משרד הבריאות



נפגעות/י תקיפה מינית

המועצות הלאומיות לבריאות
Councils For Health

יו"ר: ד"ר שמואל הירשמן



פגיעה מינית ופוסט טראומה

עורך ההמלצות:
ד"ר שמואל הירשמן מנהל המרכז לבריאות הנפש לב השרון ומנהל מערך טראומה מינית לב השרון

רקע
תקיפה מינית הינה לדאבוננו תופעה שכיחה ביותר.
ההערכה בעולם המערבי ש-1 מכל 3 נשים היתה קרבן לתקיפה מינית כלשהי במהלך חייה.
1 מכל 4 נשים ו-1 מכל 5 גברים היו קורבן לפגיעה מינית בילדותם.
1 מבין 7 נשים ו-1 מכל 11 גברים היו קורבן לגילוי עריות (1-3).
התופעה שכיחה בכל שכבות האוכלוסייה ללא קשר למצב הסוציו-אקונומי, לרמת ההשכלה, רמת השמרנות או למוצא אתני ודתי.
מרבית הפגיעות המיניות מתרחשות לפני גיל 18 ונמשכות לאורך זמן, לעיתים שנים רבות.

הפגיעה מהטראומה המינית היא ייחודית (בעיקר אם הייתה ממושכת והתרחשה בילדות), מערבת את כל תחומי החיים ובעלת השלכות גם שנים לאחר הפגיעה.
בעקבותיה עלולה להתפתח פסיכופתולוגיה בבגרות, בעיקר: הפרעה בתר-חבלתית (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD), הפרעות דיסוציאטיביות, דכאון, הפרעות חרדה, פגיעות עצמיות והתנהגות אובדנית, שימוש בחומרים וכן קשיים בין אישיים ותפקודיים, והפרעה בתר-חבלתית מורכבת (Complex PTSD (4,5)).
עוד נמצא כי בין שליש לשני שליש מקורבנות פגיעה מינית בילדות חשופים לפגיעה מינית חוזרת (רה ויקטימיזציה) בהמשך חייהם (6,7).
בנוסף נמצא כי בקרב נפגעי/ות פגיעה מינית בילדות קיימת צריכה מוגברת של שירותי בריאות ראשוניים, ריבוי פניות לרפואה יועצת, תחלואה גופנית מוגברת ופניות רבות יותר לחדרי מיון כלליים לעומת אנשים שלא עברו פגיעה מינית בעברם (8,9).
תשאול טראומה מינית בישראל הוא חלקי וחסר בכל תחנות הטיפול (20).
דו"ח סקר תחלואה נלווית לאומי בארה"ב מעריך את שכיחות החיים של PTSD בקרב צפון אמריקאים ב-7.8% (21). השכיחות לכל החיים של PTSD לנשים שעברו תקיפה מינית היא 50% (22). יתרה מכך, תקיפה מינית היא הגורם השכיח ביותר ל-PTSD בנשים, כאשר מחקר אחד דיווח כי 94% מהנשים חוו תסמיני PTSD במהלך השבועיים הראשונים לאחר התקיפה (21).

טראומה מינית בקרב אנשים עם מוגבלות נפשית
השכיחות של היסטוריה של פגיעה מינית בתקופת הילדות ופגיעה חוזרת בבגרות גבוהה יותר אצל גברים ונשים הסובלים מבעיות נפשיות מאשר בקרב האוכלוסייה הכללית.
כך למשל ידוע כי בקרב אוכלוסייה הנזקקת לשירותים פסיכיאטריים, השכיחות של היסטוריה של פגיעה מינית בילדות וגילוי עריות גבוהה במיוחד ומגיעה לשיעור של כ- 36%-70% במרפאות חוץ ומחלקות האשפוז (10,11). יתרה מכך, מטופלים בעלי אבחנות פסיכיאטריות שונות נמצאים בסיכון גבוה להיפגע מינית שוב במהלך חייהם ולהתפתחות תסמונת פוסט טראומטית כתוצאה מהפגיעה. כך למשל נמצא כי חולים המאובחנים עם הפרעה דו-קוטבית נמצאים בסיכון של פי 2.6 לפגיעה מינית וגופנית בבגרותם לעומת בריאים (12).
מחקר אחר שנערך בקרב מאושפזים מצא כי הן גברים והן נשים המאובחנים עם הפרעת אישיות גבולית נמצאו בסיכון מוגבר לפגיעה מינית ו/או גופנית בבגרותם (13).

נשים עם מוגבלות נפשית, חשופות יותר מהאוכלוסייה הכללית לאלימות בכלל ולאלימות מינית בפרט בשל מספר סיבות הקשורות למוגבלות שלהן, כגון: קשיים בתקשורת, קשיים התנהגותיים, בידוד חברתי, ותלות באנשים אחרים. כמו קורבנות תקיפה אחרים, גם נשים עם מוגבלות חשופות באופן מיוחד לפגיעה חוזרת ו/או מתמשכת, אך גם לפגיעה וניצול על ידי מספר גדול יותר של פוגעים ולאורך תקופות יותר ארוכות. יתרה מכך, היכולת של אישה עם מוגבלות להכיר בחוויותיה כפגיעה, ניצול או כפייה, לחפש עזרה, להגן על עצמה, להוציא עצמה מסיטואציה פוגענית, או למצוא דרך אחרת לפתרון המצב, מצומצמת יותר ומושפעת ישירות או בעקיפין מהמוגבלות שלה ומהמגבלות המוצבות לה על ידי הסביבה (14).
מידע לגבי היסטוריה של טראומה מינית בקרב אנשים עם מוגבלות נפשית עשוי להיות קריטי, מאחר ונמצא קשר בין היסטוריה של טראומה מינית בקרב אנשים עם מוגבלות נפשית הן לגבי מהלך מחלתם והן לגבי הסיכון האבדני. כך למשל נמצא שמטופלים המאובחנים כלוקים בהפרעה פסיכוטית, אשר חוו טראומה מינית בילדותם, מתאפיינים בפרופיל קליני חמור יותר מאשר מטופלים עם הפרעות פסיכוטיות שלא עברו טראומה מינית בילדותם (15). הם נוטים יותר להשתמש בחומרים (16,17) וסובלים יותר מדיכאון וחרדה (18, 19). מחקר אחר מצא בקרב הלוקים בהפרעה דו-קוטבית סיכון של פי 2.9 לפתח תסמונת בתר חבלתית (PTSD) כתוצאה מפגיעה מינית או פיזית בבגרותם, וכי קו-מורבידיות עם PTSD קשורה בתפקוד חברתי לקוי יותר בקרב מטופלים אלה (12).
כמו כן, נמצא קשר בין היסטוריה של טראומה מינית לבין סיכון אבדני גבוה יותר וכרוני יותר אצל מטופלים הלוקים באפיזודה פסיכוטית ראשונה, ועל כן הומלץ על תשאול רוטיני אודות טראומה מינית בקרב אוכלוסייה זו (16).

השיקולים בבניית שירותי טיפול במערכת הבריאות

בלב השרון נבנה מודל למערך טראומה מינית המדגים מרפאות אקוטית, ממושכת, טיפולי יום ו-5 סוגי אשפוז שונים.
חוברת המענים הקיימים היום בישראל, מתפרסמת על ידי החברה הישראלית לקידום אבחון, טיפול ומניעה של פגיעה מינית (היפ"ם), הוקמה במרץ 2019 והינה חברת בת אינטרדיסציפלינרית הפועלת תחת ההסתדרות הרפואית.

https://www.isst-il.com/_files/ugd/8070fa_633dc9b7c0384cc8ad9a6be8127b4e82.pdf





הכשרה
לטיפול בטראומה מינית נדרשת הכשרה ייחודית ויסודית. המודל המומלץ הוא מודל אינטגרטיבי כפי שניתן בתוכנית בלימודי ההמשך של הפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב. התוכנית כוללת הכשרה של שנתיים התנסות קלינית והדרכות אישיות וקבוצתיות.

סיכום
טראומה מינית שכיחה מאוד בקרב הפונים לטיפול בבריאות הנפש ועם זאת עדיין רמת התשאול בתחום נמוכה. לטראומה מינית מאפיינים ספציפיים, מבין האירועים הטראומטיים היא מהגורמים המובילים לגרימת PTSD מכלל אירועי הדחק. היא מצריכה התמקצעות והכשרה שונה וייחודית. היא מצריכה פיתוח מערך שירותים. כל הטיפולים בטראומה מינית דורשים תשומות כוח אדם גדולות יותר מהרגיל, בכל רמה מרפאת טיפול יום או אשפוז.

המלצות
- מדד איכות לאומי לתשאול טראומה מינית.
- הקמת מסגרות טיפול ברצף המלא מרפאתי, טיפולי יום, אשפוז ושיקום.
- תמחור תוספתי לכל טיפולי הטראומה המינית.
- לימודי חובה בתחום בתוכניות הבסיס של מקצועות הרפואה.
- עידוד לימודים מתקדמים להכשרת מטפלים בתחום.

References

1. Gorey KM, Leslie DR.The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. Child Abuse Negl. 1997 Apr;21(4):391-8.

2. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T.The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. Int J Public Health. 2013 Jun;58(3):469-83.

3. Holmes WC, Slap GB.Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. JAMA. 1998 Dec 2;280(21):1855-62.

4. Beitchman, J.H.; Zucker, K.J.; Hood, J.E.; daCosta, G.A.; Akman, D.; and Cassavia, E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. Child Abuse and Neglect. 1992; 16:101-118.

5. Neumann, D.A.; Houskamp, B.M.; Pollock, V.E.; and Briere, J. The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. Child Maltreatment. 1996; 1:6-16.

6. Russell, D. E. (1986). The secret trauma: Incest in the lives of girls and women. New York: Basic Books.

7. Sorenson, S. B., Siegel, J. M., Golding, J. M., ₪ Stein, J. A. (1991). Repeated sexual victimization. Violence and Victims, 6(4), 299 308.

8. Newman MG, Clayton L, Zuellig A, Cashman L, Arnow B, Dea R, et al. The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization. Psychological Medicine 2000;30:1063-1077.

9. Sickel AE, Noll JG, Moore PJ, Putnam F, Trickett PK. The long-term physical health and healthcare utilization of women who were sexually abused as children. Journal of Health Psychology 2002;7:583-597

10. Jacobson et al, "Assualt Experiences of 100 Psychiatric Inpatients: Evidence of the Need for Routine Inquiry", American Journal of Psychiatry 144 (1987):1426-30.

11. Briere et al, "Sexual abuse histories and sequelae in Female Psychiatric Emergency Room Patients", American Journal of Psychiatry 146 (1989):1602-06.

12. Neria Y, Olfson M, Gameroff MJ, et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder among primary care patients with bipolar spectrum disorder .Bipolar disorders. 2008;10(4):503-510



13. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Haynes MC, Gunderson JG. Violence in the lives of adult borderline patients. J Nerv Ment Dis. 1999 Feb;187(2):65-71.

14. פרימור, ש. ולרנר, נ. (2012). פגיעות מיניות באנשים המתמודדים עם מוגבלות נפשית - היבטים משפטיים ייחודיים. בתוך: התמודדות עם פגיעה מינית בקרב אנשים עם מוגבלויות. ארגון בזכות - המרכז לאנשים עם מוגבלויות ואיגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית בישראל. ירושלים

15. Schafer, I., Fisher, H.L. Chidhood trauma and posttraumatic stress disorder in patients with psychosis: Clinical challenges and emerging treatments. Current opininons in Psychiatry, 2011. 24; 514-518

16. Conus, P. et al. Pretreatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first - episode psychosis patients. Schizophrenia Bulletin, 2010. 36(6) 1105-1114

17. Garno JL, Goldberg JF, Ramirez PM, Ritzler BA. Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. Br J Psychiatry 2005; 186:121-125.

18. Schenkel LS, Spaulding WD, DiLillo D, Silverstein SM. Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. Schizophr Res 2005; 15:273-286.

19. Lysaker PH, Salyers MP. Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. Acta Psychiatr Scand 2007; 116:290-298

20. Brenner, I., Seligman, Z., Bloemhof-Bris, E., & Hirschmann, S. (2023). SEXUAL TRAUMA INQUIRY DURING PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION IN ISRAEL: FACILITATORS AND BARRIERS TO IMPLEMENTATION OF TRAUMA-INFORMED CARE. Harefuah, 162(8), 518-523.

21. National Center for Post Traumatic Stress Disorder. Epidemiological Facts About PTSD - A National Center for PTSD Fact Sheet. Retrieved April 1, 2005 from http://www.ncptsd.va.gov/facts/general/fs_epidemiological.html; 2005.

22. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. Psychol Med. 2001;31(7):1237–1247.

מועצות לאומיות לבריאות, משרד הבריאות
moatzot@moh.gov.il