

מיניות במסגרות אשפוז ושיקום פסיכיאטרים: היבטים אתיים

ענת שליו, * לודמילה רובינשטיין** וגבריאל וייל***

תקציר

הזכות למיניות היא מזכויות הבסיס של האדם. זכות זו מעלה דילמות מקצועיות ואתיות לא פשוטות במסגרות אשפוז ושיקום למתמודדים עם מחלות נפש. טיבם של מחלות אלה שהן לעתים פוגעות ברמה זו או אחרת בכושר השיפוט וביכולת להביע רצון אוטונומי של המתמודד. האם בתנאים אלה הרצון למימוש זכות למיניות הוא פרי של שיקול דעת? האם אין סכנה לניצול? המאמר מנסה להתמודד עם הסוגיה וקורא לחשיבה על מדיניות סבירה אשר תאזן את הזכות למיניות והיכולת לבחירה חופשית של המתמודדים עם מחלת נפש מחד עם גבולות האחריות וההתערבות של הצוותים הטיפוליים והשיקומיים מאידך.

מילות מפתח: מיניות מתמודדים עם מחלת נפש, מחלות נפש ומיניות, דילמות אתיות מיניות, זכות למיניות של מתמודד עם מחלת נפש, אחריות טיפולית של המטפלים בבריאות נפש.

מבוא

מיניות ארוגה בכל רובד של החוויה האנושית, וחלק מהפנים שלה משתנים בימים אלה במהירות רבה מאי פעם. בשנים האחרונות אנו עדים לעלייה במודעות בקרב חוקרים ומטפלים לצורך בשיקום מיני והכרה בו כחלק ממגוון השירותים הכלולים בתחום השיקום הפיזי והנפשי. אולם אנו עדים גם להתעלמות מהנושא של צרכיהם המיניים של אנשים המתמודדים עם מחלה או בעיה נפשית. נראה שהתעלמות זו שורשיה עמוקים בתודעה החברתית הקולקטיבית ובחרדה שהמיניות של אדם עם מוגבלות מטילה על החברה (ראו Shildrick, 2000).

במאמר זה נעסוק במיניות על הרצף של מסגרות החיים הטיפוליות המוגנות בקרב בני אדם המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות לצד הדילמות האתיות המתעוררות בהקשרים אלו: בקצה הקשה של הקשת מצויים אנשים מאושפזים במחלקות אשפוז פעילות, לעתים סגורות, לעתים לתקופה ארוכה (לרוב לתקופה קצרה) עקב החרפה במצבם הנפשי כגון התקף פסיכוטי. בתווך מצויות מחלקות אשפוז למתמודדים עם מחלת נפש הנמצאים במצב כרוני ואשר מפאת מצבם המנטלי והתפקודי אינם מסוגלים להשתלב במסגרות של הוסטלים (הדורשים רמה מסוימת של תפקוד). בקצה השני מצויים מתמודדים עם מחלת נפש ממושכת השוהים בהוסטלים מסוגים שונים בקהילה והשהייה שם היא לרוב לשנים. מדובר במסגרות מוגנות בצורה זו או אחרת, אך פתוחות, במגורים עצמאיים בקהילה עם ליווי של צוותים מקצועיים או מגורים עצמאיים ללא ליווי.

חלק מהמתמודדים בכל הרצף הזה הם באפוטרופסות של אחר מפאת מוגבלויותיהם, ומכאן עולה השאלה בדבר יכולת ההסכמה שלהם.

כיום ברור שלמרות הצרכים המגוונים בתחום המיניות על פי רצף זה, אין התייחסות הולמת לצרכים ולמענים המתאימים בתחום המיניות לא במסגרות הרפואיות הפסיכיאטריות ולא במסגרות השיקומיות בקהילה. אנו נטען כי הדבר קשור בדילמות אתיות שיש לתת עליהן את הדעת כדי להתקדם ולהגיע לכדי מדיניות ברורה שתקבע נהלים ומענים טיפוליים מתקדמים יותר.

* ענת שליו, עו"ס, אחראית תחום משפחות במערך ברה"נ, משרד הבריאות.

** לודמילה רובינשטיין, עו"ס, מרכז לבריאות נפש, משרד הבריאות, באר שבע.

*** ד"ר גבריאל וייל, פסיכולוג ראשי, מרכז לבריאות נפש, משרד הבריאות, באר שבע.

המצב כיום

כיום במסגרות הטיפול והשיקום הפסיכיאטריות אין מקום לנושא המיניות של המטופלים אלא התעלמות מוחלטת בכל התחומים: ברמת הנהלים, בהתייחסות הטיפולית, בתכניות הטיפול, בהכשרת כוח האדם ובמענים ייעודיים בתחום. אף על פי שבעיה נפשית משפיעה בדרך כלל גם על התפקוד המיני, רק לעתים רחוקות מקבלים המשתקמים יחס ממטפליהם בנושא.

אנשים העוברים תהליך שיקום מצפים למידע ולהתייחסות לנושא המיניות כחלק מתהליך השיקומי, אך אינם יודעים מי אמור לקבל על עצמו אחריות לכך (Northcott, 2000). אנשי מקצוע לעתים מעוניינים להגן על מטופליהם המתמודדים עם מחלה נפשית מפני הלחצים והקשיים שקשורים לתפקידים מגדריים, אך בשל עיסוק במחלה והשפעותיה אין מקום ותשומת הלב מספיק בטיפול לנושא המיניות ומשמעותו בתהליך ההחלמה. רוב המאמצים בטיפול מכוונים להתמודדות עם הסימפטומים, ולכל היותר גם לשיקום (זיסמן-אילני ורועה, 2010). על אנשי מקצוע בבריאות הנפש לזכור שמטרת שיקום מיני תואמת את המטרות הבסיסיות של השיקום: תפקוד נפשי-חברתי אופטימלי, השתלבות מחדש בחברה ושיפור איכות החיים.

חוקרים בתחום אף מבחינים בין צרכים של מטופלים באשפוז קצר לאלה שבאשפוז ארוך. על פי הספרות, המגעים המיניים בין המאושפזים במחלקות של אשפוזים ממושכים רבים מבאשפוזים קצרי טווח, ולכן נושא זה הרבה יותר רלוונטי למחלקות ממושכות-אשפוז. חוקרים בתחום מדגישים כי על מחלקות ממושכות-אשפוז להביא בחשבון שוני במאפיינים ובצרכים של האוכלוסייה הנמצאת בטיפולם ולספק תנאים אשר יאפשרו למטופלים הזדמנות לחיים מכובדים (Mossman, Perlin & Dorfman, 1997). יש המבחינים הבחנה ברורה מאוד בנושאים הקשורים בהתנהגות מינית בין מחלקות ממושכות-אשפוז ואקוטיות וטוענים כי באשפוז קצר טווח יש לאסור על קיום יחסי מין על ידי הסבר בעל פה או על ידי חלוקת חומר כתוב (Ford, Rosenberg, Holsten & Boudreaux, 2003).

עם זאת עדיין קיים צורך במדיניות ברורה כיצד לנהוג אם בכל זאת מתקיימים היחסים. חובה שיהיו לצוות הנחיות ברורות כיצד לנהוג בסיטואציות שונות. אם ימלאו אחרי כללים יפחת הסיכון לצורך להתמודד עם יחסים באשפוז קצר (Buckley & Wiechers, 1999).

לאור האמור נראה כי מדיניות בנושא קיום יחסי מין במחלקות ממושכות-אשפוז היא בעלת חשיבות רבה אך לא זכתה עד כה להתייחסות ראויה.

בהתייחס למורכבות של מיניות האדם, למורכבות של האשפוז הממושך ולצורך להגן על המאושפזים לא יהיה מציאותי לאסור על קיום יחסי מין. בפועל היחסים מתקיימים בין שאוסרים עליהם ובין שלא, בין שקיימת מדיניות ובין שלא. במחקר שנעשה בבית חולים שחל בו איסור מוחלט לקיים יחסי מין נמצא כי למרות זאת כחצי מהנחקרים עשו זאת (Buckley, Robben, Friedman & Hyde, 2000).

לפי שעה ברוב בתי חולים הפסיכיאטריים בארץ אסור לקיים יחסי מין במהלך אשפוז, ויש הפרדה בין המינים ככל האפשר. על הצוות המטפל להשגיח שלא יהיו מגעים מיניים בין המטופלים בזמן האשפוז, בין שהוא ארוך ובין שהוא קצר. גם במסגרות שיקומיות כגון הוסטלים אין מדיניות ברורה, ולכן על הצוות להתמודד עם מגוון נושאים בעניין עד כמה שאנשי מעוניינים לעשות זאת. הרצון לסייע נע מהתייחסות חלקית, בעיקר להתנהגויות המאתגרות את הצוות כגון התנהגות מינית לא מותאמת או במענה לשאלות של המשתקמים, ככל שיש, ועד התעלמות מוחלטת מפני זה. הדבר מתמיה במיוחד משום שלרוב מדובר במשתקמים שעל הרצף הם בעלי יכולת שיפוט ויכולת בחירה, ועל מימוש אינטימיות ומיניות להיות חלק מתכנית השיקום וההחלמה וחלק מן השגרה.

גם המחקרים על מסגרות השיקום מציגים נתונים על היעדר תמיכה ו/או התעלמות בנושא של מיניות המשתקמים במסגרות אלה (McCann, 2010). מצב דומה עלה במחקרים גם בסין ובהונג-קונג (Wong & Mak, 2008). אכן יש ממצאים המורים שבמסגרות שיקומיות זכויות בסיסיות של מטופלים בתחום המיניות אינן ממומשות (Torkelson & Dabal, 1999).

הקשיים אצל המטפלים שעומדים מאחורי המדיניות העמומה או המדיניות האוסרת

המדיניות העמומה בנושא נובעת קודם כול מדינמיקה של הימנעות אצל המטפלים בבריאות הנפש: לעתים קיימת תפיסה לא מפורשת את החולים שלפיה רואים בהם רק את המחלה, ולכן נוח להתעלם מהמיניות שלהם ולשכוח שהיא אחד מהצרכים הבסיסיים והמובנים של כל יצור אנושי. כמו כן קיימת הסתכלות פטרנליסטית על החולים ומופעלת הכחשה. למעשה מצטלבות כאן דעות קדומות גם על מין וגם על מתמודדים עם מחלת נפש.

בנוסף קיימת חרדה מציאותית כי הכרזת מדיניות כל שהיא מסמנת קבלת אחריות ואז יש חשש מתביעות. סכנות אחרות הן מחלות מין, היריון, ניצול אדם מוגבל בשיפוטו על ידי פרטנר(ית) ועוד. הערכה קלינית של יכולת מתמודד עם מחלת נפש לקבל החלטה באשר לרצונו לקיים יחסי מין, של מידת החופש שלו והאוטונומיה שלו היא סוגיה מורכבת ביותר. כמו כן קיים חשש שמיניות ויחסים זוגיים יהיו מצע להורות של המתמודדים, שהיא נושא מאיים מאוד על המטפלים שחשים אמביוולנציה עד התנגדות להורות של מתמודדים ויהיה עליהם לקבל על עצמם אחריות ו"לאשר" הורות כזאת או להתנגד לה. המטפלים אינם מעוניינים בכך, בלשון המעטה.

נראה שהנושא של מיניות מעורר אי-נוחות אצל מטפלים שלמרות נאורותם ופתיחותם לכאורה חשים מבוכה בנגיעה בתחום, ולראיה בשרותי טיפול ושיקום בבריאות נפש קיימים דיווחים שנושא זה עולה אך מעט בטיפולים פסיכותראפויטיים ובהדרכות. הדבר מעיד שקיים מכשול פנימי אצל מטפלים. הנושא הוא בבחינת טאבו אצלם והם אינם מדברים עליו. נראה שמטפלים זקוקים לעבודה עצמית על מיניותם שלהם כדי שהשיח בנושא יהיה אפשרי בכלל. התחום היחיד שהנושא מדובר בו קשור למניעת פגיעות מיניות, כלומר ההתייחסות מתחילה בקצה השלילי של החיים המיניים ולא בקצה הנורמטיבי, ונראה שעובדה זו בעלת משמעות.

כמו כן יש מטפלים הרואים בכניסה לתחום זה חדירה לאזור אישי, אינטימי של המטופלים: האם מטפלים יכולים וצריכים לקבל אחריות ולהתיר מגע מיני, כעין "רישיון למגע"? על המטפלים להבין שמדיניות והנחיות ברורות לצוות בנושא יחסים אינטימיים בין המטופלים או ביטוי של מיניות מצד המטופלים עשויות גם להגן על המוסד מפני תביעות או אירועים מצערים. יש הכחשה שיחסים מיניים מתקיימים במוסד עם מדיניות מוסדרת או בלעדית, וללא בקרה הם עלולים לגרום אסונות (ראה להלן), ובכל זאת המטפלים מעדיפים לעצום את העיניים מלראות.

המחירים של ההתעלמות וההימנעות

כפי שתיארנו בסקירה ומניסיונו בפועל, יחסי המין אכן קיימים. מאחר שאין "חדרי התייחדות" בתוך בית החולים, המאושפזים מקיימים יחסי מין בחצר המוסד על הדשא או מקומות מוסתרים, לעתים בצורה משפילה ובלתי ראויה לבני אדם. פעמים רבות הדברים נעשים עד כדי פגיעה בכבוד האדם ובזכויות הפרט, אך מלבד זאת קיימות במצב הנוכחי שתי סכנות חמורות:

- סכנות בריאותיות – לרוב היחסים אינם מוגנים, ולכן מסכנים את בריאותם הפיזית של הצדדים בגלל אפשרות של הידבקות במחלות מין ובאידס. סכנה אחרת היא היריון בלתי מתוכנן בהיעדר שימוש באמצעי מניעה.
- ניצול מיני – קיימת סכנה של ניצול מיני של מתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית שאינם מעוניינים כלל בקשר מיני, או אינם מעוניינים בקשר מיני עם אדם זה או אחר, אך אין להם הכוח והביטחון להביע התנגדות. לעתים השיפוט שלהם בלתי סביר או לקוי מדי, ולכן זקוקים להגנה מצד המטפלים ולהכוונה.

אי-קיום שיח בין המטפלים למתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית בתחום המיניות משדר עמדה שיפוטית שלכאורה אלה צרכים בלתי ראויים ובלתי לגיטימיים. יש כאן חיזוק לרגשי אשם ובושה ללא הצדקה, המתמודד נותר במקום רגסיבי בתחום שהוא חיוני לשיקומו. זאת ועוד, בתהליך הטיפול והשיקום כל נושא הוא רלוונטי, וכל נושא שעולה נידון לבד מהמיניות, והמסר שעולה ממצב זה הוא כי הנושא אינו חשוב דיו, וכי אינו מותר לדיון בשיח הטיפולי.

הדבר יכול להשפיע על אי-היענות לטיפול: לעתים הטיפול התרופתי או מצבים הקשורים במחלה גורמים איך-אונות, ומטופלים רבים מפסיקים טיפוליהם בעקבות זאת ואינם משתפים במצבם בגלל המסר המשתמע מהיעדר שיחות בנושא, ואפשר גם שבעקבות זאת יוחמר מצבם הרפואי. מנגד, בזמן רמיסיה לקיום יחסי מין חלק בשיקום אינטימיות ובניית זוגיות והוא עשוי להיות מרכיב חשוב בהחלמה, ובאי-מתן כלים לטפל בקשיים העולים על רקע זה הצוות הרפואי איננו מקיים רפואה מונעת ומיטיבה עם מטופליו.

דילמות אתיות בתחום

חובת המטופלים היא להגן על המטופלים/משתקמים תוך שמירה על האיזון העדין בין החופש שלהם לבין הגבלתם.

יחסי מין בין המטופלים/משתקמים מעלים קשיים בנושא ההסכמה. מחקר שנעשה בשלושה בתי חולים פסיכיאטריים בדק את טיבם ושכיחותם של היחסים בין המטופלים. ממצאי המחקר מלמדים על קונפליקט בין זכויות הפרט לביטוי מיני לבין צורך להגן על חסרי ישע. במחקר השתתפו גם הצוות המטפל. היה עליו להשיב על שאלון לצורך בדיקת אמינות הדיווח של המטופלים. כ-30% מהעונים היו פעילים מינית בצורה זו או אחרת, ו-10% קיימו יחסי מין. על פי הדיווח של המטופלים, כל המגעים היו בהסכמה, אך למעשה בחלק מהמקרים הדיווח היה שקרי. עוד נמצא שלרוב קיימו הנחקרים יחסי מין לא מוגנים. לא נמצאו הבדלים בין פעילות מבחינה מינית לבין סוג המחלה או משך האשפוז (Warner et al., 2004).

בדוח ועדת שרשבסקי (1991) מודגש הצורך בהגנה על המאושפזים מפני ניצול ותקיפה מינית. מהדוח עולה כי אכן במסגרות אשפוז פסיכיאטרי היו מקרים של אירועי פגיעה וניצול מיני באנשים המאושפזים. לדוגמה, מאושפזים הנמצאים במצב מאני ואינם בעלי כושר ריסון עצמי עשויים ליזום פעילות מינית הפוגעת בהם עצמם, או אנשים הנמצאים במצב פסיכוטי או בלבולי, ובהיעדר כושר שיפוט וריסון יוזמים פעילות מינית לא מבוקרת או נענים לדרישות לפעילות כזו. עוד דווח על מקרים של הריונות ולידות אצל מאושפזות, שהרו בזמן שהותן במחלקה פסיכיאטרית. לפעמים נאלץ הצוות המטפל להסתיר מידע על קיום יחסי מין בזמן האשפוז מפני בני זוגם של המאושפזים לצורך מניעת פירוק המשפחה. לצד עדויות אלו מדגיש המסמך את הצורך בשמירה על זכות המטופל לחירות מפגיעה בגופו ומחייב את הצוות המטפל להגן על המאושפז מפני פגיעה מינית (שרשבסקי, אברבוך, הלפרין, ישראלי וסקלי, 1991).

המלצות הדוח כללו דרכים לצמצם את הסיכון לפגיעה, למשל אשפוז במחלקה חד-מינית במקרה הצורך: "יש חובה מוחלטת לאשפוז חולה נפש במחלקה חד-מינית אם החולה או אפוטרופסו דורשים זאת, או אם קיימת אינדיקציה רפואית לכך (כגון התנהגות מינית חסרת שליטה)".

מנקודת מבטו של החוק, על כל נותני השירות בטיפול ארוך טווח לנסות ולמצוא את האיזון בין חירות הפרט, שיש לאפשר למטופלים, למחויבות שלהם להגן על המטופלים מפני פגיעה שיכולה להיות קשורה לפעילות מינית (Fiesta, 1997). אך אין הדבר פשוט – קשה להגן על המטופלים מפני פגיעה מינית מחד ולהימנע מלקיחה מהם את זכויות הפרט מאידך (Sy, 2001). קיימת הסכמה שיש צורך בשמירה על זכויות המאושפז לזמן ממושך, ושיש לו זכות לקיים יחסים בהסכמה. יש להביא בחשבון שמחלה נפשית כשלעצמה איננה הופכת את האדם לחסר ישע, ושנית, חולים במחלה נפשית אינם מאבדים את זכותם לפרטיות ולאינטימיות באשפוז ממושך (Dobal and Torkelson, 2004).

שלילת החופש באשפוז פסיכיאטרי היא תופעה עולמית שכיחה. ראיונות עומק עם מאושפזים במחלקות אקוטיות נערכו במסגרת מחקר שמטרתו הייתה לבחון את ראייתם של המטופלים בנושא. בין סוגים של שלילת חופש במחלקות אקוטיות היו הגבלה לעזוב את המחלקה והגבלת תקשורת, החרמת רכוש ואמצעי כפייה שונים. חוויות המטופלים בנוגע לשלילת החופש שלהם היו שליליות אם כי היו שראו בכך רציונל של חלק מהטיפול בבית חולים (Kuosmanen, Hatonen, Malkavaara, Kylma, & Valimaki, 2007). בשנים האחרונות נבדקים מחדש נושאים של זכויות הפרט במוסדות אשפוז פסיכיאטריים, ומודגש הנושא של הגנה על זכויות הפרט של מתמודדים בנושאים שונים, כולל הגנה משפטית, שמירה על כבוד ופרטיות באשפוז, זכויות כלכליות, זכויות לתקשורת, אשפוז בסביבה נאותה, פרטיות ועוד (Kingdon, 2004).

מסקירה ביקורתית של ספרות בנושא המיניות שנעשתה על ידי החוקרת מקאן (McCann, 2003) עולה כי הנושאים העיקריים שבהם דנה הספרות הם מניעת מחלת האיידס, טיפול תרופתי והפרעה בתפקוד המיני, צרכים מיניים, יחסים אינטימיים, תכנון משפחה, מדיניות וחינוך מיני. בין הממצאים בלט חוסר ידע באשר למבט סובייקטיבי של הצרכנים בהגדרת צורכיהם, ובעקבות זאת קושי בפיתוח תכניות טיפול מתאימות. מקאן סבורה כי על מחקרים עתידיים בבריאות הנפש להפסיק להתמקד בהתנהגויות "מסוכנות" ולהכליל מענים טיפוליים פוטנציאליים לכל התחום של המיניות.

לדעת החוקרים, בטיחות ורגישות אינן בהכרח ניגודים (Dein & Williams, 2008). אמנם מדובר באוכלוסייה פגיעה וחסרת ישע, אך אפשר לכבד את זכויות האדם שלהם ליצירת זוגיות ואינטימיות ולנקוט מדיניות ברורה אשר תקבל את מיניותם ותסייע בניהול יחסים בטוחים הן בתוך היחידה והן מחוץ לה לאחר שיחזרו לקהילה. על מדיניות כזאת להביא בחשבון חקיקה רלוונטית תוך הגדרת יחסים עם מישהו שאינו מסוגל לסרב בשל אופי המחלה שלו – לא חוקיים. יש לזכור כי גם במחלקות חד-מיניות קיימת אפשרות של פגיעה מינית על ידי יחסים עם אותו מין, אך יחסים חד-מיניים בהסכמה מקובלים באותה מידה בתוך או מחוץ למוסד. הקריטריון המרכזי הוא בטיחות והסכמה. היבטים נוספים של בטיחות כוללים הגנה מפני מחלות מין, קבוצות לחינוך מיני ואורח חיים בריא אשר יהיו זמינים לכל המטופלים. יש לספק אמצעי מניעה (קונדומים או תרופות) ולאפשר דיון בקשיים בתוך קבוצות או פגישות פרטניות לביטוי תשכול שלעתים קרובות מלווה את המחלה בתחום זה (Dein & Williams, 2008).

להלן נציג מקרים להמחשה (נכתבו על ידי איש צוות בהוסטל לצעירים ואיש צוות במחלקה לחולים ממושכים)

1. נעמית, רווקה בת 25 ילידת הארץ, מתמודדת עם סכיזופרניה ונמצאת במעקב אצל פסיכיאטר מטפל בשירות ציבורי. נעמית בת יחידה להוריה, אביה מתגורר לבדו בעיר בצפון. הוא סובל מהנמכה קוגניטיבית ומתקיים מקצבת נכות. נעמית יוצאת לביתו בסופי שבוע. אמה מאושפזת זה שנים רבות במוסד פסיכיאטרי בדרום הארץ, ואין ביניהן כל קשר. רוב שנות חייה התגוררה נעמית בבית סבתה, אך בשנתיים האחרונות טרם כניסתה להוסטל התגוררה עם אביה. ניכר קשר מורכב ובעל גבולות בעייתיים בין נעמית לבין דודיה (אחי אביה), ונראה כי כולם מעורבים בחייה, וטרם כניסתה להוסטל בחייה שהתנהלו בכאוס טרם כניסתה להוסטל. עולה חשד לפגיעה מינית בהיסטוריה של נעמית, אך החשד לא הוכח. משהתקשתה לדאוג לעצמה ולנהל את חייה באופן עצמאי הוחלט לשלב אותה בהוסטל לצעירים באזור מגוריה. נעמית הגיעה להוסטל עם מיומנויות חיים בסיסיות ביותר (היגיינה, תקשורת בין-אישית, תעסוקה, ניהול קשרים זוגיים וכיו"ב), ובשנה האחרונה ניכר כי מידת העצמאות שלה גדלה מאוד ומחויבותיהם התרחבו. היא רכשה מיומנויות רבות שסייעו לה בפיתוח העצמאות ובקבלת אחריות רבה יותר על חייה. **בעבר** (בזמן שגרה אצל משפחתה) נהגה נעמית להתרועע בחברתם של גברים, לעלות לרכבים זרים, להצטרף לגברים שפגשה ברחוב ולישון מחוץ לבית פעמים רבות, וככל הנראה הייתה מקבלת מגברים אלו דבר מה בתמורה (כסף, סיגריות, אוכל). מאז כניסתה להוסטל ניהלה נעמית שתי מערכות יחסים מוצהרות עם גברים, ובהן מערכת יחסים אחת של כמה חודשים עם דייר בדור מוגן, והשנייה עם בחור שהכירה ברחוב (היא הביאה אותו להוסטל שנכיר אותו, לבקשתנו). בין הקשרים האלו ולעתים אף תוך כדי היא קיימה יחסי מין אורליים עם גברים נוספים (דיירים הגרים בדור מוגן קבוצתי בסמיכות להוסטל). את הדברים האלו שמענו בעקיפין מדיירים ששמעו על כך. לעתים נעמית מאחרת להגיע להוסטל מעבודתה, ועולים חשדות שהיא מאחרת בגלל קיום מגע מיני עם גברים שהיא פוגשת בדרך. נראה כי מערכות היחסים האלה התבססו בעיקר על סיפוק הצרכים החומריים, ואולי בשל הדחפים המיניים שלה והצורך שלה בחום ומגע, כדבריה. לא הצלחנו להבין עד תום מה המניע העיקרי לקיום קשרים אלו. עולה השאלה אם עלינו לאסור על נעמית את קיום הקשרים המזדמנים, לאסור עליה לקחת כסף או כל טובת הנאה בתמורה ליחסי המין, אם אנו רשאים לכך, ואם יש לנו בכלל דרך לאכוף זאת. מצד אחד נראה כי נעמית מסכנת עצמה וכי היא נתונה לניצול, מצד אחר היא עושה זאת מרצונה וללא כפייה, ככל הנראה. התקשינו מאוד לפקח על התנהלותה המינית, וגם כאשר ידענו, התלבטנו כיצד להגיב.

2. רוונה בת 19, רווקה, מאובחנת כסובלת ממאניה דפרסיה. משפחתה מתגוררת בצפון הארץ ומונה זוג הורים, שתי אחיות ואח. היחסים עם הוריה ובעיקר עם אמה סבוכים ומורכבים. הקשר עם האחיות הגדולות טוב יותר, ונראה שהוא עשוי לתרום ולקדם את תהליך השיקום עם הנחיה והכוונה נכונה. נראה כי בזמן שהותה בבית הוריה הסתובבה רוונה ברחובות שעות רבות ביום, הכירה גברים ויצרה קשרים בעלי אופי מיני. רוונה טוענת לרוב לניצול של גברים אותה. היא מציגה התנהגות מינית ופרובוקטיבית הן בהוסטל והן במקום עבודתה. מתעקשת להתלבש בגדים חשופים, מפרטטת עם גברים ועם נשים. עם כניסתה למסגרת ההוסטל פיתחה רוונה קשר בעל אופי

מיני/זוגי עם חברה מההוסטל. לאחר ימים אחדים הקשר הסתיים, אך עד היום רונה טרודה בקשר כאשר היא מביעה רצון ועניין למגע פיזי ואינטימיות. גם בקשר זה טענה לכפייה מצד החברה, אך בהמשך התברר כי דווקא ההפך הוא הנכון. רונה טוענת שהוטרה מינית על ידי גברים זרים, אך מצד המשפחה נשמעת אמירה מעורפלת על הטרדה מינית שעברה רונה על ידי בן משפחה, בגיל צעיר, אך רונה אינה מדברת על כך בשום צורה ואופן. בצד כל ההיסטוריה הזו ההתנהגות שאתה אנו מתמודדים בהוסטל היא התעסקות תמידית של רונה במין ומיניות. כל גבר חדש הנכנס להוסטל היא בודקת את האפשרות לנהל אתו זוגיות, כך גם בעבודה, וזאת בד בבד עם אמירות כי היא דווקא נרתעת מגברים בגלל מה שעברה. כשבמשמרת מוצבים מדריכים גברים מתעוררות בעיות רבות יותר (התנהגויות המצריכות התייחסות כזו או אחרת). גם במקום עבודתה פיתחה קשר זוגי למשך כמה ימים עם חבר לעבודה. רונה נוטה להתעכב לזמן ממושך בדרכה לעבודה ובחזרה ומבקשת עשרות פעמים ביום לצאת להסתובב. כאשר חוזרת טוענת כי גברים מסוימים מסתכלים עליה או פונים אליה. אין אנו יודעים מה קורה בדיוק בזמן שהיא איננה בהוסטל. לא ברור אם דברים נעשו או נעשים בניגוד לרצונה או שהיום קיים מנגנון הפוך שבו היא מחפשת את הקשר והיחס מגברים ומנשים כאחד.

3. יובל הוא בן 35, חולה במחלה פסיכיאטרית כרונית זה הרבה שנים ואושפז באשפוזים רבים. בשנים האחרונות חלה התייצבות ורגיעה במצבו, בין השאר כי הבין שעליו להקפיד לקחת טיפול תרופתי ולהיות במעקב קבוע. הוא שוהה זה כמה שנים במסגרת מחלקה לחולים כרוניים שהיא מבחינתו בית לחיים. אמנם מצבו יציב אך נראה שהסימנים השליליים אינטלקטואליים, רגשית ותפקודית הפכו אותו לאדם מוגבל הזקוק לתמיכה, להדרכה ולמעקב. הוא איננו עצמאי מספיק כדי לעבור להוסטל מתאים ולכן שוהה במסגרת שבה נמצא. לפי שעה מבחינה משפטית הוא ללא אפוטרופסות חיצונית אם כי יש הרהורים בצוות המטפל להגיש בקשה למנות לו אפוטרופוס.

יובל פעיל מינית במשך כל השנים האחרונות. היו לו כמה מערכות זוגיות קבועות עם נשים מהמחלקה או מחוץ למחלקה (חולות גם הן במחלת נפש) וכנראה קיים אתן יחסי מין. היו לו גם כל מיני בנות זוג מזדמנות, שגם אתן כנראה קיים יחסים (לא דיברו אתו על כך מעולם, אך הצוות ידע לכאורה). הצוות התלבט לא פעם בשאלה אם הוא מנצל את אותן נשים, אך על פני הדברים נראה כי הן היו מעוניינות בכך (גם אתן לא דיברו על כך מעולם). לאחרונה ראו אותן מקיים יחסי מין בשירותים של המחלקה עם מטופלת, ופעם אחרת התברר שקיים יחסי מין על מיטתו בחדרו שבמחלקה בנוכחות מאושפז אחר. כשהעירו לו על כך, הוא טען (במידה גדולה של צדק) שאין מקום אחר.

כל המקרים האלה מעלים דילמות הקשורות מצד אחד להערכה הקלינית של מצב המטופלים, כולל בוחן המציאות, יכולת להחליט, סוגסטיביות יתר ותלות יתר (ואין לכך כל קשר עם מצבם המשפטי), ומצד אחר קשורות הדילמות לשאלת מקומו של הצוות המטפל ברצף של התערבות פטרנליסטית מצד אחד עד להעצמה של כל המעורבים מצד אחר על ידי מתן לגיטימציה, מידע רפואי ואחר, מניעת היריון ועוד. מתי ימצא שיש לאסור על מטופל לקיים יחסי מין פן ינוצל? האם הדבר אפשרי, האם הדבר רצוי? מה צריך לראות ביחסי מין חולפים, האם לראות בהם סיפוק צרכים לגיטימיים או שיש לנקוט עמדה ש"מיניות בוגרת" (היש דבר כזה?) חייבת להיות במסגרת זוגיות קבועה בעלת רבדים רגשיים ואחרים – האם אין מדובר בעמדה מוסרנית?

מדיניות בית החולים/המסגרת השיקומית חייבת למצוא איזון בין זכויות המאושפזים ליחסים אינטימיים בזמן האשפוז לבין חובת המוסד לקבל על עצמו אחריות ולהגן על המטופלים מפני פגיעה. על החלטות המוסד באשר למדיניות בדבר המיניות להתייחס לנושאים של חוקיות, אתיות ובריאות המעורבים.

החוקרים בתחום ממליצים על כמה מרכיבים חשובים בהגדרת המדיניות בנושא יחסים אינטימיים במחלקות: 1. הגדרה ברורה של התנהגויות; 2. אוטונומיה של המטופל; 3. זכויות הפרט; 4. מיניות בני אדם ויחסים בין-אישיים; 5. אמצעי מניעה; 6. חינוך מיני של המטופלים; 7. הכשרת הצוות; 8. הנחיות מפורטות לצוות להתמודדות עם נושא יחסי מין, בהסכמה ולא בהסכמה, בין המטופלים (Buckley, Hogan, Svendsen & Gintoli, 1999).

לאחר חשיבה מעמיקה בנושא וקריאת ספרות בנושא אפשר להסיק כי איסור גורף על קיום יחסי מין אינו סביר. יחסי המין בין המטופלים מתקיימים בבתי חולים ובמסגרות שיקומיות אחרות, בין שאוסרים עליהם ובין שמאפשרים אותם. אין אפשרות מעשית למנוע יחסי מין במסגרות שיקום, ומלבד זאת האיסור פוגע בזכויות הפרט וחירותו. יש להעלות את נושא יחסי המין לדיון בישיבות צוות. חשוב לבדוק בכל מקרה לגופו אם קיים ניצול מיני של חסר ישע. יש צורך בפיתוח תכניות של חינוך מיני במסגרות שיקום בשביל המטופלים. פיתוח תכניות הכשרה

לצוות עצמו, אשר אמור לספק מענה הולם ומכבד לצרכני השירות, חשוב אף הוא. על מדיניות של מסגרות השיקום בנושא יחסים אינטימיים להקצות "חדר התייחדות" בתוך המסגרת. במאמץ משותף אפשר וחשוב לשמור ולהגן על חסרי ישע ועל זכויות האדם וכבודו.

אכן עולה כאן ביתר שאת שאלת האחריות הקלינית: קיימים מטופלים לוקים מאוד ויש להגן עליהם, אך יש לזכור כי גם לאנשים מוגבלים יש זכות למיניות, וקשה להעריך למי מהם יש יכולת שיפוט, באיזו מידה ומתי, ומכאן ההכרח להחליט אם לאפשר או להגביל תוך היכרות מעמיקה ומתמשכת עם הנפשות הפועלות. יש להיות מודע לקושי של הצוות הטיפולי לגעת בסוגיה אישית אינטימית, אך נראה כי אין בריחה, ויש ליצור אווירה בקרב הצוות ובינו לבין המתמודדים עם מחלת נפש, שתאפשר דיאלוג תוך מתן כבוד לכל הצדדים. מדובר אפוא במורכבות כפולה.

דין

נראה שהנושא של המדיניות הראויה באשר למיניות של מתמודדים עם מחלות נפש לאורך הרצף של חומרת המחלה מעורר לא מעט קשיים בהרבה רמות, ובראשם קשיים אתיים.

מצד אחד רואים בזכות למיניות זכות אנושית בסיסית, וככל שמתמודדים חיים שנים רבות יותר במסגרות שיקומיות או אחרות, קשה להעלות על הדעת שתימנע מהם זכות זו בקביעות. מצד שני מאחר שחלק מהמתמודדים עם מחלות נפש לקויים ביכולת השיפוט שלהם – מקצתם כדרך קבע ומקצתם כעניין חולף – ומאחר שחלק מהם ניתנים לסוגסטייה וללחצים שונים מפאת מצבם, עולה השאלה אם הרצון לקיים יחסי מין הוא רצונם החופשי ומהי המשמעות של המונח "רצון חופשי" בהקשר זה.

לשאלה זו מתלווה גם שאלה ערכית הנוגעת למהות הקשר – אם הוא מימוש המיניות כסיפוק של צרכים גופניים גרידא או שמא מימושה כחלק מקשר רגשי אינטימי, ובל נשכח את ההקשר התרבותי המורכב (קבוצות אוכלוסייה דתיות-יהודיות ודתיות-ערביות) שמעלה דילמות נוספות.

יש לדעת שהמדיניות בעניינם של מתמודדים עם מחלות נפש שמה את הדגש כיום בהעצמתם, בחיזוק תפקודים נורמטיביים ככל האפשר ובחיזוק האוטונומיה שלהם.

נראה שאין המיניות יכולה להיפקד מהקשר חיוני זה. אך בהתוויית מדיניות בנושא יש להתחשב בצוותים הטיפוליים המלווים אנשים אלה המצויים בסבך של דילמות שונות, שאלות של חדירה לתחום הפרט, שאלות של דאגה כנה לאנשים שבחלקם די מוגבלים, ובעיקר שאלת האיזון הנאות בין התביעות השונות. לכן יש לחתור לכך שלגיבוש המדיניות וקווי הפעולה (guidelines) יהיו שותפים אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש, אנשי משפט ואתיקה, נציגי מתמודדים עם מחלות נפש, אנשי דת (בדבר קווי פעולה לקבוצות אוכלוסייה ספציפיות), כדי לאפשר מימוש של זכות בסיסית למיניות בתנאים נאותים ובכבוד הראוי.

ביבליוגרפיה

זיסמן-אילני י., ורועה ד. (2010). אימהות, זוגיות, אינטימיות ומיניות בקרב נשים המתמודדות עם מחלת נפש קשה: השתמעויות לפרקטיקה ולמחקר. **חברה ורווחה** ל 2, 239-256.

שרשבסקי, ב., אברבוך, א., הלפרין י, מ., הרב יאיר ישראלי, י., וסקלי, ג'. (1991). **דו"ח מסכם של וועדת הבריור לעניין: ההגנה על חולי נפש מאושפזים מפני תקיפה וניצול מיני**. ירושלים.

Buckley, P., Hogan, M., Svendsen, D., and Gintoli, G. (1999). Managing the dilemmas of sexual behavior among inpatients. In P.F. Buckley (Ed.), *Sexuality and Serious Mental Illness*. Newark, NJ: Gordan & Breach Publications.

- Buckley, P. F., and Robben, T. (2000). A content analysis of state hospital policies on sex between inpatients. *Psychiatric Services*, 51, 243-245.
- Buckley, P. F., and Wiechers, I. R. (1999). Sexual Behavior of Psychiatric Inpatients: Hospital Responses and Policy Formulation. *Community Mental Health Journal*, 35(6), 531-536.
- Cook A. Judith. (2000). Sexuality and People with Psychiatric Disabilities. *Sexuality and Disability*, 18, 3, 195–206.
- Dein, K., and Williams, P. S. (2008). Relationships between residents in secure psychiatric units: are safety and sensitivity really incompatible? *Psychiatric Bulletin*, 32, 284-287. PAUL SIMON WILLIAMS
- Dobal, M. T and Torkelson, D. J. (2004). Making Decisions About Sexual Rights in Psychiatric Facilities. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(2), 68–74
- Fiesta, J. (1997). *Legal implications in long-term care*. Boston: Delmar Publishers.
- Ford, E., Rosenberg, M., Holsten, M., and Tyson Boudreaux, T. (2003). Managing Sexual Behavior on Adult Acute Care Inpatient Psychiatric Units. *Psychiatric Services*, 54(3), 346-350.
- Kingdon, D., Jones, R., and Lonnqvist, J. (2004). Protecting human rights of people with mental disorder: new recommendations emerging from the Council of Europe. *British Journal of Psychiatry*, 185, 277-279.
- Kuosmanen, L., Hatonen, H., Malkavaara, H., and Valimaki, M. (2007). Deprivation of Liberty in Psychiatric Hospital Care: the Patient's Perspective. *Nursing Ethics*, 14(5), 597-607.
- Northcott, R., and Chard, G. (2000). Sexual Aspects of Rehabilitation: the Client's Perspective. *The British Journal of Occupational Therapy*, 63(9), 412-418.
- McCann E. (2003). Exploring sexual and relationship possibilities for people with psychosis: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 640-649.
- McCann E. (2010). The sexual and relationship needs of people who experience psychosis: quantitative findings of a UK study, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 295-303.
- Mossman, D., Perlin, M. L. Dorfman, D.A. (1997). Sex on the wards: conundra for clinicians. *Journal of the American Academy of Psychiatry Law*, 25, 441-460.
- Shildrick M. (2000). Contested Pleasures: The sociopolitical economy of disability and sexuality. *Sexuality Research & Social Policy*, 4(1), 53-66.
- Torkelson, J. D., and Dobal, T. M. (1999). Sexual Rights of People With Serious and Persistent Mental Illness: Gathering Evidence for Decision Making. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 5, 150-161
- Warner, J., Pitts, N., Crawford, M.J., Serfaty, M., Prabhakaran, P., and Amin, R. (2004). Sexual activity among patients in psychiatric hospital wards. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97, 477-479.

הערות למאמר: מיניות במסגרות אשפוז ושיקום פסיכיאטרים: היבטים אתיים

המחברים מציעים להתקין כללים למערכות יחסי המין הקיימים בתוך מסגרות אשפוז ושיקום פסיכיאטרי.

"נראה שיש לחתור לגיבוש מדיניות וקווי פעולה guidelines אשר יגובשו על ידי אנשי מקצוע, אנשי משפט ואתיקה ונציגי מתמודדים עם מחלות נפש, אנשי דת (לגבי קווי פעולה לאוכלוסיות ספציפיות) וזאת על מנת לאפשר מימוש של זכות בסיסית למיניות בתנאים נאותים ובכבוד הראוי".

המחברים מציינים שכיום אין מדיניות כוללת וכי:

"ברוב בתי החולים הפסיכיאטרים בארץ, אסור לקיים יחסי מין במהלך אשפוז, ויש הפרדה בין המינים ככל האפשר. צוות המטפל אמור לשמור שלא יהיו מגעים מיניים בין המטופלים בזמן האשפוז, בין אם הוא ארוך ובין אם הוא קצר". הם מציינים ש'גם במסגרות שיקומיות כגון הוסטלים אין מדיניות ברורה"

למרות שבמסגרות האשפוז מתוארת המדיניות כברורה, אך היא אינה מתאימה לדעת המחברים. והם מציינים:

"זה לא מציאותי לאסור על קיום יחסי מין. בפועל, היחסים מתקיימים בין אם אוסרים עליהם ובין אם לא, קיימת מדיניות או לא."

וכן:

"איסור גורף על קיום יחסי מין אינו סביר. יחסי המין קיימים בין המטופלים בבית חולים ובמסגרות שיקומיות אחרות, בין אם אוסרים ובין אם מאפשרים זאת."

ההנמקה זאת אינה טובה בעיניי לביטול האיסור. האם נבטל איסורים שבחוק רק כיוון שרבים עוברים עליהם? ההנמקה צריכה להיות קשורה לדרך בה רואים את המצב הנאות. אם רואים את תחום המיניות כחלק מחיים נורמליים, וכחלק מן הזכות לאוטונומיה של הפרט – הרי זה הנימוק לביטול האיסור הגורף ולניסוח כללים.

במאמר נעשה ניסיון לשרטט את מורכבות הנושא ובניגוד ללשון הכותת, מדובר לא רק בהיבטים אתיים, אלא גם בצדדים משפטיים, כאחריות המטפלים והרצון להימנע מתביעות. הנושא אכן רלוונטי ביחס לאשפוז פסיכיאטרי ממושך ובמסגרות שיקום, אך לא ביחס לאשפוז קצר. טופל באשפוז קצר יכול, לדעתי, להמתין עד לשחרורו מן האשפוז, ולשוב ולנהל את חייו המין שלו כראות עיניהם.

המחברים ממתארים את מגוון הסיבות לקשיי המטפלים בבריאות הנפש, והם מציעים לפתורם באמצעות ניסוח מדיניות וכללים. גישה זאת היא פטרנליסטית, ומעלה חשש כי קביעת מדיניות עלולה להפוך לנטילת אחריות, שמצדה עלולה לגרור גם תביעות מצד מטופלים. גם לא ברור על מה מסתמכים מחברי המאמר באמירתם כי הנושא מעורר לא מעט אי נוחות בקרב המטפלים, וכי המטפלים זקוקים לעבודה עצמית בנושא מיניותם שלהם, כדי שהשיח על נושא זה יהיה אפשרי. העובדה שנושא זה אינו עולה לעתים קרובות בטיפולים פסיכותראפויטיים ובהדרכות, אינה מוכיחה זאת. אפשר למצוא סיבות נוספות לאי-העלאת הנושא – למשל, שהמטופלים מוצאים פתרונות בכוחות עצמם, ואינם רואים צורך להעלות את הנושא בשעה הטיפולית.

האם מטופלים פסיכיאטריים הם חסרי ישע? הנושא עולה במאמר בהדגשים שונים. בפרק "דילמות אתיות בתחום" נכתב שמדובר ב –

"קונפליקט בין זכויות הפרט לביטוי מיני וצורך להגן על חסרי ישע".

ובהמשך נכתב –

”אומנם מדובר באוכלוסייה פגיעה וחסרת ישע...”.

לעומת אלה, בעיניי ראוי וחשוב להדגשת דווקא אמירה שונה במאמר זה עצמו:

”חייבים לקחת בחשבון שמחלה נפשית לכשעצמה לא הופכת את האדם לחסר ישע”.

רמת השיפוט של מטופלים, ויכולתם לומר **”לא”** כאשר אינם מעוניינים בקיום יחסי מין, יכולה לעבור שינוי מעת לעת. ייתכן שגם באשפוז כפוי, במצב נפשי חריף, יש ספק לגבי יכולת ההסכמה ויכולת השליטה של המטופלים. המסקנה יכולה להיות שרצוי להשאיר את האיסור על יחסי מין גם במסגרות הסגורות, כפי שמקובל באשפוז הקצר.

יש לציין שאשפוז במחלקות חד-מיניות אינו פתרון, כיוון שייתכנו מצבים של ניצול מיני גם במסגרות מסוג זה, כפי שמוכרים דיווחים על מצבים דומים גם בבתי כלא.

נושא היכולת של מאושפזים ומטופלים פסיכיאטריים להחליט בדבר התנהגותם המינית, משיק לדיון דומה בשאלת ה”הסכמה מדעת של מטופלים פסיכיאטריים”¹, שנדון בכתב עת זה בעבר, במאמר תגובה למאמרו של כבוד השופט (בדימוי) י’ בנאי. להלן כמה משפטים שנכתבו בשעתם:²

”רוב האנשים שהם בעלי אבחנה פסיכיאטרית, כולל אבחנה של פתולוגיה חמורה, הם אנשים האחראים למעשיהם בפני החוק, אחראים על גופם ועל רכושם”.

”המסקנה המתבקשת מכל הנושאים שהבאתי היא שגם במטופלים מתחום בריאות הנפש הפונים לטיפול רפואי (אשפוזי או מרפאתי) או לטיפול בתחום בריאות הנפש, כולל פניה לאשפוז פסיכיאטרי, ואפילו בהתייחסות לאנשים עם אבחנה של מצב פסיכוטי – יש לשמור ככל הניתן על ההליך של ההסכמה מדעת כפי שהוא מופיע בחוק זכויות החולה. רק באותם מקרים שבהם מתרשם המטפל (רופא כללי, רופא מומחה או איש בריאות הנפש) שהמטופל חסר יכולת או כשירות להבין ולתת הסכמה, יפעל המטפל לחפש עבורו אפטרופוס או בא-כוח”.

במקביל, להערכתך, הנחת העבודה צריכה להיות שהמאושפזים באשפוז ממושך או במסגרות שיקום, הם בעלי יכולת להחליט על קיום יחסי מין או על סירוב להיענות לפנייה לקיום יחסי מין. ורק באותם מקרים בהם המטפל מתרשם שהמצב אינו כזה, תיעשה הערכת יכולתו של המאושפז להסכים או לסרב בעניין זה. הדרכים להערכה כזאת, עשויות להיות נושא לדיון בוועדה שתוקם, כהמלצת מחברי המאמר.

נושא ההתנהגות המינית במסגרות אשפוז ושיקום פסיכיאטרי הוא חשוב, ומאמר זה תורם להעלאתו למודעות על היבטיו השונים שכולם חשובים.

יורם צ. צדיק, פסיכולוג קליני בכיר

1 צדיק י.צ., הסכמה מדעת של מטופלים פסיכיאטריים (בעקבות מאמרו של השופט בדימוס יצחק בנאי “החלת הוראות חוק זכויות החולה על חולי הנפש”). **רפואה ומשפט**, גליון מס' 29, נובמבר 2003, 182-183.

2 בנאי י., החלת הוראות חוק זכויות החולה על חולי הנפש. **רפואה ומשפט**, גליון מס' 28, מאי 2003.