

השלכות נפשיות של פגיעה מינית / ד"ר גלית בן אמיתי

ד"ר גלית בן אמיתי, פסיכיאטרית, מרפאת ילדים ונוער,
המרכז הקהילתי לבריאות הנפש ע"ש בריל, תל אביב.

השבוע הגיעה למרפאה בחורה בת 18, שהופנתה על ידי הפסיכולוגית המטפלת בה עקב סימני דיכאון. 'כל קיץ זה אותו דבר', היא אומרת, 'ילדים בגילי אמורים ליהנות עכשיו, ואני, איך שמתחיל החופש הגדול, רע לי'.

בהדרגה מספרת שהחלה רק לאחרונה טיפול פסיכולוגי, הבינה שצריכה. כשהייתה בת 12 פגשה בחור שהגיע להתארח בבית שכנים בתקופת הקיץ. זוכרת שמאד נהנתה מהחיזורים שלו. באחת הפעמים שיכנע אותה להתפשט ו'אז זה קרה'. לא זוכרת מה קרה בדיוק, הפרטים לא מצליחים לעלות בזיכרון. זוכרת רק שמאז היא השתנתה מאד, ניתקה קשרים עם כולם, העדיפה להיות בבית. בהדרגה הפסיקה לאכול, 'פשוט לא הייתי רעבה, בעצם גם הייתי עצובה מאד'. ההורים הבחינו שהיא יורדת במשקל ובעצת רופא המשפחה הופנתה למרפאה להפרעות אכילה והחלה טיפול פסיכולוגי. הפסיכולוגית לא ידעה, הנערה לא סיפרה, 'לא חשבתי שזה חשוב או קשור, ובכלל לא חשבתי על זה'. 'אף פעם לא חשבתי שנפגעת, עד שלפני חודש קראתי בעיתון על אישה שסיפרה סיפור דומה נורא לשלי, שם קראו לזה 'פגיעה מינית'. 'אני לא חשבתי שעברתי פגיעה מינית, כי זה לא היה בכוח, ואני שיתפתי פעולה. בעצם אני אשמה בדיוק כמוהו'. 'מאז שקראתי את הכתבה, המחשבות לא נתנו לי מנוחה, מה קרה שם? למה אני לא נזכרת? למה אני לא סובלת שמישהו נוגע בי או מתקרב אלי? למה אני מתחמקת מכל דייט שמארגנים לי?'. אני שומעת וחושבת עליה. נערה, חצי ילדה, חצי אישה. התחום האינטימי נגוע, סומן בטרם עת בצורה לא בשלה, שהשאירה אותה עם תחושת אשמה, תחושה לא נוחה מהגוף שלה, מהמיניות המתפתחת. עכשיו צריכה לעבור מסלול של רפוי. האם תצליח? האם תישאר עם צלקת? האם כל מגע אינטימי יזכיר את החוויה הראשונית הקשה? חוויה שעברה דיסוציאציה ונשארה מודעת בחלקה. כיום היא נמנעת מקשר, כדי שלא יעלו אזכורים של הפגיעה. האם תצליח לטפל בעצמה?

בשנים האחרונות עלתה המודעות החברתית, ובעקבותיה הדיווחים על פגיעות מיניות. הפריצה לתקשורת של מרכזי הסיוע בעשור האחרון והמרחב המתאפשר לנפגעות ונפגעים לומר את דברם ולקבל גבוי חברתי, העלה לכותרות נושא שהיה קיים משחר ההיסטוריה, אך בדרך כלל בחשאי. הדיון הציבורי מעלה לתודעה הקולקטיבית נושא שהיה טאבו שנים רבות. העיסוק בנושא בתקשורת, יכול להוות בשביל חלק מהאוכלוסייה סוג של רכילות, אך אצל חלק מהאנשים, דיון זה פוגש רובר נפשי כאוב ופצוע. החשיפה התקשורתית מעלה מרבצם זיכרונות שהיו קבורים עמוק שנים רבות ולא עוד. כל אזכור של הנושא יכול להוות טריגר להצפה רגשית, שיכולה להיות לא מובנת לצופה מהצד. בעקבות החלטה לשנות את כתב האישום כלפי נשיא המדינה לשעבר, קיבלתי מספר טלפונים בהולים ממטופלות, חלקן פחדו שמישהו יתאבד בעקבות החלטה זו, חלקן לא יכלו לישון באותו לילה ולא מצאו מנוח או מילים לבטא את סערת הרגשות שזה עורר בהן. הדיון הציבורי פוגש רובר פרטי. הדיאלקטיקה ביניהן משמעותית ברמות שונות, אך במאמר זה אתייחס בפרט למישור הקליני, מנקודת מבט של פסיכיאטרית העוסקת בתחום זה כ 15 שנה.

במאמר זה אדון בהשלכות הנפשיות שתוארו בעקבות פגיעה מינית. המתואר להלן מהווה את ה'דור הראשון' של המחקר בתחום, עבודות אלה עוסקות בבדיקת התסמינים הקליניים שמותירה הטראומה בטווח הקצר ובטווח ארוך. 'דור שני' של מחקר מנסה לזהות מדוע אדם מסוים יפתח תסמינים ואחר יהיה אסימפטומטי, כלומר לאתר את הגורמים המתווכים (mediators) התורמים להתפתחות של ההשלכות הנפשיות לאחר הטראומה. לדוגמא, נמצא שהאשמה עצמית אחרי אונס הינה מתווד (בעל משמעות סטטיסטית) שקשור בהתפתחות של סימני דיכאון שנים לאחר הפגיעה [Whiffen, 2005]. יש לנושא זה חשיבות פרקטית היות ואם נכיר את המתווכים, נוכל לאבחן ולטפל בהם סמוך לטראומה ובכך לנסות ולמזער את הנזק שנגרם.

אחד המודלים המוצעים בספרות להבנת ההשלכות של פגיעה מינית בגיל צעיר, נעזר בדגם רפואי של קדחת השיגרון (Rheumatic fever), שבו הזיהום הראשוני בילדות יכול לגרום לפגיעה מגוונת במערכות שונות – תהליך פעיל שנמשך שנים רבות ויכול לגרום להופעת תסמינים עשרים שנה לאחר הזיהום הראשוני. בדומה לכך, טראומה בילדות היא בסיס לסדרה של שינויים פנימיים, הפעילים במשך שנים, ויכולים להיות רדומים' ויום אחד לפרוץ בתסמינים שונים [Terr LC, J, 1991].

בשלושת העשורים האחרונים התעורר עניין ציבורי ובצדו עניין קליני בהשלכות הנפשיות של ניצול מיני. פרסומים ראשונים אודות ניצול מיני התייחסו לאוכלוסייה מבוגרת. בראשית שנות השמונים נערך בארה"ב סקר אפידמיולוגי בקרב מאות נשים שנבחרו האקראי. התוצאות עוררו תדהמה – נמצא שאישה אחת מכל ארבע נשים נאנסה, ואחת מכל שלוש נשים הייתה נתונה לפגיעה מינית בילדותה [Russel, 1986]. האקדמיה האמריקאית לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר פרסמה את נתוניה – לפי ההערכה, אחת מכל שלוש נשים ואחד מכל ארבעה גברים יעברו פגיעה מינית לפני גיל 18 שנים [Shaw, 1999]. בהרצאות, כשאני מראה את הנתונים המבהילים, מתחיל בד"כ 'סחר-מכר' עם קהל השומעים שממאן להאמין. 'למה הם מתכוונים? אולי הם כוללים כל מיני הטרדות מיניות 'שוליות'...? ובכן, בדרך כלל (לפחות כך נהוג במחקר) נכללים כל סוגי הפגיעה המינית הכרוכים במגע 'Contact sexual abuse'.

הגדרה

אינוס (חוק העונשין התשל"ז)–

הבועל אישה 1. שלא בהסכמתה החופשית; 2. בהסכמת האישה, שהושגה במרמה לגבי מיהות העושה או מהות המעשה; 3. כשהאישה היא קטינה שטרם מלאו לה ארבעה עשרה שנים, אף בהסכמתה; או 4. תוך ניצול מצב של חוסר הכרה בו שרויה האישה, או מצב אחר המונע ממנה לתת הסכמה חופשית; 5. תוך ניצול היותה חולת נפש או לקויה בשכלה, אם בשל מחלתה או בשל הליקוי בשכלה לא היתה הסכמתה לבעילה הסכמה חופשית. הרי הוא אונוס ודינו - מאסר שש עשרה שנים.

לא אפרט להלן את שאר הפגיעות המיניות לסוגיהן (הרוצה להרחיב את דעתו מוזמן לעיין בחוק העונשין שמופיע בצורה מכווננת).

ממצאים קליניים

תסמונות קליניות שונות מתוארות בהקשר לטראומה מינית, ביניהן דיכאון קליני, הפרעות חרדה שונות וביניהן הפרעה בתר חבלתית (פוסט-טראומה). הפרעת אישיות גבולית, הפרעת סומטיזציה, שימוש בסם, הפרעות אכילה והפרעת דיסוציאציה. במאמר זה אתמקד בפרט בהפרעה פוסט טראומטית ודיסוציאציה.

הפרעה בתר חבלתית (Post traumatic stress disorder)

אירועים טראומטיים מעמתים את האדם עם מצבים קיצוניים של חוסר ישע ואימה, ומעוררים תגובות של קטסטרופה. קיימת מערכת מורכבת של תגובות גופניות ונפשיות המתחילה לפעול בעת סכנה. הגוף עובר גיוס לפעולה נמרצת בלחימה או במנוסה, בנוסף לרגשות עזים של פחד וכעס (Fight, Flight or Freeze response). התגובות הטראומטיות מתעוררות כאשר אין כל תועלת בפעולה, כאשר לא ניתן להילחם או לנוס. אזי המערכת יוצאת משיווי המשקל וכל מרכיב של התגובה הרגילה לסכנה נוטה להתמיד במצב מוגזם וחוסר תועלת. יש שינויים מתמידים בדריכות בגוף, ברגש בהכרה ובזיכרון, זמן רב לאחר חלוף הסכנה. המערכת מתחילה לפעול בצורה לא מתואמת. יש המרגישים רגש עז אך אינם זוכרים את האירוע, אחרים זוכרים הכול לפרטי פרטים, אך אינם מרגישים דבר. לנוכח סכנה נשנית של התעללות, מפתח האדם מצב של דריכות מתמדת. אף ילדים הגדלים בסביבה מתעללת מפתחים יכולת מרשימה לזהות סימני התראה לתקיפה פוטנציאלית. הם יזהו את שפת הגוף של התוקף כמו שינויים בארשת פנים, בריח (אלכוהול לדוגמא), כעס או גירוי מיני. אל מול אותות של סכנה, הם ינסו להתגונן על ידי התחמקות, פיוס התוקף או קפיאה במקום. התכווצות, שמירה על פנים חסרי הבעה, הימנעות מקשר עין עם התוקף, ובו בעת מתחוללת סערה פנימית (המתבטאת באופן פיזיולוגי בעירור אוטונומי). זהו מצב המכונה 'עירנות קפואה' [הרמן ג', 1992].

קיום ההפרעה על פי הקלסיפיקציה הפסיכיאטרית [DSM-IV] דורש קיומם של הקריטריונים הבאים :

1. האדם נחשף לאירוע טראומטי אשר בו הייתה סכנת חיים, או פגיעה בשלמותו, או של אחרים בסביבתו. האדם חווה אימה וחוסר אונים לנוכח המצב. בילדים יכול לתת המצב ביטוי באי שקט או התנהגות לא מאורגנת.
2. הישנות החוויה בעולם הפנימי, כדוגמת משחק נשנה בתכנים של הטראומה, חלומות נשנים, חווית הטראומה מחדש דרך תחושות ופלאש-בק (לדוגמא, תחושה של טעם דם בפה, או שמיעת קול של התוקף). מצוקה קשה בחשיפה לסימבולים של הטראומה, ותגובה של הגוף לסימבולים של הטראומה (לדוגמא הירתעות ממגע גופני, גם מאדם קרוב שאינו מאיים). אצל המטופלת המתוארת, כל תחילת חופש היה אזכור לטראומה ועל כן סימני דיכאון.
3. הימנעות ממצבים הקשורים בטראומה וצמצום בתגובתיות הרגשית. הימנעות ממחשבות, רגשות ודיבור על הטראומה. הימנעות מאנשים, מקומות ואירועים המזכירים את הטראומה (לדוגמא, להתחמק מקשר זוגי עם גבר). חוסר יכולת להיזכר בחלק חשוב מהאירוע הטראומטי. הפחתת עניין בפעילויות. תחושת ריחוק מאנשים, צמצום קשת הרגשות. תחושה של התבוננות בחיים ממרחק, ללא חיבור רגשי. חוסר תיקווה לעתיד. כפי שתארה זאת הנערה שפנתה למרפאה.

4. סימפטומים של עוררות פיזיולוגית ודריכות הגוף. מדובר בהפרעות שינה, כעסנות, קשיי ריכוז, דריכות וקופצנות.

5. משך ההפרעה יותר מחודש, ומלווה בפגיעה תפקודית משמעותית בתחומים שונים, לימודים, עבודה וקשרים חברתיים. הצמצום מתבטא לא רק בצורת החשיבה והזיכרון, אלא גם ביכולת ליזום ולפעול. נפגעי טראומה מגבילים את חייהם בניסיון ליצור הרגשה של ביטחון.

לצד הימנעות וצמצום, עלול לפעול מנגנון אחר המנסה לשחזר את התופעה, ומעמיד את האדם בפני סכנת פגיעה חוזרת (רה-ויקטימיזציה). אחת הדוגמאות הנפוצות לכך הינה מתחום האלימות בתוך המשפחה. ההערכה הנה שכשליש מהנשים האמריקאיות המגיעות למיון, הן קורבנות של אלימות במשפחה. רק מיעוטן מצהירות על כך. בפילדלפייה, הסיבה השכיחה ביותר המוצהרת בפנייה למיון כירורגי על ידי נשים בגילאי 25--34 היא 'נפילה'!... [Hendriks, 1993]. בקליניקה אנו פוגשים נערות ונשים שנפגעות שוב ושוב, ולא יודעות לזהות את התנאים המעמידים אותן בסכנה לפגיעה נוספת. המודעות לסכנה חמקמקה וחלקית, וקשה לנפגעת להקיש מניסיון אחד לסיטואציה קצת שונה.

חלק מהנפגעות לא ממלאות את כל הקריטריונים להפרעה פוסט טראומטית (להזכיר שמדובר בקריטריונים דיסקריפטיביים שנמצאו בשכיחות כזאת או אחרת, והחיים – זה החיים, לא תמיד לפי הספר...), עם זאת מצוקה יכולה להיות גם מסימפטום בודד. בקליניקה נפגוש שכיחות לא מבוטלת של תסמיני דיכאון הנלווים לתסמינים הפוסט טראומטיים ונדרשת הערכה קלינית לגבי הצורך להתחיל בנוגדי דיכאון לצד הטיפול הפסיכותראפויטי. מניסיון, הרבה פעמים דווקא עם תחילת הטיפול הפסיכולוגי, וכנראה עקב הכאב המציף שבא עימו, יש צניחה קשה לתוך דיכאון. לדעתי ומניסיוני, במקרים אלה נוגדי הדיכאון יכולים להוות עזר רב ולאפשר עבודה על הטראומה ממקום חזק יותר. הפסיכותראפיסט יכול למצוא את עצמו מתמודד עם מצבים בהם המטופלת תעמיד את עצמה בסיכון, תפגע בעצמה (Self mutilation) ותגלה חשיבה או בדנית. מהר מאד הטיפול יכול לעזוב את דרך המלך ולעבור אל עברי פי פחת, שהמטפל שואל את עצמו איך לעזאזל הגיע לשם... מדובר פעמים רבות בשחזור של חוויה של העדר שליטה שנוכחת מאד בחייה של המטופלת.

דיסוציאציה (Dissociative Disorder)

מגוון רב של הגנות נפשיות חוסמות את דרכה של הטראומה אל התודעה והזיכרון. האדם כמו שומר את ההתעללות בסוד בפני עצמו. גם במקרים רבים בהם לא היתה דרישה ישירה לשמירה על הסוד, יש הבנה שנעשה משהו אסור ורע. בספרה 'המלך עירום' כותבת דורית אברמוביץ' על חוויתה כילדה שעברה גילוי עריות 'לא היה שום צורך לאיים עלי שמא אגלה את הסוד. שנאתי כלפי עצמי היתה כה עזה שהאפשרות להיזכר ולהכיר בקיומה (של הפגיעה) היה בלתי אפשרי..'

דיסוציאציה הנה תהליך שבו יש הפרדה של מחשבות, רגשות וחוויות, שבדרך כלל עוברות אינטגרציה והופכות להיות חלק מהמודע והזיכרון [DSM-IV]. שקיעה בעולם הדמיון או בעולם הפנימי, הן דוגמאות למצבים דיסוציאטיביים נורמטיביים.

לעומת זאת איבוד הזיכרון של חוויה טראומטית, ולעיתים של פרקי חיים שלמים הוא תהליך פתולוגי. בתהליך זה מורחקים הזיכרונות הטרומטיים מהתודעה, ורק פיסות זיכרון עולות בצורה של זיכרונות פולשניים, לא מוזמנים. במצב דיסוציאטיבי מסוגל האדם שלא לחוש כאב עז, כמו 'להיות במקום אחר', יש שינוי בתחושת הזמן, המקום והסיטואציה. נמצא שבתנאים חמורים של התעללות מוקדמת, ואצל ילדים שנולדו עם היכולת להשתמש במנגנון זה, נעשה שימוש מאסיבי במנגנון זה. מנגנון זה יכול להיות מקיף וליצור אישיות נפרדת, המתפקדת אל מול החוויה הטרומטית, ואישיות אחרת שלא מודעת לטראומה וממשיכה לתפקד את היומיום Dissociative (Identity Disorder) (Kluft, 1985). יש קלינאים רבים שלא מקבלים את האבחנות של ההפרעות הדיסוציאטיביות, ולכן לא יאבחנו זאת בקליניקה (אי אפשר לאבחן דבר שאתה לא מאמין בקיומו...), ולכן מטופלים עם הפרעה דיסוציאטיבית יקבלו לעיתים אבחנות שונות ממטפלים שונים... וגם טיפולים שונים.

דיסוציאציה יכולה להסביר גם את הדרך שבה הופך הנפגע לפוגע ומנצל חלשים ממנו כפי שנוצל בעצמו. בדרך זו חוזרת ונשנית טראומה שלא עברה עיבוד פנימי וממשיכה לתת את ביטוייה ההרסני. אדם במצב דיסוציאטיבי יכול לשחזר רגע קשה מזמן אחר. ילד שהיה מוכה על ידי האם, כשזו הייתה במצב דיסוציאטיבי, מתאר: "בכל פעם שניסיתי להמציא שיטת התמודדות, החוקים היו משתנים. הוכיתי כמעט יום יום, במברשת או בחגורה מסומרת. בזמן שהייתה מכה, הייתי מתכווץ בפניה בברכיים מורמות, השתנו פניה, כאילו לא אותי הכתה, אלא מישהו אחר. כאשר הייתה נרגעת הייתי מראה לה את סימני המכות הגדולים, האדומים, והיא הייתה אומרת 'מאיפה קיבלת את זה?' " [הרמן ג', 1992].

ויכוח נוסף בין העוסקים בנושא הינו לגבי השאלה האם מדובר בספקטרום דיסוציאטיבי, עם טווח נורמאלי, (ובו לדוגמא חלימה בהקיץ, שקיעה לעולם הדמיון - absorption, מצב שיכול להיות נעים למדי...) ועד שימוש קיצוני ופתולוגי. להבדיל מהגורסים שדיסוציאציה היא מצב פתולוגי חד משמעי, ובו 2 סוגים עיקריים – העדר אינטגרציה של חוויות, הבנות ותפקודי האגו (מידור - compartmentalization), ומצב שונה של המודע (נתק - detachment). במידור, הידע על חוויה מסוימת ממודר ונשמר בזיכרון בהקשר הספציפי שבו נרכש או קודד ולא היה זמין למודעות בהקשר סביבתי אחר, אף אם חלפו מספר שניות מאז נשמר בזיכרון. (כדוגמא אפשר לתת כשמחליטים לעשות משהו בבית אך כשמגיעים לחדר השני, שוכחים מה רצינו לעשות שם). בהשלכה על מצב של פגיעה מינית בילדות, ילדה נפגעת יכולה להיות נאיבית לגמרי בכל הנוגע למין בעת שיחה עם חברות, אך לגלות בקיאות וניסיון מיני נרחבים בעת החשיפה לגירוי מיני המפעיל את החומר הממודר. מידור הגנתי כזה מאפשר לילדה לשמור בנפרד שתי מערכות ידע, זהות ורגש שעלולות לעורר קונפליקט בלתי נסבל אם המודעות אליהן היא בו זמנית.

מבחינה קלינית המידור מתבטא באמנויה דיסוציאטיבית, כלומר לא זוכרים חוויות מסוימות. 'דליפות' מהמדורים הטרומטיים תתבטאנה בפלאשבקים של הטרומה או בסימפטומים אחרים, לדוגמא סימפטומים קונברסיביים. ילדה כזאת תכחיש פגיעה מינית באמונה שלמה. כמובן שיש ילדות שלא ממדרות ומגלות ידע מיני עשיר ומודע. ב- detachment מדובר על חוויה סובייקטיבית שונה של המודע, עפ"י עם השטחה של חוויות רגשיות, לדוגמא מצבי

דראליזציה (בה המציאות מרגישה מוזרה 'כמו בסרט') ודפרסונליזציה (בה לדוגמא הגוף מרגיש מוזר, 'לא הגוף שלי'). לציין שמדובר בשני מצבים עם פרופיל נירולופיזיולוגי שונה, שהיום מנסים להתחקות על מקורותיו [מאמרים עדכניים בנושא - Spitzer, 2006; Holmes, 2005].

כמה מילים לגבי הפרעת אישיות גבולית (Borderline personality disorder) [DSM-IV], הפרעה שאובחנה בשיעור גבוה יותר במבוגרים שעברו פגיעה מינית בילדות. הפרעת אישיות זו מאופיינת בדפוסי התנהגות בלתי יציבים. קיימים מאפיינים קליניים מגוונים הכוללים: חוסר יציבות של הקשר הבין-אישי, חשש רב מנטישה, הפרעה בזהות ותחושת ריקנות פנימית. קיימים אי-יציבות אפקטיבית, התקפי זעם ואימפולסיביות המתבטאת בפגיעה עצמית נשנית. הנטייה לפגיעה עצמית יכולה לנבוע מתחושת ריקנות, מכאב נפשי עצום או כמחווה אובדנית. נפגעת גילוי עריות מספרת על ילדותה: "הייתי לוקחת אופניים ודוהרת בצורה מאוד מאוד מסוכנת כדי שאפגע בכוונה תחילה. הייתי קופצת עם הבנים ממקומות גבוהים, הם היו קופצים בצורה שלא תסכן אותם לתוך ערימה של חול ואני הייתי קופצת לתוך מקום שבו יכולתי באמת לקבל מכה קשה, או להיהרג" [לבבי י', 1997].

האבחנה של הפרעת אישיות גבולית מעוררת הסתייגות אצל רבים מאנשי המקצוע העוסקים בתחום, שרואים בכל התסמינים הללו את ההשלכות של טראומה ממושכת לאורך הילדות ולכן חולקים על תיוג של הפרעת אישיות וקוראים להכרה בכך שמדובר בהפרעה פוסט טראומטית. גיודית הרמן מתארת הפרעה, לה קראה Complex PTSD, המאפיינת אנשים שעברו התעללות ממושכת. בהפרעה זו היא כוללת שינויים בויסות (של מצב הרוח, פגיעה עצמית, של המיניות ועוד), שינויים בתודעה, בתפיסה העצמית וביחסים עם אחרים (האבחנה לא נכנסה לסיווג הפסיכיאטרי DSM, אך הפכה שגורה בקרב אנשי המקצוע בתחום, אולי בגלל שהיא 'כל כך קיימת בשטח').

השלכה נפשית נוספת שתוארה היא הפרעות אכילה [Hernandez, 1995]. במקרים מסוימים תוארה הפרעת אכילה כשהנפגעת רצתה לשנות את צורת גופה, כך שהתוקף לא יחשוק בה עוד. לעיתים לרזות מאד, לאבד את המבנה הנשי, ל'הצטמק' לגוף ילדי צנום ושלדי, ולעיתים להשמין מאד, שוב מתוך מיאוס בגוף הנשי 'אם לא אהיה יפה, אולי הוא יעזוב אותי בשקט'. אולם בהשוואה של מחקרים שונים שבהם נבדק שיעור הפרעות האכילה בקרב נפגעות (meta analysis), נמצא שיעור גבוה אך במעט בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, של בולמוס האכילה [Evrill, 1995]. לסיכום, אציין שהעדר אבחנה פסיכיאטרית סגולית אינו שולל קיום של התעללות או פגיעה מינית, כפי שקיום הפגיעה אינו מחייב הפרעה נפשית. נמצא, שרוב הנפגעים ממשכים בתפקוד תקין למרות הטראומה שעברו. עם זאת גם בעידן הנוכחי, שבו הנושא לא עוזב את הכותרות, יש להיות רגיש וקשוב לקולות השונים - יהיו קולות רמים שלא יהססו למחות על העוול שנעשה ולדרוש צדק, לצד קולות מבוזים, הססניים או חלשים מאד שלא בטוחים מהו הצדק. ואסיים במשפט יפה של אמנון שמוש, שכאילו 'ידע' את הקליניקה - 'הזיכרון פעם מנפה, פעם מייפה ופעם מחפה' (כתבים, שירים, גלויות).

מקורות

אברמוביץ" ד' (2004). המלך עירום. גילוי עריות במבט פמיניסטי. תל אביב: בבל.

הרמן ג'ודית לואיס, טראומה והחלמה. הוצאת עם עובד. 1992.

חוק העונשין, תשל"ז-1977. סימן ה': עבירות מין.

לבבי י', התנסותן של נשים קורבנות גילוי עריות: מחקר פנומנולוגי. הוגש כעבודת גמר לקראת התואר מוסמך בעבודה סוציאלית, אוניברסיטת ת"א, 1997.

Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (DSM IV). Washington DC, Am Psychiatric Association, 1994.

Evrill JT & Waller G, Reported sexual abuse and eating psychopathology: a review of the evidence for a causal link. *Int J Eat Dis*, 1995; 18: 1-11.

Hendriks JH, Black D & al, *When father kills mother. Guiding children through trauma and grief*. Routledge Pub, 1993.

Hernandez J, The concurrence of eating disorders with histories of child abuse among adolescents. *J Child Sex Abuse*, 1995; 4: 73-85.

Holmes EA, Brown RJ, Mansell W, Fearon RP, Hunter ECM, Frasquilho F, Oakley DA, Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review. and some clinical implications. *Clin Psychol Review*. 2005; 25(1):1-23.

Kluft R, *Childhood Antecedents of multiple Personality*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1985.

Russel DEH, *The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women*. New York, Basic Books, 1986.

Shaw JA, (1999). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 38(12 Suppl):55S-76S. Review.

Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ, Recent developments in the theory of dissociation. *World Psychiatry*. 2006; 5(2): 82-86.

Terr LC, Childhood trauma: an outline and overview. *Am J Psychiatry*, 1991; 148: 10-20.

Whiffen VE, Macintosh HB. Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress. A critical review. *Trauma, Violence & Abuse*, 2005; 1: 39-24.