



המלכודות שבגבול -

גבולות בטיפול בשורדות פגיעות מיניות ומלכודות אפשריות למטפלים

מיכל איציק, נגה נברו

מבוא

לפתח יחסי אמון ואינטימיות עם המטפל. המרחב בין המציאות בהווה לבין שחזור הטראומות מהעבר עלול להצטמצם מאוד, כך שהמטופלת עלולה לחוות את הטיפול כטראומטי כמעט כמו הטראומה המינית עצמה. משום כך, המטפל נדרש לספק ביטחון מרבי בקשר הטיפולי דרך מתן ודאות מיטיבה ועקביות, שיכולות להיות מושגות דרך פיתוחם של גבולות טיפוליים ברורים ומגוינים (Buhari, 2013). גבולות בטיפול אמורים "לכונן מרחב ניטראלי ומוגן שיאפשר לאינטראקציה דינמית פסיכולוגית בין המטפל למטופל להתרחש" (Simon, 1992, p. 272). תרגום שלנו). אותה אינטראקציה דינמית בין המטפל למטופל מאפשרת למעשה את כינונה של "ברית טיפולית", הכוללת יחסים רגשיים בין המטפל למטופל שמתפתחים לאורך הטיפול, כמו גם הסכמה בין המטפל למטופל על המטרות והיעדים הטיפוליים (Duncan, 2010). כינונו ושימורו של "מרחב ניטראלי" זה עלול להיות קשה במיוחד בעבודה עם שורדות פגיעות מיניות (Kessler, 2002), ולכן עלינו המטפלים מוטלת החובה התמידית לבחון כיצד אנו מקבלים החלטות בטיפול, וכיצד החלטות אלה משפיעות על שורדות הפגיעות המיניות ועל היחסים הטיפוליים.

מאפיינים ייחודיים של שורדות פגיעות מיניות ואתגורם את הגבולות בטיפול

השמירה על גבולות בטיפול היא חלק אינטגרלי מהתפתחותם ושימורם של יחסים טיפוליים, והיא חשובה במיוחד בעבודה טיפולית עם שורדות פגיעות מיניות. רבות מהשורדות פיתחו חרדה ודפוסי תקשורת הימנעותית בשל הטראומה המינית שחוו, ואלה משפיעים על היכולת שלהן לפתח יחסים בוגרים. ילדים ונערים שנפגעו מינית פיתחו

כמטפלות בשורדות פגיעות מיניות, קטינות ובוגרות שחוו תקיפה מינית בילדותן, מצאנו את עצמנו לא אחת עוסקות ומתלבטות בשאלת הגבולות הנדרשים בטיפול כזה. בנוסף, בתפקידינו כמטפלות, בשאלה לגבי האחריות על שמירת גבולות הטיפול, תהינו האם זו אחריותנו הבלעדית להציב אותם ולשמר אותם לאורך הטיפול, או אולי זו אחריות משותפת שלנו ושל המטופלות. כמו כן, מצאנו את עצמנו בודקות בעקביות את הגבולות של הקשר הטיפולי, את נכונותם, את השתנותם ממטופלת למטופלת, ואת המשמעות של אלה על הברית הטיפולית ועל הצלחת הטיפול. בלטה בעינינו במיוחד התעניינותנו בהפרתם האפשרית של גבולות אלה בטיפול, בין אם בהקשחתם או בהתרופפותם, בשל האפיונים הייחודיים של טיפול בשורדות פגיעות מיניות, ובהשפעת ההקשר של היחסים הטיפוליים על גבולות.

גבולות טיפוליים (therapeutic boundaries) מגדירים את גבולות היחסים הטיפוליים, וכוללים סט של חוקים שמבחינים בין יחסים טיפוליים לבין יחסים אחרים, ומגוינים על המטופל מנזקים (Miller, Forcehimes & Zweben, 2011). טיפול בשורדות פגיעות מיניות מאתגר את נושא הגבולות בטיפול, בשל ההפרה המתמשכת של גבולות בחייהן של אותן שורדות, ברמה האישית והבין אישית. הפרתם ופריצתם של גבולות הגוף והנפש של השורדות מקשות עליהן לפתח שוב אמון ביחסים, מאחר שהן חוות את האחרים כבלתי אמינים, כבלתי צפויים, כפוגעניים וכחסרי גבולות (Turell & Armsworth, 2000). שורדות פגיעות מיניות מגיעות לטיפול בפחד עמוק, אולי גם במשאלה, לשחזר את הטראומה המינית שחוו, כמו גם

ד"ר מיכל איציק - עובדת סוציאלית ופסיכותרפיסטית, מרצה בבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת אריאל וחברה בצוות הקליני של "מכון שינוי". Michal.itzick@gmail.com

ד"ר נגה נברו - פסיכולוגית, מטפלת משפחתית וזוגית ומדריכה בכירה, מנכ"ל ומנהלת מקצועית של "מכון שינוי".

א. מגע פיזי או לא מגע פיזי?

המטפל בשורדות פגיעות מיניות נוגע במטופלות ברמות שונות, נגיעה רגשית, נגיעה דרך העיניים, דרך החיוך, דרך שפת הגוף. לצד מגע רגשי זה שמתרחש דרך השיח הטיפולי, מצאנו את עצמנו פעמים רבות מתלבטות בשאלה אם לגעת פיזית במטופלות, אם לחבק, או להניח יד, בבואן למפגשים ובלכתן ולאחר ששיתפו ברגשות קשים. מצד אחד חשנו כי מגע פיזי, במיוחד מדמויות בעמדות כוח, עלול להיחוו על ידי המטופלות כפוגעני, כחודרני וכמאיים. בנוסף, חששנו כי מגע פיזי עלול לבלבל אותן, מאחר שהן מתקשות להבחין בין מגע מיני לבין מגע שאינו מיני. נימוקים אלה מאוששים גם על ידי חוקרים וקלינאים, דוגמת מייסלמן (Meiselman, 1994) והופמן (Hoffman, 2016). מן הצד האחר, העדר מגע פיזי או הימנעות ממנו עלולים להתפרש אצל המטופלת כדחייה, ובנוסף, מגע פיזי מותאם יכול להוות מודלינג למגע נעים, שאינו מיני, אינו פוגעני ואינו בוגדני, מגע של דמות



הדס נעמי אור

אכפתית ומזינה (Hoffman, 2016). בהתלבטות מעין זו, חוקרים מציעים למטפלים להעריך את הצורך של המטופלות במגע פיזי ואת רגשותיהם שלהם לגבי מגע כזה (Sanderson, 2014), כמו גם לבקש את אישורן של המטופלות למגע. ובכל זאת, מצאנו את עצמנו מתקשות להעריך תמיד צרכים אלה של המטופלות, מאחר שיייתכן שהן מרגישות בושה ואשמה על הצורך שלהן במגע ויתקשו לחשוף זאת בפנינו כדי לא להיפגע שוב, וכן ייתכן שיייתנו רשות למגע, גם אם הן אינן רוצות בכך, כי הן למדו לרצות בעלי סמכות. תמה זו של מגע פיזי בטיפול מעלה את השאלה הרחבה יותר והיא: האם אנחנו כמטפלים צריכים תמיד בעצמנו לקבוע את הגבולות בקשר הטיפולי (למשל להחליט חד משמעית שיש או אין מגע פיזי, מבלי לעסוק בשאלה אם המטופלת זקוקה לכך או לא) ולהתמיד בהם, או שמא גבולות הקשר הטיפולי הם דינמיים ומשתנים, וראוי שייקבעו במסגרת של משא ומתן עם המטופלת (למשל לשאול את המטופלת האם ומתי מגע מתאים ונוח, למרות שכאמור לא תמיד נקבל תשובה אותנטית) (Kroll, 1993; Dalenberg, 2000).

דפוסי ציפייה לפגיעה שתבוא, דבר שהעמיק אצלם את הרגישות לרגש של הפוגע ולהתנהגותו, בתקווה שבדרך זו הם יוכלו לצמצם את הפגיעה (זליגמן וסולומון, 2004). כשהתקווה מתנפצת, והם מבינים כי לא הצליחו לעצור את הפגיעה בהם, הם לומדים לסבול את הפגיעה על ידי שימוש במנגנוני הגנה דוגמת הכחשה, דיסוציאציה והדחקה. הם לומדים להתכחש לרגשותיהם ביחסים כדי

לרצות אחרים ולשמר תחושה מסוימת של ערך עצמי (Briere, 1996), והם אף עשויים לחוש אחראים לפגיעה שחוו. הכרה בכישלון שלהם למנוע את הפגיעה מפנה מקומה לציות לפוגע (Herman, 1992), כך שתחושת השליטה נפגעת והם חשים שהעולם סביבם אינו בטוח. כבוגרים שנפגעו מינית בילדותם, הם חוששים ונמנעים מיחסים, בשל הציפייה שלהם שהיחסים יהיו פוגעניים ומסוכנים, ולכן הם מתקשים לפתח אינטראקציות עם אחרים (Finkelhor, 2009). חוויית בוגרים אלה את היחסים מבוססת על יחסי העבר שהושתתו על "שנאה-אהבה", "תלות-בגידה", "תלות-טרור", "שליטה-דיכוי" (Courtois, 1999). הם

צפויים לפתח פסיביות ואגרסיביות ביחסים הבוגרים, וייטו להזדהות עם התוקף או עם האחרים המשמעותיים שלא הגנו עליהם (Herman, 1992). הם הופכים לפגיעים לכל מי שיכול לקחת מהם שליטה, ולכן הם עלולים להיות פגיעים במיוחד למטפלים בגלל הבדלי הכוח ובשל חוויית קודמות של פגיעה מצד דמויות סמכותניות. כך גוברת הנטייה שלהם לשחזר את היחסים הפוגעניים האלה, ומכאן גם לאתגר את הגבולות בקשר הטיפולי (Slavic & Gostecnik, 2017).

החלטות בנוגע לגבולות בטיפול

במהלך הטיפול שלנו בשורדות פגיעות מיניות חשנו שמתעוררות בנו דילמות רבות הקשורות לגבולות הקשר הטיפולי. הדילמות העיקריות נוגעות לשאלת המגע הפיזי בשורדות, להצפה הרגשית האפשרית של המטפל, לגבולות "הסודיות" בעבודה עם נפגעות קטינות, ולהשלכות של אלה על הגבולות בקשר הטיפולי. דילמות אלה עלולות להפוך למלכודות עבור המטפלים בשורדות פגיעות מיניות, בשל האופינים הייחודיים של קבוצה זו.



תהליכים ולהגיע לתוצאות.

בשלב השני בטיפול, שלב ההכרה בבעיה, הנפגעות מתחילות להכיר ולשתף בפגיעות המיניות שחוו עד כדי הצפה, דבר שעלול לעורר פחד אצל המטפל (כהן, 2007). פחד ייתכן במצבים שבהם המטפלים חוששים להיות חוזרניים ולהכאיב למטופל בעצם שאילתו שאלות שיכולות לעורר את כאב הפגיעה, ופחדים שמא לא יצליחו להכיל את התגובות הרגשיות הקשות של המטופל, כמו הפניית זעם כלפיהם, או את התגובות שלהם עצמם (Hedges, 2000), כמו גם במצבים של פחד מפני הזדהות יתר שלהם עם המטופל. פחד זה עלול להוביל להפרת גבולות הקשר הטיפולי. למשל, מטפלים שחווים פחד מפני התגובות הרגשיות שלהם או של מטופליהם יטו להגנת יתר על המטופלים, וכן יפחדו לשמוע פרטים רבים על הפגיעה ולכן לא יעודדו את המטופלים לדבר על הפגיעה או אפילו ישכנעו אותם שהפרטים אינם חשובים. רגשות נוספים אפשריים של מטפלים בשלב זה בטיפול הם חוסר אונים וחוסר מסוגלות שייכתנו כאשר המטפלים מרגישים אומניפוטנטיים בעצמם, או רואים את המטופלות כגיבורות שמאפשרות להם להימנע מלחוות את כאב הפגיעה (Herman, 1992). רגשות אומניפוטנטיים יכולים להוביל את המטפל להפרה של גבולות הקשר הטיפולי, למעורבות יתר, להגנת יתר ולהתנהגות הימנעותית, תוצר של "פנטזיית ההצלה", ועלולים לחבל באוטונומיה של המטופלות וביכולת שלהן לשלוט בטיפול ובחייהן.

בשלב השלישי בטיפול, שלב הקבלה והעיבוד, הנפגעות מתמודדות עם הצפת רגשות קשים ורבי עוצמה, דבר שעלול לעורר חרדה ואימה בקרב המטפלים (כהן, 2007). אימה תיתכן בשל הרגשות הנחווים על ידי המטפלים בעקבות חשיפה והקשבה ממושכת לאירועים הקשים, וחרדה תיתכן בשל הפגיעה והאינטנסיביות של הרגשות שהמטופלים חווים, כמו גם עצב על האובדנים שחוו הנפגעות (Bard & Sangrey, 1986). רגשות אלה עלולים להוביל להפרת גבולות הקשר הטיפולי, שכן המטפלים עלולים לאטום עצמם מהקשבה לאירועים ויכונו את המטופל לעצור את הבעת רגשותיו. בנוסף, בשלב זה, הנפגעות מתמודדות עם אמביוולנטיות רבה כלפי הפגיעה וכלפי המעורבים בה, למשל הן מבטאות רגשות מעורבים כלפי הפוגע ("אני שונאת אותו, אבל גם מתגעגעת אליו") או כלפי המעורבים בפגיעה ("אני כועסת על אימא שלא התערבה, אבל אני גם מבינה אותה ומרחמת עליה") (כהן, 2007). בשלב זה המטפל עלול לחוש רגשות של כעס וזעם שייכתנו על הפוגע (Shay, 1992), על ההורה

עלינו המטפלים מוטלת החובה התמידית לבחון כיצד אנו מקבלים החלטות בטיפול, וכיצד החלטות אלה משפיעות על שורדות הפגיעות המיניות ועל היחסים הטיפוליים

ב. השפעת ההצפה הרגשית של המטפל על הגבולות בקשר הטיפולי עם שורדות פגיעות מיניות

זכורים לנו מקרים שבהם חשנו רגשות שונים כלפי המטופלות והגבנו. למשל, מצאנו עצמנו מגוננות מדי לטעמנו על מטופלות שהן נערות שורדות פגיעות מיניות, על ידי זה שאנחנו ניהלנו, במקומן, שיחות עם מורתן בבית הספר, ועם חבריהן, כדי להגן עליהן מפני דבריהם הקשים עליהן, נוכח התנהגויותיהן של הנערות כלפי המורות והחברים. מטפלים יכולים להגיב להתנהגות של המטופלים, לאפקט (או להעדרו), לחומרי הטראומה עצמם ולתפיסות חברתיות כלליות כלפי פגיעות מיניות (Kessler, 2002). אולם חשיפה ממושכת לחומרי טראומה בטיפול עלולה לעורר אצל המטפלים רגשות רבים, שיכולים להוביל להפרה או לפחות לאתגור של הגבולות בטיפול. תגובות אלה יכולות לכלול למשל כעס ואפילו זעם, תסכול, פחד, אימה, חרדה, גועל, צער, אבל, חוסר אונים וחוסר מסוגלות (Sanderson, 2014), שאופייניים בשלבים שונים של הטיפול בשורדות פגיעות מיניות (כהן, 2007).

בשלב הראשון בטיפול, שלב ההימנעות, הנפגעות עדיין אינן בשלות לחשוף את הפגיעה לפרטיה ומשתמשות במנגנוני הגנה לרוב, דוגמת הדחקה, הכחשה ומינימליזציה (כהן, 2007). בשלב זה, המטפל עלול לחוש תסכול בשל חוסר ההבנה האפשרי של הקושי של שורדות פגיעות מיניות להיות בטיפול בשל הפגיעה באמון ובאינטימיות. תסכול זה עלול להוביל מטפלים לפרש התנהגויות של השורדות כבלתי נסבלות (למשל אי הגעה למפגשים, איחורים רבים), או לחוש תסכול בשל הקצב האיטי של הטיפול (Safran & Muran, 2000). רגש זה עלול להוביל להחלטות שונות מוטעות באשר לגבולות בטיפול, למשל לא לכבד את הקצב של המטופלת ולדחוק בה לספר לפרטי פרטים את האירועים שחוותה, בניסיון לזרז

לקורבנות חוזרת, כעס שעלול כתגובה לעורר בהם רגשות של בושה ואשמה על שחשו כעס, ואז יחושו שוב כעס על המטופלת שהובילה אותם לחוש בושה. למעשה רגשות אלה משחזרים את היחסים הפוגעניים, שבהם המטופל הוא הילד הקורבן שחש חוסר אונים והמטפל הוא הפוגע הכועס והמתוסכל. המטופל יגיב לתסכול ולכעס של המטפל, והמטפל ירגיש בושה ואשמה.

המטפל ההורה הלא מגן והמטופל הילד המוזנח
מטפלים עלולים לחוש אשמה על כך שחייהם קלים יותר משל הקורבנות (Herman, 1992) ובושה על כך שהם מהווים חלק מהמין האנושי שמתייחס לאחרים בצורה פוגענית (Dalenberg, 2000). כתוצאה מרגשות אלה, וכהגנה מפניהם, מטפלים עלולים, במודע ושלא במודע, להימנע מלעסוק בחומרים הטראומטיים, להכחיש את הפגיעה או לעשות מינימליזציה שלה (Shay, 1992), כמו גם לא להאמין לקורבן או להתנתק מסיפורו. מטפלים עלולים גם להעביר את המטופל למטפל אחר, להזדהות איתו ועם פרטי האירוע ולאמץ מנגנון של אינטלקטואליזציה לרגשותיו. התנהגויות אלה למעשה משחזרות את היחסים הפוגעניים בין המטופל הילד המוזנח לבין ההורה הלא מגן (אותו הורה שהכחיש, ביטל או הפחית מחומרת הפגיעה בילד). יחסים אלה למעשה מונעים מהמטפל להמשיך ולחוש אמפתיה כלפי המטופל, דבר שעלול להוביל את המטופל לחוש נבגד וחסר אונים, ואפילו ננטש על ידי המטפל, והתוצאה האפשרית היא שהמטופל יגביר את תובענותו מהטיפול, וידרוש מהמטפל, אפילו בלי מילים, להיות זמין לו תמיד ולכפר על הנטישה.

המטפל המציל והמטופל הניצול
מטפלים עלולים להישאב בנקל לתפקיד המציל, מאחר שבמהותם מטפלים רוצים לעזור לאחרים בסבלם ובכאבם. הכאב על הפגיעה עלול להוביל מטפלים לפתח תגובה חזקה של שמירה על המטופל. המטופל מצידו רוצה לחוות הצלה על ידי דמות מגינה ותומכת, היא המטפל. המטופל מעוניין במידה רבה לחזור להיות ילד פצוע ופגוע שרוצה לקבל פיצוי על כאבו וסבלו בדמות מטפל שיעזור לו להחליף את חוויות ילדותו (Ballantine, 2012). המטפל עלול להגיב לדרישות אלה של המטופל בכעס ואפילו בעוינות, דבר שעלול לגרום אחריו תחושות של בושה ואשמה על רגשות הכעס ("איך אני יכול לכעוס עליו, הרי באתי לתפקיד כדי להציל אותו מעברו").

שלא הגן, על המערכת החברתית שלא שמרה על הנפגע, ועל החברה בכללותה שלא מגינה על ילדים מפני פגיעות מיניות. רגשות אלה עלולים להוביל את המטפלים להגנת יתר מתוך רצון לכפר על העוולות שביצעו אחרים, דבר שעלול להוביל להפרה של גבולות (למשל: מתן טלפון פרטי בבית, עבודה עם בני משפחה אחרים בניסיון "לתקן אותם" עבור הנפגע וכו'), או להצפה רגשית שיכולה להוביל לכעס ולעוינות כלפי השורדות, בשל הקושי שנוצר למטפלים לשמור על גבולות הטיפול (Dalenberg, 2000). מטפלים עלולים לחוש כעס על השורדות אם הן תופסות עצמן כעברייניות ("פיתיתי אותו ולכן זו אשמתי בדיוק כמו שזו אשמתי"), או כשהם רואים במטופלות עברייניות (למשל האמונה שאם המטופלת לא הייתה עולה לפוגע הביתה, הפגיעה לא הייתה מתרחשת). רגשות אלה אפשריים בשל בלבול רב של המטפל נוכח העוצמות הרגשיות של המטופלות בשלב זה.

הם הופכים לפגיעים לכל מי שיכול לקחת מהם שליטה, ולכן הם עלולים להיות פגיעים במיוחד למטפלים

בושה ואשמה של המטפל ושחזור יחסי עבר פוגעניים

רגשות אלה שתוארו לעיל עלולים לעורר גם רגשות של בושה ואשמה בקרב המטפלים, על כך שהתעוררו בהם רגשות קשים אלה. ניתן לזהות רגשות אלה בדינמיקות השונות, הבלתי מיטיבות, שעלולות להתעורר בין המטפלים למטופלות. דינמיקות אלה נובעות מהשחזור הבלתי נמנע של יחסי עבר פוגעניים ומבוססות עליהם, והן עלולות להשפיע על גבולות הטיפול. להלן הדינמיקות הבולטות העלולות להתעורר בכל שלבי הטיפול בשורדות פגיעות מיניות.

המטפל המבוגר הפוגע והמטופל הילד

מטפלים לעיתים מתקשים להבין מדוע הנפגעות לא עשו דבר כדי להגן על עצמן מהפגיעה, אולי בשל הצורך של המטפלים להגן על עצמם מפני האמונה שגם הם יכולים להיות חסרי אונים באותה דרך (Ballantine, 2012). בשל הקושי להכיל את חוסר האונים, המטפלים עלולים לכעוס על המטופלת, במיוחד אם היא ממשיכה להיות פגיעה



עם צורכיהם של הוריה, דוגמת רצונם להיות מיודעים לגבי תהליך הטיפול ותכניו (הדר, 2001). דרישה זו לעיתים מקשה מאוד על הטיפול, במיוחד אם נראה כי ההורים אינם תמיד פועלים לטובתה של הילדה. במקרים כאלה, המטפל נדרש להתמודד עם קונפליקטים אתיים ביחסי המשולש מטפל-ילדה-הורים בנושא גבולות הסודיות הנדרשת בטיפול (גולדברג, 2003). לדוגמא: המטפל נדרש להתמודד עם קונפליקט אפשרי בין זכויות ההורים לדעת לבין טובת הילדה המחייבת שמירת הסודיות שלה, למשל במקרה שבו נראה למטפל כי אחד ההורים עלול להשתמש לרעה בידיעה על פגיעה מינית שחוותה הבת שלו לשם מטרותיו שלו, לשם ניגוח בהורה השני, שלא שמר במידה מספקת וראויה על הילדה. מנגד, ייתכן קונפליקט בין זכות ההורה לדעת לבין שמירת הסודיות של הילדה, כאשר המטפל מתרשם כי טובת הילדה מחייבת את הפרת הסודיות שלה, ולמעשה פוגעת בברית הטיפולית של המטפל עם הילדה, למשל במצב שבו הילדה מאיימת באובדנות, לנוכח פגיעה מינית שחוותה. לפיכך, המטפל נדרש להיות מודע לקונפליקטים אפשריים אלה ולאופן שבו הם מאתגרים את גבולות הסודיות בטיפול בקטינות שורדות פגיעות מיניות.

למשל, מטפלים שחווים פחד מפני התגובות הרגשיות שלהם או של מטופליהם ייטו להגנת יתר על המטופלים ... ולכן לא יעודדו את המטופלים לדבר על הפגיעה או אפילו ישכנעו אותם שהפרטים אינם חשובים

השפעת ההקשר של היחסים הטיפולים על גבולות

לעיתים שאלנו את עצמנו מדוע אנחנו מגיבות כך ולא אחרת עם מטופלת אחת ולא עם מטופלת אחרת. מדוע אנו חשות כאב, עצב, כעס בהקשר טיפולי אחד ולא באחר? אילו משתנים מתערבים נכנסים למהלך הטיפול? המטפל והמטופל מביאים לתוך היחסים ביניהם תפיסות

חשיפה ממושכת לחומרי טראומה בטיפול עלולה לעורר אצל המטפלים רגשות רבים, שיכולים להוביל להפרה או לפחות לאתגור של הגבולות בטיפול

המטפל המפותה והמטופל המפתה מטפלים עלולים לחוש שהמטופלות מנסות לפתות אותם. שורדות פגיעות מיניות למדו בעל כורחן להיות מפתות כדי להשיג דברים מסוימים ביחסיהן עם דמויות סמכות, ולכן הן עלולות להמשיך בכך ביחסים בוגרים, כולל בטיפול (Herman, 1992). המטופלות עלולות לערוך מחוות מפתות כלפי המטפלים (כמו לחבק ללא בקשה, להניח יד וכו'), כשלמעשה הן מבטאות בכך את שנאתן העצמית על כך שהן מפתות, שנאה שהן ישליכו אחר כך על המטפלים, דבר שעלול להוביל את המטופלות להיות פוגעניות כלפי המטפל (Hoffman, 2016). התנהגות זו של המטופלות עלולה להוביל לתחושת חוסר מוגנות ומוצפות אצל המטפל כי הוא חש מותקף, מנוצל ומואשם על (Ballantine, 2012). הוא עלול לחוש אשמה ובושה על שאולי גרם למטופלות לעשות מחוות אלה כלפיו. הטיפול בשורדות פגיעות מיניות אמור לתת מקום לדינמיקות אפשריות אלה, כדי להבין טוב יותר את החוויה של המטופלות ולספק להן חוויה רגשית מתקנת בתוך ההקשר הטיפולי.

ג. גבולות הסודיות בעבודה עם קטינות שורדות תקיפות מיניות

הברית הטיפולית הנוצרת בין הקטינה השורדת פגיעות מיניות לבין המטפל חייבת לכלול גם את ההורים, המהווים למעשה צלע שלישית בטיפול. בלעדי נכונותם להביא את הילדה לטיפול, לא תתקיים ברית טיפולית, בלעדי נכונותם להיות מעורבים ונוכחים במידה מסוימת בטיפול, לא תתאפשר כינונה של ברית טיפולית, בלעדי נכונותו של המטפל לשמור על הילדה מפני חוסר נאמנות להוריה, לא תתאפשר ברית טיפולית זו.

מאחר שההורים הם האפוטרופוסים הטבעיים של הילדה, גם אם היא נפגעה מינית על ידי אחד מהם, המטפל נדרש להכיל ולהחזיק ולהתמודד הן עם צרכיה של הילדה והן

לטיפול. תחושות אלה עלולות להשפיע על היכולת של המטופלים, למשל, לדבר על נושאים חשובים ורגישים בטיפול. תמה זו מדגישה את חשיבות הסבלנות, הקצב והזמן לחשיפת הדברים, ואת חשיבות הדיון בנושאים כמו כוח ושליטה במסגרת הקשר הטיפולי. גורמים אלה משפיעים על יצירת היחסים הטיפוליים, כמו גם על יצירת הגבולות המתאימים בטיפול. בנוסף, יצירת גבולות מיטיבים בטיפול מאפשרת לשורדות פגיעות מיניות לפתח ראייה חדשה על סביבתן, כמו גם לשנות את היחסים בחייהן.



צילום: מרסלו לאובר

הדס נעמי אור

לסיכום

היחסים הטיפוליים עם שורדות פגיעות מיניות מלווים באתגרים בלתי נמנעים שמחייבים כינונם של גבולות בקשר הטיפולי. הבנת משמעותם של הגבולות, מודעות להפרתם, והקונפליקטים העלולים להתעורר בגינם (כמו קונפליקטים בחובת הסודיות במקרה של טיפול בקטינים), כמו גם התבוננות בהקשר של היחסים הטיפוליים, חשובות להגברת המועילות והיעילות בעבודה הטיפולית עם שורדות פגיעות מיניות. בנוסף, חשוב שהמטפלים יכירו בגבולות של עצמם ויוכלו לזהות גורמים שונים ומצבים שמשפיעים עליהם בקבלת החלטות לגבי גבולות בטיפול. לצורך זה, מטפלים נדרשים להכיר ולבחון את רגשותיהם לפני כל מפגש טיפולי, במהלכו ולאחריו, תוך כדי התבוננות פנימית מעמיקה. כדי לאפשר זאת, חשוב שהמטפלים יהיו בהדרכה שוטפת, שבה הם יוכלו להעלות ולעבד את רגשותיהם, מחשבותיהם והבלבול העולה בהם בתוך סביבה בטוחה. במסגרת הדרכה, חשוב לעודד את המטפלים לחשוף את רגשותיהם לגבי המטופלות והטיפול, להיות מודעים לשינוי שהם עורכים בגבולות ולייצר תובנה לגבי היחסים עם לקוחותיהם, לטובת הלקוחות שלהם, שורדות פגיעות מיניות, קטינות ובוגרות.

ייחודיות ואישיות על עצמם ועל העולם. היחסים הטיפוליים שונים בכל קשר בין מטפל למטופל, כיוון שכל אחד מביא למפגש את חוויות חייו שמושפעות מאמונות חברתיות, פוליטיות, תרבותיות ורוחניות, כמו גם תפיסות לגבי פגיעות מיניות (Levensohn, 2005). מאחר שכך, החלטות בטיפול, גם לגבי גבולות, צריכות להיות ייחודיות ומותאמות למטופל מסוים ולמטפל מסוים. גבולות יכולים להיות שונים ממטפל למטפל, ממטופל למטופל, מיחסים ליחסים, מסטינג לסטינג, ויכולים להשתנות במהלך הזמן (Harper & Steadman, 2003). בנוסף חשוב גם להתייחס לכך שהגבולות של הטיפול מושפעים מגורמים נוספים.

האם אנחנו כמטפלים צריכים תמיד בעצמנו לקבוע את הגבולות בקשר הטיפולי ... ולהתמיד בהם, או שמא גבולות הקשר הטיפולי הם דינמיים ומשתנים, וראוי שייקבעו במסגרת של משא ומתן עם המטופלת

גורמים נוספים שמשפיעים על הטיפול

הקונטקסט הסביבתי - הכוונה להקשר תרבותי, כגון מעמד סוציו-אקונומי, שעשוי להשפיע על רמת הביטחון והתקשורת בקשר הטיפולי. למשל: שורדת פגיעות מיניות שחווה את התרבות שממנה הגיעה כמעודדת חשדנות כלפי הממסד באשר הוא (כולל טיפול) או שאינה מאמינה בטיפולים מסוג זה, תתקשה לחוש ביטחון ולפתח תקשורת פתוחה וישירה על האירועים שחוותה. חוויות והתנסויות אישיות - היסטוריית הפגיעות המיניות, חוויות ילדות אחרות, נסיבות משפחתיות והתנסויות מטיפול קודם עשויות להשפיע על היכולת של המטופלת לבטוח במטפל ולתקשר בצורה ישירה בטיפול, וכך גם באשר לציפיותיה לגבי הגבולות בטיפול. מטופלת שחוותה טיפול אחר כחודרני וכלא מכבד את הקצב שלה לחשיפת האירועים, למשל, תגיע לטיפול הנוכחי עם ציפייה לשחזר את חוויותיה מהטיפול הקודם או עם ציפייה לשלוט בעצמה בקצב של הטיפול.

סיבות לכניסה לטיפול - המטפל נדרש להיות מודע לכוחות, כמו הכחשה ובושה, שמונעים מאנשים להגיע



1. ולדברג, י' (2003). ייעוץ וטיפול בילדים: טובת הילד, ההגנה על הילד, ההגנה על ההורים. בתוך: ג' שפלה, י' אכמון וג' ויל, סוגיות אתיות במקצועות הטיפול והייעוץ הנפשי. ירושלים: מאגנס.
2. הדר, א' (2001). השיח הטיפולי: פסיכותרפיה אנליטית כהליך תקשורתי. תל אביב: דביר.
3. זליגמן, צ' וסולומון, ז' (2004). הסוד ושברו – סוגיות בגילוי עריות. מרכז אדלר לחקר שלום הילד ורווחתו באוניברסיטת תל אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד.
4. כהן, ת' (2007). טיפול בילדים ובני נוער שנפגעו מינית במשפחותיהם. בתוך: ד' הורביץ, י' בן יהודה ומ' חובב (עורכים). התעללות והזנחה של ילדים בישראל: הנפגעים, אכיפת החוק והמשפט, רפואה, חינוך ורווחה (עמ' 1036-1052). ירושלים: אשלים.
5. Ballantine, M.W. (2012). Sibling incest dynamics: Therapeutic themes and clinical challenges. *Clinical Social Work*, 40, 56-65.
6. Bard, M. & Sangrey, D. (1986). *The crime victim's book*, 2nd Edition. Brunner/Mazel.
7. Briere, J. (1996). *Therapy for adults molested as children: Beyond survival*. (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
8. Buhari, B. (2013). Therapeutic relationships and professional boundaries. *Psychology of Quality of Life*, 21 (3), 162-168.
9. Courtois, C. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. New York: Norton.
10. Dalenberg, C. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington, DC: American Psychological Association.
11. Duncan, B. (2010). *On becoming a better therapist*. Washington, DC: American Psychological Association.
12. Finkelhor, D. (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *The Future of Children*, 19 (2), 169-194.
13. Harper, K., & Steadman, J. (2003). Therapeutic boundary issues in working with childhood sexual-abuse survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 57, 64-79.
14. Hedges, L. (2000). *Terrifying transferences: Aftershocks of childhood trauma*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
15. Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
16. Hoffman, D. (2016). *Touch-inclusive therapy with survivors of sexual trauma: A phenomenological investigation into the experience of touch in sexual trauma therapy*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of clinical psychology. The Faculty of The Chicago School of Professional Psychology.
17. Kessler, H. (2002). *The initial treatment decisions with adult survivors of childhood sexual abuse: recommendations from clinical experts*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy. Department of Family Studies and Human Services College of Human Ecology, Kansas state University, Manhattan, Kansas.
18. Kroll, J. (1993). *PTSD/Borderlines in therapy: Finding the balance*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
19. Levensohn, C. (2005). *Female social work clinician with a history of childhood sexual abuse and their ability to maintain empathy in working with female adult survivors of childhood sexual abuse*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the degree of Doctor of Philosophy. New York University School of Social Work.
20. Meiselman, K. (1994). Treating survivors of child sexual abuse: A strategy for reintegration. In J. Briere (Ed). *Assessing and treating victims of violence* (pp. 91-100). San Francisco: Jossey-Bass.
21. Miller, W.R., Forchimes, A.A., & Zweben, A. (2011). *Treating addiction: A guide for professionals*. New York, NY: The Guilford Press.
22. Safran, J. & Muran, J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.
23. Sanderson, C. (2014). *Counselling for working with trauma: Healing from child sexual abuse*. Sexual violence and domestic abuse. Beaverton, 1 (1-5), Beaverton: Ringgold Inc.
24. Shay, J. (1992). Countertransference in the family therapy of survivors of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 585-593.
25. Simon, R. (1992). Treatment boundary violations: Clinical, ethical, and legal considerations. *Bulletin American Academy of Psychiatry Law*, 20, 260-288.
26. Slavic, T.R. & Gostecnik, C. (2017). Relational family therapy as an aid toward resolving the trauma of sexual abuse in childhood in the process of separation in the couple relationship. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(3), 422-434.
27. Turell, S. & Armsworth, M. (2000). Differentiating incest survivors who self mutilated. *Child Abuse & Neglect*, 24, 237-249.