

פריצת גבולות המקצוע על ידי מטפלים בתחום בריאות הנפש

מאת

אליעזר ויצטום* ויעקב מרגולין**

במאמר מתוארת תופעה קשה ורצינית אשר נעשתה שכיחה למדי בקרב אנשי המקצועות הטיפוליים בתחום בריאות הנפש – חריגה בוטה וחמורה מגבולותיו של הקשר הטיפולי, עד כדי פריצה ממשית של גבולות המקצוע מצד המטפל. תופעה זו אף נדונה בערכאות שיפוטיות שונות, ובצורתה הקיצונית – קיום יחסי מין בין מטפל נפשי ובין מטופל – גם הוטל עליה איסור פלילי בתיקון חקיקה משנת 2003. מוצג תיקון החקיקה שהתקבל בנושא ומתוארות אותן הבעיות שבו אשר קשורות יותר בהיבטים המקצועיים מבחינת הטיפול והמטפל. כן נדונים היבטים מקצועיים שונים של התופעה והשלכותיה הקשות על המטופל, לצד היבטים אתיים והיבטים משפטיים. מתוארת פסיקה במישור הפלילי, האזרחי והמשמעתי, ומודגש כי תופעה חמורה זו טרם הופנמה במלואה הן מצד החברה והן מצד בתי המשפט השונים.

- א. הקדמה
- ב. היבטים מקצועיים
- ג. היבטים אתיים
- ד. היבטים משפטיים – המישור הפלילי
 1. פרשת שפיץ
 2. פרשת שחאדה
- ה. המישור האזרחי
- ו. המישור המשמעתי
 1. פרשת זוג הרופאים הפסיכיאטריים
 2. פרשת יגלום
- ז. הערות מסכמות

* פרופ' אליעזר ויצטום, מרצה לפסיכיאטריה באוניברסיטת בן גוריון ופסיכיאטר בכיר במרכז לבריאות הנפש "עזרת נשים" בירושלים.

** ד"ר יעקב מרגולין, מזכיר החברה לפסיכיאטריה משפטית בישראל.

א. הקדמה

מבחינה לשונית גרידא, המונח "גבול" מתייחס לקו שמבדיל בין מקום למקום ועליו עשויה להיות גדר או מחיצה להמחשת קיומה של הברלה זו. הגבול מסמן וממחיש את ההפרדה שקיימת בין שני העולמות אשר מתקיימים משני צדדיו של הגבול. במרבית המקרים, הפרדה זו מקובלת ומוסכמת על הציבור שחי משני עברי הגבול, וכל הפוגע בהפרדה זו צפוי לסנקציה. היעדרה של הסכמה כזו עלול להביא לתוצאות קשות, כגון סכסוכי גבולות בקרב מדינות. ייתכנו גם יחידים שבהתנהגותם כפורצי גבול וגדר הם עוברים על איסורים דתיים או משפטיים וצפויים להיענש בשל כך בהתאם לנורמות החברתיות.

במקצועות הבריאות, ובכללם גם בריאות הנפש, מתייחס המונח "גבול" להבחנה שקיימת בין הזהות המקצועית לבין הזהות האישית. זהו, למעשה, ביטוי מטפורי למבנה ולתחומים של הזהות המקצועית, והוא מציין לא רק את ההבדל שבין התפקיד המקצועי לבין התפקיד האישי, אלא אף את ההבדלים המבניים אשר מאפיינים את המפגשים הבין-אישיים שמתקיימים בין איש המקצוע לבין המטופל. לגבולות במקצועות הבריאות נועדה מטרה אחת בלבד – לשמור על ביטחונם של אלה שנמצאים מכל צד של גבולות אלה. קביעת גבולות המקצוע והשמירה עליהם מסייעת למטופלים ולמטופלים כאחד לחוש ביטחון בזהותם ובתפקידם.¹

פריצת גבולות המקצוע מהווה אפוא מעין התקפה והתרסה על ביטחונם של הקשר שמתקיים בין המטפל לבין המטופל. פריצה זו יכולה ללבוש פנים רבות,² אם כי השכיחה והידועה ביותר, ואף הנחקרת ביותר, היא בכל הנוגע לסוגיית הקשר המיני בין מטפל למטופל. גבולות אלה, והאפשרויות לפריצתם, הוכרו כבר לפני שנים רבות. שבועת היפוקרטס,³ שנכתבה לפני כ-2,500 שנים ואשר מחייבת את הרופא לפעול לטובת מטופליו ללא גרימת נזק, מחייבת אותו גם להימנע מקשר מיני וארוטי עימם: "לכל בית שאליו אבוא, אכנס רק לשם טובתם של מטופליי, וארחיק עצמי מכל עשיית-רע מכוונת ומכל פיתוי, ובמיוחד מתענוגות האהבה עם נשים או עם גברים, בין שהם בני חורין ובין שהם עבדים."⁴ מאז ימי היפוקרטס היוו קשרים מיניים בין מטופלים למטופלים "סמן ימני" לפריצת גבולות המקצוע, והם נמשכו כך עד ימינו. העקרונות

1 Sameer P. Sarkar, *Boundary Violations and Sexual Exploitation in Psychiatry and Psychotherapy: A Review*, 10 ADVANCES IN PSYCHIATRIC TREATMENT 312 (2004)

2 T. G. Gutheil & G. O. Gabbard, *The Concept of Boundaries in Clinical Practice: Theoretical and Risk-Management Dimensions*, 150 AM. J. PSYCHIATRY 188 (1993)

3 JONES WHL H. L., HIPPOCRATES, (Harvard University Press, 1972)

4 R. D. Miller & G. J. Maier, *Nonsexual Boundary Violations: Sauce for the Gander*, 30(3) J. PSYCHIATRY LAW 309 (2002)

האתיים של שבועת היפוקרטס משמשים גם מקצועות טיפוליים אחרים. עם זאת, מעניין להיווכח כי עד לראשית שנות ה-70 של המאה ה-20, כמעט שלא היו דיונים בהיבטיו האתיים של קיום יחסי מין במהלך קשרים מקצועיים. רק בשנת 1973 הוכנס איסור ברור על קיומם של יחסי מין לקוד האתיקה של איגוד הפסיכיאטרים האמריקני, ובשנת 1977 נכלל איסור כזה בקוד האתיקה של איגוד הפסיכולוגים האמריקני.⁵ איגוד הפסיכיאטריה בישראל הוציא בשנת 1996 נייר עמדה בנושא הכללי של יחסי מטפל-מטופל.⁶ בין היתר, נקבע בו במפורש כי האחריות לשמירת הגבולות הטיפוליים מפני גירויים ארוטיים שמקורם הן במטופל/ת והן במטפל/ת היא תמיד אחריות בלעדית של הפסיכיאטר/ית המטפל/ת. גם בעלי מקצוע בתחום הסיעוד הפסיכיאטרי נדרשו לנושא,⁷ ואף בספרות הפסיכואנליטית נכתב על כך לא מעט.⁸

מן הראוי להדגיש כבר עתה כי במאמר זה אין אנו עוסקים במה שמכונה בספרות המקצועית בשם "יחסים מקבילים" או "יחסים כפולים".⁹ במונח זה משתמשים בהתייחס למצב שבו המטפל מקיים גם קשרים נוספים במקביל לקשר המקצועי עם המטופל. קשרים נוספים אלה שונים במהותם מהקשר המקצועי. הם עשויים להיות קשרים מקצועיים שונים עם אותו מטופל (לדוגמה, מטפל המזמין מטופל לשאת הרצאה מקצועית בתחום הידע שלו לפני קהל מקצועי של מטפלים, או מטפל שמעסיק מטופל כעוזר מחקר שלו) או עירוב של יחסים מקצועיים ובלתי מקצועיים (לדוגמה, מטפל שיוצר עם מטופלו קשרים חברתיים, עסקיים, וכד'). הואיל ואנשי מקצוע ממלאים תפקידים שונים בחייהם המקצועיים והפרטיים, האפשרות להיווצרותם של יחסים מקבילים קיימת תמיד, ולעתים היא אף בלתי נמנעת. לקיומם של יחסים מקבילים יש פוטנציאל לגרימת נזק למטופל. זאת, בשל פגיעה אפשרית באובייקטיביות ובשיקול הדעת של המטפל כתוצאה מקונפליקטים אפשריים בין נאמנויות שונות ומניגודי אינטרסים. את בעיית היחסים המקבילים לא ניתן לפתור באמצעות חוקים בלבד, ועל כל מטפל מוטלת חובה ללמוד כיצד לבחון את ההיבטים האתיים והמקצועיים אשר קשורים, במקרים רבים, בפריצת גבולות ואף בהפרת החוזה המקצועי עם המטופל. כן

5 גבי שפיר "קשרים מיניים בין מקבלי שירות לאנשי מקצוע" סוגיות אתיות במקצועות הייעוץ והטיפול הנפשי 178-194 (מהדורה שלישית, גבי שפיר, יהודית אכמון וגבריאלי וייל עורכים, 2007).

6 שמואל טיאנו "יחסי מטפל-מטופל" הרפואה 133, 322-323 (1997).

7 Shair Baron, *Boundaries in Professional Relationships*, 7(1) JAPNA 32 (2001).

8 G. O. GABBARD & E. P. LESTER, *BOUNDARIES AND BOUNDARY VIOLATIONS IN PSYCHOANALYSIS* (1995); S. M. Sonnenberg & W. A. Myerson, *The Educational Boundary*, 88 INT'L J. PSYCHOANALYSIS 203 (2007).

9 אלי זומר **יחסים מקבילים – פיתוי וניצול מיני בפסיכותרפיה ויעוץ** (1999); סוגיות אתיות במקצועות הייעוץ והטיפול הנפשי 160-177 (מהדורה שלישית, גבי שפיר, יהודית אכמון וגבריאלי וייל עורכים, 2007).

חשוב כי אנשי המקצוע יימנעו ככל האפשר מקיום יחסים מקבילים, וכאשר הדבר בלתי נמנע – יעשו כל שביכולתם להקטנת הנזק האפשרי. בכל מקרה של היווצרות יחסים מקבילים, רצוי שהמטפל ייוועץ עם עמית אובייקטיבי ובלתי מעורב. ממחקרים שנערכו בעיקר בארה"ב עולה כי שיעור המטפלים במקצועות הרפואה והייעוץ הנפשי, אשר דיווחו על קשר גופני אינטימי או על קיום יחסי מין עם מטופל, נע בין 5% ל-13%. רובם המכריע של המטפלים אף הודה כי הם היו מודעים לכך שהתנהגות ארוטית כלפי מטופל לא הייתה אמורה להביא יתרון כלשהו לטיפול או למטופל.¹⁰

בחברה הישראלית הובאה סוגיית הקשר המיני בין מטפל למטופל לשיח הציבורי רק בשנים האחרונות, במיוחד לאחר שמספר מקרים מעין אלה פורסמו בציבור. לפני שנים אחדות, הופתעה החברה הישראלית בעקבות כתבות שפורסמו באמצעי התקשורת השונים אודות פסיכולוג ילדים (למעשה, הוא היה עובד סוציאלי בהכשרתו המקצועית), שהיה ה"אורים ותומים" של הורים בישראל בכל הקשור בחינוך ילדים ובגידולם התקין, אשר נטען כלפיו כי קיים במשך 12 שנים יחסי מין עם ילד/נער אשר טופל על ידיו ואשר על פי תיאורו – היה נתון לשליטתו המוחלטת.¹¹

בשנות ה-90 למאה הקודמת, הופיעו בעיתונות המקצועית בישראל כמה פרסומים בנושא של קשרים מיניים בין רופאים ומטפלים אחרים במקצועות הבריאות לבין מטופליהם.¹² לצד שכיחותה של התופעה, הודגמו בבירור בפרסומים אלה גם השלכותיה הנפשיות הקשות על המטופלים. מקרים קיצוניים אלה יכולים להסתיים בביצוע ניסיונות אובדניים, ובמקרים אחרים יכולות להתפתח אצל המטופלים תסמונות טראומטיות חמורות, ואף להביא לאשפוז פסיכיאטרי.

בעשרים השנים האחרונות הגיעו לבירור משפטי בישראל כמה מקרים שבהם הואשמו מטפלים בתחום בריאות הנפש בפריצת גבולות מקצועיים בדרך של ניצול מיני כלפי מטופליהם. בתחום זה אף ניתנו פסקי דין אחדים שיתוארו בהמשך. במאמר שלפנינו נבקש לסקור נושא חשוב זה, הן מהבחינה המקצועית ומהבחינה האתית והן מבחינת השלכותיו המשפטיות, ולתאר אמצעים למזעור התופעה. הדברים יודגמו בתיאור מקרים שהתרחשו בישראל ואשר הגיעו גם לדיון בערכאות משפטיות.

10 קובי ורדי ניצול מיני בין מטפל למטופל (2001).

11 דניאל סרור ואליעזר ויצטום "קשר מיני בין מטפל ומטופל" רפואה ומשפט 20, 98 (1999).

12 אליעזר ויצטום וא' חן "קשר מיני בין מטפל ומטופל: היבטים אתיים וקליניים" שיחות 7, 85 (1993); מיכה נוימן וסלביו רוזנצווייג "יחסי מין בין מטפל ומטופל" הרפואה 126 (3) 115 (1994); אליעזר ויצטום, יעקב מרגולין ועמיחי לוי "יחסי מין בין רופא לחולה: תמונת מצב משנות התשעים" הרפואה 131 (7-8) 257 (1996); וראו ה"ש 8 לעיל.

ב. היבטים מקצועיים

קיומם של יחסי מין בין מטפל למטופל מהווה באופן ברור ביותר הפרת כללים של אתיקה מקצועית, ובנסיבות מסוימות – אף מדובר בעבירה פלילית.¹³ למרות זאת, נושא רגיש זה נדון בעבר בצבור לעתים רחוקות בלבד, ואף בקושי משך את תשומת ליבם של החוקרים. הודות לאופיים המיוחד והאינטנסיבי של יחסי מטפל-מטופל במסגרת של טיפול נפשי (פסיכותרפיה), חלף זמן רב יחסית עד שנערכו העבודות והמחקרים הראשונים הקשורים ליחסי מין ולניצול מיני. מחקרים אלה הדגימו בבירור, כאמור לעיל, את שכיחות התופעה ואת מידת הנזק החמור שהיא גורמת.

כדי לתת ביטוי לנזקים החמורים שמופיעים בעקבות פגיעה מינית במהלך טיפול נפשי, אף תוארו במטופלים תסמינים, כמו אמביוולנטיות כלפי המטפל המנצל, רגשות אשם, פגיעה ביכולת לתת אמון במטפלים, חוסר יציבות רגשית, כעס עצור, הגברת הנטייה לאובדנות, פגיעה בתפקוד הקוגניטיבי, ועוד.¹⁴ תיאורים נרחבים של מקרים שבהם נוצלו נשים על ידי עובדי מקצועות בריאות הנפש לוו בהמלצות לנקיטת סנקציות חמורות כלפי מטפלים שיעברו עבירות מסוג זה.¹⁵ בשנות ה-90 של המאה הקודמת היה בארה"ב גל תביעות שהוגשו נגד מטפלים בגין רשלנות רפואית (malpractice), בשל קיום יחסים אינטימיים עם מטופליהם.¹⁶ המטפל נמצא בעמדת השפעה בעלת עוצמה רבה על המטופל, ודבר זה נכון ברפואה בכלל, ובתחום בריאות הנפש בפרט. השפעה רבה זו גורמת לחוסר שוויון במערכת היחסים ביניהם ויש לה מקורות אחדים. המטופל נמצא במצב של פגיעות מרבית, הן גופנית והן רגשית, במיוחד בשעה שהוא שרוי במצוקה ונזקק לעזרה נפשית, שאז הוא מפתח תלות חזקה במטפל. כאשר המטפל פועל באופן שאינו לטובתו של המטופל, המצב היחסי (הנחות) של המטופל במערכת היחסים המקצועית הוא כזה, שקשה לו מאוד להתנגד להתנהגותו של המטפל, גם אם היא כוללת יחסים או מגעים מיניים. לכן, גם אם יש "הסכמה" (consent), כביכול, מצדו של החולה-המטופל במצב כזה, הרי שלמעשה אין זו הסכמה אמיתית כלל וכלל.

היו אף שהשוו הסכמה כזו למצבי ניצול של גילוי עריות או התעללות מינית בילדים (משום שהילד אינו מסוגל לתת הסכמה לקיום יחסי מין). משום כך נקבע במפורש בכמה מדינות בארה"ב כי "הסכמת החולה" לא תתקבל בבתי המשפט כטענת

13 ס' 347א לחוק העונשין, התשל"ז-1977, ס"ח 266 (ראו להלן: חוק העונשין).

14 R.P. Kluff, *Treating the Patient Who Has Been Sexually Exploited by a Previous Therapist*, 12 Am. J. Psychiatry 483 (1989).

15 CAROLYN M. BATES & ANNETTE M. BRODSKY, *SEX IN THE THERAPY HOUR: A CASE OF PROFESSIONAL INCEST* (1989).

16 Miller & Maier, לעיל ה"ש 4.

הגנה, כאשר יועלו האשמות בדבר התנהגות מינית בלתי הולמת מצד המטפל.¹⁷ כן סירבו חברות הביטוח בארה"ב לשלם את עלות הנזק והפיצויים לפסיכולוגים שהורשעו בתביעות בגין רשלנות מקצועית בשל תלונות על ניצול מיני בטיפול.¹⁸ בספרות המקצועית, היו שהבדילו בין פריצת גבולות מקצועיים או הפרתם (boundary violations), שהיא תופעה אשר גורמת נזק ממשי או פוטנציאלי למטופל ולטיפול גם יחד ברוח המתואר לעיל, לבין חציית גבולות מקצועיים (boundary crossings), שהיא תופעה שונה לחלוטין.¹⁹ חצייה של גבולות מקצועיים היא חריגה מפעילות טיפולית קלאסית שאינה גורמת למטופל כל נזק או ניצול, והעשויה אף לסייע לטיפול עצמו. דוגמאות לכך ניתן למצוא במטפל המוסר למטופל שנמצא במשבר מספר טלפון שלו לשעת חירום (אף אם יש בכך תוצאה של גילוי פרטים אישיים מצד המטפל), או במטפל המסיע את מטופלו לביתו בעת סערה קשה (אף אם יש בכך מגע שמחוץ לשעה הטיפולית).²⁰

פריצת גבולות וחציית גבולות נעשות שתיהן מצד המטפל. פגיעה בגבולות המקצועיים שנעשית ביוזמת המטופל נובעת, במרבית המקרים, מאידיאליזציה של המטפל בעיני המטופל, ממשאלות המטופל להגברת הקרבה או האינטימיות שבינו לבין המטפל, מקשיי המטופל שמקורם בילדותו המוקדמת להבין את קיומם של גבולות ואת הצורך שבשמירה עליהם, או מחשיפתו בעבר של המטופל לתופעה של פריצת גבולות, כגון גילוי עריות. באחד המקרים שנערכו בנושא, דווח כי 32% ממטופלות שהיה להן קשר מיני עם מטפל עברו בילדותן גילוי עריות או ניצול מיני אחר.²¹ במהלך טיפול נפשי עלול המטופל לבקש, להציע, ליזום ואף להגיע בטעות לפגיעה בגבולות המקצועיים בינו לבין המטפל. במקרים אלה, המטפל אחראי להעמיד באופן ברור את הגבולות המקצועיים ואת השמירה עליהם, אף כחלק מהעמדת גבולות במהלך הטיפול בכללותו.

- 17 CLIFFORD D. STROMBERG ET AL., THE PSYCHOLOGIST'S LEGAL HANDBOOK (Council for the National Register of Health Service Providers in Psychology, 1988)
- 18 A. M. Brodsky, *Sex Between Patient and Therapist: Psychology's Data and Response*, in SEXUAL EXPLOITATION IN PROFESSIONAL RELATIONSHIPS (Glen O. Gabbard ed., 1989)
- 19 L. I. Glass, *The Gray Areas of Boundary Crossings and Violations*, 57 AM. J. PSYCHIATRY 429 (2003)
- 20 Thomas G. Gutheil & Glen O. Gabbard, *Misuses and Misunderstandings of Boundary Theory in Clinical and Regulatory Settings*, 155 AM. J. PSYCHIATRY 409 (1998)
- 21 K. S. Pope & V. A. Vetter, *Prior Therapist-Patient Sexual Involvement Among Patient Seen by Psychologist*, 28 PSYCHOTHERAPY 429 (1991)

חוסר שמירה על גבולות מקצועיים עלול לגרום לתוצאות קשות. בתחום האתיקה והמשפט, מוכרת היטב תיאוריית "המדרון החלקלק", כלומר, שצעד מסוים יביא באופן בלתי נמנע לשורה של צעדים נוספים ולתוצאה סופית שלילית.²² במישור הקליני, אין הכוונה לכך שמטפלים חסרי גבולות מסוימים עוברים עם המטופלת משיחה אל מיטה אחת משותפת. אופייני יותר הוא שהיעדר שמירה קפדנית על גבולות בטיפול הנפשי מתחיל בצעדים קטנים, והופך באופן הדרגתי לתופעה בעייתית יותר, שבה מדמים את המטפל מחליק במהירות גדלה והולכת על מדרון משופע וחלקלק.²³ דוגמה טיפוסית לכך ניתן לראות בתיאור המקרה הבא:²⁴

אישה רווקה בת 38, שאובחנה בעבר כלוקה בהפרעת אישיות גבולית ובהתמכרות לסמים, פונה לטיפול פסיכיאטרי בשל דיכאון קשה. הפסיכיאטר המטפל הוא גבר בן 49 אשר זה לא מכבר התגרש מאשתו. על מנת להתמודד עם תחושת האובדן שהוא חש, הוא משתמש לעתים קרובות במשקאות חריפים. המטופלת היא אישה חכמה ומושכת למדי. במהלך הפגישות הטיפוליות ביניהם היא מדברת הרבה על תחושות הבדידות והריקנות שלה. המטפל נדהם לנוכח הדמיון שקיים בין המטופלת הזו לבין אשתו לשעבר. עד מהרה הוא מתאהב בה ומוקסם ממנה, תוך שהוא ממעיט בערכו של הדיכאון שהיא חשה ואף מתעלם ממנו. שיפוטו הקליני מוסח במידה נוספת כאשר מופיע שיפור במצבה הקליני של המטופלת, וזאת – לאחר שהוא מגלה בה עניין אישי. הוא מתחיל לצפות לפגישות עימה. כעבור זמן לא רב, המפגשים הטיפוליים לובשים בהדרגה אופי של שיחות ופגישות חברתיות. המטפל והמטופלת מתחילים לפנות זה אל זה בשמותיהם הפרטיים. הפסיכיאטר מגלה לה פרטים הקשורים בגירושיו, מספר באריכות על חוסר נאמנותה של אשתו לשעבר כלפיו ועל תחושות הנבגדות שלו. הוא גם מספר לה פרטים דיסקרטיים אודות מטופליו האחרים ומתייחס אליה כאל אשת סודו. בסופו של דבר, המטפל והמטופלת יושבים יחד על הספה בחדר הטיפולים. לעתים, הוא כורך את ידו סביב המטופלת בעודה מתארת בבכי התעללות קשה, פיסית ומינית, שעברה בילדותה. הפגישות הטיפוליות מתארכות עוד ועוד, וחלקן נמשך אף שלוש שעות (פי שלושה מהמקובל). מאחר שהפגישות הממושכות הללו פוגעות בלוח הזמנים של מפגשים עם מטופלים אחרים, הן מתחילות להיקבע לסוף יום העבודה של המטפל. המטפל והמטופלת מתחילים להיפגש לתקופות קצרות גם בגינה הסמוכה או במסעדה קרובה, לארוחות משותפות קצרות. מאחר שהמטופלת מתלוננת על קשיים

22 ראו דברי השופט אלון בע"א 506/88 שפר נ' מדינת ישראל, פ"ד מח(1) 87, 172 – 173 (1993); דברי השופט כץ בבג"ץ 6032/94 רשת חברת תקשורת והפקות (1992) בע"מ נ' רשות השידור, פ"ד נא(2) 807, 790 (1997).

23 Cherrie A. Galletly, *Crossing Professional Boundaries in Medicine: The Slippery Slope to Patient Sexual Exploitation*, 181 MED. J. AUSTRALIA 380 (2004).

24 R. I. Simon, *Treatment Boundary Violations: Clinical, Ethical and Legal Considerations*, 20(3) J. AM. ACAD. PSYCHIATRY LAW 88 (1992).

בשינה, נותן לה הפסיכיאטר מרשם לגלולות שינה. הוא אינו מסביר לה את הסיכונים שבנטילתן. המטפל מתחיל לקבל החלטות בענייני היום-יום של המטופלת, לרבות בדבר מצבה הפיננסית. במהלך הפגישות הטיפוליות, הם מתחילים להתחבק ולהתנשק. המטפל מוצא כי המטופלת נענית בקלות רבה יותר לחיזוריו כאשר היא שותה כמה כוסיות של משקה חריף. באחת הפגישות, כאשר המטופלת שותה יותר מדי, הם מקיימים ביניהם יחסי מין. הפסיכיאטר מפסיק לחייב את המטופלת בתשלום עם התמשכות הקשרים הרומנטיים ביניהם. כעבור חודשים מעטים, יוצא הפסיכיאטר לחופשה ממושכת. בעודו בחופשה שומעת המטופלת ממטופלת אחרת כי הפסיכיאטר גילה לה על ההתעללות המינית שהיא עברה בילדותה. היא נקלעת לדיכאון עמוק וכולעת כמות כמעט קטלנית של תרופות. היא מתאשפזת ומגלה לרופאה כי בינה לבין המטפל מתקיימת מעורבות מינית. עם שובו מחופשתו, מנסה הפסיכיאטר-המנצל להיפגש עם המטופלת, אך היא מסרבת להיפגש עימו ומודיעה לו כי היא שוקלת להגיש נגדו תביעה משפטית בגין רשלנות רפואית.

התיאור דלעיל, המבוסס על מקרה אמיתי שהתרחש בארה"ב (ואשר לא ברור אם הוא אכן היווה בסיס לתביעה משפטית), מדגים לא רק את האופן שבו מביאות חריגות קטנות מגבולות המקצוע לידי חריגות גדולות יותר בפרקטיקה היומיומית, אלא גם את העובדה שכל חריגה פוטנציאלית שכזו עלולה להביא לתוצאות חמורות. התהליך שתואר משקף כיצד חוסר שמירה ואי-הקפדה על גבולות מקצועיים ביחסים העדינים והמורכבים בין מטפלים למטופלים בתחום בריאות הנפש, עלולים לגלוש במורד מסוכן ולהסתיים במעשים אסורים, הן אתית והן משפטית ומשמעתית, כפי שיפורט להלן. מקרים אלה אינם כה נדירים, למרבה הצער. מבחינה משפטית, חשוב כי מטפלים בתחום בריאות הנפש יבדקו באופן קבוע את התנהגותם וישקלו אם זו אכן עומדת באמות המידה המקצועיות המקובלות בקרב עמיתיהם למקצוע, ועולה בקנה אחד עם דפוס ההתנהגות המצופה מהם בכל מצב ומצב. בדיקה קבועה וקפדנית מעין זו עשויה למנוע התדרדרות לכיוון בלתי רצוי, מה עוד שחציית גבולות, אף אם אינה בעייתית כשלעצמה (כגון השימוש בשמות הפרטיים), עלולה להפוך עם הזמן ובהקשר המתאים להתנהגות מזיקה הן למטופל והן לתהליך הטיפולי בו, ואף עלולה להסתיים בתביעה משפטית, פלילית ואזרחית, וגם בתביעה משמעתית.

מקרה מיוחד מתבטא בקיום קשר מיני בין המטפל/ת למטופל/ת **לאחר סיומו של הקשר הטיפולי**. ברובם המכריע של הקודים האתיים של הארגונים המקצועיים השונים בתחום בריאות הנפש מופיע איסור על קיום יחסים בעלי אופי מיני בין מטפלים למטופלים.²⁵ לא בכולם קיימת התייחסות לקשר מיני שמתקיים לאחר סיום הטיפול. הדבר מצוין בקוד האתיקה של איגוד העובדים הסוציאליים בישראל, בתקנון האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל, בכללי התנהגות של האגודה הישראלית לטיפול

במשפחה ובנישואין ולחינוך בחיי משפחה, וכן בקוד האתי של אגודת היועצים החינוכיים בישראל.²⁶ בנייר עמדה שפורסם מטעם איגוד הפסיכיאטריה בישראל בנושא יחסי מטפל-מטופל נקבע כי אין לקיים יחסי מין עם מטופל, לא בזמן הטיפול בו ולא בתקופה של עד שלוש שנים מסיום הטיפול בו (איגוד הפסיכיאטריה בישראל). לעומת זאת, בנייר העמדה של הלשכה לאתיקה של ההסתדרות הרפואית בישראל בדבר יחסי מין בין רופא לבין מטופל, נדרשת "תקופת צינון של שנה לפחות לפני קיום קשר מיני בין רופא ובין מטופל שהיה בטיפולו".²⁷

דילמה קשה מתעוררת כאשר מועלה חשד של פריצת גבולות המקצוע עם מטופל/ת **קטין/ה**. במקרה כזה, סכנת הפגיעה במטופל/ת היא קשה מאוד מצד אחד, ומצד שני – מתעוררת, בדרך כלל, בעיה של קשיים משפטיים לקבל מהמטופל-הקטין שנפגע גרסה אמינה. כפי שיודגם בהמשך, דילמות אלה באות היטב לביטוי במהלך דיונים משפטיים שמתקיימים בעניינם של מטפלים אשר מואשמים בפריצת גבולות המקצוע בהקשר למטופלים קטינים.

ג. היבטים אתיים

פרט להיבטים המשפטיים של פריצת גבולות המקצוע מצד מטפלים, שנדון בהם בהמשך המאמר, מן הראוי להפנות את תשומת הלב גם להיבטים אתיים הכרוכים בהתנהגות מעין זו.

העיקרון האתי הבסיסי, שממנו נובעים העקרונות האחרים בכל הנוגע לנושא המאמר, הוא **שמירה על כבודו של המטופל**.²⁸ מאחר שלרוב קל יותר לזהות עקרונות אתיים עת מתארים אותם, לעומת המצבים המנוגדים להם, נדגים זאת גם במקרה הנדון במאמר. המצב המנוגד לעיקרון האתי הבסיסי של שמירת כבוד המטופל הוא קיום יחסי ניצול עם המטופל, יחסים שמכרסמים באישיותו והופכים אותו לאמצעי המשמש למטרה מסוימת. מצב זה פוגע בכבודו של המטופל כאדם וכיצור אנוש, משפילו וגורם לו לביזוי עצמי.

עיקרון אתי קרוב אחר הוא **כיבוד רצונו או בחירתו האוטונומית של המטופל**. עיקרון אתי זה דומה ל"חווה הטיפולית" הנהוג בטיפולים הנפשיים: מה שהוסכם עליו בידי

26 ש.ש.

27 "אתיקה רפואית – ניירות עמדה – יחסי מין בין רופא ובין מטופל" ההסתדרות הרפואית בישראל (2002). www.ima.org.il

28 T. G. Gutheil & R. I. Simon, *Non-Sexual Boundary Crossings and Boundary Violations: The Ethical Dimension*, 25 PSYCHIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA 585 (2002).

המטפל והמטופל יהווה את הבסיס לעבודתם המקצועית המשותפת.²⁹ המצב ההפוך לעיקרון זה יהיה העמדת רצונותיו (האישיים) של המטפל לפני רצונו של המטופל. רצונות מעין אלה של המטפל עשויים להתבטא במילוי צרכיו התלתיים, הנרציסטיים והמיניים, וכן בסיפוק צרכי שליטה שלו, ולא בשאיפה ובחתיירה למימוש צרכיו של המטופל לאוטונומיה, לבריאות, לאחריות גוברת, לשחרור מתסמינים נפשיים מעיקים, וכדומה.

לכך מתקשר גם העיקרון האתי הבא של **אוטונומיה**, המתבטא בהעצמת העצמאות והנפרדות של המטופל כאדם המסוגל לנווט בעצמו את דרכו בחיים.³⁰ המצב ההפוך מתבטא במונח המשפטי המכונה "השפעה בלתי הוגנת" (undue influence). במהלך הטיפול הנפשי מנסה המטפל להשפיע על המטופל או לכוון אותו בדרכים מסוימות ובהתאם ליעדי הטיפול, בין שהטיפול מכוון להפסקת השתייה של משקאות חריפים, בין לראיית העולם בדרך מציאותית שאינה פסיכוטית, ולהביא לשינוי בדפוסי תגובה או התנהגות שאינם קונסטרוקטיביים ואינם מכוונים לתועלתו של המטופל, וכדומה. בטיפול הנפשי המקובל משתמשים בטכניקות טיפוליות מקובלות וביחסי ההעברה³¹ שנוצרים בין המטופל לבין המטפל לשם השגת יעדים טיפוליים שמכוונים בראש ובראשונה לרווחת המטופל. שימוש בשיטות אלה לא יהיה אתי אם הוא יכול לתועלתו ולמילוי צרכיו של המטפל, כגון הגברת תלותו של המטופל במטפל במקום להעצים את האוטונומיה שלו. דוגמאות לכך הן ביצוע שליחויות או עבודות למען המטפל, כמו הבאת כביסה בעבורו מהמכבסה, הבאת ארוחות מוכנות בעבורו או ניקוי משרדו של המטפל.

עיקרון אתי חשוב נוסף מתבטא ב**מימוש עצמי**, והכוונה היא לכך שהמטפל מנסה לסייע למטופל ולהביאו לנקודה שבה אין לו עוד צורך במטפל. המטופל מסוגל כבר

29 גדי צפריר "חווה טיפולי פסיכואנליטי: היבטים משפטיים" **שיחות** יב 51 – 56 (1997); נעמי קלנר "החווה הטיפולית בפסיכותרפיה פסיכואנליטית" **שיחות** יד(2) 93-106 (2000); גבריאל וייל "החווה המקצועית" **סוגיות אתיות במקצועות הייעוץ והטיפול הנפשי** 195 (גבי שפיר, יהודית אכמון וגבריאל וייל עורכים, מהדורה שלישית, 2007).

30 T. L. Beauchamp, *The Philosophical Basis of Psychiatric Ethics*, in *PSYCHIATRIC ETHICS* (3rd ed., Sidney Bloch, Paul Chodoff & Stephen A. Green eds 1999).

31 הכוונה לתהליך בעל חשיבות רבה ביותר שמתרחש במהלך טיפול נפשי, ובו המטופל משליך תכנים נפשיים פנימיים משלו על המטפל ומייחס לו תכונות שאין לו. המטופל אינו מודע להשלכה זו של רגשות והתייחסויות, שבמקורן היו קשורות בדמויות משמעותיות בחייו המוקדמים, לרוב דמויות הוריות. ניתוח יחסי ההעברה משמש כלי טיפולי על מנת לסייע למטופל להגיע להבנה ולתובנה של התנהגותיו בהווה ושל מניעיהן. במצבים אלה, מתפתחת לפעמים גם אהבה עזה כלפי המטפל, אך מדובר בחלק מתהליך הטיפול ואין מדובר באהבה אמיתית, אלא שהמטפל עלול לנצל לרעה "אהבה" זו; ANTHONY BATEMAN, DENNIS BROWN & JONATHON PEDDER, *INTRODUCTION TO PSYCHOTHERAPY: AN OUTLINE OF PSYCHODYNAMIC PRINCIPLES AND PRACTICE* (2002).

לטפל בעצמו. מצב המנוגד לעיקרון זה מתבטא בהגברת צרכיו התלתיים של המטופל, כך שיזדקק תמיד למטפל. מילוי תפקידיו של המטופל, כמו קבלת החלטות בעבורו בתחומים פיננסיים בתיאור המקרה שהובא לעיל, עלול להיות צעד ראשון בתהליך זה. למטפלים יש **חובת נאמנות** אתית כלפי מטופליהם. מקורו של המונח "נאמנות" (fiduciary) הוא במשפט הרומי, ומהותו מוגדרת בסעיף 1 לחוק הנאמנות, התשל"ט-1979,³² כ"זיקה לנכס שעל פיה חייב נאמן להחזיק או לפעול בו לטובת נהנה או למטרה אחרת". בדומה לזיקת הנאמן לנכס, מתבטא יחס של נאמנות מצד מטפלים כלפי מטופליהם בהתנהגות של יושר ובכך שהמטפל שם את האינטרסים של המטופל שלו מעל האינטרסים שלו עצמו, ולפניהם. יחס מסוג זה שונה בתכלית השינוי מיחס של ניצול אשר נועד להשגת מטרות אישיות של המטפל, כפי שהודגם בתיאור המקרה לעיל שבו עודד המטפל את המטופלת שלו לשתות משקאות חריפים ובכך הגביר את התנהגותה המכוונת לסיפוקם של רצונותיו ומשאלותיו.

אחד העקרונות האתיים העיקריים בטיפול הנפשי מתבטא ב**נייטרליות ובהימנעות** שעומדות ביסודו של הקשר הטיפולי. המטפל אינו מגלה מעורבות רגשית בחוויותיו של המטופל ואינו משקיע רגשות בהצלחותיו או בכישלונותיו של המטופל, בהעדפותיו האישיות, במערכות היחסים שלו, וכדומה.³³ העמדה הנייטרלית של המטפל נועדה לסייע להשגת האוטונומיה של המטופל ולהימנע מהשפעה בלתי הוגנת. ההימנעות נובעת מאותו מקור של שמירה על כבודו של המטופל, על האוטונומיה שלו ועל קשר הנאמנות שביניהם. בהתאם לעיקרון זה, נמנע המטפל מחיפוש סיפוקים אישיים בקשר הטיפולי, נוסף לשכר המשולם לו בגין הטיפול, ומהפקת הנאה מעבודתו הטיפולית המקצועית. המטפל אינו מביא את צרכיו אל הקשר הטיפולי ואינו מחפש אחר הערצה מצד המטופל, אינו מבקש ממנו לפרסם את שמו ולהגביר את המוניטין שלו כאיש מקצוע, ואף אינו מתייחס אל המטופל (כבמקרה שתואר) כאיש סוד.

שמירה קפדנית על העקרונות האתיים שתוארו לעיל עומדת ביסודו של כל טיפול נפשי ראוי וטוב. הפרתם סוללת את הדרך לפגיעה קשה בקשר הטיפולי, לגרימת נזק חמור – ולעתים, בלתי הפיך למטופל – ולרוב מהווה פתח לתביעות משפטיות, הן במישור הפלילי והן במישור האזרחי.

ד. היבטים משפטיים – המישור הפלילי

את הדיון בהיבטיה המשפטיים של פריצת גבולות המקצוע מצד מטפלים בתחום בריאות הנפש ניתן לחלק למישור הפלילי, למישור האזרחי ולמישור המשמעתי.

32 ס"ח 128.

33 A. Hoffer, *Toward a Definition of Psychoanalytic Neutrality*, 33 J. Am. PSYCHOANAL ASSOC 771 (1985).

במישור הפלילי, בעיקר בכל הנוגע לחוק העונשין, הרי שעד לתיקון מס' 77 לחוק שנתקבל בשנת 2003 לא היה בחוק זה איסור מפורש על קיום קשר מיני או יחסי מין בין מטפל למטופל. כאשר הואשמו מטפלים והורשעו בקיום יחסי מין עם מטופלות, השתמשו בהוראות סעיפים 345 לחוק העונשין ("אינוס") או 348 ("מעשה מגונה"). בפסק דין שניתן בנושא זה בדצמבר 1993 הורשע הפסיכולוג הקליני אלי פלח בבית המשפט המחוזי בתל אביב-יפו³⁴ בעשיית מעשים מגונים, במרמה ובמצב אחר המונע התנגדות, שנעשו בארבע מטופלות בנצלו את מעמדו המקצועי ובשעת הטיפול המקצועי בהן, ונגזר עליו עונש מאסר כולל של ארבע שנים לריצוי בפועל. נוסף לכך, נשלל לצמיתות גם רישיונו המקצועי. ערעורו לבית המשפט העליון, שהוגש הן נגד ההרשעה והן נגד חומרת העונש, נדחה.³⁵

תיקון 77 לחוק העונשין, שנתקבל כאמור בשנת 2003,³⁶ הוסיף לדין הפלילי את האיסור האתי על קיום קשר מיני בין מטפלים למטופליהם, שנכלל כמעט בכל הקודים האתיים של האיגודים והארגונים המקצועיים השונים. תיקון זה מתייחס לכל סוגי הקשר המיני בהתאם לעבירות המין אשר מפורטות בסימן ה' לחוק העונשין. הוא מתקן גם את סעיף 346 לחוק העונשין (העוסק בבעילה אסורה בהסכמה), את סעיף 347 לחוק העונשין (העוסק במעשה סדום) ואת סעיף 348 לחוק העונשין (העוסק במעשה מגונה). בסעיף 346 לפני הוספת התיקון נקבע (בסעיף 346(א)(1)), כי "הבועל קטינה שמלאו לה ארבע עשרה שנים וטרם מלאו לה שש עשרה שנים, והיא אינה נשואה לו, או הבועל קטינה שמלאו לה שש עשרה שנים וטרם מלאו לה שמונה עשרה שנים, תוך ניצול יחסי תלות, מרות, חינוך או השגחה, או תוך הבטחת שווא לנישואין, דינו – מאסר חמש שנים". בתיקון האמור הוסף סעיף 346(א)(2) הקובע: "לענין סעיף קטן זה, יראו מטפל נפשי שבעל קטינה שמלאו לה שש עשרה שנים וטרם מלאו לה שמונה עשרה שנים, במהלך התקופה שבה ניתן לקטינה טיפול נפשי על ידו, כאילו עשה את המעשה האמור תוך ניצול יחסי תלות; חזקה זו לא תחול אם מעשים כאמור החלו לפני תחילתו של הטיפול הנפשי במסגרת קשר זוגי".

בסעיף 347 לפני הוספת התיקון נקבע (בסעיף 347(א)(1)) כי "העושה מעשה סדום באדם שמלאו לו ארבע עשרה שנים וטרם מלאו לו שש עשרה שנים, או העושה מעשה סדום באדם שמלאו לו שש עשרה שנים וטרם מלאו לו שמונה עשרה שנים, תוך ניצול יחסי תלות, מרות, חינוך או השגחה – דינו מאסר חמש שנים". בתיקון האמור הוסף סעיף 347(א)(2) הקובע: "לענין סעיף קטן זה, יראו מטפל נפשי שעשה מעשה סדום באדם שמלאו לו שש עשרה שנים וטרם מלאו לו שמונה עשרה שנים, במהלך התקופה שבה ניתן לאותו אדם טיפול נפשי על ידו, כאילו עשה את המעשה תוך ניצול יחסי

34 ת"פ (מחוזי ת"א) 470/92 מדינת ישראל נ' פלח, פ"מ תשנ"ד (2) 265 (1993).

35 ע"פ 7024/93 פלח נ' מדינת ישראל, פ"ד מט (1) 1 (1994).

36 חוק העונשין (תיקון מס' 77), התשס"ד-2003, ס"ח 18.

תלות; חזקה זו לא תחול אם מעשים כאמור החלו לפני תחילתו של הטיפול הנפשי במסגרת קשר זוגי".

בסעיף 348 לפני הוספת התיקון נקבע (בסעיף 348(ד)(1)) כי "העושה מעשה מגונה באדם שהוא קטין שמלאו לו ארבע עשרה שנים תוך ניצול יחסי תלות, מרות, חינוך, השגחה, עבודה או שירות, דינו – מאסר ארבע שנים". בתיקון האמור הוסף סעיף 348(ד)(2) הקובע: "לענין סעיף קטן זה, יראו מטפל נפשי שעשה מעשה מגונה באדם שמלאו לו שש עשרה שנים וטרם מלאו לו שמונה עשרה שנים, במהלך התקופה שבה ניתן לאותו אדם טיפול נפשי על ידו, כאילו עשה את המעשה תוך ניצול יחסי תלות; חזקה זו לא תחול אם מלאו לאדם שש עשרה שנים, והמעשים החלו לפני תחילתו של הטיפול הנפשי במסגרת קשר זוגי".

הסעיף העיקרי והמנחה שהוסף לחוק העונשין בתיקון 77 האמור הוא סעיף 347א, שעוסק ביחסי מין בין מטפל נפשי לבין מטופלים בגירים. להלן נוסח הסעיף שהתווסף:

347א. (א) בסימן זה – "יחסי מין בין מטפל נפשי למטופל"

"טיפול נפשי" – אבחון, הערכה, ייעוץ, טיפול, שיקום, או ניהול שיחות, שנעשו באופן מתמשך, בדרך של מפגש פנים אל פנים, כדי לסייע לאדם הסובל ממצוקה, הפרעה, מחלה או בעיה אחרת, שמקורן רגשי או נפשי;

"מטפל נפשי" – מי שעוסק, באופן מקצועי, במתן טיפול נפשי, כמשלח יד או מכוח תפקיד, והוא פסיכולוג, פסיכיאטר או עובד סוציאלי, או מי שמתחזה לאחד מאלה.

(ב) מטפל נפשי הבוועל אישה או העושה מעשה סדום באדם, שמלאו להם שמונה עשרה שנים, במהלך התקופה שבה ניתן להם טיפול נפשי על ידו ועד תום שלוש שנים מסיום הטיפול כאמור, בהסכמה שהושגה תוך ניצול תלות נפשית ממשית בו, שמקורה בטיפול הנפשי שניתן להם על ידו, דינו – מאסר ארבע שנים; לענין סעיף קטן זה יראו מעשים כאמור שנעשו במהלך התקופה שבה ניתן הטיפול הנפשי כאילו נעשו תוך ניצול תלות נפשית ממשית כאמור; חזקה זו לא תחול אם המעשים החלו לפני תחילתו של הטיפול הנפשי.

בסעיף זה מובאות הגדרות לטיפול נפשי ולמטפל נפשי שעליהם תחול החזקה כי קשר מיני, אשר התקיים במשך הטיפול הנפשי, נעשה מתוך ניצול תלותו הנפשית הממשית של המטופל במטפל. כן נקבעה בתיקון החוק "תקופת צינון" שתחולתה מתום הטיפול הנפשי ועד שלוש שנים לאחר מכן. בתום תקופה זו לא תחול החזקה בדבר ניצול התלות, ונטל ההוכחה לקיום תלות שב אל התביעה.

זמן קצר יחסית לאחר שהתקבל, צוינו כמה בעיות הקשורות בתיקון האמור.³⁷ ברצוננו להתעכב על אלה הקשורות יותר להיבטים המקצועיים של הטיפול והמטפל. ראשית, בחוק נקבעה "תקופת צינון" אחידה לכל סוגי הטיפולים הנפשיים (שלוש שנים מתום הטיפול הנפשי). את הטיפול הנפשי מאפיינים ממדי זמן שונים, החל ממפגש טיפולי אחד בלבד, מה שמכונה בעגה המקצועית בשם single session therapy,³⁸ דרך טיפולים נפשיים קצרי מועד שמתבססים, בדרך כלל, על 12 מפגשים חד-שבועיים³⁹ וכלה בטיפולים נפשיים אינטנסיביים וארוכי טווח, דוגמת טיפולים פסיכואנליטיים שנמשכים שנים אחדות ומבוססים על שלושה עד שישה מפגשים בשבוע.⁴⁰ גם עוצמת התלות הנפשית שמתפתחת בין המטפל למטפלו עשויה להשתנות ממטפל אחד למשנהו.⁴¹ לפיכך, קביעתה בחוק של "תקופת צינון" אחידה נראית לכאורה שרירותית, על אף שהדגש מושם על החזקה שלפיה יחסי המין שהתקיימו בין המטפל לבין מטפלו היו "תוך ניצול תלות נפשית ממשית" במטפל, ותלות זו יכול שלא תהא תלויה בסוג הטיפול הנפשי או במשכו. לדעת המחברים, יש מקום להדגיש פחות את "תקופת הצינון" הקבועה ולהתמקד יותר בעוצמת התלות הנפשית שהתפתחה, אם אכן התפתחה, בכל מקרה ומקרה על פי ראיות שיובאו לפני בית המשפט. שנית, ההגדרות שהובאו בתיקון לחוק, הן בנוגע ל"טיפול נפשי" והן בנוגע ל"מטפל נפשי", מרחיבות את סוגי הטיפולים בה בשעה שהן מצמצמות את סוגי המטפלים. רשימת המושגים המשמשים להגדרת הטיפול הנפשי ("אבחון, הערכה, ייעוץ, טיפול, שיקום, או ניהול שיחות"), נראית למחברים רחבה מדי, שכן המושג "טיפול", לפחות כפי שהוגדר בסעיף 2 לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996,⁴² כולל חלק מהם.⁴³ עם זאת, ניתן לקבל רשימה רחבה זו בהנחה שהמחוקק שואף להרחיב את המושג "טיפול נפשי" לעניין התיקון האמור. לעומת זאת, קשה יותר לקבל בהגדרת המושג "טיפול נפשי" את הביטוי "באופן מתמשך, בדרך של מפגש פנים אל פנים"; אין בההרה מה נחשב כטיפול "מתמשך", ואף הדרישה כי הטיפול יבוצע "פנים אל פנים"

37 עומר בכמן ויסמין רובין "מישהו מטפל בך? בעקבות תיקון 77 לחוק העונשין – איסור קשר מיני בין מטפלים למטופליהם" **הארץ דין** א(1) 22 – 32 (2004).

38 Moshe Talmon, Single Session Therapy: Maximizing The Effect of The First (And Often Only) Therapeutic Encounter (1990).

39 Penny Rawson, A Handbook of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy (2005).

40 פסיכואנליזה: הלכה ומעשה (יוסי הטב עורך, 2003).

41 Glen O. Gabbard, Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice (4th ed., 2005).

42 ס"ח 327.

43 ההגדרה מתייחסת אמנם ל"טיפול רפואי" אך היא כוללת גם טיפול פסיכולוגי.

מתעלמת מכך כי בימינו ניתנים טיפולים רפואיים וגם נפשיים חשובים אף ללא דרישה זו, כגון ייעוץ נפשי בטלפון או באינטרנט, גם בהקשרים משפטיים.⁴⁴ בהגדרת המטפל נכללו משום-מה רק "פסיכולוג, פסיכיאטר או עובד סוציאלי" (וכן גם מי שמתחזה לאחד מהם) שעוסקים באופן מקצועי במתן טיפול נפשי כמשלח יד או מכוח תפקיד. אין זה ברור למחברים מדוע לא נכללו ברשימת המטפלים גם בעלי עיסוקים נוספים בתחום הנפשי שטמון בהם פוטנציאל להיווצרותם של יחסי תלות, כמו עובדי סיעוד, בעלי מקצוע בתחום הריפוי בעיסוק, אנשים שעוסקים ברפואה אלטרנטיבית, ואף אנשי דת מסוימים. כל אלה עשויים לייעץ לאנשים הסובלים ממצוקות נפשיות או רגשיות אשר פונים אליהם או המופנים אליהם. שלישית, יש נסיבות ומצבים מסוימים שבהם אין נוצרים מצבים של תלות נפשית או העברה⁴⁵ בין מטפלים נפשיים לבין מטפליהם. כך, לדוגמה, באשר לפסיכולוג או לפסיכיאטר הבודקים אנשים למטרות אבחוניות במסגרות מסוימות (כגון ועדות רפואיות של המוסד לביטוח לאומי, צה"ל, אגף השיקום במשרד הביטחון והלשכה לשיקום נכים במשרד האוצר, וכן בדיקות שנעשות במכון הרפואי לבטיחות בדרכים או בוועדות פסיכיאטריות מחוזיות). נראה כי בתיקון החוק האמור יש להדגיש מצבים אלה ולהחריג אותם מתחולת התיקון.

להלן יתוארו שני פסקי דין שניתנו בהליך פלילי נגד פסיכיאטר ופסיכולוג שהואשמו בביצוע מעשים מגונים בקטינים.

1. פרשת שפיץ

ד"ר מרסלו שפיץ, מומחה בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, שימש כמנהל המחלקה להדרכת הילד בבית חולים כללי וכיועץ בתחומי המקצועי במרפאה מרחבת לבריאות הנפש באחת מקופות החולים, וכן ניהל קליניקה פרטית. בינואר 2003 הוגש נגדו כתב אישום בבית המשפט המחוזי בחיפה.⁴⁶ בכתב האישום יוחסה לו עשיית מעשים מגונים בשנת 1999 בקטין בן 15 שהיה בטיפולו, תוך ניצול מצבו הנפשי ותלותו בו של הקטין, אשר היה במצב שנמנע ממנו התנגדות

44 Gregory E. Simon, Evette J. Ludman, Steve Tutty, Belinda Operskalski & Michael Von Korff, *Telephone Psychotherapy and Telephone Care Management for Primary Care Patients Starting Antidepressant Treatment*, 292 JAMA 935-942 (2004); N. Khalifa, Y. Saleem & P. Stankard, *The Use of telepsychiatry Within Forensic Practice: A Literature Review on the Use of Videolink*, 19 THE JOURNAL OF FORENSIC PSYCHIATRY & PSYCHOLOGY 1 (2008).

45 ראו ה"ש 31; ס' 374 לחוק העונשין.

46 ת"פ (מחוזי חי') 107/03 מדינת ישראל נ' שפיץ, תק-מח (2) 7601 (2007).

למעשים שנעשו בו. כתב האישום המקורי כלל אישומים נוספים בשל מעשים מגונים במטופלת נוספת ושיבוש הליכי משפט. הנאשם כפר באישום זה וזוכה בספטמבר 2005, לאחר שהתביעה חזרה בה מהאישום בשל מצבה הנפשי של המתלוננת, שלא היתה מסוגלת להעיד. כתב האישום היה מבוסס בעיקרו על גרסת הקטין המתלונן, והנאשם כפר במיוחס לו בכתב האישום. לטענתו (וטענה זו עלתה לראשונה בבית המשפט אך לא בעת חקירותיו במשטרה), כל מה שיוחס לו על ידי הקטין נבע מהעובדה כי בתקופה הרלוונטית הקטין היה מצוי במצב פסיכוטי חולף שהביא אותו לידי מחשבת שווא בדבר מעשים מגונים שנעשו בו, כביכול, בידי הנאשם. אבחנה זו לא נרשמה במפורש בתיעוד הרפואי אודות המטופל. ההסבר שניתן לכך על ידי הנאשם היה שהוא לא היה משוכנע אותה עת בנכונות האבחנה, וכן משום שיש מקום, לתפישתו, להיזהר ברישום אבחנות בתחום הפסיכיאטריה לגבי מתבגרים. לפי הטענה, עלולים הרישומים לפגוע בעתידם, בפרט כאשר קיימת חובת דיווח למשרד הבריאות לגבי כל מי שמתאשפז במחלקה פסיכיאטרית. הסברים נוספים שנתן הנאשם לתלונה נגדו היו שהמתלונן מבצע העתקה או השלכה מטראומה קודמת שעברה עליו, והוא מייחס לנאשם מעשים שנעשו בידי מישהו אחר; שייתכן כי חווית האשפוז הפסיכיאטרי הקשה שעבר המתלונן גרמה לו לרקום עלילה נגד הנאשם על מנת להשתחרר מהאשפוז או על מנת לנקום בנאשם בשל יחסו כלפי בני משפחתו של המתלונן; כן טען הנאשם כי ייתכן שהמתלונן עיוות את חווית האשפוז והחמיר אותה בגרסתו בהקשר לנאשם. סניגורו של הנאשם טען גם כי מכלול כל טענותיו מעורר ספק סביר באשר לאמיתות גרסתו של המתלונן.

בהכרעת הדין שניתנה ביוני 2007 נחלקו דעות השופטים. השופט שהיה בדעת המיעוט המרשיעה דחה את טענת הנאשם כי המתלונן היה במצב פסיכוטי וציין כי במסמכים הרפואיים שנכתבו על ידי הנאשם ניתנו אבחנות אחרות. השופט כתב כי "הסבריו של הנאשם בבית המשפט אינם משכנעים, וזאת בלשון המעטה... הסבריו סותרים זה את זה. מצד אחד לטעון כי לא רצה להטיח בפני המתלונן שהוא פסיכוטי, ומצד שני לטעון כי אותה עת לא חשד כלל שהמדובר במחשבת שווא. סביר להניח כי בתחילת הטיפול חשד כי המתלונן נמצא במצב פסיכוטי, אך חשד זה נמוג עם המשך הטיפול והשיפור במצבו הנפשי של המתלונן". השופט פירט בהרחבה את עדותו של עד התביעה, פרופ' טיאנו, שבדק את המתלונן וקבע כי מצבו הנפשי, גם בעת הטיפול, לא הגיע לכדי מחשבות שווא.

שופטי הרוב החליטו לזכות את הנאשם מחמת הספק. אב בית הדין פרס שורה ארוכה של טענות שעוררו בו את הספק. בין היתר, ציין השופט כי המעשים בוצעו לכאורה בחדר שלא היה נעול עת אמו של המתלונן ממתינה בחדר הסמוך ויש חשש כי תתפוס את השניים בעת המעשה. כן ציין השופט את "האפשרות שאולי בכל זאת צודקים מומחי ההגנה, אשר סוברים כי המתלונן כן סבל ממחשבות שווא". השופט השלישי בהרכב בית המשפט ציין כי הוא מקבל את הטענה שאין מדובר במחשבות שווא שהמתלונן סבל מהן, אך ציין כי "אין חולק כי היה נתון בעת ההיא במשבר נפשי

שגרם לתופעות פסיכוטיות". בסוף דבריו ציין השופט כי אין בהחלטתו לזכות את הנאשם משום קביעה "שהנאשם לא ביצע את המעשים המיוחסים לו".

על החלטת בית המשפט המחוזי לזכות את הנאשם מחמת הספק הוגש באוגוסט 2007 ערעור מטעם המדינה.⁴⁷ בערעור נטען כי בית המשפט התעלם מהעובדה כי הנאשם שיקר בעדותו באופן מהותי כאשר טען כי איבחן את הקטין כמי שנמצא במצב פסיכוטי ויש לו מחשבות שווא, בניגוד למה שנרשם ברשומה הרפואית על ידו ועל ידי שאר הרופאים שטיפלו בקטין. עוד נטען בערעור כי לא ניתן לגשר על הפער העצום בין התלונה לבין גרסת הנאשם, אשר העיד כי לעתים היה שם יד על כתפו של המתלונן ולעתים על ברכו, וזאת – באמצעות הסבר של טעות בפרשנות, וכי אין כל מקום לספקות אלה. בנוגע לעיכוב שהיה בהגשת התלונה, נטען בערעור כי התנהגות זו אופיינית לקרבנות של עבירות מין. הקטין טען בעדותו כי הוא שם מבטחו ברופא ולא האמין כי ינצל אותו: "הייתי במצב של מבוכה וקיפאון, מאוד בטחתי בו באותה תקופה, ראיתי בו משהו שיכול לעזור לי. אמא שלי גם אמרה שהוא רופא טוב ויעזור לי, ולא יכולתי להאמין שרופא יכול לעשות כזה דבר. פחדתי להגיד למישהו כי חשבתי שהוא יעזוב אותי ולא ירצה לטפל בי". הוא גם תיאר את מבוכתו לתאר את המעשים, ולדבריו הוא הבין רק בהדרגה כי מדובר במעשים מיניים. בערעור נטען כי סביר שהקטין העדיף שלא לפרש את המעשים כבעלי הקשר מיני, וכי הוא התלונן באוזני אמו רק לאחר האירוע האחרון, שהיה החמור מכולם. עוד נטען כי המעשים נעשו מאחורי דלתות סגורות, כאשר לאיש לא היתה סיבה להיכנס ולהפריע להם, ולעתים הם נעשו אף מאחורי דלת נעולה. כמו כן, היו מעשים כאלה שאפשר היה להפסיקם מיד בלא לעורר חשד, ולכן ייתכן שהם התרחשו ולא היו כרוכים בסיכון רב לנאשם. בפסק הדין שניתן ביולי 2008⁴⁸ המשיב טען כי יש לדחות את הערעור הואיל וההתערבות המתבקשת היא בממצאים של עובדה ומהימנות שמהם אין ערכאת ערעור נוהגת לשנות, וכן נוכח העובדה כי עדות המתלונן היא עדות יחידה ובעייתית ולא נמצא לה סיוע.

בפסק הדין שניתן ביולי 2008 הוחלט ברוב דעות לדחות את הערעור. השופט שהיה בדעת מיעוט סבר כי "מארג הראיות אותו הציעה המדינה לערכאה הדיונית חייב את הרשעת המשיב. במרכזו של אותו מארג ניצבת עדותו של המתלונן, שהותיר רושם מהימן על כל שופטי המותב. מנגד, נקט המשיב בקו הגנה אחד במהלך חקירתו ושני במהלך עדותו בבית המשפט. נדמה כי אין צורך לומר שהתנהלות זו של המשיב אינה מטיבה עמו, בלשון המעטה". כן הוסיף השופט כי לא נמצאו תימוכין ברישומיו של המשיב או של עמיתיו לגרסתו המאוחרת בדבר קיומן של מחשבות שווא אצל המתלונן. העדרם של רישומים שכאלה חייב את המסקנה שהמשיב "נאלץ לאלתר קו הגנה חילופי לאחר שהתברר לו כי זה שבו נקט מלכתחילה, אין כדי להתמודד עם ראיות התביעה". שופטי הרוב סברו אחרת. אחד מהם החליט כי לא ניתן לקבוע מעבר לכל ספק סביר כי

47 ע"פ 7401/07 מדינת ישראל נ' פלוני, תק-על (3)08 (1969) (2008).

48 שם.

המתלונן לא היה פסיכוטי ולא סבל ממחשבות שווא, למרות שכל שופטי בית משפט קמא התרשמו כי הוא מסר עדות מהימנה. כן נקבע על ידו כי אין בראיות הנסיבות שהובאו כנגד המשיב כדי לחזק את עדותו של המתלונן באופן שמפריך כל ספק סביר, וכי גם כאשר על פי אמות המידה הרציונאליות המקובלות הוכיחה התביעה שלא קיים ספק סביר באשר לאשמתו של הנאשם, אולם קולו הפנימי של השופט קורא לו לזכות את הנאשם, אזי עליו "להאזין... לקול מצפוניו, לצו ליבו, ולזכות את הנאשם". מטעמים אלה סבר השופט כי יש להותיר על כנו את זיכוי של המשיב ולדחות את ערעור המדינה. השופט השני לא סבר, על אף חוות דעת פסיכיאטריות שהוגשו לבית משפט קמא, כי המתלונן היה במצב פסיכוטי, ופסל את האפשרות לפיה גרסתו של המתלונן נבעה ממחשבות שווא שמעין סבל. עם זאת הוא הסכים עם דעתו של השופט השני שהיה בדעת רוב כי "לא ניתן להתעלם מכך שמצבו הנפשי של המתלונן בזמנים הרלוונטיים לכתב האישום היה מעורער, גם אם לא היה פסיכוטי", וכי "מצבו הנפשי בזמנים הרלוונטיים אינו יכול שלא להשפיע על משקלה של העדות שמסר". גם חומר הראיות שהונח בפני בית המשפט לא העלה חילוקים של ממש ותוספת ראייתית לגרסת המתלונן, שנדרשו בנסיבותיו המיוחדות של המקרה ולאור מצבו הנפשי של המתלונן. לכל אלה הצטרף האמון שרחשו שופטי הרוב בבית משפט קמא לגרסת המשיב, ולכן "בנסיבות אלה, בהן מחד, אין בנמצא אימות חיצוני כלשהו לגרסתו של המתלונן, ומאידך, המתלונן והמשיב הותירו שניהם רושם אמין על שופטי בית המשפט המחוזי, לא ראיתי להתערב במסקנת שופטי הרוב בערכאה הדיונית, לפיה אשמתו של המשיב בעבירות שיוחסו לו לא הוכחה מעבר לכל ספק סביר".

תביעות מסוג זו שתוארה מאופיינות פעמים רבות – אך לא תמיד, כבדוגמה הבאה – בקיומו של מצב שבו כתב האישום מבוסס, רובו ככולו, על תלונת המטופל המתלונן בלא שקיימות בדרך כלל ראיות נוספות. כמו כן, המטפל מנסה באופן טיפוסי להתגונן לא רק באמצעות הכחשת התלונה אלא גם בכך שהוא מנסה לייחס אותה לפסיכופתולוגיה של המטופל המתלונן, אף אם זו לא תועדה על ידו במפורש (במיוחד, כאשר מדובר בקטינים). במקרה זה, הזיכוי ניתן מחמת הספק ובדעת רוב.

2. פרשת שחאדה

פריד שחאדה עבד מטעם רשות מקומית כמנהל השירות הפסיכולוגי שלה ושימש גם כפסיכולוג חינוכי בבית ספר. בשנת 2006 הוגש נגדו כתב אישום לבית המשפט המחוזי בחיפה,⁴⁹ המייחס לו ביצוע מעשים מגונים בקטין בגיל 9–10 שנים. הנאשם כפר בכל העובדות המפרטות את ביצוע העבירות שבהן הואשם. בהכרעת הדין שניתנה בספטמבר 2007 נחלקו דעות השופטים. אחת מהן, לאחר ניתוח מפורט וממצה של כל

49 פ"ח (מחוזי חי') 3045/06 מדינת ישראל נ' שחאדה (פורסם באתר הרשות השופטת, 27.6.2006).
www.court.gov.il

העדויות שהושמעו במהלך המשפט, הגיעה למסקנה כי הנאשם, אשר תואר כ"אדם מן השורה, משכיל, בעל משפחה, מוכר ומכובד בקהילתו, בעל עבר נקי וללא ראיות למעשים דומים בעברו", מעד במקרה זה, והציעה להרשיעו בעבירות שיוחסו לו. השופט השני, לעומת זאת, התרשם כי "בסופו של מסע, כאשר דמותו של הנאשם עוררה עומדת בפניו", עדיין נותר בו ספק סביר באשמתו. וכדבריו, "כאשר הנאשם העיד בפנינו... ליוותה אותי התחושה שהוא נקלע לסיפור קפקאי בשל האפיוזודה במהלכה כרע ליד הקטין-המתלונן, אפיוזודה שתפחה מעבר למידותיה עד שהביאה את הנאשם עד הלום". בסופו של דבר, החליט השופט שלא לסמוך על עדותו של המתלונן-הקטין כבסיס להרשעת הנאשם, והיה מוכן "לקבוע כי 'השדה המגנטי' של חזקת החפות עדיין מותיר את הנאשם בתחום החפות, אמנם קרוב אל גבול ההרשעה אך לא מעבר לו". לכן החליט לזכות את הנאשם מחמת הספק. אב בית הדין הצטרף לדעתה של השופטת ומטעמיה. אף הוא האמין לדבריו של המתלונן ולעדויותו של חוקר הילדים, אשר הרשים אותו בעדותו המפורטת והמנומקת, שבה הסביר היטב מדוע החליט להאמין למתלונן. מאידך גיסא, אב בית הדין לא נתן אמון בגרסתו של הנאשם וקבע כי אמירותיו במשטרה אף מהוות ראשית הודיה והן מאפילות על גרסתו בבית המשפט. הנאשם הורשע אפוא ברוב דעות בביצוע העבירות שיוחסו לו בכתב האישום, ונגזר עליו עונש מאסר של 30 חודשים, מהם 12 חודשי מאסר בפועל ו-18 חודשי מאסר על תנאי לתקופה של שלוש שנים.

חילוקי הדעות שנתגלעו במקרה זה בין השופטים מדגימים את הערתנו דלעיל, שלפיה בית המשפט בוחן את טענות הצדדים וכן ראיות נוספות שבאו לפניו, אם יש כאלה, והוא מחליט בסופו של דבר במי לתת אמון ואיזו טענה לקבל. במקרה השני היה לפני בית המשפט דבר-מה נוסף – עדותו של חוקר הילדים – שחזק לבסוף את ההחלטה להרשיע את הנאשם, אם כי ההרשעה הושגה כאמור בדעת רוב. בשני המקרים שתוארו ניתנו ההחלטות השיפוטיות לאחר התלבטויות לא-מעטות ובדעת רוב, ואף החלטת הזיכוי ניתנה מחמת הספק. עובדות אלה מצביעות על מורכבות הנושא ועל קשיים מרובים בקבלת ההחלטה השיפוטית; אותן ראיות הביאו שופטים שונים לקבלת הכרעות שונות, כפי שקורה לא-אחת.

ה. המישור האזרחי

במישור דיני הנזיקין, הדגש שונה. במישור הפלילי הדגש הוא על ביצוע מעשה בלתי מוסרי שבו כרוכים מרמה, הפעלת לחץ, ניצול תלות או מצב נפשי של המטופל, ותנאי יסודי להרשעה הוא הוכחת כוונתו של המטפל למעשה הפלילי שנעשה בלא שיהיה הכרח בקיומו של נזק למטופל. במישור האזרחי ובדיני הנזיקין, מושם הדגש על נזק שנגרם בשל הפרת חובת הזהירות כלפי הנזוק (המטופל) מצד המזיק (המטפל), בין

שהמזיק התכוון לגרום לנזק ובין שלא היתה לו כוונה כזו. במישור האזרחי, הפרט הנפגע תובע פיצויים ממי שגרם לו נזק.⁵⁰

בישראל, אין מתקיימת זכות אוטומטית לפיצוי בכל מקרה שבו נגרם נזק. לדוגמה, כאשר אדם מעד במקום ציבורי ונגרם לו נזק, השאלה אם קמה לו זכות תביעה אינה ברורה מאליה. זכות זו קיימת רק מקום שהיא נקבעה בחוק ורק כאשר קיים מזיק שאותו ניתן לתבוע. בלשונו של שופט בית המשפט העליון חשין: "אכן, סיכוני חיים ובריאות אורבים לפתחנו כל העת, ובהולכנו אל מקום פלוני לא נדע אם נגיע אליו. **לכל נזק יש שם ברפואה, אך לא לכל נזק יש שם של אחראי במשפט**"⁵¹ (ההדגשות שלנו).

בבסיסה של תביעה לפיצוי בגין נזק שנגרם בשל מעשה או מחדל בעת טיפול רפואי, לרבות נפשי, עומדות שתי עולות אזרחיות עיקריות רלוונטיות, עולות הרשלנות ועולות התקיפה. תיתכן, אולי, גם עולה שלישית – הפרת חובה חקוקה.

עולות הרשלנות היא השכיחה ביותר מבין העולות המנויות בפקודת הנזיקין. המונח "רשלנות" הוא שמה של העולה המשמשת עילה לתביעה האזרחית, בעוד שבמונח "התרשלות" הכוונה היא למעשה או למחדל שהביאו לידי עולה זו, אם היא גרמה לנזק.

עולות הרשלנות קבועה בסעיפים 35 ו-36 לפקודת הנזיקין [נוסח חדש]. עולה זו היא עולות מסגרת, אשר מאפשרת ומתירה מכוח הסמכת המחוקק פיתוח המשפט בדרך של קביעת קטגוריות של מזיקים וניזוקים, שביחסים ביניהם קיימת חובת זהירות מושגית. קיומה של חובה זו הוכר במערכות יחסים רבות, ביניהן מעבידים ועובדים, בנק ולקוחותיו, וכן יחסי רופא ומטופל.⁵²

לעולות הרשלנות יש שלושה יסודות: א) קיומה של חובת זהירות בין המזיק לניזוק; ב) הפרת חובת זהירות; ג) ההפרה גרמה לנזק. את קיומה או את אי-קיומה של חובת הזהירות בוחנים לפי מבחן הציפיות הכולל שני היבטים: היבט עקרוני – אם באשר לסיכון מסוים קיימת חובת זהירות, והיבט ספציפי – אם באשר לניזוק פלוני, בנסיבות אירוע אלמוני, קיימת חובת זהירות קונקרטית. נוכחנו לדעת לעיל כי במערכת היחסים שבין רופא-מטפל לבין מטופל מתקיימת חובת זהירות, וכל אדם סביר מבין כי רופא ומטפל חבים חובת זהירות כלפי החולה או המטופל, שהם מטפלים בו, שלא לגרום לו כל נזק. לאחר שנקבעה חובת הזהירות העקרונית, יש לבחון אם – בנסיבות המיוחדות של המקרה הספציפי – היה על המטפל הסביר לצפות מלכתחילה את התרחשות הנזק שנגרם למטופל. כפי שתואר לעיל, בתחום הרפואה ובמקצועות העוסקים בטיפול ובייעוץ נפשי מכירים מזה תקופה ארוכה בנזק הנפשי החמור שעלול להיגרם למטופל כתוצאה מקיום קשר מיני עם מטפל. לפיכך נראה לנו כי מתקיימת

50 ס' 3 לפקודת הנזיקין [נוסח חדש], דמ"י התשכ"ח 266.

51 ע"א 371/90 סובחי נ' רכבת ישראל, פ"ד מז(3) 345 (1993).

52 עדי אור ואלנה גירנברג "הבסיס המשפטי לאחריות בגין נזק מטיפול רפואי" **רשלנות רפואית** 228 – 213 (מהדורה שנייה, 2000).

בתחומי עיסוק אלה חובה מצד המטפל הסביר לצפות מראש את הנזק הנפשי החמור שעלול להיגרם למטופלו בעקבות קיום קשר מיני עימו.

יסוד ההפרה של חובת הזהירות, הרכיב השני בעוללת הרשלנות, מתבסס על עובדות, ובענייננו – על השאלה אם אכן התקיים קשר מיני בין המטפל לבין המטופל. כאשר המטפל מכחיש לחלוטין קיומו של קשר מסוג זה, קיים קושי ממשי להוכיח מבחינה עובדתית את התרחשות הקשר המיני. קושי זה נובע, בין השאר, מכך שהקשר מתקיים, בדרך כלל, באופן נסתר, ללא עדים להתרחשותו, והמטופל אף משתף פעולה עם המטפל בהסתרתו. במקרים כאלה, רשאי בית המשפט להסתמך על ראיות נסיבתיות – לדוגמה: סימני זיהוי ייחודיים בגופו של המטפל שמוסר המטופל או מידע ספציפי אודות חייו האישיים של המטפל. כן יכול בית המשפט להתרשם ממידת המהימנות של בעלי הדין המעידים לפניו.

היסוד השלישי בעוללת הרשלנות – שיעור הנזק שנגרם כתוצאה מהפרתה של חובת הזהירות ומהקשר המיני בין מטפל למטופל – אינו פשוט לקביעה. בתכליתם של דיני הנזיקין נמצאת זכאותו של הנפגע או הניזוק כתוצאה מעוולה שנעשתה כלפיו לקבל סעד ("תרופה", בלשון החוק). במקום הנזק שנגרם בא פיצוי, ומטרתו היא לבטל את הנזק. הפיצוי אמור להחזיר לקדמותו את מצב הניזוק, כפי שהיה לפני ביצוע העוולה ("החלמה מלאה", או *restitutio ad integrum*), או להביא את הניזוק קרוב ככל האפשר למצב שבו הוא היה אמור להימצא לולא הנזק שנגרם לו כתוצאה מרשלנות המזיק. בהיעדר נזק אין מתקיים אחד מהיסודות של עוללת הרשלנות, ולכן גם אין חיוב בנזיקין. הפער שקיים בין מצבו הנפשי של המטופל-הניזוק לאחר קיום הקשר המיני עם המטפל-המזיק לבין מצבו הנפשי הצפוי אילו היה מקבל טיפל נאות, הוא בעצם עיקר הנזק שנגרם לו כתוצאה מהקשר המיני האסור. עם זאת, עשויים להיות היבטים נוספים אחרים לנזק שנגרם למטופל בעקבות הקשר המיני שהיה לו עם מטפלו. כך, לדוגמה, אם המטופל ביצע פעולה כלכלית בהסתמך על הקשר הבלתי ראוי ונגרם לו נזק כלכלי, נזק זה אף הוא יכול להוות חלק מהנזק.

במקרים רבים יש קושי לקבוע את שיעורו המדויק של הנזק, שכן, לעתים, אין אפשרות להפריד בין התסמינים הנובעים מהקשר מיני לבין תסמינים שמקורם אחר. גם מבחינת הראיות קשה לעתים להוכיח את שיעור הנזק המדויק. בתי המשפט נוטים להקל עם התובע הניזוק ולהעביר במקרים מסוימים אל הצד הנתבע את נטל הראיה⁵³ ואת הצורך להראות כי ניתן לחלק את הנזק, או שהנזק או חלק ממנו היה מתרחש גם ללא הקשר המיני.⁵⁴

53 על בסיס הוראות סעיף 41 לפקודת הנזיקין. כאשר המונח "נכס" שבסעיף זה מכון גם לידע המקצועי שנמצא ברשות המטפל ובשליטתו המלאה על ההשלכות הנזקיות של הקשר המיני עימו על המטופל.

54 סרור, לעיל ה"ש 11.

קושי דומה מאוד לזה הקודם מצוי בשאלת הקשר הסיבתי שבין הנזק שנגרם לניזוק לפי טענתו לבין הפרתה של חובת הזהירות במקרה המסוים. פעמים רבות טוענים מטפלים אשר נתבעו בדין אזרחי, לאחר שקיימו קשר מיני עם מטופליהם וגרמו להם נזק, כי אין קשר סיבתי בין מעשיהם לבין מצבו הנפשי של המטופל, שמקורו – לפי טענתם – במחלתו הבסיסית בלבד. שאלת הקשר הסיבתי היא שאלה שבמומחיות, ולכן בתי המשפט מכריעים על פי חוות דעת מקצועיות של מומחים מטעם הצדדים ובהתאם להתרשמותם מהעדים המקצועיים שהעידו לפנייהם. יש להבחין בין קשר עובדתי לבין קשר סיבתי-משפטי, והגורם הקובע והמכריע, בכל מקרה, הוא בית המשפט.

עולת התקיפה היא העוולה השנייה שהיא רלוונטית לענייננו. סעיף 23(א) לפקודת הנזיקין מגדיר את המונח כך: "תקיפה היא שימוש בכוח מכל סוג שהוא, ובמתכוון, נגד גופו של אדם על ידי הכאה, נגיעה, הזזה או בכל דרך אחרת, בין במישרין ובין בעקיפין, שלא בהסכמת האדם או בהסכמתו שהושגה בתרמית...". בדומה לעולת הרשלנות, אף לעולת התקיפה יש שלושה יסודות: (א) שימוש בכוח נגד גופו של אדם; (ב) במתכוון; (ג) שלא בהסכמה או בהסכמה שהושגה בתרמית. שלא בדומה לעולת הרשלנות, להוכחת קיומה של עולת התקיפה יש להוכיח כי המעשה נעשה "במתכוון", אך אין צורך בהכרח להוכיח נזק.

בפסיקה נקבע רבות כי כל טיפול רפואי שניתן למטופל בלי שקדם לו הסבר ממצה בדבר תוצאות הטיפול, יעדיו, וכן הסיכונים והנזקים שכרוכים בו – אינו אלא מעשה תקיפה. זאת – הואיל וההסכמת המטופל לטיפול בלא שניתן לו תחילה המידע האמור אינה הסכמה חופשית, ויש בה יסוד של הסכמה שהושגה במרמה. נראה כי במקרים של קשר מיני בין מטפל לבין מטופל מתקיימים יסודותיה של עולת התקיפה, שכן "הסכמתו" של המטופל ל"טיפול" אינה מהווה הסכמה חופשית. כן נראה כי ברובם המכריע של מקרים אלה, המטופל אף אינו מודע לאיסור שבקיומו של הקשר המיני עם המטפל ולנזק החמור שעלול להיגרם לו בשל קשר זה.⁵⁵

עוולה שלישית אפשרית היא זו של הפרת חובה חקוקה,⁵⁶ של הוראות שונות בחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.⁵⁷ סעיף 5 לחוק זה, שכותרתו "טיפול רפואי נאות", קובע כי "מטופל זכאי לקבל טיפול רפואי נאות, הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש". סעיף 10(א) לחוק זה, שכותרתו "שמירה על כבודו ופרטיותו של המטופל", קובע כי "מטפל, כל מי שעובד בפיקוחו של המטפל וכן כל עובד אחר של המוסד הרפואי, ישמרו על כבודו ועל פרטיותו של המטופל בכל שלבי הטיפול הרפואי". פרק ד' לחוק (שכולל סעיפים 13–16) עוסק בנושא "הסכמה מדעת לטיפול רפואי", ובסעיף 13(א) נקבע כי "לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם

55 שם.

56 ס' 63 לפקודת הנזיקין.

57 ס"ח 327.

כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת לפי הוראות פרק זה". מטפל נפשי, ובעצם כל בעל מקצוע שהוכר כמטפל בשירותי הבריאות,⁵⁸ עשוי להיתבע לדין אזרחי בידי מטופל בעוולה של הפרת הוראה מהוראות אלה, חלקן או כולן, אם פרץ ביחסיו המקצועיים עם מטופל ממטופליו את גבולות המקצוע, ובמיוחד אם קיים עימו קשר מיני.

מספר פסקי הדין, שניתנו במישור האזרחי הכרוך בסוגיית הקשר המיני בין מטפל לבין מטופל, אינו רב. באחד מהם,⁵⁹ שבו היה מעורב רופא שהתמחה בפסיכיאטריה, ניתן פסק דין בלא הגנה. מקרה אחר,⁶⁰ שבו נתבעה פסיכיאטרית בידי אחד ממטופליה אשר ניזוק עקב קשר מיני עימה, אף זכה לחשיפה תקשורתית אך הסתיים בשנת 1995 בהסכם פשרה, שלפיו שולם למטופל סכום של 1,200,000 ש"ח. פסק דין שניתן לאחרונה בתחום זה בעניינו של פסיכולוג קליני, ניתן בתביעה אזרחית שהגישה מטופלת 12 שנים לאחר הפסקת הטיפול בה. התובעת היתה אחת מארבע המטופלות שבעקבות קשרים מיניים עימן הועמד בעבר אותו פסיכולוג קליני לדין פלילי, והורשע. בעקבות פגישתה האקראית של המטופלת ברחוב עם הפסיכולוג שהורשע, היא הגישה נגדו תביעה אזרחית שהתבררה בבית משפט השלום בהרצליה.⁶¹ בית המשפט לא קיבל את טענות הנתבע כי יש לדחות את התביעה מחמת התיישנות וקבע כי בשל הדחיקת הטרומה שעברה התובעת מידי הנתבע מתודעתה, החל מניין ההתיישנות רק מאותו מועד שבו פגשה באקראי את הנתבע והתחוויר לה לראשונה הקשר הסיבתי בין מעשיו בה לבין נזקיה הנפשיים. כן לא קיבל בית המשפט את טענתו הנוספת של הנתבע כי אין קשר סיבתי בין הטיפול שהתובעת עברה אצלו בזמנו לבין נזקיה הנפשיים שנטענו. נפסק, כי הקשר הסיבתי הוכח ללא ספק, ובסופו של דבר, קיבל בית המשפט את התביעה. בפסק הדין (שניתן ביום 31.12.06) חויב הנתבע לשלם לתובעת פיצויים בסך כולל של 180,000 ש"ח בגין אובדן כושר השתכרות בעתיד, טיפול תרופתי בעתיד, החזר עלות הטיפול ששילמה בעבר לנתבע, וכן פיצוי בגין כאב וסבל.

1. המישור המשמעתי

היבט משפטי נוסף, לצד הפלילי והאזרחי, נוגע בדין המשמעתי. הדין המשמעתי הוא הליך פורמלי שבו נדונה אשמתו של אדם, אשר משתייך לארגון מסוים שאינו מדינה (לדוגמה: שופטים, משרתים צה"ל, שוטרי משטרת ישראל, עובדי המדינה, חברים בלשכת עורכי הדין, חברים בלשכת שמאי מקרקעין, חברים בלשכת רואי החשבון,

58 שם, בס' 2 ראו הגדרת המונח "מטפל".

59 ת"א (שלום ת"א) 66469/92 (לא פורסם), מובא אצל סרור, לעיל ה"ש 11, בעמ' 104.

60 ת"א (מחוזי י-ם) 14/94 (לא פורסם), מובא אצל סרור, לעיל ה"ש 11, בעמ' 104.

61 ת"א (שלום הרצליה) 439/04 אלמונית נ' אליהו פלח, תק-של (4) 28142 (2006).

חברי ההתאחדות לכדורגל). דין משמעתי דן בהפרת התקנות, הכללים או החוקים הנהוגים באותו ארגון. הליכי הדין המשמעתי מבוססים על הוראות חוק, כגון חוק-יסוד: השפיטה, חוק השיפוט הצבאי, התשט"ו-1955, חוק שירות המדינה (משמעת), התשכ"ג-1963, חוק לשכת עורכי הדין, התשכ"א-1961, פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976, חוק רואי חשבון, התשט"ו-1955. הליכי הדין המשמעתי מתקיימים בפיקוחו ובניהולו של מי שהוסמך לכך על ידי הארגון, ובידי בית הדין המשמעתי מסורות סמכויות ענישה או המלצה על ענישה. מטפל נפשי שעבר עבירה והוא נמנה עם עובדי המדינה, צפוי לעמוד גם לדין משמעתי בגין עבירת משמעת. דין זה יכול שיתקיים במסגרת ועדת משמעת במשרד ממשלתי, או בוועדת משמעת של נציבות שירות המדינה, או בדרך של תובענה שמוגשת נגדו לבית הדין למשמעת של עובדי המדינה. מטפל נפשי שאינו עובד המדינה, עלול לעמוד לדין משמעתי בדרך של קובלנה שתוגש לפי פקודת הרופאים [נוסח חדש] או בדרך של תלונה לפי חוק הפסיכולוגים, התשל"ז-1977, או קובלנה שתוגש לפי חוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ו-1996.

להלן יתוארו שני מקרים של פריצת גבולות המקצוע על ידי מטפלים בתחום בריאות הנפש שהגיעו לדיון משמעתי.

1. פרשת זוג הרופאים הפסיכיאטריים

ד"ר ז' וד"ר ל' עבדו בתחילת שנות ה-90 למאה הקודמת בבית חולים פסיכיאטרי. ד"ר ז' טיפלה בחולה אנורקטית, ובן זוגה ד"ר ל' הכיר את החולה מאשפוזה החוזרים בבית החולים ואף בדק אותה במהלך תפקידו בו. ד"ר ז' הפסיקה לטפל בחולה באפריל 1993, בעקבות יציאתה לחופשת לידה, אבל לאחר מכן התפתחה מערכת יחסים חברית ואישית בין זוג הרופאים הפסיכיאטריים לבין החולה. מערכת יחסים זו התבטאה, בין היתר, בקבלת מתנות מהחולה, בביצוע עבודות שונות בדירתם, בטיפול בילדיהם ובשמירה עליהם.

ביולי 1997 הגישה החולה תלונה במשטרה נגד בני הזוג בגין ניצול נפשי ומיני. חקירת התלונה לא הובילה להתגבשותו של כתב אישום פלילי, אך הוחלט על העברת הטיפול בנושא למשרד הבריאות. נגד זוג הרופאים הוגשה קובלנה משמעטית בהתאם לפקודת הרופאים [נוסח חדש]. קובלנה זו התבררה לפני ועדה משמעת בראשות ד"ר מיכאל דור ובה היו חברים גם הפסיכיאטר פרופ' אילן מודעי ועו"ד יעקב לוי, נציג היועץ המשפטי לממשלה. באפריל 2002 הגיעה הוועדה למסקנה כי יש לזכות את בני הזוג מההאשמות נגדם, והמליצה לשר שלא לנקוט הליכים כלשהם נגדם.

במארס 2004 מונה השופט בדימוס ורדי זיילר על ידי שר הבריאות דאז לקבוע במקומו את עונשם של רופאים שכשלו, ולפסוק לגבי המלצותיהן של ועדות של משרד הבריאות, אשר דנות בקובלנות משמעטיות שמגיש משרד הבריאות נגד רופאים.

באפריל 2004 גילה השופט בדימוס זיילר שנפל פגם בדיוני ועדת הקובלנה נגד זוג הרופאים, והוא הורה לה לבדוק ולהכריע מחדש "בנושא המתנות היקרות על פירוטן המדויק". זאת מאחר ש"ההתבוננות על מערכת היחסים בין זוג הפסיכיאטרים למטופלת יכול שיהיה מושפע ממשקלן וערכן של המתנות". החלטתו של השופט זיילר לפתוח מחדש את דיוני הוועדה העידה על חוסר שביעות רצונו מכך שלא נבדקו לעומק כל ההאשמות שעלו בקובלנה.

בנובמבר 2004 התקיים דיון לפני הוועדה שבו העידו המטופלת, בני משפחתה ועדים נוספים מטעמה.

בסופו של דבר, החליט השופט זיילר (באפריל 2005), כי העונש לשני הפסיכיאטרים יהיה, במקרה זה, התראה בלבד. הוא קבע כי מדובר ב"שני רופאים בעלי תואר מומחה בפסיכיאטריה ומומחיות זו מחייבת אותם שלא לפעול, בין במהלך טיפול פורמלי, בין לאחריו ובעקבותיו, בדרך המתעלמת מצד אחד ממצבו הנפשי של חולה והיכולת להשפיע עליו לרעה מצד שני. סוג הציפייה של המתלוננת מהם הוא חלק מהמחלה. התלות בהם היא לא רק חלק מהמחלה, אלא היא חלק מתחושת כל חולה כלפי רופאו. השבריריות הנפשית של המתלוננת היתה בידיעתם, והאפשרות שמעשיהם וטיב הקשרים יתפרשו באופן שונה על ידי החולה היתה אף בידיעתם והן חלק מהמחלה". עוד קבע השופט זיילר כי היחסים בין החולה לזוג הפסיכיאטרים "לוו בהענקה לא מבוטלת של שירותים ומתנות" מצד החולה ובני משפחתה, כולל קבלת מזון ועוגות שהוכנו על ידי החולה או אמה פעמים רבות, ועזרה בטיפול בילדים על ידי החולה במשך חצי שנה.

השופט זיילר הסתמך בהחלטתו על חוות דעת רפואית שניתנה לו אודות טיב הקשר בין זוג הפסיכיאטרים לבין החולה, וכתב: "אין צריך להיות מומחה כדי להתרשם מעוצמת הניגוד בין מערכת היחסים שנוצרה בין הרופאים לחולה, לבין מה שנדרש מהם נוכח מצבה הנפשי השברירי של המתלוננת. הדברים נכונים שבעתיים כשהרופאה ידעה שאין מדובר במחלה שהסתיימה או במשבר חד-פעמי שחלף, אלא במצב נפשי המשתרע על תקופה ארוכה מאוד, שיש בו עליות ומורדות, וכשבמשך התקופה שמדובר בה היה ניסיון אובדני מצד המתלוננת". השופט זיילר קבע כאמור כי העונש לשני הפסיכיאטרים יהיה התראה בלבד.

על ההחלטה לתת התראה נגדם הגישו הרופאים ערעור לבית המשפט העליון,⁶² אולם הערעור נדחה פה אחד בספטמבר 2007.

במקרה זה, אמנם לא הוכח ניצול מיני, על אף שטענה זו הועלתה בתחילת הפרשה, אך הודגם כאן היטב, כדברי המשנה לנשיאה השופט (בדימוס) ריבלין בפסק הדין, "כי

62 ע"א 6179/05 זילקוביץ נ' זיילר, תק-על 405 (4) 431 (2005).

נראה שנסיבות המקרה ממחישות את הסכנה שבמדרון חלקלק, שראשיתו ברצון טוב ליצור יחסי אנוש עם מטופל וסופו בקושי להציב את הגבול המתבקש מעצם קיומה של תלות במטפל". גם לאחר פסק הדין בערכאת הדין המשמעתי ובערכאת הערעור, נותרה הניזוקה עצמה חשופה ולא קיבלה פיצוי כלשהו. לדעתנו, נראה כי גם הזמן הרב שחלף מהגשת התלונה במשטרה ועד למועד מתן ההחלטה בערכאת הערעור (10 שנים), לא הקהה את הצלקת בנפשה של המתלוננת, וההחלטות שהתקבלו אכן משקפות את אוזלת ידה של המערכת.

2. פרשת יגלום

ד"ר משה יגלום, מומחה בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, שימש כמנהל מחלקת נוער ומתבגרים במרכז לבריאות הנפש טלביה בירושלים. בשנת 1996 הגיש ד"ר יגלום תלונה במשטרה נגד אחד ממטופליו לשעבר. בתלונה טען כי המטופל ניסה לסחוט ממנו כסף על מנת שלא יגלה ויפרסם את דבר מערכת היחסים המינית שהיתה ביניהם, אשר, לטענתו, החלה רק לאחר שהסתיים הקשר הטיפולי שהיה ביניהם.

בעקבות התלונה פתחה המשטרה בחקירה שבמהלכה טען הקטין כי הרופא קיים עימו יחסי מין במשך 13 שנה, מאז שהחל לטפל בו. עוד טען הקטין כי יחסים אלה כללו גם צילומים בשעת מעשה. במהלך החקירה התברר למשטרה כי הרופא היה מעורב בקשר מיני עם מטופל נוסף, ולעתים עם שני הקטינים יחדיו. הרופא עצמו התפטר מתפקידו עם פרסום הפרשה וכפר שוב ושוב בכך שקיים יחסים אינטימיים עם שני הקטינים תוך כדי טיפול בהם. בסוף החקירה המשטרתית החליטה הפרקליטות לסגור את התיק הפלילי נגד הפסיכיאטר, אך דרשה ממשרד הבריאות לפעול נגדו בהליך משמעתי.

נגד הרופא הוגשה קובלנה בידי המשנה למנכ"ל משרד הבריאות, שבה הוא הואשם בניצול מעמדו כרופא לצורך סיפוקו המיני לאחר שקיים, על פי הנטען בקובלנה, יחסי מין וקשר מיני עם שני מטופלים צעירים, בתקופה שבה התנהלו בינו לבין כל אחד מהם יחסי מטפל-מטופל. ועדת הקובלנה שדנה בעניינו החליטה בינואר 2002 לזכות את ד"ר יגלום מהאשמות בכל הנוגע למטופל אחד, וזאת לאחר שנותר אצל הוועדה ספק לגבי השאלה אם הקשרים המיניים – שהתקיימו, לכל הדעות – היו בתקופה בה שררו בין השניים יחסי מטפל-מטופל. לעומת זאת, קבעה הוועדה כי ד"ר יגלום קיים משך תקופה ארוכה יחסי מין עם המטופל השני בעת ששררו בין השניים יחסי מטפל-מטופל. הוא הורשע באשר למטופל השני בעבירה של התנהגות שאינה הולמת רופא מורשה, עבירה לפי סעיף 41(1) לפקודת הרופאים [נוסח חדש].⁶³

63 פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976, נ"ח 594.

ביוני 2003 המליצה הוועדה לשר הבריאות להתלות את רישיונו של ד"ר יגלום לתקופה שלא תפחת מחמש שנים ושלא תעלה על עשר שנים. שר הבריאות החליט להתלות את רישיונו של הרופא לתקופה של 8.5 שנים, החל מנובמבר 2003.⁶⁴ על החלטה זו של שר הבריאות הגיש ד"ר יגלום ערעור לבית המשפט העליון.⁶⁴ הערעור הופנה נגד ההרשעה, ולחלופין – נגד חומרת העונש. החלטת ההתליה עוכבה, בהסכמה, עד למתן ההכרעה בערעור. בית המשפט קיבל את הערעור וקבע בפברואר 2005 כי אמנם, בדרך כלל, אין מקום להתערב בממצאים עובדיים שקבעה ועדת הקובלנה, אשר שמעה את העדים והתרשמה מהם. ואולם, במקרה זה, קביעתה של ועדת הקובלנה לא היתה מבוססת על התרשמותה מהמערער ומהמטופל, אלא על מכתבים מסוימים שכתב המערער למוסד לביטוח לאומי. בנסיבות העניין קבע בית המשפט כי לא היה מקום לבסס על מכתבים אלה ממצא בטוח, שלפיו בעת כתיבתם שררו יחסי מטפל-מטופל בין המערער לבין המטופל. לפיכך הוחלט לבטל את ההרשעה ואת העונש שהוטל בעקבותיה.

פרשה זו היא, ללא ספק, פרשה חמורה ביותר ותחושת המחברים היא שההתייחסות כלפיה היתה מאוד פורמליסטית ופחות מהותית. ועדת הקובלנה קבעה כאמור כי ד"ר יגלום קיים יחסי מין עם מטופלו בעת ששררו ביניהם יחסי מטפל-מטופל. בית המשפט העליון התייחס לכך שקביעתה של ועדת הקובלנה לא היתה מבוססת די הצורך מבחינה משפטית, ומשום כך לא קיבל את קביעת הוועדה שלפיה התנהלו יחסי המין בד בבד עם הטיפול הנפשי. עקב כך בוטלה ההרשעה שהורשע המטפל בידי ועדת הקובלנה ובוטל גם העונש שהוטל עליו בעקבות הרשעה זו. לדעת המחברים, קיומם של יחסי המין עם מטופלים לשעבר גם בחלוף זמן מסיום הטיפול הוא בעייתי ביותר, גם אם קיימת "תקופת צינון" בחוק או בקודים אתיים. מה גם שמדובר במקרה זה בטיפול נפשי ממושך שהתקיים כאשר המטופל היה קטין וקרוב לוודאי כי למטפל נודעה השפעה דומיננטית עליו.

ז. הערות מסכמות

מאמר זה עוסק בתופעה חמורה אשר, לצערנו, אינה נדירה בקרב אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש – פריצת גבולות המקצוע והשפעותיה השונות. הגבולות המקצועיים בין מטפלים נפשיים לבין מטופליהם חייבים להיות ברורים והשמירה עליהם חייבת להיות קפדנית ומתמשכת כל עוד מתקיימים יחסים מקצועיים, ולטעמנו – אף לאחר סיומם. החריגה מגבולות המקצוע עשויה להתרחש באופן הדרגתי, וגם אם תחילתה מזערית

64 ע"א 9605/03 יגלום נ' שר הבריאות, פ"ד נט(5) 278 (2003).

סופה עלול להיות חמור ביותר ובלתי משוער. לא זו בלבד שהטיפול הנפשי נהרס ויורד לטמיון במקרים בהם מתקיימים קשרים מיניים בין המטפל לבין המטופל, אלא שאף הוכח במקרים מדעיים אמפיריים כי מעשים אלה גורמים לנזקים נפשיים ניכרים ביותר בקרב המטופלים, עד כדי כך שיש אף שהשוו קשרים מיניים עם מטופלים לגילוי עריות מקצועי.⁶⁵

מחבריו של מאמר זה סבורים, בדומה לגבארד,⁶⁶ שנחשב אחד מבעלי המקצוע המשפיעים והמוערכים ביותר בתחום הטיפול הנפשי ואשר אף עסק רבות בנושא המאמר הנוכחי, כי נוסף לסנקציות עונשיות שמוטלות מטעם החברה על מטופלים נפשיים שחרגו מגבולות מקצועם – ובפרט אם היו מעורבים בקשר מיני עם מטופליהם – מן הראוי כי אף עמיתיהם למקצוע יפעלו, לצד ההוקעה הנפשית שלהם, למען מתן טיפול מקצועי מתאים למטופלים אלה.⁶⁷

פרטי הפרשה שבה הורשע הפסיכולוג הקליני אלי פלח בביצוע מעשים מגונים בארבע ממטופלותיו ודחיית ערעורו בבית המשפט העליון, והפריצה הגסה של גבולות המקצוע שהודגמו בה, היוו זרז ממש ביין הגורמים שהביאו לתיקון חוק העונשין. על פי התיקון, הוטל איסור מפורש על קיומם של יחסי מין בין מטפל נפשי לבין מטופל הן במהלך הטיפול הנפשי שניתן לו והן בפרק זמן של שלוש שנים לאחר סיומו. הניסיון מלמד כי לא תמיד לומדים מטופלים – שסרחו בפריצת גבולות המקצוע – את הלקח ומפנימים אותו, ולפחות במקרה של פלח הוא הואשם והורשע בשנית כעבור שנים אחדות בעבירה דומה.⁶⁸

65. Bates, לעיל ה"ש 15.

66. GLEN O. GABBARD, SEXUAL EXPLOITATION IN PROFESSIONAL RELATIONSHIPS (1989).

67. RICHARD S. EPSTEIN, KEEPING BOUNDARIES: MAINTAINING SAFETY AND INTEGRITY IN THE PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS (1994); Glen O. Gabbard, *Psychodynamic Approaches to Physician Sexual Misconduct*, in PHYSICIAN SEXUAL MISCONDUCT 205 (Bloom Joseph D., Nadelson Carol C. & Notman Malkah T. eds., 1999).

68. הפעם, בפברואר 2007, נגזרו עליו (בתיק פ"ח (מחוזי ת"א) 1094/05 **מדינת ישראל נ' בן שלום פלח** (לא פורסם 08.02.2007) (www.lawdata.co.il/Upload/PsakDin/176243.rtf) 8 שנות מאסר בפועל, שנתיים מאסר על תנאי ותשלום פיצוי כספי בסך של 80,000 ₪. על גזר הדין הוגש ערעור לבית המשפט העליון (ע"פ 2085/07 **פלח נ' מדינת ישראל** (לא פורסם, 15.6.2009) (www.nevo.co.il/Psika_word/elyon/07020850-o11.doc) ונטען בו כי בית המשפט המחוזי טעה בקביעותו העובדתית וכן בפרשנות ולכן יש למחוק את העבירות שבהן הורשע ולזכותו לחילופין נטען כי בשיקולי הענישה התייחס בית המשפט המחוזי רק לשיקולי הרתעה וגמול והתעלם מנסיבותיו האישיות והמשפחתיות של המערער ומהסיכויים לשיקומו, וכי העונש שהוטל עליו חורג מרמת הענישה הנוהגת ואינו מביא בחשבון כי מעשי המערער היו במדרג הנמוך של עבירות המין. ביוני 2009 נדחה הערעור פה אחד. בית המשפט העליון (מפי השופט לוי, שאליו הצטרפו השופטים חיות ודנציגר) הדגיש כי סעיף החוק החדש (תיקון מס' 77 לחוק העונשין) נועד לתת מענה למצבים שבהם מתקיימת מערכת יחסים בעלת אופי מיני בהסכמתם של שני בני הזוג

חריגה מגבולות מקצועיים עלולה להביא לתוצאות שליליות ואף מסוכנות בכל מקצוע. כך הדבר בתחום המסחר והבנקאות, בתחום עריכת הדין, בתחום ההוראה, בתחום הרפואה ובתחום הטיפול הנפשיים. לפריצת גבולות המקצוע בתחום האחרון יש, במרביתם המכריע של המקרים, אם לא בכולם, השפעות מזיקות על המטופלים הנפגעים ממעשיו של המטפל הנפשי החורג. כפי שהודגם, המעשים החורגים עשויים להתבטא תחילה בדרכים מזעריות, אך אלה עלולות לגלוש במדרון חלקלק ובמהירות רבה למעשים פסולים שפוגעים פגיעה קשה במטופל.

מהבחינה המשפטית, עשויות להיות לפריצת גבולות המקצוע בתחום הטיפול הנפשי תוצאות בתחום המשמעותי. זאת, כאשר אין די ראיות לגבש כתב אישום פלילי נגד המטפל הנפשי הפוגע. אולם, גם במקרים אלה, ככפרשת יגלום שתוארה לעיל, אין למחברים כל ספק כי מבחינה ערכית ומקצועית-אחידת נחצים גבולות מקצועיים חשובים שאינם מסתיימים במישור הפלילי. למטופל שנפגע עומדת הזכות להגיש נגד המטפל הפוגע תביעה אזרחית, שיכול להיות בה מעין פיצוי, ולו חלקי, על הפגיעה הנפשית שנגרמה לו.⁶⁹

במקרים שבהם מצטברות ראיות המאפשרות הגשת כתב אישום פלילי נגד המטפל הנפשי הפוגע, אכן מוגשים כתבי אישום לבתי המשפט, ולאחר תיקונו של חוק העונשין ניתן אף להאשימו בסעיף המיוחד שהוסף בנושא זה לחוק. העונש המרבי שנקבע בחוק לעבירה לפי סעיף זה הוא ארבע שנות מאסר. בדוגמאות שהובאו, תוארו שתי פרשות שבהן הואשמו מטפלים נפשיים בקשרים מיניים עם מטופלים קטינים. הראשון זוכה מחמת הספק והשני הורשע ברוב דעות ונדון לשנת מאסר בפועל וכן ל-18 חודשי מאסר מותנה.

נראה לנו כי החברה בישראל טרם הפנימה כראוי את החומרה שבה יש לראות את מעשיהם של מטפלים נפשיים החורגים מגבולות מקצועם והמעורבים ביחסי מין עם מטופליהם. גם בפסיקות הספורות שנסקרו בנושא, לא מצאו לנכון הערכאות

שאחד מהם הוא מטפל נפשי. לעניין זה, קובע בית המשפט, נוצרה בידי המחוקק חזקה לפיה הסכמה שניתנת על ידי המטופל מקורה בתלות נפשית שנוצרת בינו לבין המטפל, ויש לראותה כהסכמה שנפל בה פגם. נקבע כי למעשה העבירה החדשה נועדה לאסור על התנהגות שלא נאסרה בעבר בחוק הפלילי, אלא הייתה אסורה במישור האתי בלבד, וכי בכך הציב המחוקק סטנדרט ראוי של התנהגות אליו יש לצפות ממי שעוסק באופן מקצועי במתן טיפול נפשי, על כל האחריות הכבדה והזהירות שמתחייבות מכך בשל הרשות והאפשרות שניתנו לו לחדור אל נבכי נפשם השבירה של המטופלים על ידו.

69 ואכן, הוגשה תביעה אזרחית נגד ד"ר יגלום בידי אחד ממטופליו בטענה שנגרמו לו נזקים נפשיים קשים בעת שטופל בהיותו קטין בידי הנתבע (ת"א 10029/03 ג' ע' ט' ש' נ' יגלום, תק-של 29030 (4)05 (2005)).

השיפוטיות השונות למצות את הדין עם הנאשמים שהורשעו, ובכך ניתן, לדעתנו, מסר בלתי רצוי שלפיו, כביכול, הדברים חמורים פחות. ועם כל זאת, אנו סבורים כי פריצת גבולות המקצוע על ידי מטפלים בכלל, ובתחום בריאות הנפש בפרט, נקלטה בשנים האחרונות במודעות הציבורית. היא זכתה להכרה כללית, ואף קיבלה ביטוי בתקנוני אתיקה שונים של הארגונים המקצועיים. יש לקוות כי המודעות בקרב קהילת המטפלים ונותני הייעוץ בתחום הנפשי לסוגיו השונים לפריצת גבולות המקצוע תלך ותגבר נוכח הרתיעה הרבה ששוררת בציבור ממעשים מעין אלה.