



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים

ירושלים, סיוון התשע"ג, יוני 2013



מרכז ייעוץ וטיפול לאוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים נפגעי אלימות או פוגעים ובני משפחותיהם

ד"ר חגית הכהן וולף
תחיה בן דוד-ויטמן

מפעלים מיוחדים **153**



המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים

מרכז ייעוץ וטיפול לאוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים נפגעי אלימות או פוגעים ובני משפחותיהם

ד"ר חגית הכהן וולף
תחיה בן דוד-ויטמן

מפעלים מיוחדים 153

ירושלים, סיוון התשע"ג, יוני 2013

www.btl.gov.il

פתח דבר

אנו שמחים להגיש לעיונכם דוח מסכם של המפעל המיוחד – מרכז ייעוץ וטיפול לאוכלוסייה עם צרכים מיוחדים נפגעי אלימות או פוגעים ובני משפחותיהם.

לפני כעשר שנים החלה לפעול ביוזמת ג'וינט-אשלים ועדה בין-משרדית שעסקה במיפוי שירותים בתחום הפגיעה והאלימות כלפי אנשים עם צרכים מיוחדים. בוועדה השתתפו גם נציגים של משרדי ממשלה – משרד החינוך, משרד הבריאות ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים – ועיריית ירושלים. הוועדה המליצה לפתח שירותים בקהילה לאוכלוסייה עם צרכים מיוחדים ובני משפחותיהם, שנפגעו מאלימות לסוגיה – פיזית, מינית או הזנחה והתעללות רגשית.

ייחודו של המרכז שתוכנן התבטא בכמה אופנים: הוא מיועד לספק שירות לאוכלוסייה בעלת נכויות שונות, בגילאים שונים, לנפגעים ולפוגעים, ומועסקים בו אנשי המקצוע מתחומים שונים -עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ומטפלים פארא-רפואיים.

המרכז הוקם בשנת 2007 בירושלים והופעל על ידי עמותת שק"ל. להקמתו היו שותפים עמותת אשלים, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, המוסד לביטוח לאומי ועיריית ירושלים. כשירות המיועד לאנשים עם מגוון נכויות התמודד המרכז עם עבודה משותפת מול שלושה אגפים במשרד הרווחה – השירות לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, השירות לשיקום והשירות לטיפול באדם עם אוטיזם.

המרכז פעל כתוכנית ניסיונית בשנים 2007-2012 ולווה בהערכה מעצבת מראשיתו. ועדות ההיגוי והביצוע שליוו את הקמתו התמודדו עם סוגיות מקצועיות שונות במהלך כל תקופת הפיתוח, ובהן:

- צורך לפתח מומחיות ייחודית הכוללת ידע וניסיון בנכויות ובטיפול באלימות ופגיעה.
- צורך לכלול שירותים נלווים לשירותי הליבה במרכז, כגון טיפול בתפקוד מיני וחינוך מיני חברתי, וטיפול בפוגעים נוסף על טיפול בנפגעים.
- צורך לפתח ולהתאים מודל עבודה ייחודי לטיפול באוכלוסייה בעלת נכויות שונות, בהתאם לדרישות משרד הרווחה, שאף הן עברו שינוי וסטנדרטיזציה במהלך ההפעלה, כולל הגדרת משך הטיפול והצלחתו.
- צורך בהתערבויות מקצועיות מגוונות כדי לספק מענה ייחודי המותאם לאוכלוסייה היעד, כולל שימוש בתקשורת חלופית, טיפול פרטני וקבוצתי, עבודה עם צוותים מקצועיים מתחום החינוך, השיקום והדיוור, עבודה עם בני משפחה ועבודה בקהילה.

צוות ההערכה בראשותה של ד"ר חגית הכהן-וולף סייע לצוות המרכז בפיתוח כלי אבחון ובגיבוש המודל והמשגתו והתמודד במקביל עם בעיות ארגוניות ומתודולוגיות, שהצריכו שימוש בכלים איכותניים המותאמים לאוכלוסייה נוסף על הכלים הכמותיים. אנו מבקשים להודות לצוות על אורך הרוח שגילה במהלך כל תקופת ההערכה.

תודה מיוחדת לנציגי כל השותפים בפיתוח התוכנית במשרד הרווחה, באשלים ובעיריית ירושלים. חשוב לציין כי בשנה האחרונה של פיתוח של המרכז הוחל בתהליך אינטנסיבי של כתיבת מכרז ארצי להפעלת השירות בתום התקופה הניסיונית. אנו רואים במכרז זה את אחת התרומות החשובות של פיתוח המרכז בירושלים.

מכרז זה מהווה שלב חשוב במיסוד השירות ומסייע במעבר לעבודה על פי סטנדרטים מקצועיים, תוך ליווי ופיקוח של משרד הרווחה. השירותים שהוגדרו במכרז שהתפרסם בסוף שנת 2012 מקיפים: הפעלת מרכז הדרכה, חינוך, ייעוץ וטיפול בתחום המיני ובמצבי משבר וטראומה לאנשים עם מוגבלויות (מוגבלות שכלית-התפתחותית, מוגבלות פיזית וחושית, אוטיזם); ייעוץ, הדרכה והכשרת אנשי מקצוע וצוותים בטיפול והדרכת בני משפחה של אנשים עם מוגבלות במצב של משבר כתוצאה מאלימות או בנושא מיני חברתי; והפעלת סדנאות לאיתור סימני מצוקה מיניים או חברתיים אצל אנשים עם מוגבלות במסגרות חינוכיות, טיפוליות ושיקומיות שונות, המיועדות או המשלבות אוכלוסיות עם מוגבלות.

אנו מודים לנציגי השותפים בפיתוח המרכז, לעמותת שק"ל ולצוות המחקר על תרומתם לעיצוב השירות ומקווים שימשיכו לפתח שירותים למען אנשים עם מוגבלויות שנפגעו, אם שירותים ייעודיים ואם שירותים אוניברסליים, שבהם ישולבו יחידות המתמחות בעבודה עם אוכלוסיית היעד.

שרית בייץ- מוראי

מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים

חברי ועדת ההיגוי והביצוע

מנהלת מחלקת שיקום, עיריית ירושלים	אירית הופמן
רכזת פרט ומשפחה, מחלקת שיקום, עיריית ירושלים	לאה ויגודה
מנהלת השירות לקהילה, האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, משרד הרווחה	מרים כהן
מנהלת השירות לקהילה, האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, משרד הרווחה	וויאן עזרן
מפקחת ארצית, האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, משרד הרווחה	לאה מאיר
מפקחת מחוזית, האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, משרד הרווחה	מימי ישראל
מפקחת מחוזית, האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, משרד הרווחה	שרה גורפינקל
מפקחת ארצית, אגף השיקום, משרד הרווחה	נילי דניאל
מפקחת מחוזית, אגף השיקום, משרד הרווחה	הדס זהבי
מפקחת מחוזית, אגף השיקום, משרד הרווחה	עדה גרשט
מנהלת השירות לטיפול באדם עם אוטיזם, משרד הרווחה	לילי אבירי
מפקחת מחוזית, השירות לטיפול באדם עם אוטיזם, משרד הרווחה	שלי נורדהיים
מפקחת מחוזית, השירות לטיפול באדם עם אוטיזם, משרד הרווחה	קרן קרדי
מנהלת תחום מוגבלויות, אשלים, גוינט	רבקה שי
מנהלת תוכניות, תחום מוגבלויות, אשלים, גוינט	בתיה חודטוב
מנהלת תוכניות, תחום מוגבלויות, אשלים, גוינט	מיכל כהן הטב
מנכ"ל עמותת שק"ל	קלרה פלדמן
מנהלת המרכז, עמותת שק"ל	יעל שטרן
מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי	שרית ביץ-מוראי
סגנית מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי	כרמלה קורש-אבלגון
מבצעת המחקר המלווה, האוניברסיטה העברית	ד"ר חגית הכהן-וולף
מרכזת המחקר המלווה	נחיה בן דוד-ויטמן

תמצית

המפעל המיוחד, "מרכז ייעוץ וטיפול לאנשים בעלי צרכים מיוחדים שנפגעו ופגעו ובני משפחותיהם" (להלן – המרכז) הוא שירות חדש וייחודי הנועד למלא חסר בולט במצאי השירותים לילדים, לנוער ולבוגרים בעלי צרכים מיוחדים אשר נפגעו מאלימות פיזית או מינית, מהזנחה ומהתעללות רגשית, או פגעו באחרים. מחקרים מראים שאנשים בעלי מוגבלות נפגעים פי ארבעה יותר מאשר אנשים ללא מוגבלות, וכי מסיבות שונות הם אינם יכולים להשתמש בשירותים המיועדים לכלל האוכלוסייה. מטרה נוספת של המרכז היא לפתח ידע ייחודי ושיטות עבודה והתערבות ייחודיות לאוכלוסיית היעד להפצה בקרב הורים ואנשי מקצוע בתחום.

השירות הוא רב-נכתי ומחייב מומחיות רב-תחומית והתייחסות לסוגיות מקצועיות מורכבות. לאור זאת חברו להקמתו ארבעה ארגונים: שלושה אגפים במשרד הרווחה – אגף השיקום, האגף לטיפול באדם המפגר, היחידה לטיפול באדם הלוקה באוטיזם; המוסד לביטוח לאומי – הקרן למפעלים מיוחדים; ג'וינט ישראל – אשלים ועיריית ירושלים – מחלקת השיקום. עמותת שק"ל קיבלה את האחריות להקמה המרכז החל מספטמבר 2006. שותפות בין-ארגונית זאת תורמת באיגום של תחומי ידע ומומחיות, לגיטימציה וסמכות, משאבים כספיים וניסיון, אך במהלך התקופה הניסיונית אף הצריכה התחשבות בשותפים השונים, בסדרי היום שלהם ובאופני התנהלותם, מה שהשפיע לעתים על קצב הפיתוח של השירות.

מחקר ההערכה ליווה את המפעל המיוחד מראשיתו, במשך שלוש שנים, בהערכה מעצבת, שלה שתי מטרות עיקריות: שיפור מודל ההפעלה של השירות וחיזוק השפעותיו בקרב אוכלוסיות היעד שלו, וסיוע בגיבוש המודל לשם הטמעתו והפצתו במקומות נוספים. המחקר מתבסס על מגוון פעולות הערכה בשיטות איכותיות וכמותיות. בפני ההערכה ניצבו מספר אתגרים מתודולוגיים הקשורים לאופי אוכלוסיית היעד של המרכז והיכולת לאסוף ממנה נתונים באופן ישיר. נוסף על כך, התמודד המחקר עם מגבלות החיסיון של תהליכי הטיפול המתבצעים במרכז.

במשך התקופה הניסיונית של פיתוח השירות החדש הועלו בוועדת ההיגוי של המרכז שאלות על אודות טבעם, ייחודם וגבולותיהם של השירותים הניתנים במרכז, גם לאור שירותים אחרים בתחום שהתפתחו במהלך תקופה זו. בעקבות זאת חודדו והוגדרו "גבולות הגזרה" של מרכז הייעוץ והטיפול על ידי ועדות היגוי וביצוע אשר התמקדו בטיפול בבעלי צרכים מיוחדים שנפגעו מאלימות פיזית, מינית, רגשית או מהזנחה ובפוגעים, ואילו הנושאים טיפול בתפקוד מיני וחינוך מיני חברתי, שהם בעלי אפקטים מניעתיים וחינוכיים, לא טופלו מלכתחילה במסגרת המרכז, אלא כחלק מהטיפול הכולל שניתן לנפגעים מינית.

הפיתוח הראשוני של המרכז וההיערכות למתן שירות ארכו קרוב לשנה. פרק זמן זה נדרש בשל המאפיינים המיוחדים של השירות, ביניהם ראשוניותו של השירות מבחינת השילוב בין מומחיות בתחום הצרכים המיוחדים לבין מומחיות בתחום הטיפול בפגיעה, היותו של המרכז שירות רב-נכתי, וכן עקב הצורך בהכשרת מבנה למרכז והשותפים הרבים להקמתו. תהליך זה תאם לנפח העבודה (היקף המטופלים) במרכז, אשר התפתח בהדרגה וכיום הוא עולה על נפח העבודה שתוכנן במקור למרכז (40 מטופלים).

העבודה המקצועית במרכז דורשת צוות מגוון של אנשים מדיסציפלינות שונות: עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, מטפלים באמנויות, מטפלים פארא-רפואיים ואחרים (מומחה לשפת סימנים, קלינאית תקשורת לנושא תקשורת חליפית תומכת וכו'), וכן עובדים מנהליים ועובדי תחזוקה. מנהלת המרכז וצוותה התמודדו במהלך התקופה הניסיונית עם הקושי למצוא אנשי מקצוע המשלבים בהכשרתם ובניסיונם את התחומים הנדרשים במרכז (צרכים מיוחדים וטיפול בנפגעים ובפוגעים), ועם התחלופה שאפיינה בשנתיים הראשונות את

מצבת כוח האדם במרכז. כדי ליצור שפה משותפת ובסיס ידע אחיד בקרב הצוות מתקיימים תהליכי הכשרה והשתלמות אינטנסיביים, שמשובי הצוות מלמדים שהם משיגים את מטרותיהם במידה רבה.

ההיכרות עם המרכז והשירותים שהוא מציע הצטברה והתרחבה במשך שנות פעילותו. ממצאי ההערכה, המבוססים על סקרים שנערכו בקרב פקידות סעד ובקרב מסגרות המשרתות את אוכלוסיית היעד של המרכז (בתי ספר, מרכזי תעסוקה, דיור מוגן), העלו שמרביתם שמעו על המרכז, חלקם הפנו אליו מטופלים ואף הביעו שביעות רצון מהרמה המקצועית של הטיפול המתבצע בו. העלייה במספר ההפניות למרכז ומגוון המקורות להפניה, וכן העלייה בהיקף ההתייעצויות של אנשי מקצוע בתחום עם צוות המרכז ובבקשות להדרכות והשתלמויות מצביעים על כך שכיום קיימת מודעות גבוהה לשירות שמספק המרכז.

במשך תקופת המחקר ועד מרץ 2011 הופנו למרכז 131 אנשים. מתוכם ארבעים מטופלים החלו וסיימו את תהליך הטיפול במרכז (30.5% מכלל המופנים). המספר הכולל של מטופלים במרכז עלה משנה לשנה, מה שעשוי להעיד על ההיכרות המתרחבת עם המרכז והשירותים שהוא מציע. כשני שלישים (65%) מהפניות בתקופה הניסיונית של המרכז הגיעו מהעיר ירושלים, מלשכות הרווחה האזוריות והשכונתיות ומהשט"י, וכשליש (35%) מהפניות הגיעו ממחוז ירושלים או ממקומות אחרים מחוץ לירושלים. במרץ 2011 נמצאו 37 פונים בתהליך טיפול (28.2%), 20 היו בעיצומו של תהליך אינטייק (15.3%) ו-34 (26.0%) לא טופלו לאחר הפנייתם למרכז מסיבות שונות. טווח הגילאים של המופנים למרכז רחב (5–54). הגילאים השכיחים יותר הם בני נוער בני 14–20 (43%) ומבוגרים צעירים בני 21–35 (40%), ומיעוטם ילדים עד גיל 12 (7.6%) ומבוגרים בני 36 ומעלה (9%). למעלה משליש מהמטופלים במרכז בתקופת המחקר התגוררו במערך דיור (36.6%) ומרבית המופנים התגוררו בבית (36.4%). מרבית המטופלים במרכז בתקופת המחקר הם יהודים (89%) ומיעוטם ערבים (11%). למעלה משליש (37.9%) המטופלים במרכז הייעוץ והטיפול בתקופת המחקר היו דתיים, פחות משליש (29.7%) הם חילונים, כרבע (23.4%) הם חרדים ומיעוטם הם מסורתיים (9%).

רוב מוחלט (80%) של המופנים למרכז הם נפגעים. עד מחצית 2010 טופלו במרכז נפגעים בלבד (בעקבות החלטה מוקדמת בוועדת הביצוע). החל מאמצע 2010 החל צוות המרכז לטפל בפוגעים¹ ובד בבד הכשיר את הצוות לטיפול זה. מרבית המופנים למרכז הם בעלי פיגור (60.3%), כרבע מאגף השיקום (27%), ומיעוטם מאובחנים כאוטיסטים או כבעלי פיגור ואוטיזם או כ-PDD (7.7%), שיקום משולב בלקות למידה ובעיות רגשיות (1%) או ללא אבחון (3.8%). סיבות אפשריות לכך הן היעדר פקידי סעד הממונים על תחום האוטיזם/שיקום בלבד, רמת מודעות נמוכה לשירות בקרב המפנים הפוטנציאליים ומאפייני הלקות (אוטיזם) העשויים להשתקף בתת-דיווח של הנפגעים ומכך שהם לא מביעים מצוקה. סוגי הפגיעות (נפגעים ופוגעים) שבגינם הופנו למרכז היו בעיקר פגיעות מיניות (113, 86%), ומיעוטן פגיעות פיזיות (לעתים משולבות בפגיעה מינית) והזנחה.

תהליך הטיפול במרכז כולל כמה מרכיבים: קבלה ואבחון, קביעת תכנית הטיפול על ידי צוות המרכז תוך התייעצות עם גורמים רלוונטיים נוספים, טיפול באמצעים שונים (טיפול שיחתי, פרטני קליני – טיפול בתנועה ודרמה, טיפול במשחק, טיפול באמנות), הערכה שוטפת של התקדמות הטיפול, הערכה תקופתית ועריכת סיכום הטיפול והמלצות למעקב. נוסף לקשר עם המטופלים, מתקיים קשר של הדרכה וטיפול עם המשפחות ועם המסגרות בהן לומדים או מתגוררים המטופלים על מנת לתת למטופל מענה מקיף ככל הניתן בכל מעגלי החיים שלו. תהליך הטיפול מלווה, במידת האפשר, גם בעדכון ובהתייעצות עם הגורמים הרלוונטיים במוסדות

¹ עד תום תקופת המחקר במרץ 2011 הופנו למרכז 15 מקרים של פוגעים (לא אלה שפגעו בנפגעים המטופלים במרכז), מתוכם טופלו 10, מרביתם מבוגרים צעירים.

החינוך ובקהילה של המטופל. במסגרת ההערכה נבחנו ארבעה תהליכים טיפוליים, כפי שהם מצטיירים בעיני בעלי העניין השונים: נקודות המבט של המטופל, של אחד מהוריו או שניהם ושל המטפלת ממרכז הייעוץ והטיפול. בחינה זו מעלה התאמה של התהליך הטיפולי למאפייני המקרה ושביעות רצון גבוהה של המטופלים ומשפחותיהם מתהליך הטיפול.

סוגיות ודילמות מקצועיות העסיקו את צוות המרכז ואת הוועדות המלוות במהלך התקופה הניסיונית, ביניהן: שאלות לגבי אופני ההתאמה בין סוגי מטופלים לבין סוגי הטיפול, צורך בפיתוח ערוץ של טיפול קבוצתי בצד הטיפול הפרטני המתבצע כיום במרכז, פיתוח אפיק הטיפול בפוגעים לצד הטיפול בנפגעים, ניהול המעורבות של בני משפחה ואחרים בסביבת המטופל בתהליך הטיפול והדרכתם לקראת סיום הטיפול ואחרי סיומו, סוגיית משך הטיפול ומידת התאמתו למאפייני אוכלוסיית היעד של המרכז ועוד.

לסיכום, ממצאי ההערכה מצביעים על הלימה של מודל הפעולה של השירות החדש למאפיינים ולצרכים של אוכלוסיית היעד שלו, הן מבחינת הכלים הטיפוליים, הן מבחינת תהליכי האבחון והטיפול המתבצעים בו והן מבחינת הפרופיל של הצוות המקצועי. עם השנים הפך השירות למוכר בקרב אוכלוסיית היעד והוא נתפס כמקור ידע וייעוץ בתחום אנשים בעלי צרכים מיוחדים הנמצאים בסיכון ובסכנה. לקוחות השירות – מטופלים ומשפחותיהם, אנשי מקצוע וגורמים בקהילה מביעים שביעות רצון ממגוון היבטים שלו. הערכת האפקטיביות של השירות מהווה אתגר בפני עצמו לאור מאפייני המטופלים ועקב מגבלות מתודולוגיות שונות שפורטו בדיווח. עם זאת, הממצאים מעידים על השפעות חיוביות של הטיפול המתבטאות בשינויים קטנים אך מצטברים בחייהם של המטופלים, ביחסם לעצמם ולסביבה, לעלייה במודעותם לסיכונים וסכנות ולחיזוק המוגנות שלהם. בסיומו של הדיווח מובאות מספר המלצות להמשך הנוגעות להיבטים האלה: הכשרת הצוות, הפצת השירות באזורים אחרים בארץ, הבהרת וחידוד תחומי המומחיות שלו בהקשר הכולל של השירותים הקיימים לאוכלוסיית בעלי צרכים מיוחדים הנמצאים בסיכון ובסכנה, גיבוש מדיניות לגבי הייעוץ וההדרכה שנותן צוות המרכז לגורמי חוץ, העמקת המעורבות של הגורמים הקשורים למטופל וגיבוש מדיניות מעקב לאחר תום הטיפול.

תוכן העניינים

עמוד

1

תיאור התכנית

1

המפעל המיוחד – המרכז לייעוץ וטיפול

1

מטרות ויעדים

2

אוכלוסיית היעד

3

מרכיבי השירות והטיפול

4

כוח אדם

4

היבטים פיזיים

5

מחקר ההערכה

5

מטרות ההערכה וגישתה

5

מערך המחקר

7

אתגרים מתודולוגיים

10

סקירת ספרות

10

נכים ובעלי צרכים מיוחדים במצבי סיכון להתעללות ופגיעות – הקדמה

11

נכים ובעלי צרכים מיוחדים במצבי סיכון – מאפיינים והגדרות

16

מצבי סיכון – מאפיינים והגדרות

19

נכים ובעלי צרכים מיוחדים כמקורות מידע – סוגיות מתודולוגיות

20

נכים ובעלי צרכים מיוחדים במצבי סיכון – התופעה ושכיחותה

23

מצבי סיכון וגורמים מנבאי מצבי סיכון של בעלי צרכים מיוחדים

29

טראומה וההשפעות של אלימות על נפגע

נותני שירותים בישראל בתחום מניעת התעללות ואלימות – מסגרות, מידע

34

וטיפול

38

ממצאים

38

גיבוש השירות

38

ייחודיות השירות וגבולותיו

39

הגדרת מדדי הצלחה

40

צוות המרכז – פרופיל והכשרה

43

פיתוח כלים לניהול תהליכי הייעוץ והטיפול

43

ועדות מלוות

44

נתונים על פעילות המרכז בתקופה הניסיונית

44

מטופלים ותהליכי טיפול – מאפיינים

47

ייעוץ לגורמי חוץ (מוסדיים ופרטיים)

47

שיווק המרכז ופרסומו

48

תהליך הטיפול

48	הפניה למרכז לייעוץ וטיפול
49	תהליך האינטייק
49	תכנית הטיפול וכלים טיפוליים
51	תוצאות הטיפול
51	נקודת המבט של מקבלי השירות – סיפורי מקרה
66	נקודת המבט של נותני השירות – אנשי המקצוע
68	סוגיות מקצועיות
72	סיכום והמלצות
78	ביבליוגרפיה
85	נספחים
87	נספח 1 – טופס תכנית טיפול
91	נספח 2 – טופס סיום טיפול
92	נספח 3 – מתווים לראיונות - סיפורי מקרה

תיאור התכנית

המפעל המיוחד – המרכז לייעוץ וטיפול

"המרכז לייעוץ וטיפול לאנשים בעלי צרכים מיוחדים שנפגעו ובני משפחותיהם" (להלן – "המרכז") החל לפעול בנובמבר 2006, וצוותו החל לטפל במטופלים הראשונים שפנו לקבלת טיפול באוגוסט 2007. להקמתו של המרכז חברו ארבעה ארגונים: שלושה אגפים במשרד הרווחה – אגף השיקום, האגף לטיפול באדם המפגר, היחידה לטיפול באדם עם אוטיזם; המוסד לביטוח לאומי – הקרן למפעלים מיוחדים; ג'וינט ישראל – אשלים (תחום ילדים ונוער עם צרכים מיוחדים); עיריית ירושלים – מחלקת השיקום. עמותת שק"ל קיבלה את האחריות להקמת המרכז והפעלתו. תהליכי ההקמה החלו בספטמבר 2006.

הקמת השירות החדש בירושלים ובמחוז ירושלים נועדה למלא חסר בולט במצאי השירותים לילדים, לנוער ולבגירים בעלי צרכים מיוחדים אשר נפגעו מאלימות פיזית או מינית, מהזנחה ומהתעללות רגשית, או פגעו באחרים. מחקרים מראים שאנשים בעלי מוגבלות נפגעים פי ארבעה יותר מאשר אנשים ללא מוגבלות. הם נוטים להיות פגיעים יותר גם עקב חוסרים בהבנת הסכנה, תלות בגורם מטפל שעשוי להיות פוגע, בוחן מציאות לא תקין ועוד. יתר על כן, קהל יעד זה אינו יכול להשתמש בשירותים המיועדים לכלל האוכלוסייה בשל מגוון של סיבות: חוסר נגישות, היעדר ידע של הגורמים המטפלים על הצרכים המיוחדים שלהם, רגישויות והיבטים ייחודיים להם, דעות קדומות של חלק מנותני השירות ועוד. לאור מאפיינים ייחודיים אלה, מתמקדת עבודת המרכז לייעוץ וטיפול במאפיינים הייחודיים של פגיעה ו/או הזנחה של אוכלוסיות ילדים, נוער ובגירים בעלי צרכים מיוחדים. מטרה נוספת של המפעל המיוחד היא לפתח ידע ייחודי ושיטות עבודה והתערבות ייחודיות לאוכלוסיית יעד זו שניתן להפיץ אותו בקרב הורים, מטפלים ואנשי מקצוע נוספים.

נציין כי במסמך היסוד שהוכן ביוני 2003 על ידי תחום ילדים ובני נוער בעלי צרכים מיוחדים באשלים, שהוגש לוועדת המקצועית הבין-משרדית בנושא פגיעה בילדים ובנוער בעלי צרכים מיוחדים, ואשר היווה מודל לפיתוחו של המרכז הוצעו שני סוגי שירותים במסגרת המרכז המתוכנן – יחידה אינטרנית (קלט חירום) לאלה שהוצאו מבתיהם ויחידה אקסטרנית עבור המתגוררים עם משפחותיהם ובקהילה. בסיומו של תהליך תכנון מעמיק הוקמה היחידה האקסטרנית בלבד ואליה מתייחס הדיווח הנוכחי.

מטרות ויעדים¹

מטרות המרכז כפי שאושרו על ידי ועדת הביצוע של המרכז כוללות הן מטרות ממוקדות מקרה ורה-אקטיביות והן מטרות מערכתיות ופרו-אקטיביות, כמפורט להלן.

א. מטרות ממוקדות מקרה ורה-אקטיביות

(1) לסייע להתמודדות של בעלי הצרכים המיוחדים ומשפחתם עם הפגיעה.

¹ על-פי מסמך מטרות של המרכז לייעוץ וטיפול, אוגוסט 2009.

- (2) לבצע הערכה אינטנסיבית (בהקשר של הפגיעה) של הנפגעים או הפוגעים והוריהם או של המסגרת הטיפולית שבה שוהה הנפגע, כולל הצעה לתכנית התערבות ויישום התכנית.
- (3) להבטיח את מניעת הישנות הפגיעה על ידי שינוי בתפקוד המשפחה (במידה שהפגיעה בתוך המשפחה), שבה הנפגע חשוף לסכנה ולהזנחה מצטברת ו/או על ידי חיזוק הכוחות והתמיכה לנפגע.
- (4) לתת הדרכה, ייעוץ וליווי למסגרת הקהילתית שבה שוהה הנפגע.
- (5) לתת ייעוץ והדרכה, בעת הצורך, למטפלים בקהילה.

ב. מטרות מערכתיות ופרואקטיביות

- (6) לקדם את יכולתם של נותני שירותים טיפוליים בקהילה להתערב במצבי התעללות בבעלי צרכים מיוחדים על ידי פיתוח מודלים טיפוליים והפצתם.
- (7) לפתח דרכי התערבות חדשות ויעילות ולשמש מקור ידע וייעוץ בנושא בעלי צרכים מיוחדים בסיכון ובסכנה.
- נציין כי מטרות המרכז נבחנו בוועדת הביצוע, ועברו ליטוש והתאמה לאור פרק הזמן שחלף מגיבוש מסמך הבקשה הראשונה למימון ועד ההחלטה על תמיכה במפעל המיוחד. במסגרת זאת, בוטלה מטרה "לסייע בפיתוח כלים לחקירה של בעלי צרכים מיוחדים", מכיוון שבעקבות החוק החדש לחוקרי צמי"ד פותחו כלי החקירה ומתקיימים קורסים מיוחדים לחוקרים.
- מתוך מטרות אלה נגזרו היעדים שהוצבו למרכז:

- (1) מתן מענה ייעוץ וטיפול לכארבעים אנשים בעלי צרכים מיוחדים ומשפחותיהם בחודש בו-זמנית.
- (2) פיתוח כלי הערכה ואבחון מותאמים.
- (3) פיתוח מודלים להתערבות טיפולית בטיפול בטראומה של אנשים בעלי צרכים מיוחדים – כתיבה, יישום והערכה.

אוכלוסיית היעד

המרכז לייעוץ וטיפול מיועד לשרת את כל גווי האוכלוסייה הנזקקת במחוז ירושלים ובעיר ירושלים. ארבעה קריטריונים הוגדרו לאוכלוסיית היעד של השירות:

1. ילדים, מתבגרים ובוגרים בעלי צרכים מיוחדים, שנפגעו מאלימות כלשהי או פגעו באחרים ובני משפחותיהם. בהקשר זה חשוב לציין את עמדת ועדת ההיגוי לגבי ההבחנה בין נפגעים ופוגעים: בקרב אוכלוסיית היעד של המרכז ההבחנה בין נפגע ופוגע אינה תמיד חד-משמעית והאדם הפוגע עשוי להיות מי שנפגע בעבר, אולם הטיפול בפוגעים שונה במהותו מהטיפול בנפגעים. עם הקמתו של המרכז ביקשה מנהלת המרכז להתמקד בתחילה בנפגעים בנימוק שלא ניתן לפתח בו-זמנית שני תחומי מומחיות מורכבים (טיפול בנפגעים וטיפול בפוגעים). בעקבות אישורה של ועדת הביצוע, התמקד צוות המרכז בשנות ההפעלה הראשונות במתן שירות לנפגעים בלבד, ולאחר שלוש שנים פתחו את היחידה לפוגעים. בנוסף, החליטה ועדת הביצוע שלמרכז יופנו

אנשים אשר נפגעו בטווח של שנה ממועד ההפניה, ובמקרים חריגים יתקבלו גם כאלה שנפגעו לפני יותר משנה תוך התייעצות עם המפקחת הרלוונטית. כמו כן, הוחלט שבשלב הראשון המרכז יטפל בדוברי עברית וערבית ויימצאו פתרונות מתאימים במקרים של פניית דוברי שפות אחרות (למשל, רוסית או אמהרית).

2. סוגי המוגבלויות: המרכז אמור לתת מענה לאוכלוסיות של אגף הפיגור, אגף השיקום ויחידת האוטוסיטים במשרד הרווחה, עצמאים וכאלה הנמצאים בחסויות שונות: הורים, הוסטל, דור מוגן וכדומה (פיגור שכלי, רצף PDD, מוגבלות קוגניטיבית, בעיות רגשיות, נכויות פיזיות, לקויות חושיות, גבוליות קוגניטיבית ובעיות תפקוד והסתגלות).

3. אורח חיים ולאום: חרדים, דתיים, מסורתיים וחילוניים, יהודים וערבים.

4. גורמים נוספים: קהילה או סביבה קרובה (בית ספר, דירות מוגנות, מוסדות, מרכזי שיקום תעסוקתי וכדומה) ואנשי מקצוע.

מרכיבי השירות והטיפול

תהליך הטיפול הניתן במרכז ליעוץ וטיפול כולל שבעה מרכיבים:

1. **קבלה** – איסוף מידע מידי (דוחות) מגורמים רלוונטיים, שיחה עם בעל הצרכים המיוחדים והמשפחה, אבחון ראשוני.

2. **אבחון** – אבחון של הנפגע או של הפוגע ומשפחתו. בתחילה התבצע תהליך האבחון (האינטייק) על ידי מנהלת המרכז בלבד. עם התפתחות המומחיות של חברי הצוות תהליכי האבחון נעשים על ידי מרביתם.

3. **קביעת תכנית הטיפול** – התכנית נקבעת על ידי אנשי המקצוע במרכז. במידת הצורך מתקיימת התייעצות טלפונית עם פקיד סעד מקומי ו/או עו"ס המשפחה מצד אחד ועם המשפחה ו/או הלקוח הבגיר.

4. **טיפול** – משך טיפול רגיל הוא שנה, בהתאם להנחיות ועדת ההיגוי. במקרים חריגים מוגשת בקשה להארכת משך הטיפול מעבר לטווח זמן זה. הטיפול כולל מספר אפשרויות: טיפול פרטני-קליני (טיפול שיחתי, טיפול בתנועה, טיפול במשחק, טיפול באמנות), הדרכת המשפחה (הורים ואחים). נוסף לכך ניתנת הדרכת צוותים (מערכי דור, תעסוקה, מוסדות חינוך).

5. **הערכה שוטפת** – מתבצעת כל שבוע בתוך הדרכת הצוות על ידי מנהלת המרכז ומדריכה חיצונית.

6. **הערכה תקופתית** – מתבצעת בתדירות של פעמיים בשנה: כארבעה חודשים לאחר שהמטופל הגיע למרכז ולקראת סיום הטיפול. הערכה זו מתועדת בכתובים ומופצת לגורמים הרלוונטיים בלשכת הרווחה ובקהילה.

7. **סיום טיפול ומעקב** – חודש לפני סיום הטיפול נערך סיכום של תוצאות הטיפול הכוללות את המלצות הצוות למעקב להמשך טיפול במסגרות שבהן נמצא המטופל.

כוח אדם

למרכז הוגדר צוות מגוון של אנשים מדיסציפלינות שונות: מנהל, עובדים סוציאליים (בהיקף של 2.5 משרות), פסיכולוגים (בהיקף של 1.5 משרות), מזכירה (היקף 0.75 משרה), עובד ניקיון ותחזוקה וייעוץ של מטפלים פרא-רפואיים ואחרים (מומחה לשפת סימנים, קלינאית תקשורת לנושא תקשורת חליפית תומכת וכדומה, מטפלים באמנויות: מוזיקה, תנועה, אמנות).

היבטים פיזיים

מיקומו של המרכז לייעוץ וטיפול נבחר בשל זמינות ההגעה אליו ומידת ההנגשה שלו. המרכז ממוקם בבניין מרכזי בלב אזור תעשייה שיש אליו תחבורה ציבורית מסודרת ותדירה ומונגש מבחינה פיזית. בבניין קיימת מעלית והמבנה והציוד הותקנו לפי התקנים המחויבים בחוק. עם זאת, אין בכל אלה לפתור בעיות של תלות של חלק מהמטופלים באחרים כדי להגיע את המרכז ולצרוך את השירות. עם הכניסה לבניין נערך שיפוץ באמצעות מענק שגויס על ידי עמותת שק"ל שנבחרה להפעיל את המרכז בתקופה הניסיונית. מבנה המרכז כולל מבואה מטופחת ומזמינה, דלפק קבלה של המזכירות, חדר ישיבות, חדרי טיפול וציוד המיועדים לסוגים שונים של טיפולים (אומנות, דרמה ומשחק), משרד המנהלת, מטבחון ושירותים.

מחקר ההערכה

מטרות ההערכה וגישתה

המפעל הניסיוני לווה בהערכה מעצבת משלבי התכנון וההקמה שלו בשלהי 2006. כהערכה מעצבת ליוותה ההערכה את תהליכי התכנון, הביצוע והמימוש של השירות הניסיוני לשם שיפור מודל ההפעלה של השירות, דרכי מתן השירות וחיזוק השפעותיו בקרב אוכלוסיות היעד שלו ולשם סיוע בהגדרת המודל לשם הטמעתו והפצתו במקומות נוספים.

ההערכה התמקדה בשלושה מוקדים: (1) **הערכת הרציונל**, שעסקה בניתוח מודל הפעולה של התכנית; (2) **הערכת ביצוע**, שכללה מעקב אחר התשומות והתהליכים המתרחשים בתכנית, ניטור של ביצוע התכנית מול התכנון ובחינת העמידה בסטנדרטים המקצועיים של המרכיבים השוני של השירות; (3) **הערכת אפקטיביות**, שבחנה את השפעות הפעילות של המרכז על מקבלי השירות וסביבתם, בהתאם לציפיות הנגזרות ממטרות השירות.

גישת ההערכה התבססה על שילוב של הערכה מערכתית (Comprehensive Evaluation) ושל גישת ההערכה ה"מגיבה" (Responsive Evaluation). השילוב בין גישות אלה מאפשר להתייחס למכלול ההיבטים של תכנון התכנית, ההקשר שבה היא מתבצעת ותהליכי הביצוע שלה כדי להבין את תוצאותיה ואת התמורות שהיא מחוללת במישרין ו/או בעקיפין, וכן לבחון את השירות ממגוון זוויות הראייה של בעלי העניין השונים בו. בהתאם לכך ובהתאמה לבעלי העניין השונים של המרכז, נעשה שימוש הן בשיטות איכותיות והן בשיטות כמותיות לצורך איסוף הנתונים.

דיווח הערכה זה מסכם את ממצאי ההערכה לכל התקופה הניסיונית של התכנית, החל מההכנות לפתיחת המרכז (פברואר 2007), המשך בתקופת ההפעלה הניסיונית והארכתה עד לסוף שנת 2010.

דיווח זה מתבסס הן על הנתונים והממצאים שהוצגו כבר בשני דיווחי הביניים שהוגשו במסגרת הערכת התכנית במהלך תקופת ההערכה והן על ממצאים נוספים מהשנה האחרונה של התקופה הניסיונית שלא נכללו בשני דוחות הביניים.

מערך המחקר

מערך המחקר כלל שני מרכיבים עיקריים: הערכה כוללת והערכה לעומק, זאת כדי לתת מענה לשני מוקדי ההערכה – מאפייני ההתארגנות של השירות ואיכות השירות ותועלותיו למקבלי השירות. בהתאם לכך כללה מסגרת ההערכה את מקורות המידע והכלים האלה:²

- ראיונות עם נציגי הארגונים השותפים בהקמת המרכז והשתתפות בישיבות ועדת הביצוע וועדת ההיגוי של המרכז. ראיונות אלה נועדו להעמקת ההבנה באשר למטרות הקמת המרכז, גיבוש מדדי הצלחה לשירות (ר' בהמשך) והעלאת סוגיות הנוגעות להפעלתו השוטפת של המרכז וכן לטווח ארוך יותר.

² לפירוט הכלים ששימשו במחקר ר' נספח 3.

- ראיונות קבוצתיים ואישיים עם צוות המרכז. הראיונות נועדו לקבל מידע על תפיסות חברי הצוות את עבודתם, את אופן ארגון השירות, את נקודות החוזק והקושי בעבודה ותובנות לגבי המאפיינים המיוחדים של מתן השירות לאוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים ושילוב צוות רב-מקצועי. לצורך הראיונות האישיים עם חברי הצוות פותח מתווה ריאיון שכלל שאלות על מודל הפעולה של המרכז ומידת הלימתו לצרכים, שאלות על תהליכי העבודה והטיפול ותפיסת שביעות הרצון של מקבלי השירות והתייחסות למדדי הצלחה של הטיפול והגורמים המשפיעים על ההצלחה.

- ניתוח מסמכים ורשומות של פעילות המרכז. נתונים על פרמטרים שונים של הפעילות השוטפת, על כוח האדם, על מאפייני המופנים והמטופלים, על פעולות הדרכה והשתלמויות לצוות ועוד. בנוסף, ניתוח תכניות טיפוליות, חוות דעת של מטפלים על רמת התקדמות וההערכה התקופתית וניתוח דיוני הוועדה לפני סיום טיפול.

- סקירת ספרות. מאפייני אוכלוסיית היעד, השוואה לשירותים דומים בארץ ובעולם, שירותים אוניברסאליים (לדוגמה, מרכזי חירום לילדים ולנשים) וכאלה המיועדים לאוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים.

- סקר בקרב פקידות סעד המהוות את הגורם המרכזי המפנה מטופלים לשירות. הסקר נועד לבדוק את המודעות של פקידות הסעד לקיומו של המרכז לייעוץ וטיפול, רמת ההיכרות שלהן עם השירות ודרכי ההפניה אליו. בנוסף בסקר נבחן פרופיל המטופלים שהפנו פקידות הסעד לקבלת טיפול ונבדק הקשר בין פקידות הסעד שהפנו מטופלים לבין הצוות המטפל במרכז בנוגע למטופלים משותפים. לבסוף, התקבלה התרשמותן של פקידות הסעד מהשירות הניתן במרכז לייעוץ וטיפול.

- סקר בקרב מדגם לקוחות פוטנציאליים (מסגרות חינוך וקהילה לבעלי צרכים מיוחדים) הסקר התבסס על שאלון מובנה, שפותח לצורך זה, עליו השיבו נציגי המוסדות באמצעות הטלפון. השאלון כלל שאלות על מידת ההיכרות עם השירות, תפיסותיהם לגבי חיוניות קיומו של השירות, מידת ההפניה בפועל של הגורמים לטיפול במרכז, פרופיל המופנים, חוות דעת על אופי הטיפול שניתן במרכז והקשר עם הצוות במהלך הטיפול.

- מפגשי עדכון והתייעצות תקופתיים עם מנהלת המרכז.

ההערכה לעומק התבססה על חקר מקרי אירוע (multiple case studies). במוקד מערך זה עמדו ארבעה סיפורים אישיים של מטופלים במרכז המייצגים מאפייני רקע וצרכים מיוחדים שונים. מטרת ההערכה לעומק הייתה לבחון את התהליך הטיפולי ותועלתו מנקודות מבט שונות, זאת במטרה להעמיק ולהעשיר את ההבנה של התהליכים הטיפוליים המתבצעים במסגרת השירות ולסייע לעיצובם בעתיד. איסוף הנתונים התבצע באמצעות הכלים האלה:

- מתווה ריאיון עם המטופל המורכב משני חלקים. בחלק הראשון נשאלות שאלות על הסיבות להגעה למרכז, על המוטיבציה להגעה ועל מה שהמטופל אוהב/לא אוהב בטיפול. בחלק השני של הריאיון נעשה שימוש במתודה השלכתית; שאלות על תהליך הטיפול ותחושות המטופל באמצעות שימוש בבובות המייצגות סיטואציה של פגישה טיפולית. השאלות על הבובה המייצגת את המטופל הן למשל: "מה את/ה חושבת עליו/ה?" ; "מה

קרה לו/לה?"; "מה קשה לו/לה?"; "איך הוא/היא מרגיש/ה?"; "מה גורם לו/לה להיות שמחה / עצובה?"; "איך אפשר לעזור לו/לה?". השאלות על הבובה המייצגת את המטפלת הן למשל: "מה את/ה חושבת עליו/ה?"; "האם הוא נעים?"; "האם הוא עוזר למטופל?" וכדומה.

- מתווה ריאיון עם בני משפחה ו/או גורמים בקהילה המטפלים במטופל. מתווה הריאיון כולל שאלות על אופן ההגעה למרכז (כיצד שמעו, מי הפנה), עמדת בסיס ביחס לטיפול ושינויים בה, חוות דעת על תהליך הטיפול מתחילתו, תפיסות לגבי הקשר עם הגורמים המטפלים בתוך המרכז ובקהילה או במוסד המטפל, שביעות רצון ממגוון היבטים, תפיסות לגבי שינויים ותמורות במטופל ומידת ייחוסם לתהליך הטיפול, ציפיות בהקשר של סיום הטיפול ואחריו.
- מתווה ריאיון עם המטפלת/ת במרכז החירום. שאלות על מאפייני המטופל, תהליך האבחון, תכנית הטיפול – ביצוע מול תכנון, תוצרים של התהליך על פי תפיסת המטפלת.

אתגרים מתודולוגיים

מהות השירות ומאפייני אוכלוסיית היעד של השירות הניסיוני מציבים מספר אתגרים בפני מחקר הערכה, המבקש לבחון את השירות על תהליכיו, תפוקותיו והישגיו המקצועיים. אתגרים אלה נובעים מהמאפיינים המיוחדים של אוכלוסיית היעד. מאפיינים אלה מערימים קשיים על עצם איסוף הנתונים מהמטופלים, וכן מעלים שאלות באשר לאופיים של מדדי ההצלחה של הטיפול.

אתגר איסוף הנתונים

מספר אתגרים נוגעים לאיסוף מידע ישיר מלקוחות השירות העיקריים: ילדים, נוער ובגירים בעלי הצרכים המיוחדים:

1. מאפייני מקבלי השירות הישירים, המאופיינים במגבלות קוגניטיביות וחושיות שונות בטווח גילאים רחב, מעלים שאלות מתודולוגיות באשר לאפשרויות איסוף הנתונים ומהימנותם. כתמיד, אתגרים ודילמות אלה דומים ומשקפים במידה רבה את הדילמות הקיימות בעצם מתן השירות לאוכלוסיות אלה.
2. ההקשר של מתן השירות – מצב משברי של היפגעות או פגיעה – מעצים את הרגישות של המטופלים ושל בני משפחותיהם ומקשה על איסוף מידע מהם.
3. אופי השירות – טיפול קליני ופרא-רפואי. אופי השירות מעלה קשיים מסוגים שונים, לדוגמה: השפעה של שלבי הטיפול על תפיסת המטופל לגבי תרומות הטיפול, התערבות פוטנציאלית של ההערכה בתהליכי הטיפול בעיתוי בלתי הולם, כללי חיסיון על תכני הטיפול וכדומה. חלק מקשיים אלה ניתנים לפתרון, למשל החתמת המטופלים וקרוביהם על ויתור סודיות לצורך המחקר.

חרף קשיים אלה אנו סבורים שיש חשיבות מרובה לקולם הישיר והייחודי של אנשים אלה במסגרת ההערכה, בוודאי כשמתייחסים לסוגיות שנוגעות אליהם באופן ישיר. לפיכך, יש לעשות מאמץ למצוא דרכים חדשות ויצירתיות לקבל את חוות דעתם ותחושותיהם של אנשים הלוקים בפיגור גם

במסגרת הערכה זו. לפירוט בנושא זה ראה בהמשך בסקירת הספרות סעיף "נכים ובעלי צרכים מיוחדים כמקורות מידע – סוגיות מתודולוגיות".

אתגר ההגדרה של מדדי הצלחה

אתגר מרכזי אשר העסיק במהלך התקופה הניסיונית של השירות את השותפים בהקמתו של המרכז ואת צוות ההערכה הוא ההגדרה של מדדי הצלחה לשירותים המיועדים לאוכלוסיית היעד של השירות: ילדים, נוער ובגירים בעלי הצרכים המיוחדים. הגדרת המדדים נועדה לשמש שלוש מטרות: יצירת שפה משותפת ומוסכמת בין בעלי העניין השותפים לפרויקט – בתוך צוות המרכז, בין צוות המרכז לבין נציגי ועדת ההיגוי וביניהם לבין צוות המחקר; הנחיית צוות המרכז בפיתוח השירות; הנחיית צוות המחקר בהערכה מעצבת ומסכמת של הפרויקט.

כדי ליצור בסיס מוצק למודל הפעולה של המרכז, לאופני ההתערבות, למדדים ולדרכי המדידה התבסס תהליך הגיבוש של מדדי הצלחה על מספר מקורות מידע: תיאור המודל, כמובא בבקשת המימון מהמוסד לביטוח לאומי, ספרות מקצועית בנושא מוגבלות ופגיעות אלימות, מרכזים אחרים הקולטים אוכלוסיות עם פגיעות דומות, החלטות ועדת הביצוע של המרכז וראיונות עם שבעה מומחים בתחומים של אוטיזם, פגיעה מינית, ילדים ונוער.

מסמך מדדי הצלחה לפעילות המרכז לייעוץ וטיפול אשר גובש בעקבות תהליך זה מנסה לבסס שרשרת סימוכין בין המאפיינים של אוכלוסיות היעד, מאפייני הפגיעות, המטרות והיעדים, התשומות והתהליכים המתוכננים והתפוקות הצפויות. המסמך כלל מדדים ארגוניים לפעולת המרכז לפי שנות פעילות כולל מדדים של פיתוח הפרקטיקה ומדדים טיפוליים (תהליכי אבחון ותכנון הטיפול, שביעות רצון מהטיפול ותוצאות הטיפול) לפי סוג הלקות – נכות חושית/פיזית ברמה קוגניטיבית רגילה, פיגור, אוטיזם. גיבושו של המסמך והדיון בו בוועדות המלוות העלה סוגיות עקרוניות המובאות בהמשך הדיווח ובכך ענה על הצורך ביצירת שפה משותפת בין השותפים לפרויקט וחיידוד ההסכמות ואי ההסכמות ביניהם.

להלן מספר דוגמאות למדדים שהוצגו כמדדי הצלחה לטיפול באוכלוסיית היעד של המרכז:

- הכרה בפגיעה: הבנה כי אכן התרחשה פגיעה והבעייתיות שבה.
- חשיבות הדיווח: הבנת והפנמת החשיבות שבדיווח במצב של פגיעה, על כך שמותר לספר על פגיעה גם אם אמרו להם שזה סוד וכו'. בנוסף, רכישת כלים אופרטיביים: למי מדווחים, איך מדווחים ועוד.
- יכולת לומר "לא". הבנת משמעות הפגיעה שנפגעו והבנת הזכות לסרב למי שפוגע או עלול לפגוע.
- הבחנה בין מגע טוב למגע רע, מגע מותר ומגע אסור.
- החזרה של תחושת בעלות על הגוף.
- עיבוד הנושא המיני: הבחנה בין צרכים מיניים טבעיים לבין פגיעה מינית.

אתגר ההערכה של אפקטיביות הטיפול

מידת היכולת למדוד אפקטיביות של טיפול פסיכותרפיוטי מסוגים שונים באנשים בעלי פיגור (המהווים את מרבית המטופלים במרכז, כפי שניתן לראות מהנתונים המופיעים בהמשך הדיווח), נתונה במחלוקת בין החוקרים בתחום. המחלוקת נסבה על המסקנות שניתן להסיק ממחקרים על תוצאות טיפולים של אוכלוסייה הלוקה בפיגור עקב תוצאות סותרות ומגבלות מתודולוגיות שונות שאינן מאפשרות הסקה ברורה או הכללה של הממצאים לכלל אוכלוסייה זו (ר' למשל, Didden, Prout & Nowak-Drabik; Lynch, 2004; King, 2005 Duker, and Korztlis, 1997). חשוב לציין שמחלוקת זאת אינה מתייחסת לטיפולים בעקבות פגיעות מיניות, אלא ליכולת לבחון אפקטיביות של שיטות טיפול שונות בקרב אוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים.

סקירת ספרות

נכים ובעלי צרכים מיוחדים במצבי סיכון להתעללות ופגיעות – הקדמה

המידע על אודות מספר האנשים בעלי מוגבלויות החיים בישראל הוא חלקי. על פי ההערכה המקובלת בעולם למעלה מעשרה אחוזים מהאוכלוסייה הם אנשים בעלי מוגבלויות. מכאן יש להניח שבישראל יש כ-650,000 אנשים נכים ובעלי מוגבלויות וצרכים שונים. המידע והנתונים על אודות היקף התופעה והחשיפה להתעללות בקרב ילדים, בגירים ובוגרים בעלי מוגבלויות וצרכים מיוחדים נשענים בעיקר על מחקרים שנעשו בארצות הברית, בריטניה ואוסטרליה (מורבר, 2009).

בארצות הברית ההנחה היא כי בערך חמישה מיליון פשעים חמורים מבוצעים מדי שנה כנגד אנשים הלוקים בנכויות התפתחויות (Petersilia, 1998). למעלה ממצחית הפשעים המבוצעים כנגד קרבנות הלוקים בנכויות אינם מדווחים לרשויות החוק, וכשהם כן מדווחים מטפלים בהם לעתים קרובות באופן מנהלי ולא באמצעות תביעה פלילית (Sobsey, 1994). ייתכן שהסיבה לכך טמונה בהנחה הרווחת שאנשים נכים ובעלי צרכים מיוחדים מתקשים לשמש עדים מהימנים בבית משפט (Perlman & Ericson, 1992) אצל בריין, 2002). למעשה, בארצות הברית אין מסגרת לאיסוף נתונים על אודות פשעים כנגד אנשים נכים ובעלי צרכים מיוחדים (Sorensen, 1997) אצל בריין, 2002), אך מחקרים שבדקו את שכיחות התופעה שבה אוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים חשופות להתעללות מצאו כי אוכלוסיות אלו מצויות בסיכון גבוה יותר לחוות התעללות והזנחה בהשוואה לאוכלוסייה הרגילה (Sobsey, 1994).

המידע על אודות היקף התופעה והחשיפה להתעללות בקרב ילדים, בני נוער ובוגרים בעלי מוגבלויות החיים בישראל מועט. יש נתונים מאורגנים ונגישים בעיקר באשר לאנשים הלוקים בפגור שכלי, אך חסרים נתונים לגבי קבוצות האוכלוסייה האחרות (מורבר, 2009).

כאמור, קיימת שכיחות גבוהה יותר של פגיעה בילדים ובמבוגרים נכים ובעלי צרכים מיוחדים. קרבנות הפגיעה האלה הם על פי רוב בלתי נראים, הואיל ולעתים קרובות אין ביכולתם להתלונן על תוקפיהם והפשעים המבוצעים נגדם, ופשעים אלה אינם מדווחים, או במקרים שהם כן מדווחים נתקלים בספקנות (ברייין, 2002). בבריטניה מצאו שהרשויות וגם הגורמים המטפלים חסרים מידע והכשרה לזיהוי ילדים בעלי מוגבלויות שחוו התעללות, ולכן עניינם לא מובא בפני החוק (Cooke & Standen, 2002). כדי לסבר את האוזן בעניין פגיעות והתעללות באנשים מוגבלים, ראוי לציין, שבשנת 2000 הוציא לראשונה המשרד לטיפול בקרבנות פגיעה בארצות הברית (OVC- Office for Victims Crime) תדריך ראשוני להבנת הצרכים של קרבנות פגיעה. התדריך הציע מענה לארבעה סוגי אוכלוסיות נפגעות: קרבנות מבוגרים; קרבנות פגיעה מינית; קרבנות ילדים; קרבנות אלימות במשפחה. בתדריך לא הייתה התייחסות לאוכלוסיית האנשים הלוקים במוגבלות ובעלי צרכים מיוחדים. בשנת 2001 יצא תדריך נוסף, שבו פרק העוסק בטיפול בקרבנות תאונות דרכים שנגרמו כתוצאה משתיית אלכוהול. רק בשנת 2002 הוציא המשרד תדריך מיוחד שעניינו מענה לקרבנות פגיעה בעלי נכויות. הוצאת התדריך היא בגדר הצהרה המצביעה על ההבנה שיש אוכלוסייה

ספציפית – נכים ובעלי צרכים מיוחדים – הנמצאת בסיכון לקרבנות וצריך להתייחס אליה באופן מיוחד (Gonzales, Schofield & Gillis, 2002).

לדברי מרום ועוזיאל (2000) המסכמות את סקירת הספרות המקיפה שערכו בתחום מציינות כי: "המחקרים בתחום מעידים כי ילדים בעלי נכויות מצויים בסיכון גבוה יותר לחוות התעללות והזנחה, בהשוואה לילדים ללא נכויות. רמות הסיכון בקרב ילדים בעלי נכויות הן לא רק גבוהות יותר, אלא גם נמשכות לאורך זמן, בעוד שמחקרים בארצות הברית ובבריטניה מעידים שבקרב ילדים ללא נכויות ישנה ירידה בשיעור הסובלים מהתעללות עם העלייה בגיל." עם זאת, מציינות החוקרות שקיימת אי-עקביות מסוימת בממצאי המחקרים על אודות ההיקף של תופעת ההתעללות וההזנחה בקרב ילדים בעלי נכויות ועל אודות שכיחות בעלי הנכויות בקרב ילדים שחוו התעללות, הנובעת ככל הנראה מהיבטים מתודולוגיים שונים של המחקרים.

נכים ובעלי צרכים מיוחדים במצבי סיכון – מאפיינים והגדרות

האוכלוסיות החשופות להתעללות והזנחה בשכיחות גבוהה הן אוכלוסיות הנכים ובעלי הצרכים המיוחדים, שהן אוכלוסיות היעד של המרכז ליעוץ וטיפול. לקבוצות אלה מאפיינים שונים והן כוללות תת-קבוצות, לדוגמה: לקויות חושיות, לקויות פיזיות, לקויות קוגניטיביות, מחלות כרוניות, עיכובים התפתחותיים. לצורך הסקירה נציג בקצרה את המאפיינים של קהלי היעד של המרכז ליעוץ וטיפול, ולאחר מכן את המאפיינים וההגדרות של מצבי סיכון.

הגדרות פיזיולוגיות כלליות

נכות (Disability) – על פי הסיווג הבין-לאומי ללקויות, מוגבלויות ונכויות (ספטמבר 1997) בתחום הבריאות נכות היא פגיעה של האדם, הנובעת מלקות או ממוגבלות, המגבילה או מונעת את הגשמת תפקודו הסביר של האדם (כתלות בגיל, מין, וגורמים חברתיים ותרבותיים). נכות היא גם חוסר יכולת לבצע פעולה באופן המקובל כנורמלי אצל אדם. הנכות נגרמת כתוצאה ממחלה, תאונה או חבלה. לרוב, נכות היא תוצאה של ליקוי אטומי, פיזיולוגי או מנטלי. נכות היא מצב מתמשך ומשתנה והיא תלויה בתפקודו של האדם ובתמיכות שהוא מקבל מהסביבה (רימרמן, מאיר ושטנר, 1986). נוסק והולנד (Nosek & Howland, 1998) כללו בהגדרת המושג נכות את כל הנכויות אשר יכולות להגדיל את רמת הפגיעות לניצול כתוצאה מליקויים סנסוריים, פיזיים או קוגניטיביים או כתוצאה משילוב של נכויות.

בשנת 1989 ארגון הבריאות העולמי הגדיר נכות (disability) כהגבלה או חוסר יכולת לבצע פעולה בטווח הנחשב נורמלי עקב פגיעה במערכת האנטומית, הפיזיולוגית הקוגניטיבית ו/או הנפשית. הנכות הוא מושג "מטרייתי" רחב המתייחס לבעיות בתפקוד בשלושה ממדים: בתפקוד הגופני, בפעילות בטווח הרחב של הפעולות המבוצעות על ידי בני אדם, בהשתתפות בתחומי החיים שהאדם מעורב בהם ושהוא נגיש אליהם. לקות (impairment) הוא מצב שבו יש אבדן או פגיעה במערכת הפיזיולוגית, האנטומית הקוגניטיבית או הנפשית. מוגבלות (handicap) היא חיסרון שיש לאדם בעקבות ליקוי או נכות. חיסרון זה מגביל את האדם או מונע ממנו למלא את תפקידו בהתאם לגילו, מינו ונורמות התרבות והחברה (WHO, 1989, אצל מרום ועוזיאל, 2000).

פרנש (French, 2001) טען שאדם נכה הוא אדם שקיים בו אחד משני התנאים האלה לפחות: האדם סובל מלקות פיזית או מנטאלית אשר מגבילה אחת או יותר מפעולות החיים העיקריות; האדם המוכר כסובל מלקות פיזית או מנטאלית או שקיים תיעוד על היותו נכה.

לקות (Impairment) – בתחום הבריאות לקות היא כל אבדן או חריגה של מבנה או תפקוד פסיכולוגי, פיזיולוגי או אנטומי. לקות מציגה סטייה מכמה נורמות במצבו הביו-רפואי של האדם, וההגדרה של מרכיביו מתבצעת על ידי אלה שהוסכמו לאבחן תפקודים פיזיים ונפשיים בהתאם לסטנדרטים המקובלים. לקות מאופיינת על ידי אבדן או חריגה זמניים או תמידיים (הסיווג הבין-לאומי ללקויות, מוגבלויות ונכויות, 1997).

נכויות התפתחותיות (Developmental disabilities) – נכויות התפתחותיות הן נכויות הקשורות לליקויים פיזיים או מנטאליים או שניהם (למשל: פיגור שכלי, אוטיזם, חירשות, עיוורון, ניוון שרירים וכיו"ב. ר' הרחבה להלן). נכויות התפתחותיות מאובחנות בקרב אנשים לפני שהגיעו לגיל התבגרות, אלה נכויות בלתי-הפיכות ותוצאותיהן ניכרות בחיי היומיום של האדם. לדוגמה: צורך בעזרה בפעולות יומיומיות שגרתיות, קושי בקליטת שפה וביטויה, לקויות למידה, היעדר ניידות ועוד. בנוסף, נכויות התפתחותיות משקפות את ההזדקקות של הפרט הנכה לשילוב בין-מקצועי של שירותים ספציפיים וכוללניים שמיועדים לספק את צרכיו המיוחדים (Petersillia, 2001).

הגדרות ומאפייני אוכלוסייה

אוטיזם (Autism) – המונח "אוטיזם" מקורו במילה היוונית "auto" שפירושה "עצמי". מושג זה לקוח מתחום הפסיכיאטריה והכוונה להסתגרות רצונית של האדם מקשר עם המציאות, על מנת לחיות בתוך עולם פנימי של עצמו (מישורי, 1992). לפי ה-DSM-3-R³ תסמונת האוטיזם היא הפרעה התפתחותית מקיפה (PDD Pervasive Developmental Disorder)⁴ המופיעה בדרך כלל בשלושים ושישה חודשי החיים הראשונים ונמשכת לכל אורך החיים. אוטיזם נובע מתפקוד לקוי של מערכת העצבים המרכזית, דבר המתבטא בשלושה תחומי התפתחות:

(א) חוסר מוחלט או ביכולת לקויה מאוד לפתח יחסי גומלין חברתיים ולהתמיד בהם. היעדר עניין והנאה בקשר עם הזולת, קושי בהדדיות רגשית וחברתית;

³ DSM - Diagnostic and statistical manual of mental disorders

⁴ ה-DSM סיווג תחת הכותרת הפרעת קשב ותקשורת נרחבת (PDD - Pervasive Developmental Disorder) חמש הפרעות התפתחותיות בעלות מאפיינים דומים רבים. **תסמונת אספרגר** מאופיינת בליקוי בתפקוד חברתי ותחומי עניין מוגבלים, אבל באינטליגנציה תקינה. ילדים הלוקים בתסמונת אספרגר מפתחים כישורים לשוניים (אוצר מילים, דקדוק וכדומה) באופן תקין, אבל מתקשים בשימוש החברתי של השפה. **תסמונת רט (Rett)** מאובחנת בעיקר אצל בנות. הלוקים בתסמונת זו מתפתחים באופן תקין במשך 18 החודשים הראשונים לחייהם, ואז מתחילים להבחין בשינוי בהתנהגות ובנסיגה בתפקוד, תחילה בתחום המוטורי, ואחר כך גם באיבוד כישורים של דיבור וחשיבה. **הפרעה ניוונית של הילדות (Child Disintegrative Disorder - CDD)** תסמונת נדירה המתבטאת בנסיגה ברורה בכמה תחומים (יכולת התנועה, שליטה על הסוגרים ומיומנויות חברתיות ולשוניות) לאחר לפחות שנתיים של התפתחות תקינה ולפני גיל עשר. **הפרעה התפתחותית נרחבת לא מובחנת (PDD-NOS - Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified)** ילדים עם אבחון זה מתאימים לקריטריונים של הפרעה התפתחותית נרחבת, אך אף לא לאחת מן האבחנות המתוארות לעיל. למשל, ילדה עם איחור בהתפתחות לשונית ועם בעיות בהתנהגות המעוניינת בילדים אחרים ונהנית מחברתם. משתמשים באבחנה זו בדרך כלל במקרים של "אוטיזם קל", ולפעמים משתמשים גם בביטוי "קווים אוטיסטים". היום יש נטייה בקרב בעלי המקצוע לכוונת את הקטגוריה הפרעות על רצף האוטיזם (ASD - Autism Spectrum Disorders), ולא לכלול את תסמונת רט ואת ההפרעה הניוונית של הילדות ברצף האוטיסטי, מכיוון שמקורה של תסמונת רט הוא גנטי ואילו ההפרעה הניוונית היא נירולוגית במהותה (סעדה, 2009).

(ב) חוסר מוחלט או ביכולת לקויה מאוד להשתמש במיומנויות תקשורתיות. לקות בשימוש בשפה לשם תקשורת עם הזולת, וכן בשימוש באמצעים לא מילוליים, כמו שפת גוף או שפת סימנים;

(ג) הופעת תבניות התנהגות חוזרות (עקשנות אובססיבית על דפוסים קבועים) ותחומי עניין מצומצמים, ייחודיים ובלתי אופייניים מבחינה חברתית. תנועות חוזרות של חלקי גוף, התעניינות חריגה בעצמתה בעניין או בחפץ מסוים, התנגדות לשינויים בסביבה הפיזית או בשגרת פעילות.

שלושת המאפיינים – המיומנות החברתית, המיומנות התקשורתית וההתנהגות התבניתית – חייבים להופיע יחד. ראוי לציין שמוגבלות שכלית אינה מאפיין הכרחי, וגם לא הפרעת קשב וריכוז עם או בלי היפראקטיביות (פריט', 1997; סעדה, 2009).

נכון להיום אוטיזם מאובחן על בסיס קריטריונים קליניים, הנאספים על ידי מומחים באמצעות תצפיות מדוקדקות בהתנהגותם של ילדים אשר מתעורר אצלם חשד לאוטיזם בין היתר נבדקים הסימנים האלה: היעדר הצבעה, היעדר קשר עין, היעדר מיקוד, תגובות בלתי הולמות לגירויים סביבתיים, היעדר יחסי גומלין חברתיים, היעדר יכולת חיקוי, היעדר מיומנויות משחק, ליקויי שפה והפרעות תקשורת, תנועות גוף משונות ומעוותות, תנועות סטריאוטיפיות, חבלה עצמית, מראה חיצוני רגיל, היקף ראש ועוד. אי-אפשר לזהות אוטיזם על פי התנהגות ספציפית, אלא מתוך היקשים ומתוך פרשנות של מכלול דפוסי התנהגות מסוימים. פרשנות זו תלויה מאוד בידע הקליני ובניסיון הרב של המאבחנים והיא המאפשרת להם לאבחן את ההפרעה כאוטיזם למרות ביטוייה האישיים השונים והמגוונים, ולשלול הפרעות אחרות או גורמים המונעים מן הילד ליצור יחסי גומלין ותקשורת (פריט', 1997).

פיגור (Mental Retardation) – האגודה האמריקאית לפיגור שכלי⁵ הגדירה פיגור שכלי כמגבלה רב-ממדית. לפי הגדרתה פיגור שכלי הוא מגבלות משמעותיות בתפקוד האינטלקטואלי ובהתנהגות המסתגלת, המתבטא במיומנות תפיסתיות, חברתיות ומעשיות. נכות זו מופיעה לפני גיל 18. המוגבלות המשמעותית בתפקוד, שמאופיינת, כאמור, בתפקוד אינטלקטואלי נמוך בצורה משמעותית מהממוצע, מתקיימת בו-זמנית עם מגבלה בשניים או יותר מתחומי המיומנויות ההסתגלותיות:

- מיומנות תפיסתיות, לדוגמה: רכישת שפה, ידיעת קריאה וכתובה, התמצאות ועוד;
- מיומנויות חברתיות, לדוגמה: מיומנויות בין-אישיות, אחריות חברתית, הערכה עצמית, יכולת לפתור בעיות חברתיות, יכולת לעקוב אחרי הנחיות, לציית לחוקים, להימנע מקרבנות ועוד;
- מיומנויות מעשיות, לדוגמה: תפקוד יומיומי, רכישת מקצוע, קבלת טיפול רפואי, יכולת ניידות, עמידה בלוח זמנים, ניהול כלכלת בית, שימוש בטלפון ועוד.

על פי המלצת האגודה האמריקאית לפיגור שכלי יש לכלול באבחון של פיגור שכלי ארבעה ממדים: הממד הראשון, בדיקה שיטתית על ידי צוות רב-מקצועי של התפקוד האינטלקטואלי ועשרת תחומי המיומנויות ההסתגלותיות; בממד השני, בדיקה שיטתית של הנושאים הפסיכולוגיים-רגשיים של

⁵ AAMR – American Association on Intellectual and development disabilities

הפרט ומידת מעורבותם והשפעתם על התהליכים האינטלקטואלים וההסתגלויות של הפרט; הממד השלישי, בדיקה שיטתית של מצבו הפיזי והבריאותי של הפרט ובמידת הצורך גם של בני משפחתו; הממד הרביעי, התייחסות לשיקולים סביבתיים ולמידת השפעתם על תפקודו של הפרט (עמינדב, 1998).

מוגבלויות פיזיות

ישנם סוגים רבים של נכויות פיזיות מוטוריות, מחלות שריר ועצב. מתוכם, שיתוק מוחין וניוון שרירים הן הנפוצות ביותר. מובן כי מוגבלויות פיזיות וחושיות עשויות להיווצר או להתפתח גם בשלבים מאוחרים ולא רק מלידה, למשל, בעקבות מחלות, חבלות ותאונות.

ניוון שרירים (Neuromuscular Diseases) – ניוון שרירים הוא מונח כללי הכולל מגוון מחלות הגורמות להרס ולחולשה של השרירים. למעשה, המושג ניוון שרירים הוא מונח עממי, והוא אינו מייצג מחלה מסוימת. החלוקה הרפואית למחלות ניוון שרירים מתבססת על הסיבה למחלות אלה, ובפרט האם הגורם לניוון שרירים הוא מחלה של העצבים או מחלה של השרירים עצמם. באורגניזם החי השרירים מעוצבבים על ידי העצבים המוטורים. העצבים האלה יוצאים מחוט השדרה, מגיעים לשרירים ומפעילים אותם. כשהעצבים המוטורים חולים התוצאה תהיה ניוון שרירים, וזאת משום שתפקוד השרירים ופעילותם התקינה תלויה באופן ישיר בתקינות העצבים. לדוגמה מחלת ALS (מחלת הנירון המוטורי) מאופיינת בניוון העצבים המוטורים בחוט השדרה. כתוצאה מכך נגרמת חולשה של השרירים המעוצבבים על ידי אותם עצבים ומופיע ניוון שרירים, העלול להופיע בגפיים, בשרירי הצוואר, שרירי הדיבור והבליעה או שרירי הנשימה. לרוע המזל מחלת ALS אינה ניתנת לטיפול יעיל וחולשת השרירים הולכת ומתקדמת עם הזמן (דבי, 2009).

כאמור, ניוון שרירים עלול להיגרם גם ממחלה ראשונית של השרירים. במקרים האלה העצבים תקינים, אך השרירים עצמם חולים, ולכן נגרם ניוון שרירים וחולשה של השרירים, לדוגמה המחלה על שם דושן (Duchenne muscular dystrophy), שרוב הלוקים בה נפטרים בעשור השני או השלישי לחייהם. קיימות מחלות ניוון שרירים גנטיות רבות אחרות, אשר בהן הפגם הגנטי מתבטא בגיל מאוחר יותר, לדוגמה מחלת מיוטוניה דיסטרופית (myotonic dystrophy) (דבי, 2009).

שיתוק מוחין (CP - Cerebral Palsy) – שיתוק מוחין הוא אוסף של לקויות מוטוריות שנגרמו כתוצאה מנזק מוחי שנוצר בזמן ההיריון או בזמן הלידה או לאחר הלידה (לפני גיל 5 שנים). הנזק המוחי עלול להיגרם מסיבות שונות: נזק אידיופאטי (מחלה ללא גורם ידוע); זיהום ויראלי במהלך ההיריון; מיימת הראש (הידרוצלפלוס); קריש דם שגרם לשבץ מוחי; דימום מוחי, חוסר חמצן; דלקת קרום המוח (אחרי הלידה); פציעת ראש טראומתית; הרעלת עופרת במהלך השנתיים הראשונות של החיים. הנזק המוחי משפיע על המערכת המוטורית והחושית של הילד וכתוצאה מכך יכולת הקורדינציה שלו נמוכה, שיווי המשקל נפגע, הוא סובל מתנועות חריגות ועוויתות, טונוס שרירים מוגבר וחוסר יכולת לשלוט בתנועות. הלוקה בשיתוק מוחין עלול להתאפיין במאפיין אחד או יותר מהמאפיינים הללו. לעתים שיתוק המוחין מתבטא בשיתוק של אברי גוף, למשל: שיתוק של חצי מהגוף (זרוע ורגל של צד ימין או שמאל), שיתוק ברגליים, שיתוק בכל הגפיים. שיתוק מוחין הוא מצב סטטי, כלומר, הנכות לא תחמיר עם חלוף הזמן. עם זאת ילדים הלוקים בשיתוף מוחין לעתים

קרובות לוקים בבעיות רפואיות נוספות הקשורות לפגיעה המוחית: בעיות נוירולוגיות כמו אפילפסיה, פיגור שכלי, לקויות למידה, בעיות קשב וריכוז, לקויות ראייה, קשיי בליעה, לקויות דיבור, לקויות שמיעה. בעיות רפואיות אורתופדיות אף הן שכיחות בקרב הלוקים בשיתוק מוחין (Miller & Bachrach, 2006).

לקויות חושיות

לקות ראייה (Visual Impairment) – לקות ראייה היא לקות הנגרמת מפגמים במערכת הראייה, בעין או בחלקיה או בעצב הראייה, והיא איננה ניתנת לתיקון בעזרת משקפיים רגילים או עדשות. ראייה לקויה או ראייה תת-נורמלית נמצאת על הרצף שבין ראייה תקינה לבין עיוורון. ההגדרה הרפואית של עיוורון היא היעדר שימוש בחוש הראייה. אולם במדינות רווחה ההגדרה החוקית של עיוורון רחבה יותר מזו הרפואית והיא מצב של חדות ראייה פחות מ-3/60 מ'. כלומר על האדם להתקרב למרחק שלושה מטרים כדי לראות בחדות מה שאדם בעל ראייה תקינה רואה ממרחק 60 מטרים. זאת ועוד; החוק קובע כי שדה ראייה מצומצם מ-20 מעלות הוא קריטריון נוסף המגדיר אדם בעל לקות ראייה. כלומר, שדה הראייה הוא תחום המרחב שאדם רואה כשהוא נועץ את מבטו היישר קדימה, בנקודה אחת, מבלי להזיז את ראשו ואת עיניו. כשמתייחסים לשדה ראייה של 20 מעלות הכוונה ליכולת של אדם לראות רק בתחום זה, לעומת אדם בעל ראייה תקינה שמבלי להזיז את ראשו יכול לראות בזווית של כ-180 מעלות (הסיווג הבין-לאומי ללקויות, מוגבלויות ונכויות, 1997; נוישטט, 2007).

לקות ראייה נמדדת בשני מישורים: במישור הפיזי (תחום אותו מודדים רופאי עיניים או אופטומטריסטים) והמישור התפקודי (אותו מודדים עובדי חינוך ושיקום). אין הראייה במישור התפקודי נגזרת מהראייה במישור הפיזי, אף כי היא מושפעת ממנה. יעילות התפקוד משתנה מאדם לאדם. היכולת התפקודית היא מערכת מורכבת של גורמים, שהבולט בהם והחשוב ביותר הוא ההנעה. שלושה גורמים נוספים מרכיבים את יכולת התפקוד:

(א) יכולת הראייה, חדות ראייה, שדה ראייה, תנועת העין, תפקודי מוח התורמים למיזוג, מודעות, תנועה, קליטת אור וצבע וכדומה;

(ב) המאגר האישי של האדם, התנסויות של האדם מהעבר (בראייה ובמישור), זיכרון חזותי, התפתחות חושית ותכלול חושי, יכולות של תפיסה, מבנה פסיכולוגי, מצב בריאותי כללי והתפתחות מוטורית;

(ג) שימוש ברמזים מן הסביבה והיכולת של האדם להשתמש במאפיינים או בתכונות של עצמים, כמו: צבע, גוון, ניגוד בין צבעים, תדירות ומהירות הופעת העצמים, איכות תאורה וכדומה.

אדם בעל יכולת תפקודית יעילה הוא אדם שיודע מה הן יכולות הראייה שלו, הוא מכיר את התנאים האופטימאליים לפעילות חזותית, הוא יודע מתי להשתמש בעזרים שונים ולאיזה צורך, הוא מכיר באיזה תנחות ראש הוא יצליח להתגבר על ריצוד עיניים, הוא יודע מהי התאורה הטובה ביותר

עבורו, הוא מבחין בגודל האותיות הנכון ביותר עבורו, במקום הישיבה הטוב ביותר מבחינת הראייה ורכש את המיומנויות הנדרשות לתפעול עזרים טלסקופיים וכדומה.⁶

לקות שמיעה (Hearing Impairment) – לקות שמיעה היא לקות חושית שביטויה הוא פגיעה במנגנון השמיעה. לקות שמיעה יכולה להופיע במגוון דרגות חומרה, החל בירידה מזערית בשמיעה וכלה בחירשות עמוקה, שבה לקות השמיעה חמורה עד שהאדם החירש אינו יכול ליהנות מהגברה כלשהי (הסיווג הבין-לאומי ללקויות, מוגבלויות ונכויות, 1997). לקות שמיעה יכולה להיות מסוגים שונים – תחושתי-עצבית,⁷ הולכתית (conductive)⁸ או מעורבת. הלקות יכולה להופיע במגוון גילים, להיגרם מסיבות מולדות (על רקע גנטי, מחלות בזמן היריון ועוד) או נרכשות (חשיפה לרעש, תהליך הזדקנות, תרופות מסוימות ועוד). המונח לקוי שמיעה כולל את אוכלוסיית כבדי השמיעה ואוכלוסיית החירשים. ההבחנה בין שתי האוכלוסיות אינה חד-משמעית, ותלויה בהגדרות אידיולוגיות קליניות (דרגת הירידה בשמיעה), תפקודיות חברתית או תרבותית. רוב לקויי השמיעה הם כבדי שמיעה בעלי שרידי שמיעה תפקודיים היכולים בדרך כלל לשמוע את צלילי הדיבור (ללא מכשירי שמיעה ובעזרת מכשירי שמיעה) (ערן, 2007).

לקות שמיעה משפיעה במידה רבה על תפקוד האדם בחיי היומיום, קרי איכות חייו, בטיחותו האישית, תרומתו לחברה ויכולתו לתקשר ביעילות עם הסובבים ולתפקד בעצמאות. לקות השמיעה מגבילה את יכולתו של האדם לקלוט מידע מן הסביבה באמצעות הערוץ השמיעתי ומקשה עליו בהבנת דיבור וביצירת תקשורת יעילה עם הסובבים אותו. קשיים אלה מתגברים בתנאים אקוסטיים ירודים ובמרחק מהדובר (Weinstein, 2000).

לקויי שמיעה וחירשים משתמשים בשלושה ערוצי תקשורת עיקריים: תקשורת אוראלית, תקשורת מנואלית ותקשורת מעורבת. בתקשורת האוראלית דוברי שפה מדוברת נעזרים בקריאת דיבור (התבוננות בפניו ובשפתו של הדובר) כדי להשלים את המידע השמיעתי, כל זאת תוך ניצול שרידי השמיעה (אם יש כאלה). בערוץ זה לקוי השמיעה משדר החוצה על ידי דיבור מילולי. בתקשורת מנואלית מתקשרים באמצעות שפת סימנים ואיות באצבעות. בשפת הסימנים מבוטאים מילים ורעיונות באמצעות הזרועות הידיים והגוף ובתמיכה של הבעות הפנים. בערוץ התקשורת המעורבת משתמשים הן בדיבור והן בשפת סימנים (ערן, 2009; מלר ופינצי, 1988).

מצבי סיכון – מאפיינים והגדרות

אלימות והתעללות (Violence and Abuse)

המושג אלימות מוגדר בספרות המחקרית כהתנהגויות הכוללות גרימת נזק/פגיעה או איום בפגיעה פיזית או פסיכולוגית בבריאותו או ברווחתו של הזולת, תוך שימוש לרעה בכוח כופה. אפשר לסווג אלימות לקטגוריות שונות, למשל: אלימות אקטיבית ואלימות פסיבית. אלימות אקטיבית

⁶ מתוך: לקויי ראייה ועיוורון באתר www.macam.ac.il/chtml/shiluv/spndchld/reiya.htm

⁷ לקות שמיעה תחושתי-עצבית אשר מקורה בפגיעה במערכת עצבי השמיעה לא ניתנת לריפוי או לתיקון על ידי ניתוח. לקות זו מאופיינת על ידי כמה משתנים תפקודיים עיקריים: ירידה כללית בסף השמיעה; פגיעה חמורה יותר בתדירויות הגבוהות; רגישות יתר לעצמה חזקה; קושי בהבנת דיבור; קושי באבחנת כיוון מקור הקול (ערן, 2009; מלר ופינצי, 1988).

⁸ ליקוי הולכתי נוצר כתוצאה מפגיעה בתעלות השמיעה החיצוניות, קרום התוף או האוזן התיכונה. בדרך כלל ליקויים אלו אינם פוגעים באופן חמור בשמיעה ואפשר לתקן אותם באמצעות התערבות כירורגית (מלר ופינצי, 1988).

מתבטאת בצעקות, איום בפגיעה, טיפול מזיק, הכאה, דחיפה, בעיטה, ניצול לרעה, התעללות, השפלה, שליטת יתר, הפרז זכויות, הגבלת חופש תנועה והריסת רכוש. אלימות פסיבית היא מניעת טיפול, בידוד, הזנחה, פיזית או נפשית. תוצאות האלימות הפיזית ו/או האלימות הפסיבית עלולות לגרום לפגיעות בדרגות שונות; החל מפגיעה מתונה וכלה בפגיעה קטלנית (ארזי, 2002; Verdugo & Bermejo, Fuertes 1995; Levey & Lagos, 1994; Carlson, 1997). לדעת באומייטר ורולינגס (Baumeister & Rollings, 1976, אצל דובדבני וארבל, 1997), אלימות מתאפיינת בסטריאוטיפיות ופעילות חוזרת ונשנית הגורמת לחבלות. לעתים מתפתחת ההתנהגות האלימה להתנהגות הרסנית, המאופיינת בהתנהגות בלתי מקובלת, בשכיחות גבוהה או אינטנסיבית של התנהגויות אלימות וגרימת חבלות ובפגיעות בבני אדם ו/או רכוש. במקרים רבים קרבן האלימות הוא אדם התלוי בגורם המטפל. חודטוב (2002) סבורה שהתעללות בילדים או בבוגרים ומבוגרים נכים ובעלי צרכים מיוחדים היא התנהגות שטומנת בחובה השפלה או אימה, הפעלת אמצעי פיזי או כוח כלפי גופו של הקרבן אשר עלול לגרום נזק ו/או סבל פיזי ו/או אמוציונאלי. לרוב התלות של הנפגע בפוגע מונעת ממנו לצאת מתוך הסיטואציה הפוגעת. במקרים רבים האלימות היא מתמשכת וכוללת יותר מסוג אחד של פגיעה (שם, שם).

התעללות פיזית (Physical Abuse)

בהתעללות פיזית הקרבן עלול להיפגע פיזית, להיפצע או להיהרג. התעללות פיזית כוללת גרימת חבלות, דחיפות, סטירות, הכאות, מתן חומרים רעילים, סמים ואלכוהול ואף שימוש בנשק. סלוצקי (2002) כוללת תחת מושג זה גם דחייה, השפלה, התעלמות מקיומו של הפרט, ניצול גופני ורגשי, בידוד, הפחדה, ענישה, חמורה, שימוש בילד במאבק בין הורים והזנחה רגשית. הסימנים היכולים להצביע על חשד להתעללות גופנית באנשים נכים ובעלי מוגבלויות הם: חבורות, נשיכות, סימני כווייה או צריבה, פגיעות בשיניים, פגיעות באוזניים, שברים, חתכים, סימני קשירה, תרדמת ועוד (מורבר, 2009).

התעללות מינית או ניצול מיני (Sexual Abuse)

התעללות מסוג זה נעשית על ידי מבוגרים המנצלים את הקרבנות לסיפוק צורכיהם המיניים. התעללות מינית או ניצול מיני כוללים פעולות מיניות שתוצאותיהן פגיעה או שיש בהן כדי לפגוע באדם. על פי רוב התעללות או ניצול מיני כולל שימוש בכוח גופני, בסמכות, בכפייה, ללא הסכמה הדדית. התעללות מינית או ניצול מיני מכסים טווח רחב של פעולות: גילוי עריות, תקיפה מינית, ליטוף אברי מין, חשיפה לפעילות לא מוסרית, טקסים מיניים, מעורבות פורנוגרפית (מורבר, 2009). קוואם (Kvam, 2000) דירג את ההתעללות המינית לשלוש דרגות בסדר עולה: דרגה ראשונה – ללא מגע פיזי. לדוגמה, חשיפה לחומרים פונוגרפים ואוננות בפומבי; דרגה שנייה – נשיקות ליטופים וכל מגע פיזי אחר ללא קיום יחסי מין; דרגה שלישית – קיום יחסי מין עם התוקף. הגדרה מדורגת זו קרובה להגדרת המושג "תקיפה מינית" של פינקלהור (Finkelhor, 1986), שקבע כי תקיפה מינית היא ניצול של ילד מתחת לגיל החוקי. כלומר, ניצול של ילד הנמצא בגיל שאינו יכול לתפוס את מהות המגע המיני ואין לו יכולת להתנגד. מידת הסיכון שאדם יהיה קרבן לתקיפה מינית גוברת ככל שנכותו קשה יותר (Sobesky & Varnhaggen, 1991) והקרבן הטוב ביותר הוא בוודאי זה שאינו מסוגל לספר (Bryen, Carey & Frantz, 2002).

הגדרה נוספת של ניצול מיני מתייחסת למצבי אי-הסכמה לקיום יחסי מין או מגע מיני. יש סוגים שונים של תקיפות מיניות, למשל: אונס, מעשה סדום, ניסיון אונס, גילוי עריות, מעשה מגונה, הטרדה מינית ועוד.⁹ ראוי לציין, שעקב המחסור בחינוך מיני פורמלי של בגירים ומבוגרים הלוקים בפיגור שכלי, אף שקיימת הסכמה מצדם לקיום פעילות מינית, הפעולה עשויה להיחשב לניצול מיני. זאת ועוד; כל קיום של מגע מיני בין בן משפחה, איש סגל או כל אדם אחר בעל סמכות לאדם הסובל מפיגור נחשב לניצול מיני של האדם הסובל מהנכות ללא התייחסות למידת הסכמתו (Nosek & Howland, 1998).

הסימנים היכולים להצביע על חשד להתעללות מינית באנשים נכים ובעלי מוגבלויות הם גופניים, התנהגותיים, רגשיים ומיניים. הסימנים הגופניים: טראומה או פגיעה באזורים בגוף, כאב באברי המין, מחלות מין, בגדים חסרים, היריון, דימום, הליכה בצורה משונה, הידרדרות גופנית ועוד. סימנים התנהגותיים, רגשיים ומיניים: בכי, התכנסות עצמית, יחסי חברות מועטים, הימנעות מפעילות, סימפטומים פוסט-טראומתיים, רחצה אובססיבית, ירידה תפקודית, תוקפנות מינית ועוד (מורבר, 2009).

התעללות רגשית או נפשית (Emotional Abuse)

התעללות רגשית או נפשית מוגדרת בספרות המקצועית כגרימת נזק ליכולת החשיבה והשיפוט ההגיוני של הקרבן, תוך פגיעה ביכולתו להרגיש ולהתחבר לרגשותיו. התעללות רגשית או נפשית פוגעת בביטחון העצמי ובהערכה העצמית של הקרבן, שהופך להיות עצבני ומנותק. התעללות רגשית או נפשית קיצונית עלולה להרוס את הזולת ולהביא אותו למצב קריטי של מוות נפשי ואבדן. בעת ההתעללות הנפשית התוקף מפגין יכולת טוטאלית תוך זלזול שיטתי בערך העצמי של הקרבן. אלימות זו כוללת איומים, התקפות מילוליות, זלזול, צעקות, מחסור מתמיד באהבה וחיבה, דחייה חמורה, בידוד והתעלמות (או'האגאן, 1993; Nosek & Howland, 1998). הסימנים ההתנהגותיים-רגשיים היכולים להצביע על חשד להתעללות רגשית באנשים נכים ובעלי מוגבלויות הם: שינוי בלתי מוסבר וקיצוני בהתנהגות, פחד, בעיות למידה, הערכה עצמית ירודה, היעדר משמעת וציות, הפרעות שינה ואכילה, פרישה והתבודדות, תוקפנות, דיכאון, פגיעה עצמית, תגובות פסיכו-נוירוטיות ועוד (מורבר, 2009).

הזנחה (Neglect)

הזנחה היא סוג התעללות נוסף שבה המטפלים העיקריים אינם מספקים את הצרכים בסיסיים והחיוניים של התלוי בהם. ההזנחה יכולה להיות פיזית, רגשית, רפואית וחינוכית. לדוגמה, חוסר אספקה נאות של מזון, ביגוד, חום, טיפול רפואי, השארת הקרבן, התלוי במטפלו, לחיות לבדו ללא השגחה, אי-יכולת לתת אהבה וחיבה, חוסר התייחסות רגשית, אי-קיום של אמצעי גרייה קוגניטיביים המסייעים להתפתחות של הילד ועוד (חודטוב, 2002). הסימנים היכולים להצביע על הזנחה הם גופניים והתנהגותיים-רגשיים. סימנים אלה צריכים להיות כרוניים או תקופתיים או אפיזודיים. הסימנים הגופניים היכולים להצביע על הזנחה הם: רעב מתמיד, הזנה לקויה, היגיינה

⁹ לקוח מתוך אתר האינטרנט של איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות תקיפה מינית. אפשר למצוא את ההגדרות המשפטיות המלאות לסוגי התקיפה המינית כפי שמופיעות בחוק העונשין, תשל"ז-1977 באתר מרכזי הסיוע: www.1202.org.il

ירודה, ביגוד בלתי הולם, עייפות מתמדת, הידרדרות ושינוי פתאומי במצב הגופני. הסימנים ההתנהגותיים-רגשיים היכולים להצביע על הזנחה הם: גנבה או חיפוש אחר מזון, הירדמות מתמדת, היעדרות תכופה ממסגרת, שוטטות (מורבר, 2009).

התעללות פסיבית או התעללות הקשורה בנכות (Disability Related Abuse)

בהתעללות מסוג זה התוקף מונע מהקרבת ציוד חיוני לתפקודו, למשל: כיסא גלגלים, קביים, תרופות ועוד. התעללות זו פוגעת ביכולת של הקרבת לבצע את הפעולות היומיומיות שהורגל אליהן. התעללות זו שונה מהזנחה מכיוון שמניעת השירות לא תיחשב הזנחה או מזיקה לאדם שאיננו נכה, אולם היא מזיקה לאדם בעל הנכות, לעתים עד סכנת חיים (French, 2001).

הטרדה (Harassment)

המושג הטרדה נשען על ההגדרות של הטרדות על בסיס גזעי והטרדות מיניות. הטרדה פירושה להפריע למשהו אחר באמצעות התנהגות נשנית ובלתי רצויה שנועדה להשיג כוח על פני האחר. לעתים קרובות ההטרדה מתרחשת בקונטקסט חברתי, בנוכחות אנשים, כדי להשיג אפקט גדול יותר. הגדרת ההטרדות כהטרדה תלויה בקרבת ולא במטריד (Holzbauer & Berven, 1996).

התעללות מוסדית (Institutional Abuse)

הואיל ואנשים בעלי צרכים מיוחדים זקוקים למסגרות דיור מוגנות או מוסדיות לכל ימי חייהם הם נמצאים בסיכון גבוה להתעללות מוסדית. התעללות מוסדית עלולה להתבטא בכל אחד מהאופנים האלה: התעללות מוסדית בחוסה – עונש גופני, שימוש בלתי נאות בתרופות, בידוד מתמשך, קיבוע למקום באמצעות מכשיר מכני; הזנחה מוסדית של החוסה – אי-יכולת לספק שירותים ספציפיים, רשלנות בנייהול תרופות פסיכו-תרפויטיות, חוסר נגישות בתוך המוסד, שהות ממושכת של החוסה במוסד; ביטול לא צודק של זכויות – טיפול בדואר, הפרדה בלתי נאותה על בסיס גזעי או על בסיס אחר, הגבלת ביקורים או כל דרך יצירת קשר של החוסים (Garbarino, 1987).

נכים ובעלי צרכים מיוחדים כמקורות מידע – סוגיות מתודולוגיות

בבואנו לסקור מחקרים שמושאי המחקר שלהם הם אנשים נכים, בעלי מוגבלויות וצרכים מיוחדים ראוי לציין את המתודולוגיות והמגבלות המתודולוגיות של מחקרים אלה.

מחקרים מראים כי מסיבות שונות תשובות המתקבלות מאנשים הלוקים בפיגור שכלי עשויות להיות שונות במידה רבה מתשובות המתקבלות לאותן שאלות מקרובי משפחתם. בין הסיבות לכך עשויות להיות חוסר הבנה של השאלות, קושי מנטלי להיזכר באירועים או עובדות מהעבר (שאלות כגון: "האם אתה נהנה עכשיו כמו שנהנית בשנה שעברה..."), קושי קוגניטיבי להשוות בין שני דברים או רצייה חברתית (אנשים הלוקים בפיגור, בדומה לילדים, מבקשים לרצות את השואלים ומנסים לקלוע בתשובתם לתשובה המצופה לדעתם של השואל. לדוגמה, אם ישערו שהשואל מעוניין לשמוע שהם שמחים, יענו שהם שמחים אף על פי שאינם חשים כך). זאת ועוד; מחקרים מראים כי למשתתפים האלה: ניסוח השאלות הנשאלות, מבנה הריאיון או השאלון, מידת הרמיזה של השאלה לתגובה הרצויה, יכולה להיות השפעה על התגובה או התשובה המתקבלת. עם זאת למבקשים לקבל מידע ישיר ממקבלי השירות, למרות היותם לוקים בפיגור ברמה כלשהי, מוצעות בספרות המחקרית

המצביעה על השפעות אפשריות אלה דרכים שונות לצמצום ההטיות הפוטנציאליות (Flynn, 1990; Heal & Sigelman, 1986).

זיגלמן, ווינר, שונוק ומרטין (Sigelman, Winer, Schoenrock & Martin, 1982) השוו מתודולוגיות שונות לריאיון אנשים הלוקים בפיגור שכלי, לפי ארבעה סטנדרטים: תגובתיות (הפרופורציה של מרואיינים שהיו מסוגלים להשיב לשאלה, ללא התחשבות האם תשובתם הייתה נכונה או לא); מהימנות בין תשובות (מידת ההתאמה בין התשובות לאותן שאלות בשתי הזדמנויות שונות); עקביות (התאמה בין תגובות לשאלות המנוסחות בדרכים שונות, אך בעלות משמעות זהה); ומידת ההסכמה עם מקורות מידע אחרים או עם עובדות אובייקטיביות. בעקבות המחקר זהו טכניקות ריאיון אופטימאליות לקבלת מידע בעל משמעות מאנשים הלוקים בפיגור, מה שמאפשר לכלול אותם כמקורות מידע ישירים במחקרי הערכה שונים.

החוקרים ממליצים כטכניקה המועדפת ביותר על שאלות "או-או" (בחירה בין כמה אפשרויות) או שאלות רב-ברירתיות – 3-4 אפשרויות המלוות בציורים. שאלות המציגות אפשרויות שונות זו מזו נמצאו בעלות תוקף רב יותר בהשוואה לשאלות שבהן האפשרויות השונות הן כמותיות (סולם עֶצְמָה במידה רבה מאוד עד מידה מעטה מאוד); במקום לשאול שאלות שהתשובה עליהן היא "כן" או "לא" (למשל, מתן רשימת פעילויות שמעוניינים לדעת האם הנשאל השתתף בהן), ממליצים החוקרים לפתח ציורים קוויים של אפשרויות התשובה (למשל, של הפעילויות עליהן מדובר) ולתת לנשאל להשוות בין ציור המתאר פעילות לבין ציור המתאר אדם היושב ואינו עוסק בפעילות, כאשר השאלה שמפנים למשיב היא "איזה משני הציורים יותר דומה לך?". בנוסף לטכניקות אלה ממליצים החוקרים להשלים את המידע באמצעות תצפיות התנהגותיות הבוחנות רמות של חיוכים, בכי, צחוק, קיפאון ועוד, שהם אינדיקטורים לתחושותיהם לצד דיווחים עצמיים של אנשים הלוקים בפיגור שכלי (Heal & Sigelman, 1990).

נכים ובעלי צרכים מיוחדים במצבי סיכון – התופעה ושכיחותה

מרום ועוזיאל (2000) סקרו 47 מחקרים שהתפרסמו משנות השישים ועד שלהי שנות התשעים של המאה העשרים ועסקו בקשר שבין ילדים בעלי צרכים מיוחדים (נכים פיזיים, נכות התפתחותית, התנהגותית, או פסיכולוגית, נכות חושית וריבוי נכויות) ובין התעללות.

החוקרות ציינו את הבעיות המתודולוגיות של מחקרים אלה:

1. בעיית הסיבתיות – רוב המחקרים בוחנים את קיומן או היעדרן של התעללות ושל נכות בנקודת זמן מסוימת. אולם לעתים אי-אפשר לקבוע חד-משמעית האם הנכות השפיעה על ההתעללות או ההתעללות המתמשכת היא הגורם לנכות הילד או להחמרת נכותו הקיימת או לנכות נוספת.
2. לרוב, ילדים נכים מוכרים לנותני השירותים, ועל כן יש סיכויים רבים יותר לגלות את מקרי ההתעללות. יש לשער שהיכרות זו משפיעה על הממצא שילדים בעלי נכויות חווים התעללות בשיעור גבוה יותר מילדים ללא נכויות.

3. לרוב, מקורות המידע במחקרים אלה הם ההורים, המטפלים, אנשי מקצוע ורישומי הרשויות. בשיטות המחקר המקובלות נדיר לקבל מידע מילדים נכים ובעלי צרכים מיוחדים שחוו התעללות.

4. חוסר אחידות בהגדרות המושגים: "התעללות", "הזנחה", "נכות" וכיו"ב. חוסר אחידות זו משפיע על הממצאים האמפיריים ביחס להיקף תופעת ההתעללות וההזנחה בקרב ילדים בעלי נכויות.

על אף המגבלות המתודולוגיות של המחקרים להלן כמה מסקנות בולטות.

1. במחקר אמריקני שבו השתתפו למעלה מ-40,000 ילדים נמצא שילדים נכים בסיכון גבוה יותר של עד פי 3.4 לחוות התעללות או הזנחה מאשר ילדים שאינם נכים. ילדים נכים ובעלי צרכים מיוחדים חשופים להזנחה פי 3.8, חשופים להתעללות פיזית פי 3.8, חשופים להתעללות מינית פי 3.1 וחשופים להתעללות רגשית פי 3.9. ממצאי המחקר הצביעו על כך ש-31% מהילדים בעלי המוגבלות חוות התעללות, לעומת 9% שיעור הילדים שאינם נכים או בעלי צרכים מיוחדים (Sullivan, & Knutson, 2000). מחקר אחר מצא ששיעור ההתעללות בילדים חירשים מובהק בהשוואה לילדים שומעים (Sullivan, Vernon & Scanlan, 1987), וכן שיעור הילדים בעלי תסמונת אספרגר שחוו התעללות מובהק בהשוואה לילדים בריאים (Mandell, et al, 2005). סובסיי (Sobsey, 1994) מצא שאנשים הלוקים בנכויות התפתחותיות חשופים לסכנה שיפלו קרבן לפשע פי ארבעה עד פי עשרה יותר מאשר אנשים ללא נכויות. ההבדלים בשיעור הקרבנות בולטים במיוחד כאשר מדובר בפשעים של תקיפה מינית (פי 10.7) ושוד (פי 12.7) (Petrilia, 1998). קאוסון (Cawson, 2002) מצא ששיעור הילדים בעלי המוגבלויות שנחשפו להתעללות מינית על ידי מכרים שאינם בני משפחה הוא 22% לעומת שיעור של 15% באוכלוסייה ללא מוגבלויות.

2. נמצא קשר בין חומרת הנכות לבין מידת ההזנחה וההתעללות. אין הסכמה בין המחקרים באשר למאפייני הקשר הזה. קלופינג (Klopping, 1984) מצא שככל שנכות הילד חמורה יותר כך עולה דרגת הסיכון שלה הוא חשוף. בנדיקט ועמיתיו (Benedict, et al, 1990) מצאו שככל שהנכות פחותה יותר כך עולה הסיכון להתעללות. ווסטקוט וגיונס (Westcoot & Jones, 1999) סבורים כי הסיכוי להתעללות בקרב ילדים בעלי רמת נכות בינונית גבוה, והסיכון להתעללות נמוך יותר בקרב ילדים בעלי רמות נכות נמוכות או גבוהות.

3. הסיכוי של ילדים הלוקים בריבוי נכויות (ילדים הלוקים בשתי נכויות או יותר) לחוות התעללות או הזנחה בהשוואה לילדים הלוקים בנכות אחת ובהשוואה לילדים ללא נכויות גבוה במיוחד. אחת הסיבות לכך היא שילדים אלה לרוב שוהים במוסדות ושהייה זו היא גורם סיכון גדול. זאת ועוד; ילדים הלוקים מריבוי נכויות עלולים לחוות התעללות או הזנחה לאורך משכי זמן ארוכים יותר ובעצמה רבה יותר. ראוי לציין, שהמחקרים מצאו שבקרב ילדים הלוקים בריבוי נכויות שיעור מקרי ההתעללות שכיח יותר משיעור מקרי

הזנחה, אך בקרב ילדים עם ריבוי נכויות הממצאים הפוכים (Ammerman et al, 1989; Benedict et al, 1990).

4. ילדים המתגוררים במוסדות עלולים להיות חשופים יותר להתעללות והזנחה עקב הבידוד הגאוגרפי, הקושי של המשפחה להגיע אל המוסד, מעורבות מועטת של ההורים בחיי היומיום של החוסה¹⁰ ופערים תרבותיים-חברתיים (Utting, 1997; Sullivan & Scanlon, 1987). הספרות המקצועית מתארת התעללות פיזית ישירה או עקיפה, למשל: ענישה מוגזמת, שימוש יתר בתרופות, בידוד, הגבלת הקשר עם אנשים מחוץ למוסד, שלילת שירותים וטיפול בלתי הולם וכיו"ב. ראוי לציין, שלדעת סובסיי (Sobsey, 1994) הנתונים בספרות על התעללות והזנחה במוסדות הם תת-אומדן של המצב במציאות, שהיא, כנראה, עגומה עוד יותר. דומה כי תופעת ההתעללות במוסדות רווחת ושכיחה ורק מיעוטה נחשף לעיני הציבור.

5. נמצא קשר בין הפרעות בתקשורת (בעיקר בדיבור) לבין התעללות. בעיות תקשורת מאפיינות סוגי נכויות שונים, למשל: נכות התפתחותית, חושית, פיגורים וגם פיזית (Westcoot & Cross, 1996). לקויי שמיעה נוטים לויתור, להיענות ולכניעה לגורם סמכותי, ולפיכך הם נמצאים ברמת סיכון גבוהה. קבוצת אוכלוסייה זו סקרנית, תמימה, רגישה, חוששת מפני איומים ומתפתה בקלות רבה לקבלת הנאות והבטחת תגמולים. לקויי שמיעה (בעיקר ילדים) מתאפיינים בחושניות ועלולים להיענות למגע אינטימי ברצון. לרוב הם מקשרים את המגע האינטימי להיותם נאהבים וחביבים על הזולת. הדינמיקה הזאת גורמת לפגיעות ותקיפות מיניות ולחוסר רצון לספר עליהם או לדווח (Sullivan & Scanlon, 1987).

6. נמצא קשר בין מספר מאפייני הורים (למשל: התמכרות לסמים, אלכוהול, הפרעות נפשיות, פיגור שכלי, קונפליקט מתמשך בין בני הזוג. ר' להלן גורמים מנבא סיכון) לבין התעללות בילדים נכים ובעלי צרכים מיוחדים. נמצא אף קשר בין המעמד החברתי-כלכלי של ההורים לבין התעללות בילד נכה. ראוי לציין שמאפיינים הוריים אלו מהווים גורמי סיכון גם עבור ילדים ללא נכויות או מוגבלויות (Verdugo, Bermejo & Fuertes, 1995).

כאמור, בסקירה זו נסקרו מחקרים שעסקו בקשר שבין ילדים נכים ובעלי צרכים מיוחדים (נכים פיזיים, נכות התפתחותית, התנהגותית או פסיכולוגית, נכות חושית וריבוי נכויות) ובין התעללות. בגלל היעדר נתונים מדויקים באשר להיקף התופעה בקרב מבוגרים בעלי נכויות סבורים החוקרים כי תופעת ההתעללות במבוגרים נכים ובעלי צרכים מיוחדים דומה בחומרתה לפחות להתעללות בצעירים נכים ובעלי צרכים מיוחדים, ואולי אף חמורה יותר (Sobsey, 1994). בריין (2002) ציינה במאמרה כמה ממצאים מחקריים באשר להתעללות באנשים הלוקים בנכויות התפתחותיות. לדבריה, 50% מהנשים עם נכות התפתחותית, אשר הותקפו מינית, הותקפו עשר פעמים או יותר.

¹⁰ מעורבות הורים מועטה עלולה לנבוע הן מהמרחק הגאוגרפי הן מהרחקת ההורים על ידי הצוות המוסד שמתייחס אליהם כאל לקוחות הבאים מהחוץ או כגורם שנדחק שלא לצורך.

אנשים הלוקים בנכויות התפתחותיות בעלי סיכון גבוה יותר להפוך לקרבנות פשיעה ללא קשר עם נסיבות חייהם. יתרה מזאת, התוקפים הם לעתים הקרובות דווקא אלה המופקדים על הטיפול באותם אנשים נכים. תוקפים מחפשים דווקא קרבנות נכים ובעלי צרכים מיוחדים מפני שאלה נתפסים פגיעים יותר וכמי שאינם מסוגלים לפנות לעזרה או להתלונן על הפשע (Lang & Frenzel, 1998).

בישראל נערכו כמה מחקרים שעסקו בתופעת האלימות כלפי אנשים נכים ובעלי צרכים מיוחדים. במחקר שערכו שטרוסברג ואיתן-ריבליס (דוח מחקר, 2003) על נשים בעלות מוגבלויות נמצא כי 17% מהנשים סבלו מאלימות (אונס, אלימות מינית אחרת או אלימות פיזית) לעומת 9% מהנשים ללא מוגבלות. בקרב הנשים בעלות המוגבלות בלטה בעיקר הפעלת אלימות פיזית בשיעור הגבוה פי שניים בהשוואה לנשים ללא מוגבלות (13% לעומת 6%). מחקר אחר (לבנשטיין ורון, 2000) עסק בתופעת ההתעללות וההזנחה של קשישים בעלי מוגבלויות. מתוך 640,000 קשישים בין 4%-10% היו חשופים להתעללות, רובם בני 75 שנים ומעלה הסובלים ממוגבלות פיזיות ונפשיות ותלויים באחרים, שהם לעתים הפוגעים עצמם. שחר (2004) מצאה במחקרה בתחום הניצול והסחיטה של בני נוער הלוקים בנכות התפתחותית שמושאי מחקרה חשופים במידה רבה יותר למצבים של סחיטת כסף או שווה ערך כסף מצד בני נוער אחרים בסביבת המגורים שלהם וכן מצד מכרים מבוגרים. לרוב הסחיטה התבצעה באמצעות איומים והפחדות. בתחום הסירוב לתת למתבגר דבר שהוא זקוק לו או למנוע ממנו דבר החשוב לו לאיכות חייו נמצא שבני הנוער הלוקים בנכות התפתחותית מתנסים בשיעורים גבוהים יותר במצבים שבהם נמנע מהם דבר-מה שהם זקוקים לו לקיום יום יומי, לדוגמה: ביגוד, אוכל, מכשירי שמיעה או שנמנע מהם לממש זכויותיהם לאחר גיל שמונה-עשרה בגלל סירוב המשפחה לתת להם את הכסף השייך להם. בתחום הניצול המיני נמצא שבני הנוער הלוקים בנכות התפתחותית חווים בשיעורים גבוהים יותר פגיעות מיניות מצד נותני שירותים, מכרים ואחרים, תוך כדי דרישה שלא יגלו את ה"סוד". בתחום הפגיעה הרגשית בני נוער הלוקים בנכות התפתחותית נמצאו כחווים יותר מצבים של השפלות קריאות בשמות גנאי והעלבות מצד בני גילם הרגילים ומצד בני משפחתם. ממצא חשוב נוסף חשף, כי בני הנוער הלוקים בנכות התפתחותית שיתפו במידה רבה הורים ואנשי מקצוע בפגיעות המיניות והפיזיות שחוו, אך אף על פי כן מקרים מועטים ביותר דווחו למשטרה. המקרים שכן דווחו למשטרה נתקלו בספקנות מצד החוקרים, והנפגעים נתפסו כמי שהמציאו את המקרה (שם, שם).

מצבי סיכון וגורמים מנבאי מצבי סיכון של בעלי צרכים מיוחדים

כאמור, אנשים נכים ובעלי מוגבלויות מצויים בסיכון גבוה יותר להיפגע מאנשים ללא מוגבלויות. יש להניח שעובדה זו קשורה בנכות ובמוגבלות אשר מעמידה את הילד, המתבגר והמבוגר במצבים רבים וקשים של חשיפה להתעללות בתוך המשפחה ובסביבה הקרובה אף יותר מילד, מתבגר ומבוגר ללא מגבלות. אין האפיונים שבעטיים אנשים נכים ובעלי מוגבלויות מצויים בסיכון טבועים בהם. למעשה, חלקם הם תוצאה של טיפול או שיקוף הדרך שבה החברה רואה אותם (רי' הרחבה להלן) (מורבר, 2009).

מצב סיכון הוא מצב שבו הפרט חי בסביבה פוגעת או עלולה לפגוע בהתפתחותו התקינה וביכולתו לממש את כישוריו. הסיכון בהיבט הרחב כולל את המושגים האלה: הזנחה (פיזית, חינוכי, רגשית),

התעללות (פיזית, מינית, רגשית), חיים בסביבה אלימה, נשירה ממסגרות חינוך, מעורבות בפעילות עבריינית, בעיות התנהגותיות ונפשיות (פרימק, 1998).

לדעת חודטוב (2002) ומרום ועוזיאל (2000), מצבי סיכון עלולים להיות :

1. הגבלה פיזית או היעדר נגישות – השארת הנכה בבית ללא חשיפה לגירויים חיצוניים, אינטלקטואליים, חברתיים ואחרים. אי-חשיפה פוגעת בסיכויים של הנכה לממש את הפוטנציאל שלו ולהגיע לרמת תפקוד טובה ביותר בהתאם לנכותו. לעתים הגבלה פיזית נובעת מקשיים טכניים (למשל, היעדר כלי רכב מתאים), ולעתים ההגבלה הפיזית נובעת מתחושות של בושה וחוסר רצון לחשוף את החרגי לעיני כל. לעתים הורים ומטפלים לא מודעים לצורך הבסיסי של האדם בעל הנכות לחוות גירויים מחוץ לבית (שם, שם).

2. ניצול לרעה בבדיקות ובטיפולים רפואיים – אנשים נכים ובעלי צרכים מיוחדים זקוקים לבדיקות ולטיפולים רפואיים ופרא-רפואיים תכופים. כתוצאה מכך עלולות זכויותיהם הבסיסיות להיפגע, למשל: פגיעה בצנעת הפרט, היעדר רגישות מספקת בזמן הבדיקה, מניעת הסבר לנבדק לקראת בדיקות הבדיקות הצפויות לו ועוד. יש לשער שהניצול לרעה בבדיקות ובטיפולים רפואיים נובע מהתפיסה הרווחת שהאדם בעל הנכות לא מסוגל להבין את המרחש סביבו. לעתים ניצול נכותו של אדם מתבטאת במתן תרופות ללא צורך או במינון מופרז. לכאורה, טיפולים מעין אלה נועדו להקל על המטופל, אך למעשה הם מקלים על המטפלים (Goldson, 1998).

3. חוסר יכולת לבצע פעולות בסיסיות – רחצה, אכילה, הליכה לשירותים ועוד – פעולות יומיומיות אלו עלולות להתפתח למצבי סיכון כאשר למטפל אין די סבלנות וחמלה בעת ביצוען. בעלי מוגבלות רבים זקוקים לאנשי טיפול ואנשי שירותים כדי לעזור להם בחיי היום יום. המצב הזה, לא פעם, מביא את אנשי הטיפול והשירות לנצל את פגיעותם (חודטוב, 2002; מרום ועוזיאל, 2000). במחקר שנערך על מצבי הסיכון של נשים נכות ובעלות צרכים מיוחדים דווח כי נשים בעלות מוגבלות נמצאות בסיכון לניצול מאוכלוסיית המטפלים. כשהנשים נשאלו מדוע לא הפסיקו את הפגיעה בהן, התשובות היו: שהן לא ידעו למי לפנות, הדבר היה מביך מידי, הן פחדו מפחד ונקמה (Young et al, 1997). באשר לילדים בעלי מוגבלויות נמצא שבגלל הפגיעות שלהם והצורך שלהם בטיפול והשגחה, הם בשכיחות גבוהה לסיכון של התעללות וניצול על ידי הורים ומטפלים אחרים (Petersilia, Foote, & Crowell, 2001).

4. התעללות והזנחה רגשית – חיים במחיצת אדם נכה בעלת צרכים מיוחדים עלולים לפתח קשיים רגשיים: מחד גיסא, ההיבט הרגשי כולל הגנת יתר, ומאידך גיסא, הזנחת צרכי האדם בעל הנכות לאהבה וחום, הפלייתו לרעה לעומת בני משפחה אחרים והתעלמות ממגבלותיו. לעתים המטפלים מענישים את האדם בעל הנכות ולא מביעים כלפיו אהבה היות והוא לא עומד בציפיותיהם (חודטוב, 2002; מרום ועוזיאל, 2000).

שחר (2004) זיהתה שני מצבי סיכון נוספים של ילדים ובני נוער בעלי צרכים מיוחדים :

5. קשרים חברתיים ועבריינות – נמצא קשר בין סוגים מסוימים של נכויות בקרב ילדים ובני נוער לבין סיכון לניצול והיגררות לעבריינות. שתי קבוצות האוכלוסייה המועדות לניצול הן: ליקויי הלמידה והלוקים בפיגור השכלי הגבולי והקל (50 עד 79 IQ). לשתי הקבוצות האלה יש תכונות אישיות דומות המציבות את הילדים ובני הנוער בסיכון גבוה להיגרר אחרי קבוצות שוליים. תכונות אלה כוללות: חוסר שליטה בדחפים, חוסר יכולת לחיזוי תוצאות התנהגותם, אי-הבנת החוקים החברתיים, חוסר מנוחה, נטייה להשתכנע בקלות ונטייה להתנהגות מוחצנת. יש לשער כי גם הרצון של הילדים המוגבלים להיות משויכים חברתית, אהובים ומוערכים דוחקים אותם אל מצבי הסיכון האלה שבהם הם עלולים להיות מנוצלים ולחבור לחבורות עברייניות (Jarvelin et al, 1994).

6. שילוב כמצב סיכון – הואיל ורבים מן הילדים עם המוגבלויות לומדים במסגרות החינוך המיוחד, הם כמהים לקשר חברי עם בני גילם הגרים בסביבתם הקרובה ולבילוי בשעות הפנאי עמם, על כן הם מחפשים הזדמנויות ליצירת קשרים. מן הצד השני, העמדות השליליות שיש כלפיהם בקרב קבוצת השווים בני גילם, חוסר הסובלנות כלפיהם וראייתם כשונים וכחריגים גורמת להתנהגות של לעג, בוז ואף התאכזרות אליהם (שחר, 2004).

גורמים מנבאי מצבי סיכון של בעלי צרכים מיוחדים

גורמי סיכון הם גורמים שבגינם קיימת סבירות שפגיעה תתרחש. גורמי הסיכון יכולים לנבוע מגורמים הקשורים באדם הנכה, במשפחה, בקהילה או בחברה והם יכולים להיות קבועים או זמניים, ברי ניבוי או בלתי צפויים. כל אדם עלול להיות קרבן של פגיעה, אך יש קבוצות באוכלוסייה שהן בסיכון גבוה יותר לפגיעות וקרבות. קבוצת הילדים, הבגירים והמבוגרים בעלי צרכים מיוחדים הלוקים במוגבלות כלשהי הם בסיכון גבוה להיות קרבות פגיעה ולחווה אלימות והתעללות יותר מאשר אנשים ללא מוגבלויות (דולב, 1998).

אנשים נכים ובעלי לקויות חושיות ולקויות מנטליות חשופים יותר למצבי ניצול לרעה בהשוואה לאוכלוסייה הרגילה. האנשים האלה מטבע מצבם תלויים באחרים וזקוקים לעזרה. תלות זו הופכת אותם לפגיעים יותר ומפחיתה את יכולתם להתנגד כאשר הם מותקפים. זאת ועוד; אדם בעל מוגבלות שהותקף על ידי המטפל שלו יתקשה להתלונן עליו גם בגלל היחסים המורכבים אתו. לא קל לו להתלונן על אדם המעורב בכל פרט בחייו ומאפשר לו לחיות אותם ושהתלות בו בניהול חיים תקינים גדולה. דומה כי אנשים הלוקים במוגבלויות מחונכים בדרך כלל להיות ממושמצים ופאסיביים, ולכן הם מתקשים להתנגד באופן אקטיבי בגלל חוסר מיומנות, חוסר ביטחון וחינוך לסבילות. כמו כן, אנשים הלוקים במוגבלות שכלית לעתים מפרשים ניצול כמתן יחס, כאהבה או כהפגנת חיבה (שחר, 2004; Sobsey, Randall, & Sullivan, 1999; Bryen, Carey & Frantz, 2003; Parrila, 1997; Sobsey 1994).

גרברינו (Garbarino, 1987) מנה חמש קטגוריות של מנבאי מצבי סיכון להתעללות בילדים נכים ובעלי צרכים מיוחדים, ונראה כי אפשר להכיל קטגוריות אלו על בגירים ומבוגרים נכים ובעלי צרכים מיוחדים. לכל אחד מחמשת הגורמים יש תפקיד בהתעללות, אך לא כולם צריכים להופיע בו-זמנית.

1. הורים או מטפלים – יש מבוגרים שלהם אין משאבים אישיים שנחוצים לתפקוד נאות כהורים או כמטפלים. מחסור זה בולט במיוחד כשמבוגרים אלו צריכים לטפל בילד או אדם נכה, מאתגר ובעל דרישות גבוהות. חוסר באמפתיה, לדוגמה, הוא מאפיין אישיותי שבהיעדרו רב הסיכוי להתעללות בילדים או מבוגרים בכלל ובילדים או מבוגרים בעלי צרכים מיוחדים בפרט. במקרים שבהם האדם הנכה או בעל הצרכים המיוחדים זקוק לאמפתיה גבוהה ואילו למטפל רמת אמפתיה נמוכה יש סתירה. סתירה זו מהווה גורם סיכון (חודטוב, 2002).

2. מאפייני הילדים, הבגירים והמבוגרים הנכים והלוקים במוגבלויות שכליות, חושיות ומוטוריות והתנהגותם משפיעים על חשיפתם למצבי סיכון והתעללות. היכולת של אדם נכה או אדם הלוקה בנכות התפתחותית או לקות חושית לתקשר ולהגיב נמוכה יותר בהשוואה לאדם רגיל. זאת ועוד; חוסר היכולת של האדם הנכה למלא אחר הציפיות ההוריות והחברתיות עלול להגביר את פגיעותו. אדם נכה הוא בבחינת "קרוב מושלם" הואיל והוא אינו יכול להגן על עצמו. במילים אחרות, הוא בעל משאבי הגנה-עצמית מועטים (Garbarino, 1987).

התנהגות האדם הנכה ויחסיו עם סביבתו עלולים להוות גורם סיכון לניצול והתעללות בו. יש שישה מנגנונים התנהגותיים המגבירים את הסיכוי של האדם להפוך לקרבן:

- האצה – הקרבן מתגרה בפוגע באמצעות מילים או פעולות.
- סיוע – התנהגות הקרבן מזרזת את הפשע.
- פגיעות – היבטים אישיותיים (למשל, מתן אמון) או התנהגות טיפוסית (למשל, חברתיות) עלולים לסכן אותו.
- הזדמנות – הקרבן לא מכיר את המצב כמסוכן.
- פיתוי – ניצול אדם מסוים גורם מעניק למבצע פרס מסוים.
- פטור מעונש – פשע שבו צפוי שהתנהגות הקרבן תבטיח כי הסבירות שהפושע יועמד לדין היא אפסית.

על מנגנונים אלה יש להוסיף את גורמי הסיכון שהם תוצר של יחסי הגומלין של האדם הנכה וסביבתו: חוסר אונים נלמד וצייתנות, תלות באחרים – ריבוי מטפלים, מגע, היעדר ידע וחוסר מיומנויות, בדידות, קשיי תקשורת, התנהגות, מצב ותנאים רפואיים, חומרת המוגבלות, רמת תפקוד, גיל (Finkelhor & Hotaling, 1984; מורבר, 2009).

3. רמת הדחק – נכות או לקות התפתחותית או לקות חושית מעלה את רמת הדחק מעבר ליכולות ההתמודדות של המשפחה או הגורם המטפל. המצבים האלה עלולים להוביל לתהליך של דחייה חברתית והתרחקות, בעקבותיהם נוצר בידוד חברתי. לעתים קרובות, מטפלים פוגעים יבחרו להיות מבודדים מהחברה כדי שיוכלו להסתיר את מעשיהם. הבידוד מקל על הפוגע ומעצים את השפעת הכוח של הפוגע על הנפגע. הבידוד החברתי הוא גורם סיכון שמהווה קרקע נוחה להתעללות והזנחה מכיוון שהוא אינו מאפשר לרשת חברתית

לתמוך נפשית או חברתית באדם הנכה או בעל הצרכים המיוחדים – הנפגע – או לעזור בטיפול בו ובכך להפחית מהעומס המוטל על ההורים ובני המשפחה האחרים – המטפלים (Hintermair, 2000).

4. אירוע מעודד דחק – נוכחות של אדם בעל צרכים מיוחדים במשפחה עשוי להיות גורם מחסן, מחזק ומעצים, ולהבדיל נוכחות זו עלולה להיות אירוע מעודד דחק. במילים אחרות, אלמנטים בסיטואציה מידית שבה נוכח אדם בעל צרכים מיוחדים עלולים להיות זרז להתעללות או הזנחה. אירועי דחק נוצרים בעקבות קשיים בהתמודדות עם אדם הנכה או בעל הצרכים המיוחדים, והם עלולים לגרום להתעללות. הפוגעים, שהם בדרך כלל המטפלים הישירים, יראו באדם שהם פוגעים בו מקור לדחק ולתסכול שהם חווים (Goldson, 1998; Sobsey, 1994).¹¹

5. מאפיינים תרבותיים וחברתיים מעודדים התעללות או מאפשרים לה להתרחש. גישות חברתיות משפיעות על יצירת סטריאוטיפים שליליים ומיתוסים כלפי אנשים בעלי מוגבלויות התורמים לפגיעות שלהם ולסיכון שלהם להיות קרבנות (מורבר, 2009; Sobsey, 1994). טייסקה (Tyiska, 1998) ציינה כמה מיתוסים שכיחים: אנשים בעלי מוגבלות הם אנשים "סובלים" ולכן זקוקים לצדקה ורחמנות במקום זכויות ואחריות; אנשים בעלי מוגבלות לא מסוגלים לקבל החלטות ולכן זקוקים לאחרים שינהלו להם את חייהם; המוגבלות של האדם המוגבל היא מדבקת ולכן יש להילחם בפגע או להתרחק ממנו. סובסיי (Sobsey, 1992) ציין חמישה מיתוסים ערכיים, המשקפים גישות כלפי בעלי מוגבלויות:

- דה-הומניזציה של המוגבל – המוגבל הוא פחות מבן אדם שלם.
- מיתוס הסחורה הפגומה – החיים של המוגבל שווים פחות ולכן אין לו מה להפסיד.
- המוגבל לא מרגיש כאב – למוגבל אין רגשות ולכן לא כואב לו.
- המוגבל כאיום – המוגבל נתפס כשונה, כבלתי צפוי וכמסוכן. בעקבות מיתוס זה יש מוטיבציה לאנשים בסביבה הקרובה למנוע מהמוגבל השתלבות בקהילה.
- המוגבל כחסר אונים – התפיסה שיחידים בעלי מוגבלות הם חסרי אונים ולא יכולים לדאוג לעצמם, מקדמת פגיעות לניצול ומניפולציה של אחרים כלפיהם.

יתרה מזאת החברה ובמיוחד אנשים בעמדות כוח (למשל, חוקרי משטרה) מתעלמים ממעשי תקיפה וניצול כלפי הלוקים בשכלם בטענה כי הם אינם אמינים (בריון, 2002; Sherry, 2000). אם כן, הגישה השלילית כלפי מוגבלים משחקת תפקיד מרכזי בחשיפתם של המוגבלים לפשיעה נגדם.

על חמש קטגוריות גורמי הסיכון שהציע גרברינו (Garbarino, 1987) ושנדונו לעיל יש להוסיף את הקטגוריות האלה:

¹¹ מצב סיכון זה נגזר מאירוע מעורר דחק והוא קשור למודל הפסיכולוגי "המודל של תלות דחק". הרחבה בנושא זה ר' אצל מרום ועוזיאל, 2001, עמ' 4-5; מורבר, 2009, עמ' 22-24.

6. גורמים סביבתיים – הגורמים הסביבתיים עלולים לאפשר התעללות ועשויים לעכבה, ומכאן שגם הם מהווים גורמי סיכון להתעללות באנשים בעלי צרכים מיוחדים (מורבר, 2009). יש שלושה גורמי סיכון סביבתיים:

- היעדר נגישות – נגישות היא מושג רחב מאוד שנגזר מהנכות והלקות של האדם בעל המוגבלות.¹² היעדר נגישות בהקשר של התעללות יכול להתבטא באי-היעזרות או בקושי להיעזר בשירותים טיפוליים קיימים במקרים של התעללות מכמה סיבות: רוב השירותים המיועדים לאנשים שחוו התעללות אינם מתואמים לצרכים של אנשים בעלי מוגבלויות; אנשים בעלי מוגבלויות אינם יודעים היכן אפשר לקבל עזרה, ובכלל זה אין להם את המיומנויות להשתמש בערוצי תקשורת אלקטרונית (אינטרנט); אין תשתיות פיזיות המאפשרות נגישות של נכים אל מוקדי השירות והטיפול בנפגעי תקיפה; יש מחסור באנשי מקצוע בעלי הכשרה מתאימה לטיפול באנשים בעלי צרכים מיוחדים שנפגעו (Goldson, 1998; Sobsey, & Mansell, 1990).

- שילוב – בשנים האחרונות משולבים ילדים, בגירים ובוגרים בחיי החברה והקהילה כחלק מהתפיסה לפיה אנשים מוגבלים יכולים להגיע למימוש עצמי ולחיות חיים מלאים ומשמעותיים ככל אזרח במדינה. נוכחות אנשים בעלי מוגבלויות בחברה אינה מבטיחה את הכללתם החברתית. לפיכך יש להבחין בין שילוב פיזי לבין שילוב חברתי. דובדבני ונאור (2004) דיווחו במחקרם כי עובדים הלוקים בפיגור שכלי במסגרות מעורבות חשו בדידות גבוהה. תחושות של בדידות, של תלות, של חוסר אונים ועוד מהוות גורמי סיכון העלולים להתפתח למצבי סיכון (מורבר, 2009).

- התעללות מוסדית – כאמור לעיל, שהייה של אנשים בעלי מוגבלויות במוסדות מהווה גורם סיכון גבוה להתעללות. בעקבות ממצאי המחקרים עולה שאלה האם מיסוד פוגע מטבעו? דומה כי קיימות שתי השקפות מנוגדות באשר להתעללות מוסדית. האחת, רואה במוסדות מסגרת חיונית שבה אפשר לטפל באנשים בעלי מוגבלויות ולשקם אותם ושהתעללות עלולה להתרחש בה, אך אפשר למנועה בעזרת מדיניות ונהלים טובים וברורים. התעללות לפי גישה זו נתפסת כאירוע פרטני שיש להעניש בו את הפוגע, ואין לייחס לאירוע זה מאפיינים מערכתיים. לפי ההשקפה השנייה המיסוד נתפס מטבעו כפגיעה בחופש ובכבוד של האדם והוא בעל השפעה שלילית על התפתחות האדם (מורבר, 2009; Sobsey, 1994).

7. גורמי סיכון נסיבתיים אינם גורמים באופן ישיר להתעללות, אלא מצטרפים לגורמים נוספים ובכך מגבירים את הסיכון להתעללות. בין גורמים הסיכון הנסיבתיים אפשר למצוא: היסטוריה קודמת של התעללות, שימוש באלכוהול וסמים (Sobsey, 1994) ומשתנים חברתיים-כלכליים, למשל: הכנסה נמוכה, מגורים ביישובים חברתיים-כלכליים

¹² נגישות משמעותה "מתן אפשרות הגעה למקום, תנועה והתמצאות בו, שימוש והנאה משירות, אפשרות קבלת מידע המופק במסגרת מקום או שירות, שימוש במתקנים והשתתפות בתכניות ובפעילויות המתקיימות בו, והכול באופן שוויוני, מכובד, עצמאי, בטיחותי וסביר. (מתוך הצעת חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות (תיקון). נגישות, דיוור בקהילה, סיוע אישי, תרבות פנאי וספורט, חינוך והשכלה, המערכת המשפטית, צרכים מיוחדים ומישע, תשס"א www.justice.gov.il/MOJHeb/NetzivutNEW/Pirsumim

נמוכים, צפיפות דיור ועוד (מורבר, 2009; מרום ועוזיאל, 2000; נאון, יפרח ובייץ-מוראי, 1998).

אם כן, מבוגרים, בגירים וילדים נכים ובעלי צרכים מיוחדים חשופים יותר לפגיעות פיזיות, מיניות ורגשיות. אוכלוסייה זו עלולה להיפגע מזרים וממכרים (חברי משפחה, מטפלים וכיו"ב) אשר לעתים קרובות יש ביניהם מערכת יחסים שבה הקרבן נותן אמון ואף תלוי בתוקף. התוקף נמצא בעמדת סמכות כלפי הקרבן ומנצל לרעה את היחסים הלא שוויוניים ביניהם (Marge, 2003). לעתים הפגיעה באנשים נכים ובעלי צרכים מיוחדים בלתי נראית ולא מדווחת. המתעלל רואה בקרבן נכה או המוגבל אדם פגיע, שלא יכול להגן על עצמו בגלל המגבלה השכלית או הגופנית או החושית או המנטלית, ושאינו מסוגל לפנות לעזרה או להתלונן. לכן ההסתברות לפגיעה חוזרת כנגד הקרבנות בעלי הצרכים המיוחדים גבוהה והניצול והפגיעה בקרבנות אלה אינם חד-פעמיים אלא מתמשכים (שחר, 2004).

טראומה והשפעות של אלימות על נפגע

התעללות פיזית, רגשית מינית והזנחה מותרות את חותמן הטראומטי על הנפגע הנכה ובעל הצרכים המיוחדים, על בני משפחתו ועל סביבתו. אפשר להבחין בין נזק ראשוני הנגרם ישירות על ידי התעללות והקשור בעיקר לאדם לבין נזק משני, הקשור לאדם, למשפחתו ולסובבים אותו (מורבר, 2009). בהיעדר מידע קליני על אודות ההשפעות הייחודיות של התעללות בקרב נכים ואנשים בעלי צרכים מיוחדים אפשר רק לשער כי נכים ובעלי צרכים מיוחדים חווים ומפגינים סימפטומים הדומים לאלה של אנשים ללא מוגבלויות שחוו התעללות והזנחה (Westcott, 1993).

לאלימות יש השפעות שונות על האדם שנפגע ממנה, ובהן השפעות פסיכולוגיות והשפעות על התפקוד היומיומי. הנזקים העצומים האלה מתבטאים בטווח הקצר ובטווח הארוך. ההשפעות הפסיכולוגיות בטווח הקצר כוללות הפרעות חרדה, פחדים, דיכאון, תסמונת פוסט-טראומטית, נטייה לאבדנות ונטייה להתמכרות. בטווח הארוך יש סכנת הרס עצמי, אבדן ה"עצמי" (Self) של הנפגע, בידוד חברתי, דימוי עצמי נמוך וסיכון מוגבל לחוות התעללויות נוספות. בשלב הזה אישיות הקרבן מצטמצמת ומתמקדת בהישרדות ובריצוי (לקס, 2000; Sobsey, 1994).

מרצ'נט ופאג (Marchant & Page, 1992a) מצביעים על מספר גורמים שבגינם השפעותיה של ההתעללות בילדים, מתבגרים ובוגרים נכים ובעלי צרכים מיוחדים עלולים להיות חמורים יותר מאשר בקרב אוכלוסייה ללא נכויות. גורמים אלה נעוצים בדימוי העצמי הנמוך של הנכה, בתחושת חוסר האונים המלווה אותו עקב נכותו ובעובדה שהוא ניתקל לעתים בחומה של חוסר אמון כלפי דבריו ותלונותיו (ברייך, 2002).

סוגי טראומה והשפעותיהן

הנזק הראשוני, כאמור, נגרם ישירות מההתעללות. זהו נזק טראומטי¹³ ואינו חולף. השפעתו משתקת את הסתגלותו לחיים של האדם הנפגע. טראומה היא אירוע יוצא דופן שבו האדם חווה דבר

¹³ משמעות המילה "טראומה" היא פצע ביוניית.

ממשי ומאיים או שחווה פגיעה פיזית בו או בזולתו. באירוע זה חש האדם פחד, אימה וחוסר אונים. טראומה נפשית מתרחשת כאשר קורה אסון המשאיר את האדם העומד מולו חסר ישע לנוכח כוח חזק ממנו. למשל, קרב, אסונות טבע, אונס. האירוע הטראומטי מנפץ תפיסות עולם בסיסיות וממוטט את מערכות ההגנה והטיפול הרגילות המעניקות לאדם הרגשת שליטה, קשר ומשמעות. אחת ההשפעות המרכזיות של אירוע טראומטי על הנפגע/ת עשויה להיות PTSD = Post Traumatic Stress Disorder. תסמונת פוסט-טראומה (PTSD) נחשבת לתגובת הדחק החמורה ביותר, והיא עלולה לעורר אצל אלה שחוו אותה סממני מצוקה המפריעים להם בתפקוד חייהם. החוויה הטראומטית חוזרת שוב ושוב ומתבטאת באחת או יותר מהדרכים הבאות.

להלן הסימפטומים המרכזיים של תסמונת פוסט-טראומה לפי ה-DSM-IV (DSM-IV, 1994)¹⁴:

עוררות יתר: מצב של דריכות פיזית קבועה (קשיים בהירדמות, ירידה בריכוז, נטייה לבהלה, אי-שקט נפשי).

חודרנות: מחשבות, חלומות, תחושות חוזרות ונשנות של האירוע, הבזקים, ראיית תמונות בהקיץ, אילוזיות, התפרצות של מחלות נפשיות, תגובות פיזיולוגיות (לדוגמה, כאבי ראש, לחץ דם גבוה).

הימנעות: צמצום האישיות. הימנעות מדברים שיכולים להזכיר את המקרה. הימנעות משיחות ומהגעה למקומות שעשויים להציף את האירוע הטראומטי, נטייה להתבודדות, ריחוק חברתי, ותחושות שהחיים קצרים ולא מספקים.

בספרה, טראומה והחלמה (הרמן, 1994), מבחינה ג'ודית לואיס הרמן בין שני סוגים של טראומה: הסוג הראשון, אירוע טראומטי חד-פעמי אשר התוצאה שלו עשויה להיות PTSD. הסוג השני, טראומה מתמשכת הכוללת חשיפה ממושכת לסדרת אירועים שכל אחד מהם הוא טראומטי בפני עצמו: "יותר מכל פוחדים נפגעי הטראומה מחזרתו של רגע האימה; אצל נפגעי התעללות כרונית הפחד הזה מתגשם...לנפגעי הטראומה הכרונית אין עוד קו-בסיס כלשהו של שלווה או נוחות גופנית..." (שם, עמוד 110). טראומה מסוג שני היא קשה יותר, היא יכולה להופיע למשל אצל אנשים אשר ישבו בשבי, במחנות ריכוז וכפייה, אצל נשים מוכות ואצל אנשים החשופים להתעללות מינית מתמשכת. זוהי טראומה אשר מייצרת שינוי בתפיסה הבסיסית של האדם, שינוי במבנה האישיות. ההשפעות של טראומה כזו הן PTSD מורכב (Complex PTSD), הפרעה פוסט-טראומטית השכיחה מאוד במקרה של פגיעה מינית (שם, שם).

השפעותיה של הטראומה

הרמן קוראת לכלול ב-DSM-IV את האבחנה CPTSD כעומדת בפני עצמה (Herman, 1992) תחת השם: DESNOS (=Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified). היא מונה את ההשפעות של סוג כזה של טראומה על נפגע:¹⁵

¹⁴ [DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders](#)

¹⁵ ההשפעות המפורטות להלן מתייחסות למצב הפגיעה החמור ביותר. לעתים לא כל ההשפעות יופיעו. הדבר תלוי באופי הפגיעה, בעוצמתה, במבנה האישיות של הנפגע וביכולתו להתמודד.

א. **סומטיזציה** – בקרב שורדות התעללות פיזית ומינית בילדות נמצאה שכיחות גבוהה של הפרעת סומטיזציה תסמונת כרונית הכוללת מספר סימפטומים גופניים ואשר אינם ניתנים להסבר רפואי. דיווח רפואי אופייני לשורדות מציג תמונה מסובכת ומעורפלת הכוללת מספר תלונות סומטיות שאינן מגיבות לטיפול. בין התסמינים עשויים להופיע: כאבי ראש, התעלפויות, התקפי סחרחורת, לחצים בחזה, כאבי בטן, חוסר תיאבון, תלונות ממקור אורוגניטלי, כאבי גב. כחלק מהסומטיזציה ייתכן דיווח הכולל תלונות כרוניות על הפרעות בשינה כמו עייפות, סיוטי לילה, קשיי הירדמות וקיצה מוקדמת. בנוסף לכך, ישנן השפעות נוספות כמו בעיות במערכת המין (פדואה, 2004).¹⁶

ב. **דיסוציאציה** – כשאדם חווה אירוע טראומתי הדבר הראשון שהוא רוצה לעשות זה להילחם (Flight) באירוע. אם אדם מצליח להילחם, הסיכוי לסבול מהשפעות ה-PTSD נמוך יותר. אבל ברוב המקרים האירוע הטראומתי לא מתאים לסכמות הקיימות ואז אדם פועל באפשרות השנייה, הכוונה היא לא לבריחה פיזית אלא לחוויית הניתוק. זו בריחה רגשית הקיימת באירוע הטראומתי, והיא מתרחשת לנוכח ההבנה שכל מה שאנחנו יודעים לא עוזר לנו להתמודד עם האירוע. הרבה פעמים בתוך חוויית הלחימה (ה-Flight) הנפגעים מתנתקים מחלקים שונים של התודעה או שמנתקים פונקציות שונות אחת מהשנייה (רגש, תודעה, זיכרון, גוף). למעשה, הדיסוציאציה היא ניתוק של חלקי התודעה זה מזה (במקרים קיצוניים זה יכול להביא לריבוי אישיות, ר' להלן הסעיף שינויים פתולוגיים באישיות).¹⁷

ג. **השפעות על רגש, אפקט** – רוב האנשים שעברו התעללות מינית בילדות מרגישים נבגדים מצד כלל האנושות ומצד אלוהים. הנבגדות מצד אלוהים מבטאת את עצמת הפגיעה; פגיעה שהיא מעבר למילים כמו הטראומה שמעבר למילים. האבדן של היכולת "לסמוך על", של האמון הבסיסי באנושות, בעולם מוביל כמעט בהכרח לדיכאון שהוא התוצאה השכיחה ביותר של ההתעללות. לכל אבדן מוצהר יש "שרשרת אבדנים" משניים, הרבה פעמים הבכי והקושי הוא על האבדים המשניים. האבדנים המשניים יכולים להיות הבושה, ההשפלה, הזעם. תחושות אלו

¹⁶ יש שני הסברים הקושרים בין טראומה מינית לבין ההשפעות הפיסיולוגיות: הראשון, מסביר שהסיבה נעוצה בחוויית הבגידה שיש בטראומה המינית המתמשכת. חוויית הבגידה מופיעה באופן חזרתי בבגידת הגוף תוך כדי הפגיעה. הבעיות הפיזיולוגיות הרפואיות הן שחזור של תחושת הבגידה. בנוסף, כשאדם סובל ממכאובים כרוניים הדבר משפיע על הדימוי העצמי שלו והוא מתנהג כהיפוכונדר – יש לו לגיטימציה להיות חלש, לא לתפקד להישען ולקבל עזרה (למצב הפיזי, לאו דווקא לפגיעה המינית). הסבר אחר מניח כי חלק מההסבר לתסמינים הפיזיולוגיים נעוץ בעוררות היתר. מצב של עוררות יתר גורם להפרשה מוגברת של הורמונים שונים, אלה יכולים ליצור בעיות פיזיות או מכאובים (Herman, 1992).

¹⁷ אנשים אשר נמצאים בשבי (מכל סוג שהוא) סיגלו לעצמם את היכולת להיות במצב עוררות מוגבר. בעזרת הדיסוציאציה הם לומדים להדחיק ולצמצם את המציאות הבלתי נסבלת שבה הם חיים, הדיסוציאציה עוזרת להם לעמוד בעיניים, בכאב ובקור. שבויים אשר היו מבודדים דיווחו לפעמים על יכולת להיכנס ל"טראנס" בזמן ההתעללות הפיזית, שמתבטאת ביכולת להתעלם מחלקים באישיותם. בזמן ההתעללות האסיר יראה ויתנהג כאילו הוא נמצא בהווה אבל מבחינה פסיכולוגית הוא "בורח" למקומות שמקלים עליו את הסבל. אצל אנשים שחוו התעללות מתמשכת בילדות, דרך ההתמודדות הזאת מפותחת בצורה קיצונית. הילדה/נתונים לחודרנות מינית חוזרת ונשנית בנסיבות של מלכוד, הם לא חשופים לגורמי סיוע וזקוקים נואשות לדימוי של הורה טוב. המצב גורם לילדה/ה להפעיל מנגנוני הגנה קיצוניים ביניהם דיסוציאציה. הפערים אותם חיים הילדים בין הבית המתעלל לבין הסביבה החיצונית הנורמלית הם בלתי נסבלים (לדוגמה, ילדה הולכת בבקרים לכן כמו כל הילדות ובלילות בן משפחה מתעלל בה מינית והיא אמורה להתנהג כמו אישה). הבית אמור להיות המקום הבטוח ביותר ודווקא שם מתרחשת ההתעללות, הרבה פעמים תוך כדי מניפולציות שגורמות לילדה להרגיש אשמה ומשתפת פעולה. הדמות המתעללת היא הרבה פעמים גם מיטיבה מבחינות מסוימות ונוצרת תלות בין הקורבן לבינה. אצל מי שחווה / חוותה התעללות כזאת השימוש במנגנון הדיסוציאציה נעשה בצורה קיצונית ועלול להופיע באופן בלתי רצוני ובלתי נשלט בסיטואציות שונות (Herman, 1992).

יוצרות דיכאון ומחמירות את הקושי ביצירת קשרים אישיים ובוויסות רגשי. אפשר לראות אצל נפגעי טראומה מספר דפוסים של תגובה רגשית למצבם, לדוגמה: הימנעות או מנגד "הליכה על הקצה" – הצפה רגשית מתמשכת שמקשה על כל הסובבים אותם; חוסר יציבות רגשית, העשוי להתבטא בהתפרצויות זעם המשאירות את כולם מסביב בהלם ומעייפות את הסובבים אותם. ראוי לציין שטיפול שלא מביא בחשבון את הדיכאון אצל נפגעי טראומה מתמשכת הוא טיפול חלקי.

ד. **פתולוגיה במערכות יחסים** – במצבי שבי (כל שבי – פיזי או נפשי, לא רק במלחמה), כל עוד יש לשבוי, קרי לקרבן, קשר עם אנשים אחרים ועם העולם שבחוץ כוחו של המתעלל מוגבל. לכן הוא מנסה לבדוד את הקרבן בדרכים שונות. הוא יאסור עליו ליצור קשר עם אנשים אחרים, ינסה להרוס את הקשרים הרגשיים שיש לקרבן ביחס לאחרים וינסה לשכנע אותו באמצעות מניפולציות לבגוד בדרכים שונות באנשים הקרובים ביותר אליו. כשהקרבן מבודד לגמרי הוא הופך להיות תלוי לחלוטין במתעלל. בנקודה זו נוצר קשר טראומטי בין הקרבן למתעלל. כשהקרבן תלוי לחלוטין הוא לא ינסה לזוז, לברוח, לתכנן. זו הסיבה שאנשים שנפגעו באופן כרוני הם אנשים המתוארים פעמים רבות כפאסיביים וחסרי אונים. הדרך של המתעלל לשלוט בקרבן היא באמצעות בידוד שלו ותלוי בסיסטמטיות ובחזרתיות של הטראומה הפסיכולוגית. התחושה שהתוקפן עדיין נמצא, אפילו אחרי ה"שחרור", מצביעה על מצב העוררות והפחד המתמיד בעולמו של השורד. הקשר הכפוי שיצר מניפולציה על עולמו של הקרבן, הופך להיות חלק מעולמו וממשיך להטריד אותו גם אחרי השחרור. אצל נפגעי התעללות בילדות ההפרעות הללו מופיעות בעצמה גבוהה הרבה יותר. התנודות בקשר עם התוקף וחוסר היציבות מוטמעים בהם. אצל מטופלים אלה יש חרדת נטישה מצד אחד, וקושי גדול להיות עם אנשים ולהחזיק מעמד במערכות יחסים, מצד שני.

ה. **שינויים פתולוגיים באישיות** – זליגמן (2004) טוענת כי גילוי עריות יוצר עיוות קיצוני בתפיסת העולם של הילד או הילדה. על מה שרע נאמר כי הוא טוב, על מה שמכאיב נאמר כי הוא הדבר שאותו הוא או היא רוצה. עולמם של הקרבנות הפוך; הבטוח הוא מסוכן. ההימצאות במערכת יחסים מתעללת יוצרת שינוי באישיות הקרבן. כל הצדדים באישיות הקרבן מושפעים מכך: דימוי הגוף, ההפנמה של דמויות (הפנמה של התוקפן) והערכים הנלמדים. בשעה שנפגע אירוע טראומטי חד-פעמי מעיד על עצמו שמאז האירוע הוא לא מזהה את עצמו, לא מתנהג כמו עצמו, אצל שורדי טראומה כרונית הנפגע מאבד תחושה שיש לו "עצמי". אנשים ששרדו התעללות מתמשכת בילדות מפתחים זהות מורכבת, חסרה להם תחושה של ה"עצמי" שלהם. הם מפנימים את הקולות התוקפניים של המתעלל וחווים את עצמם כאשמים ורעים. הפרעות בגיבוש הזהות נובעות גם מצורך ההישרדות של הקורבן "לפצל" חלקים מאישיותו כל הזמן, ולכן יש חלקים שאין להם אפשרות לבטא. זו אחת הסיבות שמביאה את הקרבן להיכנס למצב דיסוציאטיבי, המצב הקיצוני ביותר של הדיסוציאציה הוא הפרעת ריבוי אישיות.¹⁸

¹⁸ הפרעת ריבוי אישיות - DID - Disassociate Identity Disorder. בעבר נקראה "פיצול אישיות" - MPD-Multiple Personality Disorder.

1. **קרבת חוזרת (רה-ויקטימיזציה)** – אחת ההנחות היא שקרבת חוזרת היא תוצאה של שילוב של גורמים, מקצתם כאלה הקשורים לפגיעה עצמה ומקצתם כאלה הקשורים למצב משפחתי. פגיעה כרונית לא מתרחשת ב"חלל ריק", אלא מתרחשת בתוך המשפחה שבה יש יחסים קלוקלים או מופרעים. במערכת היחסים בין הפוגע לנפגע נוצרת פרדיגמה מעוותת שבה האדם המתעלל הוא גם האדם אליו פונים בבקשה לסיוע. כאשר ילד או ילדה חווים התעללות מאדם קרוב אליהם, זה גם האדם שמספק להם את צרכיהם הבסיסיים. ילדה שחווה התעללות תבחר פעמים רבות בבן זוג מתעלל בגלל התפיסה שהאדם הקרוב ביותר הוא אדם מתעלל. אנשים שחוו טראומה מתמשכת נמצאים בדרגת סיכון גבוהה יחסית לפתח התנהגות של פגיעה עצמית או להיפגע מידי אחרים (לקרבת החוזרת אין בהכרח קשר ישיר לטראומה המקורית, אלא היא מתחברת אל צדדים מסוימים בטראומה המקורית). פגיעה עצמית היא התנהגות חזרתית-כפייתית המזכירה מבחינות רבות ניסיונות אבדניים. להתנהגות הזו של פגיעה עצמית יש קשר להיסטוריה של טראומה כרונית. לאחר טראומה חד-פעמית כמעט אין מקרים של פגיעה עצמית בשעה שאחרי טראומה מתמשכת התנהגות זו שכיחה יותר.

2. לסיכום, אפשר לראות כיצד מתבטאות ההשפעות של החוויה הטראומטית על אישיות הקרבן ועל היכולת לבנות מערכות יחסים מיטיבות עם אנשים סביבם. הדרך לטפל בנפגעים היא לעזור להם למצוא דרך אחרת להתמודד עם עצמת הטראומה אשר תיתן להם אלטרנטיבה לביטוי הטראומה שלא בעזרת הסימפטומים (Herman, 1992).

טיפול ושיקום בעקבות התעללות והזנחה

לטיפול ולשיקום יש חשיבות מכרעת בצמצום ההשפעות הקשות שתוארו לעיל ובשבירת מעגל הקסמים המעמיד את קרבן ההתעללות בעמדה נחותה מבעבר. אף שהמחקרים מראים כי רמת הסיכון להתעללות ופגיעה באנשים בעלי מוגבלויות וצרכים מיוחדים גבוהה בהשוואה למרמת הסיכון של האוכלוסייה ללא נכויות וצרכים מיוחדים אין כמעט תכניות טיפול שמתאימות לאוכלוסייה זו. למעשה, ילדים, בגירים ומבוגרים נכים ובעלי צרכים מיוחדים מופנים לרוב למרכזי טיפול המתאימים לאוכלוסייה שאינה מוגבלת. מרכזים אלה לא תמיד יכולים לעזור לנכים ולבעלי צרכים מיוחדים שחוו התעללות או הזנחה, הואיל ולעתים שירותים אלה אינם נגישים, חסרים בהם כלים טיפוליים ואמצעי הדרכה מתאימים לאוכלוסיית הנכים והיעדר אנשי מקצוע בעלי הכשרה מתאימה לטיפול בילדים נכים שהיו קרבת התעללות (Nosek, Howland, & Young, 1998; Sullivan & Scanlan, 1997; Murray & Osborne, 2009).

מרום ועוזיאל (2000) מציינות כי בארצות הברית ב-Center for abused handicapped children ובבריטניה ב-Tavistock clinic¹⁹ מטפלים בילדים נכים ובעלי צרכים מיוחדים שחוו התעללות. התכניות במרכזי הטיפול האלה מבוססות על התאמת הטיפולים אשר תוכננו במקור לילדים ללא נכויות וצרכים מיוחדים שחוו התעללות. התפיסה המנחה את פיתוח התכניות היא שההתערבות הטיפולית עבור ילדים נכים וילדים בעלי צרכים מיוחדים אינה שונה בעקרונותיה הכלליים מזו הנהוגה עבור ילדים שאינם נכים. השינוי המחויב הוא באופן יישומן של עקרונות אלה. בסיס השינוי

¹⁹ www.tavi-port.org

טמון בהיכרות המטפל את נכות הילד ואופן השפעותיה על התפתחותו ויכולותיו התקשורתיות, החברתיות, הרגשיות וההתנהגותיות (Sullivan & Scanlan, 1997). מעבר להכשרה הקלינית המקובלת על המטפל להתאפיין גם בתכונות וביכולת לעבוד עם ילדים נכים כמו גם במידה לא מבוטלת של יצירתיות וגמישות (Marchent & Page, 1992a). דרך הטיפול משתנה בהתאם למצבו ההתפתחותי של המטופל ותוך התחשבות בהשפעות ארוכות הטווח של ההתעללות. בהתאם למצבו של הילד מוצעות כמה אסטרטגיות טיפוליות (ריפוי במשחק, פסיכודרמה, אמנות ועוד). יישומה היעיל של התכנית מחייב שמירה על קשר הדוק עם המטפל העיקרי בילד (הורה או אפוטרופוס אחר), כדי להבטיח את רציפות הטיפול (Murray & Osborne, 2009).

מרום ועוזיאל (2000) סקרו את המאמרים המפרטים את דרכי הטיפול וההתערבות המותאמות לצורכי אוכלוסיית הילדים הנכים והילדים בעלי הצרכים המיוחדים. מסקירתן עולה כי לתכניות הקיימות כמה חסרונות: הן מתאימות לסוגי נכויות מסוימות בלבד (בעיקר חירשות ולקויי למידה) ולסוגי התעללות ספציפיים (בדרך כלל התעללות מינית). כמעט אין תכניות המותאמות לטיפול בילדים אשר חוו סוגי התעללות אחרים או שסובלים מסוגי נכויות אחרים. תכניות רבות הותאמו לטיפול באנשים בעלי מוגבלויות ולמעשה לא נעשה ניסיון לבנות תכנית התערבות מותאמת מלכתחילה לאנשים נכים ובעלי צרכים מיוחדים.

נותני שירותים בישראל בתחום מניעת התעללות ואלימות – מסגרות, מידע וטיפול

בשנת 2002 הוציא תחום ילדים ובני נוער בעלי צרכים מיוחדים באשלים ג'וינט ישראל מסמך מקיף על תופעת האלימות כלפי ילדים ונוער בעלי צרכים מיוחדים. המסמך כלל מיפוי צרכים, שירותים קיימים והצעת כיווני התערבות בארבעה תחומי התערבות – מניעה, איתור, חקירה וטיפול (חודטוב, 2002). מתוך מסמך זה ומקורות מידע נוספים אפשר ללמוד על השירותים שהיו קיימים בעבור אוכלוסיית היעד של המרכז לפני הקמתו.

המסמך מבחין בין מגוון שירותים המיועדים לגילאים שונים לאוכלוסייה רגילה לבין היעדר מענה לאוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים. להלן מגוון השירותים למתן מידע, ייעוץ, ליווי, תמיכה וטיפול בתחום האלימות בילדים ונוער לאוכלוסייה הכללית, שהיו קיימים לפני הקמתו של המרכז לייעוץ וטיפול:

- מועצה לשלום הילד בשיתוף עם אשלים – תכניות ליווי לילדים ולבני נוער נפגעי עברות פליליות ולבני משפחותיהם, סיוע ולייווי לאורך כל ההליך הפלילי. השירותים הניתנים: ייעוץ ומידע ראשוני טלפוני, ייעוץ של אנשי טיפול ומשפטנים, הפנייה לגופים המעניקים תמיכה נפשית, מתן מידע מפורט לגבי ההליך הפלילי, הכנת הילד ומשפחתו לקראת כל שלב בהליך, תיווך בין הילד ומשפחתו לבין הרשויות, ליווי הילד לבית משפט, למשטרה וכו'. הפניות מרוכזות באמצעות עובד סוציאלי ו/או עורך דין. השירות מושתת על מתנדבים אשר הוכשרו לכך.
- מרכזי חירום (עשרה מקלטים) – מקלטי חירום משרתים ילדים הנמצאים בסכנה בעקבות הזנחה והתעללות מצטברת או בעקבות מצבים המחייבים הרחקה מידית מהבית. במקלט החירום ניתנים השירותים הבאים: מקלט והגנה לילדים, אבחון טיפול וייעוץ לילד ולהורים (אינטרני ו/או אקסטרני), ייעוץ והדרכה לקהילה הטיפולית.

- מרכזי ילדים הורים – תכנית משותפת לגורמים שונים (משרד העו"ר – ילד ונוער, אשלים). השירות מיועד למשפחות שילדיהם הוגדרו בסיכון על ידי מחלקת הרווחה בעקבות חשש להתעללויות, להזנחה, לתפקוד לקוי, לבעיות התנהגות. במרכז ניתנים השירותים האלה: טיפול לילד/ים, טיפול משפחתי, הדרכת הורים, לפי צורכי המשפחה. ברחבי הארץ קיימים כשבעה-עשר מרכזים כאלה.
- מרכז למניעת אלימות מינית בקרב ילדים (תל-אביב) – המרכז פועל בשותפות של מספר גורמים. המרכז עוסק בילדים פוגעים. המרכז עוסק בהגברת מודעות, בהערכת מסוכנות, בטיפול קבוצתי בילדים עד גיל 12 ובהכשרות לאנשי מקצוע בנושא "ילדים פוגעים".
- רשת מרכזי סיוע (תל-אביב, חיפה וירושלים) לנפגעי תקיפה מינית מעל גיל 14. במרכזים ניתן סיוע ראשוני לנפגעים, קבוצות תמיכה, קו חירום.
- עמותת מיט"ל – טיפול בילדים ומבוגרים שחוו פגיעה בילדותם. ייעוץ, הכשרה והשתלמויות לאנשי מקצוע.
- התכנית למתן מענה לפגיעה מינית בקרב ילדים ובני נוער: משרד הבריאות, משרד הרווחה ואשלים. תכניות הכשרה לאנשי מקצוע המטפלים בילדים ונוער קרבנות התעללות, פסיכותרפיסטים, מטפלים משפחתיים, פקידי סעד לחוק נוער. הדרכה על טיפולים בשדה והקמת פורומים קהילתיים בין מקצועיים למתן ייעוץ לאנשי מקצוע.
- אל"י – אגודה להגנת הילד – מפעילה מספר שירותים: קו מצוקה המנוהל על ידי איש מקצוע ומופעל באמצעות מתנדבים ובנות שירות שהוכשרו לכך; קיום ימי עיון קורסים והשתלמויות בנושא הפגיעה בילדים לעובדים סוציאליים, שופטים, מטפלים וכו'; הפעלת מרכז חירום; מרכז קליני – מתן טיפול קליני לילדים שחוו פגיעה; התערבות בקהילות סגורות (מושבים, יישובים קהילתיים, קיבוצים) התייחסות לילדים – מניעה, הסברה ואיתור ילדים שנפגעו; התייחסות למבוגרים – הורים, התייחסות לצוות; ייעוץ טלפוני לאנשי מקצוע; תכניות הכשרה לאנשי מקצוע.
- משרד החינוך – שפ"י – יחידה למניעת התעללות בילדים. הכשרה של מעל מאה פסיכולוגים לטיפול בקורבנות ושל עשרות לטיפול בפוגעים מינית.
- טיפול בילדות ונערות קורבנות פגיעה מינית במגזר הערבי – פנימייה לבנות, אעבלין. שותפים: משרד העו"ר (ילד ונוער), אשלים.
- שפ"ח: תחנות לטיפול פסיכולוגי חינוכי: אבחון וטיפול קצר מועד בילדים להם קשיים המתבטאים במערכת החינוך.
- תחנות לטיפול בילד, בנוער ובמשפחה – אגף בריאות הנפש – משרד הבריאות. 40 תחנות ברחבי הארץ. טיפול במגוון בעיות פסיכולוגיות של ילדים ונוער.
- מכונים ומטפלים פרטיים.
- מרפאות פסיכיאטריות שליד בתי החולים. אשפוז פסיכיאטרי לילדים ונוער.

- מרפאות לטיפול בילד של קופות החולים (כללית). או הפניית ילדי מבוטחים לטיפול פסיכולוגי פרטי לאחר בדיקה (מכבי, לאומית, מאוחדת).
 - משרד העבודה והרווחה – עובדים סוציאליים ופקידי סעד.
- לעומת מגוון השירותים האלה, השירותים לאוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים היו מוגבלים ביותר, על פי המיפוי שהוצג במסמך:
- משרד העבודה והרווחה – פקידי סעד לחוק הפיגור הוכשרו על ידי אגף הפיגור בתחומים: איתור, זיהוי סימנים, דיווח וטיפול.
 - אל"י – אגודה להגנת הילד – טיפול בילדים בעלי נכויות פיזיות (בעלי קוגניציה תקינה וללא קשיי תקשורת) – וחירשים באמצעות מתורגמנית, במקום לא נגיש פיזית (ללא מעלית).
 - מרכז לחינוך מיני חברתי – משרד העבודה והרווחה – אגף לטיפול באדם המפגר – קיים בתל-אביב ומשרת את כל אוכלוסיית הפיגור בארץ. נוסף לתכניות המניעה יש הכשרת אנשי מקצוע בתחום של חינוך מיני חברתי ובתחום של פגיעות מיניות; השתלמויות לשוטרים, לחוקרים, לפרקליטים; טיפול במקרים של פגיעות מיניות, ייעוץ וליווי בחקירה ובתשאול.
 - האגף לטיפול באדם המפגר במשרד העבודה והרווחה מפנה בשעת חירום אנשים הלוקים בפיגור לשירותים המוסדיים השונים הקיימים באגף הטיפול באדם המפגר ולנופשוניים המופעלים באמצעות עמותות שונות.

מסקנת מסמך המיפוי של אשלים (חודטוב 2002) הייתה חד-משמעית (עמ' 9):

"מיפוי השירותים מראה באופן ברור כי חסרים שירותים ספציפיים בנושא של אלימות כלפי אוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים. אנו רואים שקיימת קשת רחבה של נושאים שיש לפתח בהיבטים שונים של אלימות כלפי אוכלוסיות מיוחדות. הנושאים מתייחסים לארבע מערכות – מניעה, איתור, תחקור ותשאול וטיפול, המשלימות זו את זו, ויש ביניהן יחסי גומלין.

ברור לנו שהפיתוח צריך להיות הדרגתי לפי סדרי עדיפויות, וכן פיתוח תשתית שיהווה בסיס למתן מענה מערכתי ארצי. להלן תוצג הקשת הרחבה ובהמשך נציע כיווני עבודה לפי סדרי עדיפויות."

מסקנה זו משקפת את תמונת המצב בתקופה שקדמה להחלטה להקים את המרכז לייעוץ וטיפול. ההחלטה להקים את המרכז באמצעות עמותת שק"ל, באה לתת מענה ראשון מסוגו בארץ ולהציע טיפול פרטני, קבוצתי ומשפחתי, הדרכת הורים והדרכת צוותים לילדים, לצעירים ולבוגרים בעלי מוגבלויות נפגעי אלימות.

בד בבד להקמת המרכז לייעוץ וטיפול והפעלתו, נוצרו שירותים חדשים בתחום, ביניהם המענה לאוכלוסיית השיקום במכרז, שהוצא על ידי משרד הרווחה, לחינוך מיני פרטני וקבוצתי; השירות שמוצע במכון רם – מרכז הדרכה וייעוץ בתחום המיני-החברתי לאנשים הלוקים בפיגור שכלי: קו פתוח, ייעוץ טלפוני, ייעוץ, טיפול והדרכה בנושאים הקשורים להיבט מיני-חברתי (זוגי, משפחתי, פרטני, קבוצתי) לאנשי מקצוע, להורים ולבני משפחה, קבוצות לחינוך מיני-חברתי לאנשים הלוקים פיגור שכלי, לצוותים ולבני משפחה, תכניות טיפול פרטניות בתחום התפקוד המיני, אבחון, הערכה,

בניית תכנית טיפולית וטיפול בתחום הפגיעות המיניות ומניעתן, הדרכה בבניית תכניות התערבות בתחום המיני-החברתי, התערבות במקרי תקיפה מינית שבהם מעורבים אנשים הלוקים בפיגור שכלי (נפגע או פוגע).

ממצאים

גיבוש השירות

גיבוש מודל העבודה של השירות התבצע בעיקרו בשנה הראשונה להפעלת השירות, אולם ניתן לומר שבאופן מעשי מדובר על תהליך מתמשך הכולל פיתוח של היבטים רבים ומגוונים שיפורט להלן, והמתבצע באמצעות ערוצים שונים – צוות המרכז והמנהלת המקצועית והאדמיניסטרטיבית העומדת בראשו (עבודה שוטפת, ישיבות צוות, פגישות הנחיה והכשרה), ישיבות ועדת ההיגוי וועדת הביצוע, ליווי והדרכה חיצונית ותשומות ההערכה המלווה. בחלק זה של גיבוש השירות יתוארו גבולות השירות וייחודו וכן מרכיבי השירות מבחינה ארגונית (כוח אדם, פיתוח כלים, דרכי הפניה) ומבחינה מקצועית (הכשרת הצוות והדרכתו ושיטות הטיפול וההתערבות), על הסוגיות שהיו כרוכות בפיתוחם.

ייחודיות השירות וגבולותיו

כאמור לעיל, השירות הוקם לאחר בדיקה ובחינה מקיפה. מתוך הבנה שאין בארץ עיסוק בסוגיות המשמעותיות של סיכון וסכנה של ילדים ונוער בעלי מוגבלות יזמה ראש תחום ילדים ונוער בעלי מוגבלויות בסיכון ובסכנה באשלים, ג'וינט ישראל בשנת 2001 סדרת פעולות לשינוי מצב זה: הזמנת סקירת ספרות ממכון ברוקדייל, מיפוי שירותים והבהרת הבעיות והצרכים של האוכלוסייה המדוברת בכל הממדים – איתור, מניעה, חקירה וטיפול והקמת ועדה בין-משרדית שעסקה בלימוד "תופעת האלימות כלפי ילדים בעלי מוגבלות" ובפיתוח תכניות.

המיפוי שנערך במסגרת זו הראה על מחסור בשירותים ספציפיים בכל הנוגע לבעלי מוגבלויות שנפגעו מאלימות, על היעדר מענה לכל סוגי הפגיעות ולאזורים שונים בארץ וכן על היעדר ראייה מערכתית רחבה של הצרכים ושל האמצעים הנדרשים לטיפול בהם (חודטוב, 2008). לדברי ראש התחום, בריאיון שנערך עמה: "באותו זמן לא היה שירות טיפולי לנפגעי ולפוגעי אלימות, מלבד במרכז לחינוך מיני של השירות לאדם המפגר".

הוועדה הבין-משרדית, אשר כללה נציגים משלושת האגפים הרלוונטיים של משרד הרווחה (פיגור שיקום ואוטיזם), משרד הבריאות, משרד החינוך ואשלים, התחלקה לצוותי משנה אשר פיתחו תכניות בארבעת האפיקים (איתור, מניעה, חקירה וטיפול). תת-הוועדה שעסקה בטיפול הציעה הכשרת קאדר של מטפלים בפגיעות מיניות של אנשים הלוקים בפיגור שכלי, משום שהאגף למפגר במשרד הרווחה היה הראשון שקיים הכשרות בתחום, זאת באמצעות תכנית דו-שנתית למטפלים שהתמקדה בטיפול מיני.

לאחר הקמת המרכז ליעוץ וטיפול, ובמשך התקופה הניסיונית כולה, הועלתה לדיון בוועדת ההיגוי של המרכז מספר פעמים השאלה על טבעו, ייחודו וגבולותיו של השירות הניתן במרכז. שאלת הגבולות של השירות אינה ייחודית דווקא למרכז ליעוץ וטיפול, אלא קיימת ורלוונטית בתהליכי הפיתוח של שירותים חדשים. בהקשר של המרכז ליעוץ וטיפול הועלתה שאלת הייחודיות והגבולות בעיקר על ידי האגף למפגר במשרד הרווחה, המתייחד משאר השותפים להקמתו וליווי המקצועי של המרכז ליעוץ וטיפול בהיותו בעל הניסיון המקצועי הרב ביותר בתחום. האגף למפגר במשרד הרווחה היה הראשון שפיתח את מודל העבודה בתחום המיני, יש לו פקדי סעד ייעודיים והוא מתקצב על פי חוק לתחום זה. מומחיות זאת התבטאה גם בהכשרות וסדנאות של אנשי המקצוע

ובפיתוח מודל עבודה ברצף שבין חינוך מיני-טיפול בפגיעה מינית, בטראומה, במתכונות שונות – פרטניות, קבוצתיות ובגילאים שונים. לעומת זאת, אגפי השיקום והאוטיזם אינם מומחים יחסית לשירות למפגר בתחום המיני.

השאלות בנוגע לייחודיות והגבולות של המרכז הועלו לאור ההבדלים שנוצרו במהלך התקופה הניסיונית של המפעל המיוחד – המרכז ליעוץ וטיפול, בין מפת השירותים שהייתה לפני הקמתו של המרכז (כפי שפורט לעיל) לבין המציאות שהתפתחה תוך כדי הקמתו וגיבושו של השירות החדש. תוך כדי דיוני ועדות הביצוע וההיגוי שליוו את הקמת המרכז ליעוץ וטיפול והפעלתו, העלו נציגי השירות למפגר את העובדה שמכון רם להזרחה, ייעוץ וטיפול בתחום המיני-חברתי בתל-אביב, מספק שירותים דומים לאוכלוסייה של בעלי צרכים מיוחדים ולפיכך יש לערוך הבחנה בין השירותים שמספקים הארגונים השונים בשטח. במציאות התחוויר שלעתים חלק מהטיפול במטופלים במרכז מתייחס גם לתכנים של חינוך מיני-חברתי, זאת עקב העובדה שנמצא שלא סביר להעביר בעיצומו של תהליך הטיפול את המטופל שנפגע מאלימות מינית לשירות אחר לטיפול בהיבט של חינוך מיני.

לאור תמונת מצב זאת והשאלות שהועלו, חודדו והוגדרו "גבולות הגזרה" של המרכז ליעוץ וטיפול: ועדת הביצוע (בישיבתה ב-22 באוקטובר 2007), הגדירה את המרכז לטיפול באלימות במחוז ירושלים, שיש להפנות אליו מקרים של פגיעות של אלימות פיזית או מינית ומקרים של הזנחה והתעללות רגשית. בדיון שנערך אצל המשנה למנכ"ל משרד הרווחה ביולי 2010 בהשתתפות נציגי הארגונים השותפים בהקמת השירות, הועלה פעם נוספת הצורך בהבחנה בין "טיפול באלימות / בפגיעה מינית או אחרת", לבין "טיפול בתפקוד מיני" ו"חינוך מיני-חברתי". הובהר כי בכל הנוגע לבעלי צרכים מיוחדים, הטיפול באלימות ובפגיעה/טראומה מינית הוא המנדט שניתן למרכז ליעוץ וטיפול, בעוד שטיפול בתפקוד מיני וחינוך מיני-חברתי שהם בעלי אפקטים מניעתיים וחינוכיים יינתן על ידי מסגרות אחרות (כגון מכון רם). במסגרת החלטה זאת צוין כי טיפול בתפקוד מיני וחינוך מיני-חברתי לא יוגדרו מלכתחילה כניתנים במסגרת המרכז, אלא במקרים שבהם תוך כדי הטיפול בנפגעים פגיעות מיניות עולה הצורך בשילוב היבטים של חינוך מיני-חברתי. בסיום הדיון הוגדרו מטרות השירות עליהן הוסכם כדלהלן:

1. מטרתו המרכזית של המרכז היא טיפול בפגיעה.
2. כשאדם נפגע מאלימות כלשהי (מינית או אחרת) והחל טיפול ובמהלך הטיפול התגלה הצורך בשימוש בתכנים של חינוך-מיני יימשך הטיפול.
3. במקרים שבהם לאחר הטיפול הראשוני בטראומה נמצא כי האדם זקוק לטיפול מעמיק בפגיעה המינית, יצטרך המרכז לפתח מיומנויות נוספות לטיפול מעמיק בפגיעות מיניות.
4. יש חשיבות שבמרכז יהיה רצף של כל סוגי הקשר כדי שלא לנייד את הנפגע ממרכז למרכז ולפתוח בכל פעם מחדש את הטיפול.

הגדרת מדדי הצלחה

כפי שתוארו לעיל בפרק השיטה, עם כניסת ההערכה ובמסגרת ההיערכות להערכת האפקטיביות של המרכז העלה צוות ההערכה את הצורך בהגדרת מדדי הצלחה טיפוליים וארגוניים לפעילות

המרכז לייעוץ וטיפול (לפירוט אי לעיל ב"שיטה"). בעקבות זאת, ערך צוות המחקר סקירת ספרות, ראיונות עם מומחים ועם מנהלת המרכז וגיבש מסמך שהועבר לדיונה של ועדת הביצוע. גיבושו של המסמך והדיון בו העלה כמה סוגיות עקרוניות:

מבחינה טיפולית, מה נחשב כפגיעה מינית? האם מגע בחלקים אינטימיים ואוננות בפומבי / במקום ציבורי נחשבים לפגיעה מינית? האם אדם בעל מוגבלות שחווה את המגע המיני כמהנה ולא כפוגע נחשב לנפגע מינית? האם הוא חווה טראומה? גם מצד התוקף קיים קושי בהגדרה ובמיוחד כשמדובר באנשים על הרצף האוטיסטי. סוגיה אחרת עוסקת בשאלה על סוגי השינוי להם ניתן לצפות בקרב המטופלים בעקבות התהליך הטיפולי שהם עוברים במרכז: מהי התפתחות טיפולית תקינה לאוכלוסיית היעד של המרכז (לגווייה השונים)?

מבחינה ארגונית, האם יש לצפות לשינוי במספר הפניות או באוכלוסייה שתופנה למרכז? איזה היקף הפניות מארגונים העוסקים באנשים בעלי צרכים מיוחדים ייחשב להצלחה?

פירוט נוסף לגבי מדדי ההצלחה ודיון באתגרים הכרוכים בהערכת אפקטיביות של הטיפול באוכלוסיית היעד של המרכז ניתן למצוא בסעיף השיטה לעיל.

צוות המרכז – פרופיל והכשרה

כוח האדם הנחוץ לצוות המרכז הוגדר במסמך ההקמה של השירות, כפי שפורט לעיל בסעיף תיאור התכנית. נקבע כי הצוות יגויס באופן הדרגתי, לפי היקף הפעילות במרכז. בפועל, אך גיוס המועמדים זמן רב יותר מן המצופה בשל מספר סיבות:

- הגדרת תחומי הידע ורמת המומחיות הנדרשים מהצוות. ההתלבטות המרכזית הייתה בין מומחיות בתחומי המוגבלות לבין מומחיות בפגיעות בשל אלימות (פיזית ומינית).
- היענות מעטה של אנשים בעלי רקע מקצועי באחד מהתחומים שהוגדר לעיל. לאור הקושי לאתר פסיכולוגים בעלי הכשרה מתאימה – בתקציב ובשכר המוצע – נבחנה לא פעם אך נדחתה האפשרות להמיר את תקן הפסיכולוג במקצועות אחרים, למשל קרימינולוגיה או חינוך מיוחד.
- קושי למצוא אנשי צוות מיומנים – עובדים סוציאליים ומטפלים – המכירים היטב את תחום המוגבלות ואת עולם הטיפול בכלל והטיפול במצבי אלימות וטראומה בפרט.
- תעריף התשלום לכוח אדם. התברר שהתעריף שהוקצה לכוח אדם נמוך ביחס לכישורים הנדרשים מאנשי הצוות.

עקב קשיים אלה הוחלט לקלוט אנשי מקצוע שיש להם הכשרה באחד התחומים הנ"ל וחתירה להכשרתם במסגרת המרכז. כמו כן, הוחלט בוועדת הביצוע להקצות רק תקן אחד לפסיכולוג על מנת להעלות את השכר לתפקיד המוצע ולאפשר את התחלת הפרויקט.

חברי הצוות השתלבו במרכז בהדרגתיות החל מפברואר 2007, אך כיוון שהמרכז טרם הוכשר ברמה הפיזית הם החלו לטפל בפונים רק ביוני 2007. במשך שלוש שנות ההפעלה של המרכז עבר הצוות תחלופה שנבעה מסיבות אישיות ומקצועיות שונות (חלקן זהות לסיבות שצוינו לעיל כסיבות לקשיים בגיוסו של הצוות מלכתחילה).

החל משנת הפעילות השנייה של המרכז ניתן מענה לאוכלוסייה דתית, חרדית וערבית באמצעות גיוס אנשי מקצוע ומטפלים דתיים וערבים לצוות המרכז. כיום, כחמש שנים לאחר תחילת הפעילות של המרכז, כוח האדם יציב וכולל פרופיל מקצועי מגוון כפי שניתן להתרשם מתיאור חברי הצוות הנוכחיים:

- פסיכולוג קליני, שבנוסף לעבודתו במרכז מנהל מועדון חברתי ללוקים בתסמונת אספרגר ומטפל באופן פרטי, מתמחה בתחנה לבריאות נפש.
- עובדת סוציאלית (B.A) ומטפלת משפחתית וזוגית, שניהלה בעבר תחנה להתפתחות הילד.
- עובדת סוציאלית (M.A) בעלת התמחות בתחום הילדים, הוכשרה בקורס חינוך חברתי-מיני וקורס לטיפול בפוגעים, ניהלה בעבר אשכול דירות לאנשים עם צמי"ד.
- מטפלת באמנות (B.A), בעברה מורה לחינוך המיוחד, עובדת במקלט לנשים מוכות ומטפלת פרטנית וקבוצתית.
- פסיכולוגית קלינית בעלת השכלה פורמלית בתחום האמנות מתמחה בתחנה לבריאות נפש.
- עובדת סוציאלית דוברת ערבית, יועצת חינוכית, עובדת בתחום אומנה והדרכת הורים.
- עובדת סוציאלית הלומדת לתואר שלישי ומדריכה עובדים סוציאליים, מטפלת פרטנית, נציגת ציבור בוועדת שחרורים מהכלא. בעבר ניהלה הוסטלים של אגף השיקום.
- עובדת סוציאלית (M.A) בעלת ניסיון של 12 שנים בעבודה עם אנשים בעלי צמי"ד, כיום מנהלת המרכז לחינוך חברתי-מיני שמפעילה עמותת שק"ל.
- עובדת סוציאלית (M.A), בעבר מנהלת מערך הדיור של אקים ואחראית ביתן בכפר השוודי, אלוין.

הכשרת והנחיית הצוות – בתקציב המרכז הוקצו כ-50 שעות שנתיות (כלומר, כשעה בשבוע) לשם ייעוץ והדרכה בצוות המטפל. עם זאת, בשל הרכב הצוות אשר גויס לבסוף (גיוון ושונות מבחינת הניסיון והמומחיות בטיפול בבעלי צרכים מיוחדים, מצד אחד, ובטיפול בפגיעות והזנחה, מצד שני), היה חיוני ליצור שפה משותפת ובסיס משותף ואחיד של ידע תאורטי. במהלך שנות פעילותו של המרכז קיבל הצוות תשומות הדרכתיות במגוון הערוצים:

הכשרה בסיסית – עם הקמתו של המרכז התקיימה ההכשרה הראשונית שכללה סדרת מפגשי הדרכה והנחיה ומטרתה הייתה לגבש בסיס ידע אחיד בין כל מטפלי המרכז, הואיל והמטפלים באים מדיסציפלינות שונות ומרקע וניסיון שונים זה מזה ולכן היה צורך ליצור "שפה" משותפת לכל העובדים במרכז בדיוניהם העתידיים. הכשרה זאת כללה התייחסות לשני הצירים שעליהם נסבה עבודת המרכז – תחום המוגבלות ותחום האלימות: היכרות עולם המוגבלות, סוגי מוגבלות, דילמות שעולות בטיפול באנשים בעלי מוגבלות, היכרות לעומק של תחומי תעסוקה, דיור, פנאי, חוויות ההורות לילדים בעלי מוגבלות, חוויות אחרות של ילדים בעלי מוגבלות, היכרות עם מעגל הפגיעה, אלימות במשפחה, אלימות מינית, גילוי עריות, מושגים התעללות, הזנחה וכו'. בנוסף,

כללה ההכשרה התייחסות לתחום החקיקה: חוק חובת דיווח ולמידת מבנה לשכת הרווחה, תפקודי עו"ס משפחה ופק"ס השונים (חוק פיגור, חוק חוסים, סדרי דין). כפי שדווח בהרחבה בדיווח הביניים חברות הצוות הביעו שביעות רצון גבוהה מהיבטים שונים של הכשרה זו וציינו כי ברצונן להוסיף וללמוד עוד על תחומי האלימות והנכויות.

הכשרה מתמשכת – עם העלייה במספר המטופלים ובמגוון הפניות והמקרים החלו אנשי הצוות להעלות צרכים להדרכה מתקדמת על ידי מומחים בתחום הפגיעה ו/או המוגבלות בנושאים שונים: תקשורת עם אנשים בעלי מוגבלויות, מסוגלות לחוות את הטראומה מבחינה רגשית וקוגניטיבית, קשר עם הורים והעמקת הידע על הפגיעה. כדי לאפשר לעבודת המרכז להתנהל באופן שוטף (היציאה להשתלמויות מטילה עומס נוסף על העבודה השוטפת) ולעמוד במסגרת התקציבית המוקצית להדרכה והשתלמויות, הוחלט על מדיניות מדורגת של השתלמויות לעובדים ספציפיים, לפי עומק השתלבותם במרכז. בהתאם לכך שילבה המנהלת את חברי הצוות בקורסים והשתלמויות של משרד הרווחה ושל קרן שלם בתחומים רלוונטיים. מנהלת המרכז ואחת העו"סיות השתתפו מטעם אשלים בקורס "פגיעות מיניות בילדים" המיועד לפסיכולוגים מהשירות הפסיכולוגי חינוכי.

השתתפות בימי עיון וכנסים – נוסף להכשרות ולהדרכה מטעם המרכז, המרכז לייעוץ וטיפול מעודד השתתפות של הצוות בימי עיון וכנסים העוסקים בתחומים רלוונטיים לפעילות המרכז. צוות המרכז השתתף במשך השנים האחרונות בימי עיון וכנסים הרלוונטיים לפעילותו: כנס מרכזי חירום באוניברסיטת תל-אביב, כנסים של אל"י על "פגיעה מינית בנכים" ו"כלים בטיפול בקורבנות התעללות", כנס בנושא אספרגר, יום עיון של עמותת אל"י בנושא טראומטיזציה משנית של מטפלים, יום עיון של עמותת מיט"ל בנושא התפתחות של פגיעה ופגיעה בהתפתחות, יום עיון של עמותת חרוב בנושא רב-תרבותיות של הטיפול ועוד. על פי רוב, עמותת שק"ל מממנת את ההשתתפות בימי העיון ובכנסים, ובמקרים של כנסים יקרים היא מסבסדת את עלות ההשתתפות.

למידה עצמית מתמשכת – באמצעות ספרים ומאמרים שהתקבלו מגורמי חוץ, חומר שהצוות הוריד מהאינטרנט וספרים שהמרכז רכש. עד תחילת קליטת טיפולים, חברות הצוות עבדו לפי שעות ולמדו יחד תוך כדי ארגון ספריית המרכז. גם כיום קיימת קבוצת קריאה אחת לשבועיים במרכז. הצוות קורא בבית את אותו הספר ונערך דיון מקצועי כל שבועיים על פרק אחר של הספר בהנחיית אחד מאנשי הצוות.

הדרכה אישית – מנהלת המרכז נותנת הדרכה אישית לכל אחד מחברי הצוות של המרכז פעם בשבוע. מנהלת המרכז עצמה קיבלה הדרכה אישית (12 מפגשים) על ידי רונית ארגמן, מייסדת ומנהלת מכון רם, בעלת מומחיות בתחום הטיפול המיני (למשרד הרווחה יש הסכם אספקת שירותים ממכון רם, מה שאפשר את הרחבת סל המשאבים של המרכז מעבר למה שהוקצה לתקציב ההדרכה). קשר ההדרכה לא פעל כמצופה ולא הניב את התוצאות הרצויות מסיבות שונות, ולפיכך ועדת הביצוע אישרה למנהלת המרכז לקבל הדרכה אישית מגב' מרתה קסטנבאום – פסיכולוגית קלינית מומחית מדריכה, ממרכז שוסטרמן בירושלים. בשנה וחצי האחרונות הצוות מודרך כולן הן על ידי מנהלת המרכז (פעם בשבועיים) והן על ידי מדריכה חיצונית (גב' מרתה קסטנבאום) פעם בשבועיים בהדרכה פרטנית.

הדרכה קבוצתית – צוות המרכז מקבל הדרכה קבוצתית בהיקף של כשעה וחצי אחת לשבועיים. ההדרכה הקבוצתית מבוססת על הצגת מקרה של אנשי הצוות, דיון ומסקנות מהמקרה ועל למידה

משותפת של מאמרים מקצועיים. ההדרכה מועברת על ידי גב' אורית ליבוביץ, פסיכולוגית קלינית מומחית.

על מנת להרחיב את "ארגז הכלים" של המטפלים, נערכות מידי פעם במרכז השתלמויות פנימיות לצוות על ידי מומחים שונים בתחומי הפעילות והעבודה של המרכז: פסיכודרמה (שימוש בדרמה בטיפול), טכניקות טיפול: הרפיה, רגשות ויצירת קשר, תקשורת חלופית ובעיות בתקשורת, חינוך מיני-חברתי, שימוש בטקסטים ספרותיים בתוך טיפול, טיפול במשחק, אחיזות מכילות.

פיתוח כלים לניהול תהליכי היעוץ והטיפול

כפי שצינו לעיל, תכנית ההקמה של המרכז לייעוץ וטיפול נגזרה מתהליכי למידה ודיונים שהתבצעו במסגרת הוועדה הבין-משרדית שעסקה בצרכים של ילדים ונוער בעלי מוגבלות הנמצאים בסיכון וסכנה. המיפוי והסקירה שנערכו כתשתית להחלטות ולהמלצות הוועדה הצביעו על חוסר ניכר בשירותים, בכלים ובשיטות טיפוליות המותאמים לאוכלוסייה זאת. על רקע זה הקמתו של המרכז דרשה גם פיתוח מנגנוני עבודה ונהלים לעבודת המרכז המותאמים גם הם למאפיינים הייחודיים של מקבלי השירות.

בשנה הראשונה של פעילות המרכז הגדירו מנהלת המרכז והצוות המקצועי את נהלי העבודה של המרכז ופיתחו כלים לניהול תהליכי הייעוץ והטיפול הניתנים המרכז. אלה כללו: טופסי הפניה אל המרכז, טופס אינטייק, אבחון, תכנית עבודה תקופתית, הערכה תקופתית, ריכוז מידע ומעקב אחר פניות ועוד. צוות ההערכה היה שותף לפיתוח חלק מהטפסים ונתן עליהם משו. הטופס לתכנון הטיפול, התברר במהלך העבודה כמסורבל ולא נתן (לדברי מנהלת המרכז) מענה מקצועי לצוות המטפלים במרכז. עם ההתמקצעות והבנה עמוקה יותר של תהליך הטיפול המתקיים במרכז ושל מטרת תכנון הטיפול, נבנה טופס חדש המשמש את צוות המטפלים כיום.²⁰ חשוב לציין כי המרכז נמצא בתהליך מתמשך של למידה והתפתחות מקצועית, המתבטאת גם בטפסים (אינטייק, סיכום טיפול, תכנית טיפול וכו') המשתנים גם היום על מנת לשפרם ולהתאימם לצרכים המקצועיים.

ועדות מלוות

ועדת ההיגוי – של המרכז לייעוץ וטיפול כוללת נציגות של כל הגופים השותפים למימון והפעלת המרכז: מנהלת השירות בקהילה של האגף לטיפול באדם המפגר במשרד הרווחה משמשת כיו"ר הוועדה, מנהלת היחידה לאוטיסטים ומפקחת ארצית של אגף השיקום במשרד הרווחה, מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי, מנהלת תחום צרכים מיוחדים באשלים, מנהלת מחלקת שיקום בעיריית ירושלים ומנהלת עמותת שק"ל. במהלך התקופה הניסיונית של המרכז התכנסה ועדת ההיגוי בתדירות של פעם-פעמיים בשנה. ישיבות הוועדה הוקדשו לעדכון מפי מנהלת המרכז על ההתפתחויות האחרונות והתקדמות העבודה במרכז ולליבון סוגיות עקרוניות הנוגעות לשיתופי פעולה בין-משרדיים ולמדיניות כוללת בתחום.

ועדת הביצוע – של המרכז כוללת גם היא נציגות של השותפים הארגוניים: הרפרנטית למרכז מטעם הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי, נציגת אשלים, רכזת תחום פרט ומשפחה במחלקת השיקום, עיריית ירושלים, נציגות של האגף לטיפול באדם המפגר – מפקחת מחוזית בשירות

²⁰ טופס הטיפול - ר' נספח 1.

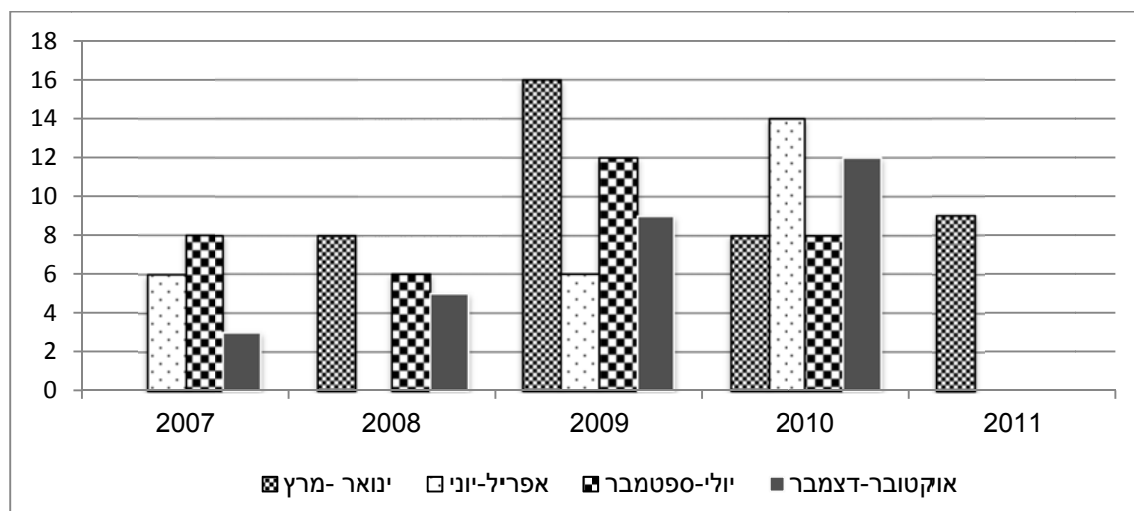
בקהילה, ופקידת סעד ראשית, אגף השיקום – מפקחת שיקום ארצי, היחידה לאוטיזם – מפקחת מחוזית, מנכ"ל שק"ל ומנהלת המרכז. ועדת הביצוע נפגשה בתדירות גבוהה של אחת לשבועיים במהלך חצי השנה הראשונה להקמת המרכז. בהמשך ירדה תדירות המפגשים לאחת לחודש-חודשיים. בוועדה נדונו מגוון סוגיות בתהליכי הגיבוש וההקמה של המרכז, לדוגמה תהליכי הפניה למרכז, שיטות וכלי הטיפול, סוגיות כוח האדם שהעסיקו רבות את המרכז, הדרכה והשתלמות הצוות ועוד. חברות הוועדה סייעו למנהלת המרכז בדילמות מקצועיות פנימיות שונות שעלו תוך כדי עבודה. עבודת הוועדה היוותה גם כר לליבון מחלוקות בין הגורמים השותפים על מדיניות, הקצאת משאבים ועוד.

נתונים על פעילות המרכז בתקופה הניסיונית

מטופלים ותהליכי טיפול – מאפיינים

היקף הפניות – צוות המרכז החל לקבל פניות לטיפול החל מיוני 2007. היקף הפניות וההפניות למרכז מיוני 2007 ועד למרץ 2011 היה 131 הפניות. תרשים 1 מציג את היקף הפניות בתקופת ההערכה לפי רבעונים. כפי שניתן להתרשם, היקף ההפניות עלה במידה ניכרת בשנת 2009. אף שקצב הפניות משתנה מרבעון לרבעון הרי שבסך הכול בתשעת הרבעונים האחרונים שנמדדו (מינואר 2009 ועד מרץ 2011) היקף זה אחיד ועומד על ממוצע של למעלה מ-10 הפניות בכל רבעון, והיקף כולל של למעלה מ-40 הפניות בכל שנה, בשנתיים האחרונות (2009–2010), זאת לעומת ממוצע של למעלה מארבע הפניות בכל רבעון והיקף כולל של כמעט 20 הפניות בכל שנה, בשנתיים הראשונות לפעילות המרכז. היקף זה תואם למסגרת העבודה שהותוותה למרכז עם הקמתו, ומעידה על עלייה במודעות לשירות בקרב פקידות הסעד והגורמים המפנים אליו.

תרשים 1: היקף (מספר) ההפניות למרכז הייעוץ והטיפול בתקופת פעילותו הניסיונית



מספר מטופלים בתקופה הניסיונית – המספר הכולל של מטופלים במרכז עלה משנה לשנה, מה שעשוי להעיד על ההיכרות המתרחבת עם המרכז והשירותים שהוא מציע. בשנת 2007 מספר המטופלים היה 30, בשנת 2008 – 70, בשנת 2009 טופלו במרכז 110 מטופלים ובשנת 2010 טופלו 130 מטופלים בסך הכול, הכוללים נפגעים, הורים אחרים וצוותים. החל משנת 2010 כולל מספר המטופלים גם פוגעים וסביבתם.

מקורות ההפניה – כשני שלישים (65%) מההפניות בתקופה הניסיונית של המרכז הגיעו מהעיר ירושלים, מלשכות הרווחה האזוריות והשכונתיות ומהשט"י, וכשליש (35%) מההפניות הגיעו ממחוז ירושלים או ממקומות אחרים מחוץ לירושלים.

בתוך ירושלים, עיקר ההפניות הגיע באופן טבעי מהשט"י (40% מכלל ההפניות למרכז), ואילו ההפניות מחוץ לירושלים הגיעו ממגוון מקומות באזור ירושלים (מבשרת ציון, בית"ר עילית, גבעת יערים, גוש עציון, מעלה אדומים, מטה יהודה, מטה בנימין) ובמקומות מרוחקים יותר (בית שמש, אשדוד, בקעת הירדן, אופקים, באר שבע, מועצה אזורית גזר, מועצה אזורית מרחבים, מודיעין-מכבים-רעות, מודיעין עילית, קדומים, קריית ארבע, בני ברק). מקורות אלה עשויים להעיד על החסר הבולט של שירותים באזורים אלה, מה שמחייב את הפונים לעשות דרך ארוכה כדי לקבל מזור לבעיותיהם.

מאפייני המופנים: נפגעים ופוגעים – מרבית המופנים למרכז בתקופה הניסיונית היו נפגעים מאלימות (79.4%) ומקצתם פוגעים (20.6%), בהתאם להחלטת ועדות ההיגוי והביצוע כי בתחילה על המרכז לטפל בנפגעים בלבד ורק לאחר התייצבות העבודה הטיפולית עם הנפגעים להיכנס לתחום הטיפול בפוגעים, שדרושה לו מומחיות נוספת וייחודית. קבלת הפניות של פוגעים החלה בינואר 2010.

גיל – עד מרץ 2011 הופנו למרכז 131 אנשים, במשך גילאים רחב (5–54), כשהגילאים השכיחים יותר הם בני נוער בני 14–20 (43%) ומבוגרים צעירים בני 21–35 (40%), ומיעוטם ילדים עד גיל 12 (7.6%) ומבוגרים בני 36 ומעלה (9%).

מקום מגורים – למעלה משליש מהמטופלים במרכז בתקופת המחקר התגוררו במערך דיור (36.6%) ומרבית המופנים התגוררו בבית (63.4%).

לאום – מרבית המטופלים במרכז בתקופת המחקר הם יהודים (89%) ומיעוטם ערבים (11%).

רמת דתיות – למעלה משליש (37.9%) המטופלים במרכז ליעוץ וטיפול בתקופת המחקר היו דתיים, פחות משליש (29.7%) חילונים, כרבע (23.4%) חרדים ומיעוט מסורתיים (9%).

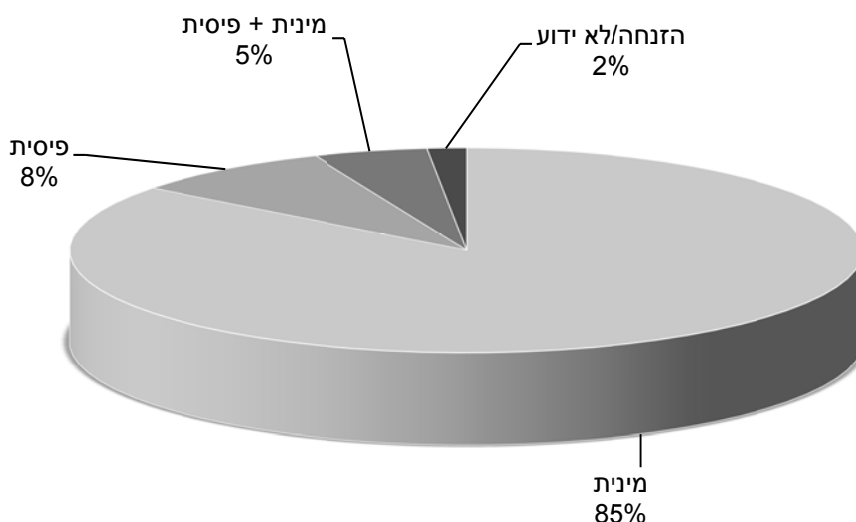
סוג הלקות – מרבית המופנים למרכז לוקים בפיגור (60.3%), כרבע מאגף השיקום (27.4%), ומיעוטם מאובחנים כאוטיסטים, או לוקים בפיגור ואוטיזם, או לוקים ב-PDD (7.7%), או שיקום משולב בלקות למידה ובעיות רגשיות (1%), או ללא אבחון (3.8%). סיבות אפשריות לכך הן היעדר פקידי סעד הממונים על תחום האוטיזם/שיקום בלבד, רמת מודעות נמוכה לשירות בקרב המפנים הפוטנציאליים ומאפייני הלקות (אוטיזם) העשויים להשתקף בתת-דיווח של הנפגעים ומכך שהם לא מביעים מצוקה.

נסיבות הפניה – כפי שניתן להתרשם מתרשים 3, רוב מוחלט של סוגי הפגיעות (נפגעים ופוגעים) שבגינם הופנו למרכז היו פגיעות מיניות (113, 86.3%) ומיעוטן פגיעות פיזיות (11, 8.4%) המשולבות לעתים בפגיעה מינית (6, 4.7%) והזנחה.

כחמישית (19.8) מן הפוגעים היו מכרים של הנפגעים, 16.8% אנשים זרים שהנפגעים אינם מכירים, 13.9% מופנים נפגעו מאחרים בעלי מוגבלות או לקות כלשהי, 15.3% נפגעו על ידי בני משפחה

מורחבת ו-6.1% על ידי מישהו מהמשפחה הגרעינית (אב, אח, אחות), כ-7% נפגעו על ידי אנשי צוות המטפלים בהם (צוות הסעה – 3.8%, צוות מוסד – 3.1%). לגבי כחמישית לא דווח מי פגע בהם.

תרשים 2: התפלגות הפונים/מופנים למרכז בתקופה הניסיונית לפי סוג הפגיעה



סטטוס הטיפול – במשך תקופת המחקר (עד מרץ 2011) 40 מטופלים החלו וסיימו את תהליך הטיפול במרכז (30.5% מכלל המופנים) ו-34 (26.0%) לא טופלו לאחר ההפניה מסיבות שונות. נכון לחודש מרץ 2011, 37 מטופלים נמצאו בתהליך טיפול (28.2%), 20 היו בעיצומו של תהליך אינטייק (15.3%).

פגיעה, פנייה והתחלת תהליך הטיפול – פרק הזמן העובר מהפגיעה עד קבלת טיפול עומד על שישה חודשים בממוצע ונע בין היענות מידית (שבוע-שבועיים מהפגיעה) ועד תשעה חודשים (ללא המקרים משטי"י מזרח, אשר הושהו עד לקבלת עובדת סוציאלית דוברת ערבית. כולל מקרים אלה, פרק הזמן עומד על 6.39 חודשים). חשוב לציין שברוב המקרים ההשהיה אינה נובעת מעבודה אטית של המרכז, אלא מגורמי חוץ כמו עו"ס שמעכב שליחת חומר הכרחי (ללא חומר רקע מספק או ללא נתונים על הפגיעה) או הורים אשר אינם מתפנים לאינטייק בשל חוסר זמן.

לפי התיעוד הקיים במרכז,²¹ משך הזמן בין הפנייה הראשונית לבין התחלת הטיפול אורך בין חודש לחודשיים ביותר ממחצית מהמקרים (20), שלושה-ארבעה חודשים בכשליש מהפניות (12) ובמקרים בודדים נמשכת ההמתנה חמישה חודשים ויותר. מנהלת המרכז ציינה את הקושי של חלק מההורים ומערכי הדיור להתארגן ולהביא מטופלים בקביעות לטיפול השבועי, דבר המחבל בקשר הטיפולי ומעכב את הטיפול.

היחידה לפוגעים – שלוש שנים לאחר הקמת המרכז לייעוץ וטיפול הוקמה היחידה לטיפול באנשים בעלי התנהגות פוגעת. מטרת היחידה הן לאסוף מידע על היקף התופעה ומאפייניה, לפתח מיומנויות וכלים לעבודה עם אנשים בעלי מוגבלות ובעלי התנהגות פוגעת, לבצע הערכת סיכון

²¹ המידע נכון למרץ 2011 ומתייחס ל-37 אנשים המטופלים במרכז כיום.

וצרכים, לבנות תכנית מוגנות וטיפול עם פקידת הסעד בקהילה, ולבצע את הטיפול בפועל במטרה למנוע את הישנות הפגיעה ולתת כלים אדפטיביים להתמודדות עם טראומות-עבר כקרובן.

היחידה פועלת בתוך המרכז יום בשבוע ונותנת כיום מענה בו-זמנית לכעשרה מתבגרים ובוגרים בעלי מוגבלות (המוכרים באחד האגפים של משרד הרווחה: פיגור, שיקום ויחידה לאוטיזם) אשר פגעו מינית באחרים. צוות היחידה מונה כיום שתי עובדות סוציאליות (בעלת תואר מוסמך ודוקטורנטית) בעלות הכשרה בתחומי החינוך והקרימינולוגיה ובעלות ניסיון מקצועי רב בתחומים שונים (אוכלוסיות בעלות מוגבלות, טיפול סמכותי, טיפול בהפרעת התנהגות, התמודדות מערכתית וטיפול קוגניטיבי ביהיוריסטי. חברות הצוות מודרכות באופן קבוע ושוטף על ידי מדריכה חיצונית מומחית לתחום טיפול באנשים בעלי התנהגות פוגעת אשר מלווה באופן צמוד את הטיפולים הניתנים במרכז. תהליך הטיפול לפוגעים כולל הערכת סיכון שמטרתה להעריך את הסיכוי להישנות מקרי פגיעה נוספים ללא טיפול ולהמליץ על תכנית טיפולית מתאימה (5-7 מפגשים), קביעת תכנית מוגנות וביצוע התהליך הטיפולי.

ייעוץ לגורמי חוץ (מוסדיים ופרטיים)

עם העלייה במודעות לשירות הניתן על ידי צוות המרכז לייעוץ וטיפול, החלו לזרום למרכז בקשות מהשדה להרצאות ומידע בתחום ההתמחות של המרכז. בקשות אלה מגיעות מעו"סים ברשויות מקומיות, בעמותות הנותנות שירות לאנשים בעלי מוגבלויות, ממוסדות חינוכיים וממשרדי הממשלה הרלוונטיים. צוות המרכז אינו יכול, עקב עומס העבודה המוטל עליו, להיענות לכל הבקשות הללו אולם מנהלת המרכז עושה כמיטב יכולתה כדי לתת מענה לחלק מפניות אלה. חשוב לציין שהייעוץ לגורמי חוץ לא נכלל בתכנית העבודה של המרכז מלכתחילה, אך הוא מהווה רכיב חשוב הן בהנגשת השירות לאוכלוסייה והן במילוי הצורך להשתלמות ויידוע העובדים בשדה בתחום הפגיעות באנשים בעלי צרכים מיוחדים. דוגמאות לייעוץ לגורמי חוץ שבוצע על ידי צוות המרכז: הרצאה בהשתלמות ארצית של עו"סיות מטעם משרד הבריאות, הרצאות בתכנית מצו"ף בירושלים ובמישור הארצי, הרצאה לסטודנטים לתואר שני בעבודה סוציאלית באוניברסיטת בר-אילן ועוד.

שיווק המרכז ופרסומו

עם הקמת המרכז והצעת השירות לאוכלוסיית היעד, אחד האתגרים של הצוות ושל ועדות ההיגוי והביצוע היה להנגיש את השירות לזקוקים לו. משמעות הנגשה זאת היא לא פיזית בלבד, אלא הנגשה מבחינת המודעות לקיומו של השירות וההבנה שניתן לפנות ולהפנות אליו מקרים מתאימים. לפיכך, חלק מהמשאבים של הצוות הוקצו לפעולות שיווק ופרסום של המרכז והשירותים הניתנים על ידו.

השיווק כלל פעילות בשני ערוצים עיקריים:

1. פיתוח דפי מידע על המרכז – דפי המידע כוללים את תיאור המרכז, סוגי הטיפול הניתנים בו, תרשים דרכי ההפניה ויצירת הקשר עמו. דפי המידע הופצו פעמיים לפקידות הסעד לחוק פיגור, לכל פקידות הסעד לחוק נוער בירושלים ובמחוז, לכל כיתות תקשורת בבתי הספר ולמנהלי בתי ספר לחינוך מיוחד.
2. הצגת המרכז בהשתלמויות, ישיבות צוות וימי עיון על ידי מנהלת המרכז ובשלב מאוחר יותר גם על ידי חברות הצוות. התקיימו הרצאות בפני פקידות סעד לחוק פיגור בעיריית

ירושלים, עובדים סוציאליים של בתי ספר לחינוך מיוחד של עיריית ירושלים, מנהלי בתי ספר לחינוך מיוחד בירושלים, פקידי סעד במחוז ירושלים, עובדים סוציאליים שיקומיים של שט"י מערב, דרום וצפון ובפני צוות תעסוקה של אלווין ("מרכז סבא").

3. הצגת המרכז בפגישות אישיות עם מנהלים, מפקחים ומרכזים. פגישה אישית עם מנהלי שלושת מערכי הדיור: אק"ם, שק"ל ואלווין; מנהלת מט"י ירושלים, מפקחות בחינוך המיוחד.

4. העלאת דף אינטרנט על המרכז באתרים של עמותות וגורמים שונים: באתר עמותת "קשר" ובפורום פיגור שכלי ופרסום בעיתונות מקומית.

5. שיווק לא מתוכנן ובלתי פורמלי, באמצעות היכרויות בכנסים וימי עיון, בעת סיורים לימודיים של צוות המרכז או בעת איסוף מידע על מקרים המופנים לטיפול.

תהליך הטיפול

חלק זה מוקדש לתיאור מפורט של השלבים השונים המרכיבים את הטיפול שמקבלת אוכלוסיית היעד במרכז לייעוץ וטיפול, החל משלב ההפניה למרכז, דרך שלב האינטייק, בניית וקביעת התכנית הטיפולית וכלה בטיפול עצמו.

הפניה למרכז הייעוץ והטיפול

ועדת הביצוע התלבטה בשלב מוקדם בשאלת אופן ההפניה של מטופלים למרכז. השאלה הייתה האם המטופלים יופנו באמצעות עו"ס, מנהלות השט"י, פקידות סעד או באמצעות סינון של מחלקת השיקום בעירייה. התלבטות זאת נסבה סביב הדילמה של זמינות השירות לעומת פיקוח על ההפניות ויעילות הניתוב. לבסוף, הוחלט שפקידות הסעד לחוקים שונים (פיגור, חסרי ישע, חוסים) תפנינה את הפניות לרכזת תחום פרט ומשפחה בעיריית ירושלים, אשר תרכז ותעביר אותן אל המרכז. באופן כזה ביקשה הוועדה להבטיח את שיקול הדעת של הגורם המוסמך במערכת הרווחה ולנתב את העבודה מול המרכז וכן לוודא שאכן התרחשה פגישה. במחוז ירושלים התבקשו פקידות הסעד להעביר את הפניות למפקחת המחוזית בשירותים השונים של משרד הרווחה שתרכז את הפניות ותעבירן למרכז.

בנובמבר 2008 נערך במסגרת המחקר המלווה את המרכז לייעוץ וטיפול סקר בקרב פקידות סעד, סקר שמטרותיו היו בדיקת רמת המודעות שלהן לקיומו של המרכז, רמת ההיכרות שלהן עם דרכי ההפניה אליו, פרופיל המטופלים שהפנו פקידות הסעד לשם קבלת טיפול, בדיקת הקשר בין הצוות המטפל במרכז לבין פקידת הסעד המפנה וכן לשם קבלת התרשמותן מהשירות במרכז לייעוץ וטיפול.²²

כל פקידות הסעד שהשיבו על הסקר (11) ידעו על קיומו של המרכז, ומרביתן דיווחו שהן מכירות אותו במידה רבה מאוד. רוב פקידות הסעד נחשפו לקיומו דרך מפגש עם צוות המרכז, תחנות שט"י וגורמי מטה בעיריית ירושלים (כאמור לעיל, בשלבים הראשונים של קיום המרכז נעשתה פעילות שיווק אינטנסיבית בקרב קהלים שונים רלוונטיים כדי להגביר את המודעות לקיומו של המרכז

²² ממצאים מפורטים של הסקר הוצגו בדיווח ביניים 2, יוני 2009.

ולסוג הטיפולים המתקיימים בו). כמו כן, כל פקידות הסעד שבאו במגע עם המרכז לייעוץ וטיפול הביעו את התרשמותן במידה רבה מהרמה המקצועית של הטיפול הישיר והטיפול המערכתית המבוצעים על ידו.

כיום, לאחר פעילות של כמה שנים, ניתן לראות כי היקף הפניות למרכז לצורכי טיפול ולהתייעצות הולך ומתרחב ומקור הפניות הוא ממסגרות חינוך ומלשכות רווחה שונות בירושלים (מזרח ומערב העיר), בפריפריה (בנימין, מעלה אדומים, גוש עציון) וגם מחוץ לירושלים (אשדוד, בית שמש, בני ברק, קדומים, תל-אביב). מספר המופנים לטיפול במרכז, ההולך וגדל, מעיד על עלייה במודעות אוכלוסיית היעד לקיומו של המרכז וכן על הצורך בשירותיו.

תהליך האינטייק

לאחר הפניית פקידת הסעד והעברת חומר הרקע המובנה על המקרה שמופנה לטיפול במרכז, מתחיל תהליך האינטייק – הערכה טרום-טיפולית. תהליך זה כולל מספר פגישות המיועדות להיכרות עם המופנה לטיפול, ללימוד הסיבות לפניה, לבחינת המוטיבציה והנכונות לקבלת טיפול ולהתאמת תכנית טיפול ומטפל למטופל.

לפי התיעוד הקיים במרכז,²³ משך הזמן בין הפנייה הראשונית לבין התחלת הטיפול אורך בין חודש לחודשיים ביותר ממחצית מהמקרים (20), שלושה-ארבעה חודשים בכשליש מהפניות (12) ובמקרים בודדים נמשכת ההמתנה חמישה חודשים ויותר.

התאמת המטפל למטופל נקבעת לפי כמה פרמטרים ובהם תחומי התמחות של המטפל, רמת התפקוד של המטופל, מינו ורמת דתיות וכן רמת המורכבות של המקרים האחרים שכבר נמצאים בטיפול אצל המטפלים. בנוסף, נבדק האם יש העדפות מסוימות למטופל עצמו.

תכנית הטיפול הראשונית²⁴ נבנית לאחר 8-10 פגישות בין המטפל למטופל, לאחר שלב ההיכרות הבסיסית עם המטופל והיא כוללת מטרות ראשוניות להתערבות הטיפולית ולהתערבות המערכתית. תכנית הטיפול השנייה נבנית חצי שנה לאחר תחילת הטיפול ומהווה מעין סיכום ביניים של הטיפול, הכוללת התייחסות למצבו של המטופל, לשינויים שקרו מאז תחילת הטיפול, למטרות שהוגדרו מראש ולמטרות חדשות המתאימות יותר לשלב הנוכחי של הטיפול. לבסוף, בתום שנת טיפול (למעט מקרים חריגים שבהם נדרשת הארכה לתקופת הטיפול) נכתב סיכום טיפול הכולל בתוכו גם משימות להמשך למטופל ולמשפחתו. בתום הטיפול ממלאים חברי הצוות טופס סיכום טיפול מובנה המתמצת את תהליך הטיפול, מטרותיו ותוצאותיו, הנשלח לפקידת הסעד שהפנתה את המטופל למרכז לייעוץ וטיפול.²⁵

תכנית הטיפול וכלים טיפוליים

תכנית הטיפול למטופלים במרכז מורכבת משני חלקים: הטיפול הישיר במטופל והעבודה המערכתית עם הגורמים הרלוונטיים הקשורים למטופל כמו בני משפחה, פקידי סעד ואנשי צוות ממסגרות דיור, לימודים ותעסוקה שלהם. לעתים הטיפול הישיר והמערכתית מתבצעים שניהם על

²³ המידע נכון למרץ 2011 ומתייחס ל-37 אנשים המטופלים במרכז כיום.

²⁴ לפירוט טופס תכנית הטיפול – ר' נספח 1.

²⁵ לפירוט תוכן סיכום הטיפול – ר' נספח 2.

ידי אותו מטפל ובמקרים אחרים הטיפול הישיר והמערכתי מתפצלים בין שני אנשי צוות כשאחד מהם מטפל במטופל והשני נפגש, מדריך ומלווה את בני המשפחה או הצוות המטפל, בהתאם לשיקולים מקצועיים (בהתאם לנתוני המטופל ומשפחתו) ושיקולים ארגוניים (למשל, חלוקת עומס העבודה בין המטפלים).

מבחינת הכלים המשמשים את המטפלים בתהליך הטיפול, המטפלים במרכז לייעוץ וטיפול נדרשים לאינטגרציה של שני תחומי ידע שונים: טיפול באנשים בעלי צרכים מיוחדים (על מגוון הנכויות והלקויות המגיעות לטיפול במרכז) לצד טיפול בנפגעי טראומה ובפוגעים.

כפי שנכתב בסקירת הספרות, על אף שאנשים בעלי צרכים מיוחדים נמצאים ברמת סיכון גבוהה להתעללות ופגיעה, אין כמעט תכניות טיפול המתאימות לאוכלוסייה זו. למעשה, ילדים, בגירים ומבוגרים בעלי נכויות וצרכים מיוחדים מופנים לרוב למרכזי טיפול המתאימים לאוכלוסייה שאינה מוגבלת. מרכזים אלה לא תמיד יכולים לעזור לנכים ולבעלי צרכים מיוחדים שחווים התעללות או הזנחה, משום ששירותים אלה אינם נגישים, חסרים בהם כלים טיפוליים ואמצעי הדרכה מתאימים לאוכלוסייה בעלת נכויות ואין בהם די אנשי מקצוע בעלי הכשרה מתאימה לטיפול בילדים נכים שהיו קרבנות התעללות (Nosek, Howland, & Young, 1998; Sullivan & Scanlan, 1997; Murray & Osborne, 2009).

במרכזי טיפול בבריטניה ובארצות הברית מטפלים בילדים בעלי צרכים מיוחדים שחוו התעללות באמצעות תכניות טיפול לאוכלוסייה ללא נכויות שעברו התאמה לאוכלוסיות מיוחדות והן מביאות בחשבון את היכולות והמגבלות התקשורתיות, ההתנהגותיות והרגשיות של המטופלים. לאור העבודה שתחום הטיפול באנשים בעלי צרכים מיוחדים שחוו התעללות הוא תחום חדש בארץ ובעולם, המטפלים בתחום זה נשענים על שיטות טיפול לאוכלוסייה "רגילה" המותאמות למטופלים אלה.

הכלים שבהם משתמשים המטפלים במרכז הייעוץ והטיפול הם מגוונים. במהלך שלוש השנים שבהן המרכז קיים ופועל, השתלם הצוות השתלמויות רבות בתחומי הטיפול באמנות ובמשחק (Play therapy). חלק מאוכלוסיית המטופלים הם שיקומיים בעלי יכולות קוגניטיביות גבוליות-נורמליות, אך מרביתם מאופיינים ברמה קוגניטיבית ויכולת מילולית נמוכות עד נמוכות מאוד, מה שיוצר הקבלה ביניהם (מבחינת היכולות הללו) לטיפול בילדים. כמו בטיפול בילדים בגיל הרך, גם אצל המטופלים במרכז, האמנות והמשחק מאפשרים לרגשות לא מומשגים להתבטא בדרך שאינה מילולית.

כמו כן, העבודה הטיפולית במרכז מבוססת על הספרות המקצועית המתייחסת לטיפול בנפגעי טראומה ולמורכבויות הקיימות בטיפול זה. לעתים סיפור הפגיעה אינו עולה באופן ישיר בתהליך הטיפול. לפיכך, בדומה לטיפול בטרומה באוכלוסייה הכללית, ההתמקדות בטיפול היא לא בהכרח בניסיון להעלות על השולחן באופן ישיר את הטרומה, אלא להתייחס לחוויה הרגשית ולתחומי חיים ותפקודים שנפגעו כתוצאה מהטרומה כמו מתן תוקף לחוויה (בלבול, פחד), אמון, יחסי אובייקט, סימפטומים התנהגותיים שונים – פגיעה עצמית, הימנעות ממצבים ומקומות, עוררות יתר ועוד. אין ניסיון לדחוק במטופלים במרכז לדבר על הטרומה או להציף על פני השטח את סיפור הפגיעה במידה שהמטופל לא עושה זאת ולא רוצה זאת. הטיפול בנפגעי תקיפה מינית כולל קשת

רחבה של חוויות רגשיות, קוגניטיביות והתנהגותיות אליהן מתייחסים בתהליך הטיפול, אם חווית הפגיעה מדוברת ישירות ואם לא, במטרה לחזק את כוחות האגו של הנפגעים כדי שיוכלו להתמודד עם קשייהם באופנים שונים.

ראיונות עם מנהלת המרכז ועם חברי הצוות מלמדים על מידת החשיבות הרבה הנתפסת בעיניהם לגבי סביבת המטופל כגורם מרכזי המשפיע על קיומו של תהליך הטיפול ועל הצלחתו. חברי הצוות תמימי דעים שהשעה הטיפולית פעם בשבוע מסייעת יותר למטופל כשקיימת תמיכה, לפיכך בחלק ניכר מתכניות הטיפול במרכז מגובשות במקביל תכניות לעבודה סביבתית עם המטופלים הנפגעים (ותכניות מוגנות עם המטופלים הפוגעים) המיועדות ליישום במשפחת המטופל או במסגרות שבהן הוא שוהה.

תוצאות הטיפול

ניתן לבחון את תוצאות הטיפול בשני אפיקים עיקריים: האחד, באמצעות הערכות מקבלי השירות (המטופלים, בני משפחותיהם וגורמים מטפלים בקהילה) את הטיפול ותוצאותיו ומידת שביעות הרצון שלהם ממנו; השני, באמצעות בחינת חוות הדעת, האבחונים וההערכות המקצועיות במשך תהליך הטיפול לכל אורכו, מההפניה לטיפול ועד לסיום הטיפול. בפרק זה יוצגו ממצאי המחקר בשני אפיקים אלה – נקודת המבט של מקבלי השירות באמצעות ארבעה סיפורי מקרה ונקודת המבט של נותני השירות – אנשי המקצוע.

נקודת המבט של מקבלי השירות – סיפורי מקרה

להלן ארבעה סיפורי מקרה, המתארים את התהליך הטיפולי כפי שהוא מצטייר בעיני המטופל, הוריו, הצוות הטיפולי ממסגרות חינוך או דיור מוגן ובעיני המטפלת מהמרכז לייעוץ וטיפול. סיפורים אלה מיועדים להעמקת ההבנה על הטיפול והייעוץ המתבצעת במרכז, כפי שהם משתקפים מנקודת מבט אינדיבידואלית ולא מערכתית כפי שהוצג עד כה.

סיפורי המקרה המוצגים להלן מבוססים על מספר מקורות מידע: ראיונות עם בעלי העניין השונים²⁶ בסביבת המטופל, ראיונות עם המטופלים עצמם שכללו שני חלקים, האחד התייחס לסיבות בגללן הגיעו לטיפול במרכז ותחושותיהם כלפי הטיפול במרכז, והשני שבחן באמצעים השלכתיים (בובות או ציורים) את חוויית המטופלים במרכז, את תפיסתם את המטפל/ת ואת הקשר עמו/ה.

סיפורה של מ'

מ', נערה בת 19 לוקה פיגור קל ו-CP, הגיעה לטיפול במרכז לייעוץ וטיפול בעקבות דיווח על פגיעה מינית מתמשכת שעברה על ידי מבוגר בבית הספר שבו היא לומדת אשר בעקבותיו פיתחה התנהגות מינית לא מותאמת. מהדיווח לא היה ברור כמה זמן נמשכה הפגיעה, אולם נראה היה שמדובר בתקופה ממושכת. תאריך הפנייה לקבלת טיפול היה ב-3 ביולי 2008 והטיפול החל בפועל ב-5 באוגוסט 2008 הפגישה עם מ' התקיימה בינואר 2009 בתקופה שעדיין הייתה בטיפול.

²⁶ (למתווי הראיונות – ר' נספח 2).

לאחר שנחשפה הפגיעה שעברה, מ' פנתה לקבלת טיפול רגשי בתחנה לבריאות הנפש באזור מגוריה. לאחר מכן הופנתה לקבלת טיפול במרכז לייעוץ וטיפול. היא קיבלה טיפול פרטני במרכז לייעוץ וטיפול פעמיים בשבוע.

להלן נתאר וננתח את התהליך הטיפולי כפי שהוא משתקף ממספר נקודות מבט. זו של מ', של אמה, של יועצת בית הספר של מ' וזו של המטפלת שלה במרכז לייעוץ וטיפול.

פנייה למרכז לייעוץ וטיפול

מ' סיפרה בשיחה שנערכה עמה על הסיבה שבגללה הגיעה לטיפול במרכז לייעוץ וטיפול "זה היה בתקופה שעברתי ניצול מיני."

יועצת בית הספר של מ' שמעה על המרכז לייעוץ וטיפול מנציגי המרכז שבאו לבית הספר להציג את עצמם בפני הצוות וההורים ופנתה למרכז בעקבות הפגישה הזו. היא פנתה למרכז ללא היסוס, להבנתה זו הייתה הזדמנות פז לטפל ולעזור למ' סביב נושאים שאין זמן ויכולת לטפל בהם במסגרת בית הספר. לתפיסתה, תהליך הקבלה למרכז היה מקצועי מאוד ברמת ההיכרות עם הלקות וברמת ההיכרות עם סוג הפגיעה. מבחינת המעורבות שלהם כגורם רלוונטי בטיפול, בבית הספר הרגישו שיש חשיבה מערכתית סביב הטיפול במ' ושהם לוקחים חלק פעיל בטיפול מהרגע הראשון. היועצת אף ציינה שיש שמירה על פרטיותה של מ' ובני משפחתה וכן מתן כבוד להם.

אימה של מ', תיארה את תהליך הקבלה למרכז כתהליך מקיף, מעמיק, מקצועי, מכבד ושומר על פרטיות המשפחה. בנוסף, היא ציינה שבתהליך היו שותפים כל הגורמים הרלוונטיים.

התהליך הטיפולי מנקודת המבט של מקבלי השירות

לדברי מ', היא אוהבת לבוא לפגישות במרכז אף שלפעמים פחות נחמד לה לדבר. בפגישות הטיפול היא מספרת מה עבר עליה השבוע ולומדת איך לא לדבר עם זרים.

בחלק ההשלכתי בשיחה מ' תיארה את התחושות של המטופלת בסיטואציה: "אולי קשה לה עם המשפחה ועם החבר'ה... אולי יש אלימות, עימות במשפחה... מרגישה קצת רע... הרגש בלב מרגיש עצוב... אולי מה שהיא עברה, אולי מרגישה כמוני, רגש טוב או רע". לדברי מ', מה שגורם למטופלת להרגיש טוב הוא "כשמדברים אֶתה ומתייחסים אליה" ואפשר לעזור לה "בלדבר ולהרגיע". לדברי מ', המטפלת בחלק ההשלכתי "בחורה טובה ואוהבת לעזור. נחמדה... היא נעימה. טוב לה לדעת מה עובר על הילדה... היא עוזרת לה." בהתייחס לאינטראקציה ביניהן, היא אמרה שהמטופלת והמטופלת הן כמו חברות, הן אוהבות להיפגש, לדבר אחת עם השנייה ולעזור אחת לשנייה. לבסוף, כשמי' נשאלה מה המטופלת עושה עם המטפלת היא ענתה: "היא זוכרת את כל מה שהיא (המטופלת) מדברת אֶתה, מה שמדברות אחת עם השנייה."

אפשר לראות בדבריה של מ' שילוב של הבנה קונקרטי של הסיבות בגללן היא מגיעה לטיפול ושל מסרים פסיכו-חינוכיים שמדוברים בטיפול, וכן יש התייחסות לחלקים קונקרטיים פחות הנמצאים "בין השורות" ומתוכם עולה האמון שנוצר בינה לבין המטפלת והפתיחות שמתאפשרת בעקבותיו. מתוך השיחה ניכרת הפנמה של הקשר הטיפולי ושל שימושים שונים שלו לצורך עיבוד חוויות מהיומיום, לצורך הרגעה ועיבוד רגשי. נראה כי מ' מבינה שהיא משמעותית עבור המטפלת שלה, שהיא חשובה לה.

נקודות מבט נוספות על הטיפול הן של אמה של מ', של יועצת בית הספר ושל המטפלת שלה.

אמה של מ' הביעה שביעות רצון רבה מסוג הטיפולים, מתדירותם, ממשך הטיפולים וממידת המעורבות של גורמי מקצוע נוספים. לעומת זאת, לדעתה מספר פגישות ההדרכה שלה (אחת לשלושה-ארבעה שבועות) מעט גבוה מדי ולכן ציינה מידת שביעות רצון בינונית. היא סבורה שהטיפול במרכז לייעוץ וטיפול מקצועי מאוד בהיבט של טיפול באנשים בעלי מוגבלות, היכרות עם תחום הטיפול בפגיעה וכן בתחום של היכרות עם קשיים ומאפיינים של משפחות לאנשים בעלי צרכים מיוחדים. היא סבורה שלטיפול במרכז תהיה השפעה רבה על מ'. בסך הכול, שביעות הרצון שלה מהטיפול הייתה גבוהה מאוד.

העובדת הסוציאלית מלשכת הרווחה לא הייתה מעורבת בטיפול כלל. האם הסבירה שהיא לא סומכת עליה, היא לא חושבת שהיא עוזרת להם ולכן לא מערבת אותה. לעומת זאת, קיים שיתוף פעולה הדוק בין יועצת בית הספר של מ' לבין המטפלת שלה במרכז לייעוץ וטיפול, שיתוף פעולה שהאם הביעה שביעות רצון מקיומו.

לדברי יועצת בית הספר שבו לומדת מ' עד כה ניתן לראות תהליך של התקדמות אצל מ'. יש צדדים שבהם היא התקדמה מאוד, צדדים שחשובים להמשך התהליך, ולעומתם יש חלקים שעוד צריך לעזור למ' לרכוש. בסך הכול, היא הביעה שביעות רצון מעצם העובדה שמ' נמצאת בטיפול, מהקשר של מ' עם המטפלת, מהקשר המקצועי בינה לבין המטפלת, וכן מהאפשרויות הרב-מקצועיות שבמרכז. היא מעריכה מאוד את רמת המקצועיות של המרכז לייעוץ וטיפול בתחום הטיפול באנשים בעלי מוגבלות ובתחום הטיפול בפגיעה. כמו כן, ציינה כי יש מודעות גבוהה לקשיים ומאפיינים של משפחות לאנשים בעלי צרכים מיוחדים. בשלב שבו התקיים הריאיון היועצת לא יכלה להשיב על השאלה האם לטיפול תהיה השפעה על מ' מבחינת יכולתה להתמודד במצבי סיכון, והיא ציינה שיש לקוות שאכן הטיפול יעזור לה בכך.

התהליך הטיפולי מנקודת המבט של נותני השירות

המטפלת של מ' הציגה שתי תכניות טיפול שנבנו עבור מ'. התכנית הראשונה נבנתה אחרי 13 פגישות. חלק מיעדי הטיפול נגעו ישירות בפגיעה ובהם פיתוח הבנה וכלים לשמירה עצמית, הבנת התנהגויות חברתיות, יחסים עם בנים – מה מתאים ומה לא, מהו ניצול. לצד יעדים אלו הוגדרו כמה יעדים שאינם נוגעים בפגיעה באופן ישיר, אך רלוונטיים עבור מ' גם בהקשר של הפגיעה: חיזוק כוחות האני, אמון בסביבה הקרובה ותיווך והדרכה בפתרון בעיות באופן ההולם את גילה.

אבני הדרך בעבודה על המטרות הנ"ל היו העמקת הקשר הטיפולי ופיתוח כלים העולים בעקבות מאפייני הלקות. בד בבד לעבודה על המטרות הללו, נעשתה עבודה עם ההורים על קבלה של מ' והבנה עמוקה יותר של הקשיים עמם היא מתמודדת.

לאחר 42 פגישות, נערכה בדיקה לגבי מידת ההשגה של מטרות הטיפול השונות. בבדיקה זאת התגלה, לדברי המטפלת, כי חלה התקדמות רבה מאוד ב"חיזוק כוחות האני". מטרות אחרות שהושגו באופן בינוני "פיתוח הבנה וכלים לשמירה עצמית", "הבנה להתנהגויות חברתיות" וכן "מתן אמון בסביבה". המטרה השישית "תיווך והדרכה בפתרון בעיות", הושגה לדבריה באופן בינוני ומטה. בעקבות בדיקה זו הוגדרו מטרות חדשות המתמקדות בעבודה על המשך "גיבוש האני", עזרה ותמיכה למ' לכוון את כוחותיה בכיוון חיובי וכדי שתשלים את לימודיה ולא תתייאש, עבודה על

אמות מידה לקשר עם בניים ועם חברות, עבודה על כלים להרגעה ולהתמודדות במשברים ובקושי. אבני הדרך שהוגדרו בשלב זה הן פגישות שוטפות שבהן נלמדות טכניקות הרגעה. למרות הזמן הרב שעבר, מ' עדיין המשיכה לבדוק את המטפלת שלה ולבחון אם יכולה לספר לה דברים אישיים.

לדברי המטפלת, התהליך הטיפולי עם מ' התאפיין בהרבה עבודה על בניית אמון ויצירת "מרחב בטוח" שבו אפשר לדבר, לבכות ולצחוק. מ' באה בשמחה וכמעט לא ביטלה פגישות. בתמקדו בכוחות שלה ובצדדים חיוביים, בדומה לעבודה שנעשתה עמה גם בבית הספר. בדרך כלל המטפלת ומ' מדברות בטיפול על ה"כאן ועכשיו", על חוויות היומיום. השיחה בדרך כלל כוללת התייחסות ל"איך נכנסת" לפגישה ו"איך יוצאת" ממנה. יש בטיפול חוויה טובה של קשר, של דיבור. ברקע עומד הנושא המיני, הפיתויים. הרבה פעמים מ' מאבדת את הרצון להיות אחראית. היא מאוד קלה לניצול.

התכנים המרכזיים העולים בטיפול הם יחסים בין בניים לבנות, בין מ' לבניים ובין מ' לחברות, יחסיה עם ההורים, מחשבותיה הפנימיות, האחריות שהיא נוטלת על עצמה. תכנים מיניים עולים אבל מ' לא משתפת בדברים באופן גלוי. לא קיימות תופעות פוסט-טראומטיות. הטיפול הוא הזדמנות לקבל תמיכה. המטפלת של מ' מרגישה שהיא "מחזיקה" עבורה את הקשר בין הפגיעה (שיודעת שהתרחשה) לבין הסימפטומים.

אחד המאפיינים של הטיפול במ', כך לדברי המטפלת בה במרכז, היה הפער שבין היכולת להבין דברים לבין היכולת להפנים, לממש את ההפנמה. הטיפול שניתן הוא מעמיק אבל "נזיל". מ' צריכה הרבה החזקה כדי להשאיר את הדברים בתוכה, לשמור אותם. נוסף לקושי הנובע מעצם הלקות, יש במ' משהו "מקולקל" מבחינת ההסתכלות על החיים. למשל, מדברת על כך שרוצה להתחתן ולגודל. המציאות הנורמטיבית שלה "מפורקת".

תפיסות על שינויים ותמורות

להערכתה של אמה של מ', מאז תחילת הטיפול חל בה שינוי ניכר. לדבריה, השינוי מתבטא בהתבגרות של מ', היא מבינה דברים אחרת, למדה שלא לתת אמון בכל אדם. לפני הטיפול הייתה מאמינה לכל אחד תמיד – "חשבה שכולם טובים וישרים כמוה". מאז הטיפול, למדה קצת לחשוד. כמו כן לתפיסתה, מ' פחות עצבנית היום, פחות תוקפת. מדבריה של האם נראה שהטיפול השפיע בכמה מישורים וביניהם ההתנהלות החברתית של מ' וההתנהגות שלה, מצב הרוח שלה, היחסים שלה עם בני המשפחה, ההבנה שלה את הפגיעה שחוותה ומודעות גבוהה יותר כיצד להיזהר.

גם הם (ההורים) מודעים יותר לצורך להבין את מ', להתייחס אליה אחרת, לדבר אליה בצורה שתבין. האם מייחסת את השינוי לטיפול ושבעת רצון מהשינוי במידה רבה מאוד. היא גם ציינה כי מאז תחילת הטיפול יש שינוי ניכר אצלה ואצל אביה של מ'. באופן כללי, היא הביעה שביעות רצון רבה מאוד מהטיפול במרכז לייעוץ וטיפול. בהתייחס לפרמטרים שמופיעים בשאלון ניתן לומר כי היא שבעת רצון מעצם העובדה שמ' נמצאת בטיפול, מהקשר של מ' עם המטפלת שלה, מהקשר שלה עם המטפלת של מ', מתוצאות הטיפול, מהיחס של צוות המרכז, מהרמה המקצועית של המטפלים וכן מהאפשרויות הרב-מקצועיות שבמרכז.

יועצת בית הספר רואה שינוי ניכר בכמה תחומים אצל מ', למשל בחיצוניות שלה. גם לפני הטיפול מ' ניסתה להרשים ועסקה הרבה במראה החיצוני שלה אבל היום מודעת יותר למראה שלה. בעבר

נראתה יותר מוזנחת, היום לא. נוסף לכך יש שינוי בביטחון העצמי. לדבריה, יש למי יותר ביטחון היום להביע את משאלות לבה, להיות מעורבת, הביטחון העצמי שלה עלה, היא מסוגלת לשתף, לדרוש את מה שמגיע לה. נוסף לכך חל לדבריה שינוי חיובי ביכולת של מי להפעיל שיקול דעת מורכב יחסית סביב החלטות הקשורות בנושאי היומיום כמו לימודים ועבודה. עם זאת, היא עדיין לא יודעת להפעיל שיקול דעת במצבי סיכון. במצבים כאלו היא זקוקה להרבה הנחיה, טיפול וליווי.

גם בתחום היחסים עם הוריה, הדברים מתחילים להשתפר. לדברי היועצת היא מתרשמת שהיא מבינה טוב יותר את הצרכים של מי, וגם האב מבין טוב יותר לאחר הטיפול במי את תפקידו כאביה.

לדברי היועצת, אין ספק שיש לטיפול השפעה רבה מאוד על מי. היא ציינה את השפעת הטיפול הפרטני שמי מקבלת במרכז לייעוץ וטיפול כחלק מטיפול מערכתי ששותפים בו גם בית הספר וההורים. היא הביעה שביעות רצון גבוהה מהטיפול, אף שיש מטרות שהוגדרו ועדיין לא הושגו ובהן עזרה למי לזהות ולהיזהר במצבי סיכון. היא רואה את מידת המעורבות של המשפחה כחיובית מאוד ומרגישה את ההשפעה שיש לטיפול על כל אחד מההורים של מי. בנוסף, ציינה שהיא מאוד מרוצה מהעבודה המערכתית. יש קשר טלפוני לפחות אחת לשבוע בין המרכז לייעוץ וטיפול לבין בית הספר ועדכונים הדדיים. מידת המעורבות שלהם בתהליך גבוהה והם מרגישים שותפים מלאים לתהליך הטיפולי.

לסיכום, כפי שעולה מתיאור תהליך הטיפול, נראה שמי מביאה תכנים משמעותיים ועושה תהליך בתוך הטיפול, אך החשש הוא הקושי בהפנמה שלה את הדברים. מי זקוקה לעזרה בהחזקה של ההפנמות. מה שמייחד את הטיפול במי לעומת טיפול באנשים ללא מוגבלות הוא ההשקעה והסבלנות הנדרשת בחזרה שוב ושוב על הדברים. הטווח הטיפולי מצומצם – עובדים במוקד אחד והעבודה קצת סזיזית. מבחינת הביטחון העצמי מי עשתה צעד. מבחינת ההתקדמות בתחומים האחרים מצבה אחר. הטיפול הוא תמיכתי, אטי מאוד ומתמשך, מחזיק מאוד ומאפשר לה להיות בחוויה מקבלת ותומכת לאורך זמן.

סיפורו של ב'

ב', נער בן 15 הלוקה בפיגור קל. ב' הגיע למרכז לייעוץ וטיפול על רקע של פגיעה מינית ופיזית על ידי איש זר. ברקע קיים סיפור נוסף ולא ברור מהעבר על פגיעה מבייביסיטר. בנוסף, ב' חשוף בבית לסכנות ולתכנים לא מתאימים. הפגיעה שבעקבותיה פנו לקבלת טיפול התרחשה ביוני 2007. ב' פנה לקבלת טיפול במרכז באוגוסט 2007 והטיפול בו החל בספטמבר 2007. ב' היה בטיפול באמנות קרוב לשנתיים. לקראת סוף השנה הראשונה של הטיפול, הוא החל להעלות תכנים מיניים מאוד בטיפול ונראה היה שהוא עוד יותר מעורער מינית וחשוף. המטפלת שלו שיערה שהוא מתחיל להיענות לטיפול, ובעקבות כך הגישה בקשה להארכת הטיפול והבקשה התקבלה.

להלן סיפור הטיפול של ב' מנקודות המבט שלו, של אמו ושל המטפלת שלו. השיחות עמם התקיימו קרוב לשנתיים מאז שהטיפול החל, בתקופה שלקראת סיום הטיפול.

פנייה למרכז לייעוץ וטיפול

בשיחה עם ב', הוא הסביר שהוא מגיע למרכז לייעוץ וטיפול טיפולי "כי מישהו נגע לי. בגלל זה אני מגיע לכאן." כשהוא מגיע למרכז הוא מדבר ו"עושה עבודות (אמנות). עושה פיל. את הברזלים קשה לעשות. קשה לחבר. לא ויתרתי והצלחתי." לקראת סיום הטיפול, ב' והמטפלת שלו בנו יחד במשך

תקופה פיל גדול. הוא התמיד בכך ונראה היה שהוא גאה מאוד במאמצים, בהתמדה ובתוצאות. ב' אמר שהוא רוצה לשים את הפיל שלו במוזאון ושאל אם הם יקנו אותו ממנו.

אמו של ב', הגיעה למרכז לייעוץ וטיפול דרך לשכת הרווחה והסכימה לפנות לקבלת טיפול במרכז ללא היסוס. ב' טופל במרכז בטיפול באמנות ואמו קיבלה הדרכה הורית מהמטפלת שלו פעם בשבועיים. האם תיארה את תהליך הקבלה למרכז כתהליך מקיף, מעמיק, מקצועי, מכבד ושומר על פרטיות המשפחה. בנוסף, היא ציינה שבתהליך היו שותפים כל הגורמים הרלוונטיים. לתחושתה התהליך לא היה מעיק, מעייף, מאיים, ארוך או אטי.

התהליך הטיפולי מנקודת המבט של מקבלי השירות

ב' אמר שהוא אוהב להגיע לפגישות עם המטפלת שלו, אוהב לדבר ולעשות עבודות. הוא אמר שאין דבר שהוא לא אוהב לעשות בפגישות. בחלק ההשלכתי בשיחה, ב' התקשה לדבר על התחושות של המטופל. הוא אמר שהוא לא יודע מה קרה לו, מה קשה לו, מה כואב לו. כשנשאל איך המטופל מרגיש, ב' אמר שהוא שמח (לבובה שבעזרתה הועבר החלק ההשלכתי הייתה הבעה של חיוך). ב' אמר שמה שגורם למטופל עצב זה אם מישהו מרביץ לו ומה שגורם לו שמחה זה "שהוא עושה עבודות" (אמנות). הוא הציע שתי דרכים לעזור למטופל אם קשה לו, להעניש את מי שהרביץ לו ולשטוף פנים.

על המטפלת אמר ב' שהיא נחמדה מאוד, היא נעימה. אפשר לדבר איתה והוסיף שהיא עוזרת למטופל שלא יקרה לו משהו. הוא אמר על האינטראקציה שלהם שהם משחקים, משתוללים, עושים עבודות, הולכים לטיולים, שניהם שמחים מאוד לפגוש אחד את השני.

בשיחה עם ב' בלטה מאוד ההנאה שלו מהפגישות. הוא אמר שהמטופל חש שמחה כשהוא עושה עבודות. נראה היה שהוא חש ביטחון בקשר שלו עם המטפלת ומאוד גאה בהישגיו. מהשיחה עמו ניכר כי ב' מבין את הסיבות בגללן הגיע לטיפול במרכז, וייתכן כי יש הפנמה של הצד המניעתי שקיים בטיפול כשאמר שהמטפלת עוזרת למטופל שלא יקרה לו משהו (בעתיד).

אמו של ב' הייתה מעורבת בסוג הטיפול של בנה והביעה שביעות רצון רבה מכל הפרמטרים עליהם נשאלה – סוג הטיפולים, תדירותם, משך הטיפולים, מידת המעורבות של בני משפחה, מידת המעורבות של גורמי מקצוע נוספים. בנוסף היא ציינה כי העובדת הסוציאלית מלשכת הרווחה מעורבת בטיפול באופן חלקי, והאם אמרה שהיא שבעת רצון ממידת המעורבות שלה ומהעבודה המשותפת שלה עם המרכז לייעוץ וטיפול.

התהליך הטיפולי מנקודת המבט של נותני השירות

יעדי הטיפול של ב' היו בניית אמון, פתיחה של נושא הפגיעה, עבודה על מגע וגבולות. לקראת סוף השנה, ב' החל להעלות תכנים מיניים מאוד, ונראה היה שהוא עוד יותר מעורער מינית וחשוף. המטפלת שלו שיערה שיתכן שהדבר מעיד על כך שהוא מתחיל להיענות לטיפול והסיקה מכך שחבל יהיה להפסיק את הטיפול בנקודת הזמן הזו. בעקבות כך, היא הגישה בקשה להארכת הטיפול בעוד שנה, בקשה שהתקבלה. הדגשים בשנת הטיפול השנייה נגעו פחות לחשיפת הפגיעה ויותר לצדדים תפקודיים בחברה ובעולם למרות הפגיעה. היה הרבה דיבור על פנטזיה מול מציאות, על דחפים מיניים, איך הדברים משתלבים בחיים שלו.

לדברי המטפלת של ב', היא חוותה אתו בטיפול תהליך חיובי. היא חשה שב' יכול להביא את העולם הפנימי שלו במלואו, גם תכנים מיניים לא קלים. הוא צבר חוויה של התמדה, הערכה עצמית, התמודדות עם קשיים והצלחה. העבודות שהוא יצר באמנות הן שלו, מדמיונו. במהלך הטיפול הם צחקו הרבה, שיחקו בבובות. לפעמים התעוררו אתגרים לב' ולמטפלת שלו והם התעקשו להצליח ולהתמודד יחד, גם זה נתן לו כוח ויכולת להאמין עוד בעצמו. בטיפול עלו הרבה תכנים מיניים וכן תכנים הקשורים למשפחה. הם עבדו הרבה על עצמאות. ב' הוביל וקבע את כיוון הטיפול שלו במידה מסוימת. במהלך הטיפול היה ניסיון שלו להבין את העולם החיצוני, להבין מה קורה מבחוץ. תוך כדי הטיפול עלתה סוגיה לא צפויה. ב' הוא נער מתבגר מהמגזר הדתי. אין לו מקום "נורמטיבי" למימוש הדחפים המיניים שלו. לאחר מקרה שבו הוא נגע בילדה בבית הספר שבו הוא לומד, תהתה המטפלת כיצד ניתן למצוא דרך שבה יוכל לממש את הדחף המיני שלו בלי לפגוע במישהו אחר.

תפיסות לגבי שינויים ותמורות

אמו של ב' מעריכה כי מאז תחילת הטיפול בב' ועד היום חל בו שינוי ניכר. השינוי מתבטא בכך שהיום הוא עסוק פחות בפגיעה המינית שעבר ומדבר על זה פחות. הוא יותר רגוע, ואוהב ללכת לטיפול. לדבריה, הטיפול השפיע על הפחתת הסימפטומים שהיו לב' בעקבות הפגיעה כמו בעיות התנהגות ומצב רוח ירוד. בנוסף היא מתארת מודעות עצמית מפותחת יותר אצלו והבנה של הפגיעה היא רואה את המרכז כמקצועי מאוד בהיבטים הקשורים במוגבלותו של הנפגע, בטיפול בפגיעה עצמה וכן בתחום ההיכרות עם קשיים ומאפיינים של משפחות לאנשים בעלי צרכים מיוחדים. בסך הכול, האם הביעה שביעות רצון רבה מהטיפול ומהשינוי שחל בב'. היא גם אמרה שהיא מרגישה שלפגישות ההדרכה הייתה השפעה עליה והיא רואה את השינוי גם אצלה.

לדברי המטפלת של ב' קיים שוני בין ב' לבין מטופלים אחרים, אך היא אינה קושרת זאת למוגבלות שלו אלא לכך שכל אדם שונה מהאחר. עם זאת, היא תיארה כמה הבדלים בין ב' לבין מטופלים ללא מוגבלות. המטופלים שמגיעים למרכז לייעוץ וטיפול מגיעים כי מישו חשב שהם זקוקים לטיפול והפנה אותם לשם. הם לא יודעים להפנות את עצמם לטיפול בגלל התסמינים הפוסט-טראומטיים שלהם. הם גם לא מבינים בדיעבד את הקשר בין האירוע הטראומטי שהיה לבין ההקלה בסימפטומים בעקבות הטיפול.

לסיכום, ניתן לראות כי במהלך הטיפול הארוך, עובדו וטופלו סוגיות רבות ובהן סיפור הפגיעה של ב', החשש מפני כך שיהפוך להיות פוגע, עבודה על גבולות ועל נורמות חברתיות.

סיפורו של א'

א' הוא ילד בן 11. א' מעולם לא עבר אבחון מסודר והוא מוכר באגף השיקום. הוא אינו לוקה בפיגור, אך יש לו לקויות למידה ואולי בעיות קשב, ולדעת המטפלת שלו במרכז, הוא סובל מבעיות רגשיות.

על-פי הדיווחים שהתקבלו, נראה שהפעם הראשונה שבה א' נפגע הייתה בסביבות גיל שבע וחצי. הפנייה למרכז הייעוצי טיפולי הייתה בגלל פגיעה מינית שקרתה כנראה קרוב לתאריך הפנייה. א' סיפר על אדם שקרא לו לשיחים והוריד את מכנסיו. לא ברור מה בדיוק קרה לו שם. במקביל, זיהו בבית הספר שלו תכנים מיניים שהוא עסוק בהם, דיבור מיני ובנוסף א' ביקש להוריד לילדים בכיתה מכנסיים.

תאריך הפנייה לקבלת טיפול במרכז היה פברואר 2008. ביולי 2008 החל א' להגיע לפגישות של טיפול באמנות, טיפול שנמשך כשנתיים.

במסגרת המחקר נערכו שיחות עם א', עם הוריו (עם כל אחד מהם בנפרד) ועם המטפלת שלו. סיפור זה מביא את נקודות המבט השונות שלהם על הטיפול של א'.

פנייה למרכז לייעוץ וטיפול

השיחה עם א' הייתה קצרה. כשנשאל שאלות בדרך כלל ענה בקצרה ולא תמיד עם קשר לשאלה שנשאל. הוא זז הרבה באי-נוחות והיה לו קשה להתרכז. כשנשאל על הסיבה בגללה מגיע למרכז לייעוץ וטיפול, א' אמר שהוא יודע מה הסיבה בגללה מגיע למרכז, הוא אמר שזה כדי לעזור. כשנשאל למה הכוונה ב"לעזור" אמר: "סתם. פשוט לעזור" בלי לפרש.

אמו של א' שמעה על המרכז לייעוץ וטיפול מגורמי הרווחה שעמם היא נמצאת בקשר. כשפקידת הסעד הסבירה שאם לא יטפלו בא' הוא עלול להפוך להיות תוקף, האם הסכימה לקבלת הטיפול ללא היסוס. לפני שפקידת הסעד דיברה אֵתה על החשיבות שבעיבוד הפגיעה עם א', היא תכננה שלא להזכיר את המקרה כלל. אך בעקבות השיחה הנ"ל, כשהוחלט על הטיפול, האם מאוד שמחה על כך. אביו של א' היה מהוסס ביחס לקבלת הטיפול בגלל המיקום של המרכז. מקום המגורים שלהם הוא מחוץ לעיר והנסיעה לטיפול וחזרה הביתה אורכת כמה שעות.

שני ההורים תפסו את תהליך הקבלה למרכז כמקיף ומעמיק, מקצועי, מכבד ושומר על פרטיות הנפגע ובני משפחתו. האם חשבה שיכולה הייתה להיות מעורבות רבה יותר של כל הגורמים הרלוונטיים בתהליך הקבלה למרכז. כמו כן, היא ציינה שהיו חלקים בתהליך שהיו מאיימים מדי עבורה (ייתכן שהדבר קשור לרקע החרדי שהמשפחה של א' מגיעה ממנו) וכי התהליך ארוך מדי. האב חש שהתהליך היה מעיק ומעייף במידה מסוימת, אך לא מאיים או ארוך מדי.

התהליך הטיפולי מנקודת מבט של מקבלי השירות

א' סיפר בשיחה שנערכה עמו שבפגישות הוא משחק ומדבר. הוא אמר שהוא רוצה לבוא לפגישות עם המטפלת שלו, הוא אוהב "להיות פה, לצייר, לעשות מטוסים. לצבוע גואש. שכחתי" (יצא מריכוז). עם זאת, הוא אמר ש"אם מדברים הרבה זמן זה קצת מרגיז. כששואלים שאלות כמו "מה קרה לך היום" זה מרגיז. מעדיף לעשות עבודות (אמנות)... אפשר לשמוע מדברים אלה מעין התנגדות לחלקים של השיחות בטיפול וביחוד דיבור על רגשות ותחושות, אבל ייתכן שגם איזושהי אמירה שיש בה הצבת גבולות למראיינת – שתדע שהוא לא אוהב לדבר הרבה.

בחלק ההשלכתי של השיחה, לתשובותיו של א' לא היה תמיד קשר ברור לשאלות שנשאל. בהתייחס למטופל, הוא אמר בחיך "לא יודע מה קרה לו. אולי הוא מטייל אֵתה (עם המטפלת)". כשנשאל מה קשה למטופל הוא ענה: "קשה לו לעבוד. כל הזמן מביאים לו... צריך לעבוד בבית. לגדל ילדים..." כשהייתה התייחסות לכך שמי שמגיע למרכז הוא ילד ולא מבוגר, הוא אמר: "אם זה ילד, הוא צריך לסדר את הבית, ללכת לחנויות לקנות."

א' השיב לשאלות מה כואב לילד ומה גורם לו להיות עצוב: "כואבת לו הרגל כי הוא עובד הרבה. הוא מרגיש לא כל כך טוב... כשיותר קשה יותר עצוב. הוא בוכה. העצמות שלו מסכנות והולך לרופא." לדבריו, מה שמשמח את הילד זה "לרקוד. ללכת לחתונות ובר מצוות." א' נשאל איך אפשר לעזור לילד ואמר: "ללמוד בבית ספר חשבון וקריאה. לסדר דברים קלים (עבודות בית קלות)." א'

תיאר חוויה של ילד המגיע למרכז ויש לו הרבה עבודה קשה לעשות, אין לו מנוחה. לא תמיד ברור הקשר בין השאלות שהוא נשאל לבין התשובות שענה. קשה היה להבין מהי החוויה של א' כמטופל.

בהתייחסותו אל המטפלת א' אמר ש"היא מלמדת ילדים, היא גננת. היא נעימה כי היא עוזרת לילד להרגיש יותר טוב. הילד סומך עליה." א' אמר על האינטראקציה בין המטפלת למטופל ש"הם מטיילים בחוץ. הוא שמח לפגוש אותה. היא קונה לו דברים בסופר. היא שמחה לפגוש אותו, שמחה לטייל אִתו. היא עוזרת לו בדברים קלים. הוא עוזר לאישה בקניות לחג."

בנקודה זו הסתיימה השיחה עם א' בכך שהכריז "סיימנו" וקם.

גם כאן, כמו בחלקים אחרים בשיחה עם א', הרצף הקוהרנטי וההיגיון לא היו ברורים לגמרי. באופן כללי, מתוך השיחה עמו ניכר כי נוצרה ברית טיפולית בינו לבין המטפלת שלו והוא חווה אותה כמי שנעים לו להיפגש אותה, וכי היא עוזרת לו להרגיש טוב יותר. עם זאת הוא חש אמביוולנטיות לצד הרצון לבוא לפגישות וליצור באמנות, נראה שהוא לא אוהב או מתקשה לדבר על רגשותיו ותחושותיו.

אמו של א' ידעה לומר מהו סוג הטיפול שבנה מקבל כשנשאלה על כך, אך לא לספר מה מתרחש בטיפול. היא לא קיבלה הדרכת הורים במרכז לייעוץ וטיפול או הדרכה אחרת הקשורה בבנה. הקשר הטיפולי-תמיכתי שהייתה בו היה עם לשכת הרווחה הסמוכה לביתם.

אביו של א' התמצא יותר בטיפול של בנו ודיווח כי קיבל הדרכה הורית אצל מטפלת אחרת במרכז לייעוץ וטיפול. שביעות הרצון שלו מסוג הטיפול, מתדירות הטיפול וממשך הטיפול הייתה בינונית. כשנשאל על כך, אחת הסיבות שציין לחוסר שביעות הרצון שלו הייתה הנסיעות הארוכות והמעייפות למרכז לייעוץ וטיפול. האב אמר שהוא כלל אינו מרוצה מחוסר המעורבות של הצוות המטפל מהמסגרת החינוכית של בנו. בנוסף, לדבריו, העובדת הסוציאלית מלשכת הרווחה מעורבת במידה חלקית מאוד בטיפול שעובר א'. מדי פעם היא שואלת מה קורה אִתו, ואביו של א' ממורמר מכך, כדבריו: "אני לא תופס משירותי הרווחה יותר מדי."

המטפלת שהדריכה את האב במרכז לייעוץ וטיפול דיווחה כי חשה בהתנגדות שלו לטיפול של בנו וגם להדרכה. בהתחלה ההתנגדות הייתה קשה אבל הייתה נקודת מפנה שממנה והלאה האב התחיל להבין את חלקו באחריות על בנו, מאז הוא הגיע לפגישות הדרכה ולדבריה נראה היה שהפנים חלק ממה שעלה שם.

התהליך הטיפולי מנקודת המבט של נותני השירות

יעדי הטיפול שהוגדרו עבור א' היו יצירת אמון בינו לבין המטפלת והעלאת תכנים הקשורים בפגיעה שחווה וההשלכות שיש לה עליו. כבר בשלבים מוקדמים מאוד של הטיפול, א' העלה תכנים מיניים בתוך כדי משחק. בעקבות כך החלה עבודה על הבנת ההבדל בין מגע מתאים לבין מגע שאינו מתאים. הפנמת ההבנה שאין זכות לאף אחד לפגוע בו ולגעת בו, וגם לו אין זכות לגעת באחרים.

בנושא מגע פיזי הייתה עבודה על גבולות של מגע. היה עיבוד ברמה מסוימת של אירועי העבר. המטפלת שלו ניסתה לבנות אצלו הבנה וסדר בעולם הכאוטי. העבודה של א' באמנות הייתה עצמאית מאוד. הוא הפגין הרבה שליטה ובחירה של החומרים ושל הנושא ובחלק מהפגישות ביטא תכנים רגשיים. א' יכול היה לספר ברצף דברים מדהימים וקשים מאוד שהעידו על רמת ההצפה

המינית שהוא שרוי בה. אחד הדברים שייחדו את הטיפול בא' הוא שקשה להבין מה מתוך התכנים שהוא מביא פנטזיה ומה מציאות.

לא היה קל לא' לבוא לטיפול במרכז ליעוץ וטיפול. הוא ידע שיש עבודה שצריך לעשות סביב תכנים שהוא העלה (מיניים ואחרים) והביע התנגדות רבה אולי כי הוא התחיל להבין מה מטרת הגעתו. לצד ההתנגדות הייתה עבודה רבה שנעשתה בתחום החשיבות שבהישמעות לגבולות וכללים, על אחריות שיש לקבל, על סיבה ותוצאה. לפי הדיווח של המורה של א', מאז שהובהר לא' שהמרכז ליעוץ וטיפול הוא המקום שבו הוא יכול להביא ולעבד תכנים של מיניות ודחפים שלו, הוא מתפקד טוב יותר בבית הספר.

בשלב שבו התקיים הריאיון, עדיין לא דובר על הפגיעה באופן ישיר. הטיפול בו הוא עיסוק מתמשך בגבולות. הפגיעה של א' היא מתמשכת, מדי פעם בתוך כדי הטיפול צץ עוד "סיפור" מהזמן האחרון. אי אפשר לתחום את הפגיעה שלו. היא עוד שם והוא מושפע ממנה כל הזמן. המטפלת של א' לא ציפתה שהיא תצטרך לדווח בזמן אמת על פגיעות שעדיין מתרחשות. במהלך הטיפול היא דיווחה פעמיים לפקידת סעד על התעללות ששמעה עליה מא'. לא היה ברור מי התעלל במי, האם ילד התעלל בא' או שא' התעלל בילד אחר.

תפיסות על שינויים ותמורות

אמו של א' דיברה על הקשיים שיש לה עם בנה ועל האכזבה שלה מהטיפול בו, מכך שהוא נשאר אותו דבר והיא לא רואה תוצאות והתקדמות. היא הביעה תסכול מכך שהיא לא רואה שיפור בהתנהגותו של א' והעלתה את ההשערה שייתכן שבגלל שהטיפול לא עולה כסף הוא פחות מקצועי.

לדבריה, בבית א' עדיין מדבר על בחורות, נשיקות, חיבוקים. אחרי הטיפולים שהוא מקבל בנושא שמירת הגוף עדיין הוא עושה תנועות (גסות), גם בבית הספר. היא תיארה עליות וירידות במצבו ואת הקושי להתמודד אִתו. מצד שני, אמרה שהוא זקוק לטיפול והיא מרוצה שמישהו יושב אִתו. היא הייתה רוצה לראות איך הבן שלה "נקי מכל השטויות" שיש לו בראש – זו הציפייה שלה, שתהיה התקדמות. היא רוצה שהבן יחזור לעצמו, שיתחזק מכל הטיפולים שמקבל.

האם הוסיפה שבעלה לוקח את א' לפגישות במרכז, הדרך ארוכה והוא מרגיש שהוא מטריח את עצמו. לדבריה כבר נמאס לו לקחת אותו כי מתבזבז לו חצי יום על הנסיעות. האם הדגישה שהאב לוקח את א' בלי חשק, גם אם יגיד בריאיון ש"זה בסדר והכול בסדר, זה לא בסדר."

אביו של א' מביע שביעות רצון בינונית מהטיפול. הוא היה מרוצה באופן חלקי מעצם העובדה שא' בטיפול, מהקשר של א' עם המטפלת שלו, מתוצאות הטיפול, מהיחס של צוות המרכז ומהרמה המקצועית של המטפלים. ההתרשמות שלו מההדרכה שנמצא בה הייתה קצת יותר גבוהה, "היא אישה טובה, מבוגרת, בעלת ניסיון. יש לה דיבורים שמועילים – לא דיבורי סרק כמו לעובדים סוציאליים אחרים."

אביו של א' גם העריך את הרמה המקצועית של המרכז ליעוץ וטיפול בתחום המוגבלות של הנפגע, בתחום הטיפול בפגיעה ובטיפול בקשיים ומאפיינים של משפחות לאנשים בעלי צרכים מיוחדים, כבינונית. הוא סבור שלטיפול תהיה השפעה בינונית על בנו בעתיד.

האב אמר שהוא לא רואה שינוי מיוחד אצל בנו מאז תחילת הטיפול וכי אינו שבע רצון מהשינוי הקל (מדל) במצבו. השינוי שהוא לפעמים מבחין בו הוא שיש רגעים בהם א' יותר רגוע אבל הוא לא

מייחס זאת רק לטיפול במרכז. הוא לא רואה מה הרווח בשביל בנו וגם בשבילו, נמאס לו מהדיבורים די מהר אף שמדי פעם הוא שומע עצה טובה. האב חש שבבית הספר יש להם רווח מזה שאי לפעמים יותר רגוע, אך עם זאת ציין שהשבוע סילקו את אי' מבית ספר בגלל התנהגותו. הם לא רוצים להתמודד עם הבעיות שלו. הוא כועס מאוד עליהם וחושב שאסור למסגרת חינוכית לפעול כך. אביו של אי' סבור כי אם המרכז לייעוץ וטיפול היה קרוב יותר פיזית זה היה יותר פשוט לאי' לקבל טיפול. המרחק מקשה עליו מאוד. המרכז הוא מקום יפה, נקי ומסודר, אך ממוקם במקום מאוד לא נוח מבחינתו.

המטפלת של אי' רואה אותו כילד פגוע מאוד והביעה תקווה שזה לא יתפתח להפרעה רגשית. משלב מוקדם מאוד הוא הביא תכנים של הצפה מינית קשה והעבודה נעשית סביבם. היא חשה שהתהליך הוא הדרגתי ואטי. העובדה שבית הספר מדווח שהוא רגוע יותר יכולה להעיד על איזושהי הפנמה ועל כך שהטיפול עוזר לו להיות יותר מווסת ומוצף רגשית פחות, עם זאת אי' עדיין ממשיך להיפגע ואולי גם לפגוע, מה שמראה שיש עוד דרך ארוכה והרבה עבודה לעשות עמו.

לסיכום, מתוך הראיונות השונים שנערכו, אחד הדברים הבולטים הוא הפערים הגדולים שבין התפיסות השונות. פערים בין התפיסה של אי' את החוויה שלו בטיפול לבין יחסם של אמו ואביו ובין אלו לבין ההבנה של המטפלת של אי' את התהליכים שקורים בטיפול ואת הקשיים של אי'. יש אפילו פער בין ההצגה של האב את התהליך שהוא חווה בהדרכה לבין זווית הראייה של המטפלת שמדריכה אותו.

בשיחה עם אי' ניכרה הבנה של הסיבה בגללה הוא מגיע למרכז לייעוץ וטיפול עם אמביוולנטיות; מצד אחד, הוא אוהב לבוא ולפגוש את המטפלת ואוהב ליצור באמנות, ומצד שני, הוא אינו אוהב לדבר על התחושות שלו. המטפלת של אי' מודעת למקום שבו הוא נמצא ורואה כיצד הוא מתחיל להפנים את מטרות הטיפול. היא גם רואה עד כמה הפגיעה שלו עמוקה ואת הפגיעות המתמשכות שהוא ממשיך לחוות.

ההורים של אי' נשמעים עייפים ומיואשים ממנו ומהטיפול. כל אחד מתבטא בצורה אחרת ביחס לזה. בשיחה של האב נראה כי חלק גדול מנקודת המבט שלו על התהליך הטיפולי היא דרך הפריזמה של התסכול מהמרחק שאותו הוא נוסע עם בנו בכל שבוע לפגישות. כמעט בכל חלקי הריאיון, כשהאב התבקש לדרג את שביעות רצונו, הוא דירג אותה כבינונית. למרות הייאוש של האב, התסכול מהנסיעות הארוכות וההגדרה של רוב ההישגים כבינוניים, הוא התמיד מגיע למרכז לייעוץ וטיפול כדי להביא את בנו לפגישות הטיפול שלו ולפגישת ההדרכה ההורית שלו. הוא ציין כי הוא מעריך את ההדרכה שהוא מקבל וכי היא תורמת לו.

המטפלת שהדריכה את האב ראתה את תהליך שחוה האב בהדרכה כחשוב וחשבה שעם הזמן הוא הפך להיות מגויס יותר למען בנו וניסה לעזור לו יותר. האם לא הייתה מעורבת בטיפול, הביעה תסכול גדול ממצבו של בנה, הביעה התנגדות לעצם הטיפול ופקפוק ביכולות המקצועיות של המרכז לייעוץ וטיפול. עם זאת, היא הודתה על כך שיש לו מסגרת של טיפול ומישהו שמקשיב לו.

סיפורה של נ'

נ', בחורה בת 22 הלוקה בפיגור קל. היא ננטשה בלידה על ידי הוריה הביולוגיים ועברה לחיות עם משפחת אומנה במשך שנים רבות עד לפטירתה של האם האומנת. כיום היא מתגוררת בדיר מוגן בירושלים.

נ' הגיעה לטיפול במרכז לייעוץ וטיפול לקראת סיום בית הספר ולאחר שעברה מהמשפחה האומנת לדיר בקהילה. נ' הופנתה לטיפול בעקבות התדרדרות במצבה הנפשי, העלאת תכנים סביב טראומת הנטישה בילדות וכן מותה של האם האומנת אשר גידלה אותה מילדות. המצוקה התבטאה בהתפרצויות כעס ובכי בלתי נשלטות. ההפניה שלה לטיפול הייתה יוצאת דופן משום שהיא לא נכנסה תחת ההגדרה של אלימות פיזית או מינית אלא במטרה לעבד טראומות סביב הנטישה וההזנחה שחוותה. נ' התקבלה לטיפול במרכז לאחר שהתקבל לכך אישור מיוחד מרכז פרט ומשפחה בעיריית ירושלים וממשרד העבודה והרווחה.

נ' הייתה בטיפול במשך כשנה. במסגרת המחקר נערכו שתי פגישות עמה, אחת לקראת סוף הטיפול שלה והשנייה כחצי שנה לאחר שסיימה את הטיפול. להלן נתאר את התהליך הטיפולי מנקודת מבטה של נ', של המטפלת שלה ושל העובדת הסוציאלית והמדריך בדיר המוגן שבו היא מתגוררת.

פנייה למרכז לייעוץ וטיפול

"הגעתי כשהייתי תלמידה בבית ספר. הייתה לי תקופה קשה... הייתי צריכה שיעזרו לי. עשיתי משהו לא טוב בבית ספר. התנהגתי בצורה לא טובה. הרגשתי שאני צריכה קצת עזרה טיפולית, פסיכולוגית. שהחיים שלי יהיו גם טובים, יותר עצמאיים..." מדבריה של נ' עולה כי היא מבינה היטב את הסיבות בגללן הגיעה לטיפול.

במסגרת המחקר נערכו ראיונות עם שני אנשי צוות המטפלים בנ' במסגרת הדיר המוגן החרדי: המדריך שלה והעובדת הסוציאלית. העובדת הסוציאלית הייתה זו שהפנתה את נ' לטיפול במרכז לייעוץ טיפול. ההיכרות שלה עם המרכז הייתה דרך מטופלים אחרים ממערך הדיר שהגיעו לטיפול במרכז לייעוץ וטיפול והייתה שביעות רצון מהטיפול שלהם שם. היא הפנתה את נ' למרכז ללא כל היסוס, היה ברור לצוות המטפל שיש לה צורך בכך.

שני אנשי הצוות אמרו כי התרשמו שתהליך הקבלה למרכז היה מקצועי מאוד וכי ניכרו בו היכרות גם עם תחום הלקויות וגם עם תחום הפגיעות והטיפול בטראומה. ההתייחסות הייתה מערכתית והביאה בחשבון את כל הגורמים הרלוונטיים: ההורים ממשפחת האומנה, צוות בית הספר וצוות הדיר המוגן. בנוסף, הם ציינו כי צוות המרכז הקפיד על מתן כבוד לפרטיותה של נ'.

התהליך הטיפולי מנקודת המבט של מקבלי השירות

נ' תיארה את התהליך הטיפולי מנקודת מבטה: "שיחקנו, עשינו הצגות, שיחקנו בקלפים שכתוב עליהם הנושא של פחד, שמחה, מאוכזבת, נעלבת. דיברנו על מה שכתוב בקלפים. דיברנו על ההורים הביולוגיים. הם לא רצו שאהיה בקשר איתם. זה היה לפני הרבה שנים..."

נ' סיפרה שהיא אוהבת לבוא לטיפול, טוב לה בפגישות והיא אוהבת לגלות שהיא יכולה לעשות הרבה דברים שלא כולם יכולים לעשות. לאחר הטיפול היא אמרה: "היה שווה להגיע לפגישות. זה עזר לי בכוח החזקה שאני ממשיכה הלאה והלאה. זה עשה לי טוב."

בחלק ההשלכתי של הריאיון נעשה שימוש בבובות ובאיור של דמות מטפלת ודמות מטופל. נ' אמרה על המטופלת ש"היא שמחה שהיא הולכת לְדָבֵר טוב אצל המטפלת." לגבי רגשות המטופלת, נ' אמרה שהיא מעוצבנת קצת על עצמה וגם על אחרים. חברים מציקים לה וגם כל מיני דברים אחרים. היא רוצה "תשומת לב". היא כועסת ולא מבינה למה אומרים לה לעשות דברים. אחרי שאמרה את הדברים הללו הוסיפה "אותו דבר קרה גם לי אבל אני למדתי." נ' הוסיפה שמה שגורם למטופלת להיות שמחה זה שאוהבים אותה (החברים, ההורים, המורים) – אם תחייך יאהבו אותה ואם תכעס לא ירצו אותה. נ' אמרה שאפשר לעזור למטופלת כשיושבים ומדברים אֶתָה, שומעים מה מפריע לה, כששומעת מוזיקה וכשקונים לה מתנות. נ' אמרה על המטפלת שהיא אישה נעימה. "היא לא עוזרת לה. אומרת לה תתמודדי לבד. הפגישות לא עוזרות בפעם הראשונה. אחר כך כן..." על שאלות העוסקות באינטראקציה שבין המטפלת והמטופלת נ' השיבה: "היום הם מדברים... אחרי כמה זמן התחילה ליהנות (המטופלת) ועכשיו היא נהנית לפגוש אותה (המטפלת)..."

כאמור, הראיונות עם נ' נערכו בשתי נקודות זמן, לקראת סיום הטיפול וכמה חודשים לאחר שכבר הסתיים. מתוך השיחה אֶתָה עלו כמה נקודות חשובות. נראה היה שני הבינה היטב את הסיבות בגללן הגיעה לטיפול ושהיא רואה כיצד הטיפול סייע לה. מתוך דבריה אפשר לראות הפנמה של הקשר הטיפולי ושל העובדה שמדובר בתהליך ארוך והדרגתי. כמו כן, עלו תכנים שדוברו בטיפול ושנשמעים מעובדים ומודעים. לדוגמה, ההבחנה בין סוגים שונים של רגשות, דיבור על הכעס שלה, על יחסי חברים, מורים והורים ועוד. נראה כי נ' מכירה בקשייה, מסוגלת לבטא את רגשותיה ויודעת אילו דברים מרגיעים אותה ומה יכול לעזור לה. בשתי הפגישות שנערכו עם נ', ובייחוד בפגישה השנייה, נראה היה שהיא נהנתה מתשומת הלב ושהיא שמחה וגאה לספר לאדם אחר על עצמה ועל התהליכים שעברה.

הציפיות של העובדת הסוציאלית ושל המדריך מהטיפול של נ' היו שהיא תקבל הרבה ליווי והכוונה ביחס לעצמה, לשונות שלה, לזה שהיא מאומצת ולשינויים שהייתה צריכה לעבור באותה השנה. ציפיה נוספת הייתה שהיא תפתח מודעות גבוהה יותר ביחס למסוגלות שלה: "שהשאיפות והמסוגלות יהיו חופפים." שניהם הביעו ציפיה לעזרה במצבי הרוח שלה, בדיכאונות ובהתפרצויות. העובדת הסוציאלית חששה מכך שהדיכאונות של נ' ירתיעו את המטפלת שלה, אך בפועל ראתה שהמטפלת נגעה בכל הנקודות הרלוונטיות, לא נבהלה מהקשיים והדיכאון שלה, עזרה לה להבין את עצמה ונתנה לה הכוונה וטיפול כדי שלא "תיפול" לשם.

שני אנשי הצוות אמרו כי הם שבעי רצון במידה רבה מאוד מסוג הטיפול שקיבלה נ' והאופן שבו התנהל. הם הסבירו כי הטיפול הוגדר כטיפול בשיחות, אך בפועל כלל גם צדדים של דרמה ומשחק כשאלו התאימו. לדבריהם, המטפלת הייתה גמישה מאוד, התאימה את עצמה לני ולצרכיה המשתנים. הטיפול ליווה את התבגרותה של נ'.

לדעת המדריך, תדירות הטיפולים לא הייתה מספיקה. לני היו דרושות לטיפול בה שתי פגישות בשבוע. לגבי משך הטיפול, שני אנשי הצוות אמרו שלדעתם הטיפול לא היה ארוך מספיק. הם ידעו מראש שהטיפול מוגבל לשנה אבל חשבו שני הייתה יכולה להפיק עוד מהטיפול אילו הטיפול היה ממשיך.

המדריך והעובדת הסוציאלית הביעו שביעות רצון גבוהה ממידת המעורבות שלהם כחלק מתכנית הטיפול של נ'. הם לא היו שותפים בפרטי התכנים שעלו בטיפול מתוך תפיסה של שמירה על סודיות

ופרטיותה של נ', אך נפגשו מספר פעמים והשתתפו בתהליך בכל מיני צמתים שבהם נדרשה התערבות או שעלו דילמות. הם גם יצרו קשר עם המטפלת של נ' כשעלו דילמות הקשורות בטיפול בני בדירה או בעבודה שלה וקיבלו הדרכה ממנה.

התהליך הטיפולי מנקודת המבט של נותני השירות

המטפלת של נ' פגשה אותה אחרי שהוחלט לטפל בה, אף שהיא אינה מאופיינת בפרופיל "קלאסי" לקבלת טיפול במרכז. לפני כל אחת מהפגישות עם נ' וגם אחריהן היה צורך בעיבוד ובהבנה עמוקה יותר של הנושאים המעסיקים אותה.

הנושאים שבהם רצתה נ' להתמקד בטיפול היו: נטישתה בלידה על ידי הוריה הביולוגיים בגלל היותה סובלת מפגור, התמודדות עם התסמונת שבה היא לוקה, משמעות התסמונת והסבל שחשה בגללה, אובדן האם האומנת אשר גידלה אותה, התמודדות עם הדיירים בדירה, התאקלמות במקום העבודה. לטיפול בני הוגדרו שלוש מטרות מרכזיות: הראשונה, התייחסות לטראומה שחוותה – הנטישה, ובעקבות כך התייחסות למערכות היחסים שלה עם האנשים שסביבה; מטרה שנייה הייתה עזרה בשליטה בהתפרצויות ובמצבי רוח. לעזור לנ' להבין טוב יותר מה קורה לה ברגעים של ההתפרצות; המטרה השלישית הייתה התייחסות לכוחותיה ולמגבלותיה בהווה ובעתיד, מגבלות הנובעות מהמגבלות שלה וכוחות ויכולות שיכולים להתאפשר על אף המוגבלות.

נ' הגיעה לטיפול בגיל 21 לקראת סיום בית ספר ולאחר שעברה מהמשפחה האומנת לדיור בקהילה. מאז תחילת הטיפול נ' שיתפה פעולה בטיפול, הגיעה לכל הפגישות בכוחות עצמה וכמעט לא החמיצה פגישות. היא הביאה לפגישות תכנים שהעסיקו אותה ומצבים שהתמודדה איתם ועיבדה אותם עם המטפלת שלה באמצעות שיחות, משחק, אמנות ודרמה – לפי בחירתה. ברוב הפגישות היא בחרה לשוחח או להשתמש במשחקי דרמה כדי להתמודד עם הקשיים ולעבד אותם.

המטפלת של נ' אמרה שני ברמת תפקוד די גבוהה ובעקבות כך התאפשרה עבודה על העמקת המודעות העצמית שלה, היכרות עם היכולות והכוחות שלה, מצד אחד והמגבלות שלה, מצד שני. עם זאת, בשל המוגבלות שלה, ההפנמה לקחה זמן, לעתים הייתה זקוקה ליותר עזרה במתן מילים לתחושות ולתהליכים שעברה.

תפיסות על שינויים ותמורות

העובדת הסוציאלית והמדריך של נ' ראו את ההשפעה של הטיפול על נ' מתבטאת בהתנהגותה, במצב רוחה ובמודעות העצמית שלה. ההשפעה על התנהגותה התבטאה בכך שבעבר עשתה הרבה דברים ילדותיים, הציקה לחבריה ולאנשים סביבה. לאחר הטיפול נ' נעשתה רגועה יותר ובוגרת, ההצקות כבר לא הופיעו. מצב רוחה התאזן בעקבות הטיפול. בעבר היו לה מצבי רוח קיצוניים שהתבטאו בהתפרצויות ודיכאון. לאחר הטיפול המצבים הללו פחתו והם חשים כי נ' רגועה יותר, מפגינה יותר כושר ראש, בגרות ואחריות. ההיבט של מודעות עצמית התבטא בכך שלאחר הטיפול נראה כי נ' מקבלת את מצבה ואת המוגבלות שלה במידה רבה יותר מאשר בעבר. היא עדיין מתוסכלת מהמצב שלה אבל חיה עם המוגבלות יותר בשלום.

העובדת הסוציאלית והמדריך תלו את השינויים הללו בטיפול, אף על פי שאמרו שייתכן שחלק מהרגיעה קשורה גם בתהליך ההתבגרות של נ'. באופן כללי הם חושבים שהטיפול היה משמעותי מאוד עבורה, עזר לה לקחת דברים בפרופורציה יותר נכונה ולהכיר את עצמה. הם רואים את נ'

היום כבוגרת יותר, מודעת יותר לעצמה ומודעת יותר לסביבה. בסך הכול, נראה שאנשי הצוות מהדיוור המוגן היו שבעי רצון מהטיפול של נ', מהקשר המקצועי שלהם עם המטפלת שלה ומהשיתוף שלהם בתהליך הטיפולי שעברה.

להלן חלקים מתוך סיכום הטיפול שכתבה המטפלת של נ' הממחישים את השינויים והתמורות אצל נ' כפי שהיא רואה אותם: "נ' למדה להביא את רגשותיה והתמודדויות אשר חוותה בחייה... היא הביאה לפגישות מצבים בהם הגיעה לתחושות של אין מוצא שגרמו לה להתפרצויות. השיחות בחדר הטיפול וההסתכלות המשותפת של שנינו על מה קרה ואיך, עזרו לנ' להבין ולקחת אחריות על עצמה ועל תגובותיה... התגברות המודעות העצמית עזרה לנ' לקבל את עצמה עם התסמונת והמגבלות שלה. לדוגמה: 'כל האחרים עושים רישיון נהיגה ומה אֶתִי?' מחשבות על נישואין בעתיד ועוד. נ' למדה שאינה צריכה להתפרץ כדי שיתייחסו אליה. למדה לתת אמון ולבקש עזרה נכונה ולהתגבר על מכשולים שעמדה ועמדת בהם. נ' עושה תהליך התבררות מרשים, לא מפספסת ההתנסויות כגון: עישון, גניבת אוטו כדי לנסות לנהוג ועוד. במקביל, לומדת לקבל כללים וגבולות. רוצה להיות בוגרת ולקחת אחריות על מעשיה. לומדת לתת מעצמה לזולת ונהנית לתת לעצמה פידבק."

המטפלת של נ' סבורה שהיא הפיקה מהטיפול והתקדמה במהלך השנה. היא למדה להתמודד עם רגשות התסכול, עם לחצים בדירה ובעבודה, עם צוות הדירה. לקראת סיום הטיפול, המטפלת עשתה עבודת הכנה עם צוות הדירה. גם היא סבורה שהמשך טיפול היה תורם לנ' להמשך חיזוק כוחות האגו שלה, אך היא מאמינה שעם הליווי האוהב והתומך שיש בדירה ובעבודה, נ' תמשיך להתחזק ולהתעצם. נ' אמרה לה לקראת סיום הטיפול: "אני מסתכלת בראי ואני שמחה לראות איך אני נראית ושאני שמחה." במילים אחרות, ניתן לשמוע את נ' אומרת שהיא למדה לאהוב את מי שהיא.

מקבץ סיפורי הטיפול שהובאו, השונים כל כך אחד מהשני, ממחישים את משמעות הטיפול באוכלוסיית היעד ומשקפים את המורכבויות הכרוכות בכך. המשותף לתהליכים השונים הוא הקצב האטי של הטיפול, הפער הנראה בין ההנאה שמבטאים המטופלים מהתהליך עצמו ומתשומת הלב הניתנת להם באופן אינדיבידואלי לבין מידת ההבנה שלהם את המתרחש בתהליך הטיפול ומידת ההפנמה וההבנה של המסרים המועברים בטיפול. סיפורי המקרה מראים שנראה שהייתה מידה מסוימת של הפנמה אצל חלק מהמטופלים, אך לאו דווקא בכל ההיבטים שעלו בטיפול. פעמים רבות היכולת להבין ולהפנים קשורה ברמה הקוגניטיבית, או ברמת הפגיעה והתופעות הנלוות אליה.

בנוסף, עקב מאפייני המטופלים, בתום הטיפול חוזרת תחושתם של המטופלים והסובבים את המטופלים (משפחה וצוות) שיש אמנם תוצאות והתקדמות אבל בצעדים קטנים מאוד, שיש עוד הרבה מה לעשות, ושהטיפול רק החל תהליך שרחוק מסיום. תמיד עולה השאלה לגבי היישום – האם המטופלים ידעו להישמר בעתיד, האם יהיה ביטוי לתהליך הטיפולי שנעשה על מידת הסיכון שבו המטופלים נמצאים. כל אלה גורמים לתסכול מסוים של המטופלים ובני המשפחה. לדברי מנהלת המרכז, אחד הקריטריונים שלפיהם יש לבחור אנשי צוות לשירות היא יכולתם להכיל תסכול זה, וזו אחת הסיבות להערכתה לתחלופה הגבוהה יחסית שאפיינה את הצוות בתקופת פעילותו הראשונה.

מאפיין בולט נוסף הראוי לציון מתוך המצטבר מסיפורי המקרה הוא מידת המעורבות של בני משפחה וצוות מטפל, חשיבותו של טיפול מערכתי וההבדלים בין מקרים המושפעים מקיומה של עבודה מערכתית או היעדרה. כמו כן, עולה הקושי במעורבות של בני המשפחה שלעתים אינם

מבינים את מהות הטיפול, אף על פי שניתן לראות מהמקרים השונים שהם מכירים בחשיבותו ועושים מאמצים להגיע אליו. בנוסף, חשוב לציין שחמש שנים לאחר פתיחת המרכז לא חזר אליו לטיפול אף מטופל מהעבר, מה שעשוי להעיד על הצלחה של הטיפול במניעת פגיעה נוספת.

נקודת המבט של נותני השירות – אנשי המקצוע

בהתייחס לאתגרים מתודולוגיים המוצבים בפני המבקשים לבחון את המרכז ליעוץ וטיפול ציינו לעיל (ר' "מחקר ההערכה") כי קיימת מחלוקת בין החוקרים בתחום לגבי מידת היכולת למדוד אפקטיביות של טיפול פסיכותרפיוטי מסוגים שונים באנשים בעלי פיגור, המהווים את מרבית המטופלים במרכז. מעבר למחלוקת כוללת זאת, שסיבותיה פורטו לעיל קיימים סייגים מתודולוגיים נוספים לניסיון להסיק מסקנות על אפקטיביות הטיפול הניתן במרכז ליעוץ וטיפול. בין סייגים אלה ניתן למנות את העובדה שלא ידוע האם אוכלוסיית המטופלים במרכז בתקופה הניסיונית מייצגת את כלל אוכלוסיית היעד של השירות מבחינת מאפייניה, השונות הרבה המאפיינת את המטופלים מבחינת מאפייני הרקע שלהם ומאפייני הפגיעה בעקבותיה הופנו לטיפול ומבחינת מאפייני התהליכים הטיפוליים שעברו. זאת ועוד; המטפלים נבדלים זה מזה ברמת הפירוט של חוות הדעת על המטופלים בשלבי הטיפול השונים וכן במידת הדגש המושם על תשומות הטיפול, על התפוקות ועל התמורות הנצפות בעקבותיו. עם חלוף הזמן והתגבשות השירות ניכר שהושקע מאמץ להביא ליותר אחידות בדיווחי המטפלים על תהליכי הטיפול, ולפיכך הדיווחים על השלבים המאוחרים יותר בטיפול מובנים ומפורטים יותר. היבטים אלה, בנוסף על אי-בהירות בהגדרת מדדי ההצלחה של השירות מקשים על הסקת מסקנות ברורות לגבי אפקטיביות הטיפול. מתוך מודעות למגבלות מתודולוגיות אלה, בדקנו באופן מדוקדק (בנוסף לסיפורים האשכוליים הנ"ל) עשרה תיקי טיפול, כדי לבחון האם ניתן להסיק מסקנות כלליות יותר לגבי אפקטיביות הטיפול, למרות השונות הרבה.

ניתוח המקרים מעלה מספר מדדים באמצעותם מודדים המטפלים בפועל את מידת ההתקדמות של המטופלים בתהליך הטיפול: בניית אמון בין המטפל והמטופל, היפתחות המטופל ומידת החשיפה שלו בפני המטפל. עוד העלה הניתוח מדדים הנוגעים לתוצאות של תהליך הטיפול כמו מידת היכולת של המטופל לבטא את עולמו הרגשי באופן מילולי או אחר, מידת ההבחנה של המטופל בין מצבים רצויים למצבים פוגעניים, הפחתה ברמת החרדה ורכישת כלים להתמודדות עמה, מידת היכולת לעבד סוגיות רגשיות (זהות מינית, מקום במשפחה, תפיסה עצמית לאור הלקות ועוד), גבולות קרבה ואינטימיות, התנהגות מינית מובחנת, מידת היכולת של המטופל לבטא את עולמו הרגשי באופן מילולי או אחר, מידת ההבחנה של המטופל בין מצבים רצויים למצבים פוגעניים ועוד.

כך למשל, מטופל שהגיע לטיפול כשאנו מבין את בעייתיות הפגיעה בו, סיים את הטיפול לאחר היפתחות ושיחות ישירות על מיניות, פוגעים, ויכולת הבחנה בין אונס לפגיעה "קלה". ההישגים הטיפוליים אצל מטופל אחר בוטאו, כך על-פי חוות הדעת של המטפל בסיומו של הטיפול, בהפחתה הדרגתית ברמת החרדה, עלייה בעצמאות תפקודית וחברתית והתנהגות אדפטיבית יותר, הפחתת תלות בהוריו, העצמת תחושת מסוגלות והצלחה לתעל משאבים נפשיים וצמיחה מחדש (מתבטא ברצון להתרחק מעיסוק בחוויית הפגיעה ולהתמקד ביכולת לצמוח).

בשלושה מתוך עשרת המקרים שנתחו הופסק הטיפול באמצע, לאחר מספר פגישות מועט יחסית. הסיבות להפסקה זאת היו שונות: אצל אחד המטופלים הושג בטיפול הישג בדמות יכולתו לחשוף בעיות משפחתיות של הזנחה והתעללות מעבר לפגיעה בגינה הופנה. אולם, חשיפת מידע זה הביאה

לדיווח המטפל לרשויות ובעקבות זאת להפסקת הטיפול (המטופל הפסיק להגיע). בהקשר זה נשאלת השאלה כיצד יש למדוד את האפקטיביות של הטיפול – האם הטיפול שהופסק באמצע הוא אפקטיבי מעצם ההישג של חשיפת הפגיעות הנוספות?

טיפול במטופלת אחרת הופסק עקב התנגדותה של אמה של המטופלת לטיפול ועמדתה, כמו גם עמדת בית הספר שבו לומדת המטופלת, כי אין צורך בטיפול, כיוון שהמטופלת "יודעת לשמור על עצמה". הטיפול במטופלת אחרת הופסק לאור המלצתה של המטופלת כיוון שהתרשמה שהטיפול מציף את הטראומה והפגיעה באופנים המאיימים על יציבותה הנפשית של המטופלת וכי ראשית יש לייצבה בעזרת תרופות פסיכיאטריות. ניתן לומר בהכללה על כל המקרים הללו כי לטיפול היו תפוקות מבחינת המשך הטיפול וההתייחסות לקשיי המטופלים באפיקים שונים כמעין טיפול מתווך לטיפולים אחרים.

בחינת חוות דעת על שני מטופלים מראה כי הם הגיעו לטיפול לאחר שבני משפחותיהם העידו על שינוי רב בתפקודם ובמצבם הנפשי (למשל, איום בהתאבדות, התנהגות מפתה ופוגעת כלפי אה, נטייה ליותר מגע פיזי עם חברות, סרבנות ופחות צייתנות, עצבניות, כניסה לשירותים ולמקלחת לזמנים ארוכים). עם התקדמות הטיפול, מדווח על אחד המטופלים כי חלה עלייה ביכולתו להתחבר לעולמו הפנימי ולרגשותיו השונים. דבר זה התבטא בהצלחה לדבר על הפגיעה בהקשר של תחושות מעורבות של פחד, אשמה ובושה לעומת הנאה, תשומת לב ואהבה שסבר שקיבל מהפוגע. בנוסף, המטופל הצליח לדבר באופן גלוי על מגבלתו והעלה תחושת בדידות חברתית. מטופל אחר למד להבחין בין התנהגות מיטיבה ורצויה לבין התנהגות פוגענית, אולם למרות זאת הביע הזדהות עם התוקף, למרות היותו קורבן.

על אף עדויות אלה הניסיון להשתמש במדדים השונים שחזרו ועלו מחוות הדעת המקצועיות לגבי מטופלי המרכז לשם מדידת הצלחת טיפול במטופלים שונים, מוגבל למדי. זאת כיוון שקיים קושי מובנה בתחום הטיפול בכלל ובטיפול באנשים בעלי צרכים מיוחדים להשוות בין הצלחת טיפול אחד למשנהו, במונחים אובייקטיביים של "התקדמות". התקדמות "מינורית" אצל מטופל אחד יכולה להיות התקדמות "ניכרת" עבור מטופל אחר, ולהפך. השיפוט של משמעות השינוי שחל אצל מטופל מסוים הוא סובייקטיבי במידה רבה ותלוי במידה רבה במשתני הרקע של המטופל והציפיות התחיליות ממנו ומהטיפול. לפיכך, ניתן לתת התרשמות כללית בלבד כפי שפורט בדוגמאות הנ"ל, בהתבסס על חוות הדעת והשינויים מדווחים לגבי המטופלים שמקריהם נותחו. עם זאת, מניתוח המקרים הללו אפשר ללמוד כי קיימים מספר גורמים המשפיעים על התנהלותו של תהליך הטיפול והתוצאות המופקות ממנו. בין גורמים אלה ניתן למנות את:

- חומרת הפגיעה – זאת כמובן אינה ניתנת למדידה אובייקטיבית אלא במונחי האופן שבה תופס אותה הקורבן, אולם קיימים מספר פרמטרים היכולים בכל זאת לסייע בקביעת חומרתה של הפגיעה כמו האם מדובר בפגיעה מתמשכת או חד-פעמית, האם הפוגע מוכר לנפגע וכן סוג הפגיעה.
- מאפייני המטופל – גיל (נע בין 13 ל-38 במקרים שנותחו) סוג הלקות (למשל, בין המקרים שנותחו: פיגור קל עד בינוני, פיגור וקשיי תקשורת, אוטיזם, תסמונת אספרגר, נטייה לאלימות), רמת התפקוד בכל לקות, רמה קוגניטיבית, רקע משפחתי (למשל, רמת דתיות, מקום מגורים של המשפחה, גודל המשפחה ומקומו של המטופל בה, מגורי המטופל בבית

או במוסד), בעיות אחרות של המטופל שלא קשורות לפגיעה (למשל, בעיות בריאות או לקויות שונות כמו כבדי שמיעה, אפילפסיה, סכרת).

- שיתוף פעולה של הסביבה – אמונה בטיפול, התגייסות הסביבה לתמוך בתהליך הטיפול ושיתוף פעולה עם ההדרכה שמקבלים מהמטפלים.
- תהליך הטיפול – רציפות, משך הטיפול ומספר מפגשים, מטפל (חילופים, מידת ניסיון).

סוגיות מקצועיות

בשלוש שנות הפעילות של המרכז לייעוץ וטיפול, בעקבות הניסיון שהחל להצטבר בטיפול באוכלוסייה המגיעה למרכז, התעוררו סוגיות ודילמות מקצועיות הנוגעות בהיבטים שונים של העבודה המקצועית במרכז. בתחום הטיפול היו סוגיות שהעסיקו את צוות המרכז בשלבים ראשוניים יותר של העבודה הטיפולית שנעשתה ונגעו לצורך בהדרכה מעמיקה יותר ביחס לטיפול בפוסט-טראומה, ביחס להשפעת הפגיעה על אנשים בעלי צרכים מיוחדים (תוך התייחסות שונה לכל אחת מהלקויות ומוגבלויות) ובתחום הדרכת הורים. כמו כן, התעוררו שאלות לגבי סוג הטיפול המתאים למטופלים במרכז, צורך בהתמקצעות של אנשי צוות בתחומי התמחות שונים, הרחבת העבודה הטיפולית גם לטיפול קבוצתי ולטיפול בפוגעים. כיום, לאחר מספר שנות פעילות של המרכז ובעקבות ההתמקצעות בתחום הטיפול באוכלוסייה המגיעה למרכז לייעוץ וטיפול יש הבנה באשר ליחודיות הטיפול הניתן במרכז, ובצדה עולות סוגיות נוספות בתוך כדי העבודה.

מיקום השירות

סוגיה זאת מתייחסת למיקומו של השירות הניתן במרכז לייעוץ וטיפול בתוך שירותים קיימים כמו לשכות הרווחה או כיחידה לצרכים מיוחדים בתוך מרכז חירום אינטרני (כבית שוסטרמן). מחד גיסא, מיקומו של השירות בתוך לשכת רווחה יהפוך אותו לזמין ונגיש יותר לאוכלוסייה ובעיקר לאוכלוסייה מבוגרת (שכן, בית שוסטרמן מוגבל לילדים עד גיל 12), מאידך גיסא, השירות דורש משאבים רבים והתמקצעות ייחודית שייתכן ואינם אפשריים בעומס הקיים בלשכת הרווחה.

מאפייני אוכלוסיית היעד

טווח אוכלוסיות היעד שהוגדר רחב מאוד וכולל בתוכו אנשים מאגף הפיגור, השיקום ויחידת האוטיסטים במשרד הרווחה, כלומר אנשים בעלי מוגבלויות מסוגים שונים: פיגור שכלי, אוטיזם, בעלי נכויות פיזיות, לקויות חושיות, גבוליות קוגניטיבית ובעיות תפקוד והסתגלות (על פי הכרת אגף השיקום) וכל הגילאים, עצמאים וכאלה הנמצאים בחסויות שונות – הורים, הוסטל, דיור מוגן וכדומה. למרות הגדרה רחבה זאת, ניתן לראות מנתוני הפעילות של המרכז בפועל כי מרבית המופנים למרכז והמטופלים בו הם בעלי פיגור ומעטים שייכים לאגף השיקום ולאוטיזם. במה אפשר לתלות את השיעור הנמוך כל כך של מטופלים הלוקים באוטיזם או מטופלים באגף השיקום? האם הדבר נובע מכך שאין פקידי סעד הממונים על תחום האוטיזם ושיקום בלבד? אולי עובדה זו משפיעה על רמת המודעות, ההיכרות והנגישות למרכז? אולי הדבר נובע ממאפייני הלקות (באוטיזם), מתת-דיווח של הנפגעים ומכך שהם לא מביעים מצוקה (ודאי שלא בתפקוד נמוך)?

היתכנות טיפול באוכלוסיות בתפקוד בינוני ונמוך

טווח העבודה עם אנשים בתפקוד בינוני ונמוך, שקשה לתקשר אתם, מוגבל מאוד ומגביל את המטפלים המנסים לעבוד איתם. לפיכך, לעתים קרובות גורמים מטפלים ואחרים בחברה נוטים "לוותר" על המאמץ לעבוד עמם, למרות רמת הפגיעות והסיכון הגבוהים של אנשים אלה מבחינת הזנחה, התעללות ופגיעות מסוגים שונים. רמת הסיכון הגבוהה מחד גיסא, והקושי בטיפול ובהשגת תוצאות נראות לעין מאידך גיסא, מהווים דילמה קשה לצוות המרכז; האם לקבל אנשים אלה לטיפול או להעדיף אחרים שהסיכוי לתקשר עמם ולהשיג עמם תוצאות משמעותיות גדול יותר. מנהלת המרכז מאפשרת במקרים אלה מתן טיפול קצר מועד (כעשר פגישות) המיועדות לבחינת ההתאמה של האדם לטיפול. לדברי צוות המרכז, עד כה מוכיח הניסיון כי במקרים לא מעטים מטופלים אלה ממשיכים את הטיפול במרכז למרות ההנמכה הקוגניטיבית המשמעותית ויכולים להפיק מן הטיפול רווחים משמעותיים.

סוג הפגיעה

עובדה מובהקת נוספת שניתן לראות במאפייני המטופלים היא שרוב מוחלט של הפגיעות בגינן מופנים המטופלים למרכז הן פגיעות מיניות, חלקן עם פגיעות פיזיות ומיעוטן על רקע הזנחה. למה ניתן לייחס את עובדה זו? האם אנשי טיפול במסגרות קיימות (הוסטלים, בתי ספר וכדומה) מרגישים בטוחים יותר לטפל בעצמם בנפגעי אלימות פיזית, אך חשים חסרי אונים מול פגיעה מינית או פוגעים מינית או בעלי התנהגויות מיניות קיצוניות? האם ייתכן שזו הסיבה שבמקרים כאלו פונים לקבלת עזרה מהמרכז ליעוץ וטיפול ולכן רוב המקרים מגיעים על רקע של פגיעה כזו?

טיפול רגשי

הטיפול הרגשי באוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים מהווה חידוש בתחום. לרוב, ההתייחסות הטיפולית לאנשים אלו היא שיקומית ונעה סביב צרכים פונקציונאליים, לימוד מיומנויות הנדרשות לתפקוד היומיומי ולא שיחות או מפגשים הממוקדים בעולמם הפנימי, בחוויותיהם ורגשותיהם. מסיבות אלה המטופלים אינם מורגלים בפגישות טיפול הממוקדות בחוויות רגשיות שחוו, ולפיכך נחוץ להם זמן רב יותר מאשר לאנשים ללא מוגבלות, כדי לבסס אמון עם המטפלים, ולהבין מה זה טיפול ומהי התועלת שהם יכולים להפיק ממנו. גם החזקת מורכבות רגשית, אינטגרציה של רגשות שונים ולפעמים סותרים היא דבר לא פשוט עבור המטופלים במרכז. למשל, יש קושי למטופלת לומר שהיא אוהבת את אביה, אך בגללה הוא יושב בכלא, או שהיא אוהבת את אמה אך בגללה היא התגרשה.

רמה שפתית והשפעותיה

בשונה מאוכלוסיות "רגילות", קיים צורך להנמיך ולפשט את השפה כדי לוודא שהמטופל מבין מה נאמר לו. יש צורך למלל עבור המטופל יותר. בהתייחס לטיפול באוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים, במרכז קיימות עמדות שונות בנוגע לשאלה באיזו מידה יש להסביר ולהמשיג למטופל הבנות והסברים על מצבו ועל הקשיים שהוא חווה. עמדות שונות כלפי שאלה זאת משתקפות בדרכי הטיפול המשתנות בין איש צוות אחד לאחר. ההשפעה העיקרית של הרמה השפתית הנמוכה יחסית של אוכלוסיית המטופלים היא הצורך במשך טיפול ארוך יותר. המטפלים נדרשים ליותר רגישות וקשב כדי לבחון האם האדם המטופל שמולם הבין באמת מה שנאמר (באמצעות שיטות שונות).

העמדה המקצועית המוצהרת שהתגבשה במרכז לייעוץ וטיפול בתקופה הניסיונית היא שיש למלל ולהסביר עד כמה שאפשר, בהתחשב ביכולת הקוגניטיבית של המטופל וביכולתו להכיל את הדברים.

עידוד עצמאות מול חשש מפגיעה נוספת

סוגיה נוספת הקשורה בטיפול היא סוגיה הנוגעת לרצון לעודד עצמאות אצל המטופלים לבין החשש, המבוטא בעיקר על ידי הורי המטופלים, שימשיכו להיפגע ובעקבות כך להגביל את עצמאותם. במקרים כאלו יש חשיבות רבה להדרכת הצוות המטפל במסגרת הדיוור או למשפחה וכן לבניית תכנית המתאימה למטופל כדי לעזור להם להגיע לאיזון – מצד אחד לשמור על עצמם ומצד שני להימנע משלילת עצמאותם עקב החשש מפגיעה נוספת. חברי צוות המרכז לייעוץ וטיפול רואים חלק מתפקידם למנוע מינימום של פגיעה עם השבת העצמאות לחיי המטופל (כמובן, בהתאם למאפיינים הייחודיים שלו).

רגישות תרבותית

רגישות תרבותית מהווה אחד השיקולים המשפיעים על בניית תכנית טיפול ועל אופן ההתנהלות שלו. המפגש עם מטופלים המגיעים מרקע תרבותי מגוון הביא לפיתוח כלים וליכולת התמודדות משוכללת יותר בנושא הרגישות התרבותית. תחום מובהק שבו הנושא מתבטא הוא תחום החינוך המיני והמוגנות המינית. עבור מטופלים וצוותי טיפול המגיעים מאוכלוסיות שמרניות יש קושי רב יותר להיות חשופים לתכנים הללו, אולם בד בבד יש צורך להתמודד עם התכנים עקב פגיעות מיניות שחוו המטופלים. דרכי ההתמודדות עם התכנים הרגישים בהקשר הרב-תרבותי כוללות טיפול על ידי מטפלים בעלי מאפיינים תרבותיים דומים לאלה של המטופלים (כלומר, מטפלים ערבים ודתיים המהווים חלק מצוות המרכז) וכן באמצעות שימוש בטיפול ב"תכנית מעגלים". תכנית זאת מיועדת לאוכלוסייה הלוקה בפיגור שכלי ומלמדת על מעגלי קרבה שונים, על מידת האמון, המרחק, הקרבה והמגע המתאימים לכל מעגל קרבה. זו תכנית לחינוך מיני שהמושגים שבהם נעשה שימוש עדינים יותר ובמרכז לייעוץ וטיפול נעזרים בה, בין היתר עם אוכלוסיות שמרניות יותר כמו חרדים וערבים. במידה שיש פתיחות ורצון משתמשים גם בתכניות אחרות בטיפול באוכלוסיות אלה.

טיפול כוללני

במרכז נעשים מאמצים לערב גורמים שונים הקשורים למטופל ולשתף עמם פעולה. במסגרת שיתוף הפעולה מתקיימות הדרכות להורים, נערכות פגישות עם צוותי בתי ספר וצוותי הוסטלים, פקידי סעד ועובדים סוציאליים המפנים את המטופלים, מועברים עדכונים הדדיים ומתקיימת חשיבה משותפת ככל שניתן. מתוך הסיפורים האשכוליים ניכר ההבדל בין מקרה שבו יש "חזית אחידה" והתגייסות של הגורמים השונים לטובת המטופל לבין מקרה שבו יש התנגדות מצד ההורים, דחייה של בית הספר את הילד ופער בין התפיסה של המטופל את עצמו לבין התפיסה של הוריו אותו. הניסיון שהצטבר בעבודת המרכז בתקופה הניסיונית מלמד כי כשקיימת חזית אחידה של כלל הגורמים המעורבים בחייו של המטופל המעורבים ומשתפים פעולה בליווי התהליך הטיפולי, הדבר גורם באופן ברור להתקדמות הטיפול.

מעקב אחר מטופלים שסיימו טיפול

בראיונות עם המטפלים שמופיעים בסיפורים האשכוליים ניתן לראות כיצד בכל הטיפולים קיים מרכיב של אי-ודאות בנוגע להפנמה של המטופל את המסרים. שאלה זאת מהדהדת בכל אחד

מהראיונות והסיפורים והדבר מעלה חששות בייחוד לקראת סיום טיפול. מבחינת הגדרת העבודה של המרכז לייעוץ וטיפול, האחריות הטיפולית נסבה רק על תקופת הטיפול עצמה. אולם, כדי לחזק את פירות הטיפול שמקבלים המטופלים במרכז, יש חשיבות רבה להתוויית מדיניות ברורה יותר של משרד הרווחה לגבי המשך מעקב אחר טיפולים שמסתיימים. סוגיה זאת מופיעה להלן בהמלצות הדיווח.

סיכום והמלצות

המפעל המיוחד "המרכז ליעוץ וטיפול לאנשים בעלי צרכים מיוחדים שנפגעו ופגעו ובני משפחותיהם" (להלן – "המרכז") הוא שירות חדש וייחודי בהיותו שירות רב-נכתי, המחייב מומחיות רב-תחומית והתייחסות לסוגיות מקצועיות מורכבות. לאור זאת חברו להקמתו ארבעה ארגונים: שלושה אגפים במשרד הרווחה – אגף השיקום, האגף לטיפול באדם המפגר, היחידה לטיפול באדם עם אוטיזם; המוסד לביטוח לאומי – הקרן למפעלים מיוחדים; גוינט ישראל – אשלים; עיריית ירושלים – מחלקת השיקום.

הקמת השירות החדש בירושלים ובמחוז ירושלים נועדה למלא חסר בולט במצאי השירותים לילדים, נוער ובגירים בעלי צרכים מיוחדים אשר נפגעו מאלימות פיזית או מינית, מהזנחה ומהתעללות רגשית, או פגעו באחרים. מחקרים מראים שאנשים בעלי מוגבלות נפגעים פי ארבעה יותר מאשר אנשים ללא מוגבלות. הם נוטים להיות פגיעים יותר גם עקב חוסרים בהבנת הסכנה, תלות בגורם מטפל שעשוי להיות פוגע, בוחן מציאות לא תקין ועוד. יתר על כן, קהל יעד זה אינו יכול להשתמש בשירותים המיועדים לכלל האוכלוסייה בשל מגוון של סיבות: חוסר נגישות, היעדר ידע של הגורמים המטפלים על הצרכים המיוחדים שלהם, רגישויות והיבטים ייחודיים להם, דעות קדומות של חלק מנותני השירות ועוד. לאור מאפיינים ייחודיים אלה, מתמקדת עבודת המרכז ליעוץ וטיפול במאפיינים הייחודיים של פגיעה ו/או הזנחה של אוכלוסיות ילדים, נוער ובגירים בעלי צרכים מיוחדים. מטרה נוספת של המפעל המיוחד היא לפתח ידע ייחודי ושיטות עבודה והתערבות ייחודיות לאוכלוסיית היעד אשר ניתן להפיץ אותו בקרב הורים, מטפלים ואנשי מקצוע נוספים, ובעתיד אף להנחילו לספקי השירות האוניברסאליים.

הארגונים השותפים בחרו בעמותת שק"ל, הפועלת בירושלים בפיתוח ואספקת שירותים לאוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים, כאחראית להקמה המרכז והפעלתו בתקופה הניסיונית. תהליכי ההקמה החלו בספטמבר 2006. עמותת שק"ל פועלת בשיתוף פעולה מקצועי עם שלושת השירותים של המשרד (פיגור, שיקום ואוטיזם) לאור המענה שהיא נותנת לאוכלוסייה רב-נכותית. למרות הניסיון המקצועי רב השנים של העמותה בתחום המוגבלויות, היה ברור שיהיה צורך בהשלמות של הדרכה והכשרה של אנשי המקצוע בתחום הטיפול באלימות.

מחקר ההערכה ליווה את המפעל המיוחד מראשיתו, במשך שלוש שנים, בהערכה מעצבת, שלה שתי מטרות עיקריות: האחת, שיפור מודל ההפעלה של השירות וחיזוק השפעותיו בקרב אוכלוסיות היעד שלו, וסיוע בגיבוש המודל לשם הטמעתו והפצתו במקומות נוספים. המחקר התבסס על מגוון פעולות הערכה בשיטות איכותיות וכמותיות. בפני ההערכה ניצבו מספר אתגרים מתודולוגיים הקשורים לאופייה של אוכלוסיית היעד של המרכז והיכולת לאסוף ממנה נתונים באופן ישיר.

ייחודיות השירות וגבולותיו

במשך התקופה הניסיונית של פיתוח השירות החדש הועלו בוועדת ההיגוי של המרכז שאלות על אודות טבעם, ייחודם וגבולותיהם של השירותים הניתנים במרכז, גם לאור שירותים אחרים בתחום שהתפתחו במהלך תקופה זאת. לאור זאת, חודדו והוגדרו "גבולות הגזרה" של המרכז ליעוץ וטיפול: ועדת הביצוע הגדירה באוקטובר 2010 את המרכז לטיפול באלימות במחוז ירושלים, שיש להפנות אליו מקרים של פגיעות של אלימות פיזית או מינית ומקרים של הזנחה והתעללות רגשית.

בדיון שנערך אצל המשנה למנכ"ל משרד הרווחה ביולי 2010 בהשתתפות נציגי הארגונים השותפים בהקמת השירות, הועלה פעם נוספת הצורך בהבחנה בין "טיפול באלימות / בפגיעה מינית או אחרת", לבין "טיפול בתפקוד מיני" ו"חינוך מיני-חברתי". הובהר כי בכל הנוגע לבעלי צרכים מיוחדים, הטיפול באלימות ובפגיעה/טראומה מינית הוא המנדט שניתן למרכז לייעוץ וטיפול, בעוד שטיפול בתפקוד מיני וחינוך מיני-חברתי, שהם בעלי אפקטים מניעתיים וחינוכיים, אינם ניתנים במסגרת המרכז, אלא במסגרות אחרות (כגון מכון רם).

הקמת השירות וגיבוש מודל הפעולה שלו

הפיתוח הראשוני של המרכז וההיערכות למתן שירות ארכו קרוב לשנה. פרק זמן זה נדרש על רקע המאפיינים המיוחדים של השירות, ביניהם ראשוניותו של השירות מבחינת השילוב בין מומחיות בתחום הצרכים המיוחדים לבין מומחיות בתחום הטיפול בפגיעה, היותו של המרכז שירות רב-נכותי, וכן עקב הצורך בהכשרת מבנה למרכז והשותפים הרבים להקמתו. תהליך זה תאם לנפח העבודה (היקף המטופלים) במרכז, אשר התפתח בהדרגה וכיום הוא עולה על נפח העבודה שתוכנן במקור למרכז (40 מטופלים).

השותפות הארגונית סביב המרכז, משרד הרווחה (על אגפי הפיגור, השיקום והיחידה לאוטיסטים), עיריית ירושלים, ג'וינט – אשלים והמוסד לביטוח לאומי, תורמת למרכז החדש איגום של תחומי ידע ומומחיות, לגיטימציה וסמכות, משאבים כספיים וניסיון. עם זאת חשוב לציין שהשותפות המקצועית הבין-ארגונית הצריכה התחשבות בשותפים השונים, בסדרי היום שלהם ובאופני התנהלותם. גם אלה השפיעו על קצב הפיתוח של השירות.

מודעות לקיומו של המרכז, היכרות עמו והפניות אליו

ההיכרות עם המרכז והשירותים שהוא מציע הצטברה והתרחבה במשך שנות פעילותו. ממצאי ההערכה מצביעים על כך שכיום קיימת מודעות לקיומו של המרכז הבאה לידי ביטוי בהתגברות ההפניות למרכז, בעליה בהיקף ההתייעצויות של אנשי מקצוע בתחום עם צוות המרכז ובבקשות להדרכות והשתלמויות בתחומי המומחיות של השירות.

סקר שנערך בקרב פקידות סעד הראה כי כולן מודעות לקיומו של המרכז, וכי כל פקידות הסעד שבאו במגע עם המרכז לייעוץ וטיפול התרשמו במידה רבה מהרמה המקצועית של הטיפול במרכז לייעוץ וטיפול ומהטיפול הכוללני המתבצע בו. כמו כן, צוין כי המרכז נגיש פיזית לאוכלוסיית היעד, זמין ואמין במידה רבה מאד. סקר נוסף שנערך במסגרת ההערכה בקרב מנהלים ועו"סים של מסגרות המשרתות את אוכלוסיית היעד של המרכז (בתי ספר, מרכזי תעסוקה, דיור מוגן) העלה שמרביתם שמעו על המרכז וחלקם אף הפנו אליו מטופלים (באמצעות הפקס).

אוכלוסיית מקבלי השירות – מאפיינים מרכזיים

במשך תקופת המחקר 40 מטופלים החלו וסיימו את תהליך הטיפול במרכז (30.5% מכלל המופנים), 37 נמצאים כיום בתהליך טיפול (28.2%), 20 נמצאים בתהליך אינטייק (15.3%) ו-34 (26.0%) לא טופלו לאחר ההפניה מסיבות שונות. המספר הכולל של מטופלים במרכז עלה משנה לשנה, מה שעשוי להעיד על ההיכרות המתרחבת עם המרכז והשירותים שהוא מציע. כשני שלישים (65%) מההפניות בתקופה הניסיונית של המרכז הגיעו מהעיר ירושלים, מלשכות הרווחה האזוריות

והשכונתיות ומהשט"י, וכשליש (35%) מההפניות הגיעו ממחוז ירושלים או ממקומות אחרים מחוץ לירושלים.

עד סוף פברואר 2011 הופנו למרכז 131 אנשים במשרע גילאים רחב (5-54), כשהגילאים השכיחים יותר הם בני נוער בני 14-20 (43%) ומבוגרים צעירים בני 21-35 (40%), מיעוטם ילדים עד גיל 12 (7.6%) ומבוגרים בני 36 ומעלה (9%). למעלה משליש מהמטופלים במרכז בתקופת המחקר התגוררו במערך דזור (36.6%) ומרבית המופנים התגוררו בבית (36.4%). מרבית המטופלים במרכז בתקופת המחקר הם יהודים (89%) ומיעוטם ערבים (11%). למעלה משליש (37.9%) מהמטופלים במרכז ליעוץ וטיפול בתקופת המחקר היו דתיים, פחות משליש (29.7%) חילונים, כרבע (23.4%) חרדים ומיעוט מסורתיים (9%).

רוב מוחלט של המופנים למרכז הם נפגעים (80%). עד מחצית 2010 טופלו במרכז נפגעים בלבד (לאור החלטה מוקדמת על כך בוועדת הביצוע). סוגי הפגיעות (נפגעים ופוגעים) שבגינם הופנו למרכז היו בעיקר פגיעות מיניות (113, 86%), ומיעוטן פגיעות פיזיות (לעתים משולבות בפגיעה מינית) והזנחה. בחודשים האחרונים של התקופה הניסיונית החל צוות המרכז לטפל בפוגעים ובמקביל להכשיר את הצוות לטיפול זה. מרבית המופנים למרכז לוקים בפיגור (60.3%), כרבע מאגף השיקום (27%), מיעוטם מאובחנים כאוטיסטים (6.1%), פיגור ואוטיזם (1%), PDD (1%), שיקום משולב בלקות למידה ובעיות רגשיות (1%) או ללא אבחון (3.8%). סיבות אפשריות לכך הן היעדר פקידי סעד הממונים על תחום האוטיזם ושיקום בלבד, רמת מודעות נמוכה לשירות בקרב המפנים הפוטנציאליים, ומאפייני הלקות (אוטיזם) העשויים להשתקף בתת-דיווח של הנפגעים ומכך שהם לא מביעים מצוקה.

תהליך הטיפול – מרכיבים, שביעות רצון וסוגיות מקצועיות

תהליך הטיפול במרכז כולל כמה מרכיבים: קבלה ואבחון, קביעת תכנית הטיפול על ידי צוות המרכז תוך התייעצות עם גורמים רלוונטיים נוספים, טיפול באמצעים שונים (טיפול שיחתי, פרטני קליני – טיפול בתנועה ודרמה, טיפול במשחק, טיפול באמנות), הערכה שוטפת של התקדמות הטיפול, הערכה תקופתית ועריכת סיכום הטיפול והמלצות למעקב.

נוסף לקשר עם המטופלים, מתקיים קשר של הדרכה וטיפול עם המשפחות ועם המסגרות שבהן לומדים או מתגוררים המטופלים על מנת לתת למטופל מענה מקיף ככל הניתן בכל מעגלי החיים שלו. בנוסף, הטיפול מלווה בעדכון ובהתייעצות עם הגורמים הרלוונטיים במוסדות החינוך והקהילה של המטופל.

במסגרת ההערכה נבחנו ארבעה תהליכים טיפוליים, כפי שהם מצטיירים בעיני בעלי העניין השונים (נקודות המבט של המטופל, של אחד מהוריו או שניהם ושל המטפלת מהמרכז ליעוץ וטיפול). מקבץ סיפורי הטיפול שהובאו, השונים כל כך אחד מהשני, מצביעה על התאמתו של הטיפול הניתן בשירות למאפייניו של כל מקרה לגופו. סיפורים אלה ממחישים את משמעות הטיפול באוכלוסיית היעד ומשקפים את המורכבויות הכרוכות בטיפול. המשותף לתהליכים השונים הוא הקצב האטי של הטיפול, הפער הנראה בין ההנאה שמבטאים המטופלים מהתהליך עצמו ומתשומת הלב הניתנת להם באופן אינדיבידואלי לבין מידת ההבנה וההפנמה שלהם את המתרחש בתהליך הטיפול. הסיפורים גם ממחישים את חשיבות המעורבות של הצוות המטפל ובני המשפחה בטיפול ומשקפים את תחושת התסכול שלהם מכך שתהליך הטיפול מהווה התחלה לתהליך הרחוק מסיום.

כוח אדם – מאפיינים, התמקצעות והכשרה

למרכז הוגדר צוות מגוון של אנשים מדיסציפלינות שונות: מנהל, עובדים סוציאליים (בהיקף של 2.5 משרות), מטפל באמנות (בהיקף של 1.5 משרה), פסיכולוגים (בהיקף של 1.5 משרות), מזכירה (היקף 0.75 משרה), עובד ניקיון ותחזוקה, ייעוץ של מטפלים פארא-רפואיים ואחרים (מומחה לשפת סימנים, קלינאית תקשורת לנושא תקשורת חליפית תומכת וכו').

עם הקמת המרכז התברר שלאור חדשנותו של השירות קיים קושי למצוא אנשי מקצוע המשלבים בהכשרתם ובניסיונם את התחומים הנדרשים במרכז (צרכים מיוחדים וטיפול בנפגעים ופוגעים). עקב כך גויסו לעבודה בעלי ידע מגוון בתחומי המומחיות הנדרשים והוחלט ליצור שפה משותפת ובסיס ידע אחיד בקרב הצוות באמצעות תהליכי הכשרה והשתלמות אינטנסיביים. בהתאם לכך, במשך השנתיים הראשונות של הפעלתו, התאפיין המרכז בתחלופה גבוהה יחסית של כוח אדם. תחלופה זאת משקפת קשיים שונים כמו קושי למצוא אנשי מקצוע מתאימים לשירות המצריך מגוון תחומי מומחיות; קושי למצוא אנשי מקצוע מנוסים המתאימים למגוון האוכלוסיות היעד של המרכז (למשל, חרדים, ערבים); שחיקה גבוהה; צורך בתגמול גבוה כדי לשמר כוח אדם איכותי לאורך זמן אשר יצבור מומחיות בתחום ועוד. בשנים האחרונות לפעילות המרכז התייצב כוח האדם, ולפיכך מתאפשרת יותר חלוקת העומס וסוגי הפעילות בין כל חברי הצוות. עם זאת, עדיין יש צורך בהשלמת הצוות (מטפלת מהמגזר החרדי, ומטפלים המתמחים בטיפול בפוגעים ובטיפול קצר מועד ממוקד בטראומה).

על רקע הגיוון בתחומי הידע והמומחיות בצוות, בלטה החשיבות של ההכשרה הראשונית שניתנה לצוות. הכשרה זאת כללה התייחסות לשני הצירים שעליהם נסבה עבודת המרכז – תחום המוגבלות ותחום האלימות והשיגה את מטרותיה במידה רבה הן ליצירת שפה משותפת בסיס ידע אחיד בקרב הצוות והן לגיבוש הצוות. בהמשך עלו צרכים נוספים להדרכה, וחברי הצוות השתלמו ועדיין משתלמים במגוון נושאים במתכונת קבוצתית ואינדיבידואלית, עם מומחים שנתנו ונותנים הדרכה במרכז, בהדרכה אישית על ידי מנהלת המרכז, בהשתתפות בכנסים, ימי עיון והשתלמויות.

סוגיות ודילמות מקצועיות

במהלך התקופה הניסיונית של המפעל המיוחד, בעקבות הניסיון שהחל להצטבר בטיפול באוכלוסייה המגיעה למרכז, התעוררו סוגיות ודילמות מקצועיות הנוגעות בהיבטים שונים של העבודה המקצועית במרכז, חלקן מעסיקות את צוות המרכז וחלקן את השותפים להקמתו של המרכז. בתחום הטיפול היו סוגיות שהעסיקו את צוות המרכז בשלבים ראשוניים יותר של העבודה הטיפולית שנעשתה ונגעו לצורך בהדרכה מעמיקה יותר ביחס לטיפול בפוסט-טראומה, ביחס להשפעת הפגיעה על אנשים בעלי צרכים מיוחדים (תוך התייחסות שונה לכל אחת מהלקויות והמוגבלויות) ובתחום של הדרכת הורים. כמו כן, התעוררו שאלות לגבי סוג הטיפול המתאים למטופלים במרכז, צורך בהתמקצעות של אנשי צוות בתחומי התמחות שונים, הרחבת העבודה הטיפולית גם לטיפול קבוצתי ולטיפול בפוגעים, היתכנות הטיפול בעלי תפקוד בינוני ונמוך, מידת ההתאמה של טיפול רגשי לאוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים, שאלות לגבי המידה שבה יש לשקף למטופל את הדברים באופן ישיר, סוגיית הרגישות התרבותית בטיפול באוכלוסיות שמרניות שקשה להן להתמודד עם התכנים המיניים של הטיפול, שאלות הנוגעות למידת המעורבות הרצויה של בני משפחה ואנשים בסביבת המטופלים.

בקרב השותפים להקמת המרכז עלו שאלות שנידונו בוועדות הביצוע וההיגוי כמו שאלות לגבי השיעור הנמוך כל כך של מטופלים הלוקים באוטיזם או מטופלים מאגף השיקום, שאלות לגבי ההפניות בעיקר על רקע של פגיעות מיניות ולא אחרות, מיקומו של השירות בלשכות רווחה או כיחידה בתוך מרכזי חירום ומידת המעקב הרצוי לאחר סיום הטיפול.

גורמים מקדמים וגורמים מעכבים

גורמים מקדמים בהתפתחותו של השירות ובהצלחתו הם הצלחה (לאחר מאמצים רבים) בגיבושו של צוות מקצועי בעל מומחיות ויכולות מתאימות לצרכים, השקעה רבה בהכשרה ובהדרכת הצוות, מבנה המונגש ומותאם לאוכלוסייה, גיבוש נהלי עבודה שיטתיים ותקינים, התאמת שיטות וכלים טיפוליים למאפייני אוכלוסיית היעד, עירוב סביבתו של המטופל בתהליך הטיפול והשותפות הבין-ארגונית בהקמתו ופיתוחו של השירות שסייעה להתפתחותו בתיאום ובאיגום משאבים ובייעוץ והדרכה בנקודות צומת.

בין הגורמים שנמצאו מעכבים את התפתחות השירות ניתן למנות את הקושי בגיוס צוות מתאים המשלב מומחיות טיפולית בתחום הפגיעה ומומחיות בתחום צרכים מיוחדים ותחלופה רבה של כוח אדם בשנתיים הראשונות של פיתוח השירות, מחלוקות ואי-בהירות בוועדות המלוות לגבי המנדט וגבולות הגזרה של השירות החדש, ומשך הטיפול הקצר יחסית לצרכיהם המרובים של המטופלים ומשפחותיהם.

לסיכום, ממצאי ההערכה מצביעים על הלימה של מודל הפעולה של השירות החדש למאפיינים ולצרכים של אוכלוסיית היעד שלו, זאת הן מבחינת הכלים הטיפוליים, הן מבחינת תהליכי האבחון והטיפול המתבצעים בו והן מבחינת הפרופיל של הצוות המקצועי הנותן כיום מענה להיבטים של רגישות תרבותית באמצעות אנשי צוות המחזקים את יכולתו של השירות לתת מענה לצרכים של אוכלוסיות שונות מבחינה תרבותית. עם השנים הפך השירות למוכר בקרב אוכלוסיית היעד והוא נתפס כמקור ידע וייעוץ בתחום אנשים בעלי צרכים מיוחדים הנמצאים בסיכון ובסכנה. לקוחות השירות – מטופלים ומשפחותיהם, אנשי מקצוע וגורמים בקהילה המפנים למרכז ומקבלים ממנו מידע וייעוץ – מביעים שביעות רצון מהיחס החם, מתהליך הקבלה המקצועי ומהשותפות וההדרכה שמציע המרכז לסביבתו של המטופל.

מידת ההשפעות של העבודה הטיפולית המתבצעת במרכז לייעוץ וטיפול מהווה אתגר בפני עצמו לאור מאפייני המטופלים. ניתוח חוות הדעת על תהליכים טיפוליים שונים ממחיש את המורכבות הכרוכה בהערכת אפקטיביות של השירות הניתן במרכז, עקב מגבלות מתודולוגיות שונות שפורטו בדיווח. עם זאת, הממצאים מעידים על השפעות חיוביות של הטיפול המתבטאות בסימנים שינויים קטנים אך מצטברים בחייהם של המטופלים, ביחסם לעצמם ולסביבה, לעלייה במודעותם לסיכונים וסכנות ולחיזוק המוגנות שלהם.

לאור הדרישה ההולכת וגדלה של השירות מאזורים שונים בארץ, מומלץ להקים שירותים דומים באזורים אחרים בארץ כדי להפוך את השירות לנגיש וזמין עבור אוכלוסיות הזקוקות לו והמנועות מלקבל אותו בשל המרחק הגאוגרפי. בהקשר זה, מומלץ להבהיר ולחדד עוד את תחומי המומחיות של המרכז לייעוץ וטיפול בהקשר הכולל של שירותים הקיימים כיום לאוכלוסייה של בעלי צרכים מיוחדים הנמצאים בסיכון ובסכנה.

מומלץ לגורמים המעורבים, ובראשם השירותים הרלוונטיים במשרד הרווחה להציב, לאור הניסיון שהצטבר, יעדים למשך הטיפול ושלביו השונים, לגבש אמות מידה מוסכמות בין אנשי המקצוע בתחום לקבלת החלטות על משך הטיפול והפסקתו ולבחון אפשרויות להמשך מעקב אחר טיפולים שהסתיימו.

מומלץ להמשיך בהכשרות ובהשתלמויות לצוות, לפי ההתמחויות הנדרשות והצרכים העולים מהשטח, באופן פרטני וקבוצתי, גם לאור הרחבת השירות לטיפול בפוגעים.

מומלץ להמשיך ולהשקיע מאמץ להבנות ולהאחיד את חוות הדעת שכותבים המטפלים על תהליך הטיפול. כפי שצוין בדיווח, בחינת חוות הדעת העלתה כי קיימים הבדלים בין המטפלים מבחינת רמת הפירוט של הדיווחים על מצבם של המטופלים בשלבי הטיפול השונים ומבחינת הדגש המושם על תשומות הטיפול בהשוואה לתפוקות והתמורות הנצפות בעקבותיו. ניתן לראות כי בדיווחים מאוחרים יותר קיימת יותר הבניה ואחידות ויש צורך להמשיך במאמצים אלה כדי שניתן יהיה לערוך מעקב מדויק יותר על איכות הטיפול ותוצאותיו.

מומלץ לגבש מדיניות ברורה המבוססת על קריטריונים גלויים לגבי הייעוץ וההדרכה שנותן צוות המרכז לגורמי חוץ. תחום פעולה זה לא נכלל בתכנית העבודה הפורמלית של השירות ולפיכך לא הוקצו לו משאבים, אולם המציאות בתקופת המחקר הראתה שיש צורך רב בשדה בלמידה מהמומחיות הנצברת בתחום במרכז לייעוץ וטיפול. לפיכך חיוני להסדיר תחום פעולה זה באופן רשמי ושיטתי.

מומלץ להעמיק ולחזק את המאמצים לערב גורמים שונים הקשורים למטופל ולשתף עמם פעולה. כיום במסגרת שיתוף הפעולה מתקיימות הדרכות להורים, נערכות פגישות עם צוותי בתי ספר וצוותי הוסטלים, מועברים עדכונים הדדיים ומתקיימת חשיבה משותפת ככל שניתן. קשה להגזים בחשיבות מרכיב זה בתהליך הטיפול שכן הטיפול במרכז מהווה שלב ראשוני בשיקומו של המטופל מהפגיעה והטראומה. בהמשך לכך, מומלץ לגבש מדיניות שיטתית לגבי המשך המעקב ומתן הדרכה וייעוץ (פרטני וקבוצתי) למטופלים, למשפחותיהם ולאנשי צוות, לאחר סיומו של תהליך הטיפול במרכז.

ביבליוגרפיה

- אוי'האגאן, ק' (1993). התעללות רגשית ופסיכולוגית בילדים. קריית-ביאליק : אח.
- ארזי, ל' (2002). הקשר בין עמדות עובדים סוציאליים לבין התערבויותיהם במקרים של אלימות במשפחה כלפי אנשים עם פיגור שכלי. עבודת גמר לקראת קבלת תואר מוסמך, בית ספר לעבודה סוציאלית, חיפה : אוניברסיטת חיפה.
- ברייך, נ' ד' (2002). קרבנות שהנם אנשים עם נכויות התפתחותיות שוברים את קשר השתיקה. סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום, 14 (2), 7-15.
- גור, ע' (2004). "הסרסור שלי לא היה צריך ללמד אותי כלום. אבא לימד אותי הכול בבית": גילוי עריות כגורם מרכזי בהתדרדרות של נשים ונערות לזנות, סמים ופשע. בתוך : צ' זליגמן וז' סולומון (עורכות). הסוד ושברו : סוגיות בגילוי עריות (עמ' 457-482). תל-אביב : הקיבוץ המאוחד.
- דבי, ר' (2009). ניוון שרירים. נדלה מאתר האינטרנט באוגוסט 2011, www.reader.co.il.
- דובדבני, א' וארבל, מ' (1997). מודל להתערבות פיזית בהתמודדות עם אלימות של אנשים עם פיגור. בתוך : א' דובדבני, מ' חובב, ר' רימרמן וא' רמות (עורכים). הורות ונכות התפתחותית בישראל (עמ' 164-178). ירושלים : מאגנס.
- דובדבני, א' ונאור, ר' (2004). מעמדו החברתי של האדם המפגר במפעלים מוגנים רבי נכויות. תל-אביב : קרן שלם.
- דולב ט' (1998). הטיפול בילדים הסובלים מהזנחה והתעללות והחיים בסביבה מסכנת. מסמכי רקע לתכנית התלת-שנתית 1998-2000 : אשלים, העמותה לתכנון ופיתוח שירותים לילדים ובני נוער בסיכון ומשפחותיהם. ירושלים : גוינט.
- הסיווג הבין-לאומי ללקויות, מוגבלויות ונכויות. (תרגום : י' כהן וא' בוני), ירושלים : האגודה למען שירותי בריאות הציבור.
- הרמן, ג' (1994). טראומה והחלמה. (תרגום : ע' זילבר). תל-אביב : עם עובד.
- זליגמן, צ' (2004). מבוא לגילוי עריות : אין אמת, ואין חסד, ואין רחמים. בתוך : צ' זליגמן וז' סולומון (עורכות). הסוד ושברו : סוגיות בגילוי עריות (עמ' 257-277). תל-אביב : הקיבוץ המאוחד.
- חודטוב, ב' (2002). תופעת האלימות כלפי ילדים ובני נוער עם צרכים מיוחדים מיפוי צרכים, שירותים קיימים והצעת כיווני התערבות – תחום ילדים ובני נוער עם צרכים מיוחדים. ירושלים : אשלים.
- חודטוב, ב' (2008). "שבע השנים ה..." בתחום ילדים ונוער עם מוגבלויות בסיכון ובסכנה. עט השדה, אשלים, ירושלים.
- לבנשטיין, א' ורון, פ' (2000). פגיעה בקשישים על ידי בני משפחה מטפלים : שכיחות התופעה בארץ, טיפולוגיה של הקרבן ושל בן המשפחה המתעלל ואטיולוגיה של התעללות. אוניברסיטת חיפה : המחלקה לעבודה סוציאלית.
- לקס, ח' (2000). נשים מוכות : דימוי עצמי ואימהות בעיני עצמן. עבודת גמר לקראת קבלת תואר מוסמך בפסיכולוגיה. ירושלים : האוניברסיטה העברית.
- מורבר, מ' (2009). איתור ילדים, צעירים ובוגרים בעלי מוגבלויות המצויים בסיכון להתעללות גופנית, רגשית, פסיכולוגית ומינית. ספר הדרכה לעובדים במערכות החינוך, הרווחה, הבריאות ולהורים. ירושלים : משרד החינוך.
- מישורי, ע' (1992). אוטיזם וליקויי תקשורת. תל-אביב : הוצאת אלרו"ט.

- מלר, י' ופינצקי, ש' (1988). לקויי שמיעה בטיפול מחלקת שיקום. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- מרום, מ' ועוזיאל, ל' (2000). סקירת ספרות בנושא ילדים עם נכויות במצבי סיכון. אשלים, ג'וינט ישראל.
- נאון, ד', מורגנשטיין, ב', שימעל, מ' וריבליס, ג' (2000). ילדים עם צרכים מיוחדים: הערכת צרכים וכיסויים על ידי שירותים. ירושלים: ג'וינט – מכון ברוקדייל.
- נוישטט, נ' (2007). עקרונות בהנגשה עבור אנשים עם לקות ראייה. בתוך: ד' פלדמן, י' דניאלי-להב, ושי' חיימוביץ' (עורכים). נגישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלויות בפתח המאה ה-21 (עמ' 525–546). ירושלים: נציבות השוויון לאנשים עם מוגבלויות, משרד המשפטים.
- סעדה, א' (2009). הגדרת אוטיזם ומשמעותה. נדלה מאתר האינטרנט באוגוסט 2011, www.be-portal.org/htmls/asd-definition.aspx?c0=18473&bsp=18472
- עמינדב, ח' (1998). תהליך האבחון לקביעת קיומו של פיגור שכלי. בתוך: א' רימרמן, מ' חובב, א' דבדני וא' רמות (עורכים). נכות התפתחותית ופיגור שכלי בישראל צרכים ומענים (עמ' 15–36). ירושלים: מאגנס.
- ערן, א' (2007). עקרונות בהנגשה עבור אנשים עם לקויות שמיעה. בתוך: ד' פלדמן, י' דניאלי-להב, ושי' חיימוביץ' (עורכים). נגישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלויות בפתח המאה ה-21 (עמ' 499–524). ירושלים: נציבות השוויון לאנשים עם מוגבלויות, משרד המשפטים.
- פדואה, א' (2004). הגוף מדבר: נושאים בטיפול רפואי בשורדות בוגרות של התעללות מינית בילדות. בתוך: צ' זליגמן וז' סולומון (עורכות). הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות (עמ' 483). תל-אביב: הקיבוץ המאוחד.
- פלדמן, ד' ומיכלסון, פ' (2005). אנשים עם מוגבלויות בישראל 2004. ירושלים: נציבות שוויון לאנשים עם מוגבלויות, משרד המשפטים. נדלה מאתר האינטרנט באוגוסט 2011, www.justice.gov.il/MOJHeb/NetzivutNEW/Pirsumim
- פרימק, ח' (1998). תכנית תלת-שנתית 1998-2000. ירושלים: ג'וינט ישראל.
- פריטי, א' (1997). אוטיזם – פשר החידה. תל-אביב: ספריית הפועלים.
- רימרמן, א' מאיר, א' ושטנגר, ו' (1986). נכות התפתחותית קובץ מונחים. תל-אביב: צ'ריקובר.
- שחר, י' (2004). בני נוער עם נכות התפתחותית: פיגור שכלי גבולי וקל והתנסויותיהם במצבי פגיעה וניצול. השוואה לבני נוער רגילים ללא נכות. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך בחינוך, אוניברסיטת חיפה.
- שטרוסברג, נ' איתן-ריבליס, ג' (2004). א' סנדלר-לף, נ' שטרוסברג וד' נאון (עורכים), אנשים עם נכויות בישראל עובדות ומספרים, ירושלים: ג'וינט, מכון ברוקדייל.
- שטרוסברג, נ' איתן-ריבליס, ג' (2006). נשים בנות 18–60 עם מוגבלות בישראל: ממצאים נבחרים מניתוח משנה של נתוני סקרים ארציים. נדלה מאתר האינטרנט באוגוסט 2011, <http://brookdale1.pionet.com/default.asp?catid=%7B2B0CBA90-FBDF-449F-84B5-EF4C10BDF8E7%7D>
- Ammerman, R. T., Van-Hasselt, V. B., Hersen, M., McGonigle, J. J & Lubetsky, M. J. (1989). Abuse and neglect in psychiatrically hospitalized multi-handicapped children. *Child abuse and neglect*, 13, 335-343.
- Benedict, M I., White, R. B., Wulff, L. M. & Hall, B. J. (1990). Reported maltreatment in children with multi-disabilities. *Child abuse and neglect*, 14 (2), 207-217.

- Bryen, D. N., Carey, A. & Frantz, B, (2002). *People who use AAC and their experiences with crim*. Submitted for publication. Institute on disabilities. Calgary, Canada.
- Bryen, D. N., Carey, A. & Frantz, B, (2003). Adults who use augmentative communication and their experiences as victims of crimes. *Augmentative and alternative communication*, 19 (2), 125-134.
- Carlson, B. E. (1997). Mental retardation and domestic violence: An ecological approach to intervention. *Social work*, 42(1), 79-90.
- Cawson, P. (2002). *Child Maltreatment in the Family*. London: NSPCC.
- Cooke, P. And Standen, P.J (2002) Abuse and Disabled Children: Hidden Needs? *Child Abuse Review*, 11, 1-18.
- Crosse, S. B., Kaye, E., & Ratnofsky, A. C. (1993). *A Report on the Maltreatment of Children with Disabilities*. Washington, DC: National Center on Child Abuse and Neglect.
- Didden, R., Duker, P. C., & Korztluis, H. (1997). Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 387-399.
- Finkelhor, D. (1986). *A Sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Finkelhor, D. & Hotaling, G. T. (1984). Sexual abuse in the national incidence study of child abuse and neglect. *Journal of learning disabilities*, 15, 538-586.
- Flynn, M.C. (1986). Adults who are mentally handicapped as consumers: Issues and guidelines for interviewing. *Journal of Mental Deficiency Research*, 30, 369-377.
- French, G. S. (2001). Linking the assessment of self-reported functional capacity with abuse experiences of women with disabilities. *Violence against women*, 7(4), 418-431.
- Garbarino, J. (1987). The abuse and neglect of special children: An introduction to the issues. In: J.Garbarino, P. E. Brookhouser, K. J. Authier & associates (eds.), *Special children special risks: The maltreatment of children with disabilities* (pp. 3-14). New York : Aldine de Gruyter.
- Goldson, J. E. (1998). Children with disabilities and child maltreatment. *Child abuse & neglect*, 22(7), 663-667.
- Gonzales, A. R., Schofield, R. B. & Gillis, J. W. (2002). First Response to Victims of Crime Who Have a Disability: *A Handbook for Law Enforcement Officers on How To Approach and Help Crime Victims Who Have Alzheimer's Disease Mental Illness Mental Retardation Or Who Are Blind or Visually Impaired Deaf or Hard of Hearing*. Washington, DC: US department of Justice. Retrieved August, 15, 2011, from <http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/publications/infores/firstrep/2002/welcome.html>
- Herman, J. L. (1992). *Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma*. Massachusetts: Plenum Publishing Corporation.

- Heal, L.W. & Sigelman, C.K. (1990). Methodological issues in measuring the quality of life of individuals with mental retardation. In: R.L. Schalock (Ed.), *Quality of Life: Perspectives & Issues* (pp. 161-176). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Hintermair, M. (2000). Hearing impairment, social networks and coping: The need for families with hearing-impaired children to relate to other parents and hearing impaired adults. *American annals of deaf*, 145, 41-51.
- Holzbauer, J. J. & Berven, N. L. (1996). Disability harassment: A new term for a long standing problem. *Journal of counseling & development*, 74(5), 478-484.
- Jarvelin, M.R., Laara, E., Ratakallio, P., Moilanen, I. & Isohanni, M. (1994). Juvenile delinquency, education and mental disability. *Exceptional Children*, 61 (3), 230- 241.
- King, R. (2005). Proceeding with compassion while awaiting the evidence: Psychotherapy and individuals with mental retardation. *Mental Retardation*, 43, 448-450.
- Klopping, H. (1984). *The deaf adolescent: Abuse and abusers. Habilitation and rehabilitation of deaf adolescents – proceeding of the national conference*. Washington, DC: National academy of Gallaudet.
- Kvam, M. H. (2000). Is sexual abuse of children with disabilities disclosed? A retrospective analysis of child disability and the likelihood of sexual abuse among those attending Norwegian hospitals. *Child abuse & neglect*, 24(8), 1073-1084.
- Levey, J. C. & Lagos, V. K. (1994). Children with disability. In: L. D. Eron, J. H. Gentry & P. Schlegel (eds.), *Reasons to hope: A psychological perspective on violence and youth* (pp. 197-213). Washington, DC: APA.
- Lynch, C. (2004). Psychotherapy for persons with mental retardation. *Mental Retardation*, 42, 399-405.
- Mandell, D.S., Walrath, C.M., Manteuffel, B., Sgro, G. and Pinto-Martin, J.A. (2005) The Prevalence and Correlates of Abuse among Children with Autism Service in Comprehensive Community-Based Mental Health Settings. *Child Abuse and Neglect*, 29, 1359-1372.
- Marchent, R. & Page, M. (1992). *Bringing the gap: Child protection work with children with multiple disabilities*. London: NSPCC.
- Marge, D.K. (2003). *A call to action: Ending crimes of violence against children and adults with disabilities*. A Report for the Nation, NY: Upstate Medical University. Retrieved August, 15, 2011 from https://www.aucd.org/docs/annual_mtg_2006/symp_marge2003.pdf
- Miller, F. & Bachrach, S. J. (2006). *Cerebral palsy: A complete guide for care giving*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Murray, M & Osborne. C. (2009). *Safeguarding disabled children: practice guidance. Department for children, schools and families*. Retrieved August, 15, 2011 from

<http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/safeguardingandsocialcare/safeguardingchildren/safeguarding/>

- Nosek, M.A., Howland, C.A. & Young, M.E. (1998) "Abuse of Women with Disabilities: Policy Implications". *Journal of Disability Policy Studies*, 8 (1,2), pp.158-175. Retrieved August, 15, 2011 from <http://www.la-briut.org.il/article/?id=a53efc645a99aeeb543afc78001f8312&did=125>
- Petersilia, J. (2001). Invisible victims. Crime victims with developmental disabilities. *Criminal Justice and Behavior*, 28 (6), 655-694.
- Petersilia, J. (1998). *Statement prepared for the California Senate public safety committee Hearing on persons with development disabilities in the criminal justice system*, Unpublished paper.
- Petersilia, J., Foote, J. & Crowell, N.A. (2001). *Crime victims with developmental disabilities: Report of workshop*. Washington DC: National Academy Press. Retrieved August, 15, 2011 from http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=kInaBuhG5SEC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Crime+victims+with+developmental+d=brZ0PwonOQB9DahFBR_FrthGQzU#v=onepage&q=&f=false+isabilities:+Report+of+workshop&ots=oQOaGAPvX3&sig
- Prout, H. T., & Nowak-Drabik, K. M. (2003). Psychotherapy with persons who have mental retardation. An evaluation of effectiveness. *American Journal on Mental Retardation*, 108, 82-93.
- Sigelman, C.K., Budd, E.C., Winer, J.L., Schoenrock, C.J. & Martin, P.W. ((1982). Evaluating alternative techniques of questioning mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 86(5), 511-518.
- Sherry, M. (2000). *Hate crimes against people with disabilities*. School of Social Work, University of Queensland.
- Sobsey, D. & Mansell, S. (1990). The prevention of sexual abuse of people with developmental disabilities. *Developmental Disabilities Bulletin*, 18 (2), 51- 66.
- Sobsey, D. (1992) *Violence and Abuse in the Lives of People with Disabilities*, Baltimore: Paul H. Brookes.
- Sobsey, D. (1994). *Violence and Abuse in the Lives of People with Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Sobsey, D., Randall, W. & Parrila, R.K.(1997). Gender differences in abused children with and without disabilities. *Child Abuse and Neglect*, 21, 707- 720.
- Sullivan, P. M. & Scanalan, J. M. (1987). Therapeutic Issues. In: J. Garbarino, P. E. Brookhouser & K. J. Authier (eds.), *Special children – special risks: The maltreatment of children with disabilities* (pp. 127-159), Hew York: Aldin de Gruyter.

- Sullivan, P. M. & Knutson, J. F. (1998a). The association between child maltreatment and disabilities in a hospital-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*. 22(4), 271-288.
- Sullivan, P.M. (1999). *Violence and abuse against children with disabilities*. Washington, DC: National Research Council.
- Sullivan, P. M. & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*. 24, 1257-1273.
- Sullivan, P. Vernon, M and Scanlan, J. (1987) Sexual Abuse of Deaf Youth. *American Annals of the Deaf*, 1, 256-262.
- Tyiska, C.(1998). *Working With Victims of Crime with Disabilities*. Office for Victims of Crime Bulletin, Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office for Victims of Crime. Retrieved August, 15, 2011 from <http://www.mincava.umn.edu/documents/ovcdisable/ovcdisable.pdf>
- Utting, W. (1997). *People Like Us: The Report of the Review of Safeguards for Children Living Away from Home*. HMSO London.
- Valenti-Hein & Schwartz. (1995). In Reynolds, L.A, *People with Mental Retardation & Sexual Abuse*. MD: The Arc.
- Verdugo, M. A., Bermejo, B. G. & Fuertes, J. (1995). The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child abuse & neglect*, 19(2), 205-215
- Weinstein, B. E. (2000). *Geriatric audiology*. New York: Thieme.
- Westcott, H. (1993). *Abuse of children and adults with disabilities: Policy, practice, research series*. London: National society for the Prevention of cruelty to disabilities
- Westcott, H. L. & Cross, M. (1996). *This far and no further: Towards ending the abuse of disabled children*. Birmingham: Venture press.
- Westcott, H. L. & Jones, D. P. H. (1999). Annotation: The abuse of disabled children. *Journal of children psychology and psychiatry*, 40 (4), 497-506.
- Young, M., Nosek, M. Howland, C. Chanpong, G. & Rintala, D. (1997). Prevalence of abuse of women with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 78, 34-38.

אתרי אינטרנט:

www.macom.org.il
www.pigur.co.il
www.alut.org.il
www.1202.org.il
www.sahar.org.il
www.bizchut.org.il
www.be-portal.org/htmls/home.aspx

נספחים

נספח 1 – טופס תכנית טיפול

מרכז טיפולי לאנשים עם מוגבלות נפגעי אלימות

תוכנית טיפול

נא לעדכן כל 4 חודשים או אחרי דיון מקצועי שהנו בעל השפעה על קביעת תוכנית הטיפול.

שם המטפל - _____

שם המטופל - _____

תאריך הגעה לאינטייק - _____

תאריך התחלת טיפול - _____

מספר פגישות עד כה - _____

תכנית טיפול מספר 1

תאריך - _____

1. סיבת ההגעה לטיפול

א. הערכת המטופל וסביבתו

הערכת המטופל – כולל כוחות, קשיים ושינויים שחלו בחיי המטופל מאז הפגיעה : באישיותו, בהתנהגותו, ביחסיו עם החברה וצרכיו.

ב. הערכת סביבת המטופל

כולל תיאור היחסים עם משפחה, צוותים, בית ספר, תעסוקה, דיור, שכנים וכו'.

2. הקשר הטיפולי (אופי, הקשר, מידת האמון, אופני ההתקשרות):

3. מטרות הטיפול (מטרות ראשוניות שניתנות לשינוי, הרחבה והוספה):

- א. _____
- ב. _____
- ג. _____
- ד. _____

4. האם מתוכננת התערבות מערכתית? אם כן עם מי?

5. מטרת ההתערבות המערכתית עם כל אחד מהגורמים:

- א. _____
- ב. _____
- ג. _____
- ד. _____

6. התהליך הטיפולי (מה מתרחש בחדר הטיפול? תאור התכנים והרגשות השונים

שמעסיקים את המטופל, הקשר בין המטפל למטופל):

סיכום/הרחבה/פירוט:

תכנית טיפול מספר 2

תאריך _____
מספר פגישות עד כה _____

1. האם חל שינוי בהערכת המטופל וסביבתו?

2. האם הושגו או השתנו מטרות הטיפול? פרט! (בהתאמה למטרות שנכתבו בתוכנית 1

סעיף 3)

- א. _____
- ב. _____
- ג. _____
- ד. _____

הרחבה ופירוט:

3. האם הושגו או השתנו מטרת ההתערבות המערכתית? (בהתאמה למטרות שנכתבו

בתוכנית 1 סעיף 5)

- א. _____
- ב. _____
- ג. _____
- ד. _____

הרחבה ופירוט:

4. התהליך הטיפולי (מה מתרחש בחדר הטיפול? תאור התכנים והרגשות השונים

שמעסיקים את המטופל, הקשר בין המטפל למטופל):

5. המלצות להמשך:

נספח 2 – טופס סיכום טיפול

תאריך: _____

סיכום טיפול – טופס לדוגמא

אל: (פק"ס המפנה) _____

הנדון: סיכום טיפול של _____ ת.ז. _____

תאריך תחילת הטיפול: _____ תאריך סיום הטיפול: _____

מס' מפגשים: _____

שם המטפל/ת: _____

- פירוט מידת שת"פ של המטופל ומשפחתו עם ה-setting הטיפולי
- להלן תמצות התהליך הטיפולי, המטרות וההמלצות:
- א. תיאור המטופל ורקע על המטופל ומשפחתו (מראה, גיל, מס' נפשות במשפחה וכו'), סוג הפגיעה כולל מצבו הנפשי, התפקודי, הרגשי, הפיסי ושינוי התנהגותי בעקבות הפגיעה.
- ב. תיאור התהליך הטיפולי תוך שימת דגש על תיאור העבודה על הפגיעה וסביב הפגיעה (תמות מרכזיות שעלו בטיפול, יחסי אובייקט, דימוי עצמי, כוחות, הגנות, תפיסת העצמי והאחר, תחושת ה-wellbeing, תיאור עבודה פסיכו-חינוכית אם נעשתה בנוסף לתהליך הדינמי. על המטפל להגדיר לעצמו את מטרות הטיפול – כפי שהוגדרו בתחילת הטיפול וכן אלו מטרות הושגו ואלו לא? מדוע?)
- ג. תיאור התהליך המערכתי שליווה את הטיפול (קשר עם גורמים שונים כגון הורים, צוותי דיור ותעסוקה וכו' ומידת מעורבותם).
- ד. סיכום והמלצות

בברכה,

(שם המטפל) _____
עו"ס / פסיכולוג המרכז

יעל שטרן גורדון
מנהלת המרכז ייעוצי טיפולי

העתק: גב' _____ - מפקחת פיגור/ שיקום/ אוטיזם.

נספח 3 – מתווים לראיונות – סיפורי מקרה

מתווה לראיון הערכה עם המטופל

מבנה המפגש לצורך הריאיון

המפגש יחולק לארבעה שלבים :

1. פתיחה: מטפלת + מטופל – המטפלת מכינה אותו לכך שמישהו נוסף יכנס לפגישה/ ישאל אותו שאלות.
2. מטפלת+מטופל+מעריכה – היכרות קצרה/ עושים משהו ביחד/...
3. מעריכה+מטופל – ראיון
4. מטפלת+מטופל – לסיים את הפגישה כמו שהמטופל רגיל, 'לאסוף' ולהרגיע. הנקודות מנוסחות ללא אבחנה בין אוכלוסיות שונות. הניסוח יותאם לרמת המטופל.

חלק ראשון

- א. האם את/ה יודעת/ת בשביל מה את/ה מגיע/ה לכאן? (למרכז ייעוצי טיפולי)
- ב. האם את/ה יכול/ה לספר לי על כך?
- ג. מה את/ה עושה כשאת/ה מגיע/ה למרכז?
- ד. את/ה רוצה לבוא לפגישות עם X? (מטפל).
- ה. מה את/ה אוהב/ת לעשות בפגישות?
- ו. מה את/ה לא אוהב/ת לעשות בפגישות?
- ז. בראיון בסיום הטיפול – האם היה לך שווה להגיע לפגישות עם [שם המטפלת]?

חלק שני

בדיקה באמצעים השלכתיים: ציור של ילד ומבוגר או שני מבוגרים הנמצאים בסיטואציה משותפת – יושבים בפגישה טיפולית או ליד שולחן (בהתאם לגילו ולמינו של המטופל, כולל דמות של מתורגמן- אם משתתף בפגישות הטיפוליות) / שתי בובות (פליימוביל) שמניחים בסיטואציה של פגישה טיפולית או ליד שולחן.

הנחיה למטופל: הציור/ הבובות מתאר מישהו/מישהי שבא לפגישה במרכז. זו המטפלת שלו והוא/היא מגיע/ה לפגישות כל שבוע.

1. מה אתה חושב על [הדמות המייצגת את המטופל]:

א. פתוח _____

ב. קונקרטי:

(1) מה קרה לו?

(2) מה קשה לו?

(3) מה כואב לו?

(4) איך הוא מרגיש?

(5) מה גורם לו להיות עצוב?

(6) מה גורם לו להיות שמח?

(7) איך אפשר לעזור לו?

2. מה את/ה חושב/ת על [הדמות המייצגת את המטפלת]:

א. פתוח _____

ב. קונקרטי:

(1) האם היא נעימה או לא נעימה? למה?

(2) האם היא עוזרת למטופל/ת?

(3) מה היא עושה עם המטופל/ת?

3. על האינטראקציה:

א. מה הם עושים יחד?

ב. האם המטופל/ת נהנה/נהנת לפגוש את המטפלת?

ג. האם המטפלת עוזר למטופל/ת?

מתווה לריאיון מובנה עם בני משפחה

חלק א': רקע על המשיב והנפגע – ימולא לפני השיחה מנתוני המרכז

1. בן המשפחה הנפגע הוא: בן/ בת ב. אח/ אחות ג. אחר: _____

2. גיל הנפגע: ____ 3. ארץ לידה של הנפגע: א. ישראל ב. אחר: ____ 4. שנת עליה: _____

5. הנכות/לקות של בן המשפחה:

א. פיגור ב. אוטיזם ג. שיקום ד. נכות חושית ה. נכות פיזית ו. אחר: _____

6. הטיפול שמקבל בן המשפחה:

א. פרטני ב. קבוצתי ג. משפחתי ד. טיפול באומנויות ה. אחר: _____

7. האם הנפגע היה בטיפול רגשי בעבר?

א. לא ב. כן -אם כן, באיזה טיפול? _____

8. שם המשיב: ____ 9. מין: זכר / נקבה 10. גיל: ____

11. רמת השכלה של המשיב: א. יסודית ב. תיכונית ג. על יסודית ד. אקדמית ה. אחר: _____

12. הכנסה משפחתית (ביחס לממוצע 9,400 ש"ח ברוטו):

א. הרבה מעל ב. מעל הממוצע ג. דומה לממוצע ד. מתחת לממוצע ה. הרבה מתחת

13. ארץ לידה של המשיב: א. ישראל ב. אחר: ____ 14. שנת עליה: _____

15. בן המשפחה מעורב בטיפול? כן לא

16. פרק זמן מהפגיעה להפניה: ____ 17. מהפניה להתחלת הטיפול: _____

18. סה"כ פרק זמן מפגיעה להתחלת טיפול: _____

* * * * *

פתיח

שלום,

שמי ... ואני מתקשר בנוגע למרכז הייעוצי טיפולי לאנשים עם צרכים מיוחדים.

אני נציג של מכון מתווה שעורך את המחקר המלווה/ מחקר ההערכה על המרכז ואני פונה אליכם מכיוון שחתמתם על הסכמה להתראיין בנוגע לתהליך.

אני מודה לך על ההסכמה להתראיין ומעוניין לקבוע איתך מועד לשיחה בטלפון של 10 דקות עד רבע שעה.

מועד השיחה: יום: _____ תאריך: _____ שעה: _____
הראיון התקיים במועדו? כן לא - ב יום: _____ תאריך: _____ שעה: _____
משך הראיון בפועל: _____ דקות. המראיין: _____

חלק ב': ראיון טלפוני

1. פניה למרכז ייעוצי טיפולי

1. כיצד שמעת על המרכז הייעוצי טיפולי?

א. מגורמי רווחה שעימם נמצאים בקשר.

ב. ממוסד בו לומד בן המשפחה.

ג. ממוסד בו מתגורר בן המשפחה.

ד. אחר: _____

2. מה הייתה עמדתך ביחס לפנייה לקבלת טיפול במרכז?

א. הסכמה ללא היסוס

ב. היסוסים והתלבטויות

ג. התנגדות

3. [אם הביע היסוס או התנגדות]— מדוע?

(למראיין – לשאול את השאלה באופן פתוח ואח"כ לסווג לפי דברי המראיין)

א. לא חשבתי שזה יועיל ל/ה

ב. חשבתי שהטיפול יזיק ל/ה

ג. לא חשבתי שהטיפול ישנה משהו

ד. לא הבנתי בדיוק במה הטיפול כרוך

ה. חשבתי שנצטרך לשלם על זה / אין לי כסף לשלם על טיפול

ו. לא הכרתי את המרכז / לא היו לי המלצות על המרכז

ז. אחר: _____

4. מה שינה את דעתך?

5. מה דעתך על תהליך הקבלה למרכז? (נא התייחס לתקופה מאז שנציג המרכז יצר עימכם קשר)

כלל לא		בינונית		רבה מאד		במידה:
1	2	3	4	5	6	
1	2	3	4	5	6	מקיף ומעמיק
1	2	3	4	5	6	מקצועי
1	2	3	4	5	6	מכבד
1	2	3	4	5	6	מערב את כל הגורמים הרלוונטיים
1	2	3	4	5	6	שומר על הפרטיות של הנפגע ושל בני משפחתו
1	2	3	4	5	6	מעיק ומעייף
1	2	3	4	5	6	מאיים
1	2	3	4	5	6	ארוך
1	2	3	4	5	6	איטי
1	2	3	4	5	6	אחר:

II. הטיפול

1. מהי מתכונת הטיפול? (ניתן לסמן יותר מתשובה אחת)

א. לא יודע ב. פרטני ג. קבוצתי ד. טיפול באומנויות ה. אחר: _____

2. באיזו מידה את/ה שבע/ת רצון מתכנית הטיפול בהיבטים הבאים?

לא מכיר/ לא יודע	כלל לא		בינונית		רבה מאד		במידה:
9	1	2	3	4	5	6	
9	1	2	3	4	5	6	מסוג הטיפולים
9	1	2	3	4	5	6	מתדירות הטיפולים
9	1	2	3	4	5	6	ממשך הטיפול
9	1	2	3	4	5	6	מידת המעורבות של בני משפחה
9	1	2	3	4	5	6	מידת המעורבות של גורמי מקצוע מטפלים במסגרת חינוכית ו/או במערך הדיור

3. האם העו"ס הקשור/ה לבן המשפחה מעורב/ת בטיפול?

א. לא יודע ב. כן ג. באופן חלקי ד. לא

אם לא, מדוע? _____

4. האם את/ה שבע/ת רצון ממידת המעורבות של העו"ס בטיפול?

במידה רבה מאד 1 2 3 4 5 6 כלל לא

5. האם את/ה או משפחתך נמצאים במקביל בטיפול אחר (בנוגע לפגיעה זו או לנושאים אחרים)?

א. לא ב. כן – (1) בנוגע לפגיעה זו (2) בנוגע לנושאים אחרים

אם כן, באיזו מסגרת? _____

6. באיזו מידה את/ה שבע רצון מהטיפול במרכז הייעוצי טיפולי?

במידה רבה מאד 1 2 3 4 5 6 כלל לא

7. ממה את/ה שבע/ת רצון?

(למראיין – ניתן לסמן יותר מתשובה אחת)

מעצם העובדה שבן משפחתי נמצא בטיפול	מהקשר של בן המשפחה המטופל עם המטפל	מהקשר שלי עם המטפל	מתוצאות הטיפול
מהקשר של בן המשפחה המטופל עם המטפל	מהקשר שלי עם המטפל	מהיחס של צוות המרכז	מהרמה המקצועית של המטפלים
מתוצאות הטיפול	מהיחס של צוות המרכז	מהרמה המקצועית של המטפלים	מהאפשרויות הרב-מקצועיות שבמרכז
מהיחס של צוות המרכז	מהרמה המקצועית של המטפלים	מהאפשרויות הרב-מקצועיות שבמרכז	אחר _____
מהרמה המקצועית של המטפלים	מהאפשרויות הרב-מקצועיות שבמרכז	אחר _____	הערות:
מהאפשרויות הרב-מקצועיות שבמרכז	אחר _____	הערות:	

8. באיזו מידה את/ה סבור שהטיפול במרכז מקצועי בכל אחד מההיבטים הבאים?

כלל לא		בינונית		רבה מאד		במידה:
1	2	3	4	5	6	
1	2	3	4	5	6	בתחום המוגבלות של הנפגע
1	2	3	4	5	6	בתחום הפגיעה
1	2	3	4	5	6	קשיים ומאפיינים של משפחות לאנשים עם צרכים מיוחדים
1	2	3	4	5	6	אחר:

9. באיזו מידה את/ה חושב/סבור שהטיפול במרכז מקצועי ייעשה שינוי / ישפיע על בן המשפחה הנפגע?

במידה רבה מאד 1 2 3 4 5 6 כלל לא

III. שינויים ותמורות

1. באיזו מידה את/ה רואה שינוי מאז התחלת הטיפול בבן המשפחה שנפגע?

במידה רבה מאד 1 2 3 4 5 6 כלל לא

2. אם כן, באלו דברים מתבטא השינוי בבן המשפחה הנפגע?

למראיין - לאחר הראיון יש לסווג את התשובות לפי הקטגוריות הבאות:

א. בהתנהגות שלו – דברים שעושה יותר מאשר בעבר / פחות מאשר בעבר

ב. במצב הרוח שלו – שמחה, תיאבון, רמת פעלתנות

ג. ביחסים שלו עם בני המשפחה

ד. בדברים שאומר / בהבנה שלו את הפגיעה

ה. בהבנה שלו כיצד להתגונן / להיזהר

ו. אחר: _____

3. באיזו מידה את/ה מייחס/ת את השינוי לטיפול?

במידה רבה מאד 1 2 3 4 5 6 כלל לא

4. באיזו מידה את/ה שבע/ת רצון מהשינוי בבן המשפחה?

במידה רבה מאד 1 2 3 4 5 6 כלל לא

הערות

5. אם אינך מבחינה/ה בשינוי, האם את/ה רואה רווח אחר מהטיפול?

א. לבן המשפחה שנפגע

ב. לך/לבני משפחה אחרים

ג. לגורמי מקצוע הנמצאים בקשר עם בן המשפחה שנפגע

ד. למישהו אחר:

אם אינך מבחינה/ה בשינוי, האם את/ה מרגישה שהטיפול הסב נזק?

א. לבן המשפחה שנפגע

ב. לך/לבני משפחה אחרים

ג. לגורמי מקצוע הנמצאים בקשר עם בן המשפחה שנפגע

ד. למישהו אחר:

6. באיזו מידה אתה רואה שינוי אצלך ו/או בבני משפחה אחרים מאז הטיפול?

במידה רבה מאד 1 2 3 4 5 6 כלל לא

בראיון האחרון לפני סיום טיפול

7. מה אתם מתכוונים לעשות בסיום הטיפול במרכז בנוגע ל.../עם בן המשפחה המטופל?

8. מהן הציפיות שלכם ממרכז החירום בהקשר של סיום הטיפול?

9. נשמח לקבל הערות נוספות:

profile of the professional staff. Over the years, the Center has become known among its target population and it is considered to be a source of knowledge and consultation in the field of persons with special needs who are at risk. The Center's clients – those undergoing treatment and their families – as well as professionals and entities in the community express satisfaction with the variety of aspects covered by the Center. The evaluation of the effectiveness of the service provided was in itself challenging in view of the characteristics of those undergoing treatment and due to various methodological limitations, as detailed in the report. However, the findings testify to the positive influence of the treatment, as expressed in small but cumulative changes in the lives of those treated, in how they relate to themselves and their surroundings, the increase in awareness of the risks and dangers and strengthening their defenses. At the conclusion of the report there are a number of recommendations for the continuation of the service provided by the Center that relate to these aspects: staff training, providing the service in other areas of the country, clarifying and sharpening its areas of expertise in the overall context of the existing services for the population of persons with disabilities who are at risk and in danger, formulating a policy with respect to the consultation and guidance that the Center's staff provides to outside entities, deepening the involvement of the entities connected to the person undergoing treatment and formulating a follow-up policy after treatment has been concluded.

autism/rehabilitation, the low level of awareness of the service among the potential referring entities and the characteristics of the disability (autism) which could be reflected in under-reporting of the victims and the fact that they do not express distress. The types of abuse (with respect to both victims and abusers) for which they were referred to the Center were mainly sexual assault (113, 86%) and, to a much lesser degree, physical abuse (at times together with sexual abuse) and neglect.

The treatment process at the Center includes a number of elements: intake and diagnosis, determination of the treatment plan by the Center's staff in consultation with additional relevant entities, treatment through various means (talk therapy, individual clinical therapy, movement and drama therapy, play therapy, art therapy), on-going evaluation of the progress of the treatment, periodic evaluation and preparing the end of the treatment and recommendations for follow-up. In addition to the connection with the clients, there is contact, including guidance and treatment, with the families and the clients' educational or residential settings in order to provide the client with the most comprehensive solutions possible in all of the circles in which he lives. The treatment process is accompanied, to the extent possible, by updates and consultation with the relevant entities in the educational institutions and in the client's community. As part of the evaluation, four treatment processes were examined as they were perceived by the various stakeholders: from the perspective of the client, of one or both of his parents and of the therapist from the Center. This examination reveals that the treatment process is suitable to the characteristics of the case and that the clients and their families are highly satisfied with the treatment process.

Professional issues and dilemmas were of interest to the Center's staff and to the committees accompanying the Center in the course of the trial period, including: questions regarding the ways to determine what kinds of treatment are appropriate for each type of client, the need for the development of a channel of group therapy alongside the private therapy currently carried out in the Center, the development of a channel of treatment of perpetrators alongside the treatment of victims, managing the involvement of the family and others in the victim's surroundings in the treatment process and giving them guidance in anticipation of the termination of treatment and after it ends, the issue of the continuation of treatment and the degree to which the treatment was suited to the characteristics of the target population of the Center, etc.

In conclusion, the findings of the evaluation point to the suitability of the model of action of the new service provided by the Center to the characteristics and needs of its target population, both in terms of the treatment tools and in terms of the diagnostic and treatment processes carried out in it and in terms of the

increase in the number of referrals to the Center and the variety of sources of referrals, as well as the increase in the number of professionals in the field who consult with the Center's staff and the requests for guidance and continuing education programs demonstrate that at present there is a high degree of awareness of the service provided by the Center.

From the beginning of the study until March 2011, 131 people were referred to the Center, of whom 40 began and completed the course of treatment in the Center (30.5% of total referrals). The total number of clients in the Center has increased each year, which would seem to indicate that the familiarity with the Center and the services it offers has expanded. Approximately two-thirds (65%) of the referrals in the Center's trial period came from the city of Jerusalem, referred by the district and neighborhood welfare offices and from the municipal Family Treatment Center, approximately one-third (35%) of the referrals come from the Jerusalem area or from other areas outside of Jerusalem. In March 2011, 37 of those referred were in a treatment process (28.2%), 20 were in the intake process (15.3%) and 34 (26.0%) were not treated after their referral to the Center, for various reasons. The age range of people referred to the Center is broad, from 5 to 54. The largest group is adolescents, ages 14-20 (43%) and young adults, ages 21-35 (40%), with far fewer children up to age 12 (7.6%) and adults age 36 and over (9%). More than one-third of the Center's clients during the period of the study lived in a residential arrangement (36.6%) and most of those referred lived at home (36.4%). During the period of the study most of the Center's clients were Jewish (89%) and the remainder (11%) were Arabs. More than one-third (37.9%) of the Center's clients during the period covered by the study were religious, fewer than one-third (29.7%) were secular, about one quarter (23.4%) were ultra-Orthodox and a small percentage (9%) were traditional.

By far the majority (80%) of those referred to the Center were victims of abuse. Until mid-2010, only victims of abuse were treated at the Center (as the result of a preliminary decision by the Performance Committee). Beginning in mid-2010, the Center's staff began to treat abusers,¹ while at the same time training the staff for this treatment. Most of the people referred to the Center are mentally retarded (60.3%), about a quarter of the referrals (27%) are from the Rehabilitation Branch, and a small percentage (7.7%) are diagnosed as autistic or as mentally retarded and autistic or PDD, rehabilitation clients combined with learning disabilities and emotional problems (1%) or people with no diagnosis (3.8%). Possible reasons for the small percentage of autistics is the fact that there are no welfare officers responsible exclusively for the field of

¹ Up to the end of the period covered by the study in March 2011, 15 abusers (not those who had abused victims treated at the Center) were referred to the Center, ten of whom were treated, most of them young adults.

Throughout the trial period of the development of the new service, questions regarding the nature, uniqueness and limitations of the services provided in the Center were raised in the Center's Steering Committee, in view of other services in the field that were being developed during this period. In response to these questions the Center's "sectorial boundaries" were sharpened and defined by the Steering and Implementation Committees that focused on the treatment of persons with special needs who had been victims of physical or sexual violence, emotional abuse, or neglect or who were abusers, whereas the subjects of treatment of sexual function and sexual and social education, which have preventive and educational effects, were not treated from the outset in the Center, but rather as part of the overall treatment provided to victims of sexual abuse.

The preliminary development of the Center and the preparation for providing services took almost a year. This period of time was necessary due to the special characteristics of the Center, including its novelty in terms of the integration between expertise in the field of special needs and expertise in the field of treatment of abuse, the fact that the Center provides service for people with various kinds of disabilities and in the wake of the need for a suitable building . This process was adjusted for the number of clients treated in the Center, which developed gradually and at present exceeds the scope of work that was originally planned for the Center (40 clients).

In order to carry out the professional side of the Center's work, personnel from a number of disciplines are needed: social workers, psychologists, art therapists, paramedical therapists and others (an expert in sign language, a speech therapist specializing in alternative supportive communication, etc.) and administrative and maintenance staff. During the trial period, the Center's director and her staff dealt with the difficulty of finding professionals who combine in their training and experience the areas required by the Center (special needs and treatment of victims and abusers), and with the high rate of staff turnover in the first two years. In order to create a common language and uniform base of knowledge among the staff, there are intensive training and continuing education programs, which, according to the staff questionnaires, achieve their objectives to a great extent.

The familiarity with the Center and the services it offers has accumulated and expanded throughout its years of operation. From the evaluation findings, based on surveys conducted among the welfare officers and among the various frameworks serving the Center's target population (schools, employment centers, sheltered housing), it transpires that most of the respondents had heard about the Center and some of them had referred clients to it and expressed satisfaction with the profession level of the treatment carried out there. The

Abstract

The Counseling and Therapy Center for People with Special Needs who have Experienced Abuse (hereinafter – the Center) is a new and unique service intended to fill an obvious gap in the services offered to children, adolescents and adults with special needs who have been the victims of physical or sexual violence, neglect, emotional abuse, or who have abused others. Studies demonstrate that people with disabilities are four times more likely to be victims of abuse than people without disabilities. According to the studies, they are also unable to use the services intended for the general population, for various reasons. The Center also seeks to develop particular expertise in this field, as well as unique methods of treatment and intervention for the target population, which can be shared with parents and professionals.

The service is intended for a variety of disabilities and requires multi-disciplinary expertise and handling complex professional issues. In view of this, four organizations have joined together in establishing the Center: The Ministry of Social Affairs and Social Services with the involvement of three separate branches – the Rehabilitation Branch, the Branch for the Treatment of Retarded Persons and the Unit for Treatment of People Affected by Autism; the National Insurance Institute – the Division for Service Development; JDC Israel – *Ashalim* and the Jerusalem Municipality – the Rehabilitation Department. Shekel Organization (Community Service for People with Special Needs) was chosen to establish and to run the Center. This inter-organizational partnership enables the pooling of resources including expertise, legitimization and authority, financial resources and experience. On the other hand, working with a number of partners requires taking into consideration differences in the style of operation and the agendas of each organization, which at times influenced the pace at which the service was developed.

The evaluation study accompanied the Center from its inception, for a period of three years, with a formative evaluation that has two central objectives: improvement of the project's model of operation and strengthening its influence with its target population, and assistance in formulating the model so that it can be disseminated to and adopted by additional locations. The study is based on a variety of evaluation activities using both qualitative and quantitative methods. A number of methodological challenges were presented in the evaluation that are connected to the nature of the Center's target population and the ability to gather data from it directly. Furthermore, the study had to deal with the limitations imposed by the confidential nature of the treatment processes carried out in the Center.



The National Insurance Institute

Research and Planning Administration

Division for Service Development

**The Counseling and Therapy Center
for People with Special Needs
who have Experienced Abuse**

by

Dr. Hagit HaCohen Wolf and Techiya Ben David Witman

Jerusalem, June 2013