

מוגבלות שכלית התפתחותית: תיאוריה, מחקר והשלכות יישומיות

מיכל אל-יגון | מלכה מרגלית

פגיעה מינית באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, טראומה ודרכי התערבות

רונית ארגמן

תקציר

אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה) נמצאים בסיכון גבוה למכלול מצבי הניצול והפגיעה, כולל פגיעה מינית, בהשוואה לאוכלוסייה ללא מוגבלות. מעבר למצבי ניצול ופגיעה מינית מדווח על חוויות חיים שליליות מרובות וטראומות נוספות וכן טראומה ראשונית של עצם קיום המוגבלות. מול נתונים קשים אלו קיים חוסר בהערכת והבנת תופעות אלו לעומק, חוסר בכלים מותאמים לאיתור והערכת טראומות ודרכי טיפול לאוכלוסייה זו. בפרק מודגשת חשיבות התערבות מערכתית ופרטנית במצבי טראומה בכלל ובמצבי פגיעה מינית בפרט, תוך התאמת דרכי ההתערבות לאפיוני האוכלוסייה.

הקדמה

אנשים עם מוגבלות בכלל, ועם מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה) בפרט, נמצאים בסיכון גבוה למכלול מצבי הניצול והפגיעה, כולל פגיעה מינית, יותר מאנשים ללא מוגבלות. כמו כן, הם חשופים יותר למצבי חיים בעייתיים לאורך החיים, הזנחה בטיפול ופגיעות לחוויות טראומטיות, בהשוואה לאוכלוסייה הרחבה. גם בהשוואה לאחרים עם מש"ה נמצא, כי אלו שעברו פגיעות שונות חווים רמות גבוהות יותר של קשיים פסיכולוגיים וחברתיים מאחרים עם מש"ה שלא נפגעו (Dion et al., 2018; Mason-Roberts et al., 2018; McNally et al., 2021). למרות האמור, המודעות הציבורית והמקצועית נמוכה – הן בהתייחס לסיכון הגבוה לניצול ולפגיעה של אנשים עם מש"ה, הן לפגיעותם הגבוהה למצבי טראומה, והן לצורך בהתאמת דרכי הערכה ותוכניות טיפול (Mason-Roberts et al., 2018). פרק זה יסקור את תופעת הפגיעה המינית באנשים עם מש"ה, השלכות הפגיעה והתפתחות טראומה ותסמינים פוסט-טראומטיים והמלצות טיפוליות מותאמות לאוכלוסייה זו. זאת כדי לסייע לנפגעים לקבל מענים מותאמים לצרכיהם ואפיוניהם ולהקל על ההתמודדות וכדי להפחית את הסיכון לפגיעות חוזרות.

ניצול, אלימות ופגיעה מינית בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה)¹

אנשים עם מוגבלות נמצאים בסיכון גבוה למכלול מצבי הניצול, האלימות והפגיעה, יותר מאחרים ללא מוגבלות. ההכרה החברתית בקיום קשר בין מוגבלות וקורבנות עלתה בשנות ה-90'. מחקרים הצביעו בעקביות על פגיעות גדולה יותר של אנשים עם מוגבלות למכלול מצבי הפגיעה: פגיעה והזנחה רגשית, פגיעה פיזית (כולל הזנחה גופנית) ופגיעה מינית. לפי משרד המשפטים האמריקאי שכיחות הפגיעה (פגיעה מינית, שוד, אלימות פיזית ופגיעה כללית) באנשים עם מוגבלות בין השנים 2017-2019 הייתה בערך פי ארבעה יותר מאחרים ללא מוגבלות. כמו כן נמצא, כי תת הדיווח גדול יותר כאשר הנפגע הוא אדם עם מוגבלות – רק 17% מאוכלוסייה עם מוגבלות דווחו על פגיעה, לעומת 36% בקרב אנשים ללא מוגבלות (Harrell, 2021). אחוז הפגיעה הגבוה ביותר בתוך קבוצת המוגבלות היה של אנשים עם מש"ה (Harrell, 2021).

¹ בפרק זה נעשה שימוש במושג מוגבלות שכלית התפתחות (מש"ה). במחקרים ובספרות המקצועית העולמית מופיעים מושגים שונים לתיאור מגבלה קוגניטיבית (DD – Developmental disability; ID – Intellectual disability) שאינן בהלימה מלאה עם ההגדרות המקובלות בישראל.

גם סאליבן וקנוטסון (Sullivan & Knutson, 2000) מצאו, כי ילדים עם מוגבלות נמצאים בסיכון למכלול מצבי הפגיעה **יותר מפי שלושה** מאשר ילדים ללא מוגבלות – מתוכם ילדים עם קשיי התנהגות וילדים עם מש"ה היו בסיכון הגבוה ביותר לפגיעה. מנתונים אלו עולה, כי קיום מוגבלות הוא גורם המגביר את הסיכון לפגיעה (Hibbard et al., 2007). הסיכון עולה עוד יותר כאשר מדובר בילדים ואנשים עם מש"ה.

מבחינת מצבי ניצול ופגיעה מינית, בסוף שנות ה-40' של המאה הקודמת צוינו ארבע קבוצות אוכלוסייה פגיעות במיוחד: ילדים, קשישים, נשים ואנשים עם קשיים קוגניטיביים (Hentig, 1948). עד שנות ה-80' עיקר העיסוק בקורבנות פגיעה מינית היה בילדים ונשים. רק כעשור מאוחר יותר החלה התייחסות לסיכון לפגיעה מינית בקרב אנשים עם מוגבלות בכלל, ועם מש"ה בפרט. ככל שנאספו יותר נתונים עלה, כי אנשים עם מש"ה נמצאים בסיכון גבוה יותר לפגיעה מינית, הן ביחס לאוכלוסייה הרחבה והן ביחס למוגבלויות אחרות (Byrne, 2018). בין הגורמים, שהקשו על הבנת התופעה, בולטת השפעתן של התפיסות החברתיות (בקרב כלל האוכלוסייה, אנשי מקצוע ובני משפחה), הרואות אוכלוסייה זו כא-מינית, מתקשה לתפוס אותם כקורבנות פוטנציאליים לניצול מיני וכבעלי זכויות מיניות (Westcott & Jones, 1999). גם כיום, למרות מהפיכת Me Too Movement, לא ניתנה התייחסות לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלויות, הן כאוכלוסייה בסיכון גבוה לפגיעה, והן כמי שביכולתם להגן על עצמם, לדווח ולהתלונן על מצבי הפגיעה, נמוכים יותר משל נשים, גברים או ילדים ללא מוגבלות.

אלימות מינית – לפי ארגון הבריאות העולמי – כל פעולה מינית, ניסיון להשגת פעולה מינית, הערות או הטרדות מיניות לא רצויות, סחר או פעילות אחרת המכוונת נגד מיניות האדם – תוך שימוש בכפייה, או כאשר האדם לא יכול לתת הסכמה (למשל: בשל גיל, מצב רפואי ועוד) (Krug et al., 2002).

פגיעה מינית – טווח רחב של מצבים והתנהגויות מיניות מנצלות, עם וללא מגע, שמטרתן ליצור עוררות, גירוי או סיפוק מיני אצל הפוגע. אלו מתקיימים ללא הסכמה, או מתחת לגיל הסכמה, נגד רצון הנפגע, בכפייה, או תוך שימוש באיום, תוקפנות, או מניפולציות (Gil-Llario et al., 2019; Tomsa et al., 2021).

אפשר להרחיב את מושג הפגיעה המינית גם למצבים בהם מתקיימת חשיפה למצבים, תכנים והתנסויות מיניות שלא בהתאמה לגיל, שלב התפתחות, ידע וניסיון, וללא מיומנויות נדרשות כדי לנהל מצב זה בצורה מושכלת ומוגנת, ולעבד את חוויות האירוע לאחר מכן (Rittmannsberger et al., 2019).

במקרים של פגיעה מינית בקטינים וחסרי ישע – הגדרות שונות מדגישות את התלות המבנית, הפיזית והרגשית של הנפגע, בתוך המשפחה ומחוצה לה, וחוסר היכולת/יכולת מוגבלת לתת הסכמה מודעת ומדעת למגעים ויחסים מיניים (ארגמן, 2003).

על פי מחקרים שונים בעולם, שכיחות פגיעה מינית בקרב אנשים עם מש"ה נעה בין 14-32% כאשר מדובר בילדים, ו-7-34% בהתייחס למבוגרים (Byrne, 2018). לפי טומסה ואחרים (Tomsa et al., 2021), אחד מכל שלושה אנשים עם מש"ה נפגע מינית. אפיוני הפגיעה המתוארים בקרב אנשים עם מש"ה קשים יותר מאשר של אחרים ללא מוגבלות (ארגמן, 2003; Mansell & Sobsey, 1997; Lumley & Miltenberger, 2001)². בשל פערים גדולים בין המחקרים יש קושי לקבוע את הקשר בין מין הנפגע (נשים/גברים) לפגיעות, אולם נראה, כי בני שני המינים נמצאים בסיכון גבוה לפגיעה מינית. בהתייחס לקשר בין רמת התפקוד והפגיעות המינית, טומסה ואחרים (Tomsa et al., 2021) מציינים, כי ככל שרמת התפקוד גבוהה יותר, הסיכון לפגיעה עולה. קיים תת-דיווח וקושי של אנשים עם מש"ה לדווח על אירועי הפגיעה. לפי גיל-לריו ואחרים (Gil-Llario et al., 2019), רק 9.4% מנשים ו-2.78% מגברים עם מש"ה דיווחו באופן עצמי על פגיעה. תת-הדיווח קשור למשתנים רבים, כגון: קושי בהגדרת האירוע כפגיעה; קשיי תקשורת; חשש לחשוף את הפגיעה בפומבי; איום מצד הפוגע לא לספר; פחד שלא יאמינו לתלונה; קשר משמעותי עם הדמות הפוגעת; רמת תפקוד נמוכה. בהתאם, שכיחות ההעמדה לדין על פשעים אלה נמוכה בהרבה מאשר בפשעים המבוצעים נגד אנשים ללא מוגבלות (בריון, 2002; Byrne, 2018).

גם בישראל חסרים נתונים מדויקים וזמינים להיקף תופעת הפגיעה המינית באנשים עם מוגבלות בכלל ומש"ה בפרט. במחקר שנערך בקרב אוכלוסייה מבוגרת של דיירי מעונות פנימייה עם מש"ה ברמות תפקוד קל ובינוני – כמחצית (49.5%) מהנבדקים דיווחו על פגיעה מינית בעברם, ו-85% מהנפגעים דיווחו על ריבוי פגיעות/פגיעות חוזרות. נתונים אלו מעלים חשש, כי מי שנפגע פעם אחת, מועד להיות קורבן חוזר לפגיעות נוספות (רה-ויקטימיזציה). שכיחות הפגיעה בקרב גברים ונשים הייתה זהה, חלק מהפגיעות התקיימו בילדות וחלק בבגרות, חציים בקהילה

² ההבדלים בממצאי המחקרים השונים בעולם נובעים בין היתר מהגדרות שונות של המוגבלות, אופן איסוף המידע (תשאול של אנשים עם מש"ה, איסוף מידע מתיקי משטרה, בתי חולים או שירותי רווחה, תשאול אנשי מקצוע), הגדרת הפגיעה המינית, ומושפעים מתת-דיווח של הנפגעים ואחרים בסביבה, וקושי של אנשי מקצוע לזהות מצבי פגיעה וטראומה (Hibbard et al., 2007).

והשאר במסגרות הדיור. מרבית הפגיעות בוצעו בידי גברים – אנשים עם מש"ה (46%), זרים (24%), והשאר – בידי אנשים מסביבת המגורים, אנשי צוות ובני משפחה (ארגמן, 2003). במחקר נוסף, שנערך בארץ בקרב בני נוער נמצא, כי בנים ובנות עם נכות התפתחותית חוו פגיעות מיניות פי שתיים ורבע יותר ממתבגרים ללא מוגבלות (שחר, 2004).

על פי הגישה האקולוגית גורמי הסיכון לפגיעה מינית הם רבים ומגוונים (ארגמן, 2003; ארגמן 2018; Smit, 2019; וכוללים:

- גורמים תרבותיים-חברתיים והתייחסות שלילית כלפי האדם עם המוגבלות, מיצבו הנמוך בחברה ועמדות מפחיתות ביחס למיניות וקורבנות של אנשים עם מוגבלות.
- גורמים מערכתיים ומאפייני הסביבות המטפלות (בבית ומחוצה לו), כגון: העדר פרטיות, גבולות לא מותאמים בקשר עם מטפלים, חינוך לצייתנות, תחלופה מרובה של אנשי צוות וחוסר בחינוך מיני-חברתי ואסרטיביות.
- גורמים אישיים ומאפייני הלקות, למשל: תלות רגשית ופיזית באחרים, חוסר בכישורי הסתגלות, קשיי שפה ותקשורת, קושי בהבנת מצבים חברתיים, רצון לרצות ועוד.

התמונה העולה מהמחקר הקיים מראה, כי אנשים עם מש"ה נמצאים בסיכון מוגבר לפגיעה, כולל פגיעה מינית, יותר מאנשים ללא מוגבלות, מעצם היותם עם מוגבלות בכלל ומוגבלות שכלית בפרט. הנתונים הקיימים מצביעים על בעיה חמורה שעדיין קשה לאמוד את היקפה האמיתי, אולם אפשר להניח, כי אחד מכל שניים/שלושה אנשים עם מש"ה נפגעים. אפיוני הפגיעות קשות וקורבנות עוברים פגיעות חוזרות. המחקר בנושא דל, ויש צורך באיסוף מידע מקיף יותר להערכת התופעה, אפיוניה ומניעתה. בעקבות התפתחות השיח וההכרה כי מדובר בבעיה חברתית קשה, חל שינוי בהתייחסות הרשויות המטפלות ופיתוח תוכניות התערבות בעולם ובארץ (מרום ואחרים, 2002)^{3,4}.

בחלק הבא תהיה התייחסות להשלכות הפגיעה המינית על נפגעים עם מש"ה, תוך התייחסות נרחבת למצבי טראומה בקרב אוכלוסייה זו.

³ מנהל מוגבלויות במשרד הרווחה והביטחון החברתי מפעיל כיום בפריסה ארצית מרכזי הדרכה, חינוך, ייעוץ וטיפול בתחום המיני ובמצבי משבר לאנשים עם מוגבלות. המרכזים נותנים מענה לאנשים עם מש"ה בטווח רחב של מצבים בתחום המיני-חברתי, תוך דגש על מצבי סיכון, ניצול ופגיעה מיניים.

⁴ בשנת 2005 הועבר בארץ חוק הליכי חקירה והעדה (התאמה לאנשים עם מוגבלות שכלית או נפשית), תשס"ו-2005. בחוק זה נקבעו הסדרי הנגשת הליכי חקירה משטרתית ומתן עדות בבית משפט עבור אנשים עם מש"ה, כולל: חקירה בידי חוקר מיוחד המתמחה בתחום, שימוש בהתאמות נדרשות (כגון: תקשורת תומכת חלופית, מקום העדות ועוד), תיעוד החקירה בווידיאו, ואף שימוש בתיעוד החקירה במקום עדות פיזית במקרים מסוימים.

השלכות הפגיעה המינית, מצבי חיים שליליים וטראומה בקרב אנשים עם מש"ה

בבואנו לבחון את השלכות הפגיעה המינית על נפגעים עם מש"ה עלינו לאמץ התבוננות רחבה ומורכבת יותר, כזו המביאה בחשבון גם חוויות חיים וטראומות מוקדמות. **טראומה** מוגדרת כ"התנסות מטרידה הגורמת לתחושת פחד משמעותי, חוסר אונים, דיסוציאציה, בלבול, או רגשות מפריעים אחרים אינטנסיביים דיים, המשפיעים באופן שלילי לאורך זמן על עמדות, התנהגות והיבטים אחרים של תפקוד הפרט" (Vanden Bos, 2007).

פגיעה מינית היא חוויה בעלת מאפיינים טראומטיים. השלכות הפגיעה המינית הן נרחבות – גופניות, פסיכולוגיות, רגשיות ונפשיות, התנהגותיות, חברתיות ובין-אישיות. מרבית המחקר בנושא מתמקד באוכלוסייה ללא מוגבלות והממצאים מצביעים על טווח רחב של תגובות פסיכולוגיות והתנהגותיות, כולל: הפרעות מצב רוח, הפרעות חרדה, מתח פוסט-טראומטי (כולל תסמונת דחק-פוסט-טראומטית ותסמונת דחק-פוסט-טראומטית-מורכבת), שימוש בחומרים, פגיעה עצמית, דיסוציאציה, קשיים ותפיסה שלילית בקשר לגוף, תחלואה מוגברת (הרמן, 1994; ואן דר קולק, 2021). התגובות הן סובייקטיביות ומשתנים שונים ישפיעו על השלכות על הנפגע: אפיוני הפגיעה (זהות הפוגע, הקשר בין הקורבן והפוגע, סוג ההתנהגות המינית, משך ותדירות, שילוב עם פגיעות אחרות וכו'); אפיוני הנפגע (גיל, תפקוד, חוסן אישי ומצב רגשי וקוגניטיבי, הבנת הקורבן את האירועים ועוד); אפיוני הסביבה (מערכות תמיכה, תגובה לגילוי וכו') (הרמן, 1994; Finkelhor, 1984).

למרות ההכרה, כי אנשים עם מש"ה חווים פגיעות מיניות בשכיחות גבוהה יותר מאחרים ללא מוגבלות, המחקר בהערכת השלכות הפגיעה מינית אינו מספק ומתבסס, לעיתים, על קבוצות מחקר קטנות ותיאורי מקרה. הממצאים הקיימים מצביעים, כי אנשים עם מש"ה חווים את אותן השלכות רגשיות, פסיכולוגיות וחברתיות, כמו אחרים ללא מש"ה. עם זאת, בהשוואה לאנשים ללא מוגבלות, קיימת שכיחות גבוהה יותר של מאפיינים התנהגותיים ופסיכולוגיים לביטוי המצוקה, שחלקם אינם אופייניים. המאפיינים העיקריים שנמצאו: הפרעות התנהגות (התנהגות מאתגרת), התנהגות מינית לא מותאמת, פגיעה עצמית, תחושת חוסר בטחון אישי, הפרעת דחק פוסט-טראומטית, דיכאון, חרדה, תחושת חוסר בטחון אישי ומוגנות, ערך עצמי נמוך והרגשת כעס מתמשכת (Smit et al., 2019).

חוויות חיים שליליות (ACE-adverse childhood experiences) – אירועי חיים בעלי פוטנציאל טראומטי המתרחשים בילדות (עד גיל 18). אלו עלולים להביא להשלכות שליליות בילדות ובבגרות, כגון: פגיעה בתהליכי חינוך ותעסוקה, בעיות בריאות כרוניות, תחלואה נפשית, התמכרויות ועוד. הסיכון עולה ככל שהגיל שהילד נחשף נמוך יותר וככל שמספר החוויות השליליות גדל. חוויות אלו כוללות:

- ברמת הפרט: התעללות פיזית, מינית ורגשית, הזנחה פיזית ורגשית.
- ברמת הסביבה הקרובה: חשיפה למאסר של בני משפחה, תחלואה נפשית, התמכרויות, אלימות בבית, הפרדה הורית או גירושין.
- בשנים האחרונות ניתנה התייחסות גם לרמה הסביבתית הרחבה יותר, כגון: עוני, אפליה, חוסר הזדמנויות כלכלי, חברתי וניידות, דיור לא מותאם ועוד.

(Jones et al., 2020)

חוויות הפגיעה המינית תופיע, לעיתים, כאשר ברקע של הנפגע חוויות חיים שליליות וטראומות נוספות, לעיתים, כאלו שלא תוארו, דווחו וטופלו. מחקרים שונים מצביעים, כי אנשים עם מש"ה נחשפים יותר לטווח רחב של מצוקות מילדות. מתוארים מצבים, כגון: חיים בסביבה דלה, הרחקה ובידוד חברתיים, מעברים מרובים בין מסגרות, ניתוק מהמשפחה, שינויים פתאומיים באורח חיים, רמת שליטה נמוכה על החיים, אירועי דחייה והצקות, שכול ואובדנים, אפליה והיעדר הזדמנויות למערכות יחסים, הורות, תעסוקה וכו'. למצבים אלו השלכות על מהלך החיים, הבריאות הפיזית והנפשית. במיוחד כאשר מדובר בהצטברות חוויות חיים שליליות מילדות, חלקם מצבים יומיים מתמשכים לאורך שנים (Emerson, 2013; Mevissen et al., 2016). כמו כן, הערכות הן, כי חלק ניכר מאנשים עם מש"ה (75%) חוו לפחות אירוע טראומטי אחד במהלך חייהם, בנוסף לאירועי חיים שליליים בעבר ובהווה. בעיקר דווח על פגיעה פיזית, מוות לא צפוי, חולי או פגיעה מסכני חיים של אדם קרוב (Mason-Roberts et al., 2018).

אישה כבת 30, מאובחנת עם מש"ה ברמה בינונית, התנהגות מאתגרת וקשיים נפשיים. דיירת במעון פנימייה. במשך שנים נעשו ניסיונות כושלים, כולל טיפול תרופתי, לטפל בהתנהגותה הבעייתית. זו כללה, בין היתר, התפרצויות זעם ופגיעה עצמית, כלפי אחרים ורכוש, התפשטויות והתנהגויות מיניות לא מותאמות. היא הופנתה להערכה, לאחר שעו"ס המסגרת השתתפה בהשתלמות בנושא איתור וטיפול בפגיעות מיניות באנשים עם מש"ה. בתהליך הערכה ראשונית שיתפה באירועי פגיעה מינית שחוותה לאורך החיים בידי אביה, וחווה גם בעת ביקוריה בבית המשפחה בסופי שבוע ובחופשות. היא חששה לדווח על הפגיעות בשל פחד שמשפחה תנטוש אותה. בנוסף, מתארת טראומה סביב המעבר מהבית לדיור חוץ-ביתי ומצוקה רגשית קשה בגין קשר דל עם משפחתה.

כדי להבין לעומק את מורכבות ההשלכות של הפגיעה המינית, בנוסף להצטברות חוויות חיים שליליות וטראומות שונות, עלינו להתייחס למרכיב טראומטי ראשוני. בשנים האחרונות עולה טענה, כי בקרב אנשים עם מוגבלות קיימת טראומה ראשונית (primary trauma) הקשורה לעצם קיום המוגבלות, הגדרתה החברתית וההבנה שיש לפרט לגבי עצם קיומה. עצם הגדרת המוגבלות מייצרת חוויית שונות, הן מצד המשפחה והחברה והן בתפיסת הפרט, היא דינמית ומתקיימת לאורך כל החיים. קיום המוגבלות הוא גם טראומה משפחתית ומשפיע באופנים רבים על תהליכי התקשרות, פיתוח תחושת ערך וביטחון ועוד. המוגבלות הופכת להיות הגדרת הזהות הדומיננטית – היא מגדירה את האדם בפני עצמו ובפני אחרים כפגיע וכאדם חסר (פגום), וכמי שזקוק לטיפול מיוחד. תפיסה זו מכוונת לאורח חיים שבו שליטת הפרט על תהליכי קבלת החלטות ובחירה נמוכה, ומובילה לפיתוח חוסר אונים נרכש (Hollomotz, 2011; Núñez-Polo et al., 2016). להדגיש, החוויות השליליות והפגיעות, המתקיימות בהמשך, הן טראומות משניות המתיישבות על הטראומה הראשונית.

תרשים 1:

רמות טראומה



ההבנה, כי אנשים עם מש"ה חווים לאורך החיים מצבים קשים וטראומות (ראה תרשים 1), מתחברת לממצאים הקיימים בספרות המקצועית לגבי פסיכופתולוגיות ובעיות התנהגות. מאפייני הלקות השכלית פוגעים ביכולת ההתמודדות של הפרט, כולל: תלות רבה באחרים (פיזית ורגשית); מנגנונים קוגניטיביים ירודים להתמודדות עם מצבי לחץ; מיומנויות הסתגלות ירודות; קושי בהבנת אירועים ומצבי סיכון; קושי בזיהוי, תיאור ועיבוד חוויות ורגשות; קושי בוויסות רגשי; קשיים חברתיים ומערכות תמיכה מצומצמות (Kildahl et al., 2019; Martorell et al., 2009; Mason-Roberts et al., 2018; Mevissen et al., 2016). היות שמופע חלק ניכר מביטוי המצוקה אינו אופייני למצבי טראומה, קיים קושי באיתור וזיהוי טראומות והפרעות מתח פוסט-טראומטי (כולל הפרעת דחק פוסט-טראומטית והפרעת דחק- פוסט-טראומטית-מורכבת) בפרט, בקרב אנשים עם מש"ה. קושי זה נובע גם מייחוס תסמיני המצוקה למוגבלות, קישור להפרעות נפשיות אחרות (overshadowing), מודעות נמוכה של הסביבה למצבי הפגיעה וחוויות טראומטיות, וחוסר בכלי הערכה ואבחון מותאמים⁵ (Gil-Llario et al., 2019; Mevissen et al., 2016; Smit et al., 2019). הבנה של המורכבות הטראומטית, החוזרת ונשנית באופנים שונים בחיי האדם עם מש"ה, והשליטה המוגבלת שיש לו על חייו וסביבתו, יכולה להצביע גם על התפתחות הפרעת דחק פוסט-טראומטית-מורכבת עם מאפיינים התנהגותיים, כגון: קשיי ויסות, התפרצויות, התנהגויות פגיעה עצמית ועוד. קיים חוסר במחקר לגבי אבחנה זו בקרב אנשים עם מש"ה. העובדה, כי שיעור אבחון הפרעות⁶ בתחום בריאות הנפש בקרב אנשים עם מש"ה, גדול פי 2-4 יותר בהשוואה לאחרים ללא מוגבלות שכלית, יכולה להתקשר לכשלים באבחון של טראומות, לאור השכיחות הגבוהה של פגיעות ומצבי חיים שליליים. לאיתור הטראומות ואבחון מדויק יש השלכות על דרכי טיפול מיידיים וארוכי טווח, כגון: סיכון לחוויות טראומטיות חוזרות, הסלמת התנהגויות מאתגרות, או המצב הנפשי, וחיים תחת מגבלות שאינן נדרשות (Kildahl et al., 2019; Mevissen et al., 2016).

⁵ יש לציין, כי ההגדרות והכלים הקיימים כיום, להערכת השפעת הטראומות וקיום הפרעות פוסט טראומטיות, מוגבלות בהערכת מצבם של אנשים עם מש"ה, במיוחד כאשר מדובר בתפקודים הנמוכים יותר (regrebsnnamttiR et al., 2020).

⁶ המצבים השכיחים הם: היפראקטיביות, הפרעות במצב רוח, הפרעות חרדה, רמת מתח גבוהה, הפרעות התנהגות, פגיעה עצמית וניסיונות אובדנות, התנהגות מינית לא מותאמת, סכיזופרניה והפרעות פסיכיאטריות נוספות והפרעת דחק פוסט-טראומטית.

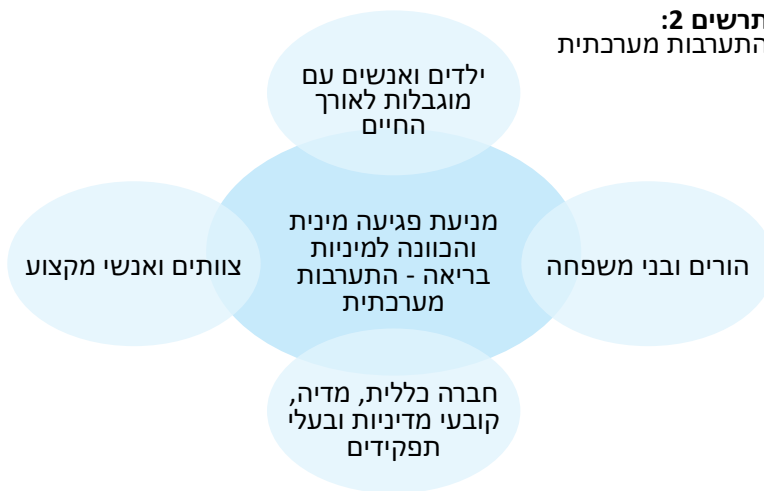
גבר בשנות השישים לחייו, עם מש"ה ברמה קלה ולקויות למידה מורכבות, סיים שמונה שנות לימוד. הופנה לטיפול בגין ביצוע עבירות מין בקטין. ברקע בעיות רפואיות מרובות וקשיים רגשיים (דיכאונות וחרדה). בילדותו אביו נהג באלימות פיזית כלפיו. בתהליך הטיפול התברר, כי מגיל שש ובמשך למעלה משמונה שנים היה קורבן לפגיעות מיניות אכזריות בידי גבר בוגר, שנהג לקשור אותו ולפגוע בו מינית. הפגיעות שבו לא דווחו ולא טופלו, עד שהגיע לטיפול בעבריינות המינית שלו. בעקבות הטראומות שעבר וחוויות חיים שליליות מרובות, הוא הפך מקורבן לפוגע, והטיפול בטראומות התקיים לאחר שנים ארוכות של מצוקה רגשית וסבל.

מעבר לפרט, בחינת הגורמים הסביבתיים בהתמודדות עם חוויות שליליות וטראומות, מצביעה על קיום חסמים מערכתיים, הכוללים: חוסר אמונה בחוויית טראומה בקרב אנשים עם מש"ה, חוסר בידע ובאסטרטגיות מותאמות להתערבות של אנשי צוות, קושי באיתור מצבים אלו, העדר בחינה רוטינית של טראומות, פענוח שגוי של התסמינים המוצגים, בחירת דרכי התערבות שאינם מותאמות למצב ויצירת הגבלות מיותרות (McNally et al., 2021; Truesdale et al., 2019). ריבוי אירועי חיים שליליים וטראומות מילדות ולאורך החיים, כולל טראומה ראשונית של קיום המוגבלות ואירועי פגיעה מינית, עלולים לגרום למגוון פסיכופתולוגיות עד התפתחות הפרעת דחק פוסט-טראומטית והפרעת דחק פוסט-טראומטית-מורכבת בקרב אנשים עם מש"ה (Mason-Roberts et al., 2018). מעבר להתבוננות על הפרט הנפגע, יש לבחון גם את ההשלכות על סביבתו, האינטראקציה הנוצרת ביניהם, וכיצד יש בידה לקדם או לעכב תהליכי החלמה ושיקום. הבנה זו מחייבת התייחסות מערכתית נרחבת, כדי לסייע בידי אותם אנשים, בהבנת עולמם הרגשי ומצבי החיים אותם הם חווים, ובפיתוח דרכי התמודדות מוגנים ואדפטיביים. החלק הבא יעסוק בהתערבות וטיפול במצבי פגיעה מינית וטראומות בקרב אנשים עם מש"ה.

התערבות וטיפול במצבי פגיעה מינית עם אנשים עם מש"ה

לאור ההבנות כי: א. אוכלוסייה של אנשים עם מש"ה פגיעים יותר למכלול מצבי הסיכון והפגיעה, כולל פגיעה מינית. ב. קיימים אירועי חיים שליליים וטראומות טרם הפגיעה המינית וטראומה ראשונית מעצם קיום המוגבלות - יש צורך בפיתוח תוכניות התערבות מותאמות לאוכלוסייה זו המבוססות על גישות ממוקדות אדם (person centered), טיפול מכוון טראומה (trauma informed care), ליווי ותמיכה מערכתיים מתמשכים ותוכניות טיפול מותאמות (ארגמן, 2003; Truesdale et al., 2019; Rich et al., 2020).

ילדה כבת 10, המאובחנת ברמת תפקוד נמוכה ואוטיזם עם קשיי שפה ודיבור, הגיעה לטיפול בעקבות גרסיה תפקודית (חוסר שליטה בצרכים) והתנהגות מינית אגרסיבית כלפי בנות אחרות. תהליך הטיפול היה איטי ביותר ולווה בהתפרצויות זעם קשות שלה בחדר הטיפולים, התנהגות לא מותאמת וקשיים רבים בוויסות עצמי. במהלך הזמן, עם ביסוס אמון, שליטה שלה על חלק מהמפגש הטיפולי ונגישות לאמצעי הבעה מגוונים, החלה לתאר, באמצעות משחק ותיאור מצבים באמצעות הגוף, מצבי פגיעה מינית קשים שחוותה על ידי אחיה וגם אלימות פיזית רבה והשפלות. מבירור מערכתי מקיף יותר עלה קושי של ההורים להציב גבולות לבן הפוגע וחוסר יכולת ליצר מוגנות עבורה. הטיפול הפרטני כלל הגדרת אירועי הפגיעה, מתן כלים לוויסות גופני ורגשי, חיזוק תחושת גבולות הגוף והמרחב הפרטי ואסרטיביות. כמו כן, נעשתה התערבות עם ההורים, בשיתוף שירותי הרווחה בקהילה, ובהמשך – הוצאת הילדה למסגרת בה הייתה מוגנת יותר.



שירות/טיפול מכוון טראומה (TIC – Trauma informed care/services) – בעשור האחרון התפתחה בעולם הגישה המערכתית של שירותים/טיפול מכווני טראומה, במסגרות המטפלות באנשים עם רקע של טראומות (ראה תרשים 2). גישה זו מדגישה את החשיבות של פיתוח מדיניות, טיפול ושירותים מכווני טראומה ויצירת סביבת חיים בטוחה ומוגנת, תוך שיתוף הפרט בהחלטות על חיון, בחירה והעצמה. לפי גישה זו, יש צורך בהכשרת כל אנשי הצוות במסגרות, לא רק אנשי הצוות הטיפולי, בתהליכי למידה על הבנת הטראומות, ההשפעות על הנפגעים ודרכים להחלמה והתפתחות

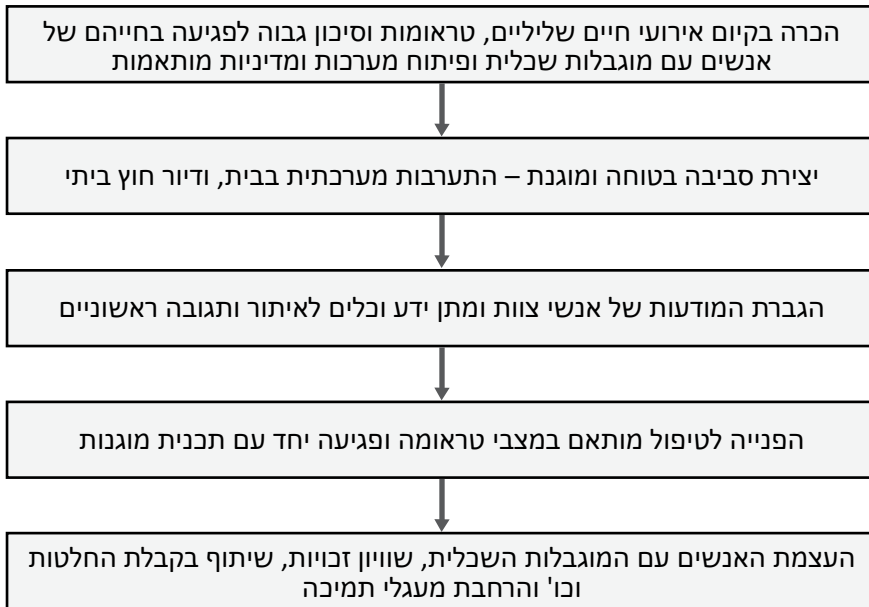
(Keesler, 2014). גישה זו עדיין לא אומצה כמודל מוביל תרבות ארגונית במסגרות של אנשים עם מש"ה. זאת, למרות הנתונים הקשים על פגיעותם הרבה והסיכון למכלול מצבי הסיכון וטראומות עבר. חשיבות רבה להטמעת גישה זו קשורה גם לתלות הגדולה של אנשים עם מש"ה באחרים בסביבתם, בבית ובמסגרות, וגורמי הסיכון הרבים המתקיימים גם בתוך המסגרות.

עקרונות בסיסיים בגישה מכוונת טראומה:

1. התערבות מערכתית, הכוללת את הסביבות המטפלות בפרט, האדם הנפגע, אחרים רלבנטיים בקבוצת השווים, והסביבה הרחבה – אוכלוסייה כללית, להגברת המודעות וקובעי מדיניות להקניית ופיתוח מענים ושירותים נדרשים.
2. תהליכי הערכה – התייחסות רב-ממדית ומולטידיסציפלינרית מתמשכת ואינדיבידואלית, הבוחנת קיום והשפעת חוויות חיים שליליות וטראומות (Kildahl et al., 2019). עולה צורך בהתאמת כלי הערכה לאוכלוסייה זו, מעבר לקיים באוכלוסייה הרחבה (Mcnally et al., 2021).
3. התאמת/שינוי סביבת החיים של הפרט, כדי להפחית חשיפה לרמזים הקשורים לטראומה ויצירת תחושת בטחון ומוגנות.
4. טיפול פסיכו-תרפויטי מותאם טראומה וטראומות מורכבות (ראה תרשים 3) – מבוסס על התייחסות לזהות הפרט, אמון ותחושת שליטה של האדם עם המוגבלות, ותוך שימוש בכלים יצירתיים ודרכי תקשורת מילוליות ושאינן מילוליות. עולה החשיבות של התערבות בידי אנשי מקצוע, המומחים הן בתחום הטראומה והן בתחום הטיפול באנשים עם מוגבלות, והתאמת התוכניות לרמת הפרט ויכולותיו לחשיבה מופשטת, הפנמה, יכולות ורבניות וכו'. כיום משתמשים בשיטות ואסטרטגיות טיפול המקובלות בטיפול בטראומה באוכלוסייה הרחבה (למשל EMDR, CBT ועוד), אולם חסר ידע רב להערכת היעילות של תוכניות אלו ומה ההתאמות הנדרשות בהתייחס לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות שכלית (מרום ועוזיאל, 2000; Mcnally et al., 2021; Núñez-Polo et al., 2016; Stobbe et al., 2021).

תרשים 3:

התערבות מערכתית – טיפול מכוון טראומה



התערבות במצבי פגיעה מינית באנשים עם מוגבלות שכלית – בסוף שנות השמונים החל האגף לטיפול באדם עם מש"ה במשרד הרווחה בהעלאת המודעות לתחום המיני בקרב אוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות שכלית ופיתוח תוכניות שכללו: פיתוח מדיניות, הכשרת אנשי מקצוע וצוותים, פיתוח תוכניות לחינוך מיני-חברתי בגישה מערכתית (לצוותים, הורים ואנשים עם מש"ה), עם ההבנה לגבי מצבי הפגיעה המינית, פיתוח תוכניות התערבות טיפוליות לנפגעים, סביב התנהגויות מיניות לא מותאמות, ובהמשך – גם טיפול בפוגעים עם מש"ה. כיום, תוכניות אלו מתקיימות בפיזור ארצי תחת מימון ובקרה של מנהל מוגבלויות במשרד הרווחה. התערבות במצבי פגיעה, מניעת פגיעות בכלל ופגיעות חוזרות בפרט (רה-ויקיטימיזציה) והכוונה למיניות בריאה מחייבות התערבות מערכתית נרחבת, ספיראלית והתפתחותית. להלן מודל התערבות מערכתית בתחום המיני- חברתי, על בסיס העבודה בשטח בפיתוח והפעלות תוכניות התערבות רבות בתחום המיני-חברתי (ארגמן, 2018):

התערבות טיפולית במקרים של פגיעה מינית – התערבות טיפולית לאחר פגיעה מינית בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית מבוססת על ההנחות כי:

א. אנשים עם מש"ה מושפעים מאירועי הפגיעה ועשויים לחוות טראומה ואף לפתח הפרעת דחק פוסט-טראומטית והפרעה מורכבת. הטרואומה המינית עשויה להיות, לעיתים, חלק ממכלול רחב יותר של חוויות חיים שליליות, טראומות נוספות וטראומה ראשונית, הקשורה לקיום המוגבלות. לעיתים, קיים חשש בחשיפת הפגיעה, בעיקר כאשר מדובר בדמות מוכרת, או בדמות בה האדם תלוי, או כאשר היה איום כלשהו. לא תמיד קיימת הבנה של הפגיעה ומשמעותה החוקית והחברתית, בשונה מחוויית הפגיעה והטראומה, העלולה להתלוות אליה: קשיי הסתגלות, תקשורת והבנה, העלולים להשפיע, למשל: מסירת מידע לא רלבנטי / אסוציאטיביות, קשיי זיכרון, ארגון ושליפת מידע, תיאור המידע והשלמת חוסרים על פי תפיסת הפרט, שפת גוף והבעות פנים "אחרות", רמות גבוהות של לחץ, מתח, חרדה, קושי בוויסות עצמי ושליטה בדחפים ואף תיתכן התנהגות לא מותאמת. תהליכי אבחון של מצבי הטראומה והשלכת הפגיעה ופגיעות אחרות מחייבת זהירות רבה בפירוש מאפיינים התנהגותיים ופסיכולוגיים.

ב. קיימת יכולת, להפיק מטיפול מותאם, להפחתת תסמינים הקשורים לטראומה ופסיכופתולוגיה ושיפור איכות החיים. עם זאת, יש לזכור, כי החוסן בקרב חלק מאוכלוסייה זו עשוי להיות ירוד יותר ומצריך תשומת לב ורגישות רבה בתהליך הטיפול. הליכי הטיפול עשויים לכלול התערבות פרטנית/קבוצתית, אולם, יש להביא בחשבון את אפיוני האוכלוסייה והתאמה של כל פרט לשיטת טיפול לפי רמת התפקוד, סגנון למידה, מצב רגשי, יכולת חברתית ועוד.

ג. תוכניות טיפול בנפגעי פגיעה מינית מבוססות על תוכניות טיפול הקיימות לאוכלוסייה הרחבה, אולם מחייבות התאמה למאפייני האוכלוסייה עם מש"ה בכלל ובאופן ספציפי לאדם המטופל, יכולותיו וקשייו ואפיוני הסביבה שבה הוא חי. מדווח על שימוש ב-EMDR, CBT, טיפול פסיכותרפויטי ודרכי התערבות אחרות, אולם קיים חוסר במחקר ברור על קבוצות גדולות להערכת היעילות. בשל המוגבלות השכלית תהליכי הטיפול הם, לעיתים, איטיים ביותר ומצריכים חזרתיות מרובה. מודגשת החשיבות של התאמת השפה, תרגול באמצעות משחקי תפקיד ושימוש בכלים מגוונים קונקרטיים וחוויתיים (Stobbe et al., 2021).

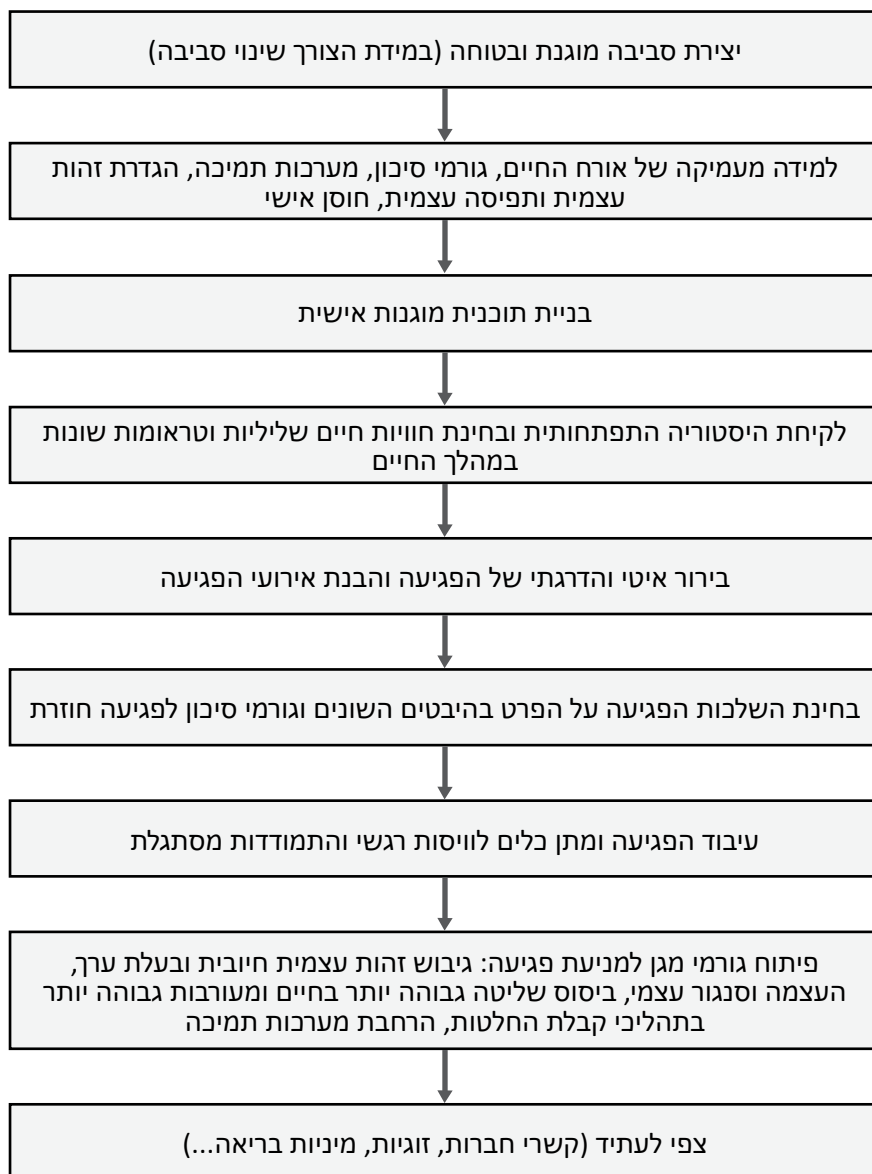
ד. התייחסות מערכתית – הורים, בני משפחה ואנשי צוות – הן כגורמים תומכים והן כגורמים המושפעים גם הם מהפגיעה המינית והשלכותיה.

ה. מעבר לטיפול באירועי הפגיעה, יש חשיבות בתוכנית למניעת פגיעות מיניות חוזרות והכוונת הפרט למיניות בריאה והעצמה (Hollomotz, 2011; Stobbe et al., 2021)

להלן מספר עקרונות התערבות מרכזיים:

- יצירת תנאים מתאימים לדיווח ולגיטימציה לשיח על מצבים שונים, כולל פגיעה בכלל וגם בידי אנשים בהם הנפגע תלוי / אוהב.
- דיווח על פי חוק / התייעצות עם עו"ס לחוק (פק"ס) ואם יש צורך בחקירה – הפנייה לחקירה מיוחדת לפי חוק הליכי חקירה והעדה (התאמה לאנשים עם מוגבלות שכלית או נפשית), תשס"ו-2005.
- משוב חיובי, המפחית אשמה מהנפגע.
- בניית תוכנית מוגנות, עם שמירה על שגרה ויציבות החיים, במידת הניתן.
- התייחסות למערכות נוספות רלבנטיות.
- לקיחת היסטוריה מקיפה ואיתור טראומות וחוויות חיים שליליות (תשומת לב להתנהגות מאתגרת, מצב נפשי, פסיכופתולוגיות אחרות וכו') והתייחסות הפרט לקיום המגבלה והחוויה האישית.
- מתן מענים טיפוליים, הדרכה וליווי לאורך זמן וחינוך למניעה והכוונה למיניות בריאה.

תרשים 4: תהליך הטיפול במקרי פגיעה מינית



סיכום

פרק זה מציג את הפגיעות הרבה של אנשים עם מש"ה למצבי ניצול ופגיעה בכלל ופגיעה מינית בפרט, ואת החשיבות הנודעת לפיתוח דרכי איתור, אבחון, הערכה וטיפול מותאמים. למרות העדויות והנתונים, שאנשים עם מש"ה חווים ריבוי של חוויות חיים שליליות ומצבי פגיעה – ההכרה החברתית והמקצועית דלה לגבי קיום טראומות, מורכבותן וההשפעה על חייהם. הסיבות לכך מגוונות וכוללות את ביטוי הטראומה, לעיתים, באופן שונה מזה של אנשים ללא מוגבלות; ייחוס תסמינים רגשיים, נפשיים והתנהגותיים למוגבלות או לפסיכופתולוגיה אחרת; חוסר מודעות של הסביבה לגבי השפעת חוויות החיים ואירועים טראומטיים בשל קושי לזהות, לשיים ולתאר מצבים רגשיים; חוסר בכלים מותאמים (במיוחד ברמות תפקוד נמוכות יותר ומצבים מורכבים) להערכת הטראומה.

יש צורך לאמץ התייחסות רחבה על השלכות הפגיעה, תוך התייחסות גם לחוויות חיים מוקדמות וטראומות בחיי הנפגע. הצטברות השלכות חוויות החיים והטראומות ישפיעו על האופן שבו האדם שנפגע מתמודד עם השלכות הפגיעה המינית ועל מצבו הרגשי, הנפשי, התפקודי והחברתי. יש לכך משמעות בתהליכי איתור ואבחון, ביצירת סביבות חיים בטוחות ומוגנות, המאפשרות החלמה וצמיחה, ובתהליכי ההתערבות הטיפולית.

הערכת השפעות חוויות החיים, טראומות והפגיעה המינית, גם היא מחייבת התבוננות זהירה יותר. אף על פי שחוויות הפגיעות השונות משפיעות רגשית, פסיכולוגית וחברתית באופן דומה גם על אנשים עם מש"ה, היכולת להבין אותם, לשתף ולעבד, לעיתים, מוגבל. ייתכן שיופיעו תסמינים שיצביעו על המצוקה שבה הפרט נמצא. מצב זה מחייב התייחסות מעמיקה במצבים, כגון: התנהגות מאתגרת, פגיעה עצמית, התנהגות מינית בעייתית ועוד, ובחינה האם האדם עם מש"ה עבר מצב של פגיעה או טראומה שלא דווחה, לא טופלה, או התעוררה מחדש.

לאור האמור, יש חשיבות מרובה בהגברת המודעות החברתית והציבורית לנושא, הגברת המודעות של בני משפחה ופיתוח גישה מערכתית במסגרות, כשירותים מכווני טראומה. עקרונות התערבות מכוונת טראומה מתייחסת לפיתוח מדיניות מוצהרת, הכשרת כלל אנשי הצוות להבנת ההיבטים החוקיים והפסיכולוגיים הנוגעים לפגיעה מינית והתנהגות מינית, איתור סימנים היכולים להצביע על טראומה ועל פגיעה מינית, תגובות ראשוניות מותאמות במצבים אלו ויצירת מוגנות, דיווח והפנייה להתערבות חינוכית וטיפולית.

לתוכניות לחינוך מיני ולמיניות בריאה יש תפקיד חשוב בתהליך המניעה ובחלק מתהליך הטיפול. אלו צריכות להיות אינדיבידואליות בהתאמה לאפיוני הפרט, לכלול פיתוח גישה חיובית למיניות, עם התייחסות למצבי הסיכון והפגיעה, מתן ידע והקניית כישורים ומיומנויות מתאימים ליצירת קשרים ולביטוי הרצונות והצרכים באופן אסרטיבי ומקובל חברתית.

יש צורך במחקר בעתיד בכל שלב הקשור לפגיעה המינית: א. חווית הפגיעה - אפיוני הפגיעה, שכיחות, גורמי סיכון וכו'. ב. כלים מותאמים להערכה ואבחון טראומות. ג. שיטות טיפול מותאמות במצבים של פגיעה מינית, טראומות מצטברות וחוויות חיים שליליות. ד. פיתוח שירותים מכווני טראומה. ה. תוכניות מניעה של מצבי ניצול ופגיעה בכלל ומיניים בפרט, בקרב אנשים עם מש"ה.

Sexual abuse of people with intellectual disability, trauma and ways of intervention

Ronit Argaman

Abstract

People with intellectual disabilities are at high risk of exploitation and harm, including sexual abuse, compared to people without disabilities. Beyond situations of exploitation and sexual abuse, multiple negative life experiences and other traumas are reported, as well as the initial trauma of the mere existence of disability. In view of this uncomfortable fact, there is a lack of extensive data and understanding in depth of this phenomena, and a lack of adapted tools for detecting and evaluating traumas and treatment methods for this population. The article emphasizes the importance of trauma informed systems and care, systemic and individual intervention in trauma situations in general and in situations of sexual abuse in particular, while adapting the ways of intervention to the populations characterized.

الاعتداء الجنسي على الأشخاص ذوي المحدودية الذهنية التطورية , الصدمة ووسائل التدخل

رونيت أرجمان

المخلص

يتعرض الأشخاص ذوي المحدودية الذهنية التطورية لخطر أكبر فيما يتعلق بكافة أنواع الاستغلال والاعتداء, من ضمنها الاعتداء الجنسي, مقارنة بالأشخاص ذوي التطور السليم. بالإضافة لحالات الاستغلال والاعتداء الجنسي, تشير التقارير الى العديد من التجارب السلبية في الحياة وصدمة أخرى بالإضافة للصدمة الأولية لوجود المحدودية ذاتها. مقابل هذه المعطيات الصعبة, هنالك نقص في تقييم وفهم هذه الظواهر, نقص في الأدوات المناسبة لتحديد وتقييم الصدمات وطرق معالجة هذه الفئة. يؤكد الفصل على أهمية التدخل المنهجي والفردى لحالات الصدمة بشكل عام ولحالات الاعتداء الجنسي بشكل خاص, مع ملائمة طرق التدخل لخصائص هذه الفئة.

ביבליוגרפיה

- ארגמן, ר' (2003). גורמים מנבאים פגיעות מינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי המתגוררים במעונות פנימיה. אוניברסיטת תל אביב.
- ארגמן, ר' (2018). מין ומיניות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. שיקום. ביטאון עמותת חומש, 38–47.
- בריון, נ' ד' (2002). קורבנות, שהם אנשים עם נכויות התפתחותיות, שוברים את קשר השתיקה. סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום, 17(2), 7-15.
- הרמן, ג' (1994). טראומה והחלמה. עם עובד.
- ואן דר קולק, ב' (2021). נרשם בגוף: מוח, נפש וגוף בריפוי מטראומה. פרדס הוצאה לאור.
- חוק הליכי חקירה והעדה (התאמה לאנשים עם מוגבלות שכלית או נפשית), תשס"ו-2005.
- מרום, מ' ועוזיאל ל' (2000). סקירת ספרות בנושא ילדים עם נכויות במצבי סיכון. ג'וינט-ישראל.
- מרום, מ', ועוזיאל, ל' ונאון ד' (2002). ילדים עם נכויות במצבי סיכון: סקירת ספרות. בטחון סוציאלי, 68, 35 – 63.
- שחר, י' (2004). בני נוער עם נכות התפתחותית – פיגור שכלי גבולי וקל והתנסויותיהם במצבי פגיעה וניצול: השוואה לבני נוער רגילים ללא נכות. אוניברסיטת חיפה.
- Byrne, G. (2018). Prevalence and psychological sequelae of sexual abuse among individuals with an intellectual disability: A review of the recent literature. *Journal of Intellectual Disabilities*, 22(3), 294–310. <https://doi.org/10.1177/1744629517698844>
- Dion, J., Paquette, G., Tremblay, K.-N., Collin-Vézina, D., Chabot, M., & Paquette, G. (2018). Child Maltreatment Among Children With Intellectual Disability in the Canadian Incidence Study. *American Journal on Intellectual & Developmental Disabilities*, 123(2), 176–188. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-123.2.176>
- Emerson, E. (2013). Commentary: Childhood exposure to environmental adversity and the well-being of people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(7), 589–600. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01577.x>
- Finkelhor, D. (1984). *Child sex abuse - New theory and research*. The Free Press.
- Gil Llarío, M. D., Morell-Mengual, V., Díaz-RodríguezIrene, M. & Ballester-Arnal, R. (2019). Prevalence and sequelae of self-reported and other-reported sexual abuse in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 63(2):138-148
- Harrell, E. (2021). *Crime Against Persons with Disabilities, 2009–2019 – Statistical Tables*. U.S. Department of Justice.
- Hentig, H. V. (1948). *The criminal & his victim; studies in the sociobiology of crime*. Yale Univ. Press.

- Hibbard, R. A., Desch, L. W., Jenny, C., Christian, C. W., Kellogg, N. D., Spivack, B. S., Stirling, J., Lipkin, P. H., Cartwright, J. D., Duby, J. C., Elias, E. R., Johnson, C. P., Levey, E. B., Murphy, N. A., Myers, S. M., & Tilton, A. H. (2007). Maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*, *119*(5), 1018–1025. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-0565>
- Hollomotz, A. (2011). *Learning difficulties and sexual vulnerability. A social approach*. Jessica Kingsley Publishers.
- Jones, C. M., Merrick, M. T., & Houry, Debra, E. (2020). Identifying and Preventing Adverse Childhood Experiences Implications for Clinical Practice. *JAMA*, *323*(1), 25–26. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.18499>
- Keesler, J.M. (2014). A Call for the Integration of Trauma-Informed Care Among Intellectual and Developmental Disability Organizations. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *11*, 34-42.
- Kildahl, A. N., Bakken, T. L., Iversen, T. E., & Helverschou, S. B. (2019). Identification of Post-Traumatic Stress Disorder in Individuals with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability: A Systematic Review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, *12*(1–2), 1–25. <https://doi.org/10.1080/19315864.2019.1595233>
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A, Zwi, A.B., & Lozano, R. (Eds.) (2002). *World report on violence and health* (149-181). World Health Organization.
- Lumley, A.V., & Miltenberger, R.G. (1997). Sexual abuse prevention for persons with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, *101*, 459–472.
- Mansell, S., & Sobsey, D. (2001). *Counselling people with developmental disabilities who have been sexually abused*. NADD Press
- Martorell, A., Tsakanikos, E., Pereda, A., Gutierrez-Recacha, P., Bouras, N., & Ayuso-Mateos J.L. (2009). Mental health in adults with mild and moderate intellectual disabilities: the role of recent life events and traumatic experiences across the life span. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *197*(3), 182–86.
- Mason-Roberts, S., Bradley, A., Karatzias, T., Brown, M., Paterson, D., Walley, R., Truesdale, M., Taggart, L., & Sirisena, C. (2018). Multiple traumatisation and subsequent psychopathology in people with intellectual disabilities and DSM-5 PTSD: a preliminary study. *Journal of Intellectual Disability Research*, *62*(8), 730–736. <https://doi.org/10.1111/jir.12505>
- McNally, P., Taggart, L., & Shevlin, M. (2021). *Trauma experiences of people with an intellectual disability and their implications : A scoping review*. January, 1–23. <https://doi.org/10.1111/jar.12872>
- Mevisen L., Didden R. & de Jongh A. (2016) Assessment and treatment of PTSD in people with intellectual disabilities. In: *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder* (eds C. Martin, V. Preedy & V. Patel), pp 1– 15. Springer.

- Núñez-Polo, M. H., Carrasco, A. A., Muñoz, I. B., Zapata, M. R., & Cafranga, A. M. (2016). Integrative therapy focused on trauma for people with intellectual disability (TIT-ID): A therapeutic answer to abuse and intellectual disability experience in the individual and the family. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment*, 4(1), 29–40. <https://doi.org/10.6000/2292-2598.2016.04.01.4>
- Rich, A. J., DiGregorio, N., & Strassle, C. (2021). Trauma-informed care in the context of intellectual and developmental disability services: Perceptions of service providers. *Journal of Intellectual Disabilities*, 25(4), 603-618. <https://doi.org/10.1177/1744629520918086>
- Rittmannsberger D., Kocman A., Weber G. & Lueger-Schuster B. (2019) Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: a Delphi expert rating. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 32, 558– 567.
- Smit, M. J., Scheffers, M., Emck, C., van Busschbach, J. T., & Beek, P. J. (2019). Clinical characteristics of individuals with intellectual disability who have experienced sexual abuse. An overview of the literature. *In Research in Developmental Disabilities* (Vol. 95). <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103513>
- Stobbe, K. J., Scheffers, M., van Busschbach, J. T., & Didden, R. (2021). Prevention and Intervention Programs Targeting Sexual Abuse in Individuals with Mild Intellectual Disability: A Systematic Review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 14(2), 135–158. <https://doi.org/10.1080/19315864.2021.1883780>
- Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1257–1273. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00190-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00190-3)
- Tomsa, R., Gutu, S., Cojocar, D., Gutiérrez-bermejo, B., Flores, N., & Jenaro, C. (2021). Prevalence of sexual abuse in adults with intellectual disability: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041980>
- Truesdale, M., Brown, M., Taggart, L., Bradley, A., Paterson, D., Sirisena, C., Walley, R., & Karatzias, T. (2019). Trauma-informed care: A qualitative study exploring the views and experiences of professionals in specialist health services for adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(6), 1437–1445. <https://doi.org/10.1111/jar.12634>
- VandenBos, G. (2007). *APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association.
- Westcott, H.L., & Jones, D.P.H. (1999). Annotation: The abuse of disabled children. *Child Psychology & Psychiatry*, 40, 497-506.
- World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

הספר מציג סקירות רחבות בין-תחומיות של ידע תיאורטי עדכני בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית. סקירות רחבות אלו, כוללות ממצאי מחקרים ישראלים ובינלאומיים ודיון נרחב בהשלכות היישומיות של ממצאים אלו. באמצעות המשגות תיאורטיות, ניתוח מעמיק של חקר מוגבלות שכלית התפתחותית ויישומי התערבות טיפוליים וחינוכיים של מידע זה, מצליח הספר להציג בצורה רחבה את תחומי הדעת המרכזיים להם נזקקים סטודנטים, חוקרים, ואנשי המקצוע בעבודתם עם ילדים, מתבגרים ומבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ובני משפחותיהם.

אודות קרן שלם

קרן ציבורית של השלטון המקומי בשיתוף משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, מטרתה לסייע לרשויות האזוריות והמקומיות לפתח שירותים בקהילה לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, הקרן מסייעת במענקים, ייעוץ וחשיבה לקידום איכות החיים בקהילה של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית בקהילה לכל אורך חייו, זאת מתוך הבנה מעמיקה במורכבות הצרכים הטיפוליים של האדם עם מוגבלות עצמו וצרכיו של הסובבים אותו.

Intellectual Developmental Disorders Theory, research and implications

Michal Al-Yagon | Malka Margalit

This book offers a comprehensive interdisciplinary review of scientific knowledge, national and international empirical research as well as practical implications regarding individuals with intellectual developmental disorders and their families. Through theoretical conceptualizations, in-depth analysis of recent studies that lead to interventions, clinical treatments and educational practices, the book synthesizes a broad range of major topics for students, researchers and professional who work with children, adolescents and adults with this disorder and their families.

About Shalem Foundation

The Shalem Foundation was founded more than three decades ago by the Federation of Local Authorities in cooperation with the Ministry of Social Services in order to develop services for people with intellectual and developmental disabilities in the local community.

The Foundation's activities are guided by the vision that "a person with intellectual and developmental disabilities has the basic right to live a normal life in their natural environment, realize their potential, be an integral part of the social and cultural fabric of the community and have access to the labor market according to his or her abilities, desires and needs."



מאפשרת · מחברת · אחרת

איכות חיים לאדם עם מוגבלות
שכלית התפתחותית ברשויות המקומיות