאושפזים במסגרות פסיכיאטריות, מרבית אנשי ונשות המקצוע הבאים איתם/ן במגע לא מקבלים הכשרה ייעודית. לפיכך, רואה האיגוד תחום זה כתחום אסטרטגי בעל חשיבות עליונה עבור נפגעות ונפגעים הנמצאים/ות בנקודה רגישה ופגיעה בחייהם/ן. את ההכשרות ביצעו מרכזי הסיוע חיפה ומרכזי הסיוע תאיר.**

**7. האיגוד הוסיף לקדם את הקוד הוולונטרי למניעת הטרדה מינית, שהושק בשנה שעברה. שני הארגונים הראשונים שאימצו את הקוד סיימו השנה את תהליך ההטמעה בהצלחה, וארגונים**

נוספים, ביניהם עיריית באר-שבע ומד"א, החלו את התהליך. השנה גם אישרה וועדה ציבורית של מכון התקנים לקבוע תקן למניעת הטרדה מינית בעבודה, ומפגשי עבודה נערכו עם עובדי ועובדות המכון לקידום קביעת הקוד כתקן.

**8. האיגוד המשיך לשנה שנייה של שיתוף פעולה עם עמותת 'אנוש', במטרה להכשיר את הצוות המקצועי שלה לעבודה מותאמת עם מתמודדות ומתמודדים בעלי/ות רקע של פגיעה מינית.** זאת, בהמשך לתפיסת מערך בריאות הנפש כתחום אסטרטגי. בשלב הראשון, ערכנו הכשרת עומק שעסקה בקשר בין פגיעה מינית להתמודדות נפשית, מיניות בריאה וזיהוי והכרת המאפיינים הייחודיים של פגיעה מינית בקרב מתמודדות ומתמודדים לכעשרים אנשי ונשות מקצוע. בשלב השני, העבירו המשתתפים/ות שהוכשרו על ידינו הרצאות בתוך הארגון, שהגיעו לקהל של מעל לשלוש מאות אנשי ונשות מקצוע שעובדים/ות עם מתמודדים/ות, כמו גם לקהל של מתמודדים/ות בעצמם. את ההכשרה מבצע מרכז הסיוע תאיר.

**9. האיגוד סיים את השנה השלישית של פרויקט קידום שוויון מגדרי ומניעת אלימות בתנועת הצופים.** הפרויקט, שנעשה בשיתוף מחלקת הדרכה בתנועת הצופים ומרכזי הסיוע בשרון ובתל-אביב, נועד לייצר, בתנועת הצופים, שיח של שוויון מגדרי, מיניות בריאה ומניעת פגיעה מינית. במסגרתו נערכו קורסי עומק לסוכני שינוי בתוך התנועה, בהם נדונו סוגיות ייחודיות של פגיעות מיניות בקרב בני ובנות נוער, ופחתחו שלושה מערכי פעולות בנושא שוויון מגדרי ומיניות עבור חניכי השכבה הבוגרת. בעקבות פעילות תא החשיבה שהוקם, סיימנו את הפרויקט ביצירת מודל ליצירת מרחב מוגן בשבט, ומודל להתמודדות חינוכית עם הטרדה מינית.

**10. זו השנה השנייה לתהליך העומק שמפעיל האיגוד עם מרכז סיוע תאיר בחיל האוויר, שמטרתו ליצור תכנית כוללת למניעת הטרדות מיניות בחיל האוויר.** את התכנית מוציאים לפועל מרכזי הסיוע בכל רחבי הארץ, והיא נבנתה בהתאם למאפייניו הייחודיים של החיל. עד כה כללה התכנית הרצאות וסימולציות למפקדים ולחיילים, כמו גם הכשרה ממוקדת של ממונות למניעת הטרדה מינית בבסיסי החיל הפרוסים ברחבי הארץ.

**11. גם השנה קיים האיגוד הכשרות לאנשי רשויות האכיפה, ויצר שיתופי פעולה משפטיים חדשים.** בין היתר, קיימנו הכשרות לחוקרי עבירות מין, הכשרות לחוקרי מח"ש, הכשרות למשפטנים בשירות הציבורי, יום עיון בנושא שפת המשפט ושפת הפגיעה בלשכת עורכי הדין ושיעורים לתלמידי ותלמידות משפטים באוניברסיטאות ומכללות; כמו כן, יצרנו שיתופי פעולה עם אגף הסיוע המשפטי במשרד המשפטים ועם יחידות הסיוע של הפרקליטות.

**12. האיגוד קיבל את אות ההוקרה של השרה לשוויון חברתי בתחום המאבק באלימות נגד נשים.** "על תרומה ייחודית וניכרת למאבק באלימות נגד נשים, לטובת הזולת, הקהילה והחברה, תוך מסירות והתמדה".

# נתוני פגיעה מינית לשנת 2016<sup>1</sup>

## נתוני מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית לשנת 2016

### מספר הפניות למרכזי הסיוע

למרכזי הסיוע הגיעו  
**47,901 פניות**  
בשנת 2016



עלייה ביחס לשנת 2011, בה התקבלו **7,914 פניות**

**10,610 מתוכן**  
**פניות חדשות<sup>2</sup>**



עלייה ביחס לשנה הקודמת, בה התקבלו **9,197 פניות**



קרוב לשליש מהעלייה בפניות בשנת 2016 (**4.5%**) התרחשה בזכות שירותי הסיוע בוואטסאפ ובצ'אט, שפתחו שני מרכזים במהלך 2016



1 בפרק הנתונים נכלול התייחסות חלקית גם לנתוני 2011 – זאת בכדי לאפשר התרשמות ממגמות שהתרחשו בחמש השנים האחרונות.

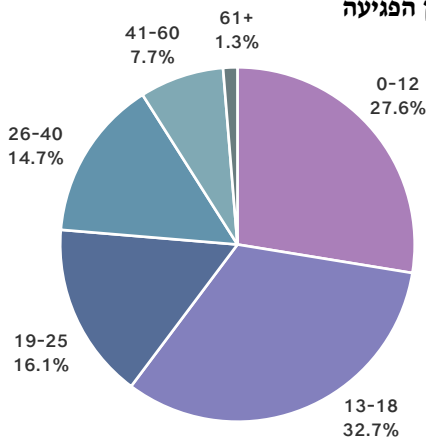
2 פניה חדשה – פניה נספרת בפעם הראשונה שהפונה מבקש/ת סיוע באותה שנה. למרבית הפניות יש שיחות המשך שאינן נספרות.

מאפיינים של הנפגע/ת<sup>1</sup>

מגדר הנפגע/ת



גיל בזמן הפגיעה



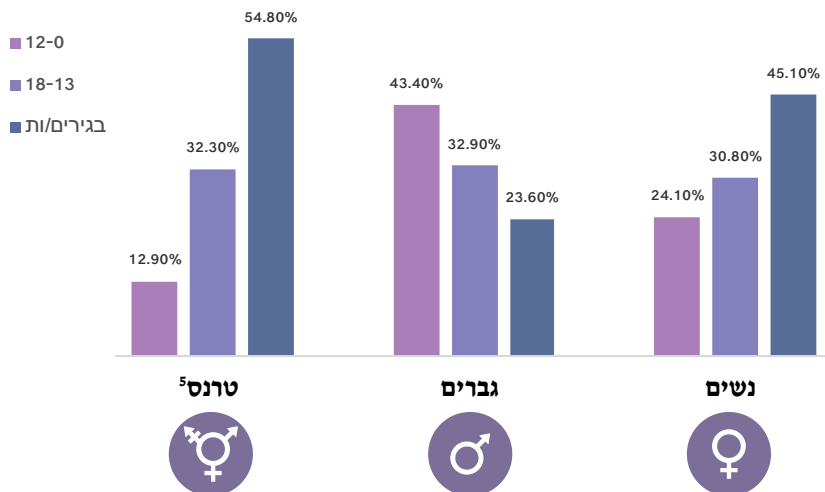
60.3% הנפגע/ת קטינה



39.7% הנפגע/ת בגיר/ה



התפלגות לפי מגדר וגיל הנפגע/ת



1 הנתונים מפולחים על פי סך הפניות החדשות באותה השנה.

2 אישה שסומנה בלידתה כזכר.

3 בשל בעיות טכניות, הפניות לקו הסיוע לגברים דתיים לא נכללו בחישוב; בפועל, מספר הגברים הפונים לסיוע גבוה יותר.

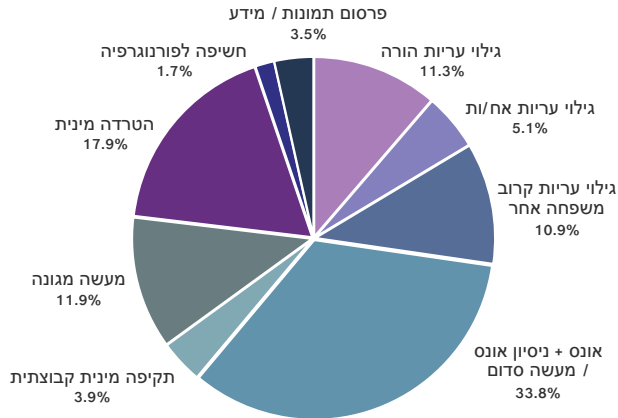
4 שיעור הגברים הטרנסים נמוך מ-0.1% מסך הפניות.

5 הבחירה להציג את קבוצת הטרנסים\* בנפרד מקבוצות הנשים והגברים הכלליות בנקודה זאת, נובעת מהדפוסים הדמוגרפיים

הייחודיים המשתקפים בנתונים אלו.

מאפיינים של הפגיעה

פילוח לפי סוג הפגיעה

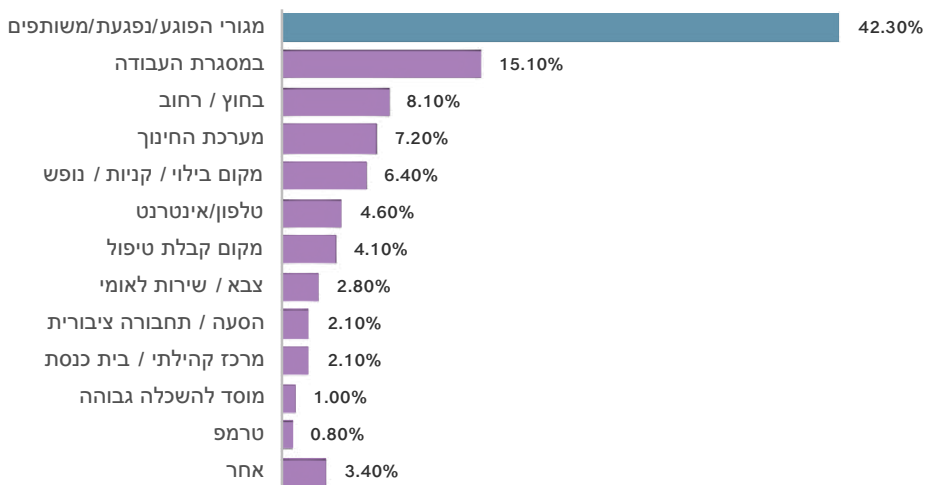


**5.2%**  
עבירות מחשב / רשת - לעומת 3% בשנה הקודמת

**ב-31%** מהמקרים דווח על פגיעה מתמשכת

**27.3%** גילוי עריות

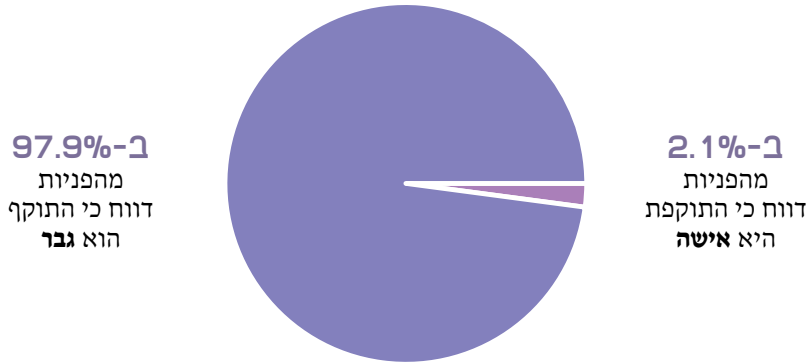
מקום הפגיעה



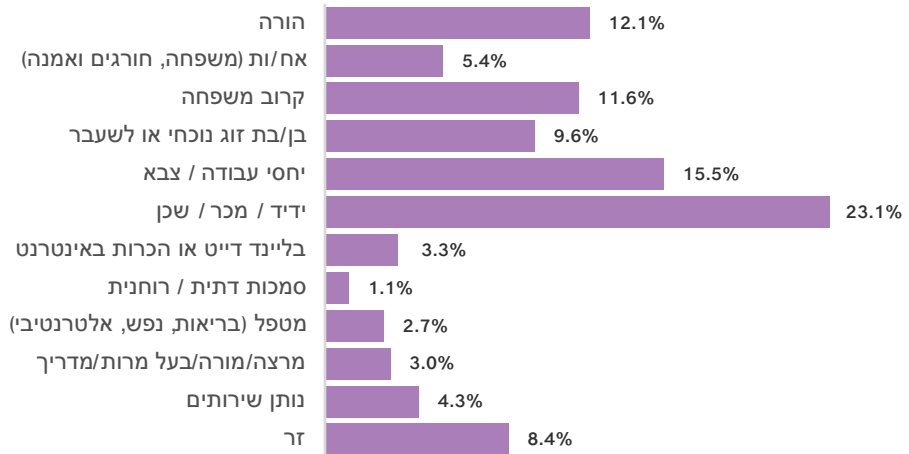


## מאפיינים של הפוגע

## מגדר התוקף



## הכרות עם הפוגע



פגיעה ובריאות

פניית מטפלים / ות



**628** מהפניות הגיעו ממטפלים/ות  
שביקשו להתייעץ לגבי נפגע/ת:  
**373** מתחום בריאות הנפש.  
ו-**225** צוות רפואי.

פנייה לטיפול



**15%** מהפונים והפונות  
ביקשו לקבל מידע על טיפול

שימוש בסם אונס



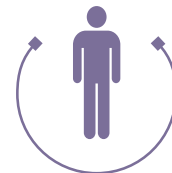
**67-1** פניות דווח כי הנפגעת  
הייתה תחת השפעת סם אונס.

מאפייני פגיעה בילדים וילדות (0-12)

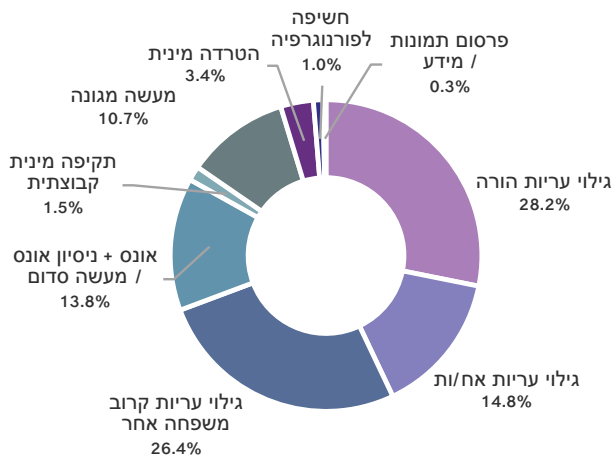
מגדר

זאת, ביחס ל-**24.1%** מהנשים  
ו-**12.9%** מהנשים והגברים  
הטרנס\* שפנו לסיוע.

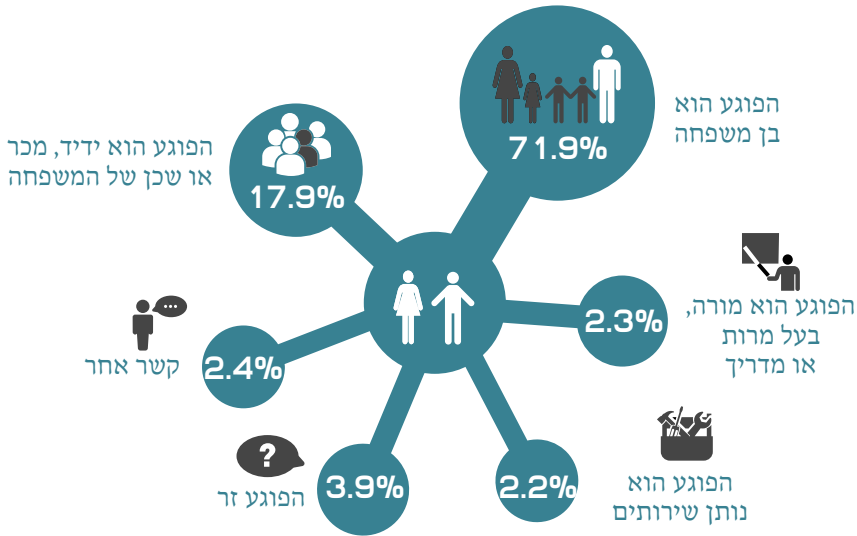
**43.4%** מהגברים שפנו לסיוע  
נפגעו לפני גיל **12**.



סוג הפגיעה (ילדות וילדים)



**הכרות עם הפוגע (ילדות וילדים)**



**פניה לסייע (ילדות וילדים)**

**כ-47.5%** מהפונות והפונים שנפגעו עד גיל 12 פנו לראשונה לסייע אחרי עשור או יותר.

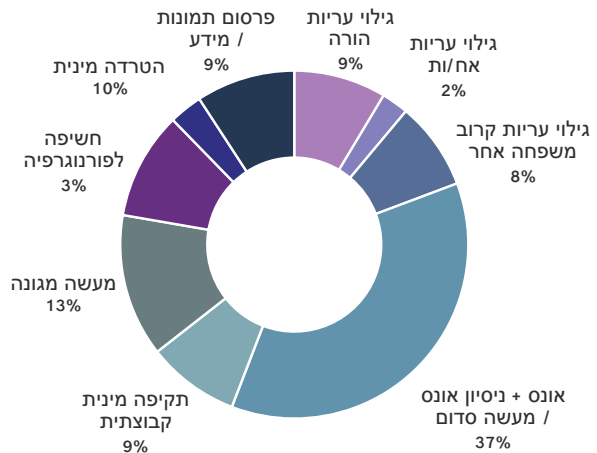


**חאפייני פגיעה בנוער (13-18)**

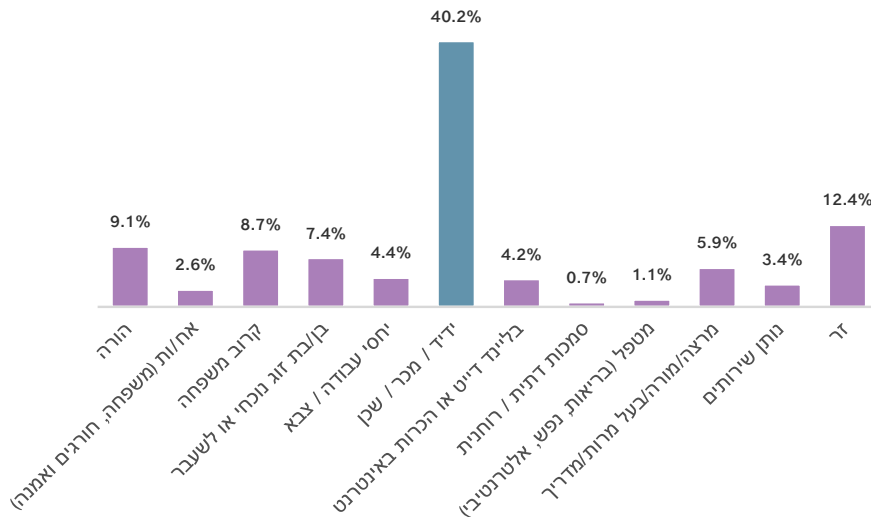
**סוג הפגיעה (נוער)**

**9%** דיווחו כי נפגעו מתקיפה מינית קבוצתית. זאת, לעומת **3%** ממי שנפגעו בבררות.

**9.3%** דיווחו כי נפגעו מעבירות של פרסום תמונות ומידע. זאת, לעומת **2.9%** ממי שנפגעו בבררות.



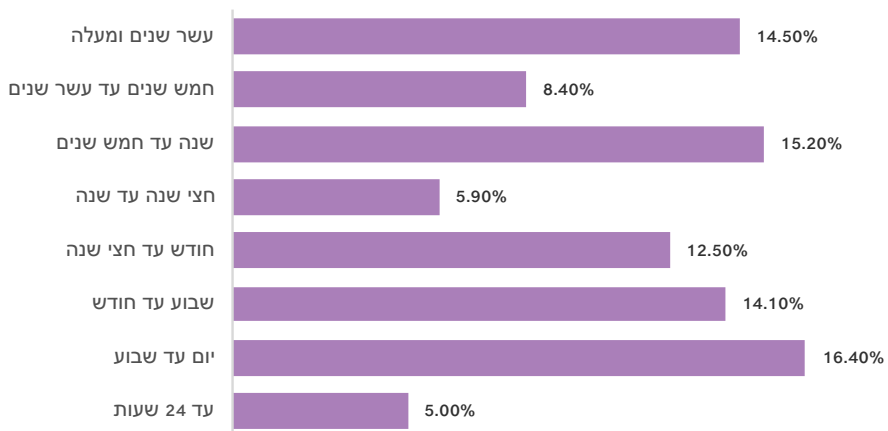
**הכרות עם הפוגע (נוער)**



**40.2%** מהתוקפים הם ידידים, מכרים או שכנים של הנפגעת/ת - כלומר, במקרים רבים הפגיעה מתבצעת בתוך קבוצת השווים.

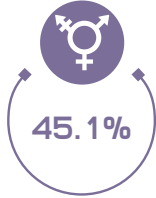


**משך הזמן בין הפגיעה לפניה לסיוע (נוער)**

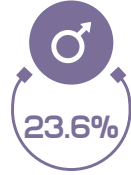


## מאפייני פגיעה בבגרות

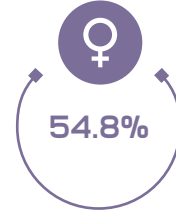
## מגדר (בגירות ובגירים)



מהנשים שפנו לסיוע  
נפגעו בבגרות

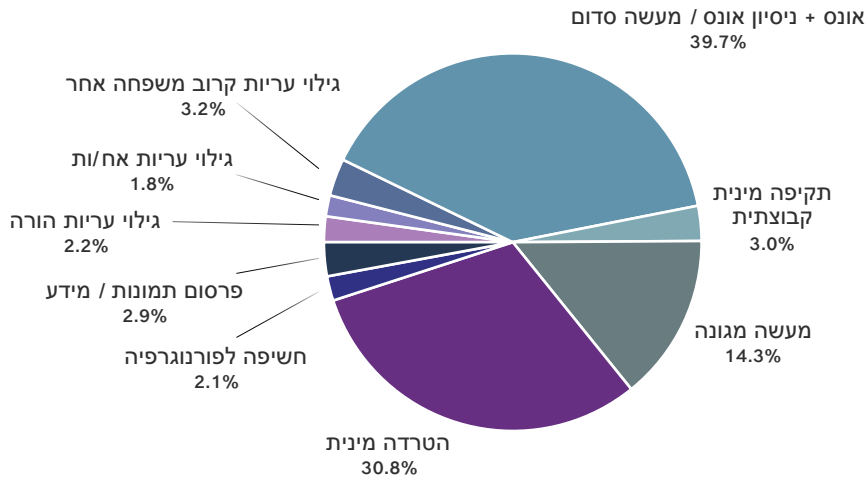


מהגברים שפנו לסיוע  
נפגעו בבגרות

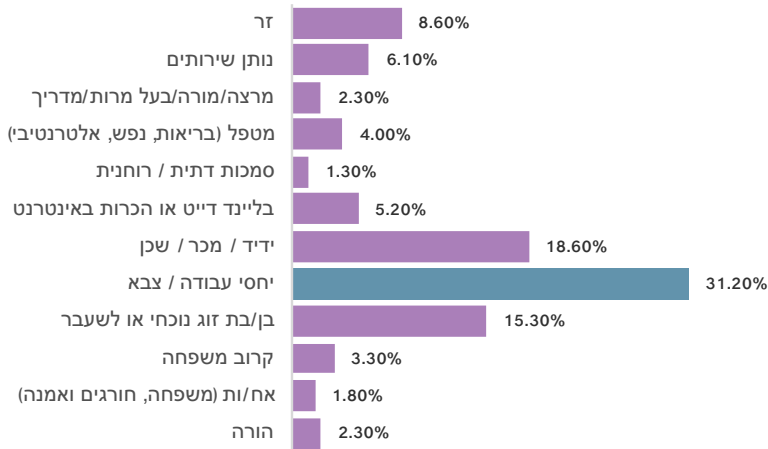


מהנשים והגברים הטרנס\*  
שפנו לסיוע נפגעו בבגרות

## סוג הפגיעה (בגירות ובגירים)



**הכרות עם הפוגע (בגירות ובגירים)**



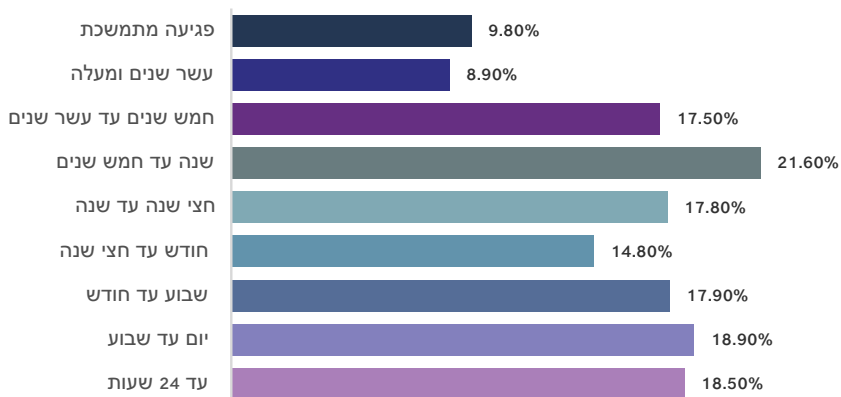
**פניה למשטרה**

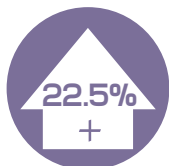
**הגשת תלונה**

ב-13.7% מהפניות שהגיעו למרכזי הסיוע הוגשה תלונה במשטרה.



**שיעור הגשת התלונה לפי זמן הפנייה לסיוע**



נתוני חשטרת ישראל לשנת 2016<sup>1</sup>

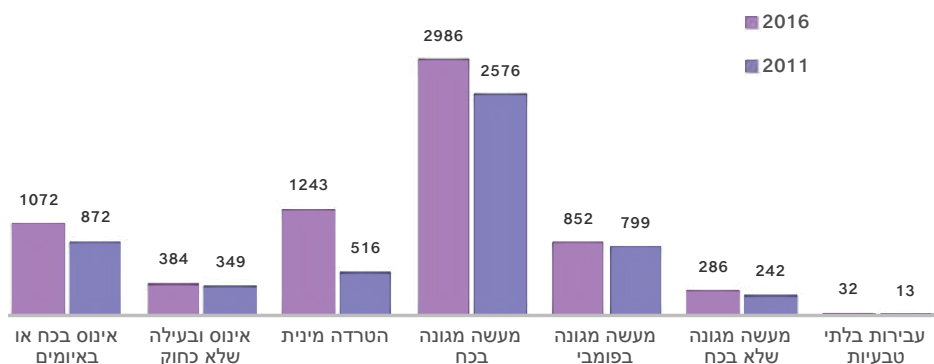
עלייה לעומת שנת 2011,  
בה נפתחו 4,791 תיקים



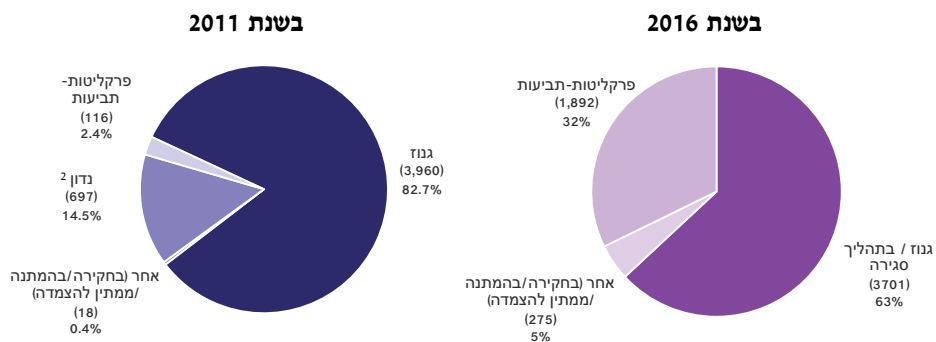
בשנת 2016 נפתחו במשטרה  
5,686 תיקי עבירות מין  
והטרדה מינית

## התיקים שנפתחו בשנת 2016 ובשנת 2011

## סוג התיקים שנפתחו בשנת 2016 ובשנת 2011



## מצב התיקים שנפתחו

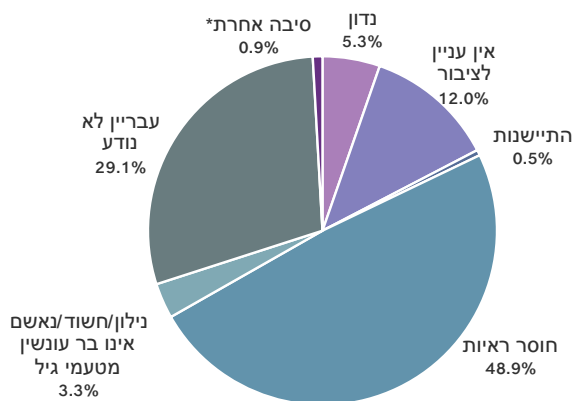


1 מקור: הממונה על חוק חופש המידע במשטרת ישראל.

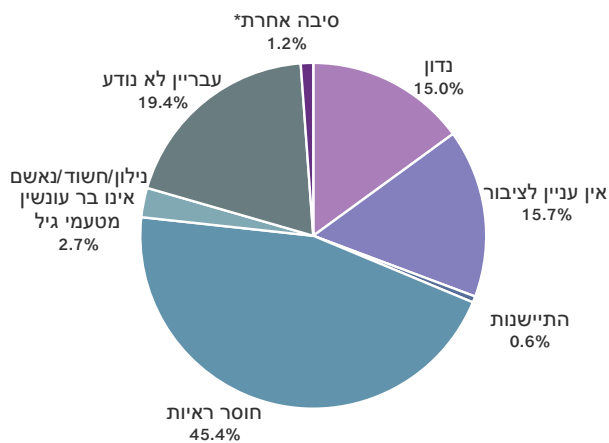
2 נדון: עבר הליך שיפוטי.

**עילות סגירת התיקים בשנים 2011-2016**

**סגירת תיקים - 2016**



**סגירת תיקים - 2011**



\* סיבה אחרת: העברה לרשות אחרת, ח"צ - אי איתור נילון / חשוד / נאשם, מות נילון / חשוד / נאשם, נילון / חשוד / נאשם אינו בר עונשין מטעמי אי שפיות.

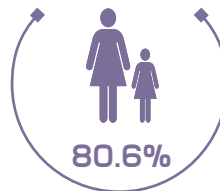


חאפיינים של הנפגע/ת

מגדר הנפגע/ת<sup>2</sup>



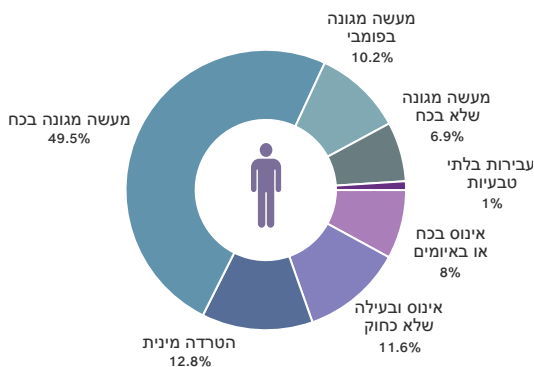
הנפגע הוא ילד או גבר



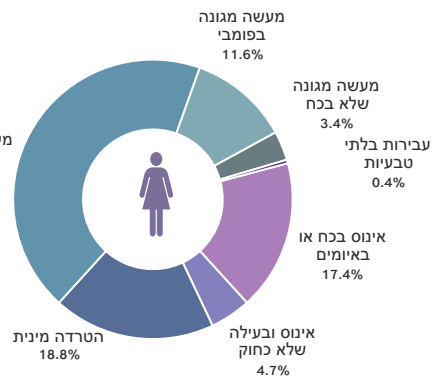
הנפגעת היא ילדה או אישה

פילוח לפי סוג עבירה ומגדר הנפגע/ת

סוג העבירה - גברים



סוג העבירה - נשים



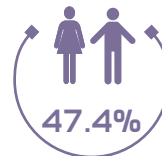
גיל בזמן הפגיעה<sup>3</sup>



ב-68 תיקים  
הנפגע/ת קשישה



ב-2,674 תיקים  
הנפגע/ת בגיר/ה

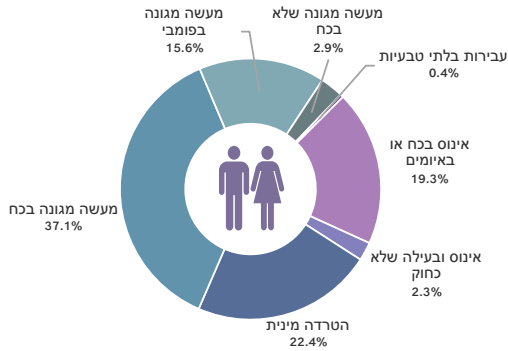


ב-2,743 תיקים  
הנפגע/ת קטינה

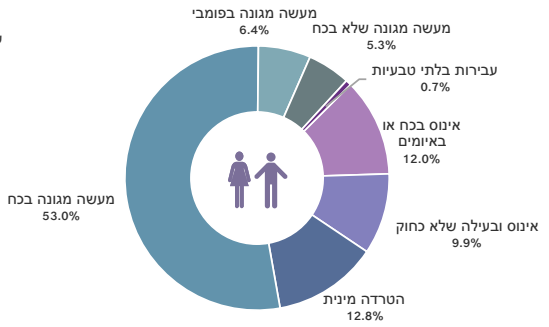
1 מתוך סך התיקים לגביהם נמסר מידע.  
2 לא נמסרו נתונים אודות שיעורם/ן של נשים וגברים טרנס\* מבין הנפגעים והנפגעות.  
3 מתוך סך התיקים לגביהם נמסר מידע.

פילוח לפי סוג עבירה וגיל הנפגע/ת

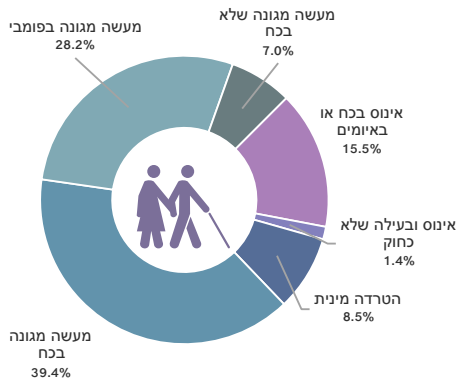
סוג העבירה – בגיר/ה



סוג העבירה – קטינה

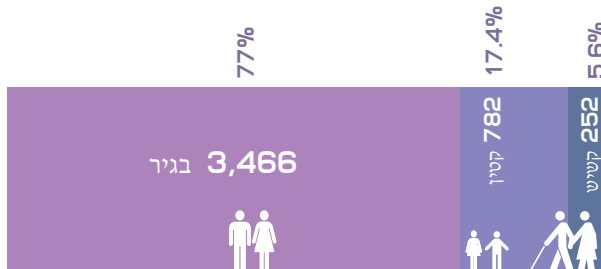


סוג העבירה – קשיש/ה

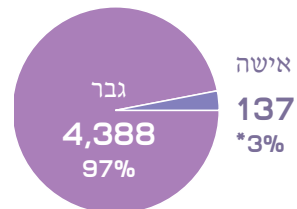


מאפייני הפוגע

חשוד / נילון לפי גיל

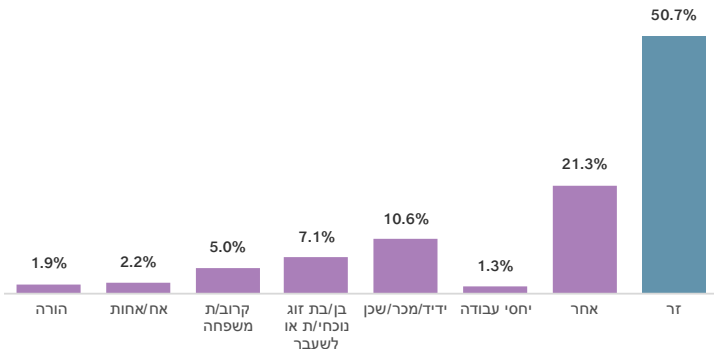


חשוד / נילון לפי מגדר



\* 45% מתוך הנשים החשודות / נילונות מואשמות בהטרדה מינית

**הכרות עם הפוגע**



**עבירות מין במשפחה**

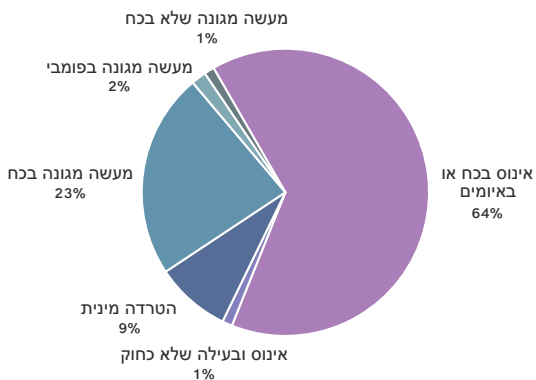
ב-2016 נפתחו 948 תיקים בגין עבירות מין בתוך המשפחה.



**עבירות מין בין בני זוג**



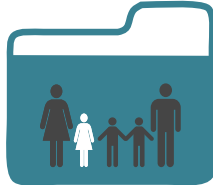
**עבירות מין בין בני זוג – לפי סוג העבירה**



## נתוני הפרקליטות לשנת 2016<sup>1</sup>



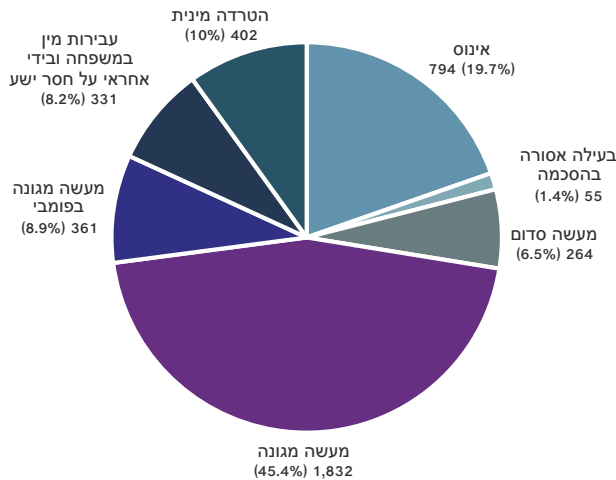
עלייה לעומת שנת 2011, בה נפתחו 2,987 תיקים



בשנת 2016 נפתחו בפרקליטות 4,039 תיקים בחשד לעבירות מין והטרדה מינית

### מצב תיקי עבירות המין וההטרדה המינית בפרקליטות

\* ההפרדה בין תיקי ההטרדה המינית לשאר תיקי עבירות המין נובעת מכך שהטרדה מינית חוסה תחת חוק ייחודי, ולא תחת חוק העונשין כעבירות המין האחרות.



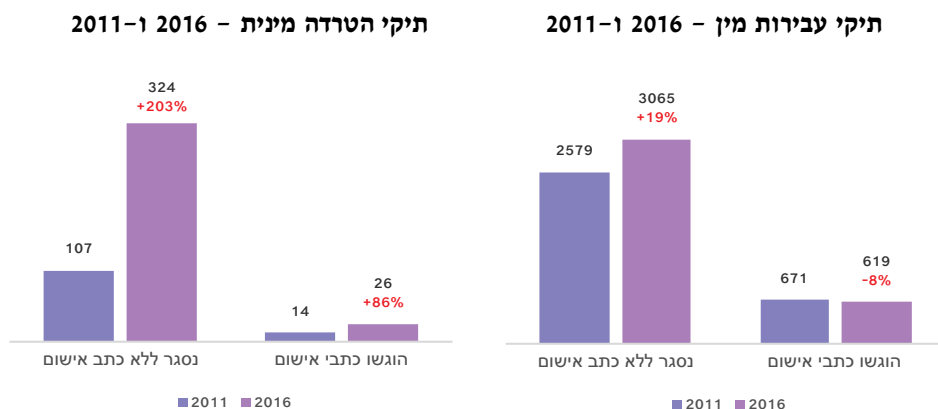
תיקי עבירות מין והטרדה מינית נסגרו בשנת 2016<sup>3</sup>



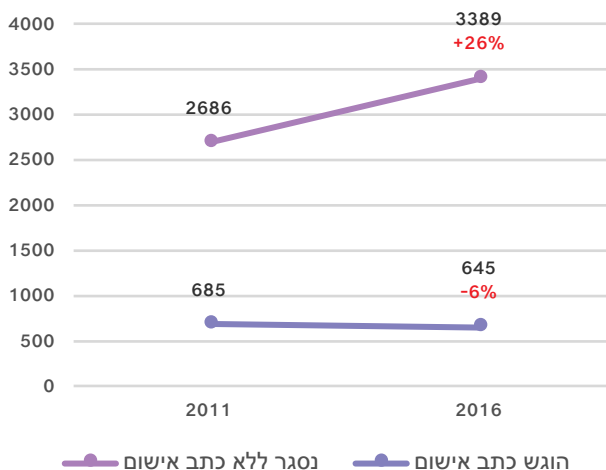
כתבי אישום הוגשו בתיקי עבירות מין והטרדה מינית בשנת 2016<sup>2</sup>

1 מקור: הממונה על חופש המידע בפרקליטות.  
 2 תיקי הפרקליטות בהם הוגשו כתבי אישום לא נפתחו בהכרח בשנת 2016.  
 3 תיקי הפרקליטות שנסגרו לא נפתחו בהכרח בשנת 2016.

בשנת 2016 נסגרו יותר תיקים מאשר בשנת 2011, ומספר התיקים בהם הוגש כתב אישום – ירד. נתונים אלו מייצגים מגמה כללית – למרות שבשנים האחרונות מספר התיקים שנפתחו בפרקליטות גדל משנה לשנה, מספר כתבי האישום לא עלה בהתאמה. עם זאת, בשל העובדה כי כתב האישום אינו מוגש בהכרח בשנה בה נפתח התיק, לא ניתן לספק נתונים מהימנים על אודות שיעור סגירת התיקים והגשת כתבי אישום מתוך התיקים שנפתחים בכל שנה.

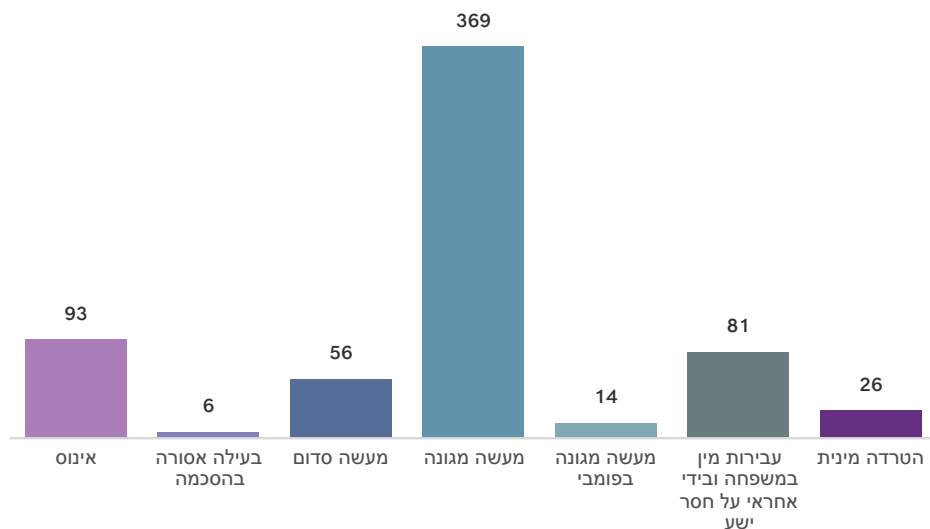


### מצב תיקי עבירות המין וההטרדה המינית – 2011 ו-2016



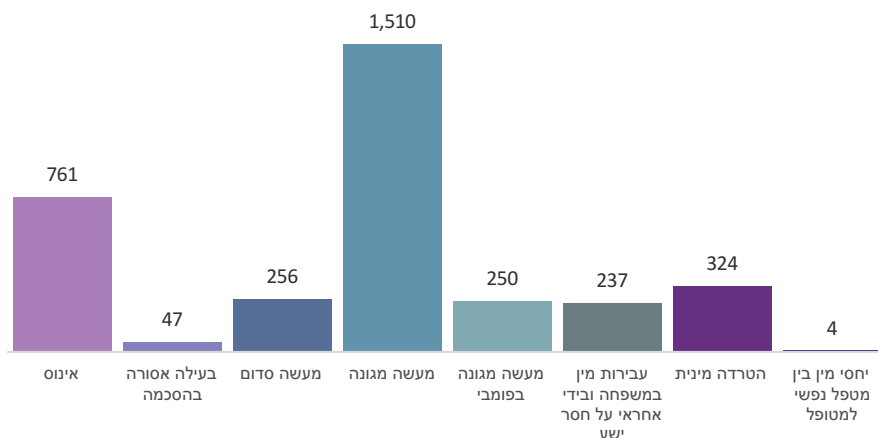
הגשת כתבי אישום בשנת 2016

בשנת 2016, הגישה הפרקליטות 619 כתבי אישום בגין עבירות מין, ו-26 כתבי אישום בגין הטרדה מינית:

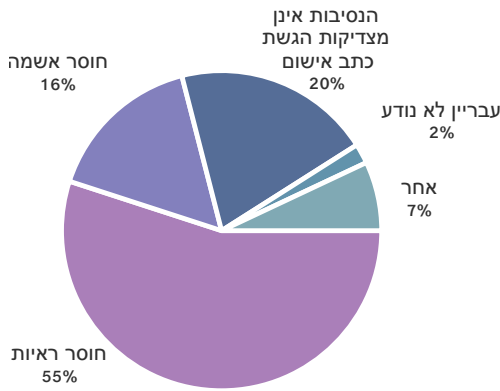


תיקים שנסגרו בפרקליטות ללא כתב אישום

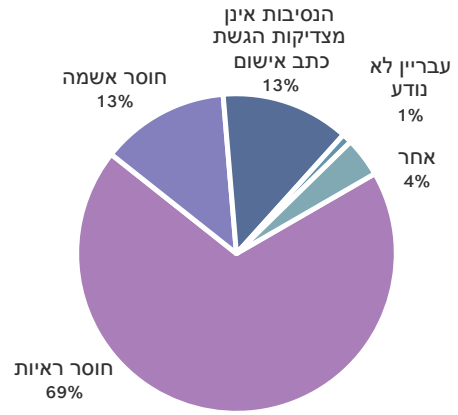
בשנת 2016 נסגרו בפרקליטות ללא הגשת כתב אישום 3,389 תיקי עבירות מין והטרדה מינית, על פי הפילוח שלהלן:



עילות לסגירת תיקי הטרדה מינית – 2016

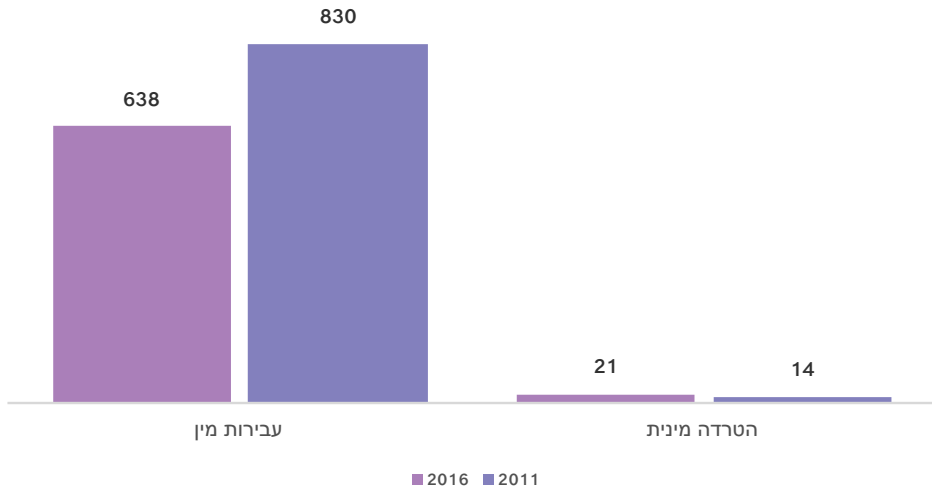


עילות לסגירת תיקי עבירות מין – 2016



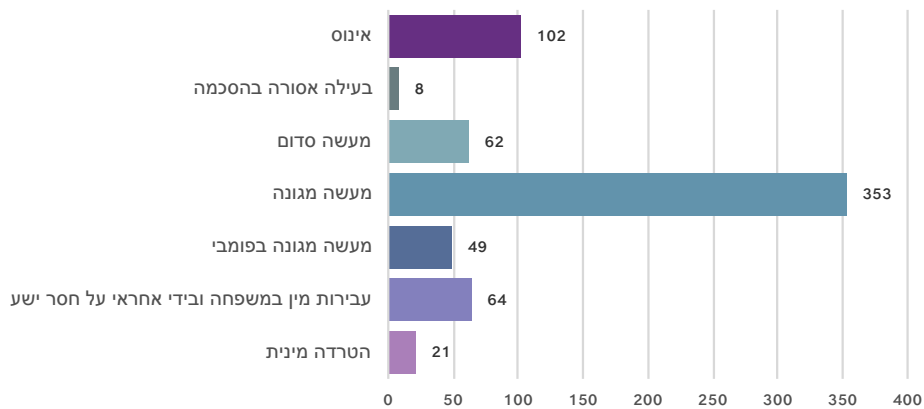
תיקים שהסתיימו לאחר הליך שיפוטי

תיקים שהסתיימו לאחר הליך שיפוטי – 2016 ו-2011<sup>1</sup>



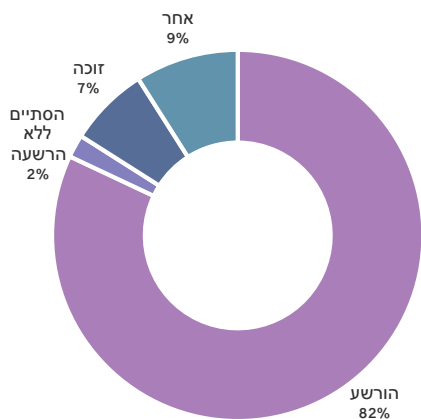
<sup>1</sup> התיקים שהסתיימו לאחר הליך שיפוטי לא בהכרח נפתחו באותן השנים. כמו כן, כתבי האישום לא בהכרח הוגשו באותן השנים.

**תיקים שהסתיימו לאחר הליך שיפוטי ב-2016 - לפי סוג עבירה**

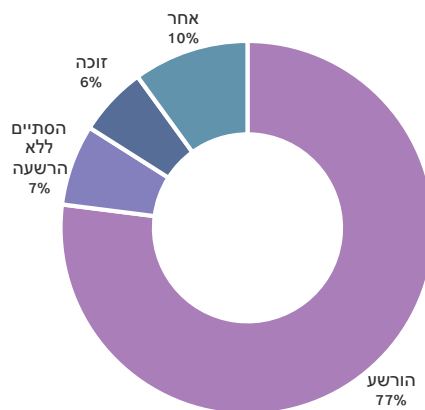


**תוצאות ההליכים המשפטיים שהסתיימו בשנת 2016**

תוצאות ההליכים המשפטיים - 2011



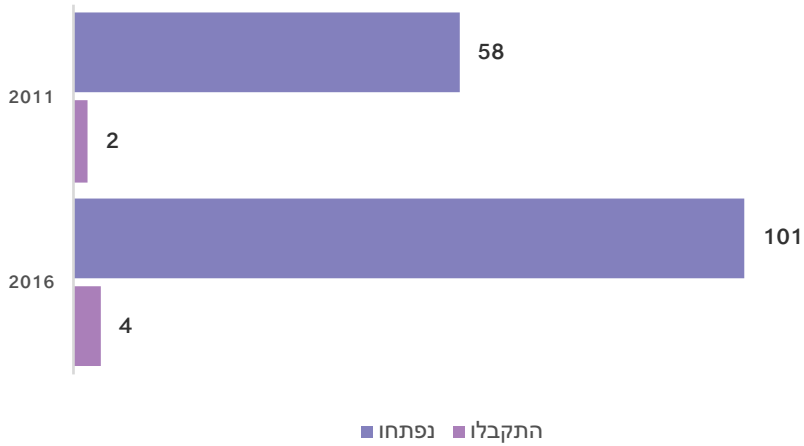
תוצאות ההליכים המשפטיים - 2016





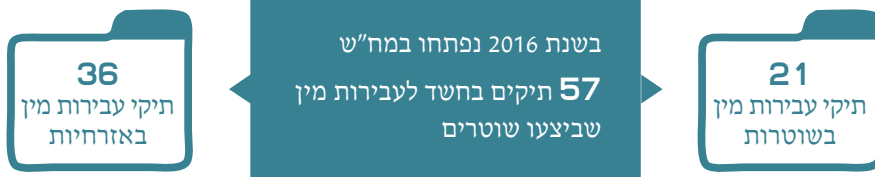
### עררים על סגירת תיקי עבירות מין

על אף שמספר העררים שהוגשו ב-2016 כמעט כפול ממספר העררים שהוגשו ב-2011, השיעור היחסי של עררים שהתקבלו נשמר – ונותר זניח.



## נתוני המחלקה לחקירות שוטרים (מח"ש)<sup>1</sup>

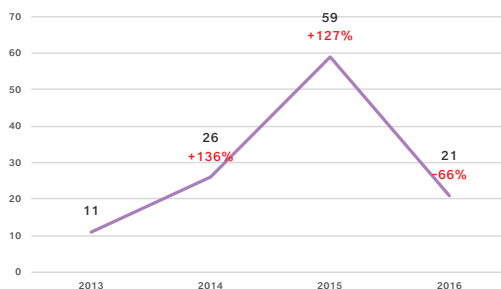
תיקי עבירות חין נגד שוטרים - 2016



מקמות בהגשת תלונות נגד שוטרים - 2016

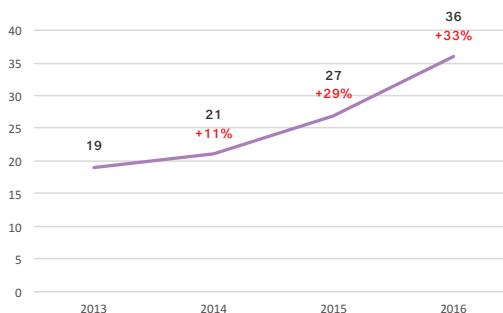
### תלונות על פגיעה בשוטרות

בשנת 2016 חלה ירידה של 66% במספר תיקי עבירות המין בשוטרות ביחס לשנה שקדמה לה:

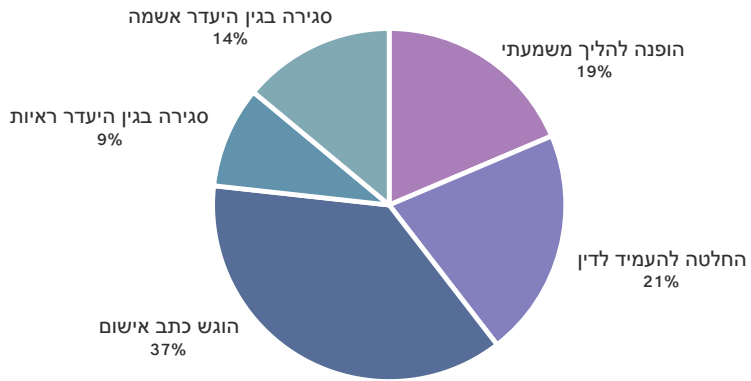


### תלונות על פגיעה באזרחיות

לעומת זאת, בשנת 2016 המשיכה מגמת הצמיחה במספר תיקי עבירות המין באזרחיות:



## מצב תיקי עבירות המין במח"ש - 2016



## נתוני צה"ל לשנת 2016<sup>1</sup> נתוני היוהל"ם, יחידת מהו"ת, מצ"ח והפרקליטות הצבאית

פניות ליוהל"ם<sup>2</sup> וליחידת מהו"ת<sup>3</sup>

בשנת 2016 התקבלו סה"כ **1,329** פניות, לעומת **701** פניות בשנת 2011

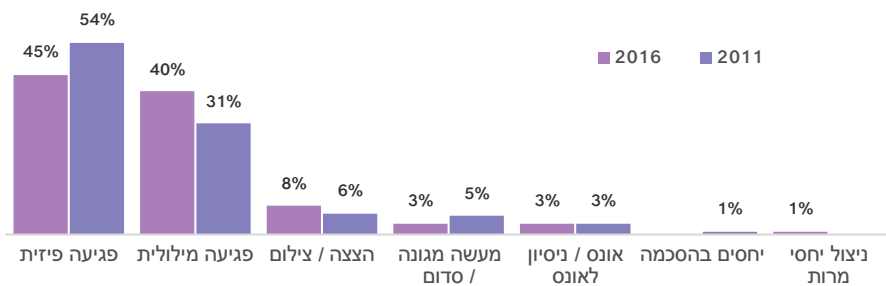


עלייה ביחס לשנת 2011,  
בה התקבלו **163** דיווחים  
בנסיבות אזרחיות.



עלייה ביחס לשנת 2011,  
בה התקבלו **538** דיווחים  
בנסיבות צבאיות.

### פניות לפי סוג הפגיעה – 2016 ו-2011



1 מקור: הממונה על חופש המידע בצה"ל.

2 יוהל"ם: יועצת הרמטכ"ל לענייני מגדר

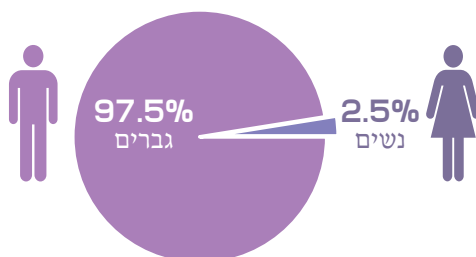
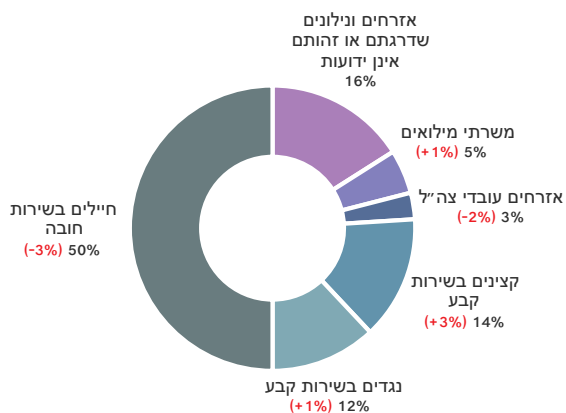
3 מהו"ת: מרכז התמודדות ותמיכה. מרכז סיוע וטיפול שייעודו להעניק טיפול רגשי, סיוע רפואי וליווי משפטי לחיילות ולחיילים בשירות חובה.

## מאפיינים דמוגרפיים

## מגדר הנפגע/ת



## מאפייני הפוגע

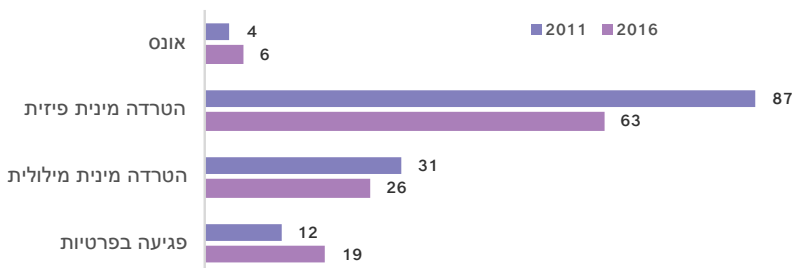
זהות הנילונים (לפי דרגה)<sup>1</sup>

מצ"ח

תיקי פגיעה מינית שטופלו במצ"ח



תיקי מצ"ח לפי סוג הפגיעה

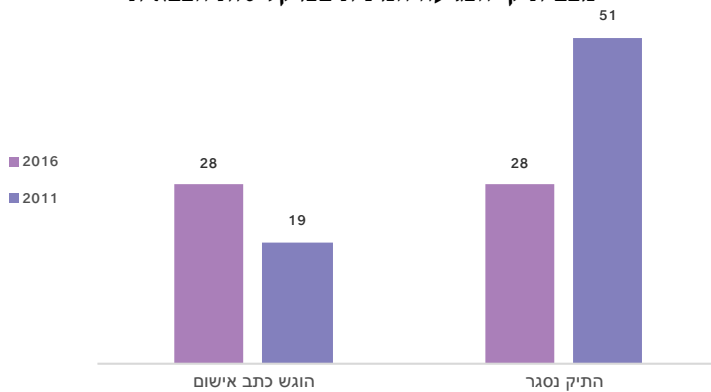


הפרקליטות הצבאית

תיקי פגיעה מינית שטופלו בפרקליטות הצבאית

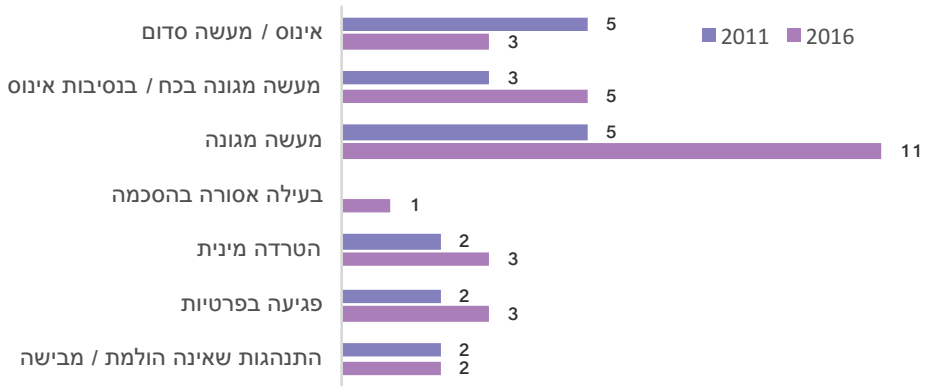


מצב תיקי הפגיעה המינית בפרקליטות הצבאית<sup>1</sup>

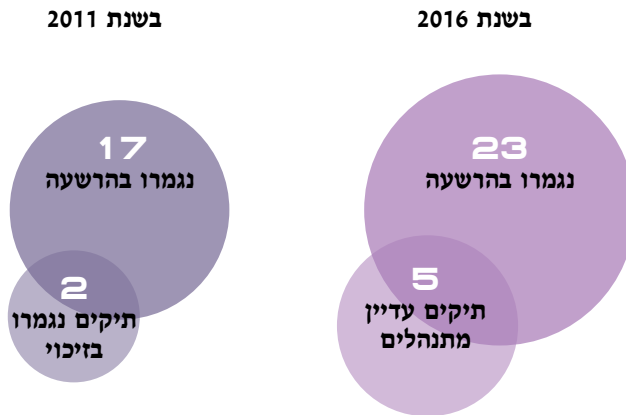


1 לא נמסר מידע בנוגע לנקיטת הליכים משמעותיים.

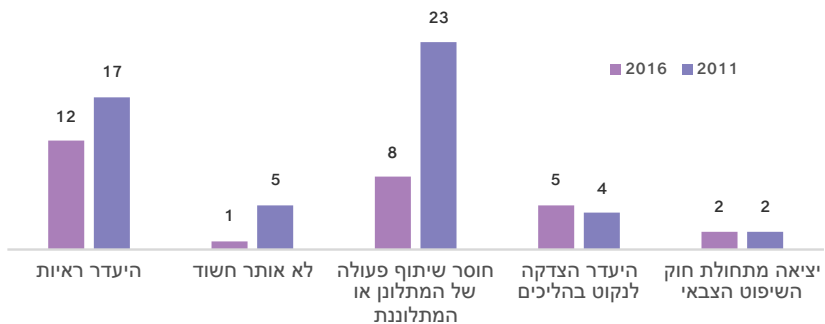
**כתבי אישום לפי סוג העבירה**



**מצב התיקים בהם הוגשו כתבי אישום**



**עילות סגירת התיקים בפרקליטות הצבאית**



# פגיעה מינית והשלכותיה במערכת הבריאות

ד"ר שיר דפנה-תקוע, ד"ר הילה לייבוביץ-דיאמנט  
וד"ר אנה פדואה

פיזיולוגים ולתסמינים נפשיים, כאחד. רוב הפגיעות המיניות מתרחשות בתקופת הילדות וההתבגרות, ועם זאת השפעת הפגיעה אינה מסתיימת בזמן הילדות אלא נמשכת לאורך כל החיים.<sup>7</sup> פגיעה מינית היא אירוע טראומטי ביו-פסיכופיזיולוגי<sup>8</sup> המהווה נטל משמעותי על הגוף.<sup>9</sup> נטל זה גורם לרמה גבוהה של דחק ועוררות ממושכים על המערכת הפיזיולוגית, משפיע על חוזק המערכת החיסונית, ולאורך זמן אף עלול להשפיע על התפרצות מחלות אקוטיות ועל התפתחות מחלות כרוניות במהלך החיים. הספרות המקצועית מתארת את האופן שבו גורמת פגיעה מינית לעומס על המערכת הפיזיולוגית והנפשית כאחד כ-Toxic Stress.<sup>10</sup>

## פגיעה מינית ובריאות במעגל החיים

פגיעה מינית בילדות היא פגיעה בגוף ובנפש של הילד/ה הנפגעת, ומהווה גורם לחץ בעל מאפיינים טראומטיים החושפים את הנפגע או את הנפגעת לטווח רחב של השפעות ראשוניות ומתמשכות.<sup>11</sup> הספרות המחקרית מתארת קשרים בין פגיעה מינית בילדות להתפתחות מחלות כרוניות מסוימות,<sup>12</sup> אשר ביניהן ניתן למצוא הפרעות במערכת העיכול,<sup>13</sup> סוכרת,<sup>14</sup> סרטן,<sup>15</sup> כאב כרוני,<sup>16</sup> וכן בעיות בתחום הגניקולוגיה, סימפטומים של מצוקה נפשית

בשלושת העשורים האחרונים, גוברת ההכרה הציבורית בתופעת הפגיעה המינית בילדות כבעיה חברתית רחבת היקף בישראל ובעולם כולו. עמה, גדלה תשומת הלב המחקרית להשלכות הפגיעה על בריאותם הפיזית והנפשית של קורבנותיה.<sup>1</sup> שיעורי הפגיעה המינית בילדות מוערכים בכ-25%-45% בקרב נשים וכ-15%-30% בקרב גברים.<sup>2</sup>

על-פי נתונים אלו, שרובם דיווחים רטרוספקטיביים - כלומר, בגירות ובגירים שדיווחו על היסטוריה של פגיעה מינית בילדותם, אחת מכל ארבע נשים ואחד מכל שישה גברים חוו פגיעה מינית בתקופת הילדות וההתבגרות.<sup>3</sup> מיזם טריאנה<sup>4,5</sup> שנערך בישראל בשנים 2011-2014, בדק 12,035 ילדים ובני נוער מגיל 12 ועד גיל 17. במחקר נשאלו הילדים והילדות, ישירות, על סוג ועל מידת האלימות כלפיהם ונמצא כי אחוזי הפגיעה המינית בישראל כמעט זהים בקרב נערים ובקרב נערות. מחקרים אפידמיולוגיים נוספים מצביעים על כך שתופעת הפגיעה המינית בילדות מתרחשת בכל שכבות האוכלוסייה ללא הבדלי דת, תרבות, לאום, מעמד חברתי, רמת השכלה או רמת הכנסה.

פגיעה מינית מוגדרת על ידי DSM-V<sup>6</sup> כאירוע טראומטי אשר עלול לגרום לתסמינים



בארץ ובעולם מתמודדות עם ההשלכות הכלכליות של הטיפול בחולים של נפגעים ושל נפגעות במהלך החיים.<sup>23,27</sup>

נפגעי ונפגעות טראומה, מביעים מנעד רחב ומשתנה של תלונות גופניות וסימפטומים של מצוקה רגשית, אשר מצריכים תשומת לב רפואית ומשאבים מערכתיים רבים.<sup>28,29</sup> על אף הקשר המובהק בין פגיעה מינית למחלות מסוימות, לעיתים קרובות מגיע הבריור הרפואי לכדי מיצוי כאשר נמצא כי החולי והתלונות הגופניות אינם מתאימים לאבחנה של מחלה מוכרת.<sup>30</sup> במקרים כאלו, מאובחנים המטופלות והמטופלים בהפרעת ביטוי גוף – סומטיזציה, ללא ממצא אורגני. הפרעה זו מוגדרת ב-DSM-V כקיום סימפטומים גופניים שגורמים לחרדה או להפרעה בתפקוד היומיומי וכוללים בין היתר מחשבות, רגשות והתנהגויות שנובעים מן המצב הנפשי. הספרות הקיימת על נפגעי ונפגעות פגיעה מינית בילדות מתארת דיווחים על ביטויים פיזיים ללא ממצא אורגני כגון: התקפים הדומים להתקפים אפילפטיים, כאבים בזמן במתן שתן, קושי בבליעה, רגישות לריחות ולטעמים, חוסר תחושה בחלקי גוף ועוד. בנוסף, מדווחים נפגעים ונפגעות על סימפטומים של מצוקה נפשית כגון: דיכאון, סימפטומים פוסט טראומתיים, הפרעות שינה וניסיונות אובדניים, הפרעות חרדה, פגיעה עצמית והתמכרות לסמים ולאכזריות, כשהפגיעה עלולה גם להוות טריגר להתפרצות מחלות נפש בקרב מתבגרים ומתבגרות.<sup>31</sup>

המחקר מתעד גם קשר חזק בין טראומה מינית לדיסוציאציה. מנגנון הדיסוציאציה, אשר מופעל כתגובה לטריגרים כרוניים או מצטברים של טראומה, משמש להפחתת רמת החרדה במהלך הטראומה ולאחריה. דיסוציאציה עשויה להתבטא בסימפטומים פסיכולוגיים או בביטויים גופניים, כאשר הביטוי הגופני של דיסוציאציה מוגדר כ"דיסוציאציה סומטית".

ופיזית במהלך ההיריון והלידה, הריון בסיכון גבוה ולידות מכשירניות.<sup>17,18</sup> בנוסף, שורדי ושורדות פגיעה מינית בילדות מדווחים על בעיות בתפקוד המיני.<sup>19,20</sup>

תחום שבו השלכות הפגיעה המינית בתקופת הילדות ניכרות במיוחד הוא הפרעות אכילה: כיום, ידוע ששיעור ניכר מהנשים הסובלות מהפרעות אכילה עברו פגיעות מיניות בילדות, כאשר מחקרים מסוימים מצאו ששיעורן מגיע ל-80%.<sup>21</sup> הרעבה עצמית ובולמיה משמשות כאסטרטגיית התמודדות עם הקשיים שנגרמים לנפגעות התעללות מינית בילדות, בהם הערכה עצמית נמוכה, אשמה, שנאה עצמית, חוסר אונים והיעדר שליטה.<sup>22</sup> הענישה העצמית, המגולמת בהפרעות האכילה, נועדה לשכך תחושות אלו.

ברוב מסגרות הטיפול המסונפות למערך בריאות הנפש, לא מתבצעת הפרדה בין נשים לגברים, וברובן גם אין אגפים ופרוטוקולים מיוחדים עבור נשים וגברים עם היסטוריה של פגיעה מינית.<sup>23</sup> מסגרות אלו יוצרות ניתוק מהזולת, ובמקרים רבים נכפית בהן האכילה על המטופלות באמצעים כמו זונדה, קשירה וענישה, כאשר הטיפול מותנה בקבלת איסורים והגבלות חמורים. התערבות זו נוטלת מהמטופלות את כוחן ואת תחושת השליטה שלהן, הפגועה בלאו הכי, ולכן אינה מסייעת בהחלמתן. לעתים, צורות התערבות אלו אף משחזרות את הטראומה, ועלולות לדרדר את מצבן הנפשי והגופני של המטופלות הללו. הידע המחקרי, העוסק בהשפעות ארוכות טווח של פגיעה מינית, מעלה כי נפגעים ונפגעות עושים שימוש תכוף יותר בשירותי בריאות מאשר האוכלוסייה הכללית. שיעורי הפניה לרופא המטפל בשל סומטיזציה או דיכאון גבוהים יותר.<sup>24</sup> בנוסף מספר הפניות למר"ד (רפואה דחופה) וכן אשפוזים של נפגעות גבוהה מזה שבכלל האוכלוסייה.<sup>25,26</sup> מערכות הבריאות

נפגעי ונפגעות תקיפה מינית בשרותי הבריאות, קיימת גם תופעה של הימנעות מטיפול רפואי (Noncompliance). הימנעות זאת יכולה להתבטא גם בסירוב לנטול תרופות, על כל המשתמע מכך; נפגעות מדווחות גם על קושי בביצוע בדיקה עצמית לגילוי גוש בשד, וקיימת בקרבן גם הימנעות מבדיקת סקר לסרטן צוואר הרחם - PAP SMEAR, המובילה לחוסר אבחון מוקדם של סרטן צוואר הרחם.<sup>26</sup>

כפי שנסקרה לעיל, שיעור הנפגעים והנפגעות באוכלוסייה הכללית גבוה ביותר, ובמהלך החיים הבוגרים מתאפיינת אוכלוסיית הנפגעים בהזדקקות רבה מן הממוצע לשרותי מערכת הבריאות. מנגד, בדיקה, אשפוז או ניתוח עלולים ליצור מציאות הנתפסת כחזרה של הנפגעות/ת למצב תלותי ותחושת חוסר אונים של הגוף. במצב זה, עלולה להיפגע יכולת השיפוט לגבי הצורך האובייקטיבי בבקשת עזרה מהצוות הרפואי, בניוד, בשיכוך כאבים, בשימוש בתרופות להשראת שינה וכדומה. מצב זה יכול לעכב את תהליך ההחלמה ולגרום לאשפוזים ממושכים ולא אפקטיביים.

### **שימוש בשירותים רפואיים לנפגעי ולנפגעות תקיפה מינית בישראל**

ככל אזרחי ואזרחיות מדינת ישראל, נפגעי ונפגעות תקיפה מינית משתמשים במערכת הבריאות לכל אורך מעגל החיים. עם עליית המודעות להשלכות הבריאותיות של פגיעה מינית, עולה הצורך להתמודד עם הצרכים הייחודיים של נפגעות ושל נפגעים גם באופן מערכתי. כיום, תשומת הלב המערכתית מופנית לקטינים ולחסרי ישע. בשנים האחרונות הוכשרו, ביוזמת משרד הבריאות, רופאים/ות, אחים/ות ועובדים/ות סוציאליים/ות לנושא פגיעה מינית בקטינים והוקמו מרכזי הערכה רפואית לילדים וליולדות נפגעים.

על הצוות הרפואי להכיר בכך שבהליכים רפואיים רבים מתקיימים תרחישים שעשויים להיות טריגר להצפת זיכרונות הפגיעה או לחוויות של חוסר שליטה.<sup>32</sup> נפרט דוגמאות של מקרים בהם הבדיקה הרפואית, הטיפול הרפואי או הסיטואציה הרפואית יכולים להיתפס כחוסר שליטה, חוסר אונים או מצב משפיל ומאיים עבור נפגעות ונפגעים ובכך להפוך לטראומה מחודשת: בדיקה בתנוחה דומה לזו שהייתה בזמן התקיפה ובפרט בדיקה גניקולוגית, קשירת הידיים במהלך ניתוח, שכיבה או ישיבה כאשר הדמות הסמכותית, הרופא/ה או האח/ות, רוכנת מעל, החדרת עירווי נזולים, שימוש בג'ל (בעיקר מחומם) לצורך בדיקת US, הסרת הבגדים בחדר בדיקה או נעילת הדלת. באופן ספציפי, בתחומי רפואת שיניים ורפואת אף אוזן גרון נוצר קושי בבדיקה שכן, פעמים רבות, האזורים הנבדקים במסגרת זו מתקשרים לפגיעה ויוצרים טריגר.

מצבים כאלה יכולים להתקשר באופן ישיר לתקיפה ובעלי פוטנציאל לרה-טרומטיזציה. חלק מהנפגעות ומהנפגעים יעדיפו שלא לחוות שוב תחושה של חוסר שליטה על הגוף, ולכן יימענו מבדיקות אלה אף במחיר הזנחת הבריאות.<sup>33</sup> ההימנעות מבדיקות, הדיסוציאציה וההיענות הנמוכה לטיפול מפורשים על-ידי הצוות הרפואי כחוסר רצון לשתוף פעולה, מגדילים את הפער ואת חוסר ההבנה בין הצוות הרפואי לנפגע. ובכך לא נותנים מענה ראוי ומתאים למטופל/ת ומחליטים עבורו/ה, מכורח הנסיבות, החלטות שאינן נכונות עבורו/ה. חלק גדול מהתופעות הללו, במפגש בין נפגעי ונפגעות תקיפה מינית לגורמים רפואיים, נובע מכך שהמודעות אינה מספקת ונכון להיום, רוב אנשי הצוות הרפואי בישראל אינם מתשאלים באופן שגרת על היסטוריה של פגיעה מינית כחלק מהתשאול הרפואי.

בשל כך, במקביל לשימוש הממוצע הנרחב של

כחלק ממערך ייעודי לטיפול בנפגעי ובנפגעות תקיפה מינית יש צורך בהעלאת מודעות, בלימוד ובחינוך של צוותים רפואיים להתייחסות לאירועים טראומטיים של אלימות ופגיעה בעברם של המטופלים ושל המטופלות ונטילת אנמנזה רפואית מקיפה בהתייחס לאירועים אלו כחלק מהחולי שלהם ושהן, לכן קיימת חשיבות עליונה להטמעת התכנים הללו בכל מוסדות הסייעוד, הרפואה והפרא-רפואה בישראל: החל בלימודים האקדמאים, דרך ההכשרה המקצועית וכלה בלימודי ההמשך. במקביל, יש להקים צוותים רב-מקצועיים רחבים הכוללים צוותים של רופאים/ות, אחים/ות סיעודיים ועובדים/ות סוציאליים/ות אשר יקבלו הכשרה מיוחדת לטיפול בנפגעות ובנפגעים ויספקו לאוכלוסיית מטופלים זו טיפול ייעודי בתוך מערכת הבריאות.

באופן ספציפי, נדרש מערך לטיפול מותאם בנפגעות תקיפה מינית הסובלות מהפרעות אכילה, אשר חרף המודעות לשיעורן הגבוה, אינו קיים עדיין. עקרונות הטיפול המותאם מתבססים על השבת הכוח לנפגעות, הפחתת בידודן וצמצום סיטואציות הגורמות לתחושה של חוסר ישע על-ידי הגדלת טווח הבחירה הנתון בידיהן. קיימת חשיבות רבה לשילוב הידע מתחום הטיפול בפגיעות מיניות בטיפול בהפרעות אכילה, כדי לאפשר למטופלות טיפול יעיל ומתאים, ולצמצם את פוטנציאל הנזק מהטיפול עצמו. נוסף על הצורך בשינוי תפיסת הטיפול בנשים נפגעות במערך בריאות הנפש הקיים, רצוי לפתוח מסגרות אשפוז בקהילה בפריסה ארצית, אשר יהוו את האפשרות המועדפת לאשפוז עבור נפגעות הסובלות מהפרעות אכילה, ויקטינו את הצורך לאשפוז במוסדות פסיכיאטריים.

חשוב לבנות סביבת טיפול רפואי בטוחה מכילה ומוגנת הן מבחינה פיזית והן מבחינה רגשית עבור הנפגעים והנפגעות, ובכלל זאת

אולם מערכת הבריאות בישראל, בדומה לרוב מערכות הבריאות בעולם, אינה מותאמת להתמודדות עם הצרכים הרפואיים המיוחדים של הנפגעים והנפגעות בשלבי החיים המאוחרים יותר: בגרות, בהריון ובלידה, בגילאי המעבר ובזקנה. מאחר ששיעור הנפגעים והנפגעות באוכלוסייה הוא גבוה, יש צורך בהקמת מערך מיוחד לטיפול נפשי ופיזי בנשים ובגברים שחוו טראומות של פגיעה מינית בילדות. הסיבות להקמת מערך כזה הן רבות: כפי שפירטנו בחלק הקודם, אוכלוסייה זו נזקקת יותר מן הממוצע לשירותי מערכת הבריאות, עלולה לסבול מקשיים וממצוקות במהלך בדיקות וטיפולים רפואיים ואף לחוות הליכים רפואיים מסוימים כטראומה מחודשת.

התנאי הבסיסי ביותר להענקת טיפול מותאם הוא הכרה וידע אודות הטיפול בנפגעות ובנפגעים ואולם, רוב אנשי ונשות הצוות הרפואי בישראל אינם נוהגים לשאול על היסטוריה של פגיעה מינית כחלק מהתשאול הרפואי השגרת. מחקרים שבדקו מדוע נמנע הצוות הרפואי מתשאול בנושא, מצאו כי לרוב הקושי נובע מחשש לקבל תשובה חיובית אודות פגיעה מינית ומחוסר ידיעה או הבנה לגבי המשך הטיפול.<sup>24</sup> הימנעות זו משדרת למטופלות ולמטופלים חוסר לגיטימציה לחשוף את היסטורית הפגיעה ואף ויוצרת תחושת השתקה מצד הצוות הרפואי ומערכת הבריאות.

לעתים קרובות, בשל היעדר ידע מוקדם, תלונות סומטיות או סימפטומים של דיסוציאציה סומטית אינם מובנים ומטופלים בהתאם לרקע ההיסטוריה הטראומתית. כתוצאה מכך, הסבל הפיזי לא זוכה למזור, המטופלים והמטופלות ממשיכים לצרוך שירותי בריאות ללא מענה מותאם, מתווסף נטל בלתי נחוץ על שירותי הבריאות וההזדמנות לאנמנזה מקיפה ולהתאמת הטיפול הרפואי והנפשי המיטבי למטופל או למטופלת מוחמצת.

דגש על הנגשתו בכל רחבי הארץ. כמו כן, כחלק מהרפורמה בבריאות הנפש, יש צורך להקצות, בכל מרפאה, צוות מומחה לטיפול בנפגעי ובנפגעות תקיפה מינית בילדות ובבגרות. מומלץ להקים צוותים יעודים אשר יוכשרו לטיפול רפואי בנפגעי ובנפגעות תקיפה מינית ובנוסף לכך, רצוי להציג בחדרי ההמתנה במרפאות ובחדרי המיון דפי מידע, כתבות ואף סרטוני הסברה המתייחסים לתהליך הרפואי הצפוי ובכך להקל על המטופלות ולהעניק להן תחושת שליטה במהלך ההליך הרפואי. כמו כן, יש צורך בשיתופי פעולה בין מערכת הבריאות ובין גופים אחרים בעלי מומחיות בטיפול בשורדות ובשורדים כגון מרכזי הסיוע, גורמי הרווחה ועוד.

---

שיר דפנה-תקוע (Ph.D) בית הספר לעבודה סוציאלית מכללה אקדמית אשקלון, שירות לעבודה סוציאלית מרכז רפואי קפלן.

הילה לייבוביץ-דיאמנט (MD) חטיבת נשים וילדות, מרכז רפואי קפלן.

אנה פדואה (MD) חטיבת נשים וילדות, מרכז רפואי יצחק שמיר, קמפוס אסף הרופא.

---

לאפשר למטופלת לבקש נוכחות של אדם קרוב בעת האנמנזה או הבדיקה. להימנע משאלות ומבדיקות מיותרות שאינן רלוונטיות או חיוניות לטיפול או לאבחנה ובעיקר להימנע משאלות בזמן הבדיקה הגופנית על מיטת הבדיקה. לפני ביצוע בדיקה גופנית רצוי כי אשת הצוות הרפואי תסביר למטופלת אודות הבדיקה: תציג את הסיבה לבדיקה, תתאר את הליך הבדיקה ותציג את הציוד שישמש בזמן הבדיקה. פרטים אלה יקלו על המטופלת ויאפשרו לה שליטה והתאמת ציפיות. בנוסף, יש להציע, במידת האפשר, תנוחה אלטרנטיבית לבדיקה, הגבהה של מיטת הבדיקה כדי שהמטופלת תוכל לצפות במתרחש ולחוש בשליטה ובבדיקות מסוימות, כגון בדיקות גניקולוגיות, המצריכות מכשור ניתן להציע למטופלת לסייע בהליך.

כמו כן, ניתן לשאול מראש את המטופלת, האם יש משהו שיקשה או יקל עליה לעבור את הבדיקה וכן מומלץ להזכיר לה כי ניתן להפסיק את הבדיקה בכל רגע.

השירות לטיפול בנפגעים ובנפגעות בילדותם צריך להיות מוצע לציבור גם בקופות החולים ובמרפאות החוץ בבתי החולים, תוך שימת

# 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.<sup>1-3</sup> 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.<sup>4-5</sup>

(Traumatic Stress Disorder, PTSD). כ-94% מהנשים שעברו אונס בבגרותן, יחוו סימפטומים של Acute Stress Disorder שבועיים שלאחר הפגיעה.<sup>6</sup> 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).<sup>7</sup> ההערכה היא שכ-50% מהנשים שחו אונס בבגרות יפתחו PTSD במהלך חייהן, בעקבות האונס.<sup>8</sup> 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 שחו 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-)

חיים<sup>12</sup> 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.<sup>13-15</sup>

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 שחוו "היסטוריה של שליטה רודנית לפרק זמן ממושך"<sup>16</sup>. הרמן הבחינה כי קיימים הבדלים בין ההסתמנות הקלינית הטיפוסית של נשים שחוו טראומה בינאישית מתמשכת, לבין ההסתמנות הקלינית האופיינית לאנשים שחוו 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 שחוו 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 הרגש וההתנהגות, 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 בפוגעת/ת. בדרך כלל CSA נמשך לאורך חודשים ונשים, 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 לפוגעת/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 הרגש וההתנהגותי שיכולים להתבטא בפגיעות עצמיות חוזרות, בהפרעות אכילה ובשימוש באלכוהול ובסמים<sup>9,10</sup>. 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.<sup>11</sup> בנוסף נמצא כי שליש עד שני שלישי 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.<sup>21</sup>

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).<sup>22</sup> הטיפול בשיטות אלו יעיל גם בקרב מטופלים ומטופלות הלוקים בנוסף ל-PTSD בהפרעות נפשיות קשות כגון סכיזופרניה או הפרעה סכיזואפקטיבית.<sup>23,24</sup>

### **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

Diagnostical 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.<sup>17,18</sup>

### **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.<sup>19</sup> 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.<sup>16,19,20</sup> 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.<sup>25</sup> 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 מגבלות בנושא פגיעה מינית ואשפוז פסיכיאטרי.<sup>25</sup> באשר לסוגיית התשאל אודות טראומה מינית בקרב הסובלות ממגבלה נפשית, הדו"ח המליץ לפתח הנחיות מקצועיות לביטור 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,<sup>28</sup> התהליך, נכון לכתיבת שורות אלה, עדיין לא הגיע לסיומו.

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.<sup>25</sup> 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.<sup>25</sup>

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.<sup>26</sup> 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.<sup>27</sup>

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 ושלטיה, דוגמת שימוש בטכניקות קרקוע ושימוש בשמיכת עיטוף כבדה במקום הגבלה.<sup>21</sup> 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-טראומת יציאה.<sup>25</sup>

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

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, תשאל וטיפול בטראומה מינית ובהפרעות פוסט טראומטיות מורכבות.

## על הבורות: עדות

ליון גאי מאיר

בורות. זה מה שהביא אותי לעבודה בתחום. לכן חשבתי לספר לכם דבר או שניים על בורות: בשימוש שלי בשירותי הטיפול והשיקום בתהליך ההחלמה הרגשתי שסביבי היו אנשי מקצוע רבים, טובים ואדיבים שידעתי כבר אז לומר שהם רוצים בטובתי ומנסים לסייע לי, אבל התחושה הייתה שהם לא הצליחו להתקרב, לא הצליחו לגעת בדבר האמיתי.

הבורות אפפה כל מקום שהגעתי אליו ומהר מאד חזר והדהד בראשי משפט אחד: "אין מקום בעולם שמבין ויודע כיצד לעזור לי". זהו משפט שאני שומעת שוב ושוב מנשים שורדות פגיעה מינית, שאני פוגשת בדרכי. אבחנת הפרעת הדיסוציאציה שכבר סחבתי איתי לא הייתה מוכרת ונדרש ממני, באיבו של המשבר, ללמד ולהסביר את מצבי לאנשי המקצוע שפגשתי. הייתי צריכה להסביר להם את הפער הבלתי נתפס בין יכולותיי האינטלקטואליות והתפקודיות לבין הוואקום הרגשי והניתוק מהחיים שחוויתי.

זכור לי במיוחד הרגע באשפוז שלי שבו התחלתי לומר שאני מתנתקת. הבנתי שהרבה ממה שעשיתי במהלך היום נועד לסייע לי להתמודד עם התחושות הבלתי נסבלות שהיו חלק כל-כך גדול מהיום-יום שלי.

אני ליון. בין השאר, אני שורדת פגיעה מינית בילדות. שמעתי פעם מישהו אומר שהוא לא ניצול שואה אלא שורד שואה, ניצול הוא מי שהצליח לברוח לפני המלחמה. אז ככה גם אני, עברתי בתוך הגיהנום ובעזרת הדיסוציאציה הצלחתי שלא להרגיש את השריפה. היום, אחרי כמעט שבע שנות טיפול מותאם - עבודת שותפות אמיצה של מומחיות מקצועית ומומחיות פנימית - אני מצליחה לחוש בחום הלוהט ומתרגלת לקיום שלו כחלק מהעבר שלי.

לפני כחמש שנים התחלתי לעבוד בתחום בריאות הנפש, התחום ממנו ברחתי כל-כך כמטופלת. מזה שנתיים שאני מנהלת את תכנית "עמיתים מומחים" במרכז לבריאות הנפש מזור, מטעם עמותת לשמ"ה. התוכנית ממומנת על-ידי הקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי ומשרד הבריאות. תוכנית פיילוט חדשנית זו, מכשירה אנשים שעברו אשפוז פסיכיאטרי ותהליך החלמה, ללוות, לסייע ולתמוך במאושפזים ובמשפחותיהם, כחלק מהשירותים הניתנים בבית החולים. אנו משתמשים בידע ובניסיון החיים האישי שלנו בהתמודדות עם משבר נפשי גם בשיח שנוצר עם הצוות הרב-מקצועי שלצדו אנו עובדים, במטרה להנכיח את התקווה שהאפשרות לקיים חיים משמעותיים אחרי משבר נפשי קיימת ושתהליך צמיחה אפשרי.

החיים ובפנים נרקבת. כי הלבד השומם הזה כילה אותי מבפנים.

ואז די לבד, כשמאחורי כבר לא נשארה משפחה ממש. גופי, שלא הצלחתי להגן עליו גם בבגרות החל מדבר, צועק, זועק. מילים ועדויות הפכו למחלות נוספות ולא היה לי ברור אם ההימנעות מרופאים בריאה או הרסנית עבורי. למרות הכל וחרף כל הגיון החלטתי להמשיך לשרוד. לנסות לסגור את החוב מהתקופה בה שכבתי במיטה במשקל נוצה עם קצבה, מצאתי עבודה והטיפול הנפשי היטיב במעט ואפילו הצלחתי לישון בחלק מהלילות וצצו בי מחשבות על חיים זוגיים ועל לימודים אקדמיים.

בדיוק אז עובדת השיקום בביטוח לאומי אמרה לי ש"זה לא יהיה מוסרי לתת לך ללמוד עבודה סוציאלית לאור העבר שלך". ואחר כך, בראיון אצל מאבחנת תעסוקתית, נאמר לי: "לא הבנתי, מי פגע בך, באיזה גיל?" כאילו אלו הפרטים שייקבעו אם אוכל לעבוד או ללמוד בעתיד.

והבנתי, המאבק לא הסתיים עדיין...

מפחדים מאתנו, השורדות. מפחדים לגעת בכאב שאנו סוחבות. מפחדים להיכוות מאש הזיכרונות. אני מבינה את זה.

כשאני משוחחת היום, במסגרת עבודתי, עם אנשי מקצוע על קיומה של טראומה בעברה של אחת מהמאושפזות, אני שומעת שוב ושוב את הפחד העמוק של אנשי הצוות מלהכניס את הפגיעה לשיחה: "אבל היא מפורקת, זה רק יפרק אותה יותר", הם אומרים שוב ושוב. והם טועים.

העדר ההקשר והעדר התיקוף שבקיום הפגיעה הם שפירקו את נפשי לרסיסים. כל מי שהיה סביבי, לא דיבר על מה שאני ניסיתי לשמור בסוד וכולם כאילו עודדו אותי להמשיך להחזיק בו ולהגן עליהם מהידיעה. הכנסת הפגיעה בהקשרה, כשהסיפור לפרטיו

כשם שהחיים עצמם היו טראומה עבור הילדה שהייתי, הם הפכו להיות טריגר בבגרותי. הרגשתי שאני מסתובבת עם עצמי שבור ומרוסק ולפיכך לא יכולה להיות אמיתית בשום מקום. העצמי האמיתי שלי היה זועם ועצוב ברמה שהאנשים הרגילים סביבי לא יכלו להכיל.

בתוכי היה קונפליקט ענק, היו לי זיכרונות שאני ילדה מוצלחת, כזו שכל דבר שנגעה בו צלח, מצטיינת בלימודים, בחוגים, בעבודה וברגעים רבים לא הרגשתי שאני חולה, מופרעת או לא נורמלית.

מאידך היו בי תחושות מבולבלות: הנאה מהולה בסבל, לעתים מוחלפת בסבל וסבל שהופך להנאה ובתוך בליל של תחושות אשמה, שנאה ובושה על עצם הקיום, הפכתי לאישה שלא יכולה לגעת בתחושות שלה. כשנגעתי בהן לרגע הכאב שרף אותי, איים לכלות אותי וגרם לי לברוח שוב.

המערכת הטיפולית שמדברת בשפה של "מחלות" ו"סימפטומים" לא הצליחה לסייע לי. גם שם פגשתי אנשים טובים, אך ההקשרים לא נשמעו לי נכונים. אנשי הטיפול היו עסוקים בפירוש ההתנהגות שלי והתאמתה לספרים שקראו על האבחנות שבאמתחתי. נראה היה כי הם קראו את כל הספרים מלבד את הספר שלי - בו הם לא ביקשו לקרוא מעולם. לא זכיתי לתגובות האנושיות שכל-כך כמהתי אליהן. רציתי שמישהו יהיה איתי כשאני בוכה ויגיד לי שהוא מצטער שעברתי את זה ושאני לא משוגעת שאני פשוט נורמלית בעולם מטורף! שיש סיבה להתנהגויות המוזרות שלי ושקיים עבורי טיפול.

כשחוויתי קשר ראשוני פוגעני בילדות, ההימנעות המוחלטת מקשרים בעתיד הפכה בלתי נמנעת. וזה הלך והתגבר ומצאתי את עצמי הופכת אט אט מילדה שסביבה חברים וחברות לבחורה בודדה שבחוץ ממשיכה בהצגת

אם בבגרותה היא ביקשה שוב ושוב קירבה על-ידי קיום יחסי מין עם כל גבר שפגשה. אל תאמרו שהיא "בחרה" או "זמה" את הפגיעות הנוספות שהעמיד הביא אליה, הרי מה שהיא למדה בתור ילדה היה שללא גבר ומין אין לה קיום בעצמה.

אפשר אחרת! יש טיפול מתאים! מגיעים לנו חיים אחרים!

היה לי חשוב לספר לכם משהו על הבורות. פשוט כי היא כבר בלתי נסבלת!

---

ליון גאי מאיר עוסקת בתחום השיקום הפסיכיאטרי בקהילה ובבית חולים. במסגרת עבודתה זו, היא מרצה אודות השימוש בידע מניסיון אישי וחשיבותו בתהליך ההחלמה ממשבר נפשי. בנוסף, היא משמשת כמרצה בנושא דיסוציאציה במצבי טראומה מתמשכת, דרך סיפורת האישי.

---

כלל לא חשוב, משמעה לתת לאישה אפשרות לשחרר את האשמה שדבקה בה ברגע הפגיעה הראשונה.

אני שומעת הרבה את הציפייה שהשורדת תגיע לטיפול כבר בתחילת הדרך עם סיפור קוהרנטי, תסביר מה בדיוק קרה, מי פגע בה ומתי. הלוואי שככה זה באמת היה נראה. במציאות, חלקיקי הזיכרונות הכאוטיים שצפים לאט בתוך ים דיסוציאציה ואנדרלמוסיה של מציאויות מקבילות מהעבר, הם התמונה הקלינית שתפגשו. הם השברים של אותה הילדה.

אז דעו, כשהיא פוגעת בעצמה, כשהיא מניפולטיבית, תוקפנית ולא משתפת פעולה. זה לא חשוב מה בדיוק קרה. חשוב שקרה! תאמינו! קרה! בתוך תהום סטטיסטית עמוקה, לפחות תחזיקו בידיעה שייתכן וקרה, נשים רבות לא הופכות להיות "משוגעות" בלי סיבה.

# בקול דומה

## על תת האבחון של גברים נפגעי תקיפה מינית בשיח הטראומה הישראלי

אורי פריד

על המבנה הבינארי של יחסי הכוח שאינו מאפשר הצלבות והכפלות, אשר בהן המדכא יכול בה בעת להיות גם מדוכא". ניתן לראות זאת למשל בחלוקה הבינארית המאפיינת לא פעם את עולם הטראומה המינית, החלוקה המגדרית האופיינית והלא מדוברת היא לרוב "גברים=פוגעים, נשים=נפגעות".

חשוב כמובן לציין את החשש הקיים בעולם הטראומה המינית, אשר קיבל הכרה ותיקוף דווקא כעולם נשי פמיניסטי, מפני הפקעתו בידי גברים – האפשרות ששוב תכפה "השליטה הגברית"<sup>2</sup> על קטגוריה נשית ותבקש לנכס ולשייך אותה לעצמה, נדמית כמאיימת.

אלא שההדרה של בנים וגברים נפגעים מעולם הטראומה המינית מצויה בעומק השיח. כך למשל, בספרה המכונן של ג'ודית לואיס הרמן, טראומה והחלמה,<sup>3</sup> הציעה המחברת חלוקה מגדרית מתייגת של עולם הטראומה – בבואה לדון בטרואומות של נשים, פנתה לואיס הרמן לעולם הפגיעה המינית. ואילו כשביקשה להתייחס לטרואומות של גברים – פנתה לעולם המלחמה, "תגובת הקרב" של ותיקי מלחמת וייטנאם ליתר דיוק. כך ביטאה גם לואיס הרמן עצמה, יתכן שבצורה לא מודעת, "ידוע שאינו נחשב"<sup>4</sup> נוסף של שיח הטראומה – נשים נפגעות מאלימות מינית, גברים ממלחמות.

שדה השיח אודות פגיעה מינית בנשים החל להתפתח לפני כ-50 שנה, בעקבות מאבקה העיקש של התנועה הפמיניסטית. זאת, לאחר שנים ארוכות של התנכרות המילייה הפסיכולוגי למסקנותיו המקוריות של פרויד ב"מחקרים בהיסטריה".

העיסוק בפגיעה מינית בילדות הווה מהפכה קופרניקאית בעולם הטיפול – חזרה מ"תיאוריית המיניות הילדית" ל"תיאוריית הפיתוי", מעולם ה"סימבולי" לעולם ה"קונקרטי". שיח זה אפשר לראשונה להשמיע את "קולן השונה" של אלו אשר "בניגוד לרצונן" לא נשמע מעולם, שיח נשי המאתגר את השיח הפטריארכלי.

מאז, ביסס עצמו עולם הטראומה המינית כאחד הנחקרים והמדוברים בשיח הטיפולי העכשווי, אלא שככל שעבר הזמן, הלכה ונוצרה שוב דיאלקטיקה שבה נותר קול אחד "שונה", מודר מהשיח על פגיעות מיניות. היה זה קולם של הבנים והגברים נפגעי תקיפה מינית.

בעקבות הומי ק. באבא, מציעה אפי זיו להסביר את ההדרה החברתית הזו בעזרת הביטוי "**שקיפותו של העריץ**", כלומר מנגנוני ההפקרה שמייצרים נקודת עיוורון ביחס לטרואומות שחווים אנשים ששייכים לקבוצות החזקות.<sup>1</sup> הסיבה לעיוורון זה היא סטרוקטורלית, כותבת זיו, בהיותה "מבוססת

הנפגעים בקרב בנים עד גיל 17 דומה לשיעור הנפגעות בקרב בנות באותן שכבות גיל.<sup>9</sup> נתון זה מתווסף לממצאים שחזרו ועלו במחקרים קודמים, על פיהם שיעור הפגיעות בבנים ובבנות עד גיל 12 זהה. אלא שנתונים אלו נמצאים בפער אדיר מאחוז הגברים הפונים לטיפול במרכזי הסיוע - על-פי הנתונים המובאים בחלקו הראשון של דו"ח זה, רק 9.5% מבין הפונים למרכזים בשנת 2016 היו בנים/גברים.

## שתי תמונות קליניות

מתוך אותו "עיוורון חברתי" שהוצג, ברצוני להצביע על שתי תמונות קליניות אופייניות של גברים נפגעי תקיפה מינית אשר נמצאות מתחת ל"רדאר חברתי" שלנו, ועשויות להסביר מדוע גברים נפגעים מטופלים הרבה פחות מחלקם היחסי באוכלוסייה: "דיכאון גברי סמוי" ו"קווי אישיות אנטי-סוציאליים".

I. **דיכאון גברי סמוי:** אלו גברים אשר הסימפטומים הקליניים שלהם מאפשרים להם לתפקד בצורה נורמטיבית או "פסבדו-נורמטיבית", אך פעמים רבות נחווים כ"נוכחים נפקדים". בריטון הציע לראות מטופלים מסוג זה כבעלי "עור עבה", אשר סובלים מאובייקטיביות יתר, מנותקים רגשית, אינם נגישים, נעדרים חוויה ישירה של תשוקה או סלידה, שאפשרות למגע אמפתי או אינטימי נשללת מהם.<sup>10</sup> לעיתים קרובות גברים אלו כלל אינם יודעים שנפגעו, או שיודעים - אך נעדרים לגיטימציה חברתית לשתף את עצם הפגיעה, או לבקש עזרה בגינה, ועל כן חיים את חייהם ה"נורמטיביים" בצל הפגיעה.<sup>11</sup> ריל מכנה תופעה זו "דיכאון גברי סמוי". דיכאון שכזה מתפתח לא פעם בגין הפגיעה, מבלי שיאובחן או יטופל, והוא נפוץ גם בקרב אוכלוסייה "נורמטיבית" לכאורה.<sup>12</sup>

עולם האסוציאציות אודות גבר אשר עבר טראומה בעת מלחמה, שזור בהנחות היסוד החברתיות שלנו אודות "גבריות מסורתית הגמונית" - גבר נפגע טראומה הוא לוחם, גיבור, בוגר, מחזיק נשק (כלי זין), בעל תחושת Agency ברורה, נלחם באויב ידוע. הקטגוריה הזו של טראומה גברית כמו מאששת ומחזקת את מבני היסוד החברתיים שלנו אודות חולשה ופגיעות גברית - שבה העדפה ברורה של ה"אקטיביות" על פני ה"פסיביות". כזו אשר מערערת עוד יותר על הלגיטימיות החברתית הלוקה גם כך בחסר, של גברים אשר חוו טראומה - אשר אינה מושתתת על מושג ה"גבורה". כזו היא טראומה מינית של גברים, ולכן איננו יכולים לראות אותה. גברים נפגעי תקיפה מינית משמשים לפיכך כ"קטגוריה החברתית השקופה" של עולם הטראומה המינית. על כן, כפי שכותבת טנר<sup>5</sup> - כדי לחשוב פגיעה מינית בגברים, צריך לחשוב שני עולמות תוכן- עולם הטראומה, ועולם ה"גבריות".<sup>6</sup>

"היררכיית הטראומות הישראלית" גם היא תורמת ל"שקיפות" של תופעת הבנים נפגעי תקיפה מינית - עלינו לשאול מי נכלל ומי מוקע מ"שיח הטראומה" הישראלי, למי בארץ מותר לקבל "טייטל" של קורבן, ולאיזה אוכלוסיות לא מגיע טייטל זה. גם במובן הזה מערערים גברים נפגעים על הסדר החברתי, שבו האתוס הציוני מאשר רק את טראומת ה"לוחם העשוי ללא חת".<sup>7</sup> גבר נפגע טראומה יכול להיות רק גבר גיבור מלחמה. טראומות גבריות אחרות (אלימות במשפחה, הגירה, פיטורין, מוות במשפחה, גירושין, התמכרויות ועוד) מודרות לרוב משיח הטראומה הישראלי.<sup>8</sup>

על כן, לא מפתיע שתופעת הפגיעה המינית בבנים ובגברים מוסטת אל אזורי הלא מודע החברתי שלנו, אף על פי שתפוצתה וזיקה מתגלים כרחבים ומשמעותיים עד מאוד. כך, סקר שנערך לא מכבר בישראל מצא ששיעור

במציאות, היא כמובן לא מותאמת. ישנה אפשרות של קריסה אל תוך עולם של מציאות (כי האפשרות העתידית להתממשות הפנטזיה בלתי נסבלת), או גרסיה לעולם של פנטזיה (כי המציאות בלתי נסבלת).<sup>15</sup> "פיצול" זה אופייני מאד בקרב גברים נפגעים, ומציע שתי תמונות קליניות אפשריות – גבר מאד מתפקד ומנותק, או גבר "מחובר" רגשית אשר חי, כפי שתואר, בעולם פנטזמתי. אלא שכאמור, לא פעם החיבור בין פגיעה מינית בילדות לבין אבחנה של גברים על ציר I כלל לא נעשה. לרוב, איננו חושבים על גברים המאובחנים על ציר I בשפה של טראומה מינית בילדות, במוסדות בריאות הנפש ובמרפאות השונות.

תמונה קלינית אלטרנטיבית, אשר מהווה קוטב נוסף של "אבחנה שקופה" של גברים נפגעי תקיפה מינית, הינה אוכלוסיית הגברים הנפגעים המטופלים – אך לא בדגש הטיפול בטרומה מינית. אלו שייכים לשדה העיקרי שבו גברים מטופלים הרבה יותר מנשים – טיפול בצל החוק.

**II. קווי אישיות אנטי-סוציאליים:** בעוד נשים "בצל החוק" מטופלות לא פעם מתוך פרספקטיבה רגישת טראומה, ראייה כזו נעדרת לרב מטיפול בגברים עבריינים. לפי רונית מצליח, ראשת מחלקת חינוך, שיקום וטיפול בשירות בתי הסוהר, גברים מהווים 98.2% מן האסירים הפליליים בישראל.<sup>16</sup> לפי מחקרים, היא מציינת, מערכת אכיפת החוק מתייחסת באופן סלחני יותר לנשים. כך, למשל, היא קובעת:

"עבריינות נשים שונה במהותה מזו של גברים. מרבית הנשים העברייניות היו בעברן קורבנות עבירה, וסבלו מפגיעה מינית, פיזית או נפשית... לפיכך, העבודה עמן היא עבודה 'עם נשמה'... לא כך בבית-סוהר לגברים".

היא מוסיפה שכ-60% מהאסירות מוגדרות ככאלו הסובלות מהפרעות אישיות ובעלות

"אנו נוטים שלא להכיר בדיכאון אצל גברים" כותב ריל, "מפני שההפרעה עצמה נראית לא-גברית, ומפני שגברים נוטים לבטא דיכאון באופן שונה מאשר נשים. הדיכאון יש בו לגבי גברים רבים, משום כתם כפול – סטיגמה של מחלת נפש וסטיגמה של רגשנות נשית".

הרמז הראשון ל"דיכאון גברי סמוי" הוא דווקא היעדר ולא נוכחות, מסביר ריל, היעדר רגש כלפי עצמו. הגבר המדוכא מתייחס אל עצמו באופן המשקף וממחזר את הדינמיקה של הפגיעה בו בילדותו. ריל קרא לתופעה זו "היפוך אמפתי", אשר נובע ממנגנון של "הזדהות עם התוקפן" ומהווה את החוליה המקשרת בין טראומה לדיכאון.

בתרגום לשפת הטרומה נוכל להבחין למשל איך ממנגנון הגנה של "דיסוציאציה" אשר משמש לא פעם להתמודדות בקרב נפגעי תקיפה מינית בילדות, מתלבש בצורה כמעט "פנוטיפית" על מה שכינה לבנט "היפותזת האלקסיתימיה הגברית הנורמטיבית", לפיה גברים רבים סובלים מצורה מסוימת של אליקסיתימיה (קושי בזיהוי והבעת רגשות) כתוצאה מסוציאליזציה אשר חוסמת הבעת פגיעות והיקשרות רגשית.<sup>13</sup> דיסוציאציה (ניתוק רגשי) יכולה להפוך כך בנקל, למנגנון התמודדות רגשי נפוץ עוד יותר בקרב גברים נפגעים.

ביטוי קליני אפשרי אחר של אותו "דיכאון גברי סמוי" הינו דווקא קריסה אל תוך מרחב "פנטזמתי" – מה שיקבל לא פעם ביטוי סביב אבחנות קליניות קשות על ציר I. כלומר, דווקא מתוך "לחץ תפקידי המגדר" הגברי לתפקוד,<sup>14</sup> אשר אינו עולה בקנה אחד עם קשיי התפקוד המאפיינים לא פעם נפגעי תקיפה מינית, נראה נסיגה מן המציאות אל עולם הפנטזיה – הפסיכומהווה בכך הגנה מפני המפגש עם הגבריות הפגועה.

ב-"Forces of Destiny" כותב בולאס כי: "כאשר פנטזיה ילדית מינית מתממשת

לא מפתיע למשל, לאור פרספקטיבה זו, שלמרות מחקר ענף בתחום ההשפעה של פגיעה מינית בילדות על דפוסי אישיות בבגרות, הקשר בין Child Sexual Abuse (CSA) ומאפייני אישיות אנטי סוציאליים נמצא ב"תת מחקר"<sup>17</sup>. כך קורה, שגם קטגוריית המחקר אודות מאפיינים אישיותיים ייחודיים של גברים נפגעי תקיפה מינית בילדות הינה קטגוריה שקופה, מיותמת.

כך למשל, ההנחה הרווחת בעולם המחקר של טראומה מינית היא שאחוז הנפגעות בקרב נשים מכורות נושק ל-100%<sup>18</sup> - נתון המהווה גושפנקא להחלת טיפול רגיש לטראומה עם נשים מכורות. אלא שבעוד מחקרים שונים מהעולם לא מצאו הבדלים מגדריים מובהקים בקשר בין פגיעה מינית בילדות, מגדר הילד והתמכרות בבגרות,<sup>19</sup> באופן אבסורדי את אותו ידע מעשי אודות טיפול בנשים מכורות, איננו מיישמים כמעט בכלל בעבודה עם אוכלוסיית הגברים המכורים הקיימת בארץ.

נוצר מצב שבו הלגיטימציה החברתית של גבר נפגע "לבקש" עזרה טיפולית תלויה לא פעם בכך שיהווה סכנה לשלום הציבור, משפחתו, ילדיו ועצמו (בסדר יורד).<sup>20</sup> כך הסביר זאת ויניקוט: "ה'נטיה האנטי-חברתית' מאופיינת דווקא ביסוד המאלץ את הסביבה להיות חשובה, זאת אל מול ה"חסך" שחווה הילד בינקותו.<sup>21</sup> כלומר, להיות מטופל "בצל חוק" או "בבריאות הנפש" - זו אולי הדרך היחידה שבה גברים נפגעים יכולים להרשות לעצמם, מבחינה מגדרית, לבקש עזרה.

אלא שבהמשך לדבריה של מצליח,<sup>16</sup> אוכלוסיית הגברים "בצל החוק" מטופלת לרוב בכלים של "טיפול סמכותני" אשר עשוי להיות בעייתי מאוד בעבודה עם נפגעי טראומה מינית. לאותו טיפול סמכותני פוטנציאל לייצר "רה-טראומטיציה" בקרב גברים נפגעים (סביב אזורי שליטה, שימוש בכח והיעדר תחושת Agency), וזו בתורה מסבסדת את תופעת

פוטנציאל גבוה לפגיעה עצמית, ומציגה מחקר שמצא כי 60% מהיושבות בבתי הסוהר בניו יורק היו קורבנות להתעללות מינית טרם מלאו להן שמונה-עשרה. הטיפול בנשים אסירות, מתוקף הפרופיל המורכב שלהן, מוסיפה מצליח, איננו חד משמעי. כך לדוגמה בעבירות משמעת - בעוד שאסיר פלילי שעבר עבירת משמעת נשפט ומועבר לבידוד, הרי שלאסירה פלילית, בעיקר מי שסובלת מהפרעות אישיות, הבידוד הוא בבחינת "השלב האחרון".

שירות בתי-הסוהר מתייחס לאסירות ולעצורות מהיבט השיקום ולא מהיבט הענישה, מסכמת מצליח, וכמו מדגישה בכך דווקא את יחס הענישה המופנה כלפי הגברים האסירים.

האמנם עשרות אלפי הגברים המרצים עונשם בבתי הסוהר, בשונה מנשים, אינם "קורבנות" אשר הפכו "מקרבנים"? מדוע קל לנו יותר להתייחס לקורבנות של נשים במעגל העבריינות, לסווגן כסובלות מ"פוסט טראומה מורכבת", ולהציע להן נקודת מבט של "שיקום" על פני "ענישה", מאשר להתייחס להיבטים הטראומטיים שבבסיס הפרעות האישיות אשר מאפיינות גברים בצל החוק? המפתח להבנת המצב טמון, אולי, בשיום הבעיה המיוחסת לגברים, לעומת זו המיוחסת לנשים. כך, הפרעת אישיות אנטי סוציאלית, המקושרת לעבריינות, מאובחנת אצל גברים פי 3 מאשר אצל נשים, בעוד הפרעת אישיות גבולית, המקושרת לקורבנות, מאובחנת ביחס הפוך בדיוק של 1:3 נשים לעומת גברים.

יעילותה של ה"אלימות הסמלית" כותב בורדייה, טמונה בדיוק בכך שהיא "מוטמעת בגופים", כמו הופכת לשפה "פרה-ורבאלית", הפנתם החברתית של המיונים העוברים כ"טבעיים".<sup>2</sup> זהו המנגנון המאפיין את תת האבחון של גברים, שבגינם מסומנים גברים כעבריינים, ולכן ראויים לענישה, לעומת נשים, המסומנות כקורבנות, הראויות גם לאמפתיה.



יתרה מכך, התנגדות גברית מזוהה לא פעם עם "תוקפנות". כך למשל מציין בראנון, אשר מנה 5 אספקטים של הגבריות המסורתית: "על גברים לחפש הרפתקאות, אם צריך תוך קבלת אפשרות לאלימות"<sup>24</sup>. גרטנר מציין זעם כ"רגש היחיד המותר לגברים" – בין היתר מפני שזעם מחזק תכונות גבריות רצויות כמו תחושת כח ושליטה.<sup>25</sup> אנו נוטים לראות את הצד האלים של הגבר, אך להתעלם מהיותו קורבן של אותה אלימות גברית, מוסיף בוקובזה.<sup>26</sup>

ניתן, על כן, לראות באותה "היפר גבריות" מנגנון התנגדות מל-אדפטיבי לדיכוי המגדרי שמאחורי הפגיעה המינית בבנים.

גברים נפגעי תקיפה מינית אשר "הופכים את עורם" והופכים בעצמם פוגעניים, מבקשים להיכלל בחזרה באתוס הגברי ההגמוני הישראלי, דרך "היפר הגבריות" שהם מפגינים, אך מוקעים ממנו שוב ושוב על-ידי הממסד, אולי כדי שיוכלו להמשיך ולכונן בגופם את ה"אחר" המסמן את ה"מרכז" של הגבריות הישראלית.

## לקראת אבחנה חדשה

"אבחנה קלינית", כפי שהראתה יפה זיו, אינה מתקיימת בחלל חברתי ריק, אלא יש לה גוון פוליטי.<sup>27</sup> כלומר, כאשר אנחנו מתייגים נשים נפגעות באבחנה של "בורדר-ליין" או גברים נפגעים כסובלים מהפרעת אישיות אנטי סוציאלית, אנחנו משמרים וגם מקדמים מציאות חברתית מסוימת, לרוב סמויה.

בספרה פורץ הדרך, "טראומה והחלמה", כותבת לואיס הרמן: "הנטייה הרווחת (הינה) לתלות את התנהגות הקורבן בפגמים באישיותו או בתכונותיו המוסריות"<sup>28</sup>. נטייה זו, היא מוסיפה, השפיעה רבות על כוון החקירה הפסיכולוגית.

נפגעי התעללות בילדות, כותבת לואיס הרמן, מאובחנים לעיתים קרובות באבחנה שגויה

ה"דלת המסתובבת" שמאפיינת מכורים/ אסירים רצידיביסטיים.

ניתן להבין התפתחות של קווי אישיות אנטי סוציאליים בקרב גברים נפגעים בכמה דרכים:

ראשית, גברים נפגעים אשר "בוחרים" בעמדה "אנטי סוציאלית – היפר גברית" כמו מבקשים להחזיר על כנו את ה"סדר החברתי" שהופר עם הפגיעה המינית בהם, ואשר ערער על גבריותם. אנחנו כחברה מעודדים גברים להיות "היפר גבריים" ומדכאים גברים אשר נחשדים כ"נשיים". ואזי ה"פתרון הנורמלי למצב הלא נורמלי" של פגיעה מינית בגבר – היא הוכחת "היפר הגבריות" שלו, לא פעם בעזרת אלימות ואגרסיביות. היפר גבריות מאפשרת גם להישאר בקשר עם האובייקט הפוגע, זאת על רקע העובדה שפגיעה מינית בגברים מתרחשת פעמים רבות במטריצת היחסים של "תוקף מיטיב" – דמות התוקף היא כזו אשר מציעה לנפגע למלא את "פונקציית האב" החסרה שממנה סובלים, מניסיוני, גברים נפגעים רבים (היעדר אב קונקרטי או רגשי-סימבולי). כך, כשמתקבע בלבול השפות שבו מופנם התוקף כאובייקט מיטיב, הדרך לפיתוח קווי אישיות פוגעניים עשויה להיות קצרה. (ראו: שפת הזיקית של הפרוורט,<sup>22</sup> בלבול השפות<sup>23</sup>).

לא רק את הסדר החברתי מחזירים הגברים הנוטים לקווי אישיות "אנטי סוציאליים" על כנו, אלא גם את הסדר המגדרי הפנימי שלהם, שבו "להיות גבר זה קודם כל לא להיות אשה"<sup>24</sup>.

כך כותבת זיו: "אונס של גבר מפר עבור גברים את עובדת גבריותם ככזו, אשר באופן תרבותי מוגדרת על סמך היכולת שלהם להגן על עצמם, כלומר על תפיסתם כבלתי חדירים או לא פסיביים, על היותם נשאי התשוקה ולא מושאיה, על היותם לא נשים, או בלתי נשיים. אונס מפר עבור גברים את 'גבריותם' ומסמן אותה כנשיות"<sup>1</sup>.

לדבריה של לואיס הרמן, טעונים גם הם כמובן במשמעות חברתית משפילה הנתונה לביקורת. יתכן שמחקר אשר יקשור בין הימצאות של טראומה מינית בילדות בקרב גברים, לבין מאפיינים קליניים של הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית, יוכל להציע אלטרנטיבה אבחונית מתקפת עבור גברים נפגעים, בדומה לזו שהוצעה על-ידי לואיס הרמן, לפני כרבע מאה, לנשים נפגעות.

לואיס הרמן משתמשת בביטוי "הצגת מסווה" - כדי לתאר את הפער בין הסימפטמולוגיה המוצגת לא פעם על ידי המטופל, לבין הטראומה המורכבת העומדת בבסיס הפתולוגיה. נראה שביטוי זה הולם באופן יפה את המאפיינים ה"אלקסייתמיים" וה"אנטי-סוציאליים" המתבטאים לעיתים קרובות בקרב גברים נפגעים, ובאים להסתיר תחושות של חוסר אונים, אובדן ערך עצמי, בושה, בלבול זהות ועוד.

ברצוני להציע, על כן, כי יש לפתח על בסיס קווי האבחון של לואיס הרמן נקודת מבט אבחנתית דומה ורגישה למגדר כלפי גברים נפגעים. הבנת התפקיד שממלאת טראומת הילדות בהתפתחות ההפרעות החמורות האלה, כפי שכותבת הרמן, תנרמל את תגובותיו הרגשיות של הנפגע, תניח יסודות לברית תרפויטית של שיתוף פעולה, ותיתן תוקף לחוויות הרגשות המורכבות של הנפגע.

אורי פריד, עו"ס קליני (MSW), מטפל ב'מרכז תמר' - מרכז לטיפול בנפגעי תקיפה מינית בירושלים. מרצה מן החוג בביה"ס לעו"ס, האוניברסיטה העברית.

ומטופלים טיפול שגוי במערכת בריאות הנפש. יש שהם נקלעים ליחסי גומלין הרסניים, אשר מעתיקים את התנהגותה של המשפחה המתעללת.

לואיס הרמן הצביעה על חסרונו של מושג אבחוני מדויק ומקיף לקורבנות אשר סבלו מטראומה מתמשכת בילדות, ולכן הציעה אבחנה חדשה עבור נפגעי טראומה כרונית. את האבחנות המסורתיות, על כל הסטיגמות החברתיות הנלוות אליהן, באבחנה מגייסת ומעוררת אמפתיה: "**הפרעת לחץ פוסט טראומטית מורכבת**" - "מושג מורחב" של הפרעת הלחץ הפוסט טראומטית, המעיד על התארגנות של האישיות סביב אזור הטראומה אשר כולל גם עיוותים ביצירת קשר ובבניית זהות. אלא, שהקריטריונים האבחנתיים שמציעה לואיס הרמן סובלים מהטייה מגדרית, ונוטים לאפיין יותר פסיכופתולוגיה נשית (קשת הפרעות ה"היסטריה") על פני זו הגברית; לואיס הרמן עצמה מציינת כי האבחנה הזאת תקפה בדרך כלל לנשים. ניתן בנקל לראות, כי מהקריטריונים לאבחנה של C.P.T.S.D נעדר אשכול משמעותי של סימפטומים "אלקסייתמיים" ו"אנטי סוציאליים" אשר מאפיינים כאמור דווקא את המגדר הגברי. בשל הסיבות הבין והתוך-אישיות שהוזכרו, גברים נפגעים נוטים לא פעם ל"אקסטרורטיות", ועל כן יתאפיינו יותר בסימפטומים הנעים סביב אזורי החצנה ותוקפנות, ואשר אנו נוטים פחות להסכים להקשיב להם מבחינה קלינית, כמאפיינים של נפגעי פוסט טראומה מורכבת. מאפיינים אנטי סוציאליים אלו, בדומה

# העבר אינו בהכרח גורל

## חבט קליני על הריון ולידה של נשים שנפגעו מינית בילדותן

ליהי גבע ליסר ונעמה שוורץ

### חלק א' - כיצד יכולה טראומה מינית להשפיע על חווית ההריון והלידה

ותלונות פסיכוסומטיות.<sup>4-1</sup> מה יכול להסביר ממצאים מדאיגים אלה?

במאמר הנוכחי אנחנו מבקשות להתייחס לנושא הטראומה המינית בהקשר של תקופת ההריון והלידה. בחלק הראשון של המאמר נתאר את האופנים השונים שבהם הטראומה עשויה להופיע בתוך התהליך הרגשי הנורמטיבי של נשים בהריון. בחלקו השני של המאמר נציע דגשים מיוחדים להתערבויות שמומלץ לשלב בעבודה הטיפולית עם נשים שחוו טראומה מינית בילדותן ונמצאות בתקופה קריטית ורגישה זו של חייהן.

#### פלישת רסיסי טראומה לתוך מרחב ההריון והלידה

הריון ולידה ידועים כזומת התפתחותי שבו איזונים קודמים שהושגו בתחומים האישי, הזוגי, המשפחתי והמקצועי מופרים באופן הדורש ארגון מנטלי מחודש. היציאה מאיזון המתרחשת ברמה הפיזית, מלווה פעמים רבות בתנודתיות רגשית בולטת, שבה רגשות של שמחה, גאווה, מלאות וסיפוק מתערבבים בתחושת חוסר שליטה ואמביוולנטיות.<sup>5</sup>

בעבודה הטיפולית עם נשים שנפגעו מינית,

"אני מנסה לציית להופא, לעשות ולא לחשוב אבל אני לא מסוגלת... הראש מנסה לצוף מעל, להסתכל על עצמי מהצד, אני מומחית בזה, ואז הוא אומר שאני לא רפויה. שוב אני כשלון, מה בכלל אני עושה פה, למה לעזאזל אני חושבת שכדאי לילד להיות בתוך הגוף שלי..."

#### הריון בקרב נפגעות טראומה מינית

פגיעה מינית בבנות במהלך ילדותן היא תופעה שכיחה ביותר, המתרחשת בקרב כ-20% מהאוכלוסייה. עם זאת, המחקר האמפירי והקליני של השלכות הפגיעה על נשים שנפגעו בילדותן על תהליכי כניסה להריון, ההריון עצמו והלידה עדיין נמצא בשלבים התחלתיים.<sup>1</sup> מהספרות הקיימת עד כה עולה תמונה מדאיגה, לפיה נשים שעברו פגיעה מינית מועדות יותר לפתח מצוקה פיזית ונפשית במהלך תקופת ההריון ובמהלך הלידה. בהשוואה לנשים ללא היסטוריה של פגיעה מינית. נשים שנפגעו מדווחות על רמות גבוהות יותר של לחץ, דיכאון, חרדה, פחד מהלידה, שימוש בחומרים ממכרים, מחשבות אובדניות, פחד מוגבר מהלידה

דוגמה נוספת לפלישת התוקף למרחב הפנימי של הקשר המתהווה בין אישה לעובר נוכח לראות בתגובה הרגשית של נפגעות לגילוי מינו של העובר. גם בשלב זה "מוקרנים" תכנים הלקוחים מעולם הטראומה על הבשורה אודות מין הילוד. כך למשל הידיעה כי מדובר בבת עתידית נמהלת בתחושות של פחד וחשש מפני האפשרות של פגיעה פוטנציאלית בה בעתיד. פחד זה מלווה הרבה פעמים בחששות וספקות באשר ליכולת של הנפגעת כאם עתידית להגן עליה מפני תקיפה אפשרית;<sup>9</sup> לעומת זאת, כשמדובר בעובר ממין זכר, דמותו של התוקף, הכעס ותחושות חוסר האונים עלולים להתמזג בדמות העובר שנתפס כבעל פוטנציאל מאיים ופוגעני.<sup>10,11</sup>

## 2. הגוף כמיכל – היריון והעיסוק בדימוי הגוף:

לאורך תקופת ההיריון מוצפות נשים בשאלות הקשורות ביכולת של הגוף שלהן "לייצר" עובר בריא, תוך שמירה על בטחונה ושלמותו.<sup>7</sup> נפגעות אלימות מינית יכולות לחוש עצמן במלכוד גם בנקודה זו: בעוד שהן חייבות להשתמש בגופן כדי להפוך לאימהות, הרי שברוב המקרים הן אינן יכולות להישען עליו כדי לבסס תחושה של ביטחון. יותר מכך, זירת הגוף נתפסת על-ידן, לעתים, כזירה פגומה. נשים שנפגעו בילדותן מתארות, לא אחת, את גופן כסוג של מיכל פגום שמהווה תזכורת תמידית להתעללות ונותר ספוג בתחושות שליליות ושנאה עצמית. כאשר הגוף נחוה כמחולל ושנוא כיצד ניתן לגייס אותו למשימה המוטלת עליו – בריאת חיים חדשים ובריאים? במקרים מסוימים הנשים שנפגעו עלולות לחוש שעצם הימצאות התינוק בחלל הגופני שלהן, שהפך עם השנים למקור לפגיעה עצמית והזנחה, עלולה לגרום נזק של ממש להתפתחותו.

ביטוי חיצוני לחוסר היכולת לסמוך על הגוף ולבטוח בכוחותיו ניתן לראות באי שקט מוגבר

המטפל או המטפלת הופכים לעדים לעוצמת ההשפעה של הייצוגים הפנימיים הקשורים לטראומה עוד בשלבים הראשוניים של קבלת ההחלטה להרות. במקרים מסוימים, הכעס של הנפגעת כלפי אמא שלה, האם ש"לא ראתה", שהתעלמה והשאירה אותה לבד, מעלה ספקות בנוגע לאיכות האימהות שהיא עצמה יכולה להעניק. אחד הפחדים המאיימים ביותר על אימהות שנפגעו בעברן הוא החשש שהן עצמן יכולות להפוך לגורם מסוכן ופוגעני כלפי ילדיהן.<sup>6</sup> במקרים מסוימים ספקות אלה מהווים גורם שלילי כה עוצמתי עד שהוא מכריע את הכף לטובת ויתור על אימהות.<sup>1</sup>

## בחרנו להדגים את החדירה של הטראומה לתוך

ארבעה נושאים מרכזיים שמעסיקים נשים בהיריון:

### 1. פלישת התוקף – היריון כמצב של שניים

**בגוף אחד:** בראשית ההיריון, על האישה ההרה להסתגל למה שרפאל לב (1996) מכנה מצב פיזי ייחודי, "לא נורמלי", של "היות שניים בגוף אחד". האישה למעשה מפסיקה לחוות את עצמה כיצור נפרד ואוטונומי ומתחילה לחלוק את גופה ואת רגעיה האינטימיים ביותר עם מישהו אחר. עבור רוב הנשים חוויה זו מלווה גם בתחושה של אובדן שליטה וצמצום חופש הבחירה.<sup>7</sup>

אצל אישה שחוותה אלימות מינית, התחושה של אובדן השליטה הבלעדית על גופה עלולה להתחבר באופן בלתי נשלט לרגשות הקשורים לפגיעה המינית ולתוקף.<sup>8</sup> כאשר תהליך זה מתרחש, החוויה הנורמטיבית של האישה ההרה עלולה להיצבע בצבעים מפחידים ולהתחלף בחוויה של מעין רתיעה וסלידה מעובריה. רגשות שמקורם בקשר עם המתעלל כגון גועל, דחייה ופאניקה מתעוררים בעוצמה בלתי נשלטת ומיוחסים לעובר או לגופה.

**4. פחד מ"הלא נודע" – תהליך ההכנה ללידה:** ככל שההיריון מתפתח ומתקדם, תופסות מחשבות על הלידה, וחששות לגביה מקום מרכזי בהוויה הנפשית של האישה ההרה. בהקשר זה, נפגעות טראומה מינית בילדות יכולות למצוא את עצמן מתמודדות עם אתגר מורכב במיוחד: לא רק שהן מתמודדות עם רמת חרדה גבוהה יותר במהלך ההיריון,<sup>2</sup> גם האפשרות שלהן להישען על אנשים אחרים ולהיעזר בהם מוגבלת בשל מעגל האכזבה והפגיעה שחוו ביחסים קרובים בעברן. כך, גם השתתפות בקורס הכנה ללידה, שמיועדת לצמצם את אי הוודאות, עלולה להוות, בפועל, טריגר להיזכרות בטראומה:<sup>10</sup> הנחיות כגון הרפיה בשכיבה, שימוש בהוראות שאמורות להביא לרגיעה ולשחרור שליטה, קבלת הוראות שנוגעות לגופן מגורם חיצוני – כל אלה עשויים להפוך לגורמים שמחזירים את הנפגעת לזירת הטראומה ולקשר עם המתעלל.

#### **חדר לידה כשדה מוקשים פוטנציאלי לשיחזור טראומטי**

אם תהליך ההכנה ללידה עלול להעצים את חווית חוסר השליטה והחרדה של נשים שעברו טראומה מינית, ניתן לדמיין עד כמה מאתגרת עשויה להיות עבורן הלידה עצמה. ריבוי הטריגרים להזכרות בטראומה יכול להפוך את חדר הלידה ל"שדה מוקשים" פוטנציאלי שעלול להחווה כשיחזור של הטראומה עצמה.<sup>1</sup> הגוף החשוף, המגע באיבר המין, החוויה שהגוף כבר לא בשליטתה, הכאב הפיזי באיבר המין, בעיקר בשלב הסופי של הלידה – כל אלה עלולים לשמש כטריגרים להזכרות במעשי ההתעללות גם לאחר שנים של הדחקה.<sup>12,9</sup>

תהליך הלידה מחייב, עבור כל אישה, מידה רבה של תלות בצוות המיילד. נפגעות טראומה מינית בילדות הופכות לפגיעות במיוחד במעמד זה. זאת בעקבות חווית הבגידה וחוסר האמון

המלווה בריבוי תלונות סומטיות וחיפוש מתמיד אחר אישור רפואי, ובשימוש תכוף בבדיקות לאורך ההיריון.<sup>3,10</sup>

לחלופין יש נפגעות שמתמודדות עם אותו שבר בדימוי הגופני דרך שימוש מאסיבי יותר במנגנון הניתוק בין הגוף לבין ה-mind, שאפשר להן לשרוד את ההתעללות בילדותן. אצל נפגעות אלה נראה דווקא ניסיון לחזק את הנתק בין הראש והגוף, למעט ולצמצם כמה שניתן את הבדיקות הנדרשות<sup>8</sup> ולהתעלם ככל שניתן מהשינויים שמתרחשים בגופן.<sup>10</sup> במקרים קיצוניים, טשטוש החוויה ייעשה גם דרך שימוש בחומרים ממכרים כמו סמים ואלכוהול.<sup>1</sup>

#### **3. פלישת זיכרונות – בדיקות בתקופת ההיריון**

**כטריגר להזכרות בטראומה:** זיכרונות של טראומה מינית הם לרוב מעורפלים, מקוטעים ומחוסרי רצף קוהרנטי והגיוני. ה"שכחה" נוצרת כמנגנון ששומר על הנפגעת מפני זיכרונות כואבים מנשוא ומגנה עליה מפני התפרקות של העצמי. מצב זה עלול להשתנות בבת אחת, בנוכחות טריגרים המזכירים במאפייניהם (ברמת החוויה הנפשית, הגופנית, או הבין-אישית) את סיפור ההתעללות.<sup>12,13</sup> כאשר נפגעת נכנסת לבדיקת מעקב שגרתית ומתבקשת לפשוט את בגדיה התחתונים, לשכב בתנוחה שיכולה להזכיר לה את ההתעללות, "להרפות" תוך כדי שגוף זר (מתמר) מוכנס לאיבר מינה, קיים סיכוי גבוה להחייאה של זיכרונות הקשורים להתעללות.<sup>13</sup> קישור זה לעולם הטראומה יכול לעורר תגובה רגשית חריפה ושלילית של פאניקה לא מוסברת, כאב חריף או תחושה של חוסר אונים. חשוב לקחת בחשבון כי בניגוד לתקופות אחרות שבהן יכולות נפגעות להימנע מביצוע בדיקות גניקולוגיות, הרי שההיריון מחייב אותן לקחת חלק בבדיקות אלה ובכך הוא הופך למאיץ פוטנציאלי למצוקה רגשית מוחרפת.<sup>14</sup>

מתוך אלמנטים הקשורים לקשר עם המתעלל: פאניקה, חוסר יכולת לדבר, בכי ושיתוק פיזי.<sup>12</sup> מרבית הספרות בנושא מתייחסת למצבים של כניסת יולדת בעלת היסטוריה של פגיעה מינית למצבים דיסוציאטיביים במהלך הלידה. נפגעות מדווחות על כך שהן חשות כמי שמסתכלות על המתרחש מהצד במהלך הלידה, כאילו הן "אינן שם" ורק הגוף שלהן נוכח. אותו מנגנון הישרדות נפשי שנוצר מתוך הצורך להתמודד עם מצב של סטרס אקוטי הקשור להתעללות, מייצר כעת חיץ בין הראש של היולדת וגופה, וכן בינה לבין הצוות. נתקים אלה יכולים לפגוע בתקשורת ובשיתוף הפעולה של הנפגעת עם הצוות ולהוביל לאסקלציה במצוקה הרגשית.<sup>1,11,12</sup>

שחוו בילדותן מצד גורמים שהיו אמונים על ביטחונן ועל שלומן. בדומה למתעלל, חברי הצוות הרפואי נמצאים בעמדה "עליונה" כבעלי הסמכות והידע. הם נותנים לה הוראות, עליה "להיכנע" לביצוע בדיקות על-ידם בתוך טריטוריה זרה לה. אנשי הצוות עומדים מעליה לבושים בעוד היא שוכבת ואיבר מינה חשוף, המגע פולשני ולעתים מכאיב. סטודנטים/יות לרפואה או מיילדות עשויים לנכוח במהלך הלידה, מה שעלול להגביר את חווית הזרות ואובדן הפרטיות. עד כדי כך יכולה זירת חדר הלידה להפוך לחוויה מאיימת ומתעתעת, עד כי במקרים מסוימים היא יכולה להחוות כשיחזור של מעשה ההתעללות עצמו.<sup>1</sup> התגובה של הנפגעת למתרחש בזמן הלידה תושפע אף היא

## חלק ב' - דגשים לעבודה טיפולית עם נשים נפגעות טראומה מינית בתקופת ההיריון והלידה

מכאן שטיפול פסיכותרפויטי בנפגעות בתקופה זו מהווה סוג של "חלון הזדמנות" בהיסטוריה האישית שלהן. מדובר בתקופה שטומנת בחובה גם פוטנציאל לשינוי ויציאה ממחוזות מוכרים של התמודדות לא אדפטיבית, לעבר צורות התמודדות חדשות (לעתים קרובות: הפחתה משמעותית בפגיעה עצמית, שינויים מבוקרים בנטילת טיפול תרופתי, חיפוש דרכים חדשות לשמירה עצמית וטיפול עצמי).

**עבודה טיפולית עם פלישת "רוחות הרפאים" למרחב ההיריון והלידה:** כפי שהסברנו, הפלישה של התכנים הטראומטיים למרחב ההיריון והלידה בלתי נמנעת. העבודה הטיפולית בשלב זה מהווה הזדמנות לזיהוי עקבות הטראומה בסיפור העכשווי ולעבודה איתן. בנקודת הזמן

נוכחותו של העובר המתהווה בגופה של אישה שעברה אלימות מינית בילדותה משפיע עליה באופן פיזי ובאופן נפשי. ההשפעה הפיזית, המעוררת רצף של שינויים מהירים בגופה, עלולה ליצור רה-אקטיבציה של רגשות ושל תחושות ומזמנת מפגש עם פיסות חוויה הקשורות למתעלל ולקשר עמו. אולם חשוב לציין כי נוכחות העובר אינה רק גורם מאיים ומפחיד. אצל נשים רבות שעברו טראומה מינית בילדותן, פנייה לטיפול בתקופה סוערת זו, כמו גם המוטיבציה לעבודה הטיפולית עצמה, קשורות לכמהיה שלהן "שהילד שלי לא יעבור את מה שאני עברתי". אותן נשים מבקשות, בכל מאוּדן, ללמוד לטפל בעצמן טוב יותר כדי להוות גורם יציב ומגונן עבורו. הן פונות לטיפול בבקשה לעזור להן לברוא מתוכן אימהות אחרת, שונה מזו שהייתה להן בילדותן.

כל מטופלת. פעמים רבות נדרשת/ת המטופלת/ת בשלב זה להרחיב את התפקיד ולצאת מהמרחב הטיפולי הקלאסי לכיוונים תמיכתיים ומערכתיים, שכן, לעתים נדרש תיווך בין המטופלת לצוות בחדר הלידה, בתהליך שבו היא בוחרת לשתף במידע אישי זה. הכנה זו חשובה מאוד כדי לאפשר ליולדת לצאת מתוך עמדה פסיבית המאפיינת יחסי מתעלל-קורבן ולהפוך לשותפה פעילה שמקדמת את טובתה ואת טובת תינוקה.

**עבודה עם דיסוציאציה:** בטיפול בנפגעות טראומה מינית בילדות, המטופלת/ת לומדת/ת יחד עם המטופלת את מנגנון הדיסוציאציה, מתוך התייחסות בסיסית אליו כמנגנון הישרדותי יעיל בתנאים פוגעניים לא נורמליים. בהדרגה, נשזרת בתפיסת המטופלת מעין הבנה אחרת, שמוצאת הגיון רב בהתנהגות שלא אחת נחוות על-ידה כעדות למשהו שלילי ולא נורמלי באישיותה. בצד ההבנה ומציאת הפשר שבהופעת המנגנון, יש להתבונן גם על המחיר שהוא גובה מהמטופלת במצבים שונים בחייה. מתוך כך יכולה להתחיל להיווצר הזדמנות לחשיבה על דרכי התמודדות חדשות.

חשוב גם לערוך למטופלות היכרות עם התהליכים הנפשיים הנורמטיביים המתרחשים בהיריון ובלידה. הרבה נפגעות מגיבות בפליאה מלווה בהקלה כשהן מבינות, למשל, שחוות חוסר השליטה על הגוף בתחילת ההיריון מלווה את מרבית הנשים ואיננה מעידה על כשירותן או על בריאותן. ההבנה שרגש בסיסי זה יכול להיטען במשמעויות הרבה יותר מפחידות מתוך קישור לסיפור הטראומטי האישי יכולה לאפשר לאישה לראות את עצמה באור אחר, יותר קומפלטני ופחות דמוני.

הזו, ישנה הזדמנות "לגעת" ברגשות של חוסר אוניס ביחס לגוף, חוויות של חוסר שליטה על המתרחש, כאב נפשי, אשמה ובושה. ההתבוננות ברגשות הללו בהקשר המקורי, קבלתם, הבנת פשרם בתוך אורה טיפולית אוהדת שנותנת משמעות ומכבדת את ניסיון העבר, מאפשרת להפריד בין אז לעכשיו.

האבחנה בין החומרים שעולים כתוצאה מהעבר הטראומטי לבין חומרים השייכים להווה מייצרת רובד נוסף במיכל הפנימי שמסייע בוויסות. מתוך כך ניתן לחשוב ביחד על טריגרים ספציפיים שהופיעו במהלך הבדיקה הווגינלית וכיצד ניתן להתארגן אחרת לבדיקות הבאות על מנת להפחית מעוצמתם (למשל לבקש מהבודקת להגיד מתי היא מכניסה את המתמר לגופה של הנבדקת, לבקש ממנה לכבד את רצון המטופלת להפסיק את הבדיקה בכל שלב וכיוצא באלה).

**הכנה נפשית ללידה:** כאמור, בחדר הלידה ישנם אלמנטים רבים שיכולים להפוך לטריגרים להיזכרות בטראומה, ועל כן יש להתייחס בטיפול לאירוע משמעותי זה. כל סיפור של התעללות טומן בחובו טריגרים אינדיבידואלים. חשוב לגלות יחד עם המטופלת, מתוך הסיפור האישי שלה ומתוך הידע וההכרות אודות התהליך הנורמטיבי המתרחש בחדר הלידה, מה עלול להביא ל"פלישת רוח התוקף" מן העבר. נוצרת כאן הזדמנות נדירה לתת מילים לפחדים עכשוויים מתוך הכרה במה שהתרחש בעברה.

חשוב, בהקשר הזה, לאתר גם את הטריגרים להיזכרות בהתעללות, הקשורים להתנהגות הצוות המיילד בחדר הלידה ולהתייחס לקושי לתת בו אומן ולהיתמך על ידו. יש לעורר לדיון בטיפול את דילמת החשיפה של המידע אודות הפגיעה בילדות בפני הצוות המיילד מול הסתרתו ולבחור באופציה הטובה ביותר עבור

## לסיכום

מאמר זה עסק בתהליך העיבוד של החוויות הרגשיות העולות במהלך ההיריון, והשבתן להקשר המקורי של ההתעללות המינית. התבוננות משותפת בתהליך, עיבוד רגשי, והתמודדות עם מופעי הדיסוציאציה יכולים לסייע לנשים שנפגעו בעברן להפחית ממצוקתן ולהרגיש יותר בשליטה מול האתגרים שמציב בפניהן ההיריון. מה שמתחיל, על כן, כמסע "למען התינוק" הופך לעתים קרובות למסע עצמי של גדילה והתפתחות, המאפשר לסדוק את מערך השיחזורים הלא מודע ולהפוך את המחשבה כי ה"עבר איננו גורל" למציאות חיה.

---

ליהי גבע ליסר, עו"ס קלינית (M.S.W), פסיכותרפיסטית, מטפלת במבוגרים ובני נוער, בעלת התמחות בטיפול בפוסט טראומה מינית.

נעמה שוורץ, עו"ס קלינית (M.S.W), מטפלת ומדריכה בתחום של טיפול בפוסט-טראומה.

---



## והיינו לעוף החול: עדות

יעל

והרגשתי כמו חולה שנרפאה מסרטן - זהו אני נקייה, חזרתי ואמרתי לעצמי בקול רם, אני נקייה, זה מאחורי. עכשיו מתחילה אמהות חדשה, עולם חדש, ניסיתי לשכנע את עצמי. אבל העצב, כמו צל כבד, החל לכרסם בשמחה.

היום אני יודעת, מה שלא יכולתי לדעת אז, כשהפגיעה הייתה עדיין סיוט שרק רציתי לנעול בכספת ולזרוק לים. בחוש כבר הרגשתי, שהתהליך הזה עומד להציף אותי באופן שכבר אז החל להפחיד אותי: רופאים, בדיקות, חשיפה.

במהלך חודשי ההיריון הגעתי, לעתים קרובות, לבדיקות ולמעקב אצל רופא נשים, דבר שנמנעתי לעשות לפני-כן, מכיוון שהביקורים נחוו אצלי כסיוט מתמשך. בתחושה שלי, עצם המגע של הרופא בגוף החשוף הפך אותו מידית לפוגע פוטנציאלי. כשבנוסף לכך דיבר בטון סמכותי, מיד נתפס בעיניי כדמות מאיימת. הגוף שלי חסם את עצמו למגע, המוח ניכנס למצב של קיפאון. הגוף, שלא מבחין בין יד ליד, נכנס למצב של מגננה, מה שגרם לבדיקות להיות כואבות בהרבה. מבוהלת ומפוחדת כאילו ראיתי רוח רפאים הייתי יוצאת מחדר הרופא, אף פעם לא יודעת להגיד מה קרה שם בבדיקה, אבל בתודעה תמיד עפתי משם למקום אחר.

חודשים עברו, חודש תשיעי, צירים, ריצה לחדר לידה.

נולדתי בארצות הברית ועלינו לארץ כשהייתי בת שש. שכונה איכותית, תיכון מצוין, בלט, פסנתר, שפות, חוגים. אבא שלי פרופסור בעל יוקרה אקדמית. כלפי חוץ אדם מבריק, מרצה בחסד ומבוקש ברחבי העולם, כלפי פנים אדם חסר כל גבול של מוסר וכבוד שפגע קשות באנשים שהיו קרובים אליו.

לאורך שנות ילדותי עברתי פגיעה וניצול מיני מתמשך מילדות ועד גיל 12 לערך. הפגיעה המשיכה להכות בי גם אחר-כך, מידי אנשים אחרים, לאורך שנות התיכון והצבא. משהו בילדות המוקדמת התעוות באמצעות הפגיעה הראשונית ואיפשר לפגיעות נוספות להלום בי ללא יכולת הגנה.



סוף שנות ה-90, אני בהריון. לא מאמינה שאכן הנס הגדול הזה התרחש, אני הולכת להיות אמא. לא יכולתי להפסיק להתרגש מהגילוי המסעיר. דף חדש בחיים חדשים. צהלתי.

אני זוכרת שיצאתי החוצה לנשום אוויר, והשמחה החלה להתגלגל לתוך מה שהפך להיות תעוקה בחזה ותחושת כבדות שלא הצלחתי לרדת לשורשה. למה אני עצובה?

הייתי בת 27, שנים מעטות אחרי שהפגיעות החוזרות ונשנות הפסיקו סוף-סוף להלום בי,

לידה ראשונה. ילד ראשון.

למה?

שנה וחצי אחר-כך הגעתי ללידה שנייה, ולמיילדת שלי קראו גילה. ברגע שהתחילו הצירים קראתי לה, היה לה חיוך ועיניים של מלאך. היא הסתכלה עלי ואמרה בשקט ובטון נעים ורך: רק תסתכלי לי בעיניים ותחזיקי לי את היד, הכול יהיה בסדר, אל תדאגי. והכול באמת היה בסדר.

תודה גילה. תודה שהבנת, תודה שראית, תודה שלא היית צריכה את המילים שלי בשביל להבין. תודה שהספיקו לך העיניים ושפת הגוף, תודה שהיית חכמה. תודה שהוכחת לי שלכל מטבע יש שני צדדים.



כמה מעט נדרש על מנת לשנות את החוויה מטראומה לחוויה מעצימה. המעט המכיל את המרובה הוא פשוט ידע – הכשרה רצינית ומעמיקה בנושא הפגיעה המינית למיילדות ולרופאים, בין השאר מהנפגעות עצמן. ידע מסוג זה פותח צוהר לעולמם של נפגעות ולהבנה כיצד לגשת, לדבר ולטפל באופן שיאפשר ליולדת לחוות את תקופת ההיריון והלידה כחוויה מתקנת, מבריאיה:

חוויה יוצרת חיים – תרתי משמע.

בקבלה בחדר לידה השמחה הגדולה מתובלת בפחד עצום מבדיקה פולשנית, כאב. פחד. אין עם מי לדבר, אף אחד לא יודע, לא שואל. סוד. הוא חי בתוכי, מכרסם בי, מתפרץ בכול עוזו, מכאיב, מטריף. אותה בדידות שנכפתה עלי לאורך השנים עוטפת אותי שוב, אני שוקעת, לאט, בחזרה לתהום, החוויה משתחזרת ולי אין כוחות או ידע, בשלב הזה, להתמודד ולהגן על עצמי מפניה.

אני מועברת לחדר לידה, מוצמדת למיטה עם רצועות המוניטור, לא יכולה לזוז, השעות חולפות. לא מעיזה לדבר, לא יכולה לדבר, כאבי הצירים, חיבור לאינפוזיה. מישהו אחר פה מחליט עבורי, מרתק אותי למיטה, מכניס דברים לגופי, לא מסביר, לא שואל: מתאים? בסדר? ואני לא מסוגלת לדבר, המוח הולך ומאבד את יכולות החשיבה, האיברים קופאים, הקולות סביבי עניינים, סמכותיים וקרים והלבבות סגורים – שיחזור מלא. תהום. מחשכים.

עוד יום עבודה שיגרתי למיילדת בבית החולים. היום, שנים רבות אחרי, אני יודעת שהחוויות שעברתי היוו טריגר חזק מאוד לשיחזור הטראומה. כמו אז, כך גם בחדר הרופא ובחדר הלידה אף אחד לא שאל, לא זיהה סימנים, לא הבחין במצוקות, לא הקשיב לרחשי הלב. לרגע, הייתי שוב בובת עץ או פלסטיק שעושים לה והיא לא מסוגלת להגיב.

הרגע המכונן בחייה של כול אישה – רגע הלידה, הפך להיות לתהום אפלה. רציתי להעלם. לא להיות. להתפוגג.

---

יעל מתנדבת בפורום קיימות במרכזי הסיוע בירושלים – פורום אקטיביסטי הפועל במרכזי הסיוע בירושלים מזה 16 שנים, וחברות בו נשים בוגרות קבוצות תמיכה לנפגעות. נשים אלו הביעו צורך ורצון לפעול במסגרת שתאפשר שימוש בניסיוןן הכואב, ותמנף אותו לעשייה חברתית שתרחיב ידע ומודעות לנושא הפגיעה המינית.

---

# שילוב תעסוקתי כאמצעי וכמטרה בתהליך ההחלמה מטראומה מינית

עשור לתוכנית "שילוב תעסוקתי"  
במרכז הרב תחומי בבית חולים בני ציון, חיפה

נעמה תמרי לפיד וקרן לוי פיינשטיין

תעסוקה. במסגרת התהליך, הבחינה בכך שהיא מונעת דווקא מהפחד שכן תתקבל אך לא תוכל לעמוד בציפיות ממנה. העבודה עמה התמקדה בהבנת סכמות החשיבה שמנהלות אותה ומתן תוקף להן מחד, ומאידך ברכישת מיומנויות לויסות רגשי, יעילות בינאישית ועמידות במצוקה. בסיום התהליך דיווחה טל על תחושת העצמה, קבלה וביטחון שאותם יישמה בשטח והחלה ללכת לראיונות עבודה בצורה מווסתת ויעילה. גם בטיפול הפסיכותרפי יכלה טל להמשיך ולעבד היבטים נוספים שעד היום לא עלו בטיפול סביב החרדה לאכזב ולהתאכזב.

## הרקע להקמת תוכנית "שילוב תעסוקתי" במרכז הרב תחומי

המרכז הרב תחומי לטיפול בנפגעות ובנפגעי תקיפה מינית, מרכז אמבולטורי בבית חולים בני ציון בחיפה, הוקם בשנת 2002 במימון השירות לנוער צעירים וצעירות במשרד הרווחה ועיריית חיפה. כיום כולל המרכז פסיכותרפיה ארוכת טווח, פרטנית וקבוצתית, יעוץ פסיכיאטרי, מערך יום ותוכנית לשילוב תעסוקתי. התוכנית

טל (שם בדוי), בת 25, בעלת תואר BA, מטופלת במרכז הרב תחומי לטיפול בפגיעות מיניות על רקע פגיעה מינית שעברה בילדותה, הופנתה על-ידי המטפלת הפרטנית שלה לתוכנית "שילוב תעסוקתי" במרכז. היא עבדה כמזכירה בהיקף משרה מצומצם. הפער בין היכולת האינטלקטואלית שלה והשכלתה, לבין חוסר היכולת לווסת את רגשותיה הביא לכך שעבדה במקום שלא תאם את כישוריה וגרם לה לחוש חוסר סיפוק ואכזבה. כשהלכה לראיונות עבודה למקומות שתאמו את הכשרתה הייתה נתקפת בהתקפי חרדה קשים, לא ישנה בלילות, הקיאה, בכתה ולא הצליחה להתרכז. טל חשבה שלא תוכל לפנות לשילוב תעסוקתי – "זה לא מגיע לי, אני עובדת, זו הבעיה שלי שאני לא מצליחה לעבור ראיונות, אני לא מספיק טובה למקומות אליהם אני ניגשת". טל אמנם עבדה, אך לא בהתאם לכישוריה; התחושה כי עליה "להסתפק במועט" ו"להגיד תודה שיש לה עבודה" מנעה ממנה לפנות לסיוע בנושא התעסוקתי לאורך השנים. כך התקבעו אצלה דפוסי חשיבה והתנהגות, שהובילו לתסכול ולמצוקה כלכלית. עם הצטרפותה לתוכנית קיבלה טל ליווי פרטני של רכזת תעסוקה, ובמקביל השתתפה בקבוצת

תעסוקתי. במסגרת מחקר ההערכה שליווה את הקמת התוכנית, הועברו למשתתפות שאלונים לבדיקת ציפיותיהן מהתוכנית, וממצאים אלו השפיעו באופן ישיר על הגדרת יעדי התוכנית. שני כיוונים עיקריים עלו מתשובותיהן של המשתתפות לגבי ציפיותיהן מהתוכנית:

- בתחום התעסוקתי מעשי: למידת מיומנויות לרכישת עבודה, שדרוג בעבודה, שימור מקום עבודה, הכוון תעסוקתי וכדומה.
  - בתחום האישי-רגשי: שיפור הביטחון, העלאת הערך העצמי, מציאת משמעות, השתייכות חברתית וכדומה.
- בהתאם, הוגדרו לתוכנית שתי מטרות עיקריות הקשורות זו בזו:
- שילוב תעסוקתי/לימודי.
  - העצמת המטופלות ושיפור בתסמינים הפוסט טראומתיים.

התפיסה העומדת מאחורי התוכנית רואה קשר מעגלי בין שתי המטרות הללו: העצמה ושיפור בתסמינים יביאו להתקדמות בשילוב המשתתפות בלימודים ובתעסוקה הולמת, והשתלבות נאותה בלימודים ובעבודה תתרום לעוצמתן לכשעצמה, כמו גם תשפר את מצבן הכלכלי. כלומר, השילוב בתעסוקה ולימודים נתפס הן כמטרה והן כאמצעי להחזיר את המטופלות למסלול חיים מיטיב.



לשילוב תעסוקתי הוקמה לאחר שבמהלך שנות הפעילות הראשונות של המרכז התברר כי נתוני התעסוקה של המטופלות\* מעידים על קושי: מטופלות המרכז סבלו מאחוזי נשירה גבוהים ממקומות עבודה ולימודים, דיווחו על קושי בהסתגלות למקומות חדשים, הפגינו יכולת התמדה נמוכה וקשיי קשב וריכוז, אשר פגעו ביכולתן לבנות מסלול חיים נורמטיבי הכולל עצמאות כלכלית ומימוש עצמי. בנוסף, נראה היה כי תוכניות התעסוקה הקיימות בשוק לא מצליחות לסייע למטופלות וכי אחוזי הנשירה מהן גבוהים. לנוכח תמונת מצב זו, הגיע הצוות המקצועי למסקנה שמכיוון שמרכיבים בסיסיים ביכולת העבודה והלמידה של אנשים הסובלים מטראומות מיניות נפגעו, יש צורך להציע בנוסף לטיפול הפסיכותרפי ארוך הטווח לעיבוד התכנים הטראומתיים, מענה ייעודי וממוקד לנושא התעסוקה אשר יותאם למטופלות וימשיך את רצף הטיפול והשיקום כחלק משירותי המרכז.

מנהלת המרכז, דאז, גברת רונית סדגר, פנתה לקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי עם הצעה לפרויקט ניסיוני של שילוב תעסוקתי לנפגעות טראומה מינית. התוכנית אושרה ובמרץ 2007 החלה לפעול. בשנתיים הראשונות להקמתה, לוותה התוכנית במחקר הערכה מטעם המכללה האקדמית בית ברל, אשר חלק מממצאיו מוצגים במאמר זה. שתי עובדות סוציאליות, בעלות תואר שני, ריכזו והפעילו את התוכנית. האחת עם מומחיות בהקמת פרויקטים והשנייה עם התמחות בהנחיית קבוצות. בהמשך הדרך המשיכו רכזות התוכנית לקבל הנחיות והדרכה הן בתחום הטיפול בפגיעות מיניות והן בתחום של שיקום

\* השימוש בלשון נקבה נבחר משום שבעת הקמת התוכנית ולאורך רוב שנות פעילותה היא שימשה משתתפות בלבד. לפני כשנתיים הורחבו שירותי המרכז וכיום מטופלים בו גם גברים.

## הפגיעה ביכולות עבודה ולימודים בקרב נפגעות טראומה מינית

רוב מטופלות המרכז חוו פגיעות מיניות מתמשכות לאורך שנות הילדות וההתבגרות. רובן סובלות מ-Complex PTSD. חייהן ואישיותן התעצבו בצל הטראומות המיניות וקשה להן להפריד בין האדם שהן בבגרותן לבין האירועים הטראומטיים שחוו. הטראומה במקרים הללו מקבלת אופי כרוני ומתמשך, השפעתה נרחבת ומתבטאת בכל התחומים ולכן גם בתחומי תעסוקה ולימודים:

**ברמה הרגשית** קושי בוויסות - כאשר רגשות קיצוניים בעוצמתם כגון אימה, זעם, חרדה ותוקפנות, מציפים את הנפגעת, היא תתקשה לבלום את רגשותיה ולהתנהל באופן שקול ומאוזן. בנוסף, אובדן היכולת לתת משמעות, להאמין ולרצות, מוביל לתחושות של ייאוש, דיכאון וחוסר תקווה אשר פוגעים במוטיבציה להתאמץ, לתכנן ולהשיג דברים כפי הנדרש בלימודים ובעבודה.

"בסך הכל ביקשתי לא לעבוד ביום שישי, אבל מנהלת המשמרת לא הסכימה עם דרישתי. היא לא רואה אותי בכלל... אז קמתי והלכתי, אפילו לא אמרתי שלום. נמאס לי, כל פעם זה אותו דבר. אף אחד לא רואה אותי."

**ברמה הקוגניטיבית** שינויים בתודעה כגון אמנזיה של אירועים, או החייאה חוזרת ונשנית של מצבים, סכמות חשיבה בעייתיות, הפרעות קשב וריכוז, וכמובן דיסוציאציה, במהלכה מתרחש ניתוק מנטלי ופיזי מהעצמי, כל אלו מחבלים ביכולת להיות נוכחת ולעמוד בדרישות לימודיות או תעסוקתיות באופן קוהרנטי ומתמשך.

"באמצע המצגת נכנסתי לבלק אאוט... הרגשתי מנותקת מהגוף... לא יכולתי להמשיך... המרצה שאלה אותי אם הכל בסדר ואני לא שם בכלל."

**ברמה ההתנהגותית** שינויים בתפיסה העצמית ובדימוי האישי מובילים לתחושות של חוסר אונים, בושה ואשמה וחוויה של שונות והכתמה, אשר מבודדים את הנפגעת. התנהגויות קיצון כמו הסתגרות מול התפרצות, קושי מול סמכות, ובמקרי קיצון רה-וקטימיזציה ואבדנות, אשר מכבידים על היכולת לתפקד באופן נורמטיבי ולהשתלב במסגרות.

"נכנסתי למנהל בבית הספר והוא מושיב אותי ושואל למה אני לא משתלטת על הכיתה... ואני מרגישה כמו ילדה מבווישת. לא יכולתי להגיד לו ולהסביר איך שוב פעם לא הצלחתי. בחיים אני לא אהיה מורה מוערכת."

**ברמה הבינאישית** היכולת להתנהל בתוך מערכות יחסים בינאישיות פגועה עמוקות, ומובילה לתחושת בדידות וניכור, חוסר יכולת לתת אמון בזולת, פחד מהזולת, או לחילופין יצירת תלות בזולת שהיא בלתי מותאמת למסגרת עבודה או לימודים.

"אני לא סומכת על אף אחד... לא בחיים הפרטיים ולא בעבודה. תמיד כשאני נחמדה למשהו מנצלים אותי בסוף. לא אחליף איתו את המשמרת. שיסדר לבד. לא עושה טובות ולא צריכה שיעשו לי טובות."

**ברמה הפיזית:** בנוסף, סובלות חלק מהנפגעות מהתמכרויות, הפרעות אכילה, פגיעה עצמית, מחלות כרוניות וכאבי גוף פסיכוסומטיים אשר מקשים עליהן להשתלב בשוק העבודה ומעוררים התנגדות וחרדה מצד המעסיקים.

על תמונה קשה זו ניתן להוסיף שני מרכיבים הנובעים מההיבט הכרוני של הטראומה, אשר מעורבים גם הם במורכבות תהליך השיקום ומוסיפים עוד אתגר בהקשר לתעסוקה ולימודים:

- **אי וודאות:** אי וודאות מתבטאת בחוסר היכולת להבנות משמעות לאירועים

המתייחסים להיבט התעסוקתי והלימודי ואשר מותאמים בתוכנית אישית לכל מטופלת וניתנים כרצף - במקביל ובהמשך לתהליך הפסיכותרפיה.

**אוכלוסיית היעד:** נפגעות מגיל 18 אשר זקוקות לסיוע סביב השתלבות בלימודים ובעבודה. בשנתיים הראשונות של הפעלת התוכנית השתתפו בה 71 נשים, מרביתן ללא הכשרה מקצועית, בשלב ההצטרפות לתוכנית, יותר מ-60% מהמשתתפות לא עבדו כלל. רוב המשתתפות בתוכנית דיווחו על מיעוט ומחסור במערכות תמיכה משפחתיות, זוגיות או חברתיות. אלה שדיווחו על קיומן של מערכות שכאלה, ציינו כי לעיתים הן מהוות תמיכה אך לעיתים הן מהוות גורם מערער ופוגעני. כיום משתתפים בזמן נתון בתוכנית כ-20-30 מטופלים המבקשים סיוע סביב סוגיות של לימודים ועסוקה.

## כל השירותים שניתן בחסגרת התוכנית:

- **ליווי פרטני מותאם ותפוז אישית לצורכי המטופלת** אשר כולל מתן מידע, סיוע בכתיבת קורות חיים, בחינת אופציות אישיות מתאימות, חיפוש ואיתור אפשרויות תעסוקה ולימודים, ניתוח קשיים ודילמות מעולם התעסוקה וסיוע במציאת פתרונות ודרכי התמודדות, קשר רציף (גם טלפוני) וליווי אישי סבלני בהתאם לקצב של המטופלת, לאורך כל התהליך. יש להבהיר שאין מדובר בטיפול הפסיכותרפיה אלא ברכזת תעסוקה שמלווה במקביל או בהמשך לטיפול הפסיכותרפיה.

- **סדנאות הכנה לעולם התעסוקה** התקיימו סדנאות בפורמטים שונים ועם תכנים שונים אשר משתנות עדיין תדירות בהתאם למשתתפות ולצורכיהן. הסדנאות כוללות

ומתרחשת במצבים בהם לא ניתן לייחס ערכים ברורים לאובייקטים או אירועים ו/או לא ניתן לצפות תוצאות באופן מדויק. מדובר הן על התפיסה הקוגניטיבית והן על התפיסה הרגשית של המטופלת. חולים כרוניים תיארו את אי-הוודאות כחוויה הגורמת לכאב רגשי<sup>1</sup>. חוסר הוודאות שאפיינ את ילדותן של הנפגעות, ממשיך ומאפיינ גם בגרותן. הוא מכאיב ומקשה עליהן ליצור מציאויות של ודאות כפי הנדרש בעולם העבודה.

- **תפיסת הזמן:** זרימת הזמן, ערכו ומשמעותו, משתנים במצבים כרוניים. היחס לעבר משתנה, ממה שעשוי היה להיות מאגר עשיר של זיכרון - לייצוג של היעדרות של חוויות וכל מה שלא אפשרי עוד. ההווה רווי קושי וסבל, ועל העתיד לא ניתן לחשוב. כך כותבת ג'ודית לואיס הרמן<sup>2</sup> על תפיסת הזמן אצל נפגעי התעללות: "בעתיד טמונה תקווה וכמיהה כה גדולות עד כדי היותן בלתי נסבלות, הן יוצרות פגיעות, אכזבה וייאוש. לכן ישנו צמצום רגשי והתמקדות במטרות מוגבלות ביותר והעתיד מצטמצם לשעות וימים". קשה לתכנן ולהתמסר למשימות תובעניות ארוכות טווח, כאשר חיים מתוך עמדה של צמצום והישרדות מרגע לרגע.

עקרון ההחלמה הראשון, לפי ג'ודית לואיס הרמן, הוא העצמה, השבת השליטה ויצירת קשרים חדשים. התוכנית מכוונת למרכיבים אלו בתהליך ההחלמה.

## מרכיבי תוכנית שילוב תעסוקתי

- **רצינות התוכנית:** לאור השלכות הטראומה המינית והשפעותיהן על היכולת לעבוד וללמוד, יש צורך במעטפת שירותים ייעודיים

עמידה בקונפליקטים, ניהול כעסים, בטחון והערכה עצמית, אסרטיביות.

● **מדדים התנהגותיים:** יוזמה ועצמאות בקשר עם צוות התוכנית ועם גורמים חיצוניים.

● **מחויבות לתוכנית:** הגעה לפגישות הליווי, נוכחות בסדנאות ועמידה במטלות, עמידה בלוחות זמנים.

בשנים 2007–2009 נערך במרכז מחקר הערכה מטעם המכללה האקדמית בית ברל, אשר אסף נתונים מכל המעורבים בתוכנית: משתתפות, רכזות, מטפלים/ות ומנהלים/ות. מהממצאים עולה כי המשתתפות חשו כי קיבלו מענה מותאם הן בנושאים הקונקרטיים של תעסוקה ולימודים והן בתחומי העצמה קוגניטיבית, רגשית וחברתית. הן חוו את המרכז כ"בית חם" אשר מעניק להן תמיכה והכוונה. תוצרי התוכנית באים לביטוי במספר השמות התעסוקה/לימודים, אך לא פחות מכך בתהליך הרגשי של העצמה ושיפור במצבן הנפשי של המשתתפות.

לפי הממצאים, לאחר שנתיים של הפעלת התוכנית, 45 מתוך 71 משתתפות התוכנית השתלבו בעבודה, שלוש מתוכן השתלבו גם בלימודים. רוב הנשים מצאו עבודה במקצועות השירות, במשרות חלקיות. כמו כן, חל שינוי ושיפור ניכר גם בארבעת המדדים הנוספים שהוגדרו. בנוסף על אלו, דיווחו רכזות ומשתתפות התוכנית על שני תוצרים נוספים אשר נגעו להיבטים חשובים בחיי המשתתפות: פיתוח מודעות ויכולת לניהול תקציב, ושיפור בטיפוח האישי ובהופעה החיצונית.

כיום, מוטמעת התוכנית כחלק משירותי הטיפול והשיקום של המרכז. השינוי המרכזי שחל בה הינו בדגשים השונים על מרכיביה. אם בתחילת הדרך הדגש היה על מתן כלים

לעתים מרצות מן החוץ, אך לרוב הונחו על-ידי רכזות התוכנית.

תיווך לשירותים בקהילה: מערך של מפגשים עם גורמים מהשירותים השונים הנוגעים לתעסוקה ולימודים בעיר, בנושא זכויות וחובות, מידע והיכרות בלתי אמצעית ובסביבה מוכרת ולא מאיימת עם המסגרות והדרישות בעולם התעסוקה. תיווך והנגשת השירותים השונים כגון ביטוח לאומי, מוקד התעסוקה העירוני, מוסדות אקדמיים וכדומה, שנציגיהם מגיעים למרכז הרב תחומי ונפגשים עם המטופלות בסביבה מוכרת ובאווירה נינוחה. כך מצטמצם אלמנט אי הוודאות שבמפגש עם גורמי חוץ פורמליים.

● **קבוצות לימוד מיומנויות בגישת DBT:** שתי קבוצות מתקיימות בכל שנה, בהן משתתפות עד 10 נשים בכל קבוצה ומהוות מרחב נוסף לעיבוד דילמות וקשיים מעולם העבודה ולימוד מיומנויות וויסות והתמודדות.

● **קבוצת ריפוי בעיסוק** העוסקת בשיפור התפקוד ועמידה במשימות יומיומיות. מונחת על-ידי מרפאה בעיסוק ומאמנת.

בשנה הראשונה להפעלת התוכנית הושם דגש על סיום התהליך בהשמה בעבודה/לימודים כמדד עיקרי להצלחת התוכנית. כבר בסופה של אותה שנה הורחבו מדדי ההצלחה של התוכנית כך שישקפו גם את התהליך הרגשי והמיומנויות שנלמדו לאורכו ונקבעו 4 מדדים נוספים:

● **תפקוד פונקציונאלי בהשמה:** הגעה לראיון, יכולת תקשורת עם ממונים ועמיתים, עמידה בלוח זמנים, עמידה במטלות, השגת עבודה באופן עצמאי.

● **וויסות רגשי וחשיבת:** שינויים בסכמות חשיבה, מיקוד שליטה פנימי, יכולת

”הורות מחדש” (limited re-parenting), ולחזק את האוטונומיה האישית של המטופל באמצעות גדילה אישית (personal growth). כזו היא הגישה העומדת בבסיס התוכנית ולכן התאפשר לטל להשתלב בה למרות שחשה עצמה לא ראויה, והתקשתה להאמין שתצליח.

אופייה של התוכנית במרחב החברתי, היוצאת לקהילה ומערבת גופים עירוניים שונים ושירותי רווחה, משמעותי מבחינת תהליך ההחלמה של המטופלות. לצד המרחב הרגשי הנפתח במסגרת התהליך הפסיכותרפי, במציאות הפנימית של חדר הטיפול, באינטימיות שבין המטופלת לעצמה ולמטפלת; פותחת התוכנית לשילוב תעסוקתי, מרחב נוסף, במציאות החיצונית, בין המטופלות למסגרות השונות ולעולם החברתי.

ניתן לומר בהכללה כי לאורך שנות פעילותה, השתנה הדגש בתוכנית – מתוכנית המתמקדת בשילוב התעסוקתי עצמו כמטרה, לתוכנית המתמקדת בהעצמה הנפשית של הנפגעת, כאשר השילוב התעסוקתי מהווה אמצעי לשיפור ושינוי במצבה.

---

נעמה תמרי לפיד, MSW, מנהלת המרכז הרב תחומי לטיפול בנפגעות ונפגעי טראומה מינית בחיפה.

קרן לויץ פיינשטיין, MSW, בעבר ממקימות ורכזות התכנית, כיום מטפלת ורכזת קורסים והכשרות במרכז הרב תחומי לטיפול בנפגעות ונפגעי טראומה מינית בחיפה.

---

פרקטיים להשתלבות בעבודה ולימודים, ובחינת הצלחת התוכנית התמקדה בהשמה בעבודה/לימודים כמדד עיקרי, כיום, הדגש הוא על תהליך ההעצמה ועל למידת המיומנויות, גם כיעד וגם כמדד להצלחת התוכנית.

## סיכום

לימודים ותעסוקה מאפשרים השתתפות בחברה, תרומה לחברה, שותפות, חברתיות, שוויון, כבוד, תחושת קומפוטנטיות, מסגרת התייחסות ונורמליזציה, במיוחד בחברה כיום, ומאפשרים באמצעותם פונקציות של עצמאות ופרנסה. טל, המטופלת שהוצגה בתחילת המאמר, לא חשבה שתוכל לעשות שינוי בהיבט זה של חייה. היא חשה לא ראויה ולא מספיק טובה והשלימה עם התסכול, הוויתור והכאב הכרוכים במצבה.

העבודה עם כלים של תעסוקה בלבד אינה יעילה כאשר איש השיקום אינו מבין את משמעות הטראומה ואיננו נוכח באופן מתקף ומעצים. לפי בייקר,<sup>3</sup> סוג הנוכחות – ”how to be”, בעבודה עם נפגעי התעללות מינית בילדות, היא בהתמקדות במיומנויות הבסיסיות ביותר של אמפתיה, הכלה, התאמה (congruence), והתייחסות חיובית (positive regard). תפקידי המטפל הם לספק ביטחון ואמון, להנחות את הדרך באמצעות





## עץ החיים

ענבר, בוגרת התכנית לשילוב תעסוקתי במרכז הרב תחומי בני ציון

"לקראת סיומו של תהליך השיקום התעסוקתי, הקבוצתי והאישי במרכז הרב תחומי, ולאחר שנים של תקיעות, התעורר בי צורך עז לצייר. ציירתי את עץ הקלמנטינות ששתל סביב בית בו גרתי אז עם ילדי. היה זה הרגע הראשון שבו הסכמתי לשוב לשורשים העמוקים שבתוכי, על כל גווניהם, ונתתי לזה ביטוי ממשי בתדרים המרפאים של צבעי הקשת כפי שהם באים במגע עם אור השמש. הנושא התעסוקתי עדיין מאתגר אותי, אבל אני מרגישה מוכנה להתמודד אתו שוב. הגיע הרגע שבו הסיכון להישאר בתוך הפקעת גדול וכואב יותר מהסיכוי לפרוץ".

# העלות הכלכלית: מחירה של פגיעה מינית

שיחה עם הפרופ' אורי ינאי

פרופסור אורי ינאי ערך מחקר יחיד מסוגו בישראל, שהוזמן על-ידי הוועדה הבין-משרדית לזכויות נפגעי עבירה, בראשות המשנה ליועמ"ש, עו"ד יהודית קרפ. המחקר בחן את ההוצאות הכספיות שנגרמו לנפגעי עבירה עקב הפגיעה הפלילית בהם. שוחחנו איתו על מחקרו, ועל המחיר הכלכלי שמשלם נפגע עבירה לאחר פגיעה מינית, העלויות הכרוכות בפגיעה זו וכן על המנגנונים ועל הפתרונות המוצעים בעולם המערבי לנפגעים אלה.

"הצרכים הכלכליים של קורבנות פגיעה מינית הם לעיתים קרובות רגישים, מקיפים ומתמשכים יותר משל נפגעי עבירה פלילית 'רגילה'" אומר ינאי. "גבר או אישה מותקפים – אם התקיפה לא הייתה חמורה במיוחד, סביר שכעבור זמן יחלימו. ההחלמה מפגיעה מינית, לעומת זאת, יכולה להיות מאוד מורכבת, בעיקר אם הפוגע הוא אדם מוכר או קרוב. במקום לדבר על צרכים, כדאי לדבר על ציפיות – לאיזה סיוע מצפה הנפגע או הנפגעת".

את הציפיות מחלק ינאי לארבעה מעגלים:

## ● המעגל הראשון: הפגיעה בגוף והטיפול בו.

"במרכזו ניצב הטיפול המידי שהנפגעת זקוקה לו – יהא זה טיפול בגוף או טיפול בנפש. אם היה שימוש באלמות פיזית,

בדו"ח זה סקרנו השלכות שונות של פגיעה מינית, הנוגעות לקשת רחבה של תחומי חיים: בעיות בתחום הבריאות, בריאות הנפש, תהליכי היריון ולידה, נטייה למחלות שונות וסומטיזציה לצד פגיעה בשגרת החיים, ביכולת הלמידה וביכולת ההשתכרות בשוק התעסוקה. לכל אחת מהשלכות אלה קיים, באופן טבעי, תג מחיר: עלות כלכלית ממשית של הוצאות ואובדן הכנסות. הוצאות אלה נופלות כמובן תחילה על הנפגע או הנפגעת, ורק בחלקן נושאת המערכת הציבורית.

על-פי ההערכה שפורסמה במדד האלימות של המשרד לביטחון פנים (2014), היקף תופעת האלימות המינית בישראל נע סביב 84 אלף מקרים בשנה, כאשר רק שישה אחוזים מהמקרים מדווחים למשטרה<sup>1</sup>. דו"ח הנזק הכלכלי שחישב המשרד לביטחון פנים קובע כי העלויות הממשלתיות, הציבוריות בגין עבירות מין בישראל נאמדות במעל למיליארד שקל בשנה. הנזק הממוצע שנגרם כתוצאה מעבירות מין עומד אפוא על כ-40 אלף שקל לנפגע – שני בגובהו רק למקרי רצח (על החישוב – בהמשך).

1 מדד זה מתבסס על מקרי אלימות המדווחים למשטרה. מדד האלימות הלאומי לא פורסם בשנים 2015 ו-2016. בשנתיים האחרונות מספר התלונות שדווחו למשטרה על, ולכן סביר שמספר זה מספק הערכת חסר.

יחמיצו ימי עבודה, ולעיתים קרובות גם יוציאו/תוצאנה כספים הנחוצים לסייע לחברתם שנפגעה, ובניסיון לעודד את רוחה. אם לנפגעת חובות ותשלומים, ספק אם לאחר הפגיעה הנפגעת תוכל לעמוד בהתחייבויות אלה, כולן או חלקן, וסביר שתפנה לקרובים/ות ולידידים/ות בבקשת עזרה. סביר שלפיכך גם הם יישאו בחלק מעלויות הפגיעה."

**מעגל רביעי: שינוי בשגרה ואורח חיים.**  
 ינאי מציין שפגיעה יכולה לגרום לשינוי ההתנהגות וההרגלים האישיים במישורים רבים, הנושאים עמם עלויות כספיות. הוא מונה מספר דוגמאות בולטות הנושאות עלויות כספיות גדולות, אשר חשיבותן לנפגעת העברה מהותית:

1. שינוי הלבוש, המלחחה: המחקר קובע כי נשים שנפגעו מינית ימרו לשנות את המלחחה שלהן מתוך חשש שפריט לבוש מסוים הוביל או עודד את הפגיעה. יש שביקשו לשנות את סגנון הלבוש על מנת לחוש בטחון בלבוש אחר, בתקווה שלבוש זה יפחית סכנה של פגיעה חוזרת.

2. שינוי בדפוסי נידות: מי שנפגעו במקום או בחלל ציבורי, יעדיפו להמעיט 'להסתובב' בסביבה, יחדלו להשתמש בתחבורה ציבורית, בעיקר בשעות הערב ויעדיפו לקחת מוניות או לקנות רכב - מתוך תפיסה שכך יימנעו מ"הסתבכות" נוספת. ואכן, נפגעות רבות ישנו גם את סדר היום שלהן: הן לא ייצאו מהבית בשעות מסוימות, ואם יעשו זאת - יחפשו ליווי ותכופות יבקשו שיאספו אותן. השינוי הזה אופייני לכלל נפגעי העבירה אך בעיקר לנפגעות תקיפה מינית.

תקיפה חמורה במהלך הפגיעה, היא עשויה להזדקק גם לטיפול כירורגי, פלסטי ולעיתים גם דנטלי. צריך לזכור שפגיעה מינית יכולה להותיר סימנים בולטים על הגוף, בייחוד אם הפגיעה הייתה אלימה. הנזקים הם קשים ומחייבים התייחסות וטיפול מיידי. סביר שאם תגיע לחדר מיון, הנפגעת תזכה לטיפול רפואי ראשוני במסגרת ביטוח בריאות. עם זאת, טיפול דנטלי המדינה לא תעניק, והטיפול הנפשי שהיא תציע, אם אכן תציע, יהיה מוגבל מאוד."

**המעגל השני: הפגיעה בחפצים, ציוד, ורצף הוצאות.** "בקצה אחד של הרצף קיימת פגיעה ברכוש: ביגוד, טלפון נייד שאולי אבד או נהרס בעקבות הפגיעה; ארנק וציוד אישי שניטש, נחבל או אבד. בקצה השני של הרצף נמצא את עלויות הטיפול ושבירת השגרה: הנפגעת מואצת לבית החולים, פונה למרכזי הסיוע, למשטרה, לייעוץ משפטי. כל טיפול ופניה כרוכים באיבוד ימי עבודה ואיבוד השליטה האישית בזמן: היא לא יכולה לעשות מה שהיא רוצה, אלא מה שהיא צריכה לעשות. ההחלמה מחייבת השקעה בזמן. הנפגעת חייבת להיעדר מהעבודה כדי ללכת לטיפול בגוף ובנפש, להתייצב לחקירות, דיונים או פגישות לבקשת המשטרה או הפרקליטות והדבר מתבטא באובדן זמן וימי עבודה - וזאת מבלי להזכיר את האפשרות הסבירה של אובדן כושר העבודה ו/או פיריון העבודה עקב הפגיעה ובעקבותיה. התוצאה: אבדן הכנסה."

**מעגל שלישי: סביבה מתפנה ותומכת:**  
 "אם לנפגעת יש חברים וחברות או בני ובנות משפחה שהיא משתפת בפגיעה שעברה, סביר שהם ילוו אותה להליכים הרפואיים והפלייליים השונים. בכך גם הם

ועקב עבודה, כולל בדרך לעבודה ובחזרה ממנה. פגיעה זו תיחשב כ'פגיעה בעבודה' על הזכויות שבצידה. לחילופין, אם הנפגעת מצליחה להוכיח אובדן משמעותי של כושר העבודה, היא זכאית לקצבת נכות כללית. שתי מערכות אלה לא מחייבות הגשת תלונה במשטרה, אך הזכאות להן כרוכה בסדרת צעדים שעל הנפגעת לנקוט.

ינאי מציין כי בישראל אמנם קיימת תכנית מקיפה המעניקה טיפול וסיוע מתמשכים לנפגעות - אך היא מיועדת רק למי שנפגעו בפעולת איבה, ולא חלה על מי שנפגעו בפלילים. כלומר, סטנדרט הסיוע המקיף אכן קיים בישראל, אך הוא תלוי בזהות הפוגעת. בשנת 2001, לקראת חקיקת החוק לזכויות נפגעי עבירה, חברה קואליציית הארגונים לנפגעי עבירה לחברת הכנסת, דאז, יעל דיין, במטרה לכלול בחוק סיוע זהה או דומה גם עבור נפגעי ונפגעות פשיעה - אולם יוזמה זו נכשלה. טענת הקואליציה, לפיה ניתן לממן פיצוי לנפגעות פשיעה מכספי קנסות ומחילוט רכוש שמטיל בית המשפט על עבריינים נפלה על אוזן ערלה.

כיצד מתמודדות עם הנושא מדינות המערב? ברוב המדינות המתועשות, התפיסה היא כי למדינה יש אינטרס לעודד קורבנות של פגיעה בכלל, ובמיוחד קורבנות פגיעה מינית להגיש תלונה. "המחשבה היא שאם יתלוננו, וישתפו פעולה עם השלטונות, יימנע הפשע הבא", מסביר ינאי. "דיווח למשטרה יקטין את ההסתברות לעבירה חוזרת: הנפגעת תמסור פרטים רבים ככל האפשר אודות הפוגע והפגיעה, ובעזרתם המשטרה תוכל, לכאורה, למנוע את הפגיעה הבאה".

"אחת הדרכים לעודד את הנפגעות ואת הנפגעים לפנות לרשויות", ממשיך ינאי, "היא הענקה של פיצוי כספי או החזר הוצאות שנועד לסייע לקורבנות העבירה להתמודד עם העלות הכלכלית הישירה והעקיפה של הפגיעה.

3. שינוי בדפוסי תקשורת: מודעות לבחירה עם מי היא מדברת, על מה היא מדברת, איך היא מדברת והיכן - והכל מתוך כוונה לשלוט באירועים, ולהגביר ביטחון. המחיר לעיתים הוא אבדן הספונטניות, ולעיתים החן שאפיינו את הנפגעת בעבר.

4. שינוי אזור או מקום מגורים: לעיתים חשה הנפגעת שעדיף לעזוב את סביבת המגורים הקודמת, ואולי אף לעבור דירה בטענה שסביבה או דירה זו מזכירים לה אירועים שקרו והיא לא מרגישה 'בבית' באותו מקום.

"ארבעת המעגלים הללו נעים מגוף הנפגעת, לסביבתה החברתית והגיאוגרפית", מסביר ינאי. "כל אחד מהמעגלים מבטא צרכים ובצדם גם ציפיות: 'אם אפתור את הבעיה - אגן על עצמי בעתיד'. המעגלים האלו תקפים לנפגע או נפגעת יחיד/ה; אבל הנפגעת יכולה להיות גם אם - בהורות יחידנית או משותפת, בת זוג ועוד. לנפגעת העבירה מעגלים משפחתיים וחברתיים, דבר שיוצר השלכות רחב משמעותיות ובחלקן בלתי צפויות ורבות.

ההתמודדות עם מחירי הפגיעה מעלה את שאלת ההשתתפות בעלויות: האם ישנו גורם המשתתף במימון ההוצאות? בישראל ניתן לרכוש ביטוח חיים, ביטוח תאונות אישיות ועוד - אך לא ניתן לרכוש ביטוח אישי מפני פגיעות פליליות. בישראל תפנה המדינה את נפגע העברה לתבוע, אזרחית, את מי שפגע בו.

שתי תוכניות ממלכתיות עשויות לסייע לנפגעי ולנפגעות תקיפה מינית. הראשונה היא מערכת הבריאות, שתגיש עזרה מקיפה ומיידית לנפגעת העברה בחדר המיון ובטיפול, אך ספק אם הסיוע יהא מקיף ויובטח לאורך זמן. המערכת השנייה היא זו של המוסד לביטוח לאומי, שתסייע אם הפגיעה הייתה תוך כדי

**ובישראל?**

בישראל, כאמור, לא קיימת מדיניות פיצוי שמטרתה לעודד נפגעים ונפגעות להתלונן. אין גורם מרכזי או מנגנון מוסדר שאליו יוכלו הנפגע או הנפגעת לפנות בבקשת פיצוי או סיוע, אומר ינאי; המענים המוגבלים - דוגמת הביטוח הלאומי - מתאימים רק למקרים שבקצה הרצף, ואינם רלוונטיים עבור מרבית הנפגעות והנפגעים הסופגים הוצאות משמעותיות.

הנפגעת יכולה לפתוח בתביעת נזיקין אזרחית, אבל לא רק שמספר קטן מאוד של תלונות שנפתחות יגיעו לכדי משפט - גם אם התקיים משפט, ההליך האזרחי לכשעצמו דורש משאבים כלכליים ונפשיים ולא תמיד מתאים לנפגעות.

"חשוב לזכור", מוסיף ינאי, "סעיף 77 לחוק העונשין מסמיך את בית המשפט לפסוק לנפגעת העברה, כחלק מפסק הדין הפלילי, פיצויים במסגרת ההליך הפלילי. גובהם מגיע ל 258 אלף ש"ח - אבל בפועל, נעשה בסעיף זה שימוש מועט מאוד. המשמעות היא שבפועל, הגשת תלונה ושיתוף פעולה עם הרשויות לא תעניק לנפגע או נפגעת העבירה כל תמורה - לא בשירות ולא בכסף. היות ופניה לרשויות כרוכה במחירים נוספים, זולת העלות הכלכלית - מחירים נפשיים, חברתיים, מקצועיים ועוד - מה המוטיבציה לפנות לרשויות ולדווח על פגיעה, להגיש תלונה?"

בשורה התחתונה, מסכם ינאי, על ישראל לעמוד בסטנדרטים בינלאומיים מערביים בכל הנוגע ליחס ולטיפול בגברים ובנשים שנפגעו בפלילים. חובת המדינה להגן על כל אחד ואחת מאתנו. אם אישה או גבר נפגעו, משמע שהמדינה כשלה בהגנה עליהם והיא חייבת לפצותם או לפחות לכסות את ההוצאות שנגרמו להם עקב הפגיעה. כיום, הוא קובע בצער, "ישראל לא עומדת בדרישה האלמנטרית של הבטחת הביטחון האישי שלנו".

"אנגליה, למשל, מעניקה לנפגע עבירה ששיתף פעולה עם המשטרה פיצוי כספי, שגובהו מגיע לעשרות אלפי ל"ש בהתאם לסוג ולחומרת הפגיעה הגופנית. זאת, בנוסף לשירותי הבריאות והרווחה המוצעים לתושבי בריטניה כיום. בארה"ב, המדינה מעניקה לקרבן העבירה שהודיעה על פגיעה וסייעה לרשויות - כסוי על הוצאות רפואיות המתייחסות לבריאות הגוף, לבריאות הנפש, הפסד הכנסה, שינוי מקום מגורים, ניקוי זירת האירוע וכיוצא באלה, כאשר גובה הפיצוי משתנה בין מדינה למדינה. בקליפורניה, למשל, תקרת הסיוע עומדת כיום על כ-63 אלף דולר לנפגע. גם פגיעות בקטינים ובקטינות מזכות בפיצויים, אך אלו מועברים לנפגעת רק עם הגיעה לבגרות".

**האם הפיצוי הכספי והחזר ההוצאות מותנה בתפיסת הפוגע והרשעתו?**

"כלל לא. בבריטניה ובארה"ב הסיוע ניתן בתמורה להגשת תלונה ולשיתוף הפעולה עם הרשויות. חשוב שהגשת התלונה תהא בסמוך למועד הפגיעה, זאת, כאמור, למנוע עבירה נוספת; אך התביעה לפיצוי והחזר ההוצאות יכולה להתבצע גם לאחר פרק זמן, במהלכו מתבהרות ההוצאות, ונאספים אישורים וקבלות. לא קיימת כל התניה בכך שהגשת התלונה תביא לתפיסת מבצע העברה, מעצרו או הבאתו למשפט; עצם הגשת התלונה מזכה בפיצוי כאמור. ואכן, לפעמים לא נתפס העבריין. נפגעי ונפגעות פגיעה מינית זוכים על פי רוב לגמישות יחסית בפרק הזמן הניתן להגשת תלונה ותביעה לפיצוי, בשל הזמן הנדרש להתגברות על עכבות ומעצורים, בעיקר כאשר הפגיעה נעשתה בידי מוכר או קרוב. כשנפגעות מתלוננות ומוסרות מידע, הסיוע יינתן גם אם לא נתפס או הואשם המבצע".

## על חישוב הנזקים הכלכליים

לפי הנתונים שפורסמו בדו"חות הנזק הכלכלי של המשרד לביטחון פנים, בעוד רמת הנזק הכלכלי מפשיעה בישראל נמצאת במגמת ירידה משנת 2010, הנזק הכלכלי מעבירות מין נמצא במגמת עלייה.

המשרד החל להתחקות אחר נזקי הפשיעה הכלכליים בשנת 2001, כאשר הנתונים פורסמו לראשונה ב-2004. "הגענו למסקנה שצריך לתרגם את הדברים לכסף", אומר דני קריבו, ראש אגף תכנון ותקצוב במשרד לביטחון הפנים. "הרקע הוא התפתחות תיאוריות בעולם על מחיר הפשיעה, שהביאו איתן התפתחות של מתודולוגיות שנועדו לכמת את הנזק הכלכלי לחברות וליחידים בפועל".

השלב הראשון הוא בירור היקף הפשיעה בפועל. "לא כל עבירה מדווחת למשטרה. גניבות רכב, למשל, מדווחות מאוד - לצורכי ביטוח. עבירות מין, לעומת זאת, מדווחות מעט מאוד יחסית. אם כן, האתגר הראשון הוא לתרגם את נתוני הדיווח למשטרה: אם תיק אחד מדווח, כמה תיקים לא מדווחים? אחרי שהגענו להערכה כזאת, צריך לתרגם אותה לכסף. במדינות כמו בריטניה ואוסטרליה נערכו לצורך כך סקרים ענקיים, ומהם נגזרו אומדנים. נעזרנו בסקרים אלה תוך שתקננו ביחס לרמת מחירים, שירותים וכולי והוספת פקטורים מתאימים".

מחקרים שונים בעולם כימתו את העלויות הכלכליות של השלכות פגיעה מינית והגיעו להוצאה ממשלתית המוערכת בין \$100,000 ל-\$150,000 לנפגע/ת לשנה. בישראל, הערכת הנזק הכלכלי הממוצע של עבירת מין עומדת על כ-40 אלף שקל. קריבו מסביר שהמתודולוגיה, אשר במסגרתה מקובצות כל עבירות המין תחת אותה קטגוריה, אינה מאפשרת הבחנה בין סוג וחומרת העבירה. המשמעות היא שהסכום משכלל את הנזק מהטרדה מינית מילולית ועד התעללות מינית מתמשכת בילדות - מה שגורר את הממוצע מטה, לרף הנמוך יחסית של הנזק הכלכלי. "יש עבירות מין קשות, בהן הנזק הכלכלי מתקרב או מגיע לרף הנזק מרצח - שנחשב לנזק הכלכלי הגדול ביותר", מסביר קריבו. "ועם זאת, ישנן גם עבירות אחרות, שהנזק קטן משמעותית. לכן, הממוצע שמוצג - 40 אלף שקל, אינו מייצג בהכרח את המקרה הבודד".

# התדרדרות כלכלית של משפחה בעקבות פגיעה מינית: עדות

עבד

מה קרה, והיא אמרה שהכל רגיל, שדיברו על העבודה. עזבתי את זה. ביום השלישי קיבלתי טלפון מהמשטרה.

גיליתי שיומיים קודם לכן הבוס שלה תקף אותה מינית, והיא הגישה נגדו תלונה במשטרה. אני בן אדם כזה עצבני, ולפעמים לא שולט בעצמי, ומרים לא אמרה לי מה קרה כי היא פחדה שאפגע בו. אחותה הסבירה לי מה קרה.

כשחזרנו מהמשטרה מרים הייתה על הפנים. אני הייתי האדם הכי קרוב אליה ואפילו אותי היא שנאה. היא התרחקה מכולם. היא שכחה שהיא אמא, במשך חודש וחצי הילדים היו אצל ההורים שלה. יש לה אופי מהמם, אבל היא פשוט ברחה מהעולם. עד היום היא לא סומכת על אף אחד. גם לא על קרובי משפחה. עם האחים שלי, למשל, היא תשב רק אם אני אהיה שם.

נשארתי איתה בבית ארבעה חודשים. היה לה קשה מאוד. לפעמים היא הייתה צועקת בלילה, מתעוררת. במשך חודשים היא לא יכלה לישון בלי תרופות. לא חיינו כמו זוג, חיינו כמו שני אחים.

כדי להיות איתה הייתי צריך להפסיק לעבוד. בהתחלה קיבלתי דמי אבטלה מביטוח לאומי, בערך 3,500 שקל בחודש. לא יכולתי לעמוד בחוב של המפעל ואיבדתי את כל ההשקעה הראשונית שלי בו. התחלנו לצבור עוד חובות. עד היום נפלתי ב-300 אלף שקל.

את מרים הכרתי עוד כשהייתה נערה. היא הייתה ילדה טובה, שהגיעה ממשפחה מורכבת - כמוני. מה שהיה חסר לי זה אמא, ובקשר איתה הרגשתי שקיבלתי גם אמא. מרים בשבילי היא לא רק אישה - היא עולם שלם. היא כל כך חכמה ומלאת אהבה, כולם מיד נכנסים לה ללב. לפני שש שנים התחתנו, ונולדו לנו שני ילדים: בן ובת.

הייתי עצמאי כלכלית מגיל מאוד צעיר. בהתחלה עבדתי בבניין, אחר-כך הקמתי עסק. לקראת החתונה שלנו היה לי תכנון להקים מפעל משלי, ושילמתי על זה בערך 80 אלף שקל. אחרי שהתחתנו הייתה לי נפילה כלכלית והתמודדתי עם חוב. מרים החזיקה עסק קטן, אבל בגלל המצב היא התחילה לעבוד ברשת גדולה, כי הפרנסה שם יותר בטוחה. הכסף שהיא הכניסה כיסה את הוצאות המחיייה שלנו, והכסף שאני הרווחתי - בערך 15 אלף שקל בחודש - הלך לכיסוי החוב. חיינו ברמת חיים טובה.

מרים עבדה בסניף שממוקם באחד הכפרים באזור. יום אחד היא חזרה הביתה מהעבודה והרגשתי שהיא מתנהגת קצת מוזר, אבל לא ידעתי מה קרה. למחרת כשחזרתי הביתה היא דיברה בטלפון עם חברה שלה, וברגע שנכנסתי היא סגרה פתאום את הטלפון. היא נראתה קצת מפוחדת, אבל לא אמרה שום דבר. התקשרתי לחברה שאיתה היא דיברה ושאלתי

כל שבוע הייתי לוקח אותה לטיפול. לדינו אין שום דבר, וצריך לנסוע רחוק. כל נסיעה כזאת עלתה לי 600 שקל – בגלל המצב הכלכלי כבר לא היה לי אוטו, והייתי צריך לשכור, היה צריך לשלם על דלק, על אוכל לכל היום. ואני לא עובד.

אני חייב למים, לארנונה ולחשמל. אני חייב על האוכל והדברים לבית. הבנק ביטל לי את הוראת הקבע של הטלפון. עברתי עיקולים והוצאה לפועל. אני לא יכול לשלם את ה-900 שקל שצריך בשביל לחדש את הרישיון של מרים.

אנשים שואלים אותי למה אני לא משלם את החובות. בסדר, נפלתי כעצמאי, אבל רואים שאני כל פעם מתחיל לעבוד איפשהו – אז למה אני לא משלם? איך אני אסביר להם שאין לי מאיפה?

אני מתבייש לדבר על זה עם אנשים. מכירים אותי כחבר החזק של מרים. אני ניהלתי את עצמי, כשהייתי צעיר סגרתי לאבא שלי חובות תוך ארבע שנים. בניתי בית בלי חובות, היחיד בגיל שלי, כולם קינאו בי. היה לי כסף, הייתי עובד ומסתדר טוב בחיים, והאירוע הזה הרס אותנו. כמו כוס שנשברת.

היום אני עובד במועדון רחוק מהבית. כשאני חוזר הביתה הילדים שלי ישנים. אני מרגיש שאני בורח מהילדים שלי. מאז האירוע לא יצאנו לטיול של כל המשפחה. בשבילם אני לא אבא. אני דואג למרים, לפרנסה שלנו, אבל אני לא שם בשבילם.

### **לא לשפוט אותה, לא לתת לה עונש**

בהתחלה האשמתני את עצמי במה שקרה למרים. הגעתי למצב כלכלי לא בסדר ולכן היא הייתה צריכה לעבוד והאירוע קרה. במרכז הסיוע בנצרת אמרו לי לא להאשים את עצמי, אבל יש לי בעיה לשבת ולקבל טיפול. עברתי חיים קשים, הקמתי משפחה. לא בא לי עכשיו לשבת במרכז ולקבל טיפולים. אני אוהב לטפל בעצמי.

המשפחה של הבוס שלה עובדת עם השב"כ והם רצו מאוד לסגור את זה. כמה ימים אחרי שהיינו במשטרה עשו אחריי מרדף בכביש, ומישהו עצר אותי בצומת ואמר "אתה חייב להוריד את התלונה", התניע ונסע. אחרי זה שלחו אליי הביתה מישהו שאמר לי "עבד, שמע, בוא נחתוך את העניין. קבל 50 אלף, ונסגור את העניין". מה שווה לי 50 אלף שקל אם יקרה לה משהו? מה שווה לי מיליון שקל? אני לא מחפש פיצוי בשבילי. אני מחפש את העונש ושיידעו למה הוא קיבל אותו. דווקא בחברה הערבית.

### **כמו כוס שנשברת**

מרים למדה אופנה. היא אהבה מאוד את הלימודים שלה, הייתה מהממת בזה. לפני האירוע הייתה לה ראייה קדימה, היא רצתה לפתח ולהגדיל את העסק. אחרי האירוע היא נעלה את הדלתות של העסק ולא חזרה לשם. לפני חודש היא התחילה לקבל כמה חברות ולטפל בהן בבית. היא עובדת ודומעת.

היום אני אחרי עיקולים, ואני לא יכול לעשות עסק מורשה ככה. התחלתי לעבוד כשכיר אבל כל הזמן היו בעיות. הייתי צריך להיות זמין למקרה שמרים תצטרך אותי. כמעט כל יום היא הייתה מתקשרת אליי באמצע יום עבודה, "תבוא עכשיו". הייתי עוזב את העבודה והולך. יכולתי לעבוד שעתיים, שלוש שעות, ארבע שעות. אף פעם לא יום שלם. לא יכולתי לספר לאף אחד מה הסיבה. פשוט אמרתי שיש לי משהו בבית ואני חייב ללכת. המעסיקים לא סבלו את זה, לפעמים חשבו שאני הולך כי לא בא לי לעבוד. כי אני עצלן. לא יכולתי לעזוב אותה לבד. פחדתי שהיא תשתגע, שתעשה לעצמה משהו. בסוף אמרו לי "אל תבוא מחר". נסגרו לי הרבה דלתות מבחינה כספית. וכסף משפיע על המשפחה. מרים רואה שאני אוהב אותה, אבל אני לא מסודר.



אני רוצה להגיד לבני משפחה שקוראים את זה שהדבר הכי חשוב זה אמון. לא לשפוט אותה. לא לשכוח את כל הטוב שעשתה. לא לתת לה עונש, לא לגרום לאנשים טובים רע. אני לא רוצה לשקר - ברגע הראשון עברו לי בראש כמה רעיונות, שאולי היא התייחסה אליו בצורה שגרמה לו לנסות משהו. אבל בסופו של דבר, חזרתי לבסיס. מה הבסיס? למה התחתנתי איתה. איך הכרתי אותה. מה היא עשתה בשבילי. מאז אני רגוע.

אני מאוד חושש מהמשפט. מה יקרה אם הוא לא יורשע? השופט לא מרגיש איזה אסון קרה לנו במשפחה בגלל זה. יום אחרי שלקחו אותו למעצר הוא שוחרר. השתגעתי. למה הוא השתחרר, ואני מרגיש כאילו נכנסתי למעצר עולם מבחינת המצב המשפחתי שלי? למה שהוא יהנה מהחיים שלו, ואני כל הזמן סובל מההתנהגות המגעילה שלו? בשבילי כל בן אדם שמסתכל על מישהי רק מבחינה מינית הוא לא בן אדם. מה היא אשמה? מה היא עשתה? רצתה לעבוד, להתפרנס, להתקדם בחיים?

כולם מכירים אותי בכפר. הם יודעים שגידלתי את עצמי בעצמי, והלכתי לכיוון הטוב. חלק מהחברים שלי הלכו לסמים - אני עד היום לא יודע מה זה. אחרי האירוע שתייתי לראשונה בקבוק בירה, והשתכרתי. אני לא מנוסה בזה. האירוע הזה הפך אותי. היום אני חייב לשתות בירה כדי לישון.

הייתי מתאמן בחדר כושר ומשחק כדורגל ומאז הכל נעלם. אין לי זמן, אני חייב לעבוד. הורדתי 24 קילו. פעם לא נגעתי באלכוהול, היום אני חייב לשתות בשביל לישון. אני יכול לשתות גם ארבע בירות, זה לא נחשב הרבה אבל בשבילי זה וואו, כי לא הייתי שותה.

פעם הייתי אדם מאוד חברותי. תמיד מחייך, תמיד צוחק, כיף לי עם כולם. היו לי הרבה חברים שהיו מבקרים אותי. עכשיו לא נכנסים אליי הביתה, ואני לא הולך אליהם. שואלים אותי הרבה שאלות ואני לא יכול לענות. אף אחד לא מבין, אז אי אפשר לבקש טובה או עזרה. מאז האירוע התחלתי לדאוג ליחס שנותנים לנשים בחברה שלנו. בכפר שלנו, אם יש גירויים או קורה משהו אחר כולם מאשימים את הבחורה. איזה עולם זה? היא אף פעם לא אשמה. אשתי הלכה לעבוד, חיפשה פרנסה, וזה מה שקרה לה.

---

עבד (שם בדוי) הוא בן הזוג של מרים (שם בדוי), שהותקפה מינית על ידי המעסיק שלה.

# הערות

## פגיעה מינית והשלכותיה במערכת הבריאות

ד"ר שיר דפנה תקוע, ד"ר הילה לייבוביץ-דיאמנט וד"ר אנה פדואה

- Felitti, V.J. & Anda, R.F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. In: Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, C. (Eds.). (2010). *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. Cambridge University Press. Pp: 77-87
- London, K., Bruck, M., Wright, D. B., & Ceci, S. J. (2008). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. *Memory*, 16 (1), 29-47
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International journal of public health*, 58(3), 469-483
- לב-ויזל, ר', ואיזיקוביץ, צ'. (2016). דוח ממצאי טריאנה. אלימות כלפי ילדים ובני נוער בישראל: בין שכיחות לדיווח גורמים מעודדים מול גורמים מעכבים דיווח, ד"ח מחקר למשרד החינוך.
- Lev-Wiesel, R., First, M., Gottfried, R., & Eisikovits, Z. (2017). Reluctance versus urge to disclose child maltreatment: the impact of multi-type maltreatment. *Journal of interpersonal violence*, 0886260516672938
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. pp. 5-25. ISBN 978-0-89042-555-8
- Nijenhuis, E. R., & van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416-445
- Daphna-Tekoah, S., Lev-Wiesel, R., & Ben-Zion, I. Z. (2016). Childbirth as Retraumatization of Childhood's Sexual Abuse. *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorders*, 391-407
- Scaer, R. (2014). *The body bears the burden: Trauma, dissociation, and disease*. Routledge
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 59(2), 359-372
- Marchand, J., Deneyer, M., & Vandenplas, Y. (2012). Detection, diagnosis, and prevention of child abuse: the role of the pediatrician. *European journal of pediatrics*, 171(1), 17-23
- Arnow, B. A., Hart, S., Scott, C., Dea, R., O'connell, L., & Taylor, C. B. (1999). Childhood sexual abuse, psychological distress, and medical use among women. *Psychosomatic Medicine*, 61(6), 762-770
- Ålander, T., Heimer, G., Svärdsudd, K., & Agréus, L. (2008). Abuse in women and men with and without

- functional gastrointestinal disorders. *Digestive diseases and sciences*, 53(7), 1856–1864. *Journal of Psychiatry in Medicine*, 51(1), 84–103
- Shields, M. E., Hovdestad, W. E., Pelletier, C., Dykxhoorn, J. L., O'Donnell, S. C., & Tonmyr, L. (2016). Childhood maltreatment as a risk factor for diabetes: findings from a population-based survey of Canadian adults. *BMC public health*, 16(1), 879
- Kendall-Tackett, K. (2009). Psychological trauma and physical health: A psychoneuroimmunology approach to etiology of negative health effects and possible interventions. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(1), 35–48
- Spiegel, D. R., Shaukat, A. M., McCroskey, A. L., Chatterjee, A., Ahmadi, T., Simmelink, D., ... & Rauli, O. (2016). Conceptualizing a subtype of patients with chronic pain: the necessity of obtaining a history of sexual abuse. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 51(1), 84–103
- פדואה א. (2004). הגוף מדבר: נושאים בטיפול רפואי בשורדות בגרות של התעללות מינית, בתוך צביה זליגמן וזהבה סולומון, הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות, 2004
- Lev-Wiesel R, Daphna-Tekoah S, Hallack M. Childbirth as retraumatization: prenatal and postnatal posttraumatic stress symptomatology among women, survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl*; 2009b;33:877–87
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J., & Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics*, peds-2013
- Meston, C. M., Rellini, A. H., & Heiman, J. R. (2006). Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 229
- גור, ע. (2015). גוף זה: הפרעות אכילה, פגיעות מיניות בילדות וטיפול מותאם. הקיבוץ המאוחד, תל אביב.
- Dworkin, E., Javdani, S., Verona, E., & Campbell, R. (2014). Child sexual abuse and disordered eating: The mediating role of impulsive and compulsive tendencies. *Psychology of violence*, 4(1), 21
- להרחבה על הצרכים הייחודיים של נפגעות ונפגעים בתוך מערכת בריאות הנפש, ראו מאמרה של ד"ר ענבל ברנה, פגיעה מינית ובריאות הנפש בדו"ח זה.
- Lanthier, S., Du Mont, J., & Mason, R. (2016). Responding to delayed disclosure of sexual assault in health settings: a systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1524838016659484
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., & Johnson, M. S. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: New findings from a 30-year follow-up. *American journal of public health*, 102(6), 1135–1144
- Lechner, M. E., Vogel, M. E., Garcia-Shelton, L. M., Leichter, J. L., & Steibel, K. R. (1993). Self-reported medical problems of adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Family Practice*, 36(6), 633–639
- Fang, X., Brown, D. S., Florence, C. S., & Mercy, J. A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child abuse & neglect*, 36(2), 156–165
- United Nations Children's Fund. (2012). Measuring and monitoring child protection systems: Proposed core indicators for the East Asia and pacific region
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, 16(2), 79–101
- Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2014; 76
- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., Sareen, J., & Boyle, M. H. (2016). Individual-and relationship-level factors related to better mental health outcomes following child abuse: results from a nationally representative Canadian sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(12), 776–788
- Peitzmeier, S. M., & Potter, J. (2017). Patients and Their Bodies: The Physical Exam. In *Trauma, Resilience, and Health Promotion in LGBT Patients* (pp. 191–202). Springer International Publishing
- Daphna-Tekoah S. Childbirth as retraumatization of child sexual abuse. Doctoral thesis, Ben-Gurion University of the Negev, Beer-Sheva; 2009

## פגיעה מינית ובריאות הנפש

ד"ר ענבל ברנר

1. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl.* 1997 Apr;21(4):391-8
2. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health.* 2013 Jun;58(3):469-83
3. Holmes WC, Slap GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA.* 1998 Dec 2;280(21):1855-62
4. Schein M. et al. The Prevalence Of A History Of Child Sexual Abuse Among Adults Visiting Family Practitioners In Israel. *Child Abuse & Neglect, Vol. 24, No. 5, pp. 667-675, 2000*
5. לב ויזל ר, איזיקוביץ צ. אלימות כלפי ילדים ובני נוער בישראל: בין שכיחות לדיווח. גורמים מעודדים מול גורמים מעכבים דיווח. דו"ח מחקר למשרד החינוך, ינואר 2016.
6. National Center for Post Traumatic Stress Disorder. Epidemiological Facts About PTSD – A National Center for PTSD Fact Sheet. Retrieved April 1, 2005
7. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry.* 1995;52:1048-1060
8. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med.* 2001;31(7):1237-1247
9. Beitchman, J.H.; Zucker, K.J.; Hood, J.E.; daCosta, G.A.; Akman, D.; and Cassavia, E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect.* 1992; 16:101-118
10. Neumann, D.A.; Houskamp, B.M.; Pollock, V.E.; and Briere, J. The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child Maltreatment.* 1996; 1:6-16
11. Bebbington P. et al. Suicide Attempts, Gender, and Sexual Abuse: Data From the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* Volume 166, Issue 10, October, 2009, pp. 1135-1140
12. Sorenson, S. B., Siegel, J. M., Golding, J. M., & Stein, J. A. (1991). Repeated sexual victimization. *Violence and Victims, 6(4), 299-308*
13. Bebbington P, Jonas S, Kuipers E, et al. Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *Br J Psychiatry* 2011; 199:29-37
14. Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JR, et al. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl* 2010; 34:813-82
15. Varese F. et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012; 38 (4): 661-671
16. Herman, J.L. Trauma and recovery. 1992. NY Basic books
17. Jacobson et al, "Assault Experiences of 100 Psychiatric Inpatients: Evidence of the Need for Routine Inquiry", *American Journal of Psychiatry* 144 (1987):1426-30
18. Briere et al, "Sexual abuse histories and sequelae in Female Psychiatric Emergency Room Patients", *American Journal of Psychiatry* 146 (1989):1602-06
19. Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Stolbach, B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.A., Van der Hart, O. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults
20. Courtois, C. A. (1997). Healing the incest wound: A treatment update with attention to recovered memory issues. *American Journal of Psychotherapy, 51, 464-496*
21. Hirschmann S., Lev-Ari L. Short-term focused inpatient treatment combined with sensory regulation of sexual trauma victims – Summary of 100 first hospitalizations. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 2016;53(3):26-31*

- Vickerman, K.A., Margolin, G. Rape treatment outcome research: empirical findings and state of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2009 Jul;29(5):431-48 .22
- Van den Berg, D.P.G et al. Prolonged exposure vs. Eye movement desensitization and reprocessing vs. waiting list for Post-Traumatic Stress Disorder in patients with a psychotic disorder. *JAMA Psychiatry*, march 2015 .23
- Schafer, I., Fisher, H.L. Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in patients with psychosis: Clinical challenges and emerging treatments. *Current opininons in Psychiatry*, 2011. 24; 514-518 .24
- רימון-גרינשפן, ה. (מאי, 2016). טראומה בטיפול: פגיעה מינית ואשפוז פסיכיאטרי: מיפוי שירותים ומדיניות בריאות. איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית וארגון בזכות - המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלות ירושלים. .25
- Ginzburg, K., Somer, E., Tamarkin, G., & Kramer, L. (2010). Clandestine psychopathology: Unrecognized dissociative disorders in inpatient psychiatry. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 198, 378-381 .26
- זומר, א. (2014). הפרעת זהות דיסוציאטיבית: עקרונות אבחון וטיפול. פסיכולוגיה עברית .27
- ברגמן-לוי ט., ישראל, ח. האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות: מסמך מסכם לקראת דיון הועדה לקידום מעמד האשה ולשוויון מגדרי 2016-07-5. .28
- הירשמן, ש., ברנר, ע., זליגמן, צ., סוליציאנו, א., קרב-נסאגי, א., ישראל, ח. תשאול טראומה מינית כמדד איכות באשפוז פסיכיאטרי: עבודת הועדה המייעצת למועצה הלאומית לבריאות הנפש. (הוגש, תחת סקירה) .29

## בקול דומה

### אורי פריד

- זיו, א. (2012). גבריות תחת מתקפה: מבט מחודש על טראומה מינית בגברים. שיחות: כתב עת לפסיכותרפיה. כ"ז, 1 (עמ' 33-23). .1
- בורדיה, פ'. (1998). השליטה הגברית. תל אביב: הוצאת רסלינג. .2
- הרמן, ג', ל'. (1994). טראומה והחלמה. תל אביב: עם עובד. .3
- בולאס, כ'. (2000). צילו של האובייקט. תל אביב: דביר. .4
- טנר, ד'. (In Press). פגיעות מיניות בבנים: שכיחות, השלכות, חשיפה והיבטים תרבותיים ייחודיים. .5
- קונל, ר. (2009). גבריות. חיפה: פרדס הוצאה לאור. .6
- גלזמן, מ. (2007). הגוף הציני-לאומיות, מגדר ומיניות בספרות העברית החדשה. תל אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד. .7
- באום, נ' (2006). המגדר הנאלם: התייחסות העבודה הסוציאלית אל הגבר כלקוח. חברה ורווחה, כ"ז. (עמ' 238-219). .8
- לב-ויזל, ר'. ואיזיקוביץ, צ'. (2016). דוח ממצאי טריאנה. אלימות כלפי ילדים ובני נוער בישראל: בין שכיחות לדיווח גורמים מעודדים מול גורמים מעכבים דיווח, דו"ח מחקר למשרד החינוך. .9
- בריטון, ר'. (2015). אמונה ודמיון. תל אביב: עם עובד. .10
- Easton, S.D, Saltzman, L.Y., & Willis, D.G. (2014). "Would You Tell Under Circumstances Like That?": Barriers to Disclosure of Child Sexual Abuse for Men. *Psychology of Men & Masculinity*, 2014, Vol. 15, No. 4, 460-469 .11
- ריל, ט'. (1999). אני לא רוצה לדבר על זה- על המורשת הסמויה של דיכאון גברי ואיך אפשר להשתחרר ממנה. תל אביב: עם עובד. .12
- Levant, R. F., Allen, P. A., & Lien, M.-C. (2014). Alexithymia in men: How and when do emotional processing deficiencies occur? *Psychology of Men & Masculinity*, 15(3), 324-334 .13
- .Pleck, J.H. (1995). The Gender Role Strain Paradigm. In: A New Phycology of Men. Levant, R.F & Pollack, W.S .14
- .Bollas, C. (1996). Forces of Destiny: Psychoanalysis and the Human Idiom. London: Free Association Books .15
- מצליח, ר'. (2014). עם נשמה. בטחון פנים: כתב עת המשרד לבטחון פנים. גיליון 5. .16
- Cubellis, M.A., Peterson, B.E., Henninger, A.M., & Lee, D. (2016). Childhood Sexual Abuse and Antisocial Traits and Behaviors: A Gendered Examination of the Factors Associated With Perpetration of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence* 1-37 .17
- גור, ע'. (2008). מופקרות: נשים בזנות. תל אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד. .18

- Tonmyr, L., & Shields, M. (2016). Childhood sexual abuse and substance abuse: A gender paradox? *Child Abuse & Neglect* 63, pp. 284-294
- 19
- באום, נ' (2006). המגדר הנאלם: התייחסות העבודה הסוציאלית אל הגבר כלקוח. חברה ורווחה, כ"ז. (עמ' 219-238).
- 20
- וינקוט, ד', ג' (1956). הנטייה האנטי- חברתית. בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כחב. תל אביב: עם עובד. (2010).
- 21
- אמיר, ד'. (2013). תהום שפה. ירושלים: הוצאת י"ל מאגנס
- 22
- פרנצי, ש'. (1933). בלבול השפות בין המבוגרים לילד. תל אביב: עם עובד. (2003).
- 23
- Brannon, R. (1976). The Male Sex Role: Our Culture's Blueprint of Manhood, What It Is Done To Us Lately. In D. David, & R. Brannon (Eds.) *The Forty Nine Present Majority: The Male Sex Role* (pp. 1-49). Reading, MA: Addison- Wesley
- 24
- גרטנר, ר. ב. (1999). השלכות בינאישיות של פגיעה מינית בקרב גברים בוגרים שנוצלו מינית בילדותם. בתוך צ. זליגמן וז. סולומון (עורכות). הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות (עמ' 125-164). תל-אביב: הקיבוץ המאוחד.
- 25
- בוקובזה, ג'. (2017). הדרמה של הגבריות החדשה. תל אביב: מודן.
- 26
- זיו, א'. (2012). טראומה עיקשת. מפתח 5 (2012).
- 27

## העבר אינו בהכרח גורל

### ליהי גבע-ליסר ונעמה שוורץ

- Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B., and Rath, W. (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, 61: (139-151)
- 1
- Heimstad, R., Dahloe, R., Laache, I., Skogvoll, E. & Schei, B. (2006). Fear of childbirth and history of abuse: Implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 85: 435-440
- 2
- Grimstad, H., Schei, B., Backe, B. & Jacobsen, G. (1999). Anxiety, Physical abuse, and low birth weight, *Scan Journal of Public Health*, 27: 296-300
- 3
- Benedict, M., Pain, L.L., Paine, L.A., Brandt, D. & Stallings, R. (1999). The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcome. *Child abuse & Neglect*, 23 (7): 659-670
- 4
- Raffael-leff, J. (2005). *Psychological processes of childbearing*. London: the annafreud center
- 5
- Kitzinger, J.V. (1992). Counteracting, not reenacting, the violation of women's bodies: the challenge for perinatal Caregivers, *Birth*, 19 (4): 219-220
- 6
- רפאל-לב, ג' (1996). הריון העולם הפנימי. ת"א: זמורה ביתן.
- 7
- Seng, J.S., Hassinger, J.A. (1998). Improving maternity care with survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(3): 287-294
- 8
- Parrot, J. (1994). the experience of childbirth for survivors of incest. *Midwifery*. 10: 26-39
- 9
- Heritage, C. (1998). Working with childhood sexual abuse survivors during pregnancy, labor and birth. *(JOGNN)*, 27 (671-677)
- 10
- Sperlich, M., & Seng, J.S. (2008). Survivor moms: women's stories of birthing, mothering and healing after sexual abuse. Eugene: Mothering Press
- 11
- Hobbins, D. (2004). Survivors of childhood sexual abuse: implications for perinatal nursing care, *JOGNN*, (33): (485-497)
- 12
- Leeners, B., Stiller, R., Imthurn, B., & Werner, R. (2007). Effect of childhood sexual abuse on gynecologic care as an adult. *Psychosomatics*, 48 (5): 385-393
- 13
- פרדאה, א. הגוף מדבר: נשאים בטיפול רפואי בשורדות בוגרות של התעללות מינית בילדות. בתוך: זליגמן, צ. וסולומון, ז. (עורכות). הסוד ושברו. ת"א: הקיבוץ המאוחד, 2004, עמ' 483-497.
- 14

## שילוב תעסוקתי כאמצעי וכחטרה בתהליך ההחלמה חטראומה מינית

נעמה תמרי לפיד וקרן לזין פיינשטיין

- 1 Royer, A. (1998). *Life with Chronic Illness: Social and Psychological Dimensions*. Praeger
- 2 הרמן, ג', ל., (1994) טראומה והחלמה, תל אביב, עם עובד
- 3 Baker, C. D. (2002). *Female Survivors of Sexual Abuse*. Brunner-Routledge
- \* לזובסקי, ר., היישריק, מ., יצחק-מונסונגו, ע., (2010) תוכניות תעסוקה עבור נפגעות תקיפה מינית בחיפה ובראשון לציון מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים, המוסד לביטוח לאומי



## קווי החירום של מרכזי הסיוע

קווי החירום הארציים פועלים 24 שעות ביממה:  
1202 לנשים, 1203 לגברים

WWW.1202.ORG.IL

