

מוגבלות שכלית התפתחותית: תיאוריה, מחקר והשלכות יישומיות

מיכל אל-יגון | מלכה מרגלית

תפיסה רב מערכתית בטיפול באנשים עם אבחנה כפולה (מש"ה ופסיכופתולוגיה)

שפי משיח, עדי דוויק-בונר ואמנדה סיני

תקציר

אבחנה כפולה היא מושג מעולם הפסיכיאטריה, המתאר אדם המתמודד עם שתי מחלות בו-זמנית. מדובר באבחנה של מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה), המשולבת עם אבחנה של הפרעה נפשית, קשיים רגשיים או התנהגותיים.

עד לפני כמה עשרות שנים רווחה האמונה בקרב פסיכיאטרים ופסיכולוגים, כי אנשים עם מוגבלות שכלית "מחוסנים" מפני הפרעות נפשיות, אך כיום ישנה הסכמה בקרב אנשי מקצוע העוסקים בתחום באשר לקיומן של הפרעות נפשיות בשכיחות גבוהה בקרב ילדים ומבוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

בפרק זה נסקור את התפתחות יחסם של אנשי המקצוע לאפשרות של פסיכופתולוגיה בקרב אנשים עם מש"ה, נציין את הסיבות לריבוי ההפרעות הפסיכיאטריות בקרב אוכלוסייה זו, נתאר את האתגרים בטיפול באנשים עם אבחנה כפולה ונציע גישה רב מערכתית לטיפול מותאם בילדים ובוגרים אלו, כמו הגישה המיושמת ביחידה לאבחנה כפולה בבית איזי שפירא. עבודת הצוות הרב מקצועי ביחידה תומחש באמצעות שני תיאורי מקרה. אלה יאפשרו לשפוך אור על הגישה הטיפולית, הרואה במתן מענה רב מקצועי, הנוגע בכול מעטפות חייו של המטופל, את הדרך המיטבית לטיפול בפסיכופתולוגיה של אנשים עם מש"ה.

1. מבוא

1.1 תיאור מקרה – תום:

תום הוא גבר בן 35 עם מוגבלות שכלית קלה עד בינונית. בעשר השנים האחרונות הוא חי בהוסטל, ומטופל במרכז יום חמש פעמים בשבוע. לתום יש בן דוד, שמבקר אותו אחת לחודש. הוא מתקשר באמצעות ביטויים קצרים ומשתמש בלוח תקשורת (תקשורת חלופית). בחצי השנה האחרונה תום הפך להיות עצבני יותר, הוא צועק לעיתים קרובות יותר ואף מסוגל לפגוע באנשי הצוות. נראה, כי התנהגות זו תרחש יותר בשעות הערב והלילה. הוא מעולם לא היה אגרסיבי בעבר. לא חלו שינויים בתיאבון או בדפוסי השינה שלו.

לפני כחצי שנה מנהל ההוסטל עזב, ואת מקומו החליף מנהל חדש. תום לא הצליח להגיע למרכז היום באופן קבוע ובן דודו לא הצליח לבקר בשל תקנות נגיף הקורונה. צוות ההוסטל פנה ליחידתנו.

1.2 תיאור מקרה – מיכל:

מיכל היא אישה בת 49 עם תסמונת דאון. היא גרה בבית עם אמה. היא נהנית ממוזיקה וצפייה בסרטים והיא משתתפת פעילה במקהלה השכונתית. במהלך החודש האחרון אמה של מיכל שמה לב שהיא נסוגה ומצטמצמת. היא הפסיקה ליהנות מהאזנה למוסיקה ומצפייה בסרטים, התיאבון שלה פחת והיא מתקשה להירדם בלילות. היא עדיין משתתפת במקהלה, אך מלבד זאת, היא מבלה את רוב זמנה בחדרה. מיכל מעולם לא התנהגה כך.

אמה של מיכל פנתה לרופא המשפחה כדי לראות כיצד הוא יכול לעזור להן.

סיפוריהם של תום ומיכל מגלמים בתוכם תמהיל של ילדים ומבוגרים רבים, אשר הגיעו לטיפול ביחידתנו. מטופלים אלה, מאובחנים עם הנמכה קוגניטיבית או מש"ה. בני משפחותיהם, אשר פונים לרוב בשם לטיפול, מספרים כי הם מתמודדים עם קשיים רגשיים שונים, אשר לעיתים קרובות באים לידי ביטוי גם בסימפטומים התנהגותיים.

עד לפני כמה עשרות שנים רווחה האמונה בקרב פסיכיאטרים ופסיכולוגים, כי אנשים עם מוגבלות שכלית "מחוסנים" מפני הפרעות נפשיות. הנחת העבודה הייתה, שהשפעות המוגבלות השכלית הן כה הרסניות, עד כדי כך שישנה סבירות קלושה שאנשים אלו יפתחו הפרעות

שיוגדרו מחלות נפש. אי לכך, עד שנות ה-80 לא הייתה הכרה בהפרעות פסיכיאטריות אצל אנשים עם נכויות התפתחותיות, או שהמעטו בערכן. בעקבות מחקרים נרחבים, רווחת כיום הסכמה בקרב העוסקים בתחום באשר לקיום של הפרעות נפשיות בשכיחות גבוהה בקרב ילדים ומבוגרים עם מש"ה. קו-מורבידיות זו קרויה "אבחנה כפולה".

1.3 אבחנה כפולה:

אבחנה כפולה הינה מושג מורכב, הזוכה לפרשנויות שונות ברחבי העולם. באופן כללי, המושג מתייחס לשילוב בין 2 סוגי מוגבלות, כאשר סוג המוגבלות הנכלל תחת כותרת זו משתנה ממקום למקום (Werner & Stawski, 2012). המונח אבחנה כפולה – Dual Diagnosis – מכונה לעיתים גם כתחלואה כפולה – Co Occuring Disorders – והוא יונק את הגדרתו מעולם הרפואה, אשר מתייחס לצמד של מצבים קליניים, מחלות, הפרעות נפשיות, נטיות או התנהגויות מסוימות המופיעות יחד כ-קומורבידיות, קרי: שתי תחלואות המתקיימות בו-זמנית. את המושג קומורבידיות טבע בשנת 1970 החוקר האמריקאי אלואן פיינשטיין, מי שנוטים לראותו כאבי האפידמיולוגיה בבריאות הנפש. פיינשטיין הסביר, כי המקרים בהם אדם מתמודד עם שני מצבים קליניים במקביל, הינם שונים מאוד ממצבים בהם סובל המטופל רק מאחת מהבעיות, ועל כן, יש להתאים עבורו תהליך אבחון שונה, אשר יכתוב גם טיפול בעל אופי אחר. הספרות מתייחסת למספר סוגים של קומורבידיות, כאשר ישנם שני מצבים רפואיים, שהובילו זה לזה ותלויים זה בקיומו של זה, וכן, שני מצבים רפואיים שאינם תלויים זה בזה ומופיעים יחד באופן קורלטיבי נסיבתי. הסוג השלישי מתייחס לקיומם של שני מצבים הנובעים מאותו גורם, בין אם הם תורשתיים, נובעים משימוש בחומרים מסוכנים, אבנורמליות מוחית ועוד (Valderas, Starfield et al., 2009).

בישראל מקובל לדבר על אבחנה כפולה (אותחלואה כפולה), בשני מובנים עיקריים – האחד מתייחס לתחלואה כפולה של שימוש מזיק או התמכרות לסמים, אלכוהול, חומרים ממכרים, או התנהגות התמכרותית אחרת, לצד בעיה נפשית (האגף לבריאות הנפש, ללא תאריך). השני, מתייחס לשילוב בין מש"ה והפרעה נפשית, קשיים רגשיים או התנהגות מאתגרת (Werner & Stawski, 2012).

הפרעות פסיכיאטריות ונפשיות שכיחות יותר בקרב אנשים עם מש"ה בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (Schalock et al., 2007). בספרות קיימים

פערים בין שיעורי השכיחות המדווחים, אך כולם מסכימים, כי הסיכון להפרעה פסיכיאטרית בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית הינו גבוה יותר מאשר בקרב האוכלוסייה הכללית. וורנר ואחרים (Werner et al., 2013) מצאו, כי לאנשים עם מש"ה סיכון גבוה יותר לתחלואה פסיכיאטרית מזה הקיים באוכלוסייה הרגילה. ברנארד וטרק (Bernard & Turk) 2009 מצאו, שכשליש מהילדים והמתבגרים עם מוגבלות שכלית קלה, או עם הנמכה קוגניטיבית, סובלים גם מבעיות בתחום בריאות הנפש.

ב-2009 הוקמה היחידה לאבחנה כפולה בבית איזי שפירא, בשיתוף עם ביה"ח שניידה. יחידה זו קמה בעקבות מפגשים עם משפחות וגורמי טיפול, שהתקשו פעמים רבות למצוא מענה פסיכיאטרי מותאם, במסגרות הכלליות המטפלות בבעיות נפשיות. ב-11 שנות קיום היחידה, נצבר ניסיון רב בטיפול בילדים ומבוגרים עם אבחנה כפולה, בני משפחותיהם והצוות המטפל בהם.

עד הקמת היחידה, משפחותיהם של תום ומיכל היו מוצאות את עצמן מכתות רגליים בין הפסיכיאטר בקופת החולים, עו"ס הרווחה וגורמי טיפול נוספים. סביר להניח, כי גורמים אלה היו עושים מאמצים גדולים לדבר אחד עם השני ולעבוד בשיתוף פעולה, אך לא תמיד האמצעים והמשאבים שעמדו לרשותם אפשרו עבודה משותפת זו. במקרים הפחות טובים, הפסיכיאטר בקהילה היה פוגש את תום לפגישת הכרות, ובה, סביר להניח, תום היה מתקשה לשתף פעולה ולהביע את עצמו. וכך, ייתכן שהפסיכיאטר היה מוותר על יצירת קשר והיה ממליץ על טיפול תרופתי. לחילופין, ייתכן שהיה פותר את הסימפטום עמו הגיע תום, באמירה: "זה קורה אצל אנשים עם מוגבלות שכלית". כשמיכל הייתה מגיעה לפסיכיאטר, סביר להניח, שהוא לא היה חושב להפנותה לפסיכותרפיה.

2. רקע תיאורטי

הספרות המקצועית בנושא של מש"ה משקפת את העיסוק של אנשי המקצוע מתחום בריאות הנפש, המטפלים באנשים עם מוגבלויות, בקשיים הרגשיים שמטופליהם חווים. בניגוד לסברה אשר רווחה בשנים קודמות, כי אנשים עם מש"ה אינם מתמודדים עם קשיים רגשיים ולמעשה "מחוסנים" מפני בעיות של בריאות הנפש, מזהים אנשי הטיפול דווקא פגיעות יתר נפשית בקרב מטופלים אלה.

העבודה הטיפולית היומיומית מלמדת אותנו, כי למוגבלות שכלית השלכות רבות על האדם ועל משפחתו מבחינה פסיכולוגית וניתן להבחין,

כי אנשים עם מש"ה חווים קשיים רגשיים ונפשיים לא מבוטלים. עבודתנו הקלינית עם אנשים עם מש"ה מעלה, כי על אף שבמובנים רבים עולמם הרגשי של המטופלים מתאפיין באלמנטים זהים לשל הפרטים האחרים בחברה, אנו מתקשים לזהות זאת ונוטים לייחס את קשייהם למוגבלותם גרידא. לעיתים נדמה, כי התסמונת ממנה סובל המטופל, לרבות הסיכון הרפואי בו הוא נמצא, ממסכים את היכולת שלנו לרפלקציה ולהרחבת נקודת המבט אל עולמו הנפשי-רגשי ואל הסיבות האפשריות למצוקה הנפשית ממנה הוא סובל. אנו יכולים לראות, כי לאנשים עם מוגבלות שכלית עולם פנימי עשיר וצבעוני וכי הם חווים את המנעד הרגשי כפי שכולנו חווים אותו במהלך חיינו. אי לכך, ניתן גם להבין, כי הם מתמודדים עם קשיים רגשיים בדומה לאוכלוסייה עם ההתפתחות האינטלקטואלית התקינה ופוגשים במהלך החיים קושי הכרוך, למשל, בהשגת משימות התפתחותיות או בטרואמות מעברם, הם מתמודדים עם קונפליקטים מול אחיהם/הוריהם/חבריהם וכן יכולים להיות עסוקים ביצירת זהות עצמאית ומגובשת עבור עצמם. במילים אחרות ניתן לומר, כי הם מתאהבים, מקנאים, מסתקרנים, נבוכים, מתרגשים, מפחדים, נעלבים או מתאכזבים, כמו כולנו, אך בשל מוגבלותם השכלית יכולתם להביע ולבטא את הרגש היא מוגבלת ועל כן – אנו לעיתים מתקשים להבינם.

2.1 ממצאי מחקרים:

גם הזירה המחקרית מאששת דברים אלה, העולים מעבודת השדה, וכן מחזקת את הסברה, כי אנשים המאובחנים עם מש"ה מצויים בסיכון גבוה לפתח תחלואה נפשית ומציינת, כי מדובר על יחס של 1:4 בהשוואה לאוכלוסייה הכללית עם התפתחות קוגניטיבית תקינה. קומורבידיות זו מהווה את המקור השכיח לתחושת מצוקה והתנהגות מאתגרת (קדרי ושירי, 2015; סטבסקי, 2010; Torr, 2013; Hemmings 2013; Charlott & Beasley, 2013; Deb et al., 2001; Constantino et al., 2011; Maulik et al., 2020).

לפי סטבסקי (2010), ההערכה המקצועית היא, כי ככל שה-IQ יורד, עולה שכיחות הופעתה של תחלואה נפשית, עם שינויים מסוימים במורפולוגיה, ועל כן, שכיחות ההפרעות עלולה להגיע עד ל-50% אצל ילדים עם מוגבלות שכלית עמוקה. כך, לדוגמא, מחקר שערכו ב-2007 אמרסון והאטון, מצא שכיחות של 36% בהפרעות פסיכיאטריות אצל ילדים עם מוגבלות שכלית, אל מול 8% בלבד באוכלוסיית הילדים הכללית

(Emerson & Hatton, 2007). שלושה מחקרים נוספים שנערכו בתחום, אשר בדקו את הימצאותה של תחלואה נפשית בקרב ילדים ומתבגרים בין הגילאים 5 ועד 18 מצאו, כי 30-50% מהנבדקים, אשר מאובחנים עם מש"ה, סבלו גם מהפרעה נפשית, אל מול שכיחות נמוכה הרבה יותר (8%-18%) בקרב הנבדקים בעלי אינטליגנציה בטווח הנורמה (Mazza et al. 2019; Dekker et al. 2002; Linna et al., 1999). מאמרם של Quintero & Flick (2010) תומך בסטטיסטיקה זו ומדבר על שכיחות דומה של 33% של הפרעות נפשיות בקרב אוכלוסייה של מש"ה.

במחקר מטא-אנליזה שנעשה לאחרונה ע"י קבוצת חוקרים, במטרה לבדוק את שכיחות התחלואה הנפשית בקרב אנשים עם מש"ה, הושוו תוצאותיהם של 22 מחקרים, אשר בדקו מדגם כולל של 29,958 נבדקים, בין הגילאים 84-10. תוצאות הסקירה שנעשתה הראו, כי 43% מהנבדקים ענו על הקריטריונים של הפרעה נפשית, כפי שמוגדרת בתחום הפסיכיאטרי (Mazza et al., 2019).

ניתן לראות, כי הספרות המחקרית מוצאת מתאם גבוה בין אנשים המאובחנים עם מש"ה, לבין תחלואה נפשית. פסיכופתולוגיה זו מתייחסת לכל התנהגות או מצב רגשי חריג ברמה הקלינית, אשר אינם מוסברים על-ידי המוגבלות השכלית עצמה. נשאלת השאלה, כיצד נקבעת ומאובחנת הפרעה נפשית ובאיזה אופן ניתן יהיה לאבחנה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית. ההגדרות המקובלות היום בפסיכיאטריה מובאות בשני מסמכי תקינה: הראשון, הינו ה-ICD-10 ובשמו המלא – International Classification of Diseases, אשר מפורסם על-ידי ארגון הבריאות העולמי. מסמך זה ממייך, למעשה, את כל המחלות וההפרעות הנפשיות על בסיס היררכי ומספק הגדרות ברורות להפרעות נפשיות שונות, כמו גם התסמינים הנלווים להן (התנהגותיים, רגשיים וקוגניטיביים). המסמך השני, הינו ה-DSM-5 קרי: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, אשר מוצא לאור על-ידי ארגון הפסיכיאטריה האמריקאי. בדומה ל-ICD, גם ה-DSM-5 מהווה מעין קטלוג להפרעות נפשיות באמצעות קריטריונים ברורים (World Health Organization, 2020; American Psychiatric Association, 2013). עבודת השדה הטיפולית אפשרה לאנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש לבסס, כי אנשים המאובחנים עם מוגבלות שכלית מתמודדים עם הפרעות נפשיות בדומה לאוכלוסייה הרגילה, לצד ההבנה, כי ישנם שינויים במופע הקליני של הפרעות נפשיות אלה בקרב אוכלוסייה זו. במילים אחרות, האופן בו יבואו הפרעות נפשיות אלה לידי ביטוי הינו שונה

ועל כן, גם מצריך לערוך התאמה של הקריטריונים לאבחנתם. לצורך כך, נבנתה מערכת סיווג מותאמת להפרעות הנפשיות של אנשים עם מוגבלות שכלית, המקבילה ל-ICD וה-DSM (Fletcher et al., 2007). בניית מערכת סיווג זו מאפשרת, למעשה, הימנעות ממצבים, בהם רבים אינם מאובחנים עם הפרעות נפשיות (תת אבחנה), הנובעים, פעמים רבות, מביטול כל חשד להפרעה נפשית בתגובה הפשטנית – "כי יש להם מוגבלות שכלית". תופעה זו ברפואה נקראת "הצללה אבחונית", מושג שטבעו בשנת 1982 ריס ואחרים, על מנת לתאר מצב, לפיו המוגבלות השכלית ממסכת את הקשיים הנפשיים של הפרט ומונעת מאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש לאבחן אותם כראוי (Reis et al., 1982).

על אף הצורך באנשי מקצוע שיכירו ויתמחו בתחום זה, פסיכיאטרים בישראל דיווחו, כי אינם מרגישים שיש להם הכשרה או ניסיון לעבוד עם אוכלוסייה זו (Werner et al., 2013). רמת הידע הקיימת היום בישראל נחשבת נמוכה בתחום זה וישנה תמימות דעים בקרב הגורמים המקצועיים, כי יש צורך בשיפור ההכשרה ומתן השירותים ובהרחבת הידע אודות אוכלוסייה זו (Werner et al., 2013; ורנר והוזמי, 2015; משיח, 2016). כמו כן, משפחות ומטפלים באנשים עם מוגבלות שכלית מעידים על קשיים במציאת מענים טיפוליים הולמים ומותאמים לאנשים אלה. בישראל ישנם מעט מאוד מרכזים או מרפאות מתמחים לאנשים עם מוגבלות שכלית ובעיות נפשיות, וכולם ממוקמים במרכז הארץ. בנוסף, אין מיטות אשפוז פסיכיאטריות מיוחדות לאוכלוסייה זו. כפועל יוצא ובאין מוצא, נאלצים, לעיתים, פסיכיאטרים להתוות טיפול תרופתי, ואכן, אנו רואים כי בארץ ובעולם מספר גדול של אנשים נוטלים תרופות פסיכותרופיות (Sinai et al., 2013; Morad et al., 2009; Sheehan et al., 2015). אנו סבורות, כי אוכלוסייה זו פגיעה יותר ועל כן זקוקה לטיפול וניהול תיק מותאמים ומדויקים.

ב-2020 פנתה מחלקת המחקר וההערכה של בית איזי שפירא לבכירים מתחומי הבריאות והרווחה, הפסיכיאטריה, הפסיכולוגיה והאקדמיה וביקשה את חוות דעתם בנושא רווחתם הנפשית של אנשים עם מוגבלות והתמיכה הרגשית אשר, להבנתם, ראוי שיקבלו. מתשובותיהם ניתן ללמוד, כי עדיין קיים קושי להתייחס להיבטים הרגשיים של אנשים עם מוגבלות וכן עולה, כי קשה למצוא את האיזון הנכון בין המענים השיקומיים לאלו הטיפוליים, המתייחסים לעולם הרגשי של המטופל. ניתן לראות, כי עדיין קיימת רתיעה אצל מטפלים רבים לטפל באוכלוסייה זו, לא כל שכן, כאשר

הסימפטום עמו הם מגיעים מורכב, וכן ניכר, כי קיים חוסר ידע ניכר אצל המטפלים וחוסר הבנה בנושא המוגבלויות. סוגיות אלו מייצרות מצב בו נעשית אבחנה מבדלת באופן בלתי מדויק וניתן טיפול תרופתי שאינו מביא בחשבון את השפעתו השונה, אולי, על אדם עם מוגבלות שכלית. בעיה מערכתית מקצועית נוספת, המשתקפת מן התשובות, הינה ההצללה, כאשר כל הקושי הרגשי מיוחס למוגבלות. במצב זה עלולה להיות הזנחה והיעדר טיפול ייעודי לקושי הרגשי. לצד ההצללה ניתן היה להבחין גם בתשובות, שהדגישו את ייחודיותו של הטיפול הנפשי לאנשים עם מוגבלות: ניכרת הבנה, כי אנשים עם מוגבלות חווים רגשות ומאווים בדומה לאוכלוסייה הרגילה, כמו גם הבנה, כי הטיפול בהם עדיין מצריך חשיבה והתאמות. מרבית המשיבים הדגישו את החשיבות לכך שהמטפלים יכירו את סוגי המוגבלויות השונים ומאפייניהם וצינו את הצורך בהתאמה והנגשה של הטיפול – תגובה שונה של אנשים עם מוגבלות שכלית להתערבות תרופתית והתייחסות לקצב הטיפול, האופן בו יינתן ומטרותיו, הכרח לעריכת אבחון מקיף לצורך הבנת ההתנהגויות השונות, הכרה בצורך בשיתוף הסביבה, כמו: ההורים והמטפלים השונים מגיל צעיר ועד לגיל המבוגר (רוט, 2020).

ההסבר לשכיחות היתר של הפרעות נפשיות בקרב אנשים עם מש"ה נובע משני סוגים של גורמי סיכון: גורמים נוירולוגיים, הקשורים בפגיעה המוחית של אדם עם מש"ה, וגורמים הקשורים במגוון השלכות פסיכולוגיות של היות אדם עם מש"ה (Day & Dosen, 2002). נפרט חלק מגורמים אלה.

2.2 גורמי סיכון – גורמים נוירולוגיים:

גורם סיכון זה נובע מהיבטים ביולוגיים, אשר גורמים הן למוגבלות השכלית והן להפרעה הנפשית. מקורה של הלכות הקוגניטיבית טמון בפגיעה מוחית ועל כן, ניתן לשער, כי התשתית המוחית הלקויה אשר הביאה למוגבלות השכלית, הינה אותה תשתית אשר עלולה לגרום גם למחלות והפרעות פסיכיאטריות. באופן כללי ניתן לומר, אם כן, כי הן מש"ה והן הפרעה פסיכיאטרית – קשורות קשר הדוק לתפקוד נוירולוגי. כמו כן, קיימות תסמונות גנטיות של מוגבלות שכלית עם פנוטיפ התנהגותי מתועד. בין התסמונות הללו ניתן למצוא את תסמונות Down, Prader-Willi, Fragile X, Williams, Rett ואחרות (Buelow et al., 2003; Johnson & Balleny, 1996). בנוסף, קיימות תסמונות גנטיות של מוגבלות שכלית עם פנוטיפ התנהגותי מתועד, כמו: תסמונת ולו-קרדיו-פייס, הקשורה לשיעור גבוה של סכיזופרניה (Murphy et al., 1999).

2.3 גורמי סיכון – גורמים פסיכולוגיים:

גורם סיכון ראשון ומרכזי קשור בהשפעותיו הישירות של הליקוי הקוגניטיבי על יחסי הגומלין של האדם עם הסביבה. לעיתים קרובות ישנו קושי בהבנה של מצבים וסיטואציות חברתיות ותהליכי הביקורת והשיפוט הינם לקויים. סוגיות אלה פוגעות ביכולת ההסתגלות והמעורבות החברתית של אוכלוסייה זו. ניקח לדוגמה שינויים וחילופים של אנשי צוות בכיתת הלימוד. היעלמות כזו של איש טיפול קרוב ומשמעותי עלולה לעורר חרדה רבה ולהוות טריגר משמעותי לסערה נפשית והתנהגותית כאחד. בהיעדר כלים קוגניטיביים מספקים, ישנם אנשים המתקשים להתמודד עם גורמי לחץ יום-יומיים, או לפרש אירועים שונים ומצבים חברתיים. קושי בהתמודדות כזו עלול ליצור חרדה ודחק.

גורם סיכון נוסף קשור בהשפעה הפסיכולוגית של חווית השונות של האדם אל מול הסביבה. גורם זה שכיח במיוחד אצל מתבגרים ומבוגרים צעירים, עם רמת תפקוד גבוהה יחסית, היות והיא מצריכה פיתוח של מודעות בנוגע לחריגות החברתית. מודעות זו לשונות אל מול קבוצת השווים, למשל, מהווה גורם דחק, אשר עלול גם הוא לעורר קשיים התנהגותיים ורגשיים רבים.

גורם סיכון שלישי מקושר למידת התלות של אוכלוסייה זו בסביבה. ניתן לומר, כי ככל שרמת הפגיעה הקוגניטיבית עמוקה יותר, כך רמת התפקוד נמוכה יותר, וכפועל יוצא – גדלה, בהתאמה, גם התלות בגורמים המטפלים (בני משפחה ואנשי מקצוע). תלותם של אנשים עם מוגבלות שכלית בסביבתם הקרובה והרחוקה נמשך לאורך החיים ומעכב את יכולתם להתנהלות עצמאית. למעשה, ניתן לומר, כי הקונפליקט בין תלות לעצמאות נשאר תמידי בקרב אוכלוסייה זו. תלות זו מגבירה גם את מידת פגיעותם ומעמידה אותם בסיכון רב יותר לפיתוח הפרעות נוספות.

2.4 מורפולוגיה של מצבים נפשיים באוכלוסייה עם מש"ה:

מגוון בעיות בריאות הנפש שקיימות באוכלוסייה הכללית, מופיעות גם אצל אנשים עם מוגבלות שכלית, לפיכך, חשוב מאד להיזהר מ"הצללה אבחונית" ולא לבטל כל דאגה או חשד בתשובה הפשטנית: "הוא מתנהג כך, כי יש לו מוגבלות שכלית". יחד עם זאת, בעיות בריאות הנפש עשויות להופיע ולהראות שונות מעט, וזאת מסיבות מגוונות, לדוגמה: קשיים בהבעת שפה עלולים לפגוע ביכולתו של האדם להביע באופן מילולי את תחושותיו, רגשותיו וחוויותיו. לכן, חשוב לתת תשומת לב יתרה לשינויים

התנהגותיים, בכדי לאבחן במדויק בעיות נפשיות בקרב אוכלוסייה זו. כמו כן, חשוב לשקול, האם ההתנהגות הנצפית היא התנהגות חדשה, או ארוכת שנים, והאם היא מתאימה לרמת ההתפתחות או רמת התפקוד של האדם.

המונחים "הפרעות נפשיות" או "הפרעות פסיכיאטריות", מתארים קשת רחבה של קשיים בתחום הנפשי, הבאים לידי ביטוי ברגשות, התנהגויות ותסמינים שונים. בעיות נפשיות כוללות: דיכאון, חרדה, פסיכוזה (כולל סכיזופרניה) והפרעות אישיות. אצל ילדים הן כוללות הפרעת התנהגות (conduct disorder). בנוסף, חשוב לזכור, כי קיימת חפיפה גדולה בין מוגבלות שכלית לבין הפרעות נירו-התפתחותיות אחרות, כולל הפרעות על הספקטרום האוטיסטי והפרעת קשב. נפנה כעת לתאר כיצד עשויות לבוא לידי ביטוי הפרעות נפשיות שונות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית.

2.4.1 דיכאון הינה הפרעה נפשית, אשר באה לידי ביטוי במצב רוח ירוד, מחשבות שליליות וכן רגשות שליליים, כדוגמת: ייאוש, עצב ואשמה. מחשבות שליליות עשויות לכלול גם מחשבות על פגיעה עצמית או אובדנות. איש טיפול, הפוגש אדם המתמודד עם דיכאון, ישאל אותו, לרוב, למצב רוחו הכללי וכן יבדוק את הימצאותן, למשל, של תחושות ייאוש ואשמה. אדם עם מוגבלות שכלית יתקשה מאוד לדווח על תחושות אלה. אנשים עם מוגבלות שכלית, גם עם יכולת ורבליית טובה דיה, יתקשו לתאר במדויק את מצב רוחם או את מחשבותיהם, אך נוכל להבחין, כי הם נראים עצובים, מסוגרים ונוטים לבכי באופן תכוף. התיאבון שלהם עשוי לגדול או להצטמצם וייתכנו גם שינויים בדפוסי השינה. חשוב, אם כן, לשים לב לשינויים התנהגותיים, בכדי לאבחן במדויק בעיות נפשיות בקרב אוכלוסייה זו. כמו כן, חשוב לשקול, האם ההתנהגות הנצפית היא התנהגות חדשה או ארוכת שנים, והאם היא מתאימה לרמת ההתפתחות או רמת התפקוד של האדם. באופן כללי ניתן לומר, כי גם שינה ותיאבון הינם אינדיקטורים חשובים לבריאות הנפש (סטבסקי, 2010; כץ, 2007; קדרי ושירי, 2015).

2.4.2 הפרעות חרדה הן קבוצת הפרעות הכוללות פוביות וחרדה כללית. כמו במקרה של דיכאון, גם בהקשר של חרדה, אנשים עם מוגבלות שכלית לא יוכלו תמיד לתאר תחושות של חרדה או מחשבות פוביות. עם זאת, נוכל להבחין, כי הם מגלים התנהגות נמנעת או פחד ממקומות או דברים מסוימים. אלה עשויים להצביע על פוביות ספציפיות.

2.4.3 הפרעה טורדנית כפייתית (OCD) הייתה שייכת בעבר להפרעת חרדה וב-DSM-5 זו הפרעה שעומדת בפני עצמה. אובססיה מיוחסת למחשבות, ואילו כפייתיות מיוחסת להתנהגות. סימנים של הפרעה טורדנית כפייתית יכולים לכלול התנהגויות חזרתיות, או עיסוק מרובה בשאלות חוזרות ונשנות, ועיסוק בארגון וסדר. בהקשר זה, חשוב לציין, כי בקרב אנשים על הספקטרום האוטיסטי נראה, לעיתים קרובות, התנהגויות אובססיביות וחזרתיות כחלק מהתסמונת, ועל כן ישנה חשיבות רבה לאבחנה מבודלת.

2.4.4 פסיכוזה היא מצב נפשי קיצוני של אובדן חלקי או מלא של הקשר עם המציאות ופגיעה חמורה בשיפוט ובתובנה. אדם המצוי בהתקף פסיכוטי מתקשה להבדיל בין המציאות החיצונית לעולמו הפנימי – לרוב על רקע הזיות ומחשבות שווא. בקרב האוכלוסייה הכללית היא מופיעה, לרוב, יחד עם מחשבות שווא (אמונה קבועה ובלתי מעורערת, שאינה מדויקת תמיד) והזיות שמיעה (שמיעת קולות שאינם קשורים במציאות החיצונית). לתופעות אלה יש גם ביטוי התנהגותי חיצוני, וכך, הלוצינציות בעולמם הפנימי יבואו לידי ביטוי בתגובות, כמו: דיבור עצמי, התנגדות, גילויי פחד ועוד (פלורנטין וקריבוי, 2010).

תסמינים אלה עשויים להיות קשים יותר לזיהוי בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית, מהסיבה שהם עשויים להשתמש בדיבור עצמי כדרך לבטא את מחשבותיהם ותחושותיהם. ועם זאת, ניתן יהיה להבחין בשינויים שחלו בהתנהגות של אדם, אשר יחל באופן פתאומי וחריג לדבר עם עצמו, כאילו מנהל שיחה עם אדם אחר. התנהגויות מסוג זה עשויות להצביע על פסיכוזה. דוגמה זו היא תזכורת לחשיבות שאנו נותנים לבחינת התנהגותו של האדם עם מוגבלות שכלית בעבר – אם מאז ומתמיד אדם זה נהג לדבר עם עצמו ואנו יודעים כי לא חל שינוי בהתנהגות זו, אנו יודעים שזה בסיס ההתייחסות שלנו, ולאורו תיעשה הבדיקה של מצבו בהווה – Baseline. כאשר אנו מדברים על התקפים פסיכוטיים תכופים, מדובר על אבחנה של סכיזופרניה. סכיזופרניה היא הפרעה נפשית שמאופיינת בפגיעה משמעותית בתפקוד הנפשי, סביב התקפים הכוללים פגיעה ביכולת לפרש את המציאות, הפרעות חשיבה ותפיסה. שכיחות הסכיזופרניה בקרב אנשים עם מש"ה היא 3% (Smiley, 2005) לעומת שכיחות של 4-7 ל-1000 איש באוכלוסייה הכללית (Saha et al, 2005).

2.4.5 התנהגות מאתגרת היא מונח המשמש לתיאור התנהגויות המאתגרות שירותים או מטפלים, כמו: גילויים של תוקפנות מילולית או פיזית, כמו: הרמת קול וצעקות, הכאה של אחרים או התנהגויות אחרות, כגון: יריקה, נשיכה, משיכת שיער ועוד. התנהגות מאתגרת מהווה את הסיבה העיקרית בגינה מגיעים אנשים עם מוגבלות שכלית לבדיקה פסיכיאטרית, חרף העובדה, כי התנהגות מאתגרת זו איננה הפרעה נפשית והיא יכולה לנבוע ממגוון סיבות (National Collaborating Centre for Mental Health UK, 2015).

חשוב מאוד להתחקות אחר הגורם להתנהגות המאתגרת אצל המטופל, כיוון שהתנהלותו תהיה תלויה בסיבת המופע ההתנהגותי. הסיבות עשויות לכלול סיבות רפואיות, כגון: מחלה גופנית, כאב או תופעות לוואי כתוצאה מנטילה של טיפול תרופתי. כמו כן, יכול הגורם לנבוע מסיבות פסיכולוגיות, כגון: תחלופה של איש צוות, אובדן וכול. ההתנהגות המאתגרת יכולה גם להופיע כחלק ממצבים קליניים אחרים, כמו: דיכאון, מאניה, חרדה או פסיכוזה. ידוע גם, כי ישנן תסמונות גנטיות הקשורות להתנהגות מאתגרת, כמו: תסמונת לס-ניאן (Eddey, 2014) (Lesch-Nyan), הקשורה לפגיעה עצמית חמורה, או תסמונת פראדר-ווילי (Prader-Willi) הידועה כקשורה להתמכרויות (Soni, 2015).

2.5 אבחנה של פסיכופתולוגיה באוכלוסייה זו, כלי אבחון מותאמים:

כפי שראינו עד כה, על תהליך האבחון הפסיכיאטרי של הפרעות נפשיות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית לקחת בחשבון היבטים וגורמים רבים, ועל כן, יהיה לרוב מורכב וממושך יותר מן המקובל. הניסיון המקצועי מלמד, כי על תהליך אבחון פסיכיאטרי כזה לכלול איסוף מידע באמצעים שונים, על מנת לקבל תמונה מלאה, ככל שניתן. איסוף המידע יוכל לכלול שיחה עם המטופל, בחינת האינטראקציה שלו עם סביבתו בסיטואציה אבחונית, בדיקות רפואיות מקיפות, שישללו מקור גופני למצוקה, שיחות עם משפחה וגורמים טיפוליים וחינוכיים המלווים את המטופל, קבלת דיווח תפקודי בנוגע להתנהלות המטופל בשגרת היומיום וכן ביצוע תצפיות והתבוננות באינטראקציות שהוא מקיים בסביבתו הטבעית (כץ, 2007).

נוסף על ההכרח באבחון פסיכיאטרי מעמיק, ישנו גם צורך משמעותי בטיפול נפשי, אשר ינהל על-ידי איש מקצוע המומחה בתחום המוגבלות השכלית. בשיח שאנו מקיימות עם מטופלינו ובני משפחותיהם עולה, חדשות לבקרים, הצורך שלהם בטיפול רגשי מקצועי כזה, אשר ייתן מזרז לנפשם ויסייע בעיבוד סוגיות ייחודיות, עמן הם מתמודדים בחיי היומיום.

גם מחקר איכותני שנערך לאחרונה ע"י שחר (2020), אשר בחן נרטיבים של סיפורי חיים מפי מבוגרים עם אבחנה כפולה, העלה, כי רוב הנחקרים טרם הפנימו והשלימו עם קבוצת ההשתייכות שלהם, אינם ערים להיותם מתמודדים עם אבחנה כפולה ומצויים, כפועל יוצא, בתחושת בלבול. לדידה של שחר, ישנה חשיבות רבה לסייע להם לפתח קבלה עצמית ותפיסה ריאלית יותר של מאפייני מוגבלותם, זאת לצד העלאת תחושת המסוגלות שלהם ומידת האמונה במשאביהם האישיים. ממצא משמעותי זה מחזק את ההכרח לייצר מענים נגישים לאוכלוסיית האבחנה הכפולה, אשר יספקו להם טיפול נפשי ופסיכיאטרי מותאם ואיכותי. ממצא חשוב נוסף במחקר של שחר מתייחס לסוגיית איכות חייהם של אנשים עם אבחנה כפולה. המחקר מצא, כי הענקת סביבת חיים תומכת, השתתפות בפעילות פנאי מספקת, הקניית מיומנויות חברתיות ושיפור מיומנויות קוגניטיביות, עשויים לסייע לאנשים עם מוגבלות שכלית ונפשית להסתגל טוב יותר למגבלה ולשפר את איכות חייהם (שחר, 2020). ממצא זה מהווה המחשה חיה להשפעה המכרעת שישנה להדרכה של המשפחות והצוותים החינוכיים ומקצועות הבריאות, העובדים עם אנשים עם אבחנה כפולה, כך, שניתן יהיה להשפיע לטובה על רווחתם הנפשית ואיכות חייהם. טאגאר וחבריו (Taggart et al., 2007) טוענים, כי על מנת לטפל באופן יעיל ונכון במטופלים, אשר חוו חוויות חיים שליליות, יש לבנות תוכנית טיפולית, המשלבת בין אסטרטגיות טיפוליות, שירותים מקצועיים מיוחדים, חינוך ומעורבות חברתית.

בחינת הספרות התיאורטית בנושא אבחנה כפולה, מאפשרת ללמוד על מספר כלי אבחון, היעילים באבחנה וטיפול של אנשים עם מש"ה, אשר יכולים לשמש את אנשי הטיפול, בבואם לאבחן את מטופליהם עם אבחנה פסיכיאטרית, בנוסף לאבחנה עם מש"ה. כך, למשל, בסקירת ספרות של מאמרים, שבדקו כלים לאבחנה של חרדה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית, מצאו החוקרים, כי מבחן גלסגו להערכת חרדה – GAS – Mindham & Espie, 2003, הינו המתאים ביותר לדיווח עצמי, זאת לאור מאפיינים של עקיבות פנימית, מהימנות, רגישות וספציפיות (Hermans et al, 2011). במאמר בנושא כלים לאבחנה של דיכאון בקרב אנשים עם מש"ה, המליצו החוקרים על מבחן גלסגו להערכת דיכאון – GDS-LD – Depression Scale The Glasgow for people with a Learning Disability (Cuthill et al., 2003). מבחן להערכה של סכיזופרניה בקרב אנשים עם מש"ה הוא ה-DAS (ובשמו המלא – Disability

(Assessment Schedule), שחובר ב- 1982 ותוקף שוב ב-2011. במחקר תיקוף נמצא, כי כלי זה מראה עקיבות פנימית, מהימנות ותקפות (Holms et al, 1982; Tsakanikos et al, 2011).

כפי שראינו, אבחון של אנשים עם מוגבלות שכלית וגם עם אבחנה פסיכיאטרית, הינו מאתגר ומצריך שימוש בכלים יעילים המותאמים להנמכה או מוגבלות קוגניטיבית. עם זאת, גם בשימוש בכלים אבחוניים יעילים, פסיכיאטרים בישראל מדווחים, כי אינם מרגישים שיש להם הכשרה או ניסיון לאבחן או לטפל באוכלוסייה זו (סטבסקי, 2010). בשנת 2001 הגדיר ארגון הבריאות העולמי את המושג בריאות כמצב של רווחה פיסית, נפשית וחברתית שלמה, ולא רק כהעדר מחלה או מוגבלות. האגודה האמריקאית למוגבלויות שכליות והתפתחותיות (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) ממליצה, כי מערכות תמיכה ושירותי בריאות לאנשים עם מש"ה, יש לספק במסגרות קהילתיות מקובלות, וכי מערכות התמיכה בבריאות אמורות לסייע ליחידים לתפקד במסגרות קהילתיות מקובלות ותקניות. לדברי האגודה, מערכות התמיכה בבריאות בקהילה אמורות לספק לאנשים עם מוגבלות שכלית את אותם שירותי בריאות איכותיים ומערכות תמיכה, ששאר חברי הקהילה זוכים להם. בנוסף, נמצא, כי חוויות חיים שליליות מטופלות ביעילות אך ורק על ידי שילוב של אסטרטגיות טיפול, שירותים מקצועיים מיוחדים, חינוך ומעורבות חברתית (Taggart et al., 2007).

סקירת המחקרים, אשר נערכו ברחבי העולם בנושא זה, העלו מספר ממצאים. כך, לדוגמא, Tang וחבריה (2008) סוקרים את המענים הטיפוליים הקיימים לאוכלוסייה של אבחנה כפולה בקנדה, תוך סקירת המאפיינים והצרכים של מטופלים אלה. חוקרים אלה טוענים, כי מזה שנים רבות, המענים לאוכלוסייה של מש"ה ניתנים במסגרת הקהילה בלבד. על אף הרצון והנכונות לספק מענה טיפולי בתוך הקהילה, עדיין אין מרפאות מותאמות לאנשים עם מש"ה. חסר זה בא לידי ביטוי בעובדה שאין מספיק עבודה מערכתית, שיתופי פעולה בין גורמי טיפול, שיתוף פעולה בין משרדי הממשלה השונים, מעורבות בטיפול במשפחות ולא רק במטופלים עצמם ועוד. הכותבים מציינים, כי בכל "רשות" בקנדה, ישנו רק צוות טיפולי אחד, וגם הוא מטפל רק בילדים מעל גיל 14. העומס על יחידות אלה הוא גדול ולפיכך, המענה אינו מיטבי. בנוסף, השירותים הרפואיים בקהילה כוללים צוותים של מקצועות הבריאות, מקצועות הסיעוד ורפואת שיניים בלבד, ללא צוות של בריאות הנפש.

מחקר נוסף, שנערך ע"י (Constantino et al., 2020) בארה"ב, תומך אף הוא ברעיון, כי יש צורך באיגום ידע של עולם המוגבלויות ועולם הפסיכיאטריה. החוקרים טוענים, כי התערבויות מתקדמות של הפרעה פוסט-טראומטית, טיפול תרופתי ופסיכותרפיה – הוכחו כיעילות בעבודה טיפולית עם אנשים עם מש"ה, אך מענים אלה ניתנים במסגרות פסיכיאטריות בלבד. לכן, הדגישו חוקרים אלו, יש חשיבות רבה ליצירת מודל רב מקצועי, שיעבוד באופן מערכתי וישלב את תחום הידע הפסיכיאטרי, כולל טיפול נפשי, יחד עם מומחיות והכרות עם תחום המוגבלויות.

סקירה נוספת, אשר הוצגה ע"י (Quintero & Flick 2010), עוסקת אף היא בארה"ב. החוקרים הציגו מודל של עבודה בצוות רב מקצועי, הכולל פסיכיאטר, פסיכולוג, אחות מוסמכת ועו"ס, במסגרת תוכנית לטיפול פסיכיאטרי בבוגרים עם מש"ה. הנתונים המוצגים מצביעים על ירידה של כ-90% בשיעורי האשפוז בקרב המטופלים במערך זה.

עבודתנו עם משפחות של אנשים, המתמודדים עם אבחנה כפולה בישראל, מלמדת אותנו, כי קיים חסר גדול בנוגע למענים טיפוליים מתאימים עבור אוכלוסייה זו, ומשפחות ומטפלים באנשים עם מוגבלות שכלית מעידים על קשיים משמעותיים במציאת מרכזי טיפול הולמים ומותאמים לאנשים אלה. כך, לדוגמא, בישראל ישנם מרכזים או מרפאות מתמחים מועטים לאנשים הנמנים על אוכלוסיית האבחנה הכפולה, הממוקמים מרביתם במרכז הארץ. במצב זה, אדם עם מוגבלות שכלית וקושי נפשי, שאיננו מתגורר במרכז, יאלץ להתנייד זמן ממושך מאוד בנתיבי התחבורה, במטרה לקבל טיפול המותאם לצרכיו. בנוסף, אנו יודעות מניסיוננו, כי במקרה ונדרש אשפוז פסיכיאטרי של אדם עם אבחנה כפולה יהיה קשה לספק לו אותן, היות ואין במחלקות הפסיכיאטריות מיטות אשפוז מיוחדות עבור אוכלוסייה זו. להבנתנו, נובע הדבר, בין היתר, מרתיעה, היעדר ניסיון או חוסר ידע של אנשי המקצוע בתחום, לטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית.

3. דוגמא למודל עבודה בצוות רב מקצועי לאוכלוסייה של אבחנה כפולה

להלן נביא דוגמא לעבודת היחידה לאבחנה כפולה בבית איזי שפירא, בשיתוף עם המחלקה לרפואה פסיכולוגית בבית החולים שניידר. יחידה זו הוקמה במטרה לפתח שירות אמבולטורי של יחידה קהילתית, המתמחה בטיפול בילדים ומבוגרים עם אבחנה כפולה. חזון היחידה הוא, שלכל אדם

עם מוגבלות שכלית ובעיה פסיכיאטרית או נפשית, תהיה נגישות לשירותי אבחון וטיפול מותאמים ובסטנדרטים גבוהים. מטרת היחידה היא שיפור איכות החיים של אנשים עם אבחנה כפולה ושל משפחותיהם, תוך שאיפה למיצוי של השתלבות האדם בכל תחומי החיים.

להבנתנו, החשיבות של יחידות טיפוליות מתמחות בתחום זה נובעת ממספר סיבות: ראשית, בהיעדר ידע וטיפול מותאם, חלק מהאנשים עם אבחנה כפולה מקבל טיפול תרופתי לא הולם. בנוסף, לעיתים, טיפול לא מותאם יכול להביא למצבי קיצון, בהם האדם הופך לסכנה עבור עצמו או עבור האחרים. סיבות נוספות: בשל הקושי להתמודד עם בעיות ההתנהגות של אוכלוסייה זו ובהיעדר טיפול מתאים, הופכים המטופלים לפגיעים יותר להזנחה והתעללות. משפחות, בהן גדל וחי ילד או מבוגר עם אבחנה כפולה, זקוקות לכתובת, אשר תספק להם תמיכה, ייעוץ וליווי בכל הקשור להתמודדות עם ההתנהגויות והמצבים הרגשיים הנובעים ממצבו המיוחד של האדם. ולבסוף – אנשי מקצוע בקהילה, המשמשים כמטפלים עיקריים ו/או משניים בילד או באדם עם האבחנה הכפולה, נותרים גם הם במצבי מצוקה, היות וגם הם חסרים כתובת מייעצת ומטפלת, בה הם יכולים להיעזר.

3.1 מודל העבודה:

היחידה עובדת בגישה ביו-פסיכו-סוציאלית. זו גישה יעילה והכרחית בפסיכיאטריה בכלל ובעבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית בפרט. היא עוזרת גם בהערכה וגם בניהול התיק הרפואי. גישה זו עוזרת להעריך מהי תרומתם של הגורמים הביולוגיים, הפסיכולוגיים ו/או החברתיים, התורמים לתמונה הקלינית אותה אנו רואים. גורמים ביולוגיים, אותם יש לקחת בחשבון, כוללים: בעיות בריאותיות, הן מצבים חדשים והן מצבים כרוניים (לדוגמא: זיהומים, בעיות שמיעה וראייה, בעיות שיניים, וגם אפילפסיה ומחלות הורמונליות). גורמים פסיכולוגיים יכולים לכלול אובדן ושכול ונושאים הנוגעים למעבר (לדוגמא: מעבר מבית הספר לשירותי רווחה למבוגרים). גורמים חברתיים יכולים לכלול היעדר מסגרות תעסוקה או דיור מתאימות. הגישה הביו-פסיכו-סוציאלית יעילה מאד בעבודה של צוות רב מקצועי, וכך, חברי הצוות יכולים להתמקד בהיבטים השונים של התוכנית הטיפולית. לגישה זו יש יתרון מובנה בכך שניתנת הכרה לשלושת התחומים באותה מסגרת טיפולית. מתוך תפיסה זו צוות היחידה מונה 6 אנשי צוות מדיסיפלינות שונות: פסיכיאטר, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מנתח התנהגות,

מרפא בעיסוק, מטפל משפחתי. כל איש צוות תורם מהידע המקצועי שלו, נתרם מהידע המקצוע של עמיתיו, ויחד מתקבלת תמונה רחבה ומורכבת יותר של הסבר למצבו של האדם.

3.2 טיפול תרופתי:

כפי שציינו, ניתן לראות את כל מצבי בריאות הנפש גם אצל אנשים עם מש"ה, ולכן, לעיתים קרובות, חלק מהתוכנית הטיפולית של אנשים עם אבחנה כפולה כוללת גם טיפול תרופתי. הטיפול התרופתי לאנשים עם אבחנה כפולה, עושה שימוש במגוון התרופות שניתנות לכלל האוכלוסייה. לדוגמא: תרופות מסוג SSRI עבור מצבי דיכאון או חרדה, ותרופות אנטי פסיכוטיות למצבים פסיכוטיים.

עם זאת, כאשר ממליצים על תרופות פסיכיאטריות לאנשים עם מוגבלות שכלית, יש לקחת בחשבון מספר שיקולים, כיון שאוכלוסייה זו עלולה להיות רגישה יותר לתרופות פסיכיאטריות. לכן, ההמלצה היא להתחיל במינון נמוך, ובמידה ויש צורך להגדיל את המינון, ויש לעשות זאת לאט ("start low, go slow"). לעיתים, אנשים עם מש"ה עשויים להזדקק למינונים נמוכים מאוד של תרופות פסיכיאטריות כדי לראות השפעה.

כאשר מדובר בהתנהגות מאתגרת, אין מדובר באבחון פסיכיאטרי, ולפיכך, הטיפול חייב להתמקד בגורם ההתנהגותי. במקרים אלה – התערבות התנהגותית היא קו הטיפול הראשון. במקרים בהם התערבות פסיכולוגית, התנהגותית או בריאותית, לא הביאו לשינוי המיוחל, או במקרים בהם הסיכון לאדם או לסביבתו הוא חמור – ניתן לשקול טיפול אנטי-פסיכוטי (לצד ההתערבות הפסיכולוגית/התנהגותית) (National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2015)). ההמלצה היא להתחיל במינון נמוך של תרופות אנטי-פסיכוטיות, להשתמש במינון המינימלי ולעקוב אחר תופעות הלוואי. כמו כן, מומלץ ליטול תרופה אחת בלבד, ולהפסיק את הטיפול התרופתי במידה ואין כל אינדיקציה לשיפור.

כאשר נותנים תרופות פסיכיאטריות לאנשים עם מש"ה, מומלץ להיות במעקב תרופתי באופן סדיר וקבוע. במידה ואין אינדיקציה לשיפור, או במידה ונצפות תופעות לוואי – יש לשקול הפחתה או הפסקה של הטיפול התרופתי.

3.3 עקרונות העבודה העיקריים:

- **ראייה מערכתית** – בשל המורכבות של אוכלוסיית האנשים עם אבחנה כפולה, לא מספיק להתייחס למטופל עצמו, אלא יש להתבונן בכל מעגלי חייו: משפחה, צוות חינוכי/תעסוקה נתמכת, מסגרות דיוך, גורמים טיפוליים ורפואיים, גורמי רווחה או כל גורם רלוונטי אחר.
- **שותפות עם משפחה וגורמים בקהילה** – בהמשך לראייה המערכתית, קיימת שותפות של כל הגורמים הרלוונטיים בטיפול עצמו. שותפות זו תבוא לידי ביטוי בכל שלבי ההתערבות, החל משלב האינטייק והאבחנה, המשך בשלב הטיפול וכלה בשלב סגירת התיק והמלצות להמשך.
- **עבודה של צוות רב מקצועי** – אבחנה כפולה, מעצם הגדרתה מתייחסת לשני תחומי ידע לפחות – בריאות הנפש ומוגבלויות התפתחותיות. לכן יש צורך בהתבוננות רב מקצועית, בה כל חבר צוות תורם את זווית הראייה הייחודית של תחום התמחותו. הצוות פועל ולומד יחד, על מנת ליצור תמונה אינטגרטיבית של האדם וצרכיו.
- **התערבות לזמן קצר והמלצות לטווח ארוך** – בשל מאפייני האוכלוסייה, הנחת המוצא היא, כי לא ניתן לשנות את מהות הבעיה, אלא את ההתמודדות עימה. לכן, ההתערבות ביחידה היא לזמן קצר ומטרתה להעריך את תפקוד האדם, לספק התערבות באופן ממוקד, ותוך הגבלת זמן, ולגבש המלצות לטווח ארוך, שמכוונות להחזיר את הטיפול לגורמים המטפלים באדם בקהילה.
- **גישה של פיתוח יכולות (capacity building)** – בהמשך להסבר שהוצג לעיל, פיתוח היכולות של הגורמים המטפלים באדם, מרחיב את היכולת להתמודד עם המורכבות של האבחנה הכפולה בתוך מערכות חייו.

4. תום ומיכל – תיאורי מקרה

4.1 תום:

עם הגיעו לטיפול ביחידה, פנה תום, בהמלצתנו, לרופא המשפחה שלו לבדיקה גופנית. בנוסף, הוא הופנה לבדיקות דם וא.ק.ג., וראייתו, שמיעתו ומצב שיניו – נבדקו אף הם. כל הבדיקות הפיזיות היו תקינות. מטרת בדיקות אלה היא לשלול אפשרות של מצוקה עקב כאב, או אי נחת ממקור פיסי. היכולת המילולית של תום מוגבלת למדי, והצוות סיפר לנו, שהוא לא נוהג לשתף אותם כאשר הוא חולה או שרוי בכאבים. במשך השנים,

פגשנו, לעיתים, מטופלים שהגיעו עם שינוי מהותי בהתנהגותם, שינוי שגרר ניסיונות הרגעה וריסון תרופתיים או התנהגותיים, עד שלבסוף התברר, שמקור התוקפנות היה גופני. וכך, בשלב הראשון של העמקת הברור, ביקשנו מצוות ההוסטל שתום יעבור את סוללת הבדיקות הנ"ל.

עו"ס היחידה נפגשה עם צוות ההוסטל ועם בן הדוד לשני מפגשי אינטייק. חשיבות מפגש האינטייק הוא לשמוע על ההיסטוריה הרפואית של תום, אך גם על סיפור חייו. הוריו של תום אינם בחיים, וצוות ההוסטל מכיר אותו הכרות של מספר שנים. בן הדוד סיפר לנו על ילדותם המשותפת, על הוריו של תום, מהם הוא התייתם בגיל צעיר, ועל מהלך חייו לאחר מכן. הצוות הרב מקצועי של היחידה פגש את תום למפגש הערכה. תום הגיע עם מנהל ההוסטל החדש ועו"ס מערך הדיוור. במפגש זה תום שיתף פעולה כמיטב יכולתו. הוא ממעט לספר על עצמו, ומביע את עצמו בעזרת לוח התקשורת. הוא הביע את הסכמתו להישאר עם הצוות לשיחה, כאשר ביקשנו את רשותו ליציאתם של אנשי הצוות. שבוע לאחר מכן, פסיכולוגית היחידה נסעה להוסטל, עשתה תצפית על התנהלותו שם, ושוחחה עם המדריך ומנהל ההוסטל. מתוך אלה היה נראה, שתום עצבני יותר בשעות הלילה, כאשר עולה הסיכוי שיגיע איש צוות חדש ולא מוכר. צוות ההוסטל הדגיש שוב ושוב שתום מעולם לא היה תוקפני. לאור כל המידע שהצטבר, צוות היחידה לא מצא עדות לפסיכופתולוגיה. שיערנו, שהשינויים בחייו של תום, שכללו החלפת מנהל ההוסטל והעובדה שהוא אינו יכול ללכת למרכז היום או לפגוש את בן דודו האהוב – מקשים עליו מאד, והפכו למקור לתסכול. מנתח ההתנהגות של היחידה, בשיתוף עם צוות ההוסטל, עבדו על תוכנית ניתוח התנהגות שנועדה להפחית את ההתנהגות המאתגרת. בנוסף, עבד הצוות עם קלינאית התקשורת, במטרה לעדכן את לוח התקשורת של תום, ויחד הם בנו "סיפור חברתי", שיעזור לתום להבין טוב יותר את השינויים שחלו לאחרונה בחייו. בתחילת התהליך צוות ההוסטל שאל שוב ושוב את הפסיכיאטרית, האם כדאי לתת תרופות שירגיעו את תום וימתנו את תגובותיו הקשות, וזאת לאחר שאחת המדריכות איימה בעזיבת ההוסטל לאחר אחת ההתפרצויות של תום. נערכו מספר שיחות עם מנהל ההוסטל, שהבין את עמדת הפסיכיאטרית לא להשתמש בטיפול תרופתי כ"קו ראשון". מאידך, צוות היחידה היה אמפטי לקושי של המדריכים לעמוד לבד במשמרת לילה מול התפרצות, שעלולה להפוך לפגיעה אמיתית באיש הצוות. אנו מודעים לכך, שמאד קשה להכיל אדם עם התנהגות אלימה והתפרצויות, ומניסיוננו – כאשר אדם כזה נפלט ממערכת דיוור המיועדת

לאנשים עם מש"ה – אין לו לאן לפנות. הן צוות ההוסטל והן צוות היחידה עשו מאמצים גדולים להימנע מאפשרות כזו.

לאחר מספר חודשים תדירות ההתפרצויות פחתה באופן משמעותי. צוות ההוסטל שינה מעט את מערך הצוות, והייתה השתדלות גדולה לשמור על מצבת המדריכים בשעות הלילה, על מנת למנוע תחלופה, שמעוררת עצבנות אצל תום. בנוסף, בימים בהם בן דודו לא הצליח להגיע לביקור, נמצא תחליף מקוון למפגש זה.

4.2 מיכל:

כאשר פנתה אמה של מיכל אל רופא המשפחה המטפל, ערך האחרון בדיקה גופנית למיכל, נוסף על בדיקות דם ובדיקת א.ק.ג. לשמחתו ולהקלתו גילה הרופא, כי תפקוד בלוטת התריס של מיכל היה תקין. חשוב לציין, כי, לעיתים קרובות, סובלים מטופלינו, המאובחנים עם תסמונת דאון, מהפרעות בתפקוד הבלוטה. לאור הניסיון להבין, האם מיכל מתמודדת עם קושי בתחום הפסיכיאטרי, הפנה הרופא המטפל את מיכל ליחידתנו. עם תחילת התהליך ביחידתנו, שוחחה הפסיכיאטרית עם מיכל ואמה וכן סקרה את תוצאות הבדיקות הגופניות שביצעה. בנוסף, יצרה עו"ס היחידה קשר עם מנצח המקהלה, אשר סיפר לה, כי בתקופה האחרונה מיכל איננה מביעה עניין בשירה כבעבר, ושבאחת הפגישות האחרונות נכנסה לשירותים ובכתה במשך רוב החזרה.

לאחר תהליך הערכה שכלל אינטייק, מפגש הערכה של הצוות הרב מקצועי וביקור בית בביתן של מיכל ואמה, התקשה הצוות להכריע, האם מדובר באפיזודה דיכאונית עמה מתמודדת מיכל, או דווקא בתחילתו של תהליך דמנטי. זאת, לאור הידיעה, כי אנשים המאובחנים עם תסמונת דאון מצויים בסיכון גבוה יותר לדמנציה ואלצהיימר ביחס לאוכלוסייה הכללית, החל מגילאים צעירים יחסית. אנו מודעים לכך, שקשה להבדיל בין דיכאון לדמנציה, במיוחד לאור העובדה שסימנים של אדישות, הצטמצמות ונסיגה, שנראים בדיכאון – עלולים לגרום להפחתה בתפקוד הקוגניטיבי. דבר זה מכונה לעיתים קרובות "פסאודודמנציה". לפיכך, נדרשנו לבצע אבחנה מبدלת, כך שנוכל להתוות טיפול נפשי ותרופתי מתאים. בשל הלכות הקוגניטיביות הקיימת מלכתחילה, היה עלינו לבחון, האם בתקופה האחרונה, בה נצפתה התנהגות מסתגרת וכן בכי מרובה, הופיעה גם ירידה ניכרת ביכולת הקוגניטיבית אל מול זו הרגילה – baseline. מפגישות שקיימנו עם אמה של מיכל והן עם מיכל עצמה ניתן היה להבין, כי יכולתה

הקוגניטיבית לא נפגמה באופן משמעותי, וכי, בעיקר, ניתן היה לזהות את העצב שחשה וכן את היעדר המוטיבציה לקחת חלק בפעילויות, מהן נהנתה בעבר. הנחתנו הייתה, כי עם טיפול תרופתי אנטי דיכאוני מתאים ובליויי טיפול נפשי ממוקד, ניתן יהיה לחולל שינוי במצב רוחה הירוד של מיכל. מיכל אובחנה, אם כן, עם אפיזודה דיכאונית, והחלה בנטילת טיפול תרופתי במינון נמוך של תרופה ממשפחת ה-SSRI. במקביל לכך, פגשה מיכל את פסיכולוגית היחידה לטיפול רגשי פרטני אחת לשבוע. מיכל יצרה קשר טוב עם המטפלת, הגיעה בקביעות למפגשים ובמהלכם שיתפה באופן שובה לב במחשבותיה ורגשותיה. כך, לדוגמה, שיתפה מיכל את המטפלת בקנאה שחשה כלפי אחותה הצעירה, אשר עמדה ללדת תינוק, סיפרה על רצונה לעבוד במקום עבודה המתאים לכישוריה וכן דיברה על דאגתה לאמה ההולכת ומזדקנת.

לאחר מספר חודשי טיפול נראה היה, כי מצבה של מיכל משתפר. מצב רוחה היה טוב יותר והיא ניאותה בהדרגה לחזור ולקחת חלק בפגישות המקהלה. הפסיכיאטרית, בתגובה, קיבלה החלטה מושכלת בנוגע להפחתת איטיות והדרגתיות של הטיפול התרופתי, עד להפסקתו המלאה. בתום הטיפול נשארה מיכל במעקב במרפאה, לאור רצונה של הפסיכיאטרית המטפלת לעקוב אחר תפקודה הקוגניטיבי.

5. סיכום

בפרק זה נעשה ניסיון לסקור את התפתחות ההכרה של אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש בפסיכופתולוגיה בקרב אנשים עם מש"ה, תוך התייחסות לסיבות לריבוי הפרעות הפסיכיאטריות בקרב אוכלוסייה זו ולאתגרים הכרוכים בטיפול באנשים עם אבחנה כפולה. על מנת להדגים את העקרונות המוצעים, הוצגה עבודת היחידה לאבחנה כפולה בבית איזי שפירא, העובדת במודל מערכתית המותאם לטיפול בילדים ובוגרים עם מש"ה, המתמודדים עם הפרעה פסיכיאטרית. עבודה זו הומחשה באמצעות תיאורי מקרה של שניים ממטופלי היחידה. אלה אפשרו לשפוך אור על הגישה הטיפולית, הרואה במתן מענה רב מקצועי, הנוגע בכול מעטפות חייו של המטופל, את הדרך המיטבית לטיפול בפסיכופתולוגיה של אנשים עם מש"ה.

בנקודת הזמן הזו, לאחר שנים של עבודה עם מטופלים עם אבחנה כפולה, בני משפחותיהם והצוותים המטפלים בהם, אנו רואים חשיבות רבה בהקמתן של יחידות טיפוליות מותאמות ומונגשות לאוכלוסייה מיוחדת זו.

בנוסף, אנו רואים חשיבות בשינוי מדיניות, על מנת להכיר ביחידות אלה, או דומות להן, כחלק מסל השירותים בתחום בריאות הנפש. הפניות ליחידה מגיעות מכל קצווי המדינה, ואנו רואים חשיבות גדולה בהקמתן של יחידות נוספות בישראל, שיהיו מיועדות לעבודה מותאמת ומונגשת לאוכלוסייה מיוחדת זו. בנוסף, אנו רואים חשיבות גדולה במחקרים הבודקים השפעת טיפול תרופתי ותופעות לוואי באוכלוסיית זו, וכן מחקרים הבודקים את השפעתם של טיפולים נוספים (כגון, פסיכותרפיה) באוכלוסייה זו. גם מחקר איכותני יוכל לשפוך אור נוסף על החוויה של אנשים עם מוגבלות שכלית, ועל יכולתם ליהנות מפסיכותרפיה.

A Multi-System Approach to Treating People with Dual Diagnosis (Intellectual Disability and Psychopathology)

**Shafi Mashiach, Adi Dwek-Bonar and
Amanda Sinai**

Abstract

Dual diagnosis is a term used in mental health to describe when a person is affected by two conditions at the same time. In this context, we use the term dual diagnosis to describe a diagnosis of intellectual disability as well as a mental health disorder and/or emotional or behavioral difficulties.

Until a few decades ago, the general thought prevalent amongst psychiatrists and psychologists had been that people with intellectual disability were “immune” to mental health disorders. However, nowadays, there is a large amount of evidence to show that children and adults with intellectual disabilities have higher rates of mental health problems when compared to the general population.

In this chapter, we will review the development of professionals’ attitudes towards psychopathology in people with intellectual disabilities and we will discuss potential reasons for high rates of psychiatric disorders in this population. We will also discuss the challenges in management of dual diagnosis in

this population and we propose a multi-disciplinary approach to treatment in this population. We describe our work in the dual diagnosis unit at Beit Issie Shapiro through two case studies, which help highlight the multi-disciplinary approach; an approach which encompasses all aspects of the individual's life.

مفهوم متعدد الأنظمة حول علاج الأشخاص ذوي التشخيص المزدوج (محدودية ذهنية تطويرية وعلم نفس الامراض)

شيفي مشياح, عادي دفيك-بونر, د.اماندا سيبي, الوحدة
للتشخيص المزدوج, بيت ايزي شيبيرا

الملخص

تشخيص مزدوج هو مصطلح من عالم الطب النفسي الذي يصف شخص يعاني من اضطرابين (مرضين) في نفس الوقت. يدور الحديث حول تشخيص محدودية ذهنية تطويرية مصاحب مع تشخيص اضطراب نفسي, صعوبات عاطفية او سلوكية. حتى سنوات قليلة ماضية, ساد الاعتقاد لدى الأطباء النفسيين والاختصاصيين النفسيين, ان الأشخاص ذوي المحدودية الذهنية التطورية «محصنين» من الاضطرابات النفسية. لكن في يومنا هذا هنالك موافقه لدى المهنيين الذي يعملون في المجال بوجود اضطرابات نفسية لدى الأطفال والبالغين ذوي المحدودية الذهنية التطورية بنسبة عالية. سوف نستعرض في هذا الفصل تطور مواقف المهنيين تجاه علم النفس المرضي لدى الأشخاص ذوي المحدودية الذهنية التطورية, سوف نذكر أسباب انتشار الاضطرابات النفسية لدى هذه الفئة, سنقوم بوصف التحديات في علاج ورعاية الأشخاص ذوي التشخيص المزدوج ونقترح نهج متعدد الأنظمة لعلاج ورعاية تم ملائمتها لهؤلاء الأولاد والبالغين, مثل النهج الذي يطبق في وحدة التشخيص المزدوج في بيت ايزي شيبيرا.

سيتم توضيح عمل الفريق المهني في الوحدة من خلال وصفي حالة. سيسمح ذلك بتسليط الضوء على النهج العلاجي الذي يرى ان توفير استجابة متعددة المهنيين تلامس جميع مظاهر حياة المريض, وهي أفضل طريقة لعلاج الاضطرابات النفسية للأشخاص ذوي المحدودية الذهنية التطورية.

ביבליוגרפיה

- האגף לבריאות הנפש (ללא תאריך). תחלואה כפולה. משרד הבריאות.
<https://www.health.gov.il/Subjects/addictions/Multiple/Pages/default.aspx>
- ורנר, ש. והוזמי, ב. (2015). כיצד תופסים עובדים סוציאליים את הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית ועם מחלה פסיכיאטרית. *חברה ורווחה, לה(1), 93-112*.
- כץ, נ. (2007). פיגור ותחלואה נפשית. *מדיסין פסיכיאטריה, 5, 28-31*.
- משיח, ש. (2016). אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית והפרעה נפשית. מאגר הידע בית איזי שפירא. <https://tinyurl.com/ye526hez>
- סטבסקי, מ. (2010). פסיכופתולוגיה על רקע של נכות שכלית. בתוך: אפרט, א., י. הטב, ויצמן, א. וטיאנו, ש. (עורכים). *פסיכיאטריה של הילד והמתבגר*. דיונון.
- פלורנטין, ד. וקריבוי, א. (2010). פסיכזזה. https://www.clalit.co.il/he/medical/medical_diagnosis/Pages/psychosis.aspx
- שחר, א. (2020). נרטיבים של סיפורי חיים מפי מבוגרים עם אבחנה כפולה של מוגבלות שכלית והפרעות נפשיות: זהות אישית, איכות חיים ואוריינטציות עתיד. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, אוניברסיטת בר אילן.
- קדרי, מ. ושירי, ש. (2015). סקירת ספרות בנושא אבחון אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית: הגדרה, הליכי אבחון וכלי הערכה פסיכולוגיים, תהליכים וכלים לאבחון תחלואה כפולה. משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- רוט, ד. (2020). דוח מסכם בנושא רווחה נפשית של אנשים עם מוגבלות בקרב בכירים מתחומי הבריאות והרווחה בארץ. מחלקת מחקר והערכה, בית איזי שפירא.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bernard S., Turk J. (2009). *Developing Mental Health Services for Children and Adolescents with Learning Disabilities*. RCPsych Publications in collaboration with the National CAMHS Support Service
- Buelow, J.M., Austin, J.K., Dunn, D.W. and Fastenau, P.S. (2003). Behaviour and mental health problems in children with epilepsy and low IQ. *Developmental Medicine & Child Neurology, 45*, 683-692. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2003.tb00871.x>
- Charlot, L., & Beasley, J. B. (2013). Intellectual disabilities and mental health: United States – based research. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 6(2)*, 74105
- Constantino J. N., Strom, S., Bunis. M., Nadler, C., Rodgers, T., LePage, J., Cahalan, C., Strockreef, A., Evans, L., Jones, R. & Wilson, A. (2020). *Current Psychiatry Reports, 22(2)*:9. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1127-8>.
- Cuthill, F.M., Espie, C.A., & Cooper, S.A. (2003). *Development and psychometric properties of the Glasgow Depression Scale for people with a learning disability. Individual and carer supplement versions. British Journal of Psychiatry, 182*, 53-347

- Day, K., and A. Dosen. (2002). Recent developments in mental health and mental retardation. *Advances in psychiatry*, 91-97.
- Deb, S., Thomas, M., & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(6), 495-505
- Dekker, M. C., Koot, H. M., Ende, J. V., & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1087-1098
- Eddey, G. E. (2014). Lesch-Nyhan Syndrome. *The Society for the Study of Behavioral Phenotypes (SSBP)*. <https://www.ssbp.org.uk/wp-content/uploads/2019/03/Lesch-Nyhan-Syndrome.pdf>
- Emerson, E. & Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *British Journal Psychiatry*, 191, 493 – 499
- Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M. (Eds.). (2007). Diagnostic Manual – Intellectual Disability (DM-ID): *A Textbook of Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. NADD Press.
- Hemmings, C., Deb, S., Chaplin, E., Hardy, S., & Mukherjee, R. (2013). Review of research for people with ID and mental health problems: A view from the United Kingdom. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6(2), 127-158
- Hermans, H., Van der Pas, F.H., & Evenhuis, H.M. (2011). Instruments assessing anxiety in adults with intellectual disabilities: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 861–870
- Holmes, N., Shah, A., & Wing, L. (1982). The Disability Assessment Schedule: A brief screening device for use with the mentally retarded. *Psychological Medicine*, 12, 879–890.
- Johnson R, Balleny H. (1996). Behaviour problems after brain injury: incidence and need for treatment. *Clinical Rehabilitation*;10(2), 173-180.
doi:10.1177/026921559601000215
- Linna, S. L., Moilanen, I., Ebeling, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T., & Almqvist, F. (1999). Psychiatric symptoms in children with intellectual disability. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 77-82.
- Maulik, Pallab & Mascarenhas, Maya & Mathers, Colin & Dua, Tarun & Saxena, Shekhar. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in developmental disabilities*,32, 419-36.
- Mazza, M. G., Rossetti, A., Crespi, G., & Clerici, M. (2020). Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(2), 126-138.

- Mindham, J., & Espie, C.A. (2003). Glasgow Anxiety Scale for people with an Intellectual Disability (GAS-ID): Development and psychometric properties of a new measure for use with people with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 22–30.
- Morad M, Kandel I, Merrick J. (2009). Mental health services for people with intellectual disability in residential care in Israel. Trends for 1998-2006. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 21(1), 127-130. doi: 10.1515/ijamh.2009.21.1.127
- Murphy KC, Jones LA, Owen MJ. (1999). High Rates of Schizophrenia in Adults with Velo-Cardio-Facial Syndrome. *Arch Gen Psychiatry*, 56(10), 940–945. doi:10.1001/archpsyc.56.10.940
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2015). *Challenging Behavior and Learning Disabilities: Prevention and Interventions for People with Learning Disabilities Whose Behavior Challenges*. National Institute for Health and Care Excellence (UK). <https://tinyurl.com/yehw83v3>
- Quintero, M. & Flick, S. (2010). Co – Occurring Mental I and Developmental Disabilities. *Social Work Today* 10(5). 5 -6.
- Reiss, S., Levitan, G. W., & Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86(6), 567–574.
- Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J (2005). A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Med* 2(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141>
- Schalock R.I., Buntinkx W., Brothwick-Duffy S., Luckasson R., Snell M., Tasse M. J., Wehmeyer M. (2007). *Users Guide - Mental Retardation: definition, classification and System Support*. AAIDD.
- Sheehan R, Hassiotis A, Walters K, Osborn D, Strydom A, Horsfall L et al. (2015). *Mental Illness, Challenging Behaviour, and Psychotropic Drug Prescribing in People with Intellectual Disability: UK Population Based Cohort Study* *BMJ*,351. doi:10.1136/bmj.h4326
- Sinai A., Tenenbaum A., Aspler S., Lotan M., Morad, M. & Merrick, J. (2013). Challenging behaviour and related factors in people with intellectual disability living in residential care centers in Israel. *Frontiers in Public Health*, 1, doi: 10.3389/fpubh.2013.00013
- Smiley, E. (2005). Epidemiology of mental health problems in adults with learning disability: an update *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(3), 214 – 222. doi: <https://doi.org/10.1192/apt.11.3.214>
- Soni, S. (2015). Prader-Willi Syndrome (PWS). *The Society for the Study of Behavioral Phenotypes*. SSBP. <https://www.ssbp.org.uk/wp-content/uploads/2019/03/Prader-Willi-Syndrome.pdf>

- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & McFarlane, C. (2007). Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health & social care in the community, 15(4)*, 360 - 368.
- Tang, B., Byrne, C., Friedlander, R., McKibbin, D., Riley, M. & Thibeault, A. The other dual diagnosis: Developmental disability and mental health disorders. *BC Medical Journal, 50(6)*, 319 – 324.
- Torr, J. (2013). Intellectual disability and mental ill health: A view of Australian research. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 6(2)*, 159-178
- Tsakanikos, E., Underwood, L., Sturmey, P., Bouras, N., & McCarthy, J. (2011). Psychometric properties of the Disability Assessment Schedule (DAS) for behaviour problems: An independent investigation. *Research in Developmental Disabilities, 32*, 653–658.
- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Annals of family medicine, 7(4)*, 357–363. <https://doi.org/10.1370/afm.983>
- Werner, S., & Stawski, M. (2012). Mental health: Knowledge, attitudes and training of professionals on dual diagnosis of intellectual disability and psychiatric disorder. *Journal of Intellectual Disability Research, 56(3)*, 291-304.
- Werner S., Stawski, M., Polakiewicz, Y. & Levav, I. (2013). Psychiatrists' knowledge, training and attitudes regarding the care of individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 57(8)*, 774-782.
- World Health Organization (2020). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>

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

אודות קרן שלם

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

Intellectual Developmental Disorders Theory, research and implications

Michal Al-Yagon | Malka Margalit

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

About Shalem Foundation

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

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



מאפשרת · מחברת · אחרת

איכות חיים לאדם עם מוגבלות
שכלית התפתחותית ברשויות המקומיות