



**מדינת ישראל**

**משרד הרווחה והשירותים החברתיים**  
אגף בכיר למחקר, אגף לטיפול באדם עם  
תכנון והכשרה מוגבלות שכלית התפתחותית

## **סקירת ספרות בנושא אבחון אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית:**

**הגדרה, הליכי אבחון וכלי  
הערכה פסיכולוגיים, תהליכים  
וכלים לאבחון תחלואה כפולה**

**גב' מיכל קדרי וד"ר שמעון שירי**



מסמך זה אינו מבטא את עמדתו הרשמית  
של משרד הרווחה והשירותים החברתיים

מסמך זה וכן מסמכי מדיניות נוספים נמצאים  
באתר [www.molsa.gov.il](http://www.molsa.gov.il) << אודות <<  
תכנון ומדיניות רווחה << סקירות וניירות עמדה

ירושלים, סיוון תשע"ה, מאי 2015

**סדרת מסמכים בעריכת:**

ד"ר דליה ניסים

מנהלת תחום תכנון מדיניות

אגף מחקר, תכנון והכשרה

משרד הרווחה והשירותים החברתיים

**עריכת לשון:**

איילת הרינג

**עיצוב:**

הילה מייזלס

**הבאה לדפוס:**

לאה כהן

## פתח דבר

לפני למעלה מארבעה עשורים הגדיר המחוקק הישראלי מהי מוגבלות שכלית התפתחותית. המרכיבים המרכזיים המופיעים בהגדרה הוותיקה, תקפים גם היום ועולים בקנה אחד עם ההגדרות המקובלות בעולם. החוק הישראלי משנת 1969, מספק הגדרה ואף קובע דרכים לקבלת החלטות לגבי אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית, ובזכותו הוקמו ועדות אבחון שתפקידן לקבל החלטה בדבר קיום/אי קיום מוגבלות שכלית התפתחותית אצל האדם ודרכי טיפול מתאימות. בנוסף, פותחה מערכת אבחון בפריסה ארצית המקיימת את תהליכי ההערכה והאבחון על מנת לאפשר לוועדת אבחון לקבל את החלטותיה בצורה מקצועית ומותאמת עבור כל אדם ואדם.

בשנים האחרונות עברו תהליכי האבחון המקובלים במרכזי אבחון שינויים רבים, חלקם בעקבות ההתפתחויות המקצועיות בארץ ובעולם וחלקם מתוך רצון לשפר את השירות באופן מתמיד ומתוך שאיפה לאפשר שקיפות ונגישות ללקוחות.

במסגרת הלמידה וההתמקצעות המתמשכים אותם מקיים האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית בשנים האחרונות, מצאנו לנכון להעמיק את הידע בשני הנושאים המאוגדים בחוברת זו: כלים ותהליכים לאבחון מוגבלות שכלית התפתחותית בעולם ואבחנה מבודלת. הידע בנושאים אלה עובר עדכון ושינוי בשנים האחרונות. השינוי קשור בתהליכים נרחבים ביחס לאנשים עם מוגבלות שכלית ומשקף בין השאר את המעבר מגישה רפואית לגישה אקולוגית.

בחלק הראשון יוצגו ההגדרות המקובלות במקומות שונים בעולם, מה הם הגורמים אשר עשויים להשפיע על ההערכה של אינטליגנציה אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ומה הם המאפיינים של המבחנים הפסיכולוגיים המשמשים לרוב באבחונים מסוג זה.

בחלק השני תוכלו להתרשם מהידע המחקרי הרלוונטי והעדכני ביותר בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית ומוגבלויות נלוות. המסמך מתייחס גם לתחלואה הנפשית הנלווית למוגבלות שכלית התפתחותית וסוקר כלים ייחודיים שמאפשרים אבחנה מבודלת בינה לבין התסמונות הנפשיות העיקריות הנלוויות אליה.

הידע הנרחב והתובנות המופיעות בסקירת הספרות על שני חלקיה מלוות וילוו אותנו בתהליכי התמקצעות של כלל המערכות העוסקות באבחון מוגבלות שכלית התפתחותית וקבלת החלטות הנמצאות באחריות המשרד.

בהזדמנות זו אני מבקש להודות לד"ר דליה נסים- מנהלת תחום תכנון מדיניות באגף  
תכנון מחקר והכשרה שבמשרד, אשר סייעה רבות בתהליכי אישור החומרים ועריכתם.  
אנו מקווים כי תמצאו עניין בחומר המוגש כאן.

בברכה,



מארק שמיס

מנהל המחלקה לאבחון, קדום והשמה  
האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית

## סקירת ספרות

### אבחון אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

חלק א': הגדרת המוגבלות השכלית, הליכי האבחון וכלי ההערכה הפסיכולוגיים.  
גב' מיכל קדרי, פסיכולוגית שיקומית בכירה, מדריכה.

חלק ב': תהליכים וכלים לאבחון אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ועם  
תחלואה כפולה.

ד"ר שמעון שירי, פסיכולוג מומחה שיקומי ורפואי, המחלקה לשיקום  
פיסיקלי הדסה הר-הצופים והמרכז לשיקום מקצועי - תלפיות, ירושלים.



**א. הגדרת המוגבלות השכלית, הליכי האבחון וכלי  
ההערכה הפסיכולוגיים**

**מיכל קדרי**





## תוכן העניינים

13.....	הקדמה
	חלק א'
	פרק 1: הגדרות המוגבלות השכלית ע"פ שיטות הסיווג המרכזיות המקובלות בעולם, העמדות והפרקטיקה האבחונית
15.....	א. סקירת ההגדרות למוגבלות שכלית
15.....	הגדרת החוק בישראל
15.....	הגדרת האגודה האמריקאית למוגבלות שכלית התפתחותית AAIDD
17.....	הגדרת ארגון הפסיכיאטריה האמריקאי (APA) DSM-V
19.....	ההבדלים בין DSM-IV ל DSM-V
20.....	הגדרת ארגון הבריאות העולמי (WHO) ושיטת סיווג המחלות הבינלאומית
24.....	טבלת סיכום ההשוואה בין שיטות ההגדרה והסיווג
25.....	ב. עמדות עכשוויות בנוגע לתפקוד אינטלקטואלי ולתפקוד הסתגלותי
26.....	ג. תיאור הפרקטיקה האבחונית, קריטריונים ותהליכים במדינות שונות
26.....	ארצות הברית
31.....	קנדה - קולומביה הבריטית
32.....	קנדה - מחוז אלברטה
33.....	הולנד
33.....	בריטניה
35.....	אוסטרליה
35.....	מערב אוסטרליה
36.....	דרום אוסטרליה
36.....	אוסטרליה - מדינת ויקטוריה
37.....	אוסטרליה - מדינת ניו סאות' וולס

פרק 2: האבחון הפסיכולוגי .....	38
א. משתנים המשפיעים על הממצאים בבדיקות הפסיכולוגיות .....	38
ב. מאפייני המבחנים הפסיכולוגיים השכיחים בהערכה של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.....	41
ג. סוגיות באבחון פסיכולוגי .....	42
1.ג אבחון אנשים בטווח הנמוך של הנורמה .....	42
2.ג ציון IQ כולל לעומת ציוני אינדקס (ציונים חלקיים) .....	43
פרק 3: מגמות חדשות באבחון .....	45
3.1 הערכת תפקודים ניהוליים (אקזקיוטיביים) .....	45
3.2 מודל השכל הישר .....	45
3.3 תפקוד אינטלקטואלי לעומת אינטליגנציה .....	48
פרק 4: סיכום והמלצות .....	49
פרק 5: רשימת מקורות .....	51
נספחים .....	56

77.....	חלק ב'
79.....	תקציר
80.....	מבוא
	<b>פרק 1: סקירת הספרות המחקרית וסקירת כלים ייחודיים לאבחון אנשים עם</b>
82.....	מוגבלות שכלית התפתחותית ועם תחלואה כפולה
82.....	אוטיזם ומש"ה
83.....	כלים לאבחנה של אוטיזם בקרב אנשים עם מש"ה
84.....	הפרעת קשב וריכוז ומש"ה
85.....	כלים לאבחנה של הפרעת קשב וריכוז בקרב אנשים עם מש"ה
85.....	דיכאון ומש"ה
86.....	כלים לאבחנה של דיכאון בקרב אנשים עם מש"ה
87.....	הפרעות חרדה ומש"ה
87.....	כלים לאבחנה של חרדה בקרב אנשים עם מש"ה
88.....	הפרעות אישיות ומש"ה
89.....	כלים לאבחנה של הפרעות אישיות בקרב אנשים עם מש"ה
89.....	סכיזופרניה ומש"ה
90.....	כלים לאבחנה של סכיזופרניה בקרב אנשים עם מש"ה
90.....	דמנציה ומש"ה
91.....	כלים לאבחנה של דמנציה בקרב אנשים עם מש"ה
92.....	<b>פרק 2: בחינת ההגדרה של המונח "תקופת ההתפתחות"</b>
94.....	<b>פרק 3: תקופת ההתפרצות של תסמונות נלוות למש"ה</b>
	<b>פרק 4: הנחיות מעשיות לביצוע אבחנה מبدלת לתחלואה כפולה של מש"ה ושל</b>
100.....	<b>הפרעות נפשיות ולהערכת המקורות הראשוניים לתסמונות אלה</b>
103.....	<b>הערות לגבי הערכה של תסמונות פסיכיאטריות ספציפיות</b>

<b>פרק 5:</b>	<b>הנחיות מעשיות לאבחון מש"ה בקרב אנשים עם ליקויי ראייה, ליקויי שמיעה וליקויים מוטוריים</b>	<b>105</b>
<b>105</b>	<b>הנחיות מעשיות לאבחון מש"ה אצל אנשים עם ליקויי ראייה</b>	<b>107</b>
<b>107</b>	<b>הנחיות מעשיות לאבחון מש"ה אצל אנשים עם ליקויי שמיעה</b>	<b>109</b>
<b>109</b>	<b>הנחיות מעשיות לאבחון מש"ה אצל אנשים עם ליקויים מוטוריים</b>	<b>111</b>
<b>פרק 6:</b>	<b>רשימת המקורות</b>	

## הקדמה

בסקירה זו נציג את המגמות העכשוויות במדינות שונות בעולם בכל הנוגע להגדרת מוגבלות שכלית התפתחותית, לפרקטיקה הנהוגה באבחון ולגישות באשר לכלי האבחון.

הממצאים הקיימים מלמדים כי שכיחותה של מוגבלות שכלית התפתחותית (להלן: מש"ה) בעולם היא 1%, ובמדינות שבהן ההכנסה בינונית ונמוכה, עולה השכיחות לכדי 2% (Wittchen et al., 2011). הנתונים באשר לשיעור האנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בישראל אינם חד-משמעיים.

בישראל, כמו בעולם, מקובל כיום השימוש במונח "מוגבלות שכלית התפתחותית". המעבר משימוש במונח "פיגור שכלי" למונח "מוגבלות שכלית התפתחותית" (או "מוגבלות שכלית" על-פי DSM-V) קשור לתהליכי שינוי נרחבים במרבית העולם המערבי בהתייחס לאנשים עם מוגבלות שכלית, ומשקף בין השאר את המעבר מגישה רפואית לגישה אקולוגית (AAIDD, 2011). עם השינוי במינוח, חלו שינויים בהגדרה ובאבחנה של מוגבלות שכלית וכן בדרכי ההערכה והטיפול.

בעבר הרחוק התבססו האבחנות על הערכת התפקוד האינטלקטואלי ועל ציוני IQ, אולם בעשורים האחרונים הנמכה בתפקוד האינטלקטואלי אינה מספקת לצורך קביעת אבחנה של מש"ה. בהדרגה, התקבלה ההגדרה של האגודה האמריקאית למוגבלות שכלית התפתחותית (AAIDD, 2011) ושל הארגון הפסיכיאטרי האמריקאי (APA, 2013) אשר לפיה יש לבסס את האבחנה של מוגבלות שכלית התפתחותית על שלושה קריטריונים:

(1) מוגבלות משמעותית בתפקוד השכלי; (2) מוגבלות משמעותית בהתנהגות המסתגלת; (3) כל זאת, בתנאי שראשית הופעתם של המאפיינים היא בתקופת ההתפתחות (בדרך כלל לפני גיל 18).

שינוי הדגשים אינו מיתר את הצורך במבחני אינטליגנציה לשם אבחנה של מוגבלות שכלית. הצורך בשימוש במבחנים סטנדרטיים המועברים באופן אישי אינו מוטל בספק והמטרה היא, בין השאר, לבדוק באמצעות המבחנים האם המוגבלות התפקודית-

הסתגלותית שעמה מתמודד האדם היא תוצאה של מוגבלות בתפקוד הקוגניטיבי דווקא ולא תוצאה של הפרעה אחרת. עם זאת, התפיסה המקובלת כיום היא כי בהערכת התפקוד השכלי אין להתבסס על ציון IQ ועל נקודת חתך כמאפיין בלעדי. השינוי בגישה למבחנים הפסיכולוגיים מתבטא בהבנה כי על הבוחן להכיר את המגבלות של הכלים שבהם הוא משתמש; עליו לקחת בחשבון שייתכנו טעויות שונות בבדיקה, ועליו להתבסס יותר על פרופיל נירופסיכולוגי של הליקויים הקוגניטיביים ועל ההיבטים הקוגניטיביים של התפקוד ההסתגלתי (Greenspan & Woods, 2014).

בסקירה זו, נציג את ההגדרות המקובלות בישראל ובמקומות שונים בעולם; נבחן את הגורמים אשר עשויים להשפיע על ההערכה של אינטליגנציה אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ואת המאפיינים של המבחנים הפסיכולוגיים המשמשים לרוב באבחונים מסוג זה. על בסיס הסקירה, ניתן יהיה לנסח המלצות אופרטיביות לשם קביעת סטנדרטיים מקצועיים אחידים לעבודת מרכזי האבחון אשר נמצאים בפיקוח משרד הרווחה והשירותים החברתיים. זאת מתוך הבנה כי לתהליכי האבחון אשר באמצעותם נקבעת האבחנה, ישנן השלכות חשובות על חיי הפרט הן בקביעת הזכאות לתמיכות ולשירותים בתחומי החיים השונים: בתחום הלימודי, בתחום הפנאי, בהשמה במגורים ובתעסוקה, והן ביחס לקצבאות. החלטות אלו משפיעות על הרווחה ועל איכות החיים של הפרט.

# פרק 1: הגדרות המוגבלות השכלית ע"פ שיטות הסיווג המרכזיות המקובלות בעולם, העמדות והפרקטיקה האבחונית

## א. סקירת ההגדרות למוגבלות שכלית

### הגדרת החוק בישראל

חוק הסעד (טיפול במפגרים) תשכ"ט-1969 קובע כי אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית (פיגור שכלי) הוא:

"אדם שמחמת חוסר התפתחות או התפתחות לקויה של כושרו השכלי, מוגבלת יכולתו להתנהגות מסתגלת והוא נזקק לטיפול. חולה נפש כמשמעותו בחוק לטיפול בחולי נפש תשט"ו-1955 אינו בבחינת מפגר לעניין חוק זה".

ההגדרה האופרטיבית שעל-פיה פועל האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית במסגרת יישום החוק היא ההגדרה של האגודה האמריקאית למוגבלות שכלית התפתחותית (AAIDD, 2010).

### הגדרת האגודה האמריקאית למוגבלות שכלית התפתחותית AAIDD :

"מוגבלות שכלית מתאפיינת במוגבלות משמעותית בתפקוד השכלי ובהתנהגות המסתגלת כפי שהן באות לידי ביטוי במיומנויות תפיסתיות, חברתיות ומעשיות. מוגבלות זו ראשיתה לפני גיל 18".

"Intellectual disability is a disability characterized by significant limitations in both intellectual functioning and in adaptive behavior, which covers many everyday social and practical skills. This disability originates before the age of 18".

### מרכיבי ההגדרה מפורשים על-ידי AAIDD כדלקמן:

#### מוגבלות משמעותית בתפקוד השכלי

"תפקוד אינטלקטואלי - אינטליגנציה - מתייחס ליכולת מנטלית כללית, דוגמת למידה, הסקה, פיתרון בעיות וכו'. אחת הדרכים למדידה של אינטליגנציה היא מבחן משכל. באופן כללי, מנת משכל בין 70-75 ומטה מצביעה על הגבלה בתפקוד האינטלקטואלי".

"Intellectual functioning also called intelligence refers to general mental capacity, such as learning, reasoning, problem solving, and so on.

One way to measure intellectual functioning is an IQ test. Generally, an IQ test score of around 70 or as high as 75 indicates a limitation in intellectual functioning”.

המשמעות בפועל היא מנת משכל (IQ) הנמוכה בכשתי סטיות תקן מתחת לממוצע, כולל טעות התקן של המדידה.

#### מוגבלות משמעותית בתפקוד ההסתגלותי

”התנהגות מסתגלת היא אוסף של מיומנויות מושגיות, חברתיות ומעשיות אשר נלמדות ומבוצעות ע”י אנשים בחיי היום יום שלהם”.

“Adaptive behavior is the collection of conceptual, social, and practical skills that are learned and performed by people in their everyday lives”.

**מיומנויות מושגיות** (conceptual skills) - שפה ולמידה, מושגי זמן, כסף ומספר והכונה עצמית.

**מיומנויות חברתיות** (social skills) - מיומנויות בינאישיות, אחריות חברתית, ערך עצמי, תמימות, נאיביות (לדוגמה: זהירות), פתרון בעיות חברתיות והיכולת לפעול על-פי כללים/לציית לחוקים ולהימנע מקורבניות (Avoid being victimized).

**מיומנויות מעשיות** (practical skills) - פעילויות של חיי יום-יום (טיפול עצמי), מיומנויות תעסוקתיות, בריאות, נסיעה ותחבורה, לוח זמנים/שיגרה, בטיחות, שימוש בכסף ושימוש בטלפון.

בפועל, המשמעות היא הנמכה של כשתי סטיות תקן מהממוצע במבחני הסתגלות מתוקננים.

#### קריטריון הגיל

כמצוטט לעיל, הגדרת AAIDD כוללת גם קריטריון גיל, כלומר, יש צורך בהוכחה כי המוגבלות התחילה בתקופת ההתפתחות - לפני גיל 18.

נוסף על כך מודגש כי “יש לקחת בחשבון את הסביבה הקהילתית, שונות שפתית, שונות תרבותית... ולהתייחס לכך שמגבלות מתקיימות לרוב עם חזקות. כמו כן, בהינתן תמיכות מתאימות... הניתנות לאורך זמן... ישתפר התפקוד היומיומי... רק על בסיס הערכה אישית רב ממדית יכולים אנשי מקצוע לקבוע האם לאדם מוגבלות שכלית ולהתאים לו תכניות תמיכה אישיות”.



## הגדרת ארגון הפסיכיאטריה האמריקאי (DSM-V) APA

הגדרת המוגבלות השכלית עודכנה ושונתה בין המהדורה הרביעית של DSM למהדורה הנוכחית (DSM-V), וזו ההגדרה החדשה:

"מוגבלות שכלית הכוללת: ליקויים בתפקודים אינטלקטואליים... יחד עם ליקויים בתפקוד ההסתגלותי, אשר גורמים לחוסר יכולת... לעצמאות אישית ואחריות חברתית. ללא תמיכה מתמשכת הליקויים ההסתגלותיים מגבילים את התפקוד באחד או יותר מתחומי פעילות היומיומית... תחילתם של הליקויים... במהלך תקופת התפתחות".

לפי הגדרה זו הקריטריונים לאבחנת מוגבלות שכלית התפתחותית הם: (1) ליקויים בתפקודים אינטלקטואליים; (2) ליקויים בתפקוד הסתגלותי; (3) תחילתם של הליקויים במהלך תקופת ההתפתחות. משמעות הדבר היא כי אבחנה של מוגבלות שכלית התפתחותית היא רב-ממדית והיא תיקבע רק בהתקיים שלושת הקריטריונים במקביל.

## מרכיבי ההגדרה מפורשים על-ידי DSM-V כדלקמן:

### ליקויים בתפקוד האינטלקטואלי

ליקויים אלה כוללים בין השאר: הסקה, פתרון בעיות, תכנון, חשיבה מופשטת, שיפוט, למידה אקדמית, למידה חווייתית והבנה מעשית. מרכיבים משמעותיים נוספים הם: הבנה מילולית, זיכרון עבודה, הסקה תפיסתית, הסקה כמותית, הפשטה, יעילות קוגניטיבית (cognitive efficacy). יכולות אלה נמדדות באמצעות מבחני אינטליגנציה סטנדרטיים, המועברים באופן אישי ומותאמים תרבותית ובעזרת הניסיון והשיפוט הקליני.

ציון הנמוך לפחות בכשתי סטיות תקן מהממוצע מבטא חסר קוגניטיבי משמעותי. בכל מקרה, בניתוח הממצאים יש לקחת בחשבון את טעות התקן של המדידה כך שעל-פי מרבית המבחנים מדובר בציון  $70 \pm 5$ . יש להתייחס להשפעות אפשריות על הציון וביניהן "אפקט פלין"<sup>1</sup> וכן להשפעות הנובעות מליקויים בתקשורת, בשפה, בתפקוד המוטורי או בתפקוד החושי. יש לדעת כי במצבים שבהם ישנם פערים גדולים בין תתי-הציונים, נפגעת המהימנות של ציון המשכל הכולל. מבחנים נירופסיכולוגיים יעילים יותר להערכה של יכולות אינטלקטואליות מאשר ציון משכל (IQ) בודד; הם עשויים לזהות תחומים של חוזק וחולשה יחסיים ולסייע בתכנון התערבויות טיפוליות. מודגש כי ציון מנת המשכל מהווה אומדן של התפקוד המושגי אבל איננו יעיל בהכרח

<sup>1</sup> אפקט פלין יוסבר בפרק 2.

בהערכה של יכולת ההסקה במצבי חיים ממשיים ובמשימות פרקטיות. לשם כך נדרשת הערכה קלינית מבוססת.

### ליקויים בתפקוד ההסתגלותי

"המימד התפיסתי (האקדמאי) מערב בין השאר יכולות זיכרון, שפה, קריאה, כתיבה, הסקה מתמטית, רכישה של ידע פרקטי, פיתרון בעיות ושיפוט במצבים חדשים. המימד החברתי מערב בין השאר, מודעות (ערנות) למחשבות של אחרים, לרגשות ולהתנסויות, אמפטיה, מיומנויות תקשורת בינאישית ויכולות לחברות ולשיפוט חברתי. המימד המעשי- פרקטי, מערב בין השאר, למידה וניהול עצמי לאורך מצבי חיים, כולל טיפול עצמי, אחריות בעיסוקים (משימות), ניהול כסף ופנאי, ניהול עצמי של התנהגות, וארגון ביחס למטלות בעבודה בבית הספר."

"The *conceptual* (academic) domain involves competence in memory, language, reading, writing, math reasoning, and acquisition of practical knowledge, problem solving and judgment in novel situations, among others. The *social* domain involves awareness of others' thoughts, feelings and experiences; empathy; interpersonal communication skills; friendship abilities; and social judgment, among others. The *practical* domain involves learning and self-management across life settings, including personal care, job responsibilities, money management, recreation, self-management of behavior, and school and work task organization, among others." (DSM-V)

החלוקה לרמות תפקוד על-פי DSM-V מתייחסת ל-3 ממדים של תפקוד הסתגלותי, כפי שמפורט להלן:

החלוקה לרמות חומרה על-פי DSM-V איננה מתבססת על ציוני המשכל (IQ) אלא מתייחסת ל-3 ממדים של תפקוד הסתגלותי: הממד המושגי (conceptual domain) הממד החברתי (social domain) והמדד המעשי (practical domain). חלוקה זו מתבססת על ההנחה כי התפקוד ההסתגלותי הוא שמגדיר את רמות התמיכה הדרושות לאדם. כמו כן ידוע כי ציוני משכל (IQ) תקפים פחות בטווח הנמוך של הציונים ולכן אין מקום להתבסס על הציונים. מאפייני התפקוד ההסתגלותי בכל אחת מרמות

החומרה (קל, בינוני, קשה ועמוק) מתוארות ב- DSM-V.  
מתוך (DSM-V American Psychiatric Association. 2013) (עמודים 34,35,36)

### קריטריון הגיל

על-פי הגדרת DSM-V, מוזכר כי תחילתם של הליקויים בתקופת ההתפתחות אולם לא מצוין מהו טווח הגילאים המגדיר תקופה זו. ישנה התייחסות לכך שגיל ההתחלה מושפע מהאתיולוגיה ומחומרת הדיספונקציה המוחית. במצבים של מוגבלות קשה, האבחנה ניתנת בשנות החיים הראשונות, ולעומת זאת במצבים של מוגבלות קלה, האבחנה אפשרית לרוב רק בגיל בית הספר. כמו כן, ישנה אבחנה בין מצבים שבהם המוגבלות מולדת ובין מצבים שבהם המוגבלות נרכשת בתקופת ההתפתחות (לדוגמה: אנצפליטיס, מנגיטיס או חבלות ראש) אזי ישנו אובדן של מיומנויות שנרכשו בשלבים מוקדמים יותר של ההתפתחות.

### **ההבדלים בין DSM-IV ל DSM-V**

במהדורה הרביעית (DSM-IV), הופיעה האבחנה עדיין במינוח הישן של פיגור שכלי תחת הקטגוריה "הפרעות אשר מאובחנות בדרך כלל בינקות, בילדות או בגיל ההתבגרות". כיום ב-DSM-V, האבחנה מופיעה תחת "הפרעות נירו-התפתחותיות".  
במהדורה החמישית, המינוח "פיגור שכלי" מוחלף במינוח "מוגבלות שכלית" (מוגבלות שכלית התפתחותית), ורמות החומרה מבוססות על תפקוד הסתגלותי ולא על ציוני משכל ועל נקודת חתך. שינויים אלה מושתתים על תפיסות עדכניות הרואות במוגבלות שכלית התפתחותית הפרעה של הסקה ושיפוט ובוחנות אותה בפרספקטיבה נירו-התפתחותית תוך התייחסות לתפקודים מוחיים.  
דגש מיוחד ניתן לכך שבהקשר המשפטי חשוב מאוד לשנות את ההתבססות על נקודת חתך של ציון מנת משכל ובמקומה חשוב להבין את המאפיינים המיוחדים לאוכלוסייה עם מש"ה בהקשר המשפטי ובכל הקשור לפטור מעונש מוות (במדינות שבהן הדבר נהוג).

## הגדרת ארגון הבריאות העולמי (WHO) ושיטת סיווג המחלות הבינלאומית

### ICD-10 הגדרת

מערכת אבחנות נוספת היא זו של ארגון הבריאות העולמי. להלן ההגדרה על-פי המהדורה הנוכחית, ICD-10 (גרסת 2010) אשר עדיין משתמשת במינוח "פיגור שכלי": "פיגור שכלי הוא מצב של התפתחות מוחית מעוכבת או לא שלמה, אשר משפיעה על רמת האינטליגנציה הכללית: קוגניציה, שפה, ויכולת מוטורית וחברתית. פיגור שכלי יכול להופיע עם או בלי הפרעה נפשית או גופנית אחרת. אולם אנשים עם פיגור שכלי יכולים לחוות את כל טווח ההפרעות הנפשיות והשיעור של הפרעות אחרות הוא גבוה **לפחות פי שלושה** ביחס לאוכלוסייה הכללית. בנוסף לכך אנשים עם פיגור שכלי הם בסיכון גבוה יותר לניצול מיני או גופני. ההתנהגות המסתגלת היא תמיד לקויה, אבל בסביבה מוגנת שבה קיימת תמיכה זמינה הליקויים האלה לא יבואו לידי ביטוי גלוי באנשים עם פיגור קל. לאבחנה של פיגור, נדרשת הנמכה ברמת תפקוד אינטלקטואלי ויכולת מופחתת להסתגל לדרישות היום יום בסביבה חברתית נורמטיבית. הפרעות נפשיות או גופניות נלוות משפיעות על התמונה הקלינית ועל היכולת להשתמש במיומנויות. הערכה אבחנתית צריכה להתבסס על הערכת התפקוד הכולל ולא על תחום מיומנות ספציפי. רמות האינטליגנציה לא אמורות להוות נקודת חתך נוקשה ויש לקחת בחשבון משתנים של תרבות וסביבה. זהו לא מדד מדויק ויש להעביר מבחני אינטליגנציה סטנדרטיים, בהעברה אישית בהתאם לנורמות המקומיות-תרבותיות. המבחן שמועבר צריך להתאים לרמת התפקוד של הנבדק ולקחת בחשבון מצבי נכות ספציפיים כמו בעיות בשפה אקספרסיבית, בעיות שמיעה ובעיות פיזיות. יש להעביר במידת האפשר סולמות לבשלות חברתית ולהסתגלות עם סטנדרטים מקומיים בעזרת ראיון של הורה או מטפל אשר מכיר את מיומנויות היום יום של הנבדק. בהעדר פרוצדורות סטנדרטיות האבחנה צריכה להיחשב זמנית. על פי ICD-10 החלוקה לרמות תפקוד מתבססת על ציון משכל יחד עם תיאור קליני והיא כוללת חלוקה לקטגוריות הבאות:

F70 Mild Mental Retardation F71 Moderate Mental Retardation F72 Severe Mental Retardation F73 Profound Mental Retardation F78 Other Mental Retardation F79 Unspecified Mental Retardation.

## הגדרת המוגבלות השכלית על-פי ICD-11<sup>2</sup>

בעתיד הקרוב צפויה לצאת לאור מהדורה חדשה של ICD-11 - מדריך הסיווג של מחלות ובעיות בריאות של ארגון הבריאות העולמי (WHO). לצורך ניסוח האבחנה של מוגבלות שכלית, כונסה ועדת מומחים בינלאומית אשר המלצותיה מהוות את הבסיס לניסוח ההגדרה (Salvador-Carulla et al 2011, 2014). ועדת המומחים התלבטה בשאלה האם מש"ה היא הפרעה (disorder) או מוגבלות (disability) הכוללת ליקויים (impairments) בתפקוד אינטלקטואלי. ועדת המומחים סקרה את העמדות של אירגונים מרכזיים באשר למוגבלות השכלית, והיא מציינת כי הארגון האמריקאי למוגבלות שכלית התפתחותית (AAIDD) מתייחס למש"ה מתוך פרספקטיבה של מוגבלות; לעומת זאת WPA (ארגון הפסיכיאטריה הבינלאומי) מתייחס למוגבלות שכלית התפתחותית כמצב רפואי: "קבוצה של סינדרומים או סינדרומי-על, המקבילים לדמנציה, ומוגדרים ע"י חסר ביחס ליכולת קוגניטיבית קודמת לרכישה של מיומנויות למידה. עוצמת החסר היא כזו המפריעה באופן משמעותי לתפקוד התקין של האדם כפי שבא לידי ביטוי במגבלות בפעילויות ובהשתתפות".

התפיסה של ועדת המומחים היא כי מש"ה היא שילוב של שתי ההמשגות הללו ואלה המלצותיה (ראה גם נספח 1):

1. מוגבלות שכלית היא חלק מקטגוריה של הפרעות נירו-התפתחותיות וככזו מהווה מצב רפואי ("הפרעה") ולא רק "מוגבלות".
2. ישנה הסכמה באשר למונח "אינטלקטואלי" - מונח המקובל בארצות רבות ונעשה בו שימוש נרחב. עם זאת, לדעתם, הכוונה איננה למאפיין יחיד אלא למושג "מטרייה" הכולל תפקוד קוגניטיבי, התנהגות מסתגלת ולמידה התואמת לגיל ולסטנדרטיים התרבותיים הקשורים לדרישות היום-יום. להערכתם, ייתכן שהמונח "קוגניטיבי" הוא מונח מדויק יותר, אבל יש לו משמעויות נוספות בתחום הפסיכולוגי והוא מתקשר למשל לדמנציה ולסכיזופרניה ועלול ליצור בלבול.
3. המונח "התפתחותי" - מקובל גם הוא על מרבית המומחים. הוא מתייחס לתקופת הזמן שבה המוח ותפקודיו מתפתחים, לפרספקטיבה של חיים, ומדגיש את המאפיינים הדינמיים של מוגבלות שכלית.
4. ישנה הסכמה באשר לשימוש במונח "הפרעה" - המרמז על כך שלא מדובר

<sup>2</sup> התייחסות לשינויים בהגדרת מש"ה ראה גם במאמר זה: Andrews, Pine, Hobbs et al, 2009

- רק בשאלה של אינטליגנציה. מונח זה גם תואם קיומן של אטיולוגיות שונות ושל קו-מורבידיות. על-פי עמדת המומחים, יש להגדיר מש"ה על בסיס ליקויים בהתפתחות המוח המתבטאים בחסרים בתפקוד הקוגניטיבי וההסתגלותי.
5. הוחלט כי יישמרו תתי-הקטגוריות של 4 דרגות החומרה: קל, בינוני, קשה ועמוק, עם קטגוריה נוספת של "מש"ה אחרת ולא ספציפית".
6. ועדת המומחים התייחסה לכך כי ישנם ארגונים חשובים המבקשים לבטל את החלוקה לתתי-הקטגוריות המתבססות על ציוני IQ בלבד (לדוגמה: AAIDD,<sup>3</sup> אשר מציעה מערכת רב-ממדית לסיווג, ומדגישה כי טווח ציוני IQ אינו מספיק כדי לשמש מרכיב בלעדי לסיווג/מיון של תפקוד קוגניטיבי או של רמת חומרה קלינית). הוחלט כי סיווג לרמות חומרה קליניות יתבסס על תיאור קליני של כל תת-קטגוריה ושציון ה-IQ ישמש אחד הציינים (הסימנים) הקליניים לצד מאפיינים חשובים אחרים. הסיווג לרמות חומרה **יישמר** בשל התועלת הקלינית והאבחנתית שיש בכך (למשל חומרה רבה יותר מכוונת לכך שישנם אנשים עם פחות יכולות של בחירה והכוונה עצמיות). נוסף על כך, החלוקה לרמות תפקוד מקובלת על הרבה מערכות בריאות ציבוריות ועל-פיה נקבעות רמות השירותים והתמיכות הניתנות לאדם. יש בשמירה על סיווג לרמות חומרה ערך בתקשורת בין גורמי מקצוע מדיסציפלינות שונות וגם בין משפחות ומקבלי שירותים. עם זאת, הסיווג לתתי-קטגוריות אינו מבטל את השימוש בגישות אחרות דוגמת הגישה הרב-ממדית הקושרת בין האבחנה של מש"ה ובין צורכי תמיכה והתערבויות.
7. כיום חסרים כלים לבחינה של צורכי תמיכה, אך בעתיד הכוונה היא לבסס חלוקה לתתי-קטגוריות המתבססת על רמת חומרה קלינית, ולהשלים אותה על-ידי יצירת תתי-קטגוריות המתבססות על מאפיינים תפקודיים או אישיים ו/או על צורכי תמיכה.
8. קטגוריה של "מש"ה אחרת ולא ספציפית": קטגוריה זו נקבעה מכיוון שמתחת לגיל 4 קשה לקבוע אבחנה של מש"ה וקשה לסווג לרמות חומרה בשל החסר בכלים להערכה של לקויות קוגניטיביות ושל חוסר היציבות של המדידה.

<sup>3</sup> התייחסות האגודה האמריקאית למוגבלות שכלית התפתחותית לשינוי ההגדרה (Tasse, luckasson, 2013). (Nygen, 2013).

ההצעה היא לקבוע אבחנה של "מש"ה לא ספציפית" עבור כל התינוקות והילדים שמתחת לגיל 4 כאשר קיימות הוכחות ללקות קוגניטיבית משמעותית. האבחנה לא מתאימה למש"ה אבל מאפשרת קבלת שירותים, התערבויות מוקדמות והערכה קלינית אשר חיונית להתערבויות לשיפור.

קטגוריה זו מתאימה גם בגילאים מאוחרים יותר כאשר ניתן לאבחן מש"ה אבל קשה לקבוע רמת חומרה בשל מחסומים באבחנה הנובעים למשל מקיומם של בעיות התנהגות, הפרעות פסיכיאטריות או ליקויים חושיים או מוטוריים.

9. בעיות התנהגות - לא יופיעו גם במהדורה זו כתת-קטגוריה של מש"ה אלא כמאפיין נלווה.

**טבלת סיכום ההשוואה בין שיטות ההגדרה והסיווג**

	<b>AAIDD 2010</b>	<b>DSM-IV-TR 2000</b>	<b>DSM-V 2013</b>	<b>ICD-11 טרם יצא לאור</b>
<b>מינוח</b>	מוגבלות שכלית התפתחותית Disability	פיגור שכלי Disorder	מוגבלות שכלית (הפרעה אינטלקטואלית התפתחותית) disorder/ disability	הפרעה אינטלקטואלית התפתחותית Disorder
<b>קטגוריה</b>		הפרעות המאובחנות בדרך כלל לראשונה בינקות, בילדות או בגיל ההתבגרות.	הפרעות נוירו- התפתחותיות	הפרעות נוירו- התפתחותיות
<b>קריטריון אינטליגנציה</b>	(ציון $IQ \leq 70 \pm 5$ )	ציון IQ וסטיות תקן- נקו' חתך	תפקוד אינטלקטואלי $\neq$ (ציון IQ – תיקרה ולא קריטריון סיווג)	פרופיל קוגניטיבי (ציון IQ) ICD-10 פיגור קל 50-69 (גיל מנטאלי 9-12).
<b>קריטריון הסתגלות</b>	3 ממדים	11 תחומים	3 ממדים	3 ממדים
<b>קריטריון גיל</b>	גיל 18	גיל 18*	תקופת ההתפתחות	
<b>סיווג לרמות</b>	ללא סיווג לרמות. הערכה של צורכי תמיכה	4 רמות על-פי ציון IQ	4 רמות על-פי תפקוד הסתגלותי	4 רמות על- פי תפקוד הסתגלותי



## **ב. עמדות עכשוויות בנוגע לתפקוד אינטלקטואלי ולתפקוד הסתגלותי**

### **תפקוד אינטלקטואלי - מהו מקומה של מנת המשכל (IQ) ?**

רמה נמוכה של אינטליגנציה כפי שנמדדת במבחני IQ הייתה הקריטריון האבחנתי המרכזי לקביעת מוגבלות שכלית התפתחותית. השימוש במבחני אינטליגנציה וההחלטה על מספר סטיות תקן מתחת לממוצע לצורך קביעת אבחנה של מש"ה, הן הבסיס לאבחנה הן על-פי ICD-10 והן על-פי DSM-IV וכן על-פי האגודה האמריקאית למש"ה - AAIDD. כל אלה מגדירים מש"ה כהנמכה של 2 סטיות תקן לערך מתחת לממוצע במבחני אינטליגנציה.

בשנים האחרונות, ישנם מחקרים שונים וכן קלינאים הטוענים כי מבחני IQ אינם מצליחים לבטא את מלוא ההבדלים האישיים המאפיינים את הדיספונקציה הקוגניטיבית. הגישות התאורטיות העכשוויות בנוגע למש"ה מתייחסות ל-IQ כמדד מוגבל להערכת מורכבות הסתגלותית ודינמיקה של תפקוד אינטלקטואלי. נתונים מחקרניים מראים שציון IQ דומה מבטא פרופילים קוגניטיביים שונים מאוד זה מזה. נוסף על כך, מגבלות תפקודיות ובעיות התנהגות הקשורות למש"ה קשורות לליקוי בתפקוד קוגניטיבי ספציפי יותר מאשר לציון IQ. לכן, מיומנויות קוגניטיביות צריכות להיבדק במבחנים, בתצפיות חצי-מובנות ובבחינה קלינית ישירה. המבחנים צריכים לשלב מדידה של IQ עם מדידה של כמה תפקודים ניהוליים הכוללים - הסקה תפיסתית, מהירות עיבוד, הבנה מילולית וזיכרון עבודה. הטענה היא כי הרחבה של מדידת ה-IQ באמצעות הערכה של תפקודים קוגניטיביים ספציפיים, תאפשר לזהות דיספונקציות קוגניטיביות שהשפעתן היא השלילית ביותר במונחים של התנהגות, הסתגלות ועצמאות (אוטונומיה). כלומר, יש צורך בהמשגה חדשה של מאפיינים קוגניטיביים והחלפת ההמשגה הקיימת של אינטליגנציה (Schalock, 2011).<sup>4</sup>

### **הערכת תפקוד הסתגלותי**

קיימת כאמור הסכמה רחבה באשר לכך שהאבחנה של מוגבלות שכלית מוגדרת על-ידי ליקויים בו-זמניים בתפקוד האינטלקטואלי וההסתגלותי, שתחילתם בתקופת ההתפתחות (על-פי מרבית ההגדרות, לפני גיל 18).

<sup>4</sup> במאמרים אלה מוצעת התייחסות נוספת לסוגיית מקומה של מנת המשכל, Schalock, Verdugo & Gomez, 2011; Arnold, Riches, & Stanliffe, 2013

במהדורה הרביעית של DSM, הוגדרה ההנמכה בתפקוד ההסתגלותי כ"ביצוע הנמוך בכשתי סטיות תקן לערך מהמוצע בלפחות 2 תחומים מתוך 10 מיומנויות הסתגלותיות (תקשורת, עזרה עצמית, משק בית, מיומנויות חברתיות ובין אישיות, שימוש במשאבי קהילה, הכוונה עצמית, מיומנויות אקדמאיות פונקציונליות, עבודה, פנאי, בריאות ובטיחות)".

בניגוד לכך, המהדורה הנוכחית של DSM-V ציינה ליקוי אחד או יותר מתוך שלושה ממדי-על של תפקוד הסתגלותי (מושגי, מעשי, חברתי) וכן נקבע כי הסיווג לרמות מתבסס על התנהגות מסתגלת ואינו מתבסס על ציוני IQ.<sup>5</sup>

במחקר (Papazoglou et al., 2014) אשר בדק את ההשפעה של השינויים בין שתי המהדורות האחרונות של DSM על השימוש במבחן ABAS-II.<sup>6</sup> נמצא כי בשל המעבר בין הגרסאות של DSM והחלטה לעבור מהתייחסות לליקוי/חסר במיומנויות הסתגלות לליקוי/חסר בממדים (תחומים) של הסתגלות, חל שינוי בשיעור הילדים אשר אובחנו כילדים עם מש"ה. נמצא כי השימוש ב-ABAS-II התבטא בכך שפחות ילדים (9%) ענו על הקריטריונים למש"ה על-פי DSM-V בהשוואה לאבחון על-פי המהדורה הקודמת. החוקרים מציעים שלא להשתמש בציונים של מבחן ABAS-II אלא בהערכה קלינית. לדעתם, ישנם ילדים שלא יענו על ההגדרה של מש"ה על-פי הדרישה של DSM-V לליקוי בתחום אחד של תפקוד הסתגלותי, אולם בכל זאת יראו ליקויים בתפקוד אינטלקטואלי והסתגלותי. הסיבה לכך היא שילדים אלה הראו ליקויים לא בתחום אחד אלא בכמה תחומים שונים. הציון שלהם בכל תחום עלה על 70 אף שהיו להם ליקויים בכמה מיומנויות.

## ג. תיאור הפרקטיקה האבחונית, קריטריונים ותהליכים במדינות שונות

### ארצות הברית

נראה כי אף שבארה"ב ישנה התבססות רחבה על הקריטריונים שנקבעו בידי AAIDD ובידי APA, תהליך זה לא הושלם, וקיימים הבדלים בין מדינות ובתוך מדינות בארה"ב, בהתאם

<sup>5</sup> זאת מאחר שהתפקוד ההסתגלותי הוא זה שקובע את רמות התמיכה הנדרשות ומאחר שהמדידה של מנת משכל פחות תקפה בטווחים הנמוכים.

<sup>6</sup> מבחן ABAS-II אשר נכנס לשימוש משרד הרווחה לאחרונה, משמש לקביעת חסרים בתפקוד הסתגלותי ומאפשר סיווג לרמות חומרה.

למטרה שלשמה נערך תהליך האבחון. לרוב, הבחינות נערכות על-ידי פסיכולוגים מומחים בעלי הכשרה מתאימה בתחום ההערכה של מש"ה. כאשר אדם מעוניין לקבל הכרה של הרשויות, הוא רשאי להביא מסמכים רפואיים, חינוכיים ופסיכולוגיים מקיפים המתעדים את מצבו באופן עדכני. אין צורך לחזור על אבחוני אינטליגנציה, אם נערכו עד חמש שנים קודם לפנייה ונעשה בהם שימוש בכלים עדכניים (WAIS-IV, WJ-III Cognitive) או מבחנים דומים על-פי רשימה קבועה המופיעה ברשימת הנספחים). הן הערכת האינטליגנציה והן הערכת ההסתגלות צריכות להתבסס על שימוש בכלי אבחון סטנדרטיים.

פירוט הדרישות של האבחון והפנייה לרשויות בארה"ב מתוארות באתר ארגון ETS אשר מרכז מידע בתחום החינוכי-אבחוני.<sup>7</sup>

#### זכאות על-ידי ביטוח לאומי בארה"ב

על-פי הביטוח הלאומי האמריקאי,<sup>8</sup> מוגבלות שכלית מוגדרת כ"יכולת אינטלקטואלית כללית הנמוכה מהמוצע באופן משמעותי יחד עם חסרים בתפקוד הסתגלותי אשר החלו בתקופת ההתפתחות- כאשר נאספו הוכחות לכך או ישנן תמיכות לכך שתחילתה של המוגבלות לפני גיל 22". רמות החומרה נקבעות על-פי ארבעה תנאים חלופיים, כלומר די בהתקיימות אחד התנאים כדי לקבל הכרה מהביטוח הלאומי:

1. חוסר יכולת מנטאלית אשר מוכחת על-ידי תלות באחרים לצורך מילוי צרכים אישיים וחוסר יכולת לעקוב אחר הוראות, כמו אלה הנדרשות בהערכה אינטלקטואלית סטנדרטית;
2. ציון IQ תקף - מילולי, ביצועי או כולל = 59 או פחות;
3. ציון IQ תקף - מילולי, ביצועי או כולל = 60-70 נוסף על ליקויים גופניים או נפשיים אחרים אשר מגבילים עוד את התפקוד הקשור בעבודה.
4. ציון IQ תקף - מילולי, ביצועי או כולל = 60-70 אשר גורם לפחות לשתיים מתוך מגבלות אלה: הגבלה משמעותית ב-ADL או בתפקוד חברתי או בשמירה על ריכוז, התמדה וקצב או אפיזודות חוזרות של ירידה מתמשכת בתפקוד.

#### זכאות לצרכים חינוכיים בצפון קרוליינה ארה"ב

מידע על הסטנדרטים להערכה ולהכרה לצורך זכאות לצרכים חינוכיים במדינת צפון

<sup>7</sup> אוצר מתוך:

[/https://www.ets.org/disabilities/documentation/documenting\\_intellectual\\_disabilities](https://www.ets.org/disabilities/documentation/documenting_intellectual_disabilities)

<sup>8</sup> אוצר מתוך: [/https://www.nsa.gov](https://www.nsa.gov)

קרולינה מובאים בידי המשרד לילדים עם חריגות (Zais, 2011).<sup>9</sup> ההגדרה של מש"ה באבחון לצרכים חינוכיים: יכולת אינטלקטואלית הנמוכה בלפחות שתי סטיות תקן מתחת למוצע במבחן אינטליגנציה, הן בתחום המילולי והן בתחום הלא-מילולי, בצירוף התנהגות מסתגלת הנמוכה בשתי ס"ת לפחות מתחת למוצע, בשתי קטגוריות שונות וכן יכולת פחותה בלמידה אקדמית בהשוואה לילדים בני אותו גיל. ההערכה תתבצע בידי מומחה.

### **סיווג לרמות תפקוד:**

**MID** - מוגבלות שכלית קלה: ציון IQ בין 70-48+

**MOID** - מוגבלות שכלית בינונית: ציון IQ בין 48-25+

**SID** - מוגבלות שכלית קשה: ציון IQ בין 25-0+

### זכאות בקונטיקט ארה"ב

מחלקת החינוך בקונטיקט פירסמה מדריך לאבחון ילדים עם מוגבלות שכלית (2007). המידע אוחר מתוך:

<http://www.sde.ct.gov/sde/cwp/browse.asp?A=3>

על מנת לאבחן ילדים עם מוגבלות שכלית יש לנקוט בצעדים הבאים:

- א. בשלב הראשון יש צורך לקבל הפנייה מצוות בית ספר להערכה לחינוך מיוחד. זאת רק לאחר שנעשתה התערבות תוך בית ספרית שלא הייתה אפקטיבית.
- ב. יש להתייחס למידע שמתקבל על-ידי ההורה;
- ג. יש להתייחס לקריטריונים רבים על מנת לוודא חוסר הטיה על בסיס של תרבות, שפה וכו'.
- ד. אבחון של אינטליגנציה למטרות חינוכיות דורש שימוש בציון IQ כולל/מורכב ("the composite standard score"):
  - ציון כולל/מורכב (composite) של 70 או פחות: עומד בקריטריון למוגבלות שכלית.
  - ציון כולל או מורכב של 75-71: כאשר הציון המורכב נחשב בכך שאינו תקף, והוא נופל בטווח של 71 עד 75, ניתן להשתמש בציון חלקי של 70 או פחות כדי לעמוד בקריטריון של מוגבלות שכלית.

<http://frcdsn.org/wp-content/uploads/2014/06/Standards-for-Evaluation-and-Eligibility-Determination-SEED.pdf>

<sup>9</sup> אוחר מתוך:

- ציון כולל או מורכב של 76 ומעלה אינו עומד בקריטריון למוגבלות שכלית באף מקרה.
- למדידת אינטליגנציה, ניתן להשתמש במבחנים הבאים: מבחן וכסלר, מבחן קאופמן, מבחן וודקוק-ג'ונסן ועוד. יש לקחת בחשבון את "אפקט פלין".

ה. התנהגות מסתגלת - מוגדרת כמידה שבה הפרט מתאים לסטנדרטים של עצמאות אישית ואחריות חברתית המצופים מבני גילו ומהקבוצה התרבותית שלו. לקריטריון זה שלושה ממדים: מושגי, חברתי ומעשי - והם נמדדים ביחס לגיל ולקבוצה התרבותית. מבחנים סטנדרטים להערכת הסתגלות לוקחים בחשבון את כל שלושת הממדים הללו. הציון הסטנדרטי המורכב או הציון באחד הממדים צריך להיות 1.5 סטיות תקן מתחת לממוצע. הציון הסטנדרטי דורש עדויות תומכות מכמה מקורות מידע שונים ומכמה סביבות שונות. היות שתופסים בקונטיקט את מרבית הכלים הסטנדרטים כלא טובים דיים למדידת אינטליגנציה בטווח שבין 60-80.

#### **לאחר איסוף המידע מכל המקורות, נדרשת עמידה בתנאים שלהלן:**

1. תפקוד אינטלקטואלי הנמוך בשתי ס"ת מתחת לממוצע;
2. התנהגות מסתגלת כוללת נמוכה בכשתי סטיות תקן מהממוצע או הנמכה של 1.5 סטיות תקן מתחת לממוצע באחד הממדים;
3. הליקויים הופיעו לפני גיל 18;
4. הלקות צריכה להפריע לתפקוד הבית ספרי ומצריכה חינוך מיוחד (Bergeron, Floyd, and Shands, 2008).

#### אחריות פלילית של אנשים עם מוגבלות שכלית בארה"ב

בארה"ב, הקריטריונים להגבלה של אחריות פלילית אינם אחידים, וקיימים פערים בין מדינות שונות (Chung, 2013; Ellis, Delpha, Land et al., 2013). בית המשפט העליון בארה"ב, על-פי פסק דין ATKINS משנת 2002, קבע כי אנשים עם מוגבלות שכלית פטורים מעונש מוות. פסק דין זה מספק הגנה לנאשם אשר נקבעה לו אבחנה של מש"ה. במאי 2014, בית המשפט העליון בפלורידה ארה"ב קבע כי הערכת האחריות הפלילית אינה מתבססת על ציון IQ בלבד אלא על המגבלות התפקודיות הממשיות. כלומר, בית המשפט הדגיש כי האבחנה אינה תוצאה של קביעה מספרית אלא מבוססת על שיקול דעת קליני ודורשת הערכה בידי פסיכולוג או מומחה אחר בתחום המוגבלות

המנטאלית. להלן ציטוט מתוך פסק הדין הול נגד פלורידה:  
 “However, stating that “intellectual disability is a condition, not a number the Supreme Court ruled in this case that it was unconstitutional to refuse to consider mental factors other than an IQ test. In its 5-to-4 decision, the court said that it is unconstitutional for states such as Florida to use an IQ score of 70 as a cutoff above which a defendant is considered to be intelligent enough to understand the consequences of his or her actions.”<sup>10</sup>

**ההבדלים בין מדינות בארה"ב בקריטריונים לאבחנה של מש"ה (ראה בנספח פירוט של הקריטריונים על-פי כל מדינה)**

מדינה	קריטריון אינטליגנציה	קריטריון גיל	מי מוסמך לתת חו"ד
קליפורניה	נקודת חתך גמישה	לפני גיל 18	בודק מומחה
פלורידה	$\geq IQ 70$ מעל ציון זה אין משמעות לתפקוד הסתגלותי	לפני גיל 18	אין הגדרה
אילינוי	$\geq 75 IQ$	לפני גיל 18	בודק מומחה
אוהיו	$\geq IQ 70$	אין מידע	אין מידע
ארקנסו	$\geq 65 IQ$	לפני גיל 18	אין הגדרה
מרילנד/ אינדיאנה	$\geq IQ 70$	לפני גיל 22	אין מידע
אידהו, אלבמה, ורג'יניה קונטיקט	$\geq IQ 70$ אין משקל לטעות המדידה	אין מידע	אין מידע

<sup>10</sup> אוחזר מתוך: <https://www.law.cornell.edu/supremecourt/text/12-10882>

## קנדה<sup>11</sup> קולומביה הבריטית

באבחון המתקיים לצורך קבלת שירותים ישנה חלוקה של השירותים עד גיל 18 ולאחריו:  
**לאחר גיל 18**, יש להגיש בקשה לשירותים לרשות:

“The Ministry of Social Development and Social Innovation”. פרוצדורה זו כוללת הגשת מסמכים שונים ובהם הערכה על-ידי פסיכולוג מומחה ופסיכולוג בית ספר.<sup>12</sup>  
**עד גיל 18**, ההערכות נעשות בידי פסיכולוג בית ספר, פסיכולוג מורשה רשום או פסיכולוג מורשה חבר. במסגרות החינוך, משתמשים אמנם במונח מוגבלות שכלית אבל עדיין מתבססים באופן חלקי על המינוח “פיגור שכלי” ועל ההגדרות של DSM-IV. השירותים ניתנים באמצעות The Ministry of Children and Family. הדרישות באשר לדוח הפסיכולוגי ולהליך שיש לנקוט במקרה של חוסר בהירות באבחנה - מפורטות להלן:<sup>13</sup>

“Determining eligibility for children and youth who have a developmental disability: Review the certified school psychologists, registered psychologist’s, or registered psychological associate’s assessment to confirm the presence of a developmental disability based on the diagnostic criteria for mental retardation as defined in the DSM IV If the report does not state this clearly, request that the psychologist provide this confirmation in writing. When a report provides information that appears confusing or conflicting, further information may be requested from the assessing psychologist. If the assessing psychologist is unable to confirm the presence of a developmental disability as defined above, the children and youth with special needs support worker may arrange for a further assessment from another certified school psychologist, registered psychologist, or registered psychological associate”.

באבחון המתקיים למטרות חינוכיות, נקבעה כך הגדרה של מוגבלות שכלית: “בעיות בתפקוד האינטלקטואלי, המתקיימות יחד עם פער בתפקוד הסתגלותי ומתרחשות

<sup>11</sup> בנושא הערכת מש"ה בקנדה ראה גם Boone, 2013

<sup>12</sup> אווזר מתוך: <http://www.eia.gov.bc.ca/factsheets/2004/pwd.htm>

<sup>13</sup> אווזר מתוך: [http://www.mcf.gov.bc.ca/spec\\_needs/pdf/eligibility\\_family\\_support\\_services.pdf](http://www.mcf.gov.bc.ca/spec_needs/pdf/eligibility_family_support_services.pdf)

מתחת לגיל 18".

### הקריטריונים

- תפקוד אינטלקטואלי לקוי - ציון IQ 70 ומטה (טעות תקן שלא גדולה מ-1).
- המידע צריך להגיע ממספר מקורות מידע (לפחות שני מקורות: אחד בית ספרי ואחד חוץ בית ספרי דוגמת הורה) וממספר מבחנים פורמאליים. הבדיקה נערכת בידי פסיכולוג מומחה.
- תפקוד הסתגלותי לקוי - ציון הנמוך בלפחות 2 ס"ת מהממוצע במבחן הבוחן התנהגות מסתגלת. ההנמכה תבוא לידי ביטוי בלפחות ממד אחד מתוך שלושת הממדים של התנהגויות מסתגלות: תפקוד מושגי, תפקוד חברתי ותפקוד מעשי או בציון הכולל המורכב מהשלושה.

### סיווג לרמות תפקוד

- MID** - מוגבלות שכלית קלה: ציון IQ בין 70-55.
  - MOID** מוגבלת שכלית בינונית: ציון IQ בין 55-40.
  - SID** מוגבלות שכלית קשה: ציון IQ בין 40-25.
  - PID** מוגבלות שכלית עמוקה: ציון IQ מתחת ל-25.
- אין הבחנה בין רמות התפקוד על-פי התנהגות מסתגלת. ההנחיות אינן מתייחסות לציונים גבוליים.

### **קנדה: מחוז אלברטה<sup>14</sup>**

ההגדרות מתייחסות להגבלה משמעותית ביכולת האינטלקטואלית, כשתי סטיות תקן מתחת לממוצע בהערכה סטנדרטית; או אם האדם איננו יכול להשלים הערכה סטנדרטית של אינטליגנציה כפי שנקבעה בקווים המנחים בידי השר הממונה. הגבלה משמעותית במיומנויות הסתגלותיות היא חוסר יכולת לבצע 6 או יותר מיומנויות הסתגלותיות: א. בלי עזרה של אחרים; ו-ב. בהשוואה לקבוצת השווים בלי מגבלה כפי שמנוסחת בקווים המנחים המתפרסמים מעת לעת על-ידי השר הממונה.

**מוגבלות שכלית קלה:** ציון  $50 \pm 5$  (IQ) במבחן אינטליגנציה סטנדרטי המועבר אישית; וציון במבחן התנהגות מסתגלת השווה לרמה של עיכוב קל בסקאלות של התנהגות מסתגלת דוגמת AAMR Adaptive Behavior Scale – School: Second

<http://education.alberta.ca/media/825847/spedcodingcriteria.pdf>

14



Edition (ABS-S:2) or Vineland Adaptive Behavior Scale, וכן עיכוב ברוב הנושאים האקדמיים וההתנהגויות החברתיות בהשוואה לבני הגיל. **מוגבלות שכלית בינונית:** ציון  $50-30 \pm 5$  (IQ) במבחן אינטליגנציה סטנדרטי המועבר אישית; וציון במבחן הבודק התנהגות מסתגלת השווה לרמה של עיכוב בינוני בסקאלות של התנהגות מסתגלת דוגמת: AAMR Adaptive Behavior Scale – School; Second Edition (ABS-S:2) or Vineland Adaptive Behavior Scale, ; וכן ביצועים המשקפים צורך בהתאמות משמעותיות לדרישות ולהוראות בלמידה, בחשיבה מספרית, בתעסוקה ובחיי היום-יום.

## הולנד

נתונים על הנעשה בהולנד אוחזרו מתוך אתר להנגשת מידע בנושא זכויות.<sup>15</sup> ההגדרה: לקות משמעותית בתפקוד האינטלקטואלי ולקות משמעותית בלפחות 2 תפקודים הסתגולתיים. תחילתם של הליקויים לפני גיל 18.

### סיווג לרמות תפקוד:

הפרעות למידה - ציון IQ 90-70.

מוגבלות שכלית קשה - ציון IQ נמוך מ-35.

מערכת הבריאות מאבחנת על-פי הקריטריונים של DSM-IV:

**MID:** ציון אינטליגנציה בין 50-55 לבין 70.

**MOID:** ציון אינטליגנציה בין 35-40 לבין 50-55.

**SID:** ציון אינטליגנציה בין 20-25 לבין 35-40.

ההבחנה לא מתייחסת לאינטליגנציה גבולית.

לצורך השמה בית ספרית - אנשים עם MOID או SID בדרך כלל יזדקקו לאבחון פסיכו-דיאגנוסטי (לא מפורט).  
לצורך קבלת הטבות תעסוקתיות - הבדיקה נערכת בידי רופא ומומחה תעסוקה.

## בריטניה

בריטניה היא המדינה היחידה שבה המושג ליקויי למידה "learning disability" משמש במשמעות המקבילה למושג "מוגבלות שכלית".

[HTTPS://WWW.OPENSOCIETYFOUNDATIONS.ORG/SITES/DEFAULT/FILES/NETHERLANDS\\_2006\\_0.PDF](https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/netherlands_2006_0.pdf)

<sup>15</sup>

מש"ה על-פי ההגדרה הבריטית קשורה ליכולת נמוכה משמעותית להבין מידע מורכב, ללמוד מיומנויות חדשות (אינטליגנציה לקויה) וכן ליכולת נמוכה להתמודד באופן עצמאי (תפקוד חברתי לקוי) - המתחילות לפני הבגרות, עם השפעה מתמשכת על ההתפתחות.

המשמעות היא שאדם יתקשה להבין, ללמוד ולזכור דברים חדשים וכן יתקשה במגוון תחומים כמו תקשורת, מודעות לסיכונים וניהול משימות בחיי היום-יום. ההגדרה תואמת את זו של ICD-10 למעט החלפת המושג "פיגור שכלי". בהקשר החינוכי, יש לציין כי המונח "לקות למידה" כולל גם אנשים עם לקות למידה ספציפית (דוגמת דיסלקציה) ללא ליקוי משמעותי באינטליגנציה הכללית. סיווג לרמות תפקוד

בכל הקשור לשירותים חינוכיים, משמשים המונחים: "לקות למידה בינונית", "לקות למידה קשה" ו"לקות למידה עמוקה". אבחנה של "לקות למידה" אצל ילדים מתבססת על: הנמכה של כשתי סטיות תקן ביחס לממוצע במבחן תקף להערכה של תפקוד קוגניטיבי כללי (תואם ציון IQ נמוך מ-70) או של התפתחות כללית.

אבחנה של "לקות למידה" אצל מבוגרים, מתבססת על אחד התנאים שלהלן:<sup>16</sup>

1. אם זוהו בידי השירותים החינוכיים כבעלי ליקוי למידה כאשר היו ילדים (כבעלי צרכים לחינוך מיוחד בשל "לקות למידה בינונית/קשה/עמוקה");
2. אם למדו בבי"ס לחינוך מיוחד;
3. אם קיבלו ציון IQ נמוך מ-70 כילדים, אם כמבוגרים קיבלו ציון IQ נמוך מ-70 וישנן הוכחות לכך שהיו עם ליקויי למידה מאז הילדות;
4. אם זוהו כליקויי למידה בידי רשות מקומית למוגבלות / מערכות בריאות;
5. אם הם מדווחים על קשיים משמעותיים בלמידה, בהבנה מספרית, וישנן הוכחות טובות לכך שאכן קיימים הקשיים הללו מאז הילדות;
6. הם מוגדרים כליקויי למידה במבחני סקר - אם בתגובה לשאלות סקר, הם מזהים עצמם במצב של מחלה מתמשכת, מצב בריאותי או מוגבלות הקשורה ל"ליקויי למידה" או למושג מקביל לכך, ויש להם רקע חינוכי נמוך - כיתה ג' או מתחת לזה.

<sup>16</sup> המידע אוחד מתוך אתר החברה הבריטית ללקוי למידה:

[www.bild.org.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allid=3961](http://www.bild.org.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allid=3961)

## אוסטרליה

**ארגון הפסיכולוגים האוסטרלי (AUSTRALIAN PSYCHOLOGICAL SOCIETY) מביא**

**את האבחנה המקובלת באוסטרליה משנת 2014. האבחנה כוללת:**

(א) הנמכה באינטליגנציה; (ב) תפקוד הסתגלותי לקוי; (ג) גיל התחלה לפני גיל 18. האבחנה תואמת את זו של האגודה האמריקאית למוגבלות שכלית התפתחותית (AAIDD) ומדגישה את המעבר מסיווג לרמות תפקוד על-פי רמת אינטליגנציה (לפי תתי-הקטגוריות) לאבחון **לפי רמת התמיכה** שהפרט זקוק לה בהתאם למיומנויות שלו ולשאלה האם קיימת התנהגות מאתגרת (כמו עוינות ותוקפנות כלפי אחרים).  
**על מנת לקבל הכרה בזכאות לשירותים ברמה הארצית (National Disability Insurance),** על האדם להוכיח קיומה של מוגבלות על-פי המאפיינים לעיל בדגשים שלהלן:

"המוגבלות, הנובעת מהליקוי, היא קבועה ומשפיעה על היכולת התפקודית (לדוג' תקשורת, פעילויות של יום יום). הליקוי או הליקויים משפיעים על יכולת ההשתתפות החברתית והכלכלית של האדם" (הדבר נוגע למוגבלויות שונות ובין השאר למוגבלות אינטלקטואלית). האדם צריך לספק מסמכים, ורק במקרים שבהם יש שאלה מורכבת של זכאות לשירותים או כאשר יש צורך במידע נוסף כדי לתמוך בתכנון השירותים, ניתן לבקש הערכה. לשם כך, קיים גוף לאומי שמטרתו ליצור תיאום בין כל השירותים הניתנים לאנשים עם מוגבלות שכלית (NCID National Council on Intellectual Disability).

אבחון של אנשים עם משה יעשה בידי פסיכולוג רשום, באמצעות מבחנים סטנדרטיים בהעברה אישית, הן להערכה של אינטליגנציה והן להערכה של הסתגלות. על הפסיכולוג להיות מנוסה בהערכות מסוג זה. במקרים שבהם המסמכים מספיקים לא ייערכו הליכים נוספים, אולם ישנם מקרים שבהם תידרש השלמה של הערכה, וזו תעשה בידי "professional staff- disability services commission"<sup>17</sup>.

## מערב אוסטרליה

ההגדרה של מוגבלות שכלית כפי שמוכרת לצרכים חינוכיים ולהשמה בתכנית לחינוך מיוחד:

מגבלה בתפקוד האינטלקטואלי (IQ) נמוך מ-70 במבחן שהועבר אישית ונמצאו בהעברה

<sup>17</sup> אוחזר מתוך אתר הארגון: [/HTTPS://WWW.PSYCHOLOGY.ORG.AU/CONFERENCES](https://www.psychology.org.au/conferences)

הוכחות ליכולת אקדמית הנמוכה ביחס לבני הגיל) בצירוף מגבלה ביכולת לתפקוד הסתגלותי (לפחות 2 ס"ת מתחת לממוצע בלפחות שתיים ממימונויות אלה: תקשורת, עזרה עצמית, תפקוד בבית, יחסים בינאישיים, שימוש במשאבי הקהילה, הכוונה עצמית, כישורים אקדמיים פונקציונאליים, עבודה, פנאי, בריאות, בטיחות), שתחילתם לפני גיל 18.

הליך: ההליך נעשה בידי ועדה לשירותי מוגבלות, ובו אוספים מידע מרופא ילדים, מפסיכולוגיים ומאנשי בריאות וחינוך (ID) : Education Support Schools Centers (2013).<sup>18</sup>

## דרום אוסטרליה

ההגדרה של מוגבלות שכלית המקובלת בדרום אוסטרליה היא ההגדרה הבינלאומית שלפיה ישנם שלושה קריטריונים הדרושים לאבחנה:

- הנמכה משמעותית באינטליגנציה - מנת משכל 70 או למטה מכך, כפי שנבדקה במבחני אינטליגנציה סטנדרטיים;
  - הגבלה משמעותית במיומנויות הדרושות לחיים בקהילה ולעבודה, כולל קשיים בתקשורת, בטיפול עצמי, במיומנויות חברתיות, בבטיחות ובהכוונה עצמית;
  - המגבלות באינטליגנציה ובמיומנויות החיים התפתחו לפני גיל 18.
- ההערכה הפורמאלית נעשית בדרך כלל בידי פסיכולוג או מומחה אחר בעל כישורים מוכחים, וכוללת לרוב מבחני אינטליגנציה והערכה של מיומנויות חיים, בדרך כלל באמצעות ריאיונות עם הורים, מורים או גורמים אחרים המכירים את האדם.<sup>19</sup>

## אוסטרליה - מדינת ויקטוריה

הגדרה: המושג "מוגבלות שכלית" מתייחס לאדם מעל גיל חמש, עם הנמכה משמעותית בתפקוד האינטלקטואלי ועם לקות משמעותית בהתנהגות מסתגלת אשר הוכחו/נמצאו לפני לגיל 18. החוק קובע אילו מבחנים ישמשו כדי לקבוע האם האדם עם מש"ה או לא. הקריטריונים לצורך קביעת אחריות פלילית יתבססו על DSM-IV, אבל זכאות

<sup>18</sup> אוחר מתוך: [HTTP://WWW.SCHOOLS.NSW.EDU.AU/STUDENTSUPPORT/PROGRAMS/DISABILITY.PHP](http://www.schools.nsw.edu.au/studentssupport/programs/disability.php)

<sup>19</sup> המידע אוחר מתוך אתר הממשלה:

[https://www.sa.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/9666/intellectual-disability-the-facts.pdf](https://www.sa.gov.au/_data/assets/pdf_file/0009/9666/intellectual-disability-the-facts.pdf)

לשירותים הניתנים בויקטוריה תיקבע בידי המחלקה לשירותים ועל-פי התקנות למוגבלות.

מאז 2007, יש אבחנה ברורה בין מש"ה לבין מחלת נפש. עם זאת, תיתכן "מוגבלות כפולה" - אבחנה קיימת בין מש"ה לבין צורות אחרות של לקות קוגניטיבית, למשל חבלות ראש טראומטיות.

החוק העדכני באוסטרליה (מחוז ויקטוריה) קובע כי בקשה לשירותים אינה דורשת הערכה פורמאלית במקרים שבהם המוגבלות "מובנת מאליה". החוק הקודם דרש הערכה והצהרה של זכאות כתנאי לקבלת שירותים.

המידע על זכויות אנשים עם מוגבלות שכלית מופיע באתר הממשלתי של מדינת ויקטוריה באוסטרליה, בשפה פשוטה המונגשת לאנשים עם צרכים מיוחדים:

"The Law Handbook Online is a practical guide to the law in Victoria in the form of a comprehensive, plain English, web-based legal resource."<sup>20</sup>

### אוסטרליה - מדינת ניו סאות' וולס

הפנייה לקבלת שירותים והערכה התפתחותית עד גיל ארבע נעשית בידי גורם רפואי, והאבחנה נעשית בידי יועץ/פסיכולוג בבית הספר. שירותי האבחון והייעוץ הם שירותים "מולטי-דיספלינריים", ובהם פועלים אנשי מקצוע בעלי ניסיון בתחום המוגבלות השכלית: רופאי ילדים, פסיכולוגים, מרפאים בדיבור, מרפאים בעיסוק, פיזיותרפיסטים, אחים ועובדים סוציאליים. המטרה היא לאבחן את הגורמים למוגבלות ולהעריך חוזקות וקשיים, להציע דרכים לעזרה ולמיצוי הפוטנציאל, לסייע בקבלה של שירותים, בהערכה רפואית, במתן מידע, בייעוץ ובתמיכה במשפחות. השירותים הללו נמצאים בפריסה מקומית.

המידע בנוגע לתהליכי האבחון של אנשים עם מוגבלות שכלית מופיע באתר של ארגון סיוע למיצוי זכויות.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> אוחר מתוך: [/http://www.lawhandbook.org.au](http://www.lawhandbook.org.au)

<sup>21</sup> המידע אוחר מתוך: <http://www.ccdn.com.au/services-directory/44-communication-a-information/137-nsw-council-for-intellectual-disability>

## פרק 2: האבחון הפסיכולוגי

### א. משתנים המשפיעים על הממצאים בבדיקות הפסיכולוגיות

מבחני האינטליגנציה מגדירים באופן ברור את דרכי העברתם ואופן פירושם. עם זאת, ידוע כי לכל מבחן ישנן נקודות חוזק ונקודות חולשה ספציפיות.<sup>22</sup> במהלך השנים, המבחנים הפכו מורכבים וגם יותר מדויקים, אולם עדיין ניתוח התוצאות במבחן דורש שיקול דעת ושיפוט מקצועי המבוסס על ניסיון וידע, והציונים עצמם אינם מהווים מדד בלעדי להערכה.

האגודה האמריקאית למוגבלות שכלית התפתחותית (AAIDD, 2010) מדגישה כי ההגדרה האופרטיבית של "הגבלה משמעותית בתפקוד האינטלקטואלי" והשימוש במדד של שתי סטיות תקן מתחת לממוצע צריכים לשקף את שיקול הדעת הקליני: "שיקול דעת קליני הוא סוג מיוחד של שיפוט אשר דורש רמה גבוהה של מומחיות ושל ניסיון מקצועי ומתבסס ישירות על נתונים רחבים".

האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית (DSM-V-APA) מדגישה גם היא את מקומם של ה"ניסיון ושיקול הדעת הקליני הנדרשים כדי לפרש את תוצאות המבחנים וכדי להעריך את התפקוד האינטלקטואלי". שיקול הדעת הקליני של הפסיכולוג המעריך את תוצאות המבחנים, צריך לכלול התייחסות לכמה משתנים (Ceung, 2014) שהמרכזיים ביניהם יתוארו להלן:

**"טעות התקן של המדידה":** לצד בדיקת המהימנות והתוקף של המבחנים, בכל מבחן נקבעת מידת הדיוק של הכלי האבחוני הספציפי. ידוע כי כל מדידה אינה מושלמת ואין מבחן המשקף את התפקוד האינטלקטואלי באופן מוחלט. לפיכך, נעשה ניסיון לבדוק בכלים מתמטיים את מידת חוסר הדיוק של כל מבחן. דהיינו, מהי "טעות התקן של המדידה" של המבחן; עד כמה ניתן להעריך כי הציון אשר התקבל בהעברה ספציפית של המבחן הוא אכן מדויק, ועד כמה ניתן להיות בטוחים בציון שהתקבל. קיימת הסכמה רחבה ביחס לכך שיש להתייחס תמיד לטעות התקן של המדידה. הערכה היא שציון זה נע בין 3-5 נקודות, אם כי הדבר קשור למבחן ולגיל הנבדק (AAIDD, 2010).

<sup>22</sup> במאמר זה ישנה התייחסות להשפעה של ההבדלים בין מבחני המשכל על תוצאות ההערכה (Habets et al., 2014).

כך לדוגמה:

במבחן וכסלר לילדים (WISC-IV), טעות התקן של המדידה עבור ציון IQ כולל של נבדק בן 11 היא 2.60.

במבחן וכסלר למבוגרים (WAIS-IV), טעות התקן של המדידה לנבדק בן 16-17 היא 2.60.

במבחן וודקוק-ג'ונסון (WJ-III), טעות התקן של המדידה לנבדק בן 5 היא 2.60. קיימת נוסחה לקביעת טעות התקן של המדידה, וכן במרבית המבחנים מופיע פירוט של מדד זה במדריך השימוש (Young, Boccaccini, Conroy, and Lawson 2007).

**"אפקט פלין"**: בשנות השמונים, הצביע פלין (Flynn, 1984), על כך שמנת המשכל של האוכלוסייה הכללית כפי שזו נבדקת באמצעות מבחני וכסלר וסטנפורד בינה, עולה במהלך הזמן מיום שנקבעו הנורמות ועד הזמן שבו המבחן מועבר. ממצא זה אושר במחקרים רבים, אולם ההסברים לתופעה זו אינם חד-משמעיים והם כוללים התייחסות להשפעות חינוכיות וסביבתיות. מכל מקום, הטענה היא כי ציוני האוכלוסייה במבחני האינטליגנציה עולים ב-0.3 נקודות IQ מדי שנה, ובכ-3 נקודות בעשור (Weiss, 2010). לכן, המבחנים והנורמות מתעדכנים מדי מספר שנים, וציוני IQ של נבדק יהיו נמוכים יותר אם ייבחן בגירסה עדכנית של המבחן, וכך יגדל מספר האנשים שציון ה-IQ שלהם נמוך מ-70. לעומת זאת, ככל שהגירסה ישנה יותר, כך הציון יהיה גבוה יותר ויבטא הערכת יתר של האינטליגנציה (Flynn, 2000).<sup>23</sup>

נמצא כי במעבר בין גרסאות שונות של מבחן וכסלר לילדים, נצפתה ירידה בציונים (5.6 נקודות ירדו במעבר ל-WISC-III) כך שיותר ילדים אובחנו עם מש"ה (Kanaya, Cecia, Scullinb, 2003). האגודה האמריקאית למוגבלות שכלית (AAIDD, 2010) גם היא עומדת על ההשפעה האפשרית של "אפקט פלין" על קביעת אבחנה של מש"ה, ומבקשת לקחתה בחשבון; אולם מאידך גיסא, מדגישה האגודה כי חסרה הערכה מספרית מדויקת אשר על בסיסה ניתן יהיה להעריך את מידת ההשפעה של אפקט זה על התוצאות. בהעדר יכולת לערוך תיקון לציון ובשל המידע המחקרי על כך שקיימת השפעה עקבית ומתמשכת של אפקט פלין על הציונים של האוכלוסייה הכללית, גם

<sup>23</sup> בסקירת ספרות עדכנית (Trahan et al 2014), מובא ניתוח מקיף של אפקט פלין ושל הביטויים שלו בגרסאות השונות של מבחני המשכל. כמו כן, מובאת התייחסות להשפעה של אפקט פלין על ההחלטות שמתקבלות במחקרים של קביעת אבחנה של מש"ה בשאלת עונש מוות, בהשמה בחינוך מיוחד ובקבלת זכויות ביטוח לאומי בארה"ב.

האגודה ממליצה להשתמש בגרסאות העדכניות של הכלים.

### **ההשפעה של אפקט פלין על ציונים של נבדקים בטווח הנמוך**

ישנם ממצאים שונים בנוגע לשאלה האם אפקט פלין משפיע באותה צורה בכל טווח ציוני המשכל או שההשפעה שונה ביחס לטווחים הנמוכים של IQ :

בסקירת מחקרים (Nijman et al, 2010) אשר בדקו את השפעת אפקט פלין על אוכלוסייה בתפקוד אינטלקטואלי גבולי ועל אוכלוסייה עם מוגבלות שכלית, נראו ממצאים לא אחידים. בחלק מהמחקרים נמצא שאפקט פלין משפיע בצורה פחותה על נבדקים עם ציוני IQ נמוכים, ולעומת זאת, ישנם חוקרים הטוענים כי דפוס ההשפעה של אפקט פלין אינו שונה בטווח הנמוך של הממוצע ואף לא בין גילאים שונים ובין מבחן וכסלר למבחן סטנפורד בינה. לעומת זאת, קיימים ממצאים אשר מצבעים על כך שאפקט פלין משמעותי יותר באוכלוסייה עם מש"ה בינונית.

**"אפקט הרצפה"**: הכוונה היא לחוסר הדיוק של מבחני האינטליגנציה הנמצאים בשימוש רחב באשר לאבחנה של אנשים עם מש"ה ולכך שבטווח הנמוך לא קיימת דיפרנציאציה מספקת בין הציונים. כמו כן, במרבית המבחנים לא ניתן לקבל ציון IQ כולל הנמוך מ-40 (Whitaker & Gordon, 2012).

### **השפעת "אפקט הרצפה"**

על-פי Whitaker & Gordon (2012), מתן ציון תקן של 1 לציוני גלם נמוכים עלול לגרום להערכת יתר של היכולת האמיתית של הנבדק בתת-מבחן ספציפי. כך לדוגמה, במבחן וכסלר למבוגרים (WAIS-IV) אשר עדיין אינו נמצא בשימוש בישראל, בתת-מבחן זכירת ספרות בקבוצת גיל של 16-16.5, כל ציוני הגלם הקטנים מ-9 מקבלים ציון תקן של 1. כלומר, אין הבדל בין ציון גלם של 9 לבין ציון גלם נמוך יותר, ומשמעות הדבר היא כי פער זה ביכולת הנבדק אינו בא לידי ביטוי בציון, ועלול להשפיע על הערכת היכולת של הנבדק. טענה דומה מתייחסת לכך שציוני IQ שבין 40-50 ב-WAIS-III מבטאים לעתים השפעה של אפקט הרצפה. במבחן וכסלר לילדים (WISC-III), תופעה זו קיימת גם בציון משכל כולל של עד 70. להערכתו של Whitaker (2010), במבחן וכסלר לילדים (WISC-IV), יש אפקט רצפה משמעותי מאוד אשר קשה להגדירו מספרית.



## **ב. מאפייני המבחנים הפסיכולוגיים השכיחים בהערכה של אנשים עם מוגבלות**

### **שכלית התפתחותית**

השוואה בין מבחני וכסלר למבוגרים (WAIS-R) (WAIS-III):<sup>24</sup> Gordon & Whitaker (2008) מצאו הבדלים בציונים בין המבחנים בהתאם לרמת התפקוד של הנבדקים, כאשר העבירו את המבחנים השונים לאותם נבדקים.

	WISC-R כולל	ציון ביצועי	ציון מילולי	WAIS-III	ציון ביצועי	ציון מילולי
תפקוד ממוצע	0.95+				2.7-	2.0-
תפקוד גבולי	4.75+					
מש"ה קלה	1.26 +	לא מובהק		1.20-		
מש"ה בינונית	5.84+			5.72-	5.58-	8.80-

השוואה בין מבחן וכסלר למבוגרים (WAIS-III) למבחן וכסלר לילדים (WISC-IV): ההשוואה נערכה על אוכלוסייה של ילדים בני 16. שני המבחנים כוללים נורמות גילאיות מתאימות עבורם, ולכן ניתן להשתמש בכל אחד מהם להערכה של קבוצת גיל זו. המחקר (Whitaker, 2010) נערך באמצעות העברה של שני המבחנים לבני 16 בסדר משתנה. נמצא כי למבחן וכסלר לילדים (WISC-IV) יש אפקט רצפה משמעותי כתוצאה מציוני גלם נמוכים ומציוני גלם של אפס אשר מקבלים ציון תקן 1. בדיקה השוואתית מצביעה על כך ששימוש במבחן וכסלר לילדים (WISC-IV) עלול לגרום להערכת יתר של כמה נקודות במקרים של אינטליגנציה נמוכה. בכמה מחקרים, נמצא אפקט רצפה גם במבחן וכסלר למבוגרים (WAIS-III) וגם במבחן וכסלר לילדים (WISC-III). זאת כתוצאה מכך שציון תקן של 1 ניתן גם לציוני גלם נמוכים מאוד (Whitaker & Gordon, 2012):<sup>25</sup>

<sup>24</sup> Fitzgerald, Gery & Snowden, 2007 - מביאים גם הם השוואה בין שתי הגרסאות של מבחן וכסלר למבוגרים.

<sup>25</sup> השוואה בין מבחן סטנפורד בינה למבחן וכסלר ראה: Silverman, Miezjeski, Ryan, et al., 2014

## ג. סוגיות באבחון פסיכולוגי

### 1.1 אבחון אנשים בטווח הנמוך של הנורמה

הספרות המחקרית וכן הניסיון הקליני בעבודת מרכזי האבחון מלמדים כי לא כל הנבדקים הבוגרים עם מש"ה מצליחים להתמודד עם מבחן אינטליגנציה למבוגרים (Hessl et al., 2009). עם זאת, לא קיימים מבחנים המיועדים לאוכלוסייה עם מש"ה אשר כוללים נורמות מתאימות לגיל. אחד הניסיונות שנעשו בעולם במטרה למצוא פתרון לבעיה זו היה ההחלטה שלא להשתמש בציון התקן בבדיקה של אנשים עם מש"ה, אלא לנסות ולספור את מספר התשובות הנכונות בכל תת-מבחן ועל-פי התוצאה להפיק ציון משכל כולל. במחקר נוסף (McLean et al., 2011) שניסה לבדוק שיטה זו, נמצא שבגרסאות החדשות יותר של מבחני וכסלר, הציוניים הביצועיים היו נמוכים יותר במונחים של ציוני גלם, והשפיעו יותר על הציונים הכוללים של המבוגרים עם מש"ה מאשר על הציונים של הילדים.<sup>26</sup>

החברה הבריטית לפסיכולוגיה התייחסה לנוהג של אנשי מקצוע לבחון אנשים עם מוגבלת שכלית (או על-פי ההמשגה הקיימת בבריטניה: "ליקוי למידה") המתפקדים בטווח הנמוך באמצעות סולמות התפתחותיים ומבחנים לילדים צעירים:<sup>27</sup> ההנחייה שגובשה בסוגיה זו היא שניתן להשתמש בכלים אלה כדי לקבל מידע על תפקודים ספציפיים, אולם אין להשתמש בציון המשכל הכולל (IQ), ואין להשתמש באקסטרפולציות של ציון זה. כמו כן, נקבע כי אין להשתמש בסולמות של "גיל מנטאלי".

מחקר נוסף (Nuovo, Nuovo, & Buono, 2012) שהתמודד עם נושא זה של הערכת אינטליגנציה בקרב נבדקים המתפקדים בטווח הנמוך של IQ התייחס גם הוא לכך שהכלים הקיימים אינם מתאימים להעברה לאוכלוסייה עם מש"ה. הטענה היא כי בהערכה של נבדקים ברמות הנמוכות של האינטליגנציה, מבחנים אלה (במיוחד מבחן וכסלר) הם מורכבים מדי מכיוון שהם כוללים הוראות מילוליות ונדרשות יכולות מילוליות ופרקטיות לשם ביצוע המטלות. אנשים עם מוגבלות שכלית זקוקים לכלים המבוססים על הוראות פשוטות יותר, לא מילוליות ושאינן דורשות תגובה מילולית. בניסיון למצוא כלי אלטרנטיבי שניתן להשוותו למבחן וכסלר (WISC-III), החוקרים

<sup>26</sup> במאמר זה ישנה התייחסות לסוגייה של אבחון אנשים בטווח הנמוך של מנת המשכל באמצעות מבחן וכסלר למבוגרים (Jones, Van schaik, & Witts, 2006).

<sup>27</sup> אווזר מתוך: [http://www.bps.org.uk/system/files/documents/ppb\\_learning.pdf](http://www.bps.org.uk/system/files/documents/ppb_learning.pdf)

בחנו כמה כלים על אוכלוסייה של ילדים עם מש"ה קלה ובינונית:

1. מבחן לייטר (LIPS - Leiter International Performance Scale) - מבוסס על דימויים חזותיים, עם שימוש מינימלי ביכולת מילולית הן במבחן עצמו וכן בהעברתו. ניתן להפיק ממנו ציון IQ וגם יכולת לוגית, והוא אינו תלוי תרבות. המבחן מיועד לטווח הגילאים 2-20 והוא בודק גם קשב, זיכרון, הסקה וויזואליזציה.
2. מבחן המטריצות של רייבן (CPM- Coloured Progressive Matrices Test) דורש השלמה של מטריצות, ואינו תלוי תרבות ושפה.
3. מבחן (MDS - The Mental Development Scale) - מתאים לילדים בכל גיל ובכל רמת מוגבלות שכלית.
4. מבחן (PEP - The Psycho Educational Profile) - בודק התנהגויות ויכולות אשר מצביעות על רמת התפקוד של הילד בהשוואה לילדים בני גילו. מיועד לבחינה של יכולות והתנהגויות של ילדים עם אוטיזם או עם בעיות תקשורת בני חצי שנה - 7.

**ההמלצה** היא להשתמש בשני מבחנים מאחר שלשימוש במבחן אחד יש מהימנות נמוכה יותר. המבחנים המומלצים ביותר הם מבחן לייטר (LIPS) וגם מבחן המטריצות (CPM) וכאשר לא ניתן להשתמש במבחן לייטר, מומלץ להשתמש בכלי לבדיקת פרופיל פסיכו-חינוכי (PEP) בשילוב מבחן המטריצות (CPM).

## 2.2 ציון IQ כולל לעומת ציוני אינדקס (ציונים חלקיים)

פרופיל הציונים של ילדים עם מש"ה אינו אחיד ואינו שטוח אלא מתאפיין בנקודות חוזק וחולשה. הפרקטיקה של ניתוח ציונים חלקיים שכיחה בשדה, אולם נתונה למחלוקת ולא קיימת הסכמה לגביה. בספרות העדכנית, הטענה היא כי התוקף של ציונים חלקיים נמוך יותר. ציונים חלקיים מתבססים על פחות תתי-מבחנים מאלה שעליהם מתבסס ציון IQ כולל, ולכן ציונים אלה פגיעים יותר להשפעה של טעות המדידה. עוד ידוע כי קיימת שונות גבוהה יחסית במבחנים חוזרים בין נבדקים בקצה הנמוך (והגבוה) של הסקאלה (Bergeron & Floyd, 2013).<sup>28</sup> חוקרים אלה בדקו את המשמעות של ציונים חלקיים (כלומר ציוני אינדקס) בשלושה מבחני אינטליגנציה (KABC-II WISC-IV),

<sup>28</sup> ראה התייחסות נוספת לנושא זה: Koriakin et al., 2013.

(DAS-II), הם מצאו כי בין 7-17% מהילדים שציון מנת המשכל הכללית שלהם היה בטווח המוגבלות השכלית ההתפתחותית, קיבלו בציוני האינדקסים ציון אחד לפחות שהיה בתחום הממוצע או גבוה מהממוצע; ובין 33-52% קיבלו ציון בטווח הממוצע או נמוך יותר. להערכתם, ציון חלקי גבוה מביא לכך ששיעור גבוה של ילדים (50-80%) אינם מאובחנים כמש"ה אף שהם עונים למעשה על כל הקריטריונים להגדרה. לדעתם, אין להתבסס על ציונים חלקיים אלא על ציון IQ כולל המהווה את הציון המהימן ביותר. התבססות על ציון חריג באחד האינדקסים, עלולה לגרום לפגיעה בזכויות של זכאים לקצבה.

## פרק 3: מגמות חדשות באבחון

כפי שתואר לעיל, המגמות העכשוויות באשר לאבחנה של מש"ה, נותנות פחות משקל לציוני ה-IQ ומדגישות את הצורך לשלב מדידה של IQ עם מדידה של דיספונקציות קוגניטיביות נוספות (Shogren, Luckasson, & Schalock, 2014). שינוי הגישה עדיין אינו מגובה בשינוי בכלים, ויש צורך לפתח כלים נוספים ומתאימים להערכה של אוכלוסייה עם הנמכה אינטלקטואלית. כדי לפתח כלים חדשים נעשה ניסיון להבין מהם המדדים הקוגניטיביים הרלוונטיים ביותר לתפקוד היומיומי, וכיצד מתאפיינת לקות בתחום זה. בין היתר, נבחנים כיוונים אלה:

### 3.1 הערכת תפקודים ניהוליים (אקזקיוטיביים)

ברמות התקינות והגבוהות של האינטליגנציה, מקובלת ההנחה כי לא קיימת קורלציה בין מנת משכל לבין תפקודים ניהוליים.<sup>29</sup> בחינה של תפקודים ניהוליים בקרב אוכלוסייה עם מש"ה היא תחום מחקר מתפתח, וישנם ממצאים המכוונים לכך שישנה שונות בתפקודים הניהוליים גם בקרב אנשים עם מש"ה, וההנחה היא כי נחוצה הערכה של תפקודים אלה, דוגמת: הסקה מילולית והסקה תפיסתית, מהירות עיבוד, הבנה מילולית וזיכרון עבודה. מדידה כזו תאפשר לבסס את הקשר בין הליקויים הקוגניטיביים לבין הקשיים ההסתגלותיים והלימודיים העלולים לפגוע באיכות החיים לאורך ציר החיים. בשלב זה, לא קיימים כלים ספציפיים להערכה של תפקודים ניהוליים באוכלוסייה של אנשים עם מש"ה, אולם Willner ואחרים (2010) בדקו שימוש בכלים קיימים להערכה של תפקודים ניהוליים באוכלוסייה של אנשים עם מש"ה. הם השוו בין שני כלים:

Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS-C)

Cambridge Executive Functioning Assessment (CEFA).

הם מצאו כי מבחן CEFA מתאים להערכה של תפקודים ניהוליים באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית קלה ובינונית, ואילו מבחן BADS-C אינו מתאים לשימוש באוכלוסייה זו בשל אפקט רצפה משמעותי.

### 3.2 מודל השכל הישר

מודל זה הוא אחת הגישות החדשות המציעות נקודת מבט שונה על אינטליגנציה,

<sup>29</sup> לקריאה נוספת על תפקודים ניהוליים בקרב ילדים עם מוגבלות שכלית התפתחותית: (Japundža - Milisavljevic & Macešic-Petrovic, 2008).

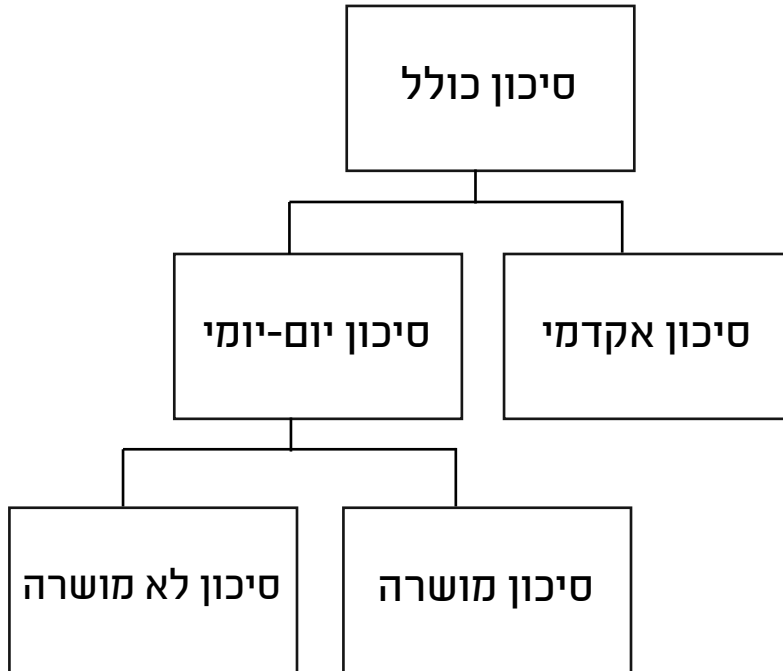
תוך התייחסות לרמת מודעות נמוכה לסיכונים המאפיינת אנשים עם מוגבלות שכלית (Greenspan, 2009; Greenspan, Switzky, & Woods, 2011; Greenspan & Woods, 2014). לתפיסת החוקרים, אנשים עם מש"ה נוטים יותר לחשוף את עצמם להתנהגויות מסכנות פיזית וחברתית בשל הליקויים הקוגניטיביים. לפי גישת זו, אנשים עם מש"ה הם בעלי הפרעה ב"שכל הישר", דהיינו הפרעה במודעות לסיכונים חברתיים ולסיכונים פרקטיים ברורים וביכולת להימנע מסיכונים אלה. ככל שהמוגבלות השכלית חמורה יותר כך הסיכון גבוה יותר.

"מודל השכל הישר" מציע חלוקה לשני סוגי סיכונים: (א) סיכון אקדמי - הסיכוי שלא להצליח מבחינה לימודית-אקדמית. המדד העיקרי בסיכון זה הוא ציון משכלי; (ב) סיכון בחיי היום-יום - הסיכוי להיכשל בהתמודדות עם אנשים ואובייקטים. סיכון זה נחלק לשניים: (1) סיכון פרקטי - חוסר יכולת לבצע פעולות פרקטיות העלולות לסכן את עצמו או אחרים; (2) סיכון חברתי - חוסר יכולת להתמודד בצורה בסיסית עם מצבים בינאישיים. הסיכון החברתי כולל: (א) סיכון מושרה, כלומר כזה המתרחש באמצעות מניפולציה חיצונית (פתיות); ו-(ב) סיכון לא מושרה, הנובע מהפרט עצמו. הטענה היא כי אם ישנה הסכמה באשר לכך שאחד המאפיינים של בעלי מוגבלות שכלית הוא הסיכון המוגבר שלהם, אזי צריך להכניס זאת להגדרה של מוגבלות שכלית, בניגוד לנעשה היום. הכותבים מרחיבים את ההתייחסות ליכולת הקוגניטיבית במקום להתנהגות המסתגלת, ומציעים להחליף את ההגדרה של התנהגות הסתגלותית בשלושה מרכיבים של אינטליגנציה: (1) אינטליגנציה אקדמית/מושגית (על-פי ציון IQ); (2) אינטליגנציה מעשית; (3) אינטליגנציה חברתית (המתבטאת במודל השכל הישר). הטענה היא שההגדרה והאבחון של מוגבלות שכלית צריכות להתבסס על בחינה של הסיכון הפרקטי והחברתי, וכי יש לבחון את ההתנהגות המסכנת, גם כאשר ה-IQ נמצא בין 70-75. מצוין כי במחקר שנערך בקרב אנשים עם מש"ה, נמצא כי אף שאנשים ברמת תפקוד גבוהה ערים יותר למצבי סיכון, הם עדיין חשופים יותר ל"קורבניות"<sup>30</sup> גם בהשוואה לאלה שאינם מזהים מצבי סיכון. כמו כן, נמצא קשר בין אלה הפגיעים יותר לסיכון לבין בעיות התנהגות.

---

Fisher, Moskowitz, & Hodapp, 2012 <sup>30</sup>

תרשים מתוך המאמר Greenspan, S., Switzky, H. N., & Woods, G. W. (2011)



#### כיצד בוחנים את המודעות לסיכונים?

ניתן לעשות זאת באמצעות פריטים הבודקים יכולת לפתרון בעיות, למשל באמצעות מדדים שונים מתוך מבחן וכסלר. בתת-מבחן הבנה, לדוגמה, השאלות הרלוונטיות הן די פשוטות, אך מאידך גיסא הן אינן בוחנות יכולת לראות סכנות במגוון מצבים במציאות.

לכן, על רקע המגבלה של הכלים הקיימים, המליצו החוקרים על כלים אלה:

1. שאלון CSQ (Common Sense Questionnaire) - מציג 24 מצבים חברתיים ופתרונות בעייתיים הכרוכים בסיכון.
2. סולם SVS (The Social Vulnerability Scale) - זהו סולם להערכת פגיעות חברתית, המבוסס על כך שאנשים עם מוגבלות שכלית חווים יותר "קורבניות" חברתית. השאלון כולל דוגמאות למצבי סיכון שאנשים עם מ"ש חשופים להם לאורך חייהם.

### **3.3 תפקוד אינטלקטואלי לעומת אינטליגנציה**

פרופ' רוברט שאלוק (Schalock, 2014), מהחוקרים המרכזיים בתחום המוגבלות השכלית, בוחן מחדש את המבנה של המוגבלות השכלית, ומציע להשתמש במינוח "תפקוד אינטלקטואלי" במקום ב"אינטליגנציה" מתוך תפיסה רב-ממדית של המושג. כך, במקום להתייחס לשני ממדים: אינטליגנציה והתנהגות מסתגלת, הוא מציע לבחון מיומנויות ספציפיות הקשורות לכל אחד מסוגי האינטליגנציה, ובכך שם את הדגש על צרכי התמיכה שלהם זקוק האדם, במקום להתייחס למשתנה שאינו מציע תיאור ייחודי של כל אדם, דוגמת ציון משכל. לפי עמדתו, יש צורך לפתח כלים חדשים שבעזרתם ניתן יהיה להעריך את שלושת מרכיבי האינטליגנציה (המיומנויות האינטלקטואליות): המושגית, החברתית והמעשית.



## פרק 4: סיכום והמלצות

במסמך זה, בחנו את ההגדרות המרכזיות לאבחנה ולסיווג של מוגבלות שכלית התפתחותית וכן את הפרקטיקה הנהוגה במקומות שונים בעולם באבחון אוכלוסייה זו. עוד ביקשנו לבחון, מהם הגורמים העשויים להשפיע על ההערכה של אינטליגנציה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית ומהם המאפיינים של הכלים האבחוניים המקובלים. נוסף על כך, לאור הקשיים הקיימים בשימוש בכלים האבחוניים המצויים כיום, ביקשנו לבחון מהן הגישות העכשוויות באבחון ומהן המגמות העתידיות המסתמנות בתחום זה. נראה כי בשנים האחרונות, אף שקיימים דגשים מעט שונים בין ההגדרות המרכזיות הנהוגות בעולם למוגבלות שכלית התפתחותית, ישנה האחדה של הקריטריונים הנהוגים וקווי הדמיון עולים על השוני. מוסכם כי אבחנה של מוגבלות שכלית התפתחותית מבוססת על-ידי ליקויים בו-זמניים בתפקוד האינטלקטואלי וההסתגלותי שתחילתם לפני גיל 18. הליקויים מוגדרים באמצעות מבחנים סטנדרטיים, ונדרשת הנמכה של כשתי סטיות תקן לפחות מהמוצע, בשני הממדים, כדי לענות על האבחנה.

עם זאת, ישנה הבנה הולכת ומתרחבת באשר למוגבלות הכלים הקיימים בהערכה של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. כיום ישנו עיסוק נרחב בגורמים האפשריים המשפיעים על ציוני המשכל (IQ) ואשר פוגעים בתוקף שלהם. כמו כן, רווחת הדעה שכלי האבחון למדידת אינטליגנציה לעתים קרובות אינם מתאימים להערכה של אנשים עם מוגבלות שכלית ואינם מאפשרים לעמוד בצורה מספקת על ההבדלים הבינאישיים ועל המאפיינים הקוגניטיביים הייחודיים לכל אדם.

כתוצאה מכך, הצטמצמה השפעתו של ציון המשכל כנקודת חתך בלעדית, ויש התייחסות נרחבת לכך שאין להתבסס על מבחני אינטליגנציה לצורך הבנה של המאפיינים הקוגניטיביים הייחודיים לאדם אשר משפיעים על ההסתגלות שלו ועל איכות החיים והרווחה הנפשית שלו.

גישה זו אינה מצמצמת את השימוש בכלי אבחון פסיכולוגיים, אלא מחדדת את ההבנות בנוגע לשימוש בהם, ומדגישה את הנקודות האלה:

1. יש להשתמש במספר כלי מדידה ובמספר מקורות מידע.
2. יש להשתמש בכלי אבחון עדכניים ולא בגרסאות ישנות של המבחנים.

3. יש להכיר את ההשפעות האפשריות על הממצאים (בין השאר, טעות התקן של המדידה, אפקט פלין, אפקט הריצפה) ולקחת אותן בחשבון.
4. יש להבין את דרכי הניתוח והפירוש של הציונים ואת המרכיבים של ציוני המשכל הכוללים (ציוני האינדקס ותתי-הציונים).

לבד מהיכרות עם הכלים הקיימים, ישנו דגש על הצורך להרחיב את הבדיקות הפסיכולוגיות ולהשתמש בכלים נוספים שיסייעו להעריך תפקודים קוגניטיביים מרכזיים הרלוונטיים לתפקוד היום-יומי. יש לזכור כי מטרתם של תהליכי האבחון אינה לקטלג ולסווג את הנבדקים, אלא לאפשר הבנה מעמיקה יותר של הקשיים, של היכולות ושל צורכי התמיכה הדרושים להם. השאלה היא האם הגדרת האינטליגנציה והערכתה באמצעות הכלים הקיימים אכן מספקת הבנה לאפיונים, לצרכים ולתמיכות או שיש צורך למצוא את אותם תפקודים קוגניטיביים החסרים בהם ומשפיעים על התפקוד היום-יומי ועל היכולת לפעול באופן מסתגל ועצמאי. נראה כי המגמות הבולטות כיום מתייחסות לבחינה של התפקודים הניהוליים (אקזקיוטיביים) ובהם יכולת לריסון, ויסות, גמישות, תכנון, שיפוט ועוד.

על רקע זה, ישנם חוקרים המציעים לשנות את המודל הקיים בנוגע למוגבלות שכלית ואת החלוקה בין יכולת אינטלקטואלית ויכולת הסתגלותית, ובמקומה הם מציעים מודלים המתבססים על הערכה רחבה של היכולת הקוגניטיבית. על-פי גישה זו, יש להחליף את ההגדרה הקיימת (באשר להסתגלות), ובמקומה להתייחס לשלושה מרכיבים של אינטליגנציה:

1. אינטליגנציה אקדמית/ מושגית (על-פי ציון IQ)
2. אינטליגנציה מעשית
3. אינטליגנציה חברתית (המתבטאת לדוגמה במודל השכל הישר).

נראה כי ישנה התקדמות לקראת שינויים אלה, אולם ניתן לשער כי יחלפו עוד שנים רבות עד שיחול שינוי בהגדרות ובתהליכים האבחוניים. לשם כך יידרשו שינויים בהגדרה האופרציונלית של המוגבלות השכלית, כך שזו תשקף את הרב-ממדיות של התפקוד האינטלקטואלי. כמו כן, יהיה צורך לפתח כלים למדידה תקפה של האינטליגנציות - המושגית, המעשית והחברתית.

## פרק 5: רשימת מקורות ונספחים

- AAIDD. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington DC: AAIDD Publishing.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM–V (Fifth ed.) (2013). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrews, G., Pine, D.S., Hobbs, M.J., Anderson, T.M., & Sunderland, M. (2009). Neurodevelopmental disorders: cluster 2 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine* 39 (12), 2013-2023.
- Arnold, S.R., Richesa, V.C., & Stancliffe, R.J. (2011). Intelligence is as intelligence does: Can additional support needs replace disability? *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36 (4), 244-258.
- Bergeron, R., & Floyd, R.G. (2013). Individual part score profiles of children with intellectual disability: A descriptive analysis across three intelligence tests school. *Psychology Review*, 42 (1), 22-38.
- Bergeron, R., Floyd, R.G., and Shands, E.I. (2008). States' eligibility guidelines for mental retardation: An update and consideration of part scores and unreliability of IQs. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 43 (1), 123–131.
- Boone, J. (2013). Disability policy in Canada: An evaluation of policies for individuals with intellectual and developmental disabilities. *Social Policy*, 4 (2), 30-44.
- Cheung, N. (2013). Defining intellectual disability and establishing a standard of proof: Suggestions for a national model standard. *Health Matrix*, 23 (1), 318-342.
- CT State Department of Education (2007). *Guidelines identifying children with intellectual disability*. Retrieved from [http://www.sde.ct.gov/sde/lib/sde/PDF/DEPS/Special/guide\\_intellectualdisability2007.pdf](http://www.sde.ct.gov/sde/lib/sde/PDF/DEPS/Special/guide_intellectualdisability2007.pdf)
- Disability Services Commission (2013). *Guidelines Eligibility Policy for Specialist Disability Services funded or provided by the Disability Services Commission*. Retrieved from [www.disability.wa.gov.au](http://www.disability.wa.gov.au).
- DPIC (2015). *Mental Disabilities*. Retrieved from <http://www.deathpenaltyinfo.org/documents/FactSheet.pdf>.

- Ellis, W.E., Delpha, A.M., Land, A., Suzuki, C., & Homer, S.K. (2013). Brief of Amici Curiae the AAIDD, the ARC of the USA, the NDRN, disability rights Florida, and the Bazelon center for mental health law in support petitioner. Retrieved from <http://www.thearc.org/document.doc?id=4995>
- European Intellectual Disability Research Network (2003). *Intellectual disability in Europe: Working papers*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent at Canterbury. Retrieved from <http://www.enil.eu/wp-content/uploads/2012/07/Intellectual-Disability-in-Europe.pdf>.
- Fact Sheet: President's Committee for People with Intellectual Disabilities* (2014) Retrieved from <http://www.acl.gov/Programs/AIDD/Programs/PCPID/index.aspx>.
- Fisher, M.H., Moskowitz, A.L., & Hodapp, R.M. (2012). Vulnerability & experiences related to social victimization among individuals with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 5(1), 34-48.
- Fitzgerald, S., Gray, N.S., & Snowden, R.J. (2007). A comparison of WAIS-R and WAIS-III in the lower IQ range: Implications for learning disability diagnosis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(4), 285–378.
- Good Practice Guidelines for UK Clinical Psychology Training Providers for the Training and Consolidation of Clinical Practice in Relation to Adults with Learning Disabilities. April 2012 Learning Disabilities. Retrieved from: uk <http://www.bild.org.uk/information/faqs/>
- Greenspan, S. (2009). Foolish action in adults with intellectual disabilities: The forgotten problem of risk-unawareness. *International Review of Research in Mental Retardation*, 36, 147-189.
- Greenspan, S., Switzky, H.N., & Woods, G.W. (2011). Intelligence involves risk-awareness and intellectual disability involves risk-unawareness: Implications of a theory of common sense. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 2011, 36(4), 246-257.
- Greenspan, S., & Woods, G.W. (2014). Intellectual disability as a disorder of reasoning and judgement: The gradual move away from intelligence quotient-ceilings. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 95-165.

- Habets, P., Jeandarme I. I., Uzieblo, K.T.I., & Bogaerts, S. (2014). Intelligence is in the eye of the beholder. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10, 1-11.
- Harris, J. C. (2014). Neurodevelopmental and Neurocognitive disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(2), 210-215.
- Hessl, D., Nguyen, D.V., Green, C., Chavez, A., Tassone, F., Hagerman, R.J., Senturk, D., Schneider, A., lightbody, A., Raiss, A.L., & Hall, s. (2009). Solution to limitations of cognitive testing in children with intellectual disabilities: The case of fragile X syndrome. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 1(1), 33-45.
- Hudson, A. (2014). *Psychologists and intellectual disability*. Retrieved from <http://www.psychology.org.au/publications/inpsych/disability/>.
- Japundža-Milislavljjevic, M., & Macešic-Petrovic, D. (2008). Executive functions in children with intellectual disabilities. *The British Journal of developmental Disabilities*, 54(2), 113-121.
- Jones, J.S., van Schaik, P. & Witts, P. (2006). A factor analysis of the Wechsler Adult Intelligence Scale 3rd Edition (WAIS-III) in a low IQ sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 145–152.
- Kanayaa, T., Cecia, S.J., & Scullinb, M.H. (2003). The rise and fall of IQ in special ed.: Historical trends and their implications. *Journal of School Psychology*, 41, 453–465.
- Koriakin, T.A., McCurdy, M.D., Papazoglou, A., Pritchard, A.E., Zabel, T.A., Mahine, E.M., & Jacobson, L.A. (2013). Classification of intellectual disability using the Wechsler Intelligence Scale for Children: Full Scale IQ or General Abilities Index? *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55(9), 5-840.
- Laird, C., & Whitaker, S. (2011). The use of IQ and descriptions of people with intellectual disabilities in the scientific literature. *British journal of developmental disabilities*, 57(113), 175-183.
- McLean, H. Mckenzie, K., Kidd, G., Murray, A.L., & Schwannauer, M. (2011). Measurement invariance in the assessment of people with an intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 32(3), 1081-1085.
- McKenzie, K., & Megson, P. (2012). Screening for intellectual disability in children: A review of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(1), 7-80.

- Nijman, E.E., Scheirs, J.G., Prinsen, M.J., Abbink, C.D., & Blok, J.B. (2010). Exploring the Flynn effect in mentally retarded adults by using a nonverbal intelligence test for children. *Research in Developmental Disabilities, 31*, 1404-1411.
- NDIS. (2010). *Council for Intellectual Disability*. Retrieved from <http://www.ndis.gov.au/document/>.
- Nuovo, A.G., Nuovo, S.D., & Buono, S. (2012). Intelligent quotient estimation of mental retarded people from different psychometric instruments using artificial neural networks. *Artificial intelligence in medicine, 54*(2), 135-145.
- Papazoglou, A., Jacobson, L.A., McCabe, M., Kaufmann, W., and Zabel, A. (2014). ID or not to ID? Changes in classification rates of intellectual disability using DSM-5. *Intellectual and Developmental Disabilities, 52*(3), 74-165.
- Salvador-Carulla, et al. (2011). Intellectual developmental disorders: Towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability". In ICD-11. *World Psychiatry, 10*(3), 175-180.
- Salvador-Carulla, et al. (2014). Moving beyond intelligence in the revision of ICD-10: Specific cognitive function in intellectual developmental disorders. *World Psychiatry, 13*(1), 93-94.
- Shogren, K.A., Luckasson, R., & Schalock, R.L. (2014). The definition of "Context" and its application in the field of intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 11*(2), 109–116.
- Schalock, R.L. (2011). The evolving understanding of the construct of intellectual disability. *Journal of intellectual disability, 36*(4), 227-237.
- Schalock, R.L., Verdugo, M.A., & Gomez, L.E. (2014). Evidence-based practices in the field of intellectual and developmental disabilities: An international consensus approach. *Evaluation and Program Planning, 34*, 273–282.
- Silverman, W., Mizejeski, C., Ryan, R., Zigman, W., Krinsky-McHale, S., & Urv, T. (2014). Stanford-Binet & WAIS IQ differences and their implications for adults with intellectual disability (AKA mental retardation). *Intelligence, 38*, 242–248.
- Tassé, M.J., Luckasson, R., & Nygren, M. (2013). AAIDD proposed recommendations for ICD-11 and the condition previously known as mental retardation. *Intellectual and Developmental Disabilities, 51*(2), 31-127.
- The Law Handbook. (2013). Retrived from <http://www.lawhandbook.org.au/>.

- Trahan, L., Stuebing, K., Hiscock, M.k., and Fletcher, J. (2014). The Flynn Effect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 140(5), 1332–1360.
- Weiss, L.G. (2010). Consideration on the Flynn Effect. *Journal of psychoeducational Assessment* 2010, 28 (5), 482-493.
- Whitaker, S. (2010). Error in the estimation of intellectual ability in the low range using the WISC-IV and WAIS-III. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 517-521.
- Whitaker, S., and Gordon, S. (2008, June). *A comparison of the WISC-IV and WAIS-III in the low IQ range*. Paper presented at the British Psychological Society North East Branch (NEEB) Conference, Leeds, UK .Retrieved from <http://eprints.hud.ac.uk/10546/>.
- Whitaker, S., & Gordon, S. (2012). Floor effects on the WISC-IV: Disabilities in the scientific literature. *British journal of developmental disabilities*, 57(113), 175-183.
- Willner, P., Bailey, R.R., and Daymod, S. (2010). Evaluation of executive functioning in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(4), 79-366.
- World Health Organization. (2010). *International Classification of Disease (ICD-10)*. Retrieved from [http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2\\_en\\_2010.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf).
- Zais, M. (2011). Standards for evaluation and eligibility determination (seed). Office of exceptional children. (3-38). Retrieved from <http://frcdsn.org/wp-content/uploads/2014/06/Standards-for-Evaluation-and-Eligibility-Determination>

אתרי אינטרנט נוספים מומלצים:

Australian Government: Australian Institute of Health and Welfare 122. July 2014 <http://www.aihw.gov.au/australias-health/2014/health-system/>.  
<http://www.disabilitysecrets.com/topics/continuing-disability-reviews>.  
<http://www.ssa.gov/disability/professionals/bluebook/12.00-MentalDisorders-Adult.htm>.  
[https://www.ets.org/disabilities/documentation/documenting\\_intellectual\\_disabilities](https://www.ets.org/disabilities/documentation/documenting_intellectual_disabilities).  
<https://www.gov.uk/government/publications/definition-of-disability-under-the-act><http://www.hmrc.gov.uk/manuals/cogmanual/COG11340.htm>.

### הגדרה ומאפיינים מרכזיים של מוגבלות שכלית התפתחותית על-פי קבוצת העבודה אשר גיבשה הצעה מוסכמת לקראת הוצאתה של המהדורה החדשה

ICD-11 (Salvador-Carulla et al, 2014)

Definition and main descriptors of intellectual developmental disorders (IDD) agreed by the ICD Working Group(icd-11)

#### **Definition**

A group of developmental conditions characterized by significant impairment of cognitive functions, which are associated with limitations of learning, adaptive behavior and skills.

#### **Main descriptors:**

- IDD is characterized by a marked impairment of core cognitive functions necessary for the development of knowledge, reasoning, and symbolic representation of the level expected of one's age peers, cultural and community environment. Nevertheless, very different patterns of cognitive impairments appear for particular conditions of IDD.
- In general, persons with IDD have difficulties with verbal comprehension, perceptual reasoning, working memory and processing speed.
- The cognitive impairment in persons with IDD is associated to difficulties in different domains of learning, including academic and practical knowledge.
- Persons with IDD typically manifest difficulties in adaptive behaviour; that is, meeting the demands of daily life expected for one's age peers, cultural, and community environment. These difficulties include limitations in relevant conceptual, social, and practical skills.
- Persons with IDD often have difficulties in managing their behaviour, emotions, and interpersonal relationships, and maintaining motivation in the learning process.
- IDD is a life span condition requiring consideration of developmental stages and life transitions.



**רשימת כלים לאבחון אנשים עם מש"ה המקובלת בארה"ב בעריכת הארגון לקידום  
הלמידה של אנשים עם מוגבלויות ETS :**

[http://www.ets.org/disabilities/documentation/documenting\\_intellectual\\_disabilities/#appendix-b](http://www.ets.org/disabilities/documentation/documenting_intellectual_disabilities/#appendix-b)

**Appendix B: Clinical Instruments in Common Use for Documenting Intellectual Disabilities in Adolescents and Adults**

**Tests of Intellectual Ability**

- Cognitive Assessment System Das-Naglieri (CAS)
- Comprehensive Test of Nonverbal Intelligence – Second Edition (CTONI-2)
- Kaufman Adolescent and Adult Intelligence Test (KAIT)
- Kaufman Brief Intelligence Test – Second Edition (KBIT-2)
- Leiter International Performance Scale – Third Edition (Leiter-3)
- Reynolds Intellectual Assessment Scales (RIAS)
- Slosson Intelligence Test – Revised Third Edition (SIT-R3)
- Stanford-Binet Intelligence Scales – Fifth Edition (SB5)
- Test of Nonverbal Intelligence – Fourth Edition (TONI-4)
- Universal Nonverbal Intelligent Test (UNIT)
- Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition (WAIS-IV)
- Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition (WISC-IV)
- Woodcock-Johnson III Normative Update Tests of Cognitive Abilities (NU)

**Adaptive Functioning Scales**

- Comprehensive Test of Adaptive Behavior – School 2nd Edition (ABS-S:2)
- Adaptive Behavior Assessment System – Second Edition (ABAS – II)
- Comprehensive Test of Adaptive Behavior (CTAB)
- Scales of Independent Behavior Revised (SIB-R)
- Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II)

## **Achievement Measures**

- Gray Oral Reading Test (GORT-5)
- Scholastic Abilities Test for Adults (SATA)
- Stanford Test of Academic Skills (TASK)
- Test of Written Language (TOWL-4)
- Wechsler Individual Achievement Test-III
- Wide Range Achievement Test, 4 Edition (WRAT).

## **Appendix B: Clinical Instruments in Common Use for Documenting Intellectual Disabilities in Adolescents and Adults**

### **Tests of Intellectual Ability**

- Cognitive Assessment System Das-Naglieri (CAS)
- Comprehensive Test of Nonverbal Intelligence – Second Edition (CTONI-2)
- Kaufman Adolescent and Adult Intelligence Test (KAIT)
- Kaufman Brief Intelligence Test – Second Edition (KBIT-2)
- Leiter International Performance Scale – Third Edition (Leiter-3)
- Reynolds Intellectual Assessment Scales (RIAS)
- Slosson Intelligence Test – Revised Third Edition (SIT-R3)
- Stanford-Binet Intelligence Scales – Fifth Edition (SB5)
- Test of Nonverbal Intelligence – Fourth Edition (TONI-4)
- Universal Nonverbal Intelligent Test (UNIT)
- Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition (WAIS-IV)
- Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition (WISC-IV)
- Woodcock-Johnson III Normative Update Tests of Cognitive Abilities (NU)

### **Adaptive Functioning Scales**

- Comprehensive Test of Adaptive Behavior – School 2nd Edition (ABS-S:2)
- Adaptive Behavior Assessment System – Second Edition (ABAS – II)
- Comprehensive Test of Adaptive Behavior (CTAB)
- Scales of Independent Behavior Revised (SIB-R)
- Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II)

## **Achievement Measures**

- Gray Oral Reading Test (GORT-5)
- Scholastic Abilities Test for Adults (SATA)
- Stanford Test of Academic Skills (TASK)
- Test of Written Language (TOWL-4)
- Wechsler Individual Achievement Test-III
- Wide Range Achievement Test, 4 Edition (WRAT).

### נספח 3

#### קריטריונים לקביעת מוגבלות שכלית לשאלת פטור מעונש מוות במדינות שונות בארה"ב

State	Statute Citation	Definition of Mental Retardation	Qualified Examiners
Arizona	Ariz. Rev. Stat. Sect. 13-3982	A condition based on a mental deficit that has resulted in significantly sub average general intellectual functioning existing concurrently with significant limitations in adaptive functioning, where the onset of the forgoing conditions occurred before the defendant reached the age of eighteen.	Requires the trial court in a capital case to appoint a licensed psychologist to conduct a prescreening evaluation to determine the defendant's IQ.
Arkansas	Ark. Code Ann. Sect. 5-4-618 (1993)	Significantly sub average general intellectual functioning accompanied by significant deficits or impairments in adaptive functioning, and manifested in the developmental period. The age of onset is 18. There is a rebuttable presumption of mental retardation when the defendant has an IQ of 65 or below.	There is no information on this aspect of the statute.

State	Statute Citation	Definition of Mental Retardation	Qualified Examiners
Colorado	Colo. Rev. Stat. Sect. 16-9-401-403	Any defendant with significantly sub average general intellectual functioning existing concurrently with substantial deficits in adaptive behavior and manifested and documented during the developmental period. The requirements for documentation may be excused by the court upon a finding that extraordinary circumstances exist. The court does not define extraordinary circumstances. The law does not give a numerical IQ level.	There is no information on this aspect of the statute.
Connecticut (death penalty abolished)	Public Act No, 01-151	Significantly sub average general intellectual functioning existing concurrently with deficits in adaptive behavior and manifested during the developmental period. (as defined in Conn. Gen. Stat. § 1-1g (2001))	There is no information on this aspect of the statute.

State	Statute Citation	Definition of Mental Retardation	Qualified Examiners
Florida	Florida Statutes, Sect. 921.137	significantly sub average general intellectual functioning existing concurrently with deficits in adaptive behavior and manifested during the period from conception to age 18.	Court-appointed experts in the field of mental retardation shall evaluate the defendant and report their findings to the court and all interested parties prior to the final sentencing hearing.
Georgia	Ga. Code. Ann. Sect. 17-7-131(i)	“...Significantly sub average intellectual functioning resulting in or associated with impairments in adaptive behavior which manifests during the developmental period.”*	Court-appointed licensed psychologists or psychiatrists; or physicians or licensed clinical psychologists chosen and paid for by the defendant.

State	Statute Citation	Definition of Mental Retardation	Qualified Examiners
Indiana	Ind. Code Sect. 35-36-9-1 et. seq.	An individual before becoming 22 years of age manifests: (1) significantly sub average intellectual functioning; and (2) substantial impairment of adaptive behavior that is documented in a court-ordered evaluative report.	State does not specify if the court can appoint psychologists or psychiatrists. Attorneys should probably obtain this information from trial court at pre-trial.

State	Statute Citation	Definition of Mental Retardation	Qualified Examiners
Kansas	Kan. Stat. Ann. Sect. 21-4623	An individual having significantly sub average general intellectual functioning to an extent that substantially impairs one's capacity to appreciate the criminality of one's conduct or conform one's conduct to the requirements of law. The statute does not define adaptive behavior or the age of onset. However, Kan. Stat. Ann Sect. 76-12b01 defines these terms. Adaptive behavior refers to the effectiveness of personal independence and social responsibility expected of that person's age, cultural group and community. The age of onset must be prior to 18 years old.	There is no information on this aspect of the statute.
Kentucky	Ky. Rev. Stat. Sect. 532.130-140	A significant sub average intellectual functioning existing concurrently with substantial deficits in adaptive behavior and manifested during the developmental period. The age of onset is 18 years old. Significantly subaverage general intellectual functioning is defined as an IQ of 70 or below.*	There is no information on this aspect of the statute.



<b>State</b>	<b>Statute Citation</b>	<b>Definition of Mental Retardation</b>	<b>Qualified Examiners</b>
Maryland (death penalty abolished)	Md. Code. Ann. art. 27 Sect.412	An individual who has significantly sub average intellectual functioning as evidenced by an IQ of 70 or below on an individually administered IQ test, and impairment in adaptive behavior. The age of onset is before the age of 22.	There is no information on this aspect of the statute.
Missouri	RSMo 565.030	Significantly sub average general intellectual functioning which originates before age eighteen; and is associated with a significant impairment in adaptive behavior.	There is no information on this aspect of the statute.
New Mexico (death penalty abolished)	N.M. Stat. Ann. Sect. 31-20A-2.1 (1978)	Mental retardation refers to significantly sub average general intellectual functioning existing concurrently with deficits in adaptive behavior. An IQ of 70 or below on a reliably administered IQ test shall be presumptive evidence of mental retardation.	There is no information on this aspect of the statute.

State	Statute Citation	Definition of Mental Retardation	Qualified Examiners
Nebraska	R.R.S. Neb. Sect. 28-105.01 (2000)	Mental retardation means significantly sub average general intellectual functioning existing concurrently with deficits in adaptive behavior. An IQ of 70 or below on a reliably administered IQ test shall be presumptive evidence of mental retardation.	There is no information on this aspect of the statute.
New York (except for murder by a prisoner) (death penalty abolished)	N.Y. Crim. Proc. Sect. 400.27(12)	The statute uses the most recent American Association on Mental Retardation definition (1992).** The N.Y Statute does not list specific levels of intelligence, nor does it go into detail regarding adaptive skills.	No specifics noted - "Psychiatrist, psychologist or other trained individual."

State	Statute Citation	Definition of Mental Retardation	Qualified Examiners
North Carolina	2001 N.C. Sess. Laws 346	Significantly sub average general intellectual functioning (defined as having an IQ of 70 or below), existing concurrently with significant limitations in adaptive functioning (defined as having significant limitations in two or more of the following adaptive skill areas: communication, self-care, home living, social skills, community use, self-direction, health and safety, functional academics, leisure skills and work skills) both of which were manifested before the age of 18.	A licensed psychiatrist or psychologist
South Dakota	S.D. Codified Laws Sect. 23A-27A-26.1 (2000)	Mental retardation means significant sub average general intellectual functioning existing concurrently with substantial related deficits in applicable adaptive skill areas. An IQ exceeding 70 on a reliable standardized measure of intelligence is presumptive evidence that the defendant does not have significant sub average general intellectual functioning. Mental retardation must have been manifested and documented before the age of 18 years.	A psychiatrist, licensed psychologist, or licensed psychiatric social worker designated by the state's attorney, for the purpose of rebutting evidence offered by the defendant.

State	Statute Citation	Definition of Mental Retardation	Qualified Examiners
Tennessee	Tenn. Code. Ann. tit.39. Ch. 13 pt. 2 sect. 39-13-203	(1) Significantly sub average general intellectual functioning as evidenced by a functional IQ of 70 or below; (2) deficits in adaptive behavior; (3) the mental retardation must have been manifested during the developmental period or by age 18. The state does not define "deficits in adaptive behavior." The statute clearly provides that adaptive behavior and intellectual functioning are independent criteria.	There is no information on this aspect of the statute.

State	Statute Citation	Definition of Mental Retardation	Qualified Examiners
Washington	Was. Rev. Code Ann. Sect. 10.95.030 (West)	The individual has (1) significantly sub average general intellectual functioning; (2) existing concurrently with deficits in adaptive behavior; and (3) both significantly sub average general intellectual functioning and deficits in adaptive behavior were manifested during the developmental period. The age of onset is 18 years of age. The required IQ level is 70 or below.*	A court-appointed licensed psychiatrist or psychologist experienced in the diagnosis and evaluation of mental retardation. This leaves open the issue of whether or not the defendant may hire his own expert.

State	Statute Citation	Definition of Mental Retardation	Qualified Examiners
Federal Government	18 U.S.C.A. Sect. 3596(c) (Federal Crime Bill of 1994)	In 1994, Congress adopted legislation to ban the execution of individuals with mental retardation. The statute states that a sentence of death shall not be carried out upon a person who has mental retardation. The statute does not define mental retardation, or discuss at what stage in the criminal proceedings the determination of mental retardation must be made. Earlier, Congress had also provided a form of an exemption for this issue in the Anti-Drug Abuse Act of 1988 (pub. L. No. 100-690).	

AAMR 1983 definition; see Grossman, H. "Manual on Terminology and \* Classification" (8th Ed.) AAMR 1983

Mental retardation refers to substantial limitations in present functioning.\*\*\* It is characterized by significantly sub average intellectual functioning, existing concurrently with related limitations in two or more of the following applicable adaptive skill areas: communication, self-care, home living, social skills, community use, self-direction, health and safety, functional academics, leisure, and work. Mental retardation manifests before age 18." (Luckasson, R., et. al. (1992). "Mental Retardation: Definition, Classification, (and Systems of Supports" (9th ed.) AAMR

Source: Denis, W. Keyes, and William, J. Edwards. "Mental Retardation and the Death Penalty: Current Status of Exemption Legislation". 687 Mental & Physical Disabilities Law Reporter (September - October 1997) .with updated information for Arizona, Nebraska and South Dakota by DPIC <http://www.deathpenaltyinfo.org/states-have-changed-their-statutes-comply-supreme-courts-decision-atkins-v-virginia>

## המצב אחרי פסק דין אטקינס השולל עונש מוות לאנשים עם מש"ה

<b>CALI-FORNIA</b>	<b>STAT-UTE</b>	<b>QUALIFIED EXAMINER</b>	<b>DETERMINED?</b>
	Penal Code 1376	None stated. Burden of proof is on the defense.	In a Pre-Trial hearing by a Judge or Jury.
	<b>DEFINITION OF MENTAL RETARDATION</b>		
Significantly sub average general intellectual functioning existing concurrently with deficits in adaptive behavior and manifested before the age of 18.			
<b>DELA-WARE</b>	<b>STAT-UTE</b>	<b>QUALIFIED EXAMINER</b>	<b>DETERMINED?</b>
	11-4209	None stated. Burden of proof is on the defense.	Before the Trial by a Judge
	<b>DEFINITION OF MENTAL RETARDATION</b>		
<p>“Seriously mentally retarded” or “serious mental retardation” means that an individual has significantly sub average intellectual functioning that exists concurrently with substantial deficits in adaptive behavior and both the significantly sub average intellectual functioning and the deficits in adaptive behavior were manifested before the individual became 18 years of age; “Significantly sub average intellectual functioning” means an intelligent quotient of 70 or below obtained by assessment with 1 or more of the standardized, individually administered general intelligence tests developed for the purpose of assessing intellectual functioning; and “Adaptive behavior” means the effectiveness or degree to which the individual meets the standards of personal independence expected of the individual’s age group, sociocultural background and community setting, as evidenced by significant limitations in not less than 2 of the following adaptive skill areas: communication, self-care, home living, social skills, use of community resources, self-direction, functional academic skills, work, leisure, health or safety.</p>			

IDAHO	STAT-UTE	QUALIFIED EXAMINER	DETERMINED?
	19-2515A	No specific qualifications specified. Refers only to "expert witness" for either side.	Before the Trial by a Judge
<b>DEFINITION OF MENTAL RETARDATION</b>			
<p>"Mentally retarded" means significantly sub average general intellectual functioning that is accompanied by significant limitations in adaptive functioning in at least two (2) of the following skill areas: communication, self-care, home living, social or interpersonal skills, use of community resources, self-direction, functional academic skills, work, leisure, health and safety. The onset of significant sub average general intelligence functioning and significant limitations in adaptive functioning must occur before age eighteen (18) years. (b) "Significantly sub average general intellectual functioning" means an intelligence quotient of seventy (70) or below.</p>			



<b>ILLINOIS (death penalty abol- ished)</b>	<b>NOTE:</b> On November 20, 2003, the Illinois legislature unanimously voted to override the July 29, 2003 Governor Blagojevich veto, entering the statutes into law.		
	<b>STAT- UTE</b>	<b>QUALIFIED EXAMINER</b>	<b>DETERMINED?</b>
	725 ILCS 5/114-15	If a motion to disqualify a case as a capital case based upon the mental retardation of the defendant is filed, the issue of the defendant's mental retardation shall be determined in a pretrial hearing. The court shall be the fact finder on the issue of the defendant's mental retardation and shall determine the issue by a preponderance of evidence in which the moving party has the burden of proof. The court may appoint an expert in the field of mental retardation. The defendant and the State may offer experts from the field of mental retardation. The court shall determine admissibility of evidence and qualification as an expert.	Before the Trial
<b>DEFINITION OF MENTAL RETARDATION</b>			
The mental retardation must have manifested itself by the age of 18. An intelligence quotient (IQ) of 75 or below is presumptive evidence of mental retardation. IQ tests and psychometric tests administered to the defendant must be the kind and type recognized by experts in the field of mental retardation. In order for the defendant to be considered mentally retarded, a low IQ must be accompanied by significant deficits in adaptive behavior in at least 2 of the following skill areas: communication, self-care, social or interpersonal skills, home living, self-direction, academics, health and safety, use of community resources, and work.			

<b>LOUISIANA</b>	<b>STATUTE</b>	<b>QUALIFIED EXAMINER</b>	<b>DETERMINED?</b>
	2003 LA Acts 698, Code of Criminal Procedure Article 905.5.1	When a defendant makes a claim under this article the state has the right to an independent psychological and psychiatric examination of the defendant. Must be licensed by Louisiana state board of examiners of psychologists.	Before the Trial (if the prosecutor agrees) by the Judge, or during sentencing by the Jury
<b>DEFINITION OF MENTAL RETARDATION</b>			
A disability characterized by significant limitations in both intellectual functioning and adaptive behavior as expressed in conceptual, social, and practical adaptive skills. Onset must have occurred before age 18.			
<b>NEVADA</b>	<b>STATUTE</b>	<b>QUALIFIED EXAMINER</b>	<b>DETERMINED?</b>
	NRS 174	None stated. Only reference to examiners is that they are to be selected by the prosecution.	Before the Trial
<b>DEFINITION OF MENTAL RETARDATION</b>			
Significant sub average general intellectual functioning which exists concurrently with deficits in adaptive behavior and manifested during the developmental period.			

UTAH	STAT-UTE	QUALIFIED EXAMINER	DETERMINED?
	77-15a-101	The court shall order the Department of Human Services to appoint at least two mental health experts to examine the defendant and report to the court. The experts: (i) may not be involved in the current treatment of the defendant; and (ii) shall have expertise in mental retardation assessment.	Before the Trial
<b>DEFINITION OF MENTAL RETARDATION</b>			
Significant sub average general intellectual functioning that results in and exists concurrently with significant deficiencies in adaptive functioning that exist primarily in the areas of reasoning or impulse control, or in both of these areas; and the sub average general intellectual functioning and the significant deficiencies in adaptive functioning under Subsection (1) are both manifested prior to age 22.			

VIRGINIA	STAT-UTE	QUALIFIED EXAMINER	DETERMINED?
	§ 19.2-264.3	A psychiatrist, a clinical psychologist or an individual with a doctorate degree in clinical psychology, (b) skilled in the administration, scoring and interpretation of intelligence tests and measures of adaptive behavior and (c) qualified by experience and by specialized training, approved by the Commissioner of Mental Health, Mental Retardation and Substance Abuse Services, to perform forensic evaluations. The defendant shall not be entitled to a mental health expert of the defendant's own choosing or to funds to employ such expert.	By the Jury (or Judge in Non-jury trials) during the Sentencing Phase
<b>DEFINITION OF MENTAL RETARDATION</b>			
"Mentally retarded" means a disability, originating before the age of 18 years, characterized concurrently by (i) significantly sub average intellectual functioning as demonstrated by performance on a standardized measure of intellectual functioning administered in conformity with accepted professional practice, that is at least two standard deviations below the mean and (ii) significant limitations in adaptive behavior as expressed in conceptual, social and practical adaptive skills.			

**ב. תהליכים וכלים לאבחון אנשים עם מוגבלות  
שכלית התפתחותית ועם תחלואה כפולה.**

**ד"ר שמעון שירי**



## תקציר

מסמך זה סוקר את הידע המחקרי הרלוונטי והעדכני ביותר בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה) ומוגבלויות נלוות. כמו כן, המסמך סוקר את הפרקטיקה בתהליכי האבחון כפי שהיא מתקיימת במדינות מובילות בתחום האבחון והשיקום של אנשים עם מש"ה.

המסמך מתייחס לתחלואה הנפשית הנלווית למש"ה וסוקר כלים ייחודיים המאפשרים אבחנה מبدלת בין מש"ה לבין התסמונות הנפשיות העיקריות הנלוות למש"ה. נוסף על כך, המסמך בוחן את המונח "גיל ההתפתחות" ואת ההתייחסות הפרקטית למונח זה במדינות מובילות. לבסוף, מוצגות הנחיות מעשיות לאבחון אנשים עם מש"ה ועם תחלואה נלווית הכוללת תחלואה נפשית, מוגבלויות סנסוריות, חירשות, עיוורון ומוגבלויות מוטוריות.

## מבוא

השיעור של מוגבלות שכלית התפתחותית עומד על 10.37 לאלף על-פי סקירת ספרות מקפת של מחקרים בתחום זה (Maulik et al, 2011). השיעור המדווח במחקרים במדינות מתפתחות גבוה באופן מובהק מזה המדווח במדינות מפותחות.

מש"ה משפיעה על האדם עם המוגבלות, על משפחתו ועל הקהילה. לעתים קרובות מתלווה למש"ה תחלואה נפשית, פיזית, סנסורית או מוטורית, דבר המגדיל את ההשפעה על האדם, על משפחתו ועל סביבתו, ובכך גם את הדעות הקדומות והתיגו כלפיו. מחקרים רבים בדקו את הקשר בין מש"ה לבין מוגבלויות נוספות כגון הפרעות שפה ותקשורת וכן בין מש"ה לבין הפרעות נפשיות. בסקירה זו מתוארות המגמות המרכזיות בסוגיה זו בספרות המחקרית העדכנית והמשפיעה ביותר.

מחקרים בנושא התחלואה הנפשית הנלווית למש"ה נגעו במספר היבטים מרכזיים בתחלואה הכפולה. כמה מהמחקרים נגעו בשאלת תוקף המושגים השאובים מעולם התחלואה הנפשית של האוכלוסייה הכללית - לאנשים עם מש"ה. מספר ניכר של חוקרים המליצו על צורך ליצור בסיס תיאורטי ואמפירי משמעותי יותר בשאלות של תחלואה נפשית במש"ה.

מרכיב מרכזי נוסף העולה בהקשר של תחלואה נפשית במש"ה, קשור ליצירת כלים ייחודיים לאבחנה של תחלואה נפשית בקרב אוכלוסייה זו. כפי שיפורט בהמשך, חוקרים מדגישים את הצורך לבנות כלים ייחודיים לזיהוי הפרעות נפשיות-התנהגותיות עבור אוכלוסיות מש"ה וכן את הצורך לקיים תהליכי תיקוף לכלים שבמקור יועדו לאבחון תחלואה נפשית באוכלוסייה הכללית.

הימצאות תחלואה נפשית במש"ה תוארה בכמה סקירות של הספרות המחקרית בנושא זה. כך, בסקירת ספרות (Buckels et al, 2013) שפורסמה ב-2013, נבחרו מאמרים איכותיים מבחינת הדגימה ומבחינת המתודולוגיה של תהליך האבחון. במחקרים אלו נמצא כי השיעור של התסמינים או התסמונות הפסיכיאטריות במש"ה נע בין 13.9% לבין 75.2%. השונות הגבוהה בממצאים נובעת מהבדלים בקריטריונים לאבחון, בשונות בכלי האבחון ובשונות בין המדגמים. בסקירת ספרות מחקרית על ילדים שפורסמה לאחרונה (Einfeld et al, 2011), החוקרים הקפידו להכניס לסקירה מחקרים איכותיים, עם מינימום סלקציה ועם 100 נבדקים לפחות. כמו כן, הוכנסו רק מחקרים שבדקו תחלואה נפשית אחת, למשל דיכאון. הערכת התחלואה הנפשית נערכה בידי קלינאים



שהשתתפו במחקר וממצאיהם הראו כי שכיחות התחלואה הנפשית בקרב ילדים עם מוגבלות קוגניטיבית נעה בין 50%-30%.

בסקירת ספרות שבה ניסו לעמוד על הסיבות לכך שיש יותר תחלואה נפשית בקרב אנשים עם מש"ה (Kwok et al, 2007), מצאו בין היתר, שיש שכיחות גבוהה של בעיות רפואיות אצל אנשים עם מש"ה, שמשפיעה לרעה על מצבם הנפשי ועל התנהגותם. יש גם יותר צריכת תרופות שמשפיעות על המצב הנפשי ועל ההתנהגות. נוסף על כך, לאנשים עם מש"ה קשה לדווח על בעיות פיזיות ורגשיות, והדבר מוביל לכך שבעיות אלה אינן מטופלות כראוי ובזמן. כמו כן, אנשים עם מש"ה, החשופים לעתים קרובות לסביבה פיזית או רגשית בעייתית או להזנחה רגשית ולפוגענות בצורות שונות, מתקשים לדווח על פוגענות.

בדומה לתחלואה הנפשית הנלווית למש"ה, נמצאו גם שיעורים גבוהים של תחלואות נוספות: הימצאות של ליקויי ראייה במש"ה גבוהה באופן מובהק לעומת האוכלוסייה הכללית ושיעורה נע בין 14%-23% (Carvil, 2001; Warburg, 1994, Warburg, 2001). בדומה לכך, שיעור ליקויי שמיעה באוכלוסיות עם מש"ה גבוה במיוחד - עם שיעורים שבין 16% בגילאי 35-59 ו-62% בגילאי 80 ויותר (Janicki & Dalton, 1998). הסיכון להפרעות שמיעה בתסמונת דאון גדול במיוחד - עם שיעורים של כ-80% במבוגרים מעל גיל 30 (Evenhuis et al, 1992). גם ליקויים מוטוריים גבוליים ומשמעותיים נפוצים באוכלוסיות מש"ה באופן מובהק יותר מאשר באוכלוסייה הכללית. כך, השיעורים של ליקויים אלה מגיעים לידי 80% בקרב נבדקים עם מש"ה ברמות הקלות ולכ-60% בנבדקים עם מש"ה ברמות גבוליות (Vuijk et al, 2010).

השיעורים הגבוהים יחסית של תחלואות נוספות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מחייבים התייחסות לכלי אבחון מותאמים, וזאת כדי להגדיל את מהימנות האבחון בקרב אוכלוסיות אלה. לפיכך, בסקירה זו נכללו גם הנחיות והוראות מעשיות לאבחון מש"ה באוכלוסיות עם ליקויי ראייה, עם ליקויי שמיעה ועם ליקויים מוטוריים.

# **פרק 1: סקירת הספרות המחקרית וסקירת כלים ייחודיים לאבחון אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ועם תחלואה כפולה**

תהליכי האבחון של מש"ה ושל התחלואה הנפשית הנלווית אליה וכן היכולת לבצע אבחנה מבדלת ביניהם - הם בעלי חשיבות קריטית לטיפול, להתאמת התהליכים השיקומיים, למתן זכויות סוציאליות ואחרות ועוד. לכן, חשוב שתהליכי האבחון והכלים המשמשים לביצוע האבחנות יהיו עדכניים, תקפים ומהימנים.

קושי מרכזי בביצוע אבחנות של תחלואה נפשית באוכלוסיות מש"ה, החוזר ועולה בסקירות ספרות רבות, הוא היעדר כלי אבחון מתאימים שנוצרו במיוחד כדי לאתר בעיות נפשיות באוכלוסיות מש"ה. כלי האבחון המשמשים לאבחון בעיות נפשיות באוכלוסיות מש"ה נוצרו במקורם עבור האוכלוסייה הכללית, ורק חלק מצומצם מכלים אלה עברו תהליכי תיקוף לשם התאמתם לאוכלוסיות מש"ה.

קושי מרכזי נוסף בביצוע אבחנה של תסמונות פסיכופתולוגיות שונות במש"ה קשור לבעיית המיסוך. על-פי רוב, המוגבלות האינטלקטואלית בולטת יותר מהפרעות אחרות, ואז מתרחש מיסוך, שמקשה על הבודקים לזהות פתולוגיות אחרות. פרק זה יסקור מצבים בהם ישנה תחלואה כפולה כולל תחלואה נפשית.

## **אוטיזם ומש"ה**

בכמה מחקרים נמצא שיעור גבוה של תחלואה נפשית אצל נבדקים עם תחלואה כפולה - מש"ה ואוטיזם. במחקר שבדק תחלואה נפשית נלווית אצל מבוגרים עם מש"ה (Santino et al, 2009), הנבדקים סווגו לאחת משלוש אבחנות: מש"ה, מש"ה + אוטיזם ומש"ה + אוטיזם + תחלואה נפשית. החלוקה לקבוצות נעשתה בידי אנשי מקצוע מתחום האבחון. נצפו רמות גבוהות יותר של תחלואה נפשית בקבוצות הנבדקים עם מש"ה + אוטיזם. השיעורים של הימצאות אוטיזם בקרב אנשים עם מש"ה גבוהים ככל שרמת המש"ה חמורה יותר. במחקר שנערך באיסלנד (Saemundsen et al, 2010), החוקרים מצאו שמתוך 139 נבדקים עם מש"ה קשה ( $IQ < 50$ ) שהועברו להם שני מבחנים: "Autism Diagnostic Interview-Revised" ו-"Childhood Autism Rating Scale", 21% אובחנו גם כאוטיסטים. בדומה לכך, נמצא קשר ישיר בין חומרת מש"ה לבין האבחנה

של אוטיזם: ככל שהלקות חמורה יותר, כך האבחנה של אוטיזם יותר נפוצה (La Malfa et al, 2004) או להיפך: שיעור הנבדקים עם רמות חמורות של מש"ה גבוה יותר בקרב אוטיסטים ובקרב אוטיסטים עם תחלואה נפשית (Santino et al, 2009). עוד עלה במחקר זה כי ההפרעות הנפוצות באוכלוסייה זו הן: Pica (הפרעת אכילה של חומרים שונים כמו לכלוך, גיר וכדומה), מאניה דפרסיה, דיכאון והפרעות חרדה שונות. באופן כללי, האבחנה המבדלת בין שתי התסמונות היא מורכבת. שתי התסמונות מופיעות בגיל צעיר. על-פי האגודה האמריקאית למוגבלויות אינטלקטואליות והתפתחותיות, זהו ראשוני של מש"ה מופיע עד גיל 18, ואילו על-פי DSM-V<sup>31</sup> (DSM-V, 2013) המקור של מש"ה הוא בגיל ההתפתחות (Developmental period). ב- DSM-V מדגישים שיש קושי באבחנה המבדלת בין מש"ה לבין אוטיזם בגיל צעיר או אצל אנשים שלא פיתחו יכולות שפתיות או מיומנויות סימבוליות ונוטים אף הם להציג התנהגות חזרתית. ב- DSM-V מדגישים שיש חשיבות לאבחנה המבדלת כבר בשלבים מוקדמים שבהם יש רכישה של מיומנויות מוטוריות או אינטלקטואליות, ומצד שני, יש עיכוב בפיתוח מיומנויות תקשורתיות או חברתיות.

### **כלים לאבחנה של אוטיזם בקרב אנשים עם מש"ה**

קיים היצע ניכר של שאלונים שמנסים ליצור אבחנה מבדלת בין אנשים עם מש"ה ואוטיזם לבין אנשים עם מש"ה ללא אוטיזם. השוואה בין שני שאלונים הוצגה בידי Rojahn et al (2010). השאלונים היו:

"The behavior Problems Inventory" ו-

"Autism Spectrum Disorders-Behavior Problems for Intellectually - Disabled Adults".

נמצא כי השימוש בשאלון הראשון "The behavior Problems Inventory" איפשר לזהות הבדלים מובהקים בין התנהגות נבדקים עם מש"ה ואוטיזם לבין התנהגות נבדקים עם מש"ה ללא אוטיזם.

גישה אחרת לאבחנה מבדלת בין נבדקים עם מש"ה ואוטיזם לבין אנשים עם מש"ה ללא אוטיזם, מתמקדת במיומנויות העצמאות בחיי היום-יום (Matson et al, 2009).

<sup>31</sup> DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) - המדריך לאבחון וסטטיסטיקה של הפרעות נפשיות - הוא ספר האבחנות הפסיכיאטריות האמריקאי, שמטרתו לאבחן ולסווג את הפרעות הנפש על-פי תסמיניהן. את הספר מוציאה לאור האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית.

המחברים מציגים ממצאים שלפיהם ההבדלים במיומנויות העצמאות בחיי היום-יום יכולים לשמש גורם מבחין בין אנשים עם מש"ה לבין אנשים עם מש"ה וגם עם אוטיזם. המחברים מציגים ממצאים שלפיהם מיומנויות כמו לבוש, שמירה על היגיינה ושמירה על סדר והופעה של נבדקים עם מש"ה + אוטיזם נמוכות במובהק מהמיומנויות של נבדקים עם מש"ה בלבד. הפריטים בשאלון מתייחסים למיומנויות כמו יכולת עצמית להסתרק, להתלבש, להכין ארוחה ועוד.

### **הפרעת קשב וריכוז ומש"ה**

שיעור ההימצאות של הפרעת קשב וריכוז (ADHD) באוכלוסייה הוא כ-5% אצל ילדים וכ-2.5% אצל מבוגרים (DSM-V). התסמינים של הפרעת קשב וריכוז כוללים ליקויי קשב והיפראקטיביות או אימפולסיביות, הגורמים להפרעות בתפקוד בתחומי חיים שונים. במקרים שיש מש"ה, התסמינים של הפרעת קשב וריכוז אמורים להופיע ברמה שהיא מעבר למצופה בהתייחס ליכולות האינטלקטואליות.

גם לפי הקריטריונים שהוצעו על-ידי "Royal college of Psychiatrists" בבריטניה (2001), אבחנה של הפרעת קשב וריכוז במקרים של מש"ה תקפה כאשר התסמינים המוכרים של הפרעת קשב וריכוז: קשב נמוך, מוסחות (distractibility), אימפולסיביות, פעילות יתר והיפראקטיביות, מופיעים ברמה שהיא מעבר למצופה בהתחשב במש"ה, והם קיימים לאורך זמן ובסיטואציות שונות. כמה חוקרים הצביעו על כך שמש"ה יוצרת לעתים קרובות מיסוך, כך שהליקויים הנמצאים בבדיקות מיוחסים למש"ה ולא להפרעת הקשב והריכוז או לתחלואה נלווית אחרת. במחקר שבו החוקרים השתמשו במבחנים שונים כדי לבדוק הפרעת קשב וריכוז (Hastings et al, 2005), נבדקו הפרעות קשב וריכוז בשלושה מדגמים שונים של ילדים עם מש"ה. בשני מדגמים מתוך שלושה, ילדים שאובחנו גם כאוטיסטים סבלו משיעורים גבוהים של הפרעת קשב וריכוז בהשוואה לשאר המדגם. באחד המדגמים, ולא בשני האחרים, נמצא כי בניי סובלים יותר מבנות מהפרעת קשב וריכוז. ממצא נוסף הוא שילדים צעירים עם מש"ה סובלים יותר מהפרעת קשב וריכוז מאשר ילדים בוגרים יותר.

במחקר שהשווה את התפקודים הניירו-פסיכולוגיים של נבדקים עם הפרעת קשב וריכוז לעומת נבדקים עם הפרעת קשב וריכוז + מש"ה, נבדקו 154 מבוגרים בגילאי 16-42 שסווגו לשתי קבוצות לפי מבחני אינטליגנציה ומבחנים לזיהוי הפרעת קשב וריכוז. הנבדקים בקבוצת מש"ה היו עם מש"ה קלה. בקבוצת הפרעת הקשב והריכוז +

מש"ה נמצאו יותר תסמינים של הפרעת קשב וריכוז לעומת הקבוצה עם הפרעת קשב וריכוז ללא מש"ה. נבדקים בקבוצת המוגבלות הקוגניטיבית היו נמוכים בכל המדדים של קשב סלקטיבי (selective attention), יכולת לבצע שינויים ותזוזות בחשיבה (shifting) ויכולת לעכב תגובות (response inhibition). גם כאשר נטרלו את ההבדלים באינטליגנציה על-ידי ניתוח ההשתנות המשותפת (covariance), עדיין היו הבדלים מובהקים במדדים אלה. ממצאים אלה רומזים כי אצל מבוגרים עם תחלואה כפולה של מש"ה והפרעת קשב וריכוז יש הנמכה בתפקודים נירו-פסיכולוגיים מרכזיים, שהיא מעבר למצופה מההנמכה של האינטליגנציה. המשמעות היא שכאשר יש שילוב של מש"ה והפרעת קשב וריכוז ייתכנו גם ליקויים מובהקים בתפקודים נירו-פסיכולוגיים.

### **כלים לאבחנה של הפרעת קשב וריכוז בקרב אנשים עם מש"ה**

אחד הכלים שנמצאו מתאימים לאבחון של הפרעת קשב וריכוז בקרב מבוגרים עם מוגבלות קוגניטיבית הוא מבחן קונרס (Conners et al, 1999). במחקר שבו נבדקה יעילות השימוש במבחן קונרס (La Malfa et al, 2008), נבדקה הגרסה הנקראת "Observer screening version", המורכבת מ-30 פריטים. המבחן מתייחס לארבעה ממדים: ליקויים בקשב, היפראקטיביות ושני מדדים כוללים "ADHD total" ו-"ADHD index". בבדיקה של 46 נבדקים ברמות שונות של מש"ה נמצא שרמת המוגבלות משפיעה על חומרת התסמינים של הפרעת הקשב והריכוז, אך לא באופן ליניארי. למשל, אפשר לראות שקשיים בהפעלת קשב היו חמורים יותר במש"ה קלה לעומת מש"ה בינונית, והיו חמורים יותר ברמת מש"ה עמוקה. גם התסמינים של אימפולסיביות היו חמורים יותר ברמת מש"ה עמוקה.

### **דיכאון ומש"ה**

לפי סקירת ספרות שפורסמה ב-2010, השכיחות של דיכאון אצל אנשים עם מש"ה נעה בין 2.2%-8.9% (Hermansm & Evenhuis, 2010). שכיחות דיכאון באוכלוסייה הכללית ל-12 חודשים (12 months prevalence) היא, לפי DSM-V, 7%. זהו שיעור משמעותי המעיד על כך שדיכאון הוא בעיה נפוצה למדי במש"ה. במחקר שנערך באוסטרליה (McGillivray & McCabe, 2007) עם נבדקים בוגרים עם מש"ה ברמה קלה-בינונית, נמצא כי 39.1% מהנבדקים הציגו תסמינים של דיכאון. התסמינים העיקריים שדווחו היו עצב, ביקורתיות עצמית, חוסר אנרגיה, בכי ועייפות.

המנבאים המרכזיים של דיכאון היו מחשבות אוטומטיות שליליות, תמיכה חברתית ומשפחתית לא מספקת, דימוי עצמי ירוד ואירועי חיים מטרידים. קיים דימיון רב בין התסמינים והמנבאים של הדיכאון במחקר זה לבין אלה שבאוכלוסייה הכללית. לעומת זאת, במחקר שבו חילקו את הנבדקים לפי רמות שונות של מש"ה (Marston & Perry, 1997) ניכרה שונות באופי התסמינים. חלק מהקריטריונים לאבחנת דיכאון כפי שהופיעו ב- DSM-IV או ב ICD-10, לא הופיעו, במיוחד ברמות מש"ה בינוניות או קשות. לדוגמה, חוויה של אשמה אינה מופיעה כחלק מתסמיני הדיכאון. הדיכאון אצל אנשים ברמות מש"ה נמוכות מתבטא בחוסר שקט, בתוקפנות, בצעקות, בפגיעה עצמית וכדומה.

### **כלים לאבחנה של דיכאון בקרב אנשים עם מש"ה**

במאמר בנושא חיפוש אחר כלים לאבחנה של דיכאון במש"ה, החוקרים הקפידו על כמה קריטריונים כדי לאתר את הכלים האיכותיים ביותר כולל גודל וייצוגיות המדגם (Hermans & Evenhuis, 2010). ניתנה עדיפות למחקרים שבהם תקפות הכלים נבדקה ולמחקרים שבדקו מבחנים ספציפיים לזיהוי דיכאון באוכלוסיות מש"ה. ניתנו המלצות לשימוש בכלים המבטיחים ביותר. מתוך הכלים המבוססים על דיווח עצמי שנבדקו, הומלץ על:

“The Glasgow Depression Scale for people with a Learning Disability”  
(GDS-LD) (Cuthill, Espie & Cooper, 2003)

לשאלון זה מאפיינים טובים של רגישות, מהימנות, ספציפיות ותקפות, והוא מתאים לאוכלוסיית אנשים עם מש"ה ברמות הקלות יותר. השאלון מכיל פריטים כדוגמת: האם הרגשת עצוב? האם נהנית מפעילויות שונות? חלק ניכר מהפריטים הם מאוד ספציפיים לגבי גילויי התנהגות שיכולים לבטא דיכאון כמו: האם התקלחת? האם לבשת בגדים נקיים? האם צחצחת שיניים? וכדומה.

עבור דיווח מטפלים, ניתנו המלצות לשלושה שאלונים:

1. “The Assessment of Dual Diagnosis” (ADD) (Matson & Bamberg, 1998).
2. “The Reiss Screen for Maladaptive Behavior” (RSMB) (Reiss, 1988)
3. “The Children’s Depression Inventory” (CDI) (Kovacs, 1985).

בכל השאלונים הנ"ל נמצאו מאפיינים משביעי רצון של מהימנות, תקפות, ספציפיות

ורגישות (Hermans & Evenhuis, 2010).

### **הפרעות חרדה ומש"ה**

קיימת שונות גבוהה בין הערכות השכיחות של הפרעות חרדה במש"ה. מסבירים את השונות הגבוהה על ידי השימוש בשיטות דגימה שונות והשימוש במדגמים קטנים, בכלי הערכה שונים ובקריטריונים שונים. כך למשל, ההערכה של חרדה מוכללת (GAD) נעה בין 2%-17.4% (Reid et al, 2011). לעומת זאת, שיעור ההימצאות של GAD בקרב מבוגרים באוכלוסייה הכללית ל-12 חודשים (12 months prevalence) הוא 2.9% (DSM-V, 2013).

במחקר שבו נדגמו 1,023 נבדקים עם מש"ה מעל גיל 16 בסקוטלנד נמצא כי השיעור של הפרעת חרדה כללית הוא 3.8%; ההפרעה הנפוצה ביותר היא GAD, ואחר כך אגורפוביה ופוביה חברתית (Reid et al, 2011). השיעור של הפרעות חרדה היה גבוה יותר ככל שהרמה האינטלקטואלית של הנבדקים הייתה גבוהה יותר; ככל שהיו יותר אירועי חיים מלחיצים בשנה שלפני הבדיקה וכן בקרב נבדקים ללא תעסוקה במשך היום.

במחקר שנערך בהולנד ושבזו השתפו 988 אנשים עם מש"ה ברמות שונות, נבדק הקשר בין אירועי חיים מלחיצים לבין חרדה ודיכאון (Hermans & Evenhuis, 2012). חרדה ודיכאון נבדקו באמצעות ריאיון פסיכיאטרי עם נבדקים שהייתה להם יכולת מילולית ויכולת להתמצא בזמן, וכן באמצעות שאלון למטפלים. נמצא שככל שיש יותר אירועי חיים שליליים, כך יש יותר ביטויים של חרדה ושל דיכאון. אירועי חיים שהיו במתאם גבוה עם חרדה היו: חגים, חיכוכים עם חבר במעון או במוסד, שינויים במקום העבודה או במסגרת היומית ואובדן מהיר של יכולות שמיעה או ראייה. נבדקים עם רמות קלות יותר של מש"ה דיווחו על יותר אירועי חיים שליליים.

### **כלים לאבחנה של חרדה בקרב אנשים עם מש"ה**

בסקירת ספרות של מאמרים שבדקו כלים לאבחנה של חרדה בקרב אנשים עם מוגבלות אינטלקטואלית (Hermans et al, 2011), החוקרים מצאו 14 מחקרים שבדקו כלים להערכת חרדה במש"ה. ניתנה עדיפות למחקרים שהמתודולוגיה שלהם הייתה משביעת רצון לפי קריטריונים של גודל מדגם וייצוגיות המדגם; למחקרים שבהם תקפות הכלים נבדקה ולמחקרים שבדקו מבחנים ספציפיים לזיהוי חרדה באוכלוסיות

מש"ה. נמצא כי מבחן גלזגו להערכת חרדה במש"ה (Mindham & Espie, 2003) GAS- ID) הוא המבחן המתאים ביותר לדיווח עצמי בשל מאפייניו: עקיבות פנימית, מהימנות, רגישות וספציפיות. בחלק הראשון של השאלון יש שאלות הבודקות חששות שונים; בחלק השני יש התייחסות לפוביות ספציפיות כמו פחד מחושך, מכלבים וכדומה, ואילו בחלק השלישי יש בדיקה של הביטויים הפיזיולוגיים של החרדה כמו רעד בידיים, "פרפרים" בבטן ועוד.

לגבי שאלוני מטפל, הומלץ על החלק שבדק חרדה מתוך מבחן ADAMS: "The general anxiety subscale of the Anxiety, Depression and Mood Scale" (Esbensen et al, 2003). השאלון נמצא מבטיח מבחינת עקיבות פנימית ומהימנות מסוג test-retest. הפריטים בשאלון נוגעים לתסמינים של חרדה, כמו עצבנות, פעילות יתר, שינויים במצבי הרוח ועוד.

### **הפרעות אישיות ומש"ה**

במאמר על תקפות האבחנות של הפרעות אישיות במש"ה (Moreland et al, 2008), מעלה קבוצת החוקרים ספקות לגבי הממצאים בספרות המחקרית על האבחנה של הפרעות אישיות במש"ה. החוקרים מצביעים על כך שהשונות בין מחקרים באשר לשכיחות של הפרעות אישיות במש"ה נעה בין 91%-1%, כלומר גבוהה באופן קיצוני ומשקפת בעייתיות בתקפות המושג ובתהליכי האבחון של הפרעות אישיות אצל אנשים עם מש"ה.

החוקרים מעלים כמה טענות והשערות לגבי הבעייתיות בהמשגה ובאבחנה. טענה אחת היא שהמושג "הפרעת אישיות" נבנה בהקשר של אוכלוסיות כלליות והשלכתו על אוכלוסיות מש"ה מחייבת בסיס תיאורטי ואמפירי משמעותי יותר מכפי שקיים כיום. טענה אחרת היא שהשונות הגבוהה בתהליכי האבחון והליקויים בכלי האבחון מנמיכים את מהימנות האבחונים. טענה נוספת היא שהבדקים: פסיכולוגים ופסיכיאטרים, אינם נלהבים לתת אבחנה של הפרעת התנהגות אנטי-סוציאלית עקב מיסוך ונטייה לייחס כל התנהגות שונה בראש ובראשונה לעצם היותו של האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית. ברוח זו, קבוצת חוקרים פרסמה מאמר על אודות מחקר שנערך באנגליה שנבדקו היו עבריינים עם מש"ה ברמות קלות ושהו במתקן כליאה ושיקום (Alexander et al, 2010). 77 נבדקים היו עם אבחנה קודמת של הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית (dissocial personality) או אישיות שאינה יציבה מבחינה רגשית (emotionally unstable)



(personality), ו-61 נבדקים היו ללא אבחנה. ההערכות היו מובנות למחצה בהתאם לקריטריונים של ICD-10. נמצא כי שתי הקבוצות היו דומות בשיעורי העבריינות ובסוגי העבירות. עבירות נפוצות היו של אלימות פיזית, מילולית ומינית, אלימות כלפי עצמם ועוד. כמו כן, בקבוצה עם הפרעות האישיות, היה יותר דיכאון ויותר שימוש בחומרים ממכרים, ולעומת זאת בקבוצה ללא האבחנה של הפרעות אישיות היו יותר אבחנות של אוטיזם ושל אפילפסיה. בשתי הקבוצות, הנבדקים נחשפו בעבר לשיעורים גבוהים של פוגענות. ממצאים אלה רומזים שהשיטות המסורתיות לאבחון הפרעות אישיות במש"ה אינן יעילות ביותר מכיוון שעל-פי מחקר זה, הן לא הצליחו ליצור אבחנה תקפה בין מאובחנים עם אבחנה כפולה של מש"ה והפרעת אישיות לבין מאובחנים עם מש"ה ללא הפרעות אישיות. החוקרים אכן ממליצים לבנות כלים ייחודיים לאבחנה של הפרעות אישיות במש"ה.

### **כלים לאבחנה של הפרעות אישיות בקרב אנשים עם מש"ה**

כמה חוקרים מציינים את העדיפות של שימוש בתצפית התנהגותית או בדיווחי מטפלים על פני דיווח עצמי של המאובחן. אחת הסיבות לכך היא ההבנה החלקית של נבדקים עם הפרעות התנהגות את הקשיים ההתנהגותיים או את דפוסי ההתנהגות שלהם. במקרים של שילוב עבריינות עם מש"ה, יכולה להיות הנמכה קיצונית יותר ברמת ההבנה של הדפוסים ההתנהגותיים והרגשיים (Alexander et al, 2010; Moreland et al, 2008). קיימים כמה שאלונים המיועדים לדיווח של מטפלים. לאחרונה, פורסם מאמר על שאלון כזה (Taylor & Novaco, 2013). השאלון - PDCC - Personality Disorder - Characteristics Checklist - נבנה בהתאם לקריטריונים של IDC-10 להפרעות אישיות, והוא מאפשר הערכה מהירה, וכולל 18 פריטים ומאפיינים טובים של מהימנות ותקפות.

### **סכיזופרניה ומש"ה**

בסקר שנערך באוסטרליה (Morgan et al, 2008), נמצא כי שיעור החולים בסכיזופרניה במש"ה הוא פי 3 מאשר באוכלוסייה הכללית. רוב הסכיזופרנים בסקר היו עם רמות מש"ה גבוליות או קלות והגיל שבו הם פנו לשירותים הפסיכיאטריים היה נמוך ביחס לגיל הפנייה של סכיזופרנים ללא מש"ה. במחקר מוקדם יותר (Cooper et al, 2007), נמצאו שיעורים דומים של סכיזופרניה

במש"ה. נמצא שיעור של 5.8% ברמות מש"ה קלות ושיעור של 3.5% ברמות בינוניות וקשות. במחקר מוקדם עוד יותר (Turner, 1989), נמצא כי שיעור הסכיזופרניה גבוה פי שלושה במש"ה בהשוואה לאוכלוסייה הכללית.

### **כלים לאבחנה של סכיזופרניה בקרב אנשים עם מש"ה**

אחד הניסיונות המוקדמים לאבחן סכיזופרניה במש"ה נעשה כבר ב-1984 מתוך מטרה לזהות סוגים שונים של תחלואה נפשית במש"ה (Matson, 1984). השאלון "Assessment of Psychopathology" נבנה על-פי ההגדרות של DSM-III, והחלק הבודק הימצאות סכיזופרניה כולל 7 פריטים של דיווח עצמי, עם אפשרות לתגובה דיכוטומית (כן/לא).

מבחן אחר להערכה של סכיזופרניה במש"ה הוא (Disability Assessment Schedule) (DAS) (Holms et al, 1982), שעבר לאחרונה תיקוף מחדש (Tsakanikos et al, 2011). השאלון מבוסס על ההנחה שאנשים עם תחלואה כפולה של מש"ה וסכיזופרניה מציגים בעיות התנהגותיות חמורות. על-פי מחקר התיקוף, סכיזופרניה מזוהה יותר עם התנהגויות כמו עבריינות מינית ועם התנהגויות אנטי-סוציאליות. כמו כן נמצא כי לשאלון זה ערכים משביעי רצון של עקיבות פנימית, מהימנות ותקפות.

### **דמנציה ומש"ה**

הסיכון לדמנציה באוכלוסיות מש"ה גבוה באופן משמעותי בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. כך, בסקר שנערך בקנדה (Shooshtari et al, 2011) בשנים 2000-2005, הושאו 1,619 מבוגרים עם מש"ה לקבוצת נבדקים ללא מש"ה. נמצא כי הסיכון לדמנציה גבוה באופן משמעותי אצל אנשים עם מש"ה. בגילאים 20-54, שיעור הסיכון הוא 4.01, והסיכון עולה יותר בגילאי 55 ויותר.

בסקירת הספרות של מחקרים שנערכו בין השנים 1997-2008 על הימצאות דמנציה אצל אנשים עם תסמונת דאון (Strydom et al, 2007), נמצא כי השיעורים של דמנציה אצל אנשים עם תסמונת דאון גבוהים בהשוואה לאנשים עם תסמונות אחרות של מש"ה. שיעורי הדמנציה בקרב אנשים עם מש"ה גדלים באופן חד בין הגילאים 40-60, ומחלת אלצהיימר מופיעה אצלם בגילאים מוקדמים יותר: אצל 10% - בגילאי 40, אצל 30% - בגילאי 50. קיימת שונות גבוהה בדיווחים על הימצאות אלצהיימר אצל אנשים בגילאי 60.

בסקירת ספרות על מחלת אלצהיימר אצל אנשים עם תסמונת דאון (Nieuwenhuis-Mark, 2009), המחברת מצביעה על שינויים התנהגותיים הנמצאים בקורלציה עם התפרצות אלצהיימר אצל אנשים עם תסמונת דאון. השינויים כוללים שינויים בהתנהגות כמו אפטיה, חוסר שקט, התנהגות תוקפנית, הנמכה של רמת התגובתיות לאנשים, התבודדות, ירידה במשקל, הפרעות בשינה ועוד.

### **כלים לאבחנה של דמנציה בקרב אנשים עם מש"ה**

בסקירת הספרות על מבחנים להערכת דמנציה במש"ה שפורסמה לאחרונה (Zelinger et al, 2013), החוקרים מציינים את המספר העצום של מבחנים להערכה של דמנציה במש"ה. חלק ניכר מהמבחנים הם מבחנים לבדיקת דמנציה באוכלוסיות כלליות ולא יועדו במקור לאוכלוסיות מש"ה. קיימים גם מבחנים רבים שלא יועדו במקור לבדיקת דמנציה, למשל, מבחני אינטליגנציה שבפועל משמשים להערכת דמנציה. המלצת החוקרים היא להשתמש במבחנים שנועדו במקור לבדוק דמנציה אצל אנשים עם מש"ה או לפחות להשתמש במבחנים שעברו התאמה לאוכלוסיית מש"ה. על-פי סקירת ספרות עדכנית ביותר (Zelinger et al, 2013), להלן הכלים המומלצים לאבחנה של דמנציה במש"ה:

מבחני דיווח מטפל/ת:

“National Task Group on Intellectual Disabilities and Dementia Practices—Early Detection Screen for Dementia” (NTG—EDSD) (NTG, 2012).

מבחני דיווח עצמי מומלצים לשימוש ברמות קלות של מש"ה:

1. “The Schultz MMSE” (Shultz et al., 2004)
2. “The neuropsychological assessment of age related cognitive deficits in adults with Down’s syndrome” (Crayton et al., 1998)
3. “The Test Instrument” (Johansson & Terenius, 2002).

## פרק 2: בחינת ההגדרה של המונח "תקופת ההתפתחות"

על-פי האגודה האמריקאית למוגבלות אינטלקטואלית, הגיל הפורמאלי שבו מסתיימת "תקופת ההתפתחות" (developmental period) בארצות הברית הוא 18. (1) בהגדרה של מש"ה נכתב כי מצב זה יכול להיגרם עקב מספר מוגבלויות התפתחותיות (developmental disabilities), שקיימות עדויות להתרחשותן בתקופת ההתפתחות, דהיינו, עד גיל 18.

על-פי "British Institute of Learning Disabilities" (2) שמשמש במושג Learning disabilities כדי לתאר מש"ה, ההתפרצות (onset) של מש"ה היא על-פי רוב בתקופה שבין הלידה לבין תקופת ההתפתחות המוקדמת: "From birth or during the early development period of life". כמו כן, מצוין כי מש"ה יכולה להיגרם גם בשלבים מאוחרים יותר בחיים, כתוצאה מנזק מוחי או מטראומה.

באוסטרליה, בדומה לארצות הברית, המפתח להגדרה של מש"ה הוא המצאותם של ליקויים משמעותיים בתפקודים אינטלקטואליים ובהתנהגות האדפטיבית בתקופת ההתפתחות המוגדרת כתקופה שעד גיל 18. (3) עמדת האגודה האוסטרלית לגבי ליקויים בתפקוד האינטלקטואלי המתרחשים אחרי תקופת ההתפתחות בעקבות טראומה פיזית או הידרדרות של מערכת העצבים המרכזית היא שליקויים אלה מסווגים כדמנציה, בהתאם לעמדתו של Grossman (1983). (4)

על-פי DSM-V (American Psychological Association, 2013), (5) המקור למש"ה הוא בגיל ההתפתחות, ללא ציון גיל מפורש שבו תקופה זו מסתיימת. בדומה לכך, ב-ICD-10 (World Health Organization, 1992) אין ציון של גיל מפורש שבו מסתיימת תקופת ההתפתחות, אלא מצוין באופן כללי שההנמכה ביכולת מתרחשת במהלך תקופת ההתפתחות: "impairment of skills manifested during the developmental period". (6)

נראה כי הנושא של תקופת ההתפתחות בהקשר של נזק מוחי נרכש (acquired brain injury) הוא דינמי וגבולותיו אינם ברורים או נוקשים, אלא נידונים גם בערכאות משפטיות במדינות השונות. בספרות המחקרית וכן באתרי האינטרנט של האגודות השונות, חסר מידע שיטתי לגבי שאלת הקלסיפיקציה במקרים של נזק מוחי נרכש כתוצאה מתאונות, מחלות, זיהומים ועוד. כך באתר של המכון הבריטי לליקויי למידה, בחלק המסביר את הגורמים האפשריים למש"ה, מופיעים גורמים בתר-לידתיים

כמו מחלות, פציעות, זיהומים, הזנחה ועוד, כגורמים סיבתיים למש"ה.<sup>(7)</sup> בדומה לכך, באתר רשמי של המכון האוסטרלי לבריאות ולרווחה של ממשלת אוסטרליה נטען כי יש הסתברות גבוהה שבמקרים של נזק מוחי נרכש המתרחש זמן קצר לאחר הלידה, המאובחן יסווג לקבוצת מש"ה<sup>(8)</sup>.

באתר של האגודה האמריקאית למוגבלויות אינטלקטואליות, בחלק המסביר את הגורמים למש"ה, נטען כי גורמי הסיכון להיווצרות מש"ה כוללים גורמים ביו-רפואיים, חברתיים, התנהגותיים וחינוכיים, וכי החשיפה לגורמי סיכון אלה יכולה להתרחש לפני הלידה, במהלכה ולאחריה.<sup>(9)</sup>

נראה אם כך, שהפרקטיקה הנהוגה במדינות מובילות בנושאי אבחון ושירות לאנשים עם מש"ה היא לקטלג אנשים עם נזק מוחי נרכש שאירע אחרי הלידה אך במשך תקופת ההתפתחות, כאנשים עם מש"ה. נראה כי הקלסיפיקציה של אנשים עם נזק מוחי נרכש המתרחש לאחר תקופת ההתפתחות היא בהתאם לגורמי הנזק המוחי הנרכש. כך, אדם שלקה בדמנציה לאחר גיל 18 או 22 יסווג ככל הנראה כאדם עם דמנציה ולא עם מש"ה. בדומה לכך, מי שנגרם לו נזק מוחי והנמכה קוגניטיבית משמעותית לאחר גיל ההתפתחות יסווג כמי שנפגע מחבלת ראש ולא כאדם עם מש"ה.

## פרק 3: תקופת ההתפרצות של תסמונות נלוות למש"ה

כלי האבחון העיקריים מתייחסים בצורה מעט שונה לגבי מועד ההתפרצות והזיהוי של תסמונות נלוות למש"ה. בטבלה הבאה נסכם את 3 הגישות העיקריות לנושא:

על-פי המכון האמריקאי הלאומי לבריאות הנפש ( NIMH )	על-פי ICD-10	על-פי DSM –V	
הספקטרום האוטיסטי הוא תופעה שמתפרצת ומאובחנת בשנות הילדות.	התסמינים של אוטיזם מתחילים בשנות הילדות, ואילו התסמינים של אוטיזם של הילדות (Childhood Autism) מופיעים עד גיל 3.	התסמינים מתחילים בגילאי 12-14 חודשים, אך יכולים להופיע לפני גיל שנה כאשר הם חמורים או לאחר גיל שנתיים אם הם קלים. הביטויים בשלב זה יכולים להיות של עיכובים בהתפתחות או ליקויים במיומנויות שפה או תקשורת. הביטויים ההתנהגותיים של אוטיזם מופיעים בגילאי הילדות המוקדמים.	<b>אוטיזם</b>
הפרעת קשב וריכוז היא תופעה שמתפרצת בשנות הילדות ועלולה להתמשך בשנות ההתבגרות והבגרות.	תחילת התסמינים היא בגיל הילדות.	חלק מהתסמינים, כדוגמת קשב נמוך או היפראקטיביות-אימפולסיביות, מופיעים לפני גיל 12.	<b>הפרעת קשב וריכוז</b>

על-פי המכון האמריקאי הלאומי לבריאות הנפש ( NIMH )	על-פי ICD-10	על-פי DSM –V	
<p>הגיל הממוצע של התפרצות הפרעת דיכאון הוא 32. כמו כן, כ-3.3% מהמתבגרים/ות בגילאי 13-18 חווים הפרעה דיכאונית משמעותית, שמגבילה את תפקודם.</p>	<p>מתמקד בתיאור התסמינים ונמנע מלציין גיל ספציפי של התפרצות הדיכאון.</p>	<p><b>Disruptive Mood Dysregulation Disorder</b> – הפרעה מאופיינת בחוסר שקט וכעס (irritability) שמתבטאת בהתפרצויות זעם קשות וחוזרות, ויש ביטויים של מצב רוח כועס או חוסר שקט בין ההתקפים. הפרעה זו מתפרצת לפני גיל 10 והאבחנה שלה אינה תקפה מתחת לגיל 6.</p> <p><b>Major Depressive Disorder</b> – אפיזודות של הפרעה זו יכולים להופיע בכל גיל, אולם ההסתברות להתפרצות גדלה בגיל ההתבגרות, והשיא מבחינת השכיחות הוא בגילאי 20.</p> <p><b>Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)</b> – המאפיין העיקרי של הפרעה זו הוא של מצב רוח ירוד במרבית הימים, במשך רוב היום, למשך שנתיים לפחות או למשך שנה לפחות בילדות או בנעורים. התסמונת מתפרצת לעתים קרובות בילדות, בגיל ההתבגרות או בגילאי הבגרות הצעירים. התסמונת מופיעה פעמים רבות עם תחלואה נלווית של הפרעת אישיות.</p> <p><b>Premenstrual Dysphoric Disorder</b> – התסמונת שמאופיינת בהופעה של מצבי רוח ירודים, חרדה, כעס ועוד, מופיעה לפני הופעה של דימום וסתי. התפרצות התסמונת יכולה להתרחש החל משלב הבגרות המינית ובמשך כל תקופת הפוריות.</p> <p><b>Substance/Medication-induced Depressive Disorder</b> – אפיזודות דיכאוניות עקב שימוש בחומרים שונים ובתרופות יכולות להתרחש בכל שלב שבו יש שימוש בחומרים/תרופות.</p> <p><b>Depressive Disorder Due to - Another Medical Condition</b> – ההתפרצות יכולה להתרחש בשלבים שונים של החיים.</p>	<p>דיכאון</p>

על-פי המכון האמריקאי הלאומי לבריאות הנפש ( NIMH )	על-פי ICD-10	על-פי DSM – V	
<p>8% מהמתבגרים/ מתבגרות בגילאי 13-18 סובלים מהפרעות חרדה; חלק מהתסמינים עלולים להתחיל כבר בגיל 6. אצל נשים, הסיכוי להתפרצות של הפרעות חרדה גבוה ב-60% מהסיכוי אצל גברים.</p>		<p><b>Separation anxiety disorder</b> – הפרעה זו מאופיינת בחרדה חוזרת וקיצונית מפרידה ממקומות או מדמויות קרובות והיא מתפתחת לעתים קרובות בילדות.</p> <p><b>Selective Mutism</b> – ההפרעה מאופיינת בחוסר יכולת לדבר בסיטואציות לימודיות וחברתיות שונות. ההפרעה מתפתחת בדרך כלל לפני גיל 5 ומתבטאת באופן קליני בגילאי בית הספר.</p> <p><b>Specific Phobia</b> – על-פי רוב פוביות ספציפיות מתפתחות עד גיל 10.</p> <p><b>Social Anxiety Disorder</b> – מרבית המקרים (75%) מתפתחים בגילאי 8-15; החציון של גילאי ההתפרצות הוא גיל 13.</p> <p><b>Panic Disorder</b> – החציון של גילאי ההתפרצות של הפרעות פאניקה הוא גילאי 20-24. מעט מקרים פורצים בילדות. התפרצות אחרי גיל 45 אינה שכיחה ביותר, אך אפשרית.</p> <p><b>Agoraphobia</b> – יכולה להתפרץ בגיל ההתבגרות. התפרצות בילדות היא נדירה. שני שלישים מהמקרים מתרחשים לפני גיל 35. יש גם התפרצויות אחרי גיל 40.</p> <p><b>General Anxiety Disorder</b> – תסמינים של חרדה ושל דאגנות יתר יכולים להתבטא בגיל מוקדם ומתבטאים במזג חרדתי. ההתפרצות היא על-פי רוב אחרי גיל ההתבגרות והתסמינים יכולים להימשך לאורך החיים.</p>	<p><b>הפרעות חרדה</b></p>



על-פי המכון האמריקאי הלאומי לבריאות הנפש ( NIMH )	על-פי ICD-10	על-פי DSM – V	
<p>תסמינים של סכיזופרניה, כולל הלוצינציות ומחשבות שווא (דלזיות), מתחילים על-פי רוב בגילאים 16-30. התסמינים מופיעים אצל גברים בגילאים מוקדמים יותר מאשר אצל נשים. לרוב, סכיזופרניה אינה מתפרצת אצל אנשים שעברו את גיל 45. סכיזופרניה נדירה למדי בקרב ילדים.</p>	<p>התפרצות של סכיזופרניה יכולה להיות אקוטית. אצל נשים, היא מתרחשת על-פי רוב מאוחר יותר מאשר אצל גברים. ההתפרצות מופיעה לעתים אחרי תקופה של הימצאות תסמינים מקדימים, כמו חוסר עניין בעבודה ובפעילות חברתית, חרדה כללית, תסמיני דיכאון, הידרדרות בהיגינה ובהופעה ועוד.</p>	<p>ההתפרצות היא על-פי רוב בין שנות ההתבגרות המאוחרות לאמצע שנות ה-30. התפרצות סכיזופרניה לפני גיל ההתבגרות היא נדירה. אצל גברים, שיא ההתפרצות של התקפים פסיכטיים ראשוניים מתרחש באמצע שנות ה-20, ואילו אצל נשים, השיא הוא בשנות ה-20 המאוחרות.</p>	<p><b>סכיזופרניה</b></p>

על-פי המכון הלאומי לבריאות הנפש ( NIMH )	על-פי ICD-10	על-פי DSM –V	
<p>מרבית הפרעות האישיות מתחילות בגיל ההתבגרות או בגילאי הבגרות המוקדמים.</p>	<p>מרבית הפרעות האישיות מתחילות בגילאי הילדות וההתבגרות ונמשכות לתוך הבגרות.</p>	<p><b>:Cluster A</b>  <b>Paranoid Personality Disorder</b>          – ההתפרצות היא בילדות ובגילאי ההתבגרות.  <b>Schizoid Personality Disorder</b>          – ההתפרצות היא בילדות ובגילאי ההתבגרות.  <b>Schizotypal Personality Disorder</b>          – ההתפרצות היא בילדות ובגילאי ההתבגרות.  <b>:Cluster B</b>  <b>- Antisocial Personality Disorder</b>          יכולה להתפתח החל בגיל 15 ומאובחנת החל בגיל 18 בלבד.  <b>Borderline Personality Disorder</b>          – מתפתחת על-פי רוב בגילאי הבגרות המוקדמים. בגילאי 30-40 יש התייצבות בדפוסים הקשים ובתפקוד התעסוקתי.  <b>Histrionic Personality Disorder</b>          - מתפתחת על-פי רוב בגילאי הבגרות המוקדמים.  <b>Narcissistic Personality Disorder</b>          – נפוצה בעיקר בגילאי ההתבגרות.  <b>:Cluster C</b>  <b>- Avoidant Personality Disorder</b>          מתפתחת בגילאי הינקות והילדות.  <b>Dependent Personality Disorder</b>          – יש צורך במשנה זהירות לגבי אבחנה זו, במיוחד לגבי ילדים ומתבגרים שהתנהגותם התלותית יכולה להיות מתאימה ותקינה מבחינת התפתחותם.  <b>Obsessive-Compulsive Personality Disorder</b>          – מתפתחת על-פי רוב בגילאי הבגרות המוקדמים.</p>	<p><b>הפרעות אישיות</b></p>

על-פי המכון האמריקאי הלאומי לבריאות הנפש ( NIMH )	על-פי ICD-10	על-פי DSM – V	
<p>מחלת אלצהיימר מתחילה לאחר גיל 60.</p> <p>על-פי המכון הלאומי האמריקאי לזקנה (NIA), התסמינים של אלצהיימר, שהיא המקרה הנפוץ ביותר של דמנציה, מופיעים לרוב לאחר גיל 65.</p>	<p>התפרצות מוקדמת של אלצהיימר היא מתחת לגיל 65 והתפרצות מאוחרת היא לאחר גיל 65. סוגים אחרים של דמנציה כמו דמנציה וסקולרית או דמנציה בעקבות מחלות כמו קרויצפלד-יעקב או פרקינסון, עלולים להתפרץ בגילאים שונים, בעקבות החמרה במחלה הבסיסית הגורמת גם לדמנציה.</p>	<p><b>Major or Mild Neurocognitive disorder due to Alzheimer’s – Disease</b> על-פי רוב, ההתפרצות היא בגילאי 80 ומעלה. התפרצויות מוקדמות של אלצהיימר יכולות להתרחש גם בגילאי 50 ו-60.</p> <p><b>Major or Mild Fronto-temporal Neurocognitive Disorder</b> - על-פי רוב, ההתפרצות היא בשנות ה-60.</p> <p><b>Major or Mild Vascular – Neurocognitive Disorder</b> התסמונת יכולה להופיע בכל גיל, אך היא נפוצה אחרי גיל 65.</p> <p><b>Major or Mild Neurocognitive Disorder Due to Traumatic Brain Injury –</b> ההימצאות השכיחה ביותר של התסמונת היא עד גיל 4, בגילאי ההתבגרות המאוחרים ואחרי גיל 65. נפילות מהוות את הגורם העיקרי לתסמונת ואחריהן תאונות דרכים.</p> <p><b>Substance-Medication Induced Major or Mild Neurocognitive Disorder</b> - התסמונת שכיחה ביותר בגיל ההתבגרות ושיאה בגילאי 20 ו-30.</p>	<p>דמנציה</p>

## **פרק 4: הנחיות מעשיות לביצוע אבחנה מبدלת לתחלואה כפולה של מש"ה ושל הפרעות נפשיות ולהערכת המקורות הראשוניים לתסמונות אלה**

### **מטרות ההערכה:**

1. ריכוז המידע הרלוונטי להבנת הסטאטוס הפסיכיאטרי של המאובחן;
2. ביצוע בדיקה ואבחנה מبدלת של תחלואה כפולה;
3. זיהוי הגורמים האטיולוגיים הראשוניים לתסמונות או לתסמינים שהנבדק מציג (מש"ה/הפרעה נפשית);
4. יש לזכור שתיתכן תחלואה כפולה, גם של מש"ה וגם של הפרעות נפשיות. כמו כן, לא תמיד אפשר לאתר את המקור האטיולוגי הראשוני, לעתים עקב זמן רב שעבר מאז תחילת התחלואה, היעדר מידע אנמנסטי מהימן ועוד.

### **גורמים היסטוריים שנוכחותם יכולה לרמוז כי המקור האטיולוגי הראשוני הוא מש"ה:**

1. אבחנה של מש"ה בעבר. עם זאת, יש לנקוט משנה זהירות לגבי התקפות והמהימנות של האבחנה שבוצעה בעבר ולהתחשב באפשרות שהאבחנה בעבר לא הייתה בהכרח מדויקת מסיבות שונות.
2. היסטוריה משפחתית של מש"ה;
3. היריון ולידה שאינם תקינים;
4. היסטוריה של לימוד או שיקום במסגרות המיועדות לאנשים עם מש"ה;
5. היסטוריה של מחלות נוירולוגיות או מחלות גופניות שיכולות להיות רלוונטיות, כולל תסמונות גנטיות מולדות כמו תסמונת דאון (Down Syndrome), תסמונת רט (Rett Syndrome), תסמונת אנגלמן (Angelman Syndrome) וכן תסמונות נוירולוגיות כמו הידרוצפלוס מולד, אפילפסיה, דלקת קרום המוח או מחלות מטבוליות שונות בילדות.
6. רמת התפקוד של המאובחן במהלך ההיסטוריה שלו הייתה על-פי רוב נמוכה, ללא שינויים משמעותיים. למשל, עיכוב ברכישת שפה, עיכוב בשליטה על הסוגרים, רמה נמוכה של עצמאות בתפקודי יום-יום בניגוד למצופה לפי הגיל ועוד.

## **גורמים במהלך הבדיקה שנוכחותם רומזת כי המקור האטיולוגי הראשוני הוא מש"ה:**

1. סוגים שונים של דיסמורפיות האופייניים לתסמונות גנטיות מולדות הנלוות למש"ה;
2. שונות נמוכה בין תוצאות המבחנים השונים. יש להתייחס לקריטריון זה במשנה זהירות, שכן ייתכנו מצבים של תחלואה נפשית כמו דיכאון שבהם יש הנמכה כללית ברמת התפקוד. כמו כן, גם אצל נבדקים עם מש"ה תיתכן שונות, למשל בין היכולות המילוליות לבין היכולות התפיסתיות-ביצועיות. בכל מקרה, אין לבסס את האבחנה על קריטריון זה בפני עצמו.
3. היעדר ממצאים הרומזים על יכולות פרה-מורבידיות גבוהות. למשל, ציונים נמוכים גם במבחני ידע כללי ואוצר מילים, רומזים שגם בעבר יכולות הלמידה היו נמוכות.
4. יכולות מילוליות נמוכות, ללא שונות מובהקת. למשל, השמעת מילים בודדות ופשוטות, ללא השמעה של פראזות מורכבות.
5. ממצאים ורמזים לכך שגם בעבר הנבדק תפקד ברמה תפקודית והסתגלותית נמוכה, ללא שינויים משמעותיים וללא תקופות של עליות מובהקות ברמת התפקוד וההסתגלות.

## **גורמים היסטוריים שנוכחותם רומזת כי המקור האטיולוגי הראשוני הוא הפרעה**

### **נפשית:**

1. אבחנה/אבחנות פסיכיאטריות בעבר;
2. היסטוריה משפחתית של מחלות נפש;
3. היסטוריה של פנייה/שימוש בשירותי בריאות הנפש בתקופת ההתפתחות הראשונית;
4. עדויות לכך שבעבר היו תקופות שבהן רמת התפקוד של המאובחן הייתה גבוהה באופן מובהק מרמת התפקוד בעת הבדיקה. למשל, רמת תפקוד ופעילות חברתית גבוהה בעבר ורמה נמוכה של פעילות חברתית בהווה.
5. סטאטוס חברתי-בינאישי בעבר המעיד על תפקוד גבוה מהסטאטוס בהווה (נישואים, תעסוקה וכדומה);

6. עדויות להתנהגויות פתולוגיות מצד הנבדק כלפי בני משפחה או אחרים משמעותיים;
7. עדויות למאפייני אישיות/התנהגות פתולוגיים בתקופת ההתפתחות המוקדמת;
8. עדויות לאירועי חיים משמעותיים כולל אובדן, חשיפה לפוגענות, שייתכן שגרמו לתגובות נפשיות טראומטיות;
9. שימוש בתרופות פסיכיאטריות בעבר ובהווה;
10. שימוש בסמים/אלכוהול בעבר ובהווה.

### **גורמים במהלך הבדיקה שנכחותם רומזת כי המקור האטיולוגי הראשוני הוא הפרעה**

#### **נפשית:**

1. שונות גבוהה בין תוצאות המבחנים השונים. יש להיות ערים במיוחד לפרופילים של מבחנים המשקפים יכולות למידה גבוהות בעבר (אוצר מילים, ידיעות) לצד הנמכה ביכולות הניהוליות (תכנון, ויסות, בקרה) או הנמכה באינדקס הזיכרון העובד. עם זאת, יש לשלול את האפשרות שהשונות נובעת מהפרעת קשב וריכוז, הפרעות למידה ספציפיות כמו דיסקלקוליה או דיסגרפיה ועוד.
2. קיומם של ממצאים הרומזים על יכולות פרה-מורבידיות גבוהות. למשל, ציונים נמוכים גם במבחני ידע כללי ואוצר מילים, הרומזים שבעבר היו יכולות למידה משמעותיות, שהונמכו עקב תחלואה נפשית.
3. רמזים להפרעה בתהליך החשיבה או רמזים לחשיבה אידיו-סינקרטית. למשל תשובות לא אדקווטיות לשאלות בתחומי ההבנה החברתית. כמו כן, ביטויים או תכנים פסיכוטיים (למשל דלוזיות מורכבות) המעידים על יכולות חשיבה מורכבות, דמיון עשיר וכדומה. עם זאת, יש לזכור שהפרעות במהלך החשיבה יכולות להופיע גם במש"ה, ולכן יש לנקוט במשנה זהירות לגבי קריטריון זה.

## הערות לגבי הערכה של תסמונות פסיכיאטריות ספציפיות

### סכיזופרניה

1. ליקויים תפיסתיים כמו ראייה או שמיעת קולות - נפוצים באוכלוסיות מש"ה. לכן, כאשר יש עדות לתסמינים כאלה בבדיקה, אין לסווגם באופן אוטומטי כתסמינים שמעידים על פסיכוטיות. יש לבדוק אם יש עדויות או סימנים נוספים המעידים על פסיכוטיות ולהתייחס לתסמינים אלה במשנה זהירות וכחלק מהתמונה הקלינית הכוללת.
2. יש קושי ניכר באבחנה של סכיזופרניה כאשר ציון IQ נמוך מ-45. זאת עקב ליקויים חמורים ביכולות המילוליות וביכולות התקשורת של המאובחנים.
3. יש לזכור שמאובחנים עם יכולות תקשורתיות ומילוליות נמוכות יכולים להציג התנהגויות שנראות מוזרות או נדירות ואשר יכולות להתפרש כתסמינים פסיכוטיים.

### דיכאון

1. חשוב לבצע הערכה של הסיכון, כולל פוטנציאל לפגיעה עצמית, פגיעה באחרים, הזנחה עצמית.
2. כאשר מש"ה היא ברמות קלות-מתונות, יש לבצע הערכה בהתאם לקריטריונים של ICD-10 או DSM-V.
3. יש לזכור שדיכאון במש"ה ברמות נמוכות יכול להתבטא באופנים שונים, בהם תוקפנות, חוסר שקט, צעקות, התנהגויות של פגיעה עצמית, התבודדות, תקשורת ירודה, ירידה במשקל ועוד. במקרה של הופעת תסמינים אלה, יש צורך לבצע ריאיון עם הגורם המטפל בקהילה כדי לבדוק באופן מקיף יותר את האפשרות לדיכאון.

### חרדה

1. ככל שהרמה האינטלקטואלית של הנבדקים גבוהה יותר, השיעור של הפרעות החרדה גבוה יותר.
2. יש לעתים קרובות מתאם גבוה בין אירועי חיים מלחיצים בשנה שלפני הבדיקה, חוסר תעסוקה במשך היום, שינוי במסגרת או במקום המגורים, ירידה בתפקודים משמעותיים כמו שמיעה או ראייה וכדומה לבין הפרעות חרדה.

כאשר יש ביטוי של תסמיני חרדה, יש חשיבות רבה לבדוק עם המטפלים את קיומם ואת השפעתם האפשרית של אירועים בעלי פוטנציאל דחק. בעת הצורך, יש להשתמש בשאלון חרדה מובנה.

### **הפרעות אישיות**

1. יש לזכור שתיתכן בעייתיות בדיווחים עצמיים של מאובחנים.
2. דיווחים עצמיים של מאובחנים עם מש"ה + עבריינות הם בעייתיים במיוחד.
3. במקרים אלה, יש להסתמך יותר על תצפיות התנהגותיות ועל דיווחי מטפלים.



# פרק 5: הנחיות מעשיות לאבחון מש"ה בקרב אנשים עם ליקויי ראייה, ליקויי שמיעה וליקויים מוטורים

## הנחיות מעשיות לאבחון מש"ה אצל אנשים עם ליקויי ראייה

### דרושה תובנה של הבודק לנקודות שלהלן:

1. מודעות להיסטוריה הרפואית ולמצב הראייה והבנתן: הבודק צריך להיות מודע להשלכות של ההיסטוריה ההתפתחותית של הנבדק כולל להתערבויות ולטיפולים שבוצעו בעבר. הבודק צריך לקבל מידע ספציפי על המוגבלות הראייתית, על האטיולוגיה, על רמת אובדן הראייה והגיל של אובדן הראייה. כמו כן, ההיסטוריה הרפואית צריכה להיבחן מתוך ניסיון להבין את ההשלכות של האירועים הרפואיים השונים על תפקוד הנבחן.
2. לבדוק צריכה להיות היכרות עם אטיולוגיות שונות הגורמות לעיוורון. כך, כאשר מקור העיוורון הוא נירולוגי, יש סיכון גבוה יותר לליקויים נירולוגיים נוספים המנמיכים יכולות של למידה או תעסוקה. כאשר המקור לעיוורון הוא בפתולוגיה של העיניים, יש סיכוי נמוך יותר למוגבלויות נוספות של מערכת העצבים המרכזית. עם זאת, גם לעיוורון מסוג זה יכולים להתלוות ליקויים של מערכת העצבים המרכזית.
3. רמת הליקוי בראייה היא גורם משמעותי בבחירת המבחנים, בתהליך העברתם ובתהליך הפירוש של התוצאות. הבודק צריך להיות מודע גם לסוג הליקוי ולהשלכותיו על תפקוד הנבדק. כך, להיצרות של שדה הראייה יש השלכות על התפקוד, שהן שונות מליקוי המתבטא בעליות ובירידות באיכות הראייה.
4. היסטוריה רפואית: אירועים כמו אשפוזים ממושכים, פרוצדורות רפואיות חודרניות, מחלות, פציעות והיסטוריה משפחתית, משפיעים על התפקוד ועל תהליכי ההתפתחות של הנבדק ויש צורך להיות מודע אליהם.

### הבודק צריך להיות ער לנקודות אלה בעת הבדיקה:

1. יש שונות גבוהה במידת נגישותם והתאמתם של מבחני אינטליגנציה לאוכלוסיית כבדי הראייה.

2. כאשר בודקים את תוצאות המבחנים של כבדי ראייה, יש להיות ערים לכך שרבים מפריטי המבחן אינם נגישים לנבחנים כפי שהם נגישים לאוכלוסייה הכללית. גם כאשר נעשות התאמות לצורך שימוש בהערכת כבדי ראייה, יש עדיין הבדל ברמת הנגישות לפריטי המבחן.
3. יש להשתמש רק בחלקי המבחן שהם נגישים לכבדי הראייה.
4. לבד מקביעת ציון IQ מילולי, יש לבצע הערכה איכותנית של היכולות התפיסתיות ושל הביצועיות של הנבדקים. זאת על-ידי שימוש במבחנים תפיסתיים-ביצועיים שביצועם אינו מחייב ראייה (למשל, בניית מגדל מקוביות - מתוך "סידור קוביות" במבחני וקסלר; מבחן Weigel-Goldstein Sorting Test למיון על-פי צורות, בניית פאזל על-פי המאפיינים הצורניים וכדומה - מתוך "בניית עצמים" במבחני וקסלר ועוד). בכל מקרה, יש להימנע ממתן ציון IQ כולל, אלא לתת ציון של היכולות המילוליות בלבד בצירוף הערכה איכותנית של היכולות הביצועיות.
5. יש לזכור כי כאשר משנים את המבחנים או מנסים להתאימם לכבדי ראייה, תקפות המבחנים נפגעת. עם זאת, גם מבחנים שעברו אדפטציה ושלא עברו תיקוף מחודש, יכולים לספק מידע קליני רב-ערך. בכל מקרה, יש צורך לנקוט במשנה זהירות כאשר מפרשים מבחנים שעברו שינויים.
6. כאשר הנבדקים הם לקויי ראייה אך לא עיוורים באופן מוחלט, יש חשיבות לשימוש במבחנים הבודקים יכולות תפיסתיות-מרחביות.
7. אם קיימים עזרים שבהם המאובחן משתמש (למשל עזרים מגדילים), חשוב לערוך את הבדיקה ככל שניתן תוך שימוש בעזרים אלה.

## הנחיות מעשיות לאבחון מש"ה אצל אנשים עם ליקויי שמיעה

### בחירת מבחנים ותהליך ההעברה

1. מומלץ להשתמש ביותר ממבחן אחד להערכת האינטליגנציה הביצועית כדי להנמיך את השונות של התוצאות (Phillips et al, 2014).
2. מומלץ להשתמש במבחן: "The Leiter International Performance Scale Revised (Leiter-R) (Roid & Miller, 1997). זהו מבחן לאינטליגנציה לא-מילולית, והוא המוערך והמקובל ביותר להערכת ילדים ומבוגרים עם ליקויי שמיעה (Braden, 1992). מאפיין ייחודי של מבחן זה הוא שההוראות מועברות על-ידי שימוש בג'סטות וללא צורך בהוראות מילוליות.
3. יש להעביר למאובחן את ההוראות בערוצים המועדפים עליו. יש גם צורך להמחיש את המטלות (modeling) או לבצע תרגול נוסף כדי לוודא שההוראות מובנות.
4. רצוי שהבודק ישלוט בערוצי התקשורת המועדפים על הנבחן.
5. אם נבדקים עונים בדיבור, יש להיות רגישים לטעויות בארטיקולציה של הנבחן.
6. יש להימנע מהוראות אודיטוריות כדי למנוע טעויות בשמיעה.
7. יש להימנע מלבקש מנבחנים לעצום עיניים בעת העברה של מבחנים תפיסתיים-מוטוריים מכיוון שהדבר מנתק אותם לחלוטין מתקשורת כלשהי.
8. חשוב לאפשר שימוש בעזרי שמיעה כמו: מכשירי שמיעה, לוחות תקשורת וכדומה.

### שימוש במתרגם לשפת סימנים (רלוונטי רק במקרים שבהם הנבדק רכש את שפת

#### הסימנים)

1. עדיף שהמתרגם יהיה מורשה, עם ניסיון בתרגום אבחונים בקרב אוכלוסיות מש"ה.
2. צריך לזכור שלמילים רבות אין מקבילה בשפת הסימנים. במקרים כאלה, המתרגם צריך להבהיר את המילים לנבדק באמצעות מילים נרדפות, כתיבה של המילה ועוד.
3. יש להיות ערים גם לשונות התרבותית/שפתית של הנבחן ולהסביר בפירוט את המילים וההוראות.

4. יש להיות ערים גם לאפשרות שהסברים של המתרגם עלולים לספק אינפורמציה רבה מדי לנבחן, למשל, במטלות שבהן הנבחן אמור להצביע על האף או על האוזניים, המחשה של המתרגם מספקת את התשובה.
5. יש להיות ערים לכך שתרגום שאלות מילוליות לשפת סימנים עלול לשנות את רמת הקושי של השאלות.

### **בחירת המבחנים**

1. יש להשתמש במבחנים שאינם עמוסים בפרטים מילוליים, כדוגמת החלקים הביצועיים של מבחני וקסלר.
2. יש להיות ערים לכך שכישורי הקריאה של אוכלוסיות החרשים נמוכים, במיוחד באוכלוסיות מש"ה, ולכן יש להשתמש בערוצים אחרים להעברת ההוראות או לוודא שהנבדק אכן הבין אותן.
3. יש להיות ערים לכך שעבור נבדקים ששפת האם שלהם אינה עברית, עלולים להיות קשיים תרבותיים-שפתיים גם כאשר נעשה שימוש בשפת סימנים או בסמלים לייצוג מילים בעברית. סביר ששפת סימנים המבוססת על השפה העברית משתמשת במבני שפה עבריים שהם ייחודיים לשפה ואינם קיימים בשפות אחרות.
4. בהעברה של מבחני אישיות, יש להעדיף מבחנים שאינם דורשים כישורי קריאה מובהקים, וזאת בשל חולשה אפשרית בקריאה, האופיינית לאוכלוסיית החרשים ולאנשים עם מש"ה. גם במבחנים לא-מילוליים דוגמת T.A.T עלולת להתרחש הטיות שמקורן בחשיפה ובהבנה שונה של דימויים ותכנים, כמו למשל עקב צפייה בתכניות טלוויזיה וכדומה. בכל מקרה, יש לעשות את המרב כדי לוודא שהנבדקים מבינים את שנדרש מהם במטלה ולנקוט משנה זהירות בפירוש התוצאות.

### **פירוש תוצאות המבחנים**

1. בפירוש התוצאות יש להתחשב במאפיינים של ליקוי השמיעה. כך, לחירשות מלידה עלולות להיות השלכות חמורות יותר מאשר לחירשות המתפתחת אחרי גיל 18 חדשים או לחירשות פרוגרסיבית, שבהן הנבדק נחשף לקולות, למילים, למשפטים וכדומה.

2. יש להתחשב גם באטיולוגיה של החירשות ובתחלואה מקבילה, נירולוגית או גופנית.
3. יש לברר באנמנזה את הסביבה שבה הנבחן גדל. כך, יש לבדוק אם להורי הנבדק יש ליקויי שמיעה; אם הוא נחשף בילדותו לשפת סימנים בבית או לערוצי תקשורת אחרים ועוד.

### **הנחיות מעשיות לאבחון מש"ה אצל אנשים עם ליקויים מוטוריים**

ליקויים מוטוריים עלולים להשפיע על היכולת להתמודד עם מבחני אינטליגנציה או עם מבחנים נירו-פסיכולוגיים. מוגבלות מוטורית בידיים עלולה להקשות על ביצוע פעולות בסיסיות כמו אחיזת פריטים, כתיבה, העתקה, ציור ועוד. לכן יש צורך להתאים את המבחנים או את הסביבה הפיזית/ארגונומית שבה נערכת הבדיקה. ההמלצות מוצגות בטבלה שלהלן:

ההתאמה הנדרשת	סוג הליקוי המוטורי
התאמת זמן ובמידת הצורך הארכת משך המבחן ולהימנע ממבחני מהירות (speed tests)	לקוי מוטורי או מוגבלות בשימוש בידיים
יש להעביר רק את החלקים במבחנים שאינם דורשים מיומנויות שמושפעות מהמוגבלות (למשל, העברה של החלקים המילוליים מתוך מבחן וקסלר, כולל מטריצות והשמטה של החלקים הביצועיים)	
במידת הצורך ההעברה תתבצע באופן שבו הבדוק מקריא את הפריטים ורושם את התגובות	
יש לאפשר שימוש בעזרים שמשפרים את התפקוד המוטורי בידיים (כלים לאחיזת כלי כתיבה, סדים, עזרים לאחיזת הדפים ועוד)	
כאשר אין כלל יכולת להפעלת ידיים יש להשתמש בעזרים תחליפיים כמו מקל תאורה שמחובר לראש או עזרים דומים	
יש לאפשר שימוש ביד הלא דומיננטית כאשר היא תפקודית	
יש לאפשר הפסקות למנוחה ולשינויי תנוחה	בעיות נלוות למוגבלות המוטורית כולל כאב, עייפות ועוד.
יש לתכנן את הבדיקה כך שהיא תיערך בזמן אופטימלי מבחינת נוחות פיזית של הנבדק	
משך הבדיקה צריך להיות קצר ואם יש צורך, לבצע מספר מפגשים.	
לאפשר ישיבה של הנבדק במספר תנוחות (מושב רך, קשה, כורסא וכדומה)	
השולחן צריך להתאים בממדיו כדי לאפשר לנבדק לזהות ולהגיע לפריטים, לאפשר מנוחה לידיים, לאפשר הנחת עזרים לידיים ועוד.	נגישות
הבדיקה תיערך במיקום נגיש, עם נגישות של מתקנים נלווים כולל שירותים, קפיטריה ואזור לאכילה.	
גודל חדר הבדיקה צריך להיות מותאם לכסא גלגלים	
יש להקפיד על התאמה של גובה השולחן לכסא הגלגלים	

## פרק 6: רשימת המקורות

### מקורות לפרק מבוא:

- Buckles, J., Luckeasson, R., & Keef, E. A. (2013). Systematic review of the prevalence of psychiatric disorders in adults with intellectual disability, 2003-2010. *Journal of mental health research in intellectual disabilities*, 6, 181-207.
- Einfeld, S., Ellis, L.A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of intellectual and developmental disability*, 36, 137-143.
- Kwok, H., & Cheung, P.W.H. (2007). Co-morbidity of psychiatric disorder and medical illness in people with intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 443-449.
- Maulik, P.K., Mascarenhas, M.N., Mathers, C.D., et al. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 36-419.

### מקורות לפרק 1: סקירת הספרות המחקרית וסקירת הכלים הייחודיים המותאמים לאבחון אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ועם תחלואה כפולה

#### אוטיזם ומש"ה

- La Malfa, S., Lassi, M., Bertelli, R., Salvini, R., & Placidi, G. F. (2004). Autism and intellectual disability: A study of prevalence on a sample of the Italian population. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 7-262.
- LoVullo, S.V., & Matson, J. (2009). Comorbid psychopathology in adults with Autism Spectrum Disorders and intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1288-1296.
- Matson, J.L., Dempsey, T., & Fodstad, J.C. (2009). The effect of Autism Spectrum

Disorders on adaptive independent living skills in adults with severe intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1203–1211.

Rojahn, J., Wilkins, J., Johnny, L., Matson, J.L. et al. (2010). A Comparison of adults with Intellectual Disabilities with and without ASD on Parallel Measures of Challenging Behaviour: The Behavior Problems Inventory-01 (BPI-01) and Autism Spectrum Disorders-Behavior Problems for Intellectually Disabled Adults (ASD-BPA). *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 85-179.

Saemundsen, E., Juliusson, H., Hjaltested, S. et al. (2010). Prevalence of autism in an urban population of adults with severe intellectual disabilities – a preliminary study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 35-727.

## **הפרעות קשב וריכוז ומש"ה**

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V*.

Conners, C.K., Erhardt, D., Epstein J.N., et al. (1999). Self-ratings of ADHD symptoms in Adults: I. Factor structure and normative data. *Journal of Attention Disorders*, 3, 141–151.

Hastings, R.P., Beck, A., Daley, D., et al. (2005). Symptoms of ADHD and their correlates in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 26, 456–468.

Rose, E.J., Bramham, J., Young, S., et al. (2009). Neuropsychological characteristics of adults with comorbid ADHD and borderline/mild intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 496–502.

The Royal College of Psychiatrists. (2001). *Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD)*. London: Gaskell.



## דיכאון ומש"ה

- 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.
- Hermans, H., Evenhuis, H.M. (2010). Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1109–1120.
- Hermans, H., & Evenhuis, H.M. (2010). Characteristics of instruments screening for depression in adults with intellectual disabilities: Systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1109–1120.
- Kovacs, M. (1985). The children's depression, inventory (CDI). *Psychopharmacological Bulletin*, 21, 995–998.
- Marston, G.M., Perry, D.W., & Roy, A. (1997). Manifestations of depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 476-480.
- Matson, J.L., Bamburg, J.W. (1998). Reliability of the assessment of dual diagnosis (ADD). *Research in Developmental Disabilities*, 19, 89–95.
- McGillivray, J.A., & McCabe, M.P. (2007). Early detection of depression and associated risk factors in adults with mild/moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 28, 59–70.
- Reiss, S. (1988). *The Reiss Screen Test manual*. Orland Park IL: International Diagnostic Systems Inc.

## הפרעות חרדה ומש"ה

- Esbensen, A.J., Rojahn, J., Aman, M.G., et al. (2003). Reliability and validity of an assessment instrument for anxiety, depression, and mood among

- individuals with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 617–629
- Hermans, H., & Evenhuis, H.M. (2012). Life events and their associations with depression and anxiety in older people with intellectual disabilities: Results of the HA-ID study. *Journal of Affective Disorders*, 138, 79–85.
- 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.
- 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.
- Reid, K.A., Smiley, E., & Cooper, S.A. (2011). Prevalence and associations of anxiety disorders in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 81-172.

## **הפרעות אישיות ומש"ה**

- Alexander, R. T., Green, F. N., O'Mahony, B., et al. (2010). Personality disorders in offenders with intellectual disability: A comparison of clinical, forensic and outcome variables and implications for service provision. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 650–658.
- Moreland, J., Hendy, S., & Brown, F. (2008). The Validity of a personality disorder diagnosis for people with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 219–226.
- Taylor, J. L., & Novaco, R. W. (2013). A brief screening instrument for emotionally unstable and dissocial personality disorder in male offenders with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 546–553.

## סכיזופרניה ומש"ה

- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., et al. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 27–35.
- 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.
- Matson, J. L. (1984). Psychometric properties of the psychopathology instrument for mentally retarded adults. *Applied Research in Mental Retardation*, 5, 9–81.
- Morgan, V. A., Leonard, H., Bourke, J., et al. (2008). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: Population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 364–72.
- Tsakanikos, E., Underwood, L., Sturmey, P., Bouras, N., & McCarthy, J. (2011). Psychometric properties of the Disability Assessment Schedule (DAS) for behavior problems: An independent investigation. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 653–658.
- Turner, T. H. (1989). Schizophrenia and mental handicap: An historical review, with implications for further research. *Psychological Medicine*, 19, 301–314.

## דמנציה ומש"ה

- Crayton, L., Oliver, C., Holland, A., et al. (1998). The neuropsychological assessment of age related cognitive deficits in adults with Down's syndrome. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 11, 72–255.
- Johansson, P. E., & Terenius, O. (2002). Development of an instrument for early detection of dementia in people with Down syndrome. *Journal of*

*Intellectual and Developmental Disability*, 27, 45-325.

- Nieuwenhuis-Mark, R. E. (2009). Diagnosing Alzheimer's dementia in Down syndrome: Problems and possible solutions. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 38-827.
- NTG. (2012). 'My Thinker's Not Working': A national strategy for enabling adults with intellectual disabilities affected by dementia to remain in their community and receive quality supports. Retrieved from [http://aadmd.org/sites/default/files/Executive%20Summary\\_w\\_cover.pdf](http://aadmd.org/sites/default/files/Executive%20Summary_w_cover.pdf)
- Shooshtari, s., Martens, P. J., Burchill, C. A., Dik, N., & Naghipur, S. (2011). Prevalence of Depression and Dementia among Adults with developmental disabilities in Manitoba Canada. *International Journal of Family Med.* 1-9.
- Shultz, J., Aman, M., Kelbley, T., et al. (2004). Evaluation of screening tools for dementia in older adults with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 109, 98–110.
- Strydom, A., Shooshtari, S., Lee, L., et al. (2010). Dementia in older adults with intellectual disabilities—Epidemiology, presentation, and diagnosis. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7, 96-110.
- Zeilinger, E. L., Stiehl, K. A. M., & Weber, G. A. (2013). Systematic review on assessment instruments for dementia in persons with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 3962–3977.

## מקורות לפרק 2: בחינת המושג "גיל ההתפתחות"

1. Retrieved from <http://aaid.org>
2. Retrieved from <http://www.bild.org.uk>
3. Retrieved from <http://www.aihw.gov.au>
4. Grossman, H. J. (1983). *Classification in mental retardation*. Washington DC: American Association on Mental Deficiency.
5. DSM-V American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V*.

6. WHO (World Health Organization). (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems*. 10th revision, vol. 1. Geneva: WHO.
7. Retrieved from <http://www.bild.org.uk>
8. Retrieved from <http://www.aihw.gov.au>
9. Retrieved from <http://aaid.org>

### **מקורות לפרק 3: תקופת ההתפרצות של תסמונות נלוות למש"ה**

DSM-V American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V*.

Retrieved from <http://www.who.int>

Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov>.

### **מקורות לפרק 4: הנחיות מעשיות לביצוע אבחנה מبدלת לתחלואה כפולה של מש"ה ושל הפרעות נפשיות ולהערכת המקורות הראשוניים לתסמונות אלה**

DSM-V. American Psychiatric Association 2013.

WHO (World Health Organization). (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems*. 10th revision, vol. 1. Geneva: WHO.

### **מקורות לפרק 5: הנחיות מעשיות לאבחון אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית עם ליקויי ראייה, ליקויי שמיעה וליקויים מוטוריים**

Braden, J. P. (1992). Intellectual assessment of deaf and hard-of-hearing people: A quantitative and qualitative research synthesis. *School Psychology Review*, 21, 82–95.

Carvill, S. (2001). Sensory impairments, intellectual disability and psychiatry. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 467–483.

- Elliott, C. D. (2007). *Differential Abilities Scales* (2nd ed.). San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Hill-Briggs, F., Jack, G. D., Morere, D.A., et al. (2007). Neuropsychological assessment of persons with physical disability, visual impairment or blindness, and hearing impairment or deafness. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22, 389–404.
- Janicki, M. P., & Dalton, A. J. (1998). Sensory impairments among older adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23, 3–11.
- Phillips, J., Wiley, S., Barnard, H., et al. (2014). Comparison of two nonverbal intelligence tests among children who are deaf or hard-of-hearing. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 71-463.
- Pratt, S. I., & Moreland, K. L. (1998). Individuals with other characteristics. In J. Sandoval CL et al. (Eds.), *Test Interpretation and Diversity* (pp. 349–371). Washington, DC: American Psychological Association.
- Roid, G., Miller, L. (1977). *Leiter International Performance Scale – Revised*. Wood Dale, IL: Stoelting Co.
- Stephen, A., Goodman, C. E., & Marnee, L. (2011). *Position Paper: Intelligence testing of individuals who are blind or visually impaired*. American Printing House for the Blind, Inc.
- Texas school for the blind and visually impaired children (n.d.). *Psychological testing of blind, and visually impaired children*. Retrieved from <http://www.tsbvi.edu/>.
- Vuijk, P.J., Harmtman, E., Scherder, E., et al. (2010). Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *J intellect Disabil Res*, 54, 65-955.
- Warburg, M. (1994). Visual impairment among people with developmental delay. *Journal of Intellectual Disability Research*, 32-423.

Warburg, M. (2001). Visual impairment in adult people with moderate, severe and profound intellectual disability. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, 4-450.

Yeates, S. (1991). Hearing loss in adults with learning disabilities. *British Medical Journal*, 303, 30-427.

Retrieved from <http://www.asha.org>.

Retrieved from <http://www.asha.org>.