

התפתחות השימוש בהגנות דיסוציאטיביות בקרב נפגעי תקיפה מינית בזמן הטראומה ולאחריה¹

© נעמה בר-שדה², 2008³

נפגעי טראומה מינית נקלעים לעצומה של התרחשות אשר משתקת באיום המוחשי שבה, בהצפה, ובאכזריות שגלומה בה. זהו מצב בלתי נתפס מבחינה חושית, רגשית ולוגית. הדרך לשרוד את הטראומה, מובילה בדרך כלל לניתוק רגשי וקוגניטיבי (דיסוציאציה), אשר מאפשר את ביטול קיומו של האירוע ושל המציאות הבלתי נסבלת.

במאמר זה אסקור את הצמתים האפשריים שהנפגע, ולעיתים גם הפוגע עוברים, החל משלבי ההתפתחות התקינה והנורמאלית דרך רגע ההתרחשות הטראומטית, וכלה בהתמודדות במהלך הטראומה ולאחריה. מטבעו של תהליך שלא כל נפגע עובר דרך כל השלבים, או אפילו דרך חלקם.

בחלק הראשון של המאמר, אתייחס לשורשי המושגים טראומה ופוסט-טראומה, כפי שבאו לידי ביטוי בגישותיהם של ז'אנה, פרויד ואחרים. יבורר מקומם של החוויה הסובייקטיבית ושל הגורמים האובייקטיביים על היווצרות התגובה הפוסט-טראומטית. בחלק השני אעמוד על שורשיה ההתפתחותיים התקינים של התגובה הדיסוציאטיבית ואתייחס למגוון ההפרעות הדיסוציאטיביות שנפגע הטראומה עלול לפתח ברגע ההתרחשות הטראומטית, ולאחריה.

הרמן (1995) רואה את שורשי הדיאלקטיקה המרכזית של הטראומה ב"קונפליקט שבין ידיעה ואי ידיעה, דיבור ודומייה, זכירה ושכחה". היא מוסיפה שאנשים טראומטיים זוכרים יותר מדי ובו זמנית פחות מדי, שכן הזיכרונות חודרים כאשר אינם רצויים (סיוטים, הבזקים וכדומה), אולם יהיו בלתי נגישים כשהאדם רוצה להיזכר בהם.

¹ גרסה ראשונית של המאמר הוצגה ב-2003 בקבוצת הדרכה במסגרת עמותת "אשלים".

² קליניקה פרטית, נס-ציונה; מדריכה בעמותות "אשלים" ו"תאיר" מטפלים בילדים נפגעי תקיפה מינית

³ בהערכה למודרכי-ידידי אשר בוחרים מחדש מידי שעה לשהות עם מטופליהם בחוויה הקשה של הטראומה והדיסוציאציה

טראומה

הספרות הפסיכיאטרית עסקה לאורך השנים בדיווחים אודות אוכלוסיות שעברו טראומות. החלו בכך פייר ז'אנה (Janet) (1), ברויר ופרויד (2) בשנות ה-80 של המאה הקודמת, המשיך מייירס (3) במהלך מלחמת העולם הראשונה. סארגנט וסולטר (4) התייחסו לכך במלחמת העולם השנייה. במלחמת וייטנאם עסק בנושא פאן (van) דר קולק (5), אשר נחשב גם היום סמכות מקצועית בכירה בחקר הזיכרון הטראומטי.

אירוע חיים ייחשב כמלחיץ (stressful) אם בתגובה אליו האדם נדרש להשתנות. מדובר בשינוי המתחייב עקב חוסר איזון בין דרישות המצב הנתון, לבין היקף המשאבים האישיים והתמיכה הבין אישית אותם ניתן לגייס כדי לענות על דרישות אלו. חוסר האיזון מוביל לכשל זמני או קבוע בהסתגלות של חווה הטראומה (6,7).

ב- 1895 יחס פרויד (8) לאירועים הטראומטיים חשיבות מרכזית, וראה בהם גורמים עיקריים העומדים בשורשי התסמינים (הסימפטומים) ההיסטריים. לפיכך, המאמצים בפסיכואנליזה היו להיזכר באירועים טראומטיים אלו, תחילה באמצעות היפנוזה ואחר-כך באמצעות אסוציאציות חופשיות.

בראשית נחשבה הטראומה הנפשית כאירוע שאמנם קדם ולו במעט להופעת התסמין (הסימפטום), אך היה עדיין בן זמנו. עד מהרה פרויד הכיר בכך, כי אפשר שמדובר בהחייאה מחדש של זיכרון מכאיב או טראומה מימי הילדות. מרגע זה ואילך, פרויד התייחס להסמלה של הרגש שליווה את האירוע הטראומטי הראשוני, והשתמש באסוציאציות החופשיות כדי להתמודד עם הצנזורה המתנגדת להיזכרות ולסילוק ההדחקה. ההעלאה למודעות נחשבה אז כרגע המכריע בריפוי, וכסוכן ההחלמה.

גם ההתייחסות להיבט **הממשות** של הטראומה עבר גלגולים.

פרויד התייחס תחילה לטראומה כאל טראומה ממשית, אשר הודחקה עקב אופייה המכאיב והבלתי נסבל. הוא עבר לדבר על טראומה פנטזמטית, משהבין כי על מנת שאירוע יחווה כטראומטי, חייב להיות מעורב תהליך של היזכרות בטראומה. ההיזכרות יכולה להתאפשר, אמר, באמצעות קיומו של אירוע שני בעל מבנה דומה, אשר יחבר בין שני האירועים.

פרנצי (9), תלמידו של פרויד, חשב אחרת. לדבריו, הטראומה לא נובעת מתקרית סודית בזמן הנעורים; לא מהדחקתו של זיכרון כלשהו ולא מפנטזיה לא מודעת של טראומה או ניסיון פיתוי. הוא ראה בטראומה תופעה מוקדמת מאוד בחיים, שמקורותיה בפער שבין תנועות של תשוקה ושפת התשוקה מצד המבוגרים, לעומת הדרישות לרוך ושפת הרוך מצד הילדים. אובייקט האהבה הופך עבור הילד לאובייקט שנאה, כאשר המבוגרים מעמידים לו דרישות שאינן תואמות לשלב

ההתפתחותי בו הוא נמצא, וכאשר הם גורמים לו לסבל נפשי ופיזי. הילד המבולבל מהתוקפנות של מי שבו נתן אמון, חש תמים ואשם בו זמנית, ומגיב בפיצול. אם כן, מקורה של הטראומה, הוא בבלבול בין שפת הילד, אשר משתוקק לאהבה ולרוך, לבין שפת המבוגר, שהגיע לבשלות מינית ומשתוקק לאהבה ולתשוקה.

ביון (10) דיבר על הזדהות השלכתית כדרך לתקשורת, בעזרתה התינוק מאפשר לאמו לדעת מה הוא חש, וכך יכול לאפשר לה להכיל את רגשותיו הקשים ולהפכם באמצעות ההכלה לנסבלים. במצב הטראומטי ההכלה נכשלת, ותהליכים אלו לא יכולים להתפתח.

ויניקוט (11) היה קשוב לטראומה הראשונית המזערית, העלולה להיווצר עקב ההיעדרות הרגעית של האם. "אם האם נעדרת למעלה מ-X דקות, דיוקנה נמוג ועמו נפסקת יכולתו של התינוק להשתמש בסמלו של האיחוד. התינוק שרוי במצוקה, אבל זו באה על תיקונה עד מהרה, כי האם חוזרת כעבור X+Y דקות. בתוך X+Y דקות לא יחול שינוי בתינוק. אבל אם יחלפו X+Y+Z דקות, התינוק יעבור טראומה. שובה של האם אחרי X+Y+Z דקות, לא יתקן את מצבו של התינוק שהשתנה. טראומה משמעה, שהתינוק חווה שבר בהמשכיות החיים, והגנות פרימיטיביות מתארגנות כדי להגן מפני הישנותה של 'חרדה שאין להעלות על הדעת', או מפני חזרתו של מצב הבלבול החמור, הקשור להתפוררות של מבני האני (אגו) המתהווה" (115-116).

במקום אחר מדבר ויניקוט (12) על התמלאות המרחב הפוטנציאלי בייסורים פרימיטיביים כאשר הפרידה (הספריצה) טראומטית, או כשהטיפול האימהי לא מספיק עקבי.

אוגדן (13) הדגיש את התהליך הדיאלקטי שבין המציאות לדמיון, בו כל אחד יוצר ושולל את השני, ולאף אחד אין משמעות אלא בהקשר עם האחר. הפרעה במשחק הפנימי בתוך המרחב הפוטנציאלי, עלולה להביא לדיסוציאציה של כל קוטב מהאחר, לאובדן משמעות ולהתמוטטות המרחב הפוטנציאלי.

א. אשר עברה ניצול מיני מגיל רך על ידי אביה ואחיה, וניכור ובוז על ידי אמה אומרת בבגרותה: "...ועדיין אם אני

צריכה לבחור במי מן השניים (אימא או אבא), אבחר בו".

בהשראתו של ויניקוט, מתייחס סמירנוף (14) לחוויה הסובייקטיבית של המציאות ומזכיר, כי המטען הטראומטי של החוויה אינו אובייקטיבי. גישה זו מאפשרת להבין מדוע יש ונסיבות חמורות משאירות עקבות פחות טראומטיים מאשר נסיבות פחות דרמטיות כמו: אב "לא מספק", או אם מגנת-יתר, אשר דוחה את הילד באופן לא מודע, ומנסה להסוות תחושותיה דרך תצורת תגובה, המתבטאת בהגנת-היתר.

המושג של מסוד חאן "חוויה הגורמת לטראומה", מתאר בצורה טובה יותר את המצבים הקונפליקטואליים, ההילה הדמיונית המקיפה אותם, ואת הערך הסמלי אשר מעניקים להם מובן ומשמעות של טראומה. מנקודת ראות זו ניתן לראות את הטראומה הנפשית כחלק בלתי נפרד מהחוויה האישית.

בהמשגה האובייקטיבית של הטראומה, אירוע יוגדר כטראומטי רק עבור אותם אנשים, שחוו אותו כאירוע עוצמתי בלתי נמנע, שאינו ניתן לשליטה, ואשר התגובה המיידית אליו היא פחד או זעזוע (16,15).

טראומות סובייקטיביות או אובייקטיביות משאירות חותם או צלקת בנפש האדם. הפסיכיאטרית הפמיניסטית ג'ודית הרמן (17), המתמחה בטיפול בנפגעי אלימות, מתייחסת למשמעות הטראומה בילדות ואומרת כי "טראומה חוזרת ונשנית המתרחשת בגיל הברור מוכרסמת במבנה אישיות שכבר עוצב. טראומה שכזאת המתרחשת בילדות מעצבת את האישיות ואף עלולה לעוות אותה".

הרגשת הביטחון בעולם, או האמון הבסיסי, נרכשים בשלבי חיים מוקדמים ביותר, ביחסים עם המטפל הראשון. הרגשה זו יוצרת את הבסיס לכל מערכות היחסים בהמשך. במצבי אימה, כאשר הקריאה לעזרתה של דמות משמעותית אינה נענית, הרגשת האמון הבסיסי מתנפצת, ומתעוררות תחושות נטישה ובדידות, המביאות לניכור ולניתוק עד כדי מוות פנימי.

אירועים טראומטיים משתקים את ההסתגלות הרגילה לחיים. הם בדרך כלל כרוכים באיום על החיים או על שלמות הגוף, הם מעמתים את האדם עם מצבים קיצוניים של חוסר ישע ואימה, ומעוררים תגובות של קטסטרופה.

תגובות טראומטיות מתעוררות כאשר אין תועלת בפעולה כלשהי, וכאשר לא קיימת אפשרות הבחירה להילחם (fight) או לברוח (flight) פיזית. הנפגע צריך לשלוף או לייצר מגוון תגובות שאינן מוכר לו. לכן כפי שנראה בהמשך, הפסיכיות היא אחד הגורמים המרכזיים המביאים להתפתחות תגובות לחץ פוסט-טראומטיות.

האירועים הטראומטיים לא מאפשרים יותר לאדם להיצמד לאמונות, אשר נותנות תחושה של ביטחון וסוג של ידיעה ש"אני לא אפגע". הם פוגעים באוטונומיה של האדם עד כדי אובדן שליטה בפעולות הגוף. באובדן השליטה יש משום השפלה וביטול הקיום העצמי (18).

מתעוררת בושה על חוסר הישע, על הפגיעה בשלמות הגוף, ועל אובדן הכבוד בעיני הזולת (19). מתעוררת אשמה ונחיתות על חוסר היכולת למנוע את הפגיעה – עד כדי כך שלעיתים קל יותר לנפגע לשאת את המחשבה שהיה יכול לעשות משהו, מאשר להכיר בחוסר הישע המוחלט שלו (20).

התעללות מינית בילדות היא טראומה שטמונה בה בגידה. אדם אמין ובעל סמכות עבור הילד מנצל את מעמדו ואת תלותו של הילד בו (21).

הילד הלכוד בסביבה מתעללת צריך למצוא דרך לשמר את הרגשת האמון בבני אדם, שאינם ראויים לאמון, לשמר את הרגשת הביטחון במצב לא בטוח, את הרגשת השליטה במצב לא צפוי, ואת הרגשת הכוח במצב של חוסר ישע. מאחר שאין הוא יכול לטפל בעצמו ולהגן על עצמו, עליו לפצות על כשלון המבוגרים בטיפול ובהגנה בכלים היחידים העומדים לרשותו – מערכת לא בשלה של הגנות פסיכולוגיות (18).

המחקרים על תגובות פתולוגיות של ילדים שעברו התעללות מינית, כמו גם על היבטים אחרים, הנוגעים בטרומה ובהשלכותיה, אינם אחידים בתוצאותיהם בעיקר בשל בעיות מתודולוגיות. אמנם, כשליש מהילדים שעברו התעללות מינית לא מראים סימנים כלשהם המעידים על פגיעה רגשית. אולם לגבי שני השלישים האחרים לפחות, וכנראה יותר מכך, ידוע כי להתעללות המינית השלכות לטווח הקצר והארוך גם יחד. ההשלכות השכיחות ביותר לטווח הקצר הן פחדים, הפרעת לחץ פוסט-טראומטית, התנהגות מינית מופגנת, והערכה עצמית ירודה (22). הידע על ההשלכות ארוכות הטווח של ההתעללות המינית בילדות נדאי עוד פחות מן הידע על השלכותיה קצרות הטווח, בעיקר בגלל הקשיים הכרוכים בביסוס קשרים סיבתיים בין התנסויות מוקדמות לבין ההתנהגות בבגרות.

ידוע כי לזיכרון תפקיד קריטי כ"פונקציה המארגנת" בהתפתחות הנורמאלית של העצמי. הטראומה הורסת את הזיכרון ומביאה להיווצרותו של "אני לא המשכתי". החוויה לא יכולה להיות מאורגנת על רמה מילולית, והכישלון לארגן את הזיכרון במילים ובסמלים, משאיר אותו מאורגן ברמה הסומאטית או האיקונית (iconic): כתחושות סומאטיות, סיוטים, והבזקים (פלאשבקים) (23).

הזיכרונות הטראומטיים מאוחסנים באופן שאינו מאפשר מודעות והבנה. לכן הם מאופיינים בכך שהם מקוטעים (פרגמנטיים) ומנותקים מאפקטים, אמונות, ממדים סומאטו-סנסוריים והקשרים התנהגותיים של החוויה הטראומטית. כל אחד מן הממדים מנותק בתוכו מהאחר. הם מלווים בתחושות ואפקטים מועצמים, ולעיתים קרובות עם מעט או ללא תוכן נרטיבי מילולי. הזיכרונות הטראומטיים גם מתנגדים לאינטגרציה, או מנותקים (dissociated) מהזיכרון המילולי האוטוביוגרפי הרגיל. לפיכך, בניגוד לזיכרון הרגיל, הזיכרון הטראומטי קופא בזמן ואינו משתנה במהלכו. הוא לא גמיש ולכן גם לא יכול להתעצב מחדש (24,25).

המושג של ז'אנה על "אוטומטיזם" (כפי שנראה בהמשך) הנו דוגמה מוקדמת של הניסיון לחשוב על ההשפעה המרומזת והסמויה של הזיכרון הטראומטי על החוויות היומיומיות ועל ההתנהגות (25).

חלק מהזיכרונות הטראומטיים כולל פחד ופאניקה, יכולים להיות מעוררים באופן רפלקסיבי. האדם הטראומטי כאילו פותח "קו חם" למידע של זיכרון אסוציאטיבי, הקשור לפחד ולפאניקה ואשר יכולים ללבוש צורה וביטוי של זעם (26).

תופעה מוכרת בקרב הסובלים מפוסט טראומה, היא העדר חיבור מודע בין התעוררות תחושות זעם ופאניקה לבין הזיכרון הטראומטי. ברגעי התעוררות אלה מתרחש מעבר מהיר מגירוי לתגובה, מבלי שתהיה אפשרות לעשות הערכה פסיכולוגית מתווכת של הסיבה להתעוררות (27).

שאלת היכולת לשחזר זיכרונות מודחקים, והסכנה של השאת (סוגסטיה) זיכרונות כוזבים (false memories) בתנאי טיפול או חקירה של ילדים קטנים, או מבוגרים, מקשה גם היא על המחקר בתחום זה.

מן המפורסמים הוא סיפור הזיכרון הויזואלי הטראומטי של פיאיזה אשר ליווה אותו מגיל רך. פיאיזה זכר כי בהיותו בן שנתיים מישו ניסה לחטוף אותו מעגלת התינוק. הוא גם זכר את המטפלת מספרת את סיפור האירוע להוריו. בהיותו בן 15, האומנת שבה למשפחתו והתוודתה, כי אירוע זה לא התרחש מעולם, וכי בדתה אותו על מנת לחזק את מעמדה במשפחה. נראה כי התוודתה מכיוון שחשה רגשות אשם עקב הבדיה והשעון שקיבלה בתמורה.

התנסותו של פיאיזה מדגימה, היווצרותם של פסידו-זיכרונות הנוגעים לאירועים שמעולם לא התרחשו. זיכרונות אלה, אשר לעיתים הושמעו מפיהן של דמויות משמעותיות, נחווים בדרך-כלל כתקפים ואותנטיים, והאדם אינו יכול לזכור שמקור המידע הינו למעשה חיצוני (מעין אמנזיית המקור).

ארגון המכונה False Memory Syndrome Foundation, פעיל רבות בתחום ומתנגד למגמת 'ההזיכרות המאוחרת'. (28). שאלת הזיכרונות הכוזבים עולה ביתר שאת כשמדובר בילדים קטנים אשר לוקים בהבחנה בין מעשים אמיתיים למעשים מדומים, בין אם עשו אותם הם עצמם או בני אדם אחרים (29).

אף שילדים קטנים מסוגלים לזכור נכונה את שאירע להם, הם פתוחים למגוון רחב של מקורות לסילוף בהשוואה לילדים בוגרים יותר, ולמבוגרים. עם זאת, תופעת הסילוף פועלת גם על מבוגרים.

גם הדינאמיקה הנוצרת בטיפול מהווה מקור לזיכרונות כוזבים. כשקיים שילוב של מטופלים נוחים להשאה, ומטפלים להוטים מדי, אשר "מוצאים את מה שהם מחפשים", נפגוש בתופעה הִיאטְרוֹגֵנִית (iatrogenic) (פרי הטיפול) (30). אמנם יש להיות מודעים לסכנה היאטרוגנית, אולם לא עד כדי היסחפות וביטול ההשפעות הפוסט-טראומטיות של ההתעללות המינית, על תופעות הניתוק המשתמעות ממנה.

העוסקים בחקר זיכרונות כוזבים טוענים, כי מרבית הזיכרונות נחשפים מחוץ לשעות הטיפוליות, ומתרחשים כתגובה למגוון גורמים מעוררים, שאינם קשורים להתערבות על ידי המטפל (31), וכי מעט מאוד מן הנבדקות נזכרו לראשונה בטרומה במהלך הפגישות הטיפוליות. עם זאת, מוצע למטפלים להיזהר ולא לחקור אודות אפשרות ניצול בדרך סוגסטיבית כלשהי, בעיקר כאשר הזיכרונות מקוטעים (fragmentary). חשוב שהמטפל ימנע מלהגיע למסקנות מוקדמות על התרחשות טראומה, כל עוד אין הוכחה מספקת לקיומה (32).

כאשר זיכרונות משוחזרים מתחילים להחליף את האמנזיה, המטפל צריך להיות פתוח לאפשרות קיומו של ניצול אמיתי. זהו רגע בו המטפל ניצב מול פיתוי להגיב ממקום סוגסטיבי, ועלול בכך להקשות על המטופל להבנות מחדש היסטוריה אישית, אמינה, ועקבית עם העבר ועם התסמינים העכשוויים.

תגובה פוסט-טראומטית

בתת פרק זה אעסוק בשאלה מה קורה לאחר הטראומה, בטווח הקצר והארוך כאחד. נראה כי יש המתמודדים עם הטראומה בדרכים הנחשבות בריאות או תקינות, ויש המפתחים תגובה פוסט-טראומטית.

בחרתי להתבונן על התגובה הפוסט-טראומטית כחלק מן הספקטרום הדיסוציאטיבי, נוכח העובדה שההפרעות הדיסוציאטיביות מבוססות על טראומה, ומקורם של התסמינים טמון בדיסוציאציה של הזיכרונות הטראומטיים.

אזכיר את הפרעת הלחץ החרפה (ASD), הפרעת הלחץ הפוסט-טראומטית (PTSD), והפרעת לחץ פוסט-טראומטית מורכבת.

הפרעת לחץ חריפה - Acute Stress Disorder ASD

אחת התגובות לטראומה היא הפרעת הלחץ החרפה (ASD), שבמובן מסוים מקדימה להתפתחות הפרעת לחץ פוסט-טראומטית (PTSD).

הפרעה זו כוללת תסמינים אופייניים של הפרעה פוסט-טראומטית ותסמינים דיסוציאטיביים רגועים, המתרחשים במהלך האירוע הטראומטי כמו: קהות, ריחוק, מודעות מופחתת של הפרט לסביבתו, דה ראליזציה, דה פרסונליזציה ואמנזיה (שכחה) דיסוציאטיבית. תסמינים אלה יכולים להופיע במהלך החודש שלאחר הטראומה, ועליהם להימשך יומיים רצופים כדי להתאים לאבחנה. כמו כן, עליהם לגרום למצוקה משמעותית ולהפריע באופן בולט לתפקוד הפרט או לפגום ביכולתו לבצע מטלות חיוניות. 78% מהלוקים בתסמונת זו יפתחו PTSD (33,34).

כאשר התסמינים ממשיכים מעבר לחודש, יש לשקול מתן אבחנה של PTSD.

הפרעת לחץ פוסט-טראומטית (PTSD) (Post Traumatic Stress Disorder)

האבחנה של הפרעת לחץ פוסט-טראומטית הופיעה לראשונה ב-1980 ב-DSM-III. בשונה מהגדרות של הפרעות נפשיות אחרות, ההגדרה של הפרעה זו מתייחסת לנקודה ספציפית בזמן (התרחשות האירוע הטראומטי), כנקודה ממנה התחילה ההפרעה הנפשית. זוהי הפרעת חרדה אשר נגרמת עקב חדירה של זיכרונות מחוויה טראומטית קיצונית אל הלא מודע באמצעות הבזקים (פלאשבקים) או סיוטים מהם מנסה האדם להימנע באמצעות נסיגה (withdrawal) או שכחון (אמנויה). ההפרעה פוגעת ב-10% מהאוכלוסייה הכללית. הסובלים ממנה מפרשים באופן מוטעה גירויים ניטראליים, כאילו הם מייצגים איום פוטנציאלי, וכך חווים מחדש, וללא הרף, את עברם. מדובר בהפרעה מעיקה ותובענית, הכרוכה בסבל רגשי רב ובקשיי תפקוד ניכרים. לצד אלה מופיעה פגיעה ביכולת לאינטימיות משפחתית, קיימת הפרעה לשגרת העבודה, יש פגיעה ביכולת לחוות הנאה, ומופיעות בעיות בריאותיות. הקורבנות הפוסט-טראומטיים מנוכרים לעיתים קרובות לסביבתם, זועמים, נסוגים, ומתקשים למלא חובות חברתיים (34).

לצורך ההתמודדות עם הטראומה מגייס הנפגע מנגנוני הגנה אשר מאפשרים לו להפחית את החרדה הקשורה בהיזכרות בטראומה או להימנע ממנה כליל. לכן, אצל נפגעי תקיפה מינית נפגוש לעיתים שימוש בהדחקה, הכחשה, פיצול, דיסוציאציה, סומטיזציה ואמנויה (שכחון) (35, 36, 37, 38, 39).

ניתן לחלק את התסמינים של PTSD לשלוש קבוצות:

קבוצת תסמינים המתייחסת לחוויה חוזרת ונשנית של האירוע הטראומטי באמצעות סיוטי לילה, הבזקים (פלאשבקים), זיכרונות חודרניים, ותגובות לרמזים המזכירים את הטראומה; קבוצת תסמינים הכוללת תגובות של הימנעות חרדתית ממחשבות, זיכרונות, מקומות, מצבים וכל דבר המתקשר לטראומה; וקבוצת תסמינים שלישית הכוללת תסמינים של עוררות מוגברת, הפרעות שינה, רתיעה מוגזמת, ותגובתיות-יתר כללית (40). התכונה האופיינית ביותר של התסמינים הפוסט-טראומטיים היא הקושי למצוא איזון ואינטגרציה בין התסמינים הפולשניים לתסמינים המקהים. אי יציבות זו מגבירה את תחושת חוסר הישע ואת הקושי שבניבוי העתיד לבוא.

גם אם מתקיים תהליך הקהיה של התסמינים לאורך זמן, האדם לא יכול להיות בטוח שהתגבר על הטראומה או שהחלים ממנה, שכן סיטואציות מסוימות עלולות לשוב ולעורר את החוויה הטראומטית במלוא עוצמתה.

הסבירות שהאדם יפתח PTSD תלויה, לדעתם של חוקרים רבים, בטבע האירוע הטראומטי. חוקרים אחרים מייחסים חשיבות לא פחותה לגורמים אישיים, בינאישיים וסביבתיים בקביעת

צורת ההפרעה ובהתייחסות לשאלה מדוע יש המגיבים לטראומה בדרך של החלמה נורמאלית ולעומתם יש המפתחים PTSD.

בבדיקת גורמי פרה-דיספוזיציה והגורמים המשפיעים על התפתחות תגובה פוסט-טראומטית נמצא, כי הפרעות פסיכיאטריות קומורבידיות (חולי נלווה) מגדילות את הסיכוי להתפתחות PTSD. נמצא כי האוכלוסייה שנמצאת בסיכון גבוה ללקות ב-PTSD מורכבת מאלה שסבלו מהפרעות פסיכיאטריות לפני הטראומה, ואלה שחוו טראומה בעבר (41,40).

גם לסוג הטראומה יש חשיבות. מחקרים מצאו אצל נפגעות אונס רמות גבוהות של PTSD, בהשוואה לנפגעות פשעים אחרים (42).

קורן (43) רואה ב-"נוירוטיות" (neuroticism) את אחד מגורמי הניבוי הפסיכולוגיים החזקים ביותר להתפתחות PTSD. מדובר בנטייה שהינה תורשתית ב-50% מן המקרים, לראות את העולם באור שלילי. נטייה זו יציבה יחסית לאורך זמן. היא משמשת כמסנן המכוון את האדם להתמקד באירועים שליליים בסביבתו.

במחקרים השונים נמצא, כי אסטרטגיות התמודדות כמו תכליתיות, חברתיות רבה, ומוקד שליטה פנימי, מהוות גורמים המסייעים בהתמודדות עם טראומה. מסתבר, כי אנשים העומדים בלחצים הם בדרך כלל בעלי רמה גבוהה של חברתיות, סגנון התמודדות פעיל ושקול, אפילו במצבים קיצוניים, ובטחון ביכולתם לשלוט בגורלם ולווסת את תגובותיהם (45,44). בקרב אנשים אלה נמצא פחות מקרי PTSD.

נשים אשר נשארות רגועות במהלך תקיפה מינית, ואשר מנסות להגיב ולפעול באסטרטגיות מגוונות, עשויות לא רק למנוע את התקיפה, אלא גם לסבול פחות מתסמינים חריפים, גם אם לא הצליחו למנוע את התקיפה. לעומתן, אלה שקפאו עקב האימה, נוטות לשפוט את עצמן ביתר חומרה ולשקוע בדיכאון (46).

..."מה זה שווה שאני מצליחנית בכל החומים, אם אני יודעת שאני מתנהגת כאילו אני משהו, אבל בחוץ תוכי יודעת שאני אפס, כלום, מטומטמת..."

ילדים ומתבגרים מועדים ל-PTSD יותר מאשר מבוגרים (47), וככל שהילדים צעירים יותר, רגישים יותר מבחינה אישית, משפחתית, ותרבותית, הפסיכופתולוגיה תהיה חמורה יותר (48). לעומתם, ילדים גמישים, המסוגלים לגייס בכוחות עצמם את התמיכה הדרושה להם, או לגייס משאבים אישיים כדי להתמודד עם המשבר, יגיבו פחות ב-PTSD (51,50,49).

ידוע, כי את תחושת העצמי ניתן לשקם בדרך בה נבנתה מלכתחילה, ומכאן המשמעות המכרעת של מידת התמיכה החברתית שיש על התפתחות PTSD (18). תגובה תומכת יכולה להחליש את

התגובה הטראומטית ולזרז את ההחלמה בהשוואה לתגובת עוינת או שלילית שעלולה להחריף אותה (41,52).

מצבו של הנפגע מאלימות מינית במשפחה או מקרב מכרים מורכב עוד יותר מכל פגיעה אחרת. המשפחה היא המקור הראשי למשאבי הילד ולכן איום או אובדן, שמקורם בחוג המשפחה, מזעזעים אותו יותר מאשר איום או אובדן שמקורם מחוץ למשפחה (7). בנוסף, כאשר התוקף מוכר לנתקף, הגנת החברה עלולה להתפצל בין השניים. כך יכול להיווצר מצב בו הוא ימצא עצמו נדחה ומוענש על ידי החברה, על היותו הגורם לכאוס המשפחתי ו/או הקהילתי.

ב. שהיה קורבן בגיל החביון לגילוי עריות מצד אחיו הבכור והאהוב, הפך להיות קורבן פעם נוספת על ידי המשפחה הגרעינית והמורחבת כאחת, אשר הייתה חצויה בין שני הילדים. האח הפוגע הוצא מן הבית בצו בית משפט לבית הסבים, המהווים עמוד תווך משפחתי. באירועים משפחתיים, המשפחה אשר עומדת נוכח הבחירה הקשה בין האחים, חסה בקביעות על האח הפוגע שנענש. ב. מוצא עצמו שוב ושוב מנותק ומוקא מן המשפחה, מבלי להבין מדוע עליו להיענש.

תגובות תומכות של הקרובים, יכולות לסלק תחושות אשם של הנפגע. כאשר נמצא מי שמסוגל להקשיב לנפגע ללא הטלת אשמה, הוא יהיה מסוגל לקבל את העובדה, שלא הגיב באופן אידיאלי בעת המצוקה, ובכך להגיע לשיפוט מציאותי והוגן של התנהגותו והאחריות שלו. רק אז הוא יוכל לקבל, ששום מעשה שעשה לא פוטר את התוקף מאחריות לפשעו (18).

נפגעי טראומה חוזרת ומתמשכת (כרונית) חשים, שחל בהם שינוי מהותי ופגיעה בתפיסת העצמי. החרדה שמא הטראומה תתרחש שוב, מגבירה את התסמינים הסומאטיים של עירור יתר האופייניים ל-PTSD. הם מתבטאים בכאבי ראש ובכאבים שונים אחרים, הפרעות עיכול, רעד, תחושת חנק ופעילות לב מוגברות. בנוסף, יש ומופיעות תגובות הימנעות או צמצום. באמצעות דיסוציאציה, דיכוי מחשבות מרצון, מינימליזציה ולפעמים הכחשה, הנפגעים משנים את המציאות הבלתי נסבלת והופכים אותה לכזו שהם יכולים לשאת.

“הם רקדו צמוד זה לזו ונראו מאושרים ממש. ברגעים כאלה חשבתי, שאני יכול לקבור את הימים הרעים ולמחוק אותם מן הזיכרון” (53, עמ’ 38).

מאפיינים אלה משנים את העוררות הרגשית של האדם, ואת יכולתו לווסת ולפרש סימנים מסוכנים, ובעקבותיהם את תגובות הלחץ שלו.

גם לגורמים הסוציו-תרבותיים השפעה מכרעת. גורמים תרבותיים יכולים לעצב את התגובה לטראומה ומספקים הקשר למשמעות הדינאמית של החוויה, לניתוח ולפרשנות שלה. כך למשל, בחברות בהן חוויה טראומטית, כמו אונס, אמורה להישמר בסוד כדי לאפשר לקורבן להינשא, לא יתאפשר מלל מטהר (קתקטי) (110).

לעומת זאת, חווית האונס בחברה הגרמנית, כפי שמצטיירת בסרט הישראלי "מתנה משמים" של הבמאי קוסאשווילי, מהווה מעין טקס מקדים להצעת נישואין ומבטיחה שהנישואין יקוימו.

בין הגורמים לפרה-דיספוזיציה להתפתחות PTSD נמנות אמונות לגבי מידת הפגיעות של היחיד, הקשר למשפחה ולחברה, תוצאות של הטראומה והמשמעות הנתפסת שלה, תחושות הקשורות למיקוד שליטה, דתיות, אינטליגנציה ועוד.

ילדים שעברו התעללות, ואשר נאלצו לשאת את הכאב לבדם, מבלי שתעמוד לרשותם דמות תומכת כלשהי, נוטים להפעיל מנגנון הישרדות המנתק את ההכרה מהחוויה הטראומטית בעת התרחשותה, ויוצר קיטוע (פרגמנטציה) של ההכרה. לעיתים מתקבל הרושם, כי הם חסרים תגובות רגשיות או שאינם מגלים לחץ וחרדה כלשהם בעקבות תקיפה מינית. אולם הם ככל הנראה מתמודדים עם ההתנסות המתעללת דרך אסטרטגיות אשר מאפשרות להם לברוח מן הזיכרונות הקשים. זיכרונות הנוצרים במצב של נתק היפנוטי כזה, הם לרוב בלתי נגישים למודעות (28).

המחקר על הקשר בין טראומה בילדות לבין PTSD מתחלק ל-3 קבוצות עיקריות: קבוצה העוסקת בהערכות קצרות טווח יחסית של ילדים המופנים לטיפול או לאשפוז עקב פגיעה מינית או פיזית; מחקרים על קורבנות בוגרים או בוגרים הסובלים מ-PTSD; ומחקרים המבוססים על דיווחים רטרוספקטיביים של התעללות בילדות ומדווחים על שיעור PTSD באוכלוסייה של מתבגרים או מבוגרים.

מרבית המחקרים מתמקדים בפגיעה המינית. לא כולם מדווחים על קשר בין קורבנות בילדות ל-PTSD (54). אולם המחקר מראה, שילדים שעברו התעללות מינית קשה, יגלו לפחות חלק מן התסמינים של PTSD (22,55).

הביטויים של התגובות הפוסט-טראומטיות נעים מבעיות התנהגות בינוניות כמו ירידה בתפקוד בביה"ס, אל בעיות חמורות כמו דיכאון, חרדה, ו-PTSD, נסיגה חברתית, אגרסיה, עבריינות, והתנהגות מינית לא מותאמת. יש ביניהם הסובלים מתפקוד בינאישי ופסיכולוגי לקוי בגיל ההתבגרות ובבגרות, ולעיתים מופיעים קשיים בהורות.

ילדים אשר נפגעו על ידי הדמויות המטפלות או דמויות משמעותיות אחרות, ואשר נחשפו לאלימות חוזרת יגיבו קשה יותר מהאחרים, בשל התלות בביטחון ובתמיכה הרגשית שהדמות המטפלת מספקת (57,56).

הפרעת לחץ פוסט-טראומטית מורכבת

"מיום ליום, ככל שהתוכנית התגבשה יותר, פינתה תחושת הרעב את מקומה לחלומות בהקיץ... כשישבתי על ברכיי, ושפשפתי את רצפת חדר השירותים, דמיינתי שאני הנסיך בסיפור "הנסיך והקבצן"...הייתי עומד זקוף במרתף, עיני עצומות, ואני חולם שאני הגיבור של ספר קומיקס. אבל צביטות הרעב הפריעו לחלומותיי בהקיץ"... (53, עמ' 59).

הפרעת לחץ פוסט-טראומטית מורכבת (59) נקראת, בין השאר, גם "הפרעת לחץ פוסט-טראומטית מסובכת" (59,58), ו"הפרעת אופי פוסט-טראומטית" (60). גיודית הרמן (17,61) סקרה את הספרות של 50 השנים האחרונות אודות קורבנות ששרדו טראומות פוליטיות, טראומות מיניות וטראומות משפחתיות ממושכות. היא מבחינה בין תגובות הלחץ הפוסט-טראומטיות השונות, ומחלקת אותן על פי מדרגי חומרה. החל מתגובות לחץ קצרה, אשר משתפרת מעצמה ואינה מצריכה אבחון או טיפול, דרך הפרעת PTSD קלאסית (פשוטה), ועד לתסמונת המורכבת של טראומה חוזרת ומתמשכת, לה הרמן מציעה לקרוא "הפרעת לחץ פוסט-טראומטית מורכבת". הטראומה המתמשכת יכולה להתרחש רק כאשר הקורבן נמצא בתנאי שבי פיזי או פסיכולוגי, כשאינו יכול לברוח, וכשהוא מצוי תחת השליטה של הפוגע. חוקרים שונים מדווחים על השלכות נרחבות של הפגיעה המתמשכת: הנפגעים מפתחים שינויים אופייניים באישיות אשר כוללים עיוותים בקשר ובזהות; הם סובלים מדיכאון כרוני המלווה בתסמינים דיסוציאטיביים, עד כדי פרגמנטציה של האגו ושימוש בהיפנוזה עצמית; ישנם גילויים של הכחשה וקהות נפשית; התנדנדות בין סבילות קיצונית לבין התפרצויות זעם. שכיחות תופעות של התמכרות לסמים, אימפולסיביות, הפרעות חרדה והפרעות אפקטיביות, רה-ויקטימיזציה וגילום מחדש (reenactment), וריבוי תסמינים סומאטיים. כאשר ההתעללות היא בילדות, הנפגעים מועדים לפגיעה חוזרת בידי עצמם והאחר כאחד (63,62,58,18).

הפרעת לחץ פוסט טראומטית מורכבת נבדלת על פי הרמן (61) בשלושה תחומים עיקריים מ-PTSD פשוט.

א. תמונת תסמין (סימפטום) מורכבת

התמונה נראית הרבה יותר דיפוזית, ומתמידה מאשר ב-PTSD פשוט.

חלק מהשורדים ממשיגים את הנזק של השבי הממושך במושגים סומאטיים, ולכן הם סובלים לעיתים מחשדנות-יתר (hypervigilant), חרדה, וסערת רגשות ללא מצב בסיסי של רוגע או נוחות (64). עם הזמן הם נוטים להתלונן על הפרעות בשינה (insomnia), על תגובות בהלה, ועל תגובות סומאטיות נוספות כמו: כאבי ראש (tension headaches), הפרעות בעיכול וכאבי בטן, גב או אגן. הם מתלוננים גם אודות רעידות, תחושות חנק, או בחילה.

תסמינים סומאטיים לא ספציפיים נוטים להופיע באופן ממושך ואפילו להחמיר עם הזמן (65).

ב. שינויים אופייניים באישיות

במצבי שבי, הפוגע הופך לדמות רבת הכוח בחיי הקורבן, והפסיכולוגיה של הקורבן מתעצבת על ידי הפעולות והאמונות של הפוגע. הניסיון לשרוד את המצב, והסתגלות שהקורבנות מפתחים תוך כדי התהליך, נתפסת לעיתים כפסיביות או כחוסר אונים. חל כרסום בהעזה של הקורבן ליזום, כיוון שכל פעולה עצמאית נחוות כמרדנות, אשר טומנת בחובה סכנה של עונש. הקשר הכופה הופך לחלק מעולמו הפנימי של הקורבן וממשיך להנחות את הקשב שלו, גם כאשר הקשר אינו מתקיים במציאות הממשית.

בקרב נפגעי תקיפה מינית קשר זה לובש צורה אמביוולנטית: השורד עלול להמשיך לפחד מהפוגע ולצפות שבסופו של דבר הוא יכריע אותו; הוא עלול לחוש ריקנות, בלבול וחוסר ערך בלעדיו (66). זהותו של אדם הנתון בקשר כופה הינה קורבן לשינויים. מבני העצמי, כמו דימוי הגוף, הפנמות של האחרים המשמעותיים, הערכים והאידיאלים שמשרים תחושה של עקביות ומטרה, מתפוגגים ונשברים.

בעוד שקורבן של אירוע חד פעמי יכול לומר שזה "לא הוא עצמו" מאז האירוע, הרי שקורבן הטראומה הכרונית מאבד את תחושת העצמי. שורדי ניצול מיני בילדות מפתחים עיוותים מורכבים בזהות. מופיעים תחושה ממאירה (malignant) של העצמי, אשמה ורוע. שכיחה גם חווית פרוק (פרגמנטציה) בתחושת העצמי, שמגיעה למצבה הקיצוני בהפרעת זהות דיסוציאטיבית.

ג. פגיעות השורדים לפגיעה חוזרת

בעוד שפגיעה עצמית נדירה בקרב אלה שעברו טראומה חד פעמית, נפגוש אותה לעיתים קרובות בקרב מי שעבר התעללות בילדות (67,68), ובעיקר בקרב אלו שהתעללות התחילה מוקדם בילדות. מחקרי אורך מראים, כי ויקטימיזציה חוזרת מתקשרת להיסטוריה של התעללות הממושכת בילדות, וכי שורדי התעללות בילדות נמצאים בסיכון גבוה לפגיעה חוזרת בבגרות (69).

הרמן (61) מתארת בלשונה הציורית את אופן התמזגותם של התסמינים הדיסוציאטיביים של ה-PTSD עם קשיי הדיכאון: השיתוק ההתחלתי, שמקורו בטראומה, משולב עם האפתיה ועם

חוסר האונים של הדיכאון; ההפרעות הנובעות מן הטראומה הכרונית ביחסי הזיקה, מחזקות את הבידוד והנסיגה שמתלווים אל הדיכאון; הדימוי העצמי, שנפגע עד כדי השפלה עקב הטראומה, מתמזג עם הרהורי האשמה של הדיכאון; ואובדן האמון של הפוסט-טראומטי מתמזג עם חוסר האונים שבדיכאון.

הילברמן (64) מדגיש, כי הזעם שבהשפלה של האדם השבוי מוסיף מעמסה כפולה לדיכאון: כעס שאינו מבוטא כנגד כל אלו שנותרו אדישים ואשר לא הצליחו לעזור, ומאמצים לשלוט בזעם אשר מכבידים בהמשך על השתלבותו החברתית ועל יכולתו ליזום. בנוסף, עלולות להופיע התפרצויות זעם כנגד אחרים, אשר יש בהן כדי לחבל בקשרים הבינאישיים. הפנמה של הזעם עלולה להתבטא בפגיעה עצמית ובאובדנות כרונית (70).

קולב (71) טען, כי כיוון שישנה הטרוגניות רבה של PTSD, הפרעה זו יכולה לחקות כל אחת מהפרעות האישיות. ואכן, כאשר בוחנים את הסימפטומטולוגיה של תופעות רבות מבחינים בקווים משיקים רבים אשר מקשים על האבחנה המבדלת ביניהן. עיקר הספרות המחקרית עוסק בקושי לערוך אבחנה מבדלת בין PTSD להפרעת אישיות גבולית, ובין PTSD להפרעת זהות דיסוציאטיבית.

העובדה, כי בקרב חלק ניכר מבין הסובלים מהפרעת אישיות גבולית יש היסטוריה של פגיעה מינית בילדות (72), רק מגבירה את הבלבול. נמצא קשר דומה בין התעללות בילדות לתסמינים דיסוציאטיביים אצל מטופלים עם הפרעת אישיות גבולית (72).

התמונה נהיית מורכבת יותר, כאשר מטופלים עם הפרעת אישיות גבולית הינם בעלי קשיים דומים לבעלי הפרעת זהות דיסוציאטיבית: מחקרים מראים על סימפטומטולוגיה זהה בקרב מטופלים עם הפרעת אישיות גבולית (רובם בעלי היסטוריה של התעללות בילדות) ובקרב מטופלים עם הפרעת זהות דיסוציאטיבית. כמו בעלי הפרעת זהות דיסוציאטיבית, גם הם מתקשים ביצירת זהות אינטגרטיבית, אם כי הם משוללי יכולת ליצור ישויות דיסוציאטיביות (73). מטופלים אלו נעים בין הקושי להיות לבד, לבין הקושי להתנהל לצד האחר. הם מפחדים להינטש, נוטים לכניעות לאובייקט לצד התקוממות זועמת (74).

הרמן (61) מדגישה, כי לעיתים קרובות מוצמדים לשורדי טראומה מושגים של אישיות אשר התפתחה בתנאים רגילים, מבלי שנותן האבחנה לוקח בחשבון את העובדה שהעיוותים באישיות התרחשו תחת תנאים של שליטה **כופה**. לכן, מטופלים אשר סובלים מההשלכות של טראומה כרונית נמצאים בסיכון מתמיד של **אבחון מוטעה של הפרעת אישיות**.

לצער, במציאות הקלינית ניתן להבחין כי כאשר ניתנת תווית של הפרעת אישיות גבולית, למשל, היא עלולה להיות מלווה תדיר בביטוי לא מודע או מודע של ייאוש המאבחן אשר מבטא את

הויתור על התקווה הפרוגנוסטית לה זקוק המטופל באופן נואש. מסר זה עלול לסתום את הגולל על סיכוייו של הקורבן לצאת ממעגל הקורבנות, ושל הפוסט-טראומטי לצאת ממעגל הטראומה. לכן, האבחנה המבדלת היא קריטית, משום שהיא יוצרת מקום לתקווה, שראויה להימצא. הרמן מציעה להשתמש בטווח האבחנות הכוללות: תגובה ממוקדת לטראומה אקוטית חד-פעמית, PTSD פשוט, הפרעה מורכבת של לחץ קיצוני (DESNOS), שמופיעה תחת חשיפה ממושכת לטראומה חוזרת, והפרעת לחץ פוסט טראומטית מורכבת. המטפל אשר פוגש את קורבן ההתעללות, עלול לפגוש ברצף של הגנות ניתוק (דיסוציאציה) מהקלה אל החמורה. ההגנות, אשר במקרים רבים אפשרו הישרדות נפשית, הופכות בהמשך למכשול לאינטגרציה נפשית יעילה.

דיסוציאציה (ניתוק)

"ניסיתי להתחבא ממנו, אבל לא הצלחתי, התקפלתי לגמרי ושמתי את הידיים על הראש, ואת הראש בין הברכיים, ופתאום עמפו אותי מן קולות רכים כאלה, אוהבים ומלטפים – ניגוד מוחלט לצרחותי ההיסטריות של אבי. זה היה גדול. פשוט גדול. הצצתי וראיתי אותו חובט ומצליף במישהי, ולא הרגשתי כלום. הפסקתי לצעוק, וגם הדמעות חדלו, וצפיתי על ילדה בת תשע שאביה מכה אותה" (75, עמ' 93).

התפתחות היסטורית

שורשי התנועה ל"פסיכיאטריה דינאמית ראשונית" (First Dynamic Psychiatry) נעוצים בדת הנוצרית שעסקה בריפוי הנפש, בִּמְסֻמְרִיזָם, מגנטיזם של בעלי חיים, והיפנוזה במאות ה-18 וה-19, ובעיקר בקליניקה הנורולוגית של שרקו ב-סלֶפְטֶרְיָה, שם התמקד באבחנה בין מחלה מנטאלית, אורגנית ופונקציונאלית (76). העיסוק בנושא הגיע לשיאו בכתביו של פייר ז'אנה (77), אשר היה פסיכולוג ופילוסוף צרפתי מהבולטים בזרם של הפסיכיאטריה הדינאמית הראשונית. ז'אנה התחיל לעסוק בנושא בעקבות שרקו וחקר את תופעת ההיסטריה. ז'אנה בצרפת ופרויד בווינה הגיעו להכרה, כי ההיסטריה היא מצב אשר נגרם עקב טראומה נפשית. הם הבינו, כי טראומה עלולה להפעיל מנגנוני הגנה של ניתוק. ז'אנה ראה בהיסטריה מחלה של "הסינתזה האישית" (personal synthesis), ואת השינוי בתודעה עקב התגובה הרגשית הקשה על אירוע טראומטי, הגדיר כפי שנראה בהמשך כ"דיסוציאציה". פרויד הגדיר את התופעה כ"תודעה כפולה" (78). לעומתם, מורטון פרינס ו-וויליאם גיימס חשבו על הדיסוציאציה במושגים של רצף הנחווה במידה זו או אחרת על ידי כל האנשים.

ז'אנה ניסה לארגן את הנוירוזות בדומה לקרפלין, שארגן את הפסיכוזות, אולם הסכימה שלו התבססה על עקרונות פסיכולוגיים ולא ביולוגיים. הוא התבסס על המודל ההיררכי, ושייך את התסמינים ההיסטריים לפעילויות בתוך השכבות הנמוכות של היררכיה המנטאלית (פסיכולוגיה אוטומטיסטית). למבנים הבסיסיים האלה של המערכת המנטאלית קרא "אוטומטיזם פסיכולוגי", כמו למשל תופעת הסהרוריות (somnambulism). כל אוטומטיזם מייצג פעילות מורכבת, שבראשה רעיון, אשר מלווה על ידי רגש. בסופו של דבר הפעילות הופכת לחיצונית (סביבתית) ופנימית (אינטרה-פסיכית). ז'אנה טען, כי הרפרטואר הפסיכולוגי הבסיסי והנורמאלי של האדם נגיש למודעות אינטרוספקטיבית ולשליטה רצונית. אולם תחת תנאים מסוימים, אחד או יותר מהאוטומטיזם מפוצל מהשאר, מתפקד מחוץ למודעות ולא תלוי בשליטה רצונית. שרק קרא למצב הזה "המצב השני" (condition seconde) ואילו ז'אנה העדיף את המושג desaggregation אשר תורגם לאנגלית כ"דיסוציאציה". במושג זה התכוון לשבירת החיים המנטאליים האינטגרטיביים לחלקים, ללא אינטגרציה בין החלקים השונים של האישיות (79).

מודל שני התבסס על המושג של מערכת פסיכולוגית, אשר באופן היפותטי הייתה מורכבת מרעיונות, דימויים, רגשות, תחושות ותנועות. בהתאם למודל זה, דיסוציאציה של פונקציה פסיכולוגית הייתה מהותית למכניזם של ההיסטריה: אובדן אינטגרציה נחשב כגורם להתפתחות קיבעון רעיוני (ideas fixes), אשר יוביל להתפתחות מערכת שמבודדת לחלוטין מהמערכת האישיותית השלמה.

ז'אנה לא היה רק הראשון אשר קבע כי הטראומה היא הגורם העיקרי המביא לדיסוציאציה, אלא גם הדגיש כי התכונות הקבועות של המטופלים ההיסטריים הן סוגסטיביליות, ונטייה לצמצום שדה המודעות.

בעוד פרויד טען כי מקור הדיסוציאציה בהדחקה, אשר אינה נגישה למודע, ראה ז'אנה בדיסוציאציה תוצאה של פיצול, ולא של אובדן זיכרון. מצב בו החלקים פוצלו וישנה הפרעה באינטגרציה של הזיכרונות תוך ניתוק הקשר בין זיכרון העובדות לזיכרון הרגשות, או לזיכרון הנרטיבי של הטראומה. בתהליך זה החומר נמצא בהכרה. מדובר בפרדוקס של ידיעה ואי ידיעה של הניצול בו-זמנית. הזיכרונות הטראומטיים יבואו לידי ביטוי כתפיסות סנסוריות, מצבים אפקטיביים וגילויים התנהגותיים של גילום מחדש (reenactment). הדיון בדיסוציאציה נעצר לאחר ז'אנה, אולם במהלך מלחמת העולם השנייה ובתקופה שלאחריה, פסיכיאטרים החלו להבחין בריבוי תסמינים דיסוציאטיביים כמו פוגה ואמנזיה בקרב לוחמים, ובנוירוזה טראומטית בקרב ניצולי מחנות ההשמדה.

בשנות השבעים התנועה הפמיניסטית שעסקה בפגיעה מינית, הפנתה שוב זרקורים לבעיות הקשורות בטראומה ובדיסוציאציה.

בעקבות פעילותה של התנועה, הגיעו בתקופה זו למסקנה, כי ההפרעות הפוסט-טראומטיות של נשים נפוצות אף יותר מאשר הפרעות עקב מלחמה.

הפסיכיאטריה המודרנית נוטה לקבל את הסבריו של ז'אנה, והטיפוליים המודרניים בטרומה הנפשית מתבססים בחלקם על הנחותיו והמלצותיו הטיפוליות (80). הגישה האינטגרטיבית שלו מאפשרת הבהרה של יחסי הגומלין בין נושאים מרכזיים כמו תהליכי זיכרון, למידה תלויה מצב, תגובות דיסוציאטיביות ופסיכופתולוגיה פוסט-טראומטית (81).

הדיסוציאציה, אם כן, היא מאמץ הסתגלותי. אולם מרגע שהיא נרכשה, היא עלולה להיות מוכללת באופן לא מובחן, עד שהיא הופכת להפרעה, כפי שנראה בהמשך.

תגובה דיסוציאטיבית (ניתוק)

"כשנשאתי, בכל פעם שבעלי ביקר אותי הייתי מתנתקת כמסוממת. ככל שכעס יותר, חשתי יותר קטנה. כשאני מתנתקת, אני חשה כמו ילדה קטנה, אותה ילדה שאביה צועק עליה. אני עומדת שם לא מסוגלת לנוע או לדבר. היה זה משחק ה"כאילו מת" (play-dead response), אשר נועד להגן עלי מן העבר. הבעיה הייתה כמבוגרת, שהדיסוציאציה מנעה ממני להפסיק את ההתעללות בהווה" (82).

כאמור, חלק מן התסמינים של PTSD נחשבים כדיסוציאטיביים. הבנה של הדיסוציאציה והקשר שלה לטרומה, הנה בסיסית על מנת לאפשר הבנה של הפרעות דיסוציאטיביות פוסט-טראומטיות.

גם בימנו אנו, כשמשתמשים במילה דיסוציאציה משמעותה משתנה בהתאם למשתמש ולכוונתו. היא מתאימה גם לתיאור המנגנון וגם לתיאור התופעה, כאילו אמרנו שהדיסוציאציה גורמת לדיסוציאציה (79). היא נעה על הרצף שבין התיאורי להבהרתי, וכאשר היא מתייחסת להוכחות אמפיריות בנוגע לקיומם של שחזור זיכרונות טראומטיים, היא משמשת לתיאור חומר אמפירי (83). המושג דיסוציאציה משמש לתיאור טווח רחב של **תופעות** נורמאליות ואב-נורמאליות כמו חלום בהקיץ, אמנזיה, תגובה היפנוטית, דה-ראליזציה ודה-פרסונליזציה. בה במידה הוא מתייחס גם לתיאור **תהליך** אשר בעזרתו התנהגויות, מחשבות ורגשות מפוצלים האחד מהשני (84).

בנוסף, נמצא בספרות הקשרים נוספים למונח כמו: סוג של הגנות, זהות בין המושג דיסוציאציה למושג פיצול בקרב תיאורטיקנים בריטיים הנמנים על תיאורית יחסי אובייקט, ותיאור הדינאמיקה העומדת מאחורי הפרעת זהות דיסוציאטיבית (DID) (85). ריבוי המושגים, תורם לעמימותו של המושג ומקשה על האפשרות להגיע לאינטגרציה מדעית, כאילו עצם הנגיעה במושג שבמהותו אינו אינטגרטיבי אינה מאפשרת אינטגרציה.

נבחין להלן בין תהליכים דיסוציאטיביים התפתחותיים תקינים לאלה אשר מוגדרים כפתולוגיים.

תהליכים דיסוציאטיביים התפתחותיים

חויות דיסוציאטיביות מדווחות לעיתים במצבים של עוררות נמוכה או גבוהה מסוג התרגשות, עייפות, חרדה, חסך שינה או חסך סנסורי, לחץ (stress) אקוטי, הרעלת סמים או אלכוהול, טקסים שונים ותגובה להשאה (סוגסטיה) היפנוטית (84).

מאז 1980 ואילך, חל שינוי במיקוד ההמשגה הקשורה בדיסוציאציה והושם שוב דגש על הרצף הדיסוציאטיבי הנחווה על ידי כל האנשים, ברמות שונות. הדבר בא לידי ביטוי גם ב-DSM-IV (85) בו נאמר: "אין להתייחס לדיסוציאציה כאל פתולוגית בהכרח. לעיתים קרובות היא אינה מובילה ללחץ משמעותי או להתנהגות של חיפוש עזרה" (עמ' 477).

בתוך התהליך ההתפתחותי נכללת גם ההתנסות הדיסוציאטיבית. דיסוציאציה תקינה מתרחשת במהלך שנות החביון ויורדת בשכיחותה במהלך ההתבגרות והבגרות (86, 87).

ילדים נוהגים להינתק בכל פעם שהם חווים חוויה חדשה. על מנת שיוכלו להטמיע את החוויה הלא מוכרת, הם חייבים להרחיב את היכולות שלהם. בזמן זה החוויה החדשה מנותקת (dissociated) ונשארת בלא-מודע. שם הם "משחקים" אתה, משתמשים בה בדמיון שלהם עד אשר ימצאו דרך להתאים אותה לעולם. הם חווים חוויות חדשות בקצב מהיר ולכן עשויים להשתמש לעיתים קרובות בניתוק כתגובה נורמאלית לאירוע לא מוכר. הם עסוקים בהרחבה מתמדת של המערכת (המודעת) שלהם ובהתאמתה לקלוט את החוויות החדשות. זהו תהליך של גדילה ולמידה. ככל שהם מתבגרים, הם נוטים פחות ופחות לנתק, מכיוון שהם פוגשים פחות חוויות שאינן מתאימות למודע שלהם ולמוכר להם.

משחק דמיוני הנו תהליך אשר משתנה כל הזמן, עם תנועה מתמדת בין המציאותי ללא מציאותי ולהיפך. יצירת מציאות "כאילו" באמצעות המשחק הדמיוני במהלך השנים הראשונות, הנו תהליך מקביל להתפתחות התפקוד הסימבולי.

גבולות בין דמיון למציאות מתפתחים ממקום של "העדר גבולות" אל "גבולות נוקשים". בתהליך זה הילד מזהה תחילה הבדלים מסוימים בינו לאחר, ובין דמיון למציאות, תוך שליטה מוגבלת ביותר על הגבולות, בהמשך הילד עובר דרך גבולות נוקשים המקנים לו שליטה רצונית על התנועות בין הפנטזיה למציאות, ומגיע לבסוף לפיתוחם של "גבולות אינטגרטיביים", המאפשרים לו להבחין בקלות בין דמיון ומציאות ולשלב ביניהם.

חשיפה גדולה של הילד לשימוש בפנטזיה, מתקשרת לשיתוף פעולה, קומפטנטיות, חברותיות וקבלה חברתית. המשחק הדמיוני הנו מגרש לשליטה על רגשות ועל שינוי (טרנספורמציה) של נקודת המבט על העצמי. הצלחה במשחק בו מעורבות דמויות מפחידות תורם, למשל, לשליטה

בחרדה המתעוררת על ידי מטלות חיים מציאותיות. הפנטזיה מאפשרת "תיקון" של אספקטים לא נעימים וכאובים של המציאות.

הפנטזיה והמשחק הדמיוני עשויים לכלול בתוכם מספר תופעות, הנמצאות על הרצף שבין הנורמאלי לפתולוגי.

בספרות קיימת הנחה, כי הישויות של הפרעת זהות דיסוציאטיבית (DID) התפתחו מתופעת החבר הדמיוני (imaginary companion) (IC). בהסתמך על נקודת מוצא זו, יש המדברים על הקשר בין דמיון מפותח, ותופעת החבר הדמיוני לבין דיסוציאציה. הנחה זו מתבססת על מחקרים שמצאו, כי בקרב 42%-84% מילדים ונוער שסובלים מהפרעה דיסוציאטיבית, נמצאה גם תופעת החבר הדמיוני. גם כאן אנו נתקלים במחקרים סותרים. מחקרים אלה מורים על כך שבקרב ילדים ללא DID נמצאו אחוזים דומים (מעט יותר נמוכים) של תופעת החבר הדמיוני (87). יחד עם זאת, החבר הדמיוני של DID, שונה מהחבר הדמיוני של הנורמאלי במידת החיות שלו. בשונה מנורמאליים, מטופלים הסובלים מ-DID מדווחים על כך שראו ושמעו את החבר הדמיוני, וכי לעיתים קרובות האמינו שהוא קיים במציאות (88).

החבר הדמיוני של הנורמאלי הוא דמות חיובית, נדיבה וטובת לב, שניתן להזמינה באופן רצוני. השם שלה בד"כ חמוד. היא עוזרת לילד להתמודד עם רגשות קשים (בדידות) והיא חברה למשחק. היא מופיעה בגיל 2-4 ש', ונעלמת בגיל 9 ש'.

לעומתה, דמות החבר הדמיוני בקרב בעלי DID, דומה ולעיתים זהה לישויות הבוגרות. השם שלה מבטא כוחניות והרסנות. דמות זו משמשת בעיקר כמגנה בעלת כוח, שמופעלת במצבי איום, אך גם כחברה עוזרת ומנחמת, וכחברת משפחה. לא ניתן לשלוט בהופעתה, והיא עדיין קיימת בגיל עשר וחצי.

הערכת קיומו וטבעו של החבר הדמיוני הנה חלק אינטגרלי בהערכה של קיום או העדר של הפרעה דיסוציאטיבית. באבחנה המבדלת יש להתייחס למידת החיות והאמינות, ולמידת השליטה שיש לחבר הדמיוני על הילד. למשל, כשילדים מצהירים שהם מדברים עם השטן או עם אלוהים, יש אפשרות שמדובר בתופעה הלוצינטורית המתקשרת לדיסוציאציה פתולוגית.

תופעה נוספת הקשורה לחבר הדמיוני היא תופעת ה-Elaborated Play Identities (EPI) (87). ילד נורמאלי מפתח לעיתים דמות משחקית שיכולה לשמש אותו לאורך שנים. לעיתים קרובות יש לה כוחות מאגיים, או יכולות מיוחדות, והוא מאמץ אותה במצבי משחק מסוימים. במצבי זהות תקינים, הילד יראה ב-EPI אדם נפרד ממנו. כמו החבר הדמיוני מדובר גם כאן בתופעה נורמאלית. ההבדל בין ה-EPI לאישיות ה-DID הוא בטבע המשחקי שלה, בכך שהיא לא שולטת בהתנהגות הילד או מפחידה או מסכנת אותו, ובכך שאינה מכריחה אותו לנקוט בפעילות מסוכנת.

גם חלומות בהקיץ – Elaborated Daydreams (ED) הנם תוצרי פנטזיה. יש שהם חוזרים על עצמם, לאורך תקופה ארוכה. לחלום מסוג זה יש קו סיפורי המשכי. לעיתים החולם מזמין את החלום באופן רצוני, לא פעם בהקשרים מסוימים (כמו שעמום, או אוננות) וממשיך לפתח את הסיפור, ליפות אותו, או לחזור על אפיזודות קודמות. פנטזיות אלה יכולות להימשך לאורך שנים, ומייצגות חלק משמעותי מהחיים המנטאליים של האדם. גם זו תופעה נורמאלית, אשר הופכת לפתולוגית בהקשרים מסוימים, כאשר היא פוגעת בתפקוד ומעוותת את ביקורת המציאות.

כפי שנראה, למרות שניתן לראות בתהליך הדיסוציאטיבי הליך פונקציונאלי בטבעו, הרי שהוא מופיע במצבים נוירולוגיים כמו באפילפסיה טמפורלית, ובשיעור גבוה של קומורבידיות בהפרעות פסיכיאטריות כמו: הפרעת פאניקה (דה-ראליזציה ודה-פרסונליזציה במהלך התקף הפאניקה), בהפרעה פסיכוטית (הלוצינציות), בהפרעות סומטומורפיות (39), בהפרעות שינה (סהרורות), בהפרעות אישיות (דה-פרסונליזציה במהלך פגיעה עצמית בהפרעת אישיות גבולית), ובהפרעות אכילה (דה-ראליזציה במהלך התחלת האפיזודות).

תהליכים דיסוציאטיביים פתולוגיים

”התחלתי לדמיין שאני מוצא את הפרים האבוד. בדמיוני ראיתי את עצמי עולה במדרגות עם האוצר המבוקש ואת אימא מקדמת את פניי בחיבוקים ונשיקות של הכרת תודה. הפנטזיות שלי כללו גם ביטויים כמו ”ומאז כל המשפחה חיה באושר ועושר“ (53, עמ’ 37).

כידוע, ההדחקה פועלת כנגד משאלות פנימיות אסורות. לעומתה הדיסוציאציה משמשת כאמצעי הגנתי מפני חוויה טראומטית או כניסיון להסתגל לכאב הקשורים באירוע חיצוני. כאשר מידת הכאב גבוהה מכדי שתהיה נסבלת, כפי שקורה עקב טראומה, תתפתח תגובה דיסוציאטיבית. הדיסוציאציה נרחבת מפיצול, ובעלת השפעה שונה על הזיכרון ועל המודעות. היא לא מחלקת רק את העצמי כפי שקורה בפיצול, אלא מחלקת מבנים של קשרי אובייקט (89).

יכולתם הטבעית של ילדים להגיב בדיסוציאציה, הופכת אותם לפגיעים יותר להתפתחותן של הפרעות דיסוציאטיביות. לילדים דיסוציאטיביים יש מקומות סודיים במוחם אליהם הם ”הולכים” במצבים מציפים. אלו אזורים של פנטזיה חסרת מגבלות של מציאות. כשילד נכנס לפנטזיה כזו, ניתן לראות שהוא ”סוגר” את עצמו התנהגותית, כאילו הוא בטרנס. יש והוא יעשה תנועות של חזרתיות, התנהגות אשר יכולה להיות מפורשת בטעות כפסיכוטית או אוטיסטית (87).

באמצעות תרגול הדיסוציאציה, דיכוי רצוני של החשיבה, מינימליזציה, ולעיתים הכחשה גלויה לילדים לומדים לשנות את המציאות הבלתי נסבלת.

הפיצול הדיסוציאטיבי, לו קרא שנגולד (90) "אופרציות מפוצלות-תודעה" (mind-fragmenting operations) מאפשר לילד לשמר את ה"דלויזה של ההורים הטובים", וכך הוא שורד בעולם מציאותי בלתי אפשרי בזכות עולם בדוי אפשרי.

ההפרעות הדיסוציאטיביות משמשות, כאמור, כדי להימנע מחרדה ולחץ (stress) ומאפשרות לשאת את המצב הבלתי נסבל מבחינה נפשית ו/או פיזית. אלו אופנים בהם האדם בוחר לטפל בבעיות חיים המאיימות להכריע את משאבי ההתמודדות הרגילים שלו. ההתנתקות הפתולוגית היא אוטומטית במהותה, ומשמשת כהגנה מפני הצפה. ניתן לדמותה ל"לקיחת פסק-זמן" מן ההתעללות. הקשב מצטמצם באופן קיצוני עד כדי מעין בריחה מן הזיכרון האוטוביוגרפי או מן הזהות האישית של האדם עצמו, תוך שהוא יוצר לנפש מקום אחר ללכת אליו.

" ידעתי שאימא שלי חולה, אבל הפחד שלי כפה עלי לשמור את האמת בסוד. ידעתי שאם אי פעם אעז לפצות את הפה, ה"תאונה" הבאה תהיה חמורה הרבה יותר" (53, עמ' 40).

לעיתים הבריחה היא על מנת לאפשר את שמירת הסוד, בעיקר כאשר השורד מאוים על ידי הפוגע, או כאשר הוא חושש שלא יאמינו לדבריו בעת חשיפת האירוע. באמצעות הגנה זו, האדם מפצל מאישיותו מערך מתואם של פעילויות, מחשבות, עמדות או ריגושים ומאפשר לחלק המפוצל והמנותק לתפקד באופן עצמאי. הקשב מצטמצם באופן קיצוני.

בכוח הגנה זו נחסמת, למשל, דרכה של התעללות אל התודעה והזיכרון, כאילו לא התרחשה כלל, או שהיא מוקטנת, מתורצת ונסלחת, כאילו כל מה שקרה בעצם איננו התעללות. זוהי בריחה מנטאלית במקום בריחה פיזית, אשר אינה מתאפשרת.

בהסתמך על הממצאים כי אנשים דיסוציאטיביים הם גם כאלה הניתנים להפנוט בקלות, יש הרואים בתגובה הדיסוציאטיבית מעין היפנוזה עצמית המגנה על הפרט מפני סיטואציה לא נעימה, שאין לו שליטה עליה. בהמשך, השימוש בהיפנוזה עצמית כשיטה מוצלחת להתמודד עם מצבים קשים, מוכלל כמנגנון הגנה לשימוש במצבי דחק פחות קשים (91). יחד עם זאת, חשוב לזכור כי היפנוזה אינה זהה לדיסוציאציה (87).

בין הגורמים אשר מגבירים את הנטייה לדיסוציאציה או לאמנזיה נפגוש אירועים טראומטיים שחוזרים על עצמם, צורך בהתכחשות ובסודיות בנוגע לאירועים אלה, היות הקורבן ילד, והיבטים הקשורים למאפייני הגורם הפוגע ולדינאמיקה של הפגיעה. לפיכך, העדות הקלינית מצביעה על כך שהאוכלוסייה שנוטה לפתח אמנזיה לאירועים טראומטיים כוללת קורבנות צעירים שהכריחו אותם לשמור על שתיקה בקשר לגילוי עריות, או להתעללות מינית ורגשית מחוץ למשפחה, וילדים אשר נתונים להתעללות על ידי האדם בו הם תלויים על מנת להתקיים.

אפשר לדבר על דיסוציאציה פתולוגית במונחים של כישלון לעשות אינטגרציה של אינפורמציה, היות וחלק מן האינפורמציה מוצא אל מחוץ למודע. במושגים ויניקוטיאניים ניתן לומר, כי זוהי קריסה של המרחב הפוטנציאלי, בה המציאות והפנטזיה נחות כמציאויות מקבילות אשר אינן מחוברות או קשורות.

הדיסוציאציה הפתולוגית יוצרת טווח של תסמינים והתנהגויות הכוללות אמנזיה, הפרעות בתחושת העצמי, מצבים דמויי-טראנס, שינויים מהירים במצב הרוח ובהתנהגות, שינויים מבלבלים בגישה לידע, לזיכרון ולמיומנות, והלוצינציות שמיעתיות וראייתיות.

הרמן (17) מחלקת את התסמינים הדיסוציאטיביים לשלוש קטגוריות. הראשונה כוללת ערוך-יתר כרוני של הנפש ואו של מערכת העצבים הסימפטטית, אשר מתבטא בציפייה מתמדת לסכנה. במצב זה נפגעי הטראומה נבהלים בקלות, מגיבים ברוגז על התגרירות קלות, וסובלים מהפרעות בשינה. הקטגוריה השנייה מתייחסת לפלישה, אשר משקפת את החותם הבלתי נמחה של הרגע הטראומטי. הטראומה עוצרת את מהלך ההתפתחות הנורמאלי בפלישה חוזרת ונשנית לחיי הנפגעים. כך נוצר קיבעון הטראומה, עליו דיברו ז'אנה (1), ופרויד (92). פרויד קרא לאופי הכפוי של החוויות החוזרות "חזרה כפייתית" וראה בו ניסיון לשלוט באירוע הטראומטי. החוויה החוזרת של הטראומה יוצרת מצוקה רגשית עזה כל-כך עד שהנפגעים מנסים להימנע ממנה. הימנעות זו מחריפה עוד יותר את התגובה הפוסט-טראומטית, מכיוון שהיא מביאה לעיתים לצמצום ולנסיגה בקשרים בין-אישיים. בקטגוריה השלישית מופיע הצמצום אשר מתבטא בתגובה מקהה של כניעה. כשם שניתן לראות בעלי חיים אשר מגיבים נוכח התקפה בקיפאון ובשיתוק, כך מגיבים לעיתים נפגעי טראומה. מדובר בתהליך של שינוי תפיסתי, אשר מלווה באדישות, ריחוק רגשי וויתור על מאבק, בדומה לטראנס היפנוטי בו יש ויתור על פעולה רצונית. בהימנעות מכל מצב שמזכיר את הטראומה, ומכל יוזמה שיש בה סיכון, שוללים מעצמם נפגעי הטראומה הזדמנויות חדשות להתמודדות מוצלחת, שיכולה להפיג את השפעת החוויה הטראומטית.

כבר צוין, כי במצב של פגיעה האדם נוטה להגיב אינסטינקטיבית במלחמה או בריחה (fight or flight). כשילדים חווים פגיעה על ידי מבוגרים או חזקים מהם, מתאפשר להם רק לקפוא (freeze) או לברוח פנימה "בתוך הראש". מנגנון ראשוני שכיוונו הוא בריחה מן הגוף. זוהי תחילתה של דיסוציאציה קלינית שמאפשרת הסתגרות מפני מציאות בלתי נסבלת. חוויה דיסוציאטיבית יכולה להיות מפוצלת על מנת לאחסן את הרגשות בנפרד מהתחושות הגופניות, והתחושות בנפרד מן הידע אודות האירוע, וכך לחוש כאילו הטראומה לא ארעה כלל.

...”הוא שכב מעלי ואני לא הייתי שם יותר. אני ישנתי מתחת לשמיכה חורפית כבדה, רואה איך הוא פוגע בילדה שלו, אבל לא מרגישה דבר, מלבד חומה המפנק של השמיכה”.

היכולת לשקוע בטרנס או במצבי ניתוק, אומרת הרמן (93), מתפתחת לכלל אומנות אצל ילדים הנתונים להתעללות. ילדים אלה לומדים להתעלם מכאב עז, לקבור את זיכרונותיהם באמנויות מורכבות, לשנות את תחושת הזמן, המקום או האדם, ולעורר הלוצינציות ומצבי דיבוק. לעיתים שינויי התודעה הנם רצוניים, ולעיתים אוטומטיים ומורגשים כזרים ולא רצויים.

כפי שנראה בהמשך, מכיוון שהתסמינים הפוסט-טראומטיים נרחבים ומתמידים כל כך, ניתן לראות בהם בטעות תכונות אישיות. רבים מתסמינים אלה מאובחנים באופן שגוי גם כבעיות בקשב, בלמידה ובהתנהגות, ואפילו כפסיכוזה.

הפרעות במצב-רוח, הפרעה קוגניטיבית, והפרעת התפתחות רחבת היקף (pervasive) כולן עלולות להקטין את הסף של ילדים להתמודד עם סביבה טראומטית. במקרים אלה, הילד יהיה חשוף יותר להתפתחות תסמינים דיסוציאטיביים קומורבידיים (94).

החוקרים עדיין מתלבטים בשאלה אם יש קשר סיבתי בין התעללות בילדות לדיסוציאציה, ובכל זאת ישנה תמימות דעים, שבקרב ילדים רבים אשר עוברים התעללות בילדות, מופיעים תהליכים דיסוציאטיביים המוצאים ביטויים גם בהגנות דיסוציאטיביות.

בהשוואה שנעשתה בין ילדים שנפגעו מינית לאלה שנפגעו מהתעללות פיזית שאינה מינית, נמצאו רמות גבוהות יותר של דיסוציאציה בקרב ילדים שנפגעו מינית. ילדים אלו גילו יותר תסמינים והפרעות אקוטיות בכללן אובדנות, אגרסיה מינית, ופגיעה עצמית, והדיסוציאציה התקשרה אצלם יותר לתסמינים, ולהתנהגות נוטלת סיכון (אובדנות, פגיעה עצמית, אגרסיה מינית) ופחות לתפקוד חיובי.

כיום יותר קלינאים מזהים תסמינים דיסוציאטיביים בילדים שעברו התעללות מינית, ויש יותר הוכחות לכך, שהפרעות דיסוציאטיביות מייצגות צורה לא מוכרת של פסיכופתולוגיה בקרב ילדים שעברו טראומה (87). כמו כן נמצאו יותר תגובות דיסוציאטיביות, בקרב נשים שדווחו על התעללות מינית בילדות מאשר בקרב אלה שלא עברו התעללות (32).

תסמינים דיסוציאטיביים קיימים אם כך לאורך רצף, החל מהתנסויות שכיחות כמו חבר דמיוני בקרב ילדים ומתבגרים, חלומות בהקיץ, היפנוז האוטוסטראדה, כשל שכיח בקשב כמו היסחפות או "הליכה לאיבוד" בספר או סרט, ואובדן תחושת זמן וסביבה, דרך תופעת ה-deja vu, וכלה בכישלון פתולוגי לעשות אינטגרציה של מחשבות ורגשות. עד שליש מהאוכלוסייה מגיב במצבי לחץ קשים בדיסוציאציה (95), ו-5% מקרב האוכלוסייה יסבלו מרמות גבוהות של דיסוציאציה (96), אשר הופכת להגנה מרכזית שלהם להתמודדות במצבי לחץ (97).

דיסוציאציה לפיכך, הנה סימן אפשרי לקיומן של הפרעות הנקראות 'הפרעות דיסוציאטיביות'.
טיבם של התסמינים הדיסוציאטיביים יקבע באיזה סוג של הפרעה דיסוציאטיבית מדובר.

הפרעות דיסוציאטיביות

מכיוון שלחץ אקוטי או כרוני, הנו מאפיין בולט בהפרעות דיסוציאטיביות, הן נחשבות כצורות של PTSD (99,98). הסינדרומים הדיסוציאטיביים מתבטאים בהפרעות בזהות ובאינטגרציה של העצמי כמו גם בהפרעות בזיכרון.

העוסקים בתחום מתחלקים למדעני המעבדה, אשר מחפשים הוכחות מעבדתיות ועושים זאת באמצעות ייצור תופעות טראומטיות בתנאי מעבדה, ולאנשי "השדה", אשר מחפשים הסברים לתופעות אשר נצפות על ידיהם, ואשר מתארים באופנים שונים את המנגנונים שעומדים מאחורי הזיכרונות הטראומטיים. הראשונים נתקלים בבעיות אתיות קשות, הכרוכות בחשיפת אנשים למצבים טראומטיים, והאחרונים חשופים לביקורת עקב בעיות מתודולוגיות המתבטאות בין השאר בבעיות דגימה. למרות הפער בנקודות המוצא, ישנה הסכמה, שזיכרונות טראומטיים מקודדים בתהליכים של הדחקה ודיסוציאציה, אשר מקשים על שליפתם כזיכרונות עם נרטיבים מילוליים עקביים ובהירים. בכל אחד מהם הרישום של החוויה או של הזיכרון האוטוביוגרפי מנותק (dissociated) מהמודעות. האלמנטים המסוימים של החוויה מאוחסנים בזיכרון כמקטעים (פרגמנטים) מבודדים, לא מילוליים, סנסוריים, מוטוריים ורגשיים. הדיסוציאציה יוצרת חוסר חיבור במחשבות, בזיכרונות, ברגשות, בפעילות ובזהות. מידע מסוים אינו מתקשר למידע אחר.

ישנן הוכחות לכך, שזיכרונות אלה משתנים במהלך הזמן באופנים שונים, ויכולים להמשיך להשפיע על החוויות של המטופל, על מחשבתו ועל פעולותיו לאורך חייו, באופן מודע ולא מודע כאחד (79).

ההפרעות הדיסוציאטיביות נחשבות כטכניקה יצירתית במיוחד להישרדות, אשר מאפשרת לנפגע לשרוד בנסיבות בלתי אפשריות ומאפשרת לו לשמור על תפקוד בריא בתחומים אחרים.
עם ההפרעות הדיסוציאטיביות נמנות האמנזיה הפסיכוגנית, הפוגה הדיסוציאטיבית, דה-פרסונליזציה, דה-ראליזציה, והפרעת זהות דיסוציאטיבית.

אמנזיה פסיכוגנית (שכחון ממקור נפשי)

ההפרעות בזיכרון הטראומטי מתבטאות בהיפרמנזיה (חוסר יכולת לשכוח), ומאמנזיה (שכחה). האמנזיה היא בדרך כלל תגובה ללחץ קיצוני ופתאומי. בהפרעה זו נפגוש בהעדר מוחלט של יכולת לזכור או לזהות התנסות שארעה בעבר.

בקליניקה אנו נתקלים בדרך-כלל בארבעה סוגים של אמנזיה פסיכוגנית: אמנזיה מקומית, המאופיינת בכך שהמטופל שוכח את כל מה שארע בפרק זמן מסוים. בדרך-כלל מדובר בשכחה של השעות הראשונות לאחר האירוע הטראומטי. אמנזיה בדרנית שהלוקה בה שוכח חלק ממה שקרה בתקופה מסוימת. אמנזיה כוללת המבטאת שכחה של כל תולדות החיים שלו, ואמנזיה רציפה בה נשכח כל שהתרחש מעבר לנקודה מסוימת בעבר. שכחה זו רווחת למדי כתגובה ראשונית להתנסויות טראומטיות קשות מנשוא.

טראומה בודדת וקצרה בילדות נוטה להיזכר באופן מילולי. טראומה חמורה יותר, אשר תתבטא באמנזיה חריפה, תהיה זו אשר ראשיתה בילדות המוקדמת. היא חוזרת על עצמה, ויש בה פגיעה פיזית על ידי מספר פוגעים קרובים לילד, אשר מאיימים לפגוע בו אם יחשוף אותה (58, 101, 100, 32).

המנבא הטוב ביותר לאמנזיה היא תחושת נבגדות. במקרה של גילוי עריות, יש ערך קיומי לשכחה של הניצול המיני, בשל הצורך בהמשך הקשר (21). במחקרים קליניים נמצא שיעור גבוה (19%-64%) של אמנזיה בקרב נפגעי תקיפה מינית בילדות, עם תגובות הקשורות בטראומה (102, 103, 93), מתוכם 59%-12% סובלים מאמנזיה חמורה (32).

המחקר הנוגע לתחום קורבנות התקיפה המינית מצביע על פגיעה ביכולת הזכירה של האירועים הטראומטיים. בקבוצה טיפולית של 53 נשים, למשל, 64% מהן לא זכרו באופן מלא את הפגיעה, ו-28% דווחו על קשיים חמורים בזיכרון (93).

חלק מהקורבנות אינם מסוגלים להיזכר, האחרים מכחישים את כל האירוע, אך בדרך כלל הם לא מודעים לאספקטים מסוימים שבהתעללות כמו מין אורלי, ליטוף או הנאה שהקורבן חווה (104). במחקר שבדק 152 נשים, אשר פנו אל מרכז ייעוץ עקב משבר, 42% מאלה שנפגעו מינית דווחו על תחושה של ניתוק, בהשוואה ל-22% שלא עברו התעללות. 33% מהן דווחו על דה-ראליזציה, בהשוואה ל-11% מקבוצת הביקורת ו-21% דווחו על "יציאה מהגוף", בהשוואה ל-8% מקבוצת הביקורת (105).

ניתן לסכם ולומר, כי האמנזיה מכל סוג שהיא, תשמש כבריחה או כהימנעות מחומר מאיים וקשה.

פוגה דיסוציאטיבית

פוגה דיסוציאטיבית נקראת גם אמנזיה נסוגה (retrograde) פונקציונאלית, וקשה להבחין בינה לבין אמנזיה פסיכוגנית. יש המחשיבים אותה כאלבורציה של אמנזיה. כמו באמנזיה, גם בפוגה, בדרך כלל ניתן לזהות את גורם הלחץ (106). גם כאן, במקביל לאיבוד הזיכרון מופיע אובדן זהות ולעיתים בעקבותיו האדם נוסע למקום חדש. האדם מתנתק מחייו הנוכחיים ועובר לחיות חיים אחרים במקום אחר ותוך תנועה, מבלי לזכור את חייו הקודמים. הוא שוכח מי הוא ושוכח אירועים בחייו, אבל האמנזיה אינה חלה על סוגים אחרים של ידע. הפוגה באה בעקבות טראומה, אפיזודה של דיכאון, בעיות עם החוק, או קושי אישי אחר.

ניתן להבחין בשלושה סוגי פוגה: הפוגה הקלאסית, בה מופיעה אמנזיה של ההיסטוריה האישית בליווי שינוי זהות ומיקום מחדש במען אחר. פוגה שמתבטאת באמנזיה המתלווה לאובדן, ללא שינוי בזהות האישית. ופוגה בה מופיעה חזרה לתקופה מוקדמת בחיי הפרט, מלווה באמנזיה ביחס למרווח שבין התקופה המוקדמת וההווה, ללא שינוי בזהות (107).

תהליך ההחלמה מפוגה אינו ברור. מטופלים מגיעים בדרך כלל לברור קליני כאשר הם מודעים לסיטואציה באופן ספונטאני, או כאשר במפגש עם משטרה, בראיונות עבודה וכיו"ב, הם מתקשים להגיב כיאות לשאלות בקשר לעברם. יש מטופלים שמתעוררים באופן פתאומי לזהותם המקורית. בדרך כלל למטופל יש חוויה אמנסטית לגבי תקופת הפוגה עצמה (79).

הפוגה הייתה נפוצה בשנים 1886-1906 בגרמניה ובעיקר בצרפת. רבים מהחולים היו חיילים, אבל גילויי הפוגה לא באו בעקבות טראומה, אלא דווקא בעקבות שעמום ושגרתיות של חיי צבא (במקרים מסוימים הגבול בין פוגה לבין עריקות היה עמום). בארה"ב תופעת הפוגה לא הייתה מוכרת, מכיוון שהגבולות שם פתוחים יחסית, אין שרות חובה בצבא, אין חובה לשאת מסמכים מזהים, ומקבלים בחום תופעה של אנשים זרים אשר יוצאים למקומות חדשים (108).

דה-פרסונליזציה (נתק מן העצמי) ודה-ראליזציה (אובדן תחושת המציאות)

הסינדרומים תוארו לראשונה על ידי קריסהאפֶר (109), וקבלו את שמם ב-1911 על ידי דוֹגָה ומולֶטֶיֶה. הם חשבו ששתי התופעות מתרחשות יחד. האדם חווה עצמו כשונה לחלוטין, ואת העולם כזר וחדש. מאוחר יותר התופעות אובחנו כבעלות איכויות שונות.

דה-פרסונליזציה ודה-ראליזציה כאחת, נתפסים לעיתים כתסמינים של סינדרומים אחרים כמו חרדה, דיכאון, ואובססיה. אולם בדיקה זהירה מורה, כי הם תסמינים לא ספציפיים שאינם תלויים באבחנה אחרת, והם מתרחשים גם באוכלוסייה הנורמאלית. הם מופיעים, למשל, כמרכיבים בחוויה של "כמעט מוות", המדווחת על ידי אנשים שניצלו ברגע האחרון מטביעה, נפילה, וסוגים שונים של תאונות.

אולם הם מופיעים גם כסינדרומים פסיכופתולוגיים, עם מאפיין מרכזי של מודעות או הרגשה סובייקטיבית ביחס לשינוי בעצמי (דה-פרסונליזציה) או בעולם (דה-ראליזציה). הדבר מתרחש בדרך כלל באופן פתאומי, לאחר קימה משינה או אחרי אירוע מפחיד. התחושה מביכה את החווה מכיוון שהמצב המשתנה נתפס כלא מציאותי, וכמנותק ממצב האגו הקודם. האובייקט של חוויה זו מתואר כמבודד, חסר חיים, מוזר ולא מוכר. האדם והאחרים נתפסים כרובוטים, מתנהגים בצורה מכאנית, ללא שליטה עצמית או יוזמה. ההרגשה לא נעימה ואפילו קשה. האדם חש כאילו הוא משתגע או מת. למרות זאת, הוא מודע לניגוד שבין החוויה האישית והמציאות האובייקטיבית. הוא מודע לכך שהדברים רק "כאילו" לא אמיתיים. לעיתים ישתמש בהסבר דלזיוני של החוויה, ובכך התחושה של ה"כאילו" ושל המבוכה ייעלמו.

התהליך כולו מלווה בהעדר תגובתיות רגשית, באובדן העניין בעולם החיצוני או בתחושות האחר, בדיכאון או בחרדה הקשורה בחוסר היכולת לחוות רגש.

יש ותחושות הדה-ראליזציה והדה-פרסונליזציה מופיעות במצבים מסוימים בלבד, בהם החולה נמנע ממצבים אלה כאילו הוא נגוע בפוביה, כשם שהוא נמנע ממצבים אחרים מעוררי חרדה. למעשה החוויה של דה-פרסונליזציה ודה-ראליזציה היא חוויה של זרות בעצמי, באחרים ובקשר אליהם (79).

דה-פרסונליזציה (נתק מן העצמי) מופיעה בעיקר אצל מתבגרים ובוגרים צעירים. כפי שראינו, מכיוון שילדים לא יכולים לברוח בדרך כלל מן התקיפה המינית, הם לעיתים מנתקים עצמם מהחוויה באמצעות פיצול, דיסוציאציה, אמנזיה ודה-פרסונליזציה. אמצעים אלה לשליטה על לחץ נוטים להמשיך גם בבגרות (104).

בדה-פרסונליזציה תחושת העצמי משתנה. אובייקטים חיצוניים, ובעיקר חלקים של הגוף, מורגשים כאילו עברו שינוי באופן איכותי. יש תחושה של אי מציאותיות, ומופיעה הרגשה של ריחוק ושל התנהגות ופעילות כאילו אוטומטית. האדם חש, למשל, שהוא אדם אחר או שגופו השתנה שינוי קיצוני, אך הוא מודע לאופי הסובייקטיבי של חווית השינוי שחש. אנשים המתנסים במצב זה יכולים בדרך-כלל לתפקד בין אירועי הנתק באופן נורמאלי ותקין. בגילויים חמורים יותר, ההתנסות עלולה להיות מפחידה ולהביא לחרדה מתמדת מפני התמוטטות נפשית. לרוב חרדה זו משוללת בסיס מציאותי.

דה-ראליזציה (אובדן תחושת המציאות) מתלווה לעיתים לדה-פרסונליזציה. העיוות בתפיסת הגוף מושלך אל החוץ. העולם החיצוני, כולל האנשים, מורגש כזר, משתנה, מוזר ולא ממשי. האדם חש כאילו המציאות היא חלום או הצגה. יש מצבים של "יציאה מן הגוף", בהם האדם חש עצמו מחוץ לגופו, לעיתים מרחף מעל הגוף הפיזי, ומתבונן בעצמו כאילו היה מישהו אחר.

הפרעה דיסוציאטיבית שאינה מסווגת אחרת (DDNOS - Not Otherwise Specified)
(Dissociative Disorder)

קטגוריה אבחנתית המתאימה למטופלים עם תסמינים דיסוציאטיביים, אשר אינם עונים על כל הקריטריונים של הפרעה דיסוציאטיבית ספציפית. המאפיין המרכזי שלה הוא תסמינים כמו: הפרעה בפונקציות האינטגרטיביות של המודעות כמו זיכרון, זהות, או תפיסה של הסביבה. מדובר בסוג לא טיפוסי של הפרעה דיסוציאטיבית, השכיח בקרב שורדי טראומה מינית או פיזית בילדות.

הפרעת זהות דיסוציאטיבית (dissociative identity disorder- DID)

[נקראה בעבר אישיות רבת פנים (multiple / multiple personality disorder-MPD) (personality-MTP].

“ מייד עם הסרת הגבס, חזר אבי לסורו ודינה הכושית חזרה אלי, פגועה וכועסת משהייתה. היא הלכה והשתלטה על חיינו וכמעט ולא הותירה לי מקום. התקפי הזעם והשנאה שלה הלכו ותכפו ובהתמודדות בין שתינו הייתה ידי על התחנות. רציתי להכין שעורים והיא החביאה לי את הספרים וקרעה את המחברות. רציתי לשמח את אבא שלי ולהכין לו ארוחת ערב והיא הטיחה את הביצה ברצפה...היא שנאה את הכניעות וההתפלשות שלי לרגלי ו החלה לפגוע גם בי, חרצה שריטות ברגלי, נשכה את אמות ידי, וכשכלום לא עזר החליטה שעלינו למות” (75, עמ' 73).

מקרים של הפרעת זהות דיסוציאטיבית (DID) דווחו במהלך ההיסטוריה והובנו בדרכים שונות בהשפעת אמיתות תרבותיות שונות. מספר שיא של דיווחים על DID היה בסוף המאה ה-19. באותה תקופה היה גם שימוש נרחב בהיפנוזה. בתחילת המאה העשרים, כשהשימוש בהיפנוזה הצטמצם, התמעטו הדיווחים על מקרי DID (110). מאז שהאבחנה הוכרה לראשונה רשמית על ידי איגוד הפסיכיאטרים האמריקאי, ופורסמה ב-1980 ב-DSM-III, חל גידול במספר המקרים המדווחים. בעוד שב-1980 דווחו בעולם רק על 200 מקרים, ב-1984 דווח על יותר מ-1000 מקרים רק בארה"ב (111). עם הגידול במקרים מ-1995 ואילך החלו חששות בדבר סוגסטיביות של מטפלים, והושמעו אזהרות מפני זיכרונות כוזבים (false memories).

ישנן עדויות מרשימות התומכות ברעיון, כי הפרעה זו היא סוג של ניתוק פוסט-טראומטי (112,113). למעשה 80%-100% מן האנשים שאובחנו כלוקים ב- DID הנם בעלי אבחנה משנית

של PTSD. זוהי פסיכופתולוגיה כרונית ומסובכת, המאופיינת בהפרעות בזיכרון ובהזדהות. בהשוואה לפגיעה בזיכרון ובהזדהות אשר פוגשים בפוגה, כאן יש שינוי של הזיכרון והזדהות כאחת. הפרעת זהות דיסוציאטיבית (DID) ייחודית בכך שהיא מתבטאת בקיום בו זמני של זהויות עקביות, הנחות באופן סובייקטיבי כנפרדות ומתחלפות, ובקיומן של אפיזודות חוזרות ונשנות של עיוות זיכרון ואמנזיה (28).

מדובר בניתוק חמור בין הזהויות. ה"ישות"⁴ האחרת, שונה ונפרדת מן הראשונה, בעלת תהליכי חשיבה מובחנים ומפותחים היטב, פועלת ומתפקדת באופן עצמאי. על פי רוב אין האחת יודעת על השנייה. המעברים בין "ישות" אחת לשנייה חדים פתאומיים ומהירים, ובדרך כלל יש שכחה מוחלטת לגבי ה"ישות" האחרת. תקופות מעבר קצרות בין "ישות" אחת לשנייה שכיחות יותר מן התקופות הארוכות. "ישות" אחת היא ה"פונדקאית", והאחרות בדרך כלל שונות ממנה במובהק. הישויות השונות יכולות כל אחת בנפרד להכיל רק תחושות גוף, רק תחושות או רק ידע. מספר אירועי התעללות יכולים להיות מוחזקים על ידי מספר "ישויות" או על ידי "ישות" אחת. כל "ישות" מבטאת חלקים והיבטים שונים, וככל הנראה דחויים, של האישיות המקורית ושל החלקים המפוצלים והמנותקים זה מזה. הביטויים השונים של העצמי מפוצלים עד כדי כך שתחושת האחדות הבסיסית אובדת. כתוצאה, ישנה התחלקות של האישיות לתת "ישויות", שכל אחת מהן לכשעצמה מקיימת אינטגרציה.

יחד עם זאת יש להדגיש, כי מדובר בהיבטים מפוצלים של אותו אדם ולא באנשים שונים. בתחילת שנות ה-20 טענו כי הבריחה של DID אינה מאיום חיצוני אלא מקונפליקטים וממשאלות פנימיות (114).

ב-1973 פורסם הספר "סיביל" על ידי העיתונאי שריידר. הספר מספר על טיפול מוצלח בן 11 שנים, שניתן על ידי הפסיכיאטרית ד"ר ווילפר סיביל, שהפכה להיות מודעת בעזרת הטיפול לריבוי ה"ישויות" שבתוכה. הכרות עם חלקים אלה של עצמה אפשרה לה להיזכר בהתעללות מינית, רגשית, ופיזית ממושכת ממנה סבלה מאמה.

ב-1980 חל שינוי מוחלט בהבנת תופעת ה-DID. נטען כי הסימנים הראשונים של הדיסוציאציה הנם מוקדמים משחשבו והם מתחילים לפני גיל 9, וכי טראומה חיצונית ולא פנימית גורמת להתפתחותו של התהליך הדיסוציאטיבי (115).

הילד שחווה ניצול מיני יחוש לעיתים אהבה כלפי הפוגע, ובו זמנית שנאה כלפי ההתעללות שלו. הוא יתנסה במקרה זה בתחושות של גועל, בד בבד עם הנאה מינית. יש המציעים כי ילדים מפתחים מבני אישיות שונים על מנת להתמודד עם אספקטים קונפליקטואליים של מצבי ניצול והתעללות כאלה.

⁴ בחרתי במילה "ישות" מבין מגוון אפשרויות: אישיות, חלק, פצל, זהות, מצב תודעה, מצב אגו

הלוקים ב-DID נמצאים תחת חרדת הכחדה (אניהילציה) ופחדים של חדלון (nonbeing) ולכן נאלצים למצוא פיתרון כל-כך קיצוני, והפיצול למעשה מאפשר שימור של אחדות העצמי. הסובל מהפרעת זהות דיסוציאטיבית אינו מצליח להשתמש באובייקט המעבר בשלב המתאים. כתוצאה, האובייקטים הפנטזמטיים נחווים לא כאשלייתיים אלא כאמיתיים. כ"כאלה שנמצאו ולא נבראו" (116). החסר באשליה הוא הנותן לכל אחת מה"ישויות" את המציאות שלה. חוסר היכולת לאשליה כתוצאה מן הפער במרחב הפוטנציאלי, מונע מהאדם להבין את החוויה האישיותית, ולחוש חוויות אלה כמציאותיות. כשמתרחש כשלון זה, רעיונות דלזיוניים נכנסים פנימה על מנת למלא את הפער במבנה של מרחב המעבר. כאשר המציאות הנפשית עומדת בסכנה נוכח התקפות (impingements) טראומטיות, נוצרות הדלזיות, אשר מטרתן לשמר את המציאות שמתחילה להתפרק. דלזיות אלה משמשות כהגנה מפני הכחדה (אניהילציה), ומגנות על האדם מאיום של פרוק (117).

הזהויות האחרות מאפשרות לילד להתמודד בתושייה עם ההתעללות ובו זמנית לשמור את ההתעללות ואת אסטרטגיית ההתמודדות שלו מחוץ למודעות הרגילה באמצעות פיצולם ל"ישויות" נפרדות (118, 119, 120, 121).

ואכן ניתן לראות במחקרים, כי DID מלווה בדרך כלל בדיווחים על התעללות בילדות, ובמיוחד התעללות מינית בידי מבוגרים (86, 122). 79.2% מכלל 236 מקרים של DID שבדקו רוס ועמיתיו ו-83% מכלל 100 המקרים שבדק פוטנאם (123), מומחה בעל שם עולמי בהפרעות דיסוציאטיביות, דיווחו על התעללות בעלת אופי מיני בילדותם בדרך כלל לפני גיל 5. יחד עם זאת, גם בתחום זה ניתן למצוא מחקרים סותרים, אשר מבטלים את הזיקה בין התופעות (110). מה מוביל אנשים מסוימים לפתח הפרעת זהות דיסוציאטיבית (DID)?

המחקר מצביע על כך שיכולת הפנוט היא גורם פרה-דיספוזיציוני משמעותי בהתפתחות ה-DID והפרעות דיסוציאטיביות אחרות (121, 124, 125).

גורמי פרה-דיספוזיציה נוספים כוללים יכולת דיסוציאטיבית מולדת אשר חורגת מעבר לרמות המקובלות (126), יצירתיות, והיסטוריה של ניצול. ברגע מסוים, אפיזודה טראומטית במיוחד של ניצול, מובילה את הילד לדיסוציאציה בניסיון להגן על עצמו. בעוד שהתהליך יכול להיפסק בנקודה זו (או להוביל לאמנזיה או לפוגה), סדרה של אפיזודות טראומטיות עלולות להוביל להתפתחות DID. כמו כן מדווח על שיעור גבוה של הפרעות דיסוציאטיביות בהיסטוריה המשפחתית של DID (127), ועל כך שמרבית האמהות של הסובלים מ-DID פגועות בפונקציה ההורית שלהן, או מוכרות כמתעללות (53).

מספר ה"ישויות" המתגלות בקרב הסובלים מ-DID נמצא בקורלציה עם מספר הטראומות השונות אותן שרדו – ממש כאילו הזהויות השונות נוצרות בתגובה לדרישות הנסיבתיות השונות (98).

DID מופיעה גם בילדות המוקדמת. קלופט (53), למשל, עקב אחרי 5 ילדים עם DID ומציע, כי תסמינים של דיכאון אשר מופיע לסירוגין, התנהגויות דמויות טראנס, שלילה של התנהגות גלויה, בעיקר אם היא קיצונית – כל אלה הינם סימנים אפשריים לקיום DID בילדות.

סימני איתות ואזהרה נוספים לאפשרות קיומה של DID הם מצבי רוח משתנים, נטיות אובדניות, הפרעות בשינה, התקפי חרדה קשים ופוביות, התמכרויות לאלכוהול או סמים, התנהגויות כפייתיות, תסמונות כמו-פסיכוטיות (הזיות שמיעתיות וראייתיות), והפרעת אכילה. בקרב הסובלים מ-DID ישנם גם דיווחים על כאבי ראש, אמנויות, חוויות של אובדן זמן, וחוויות חוץ גופיות. לחלקם נטייה להרס עצמי, עד כדי פגיעה גופנית.

בכל מקרה, הנטייה לדיסוציאציה ברמה זו או אחרת כשיטת התמודדות וכהגנה חיונית, מתחילה ככל הנראה כבר בעת ההתעללות – "זה לא קורה לי", או בלשון רוס (128) "DID היא ילדה קטנה המדמינת שההתעללות מתרחשת למישהו אחר".

ניתן להניח, כי אם הילדים היו צריכים לחוות במלואה את הטראומה שעברו, ללא תהליכים דיסוציאטיביים, הם לא היו שורדים.

אנחנו מדברים, אם כך, על החשיבות התפקודית שיש ביכולת לפצל בין מערכות עצמאיות נפשיות. זהו תפקיד הגנתי חשוב בהסתגלות ובהתמודדות של מי שסבל מטראומות חמורות חוזרות ונשנות בילדותו.

תוצרי לוואי חיוביים של DID הינם: זיכרון מושלם, יכולת להתרפא בצורה מדהימה, יכולת לשאת רמות גבוהות של כאב ויכולת להרגעת כאב באופן עצמי. על ידי החלפת זהויות, חלקם מסוגלים לתפקד עם הפסקות ערות מינימאליות.

שלו (129) מחדד את האבחנה בין הפונקציה ההגנתית לפונקציה הפוגעת של ההפרעה הדיסוציאטיבית ומעלה אפשרות, כי בשלבים מוקדמים של הטראומה הדיסוציאציה מגנה, ואילו בשלבים מאוחרים יותר היא מפריעה להחלמה.

ניתן לומר לסיכום, כי הטראומה עלולה להוביל לדיסוציאציה כהגנה נגד הלחץ, וכי DID הנה למעשה דוגמא קיצונית של דיסוציאציה (130).

כשם שעולים קשיים באבחנה המבדלת בהקשר ל-PTSD, כך התסמינים השונים והמגוונים המלווים את התהליכים הדיסוציאטיביים עלולים להקשות על האבחנה המבדלת בין התופעות הדיסוציאטיביות וההפרעות הנפשיות השונות. מכיוון שמרבית הנפגעים אינם מודעים לעברם

הטראומטי, הם מחפשים רק לעיתים נדירות עזרה לתגובות הפוסט-טראומטיות. תסמינים משניים מזוהים לעיתים על ידי הפונה כבעיה הראשונית, בעוד שמדובר למעשה באבחנה משנית של תסמינים פוסט-טראומטיים אשר באים לידי ביטוי בהפרעות כמו דיכאון, מחלה פיזית, תלות בסמים, או הפרעות אכילה.

הפרעות שקשה להבחין ביניהן במיוחד הן הפרעת סומטיזציה, הפרעת אישיות גבולית והפרעת אישיות דיסוציאטיבית. כל השלוש קשורות לרמות גבוהות של דיסוציאטיביות או ניתנות להפנוט.

מחקרים מראים על אבחנות חופפות של הפרעת אישיות גבולית והפרעת זהות דיסוציאטיבית (131,132).

הורוויט ובראון (131) מבחינים בין הפרעת זהות דיסוציאטיבית לבין הפרעת אישיות גבולית, ועדיין 70% מתוך 33 נבדקים שענו להגדרה של MPD/DID ענו גם על הקריטריונים האבחנתיים של הפרעת אישיות גבולית על פי DSM-III.

על אף שהממצאים היו פחות מרשימים במחקרם של בון ודרייר (133) שמצאו, כי רק 40%-41% מקרב המטופלים ענו לקריטריונים חופפים של הפרעת אישיות גבולית בקרב ה-DDNOS או MPD/DID, הם ספקו הסבר לחפיפה שבין האבחנות DDNOD ו-MPD/DID: בשלב המעקב הסתבר, כי מרבית המטופלים שענו בתחילת המחקר על הקריטריון של DDNOS ענו למעשה לקריטריון של MPD/DID.

מאידך, הם מצאו כי למרות שהקבוצות חופפות פנומנולוגית בהרבה תחומים, ניתן להבחין ביניהן בברור בעזרת חומרת התסמינים הדיסוציאטיביים וסוגיהם, השכיחות של חלק מן התסמינים השניידריאנים ומידת החומרה של טראומת הילדות.

הם מצאו, למשל, כי בהשוואה להפרעת אישיות, ה-DDNOS היו מובחנים מבחינת האמנויה, בלבול זהויות, ושינוי בזהות, וקיבלו יותר תסמינים שניידריאניים מדרגה ראשונה. הקבוצות גם שונות במידת החומרה של ההתעללות הפיזית והמינית בילדות והגיל בו התחילה.

בנוסף נמצא, כי בשונה ממי שהוגדר כסובל מהפרעת אישיות גבולית אשר חווה הזנחה בלבד, המוגדר כהפרעת אישיות עם היסטוריה של התעללות פיזית ומינית סובל בדרך כלל מתסמינים דיסוציאטיביים רבים ובעיקר מדה-פרסונליזציה כרונית.

בון ודרייר (133) מציעים, כי דה-פרסונליזציה כרונית או חמורה שייכת, ככל הנראה, בראש ובראשונה להיסטוריה הטראומטית ואינה "תסמין של הפרעת אישיות".

הרמן (17) טוענת, כי התכונות האופייניות של כל אחת מן ההפרעות נגזרות מדרך הסתגלות מסוימת לסביבה טראומטית, ומציעה לראות בשלושתן גרסאות של הפרעת הלחץ המורכבת.

אלן וסמית' (106) מציעים, לכן, להתייחס למבנה העצמי שמתחת להפרעה ולא לסימפטומטולוגיה הגלויה.

במצבים סכיוזופרניים מופיע אלמנט דלזיונלי, והמצב של דה-פרסונליזציה ודה-ראליזציה לא נתפס כאישי אלא כאובייקטיבי (כלומר, יש פגיעה בביקורת המציאות). בנוסף, מופיעה התפוררות כללית, וההיבטים המנותקים אינם שומרים על שלמותם. כך גם בשימוש בסמים ותחושת ההתעלות שבאה בעקבותיהם, במצבי דיכאון, בהפרעות מוחיות אורגניות ובמצבים הקשורים לאפילפסיה טמפורלית (134,135).

סיכום

בבואנו לטפל באנשים ששרדו טראומה יש בנו מעין "ידיעה מוקדמת", תחושה שאנחנו נמצאים בשדה מוכר, שלפחות פעם אחת בחיינו היינו במקום של המטופל גם אם פרטי הסיפור שונים, והעוצמות אחרות.

יתכן שחלקנו מחובר בראש ובראשונה לטראומת הלידה, אשר על פי אוטו רנק (136) היא המקור לחרדה. חלקנו האחר ודאי שואב את התחושות מטראומות יותר מאוחרות. אם נחשוב במושגים של ויניקוט, מסוד חאן, ג'ודית הרמן, וקאהן אפשר לומר לצרכים דידיקטיים, כי מרגע טראומת הלידה כולנו פוסט-טראומטיים, וסובלים מחוויות של טראומה מצטברת.

סקרתי במאמר את ההיסטוריה של התפתחות מושג הטרומה, התגובה הפוסט-טראומטית ובתוכה התגובה הדיסוציאטיבית. נגעתי בחבלה הקשה שהסיטואציה הטרומטית טומנת בתוכה, תוך התמקדות בטרומה הנגרמת עקב תקיפה מינית. ניסיתי להאיר על המשמעות המשתקת והבלתי אפשרית של המצב הטרומטי. מצב בו כל ההגנות המוכרות לאדם אינן רלוונטיות, ולכן עליו ליצור דרכי התמודדות חדשות, אשר תאפשרנה לו לשרוד את הטרומה. אני תקווה כי התאפשרה לקורא הכרות מאזנת עם האיכויות הנורמאליות והיצירתיות של הדיסוציאציה, לצד האיכויות הפתולוגיות ביותר; כי התאפשרה חשיפה ממקדת של סוגי ההפרעות השונות מהפרעת לחץ חריפה, הפרעת לחץ פוסט טראומטית והפרעת לחץ פוסט-טראומטית מורכבת, ועד להפרעות הדיסוציאטיביות השונות, הכוללות אמנזיה פסיכוגנית, פוגה דיסוציאטיבית, דה-פרסונליזציה, דה-ראליזציה, הפרעה דיסוציאטיבית לא מסווגת והפרעת זהות דיסוציאטיבית.

לעיסוק בסוגיות הקשורות באבחנה המבדלת בין ההפרעות השונות, אשר להן סימפטומטולוגיה משותפת, אני מייחסת חשיבות קלינית רבה.

ריבוי ההמשגות והגישות שבאו לידי ביטוי במאמר, מבטא את מורכבות התחום והעומס הרגשי שהוא מטיל על כל המעורבים.

נושא הטראומה וההיבטים הסובייקטיביים של החוויה הטראומטית מקשים על המטפל, על המטופל ועל סביבתו הקרובה של המטופל. לעיתים קרובות נפגוש בדה-לגיטימיזציה של התחושות והתגובות לטראומה, הן על ידי חווה הטראומה עצמו והן על ידי סביבתו. את הקרובים לו יותיר הדבר בתחושת בלבול, חוסר אונים, ולעיתים כעס והאשמה, ובכך תועצמנה התחושות השליליות שלו כלפי עצמו. מצב עניינים מתעתע זה, יקרא את המטפל לערנות מאומצת שתבטיח הקשבה מחודדת, זהירה, רגישה ועדינה ביותר. זו תאפשר התחברות לתגובותיו הרגשיות הסובייקטיביות של המטופל, אשר לעיתים קרובות הן מוכחשות, מודחקות או מפוצלות, ולעיתים מועצמות מבלי דעת מדוע.

1. van der Kolk, B.A & van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adoption in psychological trauma. American Journal of Psychiatry, 146, 1530-40.
2. Breuer, J., Freud, S. (1893-95). Studies on Hysteria. In: Standard Edition, vol. 2. London, Hogarth Press (1955).
הרמן, ג' ל. (2003). טראומה והחלמה. ספריית אופקים- עם עובד, ת"א.
3. Meyers, C.S. (1915). A contribution to the study of shellshock. *Lancet*, 316-320.
4. Sargent, W., Slater, E. (1941). Amnestic syndromes in war. *Proceeding of the Royal Society of Medicine*, 34, 757-64.
5. van der Kolk, B.A. (1978). The role of the group in the origin of the trauma response. In: van der Kolk, B.A. *Psychological Trauma*, Washington, D.C., American Psychiatric Press.
6. Dohrenwend, B.S. & Dohrenwend B.P., (Eds.).(1974). Stressful life events: Their nature and effects. N.Y. : Wiley. In: ילדים במצבי לחץ מילגרם, נ. (עורך). ש. (1932). בלבול השפות בין המבוגרים לבין הילד. שפת הרוך ושפת התשוקה. בתוך: בוקנובסקי, ט. (עורך). שנדור פרנצי. תל-אביב, תולעת ספרים.
7. http://www.education.gov.il. מילגרם, נ. ילדים במצבי לחץ.
8. Freud, S. (1895). On the grounds for detaching a particular syndrome for neurasthenia under the description "anxiety neurosis". *Standard Edition*, 3.
9. פרנצי, ש. (1932). בלבול השפות בין המבוגרים לבין הילד. שפת הרוך ושפת התשוקה. בתוך: בוקנובסקי, ט. (עורך). שנדור פרנצי. תל-אביב, תולעת ספרים.
10. Bion, W.R. (1977). Seven servants. New York: Aronson. In: Allen, J.G. & Smith, W.H. (Eds.) (1995). *Diagnosis and Treatment of Dissociative Disorders*. Northvale, Jason Aronson.
11. ויניקוט, ד.ו. (1971). משחק ומציאות. תל-אביב, עם עובד (1996).
12. Winnicott, D.W. (1974). Fear of breakdown. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 103-7.
13. אוגדן, ת. (1989) הקצה הפרימיטיבי של החוויה. ת"א, הוצאת עם עובד (2002).
14. סמירנוף, ו. (1996). הפסיכואנליזה של הילד. רשפים, תל-אביב (1999).
15. Foa B.R. et al. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post traumatic stress disorder :an animal model. Psychology Bulletin, 112, 218-238.
16. Balstad B.R., Zinbarg R. E., (1997). Sexual victimization, generalized perception of control, and posttraumatic stress disorder symptom severity. Journal of Anxiety Disorders, 11, 523-540
17. הרמן, ג' ל. (1992). טראומה והחלמה. תל-אביב, ספריית עם-עובד, (2003)
18. Gobbard G.O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
19. Lewis, H.B. (1971). Shame and guilt in neurosis. In: טראומה. הרמן, ג' ל. (1992). והחלמה. תל-אביב, ספריית עם עובד, 2003.
20. Bulman (1985). Shattered assumption: towards a new psychology of trauma. N.Y. Free Press.
21. Freyd, J.J., (1996). *Betrayal Trauma. The Logic of Forgetting Childhood Abuse*. Cambridge, Mass, Harvard University Press.
22. Kendal-Tackett, K.A. et al. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. Psychological Bulletin, 113, 1, 164-180.

23. van der Kolk, B.A. & van der Hart, O. (1991). The Intrusive past: flexibility of memory and engraving trauma. American , 48, 4, 425-454.
24. van der Kolk, B.A., Hopper, J.W., & Osterman, J.E. (2001). Exploring the nature of traumatic memory: Combining clinical knowledge with laboratory methods. Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 4, 9-31.
25. Brown, D. (1997). Phase Oriented Trauma Treatment. Memory, Trauma, Treatment and Law. N.Y.: W.W. Norton .
26. Minsky, M. (1980). K-lines: A theory of memory. Cognitive Science, 4, 117-133.
27. Kihlstrom, J.F. (1984). Conscious, Subconscious, Unconscious: A Cognitive Perspective. In: Allen, J.G., Smith, W.H. (Eds.) (1995). Diagnosis and Treatment of Dissociative Disorders. Northvale: Jason Aronson.
28. זומר, א. (1994). היזכרות מאוחרת בהתעללות : זיכרונות מלאכותיים או האתגר הבא בפסיכותרפיה : שיחות, כרך ט', 1, 46-50.
29. Lindsay D.S., Johnson, Kwon (1991). Developmental changes in memory source monitoring. Developmental Psychology , 52, 297-318.
30. Spanos, N.P. (1996). Multiple identity and false memories: A socio-cognitive perspective. American Psychological Association, Washington.
31. Brown, D., Alan, W., et al. (1998). Memory, trauma treatment and the law. W.W. Norton & Company, N.Y. London.
32. Chu, J.A., Frey, L.M. et al. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia and corroboration. American Journal psychiatry, 156, 749-55.
33. Brewin C.R. et al. (1999). Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in victims of violent crime. American Journal of Psychiatry, 156, 360-365.
34. American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edition, revised) Washington, DC: American Psychiatric Association.
35. Goodwin, J. (1985). Post traumatic stress symptoms in incest victims. In: R. Pynoos And S.Eth (eds), Post Traumatic Stress Disorders in Children. Washington, DC; American Psychiatric Press, pp. 157-86.
36. Wolfe, V., Gentile, C., and Wolfe, D. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. Behavior Therapy, 20, 215-28 .
37. McLeer, S., Deblinger, E. et al (1988). Post traumatic stress disorder in sexually abused children. Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 650-4.
38. Kiser, L., Ackerman, B., Brown, E., Edwards, N., McColgan, E., Pugh, R., and Pruitt, D. (1988). Post traumatic stress disorder in young children: A reaction to purported sexual abuse. Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 645-9.
39. Salmon, P., Skaife, K., Rhodes, J. (2003). Abuse, dissociation, and somatization in irritable bowel syndrome towards an explanatory model. Journal Behav. Med., 26, 1, 1-18.
40. בר-גיאי, נ., שלו א. (2001). השפעותיה של התעללות בשנות הילדות על פסיכופתולוגיה במבוגרים. שיחות, כרך ט"ו, 3, 180-194.
41. Burges & Hamilton (1979). Adaptive strategies and recovery from rape. Journal of Psychiatry, 136, 1278-82.

42. Breslau et al (1991) , N., Davis, G.C., Andersky p., Peterson, E. (1991) Traumatic events and posttraumatic stress disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 54 (11), 1044-1048.
43. Korn, M.L.(2001). Emerging trends in understanding posttraumatic stress disorder. 154th Annual Meeting of the Psychiatric Association.
44. Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1-11.
45. Werner (1989). Werner, E. (1989).Children of the garden island, Scientific American, 106-111.
46. O' Brien, M. & Nutt,D. (1998). Loss of consciousness and PTSD. A clue to aetiology and treatment. British Journal of Psychiatry, 173, 102-104.
47. Gibbs, M.S. (1989) .Factors in the victim that mediate between disaster and psychopathology: A review. Journal Traumatic Stress, 2, 489-514 .
48. Green A.H. (1983) .Dimensions of psychological trauma in abused children. Journal of American Association of child psychiatry, 22, 231-37.
49. Garmezy, N. & Eth (1983). Stressors of childhood. In: Garmezy, n. & Rutter (Eds), Stress, coping and development in children. N.Y.: McGraw- Hill. In: ילדים במצבי לחץ. <http://www.education.gov.il> מילגרם, נ.
50. Terr L.C. (1983).Chowchilla Revisited: The effect of psychic trauma four years after school bus kidnapping. American Journal of psychiatry, 140, 1543-50.
51. Eth, S., Pynoos, R.S. (Eds.) (1985). Post traumatic stress disorder in children. Washington: American psychoanalytic association. In: Hammond, D.C. (1995). Hypnosis, false memories and guidelines for using hypnosis with potential victims of abuse.
52. Flamnery, R.B. (1990). Socially support and psychological trauma: A methodological review. Journal of Traumatic Stress, 3, 593-611 .
53. פלור, ד., (1977) ילד ושמו "זה". הוצאת מודן (2000), תל-אביב.
54. Widom, C.S. (1999). The American Journal of Psychiatry. 156, 8, 1223-1230.
55. Mabanglo M.A.G. (2002).Trauma and the effects of violence exposure and abuse on children: A review of the literature. Smith College Studies in Social Work. 72,2, 222-231.
56. Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. Psychological Bulletin, 99, 66-77.
57. Polusny, M.A.& Follte, V.M (1995). Long term correlates of child sexual abuse: Theory and review of empirical literature. Applied & Preventive Psychology, 4, 143-166 .
58. Terr L. (1991). Childhood Traumas: an outline and review. American Journal Psychiatry. 148, 10-20.
59. Brown, D. & Fromm, E. (1986). Hypnotherapy and Hypnoanalysis. Hillslade, NJ: Erlbaum Lawrence In: הרמן, ג'. ל. (2003). טראומה והחלמה. ספריית אופקים- עם עובד, ת"א.
60. Horwitz, M. (1986). Stress Response Syndromes. Northvale, NJ: Jason Aronson. In: הרמן, ג'. ל. (2003). טראומה והחלמה. ספריית אופקים- עם עובד, ת"א.
61. Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of Traumatic Stress, 3, (1) 377-391. (reprinted).
62. Goodwin, J. (1988). Evaluation and treatment of incest victims and their families: A problem oriented approach. In Howelles, J. G. (ed.), Modern Perspective in Psycho-Social Pathology; BrunnerqMazel, New York. In:

-
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 3, (1) 377-391. (reprinted).
- 63 . Gelinas, D. (1983). The persistent negative effects of incest. *Psiciatry* 46:312-332. In: Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 3, (1) 377-391. (reprinted).
 - 64 . Hilberman, E. (1980). The "Wife-beater's wife" reconsidered. *Am. J. Psychiatry* 137: 1336-1347. In: Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 3, (1) 377-391. (reprinted).
 - 65 . van der Ploerd, H. M. (1989). Being held hostage in the Netherlands: A study of long-term aftereffects. *J. Traum Stress* 2: 153-170. In: Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 3, (1) 377-391. (reprinted).
 - 66 . Walker, L. (1979). The battered woman. Harper and Row, New York. In: Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 3, (1) 377-391. (reprinted).
 - 67 . Briere, J. & Zaidi, L. (1989). Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *Am. J. Psychiatry* 146: 1602-1606. In: Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 3, (1) 377-391. (reprinted).
 - 68 . van der Kolk, B. A., Perry, J.C., & Herman, J. L., (1991). Childhood origins of self –destructive behavior. *Am. J. Psychiatry* 148:1665-1671. In: Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 3, (1) 377-391. (reprinted).
 - 69 . Russell, D. (1986). The secret trauma. Basic Books. New york. In: Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 3, (1) 377-391. (reprinted).
 - 70 . Segal, J., Hunter, E.J. & Z. (1976). Universal consequences of captivity: Stress reactions among divergent populations of prisoners of war and their families. *Int. J. Social. Sci.* 28: 593-609. In: Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 3, (1) 377-391. (reprinted).
 - 71 . Kolb, L.C., (1989). Letter to the editor. *Am. J. Psychiatry* 146: 811-812. In: Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 3, (1) 377-391. (reprinted).
 - 72 . Herman, J. L., Perry, J.C., & van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 146: 490-495. In: Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 3, (1) 377-391. (reprinted).
 - 73 . Kluft, R.P. (1990). Incest and subsequent revictimization: The case of therapist-patient sexual exploitation, with a description of the sitting duck syndrome. In *Incest- Related Syndromes of Adult Psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington, D.C., P.P. 263-289.
 - 74 . Zanarini, M. Gunderson, J., Frankenburg, F., et al., (1990). Discrimination borderline personality disorder from other Axis II disorders. *Am. J. Psychiatry* 147: 161-167. In: Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in

survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 3, (1) 377-391. (reprinted).

75. ריד, מ., (2002). שבויה. כרוניקה של גילוי עריות מקצועי-סיפור אוטוביוגרפי. הוצאת תמוז, תל-אביב.
76. Elenberger, H.F. (1970). The discovery of the unconscious: the history and the evolution of dynamic psychiatry. N.Y. Basic Books. In: Mair, K. (1999). Multiple personality and child abuse. *British Psychological Society*, 12, 2, 76-81.
77. Janet P. (1919). Psychological healing: A historical and clinical study. In: Eden P. & Cedar, P., Trans.(1925), N.Y., MacMillan.
78. Freud, S. (1896). The etiology of hysteria. In: Standard edition, vol. 3, London, Hogarth Press, 1962. In: הרמן, ג' ל. (2003). טראומה והחלמה.
79. Kihlstrom, J.F., Tataryn, D.J., Hoyt, I.P. (1990). Dissociative disorders. Unedited manuscript of comprehensive handbook of psychopathology, N.Y. Plenum. <http://ist-socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/Sutker93.htm>.
80. יובל, י. (2001). סערת הנפש. תל-אביב, קשת.
81. Price, (1995). In: Brown, D. (1997). Phase Oriented Trauma Treatment. Memory, Trauma, Treatment and Law. N.Y.: W.W. Norton.
82. Marsh, L. (2002). Lee Marsh Abuse Recovery page. <http://www.geocities.com/wallesely/gazebo/2530/dissociation.html>.
83. Hopper, J. (2003). Recorded memories of sexual abuse: Scientific research and scholarly resources. <http://www.jimhopper.com/memory>.
84. Brunet, A., Holowka D.W. et al (2001). Dissociation. Encyclopedia of the Neurological Sciences, Aminoff, M. J. & Daroff R. B. (Eds). San Diego: Academic Press.
85. American Psychiatric association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). Washington D.C.
86. Ross, C.A., Ryanl et al. (1989). Dissociative experiences in adolescents and college students. *Dissociation*, 2, 239-249.
87. Putnam, F.W.,(1993). Dissociative disorder in children: behavioral profiles and problems. *Child Abuse Neglect*, 17, 1, 39-45.
88. Sanders (1992). In: Putnam, F.W. (1997).Dissociation In Children and Adolescents: A Developmental Perspective. Guilford Publications.
89. Gobbard G.O. (1994). Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Press
90. Shengold,L. (1989). Soul Murder: The effects of Childhood abuse and deprivation, AYale University Press. New Haven. In: Herman, J. L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 3, (1) 377-391. (reprinted).
91. Spiegel, D. (Ed.) (1994). Dissociation: Culture, Mind, and Body. Washington: America psychiatric Press. In: Collins F.E. Dissociation and coping project. <http://www-personal.monash.ed.au/~collins/dissociation.html>.
92. Freud, S. (1922). Beyond the pleasure principle. Standard edition, Vol. 18, 1955
93. Herman, J.L., and Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1-14.
94. Silberg J. L., Nemzer E.D. (1998). Dissociation symptoms in children. *The American Journal of Psychiatry*. 155, 5, 709-11.

95. Collins, F.E. (1997). Dissociation, coping and locus of control in a non-clinical population: A preliminary investigation. Unpublished honors thesis, Monash University, Melbourne, Victoria Australia. In: Collins F.E. Dissociation and coping project. <http://www-personal.monash.ed.au/~collins/dissociation.html>.
96. Mulder, R.T., Beatrais, A.C., Joya, P.R., Fergusson, D.M. (1998). Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in general population sample. American Journal of Psychiatry, 155, 806-811.
97. McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in Clinical Process*. N.Y. Guilford Press.
98. Putnam, F.W. (1985). Dissociation as a response to extreme trauma. In: Kluft, R.P. (Ed.) *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
99. Spiegel, D. (1984). Multiple personality as a post traumatic stress disorder. Psychiatric Clinics of North America, 7, 101-110.
100. Bowman, E.S. (1998). Delayed memories of child abuse: Part I. An overview of research findings of forgetting, remembering, and corroborating trauma. Journal of Dissociation, 3.
101. Loewenstein R.J. (1991). Multiple personality disorder. Psychiatry Clin. North. Amer. 14, 3.
102. Briere J. & Conte J. (1993). Self reported amnesia in adult molested as children. Journal of Trauma Stress, 6, 21-31.
103. Loftus E.F. Polansky et al. (1994). Memories of childhood sexual abuse. Psychol. Women Q. 18, 64-84. In: Chu J.A., Frey L.M. et al (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. The American Journal of Psychiatry. 156, 5, 749-746.
104. Jehu, D. (1988). *Beyond Sexual Abuse: Therapy with Woman who were Childhood Victims*. Chichester: Wiley.
105. Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post sexual abuse trauma: Data and implication for Clinical practice. Journal of Interpersonal and Violence, 4, 151-63.
106. Allen, J.G. & Smith, W.H. (1992). Diagnosing dissociative disorders. In: Allen, J.G. & Smith, W.H. (Eds.) (1995). *Diagnosis and Treatment of Dissociative Disorders*. Northvale, Jason Aronson.
107. Fisher, C. (1945). Amnestic states in war neurosis: The psychogenesis of fugues. Psychiatric Quarterly, 14, 437-68. In: Kihlstrom, J.F., Tataryn, D.J., Hoyt, I.P. (1990) *Dissociative disorders*. Unedited manuscript of comprehensive handbook of psychopathology, N.Y. Plenum. <http://ist-socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/Sutker93.htm>.
108. Hacking, I. *Mad Travelers. Reflections on the reality of transient mental illness*. In: בילו, י. פסיכיאטריה ותרבות www.seri-levi.com.
109. Krishaber, M. (1872). *De la nerropathie cerebrocardiaque*. Gazette Science Medicine (Bordeaux). In: Kihlstrom, J.F., Tataryn, D.J., Hoyt, I.P. (1990). *Dissociative disorders*. Unedited manuscript of comprehensive handbook of psychopathology, N.Y. Plenum. <http://ist-socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/Sutker93.htm>.
110. Mair, K. (1999). Multiple personality and child abuse. British Psychological Society, 12, 2, 76-81.
111. Braun, B.G. (1984). Foreword. Psychiatric Clinics of North America, 7, 1-2. In: Kihlstrom, J.F., Tataryn, D.J., Hoyt, I.P. (1990). *Dissociative disorders*.

-
- Unedited manuscript of comprehensive handbook of psychopathology, N.Y. Plenum. <http://ist-socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/Sutker93.htm>.
112. Brown, P. (1994). Toward a psychological model of dissociation and posttraumatic stress disorder. In: S. J. Lynne & J. W. Rhue (Eds), *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*. N.Y.: Guilford.
 113. Zelikovsky, N., & Lynn, S.J. (1994). The aftereffects and assessment of physical abuse. In: S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds), *Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives*. N.Y.: Guilford.
 114. Rigall, R. (1931). MPD Treatment, 2, 846-8. In: Mair, K. (1999). Multiple personality and child abuse. *British Psychological Society*, 12, 2, 76-81.
 115. Greaves, G.S. (1980). Multiple personality 165 after Mary Reynolds. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 577-96. In: Mair, K. (1999). Multiple personality and child abuse. *British Psychological Society*, 12, 2, 76-81.
 116. ויניקוט, ד.ו. (1971). משחק ומציאות. תל-אביב, עם עובד (1996).
 117. Smith, B.L. (1990). Potential space and the Rorschach: an application of object relation theory. *Journal of Personality Assessment*, 55, 756-767.
 118. Coons, P.M. (1980). Multiple personality: Diagnostic considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 330-6.
 119. Bowman, E.S., Blix, S., & Coons, P.M. (1985). Multiple personality in adolescence: Relationship to incestual experiences. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 109-14.
 120. Kluft, R.P. (1987). The parental fitness of mothers with multiple personality disorder: A preliminary study. *Child abuse and Neglect*, 11, 273-80.
 121. Spiegel, D. (1985). Multiple personality as a post traumatic stress disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 101-10.
 122. Kluft, R.F. (1992). Discussion: A specialist's perspective on multiple personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 12, 139-171.
 123. Putnam, F.W., Guroff, J.J., et al (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-93.
 124. Bliss, E.L. (1984). Multiple personalities: A report of 14 cases with implications for schizophrenia. *Archives General Psychiatry*, 37, 1388-97.
 125. Bliss, E.L. (1986). Multiple personality, allied disorders and hypnosis, N.Y. Qford. In: Kihlstrom, J.F., Tataryn, D.J., Hoyt, I.P. (1990). *Dissociative disorders*. Unedited manuscript of comprehensive handbook of psychopathology, N.Y. Plenum. <http://ist-socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/Sutker93.htm>.
 126. Ludwig, A.M. (1983). The psychological function of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26, 298-310.
 127. Braun, B.G. (1985). The transgenerational incidence of dissociation and multiple personality dissociation: A preliminary report. In: Kihlstrom, J.F., Tataryn, D.J., Hoyt, I.P. (1990). *Dissociative disorders*. Unedited manuscript of comprehensive handbook of psychopathology, N.Y. Plenum. <http://ist-socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/Sutker93.htm>.
 128. Ross, C.A. (1997). Dissociative identity disorder. Diagnosis, clinical features and treatment of multiple personality. N.Y. Wiley. In: Mair, K. (1999). Multiple personality and child abuse. *British Psychological Society*, 12, 2, 76-81.
 129. שלו א., תובל-משיח ר. (1999). התערבות מוקדמת ותשאול באירועי טראומה. שיחות, כרך יג, 3.

-
130. Alpert, S. (1991). Assessments of ego functioning in 106 multiple personality disorders. *Journal of personality assessment*, 56, 373-387.
131. Horveritz, R.P., Braun, B.G. (1984). Are multiple personalities borderline? *Psychiatric Clinics of North America*, 7 (1), 69-88. In: Boon, S., Draijer, N. (1993). The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with a cluster B personality disorder. *Dissociation*, 2; 3.June.
132. Ross, C.A., Miller, D.S., Reagor, O. , Bjornson, L., Fraser, G.a., & Anderson, G. (1990). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centres. *American Journal of Psychiatry*, 147, 596-601.
133. Boon, S., Draijer, N. (1993). The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with a cluster B personality disorder. *Dissociation*, 2; 3.June.
134. אליצור, א. וחבריו. (1987). פרקים נבחרים בפסיכיאטרי. ת"א, הוצאת פפירוס.
135. ריבר, א.ס. (1992). לקסיקון למונחי הפסיכולוגיה. ת"א, הוצאת כתר.
136. פרויד, ז'. (1926). עכבה, תסמין וחרדה. ת"א, 2003, הוצאת רסלינג.