

חלק א':

**מושגים, הבטים
תיאורטיים וביטוייהם
בסביבה הטיפולית**

עמוד א2



א. דַחֵק, טראומה ופוסט-טראומה

פרק זה מבהיר מושגי יסוד הקשורים באירועים גורמי לחץ ובוחן את השפעתם על אנשים בכלל ועל אנשים עם פיגור שכלי בפרט.

לחץ ותחושת דַחֵק (stress)

דחק נגרם כאשר בני אדם ניצבים בפני מצב הנתפס בעיניהם כמאיים מבחינה פיזית ו/או נפשית והם אינם בטוחים ביכולתם לטפל באירוע.

הדחק נוצר מעצם הפער - האיום גדול יותר ממשאבי ההתמודדות.

אָלו גורמים משפיעים על היווצרות דַחֵק ועל עצמתו?

תחושת השליטה במצב: עד כמה יכול הפרט לשלוט במה שקורה? ככל שפוחתת יכולת השליטה - כך גדל הדחק.

יכולת ניבוי של האירוע: עד כמה האירוע צפוי ומוכר? ככל שהאירוע בא בהפתעה (לא שגרתי ולא צפוי) - כך עלול הדחק להתעצם.

התמשכות: עד כמה מתמשך המצב המלחיץ? ככל שהמצב נתפס כקבוע - ללא אפשרות של שינוי רצוי - כך משתרש הדחק.

שחיקה: עד כמה קיים עניין להגיב ולפעול נוכח המצב? ככל שמתמוסס ואובד הרצון לעשות וליזום - כך גובר הדחק.

♥ לתשומת הלב -

מקובל לראות במצבי מלחמה או אסונות כמעוררי דחק, אך לא רק הם: גם תנאים סביבתיים גרועים (כגון: רעש, תאורה ו/או אורור לקויים), בידוד (פיזי או פסיכולוגי) (ולחלופין צפיפות גדולה), חד-גוניות (ולחלופין שינויים תכופים ובלתי צפויים עד כדי כאוס - תוהו ובוהו) - מְזַמְּנים תגובות דחק.

מצב משברי¹ (mental crisis)

מצב משברי הינו מצב רגשי זמני של זעזוע וחוסר איזון פנימי, החולף, בדרך כלל, בטווח הקצר - לאחר מספר שבועות. משבר מתרחש כשאדם נתקל באירוע או שינוי מהותי היוצר מבחינתו בעיה שאינו יכול לפתור בכוחות עצמו, כלומר - בעזרת שימוש במנגנוני התמודדות השגרתיים שלו. כתוצאה מכך מתגברים הלחץ, המתח והחרדה. לכל אדם יש עליות ומורדות בחיי היום-יום - בתחומי הבריאות, המשפחה או העבודה. מרבית האנשים מתמודדים וממשיכים בשגרה. אולם לפעמים, בעקבות אירוע או שינוי בחיים (שיכול להיות אפילו צפוי), נוצר קושי מהותי להתמודד. האירוע יכול להיות שלילי, למשל פיטורין מהעבודה, אך גם יכול להיות אירוע שנתפס על ידי החברה כחיובי, כגון: חתונה או לידה. המשותף לאירועים אלו הוא התחושה שדרכי ההתמודדות המוכרות שהצליחו בעבר ועזרו בהתמודדות עם שינויים או קשיים, אינן מתאימות יותר - האדם מוצא את עצמו חסר אונים ואינו יודע כיצד לפעול. במרבית המקרים, כאשר חוזרים הסדר והשליטה לחיים, גם המשבר חולף. אירוע נתון יכול לגרום למצב משברי אצל אדם אחד, אך לא אצל אדם אחר. לדוגמה: פיטורין יכולים להכניס אדם אחד לחרדות גבוהות וחוסר שקט, בו בזמן שאדם אחר תופס זאת כאירוע שפותח בפניו הזדמנויות חדשות.

טראומה (trauma)

טראומה פירושה - הֶלֶם - תגובה הנובעת מלחץ קיצוני גופני ו/או נפשי, אשר משבש את יכולת התפקוד הרגילה של האדם ומותיר, לעיתים, השפעות לטווח ארוך. על פי רוב, טראומה היא תוצר לוואי של גורמים מגוונים כגון: תאונות, אירועים אלימים (תקיפה מעשה אדם), אסונות טבע או מלחמות. ברוב המקרים, האירוע הטראומתי קורה באופן בלתי צפוי ופתאומי, כאשר אין מוכנים לו. אירוע יוגדר טראומתי כאשר האדם חוֹןָה שילוב של שני גורמים -

- תחושת איום מיידית על השלמות הפיזית ו/או הנפשית של עצמו או זולתו;
- הצפה של תחושות חוסר אונים או פחד.

אופן התגובה לאירוע טראומתי תלוי באופי האירוע, בעוצמתו ובמשכו, וכן בניסיון

¹ ראה גם: גילת, יצחק (2007): "משברים נפשיים - מאפיינים והתמודדות", מאמר בתוך אתר ער"ן - עזרה ראשונה נפשית בטלפון, מופיע בקישור הבא:

<http://www.eran.org.il/?CategoryID=219&ArticleID=98>

החיים האישי של הפרט, במידת התמיכה החברתית והמשפחתית וביכולת ההתמודדות הטבעית שברשותו.

הפרעת דחק פוסט-טראומתי² (PTSD³)

הפרעת דחק פוסט-טראומתי היא תגובה מאוחרת ו/או ממושכת לאירוע או למצב גורם דחק (קצר-מועד או מתמשך), שטבעו מאיים או קטסטרופלי באופן חריג, והוא עלול לגרום מצוקה ניכרת כמעט לכל אדם⁴. בזמן החשיפה לאירוע טראומתי המערכת הנפשית מוצפת בגירויים, אשר אינה מסוגלת להכיל ולעבד. הגירויים הללו נותרו במערכת בצורתם הגולמית והלא מעובדת, ומדי פעם שבים וחודרים למרכז התודעה בצורתם המקורית.

תופעה זו מכונה חודרנות: הנפגעים חווים מחדש את האירוע הטראומתי באופן פיזי או נפשי, ממש כאילו הוא קורה שוב ושוב. דימויים, זיכרונות, רעשים וריחות שהיו בפועל בזמן התרחשות הטראומה שבים ותוקפים את האדם הנפגע והוא מאבד את יכולת ההנאה מפעילות וממצבים המזכירים את הטראומה. באופן שכיח יש פחד והימנעות מרמזים המזכירים לסובל את הטראומה המקורית.

כיוון שחודרנות טראומתית מכאיבה מאוד, הנפגעים מנסים להימנע מכל דבר שעשוי להזכיר להם את האירוע הטראומתי. כך נוצר תהליך מעגלי בלתי פוסק של חודרנות מצד אחד והימנעות מצד שני, שהוא תמציתה של התסמונת הדחק הפוסט-טראומתי. לפוסט-טראומה סימפטומים אופייניים: תחושות ומחשבות חודרניות יוצרות מצוקה, פאניקה, רצון להימלט, זעם כלפי עצמו וכלפי אחרים.

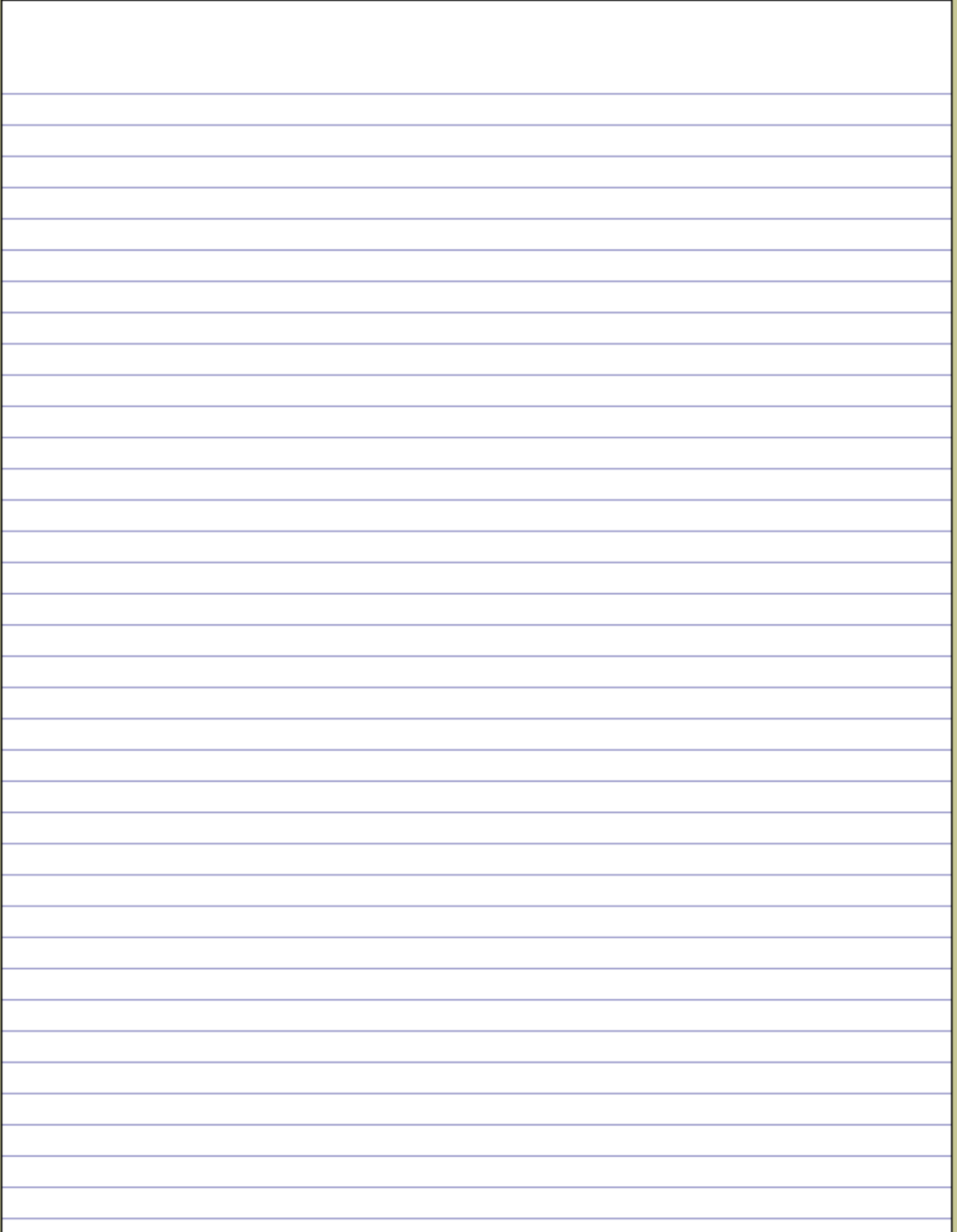
תחושות אלו מטרידות מאוד ומקשות על הנפגע להתרכז או לישון, מה שמחמיר את כעסו ורגזנותו ומוביל להתפרצויות זעם, רגישות רבה לרעשים, לאור, לעיתים אף למגע פיזי וכן להימנעות מתקשורת בין-אישית. בדרך כלל, הנפגע אינו מבין מה עובר עליו ואינו יכול לשלוט בסימפטומים או להפסיק אותם. ככל שנמשכים סימפטומים אלה ובהעדר טיפול - הנפגע עלול לשקוע לתוך בדידות ודיכאון.

סימפטומים של פוסט-טראומה הם תגובה נורמלית למצב לא-נורמלי: כל אדם עלול ללקות בהפרעת דחק פוסט-טראומתי אם ייחשף לאירוע טראומתי חריף דיו.

² מעובד מתוך המאמר: "תסמונת פוסט-טראומתית: מהי פוסט-טראומה?", מופיע באתר נט"ל בקישור הבא: <http://www.natal.org.il/?CategoryID=234>

³ PTSD - Post-Traumatic Stress Disorder

⁴ כאמור - אסון טבע או אסון שנגרם על ידי אדם, מלחמה, תאונה קשה, נוכחות במוות אלים של אחרים, או היות האדם קורבן של עינויים, טרורזם, אונס או פשע אחר.





א2. תגובות לאירועי המלחמות בעורף: מסקנות ולקחים

פרק זה מחדד את מאפייני התגובות של אנשים בכלל ושל אנשים עם פיגור שכלי על רקע אירועי לחימה ומלחמות בעורף.

מה מאפיין תגובות לדחק ולטראומה בקרב המטפלים⁵?

פחדים וחרדות הם תגובות ספונטניות, נורמטיביות וטבעיות המהוות חלק מהקיום האנושי. במקרים רבים הפחד הוא חיוני ומשמש לצורך איתות על סכנה חיצונית אמיתית ומוגדרת. מכאן, לחרדות תפקיד משמעותי וחיוני בהשדודתנו. החרדה מסייעת לנו גם בחיי היום יום. לדוגמה: חרדה במינון קל יכולה לשפר למידה, תפקוד וביצוע של משימות. אך לאורך זמן, כאשר תגובות הלחץ מתמשכות - הגוף מתקשה לעמוד בעומס. במצב של דחק מתמשך עלולים להופיע תסמינים המקבלים ביטוי במישור הפיזיולוגי (תגובות גופניות), במישור הרגשי, ובמישור הקוגניטיבי. בכל אחד מהמישורים אלה יכולים להיווצר במצב חירום ביטויים המפריעים מאוד לתפקוד היום-יומי.

הסימפטומים הפיזיולוגיים האופייניים לפחד ולחרדה כוללים דפיקות לב מואצות, הזעה מוגברת, פיק ברכיים, רעד, חולשה, נשימה מהירה ושטחית. ניתן לדמות את תפקוד הגוף לקפיץ גמיש, אשר נדרך ברגעים של סכנה ומשתחרר עם חלוף הסכנה. אולם, לעיתים, קיימים מצבים או תגובות בהם "הקפיץ" אינו משתחרר. כתוצאה מכך מתקשה הגוף לעמוד במעמסת החרדה לאורך זמן, ועלולים להתפתח סימפטומים גופניים נוספים כמו: כאבי בטן, כאבי ראש, הפרעות בלחץ דם וירידה בכושר ההתנגדות של הגוף למחלות.

רגשות שכיחים הנוצרים כתגובות לאירועי טראומה -

- כעס על האירוע והמעורבים בו. לעיתים, הכעס מתפרץ גם לכיוון של המשפחה והסביבה הקרובה: אז הוא יכול להיות מבלבל ולגרום לריחוק.

⁵ הכוונה היא לכל מי שמטפל באדם עם פיגור שכלי - בין אם בני משפחה, או משפחות אומנה או אנשי צוות במסגרות טיפוליות לאנשים עם פיגור שכלי. ניתן לשלב את המידע והתכנים בסעיף זה כחלק ממערכי הדרכה לצוות, למשפחות ולמתנדבים. במסגרות, שחוו את מלחמת לבנון ה-II או את המלחמה בדרום ("עופרת יצוקה") ואירועי הלחימה בשנים שקדמו לה - מומלץ לשלב גם שיחה על תופעות כמתואר להלן, שנחוו על ידי המשתתפים.

עמוד 8א

- אשמה ובושה קשורות, אף הן, בדרכי ההתמודדות של הפרט במהלך האירועים. אנשים רבים מאשימים את עצמם על דברים, שעשו או לא עשו, וכן עלולים לחוות בושה ממה שהם חווים כהתמודדות לקויה, כגון: התעלפויות, בריחת שתן וכו'.
- דיכאון כולל מצב רוח ירוד, תחושת ייאוש וחוסר תקווה אף הם חלק ממצאי התגובות לטראומה, כולל פגיעה בדימוי העצמי ובתחושת המסוגלות. אנשים רבים רואים את עצמם ואת העולם באופן שלילי יותר לאחר חוויות טראומתיות.

שיקולי דעת וחשיבה רציונלית פוחתים כתוצאה מדריכות גופנית לאורך זמן, אשר מעלה את רמת העייפות. במצב זה יש נטייה רבה יותר לראות שחורות, להדגיש ולהעצים סכנות תוך יצירת עיוותים קוגניטיביים בחשיבה. אנשים במצבי חרדה מגלים בלבול, שיפוט לקוי, קושי בפתרון בעיות ובקבלת החלטות (גם פשוטות ביותר), ואף אובדן זכרון. אמונות בסיסיות של האדם בבטחונו האישי, בטוב ליבם של אנשים ובעתיד הופכות לשליליות. הפירושים השגויים לגבי המציאות מובילים להערכות מוטעות, שכוללות, לדוגמה - תחושה שמצב הסכנה ימשך לנצח; הפרזה והגזמה בנזקים לגוף ולנפש, שעלולים להגרם כתוצאה מחשיפה לסכנה.

חשוב לציין, כי בתבנית נורמלית של פחד, רק המאפיינים המסוכנים באמת מעוררים חרדה. פחד זה דועך, כאשר הסכנה חולפת. בתבנית פחד פתולוגית נוצרת הכללה של החרדה למגוון רחב ביותר של אירועים: האדם נמצא בתחושה תמידית של סכנה מיידית ("כאן ועכשיו"). במקרים רבים, הסימפטומים הפיזיולוגיים, שהוזכרו לעיל, נחווים כמאיימים ומבשרי אסון אף יותר מן האירועים עצמם.

לכן, אם הגוף והנפש אָבְדוּ מגמישותם ואינם חוזרים באופן טבעי למצבם הרגיל, יש צורך בסיוע של הרפיה, שחרור, העלאת המודעות לעיוותים הקוגניטיביים ותיקונם.

בטבלה הבאה⁶ מרוכזים ביטויים אופייניים ללחץ:

ביטויים התנהגותיים	ביטויים פסיכולוגיים, רגשיים	ביטויים פיזיולוגיים, גופניים
• עישון מופרז; • חוסר מנוחה; • חוסר ריכוז; • רשלנות; • שתית אלכוהול; • נטייה לתאונות; • הסתגרות חברתית; • "ראש קטן"; • העדרות ממסגרת (לימודים, עבודה); • וכחנות; • חוסר סבלנות; • עצבנות.	• תסכול; • פחד; • חרדה; • אפטיה / קהות רגשות; • תוקפנות; • בלבול; • שכחנות; • חוסר ריכוז.	• דופק מואץ; • כאבי ראש; • קשיי נשימה; • הקאות ושלשולים; • צרבת; • הזעה; • לחץ דם גבוה; • עייפות; • קושי להרדם; • אָבְדָן תאבון / אכילת יתר.

⁶ הטבלה מבוססת על חומרי נט"ל.

איך מגיבים אנשים עם פיגור שכלי לדחק ולטראומה?

הידע בתחום זה מוגבל ביותר ומבוסס על התרשמויות מאירועים אקראיים ולא על בסיס מחקרי. יתכן שהחסר הזה נובע מִסְבֵּרָה, כי אנשים עם פיגור שכלי אינם מגיבים למצבים של דחק וטראומה בשל מגבלותיהם הקוגניטיביות, אשר מונעות מהם להבין את פשר האירועים ולחזות סכנה קיומית. הנחה זו איננה מבוססת ובין השאר, הביאה להתעלמות ממניעה וטיפול באנשים עם פיגור שכלי שנחשפו לאירועים טראומתיים. עלינו לשים לב כי אנשים עם פיגור שכלי - אפילו עמוק - עלולים לאבד בטחון בעקבות שינויים בסביבה, או אירועים, שאחרים לא רואים כמאיימים.⁷

ממעט המחקרים שעסקו בתגובות של אנשים עם פיגור שכלי בזמן אירועי אסון (כגון: הפיגוע ב"מגדלי התאומים" או סופת ההוריקן "קטרינה" שפגעה קשות בניו אורלינס, ארה"ב) נמצא כי אוכלוסיות אלו, לא רק שמגיבות למצבי אסון, הן פגיעות במיוחד. אירועי 11/9 בניו יורק חשפו ממצא מאוד מעניין, אנשים עם פיגור שכלי נחשפו לאסון מגדלי התאומים כאשר צפו בו בטלוויזיה בשידור ישיר, ואחר כך שוב ושוב בשידורים חוזרים אין סופיים שהציפו את כל הערוצים. למעשה הטראומה שהם חוו הייתה מהשידורים החוזרים, טראומה יכולה להיות בלתי ישירה וכתוצאה מהצפה בגירויים מטרידים.⁸

אנשים עם פיגור שכלי לא תמיד מבינים את ההבדל בין עובדות, השערות ופרשנות. לעיתים, השערה או פרשנות לאירוע תראה בעיניהם כאמת לאמיתה. משפט כמו: "קיים חשש כי לסורים טילים העלולים להגיע עד תל אביב" יכול להתפרש כאלו "הסורים ירו טילים על תל אביב". בנוסף, ישנם אנשים עם פיגור שכלי אשר זוכרים אירועים ציבוריים משמעותיים, אשר גם אם אָרְעוּ בעבר הרחוק, עדיין טבועים חזק בזיכרון. לדוגמה - אנו יכולים לפגוש דיירים במעונות, אשר בכל צפירה או אזעקה, יעמדו דום לזכרו של יצחק רבין. האירועים בעקבות רציחתו נטבעו היטב בזיכרוןם - הן מכיוון שקרו בתקופת חייהם, והן מכיוון שהם נחשפו אליהם במלוא העוצמה בשידורי הטלוויזיה ובתגובות של הצוותים המטפלים ובני המשפחה. עקב מיעוט

⁷ ראה תרגום וסיכום של עדה תנין בתוך: אתר קהילת הידע פיגור שכלי, לשונית סוגיות / מצבי משבר / מאמרים מחקרים, פורסם ב-14.02.2007. הכניסה בקישור הבא - <http://www.molsa.gov.il/Kehilot/> Chaney, R. H. (1996): "Psychological Stress in People with Profound Mental Retardation", in: **Journal of Intellectual Disability Research**, Vol. 40 / 4, August, 1996.

⁸ Farrell, Anne & Daniel, Crimmins: "Coping with Disaster: Suggestions for Helping Children with Cognitive Disabilities", *Westchester Institute for Human Development (WIHD), a University Center for Excellence in Developmental Disabilities Education, Research*. in: <http://www.acf.hhs.gov/programs/add/Sept11/addcoping.html>.

המחקרים אודות תגובות של אנשים עם פיגור שכלי לאירועים טראומטיים, מרבים להתייחס לתגובות של ילדים ובני נוער ומהם לגזור לגבי התנהלות האוכלוסייה עם פיגור שכלי. ההשוואה בין אנשים עם פיגור שכלי לבין ילדים נעשית בגלל יכולתם השכלית המונמכת המשפיעה על תפיסתם ופרשנותם את המצב.

בין תגובות הפוסט-טראומה שנמצאו דומות בקרב ילדים ובקרב בני אדם עם פיגור שכלי ניתן לציין -

קשיי שינה; קושי להיפרד מהורים / מטפלים; בלבול; שאלות לגבי האירועים; רגישות לתגובות להתנהגות המבוגרים; הימנעות ממשחק או פעילות יתר; הפרעות אכילה; ביטויי זעם והתפרצויות אימפולסיביות; התמקדות במוות ודיבור על מוות; תלונות על כאבים גופניים.

כאמור, אירוע טראומטי, מעצם הגדרתו, מתאפיין בהיותו בלתי נשלט ומעורר - בקרב חלק נכבד מהנחשפים אליו - תחושות חריפות של חוסר אונים.

מלכתחילה, רמת השליטה של אנשים עם פיגור שכלי מוגבלת ביחס לאירועים ומצבים המתרחשים סביבם. ירידה נוספת ביכולת השליטה שלהם מגבירה מאד את תחושת אין-האונים ועשויה לייצר אצלם תגובות חריפות מאד. יתכן אמנם, כי אינם רואים את הסיטואציה כמהווה סכנה קיומית, אך מרביתם מגיבים לשינויים סביבתיים, בין אם מדובר בשינוי בתנאי הסביבה ובין אם בשינוי באקלים הרגשי של הסובבים אותם.

לעיתים קרובות, השינויים הסביבתיים שנוצרים בעקבות אירועי אסון אינם מביאים לשינוי בתפיסת העולם, אך הם בודאי עלולים לשנות את תחושת הביטחון של האנשים עם פיגור שכלי. תגובות, המצביעות על נסיגה בהתנהגות (תגובות רגרסיביות), כגון: בכי, חרדה או התקפי זעם - עלולות להתרחש כתוצאה מהשינויים הסביבתיים. כך גם עלולות להיוצר תגובות גופניות המאפיינות דחק, כגון: נשימה מואצת, מתח שרירי או חוסר שקט מוטורי. גם אם אדם עם פיגור שכלי אינו מסוגל תמיד להסביר מדוע הוא מגיב בצורה חריפה, אין זה אומר כי תגובותיו אינן קשורות לתפיסה של השינויים בסביבתו.

מה למדנו ממצבי מלחמה בעורף?

ממצאי מחקר שבדק השפעתו של אירוע טראומתי מתמשך (ירי הטיילים באזור הדרום) על אנשים עם פיגור שכלי ברמות שונות מראים כי שיעור הפרעת הדחק הפוסט-טראומתי עומד על 2.03% בלבד לעומת 9.6% בקרב אוכלוסיות אזרחיות אחרות.⁹

בין הגורמים אליהם מגיבים אנשים עם פיגור שכלי במצבי חירום מתמשכים - ניתן למנות את השינויים בשגרת החיים, הצפיפות (במקלטים), היעדר דמויות מוכרות, מתח בקרב האנשים הקרובים המשפיע על האדם והיעדר תעסוקה.

חלק מבני האדם עם פיגור שכלי יגיבו בעוצמה ואילו אחרים לא יגיבו כלל. השוני נובע מרמת התפקוד, ניסיון קודם, גיל, יכולות אישיות וכן מהמאפיינים הבאים¹⁰ -

- מאפיינים פיזיולוגיים: כאשר יש לאדם עם פיגור שכלי - מוגבלות בראיה / בשמיעה / בניידות, המקשה על תגובה מהירה וממוקדת - קיים חשש כי הוא יגיב בבלבול כאשר יחולו שינויים בסביבתו.
- מאפיינים קוגניטיביים: עייפות, נטילת תרופות, ומצב נפשי יכולים להגביר בלבול, חוסר ריכוז ובהתאם גם קשיים בהבנת המידע המועבר אליו ובפרשנות לאירועים.
- מאפיינים רגשיים: נעים על הרצף שבין נוקשות ועקשנות לבין רגשנות ותלות המקשים על שיתוף פעולה עם המטפלים (צוות, הורים); כאשר גם הנוקשות והרגשנות וגם התלות יכולים לנבוע מאותו מקור של חוסר ביטחון, איבוד עשתונות, חשש כבד בגלל השינויים שחלו סביבו וחוסר יכולתו לשלוט בסיטואציה כפי שהכיר אותה עד היום. "מתי נאכל...?", "מתי נלך הביתה...?", "מי יהיה איתנו מחר...?" הן שאלות שבמצבי שגרה האדם עם הפיגור השכלי מכיר ויודע את המענה עליהן ולכן הוא רגוע בהקשרים הקיומיים. אך העדר מידע בשעת חירום מערער את שלוותו ואת ביטחונו בסביבה ובמציאות.
- קושי להסתגל למצבים משתנים האופייניים למצבי חירום: עזיבה של החדר המוקר / הסביבה המוכרת למקום חלופי המשמש מחסה זמני - יוצרת חשש שמא לעולם לא ישובו למקומם הרגיל; שאלות כמו "הבית שלי נשאר?"... "מה קרה לחדר שלי?..." "מתי נחזור?" - הן שאלות האופייניות לכל אדם המפונה מביתו, אך לאדם עם פיגור שכלי קושי גדול עוד יותר לתפוס את המציאות העלומה שאינה בטוח העין.

⁹ ברגר וקנופף (2010). ראה תקציר המחקר בפרק 5.

¹⁰ ניסים, דליה (2008): "אנשים עם פיגור שכלי במצבי לחץ ומשבר", בתוך: אתר קהילת הידע פיגור שכלי, לשונית סוגיות / מצבי משבר / מצגות, פורסם ב-26.03.2008.

עמוד 12

הקושי העיקרי באבחון הפרעת דחק פוסט-טראומתי בקרב אנשים עם פיגור שכלי נעוץ ביכולת האינטלקטואלית הפחותה של אנשים אלו לדווח על רגשותיהם ומחשבותיהם ביחס לאירוע טראומתי. כתוצאה מכך, כאשר איש המקצוע פוגש באדם המציג סימפטומים מעורפלים של חרדה, אולם חסר את היכולת לדווח אודות החוויות באופן המקובל, עלולה להתרחש תופעה הנקראת - "הצללת האבחנה".

"הצללת אבחנה" נוצרת כאשר איש המקצוע מאבחן את הסימפטומים המוצגים כחלק מביטויי הפיגור השכלי במקום כהפרעה או בעיה נפשית, המתקיימת במקביל ובנוסף לפיגור השכלי. לכן, דיווחיו של איש צוות ותיק המכיר היטב את האדם ואת התנהגותו ויכולותיו, הינה הכרחית.

לפניכם סימנים עיקריים המצביעים על דחק בקרב אנשים עם פיגור שכלי כוללים -

➔ תגובות רגשיות: בהתפרצויות בכי, פעילות-יָתֵר, עצבנות, גילויי אלימות, חרדה כללית, פחדים, קהות חושים וכד'.

➔ תגובות פיזיולוגיות: דופק מואץ, נשימה מהירה, הזעת-יָתֵר, מתח שרירי, רעידות בגוף, כאבי ראש, מחושים בגוף, שלשולים, הטלת שתן תכופה, אובדן תיאבון, בעיות עיכול, הפרעות חושיות (בראייה או בשמיעה), גירוד כפייתי, פריחות, עייפות-יָתֵר ונדודי שינה.

➔ תגובות קוגניטיביות: חוסר קשב, חוסר ריכוז, בלבול וקושי בקבלת החלטות.

➔ תגובות התנהגותיות / חברתיות: פעילות-יָתֵר, דיבור ללא הפסקה, צורך רב במגע פיזי והתנהגות עצבנית או כפייתית. מנגד ישנם כאלה שמסתגרים, נמנעים מלשחק, מתנהגים באפטייות, מאבדים עניין בפעולות שגרתיות ובאנשים.

➔ דפוסים רגרסיביים: הצמדות למטפלים (הורים, מדריכים), פחד לישון לבד, הרטבה, מציצת אצבע והרגלי התנהגות ילדותיים.

מגוון התגובות הוא רחב מאד וקשור בגיל, ברמה ההתפתחותית של האדם, בניסיון העבר וברמה התפקודית שלו.

בכל מקרה: כל שינוי בתגובות המוכרות לצוות ולבני המשפחה הינו סימן כי האדם חש דבר מה והתגובה, גם אם אינה מילולית, מצביעה על כך.

שאלוני אבחון לזיהוי הפרעת דחק פוסט-טראומתי

שלושת השאלונים¹¹ שלפניך מפרטים רשימה של תגובות, בעיות ושינויי התנהגות שיכולים להופיע אצל אנשים כתגובה לאירועים טראומתיים.

המפתח להערכה: כלל לא = 0; במידה מועטה = 1; במידה בינונית = 2; במידה רבה = 3; במידה רבה מאד = 4; לא יודעת/ת = 5.

5	4	3	2	1	0	1. זיכרונות, מחשבות או תמונות מסעירות או מטרידות של האירועים הביטחוניים
5	4	3	2	1	0	2. חלומות טורדניים, דיבורים או משחקים חוזרים ונשנים על האירועים הביטחוניים
5	4	3	2	1	0	3. תחושות פתאומיות כאילו האירועים הביטחוניים מתרחשים שנית (הוא חי אותם מחדש)?
5	4	3	2	1	0	4. ביטוי מצוקה כאשר הוא פוגש בחוויות שמזכירות לו את האירועים הביטחוניים (אומר: "אזעקה", או "צבע אדום")
5	4	3	2	1	0	5. תגובות גופניות (כגון: דופק מואץ, קשיי נשימה או הזעה מוגברת) כאשר הוא נתקל במצבים שמזכירים לו את האירועים
5	4	3	2	1	0	6. הימנעות מלדבר או לחשוב על האירועים הביטחוניים או לחוות רגשות הקשורים להם
5	4	3	2	1	0	7. הימנעות ממצבים או מפעילויות שמזכירים לו את האירועים (למשל, פתאום מפחד לצאת החוצה)
5	4	3	2	1	0	8. קושי לזכור חלקים חשובים מהאירועים המלחיצים שעבר
5	4	3	2	1	0	9. איבוד עניין בפעילויות מהן נהנה בעבר
5	4	3	2	1	0	10. תחושה של ריחוק, הסתגרות או חוסר חיבור לאנשים אחרים אליהם היה קשור בעבר
5	4	3	2	1	0	11. תחושה של קהות רגשית או קושי בלהרגיש אהבה כלפי אנשים קרובים לו אליהם ביטא אהבה בעבר
5	4	3	2	1	0	12. דיבורים של האדם כאילו עתידו יסתיים בטרם עת ('יתקצר')
5	4	3	2	1	0	13. קשיים בהרדמות או בשינה רצופה (בשונה מהעבר)
5	4	3	2	1	0	14. תחושה של עצבנות או נטייה להתפרצויות כעס לאחר האירועים
5	4	3	2	1	0	15. קשיי ריכוז שלא היו קודם
5	4	3	2	1	0	16. תחושות של דריכות, כוונות, או פאולו האדם חייב "לעמוד על המשמר"
5	4	3	2	1	0	17. חוסר שקט, קופצניות: האדם נבהל בקלות בשונה ממצבו בעבר
5	4	3	2	1	0	18. שינוי משמעותי ביחסיו החברתיים (התקרבות או התרחקות)
5	4	3	2	1	0	19. שינוי משמעותי ברמת העוררות שלו באופן כללי (מעורר יתר או פסיבי מאד)
5	4	3	2	1	0	20. שינוי משמעותי במוטיבציה שלו לפעילות

¹¹ השאלונים תורגמו ועובדו על ידי דר' רוני ברגר, לצורך מחקר שנעשה במסגרות דיור חוץ-ביתי של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי במשרד הרווחה והשירותים החברתיים לאחר המלחמה בדרום ("עופרת יצוקה"). השאלונים פותחו על ידי Ford, Weathers, Litz, Huska, & Keane במסגרת המרכז הלאומי בארה"ב להפרעת דחק פוסט-טראומתי (National Center for PTSD, קישור לאתר: <http://www.ptsd.va.gov>) על בסיס הקריטריונים המופיעים (בגרסאות שונות מ-1994 ואילך) ב-DSM-IV, סעיף 309.81, ראה גם בקישור הבא: <http://www.cirp.org/library/psych/ptsd2/>

עמוד א14

1= בכלל לא 5= במידה רבה	אנא סמני/ באיזו מידה חל שינוי בתפקוד האדם עם פיגור שכלי בחודשים האחרונים בכל אחד מהתחומים שלמטה:
5 4 3 2 1	1. האם חל שינוי בתפקוד התעסוקתי של האדם עם פיגור שכלי (מתמיד, מבצע הוראות, לומד היטב, פרודוקטיבי)?
5 4 3 2 1	2. האם חל שינוי בתפקוד האדם עם פיגור שכלי בתוך המסגרת (משתף פעולה, מבצע אחריות, מסייע לאחרים וכד')?
5 4 3 2 1	3. האם חל שינוי בתפקוד החברתי של האדם עם פיגור שכלי מחוץ למסגרת (חושש מאנשים, מסתגר, רב עם אנשים וכד')?
5 4 3 2 1	4. האם חל שינוי בתפקוד החברתי של האדם עם פיגור שכלי במסגרת (אי-הבנות, ריבים, חשדנות, עלבון ורתיעה וכד')?
5 4 3 2 1	5. האם חל שינוי בתפקוד האדם עם פיגור שכלי עם בני המשפחה (צורך בקשר, רצון לחזור הביתה, כעס, ריבים וכד')?
5 4 3 2 1	6. האם חל שינוי בתפקוד האדם עם פיגור שכלי בהקשר לטיפול עצמי (אכילה, היגיינה עצמית, לבוש, סידור החדר וכד').
5 4 3 2 1	7. האם חל שינוי בתפקוד האדם עם פיגור שכלי בפעילויות מחוץ למסגרת? (סירוב / חשש להשתתף, לא משתתף וכד')?
5 4 3 2 1	8. האם חל שינוי בתפקוד האדם עם פיגור שכלי בשעות הפנאי (צפייה בטלוויזיה, משחק עם אחרים, שימוש במחשב וכד')?

עמוד א15

במידה קשה מאד	במידה קשה	במידה בינונית	במידה קלה	לא קיים	לפניך משפטים שמתארים רגשות הקיימים אצל אנשים. דרגי/ על ידי סימון התשובה המתאימה ביותר לתיאור מצבו של כל אדם על פי הקטגוריות הבאות
במידה קשה מאד	במידה קשה	במידה בינונית	במידה קלה	לא קיים	1 מצב רוח חרדתי - דואג, מצפה לרע מכל, ציפיה מפוחדת, עצבנות
במידה קשה מאד	במידה קשה	במידה בינונית	במידה קלה	לא קיים	2 מתח - תחושת מתח, תשישות, עייפות, דריכות גופנית, חוסר שקט, קושי להירגע, תגובת רתיעה
במידה קשה מאד	במידה קשה	במידה בינונית	במידה קלה	לא קיים	3 פחדים - מחושך, מזרים, מלהישאר לבד, מחיות, ממכוניות ומהרבה אנשים (קהל רב)
במידה קשה מאד	במידה קשה	במידה בינונית	במידה קלה	לא קיים	4 אינסומניה (קשיי שינה) - קושי בהירדמות, שינה קטועה, שינה לא מספקת, עייפות בזמן ההתעוררות, חלומות, סינטי לילה
במידה קשה מאד	במידה קשה	במידה בינונית	במידה קלה	לא קיים	5 מצב שכלי - קשיי ריכוז הפרעות בזיכרון
במידה קשה מאד	במידה קשה	במידה בינונית	במידה קלה	לא קיים	6 מצב רוח דיכאוני - איבוד עניין, חוסר הנאה מפעילויות פנאי, יקיצה מוקדמת ושינוים במצבי רוח
במידה קשה מאד	במידה קשה	במידה בינונית	במידה קלה	לא קיים	7 גופני (שרירי) - כאבים, עקצוצים, התכווצויות, טחינת השרירים, קול לא יציב, מתח שרירי רב
במידה קשה מאד	במידה קשה	במידה בינונית	במידה קלה	לא קיים	8 גופני (תחושת/סנסורי) - זמזום באוזניים, ראייה מעורפלת/טשטוש, גלי חום וקור, חולשה גופנית, תחושת דקירות
במידה קשה מאד	במידה קשה	במידה בינונית	במידה קלה	לא קיים	9 סימפטומים קרדיוסקולאריים - דופק מהיר ולא סדיר, נשימה מואצת, התכווצויות כלי דם, כאב בחזה ותחושת עילפון
במידה קשה מאד	במידה קשה	במידה בינונית	במידה קלה	לא קיים	10 סימפטומים של מערכת הנשימה - לחץ או התכווצות בחזה, תחושת מחנק, אנחות, חוסר אוויר
במידה קשה מאד	במידה קשה	במידה בינונית	במידה קלה	לא קיים	11 סימפטומים של מערכת העיכול - קושי בבליעה, כאבי בטן, תחושה של שריפה בבטן, "בטן מלאה", בחילה, הקאה, שלשול, אובדן במשקל ועצירות.
במידה קשה מאד	במידה קשה	במידה בינונית	במידה קלה	לא קיים	12 סימפטומים של מערכת האורולוגית והמינית - דחיפות במתן שתן, בעיות אורולוגיות, שפיכה מוקדמת, חוסר עניין במין, אימפוטנציה
במידה קשה מאד	במידה קשה	במידה בינונית	במידה קלה	לא קיים	13 סימפטומים של המערכת האוטונומית - יובש בפה, גלים, חיוורון, הזעת יתר, קופצניות, כאבי ראש ממתח, סחרחורת, שער סומר
במידה קשה מאד	במידה קשה	במידה בינונית	במידה קלה	לא קיים	14 התנהגות בזמן שיחה - חוסר שקט, אי יכולת לשבת במקום אחד, רעד בידיים, מתח בפנים, נשימה מואצת, פנים חיוורות וקשיי בליעה, תנועות חדות

עמוד לרישום אישי

A large rectangular area with a light green border and horizontal blue lines, intended for personal notes.



א3. אירועי דחק ומצבי משבר: איתור ואבחון של תגובות נורמטיביות לעומת תגובות בעייתיות

פרק זה מציג כלים לזיהוי המבדיל בין סוגי התגובות לאירועים של דחק, משבר וטראומה: תגובות נורמטיביות מול תגובות הדורשות התערבות ממוקדת בבעיה.

רקע

אירועי דחק וטראומה (מכל סיבה) משפיעים, כאמור, הן על האנשים עם פיגור שכלי והן על המטפלים בהם. מנהל המסגרת (או איש מקצוע מטעמו) הוא זה שבאחריותו -
 → ליצור ולהטמיע את המנגנון לאבחון של תגובות ו/או שינויים בעייתיים בתפקוד ובהתנהגות המתרחשים בקרב המטופלים וכן בקרב המטפלים כתוצאה ממצבים של דחק, משבר או טראומה;
 → לקבוע וליישם דרכי התערבות.

לפניך שני כלים מסייעים (במתכונת של תדריך קצר):

- א. "סרגל התבוננות": איך להבדיל בין תגובות נורמטיביות לתגובות בעייתיות?
- ב. "תרמיל הערכת מצב": איך לדעת מתי נחוצה עזרה מקצועית לטיפול בתגובות בעייתיות למצבי דחק וטראומה?

איך להבדיל בין תגובות נורמטיביות לתגובות בעייתיות?

תגובות קשות ופתולוגיות (ככל שיהיו) לאירועים יוצרי דחק וטראומה - הן תגובות נורמליות למצב בלתי נורמלי. סימפטומים חמורים של דחק נעלמים אצל מרבית בני האדם לאחר תקופה קצרה, יחסית, אך אצל חלק קטן מהם ימשיכו להופיע או אפילו יחריפו הסימפטומים ויביאו לירידה משמעותית בתפקוד.

אחת השאלות המרכזיות והמשמעותיות שיש לשאול בהקשר זה היא - מתי תגובותיהם של בני אדם במצבי חירום הן נורמליות ואינן דורשות התערבות בקשר לדחק וטראומה ומתי הן בעייתיות (פתולוגיות) ודורשות התערבות מקצועית?

עמוד 18א

מבחינים בין 4 רמות של תגובות לטראומה¹²:

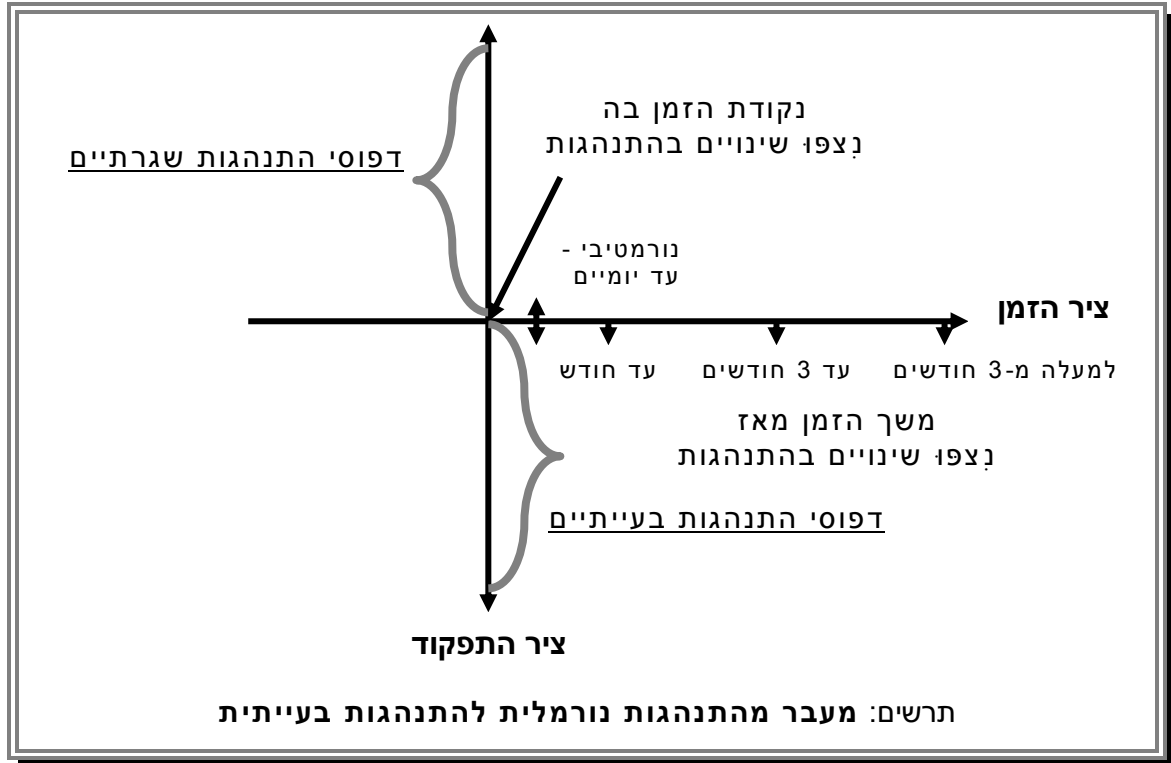
מאפיינים	משך זמן	השם באנגלית	השם בעברית	הרמה
תגובות נורמטיביות, כגון: חרדה, דיכאון, בכי, הלם, פעילות יתר או קיפאון, קהות חושים, תחושת ניתוק, עוררות יתר, אי שקט, רעד, דופק גבוה, הזעה, ביטויי תוקפנות וזעם, קשיי שינה (הרחבה בפרק א-2, לעיל).	מתרחשת ומתפוגגת בין דקות ליומיים	ASR - Acute Stress Reaction	תגובת דחק חריפה	1
צבר של סימפטומים, שנמשכים לאורך זמן, כגון: עיסוק אינטנסיבי וחוזר בטרומה; כל גירוי מזכיר את האירוע; flashbacks - הבזקים לאחור (הקשורים בהצפה של זיכרונות ומראות מהאירוע הטראומתי); הימנעות מגירויים המעוררים את ההיזכרות בטרומה; תסמינים של חרדה ועוררות יתר; הפרעות שינה; סיטי לילה; רגישות; רגזנות; ירידה בריכוז; דריכות; עוררות יתר; עליה בדופק; הזעה; קהות חושית ורגשית; הפחתה במודעות לסובב; שיכחה (אמנזיה).	מתרחשת ומתפוגגת בפרק זמן שבין יומיים לחודש	ASD - Acute Stress Disorder	הפרעת דחק חריפה	2
התנסות חוזרת בטרומה הכוללת - זיכרונות חוזרים, חודרניים; חלומות בלהה; עירור-יתר פסיולוגי; פחד; אימה; חוסר ישע; מתח; עצבנות; זעם; הפרעות ריכוז; הפרעות בשינה; הימנעות - ניסיון להימנע גירוי המעורר את ההיזכרות; הימנעות מפעילות, סיטואציות וכו'.	מתרחשת ומתפוגגת בפרק זמן שבין חודש ל-3 חודשים	PTSD - Post Traumatic Stress Disorder	הפרעת דחק פוסט טראומתי	3
המאפיינים מתמשכים לאורך זמן - בדומה לשלב 3.	נמשכת מאז האירוע - מעל 3 חודשים ויותר	Chronic PTSD	הפרעת דחק פוסט טראומתי כרוני	4

לכל אדם באשר הוא - כולל אדם עם פיגור שכלי (ובכל רמת פיגור שהיא) - יש הרגלים ודפוסי התנהגות שגרתיים - נורמליים מבחינתו - המאפיינים אותו ומופְּרָים לסובבים אותו. ככל שקיימות חריגות (על פי המתואר בטבלה) ביחס להתנהגות השגרתית ואלה נמשכות לאורך זמן - סביר שהאדם נקלע למצב בעייתי.

¹² הטבלה מבוססת על חומרי נט"ל.

עמוד א19

הממדים הבאים עוזרים לזהות סוגי תגובות על הרצף שבין נורמליות לבעייתיות -
ציר התפקוד: האם חל שינוי המפריע לתפקוד של הפרט? מה היא עוצמת ההפרעה?
ציר הזמן: האם השינוי המפריע מתמיד לאורך זמן?



לפניך "סרגל התבוננות" של סוגי תגובות למצבי דחק וטראומה על הרצף שבין נורמליות לבעייתיות -

- ➔ תגובות של הסתגלות: האדם מגיב בצורה שאינה משפיעה על רמת תפקודו ועל מצאי (רפרטואר) המיומנויות שלו. לא נצפית חריגה בהתנהגותו.
- ➔ תגובות של חוסר הסתגלות זמני: קיימת נסיגה מהירה בתפקוד (לדוגמה - בביצוע פעולות היומיום - ADL, או ביכולות התקשורת החברתית), האדם מתנהג לא כתמול שלשום וכהרגלו: דפוס התנהגות קודם שלו קורס ומשתנה לגמרי, או מחמיר (לדוגמה - מתפרץ בהתקפי זעם לעיתים קרובות יותר ובעוצמות גדולות מבעבר), אך בהדרגה חל שיפור בפרק זמן שבין ימים אחדים למספר שבועות.
- ➔ תגובות של חוסר הסתגלות מתמשך: תגובות חריפות מתקבעות עם הזמן, ולעיתים אפילו מחמירות, למרות שהסביבה חזרה לשגרה מוקפת.

♥ לתשומת הלב -

יש חשיבות רבה ל**איסוף נתונים** על התנהגות האדם בשגרה (ניתן באמצעות כלי הערכה מקובל, כדוגמת - ערכת איסוף נתונים על התנהגות מסתגלת¹³) ול**תיעוד בכתב**¹⁴ של סימנים המעלים חשד לתגובות חריגות ובעייתיות.

בדרך זו ניתן לזהות -

• האם חלה החמרה במצבו של האדם עם פיגור שכלי?

• באיזה אופן בא הדבר לידי ביטוי?

• מתי - באילו תאריכים אותרו התסמינים המצביעים על בעייתיות?

כך המידע שקוף לכל המטפלים, כל אחד מהם יכול להוסיף למידע הקיים, להעשירו ולהשלימו וכן ניתן לקיים התייעצות מקצועית המבוססת על נתונים ועובדות - ללא צורך להתאמץ לשחזר מהזיכרון אירועים אקראיים.

איך נדע מתי נחוצה עזרה מקצועית לטיפול בתגובות בעייתיות למצבי דחק וטראומה?

"תרמיל הערכת מצב" כולל שאלות בסיסיות, שהתשובות להן מסייעות להבין את מידת הצורך בקבלת עזרה מקצועית -

➔ בהשוואה בין תפקוד והתנהגות מוכרים מהעבר לבין תפקוד והתנהגות עכשוויים:

באלו הבטים חל שינוי? מה מפריע לאדם עצמו? מה מפריע לסביבה?

ככל שיימצאו יותר שינויים מפריעים בתפקוד ובהתנהגות - כך

נדרשת עזרה מקצועית.

➔ מה היא עוצמת השינוי בתפקוד ובהתנהגות? היכן נדרג את השינוי על סולם בין 1

(עוצמה נמוכה ביותר) לבין 10 (עוצמה גבוהה ביותר)?

בדרוג עוצמה מ-6 ומעלה (דהיינו עוצמה בינונית ויותר) - מומלצת

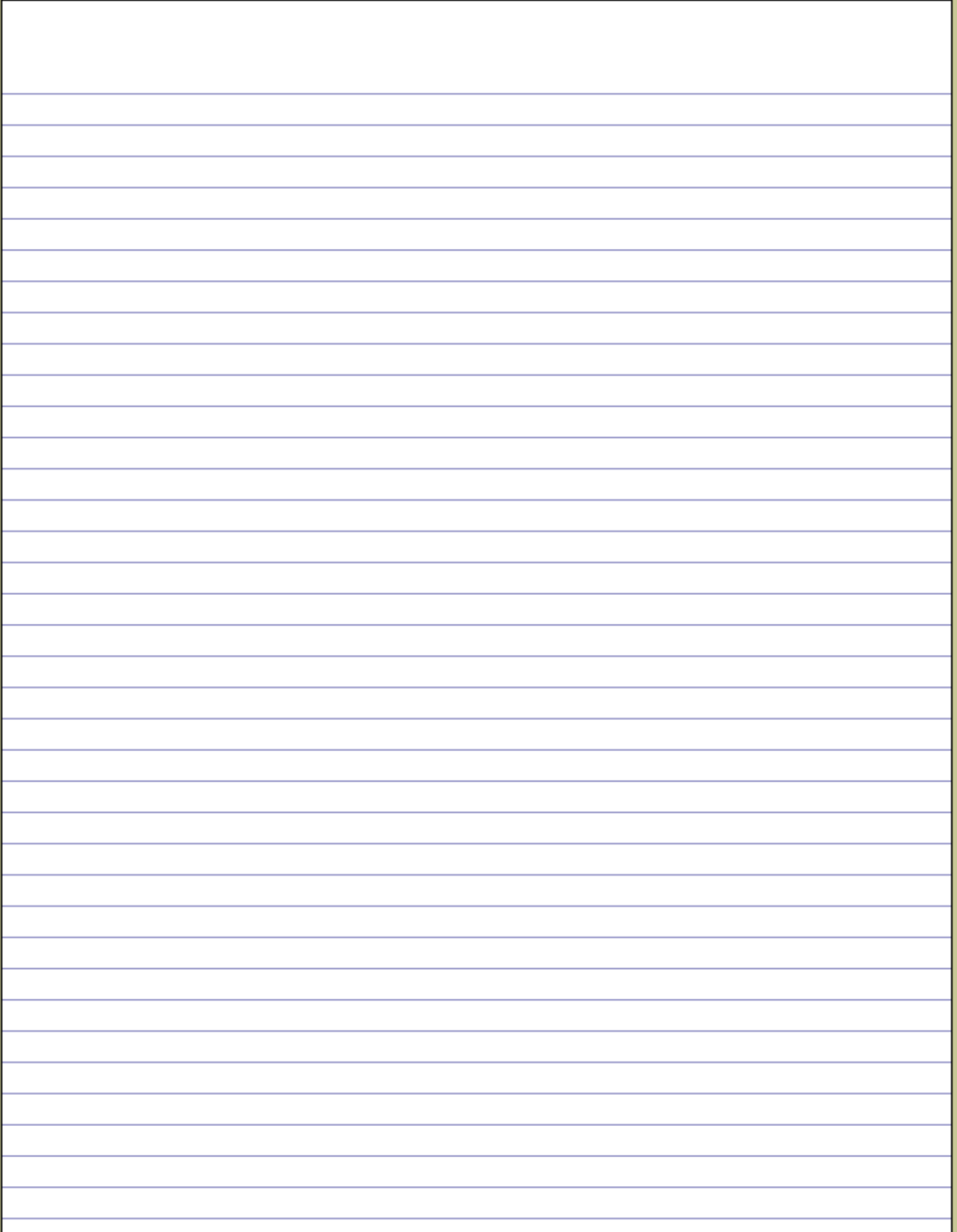
פניה לאיש מקצוע.

➔ מה הוא משך השינוי? מה הוא פרק הזמן שעבר מאז זוהה השינוי לראשונה?

אם חלפו למעלה מארבעה שבועות ולא חל שיפור בתפקוד

ובהתנהגות - מומלצת פניה לאיש מקצוע.

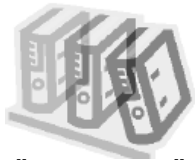
¹³ ראה בתוך: אתר קהילת הידע - פיגור שכלי, לשונית מידע ארגוני / מחלקת אבחון, קידום והשמה / תוכניות קידום / תבנית כללית, פורסם ב-26.03.2009. ניתן לקבל הערכה במחלקה לאבחון, קידום והשמה.
¹⁴ ראה - כלי עזר, פריט 8: רשימת תיוג לזיהוי תגובות בעייתיות במצבי דחק, עמוד ג22.



א4. בעיות התנהגות והתפרצויות אלימות של אנשים עם פיגור שכלי וכלפיהם - כתגובה למשברים וכמקור ללחץ ודחק

פרק זה דן בתופעות של אלימות ותוקפנות בתוך המסגרת, אשר הן עצמן תוצאה של משברים, מעוררות מצבי דחק ומשפיעות הן על האנשים עם פיגור שכלי, הן על הצוות המטפל בהם וכן על יחסי הגומלין צוות - מטופלים. בחלקו האחרון של הפרק מוצעים רעיונות לדרכי התערבות המסייעות להתמודדות עם אלימות.

התנהגות מאתגרת: תופעות של אלימות ותוקפנות בקרב אנשים עם פיגור שכלי



הפרעות התנהגות והתפרצויות אלימות, אשר מכונות גם התנהגות מאתגרת (Challenging Behavior) או התנהגות "אי-שקטה", קיימות בקרב אנשים עם פיגור שכלי.

הגדרה להתנהגות זו, כפי שנקבעה באגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי, היא: "הפרעות התנהגות אצל אנשים עם פיגור שכלי, שאינן נובעות או מוסברות על ידי הפיגור השכלי בלבד".

הרקע להפרעות התנהגות יכול לנבוע מחוסר הבנה של הסביבה, תסכול, חוסר יכולת לבצע משימות, קשיי תקשורת, מצב רגשי מסוים, מצב אישיותי, מצב בריאותי או סביבתי וכן ממחלה נפשית¹⁵.

¹⁵ עמינדב חיה (2002 / א): "פיגור שכלי: הגדרות, רמות, סיבות ותסמונות שכיחות", בקישור הבא: <http://www.akim.org.il/uploads/akimey.file/pigur.htm>.

ניתן לתאר התנהגות זו¹⁶ כהתנהגות חריגה, שהינה תכופה וממושכת ואשר בגללה עלולים להיפגע שלומו הגופני של האדם, או שלומם של אחרים, או סביבתו ואשר עקב הופעתה (של ההתנהגות החריגה) - מוגבל מרחב התנועה של האדם.

הנטייה של שילוב תופעות אלה גדולה באוכלוסייה של אנשים עם פיגור שכלי יותר מאשר באוכלוסייה הרגילה. בנוסף, אדם עם פיגור שכלי מועד, יותר מאדם אחר - להפרעה רגשית ולמחלת נפש - עקב סיבות שונות¹⁷:

➔ הרקע להתנהגות אלימה או תוקפנית יכול לנבוע מגורמים פיזיולוגיים (מיוחס לתסמונות שונות כמו "X שביר", "פראדר וילי" ואחרות), רגישות תחושתית, חוסר שליטה על דחפים, תגובתיות-יתר לגירויים, חוסר הבנה של הסביבה, תסכול, חוסר יכולת לבצע משימות, קשיי תקשורת, מצב רגשי מסוים, מצב אישיותי, מצב בריאותי או סביבתי וכן ממחלה נפשית.

➔ תלות ממושכת של האדם עם פיגור שכלי בסביבה, בגלל הצורך בתמיכה כדי להתקיים, גם בתחומי חיים בסיסיים. עובדה זו גורמת לעיכוב בהתפתחות התחושה של עצמיות ובהתפתחות דימוי עצמי וערך עצמי ברורים ומוגדרים.

➔ צמצום בחוויות חיים בונות, המאפשרות רכישת ידע והסתגלות מחדש.

➔ בעיות תפיסתיות, המגבילות את התפתחות השיפוט והביקורת ומשפיעות בין השאר על דרכי התגובה החברתית.

➔ חשיפה רבה יותר לקשיים, לחצים, תסכולים, התעללויות ורגישויות חושיות וזאת ללא יכולת, כלים וכוחות להתמודדות.

➔ רפרטואר דל של הגנות אישיות ויכולות להתמודד עם לחץ, כתוצאה מצמצום בהתנסות אישית ובין-אישית וצמצום ביכולת הלמידה.

➔ דימוי עצמי שלילי וירוד, שמקבל חיזוק עם כל כישלון.

➔ חוויות של דחייה מצד הסביבה.

¹⁶ הויזמי, בני (2008): "התנהגות מאתגרת בקרב אנשים עם פיגור שכלי", מאמר המופיע באתר בית "איזי שפירא" - בקישור הבא:

<http://www.beitissie.org.il/?pg=&categoryid=408&articleid=780&searchparam=התנהגות20%מאתגרת>

ראה גם:

פרנק, ענת וחברי הוועדה של השירות לטיפול בקהילה (2007): "תופעת התנהגות מאתגרת ואלימה של חניכי המע"ש - רקע, דרכי התמודדות ונוהלי דיווח - ערכת הדרכה", ראה בקישור הבא:

<http://www.abiliko.co.il/index2.php?id=1919&lang=HEB>

כמו כן הערך מופיעה בשם שונה - ערכה למנהלי מע"שים להתמודדות עם התנהגות מאתגרת, באתר קהילת הידע - פיגור שכלי, ראה - לשונית סוגיות נבחרות / בעיות התנהגות. פורסם ב-03.01.2008.

¹⁷ עמינדב, חיה (2002 / ב): "אבחנה מבדלת בין פיגור שכלי לבין מחלת נפש", בקישור הבא: <http://www.abiliko.co.il/index2.php?id=1884&lang=HEB>

כתוצאה מכך, הצוות הטיפולי חוֹנֶה לעיתים קרובות בעבודתו, מצבים, לא תמיד צפויים, של אלימות, תוקפנות, לחץ וחרדה - המציבים בפני המטפלים קשיים ואתגרים להתמודדות כלל לא פשוטה, יחד עם חרדה וחשש לבריאותם וליכולתם להתמודד עם ההתפרצות.

מה הם הביטויים להפרעות התנהגות בקרב אנשים עם פיגור שכלי¹⁸? בדפוסי התנהגות אי-שקטה (התנהגות מאתגרת) נמצא תופעות של •נזק עצמי; •תוקפנות כלפי הזולת; ••נזק לרכוש, כמפורט להלן -

א. נזק עצמי: התנהגות חריגה שיש בה סיכון ו/או נזק לגוף של האדם עצמו. לכל ההתנהגויות אותה המשמעות בהיותן מצביעות על גרימת נזק עצמי, כגון: הכאה עצמית (לדוגמה - לנגוח עם הראש בקיר); הכנסת חפצים לנקבים בגוף; אכילת מוצרים שהם לא מזון - חול, אבנים, צמחים, נייר, פלסטיק (דברים בלתי מתאימים); הפרעות אכילה; נשיכות ושריטות (עד כדי זוב דם / תלישת רקמות), גירוד, צביטה, משיכה ומריטת שיער; הקאה והעלאת גירה; חנק; שימוש מופרז באלכוהול ובסמים; ניסיונות אובדניים; בריחה.

ב. תוקפנות כלפי הזולת: התנהגות אלימה הגורמת נזק גופני לאחרים. לכל ההתנהגויות אותה המשמעות בהיותן מצביעות על גרימת נזק לזולת, כגון: מכות; דחיפות מסוכנות; סטירות חזקות; בעיטות; גרירה; גרוד ושריטות; איום בתנועות; צביטות; יריקות; זריקת חפצים; אונס; מעשים מגונים.

ג. נזק לרכוש: הרס רכוש של עצמו או של אחרים (ביגוד, חפצים, ריהוט וכו').

♥ לתשומת הלב -

אבחון דפוסי התנהגות מאתגרת בקרב בני אדם עם פיגור שכלי¹⁹ מבוסס על שלושה קריטריונים עיקריים: • עוצמה - גבוהה או חריפה; • זמן - מְשֻׁך (לפרק זמן קצר או ממושך); •• ותדירות (לעיתים קרובות או רחוקות) - והכול בהתחשב ברמת הסיכון: נמוכה או גבוהה. העִרְכָה של התנהגות מאתגרת בקרב המטופלים היא באחריות הצוות המקצועי של המסגרת ונעשית בשיתוף של הצוות הטיפולי.

¹⁸ מבוסס על - רעף, רות (2006): "אוכלוסיית האנשים בעלי התנהגות מאתגרת, (אי-שקטים) - הגדרות ומושגים", תקציר הרצאה במסגרת קורס הכשרה לפקידי סעד - חוק הסעד (טיפול במפגרים), שנערך בבית הספר המרכזי להכשרת עובדים לשירותי הרווחה - סניף תל אביב.
¹⁹ ראה - כלי עזר, פריט 10: שאלון תצפית על אדם עם התנהגות מאתגרת עמוד 28ג.

באלו נסיבות מופיעות (או מוחמרות) הפרעות התנהגות אצל אנשים עם פיגור שכלי?

התנהגות האלימה נובעת מסיבות רבות ומעורבים בעיצובה -

- גורמים ביולוגיים פנימיים מסוגים שונים (כגון: נויורולוגיים - קשורים במערכת העצבים; אנדוקרינולוגיים - על רקע תפקודי ההורמונים; פיזיולוגיים ונפשיים);
- גורמים חיצוניים כגון: שינויים ו/או אי-התאמה של הסביבה הפיזית והאנושית;
- רצון להשיג מטרה מסוימת (המנעות, בריחה, הפסקת פעילות וכו').

חלק גדול מהאנשים עם פיגור שכלי עברו סוג כלשהו של התעללות במשפחה, בקהילה או במסגרת העבודה. אצל חלקם נוצרה הפרעת דחק פוסט-טראומתית, כך שגירויים, אפילו חלשים (מינוריים), עלולים להביאם לתגובות אלימות.

תופעות של הפרעות התנהגות וכן החמרה שלהן מתרחשות כאשר בני אדם עם פיגור שכלי נתונים במצוקה או בתסכול²⁰. צריך לזכור שמדובר באנשים עם יכולת תקשורתית מוגבלת, אשר לא תמיד מבינים מה קורה להם או איך לבטא באופן מילולי את תחושותיהם. כתוצאה מכך הם עשויים להיכנס למצוקה גדולה ולהגיב אליה בדרכים שונות - כולל הופעה ו/או הגברה של הפרעות ההתנהגות.

קיימים גורמים שונים, אשר עלולים לעורר תסכול ומצוקה, לדוגמה -

קשיי תקשורת: לחלק מהאנשים עם פיגור שכלי יש - •קשיים בתחום השפה (הבנה, דיבור); ••כישורי שיחה מצומצמים או דלים; •••קושי בהבנת קודים התנהגותיים ותקשורתיים הבאים בעיקר לידי ביטוי במצבים חברתיים מורכבים. חלקם אינם מסוגלים כלל לבטא את עצמם מילולית, אלא רק באמצעות מחוות שונות (ג'סטות), אשר לא תמיד ניתן לפרשן נכונה. כמו כן, יכולת הבעת הרגשות אצל אדם עם פיגור שכלי היא, לעיתים קרובות, מוגבלת. חוסר ההבנה מצד הסובבים אותו מחריף את התסכול. התנהגותו בעקבות התסכול מתפרשת פעמים רבות כבעיות על רקע התנהגותי. מקורם של חלק מקשיי התקשורת הוא בבעיות של הבנת הנשמע האופייניות לאנשים עם פיגור שכלי. גם מטפלים בעלי ניסיון מתקשים להבין כי האדם העומד מולם לא תמיד הבין נכון את דבריהם. הדבר קורה, בעיקר, כשמדובר באדם עם פיגור קל ורמת הציפיות ממנו גבוהה. דרישות לא מוצבנות, שהאדם מתקשה

²⁰ התסכול הוא מצב רגשי, בלתי נעים, הנגרם בגלל דחפים, צרכים או רצונות שאינם ניתנים למימוש. גורמים חיצוניים בולמים את ניסיונות הפרט להשיג את מטרותיו. התסכול מעורר את התוקפנות הטבועה באדם, ולכן כל אימת שהאדם חש תסכול, או מצוקה (כתוצאה מחסך או כאב) - סביר שתיווצר אצלו תוקפנות - תגובה אוטומטית העולה מתחושת חוסר שליטה ורצון לסלק את מקור הכאב, או כדרך להשגת דבר-מה.

להתמודד עמן - יוצרות תסכול העלול להתפתח לאלימות. בנוסף, לחלק מהאנשים נדרש זמן רב יותר מהמקובל על מנת להגיב, או שדיבורם איטי ומהוסס. האדם הפונה אליהם לא תמיד ממתין לתגובה ומסתלק... על-כן, כשהאדם עם הפיגור השכלי מצליח להגיב - כבר אין איש מולו, וגם כאן התוצאה יכולה להיות תסכול עצום.

גרייה חושית לקויה: לאנשים עם פיגור שכלי, יש, לעיתים, בעיות אורגניות הפוגעות במנגנוני הויסות של החושים. פגיעות אלה באות לידי ביטוי בסף נמוך לגירוי חושי (לדוגמה: חוסר רגישות או רגישות יתר למגע, לקולות / לרעש, לאור, לריחות). האדם עצמו אינו מסוגל לדווח על כך, או להביע רגשותיו ותחושותיו ורק התנהגותו הבלתי-מותאמת - מרמזת על כך.

רעשי רקע, עוצמת מוסיקה, טון דיבור של המטפלים / המדריכים, סביבה שאינה סופגת רעשים, תאורה לקויה (מסנוורת, מהבהבת או חלשה מדי) וכן מבנה וסידור פיזיים שאינם מאפשרים תנועה חופשית / מעבר חופשי (ויצרים חיכוכים מיותרים) - כל אלה עלולים להגביר את תופעות ההתנהגות המאתגרת והאלימות.

שינויים פתאומיים בסביבה: אנשים עם פיגור שכלי מרגישים ביטחון רב יותר כאשר הם נמצאים בסביבה פיזית וחברתית מוכרת. הם זקוקים לשגרה קבועה ועקבית המספקת להם תחושות של ביטחון, איזון ויציבות ומקנה להם יכולת התמצאות ושליטה בחייהם. ברגע שהאיזון המופך בסביבתם מופך - ללא הודעה מוקדמת וללא הכנה מתאימה - נוצרות אצלם מצוקה ואי יציבות.

שינוי יכול להיות לדוגמה - שינוי קיצוני ופתאומי במזג האוויר, באנשים שבסביבתם (מטפל עיקרי יצא לחופשה, מטפל חדש הצטרף לצוות, דיירים חדשים הצטרפו למסגרת), שינוי מהותי בסדר היום, שינוי בעיצוב (למשל החלפת רהיט), מעבר למבנה אחר וכו'.

בעיות גופניות ומחלות: כאבים שונים - בשיניים, באוזניים או באיברים אחרים בגוף, אשר אינם מאותרים על ידי הצוות ואינם מדווחים על ידי האדם עצמו בגלל קשיי תקשורת, יגרמו להעדר טיפול ולמצוקה שתתבטא באלימות כלפי עצמו (לדוגמה - הטחת ראש בקיר עד זוב דם), ו/או כלפי אדם אחר, ו/או כלפי רכוש.

הפרעות נפשיות: בקרב כ-35% מבני האדם עם פיגור שכלי יש גם הפרעות נפשיות נלוות (ביניהן - הפרעות קשב וריכוז, דיכאון והפרעות בשינה, נפיתיות, תופעות דמנטיות) המחמירות את היכולת להסתגל לשינויים פיזיים, חברתיים וסביבתיים. לרבים יש צורך עז בתשומת לב והתייחסות וכדי להשיגן הם מתנהגים, לעיתים, בתוקפנות ואלימות.



תגובות אלימות מצד מטפלים וכלפי הצוות הטיפולי

התפרצויות והתנהגות אלימה עלולות להתרחש בהקשרים שונים -

- האדם עם פיגור שכלי כלפי אנשי הצוות;
- האדם עם פיגור שכלי כלפי בני משפחתו;
- בין אנשים עם פיגור שכלי בינם לבין עצמם;
- מצד המשפחה כלפי בן משפחה שהוא אדם עם פיגור שכלי;
- מצד בני המשפחה כלפי אנשי הצוות המטפלים באדם עם פיגור שכלי;
- מקרב אנשים בצוות כלפי האדם עם פיגור שכלי או כלפי בני משפחתו;
- לעיתים - גם בין אנשי הצוות לבין עצמם.

אלימות כלפי בני אדם עם פיגור שכלי יכולה להתבטא במספר אופנים -

- ➔ אלימות מילולית (קללות, עלבונות, צעקות, השפלות);
- ➔ אלימות רגשית (הצקות, הקנטות, הזנחה);
- ➔ אלימות פיזית (ענישה גופנית, מכות, חבלות, פגיעות על רקע מיני, כליאה, קשירה, מניעה של צרכי קיום בסיסיים).
- ➔ אלימות מרומזת (הפחדות, אימים של שימוש בכוח פיזי או הרמת יד).

לעיתים, גם הצוות הטיפולי במסגרת יגלה התנהגות אלימה כלפי המטופלים או כלפי חבריו לעבודה. הסיבות לכך יכולות להיות אישיות - כאלה הקשורות לאפיוניו של האדם עצמו, או בין-אישיות - סיבות המושפעות מלחצים חיצוניים הפועלים על העובד.

לדוגמה -



קונפליקטים²¹, תסכול מתמשך ושחיקה הם כר פורה להיווצרות לחצים ודחק. אלה עלולים, לעיתים, להביא לתגובות אלימות, המתנקזות כלפי בעלי הסטטוס המוחלש בסביבה. תגובות אלימות יכולות לקרות בין הורה או מטפל לבין האדם עם פיגור שכלי וכך גם בין אדם עם פיגור שכלי כלפי אחר עם פיגור שכלי חלש ממנו בסביבה. קשיי הכלה, מצבי לחץ בעבודה, תסכול, קשיים של ויסות ושליטה, קושי להציב גבולות, שחיקה ומאפייני אישיות - עלולים להביא את איש הצוות לשימוש באלימות. מרבית מקרי הפגיעה במבוגרים עם פיגור שכלי (אלימות, התעללות) מתקיימים

²¹ במרבית המקרים קונפליקטים נוצרים במקום העבודה על רקע סיבות, כגון - פער בין כישורי העובד ומיומנותיו לבין דרישות התפקיד; העדר שיתוף פעולה בין העובדים; תחרות על משאבים ועל תגמולים וכן העדרם; חלוקה לא שווה / לא הוגנת של עומס; התעלמות ניהולית מגורמי הקונפליקט.

במקומות בהם גר האדם עם פיגור שכלי: •משפחה טבעית, מאמצת או אומנת; •מעונות; •בית קבוצתי; •מגורים עם שותף.

אנשי הצוות מתמודדים עם מגוון בעיות וקשיים, כאשר לא תמיד יש בידם כלים נכונים ויעילים להגיב עליהם. לא אחת הם מוצאים עצמם חסרי אונים, חשופים להתפרצויות ולאלימות ומתוסכלים.

מלבד העדר כלים להתמודדות, אנשי הצוות לא תמיד מבינים את הסיבות להתפרצויות האלימות של המטופלים ונוקטים באמצעי תגובה קלים ליישום, אך לא בהכרח שיטתיים ויעילים. התוצאה היא הגברה מובנת של התסכול והשחיקה.

בין הגורמים לסיכון גבוה להתפתחות אלימות כלפי אנשים עם פיגור שכלי, ניתן לציין:

1. תלות גבוהה של האדם עם פיגור שכלי באחרים לאורך זמן.
2. תפיסת האדם המוגבל כחלש.
3. התוקף מאמין כי יש סיכוי מופחת לגילוי וחשיפת האלימות.
4. הקושי של הקורבנות לזכות באמון ביחס לדיווחיהם.
5. חוסר מיומנות חברתית וחוסר שיפוט של האדם עם פיגור שכלי ביחס להתנהגויות תואמות ושאינן תואמות.
6. החיים בצמצום והדרה חברתיים מגבירים את הרצון לרצות את האחר.
7. חוסר אונים פיזי ורגשי.
8. העדר מיומנויות של אסרטיביות ויכולת החלטה עצמית.

ישנן גם תופעות של אלימות כלפי אנשי הצוות מצד בני משפחה של אנשים עם פיגור שכלי: לא אחת, עובדים במסגרות מוצאים עצמם חסרי אונים בהיותם מושא להשפלות, מתקפות²² ולאיומים מצד בני המשפחות.

בין הדוגמאות שדווחו -

➔ אם פורצת בצעקות ומאיימת לפנות למשטרה, כי בַּתָּה הראתה לה סימן הנראה לה כמכה וטענה כי נעשה על ידי מדריכה;

➔ הורה הביא לבנו, המתגורר במעון-פנימייה וידוע בהתנהגותו האי-שקטה (האלימה לעיתים קרובות) - חפצים (ההורה הציג זאת כ"משחקים במתנה"), שבאמצעותם הצליח הבן-הדייר לפצוע דייר אחר. ההורה פרץ בצעקות קשות, כאשר דווח לו על החרמתם.

²² אין הכוונה לשאלות, בירורים או תלונות הנעשות בדרך מכבדת ולגיטימית וכחלק מתפקידו של בן המשפחה המשמש כאפוטרופוס (או כל אדם אחר המשמש אפוטרופוס).



התערבות למניעה ולהתמודדות עם התנהגות אלימה

לתוכניות מניעה חשיבות רבה בהורדת היקף תופעת ההתנהגות האלימה. מטרתן היא להפחית את תופעות ההתנהגות המתגרות והאלימה עוד בטרם קרו. ניתן להתייחס להתפרצויות ולהתנהגויות אלימות כאמצעי שנועד להשיג מטרה כלשהיא. חשוב שהצוות יבין מהי המטרה אותה מבקש האדם להשיג בהתנהגותו זו וכיצד ניתן לספק אותה ללא גרימת נזק לאדם עצמו, לזולתו או לרכוש.

לפניכם המלצות בסיסיות למניעת התנהגות אלימה בקרב אנשים עם פיגור שכלי:

- ➔ תכניות קידום אישי: בניית תוכנית אישית המתייחסת למכלול חייו של האדם תוך חיזוק מוקדים חיוביים ואיתור קשיים, תסכולים וגילויים של התנהגות אלימה ובניית תוכניות להפחתתן, תוך ביצוע, מעקב, בקרה והתאמה. בניית התכנית תכלול איסוף נתונים אודות כל גורם שיש לו קשר להתנהגות, האירועים שהובילו בעבר לתוקפנות, טיפול שסייע בעבר, דברים שנמצאו בעבר כמרגיעים אותו,
- ➔ חיזוק התנהגות חיובית ודימוי עצמי: עריכת תכנית לחיזוק ההתנהגות החיובית²³ ודימוי של האדם באמצעות חוויות הצלחה.
- ➔ עידוד יוזמות ומתן תגמול: איתור יוזמות חיוביות של האנשים בכל פעילות (ADL, תעסוקה, פנאי ותחביבים), ותגמול על יוזמות אלה באופן משמעותי לאדם, כדי להגביר הסיכוי להופעתן בעתיד.
- ➔ שיחות וגיבוש קבוצה: הקבוצה מהווה יחידה חברתית. לעמיתים בה עשויה להיות השפעה רבה על התנהגות חבריהם לקבוצה. בפגישות הנערכות בקבוצה ניתן לחזק מודעות והבנה - מצד אחד - ללקיחת אחריות על התנהגות, להתייחסות מכבדת של הזולת, לאמפטיה כלפיו ולעזרה הדדית ומצד שני - להפחתת התנהגות מאתגרת ואלימה באמצעים של שיתוף, הסברה ולמידה, כגון: לימוד טכניקות לויסות, הרגעה והרפיה, סדנה לשליטה בכעסים.
- ➔ פיתוח מיומנויות תקשורת: פיתוח יכולות הבעה עצמית במגוון דרכים - שפה מילולית, מִחְוּוֹת - ג'סטות, לוח תקשורת וכו'.
- ➔ לקיחת תרופות: לפי הצורך - נטילת תרופות על פי מרשם באופן עקבי ומסודר.

²³ חשוב לפעול לחיזוק של התנהגויות חיוביות ולא רק להכחדה של התנהגויות בלתי רצויות.

- במקביל - יש לפעול למניעת התנהגות אלימה בקרב אנשי הצוות באמצעות -
- ➔ הדרכה וליווי של הצוות: כולל - הקניית ידע להבנת התופעה ומתן כלים להתמודדות עימה (ויסות עצמי והרגעה; מיומנויות של תקשורת אסרטיבית; הרחבת היכולות לאמפתיה והכלה²⁴).
 - ➔ ישיבות צוות: חיוני להעלות בישיבות אלו תכנים העוסקים בנושא התמודדות הצוות עם אנשים שלהם התנהגות מאתגרת כולל התייחסות להבטים רגשיים, לשחיקה ולקשיים ובנייה של שיתופי פעולה לצורך התמודדות בצוות.
 - ➔ מנגנוני התייעצות פרטנית: עידוד של קשר והתייעצות בין העובדים לבין אנשי הצוות הרב-מקצועי: פסיכיאטר, עו"ס, פסיכולוג, רכז קידום וכדומה.
 - ➔ ארגון והתאמה של הסביבה הפיזית: ניתן לצמצם ולהפחית התנהגות אלימה תוך התייחסות לסביבת העבודה / סביבת הפעילות במסגרת (תאורה, רעש, אוורור, ציוד). יש להתאים את הסביבה הפיזית לצרכי המטופלים כמו - גודל החדר, גודל שולחן עבודה, מרווח בין השולחנות, ריהוט וציוד נוחים לתפעול. צבעים מרגיעים וקולות שקטים (דיבור, מוסיקה) תורמים אף הן להפחתת גירויים העלולים להוביל לאלימות.
 - ➔ ארגון והתאמה של סדר היום: בניית סדר יום גמיש המורכב מיחידות קטנות של פעילות לאורך היום מפחיתה התפרצויות אלימות בקרב משתתפים אי-שקטים (עם התנהגות אלימה, מאתגרת). הפסקות פעילות (ספורט, ריקודים, מוסיקה) וכד' עשויות גם הן לתרום להרגעת האווירה. אמצעים נוספים כוללים - הקמה של חדר²⁵ (או פינה מופרדת) לצורך רגיעה ופיתוח פעילות מגוונת להפגת מתחים.
 - ➔ ארגון קבוצות מתואמות: פיזור האנשים הנוטים להתנהגות אלימה בקבוצות שונות, בהן ישנה סבירות נמוכה ככל האפשר של חיכוך זה עם זה - יפחית הזדמנויות להתפרצויות ותגובות אלימות.

²⁴ ככל שהנהלת המסגרת ואנשי הצוות הבכיר ימחישו בהתנהגותם הכלה, הקשבה ואמפטיה כלפי העובדים, כך יסייעו להם להפנים וליישם מיומנויות אלה בקשר עם המטופלים.

²⁵ חדר זה רצוי לעצב בצבעים רגועים, לכלול בו מושבים נוחים, מערכת מוסיקה עם אוזניות ומבחר דיסקים הכוללים מגוון מוסיקלי בסגנונות שונים כולל מוסיקה רועשת ומוסיקה שקטה (המאפשרות להרגע בהדרגה). חשוב שהחדר יהיה מאוורר ומואר עם עמעם (dimmer) על מנת שאפשר יהיה לשלוט על עוצמת האור.

♥ לתשומת הלב -

אנשים עם פיגור שכלי מוגדרים כ"חסרי ישע" וכְּכֹּאֵלוּ חל עליהם תיקון 26 לחוק העונשין התש"ן - 1989 (מכונה גם "חוק חסרי ישע").
 במסגרת החוק חלה חובת דיווח [סעיף 368 ד (א')]: "היה לאדם יסוד סביר לחשוב כי זה מקרוב נעברה עבירה... חובה על האדם לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה; העובר על הוראה זו, דינו מאסר...".
 החוק מורה על חובת הדיווח גם כשקיים חשד להתעללות ולא רק ביטחון מלא.
 הפְּרוֹת עם לשון החוק והשלכותיו נדרשת על ידי כל עובד במסגרת טיפולית לאנשים עם פיגור שכלי, לצד מיומנויות להתמודדות עם מצבי אלימות²⁶.

מרבית האנשים מודעים לדברים שגורמים להם להיות מתוסכלים ולהתרגז. היכולת להתמודד עם מצבי תסכול ורוגז היא (לפחות בחלקה) פועל יוצא ממידת השליטה של כל אדם במיומנויות של פתרון בעיות וניהול תקשורת. ככל שהשליטה במיומנויות אלה גדלה - פוחתים מקורות התסכול, השחיקה והלחץ.

לכן חשובה התייחסות מערכתית לגורמים ולמצבים העלולים להביא לידי תגובות אלימות של אנשי צוות, יחד עם אפס סבלנות להתרחשותן. לדוגמה:

➔ נהלים ברורים ומתורגלים על ידי העובדים לאירועי לחץ - החל מהתפרצות של מטופל וכלה באירועים הקשורים מצבי חירום. פיתוח מיומנויות של הבנה ופְּיִיָּה מראש - אלו סימנים מבשרים התפרצות של אירוע אלים ומה עתיד לקרות תוך כדי התרחשותו - מגבירות את יכולת השליטה העצמית של העובד ומסייעת להפחית את עצמת הדחק שהאירוע עצמו גורם. אי ודאות מגבירה את הדחק.
 ➔ הכשרה והדרכה לעובדים - מתן תמיכה וגיבוי מקצועיים וחברתיים המבוססים על אוירה פתוחה ומעודדת וכן יצירת "במה" לצוות, כלומר מקום זמן בהם מתאפשרות שיחות וינטלציה (אָוורור), אבחון וניתוח של קשיים לצד הצלחות, הפקה של לקחים ותובנות מאירועי אלימות ודרכי התמודדות עמם (מצוי - "מה היה לנו?" מול רצוי - "מה חשוב שיקרה בפעם הבאה?").

²⁶ נוסח החוק מופיע בתע"ס 1.3 - "חוק העונשין (תיקון מספר 26) התש"ן-1989 פגיעה בקטינים ובחסרי ישע" מופיע באתר משרד הרווחה והשירותים החברתיים - <http://www.molsa.gov.il/NR/rdonlyres/B55E1F1E-D4B6-4DD4-8AB3-7C5F67A71F39/0/13.pdf>
 ראה לדוגמה הבהרות של משטרת ישראל לגבי אופן הטיפול בתלונות הנוגעות לחסרי ישע בקישור הבא - http://www.police.gov.il/mehozot/agafAHM/Sherut/ma_lasut_kahsher/Pages/yeshamogedarim.aspx.

♥ לתשומת הלב - בעת מעשה אלים יש לנקוט דרכי התערבות כדלקמן:
להציב גבולות ולהפריד את הפוגע מהנפגע - במטרה לאפשר "פסק זמן". התגובה של הצוות צריכה להיות רגועה ככל האפשר, תוך התנהגות אסרטיבית מותאמת כלפי הפוגע טיפול בנפגע והרגעתו - ככל שניתן.

להרחיק מהמקום כל אדם שאינו קשור לאירוע - אנשים עם פיגור שכלי וכן אנשי צוות במטרה לצמצם מעגלי השפעה.

להציג אלטרנטיבות בפני האדם הפוגע, כגון:

- הפוגה מיידית - מנוחה, שתייה קלה, עיסוק בספורט או ביצוע משימה אחרת להסחת דעת;
- שיחה מרגיעה - ליזום שיחה עם הפוגע במטרה להרגיעו ולנסות לבדוק מהן הסיבות שהובילו אותו להתנהגות האלימה;
- חזרה לפעילות סדירה - לאחר השגת האיזון ורגיעה בין הצדדים הקשורים לאירוע, אפשר יהיה להחזיר את האנשים לשגרה. חשוב שהאדם הפוגע יבין את חומרת מעשיו וייתן הסכמתו להמשיך ולהתנהג בהתאם לנורמות שהוצגו בפניו.
- שיתוף הקבוצה - לאחר נקיטת הפעולות הנדרשות להרגעה וטיפול בנפגע ובפוגע, יש חשיבות רבה לשיתוף כלל הקבוצה לצורך ניתוח והפקת לקחים מהאירוע.
- דיון והתייעצות של הצוות על האירוע - לאחר סיכום האירוע (הן מצד העובדות - מה קרה? והן מצד הרגשות - מה חוויתי? מה חשתי?), ניתוח והסקת מסקנות לגבי הסיבות ודרכי ההתמודדות, יש להחליט על תוכנית טיפולית לטווח הקצר ובהמשך לטווח הארוך.

עמוד לרישום אישי

