

# איתור ילדים, צעירים ובוגרים, בעלי מוגבלות המצויים בסיכון להתעללות (גופנית, רגשית, פסיכולוגית ומינית) ולהזנחה- מהלכה למעשה

ספר הדרכה לעובדים במערכות החינוך,  
הרווחה, הבריאות ולהורים

ד"ר מורבר מרים



קרן "שלם" לפיתוח  
שירותים לאדם המפגר  
ברשויות המקומיות



העמותה לתיכנון ולפיתוח שירותים לילדים  
ובני נוער בסיכון ומשפחותיהם (ע"ר)  
מיסודו של ג'וינט ישראל ובתמיכתן של  
ממשלת ישראל והפרדציה היהודית של ניו יורק



משרד הבריאות



משרד הרווחה



משרד החינוך  
המינהל הפדגוגי

האגף לחינוך מיוחד השירות הפסיכולוגי- ייעוצי



## צוות ההיגוי

### נציגי -

- משרד הרווחה: אגף השיקום, אגף הפיגור והיחידה לטיפול באדם עם אוטיזם
- משרד החינוך (האגף לחינוך מיוחד ושפ"י)
- משרד הבריאות
- עיריית ירושלים
- קרן שלם
- אשלים

## חברי הוועדה המקצועית המייעצת

- שוש צימרמן, מנהלת היחידה למניעת התעללות, שפ"י, משרד החינוך, ירושלים
- רבקה שי, ראש תחום ילדים ובני נוער עם מוגבלות, אשלים.
- בתיה חודטוב, מנהלת תכניות, אשלים
- יעל גבאי, עוזרת מנהלת אגף הרווחה, מנהלת היחידה לאנשים בעלי מוגבלויות בסיכון, עיריית ירושלים
- ד"ר ארז מילר, פסיכולוג (בהתמחות חינוכית) ומומחה בתחום של אנשים בעלי לקות שמיעה, שפ"ח רחובות
- והמכללה האקדמית לחינוך אחווה
- שמואל גולדשטיין, אשלים

עריכה לשונית: דליה לאופר

עימוד ועיצוב גרפי: סטודיו מירה קידר /שולמית מאיר

הוצאה לאור: גף הפרסומים, משרד החינוך

תשס"ט, 2009

## תודות

תודה מיוחדת לבתיה חודטוב, מנהלת התכניות בתחום ילדים ובני נוער בעלי צרכים מיוחדים בסיכון באשלים, מיוזמי כתיבת הספר.  
תודה על האמונה ביכולת,  
תודה על הליווי המתמיד והתומך,  
תודה על ההערות, על ההארות ועל התגובות, ותודה על השכם האיתנה.  
תודה מיוחדת לחברי הוועדה המקצועית המייעצת אשר קראו, תיקנו, העירו פעמים אינספור ולא התייאשו:  
יעל גבאי, שמואל גולדשטיין, בתיה חודטוב, ד"ר ארז מילר, שוש צימרמן ורבקה שי.  
תודה לכל מי שקראו, הגיבו, העירו ושלחו חומרים, ותודה מיוחדת ללאה מאיר.

## קראו והגיבו

- איילת אברהם, איל"ן
- יורם אזולאי, אוטיסטים, מחוז הדרום, משרד הרווחה
- ד"ר שרה אלון, מרכז ההדרכה אשל
- ד"ר תמר ארז, שפ"י, משרד החינוך
- מעיין בלום, אשלים
- מירב בן-אבי, לשכת מערב, עיריית ירושלים
- ד"ר אילנה דובדבני, אוניברסיטת חיפה
- אדית דיין, עיריית ירושלים
- מיכה הן, היחידה לחקירות ילדים, משרד הרווחה
- גבו וייס, שפ"י, משרד החינוך
- גילה זיידל, אופק לילדינו
- דליה טל, האגף לחינוך מיוחד, משרד החינוך
- אילת טרוים, משרד החינוך
- הפיקוח על עיוורים ועל ליקויי ראייה
- קרן יניב, עמותת אייזק ישראל:
- תקשורת תומכת וחלופית
- רינה לאור, אשלים
- ידידה לחובר, האגף לחינוך מיוחד, משרד החינוך
- לאה מאיר, האגף לטיפול באדם המפגר, משרד הרווחה
- ריבה מוסקל, קרן שלם
- לינוי מזור, המכון לקידום החרש
- גל נאור, אשלים
- יעל נאמן, אשלים
- עו"ד דרורה נחמני-רוט, פרקליטות המחוז, הממונה על ועדת הפטור
- ד"ר חיה עמינדב, האגף לטיפול באדם המפגר, משרד הרווחה
- נירית פסח, משרד הבריאות
- דפנה פרומר, אשלים
- תמי קריספין, אשלים
- הדר רייך, הורה
- לאה שטרן, בית איזי שפירא
- רבקה שי, אשלים

## שלחו חומרים

- יעל בלה-אבני, מרכז סיוע לנפגעות אונס ותקיפה מינית, ירושלים
- ג'ודי וויין, עמותת אייזק ישראל: תקשורת תומכת וחלופית
- אתי זייד, עיריית ירושלים, מחלקת הרווחה
- קרן יניב, עמותת אייזק ישראל: תקשורת תומכת וחלופית
- ידידה לחובר, משרד החינוך
- דיצה מורלי שגיב, עיריית תל אביב
- לינוי מזור, המכון לקידום החרש
- דרורה נחמני-רוט, פרקליטות המחוז, הממונה על ועדת הפטור
- דורית ערבות, לשכת צפון, עיריית ירושלים.

חלק מהציורים המופיעים בספר נבחרו מתוך תערוכה בנושא "אנשים בעלי מוגבלות מדברים ומציירים די לאלומות", באדיבותה של עיריית תל אביב, עו"ס דיצה מורלי שגיב, 2004.



העמותה לתכנון ולפיתוח שירותים לילדים  
ובני נוער בבסיכון ומשפחותיהם (ע"ר)  
מיסודו של ג'וינט ישראל ובתמיכתו של  
ממשלת ישראל והפדרציה היהודית של ניו יורק

מהלמידה שנעשתה ב"אשלים" בשנים האחרונות עולה כי המודעות לאוכלוסיית הילדים בעלי הצרכים המיוחדים בסיכון הולכת וגוברת, אך היא עדיין זקוקה להתייחסות ייחודית, בדומה להתייחסות הקיימת לגבי ילדים בסיכון שאינם בעלי מוגבלות.

עמותת "אשלים" עוסקת בפיתוח תכניות התערבות, שירותים, גופי ידע והכשרות לכלל האוכלוסיות בסיכון, וביניהן לאוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים. ביחד עם שותפינו במשרדי הממשלה ובארגונים השונים קיבלנו על

עצמנו לפתח רצף של מענים והתערבויות בתחומי האיתור, המניעה, החקירה והטיפול כדי לצמצם את מצבי הסיכון ולטפל באוכלוסייה הנפגעת.

ספר זה, "איתור אנשים בעלי מוגבלות בסיכון להתעללות, מהלכה למעשה" פותח בשיתוף עם משרדי החינוך, הרווחה והבריאות ועם קרן שלם. החומר המקיף בספר אמור לסייע לאנשי מקצוע במערכות השונות שאדם בעל מוגבלות נמצא בהן באיתור ובזיהוי של אנשים בעלי מוגבלות הנמצאים בסיכון ובהתמודדות עם חובת הדיווח.

מסקירת הספרות ידוע שהיקף הילדים הנפגעים בקרב אוכלוסייה זו גדול יותר מהמדווח בדיווחים הפורמליים, וזאת מסיבות שונות שאחת מהן היא תפיסות ועמדות שונות של אנשי המקצוע ושל ההורים. ספר זה מנסה לסייע גם בהבנת התפיסות ובהפרחת המיתוסים הקיימים סביב פגיעה באנשים בעלי מוגבלות.

אנו תקווה שבמאמצינו הרבים, כמו גם בעזרת מקראה זו, נצליח לצמצם את מצבי הסיכון של ילדים בעלי מוגבלות הנאלצים להתמודד יום-יום עם מוגבלותם גם ללא מצבי סיכון. אנשי מקצוע והורים אשר יאתרו ילדים נפגעים וידווחו על כך יתרמו להגנתם ויביאו לענישה של הפוגעים בחסרי הישע.

**ד"ר רמי סולימני,**

**מנכ"ל "אשלים"**



### משרד החינוך

תופעת הפגיעה והאלימות על סוגיה רחבה, ולצערנו אנו נתקלים בה כמעט באופן יום-יומי. מערכת החינוך מתמודדת עם התופעה בדרכים מגוונות, ואחד המוקדים הוא פיתוח יכולות התמודדות עם מצבי פגיעה והתעללות בקרב התלמידים.

ממחקרים בעולם אנו למדים כי ילדים בעלי מוגבלויות נמצאים בסיכון רב יותר והם חשופים לפגיעות בתוך המערכת ומחוצה לה. עלינו כמערכת להגן עליהם ולצייד אותם בכלים להתמודדות עם מצבים בהם הם ייחשפו לאלימות. לצורך כך עלינו להעצים את אנשי המקצוע ולהעשיר אותם בידע רלוונטי ובמגוון רחב של שיטות, דרכים וכלים לעבודה עם תלמידים אלה.

חוברת זו, העוסקת בנושא איתור וזיהוי ילדים ואנשים בעלי מוגבלות שעברו פגיעה, תסייע למערכת החינוך, כמו גם למערכות אחרות, להתמודד עם התופעה הקיימת. מטרת החוברת היא לתת בידי המנהלים, המורים, היועצים, הפסיכולוגים, המטפלים הפרא-רפואיים ואנשי המקצוע האחרים עוגן של ידע שיקדם את ההתמודדות עם התופעה במערכת החינוך.

אני מקווה שכלי זה, אשר יסייע באיתור ובזיהוי של תלמידים שנחשפו לפגיעה ולהתעללות, יעמיק את ההיכרות עם החוקים ועם הנהלים על-פיהם יש לנהוג כשעולה חשד לפגיעה, יאפשר לנו להגן טוב יותר על התלמידים ולצמצם את התופעה.

יישר כוח לכל העושים במלאכה!

**שלומית עמיחי**

**המנהלת הכללית, משרד החינוך**



נושא הפגיעה והסיכון בקרב אנשים בעלי מוגבלויות הולך ומוטמע בתודעת הציבור בכלל ובקרב אנשי המקצוע בפרט.

לצערנו מאפייניהם של אנשים בעלי מוגבלויות מציבים אותם בסיכון גדול פי כמה מזה של האוכלוסייה הרגילה ליפול קרבן להתעללות פיזית, מינית או נפשית.

משרד הרווחה

התרחבות הידע והמודעות בנושא, שאנו עדים לה, היא תוצאה ישירה של פעילות רחבת-היקף שהובילה עמותת "אשלים" בשיתוף עם משרד הרווחה והשירותים החברתיים- אגף השיקום, האגף לטיפול באדם המפגר והיחידה לטיפול באדם עם אוטיזם; זאת, במטרה להגיע לפעילות מובנית וממוקדת הן בתחום הטיפול והן בתחום המניעה. חוברת ההדרכה והאיתור היא גולת הכותרת של העבודה החשובה שנעשתה בתחום של מניעת פגיעה והפחתת סיכון בקרב אוכלוסייה זו.

מקווה אני, כי עבודת מניעה והדרכה לטווח הארוך בקרב הציבור כולו - ובמיוחד בקרב אנשי המקצוע שהם שליחים מרכזיים להפצת הידע והמודעות לנושא עבודה זו- יסייעו בהפחתת כמות הקרבנות ועוצמת הפגיעות. ברכתי שלוחה לכל העושים במלאכה חשובה זו, משרד הרווחה, הרשויות המקומיות וגופי המגזר השלישי. ברכה מיוחדת לעמותת "אשלים" אשר יזמה והובילה את כתיבת החוברת ואת התהליך המקצועי הממושך שקדם לה.

**יישר כוח!**

**בברכה,**

**נחום איצקוביץ**

**המנהל הכללי, משרד הרווחה**



קרן "שלום" לפיתוח  
שירותים לאדם המפגר  
ברשויות המקומיות

פעילות קרן של"ם מושתתת על האמונה כי לאדם בעל פיגור שכלי זכות בסיסית לחיות חיים נורמליים בסביבתו הטבעית, לממש את הפוטנציאל הגלום בו ולהשתלב במרקם החברתי, התרבותי והתעסוקתי של סביבתו עד כמה שאפשר בהתאם ליכולתו, לרצונו ולצרכיו. הבטחת נורמליות של חיים דורשת מאתנו, האמונים ומחויבים לשלוםם ולרווחתם של האנשים בעלי המוגבלויות, נקיטת אמצעי מניעה ויצירת הגנה מיטבית מפני סיכונים האורבים להם בחיי היום-יום. קרן של"ם, הקרן של מרכז השלטון המקומי, בשיתוף משרד הרווחה, מקדמת כבר למעלה מעשרים שנה פיתוח פרויקטים בקהילה לאנשים בעלי פיגור שכלי בני כל הגילים, באמצעות השתלמויות מקצועיות, תמיכה במחקר יישומי ושותפויות שונות כגון השותפות בהכנת מדריך זה, שמטרתן לסייע לעוסקים בתחום המוגבלויות להמשיך להתמקצע ולתת לאנשים מענים מיטביים. אנו מקווים כי מדריך זה יסייע בידי כל החיים ופועלים עם ולמען אנשים בעלי מוגבלויות ליצור חיים טובים ומוגנים יותר להם ולכולנו. תודה לכל השותפים העוסקים במלאכה בכלל ובהפקת מדריך זה בפרט.

**ריבה מוסקל**

**מנהלת כללית קרן של"ם**





**הספר מוקדש בהערכה**

**לכל הילדים, בני הנוער והבוגרים בעלי מוגבלות,**

**כדי שנוכל למנוע חשיפה לסיכון ולפגיעות,**

**כדי שנוכל לטפל ולשקם,**

**כדי שנוכל להגן.**

## שער ראשון

היבטים עיוניים הקשורים להתעללות בילדים, במתבגרים ובבוגרים בעלי מוגבלות

16.....	מבוא
	<b>1. סיכון להתעללות באנשים בעלי מוגבלות</b>
18.....	א. היקף התופעה.....
22.....	ב. מודלים תיאורטיים.....
29.....	ג. גורמי סיכון להתעללות.....
	<b>2. התעללות באנשים בעלי מוגבלות</b>
67.....	א. מבוא.....
69.....	ב. סוגי התעללות.....
69.....	התעללות גופנית.....
76.....	התעללות רגשית ופסיכולוגית.....
80.....	התעללות מינית.....
89.....	הזנחה.....
94.....	ג. אנשים הפוגעים באנשים בעלי מוגבלות.....
98.....	ד. נזקים והשפעות של התעללות.....
104.....	סיכום השער הראשון.....

## שער שני

היבטים יישומיים הקשורים להתעללות בילדים, במתבגרים ובבוגרים בעלי מוגבלות

	<b>3. איתור</b>
108.....	א. מבוא.....
109.....	ב. ארבעה צעדים מהאיתור ועד לדיווח.....
117.....	ג. סימנים היכולים להצביע על התעללות.....
137.....	ד. כלי עזר לאיתור התעללות.....
	<b>4. דיווח</b>
170.....	א. חובת הדיווח על פי חוק העונשין.....
181.....	ב. סוגיות מרכזיות בדיווח.....
192.....	סיכום השער השני.....

## שער שלישי

### מילון מונחים, מקורות ונספחים

197.....	5. מילון מונחים.....
205.....	6. מקורות.....
225.....	7. נספחים.....

### רשימת הלוחות

42.....	לוח 1: סיכום האפיונים של אנשים בעלי מוגבלות שהם גורמי סיכון.....
63.....	לוח 2: הגברת סיכון מול צמצום סיכון.....
92.....	לוח 3: סיכום ביטויים של התעללות גופנית, רגשית ופסיכולוגית ומינית והזנחה.....
99.....	לוח 4: סיכום ההשפעות של התעללות מינית ושכיחותן בקרב ילדים בעלי מוגבלות וללא מוגבלות התפתחותית.....
114.....	לוח 5: סיכום הממצאות הכלליות לשיחה.....
133.....	לוח 6: סיכום הסימנים הגופניים היכולים להצביע על התעללות בקרב אנשים בעלי מוגבלות.....
134.....	לוח 7: סיכום הסימנים ההתנהגותיים/ הרגשיים/ המיניים היכולים להצביע על התעללות בקרב אנשים בעלי מוגבלות.....
198.....	לוח 8: אינדקס מושגים.....

### רשימת התרשימים

22.....	תרשים 1: המודל של תלות-דחק.....
27.....	תרשים 2: המודל האקולוגי.....
28.....	תרשים 3: מודל ההתעללות המינית.....
30.....	תרשים 4: סיפוי גורמי סיכון מנבאי חשיפה להתעללות בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלות.....
109.....	תרשים 5: התהליך מהאיתור ועד לדיווח.....
186.....	תרשים 6: תהליך ההתערבות מרגע החשד לפגיעה באדם בעל מוגבלות.....

### רשימות סיכום הסימנים

120.....	רשימה 1: התעללות גופנית: סימנים גופניים.....
120.....	רשימה 2: התעללות גופנית: סימנים התנהגותיים/רגשיים.....
123.....	רשימה 3: התעללות רגשית ופסיכולוגית: סימנים התנהגותיים/רגשיים.....
127.....	רשימה 4: הזנחה: סימנים גופניים.....
127.....	רשימה 5: הזנחה: סימנים התנהגותיים/רגשיים.....
129.....	רשימה 6: התעללות מינית: סימנים גופניים.....
132.....	רשימה 7: התעללות מינית: סימנים התנהגותיים/רגשיים/מיניים.....

### **במשך שנים מזוהים אנשים בעלי מוגבלות תחילה באמצעות מוגבלותם ואחר כך כבני אדם. שימת דגש על המגבלה מתעלמת מכוחותיו של האדם ומיכולותיו. המוגבלות אינה מגבלה אלא הסביבה...**

(מתוך [www.apastyle.org/disabilities.html](http://www.apastyle.org/disabilities.html))

ריבוי מקרי התעללות באנשים בעלי מוגבלות מעורר תסכול רב בקרב אנשי מקצוע, ולמרות זאת אנו עדים למיעוט דיווחים על התעללות ולמיעוט העמדות לדין של פוגעים. עובדות אלו, המצטרפות להעדר חומר מקצועי מעודכן בנושא של איתור התעללות באנשים בעלי מוגבלות, הן המניע העיקרי לכתיבת ספר זה.

הספר מתמקד בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלויות. ביניהם אפשר למצוא בעלי מוגבלות חושית (בראייה, בשמיעה), בעלי מוגבלות התפתחותית (פיגור שכלי), בעלי מוגבלות פיזית (שיתוק מוחין, ניוון שרירים או מחלות ניווניות אחרות, מחלות במערכת העצבים והשרירים ובעיות במטוריקה גסה, מוגבלויות גופניות מולדות), בעלי פגיעה מוחית טראומטית, בעלי מוגבלות תקשורתית (אפאזיה, גמגום, אבדן קול כתוצאה ממחלה), בעלי מוגבלות פסיכיאטרית (קשיי התנהגות, בעיות נפשיות, מחלת נפש) ובעלי אוטיזם - עולם שלם ומגוון של בני גילים שונים ובעלי מוגבלויות שונות. המשותף לכולם הוא היותם חשופים להזנחה ולהתעללות גופנית, מינית, רגשית ופסיכולוגית מתמשכות.

הספר מעמיד לרשותם של הורים ואנשי מקצוע ידע וכלים מקצועיים בכל הקשור לאיתור התעללות ולדיווח עליה. ההתמקדות בסוגיות האיתור והדיווח נובעת מחשיבותו של התהליך למניעת הישנותה של התעללות מחד גיסא ולהבטחת הצלחתם של הטיפול והשיקום מאידך גיסא. שני שערים של ידע נפרסים לפני הקורא. השער הראשון מציג מצע עיוני ומחקרי מקיף, השם דגש על סוגיות ייחודיות של התעללות באנשים בעלי מוגבלות. השער השני מתמקד בהיבטים היישומיים של האיתור והדיווח.

את תהליך הכתיבה של הספר ליווה צוות מקצועי אשר קרא, התלבט, העיר והיה שותף לאורך כל מהלך העבודה. חוב החומר נאסף מהספרות המקצועית ועובד בהתייחסות לצרכים שעלו מהשטח. במהלך הכתיבה נשמר קשר רציף עם אנשי מקצוע העובדים בשדה, אשר הטביעו את חותמם על אופי הכתיבה.

האנשים שהספר מתמקד בהם מאופיינים במגוון מוגבלויות ובטווח גילים נרחב. סקירת הספרות המקצועית בארץ ובעולם מלמדת שקיים ידע מועט בתחום של איתור התעללות באנשים בעלי מוגבלות. העדר אחידות בהיקף החומר המקצועי בכל הקשור לסוגי המוגבלויות וההתעללות או לגיליים השונים הערים קשיים לכל אורכו של תהליך הכתיבה. לדוגמה, קיים ידע רב יחסית לגבי אנשים בעלי פיגור שכלי לעומת הידע המועט הקיים לגבי אוכלוסיות אחרות, כגון אנשים בעלי מוגבלות בראייה. קיים ידע רב לגבי התעללות מינית לעומת ידע מועט לגבי הזנחה. אפשר למצוא ידע רב לגבי התעללות בילדים לעומת מיעוטו לגבי מבוגרים. נוסף לכך אפשר למצוא מקרים רבים שבהם חוקרים מתייחסים לסוגיית התעללות באנשים בעלי מוגבלות באופן כללי, ללא הבחנה בין סוגי התעללות או בין קבוצות הגיל השונות. בתהליך הכתיבה נעשה שימוש זהיר בשפה המתארת אנשים בעלי מוגבלויות וניסיון להימנע מתיוג. לדוגמה, נעשה

שימוש במילים "אדם בעל מוגבלות", "אדם בעל אוטיזם", ונמנע השימוש במילים "אדם מוגבל" או "אוטיסט". הייתה הימנעות מביטויים רגשיים מוגזמים, כגון "נפל קרבן" או "סובל מפיגור שכלי", ומשימת דגש על חומרת המוגבלות ועל הנטל; למשל, העדפנו את הביטוי "נעזר בכיסא גלגלים" על הביטוי "מרותק לכיסא גלגלים".

התלבטנו גם לגבי בחירת המונחים המרכזיים המאפיינים את האוכלוסייה שאנו עוסקים בה. השאלה המרכזית הייתה איזה מונח מבין המונחים "נכות", "מגבלה", "מוגבלות" או "צרכים מיוחדים" מתאר בצורה הטובה ביותר את האנשים בעלי המוגבלות ומשקף את האני מאמין הערכי-המקצועי. ההחלטה נפלה על השימוש במונח "מוגבלות", המצביע על מכשולים סביבתיים, כגון עמדות, חוקים וארכיטקטורה שהם המגבלה העיקרית, ומשקף את האמונה בכוחותיו וביכולותיו של האדם בעל המוגבלות ואת האמונה שאדם בעל מוגבלות הוא אדם התורם לחברה והיכול וזכאי לבטא את מטרותיו או את העדפותיו.

עיון בספרות המקצועית מעלה שפע של מילים בעברית ובאנגלית המתארות התעללות בקרב אנשים בעלי מוגבלות וללא מוגבלות, שיש בהן כדי ליצור מסך ערפל המקשה על איתור פגיעה ועל דיווח עליה, כגון "התעללות", "פגיעה", "ניצול", "abuse", "maltreatment" (Cohen & Warren, 1990). ההחלטה נפלה על שימוש במושג "התעללות", לתיאור פגיעה חד-פעמית כמו גם פגיעה חוזרת ונשנית.

סוגיה נוספת התמקדה בבחירה בין מבנה המקדיש פרק נפרד לכל מוגבלות לבין התייחסות לנושאים מרכזיים הקשורים להתעללות. ההחלטה הייתה להתמקד בסוגיות מרכזיות הקשורות להתעללות באנשים בעלי מוגבלות: גורמי הסיכון, סוגי ההתעללות, מאפייני הפוגעים, ההשפעות והנזקים של ההתעללות. הרציונל למבנה השער העיוני והשער המעשי נבע מן הדמיון הקיים בין המוגבלויות בכל הקשור לסוגיות השונות. ההתייחסות המובחנת למוגבלויות באה לידי ביטוי בדוגמאות ובתיאורי המקרים המשולבים לכל אורכו של הספר. המבנה שנבחר ממקד את תשומת הלב יותר לעבר תופעת ההתעללות באנשים בעלי מוגבלות ופחות לעבר המוגבלויות.

הספר עוסק בתכנים חינוכיים/טיפוליים/שיקומיים. הוא מיועד לאנשי מקצוע מתחומי החינוך, הסיוע והטיפול, להורים ולאנשים בעלי מוגבלות. איתור ודיווח הם שני שלבים בתוך רצף של תהליך המתחיל במניעה ומסתיים בטיפול ובשיקום. אין די בכתיבת ספר ובהפצתו כדי שיהיה אפשר ליישם את הנכתב ואת הנאמר. לשם כך שוקדים בימים אלו על פיתוח מודל עבודה וכלים ועל תכנון תהליך הטמעה.

הניסיון להבין את המורכבות של תופעת ההתעללות בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלות עלול להיות מעייף ומייאש, במיוחד עבור אנשים הזקוקים לסיוע בבעיה מעשית ודחופה. יהיה מי שיאמר כי הספר מפורט מדי, ויהיה מי שיאמר כי אינו קל לקריאה. בחרנו להביא לקורא חומר עיוני ומעשי מקיף מתוך אמונה שהספר יוכל לשמש בסיס ידע מקצועי איתן ויהיה אפשר להיעזר בו לאיתור התעללות בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלות ולדיווח עליה. ההנחה היא כי יש סיכון רב יותר בצמצום מאשר בהרחבה.

**"אם אינך בטוח לאן מועדות פניך, סופך שתגיע למקום אחר"** (רוברט מאגר).





## שער ראשון

**היבטים עיוניים הקשורים להתעללות בקרב ילדים,  
בני נוער ובוגרים בעלי מוגבלות**

**פרק 1:** סיכון להתעללות באנשים בעלי מוגבלות

**פרק 2:** התעללות באנשים בעלי מוגבלות

**זכותם של אנשים בעלי מוגבלות כי נגן עליהם. מעשי התעללות והזנחה בילדים ובמבוגרים בעלי מוגבלות ממשיכים להתרחש בכל רחבי העולם למרות כל ההצהרות וההבטחות (Sobsey, 1994).**

אלפי ילדים, בני נוער ומבוגרים בעלי מוגבלות החיים בישראל נפגעים מדי שנה מהזנחה ומהתעללות גופנית, רגשית, פסיכולוגית ומינית. מספרם המדויק אינו ידוע ואולי לא ייוודע לעולם. המקרים המדווחים מדי שנה לרשויות השונות הם קצה הקרחון של בעיה קשה ורחבת היקף. הסטטיסטיקה, עם כל חשיבותה, איננה העיקר, אלא מה שמעבר לה. מעבר למספרים היבשים מסתתרים ילדים, בני נוער ובוגרים הלכודים במעגל של אלימות ומוגבלות. הם חשופים להתעללות כתוצאה מאלימות והופכים פגיעים יותר לאלימות בשל מוגבלותם. ההיחלצות מתוך מעגל האלימות קשה, מכיוון שאנשים בעלי מוגבלות חשופים להתעללות ללא הבדל גזע, תרבות ומעמד חברתי, בשכיחות של פי ארבעה עד פי עשרה בהשוואה לכלל האוכלוסייה (בריון, 2002; Sobsey, 1994).

הורים ואנשי מקצוע רבים מצויים בעמדה מרכזית של איתור מוקדם של מקרי התעללות ושל דיווח עליהם על פי חוק. חובת הדיווח על השלכותיה מטילה על המדווחים אחריות כבדה, שלא פעם גורמת לחששות, לספקות ולהתלבטויות: מה תהינה תוצאות הדיווח? האם הדיווח יביא למעצר הפוגע? איך אפשר להבטיח הגנה על הנפגע ועל המדווח מפני הפוגע, אם הוא ישוחרר? האם המדווח יוזמן להעיד או יתעמת עם הפוגע במשטרה או בבית המשפט? ... חששות אלו באים לידי ביטוי במיעוט הדיווחים על התעללות של הורים, של אנשי מקצוע ושל אנשים בעלי מוגבלות ובמיעוט התביעות המגיעות לבתי המשפט והזכות להכרעת הדין (Bryen, Carey & Frantz, 2003; Klimecki et al., 1994).

תופעת ההתעללות בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלות היא כרונית וקשה. השאלות הנשאלות הן מדוע אנשים בעלי מוגבלות חשופים להתעללות ומה הופך את ההתעללות למורכבת וקשה. התשובה לשאלות אלה אינה פשוטה, ובה עוסק עיקרו של השער הראשון של הספר. התשובה טמונה במודלים המסבירים התעללות והמפרטים דרכים לזיהוי גורמי הסיכון המגבירים את החשיפה להתעללות. התשובה מצויה בהיכרות עם מאפייניו של הפוגע ובהצגת נזקיה של ההתעללות. שער השני של הספר, הן באיתור ובדיווח, עוסק בעיקר בתשובה לדילמות של אנשי המקצוע לתופעת התת-דיווח.

איתור מוקדם של התעללות ודיווח על פי חוק הם נושאי המרכזיים של הספר. על איש המקצוע, כנציג החברה, מוטלת החובה להגן על אנשים בעלי מוגבלות מפני פגיעה ולעשות את האפשר כדי למנוע התעללות על כל סוגיה.





- א. היקף תופעת הסיכון
- ב. מודלים תיאורטיים לניבוי מצבי התעללות
- ג. גורמי סיכון להתעללות

**פרק 1**  
**סיכון להתעללות**

## היקף תופעת הסיכון להתעללות

ילדים, בני נוער ומבוגרים בעלי מוגבלות הופכים מדי שנה קרבן להתעללות. הם נפגעים בגופם ובנפשם ולעתים נושאים את הסוד ואת הצלקות כצל המעיב על חייהם (Sobsey, 1994).

### אנשים בעלי מוגבלות בישראל

המידע אודות מספרם של האנשים בעלי המוגבלות החיים בישראל הוא חלקי. הוא נלקח משני מקורות מרכזיים: מהשנתון הסטטיסטי לשנת 2004, המתייחס לילדים עד גיל 18 (בן-אריה, ציונית וקמחי, 2003), ומדוח נציבות השוויון לאנשים בעלי מוגבלות, המתייחס לילדים עד גיל 12 ([www.mugbaluyot.justice.org.il](http://www.mugbaluyot.justice.org.il), 27.7.2005). על פי ההערכה המקובלת בעולם למעלה מעשרה אחוזים מהאוכלוסייה הם אנשים בעלי מוגבלות. מכאן אפשר להניח כי בישראל יש לפחות כ-650 אלף איש בעלי מוגבלויות שונות. כיום ידועים הנתונים המפורטים להלן:

#### ילדים

לפי השנתון הסטטיסטי לשנת 2004, קרוב ל-13% מהילדים בישראל (כ-300 אלף ילדים) הם בעלי מוגבלות כרונית. לשני שלישים מתוך כלל הילדים בעלי מוגבלות יש מחלה כרונית או נכות המשפיעות על תפקודם היום-יומי. לשאר הילדים יש מחלה כרונית או נכות שאינן משפיעות על תפקודם היום-יומי. 10% מתוכם הם ילדים בעלי מוגבלויות כרוניות ומרובות. כל זאת בהסתמך על מחקר שערך מכון ברוקדייל בשנים 1995-1997. מאז לא נערך מחקר נוסף השופך אור על היקף האוכלוסייה (בן-אריה, ציונית וקמחי, 2004, עמוד 197). לפי דוח נציבות השוויון לאנשים בעלי מוגבלות, כ-16 אלף ילדים מוכרים כנכים על ידי המוסד לביטוח הלאומי. מרביתם נכללים בתוך כ-166 אלף ילדים המוכרים במשרד החינוך כבעלי צרכים מיוחדים. כ-41 אלף מתוכם לומדים במסגרות החינוך המיוחד (בגנים ובבתי ספר). כ-73 אלף נהנים מ"סל שילוב" במסגרת לימודיהם בחינוך הרגיל וכ-52 אלף מתוכם לומדים בחינוך הרגיל ללא "סל שילוב".

#### מבוגרים

כ-155 אלף מבוגרים מוכרים על ידי הביטוח הלאומי כנכים מלידה או כתוצאה ממחלה. מתוכם כ-10 אלפים הם בעלי מוגבלות ראייה, כ-10 אלפים בעלי מוגבלות שמיעה, כ-20 אלף בעלי מוגבלות פיזית, כ-20 אלף בעלי מוגבלות בניידות, כ-55 אלף בעלי מוגבלות נפשית, כ-20 אלף בעלי מוגבלות שכלית, כ-20 אלף בעלי מוגבלות נוירולוגית וכ-5 אלפים בעלי מוגבלות רב-תחומית. 20 אלף איש מוכרים על ידי משרד הרווחה כנושאי תעודות עיוור, כ-137 אלף איש מוכרים כנכים שלא מלידה, וכ-40 אלף איש מוכרים על ידי שירות התעסוקה כבעלי מוגבלות לצורך קבלת הבטחת הכנסה. מספרם של האנשים



המוכרים במסגרות השיקום השונות של הרווחה, הבריאות והקליטה כאנשים בעלי צרכים מיוחדים עקב מוגבלותם הוא משוער. מרביתם חיים בקהילה עם משפחותיהם או במסגרת דיור מוגן, ומיעוטם שוהים במסגרות מוסדיות. בהעדר מידע על ממדי החפיפה בין הקטגוריות ובהעדר הגדרה אחידה של טיב המוגבלות אי אפשר להעריך בוודאות את גודל האוכלוסייה ואת אפיוניה. ההערכה היא כי מדובר בלמעלה מ-800 אלף איש.

### קשישים

ההערכה היא כי כ-300 אלף קשישים סובלים ממוגבלויות שונות, ומתוכם כ-120 אלף קשישים נהנים מחוק הסיעוד.

## היקף התופעה של חשיפה להתעללות

המידע אודות היקף התופעה של סיכון וחשיפה להתעללות בקרב ילדים, בני נוער ובוגרים בעלי מוגבלות החיים בישראל מועט. נתונים מאורגנים ונגישים קיימים בעיקר לגבי אנשים בעלי פיגור שכלי וחסרים לגבי קבוצות האוכלוסייה האחרות. מנתונים שנאספו על-ידי האגף לטיפול באדם המפגר בשירות לטיפול בקהילה אפשר ללמוד כי בשנת 2003 התקבלו 119 דיווחים על התעללות, מתוכם 56 דיווחים לגבי קטינים ו-63 לגבי בוגרים. בנושא ההתערבות והטיפול של פקידי סעד במקרים בצל החוק (מקרים המתייחסים להתערבות פקידי סעד המיועדת להביא לשיפור המצב במקרי סיכון, תוך הימנעות מהפעלת החוק), אנו למדים כי בשנת 2001 היו 238 מקרים, מתוכם 95 קטינים ו-143 בוגרים, ואילו בשנת 2003 התקבלו 315 משפחות לטיפול בצל החוק לעומת 295 בשנת 2002. בנוסף, בשנת 2001 הוגשו 26 בקשות לצווי בית-משפט לאמצעי חירום או לאכיפת דרכי טיפול על-פי ועדת אבחון, לעומת 37 בקשות שהוגשו בשנת 2003 (מאיר, 2004). נתונים אלה משקפים תמונה חלקית של התופעה, וכאמור אין מידע שיטתי לגבי היקפה בקרב אוכלוסיות אחרות.

קריאת "הצילו" | מע"ש אחיקס



הנתונים הקיימים באים בעיקר ממחקרים שבוצעו במקומות שונים בעולם, ובמיוחד בארה"ב, בבריטניה ובאוסטרליה, והם מתארים בעיקר את היקף התופעה של סיכון להתעללות בקרב ילדים בעלי מוגבלות. המחקרים בחנו את שכיחותם של מקרי התעללות והזנחה בילדים בעלי מוגבלות ואת שכיחותם של ילדים בעלי מוגבלות בקרב ילדים שאותרו כמצויים בסיכון להתעללות ולהזנחה. סקירת המחקרים בתחום מעידה כי ילדים בעלי

מוגבלות מצויים בסיכון גבוה יותר לחוות התעללות והזנחה בהשוואה לילדים ללא מוגבלות. המחקרים מובאים בפירוט אצל מרום ועוזיאל (2000), וכאן יצינו רק חלקם.

החוקרים סאליבן וקנוסטון (Sullivan & Knuston, 1998) מצאו ש-64% מבין הילדים שטופלו בבית-חולים בנברסקה בין השנים 1982-1992 ואשר חוו התעללות היו בעלי סוג כלשהו של מוגבלות. הם היו בסיכון גבוה פי 1.8 לחוות הזנחה, פי 2.2 לחוות התעללות מינית ופי 1.6 לחוות התעללות גופנית בהשוואה לילדים ללא מוגבלות. במחקר נוסף בדקו החוקרים קרוס, קיי ורטנובסקי (Cross, Kaye & Ratnofsky, 1993) מדגם של 1,834 ילדים ובני-נוער בארה"ב שהיו מעורבים ב-1,249 מקרים של התעללות. הם מצאו כי הילדים בעלי המוגבלות היו בסיכון גבוה פי 1.7 לחוות התעללות לסוגיה, פי 1.6 לחוות הזנחה פיזית ופי 2.8 לחוות הזנחה רגשית מילדים ללא מוגבלות. החוקר אנדרי (Andre, 1985) מצא כי ההסתברות למצוא ילד שחווה התעללות במדגם של ילדים בעלי מוגבלות, גבוהה פי 1.5 מההסתברות למצוא ילד שחווה התעללות בקבוצת ההשוואה שכללה ילדים ללא מוגבלות. רמת סיכון דומה ואף גבוהה יותר (פי 1.7-2.6) נמצאה גם במחקריהם של ורדוגו, ברניגו ופוארטס (Verdugo, Bermejo & fuertes, 1995), אשר מצאו כי הסיכוי למצוא ילד שחווה התעללות במדגם של אנשים בעלי פיגור שכלי גבוה פי 7 מהסיכוי למצוא ילד שחווה התעללות בקבוצת ההשוואה שכללה ילדים ללא מוגבלות.

קיימים פערים בין ממצאיהם של מחקרים שונים אודות היקף התופעות של התעללות והזנחה בקרב ילדים בעלי מוגבלות ואודות השכיחות של מוגבלויות בקרב ילדים שחוו התעללות. פערים אלו מוסברים על-ידי בעיות מתודולוגיות הקשורות, בין היתר, בריבוי שיטות המדידה ובריבוי ההגדרות (מרומ ועוזיאל, 2000). רוב המחקרים בוחנים את קיומן או את העדרן של התעללות ומוגבלות בנקודת זמן מסוימת, ולעתים אי אפשר לקבוע באופן חד-משמעי אם המוגבלות השפיעה על ההתעללות או שמא התעללות נמשכת היא זו שגרמה למוגבלות או להחמרתה. כמו כן, ייתכן שהשיעורים הגבוהים של ילדים שחוו התעללות בקרב ילדים בעלי מוגבלות נובעים מן העובדה שילדים אלה מוכרים יותר לנתני השירותים ועל כן יש סיכויים רבים יותר לגלות מקרי התעללות בקרבם. בעיה נוספת קשורה בעובדה שמרבית המחקרים אינם בוחנים מדגם מייצג של האוכלוסייה ומתבססים יותר על מידע שהתקבל מגורמים חיצוניים לנפגע (הורים, אנשי-מקצוע, רישומים ברשויות) וכחות על מידע שהתקבל מהאנשים בעלי המוגבלות עצמם.

מחקרים שבוצעו בשנים האחרונות הצליחו להתגבר על חלק מהבעיות המתודולוגיות שרווחו במחקרים הקודמים, וזאת באמצעות בחינת מדגמים מייצגים וכלל-ארציים המשלבים מידע ממקורות שונים (שירותי הרווחה, המשטרה, בתי-החולים ועוד), וכן באמצעות הכללתן של קבוצות השוואה מתואמות ושימוש בהגדרות ברורות. מחקרי-האורך, המאפשרים תמיכה רבה יותר בהסקת מסקנות אודות כיוון הקשר הסיבתי שבין נכות לבין סיכון, עדיין מעטים. עדיין רווח השימוש בשיטות מחקר ובהגדרות של סיכון המבוססות על המתודולוגיה ועל ההמשגה המקובלות במחקרים אודות ילדים ללא מוגבלות (Sullivan & Knutson, 1998; Cross, Kaye & Ratnofsky, 1993; Westcott & Jones, 1999).

בגלל העדר נתונים מדויקים לגבי היקף התופעה בקרב מבוגרים בעלי מוגבלות לא נותר לנו אלא להצטרף להנחה של חוקרים ואנשי מקצוע, הגורסת כי תופעת ההתעללות במבוגרים בעלי מוגבלות דומה בחומרתה לפחות להתעללות בצעירים בעלי מוגבלות, ואולי היא אף חמורה יותר (Sobsey, 1994).

## מודלים תיאורטיים לניבוי מצבי התעללות

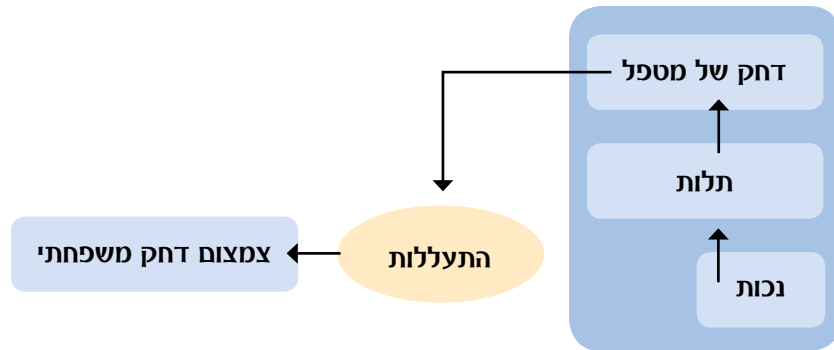
השאלה מדוע ילדים, בני נוער ובוגרים בעלי מוגבלות חשופים להתעללות מעסיקה חוקרים רבים. חלק מן התשובות אפשר למצוא במודלים תיאורטיים, אשר נבנו לצורך ניבוי מצבי סיכון בקרב ילדים (לסקירה ראה גפני, 2003; מרום ועוזיאל, 2001; Sobsey, 1994; Westcott & Cross, 1996). מעט מאוד מודלים תיאורטיים נבנו להבנת מצבי סיכון בקרב אנשים בעלי מוגבלות (Sobsey, 1994; Westcott & Jones, 1999). ההנחה היא כי אפשר ללמוד מהמודלים השונים על דינאמיקה של התעללות בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלות לצורך בניית כלי איתור, טיפול ומניעה יעילים. המודלים ייבחנו לאור הקשרם להתעללות בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלות.

### מודלים פסיכולוגיים

#### 1. המודל של תלות-דחק (The Dependency-Stress Model)

זהו מודל מסורתי המסביר את הסיכון הגבוה שאנשים בעלי מוגבלות נחשפים אליו, בשימת דגש על דחק משפחתי ועל תלות, כמתואר בתרשים שלהלן:

#### תרשים 1: מודל של תלות-דחק



המודל נגזר ממודל המניח כי תסכול ודחק הנחווים על-ידי מטפלים ישירים (careers) הם גורמים מרכזיים להתעללות. גורמים אלו שכיחים כאשר המטפל, בדרך-כלל הורה, אינו מתפקד באופן מלא בשל בעיה או חולשה כלשהי, ולכך מצטרפים גורמי תסכול ודחק הקשורים לילד או להורה, כגון קושי הכרוך בטיפול בילד בעייתי לפי תפיסת ההורה, בעיות בחיי הנישואין או אבטלה נמשכת. המודל של תלות-דחק מניח כי ההתעללות היא תוצר של תלות שהאדם מפתח במשפחתו. מוגבלותו של האדם מגבירה את תלותו במטפלו הישירים (בני המשפחה) מעל ומעבר למשאבי ההתמודדות העומדים לרשותם. ההתעללות מתרחשת כפורקן לדחק הורי הקשור למוגבלות הילד ולמשאביה

המצומצמים של המשפחה. תכונות/אפיוני הנפגע, במיוחד אלה הקשורים למוגבלות, נתפסים כמעוררים תוקפנות והתעללות. לפי המודל, הפחתת תלותם של אנשים בעלי מוגבלות בבני משפחותיהם ותגבורם של משאבי התמודדות המשפחתיים יכולים להפחית את הסיכון להתעללות.

יש חוקרים הגורסים כי ההתעללות מתרחשת כשקיים שילוב בין דחק או משבר משפחתי/ חברתי לבין חולשה או אי התאמה בין הורה או בן משפחה ובין מאפייני הילד (Westcott, 1991; Zirpoli, 1986). חשיבותו של הדחק בגרימה או בעוררות של התעללות באנשים בעלי מוגבלות שנויה במחלוקת. למרות זאת נראה כי דחק הנגרם מקשיי התמודדות עלול להביא להתעללות. הפוגעים, שהם בדרך כלל מטפלים ישירים, יראו באדם שהם פוגעים בו מקור לדחק ולתסכול שהם חשים (Goldson, 1998; Sobsey, 1994).

המודל זכה לביקורות רבות. נרמזת בו האשמת הנפגע, הנותנת לגיטימציה לפוגעים להצדיק את מעשיהם, כמו גם עידוד לצייתנות ולכניעה לדרישות של בעלי הסמכות. המודל מסביר יותר התעללות בתוך המשפחה, הנגרמת על-ידי מטפלים ישירים, ופחות התעללות שמקורה מחוץ למשפחה, בבית הספר או בשכונת המגורים, הנגרמת על-ידי אנשים שאינם מטפלים בילד באופן ישיר (Westcott & Cross, 1996). ממצאים מחקרניים לא איששו את המודל וגם לא את



ההנחה כי הגדלת כמות המטפלים או הפחתת התלות יכולות להפחית את אחוזי ההתעללות. נראה כי מחקר הקושר בין מוגבלות, תלות, דחק והתעללות אינו מספק קשר ברור בין המשתנים השונים.

## 2. מודל השליטה הנגדית (Counter Control)

זהו מודל המנסה לבסס את ההסבר לתופעת ההתעללות באנשים בעלי מוגבלות על מאבקי כוחות. הנחת היסוד היא כי אנשים מגיבים זה לזה על-ידי חיזוק התנהגות נעימה או התנהגות מענישה. כדי לשמור על האיזון בין בני האדם, כשאדם אחד מפעיל שליטה על אדם אחר, האחר מגיב בשליטה נגדית שווה. כשאחד מן הצדדים שולט ברוב התנהגותו של האחר, האינטראקציה הופכת למתעללת. ככל שחוסר האיזון גדול יותר, תהיה ההתעללות חמורה יותר. דוגמה לחוסר איזון: הורים בדרך כלל גדולים וחזקים יותר מילדיהם, והם בעלי מיומנויות וידע העוזרים להם לשלוט בילדיהם. התעללות מינית, לדוגמה, שכיחה כשקיימים פערים בין כוחות. המודל מכיר בטבעה הדינאמי והאינטראקטיבי של ההתעללות. לפי המודל, חוסר שליטתו של הנפגע, ולא תכונה שטבועה בו, הוא התורם לבעיה. המודל סותר את המודל של תלות-דחק ומציע כמה אסטרטגיות מניעה יעילות, כגון העשרת הידע, לימוד מיומנויות של קבלת החלטות,





אסרטיביות, הגנה עצמית ועוד, שמטרתן להחזיר לאנשים את השליטה בחייהם והן רלבנטיות לאוכלוסייה של ילדים, בני נוער ובוגרים בעלי מוגבלות (Sobsey, 1994).

### 3. תיאוריית ההתקשרות (Attachment) בהקשר של התעללות בילדים בעלי מוגבלות

תיאוריית ההתקשרות מנסה להסביר את תופעת ההתעללות בתוך משפחה כלפי ילד בעל מוגבלות מנקודת המבט של תהליך ההתקשרות (Attachment) בין דמות ההתקשרות, שהיא בדרך כלל האם, לבין הילד.

בולבי (Bowlby, 1969) טבע לראשונה את המונח "התקשרות" והגדירו כדחף בסיסי, אינסטינקטיבי וקיומי, הגורם לאם ולתינוק להתקשר זה לזה בקשר שאי אפשר להתירו. התקשרות היא מערכת קשרים שבה הדגש הוא על עמדותיו ועל התנהגותיו של ההורה (דהיינו, עד כמה ההורה חש ומבטא קשר רגשי לילדו). "שום צורה של התנהגות אינה מלווה ברגשות עזים יותר מאשר התקשרות. הדמויות שכלפיהן מכוונת התנהגות זאת נעשות אהובות, וקרבתן מעוררת שמחה. כל זמן שהילד נמצא בנוכחותה הבלתי-מעוררת של דמות-התקשרות מרכזית, או בקרבתה, הוא מרגיש בטוח. איום באבדנה יגרום לחרדה, ואבדן ממשי יביא לעצבות" (מתוך בולבי 1969, אצל יובל, 2004).

יש חוקרים הסוברים כי תהליך ההתקשרות בין האם לתינוקה בעל הנכות המולדת עלול להיפגם. משהו מפריע או קוטע את התפתחותו של תהליך ההתקשרות ביניהם, ועלול להוביל להפרעות בתהליך ההתפתחות של ההתקשרות בעתיד או להתנהגות בלתי הולמת כלפי התינוק. לדוגמה, תינוקות רכים ברמת תפקוד נמוכה, הזקוקים לטיפול רפואי ולאשפוז ממושך, מועמדים יותר להפרדה מאמם. ליקויים בתפיסה או בגרייה מקשים על התפתחותה של התקשרות. תגובות ההורה מושפעות מדלות ההבעה הרגשית של התינוק ומהקושי שלו בהבעות תקשורתיות דקות, כגון חוסר קשר עין או משוב מצדו. הורים יתקשו לפענח את הרמזים של התנהגות ילדם ולהעריך נכונה את יכולות תפקודו בגלל העדר משוב ברור. תינוק שיש לו עיכוב התפתחותי יאחר לחייך, לזחול ולאחוז חפץ, ולא יסמן בצורה ברורה לאם כשהוא רעב, עייף או משועמם. האם תתקשה להבין את רמזי התינוק ולא תגיב עליהם, והתינוק לא יגיב כמצופה (לוי-שיף ושולמן, 1995; ארליך, 1986; Blacher & Meyers, 1983; Ammerman et al., 1989; Maroney, 2001).

הדחק הקשור לאבחון של הילד בעל המוגבלות ולטיפול בו יכול גם הוא להפריע להתפתחותה של ההתקשרות. תחושות ההלם, התסכול, האכזבה והדיכאון ההורי בעקבות לידת ילד בעל מוגבלות תורמות לתהליך התקשרות לקוי. הורים לילד מעוכב התפתחות, לדוגמה, דיווחו על תחושת דחק רבה יותר מאשר הורים לילד רגיל באותו גיל כרונולוגי, הבאה לידי ביטוי בין היתר בשימוש במגע מכאיב בשכיחות גבוהה יותר ובדיבור מלווה בכעס או בהרמת קול. תהליכי התקשרות בלתי-תקינים, המלווים ברגשות שליליים כלפי ילד הנתפס כ"בעייתי" בעיני המטפל, עלולים לגרום לטיפול בלתי-הולם בילד, להזנחתו ולהתעללות בו. טענה זו נתמכת על-ידי מחקרים אחדים שנמצא בהם קשר בין סגנון התקשרות לא-בטוח לבין התעללות והזנחה. התקשרות בריאה נתפסת כמגנה על הילד מפני התעללות, ואילו הפרעות בהתקשרות בין הורים לבין ילדיהם נתפסות כקשורות לעתים להתעללות בו (מרומ, 1994; לסקירה; Ammerman, 1997).

## מודלים סוציולוגיים - אקולוגיים

### 1. המודל הסוציו-ביולוגי (Lightcap, Kurland & Burgess, 1982)

המודל הסוציו-ביולוגי נשען על עקרונות תורת האבולוציה כדי להסביר את תופעת ההתעללות של הורים בילדיהם. הנחת היסוד היא שכל התנהגות הורית עוברת תהליך של בררה טבעית ושורדת לאורך הדורות רק אם היא מביאה להגדלת ההתאמה של המין. אם התרומה הפוטנציאלית של צאצא להמשכיות הגנים של ההורים היא מועטה, כגון כאשר הוא בעל מוגבלות כרונית כלשהי, ההשקעה ההורית בו לא תהיה סתגלנית. במצב זה סביר שההורים יתעללו בצאצא או יזניחו אותו. המודל זכה לביקורת בשל היותו גזעני, לא-מוסרי ופרובוקטיבי ובשל הענקתו הצדקה "ביולוגית-אבולוציונית" להתעללות ההורים.

### 2. המודל הפמיניסטי

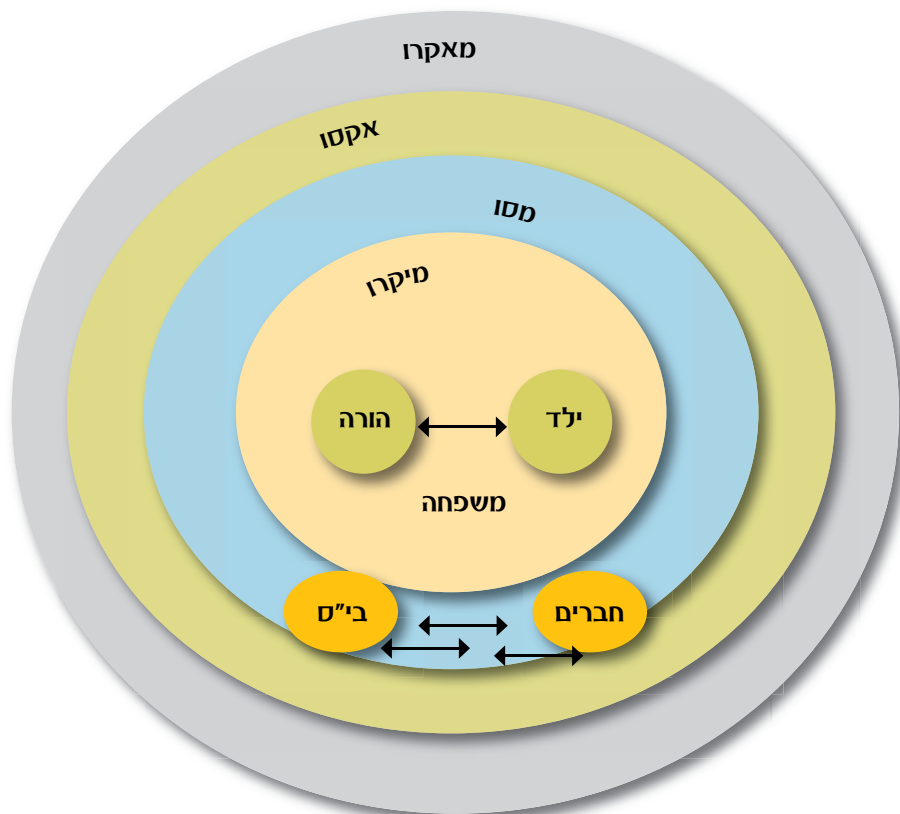
גישות פמיניסטיות להתעללות בילדים (Macleod & Saraga, 1993) מקשרות בין ההתעללות לבין תופעת האלימות כלפי נשים בחברה. לפי גישות אלה אלימות כלפי נשים נעוצה בסטריאוטיפים על נשיות, על גבריות ועל מיניות ובקישור הגבריות עם דומיננטיות ועם שליטה. כלומר, אלימות כלפי ילדים בכלל וכלפי ילדים בעלי מוגבלות בפרט היא תוצר של אי שוויון ביחסי הכוחות בחברה ושל העמדות המייחסות לנשים וילדים חולשה ונחיתות בהשוואה לגברים. ילדים בעלי מוגבלות, ובמיוחד בנות, נמצאים בעמדת כוח נחותה (משום שהם גם ילדים וגם בעלי מוגבלות), ולכן הם מתקשים להגן על עצמם מפני התעללות. הגישה הפמיניסטית תואמת גישות אחרות העוסקות באי-שוויון בחלוקת הכוח בחברה ובהשפעתו על ניצול החלשים בחברה (לסקירה ראה Sobsey, 1994). הבעיה העיקרית בגישה הפמיניסטית היא היותה קשה ליישום, מכיוון שהפתרון, לפי תומכי גישה זו, נעוץ בשינוי מערכתי כולל של יחסי הכוחות בחברה ובתיקון הסטריאוטיפים והעמדות השליליות כלפי נשים וכלפי ילדים בעלי מוגבלות.

### 3. המודל האקולוגי (Sobsey, 1994)

לפי מודל זה קיימות ארבע סביבות היכולות להשפיע על היווצרות מצבי התעללות באנשים בעלי מוגבלות:

1. **סביבת המאקרו** - הסביבה החברתית והתרבותית הרחבה, הכוללת מצב כלכלי, אידיאולוגיה, ערכים וסטריאוטיפים
2. **סביבת האקסו** - הסביבה שבה מתקיימים יחסי-גומלין עם סביבות שהילד והוריו באים עמן במגע; מצוקה כלכלית בשכונת המגורים, רמת שירותי הבריאות בקהילה, נגישותם של משאבי תמיכה חברתית
3. **סביבת המסו** - הסביבה החברתית הקרובה, כגון בית הספר, מקום העבודה, המרפאה, המועדון והחברים
4. **סביבת המיקרו** - הסביבה המשפחתית, הכוללת פעילויות, תפקידים ואינטראקציות בין-אישיות הנחווות בתוך המשפחה, וכן מאפייני הילד (כמו בעיות התנהגות), מאפייני ההורים (כגון מוגבלות או בעיות נפשיות) ומאפייני מערכת היחסים במשפחה (היחסים בין שני ההורים ובין ההורים לילדים), כמפורט בתרשים שלהלן:

תרשים 2: המודל האקולוגי להבנת ההתעללות באנשים בעלי מוגבלות (Sobsey, 1994)



כל אחת מהסביבות יכולה להשפיע על התעללות. על-פי המודל האקולוגי, גם בסביבות הקרובות אל הילד, כמו סביבת המיקרו והמסו, תיתכן התעללות על-ידי המטפלים הישירים ופגיעה עקיפה בשל העדר נגישות לשירותים תומכים לילד ולבני משפחתו. המודל האקולוגי מאפשר בחינת התנהגויות של התעללות בהקשר של המשפחה, החברה והתרבות. לפי המודל הפתרון לבעיית ההתעללות טמון ביצירת שינויים בכל ארבע הסביבות, ובכלל זה שינוי במאזן הכוחות הבסיסי בחברה ושינוי האמונות והסטריאוטיפים הקיימים. בדומה לביקורת על הגישה הפמיניסטית, גם כאן הבעיה טמונה בקושי ליישם את הפתרון הכלל-מערכתי הנדרש.

#### 4. המודל האקולוגי האינטגרטיבי (Sobsey, 1994)

המודל האקולוגי האינטגרטיבי מספק מסגרת רחבה להבנת ההתעללות באנשים בעלי מוגבלות. הוא כולל, נוסף לארבע הסביבות המתוארות במודל האקולוגי, גם את פירוט האפיונים של הנפגע הפוטנציאלי ושל התוקף הפוטנציאלי ואת אפיוני הסביבה והתרבות. כל המאפיינים נמצאים באינטראקציה זה עם זה ומשפיעים זה על זה. חידושו של המודל הוא בהתייחסותו לאפיונים הייחודיים לאוכלוסייה של אנשים בעלי מוגבלות שהם קרבנות להתעללות. מודל זה הוא הבסיס להצגת גורמי הסיכון בפרק הבא.

#### 5. מודל ההתעללות המינית (Finkelhor & Browne, 1985)

מודל זה שונה משאר המודלים, בכך שהוא מתייחס במיוחד להתעללות מינית בילדים, בעוד שהמודלים האחרים התייחסו להתעללות באופן כללי. הוא נבחר בשל השלכותיו על אנשים בעלי מוגבלות גם בהקשר של לפגיעות נוספות. לפי המודל קיימים ארבעה תנאים המאפשרים לאדם לפגוע מינית בילדים: מוטיבציה לפגיעה, התגברות על עכבות (כתוצאה משתיית אלכוהול או מצריכת סמים), התגברות על מכשולים חיצוניים, נגישות לילדים ויכולת להתגבר על התנגדות הילד.

על-פי המודל אפשר למפות את ההשפעות שיש להתעללות בכלל ולהתעללות מינית בפרט על ילדים על-פי ארבע דינאמיקות מחוללות טראומה:

1. **מיניות טראומטית:** תהליך שבו מיניות הילד (רגשותיו ועמדותיו ביחס למין) מעוצבת מבחינה התפתחותית באופן בעייתי בעקבות אירוע טראומטי.
2. **בגידה:** דינאמיקה שבה הילד מגלה ומבין שהדמות שהוא אוהב וסומך עליה ותלוי בה הרעה לו.
3. **החלשה:** מצב שבו רצונותיו, תקוותיו ותחושת המשמעות של הילד נפגעים.
4. **תיוג:** תהליך שבו מועברות לילד תחושות שליליות של בושה או אשמה הקשורות להתנסויות ואשר הופכות לחלק מדימויו העצמי.

מודל ההתעללות המינית אינו ייחודי לילדים בעלי מוגבלות. אפשר ללמוד ממנו כי קל לפגוע באנשים בעלי מוגבלות מסיבות הקשורות למוגבלות עצמה, לעמדות השליליות של החברה ולמיתוסים הקשורים למגבלה.

#### תרשים 3: מודל ההתעללות המינית של Finkelhor





## גורמי סיכון להתעללות באנשים בעלי מוגבלות

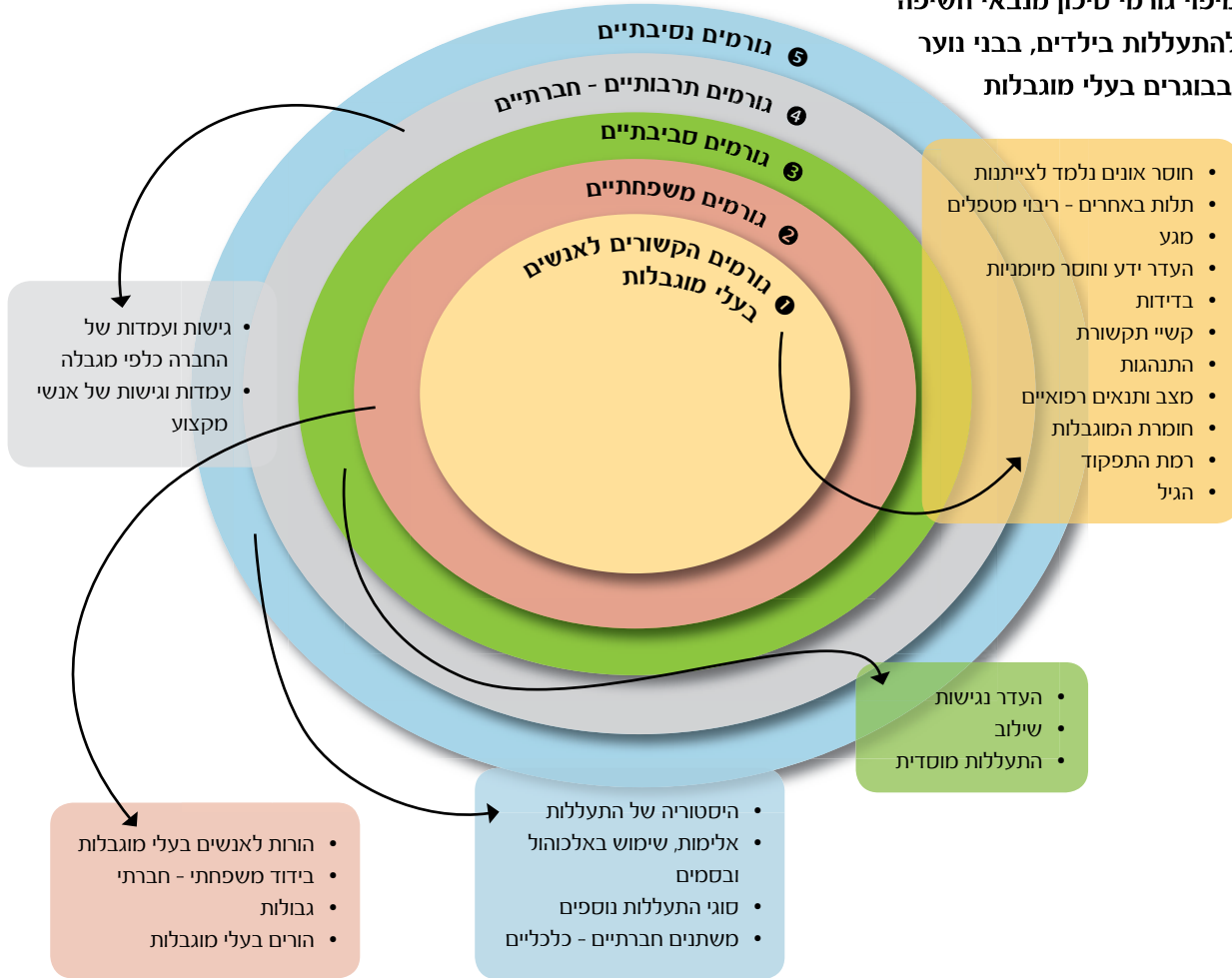
חוקרים איתרו גורמים הקשורים לסיכון גבוה להתעללות באנשים בעלי מוגבלות. כל פרט וכל משפחה עלולים להיחשף במהלך חייהם לגורמי סיכון קבועים (נכות, מחלה כרונית) או זמניים (משבר ההתבגרות), בני ניבוי (גירושין) או בלתי צפויים (תאונה, מחלה), הנובעים ממקור פנימי (התפרצות מחלה) או ממקור חיצוני (סביבה עבריינית) (משרד העבודה והרווחה, תשנ"ח). עיון בספרות מקצועית ושיחות עם אנשי מקצוע מצביעים על תמונה מורכבת של פגיעות (vulnerability) ושל סיכון גבוה להתעללות בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלות (בריין, 2002; Sobsey, 1994; 1997; Sorensen).

חוקרים איתרו את גורמי הסיכון הבאים היכולים לנבא סיכון גבוה להתעללות באנשים בעלי מוגבלות, כמפורט בתרשים 4:

- 1 גורמים הקשורים לאנשים בעלי מוגבלות
- 2 גורמים משפחתיים
- 3 גורמים סביבתיים
- 4 גורמים תרבותיים-חברתיים
- 5 גורמים נסיבתיים

**תרשים 4:**

**מיפוי גורמי סיכון מנבאי חשיפה להתעללות בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלות**



## גורמים הקשורים לאנשים בעלי מוגבלות

אנשים בעלי מוגבלות מצויים בסיכון להיפגע פי 5-2 יותר מאנשים ללא מוגבלות (Sobsey, 1994). ממצא קשה זה הביא בשנים האחרונות אנשי מחקר וטיפול לבחון זיקה אפשרית בין מוגבלות לבין מידת החשיפה למצבי-סיכון (Sullivan & Knutson, 1998; Westcott & Jones, 1999; Westcott & Cross, 1996). השאלה הנשאלת היא מדוע ילדים, בני נוער ובוגרים בעלי מוגבלות חשופים יותר לסיכון להתעללות לעומת ילדים, בני נוער ובוגרים ללא מוגבלות. התשובה לשאלה קשורה להנחה כי מוגבלות יכולה להעמיד את הילד, את המתבגר או את הבוגר במצבים רבים וקשים של חשיפה להתעללות בתוך המשפחה ובסביבה הקרובה (בית-הספר, השכונה) אף יותר מילד, ממתבגר או מבוגר ללא מוגבלות. יש להתייחס בזהירות לסוגיה זו ולהימנע ממתן משקל יתר לאפיון הנפגע כאל גורם המגביר את ההתעללות בו. האפיונים שבעטיים אנשים בעלי מוגבלות מצויים בסיכון אינם בהכרח טבועים בהם. למעשה חלקם הם תוצאה של טיפול או שיקוף הדרך שבה החברה רואה אותם (Ammerman, 1991). הבנת המאפיינים הייחודיים הקשורים למוגבלות היכולים לנבא מצבי סיכון עשויה לסייע בבניית תכניות מניעה והתערבות העונות על צרכיהם הייחודיים של הורים ושל ילדיהם ובמניעת ההישנות של התעללות בעתיד.

קבוצה גדולה של גורמי סיכון היא תוצר מערכת יחסי הגומלין שבין האדם לסביבתו. ביניהם אפשר למצוא: חוסר אוניס נלמד וחינוך לצייתנות, תלות באחרים הקשורה בין היתר בריבוי מטפלים ובמגע רב מדי, העדר ידע וחוסר מיומנויות, בדידות, קשיי תקשורת, בעיות התנהגותיות והיבטים רפואיים. קבוצה נוספת של גורמי סיכון קשורה למשתנים דמוגרפיים כגון הגיל, המגדר, חומרת הנכות ורמת התפקוד.

### חוסר אוניס נלמד וחינוך לצייתנות

חוסר אוניס נלמד (learned helplessness) הוא אמונתו של אדם כי אינו יכול להשפיע על מה שקורה לו. חוסר אוניס נלמד יכול להיווצר לעתים לאחר פגיעה אחת בלבד. תחושת חוסר האונים שבה הנפגע מצוי מושכת את הפוגע להוסיף ולהתעלל בו, וככל שהוא מתעלל בו יותר, כך הנפגע הופך פסיבי ושפל-רוח יותר. כשהמטפל הישיר הופך לפוגע, נותרות בידי האדם התלוי בו מעט אפשרויות בחירה. לעתים קרובות הוא בוחר באי-עשייה, בחוסר התגוננות, בצייתנות או בכניעה. תחושת חוסר האונים שכיחה בסביבות שאינן מאפשרות בחירה חופשית ואוטונומיה, בסביבות המעודדות תחושת חוסר אוניס ומגדילות את הסיכון להיפגע. חינוך לצייתנות עלול להחריף את תחושת חוסר האונים והפסיביות ולהגדיל את הסיכון להתעללות (Greenbaum & Auerbach, 1998; Sobsey, 1994).

במקרה שהובא לבית משפט של חשד באינוס של נערה בעלת פיגור שכלי קל נכתב בפסק הדין: "...ממכלול העדויות והראיות שהובאו בפני בית המשפט בולטת בהתנהגותה של המתלוננת הכניעה והצייתנות להוראותיהם של אחרים בחיי היום-יום שלה... המתלוננת, כך למדנו וכך התרשמנו מעדותה, אינה יודעת לומר 'לא', והיא נכנעת לרצון הזולת. בנסיבות כאלה קיים פוטנציאל לניצול ליקויה של הנערה לשם קיום יחסי מין שלא לפי רצונה..." (פסק דין 1274/00).

צייתנות נתפסת על-ידי רבים כמיומנות תפקודית נדרשת לאנשים בעלי מוגבלות, אף שלא תמיד היא פועלת לטובתם. העובדה שאנשים בעלי מוגבלות כנועים וצייתנים משאירה אותם במצב של חוסר אונים נלמד ובחשיפה קיצונית ומתמדת לכל צורות ההתעללות (Mansell & Sobsey, 2001).

### תלות באחרים - ריבוי מטפלים

מוגבלותם של ילדים, של בני נוער ושל בוגרים יוצרת אצלם תלות בסביבתם. עבור חלקם היא זמנית, ועבור אחרים היא לצמיתות. אנשים בעלי מוגבלות מצויים לעתים קרובות במקומות ובנסיבות המאפשרים התעללות בהם עקב תלותם במספר רב של מטפלים בשל הזדקקות לטיפולים רפואיים תכופים או לעזרה בחיי היום-יום (Greenbaum & Auerbach, 1998). תלות בסביבה יוצרת צורך באינטראקציה מרחבה של האדם בעל המוגבלות עם בני משפחה ועם מטפלים. אדם בעל מוגבלות פיזית קשה יבוא במגע, בדרך-כלל, עם מספר רב של אנשים מסייעים (מטפלים, רופאים, אחיות, נהגים, מלווי הסעות, אנשי חינוך ועוד). אדם בעל נכות התפתחותית או חושית יהיה תלוי באחרים בכל הקשור למילוי צרכיו הבסיסיים. ילד בעל נכות פיזית יהיה תלוי באנשים רבים לצורך בדיקות וטיפולים רפואיים ופארה-רפואיים תכופים. אדם בעל לקות שמיעה יהיה תלוי באנשים שומעים לתיווך תקשורת.

"...הכי אני שונאת לצאת לסיידורים בעיר (כמו בנק, עירייה). תמיד צריך לעמוד על המשמר, לבדוק מה כולם עושים כדי להישאר בעניינים, כי לפעמים יש שינויים בדלפקי הקבלה, ואת מי אשאל כדי שלא יצחקו עליי? התלות באנשים שומעים שלא תמיד נכונים לעזור ולסייע, הדריכות המתמדת לעקוב אחר מהלך העניינים מקשה ומעייפת..." (מתוך אליהו, מזור ורוקניאן, 2003).

### מגע

הקשר של מטפלים, בני משפחה, אנשי מקצוע ואנשים זרים עם האדם בעל המוגבלות מלווה במגע רב. חלקו מגע מכוון, גם במקומות אינטימיים עקב תפקיד טיפולי (עזרה בשירותים, בהתלבשות, ברחצה), וחלקו מגע בלתי מכוון, שהוא לעתים פועל יוצא מראיית האדם בעל המוגבלות כילד ה"זקוק לחום ואהבה".



הצורך במגע מלווה אותנו לכל אורך חיינו. בילדותו הילד לומד ומתפתח באמצעות מגע. במהלך שנות הנעורים הצורך העיקרי לגעת ולקלוט מגע הופך בהדרגה לחיפוש סמלי של אהבה, קרבה, ביטחון, נחמה וחיזוק. למגע ערך ביולוגי: הוא משמש אמצעי בסיסי לתקשורת אינטימית. המגע הוא גם בעל ערך תקשורתי: הוא משמש צורה מוחשית של תקשורת בין הורה לילד, ערוץ שדרכו הילד מאותת על צרכיו או ערוץ תקשורת בין מבוגרים - קשר ללא מילים. למגע גם ערך פסיכולוגי: באמצעותו אנו לומדים ומתפתחים ומחזקים את תחושת הביטחון שלנו ואת בריאותנו. מגע נרכש מהתנסויות חברתיות ומהתנהגות תרבותית (דיוויס, 1994). המגע חשוב להתפתחותו של האדם בעל המוגבלות, אך מגע מרובה, עם דמויות שונות בסביבה, יכול לפגום בתחושת



הפרטיות והאינטימיות של האדם בעל המוגבלות ולבלבלו. חיבוק צמוד, הנחת הראש על חזה של מטפלת, הושבה על הברכיים, ליטופים ונגיעות - כל אלה יכולים לגרום לבלבול בכל הקשור לגבולות המגע בהקשרים השונים ובכל הקשור להתנהגות מקובלת ושאינה מקובלת. נגיעות מרובות עלולות אף לגרום לתסכול ולעוררות מינית בקרב מטפלים ואנשים בעלי מוגבלות (ארגמן, 2003).

תלות, ריבוי מטפלים ומגע לא-מובחן שילדים, בני נוער ובוגרים בעלי מוגבלות חשופים אליהם עלולים לשמש כר פורה לתחושה של פריצת הגבולות של המרחב האישי החשוב להתפתחות בריאה ולפיתוח מיומנויות חברתיות, שתפקידן להגן על האדם מפני התעללות. הכישלון להגיב על פריצת גבולות המרחב האישי יכול לעתים לאותת לתוקף פוטנציאלי שהנפגע ישתף פעולה עם ההתעללות ולא יתנגד לה. התלות באחר משפיעה על איכות חייו של האדם בעל המוגבלות, והיא אחד מגורמי הסיכון הבולטים ביותר (Sobsey, 1994).

### העדר ידע וחוסר מיומנויות

עולמם של הילדים והבוגרים בעלי המוגבלות מורכב ממספר מועט של הזדמנויות ללמידה המשפיעות על ליקוי במיומנויות מרכזיות שתפקידן לשפר את איכות חייהם ולהגן עליהם מפני התעללות או אף על העדרן של מיומנויות אלה. "מיומנות" פירושה כושר-פעולה, יכולת לבצע פעולות מסוימות העוזרת לאדם בחיי היום-יום, בפיתוח העצמי, בהעשרה ובשיפור איכות חייו, כגון קבלת החלטות, אסרטיביות, יכולת הגנה עצמית או כישורים מוטוריים היכולים להגן עליו מפני התעללות. רבים מבעלי המוגבלות נתקלים בקשיים בתחומי חיים מרכזיים, כגון בתחום החברתי, המיני, האישי ובתחומי ההבנה והלמידה, וזאת עקב העדר ידע מחד גיסא ועקב קושי ליישם את הידע המועט הקיים בצורה מסתגלת מאידך גיסא (רייטר, 2004; McCabe, Cummins & Reid, 1994).

### בדידות

הספרות עוסקת בניסיונות שונים להגדיר בדידות על מאפייניה ועל הגורמים לשכיחותה בקרב אוכלוסיות שונות, ובכללן אוכלוסיות בעלות מוגבלות. ההגדרה שניעזר בה היא של מרגלית (1998), ולפיה תחושת הבדידות מתבטאת בשלוש תבניות מרכזיות הקשורות זו בזו:

- א. קושי ביצירת קשר אינטימי וקרוב עם "חברים טובים".
- ב. דחייה חברתית וכישלון בניסיונות להשתייך לקבוצה חברתית מועדפת.
- ג. בדידות המזוהה לעתים עם שעמום ומשקפת לא אחת קושי התפתחותי להישאר לבד.

נער בן 13 בעל שיתוק מוחין סיפר:

"...כל יום אני חי בתוך גיהינום. שנה שלמה הם אנסו אותי. יום-יום, במהלך שנה שלמה, נהגו ארבעה תלמידים להתעלל בנער בהסעה ובהפסקות. הם ניצלו את העובדה שאני נכה, שאני לא יכול להתנגד" אמר. "אם היו לי רגליים בריאות, הייתי בורח... הייתי יכול להגן על עצמי והייתי מכסח להם את הצורה" (מתוך יום עיון לאנשי מקצוע בנושא של איתור פגיעה).

אנשים בעלי מוגבלות מנותקים ומבודדים מן החברה הדומיננטית. הסיבות לכך קשורות לשכיחותם הגבוהה של מצבי חיים העלולים להביא לבדידות לעתים בשל מערכת תמיכה חברתית פגומה או בשל ניתוק חברתי הנגרם ממעבר ממסגרת אחת לשנייה. כתוצאה מכך ילדים ובוגרים בעלי מוגבלות עלולים להיחשף לסכנה גדולה וממשית של פגיעה בעצמם או באחרים (רייטר, 2004; Doyle, 1995; Nosek, Howland & Young, 1997; Sossby & Doe, 1991; Bares, 1992; Furey, 1994). עדות לבדידותם החברתית של אנשים בעלי פיגור שכלי בישראל אפשר למצוא בכמה מקורות. תחושת הבדידות נבדקה בקרב שלוש קבוצות של תלמידים: תלמידים בעלי פיגור שכלי הלומדים בחינוך המיוחד, תלמידים בעלי פיגור שכלי הלומדים בכיתות מקדמות בבתי ספר רגילים ותלמידים ללא פיגור שכלי. חוקרים מצאו כי תלמידים ובני נוער בעלי פיגור שכלי הלומדים בבתי ספר לחינוך מיוחד הביעו תחושת בדידות גדולה יותר מאלו הלומדים בכיתות מקדמות או מאלו הלומדים בכיתות רגילות (Heiman & Margalit, 1998). במחקר אחר נבדקה סוגיית שילובם של אנשים בעלי פיגור שכלי במפעלים מוגנים שעובדים בהם אנשים בעלי ריבוי מוגבלויות, בין היתר מההיבט של רמת בדידותם. האנשים העובדים במסגרות מעורבות דיווחו על תחושת בדידות גבוהה יותר. לא נמצאו הבדלים בולטים בכל הגילים אלא בקבוצה הבוגרת יותר (דובדבני ונאור, 2004). לדעת חוקרים אפשר להצביע על כמה סיבות היכולות להסביר את בדידותם הרבה של ילדים ובוגרים בעלי פיגור שכלי. ההנחה כי לילדים ולבוגרים בעלי מוגבלות אין חברים יכולה להגביר חוויות התנהגותיות שליליות מצד בני גילם ובכך להנציח או להחריף את סגנון התנהגותם של בעלי המוגבלות ואת תחושת בידודם החברתי. גורמים נוספים אשר יכולים להסביר את בדידותם של אנשים בעלי מוגבלות הם העדר מוביליות, העדר נגישות, חוסר עצמאות והעדר מקורות הכנסה (מרגלית, 1997; O'Brien & O'Brien, 1993). ההתמודדות עם מצבי הבדידות יכולה להתבצע בדרכים שונות: התרחקות והכחשה, עיסוק בפעילות שאינה מצריכה חברה כמו האזנה למוזיקה, תוקפנות או חיפוש פעיל אחר חברים (Rokach & Brock, 1998). דוגמה לכך אפשר למצוא במקרה הזה:

נער בן 17 בעל פיגור שכלי קל נוהג היה להתרועע עם ילדים צעירים ממנו. יום אחד, לשם שעשוע, ביקשו ממנו הילדים להתפשט. גם הם התפשטו ונגעו זה בזה. כשאחד הילדים בא הביתה וסיפר לאמו, היא פנתה למשטרה, והנער נעצר בגין מעשה מגונה בקטין. במהלך אבחון וטיפול סיפר כי היה מוכן לעשות כל מה שיבקשו ממנו כדי לרצותם וכדי שיהיו "חברים שלו" (מתוך יום עיון לאנשי מקצוע בנושא של איתור פגיעה).

העדר מיומנויות וכלים חברתיים להתמודדות עם החיים בקהילה יכול להגביר את תחושת הבדידות, הבידוד והניכור

בקרב אנשים רבים בעלי מוגבלות. אחת הדרכים להתמודד עם מציאות זו היא התרועעות חברתית של ילדים ובוגרים בעלי מוגבלות עם ילדים צעירים מהם. ילדים הלומדים בחינוך המיוחד סיפרו כי כדי לא להיות לבד הם היו מוכנים להתפשר לגבי ציפיותיהם מקשרים חברתיים ולשחק עם ילדים קטנים מהם. הם דיווחו כי היו מוכנים לעשות כל דבר כדי לרצות אחרים בסביבה, גם אם פירוש הדבר משחק ומגע מיני. הנושא בעייתי ומורכב, כי מחד גיסא יש בו סיכון להתעללות ואף לעברה על החוק, אך מאידך גיסא הוא מבטא צורך לקשר חברתי נורמטיבי.



### קשיי תקשורת

התקשורת חיונית לחיים בחברה של ימינו. באמצעותה האדם יכול ליצור קשר כדי לבטא ולממש את עצמו ולהבין אחרים וליצור עמם קשר. מגבלות בתחום התקשורת עלולות להקשות על אנשים לבטא את מצוקתם, לצעוק, לספר, לבטא את עצמם במילים ברורות ולתאר אפיזודות של התעללות באופן שיובנו על-ידי הסביבה. לעתים קרובות אין לאנשים בעלי מוגבלות האפשרות הטכנית לחשוף אירועים שחוו בשל יכולת מילולית דלה, בשל העדר אוצר מילים לתיאור האירוע או בשל העדר יכולת בסיסית לתקשר ולדווח על חוויותיהם (Tharinger, Horton & Millea, 1990; Westcott, 1993).

"...נערה הסובלת מהפרעה נפשית קשה, המתבטאת בין היתר בסגירות ובחשדנות קיצוניות, חזרה הביתה בוכה וסיפרה שנהג ההסעה נגע בה ונתן לה סוכרייה על מקל. האם לקחה את בתה למשטרה - שם היא בקושי שיתפה פעולה. החוקר כמעט ויתר ורצה לסגור את התיק. בבדיקה נמצא כתם זרע על הסוודר שלה והוחלט להגיש כתב אישום. החקירה התבצעה באמצעות תמונות, כולל תמונות חטיפים, סוכרייה על מקל ותמונה של איבר מין גברי. כששאלה החוקרת את הנערה מה נתן לה נהג ההסעה, היא הצביעה מיד על איבר המין. בשפתה שלה המיוחדת - 'הוא נתן לי סוכרייה על מקל' - היא סיפרה שנעשה בה מין אוראלי." (ידיעות אחרונות, 6.8.2004).

קשיי תקשורת מאפיינים מספר רב של אנשים בעלי מוגבלות. יש הטוענים כי שכיחותם נעה בין 0.8% ל-1.2% מכלל

האוכלוסייה (Beukelman, Mirenda, 1998). לחלק מהם יש מוגבלות תקשורתית חמורה, המצריכה שימוש בתקשורת תומכת וחלופית באופן זמני או לצמיתות. מוגבלות זו יכולה לנבוע מגורמים מולדים כגון שיתוק מוחין, פיגור שכלי, איחור התפתחותי, קשיים בתכנון תנועה, אוטיזם וליקויי למידה. מוגבלות תקשורתית חמורה מופיעה בתסמונות שונות, כגון תסמונת Rett. היא מופיעה כתוצאה מתאונות, מחבלות ראש, מאירוע מוחי או ממחלות ניווניות כגון ALS (מריל, ילון-חיימוביץ, לבל, וויין, וייס, 2000). לאיתור התעללות באנשים בעלי מוגבלות תקשורתית חמורה ייוחד פרק בשער השני הדן באיתור.

## קשיי התנהגות

יחסי הגומלין בין קשיי התנהגות לבין סיכון להתעללות הם מורכבים. חוקרים מתייחסים אל התנהגות כאל גורם היכול לנבא מצבי סיכון (Marchetti & McCartney, 1990). כהמחשה מובאים נתונים המצביעים על שכוחות גבוהה של התעללות בקרב ילדים בעלי קשיי התנהגות בהשוואה לילדים בעלי מוגבלות אחרת. לדוגמה, במחקרם של סאליבן וקנוסטון (Sullivan & Knutson, 1998) נמצא כי 21% מתוך הילדים שהגיעו לבתי-חולים בשל פציעות כתוצאה מהתעללות אובחנו כבעלי בעיות התנהגות, לעומת פחות מאחוז אחד של ילדים שהגיעו עקב פגיעות שנגרמו מסיבות אחרות. בעיות התנהגותיות מופיעות לעתים כתגובה להתעללות. ראייה לכך היא הרשימה הארוכה של סימנים התנהגותיים היכולים להצביע על התעללות המופיעים בפרק העוסק באיתור בספר זה. בעיות התנהגות אינן בהכרח גורם סיכון להתעללות, וזאת מכמה סיבות: אנשים בעלי מוגבלות מציגים לעתים התנהגויות היכולות לשמש גורם סיכון להתעללות אפשרית כחלק מאפיוני המוגבלות. למשל, לעתים קרובות אנו שומעים על בעיות אלימות אצל ילדים בעלי קשיים בוויסות התחושתית (פירוט אצל חגי, 2005), העלולות לחשוף את הילד להתעללות בו, כפי שמתואר במקרה שלהלן:

"זה היה כשהייתה בגן חובה. ילדה אדמונית ומנומשת בעלת עיניים כחולות ומרצדות וחיך מצודד. ילדה בעלת תת-רגישות למגע. ילדה שמשתוקקת ומחפשת גירוי על פני העור ללא הרף. היא נגעה באנשים ללא אבחנה, חיבקה ונישקה אותם. שני בנים, תלמידים בחטיבת הביניים, הגיעו לשכונה, קראו לה, ובחסות השיחים העבותים שליד הבתים ביצעו בה מעשה מגונה. היא סיפרה לאמה בארוחת הערב בתמימות. אפילו לא הבינה שקרה משהו חמור. היא דווקא חיבבה את הבנים ושמהם על תשומת הלב שהעניקו לה. היא חשה במעומעם שמהו לא בסדר במה שהם עושים לה, בעיקר כי כאב לה והם לא הפסיקו. אבל הם היו נחמדים אליה, נתנו לה חבילת מסטיק וביקשו שלא תספרי." (חגי, 2005, עמ' 23).

"...הנערה במקרה זה הוגדרה כמי שמפעמת בה כמיהה עזה ובלתי מאובחנת להיות נאהבת ומקובלת על-ידי כולם, אפילו הם זרים. היא נותנת לכך ביטוי בנגיעות ובנשיקות, ואף שהיא יודעת לדקלם מהי התנהגות חברתית ומינית אסורה, היא אינה יודעת ליישם את כל אלה בחיי היום-יום ובמגעייה עם הזולת" (פסק דין 10009/03).

במקרה שנדון בבית המשפט העליון של נערה בת עשרים בעלת תסמונת "ויליאמס" - אשר במשך עשרה חודשים קיימה יחסי מין עם נער שהואשם בביצוע מעשים מגונים, מעשי אינוס ומעשה סדום - עלתה במהלך הדיון הסוגיה של התנהגות מינית-חברתית כגורם סיכון לפגיעה אפשרית: "הלוקים בתסמונת נוטים להיות ידידותיים כלפי זרים בלי לגלות הסתייגות או ביישנות. נטייתם להיות היוזמים של פנייה למבוגרים או אף לזרים נראית על פניה כתכונה ידידותית חביבה, אך היא בסיכומו של דבר ביטוי לחוסר שיפוט ולחוסר עכבות, ועשויה להתפרש בדרך לא נאותה על-ידי הזולת. דוגמה נוספת להתנהגויות העשויות לסבך את הלוקים בתסמונת היא נטייתם לפנות לאנשים זרים ברחוב, לשאול אותם שאלות אישיות, לפעמים אינטימיות, להתקרב אליהם, ואף לגעת בהם בצורה אינטימית. אין הם מסוגלים לדרג את יחסייהם עם מי שהם נמצאים עמו בקשר בהתייחסות למעמדו, לגילו, למינו או למידת ההיכרות שיש להם אתו. צורך מרכזי המניע את הלוקים בתסמונת 'ויליאמס' הוא להיות אהבים ומקובלים על סביבתם הקרובה ועל הבריות בכלל. הם קשובים מאוד לציפיות הזולת מהם ומנסים לרצותן. כך לדוגמה הם מוכנים לומר את מה שהם חושבים שהוא מעוניין לשמוע, רק כדי להתחבב עליו. תפיסתם הנאיבית של מהות היחסים הבין-אישיים הנותנת אמון מוחלט וללא כל סייג בכל אדם, כולל זרים גמורים, והמניחה שאם יביעו את אהבתם לזולת, יתמסרו לו ללא תנאי, ויעשו את כל שהוא מבקש ומצפה מהם יזכו ליחס דומה של אהבה וקבלה, היא תכונה מרכזית באישיותם. בגין כל אלה חשופים הלוקים בתסמונת 'ויליאמס' לסכנה של ניצול מיני" (פסק דין 10009/03).

בעיות התנהגות הן לעתים קרובות פועל יוצא וביטוי של גורמי סיכון שהוזכרו בפרק זה כגון בדידות, חוסר ידע והעדר מיומנויות וכישורים חברתיים, והן מאותתות לעתים על מצוקה של האדם בעל המוגבלות או של משפחתו. אין להתעלם מהאפשרות של התייחסות אל בעיות התנהגות כאל גורם מנבא התעללות, אך יש להעריך בזהירות רבה.

## מצב ותנאים רפואיים

ההיבט הרפואי תופס מקום דומיננטי בחייהם של רבים מבין הילדים, המתבגרים והבוגרים בעלי המוגבלות. הוא בא לידי ביטוי באופנים שונים. אצל רבים מהילדים ומהבוגרים המוגבלות מופיעה יחד עם בעיות רפואיות, המקשות על ההתמודדות היום-יומית שלהם ומשפיעות על המשפחה ועל הצוות הטיפולי. רבים מבין האנשים בעלי מוגבלות נוטלים תרופות רבות לאורך שנים רבות, שהן בעלות השפעה מכרעת על איכות חייהם, הן בגלל אופיין והן עקב התלות הנוצרת

בין האדם בעל המוגבלות לבין המטפל או בן המשפחה. חלק מהתרופות משפיעות על העירנות וגורמות לרפיון, לחוסר רצון לפעול ולחוסר כוח להיות יצרני, וחלקן הן תרופות העלולות לסכן את האדם בנפילה ובפציעה (רייטר, 2004; נאון ואח', 2000; כרמלי, 1997). היבט רפואי נוסף מתקשר לעובדה שלעתים קרובות אדם בעל מוגבלות נחשף לבדיקות ולצילומים המתבצעים ללא הסבר והדרכה, בחוסר רגישות מספקת לתגובות בזמן הבדיקות ובהעדר תשומת-לב לצגעת הפרט, כמו במקרה המתואר להלן:

"באחד הכנסים שבהם השתתפתי נכחתי בהרצאתו של רופא בנושא בעיות אורטופדיות של ילדים סיעודיים. ההרצאה, אשר התמקדה בבעיות אורתופדיות בגפיים, לוותה בשקופיות שחשפו תמונות של ילדים סיעודיים ערומים, פסוקי איברים, כולל איברי מין גלויים. הרופא שאליו ניגשתי בהפסקה לא הבין 'מה הבעיה'..." (מתוך יום עיון לאנשי מקצוע בנושא של איתור פגיעה).

לעתים אפשר למצוא בקרב הצוות הרפואי אנשים בעלי מיתוסים ודעות קדומות, המתייחסים לילד או לאדם בעל המוגבלות כאל "מקרה רפואי מעניין" ולא כאל אדם הזקוק לסיוע של איש-מקצוע. התפיסה כי האדם בעל המוגבלות אינו מבין את המתרחש סביבו יכולה להצדיק חדירה לפרטיות, פגיעה אפשרית או העמדה בסיכון להתעללות (Goldson, 1998).

## חומרת המוגבלות

עיון בספרות המחקרית מעלה סוגיה נוספת המעסיקה חוקרים, והיא השאלה אם חומרת המוגבלות משפיעה על מידת החשיפה להתעללות ובאיזה אופן. בחינת הממצאים המחקריים אינה מאפשרת להגיע למסקנות חד-משמעיות בדבר אופיו של הקשר, בין היתר בגלל האי-אחידות בממצאים (Westcott, 1999). לדוגמה, החוקר קלופינג (Klopping, 1984) מצא קשר חיובי בין חומרת המוגבלות לבין הסיכון להתעללות; דהיינו, ככל שמוגבלותו של הילד חמורה יותר, כך עולה דרגת חשיפתו לסיכון. לעומת זאת, החוקרים בנדיקט ועמיתים (Benedict et al., 1990) מצאו קשר שלילי בין חומרת המוגבלות לבין הסיכון להתעללות; דהיינו, ככל שהמוגבלות חמורה יותר, כך יורדת החשיפה לסיכון. כמו כן, החוקרים ווסקוט וג'ונס (Westcott & Jones, 1999) מצאו סיכוי גבוה להתעללות בקרב ילדים בעלי רמת מוגבלות בינונית.

## רמת התפקוד

רמת תפקודו של האדם בעל המוגבלות נבדקה לגבי קשר אפשרי בינה לבין מידת החשיפה להתעללות (אין בהכרח הקבלה בין רמת התפקוד לחומרת המוגבלות; אדם יכול להיות בעל מוגבלות פיזית קשה, אך הוא יתפקד ברמה גבוהה). גם כאן הממצאים המחקריים אינם מאפשרים להגיע למסקנות חד-משמעיות בדבר אופיו של הקשר, בין היתר בגלל האי-אחידות ביניהן. קיימת דעה הגורסת כי אנשים בתפקוד נמוך פגיעים יותר מכיוון שאינם יכולים להימנע

מפגיעה, לזהות אותה או לדווח עליה. קיימת דעה נוספת בקרב חוקרים הטוענת כי הסיכוי להתעללות גדול יותר בקרב אנשים בעלי פיגור שכלי, לדוגמה, המתפקדים ברמה קלה או בינונית, לעומת אלה המתפקדים ברמה של פיגור קשה או עמוק, וזאת עקב השכיחות הרבה יותר שבה אנשים המתפקדים ברמה גבוהה נמצאים ביחסי גומלין עם הפוגעים ובכך מרחיבים את מעגל הפגיעה (Marchetti & McCartney, 1990).

## הגיל

בחיי של אדם בעל מוגבלות יש תקופות בעלות פוטנציאל גבוה לסיכון ולאפשרות של התעללות, כל תקופה ומאפייני הסיכון המיוחדים לה.

### א. גורמי סיכון בתקופת הינקות

תינוק בסיכון הוא תינוק בעל משקל נמוך (פחות מ-2.5 ק"ג), שנולד בלידה מוקדמת (לפני השבוע ה-37) עם סיבוכים רפואיים והוא מצוי בסיכון גבוה לאיחור התפתחותי או לליקוי מוטורי או קוגניטיבי או לצירוף של שניהם. קיימים גורמי סיכון בתקופת ההיריון-טרומ-הלידה (prenatal) הקשורים בעיקר לבריאותה ולהתנהגותה של האם במהלך ההיריון - כגון גילה הצעיר, בעיות בריאותיות שלה כמו אפילפסיה וסוכרת, מחלות מין מסוימות כמו איידס או צהבת זיהומית העלולות לסכן את העובר ולגרם לאיחור התפתחותי, מצב בריאותה הכללי ותזונתה בזמן ההיריון ואף לפניו, וכן עישון ושימוש בסמים ובאלכוהול במהלך ההיריון (Widerstrom & Nickel, 1997; Cross et al., 1993); (Sullivan & Knuston, 1998). גורמי הסיכון בתקופת הינקות קשורים בעיקר לאיכות ההתקשרות בין האם לתינוק (ראה פירוט בהמשך). אחד הסינדרומים הנפוצים הוא "טלטול התינוק" (shaken-baby-syndrome), שבו המטפל מטלטל את התינוק בכתפיים בניסיון לעצור את בכיו ועלול לגרום לו בדרך זו נזקים ופציעה.

### ב. גורמי סיכון בתקופת ההתבגרות

בתקופת המעבר מהילדות לחיים בוגרים המתבגר בעל המוגבלות מתמודד עם שינויים גופניים, מיניים, שכליים, רגשיים וחברתיים. ההתפתחות הגופנית של הנער או הנערה בעלי המוגבלות בדרך כלל תקינה (למעט תסמונות מיוחדות). גם ההתפתחות הפסיכו-סקסואלית היא תקינה ומתבטאת בעניין הולך וגובר במין ובמיניות, בהתעניינות בהופעה החיצונית וברצון להיות בקשר עם אדם נוסף. עם זאת, המהפכה הפיזיולוגית מעוררת אצל המתבגר בעל המוגבלות בלבול וחרדה, והיא עלולה אף להוביל להתנהגות חריגה, בין היתר עקב הקושי בקבלת השינויים הגופניים המאפיינים את ההתפתחות המינית, התנהגות המתאפיינת בשינויים במצבי רוח, בדיכאון ובתלונות גופניות. לעתים קרובות נוכל למצוא התנהגות מינית שאינה הולמת את הנורמות ואת הערכים של הסביבה, כגון אוננות מוגברת, אוננות בפומבי או התערטלות בציבור.

גיל ההתבגרות הוא השלב שבו הזהות המינית מתעצבת. שנות ההתבגרות מעמידות סימוני שאלה לגבי דימוי הגוף והזהות העצמית,



במיוחד כאשר קיימת מגבלה גופנית עיוורון או לקות ראייה נתפסים אצל המתבגרים כחוסר שלמות של הגוף (ספרן, 2001). עבור הנער או הנערה בעלי המוגבלות תקופת ההתבגרות מאופיינת במחסור בחברים שמתנסים באותן בעיות, בהעדר מודלים לחיקוי ובקונפליקט הקשור למקובלות החברתית. שנות הנעורים עבור המתבגרים בעלי המוגבלות הן שנות התמודדות ומאבק עם החריגות, בחינה כיצד מוגבלותו משפיעה על מי שהוא ומה יכול להיות תפקידו בחברה התופסת את המוגבלות באופן שלילי. זהו זמן שבו מציאות המוגבלות הופכת למוחשית יותר, והפער בין ה"חריג" לבין חבריו הולך וגדל, והוא מגיע לשיאו עם תחילת לימודי הנהיגה וקבלת צו הגיוס לצה"ל, העלולים לעורר ולחזק את תחושת הנחיתות אצל המתבגר בעל המוגבלות החש את עצמו מחוץ למשחק (רוזנבלום, 2001; נוימן, 2001).

גיל ההתבגרות מתאפיין בקונפליקט של עצמאות מול תלות, הבא לידי ביטוי ברצון לגדול במשמעות של לקיחת אחריות מול הצורך להישאר קטן. השאלה הבסיסית של המתבגר בעל המוגבלות - אם לגדול או להישאר קטן - מתעצמת ככל שלגדילה מתווסף הצורך ברכישת כישורי חיים חדשים ומיומנויות תפקודיות יום-יומיות. בשעה שבני נוער נאבקים בדמות סמכותית בניסיון לרכוש זהות חדשה, בני נוער בעלי מוגבלות יתקשו למרוד באותן דמויות משמעותיות להם עקב התלות וההזדקקות להן (נוימן, 2001). תלות בהורים והגנת יתר הופכות חלק מבני הנוער בעלי המוגבלות לאנשים בעלי תפיסה עצמית נמוכה ושלילית. הם מועדים לחוות כישלונות ולהיתקל בקושי ברכישת חברים. שלב ההתבגרות, המשתרע על פני שנים רבות, מעמיד את המתבגר בעל המוגבלות בפני אתגרים שלא תמיד יש לו הכלים להתמודד עמם. גיל ההתבגרות הוא השלב שבו המתבגר בעל המוגבלות מצוי בסיכון רב לפגוע ולהיפגע (Firth et al., 2001; Lakey, 1994).



## ג. גורמי סיכון בתקופת הבגרות

כתוצאה מהעלייה בתוחלת החיים ומשיפור איכותם מספר האנשים בעלי מוגבלות החיים עד זקנה מופלגת ברוחה אישית ובמימוש עצמי הולך וגדל. הגיל המבוגר הוא גורם סיכון עבור רבים מבין המבוגרים בעלי המוגבלות. חוקרים סוברים כי אנשים בעלי מוגבלות נפגעים בבגרותם בשכיחות דומה לזו שבצעירותם, וזאת למרות מיעוט המחקרים העוסקים בפגיעות באנשים מבוגרים בעלי מוגבלות. חיי הבגרות עבור חלק מן האנשים בעלי המוגבלות מאופיינים באלימות ביתית הולכת וגואה. הכוונה לאלימות מכל סוג - ובכלל זה הממד הרגשי, הגופני והמיני והזנחה - המתבצעת על-ידי אדם המוכר לנפגע ומתרחשת על בסיס של המשכיות המחמירה עם הזמן. אלימות ביתית יכולה להיות מתוחכמת וחסמקה ולהביא לפגיעות רגשיות ופיזיות הרסניות. האלימות מתעצמת בשלב הבגרות, כשרבים מבין האנשים בעלי המוגבלות חיים כרווקים או עם בני זוג או כבעלי משפחות בביתם (ASAP, 2002 ; Carlson, 1998 ; O' Brien, Tate & Zaharia, 1991).

אפיון נוסף הקשור לגיל המבוגר הוא הסיכון ליפול, להיפגע ולהיפצע בבית או מחוץ לבית. שכיחות הנפילות עולה במיוחד בקרב אנשים מבוגרים בעלי שיתוק מוחין, בעלי תסמונת דאון ובעלי פיגור שכלי (כרמלי, 1997; Tyler et al., 2000; Henderson et al., 2002; Ryder et al., 2003).

## המגדר

חוקרים הבוחנים את נושא המגדר כגורם סיכון אפשרי היכול לנבא התעללות מציינים את מיעוט המידע הקיים והיכול להצביע על קשר ביניהם. יש חוקרים שמצאו כי בנות בעלות מוגבלות נפגעות פי 2.5 יותר מאשר בנים בעלי מוגבלות (Sobsey, Randall & Parilla, 1997).

## לוח 1: סיכום האפיונים של אנשים בעלי מוגבלות שהם גורמי סיכון

גורמי סיכון סוציו-דמוגרפיים	גורמי סיכון הקשורים ליחסי הגומלין בין האדם לסביבתו
חומרת המוגבלות	תלות וריבוי מטפלים
הגיל	מגע רב ובלתי מבוקר
רמת התפקוד	העדר ידע וחוסר מיומנויות
המגדר	קשיי תקשורת
	התנהגות
	היבט רפואי

## גורמי סיכון משפחתיים

פרק זה פותח בסוגיות מרכזיות הקשורות להורות לאדם בעל מוגבלות השמות דגש על התמודדות המשפחה לאורך מהלך החיים, מהלידה ועד לזקנה. הבחירה לכלול תכנים חשובים אלה בפרק הדין בגורמי סיכון לא הייתה פשוטה. היא נבעה מהאמונה שאיש המקצוע המתמודד עם שאלת ההתעללות בילד, במתבגר או בבוגר בעל מוגבלות צריך להכיר תכנים אלו טרם בואו להעריך גורמי סיכון משפחתיים. גורמי סיכון משפחתיים מופיעים בהמשך, והם עוסקים בהורים ובבני משפחה הפוגעים בילדיהם ובהורים בעלי מוגבלות.

### סוגיות מרכזיות הקשורות להורות לאדם בעל מוגבלות

נכות או מגבלה היא מציאות חיים מתמשכת, המכתיבה לאדם ולמשפחתו דפוסי חיים לא מוכרים שהם לא הוכנו לקראתם מראש. הולדת ילד בעל מוגבלות היא חוויה קיומית קשה למשפחה. בין המאפיינים השכיחים של תגובות ותחושות להולדת ילד בעל מוגבלות המוזכרים בספרות המקצועית אפשר למצוא צער כרוני, חוסר ביטחון, אשמה, חוסר אונים, כעס, דחייה, ניכור ובלבול (פורטוביץ ורימרמן, 1985; 1962; Olshansky, 1984; Blacher, 1984; Kazak, 1986).

"כאימא שמטפלת בילדה בעלת תסמונת רט אני חשה תחושת עייפות, דיכאון ואשמה. מקורן בעובדה פשוטה, שבאופן די טראגי הורות לילד פגוע מכילה בתוכה בו-זמנית שתי חוויות שונות: חוויית ההורה כקרבן ופגוע בעצמו וחווית ההורה כתוקפן ולעתים אף כפוגע, ולו רק ברמת הפנטזיות ומשאלות הלב... ודי בכך כדי להציף ברגשות אשם..." (אם לילדה בעלת תסמונת רט).

הולדת ילד בעל מוגבלות יוצרת במשפחה תפקידים, ציפיות, דרישות ואתגרים חדשים. המשפחות מתמודדות מדי יום ביומו עם קשיים ועם לחצים מתמשכים בתחומי חיים מרכזיים: בתחום הכלכלי, כגון הוצאות על טיפולים ועל אבזרים, בתחום הפיזי, כגון דאגה לתחבורה או נשיאת הילד ממקום למקום, בתחום החברתי, כגון בידוד וצמצום קשרים חברתיים, בתחום האישי והבין-אישי, כגון מתחים עקב המטלות הנוספות התמידיות והעומס התפקודי והרגשי. גידולו של ילד בעל מוגבלות דורש מההורים פיתוח דפוסי הסתגלות ובניית מערך חיים איכותי עבור משפחתם. הורים נדרשים לגייס משאבי התמודדות ומערכות תמיכה כדי שיוכלו לחיות ולגדל את ילדם בצורה טובה יותר (פייגין וברק, 1991; פינדלר, 1997; McCubin & Patterson, 1983; Dyson, 1997).

במהלך חייהם הורים לא מעטים נאלצים להתמודד עם החלטה על סידור חוץ-ביתי עבור ילדם, וההתלבטות היא בין השארתו בחיק המשפחה לבין העברתו למסגרת דיור חלופית. בעבר סברו חוקרים כי רוב הפניות להשמה תיעשנה בשלב ההתבגרות, שבו נטל הטיפול על המשפחה הוא הכבד ביותר והשמה חוץ-ביתית נתפסת כנורמטיבית יותר.

לאחרונה מתברר שהשמה, אם וכאשר היא מתרחשת, מתבצעת פעמים רבות באופן לא מתוכנן, בעקבות אירוע משברי הפורץ בבית וללא תכנון מקדים של ההורים.

(Essex, Seltzer & Krauss, 1997; Rimmerman & Duvdevani, 1996; Broomley & Blacher, 1991).

אינטגרציה חברתית, נורמליזציה ופיתוח שירותים בקהילה עבור אנשים בעלי מוגבלות הביאו למספר רב יותר של הורים הממשיכים לטפל בילדם המבוגר בביתם. ההורים אשר החלו את תפקידם עם לידת ילדם ממשיכים בו לאורך חייהם, והם ובניהם מזדקנים יחדיו, ללא חוויית העצמאות המתקשרת ל"קן המתרוקן" - תופעה המכונה בפי חוקרים "הורות תמידית" ("Perpetual Parenthood") (Jennings, 1987). לטיפול הנמשך לאורך שנים של הורה בילד בעל מוגבלות השפעות מצטברות חיוביות ושליליות. ההורים המבוגרים חשופים לתופעות של דחק מוגבר, המושפע במיוחד מגילם המבוגר וממאפייניו של הבן בעל המוגבלות, כגון בעיות התנהגות, בעיות רפואיות ובעיות תפקוד. עם זאת, הטיפול הממושך בילד בעל המוגבלות מעניק להורים סיפוק רגשי עמוק ותחושת גאווה, הצלחה ומימוש עצמי על כי השכילו למלא את ייעודם כהורים. מערכת היחסים בין הורים מבוגרים לבנם המבוגר בעל המוגבלות, ובמיוחד לבן המתגורר בבית, מאופיינת בהדדיות, שהיא מקור תמיכה רגשי ומעשי ומקור לרווחה נפשית ולשביעות רצון מהחיים. הטיפול ההדדי יש בו כדי לתגמל, להפחית את תחושת הבדידות ולתת תוכן ומשמעות לחיים אך לעת זקנה (מורבר, 1998; Heller, 1993; Seltzer & Krauss, 1994).

## סוגיות הקשורות להורים ולבני משפחה הפוגעים בן משפחתם

יש להעריך בזהירות משפחות בסיכון גבוה ולהימנע מתיוג ומהאשמה. תהיה זו טעות לתייג משפחות שיש להן בן משפחה בעל מוגבלות כמשפחות הנמצאות בסיכון להתעללות.



רבים מבין מקרי ההתעללות בילדים, במתבגרים ובבוגרים בעלי המוגבלות מתבצעים על-ידי אנשים המוכרים להם, ביניהם ההורים, בני המשפחה, מטפלים ואחרים (Sobsey, 1994).

אישה כבת חמישים בעלת פיגור שכלי, בת למשפחה דרוזית מסורתית, חיה בבית הוריה. ההורים דאגו שלא תצא מהבית לבדה ולא תפגוש זרים ללא ליווי בני משפחתה. הסכנה ארבה בבית, ואיש לא ידע... אחיינה, המתגורר בקומה העליונה באותו בית, נוהג היה לאנוס את דודתו בחדרה בשעות המוקדמות של הבוקר ובשעות הערב במשך חודש ימים... ואיש לא ידע... (מתוך יום עיון לאנשי מקצוע בנושא של איתור פגיעה).

סוגיית פגיעתם של בני משפחה בבני משפחתם קשה ומורכבת, והיא מעסיקה חוקרים ואנשי מקצוע רבים. הניסיון להבין נעשה באמצעות מיפוי גורמי הסיכון של משפחה בסיכון גבוה. ניבוי סיכון להתעללות רחוק מלהיות מדע מדויק,

ותכניות למניעת התעללות טובות לכל המשפחות, ולא דווקא לאלו הנמצאות בסיכון גבוה. ההתייחסות לגורמי הסיכון השונים יכולה להיות לעזר בבניית תכניות מניעה על בסיס גורמי הסיכון המזוהים. לדוגמה, משפחה אחת יכולה להיות מזוהה כמשפחה בסיכון גבוה מכיוון שהיא מדווחת על קושי בהתמודדות עם דחק הקשור לקשיי התנהגות של בן המשפחה, משפחה שנייה תהיה בסיכון בגלל בידודה החברתי, ומשפחה אחרת תזוהה כמשפחה בסיכון בגלל בעיות בהתקשרות לתינוק בעל מוגבלות. הורים לילדים בעלי קשיים בוויסות תחושת, לדוגמה, נתקלים באלימות ובהתפרצויות זעם של ילדם. התנהגותו האלימה של הילד יכולה לבוע מהמוגבלות, ולא דווקא מיחס ההורים כלפיו. לעתים קרובות הסביבה מקשרת, ולא תמיד בצדק, בין אלימות הילד לבין אלימות ההורה, כמתואר במקרה שלהלן:

"הפגישה התקיימה בחדר המנהלת. נכחו בפגישה המחנכת, פסיכולוגית בית הספר והיועצת החינוכית. בהתחלה חיכו ההורים בחוץ. האווירה הייתה מתוחה מאוד ולא נעימה. המנהלת והמחנכת דיברו על אלימות, על תוקפנות, על האכזריות שבה הילד מתייחס לילדים אחרים. הן דיברו על חוסר קשב וריכוז, על חוסר פניות ללמידה. הן האשימו את ההורים. הן טענו כי הם מגוננים מדי ואינם מצביים גבולות. הן גם רמזו שלדעתן הילד מוכה. הן טענו שלילד בעיות נפשיות וכי הוא זקוק לחינוך מיוחד. הילד הוא ילד עם קשיים בוויסות תחושת, המגלה קשיי התנהגות" (חגי, 2005, עמ' 62).

## בידוד משפחתי-חברתי

על-פי התפיסה הרוחת בספרות המחקרית בידוד משפחתי-חברתי מזוהה כגורם סיכון להתעללות בתוך משפחות שיש להן ילד בעל מוגבלות. הסבירות להתעללות ולהזנחה גבוהה כשלמאפיינים של הילד בעל המוגבלות מתווספים מאפיינים משפחתיים וסביבתיים כמו מצב כלכלי קשה ותחושת עומס יתר של ההורים (Ammerman, 1997). יש לזכור כי לעתים קרובות בידוד חברתי איננו גורם ישיר להתעללות אלא הוא נובע מגורם אחר שהוא הסיבה האמיתית להתעללות. מטפלים פוגעים יבחרו לעתים קרובות להיות מבודדים מן הזרם המרכזי של החברה, כדי שיוכלו להסתיר את מעשיהם. הבידוד מקל על העכבות הנפשיות של הפוגע ומאדיר את השפעת הכוח שיש לו על הנפגע. הבידוד החברתי אינו מאפשר לרשת חברתית לתמוך נפשית או חברתית באדם בעל המוגבלות או אף לעזור בטיפול בו ובכך להקטין את נטל הטיפול ואת העומס הנפשי המוטל על ההורים ועל בני המשפחה האחרים (Hintermair, 2000).

**כיצד נוצר בידוד חברתי?** בידוד חברתי מאופיין בירידה בפעילות חברתית ובניתוק ממקורות עזרה חיצוניים, דהיינו ממערכות תמיכה טבעיות ופורמאליות, אשר תפקידן להגן על האדם מפני השפעות שליליות העלולות להיווצר בעת משבר. למערכות התמיכה מעגל מניעתי של הרשת החברתית האישית ומעגל טיפולי של הרשת החברתית הטבעית והפורמאלית (Callaghan, 1993).

סקירת הספרות המחקרית מצביעה על תפקיד חשוב שיש לתמיכה החברתית בהפחתה ובמיתון של תחושות דחק

בקרב הורים לילד בעל מוגבלות. קיומה של מערכת תמיכה מקלה על אינטראקציה של הורים או מטפלים עם ילד ועם בוגר בעל מוגבלות. לדוגמה, תמיכה חברתית עוזרת בהתמודדות עם טיפול בילדים בעלי מומים מולדים, ובגיל המבוגר התמיכה החברתית עוזרת לאמהות למבוגרים הלוקים בנפשם ולאמהות למבוגרים בעלי פיגור שכלי בהתמודדות היום-יומית (מורבר, 1998; שטנגר, 1998; טרבס, 1997). העדר תמיכה, דהיינו בידוד חברתי, מגביר את תחושת הדחק ואת תחושת נטל הטיפול אותם חשים הורים המטפלים בבניהם בעלי המוגבלות החיים בבית או מחוצה לו (Jennings, 1987; Seltzer, Begun, Mangan & Luchterhand, 1993; Chen & Tang, 1997).

משפחות שיש להן בן משפחה בעל מוגבלות מצויות בסיכון גבוה לחוות בידוד חברתי, וזאת מכמה סיבות: ראשית, דרישות הטיפול האינטנסיבי בבן המשפחה גורמות לעתים קרובות לעייפות ולתשישות ולזמן פנוי מוגבל. שנית, בידוד חברתי יכול להיווצר כתוצאה מדחייה חברתית הדדית, הן של החברה הדוחה את החריג והן של המשפחה הדוחה מעליה אנשים בעלי גישות שליליות כלפי בן המשפחה בעל המוגבלות. שלישית, בידוד חברתי מתקשר לאי לקיחת חלק בפעילויות הקהילה ולחוסר הזדמנות להיות חברים ברשתות החברתיות השונות. המשפחה עשויה להימנע



אמא, את רואה אותו? | מע"ם ארמק

ממפגשים חברתיים שבהם ייחשף לעיני כול הילד ה"חריג". לחלק מההורים אין מקורות עזרה זמינים למקרה שבו הם מעוניינים לצאת לבילוי או לסידורים, והם זקוקים למישהו שישגיח על הילד בהעדרם. בדרך-כלל הם חווים בידוד פיזי ממשפחות אחרות שלהן ילדים בעלי מוגבלות, המתגוררות באזורים אחרים של העיר, דבר המקשה על יצירת רשת חברתית תומכת של הורים בעלי בעיות דומות.

## הצבת גבולות

בחיי היום-יום או נוטים לחשוב על גבול כעל סמן המאותת "עצור", "עד כאן", או במילים אחרות "לא", "אסור". הצבת גבולות היא הודעה על קיומו של גבול, ומשמעה ביקורת ושיפוטיות של מה נכון ומה לא נכון. יש הטוענים כי הימנעותם של הורים מהצבת גבולות נתפסת על-ידי ילדיהם כהזנחה, כעזובה רגשית וכחוסר אכפתיות, גם אם הצבת הגבולות מנוגדת מטבעה לרצונו המידי של הילד. הקושי בהצבת גבולות משותף לכל ההורים. הורים לאנשים בעלי מוגבלות יימנעו לעתים קרובות מהצבת גבולות מתוך חוסר אונים ומתוך קושי להתמודד עם ילדם. הפנמת גבולות היא הכנה למציאות של חיים בוגרים. אי-הצבת גבולות יוצרת טשטוש בין האסור למותר, ועלולה לגרום להתנהגויות בלתי הולמות ולסיכון להתעללות (פוקס-שבתאי ובלנק, 2004).

הגנת יתר היא אחד הביטויים של הצבת גבולות בתוך המשפחה השכיחים בקרב הורים לילדים בעלי מוגבלות. הגנת יתר יכולה להתבטא בעשייה למען הילד ובמקומו, או בכך שמונעים ממנו התנסויות וחוויות למידה. הגנת יתר יכולה לנבוע מהתייחסות אל השונה כאל אדם הזקוק להגנה, היא יכולה לנבוע מחוסר ודאות לגבי העתיד - להורים קשה להחליט מה להרשות לילדם לנסות ומתי - והיא יכולה לנבוע מהרצון לגונן עליו מפני התעללות, כאב, דחייה, תסכול או כישלון אפשריים. הורים החרדים לילדם ומגנים עליו תורמים לצמצום משמעותי של מעגל האפשרויות החברתיות שלו. הגנת יתר עלולה לבלום את ההתקדמות לקראת חיי עצמאות כשנמנעת מהילד בעל המוגבלות האפשרות להתנסות, לפתח את עצמו ולחקור את יכולתו. חיינו כמתבגר מוגבלים לעומת חיי מתבגר רגיל. הוא שוכב לישון מוקדם, יש לו מעט חברים, הוא ממעט להשתתף בארוחות עם ילדים אחרים ואינו מקבל דמי כיס בצורה מסודרת כמו ילדים ובני נוער אחרים ללא מוגבלות. במקרים מסוימים הגנת יתר יכולה להתבטא בהשארת הילד בתוך הבית ללא חשיפה לגירויים הקיימים מחוצה לו. אי-חשיפה לגירויים (אינטלקטואליים, חברתיים ואחרים) פוגעת בסיכויי הילד והבוגר בעל המוגבלות לממש את הפוטנציאל שלו ולהגיע לרמת התפקוד המיטבית האפשרית בהתאם למוגבלותו (פושל, 1993; לישנסקי, 2002; Zetlin & Murtaugh, 1988).

## סוגיות הקשורות להורים בעלי מוגבלות

מספרם המדויק של ההורים בעלי מוגבלות אינו ידוע, בין היתר בשל ידע מחקרי מועט. סקירת הספרות המחקרית מעלה שתי גישות מרכזיות הקשורות להורים בעלי מוגבלות: האחת מאמינה ביכולתם לתפקד כהורים ואילו השנייה שמה דגש על הנזק ועל הסיכון הכרוכים בכך (Randolph, 2003).

חוקרים המאמינים ביכולתם של הורים בעלי מוגבלות לתפקד כהורים גורסים כי תמיכה ותכניות הדרכה מתאימות יכולות לעזור להצלחתם של הורים כאלה לתפקד כהורים (James, 2004; Tymchuk, 1999) החוקרים האנגלים בות' ובוט' (Booth & Booth, 2000) חקרו אנשים שגדלו להורים שסבלו מקשיי למידה. ילדיהם סיפרו על ילדות לא קלה: כשליש מהם נשרו מבית הספר, כשליש הסתבכו עם המשטרה, כמחציתם חוו התעללות, ולחלקם היו בעיות נפשיות או מחלה כרונית כלשהי. עם זאת, ממצאי המחקר מטילים ספק בהנחה שילדים להורים בעלי קשיים לימודיים יינזקו בלי צל של ספק. החוקרים מצאו שרבים מהילדים האלה למדו להסתגל לחיים של קושי. נראה כי הדגש אינו על אופי הסיכונים אלא על יכולת עמידתם של הילדים (resilience), שהוא כוח מאזן לסיכון. ההורים במשפחות כאלו עזרו לעצב את התפתחות ילדם, והילדים עזרו לעצב את התנהגות הוריהם.

היכרות עם משפחות שבהן אחד ההורים או שניהם הם בעלי קשיים לימודיים מגלה שהקושי העיקרי שהן מתמודדות אתו הוא לחץ סביבתי, יותר מאשר "העדר מיומנויות הוריות". חוקרים טוענים כי יכולותיהם ההוריות של הורים אלו נשפטות ביתר חומרה ובסטנדרטים קשוחים יותר לעומת יכולותיהם של הורים אחרים וכי אפשר ללמד הורים מגוון רחב של מיומנויות (Booth, 2000; Tymchuk, 1992; Accardo & Whitman, 1990; Guinea, 2001). בסקר שנערך בארץ נמצא שיעור גבוה מאוד של ילדים (90%) אשר נמסרו לאימוץ בשל קושי תפקודי, מחלה כרונית, הפרעות אישיות, מחלת נפש, התמכרות או פיגור שכלי של הוריהם (ריבין, באומגולד, 2001).

הגישה השמה דגש על נזק ועל סיכון מתייחסת למגבלה קוגניטיבית כאל גורם סיכון היכול להביא להתעללות ולהזנחה בקרב ילדים ומבוגרים. מגבלה קוגניטיבית אצל ההורים, לפי גישה זו, עלולה לפגום בגידול המוצלח של ילדיהם ואף לסכנם. היא יכולה לבוא לידי ביטוי בקשיי למידה, בקשיי זיכרון ובקשיים בפתרון בעיות של ההורים, בהטלת משמעת הנוטה להענשה, בעזיבת הילד ללא השגחה וללא גרייה, בקושי בחשיבה על אלטרנטיבות ובניבוי העתיד היכול לסכן את הילד (כמו השארת מספריים ליד לול המשחקים, לדוגמה) ובהעדר ידע כיצד לרחוץ את הילד וכיצד לשמור על יקיונו או כיצד לשמור על הזנתו הנכונה (למשל, אי ידיעה איך להכין מזון בפורמולה הנכונה) (Lynch & Bakley, 1989; Feldman & Walton-Allen, 1997; Accardo & Whitman, 1990).



במאי 2004 התפרסם בארה"ב מקרה של התעללות במשפחה שבו האם הייתה "בעלת יכולות שכליות מוגבלות". בכל פעם שהילדים הפרו את כללי המשמעת בבית שיסו בהם ההורים את כלב המשפחה, והוא נשך אותם בכל חלקי גופם. לעתים תכופות הם אף נזקקו לטיפול רפואי. המשטרה פתחה בחקירה, והזוג נעצר. השופט גזר על האם שלוש שנות מאסר והסביר את העונש הקל בכך שיש לה "יכולות שכליות מוגבלות". בעקבות גילוי הסיפור הועברו הילדים למשפחות אומנות (מן העיתונות, תאריך ומקור לא ידועים).

קיים ידע מועט אודות התפתחותם של ילדים להורים בעלי מוגבלות, כדוגמת הורים בעלי פיגור שכלי. חוקרים הדוגלים בגישה הרואה במגבלה קוגניטיבית גורם סיכון להתעללות מכוונים לעבר ממצאים המצביעים על ילדים להורים בעלי פיגור שכלי שהם בסיכון לאיחור מוטורי, להפרעת התנהגות או לליקוי למידה כלשהו. ילדים אלה הם בעלי מנת משכל נמוכה, נעדרי מיומנויות שפה במיוחד בגיל צעיר, ומצויים בסיכון לחיות בסביבה מופחתת גירויים ובבידוד חברתי רב (Feldman & Walton-Allen, 1997; Morch, Skar & Andersgard, 1997).



יש הטוענים כי אפשר לצפות לסבירות גבוהה של מקרי התעללות בקרב משפחות שקיים בהן פער קוגניטיבי בין ההורים לילדיהם ובמשפחות שבהן הילדים מתפקדים באופן עצמאי יותר מהוריהם ומשמשים כהורים. הפער הנוצר בין הורים לבין ילדיהם יכול להיות מקור לתסכול (James, 2004; Quimby, 1998). בעבר נחשבה מגבלה גופנית אצל הורה כהפרעה במילוי תפקידו ההורי וכאיום להתפתחות הנורמאלית ולהסתגלות התקינה של הילד. גם היום אפשר עדיין למצוא גישה דומה, המניחה שמגבלה אצל הורים, גם אם היא גופנית, היא בעיה חמורה למשפחתם. הדוגלים בגישה זו תופסים את מערכת יחסי הגומלין בין הורים בעלי מגבלה אינטלקטואלית לבין ילדם כיחסי גומלין של הורים המזניחים את ילדיהם (Buck, 1993 ;Taylor et al., 1991).

## גורמים סביבתיים

הסביבה יכולה לאפשר התעללות או לעכבה. אפיוני הסביבה החברתית רלוונטיים במיוחד, מכיוון שרבים מקרב האנשים בעלי המוגבלות מצויים בסביבה "מיוחדת", בעלת אפיונים היכולים לשמש גורמי סיכון להתעללות.

### העדר נגישות

"אמה של נערה בת 18 בעלת פיגור שכלי המרותקת לכיסא גלגלים קיבלה הודעה טלפונית ממנהל בית הספר לחינוך מיוחד שבו לומדת בתה כי היא חשה ברע ורגלה התנפחה. עוד בדרכה לבית הספר הקדימה האם והתקשרה לסניף קופת חולים במקום מגוריה וביקשה שאחד הרופאים ירד לחניה לבדוק את בתה עם הגעתה, שכן אין בבניין מעליות ושבילים לאנשים נכים. עד אז נעזרה האם בשירותיו של רופא ילדים שטיפל בבתה בבית בעת הצורך. לאחר שהשתיים הגיעו למבנה, הבחינו להפתעתן שאף רופא אינו ממתין להן. בלית בררה, ובעזרת ארבעה גברים, הצליחה האם להעלות את בתה במעלה 20 מדרגות לחדרה של הרופאה..." (מעריב, 26.6.2005)

לאפשר נגישות פירושו לתת לאנשים בעלי מוגבלות סיכוי שווה להשתתף בפעילויות יום-יומיות, ובכלל זה עבודה ושימוש בשירותים, במוצרים ובמידע כמו אנשים ללא מוגבלות. המילה "נגישות" מקושרת על פי רוב לשימוש בכיסא גלגלים, אך היא בעצם רחבה הרבה יותר וקשורה לצורכיהם של אנשים בעלי קשת רחבה של מוגבלויות. מכיוון שאנשים שונים זה מזה, כל אדם בעל מוגבלות יגדיר את המילה נגישות בדרך שונה: עבור אדם מוגבל פיזית נגישות תהיה שירותים מורחבים ומותאמים. עבור אדם עיוור נגישות משמעה פעמון או קול המודיע על הגעת מעלית לקומה מסוימת. להלן דוגמאות לסוגים שונים של נגישות: נגישות פיזית כוללת רמפה במקום מדרגות, פתחים רחבים למעבר לכיסא גלגלים, שירותים מותאמים ועוד. נגישות תקשורתית כוללת היצע של מתורגמים לשפת הסימנים, סיפוק אלטרנטיבות כתובות בכתב גדול ובכתב ברייל, הקלטות וכד'. נגישות חברתית מתייחסת לעמדות של כבוד ושל קבלה בתוך הקהילה שבה האדם חי. נגישות בין-אישית מתייחסת למוכנות להתחבר, להתיידד ולהתאהב, ויש גם נגישות טכנולוגית המתייחסת להתאמת הסביבה. נגישות פרוצדורלית לוקחת בחשבון שריאיון עם אדם בעל מוגבלות תקשורתית, פיזית או קוגניטיבית או בדיקה שלו אצל רופא יארכו יותר זמן מהמקובל, וכן את הצורך לארגן ריאיון או שיחה בזמן שהאדם עירני וכדומה.

העדר נגישות בהקשר של התעללות יכול לבוא לידי ביטוי באי היעזרות או בקושי להיעזר בשירותים טיפוליים קיימים במקרים של התעללות מכמה סיבות:

1. רוב השירותים הקיימים מופנים לכלל האוכלוסייה שחווה התעללות, ואינם נותנים מענה לצורכיהם הייחודיים של אנשים בעלי מוגבלות.

2. אנשים בעלי מוגבלות אינם יודעים היכן אפשר לקבל עזרה, ובכלל זה שימוש בשירותי תקשורת אלקטרוניים כגון האינטרנט.
3. אין דרכי גישה מתאימות למבנים ובתוכם. במחקר שנערך בנושא התעללות מינית בנשים בעלות מוגבלות נמצא כי רק 20% מן הקרבנות זכו לייעוץ או לטיפול בהתאם לצורכיהן, ו-26% לא יכלו להגיע לאותם שירותים בגלל העדר נגישות (Sobsey, 2000; Sullivan & Scanlan, 1987).
4. יש מחסור באנשי מקצוע בעלי הכשרה מתאימה ובכלים המותאמים לטיפול בילדים ובבוגרים בעלי מוגבלות שנפגעו (Goldson, 1998; Mansell & Sobsey, 1994). לדוגמה, קיימים מעט מדויי אנשי מקצוע רפואיים, פארה-רפואיים או טיפוליים הדוברים בשפת הסימנים. המחסור במתורגמנים עלול להגביל את ההבנה שקיימת התעללות ולצמצם את הנטייה של תלמידים לפנות לעזרה במקרים של פגיעה.



## שילוב

בשנים האחרונות גוברת המודעות לצורך לשלב אנשים בעלי מוגבלות בזרם החיים הכללי, בדיוור, בחינוך, בתעסוקה ובפנאי. ההנחה המרכזית העומדת בבסיס רעיון השילוב היא האמונה בזכותם וביכולתם של אנשים אלה להגיע למימוש עצמי ולחיות חיים מלאי משמעות ואיכות ככל אזרח במדינה.

נוסחת השילוב של תלמידים בבתי ספר רגילים ושל בוגרים בקהילה עברה כמה שינויים, החל מאינטגרציה, דרך ניסיון לבטל כל מסגרת נפרדת (mainstreaming) ועד ל"הכלה" או ל"השתלבות" (inclusion), המקובלת כיום. הכוונה למשמעות דינאמית של חיי קהילה רגילים, שבהם גם האדם בעל המוגבלות יכול ליצור קשרים חברתיים ובין-אישיים משמעותיים. לגבי ילדים המשמעות היא כי הילד בעל המוגבלות יזכר על-ידי הילדים האחרים כאחד מהם וחבריו הקרובים ימצאו מתוך חבריו לכיתה, לחוגים או לתנועת הנוער. לגבי מבוגרים המשמעות של שילוב או השתלבות היא כי האדם בעל המוגבלות יהיה מעורב בקהילה וישתתף בחייה כחבר מן המניין (כגון חברות בוועד הבית, בוועד ההורים, במשמר האזרחי וכדומה), ויהיו לו גם חברים ללא מוגבלות בסביבת מגוריו או במקום עבודתו. לשילוב יש היבטים פיזיים (חיים בקרבת אחרים), היבטים אישיים והיבטים חברתיים (מערכות יחסים הדדיות ובין-אישיות) (רייטר, 2004).

חוק החינוך המיוחד, שחוקק בישראל בשנת 1988 ברוח החוק האמריקאי, מתייחס ל"שילוב ככל האפשר", וזכות הקדימה וההעדפה מראש ניתנות למערכת החינוכית הרגילה. התיקון המחייב שילוב ילדים בעלי מוגבלות במסגרות הרגילות התקבל בכנסת בנובמבר 2002, והוא עדיין נתקל בקשיים יישומיים בשל העלויות הגבוהות של יישומו.

חוקרים בדקו את השלכות שילובם של ילדים בעלי מוגבלות במערכת החינוך הרגילה מכמה היבטים. השילוב מאפשר לילדים אלה יצירת אינטראקציות חברתיות עם ילדים בני גילם הלומדים בבתי-ספר רגילים, ומסייע להם ללמוד לתפקד באופן עצמאי בחברה ה"רגילה". לדעתם של חוקרים, הטיועונים שלפיהם הילד החריג זקוק לסביבת לימודים מיוחדת שתגן עליו מצביעים על אפליה ולא על התחשבות, ובידודו של הילד במסגרות של החינוך המיוחד מטביע עליו תווית שלילית ומקשה על הסתגלותו ועל התמודדותו עם האוכלוסייה הרגילה (רוגן, 1997; Klinger et al., 1998).

ילדים בעלי מוגבלות הלומדים במסגרות רגילות מתמודדים עם קשיים חברתיים ההופכים לחלק בלתי נפרד מחיי היום-יום שלהם בבית הספר. הם חווים דחייה חברתית, הצקות ופגיעות גופניות, ולעתים קרובות הופכים לקרבנות של מעשי בריונות והתעללות (Lewellyn, 1995; Thompson, Whitney & Smith, 1994).

מגמת השילוב באה לידי ביטוי גם בפרסומות. הרשות השנייה פרסמה הנחיות לשילוב אנשים בעלי מוגבלות בפרסומות (ynet, 26.10.2004), וזאת לאור פניות ותלונות בדבר הצגת אנשים בעלי מוגבלות באמצעי התקשורת באופן סטריאוטיפי הפוגע בכבודם. שימוש לרעה במום או בנכות, תוך יצירת קשר בין מוגבלות לסכנה ולרוח, עלול להיתפס כמתן לגיטימציה לפוגעים פוטנציאליים.

נוכחותם הפיזית של אנשים בעלי מוגבלות בחברה משולבת אינה מבטיחה את הכללתם החברתית בה, ועל כן חשוב להבחין בין נוכחות פיזית לבין השתתפות חברתית וקיומן של אינטראקציות חברתיות. הניסיון לשלב במסגרות שיקום תעסוקתי, לדוגמה, אנשים בעלי מוגבלויות שונות, מזמן לאנשים בעלי פיגור שכלי הזדמנות נוספת לקשור קשרים חברתיים עם אנשים שאינם בעלי פיגור שכלי, אך אינו מבטיח אוטומטית את יצירת הקשר החברתי, ואכן במחקר שהתבצע במפעלים מוגנים רבי מוגבלויות בארץ דיווחו האנשים הבוגרים העובדים במסגרות המעורבות על תחושת בדידות גבוהה (דובדבני ונאור, 2004)

**הימנעות מגילוי של התעללות מוסדית דומה לאדם ההולך עשרים שנה במדבר ואינו רואה את החול...**  
(Sobsey, 1994).

חלק ניכר מהאנשים בעלי מוגבלות חיים, לומדים, מבלים ועובדים במסגרות מיוחדות חינוכיות, טיפוליות, שיקומיות או תעסוקתיות, מבודדות ומשולבות כאחד. "התעללות מוסדית" פירושה התעללות גופנית, רגשית ופסיכולוגית ומינית או הזנחה המתרחשות בארגונים ובמוסדות, במסגרות חוץ-ביתיות ובמרכזים ציבוריים אחרים. ההתעללות יכולה להתרחש בהוסטל, בבית חולים, בפנימייה חינוכית, בבית הספר או בגן משלב.

**כל אדם, בעל מוגבלות הגר, מתחנך, עובד או מבלה במסגרת מוסדית זו או אחרת עלול להיפגע גופנית, מינית, רגשית או פסיכולוגית (Sobsey, 1994).**



חוקרים מצאו אפיונים ייחודיים של סביבה מוסדית שהיא בעלת פוטנציאל להתעללות, כגון חוסר שוויון, דה-פרסונליזציה, בידוד וחיים בצוותא של פוגע ושל נפגע. בסביבה מוסדית קיים חוסר שוויון בין הצוות לבין הדיירים הבא לידי ביטוי בפער בגילים, בתפקידים של "חוסה" מול "אחראי" ובפער בשליטה. חיים מוסדיים פירושם פיקוח והשגחה רציפים, וכשהם מתקשרים לעמדות שליליות כלפי מוגבלות, מתקבלת תוצאה של דה-פרסונליזציה הולכת וגדלה של הדיירים. סביבות המעודדות התעללות מפתחות תת-תרבות של אלימות ההופכת לנורמה וזוכה לסולידאריות קבוצתית, ובאמצעותה אפשר להשיג כוח ושליטה. כשתת-תרבות של אלימות נוסדת, המערכת החברתית מספקת לחבריה מודלים מתגמלים של תוקפנות, המלמדים חברים חדשים להשתתף בה ולהשתמש בכפייה. כדי שתת-תרבות זו תשרוד בתוך התרבות הרחבה, שהיא פחות סובלנית לאלימות, יש צורך בבידוד גופני או חברתי מכלל החברה. התעללות מוסדית מתרחשת באותם מקומות שבהם אנשים יוצרים יחסי גומלין מועטים עם אנשים מחוץ למערכת, במקומות שבהם הם מצויים בבידוד מהזרם המרכזי של החברה. אותו בידוד שמוליד התעללות גם מסתיר את ההתעללות שהוא יצר. לטענת חוקרים, בנים בעלי פיגור שכלי, לדוגמה, החיים במסגרות מוסדיות, נפגעים מינית יותר מבנות בעלות פיגור שכלי יותר מבנים באוכלוסייה הרחבה. הסיבה נעוצה במבנה המוסדי שבו חיים יותר בנים מאשר בנות. היא גם נעוצה בעובדה שבילוי זמן ממושך של גבר עם גבר אינו נחשב כ"בעייתי", המערכת חושדת פחות, וכך "קל" לבחור קרבן. המסגרת המוסדית מסוכנת במיוחד, כי התוקף מוכר לקרבן ובעל גישה אליו. חיים בצוותא של פוגע ונפגע בסביבה המאפשרת התעללות מלמדים את האנשים בעלי המוגבלות השוהים באותה סביבה להיות קרבנות, לחיות עם מציאות של התעללות ואולי אף לצפות לה (Sobsey, 1994; Crossmaker, 1991; Marchetti & McCartney, 1990).

במשטרה התקבלה תלונה של מדריך בגין תקיפת שתי ילדות בנות 10 על-ידי שתי מטפלות שעובדות במעון. באחד הימים הבחין המדריך (28) באחת המטפלות (54) מכה בנעל את אחת מהילדות החוסות במעון. זמן קצר לאחר מכן הבחין המדריך בעובדת שנייה (26) כשהיא תופסת ילדה אחרת בכוח, מושכת בשערה וסוטרת לה. המדריך פנה מיד למנהל המעון, סיפר לו את שנעשה וביקש ממנו שיטפל במקרה. המנהל הבטיח שיעשה כן. כשהגיע המדריך לעבודה וגילה ששתי המטפלות נמצאות במקום, הוא ניגש מייד לתחנת המשטרה והגיש תלונה נגד שתי המטפלות. מהמשטרה נמסר כי בחקירתן אמרו המטפלות כי לאור האופי הטיפולי במעון קרה שלעתיים הן נאלצו להשתמש בכוח... (ynet, 30.8.04).

לשאלה האם מיסוד פוגע מטבעו אין תשובה אחידה. קיימות שתי השקפות מנוגדות לגבי התעללות מוסדית. האחת חוזה במוסדות מסגרת חיונית, שבה אפשר לטפל באנשים בעלי מוגבלות ולשקם אותם ושהתעללות יכולה להתרחש בה, אך אפשר למנעה בעזרת מדיניות ונהלים טובים יותר. ההתעללות לפי גישה זו נתפסת כמקרה פרטני שיש להעניש בעקבותיו את הפוגע ואין להתייחס אליה כאל תופעה הטבועה במערכת המוסדית. לפי ההשקפה השנייה המיסוד נתפס מטבעו כפגיעה בחופש ובכבוד, והוא בעל השפעה שלילית על התפתחות האדם.

## גורמי סיכון תרבותיים-חברתיים

### גישות ועמדות של החברה כלפי מוגבלות

חוקרים רבים רואים בגישת החברה לאנשים בעלי מוגבלות את אחת הסיבות המרכזיות לפגיעותם הרבה. האלימות כלפיהם, לפי גישה זו, היא תוצאה של סדרת מבנים אידיאולוגיים הנותנים לגיטימציה להתנהגות מדכאת וביטוי לשנאה כלפי אנשים חריגים. מוגבלות מלווה בדרך כלל בסטיגמה חברתית, בערכים ובמנהגים חברתיים המקבלים בהבנה אלימות כאמצעי לפתרון קונפליקט ומתח. כישלונה של החברה בהכרה בצורכיהם של אנשים בעלי מוגבלות יש בו כדי לתת אישור חברתי להתעלל בהם (Waxman, 1991).

לחוקרת וייס (1991) הסבר אנתרופולוגי-סוציולוגי לאופן שבו ערכים תרבותיים משפיעים על התעללות בילדים ובבוגרים בעלי מוגבלות. לטענתה חריגותו של הילד מובילה להגדרתו כ"לא אדם" ומתירה את האלימות כלפיו. הפגם מוגדר כתרבותי; הילד חריג בהתאם לתפיסה מסוימת של נורמאליות, השונה מחברה לחברה והמציינת לאילו הישגים צריך להגיע כדי להיקרא אדם אמיתי, מועיל ולגיטימי באותה חברה. ההסבר לפגיעת הורה בילדו מתקשר למסר שההורה קולט מהופעתו החיצונית החריגה של ילדו, אשר מזעזע ומערער את גבולותיה של המערכת הקוגניטיבית שלו ואת הדימוי שלו על "ילד", על "גוף" ועל "אדם". חריגותו של הילד מפרה את הסדר הקיים, והוריו רואים בו ישות לא ברורה,

החוצה קטגוריות וגבולות מוכרים. כאשר אין אפשרות להסוות את חריגותו של הילד נוטים למקם אותו באמצעות הגדרתו ותיגו כ"לא אדם". הדגש שהחברה שמה על מראה חיצוני תקין ובריא ועל מסוגלות גופנית יוצר מצב שבו העדר תכונות אלו, כמו במצב של נכות, גורם לפחיתות ערך חברתי ואנושי באופן משמעותי. עמדותיהם ואמונותיהם של אנשים מאפשרות ומעודדות התעללות באנשים בעלי מוגבלות בדרך שהיא לעתים חבויה, מתוחכמת וקשה למדידה. יש המרחיקים לכת וטוענים כי התעללות מתחילה בעמדות. עמדות ואמונות יכולות לספק רציונליזציה או לפחות אווירה סובלנית להצדקת ההתעללות במוחם של הפוגעים ולהגביר את הסיכון לאלימות ולהתעללות (Sobsey, 1994).

עמדות הן חלק מגישת החברה כלפי נכות וכלפי מגבלה.  
עמדות הן בין הגורמים העיקריים לפגיעותם של אנשים בעלי מוגבלות.  
עמדות קשורות למיתוסים.  
מיתוסים משותפים לכל המוגבלויות.  
מיתוסים ועמדות משפיעים על כל סוגי ההתעללות.



גישת החברה למוגבלות מלווה מיתוסים, עמדות, חשיבה שיפוטית ודעות קדומות. היא נחלתם של בני משפחה, של מטפלים ושל אנשי מקצוע ואף של אנשים בעלי מוגבלות ושל קובעי המדיניות ומקבלי ההחלטות. מיתוסים ודעות קדומות אלו הם בין הגורמים העיקריים לפגיעותם הרבה של אנשים בעלי מוגבלות (Wolf, 1997; Kennedy & Buchholz, 1995; Nosek, 1995).

### עמדות וגישות של אנשי מקצוע

ערכים אישיים, עמדות וגישות של אנשי מקצוע יכולים להשפיע על האופן שבו מידע מועבר, מוערך ומתקבל. הם יכולים להגדיר ולעצב תפקידים מיניים והתנהגות וניסיון מיני ולהשפיע על האופן שבו אנשים בעלי מוגבלות מתמודדים עם התעללות. הרושם המצטייר מתוך סקירת הספרות בתחום הוא שלאנשי-מקצוע רבים המטפלים באוכלוסייה דעות ועמדות שליליות לגבי מיניותם של אנשים בעלי מוגבלות קשה. חלקם אינם ערים במידה מספקת לאפשרות של התעללות באנשים בעלי מוגבלות, בשל האמונה שאנשים בעלי מוגבלות אינם יכולים להיות קרובות של התעללות בשל היותם א-מיניים (asexual), או בשל האמונה שאינם סובלים מהתעללות בהם בשל היותם נטולי-רגשות. וכך, ללא כוונה כמובן, עמדותיהם השליליות של אנשי המקצוע כלפי מוגבלות והמדיניות המקצועית הנלווית להן תורמות להגברת הסיכון להתעללות נשנית (Wolf, 1997; Marchent & Page, 1992a; Tharinger et al., 1990; Wolraich & Siperstein, 1986).



"אישה בת 35 בעלת בעיות נפשיות התלוננה בפני מדריכה בהוסטל שבו גרה כי דייר קיים עמה מגעים מיניים ללא הסכמתה. 'היא מדמינת, היא משקרת', חשבו כולם, 'הרי היא בעלת בעיות נפשיות'. המדריכה בחרה לא לדווח, וכך עשה גם המנהל. בצר לה פנתה האישה לאמה, שהתלוננה במשטרה. בדרך זו נחשפה ההתעללות, שהתבררה כנכונה. כן, ההתעללות התרחשה... (דיצה- מורלי שגיב).

עצמת ההשפעה שיש למיתוסים ולדעות קדומות באה לידי ביטוי בחיבור בין מוגבלות למיניות של ילדים, גברים ונשים בעלי מוגבלות. היא מודגמת באסופה שלהלן. המשפטים הראשונים, המודגשים, משקפים עמדות, ומתחתיהם מובאות העובדות:

### **אנשים בעלי מוגבלות הם א-מיניים, ללא תחושות מיניות, ללא יכולת להבין את מיניותם.**

אנשים בעלי מוגבלות הם בעלי צרכים, רצונות ותחושות מיניות ככל האדם. בבואנו לבחון את התפתחות המיניות, יש להתייחס להיבטים פיזיים, רגשיים, חברתיים, קוגניטיביים והתנהגותיים ולפעור אפשרי ביניהם. ההתייחסות לאנשים בעלי המוגבלות היא כללית, ואינה ספציפית למגבלה זו או אחרת. ההתפתחות המינית-גופנית של אנשים בעלי מוגבלות היא על-פי רוב תקינה בכל שלבי החיים, אם כי היא מופיעה מוקדם יותר. במקרים מסוימים חל עיכוב התפתחותי-מיני או קיימת בעיית פוריות, כמו למשל בקרב בנות בעלות תסמונת "רט" או "טרנר", או דאון. ההתפתחות הפסיכו-סקסואלית שלהם מאופיינת במקרים רבים בחוסר מידע נגיש ובחוסר התנסויות חברתיות ומיניות הולמות-גיל. לעתים אפשר להבחין בפערים בין ההתפתחות הפיזית והמינית לבין ההתפתחות הרגשית או הקוגניטיבית. השאלה אינה אם הם מבינים את מיניותם, אלא אם וכיצד לימדנו אותם והכנו אותם ואילו הזדמנויות להתפתחות תקינה אפשרנו להם.

### **לאנשים בעלי מוגבלות דחפים מיניים בלתי נשלטים.**

זהו מיתוס מקובל, אך אין ממצאים מדעיים המצביעים על כך.

### **רוב ההתעללויות מתבצעות על-ידי זרים.**

יותר ממחצית ממקרי ההתעללות מתבצעים על-ידי אנשים המוכרים לנפגעים.

### **מטפלים פוגעים אינם מבצעים עברה; זוהי תגובתם לדחק.**

מטפלים פוגעים עוברים עברה. תגובה לדחק היא מתן לגיטימציה להתעללות וטיוח הבעיה.

### **אנשים בעלי מוגבלות אינם יכולים להסכים לקיום יחסי מין.**

סוגיית ההסכמה מורכבת. אוכלוסיית האנשים בעלי המוגבלות היא מגוונת. נוכל למצוא בקרבה אנשים שיכולים להסכים לקיים יחסי מין, ונוכל למצוא אוכלוסיות בעלות לקויות קוגניטיביות ששאלת ההסכמה לגביהן אינה ברורה והיא נדונה כיום בערכאות משפטיות. לעתים הסכמתן ניתנת מתוך רצון לרצות או מתוך בדידות או תלות, והיא נחשבת הסכמה בכפייה.

### **אנשים בעלי מוגבלות קוגניטיבית אינם מושפעים מהתעללות מינית.**

אנשים בעלי מוגבלות קוגניטיבית חווים טראומה, פציעות גופניות והשלכות אישיות, נפשיות וחברתיות כמו אנשים ללא מוגבלות קוגניטיבית.

### **אנשים מרחמים על אנשים בעלי מוגבלות, מתייחסים אליהם כאל בלתי נחשקים, ולכן לא יכעזו בהם.**

אנשים בעלי מוגבלות נפגעים יותר מאנשים ללא מוגבלות. רחמים או התייחסות אליהם כאל "לא נחשקים" משמשים תירוץ להתעללות.

### **אנשים בעלי מוגבלות פגיעים פחות מכיוון שהם אינם פעילים מינית.**

ראשית, ההנחה כי אנשים בעלי מוגבלות פגיעים פחות היא שגויה. שנית, אנשים בעלי מוגבלות פעילים מינית. פעילותם המינית יכולה לגרום לחשיפתם לסביבות, לאנשים, לתנאים ולמצבים היכולים לשמש גורמי סיכון.

### אנשים בעלי מוגבלויות "נראות" אינם חשים בניצול, ואינם סובלים מכאב.

אנשים בעלי פיגור שכלי או מוגבלות גופנית סובלים מכאב ככל האדם. הם גם מראים ומבטאים זאת בדרכם הייחודית. תפקידו של איש המקצוע לזהות את הכאב ולהגיב על כך. תחושת הניצול נלמדת, ואינה קשורה לנכות או למגבלה אלא להעדר ידע ומיומנויות. באופן כללי אפשר לומר כי אנשים בעלי מוגבלות פגיעים יותר וחשופים להתעללות מסיבות אלו:

- מגבלתם הגופנית והקוגניטיבית הופכת אותם ל"טרף קל";
- הם בעלי ידע מוגבל וחסר בכל הקשור לתחום המיני- החברתי ;
- הם חונכו להיות פסיביים וצייתנים ובעלי רצון עז לרצות;
- הם אינם נהנים מאותן זכויות ומאותן הזדמנויות לפרטיות וליחסי גומלין מיניים בריאים כמו חב המבוגרים.



**ילדים בעלי מוגבלות אינם בסיכון להתעללות, מכיוון שאף אחד לא יפגע בהם.  
ילדים בעלי מוגבלות בטוחים מפני התעללות, מפני שהם מצויים עם אנשים מוכרים שהם בטוחים בהם.**

ילדים בעלי מוגבלות נתונים בסיכון של פי 1.7 לחוות התעללות לסוגיה, בסיכון של פי 1.6 לחוות הזנחה גופנית ובסיכון של פי 2.8 לחוות הזנחה רגשית בהשוואה לילדים ללא מוגבלות. רוב הפוגעים הם אנשים המוכרים לילדים.

**ילדים בעלי פיגור שכלי אינם מבינים מה קורה להם, ולכן ההתעללות אינה מפריעה להם. הם אינם חשים כאב גופני או רגשי כמו שאר הילדים, והם פחות אנושיים ונעדר רגשות.**

ילדים בעלי מוגבלות דומים לכלל הילדים; הם חווים ומרגישים. נכון שלעתים קרובות הם אינם מבינים כי נפגעו, אך הם חווים התעללות על כל השלכותיה הקשות.

**בנים וגברים בעלי מוגבלות אינם נפגעים.**

ממצאים מחקריים מצביעים שאחד מתוך 6 בנים ייפגע לפני הגיעו לגיל 18. עד גיל 12 יש לבנים ולבנות סיכוי שווה להיפגע. בנים נפגעים במוסדות יותר מבנות, ורוב הפוגעים הם בנים.

**אישה בעלת מוגבלות פיזית "אינה אישה אמיתית", ולכן אינה יכולה לקחת חלק ביחסי גומלין שוויוניים ואינטימיים.**

**אישה בעלת מוגבלות פיזית היא תלוית והיא מעמסה על בעלה ועל משפחתה - תמיד נזקקת ולוקחת.**

**אישה בעלת מוגבלות פיזית היא א-מינית, ואינה מסוגלת לספק את בעלה מבחינה מינית.**

**אישה בעלת מוגבלות פיזית היא ילדותית ומופקרת מינית.**

**בן זוגה הוא גיבור או צדיק - כיוון שהוא בקשר עם אישה בעלת מוגבלות פיזית.**

לעתים קרובות בני זוג גברים משתמשים במוגבלות כתירוץ, או, לחלופין, מעודדים תלות ומשיגים שליטה בבת זוגם בשם "הטיפול והתמיכה". נשים בעלות מוגבלות משמשות מטרה קלה לפגיעה, ולכן הן גם נפגעות מאלימות גופנית, מינית ורגשית בעיקר על-ידי בני זוג, חברים ובני משפחה אחרים בעלי מוגבלות וללא מוגבלות (Emanuel, 2000).

## גורמי סיכון נסיבתיים

גורמי סיכון נסיבתיים אינם גורמים באופן ישיר להתעללות, אלא מצטרפים לגורמים נוספים ובכך מגבירים את הסיכון להתעללות. ביניהם אפשר למצוא היסטוריה קודמת של התעללות, אלימות, שימוש באלכוהול ובסמים, סוגים נוספים של התעללות ומשתנים חברתיים-כלכליים. הגורמים קשורים לפוגע ולנפגע כאחד.

### היסטוריה קודמת של התעללות, אלימות ושימוש באלכוהול ובסמים

היסטוריה קודמת של התעללות, שימוש באלימות ושימוש בסמים ובאלכוהול אצל האדם הפוגע יכולים להצביע על סיכון להתעללות בקרב ילדים, מתבגרים ובוגרים בעלי מוגבלות (Sobsey, 1994).

### סוגים נוספים של התעללות

קיומה של התעללות יכול להתקשר לסיכון הולך וגדל לפגיעות נוספות ושוונות, במיוחד לגבי ילדים, בני נוער ובוגרים בעלי מוגבלות. במקרים מסוימים יהיה זה מתעלל בודד, אך במקרים רבים אחרים מטפלים שונים יכולים לבצע סוגים שונים של התעללות. לדוגמה, התעללות מינית מלווה על-פי רוב בהתעללות גופנית ובהתעללות רגשית ופסיכולוגית (Sobsey, 1994).

### משתנים חברתיים-כלכליים

משתנים חברתיים-כלכליים מאפשרים למשתנים אחרים להשפיע פחות או יותר על החשיפה לסיכון להתעללות. חוקרים בדקו את הקשר של משתנים חברתיים-כלכליים למגוון תחומים הקשורים ישירות או בעקיפין לסיכון גבוה להתעללות. החוקרים פלוריאן ודרורי (1990) מצאו קשר בין ההשכלה, השכר, הגיל והמצב המשפחתי לבין הדיווח על רמות גבוהות של רווחה נפשית, ורמות גבוהות של רווחה קשורות להקטנת תחושת הדחק שהיא אחד מגורמי הסיכון המשפחתיים (Seltzer & Krauss, 1989).

בסקר שבוצע במכון ברוקדייל לגבי שכיחותם של גורמים המנבאים סיכון בקרב ילדים בעלי מוגבלות החיים בישראל נמצא שיעור גבוה של הורים לילדים בעלי מוגבלות שהם בעלי רמת הכנסה משפחתית נמוכה ומתגוררים ביישובים בעלי סטאטוס סוציו-אקונומי נמוך. בקרב כחמישית מהמשפחות שני ההורים אינם עובדים וכמחצית מהילדים מתגוררים במשפחות בנות ארבעה ילדים או יותר. משתנים נוספים היכולים לנבא סיכון להתעללות ולהזנחה הם צפיפות דיור ועוני בשכונת המגורים, מגורים בשכונה שבה אלימות שוררת, מספר גדול של ילדים במשפחה, אבטלה מתמשכת ומצב כלכלי קשה (מרום ועוזיאל, 2001; נאון ואח', 2000; נאון, יפרח ובייץ-מוראי, 1998; Mash & Johnston, 1990; Ammerman, 1997; Disability Services ASAP, 2002; Zirpoli, 1986).

## לסיכום

בפרק הראשון התמקדנו בתופעת הסיכון והחשיפה להתעללות בילדים, במתבגרים ובבוגרים בעלי מוגבלות. יהיה מי שיטען שיש להדגיש, לצד הגורמים המגבירים את הסיכון, גורמים המצמצמים אותו והמאפשרים טיפול ומניעה; עבורם הוכן לוח 2.

לוח 2: הגברת סיכון מול צמצום סיכון

גורמים מצמצמי סיכון	גורמים מגבירי סיכון
<b>מאפייני האנשים בעלי המוגבלות</b>	
שיפור ההערכה העצמית והעצמה	חוסר אונים נלמד וחינוך לצייתנות
סיפוק הזדמנויות ללמידה	תלות באחר - ריבוי מטפלים; מגע
עצמות	העדר ידע וחוסר מיומנויות
הקניית ידע, לימוד מיומנויות	
סיפוק אמצעי תקשורת	קשיי תקשורת
הכשרת אנשי מקצוע	
<b>מאפייני המשפחה</b>	
התייחסות למשפחה כאל לקוח בסיכון	הורות לאדם בעל מוגבלות
שירותי תמיכה	בידוד חברתי
הדרכה, הצבת גבולות	חוסר גבולות, הגנת יתר
<b>מאפיינים סביבתיים</b>	
נגישות	העדר נגישות
שילוב	שילוב
אי מיסוד	התעללות מוסדית
<b>מאפיינים חברתיים-תרבותיים</b>	
שינוי הגישות והעמדות של החברה, ההורים ואנשי המקצוע כלפי מוגבלות	גישות ועמדות שליליות כלפי מוגבלות
מתן ידע בכל הקשור לאיתור התעללות ולדיווח עליה	חוסר ידע ומידע בכל הקשור לאיתור התעללות ולדיווח עליה

גורמים רבים מנבאים סיכון וחשיפה להתעללות באנשים בעלי מוגבלות: גורמי סיכון הקשורים למאפייני המוגבלות של אנשים בעלי המוגבלות וגורמי סיכון משפחתיים, סביבתיים, נסיבתיים וחברתיים-תרבותיים. נכון יהיה לזכור כי כל גורם סיכון יכול להפוך לגורם שיצמצם את הסיכון להתעללות. בידי אנשי המקצוע וההורים היכולת להפוך חוסר אונים נלמד וחינוך לצייתנות להערכה עצמית גבוהה ולהעצמה. העדר ידע וחוסר מיומנויות יכולים להתחלף בקבלת הזדמנויות ללמידה, לעצמאות ולהקניית ידע ומיומנויות בכל תחומי החיים. אפשר לתקן בידוד חברתי על ידי מתן שירותי תמיכה, נגישות ושינוי הגישה כלפי מוגבלות. כל עוד המצב נמשך כפי שהוא היום, אנו עדים לתופעה קשה שבה ילדים, מתבגרים ובוגרים בעלי מוגבלות חווים התעללות גופנית, רגשית, פסיכולוגית ומינית והזנחה.





## פרק 2 התעללות באנשים בעלי מוגבלות

- א. מבוא
- ב. סוגי התעללות באנשים בעלי מוגבלות
  - התעללות גופנית
  - התעללות רגשית ופסיכולוגית
  - התעללות מינית
  - הזנחה
- ג. אנשים הפוגעים באנשים בעלי מוגבלות
- ד. נזקים והשפעות של התעללות





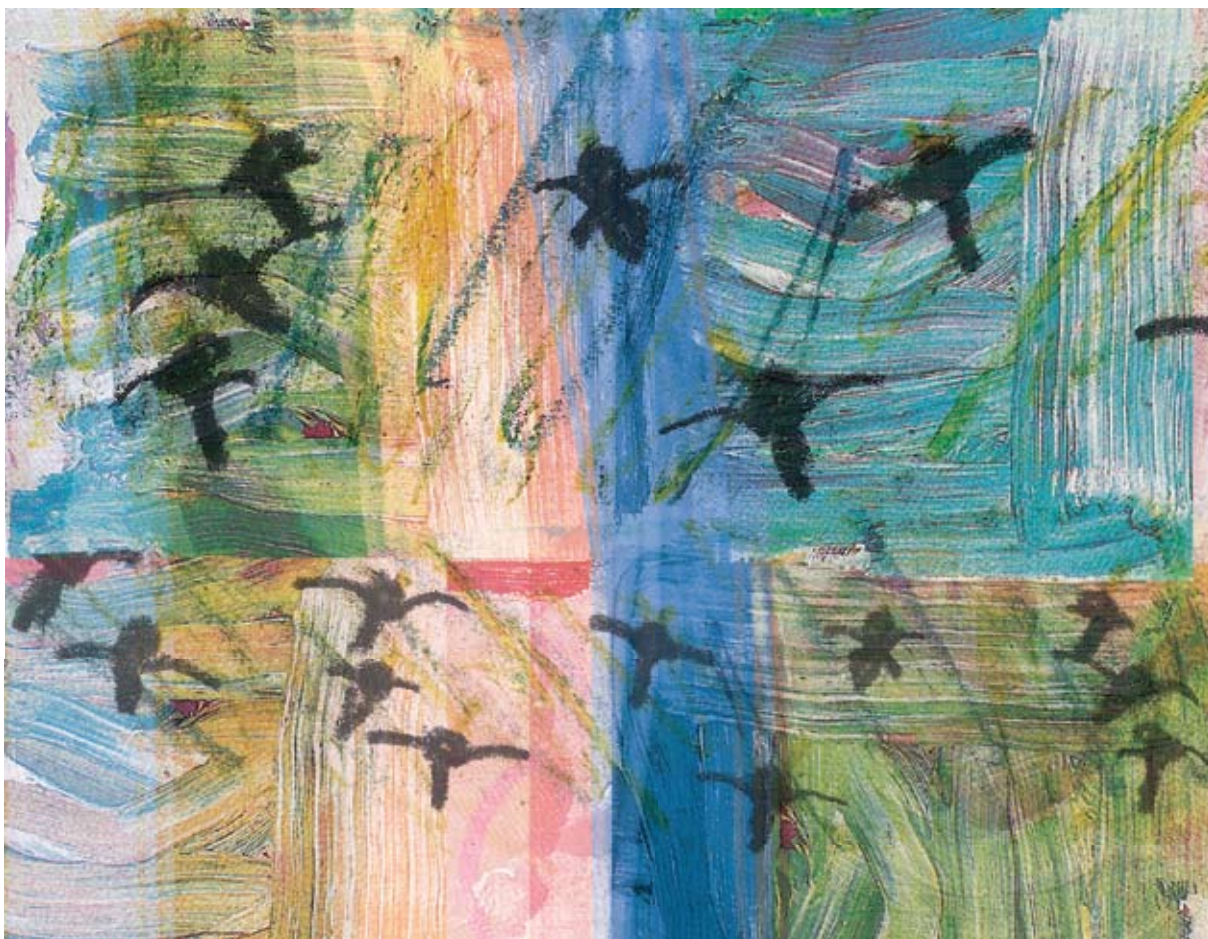
**בחברה שיש בה התעללות בילדים, שיש בה אלימות נגד חלשים, שיש בה אלימות נגד חסרי ישע, שיש בה אלימות בכוח מרות, גם במשפחה, לפעמים איננו יכולים לסמוך על ה"סביר". איננו יודעים מה זה "סביר"... (פסק דין 4596/98).**

התעללות באנשים בעלי מוגבלות מתרחשת ללא הבדל גזע, תרבות או מעמד חברתי, בשכיחות גבוהה של פי 4-10 לעומת ההתעללות באנשים ללא מוגבלות (בריון, 2002). הגדרת ההתעללות באדם בעל מוגבלות היא עמומה. השפה הכתובה והמדוברת, עברית ולועזית כאחד, שזורה בשפע מושגים המתארים התעללות באנשים בעלי מוגבלות וללא מוגבלות. ביניהם אפשר למצוא "התעללות", "פגיעה", "ניצול", "הזנחה", "abuse" ו-"maltreatment". חוק העונשין, המחייב דיווח על התעללות, אינו מגדיר את המושג התעללות. המחוקק בחר לפרש התעללות על-פי תכלית החוק (הגנה על קטינים ועל חסרי ישע מפני הפגיעות שהם חשופים אליהן) תוך הפעלת שיקול דעת שיפוטי. המחוקק מציג כמה סממנים אופייניים היכולים להצביע על התנהגות מתעללת, הנמשכת על פני זמן, המאופיינת בדרגת חומרה ואכזריות, השפלה, ביזוי והטלת אימה, ומטילה מרות, הפחדה, ענישה או סחיטה - התנהגות שיש בה מאפיין של פערי כוחות בין הפוגע לנפגע. התעללות בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלות קשה לאיתור. הקושי קשור לעובדה שאנשים בעלי מוגבלות נפגעים מפגיעות שונות שהגבולות ביניהן לא אחת מטושטשים.

בית-המשפט העליון, בשבתו כבית-משפט לערעורים פליליים [25.1.2000] בערעור על הרשעת אם על הכאת שני ילדיה, פסק: "... המחוקק מכיר בשלושה סוגים של התעללות: התעללות גופנית, התעללות מינית והתעללות נפשית. הגבולות בין סוגי ההתעללות לא אחת מטושטשים. מקרים של התעללות מינית יכול שיכללו גם התעללות גופנית, ומקרי התעללות גופנית והתעללות מינית יכללו מטבע הדברים גם התעללות נפשית" (167-168א).

הקושי להחליט מתי התנהגות היא מתעללת טמון באופי ההתנהגות הנבחנת. לדוגמה, הורים לילד בעל קשיי התנהגות ירבו לכעוס ולהגיב באופן שלילי על התנהגותו. האם מדובר בהתעללות רגשית, או שזוהי תגובה סבירה להתנהגות שהילד מפגין? מטפל מכאיב למטופל במהלך טיפול שגרתו של עזרה בלבוש. האם נכלול התנהגות זו תחת ההגדרה של התעללות? ילד בעל פליטת רוק מוגברת מהפה, הזקוק להחלפה תכופה של בגדיו, האם החלפת בגדים רק שלוש פעמים ביום תיחשב להזנחה? ואולי חמש פעמים? הקושי טמון לעתים בקשיי התקשורת של האדם בעל המוגבלות, המכבידים על הבנה, על ביטוי ברור, על תיאור אפיזודות של התעללות, על דיווח או על מתן עדות ראייה

(Tharinger, Horton & Millea, 1990; Westcott, 1993). לעתים הקושי טמון במאפייני מוגבלות הדומים לסימני התעללות; לדוגמה, ילדים בעלי קשיים תחושתיים ומוטוריים (רגישות יתר למגע, תת-רגישות למגע, רגישות יתר של מערכת שיווי המשקל, תת- רגישות של מערכת שיווי המשקל, ליקוי בתחושת התנועה) לעתים קרובות מציגים התנהגות הדומה לביטויים של התעללות. למשל, ילד בעל רגישות יתר למגע מגיב בחרדה, בעוינות ובתוקפנות למגע קל או לאפשרות של מגע קל, או מגיב בצורה מוגזמת לאי נוחות ולכאב פיזי (חגי, 2005). אנשים בעלי מוגבלות נפגעים בדרך כלל מיותר מסוג אחד של התעללות. הם נפגעים גופנית, רגשית ופסיכולוגית ומינית וחשופים לסיכון להזנחה.



## סוגי התעללות באנשים בעלי מוגבלות

### התעללות גופנית

קשה היא ההגדרה של "התעללות גופנית"; זאת, מעצם תפיסת מושג ההתעללות כבעל משמעות ערכית-נורמטיבית שלילית, המתאר תופעה רבת פנים וכולל בחובו תחום רחב של התנהגויות אפשריות" (פסק דין 4596/98).

#### הגדרה על פי חוק העונשין \*1

התעללות גופנית כוללת מעשים אקטיביים או מחדל או התנהגויות שיש בהן הפעלת כוח או אמצעי פיזי אחר לשם גרימת נזק או סבל גופני או נפשי. המחוקק אינו נותן הגדרה כוללת להתעללות גופנית, ומסתפק בהצגת יסודות העברה והתכונות המאפיינות מקרים של התעללות בכלל והתעללות גופנית בפרט. עברה תיחשב כהתעללות גופנית אם יתקיימו בה התכונות האלה:

1. עברת התנהגות ולא תוצאה (לפיכך לא נדרש להוכיח גרימת נזק בפועל)
  2. מעשה אקטיבי או מחדל
  3. הפעלת כוח או אמצעי פיזי אחר כלפי גופו של הנפגע, במישרין או בעקיפין, הנעשית במידה העלולה לגרום נזק או סבל פיזי-גופני או נפשי-רגשי או את שניהם
  4. התנהגות בעלת פוטנציאל לגרימת נזק או סבל, אשר אפשר ללמוד עליה, בין היתר, מסוגו ומטיבו של המגע או האמצעי שנוקט; ממידת הכוח שהופעל ומעוצמתו, מההקשר ומהנסיבות שבהן הופעל הכוח או האמצעי הפיזי, מתדירות הפעלתו וממשך הזמן שבו הוא הופעל, משיטתיות השימוש בכוח או באמצעי הפיזי, מחריגותה של ההתנהגות ומסטייתתה מן המקובל בחברה ומשיקולים נוספים
  5. הוכחת נזק פיזי או נפשי המשמשת כלי ראייתי כדי להוכיח את התקיימותו של הפוטנציאל לסבל ולנזק ואת החומרה או את החריגות שבמעשה.
- נקודת המבט המכריעה לצורך קביעת התקיימותה של התנהגות שיש בה עברת התעללות היא זו של המתבונן מן הצד - האובייקטיבית - הבוחנת את התנהגותו של המתעלל כלפי הנפגע.
- אפשר להצביע על כמה סממנים אופייניים נוספים להתנהגות שהיא התעללות; לדוגמה:
- א. סדרה מתמשכת של מעשים או מחדלים. הצטברות המעשים (או המחדלים) והתמשכותם על פני זמן הם שביאו לדרגת חומרה ולאכזריות, להשפלה ולביזוי או להטלת אימה.
  - ב. מעשה (או מחדל) חד-פעמי. גם הוא יכול להיות מעשה התעללות גופנית בתנאי שמעשה כזה יאופיין - לעומת

\*1 פירוט החוק מופיע בשער השלישי, בנספחים.

עברת התקיפה - באחד או ביותר מהאפיונים האלה: באכזריות, בהטלת פחד ואימה משמעותיים על הנפגע, בהשפלה ובביזוי בולטים של הנפגע, או בפוטנציאל חמור במיוחד של התעללות (פיזית או נפשית) בו.

ג. בדרך כלל נועדה ההתנהגות להטלת מרות, להפחדה, לענישה או לסחיטה, אך כי לא בהכרח.

ד. אפשר להצביע על כך שבדרך כלל "יימצא המתעלל בעמדת כוח או מרות כלפי קרבנו, באופן שהנפגע מצוי בעמדת נחיתות, ללא יכולת להגן על עצמו" (מתוך פסק דין 4596/98).

יז מכה | מע"ש אחיקס



## לקט עובדות הקשורות להתעללות גופנית באנשים בעלי מוגבלות

- התעללות גופנית בילדים ובמבוגרים בעלי מוגבלות מלווה על-פי רוב בהזנחה ובהתעללות מינית (50.8%) (Mansell & Sobsey, 2001).
- ילדים בעלי חירשות וכבדות שמיעה נמצאים בסיכון כפול להתעללות גופנית לעומת ילדים ללא מוגבלות (Sullivan & Knuston, 1998).
- ילדים בעלי ריבוי מוגבלויות המאושפזים בבתי חולים פסיכיאטריים נמצאים בסיכון גבוה להתעללות גופנית (Ammerman et al., 1989).
- ילדים בעלי נכות התפתחותית (במיוחד ילדים בעלי פיגור שכלי) מצויים בסיכון להתעללות גופנית פי 3.8 יותר מילדים ללא נכות התפתחותית (Sullivan & Knutson, 1994).
- כמחצית מתוך קבוצת הנשים בעלות מוגבלות גופנית חוות התעללות גופנית ממושכת וקשה העלולה להחמיר את הנכות עצמה (Young, Nosek, Howland, Chanpong, & Rintala, 1997).

## ביטויים של התעללות גופנית

ביטויי ההתעללות הגופנית באנשים בעלי מוגבלות דומים בעיקרם לאלו המופיעים בקרב אנשים ללא מוגבלות. הפירוט שלהלן נלקח מתוך חוברות הדרכה לאנשים בעלי מוגבלות שעיקרן תכניות למניעת התעללות שפורסמו בכנס מיוחד והובאו ארצה במרס 2005 (Myers, 2003):

- **הכאה**  
מכות בכל חלקי הגוף, כגון פגיעות בשיניים, באוזניים, בעיניים, בבטן או בכל חלק נוסף בגוף.
- **דחיפה**  
דחיפה הגורמת לנפילה ולפציעה, וכתוצאה מכך נגרמים פצעי שפשוף, כוויות, חתכים, נקע ופציעה נלווית, שברים.
- **משיכת שיער**  
משיכה או מריטה של השיער המותירה אחריה סימני התעללות גופניים.
- **בעיטות**  
בעיטה בחלקי גוף שונים, העלולה לגרום לחבורות או אף לנקע או לשבר.
- **חניקה**  
חניקה המותירה אחריה חבורות.
- **אחיזה לא הולמת**  
אחיזה המותירה אחריה חבורות או העלולה לגרום לשבר ביד ובמקומות שונים.

- **קשירות**  
שימוש מוגזם בקשירות שלא על פי הנחיה או קריטריונים מקצועיים, המותירות סימנים.
- **אילוך לאכול, לשתות או לקחת תרופות**  
אילוך לאכול, לשתות או לקחת תרופות או מתן יתר של תרופות העלול להביא לפגיעה פיזיולוגית שיש עימה התעללות גופנית והזנחה כאחד.
- **עיצוב התנהגותי בלתי הולם**  
שימוש בשיטת עיצוב התנהגותי בצורה לא הולמת, העלול לגרום להתעללות גופנית, רגשית ופסיכולוגית, כגון חבלה גופנית בעת ריסון התנהגותי, מניעת מזון כחיזוק שלילי, כליאה בבידוד ועוד.
- **השארה במצב עירות זמן רב**  
השארה במצב עירות זמן רב באופן מכוון.
- **נהיגה מסוכנת**  
נהיגה מסוכנת ולא בטוחה שיש בה כדי להפחיד אנשים בעלי מוגבלות ולפגוע בהם.
- **אלימות גופנית המסתיימת בהפלה**  
ביטוי אלימות גופנית שהוזכרו לעיל כלפי אישה הרה המסתיימים בהפלה.
- **ניסיון לרצח.**

## סוגיות של התעללות גופנית

### "ענישה חינוכית"

בחברה ובקרב אנשי מקצוע מתנהל זה כמה שנים ויכוח בשאלה עד כמה השימוש בעונשים גפניים ככלי עזר להקניית הרגלים ולחינוכם של ילדים מותר ונכון. הסוגיה של "מכה חינוכית" של הורים לילדיהם זוכה לכותרות עם העלייה התלולה במספר מקרי האלימות בקרב בני הנוער בארץ (פוקס-שבתאי ובלנק, 2004).

קיימות שתי גישות מרכזיות הבוחנות את שאלת הלגיטימציה של ענישה באמצעות מכה חינוכית: האחת מתנגדת באופן מוחלט לכל שימוש בענישה גופנית, ומציגה לחיזוק ממצאים מחקריים המוצאים קשר בין ענישה גופנית לבין התפתחות תופעות של חרדה, דיכאון, התמכרויות, שימוש באלכוהול או תוקפנות (Traus et al., 1999; et al., 1999). הגישה האחרת גורסת כי מכה חינוכית היא אמצעי ענישה הולם ויעילותו תלויה במידת הלגיטימציה הניתנת מהסביבה. לפי תיאוריה זו, מכה חינוכית יכולה להפחית התנהגות אלימה וחוסר משמעת אצל ילדים (Baumrind, 1996). במקורות היהודיים נוכל למצוא אמירות המצדדות בהענשה גופנית לצורך חינוך ומשמעת, כגון "חוסך שבטו שונא בנו", יחד עם ציון סייגים להענשה גופנית.





בשנים האחרונות חל במדינת ישראל מפנה משמעותי בנושא הענישה הגופנית, והמגמה היא לאמץ את הגישה השוללת ענישה גופנית מכל סוג או צורה. ענישה גופנית אסורה על-פי פסיקת בית המשפט (פסק דין 4596/98). היא נתמכת בחוק יסוד כבוד האדם וחירותו, אשר העלה את הדרישה לשמירת כבודו של האדם כערך עליון, ובחוק זכויות הילד (2000): "... יש לקבוע, כי ענישה גופנית כלפי ילדים, או השפלתם וביזוי כבודם כשיטת חינוך מצד הוריהם, פסולה היא מכל וכול, והיא שריד לתפיסה חברתית-חינוכית שאבד עליה כלת. הילד אינו רכוש הורה; אסור כי ישמש שק אגרוף, שבו יכול ההורה לחבוט כרצונו. כך גם כאשר ההורה מאמין בתום לב שמפעיל הוא את חובתו וזכותו לחינוך ילדו... הפעלת ענישה הגורמת לכאב ולהשפלה פוגעת בזכויותיו כאדם. היא פוגעת בגופו, ברגשותיו, בכבודו ובהתפתחותו התקינה. שימוש מצד הורים בעונשים גופניים או באמצעים המבזים ומשפילים את הילד כשיטת חינוך אסור בחברתנו כיום" (דברי השופטת בייניש ע"פ 4596/98).

### "שיטות טיפול פיזיות"

אפשר למצוא מקרים לא מעטים שבהם אנשי צוות משתמשים בשיטות טיפול פיזיות שיכולות להיות בעלות אלמנטים של התעללות גופנית, רגשית ופסיכולוגית, במיוחד כלפי ילדים בעלי מוגבלות הנתפסים כ"קשים" או כ"אלימים".

"המשטרה עצרה גננת ועוזרתה בחשד שהתעללו בילדים חריגים שלומדים בגן של משרד החינוך והעירייה. הורי הילדים התלוננו במשטרה, בעקבות מידע שקיבלו ממתנדבות השירות הלאומי בגן. לפי התלונה, הגננת והעוזרת הטיחו את ראשיהם של הילדים בקיר, משכו בשערותיהם וכלאו אותם בתוך חדר. הגננת הכחישה בתוקף את החשדות. היא הודתה שכדי ליצור קשר עם הילדים, הלוקים בפיגור קשה ובבעיות תחושה, היא משתמשת בשיטות פיזיות, בין השאר ב'נגיעות חזקות במברשות'. לטענתה, זוהי שיטת טיפול מוכרת ומקובלת" (חורי, הארץ, 6.11.2004).

מקרים נוספים שאנו נתקלים בהם לאחרונה הם מקרים של שימוש ב"שיטות הרגעה" שונות שגם בהן אפשר למצוא אלמנטים של התעללות:

"מורה וסייעת, אשר עבדו בבית ספר לתלמידים לקויי למידה, נאשמו כי במהלך שנת הלימודים 1999-2000 כלאו שני ילדים בני שבע שנים בעלי הזנחה רגשית קשה, בעלי צרכים מיוחדים ובעיות התנהגותיות ורגשיות קשות בתא מסורג כדי 'להרגיע אותם'. ילדים שהתפרעו בכיתה הוכנסו לכוך בגודל של מטר וחצי על מטר וחצי אשר בצדו האחד פונה לחצר ויש בו סורגים והוחזקו שם כ-20 דקות בכל פעם. השופטת קבעה: 'הן כשלו בטיפול בילדים, פגעו בזכויותיהם הבסיסיות, השפילו אותם וגרמו לנזק גופני ונפשי'." (רוזנר, ynet, 29.7.2004).

"שיטות טיפול פיזיות" ו"שיטות הרגעה" שונות שכיחות בקרב הורים, מטפלים ואנשי מקצוע העובדים עם אנשים בעלי מוגבלות. יש לזכור כי הן בעלות פוטנציאל להתעללות.

### **פגיעה עצמית**

גרימת נזק עצמית היא תופעה מסתורית, דרמטית וקשה לפענוח. היא שכיחה בקרב אנשים בעלי מוגבלות וללא מוגבלות, בקרב צעירים ומבוגרים. היא יכולה להיגרם מפגיעה עצמית או מהרעלה כתוצאה מתרופות (Horrocks & House, 2002), ויש המתייחסים אליה כאל תופעה התנהגותית (Self-Injurious Behavior - SIB). פגיעה עצמית היא פגיעה מכוונת של אדם בגופו, ללא עזרת אדם נוסף, שהיא חמורה דייה כדי לגרום נזק רקמתי משמעותי, כגון הכאת הגוף, נשיכות, סריטות, חתכים, כוויות, חיטוט בעור, צביטות ושפשופים, הכאת הראש והטחתו בהתאם לסוג הפגיעה ולחומרתה: היא חד-פעמית או חוזרת על עצמה, מופיעה באופן מחזורי או לסירוגין. לפגיעה עצמית סיכונים בריאותיים המשפיעים באופן ישיר ועקיף על איכות חייו של האדם, של בני משפחתו ושל הסובבים אותו (Symons, Koppekin & Wehby, 1999). הפגיעה יכולה להיות מושפעת מגורמים פסיכולוגים, נוירו-ביולוגיים וגנטיים. היא יכולה לנבוע ממקור התנהגותי, כתוצאה מהפרעה נפשית או ממחלת נפש או כתוצאה מלקות קוגניטיבית (Ferry, 1994).

סביבה מתעללת משבשת את הוויסות הפיזיולוגי והרגשי של האדם הנפגע בגין חוויות טראומטיות המעוררות אימה, זעם ויגון. מצב רגשי זה נפסק לעתים על ידי פגיעה מכוונת בגוף, וכך נוצר הקשר בין התעללות בילדות לבין התנהגות של חבלה-פגיעה עצמית. הפגיעה העצמית היא מנגנון מרשים של הרגעה פתולוגית שבו הנפגע מנסה לעורר, ולו לזמן קצר, מצב פנימי של רווחה ונינוחות (הרמן, 1994).

## קבוצות בסיכון לפגיעה עצמית

עיון בספרות המקצועית מצביע על כמה קבוצות של אנשים בעלי מוגבלות המצויות בסיכון:

1. אנשים בעלי אוטיזם
  2. אנשים בעלי לקויי ראייה ואנשים בעלי פיגור שכלי. מתוך אוכלוסיית האנשים בעלי פיגור שכלי חוקרים מזהים כמה תסמונות מיוחדות, כגון תסמונת על שם קורנליה-דה-לאנג ותסמונת על שם סמית מגניס (Gorman-Smith & Matson, 1985; Ferry, 1994; Edelson, 1995; Finucane, Dirricle & Simon, 2001).
- תופעות של הכאת הראש והטחתו בקיר או ברצפה או של נענוע הגוף נפוצות בקרב ילדים כחלק מהתפתחותם המוטורית או כחלק מהתקפי זעם האופייניים לגיל. ככל שהילד גדל, כך גדל הסיכוי שהתופעות תיעלמנה לטובת התנהגות בוגרת של שימוש בשפה ובתקשורת. בקרב ילדים בעלי מוגבלות אפשר לצפות שתופעות אלו תימשכנה לאורך שנים רבות יותר. הסיבה לכן היא שהתפתחותם איטית בדרך כלל, וכן שהסביבה מתעלמת מהתנהגויות אלו ובכך מחזקת אותן והופכת אותן לחלק מהרפרטואר ההתנהגותי של הילד בעל המוגבלות. ילדים בעלי קשיי למידה ותקשורת לומדים להשתמש לעתים קרובות בפעולות של פגיעה עצמית כדרך יעילה לקבלת תשומת לב מהסביבה. ביטויים מסוימים של התנהגות של פגיעה עצמית, כמו חיטוט בעור ותחיבת אצבעות לעין, אופייניים יותר לתסמונות כגון פראדר-ווילי או ללקות ראייה (Ferry, 1994; Berkson, Tupa & Sherman, 2001; Berkson, 2002).

## התעללות רגשית ופסיכולוגית באנשים בעלי מוגבלות

התעללות רגשית ופסיכולוגית היא קשה והרסנית. יש בה כדי לנתץ מבפנים משפחות ואת האדם עצמו. האלימות חוחשת מתחת לפני השטח, ברובד התקשורת הלא-מילולית. על פני השטח אין חואים דבר, או רק מעט שבמעט (היריגוין, 2002).

התעללות רגשית ופסיכולוגית היא המורכבת מבין סוגי ההתעללויות. היא חמקמקה, ואינה משאירה סימנים חיצוניים, ולכן היא גם קשה לאיתור. קשה לבודד אותה משאר סוגי ההתעללויות, ולעתים היא מתלווה אליהם. התעללות גופנית ומינית והזנחה גורמות נזק פסיכולוגי הרסני הדומה לעתים באפיונו לביטויי התעללות רגשית ופסיכולוגית (או'האגאן, 1993).

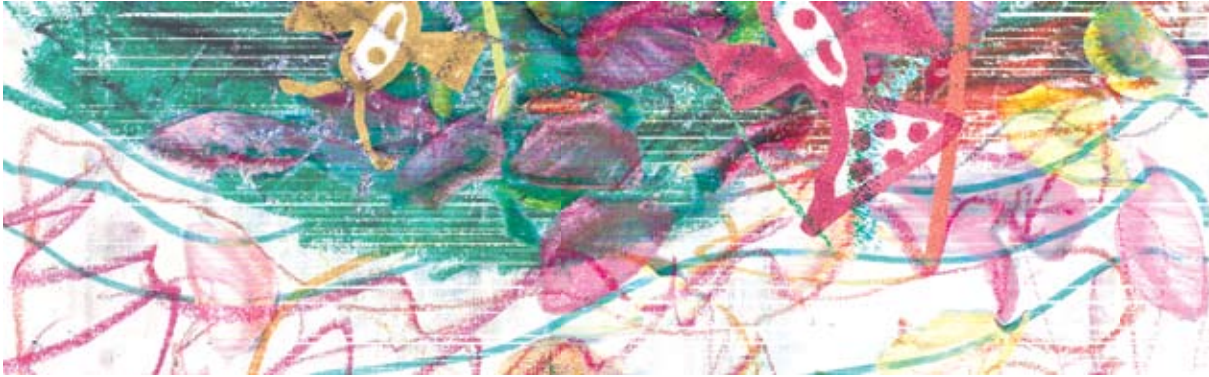
**הגדרה** הספרות המקצועית העוסקת בהתעללות באוכלוסייה הכללית ובאנשים בעלי מוגבלות משתמשת במושגים של "התעללות רגשית" ו"התעללות פסיכולוגית" ולחילופין במושג "התעללות נפשית", כפי שמופיע בחוק העונשין, סעיף 368ג: "העושה בקטין או בחסר ישע מעשה התעללות גופנית, נפשית או מינית".

עיון בספרות מקצועית העוסקת בהתפתחות הרגשית והפסיכולוגית של ילדים מלמד כי התפתחות רגשית אינה מילה נרדפת להתפתחות פסיכולוגית, ולכן מוצעת ההגדרה הבאה להתעללות רגשית ופסיכולוגית: כל התנהגות הפוגעת בפוטנציאל היצירתי וההתפתחותי של כל אחד מהיכולות או מהתהליכים המנטאליים המכריעים של האדם - הכרה, אינטליגנציה, תפיסה, שפה, זיכרון, קשב מוסר - או מקטינה אותם (או'האגאן, 1993).



### ביטויים של התעללות רגשית ופסיכולוגית

קיים חומר מחקרי מועט יחסית בכל הקשור להתעללות רגשית ופסיכולוגית באנשים בעלי מוגבלות. יחד עם זאת, הדאגה בקרב אנשי מקצוע ומחקר באשר להשלכותיה הקשות על ילדים, על בני נוער ועל בוגרים בעלי מוגבלות הולכת וגוברת (Sobsey, 1994). החוקרים קנטסון וסאליבן (Knutson & Sullivan, 1994) בדקו למעלה מ-50,000 תיקים של ילדים החיים בארה"ב שנפגעו. הם מצאו כי ילדים בעלי מוגבלות התפתחותית היו בסיכון להתעללות רגשית ופסיכולוגית פי 3.4-4 יותר מילדים ללא מוגבלות התפתחותית, ובמיוחד ילדים בעלי פיגור שכלי, שהיו בסיכון גבוה פי 3.8 בהשוואה לילדים ללא מוגבלות.



צוות במחלקה האוטיסטית בבית-חולים פסיכיאטרי העניש את המאושפזים: הוטל על חולה איסור גורף לדבר כעונש על דיבור יתר שלו. האיסור היה כה גורף עד שלא אפשר לחולה להתלונן על דברים בסיסיים כגון שהמים במקלחת היו חמים מדי. עונש נוסף היה שלילת התנועה החופשית של חולה בגין תנועה סטריאוטיפית שלו, אשר כללה הנחת כוס מלאה מים על ראשו, וכשהמים נשפכו על בגדיו היה אסור לו להחליף את בגדיו הרטובים. עוד פורסם כי הצוות דרש ממטופל לאכול את כל אשר הוגש בצלחתו, עד כדי כך שהוכרח לאכול אף אוכל שפלט ולאכול מתחת לשולחן אם הוא סירב לאכול, ופנו אליו בטון תינוקי ומעליב אם הוא סירב לשתף פעולה (ידיעות אחרונות, 4.7.2004).

### **התעללות רגשית ופסיכולוגית יכולה לבוא לידי ביטוי באופן מילולי כמתואר במקרה הזה:**

נערה בת 19 וחצי בעלת ליקוי למידה על רקע אורגאני הגיעה לכגישות עם עובדת סוציאלית על רקע תלונות של קשיי הסתגלות ללימודים. בשיחות תיארה הנערה מערכת יחסים מורכבת עם הוריה ועם אחיה, הכוללת מריבות המלוות באלימות מילולית ובשמות גנאי כגון "זבל", "שמנה", "הלוואי שתמותי" ואלימות גופנית מצד אחיה. הנערה תיארה חיים בתוך בית בתחושה מתמדת של פחד וחוסר מוגנות כתוצאה מההתעלמות ממנה ומאי קבלתה על-ידי בני משפחתה (עו"ס אתי זייד).

התעללות רגשית ופסיכולוגית מתרחשת גם ברובד של התקשורת הלא-מילולית. עקב זאת אנשים רבים בעלי מוגבלות מתקשים לחשוף את הקורה להם, מחד גיסא, ואנשי המקצוע מתקשים לאבחן את ההתעללות, מאידך גיסא. עובדה זו מעמידה אנשים בעלי מוגבלות בסיכון גבוה להתעללות רגשית ופסיכולוגית (Garbarino, Brookhouser & Autier, 1987).

## התעללות רגשית ופסיכולוגית באנשים בעלי מוגבלות יכולה לבוא לידי ביטוי באופנים שונים:

### • דחייה

גישה עוינת של הורה או מטפל המתבטאת בהתרחקות מהמטופל, בהסתייגות ממעשיו ובדיכוי ניסיונו לקרבה.

### • התעלמות

חוסר עניין בצרכים ובמסרים שהילד/ הבוגר בעל המוגבלות מעביר להורה או למטפל; מניעת גירויים שהם חיוניים להתפתחות הילד כמו משחק, מגע ואפילו שיחה ואי מתן מענה לצורך שלו ליצור קשר (אחד הביטויים להתעלמות הוא תגובות רגשיות בלתי הולמות מצד המטפל הנותנות למטופל הרגשה שאינו בעל ערך).



החושק סוצר ע'ני | מע"ס אחיקס

#### • הפחדה

שימוש באלימות מילולית ויצירת אווירה של איום ולחץ, הגורמים לאדם לבנות את תמונת עולמו כמקום עוין (הפחדה יכולה לבוא לידי ביטוי במבטים, בתנועות שמטרתן ליצור תחושת פחד, באיומים מילוליים, בהרס רכוש, בפגיעה בחיות, בהנחת כלי נשק לראווה, בטיפול בצורה גסה ופוגעת או בנהיגה פראית; הפחדה גורמת להסתגרות, להתכנסות ולפגיעה ביכולת לתת אמון באדם ובסביבתו).

#### • בידוד

ניתוק ממהלך החיים הרגיל, הפרעה ליצירת קשרים חברתיים מחוץ למשפחה או למסגרת שבה האדם שוהה, מבלה, מטופל, עובד או חי, כגון איסור על קיום קשרים חברתיים באמצעות העברת מסרים האומרים כי לסביבה כוונות שליליות ("הם רוצים רק לפגוע בך") או בדרכים היוצרות תחושת בידוד וניכור אצל האדם, כגון הגבלתו לסדר יום קפדני.

#### • השחתה או הדחה

העברת כללי התנהגות שאינם מקובלים בחברה, כמו התנהגות עבריינית ואנטי-חברתית העלולה לשבש את התפתחותו החברתית הנורמאלית של הילד, כגון עידוד לצריכת תרופות או סם.

#### • ענישה

סירוב לדבר, התעלמות מבקשות, שימוש בתכנית התנהגותית ובחיזוקים שליליים, בניגוד להסכמתו של האדם שנפגע או התייחסות משפילה; מניעת עזרים החיוניים לשמירה על עצמאותו של האדם, כגון מניעת עזרי נייודות או עזרי תקשורת.

#### • שימוש בעקיצות מילוליות ובלתי מילוליות, בקללות, בלעג ובבוז

לעג למגבלתו של האדם, לתרבותו, למנהגיו, לדתו, למראהו או לטעמיו האישיים; ביקורת הרסנית, מלווה בבוז, כלפי המטופל/בן הזוג, כלפי משפחתו וכלפי הסביבה שהוא חי בה (אלימות זו היא קרה, והיא מורכבת מהכפשות, מרמיזות עיונות, מהתנשאות ומעלבונות; היא יכולה להתבטא באנחות רמות, במשיכת כתפיים, במבטים מלאי בוז, בכפלי משמעות, בהערות מעליבות ובהטלת ספק ודופי בכל דבריו ומעשיו של האדם השני).

#### • ניצול / סחיטה רגשית

תיעול לתוך רגשי אשמה לשם סיפוק צרכים אישי המקשה על הנפגע להתמודדות עם משימות הגיל וההתפתחות (נשים בעלות מוגבלות גופנית, לדוגמה, נמצאות בסיכון גבוה לניצול ולסחיטה רגשית. בגלל מיעוט ההזדמנויות להכיר בני זוג, בגלל בעיות של נגישות ובידוד חברתי הן תעדפנה לעתים לראות את הקשר האלים שבו הן מצויות כהזדמנות היחידה לזכות בנישואין, במיניות ובילדים).

### • הפחתה, הצדקה והאשמה; הכחשת ההתעללות

הכחשת העובדה שאנשים בעלי מוגבלות יכולים לחוות כאב גופני או רגשי; הצדקת חוקים המגבילים אוטונומיה, כבוד ויחסי גומלין; תירוץ ההתעללות כביטוי של נטל טיפול; האשמה של הנכות כסיבה להתעללות, טענה שהנפגע אינו מהימן, ואי אפשר להאמין לו; הצדקת המעשה באמירה ש"אף אחד אחר לא היה מוכן לטפל באדם בעל מוגבלות".



## התעללות מינית באנשים בעלי מוגבלות

אנשים בעלי נכות התפתחותית מצויים בסיכון גבוה להתעללות מינית. יש הטוענים כי 90% מהם ייפגעו מינית במהלך חייהם... (Sobsey & Doe, 1991).

התעללות מינית בילדים, במתבגרים ובבוגרים בעלי מוגבלות היא כרונית וקשה, והיא מלווה על-פי רוב בפגיעות נוספות. ילדים ובוגרים בעלי מוגבלות הם בסיכון גבוה להיפגע מינית (פי 1.5 יותר מילדים וממבוגרים ללא מוגבלות). הם נפגעים בדרך כלל על-ידי מספר רב של פוגעים המוכרים להם, כגון בני משפחה, מכרים ואנשים שהם נמצאים בקשר עמו במהלך שהותם במסגרות המיוחדות שהם חיים, לומדים, עובדים ומבלים בהן.

אביה של צעירה בעלת פיגור קל הלומדת בבית ספר מיוחד הגביל את תנועותיה ושמר עליה מכל משמר לבל תתרועע עם זרים. שכן שהכירה פיתה אותה ללכת עמו לחורשה הסמוכה למקום מגוריה, ושם אנס אותה... והיא רק כמהה הייתה לקשר קרוב עם בן-זוג...

תושב ירושלים, גרוש בן 36, נעצר על ביצוע שורה של מעשי סדום ומעשים מגונים בילדים בני 4 עד 14, חלקם קרובי משפחתו. עוד נאשם כי ביצע מעשי סדום בצעיר בן כ-20 הלוקה בשכלו שפגש בבית הכנסת ובנערה בת 14 בעלת נזק מוחי שביקרה בבית קרוביו. (מתוך יום עיון לאנשי מקצוע בנושא של איתור פגיעה)

אופייה הכרוני של ההתעללות המינית באנשים בעלי מוגבלות הוא עובדה מפחידה. למעלה מ-80% מבין בעלי המוגבלות שנפגעו מינית חוו אפיזודות מורכבות וחוזרות של התעללות (Sobsey, 1994; Sobsey & Doe, 1991; Sullivan et al., 1991).



## הגדרות

טבען של הגדרות שאינן בהכרח הטובות ביותר, אלא הן מספקות מערכת מושגית שנועדה לשימוש מחקרי, טיפולי או ייעוצי. ההבדל בין ההגדרות טמון בשימוש העיקרי שאנשי המקצוע עושים בהן. ההגדרות להתעללות מינית שנבחרו הן ההגדרה על-פי חוק, שהמושג המופיע בה הוא "עברות מין", והגדרה טיפולית, הלקוחה מתוך עבודותיהם של החוקרים מנסל וסובסי (Mansell & Sobsey, 2001) ושל סובסי (Sobsey, 1994), הדנה ב"אלימות מינית".

## הגדרה על-פי החוק: עברות מין

### חוק העונשין תשל"ז-1977, תיקון תשמ"ח, סעיפים 345-348 ו-351 מגדיר עברות מין:

- א. עברת אינוס
- ב. בעילה אסורה בהסכמה
- ג. מעשה סדום
- ד. מעשה מגונה
- ה. מעשה מגונה בפומבי
- ו. עברות מין במשפחה ובידי אחראי על חסר ישע.

אדם הורשע בביצוע מעשה סדום בנסיבות מחמירות, מעשה מגונה בכוח ואינוס בצעירה בעלת פיגור שכלי כאשר הייתה בחודש השישי להריונה. חומר הראיה מלמד, כי הנאשם ניצל את המתלוננת לסיפוק צרכיו המיניים במשך כשבע שנים, ובמהלכן היא ילדה לו שלושה ילדים שנמסרו למוסדות רווחה. הנאשם - שלא הכיר באבהותו כלפי שלושת הילדים - ניצל את שליטתו במתלוננת ואת פחדם של הוריה מפניו, ואילץ אותה, תוך שימוש בכוח ובאיומים, לקיים יחסי מין עם שלושה מחבריו בנוכחותו, כאשר המתלוננת ממלאה, מתוך אימה וכפחד, אחר הוראותיו. הראיה המרכזית אשר עמדה בבסיס ההרשעה הייתה עדותה של המתלוננת. במקרה זה קבע בית המשפט כי אפשר לראות במתלוננת אישה בעלת פיגור שכלי ויחד עם זאת למצוא בעדותה בסיס להרשעת הנאשמים (על פי פסק דין 2445/98).

## להלן הפירוט של עברות המין:

### א. עברת אינוס, סעיף 345 (תיקון: תשמ"ח, תש"ן, תש"ס, תשס"א)

בעילת אישה שלא בהסכמתה החופשית, או בהסכמה שהושגה במרמה עקב שימוש בכוח, גרימת סבל גופני, הפעלת אמצעי לחץ אחרים או איום באחד מאלה; בעילת קטינה מתחת לגיל 14 - גם אם הבעילה נעשתה בהסכמתה; בעילת אישה תוך ניצול מצב של חוסר הכרה שבו האישה שרויה או תוך ניצול היותה חולת נפש או לקויה בשכלה, עובדה היכולה למנוע ממנה התנגדות. בעילה מוגדרת על-פי החוק כ"החדרת איבר מאיברי הגוף או חפץ לאיבר המין של האישה".

- ב. בעילה אסורה בהסכמה, סעיף 346 (תיקון: תשמ"ח, תש"ן, תשס"ד)**  
בעילת קטינה שמלאו לה 14 שנים וטרם מלאו לה 16 שנים בהסכמה. החוק פוטר מאחריות פלילית אדם המקיים יחסי מין עם קטינה, אם המעשה נעשה במסגרת יחסי רעות, והפרשי הגיל ביניהם אינו עולה על שנתיים, ואין ניצול לרעה של מעמד (חוזר המנהל הכללי של משרד החינוך "הוראות קבע" תשס"ב/א), סעיף 2 - 2.1).
- ג. מעשה סדום, סעיף 347 (תיקון: תשמ"ח, תש"ן, תש"ס, תשס"ד)**  
מין אנאלי או אורלי שנעשה בקטין או בקטינה שטרם מלאו להם 18 שנה, גם אם בהסכמה, תוך ניצול יחסי תלות ומרות. לפי הגדרת החוק הכוונה ל"החדרת איבר מאיברי הגוף או חפץ לפי הטבעת של אדם או החדרת איבר מין לפיו של אדם".
- ד. יחסי מין בין מטפל נפשי למטופל, סעיף 347א (תיקון: תשס"ד)**  
מטפל נפשי ("מי שעוסק, באופן מקצועי, במתן טיפול נפשי כמשלח יד או מכוח תפקיד, והוא פסיכולוג, פסיכיאטר או עובד סוציאלי, או מי שמתחזה לאחד מאלה") הבעל אישה או העושה מעשה סדום באדם, שמלאו להם 18 שנים, במהלך התקופה שבה ניתן להם טיפול נפשי על ידו ועד תום שלוש שנים מסיום הטיפול כאמור, בהסכמה שהושגה תוך ניצול תלות נפשית ממשית בו, שמקורה בטיפול הנפשי שניתן להם על ידו. מעשים שנעשו במהלך התקופה שבה ניתן הטיפול הנפשי ייראו כאילו נעשו תוך ניצול תלות נפשית ממשית.
- ה. מעשה מגונה, סעיף 348 (תיקון: תשמ"ח, תש"ן, תש"ס, תשס"א, תשס"ד)**  
מעשה לשם גירוי, סיפוק או ביזוי מיניים. מדובר במעשים מיניים אחרים, שאינם כלולים בסעיפים הקודמים, הנעשים בגופו של אדם.
- ו. מעשה מגונה בפומבי, סעיף 349 (תיקון: תשמ"ח, תש"ן)**  
מעשה מגונה בפומבי בפני אדם אחר או קטין שטרם מלאו לו שש עשרה שנים, ללא הסכמתו, תוך ניצול יחסי תלות, מרות, חינוך, השגחה, עבודה או שירות.
- ז. עברות מין במשפחה ובידי אחראי על חסר ישע, סעיף 351 (תיקונים: תש"ן, תשס"ג)**  
עברת אינוס, מעשה סדום, מעשה מגונה באדם שהוא קטין, והוא בן משפחתו, או באדם שהוא חסר ישע, והוא אחראי עליו. ההגדרות לסעיף זה הן: אח או אחות חורגים: "צאצא בן זוג של הורה, המתגורר עם מי שנעברה בו עברה"; אחראי על חסר ישע: "כהגדרת 'אחראי על קטין או חסר ישע', בסעיף 368א"; בן משפחה:
1. הורה; בן זוגו של הורה אף אם אינו נשוי לו; סב או סבתא.
  2. מי שמלאו לו חמש עשרה שנים והוא אחד מאלה: אח או אחות; אח או אחות חורגים, דוד או דודה, גיס או גיסה.

## הגדרה מההיבט הטיפולי: אלימות מינית

אלימות מינית היא התעללות מינית (sexual abuse) ותקיפה מינית (sexual assault). התעללות מינית היא כל פעילות מינית שתוצאתה פגיעה או נראה שיש בה כדי לפגוע באדם. על-פי רוב היא כוללת שימוש בכוח גופני, בסמכות, בכפייה או בתיאור מסולף. לעתים קרובות מתקשרת התעללות מינית לצורות אחרות של התעללות, כגון גופנית, רגשית ופסיכולוגית. התעללות מינית כוללת היבטים של התעללות בילדים, התנהגות מינית נכפית או מופעלת בכוח ו/או פעילות מינית בין ילד לבין מבוגר ממנו (ילד או בוגר), בין אם בכפייה ובין אם לאו. התעללות מינית מכסה טווח רחב של פעולות: גילוי עריות, תקיפה מינית, ליטוף איברי מין, חשיפה לפעילות לא מוסרית, טקסים מיניים, מעורבות בפורנוגרפיה. תקיפה מינית כוללת יחסי מין הנעדרים הסכמה מראש של הצדדים המעורבים.

## לקט עובדות הקשורות בהתעללות מינית באנשים בעלי מוגבלות

- בני צעירים בעלי נכות התפתחותית (בגיל 6-12 שנים) נפגעים מינית יותר מבנים ללא נכות התפתחותית בני אותו הגיל (Sobsey, Randall & Parilla, 1997).
- התעללות מינית בילדים בעלי נכות התפתחותית מדווחת פחות מאשר התעללות מינית בילדים ללא מוגבלות (Sullivan & Knutson, 1994).
- ילדים בעלי פיגור שכלי מצויים בסיכון גבוה להיפגע מינית פי 4 יותר מילדים ללא פיגור שכלי ומילדים בעלי מוגבלות גופנית, תחושתית, בריאותית או לקויות למידה (Sullivan & Knutson, 1994).
- אחוז גבוה מבין הנשים בעלות מוגבלות גופנית חוו התעללות גופנית או מינית. הפוגעים העיקריים הם בעלים, בני זוג ומטפלים (Young, Nosek, Howland, Chanpong, & Rintala, 1997; Nosek, 1995).
- בנות בעלות אוטיזם נאנסות מכיוון שאינן מבינות את חומרת המעשה ואינן יודעות להתנהג באסרטיביות ולהגן על עצמן במצב לא רצוי (Son-Schoones & Bilsen, 1995).
- כמחצית מבין הילדים ובני הנוער בעלי ריבוי מוגבלויות המאושפזים בבית חולים פסיכיאטרי סבלו מהתעללות מינית. אחוז גבוה מתוכם עברו התעללות לראשונה לפני שמלאו להם שנתיים (Van-Hasselt, Ammerman, Hersen, McGonigle & Lubetsky, 1989).
- ילדים בעלי התנהגות מאתגרת מצויים בסיכון הגבוה ביותר להיפגע מינית לעומת ילדים אחרים בעלי מוגבלות (Sullivan & Knutson, 1994).
- חיים במסגרת פנימייה הם גורם סיכון מרכזי עבור ילדים חירשים וכבדי שמיעה לחוות התעללות מינית וגופנית. הפוגעים העיקריים הם אב/אם הבית, תלמידים מבוגרים יותר וחברים בני אותו הגיל. בנים חירשים שחיו בפנימיות

והיו קרבות להתעללות גופנית ומינית השתמשו יותר בסמים ובאלכוהול והפכו לפוגעים מינית בעצמם (Mertens, 1996; Sullivan & Knust, 1998).

- גילו הממוצע של אדם פוגע שהוא חירש או כבד שמיעה הוא 13-14 שנים. גילו הממוצע של הנפגע הוא 7-8 שנים (Finkelhor, 1994); 49% מבני הנוער הפוגעים מינית היו בעצמם קרבות (Becker, 1994).
- אפשר למצוא פדופיליות בקרב נשים חירשות (Vernon & Rich, 1997).
- רוב הפגיעות המיניות בילדים בעלי מוגבלות תקשורתית מתרחשות בבית, על-ידי אנשים המוכרים להם בתוך המשפחה: הורים, בני המשפחה המורחבת, כולל הורים אומנים וחורגים, סבים/סבתות, דודים ובני זוג. 40% מתוך הפגיעות מחוץ למשפחה הן מיניות, והפגיעה מתבצעת על-ידי שמרטפים, כמרים, נהגים, מטפלים, תלמידים מבוגרים, חברים ושכנים (Sullivan & Knust, 1998).



"...לקראת סוף ההצגה נכנסים השחקנים לפינה החשוכה ביותר. שחקנית בעלת תסמונת דאון נושאת מונולוג מבולבל ומטריד. אזכורים חטופים למגעים אסורים ברוח שבין הטרדה מינית לאונס עולים כמעט בכל הטקסטים של בנות הקבוצה. קבוצת אנשים בעלי מוגבלות מעלה הצגה על חייהם. החומרים נכתבים מתוך חוויות היום-יום בעבר ובהווה. בריאיון שנערך עם השחקנים בעלי המוגבלות ועם מדריכות ההצגה עולה תמונה קשה של פגיעות... נדהמנו לגלות', אומרת המדריכה, 'שכמעט כל אחת מהנשים בקבוצה עברה הטרדה מינית או התעללות. היו גם סיפורים של קשירה ושל גילוי עריות. בהתחלה לא ידענו מה דמיון ומה מציאות'. כשהבנות התבקשו לומר מה מכביד על הלב, הדבר הראשון שרוב הבנות דיברו עליו היה קשור לסקס בכפייה. היה מקרה אחר שבו אחת מהבנות סיפרה שאבא שלה התעלל בה שנים. לא ידענו איך לאכול את זה. זה אמיתי? וזה אבא, אני תלויה בו, אם אצא נגדו הוא ימנע מהבת שלו לבוא לקבוצה", אמרה מדריכה אחרת. "זה היה נורא. בחורה שאבא שלה אנס אותה שנים, רק אצלנו היא גילתה שזה בכלל לא מקובל. דיווחנו מהר לרשויות. הקטע כמובן לא נכנס להצגה" (מעריב, 8.7.05).

### התעללות מינית באנשים בעלי מוגבלות יכולה לבוא לידי ביטוי באופנים שונים:

- **הטרדה מילולית**  
הטרדה באמצעות מילים, ביטויים ורמיזות בעלות אופי מיני.
- **מגע מיני לא רצוי באיברים אינטימיים**  
ליטוף איברי המין, נגיעות או צביטות בשדיים.
- **חשיפה לאיברים מיניים**  
חשיפה לאיברים מיניים באמצעות פורנוגרפיה או התערטלות.
- **מניפולציה בשעת אקט מיני**  
אקט מיני המלווה בהטעיה, בשכנוע או בשימוש בכוח.
- **הפלה, סירוס או היריון לא רצויים/כפויים**  
הפלה או היריון לא רצויים או סירוס שנעשים בכפייה.

• קיום יחסי מין בכפייה

קיום יחסי מין בכפייה כשהאדם אינו מצוי בהכרה, או שאינו רוצה, או שהוא חושש לומר כי אינו רוצה.

• פגיעה פיזית במהלך קיום יחסי מין או פגיעה באיברי מין

פגיעה באיברי המין, שימוש בחפצים באופן אנאלי או אוראלי.

• אונס.



ציורים של אנשים עם מוגבלות שנפגעו מינית הנמצאים בתהליך טיפולי

ילד בן שש... הגיע למרכז החירום לאחר שהגננות בגן הילדים חשדו שהוא קרבן להתעללות מינית בתוך משפחתו. כשהיה בן ארבע התגלו הקשיים הראשונים. הם התבטאו בהפרעות התנהגות ובעיכוב התפתחותי בתחום הקוגניטיבי. בבדיקה התגלו קשיים מוטוריים והפרעת קשב וריכוז שמקורה לא ברור. התנהגותו אופיינה בחוסר גבולות ובצמא לקשר ולקבלת חברים. חודש לפני ההחלטה להוציא מהבית החל מצבו להידרדר בצורה משמעותית. חלה נסיגה בהתנהגותו, טווח הריכוז שלו התקצר, ובאופן כללי נראה שמשפחה מציק לו מאוד. בציורים בגן ביטא תיאורים מיניים מקיפים, אשר העלו חשד שהוא חשוף להתעללות מינית. האפיון הבולט ביותר בהתנהגותו היה התנהגות מינית בוטה, תובענית ואינטנסיבית מאוד. לאחר כחודשיים וחצי, כשתקופת שהותו במרכז הוארכה בהחלטת בית המשפט, החל לספר בזהירות על מעשים מגונים שאחיו עשה בו. בהתייעצות עם הילד ועם העובדת הסוציאלית הוחלט להגיש תלונה במשטרה (קסטנבאום, מתוך כהן, 2005).

הפגיעה המינית הקשה ביותר היא גילוי עריות - פגיעה המתרחשת בתוך המשפחה. גילוי עריות הוא פגיעה מינית בילדים הנגרמת על ידי קרוב משפחה המבוגר מהם. גילוי עריות מתרחש באופנים שונים ובכל גיל, מהניקוט ועד לבגרות. הוא מבוצע על ידי בני משפחה מדרגות קרבה שונות שהם מבוגרים מן הילד בכמה שנים. גילוי עריות יכול להיות אירוע חד פעמי, אך בדרך כלל הוא נמשך לאורך שנים (זליגמן וסולומון, 2004).

נתונים מדויקים אודות היקף השכיחות של התופעה בקרב אנשים בעלי מוגבלות חסרים. ההנחה המוסכמת היום על אנשי המקצוע היא כי אפשר להניח שרוב האנשים בעלי מוגבלות יחוו סוג של קשר מיני לא רצוי מתי שהוא, קשר שיחזור על עצמו ויבוצע על ידי אנשים מוכרים, ביניהם בני משפחה. בהסתמך על הנחה זו נראה כי התעללות מינית בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלות בתוך המשפחה היא שכיחה (Sobsey, 2000).

גילוי עריות הוא חוויה טראומטית המשפיעה על עצם הווייתו של הילד הנפגע והיא ייחודית מעצם התרחשותה בתוך מערכת יחסים אינטימית בין הילד לבין הוריו או קרוביו. פגיעה מינית בגילוי עריות מתאפשרת לא רק באמצעות הפעלת כוח, אלא גם בזכות האמון והסמכות הנתונים בידי הפוגע ובשל חוסר האונים של הילד. בגילוי עריות, אשר מעצם הגדרתו מבוצע בידי אדם מוכר ולעתים אף אהוב ומגונן, הפוגע ומנצל את הקשר המשפחתי, את האמון בו ואת הסמכות הנתונה בידי כדי להשיג גישה אל הקרבן (כהן, 2005).

הפגיעה בגילוי עריות חמורה יותר מהתעללות מינית אחרת בשל חוויית הבגידה המתקיימת בארבע רמות: בגידה בשל הפגיעה של קרוב משפחה, לעתים האדם הקרוב ביותר של הילד, הנמצא בקשר תמידי אתו, והמספק לו צורכי קרבה וחום; בגידת ההורה שאינו פוגע אשר לא רק שאינו מגונן על הילד אלא לעתים אף אינו מאמין לדיווחיו הסמויים או

הגלויים; בגידה במישור המוסדי, בעקבות העדר תגובה והכחשה של אנשי מקצוע, מורים ומטפלים; בגידה במישור האישי, כשהילד חש בגידה ב"עצמו", מעצם הכחשת הפגיעה, כמו גם בשל "שיתוף הפעולה" שלו עם הפוגע (זליגמן & סולומון, 2004).

המקרה של הילד בן השש שהוזכר לעיל הוא דוגמה להשפעתו של גילוי עריות על התפתחותו ועל מצבו הנפשי של הילד הנפגע, שבגיל צעיר תפקד כילד בעל מוגבלות קוגניטיבית עם בעיות התנהגות קשות. ההפרעה בהתפתחותו של הילד הייתה רחבת היקף והוציאה אותו מן המסלול ההתפתחותי הנורמטיבי. למרות היותו בעל נתונים התפתחותיים תקינים, הפגיעה מנעה ממנו את האפשרות להשתלב במסגרות חינוכיות רגילות. גילוי עריות הוא מעשה אלים גם כשאינו מלווה בכאב פיזי, וזאת מעצם פריצת גבולות הגוף, האיום כלפי הגוף וההשתלטות עליו, והוא גורם לנזקים המשפיעים על חיי הנפגע לאורך שנים רבות.





## הזנחה בקרב אנשים בעלי מוגבלות

ילדים בעלי מוגבלות חשופים פי 8.1 להזנחה לעומת ילדים ללא מוגבלות. לעתים קרובות ההזנחה מלווה בהתעללות גופנית, רגשית ופסיכולוגית ומינית (Sullivan & Knuston, 1998).

הפרק על הזנחה בקרב ילדים, בני נוער ובוגרים בעלי מוגבלות היה קשה לכתיבה מכמה סיבות: ראשית, קיים חומר עיוני ומחקרי מועט ביותר העוסק בנושא. שנית, המידע הקיים מתייחס להתעללות ולהזנחה בכפיפה אחת ואינו מתייחס לתופעת ההזנחה באופן מובחן משאר סוגי ההתעללות. כמו כן, המידע הקיים מתייחס לכל האוכלוסייה וכמעט אי אפשר למצוא הבחנה ברורה בין סוגי המוגבלויות או בין הגילים השונים. קושי נוסף וחשוב קשור לאופי ההתעללות ולעובדה שהזנחה היא צורת התעללות מזיקה ביותר, הקיימת לעתים קרובות מתחת לפני השטח ולכן היא גם קשה לאיתור.

מהשימוש במונחים "התעללות" ו"הזנחה" בנשימה אחת אפשר להניח כי שכיחותה של תופעת ההזנחה דומה לשכיחותם של שאר סוגי ההתעללות. לדוגמה, חוקרים מצאו כי ילדים חירשים וכבדי שמיעה הם בסיכון להיפגע מהזנחה פי 1.4 לעומת ילדים ללא מוגבלות (Sullivan & Knuston, 1998).

**הגדרה** הזנחה היא כישלון לספק טיפול או שירותים הנחוצים לשמירה על בריאותו, על ביטחונו ועל הווחתו האישית של האדם בעל המוגבלות. אפשר להבחין בין סוגי הזנחה שונים: הזנחה רגשית, הזנחה חינוכית, הזנחה רפואית והזנחה גופנית.

### הזנחה רגשית

הזנחה רגשית או התפתחותית מתרחשת כאשר נמנעים מהאדם יחסי גומלין אנושיים בסיסיים, שהילד, המתבגר או הבוגר בעל המוגבלות זקוק להם להתפתחותה של התנהגות נורמטיבית ותיקנה.

"ילדה בת 11 חירשת ודוברת שפת סימנים, מופנמת ושקטה, היא בת למשפחה אתיופית מרחבת ילדים, שבה כולם שומעים ואיש מבני המשפחה אינו יודע שפת סימנים. באחד הימים הגיעה חונכת לביקור בביתה ומצאה את הדלת פתוחה ואת הילדה צופה בטלוויזיה עם הגב לדלת. התקרבה אליה בזהירות, טפחה קלות על גבה. הילדה הסתובבה לאחור בפליאה, כי היא לא ידעה היכן אמה, והחלה לחפש אותה ברחבי הבית. לאחר כמחצית השעה חזרה האם עם סלים בידיה. 'מדוע לא סיפרת לילדה שאת הולכת?', שאלה החונכת את האם, והתשובה לא איחרה לבוא: 'בשביל מה? היא ממילא לא מבינה...' (אבני)

## הזנחה חינוכית

הזנחה חינוכית מתרחשת כאשר לא מסופקים שירותי חינוך הולמים.

## הזנחה רפואית

הזנחה רפואית מתרחשת כאשר לא מסופק טיפול רפואי שיקומי נדרש והולם, כולל מכשור וציוד רפואי/שיקומי. לפעמים הורים לילדים בעלי מוגבלות בוחרים שיטות טיפול משלהם, שלא על-פי ההנחיות הרפואיות, כמו, לדוגמה, הימנעות ממתן תרופות וכדורים או בחירה בטיפולים משלימים/ אחרים מסיבות אידיאולוגיות או אחרות. בקרב אנשי מקצוע קיימת עמימות לגבי הגדרת התוצאה כהזנחה. הנושא אינו חד-משמעי, ואין להתייחס אליו בשונה מההתייחסות לזכותו של הורה להחליט על טיפול רפואי אחר/שונה לגבי ילד שאינו בעל מוגבלות.

## הזנחה גופנית

הזנחה גופנית מתרחשת כאשר מתקיימות פעולות המפריעות או מונעות את התפתחותו התקינה של הילד, המתבגר או הבוגר בעל המוגבלות או כאשר הן חודרניות וקיצוניות ובאות במטרה לפגוע בו. הכוונה לאי סיפוק צרכים בסיסיים, כגון מזון, ביגוד, מחסה, השארה לבד למשך זמן ממושך ואי דאגה לטיפול רפואי ולהשגחה, ולגרימת סכנה (Robins, 2000).

"היא נהגה להסתובב בעיר שעות רבות, בבגדים מרופטים שאינם הולמים את גילה, בקומה כפופה, בשיער לא מסודר, פונה לעוברים ולשבים בבקשה לכסף, לאוכל, לתשומת לב. אישה בת 30 בעלת פיגור שכלי הגרה עם אמה בעיר במרכז הארץ. כשביררה העובדת הסוציאלית את הנושא אמרה האם: 'אני לא יודעת מה לעשות, אנחנו רבות כל הזמן. היא מסרבת לשמוע לי ועושה כרצונה.' המון ייאוש וחוסר אונים נשמעו בקולה, ואולי אף בקשה לעזרה..." (מרים מורבר)

ארבעת סוגי ההזנחה יכולים לבוא יחדיו או בנפרד. ההורים בדרך כלל הם הפוגעים העיקריים בכל הקשור להזנחה, במיוחד האמהות (Sullivan & Knuston, 1998; Sobsey, 1994).





## ביטויים של הזנחה

הזנחה בקרב אנשים בעלי מוגבלות יכולה לבוא לידי ביטוי באופנים שונים:

- מניעת דברים החיוניים לחיי יום-יום  
למשל: מניעת מזון, בגדים, מחסה או הסעה; מניעת תרופות, מכשור או טיפול רפואי נדרש
- השארה לבד למשך זמן ממושך  
ללא דרך לקרוא לעזרה בבית או ברכב
- העדר השגחה  
השארת הילד או הבוגר לבדו למשך זמן ממושך בבית או מחוצה לו עד כדי סיכון שלומו או בריאותו
- סירוב להאכיל את חיות הבית  
סירוב של המטפל הישיר/ בן הזוג להאכיל את חיות המחמד או את חיות ההנחיה
- השארה בשירותים או בבגדים מלוכלכים  
אי-החלפת בגדים, השארה בבגדים מלוכלכים במשך זמן רב
- מניעת יחסי גומלין אנושיים בסיסיים  
לצורך התפתחות התנהגות נורמטיבית ותקינה
- אי מתן טיפול גופני/רפואי שיקומי נדרש והולם  
ובכלל זה אי-סיפוק מכשור וציוד רפואי/שיקומי ואי מתן תרופות.

לוח 3: סיכום ביטויים של התעללות גופנית, רגשית ופסיכולוגית ומינית ושל הזנחה

הביטויים ההתנהגותיים		התעללות
<b>התעללות גופנית</b>		
<p>דחיפה בעיטות אחיזה בלתי הולמת עיצוב התנהגותי בלתי הולם</p>	<p>הכאה משיכת שיער תקיפה מתן יתר של תרופות השארה במצב עירות זמן רב אילוץ לאכול, לשתות או לקחת תרופות ניסיון לרצח אלימות גופנית המסתיימת בהפלה נהיגה לא בטוחה ומסוכנת</p>	<p>התעללות גופנית היא אחת משלוש ההתעללויות הקבועות בחוק. היא נבדלת מעברת התקיפה בכך שהתעללות מתייחסת למקרים שמחמת אופיים וטיבם המצפון והרגש אינם מאפשרים להתייחס אליהם כאל מקרי תקיפה בלבד. היותה של התעללות התנהגות הטומנת בחובה אכזריות, הטלת אימה או השפלה מקנה לה את התווית הסטיגמטית הבלתי מוסרית, שאינה נלווית בהכרח לכל מעשה עברה הכרוך בהפעלת כוח.</p>
<b>התעללות רגשית ופסיכולוגית</b>		
<p>בידוד ענישה</p>	<p>דחייה הפחדה השחתה או הדחה שימוש בעקיצות מילוליות, בקללות, בלעג ובבוז ניצול/סחיטה רגשית הפחתה, הצדקה והאשמה והכחשת התעללות התעלמות</p>	<p>כל התנהגות הפוגעת בפוטנציאל היצירתי וההתפתחותי של כל אחד מהיכולות או מהתהליכים המנטאליים המכריעים של האדם - הכרה, אינטליגנציה, תפיסה, שפה, זיכרון, קשב וחוש מוסרי - או גורמת להפחתתם. היא מפחיתה בערך ניסיונות האדם להבין את העולם הסובב אותו ולהפכו למוכר יותר ובר-התמודדות.</p>

**התעללות מינית**

התעללות מינית היא כל פעילות מינית שתוצאתה התעללות, או שנראה שיש בה כדי לפגוע באדם. על-פי רוב היא כוללת שימוש בכוח גופני, בסמכות, בכפייה או בתיאור מסולף. תקיפה מינית כוללת יחסי מין הנעדרים הסכמה מרצון של הצדדים המעורבים.

הטרדה מילולית  
 מגע מיני לא רצוי באיברים אינטימיים  
 חשיפה לאיברים מיניים  
 מניפולציה בשעת אקט מיני  
 אונס  
 גרימת הפלה, סירוס או היריון לא רצויים/כפויים  
 קיום יחסי מין כשהאדם אנו מצוי בהכרה או בניגוד לרצונו  
 התעללות פיזית במהלך קיום יחסי מין או התעללות באיברי המין  
 אילוץ לקיים יחסי מין ללא אמצעי מניעה

**הזנחה**

הזנחה היא כישלון של אדם לספק טיפול או שירותים הנחוצים לשמירה על בריאותו, על ביטחונו ועל רווחתו האישית של האדם בעל המוגבלות שהוא מטפל בו.

מניעת דברים החיוניים לחיי היום-יום  
 השארה לבד למשך זמן ממושך  
 העדר השגחה  
 סירוב להאכיל את חיות הבית  
 השארה בשירותים או עם בגדים מלוכלכים זמן רב  
 מניעת יחסי גומלין אנושיים בסיסיים  
 אי-מתן טיפול גופני/רפואי

## אנשים הפוגעים באנשים בעלי מוגבלות

הפוגעים באנשים בעלי מוגבלות הם על-פי רוב אנשים המוכרים להם; עליהם נמנים מטפלים, בני משפחה, אנשי שירות, מכרים מזדמנים, זרים, אנשים בעלי מוגבלות... (Sobsey & Doe, 1991).

הממצאים המחקריים והידע המגיע מהשטח מצביעים על קבוצה מגוונת של אנשים הפוגעים בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלות. ההמלצה היא להתייחס אל הנאמר בפרק זה במשנה זהירות. אין הכוונה ליצור הכללות גורפות, אלא לחדד את הבעיה ולהדגיש פרמטרים מרכזיים שיש לשים לב אליהם באיתור התעללות בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלות.

כל אדם עלול להיות פוגע פוטנציאלי, ללא קשר לגילו, להשכלתו, למעמדו, לדתו או ללאום שהוא שייך אליו. מעיון בספרות המקצועית מתברר שגברים פוגעים פי 3 יותר מנשים. גיל הפוגעים נע בין 10 ל-87 שנים. עליהם נמנים (לפי סדר שכיחותם באוכלוסייה) מטפלים בשכר, בני המשפחה הטבעית, מכרים מזדמנים, אנשי שירות כלליים, זרים, אנשים בעלי מוגבלות, נהגים, חברי משפחה מאמצת ובני משפחה חורגת (Sobsey & Doe, 1991; Marchetti & McCartney, 1990).

מלווה בן 63 לילד בעל אוטיזם בן שבע חשוד כי ביצע בו מעשים מגונים בהסעה. מורה לאמנות שנכחה במיניבוט והייתה עדה לאירוע מסרה את גרסתה למשטרה. המלווה, כך נאמר בכתבה, הוא אדם מדהים, כמו שבא טוב, מסור, נעים ולבבי. "כשהילד בא הביתה, האם הבחנת בשינוי?" נשאלה האם. "הוא ממעיט לדבר...אם היה תחום אחד בחיים שיכולתי לסמוך עליו, זה בהסעות. זה התחום היחיד שנאלצתי לסמוך על גורם חיצוני...זה הסיוט שיכול לקרות לכל הורה..." (צומת השרון, 17.6.2005).

חוקרים טוענים כי אנשים הפוגעים באנשים בעלי מוגבלות הם אנשים בעלי הערכה עצמית נמוכה, הפוחדים מעימות עם אנשים היכולים להגן על עצמם. התסכול הנובע מהקושי להתמודד עם אנשים חזקים מוסט והופך לתוקפנות כלפי חלשים. חלק מהפוגעים, במיוחד האימפולסיביים מביניהם, יפנו את התוקפנות כלפי כל אדם בעל מוגבלות, וחלק יפנו אותה לסוג מסוים של קרבנות (Williams & New, 1996). לעתים נוכל למצוא כי הפוגעים היו קרבנות להתעללות בילדותם או נחשפו לאלימות במשפחה. אצל רובם אפשר להבחין בהעדר יחסי גומלין יציבים לאורך השנים. גם אם שאר יחסיהם נראים נורמאליים, הרי שיחסי הגומלין שלהם עם הנפגע חסרים לעתים התקשרות בטוחה והם מאופיינים בדחייה. לעתים הם מייחסים לקרבנותיהם כוונה רעה, המעוררת פגיעה. גישות אלו של דחייה והאשמה מעורבות לעתים בגישות שליליות כלפי האנשים שהם פוגעים בהם. באופן פרדוקסאלי לפוגעים יש ציפיות לא ריאליות

מקרבנותיהם, והם כועסים כשהן אינן מתממשות. מספר רב של פוגעים אינם שולטים על התנהגותם האימפולסיבית, ולעתים תופעה זו קשורה לשימוש באלכוהול ובסמים או לפגיעה מוחית (Williams & New, 1996). מידע רב מצטבר ומצביע על שכיחות גבוהה של התעללות מטפלים באנשים בעלי מוגבלות. בין ה"מטפלים" יכולים להיות הורה, אב/אם חורגת, סבא/סבתא, אח/אחות, בן זוג או קרוב אחר. מטפל יכול להיות אדם העובד במסגרת שבה האדם בעל המוגבלות חי, עובד או מבלה, כגון מטפל במעון פנימייה, מדריך בהוסטל, מדריך במקום עבודה או מדריך במועדון. מטפל יכול להיות רופא או אחות או כל איש צוות אחר הקשור לשירותי בריאות, רווחה, שירותים חברתיים או פסיכולוגיים שהאדם בעל המוגבלות צורך. המטפל יכול לגור עם האדם או להגיע למקום מגוריו לכמה שעות ביום. אין זה משנה מיהו המטפל. הוא יכול להפוך לחלק חשוב מחייו של האדם בעל המוגבלות ויחסי גמלין קרובים יכולים להתפתח ביניהם. ייתכן שהאדם בעל המוגבלות רואה רק אותו במהלך היום. התעללות יכולה להתרחש בכל אחד ממצבי הטיפול ועל ידי כל אחד מהאנשים שהוזכרו (Meyers, 2003).

פוגעים רבים אינם מתאימים לדפוסים שתיארנו, ואנשים רבים בעלי אפיונים דומים אינם פוגעים. על סוגיית הפיכתו של אדם לפוגע פוטנציאלי לקחת בחשבון גורמים סביבתיים ותרבותיים.



מחוק 2 | אלן'ט - כפר אופרים



מחוק 1 | אלן'ט - כפר אופרים

## איתותי אזהרה לאיתור מתעלל פוטנציאלי (ASAP, 2002)\*

- בעל היסטוריה/ עבר של התעללות
- אינו מוכן לספק מידע על עברו, ובכלל זה המלצות
- נמצא תחת השפעת אלכוהול או סמים
- מסרב באופן שיטתי למלא אחר הוראות ומשימות אישיות
- מגלה גישה מניפולטיבית והתנהגות שליטה
- מאיים גופנית או רגשית על המטופל בדרך שבה הוא מטפל בו או בהתעלמותו מצרכיו האישיים
- מתייחס לגוף המטופל כאל חפץ ומטפל בו בגסות
- פוגע בהערכתו העצמית של המטופל באופן מילולי ורגשי
- מאיים לקחת או לוקח מהמטופל עזרי ניידות שהוא נזקק להם בחיי היום-יום
- אינו עוזר במתן תרופות או מאיים לא לעזור
- מתייחס בצורה מתנשאת, מנסה להעניש את המטופל או לשלוט על התנהגותו
- מאלץ את המטופל לאכול או לקחת תרופות או ויטמינים נגד רצונו
- מאיים לדווח על המטופל כעל הורה לא כשיר או מונע ממנו גישה לילדים
- אינו עוזר בבישול או באכילה ועוזב את המטופל ללא אוכל לתקופה ארוכה
- גונב כסף או חפצים אישיים בידיעת המטופל או ללא ידיעתו
- מונע מהמטופל גישה לכסף/ לדיווחים כספיים או אינו מאפשר לו לבחור על מה יוציא את כספו
- מאיים לעזוב את המטופל או עוזב אותו לפרקי זמן ארוכים
- מספר למטופל שהוא האדם היחיד שאוהב אותו, דואג לו או מקבל אותו והוא היחיד שיטפל בו
- נוגע במטופל ובאיברי גופו ללא רשותו בדרך שגורמת לו להרגיש שלא בנוח
- מאיים על המטופל או משתמש בכלי נשק נגדו
- מאיים לפגוע במטופל, בבני משפחתו או בבעל החיים הנמצא בבית (או פוגע בחיות הבית)
- מנסה לשכנע אחרים שהמטופל אינו כשיר, טיפש או משוגע
- מספר למטופל שאף אחד לא יאמין לו בגלל נכותו
- מאיים על המטופל שיעביר אותו למוסד או יזרוק אותו לרחוב
- נוהג ללא רישיון
- לוקח כסף או חפצים ללא הסכמה.

\* קיים חוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסד המכוון למתן שירות לקטינים, התשס"א-2001, הוראה מספר 1.33, מיום 30 בנובמבר 2003 (ראה בנספחים).



לאחרונה הולכים ומתרבים דיווחים המצביעים על אנשים בעלי מוגבלות הפוגעים באנשים בעלי מוגבלות וללא מוגבלות.

**הממצאים המובאים בפרק זה אינם באים להנציח תופעה ייחודית בקרב אוכלוסייה זו או אחרת. פוגעים פוטנציאליים אפשר למצוא בקרב קהילות שונות.**



חוב המקרים המדווחים עוסקים בפגיעות מיניות של אנשים בעלי פיגור שכלי ואנשים בעלי לקות שמיעה ובקרבם. אין זה אומר שאפשר למצוא פוגעים רק בקרב שתי אוכלוסיות אלו.

בסקר ראשוני וייחודי שנערך במחלקת אבחון וקידום באגף לטיפול באדם המפגר במשרד הרווחה נבדקו 41 אנשים אשר הוכרו כאנשים בעלי פיגור שכלי והואשמו בביצוע עברות מין החל משנת 1998 ועד אמצע שנת 2004. מתוך הסקר עולה כי הפוגעים היו גברים, רובם מבוגרים, המתפקדים ברמת פיגור בינוני, ומבוגרים יותר מהאוכלוסייה המקבילה להם ללא פיגור שכלי, אשר תקפו מינית נשים וגברים במידה שווה (בשונה מהפוגעים שאינם בעלי פיגור שכלי) (אחדות, מורבר, 2004; Furey & Niesen, 1994).

חוקרים טוברים כי ההבדל בין אנשים בעלי מוגבלות אשר ביצעו עברות מין ובין אנשים ללא מוגבלות שביצעו אותה עברה הוא בעיקר בהעדר ידע ובחוסר מיומנויות בתחום האישי, המיני והחברתי (Ward, Nezu, Nezu & Dudeck, 1998; Trigler & Pfeiffer, 2001).

שאלה המעסיקה חוקרים היא מדוע אדם בעל מוגבלות הופך לפוגע וכיצד אפשר לזהות פוגעים פוטנציאליים בקרב אנשים בעלי מוגבלות. חוקרים פיתחו מודל התפתחותי להבנת המקור להתנהגות פוגעת בקרב צעירים בעלי מוגבלות הכולל פרמטרים הבודקים את שליטתם על דחפים ואת היותם נפגעי התעללות מינית. לפי מודל זה אפשר להבחין, על בסיס ניסיון קליני, בין אנשים צעירים בעלי מוגבלות אינטלקטואלית שהתנהגותם התוקפנית התפתחה דרך ניסיונות אימפולסיביים לספק דחפים מיניים ובין אנשים כאלה שהתנהגותם התוקפנית התפתחה דרך חוויה חוזרת של התעללות מינית. עוד טוענים החוקרים, כי מידת התמיכה, ובמיוחד הנוכחות או ההעדר של התעללות גופנית בתוך המשפחה, יש בהם כדי להשפיע על הדרך שבה אדם בעל מוגבלות מתפתח ומתמודד

עם חוויותיו (Firth et al., 2001; Williams & New, 1996).

בשנים האחרונות אפשר למצוא יותר ויותר ילדים ובני נוער פוגעים בעלי מוגבלות. חלק לא מבוטל מתוכם הם בני גיל של 13-14 שנים. עוד נמצא כי מספר רב מבין עברייני המין בעלי המוגבלות החלו לפגוע מינית בגיל ההתבגרות ורובם היו קרבנות להתעללות מינית בעצמם (Sobsey, Randall & Lakey, 1994; Parilla, Vernon & Rich, 1997; Becker, 1994; Finkelhor, 1994).

הם היו חברים כחודש ימים. שניהם אנשים בעלי פיגור שכלי קל. יום אחד הם נפגשו בגן הציבורי, ושם החלו להתגפף. הוא רצה לשכב עמה, והיא סירבה. הוא איים עליה, כי יספר להוריה... היא פחדה ולכן הסכימה... ושם בגן הציבורי הוא אנסה... והיא רק בת 13 (מתוך יום עיון לאנשי מקצוע בנושא של איתור פגיעה).

## נזקים והשפעות של התעללות

אירועים טראומטיים משתקים את ההסתגלות האנושית הרגילה לחיים... נפגע התעללות שבגר נותר אסיר של ילדותו (הרמן, 1994).

התעללות גופנית, רגשית, פסיכולוגית ומינית והזנחה מותרות את חותמן הטראומטי על הנפגע בעל המוגבלות, על בני משפחתו ועל סביבתו. פרניס (1995) מבחין בין נזק ראשוני, הנגרם ישירות על ידי ההתעללות והקשור בעיקרו לאדם הנפגע, לבין נזק משני, הקשור לאדם, למשפחתו ולסובבים אותו והנוצר כתוצאה מהתערבויות מקצועיות.



האם השפעות ונזקים של התעללות בקרב ילדים, מתבגרים ובוגרים בעלי מוגבלות דומים להשפעות ולנזקים על אנשים ללא מוגבלות? חוקרים ואנשי מקצוע טוענים כי אנשים בעלי מוגבלות וללא מוגבלות שנפגעו חווים ומפגינים סימפטומים דומים. העדר ידע מחקרי וקליני מקשה על הסקת מסקנות ברורות בדבר אופיין של השפעות ייחודיות של התעללות בקרב אנשים בעלי מוגבלות, בעיקר בשל העדר עדויות ודיווחים מתועדים של הקרבנות (Westcott, 1993). יש חוקרים הטוענים כי טראומת הפגיעה מחריפה בעיות אצל הנפגע בעל המוגבלות, כגון בעיות בדיבור, קשיים תפקודיים ובעיות התנהגותיות (Burke & Bedard,; 1995 Bowers & Gorman-Smith & Matson, 1992; Veronen, 1993).

החוקרים מנסל וסובסי (Mansell & Sobsey, 2001) טוענים כי קיימות השפעות ייחודיות של התעללות בילדים בעלי מוגבלות. במקרים של התעללות מינית נצפו הבדלים משמעותיים, שהיו קשורים לתגובות ולהערות מיניות לא הולמות, לנסיגה רגשית והתנהגותית, להתנהגות של פגיעה עצמית ולתגובות שאינן רגילות כלפי הבית והמשפחה. לוח 4 ממחיש את ההבדלים בהשפעות של התעללות מינית בקרב ילדים בעלי מוגבלות וללא מוגבלות.

#### לוח 4:

סיכום ההשפעות של התעללות מינית ושכיחותן בקרב ילדים בעלי מוגבלות וללא מוגבלות התפתחותית

(מתוך Mansell & Sobsey, 2001)

ללא מוגבלות	בעלי מוגבלות התפתחותית	השפעות ההתעללות	ללא מוגבלות	בעלי מוגבלות התפתחותית	השפעות ההתעללות
12%	28%	מושפע בקלות	47%	58%	התנהגות אגרסיבית
7%	26%	נסיה לילדות	51%	53%	הערכה עצמית ירודה
7%	26%	פגיעה עצמית	35%	51%	כעס לא הולם
5%	26%	תגובות לא רגילות כלפי הבית והמשפחה	14%	44%	תחושה לקויה של ביטחון אישי
0	19%	הזנחה או ניקוי עצמי מוגבר	37%	42%	סיוטים
0	14%	נסיה קיצונית: בבי"ס, בעבודה, בטיפול	0	30%	מעט ידע או חוסר ידע בחינוך מיני
0	14%	הזנחה	9%	30%	תגובות והערות מיניות לא הולמות
14%	0	שימוש באלכוהול	21%	30%	רגרסיה
			19%	30%	מיעוט חברים

#### נזק ראשוני

נזק ראשוני הוא טראומטי ואינו חולף. השפעתו משתקת את הסתגלותו לחיים של האדם הנפגע. הטראומה הנפשית שהוא חווה - או בשמה האחר, הפרעת לחץ פוסט-טראומטית - מתבטאת בסימפטומים רבים. חלקם קשורים לדריכות, לציפייה מתמדת לסכנה שיפלוש לעולמו של הנפגע הרגע הטראומטי, המפריע בלי הרף את שגרת החיים הרגילה, וחלקם קשורים לצמצום הטראומה. סימפטומים נוספים קשורים למצבי התנתקות, דיסוציאציות והזדקקות לסמים ולאכזרה. שתי התגובות המנוגדות לסכנה, פלישה וצמצום, הן אולי האופייניות ביותר לסימפטומים פוסט-טראומטיים. הן מונעות למעשה אינטגרציה של האירוע הטראומטי, וגורמות לאי-יציבות המחריפה את תחושת חוסר הישע (הרמן, 1994).

השפעתה של הטראומה הנפשית בעקבות התעללות באנשים בעלי מוגבלות נמשכת לאורך זמן רב, וגם אם נדמה ששכחה, החוויות עלולות להתעורר אפילו שנים לאחר האירוע עקב תזכורות מן הטראומה המקורית.

כששמעה מפי העובדת הסוציאלית כי קרוב שחרורו של אחיה בן השלושים ממאסרו (על עברת אלימות) וכי הוא עומד לחזור הביתה, החלה שוב לפחד. הוא - אחיה הגדול, היא - נערה בת 17 בעלת פיגור שכלי; הזמן - לאחר פטירת אבי המשפחה, כשהאם חדלה לתפקד, ובבית השתררה עזובה והזנחה. שנים שמרה בסוד את העובדה שאחיה נוהג היה להיכנס לחדרה, לאנוס אותה ולא לאלץ אותה לקיים עמו שוב ושוב יחסי מין. כשפחדה שמא יחזור ויפגע בה שנית, אזרה אומץ וסיפרה לאחותה הצעירה... כשהגיע המקרה לבית המשפט, האח הודה והורשע באונס ובביצוע מעשה סדום באחותו וחזר לכלא לחמש שנים נוספות (מתוך יום עיון לאנשי מקצוע בנושא של איתור פגיעה).

אנשים, בין אם הם בעלי מוגבלות ובין אם הם ללא מוגבלות, מגיבים באופן שונה להתעללות. חוקרים איתרו גורמים היכולים להסביר את השונות הזאת (הרמן, 1994; Hopper, 2003). בין הגורמים:

- א. **אופי האירוע:** זהו הגורם המשפיע ביותר על הנזק הנפשי.
  - ב. **הגיל שבו התרחשה ההתעללות:** ככל שההתעללות התרחשה בגיל צעיר יותר כך ההשפעה קשה יותר.
  - ג. **מי הפוגע?:** ככל שההתעללות התרחשה על-ידי אדם מוכר יותר לנפגע, והוא בטוח בו, כך ההשפעה קשה יותר.
  - ד. **האם הנפגע סיפר למישהו על ההתעללות, ומה הייתה תגובתו?:** הטלת ספק, התעלמות, האשמה ובושה יכולים למנוע מהנפגע לספר על מה שקרה לו.
  - ה. **משך הזמן של ההתעללות:** ככל שההתעללות מתמשכת יותר וכרונית, כך השפעותיה קשות יותר והשלכותיה ארוכות טווח יותר.
  - ו. **מספר הפוגעים:** ככל שמספר הפוגעים הוא רב יותר, כך השלכות המעשה על הנפגע חמורות יותר.
  - ז. **שימוש בכוח גופני:** ככל שקיים שימוש רב יותר בכוח גופני במהלך ההתעללות, כך הנזק רב יותר.
  - ח. **חוסן גופני ונפשי:** גורם זה ממתן ומחליש את השפעת הטראומה ומשפר את ההתמודדות ואת ההסתגלות.
  - ט. **קיומם של קשרי גומלין יחסי גומלין ותמיכה:** גורם זה ממתן את השפעות ההתעללות.
  - י. **קיומן של אסטרטגיות התמודדות תכליתיות:** גורם זה ממתן את השפעות ההתעללות.
- התעללות כרונית בילדות מתרחשת כשהנפגע מצוי וחי באווירה של אימה, פחד מאלימות, חוסר ישע ואיומים. טראומה חוזרת ונשנית המתרחשת בילדות מעצבת את האישיות ומעוותת אותה. הסתגלות לאווירת סכנה מתמדת דורשת דריכות מתמדת. ילדים הגדלים בסביבה מתעללת מפתחים יכולת לגלות סימני התראה על תקיפה. כשהם מבחינים באותות סכנה, הם מנסים להתגונן על-ידי התחמקות או פיוס.
- משימתם הקיומית של ילדים נפגעי התעללות היא לשמור על קשר ראשוני עם הוריהם למרות ראיות יום-יומיות לרשעותם, לחוסר הישע שלהם או לאדישותם. לצורך זה הם משתמשים במגוון רחב של הגנות נפשיות החוסמות

את דרכה של ההתעללות אל התודעה ואל הזיכרון. נוח להם להאמין שההתעללות לא התרחשה. הם שומרים על ההתעללות בסוד מפני עצמם, וזאת באמצעות הכחשה גמורה.

"...כילד לא יכולתי לספר שאימא התעללה בי. היא הכתה בפניי, כיבתה בדלי סיגריות על גופי - והיא אפילו לא עישנה. קודם לא ידעתי שהמעשה היה רע. רק עכשיו החלטתי לספר...מדוע לא סיפרתי? כי חשתי מה יקרה אם אספר. האמנתי שיפגעו בי ובמשפחה שלי אם אספר. גם היום אני עדיין חושש" (עדותו של גבר לקוי למידה, מתוך Westcott, 1993).

סביבה של התעללות כרונית מחזקת את האשמה העצמית, את רגשות הזעם והתוקפנות ואת הרגשת הרוע הפנימי. הילד מטפח לעצמו זהות מוכתמת, בעלת סטיגמה, לוקח אליו את הרוע של מענהו ושומר בדרך זו על הקשרים הראשוניים עם הוריו. הואיל והרגשת הרוע הפנימי היא ששומרת על היחסים, הילד אינו מוותר עליה בנקל, והיא נעשית חלק קבוע ויציב במבנה אישיותו, גם לאחר שההתעללות נפסקת.

כשנשאלו נשים בעלות מוגבלות התפתחותית שנפגעו בילדותן מדוע לדעתן פגעו בהן, הן ענו: "הגיע לנו להיפגע." "מדוע?" הן נשאלו, והתשובה הגיעה כמעט ללא היסוס: "מכיוון שאנחנו מפגרות, סחורה פגומה" (Cruz et al., 1988).

סביבה מתעללת משבשת את הוויסות העצמי של הגוף. מחזורים ביולוגיים נורמאליים של שינה ועירות משתבשים, כמו גם מנגנוני אכילה וסילוק פסולת מן הגוף. גם הוויסות הנורמאלי של מצבים רגשיים משתבש, והרגשות מתלכדים לכלל הרגשה של בלבול, סערת נפש, ריקנות ובדידות מוחלטת. פגיעה עצמית, יצירה מכוונת של שלשולים והקאות, התנהגות מינית כפייתית, חשיפה לסכנות, שימוש בסמים פסיכו אקטיביים - כל אלו הם אמצעי הרגעה לביטול אותן תחושות וליצירת מצב פנימי של רווחה ונינוחות, ולו לזמן קצר.

"תאר, בבקשה, כיצד השפיעה עליך ההתעללות", ביקש המראיין מהמראיין, בוגר בעל מוגבלות גופנית שנפגע בילדותו. המראיין סיפר על קושי בבניית יחסים בין-אישיים, על אבדן הערכה עצמית, על פגיעה עצמית. הוא סיפר על רגשות עזים של כעס, מרירות וקרבנות שהוא חש עד היום, תחושה של פגיעות ופחד. הוא סיפר על חולי ועל בעיות במשקל (עדותו של גבר בעל מוגבלות גופנית, מתוך Westcott, 1993).

החוקרים פינקלהור ובראון (Finkelhor & Browne, 1985) בנו מודל המסביר את ההשפעות שיש להתעללות בכלל ולהתעללות מינית בפרט על ילדים הבנוי מארבע דינאמיקות מחוללות טראומה: מיניות טראומטית, בגידה, החלשה,

חוסר אונים ואבדן כוחות ותיוג. תהליך של מיניות טראומטית מביא עמו עיסוק אינטנסיבי ולעתים כפייתי באוננות, משחק מיני כפייתי וידע בתחום המיני שאינו תואם את גילו של הנפגע. תהליך התיוג מביא עמו תופעות של בידוד, שימוש בסמים ובאלכוהול, נטייה לפעילות עבריינית, התנהגות של הרס עצמי וניסיונות אבדניים. הבגייה מביאה עמה תחושות של אכזבה עמוקה, רצון עז להחזרת אמון ותחושת ביטחון, עוינות וכעס כלפי בן המשפחה הפוגע וחברי המשפחה האחרים, חוסר אמון וקשיים בבניית מערכת-יחסים זוגית ונישואין. תחושת חוסר אונים וחוויות של פחד וחרדה משקפות את חוסר היכולת לשלוט באירועים הפוגעים המתבטאת בסיוטים, בפוביות, בעירנות-יתר ובתלונות סומאטיות הקשורות לחרדה. השפעה חשובה נוספת היא הפגיעה בתחושת המסוגלות ובכישורי ההתמודדות. חוויה זו של חוסר יכולת יכולה להשתקף גם בבעיות למידה, בבריחה ובקשיים בתחום התעסוקה.

אנשים בעלי מוגבלות נפגעים גופנית, רגשית, פסיכולוגית ומינית גם בבגרותם. לפגיעתם יש השלכות גופניות, רגשיות, חברתיות והתנהגותיות (Mansell & Sobsey, 2001; Strickler, 2001; Murphy et al., 1998).

כאשר נפגע התעללות בעל מוגבלות וללא מוגבלות שבגר מבקש לבנות חיים חדשים ולכונן עצמאות ואינטימיות, הוא שב ונפגש עם הטראומה. הוא מתקשה להגן על עצמו ביחסים אינטימיים וגם מצוי בסיכון גבוה לשוב ולהיות נפגע גם בבגרותו. נפגעי התעללות בילדות נוטים להיות קרובות או להזיק לעצמם יותר מאשר לפגוע באחרים. בניגוד לדעה הרווחת בדבר "מעגל התעללות רב-דורי", רובם המכריע של נפגעי התעללות אינם מתעללים בילדיהם ואינם מזניחים אותם. אנשים מבוגרים בעלי מוגבלות גופנית וקוגניטיבית אשר נפגעו בילדותם סיפרו במהלך שיחות אישיות על חששם שמא יפגעו בילדיהם כפי שהם עצמם נפגעו כשהיו ילדים. בדיקת הספרות המחקרית מגלה אמנם יש אמת מסוימת בהחה שפגיעה היא מעגלית, אך אין קשר סיבתי ישיר בין היותו של אדם נפגע להיותו פוגע (Westcott, 1993).

החוקרים מנסל וסוסבי (Mansell & Sobsey, 2001) טוענים כי להשפעות של התעללות מתווספים כמה אתגרים חברתיים ופסיכולוגיים המשפיעים על הסתגלותו של אדם בוגר בעל מוגבלות והמשתנים לאורך מהלך החיים ומושפעים על-ידי המשפחה, ההקשר החברתי וקשיי ההתמודדות הקשורים למוגבלות עצמה. רוב ההשפעות המדווחות נעות בטווחה שבין השפעה מינורית להשפעה חמורה, בדומה לטווח בקרב האוכלוסייה הכללית. חוקרים מצביעים על קשיים בבניית יחסים ובבניית קשרים בין-אישיים, במיוחד בפיתוח אמון, כמאפיינים את מרביתה של אוכלוסיית בני הנוער והבוגרים בעלי מוגבלות שנפגעו בכל אחד מסוגי התעללות (Mansell & Sobsey, 2001; Westcott, 1993; Cruz et al., 1998).

## נזק משני

חשיפת דבר התרחשותה של התעללות מובילה במקרים רבים למעורבותם של אנשי מקצוע ושל סוכנויות וארגונים רבים (בית ספר, לשכה לשירותים חברתיים, טיפת חלב, הוסטל, מקום עבודה מוגן, פנימייה, בית, משטרה ועוד). גישות לא מקצועיות של גורמים אלה עלולות ליצור קונפליקטים ביניהם והתערבויות לא מתואמות עלולות להגביר את הטראומה.

### **נזק משני יכול להתרחש בחמש רמות (פרניס, 1995):**

1. הטלת סטיגמה חברתית. ילדים, בני נוער ובוגרים בעלי מוגבלות ובני משפחותיהם עלולים לסבול מסטיגמה חברתית עקב חשיפת ההתעללות ותגובות השכנים, בית הספר או החברים הבאות בעקבותיה.
  2. טראומה משנית בתהליך בין-מקצועי. הכוונה לקונפליקטים מוסדיים מבניים ולקונפליקטים בין נציגים המשפיעים על הנפגע ועל משפחתו, כמו, למשל, קונפליקטים בין המערכת המשפטית לבין הצרכים הפסיכולוגיים וההגנתיים של הקרבנות.
  3. טראומה משנית בתהליך משפחתי-מקצועי. זאת כתוצאה מנקיטת התערבות מוטעית, כמו ענישה או הגנה במקום גישה תרפויטית.
  4. טראומה משנית בתהליך משפחתי. כאשר אין מאמינים לנפגע ומכחישים את דבר ההתעללות הדבר עלול לגרום נזק משני לנפגע, כמו במקרים שבהם הוא הופך לשעיר לעזאזל של המשפחה, או במקרים שבהם מענישים אותו או מאשימים אותו בכל בעיות המשפחה שנגרמו כתוצאה מחשיפת ההתעללות.
- חשוב מאוד שהסוכנויות והארגונים המתערבים יתאמו ביניהם את התגובה לחשד להתעללות ולאירועי התעללות כדי למנוע נזק משני. גישות לא מקצועיות עלולות ליצור קונפליקטים בין אנשי מקצוע ובין הארגונים השונים ולהגביר את הנזק שבהתעללות.

## סיכום השער הראשון

השער העיוני פורס בפני איש המקצוע את מורכבותה של תופעת ההתעללות בקרב ילדים, בני נוער ובוגרים בעלי מוגבלות ובוחן באופן שיטתי את הסיבות, את האפיונים, את ההשלכות ואת ההיבטים השונים של התופעה. שני פרקים מרכזיים בשער העיוני: הפרק הראשון עוסק בבחינת הסיכון להתעללות בילדים, במתבגרים ובבוגרים בעלי מוגבלות. הסקירה כוללת תיאור של היקף התופעה ושכיחותה, הצגת מודלים של התעללות ופריסה רחבה של גורמי הסיכון. הפרק השני סוקר בהרחבה את תופעת ההתעללות בילדים, במתבגרים ובבוגרים בעלי מוגבלות, וזאת באמצעות תיאור מפורט של סוגי ההתעללות ואפיוניהם הייחודיים, היכרות עם פרופיל הפוגע הפוטנציאלי והתמקדות בנזקים, בהשפעות ובהשלכות של ההתעללות. כל המידע העיוני מצטרף לתמונה כוללת, המנסה להבין את מורכבות התופעה. השער העיוני משמש אבן דרך חשובה לאיש המקצוע העומד בפני שאלות של איתור התעללות אפשרית. מנקודת מבטו של איש המקצוע המטפל חשוב להיות מודע לאופן שבו מגבלה יכולה להשפיע על התוצאות של התעללות, כמו גם לאופן שבו דפוסיים של פגיעות בקרב אנשים בעלי מוגבלות יכולים להיות שונים מדפוסי נזקים והשפעות בקרב האוכלוסייה הכללית. המידע על קשיים פוטנציאליים העלולים לחזק ולהגביר את פגיעותם הרבה של אנשים בעלי מוגבלות, המצטרף להכרת גורמי הסיכון ואפיוני הנפגע והפוגע - מידע זה משמש בסיס של ידע חשוב לקראת איתור התעללות אפשרית ומניעת הישנותה בעתיד.

ההיבטים המעשיים הקשורים להתעללות, המתמקדים באיתור ובדיווח, עומדים במרכזו של השער השני.





## שער שני

היבטים ישומיים הקשורים להתעללות בקרב ילדים,  
בני נוער ובוגרים בעלי מוגבלות

פרק 3: איתור

פרק 4: דיווח





- א. מבוא
- ב. ארבעה צעדים מהאיתור ועד לדיווח
- ג. סימנים היכולים להצביע על התעללות
- ד. כלי עזר לאיתור התעללות

פרק 3  
איתור אנשים  
בעלי מוגבלות



## איתור מוקדם חיוני למניעת קרבנות והישנות פגיעה בעתיד.

אנשי מקצוע והורים באים במגע קרוב ויום-יומי עם ילדים, עם מתבגרים ועם בוגרים בעלי מוגבלות. הם מצויים בעמדה מרכזית לאיתור התעללות, בין היתר בגלל חובתם להגן על אנשים בעלי מוגבלות מפני פגיעה כמו גם מחובתם לדווח במקרה של חשד לפגיעה אפשרית.

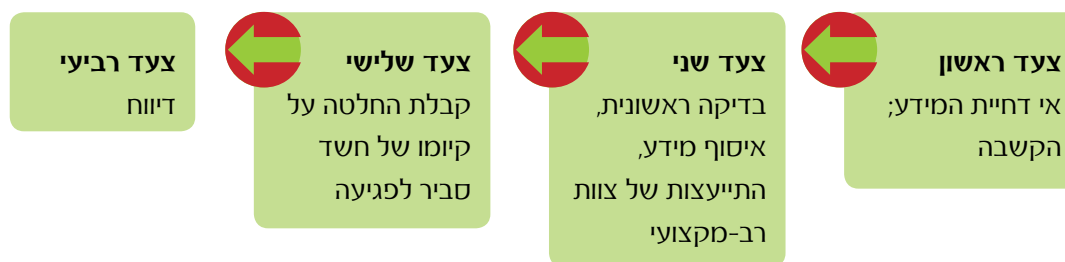
במהלך חמישה חודשים נהגה נערה בעלת פיגור שכלי לכתוב ביומנה בגילוי לב ו"בסוד". באותה תקופה הפכה לצעירה סגורה, עצובה ומפוחדת. היא שמנה והחלה להרטיב בלילות. איש לא הבחין במתרחש. אחותה הצעירה גילתה במקרה את היומן שלה, ובאמצעותו גולה מסכת התעללות ממושכת שהיא עברה... בפירוט רב כתבה הנערה ביומנה וסיפרה כיצד חברה לחיים של אחותה הבכירה, המבוגר ממנה בעשרים שנה בקירוב, נהג להתעלל בה מינית בעת שנהגה לשהות בבית אחותה לשם סיוע בטיפול באחייניה הצעירים... (פסק דין 1274/00).

הסימנים ההתנהגותיים שהיו יכולים להצביע על התעללות בנערה היו ברורים לעין, אך איש מבין אנשי המקצוע או מבני המשפחה לא הבחין בהם או ייחס אותם לאפשרות של פגיעה. איתור מוקדם היה חוסך סבל ומונע הישנות התעללות בעתיד. מהו אפוא הגורם למיסוך ולערפול המקשים על אנשי המקצוע לאתר פגיעה? העדר קריטריונים ברורים ומוסכמים להגדרת מצבי סיכון יוצר עמימות ומקשים על איתור פגיעה ועל דיווח. הסיבות לכך מגוונות. סיבה ראשונה קשורה לעובדה שלצד מצבים הניתנים לזיהוי בקלות כמצבי סיכון נמצאים מצבים שברור שאין בהם סיכון ומצבים רבים העלולים להפוך למצבי סיכון. סיבה שנייה לעמימות נעוצה בקושי לאתר סימנים שבהם התגובה למוגבלות דומה לתגובה להתעללות. לדוגמה, תחושות של דיכאון, האשמה עצמית, תסכול ובלבול מתקשרות הן למוגבלות והן לתגובה להתעללות. סיבה שלישית קשורה לאותם מצבים שבהם קיים קושי להבחין בסימנים ובסימפטומים של התעללות באנשים בעלי קשיי תקשורת, המכבידים על הבנה ועל ביטוי במילים ברוחות, כגון במצבים של צורך לתאר אפיזודות של פגיעה או לדווח על אדם שנפגע או לתת עדות ראייה. לעתים קרובות אין בידי ילדים או בוגרים בעלי מוגבלות אפשרות טכנית לחשוף את האירועים בשל העדרו של אוצר מילים לתיאור האירוע או בשל העדר יכולת בסיסית לתקשר ולדווח על חוויותיהם. סיבה נוספת לעמימות היא באותם מקרים שבהם אנשים בעלי מוגבלות מגיבים על התעללות בתופעות פסיכיאטריות קשות. אנשי המקצוע עלולים להיגרר לאבחון שגוי של הפרעה התנהגותית, הפרעת אישיות, חרדה או הפרעה פסיכיאטרית ולהחליט על מתן תרופות שגויות או על אשפוז בבית חולים לחולי נפש. בעיות התנהגותיות נתפסות לעתים קרובות כמרכיב בתוך המגבלה, היוצר ערפול התנהגותי המקשה אף הוא על אבחון ועל זיהוי (Lowry, 1997; Westcott, 1993; Tharinger, Horton & Millea, 1990 Kennedy, 1990;).

## ארבעה צעדים מהאיתור ועד לדיווח

תהליך האיתור של ההתעללות באדם בעל המוגבלות מתחיל ברגע שמגיע אל איש המקצוע מידע ישיר או עקיף בדבר פגיעה אפשרית בו. התהליך מורכב מארבעה צעדים:

### תרשים 5: התהליך מהאיתור ועד לדיווח



### צעד ראשון: אי דחיית המידע, הקשבה

כשעובד במסגרת משתף אותך בתחושה או במידע ראשוני לגבי פגיעה אפשרית, כשהשכן בבניין בא לספר כי ראה או שמע, כשמתקבל במשרדך טלפון ממקור אנונימי, כשהילד, המתבגר או הבוגר בעל המוגבלות רומז או אומר באופן ברור כי נפגע -

1. אל תדחה את המידע בין אם הוא ישיר או עקיף. חשוב מאיזו סיבה ירצה מישהו לבדות סיפור כה מפורט.
2. היה עירני, הקשב, תן לפונים אליך הרגשה שהדלת פתוחה, שהם יכולים לספר ושאתה יכול לעזור, ותעד את הדבר בצורה מדויקת, ללא פרשנויות.
3. העבר את המידע שבידיך לאיש מקצוע מתוך המערכת.

הצעד הראשון מחייב את הכול: את הסייעת בכיתה, את המטפל במעון, את העובד הסוציאלי, את המדריך בהוסטל, את המחנך, את המטפל באמנויות, את ההורה ואת הפיזיותרפיסט.

### צעד שני: בדיקה ראשונית

אם הגיע אליך מידע ראשוני מאדם מתוך המערכת/המסגרת או מחוצה לה על אפשרות של התעללות גופנית, רגשית ופסיכולוגית או מינית בילד, במתבגר או בבוגר בעל מוגבלות או על הזנחתו, זכור כי המידע הראשוני עדיין מעורפל. העבר אותו לאיש מקצוע - רפרנט במסגרת לנושא של איתור התעללות באנשים בעלי מוגבלות (ההמלצה היא כי בכל מסגרת ימונה איש מקצוע מתחומי הטיפול, כמו עובד סוציאלי, יועץ חינוכי, פסיכולוג, מורה וכדומה, שירכז את

הטיפול במקרים של חשד לפגיעה. אם אין במסגרת אדם מתאים יש להפנות את המידע לכל איש מקצוע הקיים במסגרת). אם אתה הוא האיש, עליך לשקול את צעדיך ולקבוע סדרי עדיפויות לפי היכרותך את המעורבים בפרשה. תוכל להתחיל את הבדיקה הראשונית בהתייעצות עם צוות רב מקצועי או בשיחה עם הנפגע או להחליט להתחיל באיסוף נתונים. המטרה שלפניך היא איסוף מידע כללי לצורך בדיקה ראשונית. **המטרה היא לא לזהם חקירה.** ניתנת לך ההזדמנות להבהרה לפני שתשקול עירוב של גופים חיצוניים (משטרה, פקיד סעד), באמצעות שלוש הדרכים האלה:

1. איסוף מידע באמצעות שיחה
2. איסוף מידע באמצעות נתונים וסימנים היכולים להצביע על חשד להתעללות; יצירת קשר עם אנשים הסובבים את הנפגע: מטפלים, אנשי מקצוע, שכנים, חברים, בני משפחה
3. התייעצות עם צוות מקצועי.

בשלב האיתור אין איש המקצוע חוקר אלא הוא אוסף מידע. חובת ההוכחה להתעללות אינה חלה עליו.



### צעד שני: איסוף מידע באמצעות שיחה

שיחה יכולה להתרחש ביזמת הילד, המתבגר או הבוגר בעל המוגבלות או ביזמת איש המקצוע. השיחה צריכה להיות כללית, ללא שאלות מכוונות, כדי לא להסתכן בזיהום החקירה אם יוחלט על העברת המידע למשטרה.

#### **המלצות לשיחה ראשונה של איש המקצוע עם ילד, עם מתבגר או עם בוגר בעל מוגבלות כשעולה חשד ראשוני להתעללות וכשהאדם בעל המוגבלות יזום אותה<sup>1</sup>**

- ההמלצות לשיחה הן כלליות. הן מתמקדות בהיבטים הקשורים לנושא ההתעללות המשותפים לכל סוגי המוגבלויות.
1. היה מוכן לקבלת המידע: ככל שתהיה מוכן יותר, כן תוכל להיות פתוח יותר לקבלתו.
  2. מצא מקום שאפשר לשבת ולשוחח בו בפרטיות: ללא הפרעה, בארבע עיניים. שב במרחק מה מהאדם כדי לתת לו תחושה של חופש יחד עם קרבה. שים לב לטון השיחה.
  3. הישאר רגוע ותן לפונה אליך תחושת ביטחון: תן לאדם היושב מולך תחושה שהוא יכול לספר מה קרה. זכור כי קרוב לוודאי שהוא חושש לספר על הפגיעה. אפשר לו לספר מה שהוא רוצה ובקצב שהוא בוחר. שדר לו כי יוכל להמשיך ולספר בכל זמן שירצה ואתה תהיה תמיד קשוב. שמור על קור רוח (גם אם אין זה משקף את הרגשתך באותו זמן). הדגש בפניו כי אינך כועס עליו וכי האשם הוא אך ורק בפוגע. אל תזרז אותו ואל תדחק בו.
  4. אל תגיב יותר מדי: אמירות כגון "זה נורא ואיום" יכולות לתת לאדם תחושה שהמצב יותר שלילי ממה שחשב. הוא

1 תורגם באופן חופשי מתוך Browne & Miranda, 1997. השיחה כתובה בלשון זכר, אך היא מופנית לזכר ולנקבה כאחד.

- צריך לשמוע מסרים כגון "מה שקרה הוא רע, אבל אני יודע שאתה יכול להתגבר".
5. התייחס לנאמר ברצינות והקשב ללא שיפוט: התמקד במה שנאמר ולא באופן שהתעללות התרחשה. זכור שאנשים שונים מושפעים באופן שונה. תן אישור לתחושותיו של הפונה והקשב לו. אמור: "אני מאמין לך"; "אתה לא לבד"; "אתה אמיץ כי החלטת לספר".
6. היעזר בשפה פשוטה ואפשר לאדם לספר את סיפורו בדרכו שלו; יש גבול עדין בין ריאיון ותשאול ובין שיחה המאפשרת לאדם לספר את סיפורו. אין זה מתפקידך לראיין אותו ולברר את כל פרטי האירוע; תפקידך להקשיב. אם אתה נזקק לשאלות לשם הבהרה, הקפד שהן תהיינה קצרות, פשוטות וממוקדות. בדוק ואשר מידע אם אינך בטוח במשמעות של מילה או של ג'סטה. הימנע מלמלא "פערים" על ידי שאלות מנחות. אתה יכול לשאול שאלות כגון "מה קרה", אך הימנע משאלה שהתשובה לגביה היא "כן" או "לא" כגון "האם משה הכה אותך?". הנשאל צריך לנדב את תשובותיו מרצונו. אל תרבה בשאלות.
7. ספק אמצעי תקשורת: אם האדם אומר בדרכו הייחודית שחטרות לו המילים כדי לתאר מה קרה, נסה ללמוד גם מג'סטות, מטון הדיבור ומשפת הגוף. שאל אותו אם היה רוצה להיעזר בציור או בכל דרך אחרת כדי לספר את סיפורו.
8. תן חיזוקים: חזק אותו באמירות כמו "טוב שסיפרת".
9. הימנע מהאשמות: הימנע מאמירות כגון "מדוע הלכת אתו?". הבהר לנפגע שאינו אשם במה שקרה.
10. אל תבטיח לא לדווח על האירוע: במקרים של התעללות באנשים המוגדרים כ"חסרי ישע" או באנשים בעלי קוגניציה תקינה עד גיל 18 חלה חובת דיווח. אם האדם מבקש ממך לא לספר, אל תבטיח, אלא אמור לו "אני יודע שאתה חושש ואני כאן כדי להקשיב לך ולעזור לך". חשוב להבהיר זאת ללא הטעיה ולנסות לשכנעו לא להסתיר את דבר הפגיעה. התמיכה שהוא יכול לקבל מחברים ומבני משפחה חשובה ומחזקת.
11. אתה חייב לדווח: הודה לאדם על ששיתף אותך בסיפורו ואמור לו שאתה חייב לדווח על האירוע על-פי החוק.
12. אל תתעמת עם האדם שנאשם בפגיעה: הימנע מעימות עם האדם שנאשם בפגיעה; אתה עלול לסכן את האדם שאתה רוצה לעזור לו.
13. תעד בקפדנות: תעד בדיוק את מהלך השיחה, כולל ציון מקום השיחה, השעה והנוכחים.
- השאר חומר גולמי, לא מעובד וללא פרשנויות (הימנע מזיהום החקירה). אפשר להוסיף הסבר ופרשנות המסתמכים על היכרות עם הנפגע, אך בנפרד.

### **המלצות כלליות לשיחה עם ילד, עם מתבגר או עם בוגר בעל מוגבלות**

- הקשב.
- ודא שהבינו אותך.

- הִיָּה סבלני.
- התייחס לאדם בכבוד, בהערכה ובנימוס.
- ודא כי אתה נותן את מלוא תשומת הלב לאדם שאתה משוחח אתו כדי שתוכל להתרכז בדבריו.
- אל תדבר בשמו.
- אל תנסה לסיים עבורו את המשפט.
- אם אינך מבין מילה/מילים מתוך דבריו, אל תעמיד פנים שאתה מבין. בקש ממנו לחזור על המילה, וחזור אתה עליה, כדי לוודא שזו המילה הנכונה.
- צור אווירה שתאפשר שיחה והקשבה חופשיים, ללא הפרעות, כשהמיקוד הוא על הנאמר ולא על הדרך שבה הדברים נאמרים.
- אפשר הפסקות.
- שמור על קשר עין במהלך השיחה.
- תן חיזוק.

#### **המלצות נוספות לשיחה עם אדם בעל מוגבלות תקשורתית**

- השיחה עשויה להיות ארוכה מהרגיל. תכנן את הדברים באופן שיהיה די זמן לשיחה ולא יהיה צורך למהר.
- נסה לנסח מחדש שאלות באופן שהתשובה עליהן תהיה קצרה ככל האפשר, או אפילו הסתפק בהנהון לאות הסכמה.
- אם אתה מתקשה להבין את דבריו של הפונה, שאל אותו אם אפשר לכתוב שאלות ותשובות כאלטרנטיבה תקשורתית.
- אם הוא משתמש בשפת הסימנים, יש לדאוג למתורגמן.

#### **המלצות נוספות לשיחה עם אדם בעל מוגבלות פיזית**

- אם הוא נעזר בכיסא גלגלים, שוחח עמו בגובה העיניים.
- אל תניח מראש כי הוא זקוק לעזרה; שאל קודם.

#### **המלצות נוספות לשיחה עם אדם בעל פיגור שכלי**

- היעזר במילים פשוטות ובמשפטים שאינם מורכבים.
- אם הוא מתקשה בהבנת מילים או מושגים, אפשר להיעזר בתמונות או בהדגמה.
- כשמתלווה אל הפונה מטפל או איש צוות, יש לזכור לדבר אל הפונה ולא אל המטפל, גם אם הוא בעל קושי תקשורתית.
- יש לדאוג למקום מפגש נוח, עם מעט גירויים.



אפשרות נוספת היא שיחה היזומה על ידי איש המקצוע, וזאת במקרה שהילד, המתבגר או הבוגר בעל המוגבלות מתקשה לספר על הפגיעה. ההנחיות לשיחה במקרה זה דומות להנחיות שניתנו לשיחה שהאדם בעל המוגבלות יוזם. הרגישות והמיומנות שעל איש המקצוע להפגין במקרה זה גבוהות ביותר. ייתכן שלאדם בעל המוגבלות יהיה קושי לספר מה קרה. ייתכן שהוא יבחר להעביר את החוויות באמצעות ביטוי התנהגותי, מופנם או מוחצן. התנהגותו עלולה להיות מופנמת אם הוא יתמודד עם אירועי ההתעללות לבדו. התנהגותו תהיה מוחצנת בעת הבעת רגשות והיא עלולה לכלול תוקפנות, עוינות, הרסנות, אלימות וביטוי מיני. החוקרים דיון ופאוור (Dune & Power, 1990) מצאו טווח רחב של התנהגויות המייצגות לדעתם את ניסיונותיהם של אנשים בעלי מיומנויות ורבלייות מצומצמות לדבר, לתקשר ולהביע את הדחק הקשור להתעללות שהם חווים. שאלון לתיעוד סימנים התנהגותיים מופיע בהמשך, בפרק "כלים".




## לוח 5: סיכום ההמלצות הכלליות לשיחה

לוח 5 מסכם המלצות כלליות לשיחה של איש המקצוע עם אדם בעל מוגבלות בשלב השני של איסוף מידע על חשד להתעללות.

<p>מקום המאפשר פרטיות, שיחה ללא הפרעה, בארבע עיניים, מיעוט גירויים</p> <p>במרחק הנותן תחושה של חופש יחד עם קרבה רגוע, שלו, משרה ביטחון פשוטה</p> <p>שאלות הבהרה קצרות, פשוטות וממוקדות, שאלות מעטות</p>	<p><b>המקום</b></p> <p><b>מיקום הישיבה</b></p> <p><b>טון הדיבור</b></p> <p><b>השפה</b></p> <p><b>השאלות</b></p>	<p><b>המלצות כלליות</b></p>
		<p><b>המלצות כלליות לשיחה</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>להקשיב למילים, לטון הדיבור, לשפת הגוף, למחוות הגוף, להבעות הפנים, להופעה החיצונית, להתנהגות; לאפשר לאדם לספר את סיפורו בדרכו שלו, בקצב שלו</li> <li>לספק אמצעי תקשורת למי שחסרות לו המילים כדי לתאר מה קרה</li> <li>להתמקד במה שנאמר ולא באופן שבו ההתעללות התרחשה</li> <li>לבדוק ולאשר מידע אם אין בטוחים במשמעות של מילה או של ג'סטה</li> <li>לתת חיזוקים; להימנע מהאשמה</li> <li>להימנע מ"הכנסת מילים לפיו" של האדם שמשוחחים אתו</li> <li>אחרי שמקבלים סיפור מסגרת - לבקש ממנו להרחיב בקטעים מסוימים</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "ספר לי מה קרה שם."</li> <li>• "ספר לי מה ידוע לך עליו."</li> </ul>	<p><b>כיצד לשאול?</b></p> <p><b>לנסח שאלה כללית, רחבה ופתוחה:</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "ספר לי מה קרה בגן."</li> <li>• "מה הגובה שלה?"</li> </ul>	<p><b>ממה להימנע?</b></p> <p><b>מניסוח שאלה מפורטת:</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "האם הוא פגע בך?"</li> <li>• "האם משה נגע בך?"</li> </ul>	<p><b>מניסוח שאלה סגורה שהתשובה לגביה היא "כן" או "לא":</b></p> <p><b>מניסוח שאלה מנחה:</b></p>	
		<p>להעביר מידע לאיש מקצוע מתוך המערכת; לשתף אנשים נוספים מתוך המסגרת או מחוצה לה לתעד</p>

## צעד שני: איסוף מידע באמצעות סימנים היכולים להצביע על חשד להתעללות

הסימנים המאותתים על חשד להתעללות יכולים להתקבל מהאדם עצמו, מבדיקה גופנית או רפואית ומשיחה עם ההורים, עם השכנים או עם אנשי המקצוע. הם יכולים להיות ישירים או עקיפים, כלליים או ספציפיים. מטרתו של המידע לעזור באישוש קיומו של חשד לפגיעה. לכן תהליך איסוף המידע צריך להיות נרחב, ממוקד ומקיף ולהיעשות מיד עם העלאת המידע הראשוני. על איש המקצוע לשים לב אם מופיעים סימנים גופניים או התנהגותיים/גשיים היכולים להצביע על אפשרות של פגיעה, ועליו לשים לב גם לסוג הפגיעה. קיימת סבירות גבוהה כי התבצעה יותר מפגיעה אחת. ייתכן שהאדם בעל המוגבלות נתקל בקושי לספר. התנהגותו יכולה לשמש אמצעי להעברת מידע על קיומן של מצוקה או טראומה. דף עזר לתיעוד של שינוי התנהגותי מוצע בחלק זה, בפרק "כלים". בכל מקרה, מומלץ להתייעץ עם אנשי מקצוע, כמו עובד סוציאלי נוסף, פסיכולוג, מטפלים בתנועה/בדרמה/בציור, פקיד סעד, מפקח, ובמידת הצורך לשוחח עם ההורים, עם אנשי הצוות במסגרת שבה הילד, המתבגר או הבוגר נמצאים ועם הנפגע עצמו.

אם קיימים סימני התעללות, חשוב לתעדם כדי שלא יאבדו, כמו למשל לצלם סימנים לפני חבישה. 

## צעד שני: התייעצות עם צוות מקצועי

חשוב שבכל מסגרת יהיה צוות ייעוצי לשעת חירום בנושא של התעללות באנשים בעלי מוגבלות שיורכב מנציגי מקצועות מתחומים שונים ויעמוד לרשות אנשי הצוות השונים במתן עצה מקצועית. בשלב הבדיקה הראשונית איש המקצוע יכול להתייעץ עם אנשים נוספים ללא צורך בזיהוי מידי של הנפגע. ההתייעצות מסייעת לאנשי מקצוע כגון עובדים סוציאליים ופקידי סעד להימנע מהתערבות מוקדמת מוטעית. התייעצות גם יכולה לתת מענה לתכנון מהלכים עתידיים, כגון מי ילווה את המשפחה, מי יהיה בקשר עם הקרוב וכדומה. כאן צריך להיקבע מבנה שיתוף הפעולה בין כל התת-מערכות המקצועיות המעורבות. התייעצות יכולה להתקיים במקרה של סימני מצוקה מדאגים או חשש שהילד או הבוגר שומרים סוד של פגיעה, ונדרשת הדרכה כיצד לפעול, כיצד לפנות לנפגע ומתי. מניסיונו אנו למדים שאופן הפנייה הראשוני הוא קריטי לגבי היכולת של הנפגע לשתף מבוגרים ולהסתייע בהם בהמשך. הקמה של צוות ייעוצי לשעת חירום לנושא ההתעללות באנשים בעלי מוגבלות יכולה להיעשות לצורך בנייתם של נוהלי עבודה במקרים של חשד להתעללות ותכנית התערבות טיפולית.

## צעד שלישי: קבלת החלטה

ההחלטה אם קיים חשד להתעללות באדם בעל מוגבלות היא קשה, אך בלתי נמנעת. ברגע שקיים חשד ראשוני יש לפעול על-פי החוק ולדווח לפקיד הסעד או למשטרה.

## צעד רביעי: דיווח

דיווח למשטרה או לפקיד הסעד אין פירושו שההתעללות אכן התרחשה, אלא ציון תחילתו של תהליך חקירה. אם מוחלט - אחרי התייעצות עם צוות רב-מקצועי ועם פקיד הסעד - שאין מקום לדיווח כי לא הייתה פגיעה, הנושא חוזר לטיפולו של איש המקצוע שנקבע על ידי הצוות הרב-מקצועי לטפל במקרה. לדיווח ייוחד הפרק הבא.



## סימנים היכולים להצביע על התעללות

אף אחד מהסימנים אינו יכול לספק ממצא מכריע לגבי קיומה של התעללות. חלק מהסימנים משמעותיים יותר מאחרים. למרות זאת, יש לקחת בחשבון ולהעריך את כל הסימנים, לשאול את כל השאלות ולהניח את כל ההשערות (Sobsey, 1994).

אנשי מקצוע ואנשי מחקר בנו רשימת סימנים גופניים, התנהגותיים ורגשיים היכולים להצביע על סיכון להתעללות. לעתים קרובות הסימנים הגופניים מספקים עדות משכנעת להתעללות, ובמקרים אחרים אפשר להיעזר בסימנים התנהגותיים/רגשיים ההופכים להיות הגורמים הראשונים לזיהוי. הסימנים התנהגותיים/רגשיים יכול להצביע על כל אחת מהפגיעות. ברוב המקרים יכללו הסימנים חיבור בין סימנים גופניים לסימנים התנהגותיים.

## סימנים היכולים להצביע על חשד להתעללות גופנית באנשים בעלי מוגבלות

הסימנים היכולים להצביע על סיכון להתעללות גופנית הם בעיקר גופניים. אפשר להיעזר גם בסימנים התנהגותיים/רגשיים. הטווח הרחב של פגיעות הקשורות למוגבלות המתרחשות בילדות ובגרות בקרב אנשים בעלי מוגבלות יכול להפריע בזיהוי ובאיתור. בדיקה זהירה של רופא יכולה לעזור בהבהרת משמעות הפגיעות.

### סימנים גופניים

- **פצעי שפשוף**  
סריטות לא מוסברות, המופיעות במקומות נוספים לכפות הידיים או לברכיים, יכולות לעתים קרובות לשמש סימן להתעללות. פצעי שפשוף קלים יכולים להתרחש גם בתאונה רגילה.
- **נשיכות**  
יש להבחין בין נשיכות שנגרמו על ידי מבוגרים לבין נשיכות שנגרמו על ידי בעלי חיים או על-ידי ילדים אחרים בני אותו גיל ואותו גודל. לעתים קרובות מתייחסים לסימני נשיכה כאל אחד הביטויים של פגיעה עצמית. מיקום הנשיכה יכול לתמוך בהסבר המוצע או לסתור אותו.
- **חבורות**  
חבורות הן בין הפגיעות השכיחות ביותר. חבורות מקריות נפוצות מאוד בקרב אנשים בעלי מוגבלות. חבורות לא ברורות יכולות להצביע על התעללות. דפוסים של חבורות (כמו טביעת כף יד או סימן של אבזם חגורה) במקומות מסוימים (כמו למשל טביעות אצבעות אובאליות על החזה או על הגב של תינוקות כתוצאה מאירוע של ניעור, או חבורות המפוזרות באופן אקראי והמשנות את צבען לאורך זמן, או חבורות בעלות צבעים שונים (שעל-פי רוב

מתרצים אותן בתאונה - כל אלה יכולים לשמש רמזים להתעללות. החוקרים לנגלואיס וגרשם (Langlois & Gresham, 1991) מצאו כי צבען ההתחלתי של חבורות הוא בדרך כלל ורוד או אדום, והוא הופך לכחול תוך 6-12 שעות ומשתנה לסגול כהה תוך 12-24 שעות ולירוק תוך 4-6 ימים ולירוק בהיר עד צהוב תוך 5-10 ימים. מידע זה יכול לסייע בהערכת גילן של החבורות. חבורות בפנים או מתחת לעיניים בדרך כלל מטרידות, מכיוון שפגיעות ראש יכולות להיגרם מאלימות, והורה או מטפל מתעלל המודאג מתוצאות מעשיו לטווח הרחוק יימנע בדרך כלל מפגיעה בראשו של הילד.

#### • סימנים אפורים או כחולים (Mongolish spots)

סימנים אפורים או כחולים בחלקו העליון או התחתון של הישבן מופיעים לעתים קרובות בקרב תינוקות וילדים צעירים בעלי מוגבלות וללא מוגבלות. אפשר בקלות לטעות ולהתייחס לסימנים אלה כאל חבורות. סימנים אלו רכים למגע ואינם משנים את צבעם לאורך זמן כפי שקורה לחבורות, והם בדרך כלל דוהים ונעלמים במהלך השנים הראשונות לחיי הילד.

#### • כוויות וסימני צריבה

כוויות החוזרות על עצמן ללא הסבר מניח את הדעת, כגון דפוסי כווייה שנגרמו כתוצאה מנוזל חם - כוויות בחלקים שונים של הגוף או במיקום רגיש במיוחד כמו הירך - כוויות כאלה יכולות להיות סימן להתעללות. עור מזהם הנראה שרוף, אדום ורך למגע יכול להיגרם גם מזיהום, אם כי במקרה כזה גבולות הצריבה יתרחבו מעבר לצורתם המקורית, והדפוסים יהיו בהתאם למערכת הלימפה או לסימנים פנימיים אחרים. בכל מקרה קשה להיות בטוח בזיהוי, וההמלצה היא להתייעץ עם מומחה.

סימני כוויות שכיחים נוספים הם מסיגריות, במיוחד על כפות הרגליים, על כפות הידיים, על הגב ועל העכוז, וכן סימני כוויות "יבשים" שאפשר לראות בבירור את סימן המכשירים שעל ידו הם נגרמו: מכה, מטבע חם, סכין מלובן ועוד.

#### • תרדמת (Coma)

מקרים של תרדמת ללא סימני פגיעה חיצוניים מתרחשים לעתים כתוצאה מניעור או מצורה אחרת של התעללות. יש להעריך בזהירות תרדמת שאינה מקושרת לסיבה ידועה או למחלה.

#### • פגיעות שיניים

התופעה של אבדן שיניים או של שיניים שבורות, במיוחד כשאינה קשורה למחלות שיניים, לנשירת שיניים נורמטיבית אצל ילדים או לתאונות - אם היא חוזרת על עצמה ללא הסבר מניח את הדעת (לדוגמה, המטפל מציין שהשן של הילד נפלה, אך אפשר להבחין בחבורות בסנטר ובחניכיים), היא לעתים סימן להתעללות.

#### • נקע ופגיעה נלווית

נקעים החוזרים על עצמם, ולא ידוע על קיומה של מחלה מסוימת, יכולים להצביע על התעללות הבאה לידי ביטוי

לעתים בצורה של נייעור, עיקום איברים או משיכה. נקע יחיד או מורכב (לדוגמה, בשתי הזרועות או בזרוע או ברגל), המופיע בלי סיבה ברורה, גם הוא לעתים סימן להתעללות.

#### • פגיעות אוזניים

אבדן שמיעה פתאומי ולא מוסבר, חבורות באוזן החיצונית או דימום בתעלת האוזן יכולים להתרחש כתוצאה מהתעללות. דם בתעלת האוזן יכול להיות סימן לשבר בגולגולת ולכן הוא דורש שימת לב מיידי לאבחון סיבת הפגיעה.

#### • פגיעות עיניים

פגיעות העיניים השכיחות היכולות לשמש סימנים להתעללות גופנית הן פגיעה ברשתית העין ושטף דם תוך-עיני, במיוחד ללא הסבר מניח את הדעת. נדרשת עבודת אבחון זהירה כדי שיהיה אפשר לשלול את קיומה של מחלה העלולה לגרום למצבים אלו.

#### • שברים

שברים חוזרים ומורכבים בהעדר מחלה או סיבה ידועה הם לעתים סימנים להתעללות גופנית. גילוי של שברים לא מטופלים מצביע לעתים על התעללות כרונית. שברים לולייניים בגפיים נגרמים לעתים כתוצאה מכיפוף איברים. במקרים של ספק אפשר להיעזר בבדיקות מעבדה.

#### • חתכים

חתכים בעלי דפוס קבוע החוזרים על עצמם והמופיעים ללא סיבה ברורה יכולים להיות סימן להתעללות. חתכים מזוהמים שכיחים בקרב ילדים שעברו התעללות. ילדים החותכים את עצמם חושפים היסטוריה של התעללות. חתכים המופיעים כתוצאה מהתעללות מופיעים על-פי רוב בצירוף חתכים ופציעות נוספים.

#### • סימני קשירה

סימני שפשוף וחתכים המופיעים על שורש כף היד, בקרסול, על הצוואר או באיבר המין והמלווים בהתנפחות יכולים להיות תוצאה של קשירה או חניקה.

#### • סימני הלקאה

סימני הלקאה בשוט עשויים להיות סימנים להתעללות.

#### • פגיעות בטן בלתי מוסברות

פגיעות בטן בלתי מוסברות עשויות להיות סימנים להתעללות.

#### • סימני חפצים

סימני חפצים כגון סימני אבזם של חגורה או סימן שמתיר כל חפץ אחר יכולים להצביע על התעללות.

## • סימני נפילות

רוב הנפילות נגרמות משילוב של סיבות פנימיות, סביבתיות או כאלה הקשורות לפעילות כלשהי. מומלץ להתייחס לכל הנופלים כאל אנשים בסיכון, ובמיוחד לאלה הנופלים יותר מפעם אחת (אייזן, 2001; Fuller, 2000).

### רשימה 1: סיכום הסימנים הגופניים היכולים להצביע על חשד להתעללות גופנית

פצעי שפשוף	פגיעות שיניים	סימני קשירה
נשיכות	נקע	סימני הלקאה
חבורות ושטפי דם בלתי מוסברים	פגיעות אוזניים ועיניים	פגיעות בטן בלתי מוסברות
כוויות וסימני צריבה	שברים	סימני חפצים
תרדמת	חתכים	סימני נפילות

### סימנים התנהגותיים/רגשיים

סימנים התנהגותיים/רגשיים יכולים להצביע על חשד לכל אחת מהפגיעות. פירוט והסבר של הסימנים השונים מופיע בחלק הבא, העוסק בהתעללות רגשית ופסיכולוגית.

### רשימה 2: סיכום הסימנים ההתנהגותיים/הרגשיים היכולים להצביע על חשד להתעללות גופנית

שינוי התנהגותי בלתי מוסבר וקיצוני	הערכה עצמית ירודה	תוקפנות
התקשרות שאינה אופיינית	העדר משמעת וציות	דיכאון
חשיפה	נסיה	פגיעה עצמית
פחד	הפרעות שינה ואכילה	הפרעות התנהגות
בעיות למידה	פרישה והתבודדות	השמעת קולות



## סימנים היכולים להצביע על חשד להתעללות רגשית ופסיכולוגית באנשים בעלי מוגבלות

במקרים של חשד להתעללות רגשית ופסיכולוגית הסימנים ההתנהגותיים/הרגשיים הופכים להיות הגורמים הראשוניים לזיהוי התעללות. הכוונה להתנהגות מתמשכת, החוזרת על עצמה, ולא להתנהגויות בודדות, שאינן ראייה לקיום התעללות רגשית ופסיכולוגית.

### סימנים התנהגותיים/רגשיים

הערה: הסימנים המשותפים לכל סוגי הפגיעה מפורטים רק בחלק זה.

#### • שינוי בלתי מוסבר וקיצוני בהתנהגות

שינוי בלתי מוסבר בהתנהגות, או התנהגות קיצונית כגון צייתנות יתר, פאסיביות קיצונית, אגרסיביות קיצונית או דרשנות יתר או שינוי בהישגים האישיים - כל אלה יכולים להיות סימן להתעללות.

#### • התקשרות לא אופיינית

התקשרות חסרת ביטחון שאינה אופיינית לילד נצפית לעתים קרובות בקרב ילדים שעברו התעללות. ילדים אלה חשים על-פי רוב לא בטוחים בחברת אנשים זרים ומחפשים באופן כפייתי נוכחות ותשומת לב של מטפליהם הישירים, אך גם מגלים כלפיהם חיבה מועטה.

#### • חשיפה

חשיפת איברים או התערטלות ישירה היא הוכחה איתנה להתעללות. יש להתייחס לאירוע כזה במלוא תשומת הלב ולדווח עליו.

#### • פחד

ילדים ובוגרים שעברו התעללות מביעים לעתים חשש מהמפגש עם אנשים. פחדם יכול לבוא לידי ביטוי בבריחה, בהרמת זרועם כדי להגן על עצמם מפני התעללות, בהימנעות ממגע ובהירתעות פתאומית לנוכח תנועות חדות של הזולת. יכולים גם להופיע פחדים חדשים שלא היו לפני הפגיעה, במיוחד פחדים שקשורים במגע גופני או פחד לחזור הביתה. הפחד יכול לבוא לידי ביטוי בנוכחות מתעלל או בנוכחות כל אדם אחר.

#### • בעיות למידה

לעתים קרובות אנו מוצאים בעיות וקשיי למידה בקרב ילדים ומתבגרים שנפגעו מהתעללות. הסיבה לכך מורכבת; במקרים רבים נראה כי רוב האנרגיה של הנפגע מופנית להישרדות ולהתמודדות עם הדחק ונשאר מעט אנרגיה פנויה ללמידה או לעשיית פעולות אחרות האופייניות לגיל.

- **הערכה עצמית ירודה**

הערכה עצמית נמוכה, המלווה בתחושה ש"מגיע לי כי אני נכה" או בתחושה של חוסר ערך כאדם יכולה להצביע על התעללות. דוגמאות אפשר למצוא במחקר שנערך על מבוגרים בעלי מוגבלות שנפגעו בילדותם (Westcott, 1993).

- **העדר משמעת וציות**

אנשים שעברו התעללות לעתים קרובות הופכים להיות חסרי משמעת ולא צייתנים. התנהגות זו יכולה לבוא לידי ביטוי כלפי אדם מסוים או כלפי מצב, אך היא גם יכולה להיות מוכללת. במקרים מסוימים התנהגות זו נועדה למנוע את הפגישה בין הקרבן לאדם המתעלל או למנוע את הסיטואציה של ההתעללות. במקרים אחרים נראה כי זו תגובה כללית לתסכול וייתכן שהיא משקפת מאמץ להשיג רמה מסוימת של שליטה עצמית.

- **נסיגה**

אנשים שעברו התעללות מתנהגים באופן האופייני לאנשים צעירים מהם. עובדה זו יכולה לשקף חוסר יכולת לעבור ולהתקדם בשלבי החיים השונים. הנסיגה יכולה להיות מוגבלת להתנהגות אפקטיבית ובינאישית, ולעתים היא יכולה להתרחב לעבר מיומנויות התפתחותיות. לדוגמה, ילד שנגמל עלול לחזור ולהרטיב.

- **הפרעות שינה ואכילה**

הפרעות שינה כמו סיוטים או קושי להירדם או נטייה להירדם בכיתה לעתים תכופות, וכן הפרעות אכילה, יכולות להצביע על התעללות.

- **פרישה והתבודדות**

אנשים שעברו התעללות יבחרו לעתים להתבודד. פרישה והתבודדות יכולות לנבוע מדיכאון או לשמש ביטוי התנהגותי של קרבנות. לדוגמה, ילד שעבר התעללות יתבודד וימנע מקשר עם ילדים אחרים, אך אם הוא לא יוכל להימנע מיחסי גומלין עמם, הוא יהפוך לתוקפן כדי לסיים את הקשר. התנהגות נוספת מאופיינת בקיצוניות: אלימות קיצונית או הסתגרות ופסיביות קיצונית, או כל שינוי בלתי מוסבר וקיצוני בהתנהגות ובהישגים.

- **תוקפנות**

התנהגות תוקפנית נפוצה בקרב נפגעי התעללות. במקרים מסוימים היא תהיה חיקוי לתוקפנות כלפי הנפגע, או תתבטא בסוגים אחרים של תוקפנות, היכולים לבוא לידי ביטוי בציור, בסיפור או במשחק.

- **דיכאון**

דיכאון לא מוסבר - היכול לבוא לידי ביטוי מילולי או התנהגותי, כמו חוסר תיאבון, הפגנת עצב או התכנסות של האדם בתוך עצמו, אפאתיה, חוסר רצון לבצע פעולות יום-יומיות שבוצעו לפני כן ברצון, שינה עד שעה מאוחרת, קושי לקום ועוד - יכול להצביע על התעללות.

### • פגיעה עצמית

התנהגות של פגיעה עצמית כוללת מגוון התנהגויות כגון הכאת הגוף, נשיכות, סריטות, כוויות עור, חיטוט בעור, צביטות ושפשופים, והצורה השכיחה ביותר היא הכאת הראש והטחתו (Symons & Thompson, 1997). אופייה המורכב, הקשה לעתים להבנה, של התנהגות הפגיעה העצמית ושכיחותה בקרב ילדים ובוגרים בעלי מוגבלות מקשים לעתים קרובות על ההבחנה של פגיעה עצמית כסימן היכול להצביע על התעללות. בהמשך הפרק מוצע שאלון עזר לתיעוד ולבחינה של התנהגות של פגיעה עצמית כסימן לפגיעה.

### • הפרעות התנהגות

אפשר להבחין אצל הילד הצעיר שנפגע מהתעללות רגשית ופסיכולוגית הפרעות בהתנהגות ובכלל זה מופנמות ונסיגה, התנהגות אנטי-סוציאלית כמו התנהגות הרסנית, אכזריות וגנבות (אילון, צימרון, 1990). הילד המבוגר יותר שנפגע רוכש רפרטואר גדול יותר של טקטיקות במטרה להימנע מקשר ומהבעה רגשיים. טקטיקות אלו נתפסות לעתים קרובות על ידי המביטים מן הצד כמוזרות. הן כוללות מראית עין של אטימות, דריכות, או את הקיצוניות השנייה - רתיעה אלימה מפעולות או ממילים עמוסות רגשית, ובמיוחד מפעולות וממילים חמימות וידידותיות.

### • השמעת קולות

קולות כגון המהום, צרחות ואנחות יכולים להצביע על מצוקה כתוצאה מהתעללות.

### • דיכוי רגשות וקשיים בתקשורת, בהתייחסות ובהתחברות

אדם שנפגע מהתעללות פסיכולוגית ורגשית, ואשר למד להסתגל להתעללות או לשרוד ממנה, עושה זאת על ידי הבעת רגש מצומצמת ככל האפשר או על ידי הבעת רגש שלילית או אף על ידי דיכוי הרגש. התמודדות זו יכולה לגרום לקשיי תקשורת העלולים לגרום לבעיות מרכזיות בבניית מערכות יחסים ובהתחברויות חברתיות.

### • תגובות פסיכו-נוירוסיות

ביטויים של היסטריה, אובססיביות, קומפולסיביות, פוביות והיפוכונדריה יכולות להצביע על התעללות.

### • התנהגות מוגזמת

התנהגות מוגזמת, כגון התנהגות בוגרת מדיי של דאגה הורית לילדים אחרים, או התנהגות ילדותית מדיי, כמו מציצת אצבע, יכולות להצביע על התעללות.

### • עיכוב התפתחותי

עיכוב בהתפתחות הרגשית והאינטלקטואלית יכול להצביע על התעללות.

### רשימה 3:

#### סיכום הסימנים ההתנהגותיים/הרגשיים היכולים להצביע על חשד להתעללות רגשית ופסיכולוגית

השמעת קולות	נסיגה	שינוי התנהגותי בלתי מוסבר וקיצוני
דיכוי רגש	הפרעות שינה ואכילה	התקשרות שאינה אופיינית
קשיים בתקשורת, בהתייחסות, בקבלת	פרישה והתבודדות	חשיפה
תגובות פסיכו-נוירוטיות	תוקפנות	פחד
התנהגות מוגזמת או בוגרת מאוד	דיכאון	בעיות למידה
עיכוב התפתחותי	פגיעה עצמית	הערכה עצמית ירודה
	הפרעות התנהגות	העדר משמעת וציות

הערה: הסימנים הצבועים באדום משותפים לכל סוגי הפגיעה.



## סימנים היכולים להצביע על חשד להזנחה בקרב אנשים בעלי מוגבלות

הסימנים היכולים להצביע על חשד להזנחה הם גופניים והתנהגותיים/רגשיים. הופעתו של אחד מהסימנים אינה מצביעה בהכרח על הזנחה, אלא אם כן הסימן מופיע בצורה חוזרת ונשנית או בצירוף של כמה סימנים.

הסימנים לחשד למקרי הזנחה צריכים להיות עקביים: עליהם להיות כרוניים (קיימים מרבית הזמן) או תקופתיים (אפשר לגלותם לאחר סופי שבוע, חופשה או היעדרות) או אפיזודיים (מופיעים בזמן מחלה או משבר אחר במשפחה). בבואנו להעריך אפשרות של הזנחה יש לשקול את הסביבה התרבותית שבה האדם חי.



## סימנים גופניים היכולים להצביע על הזנחה

**רעב מתמיד, הזנה לקויה, היגינה ירודה, ביגוד בלתי הולם, עייפות מתמדת, הידרדרות הולכת וגדלה ושינוי פתאומי במצב גופני.**

כל אלה הן דוגמאות לפעולות שמפריעות או מונעות התפתחות תקינה של הילד, המתבגר והבוגר בעל המוגבלות. פעולות אלה קשורות לאי סיפוק צרכים בסיסיים של מזון, ביגוד ומחסה והן משמשות סימנים להזנחה גופנית.

### • התייבשות

התייבשות כתוצאה מהזנחה יכולה להתרחש במקרים שבהם "שוכחים" אדם בעל מוגבלות ברכב בשמש לתקופה ארוכה, או במקרים של אי מתן שתייה ביום חם או אי מתן שתייה מספקת בהתאם להוראות רפואיות.

### • בעיות רפואיות שאינן מטופלות

פציעות בלתי מטופלות, קשיי ראייה או שמיעה בלתי מטופלים, או כל בעיה רפואית שאינה מטופלת יכולים להיות סימן להזנחה.

## סימנים התנהגותיים/רגשיים

### • גנבה או חיפוש אחר מזון

חיפוש אחר מזון החוזר על עצמו יכול לשמש סימן פיזי להזנחה אך גם יכול לשמש ביטוי למצוקה רגשית הבאה לידי ביטוי בגנבות לדוגמה.

### • הירדמות מתמדת

הירדמות מתמדת בשיעור, בעבודה או בכל פעילות אחרת ללא סיבה ידועה (כגון מחלה או תרופות הגורמים לעייפות) יכולה להיות כתוצאה מעייפות, ובמקרה כזה היא תיחשב לסימן גופני להזנחה (ראה סימנים גופניים), אך ייתכן גם שהיא אינה קשורה לעייפות והיא מבטאת מצוקה רגשית ומשמשת סימן להזנחה.

• היעדרות תכופה מהמסגרת

היעדרות תכופה מבית הספר או ממקום העבודה יכולה להיות סימן להזנחה.

• שוטטות

במקרים רבים מגיע לידי אנשי מקצוע, או לדיונים בוועדות אבחון, מידע על אנשים בעלי מוגבלות הנמצאים שעות רבות מחוץ לביתם ומשוטטים לבדם. זה יכול לקרות לדוגמה כשנער חוזר מבית הספר, וההורים עדיין לא שבו מהעבודה, והוא משוטט במקום מגוריו, בגן, בקניון או ברחובות במשך שעות. זה יכול לקרות כשנערה שסיימה את בית הספר אינה מסתגלת למקום עבודה חדש והיא משוטטת ללא מסגרת שעות על גבי שעות. שוטטות זו משמשת כר פעולה נרחב לפגיעה ולהיפגעות. ההזנחה כאן באה לידי ביטוי בכישלון לספק שירותי חינוך ושיקום הולמים ובמניעת תנאים שהאדם זקוק להם להתפתחות של התנהגות נורמטיבית ותיקנה.

**רשימה 4: סיכום הסימנים הגופניים היכולים להצביע על חשד להזנחה**

רעב מתמיד	ביגוד בלתי הולם	הידרדרות הולכת וגדלה ושינוי פתאומי במצב הגופני
הזנה לקויה	עייפות מתמדת	בעיות רפואיות שאינן מטופלות
היגיינה ירודה	התייבשות	

**רשימה 5: סיכום הסימנים ההתנהגותיים/הרגשיים היכולים להצביע על חשד להזנחה**

שינוי התנהגותי בלתי מוסבר וקיצוני	נסיגה	השמעת קולות
התקשרות שאינה אופיינית	הפרעות שינה ואכילה	גבבה או חיפוש אחר מזון
חשיפה	פרישה והתבודדות	הירדמות מתמדת
פחד	תוקפנות	היעדרות תכופה מבית הספר, ממקום העבודה
בעיות למידה	דיכאון	שוטטות
הערכה עצמית ירודה	פגיעה עצמית	
העדר משמעת וציות	הפרעות התנהגות	

הערה: הסימנים הצבועים באדום משותפים לכל סוגי הפגיעה.

## **סימנים היכולים להצביע על חשד להתעללות מינית באנשים בעלי מוגבלות**

הסימנים היכולים להצביע על חשד להתעללות מינית הם גופניים, התנהגותיים, רגשיים ומיניים.

### **סימנים גופניים**

- **טראומה או פגיעה באזורים בגוף**  
סימני פגיעה בחזה, בישבן, בבטן התחתונה, בירכיים ו/או באזורים המיניים יכולים להיות סימנים להתעללות.
- **כאב באיברי המין**  
תלונות על כאב באברי המין או גירוד באיברי המין או בגרון, קושי ללכת לשירותים או קושי לבלוע יכולים להיות סימנים להתעללות.
- **מחלות מין**  
מחלות כגון זיבה והרפס, במיוחד בקרב צעירים, יכולות להיות סימנים להתעללות.
- **סימנים של פגיעה גופנית**  
סימנים כגון חבורות, כוויות, חתכים, שפשופים, שבר או נקע יכולים להיות סימנים להתעללות.
- **בגדים חסרים**  
בגדים חסרים, קרועים או מוכתמים יכולים להיות סימנים להתעללות.
- **היריון**  
היריון "לא מוסבר", המופיע ללא ידיעה על קיומו של קשר מיני בגיל צעיר, יכול להיות סימן להתעללות מינית.
- **דימום**  
דימום וגינאלי או רקטאלי או כל ממצא אחר המראה על דלקות באיברים אלו יכול להיות סימן להתעללות מינית.
- **הדמעה**  
הדמעה מהעיניים, מהאף או מהפה יכולה להיות סימן להתעללות.
- **הישנות תלונות על מחלה**  
הישנות תלונות כמו תלונות על כאבי ראש, על כאבי בטן ועל הקאות ללא בסיס סומאטי או אורגאני נראה לעין יכולה להיות סימן להתעללות.
- **הליכה בצורה משונה**  
הליכה בצורה משונה או קשיי הליכה או כאב בזמן ישיבה יכולים להיות סימנים להתעללות.



### • ריח לא רגיל או חזק

ריח הנודף מהגוף או מחלקים שונים של הגוף כתוצאה מהפרשות, ריח גוף חזק וכדומה יכולים להיות סימן להתעללות.

### • הידרדרות גופנית

הידרדרות גופנית מהירה יכולה להיות סימן להתעללות.

### רשימה 6: סיכום הסימנים הגופניים היכולים להצביע על חשד להתעללות מינית

כאב, גירוד באיברי המין או בגרון, קושי ללכת לשירותים או לבלוע	טראומה או פגיעה בחזה, בישבן, בבטן התחתונה, ברכיים ובאזורים מיניים
סימנים של פגיעה גופנית	מחלות מין
היריון "לא מוסבר"	בגדים חסרים, קרועים, מוכתמים
הדמעה מהעיניים, מהאף, מהפה	דימום וגינאלי או רקטאלי
הליכה בצורה משונה או קשיי הליכה או כאב בזמן הישיבה	הישנות תלונות על מחלה ללא בסיס סומאטי או אורגאני נראה לעין
הידרדרות גופנית מהירה	ריח לא רגיל או חזק

### סימנים התנהגותיים/רגשיים/מיניים

#### • בכי

בכי פתאומי ללא סיבה הנראית לעין או בכי בעת החלפת חיתול או בעת הפשטת בגדים יכול להצביע על התעללות.

#### • היפוך תפקידים

היפוך תפקידים או חוסר איזון ביניהם, כמו, לדוגמה, ילד המתנהג כמבוגר או הורה המתנהג כאיש צוות, יכול להצביע על התעללות.

#### • ביטוי מילולי היכול להצביע על איום או על השתקה

ביטויים כמו "אם תספר אהרוג אותך" או "אם תספר אדאג שיענישו אותך", היכולים להצביע על איום או על השתקה הנשמעים מפיו של מטפל, בעל, הורה או חבר, יכולים להצביע על התעללות.

#### • ביטוי רגשי לא רגיל

שינוי פתאומי בביטויים רגשיים, כגון כעס, אהבה, פחד, דחייה, שנאה, עצב כלפי אדם מסוים, או ביטוי רגשי שאינו רגיל, כלומר מוצג בצורה לא ראויה, במקום או בזמן לא מתאימים ובעוצמה או באופן לא ראויים – כל אלה יכולים להצביע על התעללות.

- **התכנסות עצמית**  
התכנסות עצמית ממושכת וללא סיבה נראית לעין יכולה להעלות חשד להתעללות.
- **עיסוק בעולם של פנטזיות, ילדותיות**  
עיסוק אובססיבי בעולם של פנטזיות והתנהגות ילדותית יכולים להצביע על התעללות.
- **יחסי חברות מועטים**  
מיעוט יחסי חברות, התבודדות או יחסי חברות רדודים עם ילדים או עם בוגרים אחרים בני גילם יכולים להצביע על התעללות.
- **הימנעות מפעילויות**  
הימנעות מהשתתפות בפעילויות כגון שיעורי התעמלות, טיול או שחייה המלווה לעתים בסירוב להתקלח או להחליף בגדים בנוכחות אחרים יכולה להצביע על התעללות.
- **קיומם של יחסי גומלין "חשאיים"**  
הוכחה על קיומם של יחסי גומלין "חשאיים" עם אדם מבוגר, במיוחד כשמעורבים אלמנטים של פיתוי, שוחד או תחבולות, יכולה להצביע על התעללות.
- **סימפטומים פוסט-טראומטיים**  
סימפטומים הנחווים בעקבות הטראומה הנפשית הקשורה בהתעללות, כגון ציפייה מתמדת לסכנה, התנתקות, דיסוציאציות והזדקקות לסמים ולאכזריות, יכולים להצביע על התעללות (לפירוט ראה שער ראשון, פרק שני/ד, "השפעות ונזקים").
- **שקרים כפייתיים**  
שקרים כפייתיים יכולים להצביע על התעללות.
- **התנהגות אנטי-חברתית שאינה קשורה למיניות**  
התנהגות אנטי-חברתית שאינה קשורה למיניות כמו גנבה, תוקפנות מילולית, השתטחות על הרצפה או בריחה יכולה להצביע על התעללות.
- **רחצה אובססיבית**  
רחצת הידיים או הגוף באופן אובססיבי כדי "לטהר" אותם יכולה להצביע על התעללות.
- **ירידה תפקודית**  
ירידה במיומנויות העצמאות האישית או קשיים לימודיים ללא סיבה הנראית לעין יכולים להצביע על התעללות.

• **עניין וידע יוצאי דופן בתחום המיני**

עניין וידע בתחום המיני שאינם מותאמים לגיל או לרמת התפקוד, היכולים לבוא לידי ביטוי גם בהתנהגות מינית מוזרה, מתוחכמת ובלתי רגילה לגיל, יכולים להצביע על התעללות.

• **התנהגות מינית שאינה נורמטיבית**

התנהגות מינית לא נורמטיבית עם אחים או עם חברים, בגיל צעיר מאוד, התנהגות מינית עם חיות, אוננות כפייתית, דחיפת עצמים לאיברי המין ללא תחושת כאב, חשיפת איברים או התערטלות והתפשטות – כל אלה יכולות להצביע על התעללות.

• **מעורבות באירוע של התעללות כפוגע**

מעורבות באירוע של התעללות כפוגע יכולה להצביע על התעללות.

• **הצגת התנהגות מפתה**

הצגת התנהגות מפתה שאינה הולמת את הגיל ואת רמת התפתחותו של האדם יכולה להצביע על התעללות.

• **משחק מיני עקבי**

משחק מיני עקבי שאינו הולם את הגיל ואת רמת התפתחותו של האדם יכול להצביע על התעללות.

• **תוקפנות מינית**

נגיעות בחלקי גוף של אחרים, כולל איברי גוף אינטימיים ושימוש בשפה גסה, מלווה בביטויים מיניים, יכולות להצביע על התעללות.

**רשימה 7: סיכום הסימנים ההתנהגותיים/הרגשיים/המיניים היכולים להצביע על חשד להתעללות מינית**

שינוי התנהגותי בלתי מוסבר וקיצוני	התקשרות שאינה אופיינית	חשיפה
פחד	בעיות למידה	הערכה עצמית ירודה
העדר משמעת וציות	נסוגה	הפרעות שינה ואכילה
פרישה והתבודדות	תוקפנות	דיכאון
פגיעה עצמית	הפרעות התנהגות	השמעת קולות
בכי	היפוך תפקידים	ביטוי מילולי היכול להצביע על איום או על השתקה
ביטוי רגשי לא רגיל	התכנסות עצמית	עיסוק בעולם של פנטזיות, ילדותיות
יחסי חברות מועטים	הימנעות מפעילויות	קיומם של יחסי גומלין "חשאיים"
סימפטומים פוסט-טראומטיים	שקרים כפייתיים	התנהגות אנטי-חברתית שאינה קשורה למיניות
רחצה אובססיבית	ירידה תפקודית	עניין וידע יוצאי דופן בתחום המיני
התנהגות מינית שאינה נורמטיבית	מעורבות באירוע של התעללות כפוגע	הצגת התנהגות מפתה
משחק מיני עקבי שאינו הולם את הגיל ואת רמת התפתחותו של האדם	תוקפנות מינית	

הערה: הסימנים הצבועים באדום משותפים לכל סוגי הפגיעה.

לוח 6: סיכום הסימנים הגופניים היכולים להצביע על התעללות באנשים בעלי מוגבלות

הזנחה	התעללות מינית	התעללות גופנית
רעב מתמיד	טראומה או פגיעה בחזה, בישבן, בבטן	פצעי שפשוף
הזנה לקויה	התחתונה, בירכיים ובאזורים המיניים	נשיכות
היגינה ירודה	כאב, גירוד באיברי המין או בגרון, קושי	חבורות ושטפי דם בלתי מוסברים
ביגוד בלתי הולם	ללכת לשירותים או לבלוע	כוויות וסימני צריבה
עייפות מתמדת	מחלות מין	תרדמת
התייבשות	סימנים של פגיעה גופנית	פגיעות שיניים
הידרדרות במצב הגופני	בגדים חסרים, קרועים, מוכתמים	נקע
בעיות רפואיות שאינן מטופלות	היריון "לא מוסבר"	פגיעות אוזניים ועיניים
	דימום וגינאלי או רקטאלי	שברים
	הדמעה מהעיניים, מהאף, מהפה	חתכים
	הישנות תלונות על מחלה ללא בסיס	סימני קשירה
	סומאטי או אורגני נראה לעין	סימני הלקאה
	הליכה בצורה משונה או קשיי הליכה	פגיעות בטן בלתי מוסברות
	או כאב בזמן ישיבה	סימני חפצים
	ריח לא רגיל או חזק	סימני נפילות
	הידרדרות גופנית מהירה	

הערה:

חוב הסימנים להתעללות רגשית ופסיכולוגית הם התנהגותיים/ רגשיים ולא גופניים, לכן הם אינם מופיעים בטבלה.

סיכום הסימנים ההתנהגותיים/הרגשיים/המיניים היכולים להצביע על התעללות באנשים בעלי מוגבלות

התעללות רגשית ופסיכולוגית	התעללות גופנית	התעללות מינית	הזנחה
<ul style="list-style-type: none"> <li>שינוי התנהגותי בלתי מוסבר וקיצוני</li> <li>התקשרות שאינה אופיינית</li> <li>חשיפה</li> <li>פחד</li> <li>בעיות למידה</li> <li>הערכה עצמית ירודה</li> <li>העדר משמעת וציות</li> <li>נסיגה</li> <li>הפרעות שינה ואכילה</li> <li>פרישה והתבודדות</li> <li>תוקפנות</li> <li>דיכאון</li> <li>פגיעה עצמית</li> <li>הפרעות התנהגות</li> <li>השמעת קולות</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>שינוי התנהגותי בלתי מוסבר וקיצוני</li> <li>התקשרות שאינה אופיינית</li> <li>חשיפה</li> <li>פחד</li> <li>בעיות למידה</li> <li>הערכה עצמית ירודה</li> <li>העדר משמעת וציות</li> <li>נסיגה</li> <li>הפרעות שינה ואכילה</li> <li>פרישה והתבודדות</li> <li>תוקפנות</li> <li>דיכאון</li> <li>פגיעה עצמית</li> <li>הפרעות התנהגות</li> <li>השמעת קולות</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>שינוי התנהגותי בלתי מוסבר וקיצוני</li> <li>התקשרות שאינה אופיינית</li> <li>חשיפה</li> <li>פחד</li> <li>בעיות למידה</li> <li>הערכה עצמית ירודה</li> <li>העדר משמעת וציות</li> <li>נסיגה</li> <li>הפרעות שינה ואכילה</li> <li>פרישה והתבודדות</li> <li>תוקפנות</li> <li>דיכאון</li> <li>פגיעה עצמית</li> <li>הפרעות התנהגות</li> <li>השמעת קולות</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>שינוי התנהגותי בלתי מוסבר וקיצוני</li> <li>התקשרות שאינה אופיינית</li> <li>חשיפה</li> <li>פחד</li> <li>בעיות למידה</li> <li>הערכה עצמית ירודה</li> <li>העדר משמעת וציות</li> <li>נסיגה</li> <li>הפרעות שינה ואכילה</li> <li>פרישה והתבודדות</li> <li>תוקפנות</li> <li>דיכאון</li> <li>פגיעה עצמית</li> <li>הפרעות התנהגות</li> <li>השמעת קולות</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>דיכוי רגש</li> <li>קשיים בתקשורת, בהתייחסות, בחברות</li> <li>תגובות פסיכו-ניורוטיות</li> <li>התנהגות מוגזמת</li> <li>עיכוב התפתחותי</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>בכי</li> <li>היפוך תפקידים</li> <li>ביטוי מילולי היכול להצביע על איום או על השתקה</li> <li>ביטוי רגשי לא רגיל</li> <li>התכנסות עצמית</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>גנבה/ חיפוש מזון</li> <li>הירדמות מתמדת</li> <li>היעדרות תכופה ממסגרת</li> <li>שוטטות</li> </ul>	

לוח 7:

סיכום הסימנים ההתנהגותיים/הרגשיים/המיניים היכולים להצביע על התעללות באנשים בעלי מוגבלות

הזנחה	התעללות מינית	התעללות גופנית	התעללות רגשית ופסיכולוגית
	<ul style="list-style-type: none"><li>• עיסוק בעולם של פנטזיות, ילדותיות</li><li>• יחסי חברות מועטים</li><li>• הימנעות מפעילויות</li><li>• קיומם של יחסי גומלין "חשאיים"</li><li>• סימפטומים פוסט-טראומטיים</li><li>• שקרים כפייתיים</li><li>• התנהגות אנטי-חברתית שאינה קשורה למיניות</li><li>• רחצה אובססיבית</li><li>• ירידה תפקודית</li><li>• עניין וידע יוצאי דופן בתחום המיני</li><li>• התנהגות מינית שאינה נורמטיבית</li><li>• מעורבות באירוע של התעללות כפוגע</li><li>• הצגת התנהגות מפתה</li><li>• משחק מיני עקבי שאינו הולם את הגיל ואת רמת התפתחותו של האדם</li><li>• תוקפנות מינית</li></ul>		





## כלי עזר לאיתור התעללות

הקושי של אדם בעל מוגבלות שנפגע לספר ולתאר את חוויותיו והקושי של איש המקצוע להבינם יצרו את נחיצות השימוש באמצעים שאיש המקצוע יכול להיעזר בהם בבואו להבהיר ולהשלים תמונה מקיפה בכל הקשור לחשד להתעללות אפשרית. בין האמצעים השונים אפשר למצוא שימוש בציור ובבובות אנטומיות והיעזרות בסיפורים, בקלפים, במשחקים, בתמונות ובעזרים טכנולוגיים שונים.

השימוש בכלי עזר לצורך איתור חשד להתעללות שנוי במחלוקת מכמה סיבות. ראשית, חלק מהכלים דורשים מומחיות והתמחות, במיוחד השימוש בציור, בבובות אנטומיות או בעזרים טכנולוגיים שונים. החשש העולה תדיר הוא משימוש לא זהיר ומוטעה בכלים אלה, העלול להזיק לאדם שנפגע כמו גם לפגוע בהמשך החקירה או ההעמדה לדין. שנית, הכלים הם סובייקטיביים ונתונים לפרשנויות, וקיימת שאלה לגבי המהימנות והאמינות של טכניקות איסוף המידע בעת קיום ריאיון עם ילדים ועם בוגרים בעלי מוגבלות.

עם זאת, עבור אדם בעל מוגבלות הציור, המשחק בבובות או היעזרות בלוחות ובתמונות משמשים אמצעי לבטא ולתאר את תחושותיו ואת חוויותיו האישיות בכל הקשור לפגיעה. כיצד תספר ילדה בת שש בעלת פיגור שכלי קשה לאמה כי תלמיד פגע בה בבית הספר? כיצד יספר נער בן 15 בעל ליקוי בדיבור למורתו כי המדריך בחוג הקרטה נוגע בו? כיצד תספר האישה הנכה המתקשה בדיבור לשוטר כי אתמול בלילה פרצו לדירתה וניסו לאנסה?

### כלי העזר הם חשובים מאוד, אך יש לזכור:

- ← כללי העזר באים לצורך עזרה בשלב של איסוף מידע מקיף לפני קיומו של חשד לפגיעה.
- ← הם מיועדים לשימושם של אנשי המקצוע שהם מומחים ומתמחים בשימוש בטכניקה זו.
- ← הם אינם משמשים לצורך חקירה או תשאול.
- ← הם בעלי פוטנציאל לזיהום חקירה בגלל היותם סובייקטיביים ונתונים לפרשנויות.
- ← שימוש בהם לפני חקירה עלול למנוע את העמדת הפוגע לדין.

### מתי אפשר להיעזר בכלים?

מחנכת בבית ספר לחינוך מיוחד פנתה ליועץ החינוכי בבית ספרה וסיפרה לו כי אחד מתלמידיה מתנהג "שלא כתמול שלשום". לשאלותיו של היועץ החינוכי היא סיפרה כי הנער בן ה-14, שהיה חברתי ופעיל בכיתה כל ימות השנה, נראה לאחרונה מסוגר, מופנם ונרתע מפניה ומפני הסייעת. היא גם סיפרה כי "נראה לה כי הוא מחפש סיבות להישאר בבית הספר ולא לחזור הביתה". היא ניסתה לשאול אותו מה קורה אך הוא אינו עונה לשאלותיה. לדעתה הוא אוהב מאוד את המורה לאמנויות, וייתכן שכדאי שיגיע אליה למפגש...

במקרה נוסף סיפרה המטפלת בדרמה למנהל שבמפגש האחרון של קבוצת הדרמה שמשותפים בה אנשים בעלי פיגור שכלי וליקויי למידה במועדון בעיר הומחזו מצבים המתרחשים באוטובוס. אחת השחקניות סיפרה על אירוע שבו אדם שישב לידה באוטובוס ליטף את רגלה ואת בטנה. היא סיפרה כי הנושא עלה בחוג. לא עלה בדעתה לספר כי לא ידעה שהייתה זו הטרדה מינית ושהמעשה אסור...

במקרה אחר הגיע אל העובד הסוציאלי מידע ממדריך במפעל על אישה בעלת פיגור שכלי קשה וקשיי תקשורת חמורים, הנראית בעלת קשיי ישיבה והליכה לא מוסברים והמגיעה בימים האחרונים בבגדים קרועים ובריח גוף חזק במיוחד. כשהגיעה האישה אל משרדו של העובד הסוציאלי, היא התקשתה לספר מה קרה לה והוא התקשה להבין. ניכר היה בהתנהגותה כי הייתה במצוקה. על השולחן היו מונחים דפים וצבעים. היא לקחה אותם תחילה בהיסוס, ולאחר אישור החלה לצייר ולצייר... בתום המפגש העביר העובד את הציור לפסיכולוג לבקשת עזרה בניחוח וגם לצורך התייעצות לגבי פשר התנהגותה של האישה.

כלי העזר מובאים בפרק זה כדי להקל על איש המקצוע ולהיות לו לעזר בבואו לאשש חשד להתעללות. הדוגמאות שלהלן ממחישות כיצד ומתי אפשר להיעזר בציור, בדרמה או במשחק. הכלים משמשים פה עבור האדם בעל מוגבלות, ועבור איש המקצוע הם אוזן ועין נוספות לצורך איסוף מידע במקרים של חשד להתעללות.



## הציור ככלי עזר לאבחון התעללות

השימוש בציור שכיח בקרב מטפלים למטרות אבחון וטיפול. טכניקות הציור המוכרות יותר למטפלים כאמצעי לאבחון האדם כוללות ציור דמות אנוש, ציור בית-עץ-אדם וציור המשפחה הגרעינית. השימוש בציור יכול לסייע בביטוי חוויות טראומטיות ולשמש כלי עזר לאיתור פגיעה. האם אפשר להיעזר בציורים של ילדים ומבוגרים בעלי מוגבלות באותו אופן? קוקס (1999) טוענת כי אפשר להיעזר בציורים, אך יש לנתחם בהתאם לגיל המנטאלי ולא הכרונולוגי. היא מצאה כי ילדים בעלי מגבלה אינטלקטואלית בדרך כלל מצירים בהתאם לגיל המנטאלי (ולא הכרונולוגי), וצוירים אינם שונים בצורה בולטת מאלה שצוירו על ידי ילדים רגילים צעירים יותר. ילדים בעלי נכויות פיזיות, לדוגמה, מצירים בדומה לילדים אחרים בגילם, למעט מקרים שבהם יש להם קושי מוטורי באחיזת העיפרון וכדומה.

### ציור דמות

לב-ויזל (2005), שביצעה שני מחקרים במסגרת החוג לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן-גוריון, מצאה שהשימוש במבחן הציור של דמות אנוש לצורך אבחון התעללות מינית או נטייה לשימוש באלימות פיזית הוא יעיל ביותר. הדמות המצוירת משקפת בדרך כלל את המצייר (גם אם הוא צייר דמות מהמין השני), ולכן העדרם של איברים מסוימים, הקטנתם או עיוות שלהם הם בעלי משמעות לניתוח אופיו של המצייר. להלן כמה דוגמאות.

#### אבחון נטייה לשימוש באלימות פיזית כפי שהיא באה לידי ביטוי בציור

מן הספרות עולה, כי האינדיקטורים הבאים בציור דמות אנוש מצביעים על תוקפנות, על עוינות ועל אימפולסיביות: עיניים חודרניות או נקודתיות, עיניים מוצללות, עיניים חלולות או מושמטות, גבות עבותות, זקן עבות, שפם, שיער; נחיריים ברורים; שיניים בולטות; ניתוק של הצוואר מקו מתאר הפנים או מהכתפיים; כתפיים רחבות; אוזניים מודגשות; אצבעות רחבות, אגרוף, אצבעות מחודדות, אצבעות כדוקרנים, ציפורניים מחודדות; קו מתאר גוף משונן, גוף רחב ושרירי, עמידה יציבה.

#### התעללות מינית כפי שהיא באה לידי ביטוי בציור

על הבסיס של ממצאי מחקרים שביצעה החוקרת הושו ציורי דמות אנוש של נשים וגברים שנפגעו מינית בילדותם ושל גברים ונשים שלא נפגעו בילדותם, והורכבה רשימת אינדיקטורים היכולים להצביע על התעללות מינית:

1. **קו מתאר הפנים:** סנטר או לחי כפולים, חלולים או מוצללים, המייצגים את הצורך או את הרצון לספר על האירוע או מציינים אפשרות של פגיעה אוראלית
2. **עיניים:** עיניים נקודתיות, חלולות, מוצללות או מושמטות, המייצגות רגשות של חרדה, פחד ודיכאון
3. **ידיים זרועות:** זרועות תלויות לצדי הגוף, תלושות או מנותקות, ידיים מנותקות, ידיים או זרועות שמוטות המייצגות תחושה של חוסר אונים ויאוש, ידיים קטנות מאוד או העדר ידיים, או להפך - ידיים בגודל מוגזם, המייצגות גם הן התייחסות כלשהי לאלימות כלפי המצייר

4. **איברי מין:** הצללה או ניתוק של החלק התחתון מן החלק העליון של הגוף, המייצגים קונפליקטים וחרדה הקשורים למיניות; ציור איברי מין חיצוניים (דרך בגד שקוף או ללא כסות כלל); חשוב להדגיש כי ילדים בגיל 5-6 מציירים לעתים איברי מין חיצוניים גם כאשר אין התעללות מינית – ואליבא דפרויד הם בשלב הפאלי שבו הם מגלים את מיניותם – ולכן בכל מקרה כזה יש צורך לבדוק ציורים נוספים של אותו ילד).

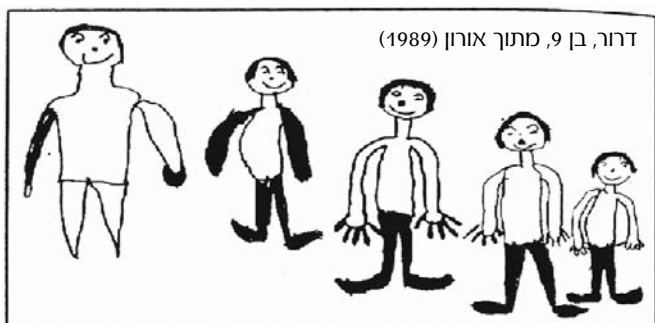
אין ביטחון שבכל מקרה שבו מופיע אחד או יותר מן הסימנים שתוארו לעיל המצייר אכן חווה התעללות, אך כדאי בכל מקרה כזה לבדוק בזהירות ציורים נוספים של אותו ילד או לשוחח אתו, ותמיד כדאי לעדכן במידע גורמים מקצועיים (מחנך הכיתה, היועץ, הפסיכולוג).

כלל, לב-ויזל טוענת כי נדרשים שלושה אינדיקטורים מתוך ארבעה כדי לנבא במידה סבירה חוויה של התעללות מינית. האינדיקטור של קו מתאר הפנים הכרחי לאבחון התעללות מינית בתוך המשפחה. ציור גם יכול לשמש כלי לאבחון הפרעת זהות דיסוציאטיבית המופיעה בקרב נפגעי התעללות מינית, ילדים ומבוגרים, או לאבחון אלימות בין בני זוג.

### ציור משפחה

ציור המשפחה יכול להעשיר, לדחות או לאמת את תחושתנו לגבי ההתעללות שחווה המצייר. בציור המשפחה קל יותר להיווכח בחשדות אלו בשל כמות גירויים רבה יותר. בציור המשפחה אפשר לזהות חשדות להתעללות מינית דרך זיהוי אינדיקטורים שצוינו לפני כן בהתייחסות לנקודות האלה:

1. **ציור איברי מין חיצוניים (דרך בגד שקוף או ללא כסות כלל).** ילד המצייר את כל חברי המשפחה עירומים או לבושים בבגדים שקופים הוא ילד שחי כנראה במשפחה שבה הצניעות אינה ערך חשוב אך לרוב אין בה התעללות מינית ספציפית. לעומת זאת, ילד המצייר את איברי המין של אחד ההורים (בדרך כלל את האב) בגלוי ואת יתר בני המשפחה מכוסים הוא ילד שקרוב לוודאי מנוצל מינית על ידי ההורה כפי שראינו בדוגמאות שלעיל.
2. **ציור פנים ללא תווי פנים.** ילד המצייר את אחד ההורים (בדרך כלל את האב) או את אחיו הגדול ללא תווי פנים, בעוד שאת יתר חברי המשפחה הוא מצייר עם תווי פנים ברורים, הדבר מוכיח שהוא רוצה למחוק מזיכרונו את אותו בן משפחה. כנראה הסיבה לכך היא התעללות מינית או פיזית, אם כי ייתכן שמדובר בהתעללות רגשית בלבד.
3. **ציור זרועות רחבות מאוד או גדולות מאוד.** ילד המצייר את אחד מבני המשפחה כבעל זרועות רחבות מאוד או גדולות מאוד או ללא זרועות כלל עשוי לבטא התעללות.
4. **ציור משפחה ללא הילד המצייר.** ילד המצייר את כל חברי משפחתו ורק לא את עצמו מציין בכך איזו שהיא התעללות בו (לרוב רגשית), והדרך שלו להתמודד עם הדבר היא בריחה או ביטול עצמי.



דרור, בן 9, מתוך אורון (1989)

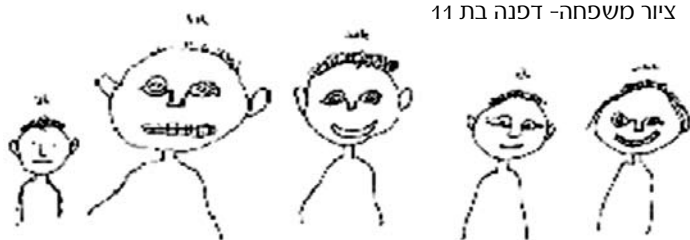
להמחשת הנושא ניעזר בציורים של ילדים מוכים ומנוצלים מינית מתוך ספרה של זהבה אורון, "גרפולוגיה ציור וילד" (1989). הציור שלפנינו צויר על ידי ילד בשם דרור (בן 9) ובו אנו רואים ידיים גדולות ואלימות אצל כל בני המשפחה. אבי המשפחה נוהג להשתכר, וכנראה מפליא את מכותיו בילדיו. בציור הוא נראה חסר כפות רגליים - לא יציב בשל שכרותו - ידו האחת מוצללת, ולאחרת כף יד דמוית

אלה. האב והאח הגדול צבועים באדום (במקור), וכך דרור מבטא את הפחד שהם מטילים עליו. הילדים הקטנים אמנם מוכים בבית, ואכן הם צבועים בכחול, צבע הפחד, אך בבית הספר הם הופכים ממוכים למכים, ואפשר לראות זאת בהצללה של ידיהם ורגליהם ובאצבעות ידיהם החדות כסכינים.



ציור משפחה - לירן בן 8 מתוך אורון (1989)

בציור משפחה נוסף, של לירן בן ה-8, הוא ניצב בין שני הוריו, קרוב יותר לאמו, והוא מסוכך עליה ביד ארוכה מפני אביו הגדול. האם הצבועה בתכלת - צבע המבטא פחד - מגנה על בנה הקטן. האב, למרות נעליו הגדולות, נוטה על צדו בחוסר יציבות. הוא צבוע באדום ובוורוד - צבעי תסיסה ואלימות. בדמות אביו צייר לירן איבר מין, וייתכן שיש במשפחה זו גם אלימות מינית. הפחדים של לירן שרוי בהם מתבטאים בצבעי התכלת והירוק שבהם צבע את עצמו. יחד עם זאת, למרות גילו הצעיר הוא רואה את עצמו כיחיד המסוגל לעמוד נגד אביו האלים ולבוא להגנת אמו. הוא צייר לאביו נעליים גדולות כדי לייצב אותו, והוא מעז לדרוך ברגלו הקטנה על רגל האב.



ציור משפחה- דפנה בת 11

במקרה אחר ציירה דפנה בת ה-11 את בני משפחתה ללא חלק גוף תחתון. השיניים הגדולות והבולטות של האב והאחות מצביעים על האלימות ועל התוקפנות האצורות בהם.

### ציור בית-עץ

גם בציורי הבית והעץ אפשר לראות מצוקות מעין אלו שתוארו לעיל. לצורך אבחון דרושים במקרה זה מיומנות רבה יותר וניסיון עשיר יותר, מאחר שבציורים אלו התכנים מופיעים בצורה מרומזת ופחות גלויה, בעיקר בשל עמימות הגירוי עבור המצייר.

### לסיכום

ציורים הם כלי המאפשר הצצה לעולמם הפנימי של ילדים ושל מבוגרים בעלי מוגבלות וללא מוגבלות. תשומת לבם של אנשי חינוך וטיפול לציוריהם של ילדים תאפשר להם לאתר מצוקות שהמצייר שרוי בהן, לאבחן אפשרות של התעללות ולאפשר טיפול נכון בעיתוי הנכון ובכך להמעיט את הנזק שכבר נעשה. כדי לזהות בוודאות אירועים מעין אלו מתוך הציור דרושים מיומנות רבה וניסיון רב, אך אפשר לזהות גם בעין בלתי מנוסה תמונה ראשונית או סימני אזהרה. כדי לאפשר אבחון מקיף ומבוסס יותר מומלץ לבדוק סדרה של ציורים ולא להסתמך על ציור אחד. בנוסף, יש לבחון את הציור בהקשר של שלב ההתפתחות הגראפית לעומת הגיל הביולוגי של המצייר (לב-ויזל, 2005). שיטות מקורות מומלצת למי שרוצים להתעמק בנושא השימוש בציור ככלי אבחון מובאת בשער השלישי/מקורות.

## בובות אנטומיות ככלי עזר לאבחון התעללות

בובות אנטומיות הן בובות רכות של איש, אישה, ילד וילדה, הבנויות כהעתק של בני האדם, כולל איברי מין ופתחים, וקיימות בגדלים שונים ובאופנים שונים, כגון בובות כסיה או בובות משחק בגודל 60X160 ס"מ וכדומה. השימוש בבובות ככלי לאבחון או לחקירה החל בשנת 1975 כאמצעי לריאיון ילדים אשר עברו התעללות (Morgan, 1995), וכיום הוא שנוי במחלוקת בקרב קהיליית אנשי המקצוע והמדע (Brook, 2000). השימוש הבעייתי ביותר הוא בפענוח האינטראקציה של הילד עם הבובות, היכול להוביל למסקנה שהייתה התעללות מינית. חלק מאנשי המקצוע טוענים כי אפשר להשתמש בבובות בתנאי שנהרים לא להיות השלכתיים ולא משתמשים באינטראקציה של הילד עם הבובות כבסיס לדעה לגבי התעללות מינית, וכן בתנאי שלא משתמשים בהן עם ילדים קטנים מאוד (Simkins Boat & Everson, 1996 & Renier, 1996). אנשי מקצוע אחרים מאמינים כי אי אפשר להיעזר בבובות, אפילו בשימת לב זהירה במיוחד (Wolfner et al., 1993).

בבית משפט לענייני משפחה בירושלים מיום 19.9.03 (תיק מס' 006501/98) הועלתה סוגיית השימוש בבובות אנטומיות, והשופט הזכיר בפסק דינו את המחלוקת הקיימת בספרות המקצועית בדבר השימוש בהן לצורך אבחון וחקירה. רוב העוסקים בתחום, כך נטען בפסק הדין, מסופקים אם יש לתת בכלל משקל לממצאים בבדיקה כזו. בכל המאמרים מודגש שבדיקה כזו צריכה להיעשות על פרוטוקול נוקשה ובסדר מסוים, כדי למנוע תוצאות שגויות, חיוביות או שליליות. כמו כן, חוקרי ילדים הפועלים על-פי החוק לתיקון דיני ראיות (הגנת ילדים), התשט"ו-1955, חדלו להשתמש בבובות אנטומיות לצורך חקירת ילדים בכל הגילים. המסקנה היא שהשימוש בבובות יכול להביא לחשיפה בלתי נכונה בדבר מגעים ושאינן להשתמש בבובות אנטומיות לצורך חקירת ילדים שגילם פחות מ-5 שנים. באשר לילדים או לבוגרים בעלי מוגבלות יש לציין כי השימוש בבובות ככלי עזר טיפולי-חינוכי נפוץ בקרב אנשי מקצוע, הנעזרים בבובות לשם המחשה ויצירת סימולציה להבנה טובה יותר של תהליכים מורכבים, כדוגמת הסבר על היריון או על לידה, לימוד מיומנויות טיפול במחזור החודשי ועוד (Epps, Stern & Horner, 1990). בריאיון שנערך עם ד"ר דבורה הורוביץ, סגנית המנהלת של שירות המבחן לנוער והאחראית על חקירת הילדים, היא אומרת לגבי השימוש בבובות לחקירת אנשים בעלי פיגור שכלי:

"נעשה בבובות בכל זאת שימוש במקרים שהילד לא מתקשר בכלל, כמו למשל ילדים מפגרים. וגם אז צריך לשקול איזה משקל יש להתקשרות הזו. לא מזמן חקרנו ילדה בת שש שסבלה מפיגור, שהציגה התעללות קשה מאוד באמצעות בובה, בצורה שלא הטילה ספק שהיא אכן עברה את זה. אם כי גם אז הייתה בנוסף עדת ראייה" (מן העיתונות).

## תקשורת תומכת וחלופית ככלי עזר לאבחון התעללות\*<sup>2</sup>

אחד הכלים המרכזיים באיתור נפגעים בקרב ילדים ובני נוער בעלי ליקויים חמורים בדיבור ובסיוע להם הוא לספק להם דרך יעילה לתקשר, לספר ולדווח על חוויות באמצעות הקניית אמצעי תקשורת תומכת וחלופית (תת"ח). התערבות טיפולית מוקדמת, כבר בגיל הרך, תסייע בהטמעת כלים של תת"ח בחיי היום-יום של הילד וברכישת מיומנויות שימוש יעיל בכלים אלו.

"כשקלינאית התקשורת הניחה לפניו לוח תקשורת עם תמונות המשפחה, הוא התרגש. הוא הצביע על כל תמונה וסיפר באמצעות ג'סטות ותמונות מתוך הלוח על כל אחת מהדמויות...עולם של מידע... ילד בן שלוש וחצי, מוגבל מוטורית, בעל קוגניציה תקינה, שאינו מדבר. כולם סביבו חשבו כי אינו מבין או אינו חש במתרחש סביבו. כשהצביע על אחת הדמויות השתנתה התנהגותו ומזג רוחו התחלף: הוא היה נסער, זרק את כובעו, משך בשערותיו... בבדיקה שיזמה קלינאית התקשורת התברר כי הילד סבל מאותה דמות באופן פיזי, כפי שתיאר בדרכו, באמצעות לוח התמונות.

אחריותו של איש המקצוע לספק כלי תקשורת בסיסיים. ברגע שהם קיימים, ילדים ומבוגרים, בדומה לילד במקרה שלנו, ימצאו את הדרך להשתמש בהם לצורכיהם, ובמקרה שלנו - לספר על הפגיעה..." (ד"ר ג'ודי ווין)

מוגבלות חמורה בתקשורת יכולה לנבוע מגורמים מולדים כגון שיתוק מוחין, פיגור שכלי, איחור התפתחותי, קשיים בתכנון תנועה (אפרקסיה/דיספרקסיה), אוטיזם, ליקויי למידה, סינדרומים שונים (כגון תסמונת רט) ומגורמים נרכשים כגון תאונות, חבלות ראש, אירוע מוחי, מחלות ניווניות (כגון ALS) ועוד. מוגבלות חמורה בתחום התקשורת יכולה להתבטא באי יכולת מוחלטת לדבר (לאו דווקא על רקע של חירשות או כבדות שמיעה) או בהיגוי משובש שאינו מובן לסביבה. כן יכולה מוגבלות בתקשורת להיות בתחום של יכולת ההבעה בכתב (על רקע של קשיים מוטוריים). ההגדרה המקובלת על ידי החוקרים למושג "ליקוי חמור בדיבור" היא "חוסר יכולת לדבר בצורה עצמאית כדרך התקשורת העיקרית ולהיות מובן על ידי הסביבה, כאשר הליקוי נגרם עקב פגיעות גופניות, שכליות או רגשיות, ואינו קשור באופן ישיר לליקויים שמיעתיים שונים"; שכיחותו - 0.12% - 0.18% מכלל האוכלוסייה (מריל, ילון-חיימוביץ, לבל, ווין, וייס, 2000) והוא מצריך שימוש בתת"ח באופן זמני או לצמיתות (Balandin, 2000).

תת"ח כוללת גישות ומערכות תקשורת המאפשרות לאדם לתקשר אך אם אין לו יכולת דיבור (Beukelman & Mirenda, 1998). היא כוללת שפת סימנים, מחוות (ג'סטות), לוחות תקשורת בתמונות, סמלים, אותיות, מילים וצירופים ביניהן וכן עזרי תקשורת ממוחשבים בעלי פלט קולי ומחשבים. אנשים המתקשרים באמצעות תת"ח זקוקים לעתים קרובות לעזרי גישות המאפשרים את הפעלת אמצעי התת"ח בדרכים העוקפות קשיים מוטוריים ואחרים. עזרים אלו כוללים מתגים, מקלדות מיוחדות, תחליפי עכבר, מסכים בעלי ממשקים מותאמים (כמו מקלדת על גבי המסך) וכן התאמות אחרות (למשל שיטות סריקה שונות)- כל אחד על-פי צרכיו הייחודיים.

<sup>2</sup> נכתב בעזרתה של קרן יניב, מורה גמלאית מהחינוך המיוחד, פעילה שנים רבות בעמותת "אייזק ישראל: תקשורת תומכת וחלופית"; נציגת אייזק ישראל בקואליציית הארגונים של ארגון "בזכות" ומתנדבת בארגון "בזכות"



אל מערכת התקשורת של האדם יש להתייחס כאילו היא חלק בלתי נפרד מחייו בכל מקום ובכל עת. יש אנשים המתקשרים באמצעות תת"ח ואשר זקוקים למלווה תקשורת - אדם המכיר אותם ואת אמצעי התקשורת שלהם והמזהה כוונות תקשורתיות אצלם, ובעזרתו אפשר להעביר מסרים לסביבה. כך, למשל, מלווה התקשורת יכול לסרוק למען המתקשר את הלוח שלו, וכשהוא מגיע למסר הרצוי (כגון תמונה, סמל, אות או מילה), המתקשר מסמן שלכך התכוון (אין הכוונה לשיטת התקשורת FC-facilitated Communication - תקשורת בסיוע - השנויה במחלוקת).

הניסיון מורה שיכולת ההבעה של אנשים בעלי ליקויים חמורים בדיבור היא לעתים קרובות נמוכה משמעותית מיכולת הבנת השפה שלהם. אילו היו להם הכלים הנכונים לתקשר, הם היו יכולים לגשר על פער זה, למצוא את הפוטנציאל הקוגניטיבי שלהם ולקדם את עצמם בלימודים ואת תפקודם בחברה. שימוש בתת"ח מאפשר להם לעשות זאת ולהעביר מסרים ברמה גבוהה מאלו שהעבירו קודם שהשתמשו בתת"ח.

בסקר דמוגרפי שנערך בארץ נבדקו ילדים בני שנתיים עד עשרים ואחת שנים בעלי ליקויים חמורים בדיבור במסגרות של החינוך המיוחד (מריל, ילון-חיימוביץ, לבל, וויין, וייס, 2000). נמצא כי שכיחות הליקויים החמורים בדיבור בקרב ילדים במסגרות החינוך המיוחד בארץ היא 2.4%-6 ואילו בקרב ילדים בעלי פגיעות רב-נכותיות היא 39%. 57.2% מבין הילדים בעלי ליקויים חמורים בדיבור מטופלים ומשתמשים בתת"ח. עיקר השימוש בתת"ח הוא בלוחות תקשורת (40.3%). ילדים רבים משתמשים במערכת תקשורת משולבת.

אדם בעל ליקוי חמור בדיבור הוא בסיכון להיפגע, במיוחד עקב מגבלותיו התקשורתיות, המונעות ממנו לספר, לדוות. הדרכים המומלצות לאיתור תופעת ההתעללות, לדיווח עליה ולצמצומה ולמניעת הישנות העברה הן אספקת כלי תקשורת נאותים לאנשים בעלי מוגבלות בתקשורת (בריינ, 2002). יש ללמד את האדם בעל המוגבלות בתקשורת אוצר מילים הקשורות בחוויית התקיפה ולאפשר לו גישות לאוצר מילים בנושאים אלו:

**גוף האדם**, פריטי לבוש, פעלים, רגשות; **אנשי מקצוע**, ובכלל זה אנשי מקצוע שהילד בא עמם במגע יום-יומי (נהג, שרת, מורה, מטפלים פרא-רפואיים, דוור, נער שליח, אנשים במכולת השכונתית וכד'); **סביבת החיים**: חצר, הסעה, בית ומשפחה, מגרש המשחקים השכונתי, הרחוב, השדה ליד הבית, החורשה ועוד; **אוצר מילים הקשור לבית**: ריהוט; **כלי תחבורה**; **זמן**; **מילות יחס**; **אנשים**: חברים לכיתה, בני משפחה, ידידי המשפחה, אחרים; **ביטויים חברתיים**: לא, די, מספיק, לא רוצה, זה לא נעים, זה כואב; **אצל הרופא/האחות**: בדיקה גופנית, מחלות, מיניות.

את אוצר המילים רצוי להקנות לילדים החל מגיל צעיר ביותר, במסגרות החינוך שהם לומדים בהן, כחלק בלתי נפרד מאוצר המילים המוקנה להם בשותם במסגרת (כמו אוכל, משחקים וצעצועים, תכנים לימודיים, חגים וכד'). ילד שיכיר את המושגים הללו יוכל להשתמש בהם כדי לספר את סיפורו, את חוויותיו האישיות. המושגים הללו יפכו להיות חלק מחייו, בדומה לתהליך הטבעי של רכישת שפה. כדי לסייע לילד להפנים את המושגים שרכש יש ליצור סיטואציות מגוונות שבהן הוא יוכל לעשות שימוש במושגים. סיטואציות כאלו יכולות להתרחש באמצעות שימוש פעיל בחפצים

השוני, הכרת תמונות וסמלים תוך המללתם, משחקים כגון משחקי דרמה/ יוצא דופן שיסייעו להפנמת הקטגוריות והוראת נושאי לימוד שגרתיים בגני הילדים (לבוש במסגרת הלימוד על עונות השנה, כלי תחבורה וכד'). מחוץ להוראה בכיתה אפשר לעבוד על הכרת הסביבה הקרובה והרחוקה יותר של הילד ועל נושאים כמו "המשפחה שלי" ו"החברים שלי".

אוצר המילים השימושי חייב לקבל ביטוי באמצעי התת"ח העומדים לרשות הילד בעל ליקויי דיבור חמורים. יש כיום סמלים מוכנים המכסים את מגוון הקטגוריות שצוינו לעיל וכן סמלים העוסקים במיניות. הסמלים השכיחים בשימוש בישראל כיום הם PCS - Picture Communication Symbols של חברת Mayer Johnson. תוכנת מחשב הכוללת את מכלול הסמלים מוצעת לרכישה דרך עמותת "אייזק ישראל: תקשורת תומכת וחליפית". התוכנה נקראת Boardmaker, והיא מאפשרת להכין לוחות תקשורת ייחודיים לכל ילד ולכל מצב. התוכנה מוכרת לקלינאיות התקשורת ולצוותי ההוראה (גננות, מורות וסייעות). באמצעותה אפשר להכין לוחות וכרטיסי תמונות באורח מידי ולפי התכנים הנדרשים. פרטים על התוכנה אפשר למצוא באתר האינטרנט של ארגון 'אייזק ישראל', <http://isaac-israel.bashan.co.il/>. להלן דוגמאות אחדות לסמלים מסוג זה:




החומר ניתן להמחשה גם בתמונות מצולמות. אפשר להוריד תמונות מהאינטרנט ולהסתייע במאגרי תמונות כמו Clipart או להיעזר במצלמה דיגיטאלית. את התמונות אפשר להדפיס לאחר מכן מיידית ולהטמיען בסדר היום ובתכנים הנלמדים.
















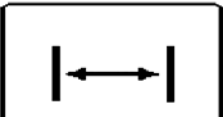

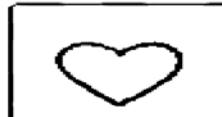





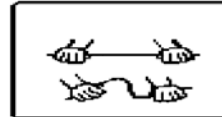
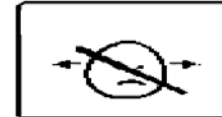

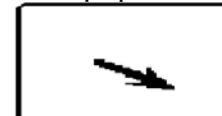
בקנדה פותח פרויקט שנועד לספק לאנשים המתקשרים באמצעות תת"ח אמצעים שיצמצמו את הסיכון שיהפכו לקרבנות עברה. הפרויקט, הנקרא Speak Up, התנהל במשך שלוש שנים והניב אתר אינטרנט, [www.aacsafeguarding.ca](http://www.aacsafeguarding.ca), הכולל כחמישים לוחות תקשורת ובהם מגוון מושגים המאפשרים לתקשר אודות מיניות ותקיפה. הנושאים המיוצגים בלוחות אלו הם, בין השאר: מערכות יחסים, איברי גוף, אמצעי מניעה, הולדה, מחלות מין, תקשורת עם אנשי מקצוע מתחום הבריאות, וכן סמלים המייצגים התעללות רגשית, פיזית, מינית וכלכלית, אפליה, פשיעה, רגשות, קבלת החלטות, התמודדות עם קונפליקט, הליכים משפטיים ועוד. האתר מציע דרכי התמודדות במצבי לחץ וכן תיאורי מקרה, מידע אודות מין בטוח ותחומי מידע נוספים הקשורים בנושא הנדון (Collier, 2004). האתר גם מציע ללמד את הנוער בעל קשיי תקשורת חמורים באמצעות התת"ח נושאים חשובים בתחום המיני-חברתי - תכנים

שאנו פוגשים בכל תכנית לחינוך מיני-חברתי, כגון הכרת הגוף, גבולות של מגע, פרטיות, אינטימיות, מיניות, פריון ולידה, מחזור וקרי לילה, אוננות, אמצעי מניעה, נטיות מיניות, פיתוח מערכות יחסים, אסרטיביות, זיהוי מגע בלתי רצוי ואמירת "לא" לגביו. כמו כן רצוי ללמד תכנים הקשורים לתקשורת בין-אישית ולשמירה עצמית, כגון זכויות האדם וכבוד האדם, בטיחות וחיי היום-יום, התמודדות עם קונפליקט, ניהול משא ומתן על הסכמה, פיתוח תכנית בטיחות אישית ועוד.

להלן דוגמאות ללוחות תקשורת מתוך האתר של **Speak Up**:

בדיקה רפואית 				
רופא 	אחות 	מרפאה 	בית חולים 	מרפאה לטיפול מיני 
גניקולוג 	רופא מיילד 	פגישה 	אני רוצה בדיקה 	בדיקה אנונימית 
תוצאות 	מיטת בדיקה 	בדיקה פנימית 	הוכחה (ערכת אונס) 	
בדיקת חזה 	בדיקת פאפ 	ניתוח 	זריקה 	
אפשרויות טיפול 	תרופה 	קרם (משחה) 		
הפוך דף 				הפוך דף 

רגשות / תארים

לא 	רגשני (מצבי רוח) 	נרגש 	מתוסכל 	סלחן 
קצת 	פייר (הוגן) 	אשם 	חמדן 	חסר ישע 
מאד (הרבה) 	חסר תקווה 	ישר (אמת) 	פגוע 	חרמן 
ההיפך 	שמח 	אישי (אינטימי) 	בודד (מתעלמים ממנו) 	לא בטוח (חושש) 
מקנא 	רגש נחיתות 	נזנח 	מתמרן 	לא מוכן 
הפוך דף 				הפוך דף 



## דפי עזר לתיעוד סימנים

1. דף עזר לתיעוד סימנים גופניים היכולים להיות סימנים להתעללות
2. דף עזר לתיעוד סימנים התנהגותיים היכולים להיות סימנים להתעללות
3. דף עזר לבחינה ולתיעוד של התנהגות של פגיעה עצמית כסימן היכול להצביע על התעללות

## נהלים קיימים

## למי לפנות?

## דפי עזר לתיעוד סימנים

בחלק זה מפורטים דפים לתיעוד סימנים גופניים והתנהגותיים ודף המתעד התנהגות של פגיעה עצמית. הדפים מיועדים לשמש כלי עזר לאיש המקצוע לארגון חומר הקשור לסימנים היכולים להצביע על התעללות ולעריכתו, לשימוש פנימי בלבד. הסימנים המופיעים בטבלאות מפורטים בחלקו הראשון של הספר.

### 1. דף עזר לתיעוד סימנים גופניים היכולים להיות סימנים להתעללות

השאלון שלפניך משמש דף עזר לתיעוד ולבחינה של סימנים גופניים היכולים להצביע על התעללות גופנית, רגשית ופסיכולוגית ומינית וכן על הזנחה בקרב אנשים בעלי מוגבלות. קרא בעיון ומלא את הפרטים הנדרשים.

#### פרטים אישיים של הנבדק

השם הפרטי ושם המשפחה: \_\_\_\_\_  
מספר הזהות: \_\_\_\_\_  
תאריך הלידה: \_\_\_\_\_  
מקום המגורים: \_\_\_\_\_

#### פרטים אישיים של ממלא השאלון

השם הפרטי ושם המשפחה: \_\_\_\_\_  
התפקיד: \_\_\_\_\_  
מסגרת/מקום העבודה: \_\_\_\_\_

#### מידע כללי/רקע

תאר בכמה מילים את האירוע שבעטיו עולה חשד לפגיעה:

---

---

---

#### כיצד הגיע לידיך המידע?

- מהתרשמות אישית (פרט): \_\_\_\_\_
- מפּי אנשי צוות (פרט): \_\_\_\_\_
- משיחה עם הנפגע (פרט): \_\_\_\_\_

**סימנים גופניים: בחר מתוך הרשימה את הסימנים הרלוונטיים:**

התעללות גופנית	התעללות מינית	הזנחה
פצעי שפשוף	טראומה או פגיעה בחזה, בישבן, בבטן התחתונה, בירכיים, באזורים מיניים	רעב מתמיד
נשיכות	כאב, גירוד באיברי המין או בגרון, קושי ללכת לשירותים או לבלוע	הזנה לקויה
חבורות ושטפי דם בלתי מוסברים	מחלות מין	היגינה ירודה
כוויות וסימני צריבה	סימנים של התעללות גופנית	ביגוד לא הולם
תרדמת	בגדים חסרים, קרועים, מוכתמים	עייפות מתמדת
פגיעות שיניים	הריון "לא מוסבר"	התייבשות
נקע	דימום וגינאלי או רקטאלי	הידרדרות במצב הגופני
פגיעות אוזניים ועיניים	הדמעה מהעיניים, מהאף, מהפה	בעיות רפואיות לא מטופלות
חתכים	הישנות תלונות על מחלה ללא בסיס סומאטי או אורגני נראה לעין	
סימני קשירה	הליכה בצורה משונה או קשיי הליכה או כאב בזמן הישיבה	
סימני הלקאה	ריח לא רגיל או חזק	
פגיעות בטן בלתי מוסברות	הידרדרות גופנית מהירה	
סימני חפצים		
סימני נפילות		

**הערות**

---



---



---



---

**סיכום**

---



---



---



---

השם הפרטי ושם המשפחה \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

## 2. דף עזר לתיעוד סימנים התנהגותיים היכולים להיות סימנים להתעללות

השאלון שלפניך משמש דף עזר לתיעוד ולבחינה של שינויים התנהגותיים/רגשיים/מיניים היכולים להיות סימנים המצביעים על התעללות גופנית, רגשית ופסיכולוגית ומינית ועל הזנחה בקרב אנשים בעלי מוגבלות. קרא בעיון ומלא את הפרטים הנדרשים.

### פרטים אישיים של הנבדק

השם הפרטי ושם המשפחה: \_\_\_\_\_  
מספר הזהות: \_\_\_\_\_  
תאריך הלידה: \_\_\_\_\_  
מקום המגורים: \_\_\_\_\_

### פרטים אישיים של ממלא השאלון

השם הפרטי ושם המשפחה: \_\_\_\_\_  
התפקיד: \_\_\_\_\_  
מסגרת/מקום העבודה: \_\_\_\_\_

### מידע כללי/רקע

תאר בכמה מילים את האירוע שבעטיו עולה חשד לפגיעה:

---

---

---

### כיצד הגיע לידוך המידע?

- מהתרשמות אישית (פרט): \_\_\_\_\_
- מפי אנשי צוות (פרט): \_\_\_\_\_
- משיחה עם הנפגע (פרט): \_\_\_\_\_

### תיאור ההתנהגות

ההתנהגות יכולה לשמש סימן להתעללות כשאפשר להצביע על שינוי שאינו קשור למצב הבריאות או לחולי של האדם בעל המוגבלות.

השימוש בדף העזר מומלץ להיעשות בשני שלבים: בשלב הראשון יש לסמן את ההתנהגות הרלוונטית, ובשלב השני יש לבחון אם חלו שינויים לפי הפרמטרים המוצעים.



**שלב ראשון: בחירת ההתנהגות הרלוונטית מתוך רשימת הסימנים ההתנהגותיים/הרגשיים/המיניים**

סימנים להתעללות גופנית	סימנים להתעללות מינית	סימנים להתעללות רגשית ופסיכולוגית	סימנים להתעללות
	בכי	דיכוי רגש	
הירדמות מתמדת	היפוך תפקידים	קשיים בתקשורת, בחברות	
היעדרות תכופה מהמסגרת	ביטוי מילולי שיכול להצביע על איום או על השתקה	תגובות פסיכו-נירוטיות	
שוטטות	ביטוי רגשי לא רגיל	התנהגות מוגזמת	
	התכנסות עצמית	עיכוב התפתחותי	
	עיסוק בעולם של פנטזיות, ילדותיות		
	יחסי חברות מועטים		
	הימנעות מפעילויות		
	קיום יחסי גומלין "חשאיים"		
	סימפטומים פוסט-טראומטיים		
	שקרים כפייתיים		
	התנהגות אנטי-חברתית		
	רחצה אובססיבית		
	עניין וידע יוצא דופן בתחום המיני		
	התנהגות מינית לא נורמטיבית		
	מעורבות באירוע של התעללות כפוגע		
	מעורבות בהתעללות כפוגע		
	הצגת התנהגות מפתה		
	משחק מיני עקבי לא הולם גיל והתפתחות		
	תוקפנות מינית		

שינוי התנהגותי בלתי מוסבר ומוקצן, התקשרות לא אופיינית, חשיפה פחד בעיות למידה, הערכה עצמית ירודה, העדר משמעת וציות, נסיגה הפרעות שינה ואכילה, פרישה והתבודדות תוקפנות, דיכאון כגיעה עצמית, הפרעות התנהגות, השמעת קולות ירידה תפקודית

התנהגויות נוספות שאינן מופיעות ברשימות		
רשימת התנהגויות היכולות לשמש סימן להתעללות		

### שלב שני: בחינת שינוי התנהגותי

יש הסוברים כי רוב ההתנהגויות המופיעות בטבלה מאפיינות התנהגויות של אנשים בעלי מוגבלות. לכן, נשאלת השאלה מתי יש להתייחס להתנהגות כזו כאופיינית לאדם המסוים בעל המוגבלות ומתי יש להתייחס אליה כאל סימן להתעללות אפשרית. התשובה לשאלה אינה פשוטה כלל ועיקר, והיא זו אשר הביאה לבניית שאלון העזר. המידע הקשור לשינוי התנהגותי נאסף, נבחן ומתועד באופן אובייקטיבי וגם באופן סובייקטיבי. התשובה לשאלה אם התנהגות היא סימן היכול להצביע על התעללות באדם בעל מוגבלות **טמונה ביכולתו של איש המקצוע להצביע על שינוי התנהגותי שאינו קשור למצב בריאות או לחולי. שינוי התנהגותי זה, בהצטרפו לסימנים ולמידע נוספים, יכול להצביע על אפשרות של התעללות.**

בחינת שינוי התנהגותי בשלב זה תיעשה תחילה באמצעות השוואה בין אותה ההתנהגות בעבר ובהווה. זמן ההווה הוא הזמן שבו עולה חשד לפגיעה. זמן העבר יוגדר על ידי הצוות המקצועי בהתייחס לאדם ולאירועים הנדונים. כלומר, הוא יכול להשתנות מאדם לאדם: לדוגמה לגבי אדם אחד זמן העבר יוגדר למשל, כחצי שנה מיום שעולה החשד לפגיעה ולגבי אדם אחר זמן העבר יוגדר כשלושה חודשים מיום שעולה החשד.

המטרה היא שבדיון המקצועי תיבדק התנהגות אופיינית בתקופת חיים נתונה בהשוואה לאותה התנהגות בהווה. מכיוון שלעיתים קרובות אדם נחשף להתעללות לאורך זמן רב, יש מקום לבחון את ההתנהגות גם בעבר הרחוק יותר, לפי שיקולם של אנשי המקצוע.

כמו כן, את השינוי ההתנהגותי נבחן גם באמצעות פרמטרים של שכיחות, התאמה לגיל לאפיוני המוגבלות ועוצמה וכן נבחן כלפי מי ההתנהגות מופנית. אם מדובר בהתנהגויות שונות, יש למלא שאלון נפרד לכל אחת מהן.

בחר את התשובה המתאימה וסמן בטבלה:

התנהגות (דוגמה: גנבת אוכל)

פירוס התנהגות			שכיחות הופעתה של ההתנהגות				ההתאמה לגיל			ההתאמה לאפיוני המוגבלות				כלפי מי ההתנהגות מופנית?			עוצמת ההתנהגות		
כל יום	3-2 פעמים בשבוע	3-2 פעמים בחודשיים אחרונים	חד-פעמית	בכלל לא	רבה	מועטה	אינה אופיינית	רבה	מועטה	אינה אופיינית	כל אחד	אדם מוכר	אדם זר	אחר	רבה	מועטה	ללא שינוי	עד החשד (עבר)	בהווה (פירוס)

התנהגות (דוגמה: הרטבה)

פירוס התנהגות			שכיחות הופעתה של ההתנהגות				ההתאמה לגיל			ההתאמה לאפיוני המוגבלות				כלפי מי ההתנהגות מופנית?			עוצמת ההתנהגות		
כל יום	3-2 פעמים בשבוע	3-2 פעמים בחודשיים אחרונים	חד-פעמית	בכלל לא	רבה	מועטה	אינה אופיינית	רבה	מועטה	אינה אופיינית	כל אחד	אדם מוכר	אדם זר	אחר	רבה	מועטה	ללא שינוי	עד החשד (עבר)	בהווה (פירוס)

## סיכום

יש לסכם את הממצאים ואת המסקנות בכל הקשור לבחינת התנהגויות היכולות להיות סימנים להתעללות.

---

---

---

---

---

השם הפרטי ושם המשפחה \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

### 3. דף עזר לבחינה ולתיעוד של התנהגות של פגיעה עצמית כסימן היכול להצביע על התעללות

השאלון משמש כלי לתיעוד התנהגות של פגיעה עצמית כסימן היכול להצביע על התעללות גופנית, רגשית ופסיכולוגית ומינית ועל הזנחה באנשים בעלי מוגבלות. קרא בעיון ומלא את הפרטים הנדרשים.

#### פרטים אישיים של הנבדק

השם הפרטי ושם המשפחה: \_\_\_\_\_  
מספר הזהות: \_\_\_\_\_  
תאריך הלידה: \_\_\_\_\_  
מקום המגורים: \_\_\_\_\_

#### פרטים אישיים של ממלא השאלון

השם הפרטי ושם המשפחה: \_\_\_\_\_  
התפקיד: \_\_\_\_\_  
מסגרת/מקום העבודה: \_\_\_\_\_

יש אנשים בעלי מוגבלות השייכים לאחת מקבוצות הסיכון לפגיעה עצמית.

האם האדם בעל המוגבלות שייך לקבוצת הסיכון?

• לא • כן

אם כן, בחר מתוך הרשימה את סוג המוגבלות וסמן במקום המיועד:

אחר פרט:	מוגבלות ראייה	אוטיזם	פיגור שכלי				
			אחר	פראדר-ווילי	Lesch-Nyhan	סמית-מאגניס	קורנליה-דה-לאנג

#### מידע כללי/רקע

תאר בכמה מילים את האירוע שבעטיו עולה חשד לפגיעה:

---

---

---

### כיצד הגיע לידיך המידע?

- מהתרשמות אישית (פרט): \_\_\_\_\_
- מפני אנשי צוות (פרט): \_\_\_\_\_

### תיאור ההתנהגות

1. סוג ההתנהגות

בחר התנהגות מתוך הרשימה שלפניך ורשום במקום המיועד מתחת לטבלה:

פירוט התנהגויות	פירוט התנהגויות
חיסוט בעור	הכאת הראש והטחתו
צביטות	נשיכות
שפשופים	סריטות
תחיבת אצבעות לעין	הכאת הגוף
	כוויות בעור
	אחרת (פרט)

1. התנהגות של פגיעה עצמית (מתוך הרשימה) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תדירויות			האם חל שינוי בעוצמה או בחומרה של ההתנהגות?			האם יש סיבה משוערת להתנהגות? (פרט)		האם אפשר להצביע על קשר למצב מסוים?		סוג ההתנהגות
תאריך	תאריך	תאריך	לא	מועט	רבה	לא	כן	אישי	גופני	

### הערות והתייחסויות

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**סיכום**

- \_\_\_\_\_ .1
- \_\_\_\_\_ .2
- \_\_\_\_\_ .3
- \_\_\_\_\_ .4
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

השם הפרטי ושם המשפחה \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

נהלים הם כלי חיוני להבהרת מדיניות ולהגברת המודעות והידע. בחלק זה מובאות שתי דוגמאות לנהלים שפותחו באגף לטיפול באדם המפגר במשרד העבודה והרווחה.

הדוגמה הראשונה היא "ערכה ונוהל ניסיוניים לטיפול באיחועים חריגים", אשר הוצאה על ידי האגף לטיפול באדם המפגר, השיחות למעונות פנימייה באפריל 2005. הערכה על שלושת חלקיה באה לשמש כלי עבודה נוסף לחקיקה הקיימת, ומטרתה להבהיר מושגים, להגביר מודעות, לקבוע דרכי פעולה מומלצות ולהסדיר את חובת הדיווח. אפשר למצוא בה נהלים, הצעה לדרכי פעולה ופירוט של חובת הדיווח על פי חוק. אחד הנהלים בערכה מתייחס לדיירי מעונות שנפגעו מינית, נפשית או פיזית, בין אם האירוע קרה במעון או מחוצה לו.

הדוגמה השנייה היא הנוהל המפורט להלן, המיועד לפקידי הסעד לטיפול באדם המפגר ברשויות המקומיות במקרה של חשד לעברה (על פי מסמך שנכתב על ידי הגב' לאה מאיר, פקידת סעד ארצית לטיפול באדם המפגר, השיחות בקהילה, האגף לטיפול באדם המפגר, משרד הרווחה, ב-7.5.2004):

### **נוהלי עבודה של פקידי סעד לטיפול באדם המפגר ברשויות המקומיות במקרה של חשד לעברה**

1. **קיבל פקיד סעד דיווח על חשד לעברה כנגד קטין או חסר ישע**, יבדוק אם מדובר באדם בעל פיגור שכלי, על פי הגדרת חוק הסעד (טיפול במפגרים). אם מדובר באדם שאינו מפגר בשכלו, יעביר את המשך הטיפול לפקיד סעד ייעודי (פקיד סעד לחוק הנוער, פקיד סעד לחוק חוסים) אלא אם יש צורך בהתערבות חירום מיידי.
2. **אם מדובר באדם בעל פיגור שכלי, יבדוק פקיד הסעד:**
  - א. האם בהסתמך על הדיווח ועל אינפורמציה נוספת **אכן יש חשד סביר לעברה?**
  - ב. האם המידע מתייחס **לעברות המחייבות דיווח למשטרה** על פי התיקון לחוק זה כפי שמפורט בסעיפי החוק השונים?
  - ג. האם יש סכנה **מוחשית ומיידית** לאדם במקומו הנוכחי (במשפחה טבעית, באומנה, בדיור חוץ-ביתי) וכתוצאה מכך **יש צורך בהרחקתו המיידית** למקום אחר, או שאפשר להתערב **למניעת המשך ההתעללות** בו ללא הרחקתו המיידית ממקום הימצאו?



## בדיקת הדיווח שהתקבל אצל פקיד הסעד

פקיד הסעד יבדוק את הדיווח שקיבל על ידי שיחה עם הנפגע עצמו, איסוף מידע מהצוות המטפל/מהמשפחה, מחוות דעת רפואית ומכל מקור מידע רלוונטי למקרה המסוים.

בדיקת הדיווח על ידי פקיד הסעד **אינה חקירה משטרתית**; מטרתה לבדוק אם יש חשד סביר להניח שהיתה פגיעה. במשך הזמן הדרוש לבדיקת הדיווח יש להתחשב **בחומרת ההתעללות ובנזק העלול להיגרם בשל דחיית הדיווח למשטרה**. בכל מקרה של חשד לעברה חמורה ולסכנה מיידית לנפגע יש להעביר דיווח מידי למשטרה. פקיד הסעד ברשות המקומית ידווח על פעולותיו בהקדם האפשרי לפקיד סעד מחוזי ויפעל על פי הנחיותיו בכל השלבים. פקיד סעד מחוזי ידווח בהקדם לפקיד סעד ראשי והם יפעלו במתואם.

## הגשת תלונה למשטרה

1. אם יש חשד סביר לעברה המחייבת דיווח על פי חוק, פקיד הסעד ברשות המקומית ידווח למשטרה על גבי טופס המיועד לכך, בצירוף המלצותיו לדרכי חקירה כפי שמפורט בטופס, ויסייע למשטרה על פי הנדרש. העתק הדיווח יועבר בהקדם האפשרי לפקיד סעד מחוזי ולפקיד סעד ראשי.
2. לאחר הדיווח למשטרה, **ובתיאום עם החוקר האחראי** (חוקר ילדים/חוקר נוער/חוקר מבוגרים), ידווח פקיד הסעד או העובד הסוציאלי המטפל למשפחה או לאפוטרופוס על האירוע וילווה אותם בהמשך.
3. פקיד הסעד או איש צוות אחר מטעמו יהיה נוכח בזמן חקירת הנפגע וילווה אותו ואת משפחתו גם ביתר התהליכים הנדרשים על ידי המשטרה, כמו בדיקה רפואית כללית או בדיקת אונס במקרה של חשד לניצול מיני.
4. פקיד הסעד יעקוב אחר חקירת המשטרה וטיפול הפרקליטות, יתעדכן בנוגע לממצאים ולהחלטות לגבי ההליך המשפטי וידווח הן לאנשי הטיפול הרלוונטיים והן לוועדת האבחון, אם יוחלט על כינוסה.

## הטיפול למניעת המשך פגיעה

1. אם פקיד הסעד, בהתייעצות עם פקיד סעד מחוזי ועם גורמי טיפול רלוונטיים (עובד סוציאלי מטפל, מפקח מחוזי או מנחה אומנה במחוז, המסגרת החינוכית-הטיפולית ו/או החוץ-ביתית) מגיע למסקנה כי **נשקפת סכנה מיידית** לשלומם של האדם במקום מגוריו הנוכחי **ואי אפשר למונע אותה סכנה** בדרך טיפולית או על ידי מעצר ממושך והרחקה של החשוד בהתעללות, הוא יפעל להעברתו המיידית של הנפגע למסגרת זמנית - לנופשו או למשפחת קלט.
2. אם העברת הנפגע למקומו צפויה להימשך **מעבר לשבוע ימים ואין הסכמה של ההורה או של האפוטרופוס לכך**, יש לפנות לבית משפט השלום לקבלת אישורו להרחקתו של האדם הנפגע, וזאת על פי סעיף 16 לחוק הסעד טיפול במפגרים (אמצעי חירום).

3. אישר בית המשפט את הרחקתו של האדם הנפגע למסגרת זמנית, ופקיד הסעד מעריך כי יש צורך בהמשך ההרחקה, ידאג פקיד הסעד להעברת בקשה לכינוס ועדת אבחון לדיון בהמשך דרכי הטיפול, וזאת תוך משך הזמן שקצב לכך בית המשפט, ויפעל ליישום החלטותיה.
- אם ההורה או האפוטרופוס מתנגדים לביצוע ההחלטות של ועדת האבחון, ועדיין נשקפת סכנה לשלומם של הנפגע אם הוא יחזור למקום מגוריו הקודם, יפנה פקיד הסעד לבית המשפט בשנית לקבלת צו **לאכיפת דרכי טיפול**, וזאת על פי סעיף 11 לחוק הסעד טיפול במפגרים.
4. אם יש צורך בהרחקתו המיידית של האדם הנפגע ממקום מגוריו, **וההורה או האפוטרופוס מסכימים לכך**, ידאג פקיד הסעד או העובד הסוציאלי המטפל לסידורו במסגרת זמנית, ואחר כך יפנה לוועדת השמה מחוזית למציאת מסגרת חוץ-ביתית קבועה עבורו על פי הנהלים הקיימים בשירות.

### פנייה לוועדת פטור לצורך הימנעות מדיווח למשטרה

1. אם פקיד הסעד מבקש להימנע מהדיווח למשטרה כפי שמתחייב על פי החוק או לדחות את הדיווח לכמה ימים, עליו לפנות לוועדת הפטור המחוזית לצורך קבלת אישור זמני או כולל להימנעות מהדיווח. את הפנייה לוועדת הפטור יש להעביר לפרקליטות המחוז שבו האדם שנפגע מתגורר.
2. הקריטריונים לפנייה לוועדה הם כדלקמן:
- א. הדיווח למשטרה עלול לחשוף את הנפגע לסכנת חיים ממשית, ופקיד הסעד נקט צעדים ממשיים למניעת המשך הפגיעה.
- ב. החשד להתעללות מתייחס לאירוע בתוך משפחה **שזה האירוע הראשון** המדווח לגביה, בני המשפחה מכירים בעברה שנעשתה **ומביעים נכונות ממשית לקבלת עזרה טיפולית למניעת הישנות הפגיעה. כל זאת במידה שאין מדובר בחבלה חמורה או בחשד לניצול מיני.**
- ג. יש צורך בעיכוב החקירה (עד שלושה חודשים) לצורך הרחקת האדם הנפגע או הכנתו לחקירת המשטרה, ופקיד הסעד פונה לקבלת פטור זמני.
- ד. הנזק העלול להיגרם לאדם ולמשפחתו כתוצאה מפתיחת חקירה משטרתית עולה בצורה משמעותית על התועלת שבדיווח למשטרה.
3. **הבקשה לוועדת הפטור** תכלול את פרטיו המלאים של האירוע, את הנימוקים לבקשה לפטור זמני/כולל ואת תכנית ההתערבות של פקיד הסעד למניעת המשך הפגיעה. העתק שלה יישלח לפקיד סעד מחוזי ולפקיד סעד ראשי, והיא תישלח ליו"ר ועדת הפטור בפרקליטות המחוז שבו האדם הנפגע מתגורר.
4. בכל מקרה יש להיוועץ בפקיד סעד מחוזי או ראשי לפני הגשת בקשה לוועדת פטור.

## למי לפנות?

### נותני שירותים בתחום של מניעת התעללות ואלימות

#### מסגרות לפניות למידע ולטיפול

המסגרת	טלפונים	השירות נותן מענה ל-	השירותים הניתנים
<b>מרכז ראשון בארץ- מרכז ייעוצי טיפולי לילדים, צעירים ובוגרים בעלי מוגבלות, נפגעי אלימות</b>	טל. 02-6711710 טלפקס. 02-6711714	ילדים, צעירים ובוגרים בעלי מוגבלות נפגעים ו/או פוגעים המוכרים באחד משלושת אגפי הרוחה הרלוונטיים (האגף לטיפול באדם המפגר, אגף השיקום, היחידה לטיפול באדם עם אוטיזם)	טיפול פרטני, קבוצתי, טיפול משפחתי והדרכת הורים, הדרכת צוותים. מגוון טיפולים ניתנים ע"י: פסיכולוגים, עו"סים, מטפלים באומנות.
<b>קש"ב, אחוזה 65, רעננה 43600</b>	09-7747760 09-7421858	כל הגילים - מענה בעברית ובערבית	קו סיוע, ליווי לבדיקה ולמשטרה, סדנאות לצוותי הוראה, הכשרת צוותים.
<b>מרכז סיוע לנשים חרדיות, ת"ד 43092, ירושלים 95400</b>	02-6730002	מענה עם אוריינטציה דתית לחילונים ולדתיים	מוקד חירום טלפוני, מוקד הפניה לטיפול בריאותי ונפשי ולמשטרה.
<b>מרכז סיוע לנפגעות תקיפה מינית, ת"ד 2549, ירושלים</b>	02-6255566	כולם	קו חירום, ליווי נפגעים, קבוצות תמיכה, הנחיה לצוותים.
<b>מסל"ן, מרכז סיוע, הרב הרצוג 30, באר שבע</b>	02-6421313	לדוברי עברית, ערבית, רוסית ואמהרית	קו חירום, מרכז מידע, תמיכה נפשית וליווי הנפגעים, סדנאות חינוך בבתי ספר.
<b>מרכז סיוע לגברים ונפגעי תקיפה מינית</b>	קו חירום 1203; קו לחרדים 02-5328000	רק גברים - חילוניים, דתיים וחרדים	ייעוץ טלפוני (מפי גברים בלבד), ליווי נפגעים לטיפולים ולשירותים, קבוצות תמיכה.
<b>אלי" - האגודה להגנת הילד, אבן גבירול 14, תל אביב</b>	03-6091930 פקס' 03-6091727	לכל האוכלוסייה, מגיל 3 ומעלה	קו חירום, מרכז קליני - טיפול בסדרת פגישות (בקרב תיפתח קבוצת תמיכה לבני 8-10).

המסגרת	טלפונים	השירות נותן מענה ל-	השירותים הניתנים
<b>המועצה הלאומית לשלום הילד, פייר קינג 38, ירושלים</b>	02- 6780606 פקס' 02-6790606 קו מצוקה: 1-800-223-996	לבני 0-18	פניות הציבור - באמצעות טלפון / פקס'; ניידת הסברה - פעילויות בבתי ספר; שירותי עובד סוציאלי, משפטנית, ליווי נפגעי עברה.
<b>"תאיר" - מרכז סיוע, אזור השפלה</b>	08 -9496020 פקס' 08 -9496019 דוא"ל tair@melig.co.il	מגיל 12 ומעלה (מתחת לגיל זה מפנים לא"י)	קו חירום לנפגע ולבני משפחתו, ליווי נפגעים לבית המשפט, למשטרה, לטיפול רפואי, סדנות הסברה מותאמות רמה לצרכים מיוחדים.
<b>מיט"ל - מרכז ישראלי לטיפול בפגיעות מיניות בילדים</b>	02-6720650		
<b>עמותת ל"א - לחימה באלימות נגד נשים</b>	קו חינום ;1-800-353-300 לנשים: 09-9505720 לילדים ולנוער: 09-9518927	לנשים מהרצליה, מחדרה ומראשון לציון	פועלים 24 שעות ביממה בימים א'-ה', בשעות 13-18 אפשר לקבל עזרה בשפה הרוסית.
<b>היחידה למניעת התעללות בילדים במסגרת שפ"י, משרד החינוך, בניין לב-רם, רח' דבורה הנביאה 2, ירושלים</b>	02-5603874/3244/3234		קו חירום לתלמידים בנושא אלימות.

## תכניות קיימות ומתפתחות בתחום של התעללות באנשים בעלי מוגבלות

### 1. תכניות קיימות ומתפתחות ב"אשלים" - תחום ילדים ובני נוער בעלי צרכים מיוחדים - יחד עם שותפים מהמשרדים הממשלתיים ועם ארגונים וולנטריים \*

אשלים עוסקת בפיתוח מערך של שירותים ותכניות שמטרתן הגברת מודעות לתופעת האלימות כלפי אנשים בעלי מוגבלות, איתור הנפגעים ודיווח מוקדם על היפגעויות מאלימות כלשהי ומהזנחה, מניעת אלימות מינית ופיזית, הגברת הענישה וצמצום מצבי הפגיעה דרך פיתוח כלים לחקירה ומתן מענה טיפולי לנפגעים.

מחקרים מעידים כי ילדים בעלי נכויות חשופים יותר להתעללות ולהזנחה רגשית מאשר ילדים ללא נכויות, הן בתוך המשפחה והן מחוצה לה. למרות ממצאים אלו, עדיין אין בארץ שירותים מספקים לאנשים בעלי צרכים מיוחדים אשר נפגעו או פגעו. קיים חסר עצום של ידע, של שיטות התערבות ושל תכניות המיועדים לאיתור ילדים בעלי מוגבלות שנפגעו מהזנחה קשה או מהתעללות ולטיפול בהם.

בין השנים 2002-2006 פותחו ב"אשלים" רצף של תכניות שהונחו על המפה במדינת ישראל: הוקמו תשתיות בארבעה היבטים מרכזיים: איתור והגברת המודעות, מניעה (חינוך מיני-חברתי), חקירה וטיפול, התקיימו ימי עיון וכנסים משמעותיים בנושא האלימות כלפי ילדים בעלי מוגבלות; הגיעה לסיימה כתיבת הספר בנושא איתור ילדים בעלי מוגבלות בסיכון; הוכשרו חוקרים מיוחדים לחקירת אנשים בעלי מוגבלות; נפתח המרכז הטיפולי הראשון לטיפול באנשים בעלי מוגבלות נפגעי אלימות.

### להלן פירוט התכניות:

- **מרכז טיפולי-ייעוצי:** נפתח מרכז טיפולי-ייעוצי עבור ילדים, נוער ובוגרים שנפגעו או פגעו ועבור בני משפחותיהם והקהילה שהם חיים בה. המרכז נותן שירותי אבחון, הערכה וטיפול באנשים בעלי מוגבלויות. זהו שירות ראשון מסוגו בארץ המתייחס באופן ספציפי לצד הרגשי של אנשים בעלי מוגבלויות שונות אשר נפגעו מאלימות ומהזנחה.
- **חינוך מיני חברתי – "חמד":** פותחה תכנית הכשרה ייחודית בנושא חינוך מיני חברתי - בהתאמה ללקויות שונות (נכויות פיזיות, אוטיזם, ליקויי ראייה ועיוורון, כבדות שמיעה וחירשות, נכות גבולית עם בעיות התנהגות). התכנית מכשירה מנחים מתחומי החינוך והרווחה לעבוד עם קבוצות הורים, ילדים ואנשי צוות במערכות שהם עובדים בהן. בתכנית זו פותחו גם כלי עבודה שסייעו בגיבוש ובהטמעה של התכניות במערכות השונות.
- **תכנית הכשרה לטיפול בפגיעות מיניות ובבעיות מיניות של אנשים בעלי פיגור שכלי:** פותחה תכנית הכשרה דו-שנתית למטפלים (פסיכולוגים, עובדים סוציאליים) המנחילה ידע תיאורטי ויישומי לטיפול בילדים, בנוער ובבוגרים בעלי פיגור שעברו פגיעה מינית ובבני משפחותיהם.
- **איתור וזיהוי של אנשים בעלי מוגבלות נפגעי אלימות:** נכתב ספר זה שמטרתו לסייע להורים ולאנשי מקצוע

\* הוזק על ידי הגב' בתיה חודטוב, מנהלת התכניות ב"אשלים".

בזיהוי, באיתור ובהתמודדות עם דיווח במקרה של חשד לפגיעה. הידע שנצבר במהלך כתיבת הספר יוטמע במערכות השונות שהילד בעל המוגבלות נמצא בהן (בית הספר, מערכות הדיוור, מערכות תעסוקה, מערכות הפנאי) באמצעות מודל ההטמעה שנבנה לצורך בנייה ויצירה של תשתיות ברמה יישובית קהילתית שמטרתן הגברת המודעות, איתור מוקדם, התייעצות במקרים מורכבים ודיווח.

• **הכשרת חוקרים – יישום חוק החקירה וההעדה לאנשים בעלי מוגבלות, 2005:** פותחה תכנית הכשרה ייחודית להכשרת חוקרי הילדים כחוקרים מיוחדים שתפקידם לחקור נפגעים וחשודים בעלי מוגבלות. כמו כן פותח כלי מותאם לחקירת אנשים בעלי מוגבלות.

2. **תכנית קיימת בעיריית תל אביב – צוות מייעץ רב-מקצועי בנושא אלימות של אנשים בעלי מוגבלות וכלפיהם** הייעוץ ניתן לעובדים מקצועיים המטפלים באנשים בעלי מוגבלות בכל הנוגע למקרי אלימות של האדם בעל המוגבלות וכלפיו. הצוות הרב-מקצועי כולל נציגות קבועה של יועץ משפטי, פסיכיאטר, יועץ בנושא אלימות במשפחה, פקיד סעד ומרכז ועדה ונציגות מתחלפת של עובד סוציאלי המציג את המקרה, מומחה בתחום הנכות, נציגות של משרד הרווחה וכן את המטופל ו/או את בן משפחתו. הצוות מתכנס פעם בשלושה חודשים. ההפניה להתייעצות נעשית דרך המחלקות לשירותים חברתיים וארגונים נותני שירות לאנשים בעלי מוגבלות. לפרטים אפשר לפנות אל הגב' דיצה מורלי שגיב, מרכזת הצוות, דוא"ל [morali\\_d@mail.tel-aviv.gov.il](mailto:morali_d@mail.tel-aviv.gov.il).

## אתרי אינטרנט עם קישורים למרכזי סיוע

השם	הכתובת	אוכלוסיית היעד/ הגילאים	סוג השירותים הניתנים (מידע טלפוני, קבוצות, דרכי התערבות)
<b>מקום</b>	<a href="http://www.macom.org.il">www.macom.org.il</a>	כולם	קישורים לאתרים רבים הנותנים מענה לתקיפה מכל סוג: קווי חירום, עזרה נפשית, סיוע לילדים ולנוער, התמודדות והגנה עצמית, זכויות הפרט, ייעוץ משפטי ועוד
<b>איגוד מרכזי הסיוע של תפוז</b>	<a href="http://www.tapuz.co.il/1202/">www.tapuz.co.il/1202/</a>	גברים ונשים בעלי נכויות פיזיות וחושיות	סוכנים מתווכים בין הנפגעים למשטרה ולגורמים מטפלים, קבוצות תמיכה, הפניה לפגישה עם מתנדבים (לא טיפולי)
<b>סהר - סיוע והקשבה ברשת</b>	<a href="http://www.sahar.org.il">www.sahar.org.il</a>	גברים ונשים במגזר החרדי, החילוני והערבי	קישורים לפורומים לנפגעי תקיפה מינית
<b>ל"א - לחימה באלימות נגד נשים</b>	<a href="http://www.no2violence.co.il">www.no2violence.co.il</a>	אתר בכמה שפות: עברית, אנגלית, רוסית וספרדית	מרכזי טיפול ומניעת אלימות; לשכות סיוע משפטי; קווי סיוע לנשים, לילדים ולנוער
<b>בזכות</b>	<a href="http://www.bizchut.org.il">http://www.bizchut.org.il</a>		מרכז ליווי לאנשים בעלי מוגבלות נפגעי עברה







א. חובת הדיווח על פי חוק העונשין  
ב. סוגיות מרכזיות בדיווח

פרק 4  
דיווח



## חובת הדיווח על פי חוק העונשין \*1

### כללי - רקע ועיקרים

חובת הדיווח לגבי עברות הנעברות בקטינים ובחסרי ישע הוכנסה לחוק העונשין, התשל"ז-1977 (להלן – "חוק העונשין") בדצמבר 1989 כסימן ו'1 לפרק י'. תיקון זה לחוק, המכונה גם בשם "חוק חסרי ישע" (להלן – "חוק חסרי ישע"), חוקק בעקבות מקרה בטבריה שבו נפטרה ילדה בת שלוש עקב התעללות קשה בה של דודה הנרקומן, שלא דווחה למשטרה על ידי איש, כולל האחראים עליה או שכניה של המשפחה, אשר היה אמור להיות להם לפחות יסוד סביר לחשוד כי הילדה עוברת התעללות כזאת.

יש לציין, כי לפני חקיקתו של "חוק חסרי ישע" הייתה קבועה בחוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960, חובת דיווח מצומצמת לגבי מספר מוגבל של נושאי תפקיד (רופא, אחות, עובד חינוך, עובד סעד או שוטר המטפלים בקטין), וזאת נוסף לחובה, שגם היא מצומצמת (ושעדיין קיימת) על פי פקודת בריאות העם, שלפיה על נושאי תפקיד בבית חולים לדווח על כל מקרה של חשש לאלימות המגיע לבית-החולים.

#### ב"חוק חסרי ישע", יש התייחסות לארבעה סוגים שונים של חובות דיווח:

1. חובת דיווח המחייבת את האזרח (סעיף קטן 368ד(א) לחוק העונשין)
2. חובת דיווח המחייבת נושא תפקיד (סעיף קטן 368ד(ב) לחוק העונשין)
3. חובת דיווח המחייבת אחראי על קטין או על חסר ישע (סעיף קטן 368ד(ג) לחוק העונשין)
4. חובת דיווח מיוחדת, המחייבת מנהל או איש צוות במעון, במוסד או במסגרת חינוכית או טיפולית אחרת (סעיף קטן 368ד(ד) לחוק העונשין).

"חוק חסרי ישע" מדגיש, כי חובות הדיווח, על סוגיהן כאמור, אינן חלות על קטינים (סעיף קטן 368ד(ה) לחוק העונשין). חובת הדיווח היא חובה אישית שאינה ניתנת להעברה. בהתאם לכל אחת מהחובות האמורות, החייב בדיווח יכול לשקול אם לדווח על המקרה לפקיד סעד או למשטרה. לעניין זה, כשמדובר בנושא תפקיד, בדרך כלל יש הנחיות של המערכת שבה הוא מצוי המדריכות אותו אם יש לדווח על המקרה לפקיד סעד או ישירות למשטרה. עקרונית על נושא תפקיד להפעיל את שיקול דעתו בזהירות, תוך התחשבות בגורמים שונים שעיקרם טובת הקטין או חסר הישע, וכן ברמת הסיכון שהחשוד בביצוע העברה משמש לנפגע או לסביבתו. יש לבחון אם המקרה מחייב מבחינת חומרתו ואופיו התערבות משטרתית מיידי, ללא כל שיהוי, או שמא מדובר במקרה שלגביו יש מקום להעביר שיקול דעת זה לפקיד הסעד ולדווח בפניו על המקרה.

1 \* ע"ד דרורה נחמני-רוט השתתפה בעריכתו של חלקו הראשון של הפרק הדין בהיבט החוקי.

## חובת הדיווח המחייבת את האזרח

סעיף 368ד(א) לחוק העונשין קובע כדלהלן:

"היה לאדם יסוד סביר לחשוב כי זה מקרוב נעברה עברה בקטין או בחסר ישע בידי האחראי עליו, חובה על האדם לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו מאסר שלושה חודשים" (ההדגשות – לא במקור).

מנוסח הסעיף עולה, כי חובת הדיווח המחייבת את האזרח קיימת במקרה של חשד שזה מקרוב נעברה עברה. האזרח אינו חייב בדיווח לגבי חשד לעברה, לדוגמה, שמידע לגביה הגיע לידיעתו היום אך היא נעברה בקטין או בחסר ישע כשנה לפני קבלת המידע.

### מהי "עברה"?

עברה, לפי "חוק חסרי ישע", מוגדרת בסעיף קטן 368ד(ח), והיא אחת מהעברות שלהלן לפי חוק העונשין;

- עברת זנות לפי סעיפים 299, 201, 202, 203, 203א, 203ב ו-205א
- עברת של פרסום והצגת תועבה לפי סעיף 214(ב)
- עברה של סיכון החיים והבריאות לפי סעיף 337
- עברות מין לפי סעיפים 345 עד 348
- עברה של נטישה או הזנחה לפי סעיפים 361 ו-262
- עברה של תקיפה או התעללות לפי סעיפים 368 ו-369ג.

### מיהו "חסר ישע"?

"חסר ישע" מוגדר בסעיף ההגדרות של "חוק חסרי ישע" כדלהלן: "מי שמחמת גילו, מחלתו או מוגבלותו הגופנית או הנפשית, ליקויו השכלי, או מכל סיבה אחרת, אינו יכול לדאוג לצורכי מחייתו, לבריאותו או לשלומו."

### מיהו "אחראי על קטין או על חסר ישע"?

"אחראי על קטין או על חסר ישע" מוגדר בסעיף ההגדרות של "חוק חסרי ישע" כדלהלן:

(1) "הורה או מי שעליו האחריות לצורכי מחייתו, לבריאותו, לחינוכו או לשלומו של קטין או של חסר ישע - מכוח דין, החלטה שיפוטית, חוזה מפורש - או מי שעליו האחריות כאמור לקטין או לחסר ישע מחמת מעשה כשר או אסור שלו;

(2) בן משפחה של קטין או של חסר ישע שמלאו לו שמונה עשרה שנים ואיננו חסר ישע, והוא אחד מאלה:

בן זוגו של הורו, סבו או סבתו, צאצאו, אחיו או אחותו, גיסו או גיסתו, דודו או דודתו;

(3) מי שהקטין או חסר הישע מתגורר עמו או נמצא עמו דרך קבע, ומלאו לו שמונה עשרה שנים; ובלבד שקיימים ביניהם יחסי תלות או מרות".

עם יישום "חוק חסרי-ישע" התעוררו שאלות פרשניות רבות, כמו מיהו "האחראי על הקטין או חסר הישע" (לדוגמה: האם "שמרטף" יכול להיות "אחראי"?); מהי "חבלה של ממש" (יש הגדרה רחבה בחוק העונשין, בסעיף 34כד, המגדירה "חבלה" כ"מכאוב, מחלה או ליקוי גופניים, בין קבועים ובין עוברים", וגם הפסיקה מתייחסת); מהי "התעללות", כולל התעללות נפשית (לעניין הגדרתה של "התעללות פיזית" פסה"ד "פלונית" ע"פ 4596/98 הוא פסה"ד העיקרי) וכן שאלות פרשניות נוספות.

## חובת הדיווח המחייבת נושא תפקיד

סעיף קטן 368ד(ב) לחוק העונשין קובע את חובת הדיווח המחייבת נושא תפקיד, כדלהלן:

"רופא, אחות, עובד חינוך, עובד סוציאלי, עובד שירותי רווחה, שוטר, פסיכולוג, קרימינולוג או עוסק במקצוע פרה-רפואי, וכן מנהל או איש צוות במעון או במוסד שבו נמצא קטין או חסר ישע – **שעקב עיסוקם במקצועם או בתפקידם** היה להם **יסוד סביר לחשוב כי נעברה עברה** בקטין או בחסר ישע **בידי אחראי עליו** – חובה עליהם לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו – מאסר שישה חודשים" (ההדגשות – לא במקור).

**להבדיל מחובתו של האזרח**, המחויב בדיווח אם היה לו יסוד סביר לחשוב כי **זה מקרוב נעברה עברה**, הרי שלגבי נושא תפקיד החוק מחייבו בדיווח **אפילו נעברה עברה בעבר הרחוק**. יש הצדקה לכך, שכן נושא העברה עשוי להיות מועלה דווקא בגלל מערכת היחסים המיוחדת שבין נושא המשרה לבין הקטין או חסר הישע במסגרת התפקיד. אחת הדוגמאות לכך היא תהליך טיפולי שהקטין או חסר הישע עובר אצל עובד סוציאלי או פסיכולוג ובמהלכו נחשף החשד לביצוע של עברה כלפי הקטין על ידי האחראי עליו. טעם בולט נוסף בחיובו של נושא התפקיד לדווח הוא שכיוון שמדובר בחשד לעברה שבוצעה על ידי "האחראי על הקטין או על חסר הישע" אך טבעי הוא שבדרך כלל אין היא מתגלית מעצם אופייה ומיהות מבצעה בסביבה הקרובה לנפגע. בניסיונות אלה נושא התפקיד הוא "עוגן ההצלה" של הנפגע.



## חובת דיווח המחייבת אחראי על קטין או על חסר ישע

סעיף קטן 368ד(ג) לחוק העונשין קובע:

"היה לאחראי על קטין או על חסר ישע יסוד סביר לחשוב כי **אחראי אחר על קטין** או על חסר ישע עבר בו עברה, חובה עליו לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו – מאסר שישה חודשים" (ההדגשות – לא במקור).

חובת דיווח זאת מתייחסת לכל מי שמוגדר כ"אחראי על קטין או על חסר ישע", והיא כוללת קשת רחבה של אחראים, החל מהורה ובני משפחה בגירים ועד בגיר שהקטין או חסר הישע מתגוררים עמו או נמצאים עמו בדרך קבע, אף אם הם אינם מוגדרים כבני-משפחתו.

ההיגיון העומד מאחורי חובת דיווח זאת הוא שלאור האחריות של אותו אחראי על הקטין או על חסר הישע ולאור מערכת היחסים המיוחדת שלו עם הנפגע – אם יחסי תלות או מרות כהורה, כבן משפחה או כאחראי אחר – הוא צריך לפעול לטובת אותו נפגע, ליטול את האחריות על שלומו ולדווח על מקרה שבו הוא חושב כי בוצעה בנפגע עברה על ידי אחראי אחר.

## חובת דיווח מיוחדת, המחייבת מנהל או איש צוות במעון, במוסד או במסגרת חינוכית או טיפולית אחרת

סעיף קטן 368ד(ד) קובע:

"נעברה בקטין או בחסר ישע הנמצא במעון, במוסד או במסגרת חינוכית או טיפולית אחרת עברת מין לפי סעיפים 543 עד 843, או עברה של גרימת חבלה חמורה לפי סעיף 863ב(ב) או עברת התעללות לפי סעיף 863ג, חובה על מנהל או על איש צוות במקום כאמור לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו – מאסר שישה חודשים" (ההדגשות – לא במקור).

סעיף זה מטיל על נושא משרה כמנהל או כאיש צוות במוסד או במסגרת חינוכית או טיפולית אחרת חובה נוספת על החובה המוטלת עליו לפי סעיף קטן 368ד(ב). אם החובה של נושא משרה רגיל כוללת דיווח על חשד בדבר עברות שביצע האחראי על הקטין או על חסר הישע, החובה לפי סעיף קטן 368ד(ד) רחבה יותר ומוסיפה גם חובת דיווח לגבי עברות שלא נעברו על ידי האחראי על הקטין, והמדובר באותן עברות המנויות בסעיף קטן זה: עברות מין לפי סעיפים 345 עד 348 או עברה של גרימת חבלה חמורה לפי סעיף 368ב(ב) או עברת התעללות לפי סעיף 368ג. ההיגיון שמאחורי הטלת אחריות נוספת זאת הוא שהמסגרת החינוכית או הטיפולית כאמור שבה הקטין או חסר הישע נמצא היא מעין תחליף של "בית", ומנהל או איש צוות במסגרת כזאת הם מעין "הורה" או "בן משפחה" לאותו קטין או

חסר ישע. מערכת היחסים המיוחדת בין הקטין או חסר הישע לבין מנהל או איש צוות במסגרת חינוכית או טיפולית כזאת מחייבת - אם נודע על חשד לביצוע עברות גם לא על ידי האחראי על הקטין או על חסר הישע, כמו ביצוע עברות מין בין קטינים או ביצוע עברת התעללות בקטין או בחסר ישע על ידי קטין או בגיר שאינם מוגדרים דווקא כאחראים על הנפגע - שהמקרה ידווח לגורמי החוק (למשטרה או לפקיד סעד כאמור).

## חובת דיווח על פגיעה בקטינים במסגרות חינוך

במסגרת חובת דיווח מיוחדת זאת קיימת חובת דיווח על פגיעה בקטינים במסגרות חינוכיות. בנוהל מתוך חוזר המנכ"ל של משרד החינוך "הוראות קבע" תשס"ו 2 (א), סעיף 2-2.1, בנושא "התמודדות מערכת החינוך עם פגיעה מינית של תלמידים בתלמידים" מצוינת חובת הדיווח על פגיעה בקטינים במסגרות חינוך על-פי חוק העונשין (תיקון מס' 26), התש"ן-1989 [סעיף 368 ד' (ד)]. חוק העונשין קבע חובת דיווח לפקיד סעד או למשטרה לגבי עברות מין, עברת חבלה חמורה ועברת התעללות. נוהל זה מוסיף חובת דיווח **למשטרה** לגבי עברות נוספות על אלה הקבועות בחוק ולגבי מצבים של פגיעה מחוץ למסגרת החינוכית שאף הם אינם כלולים במסגרת החוק:

1. מעשה מגונה בפומבי: חשיפת איברי המין לפני קטין או קטינה מתחת לגיל 16 או חשיפה בפומבי של איברי המין לפני קטינים מעל גיל 16 נגד רצונם. עברה זו מוגדרת בחוק העונשין, בפרק על עברות מין.
2. התנהגות של שחיטה באיומים כאשר המעשה שהקטין נדרש לעשותו הוא בעל אופי מיני.

## דיווח על פגיעה בין תלמידים

על-פי נוהל זה קיימים מצבים של פגיעה מינית בין תלמידים מחוץ למסגרת החינוכית המחייבים דיווח:

1. במקרה שתלמיד בית הספר נפגע פגיעה מינית מחוץ למסגרת החינוכית על ידי תלמיד הלומד באותו בית הספר או על ידי תלמיד הלומד בבית ספר אחר יזמן היועץ או הפסיכולוג את הוריו של הנפגע, וידווח להם על הפגיעה. אם התלמיד מגלה התנגדות לידוע הוריו יש להיוועץ בפקיד סעד.
2. בפגישה הזו יעודכנו ההורים בדבר זכותם להגיש תלונה במשטרה, יקבלו הסבר בדבר החשיבות של הגשת התלונה, וכן יקבלו מידע ביחס להיערכות בית הספר לצורך תמיכה רגשית בתלמיד.

בפגישה ייבחן במשותף טיב העזרה הנפשית שהתלמיד הנפגע זקוק לה, תוך הפניית התלמיד והוריו לגורמים המטפלים בקהילה. אם התרשמה מערכת בית הספר כי התלמיד הנפגע אינו מטופל כהלכה, היא תדווח לפקיד הסעד, שיטפל בנושא על-פי חוק הנוער (טיפול והשגחה). במקרה שהפוגע הוא תלמיד בית הספר, והמנהל נוכח כי לא הוגשה תלונה אודותיו וכי הוא מסכן את זולתו, הוא ידווח על כך למשטרה. לגבי תלמידים מתחת לגיל 12 ייעשה הדיווח לפקיד הסעד. לעניין של בחינת הנכונות של שיקול הדעת שהפעיל פקידת סעד שדווח בפניו על חשד לביצוע עברות מין בין שני קטינים במסגרת חינוכית (בית ספר יסודי), יש לציין את פסק הדין שניתן בבג"ץ 7374/01, פלוני נגד מנכ"ל משרד

החינוך ואחרים. באותו מקרה דיווחה פקידת הסעד על המקרה למשטרה, ונפתחה חקירה שבמהלכה נחקרו הילדים המעורבים, שהיו למטה מגיל האחריות הפלילית. אחת הטענות העיקריות בבג"ץ הייתה כי כיוון שמדובר בילדים שלמטה מגיל האחריות הפלילית היה על פקידת הסעד להימנע מלהפנות אל המקרה לחקירה משטרתית. בית המשפט העליון הצדיק את הפעלת שיקול דעתה של פקידת הסעד ואת עמדתה, שאף שמדובר בקטינים שלמטה מגיל האחריות הפלילית, ואף שהמקרה לא היה אמור להגיע למיצוי בהגשת כתב-אישום, היה צורך בנסיבות להבהיר את התמונה העובדתית ולברר על ידי חקירה של ממש מיהו הנפגע ומיהו הפוגע.



## דיווח

ב"חוק חסרי ישע", בסעיף 368ד לחוק העונשין, נקבע:

"(ו) פקיד סעד שקיבל דיווח לפי סעיף זה יעבירו למשטרה בצירוף המלצתו לפעול או להימנע מלפעול בקשר לדיווח, אלא אם כן קיבל אישור שלא להעביר את הדיווח למשטרה מאת אחת הוועדות שהקים שר המשפטים לעניין זה; חברי ועדה כאמור יהיו נציג פרקליט מחוז, והוא יהיה היושב-ראש, קצין משטרה בדרגת רב-פקד ומעלה ופקיד סעד מחוזי.

(ז) הגיע למשטרה מידע לפי סעיף זה, תעביר אותו לפקיד סעד, ולא תפעל לפני שתיוועץ בפקיד הסעד, אלא אם כן נדרשת פעולה מיידי, שאינה סובלת דיחוי; אין בפעולה מיידיית כאמור כדי לשלול את חובת העברת המידע לפקיד סעד וההתייעצות עמו לאחר מכן."

**יש להבחין בין הליך של דיווח למשטרה והשלכותיו להליך של דיווח בפני פקיד סעד והשלכותיו.**

### דיווח ישיר למשטרה

במקרה של דיווח ישירות למשטרה נפתחת חקירה משטרתית על כל ההשלכות הנבעות מכך. על פי החוק "הגיע למשטרה מידע... " תעביר אותו לפקיד סעד ולא תפעל לפני שתתייעץ בפקיד הסעד אלא אם נדרשת "פעולה מיידיית שאינה סובלת דיחוי". החוק מוסיף כי אין בפעולה מיידיית כאמור כדי לשלול את חובת העברת המידע לפקיד הסעד והתייעצות עמו לאחר מכן.

### דיווח לפקיד סעד

אם המקרה מדווח לפקיד הסעד, פקיד הסעד חייב אמנם להעביר את הדיווח על המקרה למשטרה, אך הוא גם **רשאי** לפנות בבקשה **לוועדת הפטור** הקבועה בחוק לפטור אותו - **אם זמנית ואם סופית** - מלדווח על המקרה למשטרה. כן מן הראוי לציין, כי לפי החוק, אם פקיד הסעד מחליט על העברת הדיווח על מקרה זה או אחר למשטרה, הוא מעביר את **המלצתו "לפעול או להימנע מלפעול בקשר לדיווח"**. כשמקרה מדווח ישירות למשטרה (ולא לפקיד הסעד) המשטרה מחויבת להודיע על כך לפקיד סעד ולהיוועץ עמו איך לפעול במקרה כאמור לעיל.

במחוז ירושלים, לדוגמה, קיים "מרכז ההגנה לילדים ולנוער", שהוקם ביזמת "אשלים" וגורמים נוספים, ובו מרוכזים בבית אחד כל הגורמים המרכזיים האמורים להשתתף בחקירת הילד המתלונן ובטיפול בו: פקיד הסעד, חוקר הילדים וחוקר המשטרה (בשלב זה אין במקום נוכחות קבועה של הופא ופרקליט). הילד או הנער נחקר על ידי גורם אחד, והמידע עובר לכל הגורמים האחרים.

במקרה שבו פקיד הסעד סבור כי אין מקום לפתוח בחקירה, תהליך "העברת" הילד לגורם החקירתי נבלם, ופקיד הסעד פונה אל ועדת הפטור בבקשה לפטור את המקרה מדיווח – באופן זמני או קבוע, לפי נסיבות המקרה.



הסעיף הרלוונטי בחוק הוא 368 ד (ו):

"(ו) פקיד סעד שקיבל דיווח לפי סעיף זה יעבירו למשטרה בצירוף המלצתו לפעול או להימנע מלפעול בקשר לדיווח, אלא אם כן קיבל אישור שלא להעביר את הדיווח למשטרה מאת אחת הוועדות שהקים שר המשפטים לעניין זה; חברי הוועדה כאמור יהיו נציג פרקליט מחוז, והוא יהיה היושב-ראש, קצין משטרה בדרגת רב פקד ומעלה ופקיד סעד מחוזי."

ועדת פטור נקבעת על-פי חוק, והיא פועלת ליד כל אחת מ-6 פרקליטויות המחוז שברחבי הארץ: ירושלים, תל-אביב, המרכז, חיפה, הצפון ובאר-שבע. בראש הוועדה עומד פרקליט בכיר מפרקליטות המחוז, וחבריה הם פקיד סעד מחוזי וקצין אח"ק מחוזי. מטרתה להחליט אם לפטור את פקיד הסעד באופן זמני או קבוע מלדווח על המקרה למשטרה. חוב המקרים הנדונים בוועדת פטור מחייבים גם אפיק טיפולי.

בנוהלי העבודה של פקידי הסעד לטיפול באדם המפגר ברשויות מקומיות - מסמך שנכתב על ידי הגב' לאה מאיר, פקידת סעד ארצית בשירות לקהילה באגף לטיפול באדם המפגר במשרד הרווחה (2001) - נאמר לגבי ועדת פטור:

### פנייה לוועדת פטור לצורך הימנעות או דחיית הדיווח למשטרה

אם פקיד הסעד מבקש להימנע או לדחות מעבר לימים מספר את הדיווח למשטרה כפי שמתחייב על-פי החוק, עליו לפנות לוועדת הפטור המחוזית לצורך קבלת אישור זמני או כולל להימנעות מהדיווח. את הפנייה לוועדת הפטור יש להעביר לפרקליטות המחוז שבו מתגורר האדם שנפגע. הקריטריונים לפנייה לוועדה הם כדלקמן:

- הדיווח למשטרה עשוי לחשוף את הנפגע לסכנת חיים ממשית, ופקיד הסעד נקט צעדים ממשיים למניעת המשך הפגיעה.
- החשד לפגיעה מתייחס לאירוע בתוך המשפחה אשר זה האירוע הראשון המדווח לגביה, ויש הכרה של בני המשפחה בעברה שנעשתה ונכונות ממשית לקבלת עזרה טיפולית למניעת הישנות הפגיעה. כל זאת אם אין מדובר בחבלה חמורה או בחשד לניצול מיני.
- יש צורך בעיכוב החקירה (עד שלושה חודשים) לצורך הרחקת האדם הנפגע או הכנתו לחקירת המשטרה ופקיד הסעד פונה לקבלת פטור זמני.
- הנזק שעשוי להיגרם לאדם ולמשפחתו כתוצאה מפתיחת חקירה משטרתית עולה בצורה משמעותית על התועלת שבדיווח למשטרה.
- הבקשה לוועדת הפטור תכלול את פרטיו המלאים של האירוע, הנימוקים לבקשה לפטור זמני/כולל, טיפולו

של פקיד הסעד למניעת המשך הפגיעה, והעתק ממנה יישלח לפקיד סעד מחוזי ולפקיד סעד ראשי, ותישלח ליו"ר ועדת הפטור בפרקליטות המחוז שבו מתגורר האדם הנפגע. בכל מקרה יש להתייעץ עם פקיד סעד מחוזי או ראשי לפני הגשת בקשה לוועדת הפטור."

### **דוגמה לבקשה לפטור מחובת הדיווח למשטרה במטרה לפנות לאפיק טיפולי**

חונכת שהגיעה לבית משפחה שמעה מבעד לדלת אירוע יוצא דופן למשפחה, שבו האם נשמעה צועקת, מכה את ילדיה ומאיימת עליהם. המשפחה מוכרת היטב לשירותי הרווחה, משום שארבעה מתוך שבעת ילדיה הם בעלי מוגבלות (אוטיזם, פיגור שכלי וליקויי למידה). ההורים מוכרים כדואגים לילדיהם ומודעים לצורכיהם, אך מתקשים להיענות לכולם. עד לדיווחה של החונכת לא היו דיווחים על פגיעה בילדים, לא ממטפלים ולא מבית הספר. בשיחה עם הילדים הם סיפרו שהרגיזו את אימא, השתוללו והרטיבו את בגדיהם. הבקשה לוועדת הפטור באה כדי לאפשר בחינה של דרכי טיפול והתמודדות עם הקשיים שעלו עם המשפחה (דורית ערבוב).

### **דוגמה לבקשה לפטור מחובת דיווח לחצי שנה**

צוות של מפעל עבודה מוגן שם לב לשינוי בתפקודה ובהתנהגותה של אישה בת 47 בעלת פיגור שכלי שהתבטא בירידה בתפקודה בעבודה, ברגרסיה התנהגותית לילדות, בחוסר ריכוז, באי-שקט מוטורי ובתכנים מיניים שעלו בשיחה שנראו לא מתאימים לאורח חייה (היא גרה בבית עם הורים קשישים). הנושא הועבר לפקידת הסעד להתייעצות. בירור במשפחה העלה אירוע בעבר של מעשים מגונים על ידי אנשים בשכונתה של האישה ועל ידי אחיה.

הפנייה לוועדת הפטור הייתה עקב קושי להצביע אם מדובר בפגיעה מהתקופה האחרונה, או שייתכן שמדובר בהתנהגות פוסט-טראומטית. דעתה של פקידת הסעד הייתה שיש מקום לטיפול פסיכיאטרי מאזן ורק אחר כך כדאי להמשיך בטיפול בנושא תוך בירור אם האישה חוותה פגיעה המצריכה עיבוד וטיפול. פקידת הסעד חשבה שלא היה נכון באותו שלב לערוך חקירה משטרתית לבירור החשד, שכן חקירה כזו הייתה עלולה לערער את מצבה הנפשי של האישה ולהעצים התנגדות ואי שיתוף פעולה מצדה ומצד משפחתה (דורית ערבוב).

## כלי עזר המסייעים בהגדרת המקרים שנדרש בהם דיווח וטיפול על-פי חוק

בחזור המנכ"ל שהזכרנו לעיל (הוראות קבע תשס"ו / 2 (א), סעיף 2.1–2) מפורטים כלי עזר נוספים היכולים לסייע בהגדרת המקרים שבהם נדרש דיווח וטיפול על-פי חוק במקרה של פגיעה מינית: כדי לקבוע כי התנהגות בעלת אופי מיני היא פגיעה החייבת דיווח וטיפול (לגבי קטינים בכל גיל) יש לבחון אותה על-פי המאפיינים האלה: האם ההתנהגות התרחשה נגד רצון הנפגע, ללא הסכמה או בדרך תוקפנית, נצלנית או מאיימת? (המאפיינים הללו יכולים להתקיים כולם או חלק מהם).



ככל שהבדלי הגיל בין הפוגע לנפגע קטנים יותר, וההתנהגות היא פולשנית פחות ותוקפנית פחות, כך קשה יותר להגדיר אותה כפגיעה מינית על-פי המאפיינים שהזכרנו לעיל. במקרים כאלה נדרשת הערכה של מערכת היחסים בין שני הקטינים המעורבים בפגיעה. כדי להעריך אם קיים ניצול בקשר מיני בין קטינים יש לבחון את מערכת היחסים לאור המאפיינים הנוספים של שוויון, הסכמה וכפייה, כדלקמן:

- **מבחן השוויון** בוחן את ההבדלים בגיל, בממדים הגופניים ובהתפתחות הקוגניטיבית והרגשית בין הפוגע לנפגע. כמו כן נבחן מספר המעורבים בפגיעה.
- **מבחן ההסכמה** בוחן באיזו מידה הייתה הסכמה בין הקטינים שהיו מעורבים בהתנהגות המינית. נושא ההסכמה מורכב ובעייתי מבחינה משפטית. מעשים כמו בעילת קטינה מתחת לגיל 14 ומעשה סדום בקטין עד לגיל 18, גם

אם נעשו בהסכמה, מוגדרים כעברות, ולכן הם חייבים בדיווח.

**התנהגות מינית שהיו מעורבים בה קטינים התקיימה בהסכמה רק כאשר מתקיימים כל התנאים האלה:**

1. כאשר קיימת הבנת המשמעות של הפעילות המינית המוצעת (בהתאם לגיל, לבשלות, לשלב ההתפתחותי, לתפקוד ולניסיון);
2. אשר קיימת ידיעת הנורמות החברתיות הנוגעות לפעילות המוצעת;
3. כאשר קיימת מודעות לתוצאות הפוטנציאליות של המעשה;
4. כאשר הסכמה או סירוב של הנפגע מכובדים באותה מידה;
5. כאשר מדובר בהחלטה מתוך רצון חופשי;
6. כאשר יש מסוגלות מנטאלית להביע הסכמה.

• **מבחן הכפייה** בוחן את הלחץ הגלוי או הסמוי שהופעל על הנפגע. כפייה עלולה להתרחש במצבים של העדר שוויון (הפרשי גיל וכדומה) או במצבים של יחסי כוח או סמכות (מדריך-חניך). ביטויים נוספים של כפייה יכולים להיות הצעת שוחד ממשי, חברתי או רגשי (כסף, מתנות, הבטחת חברות או קבלה לקבוצה) או איומים והפחדות גופניים או רגשיים (בידוד חברתי, איום "לספר לחברה").

חובת הדיווח מתבצעת על-פי חוק, והיא מטילה על כתפי איש המקצוע אחריות כבדה, שלא פעם מביאה לחששות, לספקות, לקשיים ואף לאי-דיווח. כשאישי המקצוע מתלבט לגבי דיווח על התעללות, המלצתנו היא, כפי שפורט בפרק האיתור, להתייעץ עם איש מקצוע נוסף, עם פקיד סעד, או עם צוות רב מקצועי, אך אם קיים חשד סביר, או נודע לאיש המקצוע על התעללות, חובה לדווח לפקיד הסעד או למשטרה באופן מיידי.

### תת דיווח (Underreporting)

אנשי מקצוע והורים ממעטים לדווח על מקרים של התעללות של אנשים בעלי מוגבלות. גם אנשים בעלי מוגבלות כמעט אינם מדווחים על התעללות בהם (Bryen, Carey & Frantz, 2003; Carmody, 1991; Cohen & Warren, 1990).

"מקורביו שחלקם ידעו לפחות משהו על בעיותיו, לא פעלו מספיק בעניין זה", נטען בפסק דין שמצא אשם בהתעללות מינית גבר בן 37, גרוש ללא ילדים, מורה ללקויי למידה ומדריך בפנימייה. הוא פגע והתעלל מינית ב-11 ילדים ונערים, חלקם קרובי משפחתו, מתוכם שני ילדים בעלי פיגור שכלי ושיתוק מוחין. הוא הורשע ונשלח לכלא ל-12 שנים. במחשבו הפרטי נמצאו עשרות תמונות עירום של ילדים. המורה גדל בניו-יורק, הגיע ארצה ללמוד בישיבה, ולאחר מכן שב לארצות הברית, ושם סיים תואר ראשון בתכנות מחשבים. כשחזר לישראל בשנית, עבד כמורה לילדים בעלי ליקויי למידה וכמדריך בפנימייה. לשירות המבחן סיפר האיש כי בגיל 11 ביצע בו מדריך במחנה קיץ מעשים מגונים. בגזר הדין נכתב כי הגבר פגע בילדים עוד בהיותו נער, כששימש שמרטף. כשאשתו הבינה שאינו מתגבר על בעייתו - התגרשו השניים, והוא פגע בילדים שהיו קרובי משפחתו. השופטים מתחו ביקורת על בני משפחתו שידעו על בעיותיו ושתקו: זאת לאחר שנודע במשפט כי המדריך סיפר להוריו על בעיותיו. הוא אף עבר טיפול במשך כשנה אך הפסיק אותו (Ynet, רוזנר, 16/3/2005).

התופעה מקבלת ממד בעייתי במיעוט מספן של תביעות המגיעות לבית המשפט והזכות להכרעת הדין (Klimecki et al., 1994; Sobsey, 1994; Sobsey & Doe, 1991). במחקר שנערך בנושא של התעללות מינית בנשים בעלות מוגבלות מצא החוקר כי 35% מהמקרים לא דווחו ומתוך המקרים שדווחו רק 32.8% הסתיימו בהגשת אישום ומחציתם הורשעו (הרשעות מתבצעות רק ב-11% מתוך 100 מקרים) (Sobsey, 2000). תופעת התת-הדיווח היא כללית, ואינה ייחודית לאנשים בעלי מוגבלות, אך אם ניקח בחשבון את השכיחות, את העוצמה ואת המשך של ההתעללות ואת העובדה שהתעללות של ילדים, מתבגרים ובוגרים בעלי מוגבלות היא בלתי נראית ברובה, נבין שתופעה זו קשה שבעתיים כאשר מדובר באנשים בעלי מוגבלות, ויש בה כדי להשפיע רבות על ההתמודדות, על הטיפול ועל המניעה (בריינ, 2002; Tyiska, 1998; Sorensen, 1997).

גבר בן 42 מקיבוץ נמצא חשוד בעשרות מקרים של מעשים מגונים ומעשי סדום בקטינים, שאותם תיעד והעלה לאתרי פדופיליה באינטרנט. בחקירה התברר כי ביצע את העברות במהלך 15 השנים האחרונות. בעלי תפקידים בכירים בקיבוץ ידעו ולא דיווחו למשטרה...

שלושה נערים בעלי פיגור שכלי הלומדים בכיתה טיפולית הפשיטו בחצר בית הספר נערה בת 14 בעלת פיגור שכלי וביצעו בה מעשים מגונים קשים. הנהלת בית הספר השתיקה את הפרשה במשך חמישה חודשים ונמנעה מלדווח עליה (מן העיתונות, תאריך ומקור לא ידועים).

### מן הנתונים על דיווחי פגיעה אפשר ללמוד על היקף הבעיה:

ההנחה היא כי אחוז האנשים בעלי המוגבלות שמדווחים עליהם כי נפגעו דומה לפחות לאחוז האנשים בעלי מוגבלות שעברו התעללות שאין מדווחים עליהם. הנחה זו מבוססת על הנחה נוספת הגורסת שהיחסיות של הדיווח לעומת האי-דיווח דומה למתרחש בקרב אנשים ללא מוגבלות.

נמחיש זאת בדוגמה של סקר שנערך בעיריית ירושלים, במחלקת השיקום שבאגף הרווחה, בין השנים 2001-2002 (אחד הסקרים הבודדים שנערכו בתחום): בעירייה מוכרים כ-4000 אנשים בעלי מוגבלות, מתוכם 2,700 בעלי פיגור שכלי וכ-1300 בעלי נכויות גופניות וחושיות (מעודכן לשנת 2000 – כפי שנאסף על ידי מחלקת השיקום מקובץ נתוני יסוד של אגף הרווחה בירושלים). בשנת 2001 התקבלו 45 דיווחים אודות פגיעה באנשים בעלי פיגור שכלי (כ-12%), ומתוכם דווחו למשטרה 62.9% מהמקרים. בשנת 2002 התקבלו 70 דיווחים על פגיעה בחסרי ישע, מתוכם 51.4% פגיעה מינית, 40% פגיעה פיזית, 8.6% הזנחה. הפוגעים במקרים אלו היו: 24.3% אנשי צוות, 21.4% בני משפחה, 30% חניכים/תלמידים, 17% זרים/לא ברור. מקום המגורים: 47.1% בדוור מוגן, 52.9% בבית/בקהילה. הגיל: כ-30% קטינים ו-70% בגירים. סוג ההתערבות: 62.9% מדווחים למשטרה, 34.3% היתר בדיקה+טיפול, 2.9% ועדת פטור. נתונים אלו חלקיים ביחס למספר הנפגעים, מאחר שקיימת תופעת תת דיווח.

הסיבות למיעוט הדיווחים רבות ומגוונות, והן מצביעות על מורכבותה של תופעת הפגיעה בילדים, במתבגרים ובבוגרים בעלי מוגבלות. אנשי מקצוע אינם מדווחים בגלל סטריאוטיפים ודעות קדומות של בני משפחה, והם נכשלים ב"אי הכרה" בעובדה שאדם בעל מוגבלות יכול להיפגע ובחוסר עירנות לסימנים של פגיעה. אי-דיווח יכול לנבוע מקשיי תקשורת, מסביבה לא נגישה, והבדלים בדיווח יכולים להיות תלויים באופי ובחומרה של המוגבלות, בסביבה שבה התרחשה ההתעללות, בסוג ההתעללות או באפיוני המסגרת שבה היא התרחשה (Watson; McCabe, Cummins & Reid, 1994; Welner, 1999.;Sobsey, 1994 ;Astrong et al., 1994)



## שאלות נפוצות בנושא הדיווח והשלכותיו

להלן שאלות נפוצות המייצגות קשיים ודילמות של אנשי מקצוע ושל הורים בבואם לדווח על פגיעה באדם בעל מוגבלות וניסיון לענות עליהן:

מרגע הדיווח על חשד לפגיעה נכנסים שירותי הרווחה לתמונה, והם בודקים את הדברים ונערכים לאפשרות שהאדם זקוק להגנה מיידית. במקרים אחרים, כשאין סכנה מיידית, יש צורך לערוך בדיקה זהירה ולנקוט פעולה שתמנע את המשך הפגיעה, כמו בניית תכנית טיפול מתאימה לאדם ולמשפחתו.

**מה תהייה התוצאות המיידיות של הדיווח?**

פקיד הסעד בודק באופן זהיר את האירוע, מכין הגנה לאדם אם המצב מחייב זאת, או מנסה לגייס בני משפחה תומכים שיפעלו לטובת הנפגע בעל המוגבלות.

**מה יעשה פקיד הסעד מיד אחרי שאדווח לו?**

**האם פקיד הסעד  
מדווח למשטרה?**

לאחר בדיקה ראשונית פקיד הסעד מעביר את הדיווח למשטרה בצירוף המלצה (הוא רשאי להמליץ לפתוח בחקירה או להשהות את החקירה; הוא יכול להמליץ כיצד לחקור, איך לפעול או אם להימנע מפעולה). כמו כן, פקיד הסעד רשאי שלא להעביר באופן מיידי את הדיווח למשטרה ולפנות לוועדת פטור בשלב זה.

**האם הדיווח על  
הפגיעה מביא  
בכל מקרה למעצר  
הפוגע?**

לא בהכרח. הדבר נתון להחלטת המשטרה ובית המשפט. סביר להניח שהפוגע לא ייעצר. לעתים גם מתקבלת החלטה על סגירת התיק הפלילי, אם אין מצליחים לאסוף די ראיות או אם נראה שאי אפשר להרשיע את החשוד בפגיעה, או שקיימת דרך שיקומית טיפולית שהיא עדיפה על התהליך הפלילי.

**האם מעורבות  
המשטרה מביאה  
בכל מקרה לשליחת  
הפוגע לכלא?**

מעורבות המשטרה אינה מביאה בהכרח לפתיחת תיק פלילי. הדבר תלוי בחומר הראיות, בהחלטת המשטרה ובהחלטת הפרקליטות. אם יובא העניין למשפט, יידונו חומרת המעשה והראיות. אם הרשיע השופט את הנאשם, העונש תלוי בגורמים רבים, כגון חומרת המעשה, הבעת חרטה וקבלת אחריות על המעשה מצד הנאשם, הנזק שנגרם לקרבן, מצב המשפחה והסיכוי לשקמה. על סוג מסוים של עברות המתעלל עלול לקבל עונש מאסר.

**מדוע לאחר הדיווח  
הילד עדיין בבית?  
מדוע פקידת הסעד  
לא יצרה עמי קשר  
אף שהשארתי לה  
כמה הודעות?**

הטיפול בכל מקרה שונה, ותלוי בכמה גורמים. העובדה שהילד בביתו אינה מצביעה על אי-טיפול או על אי-מעורבות של גורמים מטפלים. חשוב להמשיך ולדווח לגורמי הרווחה אם עדיין רואים סימנים מדאיגים אצל הילד. יחד עם זאת, יש לדעת שחוקי הגנת הפרטיות אינם מאפשרים לדווח לך על פרטי הטיפול. על כל פנים, אם אינך מרוצה מהתשובה שקיבלת מהגורמים המטפלים, תוכל לבקש לדבר עם הממונה על העובד האחראי לטיפול.

**אינני חושב שמשנה  
ישתנה, אז למה  
בכלל לדווח?**

הדיווח כשלעצמו אינו מביח את הצלחת הטיפול בנפגע או במשפחתו, אך מאפשר להגן על האדם שנפגע מפני הפוגע. דיווח יכול למנוע הישנות פגיעה בעתיד וענישת הפוגע ובכך לעצור את מעגל הפגיעה. דיווח מאפשר איתור אוכלוסייה בסיכון. איתור ודיווח הם המפתח לטיפול באדם בעל מוגבלות ובבני משפחתו.



כאיש מקצוע אתה חסין מכל תביעה אם פעלת בתום לב. על-פי הגדרת החוק חלה עליך חובת דיווח כאשר יש חשד סביר להניח ולא רק כאשר יש הוכחה או עדות חותכת לפגיעה.

**ומה אם המשפחה  
תתבע אותי על  
דיווח שווא?**

אם פנית לפקיד סעד לצורך דיווח, עליו להגיש את הדיווח בליווי המלצות. אם המשטרה מקבלת דיווח באופן ישיר, חלה עליה חובת התייעצות עם פקיד הסעד. **פקיד הסעד יכול להמליץ כי שם המדווח יישאר חסוי** בפני החשוד, אולם ההחלטה על כך היא בידי המשטרה.

**האם הפוגע ידע  
שדיווחתי עליו?**

בשיקול הדעת של פקיד הסעד הוא ייקח בחשבון את הבטחת שלומו של הנפגע. פקיד הסעד יעשה כל שביכולתו כדי להגן עליו מפני פגיעה אפשרית, עד כדי הרחקת הנפגע מהחשוד בפגיעה. לגבי המדווח, יש אפשרות להתלונן במשטרה במקרה של איום.

**איך אפשר להבטיח  
הגנה על האדם  
שנפל קרבן ועל  
המדווח מפני  
הפוגע, אם הוא  
ישוחרר?**

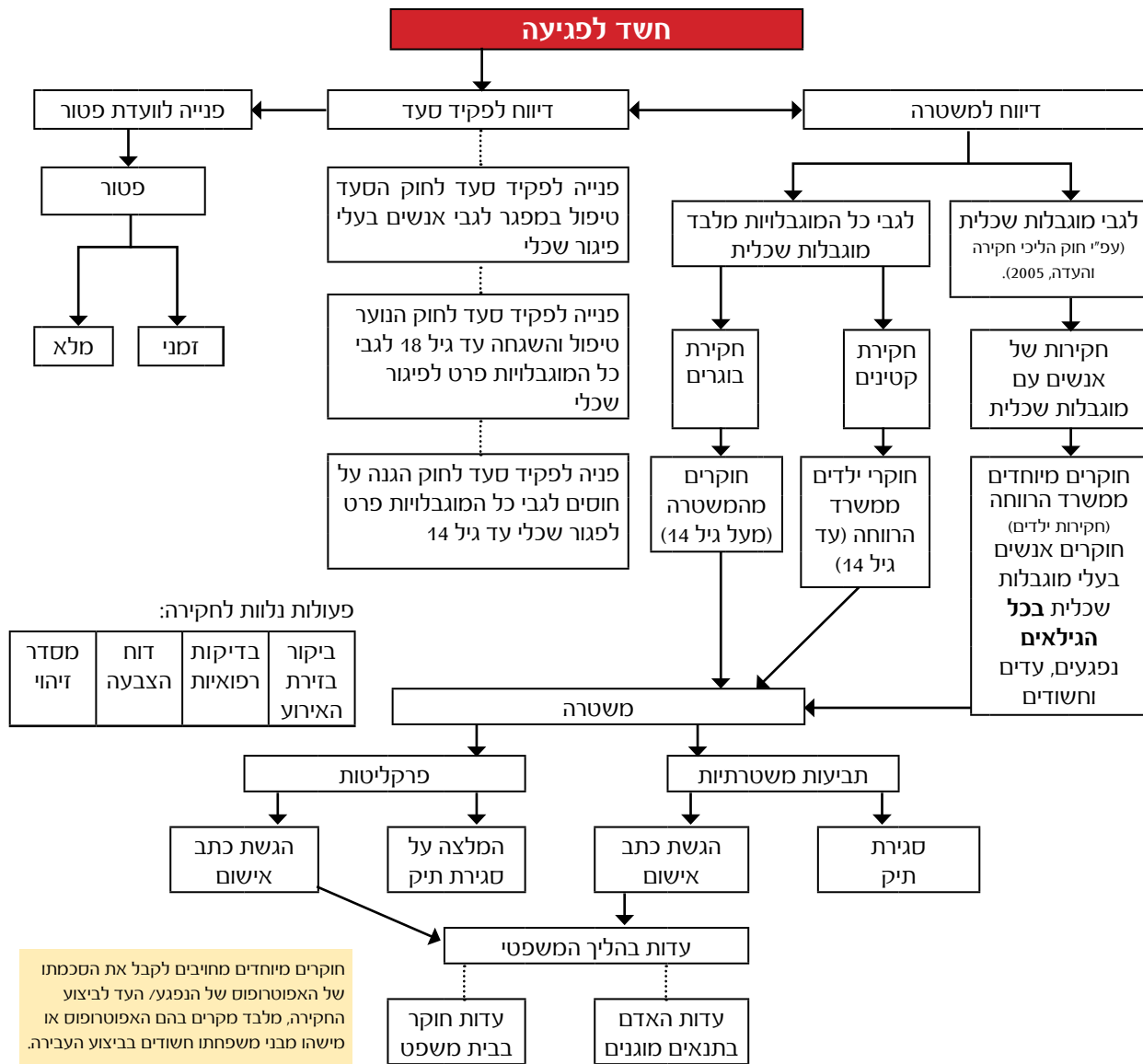
ייתכן שתתבקש לתת עדות בבית המשפט.

**האם אצטרך להעיד  
או להתעמת עם  
הפוגע במשטרה או  
בבית המשפט?**

- ההבטחה כי הפוגע לא ישוב לעבוד עם אוכלוסייה דומה בעתיד נעשית בשתי דרכים:
1. שפיטה; הפוגע ייאסר, ייכלא, ויהיה לו רישום פלילי (על פי החוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסד המכוון למתן שירות לקטינים, התשס"א-2001).
  2. נקיטת הליכים משמעתיים-מנהליים בארגון שבו הפוגע מועסק.

**איך אפשר להבטיח  
שהפוגע לא  
ישוב לעבוד עם  
אוכלוסיות דומות  
בעתיד?**

**מה קורה לאחר הדיווח? תרשים 6 מתאר את תהליך ההתערבות מרגע הדיווח על פגיעה באדם בעל מוגבלות**



## חקירה, תשאול והעדה של אנשים בעלי מוגבלות\*<sup>2</sup>

”... בית המשפט מכיר בכך שעצם מוגבלותו השכלית או הנפשית של אדם אינה פוסלת את עדותו וכי אין מקום להטביע סטיגמה גורפת על חולי נפש ומפגרים (מתוך הצעת חוק הליכי חקירה והעדה, הממשלה, 2005).

מפגשם של אנשים בעלי מוגבלות עם רשויות החוק והאכיפה בישראל הוא מתסכל, במיוחד בעת חקירה, תשאול והעדה בהקשר של התעללות. תשאול לצורך קבלת עדות של ילד, מתבגר ובוגר בעל מוגבלות הוא משימה המצריכה פתיחות, מדיניות ”נטולת מיתוסים” ומיומנות מקצועית ייחודית. הקושי במפגש בהקשר זה מתחדד בגלל מאפיינים שונים הקשורים למוגבלות בהקשר של גביית עדות ועמידה בחקירה של אנשים בעלי מוגבלות. לדוגמה, יהיו אנשים שידו בדברים שלא ביצעו או יצינו עובדות שלא קרו בגלל נטייתם לשים את מבטחם בדמויות סמכותיות וניסיון לרצותם. לחלק מאוכלוסיית האנשים בעלי המוגבלות יש קושי בחשיבה מופשטת ובהבנת מונחים מופשטים, אשר יחד עם שיבושי זיכרון יגרמו להם לנסות להסתיר את מגבלתם ולטעון כי הם זוכרים דברים שקשורים לפשע (אשר נאמרו בפועל על ידי החוקר). אצל אחרים אפשר יהיה למצוא טווח קשב וריכוז קצרים, אשר ימנעו מחוקר הילדים איסוף שיטתי של פרטי מידע רלוונטיים לצורך ההבנה של מהות האירוע ונסיבותיו. עבור חלק אחר הימצאותו של ליקוי בבוחן מציאות, הנטייה לבלבל בין ידיעות, משאלות ועובדות, הקושי בהבנת סיטואציות ונורמות חברתיות - כל אלה יקשו על אופן שפיטתם את מה שקרה במונחים של מקובל-לא מקובל, מותר-אסור, מוסרי-לא מוסרי, טוב-רע, רצוני-רצון אחרים וכדומה. חלקם יתקשו בהפרדה בין עיקר לטפל, ייטו לאסוציאטיביות ולחזרה העלולות למנוע התמקדות ולגרום לסטייה מהעיקר, או יתקשו בהתמצאות בזמן ובסיטואציה - עובדה המעלה סימני שאלה ביחס להיגיון שבדיווח (הרן, 2004). מאפיינים אלו יכולים להקשות על קבלת דיווחים מדויקים על פגיעה ולהשפיע על הגישה הנוטה עדיין להטיל ספק במהימנות דיווחיהם של אנשים בעלי מוגבלות והיכולה לגרום לעתים קרובות להימנעות מהגשת כתבי אישום או למיעוט הרשעות בבתי המשפט.

אדם הורשע בביצוע מעשה סדום בנסיבות מחמירות, מעשה מגונה בכוח ואינוס בצעירה בעלת פיגור שכלי כאשר הייתה בחודש השישי להיריונה. חומר הראיה מלמד כי הנאשם ניצל את המתלוננת לסיפוק צרכיו המיניים במשך כשבע שנים, שבמהלכן ילדה לו שלושה ילדים שנמסרו למוסדות רווחה. הנאשם - שלא הכיר באבהותו כלפי שלושת הילדים - ניצל את שליטתו במתלוננת ואת פחדם של הוריה מפניו, ואילץ אותה, תוך שימוש בכוח ובאימים, לקיים יחסי מין עם שלושה מחבריו בנוכחותו, כאשר המתלוננת ממלאה, מתוך אימה ופחד, אחר הוראותיו. הראיה המרכזית אשר עמדה בבסיס ההרשעה הייתה עדותה של המתלוננת. במקרה זה קבע בית המשפט כי אפשר לראות במתלוננת אישה בעלת פיגור שכלי ויחד עם זאת למצוא בעדותה בסיס להרשעת הנאשמים (עפ”י פסק דין 2445/98).

במקרה של העדה של אנשים בעלי פיגור שכלי קבע בית המשפט (עפ”י פסק דין 1686/98) כי יש להבחין בין העדר

<sup>2</sup> עד להדפסת ספר זה חוקק החוק: חוק החקירה והעדה לאנשים עם מוגבלות, 2005.

הכושר לשאת באחריות פלילית מחמת פיגור שכלי - בשל האי-יכולת להבחין בין טוב לרע - ובין העדר כושר להעיד. לעניין הנשיאה באחריות פלילית בוחנים את כושר שיפוטו המוסרי של האדם בעל הפיגור השכלי ואת יכולתו להבין את מהות מעשהו או את הפסול בו. לעומת זאת, לעניין כשרות העדה, בוחנים את יכולתו לקלוט אירועים ולהציגם מאוחר יותר. אלו הן שתי "יכולות" שונות, והעדרה של האחת אינו כרוך בהכרח בהעדרה של רעותה. אפשר שפיגור שכלי או מחלת נפש יפגעו בכושרו של אדם לתפוס את משמעות התנהגותו או את היותה פסולה ויחד עם זאת לא יפגעו בכושרו לקלוט רשמים ולדווח עליהם. הכושר לשאת באחריות פלילית נקבע, מטבע הדברים, על ידי מומחים לדבר, בעוד ש"כושר ההעדה" נקבע על ידי בית המשפט, על-פי התרשמותו מהעד העומד לפניו.



הקושי בקבלת עדויות מחייב היערכות מיוחדת לתשאול ולחקירה ופיתוח דרכי תשאול ייחודיות. בדיון על חשד לתקיפה מינית של אדם בעל מוגבלות שכלית כבן 42, אשר עבד בניקיון בתחנת אוטובוסים בירושלים, קבע בית המשפט המחוזי: "על החברה להיערך בצורה אופטימאלית, עוד בשלבי החקירה, לבעייתיות המיוחדת המתעוררת חדשים לבקרים, כפי שמלמד ניסיונו השיפוטי, בחקירת תלונותיהם של הלוקים בנפשם או בכושרם השכלי... הנעשית בידי חוקרי משטרה רגילים, שאין להם הכשרה מיוחדת לתפקיד, ולא תמיד הם ערים די הצורך למגבלות של המתלונן

ולהכרח להתאים את החקירה למגבלות אלה" (ת"פ 145/99). בית המשפט במקרה זה הדגיש את החשיבות שיש בהקלטת הודעתו של אדם בעל מוגבלות נפשית או שכלית, בהכשרתם של חוקרים מיוחדים ובהגשת חוות דעת מטעם מומחים אודות המוגבלות. בנסיבות המקרה קבע בית המשפט: "המתלונן, בדרכו שלו ובלשונו שלו, זועק מנהמת לבו על אירוע מיני קשה ומשפיל שאכן אותו חווה באוטובוס בתחנה המרכזית. אכן, התקשורת עם המתלונן... הייתה קשה. לא תמיד השיב המתלונן על שאלות שנשאל ופעמים רבות ענה שלא לעניין. עתים הוא נשמע משנן דברים. דבר זה אינו מצביע על כך שעדותו אינה עדות אמת או שאינה כנה... סתירות שונות... אף הן פרי המוגבלות, ואינן מצביעות על אי-מהימנות." בית המשפט אמנם מתח ביקורת על דרך החקירה הלוקה בחסר של המשטרה, אך יחד עם זאת זיכה את הנאשמים.

חוקר צריך להיות בעל ידע, הכשרה וניסיון המתאימים לעבודה עם ילדים ועם בוגרים בעלי מוגבלות אינטלקטואלית. מומלץ כי ידאג לקבל מידע לפני תחילת התשאול מגורמים מקצועיים על פרטים אלו: הרקע, מאפייני המוגבלות, דרכי תקשורת מועדפות, טווח הקשב ויכולת הריכוז, הזמנים המועדפים לניהול התשאול, תנודות במצב הרוח, זמני התגובה, התגובה הצפויה למפגש עם המראיין, הרגלי האכילה ועוד. במקרה של חקירתם של ילדים בעלי מגבלה אינטלקטואלית יש חשיבות רבה לנוכחותו של אדם המוכר לילד ולסביבה נקייה ככל האפשר מגורמי רעש ומגירויים אחרים העלולים להסיח את דעתו, ויש לאפשר לילד זמן הסתגלות לראיון התשאול. מומלץ להיפגש עם הילד יותר מפעם אחת. חשוב לעשות שימוש זהיר בשפה פשוטה וקונקרטי, אך הולמת ומדויקת, ויש לשקול בזהירות מרבית אפשרות של שימוש בעזרים כגון סמלים, בובות, תצלומים, משחקים ועוד. יש חשיבות רבה לפיתוח אמצעי עזר לתשאול ולהעדה, כגון לוחות תקשורת שיציגו אוצר מילים קל להבנה וכתב סימנים מובן, כדי שילדים ומבוגרים בעלי מוגבלויות התפתחותיות ירכשו אוצר מילים כדי להתלונן על פשעים המבוצעים נגדם.

במשטרת ישראל קיים מאז 1999 מערך ייחודי של חוקרים לחקירות מיוחדות, ביניהם חוקרים של אנשים בעלי מוגבלות. ניתנה הוראה בדבר החובה לתעד כל חקירה של אדם בעל מוגבלות בווידיאו, בהקלטה או בכתב. ברוב המקרים, בשל חוסר תקציב, התייעוד נשאר בכתב, ואינו עוזר במיוחד כשהאיש אינו יכול להעיד וצריך להביא את העדות המקורית לבית המשפט. למרות שינוי הגישה החוקרים ממשיכים למצוא את עצמם בלי יכולת אמיתית לתקשר עם ילדים, עם מתבגרים ועם בוגרים בעלי מוגבלות.

קיים קושי לשכנע את המערכת המשפטית להכיר בצרכים המיוחדים - כמו עדות שלא בפני הנאשם, הפסקות רבות בדיונים, דאגה לאמצעי תקשורת חלופיים שיהיו מקובלים ולא ייחשבו כהטיית העדות - ואפילו להכיר ברלוונטיות של חוות דעתם של מומחים להליך המשפטי. לאנשים בעלי מוגבלות עדיין אין נגישות למערכת המשפט; בתי המשפט רק מתחילים לראות את האפשרות לגבות מהם עדות יחד עם התנגדותם של הסנגורים לקבילות העדויות שלהם. גם ההליך המשפטי עצמו מטיל פחד, ולעתים הוא משתק את האדם בעל המוגבלות, כמו למשל כשהוא נשאל שאלות

אינטימיות על ידי זרים ונאלץ להשיב עליהן בפני אנשים רבים (שופטים, עורכי דין, קהל), כשהדיון נערך בשפה גבוהה ומשפטית, אשר אינה תמיד מובנת לו, או כשהוא מעיד והאדם שפגע בו יושב מולו ומאיים עליו גם ללא מילים. בימים אלה חוקק בכנסת "חוק הליכי חקירה והעדה (התאמה לאנשים עם מוגבלות שכלית או נפשית), התשס"ו, 2005". החוק שחוקק בשנה זו הוא בעל משמעות עצומה מבחינת האנשים בעלי המוגבלויות ויותר מכך עבור החברה הישראלית כולה. מידת הסיכון של אנשים בעלי מוגבלות גוברת ככל שאי אפשר לגבות מהם עדות ולחקור אותם. באמצעות חוק זה מועבר מסר ברור לחברה שאדם בעל מגבלה יוכל להיחקר ולתת עדות באופן שיותאם לו, ובכך יהיה מוגן מפני פגיעות חוזרות ונשנות והפוגע יקבל את עונשו ומעגל הפגיעה יוכל להיעצר.

החוק מתייחס לבעלי נכויות התפתחותיות נפגעי עברה ופוגעים:

- לאנשים בעלי פיגור שכלי
- לאנשים בעלי לקות שכלית אחרת שבשלה יכולתם להיחקר או למסור עדות מוגבלת
- לאנשים בעלי הפרעה התפתחותית מורחבת, לרבות אנשים בעלי אוטיזם.

#### **להלן ריכוז הסעיפים העיקריים של החוק:**

- מינוי חוקרים מיוחדים שהם פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, קרימינולוגים קליניים או בעלי הכשרה בתחום החינוך המיוחד: החוקרים המיוחדים יקבלו הכשרה לצורך תפקידם (עד כה נחקרו ילדים עד גיל 14 על ידי חוקרים במשרד הרווחה ביחידה האמונה על חקירות ילדים, ומגיל 14 הם נחקרו במשטרה).
- חקירה בידי חוקר מיוחד: חוקר מיוחד רשאי לחקור אדם בעל מוגבלות שכלית שהפנה אליו חוקר משטרה כאמור בסעיף 3 בחוק; לחוקר המיוחד תהיינה כל הסמכויות הנתונות לקצין משטרה בדרגת מפקח ומעלה לפי סעיף 2 לפקודת הפרוצדורה הפלילית, והוראות סעיפים 2 ו-3 לפקודה האמורה יחולו על החקירה, בשינויים המחויבים. החוקר המיוחד יסביר לנחקר, בלשון המובנת לו, את האמור בסעיף 2(2) לפקודת הפרוצדורה הפלילית.
- היעזרות באדם נוסף. חוקר מיוחד רשאי להיעזר באיש המקצוע המומחה בתחום המוגבלות של הנחקר, או באדם אחר העשוי, לדעת החוקר המיוחד, לסייע לו בגביית העדות.
- ליווי בחקירה של אדם עם מוגבלות שכלית: אדם בעל מוגבלות שכלית זכאי לכך שאדם המלווה אותו, לפי בחירתו, יהיה נוכח בחקירה, אלא אם כן לדעת החוקר המיוחד או החוקר, לפי העניין, מטעמים שיירשמו, עלול הדבר לפגוע בחקירה.
- חקירת חשוד בעל מוגבלות: הופנה חשוד המצוי במעצר לחוקר מיוחד לפי חוק זה, יסביר החוקר המיוחד לחשוד, בלשון המובנת לו, את זכויותיו לפי חוק סדר הדין הפלילי (סמכויות אכיפה – מעצרים), התשנ"ו-1996.
- תיעוד חקירת אדם בעל מוגבלות שכלית. החוקר המיוחד יתעד חקירה הנעשית על ידו, במלואה, לרבות כל חילופי הדברים עם הנחקר או עם אחרים בנוכחותו, כדלקמן: בתיעוד חזותי; בתיעוד קולי – אם אין אפשרות סבירה,

בנסיבות העניין, לתיעוד חזותי, או אם סירב הנחקר להשיב לשאלות החוקר המיוחד בשל השימוש בתיעוד החזותי, וסירובו תועד בתיעוד החזותי; בכתב – אם אין אפשרות סבירה לתיעוד קולי, או אם סירב הנחקר להשיב לשאלות החוקר המיוחד בשל התיעוד הקולי, וסירובו תועד בתיעוד הקולי. תועדה החקירה בתיעוד קולי בלבד, יפרט החוקר המיוחד בכתב את הטעמים לאי התיעוד החזותי; תועדה החקירה בכתב בלבד, יפרט החוקר המיוחד את הטעמים לאי תיעוד החזותי או הקולי. לא ייעשה כל שינוי בקלטת החקירה.

- אזהרת עד בעל מוגבלות שכלית. מצא בית המשפט כי אי אפשר להזהיר עד כאמור בסעיף 2 בחוק לתיקון דיני הראיות (אזהרת עדים וביטול שבועה), התש"ם-1980, מחמת שהעד אינו מסוגל, בשל מוגבלותו השכלית, להבין את החובה להגיד אמת, רשאי בית המשפט, אם מצא כי אין בכך כדי לסייע לגילוי האמת, שלא להזהיר עד העומד להעיד בפניו שהוא אדם בעל מוגבלות שכלית.
- איסור חקירה נגדית של אדם בעל מוגבלות שכלית בידי הנאשם, ומינוי סניגור. ראה בית המשפט כי עד שעומד להעיד בפניו או המעיד בפניו הוא אדם עם מוגבלות שכלית (בסעיף זה – העד), רשאי הוא להורות, בין ביזמתו ובין לבקשת בעל דין, לפני מתן העדות או במהלכה, שהנאשם לא יחקור את העד בעצמו.
- חוות דעת מומחה. בלי לגרוע מהוראות כל דין, רשאים הצדדים בהליך פלילי שעד שהוא אדם בעל מוגבלות מעיד בו להגיש חוות דעת כראיה בעניין מהעניינים המפורטים על היות העד אדם בעל מוגבלות, על סוג מוגבלותו של העד ועל השפעתה האפשרית של המוגבלות על מסירת עדות או על העד.

## סיכום השער השני

עיקר עניינו של הספר הוא בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלות ובאנשי המקצוע, בהורים ובבני המשפחה המטפלים בהם. אנשים בעלי מוגבלות נפגעים מהזנחה ומהתעללות גופנית, רגשית, פסיכולוגית ומינית בשכיחות גבוהה ובאופן כרוני וקשה. מטרת הספר היא להביא להקטנת הסיכון לפגיעה ולמניעת הישנות התעללות בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלות. הדרך להשגת המטרה על פי הספר היא באמצעות הפצת ידע תיאורטי ומעשי, והתפקיד המרכזי מוטל על כתפיהם של אנשי המקצוע, של בני המשפחה ושל האנשים בעלי המוגבלות. מחסומים מערכתיים, מקצועיים, משפחתיים ואישיים מקשים על השגת המטרה, מונעים את איתור הפגיעה, את חשיפתה ואת הדיווח עליה על פי חוק ומונעים את זכותם הבסיסית של אנשים בעלי מוגבלות לביטחון ולהגנה.

היום הוא בן שמונה שנים, לומד בבית ספר לחינוך מיוחד בשל בעיות התפתחותיות וליקויי למידה. נראה קטן ונמוך לגילו, בעל דיבור ילדותי, חברותי, יוצר קשר בקלות אך חרד וחושש להיות לבד. שלישי מבין ארבעה אחים, בן למשפחה מוכרת לשירותי הרווחה ולבריאות הנפש.

הילד נפגע מינית בביתו על ידי אחד מאחיו למחצה כשהיה בן ארבע שנים. החשד לפגיעה עלה במהלך אבחון פסיכולוגי. באותה תקופה תפקד הילד ברמת פיגור, סבל מהפרעות שינה, מכאבי בטן, בכה בלילות והתלונן על כאבים בפי הטבעת שיוחסו לעצירות. החשד דווח, הילד נחקר, אך חוקרת הילדים לא העלתה חשד ברור, והוא הופנה לטיפול. עברו ארבע שנים עד שהגיע למסגרת טיפולית. כאשר הכינו ההורים את ילדם הצעיר לתחילת הטיפול המיועד, הסכים לספר כי אחד מאחיו הגדולים פגע בו. הוא תיאר בפירוט רב את המעשים שנעשו בחדר הילדים בלילות. התברר שהפוגע אינו זה שנחשד מלכתחילה אלא אח שני שהמשיך לבקר בבית ונחשב לבן ה"טוב". האב חשש לדווח כדי לא לפגוע בבן, אשר בינתיים שיקם את חייו, וחשש שמא תלונה תגרוור את התאבדותו של הבן הגדול. עובד רווחה של המשפחה שמע את הפרטים ובחר לא לדווח לפקיד הסעד, ובכך נענה לבקשת ההורים. הוא לא שעה להמלצת הגורם המטפל בילד, שגרס כי דיווח יגן על הילד ויבטיח מניעת המשך פגיעה בו (ידידה לחובר).

בחרנו להביא תיאור מקרה זה בסיכום הספר, אף שהוא לכאורה מתאים לפתיחה ולא לסיכום, משום שהקשיים העולים ממנו הם מעיקרו של הספר, ומשום שהמסר שלו הוא שהנושא מורכב ויש להעמיק וללמוד את המורכבות ויחד עם זה למצוא את ההתערבויות הנכונות ביותר, כדי לצמצם את הנזקים הראשוניים והמשניים.

המקרה מעלה את הקשיים באיתור הפגיעה שאנשי מקצוע והורים נתקלים בהם הנבעים מקשת רחבה של סיבות. חלקן קשורות לאפיוני הסביבה, לעמדות ולהעדר ידע, חלקן קשורות למאפייני ההורים והמשפחה, וחלקן קשורות לאפיוני המוגבלות, היוצרים מיסוך ומונעים איתור סימנים שלעתים קרובות ברורים וגלויים לעין (כמו במקרה שלהלן), כמו גם קשיים בזיהוי הפוגע ובהגשת תלונה נגדו.



הדילמות העולות מהמקרה שתואר לעיל מותירות שאלות ללא מענה: מה הם תפקידו ומשמעותו של האיתור במניעה ובטיפול? מדוע כשלה המערכת המקצועית במתן מענה לצעיר ולמשפחתו בשלב האיתור כמו גם בשלב הטיפול והמניעה?

תפקידה של המערכת המקצועית להגן על האנשים בעלי המוגבלות ועל בני משפחתם. על החברה לעשות את כל המאמצים כדי שיהיה אפשר להפחית את החשיפה לסיכון ולמנוע את הישנות ההתעללות בילדים, בבני נוער ובבוגרים בעלי מוגבלות. איתור מוקדם ודיווח מאפשרים סיכוי טוב יותר לשיקום ולהחלמה.







## שער שלישי

מילון מונחים, מקורות ונספחים

פרק 5: מילון מונחים

פרק 6: מקורות

פרק 7: נספחים





- אפוסטרופסות • גורמי סיכון • הזנחה • הזנחה רגשית
- הזנחה חינוכית • הזנחה רפואית • הזנחה גופנית
- התעללות • התעללות גופנית • התעללות רגשית
- התעללות פסיכולוגית • חסר ישע • חשד ראשוני
- חשד סביר • מגבלה • מוגבלות • נגישות • נכות
- סיכון • עברה • עברות מין • פגיעה • קטין • שילוב

## פרק 5 מילון מונחים

לוח 8: אינדקס מונחים לפי מראי מקום

עמוד	מונח	אות
191	אפוטרוחפסות	א
191	גורמי סיכון	ג
191	הזנחה	ה
191	הזנחה רגשית	
192	הזנחה חינוכית	
192	הזנחה רפואית	
192	הזנחה גופנית	
192	התעללות	
192	התעללות גופנית	
192	התעללות רגשית ופסיכולוגית	
192	התעללות מינית	
192	התקשרות	
192	חוסר אונים נלמד	ח
192	חסר ישע	
192	חשד סביר	
193	מגבלה	מ
193	מוגבלות	
193	נגישות	נ
193	נכות	
194	סיכון	נ
194	עברה	ע
194	עברות מין	
194	פגיעה	פ
195	קטין	ק
195	שילוב	ש



## א

### אפוטרופסות Custody

מילה יוונית שהשתרשה עוד בתקופת המשנה. משמעותה היות האדם אחראי על מישהו אחר. היא מעוגנת בחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות. עד גיל 18 ההורים הביולוגיים הם אפוטרופסים טבעיים. מעל גיל 18 החוק מחייב מינוי אפוטרופוס על ידי בית המשפט לענייני משפחה במגזר היהודי או השרעי במגזר המוסלמי (פירוט ראה בחוק).

## ג

### גורמי סיכון Risk factors

גורמים התורמים / או היכולים לנבא סיכון לפגיעה ולהתעללות בילדים, במתבגרים ובבוגרים בעלי מוגבלות. גורמי סיכון יכולים להיות קשורים למאפייני האנשים בעלי המוגבלות ולמוגבלות עצמה, והם יכולים להיות משפחתיים, סביבתיים, תרבותיים-חברתיים או נסיבתיים.

## ה

### הזנחה Neglect

**קיימים סוגים שונים של הזנחה:**

- הזנחה רגשית או התפתחותית היא מניעה מהאדם

- יחסי גומלין אנושיים בסיסיים שהוא זקוק להם להתפתחות של התנהגות נורמטיבית ותקינה.
- הזנחה חינוכית היא כישלון לספק שירותי חינוך הולמים.
- הזנחה רפואית היא כישלון לספק טיפול רפואי נדרש והולם.
- הזנחה גופנית היא נקיטת פעולות המפריעות או מונעות התפתחות תקינה של אדם בעל מוגבלות והקשורות לאי-סיפוק צרכים בסיסיים כגון מזון, ביגוד ומחסה, השארה לבד למשך זמן ממושך ללא השגחה וגרימת סכנה.

### התעללות Abuse

התעללות היא פגיעה חד פעמית ופגיעה החוזרת על עצמה. המחוקק מכיר בשלושה סוגים של התעללות: התעללות גופנית, התעללות מינית והתעללות נפשית (חוק העונשין, סעיף 368ג, התעללות בקטין או בחסר ישע - תיקון התש"ן). החוק אינו מגדיר "התעללות", ומאפשר לפרשה על-פי **תכלית החוק** ותוך הפעלת שיקול דעת שיפוטי. עם זאת, נקבעו כמה סממנים אופייניים להתנהגות שהיא התעללות, העשויים לשמש לעזר בזיהוי התעללות:

- מעשים או מחדלים הנמשכים על פני זמן
- מעשה בדרגה שיש בה חומרה ואכזריות, השפלה, ביזוי או הטלת אימה
- התנהגות שמטרתה הטלת מרות, הפחדה, ענישה או סחיטה
- פערי כוחות בין הקרבן לבין התוקף.

טקסים מיניים ומעורבות בפורנוגרפיה.

### התקשרות Attachment

דחף בסיסי, אינסטינקטיבי וקיומי הגורם לאם ולתינוק להתקשר זה לזה (Bowlby, 1969).

## ח

### חוסר אונים נלמד Learned Helplessness

אמונתו של אדם כי אינו יכול להשפיע על מה שקורה לו. תגובתו למצב זה היא בחוסר תגובה או בחוסר התגוננות או בציטנות יתר. חוסר אונים נלמד נוצר לעתים לאחר התעללות אחת בלבד. מצב זה מושך את העבריין להוסיף ולהתעלל בקרבן, וככל שהוא מתעלל בו יותר, כך הקרבן הופך לפסיבי ולשפל-רוח יותר.

### חסר ישע Helpless

"מי שמחמת גילו, מחלתו או מוגבלותו הגופנית או הנפשית, ליקויו השכלי, או מכל סיבה אחרת, אינו יכול לדאוג לצורכי מחייתו, לבריאותו או לשלומו" (סעיף 368 א' לחוק העונשין).

### חשד סביר

חשד המתעורר בעקבות תופעה שעל פי שיפוטו ושיקול דעתו של האדם היא פגיעה בקטין או בחסר ישע.

### התעללות גופנית (נל פי חוק) Physical Abuse

מעשה אקטיבי או מחדל, או התנהגות שיש בה הפעלת כוח או אמצעי פיזי אחר לשם גרימת נזק או סבל פיזי או נפשי.

### התעללות רגשית ופסיכולוגית

Psychological & Mental abuse

תגובות רגשיות בלתי הולמות מתמשכות וחוזרות על עצמן מצד המטפל כלפי הבעותיו הרגשיות של הילד, המתבגר או הבוגר בעל המוגבלות; התנהגות הפוגעת בפוטנציאל היצירתי וההתפתחותי של כל אחד מהיכולות או מהתהליכים המנטאליים המכריעים של האדם - הכרה, אינטליגנציה, תפיסה, שפה, זיכרון, קשב וחוש מוסרי ומקטינה אותם בצורה מהותית. התנהגות זו מקטינה את היכולת של הילד והבוגר להבין את העולם הסובב אותם ולהפכו למוכר יותר ובר-התמודדות (או'האגאן, 1993).

### התעללות מינית Sexual Abuse

כל פעילות מינית שתוצאתה פגיעה, או שנראה שיש בה כדי לפגוע באדם. על פי רוב היא כוללת שימוש בכוח גופני, בסמכות, בכפייה, ללא הסכמה הדדית. התעללות מינית בילדים ובחסרי ישע כוללת התנהגות מינית נכפית או מופעלת בכוח ו/או פעילות מינית בין הנפגע לבין מבוגר ממנו, בין אם בכפייה או לא בכפייה. התעללות מינית מכסה טווח רחב של פעולות: גילוי עריות, תקיפה מינית, ליטוף איברי המין, חשיפה לפעילות לא מוסרית,



חסך אצל אדם שנגרם בשל ליקוי ונכות המגביל אותו או מונע ממנו למלא תפקיד שמקובל לראותו כנורמאלי בהתאם לגילו, למינו ולנסיבות החברתיות והתרבותיות שהוא חי בהן.

- האוכלוסיות הנכללות בהגדרה, כפי שמשמשים בה בספר, כוללות:
- (1) בעלי אוטיזם, בעיות התנהגות והתפתחות ובעיות נפשיות, מחלות נפש
  - (2) בעלי נכויות גופניות (שיתוק מוחין, ניוון שרירים או מחלות ניווניות אחרות, מחלות במערכת העצבים והשרירים ובעיות במוטוריקה הגסה) ונכויות גופניות מולדות
  - (3) בעלי נכויות תקשורתיות (שפה ותקשורת, שמיעה, למידה)
  - (4) בעלי נכויות חושיות (עיוורון, כבדות ראייה)
  - (5) בעלי נכויות מנטאליות (פיגור שכלי) וקוגניטיביות (פגיעה מוחית טראומטית).

תנאים המאפשרים לאנשים בעל מוגבלות סיכוי שווה להשתתף בפעילויות יום-יומיות, ובכלל זה עבודה ושימוש בשירותים, במוצרים ובמידע כמו אנשים ללא מוגבלות. זהו מושג רחב הקשור לצורכיהם של אנשים בעלי קשת רחבה של מוגבלויות.

ארגון הבריאות העולמי מגדיר נכות כתהליך של קיום יחסי גומלין בין פתולוגיה, לקויות וסביבתו של האדם (World Health Organization [WHO], 2001; Institute of Medicine, 1991). הנכות היא מושג "מטרייתי" רחב המתייחס לבעיות בתפקוד בשלושה ממדים: בתפקוד גופני (האורגניזם האנושי הכולל היבטים גופניים ופסיכולוגיים), בפעילויות (בטווח רחב של פעולות, התנהגויות ורוטינות המבוצעות על ידי האדם) ובהשתתפות (בתחומי חיים שהאדם מעורב בהם ושהוא נגיש אליהם), אשר מושפעים באופן משמעותי ממשתנים אישיים וסביבתיים. על פי הגדרת הפיגור השכלי משנת 2002 נכות היא ביטוי של מגבלות בתפקוד האדם בהקשר חברתי. הנכות מתמשכת ומשתנה, והיא תלויה במגבלות תפקודו של האדם ובתמיכות המתאפשרות בסביבה שהוא נמצא בה (האגודה האמריקאית לפיגור שכלי, 2002).



## סיכון Risk

מצב שבו הפרט חי בסביבה הפוגעת, או עלולה לפגוע, בהתפתחותו הנורמטיבית וביכולתו לממש את הפוטנציאל הטמון בו. סיכון בהיבט רחב כולל את המרכיבים האלה: הזנחה (גופנית, חינוכית, רגשית), התעללות (גופנית, מינית, רגשית), חיים במשפחה או בסביבה אלימה, נשירה ממסגרות חינוך (כולל נשירה סמויה או טרום נשירה), מעורבות בפעילות שולית או עבריינית ובעיות התנהגותיות ונפשיות.



## עברה

חובת הדיווח מתייחסת לעברה כמוגדר בחוק העונשין (תיקון מס' 26-1989):

1. עברה של סיכון החיים והבריאות לפי סעיף 337
2. עברות מין לפי סעיפים 345 עד 348 ו-351
3. עברה של נטישה או הזנחה לפי סעיפים 361 ו-362
4. עברה של תקיפה או התעללות לפי סעיפים 368' ו-368ג'.

## עברות מין

חוק העונשין תשל"ז-1977, תיקון תשמ"ח, סעיפים 345-348 ו-351, מגדיר עברות מין:

- א. עברת אינוס
- ב. בעילה אסורה בהסכמה
- ג. מעשה סדום
- ד. מעשה מגונה
- ה. מעשה מגונה בפומבי
- ו. עברות מין במשפחה ובידי אחראי על חסר ישע.



## פקיד סעד

עובד סוציאלי המתמנה מטעם שר העבודה והרווחה ופועל על פי חוק מטעם הרשות המקומית. תפקידו להפעיל את החוקים השונים לצורך הגנה על חסרי ישע. קיימים גם פקידי סעד מחוזיים וארציים, הפועלים מטעם משרד העבודה והרווחה. לכל חוק פקיד הסעד הפועל על פיו. לדוגמה: פקיד סעד לחוק הנוער טיפול והשגחה עד גיל 18; פקיד סעד לחוק ההגנה על חוסים (חסרי ישע).

**פקיד סעד לחוק הסעד טיפול במכגר:** תפקידו להגן על אדם בעל פיגור שכלי (קטין ובוגר), כולל מקרים של חשד לפגיעה או לאלימות מינית. כמו כן, תפקידו להתערב "בצל החוק", במקרים של הזנחה קשה, העדר טיפול חינוכי או רפואי ואי-תפקוד הורי. במקרים שבהם אי אפשר להגן על האדם פקיד הסעד פונה לבית המשפט להוצאת צו לדרכי טיפול או לסידור חוץ ביתי.



ק

## קטין

כל אדם שלא מלאו לו 18 שנים (לפי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות).

ש

## שילוב

שילובם של אנשים בעלי מוגבלות בזרם החיים הכללי: בדיור, בחינוך, בתעסוקה ובפנאי. ההנחה המרכזית העומדת בבסיס רעיון השילוב היא אמונה בזכותם וביכולתם של אנשים בעלי מוגבלות להגיע למימוש עצמי ולחיות חיים מלאי משמעות ואיכות ככל אזרח במדינה.





- רשימה כללית
- רשימת לפי נושאים נבחרים

**פרק 6**  
**רשימת מקורות**

- או'האגאן, ק' (1993). **התעללות רגשית ופסיכולוגית בילדים**. קרית ביאליק; את.
- אוהן, ז' (1997). **גרפולוגיה ציור וילד**. תל אביב; אור העם.
- אחדות, א' & מורבר, מ' (2004) (טרם פורסם). **עברייני מין בקרב אנשים עם פיגור שכלי; סקר ראשוני**. תל אביב; מחלקת אבחון וקידום.
- אייזן, א' (2001). גורמי סיכון לנפילות בקרב קשישים. **הרפואה, 140**, 276-271.
- אילון, ע' & צימרון, ח' (1990). **ילדות כואבת - מבט שני על ילדים מוכים** (עמ' 188-194). תל אביב; פועלים.
- אלוני, ר' (1998). טיפול מיני באנשים עם פיגור שכלי. מתוך א' דובדבני, מ' חובב, א' רימרמן וא' רמות (עורכים), **הורות ונכות התפתחותית בישראל** (עמ' 163-151). ירושלים; מאגנס.
- אליהו, מ', מזור, ל' & רוקניאן, ג' (2003). **הדרך שלנו - זהות ומעברים בחיי אדם חרש וכבד שמיעה**. ירושלים; ג'וינט.
- אפרת-גוט, ג' & בן-אריה, א' (2001). האפידמיולוגיה של התעללות בילדים. מתוך י' ציונית & י' קדמן (עורכים), **ילדים נקורבנות התעללות במשפחה - מבט נוסף על התופעה, שכיחותה ומאפייניה** (עמ' 1-34). ירושלים; המועצה הלאומית לשלום הילד.
- ארגמן, ר' (2003). **גורמים מנבאים פגיעות מינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי המתגוררים במעונות פנימייה**. חיבור לתואר שני, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל אביב.
- ארליך, נ' (1986). משפחת הנכה לאורך מעגל החיים המשפחתי. מתוך א' רימרמן, ש' רייטר, מ' חובב (עורכים), **נכות התפתחותית ופיגור שכלי** (עמ' 77-86). תל אביב; צ'ריקובר.
- אתגר, ט' (2001). עבריינות מין בקרב מתבגרים. מתוך ש' צימרמן (עורכת), **קטינים פוגעים בקטינים - אסופת**
- **מאמרים ותיאורי מקרה** (עמ' 51-59). ירושלים; משרד החינוך, השירות הפסיכולוגי-הייעוצי.
- באומינגר, נ' (1998). אפיונים מרכזיים של קשרי ידידות אצל ילדים עם התפתחות תקינה וילדים עם לקויות. **פסיכולוגיה, ז**, 93-103.
- בן-אריה, א', ציונית, י"ץ. קריז'ק, ג' (עורכים) (2003). **ילדים בישראל. שנתון סטטיסטי 2003** (עמ' 181-213). ירושלים; המועצה הלאומית לשלום הילד בשיתוף אשלים.
- ברין, ד' (2002). קורבנות, שהינם אנשים עם נכויות התפתחותיות, שוברים את קשר השתיקה, **סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום, 17**, 7-15.
- ג'וינט-מכון ברוקדייל (2003). **סקירת ספרות: שילוב ילדים בעלי צרכים מיוחדים במערכת החינוך הרגילה**. ירושלים (טייטה להערוך; מסמך פנימי).
- גפני, א' (2003). **סקירת ספרות בנושא אלימות כלפי ושל אנשים עם נכויות**. תל אביב; עיריית תל אביב, אוניברסיטת תל אביב.
- דובדבני, א' & נאור, ר' (2004). **מעמדו החברתי של האדם המפגור במפעלים מוגנים רבי נכויות**. תל אביב; קרן שלם.
- דולב, ט', יואל, ב' וברעם, נ' (1999). **איתור ילדים בסיכון באמצעות אחיות לבריאות המשפחה ככלי לתכנון שירותים וללמידה על היקף הצרכים**. ירושלים; ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- דיוויס, פ"ק (1994). **כוחו של מגע**. תל אביב; אור עם.
- האגודה האמריקאית לפיגור שכלי (2002). **פיגור שכלי - הגדרה, סיווג ומערכות תמיכה** (מהדורה עשירית). ירושלים; אדם.
- היריגוין, מ' (2002). **הטרדה נפשית - אלימות נפשית בחיי היום יום, בעבודה ובמשפחה**. ירושלים; כתר.
- הרפון, ג"ל (1994). **טראומה והחלמה**. תל אביב; עם עובד.

- הרן, מ' (2004). תשאול ילדים בעלי לקות שכלית. מתוך ד' הרוביץ (עורכת) (2004), **מבעד לעדשה. חקירת ילדים נפגעי התעללות** (עמ' 127-132). ירושלים; משרד הרווחה.
- וייס, מ' (1994). **אהבה התלויה בדבר - הילד הפגוע בעיני הוריו**. תל אביב; פועלים.
- וייס-צוקר, ר' (1992). חינוך מיני חברתי: קבוצות טיפוליות לחריגים, למדריכיהם ולהוריהם. **חברה ורווחה, יב**.
- ויסמן, ע' (2004). ילדים רכים הפוגעים מינית בילדים אחרים. מתוך ש' צימרמן (עורכת) (2004), **קטינים פוגעים בקטינים, אסופת מאמרים ותיאורי מקרה** (עמ' 19-12). ירושלים; משרד החינוך, השירות הפסיכולוגי-הייעוצי.
- זליגמן, צ', סולומון, ז' (עורכות) (2004). **הסוד ושברו; סוגיות בנילי עריות**. תל אביב; הקיבוץ המאוחד.
- חגי, ע' (2005). **ילד שלי מיוחד - על ילדים עם קשיים תחשתיים, מוטוריים, שפתיים, תקשורתיים והתנהגותיים**. בן שמן; מודן.
- כספי, ד' (2002). **אבא של ענבל**. ירושלים; צבעונים.
- חוזר מיוחד א' (התשנ"ח). **מניעת התעללות בקטינים ובחסרי ישע**. חוזר המנהל הכללי, אלול (התשנ"ז) ספטמבר (1997). משרד החינוך התרבות והספורט.
- טרבס, ג' (1997). **רווחה נפשית, מצוקה נפשית ותמיכה חברתית אצל אמהות מבוגרות להן בן/בת עם נכות פסיכיאטרית השהים במעון יום או נמצאים במעקב אמבולטורי בבית חולים פסיכיאטרי**. חיבור לתואר שני, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן.
- יובל, י' (2001). **מה זאת אהבה**. תל אביב; קשת, עמ' 125-129.
- כהן, ש' (עורכת) (2005). **בית עם חלון. מרכזי חירום לילדים ובני משפחותיהם**. ירושלים; אשלים, עמ' 308-289.
- כספי, ד' (2002). **אבא של ענבל**. ירושלים; צבעונים.
- כרמלי, א' (1997). תפקיד הפיזיותרפיסט באבחון הפרעות שיווי משקל ומניעת נפילות בקרב קשישים. **גרונטולוגיה, 78**, 72-66.
- כרמלי, א', בר-חד, ש', זייגר, צ', ו' כרמלי (2001). המאפיינים הקליניים ומאפייני התפקוד של מבוגרים הלוקים בפיגור שכלי. **גרונטולוגיה, 29**, 45-55.
- לב-ויזל, ר' (2005). **ציור דמות אנוש וציור משפחה - כלי עזר לאבחון פגיעה מינית ופיזית**. קרית ביאליק; את.
- לביא-קוצ'יק, נ' (2000). **חוברת הדרכה לאיתור ילדים בסיכון**. ירושלים; משרד העבודה והרווחה, אשלים ומשרד החינוך.
- לוי-שיף, ר' & שולמן, ש' (1998). משפחות עם ילד הסובל מנכות התפתחותית: תפקוד הורי, זוגי ומשפחתי. מתוך ד' דובדבני, מ' חובב, א' רימרמן ו-א' רמות (עורכים), **הורות ונכות התפתחותית בישראל** (עמ' 15-34). ירושלים; מאגנס.
- לישנסקי, ר' (2002). **עמדת אמהות להתבגרות המינית של בנותיהן עם תסמונת דאון**. עבודת-גמר מוגשת כמילוי חלקי של הדרישות לקראת קבלת תואר מוסמך בחינוך, אוניברסיטת ליברפול.
- מאיר, ל' (2004). **סיכום עבודה של פקידי סעד לטיפול באנשים עם פיגור שכלי בקהילה - רשויות מקומיות, מחוזות, מטה, לשנת 2004 ותכנית עבודה לשנת 2005**. ירושלים; האגף לטיפול באדם המפגר (מסמך פנימי).
- מורבר, מ' (1998). **רווחה נפשית ושביעות רצון מהחיים של אמהות מזדקנות לבן/בת מבוגרת/ה לוקה בשכלו/ה**. חיבור לתואר שלישי, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן.
- מרגלית, מ' (1998). בדידות של ילדים בעלי פיגור שכלי: אפיונים יחידניים ומערכתיים וגישות לטיפול. מתוך א' דובדבני, מ' חובב, א' רימרמן ו-א' רמות (עורכים), **הורות**

- **ונכות התפתחותית בישראל** (עמ' 133-150). ירושלים; מאגנס.
- מרום, מ' א' (1994). **התנהגות הורים לילד מעוכב התפתחות והקשר עם חיי הנישואין והאווירה המשפחתית**. עבודת גמר, אוניברסיטת בר אילן, המחלקה לפסיכולוגיה.
- מרום, מ' & עוזיאל, ל' (2000). **סקירת ספרות בנושא ילדים עם נכויות במצבי סיכון**. ירושלים; ג'וינט, אשלים.
- מריל, ג' ילון-חיימוביץ ש', לבל, ט', וויין, ג', וייס, ת' (2002). ילדים ומתבגרים עם ליקויים חמורים בדיבור במסגרות חינוך מיוחד רב נכותיות בארץ: סקר דמוגרפי. **תקשורת תומכת וחליפית שנתון אייזק ישראל, 61**.
- משרד העבודה והרווחה (1998). **תכנית אב לאומית לנושא ילדים ונוער בסיכון ואלימות במשפחה**. ירושלים.
- נאון, יפרח ובייץ-מוראי (1998). **סקר ארצי על ילדים עם נכויות בישראל שלב 1: הסיכון**. ירושלים; ג'וינט, המוסד לביטוח לאומי.
- נוימן, י' (2001). בין התבגרות לבגרות. **עחש"י** (עמותת עובדי חינוך ושיקום עיוורים וכבדי ראייה בישראל), **18 (עיוורון וגיל ההתבגרות)**, 37-40.
- ניסים, ד' (1998). עמדות החברה ביחס למיניותו של האדם המפגר בשכלו. **סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום, 13**, 44-49.
- ניסים, ד' (1995). **תכנית לחינוך חברתי-מיני לאנשים מפגרים בשכלם**. תל אביב; שמ"ע.
- סלפטר, ר' (2004). **חוברת מידע בנושא חוקי הגנה על אנשים עם נכויות**. תל אביב; עיריית תל אביב, הפדרציה היהודית של לוס אנג'לס.
- סנדלר-לף, א', שטרסברג, ג' & נאון, ד' (2003). **אנשים עם נכויות בישראל: עובדות ומספרים**. ירושלים; ג'וינט ישראל, היחידה לנכויות ושיקום.
- ספרן, ר' (2001). גיל ההתבגרות - סוגיות שבין הורים לילדים.
- **עחש"י** (עמותת עובדי חינוך ושיקום עיוורים וכבדי ראייה בישראל), **18 (עיוורון וגיל ההתבגרות)**, 29-32.
- (ללא שם מחבר או עורך) (2005). **ערכה ונוהל ניסיוניים לטיפול באירועים חריגים**. ירושלים; האגף לטיפול באדם המפגר, השירות למעונות פנימייה, משרד העבודה והרווחה.
- פוקס-שבתאי, א' & בלנק, ש' (2004). **הורים טובים מדי - לדעת לחבק, לדעת לדרוש**. אור יהודה, כנרת, זמורה-ביתן, דבר.
- פושל, ז"מ. (1993). **לגדול עם תסמונת דאון - הדרך לעצמאות**. ירושלים; כנה.
- פייגין, ר', ברק, ד' (1991). עקרונות בעבודה קבוצתית עם הורים לילדים חריגים, הסובלים מקשיי למידה והסתגלות. **חברה ורווחה, י"א**, 4.
- פינדלר, ל' (1997). **תרומת התמיכה החברתית הנתפסת של סבים וסבתות ומשאבים אישיים של האם לקשר בין דחק לבין הסתגלות בקרב אמהות לילדים עם/ וללא נכות פיזית**. חיבור לתואר שלישי, בית הספר לעבודה סוציאלית. רמת גן; אוניברסיטת בר אילן.
- פלוריאן, ו', דחורי, י' (1990). שאלון הבריאות הנפשית (MHI). תכונות פסיכומטריות ונתונים נורמטיביים באוכלוסייה הישראלית. **פסיכולוגיה, ב'**, 26-35.
- פרניס, ט' (1995). **התעללות מינית בילדים**. תיאוריה ודרכי טיפול. קרית ביאליק; אח.
- קוואנה ג'ונסון, ט' (2000). **הבנת ההתנהגות המינית בגיל הילדות. מה טבעי ומה בריא?**. קרית ביאליק; אח, 69-77.
- קוקס, מ' (1999). **ילדים מתחת לגיל 5 מצעירים אנשים**. קרית ביאליק; אח, 79-105.
- ראיין, ג' (2001). עבריינות מין אצל צעירים; הגדרת האוכלוסייה. מתוך ש' צימרמן (עורכת) (2001), **קטינים פוגעים בקטינים**. אסופת מאמרים ותיאורי מקרה (עמ' 7-11).



1. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Walls, S. (1978). **Patterns of Attachment**. Hillsdale, NJ; Lawrence Erlbaum Association.
2. Ammerman R.T. (1997). Physical abuse and childhood disability: Risk and treatment factors. **Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 1**, 207-224.
3. Ammerman, R. T., Van-Hasselt, V. B., Hersen, M., McGonigle, J. J. & Lubetsky, M. J. (1989). Abuse and neglect in psychiatrically hospitalized multihandicapped children. **Child Abuse & Neglect, 13**, 335-343.
4. Accardo, P. J. & Whitman, B. Y. (1990). In B. Y. Whitman & P. J. Accardo (Eds.), **When a Parent is Mentally Retarded** (pp.123-131). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
5. Baladarian, N. J. (1991). Sexual abuse of people with developmental disabilities. **Sexuality and Disability, 9**, 323-335.
6. Balogh, R., Bretherton, K., Whibley, S., Berney, T., Graham, S., Richold, P., Worsley, C. & Firth, H. (2001). Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research, 45**, 194-201.
7. Baumrind, D. (1996 ). A blanket injunction against disciplinary use of spanking is not warranted by the data. **Pediatrics, 98**, 828-831.
8. Beail, N. & Warden, S. (1995). Sexual abuse of adults with learning disabilities. **Journal of Intellectual Disability Research, 39**, 382-387.
9. Becker, J. V. (1994). Offenders: Characteristics and treatment. **The Future of Children: Sexual Abuse of Children, 4**, 176-197.

- ירושלים; משרד החינוך, השירות הפסיכולוגי-הייעוצי.
- רוזנבלום, פ' (2001). השלכותיו של ליקוי הראייה על חייהם של מתבגרים. **עש"י** (עמותת עובדי חינוך ושיקום עיוורים וכבדי ראייה בישראל), **18 (עיוורון וגיל ההתבגרות)**, 21-28.
  - חונן, ח' (1997). הכללתם של ילדים חריגים בחינוך הרגיל. **סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום, 12**, 21-29.
  - ריבקין, ד' & באומגולד, ש' (2001). **מעקב אחר ילדים גדולים הנמסרים לאימוץ**. ירושלים; ג'וינט-מכון ברוקדייל.
  - רייטר, ש' (2004). **מעגלי אחווה לשבירת הקשר בין מוגבלות לבדידות**. חיפה; אחווה.
  - רייטר, ש' (1999). איכות חייו של הילד בעל הצרכים המיוחדים לאור הרחבת עיקרון הנורמליזציה. **סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום, 14**, 61-69.
  - רימרמן, א', פורטוביץ, ד' (1985). תגובות הורים להולדת ילד נכה, סכום האספקטים הדינאמיים של התמודדות עם משבר. **חברה ורווחה, 1**, 176-185.
  - שטנגר, ו' (1998). מתח בתפקיד הורי והיענות לילד בקרב הורים לילדים עם מומים פיזיים מולדים: סקירת ספרות. מתוך ד' דובדבני, ס' חובב, א' רימרמן ו-א'. רמות (עורכים), **הורות ונכות התפתחותית בישראל** (עמ' 35-52). ירושלים; מאגנס.
  - תדפיס מתוך חוזר המנהל הכללי "הוראות קבע" תשס/ 2 (א), סעיף 2-2.1 (אוקטובר 1999). **התמודדות מערכת החינוך עם פגיעה מינית של תלמידים בתלמידים**. ירושלים; משרד החינוך.

10. Beitchman, J. H., Zucker, K. J., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. **Child Abuse & Neglect, 16**, 101-118.
11. Berkson, G. (2002). Early development of stereotyped and self-injurious behaviors. ii. Age trends. **American Journal on Mental Retardation, 107**, 468-477.
12. Berkson, G., Tupa, M. & Sherman, L. (2001). Early development of stereotyped and self-injurious behaviors Incidence. **American Journal on Mental Retardation, 106**, 539-547.
13. Boat, B. W., & Everson, M. D. (1996). Concerning practices of interviewers using dolls in child protective services investigations. **Child Maltreatment, 1**, 96-104.
14. Booth, T. (2000). Parents with learning difficulties, child protection and the courts. **Representing Children, 13**, 175-188.
15. Booth, T. & Booth, W. (2000). Against the odds: Up with parents who have learning difficulties. **Mental Retardation, 38**, 1-14.
16. Balandin, S. (2000). Witnessing without words. In T. Shaddock, et al., Intellectual disability and the law: **Contemporary Australian Issues, 35**.
17. Beukelman, D.R. & Mirenda, P. (1998). **Augmentative and alternative communication, second edition**. Baltimore; Paul H. Brookes.
18. Bowers, A. A. & Veronen, L. J. (1993). Sexual assault and people with disabilities. **Journal of Social Work and Human Sexuality, 8**, 137-159.
19. Bowlby, J. (1969). **Attachment and loss**. New York; Basic Books, Inc.
20. Broomley, B. E. & Blacher, J. (1991). Parental reasons for out-of-home placement of children with severe handicaps. **Mental Retardation, 29**, 275-280.
21. Browne, J. & Mirenda, P. (1997). **Making a Difference - Preventing and Responding to the Abuse of People with Developmental Disabilities: A Learning Guide**. In <http://www.aacsafeguarding.ca> (6/3/2004).
22. Bruck, M. (2000). Children's use of anatomically detailed dolls to report genital touching in a medical examination. **Journal of Experimental Psychology: Applied, American Psychological Association, 6**, 74-83.
23. Bryen, D. N., Carey, A., & Frantz, B. (2003). Ending the silence: Adults who use augmentative communication and their experiences as victims of crimes. **Augmentative and Alternative Communication, 19**, 125-134.
24. Buck, F. M. (1993). Parenting by fathers with physical disabilities. In F. P. Haseltine, S. S. Cole & D. B. Gray (1993), **Reproductive Issues for Persons With Physical Disabilities**. Baltimore: Paul H. rookes Publishing Co. 163-185.
25. Burke, L. & Bedard, C. (1995). A preliminary study of the association between self-injury and sexual abuse in persons with developmental handicaps. **Sexuality and Disability, 13**, 327-330.

26. Callaghan, P. (1993). Social support and health: A review. **Journal of Advanced Nursing, 18**, 203-210.
27. Caliso, J. A. & Milner, J. S. (1992). Childhood history of abuse and child abuse screening. **Child Abuse & Neglect, 16**, 647-659.
28. Caparulo, F. (1991). Identifying the developmentally disabled sex offenders. **Sexuality & Disability, 9**, 311-322.
29. Carlson, B. (1998). Domestic violence in adults with mental retardation: Reports from victims and key informants. **Mental Health Aspects of Developmental Disabilities, 1**, 102-112.
30. Carmody, M. (1991). Invisible victims: Sexual assault of people with intellectual disability. **New Zealand Journal of Intellectual Disabilities, 17**, 229-236.
31. Carrol-Rowan, L. A. & Miltenberger, R. G. & O' Neill, H. K. (1992). A review and critique of research evaluating child sexual abuse prevention programs. **Education and Treatment of Children, 15**,
32. Chiger, E. (1992). Sexuality and Mental Retardation. **Seminars in Neurology, 12**, 129-134.
33. Cockran, J., Jackson, R. & Underwood, N. (1992). Perceptions of the judiciary and intellectual disability. **Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 18**, 198-200.
34. Collier, B. (2004) Speak Up: Safeguarding People who use Augmentative Communication from Sexual Abuse/Victimization. **The ISAAC Bulletin, 76**.
35. Cooper, C. L., & Bowles, D. (1973). Physical encounter and self-disclosure. **Psychological Reports, 33**, 451-454.
36. 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.
37. Crossmaker, M. (1991). Behind locked doors - institutional sexual abuse. **Sexuality and Disability, 9**, 201-219.
38. Cruz, V. K., Price-Williams, D., & Andron, L. (1988). Developmentally disabled women who were molested as children. **Social Casework, 69**, 411-419.
39. Day, K. (1997). Clinical features and offense behavior of mentally retarded sex offenders: A review of research. **The NADD Newsletter, 14**, 86-89.
40. Day, K. (1994). Male mentally handicapped sex offenders. **British Journal of Psychiatry, 165**, 630-639.
41. Davis, L. A. (2000). More common than we think: Recognizing and responding to signs of violence. **Impact**. <http://ici.umn.edu/products/impact/133/over5.html>. (16/11/2003).
42. Disability Services ASAP (A Safety Awareness Program) (2002). **Stop the Violence, Break the Silence Resource Kit. Building Bridges between Domestic Violence and Sexual Assault Agencies, Disability Service Agencies, People with Disabilities, Families and Caregivers**. Texas: Austin, SafePlace.
43. Doyle, A. G. (1995). AIDS knowledge, attitudes and behaviors among deaf college students: A

- preliminary study. **Sexuality and Disability**, **13**, 107-134.
44. Dune, T. P. & Power, A. (1990). Sexual abuse and mental handicap: Preliminary findings of a community-based study. **Mental Handicap Research**, **3**, 11-125.
  45. Dyson, L.L. (1997). Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities: Parental stress, family functioning and social support. **American Journal on Mental Retardation**, **102**, 267-279.
  46. Edelson, S. M. (1995). **Stereotypic (Self-Stimulatory) behavior** (6/3/2004). In <http://www.autism.org/stim.html>.
  47. Emanuel, E. J. (2000). Breaking the power of discrimination. **Impact** (16/11/03). In <http://ici.umn.edu/products/impact/133/over4.html>.
  48. Essex, E. L., Seltzer, M. M & Krauss, M. W. (1997). Residential transitions of adults with mental retardation: Predictors of waiting list use and placement. **American Journal on Mental Retardation**, **101**, 613-629.
  49. Fajardo, B. (1987). Parenting a damaged child: Mourning, regression and disappointment. **Psychoanalytic Review**, **74**, 19-43.
  50. Feldman, M. A. & Walton-Allen, N. (1997). Effects of maternal mental retardation and poverty on intellectual, academic, and behavioral status of school-age children. **American Journal on Mental Retardation**, **101**, 352-364.
  51. Ferry, R. (1994). Complex causes. **Nursing Times**, **90**, 34-35.
  52. Finucane, B., Dirricle, K. H. & Simon, E. W. (2001). Characterization of self-injurious behaviors in children and adults with Smith-Magenis Syndrome. **American Journal on Mental Retardation**, **106**, 52-58.
  53. Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sex abuse. The Future of Children. **Sexual Abuse of Children**, **4**, 31-53.
  54. Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. **American Journal of Orthopsychiatry**, **55**, 530-541.
  55. Firth, H., Balogh, R., Berney, T., Bretherton, K, Graham, S., & Whibley, S. (2001). Psychopathology of sexual abuse in young people with intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research**, **45**, 244-252.
  56. Ford, A. (1987). Sex education for individuals with autism: Structuring information and opportunities. In D. J. Cohen & A. M. Donnellan (Eds.), **Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders** (pp. 430-439).
  57. Fuller, G.(2000). Falls in the elderly. **American Academy of Family Physicians**, 1-14. in <http://www.aafp.org/afp/20000401/2159.html> (21/3/01).
  58. Furey, E. M. (1994). Sexual abuse of adults with mental retardation: Who and where. **Mental Retardation**, **32**, 173-180.
  59. Furey, E. M., & Haber, M. (1989). Protecting adults with mental retardation: A model statute. **Mental Retardation**, **27**, 135-140.
  60. Furey, E., & Niesen, J. (1994). Sexual abuse of adults by other consumers. **Sexuality and**

- Disability, 12**, 285-295.
61. Garbarino, J., Brookhouser, P. E. & Autier, K. J. (1987). **Special Children, Special Risks: The Maltreatment of Children with Disabilities**. New York: Aldine De Gruyter.
  62. Gill, C. J. (1996). Dating and relationship issues. **Sexuality and Disability, 14**, 183-190.
  63. Goldson J. E. (1998), Children with Disabilities and Child Maltreatment. **Child Abuse & Neglect, 22**, 663-667.
  64. Gorman-Smith, D. & Matson, J.L. (1992). Sexual abuse and persons with mental Retardation. In W. O'Donohue & J. Geer (Eds.), **The sexual abuse of children: Theory and research** (Vol.1.,pp.285-306). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
  65. Gorman-Smith, D. & Matson, J. L. (1985). A review of treatment for self-injurious and stereotyped responding. **Journal of Mental Deficiency Research, 29**, 295-308.
  66. Greenbaum, C.W & Auerbach, J.G. (1998). The environment of the child with mental retardation: Risk, vulnerability, and resilience. In J. A. Burack, R. M. Hodapp & E. Zigler (Ed.). **Handbook of Mental Retardation and Development** (pp.583-605). Cambridge: Cambridge University Press.
  67. Guinea, S. M. (2001). Parents with learning disability and their views on support receive preliminary study. **Journal of Learning Disabilities, 5**, 43-56.
  68. Gust, D. A., Wang, S. A., Grot, G., Ransom, R., & Levine, W. C. (2003). National survey of sexual behavior and sexual behavior policies in facilities for individuals with mental retardation/developmental disabilities. **Mental Retardation, 41**, 365-373.
  69. Heiman, T., & Margalit, M. (1998). Loneliness, depression, and social skills among students with mild mental retardation in different educational settings. **The Journal of Special Education, 32**, 154–163.
  70. Heller, T. (1993). Aging caregivers of persons with developmental disabilities. In K. A. Roberto (Ed.), **The elderly caregiver caring for adults with developmental disabilities** (39-50). California: Sage Publication.
  71. Henderson, R. C., Lark, R. K., Gurka, M. J., Worley, G., Fung, E. B., Conaway, M., Stallings, V. A. & Stevenson, R. D. (2002). Bone Density and metabolism in children and adolescents with moderate to severe cerebral palsy. **Pediatrics, 110**, 1-10.
  72. Hopper, J. (2003). Child abuse: Statistics, research, and resources. In <http://www.jimhopper.com> (2.7.2003).
  73. Hintermair, M. (2000). Hearing impairment, social networks and coping: the need for families with hearing-impaired children to relate to other parents and to hearing-impaired adults. **American Annals of the Deaf, 145**, 41-51.
  74. Horne, L., Glasgow, D., Cox, A. & Callam, R. (1991). Sexual abuse of children by children. **Journal of Child Law, 3**, 147-151.
  75. Horrocks, J., & House, A. (2002). Self-poisoning and self-injury in adults. **Clinical Medicine, 2**, 509-512.
  76. Hsieh, K., Heller, T. & Miller, A. B. (2001). Short

- report. Risk factors for injuries and falls among adults with developmental disabilities. **Journal of Intellectual Disability Research**, **45**, 76-82.
77. James, H. (2004). Promoting effective working with parents with learning disabilities. **Child Abuse Review**, **13**, 31-41.
  78. Jarvelin M.R., Laara E., Ratakallio P., Moilanen I. & Isohanni M. (1994). Juvenile Delinquency, Education, and Mental Disability. **Exceptional Children**, **61**, 230-241.
  79. Jengjyh, D. (2000). Sexual knowledge of Taiwanese adolescents with and without visual impairments. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, 385-395.
  80. Jennings, J. (1987). Elderly parents as caregivers for their adult development children. **Social Work**, **32**, 430-433.
  81. Johnson J. H. & Fennell E. B. (1992), Aggressive, Antisocial, and Delinquent Behavior in Childhood and Adolescence, in C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), **Handbook of Clinical Child Psychology** (2nd edition), New-York: John Wiley & Sons (pp. 341-358).
  82. Kahng, S. & Iwata, B. A. & Iwata, A. B. (2002). Behavioral treatment of Self-Injury, 1964 to 2000. **American Journal on Mental Retardation**, **107**, 212-221.
  83. Karacostas D. D. & Fisher G. L. (1993). Chemical dependency in students with and without learning disabilities. **Journal of Learning Disabilities**, **26**, 491-495.
  84. Kaufman, A. V., Adams, J.P., & Campbell, V. A. (1991). Permanency planning by older parents who care for adult children with mental retardation. **Mental Retardation**, **29**, 293-300.
  85. Kazak, P. E. (1986). families with physically handicapped children: social ecology and family systems. **Family Process**, **25**, 265-281.
  86. Keilitz I. & Dunivant N. (1986). The Relationship between learning disability and juvenile delinquency: Current state of knowledge. **RASE**, **7**, 18-26.
  87. Kelly, L. (1992). The connections between disability and child abuse: a review of the research evidence. **Child Abuse Review**, **1**, 157-167.
  88. Kempton, W. & Kahn, E. (1991). Sexuality and people with intellectual disabilities: A history perspective. **Sexuality & Disability**, **9**, 93-112.
  89. Kennedy, S. G. & Buchholz, C. L. (1995). HIV and AIDS among the deaf. **Sexuality & Disability**, **13**, 145-158.
  90. Kennedy, M. (1990). The deaf child who is sexually abused - is there a need for a dual specialist? **Child Abuse Review**, **4**, 3-6.
  91. Klimecki, M., Jenkinson, J. & Wilson, L. (1994). A study of recidivism among offenders with an intellectual disability. **Australia and New Zealand Journal of Developmental Disability**, **19**, 209-219.
  92. Klinger, Vaughan, Shumn, Cohen & Forgan (1998). Inclusion or pull-out, which do children prefer. **Journal of Learning Disabilities**, **31**, 148-158.
  93. Konarski, E. A., Sutton, K. & Hoffman, A. (1997). Personal characteristics associated with episodes of injury in a residential facility.

- American Journal on Mental Retardation**, **102**, 37-44.
94. Lakey, J. (1994). The profile and treatment of male adolescent sex offenders. **Adolescence**, **29**, 755-761.
  95. Langlois, N. E. & Gresham, G. A. (1991). The ageing of bruises: a review and study of the color changes with time. **Forensic Science International**, **50**, 227-238.
  96. Larzelere, R. E., Baumrind, D. & Polite, K. (1998). Two emerging perspectives of parental spanking from two 1996 conferences. **Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine**, **152**, 303-305.
  97. Le May, A. (1986). The human connection. **Nursing Times**, **19**, 28-30.
  98. Lightcap J. L., Kurland J. A. & Burgess R. L. (1982). **Child Abuse: A test of some predictions from evolutionary theory, etiology and sociobiology**, **3**, 61-67.
  99. Llewellyn, A. (1995). The abuse of children with physical disabilities in mainstream schooling. **Developmental Medicine and Child Neurology**, **37**, 740-743.
  100. Lynch, E. W. & Bakley, S. (1989). Serving young children whose parents are mentally retarded. **Infants and Young Children**, **1**, 26-37.
  101. MacLeod, M. & Saraga, E. (1988). Challenging the orthodoxy: towards a feminist theory and practice. **Feminist Review**, **28**, 16-55.
  102. Mansell, S. & Sobsey, D. (2001). **Counseling People With Developmental Disabilities Who Have Been Sexuality Abused**. New York: NADD press.
  103. Marchetti, A.G., & McCartney, J. R. (1990). Abuse of persons with mental retardation: Characteristics of the abused, the abusers, and the informers. **Mental Retardation**, **28**, 367-371.
  104. Marchetti, A. G., Nathanson, R. S., Kastner, T. A., & Owens, R. (1990). AIDS and state developmental disability agencies: A national survey. **American Journal of Public Health**, **80**, 54.
  105. Maroney, D. (2001). Attachment and the special needs child. **Exceptional Parent Magazine, disabilities. infor** (9/11/2004). <http://www.children66-67>.
  106. Mash, E. J. & Johnston, C. (1990). Determinants of parenting stress: Illustrations from families of hyperactive children and families of physically abused children. **Journal of Clinical Child Psychology**, **19**, 313-328.
  107. McCabe, M. P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. **Sexuality and Disability**, **17**, 157-170.
  108. McCabe, M. P. (1993). Sex education programs for people with mental retardation. **Mental Retardation**, **31**, 377-387.
  109. McCabe, M. P., Cummins, R. A., & Reid, S. B. (1994). An empirical study of sexual abuse of people with intellectual disabilities. **Sexuality and Disability**, **12**, 297-306.
  110. McCubbin, H. I. & Patterson, J. M. (1982). Family adaptation. In H. I. McCubbin, A.E. Cauble & J.M. Patterson (Eds.), **Family stress, coping and social support** (pp.26-47). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
  111. McMillan, H. L., Boyle, M. H., Wong, Y.Y.,

- Duke, e. k., Fleming, J. E. & Walsh, C. A. (1999). Slapping and spanking in childhood and its association with life time prevalence of psychiatric disorders in a general population sample. **Canadian Medical Association Journal**, **161**, 805-809.
112. Melone, M. & Lettick, A. (1983). Sex education at Benhaven. In E. Schopler & G. Mesibov (Eds.), **Autism in Adolescents and Adults** (pp. 169-186). New York: Plenum.
113. **Mental Retardation. Definition, Classification, and Systems of Supports.** Washington, DC: American Association on Mental Retardation (10th Edition).
114. Morch, W. T., Skar, J., & Andersgard, A. B. (1997). Mentally retarded persons as parents: Prevalence and the situation of their children. **Scandinavian Journal of Psychology**, **38**, 343-348.
115. Morgan, M. (1995). **How to Interview Sexual Abuse Victims.** pp. 1-7. London: Sage Publications,.
116. Murphy, W. D., Coleman, E. M. & Haynes, M. R. (1983). Treatment and evaluation issues with the mentally retarded sex offender. In J. G. Greer & I. R. Stuart (Eds.), **The Sexual aggressor: Current perspectives on treatment** (pp.22-41). New York : Van Nostrand Reinhold.
117. Murphy, J. M., Jellinek, M., Quinn, D., Smith, G., Poittrast, F. G., & Goshko, M. (1991). Substance abuse and serious child mistreatment: Prevalence risk, and outcome in a court sample. **Child Abuse & Neglect**, **15**, pp. 197-211.
118. Myers, L. (2003). **Self-Protection Against Abuse. Setting Personal Boundaries.** Virginia: Milwaukee, Independent First Program.
119. Nezu, C. M., Nezu, A. M. & Dudek, J. A. (1998). A cognitive behavioral model of assessment and treatment for intellectual disabled sex offenders. **Cognitive and Behavioral Practice**, **5**, pp. 25-64.
120. Nosek, M. A. (1995). Sexual abuse of women with physical disabilities. **Physical Medicine and Rehabilitation**, **9** pp. (2).
121. Nosek, M. A., Howland, C. A., & Young, M. E. (1997). Abuse of women with disabilities: Policy implications. **Journal of Disability Policy Studies**, **8**, pp, 157-175.
122. O'Brien, J., & O'Brien, C. L. (1993). Unlikely alliances: Friendships and people with disabilities. In A.N. Amado (Ed.), **Friendships and community connections between people with and without developmental disabilities** (pp. 9-39). Baltimore: Brookes.
123. O'Brien, K. F., Tate, K. & Zaharia, E. S. (1991). Mortality in a southeastern facility for persons with mental retardation. **American Journal on Mental Retardation**, **95**, pp. 397-403.
124. Page, F. (1986). The therapeutic use of puppetry with mentally handicapped people. **British Journal of Occupational Therapy**, **49**, pp. 122-125.
125. Pickett, S. A., Cook, J. A., Cohler, B. J. & Solomon, M. L. (1997). Positive parent/adult child relationships: Impact of severe mental illness and caregiving burden. **American Journal of Orthopsychiatry**, **67**, pp. 220-230.
126. Powell, M. B. (1991). Investigating and



- reporting child sexual abuse: Review and recommendation for clinical practice. **Australian Psychologist**, **26**, pp. 77-83.
127. Powers, J. L., Mooney, A., & Nunno, M. (1990). Institutional abuse: A review of the literature. **Journal of Child and Youth Care**, **4**, pp. 81-95.
128. Quimby, B. (1998). What about the children? retrieved 20/9/04 in <http://www.eagletribune.com/news/stories/19980920/FP002/html>
129. Randolph, R. (2003). **Information Packet: Parents with Mental Retardation and their Children**. NY: National Resource Center For Foster Care & Permanency Planning at the Hunter College School of Social Work.
130. Rimmerman, A. & Duvdevani, I. (1996). Parents of children and adolescents with severe mental retardation: Stress, family resources, normalization and their application for out-of-home placement. **Research in Developmental Disabilities**, **17**, pp. 487- 491.
131. Rindfleisch, N., & Bean, G. J. (1988). Willingness to report abuse and neglect in residential facilities. **Child Abuse & Neglect**, **12**, pp, 509-520.
132. Robins, P. (2000). Recognizing signs of child abuse. In Kidshealth.org/parent/misc/reviewers.html (20.10.03).
133. Robinson, S. M. (1987). Experiences of sex education programs for adults who are intellectually handicapped. In A. Craft (Ed.), **Mental Handicap and Sexuality Issues and Perspectives**. Kent: Costello.
134. Rokach, A., & Brock, H., (1998). Coping with loneliness. **Journal of Psychology**, **132**, pp, 107-127.
135. Ryder, K. M., Williams, J., Womack, C., Nozak, N. G., Nosek, S., Bush, A., Tylavsky, F. A. & Carbone, L. (2003). Appendicular fractures: A significant problem among institutionalized adults with developmental disabilities. **American Journal on Mental Retardation**, **108**, pp. 340-346.
136. Seltzer, M. M., Krauss, M. W. (1994). Aging parents with coresident adult children: The impact of lifelong caregiving. In M. M. Seltzer, M. W. Krauss (Eds.) (1994), **Life Course Perspectives on Adulthood and Old Age**, pp. 3-18.
137. Seltzer, M. M., & Krauss, M. W. (1989). Aging parents with adult mentally retarded children: Risk family factors and sources of support. **American Journal of Mental Retardation**, **94**, pp. 303-312.
138. Simkins, L., & Renier, A. (1996). An analytical review of the empirical literature on children's play with anatomically detailed dolls. **Journal of Child Sexual Abuse**, **5**, pp. W21- 45.
139. Sobsey, D. (2000). Faces of violence against women with developmental disabilities. **Impact**. Minneapolis: University of Minnesota, Institution Community Integration.
140. Sobsey, D. (1994). **Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance?** Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes .
141. Sobsey, D. & Doe, T. (1991). Patterns of sexual abuse and assault. **Sexuality & Disability**, **9**, pp. 243-259.

142. Sobsey, D., Randall, W., & Parilla, R. (1997). Gender differences in abused children with and without disabilities. **Child Abuse & Neglect, 21**, pp. 707-720.
143. Son-Schoones, N. & Bilsen, P. (1995). Sexuality and autism. A pilot-study of parents, health care workers and autistic persons. **International Journal of Adolescent Medicine and Health, 8**, pp. 87-101.
144. Sorensen, D. (1997). The invisible victim. **Impact, 10** (2). Minneapolis, MN: Institute on Community Integration, University of Minnesota.
145. Strickler, H. L. (2001). Interaction between family violence and mental retardation. **Mental Retardation, 39**, pp. 461-471.
146. Straus, M. A., Sugarman, D. B. & Giles-Sims, J. (1997). Spanking by parents and subsequent antisocial behavior of children. **Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine, 151**, pp. 761-767.
147. Sullivan, P. M. & Knuston, J. F. (1998b). Maltreatment and Behavioral Characteristics of Youth Who Are Deaf and Hard-of-Hearing. **Sexuality and Disability, 16**, pp. 295-319.
148. Sullivan, P.M., & Knuston, J.F. (1998a). The association between child maltreatment and disabilities in hospital-based epidemiological study. **Child Abuse and Neglect, 22**, pp. 271-288.
149. Sundram, C. K. & Stavis, P. F. (1994). Sexuality and mental retardation: Unmet challenges. **Mental Retardation, 32**, pp. 255-264.
150. Swanson, C. K. & Garwick, G. B. (1990). Treatment for low-functioning sex offenders: Group therapy and interagency coordination. **Mental Retardation, 28**, pp. 155-161.
151. Symons, F. J., Koppekin, A. & Wehby, J. H. (1999). Treatment of self-injurious behavior and quality of life for persons with mental retardation. **Mental retardation, 37**, pp. 297-308.
152. Symons, F. J. & Thompson, T.(1997). A review of self-injurious behavior and pain in persons with developmental disabilities. **International Review of Research in Mental Retardation, 21**, pp. 69-111.
153. Taylor, C. G., Norman, D. K., Murphy, J. M., Jellinek, M., Quinn, D., Poitras, F. G. & Goshko, M (1991). Diagnosed intellectual and emotional impairment among parents who seriously mistreat their children: Prevalence, type, and outcome in a court sample. **Child Abuse & Neglect, 15**, pp. 389-401.
154. Teichroeb, R. (2002). Abuse and silence: Examining America's schools for the deaf. **National World**, pp. 1-12.
155. Thompson, D., Whitney, I. & Smith, P. K. (1994). Bulling of children with special needs in mainstream schools. **Support for Learning, 9**, pp. 103-107.
156. Tomasulo, D. J., Keller, E. & Pladt, A. (1995). The healing crowd: Process, content and technique issues in group counselling for people with mental retardation. <http://thearc.org/faqs/group.html> (20/8/02).
157. Trudel, G. Desjardins, G. (1992). Staff reactions toward the sexual behaviors of people living in institutional settings. **Sexuality & Disability, 10**, pp. 173-188.

158. Tyler, C. V., Synder, C. W. & Zyzanski, S. (2000). Screening for osteoporosis in community-dwelling adults with mental retardation. **Mental Retardation**, **38**, pp. 316-321.
159. Tyiska, C. G. (1998). Working with victims of crime with disabilities. **OVC (Office of Victims of Crime) Bulletin**, pp. 1-16.
160. Tymchuk, A. J. (1999). Moving towards integration of services for parents with intellectual disabilities. **Journal of Intellectual Disabilities**, **24**, pp. 59-74.
161. Tymchuk, A. (1992). Predicting adequacy of parenting by people with mental retardation. **Child Abuse & Neglect**, **16**, pp. 165-178.
162. Van Biema, D. (1994). In one community, silence equals death. **Time**, pp. 76-77 (Apr. 4)
163. Vernon, M., & Miller, K. R. (2002). Issues in the sexual molestation of deaf youth. **American Annals of the Deaf**, **147**, pp. 28-37.
164. Verdugo M. A., Bermejo B. G. & Fuertes J. (1995), The Maltreatment of Intellectually Handicapped Children and Adolescents. **Child Abuse and Neglect**, **19**, pp. 205-215.
165. Vernon, M., & Rich, S. (1997). Pedophilia and deafness. **American Annals of the Deaf**, **142**, pp. 302-313.
166. Ward, K. M., Trigler, J. S. & Pfeiffer, K. T. (2001). Community services, issues, and service gaps for individuals with developmental disabilities who exhibit inappropriate sexual behaviors. **Mental Retardation**, **39**, pp. 11-19.
167. Watkins, B. & Bentovim, A. (1992). The sexual abuse of male children and adolescents: A review of current research. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, **33**, pp. 197-248.
168. Watson-Armstrong, L., O'Rourke, B. & Schatzlein, J. (1994). Sexual abuse and persons with disabilities: A call for awareness. **Journal of Applied Rehabilitation Counseling**, **25**, pp. 36-42.
169. Waxman B. F. (1991). Hatred: The Unacknowledged Dimension in Violence against Disabled People. **Sexuality and Disability**, **9**, pp. 185-199.
170. Welner, S. L. (2000). Sexually transmitted infections in women with disabilities: Diagnosis, treatment and prevention: A review. **Sexually Transmitted Diseases**, **27**, pp. 272-277.
171. Welner, S. (1999). Sexually transmitted diseases. **Sexuality and Disability**, **17**, pp. 215-222.
172. West, M. A., Richardson, M., LeConte, J., Crimi, C., & Stuart, S. (1992). Identification of developmental disabilities and health problems among individual under child protective services. **Mental Retardation**, **30**, pp. 221-225.
173. Westcott, H. (1993). **Abuse of children and adults with disabilities: Policy, practice, research series**. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Disabilities.
174. Westcott H. L. (1991). The abuse of disabled children: A review of the literature. **Child: Care, Health and Development**, **17**, pp. 243-258.
175. Westcott H. & Cross M. (1996). **This Far and No Further: Towards Ending the Abuse of Disabled Children**. Birmingham: Venture Press.

176. Westcott H. L. & Jones D. P. H. (1999).  
Annotation: The abuse of disabled children.  
**Journal of Child Psychology and Psychiatry**,  
**40**, pp. 497-506.
177. Whitaker, J. K. (1987). The role of the residential  
institution. In J. Garbarino, P. F., Brookhouser, K.  
Authier (Eds.), **Handbook-Special Children -  
Special Risks: Maltreatment of Children with  
Disabilities**, (pp. 83-100) . New York: Aldine de  
Groyter.
178. Widerstrom, A. H., & Nickel, R. E. (1997).  
Determinants of risk in infancy. In, A. H.,  
Widerstrom,, B. A., Mowder, &, S. R. Sandall  
(1997), **Infant Development and Risk. An  
Introduction** (pp.61-68). Baltimore: Paul  
Brookes Publishing, Co., Inc.
179. Winchel, R. M. & Stanley, M. (1991). Self  
-injurious behavior: a review of behavior and  
biology of self –mutilation. **American Journal of  
Psychiatry**, **148**, 306-317.
180. Wolf, P. S. (1997). The influence of personal  
values on issues of sexuality and disability.  
**Sexuality and Disability**,**15**, pp. 69-90.
181. Wolfner, G., Faust, D., & Dawes, R. M. (1993).  
The use of anatomically detailed dolls in sexual  
abuse evaluations: The state of the science.  
**Applied & Preventive Psychology**, **2**, pp. 1-11.
182. Wolraich, M. L. & Siperstein, G. N. (1986).  
Physician's and other professionals'  
expectations and prognoses for mentally  
retarded individuals. **American Journal of  
Mental Deficiency**, **91**, pp. 244-249.
183. World Health Organization (1980). **International  
Classifications of Impairments, Disabilities  
and Handicaps**. Geneva.
184. Young, M. E., Nosek, M. A., Howland, C.  
A., Chanpong, G., & Rintala, D. H. (1997).  
Prevalence of abuse of women with physical  
disabilities. **Archives of Physical Medicine and  
Rehabilitation**, **78**, pp. s34-s38.
185. Zetlin, A.G. & Murtaugh, M. (1988). Friendship  
patterns of mildly learning handicapped and  
non- handicapped high school students.  
**American Journal of Mental Retardation**, **5**,  
pp. 447-454.
186. Zirpoli T. J. (1986). Child Abuse and Children  
with Handicaps. **RASE**, **7**, pp. 39-48.

## 1. איתור

- גולדשטיין, ש' (2005). לדבר את השתיקה. איתור ילדים ובני נוער נפגעי התעללות והזנחה. ירושלים; אשלים.
- דולב, ט', יואל, ב' וברעם, נ' (1999). איתור ילדים בסיכון באמצעות אחיות לבריאות המשפחה ככלי לתכנון שירותים וללימודה על היקף הצרכים. ירושלים; ג'זינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- לביא-קוצ'יק, נ' (2000). חוברת הדרכה לאיתור ילדים בסיכון. ירושלים; משרד העבודה והרווחה, אשלים, משרד החינוך.

## 2. מוגבלויות

### חידושים

- אליהו, מ', מזור, ל' & חוקניאן, ג' (2003). הדרך שלנו - זהות ומעברים בחיי אדם חרש וכבד שמיעה. ירושלים; ג'זינט.

### מוגבלות תקשורתית

- מריל, נ', ילון-חיימוביץ, ש', לבל, ט', וויין, ג', וייס, ת' (2000). ילדים ומתבגרים עם ליקויים חמורים בדיבור במסגרות חינוך מיוחד רב נכותיות בארץ: סקר דמוגרפי. תקשורת תומכת וחליפית, שנתון אייזק ישראל, 16.

### ליקויי ראייה, עיוורון

- נוימן, י' (2001). בין התבגרות לבגרות. עחש"י (עמותת עובדי חינוך ושיקום עיוורים וכבדי ראייה בישראל), 18 (עיוורון וגיל ההתבגרות), 37-40.
- ספרן, ר' (2001). גיל ההתבגרות - סוגיות שבין הורים לילדים. עחש"י (עמותת עובדי חינוך ושיקום עיוורים וכבדי ראייה בישראל), 18 (עיוורון וגיל ההתבגרות), 29-32.
- רוזנבלום, פ' (2001). השלכותיו של ליקוי הראייה על חייהם של מתבגרים. עחש"י (עמותת עובדי חינוך ושיקום עיוורים וכבדי ראייה בישראל), 18 (עיוורון וגיל ההתבגרות), 21-28.

## פיגור שכלי

- אחדות, א' & מורבר, מ' (2004) (טרם פורסם). עברייני מין בקרב אנשים עם פיגור שכלי; סקר ראשוני. תל אביב; מחלקת אבחון וקידום.
- אלוני, ר' (1998). טיפול מיני באנשים עם פיגור שכלי. מתוך א' דובדבני, מ' חובב, א' רימרמן וא' רמות (עורכים), הורות ונכות התפתחותית בישראל (עמ' 151-163). ירושלים; מאגנס.
- ארגמן, ר' (2003). גורמים מנבאים פגיעות מינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי המתגוררים במעונות פנימייה. חיבור לתואר שני, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל אביב.
- דובדבני, א' & נאור, ר' (2004). מעמדו החברתי של האדם המפגר במפעלים מוגנים רבי נכויות. תל אביב; קרן שלם.
- האגודה האמריקאית לפיגור שכלי (2002). פיגור שכלי - הנדרה, סיווג ומערכות תמיכה (מהדורה עשירית). ירושלים; אדם.
- הרן, מ' (2004). תשאול ילדים בעלי לקות שכלית. מתוך ד' הורוביץ (עורכת) (2004), מבעד לעדשה. חקירת ילדים נפגעי התעללות (עמ' 127-132). ירושלים; משרד הרווחה.
- כרמלי, א', בר-חד, ש', זייגר, צ', ו' כרמלי (2001). המאפיינים הקליניים ומאפייני התפקוד של מבוגרים הלוקים בפיגור שכלי. גרונטולוגיה, 29, 45-55.
- מאיר, ל' (2004). סיכום עבודה של פקידי סעד לטיפול באנשים עם פיגור שכלי בקהילה - רשויות מקומיות, מחוזות, מטה, לשנת 2004 ותכנית עבודה לשנת 2005. ירושלים; האגף לטיפול באדם המפגר (מסמך פנימי).
- מרגלית, מ' (1998). בדידות של ילדים בעלי פיגור שכלי: אפיונים יחידניים ומערכתיים וגישות בטיפול. מתוך א' דובדבני, מ' חובב, א' רימרמן ו-א' רמות (עורכים), הורות ונכות התפתחותית בישראל (עמ' 133-150). ירושלים; מאגנס.
- ניסים, ד' (1998). עמדות החברה ביחס למיניותו של האדם

- ליטנסקי, ר' (2002). **עמדת אמהות להתבגרות המינית של בנותיהן עם תסמונת דאון**. עבודת-גמר מוגשת כמילוי חלקי של הדרישות לקראת קבלת תואר מוסמך בחינוך, אוניברסיטת ליברפול.
  - מורבר, מ' (1998). **רוחה נפשית ושביעות רצון מהחיים של אמהות מזדקנות לבן/בת מבוגרת/ת הלוקה בשכלו/ה**. חיבור לתואר שלישי, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן.
  - מרום, א' (1994). **התנהגות הורים לילד מעוכב התפתחות והקשר עם חיי הנישואין והאווירה המשפחתית**. עבודת גמר, אוניברסיטת בר-אילן, המחלקה לפסיכולוגיה.
  - פוקס-שבתאי, א' & בלנק, ש' (2004). **הורים טובים מדי - לדעת לחבק, לדעת לדרוש**. אור יהודה: כנרת, זמורה-ביתן, דביר.
  - פינדלר, ל' (1997). **תרומת התמיכה החברתית הנתפסת של סבים וסבתות ומשאבים אישיים של האם לקשר בין דחק לבין הסתגלות בקרב אמהות לילדים עם וללא נכות פיזית**. חיבור לתואר שלישי, בית הספר לעבודה סוציאלית, רמת גן; אוניברסיטת בר-אילן.
  - רימרמן, א', פורטוביץ, ד' (1985). **תגובות הורים להולדת ילד נכה, סיכום האספקטים הדינאמיים של התמודדות עם משבר. חברה ורוחה, 1, 176-185**.
  - שטנגר, ו' (1998). **מתח בתפקיד הורי והיענות לילד בקרב הורים לילדים עם מומים פיזיים מולדים: סקירת ספרות**. מתוך ד' דובדבני, מ' חובב, א' רימרמן ו-א' רמות (עורכים), **הורות ונכות התפתחותית בישראל** (עמ' 35-52). ירושלים: מאגנס.
  - המפגר בשכלו. **סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום, 13, 44-49**.
  - ניסים, ד' (1995). **תכנית לחינוך חברתי-מיני לאנשים מפגרים בשכלם**. תל אביב: שמ"ע.
  - פושל, ז"מ (1993). **לגדול עם תסמונת דאון - הדרך לעצמאות**. ירושלים: כנה.
  - פייגין, ר', ברק, ד' (1991). **עקרונות בעבודה קבוצתית עם הורים לילדים חריגים, הסובלים מקשיי למידה והסתגלות. חברה ורוחה, י"א, 4**.
- אחד**
- חגי, ע' (2005). **ילד שלי מיוחד - על ילדים עם קשיים תחשתיים, מוטוריים, שפתיים, תקשורתיים והתנהגותיים**. בן שמן: מוזן.
- 3. משפחה**
- ארליך, נ' (1986). **משפחת הנכה לאורך מעגל החיים המשפחתי**. מתוך א' רימרמן, ש' רייטר, מ' חובב (עורכים), **נכות התפתחותית ופיגור שכלי** (עמ' 77-86). תל אביב; צ'ריקובר.
  - וייס, מ' (1991). **אהבה התלויה בדבר - הילד הפגוע בעיני הוריו**. תל אביב: פועלים.
  - כספי, ד' (2002). **אבא של ענבל**. ירושלים: צבעונים.
  - טרבס, ג' (1997). **רוחה נפשית, מצוקה נפשית ותמיכה חברתית אצל אמהות מבוגרות להן בן/בת עם נכות פסיכיאטרית השוהים במעון יום או נמצאים במעקב אמבולטורי בבית חולים פסיכיאטרי**. חיבור לתואר שני, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן.
  - לוי-שיף, ר' & שולמן, ש' (1998). **משפחות עם ילד הסובל מנכות התפתחותית: תפקוד הורי, זוגי ומשפחתי**. מתוך ד' דובדבני, מ' חובב, א' רימרמן ו-א' רמות (עורכים), **הורות ונכות התפתחותית בישראל** (עמ' 15-34). ירושלים: מאגנס.

## 4. התעללות באנשים בעלי מוגבלות - כללי

- אפרת-גוט, ג' & בן-אריה, א' (2001). האפידמיולוגיה של התעללות בילדים. מתוך 'י' ציונית ו-'י' קדמון (עורכים), **ילדים כקורבנות התעללות במשפחה. מבט נוסף על התופעה, שיחותיה ומאפייניה** (עמ' 1-34). ירושלים; המועצה הלאומית לשלום הילד.
- באומינגר, נ' (1998). אפיונים מרכזיים של קשרי ידידות אצל ילדים עם התפתחות תקינה וילדים עם לקויות. **פסיכולוגיה**, 103-93, 2.
- בן-אריה, א', ציונית, י"צ ו- קריז'ק, ג' (עורכים) (2003). **ילדים בישראל - שנתון סטטיסטי 2003**. ירושלים; המועצה הלאומית לשלום הילד בשיתוף אשלים. עמ' 181-213.
- ברין, ד"ר (2002). קרבנות, שהינם אנשים עם נכויות התפתחותיות, שוברים את קשר השתיקה. **סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום**, 17, 7-15.
- ג'וינט - מכון ברוקדייל (2003). **סקירת ספרות: שילוב ילדים בעלי צרכים מיוחדים במערכת החינוך הרגילה**. ירושלים (סייטה להערוך; מסמך פנימי).
- גפני, א' (2003). **סקירת ספרות בנושא אלימות כלפי ושל אנשים עם נכויות**. תל אביב; עיריית תל אביב, אוניברסיטת תל אביב.
- דולב, ט', יואל, ב' וברעם, נ' (1999). **איתור ילדים בסיכון באמצעות אחיות לבריאות המשפחה ככלי לתכנון שירותים וללמידה על היקף הצרכים**. ירושלים; ג'וינט - מכון ברוקדייל, ירושלים.
- דיוויס, פ"ק (1994). **כוחו של מגע**. תל אביב; אור עם.
- הרמן, ג'ל (1994). **טראומה והחלמה**. תל אביב; עם עובד.
- חוזר מיוחד א' (התשנ"ח). **מניעת התעללות בקטינים ובחסרי ישע**. חוזר המנהל הכללי, אלול (התשנ"ז) ספטמבר (1997). משרד החינוך התרבות והספורט.
- כהן, ש' (עורכת) (2005). **בית עם חלון - מרכזי חירום לילדים**

- **ובני משפחותיהם**. ירושלים; אשלים, עמ' 289-308.
- לביא-קוצ'יק, נ' (2000). **חברת הדרכה לאיתור ילדים בסיכון**. ירושלים; משרד העבודה והרווחה, אשלים, משרד החינוך.
- מרום, מ' & עוזיאל, ל' (2000). סקירת ספרות בנושא ילדים עם נכויות במצבי סיכון. ירושלים; ג'וינט, אשלים.
- משרד העבודה והרווחה (1998). **תכנית אב לאומית לנושא ילדים ונוער בסיכון ואלימות במשפחה**. ירושלים.
- נאון, יפרח ובייץ-מוראי (1998). **סקר ארצי על ילדים עם נכויות בישראל, שלב 1: הסיכון**. ירושלים; ג'וינט, המוסד לביטוח לאומי.
- סלפטר, ר' (2004). **חברת מידע בנושא חוקי הגנה על אנשים עם נכויות**. תל אביב; עיריית תל אביב והפדרציה היהודית של לוס אנג'לס.
- סנדלר-לף, א', שטרסברג, נ' & נאון, ד' (2003). **אנשים עם נכויות בישראל: עובדות ומספרים**. ירושלים; ג'וינט ישראל, היחידה לנכויות ושיקום.
- רוגן, ח' (1997). הכללתם של ילדים חריגים בחינוך הרגיל. **סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום**, 12, 21-29.
- רייטר, ש' (2004). **מעגלי אחווה לשבירת הקשר בין מוגבלות לבדידות**. חיפה; אחווה.
- רייטר, ש' (1999). איכות חייו של הילד בעל הצרכים המיוחדים לאור הרחבת עיקרון הנורמליזציה. **סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום**, 14, 61-69.

## התעללות באנשים בעלי מוגבלות - סוגי פגיעה

### פגיעה גופנית

- אילון, ע' & צימרון, ח' (1990). **ילדות כואבת מבט שני על ילדים מוכים**. תל אביב; פועלים, 188-194.

### פגיעה מינית

- אתגר, ט' (2001). עבריינות מין בקרב מתבגרים. מתוך ש' צימרון (עורכת) (2001), **קטינים פוגעים בקטינים - אסופת**

- אורון, ז' (1997). **גרפולוגיה ציור וילד**. תל אביב; אור-עם.
- אמת, ד' (1976). **ילדים יוצרים**. יבנה.
- אנאסטאסי, א' (1993). **מבחנים פסיכולוגיים**. האוניברסיטה הפתוחה.
- אנקורי, מ' (1998). **הלב והמעין**. תל אביב; עם עובד.
- גודנאו, ג' (1979). **ציורי ילדים**. תל אביב; רשפים.
- גלנץ, י' (1966). **המבחנים בפסיכולוגיה**. נתניה; אחיאסף.
- האס, מ' (אין ציון שנה). **ילדים מצירים**. חיפה; המכון להוראת המדעים ולשיפור דרכי ההוראה - סמינר אורנים.
- לב-ויזל, ר' (2005). **ציור דמות אנוש וציור משפחה**. כלי עזר **לאבחון פגיעה מינית ופיזית**. קרית ביאליק; אח.
- להב, צ' (1987). **ציורי ילדים ככתב**. צפור.
- פינצ'ובר, ע' (2002). **הצבעים השחורים מתו והצבעים השמחים ניצחו**. תל אביב; הקיבוץ המאוחד.
- קוקס, מ' (1999). **ילדים מתחת לגיל 5 מצירים אנשים**. קרית ביאליק; אח.
- רוזן, ז' ואנשל, ר' (2004). **דעת העץ - אבחון על פי ציור העץ**. קרית ביאליק; אח.
- רז, מ' (תש"ס). **ציורי ילדים כראי למצוקה, מסכת משפחה**. ירושלים; גליון מס' 1.
- רימרמן, י' (1990). **ציורי ילדים כאמצעי הבעה ואבחנה**. אוצר המורה.
- רימרמן, י' (1983). **אדם משפחה וקבוצה בציורי ילדים ונוער**. תל אביב; צ'ריקובר.
- שתיל, י' (1993). **הפסיכוגרפיה של הילד**. רמות.

- **מאמרים ותיאורי מקרה** (עמ' 51-59). ירושלים; משרד החינוך, השירות הפסיכולוגי-הייעוצי.
- ויסמן, ע' (2001). ילדים רכים הפוגעים מינית בילדים אחרים. מתוך ש' צימרמן (עורכת) (2001), **קטינים פוגעים בקטינים - אסופת מאמרים ותיאורי מקרה** (עמ' 12-19). ירושלים; משרד החינוך, השירות הפסיכולוגי-הייעוצי.
- זליגמן, צ', סולומון, ז' (עורכות) (2004). **הסוד ושברו; סוגיות בגילוי עריות**. תל אביב; הקיבוץ המאוחד.
- פרניס, ט' (1995). **התעללות מינית בילדים - תיאוריה ודרכי טיפול**. קרית ביאליק; אח.
- קוואנה ג'ונסון, ט' (2000). **הבנת ההתנהגות המינית בגיל הילדות - מה טבעי ומה בריא?**. קרית ביאליק; אח, עמ' 69-77.
- ראין, ג' (2001). עבריינות מין אצל צעירים; הגדרת האוכלוסייה. מתוך ש' צימרמן (עורכת) (2001), **קטינים פוגעים בקטינים - אסופת מאמרים ותיאורי מקרה** (עמ' 11-7). ירושלים; משרד החינוך, השירות הפסיכולוגי-הייעוצי.
- תדפיס מתוך חוזר המנהל הכללי "הוראות קבע" תשס/2 (א); סעיף 2-2.1 (אוקטובר 1999). **התמודדות מערכת החינוך עם פגיעה מינית של תלמידים בתלמידים**. ירושלים; משרד החינוך.

#### פגיעה רגשית ופסיכולוגית

- או'האגאן, ק' (1993). **התעללות רגשית ופסיכולוגית בילדים**. קרית ביאליק; אח.
- היריגוין, מ' (2002). **הטרדה נפשית - אלימות נפשית בחיי היום יום, בעבודה ובמשפחה**. ירושלים; כתר.

### 5. ציור ככלי אבחון<sup>1</sup>

- אברהם, ע' (1989). **הגלוי והנסתר בציורי דמויות אנוש**. תל אביב; רשפים.
  - אורון, ז' (2000). **גרפולוגיה ומבחן העץ**. תל אביב; אור-עם.
- 1 הרשימה כוללת גם מקורות שאינם מופיעים בערכת האיתור.





- חוקים עיקריים העוסקים באנשים בעלי מוגבלות הנמצאים בסיכון בישראל
- חוק העונשין

**פרק 7**  
**נספחים**



## חוקים עיקריים העוסקים בסיכון אנשים בעלי מוגבלות בישראל

בישראל ובמדינות אחרות בעולם קיימים חוקים המחייבים דיווח על כל חשש למקרה של התעללות בקטין או בחסר ישע. חוקים אלו מבטיחים חסינות למדווח מפני תביעות בתנאי שהדיווח נעשה בתום-לב, ומטילים סנקציות על הימנעות מדיווח.

לאחרונה פרסמה עיריית תל אביב חוברת מידע בנושא של חוקי הגנה על אנשים בעלי מוגבלות (סלפטר, 2004) המאגדת בתוכה "חוקים כלליים הנוגעים לטיפול באנשים עם נכויות, חוקי הגנה על אנשים עם נכויות וחוקים המעגנים זכויות של אנשים עם נכויות". פירוט נוסף של חוקים אפשר למצוא באתר [www.pigur.co.il](http://www.pigur.co.il) (בסעיף "חוק ומשפט"). מידע חשוב בנושא חוקים ותקנות הקשורים לאנשים בעלי מוגבלות אפשר למצוא באתר "נגישות ישראל" [www.access-israel.org](http://www.access-israel.org) (סעיף חוקים ותקנות), המונה 114 חוקים ותקנות בתחומים מרכזיים. לצורך השימוש בחומר והבנתו בחרנו להביא בקצרה את החוקים המרכזיים לענייננו בחלק זה של החוברת. התיקון לחוק העונשין מובא במלואו בהמשך.

## חוקים כלליים הנוגעים לטיפול באנשים בעלי מוגבלות

### החוק לטיפול בחולי נפש, תשנ"א-2001

החוק מחליף חוק ישן, בעקבות הביקורת על הקלות שבה אפשר היה לאשפז אדם בבית חולים לחולי נפש בישראל. חוק כבוד האדם וחירותו דרבן את המחוקק לחוקק חוק חדש, הקובע תנאים לאשפוז או לאשפוז בכפייה.

### חוק שיקום נכי נפש בקהילה, תש"ס-2000

מטרתו של החוק לאפשר את שיקומם ואת שילובם בקהילה של אנשים המוגדרים חולי נפש, או הסובלים מהפרעת אישיות או מהפרעה נפשית, כדי לאפשר להם להשיג עצמאות מרבית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק היסוד "כבוד האדם וחירותו".

### חוק מעונות יום שיקומיים, תש"ס-2000

החוק בא להבטיח לפעוטות בעלי מוגבלות (מגיל שנה עד גיל שלוש שנים) מסגרת שיקומית, טיפולית וחינוכית נאותה.

### **חוק שוויון זכויות לאנשים בעלי מוגבלות, תשנ"ח-1998**

---

מטרתו של החוק להגן על כבודו ועל חירותו של האדם בעל המוגבלות ולעגן את זכותו להשתתפות שוויונית בחברה בכל תחומי החיים, וכן לתת מענה הולם לצרכי המיוחדים, באופן שיתאפשר לו לחיות את חייו בעצמאות מרבית, בפרטיות ובכבוד, תוך מיצוי מלוא יכולתו.

### **חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996**

---

החוק בא לקבוע כללים בדבר שמירת בריאותם, פרטיותם וכבודם של מטופלים בבתי חולים ובמרפאות, על ידי צוות רפואי ואחר העובדים במוסד הרפואי.

### **חוק החינוך המיוחד, תשמ"ה-1988**

---

החוק בא לקדם ולפתח את כישוריו ואת יכולותיו של הילד בעל הצרכים המיוחדים באמצעות שירותים ומסגרות חינוך מיוחדות, ובכלל זה שירותים נלווים, כגון שירותי הסעה וארוחות, עזרים מסייעים ושירותים רפואיים, פרא-רפואיים, פסיכולוגיים וסוציאליים.

### **חוק הסעד טיפול במפגרים, תשכ"ט-1969**

---

מטרת החוק לאתר ולאבחן את האדם בעל הפיגור השכלי ולקבוע דרכי טיפול והגנה ולהגדיר את זכויותיהם ואת חובותיהם של האדם בעל הפיגור השכלי, של האחראים עליו ושל המוסדות שצריכים לספק שירותים מתאימים.

### **חוק הפיקוח על המעונות, תשכ"ה-1965**

---

מטרתו של החוק לקבוע נורמות להפעלת מעונות ל"חוסים", דהיינו ילדים, זקנים, בעלי מום גופני או לוקים בשכלם או מטופלי גמילה מסמים, החיים מחוץ למשפחתם, אם במסגרת מעונות יום או במסגרת מעונות פנימייה. מטרת החוק היא להבטיח סיפוק צרכים גופניים, חברתיים ונפשיים בהתאם לנקבע בחוק.

## חוקי הגנה על אנשים בעלי מוגבלות

חוק הליכי חקירה והעדה (התאמה לאנשים עם מוגבלות שכלית או נפשית),  
התשס"ו-2005

מטרת החוק להנגיש את ההליך הפלילי עבור אנשים עם מוגבלות שכלית.

החוק למניעת העסקה של עברייני מין במוסד המכוון למתן שירות לקטינים,  
תשס"א-2001

החוק בא להגן על קטינים מפני פגיעה מינית אפשרית היכולה להתבצע על ידי עברייני מין בגירים (מעל גיל 18) המועסקים (אם בשכר או בהתנדבות) במוסדות ששוהים בהם קטינים, כגון בתי ספר, גני ילדים, מרכזי תרבות וספורט, תנועות נוער, קייטנות, פנימיות, מרפאות, בתי חולים לילדים ועוד. החוק מגדיר עונשים שיחולו על המעסיק. תחילתו של החוק נקבעה לחודש מרס 2003, והוא חל על בגיר שנדון לשנת מאסר בפועל או יותר בשל עברת מין שביצע בהיותו בגיר, אם הורשע בעברה כאמור בתוך חמש השנים שקדמו ליום כניסתו לתוקף של חוק זה.

חוק פעוטות בסיכון, תש"ס-2000

החוק בא להבטיח שפעוטות (עד גיל שנתיים וחצי) הנמצאים בסיכון התפתחותי יהיו זכאים לסידור במעון יום שבו יקבלו טיפול ומענה לצורכיהם. החוק מגדיר את מצבי הסיכון השונים.

האמנה הבינלאומית לזכויות הילד (1989), שאושרה בישראל בשנת 1991

האמנה כוללת כמה סעיפים הנוגעים להגנה על ילדים (סעיפים 19, 33, 34, 37). המדינות החתומות על אמנה זו מחויבות לקדם את שיקומם ואת שילובם החברתי של ילדים שהיו קרבנות של מעשים אלו (סעיף 39). סעיף מיוחד באמנה (סעיף 23) קובע כי על ילדים בעלי מוגבלות ליהנות מכל הזכויות המוקנות לילדים באמנה. האמנה מחייבת את המדינות להעמיד לרשות הילדים הנכים ובני משפחותיהם את האמצעים ואת המשאבים כדי לאפשר להם למצות את זכויותיהם.

החוק למניעת אלימות במשפחה, תשנ"א-1991

החוק מאפשר להגן על בני המשפחה מפני אלימות באמצעות הרחקת התוקפן מן הבית. חידושו הוא בכך שהוא מאפשר לנפגע לפנות ישירות לבית משפט השלום או לבית המשפט לענייני משפחה, ללא עזרת עורך דין או משטרה, ולקבל החלטת שופט בעניין הרחקת הפוגע מהבית.

---

### חוק העונשין (תיקון מס' 26), תש"ן-1989

---

זהו תיקון בחוק דיני עונשין שלו שתי מטרות: קביעת חובת הדיווח וקביעת עונשים חמורים למי שפוגע בחסר ישע.

---

### חוק הסיוע המשפטי, תשל"ב-1972

---

החוק בא למסד את הקמתן של לשכות לסיוע משפטי שמטרתן מתן שירות משפטי על חשבון המדינה למי שיידו אינה משגת לשאת בהוצאות. החוק קובע כללי זכאות לקבלת שירות משפטי, את אופן הפנייה וסוגיות נוספות.

---

### חוק ההגנה על חוסים, 1966

---

בחוק שני נושאים מרכזיים: האחד מטרתו לגונן על מי שאינו מסוגל לדאוג לצורכי חייו והוא מנוצל גופנית על ידי בן משפחתו במטרה להשיג טובות הנאה, כגון נטישת החוסה במקום ציבורי כדי לאלץ את הרשות לתת פתרונות דיור או אילוץ החוסה לקבץ נדבות. השני מטרתו להגן על חוסים המסכנים את עצמם וזקוקים לסידור מוסדי כפוי או להתערבות רפואית כפויה.

---

### חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, תשכ"ב-1962

---

החוק קובע כי כל אדם כשר לנהל את ענייניו, זולת אם נשללה או הוגבלה כשרותו זו בחוק או בפסק דין. על פי החוק, כשרותו של קטין (מתחת לגיל 18) מוגבלת, והוריו הם האפוטרופוסים עליו (אחראים עליו על פי חוק). על פי פסק דין כשרותו של אדם בעל פיגור שכלי, חולה נפש או קשיש שלקה בסניליות ו/או בתשישות נפש מוגבלת. כל אלה קרויים "חסויים", ובית המשפט ממנה להם אפוטרופוסים.

---

### החוק לתיקון דיני ראיות (הגנת ילדים), 1955

---

החוק נועד להגן על שלומם הנפשי של ילדים עד גיל 14 שהיו מעורבים (כקרבנות, כעדים או כחשודים) בעברות מין. בשנת 1989 הורחבה תחולת החוק גם על ילדים שהם קרבנות להתעללות גופנית, נפשית או להזנחה.

---

### חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996

---

החוק בא לקבוע כללים בדבר שמירת בריאותם, פרטיותם וכבודם של מטופלים בבתי חולים ובמרפאות על ידי צוות רפואי ואחר העובדים במוסד רפואי.

## חוק הנוער (שפיטה, ענישה ודרכי טיפול), תשל"א-1971

החוק עוסק בקטינים שביצעו עברה נגד החוק. עצם ביצוע העברה מעמיד אותם בקטגוריה של ילדים בסיכון. עניינם מובא לדין בבית משפט השלום והמחוזי בשבתם כבתי משפט לנוער. הוראה זו באה להבטיח ביטוי להיבט שיקומי והתייחסות מיוחדת המתאימה לבני נוער. מטרתו של החוק לאפשר את שיקומם ואת שילובם בקהילה של אנשים המוגדרים כחולי נפש או אנשים הסובלים מהפרעת אישיות או מהפרעה נפשית, כדי לאפשר להם להשיג עצמאות מרבית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם כבודם ברוח חוק היסוד "כבוד האדם וחירותו".

## חוק הנוער- טיפול והשגחה, 1960

החוק עוסק בהגנה על קטינים נזקקים ונדון בבית המשפט לנוער. הוא מגדיר נסיבות שבמסגרתן נחוצה התערבות חיצונית להגן על ילד (כולל מצבי התעללות או חשד להתעללות).

## חוק העונשין (תיקון מס' 62), תש"ן-1991

סימן ו'1: פגיעה בקטינים ובחשרי ישע (תיקון: תש"ן)

368.א. הגדרות (תיקון: תש"ן, תש"ס)

בסימן זה-

"אחראי על קטין או חסר ישע" - כל אחד מאלה:

1. הורה או מי שעליו האחריות לצורכי מחייתו, לבריאותו, לחינוכו או לשלמו של קטין או של חסר ישע - מכוח דין, החלטה שיפוטית, חוזה מפורש או מכללא, או מי שעליו האחריות כאמור לקטין או לחסר ישע מחמת מעשה כשר או אסור שלו;
2. בן משפחה של קטין או של חסר ישע, שמלאו לו שמונה עשרה שנים ואיננו חסר ישע, והוא אחד מאלה: בן זוגו של הורו, סבו או סבתו, צאצאו, אחיו או אחותו, גיסו או גיסתו, דודו או דודתו;
3. מי שהקטין או חסר הישע מתגורר עמו או נמצא עמו דרך קבע, ומלאו לו שמונה עשרה שנים; ובלבד שקיימים ביניהם יחסי תלות או מרות.

**"חסר ישע"** - מי שמחמת גילו, מחלתו או מוגבלותו הגופנית או הנפשית, ליקויו השכלי או מכל סיבה אחרת, אינו יכול לדאוג לצורכי מחייתו, לבריאותו או לשלמו;

**"מעשה"** - לרבות מחדל;

**"פקיד סעד"** - מי שמונה לכך לפי חוק;

### **368ב. תקיפת קטין או חסר ישע (תיקון התש"ן)**

א. התוקף קטין או חסר ישע וגורם לו חבלה של ממש, דינו מאסר חמש שנים; היה התוקף אחראי על הקטין או על חסר הישע, דינו מאסר שבע שנים.

ב. נעברה עברה לפי סעיף קטן (א) ונגרמה לקטין או לחסר הישע חבלה חמורה, דינו של התוקף מאסר שבע שנים, ואם היה התוקף אחראי על הקטין או על חסר הישע, דינו מאסר תשע שנים.

ג. לעניין סעיף זה **"חבלה"** - בין גופנית בין נפשית.

### **368ג. התעללות בקטין או בחסר ישע (תיקון התש"ן)**

העושה בקטין או בחסר ישע מעשה התעללות גופנית, נפשית או מינית דינו מאסר שבע שנים; היה העושה אחראי על קטין או חסר ישע, דינו מאסר תשע שנים.

### **368ד. חובת דיווח (תיקון: תש"ן, תשנ"א, תש"ס)**

א. היה לאדם יסוד סביר לחשוב כי זה מקרוב נעברה עברה בקטין או בחסר ישע בידי האחראי עליו, חובה על האדם לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו דינו מאסר שלושה חודשים.

ב. רופא, אחות, עובד חינוך, עובד סוציאלי, עובד שירותי רווחה, שוטר, פסיכולוג, קרימינולוג או עוסק במקצוע פרא-רפואי, וכן מנהל או איש צוות במעון או במוסד שבו נמצא קטין או חסר ישע - שעקב עיסוקם במקצועם או בתפקידם היה להם יסוד סביר לחשוב כי נעברה עברה בקטין או בחסר ישע בידי אחראי עליו - חובה עליהם לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו דינו מאסר שישה חודשים.

ג. היה לאחראי על קטין או על חסר ישע יסוד סביר לחשוב כי אחראי אחר על קטין או על חסר ישע עבר בו עברה, חובה עליו לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו דינו מאסר שישה חודשים.

ד. נעברה בקטין או בחסר ישע הנמצא במעון, במוסד או במסגרת חינוכית או טיפולית אחרת עברת מין לפי סעיפים 345 עד 348, או עברה של גרימת חבלה חמורה לפי סעיף 368ב או עברת התעללות לפי סעיף 368ג, חובה על מנהל או על איש צוות במקום כאמור לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו דינו מאסר שישה חודשים.

ה. חובת דיווח לפי סעיף זה לא תחול על קטין.



- ו. פקיד סעד שקיבל דיווח לפי סעיף זה יעבירונו למשטרה בצירוף המלצתו לפעול או להימנע מלפעול בקשר לדיווח, אלא אם כן קיבל אישור שלא להעביר את הדיווח למשטרה מאת אחת הוועדות שהקים שר המשפטים לעניין זה; חברי ועדה כאמור יהיו נציג פרקליט מחוז, והוא יהיה היושב-ראש, קצין משטרה בדרגת רב פקד ומעלה ופקיד סעד מחוזי.
- ז. הגיע למשטרה מידע לפי סעיף זה, תעביר אותו לפקיד סעד, ולא תפעל לפני שתיוועץ בפקיד הסעד, אלא אם כן נדרשת פעולה מיידית שאינה סובלת דיחוי; אין בפעולה מיידית כאמור כדי לשלול את חובת העברת המידע לפקיד סעד וההתייעצות עמו לאחר מכן.
- ח. בסעיף זה, למעט בסעיף קטן ד' **עברה**: עברות זנות לפי סעיפים 203, 202, 201, 199 א 203, 203, ג 205 -א, עברה של פרסום והצגת תועבה לפי סעיף 14ב, עברה של סיכון החיים והבריאות לפי סעיף 337, עברת מין לפי סעיפים 345 עד 348 ו 351-עברה של נטישה או הזנחה לפי סעיפים 361 ו 362-ועברה של תקיפה או התעללות לפי סעיפים 368 ו-368.

