

**עקרונות ארגוניים**



### הצורך בהתמחות מיוחדת – סקירת ספרות

לא די בהכשרה קלינית וניסיון קליני כלליים כדי לטפל בנפגעות טראומה על רקע גילוי עריות ופגיעות מיניות ולשקם אותן. טיפול בנפגעות אלה מחייב גישה תואמת וייחודית.<sup>45</sup>

מחקר שעסק בשיחות פסיכותרפיה עם מבוגרים שנפגעו מניצול מיני בילדותם מציין שהיו נפגעות שדיווחו על ניסיון שלילי עם אנשי מקצוע שונים: היו מטפלים שגילו פאסיביות ולא הגיבו לדבריהן, ואחרים שנתנו להן תרופות בעלות השפעה חזקה בלי להתייעץ איתן קודם לכן. המחקר גם העלה שנפגעות נדרשו לספר בפרטי פרטים על הפגיעות שעברו בילדותן, מבלי שהיו מוכנות ובשלות לכך, דבר שהשפיע עליהן לרעה והזיק לטיפול (Chouliara et al., 2011).

נשים קורבנות תקיפה מינית בארה"ב שהגיעו למקלטים שאינם ייעודיים דווקא להן ומשרתים אוכלוסיות אחרות, ציינו שעברו חוויות קשות בגלל חוסר התמחות ספציפית של הצוות בבעיה שלהן (Berman, 2015).

במחקר אחר ראינו בוגרים שנפגעו על רקע מיני בילדותם על חוויותיהם מהטיפול שקיבלו בשעתו. חלק מהנפגעים סיפרו שאמנם חיפשו איש מקצוע שיוכל לסייע להם, אך עשו זאת ברגשות מעורבים בגלל חשש לאבד שליטה בתהליך הטיפול, וחרדה מהעלאה מחדש של האירועים הטראומטיים. חלקם סיפרו שהייתה להם תחושה שלא ממש הקשיבו להם ולרצונותיהם, דבר שפגע באמון שלהם במטפל, ולתגובות של התנגדות מצדם ביחס לטיפול (Hutschemaekers et al., 2019).

במחקרים אחרים אף נמצא שנפגעות חשו עניין מיני בהן מצד חלק מהמטפלים.<sup>46</sup>

---

45. זליגמן, 2004; קורטאה, 2004; Gonzalez, 2017; Salter, 2017; Chouliara et al., 2011; Koehn, 2007. 46.

בהיעדר ידע וכלים מתאימים לטיפול בנפגעות פוסט טראומה בכלל, ועל רקע מיני כפרט, עלול המטפל או כל גורם אחר העובד איתן, לפגוע בתגובותיו בתהליך השיקום שלהן ואף לגרום להן לנזק נפשי (Schon andand Briken, 2021). להלן ציטוט מדבריה של דיירת בענבלים:

נתקלתי בהרבה גופים שפשוט את מפחדת לגשת אליהם, תלמדו לשלוט על הפה שלכם. מילה אחת שלכם יכולה להחזיר בן אדם אחורה אחרי שהוא בנה את עצמו במשך 10 שנים. מילה אחת של איזה רופא או מישהו מוועדה פשוט יכולים להוריד אותך אחורה ביום אחד, ולהרוס לך את כל מה שבנית בשניות (מתוך סיפורה של מאיה, פרק 4).

ולהלן ציטוט אחר המדגים את תשומת הלב המיוחדת לדיסקרטיות (סידורי ביטחון), את האמון המלא במטופלת (מתן קוד כניסה) ואת הניסיון להפיג את החששות הרבים על רקע הטראומה:

"המרכז לטיפול בטראומה מינית הוא מדהים. הצוות שם שונה לגמרי מאשר בשירותי בריאות הנפש הרגילים. המקום עצמו הוא מאוד נעים. הוא משדר רוגע וביטחון. את לוחצת את הקוד, נכנסת בעצמך, בכניסה יושבת מזכירה נעימה שמקבלת אותך עם חיוך של בוקר טוב. אז כבר הכניסה היא כמו מיליון דולר. המטפלת ניגשת לדלת ישר 'היי בוקר טוב הגעת בואי תיכנסי חיכיתי לך'. את רואה שמישהו חיכה לך, ואת מתחילה לדבר והכל זורם" (מתוך סיפורה של מאיה, פרק 4).

### **הצורך בהתמחות מיוחדת – יישום בענבלים**

הצורך בהתמחות מיוחדת בצרכים הספציפיים בשיקום וטיפול בנשים עם פוסט טראומה על רקע מיני עמד בבסיס ההחלטה של ענבלים להקים עבורן מסגרות נפרדות ומודל עבודה ספציפי, וצורך זה משמש עיקרון מנחה עד היום.

### **פרופיל איש הצוות המתאים לטיפול ושיקום – סקירת ספרות**

על המטפלים במבוגרים שנפגעו בילדותם על רקע מיני בילדותן להתאפיין בתכונות מקצועיות מגוונות: לגלות גמישות בקו הטיפול, להיות קשובים ולגלות כל הזמן ערנות לצרכים המשתנים של הנפגעים ולהגיב במהירות למצבי משבר, להיות בעלי ידע ומיומנויות בתחום של פוסט טראומה בכלל, ועל רקע מיני בפרט (Chouliara et al., 2011). יכולת חשובה נוספת של המטפל היא הצבת גבולות מקצועיים. לגבי נפגעות מגילוי עריות, השמירה על גבולות רכה במיוחד היות שגילוי עריות מעצם הגדרתו הוא מצב של אובדן מוחלט של גבולות (Lawson et al., 2020).

### **פרופיל איש הצוות המתאים לטיפול ושיקום – יישום בענבלים**

מידת ההתאמה של מועמדות לעבודה בענבלים נבדקת בתהליך מיון לקראת קבלתן. תהליך המיון כולל ראיון של המועמדת עם מנהלת היחידה וראיון נוסף עם המנכ"לית או עם האחראית על תחום נפגעות טראומה מינית בענבלים. בשני הראיונות מנסים לבדוק את התאמתן האישית של המועמדות לתפקיד. הניסיון בענבלים מעלה שהיכולת להציב גבולות היא המנבא הטוב ביותר לסיכויי ההצלחה בתפקיד.

### **תחומי התמחות נדרשים – סקירת ספרות**

תחומי ההתמחות הנדרשים לטיפול וקשר עם נפגעות על רקע מיני הם בין היתר בנושאים הבאים: תגובות פוסט טראומטיות, לרבות תגובות של דיסוציאציה וזיכרון אירועים טראומטיים; פסיכו-ביולוגיה של הטראומה; התעללות ופגיעות מיניות לרבות גילוי עריות (קורטואה, 2004). בנוסף להתמחויות הללו על המטפלים לרכוש מיומנות בכלים מעשיים שונים. המלצה מקובלת היא שעל המטפלים להתמקד תחילה בקידום היכולת של הנפגעות

לתת אמון באנשים כבסיס ליצירת קשרים בעתיד (Chouliara, Hutchison and Karatzias, 2009). כמו כן, על מנת להפחית תופעה של רהיזיקטימיזציה בקרב הנפגעות, עליהם לכוון אותן להבחנה בין איומים ממשיים לאיומים מדומים, לרכוש כלים של זיהוי אנשים, מצבים וקשרים שיש בהם סכנה ולהתרחק מהם.<sup>47</sup> מיומנות נוספת שנדרשת מהמטופלים היא היכולת להביא את הנפגעות לכך שתהיינה מסוגלות לווסת את רגשותיהן ולשלוט בכעסים (Lawson et al., 2020). שיטה יעילה לטיפול בוויסות רגשי ושלטיה בכעסים פותחה לראשונה על ידי מרשה לינהאן בתחילת שנות ה-90. הטיפול מכוון לתת מענה לאנשים שיש להם הפרעה בוויסות הרגשי, או שסובלים מדפוס כרוני של התנהגות אימפולסיבית, תנודתיות רגשית ואובדנות. השיטה היא התנהגותית, קוגניטיבית דיאלקטית (DBT- Dialectical Behavior Therapy), שמדגישה את אחריות המטופל להצלחת הטיפול לצד התמיכה המקצועית של המטפל (Dimeff and Koerner, 2007).

במקביל להתמחות שמטרתה לתרום לכך שהמטפלים, או אחרים הנמצאים בקשר עם הנפגעות, יסייעו באופן המיטבי לתהליך השיקום, ישנו צורך בהבנת ובלמידה של השלכות העבודה עם הנפגעות על המטפלים עצמם. רבים מהמטפלים ציינו שהחשיפה לדברי הנפגעות היוותה אתגר לא פשוט, בגלל ההזדהות עם תחושות חוסר האונים, אובדן השליטה והאימה שלהן. בסקירה שיטתית של ספרות מחקרית נמצאו עדויות לכך שלעבודה המקצועית עם הנפגעות ישנן השלכות שליליות על המטפלים עצמם. בין היתר דיווחו המטפלים על פגיעה בתפיסת הביטחון האישי שלהם, באמון בזולת, ואף סימנים של טראומטיזציה משנית. על המטפלים להכיר תופעות אלה, ללמוד כיצד להתמודד איתן, להימנע מהזדהות יתר וכן מתת-הזדהות עם הנפגעות (Chouliara, Hutchison and

---

Lawson et al., 2020; Myrick and Green, 2014 .47

(Karatzias, 2009).

הטיפול בנפגעות עלול להיות כרוך בהעברה נגדית טראומטית, שמקורה בהזדהות יתר של המטפל עם האירועים הקשים והכאב של המטופל, דבר שאיננו רצוי לא מבחינת המטפל ולא מבחינת המטופל. הזדהות יתר של המטפל עלולה להביא אותו לשני קטבים לא רצויים: האחד של "מושיע כל יכול" המגן על המטופל, דבר שעלול לחזק את תחושת חוסר הישע של המטופל המסתמך על יכולותיו של המטפל במקום להעצים בהדרגה את יכולותיו העצמיות, והקוטב האחר מאופיין באיבוד ביטחונו העצמי של המטפל ביכולותיו המקצועיות בגלל הזדהותו עם המטופל כקורבן חסר ישע. התוצאה בשני המקרים היא איבוד הגבולות הטיפוליים ופגיעה בתהליך השיקום (הרמן-לואיס, 2017). במקרים של נפגעות מגילוי עריות, החשיבות של שמירה על גבולות רבה עוד יותר. לימוד הגדרת גבולות חיוני ליכולת של הנפגעת לעמוד בפני איומים נוספים של פגיעה, והמסגרת הטיפולית צריכה להשתלב בתהליך הלימוד הזה (Lawson et al., 2020). להלן דוגמה הממחישה את חשיבות השמירה על הגבולות מנקודת מבט של מטופלת:

"יש אנשי צוות שכאילו משתפים אותי יותר מדי בחיים האישיים שלהם. ואני הרגשתי שזה לא רלוונטי בכלל. אני אמנם מאוד מזמנת אנשים לדבר איתי, אבל אנשי צוות מקצועיים אמורים לדעת איך לעצור את עצמם" (מתוך סיפורה של רעות, פרק 3).

### **תחומי התמחות נדרשים – יישום בענבלים**

הבעיה העיקרית היא כיצד להביא את הצוות לרמת ההתמחות הנדרשת, ולשמור עליה לאורך זמן למרות התחלופה הרבה. בעיה זו קריטית בגלל הקשיים הנלווים לתפקיד, עומק הבעיות של הדיירות, הקושי של הדיירות לכבד גבולות, והרגרסיות בטיפול ובשיקום, הגורמים לשחיקה רבה בקרב נשות הצוות. כיום, גם לאחר

גיבוש דרכים לצמצום השחיקה שיפורטו להלן, עדיין ישנה נשירה של כ-20% לשנה של עובדות סוציאליות, וכ-40% של המדריכות.

מערך ההכשרה בענבלים נועד להשיג שתי מטרות:

- א. להביא לרמת התמחות טובה של כל נשות הצוות.
- ב. לתמוך בנשות הצוות ולהקל עליהן לכל אורך שהותן בתפקיד על מנת להפחית את השחיקה, למנוע ככל הניתן תופעות של טראומטיזציה משנית, ולאפשר להן להמשיך ולתפקד, למרות הקשיים, הן בתפקידן והן בחייהן הפרטיים.

כפועל יוצא משתי המטרות הללו, ההכשרה של העובדות בענבלים נמשכת מרגע קליטתן ולאורך כל תקופת שהותן בתפקיד, באופנים שונים גם לאחר רכישת ההתמחות הבסיסית.

ההכשרה ניתנת בשלבים שונים לאחר קליטת המועמדת בעבודה כלהלן:

1. ההכשרה הראשונית ניתנת על ידי מנהלת היחידה לפוסט טראומה, במסגרת שלושה מפגשים בני שלוש שעות, ברמה אישית או בקבוצה קטנה.
2. קבלת מידע ספציפי על ענבלים והתפקידים ממנהלת היחידה המקומית לפוסט טראומה במסגרת מפגש אישי:  
א. רקע: מידע רלוונטי ממנהלת היחידה: ההיסטוריה של ענבלים, הנהלים, וערכי הליכה שעליהם מושתתת העבודה.  
ב. קבלת מידע מקצועי ייעודי: מידע ממנהלת היחידה או מעובדת סוציאלית עמיתה על בניית קשר ראשוני של אומן עם דיירת, וההסכמים שנחתמים עם הדיירות.  
ג. מידע יישומי על אופן ניהול מקרה בענבלים: קשרים בתוך ענבלים תוך הדגשת אופן שיתוף הפעולה בין העובדת הסוציאלית והמדריכות; קשרים שמתקיימים עם גורמי חוץ בקהילה; מידע על ארגונים ואנשי מקצוע

שהם מומחים בטיפול בפוסט טראומה על רקע מיני; אופן תכנון העבודה יחד עם גורמי חוץ: תכנון ותאום הפעולות, מעקב אחר ההתקדמות, ושיתוף הדיירת בתהליך.

ד. קבלת מידע טכני ייעודי: מידע ממנהלת היחידה או מעובדת סוציאלית עמיתה לגבי טפסים, דוחות והפעלת יישומי מחשב ייעודיים.

### 3. התחלת עבודה והמשך ההתמחות:

ה. העובדת הסוציאלית: כשמתאפשר נעשית חפיפה עם העובדת הסוציאלית היוצאת למפגש משותף אחד עם כל דיירת. כשאין אפשרות כזו, משאירה העובדת הסוציאלית היוצאת דפי חפיפה ובהם מידע חיוני על כל דיירת שהטיפול בה מועבר לעובדת הסוציאלית הנכנסת. במקביל, מתחילה העובדת הסוציאלית בהיכרות ובקשר אישי עם גורמי חוץ בתחומים של תעסוקה, פנאי, לימודים, מרכזים טיפוליים של משרד הרווחה, ויחידות של מרכז טיפול לנפגעות ונפגעי טראומה מינית.

ו. המדריכה: נלווית למדריכה ותיקה למספר סבבים של משמרות שונות של בוקר, צהריים וערב, להיכרות עם הדיירות ולהכרת העבודה.

ז. הדרכה פרטנית קבועה אחת לשבוע ממנהלת היחידה: בדרך כלל לאחר מספר חודשים מתחילה העבודה מורגשים שחיקה, עייפות וחוסר ביטחון מקצועי בקרב העובדות החדשות. ההתלהבות הראשונה מהאתגרים מפנה מקומה לחרדות ולחוסר ביטחון. בשלב הזה הניסיון והמיומנויות בשימוש בכלי העבודה שנרכשו לא מזמן טרם הגיעו לבשלות, והמניפולציות של הדיירות, המשמשות מבחינתן מבחן לכך שהן יכולות לבטוח



בעובדת החדשה, מגיעות לשיאן. בשלב זה ההדרכה הפרטנית, החיזוקים האישיים והמקצועיים, ההעמקה וההתרגול בנושא שמירה על גבולות הם חשובים ביותר. ח. הדרכה קבוצתית צוותית לתמיכה הדדית, התייעצות ולימוד משותף ביחידה אחת לחודש.

ט. הצטרפות לפורום המתאים של עובדות סוציאליות/מדריכות: פורום העובדות הסוציאליות מתכנס אחת לחודש ועוסק באתגרים לשיקום נפגעי נפש ובאסטרטגיות טיפול. פורום המדריכות מתקיים אחת לרבעון ועוסק בהעשרה ובלימוד תחומים הנוגעים לתפקיד המדריכה.

#### 4. העמקת ההתמחות במהלך השירות:

א. הכשרה נוספת תוך כדי עבודה: שלושה מפגשים בני שלוש שעות במסגרת קבוצות קטנות או אישיות, לצורך תמיכה וכן להעשרה מקצועית בנושאים נוספים כגון: העברה והעברה נגדית, התמודדות עם טראומטיזציה משנית (השפעת העבודה עם אוכלוסיית הדיירות על הצוות), התמודדות עם כעסים, סוגי שחזורים של קשרים פתולוגיים שבאים לידי ביטוי עכשווי בשיחות הטיפוליות עם העובדת הסוציאלית או בשיחות עם המדריכה, התחברות נכונה ומעמיקה לתחושות של הדיירת, נושאים של ניהול מקרה והסתייעות בגורמים קהילתיים לקידום השיקום.

ב. הכשרה יסודית וממושכת יותר בטיפול בטראומה מינית ובנושאים רלוונטיים נוספים ניתנת במסגרת קורס לטיפול ושיקום נפגעות טראומה מינית של ענבלים בשיתוף בית חולים לב השרון. הקורס מיועד לכל צוות ענבלים וניתן לעובדים במהלך השנה הראשונה

לעבודתם. כמו כן, בשלבים מאוחרים יותר ניתנות, לפי העניין, הכשרות נוספות במסגרות אוניברסיטאיות או במוסדות הכשרה אחרים.

ג. הכשרות חד-פעמיות בנושאים משתנים: לפי הצורך מתקיימות הכשרות נוספות, דרך מפגשים בענבלים ובימי עיון הנערכים מחוץ לענבלים, בנושאים רלוונטיים כגון: טיפול בהפרעות אכילה, פגיעה עצמית ואובדנות, טראומטיזציה משנית של המטפל והפרעות בוויסות רגש.

ד. הרצאות בפורום של עו"ס ופורום מקביל של מדריכות הנקבעות מראש בתכנית שנתית. הנוהג הוא הרצאה של מרצה חיצוני במפגש ראשון, עבודה עצמית של אחד מהצוותים בנושא שנדון בהרצאה בימים שלאחר מכן, והצגת תוצאות העבודה בפני הפורום במפגש הבא.

### **הוליסטיות (טיפול במכלול הצרכים) – סקירת ספרות**

הספרות המקצועית, התיאורטית והאמפירית מצביעה על מרכיבים שונים של מסגרות השיקום, שקיומם הוא עקרוני ומהותי בהצלחת תהליך שיקומם:

- סיוע ביצירת סביבה בטוחה: ביטחון למניעת היפגעות נוספת,<sup>48</sup> וביטחון לאבטחת קיום פיזי, כלומר דיור, מזון ובריאות.<sup>49</sup>
- מתן יחס של תמיכה, אמון ואמפתיה.<sup>50</sup>

---

48. זליגמן, 2004; Hutschemaekers et al., 2019

49. NSVRC, 2022; Schon and Briken, 2021

50. Collin-Vezina et al., 2021; Hutschemaekers et al., 2019; Pohane et al., 2020

- עידוד להעצמה ונטילת אחריות אישית.<sup>51</sup>
- אספקה והכשרה בשימוש בכלים שישפרו אימוץ דפוסי חשיבה, רגש והתנהגות חדשים.<sup>52</sup>

אספקת כלל הצרכים הללו באופן משולב ומלא היא חיונית. ככל שהצרכים של מקבלי שירות כלשהו בתחומי העבודה הסוציאלית והבריאות רבים יותר ובעיותיהם עמוקות יותר כך נחוצה גישה מקיפה והוליסטית שתתמוך בכלל מרכיבי השיקום כדי לספק את המענים המלאים (Harkey, 2017). במקרים של לקוחות עם צרכים מורכבים, בעיות כרוניות ומצבים מסכני חיים, ישנה חשיבות מיוחדת להפיכת משאבי הטיפול לזמינים, ולאספקת מרכיבי השיקום בדרך הוליסטית שתענה על כלל הצרכים ותמנע מצבים של פערי שירות בלתי מסופקים (Teper et al., 2020).

אוכלוסיית נפגעות תקיפה מינית, ובמיוחד על רקע גילוי עריות, היא אוכלוסיית קצה הסובלת מבעיות רבות, חמורות ומורכבות. במקרה הספציפי הנדון, הגישה ההוליסטית חשובה לא רק על מנת להבטיח שכלל הצרכים יסופקו אלא גם בגלל הזיקה החזקה במיוחד בין מרכיבי השיקום והטיפול. ממצאים שיוצגו להלן מראים שאספקת מרכיב אחד לא רק שאינה באה על חשבון אספקת מרכיב אחר אלא להיפך: מרכיבי השיקום והטיפול תומכים זה בזה כך ששילובם יחד הוא חיוני, כפי שמשקף בתמציתיות ברברי דיירת בענבלים:

“הייתי אצל מטפלת שאמרה לי שאני צריכה להחליט אם אני מעוניינת בטיפול בפוסט טראומה או בשיקום. בחיים לא אשכח את המשפט הזה. אמרתי לה שמבחינתי אין דבר כזה טיפול בפוסט טראומה בנפרד ושיקום בנפרד, זה הכל הולך יחד. קורים לי דברים מבפנים, דברים רגשיים שמתנגשים ומפריעים לשיקום, ולכן אני

---

51. הרמן-לואיס, 2017; 2004; Frazier et al., 2004; Farkas, 2013;  
52. קורטואה, 2004; 1991; Koss and Harvey,

זקוקה לטיפול בשניהם" (מתוך סיפוריה של רעות, פרק 3).

כך, למשל, אמפתיה תומכת באמון של הנפגעת בזולת, בתחושת המוגנות שלה ובהעצמתה.<sup>53</sup> בדומה לכך, מחקר של צ'אוליארה ואחרים העלה שנפגעות כורכות יחד את תחושת האמון שלהן, אי-שיפוטיות כלפיהן, ביטחון וחסיון כמרכיבים שקיומם כמכלול מספק חוויה טיפולית חיובית המשפרת את היכולת להשתקם (Chouliara et al., 2011).

בניית מערכת של אמון והעצמה על ידי הצוות הטיפולי שיקומי תומכת ונתמכת בקשרים שנבנים עם נפגעות אחרות ועם מערכות לא פורמליות בקהילה (Anderson and Hiersteiner, 2008). שינויים חיוביים בקרב נפגעות הופיעו לאחר שיפור שחל בתהליך שכלל העצמה ושיפור בתפיסת הערך העצמי ולצד זאת חיזוק מערכות יחסים עם אחרים (Frazier et al., 2004).

מרכיבי הכרה באירועים שהתרחשו, קבלה ושליטה עצמית של הנפגעות על רקע מיני קשורים זה לזה, ולכן התקדמות באחד תורמת להתקדמות גם באחרים (Wright and Gabriel, 2018). במחקר שעסק בתפיסה רטרופקטיבית של פגיעות בתקופת הילדות, כל הנשים שהשתתפו במחקר סיפרו שהמשאבים האישיים והסביבתיים חיזקו זה את זה: שליטה עצמית, יכולת להקיף את עצמך באנשים בעלי ערך עבוורך, כלים ויכולות אישיות, קבלה עצמית. כך למשל שליטה במה שקורה לך בחיים מתחזקת אם את מצליחה להקיף את עצמך באנשים בעלי ערך, ואלה תורמים לקבלה העצמית שלך ולקבלה על ידי אחרים בסביבה (Gunnarsdóttir et al., 2021).

---

53. מור, 2017; פוסטן, 2009.

### הוליסטייות – יישום בענבלים

1. תכנון מענה מקיף וכולל: העובדת הסוציאלית כמנהלת מקרה מתכננת, בשיתוף עם הדיירת, מענה מקיף וכולל ככל האפשר לצרכיה. במסגרת תכנית השיקום מאתרים גורמי תמך, טיפול ושיקום בקהילה, שבמאמץ משותף עם צוות ענבלים יפעלו להשגת היעדים.
2. זיקה בין קבלה, אמפתיה, העצמה ותחושת מוגנות: הפונות לענבלים לא נדחות על הסף בגלל התנהגות אובדנית או התנהגויות אחרות, עומק הבעיות ומורכבותן, אך הישארותן בענבלים מחייבת השקעה ומאמץ ואי־חריגה מהכללים. מרגע קבלתה, מכלול צרכיה הפיזיים, התזונתיים והרפואיים מסופקים. הסביבה של ענבלים שואפת לספק מכלול צרכים נפשיים תומכי שיקום מיטבי: סביבה של אמון ואמפתיה, אך גם שמירה על גבולות ברורים, הענקת ביטחון והגנה, תוך הפנמת התנהגויות חדשות, העצמה ועידוד ליציאה לקהילה.
3. שילוב הפנמת הרגלים יום־יומיים, העצמה, חברות וגיבוש סביבה בטוחה: הדיירות מקבלות כספי קצבת נכות מהמוסד לכיטוח לאומי, אך רבות מהן מתקשות, בשל מצבן הנפשי, להשתמש בכספים אלה לצורך רווחתן ולבצע פעולות בסיסיות. השלב הראשון של קליטת הדיירת הוא סיוע במציאת דירה. כל התהליך של התחברות, לפי העניין עם שותפות, איתור דירה, חתימה על חוזה, ריהוט, מתבצע על ידי הדיירת עצמה, אך בליווי אישי של הצוות, ברמת מעורבות המתאימה ליכולת האישית של כל דיירת. לאחר קליטת הדיירת והמעבר שלה לדירה, היעד הבא הוא להביא אותה ללמוד, להפנים ולהפוך להרגל את הפעולות היום־יומיות, שפעמים רבות היא מתקשה לבצע, כמו יציאה לקניות, הליכה לרופא, רכישת תרופות, בישול ושמירה על ניקיון אישי. תהליך הלימוד כולל הנחיה אישית רצופה של צוות המדריכות, וליווי פיזי של הדיירת על

ידי אשת צוות, עובדת סוציאלית שהיא מתאמת הטיפול, או מדריכה, לפעילויות החיוניות הללו.

4. קשרים בין פיתוח יחסי אמון והקניית תחושת מוגנות: הצוות פועל באופן רציף לספק לדיירות סביבה שתתרום לדיירת לתחושה שפותחים בפניה את הדלת, מאמינים לה, שהגיעה למקום בטוח ומוגן, פועלים להעצמתה ולכך שתרכוש כלים חדשים והתנהגויות שיפתחו בפניה אפשרויות להשתקם. הטיפול והשיקום כוללים סדרת שלבים עוקבים אך דינאמיים, בהתאם למצב המטופלת. מאמץ מיוחד מושקע במתן תחושת ביטחון ופיתוח כלים להגנה עצמית, העצמת המטופלת, יצירת קשר של אמון וגיבוש ברית טיפולית איתה. בהמשך מכוון הטיפול לייצב את מצב הרוח של המטופלת ולהפחתה של עוצמת התופעות הקשורות לטראומה, ללימוד והפנמת התנהגויות חדשות, תוך שילוב אנשי מקצוע שונים, סוכנויות וגורמים בקהילה, שכמכלול יספקו לה את מירב המענים לצרכיה הספציפיים.

5. שילוב בין העצמה חברתית והרחבת השימוש בכלים החדשים: המטופלת גרה במרבית המקרים עם מטופלות אחרות, וכמעט תמיד נוצרות ביניהן חברויות באופן טבעי. הרקע הדומה וההתמודדות עם בעיות זהות עשויים לתרום לחיזוקן ההדדי. לדיירות יש לרוב קבוצת ווטסאפ שהוקמה ביוזמתן. לעתים ענבלים יוזמת מפגשים משותפים, טיולים או סדנאות בנושאים שונים, כגון: הפחתת הסטיגמה, זוגיות ומיניות בריאה, אקטואליה, ספורט, תזונה ויצירה. בנוסף על כך, הצוות מעודד קשרים עם בני משפחה שלא היו מעורבים בפגיעה, בדרך כלל אחים, אחיות או בני משפחה מדרגה רחוקה יותר. עידוד הקשר נעשה תוך ההגשת העובדה שמשפחה היא מרכיב חשוב וקבוע, לעומת ענבלים, שהשהייה בה היא לפרק זמן קצוב 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. בנוסף על כך, העובדת הסוציאלית והמדריכה מאתרות יחד עם הדיירת תחומי עניין לצורך הרחבת תחומי התפקוד, כגון לימודים, תעסוקה ותחביבים. הכוונת הדיירת למסגרות השונות, יצירת הקשר וקליטתה, נתמכות ומלוות לפי הצורך על ידי הצוות. שיתוף הגורמים השונים בקהילה נעשה בעבודה רב-מקצועית, וישנו דגש מיוחד על הקשר המשולש: הדיירת, גורמי הטיפול וגורמי השיקום. העובדת הסוציאלית מתאמת הטיפול פועלת כמנהלת מקרה, המרכזת את מקורות התמיכה להן נזקקות הדיירות, ממגוון מערכות ומומחים מתחומים שונים. בין היתר נעשות הפניות לפעילות במסגרות ספורט כמו חדרי כושר, התנדבות בארגונים העוסקים בתחומים כמו "צעד בעלי חיים", חוגי אמנות כמו קרמיקה, ומרכזי מערך יום לפגועי נפש של משרד הבריאות שבהם מתקיימת פעילות כמו ריפוי בעיסוק וריפוי בתנועה. בנוסף לכך מופנות דיירות המסוגלות ומעוניינות לעבוד לחברות כוח אדם, לקורסים והשתלמויות המוצעים על ידי גורמים שונים בקהילה, הפניה ללימוד במסגרות אקדמאיות, וכן ייזום והפניה להכשרות מיוחדות כמו לימוד רכיבה טיפולית.

6. מתוך סיפוריהן, עולה שהדיירות תופסות את תהליך השיקום כתהליך שבו שילוב של מרכיבים והזיקה ביניהם מחזקים זה את זה, למשל:

קשר בין אמון והמשכיות: "האמון מבוסס על זה שמי שמלווה אותי הוא יציב" (מתוך סיפורה של אוריה, פרק 5).  
קשר בין אי שיפוטיות, אמון והעצמה: "אני יכולה להיות עצובה ואני יכולה להיות אני כי היא מאפשרת לי את זה. חוץ מזה היא גם מעצימה אותי, גורמת לי להסתכל ולשאוף קדימה, והאמון

שלה בי גורם לי עוד יותר לתת בה אמון" (מתוך סיפורת של אוריה, פרק 5).

קשר בין רכישת מיומנויות, שיפור מערכות יחסים והעצמה: "הצלחתי להפנים את העניין של הסדר בעצמי. למשל בעלי בגלל שהוא חולה כל הזמן צריך לסדר לו בדיקות. אז סידרתי לו קלסר עם כל הדיסקים של הסי.טי. והתארכים... אז הרופא אומר אני צריך מסמך כזה וכזה. אני פותחת. הרופא מסתכל עלי ועושה לי וואו וואו, כזה, איזה סדר" (מתוך סיפורת של מאיה, פרק 4).

התקדמות מסוימת מאפשרת התקדמות נוספת לקראת שיקום: "דבר גורר דבר, זה פשוט מוציא אותך מהבועה השחורה ואת מרגישה כמו נשד שפורש כנפיים ועף" (מתוך סיפורת של מאיה, פרק 4).

### גמישות והמשכיות – סקירת ספרות

מרכיבי שיקום כמו אמפתיה, אמון, ביטחון והעצמה משותפים לכל תהליכי השיקום לגבי כלל הנפגעות. יחד עם זאת, ישנה שונות מאוד גדולה בחשיבות מרכיבי השיקום השונים ובשלב תהליך השיקום הנדרשים עבור כל אחת מהנפגעות. כך למשל הנפגעות שונות זו מזו בשלב שבו הן בשלות לחשוף בפני איש מקצוע את הפרטים של האירועים הטראומטיים (Collin-Vezina et al., 2021).

הצורך בביטחון קיים תמיד, אך לגבי נפגעות שהמשך חייהן הוא בביתו של הפוגע, הביטחון הוא קריטי (Berman, 2015). פעילויות פנאי התורמות לשיקום, כמו ריקוד, ספורט ותעסוקה, הן מגוונות ושונות, ולכל נפגעת העדפות משלה (פוסטן, 2009).

בגלל השונות בין הנפגעות, משאביהן האישיים והנפשיים ומצבן, גם תהליך השיקום המתאים הוא ייחודי, והנטייה להעניק פתרון אחיד לכולן שגויה ובלתי אפשרית (Hutschemaekers et al., 2019).



בנוסף על כך, מקורות תיאורטיים ואמפיריים טוענים שגם תכנית שיקום מותאמת אישית אך קבועה מראש ובלתי משתנה איננה מומלצת. ממחקרים שונים עולה שלגישות טיפול שונות ישנם אפקט אחר ותרומה אחרת בשלבים שונים של הטיפול, ומכאן שגמישות (Flexibility) בתהליך השיקום בהתאם להתפתחויות היא חיונית.<sup>54</sup> בנוסף על השינויים הנדרשים בשלבי הטיפול השונים, גם מצבה היום-יומי של המטופלת מאופיין בשינויים תכופים ומשמעותיים, בעליות וברגרסיות. בגלל התנודתיות הרבה הצפויה בתהליך השיקום של הנפגעות, ההתערבות הקלינית הרגילה, שמתאימה למטופלות אחרות, לרוב איננה מתאימה במקרים אלו. יש להביא בחשבון נסיגות, נטישות של התהליך ואמביוולנטיות נמשכת, הפוגעות בתהליך השיקום ומקשות הן על הנפגעות והן על המטפלים. בטווח הארוך, צפוי תהליך שיקום דינמי ולא ליניארי (Hutschemaekers et al., 2019).

תהליך שיקום דינמי ואינדיווידואלי, שהוא גם הוליסטי ומעורבים בו גורמים רבים, דורש מכניזם של המשכיות, כך שלמרות השינויים הרבים הצפויים, עדיין יהיה רצף טיפולי-שיקומי, תיאום בין הגורמים ומאמץ משותף לאורך זמן להשגת מטרת השיקום.<sup>55</sup> לצד הגמישות בתהליך השיקום נדרשת גם המשכיות בתהליך זה. המשכיות (Continuity) של השיקום מוגדרת כסדרה של אירועים טיפוליים-שיקומיים הקשורים זה לזה, עקביים, תואמים את צרכיו של המטופל ונמשכים לאורך זמן (Haggerty et al., 2003). על מנת ששיקום יהיה המשכי יש להביא לכך שמידע על אירועי העבר ונסיבותיהם ישמש בסיס לטיפול העכשווי, שהשיקום יאופיין בעקביות ובקוהרנטיות, ושהטיפול יתמיד ללא הפסקות.<sup>56</sup> להמשכיות ישנה חשיבות מיוחדת בטיפול בנפגעות טראומה על

54. Edmond, Sloan and McCarty, 2004; Feinauer, 1989

55. Hutschemaekers et al., 2019; Levendosky and Bутtenhaim, 2001

56. Gutner et al., 2006; Hutschemaekers et al., 2019

רקע מיני, ובמיוחד כאשר הפגיעה חמורה. במקרים אלה הטיפול נעשה על ידי גורמים שונים, שכל אחד מהם תורם את חלקו לתהליך השיקום, ולכן השגת המשכיות עקבית שתואמת את צרכי המטופלת נחוצה ביותר (Levendosky and Buttenheim, 2001). מנקודת מבטן של הנפגעות עולים דגשים שונים לגבי השינויים בצרכים לאורך תהליך השיקום, ועקב כך גם של חשיבות ההמשכיות הרציפה תוך תיאום לאורך זמן:

- עולמה של הנפגעת, גם במהלך שינויים בתהליך השיקום, חייב להישאר ככל האפשר בטוח ותחת שליטה (Hutschemaekers et al., 2019).
- הפער בין מפגש טיפולי אחד למשנהו מקשה ומשבש לפי תפיסתן את תהליך השיקום (Chouliara et al., 2011).
- בגלל החשש לניסיונות אובדניים הנפגעות זקוקות לתמיכה נפשית רציפה ואמפתית לאורך זמן על ידי כל הגורמים המעורבים בתהליך השיקום. צורך זה קריטי במיוחד כאשר אי אפשר לסמוך על תמיכת המשפחה של הנפגעת כמקור תמיכה עיקרי (Pohane et al., 2020).
- בהיעדר המשכיות, נדרשת הנפגעת לחזור פעם אחר פעם על אותם דברים בפני אנשים שונים, דבר המתסכל ומקשה עליה. (Chouliara, Hutchison and Karatzias, 2009)
- חשוב לנפגעת שתמיד תהיה לה כתובת אחת לפניות (Peeters et al., 2019).

תיאום בין גורמים שונים, ארגונים וסוכנויות לצורך המשכיות השיקום הוא עיקרון מנחה בניהול מקרים בתחום שיקום נפגעי נפש בכלל. גיוס המשאבים ומקורות התמיכה בסביבת המשתקם, וגיוס אנשי מקצוע מתחומים שונים ומסוכנויות שונות, יכולים כמכלול לספק לנפגעי הנפש מענים מלאים ככל הניתן. על מנת להשיג מטרה זאת על כל הגורמים להיות מתואמים לאורך זמן. כאשר אין תיאום

כזה של פעילויות השיקום עלולים להיווצר פערי שירות. הפערים נוצרים מכך שכל נותן שירות מתמקד במטרותיו הספציפיות, ואין ראייה של כלל צרכי הלקוח (Teper et al., 2020). ממצאי מחקר ממחישים שחוסר עקביות וחוסר תיאום בפעילותן של סוכנויות לטיפול בנפגעי התעללות מינית הביאו לבלימת המאמצים להתקדם בטיפול (Salter, 2017). השירות חייב להיות גמיש ודינמי, שיהיו בו קלינאים ואנשי מקצוע אחרים המתמחים בפגיעות מיניות שעובדים יחדיו בשיתוף מלא בתהליך השיקום (Salter, 2017). ראוי שתהליך שיקום ינוהל על ידי מנהל מקרה הרואה את צרכי המטופל והמענים לצרכים כמכלול, תוך תיאום, העברת מידע ותקשורת בין הגורמים, תכנון, הערכה וחלוקת עבודה (Teper et al., 2020).

### **גמישות והמשכיות – יישום בענבלים**

הצרכים של הדיירות, מהות הבעיות שלהן וחומרתן שונים מאוד אלו מאלו. חלק מהדיירות מגלות רמת תפקוד גבוהה יחסית, מסוגלות לטפל בעצמן, וזקוקות לקשר באינטנסיביות נמוכה בלבד. דיירות אחרות מתקשות בכיצוע פעולות יום-יומיות, כמו להתקלח או להכין לעצמן ארוחה. חלק מהדיירות יכולות בשלב מוקדם לצאת מהבית לפעילויות כמו לימודים ותעסוקה, ואחרות מתמודדות עם דחפים לפגיעה עצמית, דיכאון וניתוקים, שמחייבים תחילה להגיע לוויסות רגשי ולהקניית כלי התמודדות.

המודל של ענבלים כולל מערכי דיור מסוגים שונים שמראש מבוססים על רמות מעורבות שונות של הצוות, דבר המאפשר גמישות בנוגע לאינטנסיביות הליווי והתמיכה הניתנים לדיירת בהתאם למידת העצמאות שהיא מעוניינת בה ומסוגלת לה. בנוסף לכך, גם טיפולי פסיכותרפיה, אם יש צורך בהם, והפעלת גורמי תמך ושיקום בקהילה, נבחרים לפי צרכי הדיירת ומשתנים בהתאם לדרישות השיקומיות במהלך הזמן.

גמישות נוספת מושגת בכל סוג דיור הודות לחלוקת הזמן הגמישה של הצוות, שמאפשרת להקדיש שעות רבות יותר לאותן דיירות הזקוקות לכך בגלל עומק הבעיות, או זמנית לתקופות של משברים או מעבר מיחידה ליחידה.

גורם נוסף התורם לגמישות הוא מנגנון ההערכה המבוסס על מפגשים תקופתיים, בחינת תהליך השיקום ויעדיו, ומתן אפשרות לכל אחד מ"המשולש הטיפולי-שיקומי" – הדיירת עצמה, העובדת הסוציאלית והמדריכה – להציע בו שינויים, ובהמשך לשנותו הלכה למעשה ולשפר בכך את התאמת המענים לצרכיה העכשוויים של הדיירת.

מעבר להערכות התקופתיות מתאפשר לדיירת, כמו גם לעובדת סוציאלית ולמדריכה, להציע שינויים בתכנית השיקום בכל עת בעקבות אירועים חריגים שהתרחשו וקשיים יוצאי דופן שהתגלו. תכנית השיקום משתנה בהתאם ולפי הצורך.

ציטוטים מדברי הדיירות המדגימים את הגמישות בתהליך השיקום:

"לפני שנה הפסקתי את הסידור הזה עם המדריכות כי הרגשתי שכבר אין לי צורך בהן. אבל אני יודעת שאם ארצה תמיד אוכל לחזור ולבקש את זה" (מתוך סיפורה של אוריה, פרק 5).

"הם לא עושים דברים בלחץ, הרגשתי יותר כאילו שבאים לקראתי מראים לי הנה אנחנו פה באים לעזור לך, .. כשלא יכולתי למשל ללכת לרופא, אז הם הבינו ודחינו ונתנו לי לבחור תאריך מסוים שמתאים לי, וכמובן שגם מסתדר בענבלים. כל מה שצריך היה בלי לחץ, בלי צורך ככה לאבד את עצמי" (מתוך סיפורה של מאיה, פרק 4).

ההמשכיות, חרף הגמישות והשינויים בתכנית השיקום, מושגת הודות לכך שכל עוד הדיירת בענבלים, היא מטופלת בכל שלבי השיקום על ידי אותה עובדת סוציאלית ואותה מדריכה. העובדת הסוציאלית משמשת כמנהלת מקרה, עומדת בקשר עם כלל

הגורמים המטפלים והמשקמים, בתוך ענבלים ובקהילה, פועלת להעברת מידע, תכנון וביצוע משולבים ומתואמים. גם מעבר של הדיירת מסוג אחד של דיור לאחר מלווה על ידי אותם אנשי צוות שנשארים איתה במקום החדש. שינויים בתכנית השיקום, קשרים חדשים עם גורמי חוץ, מסגרות חדשות לעבודה, לימודים או פנאי, כל אלה מלווים על ידי אותם אנשי צוות. החריגה היחידה היא תחלופת עובדים בענבלים, ובמקרים אלה נעשה מאמץ לחפיפה והעברת מידע באופן מסודר. הקשרים הנמשכים עם חברי הצוות והאפשרות לתקשר איתם בכל שעה, לא רק חיוניים להבטחת תכנית שיקום רציפה ומתואמת, אלא גם מסייעים לדיירות להעתיק בהמשך את דגם הקשרים המיטיבים שנוצרו עם העובדת הסוציאלית והמדריכה למערכות יחסים נוספות. להלן כמה ציטוטים מדברי דיירות לגבי חשיבותה של ההמשכיות בעיניהן:

"הייתה לי תקופה (לפני ענבלים) שכל פעם הם ביטלו את הפגישות האלה והם אמרו שזה בגלל שלא דאגתי לאשר תור... הלך התור, הלך ההמשך טיפול ונעצרת" (מתוך סיפורה של מאיה, פרק 4); "כל התהליך (בענבלים) מאלף עד תו היה בליווי צמוד מהיום הראשון ועד היום, אז אני יודעת שזה משהו שיהיה איתי תמיד מתי שאצטרך... נראה לי שזה יהיה לטווח זמן ארוך מאד, כי אני כרגע לא רואה את עצמי בלי ליווי" (מתוך סיפורה של מאיה, פרק 4); "אם קצת רע לי, אז יש לי צוות שזמין לי משמונה בבוקר עד עשר בלילה. ואחרי זה יש צוות שאני יכולה לכתוב לו או לדבר" (מתוך סיפורה של אוריה, פרק 5); "יש רצף. שיקום בזכות זה שאחת מעדכנת את השנייה. גם אני תורמת לרצף ומבקשת מהעובדת הסוציאלית למשל לעדכן את המדריכה" (מתוך סיפורה של רעות, פרק 3).

## סיפורה של מאיה

בסיפורה של מאיה<sup>57</sup> באים לידי ביטוי העקרונות שפורטו בפרק זה: החשיבות שבהתמחות גורמים ממסדיים המטפלים באוכלוסיית הנפגעות בפוסט טראומה על רקע מיני, הצורך בהמשכיות, גמישות ואספקה משולבת של כלל הצרכים באופן הוליסטי.

עברתי בגיל צעיר מאוד במשך כמה שנים פגיעות מיניות. בנוסף לפגיעות המיניות עברתי גם התעללות פיזית ונפשית. כל מה שעברתי נשאר נעול אצלי המון שנים. ואפילו כשכניתי במהלך הזמן משפחה לא ממש סיפרתי להם, עד היום חוץ מהבת הגדולה שלי יתר בני המשפחה לא יודעים בדיוק מה היה. מבחינתם אני פוסט-טראומטית בגלל דברים בילדות, יש לי כל מיני בעיות נפשיות ואני זקוקה לשיקום.

אני אגיד לך איך זה עובד אצלי. אני מתמודדות עם כל מיני בעיות בעקבות הפוסט טראומה. יחד עם זה אני עצמאית כי החיים גרמו לי להיות עצמאית. ניהלתי את עצמי מאז שאני ילדה. התחתנתי, יש לי ברוך השם ילדים,<sup>58</sup> התגרשתי והתחתנתי מחדש. אני עובדת, ולאחרונה, בגיל שלמעלה מארבעים, סיימתי לימודים יש לי מקצוע ותעודה, וגם לקחתי משכנתא ורכשתי דירה.

ההתמודדות עם הפוסט טראומה היא יום-יומית ובאה לידי ביטוי בכל מיני תחומים. יש לי הרבה פחדים, סיוטים, פלאשבקים, אני סובלת בעיקר מריחות של אנשים. יש לי חוסר ביטחון שאני עובדת עליו כבר תקופה ארוכה וחוסר אמון באנשים.

---

57. ראו לגבי כל סיפורי החיים גם את נספח א': "סיפורי החיים: מטרה, שיטה וטופס הסכמה מדעת".

58. בדרך כלל הדיירות מגיעות לענבלים כשהן רווקות. עם זאת אין בענבלים מניעה עקרונית לקבל גם דיירות נשואות עם ילדים. מודל העבודה במקרה זה נבדק ומותאם לפי העניין לצרכי הדיירות והאפשרויות בענבלים. למשל, נבדקת השאלה אם המרחק הגאוגרפי ממרכז ענבלים לא מהווה בעיה מבחינת נגישות הצוות, ואם ניתן לקבוע שעות ביקור של הצוות תוך התחשבות ביתר בני המשפחה.

מעל 30 שנה שאני סובלת מפברומיאלגיה.<sup>59</sup> הפברומיאלגיה זה כאבים שמופיעים בכל הגוף. הם מתחילים מהראש ויכולים להיגמר באצבע קטנה ברגל. זאת תחושה של שריפה ברגליים, כאבי גב נוראיים, את לא יכולה להתמיד בישיבה ממושכת כי הגב כואב. זה גורם לך לעצבנות, זה גורם לאי נוחות ולכן את לא יכולה להיות במקום אחד הרבה זמן. כל הזמן כואב. הידיים נרדמות, העצמות כואבות, כשיש ימים קרים, ואז זה הכי גרוע ואת לא יכולה לצאת מהבית.

קשה לתפקד וקשה לעשות הרבה דברים בבית. מצד שני כשאת בחוץ את חוששת מכל דבר, ובעצם את יוצאת בפחד מהבית ונמצאת בפחד כל הזמן. הפחד מלווה אותי ומתגבר עוד יותר במקומות חשוכים ובמקומות סגורים. זה פשוט מכניס אותי ללחץ מטורף. יש לי פתאום קשיי נשימה ואני נכנסת לבלבלה עם עצמי, וזאת אחת הסיבות שקשה לי ללכת לסרט. בעלי כל הזמן אומר "בואי נלך לסרט בואי נלך לסרט" ואני אומרת שלא בא לי, כי קשה לי. אפילו בקניון, למרות שקניונים היום באמת השתכללו מאוד ויש בהם המון אור. הולכים לקניון, אז גג אחרי חצי שעה זה מתחיל. אני מרגישה דופק מהיר ורוצה לצאת וללכת הביתה, ואז הבילוי של המשפחה נהרס בגללי. אני מנסה עוד צעד ועוד צעד, להמשיך עוד קצת, מנסה להתעסק בטלפון או לצאת מהבועה הזאת בדרך אחרת, אבל זה קשה. את כל הזמן חושבת שרוצים להציק לך ורוצים לפגוע בך. בגלל זה לא נתתי לאנשים להיכנס למרחב הפרטי שלי. לקח לי הרבה שנים להיפתח ולתת אמן באנשים. כי אני מאוד סגורה.

גם סתם להיות בבית זה לא פשוט. למשל אם אני צופה בטלוויזיה ורואה פתאום בטלוויזיה תקיפות, כמו למשל בסדרה הזו שהייתה עם טהוניה עם האונס, את מרגישה שמהו תופס אותך בגרון. את נשארת בשוק בטרואמה כזאת, כולך קפואה במקום, ואת הדמעות

59. תסמונת הפברומיאלגיה (FMS) היא פתולוגיה שיש בה היבטים פיזיולוגיים לצד היבטים פסיכולוגיים. סיבה אפשרית להתפרצות המחלה היא התעלות מינית בתקופת הילדות (גליקסמן, 2007).

בעיניים את מחזיקה שהן לא תצאנה החוצה, כדי שהמשפחה שליך לא תרגיש, וזה פשוט מחזיר אותך בזמן כאילו את רואה את עצמך באיזה פלאשבק. ואז באותו יום גם התפרצתי ככה בבכי ירדו לי דמעות. הבן שלי נלחץ במיוחד "אמא מה יש לך מה יש לך מה קרה". ברגע כזה אני מנסה להתעשת. אני מנסה להעביר את התכנית. קשה לי במיוחד עם צעקות שמחזירות אותי אחורה לתקיפות שבהם אבא שלי האלכוהוליסט היה בבית, אחרי הצעקות הוא היה פשוט לוקח כיסא, אנחנו גרים בקומה עליונה בבניין גבוה, עומד על המעקה של החלון ומתנרנד ואת כבר רואה את המוות בעיניים, ואת רואה אותו עומד ליפול. את לא יכולה להתקרב אליו כי ביד השנייה הוא מחזיק סכין. הוא החזיק סכין גדולה, עומד על המעקה וצעק "אני מתאבד אני מתאבד" עד שאחד האחים שלי היה מצליח לקפוץ לכיוון שלו ולמשוך אותו פנימה. התמונות והצעקות של אז חוזרים ומכניסים אותי לחרדה, בכל מקרה שאני רואה היום ריב. אני מנסה להבליג ולחפות על כל קונפליקט בבית רק בשביל למנוע מריבות. כי אם הן מתחילות. מתחיל הדופק המהיר, ואז מתחיל כמו רעד בגוף, ואני מתחילה להרגיש שזה עולה ועולה ועולה לי, כשזה מגיע לשיא אני מתפרצת, וכל מה שנמצא ליד יכול לעוף באותו רגע. בפעם אחרונה שזה קרה לי השולחן בסלון היה עם הרבה דברים עליו והעפתי אותו באוויר, ולא משנה לי שהיו טלפונים ושתייה והכל הלך והכל התרסק. באותו רגע אני גם מאיימת "אם אתם לא מפסיקים אני ברגע זה עושה משהו לעצמי. זהו אני לא עומדת בזה" זה פשוט משהו שיוצא משליטה. למרות זאת בדרך כלל אני משתדלת לא להפיל את הבעיות שלי על הילדים, ובכלל להסתיר את העצבות שלי. אני נותנת להם המון דברים שלא היו לי בתור ילדה. אני רוצה שלא תהיה להם אפילו טיפה של זיכרון לא טוב. למשל הנכדים באים אלי ואני נותנת להם אפילו לקשקש עם טושים על הרצפה, שיזכרו כמה טוב היה אצל סבתא. אני רוצה לשמוע צחוק של ילדים בבית. כשאני הייתי ילדה ובקרתי אצל סבתא היה אסור לזוז ובקושי לנשום. אם היה פרי על השולחן אסור היה לגעת כי היא הייתה קמצנית. זה היה קשה כי בבית לא היה בכלל פרי או משהו כזה לאכול. לכן אני היום מנסה דרך אחרת.



הייתה לי גם הפרעת אכילה בעבר, והיא קיימת גם היום. אני מרגישה שכל הזמן אני צריכה להכניס משהו לפה, אני הולכת לישון בלילה ואני לא יכולה להירדם, כי אני מרגישה שאני צריכה לשים משהו בפה. אני יכולה להירדם ולקום אחרי שעתיים כדי ללכת לחפש משהו מתוק. לפני כמה שנים עשיתי ניתוח קיצור קיבה כי חשבתי שזה יפתור את הבעיה, אבל זה עדיין לא עובר לי. אני חייבת שיהיו לי ליד המיטה סוכריות, שוקולד או חטיפים. אחר כך יש לך את ייסורי מצפון אבל אין שליטה על זה.

הייתי מסתגרת הרבה בבית ולא יוצאת. התבודדתי ולפעמים גם לא היה לי חשק לחיות. חשבתי על דברים לא טובים כי לא ראיתי שום עזרה, לא ראיתי שום כיוון לא היה מי שישמע, ולא היה מי שביין. מצאתי את עצמי בודדה. כל הכאב הזה שאת סוחבת אתך בבטן זה כמו בלון שבסופו של דבר כשמנפחים יותר מדי הוא מתפוצץ. זה מה שאני הרגשתי כל השנים האלה שאני כבר מתפוצצת. אפילו שהגעתי למצב שיש לי ילדים והכל ואת מנסה להיות חזקה אבל זה חזק ממך. היו תקופות קשות שבהם לא יצאתי. הייתי יושבת מתבודדת בפינה שלי, בשולחן שלי, קפה סגירות קפה כל היום. שקועה בדיכאון, כי לא ראיתי את האור שבחורץ,

כשהייתי בטיפול בכריאות הנפש לפני ענבלים, לא הרגשתי מענה לצרכים כמו שצריך. והייתי גם אצל אנשים אחרים ועברתי טיפולים אצל מומחים ויועצים ומיליון ואחד אנשים. בארבע השנים הראשונות שטופלתי בכריאות הנפש, לא סיפרתי כלום. הייתי יושבת לשיחות ולא השתחרר לי, לא הצליחו לשחרר את זה ממני, עד שיום אחד זה ככה התגלה והתפוצץ. אבל לפני כן לא הצליחו, כי הכל סגור בי כמו כספת מטורפת. המשכתי ללכת לטיפול כי הרגשתי שאני חייבת ללכת, אז קמתי והלכתי לשם למרות שלא ראיתי איזה שינוי או שזה גרם לי משהו שעוזר. הייתי הולכת עם אותה הרגשה וחוזרת עם אותה הרגשה, זה לא שינה לי שום דבר. הרגשתי שאני פשוט באותו כיסא באותו מצב באותה תחנה באוטובוס, יושבת שנה אחרי שנה באותו מקום. הייתי כמעט כל הזמן סגורה בבית. יצאתי לעבוד 3 שעות 5

פעמים בשבוע, ומשם הביתה. זהו בית עבודה, עבודה בית ונגמר הסיפור. את כל הזמן סגורה בתוך עצמך לא יוצאת ולא כלום, ובאמת רצייתי לעשות משהו למען עצמי. רצייתי להגשים דברים שהפסדתי בילדות, שלא זכיתי לעשות אותם. מאוד העיק עלי הרבה שנים שלא יכולתי לסיים לימודים, שלא יכולתי להיות כמו כולם, שלא יכולתי לרכוש מקצוע. למה דווקא אני ככה, למה אחרים כן מצליחים, ולמה אחרים כן נוסעים ויוצאים ויוזמים ואני כלום. כאילו רק ישנה, קמה, עובדת, חוזרת, אוכלת ישנה. עוד אותו בסיס, אותו גלגל שחוזר על עצמו בלי טעם בלי ריח, בלי חיים ובלי שמחת חיים. פחדתי מאוד שאזיק לעצמי כי ידעתי שאני מסוגלת להזיק לעצמי. ובכל זאת הייתי הולכת לשם. לא היו לי כוחות, כי בלי שאת מאמינה שזה מועיל אין לך כוח, ולא מצאתי שבבריאות נפש עזרו לי בשום דרך. את יושבת ומדברת כל הזמן על אותו הדבר, ואין משהו שהם נתנו לי לעשות, לא נתנו לי סוג של משימות של לעשות משהו בשביל לעצמי, משהו בשביל לפתח את עצמי.

בנוסף לשיחות עם הפסיכולוגית היו צריכות להיות לי גם פגישות עם פסיכיאטר פעם בחודשיים או שלושה. באיוושהי שנה גם הייתה לי תקופה שכל פעם הם ביטלו את הפגישות האלה והם אמרו שזה בגלל שלא דאגתי לאשר תור. אבל זה גרם לי להתייאש כי אני אחת שבאמת מהניסיון שלי אני יודעת שאני מתייאשת מאוד מהר.

אני נתקלתי בהרבה גופים שפשוט את מפחדת לגשת אליהם, מפחדת ללכת. בעבר הלכתי לביטוח הלאומי. הרגשתי שהם צוחקים עליי, "את השחקנית ואת משחקת אותה". הכל טוב ויפה, אתם גוף שצריך למנוע שירמו אתכם. יש המון נוכלים במדינה, ורמאים שמשחקים אותה בשביל לקבל קצבאות. אבל עם כל זה תלמדו לשלוט על הפה שלכם. מילה אחת שלכם יכולה להחזיר בן אדם אחורה אחרי שהוא בנה את עצמו במשך עשר שנים. מילה אחת של איזה רופא או מישהו מוועדה פשוט יכולים להוריד אותך אחורה בבוט אחד, ולהרוס לך את כל מה שבנית בשניות. כשהגעתי לוועדה כל העיניים היו עלי והמילים שנאמרו

שמה היו קשות. את יוצאת משם וזה נכנס לך לעוד לתיק שלי. הרי אנחנו הולכים עם שני תיקים בחיים התיק החיובי שאנחנו בונים את עצמנו, והתיק השלילי שאנחנו סוחבים אתנו ונמצא בו כל הרע שאנחנו רוצים לרוקן, ועד שאת מרוקנת ממנו דברים פתאום מכניסה דברים שלא היית רוצה להכניס. היה לי קשה לעמוד מולם. "את משחקת אותה תקומי תשבי הנה את עומדת הנה את יושבת" תגיד אתם חושבים שזאת הפגיעה? ואז את אומרת זהו אני למקום הזה לא מגיעה יותר. לא רוצה את הכסף שלהם ולא רוצה את העזרה שלהם. הפחד נכנס לי. אני רואה ביטוח לאומי אני רואה פחד.

עזבתי את כל החברות מאז שהתגרשתי. בכלל התנתקתי אז מהרבה אנשים. אז ביקשתי משהו שיעזור לי לצאת, כי אמרתי אני שחייבת לעשות שינוי עם עצמי. אם אני לא אעשה שינוי אז המצב שלי ילך ויחמיר, כי להיות סגורה כל הזמן זה מביא אותך לדרך ללא מוצא, שבה את שקועה בעבר שלך.

את ענבלים הכרתי בזמן שטופלתי בבריאות הנפש. פשוט באתי לפגישה ואז הפסיכולוגית אמרה לי שהיא רוצה שאני אכיר את ענבלים, ושהם ייכנסו לתמונה לעזור. כאילו סוג של תיווך שהיא תיווכה ביני לבינם. לא שמעתי עליהם לפני זה. ישבתי בכיסא הסתכלתי על כל מי שעומד שם כמו חסרת אונים, כאילו מה רוצים ממני בכלל. בסך הכל פחדתי כי לא האמנתי באנשים. אמרתי לעצמי "עוד פעם תבוא לי עכשיו מישהי ונשב איתה כמו שהייתי בבריאות הנפש, נשב ונדבר ואז אלך הביתה". אבל הסכמתי לנסות. באיזשהו שלב אמרתי יאללה בוא ננסה נראה מה זה. בהתחלה חששתי כי קשה לי מאוד לתת אמון ופתאום יש גם עובדת סוציאלית צמודה וגם מדריכה שבאה אליך הביתה ומלווה אותך, כלומר הקשר עם ענבלים חייב אותי להכניס אותם ממש לבית שהילדים נמצאים שם. זה נראה לי בהתחלה מוזר וקשה, כי היה לי קשה לבנות אמון באנשים ואת חושבת שהם רוצים להציק לך ולפגוע בך. היה לי קשה מאוד מאוד להיפתח בהתחלה. בשלב מסוים התמונה התחילה להשתנות. זה התחיל מהרגשה של יותר ביטחון שיש מי שנמצא מי שעוֹטף, מי שדואג, מי שתומך באמת

ואוון קשבת 24/7. ובאמת אחרי כמה מפגשים גיליתי שיש לי הרגשה שבענבלים זה נהיה כמו סוג של משפחה. ומשפחה זה משהו שיותר קל לך להיפתח אליו להאמין בו לבנות בו אמן.

מה שקרה שאחרי שהתחלתי לתת אמן זה שראיתי שליוותה אותי עובדת סוציאלית שהיא אדם עם הלב הכי גדול ועם הנתינה הכי טובה, וגם עם סבלנות עקשנית. אני חושבת שבזכות העקשנות העובדת הסוציאלית הובילה אותי למה שאני היום, כי אני אחת שמרימה ידיים בקלות, אם אני מתחילה משהו אני לא יודעת לסיים, אני מתייאשת מאוד מהר. כל הליווי של העובדת הסוציאלית שפשוט לא ויתרה לי, וכל זה בדרך כל כך טובה וכל כך נעימה, שגם להגיד לה לא אני לא הייתי מסוגלת. כל הזמן רציתי להגיד "לא בא לי לא רוצה עזבו אותי שחררו אותי", אבל לא הייתי מסוגלת להגיד לה.

קודם כל זה שהם לא עושים דברים בלחץ אני לא הרגשתי משהו שהוא מלחץ, הרגשתי יותר כאילו שבאים לקראתי מראים לי הנה אנחנו פה באים לעזור לך, חבל על כל יום שאת לא עושה, חבל על כל יום מבוזבז. באמת כשלא יכולתי למשל ללכת לרופא, אז הם הבינו ודחינו ונתנו לי לבחור תאריך מסוים שמתאים לי, וכמובן שגם מסתדר בענבלים. כל מה שצריך היה בלי לחץ, בלי צורך ככה לאבד את עצמי.

כל התהליך מאלף עד תו היה בליווי צמוד מהיום הראשון ועד היום, אז אני יודעת שזה משהו שיהיה איתי תמיד מתי שאצטרך. כל עוד בן אדם צריך וכל עוד בן אדם מרגיש שהוא לא יכול לשחרר אז אני מאמינה שגם ענבלים לא משחררים לי את החבל. זה נותן תחושת ביטחון, זה כמו שאת עומדת על הצוק למעלה ואני תופסת בחבל מלמטה וכדי שאני לא אמעד את מושכת אותו. כל עוד לא עזבתי את החבל ולא שחררתי אז גם הם לא משחררים. וזה מה שנותן לי את הכוח היומיומי את הכוח המניע באמת להתנהלות היומיומית. יש לי ימים שהם לא כל כך טובים אבל אני יודעת שאם קורה לי משהו ולא משנה מה באיזה שעה באיזה סיטואציה תמיד אני מוזמנת להתקשר, ותמיד אני יודעת שאקבל מענה. נראה לי שזה יהיה לטווח זמן ארוך מאד, כי

אני כרגע לא רואה את עצמי בלי ליווי. אני אומרת את האמת אני לא רואה את עצמי בלי ליווי, כי היו לי מעידות. הרגשתי שאני מועדת ובזכות ענבלים והמרכז לטיפול בטראומה מינית הצלחתי לחזור לעצמי, ולעמוד שוב על הרגליים. גם כשעולות מחשבות רעות וכאלה, גם במרכז לטיפול בטראומה מינית אמרה הפסיכולוגית שלי שאם יקרה משהו ואם יעלו לי מחשבות רעות אז ישר להתקשר ולדבר. והם יענו לי בכל שעה, אז זה עוזר זה כי את יודעת שאת לא לבד, את יודעת שגם בתוך התסכול בתוך המערבולת אפשר לעזור לך ויש מי שיציל אותך.

אחרי זה לכל מה שהייתי צריכה ענבלים באו יחד איתי. למשל פתחו לי את הראש לזכויות שלא ידעתי שמגיעות לי. ולא רק שהם הסבירו לי מה הזכויות גם ליוו בכל התהליכים האלה. בזכותם אני מקבלת היום את קצבת הנכות שמגיעה לי מהביטוח הלאומי, דבר שלא הצלחתי לעשות לבד עם עצמי. זה שהעובדת הסוציאלית דאגה ללוות אותי נתן לי יותר ביטחון עצמי. העובדת הסוציאלית ליוותה אותי לאורך כל הדרך ולא ויתרה לי, דאגה לכך שאביא את כל המסמכים הרלבנטיים והציבה לי פשוט עובדה שאנחנו ביום הזה והזהו הולכים לעירייה או לביטוח הלאומי, והאמת שזה הצליח כי הרגשתי שמישהו פה נותן לי יד ומושך אותי קדימה, גם אם אני רוצה להתחרט.

לפני ענבלים הייתי מאוד מפוזרת. אני מקבלת הפניה מרופא, ומניחה אותה על השולחן, על המיטה או במטבח. אחר כך כשאני צריכה את ההפניה אני לא זוכרת היכן היא. הלך התור, הלך המשך הטיפול ונעצרתי. עד שאחת המדריכות אמרה לי סטופ עושים סדר. הביאה קלסר עם דפים, ניילונים וחוצצים. והכנו קלסר לכל התורים התשלומים והקבלות. ובאמת כשהייתי צריכה משהו הייתי פותחת את הקלסר והוקוס פוקוס הגנה זה בקלסר. כבר לא צריך להפוך את כל הבית מחדש לחפש את הניירת שאני צריכה.

הצלחתי להפנים את העניין של הסדר בעצמי. למשל בעלי בגלל שהוא חולה כל הזמן צריך לסדר לו בדיקות. אז סידרתי לו קלסר עם כל הדיסקים של הסיטי למיניהם ועם תאריכים. את הכל שמתי שם ובאמת כשהיינו צריכים להגיע לרופא הוצאתי את זה. הרופא

אומר אני צריך מסמך כזה וכזה אני פותחת. הרופא מסתכל עלי עושה לי וואו וואו איזה סדר. התחלתי לצחוק, חבל שלא ראית אותי לפני כמה שנים. היית מבקש ממני טופס הייתי אומרת לך על מה אתה מדבר בכלל. אז כן אני באמת יותר מאורגנת.

בשלב שהצלחתי להעלות בענבלים דברים כואבים מהעבר עדיין לא רציתי לחזור לטיפול רגשי בטראומה. העובדת הסוציאלית המליצה להשתלב במרכז לטיפול בטראומה מינית כדי לפתוח את מה שכואב ולעבר את זה כמו שצריך. זה מאוד הפחיד אותי אבל בסוף הסכמתי. זה מרכז מדהים בפני עצמו. הצוות שם שונה לגמרי מאשר בשירותי בריאות הנפש הרגילים. יש שם גם פסיכולוגית וגם פסיכיאטרית. המקום עצמו הוא מאוד נעים. הוא משרדר רוגע וביטחון. את לוחצת את הקוד, נכנסת בעצמך, בכניסה יושבת מזכירה נעימה שמקבלת אותך עם חיוך של בוקר טוב. אז כבר הכניסה היא כמו מיליון דולר. המטפלת ניגשת לדלת ישר "היי בוקר טוב הגעת בואי תיכנסי חיכיתי לך". את רואה שמישהו חיכה לך, ואת מתחילה לדבר והכל זורם גם אם זה קשה את משתפת בדברים הטובים ובדברים הפחות טובים, ואת יוצאת משם כאילו רוקנת איזה שתי מזוודות מלחמה מהגב. אני בן אדם שאוהב שמקשיבים אבל אני אוהבת שגם עונים לי, שמנסים לכוון אותי. אני יודעת מהניסיון שלמדתי בשנים האחרונות שטוב להקשיב וטוב לנסות. לפני כן הייתי חוששת לנסות דברים כי חשבתי שאין לי שום סיכוי ואני אפס. אבל עם הזמן למדתי שמי שמנסה מרוויח. בכל דבר שאת מנסה את יכולה לגלות על עצמך עוד דברים שאת בכלל לא מאמינה על עצמך. הפסיכולוגית במרכז מדהימה באמת. היא יודעת להקשיב והיא גם יודעת להעלות נקודות איך ומה לתקן, איפה לוותר ואיפה לא ואיך לחפש עוד דרכים נוספות.

אחרי זה עזרו לי בענבלים להשלים 12 שנות לימוד. המדריכה עזרה לי עם המתמטיקה. לפני כן הבן שלי היה מנסה להסביר לי אבל אני לא הייתי מתרכזת ופשוט לא נקלט כל מה שהוא לימד אותי. והמדריכה הצליחה, עם הסבלנות שלה, הדרך לגשת לבן אדם ולהרגיע, וללחוץ על הכפתור הנכון.

עם הלימודים גיליתי עולם אחר. פשוט הרגשתי שאני חוזרת להיות ילדה בספסל הלימודים, והרגשתי שהלב שלי מתמלא בדבר שהכי חלמתי לעשות אותו להגשים אותו. פתאום למדתי מתמטיקה ולמדתי אנגלית ולמדתי עברית ולשון היסטוריה ואזרחות. פשוט הייתי המומה. בהתחלה ישבתי כמו הילדים הטובים האלה בכיתה, ככה מנסה לראות איפה אני מה הולך מי נגד מי, אבל אחרי זה גיליתי עולם וכל יום התפללתי שלא תיגמר השנה, שלא ייגמרו הלימודים. זה הוציא אותי מכל המחשבות השליליות, מהמקום שאני הייתי יושבת ליד החלון כל הזמן, עם כיסא שולחן קפה סיגריות כל הזמן מסתכלת החוצה. את מתלהבת באמת כמו ילדה, את נכנסת לתרגיל ואת מנסה לפתור אותו ואת כל כך שקועה בתרגיל הזה, ואם יש לך קושי אז את נכנסת לאינטרנט וממשיכה לחפש חומר על זה, דבר גורר דבר, זה פשוט מוציא אותך מהבועה השחורה ואת מרגישה כמו נשר שפורס כנפיים ועף.

אחרי שהשלמתי את 12 שנות הלימוד נרשמתי פעם נוספת, והפעם ללימודי השכלה גבוהה מקצועיים. פחדתי מזה והתפללתי שאני אעמוד בכל המשימה הזאת. התמדתי והקפדתי לא להפסיד לימודים אפילו על חשבון דברים מאוד חשובים. העדפתי להפסיד דברים אחרים, שאפילו שילמתי עליהם ביוקר אחר כך, אבל לא הפסדתי לימודים, ממש עד כדי כך, כי זה עשה לי את הדבר הכי הכי טוב שיכל לקרות לי בחיים. הצלחתי לסיים את הקורס בהצלחה סיימתי את המבחן המעשי את המבחן העיוני וירדה לי אבן מהלב. כעת אני מרגישה שאני רוצה להחליף תעסוקה למשהו אחר, יותר מקצועי, לא שוחק אבל מגוון ומעניין.

קורה שאני הולכת לאיבוד מחדש. יש לי את הימים שפתאום אני הולכת קצת ברוורס, אבל אני דואגת לחזור קדימה מהר. היום בזכות השיחות האלה והארגונים האלה יש לי כוחות מטורפים. אני מאמינה שכל עוד אני בטיפול וכל עוד אני במסגרת, הכוחות האלה נמצאים. הפחד שלי באמת הוא מה אעשה אם לא יהיו לי יותר המסגרות של הארגונים האלה.

## מקורות

- איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות תקיפה מינית ולנפגעי תקיפה מינית בישראל – נתונים כלליים, דף הבית (2022, 8 ביוני). <https://www.1202.org.il/centers-union/info/statistics/general-data>
- גליקסמן, י' (14 בדצמבר 2007). פיברומיאלגיה: מאפיינים ודרכים להתמודדות אפקטיבית, פסיכולוגיה עברית. <https://www.hebpsy.net/articles.asp?id>
- דורון, מ' (2016). טראומה והטיפול בה, הוצאת בית עלים.
- הרמן-לואיס, ג' (2017). טראומה והחלמה, הוצאת עם עובד.
- זומר, א' (2004). "להיות או לא להיות: טראומות ילדות והפרעות ניתוק", בתוך: צ' זליגמן וז' סולומון (עורכים), הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות, הוצאת הקיבוץ המאוחד, עמ' 104-192.
- זליגמן, צ' (2004). "מבוא לגילוי עריות: אין אמת, ואין חסד, ואין רחמים", בתוך: צ' זליגמן וז' סולומון (עורכים), הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות, הוצאת הקיבוץ המאוחד, עמ' 15-40.
- לכבי, י' ופלד, ע' (2004). "לא מוותרות: בגרותן של נשים נפגעות גילוי עריות", בתוך: צ' זליגמן וז' סולומון (עורכים), הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות, הוצאת הקיבוץ המאוחד, עמ' 54-81.
- מור, א' (2017). דמעה שלא נגעה. הפגיעה המינית וההתמודדות עמה מזווית אישית וחברתית, הוצאת ספרים אח.
- מרכז המחקר והמידע של הכנסת (2016). "השוואת עלויות להחזקת אדם ללילה במוסדות שונים", נדלה מתוך: [http://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/1d993f54-4c93-e511-80d6-00155d0204d4/2\\_1d993f54-](http://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/1d993f54-4c93-e511-80d6-00155d0204d4/2_1d993f54-)



4c93-e511-80d6-00155d0204d4\_11\_10541.pdf

משרד הבריאות (2000). "חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000", משרד הבריאות. הוצאת הלכות. נדלה מתוך: <https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Nefesh35.pdf>

סנג'י, פ"מ (1998). הארגון הלומד, הוצאת מטר.  
פוסטון, ד' (2009). "החלמה כמושג וכתהליך על פי תפיסתן של נשים שעברו פגיעה מינית מתמשכת בילדות", עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך בעבודה סוציאלית, האוניברסיטה העברית.

פרבשטיין, מ' והירש, ג' (1997). שיקום נפגעי נפש בקהילה, הוצאת נורד.  
קורטואה, ק"א (2004). "קווים מנחים לטיפול במבוגרים שעברו או ייתכן שעברו התעללות בילדותם", בתוך: צ' זליגמן וז' סולומון (עורכים), הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות, הוצאת הקיבוץ המאוחד, עמ' 229-239.

קלהאן, ק' (2015). טיפול דיאלקטי התנהגותי לילדים ונוער, הוצאת ספרים אח.  
רבינוביץ, מ' (2010). "טיפול בנפגעי גילוי עריות", הוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי, מרכז המחקר והמידע.

<https://main.knesset.gov.il/activity/info/research/pages/incident.aspx?ver=2%26docid=42bd8d55-f7f7-e411-80c8-00155d010977>

Anderson, K. M. and Hiersteiner, C. (2008). "Recovering from childhood sexual abuse: Is a 'storybook ending' possible?". *The American Journal of Family Therapy*, 36 (5), 413-424. <https://doi.org/10.1080/01926180701804592>

American Psychological Association (2017). Resolution on Self-Help Support Groups. Retrieved from the Society for Community Research and Action (APA) Division Website. <http://www.scra27.org/what-we-do/policy/rapid-response-actions/resolution-self-help-support-groups/>

APA (2022). Guidelines for submitting case reports:

<http://www.Apa.org/pubs/journals/aap/guidelines-submitting-case-reports>

Beard, K. W., Griffiee, K., Newsome, J. E., Harper-Dorton, K. V., O'Keefe, S. L., Linz, T. D., Young, D. H., Swindell, S., Stroupe, E. E., Steele, K., Lawhon, M. and Nichols, A. N. (2017). "Father-daughter incest: Effects, risk-factors, and a proposal for a new parent-based approach to prevention". *Sexual Addiction and Compulsivity*, 24 (1-2), 79-107. <https://doi.org/10.1080/10720162.2017.1306467>

Berman, F. (2016). "Transitional housing for survivors of domestic and sexual violence: A 15-2014 snapshot. American Institutes for Research-National

- Center on Family Homelessness". *Air*. <http://www.air.org/resource/report-transitional-housing-survivorsdomestic-and-sexual-violence-2014-15-snapshot>
- Briere, J. and Runtz, M. (2002). "The inventory of altered self-capacities (IASC) a standardized measure of identity, affect regulation, and relationship disturbance". *Assessment*, 9 (3), 230-239. <https://doi.org/10.1177/2F1073191102009003002>
- Briere, J. and Spinazzola, J. (2005). "Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states". *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18 (5), 401-412. <https://doi.org/10.1002/jts.20048>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Preventing sexual violence [Fact sheet]. *CDC*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/sexualviolence/fastfact.html>
- 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. and Zirakzadeh, A. (July, 2012). "Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis". *In Mayo clinic proceedings* (Vol. 85, No. 7, pp. 618-629). Elsevier. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- Chouliara, Z., Hutchison, C. and Karatzias, T. (2009). "Vicarious traumatisation in practitioners who work with adult survivors of sexual violence and child sexual abuse: Literature review and directions for future research". *Counselling and Psychotherapy Research*, 9 (1), 47-56. <https://doi.org/10.1080/14733140802656479>
- Chouliara, Z., Karatzias, T., Scott-Brien, G., Macdonald, A., MacArthur, J. and Frazer, N. (2011). "Talking therapy services for adult survivors of childhood sexual abuse (CSA) in Scotland: Perspectives of service users and professionals". *Journal of child sexual abuse*, 20 (2), 128-156. <https://doi.org/10.1080/10538712.2011.554340>
- Collin-Vézina, D., La Sablonnière-Griffin, D., Sivagurunathan, M., Lateef, R., Alaggia, R., McElvaney, R. and Simpson, M. (2021). "‘How many times did I not want to live a life because of him’: the complex connections between child sexual abuse, disclosure, and self-injurious thoughts and behaviors". *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8 (1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00142-6>

- Chris, R. B. (2015). "Re-experiencing traumatic events in PTSD: new avenues in research on intrusive memories and flashbacks". *European Journal of Psychotraumatology*, 6 (1), DOI: 10.3402/ejpt.v6.27180
- Deegan, G. (2003). "Discovering recovery". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26 (4), 368-376. <https://doi.org/10.2975/26.2003.368.376>
- Dimeff, L. A. and Koerner, K. (Eds.). (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. Guilford Press.
- DiPalma, L. M. (1994). "Patterns of coping and characteristics of high-functioning incest survivors". *Archives of psychiatric nursing*, 8 (2), 82-90. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(94\)90038-8](https://doi.org/10.1016/0883-9417(94)90038-8)
- Draucker, C. B., Martsolf, D. S., Ross, R., Cook, C. B., Stidham, A. W. and Mweemba, P. (2009). "The essence of healing from sexual violence: A qualitative metasynthesis". *Research in nursing and health*, 32 (4), 366-378. <https://doi.org/10.1002/nur.20333>
- Edmond, T., Sloan, L. and McCarty, D. (2004). Sexual abuse survivors' perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy. *Research on Social Work Practice*, 14 (4), 259-272. <https://doi.org/10.1177/2F1049731504265830>
- Eron, K., Kohnert, L., Watters, A., Logan, C., Weisner-Rose, M. and Mehler, P. S. (2020). Weighted Blanket Use: A Systematic Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 2020, Vol. 74 (2), 7402205010p17402205010p14. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.037358>
- Fagelson, M. A. (2007). "The association between tinnitus and posttraumatic stress disorder". *American Journal of Audiology*. 2007 Dec; 16 (2):107-117. doi: 10.1044/1059-0889(2007/015). PMID: 18056879.
- Farkas, M. (2013). "Introduction to psychiatric/psychosocial rehabilitation (PSR): History and foundations". *Current Psychiatry Reviews*, 9 (3), 177-187. <https://doi.org/10.2174/1573400511309030003>
- Feinauer, L. L. (1989). Relationship of treatment to adjustment in women sexually abused as children. *American Journal of Family Therapy*, 17 (4), 326-334. <https://doi.org/10.1080/01926188908250779>
- Fedina, L., Nam, B., Jun, H. J., Shah, R., Von Mach, T., Bright, C. L. and DeVylder, J. (2021). "Moderating effects of resilience on depression, psychological distress, and suicidal ideation associated with interpersonal

- violence". *Journal of interpersonal violence*, 36 (3-4), 1335-1358. <https://doi.org/10.1177/2F0886260517746183>
- Filipas, H. H. and Ullman, S. E. (2001). "Social Reactions to Sexual Assault Victims From Various Support Sources". *Violence and Victims*, 16 (6), 673-692. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/social-reactions-sexual-assault-victims-various/docview/808564676/se-2>
- Frazier, P., Tashiro, T., Berman, M., Steger, M. and Long, J. (2004). "Correlates of Levels and Patterns of Positive Life Changes Following Sexual Assault". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (1), 19-30. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.19>
- Ford, J. D. (2005). Treatment Implications of Altered Affect Regulation and Information Processing Following Child Maltreatment. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 410-419. <https://10.0.15.88/00485713-20050501-07>
- Gaskell C., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Stockton, C., Somerville, E., Rogerson, E. and Delgadillo, J. (2023). "The Effectiveness of Psychological Interventions Delivered in Routine Practice: Systematic Review and Meta-analysis". *Administration and Policy in Mental Health* 50 (1):43-57. doi: 10.1007/s10488-022-01225-y. Epub 2022 Oct 6. PMID: 36201113; PMCID: PMC9832112.
- Gerig-Shelly, M. (2022). Art Therapy and Parts Work with Survivors of Sexual Violence: Development of a Method. *Expressive Therapies Capstone Theses*. 552. [https://digitalcommons.lesley.edu/expressive\\_theses/552](https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/552)
- Gobin, R. L. and Freyd, J. J. (2009). "Betrayal and revictimization: Preliminary findings". *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1 (3), 242-257. <https://doi.org/10.1037/a0017469>
- Goldberg, A. (1997). "Writing case histories". *The International Journal of Psychoanalysis*, 78 (3), 435-438.
- 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. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1354954>
- Gunnarsdóttir, H., Löve, J., Hensing, G. and Källström, Å. (2021). To Live, Not Only Survive-An Ongoing Endeavor: Resilience of Adult Swedish Women Abused as Children. *Frontiers in public health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.599921>
- Gutner, C. A., Rizvi, S. L., Monson, C. M. and Resick, P. A. (2006). "Changes

- in coping strategies, relationship to the perpetrator, and posttraumatic distress in female crime victims". *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 19 (6), 813-823. <https://doi.org/10.1002/jts.20158>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. and McKendry, R. (2003). "Continuity of care: a multidisciplinary review". *BMJ (Clinical research ed.)*, 327 (7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Harkey, J. (2017, January/February). "Case Management at the Intersection of Social Work and Health Care". *Social Work Today*, 17 (1), 20. [www.socialworktoday.com/archive/011917p20.shtml](http://www.socialworktoday.com/archive/011917p20.shtml)
- Koss, M. P. and Harvey, M. R. (1991). *The rape victim: Clinical and community interventions*. Sage Publications.
- Hutschemaekers, G. J., Zijlstra, E., de Bree, C., Lo Fo Wong, S. and Lagro-Janssen, A. (2019). "Similar yet unique: the victim's journey after acute sexual assault and the importance of continuity of care". *Scandinavian journal of caring sciences*, 33 (4), 949-958. <https://doi.org/10.1111/scs.12693>
- Kabat-Zinn, J. (2015). "Mindfulness". *Mindfulness*, 6 (6), 1481-1483. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0456-x>
- Koehn, C. V. (2007). "Women's perceptions of power and control in sexual abuse counseling". *Journal of child sexual abuse*, 16 (1), 37-60. [https://doi.org/10.1300/J070v16n01\\_03](https://doi.org/10.1300/J070v16n01_03)
- Lawson, D. M. and Akay-Sullivan, S. (2020). "Considerations of dissociation, betrayal trauma, and complex trauma in the treatment of incest". *Journal of child sexual abuse*, 29 (6), 677-696. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1751369>
- Levendosky, A. A. and Buttenheim, M. (2001). "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. [https://doi.org/10.1300/J070v09n02\\_01](https://doi.org/10.1300/J070v09n02_01)
- Lowen, A. (1971). *The Language of the Body, Originally Published as Physical Dynamics of Character Structure*. Collier Books.
- Middle, C. and Kennerley, H. (2001). "A grounded theory analysis of the therapeutic relationship with clients sexually abused as children and non-abused clients". *Clinical Psychology and Psychotherapy: An*

- International Journal of Theory and Practice*, 8 (3), 198-205. <https://doi.org/10.1002/cpp.280>
- Morrison, S. E., Bruce, C. and Wilson, S. (2018). "Children's disclosure of sexual abuse: A systematic review of qualitative research exploring barriers and facilitators". *Journal of child sexual abuse*, 27 (2), 176-194. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1425943>
- Myrick, A. C. and Green, U. (2014). "Establishing Safety and Stabilization in Traumatized Youth: Clinical Implications for Play Therapists". *International Journal of Play Therapy*, 23 (2), 100-113. <https://doi.org/10.1037/a0036397>
- NSVRC- National sexual resource center, Pennsylvania, USA. (2022). Sexual Violence and Housing Resource. *NSVRC*. <https://www.nsvrc.org/sexual-violence-housing-resource-collection>
- Patterson, D., Greeson, M. and Campbell, R. (2009). "Understanding rape survivors' decisions not to seek help from formal social systems". *Health and Social Work*, 34 (2), 127-136. <https://doi.org/10.1093/hsw/34.2.127>
- Peeters, L., Vandenbergh, A., Hendriks, B., Gilles, C., Roelens, K. and Keynaert, I. (2019). "Current care for victims of sexual violence and future sexual assault care centres in Belgium: the perspective of victims". *BMC international health and human rights*, 19 (1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0207-5>
- Pettersen, K. T. (2013). "A study of shame from sexual abuse within the context of a Norwegian incest center". *Journal of child sexual abuse*, 22 (6), 677-694. <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.811139>
- Pohane, P. U., Jaiswal, S. V., Vahia, V. N. and Sinha, D. (2020). "Psychopathology, perceived social support, and coping in survivors of adult sexual assault: A cross-sectional hospital-based study". *Indian journal of psychiatry*, 62 (6), 718-722. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_432\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_432_19)
- Reid, S. D., Reddock, R. and Nickenig, T. (2014). "Breaking the silence of child sexual abuse in the Caribbean: A community-based action research intervention model". *Journal of Child Sexual Abuse*, 23 (3), 256-277. <https://doi.org/10.1080/10538712.2014.888118>
- Salter M. (2017). "Organized abuse in adulthood: Survivor and professional perspectives". *Journal of trauma and dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 18 (3),

- 441-453. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1295426>
- Sanjeevi, J., Houlihan, D., Bergstrom, K. A., Langley, M. M. and Judkins, J. (2018). "A review of child sexual abuse: Impact, risk, and resilience in the context of culture". *Journal of child sexual abuse*, 27 (6), 622-641. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1486934>
- Schaeffer, P., Leventhal, J. M. and Asnes, A. G. (2011). "Children's disclosures of sexual abuse: Learning from direct inquiry". *Child abuse and neglect*, 35 (5), 343-352. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.01.014>
- Schoon, W. and Briken, P. (2021). "Obstacles in the Process of Dealing With Child Sexual Abuse-Reports From Survivors Interviewed by the Independent Inquiry Into Child Sexual Abuse in Germany". *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.619036>
- Smucker, M. R. and Dancu, C. V. (1999). *Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing*. Jason Aronson.
- Sprague, C. (2021). *Sexual Assault and Rape*. Salem Press Encyclopedia.
- Starzynski, L. L. and Ullman, S. E. (2014). "Correlates of perceived helpfulness of mental health professionals following disclosure of sexual assault". *Violence Against Women*, 20 (1), 74-94. <https://doi.org/10.1177/1077801213520575>
- Starzynski, L. L., Ullman, S. E., Townsend, S. M., Long, L. M. and Long, S. M. (2007). "What factors predict women's disclosure of sexual assault to mental health professionals?". *Journal of Community Psychology*, 35 (5), 619-638. <https://doi.org/10.1002/jcop.20168>
- Stroebel, S. S., O'keefe, S. L., Beard, K. W., Kuo, S. Y., Swindell, S. V. and Kommor, M. J. (2012). Father-daughter incest: Data from an anonymous computerized survey. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21 (2), 176-199. <https://doi.org/10.1080/10538712.2012.654007>
- Stoller, S. R. (1988). "Patients' responses to their own case reports". *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36 (2), 371-391. <https://doi.org/10.1177/000306518803600205>
- Teper, M. H., Vedel, I., Yang, X. Q., Margo-Dermer, E. and Hudon, C. (2020). "Understanding barriers to and facilitators of case management in primary care: a systematic review and thematic synthesis". *The Annals of Family Medicine*, 18 (4), 355-363. <https://doi.org/10.1370/afm.2555>
- Tighe, K., Usselman, K. L. and Gingras, P. (2012). What Therapists Learn

- from Psychotherapy Clients: Effects on Personal and Professional Lives. *The Qualitative Report*, 17 (48), 1-21. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2012.1702>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. and Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. WW Norton and Company.
- Walker, H. E., Wamser-Nanney, R. and Howell, K. H. (2021). "Child sexual abuse and adult sexual assault among emerging adults: exploring the roles of posttraumatic stress symptoms, emotion regulation, and anger". *Journal of child sexual abuse*, 30 (4), 407-426. <https://doi.org/10.1080/10538712.2021.1890295>
- Watt, L., Gadd, D., Pampaka, M., Varese, F. and Majeed-Ariss, R. (February 9, 2022). "No quick fix: the long-term needs of sexual assault survivors". *Manchester Blogs*. <https://blog.policy.manchester.ac.uk/posts/2022/02/no-quick-fix-the-long-term-needs-of-sexual-assault-survivors/>
- Williams, J. and Nelson-Gardell, D. (2012). "Predicting resilience in sexually abused adolescents". *Child abuse and neglect*, 36 (1), 53-63. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.07.004>
- Wright, C. and 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. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1496961>
- Yin, r. k. (1987). *Case study research design and methods*. Sage publications.