



הסכמה מדעת בטיפול בהפרעות אכילה

למשל דרך מתן סמכות החלטה שכזו בידי הפסיכיאטר המחוז. תחום הפרעות האכילה, כאחד התחומים המייצגים באופן מובהק את החיבור שבין גוף ונפש, הוא חריג, ויוצר בשל כך דילמות שחלקן משותפות לתחומים מקצועיים אחרים וחלקן ייחודיות לפסיכולוגים העוסקים בתחום זה.

הפרעות האכילה הן הפרעות נפשיות המאופיינות בסירוב המטופלת' לאכילה כפי צורכי הגוף². הבעיה הייחודית להפרעות האכילה היא שבעוד שבמצבים הפסיכוסטיים ניתן לקבוע שהסירוב לקבלת טיפול נובע מכך שהמטופל אינו מודע למצבו ולמעשיו, הרי שכאשר מטופלת סובלת מאנורקסיה, לרוב אין אפשרות לקבוע

אבחנתית שסירובה לאכול נובע מחוסר מודעות למעשיה. המאפיין את ההפרעה הוא העובדה שההתנהגות מסכנת בריאות, ולעיתים אף מסכנת חיים, מונעת מהמוטיבציה של המטופלת, שבמקרים הקשים גם אינה חשה רצון לשנותה.

שרב־איפרגן (2017) ממחישה באופן חד את המורכבות בהתמודדות עם מטופלות הסובלות מהפרעת אכילה: "השאלה האתית הנוגעת למחויבות ולאחריות שלנו כלפי חיינו של אדם אחר לצד זכותו לעשות בהם כרצונו, כולל פגיעה עצמית, סבוכה וחייבת להישקל תמיד בכובד ראש על הפרדוקס העמוק, שאינו ניתן לפתרון, הטבוע בה. אין ספק שיש לעשות כל מאמץ כדי ליצור תנאים שיזמינו את המטופלת להגיע לטיפול או לאשפוז מרצונה. עם זאת, אנו נתקלים בעבודתנו במטופלות שנסוגו למצב מחלתי כה עמוק, שההזמנה לטיפול כבר אינה יעילה עבורן. הן מרעיבות עצמן למוות, אך נראה שאינן ערות כלל לסכנה או לקיום מצוקה רגשית וכן לצורך שלהן בטיפול ובחיים. ניתוק זה מידיעה רגשית אודות החשיבות של קיומן הפיסי והרגשי מעורר אי נוחות כשדנים בשאלות של רצון עצמי ובחירה חופשית. במפגש איתן יש תחושה שהן נעדרות, שהעצמי נעדר, מה שמעורר את השאלות: האם יש שם מישהי קיימת דיה כדי לבחור, והאם יש דרך להודיע לה על קיומה, שנראה שאינה יודעת אותו?"

בשפתה הטיפולית מנסה שרב־איפרגן לאפיין את המורכבות האתית והטיפולית שבה נתקלים אנשי בריאות הנפש בבואם להתמודד עם החולה האנורקטית שאינה רוצה לשנות את התנהגותה, למרות שהיא פוגענית ולעיתים בעלת פוטנציאל לסכן את חייה.

מנקודת מבט מקצועית-אתית, מצבים אלו כרוכים בקונפליקט

הסכמה מדעת לקבלת טיפול רפואי ונפשי היא תנאי מקדים והכרחי להתחלת טיפול. הן חוק זכויות החולה והן כללי האתיקה של הפסיכולוגים ברורים מאוד ביחס לכך. פרק ד', סעיף 13 א' בחוק זכויות החולה (התשנ"ו-1996) קובע בבירור: "לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת לפי הוראות פרק זה".

גם קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל (2017) החלטי בסוגיה זו. סעיף 5.1 בקוד, "הסכמה מדעת להתערבות מקצועית", קובע: "ההסכמה מדעת הנדרשת מהלקוחות וממייצגיהם החוקיים תוצג כתנאי לקיומה של ההתערבות. ההסכמה מדעת יכולה להתקבל בחתימת הלקוח או מייצגיו או בהיגדיהם שבעל-פה".

לכאורה, אין ברור מכך. הנחיות וכללים אלה נובעים ישירות מחוק יסוד כבוד האדם וחירותו, הקובע כי "זכויות היסוד של האדם בישראל מושגות על ההכרה בערך האדם, בקדושת חייו ובהיותו בן-חורין, והן יכובדו ברוח העקרונות שבהכרזה על הקמת מדינת ישראל". ואכן, כמעט בכל מקצועות הבריאות אין קושי במתן עזרה רפואית הכרוכה בויתור זמני על חירות הגוף, מאחר שרצונו של החולה להבראה נמצא בהלימה עם הצורך בויתור זמני על חירות גופו לצורך תהליך הריפוי.

יחד עם זאת, קיימים מצבים חריגים שבהם, למרות הצורך הרפואי, אין האדם בעל יכולת לקבל החלטה מודעת בשל מצבו. לצורך הטיפול במצבים אלה קיימת האפשרות בחוק זכויות החולה לחרוג ולתת טיפול ללא הסכמת המטופל במצבים שבהם "מצבו הגופני או הנפשי של המטופל אינו מאפשר קבלת הסכמתו מדעת" (סעיף 15(א)). החוק מפרט ואומר שבנסיבות שבהן נשקפת למטופל סכנה חמורה והוא מתנגד לטיפול רפואי יכולה ועדת האתיקה הרפואית לאשר טיפול שצפוי לשפר משמעותית את מצבו של המטופל למרות התנגדותו. אפשרות זו מצוינת גם ברישא של קוד האתיקה המקצועית של הפסיכולוגים בישראל (2017).

בתחום בריאות הנפש קיימים מצבים מגוונים שבהם אין האדם בעל יכולת לקבלת החלטה מודעת על מצבו. הבולטים באלה הם המצבים הפסיכוסטיים, כלומר מצבים נפשיים, לרוב זמניים, שבהם אין האדם מודע באופן מלא למעשיו. בשל כך הוגדרו אופנים וכללים ממוסדים לקבלת החלטות רפואיות ללא הסכמת המטופל,

¹ קיים רוב של נשים הסובלות מהפרעת אכילה, למרות שאין זו הפרעה ייחודית לנשים.

² קיימות הפרעות אכילה מגוונות ואולם לצורך כתיבה זו ההתייחסות היא לאנורקסיה נרזוזה, הפרעת האכילה מסכנת החיים ביותר מבין הפרעות האכילה.

משולחנה של ועדת האתיקה

הטיפול לטווח קצר בחולות אנורקסיה, במדדים של עלייה במשקל והצטרפות לתוכניות המשך טיפוליות, טיפול כפוי נמצא יעיל בדומה לטיפול מרצון.

יחד עם זאת, סוגיית נטילת החירות של המטופלות להחליט על גופן הינה סוגיה מקצועית-אתית כבדת משקל, ואנשי המקצוע המתמחים בחולות אנורקסיה חלוקים ביחס אליה, בשל המורכבות הרבה של הנושא. את הדילמה הכרוכה באשפוז כפוי באותם מקרים קשים מתארת היטב שרבי-איפרגן במקרה קליני של מטופלת שאושפזה באשפוז כפוי באחת המחלקות בארץ. המטופלת אומרת על מטופלת עם אנורקסיה קשה, הסובלת מהפרעת אכילה מסכנת חיים: "אצל מטופלת זו לא רק חודשה האכילה התקינה, אלא התרחשה גם האפשרות לתפוס מקום פסיכולוגי בעולם, ולהיות בעלת רצון לחיים ולשגשוג. אך עם כל הדברים החיוביים הללו, עוד תקופה ממושכת מאוד לאחר האשפוז המשיכו ללוות אותה סיוטי לילה חוזרים ונשנים של תחושות כאב והשפלה בשל חוויית הכפייה באשפוז" (שרבי-איפרגן, 2017, עמ' 224).

בהקשר לדילמה המוסרית-אתית המתוארת כאן, הדורשת מהמטפל לפעול מקצועית בתוך שבין כפיית טיפול על אדם לצד המחויבות לקידום הרווחה הנפשית ולערך החיים, ניתן להזכיר כאמור את עיקרון א' לקוד האתיקה (2017):

"בעבודתם המקצועית יפעלו הפסיכולוגים לקידום רווחת הנפשית של הלקוח ולמזעור סבלו. זאת על פי שיקולים מקצועיים ומתוך הכבוד הראוי לאדם, לערכיו, לזכויותיו, להגדרתו העצמית ולאוטונומיה שלו, כל עוד אלו אינם פוגעים באלו של האחר. פסיכולוגים יהיו ערים לדילמות מוסריות וקונפליקטים אתיים המתעוררים בעבודתם. במצבים של ניגוד אינטרסים או כאשר נוצרים קונפליקטים בין מחויבויות מתחרות, על הפסיכולוגים לעשות כל שביכולתם כדי להגיע לפתרון שיאפשר להם למלא את תפקידיהם בצורה מקצועית ואחראית, והם יפעלו כדי למנוע נזק אפשרי או למזער אותו ככל האפשר."

בדילמות המקצועיות-אתיות המורכבות העולות במצבים של כפיית טיפול בחולות אנורקסיה קשות הפסיכולוג מחויב לפעול לקידום רווחתה הנפשית של המטופלת שלו תוך שאיפה לשמירה על חיה ותוך מזעור ככל הניתן של הנזק הנפשי.

נראה שסוגיית ההסכמה מדעת ונושא האשפוז הכפוי במצבים מסכני חיים ימשיכו ללוות את אנשי המקצוע העוסקים בהפרעות אכילה, תוך התמודדות מתמדת עם לבטים אתיים ומקצועיים, ובהתנגשות המתקיימת לעיתים בין עקרונות אתיים שונים. במורכבות של קבלת החלטות במצבים של דילמות אתיות מורכבות אין חוקים נוקשים או דרכים פשוטות לפתרון.

לאור זאת, נדרש תהליך זהיר ולעיתים סבוך של קבלת החלטות עבור כל מקרה לגופו. יש לשקול בכל מקרה את כל אפשרויות

בין מחויבות המטפל לשמירה על בריאות המטופל ואף שמירה על חייו, לבין זכות המטופל לאוטונומיה, ובכללה חירותו על גופו. אספקט מרכזי בעקרון האוטונומיה (עיקרון א' לקוד האתיקה) כולל את כיבוד רצונו או החלטתו האוטונומית של הזולת, גם כשזו נתפסת על ידי האחר כמוטעית או מזיקה. עם זאת, קבלת החלטות אוטונומית מותנית גם ביכולתו של הזולת להשתמש בשיקול דעת רציונלי ובמסוגלות (competence) הזולת לבחור.

עיוותי חשיבה ותפיסה המלווים את המתמודדות עם הפרעות אכילה מקשים על הערכת מסוגלות זו. לדוגמה, מטופלת יכולה לתפוס עצמה כבעלת משקל עודף, כשבפועל היא בתת משקל חמור. עיוות תפיסתי זה מעלה את השאלה ביחס להבדל שבין המסוגלות להחליט לבין היכולת לשיקול דעת רציונלי.

Draper (2000) טוענת שהמטפל נדרש לנסות ולהבחין בין שני מושגים אלו. לטענתה, אי-רציונליות יכולה להוות אינדיקציה לחוסר מסוגלות, אך בפני עצמה, אי-רציונליות איננה סמן מוחלט לחוסר מסוגלות.

היא מגדירה שני מצבים עיקריים שבהם מתקיימת חפיפה בין המושגים: מצב שבו שאיפת המטופלת לא לאכול חותרת ומערערת את שאיפתה החזקה יותר לחיות, ומצב שבו הכפייתיות לא לאכול היא למעשה לא רצונית (או מעבר לשליטת המטופלת), ונקבעת על ידי אמונות מוטעות ומעוותות ביחס לגופה. עם זאת, האבחנה של הפרעת האכילה או סירוב המטופלת לקבל את המלצות המטפל או את הטיפול המוצע לה, בעצמם אינם אינדיקציות מספקות על מנת להחליט על חוסר מסוגלות המטופלת לבחור. לדידה של Draper, מטפלים נדרשים לשמור על פתיחות ביחס לאפשרות שחלק מהמטופלים הם למעשה בעלי מסוגלות לסרב לטיפול, ועליהם לפתח מיומנויות מתאימות על מנת לעבוד במתח המתקיים בין כיבוד האוטונומיה של המטופל לבין שמירה על חייו. מיומנויות אלו כוללות, בין היתר, הקשבה זהירה וערה לסיבות המטופלת לסירוב לטיפול. מנקודת מבט אתית, Draper טוענת כי אנשי מקצוע העובדים בתחום זה מחויבים לקבל את סירוב המטופל הקומפלטני להחליט, ובתנאי שהמטופל הוא אכן בעל מסוגלות לכך.

באופן בלתי תלוי במסוגלות המטופל או המטופלת לבחור, נראה שהדילמה האתית המורכבת ביותר כרוכה בהחלטה מתי הפרעת האכילה מהווה סיכון רפואי חמור דיו בכדי לערב טיפול כפוי. במצבים אלו מטפלים נאבקים בשאלות אתיות, מוסריות וחוקיות בנוגע למתי, אם בכלל, ניתן לכפות טיפול על אדם בניגוד לרצונו.

בתי המשפט נוטים לעיתים לאפשר אשפוז כפוי בחולות אנורקסיה המצויות במצבים מסכני חיים, וממנים לחולות קשות אפוטרופוסים לקבלת החלטות רפואיות כמו אשפוז עבורן. Latzer & Zohar Beja (2004) אף מצאו שכשנבדקת יעילות



ועדת האתיקה של הפ"י:

יונת בורנשטיין בר-יוסף - יו"ר
שלומית בן משה, אולגה בס,
ד"ר מיכה וייס, רימון לביא, לימור מאירוביץ,
ד"ר אורלי קמפף-שרף

הטיפול, את הידע המקצועי ביחס ליעילות הפוטנציאלית של כל אפשרות ואפשרות, את הרווחים ואת הסיכונים הצפויים, ואת ההתאמה של האפשרויות השונות למטופל או למטופלת המסוימים. בתהליכים אלו המודעות האתית, על אף המורכבות של הדילמות שהיא מכילה, צריכה להיות בחזית תהליך קבלת ההחלטות של המטפל.

מקורות

1. קוד אתיקה של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל, 2017.
2. שרב-איפרגן, ע' (יולי 2017). פרדוקס: פסיכותרפיה דינמית בטיפול כפוי בחולות אנוקסיה: יצירת הברית והתהליך הטיפולי. שיחות - כרך ל"א, 3.
3. Draper, H. (2000). Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: A limited justification. *Bioethics*, 14, 120-133.
4. Latzer, Y. & Zohar Beja, A. (2014). Compulsory treatment in anorexia nervosa: The case of Israel. *Int. J. Psychiatry & Mental Health*, 2, 131-140.

המשך פינת הפרופיל האישי מעמוד 58

למכונת העונג הקפיטליסטית", רדיקליזם נוקשה או ניהיליזם.

להיכנס אליו כמו גם נושא הגישור בין קבוצות בחברה הישראלית.

מה החזון שלך?

הנחת יסוד: לרוחניות במופעה ההומניסטי (קידוש ערך האדם, חייו וכבודו) והפלורליסטי (ההכרה בריבוי פרספקטיבות והענווה הנלווית לכך) יש פוטנציאל מדהים לקדם את המיטב שבכל אדם וחברה.

החזון: מתוך כבוד עמוק לאוטונומיה של כל אדם ולבחירותיו וההכרה בכך שישנם שערים שונים ומגוונים להיכרות עם מרחב הרוח, החזון שלי הוא הנגשה של נושא הרוחניות ויישומיו לכל אדם. **הייחוד:** חיבור האקדמיה לרוחניות יאפשר לקדם שיח פלורליסטי, ביקורתי ופתוח בנושא ושילוב מחקר והמשגות יחד עם עשייה פרקטית בשדה.

נשאר זמן לפנאי ותחביבים?

האמת, לא הרבה, כי עולם העשייה והחוויה הרוחנית תופס מקום מאוד משמעותי ומרכזי בחיי כולל הקשר עם עמיתיי ורעיי - האנשים הרבים ששותפים עימי בדרך זו. אבל, כמו רבים אחרים, אני נרגעת עם כל מיני סדרות בטלוויזיה, אוהבת סרטים ויש לי כיום חמישה נכדים מקסימים ומתוקים שחלק לא מבוטל מזמן הפנאי מוקדש להם.

מה הקשר בין דפוסי ההתקשרות והממד הרוחני?

תהליכים פסיכולוגיים ותהליכים רוחניים שזורים אלו באלו ומשפיעים אחד על השני. לכל אחד ממרחבים אלו השפעה על האדם ועל הרווחה הנפשית שלו, אושרו ודרכי פעולתו. כך למשל, יש קשר בין דפוס ההתקשרות של אנשים לבין תפיסת עולמם הרוחנית, אבל שינוי בכיוון של התפתחות רוחנית יכול להשפיע גם על דפוסי התקשרות.

מה הם היישומים של תובנות מהמחקר על רוחניות?

המחקר מצביע על קשר בולט ומובהק בין רוחניות למשמעות בחיים ולכן גם לרווחה נפשית, וכן שרוחניות משמשת כגורם שמונע מצוקות וגם כגורם שמסייע בהתמודדות איתן. גיליון זה מוקדש למשל ליישום רוחניות בטיפול נפשי. אבל היבטים מיטיבים של רוחניות לאו דווקא דתית מיושמים לאחרונה גם בתחומי החינוך כמו נושאים של פדגוגיה מתבוננת (contemplative education) בחינוך בטבע, באמצעות מדיטציה, בשימוש בתנועה מודעת ועוד. כך הדבר גם בפרויקט "חכמת הדעת והלב" שמטרתו החזרת הנשמה לחינוך דרך הקניית מיומנויות המאה ה-21. כל אלו מוצאים ביטוי בפעילויות המרכז.

רוחניות מיושמת כיום גם בארגונים וזה נושא נוסף שהמרכז עומד