

מחשבות על היעדרה של אבחנה פסיכיאטרית לניצולות של תקיפה מינית

ממושכת בילדות

ד"ר נועה בר-חיים

המאבק על הכנסת אבחנה ועל הוצאת אבחנה מרשימת האבחנות הפסיכיאטריות הוא בראש ובראשונה מאבק פוליטי. מכיוון שאין מדובר עפ"י בגילוי של תופעה נפשית חדשה או במיגורה אלא מדובר בתהליך שבו מובנית קטגוריה חדשה. למעשה מדובר בהנחת שקף חדש על המציאות והתבוננות על הדברים שהוא מבליט כבעלי משמעות ספציפית. במקרה של ה-DSM ההנחה היא שמדובר בהפרעה נפשית ספציפית.

הרעיון שמאוד חשוב לתת תיקוף לחוויה של היות מישהי שורדת של תקיפה מינית ממושכת בילדות הוא כבר רעיון די מוכר בעיקר בקונטקסט של הטיפול הפסיכולוגי אבל נשאלת השאלה מה החשיבות של אבחנה פסיכיאטרית הולמת? ומה המשמעויות של העדר אבחנה פסיכיאטרית כזו. או בניסוח אחר, מהם היתרונות והחסרונות של קיום אבחנה פסיכיאטרית במישור האישי של המטופלת, במישור האישי שלנו כמטפלות ומטפלים וברמה החברתית של המאבק בתופעת הניצול המיני וההתמודדות איתה.

האם קיימת תסמונת נפשית ספציפית לנשים שעברו פגיעה מינית ממושכת בילדות? לא שאלה טריוויאלית. האם יש תסמונת נפשית ספציפית לנשים שעברו תאונת דרכים בילדות? שאיבדו הורה בילדות? שסבלו ממגבלה פיזית קשה בילדות? העובדה שהילדות הייתה צבועה בקושי ספציפי עדין לא מבטיחה שתהיה בעקבות זאת התפתחות של הפרעה ספציפית. לדעתי יש ויש תסמונת נפשית ספציפית לנשים שעברו פגיעה מינית ממושכת בילדות. התסמונת הזו כוללת סימפטומים אופייניים, דפוסי מצוקה ודפוסי היעזרות אופייניים ומה שחשוב כדי להגדיר תסמונת זה שלא ניתן להסביר את ההפרעה הזו באופן מדויק יותר ע"י אבחנה אחרת. אבל כרגע אין אבחנה כזו ב-DSM.

היעדרה של אבחנה מתאימה לתופעה קיימת משפיע על המציאות בכמה אופנים: בהעדר אבחנה מתאימה ולנוכח מצוקה נפשית אינטנסיבית ופגיעה תפקודית נלווית ניתנות אבחנות לא מדויקות במקרה הטוב ושגויות ממש במקרה הפחות טוב. ומבחינה טיפולית האבחנות האלה לעיתים קרובות לא מקדמות את הנשים כמעט בכלל, ואולי אפילו מחמירות את המצב. אין לדעתי מקום להתחפר בפיצול שאומר אנחנו המטפלים מבינים במה מדובר, רואים את הדקויות, מזהים שלא מדובר בסכיזופרניה, דיכאון, הפרעת אישיות גבולית וכו' והם הפסיכיאטרים לא רואים וכו', כי המטופלות נמצאות בתוך. ועלינו, כלומר על אלו שחושבים שיש תסמונת ספציפית, החובה לשכנע את הממסד בכלל והפסיכיאטרי בפרט שמדובר במשהו אחר שדורש טיפול מסוים ב-setting מסוים. וכן, בהעדר אבחנה, נותרת כל נפגעת בודדה עם השיגעון שלה. באופן פרדוכסלי (או לא פרדוכסלי) אבחנה

מייצרת משמעות (sense), ותחושת נורמאליות. שכן קיומה של האבחנה אומר: מי שעברה התעללות מינית בילדות תפתח כך וכך סימפטומים כלומר זו הנורמה. כך מגיבה ילדה נורמאלית לאירוע לא נורמאלי. לכן יש בקיומה של האבחנה משום יצירת סדר המגדיר בו זמנית את מי שסובלת מההפרעה הנפשית כחלק מהחברה ואת העובדה שהתפתחה תגובה נפשית כחלק מהסדר החברתי.

בד"כ קיים אצל המטופלות מתח בין הידיעה לאי ידיעה, בין ההכרה בהשלכות התקיפה לבין הכחשה, גזירת החיבורים, ונטייה להאשמה עצמית. השאלה "היה או לא היה" היא שאלה יסודית בהתמודדות של המטופלת ולעיתים קרובות הופכת להיות שאלה שמעסיקה מאוד גם את המטפלת. השאלה הזו והטלטלות הכרוכות בה הן חלק בלתי נפרד מהעיבוד של העבר הטראומטי.

קיומה של אבחנה, בעיקר אם היא אבחנה טובה, מאפשר לכאורה להכריע בשאלה. כמו בניתוח בליסטי ניתן לומר בהשאלה: נתבונן על הפצע, על מאפייניו השונים ונאמר זהו פצע שמקורו ביריית אקדח. לא מדובר באלה, לא מדובר בנשיכה. זהו אקדח. וגם אם הפצוע אינו זוכר את רגע הירייה, וגם אם האקדח לעולם לא ימצא עדיין נדע- הייתה כאן פציעה מיריית אקדח.

אבל, אפילו אם ניתן יהיה לתת אבחנה ספציפית בשלב התחלתי של הטיפול ובכך למעשה "לחתוך" את השאלה "היה או לא היה" ולענות: "היה", עולה שאלה. האם הועלנו בכך לתהליך הטיפולי או שמא חתכנו את אחד הצירים המרכזיים של עיבוד הטראומה בכך שחסמנו את האפשרות ללכת בצוותא בדרך המייסרת לאור השאלה "היה או לא היה". מצד שני, האם העובדה שבשום שלב של הטיפול לא נוכל לתת אבחנה מתאימה אינו מספר שאנחנו כמטפלות לכודות יחד עם המטופלות שלנו בתעתוע היה-לא היה. האם אין בכך משום הנצחה של התעתוע?

מהי התשתית ליצירת אבחנה: ניתן להבין את המשך ההתנהלות בעולם של נפגעות התעללות בעזרת שני קונספטים: הקונספט של אבל פתולוגי והקונספט של התסמונת הפוסט טראומטית. בשניהם יש אירוע בלתי ניתן לעיבוד נפשי. בשניהם האדם מצוי במצב ביניים, במקרה הפוסט טראומטי- לא יכול לזכור ולא יכול לשכוח, נע בין הצפה לניתוק. במקרה של האבל הפתולוגי- לא יכול לחזור לזמן שלפני האובדן ולא יכול להתקדם לזמן שכולל את האובדן. נאחז באבלות כזמן מסוג אחר.

נפגעי התעללות במשפחה צריכים גם הם לעבד אירוע בלתי ניתן לעיבוד. והן, כמו האבלים, אינן יכולות לדעת מה האסון שלהן ומי גרמו, אבל גם אינן יכולות לא לדעת. הידיעה כרוכה באובדן הורה ולעיתים קרובות שני הורים, אי הידיעה משמעותה להשתגע. כמו אצל הסובלים מהתסמונת הפוסט טראומטית החיים למעשה נעצרים. ובשל השלב המוקדם שבו בד"כ נגרמת הפגיעה מדויק יותר לאומר שהחיים לא יכולים להיבנות.

מהי האבחנה המוצעת? מדובר באבחנה הנקראת **complex PTSD**, אשר לא התקבלה באופן רשמי, וספק אם היא תופיע אפילו בגרסה הבאה של ה- **DSM** החדש שאמור לצאת ב-2012. הבעיה העיקרית, לפחות באופן רשמי או מודע, היא שאלת הרגישות והסגוליות של האבחנה. אבחנה צריכה שתהיה לה רגישות וסגוליות כלומר אבחנה צריכה להיות רגישה מספיק כדי לזהות את כל מי שחולה בה ועם זאת צריכה להיות סגולית מספיק כדי לא לכלול אנשים שחולים במחלה אחרת. בכל אופן אני רוצה להציג את עיקרי האבחנה. הדברים שלי מאורגנים לפי המודל של האבחנות ב **DSM** אבל צריך לא להתבלבל, אין עדין מערך קריטריונים כזה ומה שאני מציגה הוא פרשנות שלי לאבחנה, **בהתבסס קודם כל על מאמרה של הרמן משנת 1992** ומאמרים רבים שנכתבו בנושא מאז. במקביל לתיאור מערך הקריטריונים המוצע אני אתייחס לאבחנה המבדלת, כלומר לנקודות ההשקה של האבחנה המוצעת עם אבחנות קיימות.

COMPLEX P.T.S.D

אדם היה חשוף זמן רב לטראומה ממושכת או נשנית.
(בניגוד לאירוע טראומטי יחיד. טראומה ממושכת, חוזרת יכולה להתרחש רק בנסיבות בהן הקורבן מצוי בתנאי שבי)

כבר בניסיון להעתיק את המבנה של האבחנה מהמבנה של ה- **PTSD** הרגיל מתעוררת שאלה עקרונית: האם ניתן יהיה לתת אבחנה זו למי שאינו בטוח, למי שאינה בטוחה שאכן הייתה חשופה לטראומה ממושכת. יש כאן דילמה: אם נאמר מוכרחים לעגן את האבחנה בנקודה קריטית במציאות: הייתה טראומה ממושכת ובעקבותיה הופיעו הסימפטומים הבאים, נמצא את עצמנו מכריעים באופן מלאכותי את הדילמה "היה או לא היה", ולמעשה נכון היה אולי לוותר על קריטריון זה אבל בכך היינו מעקרים את האבחנה כי אי אזכור הטרומה משחזר אספקט אחר והוא הנטייה של הנשים לראות את הסימפטומים שלהם כ"דפיקות" מולדת, או כמנגנוני הרס עצמי, שאינם קשורים ואינם נובעים ישירות מהפגיעה.

האם ה- **DSM** יוכל להיות גמיש מספיק ולהציע קריטריון ראשי שינוסח כך:

קיימת אפשרות סבירה שאדם היה חשוף לטראומה ממושכת או נשנית.

קיימת פגיעה רבת-פנים הבאה לידי ביטוי בסימפטומים בכל אחד מהתחומים הבאים:

1. **סומטי**
2. **קוגניטיבי**
3. **אפקטיבי**
4. **התנהגותי**
5. **התייחסותי**

מלבד שני הקריטריונים הראשוניים שהם כללים ועצם קיומם של סימפטומים בכל שטחי החיים הוא אופייני, קיימים ששה תחומים ספציפיים שכל אחד מהם בנפרד אופייני למי שעבר טראומה ממושכת וצירופם יחד נותן את התמונה הקלינית האופיינית:

- **דיסוציאציה**
- **סומטיזציה**
- **שינויים אפקטיביים**
- **דפוסים פתולוגיים בתוך יחסים בין אישיים**
- **שינויים פתולוגיים בזהות**
- **הישנות פגיעות**

לסיכום, הצגתי את עיקרי האבחנה המוצעת תחת הכותרת CPTSD. זו אבחנה שעיקרה תמונת סימפטומים פולימורפית, פגיעה בגמישות והסתגלות ברמת האישות וסיכון גבוה לפגיעות חוזרות.

העדר אבחנה לסינדרום זה תורם לאי ההבנה ולחוסר האמפתיה השכיח כ"כ לנפגעי ונפגעות טראומה ממושכת. העדר אבחנה מעודד שיפוט שלילי של הנפגעות האופייני לחברה כולה ולמטפלים בתוכה.

העדר אבחנה מתאימה מעודד מתן אבחנות בלתי מתאימות וטיפולים חלקיים ובלתי ספציפיים.

אין להתבלבל לדעתי בין השאלה האישית הדרמטית: "היה או לא היה" בתוך התהליך הטיפולי, שהיא, כפי שכבר דובר, שאלה מהותית והשיחה על השאלה הזו אוחזת בתוכה חלקים חשובים מעיבוד הטראומה בדרך להחלמה, לבין השאלה החברתית "היה או לא היה" שלגביה נדמה לי שכדאי שנאמר בקול צלול היה. ועדין יש.

יש בקרבנו אנשים שעברו טראומה נשנית, ממושכת בילדות וטראומה כזו מייצרת בהכרח נזקים נפשיים חמורים ולנזקים האלה יש שם (name), ואנחנו, כמטפלים נציגי החברה בה אנו חיים, לא משתתפים בתהליכי טשטוש אלא קוראים לדבר בשמו. וכמו בכל תהליכי נתינת שם - מקרבים אלינו בכך את הנפגעים והנפגעות, ומוכנים להיות עדים הלוקחים אחריות אל מול העדות האנושית המושמעת לנו.