

פסיכותרפיסטים מול חובת הדיווח.

מאת

יורם צ. צדיק

פסיכולוג קליני בכיר,

מדריך בפסיכותרפיה ובפסיכודיאגנוסטיקה,

מרפאה פסיכיאטרית רמבם ופרקטיקה פרטית

תקציר

הסודיות היא אבן יסוד של הקשר הטיפולי. חובת שמירת הסודיות מעוגנת בחוקים רבים. יש מצבים שבהם מותר להפר את הסודיות, תנאים שבהם יש חובה לענות על שאלות של גורמים מוסמכים ומצבים שבהם יש ליזום דיווח ("חובת דיווח"). הספרות המקצועית עוסקת רבות בנכונות אנשי מקצוע לשבור את הסודיות ולדווח לרשויות, בעיקר בנושא של התעללות בקטינים. שבירת הסודיות בפסיכותרפיה עלולה להביא לפגיעה בקשר הטיפולי, ולכך שאנשים לא יפנו לטיפול בבעייתם ואף ימנעו טיפול מילדיהם הקטינים, או שיימנעו מחשיפת נושאים בעייתיים. מחקר שנערך בארץ ב 1991- וב1994- הראה שנכונות של פסיכותרפיסטים לשבור סודיות מושפעת מגיל הקרבן, זמן ההתעללות ומקור המידע. המאמר דן ב אלטרנטיבות לחובת הדיווח ובשינויים אפשריים ב "חוק למניעת התעללות בקטינים ובחסרי ישע".

פסיכותרפיסטים מול חובת הדיווח.

מאת

יורם צ. צדיק *

הצורך בסודיות ברפואה ובתחום בריאות הנפש

הסודיות היא אבן-יסוד של הקשר הטיפולי. הסודיות היא חלק חשוב באימון של המטופל במטפל, והאימון הוא משאב חיוני ברפואה ובבריאות הנפש. המטופלים דורשים רמה גבוהה של אמון כדי להסכים להיחשף בפני המטפל בצורה שתאפשר אבחנה מדויקת וטיפול מתאים (1). המקור ההיסטורי של שמירת הסודיות הוא בשבועת היפוקרטס, האמירה הקדומה ביותר של סודיות רפואית: "כל מה שאשמע במהלך עבודתי – לעולם לא אגלה". הבסיס של שמירת הסודיות הוא כפול. על פי הגישה התועלתנית (utilitarian) רצוי לשמור על הסודיות כיון שאי שמירתה תביא להימנעות של אנשים מפניה לטיפול רפואי או נפשי. בין הפונים לטיפול, אי שמירת הסודיות תביא להסתרת מידע ועלול להביא לטיפול לא יעיל. הדבר נכון בתחום הרפואה ועוד יותר בתחום הטיפול הנפשי. האימון שנוצר אצל המטופל, עקב ההבטחה של שמירת הסודיות הוא כה קריטי, לפי תיאורטיקנים מסוימים, שפסיכותרפיה תהיה חסרת ערך בלעדיה (2, עמ' 55). על פי הגישה הדאונטולוגית (deontological), הרואה חשיבות בקיום ערכים ללא בדיקת התועלת שבקיומם, המטפלים מעודדים את המטופלים לחשוף מידע אישי ופרטי תוך הבטחה לשמירת הסודיות, ושמירת הסודיות היא חלק מן הנאמנות של המטפל כלפי הבטחותיו וכלפי המטופל (3, עמ' 5). רוב אנשי המקצוע תומכים בשתי הגישות, התועלתנית והדאונטולוגית, כבסיס לשמירת הסודיות, אך הגישה הראשונה היא הנדונה במידה נרחבת יותר בספרות, וגם בהמשך המאמר הנוכחי.

* פסיכולוג קליני בכיר, מדריך בפסיכותרפיה ובפסיכודיאגנוסטיקה, מרפאה פסיכיאטרית רמב"ם ופרקטיקה פרטית

חובת שמירת הסודיות בחוקי ישראל

מספר חוקים עוסקים בנושא הסודיות המקצועית בתחום הרפואה, ובריאות הנפש בכלל זה. נסקור את הסעיפים העוסקים בשמירת הסודיות מהחוקים הכלליים ם ביותר ועד לחוקים ספציפיים לתחום בריאות הנפש ומקצועות טיפוליים המוסדרים בחוק.

חוק יסוד כבוד האדם וחירותו (4) קובע כי כל אדם זכאי לפרטיות ולצנעת חייו. חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981- (5) אוסר על פגיעה בפרטיות של הזולת, ובמיוחד אם קיים הסכם בעניין סודיות, כגון בקשר שחל פסיכולוג עם לקוח. חוק העונשין (6) (סעיף 496) קובע כי:

"המגלה מידע סודי שנמסר לו אגב מקצועו או מלאכתו, שאינו סוד רשמי... ואינו נדרש לגלותו מכת הדין – דינו מאסר ששה חודשים".

וסעיף 117 קובע כי:

"עובד הציבור שמסר, ללא סמכות כדין, ידיעה שהגיעה אליו בתוקף תפקידו לאדם שלא היה מוסמך לקבלה... דינו מאסר שלוש שנים".

חוק זכויות החולה התשנ"ו 1996- (7) קובע (בסעיף 19) כי:

"מטפל או עובד מוסד רפואי ישמרו בסוד כל מידע הנוגע למטופל שהגיע אליהם תוך כדי מילוי תפקידם או במהלך עבודתם".

חוק טיפול בחולי נפש התשנ"א 1991- (8) קובע (בסעיף 42) כי

"מי שהגיעה אליו ידיעה תוך כדי ביצוע חוק זה או בקשר לביצועו, חייב לשמרה בסוד ולא לגלותה...".

חוק הפסיכולוגים תשל"ז 1977- (9) קובע (בסעיף 7) כי:

"מידע על אדם שהגיע למי שרשאי לעסוק בפסיכולוגיה מעיסוקו במקצועי או בעקבותיו, חובה עליו לשמרו בסוד ואינו רשאי לגלותו...".

חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו 1996- (10) קובע (בסעיף 8) כי:

"מידע על אדם שהגיע לעובד סוציאלי במסגרת מקצועו, חובה עליו לשמרו בסוד ואינו רשאי לגלותו...".

בצד חובת הסודיות יש להתייחס גם לחיסיון (Privileged communication), שהוא הביטוי המשפטי של הזכות שלא לגלות מידע למי שמוסמך על פי דין לקבלו. במסגרת פקודת הראיות (נוסח חדש) התשל"א 1971-11, נכללו סעיפים העוסקים בעדות של אנשי מקצוע בתחום הרפואה והטיפול. רופא, פסיכולוג מומחה או עובד סוציאלי "אינו חייב למסור ראייה על דבר הנוגע לאדם שנזקק לשירותו והדבר הגיע אליו תוך כדי עבודתו והוא מן הדברים שלפי טיבם נמסרים" למטפל (רופא/פסיכולוג מומחה, עובד סוציאלי) "בדרך-כלל מתוך אמון שישמרם בסוד, אלא אם ויתר האדם על החסיון או שמצא בית משפט כי הצורך לגלות את הראייה לשם עשיית צדק עדיף מן העניין שיש לא לגלות ה". כלומר, בארץ אין חסיון מוחלט למידע שמגיע לרופאים או לפסיכולוגים או לעובדים סוציאליים ובמקרים רבים בית המשפט מבטל את החסיון משום שהוא סובר שהעדות חשובה לשם עשיית צדק ובירור האמת.

היתרים לשבירת הסודיות

חלק מהחוקים שנסקרו כוללים גם תנאים שבהם מותר להפר את הסודיות ולמסור מידע על מטופל. יש הבדלים בין החוקים השונים.

חוק הגנת הפרטיות (5) מציין שבמשפט פלילי או אזרחי בשל פגיעה בפרטיות, תהא

זו הגנה טובה אם האדם פגע בפרטיות כאשר "הפגיעה נעשתה בנסיבות שבהן היתה

מוטלת על הפוגע חובה חוקית, מוסרית חברתית או מקצועית לעשותה" (סעיף 18(2)(ב)).

בחוק זכויות החולה (7) נקבע (בסעיף 20) כי:

"מטפל או מוסד רפואי רשאים למסור מידע רפואי " כאשר "מסירת המידע הרפואי היא למטפל

אחר, לצורך טיפול במטופל".

ניתן גם להפר את הסודיות במקרה שמסירת המידע חיונית להגנה על בריאות הזולת או הציבור, אך זאת רק לאחר שועדת אתיקה אישרה זאת, לאחר שנתנה גם

למטופל להשמיע את דבריו (סעיף 20(א)5).

בחוק טיפול בחולי נפש (8) נאמר (בסעיף 42(א)) שמותר להפר את הסודיות כאשר

(1) "האדם שעליו המידע הסכים במודע ובכתב לגילוי, וכל עוד לא ביטל בכתב את הסכמתו

האמורה.

(2) גילוי המידע דרוש לדעתו של הרופא המטפל, לשם טיפול באותו אדם או לשם ביצוע חוק זה והתקנות לפיו.

(3) קיימת חובה או רשות בחוק לגלות את המידע

(4) הוא הורשה לכך בידי בית משפט.

"בחוק הפסיכולוגים (9) יש שלושה סעיפים שמתארים נסיבות שבהן מותר

לפסיכולוג להפר את הסודיות:

(1) "גילוי המידע דרוש לדעתו לשם טיפול באותו אדם.

(2) קיימת חובה או רשות בחוק לגלות את המידע.

(3) האדם שעליו המידע הסכים בכתב לגילוי, וכל עוד לא ביטל בכתב את הסכמתו האמורה."

שני הסעיפים האחרונים מופיעים גם בחוק העובדים הסוציאליים (10) (בסעיף מס'

8). בחוק העובדים הסוציאליים תוארו נסיבות נוספות שבהן מותר להפר את

הסודיות:

(2) הגילוי הוא של מידע שנמסר לעובד סוציאלי שלא על ידי האדם שעליו המידע, ובלבד שהעובד

הסוציאלי שוכנע שהמידע דרוש לשם טיפול באותו אדם או בנן משפחתו"

(3) הגילוי הוא של מידע שנמסר לעובד סוציאלי בידי האדם שעליו המידע, ובלבד שהעובד

הסוציאלי שוכנע שהמידע דרוש לשם טיפול בילדיו הקטינים של אותו אדם"

(4) הגילוי דרוש לשם מניעת פגיעה באדם שעליו המידע או באדם אחר."

ומה בדבר חובת המטפל כלפי צד ג' ? אם לדוגמא מטופלת מספרת שקיימה יחסי מין עם פלוני, האם יש למטפל חובת סודיות כלפי אותו פלוני, למרות שאיננו מטופל שלו? האם ויתור על סודיות שנותנת המטופלת מתירה למטפל במקרה כזה לחשוף את קיום היחסים בין המטופלת לאותו פלוני? למרות שאותו פלוני איננו מטופל של אותו איש מקצוע שקיבל את המידע, ניראה שגם לו יש זכות לפרטיות, כפי שנקבע בחוק יסוד כבוד האדם וחרותו (4) ובחוק הגנת הפרטיות (5). על המטפל לא לחשוף מידע שיש בו פגיעה בפרטיות, אלא אם כן מתקיימים התנאים שבהם יש התר או חובה להפר את הסודיות.

למרות הואריאציות השונות בנושא של התנאים שבהם מותר להפר את הסודיות, בחוקים שנסקרו כאן הופיע הסעיף של קיום חובה חוקית למסור את המידע. חובה

חוקית כזו ניתן לחלק לשניים : ולחובה לענות על שאלות, שמוצגות בפני המטפל וחובה ליזום דיווח. יש רשימה ארוכה של מצבים שבהם מטפל צריך לענות על שאלות שמופנות אליו : לבית משפט, לועדת חקירה, לבורר, לקצין תגמולים, למי שמוסמך לנהל חקירה במשטרה, לפוקד בנוגע לאדם המיועד לשרות בטחון, לפקידת סעד לחוק הנוער ולעוד מוסדות וגופים רשמיים, כמו המוסד לביטוח לאומי, מבקר המדינה ועוד (11).

המקרים שבהם מטפל צריך ליזום דיווח ייסקרו בפרק הבא בשם "חובת הדיווח".

חובת הדיווח

1. מניעת פשע

סעיף 262 לחוק העונשין תשל"ז (5) אומר:

"מי שיודע כי פלוני זומם לעשות מעשה פשע ולא נקט את כל האמצעים הסבירים למנוע

את עשייתו או השלמתו, דינו - מאסר שנתיים"

כלומר, אם אדם מתכנן, למשל, לירות באדם אחר, ומספר על כך למטפל שלו, למשל במהלך פסיכותרפיה, הרי על המטפל להחל יט מה הם כל האמצעים הסבירים כדי למנוע את ביצוע הפשע. שיקול הדעת נתון בידי המטפל. האמצעים הסבירים לא בהכרח כוללים דיווח לרשויות, אם כי סביר שבמקרים רבים זו תהיה החלטת המטפל, בנוסף כמובן לנסיון להעלות את הנושא בשיחות, כדי להניא את המטופל מתוכניתו.

מקרה טארא סוף – בשנת 1969, אזרח הודי בשם פודאר למד ארכיטקטורה באוניברסיטת ברקלי שבקליפורניה. לאחר שקשר שלו עם סטודנטית בשם טטיאנה טראסוף לא עלה יפה, הוא פנה למרכז היעוץ לסטודנט והחל בפסיכותרפיה אצל פסיכולוג. במהלך הטיפול הוא סיפר למטפל על כך שהוא מתכוון לרצוח את אותה אשה, שבה היה מאוהב, כיון שניתקה את הקשר עימו. הפסיכולוג, שהתרשם מחומרת האיום, נועץ בשני פסיכיאטרים בכירים, והחליט לפנות למשטרת הקמפוס. הוא מסר למשטרת הקמפוס על כוונות המטופל וביקש שיישלח להסתכלות באישפוז. המשטרה עצרה את האיש, אולם לאחר הכחשתו הנמרצת והת רשמות שהוא שפוי, שיחררה אותו. המטופל חש נבגד על ידי המטפל, ולא חזר לטיפול. כחודשיים אחר-כך רצח את חברתו, טטיאנה טאראסוף. הוריה של הנרצחת תבעו את המטפל ואת שלטונות האוניברסיטה על כך שביתם לא הוזהרה מפני הסכנה הנשקפת לה. הנושא הגיע עד לבית המשפט העליון בקליפורניה, שקבע כי על מטפל מוטלת חובת אזהרה במקרים כאלה. על השפעת פסיקה זו על יחסי מטפל מטופל, בעיקר בארה"ב, נכתבו מאמרים רבים (2,3,12,13), והיא תיסקר במאמר נפרד.

בארץ לא נקבעה פסיקה כזו , אך הד לנושא זה ניתן לראות באחד מן הסעיפים שהוזכר קודם מחוק העובדים הסוציאליים. מותר לעובד סוציאלי להפר סודיות ולדווח כאשר " הגילוי דרוש לשם מניעת פגיעה באדם שעליו המידע או באדם אחר".
 אין סעיפים מקבילים בחוקים הנוגעים בבעלי מקצוע אחרים , וגם כאן מדובר ברשות לדווח ולא בחובת דיווח.

2. חוק כלי יריה

עד חודש יוני 2001 היתה חובת דיווח בנושא נשק על רופאים ופסיכולוגים בלבד (14). תיקון לחוק כלי יריה משנת 2001 (15) הוסיף חובת דיווח לעובדים הסוציאליים ולקב"נים בשרות צה"ל. תיקון זה מתייחס בצורה שונה לעובדים סוציאליים העובדים במערכת הבריאות לעומת אלה שאינם עובדים בה . וכך נאמר בסעיף המתוקן (סעיף 11א') לחוק כלי יריה :

11א. (א) רופא, פסיכולוג, קצין בריאות נפש או עובד סוציאלי במערכת הבריאות , המטפל באדם והסבור כי אם האדם יחזיק בכלי יריה יהיה בכך משום סכנה לאותו אדם או לציבור , יודיע על כך למנהל משרד הבריאות, שיהא רשאי להעביר את הידיעה לצבא ההגנה לישראל.
 11א. (ב) (1) רופא, פסיכולוג, קצין בריאות נפש או עובד סוציאלי במערכת הבריאות , המטפל באדם ושנודע לו כי האדם מחזיק בכלי יריה , ולדעתו יש בכך משום סכנה לאותו אדם או לציבור , יודיע על כך למנהל משרד הבריאות , שיהא רשאי להעביר את הידיעה לפקיד הרישוי וגם לצבא ההגנה לישראל...

(2) עובד סוציאלי המטפל באדם , למעט עובד סוציאלי שחלות עליו הוראות פסקה (1), שנודע לו כי האדם מחזיק בכלי יריה , ולדעתו יש בכך משום סכנה לאותו אדם או לציבור , יודיע על כך למנהל משרד העבודה והרווחה , שיהא רשאי להעביר את הידיעה לפקיד הרישוי וגם לצבא ההגנה לישראל..."

על עובדים סוציאליים שאינם עובדים במערכת הבריאות חלה חובת הדיווח רק לגבי מי שמחזיק בנשק , וההודעה היא למנכ"ל משרד העבודה והרווחה . לגבי רופאים, פסיכולוגים, קב"נים ועובדים סוציאליים במערכת הבריאות , חלה חובת

הודעת מטפל כאשר יש הערכה שקיים סיכון בהחזקת כלי יריה, גם אם אין לאדם נשק בפועל.

4. פגיעה פיזית בנשים

במצבים שלך אלימות חמורה נגד נשים, ומקרים מזעזעים של הכאת ורצח נשים, עולה השאלה האם לדרוש חובת דיווח במצבים כאלה. בזמנו הוקמה ועדה במשרד העבודה והרווחה לדון באפשרות של חובת דיווח לגבי אלימות כלפי נשים. הועדה החליטה בסופו של דבר נגד חובת דיווח, כיון שחששה שבכך יעבור מסר שהנשים הן חסרות ישע. לאחרונה היתה יוזמת חקיקה בנושא זה ע"י חברת הכנסת יעל דיין (16). בתגובה ליוזמה זו כתב פרופ' עמנואל ברמן מאמר (17) בשם "עזרה פטרונית ויהירה". הוא קובע ש"כל הרחבה של חוקי חובת הדיווח הקיימים, הבעייתיים גם כן, תשחוק את הפוטנציאל של הפסיכותרפיה כפינה מוגנת, שבה יכולים אנשים לדבר גם על דברים קשים ולעתים נוראיים בפרטיות גמורה ולחפש פתרונות הנכונים להם אישית, בלי לחץ או כפייה". "התערבות ממשלתית בנוסח 'פיל בחנות חרסינה' מזהיר פרופ' ברמן, עלולה לגרום לעתים למקרי רצח או התאבדות במקום למונעם". בתאריך 19 לדצמבר 2001 התקבל בכנסת תיקון מס' 7 לחוק למניעת אלימות במשפחה, ובו לא נקבעה "חובת דיווח" של מטפל, אלא "חובת יידוע". וזה לשון החוק שהתקבל (16):

"רופא, אחות...עובד סוציאלי...פסיכולוג...שעקב טיפול או ייעוץ שנתן לאדם במסגרת עיסוקו במקצועו או בתפקידו, היה להם יסוד סביר לחשוב כי זה מקרוב נעברה עברה באותו אדם (בסעיף זה – המטופל) על ידי בן זוגו או על ידי מי שהיה בן זוגו בעבר, יידע את המטופל על כך שבאפשרותו לפנות לתחנת משטרה, למחלקה לשירותים חברתיים או למרכז לטיפול ולמניעת אלימות במשפחה מטעם המחלקה לשירותים חברתיים, וייתן לו כתובת ומספר טלפון של המקומות האמורים הקרובים למקום מגוריו של המטופל".

5 סכנת התאבדות

התאבדות איננה מוגדרת כפשע ולכן גם הסעיף בדבר אי מניעת פשע אי ננו תופס בנושא זה. הסעיף בחוק העובדים הסוציאליים (10), המתיר הפרת סודיות במצב ש"הגילוי דרוש לשם מניעת פגיעה באדם שעליו המידע או באדם אחר", מתייחס לרשות לדווח ולא לחובת דיווח. גם הסעיף בחוק הפסיכולוגים (9), המתיר הפרת סודיות כאשר

"גילוי המידע דרוש לדעתו" (של הפסיכולוג) "לשם טיפול באותו אדם", מתייחס לרשות ולא לחובת דיווח.

בחוק העונשין תשל"ז (5) יש סעיף האוסר שידול או סיוע להתאבדות (סעיף 302):
 "המביא אדם לידי התאבדות, בשידול או בעצה, או מסייע אדם להתאבד – דינו מאסר עשרים שנה".

כאן מדובר על סיוע מעשי או על שידול או עצה. אך מה בדבר דיווח על מידע שנמסר למטפל שהאדם הרוצה להתאבד? מצד אחד, כדי לטפל באדם יש לשמור על חיו. מצד שני, אם המטפל יפנה ויחשוף מידע שנמסר לו, הוא עלול לשבור את קשר האמון שבינו לבין המטופל, שלא יסכים להמשיך בטיפול, ויהיה עוד יותר חסר-משענת ומיואש, וסכנת ההתאבדות עלולה להיות חמורה יותר (18).
 יש שיטענו שזכותו האוטונומית של אדם לפגוע בעצמו (19), ויש שיטענו שיש לבדוק את שפיותו ולפעול על-פי הערכה זו. יש שיטענו שאם מטופל מספר למטפל על כך שהוא רוצה להתאבד, הרי שהוא מעביר לו מסר שמבקש שיפעל למנוע זאת, כי אחרת היה יכול ללכת להתאבד בלי לומר על כך דבר למטפל (18).
 סעיף אחר בחוק העונשין (5) דן בגרימת מוות ברשלנות (סעיף 304):

"הגורם ברשלנות למותו של אדם, דינו – מאסר שלוש שנים"

ובסעיף 309 הדין "גרימת מוות מהי", ניכלל גם המקרה שבו

"מעשהו או מחדלו לא היה גורם מוות, אילולא נצטרף עמו מעשה או מחדל של האדם

שנהרג או של אדם אחר".

יוצא מסעיפים אלה שייתכן שיראו מטפל שלא דיווח לגורמים המתאימים על סיכון בהתאבדות, מי שגרם להתאבדות במחדל שהיה בו "חוסר זהירות או מעשה פזיז או לא אכפתי". עם זאת, אין בחקיקה בישראל סעיף ישייר של חובת דיווח בנושא של סיכון אובדני.

בחוק לא תעמוד על דם רעך התשנ"ח 1998- נאמר:

"חובה על אדם להושיט עזרה לאדם הנמצא לנגד עיניו , עקב ארוע פתאומי , בסכנה חמורה ומיידית לחייו, לשלמות גופו או לבריאותו, כאשר יש לאל ידו להושיט את העזרה, מבלי להסתכן או לסכן את זולתו"

סעיף זה מתייחס לחובתו של כל אדם, ולא דוקא של מטפל מקצועי המטפל באדם. הסעיף הזה אינו מתאים בכל מקרה לנושא של סכנת התאבדות כיון שהסכנה (גם כשהיא חמורה ודורשת התערבות) היא לא תמיד מיידית , ובהרבה מקרים איננה נובעת מארוע פתאומי . עזרה לאדם בסכנת התאבדות יכולה גם להיות בהעלאת תדירות השיחות, בקשר טלפוני מדי יום , במתן רשות לטלפן למטפל בזמן מצוקה , בהפניה לקבלת טיפול תרופתי ועוד . הושטת עזרה איננה בהכרח דיווח (לרשויות או למשפחה). דיווח יכול לעתים להציל חיים, אך במקרים אחרים הוא עלול לשבור את האמון של המטופל ב מטפל, ועלול להביא להפסקת הטיפול לאחר חלוף הסכנה המיידית והשארת המטופל עוד יותר חסר-משענת ומיואש.

אין בחקיקה בישראל סעיף ישיר של חובת דיווח בנושא של סיכון אובדני וטוב שכך. למטפלים יש התרים להפר את הסודיות , כדי לעזור למטופל שנמצא בסכנת התאבדות והם חייבים לה פעיל את שיקול דעתם המקצועי כיצד לפעול כדי לעזור בצורה האופטימלית למטופל.

6. חוק הטיס

סעיף 12א' בחוק הטיס (20) אומר:

"רופא המטפל בעובד טיס והרופא יודע כי הוא עובד טיס והוא מאבחן אצלו מחלה , וסבור כי אותו עובד טיס , בהשתמשו ברשיונו , עלול לסכן את עצמו או את זולתו מחמת אותה מחלה , ידווח על המחלה לרופא מנהל התעופה האזרחית שמינה שר הבריאות בהתייעצות עם שר התחבורה".

7. פקודת התעבורה

בשנת 1979 נחקק תיקון לפקודת התעבורה (21) ובו נכללה חובת דיווח של רופאים ופסיכולוגים לדווח על מטופלים הסובלים ממחלת נפש או מהפרעות נפשיות ומחזיקים בידם רשיון לנהיגת רכב ציבורי או מסחרי, והמטפל סבור שאותו אדם עלול בנהיגתו לסכן את עצמו או את זולתו.

בשנת 1985 תוקנה שוב פקודת התעבורה (22) בנושא חובת הדיווח (סעיף 12ב) ונאמר בה:

"רופא המטפל באדם, שמלאו לו 16 שנים, והוא מאבחן אצלו מחלה, וסבור כי אותו אדם עלול בנהיגתו לסכן את עצמו או את זולתו מחמת אותה מחלה, יודיע על כך לרשות שקבע שר הבריאות".

חובת הדיווח שונתה מ"מחלת נפש או הפרעות נפשיות" ל"מחלה" מסכנת כלשהי. חובת הדיווח נשארה רק לרופאים (הפסיכולוגים קיבלו פטור מחובה זו) והיא הושתה על כל הנהגים (כולל נהגי רכב פרטי) ולא רק על נהגי רכב ציבורי או מסחרי, כפי שהיה בתיקון משנת 1979.

דעת הרופאים אינה נוחה עם חובת דיווח זו, ואחוז הדיווחים הוא נמוך. עמדת ההסתדרות הרפואית היא שיש לחזור ולהתייחס בצורה שונה לקבוצת הנהגים המקצועיים, לעומת קבוצת הנהגים הפרטיים. ההסתדרות הרפואית טוענת גם שיש להפריד בין מצבים או מגבלות רפואיות זמניות, לבין מצבים או מגבלה כרוניים. במצב רפואי או במגבלה רפואית חולפת אין טעם, לדעת ההסתדרות הרפואית, בהעמסת דיווחים על המערכת, ועדיף שהרופא ימליץ למטופל שלו להימנע מנהיגה בתקופה הנדונה, ולהזהירו מפני סיכון מיותר (23). המסקנה העולה מסקירת ספרות לגבי הקשר שבין הפרעות פסיכיאטריות לתאונות דרכים (24) היא ש"נראה שחוסר הבהירות ומיעוטם של ממצאים הקושרים מחלות נפש ותרופות פסיכיאטריות לתאונות, וחוסר האפשרות לכלול הפרעות נפשיות ותרופות נפוצות וקלות יחסית כגורמים בדיווח לרשויות, הופכים את חובת הדיווח על מחלה נפשית לגזירה אשר בסיסה מוטל בספק, ועל כן אינה מצדיקה את הפגיעה באיכות הקשר שבין החולה לרופא הפסיכיאטר ובשורת מאפיינים ריגשיים ותיפקודיים של החולה" (עמ' 126).

8. התעללות בקטינים ובחסרי-ישע

בשנת 1989 נחקק תיקון מס' 26 לחוק העונשין (25), שנודע גם בכינוי "החוק למניעת התעללות בקטינים ובחסרי ישע". סעיף 368ד' לחוק העונשין (4) אומר:

"רופא, אחות... עובד סוציאלי... פסיכולוג... שעקב עיסוקם במקצועם או בתפקידם היה להם יסוד סביר לחשוב כי נעברה עברה בקטין או בחסר ישע בידי האחראי עליו, חובה עליהם לדווח על כך בהקדם האפשרי לפקיד סעד או למשטרה. העובר על הוראה זו, דינו - מאסר ששה חודשים".

הגדרת "קטין" כאן היא כהגדרתו בחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות התשכ"ב - 1962 (26) ששם מוגדר "קטין" כך: "אדם שלא מלאו לו 18 שנה הוא קטין".

בהשוואה לחוקים בארה"ב ובקנדה שדורשים חובת דיווח על ידיעה או אף חשד ל *child abuse*, חובת הדיווח בארץ היא מצומצמת יותר, ומתייחסת למצב שבו יש למטפל "יסוד סביר לחשוב כי נעברה עבירה בקטין", ומדובר רק בעבירות שעושה "האחראי על הקטין" ולא כל אדם.

החוק מחמיר עם אנשי המקצוע וקובע עונש של ששה חודשים, בעוד שאדם רגיל שאיננו מדווח מתחייב רק במאסר של שלושה חודשים.

הסעיף הזה קובע "נעברה עבירה בקטין..." ללא ציון הזמן שבו קרתה העבירה הזו, בעוד שכאשר מדובר באדם סתם, ולא באיש מקצוע, הניסוח הוא שונה (סעיף 368.ד.א):

"היה לאדם יסוד סביר לחשוב כי זה מקרוב נעברה עבירה בקטין..."

בסעיף הקובע חובת דיווח של אנשי מקצוע אין הבחנה בין עבירה שקרתה בעבר, אפילו לפני שנים, לבין עבירות שקורות בהווה. אין הבחנה בין עבירה שממשיכה להתבצע לבין עבירה שהופסקה. אין הבחנה בנסיבות הגילוי של המידע ומי מסר את המידע: האם מסר אותו הקרבן או העבריין, והאם הוא נמסר במהלך פסיכותרפיה (27).

דיווח של מטפלים ברפואה ובבריאות הנפש

החוקים העלו את המודעות הציבורית לנושאים של child abuse and neglect, והביאו לעליה עצומה המספר הדיווחים לרשויות הגנת הילד וה רווחה. בצד העליה במספר הדיווחים, היתה גם עליה במספר הפניות שהתברר שהן לא מוצדקות, אך חשפו את המשפחה לחקירות של אנשי הרווחה (28). בהמשך נדון בהשפעת עמדותיו של המטפל וראייתו את טובת המטופל, אך יש גם השפעה למשתנים הקשורים למקרה עצמו. Zellman (29) הראה שלמשתנים כמו גיל הילד, המעמד הסוציו-אקונומי של המשפחה ותפיסת המבוגר הפוגע היתה השפעה על הנכונות לשבור סודיות ולדווח. הנכונות לדווח קשורה למידת הבטחון של המטפל שאכן היתה פגיעה בילד (30). מטפלים נמנעים מדיווח בשל הגדרות לא ברורות של מהו abuse ומהי הזנחה, ואיזה סוגים של הוכחות נדרשים כדי להצדיק דיווח. יש פער בין תפיסת הממונים על הגנת הילד (בארץ אלה בעיקר פקידי הסעד לחוק הנוער, ובחו"ל הם נקראים Children Protective Services) על דיווחים לא מבוססים ולא מוצדקים (31). יש פחות דיווחים על התעללות נפשית ועל הזנחה, למרות שהם חקר מראה שהשפעתן קשה לא פחות מהתעללות פיזית או מינית. (32).

למרות שמחקרים רבים מראים שאנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש חושבים שחובת הדיווח היא מוצדקת, יש גם שעור גבוה של הימנעות מדיווח כפי שנדרש על ידי החוק (33). אין ספק שלכל המטפלים בתחום הרפואה ובתחום בריאות-הנפש יש עמדה שלילית מאוד כלפי כל סוגי ההתעללות - בין אם התעללות גופנית, נפשית או מינית, אך אנשי מקצוע רבים מרגישים אי רצון לעמוד בחובת הדיווח, לדווח abuse בשל החשש שלהם מהתוצאות של הדיווח - לקרבן, לתוקפן ולמדווח.

Jagim וחבריו (34) מצאו שרוב המשיבים במח קרם אמרו שבתנאים מסוימים הם ישברו את הסודיות. Finkelhor & Zellman (35) מצאו שרוב חוסר שיתוף הפעולה עם חובת הדיווח היה כתוצאה מהחלטות מושכלות של אנשי מקצוע מאומנים ובעלי מחויבות למניעת child abuse. אותם אנשי מקצוע החליטו במודע לא לדווח כיוון שהם חשבו שדיווח יגרום לנזק לטובתו של הילד.

James, Womack & Strauss (36) שלחו שאלון ל-300 רופאים כלליים ורופאי ילדים ושאלו לגבי איבחון ודיווח על מקרים של child abuse מיני. 53% מהמשיבים מסרו שהם ראו לפחות מקרה אחד בשנה של child abuse מיני. רק 42% מכלל הרופאים טענו שהם ידווחו על כל מקרה של child abuse מיני. הרופאים שטענו שלא ידווחו על מקרים כאלה נתנו לכך שתי סיבות: שני שלישים מהם חשבו שדיווח כזה יזיק יותר למשפחה או שניתן לטפל בבעיה בצורה טובה יותר ללא דיווח.

סקר של פסיכיאטרים מצא ש 26% האמינו בסודיות אבסולוטית (37), שפרושה שמירה על הסודיות בכל מצב.

Thelen, Rodriquez & Sprengelmeyer (38) ערכו סקר בקרב פסיכולוגים, שרובם עובדים בפרקטיקה פרטית בארה"ב. בסקר נשאלו הפסיכולוגים לגבי שבירת הסודיות במקרים שבהם יש חובת דיווח, בנושאים של סכנת התאבדות, סכנת רצח ועדות ל child abuse. בסקר נמצא שמטופלים אינם מקבלים מידע לגבי המגבלות של שמירת הסודיות וזאת בשל החשש של מטפלים לתגובה שלילית של המטופלים עם קבלת מידע כזה. נמצא שהאתיקה האישית של המטפלים ממלאת תפקיד חשוב בהחלטה שלהם, אם לשבור סודיות ולדווח על מידע, ועל מסירת מידע מראש למטופלים בקשר למגבלות החוקיות של שמירת הסודיות. בסקר נמצא ש 24% האמינו בסודיות אבסולוטית, כלומר – שאין לשבור את הסודיות בכל המקרים האלה, וזאת כיוון ששמירת הסודיות היא הכרחית להצלחת הטיפול. הפסיכולוגים שהתנגדו לשבירת הסודיות לא היו שונים מאלה שהסכימו לשבירת הסודיות בידע שלהם, לגבי חובת הדיווח או בחשיפה שלהם למקרים של סיכון.

בסקר שנערך בין 1196 מטפלים שנדרשים לחובת הדיווח, ב-15 מדינות בארה"ב, 40% הודו שהם לפעמים נמנעו מלדווח על חשד ל child abuse או להזנחה (39).

Swoboda וחבריו (40) מצאו ש 87% מאנשי מקצוע בבריאות הנפש אמרו שלא ידווחו על child abuse לרשויות במקרה היפותטי שתאר מצב של mental & physical abuse שנחשף במהלך טיפול משפחתי, למרות שהם מודעים לקיומה של חובת דיווח. היו הבדלים במידת הנכונות לדווח על המקרה: 85% מהפסיכולוגים, 63% מהפסיכיאטרים ו-50% מהעובדים הסוציאליים אמרו שלא ידווחו על המקרה.

Muehleman & Kimmons (41) שאלו 39 פסיכולוגים את אותה השאלה (של סבובודה וחבריו) ומצאו ש 46% אמרו שהיו מדווחים מיד. הפסיכולוגים שאמרו שהיו מדווחים מיד, אמרו שהחוק חשוב יותר מטובת הילד ומהסודיות. לעומת זאת, אלה שאמרו שלא ידווחו מיד, והעדיפו לטפל בנושא במסגרת השיחות בטיפול, טענו שטובת הילד באה במקום ראשון, אח"כ הסודיות, וחשיבות החוק רק במקום האחרון. מבחינתם של אותם פסיכולוגים מה חשוב הוא רוח החוק, ומטרתו, שהיא להגן על הילדים, והם חשו שבטיפול בבעיה במסגרת הטיפול הם עומדים ברוח החוק, גם אם אינם מקפידים על ציות להוראות הספציפיות, המילוליות, של החוק ניראה להם פחות חשוב. הם היו מדווחים רק אם המטופל היה עוזב את הטיפול, או שחוזר על ה abuse.

Kalichman, Craig & Follingstad (30) מצאו במדגם של 295 פסיכולוגים חינוכיים קליניים ויעוציים, שלכולם היה נסיון קליני עם child abuse אבל רק 65% מהם דיווחו אי פעם לרשויות על מקרה כזה. כשהוצג להם מקרה היפותטי של sexual abuse שנחשף ע"י ילד/ילדה בפגישה אישית, שמסגרת טיפול משפחתי, 24% אמרו שלא היו מדווחים עליו. הנכונות לדווח היתה קשורה למידת הבטחון של הפסיכולוג שאכן ארע sexual abuse.

מטפלים רבים מדגישים את חשיבות טובת הילד ומניעת abuse, אולם הם חושבים שחובת הדיווח היא מזיקה במקרים רבים. Weinstock & Weinstock (42) מדגישים ש"כאשר סוכנויות באופן אוטומטי מוציאות ילדים מביתם למסגרות אומנות, ו/או מכריחות ילדים להעיד נגד הוריהם שעלולים להיאסר כתוצאה מכך, התוצאות לעתים קרובות הן יותר מזיקות מאשר להשאיר את הילדים עם הוריהם הלא-מושלמים המוכנים להיות מעורבים בטיפול".

לעתים ההחלטה על שבירת הסודיות ודיווח לרשויות מושפעת מהדאגה של המטפל לעצמו. מאמר מקנדה ממליץ לרופאים לדווח על חשדות ל sexual abuse למשטרה, שהיא תמשיך ותחקור, והרופא במקרה כזה יהיה מכוסה. יש הגנה למי שפועל לפי החוק, ובהרבה מהחוקים מובטחת למדווח חסינות מפני תביעה, גם אם מתברר לאחר מכן שאין עדות ל child abuse (43).

הדאגה לעצמו יכולה גם לפעול בכיוון ההפוך, בכיוון של הימנעות מדיווח. חובת הדיווח עלולה לגרום לדאגה רבה אצל המטפל מחשש שבן משפחה שעליו הוא דווח או מכר אחר של המשפחה ינקמו בו. המטפל עלול לפחד מפגיעה פיזית, או מתביעה משפטית או מהטרדה חברתית. Pollak & Levy (44) מספרים על מקרה שבו פסיכולוגית שעבדה במערכת החינוך, מלאה טופס דיווח ללשכת הרווחה על חשד ל abuse מילולי, פיזי ומיני של הבת ע"י האב. היא מסרה לבת (הנפגעת) שהיא עומדת למסור דיווח על אביה וגם כתבה על כך להורים. לאחר שהפסיכולוגית מסרה על הדיווח לבת ולהורים, התגובה של המשפחה היתה נרגזת. הבת האשימה אותה בכך שהיא מנסה לפרק את המשפחה והודיעה להורים שלה שבשום אופן לא תחזור אליה לטיפול. בביה"ס התקבלו מספר שיחות טלפון ומכתב משמיץ מהאב להנהלת ביה"ס על הפסיכולוגית, עם העתקים לעו"ד שלו, כשהוא תוקף את המוניטין והמקצועיות של הפסיכולוגית וטוען שהבת יצאה ניזוקה מבח ינה רגשית מהפגישות איתה. בסופו של דבר החשדות נגד האב אומתו, אך הפסיכולוגית עברה תקופה קשה. חוויות כטאלה יכולות להביא להימנעות מדיווח כאשר מדובר במשפחה אלימה.

השפעת שבירת הסודיות על הטיפול

הקשר הפסיכותרפויטי הוא קשר מורכב ועדין , שצריך להיבנות ע"י המטופל והמטפל, והסודיות היא יסוד חיוני בקשר שכזה. המטופל צריך להיות בטוח שחדר הטיפול איננו פרוץ, ושהוא יכול לחשוף אינפורמציה אישית, פרטית וסודית, במסגרת הבטחון של הסודיות (27). שונה המצב בחדר מיון או בקליניקה של רופא הילדים ששם לב לסימנים פיזיים אצל הילד. שונה המצב במרכז טיפולי לפגיעות מיניות או לפגיעות אחרות בקטינים, שבו המידע על ההתעללות הפיזית, הנפשית או המינית כבר ידועה בשלב של הפניה לטיפול, או שהקטין מופנה לאותו מקום לבירור של חשדות בכיוון זה, אך ללא התחייבות מראש לשמירת הסודיות. לא כך בפסיכותרפיה מקובלת, שבה ההבטחה לסודיות מובטחת, בין אם בצורה ישירה או בהבנה שבין המטפל והמטופל.

כאשר יש הסכמה של המטופל לדיווח לרשויות, הבעיה היא קטנה יותר, אם כי גם אז יש חרדות של המטופל או המטופלת מן התוצאות של גילוי הסוד. יש חששות לגבי מה יקרה להורה שעבר את העבירה, מה תהיה תגובת שאר בני-המשפחה. יש פחד שמא המסגרת המשפחתית תתפרק.

כאשר נושא של child abuse מגיע לידיעתו של המטפל במהלך פסיכותרפיה עם המטופל, והמטופל מתנגד בתוקף להוצאת הסוד אל מחוץ לחדר הטיפול, המטפל עומד בפני קונפליקט של חובות. האם לדווח על פי החובה החוקית ולפגוע בסודיות של המטופל, או לשמור על הסודיות ולעבור על החובה החוקית (45).

הפסיכותרפיסט צריך להחליט האם לדווח על מידע שנימסר לו במהלך פסיכותרפיה, חושש מכמה תוצאות לא רצויות:

א. הוא חושש שהקשר הטיפולי ייפגע, שהאמון שניבנה בצורה הדרגתית ואיטית בינו לבין המטופל ייפגע פגיעה קשה, והטיפול יפסיק להיות אפקטיבי או שיופסק לגמרי.

ב. ייתכן גם שהחוויה שעבר המטופל, שהיה קרבן למעשים שנעשו לו בניגוד לרצונו, תחווה שוב. שוב יחזור מצב שאדם שהוא סמך עליו (במקרה זה המטפל) עושה דבר בניגוד לרצונו ובניגוד להסכמתו.

ג. החשש שאנשים שמסתיר ים סודות על עבירות כאלה יימנעו מלהגיע לטיפול כלשהו, בין אם לשם טיפול בהתנהגותם העבריינית הזו, או לשם טיפול בנושאים אחרים שדורשים טיפול. אב או אם שיש להם משהו להסתיר, יימנעו מלהגיע לטיפול גם בבעיה אחרת, שמא במהלך השיחות יחשף הסוד.

ד. אנשים כאלה עלולים גם למנוע מהבן או הבת שלהם, שהם הקרבנות של ההתעללות, מלהגיע לטיפול נפשי כלשהו, שמא במסגרת הטיפול, הבן או הבת יחשפו את הסוד.

החשש מפגיעה בברית הטיפולית היא הסבה המרכזית להימנעות מדיווח. מטפלים רואים בחובת הדיווח "התערבות אדמיניסטרטיבית לא רלבנטית ומזיקה לעבודה הקלינית" (33, עמ' 249). יש אמנם טענה ש מטופלים יוכלו לקבל ביתר קלות את שבירת הסודיות מתוך ההרגשה שלמטפל מחוייב לדווח על פי חוק ואין לו בחירה בנושא זה. זו אינה התגובה השכיחה. מטופל שנשלח לגביו דו"ח במסגרת חובת הדיווח מרגיש בד"כ כועס ונבגד.

Watson & Levine (33) בדקו מה קורה בטיפול הפסיכותרפי לאחר דיווח לרשויות. במרפאה ציבורית לילדים ונוער, שאחראית על איזור שמונה כמליון איש. הם איתרו 65 מקרים שבהם היה דיווח או שנשקל דיווח לרשויות. הם מצאו תגובות שונות מאוד בין מצב שבו הדיווח הוא על אדם שהוא חלק מהטיפול לבין מצב שהדיווח הוא על אדם אחר, שאיננו חלק מן הטיפול. במצבים שהדיווח היה על אדם אחר, שלא היה מעורב בטיפול (הילד היה בטיפול והפוגע היה אדם אחר), רק 6.9% מהמקרים היתה לכך השפעה שלילית על הטיפול, וב 33% מן המקרים היתה תגובה חיובית לדיווח. כניראה שהמטפל במקרה כזה נתפס כמושיע ומגן של המטופל, ואז לא היה בכך שבירת אמון אלא חיזוק האמון והקשר. מטפלים דיווחו שחלק מהילדים הרגישו הקלה לאחר שנשלח דו"ח, ומכך שלמישהו היה מעורב מספיק כדי לפעול.

שונה מאוד המצב כאשר הדיווח הוא על אדם המעורב בטיפול, כאשר האדם הפוגע היה בטיפול. במקרים אלה, 31% מהמטופלים עזבו את הטיפול מיד לאחר הדיווח. מעבר לכך, היו עוד רבים שנשרו מהטיפול מבחינה פסיכולוגית, כיון שלא יכלו לעזוב את הטיפול באופן ממשי כיון שכבר היו קשורים עם רשויות הגנת הילד, רשויות הרווחה ומערכות המשפט. Levine (28) טוען שגם אם המטופל נשאר בטיפול, לעתים קרובות הנזק לקשר הטיפולי הוא בהגנתיות ובחוסר אמון של המטופל.

לסקר נוסף (46) ענו 907 פסיכולוגים שרובם עובדים בפרקטיקה פרטית, ו 598 מהם דיווחו פעם אחת לפחות לרשויות ויכלו לענות על תגובת המטופלים לכך. הם מסרו ש 27%- מהמטופלים עזבו את הטיפול מיד לאחר שהמטפל דיווח עליהם לרשויות. גם בסקר זה האחוזה היה גבוה יותר כאשר המטופלים היו הפוגעים שלגביהם נסב הדיווח.

Lindenthal & Thomas (47) חקרו עמדות כלפי סודיות אצל פצינטים פסיכיאטריים אמבולטוריים, ומצאו ש 45% מהם הביעו דאגה שמא הפסיכיאטר יעביר מידע סודי לגביהם. 22% אמרו שדאגה כזו גרמה להם מלכתחילה להימנע מפנייה לטיפול.

Appelbaum וחבריו (48) מצאו ש 57% ממטופלים אמבולטוריים אמרו ששבירת סודיות ע"י מטפל תגרום להשפעה מזיקה ליחסים הטיפולים, ו 78% טענו שינקטו באמצעים נגד שבירת הסודיות. מאלה 29% טענו שיפנו בתלונה לממונים או שיבקשו לעבור למטפל אחר, ו 5% אמרו שייתכן שיפעלו בדרך משפטית נגד המטפל.

Berlin, Malin & Dean (49) מראים איך שינויים בחקיקה מביאים לשינויים ביחסי מטפל מטופל ובנכונות לבוא לטיפול. הם עובדים במרפאה להפרעת מיניות בבי"ח Johns Hopkins שבמרילנד, שמתמחה בהערכה ובטיפול של אנשים הסובלים מפראפיליה, כולל פדופיליה, שלא הגיעו מהפניה של רשויות החוק ובתי המשפט. במשך כמה שנים המרפאה טיפלה בכ-1300 עד 220 מטופלים בשנה, 98% מהם גברים, וכ-55% מהם פדופילים. אלה אנשים שלא נתפסו ע"י רשויות החוק, ובאו ביוזמתם למרפאה, מסרו על כך שהם עברו עבירות מין, ובקשו להיות בטיפול כדי להפסיק עבירות אלה. עד יולי 1988 לא היה חוק במרילנד שחייב לדווח לרשויות על מטופלים שעברו עבירות מין, כך שאנשים כאלה יכלו לפנות למרפאה לטיפול. באותה תקופה 21% מהמטופלים מסרו למטפל שלהם על אירוע שלך עבירת מין שעברו במהלך הטיפול. ביולי 1988 החוק במרילנד שונה, ודרש שאם מטופל שנמצא בטיפול מוסר על עבירת מין חדשה שביצע במהלך הטיפול, מידע כזה מחייב דיווח לרשויות החוק. בעקבות שינוי החוק – שעור הדיווחים של מטופלים על עבירות מין שביצעו במהלך הטיפול ירד לאפס (!) ומאז נשאר ככה. ברלין וחבריו מדגישים שבשל כך אי אפשר היה לאתר את הילדים שנפגעו ולעזור להם.

ביולי 1989 שונה שוב החוק במרילנד. עד אז אנשים שעברו עבירות מין, והנושא לא התגלה ע"י רשויות החוק, יכלו לפנות למרפאה כדי לטפל בבעייתם, ולא היתה חובה על המטופלים לדווח עליהם לרשויות. גם כך היו להם חששות לפנות, שמא המטופלים ידווחו למרות שהחוק אינו דורש זאת, ובכל זאת 73 מטופלים כאלה פנו למרפאה בין ינואר 1979 ליולי 1989. השינוי בחוק ביולי 1989 דרש דיווח של מטופלים על מטופלים שפנו למרפאה והודו שעברו עבירות מין בעבר, שבגינן פנו לטיפול. אחרי השינוי הזה בחוק, לא היו יותר פניות למרפאה של אנשים שעברו עבירות מין ושלא נתפסו ע"י החוק. נראה שהשינוי הראשון בחוק גרם למטופלים להימנע מדיווחים למטופלים שלהם, והשינוי השני גרם לכך שמטופלים פוטנציאליים שלא נתפסו נמנעו מלפנות לטיפול בבעייתם.

רוב המטפלים מרגישים שזו חובתם האתית לידע מטופל לגבי המגבלות של שמירת הסודיות. למסור מידע כזה למטופל זו הכרה והערכה של האוטונומיה שלו (28). המחקר מראה שמסירת המידע בשלב מוקדם של הטיפול, עוזרת לשמור על יחסי אמון לאחר שהמטפל מדווח על נושא שדורש דיווח. ככל שהמטפל היה יותר אקספליציטי במסירת המידע המוקדם למטופל, כך תגובתו הרגשית של המטופל היתה טובה יותר (46).

מטפלים חשים חוסר נוחות לפתוח בדיון מפורט של גבולות הסודיות. חובת הדיווח מקשות על התחלת הטיפול. מצד אחד, המטפל רוצה לתת למטופל מידע אמין לגבי הכללים שבמסגרתם מתנהל הטיפול, ומידע על מגבלות שמירת הסודיות הוא חשוב כחלק מתהליך של הסכמה מדעת, וכדרך לכבד את האוטונומיה של המטופל. מצד שני, המטופל שמגיע לטיפול נפשי, בדרך כלל איננו רגיל לחשיפה של אספקטים פרטיים ושל עולמו הפנימי, וחשוב לו לחוש שהוא הגיע למקום בטוח, שבו יוכל לחשוף את מה שמעיק עליו באוזני מטפל ששומר על הסודיות. כאשר בשלב זה המטפל מפרט באזניו את כל המגבלות של שמירת הסודיות וכל חובות הדיווח הקיימות, המטופל עלול להרגיש מאויים, להרגיש שהמקום איננו בטוח. הבעיה היא שאם המטפל איננו מוסר למטופל מראש בתחילת הטיפול על מגבלות הסודיות, הוא עלול למצוא את עצמו במילכוד כאשר ייחשף בטיפול מידע שעליו יש חובת דיווח (28). בסקר בין מטפלים נמצא שרק חצי מהמטפלים נותנים תמיד הסבר מראש על גבולות הסודיות. השאר מודיעים על גבולות הסודיות ועל חובת הדיווח רק לאחר שמידע רלבנטי נחשף בטיפול.

מה ההשפעה של מידע מוקדם בנושא מגבלות שמירת הסודיות, על התהליך הטיפולי? Cutler (50) ערך מחקר במרכז יעוץ לסטודנט שבו הישווה את התגובות של מטופלים לאחד משלושה תנאים: מצב שבו לא קיבלו מידע על נושא הסודיות וגבולותיה, מצב שבו הם קיבלו מידע על גבולות הסודיות, קאטלר לא מצא הבדלים ברמת הנכונות לחשיפה של מטופליהם או ברמת האמון שהם הביעו, אולם אלה היו מטופלים שלא חשפו נושאים שהיו יכולים להביא להם נזק.

במחקרים אחרים, שעסקו במטופלים שהיו עלולים להינזק מהדיווח על המידע שמסרו (באבדן הילד שלהם, באישפוז פסיכיאטרי או במאסר), הם נמנעו מלפנות לטיפול או שנמנעו מחשיפת נושאים בטיפול, שידעו שיש עליהן חובת דיווח. Wise (37) מצא שכמעט רבע מהפסיכותרפיסטים מצאו חוסר נכונות מצד המטופלים לדון בנטיות האלימות שלהם אחרי שהמטופלים קיבלו מידע על עבירות אלימות שעליהן יש חובת דיווח. ממצא זה מראה שהחששות של מטופלים מפני שבירת הסודיות משנה את הדיאלוג הטיפולי ומזיק לטיפול. הדיווח של Berlin, Malin & Dean (49)

מלמד שכאשר לאנשים שהם עברייני מין שלא נתפסו ע"י רשויות החוק, נמסר מידע שיימסר דיווח עליהם לרשויות כאשר יפנו לטיפול, והם עלולים להישפט ולהיענש, הם נמנעים מלבוא לטיפול.

בהמשך המאמר נתמקד בחובת הדיווח לגבי child abuse, שזכה להתייחסות נרחבת בספרות המקצועית בעולם ובארץ. הנושאים הקשורים לשמירת הסודיות בנושאי סיכון עצמי של המטופל (סכנה לפגיעה עצמית ולאובדנות) או סיכון של אחרים (כמו במקרים שבעקבות טאראסוף) וחובת הדיווח בנושא כלי יריה יזכו להתייחסויות נפרדות ונרחבות בעתיד.

מחקרי שבירת סודיות של מטפלים בבריאות הנפש

בשנת 1991 ערכתי מחקר לבדיקת העמדות של אנשי מקצוע בבריאות הנפש לגבי חובת הדיווח . עשרים פסיכיאטרים , עשרים פסיכולוגים קליניים ועשרים עובדים סוציאליים פסיכיאטריים נשאלו לגבי מקרים היפותטיים : האם היית שובר את הסודיות ומדווח על מידע אודות sexual abuse, בניגוד לדעתו של המטופל (51). דיווח הוגדר כהוצאת המידע מהחדר , כולל דיווח לממונה , לגורמים במשפחה, או לרשויות. בתיאורי המקרה היו שני משתנים בלתי-תלויים :

מקור המידע : מטופלת נערה בת 16 לא פסיכוטית

מטופל אב חורג לנערה בת 16, בן 50, לא פסיכוטי

סוג המידע : sexual abuse בהווה

sexual abuse שקרה לפני שנה.

בכל המקרים הוגדר שהמטופל או המטופלת מתנגדים בתוקף לכך שהמידע יימסר למישהו אחר , מלבד המטפל . יש לציין שמדובר בתשובות על מצבים היפותטיים , ולא בבדיקת ההתנהגות בפועל, על מקרים שלהם נחשפו בעבודתם. הממצאים הראו שאין הבדל בין הקבוצות (פסיכיאטרים, פסיכולוגים קליניים ועובדים סוציאליים פסיכיאטריים). בכל קבוצה היתה שונות גדולה מאוד בין אנשים. ניראה שמדובר בתכונה אישית יותר , ולא בגישה שקשורה להשתייכות המקצועית. מאחר ולא נמצאו הבדלים בין שלוש הקבוצות של הקלינאים , הם קובצו יחד.

בטבלה מס' 1 מוצגים הממצאים ממדגם 1991 (51), בחלקים ש מעל לקוים האלכסוניים. יש לציין שעל פי דרישות התיקון מס' 26 לחוק העונשין (25), שהוזכר קודם, בכל המקרים המספר היה אמור להיות 100%. ניתן לראות שיש פחות נכונות לשבירת הסודיות לגבי sexual abuse שארע לפני שנה (לעומת sexual abuse בהווה), ויש פחות נכונות לשבירת סודיות כאשר האב החורג הוא המטופל המדווח (לעומת כאשר המטופלת היא בת ה-16). אחוז שבירת הסודיות המקסימלי בתיאורי מקרה אלה היה 80.0%. בשנת 1994 נערך מחקר רפליקציה כדי לבדוק האם חלו שינויים בעמדות מטפלים לגבי מידע שנמסר בפסיכותרפיה (52). שוב הוצגו תיאורי המקרה בפני 60 אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש (20 פסיכיאטרים, 20 פסיכולוגים קליניים ו-20 עובדים סוציאליים פסיכיאטריים). ממצאי מחקר הרפליקציה מוצגים בטבלה מס' 1, בחלקים שמתחת לקוים האלכסוניים. ניתן שרמת הדיווח המירבית לא עלתה מ-1991 ל-1994, ואפילו ירדה מעט (מ-80.0% ל-75.0%).

מדגם 1991 (51)
מדגם 1994 (52)

טבלה מס' 1: אחוז הקלינאים שהיו שוברים את הסודיות, ומדווחים על מידע שנחשף בפסיכותרפיה

sexual abuse לפני שנה	sexual abuse בהווה	סוג המידע מוסר המידע
36.6%	80.0%	בת ה-16
40.0%	75.0%	
20.0%	65.0%	האב החורג
33.3%	68.3%	

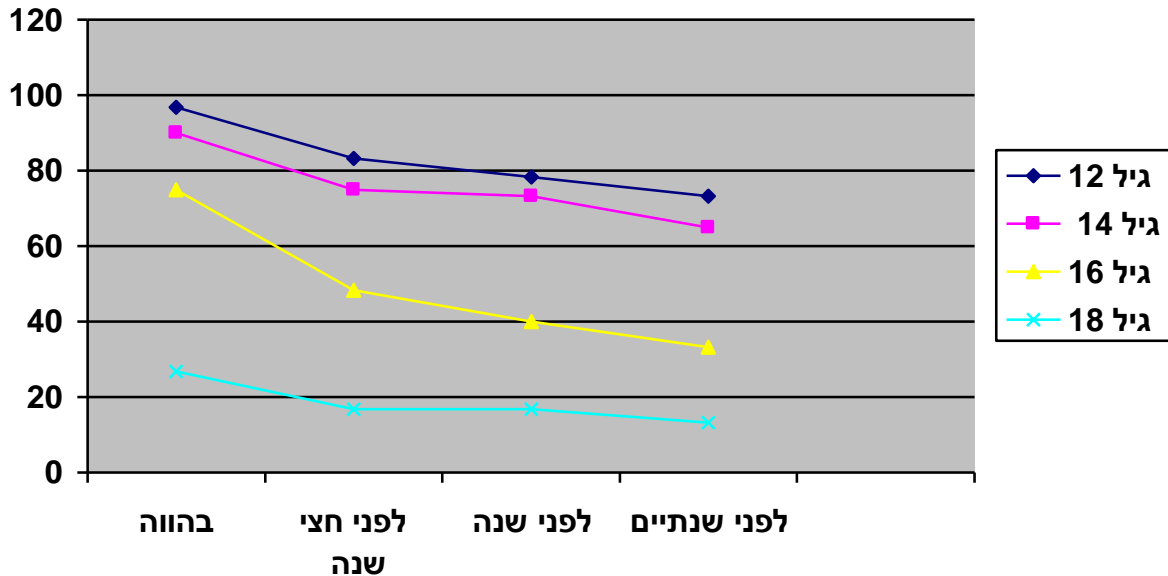
הנכונות לשבירת הסודיות נשארה נמוכה יותר לגבי child abuse שקרה לפני שנה, ואילו מקור המידע פחות משפיע מאשר במדגם 1991. מחקר רפליקציה נוסף נערך בשנת 2001, ותוצאותיו ידווחו במאמר נפרד. המחקר משנת 1994 כלל גם הרחבה של תיאורי המקרה גם לגילאי 12, 14 ו-18 ולזמנים נוספים שבהם ארע ה sexual abuse: "לפני חצי שנה" ו"לפני שנתיים" (בנוסף ל"בהווה" ו"לפני שנה" שנכללו במחקר הראשון). אחוז הקלינאים שהיו שוברים את הסודיות ומדווחים על מידע שנמסר בפסיכותרפיה, על פי גיל הנערה וזמן הארוע, מוצגים בתרשים מס' 1.

ניתן לראות שאנשי המקצוע שעוסקים בפסיכותרפיה מתייחסים בצורה דיפרנציאלית לגילאים השונים: יש נכונות גבוהה לשבור את הסודיות לגבי י גילאי 12 ו-14, פחות לגבי גיל 16, ומעט מאוד נכונות לשבור את הסודיות לגבי בת 18, גם כאשר ה abuse קרה כאשר היא היתה עדיין קטינה. ניתן להתרשם שיש פחות נכונות לשבור סודיות לגבי sexual abuse שארע לפני חצי שנה/שנה/שנתיים.

כאמור, מחקר רפליקציה נוסף נערך בשנת 2001, כדי לבדוק האם חלו שינויים בעמדות אנשי המקצוע כלפי חובת הדיווח ונוסף בו תאור מקרה של sexual abuse ע"י פסיכותרפיסט קודם. שני המחקרים בדקו עמדות של אנשי מקצוע לגבי תיאורי מקרה שעסקו בניצול מיני אסור במשפחה, במידע שנחשף במהלך פסיכותרפיה. ניתן במחקרים נוספים להוסיף ואריאציות על תיאורי המקרה שהוצגו ולבדוק את

אותם הנושאים גם לגבי התעללות פיזית ונפשית . ניתן להוסיף גם תיאורי מקרה הקשורים במידע על סיכון לאחרים, שנחשף בפסיכותרפיה.

תרשים מס' 1 : אחוז הקלינאים שהיו שוברים את הסודיות ומדווחים על מידע שנמסר בפסיכותרפיה ע"י מטופלת (לפי גיל הנערה וזמן ה- sexual abuse)



שני המחקרים שהוצגו כאן עוסקים במטופלים בפסיכותרפיה ובמידע שנימסר במהלך פסיכותרפיה. הם עוסקים במצב שבו המטופל (בין אם מדובר בנערה או באב החורג) מתנגד בתוקף לכך ש המידע יימסר לגורם אחר כלשהו. החוק איננו מכיר (עדיין) בפסיכותרפיה כתחום שבו מותר לא לדווח. כמו כן, החוק איננו מכיר בהבחנה שבין עברה שנעברה לפני חצי שנה/שנה/שנתיים, לעומת זו שקורית בהווה, ואיננו מכיר או מתחשב במקור המידע. מטפלים מושפעים מאספקטים שאינם מוכרים ע"י החוק: גיל הקרבן ומתי קרה ה-sexual abuse. הגורם של מקור המידע, שנראה שמשפיע במדגם 1991, ירד בעוצמתו במדגם 1994, אך גם הוא נלקח בחשבון ע"י מטפלים. עמדות המטפלים, כפי שהן משתקפות בטבלה מס' 1 ובתרשים מס' 1 מלמדות שהמטפלים בפסיכותרפיה אינם מקבלים את הסעיף של חובת הדיווח כפי שהוא, והיו מעדיפים שיהיה פחות גורף או שיומר ב"רשות לדווח". באלטרנטיבות לחובת הדיווח נדון בפרק הבא.

דיון - אלטרנטיבות לחובת הדיווח

מטרת החוקים שבהם נקבעה חובת דיווח, היא להגן על החברה. בחלקו השני של המאמר התמקדנו בחובת הדיווח למניע ת child abuse, שנועדה להגן במיוחד על ילדים. מטפלים מרגישים שחובת הדיווח מכריחה אותם לפעול בדרך לא אתית, בצורה שהיא פוגעת יותר מאשר מועילה למטרות המקוריות של החוק. תהליך הדיווח לרשויות כנגד רצונו של המטופל ושבירת הסודיות נתפסת על-ידי המטופל כבגידה. האמון של המטופל נשבר, המטופל חש נבגד ובהרבה מקרים עוזב את הטיפול או שנשאר בטיפול שנעשה לא אפקטיבי. מטופלים פוטנציאליים אחרים מנמעים מלבוא לטיפול בבעייתם, ובסופו של דבר ההגנה על הילדים נפגעת. בספרות המקצועית הוצעו הצעות רבות לשינוי בחוקי חובת הדיווח (53). חלק מהחוקים נכתבו בניסוח לא ברור וגורף, ולכן מוצע להגדיר בצורה ברורה יותר מהו abuse ומהי הזנחה, ואיזה סוגים של הוכחות נדרשים כדי להצדיק דיווח. בספרות יש ביקורת רבה של הממונים על הגנת הילד (בארץ אלה בעיקר פקידי הסעד לחוק הנוער, ובחו"ל הם נקראים Children Protective Services) על דיווחים לא מבוססים ולא מוצדקים (31).

המטרה של ההתערבות המקצועית היא למנוע abuse בדרך שהיא הכי פחות מזיקה (54). Weinstock & Weinstock (42) מדגישים שחוף מאשר מקרים שהדיווח הוא הדרך היחידה להפסיק את ה abuse, מטפלים לא צריכים שיכריחו אותם לבצע פעולות שהם רואים אותן כלא-אתיות וכמזיקות מבחינה קלינית. צריך שפגיעה בסודיות תהיה רק במצבים שמטרה יותר חשובה קיימת – להגן על קטין שהוא קרוב פוטנציאלי. שבירה של הסודיות היא לעתים נחוצה, אך רק לשם הגנה על קטין. את הרצון של מטופל שהיה קרוב ל abuse צריכים לכבד, אם אין abuse שממשיך לקרות. שבירת סודיות צריכה להיות רק כדי למנוע סכנה פוטנציאלית לילד.

שני המחקרים שנערכו בארץ (52,51) מלמדים שמטפלים בפסיכותרפיה בתחום בריאות הנפש שהמטפלים בפסיכותרפיה אינם מקבלים את הסעיף של חובת הדיווח כפי שהוא. הם מתייחסים למשתנים שאינם כלולים בחוק בנושא של child abuse: גיל הקרבן, מתי קרה ה sexual abuse ומקור המידע. ניתן להתרשם שיש פחות נכונות לשבור סודיות לגבי sexual abuse שארע לפני חצי שנה/שנה/שנתיים, כלומר במצב שבו אין סיכון בהווה (52,51).

כאשר המצב הוא שאין קטין בסיכון, מתבטלת המטרה המניעתית של חובת הדיווח, ונשארת רק המטרה של הרשעת עבריין. יש בעיה כאשר הדרישה לשבור את הסודיות היא רק לשם הענשה, ומול התנגדות נחרצת של הקרבן, במיוחד אם הוא

כבר איננו קטין , וכשאין עדות לקטין אחר שנמצא בסיכון (42). ניראה שרצוי להוסיף את המילים "זה מקרוב" למילים "נעברה עבירה בקטין בידי האחראי עליו" (כפי שמופיע בנושא חובת הדיווח של כל אדם) גם בסעיף של חובת הדיווח של אנשי המקצוע.

ניתן לראות שאנשי המקצוע שעוסקים בפסיכותרפיה מתייחסים בצורה דיפרנציאלית לגילאים השונים : יש נכונות גבוהה לשבור את הסודיות לגבי יגילאי 12 ו-14, פחות לגבי גיל 16, ומעט מאוד נכונות לשבור את הסודיות לגבי בת 18, גם כאשר ה abuse קרה כאשר היא היתה עדיין קטינה (52). ייתכן שיש להכניס דרגות שונות בקשר להגדרה של קטין, כפי שהדבר נעשה בחוקים אחרים. יש לציין שהפרקליט הראשי בקליפורניה הוציא הנחיות לא לדרוש דיווח כאשר קרבנות ה abuse הם כבר לא קטינים , אלא אם כן יש חשש שקטין אחר נמצא בסיכון (42).

סקירת הספרות מראה שהנזק בדיווח לאמון ולהמשך הטיפול ותחושת הבגידה שחש המטופל , הם גדולים בעיקר כאשר הפוגע הוא שבא לטיפול מיוזמתו , וללא שנתפס ע"י רשויות ה חוק, והוא שחושף את המידע על מנת לטפל בבעייתו . המחקרים שבוצעו בארץ (52,51) מראים שגם מטפלים לוקחים זאת בחשבון , ונוטים פחות לשבור את הסודיות כאשר הפוגע (במקרים שהוצגו היה מדובר באב חורג) הוא שחשף את המידע במהלך פסיכותרפיה . Meyer et al (55) ממליצים על הגמשת חובת הדיווח כאשר המטפל מקבל את המידע שמטופל שהוא התוקפן או הפוגע, כאשר הוא חושף את המידע בטיפול כדי להפסיק את הפגיעה , בתנאי שהטיפול נמשך , שהפגיעה איננה נמשכת ואין סכנה לנזק חמור ובלתי הפיך לילד . הגמשה זו מטרתה לעודד אנשים שפוגעים בילדים לפנות מיוזמתם לטיפול ל כדי להפסיק את ה abuse.

ניראה שיש לתת מעמד שונה למידע שנחשף במהלך פסיכותרפיה (33) משתנים אלה הם הנשקלים במסגרת "ועדת פטור" שהוקמה בעקבות התיקון לחוק העוסק במניעת התעללות בקטינים ובחסרי ישע , וחברים בה פקידי סעד ונציגי המשטרה, וועדה זו רשאית להשהות את ה דיווח למשטרה בשה חודשים . השיקולים שמביאים להחלטה על עצירת דיווח הם (56) : שהנפגע או בן משפחה עלולים להימצא בסכנה , שהפוגע הודה במעשה , מביע חרטה ומוכן לשתף פעולה בטיפול, שהעבירה לא נעברה סמוך למועד הדיווח , שאין חשש שהארוע יחזור על עצמו, ושהעבירה התגלתה במהלך טיפול.

במקום חובת דיווח, יש לתת מקום לשיקול המקצועי של המטפל . Berlin, Malin & Dean (49) מוסרים שבארה"ב החוקים בקשר למטופלים מסוכנים שנמצאים

בטיפול, בדרך כלל נותנים רשות להזהיר אנשים שנמצאים בסיכון מהמטופלים האלה, וגם לדווח לרשויות, כחלק מהדרכים האפשריות, אך לא כדרכים בלעדיות. תיעוד של תכנית קלינית שלוקחת בחשבון את טובת האחרים וגם את טובת הטיפול – יכולה להיות אלטרנטיבה סבירה. Berlin, Malin & Dean מסכמים את דעתם שלמרות שחוקים אלה הם לא אידיאליים, הם מהווים מודל טוב יותר לטיפול ב-child abuse מאשר חובת הדיווח.

בניגוד למקרים של מניעת פשע, מניעת התאבדות, החזקת כלי יריה, מקרים שבעקבות טאראסוף, ואפילו בנושא נהיגה, שבכולם יש הערכה של המטפל על סיכון, בנושא של child abuse אין מתן רשות למטפל להעריך את הסיכון, אלא עליו למסור על מידע שנעברה עבירה בקטין, גם בעבר, ללא שיקול דעת. ייתכן שניתן לתת למטפל לעשות הערכת סיכונים, כפי שהדבר ניתן לו בנושאים האחרים. ניתן לבנות פרוצדורה שבה איש מקצוע יוכל לפנות להתייעצות למומחה בכיר בתחומו, שישקול יחד איתו האם לדווח או לא, והדיון הזה יתועד. (33) Watson & Levine מתארים ועדה כזו שפועלת במסגרת מרפאה ציבורית לילדים ונוער, והיא בוחנת כל החלטה של מטפל לדווח או לא לדווח לרשויות.

בהולנד הוקמה מערכת שונה. שם נבנה תפקיד של רופאי ילדים שנקראים Confidential Doctors (59,58,57) רופאים אלה מקבלים דיווחים על חשד ל-child abuse והם בודקים את הנושא ובהמשך מתאמים את גורמי הטיפול במשפחה ודואגים לכך שהילד והמשפחה יקבלו טיפול (58). רופאים אלה נעזרים בעובדים סוציאליים המכירים את המערכת המשפטית. (58) Van Ruller מדגיש שהמטרה של הכרת התביעה והמערכת החוקית איננה לשם הענשה אלא לשם הגנה על הילדים. לשכת ה- Confidential Doctor מחפשת גורם טיפולי שיוכל לעזור למשפחה ולילד. לרופאים שמונו לתפקיד של Confidential Doctor אין חובה לדווח על פשעים שדווחו להם, למשטרה או לתביעה, ובדרך כלל הם אינם מדווחים לרשויות החוק. מתוך 899 מקרים בשנת 1976, רק 30 דווחו לתובע הציבורי. אנשי המקצוע בהולנד רואים את הדיווח למשטרה כנושא שיהרוס את היחסים עם הקלינט המטופל. הרופא נפגש עם הקלינט בעצמו, נותן לו הזדמנות לשתף פעולה, ומזהיר אותו שהתוצאות של אי שיתוף פעולה עלולות להיות דיווח לגורמי החוק. בדרך כלל האזהרה הזו, יחד עם המעמד המכובד של הרופא, גורמים לקלינטים לשתף פעולה. בהולנד התערבות כפויה ודיווח לרשויות החוק הם המוצא האחרון לטיפול באנשים שמסרבים לקבל את העזרה הנחוצה להם. הרופאים המשמשים כ- Confidential Doctors מקובלים בחברה כבעלי סמכות רבה וזוכים לאמון רב של הציבור.

Finkelhor & Zellman (35) הציעו לאמץ חלק מהשיטה ההולנדית. הם הציעו שאנשי מקצוע מאומנים בטיפול ב child abuse יקבלו אישור ל "אופציות דיווח גמישות". אנשי מקצוע אלה, יורשו להחליט לא לדווח על מקרים מסוימים. ניתן יהיה להקל על העומס הרב של השירותים להגנת הילד, החייבים לבדוק את כל הדיווחים הרבים המגיעים אליהם, כאשר המקרה כבר נמצא בטיפול של איש מקצוע מאומן בנושא.

החוק בארץ בנושא של child abuse דורש חובת דיווח לפקידת סעד או למשטרה. ניתן להתקרב למודל שהוקם בהולנד אם ישונה הסעיף ותידרש חובת דיווח רק לפקיד סעד ולא למשטרה. בכך תודגש חשיבות הגישה הטיפולית ותינתן לה עדיפות ברורה על הגישה העונשית.

מצב שבו יש העדפה לגישה הטיפולית ולהדגשת המטרה המקורית של החוק (מניעת child abuse) יאפשר למטופלים לחשוף בצורה חופשית יותר נושאים רגישים, מבלי לחשוש שבכך הם מפלילים את עצמם, והמטפלים לא ירגישו שמתמשים בהם כ"סוכנים סמויים" שמספקים מידע מפליל על המטופלים שלהם.

רוב המטפלים חשים חובה אתית לידע את המטופלים על מגבלות הסודיות מתוך כיבוד האוטונומיה של המטופלים (28, עמ' 722). כל עוד חובות הדיווח נשארות בתוקפן, מדגישים Steinberg, Levine & Doueck (46), חשוב שמטפלים ימסרו מידע מספיק למטופלים בקשר לחובות הדיווח ורצוי שיעשו זאת מוקדם בטיפול, כדי לאפשר למטופלים לעשות החלטות מושכלות לגבי האם להשתתף בטיפול. המחקר מראה שמסירת המידע בשלב מוקדם של הטיפול, עוזרת לשמור על יחסי אמון לאחר שהמטפל מדווח על נושא שדורש דיווח. ככל שהמטפל היה יותר אקספליציטי במסירת המידע המוקדם למטופל, כך תגובתו הרגשית של המטופל היתה טובה יותר (46).

Berlin, Malin & Dean (49) מציינים שלפעמים מטפל מרגיש צורך מבחינה אתית לתת אזהרה למטופלים כאשר מטופל מתחיל למסור מידע שידרוש אח"כ דיווח. גם המשטרה, שנותנת אזהרה לאדם שזכותו לשתוק ולא להפליל את עצמו. במרפאה להפרעות מיניות בג'ון הופקינס משתמשים בתהליך של הסכמה מדעת למטופלים ולמטופלים-פוטנציאליים וכל אחד מקבל מראש מידע על חובות הדיווח השונות (49, עמ' 453). אמנם המידע אודות מגבלות שמירת הסודיות וחובות הדיווח יכול להביא לירידה בנכונות לחשוף מקרים של abuse או לפנות לטיפול, אך כל עוד הן בתוקף, המידע צריך להימסר כחלק מתהליך ההסכמה מדעת.

ניראה שהעיסוק בנושאים החוקיים ודיון בדילמות אתיות וטיפוליות תורמים לקדם את המלחמה בתופעות של התעללות בקטינים ובחסרי ישע, שכל אנשי המקצוע מסכימים שיש להילחם בהן.

ספרות.

- Illingworth P., Trust: The scarcest of medical resources. Journal of Medicine and Philosophy, 2002, 27 (1), 31-46. .1
- Keith-Spiegel P. & Koocher G.P., Ethics in Psychology. Professional standards and cases. New York, Random House, 1985. .2
- Appelbaum P.S. & Gutheil T.G., Clinical handbook of Psychiatry and the Law. 2nd ed., Williams & Wilkins. .3
4. חוק יסוד כבוד האדם וחרותו. ס"ח 1391, התשנ"ב, עמ' 150.
5. חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, ס"ח 1011, התשמ"א, עמ' 128.
6. חוק העונשין תשל"ז-1977, ס"ח 864, התשל"ז.
7. חוק זכויות החולה התשנ"ו-1996, ס"ח 1591, התשנ"ו, עמ' 327.
8. חוק טיפול בחולי נפש התשנ"א-1991, ס"ח 1339, התשנ"א, עמ' 58.
9. חוק הפסיכולוגים תשל"ז-1977, ס"ח 857, תשל"ז, עמ' 158.
10. חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו-1996, ס"ח 1574, התשנ"ו, עמ' 152.
11. ויצטום א., מרגולין י., לוי ע., וקרן ש., סודיות מקצועית, חסיון רפואי ושמירת הפרטיות. "הרפואה", כרך 126, עמ' 543-549.
- פקודת הראיות (נוסח חדש) התשל"א 1971. דינים, כרך 28, עמ' 17103.
- Mills M., Sullivan G. & Spencer E., Protecting third parties: A decade after Tarasoff. Am. J. of Psychiatry, 1987, 144(1), 68-74. .12
13. Appelbaum P.S., Tarasoff and the clinician: Problems in the duty to protect. Am. J. of psychiatry, 1985, 142 (4), 425-429.
41. חוק כלי יריה (תיקון מס' 6) תשל"ח-1978, ס"ח 894, תשל"ח, עמ' 124.
51. חוק כלי יריה (תיקון מס' 12) התשס"א-2001, ס"ח 1773, התשס"א, עמ' 131.
61. הצעת חוק למניעת אלימות במשפחה (תיקון מס' 6) (חובת דיווח על אלימות כלפי בן זוג), התשס"א, הצעות חוק 3023, עמ' 747.
- חוק למניעת אלימות במשפחה (תיקון מס' 7) התשס"ב-2001, ס"ח 1817, התשס"ב, עמ' 46.
71. ברמן ע., עזרה פטרונית ויהירה. "הארץ", 30.4.2001.
18. צדיק י.צ., סודיות מקצועית – שיקולים ודילמות. ידיעון הסתדרות הפסיכולוגים בישראל, 18, אפריל 1982.

- Brull F., The treatment of two patients after serious attempts at suicide. Israel Annals of Psychiatry, 1966. 19.
20. חוק הטיס 1927, תיקון התשנ"ב, ס"ח התשנ"ב, עמ' 148.
21. חוק לתיקון פקודת התעבורה (מס' 15) תש"ס-1979, ס"ח 949, תש"ס, עמ' 18.
22. חוק לתיקון פקודת התעבורה (תיקון מס' 18), תשמ"ה-1985, ס"ח 1138, תשמ"ה, עמ' 56.
23. עמדת הר"י בנושא תאונות דרכים, נהגים מסוכנים וחובת דיווח. "מכתב לחבר", כרך 62 (3-4), מרץ-אפריל 2000, עמ' .
24. לוי י., בן-ארצי א., לוי ע. ונוימן מ., הפרעות פסיכיאטריות – גורם נוסף לתאונות דרכים. האומנם? "הרפואה", כרך 121, חוברת ג-ד', 1991, עמ' 125-127.
25. חוק העונשין (תיקון מס' 26), תש"ן-1089, ס"ח 1290, תש"ן.
26. חוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופסות התשכ"ב-1962, ס"ח 280, תשכ"ב, עמ' 120.
27. צדיק י.צ., "החדר הפרוץ" – על כירסום הסודיות המקצו עית באמצעות חקיקה. "שיחות", כרך ו', (2), 1992, עמ' 173-175.
28. Levine M., The therapeutic jurisprudence analysis of mandated reporting of child maltreatment by psychotherapists. N.Y. Law School Journal of Human Rights, 1993,10,711-738.
29. Zellman G.L., The impact of case characteristics on child abuse reporting decisions. Child Abuse & Neglect, 1992,16,57-74.
30. Kalichman S.C., Craig M.E. & Follingstad D.R., Professional adherence to mandatory child abuse reporting laws: Effects of responsibility attribution, confidence ratings and situational factors. Child Abuse & Neglect, 1990, 14,69-77.
31. Deitz R., Doueck H.S. & George N., Reasonable cause: A quantitative study of mandated reporting. Child Abuse & neglect, 1996, 20(4), 275-287.
32. Ney P.G., Fung T. & Wicket A.R., The worst combination of child abuse and neglect. Child Abuse & Neglect, 1994,18(9),705-714.
33. Watson H. & Levine M., Psychotherapy and mandated reporting of child abuse. American Journal of Orthopsychiatry, 1989,59(2),246-256.
34. Jagim R.D., Wittman W.D. & Noll J.O., Mental health professionals' attitudes toward confidentiality, privilege and third party disclosure. Professional Psychology, 1978,9,458-466.

- Finkelhor D. & Zellman G., Flexible reporting options for skilled child abuse professionals. Child Abuse & neglect, 1991,15,335-341. .35
- James J., Womack W.M. & Strauss F., Physician reporting of sexual abuse of children. JAMA,1978,204(11),1145-1146. .36
- Wise T., Where the public peril begins: A survey of psychotherapists to determine the effects of Tarasoff. Stanford Law Review, 1978,31,169-190. .37
- Thelen M.H., Rodriquez M.D. & Sprengelmeyer P., Psychologists' beliefs concerning confidentiality with suicide, homicide and child abuse. American Journal of Psychotherapy, 1994, 48(3),363-379. .38
- Berlin F.D., Malin H.M. & Dean S., Letter to the editor. American Journal of Psychiatry, 1992,149(3),425. .39
- Swoboda J.S., Elwork A., Sales B.D. & Levine D., Knowledge of and compliance with privileged communication and child abuse reporting laws. Professional Psychology, 1978,9,448-457. .40
- Mueleman T. & Kimmons C., Psychologists' views on child abuse reporting, confidentiality, life and the law: An exploratory study. Professional Psychology, 1981,12(5), 631-638. .41
- Weinstock R. & Weinstock D., Clinical flexibility and confidentiality: Effects of reporting laws. Psychiatric Quarterly, 1989,60,195-214. .42
- Johnston C., Compulsory reporting changing MDs' role in sexual-abuse cases. Canadian Medical Association Journal, 1991,144(9), 1162-1164. .43
- Pollak J. & Levy S., Countertransference and failure to report child abuse and neglect. Child Abuse & Neglect, 1989,13,515-522. .44
- Pope K., Tabachnick B. & Keith-Spiegel P., Ethics of practice. American Psychologist, 1987,42,993-1006. .45
- Steinberg K.L., Levine M. & Doueck H.J., Effects of legally mandated child-abuse reports on the therapeutic relationship: A survey of psychotherapists. American Journal of Orthopsychiatry, 1987,67(1),112-122. .46
- Lindenthal J. & Thomas C., Psychiatrists, the public and confidentiality. Journal of Nervous and Mental Diseases, 1982,170,319-323. .47
- Appelbaum P., Kapen G., Walters B. et al, Confidentiality: An empirical test of utilitarian perspective. Cited in: Roback H.B. & Shelton M., Effects of confidentiality limits on psychotherapeutic process. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 1995, 4(3),185-193. .48

- Berlin F.S., Malin H.M. & dean S., Effects of statutes requiring psychiatrists to report suspected sexual abuse of children. American Journal of Psychiatry, 1991, 148(4),449-453. .49
- Cutler W., Informed consent to limited confidentiality. . Cited in: Roback H.B. & Shelton M., Effects of confidentiality limits on psychotherapeutic process. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 1995, 4(3),185-193. .50
- Zadik Y.Z., Breaking Confidentiality Survey. Medicine & Law, 1993, 12,257-262 .51
- .52 . צדיק י.צ., עמדות פסיכותרפיסטים מול חובת הדיווח . הכנס המדעי ה-25 של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל, 23-25 באוקטובר 1995, באר שבע.
- Smith-Bell M. & Winslade W.S., Privacy, confidentiality and privilege in psychotherapeutic relationships. American Journal of Orthopsychiatry, 1994,64(2),180-192. .35
- Glaser D. & Frosh S., Child Sexual Abuse. London, BASW. .45
- Meyer R. & Willage D., Confidentiality and privileged communication in psychotherapy. . cited in: Roback H.B. & Shelton M., Effects of confidentiality limits on psychotherapeutic process. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 1995, 4(3),185-193. .55
- .65 סלוצקי ח., ועדת הפטור לעניין חובת הדי ווח. כנס לציון מלאת חמש שנים לחקיקת החוק למניעת התעללות בקטינים ובחסרי ישע, משכן הכנסת .28.12.1994
- Christopherson R.J., Two approaches to the handling of child abuse: A comparison of the English and Dutch systems. Child Abuse & Neglect,1981,5,369-373. .75
- van Ruller E., The confidential doctor in the Netherlands. Child Abuse & Neglect, 1981,5,491-493. .85
- Thompson-Cooper I., Fugere R. & Cormier B.M., The child abuse reporting laws: An ethical dilemma for professionals. Canadian Journal of Psychiatry,1993,38,557-562. .59