

טראומה של דהומניזציה משתקת

לא, זה לא יכול להיות, היא לא מאמינה שזה קורה. מאיפה זה נפל עליה פתאום, ואיך היא נחלצת מזה? איך היא משתחררת מאחיזתו המצמיתה, איך היא מצילה את נשמתה? היא לא מבינה למה הוא לא שומע את מחאותיה, למה הוא לא רואה את כאבה. לאן נעלם הקול שלה, למה הוא לא נשמע? היא זועקת שיפסיק אבל שום קול לא יוצא. מה קורה לה, למה הידיים לא נאבקות, והרגליים, למה הפכו ליציקה? אוי לא אוי לא, היא מתייפחת, מה, הוא לא שומע? הוא לא קולט? למה זה לא נוגע לו בשום צורה? שתי דמעות בודדות זולגות מזוויות עיניה, גם הן חסרות השפעה. די, די, תפסיק כבר, היא ממשיכה להתחנן, אך האם בכלל יוצא קול? או אולי זו רק תחינה אילמת, חסומה. וכך, בעודה מאובנת מההלם ומהזעזוע, הוא פולש לתוכה, כאילו הייתה חפץ נטול חיים ונשימה. ללא שום היסוס או חרטה הוא עושה בה כרצונו, כאילו לא הייתה קיימת כלל מבחינתו. והיא, מושפלת עד עפר, מתרסקת לאלפי רסיסים, שלא ברור לה כלל אם אי פעם יתאחו ויתמלאו חיים.

בפרק זה יוצג מחקר אמפירי מקורי המתעד מודל סיבתי המקשר בין תגובות פרי-טראומטיות ספציפיות לטראומה המינית לבין התגובות הנפשיות הנצפות בעקבותיה. לאחרונה גובר העניין בחקירת מנבאים פרי-טראומטיים (תגובות נפשיות הנחוות בעת הטראומה) לתסמינים המופיעים בעקבות אונס ותקיפות מיניות אחרות (למשל, Bernat, Ronfeldt, Calhoun & Arias, 1998; Carlson and Dalenberg, 2000; Griffin, Resick & Mechanic, 1997; Kaysen, Morris, Rizvi & Resick, 2005; Rizvi, Kaysen, Gutner, Griffin & Resick, 2008). המחקר הנוכחי מבקש להרחיב את קו החקירה הזו על ידי בחינת מודל תיאורטי סיבתי של נתיבים הקושרים את האונס למצבים הנפשיים העוקבים – מודל המתמקד בתגובות פרי-טראומטיות של דהומניזציה, השפלה וקיפאון משתק בעת אונס, כמנבאים של תסמינים הנצפים בעקבותיו. בנוסף נבחנים גם הבדלים בין אונס לבין טראומות שאינן מיניות ביחס למודל מסוים זה. הבנה מעמיקה של התגובות הפרי-טראומטיות העיקריות בעת אונס, המציבות את הנפגעות בסיכון לפיתוח תסמינים, תתרום רבות לטיפול, שיעילותו תלויה בהבנה מקיפה של כל המנגנונים הפתוגניים האחראים לתוצאות הסימפטומטיות (Carlson & Dalenberg, 2000; Kaysen et al., 2005; Rizvi et al., 2008).

עד היום זוהו כמה משתנים המנבאים תסמינים לאחר אונס (Bernat et al., 1998; Kaysen et al., 2005; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). מבין המשתנים שנחקרו, מרב תשומת הלב ניתנה לדיסוציאציה פרי-טראומטית, שקושרה בקביעות להפרעת דחק פוסט-טראומטית בעקבות אונס (Griffin et al., 2005; Ozer et al., 2003). בוססו גם מנבאים פרי-טראומטיים אחרים לתסמינים פוסט-טראומטיים. לדוגמה, רזיק ואחרות (Resick et al., 1990) מצאו שתגובות חרדה במהלך האונס הסבירו כמחצית מהשונות בתסמיני PTSD. תוצאות דומות דווחו לגבי התקפי פניקה במהלך התקיפה (Bracha, Ralston, Matsukawa, Williams and Bracha, 2004; Nixon & Bryant, 2003). גם מחקרי אורך אימתו שתסמיני הפניקה הראשוניים מנבאים את התסמינים הפולשניים של PTSD במעקב שנעשה לאחר שלושה חודשים (Resnick, 1997). עם זאת, בחקירה נוספת זוהתה תגובת הקיפאון כמנבא חזק של PTSD לאחר אונס, אפילו יותר מפניקה או דיסוציאציה פרי-טראומטיות (Lima et al., 2010). גם תחושת איום התבררה כחוויה פרי-טראומטית פתוגנית מובהקת (Kaysen et al., 2005), וכך גם פחד וחוסר אונים שנחו בעת התקיפה (Moor & Farchi, 2011).

מחקר זה מבקש להרחיב בתחום חקירה מתפתח זה, ולעמוד על תפקידן של כמה תגובות פרי-טראומטיות נוספות הייחודיות לאונס אשר לא נחקרו עד היום כלל, והעשויות להתקשר לתסמינים הנצפים בעקבותיו, והם: חוויה של דהומניזציה, דהיינו שלילת האנושיות, החפצה והשפלה. המודל הסיבתי המוצע כאן מעלה השערה כי מרכיבים פרי-טראומטיים אלה ממלאים תפקיד מרכזי בנתיבים הפתוגניים המובילים מן האונס לתסמינים, בעיקר על ידי תרומתם לשיתוק טראומטי, או תגובת קיפאון, שבתורה צפויה להוביל להאשמה עצמית פוסט-טראומטית ול-PTSD. מועלית גם הנחה שתגובות פרי-טראומטיות ספציפיות אלה באות לידי ביטוי רב יותר אצל נפגעות אונס בהשוואה לקורבנות של טראומות מסוגים אחרים.

ככלל, קיימת נטייה בספרות להתייחס לטראומה כתופעה אחידה, ללא תשומת לב רבה להבדלים בין סוגי טראומה שונים, מאפייניהם הייחודיים והשלכותיהם. עם זאת, זיהוי התהליכים הייחודיים המבדילים את טראומת האונס מטרומות אחרות שאינן מיניות יכול לקדם

התערבויות ספציפיות המתאימות במיוחד לפגיעה זו. לצורך כך נבחנת התאמתו של המודל המוצע באופן השוואתי בין מקרי אונס לבין סוגי טראומה אחרים.

הנחה מרכזית של ההמשגה הנוכחית היא שבטראומות מיניות, דהומניזציה ונגזרותיה יכולות להיות פתוגניות באותה מידה כמו הנזק הגופני, הפחד והאיום או תחושת חוסר האונים וחוסר הישע, שבהם מקובל לראות את מגדירי הטראומה. אין זה נדיר שמקרי אונס שאינם כוללים פגיעה גופנית חמורה או איום על החיים יהיו בכל זאת טראומטיים ביותר. למשל, אישה הנאנסת בידי גבר במהלך דייט אולי לא חוששת לחייה ולא חשה שהיא בסכנת חיים, ובכל זאת היא עוברת טראומה קשה בשל הכאב הרגשי העצום הנלווה לאונס (Carlson & Dalenberg, 2000; Bucher & Manasse, 2011). מודל זה שואף לתת לכך הסבר.

חשוב לציין שבהצבת התגובות הפרי-טראומטיות המסוימות הללו בלב חוויית האונס אין הפוונה למזער את התפקיד הפתוגני של תגובות מרכזיות לא פחות בחוויה זו, כגון פחד, איום נתפס, חוסר אונים, ניתוק, חרדה ועוד. גם לא אמור להשתמע מכך שצורות טראומה אחרות חפות לחלוטין משלילת אנושיות, מהשפלה או משיתוק. מחקר זה אינו אלא ניסיון לגבש ולבחון מסגרת עבודה תיאורטית כבסיס להערכה קלינית ולהתערבות טיפולית במצב שנוצר לאחר האונס – מסגרת שגם אחרים בתחום ביטאו את הצורך בה (Carlson & Dalenberg, 2000).

דהומניזציה, החפצה והשפלה

המודל המוצג כאן נשען על ההנחה שאקט האונס כרוך בדהומניזציה מוחלטת של נפגעת העבירה. באופן אינהרנטי ובסיסי, התקיפה המינית מנשלת את הקורבן מאנושיותה ומקנה לה, תחת זאת, מעמד של חפץ או כלי לשימוש (Koss & Harvey, 1991; Carlson & Dalenberg, 2000). ההתעלמות מצרכיה האנושיים הבסיסיים ביותר, האדישות המוחלטת לתגובתה, אי ההכרה בסבלה ובכאבה, כל אלה ניצבים בסתירה מוחלטת לצורך הבסיסי ביותר בכבוד אנושי. אנדרסון (2005) מתארת אירוע שכזה שבו בעוד הנאנסת מתחננת מהבחור שיפסיק, הוא אינו שועה לתחינותיה, מצמיד אותה לרצפה וחודר לתוכה בעודה מתייפחת. אנדרסון מסכמת את דיווחה כך "סיפור זה מתמצת את מה שרוב ... קורבנות האונס חוות. דהומניזציה מינית פולשנית, זה מה שהן חוות" (עמ' 644).

הפגיעה המינית חותרת אפוא תחת הצורך הראשוני והקיומי להיראות על ידי האחר ולקבל ממנו יחס הומני אלמנטרי, הקולט את צרכיה ורצונותיה ומכבדם. החס עליה מפני פגיעה ונזק. אך האנס אינו רואה אותה. הוא אדיש לתגובותיה, למחאתה, לבכייה, לתחנוניה וממשיך בשלו כאילו לא הייתה היא אדם. הוא בוחר לא לראות את סימני מצוקתה ומחפיץ אותה ככלי לשימוש. מדובר בהיבט קריטי ומכריע של האירוע, המסמן את הגבול בין פגיעה להימנעות ממנה. לו היה התוקף רואה מולו בת אדם ולא רק גוף לשימוש היה קולט את חוסר רצונה ונמנע מפגיעה בה. שלילת אנושיותה של הנפגעת היא המאפשרת לתוקף לעשות בה כבשלו. יש והנפגעת מתחננת על נפשה לבלי הועיל בעוד התוקף ממשיך בשלו כאילו לא הייתה היא אדם בשר ודם. במקרים אחרים היא משתקת, בעוד התוקף בוחר לא לראות את סימני מצוקתה. אנסים רבים מאששים שנישול הקרבן מאנושיותה היה תנאי קדם לביצוע האונס אשר בלעדיו לא יכלו לבצע את התקיפה.

וכך, בעוד הנזק הגופני מזוויע וכואב, האלמנט שאפשר את הנזק הזה, דהיינו, הדהומניזציה, פוגעת בעמקי הנשמה. מדיווחים קליניים רבים עולה כי אחד ממקורות הכאב הגדולים ביותר של נפגעות הפגיעה המינית היא ההרגשה שהתוקף לא ראה בה אדם, שהיא נהפכה בידי כללי לסיפוק צרכיו, תוך התעלמות מוחלטת משלה. ננסי וונבל-ריין (Venable-Raine, 1998), לדוגמה, מתארת בספרה את תחושת הדהומניזציה שחוותה באונס שעברה על בשרה: "ידעתי שבכלל לא שינה לו שאני קיימת, שלא רציתי את המגע המיני הזה, שאני ייצור אנושי ולא איזה חפץ שאפשר לפלוש לתוכו, לחבוט בו ואפילו להרוג אותו". היא גם מעבירה את תחושת ההחפצה הנלווית, בציינה כי "האנס ... פשוט הפך את הגוף שלי לחפץ", ובכך גזל ממנה את אנושיותה (עמ' 163). אף כי נפגעות רבות מתארות את תקיפתן במונחים של שלילת אנושיותן, לא הוקדשה עד היום כמעט כל תשומת לב מחקרית לתגובה רווחת זו.

המשגה זו של אקט האונס מתכתבת עם זו של קמיר (2004) הרואה באינוס פגיעה בכבוד הסגולי של הנפגעת, שהינו, לתפיסתה, מהות יסודית ומולדת המצויה בלב הקיום האנושי, והמקנה לפרט זכות בסיסית ליחס אנושי, למעמד של אדם בכל מובן. חווית הדהומניזציה, הנמצאת במקד ההמשגה הנוכחית, מתייחסת לשלילת המעמד הזה בדיוק. בהלימה להמשגתה של קמיר, הדהומניזציה שבאינוס היא פגיעה באותה מהות אנושית יסודית. היא התייחסות לנפגעת כאל חפץ לשימוש מיני כוחני, כאמצעי לסיפוק צרכי התוקף המנשל אותה ממעמדה האנושי ושולל

ממנה את זכותה הבסיסית לקיום חופשי מפלישה לתחומה. היא מפרה את זכויותיה ומבזה את אנושיותה, בהפכה אותה לגוף ללא נפש, למטרה דוממת.

המודל הנוכחי רואה בדהומניזציה את אחד הגורמים העיקריים למצוקה הנפשית הקשה בעת האונס ולאחריו. אחת מתוצאותיה העיקריות היא תחושה עזה ועמוקה של השפלה, המדווחות על ידי נפגעות אונס באופן גורף (הרמן, 1994; קמיר, 2004; Koss & Hartling & Luchetta, 1999; Harvey, 1991). שלילת אנושיותה, ההתעלמות המוחלטת והטוטאלית מרצונותיה וצרכיה של הנפגעת, הכפפתה לרצונו של התוקף, השימוש בה כחפץ, הרמיסה האכזרית והנתעבת של כבוד האדם שלה מתרגמים לתחושת השפלה קשה. בסקירה מעמיקה של דיווחי נפגעות בסקר נפגעי עבירה בארה"ב (National Crime Victimization Survey) זיהתה וייס (Weiss, 2010) את תחושת ההשפלה כאחת התגובות המרכזיות ביותר לאונס. הנפגעות אף דיווחו כי ההשפלה נוטה להתגבר כפונקציה של ההיכרות עם הפוגע, כשאונס בידי בן זוג אינטימי הוא משפיל במיוחד. גם ממחקרים נוספים עולה כי השפלה היא תגובה פרי-טראומטית שכיחה לאונס ומהווה מנבא מובהק של הסימפטומטולוגיה לאחר אונס, כגון דיכאון ו-PTSD (Rizvi et al., 2008). יתרה מזו, עולה שלתגובה זו גם השפעה שלילית על נכונותן של הקורבנות לדווח על האונס, כשהן נמנעות מלהגיש תלונה בשל רגשות הבושה והביזוי.

המודל המוצג כאן רואה אפוא בתחושות הדהומניזציה, ההחפצה וההשפלה תגובות פרי-טראומטיות מרכזיות לאונס. יתרה מזו, הנחת היסוד שלו היא שתגובות אלה עשויות למלא תפקיד מכריע בגרימת תגובה פרי-טראומטית נוספת לתקיפה מינית, הלא היא תגובת הקיפאון. ההנחה היא שהפגיעה הקשה בכבוד האדם מתקבלת בהלם ובתדהמה גדולים כל כך, שהיא יכולה לגרום לשיתוק החוסם את האפשרות להתנגדות פעילה. בהתאם לכך מוצג מודל סיבתי שעל פיו, דהומניזציה ונגזרותיה הן מנבאים עיקריים של תגובת הקיפאון, שבתורה צפויה להוביל לתסמינים פוסט טראומטיים חמורים.

תגובת קיפאון

תגובת הקיפאון מתייחסת לעכבה התנהגותית המונעת תגובה פעילה לאיומים משתקים והיא תגובה מוכרת ומוכחת לאירועים טראומטיים ככלל (Bracha et al., 2004; Volchana et al., 2011), ולטראומות מיניות מכל הסוגים בפרט (Bovin et al., 2008; Bucher & Manasse,)

2011; Fusé, Forsyth, Marx, Gallup & Weaver, 2007; Galliano et al., 1993; Gidycz, Van Wynsberghe & Edwards, 2008; Rizvi et al., 2008; תגובה זו גם נקשרה בעקביות לרמות גבוהות יותר של תסמינים פוסט טראומתיים (Bovin et al., 2008; Lima et al., 2010), ואפילו הוכחה כמנבא חזק יותר במובהק של תסמינים אלה לעומת גורמים אחרים ומבוססים יותר, כגון פחד (Rizvi et al., 2008).

בוצ'ר ומנאסי (Bucher & Manasse, 2011), לדוגמה, מצאו כי 42% מקורבנות האונס שהתראיינו למחקרן חשו שיתוק מוחלט במהלך התקיפה ואיבדו כל יכולת להפעיל התנגדות כלשהי, מילולית או גופנית. אחת מהן מצוטטת באומרה, "[הוא] התחיל לנשק לי את הצוואר והשדיים ואני קפאתי ... הגוף שלי קפא ... קפאתי". אחרת סיפרה, "הוא זרק אותי על הספה ולא יכולתי לזוז. פשוט שכבתי שם ... רציתי לצרוח, אבל לא יצא לי קול" (עמ' 133). ממצאים דומים הציגו גם גאליאנו ואחרים (Galliano et al., 1993), שרשמו שיתוק כזה אצל 37% מהקורבנות, וגידיצ' ואחרים (Gidycz et al., 2008), שדיווחו כי 39% מקורבנות התקיפות המיניות העידו על אי-יכולת לזוז או להגיב באופן כלשהו במהלך התקיפה.

הספרות בנושא הטראומה נוהגת לקשר את תגובת הקיפאון לתגובות פרי-טראומטיות של פחד, איום וחוסר אונים (בין השאר, Lima et al., 2010; Bovin et al., 2008). עם זאת, נאמר גם שגורמים אלה מסבירים רק 25% מן השונות (Fusé et al., 2007). לפיכך הכרחי להסביר את השונות הנותרת באמצעות בדיקה של גורמים פתוגניים אחרים. המודל הנוכחי שואף לעשות זאת על ידי המשגה של דהומניזציה, החפצה והשפלה כגורמים מרכזיים נוספים לשיתוק הפרי-טראומטי.

נראה כי נוסף על תחושות הפחד והאיום במהלך האונס, גם ההלם והשוק לנוכח הזלזול, הביזוי והיחס הלא אנושי מובילים לאובדן היכולת להגיב (Carlson & Dalenberg, 2000; Gidycz et al., 2008). היעדר ההתחשבות בצרכיה ובכאבה כל כך בלתי נתפס עד שכל מנגנוני התגובה השגרתיים לא מצליחים להיכנס לפעולה. התחושה שהתוקף לא רואה אותה כלל מחדדת לה באופן משתק עד כמה היא לכודה ללא מוצא. אמירות כגון "הייתי כל כך המומה שפשוט לא ידעתי מה לעשות ואפילו לא מה אני מסוגלת לעשות", כפי שמצוטט אצל בוצ'ר ומנאסי (2011, עמ' 130),

מדגימות את ההחלשה שבמצב הזה. המשגת הקיפאון ברוח זו יכולה גם לעזור להסביר את התרחשותו במקרי אונס שאינם כרוכים באופן בולט בפחד ובאיום. כך קורה לא פעם במקרים של אונס בידי מכר, למשל, כפי שעולה מסיפוריהן של קורבנות האונס שחקרו בין השאר בוצ'ר ומנאסי (2011) וגאליאנו ואחרים (1993).

זאת ועוד: הבהרת טבעו של השיתוק בעת אונס יכולה לסייע בשינוי התפיסות המוטות הרווחות, המפרשות בטעות תגובה בלתי רצונית זו כהימנעות מכוונת מהתנגדות (Branscombe, Wohl,) (Owen, Allison & N'gbala, 2003; Ullman, 1996). דבר זה חשוב במיוחד לאור הקשר המובהק בין הגינוי החברתי הנפוץ לבין ההאשמה העצמית החמורה הנחוית על ידי נפגעות אונס רבות. חשיפת מקורותיו של השיתוק בעת האונס לצד שיעורי שכיחותו עשויה לשכך גם במקצת את כאבן של שורדות רבות התוהות מדוע לא נאבקו בתוקף.

לסיכום, מחקר זה מבקש לבחון מודל תיאורטי של סיבתיות, שעל פיו דהומניזציה והשפלה פרי-טראומטיות בעת האונס צפויות להוביל לתגובת קיפאון ושיתוק; ובעקבות זאת, להאשמה עצמית ול-PTSD ברמות גבוהות. ניתן אפוא לראות את אשכול התגובות המונע על ידי שלילת האנושיות הבלתי נסבלת כגורם שיוצר את אחד הנתבים המרכזיים המובילים מטראומת האונס אל תוצאותיו הנפשיות הקשות. זאת, במקביל לתגובות פרי-טראומטיות אחרות כגון תחושות פחד ואיום. צפוי שמודל ספציפי זה יראה התאמה קלושה יותר לסוגי טראומה אחרים, כגון הלם קרב, פיגועי טרור, תאונות דרכים, אובדן פתאומי וכך הלאה. בנוסף, כל המשתנים הפרי-טראומטיים והפוסט-טראומטיים צפויים להיות קיצוניים יותר אצל נפגעות אונס בהשוואה לקורבנות סוגי הטראומה האחרים.

השיטה

המדגם

252 נבדקים השתתפו במחקר, מתוכם 185 (73.1%) נשים ו-68 (26.9%) גברים. גיל המשתתפים נע מ-18 עד 74, עם ממוצע 33 ($SD = 11.64$). 46% היו רווקים, 33.5% נשואים, 7.9% בזוגיות קבועה, ו-7.2% גרושים, פרודים או אלמנים. 33.8% מן המדגם היו סטודנטים, 38.7% עבדו כשכירים, 12.4% היו עצמאים, ואצל 10.2% הנותרים לא היה ידוע המצב התעסוקתי.

ההליך

המחקר נערך באמצעות שאלון אינטרנטי לדיווח עצמי, כששתתפיו מגויסים באמצעות הפצה של טופס מקוון. ההזמנה להשתתף במחקר נשלחה בדוא"ל לרשימות תפוצה ורשתות חברתיות שונות ברחבי הארץ, מלווה בבקשה להעביר את השאלון הלאה לכמה שיותר אנשים. השאלון התפרסם ברשת במשך שלושה חודשים. כך המשיכו והצטרפו משתתפים, בזמן ובמקום שבחרו לעשות זאת.

המחקר הוצג כחקירה של ההתמודדות עם אירועי חיים קשים, ותואר כבעל ערך חברתי משמעותי. ההשתתפות הייתה התנדבותית לחלוטין ולא הוצעו כל תגמולים לעידודה. הובטחה אנונימיות על ידי שימוש בטופס אלקטרוני, שהעביר את הנתונים היישר למסד נתונים ללא כל פרטים מזהים בנוגע לאדם שמילא אותו.

מדדים

במחקר נעשה שימוש בשאלון לדיווח עצמי שכלל מדדי חשיפה לאירועים טראומטיים, תגובות פרי-טראומטיות ופוסט-טראומטיות, התמודדות עם האשמה חברתית וכן שאלות דמוגרפיות.

חשיפה לאירועים טראומטיים

בסולם שפותח לצרכי מחקר קודם (Moor & Farchi, 2011) הוערכה החשיפה לסוגים שונים של אירועים טראומטיים, כולל אונס, שהוגדר כיחסי מין כפויים; הטרדה מינית; אובדן פתאומי של אדם אהוב; מעורבות בתאונת דרכים רצינית; דחק במהלך קרב; והימצאות בפיגוע טרור. הסולם מכיל שישה סעיפי "נכון-לא נכון" למדידת החשיפה לכל סוג טראומה, המתוארים במונחים התנהגותיים. משתתפים שחוו יותר מטרומה אחת התבקשו בסעיף האחרון לבחור את האירוע שהיה הטראומטי ביותר מבחינתם ולהמשיך לענות על כל המדדים המופיעים אחר כך ביחס לאותו אירוע בלבד. במקומות שניתן היה, נשאבו תיאורי הטראומה ממדדים קיימים. לדוגמה, הסעיף המתאר אירוע של אונס אומץ משאלון ההיפגעות מאונס של קוס ואורוס (Sexual Experiences Survey; Koss & Oros, 1982). רשימת טראומות זו בהחלט איננה ממצה, אלא משקפת את הסוגים השונים של תקריות העלולות לגרום לטראומה.

דהומניזציה, החפצה והשפלה פרי-טראומטיות

מכיוון שלא קיים בספרות, למיטב ידיעתנו, סולם למדידת תגובות פרי-טראומטיות של דהומניזציה, החפצה והשפלה, נבנה לצורך כך סולם של שישה סעיפים. הסעיפים נוסחו כדלקמן:

- באיזו מידה חשת שאנושיותך הופשטה ממך במהלך האירוע?
- באיזו מידה חשת שנעשית לחפץ במהלך האירוע?
- באיזו מידה הרגשת שנוצלת במהלך האירוע?
- באיזו מידה חווית תחושת השפלה במהלך האירוע?
- באיזו מידה הרגשת שנשללה ממך השליטה על המתרחש?
- באיזו מידה חשת פלישה חסרת התחשבות למרחב האישי שלך?

התשובות על כל סעיף דורגו בסולם ליקרט בעל חמש נקודות (0 = כלל לא, 4 = במידה קיצונית). מקדם אלפא של קרונבך לסולם זה במדגם הנוכחי היה 0.86.

תגובת הקיפאון

היקרות תגובת הקיפאון הוערכה בעזרת החלק הראשון של סולם השיתוק התנועתי (Tonic Immobility Scale – TIS; Forsyth, Marx, Fusé, Heidt & Gallup, 2000). מדד זה כולל עשרה סעיפים שנועדו להעריך את חוויית העכבה ההתנהגותית במהלך התקרית. למשיבים מוצגות תגובות ספציפיות ועליהם לציין אם חוו אותן ובאיזו מידה; לדוגמה, "לא יכולת לזוז למרות שלא הופעל נגדך כוח פיזי" או "רצית לפעול או להגיב אך לא הצלחת". התשובות דורגו בסולם ליקרט בעל חמש נקודות (0 = כלל לא, 4 = במידה קיצונית). תוצאות גבוהות יותר משקפות קיפאון ברמה גבוהה יותר. מקדם אלפא לסולם זה במחקר הנוכחי הוא 0.89.

האשמה עצמית

מדד האשמה העצמית עובד מתוך המדד של מאייר וטיילור המתייחס לאונס (Meyer & Taylor, 1986). סולם זה נועד להעריך האשמה עצמית הקשורה לאונס, ונעשה בו שימוש כאן בזכות יכולתו להתחבר להאשמה עצמית המושרשת בתרבות, שהיא העומדת במרכז מחקר זה. כדי להתאימו לחקירת האשמה עצמית במגוון סוגי טראומה, וכדי לתקן כל הטיה אפשרית, נכללו רק השאלות שסביר כי יתאימו לכל סוג של טראומה, ואילו הסעיפים הספציפיים לאונס הושמטו. לדוגמה, סעיפים כגון "יש יותר מדי פורנוגרפיה מסביב" הושמטו, משום שאינם רלוונטיים לאף

אחד מהאירועים האחרים מלבד אונס. הושארו הסעיפים הכוללים אמירות כגון "קיבלתי את מה שמגיע לי", "היה עלי להיזהר יותר" ועוד אמירות דומות. בסך הכול נבחרו עשרה סעיפים. מקדם אלפא של הסולם המעובד במחקר הנוכחי הוא 0.87. המשיבים דירגו את חשיבותן של האמירות הללו מבחינת תרומתן לניסיונות להסביר מדוע עברו את האירוע הטראומטי, בסולם ליקרט של 5 נקודות (1 = בהחלט לא נכון, 5 = נכון בהחלט).

PTSD – תגובת דחק פוסט טראומתית

תסמיני הדחק הפוסט-טראומתי הוערכו באמצעות סולם האבחון לפוסט-טראומה (Post-) (Traumatic Diagnostic Scale – PTDS; Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997). סולם זה מספק מדד גם לאבחנת PTSD וגם לחומרת התסמינים. הוא תואם לכל ששת הקריטריונים שבספר האבחנות הפסיכיאטריות האמריקאי (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition – DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) והתכונות הפסיכומטריות שלו הוכחו במדגם נרחב של קורבנות לסוגי טראומה שונים, נשים וגברים כאחד. מקדם אלפא של הסולם במחקר הנוכחי הוא 0.89. סולם אבחוני זה מורכב משלושה חלקים המעריכים את תסמיני ה- PTSD, מאפייני הטראומה ומשך התסמינים, וחוסר תפקוד בחיי היום-יום. במחקר הנוכחי השתמשנו רק בחלק הראשון, שכן התעניינו רק בתסמינים. החלק הראשון כולל 17 סעיפים המפרטים תסמינים פוסט-טראומטיים מייצגים. המשיבים מתבקשים לדרג את מספר הפעמים שחוו כל אחד מהתסמינים שברשימה. הדירוג מתבצע על סולם של ארבע נקודות (0 = כלל לא, 3 = כל הזמן).

התוצאות

מאפייני אוכלוסיית המחקר

היות שהמחקר הופנה מלכתחילה לאנשים שחוו טראומה מסוג כלשהו, כל 252 המשתתפים דיווחו כי עברו אירוע טראומטי אחד לפחות. לאור העובדה שכמעט כל קורבנות האונס במחקר זה היו נשים, ורק שניים מהם היו גברים – מה שהוציא מכלל אפשרות השוואות מגדריות – הוצאו הגברים הללו מן הניתוח. הנשים שעברו אונס היוו 13% מכלל הנשים המשתתפות. בדומה לכך, גם קורבנות ההטרדה המינית היו נשים בלבד, שהיוו 48% מכלל הנשים במדגם. שאר סוגי

הטראומה התחלקו כדלקמן: 53% מכלל משתתפי המדגם חוו אובדן פתאומי של אדם אהוב, 42.9% היו מעורבים בפיגוע טרור, 13.9% היו מעורבים בתאונת דרכים קשה, ו-6.4% דיווחו על מצבי קרב עתירי דחק (בעיקר גברים). בכל הקבוצות, למעט קורבנות האונס וההטרדה המינית שהיו נשים בלבד, היו משתתפים משני המינים.

בחינת ההיפותזות

בוצע ניתוח משוואות מבניות באמצעות AMOS 6.0 כדי לבחון את התאמת מודל הדהומניזציה למקרי אונס בהשוואה לטראומות אחרות. בנוסף נבחנה התאמתו של מודל כולל (all-inclusive), שבו הוספו למודל הקודם מרכיבים הקשורים לפחד, וכן גם מודל הממוקד בפחד בפני עצמו.

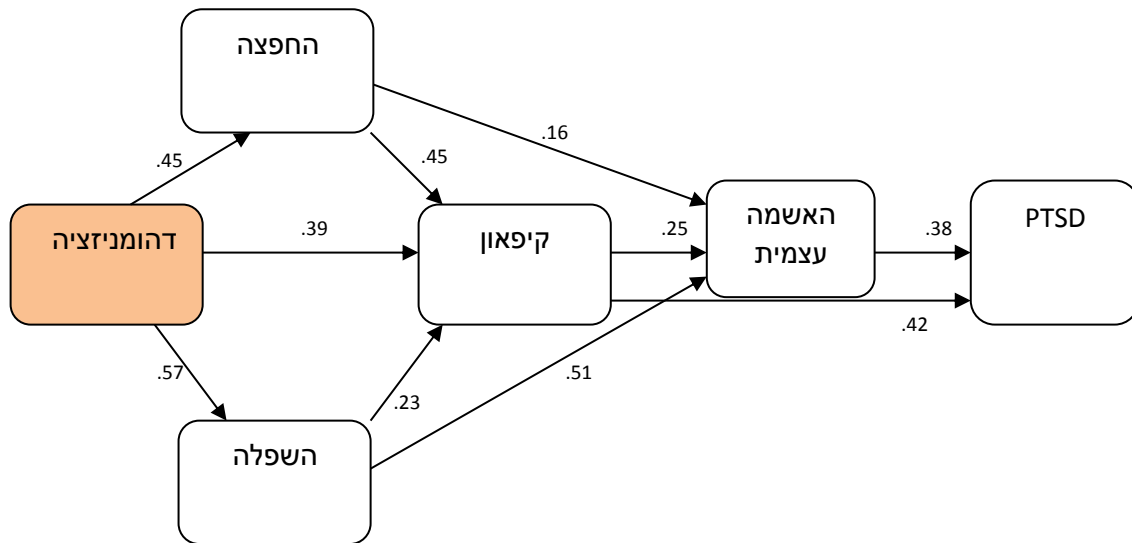
ראשית הוערכה ההתאמה של כל אחד משלושת המודלים הסיבתיים לקבוצת נפגעות האונס. הצעד הראשון בניתוח הנתונים היה בחינת מודל מקיף הכולל את התגובות הפרי-טראומטיות העומדות במוקד מחקר זה, הלא הן דהומניזציה ונגזרותיה, החפצה והשפלה – לצד אלה הנדונות יותר בהרחבה בספרות (קרי פחד וחוסר אונים), כמנבאי תגובת קיפאון, האשמה עצמית ו-PTSD.

התוצאות הראו כי למודל זה התאמה קלושה לנתונים: $\chi^2(9) = 11.10, p < .05, \text{normed fit index (NFI)} = .815, \text{root mean square error of approximation (RMSEA)} = .09, 90\% \text{ CI} = [.00, .24]$ – אף כי בארבעה ממשתני המודל הופיעו נתיבים מובהקים. אלה היו דהומניזציה כמנבאת השפלה והחפצה ($\beta = 0.57$ ו- 0.45 , בהתאמה), ותגובת קיפאון והאשמה עצמית כמנבאות PTSD ($\beta = 0.36$ ו- 0.32 , בהתאמה).

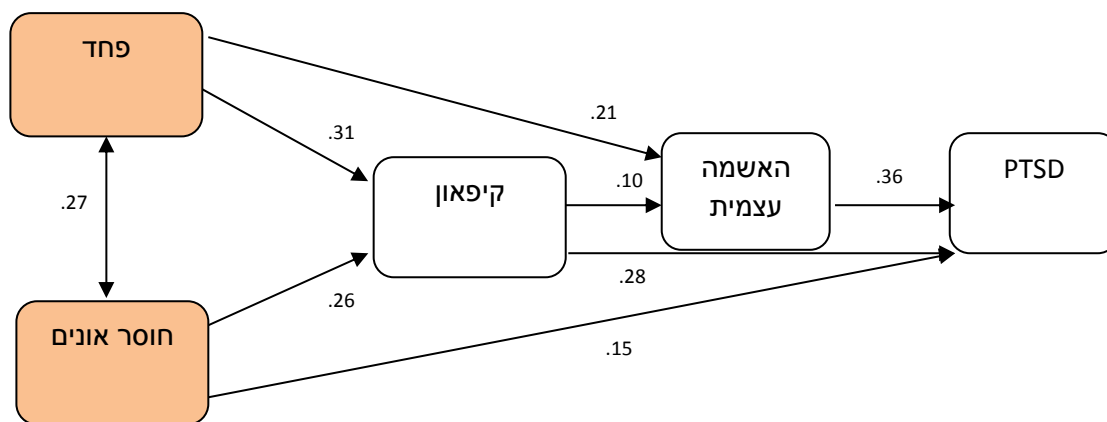
בשלב הבא הוסרו המנבאים שאינם כלולים במודל התיאורטי הנוכחי, והושארו כמנבאים רק המשתנים הקשורים לדהומניזציה. צעד זה שיפר משמעותית את התאמת המודל וכעת נמצאה התאמה טובה מאוד לנתונים: $\chi^2(2) = 0.79, p > .05, \text{NFI} = .98, \text{RMSEA} = .00, 90\% \text{ CI} = [.00,$

18]. (ר' איור 1). במודל זה הדהומניזציה קשורה במובהק להשפלה, החפצה וקיפאון ($\beta = 0.57$, $\beta = 0.45$ ו- 0.39 , בהתאמה), כשקיפאון והאשמה עצמית מנבאות PTSD ($\beta = 0.42$ ו- 0.38 , בהתאמה). כל אלה היו מובהקים ברמה של $p < .05$.

כדי להעריך את תפקיד המנבאים שהוסרו בשלב 2, בוצע ניתוח נתיבים שלישי שבו שני משתנים, פחד וחוסר אונים, החליפו את הדהומניזציה ונגזרותיה בניבוי משתני התוצאה בטור דומה. מודל זה הראה התאמה טובה גם כן: $\chi^2(1) = 0.112, p > .05, NFI = .99, RMSEA = .00, 90\% CI = [0.00, .34]$ (ר' איור 2), מה שמעלה את הסברה שקיימים שני נתיבים נפרדים ועצמאיים מן האונס אל התסמינים.



תרשים 1: ניתוח משוואות מבניות כולל דהומניזציה, החפצה והשפלה פרי-טראומטיות כמנבאי קיפאון, האשמה עצמית ו-PTSD.



תרשים 2: ניתוח משוואות מבניות כולל פחד וחוסר אונים פרי-טראומטיים כמנבאי קיפאון,

האשמה עצמית ו-PTSD

שלישית, שני המודלים הסופיים נבדקו ביחס לנפגעי הטראומות האחרות כקבוצה, ללא נפגעות ההטרדה המינית. התוצאות הראו התאמה קלושה של המודל הנגזר מדהומניזציה לאוכלוסייה זו: $\chi^2(3) = 21.58, p < .05, NFI = .95, RMSEA = .19, 90\% CI = [.101, .235]$ התאמה טובה מאוד למודל הפחד וחוסר האונים: $\chi^2(1) = 0.5, p > .05, NFI = .99, RMSEA = .19, 90\% CI = [.00, .125]$.

כדי להשוות את השכיחות היחסית של משתני הניבוי והתוצאה בקרב קורבנות האונס לעומת האחרים, נערך ניתוח שונות רבת משתנים. התוצאות מוצגות בטבלה 1. ההשוואה בין קורבנות האונס לבין קורבנות כל שאר סוגי הטראומה הניבה הבדלים מובהקים לכל אורכה. השוואות ניתוחי המשך של טוקי (Tukey post-hoc comparisons) חשפו, כצפוי, כי מצבן של נפגעות האונס היה גרוע בהרבה בכל המדדים בהשוואה לקבוצות האחרות. במקום השני מבחינת חומרה דורגה הצורה השנייה של האלימות המינית שנבחנה, קרי הטרדה מינית – מלבד במדדי הפחד ו-PTSD, שבהם הם קרוב דורג שני.

טבלה 1: השוואה בין נפגעות אונס ונפגעי טראומות אחרות ביחס לכל המשתנים, ממוצעים

וניתוח מרובה משתנים של מקדמי שונות

F	אובדן פתאומי	תאונת דרכים	הלם קרב	פיגוע טרור	הטרדה מינית	אונס	
*66.86	0.75	0.61	0.80	0.77	2.80	3.61	דהומניזציה
*55.18	0.46	0.30	0.80	0.74	3.18	3.85	החפצה
*46.77	0.42	1.09	0.30	0.63	3.03	3.62	השפלה
*9.27	1.39	1.91	2.50	2.45	2.51	3.69	פחד
*4.24	2.57	2.40	2.38	2.31	3.09	3.78	חוסר אונים
*18.55	1.06	1.15	0.86	0.85	2.25	3.08	תגובת קיפאון
*23.12	0.39	0.94	0.80	0.48	1.60	2.58	האשמה עצמית
*10.57	8.76	8.65	16.40	6.19	7.26	25.92	PTSD
*9.47	0.45	0.89	0.60	0.49	0.90	1.74	האשמה חברתית

הערה: PTSD = הפרעת דחק פוסט טראומטית (post-traumatic stress disorder) * $p < .00$

כמו כן, בוצע גם ניתוח של פיזור התגובות מעל ומתחת לחציון בתוך כל סוג טראומה. התוצאות מוצגות בטבלה 2 ומראות כי אחוז גבוה משמעותית של קורבנות אונס הציגו רמות גבוהות יותר של כל התגובות לאירוע, הן במהלכו והן לאחריו.

טבלה 2: רמת התגובות הפרי-טראומטיות והפוסט-טראומטיות בסוגי טראומה שונים, מבוטאות

באחוזים מעל ומתחת לחציון

האשמה חברתית	אשמה	קיפאון	השפלה	החפצה	דהומניזציה
--------------	------	--------	-------	-------	------------

	גבוה	נמוך	גבוה	נמוך	גבוה	נמוך	גבוה	נמוך	גבוה	נמוך	גבוה	
אונס	97%	3%	98%	2%	91%	9%	89%	11%	88%	12%	54%	46%
הטרדה מינית	81%	9%	80%	20%	76%	24%	67%	33%	46%	54%	26%	74%
פיגוע טרור	12%	88%	13%	87%	13%	87%	12%	88%	8%	92%	0	0
הלם קרב	8%	92%	23%	77%	8%	92%	8%	92%	30%	70%	7%	93%
תאונת דרכים	8%	92%	6%	94%	24%	76%	16%	84%	4%	96%	5%	95%
אובדן פתאומי	5%	95%	11%	89%	7%	93%	16%	84%	3%	97%	3%	97%

לבסוף, כדי לשלול את האפשרות שהשינוי ברמות ה-PTSD וההאשמה העצמית הוא פונקציה של מגדר, נערך ניתוח שונות של 2×5 (מגדר x סוג טראומה). התוצאות הראו אפקט מרכזי מובהק ביותר לסוג הטרומה הן ב-PTSD והן בהאשמה עצמית ($F = 6.95$ ו- 14.65 , בהתאמה; $p < .00$ בשניהם), ואילו המגדר לא הראה אפקט מרכזי ואף לא הייתה אינטראקציה משמעותית. ניתוחי המשך של טוקי הראו רמות גבוהות מובהקות של PTSD והאשמה עצמית אצל נפגעות האונס בהשוואה לכל אחת מן הקבוצות האחרות.

דיון

תוצאות המחקר תומכות במודל התיאורטי הסיבתי שלפיו דהומניזציה פרי-טראומטית ונגזרותיה, החפצה והשפלה, הנן מנבאים מובהקים של קיפאון בעת אונס, שהוא בתורו מנבא מובהק של האשמה עצמית ו-PTSD, הקשורים בעצמם זה לזה. מכך מסתבר שקיומם של דהומניזציה ושיתוק פרי-טראומטיים הוא גורם סיכון משמעותי להתפתחות תסמינים לאחר אונס. יתר על כן, נראה שמודל סיבתי זה ייחודי למדי לטראומה של אונס, ובכך מבדיל בינה לבין צורות טראומה אחרות, כשכל המרכיבים, הן של ניבוי והן של תוצאה, מובהקים יותר בזו הראשונה מאשר באחרות.

תגובות פרי-טראומטיות רבות שנדונו בהרחבה בספרות, הטיפוסיות לאונס כאירוע טראומטי, מאפיינות גם צורות טראומה אחרות: פחד, ניתוק, איום ועוד (הרמן, 1994; Foa & Rothbaum, 1998). אולם לצד תגובות אלה, נראה כי טראומת האונס מתאפיינת גם בתגובות פרי-טראומטיות הייחודיות לה, והתעלמות מהן עשויה לפגוע ביעילות הטיפול באוכלוסייה מסוימת זו. הממצאים המדווחים כאן, בהלימה לתיאורים קליניים ותיאורטיים אחרים של מקרי אונס (בין השאר, הרמן, Anderson, 2005; Carlson & Dalenberg, 2000; Koss & Harvey, 1991; Roberts, 1994), מדגישים את העובדה כי אונס הוא אחת החוויות המחפצות והמשפילות ביותר, הגוזלת מחלק ניכר מן הקורבנות את התחושה הבסיסית העמוקה של כבוד האדם.

התוצאה ברוב המקרים היא תגובה פרי-טראומטית נוספת, פתוגנית במיוחד, בדמות שיתוק או קיפאון. אמנם שיתוק טראומטי כבר תואר בהרחבה במחקרים קודמים על טראומה (למשל, Bovin et al., 2010; Lima et al., 2010; Fusé et al., 2007; et al., 2008), אך בעבר הוא לא נקשר לדהומניזציה או להשפלה. לפיכך הממצא המחבר את תגובת הקיפאון לאשכול התגובות המתקשר לשלילת האנושיות הוא תוספת חשובה להמשגת שורשיו של השיתוק הטראומטי באונס, שעד כה נקשר באופן בלעדי כמעט לפחד ולאיום (למשל, Bracha et al., 2004; Volchana et al., 2011).

העובדה שהמודל המבוסס על שלילת האנושיות התאים הרבה פחות לתיאור החוויה הנגרמת מסוגי טראומה אחרים, כגון הלבם קרב, פיגועי טרור, תאונות דרכים, אובדן פתאומי וכן הלאה, דורשת תשומת לב מיוחדת; היא מצביעה על כך שיש משהו ייחודי למדי באונס, המציב אותו בנפרד מטרומות אחרות מכמה בחינות חשובות. מתברר שהחוויה של יחס לא אנושי מנפצת אצל הקורבנות את תחושת העצמי וכבוד האדם באופן שאין לו אח ורע.

זאת ועוד: העובדה שהדהומניזציה ונגזרותיה ייחודיות למדי לאונס ולצורות אחרות של אלימות מינית, אך אינן מאפיינות סוגי טראומה אחרים כמעט כלל, עשויה להסביר את ההתייחסות המועטה לכך בספרות הטראומה. השמטה זו עלולה לגרום לאשכול תגובות זה לחמוק מעיני המטפלים, שלא בטובתן של הנפגעות. הממצאים המדווחים כאן מדגישים את חשיבות ההתייחסות לתגובות פרי-טראומטיות אלה, השכיחות ביותר במקרי אונס, כנוהל קבוע, על מנת להעניק לנפגעות טיפול מיטבי.

בה בעת, העובדה שמודל סיבתי הממוקד בפחד ובחוסר אונים פרי-טראומטיים התאים היטב לכל סוגי הטרומה, כולל אונס, מעידה על קיומם של מאפיינים משותפים. המשמעות של ממצא זה היא כי הטיפול בנפגעות אונס חייב להיות מקיף ולהתמקד באופן שווה בכל התגובות הפרי-טראומטיות הרלוונטיות, הן הייחודיות והן המשותפות. יתרה מזו: מן הממצא של התאמה חלשה של המודל המשולב, שפָּלל גם את הנתיב שמקורו בדהומניזציה וגם את זה שמקורו בפחד, עולה ששני הנתיבים הללו מקבילים אך עצמאיים. מכאן שחשוב לטפל בכל אחד מהם בנפרד. בסיכומו של דבר, ממצאים אלה מדגישים את חובת ההיכרות עם ריבוי התגובות הפרי-טראומטיות הספציפיות לאונס על מנת להגיע לתוצאות הטיפוליות היעילות ביותר.

משמעותיים לא פחות הם הממצאים בדבר רמתן הגבוהה יותר של התגובות הפרי-טראומטיות והפוסט-טראומטיות בקרב נפגעות אונס בהשוואה לנפגעי טראומות אחרות, זאת מעבר לממצאים של נתיבים סיבתיים שונים. מתברר שאונס מביא לעלייה חמורה במיוחד במגוון תגובות פרי-טראומטיות ויוצר רמות גבוהות יותר משמעותית של דהומניזציה, החפצה, השפלה וקיפאון. היוצא מן הכלל היחיד הוא המקרה של הטרדה מינית, אשר כצפוי (Esacove, 1998), דומה לאונס מבחינת אשכול תגובות זה, אף כי ברמה נמוכה יותר.

באותו אופן, גם ההאשמה העצמית וה-PTSD קיצוניים יותר משמעותית לאחר אונס בהשוואה לטראומות אחרות. ממצא זה משחזר ממצאים דומים במחקרנו הקודם (Moor & Farchi, 2011), שבו תועדו הבדלים דומים בחומרתם בין אונס לבין טראומות אחרות במשתנים אלה. מכאן ניתן להסיק שההבדל בפנומנולוגיה של טראומת האונס ביחס לטראומות האחרות, כפי שתועד במחקר זה, הוא האחראי העיקרי לשונות העקבית בתסמינים. מסקנה זו נתמכת גם על ידי שלילת המגדר כגורם מנבא מבדיל, המדגישה לפיכך את מרכזיות סוג הטרומה בקביעת התוצאה.

מבין התגובות הפרי-טראומטיות השכיחות יותר במקרי אונס יחסית לטראומות שאינן מיניות, יש להקדיש תשומת לב מיוחדת לתגובת הקיפאון, בשל השלכותיה השליליות לנפגעות בדמות האשמה עצמית וחברתית. העובדה שתגובה זו מתרחשת בשיעורים גבוהים כל כך, בקרב כ- 89% מן הנפגעות, מעידה שיש לראות בה לא פחות מתגובה נורמטיבית לאונס. מסקנה זו מתכתבת עם אינדיקציות דומות קודמות (למשל, Bovin et al., 2008; Fusé et al., 2007; Lima et al.,

(2010).

ניתן אפוא לראות בממצאים שהוצגו כאן משנה תוקף לטענה שקיפאון הוא תגובה הישרדותית לאונס, המכוונת להימנעות מפגיעה נוספת בנסיבות בהן אין לנפגעת אופציות רבות אחרות. התוקף הרי לא רואה בה אדם ואינו מגלה כל נכונות לעצור בעד עצמו. בהתאם לכך, יש לראות בתגובת הקיפאון את ההסבר הטוב ביותר לתגובות של רוב רובן של קורבנות האונס במהלך התקיפה (Bracha et al., 2004). במאמר מוסגר, השכיחות הגבוהה למדי של קיפאון משתק בעת הטרדה מינית, המדווחת ע"י 67% מן הנפגעות, מוכיחה כי תגובה זו אופיינית גם לפגיעות מיניות מסוגים שונים.

הכרה בשכיחות הגורפת של תגובת הקיפאון בעת אונס יכולה אפוא לשמש לסתירת האמונות הרווחות בציבור באשר לאחריות הקורבן (למשל, Branscombe et al., 2003; Bucher & Manasse, 2011; Ullman, 1996; Ullman, & Peter-Hagene, 2014). ההבנה כי זוהי תגובה נורמטיבית לתקיפה מינית יכולה לשחרר את הנפגעות מכבלי ההאשמה החברתית והעצמית גם יחד. נפגעות אונס שקפאו במהלך תקיפתן יכולות לחוות הקלה ניכרת מההבנה שהן הגיבו באופן טיפוסי ביותר, כפי שמוכיחים ממצאים אלה ודומיהם. הדבר יכול להפחית במידה רבה מכובד ההאשמה העצמית הרובצת על כתפיהן.

בדומה לכך גם האשמת הקורבן החברתית יכולה לשכוח, ככל שמתבהרת נורמטיביות תגובת הקיפאון. נקודה זו חשובה במיוחד לאור הממצא המעיד על רמות האשמה חברתית גבוהות בהרבה בעקבות אונס בהשוואה לסוגי טראומה אחרים. ההבדל הזה לא רק מאשש ממצאים קודמים של האשמת קורבן חמורה בעקבות אונס (למשל, Bucher & Manasse, 2011; Campbell, 1998; Lebowitz & Roth, 1994), אלא גם מחדד עוד יותר את ההכרח בשינוי גישה רחב היקף. בהתחשב בכך שהאשמת הקורבן ניצבת בסתירה לתמיכה סביבתית החיונית כל כך להתאוששות מטרומה (למשל, Botta & Pingree, 1997; Flannery, 1990; Ullman, 1999; Ullman, & Peter-Hagene, 2014), נודעת חשיבות מכרעת לשינוי כזה במודעות הקולקטיבית.

יתרה מזו, יש צורך להתחיל לחשוב אחרת על מהות ההתנגדות למין כפוי באופן שייתן ביטוי לממצאים אלה ודומיהם, הסותרים באופן מוחלט את ההקבלה הרווחת בציבור בין קיפאון להסכמה. ההוכחה כי תגובת הקיפאון נובעת באופן משמעותי מהלם הדהומניזציה, בנוסף לפחד ולאימה, צריכה לקדם את המודעות לכך ששיתוק בהקשר של אינטראקציה מינית הוא כשלעצמו

ביטוי ברור – אף כי נטול תנועה – להיעדר הסכמה. שינוי כזה בתפיסת השיתוק בעת אונס יקדם את החברה כברת דרך ארוכה לקראת הפחתה בהאשמת הקורבן, ויעלה בד בבד את המודעות למשמעותה הבין-אישית האמיתית של הקפיאה בעת אונס – שהיא תמיד ביטוי חד משמעי לאי הסכמה ולעולם לא להיפך.

מגבלות

אמנם מחקר זה מציג תוצאות משכנעות, אך יש לזכור שעשויות להיות לו מגבלות דגימה אחדות. בפרט, ייתכנו ספקות בדבר ייצוגיות המדגם בשל היותו מהסוג המקוון, שמעצם טבעו מוגבל לאנשים בעלי גישה למחשב בלבד. דגימה זו יכולה גם לייצר מגבלה של הטיה בתשובות, שכן אלה שבחרו לקחת חלק במחקר אולי עשו זאת מסיבות מוטות. בה בעת, מדגם מסוג זה מאפשר גישה לקשת רחבה יותר של אנשים ממה שניתן היה לדגום באמצעים אחרים. מה גם שכל מוטיבציה מוטה להשתתף במחקר כגון זה תאוזן בוודאי על ידי המגמה המנוגדת להימנע מעיסוק בחומרים כואבים כאלה. בנוסף, כל המגבלות הללו משפיעות מן הסתם על כל אוכלוסיות המחקר באותה מידה, ולפיכך אינן פוגעות בהשוואה בין הקבוצות.

ההתמקדות הבלעדית של המחקר בנפגעות אונס שכולן נשים בוגרות עשויה להגביל את האפשרות להכליל את ממצאיו לאוכלוסיות אחרות של קורבנות אונס, כגון גברים וילדים. נוסף על כך, ייתכן שחוסר המידע על אודות חשיפה לטראומות קודמות, המשפיעות כידוע על תגובות פרי-טראומטיות ופוסט-טראומטיות בכלל ועל תגובת הקיפאון בפרט (למשל, Gidycz et al., 2008), אינו מאפשר לקבל תמונת מצב מלאה. בה בעת, שכיחותן הגבוהה של התגובות הפרי-טראומטיות שנחקרו מרמזת שהתרחשותן איננה תלויה כפי הנראה בחוויות טראומטיות קודמות. עם זאת, במחקרים עתידיים יש לשאוף לחזור על החקירה עם מדגמים נרחבים ומייצגים יותר, רצוי מתוך מגוון של מערכים קליניים, ולהרחיב את קשת המרכיבים של החוויות הפרה-טראומטיות הנמדדות.

השלכות למניעה ולטיפול

לממצאים אלה השלכות מניעתיות כבדות משקל. כיוון שמתברר כי אונס הוא קודם לכול טראומה של דהומניזציה, יש לנקוט צעדים חינוכיים לקידום קשרים מיניים מכבדים שיבטיחו ששום אישה לא תזכה ליחס בלתי אנושי שכזה (Anderson, 2005). התערבויות כאלה צריכות לעודד תקשורת

מתחשבת בנוגע לאינטראקציות מיניות – תקשורת המכוונת בראש וראשונה להערכת כוונות האחר/ת, מתוך נכונות להעניק לה או לו התייחסות אנושית במלוא מובן המילה. תובנה זו מתכתבת עם המגמה העכשווית בתחום מניעת האלימות המינית הממירה את ההתמקדות בהבהרה ש'לא' הוא תמיד 'לא' למסר שיש לבקש ולקבל הסכמה לכל אינטראקציה מינית (Beres, 2014).

בנוסף, תכניות מנע חינוכיות חייבות להדהד את ההבנה החדשה של תגובת הקיפאון כאינדיקציה להיעדר הסכמה ולהדגיש כי בניגוד לאמונה הרווחת, חוסר תגובה בעת יחסים מיניים אינו מעיד בשום אופן על הסכמה, אלא להיפך; הוא בבחינת זעקה דוממת, המשדרת באופן היחיד האפשרי לנסיבות אלה, כי היא איננה מסכימה לדבר. טענה זו מתיישבת היטב עם ממצאים אחרים המראים כי בחורים מבינים בנקל שניתן להביע אי הסכמה בדרכים רבות ומגוונות, לעיתים ללא החלפת מילה כלשהי. למשל אובירני, רפלי והנסן (O'Byrne, Rapley, & Hansen, 2006) דיווחו כי בחורים שהשתתפו במחקרם הפגינו יכולת קליטה מעולה ביחס להתנגדות מילולית לסקס שלא כללה את המילה 'לא', וחשוב מכך, גם לביטויים בלתי מילוליים לאי הסכמה גם כן. יתרה מזו, גם אם חלק קטן ממקרי האונס אכן מתרחשים כתוצאה מחוסר בהירות לגבי משמעות השיתוק, הרי שמסגור מחודש זה צפוי לצמצם את שכיחות האירועים הללו.

בכוחם של ממצאים אלה גם לשפר את יכולתנו לטפל ביתר יעילות בשורדות אונס הפונות לטיפול. למעשה, בהתחשב בהקשר הבין-אישי הדורסני של הפגיעה המינית, היחסים הטיפוליים עצמם ממלאים תפקיד מרכזי ביותר בתהליך ההתאוששות. טיפול המציע לשורדות ברית טיפולית מכבדת יכול, בעצם מהותו, לסתור את תחושות ההשפלה ושליטת האנושיות הגלומות בתקיפה ולכונן מחדש את כבוד האדם של המטופלת. מתן תוקף בלתי מסויג לנרטיב האישי שלה והימנעות מוחלטת מאכיפת השקפה חיצונית על זו שלה, תקנה לנפגעת את התחושה שקולטים אותה ומתייחסים אליה שוב כאדם שלם ומוערך. כמובן שבנוסף לכך היא תצטרך לעבד את הזיכרונות הטראומטיים ולהבנות מחדש מערך שלם של קוגניציות חיוביות. טיפול המושתת על ההמשגה הנוכחית יקדם את ההבניה המחודשת של תפיסת עצמי חיובית ונטולת אשמה. כמו כן, פרוטוקולים מבוססי ראיות לעיבוד טראומות, כגון EMDR (Eye Movement Desensitization & Reprocessing), טיפול קוגניטיבי התנהגותי וחיפה ממושכת יכולים לסייע לעיבוד הזיכרונות הטראומטיים (Foa & Rothbaum, 1998; Shapiro & Maxfield, 2002). עם זאת, בהתבסס על

הממצאים שהוצגו כאן, נראה שהטיפול בנפגעות אונס צריך לשאוף, כמעט יותר מכל דבר אחר, לאפשר לנפגעת לתבוע בעלות מחודשת על מעמדה כאדם.

תודות לשותפיי למחקר משה פרחי, עינב בן מאיר ודקלה גולן על עזרתם בהוצאה לפועל של מחקר זה.

ביבליוגרפיה

הרמן, י. (1994). טראומה והחלמה. תל אביב: עם עובד.

קמיר, א. (2004). יש סקס אחר - הביאוהו לכאן. עברת האינוס בין הדרת כבוד (honor), שוויון וכבודו הסגולי של האדם (dignity) והצעה לחקיקה חדשה ברוח ערך כבוד האדם. *משפט וממשל*, ז', 669-766.

Anderson, M. J. (2005). All American rape. *St. John's Law Review*, 79, 625-644.

Beres, M. A. (2014). Rethinking the concept of consent for anti-sexual violence activism and education. *Feminism & Psychology*, 24, 373-389.

Bernat, J. A., Ronfeldt, H. M., Calhoun, K. S., & Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a non-clinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 645-664.

Botta, R. A. & Pingree, S. (1997). Interpersonal communication and rape: Women acknowledging their assaults. *Journal of Health Communication*, 2, 197-212.

Bovin, M. J., Jager-Hyman, S., Gold, S. D., Marx, B. P., & Solan, D. M. (2008). Tonic immobility mediates the influence of peritraumatic fear and perceived inescapability on posttraumatic stress symptom severity among sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 402-409.

Bracha, H. S., Ralston, T. C., Matsukawa, J. M., Williams, A. E., & Bracha, A. S. (2004). Does "fight or flight" need updating? *Psychosomatics*, 45, 448-450.

- Branscombe, N. R., Wohl, M. J. A., Owen, S., Allison, J. A., & N'gbala, A. (2003). Counterfactual thinking, blame assignment, and well-being in rape victims. *Journal of Applied Social Psychology, 25*, 265–273.
- Bucher, J. & Manasse, M. (2011). When screams are not released: A study of communication and consent in acquaintance rape situations. *Women & Criminal Justice, 21*, 123–140.
- Burt, M. R. (1980). Cultural myths and support for rape. *Journal of Personality and Social Psychology, 38*, 217–230.
- Campbell, R. (1998). The community response to rape: Victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems. *American Journal of Community Psychology, 26*, 355-379.
- Carlson, E. B. & Dalenberg, C. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence, & Abuse, 1*, 4-28.
- Flannery, R. B. (1990). Social support and psychological trauma: A methodological review. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 593-611.
- Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. NY: The Guilford Press.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment, 9*, 445-451.
- Forsyth, J. P., Marx, B., Fuse', T. M. K., Heidt, J., & Gallup, G. G., Jr. (2000). *The Tonic Immobility Scale*. Albany, NY: Authors.
- Fuse' T., Forsyth, J. P., Marx B., Gallup G. G., & Weaver, S. (2007). Factor structure of the Tonic Immobility Scale in female sexual assault survivors: An

- exploratory and confirmatory factor analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*, 265–283.
- Galliano, G., Noble, L. M., Puechl, C. & Travis, L. A. (1993). Victim reactions during rape/sexual assault: A preliminary study of the immobility response and its correlates. *Journal of Interpersonal Violence*, *8*, 109-114.
- Gidycz, C. A., Van Wynsberghe, A., & Edwards, K. M. (2008). Prediction of women's utilization of resistance strategies in a sexual assault situation: A prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*, *23*, 571-588.
- Griffin, M. G., Resick, P. A., & Mechanic, M. B. (1997). Objective assessment of peritraumatic dissociation: Psychophysiological indicators. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1081-1088.
- Hartling, L. M. & Luchetta, T. (1999). Humiliation: Assessing the impact of derision, degradation, and debasement. *The Journal of Primary Prevention*, *19*, 259-278.
- Kaysen, D. Morris, M. K., Rizvi, S. L., & Resick, P. A. (2005). Peritraumatic responses and their relationship to perceptions of threat in female crime victims. *Violence against Women*, *11*, 1515-1535.
- Koss, M. P., & Oros, C. J. (1982). Sexual experiences survey: A research instrument investigating sexual aggression and victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*, 455-457 .
- Koss, M. P. & Harvey, M. R. (1991). *The rape victim: Clinical and community interventions*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.
- Lebowitz, L. & Roth, S. (1994). "I felt like a slut": The cultural context and women's response to being raped. *Journal of Traumatic Stress*, *7*, 363-390.
- Lima, A. A., Fizman, A., Marques-Portella, C., Mendlowicz, M. V., Coutinho, S. F., Maia, D. C., Berger, W., Rocha-Rego, V., Volchan, E. D., Mari, J. J., & Figueira,

- I. (2010). The impact of tonic immobility reaction on the prognosis of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research, 44*, 224–228.
- Meyer, C. B., & Taylor, S. E. (1986). Adjustment to rape. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 1226-1234.
- Moor, A. & Farchi, M. (2011). Is rape-related self-blame distinct from other post traumatic attributions of blame? A comparison of severity and implications for treatment. *Women & Therapy, 34*, 447-460.
- Nixon, R. D., & Bryant, R. A. (2003). Peritraumatic and persistent panic attacks in acute stress disorder. *Behavior Research and Therapy, 41*, 1237–42.
- O’Byrne, R., Rapley, M., & Hansen, S. (2006). You couldn’t say “no”, could you? Young men’s understanding of sexual refusal. *Feminism and Psychology, 16*, 133-154.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52–73.
- Resnick, H. S. (1997). Acute panic reactions among rape victims: Implications for prevention of post-rape psychopathology. *National Center for PTSD Clinical Quarterly, 7*, 41-45.
- Rizvi, S. L., Kaysen, D., Gutner, C. A., Griffin, M. G., & Resick, P. A. (2008). Beyond fear: The role of peritraumatic responses in posttraumatic stress and depressive symptoms among female crime victims. *Journal of Interpersonal Violence, 23*, 853-868.
- Roberts, D. E. (1993). Rape, violence, and women's autonomy. *Chicago-Kent Law Review, 69*, 359

- Shapiro, F. & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 933-946.
- Silver, M., Conte, R., Miceli, M., & Poggi, I. (1986). Humiliation: Feeling, social control and the construction of identity. *Journal for the Theory of Social Behavior, 16*, 269-283.
- Ullman, S. E. (1996). Social reactions, coping strategies, and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly, 20*, 505-526.
- Ullman, S. E. (1999). Social support and recovery from sexual assault: A review. *Aggression and Violent Behavior, 4*, 343-358.
- Ullman, S. E., & Peter-Hagene, L. (2014). Social reactions, coping, perceived control and PTSD in sexual assault victims. *Journal of Community Psychology, 42*, 495-508.
- Venable-Raine, N. (1998). *After silence: Rape and my journey back*. NY: Three Rivers Press.
- Volchana, E., Souza, G. G., Franklina, C.M., Nordea, C. E., Rocha-Regoa, V., Oliveiraa, J. M., Davidc, I. A., Mendlowiczc, M. V., Silva, E., Coutinhod, F., Fiszmane, A., Bergere, W., Marques-Portellae, C., & Figueirae, I. (2011). Is there tonic immobility in humans? Biological evidence from victims of traumatic stress. *Biological Psychology, 88*, 13– 19.
- Weiss, K. G. (2010). Too ashamed to report: Deconstructing the shame of sexual victimization. *Feminist Criminology, 5*, 286 – 310.