


א.מ.ע בע"מ

ענבלים



Inbalim

www.theinbalimhome.com



שיקום נשים נפגעות
פוסט טראומה בסיכון מוגבר
על רקע פגיעה מינית

עמנואל שטראוס, מלי-מי-דן, גילה שרבף, דנה קושניר

חיפה | יוני 2019, סיון, תשע"ט



שיקום נשים נפגעות פוסט טראומה בסיכון מוגבר על רקע פגיעה מינית

ד"ר עמנואל שטראוס,
מלי מי-דן - מייסדת ובעלים של ענבלים,
גילה שרבף - מנהלת מקצועית של ענבלים,
דנה קושניר - אחראית תחום נפגעות טראומה מינית בענבלים



שיקום נשים נפגעות פוסט טראומה בסיכון מוגבר על רקע פגיעה מינית

ד"ר עמנואל שטראוס,

מלי מי-דן - מייסדת ובעלים של ענבלים,

גילה שרבף - מנהלת מקצועית של ענבלים,

דנה קושניר - אחראית תחום נפגעות טראומה מינית בענבלים

חיפה, יוני 2019, סיון, תשע"ט
© כל הזכויות שמורות לענבלים



תודות

תודה לאגף בריאות הנפש, במשרד הבריאות, שנרתם לחשיבה מחוץ לקופסה ואיפשר את המיזם.

תודה למרכז הרב תחומי לטיפול בנפגעות תקיפה מינית, המרכז הרפואי בני ציון בחיפה, אשר הגה יחד עם ענבלים את הרעיון וסייע במימושו תוך הכשרה, הדרכה וליווי הצוותים.

תודה לשותפים הנוספים אשר עובדים עם הצוותים ועם הנשים וביחד עוזרים למימוש מודל העבודה הייחודי.

תודה מיוחדת לנשים אשר אזרו אומץ ופנו לענבלים בעקבות כאבן וסבלן העמוק, פתחו בפנינו צוהר לעולמן ושמו את מבטחן בנו. יחד בנינו עתיד עם תקווה.

תודה ענקית לצוות המסור בענבלים, אשר מסירותו יוצאת הדופן והתגייסותן המלאה לתהליך העבודה עם הנשים איפשרו להן לצאת ממעגל הכאב ופתחו להן דלת לעולם בו יכולותיהן הרבות באות לידי ביטוי.

חזקו ואמצו כולכן!

תוכן העניינים

01	הקדמה.....	עמוד 8
02	טראומה על רקע מיני בילדות.....	עמוד 10
03	חברת ענבלים והיחידה לנפגעות טראומה מינית.....	עמוד 14
04	עקרונות מודל השיקום.....	עמוד 20
05	בחינה השוואתית של עקרונות השיקום.....	עמוד 34
06	מקורות.....	עמוד 39

תרשים מס. 1

קליטת הדיירות ומעבר אפשרי שלהן ממסגרת אחת לשנייה
עמוד 16

תרשים מס. 2

בחינה השוואתית של עקרונות השיקום
עמוד 38



הקדמה 01

בחוברת זו מתואר מודל עבודה שפותח במסגרת 'היחידה לנפגעי טראומה מינית של ענבלים'. המודל פותח בעקבות עבודה עם צעירות הסובלות מפוסט טראומה על רקע פגיעה מינית בילדות או בגיל ההתבגרות. הצעירות סובלות מהפרעות תפקודיות ורגשיות חמורות, וחלק ניכר מהן נמצא בסיכון מוגבר עקב ניסיונות אובדניים והתנהגויות הרסניות נוספות. 'היחידה לנפגעי טראומה מינית בענבלים' הוקמה מתוך הבנה שלצעירות אלה צרכים מיוחדים, והמענים להם מחייבים מודל עבודה המבוסס על עקרונות עבודה ושיקום ייחודיים. עקרונות מודל העבודה מכוונים לספק לצעירות את מכלול צרכיהן לתמיכה מרבית בתהליך השיקום וההחלמה:

הצורך בקבלתן ובנכונות להשאיר אותן במסגרות השיקום, גם כאשר הן מתמודדות עם התנהגויות כמו ניסיונות אובדניים, תופעות חמורות של ניתוק, פגיעות מיניות נוספות (Re-Victimization), התמכרויות לסמים ואלכוהול (פיסטון, 2009; Salter, 2017).

● הצורך בפיתוח כלים להגנה מפני פגיעה עצמית ואובדנות, והגנה מפני תקיפה של אחרים (זליגמן, 2004; Koss and Harvey, 1991).

● הצורך בקבלת יחס של אמון ואמפתיה, בדרך למימוש הצורך ברכישת אמון בעצמן ובזולתן (הרמן, 1994; קורטואה, 2004).

● הצורך בהעצמה ונטילת אחריות על חייהן (הרמן, 1994; Farkas, 2013).

● הצורך בלימוד, הפנמה וביצוע של דפוסי התנהגות חדשים, שליטה בגוף, ויסות רגשי וניהול הסימפטומים בפעילות היום-יומית (קורטואה, 2004; Koss and Harvey, 1991).

● הצורך לקבל את מירב המשאבים הנחוצים לשיקום מהקהילה באופן משולב ומתואם (הרמן, 1994; פרבשטיין והירש, 1997; Sanjeevi et al., 2018; Williams & Nelson-Gardell, 2012).

מקורות תיאורטיים ואמפיריים רבים מציינים את חשיבות אספקתם של צרכים אלה לתהליך השיקום וההחלמה של האוכלוסייה הנדונה (למשל: קורטואה, 2004; Koss and Harvey, 1991), וחלקם גם את החשיבות הרבה באספקתם במשולב, היות והתקדמות במישור אחד קשורה, ולעיתים חיונית, להתקדמות גם במישורים נוספים (למשל: Wright & Gabriel, 2018). עם זאת, לא מצאנו מודל שתועד ופורסם בספרות, בארץ ובעולם, המספק לצעירות אלה את כלל המענים הנדרשים לשיקום, ובכך ייחודיותו ויתרונו של מודל השיקום שפותח בענבלים.



**טראומה על רקע
פגיעה מינית בילדות**

02

פגיעות מיניות בילדים, על ידי מבוגר, משמעותם היא ניצולם של הילדים לשם סיפוק צרכיו תוך התעלמות ממצבם, גילם ותחושותיהם (זליגמן, 2004). פגיעות מיניות בילדות, במיוחד כאשר הן נמשכות תקופה ממושכת, הן אירועים טראומטיים של חוסר ישע ואימה המלווים בפגיעות נפשיות חמורות ביכולות לתקשר ולפתח מערכות יחסים ובתפקוד יום-יומי.

(זליגמן, 2004; Chen et al., 2010; Anderson & Hiersteiner, 2008).

כאשר הפגיעות הן על ידי בן משפחה, מדובר על סוג של אונס, אבל בניגוד לאונס על ידי זר, באירוע זה מתרחשת בגידת המבוגרים המשמעותיים ביותר בנפגעת, הנותרת חשופה ופגיעה ללא משאבי התמודדות עם המצב. התוצאה היא שבר עמוק בתחושת האמון באותם מבוגרים ובאנשים בכלל. בנוסף, בשל עומק הפגיעה והמצוקה, הנפגעת חשה כבוגדת בעצמה בכך שהיא נאלצת להכחיש את האירוע. בחלק ניכר מהמקרים היא אף מאשימה את עצמה על כך ששיתפה פעולה עם התוקף. שיתוף הפעולה עם התוקף מביא את הנפגעת לדפוס של כניעה לכוח וקבלת תמיכה חומרית ורגשית כתמורה לשיתוף הפעולה. מכיוון שתמיכה זאת חיונית בשבילה, היא חוזרת פעמים רבות לדפוס של קשרים דומים ולפגיעות חוזרות ונשנות.

פגיעות נוספות נגרמות גם כתוצאה מכך שגילוי עריות הוא אירוע (בדרך כלל סדרת אירועים מתמשכת) הפוגע בביטחון קיומי בעצם השליטה על הגוף. האירוע הוא מצב של איום, מלווה בחוסר אונים מוחלט שבו אין לנפגעת בחירה ו/או שליטה לא יכולת לברוח או להילחם (דרון, 2016; זומר, 2004; זליגמן, 2004). פגיעות דומות נגרמות גם על ידי פגיעות מיניות חמורות מסוגים אחרים כמו אונס קבוצתי (Salter, 2017).

התגובה הנפשית פעמים רבות היא ניתוק (Dissociation) מהמצאיות הטראומטית (זליגמן, 2004). ניתוק הוא מצב נפשי שבו פרטי אירועים וחוויות, זיכרון חזותי וזיכרון רגשי, שבדרך כלל משולבים, מופרדים זה מזה. למשל תחושה "שהגוף לא שייך לי" (דה-פרסונליזציה), שכחה מוחלטת של החוויה הטראומטית, "התנהגות רובוטית" נטולת מחשבה ורגש, חלימה בהקיצ ועוד.

תופעת הניתוק מסייעת בזמן התרחשות האירועים הטראומטיים, ומאפשרת המשך תפקוד תוך התרחקות מהאימה בזמן ההתרחשות, אבל משבשת את אפשרות העיבוד וההחלמה מההתנסות הפוגעת לאחר שזו הסתיימה. בזמן ההתרחשות עצמה, וגם בתקופת החיים שבה התרחשו האירועים הטראומטיים, הניתוק משמש כמנגנון הגנה פונקציונלי. כך למשל, הוא עשוי לאפשר להמשיך לאהוב את הפוגע על אף היותו פוגע, להמשיך לשתף פעולה עם ההורים למצג שווא כאילו מדובר במשפחה רגילה, ואף להמשיך בחיים חברתיים בבית ספר כאילו הכול תקין. עם זאת, בשלב הבגרות מביאים המנגנונים שהתגבשו בילדות, הפגיעה באמון ובתחושת הביטחון, ההאשמה העצמית ותופעות הניתוק, לפגיעה חמורה בתפקוד נפשי והתנהגותי (דרון, 2016; זומר, 2004; זליגמן, 2004).

בין ההפרעות השכיחות:

- נטייה כרונית להתאבדות וניסיונות פגיעה עצמית (Koss and Harvey, 1991).
- תלונות גופניות או מוגבלויות שלא ניתנות להסבר בפתולוגיה גופנית, לרבות תסמיני כאב גופניים הכוללים גם את אברי מין, הראש ומערכת העיכול (זומר, 2004).
- אובדן תשוקה ופגיעה באינטימיות, המשבשים יכולת ליצור קשר זוגי בריא (זומר, 2004; לוגאסי, 2007; Sanjeevi et al., 2018).
- שיכון ניתוקי שיכול להתבטא ברגעים או בשעות שהנפגעת שוכחת ולעתים מבצעת בהן פעולות כמו נסיעה למקום אחר, תופעות המקשות ומשבשות את התפקוד העכשווי (זומר, 2004).
- הפרעת אישיות דיסוציאטיבית (Dissociation Identity Disorder) הבאה לידי ביטוי, בין היתר, בריבוי דמויות של הנפגעת, כמו למשל דמות המגלה הפקרות מינית והאחרת שמגלה פוביה מינית. הפרעה שמקשה ביותר על בניית מערכות יחסים חדשות (זומר, 2004).
- הפרעות שינה הנובעות מחשש לסיטי לילה חוזרים ונשנים (זומר, 2004; Chen et al., 2010).
- הפרעות אכילה (Chen et al., 2010).
- דיכאון וחרדות (Chen et al., 2010).
- סמים והתמכרויות (קורטואה, 2004).
- התפרצויות זעם, בין היתר כמנגנון העברה של תחושות הנפגעת כלפי התוקף לאחרים (הרמן, 1994).
- קשיים משמעותיים בוויסות רגשי, לרבות עוררות יתר, התקפי חרדה ודיכאון (Briere & Spinazzola, 2005; Sanjeevi et al., 2018).
- קשיים ביצירת קשרים חברתיים, וספציפית גם בפיתוח קשרים משמעותיים ובריאים, בשלב האימהות, עם הילדים (Sanjeevi et al., 2018).
- שיקום מפגיעה מינית מתמשכת בילדות הוא מורכב וממושך ביותר. אנדרסון והירסטיינר (2008) ערכו מחקר איכותני שבחן סיפורי החלמה של 27 אנשים (מתוכם 25 נשים) בני

25-68 שעברו פגיעה מינית בילדותם. מסקנתם היא שריפוי (Healing) אינו אפשרי כלל, ושכלל היותר ניתן לדבר על החלמה (Recovery). מרבית סיפורי החיים במחקרם מעידים על מאבק בלתי פוסק להמשיך את תהליך ההחלמה. (Anderson & Hiersteiner, 2008). מסקנות דומות עולות גם מעבודות אחרות (Deegen, 2003; Wright & Gabriel, 2018).

פוסטן (2009) מציינת במחקרה, בו השתתפו עשר נשים שעברו פגיעה מינית בילדותן, כי תחושתן מאופיינת בסבל תמידי כרוני שניתן להקל עליו אך לא להפסיקו כליל. מסקנתה היא שההחלמה, לגבי מרבית המשתתפות, איננה נתפסת על ידן כהיעלמות מוחלטת של הקשיים הנובעים מהפגיעות המיניות. מה שניתן לצפות לו, לכל היותר, הוא חיים עם הקשיים תוך הפחתת עוצמת השפעתם, הפחתת הסימפטומים ושיפור באיכות החיים. במחקרה מביאה פוסטן ציטוטים מדברי הנחקרות בהקשר זה: "יש את הבור השחור הזה. לפעמים אתה מצליח קצת למלא אותו אבל הוא אף פעם לא באמת יתמלא". "אני יכולה להשתחרר מכל מיני דברים, אבל זה לא משהו שיעלם. הפאקים שלי לא ייעלמו. מה שישתנה זה שאני אדע איך להתמודד איתם" (פוסטן, 2009, ע' 34-35).



**חברת ענבלים והיחידה
לנפגעי טראומה מינית**

03

חברת ענבלים עוסקת בשיקום נפגעי נפש צעירים במסגרות של דיור בקהילה, תוך אספקת מכלול צרכיהם הנפשיים והפיזיים. אחד מתחומי הפעילות המרכזיים בענבלים כיום הוא שיקום נשים וגברים נפגעי טראומה על רקע מיני ביחידה לנפגעי טראומה מינית. מרבית הנפגעים הן נשים צעירות, ועקרונות העבודה לשיקומן גובשו בתהליך למידה משותף של צוות ענבלים יחד איתן. משום כך, המסמך שלהלן מתמקד באוכלוסייה זאת. העבודה השיקומית מתבצעת בגישה רב מערכתית בשיתוף גורמים שונים בקהילה ותיאום ביניהם. השיקום מתמקד בהשלכות הפגיעה המינית על התפקוד העכשווי, ומטרתו היא לשפר את התפקוד היום-יומי, לאזן, ככל הניתן, את המצב הרגשי, וליצור מערכת של אמן עם הצוות ועם אחרים כחוויה מתקנת. כל אלה מחייבים שימוש בעקרונות טיפוליים, לצד עקרונות שיקום ועקרונות ניהול מקרה, על ידי צוות ענבלים.

חברת ענבלים (להלן - ענבלים) גיבשה את אופני היישום של עקרונות שיקום אוכלוסיית הדיירות, בדרך של לימוד עצמי שאופייני ל"ארגון לומד", כלומר, תהליך מתמשך ועקבי של היזון חוזר והפקת לקחים, באמצעות הצבת מטרות ותיקון עצמי בהתאם למידת השגתן (סג'י, 1998).

במהלך שנת 2010, צוות הדיור של ענבלים נחשף לראשונה להיקף ולעומק הפגיעה של נשים לאחר טראומה מינית, וזאת בעקבות עבודה עם שתי פונות, אשר החלו תהליך מורכב ומשמעותי של החלמה ושיקום בדיור המוגן לנפגעי נפש של ענבלים. הנשים הופנו מהמרכז הרב-תחומי בבית החולים בני ציון (מרכז המטפל בנפגעות טראומה מינית) עם אבחנה של הפרעת אישיות דיסוציאטיבית. ההפניה למסגרת דיור מוגן נעשתה לאור חשש כבד לפגיעות חוזרות אצל הנשים, והצורך העז ללוות אותן בשגרת היום-יום ולעזור להן לחזור ככל הניתן לחיים בשגרה. אחת מהפינות הוגדרה בעת ההפניה כמי שעברה פגיעות מיניות באופן מתמשך, וממשיכה להיפגע בביתה, והיה צורך דחוף להוציא אותה מהבית כדי לנסות להפסיק את מעגל הפגיעה.

עם השתלבות הנשים בענבלים, ובניית הקשר עם המרכז הרב-תחומי לטיפול בנפגעות טראומה מינית בבני ציון, נחשף צוות ענבלים למורכבות הפגיעה של הנשים, הימצאותן בסיכון מוגבר והמציאות הכואבת שבה אין מענים הולמים בקהילה שיתנו מענה שיקומי כולל עבורן. נוסף על כך, עלה הצורך להתמחות בשיקומן, משום שמורכבות הפגיעה מחייבת התייחסות שונה מאשר לאוכלוסייה הכללית של צעירים נפגעי נפש.

לאור האמור, ומשום שלא הייתה עדיין מסגרת של דיור מוגן המותאמת במיוחד לנשים אלה, התגבש, במשותף על ידי המרכז הרב-תחומי בבני ציון וצוות ענבלים, רעיון הקמת בית קבוצתי שייתן מענה ספציפי לאוכלוסייה זאת. מימוש הרעיון התאפשר בזכות החלטת ועדת היגוי בהשתתפות, בין היתר, של נציגי משרד הבריאות, על פרויקט חלוץ (פיילוט) שבמסגרתו תיפתח יחידה לנפגעות טראומה על רקע פגיעה מינית הזכאיות ל"סל שיקום".

בהמשך חל גידול מתמיד במספר הדיירות, וגם עלה הצורך להתאים את מסגרת הדיור

המוגן לצרכים השונים של הדיירות, ובמיוחד על רקע השונות במידת העצמאות של הדיירות לעומת אינטנסיביות המעורבות וההשגחה הנדרשים על ידי צוות ענבלים.

לאחר שינויים והתאמות, גיבש צוות ענבלים את מודל העבודה הנוכחי. הדיירות נקלטות ביחידה לנפגעות טראומה מינית והן משתלבות בדירור לפי שלוש האפשרויות הבאות, כאשר כל אפשרות מציינת שלב באינטנסיביות המעורבות הנדרשת מבחינת כוח האדם המלווה את הדיירות (בסדר של אינטנסיביות יורדת).

יחידות דירור בקהילת ענבלים ליווי אינטנסיבי גבוה

בקהילה מספר דירות. בכל דירה מתגוררות עד שתי דיירות. הדיירות ממוקמות במרחק עד קילומטר אחת מהשנייה, ובקרבת מקום נמצאת דירה עבור הצוות המספק את שירותי השיקום. מרכיב זה נועד לתת את תחושת הביטחון והמוגנות, ולאפשר לבנות תהליך שיקומי התחלתי מורכב ואיטי. השהות בקהילה איננה מוגבלת בזמן. במסגרת זאת ניתן הליווי בכל ימות השבוע, לעומת היחידות האחרות, בהן הליווי מתקיים רק בימי חול.

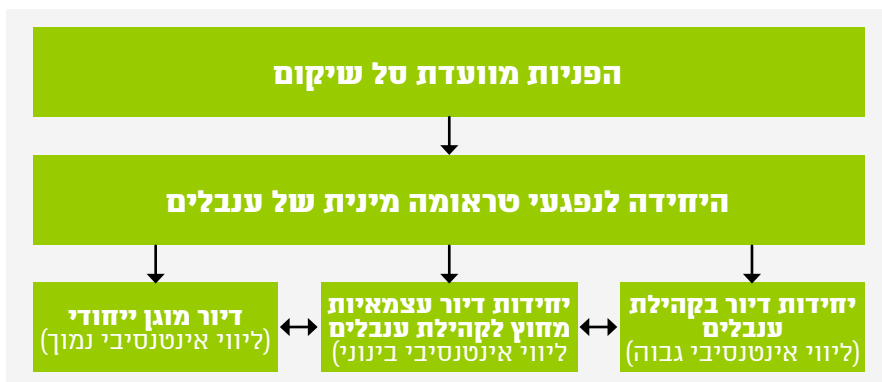
יחידות דירור עצמאיות מחוץ לקהילת ענבלים ליווי אינטנסיבי בינוני

ביחידות אלה מתגוררות דיירות בגפן, משום שהן אינן מעוניינות להשתייך לקהילה, אולם זקוקות לליווי אינטנסיבי. הן עצמאיות יותר מהבנות בקהילה, אך זקוקות עדיין לעזרה, תמיכה וליווי של הצוות, אשר מאפשרים להן בניית אמון עם הסביבה, לימוד שליטה בסימפטומים ולימוד מיומנויות של ניהול משק בית עצמאי.

דירור מוגן ייחודי ליווי אינטנסיבי נמוך

דירור מוגן בו הדיירות משתלבות בחברה, ומקיימות קשר, לפי הצורך, עם מדריכות שיקומיות ומתאמות טיפול.

תרשים מס. 1: קליטת הדיירות ומעבר אפשרי שלהן משלב אחד לענני



דיירות היחידה לנפגעי טראומה מינית הן בוגרות צעירות, בעלות אינטליגנציה גבוהה, חלק גדול מהן לא שירתו בצבא. הן משתייכות לחתכים מגוונים באוכלוסייה הכללית מבחינה חברתית וכלכלית. מרבית דיירות ענבלים הן נפגעות פוסט טראומה על רקע פגיעות מיניות חוזרות ונשנות, מגיל ילדות, על ידי בני משפחה, אבות, ועוד. חלק ניכר מהדיירות מגיעות לאחר איבחון פסיכיאטרי שקבע כי הן סובלות מפוסט טראומה מורכבת (Complex PTSD) ניתוק (Dissociation), דיכאון, הפרעה טורדנית כפייתית (OCD). בנוסף לכך, הדיירות סובלות מתסמינים נוספים, שלא תמיד אובחנו במפורש, האופייניים לפוסט טראומה על רקע מיני, כמו הפרעות שינה, אכילה, התמכרויות וקשיים חברתיים. רבים מהתסמינים מתאימים לאנשים עם הפרעת אישיות גבולית (Borderline Personality Disorder) כמו נטייה כרונית לפגיעה עצמית וניסיונות אובדניים, וגם רגישות גבוהה לגירויים רגשיים שליליים, דבר המתבטא בהיפגעות מיידית בעוצמות גבוהות מאירועים שעבור אחרים הם סתמיים ושוליים.

בדרך כלל, הדיירות מודעות לפגיעה שעברו, אך לא מקשרות אותה עם הבעיות התפקודיות והרגשיות העכשוויות שלהן. מאפיין נוסף הוא הפער העצום בין היכולות התפקודיות הדלות שלהן, כמו חוסר היכולת לקום בבוקר, בעיות תוקפנות, נטיות אובדניות, חוסר יכולת לפתח מערכות קשרים נורמטיביות, לבין ציפיותן להצליח במצבן העכשווי בתחומים כמו עבודה, לימודים, נישואים. הרבה פעמים, התנהגותן של הדיירות משקפת הזדהות עם הפוגע, למשל תוקפנות וכעס, או דמות קורבן פאסיבי, כמו למשל חוסר יכולת לקום בבוקר. דפוס אחר הוא ניסיון להיות כמו כולן, דבר שעשוי לבוא לידי ביטוי בשאיפה מיידית להשכלה ולנישואים (ראו סגנונות התמודדות במחקר של לבבי ופלד, 2004).

הדיירות זכאיות לאחוזי נכות של 40% ומעלה מהביטוח הלאומי וזכאיות לסל שיקום, כפוף לאישור ועדת סל שיקום (ראו: משרד הבריאות, 2000 - חוק שיקום נכי נפש בקהילה). ועדה זאת מפנה לענבלים את הנפגעות המעוניינות בשהות ביחידה לנפגעות טראומה מינית. בנוסף לכך מתבצעות הפניות, שכפופות גם הן לאישור הוועדה, מגורמים אחרים, לרבות מרכזי טיפול לנפגעות טראומה על רקע מיני, בתי חולים פסיכיאטריים ומרפאות לבריאות הנפש.

הדיירות בחלקן התנסו, טרם הגעתן לענבלים, בטיפול ושיקום במסגרות שונות אחרות. חלק ניכר מניסיונות אלה לא עלה יפה, בגלל הקושי של מסגרות אלה לקבלן ולהתמודד לאורך זמן עם היותן בסיכון מוגבר על רקע ניסיונות אובדניים, בגלל הקושי שלהן להסתגל לגבולות, תופעות של תוקפנות, שימוש בסמים ואלכוהול. המסגרת של ענבלים התאימה להן מפני ששהייה בבית ההורים לא התאפשרה, אשפוז לא התאים לרצונן, טיפול אמבולטורי לא הספיק, ושהייה במסגרות אחרות ירדה כאמור מהפרק.

ההתמודדות של הצוות עם מצבן של הצעירות הנמצאות בסיכון מוגבר ועם התופעות ההתנהגותיות הללו קשה ותובענית. הצוות המספק את שירותי השיקום מורכב ממדריכות

שיקומיות וממתאמות טיפול. המדריכות השיקומיות מקיימות קשר יום יומי עם הדיירות, נפגשות איתן לשיחות אישיות, מלוות אותן לפעילויות מחוץ ליחידה לנפגעי טראומה מינית, ופועלות להדרכה והכוונה למען מימוש תוכנית השיקום האישית, הנבנית עם כל דיירת. מתאמות הטיפול (עובדות סוציאליות) פוגשות כל דיירת פעמיים בשבוע לפגישה פרטנית, והן אחראיות על גיבוש תוכנית השיקום, הקניית מיומנויות הנדרשות לשיפור התפקוד וניהול הסימפטומים (כמו נטייה לפגיעות עצמיות ותופעות של ניתוק דיסוציאטיבי ושמירה על ביטחון אישי (Seeking Safety)). בנוסף, הן מקיימות קשר עם המשפחות והקהילה המקצועית.

מתאמות טיפול והמדריכות עוברות הכשרה ייעודית למילוי תפקידיהן. מתאמות הטיפול עוברות הכשרה כמטפלות בנפגעות טראומה מינית באוניברסיטאות, או במוסדות הכשרה אחרים, ואילו המדריכות עוברות הכשרה פנימית דומה בענבלים. ההכשרות כוללות מידע על מאפייני האוכלוסייה, שיטות ועקרונות שיקום וטיפול בנפגעי נפש ובמיוחד בפוסט טראומה על רקע פגיעות מיניות, תוך דגש מיוחד על טיפול דיאלקטי התנהגותי – (DBT) (Dialectical behavior therapy) (למשל: Dimeff, Koerner, & Linehan, 2007) הנחשב לטיפול מועדף בהפרעות הקשורות לוויסות רגשי בכלל ובהפרעת אישיות גבולית בפרט.

השלב הראשון לאחר הגעתן של הדיירות לענבלים מתמקד בקליטתן וסיוע בהסתגלות למסגרת. הצעירות המגיעות לענבלים בוחרות בעצמן את הדירה בתחום הקהילה, לפי התקציב שלהן. חותמות על חוזה שכירות, בסיוע הצוות, ורוכשות את הריהוט והציוד בכוחות עצמן, כל זאת כחלק מתהליך השיקום. בשלב הגעתן לענבלים, הצוות משדר להן מסר של ביטחון פיזי במקום ובנכונות להיות איתן ולסייע. כמו כן, פועל הצוות לביצוע מידי של משימות דחופות כמו מציאת דירה וצידוד, תשלומי חשבונות, קשר למערכת רפואית וקבלת מרשמים לתרופות.

בהמשך מושקע מאמץ ביצירת קשר אינטנסיבי של אמון ויצוב מערכת היחסים בין הדיירת לבין הצוות. מטרה זו חשובה משני טעמים: הראשון הוא יצירת בסיס להתקדמות לשלבים הבאים. השני הוא מטרה העומדת בפני עצמה, והיא התמודדות הדיירת, על רקע הפוסט טראומה, עם הקשיים ביצירת יחסי אמון וקשר חברתי בכלל.

שלב נוסף הוא גיבוש ברית טיפולית, שלו שלבים שונים. בשלב הראשון נחתם חוזה המפרט את תנאי השיקום והמחויבויות ההדדיות בין הדיירת לבין ענבלים, וגם חוזה מוסכם למניעת אובדנות. המשך תהליך השיקום מתמקד בעיקר בהעצמת הדיירת, פיתוח יכולותיה ליצור מערכת יחסים של אמון בזולת, בהבאתה למצב של שליטה בסימפטומים, ולשילובה במידת האפשר בחיי הקהילה.

תהליך השיקום כולל גיבוש תוכנית שיקום. כל דיירת מכינה, בליווי של צוות ענבלים, תוכנית שיקום. התוכנית כוללת מטרות, יעדים ודרכי ביצוע. היא משמשת את הדיירת ואת צוות ענבלים בכל תקופת שהייתה של הדיירת בענבלים, ונבחנת ומתעדכנת תקופתית.

במהלך שהייתה של הדיירת בענבלים נבחנת מדי פעם מחדש מסגרת הדיור שנבחרה. אם המסגרת שנבחרה מלכתחילה איננה מתאימה לדיירת בהתאם לרצונותיה או יכולותיה, וגם במקרה שהמסגרת אמנם התאימה בשעתו, אך חל שינוי בצרכיה של הדיירת, נשקלת, יחד איתה, אפשרות מעבר למסגרת דיור חלופית ברמת אינטנסיביות מותאמת. בנוסף לכך, נעשה מאמץ רציף להתאים את המענים לצרכי הדיירת במישור הרגשי והשיקומי, ברמה היום יומית. כך למשל, יש גמישות באופן ואינטנסיביות הקשר של הצוות עם הדיירות, כמו גם בהפניה למסגרות בקהילה למתן מענים שיקומיים בתחום התעסוקה, החברה והטיפול המקצועי המלווה, ואף הפניה במקרים אקוטיים לאישפוז פסיכיאטרי.



עקרונות מודל השיקום 04

4.1 רקע

הספרות המקצועית, התיאורטית והאמפירית, מצביעה על צרכים שונים של נפגעות תקיפות מיניות בילדות. הצרכים המרכזיים, שיפורטו בפרק זה, אספקתם חיונית להצלחת תהליך ההחלמה, והם מודגשים הן בחומר הנוגע לשיקום פגועי נפש בקהילה (למשל: Deegen, 2003). והן בחומר הנוגע לטיפול ושיקום נפגעות פוסט טראומה על רקע מיני (למשל: זליגמן, 2004; קורטואה, 2004).

עקרונות השיקום של ענבלים לאספקת צרכים אלה מבוססים על הכרה מקצועית רחבה בדבר המסוכנות הרבה והתפקוד הנמוך של רבות מהסובלות מפוסט טראומה על רקע פגיעות מיניות, ויחד עם זאת בצורך לשיקומן במסגרת הקהילה (למשל: זליגמן, 2004; קורטואה, 2004; כוסטון, 2009; Salter, 2017; Gonzalez, 2017; Anderson, & Hiersteiner, 2008).

מימוש עקרונות הטיפול והשיקום ברמה הטקטית על ידי צוות ענבלים, נשען לא רק על הגישות שהוזכרו, שיקום פגועי נפש בקהילה וטיפול בפוסט טראומה על רקע פגיעות מיניות, אלא גם על גישות נוספות, ובעיקר על טיפול דיאלקטי התנהגותי אשר פותח על ידי מרשה לינהאן בתחילת שנות ה-90. טיפול זה נחשב לטיפול מועדף בהפרעות הקשורות לוויסות רגשי ככלל ובהפרעת אישיות גבולית בפרט. הטיפול מכוון לתת מענה לאנשים שיש להם הפרעת אישיות גבולית, או סובלים מדפוס כרוני של התנהגות אימפולסיבית, תנודתיות רגשית ואובדנות. השיטה היא התנהגותית קוגניטיבית, מדגישה את אחריות המטופל להצלחת הטיפול לצד התמיכה המקצועית של המטפל (Dimeff, Koerner & Linehan, 2007).

הטיפול והשיקום בענבלים כוללים סדרת שלבים עוקבים אך דינאמיים, בהתאם למצב המטופלת. מאמץ מיוחד מושקע במתן תחושת ביטחון ופיתוח כלים להגנה עצמית, העצמת הנכונות, יצירת קשר של אמון וגיבוש ברית טיפולית איתה. בהמשך מכוון הטיפול לייצב את מצב הרוח של הנפגעת ולהפחתת עצמת תופעות הקשורות לטראומה, ללימוד והפנמת התנהגויות חדשות, תוך שילוב אנשי מקצוע שונים, סוכנויות וגורמים בקהילה אשר כמכלול יספקו לדיירת את מירב המענים לצרכיה הספציפיים.

חשוב לציין שאספקת מענה לצורך אחד לא רק שאיננה באה על חשבון מענה לצורך אחר, אלא להיפך: אספקת מענה לצורך אחד תומכת באספקת מענים לצרכים האחרים, כך ששילובם יחד תורם באופן מיטבי לתהליך השיקום וההחלמה. כך למשל, אמפתיה וקבלה בלתי מותנית על ידי המטפל תומכות באמון של הנפגעת בזולת, לתחושת המוגנות שלה ולהעצמתה (מור, 2017; פוסטון, 2009). בניית מערכת של אמון והעצמה על ידי הצוות הטיפולי שיקומי תומכת ונתמכת בקשרים שנבנים עם נפגעות אחרות, ומערכות לא פורמליות בקהילה (Anderson, & Hiersteiner, 2008). מרכיבי אמון, הכרה באירועים שהתרחשו, קבלה ושליטה עצמית של הנפגעים על רקע מיני קשורים זה לזה, ובכך התקדמות באחד תורמת להתקדמות גם באחרים (Wright & Gabriel, 2018). להלן יפורטו הצרכים החיוניים לשיקום הנפגעות, והעקרונות שגובשו בענבלים לאספקתם.

4.2 קבלה בלתי מותנית

קבלתה של הנפגעת באופן בלתי מותנה על ידי הגורמים המטפלים והמשקמים איננה פשוטה לאור התנהגותה, הכוללת פעמים רבות, ניסיונות אובדניים, שימוש בסמים ואלכוהול, תוקפנות רבה ותופעות של ניתוק (הרמן, 1994; קורוטואה, 2004; Koss and Harvey 1991). עם זאת, קבלתה על אף דפוסי התנהגות אלה היא חיונית, בגלל אופי הפגיעות והרקע להם. ילדים שעברו פגיעה מינית תופסים את עצמם כרעים ובלתי ראויים. תפיסה זאת נגרמת מהזדהות עם התוקף, ותחושת אשמה המביאים להצדקת הפגיעות תוך סילוף המציאות לפיה "הנפגעים הם אשמים ולכן זה מגיע להם". תפיסה זאת משמשת מנגנון הגנה המאפשר להם להמשיך לאהוב את הפוגע על אף היותו פוגע, ולהמשיך לשתף פעולה עם ההורים. תפיסתם העצמית כבלתי ראויים ממשיכה ללוות את מי שנפגעו בילדותם גם כמבוגרים (דורון, 2016; זומר, 2004; זליגמן, 2004; Smucker & Dancu, 1999).

התופעות ההתנהגותיות המקשות על קבלת הנפגעת למסגרות טיפול ושיקום הן תוצרים של המנגנונים הנפשיים שהתגבשו והתקבעו כתוצאה מהפגיעות בילדות, והציפייה כי הנפגעת תשתחרר מהם לפני שגיבשה מנגנונים חליפיים היא בדרך כלל לא מעשית: כך למשל, תוקפנות עלולה להעיד על מנגנון נפשי המבוסס על הזדהות עם התוקף. אלוהול, סמים וניתוקים דיסוציאטיביים הם מנגנונים לבריחה מהמציאות שקשה לשאתה (הרמן, 1994; קורוטואה, 2004; Koss and Harvey 1991). משום כך, דחייתה על רקע ההתנהגות ההרסנית של השורדת מפגיעות מיניות על ידי מסגרות טיפוליות/שיקומיות, עלולה לא רק לגרום לכך שלא תטופל ותשוקם, אלא גם להוות אישור נוסף וחיזוק לתפיסותיה השליליות על עצמה. לכן, קבלתה באופן בלתי מותנה על ידי הגוף המטפל והמשקם היא חיונית.

להלן שתי דוגמאות לחשיבות שמייחסת נפגעת לקבלתה הבלתי מותנית לטיפול: "היא לא מפחדת ממני ולא מפחדת שאני אתאבד. האפשרות הזאת קיימת והיא יודעת שהאפשרות הזאת קיימת והיא לא מוותרת עלי" (פוסטן, 2009, עמוד 62). "כל מטפל שהגעתי אליו ושמע מחשבות אובדניות אמר לי לחזור לאשפוז. לא רציתי לחזור לאשפוז, רציתי להמשיך ולתפקד בחיים. רק שמישהו יעזור לי עם המחשבות האלה". (פוסטן, 2009, ע' 9).

מימוש העקרונות במודל ענבלים:

א.קבלה של הנפגעת כדיירת איננה מותנית. על אף גילויי תופעות התנהגותיות הרסניות כמו פגיעות עצמיות, אובדנות, סמים ואלכוהול, היא בכל זאת מתקבלת לענבלים. כלל זה חשוב לא רק בגלל שהציפייה להפסקה מיידית של תופעות אלה, טרם גיבוש והפנמת התנהגויות אחרות, איננה ריאלית, אלא גם כחלק מהאסטרטגיה הכללית של טיפול דיאלקטי התנהגותי. מטופלים עם הפרעת

אישיות גבולית תופסים את נטיית המטפלים לתת דגש רב על שינוי כמרכיב ששולל את הלגיטימיות שלהם במצבם הנוכחי. מטופלים רבים מגיבים לכך בעוצמה עד כדי נטישת המטפל. לכן, כדי שהשיקום לא יסתיים מיד בתחילתו, יש לפתח את הקשר הטיפולי טרם העברת הדגש על שינוי (Dimeff, Koerner; & Linehan, 2007). ציטוט המדגים עיקרון זה מנקודת מבט של דיירת בענבלים: "אני מרגישה שהרבה אנשים ניסו בעבר לגרום להתנהגויות מסוימות שלי, כמו פגיעה עצמית, פשוט להפסיק... כאילו לא קיבלו אותן... וכאן יש לי משהו אחר. אתן לא רוצות להפסיק, אתן רוצות להבין, אתן רוצות לעזור... ואז אני לא מפחדת לדבר איתכן על זה. קודם פשוט הייתי מסתירה".

ב. המשך שהייתה של הדיירת בענבלים מאופיין בהבנה של צוות ענבלים ששינוי בהתנהגויות ההרסניות הוא מורכב, דורש לימוד והפנמת מימנויות חדשות, יש לראותו כהליך מתמשך, ועל הצוות להכיל התנהגויות אלה לאורך זמן. עם זאת, יש ציפייה שהדיירת תגלה נכונות, ומוטיבציה לשינוי תוך קבלת אחריות אישית על מצבה. בין היתר היא מצופה לכבד את כללי ענבלים, ללמוד ולהפנים במהלך הזמן את הכלים להתמודדות עם הסימפטומים שמקורם בטראומה. לפי העניין, מסייע צוות ענבלים בידע מקצועי חיצוני, ובארגונים נוספים, כמו למשל מרכזי גמילה מסמים, או פסיכיאטר מחוזי, לטיפול בתוכנית ספציפית מידית של דיירת להתאבד. אם לאורך זמן ברור לצוות כי אין לדיירת יכולת או רצון להתקדם בנתיב השיקום, ובמקרים חריגים בלבד, מתבקשת הדיירת לעזוב את ענבלים.

ג. הכללים בתקופת שהיית הדיירת בענבלים נוגעים, בין היתר, להתנהגויות הרסניות כמו התאבדויות. הכללים לא מתנים את המשך השהייה בענבלים בהפסקת הניסיונות האובדניים, אך קובעים איך ומה לעשות בקשר אליהם. למשל, ברגע שעולות מחשבות אובדניות, חייבת הדיירת להודיע על כך לאחד מאנשי הצוות. אם הדיירת לא מדווחת מראש על רצון אובדני, ברור לה מראש כי התוצאה היא לקיחת אחריות שלה על המעשה והתמודדות עם ההשלכות לכך באופן עצמאי. הכללים הנוגעים להתנהגויות ההרסניות נקבעים ספציפית כחלק מהחוזים שבין הדיירת לענבלים (ראו פרק בסעיף 4.6 א').

ד. כלל אחר אוסר על הכנסת גבר לדירה. כלל זה נועד למנוע פגיעה חוזרת בדיירת, לפני שהפנימה כללי התנהגות חדשים שמונעים סכנה כזאת. במקרה של חריגה מכלל זה או כללים אחרים, מתקיימת שיחה עם הדיירת, ומובהר לה שהחריגה איננה מקובלת. במקרה של חריגות נוספות נשקלת גם השהיית שירות, שמשמעותה הפסקה זמנית של הקשר של אנשי הצוות עם הדיירת. כללים דומים ננקטים גם לגבי התנהגויות נוספות כמו תוקפנות כלפי אנשי הצוות וכלפי דיירות אחרות, וקבלת אחריות לגבי תורנויות בדירת המגורים.

4.3 הגנה ותחושת ביטחון

תומס מציין כי מבוגרים שסבלו מהתעללות בילדות לא קיבלו הגנה ותחושת מוגנות שאחרים קיבלו. לכן חשובה חוויה מתקנת של תחושת מוגנות (Thoms, 2005). הרמן (1994) טוענת כי ביסוס תחושת הביטחון צריך להיות בשלב הראשון של הטיפול, וכי נפגעות טראומה זקוקות למקלט בטוח. מעבר לכך, במקרים בהם מחולל הטראומה הוא בן המשפחה, הבית הוא בהגדרתו מקום לא בטוח, ובמקרים אלה יש חשיבות מיוחדת לביסוס תחושת הביטחון והמוגנות (הרמן, 1994). ממצאי מחקר העלו כי התהליך הטיפולי בנפגעות על רקע מיני נבלם כתוצאה מהמשך היפגעות שלהן, עקב המשך שהותן בסביבה שלא מספקת להן הגנה (Salter, 2017).

במחקר של פוסטון (2009) כל המשתתפות התייחסו לכך שסביבה מוגנת ותומכת חיונית לתהליך ההחלמה. כמעט כל המשתתפות תיארו איך בשלבים מסוימים, סביבה לא מוגנת הביאה לכגיעה בתהליך ההחלמה, בעת שהיו בשלב שבו אפילו הערת אגב של אדם יכולה לפגוע, כמו למשל (ציטוט מדברי נפגעת): "אם זורקים לי הערה אני לוקחת אותה הרבה יותר קשה ממישהו אחר, וקשה לי להירגע ממנה הרבה יותר מאדם שבטוח בעצמו" (פוסטון, 2009, ע' 101).

מימוש העקרונות במודל ענבלים:

א. הגנה ותחושת ביטחון של הדיירת נמצאים בעדיפות ראשונה. הטיפול הדיאלקטי התנהגותי, ששימש מורה דרך מרכזי בגיבוש עקרונות השיקום של ענבלים, קובע כי בראש סדר העדיפויות נמצאת המטרה של שמירה על החיים, ועד להשגתה יש להשקיע בה את מירב המאמצים (Lidimeff, Koerner, & Linehan, 2007). כחלק מהמאמץ למנוע התאבדויות, מנסה הצוות להבין את משמעות המחשבות והפעולות של הדיירת שיש בהן סיכון קיומי. האם המחשבות הן כלליות ומעידות על חוסר משמעות, תחושת כישלון, אשמה או מצב רוח חולף בלבד, או שהן מחשבות ספציפיות על איך, באיזה אופן, מתי ובאלו נסיבות להתאבד. כאשר המחשבות הן ספציפיות ומפורטות ומעידות על רמת מסוכנות גבוהה, מתייעצים עם הפסיכיאטר המטפל, ובמקרים מסוימים עם הפסיכיאטר המחוזי, ולפי הצורך מפנים את הדיירת לאשפוז. ההפניות לפסיכיאטרים נעשות לאחר שימוש בכלים לבדיקת מסוכנות, לצורך הערכה באיזו מידה נשקפת לדיירת סכנה מיידית (ראו למשל: קלהאן, 2015).

ב. אם המחשבות האובדניות לא משקפות רצון ממשי להתאבד אלא רק מבטאות כאב, פחדים, חרדות, חוסר נחת, נותנים אנשי הצוות לגיטימציה למחשבות והרגשות, משקפים ומבהירים אותם ומנסים לאתר יחד עם הדיירת דברים להרגעתה המיידית, וגם כלים שילוו אותה וישמשו אותה במצבים דומים בעתיד - כמו למשל שימוש בדמיון מודרך, טיפול בבעלי חיים, טיול על שפת הים.

ג. הדירה עצמה מספקת הגנה. כמו כן, הכללים לאיסור של כניסת גברים לדירות ומזעור יציאה מהעיר בתקופה השיקומית מפחיתים גם הם את החשש לתופעות של פגיעות חוזרות (Re-Victimization).

ד. יצירת מוגנות אישית Seeking safety ופיתוח מיומנויות של קבלת החלטות נכונה, לצד הבנה של דפוסי התנהגות פוגעניים. הצוות עובד עם הדיירות על פיתוח מיומנויות של שמירה על הביטחון האישי תוך בניית תוכנית שיקומית הכוללת את כל מרכיבי ה-A.D.L. (פעולות היום יום). תוכנית זאת כוללת, בין היתר, למידה כיצד להתנהג כדי להפחית את הסיכוי לפגיעה חוזרת, כמו למשל ללמוד לסרב ולומר לא, לאנשים בכלל, ואם יש מסוגלות לכך, גם לפוגע.

ה. פגישות עם מדריכה מדי יום בשעות הבוקר, צהריים וערב מסייעת לחוויית רצף של קשר תומך של הדיירת עם צוות ענבלים, התורמת לשיקום תחושת הביטחון והמוגנות.

ו. החשיפה של הדיירת לסביבה החיצונית נעשית בהתאם לרצונותיה ולמידה שבה פיתחה מיומנויות לשמירה על ביטחונה האישי. תחילה בליווי המדריכה, ולאחר מכן באופן עצמאי. ציטוט מדברי דיירת בענבלים המעידה על חיזוק תחושת הביטחון: "בניתי לעצמי בית שלי, בית משלי שהוא הכל בשבילי. הוא מעניק לי תחושת ביטחון שלא הייתה לי בחיים. לפני שאני יוצאת החוצה אני נערכת... אני חושבת עד כמה אני חזקה היום למקרה שאצטרך להגן על עצמי מפני מישהו בחוץ".

4.4 אמן ואמפתיה

אמן בדברי הנפגעת ואמפתיה אליה מצד גורמי שיקום וטיפול הם שני צרכים בסיסיים שלה ומהווים תנאים הכרחיים להחלמתה (מור, 2017; פוסטן, 2009; Wright & Gabriel, 2018). חוסר הבעת אמן בדברי הנפגעת, בדרך של מסרים ישירים או עקיפים שמרמזים על אחריותה לפגיעות, הם גורם מעכב החלמה. (פוסטן, 2006). תחושת הביטחון של הנפגע בכוונותיו של המטפל ובנכונותו להקשיב ללא שיפוטיות ולהאמין לו, מאפשרת גם לבטוח בו ולהיפתח בפניו. האמן בפני המטפל מאפשר בהמשך מתן אמן גם באחרים (Wright & Gabriel, 2018). לצד האמן בדבריה של הנפגעת חשובה גם קבלתם תוך הבעת אמפתיה (Williams, & NelsonGardell, 2012). מקורות נוספים אחרים מציינים כי שביעות הרצון של הנפגעות מהטיפול קשור בתפיסתן את המידה בה הן חוות אמפתיה. האמפתיה גם מסייעת להרגעה וויסות רגשי וגם להפחתת עוצמת מחשבות אובדניות (מור, 2017; Starzynski & Ulman, 2014).

ציטוטים מדברי נפגעות מעידים אף הם על חשיבות האמן והאמפתיה של המטפלים: "כשבטיפול את רואה מישהו שמקבל אותך ומאמין בך ומאמין לך קודם כל... אז את יוצאת החוצה ואת מראה שהינה מקבלים אותי אז אני חשובה" (פוסטן, 2009, עמ' 54).

מימוש העקרונות במודל ענבלים:

א. חוסר אמון הוא במרבית המקרים מאפיין בולט של מרבית הדיירות, כחלק מחוסר האמון במבוגרים, ששורשיו בטרומה על רקע הפגיעה המינית. המשך מצב של חוסר אמון בין הדיירת לצוות כמוהו כהפסקת טיפול שטרם התחיל. לכן רכישת האמון נמצאת בעדיפות עליונה.

ב. הטיפול הדיאלקטי התנהגותי, בו מרבה צוות ענבלים להשתמש, מציב את בניית הקשר הבין-אישי מטפל-מטופל בעדיפות גבוהה מיד לאחר השמירה על החיים. יחס של אמן מצד המטופל במטפל ובתהליך הטיפול והשיקום הוא חיוני ליצירת הקשר ומהווה תנאי להשגת המטרות שבהמשך, השגת שינויים התנהגותיים ורגשיים תוך פיתוח מיומנויות חדשות (Dimeff, Koerner, & Linehan, 2007).

ג. צוות ענבלים מנסה לבנות את הקשר עם הדיירות מראשיתו באמצעות העברת מסרים של: שיקוף, אמן, אי שיפוטיות, מתן אישור, אמפתיה למעשיה, מחשבותיה ורגשותיה.

- שיקוף - הבהרת האירועים, מחשבות, תחושות שביטאה הדיירת
- אמן - העברת מסר של אמן מלא בדברי הדיירת.
- אי שיפוטיות ומתן לגיטימציה - לא רק שאין לצוות עמדה שלילית ביחס לדברים שאמרה הדיירת, אלא שהדברים לגיטימיים לגמרי: "מה שאת מרגישה וחושבת זה טבעי וברור. אני לגמרי מבינה שזה מה שאת מרגישה. זה בסדר שכך את מרגישה".
- אמפתיה - העברת מסר של אהדה לדברים הנאמרים.

ד. תופעות ניתוק מאופיינות במציאויות סותרות. לכן על מנת לשקם את האמן יש להימנע ממסרים מעורפלים ודו משמעיים (זומר, 2004). מימוש עיקרון זה בא לידי ביטוי בכך שהאמירות של איש הצוות בענבלים הן ברורות, חד משמעיות ומחייבות.

4.5 העצמה

חזירה לאישיות מגובשת, שיש בה חלקים בריאים לצד הטראומטיים

יעד חשוב בשיקום הוא ארגון תפיסת האירועים הטראומטיים בפרספקטיבה רחבה יותר, כלומר הבנה שהאישיות כוללת גם מרכיבים בריאים מעבר למרכיבים הטראומטיים (קורטואה, 2004). אחת הדרכים בתהליך זה היא שהנפגעות לומדות לדעת שדברים דומים אירעו גם לשורדים אחרים. הן לומדות לחיות את חייהן לא כניצולות מכגיעה מינית אלא כאישיות שלמה. בדרך ליעד זה על הנפגעת לאמץ סלחנות עצמית, ללמוד להכיר תכונות חיוביות, הערכה עצמית, אמן בעצמי, השלמה עם עצמי (Wright & Gabriel, 2018).

מימוש העיקרון במודל ענבלים:

א.העברת מסרים שישנו את תפיסת הדיירת את עצמה באופן שישקף גם את יכולותיה, כישוריה, זיכרונותיה, מחשבותיה ורגשותיה באופן מלא יותר, כך שהטראומה והשלכותיה יצטמצמו לחלק אחד ממנה לצד מרכיבים אחרים חיוביים יותר.

ב.במקרה של דיירות הסובלות מהפרעת זהות דיסוציאטיבית Dissociation (Identity) Disorder, הצוות מתייחס ומנסה לחזק את הדמות המרכזית, תוך הבנת המלכים חריגים שנעשו על ידי דמויות אחרות. כאשר הדיירת עוברת לדמות אחרת, מבקש איש הצוות ממנה לחזור ולהיות היא, או מנסה לברר מה הניע אותה לעבור לדמות האחרת, ואז לשנות את הסיטואציה ששימשה טריגר לנטישת הדמות המרכזית, כדי לסייע לה לחזור לעצמה (למשל לעבור פיסית למקום אחר, להרגיע אותה).

הרחבת האחריות האישית במסגרת גבולות מוגדרים

מצבה של הנפגעת, טרם השיקום, מאופיין בתפיסתה את עצמה כפחותת ערך, בלתי ראויה, אשמה וחסרת יכולות. משום כך, העצמה בדרך של הרחבת האחריות האישית היא צורך מרכזי בתהליך המורכב לקראת שיקומה בדרך להחלמתה (מור, 2017; Gonzalez, 2017). אמצעי נוסף הוא הציפיה מהנפגעת שתיטול אחריות על עצמה, תעמוד בהבטחותיה ותתאים עצמה ללוחות זמנים הנדרשים במסגרת הטיפול והשיקום. דוגמה מדברית מטופלת הממחישים את תפיסתה את הציפיות ממנה לעמידה בגבולות והבטחות: "הגבולות שהמטפלת הציבה, כמה שכעסתי עליהם, הם גם קידמו אותי באיזושהי מידה... בצד אחד זה מבאס, כי כשנגמר הזמן ואתה מוצף, אין ברירה, מצד שני זה פעם בשבוע בצורה מסודרת ויש איזה תהליך שרואים שהוא עקבי" (פוסטן, 2009 ע' 60).

עוד אמצעי חיוני הוא ניהול השיח בין המטפל לנפגעת מתוך עמדה של שוויון, כך שהאחריות להצלחת הטיפול היא של הנפגעת והמטפל כאחד, שוויוניות בין המטופלת למטפל היא חיונית כחלק מההעצמה במיוחד לאור פערי הכוחות שעמדו בבסיס החוויה הטראומטית (מור, 2017). ציטוט הנוגע לכך מדברית מטופלת: "אני הולכת לטיפול, ואני הולכת למישהי שיש לה הרבה יותר ניסיון משלי, אבל בתחושה האישית שלי לא יכול להיות שיושב מולי מישהו שיש לו איזו עליונות עלי" (פוסטן, 2009, ע' 75).

מימוש העקרונות במודל ענבלים:

א.מציאת איזון בין העצמת הדיירת, תוך הדגשת היות שותפה לטיפול ואחריות למעשיה, לבין תמיכה בה והעברת מסר שהיא יכולה לתת אמן בצוות, לבטוח בכך שאתה, תומך בה ועומד לרשותה. המסגרת בנויה כך שלא בכל רגע נתון עומד איש צוות לרשותה, ומצפים ממנה שתצליח להתמודד בכוחותיה שלה, אך יש מועדים קבועים שבהם מדריכה ומתאמת טיפול זמינות עבורה.

ב. הדגשת אחריות הדיירת לפעולותיה ולהשלכותיהן, באמצעות העברת מסר בנוסח "את אחראית למה שקורה אתך. מסלול חייך מכאן והלאה תלוי בך. את יכולה לשלוט בחייך ולבחור בין האפשרויות שעומדות בפניך".

ג. הגדרת הברית הטיפולית כברית בין שני מומחים החולקים מטרה משותפת. הדיירת היא המומחית לחייה, ואיש הצוות הוא המומחה בתפקיד השיקום: "את מומחית לגבי מה טוב עבורך, מה מתאים לך, מה את רוצה להשיג, לאן את רוצה להגיע, והאחריות לך היא שלך בלבד. אני איש הצוות, בעל מקצוע ומומחיות בשיקום, ויכול עם הכלים שלי לסייע לך להבין מה ההשלכות והתוצאות של ההחלטות והמעשים שלך, להצביע על אפשרויות שאולי לא חשבת עליהן, להסב תשומת לבך לתוצאות חיוביות ובלתי חיוביות של החלטה או מעשה שלך". בהמשך לאותה תפיסה, גם השיח השוטף בין אנשי הצוות והדיירות מתנהל באופן הדדי, באמצעות מסרים כמו: "אני מכבדת את דעתך למרות שחשוב לי שתביני את ההשלכות שאני סבורה שיהיו לך".

ד. איתור נקודות חוזקה של הדיירת. חיפוש משותף של אתגרים שהשגתם תשמש מאיץ לשיקומה הרגשי והתפקודי. לשם כך מנסים לברר מה השאיפות שלה, מה החוזקות שלה, באיזו מידה היא שבעת רצון מהמציאות, ומה ברצונה לשנות. לצד השיח המשותף עם הדיירת לאיתור נקודות חוזקה, משתמשים לעתים בכלים לאיתור שאיפות ולקביעת מטרות (ראו למשל: קלהאן, 2015).

ה. למידה מהצלחות. בדיקה משותפת, על ידי מתאמת הטיפול והדיירת, של תוצאות המשימות שניסו להשיג. כחלק מהלמידה נלמדים לקחים מהקשיים ומחוסר ההצלחות, אך הדגש מושם בעיקר על זיהוי הצלחות, ניתוח התהליך שגרם להצלחות, והחלטה לחזור על ההצלחה שהושגה לגבי משימות נוספות במישורים אחרים, ומשימות דומות מאתגרות יותר.

4.6 שליטה בסימפטומים והפנמת התנהגויות חדשות

ויסות רגשי להשגת שליטה בסימפטומים

ההשלכות ארוכות הטווח של פגיעה מינית כוללות, בין היתר, פגיעה בוויסות הרגשי (Briere & Spinazzola, 2005). מיומנויות של ויסות רגשי נרכשת במסגרת אינטראקציה עם הדמות ההורית והעברה הדרגתית של האחריות לעמידה בתסכול ושליטה ברגש אליו. ילדים שעברו טראומה מתמשכת מתקשים לפתח את המיומנות הזאת (Briere & Spinazzola, 2005). יעד מרכזי של הטיפול והשיקום הוא לימוד והפנמת יכולת ויסות רגשי, שליטה בסימפטומים והתנהגויות אדפטיביות לסביבה נורמטיבית (זומר, 2004; Deegen, 2003).

מימוש העקרונות במודל ענבלים:

א. חתימת חוזים (חוזה שיקום וחוזה למניעת אובדנות) בין הדיירת לענבלים. החוזים מותאמים לפי הצורך ספציפית לדיירת. חוזה השיקום מפרט את ההתחייבויות השונות של הדיירת, חובותיה במסגרת השותפות בדירה, התחייבויותיה לגבי אי שימוש בסמים, אלכוהול וכדומה, והיותה שותפה בתהליך השיקום. החוזה למניעת אובדנות כולל התחייבויות של הדיירת לפעולות הדרושות לצורך התמודדות עם תופעות אובדניות, ואת נהלי ענבלים בנדון. חוזה השיקום והחוזה למניעת האובדנות נחתמים על ידי הנפגעת ועל ידי מתאמת הטיפול. החוזים משקפים, לצד התחייבויות הדיירת, גם את ההתחייבויות ענבלים כלפיה, ומשדרים שהיא יכולה לתת אמון מלא בכך שצוות ענבלים יעמוד בהתחייבויות אלה. חשוב לציין שבשל עומק הפגיעה והחוסן הנפשי השביר של המשתקמות, אין ביכולתן של צוות ענבלים להבטיח מניעה מוחלטת של אובדנות, אך כן להפחית את הסיכוי להתרחשותה ככל הניתן.

ב. נוכחות נציגי הצוות בזמנים קבועים וקריטיים. יצירת חוויית רצף של קשר תומך של הדיירת עם צוות ענבלים, התורמת לשיקום תחושת הביטחון שלה, מסייעת גם לוויסות הרגשי ולהפחתת תופעות פוסט טראומה.

ג. צוות ענבלים משתמש בכלים של טיפול דיאלקטי התנהגותי לצורך הוויסות הרגשי והשגת שליטה בסימפטומים, זיהוי התדרדרות. לימוד האופן שבו ניתן לחיות עם התופעות וכיצד לצאת מהן (Dimeff, Koerner, & Linehan, 2007). כל דיירת לפי צרכיה. לומדת ורוכשת מיומנויות לוויסות רגשי, לרבות התמודדות עם כעסים, התמודדות עם הדחף לפגיעות עצמיות וניסיונות אובדניים. לצעירות סף גירוי חושי נמוך הגורם לכך שצליק, מילים, נגיעה, מבט, ריח, מראה או סיטואציה עלולים להזכיר את האירוע הטראומטי. ולהביא להתפרצות התנהגות כמו ניתוק, קפיאה במקום, בכי לא נשלט או תוקפנות. המיומנויות נרכשות על ידי צוות ענבלים תוך תרגול בזמן אמת, כמו למשל יציאה לסופרמרקט יחד עם המדריכה, וגם שיחה מאוחרת יותר עם המדריכה או מתאמת הטיפול. בנוסף משתתפות דיירות גם בקבוצות של טיפול דיאלקטי התנהגותי מחוץ לענבלים. לימוד המיומנויות של ויסות רגשי כולל, בין היתר, מתן לגיטימיות לרגשות ומחשבות שעומדות בבסיס הקושי בוויסות הרגשי, הבנת הסיטואציות בהן מתעורר הקושי, היכולת לעצור את ההתפרצות הרגשית וגם לצאת ממנה כשהיא מתרחשת. להלן מספר כלי התערבות בהן נעשה שימוש. מרביתן נכללות בטיפול הדיאלקטי התנהגותי (קלהאן, 2015; Dimeff & Linehan, 2007):

- שיקוף רגשות הדיירת ואישור הלגיטימיות שלהם (Validation): הצוות עשוי להתייחס לכך גם בזמן אמת וגם בשיחה שנערכת מאוחר יותר. תגובות התערבות שמטרתן להביא לשיקוף הרגשות ואישור הלגיטימיות שלהם עשויות להיות למשל: "אני רואה שאת כועסת, או רוצה לפגוע בעצמך, זה בסדר להרגיש כך, זה הגיוני שכך תרגישי לאור מה שעברת, תספרי לי מה את מרגישה וחושבת".

- תגובות שמיועדות לאפשר לדיירת להבין יותר טוב את הסיטואציות שבהם הופר הוויסות הרגשי, באמצעות פרשנות מרגיעה ומציאותית לאירועים. למשל התפרצות רגשית שאירעה לדיירת בעת שעמדה בתור לקופה בסופרמרקט כתוצאה מגניעה אקראית בכתפה על ידי גבר שעבר בסמוך. תגובת איש הצוות עשויה להיות "האיש רק מיהר להגיע לתור, ולא התכוון לדחוף אותך". או, דוגמה אחרת, תוקפנות מילולית חריפה של הדיירת כלפי המדריכה. במקרה כזה, בצד הבהרת הכללים והנהלים, שאינם מתירים תוקפנות כלפי הצוות, מנסים להבהיר לדיירת שהתוקפנות היא חלק מהעברה, כעס כלפי הפוגע המועבר למדריכה, בגלל שתגובה כלשהי שלה הזכירה את התוקף. תגובה אפשרית יכולה להיות: "אני שומעת שאת כועסת מאוד, מה גרם לך לכעוס, האם משהו שעשיתי הזכיר לך מצב דומה שהכעיס אותך?".
- כלים המיועדים לעצור את ההתפרצות הרגשית וגם לצאת ממנה כשהיא מתרחשת:
 - מודעות קשובה (Mindfulness) היכולת להיות מודע באופן מלא להתרחשות החיצונית (היכן אנחנו, מה אנחנו עושים, מה קורה לנו) ברגע נתון וסיטואציה נתונה, כדי למנוע הצפה רגשית ומחשבתית. (Being Mind במקום Doing Mind).
 - קרקוע (Grounding). פעולות להבאת האדם לקרקע יציבה ולהתחברות למציאות (Lowen, 1971). בענבלים משתמשים בשיטה זאת להפעלת חמשת החושים על מנת להתחבר לכאן ועכשיו: מה מריחים, מה רואים, טעם, צלילים שנשמעים מבחוץ.
 - פעולות בזמן האירוע, למשל: נשימות עמוקות, ספירה איטית עד עשר, הרחת בושם אהוב, מגע עם קרח או עם חפץ כלשהו.
 - פעולות לאחר האירוע, ללמוד מה יכול להרגיע כמו למשל: מוזיקה אהובה, הליכה על שפת הים.

הפנמת התנהגויות חדשות

כלי ההתמודדות עם הטראומה ששירתו בזמן הפגיעה ממשיכים לפעול גם לאחר הפסקת הטראומה. אך בשלב זה הם כבר פחות פונקציונליים ופוגעים בתפקוד. משום כך, נפגע הטראומה חייב לפתח כלים חדשים שיחליפו את הכלים ששימשו אותו בזמן הטראומה (Ford, 2005). כלי מרכזי שנפגע כתוצאה מהטראומה הוא היכולת למצוא ולקיים קשרים חברתיים (Sanjeevi et al., 2018). דיגן מתייחסת אף היא לקשרים החברתיים של הנפגעת ומציינת את החשיבות המיוחדת שיש במפגשים עם שורדים אחרים, שמסייעים לנפגעת לקבל את עברה ולא להאשים את עצמה (Deegen, 2003). גם פוסטן מצאה במחקרה כי הנפגעות מדגישות את חשיבות תמיכתם של אנשים נוספים כדי להתקדם בתהליך ההחלמה. הנחקרות תפסו את הבידוד החברתי ככרוך בסבל רב וכגורם שמעכב את תהליך ההחלמה שלהן. רבות מהמשתתפות במחקר

בחרו עיסוק או פעילות התנדבותית הכרוכים במגע עם אנשים, דבר המוביל לשיפור האסרטיביות ועמידה על שלהן, שיפור היכולת ליצור ולהשתתף במערכות יחסים מיטיבות תוך בחירת האנשים הנכונים. חשיבות מיוחדת בתקופת השיקום ממלאת האינטראקציה עם נפגעות נוספות המתמודדות עם בעיות דומות, המאפשרת, בין היתר, הגברת פתיחות, עיבוד החוויה, העצמה ושיפור האמון בזולת (פוסטן, 2009). בתהליך השיקום, על הנפגעת לעמוד במשימות הסתגלות תובעניות ביותר, ובמיוחד למצוא דרך לבנות אמון בבני אדם במצב בו האנשים הוכיחו בעבר שהם לא ראויים לאמון, ביטחון עצמי במצב לא בטוח, הרגשת שליטה במצב שאין בו שליטה (זליגמן, 2004). מחקרים אחרים מעידים גם הם על החשיבות שבבניית מערכות יחסים חדשות עם אחרים משמעותיים לרבות משפחה, חברים ואחרים בקהילה. (Edmond et al., 2006; Domhardt et al., 2015; Williams, Nelson & Gardell, 2012).

לימוד והפנמת פעילויות חדשות נוגעים לא רק לאינטראקציה עם הזולת אלא גם למגוון תפקודים בתחומים נוספים, החיוניים לשילוב מרבי של הנפגעת בחיים הרגילים בדיוק, בתעסוקה, בחברה ובמשפחה. השיקום כולל מגוון רחב של מיומנויות ספציפיות שעשויות לסייע לתפקוד הנפשי והגופני: ספורט, סיוע לזולת, שיפור קשרים עם בני משפחה, עבודה ולימודים, מימוש חלומות (פרבשטיין והירש, 1997).

במחקר איכותני של נפגעות על רקע פגיעות מיניות נמצא כי פיתוח היכולות האישיות שלהן כרוך בהתנסויות בפעילויות חדשות - אך דבר זה כרוך באתגר לא פשוט, בשל הנטייה הטבעית של הנפגעות להימנע מהתנסויות חדשות בגלל חרדות שהן עוררו אצלן. בין ההתנסויות הללו יש לציין במיוחד את היכולת להביע רגש, ליהנות מיחסי מין, להאמין באנשים, לדבר עם אנשים, להכיר אנשים חדשים. במחקר אחר נמצא כי רבות מהמשתתפות ציינו כי פעילות גופנית כמו ספורט או ריקוד מסייעות להן להתגבר על התחושות הנפשיות הקשורות לחוויה הטראומטית. אחרות ציינו את שאיפתן לעבודה מסודרת במקום של "אנשים רגילים" (פוסטן, 2009).

עוד מחקר העלה שפעילות התנדבות וסיוע לזולת נמצאה מועילה לתהליך ההחלמה (Draucker et al., 2009). מחקר אקפולורטורי לבדיקת שיטות התמודדות של 15 נשים שהתמודדו בהצלחה עם טראומה, מצא כי היכולת לדמיין בניית חיים חדשים, למצוא עבודה, להתחתן, להביא ילדים, סיעה בתהליך ההחלמה (DiPalma, 1994).

מימוש העקרונות במודל ענבלים:

- א. לימוד פעולות יום-יום שגרתיות וקביעת משימות יומיות. למשל מציאת הדרך הנכונה להתכונן לשנת הלילה ולקום בבוקר למשימות יומיות.
- ב. למידת הבנת כיבוד והצבת גבולות תוך בניית קשר בין-אישי, לרבות התפקידים השונים בקשר, כללי מותר ואסור בקשר.
- ג. עידוד ותמיכה של הצוות באינטראקציה של מתן אמון הדדי ובריתות חדשות עם דיורות אחרות בדירה ובקהילה.

ד. חלק מהדירות נמצאות בקרבת מקום זו לזו. דבר זה מאפשר לדיירות להשתלב בחיים עצמאיים בקהילה, ועם זאת ליהנות מרשת חברתית זמינה וקרובה המספקת תמיכה והעצמה אישית וקבוצתית.

ה. הדרכה במציאת האנשים הנכונים והראויים לקשר מיטיב.

ו. הדרכה באסרטיביות, יכולת להציב גבולות ולעמוד על דעתן.

ז. חיזוק הביטחון העצמי של הדיירת ביכולתה להתקדם לקראת השתלבות בחיים בקהילה, בגישה המאפשרת את הזכות להחליט והזכות לטעות.

ח. בהמשך נלמדות גם מיומנויות הכרוכות ביציאה מהדירה, כמו למשל ללכת לסופרמרקט, ללכת לקופת חולים. הלמידה נעשית בשני אופנים: האחד, למידה בזמן אמת, כאשר המדריכה יוצאת למשימה יחד עם הדיירת, מראה לה בזמן אמת באמצעות מודלינג (הדגמה) והנחיה במקום, איך מתכננים קניות מראש, מה נהוג ללבוש, איך מגיעים למקום, איך מנהלים שיחה עם אנשים. אופן הלמידה השני הוא בדיעבד: אנשי הצוות שואלים את הדיירת ומדובבים אותה לגבי מחשבותיה ותחושותיה לגבי מה שהיה, וחושבים יחד איך להמשיך ולפתח את המיומנויות הנדרשות.

ט. בשלב מתקדם יותר משולבות בפעילויות הדיירת משימות מאתגרות יותר כמו פעילות גופנית, למשל הליכה יומית או במסגרת חוג במתנס², תחביבים, התנדבויות למען הקהילה.

י. דיירות המסוגלות לכך משתלבות בסופו של דבר גם בקהילה הרגילה בהכשרה, תעסוקה, יצורות קשרים מיטיבים עם בני משפחה, חברות, עם בני זוג, ולבסוף לעתים גם נישאות ומקימות משפחה.

4.7 קבלת מירב משאבי שיקום מהקהילה

מודלים של ניהול מקרה (Case Management) מדגישים את חשיבות הפעולות לגיוס המשאבים ומקורות התמיכה בסביבת המשתקם, לשיקומו. עיקרון נוסף הוא גיוס אנשי מקצוע מתחומים שונים ומסוכנויות שונות, אשר כמכלול יוכלו לספק לנפגעי הנפש מענים מלאים ככל הניתן. על גיוס המשאבים השונים והסוכנויות השונות לטובת הנפגע להיות מתואמים ומשולבים (למשל: Rapp, 1998; Morse et al, 1992). ממצאי מחקרים מעידים על חשיבותם של עקרונות אלה. חקר מקרה של נפגעת על רקע גילוי עריות העלה שהצלחה בשיקומה נזקפת בראש וראשונה למעורבות רב-מערכתית (Buttenheim & Levendosky, 2000). ממצאי מחקר ממחישים כי חוסר עקביות וחוסר תיאום בפעילותם של סוכנויות לטיפול בנפגעי התעללות מינית קבוצתית הביאו לבלימת המאמצים להתקדם בטיפול. מסקנות המחקר הן כי הכשרה, תרגול, תיאום בין הסוכנויות חיוניים לקידום ביטחון ושיקומו של הנפגעות (Salter, 2017). מחקר פעולה שעסק בשירותים שטיפלו בילדים בסיכון בטרינידד וטובגו מצא, בין היתר, שעל מנת לתת לילדים את הטיפול הראוי יש צורך בתיאום בין הסוכנויות השונות, להביא לעקביות בטיפול, להכשיר אנשי מקצוע מיומנים ומקומות דיור בטוחים וזמינים (DiPalma, 1994).

מימוש העקרונות במודל ענבלים:

ענבלים פועלת לשיקום הדיירות, תוך שיתוף גורמים שונים בקהילה, בעבודה רב-מקצועית. דגש מיוחד מושם על הקשר המשולש: הדיירת, גורמי הטיפול וגורמי השיקום. מתאמת הטיפול פועלת כמנהלת מקרה, המרכזת את מקורות התמיכה להן נזקקות הדיירות, ממגוון מערכות ומומחים מתחומים שונים. הגורמים בקהילה וענבלים נמצאים בקשר רציף באמצעות ישיבות תקופתיות לבחינת העבודה המשותפת. להלן הגורמים העיקריים איתם עובדת ענבלים:

א. יחידות לנפגעות טראומה ויחידות המטפלות ספציפית בנפגעות טראומה על רקע מיני.
 ב. שירותי בריאות הנפש בקהילה: מרפאות קהילתיות לבריאות הנפש, יחידות לטיפול בהפרעות אכילה והתמכרויות, מחלקות רווחה, מחלקות פסיכיאטריות ויעודיות לנפגעות טראומה מינית, לאשפוז מלא או חלקי.

ג. מסגרות פנאי ונופש בקהילה: הפניה לפעילות במסגרות ספורט כמו חדרי כושר, התנדבות בארגונים העוסקים בתחומים כמו "צער בעלי חיים", חוגי אמנות כמו קרמיקה, מרכזי מערך יום לכגועי נפש של משרד הבריאות שבהם מתקיימת פעילות כמו ריפוי בעיסוק, ריפוי בתנועה.

ד. שילוב הדיירות בקבוצות: קבוצות יזמות על ידי מתאמות הטיפול של ענבלים בנושאים כמו למשל הפחתת הסטיגמה, זוגיות ומיניות בריאה, ועל ידי המדריכות בנושאים כמו אקטואליה, ספורט, תזונה ויצירה.

ה. קשר עם בני משפחה וחברים. הקשר שענבלים מעודדת הוא עם בני משפחה שלא היו מעורבים בפגיעה, בדרך כלל אחים, אחיות, או בני משפחה בדרגה נמוכה יותר. עידוד הקשר נעשה תוך הדגשת העובדה שמשפחה היא מרכיב חשוב וקבוע לעומת ענבלים שהשהייה בה היא לפרק זמן מוגבל וחולף. הדיירת מתבקשת לציין עם הגעתה שמות של אנשי קשר, בדרך כלל אחות או חברה. את אנשי הקשר מיידעים לפי העניין על ההתקדמות בתהליך השיקום, וכן משתפים אותם כשניתן, וכשהשיתוף תואם את רצון הדיירת בתהליך עצמו.

ו. מסגרות תעסוקה והכשרה: הפניית דיירות לחברות כח אדם, לקורסים והשתלמויות המוצעות על ידי גורמים שונים בקהילה, הפנייה ללימוד במסגרות אקדמאיות אוניברסיטאות ומכללות, ייזום והפנייה להכשרות מיוחדות כמו לימוד רכיבה טיפולית.



**בחינה השוואתית של
עקרונות השיקום**

05

דיירות ענבלים מתמודדות, כפי שפורט בפרקים הקודמים, עם הפרעות תפקודיות ורגשיות חמורות, ונמצאות ברובן בסיכון מוגבר עקב ניסיונות אובדניים והתנהגויות הרסניות נוספות. שיקומן הוא מורכב ותובעני, ודורש מענים לצרכים שונים, שמימושם חיוני לשיקום.

ייחודיותו ויתרונותיו של מודל העבודה שהתגבש בענבלים, על פני מודלים מקובלים אחרים, שהוא נותן מענה מרבי למכלול הצרכים הנדרשים לשיקומן של צעירות אלה.

להלן ננסה להעריך את מידת מימוש אספקת הצרכים הללו בארבע מסגרות טיפול ושיקום: דיור מוגן לנכגי נפש, טיפול אמבולטורי בפוסט טראומה על רקע מיני, אשפוז מלא וענבלים (ראו גם תרשים מס. 2, ע' 38).

דיור מוגן לנכגי נפש נותן מענה מסוים לכלל הצרכים של הנפגעת, אך לא מכוון ספציפית לבעיית טראומה על רקע גילוי עריות וכגיעות מיניות אחרות. בעיה שההתמודדות אתה מחייבת גישה תואמת וייחודית (זליגמן, 2004; קורטואה, 2004; Gonzalez, 2017; Salter, 2017). משום כך נראה כי מסגרת זאת איננה מממשת את מלאו צרכי הדיירות. מחקר שבדק את מידת כשירותם של ארגונים ומוסדות בקהילה, לרבות גורמי בריאות נפש, לטפל בנפגעות טראומה על רקע מיני מדגיש את חשיבות המיומנויות הספציפיות הנדרשות לטיפול באוכלוסייה זאת. מטפלים או גורמים אחרים שלא קיבלו הכשרה מתאימה, לא הבינו לעתים מה זאת דיסוציאציה (ניתוק), לא הבינו את מהות הפגיעה ואת רגישות הנפגעות, פעלו באופן שלא רק שלא תרם לשיקום, אלא לעתים הביא אפילו לטראומטיזציה חוזרת. היו עובדים שניסו להכריח נפגעת להשתתף בקבוצה מבלי שהיו לה כוחות מתאימים להתמודד עם חשיפת הטראומה והלחץ הקבוצתי. אחרים הביעו באופן גלוי או סמוי אי אמון בדברי נפגעת, ניסו לאלץ אותה להתלונן במשטרה, או האשימו אותה במישרין או בעקיפין לאחריותה לאירועים הטראומטיים (Salter, 2017).

טיפול פרטני בפוסט טראומה על רקע פגיעות מיניות ממוקד אמנם בצרכי הנפגעת, אך אספקתם של הצרכים לשיקומה איננה מלאה ממספר סיבות, ובעיקר כי אין באפשרותו להעניק לנפגעת הגנה ראויה. קורבנות טראומה מינית זקוקות לתרפיה ממושכת ולמקלט בטוח לאורך זמן, שיאפשרו להן התקדמות הדרגתית תוך התחשבות בסכנות, עד שיפתחו מנגנונים נפשיים וחברתיים של הגנה. בהיעדרם של אלה עלול תהליך השיקום להיפגע ואף להיעצר (Koss & Harvey, 1991). מחקר מראה שהתהליך הטיפולי פעמים רבות נבלם כתוצאה מפגיעות חוזרות ונשנות, שאירעו בגלל שהנפגעת המשיכה לשהות בסביבה שלא מספקת לה הגנה (Salter, 2017). יש חשיבות לכך שהתנאים הסביבתיים יהיו מותאמים לצרכי הנפגעת ויאפשרו לה להתמקד בהחלמה. "מאוד קשה לעשות את שני הדברים במקביל: גם להתמודד עם העולם הפנימי וגם לבנות סביבה חדשה" (פוסטו, 2009, ע' 51). בשלבים הראשונים של השיקום, הנשים מתקשות להתמודד עם כך שהסביבה לא מבינה את מצבן ואת הסבל שלהן. תקופת החלמה אמורה לפתח מנגנונים שיאפשרו יכולת פנימית להימנע מראש, להפסיק מצבים שעלולים לגרום נזק, או להתמודד איתם בהצלחה.

כישלונות בהתמודדות עם סביבה לא מוגנת, בהיעדר מנגנונים מתאימים, עלולים להביא לנסיגה לדפוס התמודדות וחשיבה ישנים שאינם מיטיבים. הנסיגה עשויה להיות מיידית וחמורה, כפי שביטאה זאת אחת המשתתפות במחקר "נורית הישנה יכולה תוך שנייה לקפוץ, תוך שנייה לצוץ ל", כי היא רגילה להיות שם" עמוד 71 (פוסטן 2009, ע' 71).

קוצר ידו של הטיפול הפרטני לספק לבדו את צרכי הנפגעת נובע גם מאילוצי הזמן שיכול מטפל להשקיע בה אישית, בדרך כלל פגישה עד שתיים בשבוע. מסגרת כזאת לא מכילה מספיק מפגשים הנדרשים לתהליך השיקום (פוסטן, 2009). ויליאמס ונלסון-גרדל מצאו במחקרם כי אינטנסיביות הזמן הניתן לנפגעות על ידי המטפלים קשורים להחלמתן (Williams & Nelson- Gardell, 2012). ממצאים דומים התגלו גם בעבודתם של סנג'בי ואחרים (Sanjeevi et al, 2018).

























אשפוז מלא נותן ללא ספק את המענה הטוב ביותר להגנת הנפגעת מפני אפשרות של תקיפה נוספת וגם מפני פגיעה עצמית ואובדנות. זאת, כל עוד הנפגעת שוהה במקום, תודות לבקרה על כל הנכנס ויוצא מהמוסד וגם על כל המתרחש בתוכו. צורך נוסף שמספק אשפוז מלא הוא קבלה בלתי מותנית של הנפגעות והכלת התנהגויות הרסניות כמו הנטייה לאובדנות ותופעות של ניתוק. מצד שני, אשפוז בהגדרתו חסר את המענה לצורך בהתמודדות הנפגעת בחיי היום יום במסגרת חיצונית, וגם בגיוס משאבי הקהילה לטובת השיקום.

על מאפייניו ומגבלותיו של אשפוז פסיכיאטרי ניתן ללמוד מתיאור מקרה של צעירה שסבלה מפוסט טראומה על רקע אונס קבוצתי. התנהגותה של צעירה זאת כללה, בין היתר, ניסיונות אובדניים, פגיעות עצמיות חוזרות ונשנות, הפרעות אכילה וקושי להירדם. מתיאור המקרה ברור שהמסגרת של האשפוז ענתה בהחלט על שני הצרכים הראשונים: "נכונות לקבל אותה למסגרת" למרות התנהגותה ההרסנית, ו"לספק לה הגנה וביטחון". אשפוז של הצעירה עסק, לפי הנאמר, באופן רציף בשמירה על חייה ושלמות גופה. המחלקה היוותה מערכת עוטפת שהקיפה אותה שבעה ימים בשבוע מנטייתה הכרונית לפגוע בעצמה (בלבן, 2013). אך צרכים אחרים, כמו "אמון ואמפתיה", "העצמה" סופקו, לפי המתואר, באופן חלקי בלבד. כך למשל, חלק מהאחיות במשמרת הלילה ביטאו תגובות של כעס וקוצר רוח כלפי מה שהן תפסו כ"הצגות" וניסיונות של הצעירה למשוך תשומת לב. תגובות קיצוניות אף יותר הכילו הצעות של הצוות להיפטר מנוכחותה התובענית באמצעות בידוד או הגבלה. "הפנמת התנהגויות חדשות", החלו אמנם בשלב מסוים בעת האשפוז, אך הגיעו לידי בשלות רק עם שחרורה מהאשפוז המלא למסגרת של דיור בקהילה, עם תוכנית שיקומית מקיפה שכללה פעילות ומסגרות של פנאי ושל תעסוקה (בלבן, 2013). בנוסף לאמור, יש לציין שבית החולים פעמים רבות מתייחס לפרט כאל חולה ואל אדם חסר יכולת תפקוד, התייחסות שאיננה מתמקדת בהצלחה אלא במגבלות המאושפז, ומנוגדת לצורך שלו בהעצמה. האשפוז ותיוג המאושפז כחולה מביאים פעמים רבות לרמיסת הכבוד האישי שלו, תוך העמדת המחלה במרכז והתעלמות מכוחותיו החיוביים (Deegen, 2003; Farkas, 2013).

לסיכום: אספקת מכלול צרכיהן של הדיירות למענה על בעיותיהן היא מאתגרת ביותר. על היקף וחומרת בעיותיהן של נפגעות על רקע מיני ניתן ללמוד מסקירה שיטתית של אלפי מאמרים שעסקו בהתערבויות מקצועיות שמטרתן לעודד החלמה ושיקום של ילדים ומבוגרים (בעיקר נשים) שעברו ניצול מיני. ההתערבויות שנסקרו התמקדו בתחומים הבאים: א. שירותי בריאות ושירותים חברתיים, ב. ניהול מקרה אינטנסיבי, ג. קבוצות חינוכיות/נפשיות, ד. תוכניות דיור. מסקנה מרכזית של הסקירה הייתה שנדרשות תוכניות מקיפות שיענו על מכלול הצרכים של הנפגעות, לרבות ביטחון, הפחתת סכנת היפגעות נוספת ומתן הזדמנות לתרגול התנהגויות חדשות (Moynihan, Pitcher & Saewyc, 2018). לאור האמור, נראה כי צעירות נפגעות פוסט טראומה על רקע מיני, בסיכון מוגבר, אשר אינן במצב המחייב אשפוז, וטרם הגיעו לשלב בו די בטיפול פרטני בלבד, עשויות למצוא בדיוור ביחידה לנפגעי טראומה מינית, מסוג ענבלים, מענה ראוי.

גם בענבלים, למרות הדגש על פתרונות מקיפים וספציפיים המכוונים למכלול הצרכים, מימוש המענה לצורכי הדיירות איננו מלא. המטרות השיקומיות בדרך כלל אינן מושגות במלואן, ההתקדמות של הדיירות מלווה ברגרסיות, והיא קשה, מתסכלת לעתים קרובות וממושכת ביותר. עם זאת, נראה שפוטנציאל המסגרת שמספקת ענבלים ועקרונות עבודתה הם מתאימים ביותר להתקדמות הדיירות בנתיב השיקום וההחלמה.

תרשים מס.2: עקרונות ענבלים - בחינה השוואתית

עקרונות ענבלים	אשפוז	טיפול פרטני בפוסט טראומה על רקע מיני	דיוור מוגן לכזועי נפש (לא ספציפי לפגיעות על רקע מיני)	המודל הצורך
				קבלה לא מותנית
				הגנה
				אמון
				העצמה
				הפנמת התנהגויות חדשות
				מקסום משאבי שיקום

מימוש מועט 

מימוש חלקי 

מימוש רב 



מקורות

06

- בלבן, ש. (2013). הפרעה גבולית במחלקה פסיכיאטרית. נדלה מתוך אתר פסיכולוגיה עברית <https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=2943>
- דורון, מ. (2016). טראומה והטיפול בה. תל-אביב: בית עלים.
- הרמן, ג'. ל. (1994). טראומה והחלמה. תל-אביב: עם עובד.
- זומר, א. (2004). להיות או לא להיות: טראומות ילדות והפרעות ניתוק. מתוך צ. זליגמן וז. סולומון (עורכים), *הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות* (192-104). תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד מרכז אדלר לחקר רווחת הילד ושלומן. אוניברסיטת תל-אביב.
- זליגמן, צ. (2004). מבוא לגילוי עריות: אין אמת, ואין חסד, ואין רחמים. מתוך צ. זליגמן וז. סולומון (עורכים), *הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות* (40-15). תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד מרכז אדלר לחקר רווחת הילד ושלומן. אוניברסיטת תל-אביב.
- לבי, י. ופלד, ע. (2004). לא מוותרות: בגרותן של נשים נפגעות גילוי עריות. מתוך צ. זליגמן וז. סולומון (עורכים), *הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות* (81-54). תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד מרכז אדלר לחקר רווחת הילד ושלומן. אוניברסיטת תל-אביב.
- לוגסי, ר. (2007). הקשר בין חוויות של פגיעות שונות בילדות ובהתבגרות לבין מצוקה פסיכולוגית ואינטימיות ביחסים הזוגיים של נשים צעירות. חיבור לקבלת תואר מוסמך בעבודה סוציאלית. בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית על שם פאול ברוואלד-האוניברסיטה העברית. מור, א. (2017). דמעה שלא נגעה. הפגיעה המינית וההתמודדות עמה מזווית אישית וחברתית. קריית ביאליק: אח.
- משרד הבריאות (2000). חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000. הוצאת הלכות. נדלה מתוך: www.health.gov.il/LegislationLibrary/Nefesh35.pdf
- סנ'ני, פ. מ. (1998). הארגון הלומד. תל אביב: מטר - הספרייה המרכזית לניהול.
- פוסטן, ד. (2009). החלמה כמושג וכתהליך על פי תפיסתן של נשים שעברו פגיעה מינית מתמשכת בילדות. חיבור לקבלת תואר מוסמך בעבודה סוציאלית. בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית על שם פאול ברוואלד-האוניברסיטה העברית.
- פרבשטיין, מ. והירש, ג. (1997). שיקום נפגעי נפש בקהילה. טבעון: הוצאת נורד.
- קורטואה, ק.א. (2004). קווים מנחים לטיפול במבוגרים שעברו או ייתכן שעברו התעללות בילדותם. מתוך צ. זליגמן וז. סולומון (עורכים), *הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות* (239-229). תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד מרכז אדלר לחקר רווחת הילד ושלומן. אוניברסיטת תל-אביב.
- קלהאן, ק. (2015). טיפול דיאלקטי התנהגותי לילדים ונוער. קריית ביאליק: אח.
- Anderson, M.K. & Hiersteiner, C. (2008). Recovering from childhood sexual abuse: Is a "storybook ending" possible?. *American Journal of Family Therapy*, 36, 413-424. DOI: 10.1080/01926180701804592
- Briere, J. & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic state. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 401-412. DOI: 10.1002/jts.20048
- Buttenheim, M. & Levendosky, A. (2000). A multi-method treatment for child survivors of sexual abuse: An Intervention Informed by relational and trauma theories. *Journal of Child Sexual Abuse*, 9(2), 1-19. Retrieved from: <https://psychology.msu.edu/uploads/files/faculty/3CValytia.doc>

- Chen, L.P., Murad, M.H., Paras, M.L., Colbenson, K.M., Sattler, A.L., Goranson, E.N., Elamin, M.B., Seime, R.J., Shinozaki, G., Prokop, L.J., Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618–629. DOI: 10.4065/mcp.2009.0583
- Deegen, G. (2003). Discovering recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26 (4), 368–376. DOI.org/10.4135/9781483345451
- Dimeff, L.A., Koerner, K. & Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: applications across disorders and settings*. New York: Guilford Press.
- DiPalma, L.M. (1994). Patterns of coping and characteristics of high functioning incest survivors. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(2), 82–90. DOI: 10.1016/0883-9417(94)90038-8
- Domhardt, M., Munzer, A., Fegert, J.M., Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. *Trauma Violence & Abuse*, 16(4), 476–493. DOI: 10.1177/1524838014557288
- Draucker, C.B., Martsof, D.S., Ross, R. Cook, C.B. Stidham, A.W. & Mweemba, P. (2009). The essence of healing from sexual violence: A qualitative meta synthesis. *Research and Nursing Health*, 32(4), 366–378. DOI: 10.1002/nur.20333
- Edmond, T., Auslander, W., Elze, D., & Bowland, S. (2006). Signs of resilience in sexually abused girls in the foster care system. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 15 (1), 1 – 28. DOI: 10.1300/J070v15n01_01
- Farkas, M. (2013). Introduction to psychiatric/psychosocial rehabilitation (PSR): History and foundations. *Current Psychiatry Reviews*, 9(3), 177–187. DOI: 10.2174/1573400511309030003
- Ford, J. D. (2005). Treatment implications of altered affect regulation and information processing following child maltreatment. *Psychiatric Analysis*, 35, 410–419. DOI: <https://link.springer.com/article/10.1080/19361520801934456>
- Gonzalez, C. (2017) Recovering process from child sexual abuse during adulthood from an Integrative approach to solution-focused therapy: A case study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(7), 785–805. DOI: 10.1080/10538712.2017.1354954
- Koss, M. P. & Harvey, M.R. (1991). *The rape victim: clinical and community interventions*. Beverly Hills, C.A.: Sage.
- Lowen, A. (1971). *The language of the body*. New York: Collier Books.
- Moynihan, M., Pitcher, C. & Saewyc, E. (2018) Interventions that foster healing among sexually exploited children and adolescents: A systematic review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(4), 403–423. DOI: 10.1080/10538712.2018.1477220
- Morse, G. (1998). A review of case management for people who are homeless: implications for practice, policy and research. Forsberg LBDennis DLeds. Practical Lessons: *The 1998 National Symposium on Homelessness Research*. Washington, DC US Dept of Housing and Urban Development, US Dept of Health and Human Services 1999; 7-1, 7-34

- Rapp, C. (1998). *The strengths model: case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. New York: Oxford University Press.
- Reid, S.D., Reddock, R. & Nickenig-Breaking, T. (2014) The silence of child sexual abuse in the Caribbean: A community-based action research intervention model. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23, 256 – 277. DOI: 10.1080/10538712.2
- Salter, M. (2017) Organized abuse in adulthood: Survivor and professional perspectives. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(3), 441-453. DOI: 10.1080/15299732.2017.1295426
- Sanjeevi, J., Houlihan, D., Bergstrom, K.A., Langley, M.M., & Judkins, J. (2018). A review of child sexual abuse: Impact, risk, and resilience in the context of culture. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27, 1-20. DOI: 10.1080/10538712.2018.1486934.
- Smucker, M.R., & Dancu, C. V. (1999). *Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery receipting and reprocessing*. New Jersey: Jason Aronson.
- Starzynski, L., & Ulman, S.E. (2014). Correlates of perceived helpfulness of mental health professionals following disclosure of sexual assault. *Violence Against Women*, 20, 74-94. DOI.org/10.1177/1077801213520575
- Starzynski, L.L., Ullman, S.E., Filipas, H.H., & Townsend, S. (2005). Correlates of women's sexual assault disclosure to informal and formal support sources. *Violence and Victims*, 20, 417-432. DOI.org/10.1891/0886-6708.20.4.417
- Thomas, P.M. (2005). Dissociation and internal models of protection. *Psychotherapy with child abuse survivors. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 20–36. DOI: 10.1037/0033-3204.42.1.20
- Williams, J., & Nelson-Gardell, D.(2012). Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child abuse & neglect*, 36(1), 53-63. DOI: 10.1016/j.chiabu.2011.07.004
- Wright, C. & Gabriel, L. (2018). Perspectives of adult survivors of child sexual abuse: An exploration of the adjustments to self-structure through meaning-making in therapy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27 (6), 663-681. DOI: 10.1080/10538712.2018.1496961.



משרד ענבלים: 04-6533522
www.theinbalimhome.com