

מין ומיניות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

רונית ארגמן - MSW, מטפלת מוסמכת ומדריכה בטיפול ושיקום מיני, מומחית בתחום מיניות ונכות, מנהלת מכון ארגמן

2018

הקדמה

במשך דורות מיניות של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה) נתפסה באופן שלילי ולא כנורמטיבית וטבעית - מה שהוביל במאה ה-19 ובתחילת המאה ה-20 להתפתחות מדיניות נוקשה של הרחקה מהקהילה ולחקיקה מגבילה ופוגעת. עם כניסת תפיסות חדשות לתחום השיקום בשנות ה-60 (כנורמליזציה), חל שינוי בתחומי חיים שונים כגון דיור ותעסוקה אך בכל הקשור למיניות, תחום זה התפתח באופן איטי יותר. בשנות ה-70 הופיעו התכניות הראשונות לחינוך מיני לאנשים עם מש"ה בארה"ב, אולם השינוי המשמעותי חל רק בתחילת שנות ה-80. זאת כחלק משינוי תפיסתי בכל הקשור לזכויות אדם ולמיניות של אנשים עם מוגבלות ובכללם אנשים עם מש"ה - הכרה בצרכים, זכויות והיכולות לקיום מערכות יחסים מיניות וזוגיות. כיום ישנה הבנה כי לאנשים עם מש"ה צרכים דומים לאחרים ללא מוגבלות, לקרבה, אהבה, קשר אינטימי, ביטוי וסיפוק מיני, הכרה בזכויותיהם לקבלת החלטות בכל הנוגע למיניותם, חינוך מיני-חברתי מותאם, תנאים לפרטיות וביטוי מיני באופן מכובד, כמו גם הגנה מפני מצבי ניצול. מאמר זה כולל התייחסות היסטורית לעמדות ביחס לחיבור שבין מיניות ומוגבלות שכלית, סקירה קצרה של נקודות משמעותיות בתהליך ההתפתחות פסיכו-סקסואלית וחשיבות הסביבה בתהליך, התערבות מערכתית ומשמעות החינוך המיני-חברתי. גישת המחברת רואה באדם עם מש"ה יצור מיני ככל אדם, בעל יצרים וצרכים לקרבה, שייכות, קשר, מגע, אינטימיות והנאה מינית, ומאמינה כי אם נספק חינוך הולם, תנאים מתאימים ואמונה ביכולת, ניתן ללמד אנשים עם מש"ה להביע את מיניותם בצורה מהנה, מקובלת חברתית ומוגנת, לכל אדם לפי יכולותיו ורצונותיו. זאת תוך מתן תמיכות וליווי של הסביבה המתייחסים לרצונות ולצרכים של הפרט, לקשיים הקיימים בגין הלקות, וליצירת איזון עדין בין מתן לגיטימציה ויצירת אפשרויות לבין הדרכה והגנה.

התייחסות היסטורית ועמדות ביחס למיניות ומוגבלות שכלית התפתחותית

לאורך השנים העמדות החברתיות ביחס למיניות של אנשים עם מש"ה היו קיצוניות ונעו בין התייחסות מתעלמת הרואה באדם עם מש"ה ילד בגוף בוגר ללא ענין וצורך בתחום המיני-חברתי - דרך גישה הרואה בהם אנשים שאינם מבינים את מיניותם והם קורבנות פוטנציאליים לניצול ולפגיעה - ועד תפיסת מיניותם כמופרעת, חסרת שליטה ומסכנת. תפיסות אלו הביאו לדיכוי מיני, יצירת הגבלות וחקיקה שמנעו אפשרויות לחינוך מותאם ותנאים מכבדים למימוש הצרכים בתחום המיני-חברתי (Box & Shawe, 2013 ; Kempton & Kahn, 1991; Wright, 2011). העמדות ביחס למיניות היו גורם מכריע בהרחקת אנשים עם מש"ה מהקהילה. הן התחזקו עם התפתחות תנועת האאוגניקה המודרנית (Eugenics movement) בסוף המאה ה-19 ותחילת המאה ה-20 והביאו, במדינות שונות בעולם, לחקיקת חוקים המתירים עיקור מאסיבי בכפייה של אנשים עם מש"ה ומניעת ביטוי ומגע מיני בין אנשים עם מש"ה ובין אדם ללא מוגבלות ואדם עם

משׁיה (King & Richards, 2002 ; Grenon & Merrick, 2014). זאת כדי : א. למנוע אפשרות של הריון והולדת ילדים נוספים עם משׁיה (שיפור הגזע). ב. דיכוי ביטוי של צרכים המיניים מתוך חשש לביצוע פגיעות מיניות בילדים או להשפעה לרעה על מוסר החברה (moral defective). ג. להגן עליהם מפני מצבי ניצול ופגיעה מיניים (Gunn, 1986 ; Tredgold & Soddy, 1963).

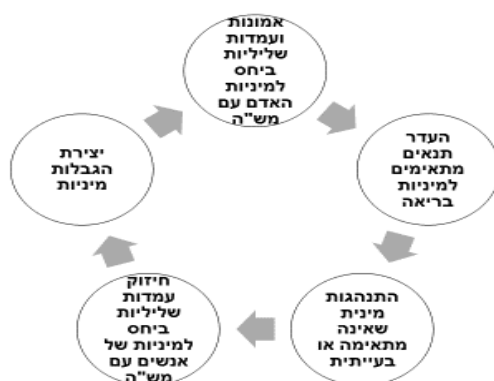
בסוף שנות ה-60 עם התפתחות תחום הגנטיקה והשיקום, מעבר מהמודל הרפואי למודלים חברתיים, התפתחות פילוסופיית הנורמליזציה והגישה הקהילתית - החלה תנועה הדרגתית של הכרה בזכויות של אנשים עם מוגבלויות (self-advocacy). בשנות ה-70 חל באופן הדרגתי שינוי בהתייחסות החברתית למיניות של אנשים עם מוגבלות ופילוסופיית הנורמליזציה הביאה גם להתפתחות גישה של "נורמליזציה מינית" - הכרה בזכות הבסיסית לביטוי מיני. בשנות ה-80 תנועת הסנגור העצמי טענה כי לגיטימציה למיניות אינה מספקת, וכי יש לתת סיוע למימוש צרכים אלו. מאז, באופן עקבי והדרגתי, אנו רואים התפתחות בתחום המיני-חברתי.

למרות שמדובר בהתייחסות היסטורית והגישות כיום מאפשרות יותר, עדיין קיימת מורכבות בעמדות ביחס לקשר שבין מיניות ומשׁיה והשפעה רבה על יצירת מענים ותנאים שיאפשרו מימוש המיניות באופן מתאים (Di Giulio, 2003). תחום זה, בשונה מתחומי חיים אחרים, מעורר בקרב בני משפחה ואנשי צוות תחושות שונות: חרדה, זהירות, אחריות, דחייה, איום, חשש מניצול, הריונות לא רצויים, התנהגות מינית לא מותאמת, ציפיות לא מציאותיות, אכזבה ותסכול וחוסר ודאות לגבי העתיד (אלוני, 1998).

עדיין קיימים מיתוסים רבים ביחס לחיבור שבין מיניות ומשׁיה והתפיסות ביחס למיניות שמרניות יותר מאשר ביחס לאוכלוסייה ללא נכות. ניסים (1997) מציינת תשעה מיתוסים עיקריים המזינים עמדות אלו: אנשים עם נכות הם א-סקסואליים (חסרי מיניות) ; אנשים עם נכות הם ילדים בגוף בוגר ולכן זקוקים להגנה ממגע עם אחרים ; לאנשים עם נכות דחפים מיניים מוגברים, בלתי נשלטים ; אנשים עם נכות אינם יכולים להגיע לסיפוק מיני ; בעיות מיניות של אנשים עם נכות הם תוצר של הנכות ; אנשים עם נכות מולידים ילדים עם נכות ולכן יש למנוע כל אפשרות של מגע מיני (למניעת הריון) ; אנשים נכים צריכים ליצור קשרים חברתיים וזוגיים רק עם נכים ; אנשים ללא נכות היוצרים קשר עם אנשים עם נכות סובלים מבעיות כלשהן ; הורים לילדים עם נכות אינם מעוניינים במתן חינוך מיני לילדיהם.

ההתפתחות בתחום מחזקת את חשיבות ההתייחסות המערכתית והקשר שבין עמדות הסביבה לפיתוח מענים ולהתנהגותם המינית של אנשים עם משׁיה. לדוגמא: אמונה כי אנשים עם משׁיה אינם שולטים בדחפים המיניים שלהם עלולה להתחזק במידה ולפרט לא תהיה הזדמנות לפרטיות או לא ילמד את מושג הפרטיות, ועל כן הוא יתנהג מינית באופן שאינו מקובל חברתית. התנהגותו המינית תקבע את האמונה כי אינו שולט בדחפים, יש להגביל אותו ולמנוע אפשרויות לביטוי מיני (Kempton & Kahn, 1991). להלן מודל המוצע על ידי המחברת המציג את השפעת העמדות על פיתוח מענים והזדמנויות מותאמות (כולל תהליכי חינוך, תנאים פיזיים, פרטיות וכו'), ובהתאם על התנהגותם המינית של אנשים עם משׁיה, וחוזר חלילה על העמדות של הסביבה ויצירת הזדמנויות או הגבלות.

**השפעת עמדות הסביבה על יצירת מענים
והזדמנויות בתחום המיני-חברתי**



אין ספק שהנושא הינו מורכב ובעל השלכות רבות. תחושת אחריות כבדה, חוסר אונים וחוסר ידע להתערבות בתחום מצד הורים ואנשי צוות, עלולים להביא, לא רק למניעת אפשרויות מיניות, אלא אף למניעת ביטויי רגשות מקדימים כמו: רכות, חוס, חיבה, קשר – המתבטאים במגע, ביצירת קשר חברות וקשר זוגי, אינטימיות וכי' (Ballan, 2001). המודעות לחשיבות ההתערבות המערכתית הביאו בעשורים האחרונים לפיתוח תכניות לחינוך מיני בגישה מערכתית המתייחסות לאדם עם משי"ה, לאנשי צוות, בני משפחה ולסביבה הרחבה.

POSITION STATEMENT – SEXUALITY

לכל אדם הזכות לקבלת החלטות בהתייחס לביטוי מיני ומערכות יחסים חברתיות. קיום לקות שכלית או נכות התפתחותית כשלעצמן, ללא קשר לרמת הלקות, אינן מצדיקות פגיעה בזכויות מיניות. לכל בני האדם זכויות בקשר בינאישי ל: פיתוח חברויות ומערכות יחסים רגשיות ומיניות בהן הם יכולים לאהוב ולהיות נאהבים, להתחיל ולסיים קשר על פי בחירתם ; כבוד והערכה ; פרטיות, חיסיון והחופש להתחבר ולהתאגד.

בהתייחס למיניות, קיימות זכויות ל: ביטוי מיני וחינוך, בהתאמה לתרבות, דת וערכים מוסריים ואחריות חברתית ; חינוך אינדיבידואלי וקבלת מידע לחיזוק היכולת לקבלת החלטות מדעת, כולל חינוך ביחס לנושאים כגון: פריון, נישואין וחיי משפחה, התנזרות, התנהגות מינית מוגנת, נטייה מינית, פגיעה מינית, מחלות וזיהומים המועברים במגע מיני ועוד ; הגנה מפני הטרדה מינית ומפני ניצול ופגיעה פיזיים, מיניים ורגשיים ;

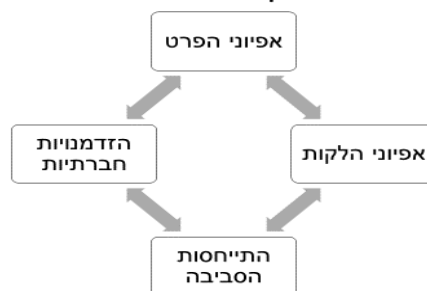
בהתייחס למיניות - לאדם אחריות להתחשב בערכים, זכויות ורגשות של אחרים.

בהתייחס לפוטנציאל של הולדת וגידול ילדים - לאדם עם מוגבלות שכלית או העיכוב ההתפתחותי הזכות ל: קבלת חינוך ומידע לגבי הבאת ילדים וגידולם באופן המותאם ליכולת ההבנה האישית של הפרט ; קבלת החלטות בהתייחס להבאת וגידול ילדים עם תמיכות כפי הנדרש ; קבלת החלטות לגבי שימוש באמצעי מניעה במסגרת האמונות האישיות או הדתיות ; שליטה על הגוף ; להיות מוגנים מפני עיקור/ סירוס רק בשל היות אנשים עם מוגבלות. (The Arc organization, 2008).

התפתחות פסיכו-סקסואלית של אנשים עם מש"ה

תהליך ההתפתחות המינית של האדם מתחיל עם הלידה ונמשך לאורך החיים. תהליך ההתפתחות הפסיכו-סקסואלית של אנשים עם מש"ה הוא תהליך הכולל תהליכים נורמטיביים התפתחותיים, יחד עם השפעה של אפיוני הלקות באופן הייחודי לכל פרט, השפעות סביבתיות של הגורמים המטפלים, בבית ומחוצה לו במסגרות השונות, וההזדמנויות החברתיות הקיימות עבור האדם. תהליכי ההתפתחות הגופניים-מיניים בקרב אנשים עם מש"ה תקינים לרוב ומתקיימים בהתאמה לטווח המקובל בחברה הרגילה. זאת למעט מצבים של תסמונות או מחלות ייחודיות (DSD), אנומליה כרומוזומלית, הפרעות מטבוליות. למשל תסמונת קליינפלטור, תסמונת טרנר) בהן תיתכן השפעה על מהלך ההתפתחות המינית כחלק ממאפייני התסמונת. כפי שצוין, הצרכים הרגשיים, פסיכולוגיים וחברתיים לקשר אנושי, לקרבה, לחום ואהבה ולהנאה מינית הם תקינים. אולם בשל המוגבלות הקיימת והשלכותיה (למשל כוחות אגו חלשים יותר, קושי בהתמודדות עם לחצים), ברמה הפסיכולוגית ייתכנו קצב מעבר איטי יותר בין שלבי ההתפתחות, ההתמודדות עם המטלות ההתפתחותיות בכל שלב עשויה להיות קשה יותר ואף ייתכנו קיבעונות בחלקים מסוימים. קיים צורך בסיוע של גורמים חיצוניים בהתמודדות עם משימות התפתחותיות, במיוחד אלו הדורשות יוזמה ולקיחת אחריות. לדוגמא, תיתכן נטייה לקיבעון בתכנים ילדותיים (למשל: במשחקים, לבוש, דפוסי התנהגות) ויש חשיבות רבה לעידוד הסביבה לחשיפה ולהתנסויות בתכנים חדשים, במידת הניתן בהלימה לשלב ההתפתחותי בו נמצא הפרט (Morgenstern, 1973). בשל התלות הרבה הקיימת לאורך החיים, פיזית ורגשית, להתייחסות הסביבה ולתפיסתה את הלקות השפעה גדולה על מהלך ההתפתחות ודפוסי ההתנהגות בתחום המיני-חברתי. חלק ניכר מהתפיסה העצמית ודפוסי ההתנהגות המיניים-חברתיים של האדם עם מש"ה קשורים ומושפעים באופן ישיר מדמויות מטפלות בסביבה (בתוך הבית ובמסגרות השונות).

גורמים מרכזיים המשפיעים על התפתחות פסיכו-סקסואלית של אנשים עם מש"ה



להלן מספר נקודות מרכזיות הקשורות למהלך ההתפתחות הפסיכו-סקסואלית (אלוני, 1998 ; Cole & Cole, 1993 Conahan, Robinson & Miller, 1993 ; Mayers, Heller & Heller, 2003 ; Robmault, 1978 :

- **תפיסה עצמית שאינה תואמת גיל** - שכיחים מאד דפוסי התייחסות סביבתית אל האדם עם מש"ה שלא בהתאמה לגילו הכרונולוגי, אלא התייחסות התואמת גיל צעיר יותר (כמו אל תינוק

או ילד). גישה זו נובעת בין היתר מתוך: בלבול בשל פערים בין ההתפתחות הגופנית, הרגשית והשכלית; רצון להגן; קושי בהכרה ביכולות הפרט; חוסר ידע; רגשות רחמים וכו'. דפוסים אלו משפיעים על התפתחות תפיסה עצמית ילדותית, מיעוט הזדמנויות לפיתוח של עצמאות והתנהגות תואמת, צמצום בהתנסויות והגבלת סביבותיו.

● **עיכוב בהפנמת מושג הפרטיות, התפתחות הבושה (כרגש חברתי), הגדרת גבולות הגוף והמרחב**

האישי ושליטה בגוף – זאת בשל הקושי להבין כללים חברתיים, חוויות חיים בתנאים של פריצת הפרטיות וגבולות הגוף. כניסה למרחב האישי, גם אם היא הכרחית, מקשה על למידת מושגים אלו, כמו גם מגבילה את האפשרות לגילוי הגוף ותחושות מיניות של הפרט עם עצמו. להדגיש כי לעיתים קיים צורך אובייקטיבי מתמשך בסיוע, מעבר למקובל בגיל הכרונולוגי, אולם במקרים רבים התמיכה היא מעבר לנדרש בשל רצון להגן ולמנוע תסכול, ריבוי משימות, תהליכי למידה איטיים. קושי בלמידת הפרטיות עלול לגרום להתנהגות מינית הנראית לא מותאמת, למשל כניסה לשירותים והשארות דלת פתוחה, יציאה בעירום מהמקלחת, נגיעות באיברי המין בפרהסיה ועוד.

● **התלות המתפתחת (רגשית ופיזית) עשויה להוות בסיס להתפתחות "חוסר אונים נרכש" / נלמד"**

- תחושת חוסר אונים זו נוצרת לאור התפיסה שאין קשר בין תגובות הפרט לבין התוצאות. למידה זו עלולה להביא לכך שהפרט מכליל את הציפייה לחוסר אונים גם למצבי חיים שונים וחדשים, ללא קשר למצב חוסר האונים המקורי. חוסר אונים נרכש מגביר את התלות בסביבה, מדכא כוחות התפתחותיים ומגביר את קורבנות הפרט.

● **קושי בביטוי מיני החל מהגיל הרך, גם כאשר מדובר בביטויים התפתחותיים נורמטיביים (כגון**

מגע עצמי או משחקים מיניים בין ילדים) - תגובות הסביבה כלפי גילוי עניין מיני הן לרוב לא אחידות, מבולבלות ואף נעות בין קיצוניות של התעלמות לענישה. מצב זה עלול להשפיע על פיתוח גישה שלילית עצמית כלפי המיניות, הגבלת ביטוי סקרנות וגילוי עצמי התפתחותי (במצבים של תגובות שליליות), ולמידה לא מותאמת של כללי התנהגות מיניים-חברתיים מקובלים (במצבי התעלמות).

● **פיתוח דימוי עצמי נמוך ופיתוח התנהגות קורבנית** - התנהגות תוקפנית או מתבודדת עלולה

להתפתח על רקע של הפנמת התפיסות החברתיות הרואות באדם עם לקות "מוגבל" ו"שווה פחות". במיוחד ניתן לראות קושי בקבלה עצמית בתפקודים הגבוהים בהם קיימת הבנה של השונות, יחד עם קושי לקבל את היות הפרט "אחר", "לא כמו כולם". מצב זה עלול להשפיע הן על בריאותו הנפשית של הפרט והן על מצבי סיכון (כקורבנות וכפוגעים) – כגון כניסה לקשרים מנצלים כדי להרגיש בעל ערך או מקובל על ידי "החברה הרגילה".

● **פגיעה בדימוי עצמי מיני** – התפיסות החברתיות ביחס למיניות מקשרות עדיין בין גיל צעיר, יופי

ובריאות לבין מיניות. מסרים אלו מקשים על אנשים עם מוגבלויות לפתח תפיסה חיובית ביחס לגוף, וביחס לנשיות / גבריות. חשוב לזכור כי רבים חווים מהגיל הרך ולאורך החיים בדיקות וטיפולים רפואיים מרובים המביאים להפנמת הגוף כמכאיב ולא כגורם מהנה. בנוסף, השקעת הסביבה בטיפול עצמי תואם מין, גיל ואופנה עדיין לוקה בחסר, מצב המקבע את הדימוי המיני הירוד.

● **קושי בגיבוש הזהות המינית** - גיבוש הזהות המינית (כולל נטייה זוהות מגדרית) הוא תהליך

הכולל מרכיבים רגשיים, קוגניטיביים, פסיכולוגיים וחברתיים. אנשים עם מש"ה זקוקים לעיתים להליך מובנה ומתווך בשל: קושי בהבנת תהליכים התפתחותיים, הזדהות יתר עם דמות מטפלת

מהמין השני, מחסור בדמויות הזדהות מהמין הזהה, קיבעון של התנסויות מיניות ראשוניות ועוד. חשובה ההבחנה בין מצבים של התנהגות מינית עם בני אותו המין בשל העדר הזדמנויות ללמידה ולקרבה עם המין השני, ובין מצבים בהם זוהי נטייה או העדפת האדם. ראוי להדגיש כי בתוך האוכלוסייה של אנשים עם משייה, כמו באוכלוסייה הרחבה, יש אנשים עם נטייה מינית הומוסקסואלית / לסבית או עם זהות מגדרית שונה. מצב זה הינו מורכב היות והוא כולל בתוכו שתי "שונויות חברתיות" – האחת בגין המגבלה הקיימת והשנייה בגין הזהות המינית.

● **קשיים חברתיים וזוגיים** – קיימות יכולות שונות לקיום קשרים חברתיים (תלוי במשתנים שונים כגון רמת התפקוד של הפרט, רצון אישי, עמדות של הפרט ושל סביבתו ועוד) החל מקשרים חברתיים כלליים, קשרי חברות קרובים, ועד קשרים, מיניים, אינטימיים וזוגיים. עם זאת ניתן לראות כי קיימים קשיים רבים: הפנמת מסרים השוללים זוגיות ומיניות; מיעוט הזדמנויות מותאמות להכרות וביטוי וצמצום חברתי (לעיתים ההכרות החברתית היא עם אותה קבוצת אנשים לאורך שנים רבות); קושי בזיהוי ובביטוי רגשות, בגילוי אמפתיה לזולת ובהדדיות; ידע חברתי דל בכל הקשור לפיתוח יחסים חברתיים ובינאישיים, חוסר ברכישת, פיתוח ותרגול של מיומנויות חברתיות; קושי בלמידת קודים והבנת כללים חברתיים, שיפוט לקוי ואסטרטגיות חברתיות לא מתאימות; תחושת בדידות ובידוד חברתיים על רקע של חוויות דחיה; ותסכול סביב אי יכולת למצות רצונות, צרכים ועניין בתחום המיני-חברתי. גם לאחר שנוצרים קשרים, ייתכן קושי בניהול הקשר הזוגי על רקע של קושי כללי בהתמודדות עם מצבי מתח, קושי במיומנויות פתרון בעיות וניהול קונפליקטים.

● **שימוש רב-תכליתי בהתנהגות מינית** – כבר מגיל צעיר ניתן לראות שימוש מוגבר בהתנהגות מינית, לעיתים אף באופן שאינו תואם כללים חברתיים, לצורך סיפוק מצוקות הפרט, שאינן בהכרח קשורות לעניין, סקרנות, צורך או דחף מיני. למשל ייתכן שימוש במגע מיני אוטו-ארוטי לצורך ויסות ורגיעה עצמיים, התמודדות עם שעמום וריקנות, רצון לקבלת תשומת לב, תחושת בדידות וכו'. השימוש באופן זה בהתנהגות המינית מתקיים היות והגוף, בשונה מהשליטה המועטת שיש לפרט על סביבותיו, נמצא בחזקת הפרט ואינו תלוי באחרים, הוא נגיש וזמין בכל רגע נתון ובכל מקום ומייצר תחושת הנאה, ניתוק או ריגוש בתוך זמן קצר ביותר.

● **שכיחות גבוהה של התנהגויות מיניות שאינן בהתאמה להתפתחות הפרט ו/או לכללים חברתיים מקובלים (מקום, זמן, אופן)** – התנהגויות אלה עלולות להגיע לכדי כניסה למצבי סיכון או פגיעה באחרים. ישנם גורמים רבים המביאים להתנהגות מינית לא מתאימה ואף מסוכנת, לדוגמא: למידה חברתית לא נכונה לגבי כללי התנהגות, מושג הפרטיות; בלבול בתחושת גבולות הגוף; מיקוד עצמי וקושי בהתייחסות לאחר; קושי בהתמודדות עם דחפים מיניים וויסות עצמי; חשיפה להתנסויות מיניות ו/או גורמי גרייה שאינם מתאימים להתפתחות הפרט; תגובה או ביטוי של מצב רגשי/נפשי; חיים בסביבה חסרת גבולות/גבולות שאינם ברורים בתחום הבינאישי והאינטימי, למידה שלילית בשל התעלמות קודמת מהתנהגות לא מותאמת ועוד. אלו מחייבים התערבות מותאמת מינית, כולל הכוונה להתנהגות מקובלת, על מנת למנוע הסלמה של ההתנהגות המינית הבעייתית.

● **שכיחות גבוהה של קורבנות וניצול מיניים** – החל משנות ה-80 התחזקה ההכרה כי אנשים עם משייה נמצאים בסיכון גבוה יותר למכלול מצבי הניצול והפגיעה, יותר מאחרים ללא מוגבלות (בריון, 2002; מרום, ליאל ונאון, 2002; Furey, 1994; Crosse, Kaye & Ratnofsky 1998; Sobsey & Doe, 1992; Sullivan & Knutson, 1993). עצם קיום המוגבלות מגבירה את הסיכון

לפגיעה באופן מובהק. על פי ארגמן (2003) אנשים עם משי"ה נמצאים בסיכון של 1:2 לפגיעה מינית במהלך החיים, החל מהגיל הצעיר. גורמי הסיכון מתקיימים בכל הסביבות (בית, בתי"ס, מסגרות דיוור) והם קשורים למאפייני הפרט עם המוגבלות (תפיסה עצמית נמוכה, קושי בלמידה והבנה, קשיים בתקשורת, מגבלות פיזיות, פאסיביות וצייתנות, רצון לרצות, חוסר אוניס נרכש), מאפייני הסביבות הטיפוליות (פריצת גבולות הפרטיות, בידוד חברתי, ריבוי אנשי טיפול ותחלופה גדולה, גבולות לא מותאמים בקשר, חוסר בחינוך חברתי וחינוך מיני התייחסות כללית של הסביבה לאנשים עם מוגבלות) עמדות חברתיות ומבנים חברתיים להגנה כגון חוקים.

• **קשיים בתפקוד מיני, כמו בקרב אחרים ללא מוגבלות** - קשיים אלה עשויים להתבטא בהפרעות חשק, בעיות זקפה ושפיכה, קושי באורגזמה, כאבים בזמן מגע מיני. הם עלולים להופיע על רקע של: בעיות רפואיות, טיפול תרופתי, פיתוח עמדות שליליות ביחס למיניות, חרדות, חוסר בחינוך מיני, התייחסות הסביבה, חוסר בתנאים מתאימים ועוד.

מיניות (SEXUALITY) – המושג מיניות מתייחס למרכיב בזהות שלנו כבני האדם הקשור לנשיות ולגבריות.
מושג זה טומן בחובו היבטים שונים גופניים, פסיכולוגיים, רגשיים, חברתיים, דתיים, מוסריים, חוקיים – כל מה שקשור להיותנו בני אדם.

רצף התנהגות מינית¹

לאורך השנים המיקוד היה בהתנהגויות המיניות הבעייתיות. אלו לעיתים קרובות הן תוצר של העדר למידה מותאמת ותנאים למימוש הצרכים המיניים באופן מקובל חברתי, יותר מאשר הלקות עצמה (Kempton, 1978). קיימים סקרנות, צרכים, עניין והתנהגויות מיניות מגוונות, עם זאת קיימת גם ההכרה כי חיים בכל קהילה ומסגרת יכולים ליצר גם מצבים של ניצול ופגיעה בתחום המיני, כמו גם הבורות עצמה וחוסר למידה המהווים תנאים מגבירי סיכון (Craft & Craft, 1988). על רקע זה, מוצע להלן רצף התנהגות מינית (פותח על ידי הכותבת) הנע בין הימנעות – דרך התנהגות מינית מתאימה ובריאה ועד התנהגות מינית קומפולסיבית, התנהגות מינית לא מותאמת ובעייתית. השאיפה היא לייצר תנאים רבים ככלל הניתן להתנהגות מינית מתאימה ובריאה. זאת באמצעות התערבות מערכתית הכוללת גם תכניות לחינוך מיני-חברתי.

¹ המודל הוצג ב-05/2014 בכנס בינלאומי "Well-Being in Dual Diagnosis: Research to Practice (IDD/MI)" מיאמי.

רצף התנהגות מינית

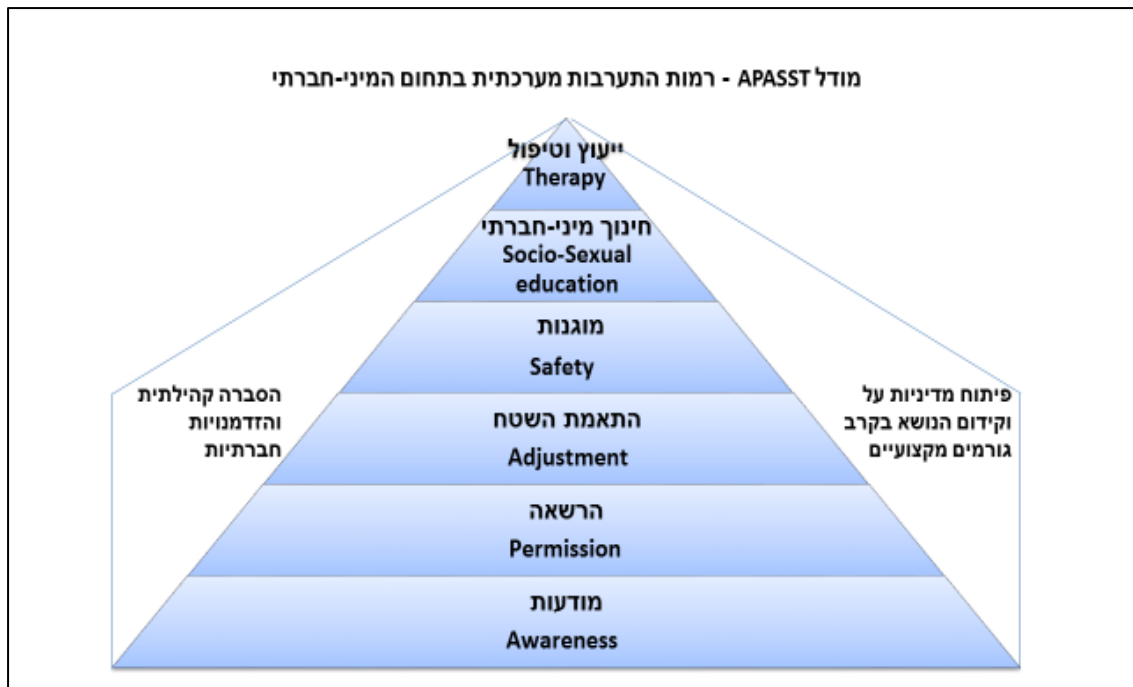
| הימנעות | התנהגות מינית מתאימה ובריאה | התנהגות מינית קומפולסיבית | התנהגות מינית לא מותאמת | מצבי פגיעה וסיכון |
|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> הימנעות על רקע של עמדות שליליות, העדר תנאים, חוויות טראומטיות, קשיים תפקודיים ועוד | <ul style="list-style-type: none"> התאמה לחוקים, כללים ונורמות חברתיות כלליות ובסביבה בה חי האדם. התאמה לשלבי ההתפתחות של הפרט ואפיוני האישים והצמנתו. שמירה על מיניות בריאה – פיזית ונפשית. בחירה חופשית, המאהוטיפיק. | <ul style="list-style-type: none"> התנהגות מינית החוזרת על עצמה, לעיתים באופן מכני. לרוב אינה קשורה לרוחף מיני אלא פיתוח דפוס התנהגות שמטרתו ויטת, מניעת שעמום, "צירת רגיעה", התנתקות וכו'. | <ul style="list-style-type: none"> התנהגות מינית המחקיית באופן שאינו תואם סביבה (מקום, זמן) וללא התנהגות מקבילים, למשל מגע בפין בפרהסיקה, התפשטות במקום ציבורי. | <ul style="list-style-type: none"> פגיעה עצמית על ידי ביצוע התנהגות מינית באופן המזיק לאדם. ניסיה למצבים בהם הסיכון לפגיעה הוא גבוה. קורבנות מינית ביצוע פגיעות מיניות באחרים. |

התערבות מערכתית

אנון (Annon, 1976) הציע מודל ראשוני לינארי להתערבות בתחום המיני - מודל ה- PLISSIT. במודל ארבע רמות תקשורת והתערבות בתחום הטיפול המיני. כל שלב מצריך רמת ידע ומיומנות מקצועית שונה ונשען על הקודמים לו.

1. **Permission – הרשאה / לגיטימציה** - הרמה הבסיסית והרחבה ביותר. מתן לגיטימציה ורשות לשוחח ולבטא צרכים שונים בתחום המיני מתוך הכרה כי מיניות היא חלק בחייו של כל אדם, כולל גם בחיים של אנשים עם מוגבלות.
2. **Limited Information - מידע מוגבל** – הקניית ידע ומיומנויות הנדרשות לפרט בהתאם לתהליכי ההתפתחות הנורמטיביים ולשלב בו הוא נמצא בחיים ולצרכיו.
3. **Specific Suggestions - התערבות ייעוצית מקצועית** - לרב קצרת מועד, תוך מתן התייחסות ספציפית לבעיות וקשיים שונים בתחום המיני-חברתי.
4. **Intensive Therapy – התערבות טיפולית ממוקדת ומתמשכת** - הניתנת על ידי מומחים, בהתייחס למצבים מתמשכים, כרוניים או פתולוגיים הקשורים לתפקוד המיני. כמו בתחומי חיים אחרים בעבודה עם אנשים עם מש"ה, גם בתחום המיני-חברתי קיימת חשיבות רבה להתערבות מערכתית. מודל ה- PLISSIT, מדגיש את חשיבות ההרשאה והמידע המוגבל, ומסייע בעבודה מול צוותים ומול בני משפחה בהגדרת גבול ההתערבות בתחום המיני-חברתי. על בסיס מודל זה, ומתוך התנסות בשטח במסגרות רבות, להלן מודל ²APASST שפותח על ידי מחברת מאמר זה, להתערבות מערכתית בתחום המיני-חברתי. המודל מציג תהליך התערבות מערכתי בתחום המיני-חברתי וכולל שש רמות התערבות תוך מערכתיות. בנוסף מדגיש המודל את חשיבות ההתערבות הסביבתית. כל מערכת הנותנת מענים לאנשים עם מש"ה מתקיימת בתוך הסביבה הרחבה ועל כן יש חשיבות לפיתוח מדיניות-על הנותנת תמיכה למערכות ומרחיבה המענים מחד גיסא, ולקידום הסברה קהילתית רחבה מאידך גיסא.

² המודל הוצג ב-05/2014 בכנס בינלאומי "Well-Being in Dual Diagnosis: Research to Practice (IDD/MI)", מיאמי.



חינוך מיני-חברתי

חינוך מיני-חברתי - מונח המתייחס למכלול תהליכי הלמידה שבהם האדם רוכש ידע ומידע, צובר מיומנויות וכישורים רלוונטיים ומפתח ומעצב את עמדותיו, ערכיו ותפישותיו ביחס לאספקטים שונים של מיניות האדם. תהליך החינוך המיני מתחיל בלידה, נמשך לאורך כל חי האדם באופן גלוי ונסתר, פורמלי ושאינו פורמלי, מתוכנן ומזדמן. כל זאת כך שהאדם יוכל לקבל החלטות מודעות, הקשורות למיניות ולקשרים חברתיים, בינאישיים, מיניים ואינטימיים (ארגמן, 2011).

החינוך המיני-חברתי, כולל בתוכו חיבור בין התחום החברתי והמיני – הן בהתייחס לקשרים חברתיים וניהול מערכות יחסים רומנטיות, מיניות וזוגיות, והן בקשר להתנהגות חברתית מותאמת בתחום המיני ומניעת מצבי סיכון.

חינוך מיני-חברתי הוא הכרחי לכל ילד ומתבגר והכרחי עוד יותר לאנשים עם מש"ה. במחקרים שונים נמצא כי רמת הידע בתחום המיני בקרב אנשים עם מש"ה היא נמוכה. גם כאשר קיים ידע בנושאים אלו לעיתים הוא לוקה בחסר. הקושי בלמידה משפיע על היכולת להבין מושגים הקשורים לתהליכים התפתחותיים, כללים ונורמות חברתיות, קשרים בינאישיים וניהול מערכות יחסים רומנטיות ומיניות וקשרי זוגיות, התנהגות מותאמת ומווסתת, הבנה והתמודדות עם מצבי סיכון (ארגמן, 2003 ; Richards, Miodrag, & Watson, 1978 ; McCabe, 1993 ; Kempton, 2006). מול הצורך הברור בחינוך מיני-חברתי, ישנם הטוענים כי תכניות אלו מעוררות עניין שאינו קיים, מביאות להתנהגויות מיניות בעייתיות ומגבירות סיכון הן להריונות לא רצויים, והן למצבי ניצול ופגיעה (כקורבנות וכפוגעים).

התכניות הראשונות שהתפתחו התמקדו במניעת התנהגויות בעייתיות, לא מתאימות ופוגעניות, יותר מאשר פיתוח מיניות חיובית ובריאה. גישה זו התעלמה מכך **שההתנהגויות המיניות הבעייתיות הן לעיתים דרך לא מותאמת לביטוי של צרכים טבעיים** וחיזקה פיתוח עמדות שליליות ביחס למיניות הן בקרב אנשים עם מש"ה והן בקרב אחרים ללא מוגבלות בסביבתם (בני משפחה / אנשי צוות). כיום רווחת ההנחה כי תכניות מותאמות לחינוך מיני-חברתי מגיל צעיר משמעותיות לביסוס תחושת ערך עצמי (כולל בהיבט המיני), פיתוח גישה חיובית ביחס למיניות והזכות למימוש הצרכים המיניים, חברתיים וזוגיים ולמניעת כניסה לסיכונים, התנהגויות מיניות בעייתיות ומצבי ניצול ופגיעה (אבישר, 1979 ; אלוני, 1998 ; וייס-צוקר, 1992 ; זקס, 1987 ; Cole & McCabe, 1993).

להלן עקרונות לתכניות לחינוך מיני-חברתי לאנשים עם מש"ה :

- א. **פיתוח תכניות מהגיל הרך ולאורך החיים** - הן לשם חזרתיות והן בשל הצרכים המתפתחים והמשתנים לאורך החיים.
- ב. **תכניות הכוללות פיתוח עמדות חיוביות ביחס למיניות האדם** - הקניית ידע ומידע מותאם ועדכני (לכל גיל, שלב בהתפתחות, צרכים ועניין, רמת תפקוד ויכולות הבנה, סביבה תרבותית) ; פיתוח מיומנויות חברתיות ומיומנויות אחרות רלבנטיות (למשל פתרון בעיות, עצמאות, אסרטיביות מינית) ואחריות (לעצמי, לאחר ולקהילה).
- ג. **תכניות מערכתיות** - הכוללות שלוש אוכלוסיות יעד: האדם עם מש"ה, הורים ובני משפחה רלבנטיים, אנשי צוות. כולל דגש על חינוך מיני לא פורמלי, המתרחש דרך האינטראקציה של הפרט עם אחרים בסביבותיו.

ד. **הזדמנויות מותאמות** - לתרגול ולליווי, תמיכה ובקרה של גורמים מטפלים משפחתיים (לא פורמאליים ופורמאליים).

ה. **התייחסות ייחודית להתמודדות עם שינויים מיניים דרמטיים**, גיל ההתבגרות וגיל המעבר. תקופות אלו, לציין שתי תקופות בהן ישנם שינויים מיניים דרמטיים, גיל ההתבגרות וגיל המעבר. תקופות אלו, כל אחת עם אפיוניה שלה, כוללות שינויים רבים גופניים, הורמונליים, מיניים, רגשיים וחברתיים ועלולים להביא את האדם עם מש"ה לסערת רגשות, בלבול, קושי בהבנת השינויים ובתחושות המתעוררות, קושי בוויסות עצמי עד כדי התפרצויות ועוד. קיימת חשיבות מרובה בהכנה מראש לקראת שינויים אלו והדרכה וליווי ייחודיים בתקופות אלו (הכנה לקראת הופעת המחזור החודשי או הפסקתו, התפתחות הגוף ותגובות מיניות, עניין מיני...).

ו. **דגש על רצונות הפרט** – כמו כן התייחסות לצרכיו הייחודיים והזכות להנאה, קשרים זוגיים ומיניים בתנאים מכבדים ובטוחים.

תכנים מרכזיים בחינוך המיני-חברתי כוללים: עמדות אישיות וחברתיות ביחס למיניות ולגיטימציה למיניות; הכרות עם הגוף והבדלים בין המינים; תהליכי התפתחות מיניים לאורך החיים; גבולות הגוף, פרטיות ומרחב אישי; זהות עצמית וזהות מינית; פיתוח קשרים חברתיים, קשרי חברות, אהבה וזוגיות מיטיבים; חוקים, כללים חברתיים והתנהגות מינית מתאימה; מיניות בריאה (כולל מניעת הדבקות במחלות וזיהומים המועברים במגע מיני והריונות לא רצויים); הסכמה מדעת; חתונה ונישואין; הריון, לידה והורות; זיהוי מצבי סיכון והתמודדות; קשיים בתפקוד מיני.

סיכום

האדם עם מש"ה, ככל אדם, הוא בעל יצרים, צרכים לחוס, מגע, קירבה, שייכות, והנאה מינית. מרבית האנשים עם מש"ה יכולים ללמוד להביע את מיניותם בצורה אפקטיבית וליהנות ממנה בדרכים מקובלות על הסביבה בה הם חיים. לילדים, מתבגרים ובוגרים עם מש"ה, לבני המשפחה ולסביבה המטפלת יש צורך בחינוך מיני, בהדרכה ובהכוונה לגבי יצירת קשרים חברתיים ובינאישיים ולגבי התמודדות עם תחושות ודחפים מיניים-חברתיים. ללא אלו, יימצאו האנשים עם הנכות במצבי סיכון לפגיעה מינית ולהתנהגות מינית שאינה מתאימה. פיתוח גישה חיובית תלויה במסרים של הסביבה והתייחסות למיניות כחלק בלתי נפרד מהחיים, הכרה בצרכים השונים בתחום המיני-חברתי, סיוע בפיתוח מיומנויות והזדמנויות מתאימות לפיתוח קשרי חברות ואמונה ש"גם לי מגיע" להיות אהוב ולאהוב, ליהנות מקרבה ומהגוף ולהיות בזוגיות. תהליך השינוי בתחום שהחל לפני כארבעים שנה חייב להמשיך ולהתפתח ממיקוד בהגנה למקום של הזדמנות ואמונה ביכולות.

התייחסות חיובית למיניות, יצירת סביבה תומכת ותנאים מותאמים והדרכה לאורך החיים – כל אלו מהווים גורם מקדמים למיניות בריאה ומותאמת ומסייעים במימוש הצרכים החברתיים, מיניים וזוגיים באופן מהנה, מספק ובטוח.

מקורות

- אבישר, ג. (1979). הצעת דגם לימודי בנושא חינוך מיני למפגרים בשכלם. *חברה ורווחה*, ב, 231-236.
- אלוני, ר. (תשנ"ח, 1998). טיפול מיני באנשים עם פיגור שכלי. בתוך: א. דבדבני, מ. חובב, א. רימרמן, א. רמות. (עורכים) *הורות ונכות התפתחותית בישראל*, הוצאת מאגנס, ירושלים, 151-163.
- ארגמן, ר. (2003). *גורמים מנבאים פגיעות מינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי המתגוררים במעונות פנימייה*. חיבור לשם קבלת התואר מוסמך, אוניברסיטת תל-אביב.
- ארגמן, ר. (2010). חינוך מיני-חברתי לתלמידים עם בעיות תקשורת בבתי הספר היסודיים. בתוך: ס. לוינגר. *תיקשורת*, חיפה: הוצאת אח.
- ארגמן, ר. (2011). *ערכת תמונות בתחום המיני-חברתי לגיל בייס היסודי*. חולון: הוצאת יסוד.
- ברייך, ד. (2002). קורבנות, שהינם אנשים עם נכויות התפתחותיות, שוברים את קשר השתיקה. *סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום*, כרך 17 (2), 7-15.
- וייס-צוקר, ר. (1992). חינוך מיני-חברתי: קבוצות טיפוליות לחריגים, למדריכיהם ולהוריהם. *חברה ורווחה*, יב, 417-425.
- זקס, ש. (1987). *חינוך מיני לצעירים מוגבלים*. תל אביב: יבנה.
- לחובר י, ארגמן, ר. (2007). *לקראת בגרות מינית- היבטים בחינוך מיני בראייה חברתית*, מדריך לצוותים במסגרות החינוך המיוחד. משרד החינוך האגף לתכנון ולפיתוח תכניות לימודים.
- ניסים, ד. (1997). עמדות החברה ביחס למיניותו של האדם המפגר בשכלו. *סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום*, 13 (1), 44-49.
- רוזנטל, א. (2014). *טיפול בילדים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית שחוו פגיעה מינית: סקירת ספרות*. ירושלים: מכון חרוב.
- Annon, J. S., (1976). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problem, *Journal of Sex Education and Therapy*, 2, 1-15.
- The Arc, (2008). *Position statement Sexuality*. Congress of Delegates, The Arc of the United States, November 8, 2008.
- Ballan, M. (2001). Parents as sexuality educators for their children with developmental disabilities. *SIECUS Report*, 29, 14-19.
- Cole, S., & Cole, T. (1993). Sexuality, disability, and reproductive issues through the lifespan. *Sexuality and Disability*, 11, 189-203.
- Conahan, F., Robinson, T. & Miller, B. (1993). A case study relating to the sexual expression of a man with developmental disability, *Sexuality and Disability*, 11(4), 311-322.
- Craft, A. & Craft, M. (1988). *Sex and the mentally handicapped*, London: Routledge.
- Di Giulio, G. (2003). Sexuality and people living with physical or developmental disabilities: A review of key issues. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 12, 53-68.

- Furey, E. (1994). Sexual abuse of adults with mental retardation: Who and where? *Mental Retardation*, 32 (3), 173– 180.
- Grenon, I., & Merrick, J. (2014). Intellectual and Developmental Disabilities: Eugenics. *Frontiers in Public Health*, 2, 201.
- Gunn, M.G. (1986). *Sexual rights of mentally handicapped*, Division of Legal and Criminological Psychology of BPS.
- Kempton, W. (1978). Sex education for the mentally handicapped, *Sexuality and Disability*, 1, 137-146.
- Kempton, W., & Kahn, E. (1991). Sexuality and people with intellectual disabilities: A historical perspective. *Sexuality and Disability*, 9(2), 93-111.
- King, R. & Richards, D. (2002). Sterilization and birth control. In D. Griffiths., D. Richards, P. Fedoroff, & S. L. Watson (Eds.), *Ethical dilemmas: Sexuality and developmental disability*. Kingston, NY: NADD Press. 227-254.
- McCabe, M. P. (1993). Sex education programs for people with mental retardation. *Mental Retardation*, 31, 377-387.
- Matich-Maroney, J., Boyle, S. P., & Crocker, M. M. (2005). The psychosexual assessment & treatment continuum: A tool for conceptualizing the range of sexuality-related Issues and support needs of Individuals with developmental disabilities. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 8(3).
- Mayers, K. S., Heller, D. K., & Heller, J. A. (2003). Damaged sexual self-esteem. A kind of disability. *Sexuality and Disability*, 21, 269-282.
- Morgenstern, M. (1973). The psychosexual development of the retarded. In: F. F. De La Cruz & G.D. LaVeck (eds). *Human sexuality and the mentally retarded*. New York: Brunner Mazel Publishers, 15- 28.
- Richards, D., Miodrag, N., & Watson, S. (2006). Sexuality and developmental disability: Obstacles to healthy sexuality throughout the lifespan. *Developmental Disabilities Bulletin*, 1&2, 137-155.
- Robmault, I. P. (1978). *Sex, society and the disabled*. New York: Harper & Row.
- Sequeira, H., & Hollins, S. (2003). Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability - Critical literature review. *The British Journal of Psychiatry*, 182 (1) 13-19.
- Tredgold, R., & Soddy, K. (1963). *Tredgold's textbook of mental deficiency*, London: Bailliere Tindall & Cox.
- Wright, R. (2011). Young People with Learning Disabilities and the Development of Sexual Relationships. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, 8 (63-77).

על המחברת – רונית ארגמן, MSW, מנהלת מכון ארגמן

רונית ארגמן עוסקת בתחום הנכויות ההתפתחותיות למעלה מ- 30 שנה, עם מומחיות במיניות האדם בכלל (חינוך מיני-חברתי, טיפול מיני, טראומה מינית, התנהגות מינית לא מותאמת ועבריינות מינית, טיפול בהתמכרות למין) ומיניות ונכות בפרט. היא פועלת במשך שנים רבות לפיתוח התחום ולקידום המודעות למיניות של אנשים עם מוגבלויות ועוסקת בעבודה ישירה עם אנשים עם מוגבלויות, הדרכת צוותים ומשפחות, הכשרת אנשי מקצוע, פיתוח תכניות ומודלים וכתיבה. כיום מנהלת את מכון ארגמן העוסק בתחומים אלו.

מחברת הספרים: מילד לנער, מילדה לנערה (יחד עם דר' דליה ניסים), ערכת תמונות לחינוך מיני חברתי בבית ספר יסודי, לקראת בגרות מינית- היבטים בחינוך מיני בראייה חברתית, מדריך לצוותים במסגרות החינוך המיוחד (יחד עם ידידה לחובר ז"ל).

לקשר: info@machonargaman.co.il

אתר: <http://www.machonargaman.co.il>