

# אתיקה

## ופסיכיאטריה של הילד והמתבגר

### מזווית בינלאומית

Adrian Sondheimer & Joseph M Rey

מהדורה בעברית

תרגום: דן פרבשטיין

עריכה: פיז תורן



היפוקרטס מסרב למתנותיו של ארטקסרקסס ה-I  
אן-לואי ז'ירודה דה רוס-טריזון (1792)

Adrian Sondheimer MD,  
FAACAP

Division of Child and  
Adolescent Psychiatry, SUNY  
at Buffalo School of Medicine,  
Buffalo, NY, USA.

Conflict of interest: none  
declared

Joseph M Rey MD, PhD,  
FRANZCP

Professor of Psychiatry, Notre  
Dame University Medical  
School Sydney; Honorary  
Professor, University of Sydney  
Medical School, Sydney,  
Australia

Conflict of interest: none  
declared

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or IACAPAP endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

©IACAPAP 2016. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial.

Suggested citation: Sondheimer A, Rey JM. Ethics and international child and adolescent psychiatry. In Rey JM (ed) *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (Edition in Hebrew: Toren P (ed). Translation: Farbstein D). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.

"איני רואה סימן  
לכוונה מוסרית בטבע.  
זהו כלי שיוצר באופן  
בלעדי על ידי בני האדם  
– וניתן לזקוף זאת  
לזכותנו".

תומאס האקסלי



תומאס הנרי האקסלי  
(1825-1895), קרלו  
פלגריני ("קוף"),  
1759-1840, ספרית  
דיבר, מוסד  
סמיתסוניאן.

לאחר מחשבה ובמהלך מכוון, הפרק הפותח את ספרו הראשון של האיגוד הבינלאומי לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר והמקצועות הנלווים [IACAPAP] על הבריאות הנפשית של הילד והמתבגר מתמקד ביחסים שבין אתיקה והשדה הקליני. בעוד שפרק זה מתמקד ברופאים, רוב הנושאים האתיים הנידונים בו נוגעים לכל עובדי בריאות הנפש (כדוגמת פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, צוות הסיעוד ומטפלים) המטפלים בילדים ובמתבגרים. כל עוד לא צוין אחרת, המילה "ילד" תשמש לצורך הגדרת כל אדם מתחת לגיל 18, המילה "הורה" מייצגת הורים ואפוטרופוסים, צמד המילים "פסיכיאטר ילדים" משמעותו פסיכיאטר של הילד והמתבגר, וצמד המילים "פסיכיאטריה של הילד" משמעותה דיסציפלינת הפסיכיאטריה של הילד והמתבגר.

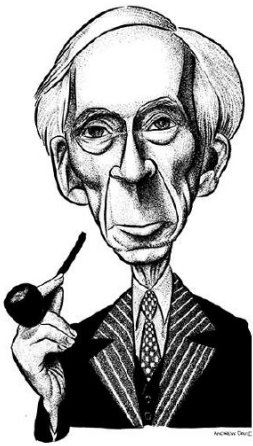
פסיכיאטריה הינה התמחות ברפואה, ופסיכיאטריה של הילד היא תת-התמחות בפסיכיאטריה. מטרתו היסודית של מקצוע הרפואה היא להילחם בכל מה שגורם לחולי הגוף והנפש, והוא מושך אליו את אלה המתעניינים בעיסוק מסוג זה. אם אנו מגדירים אתיקה כתחום אינטלקטואלי של חקר, המתמקד בנכון ובשגוי בהתנהגויות האדם ( American Heritage New Dictionary of Cultural Literacy, 2005), אזי מקצוע הרפואה הינו דוגמה למופת מבין כלל המקצועות, שכן כמשלח-יד המוקדש לקידום רווחת הפרט ומצב האנושות הקולקטיבי, הוא מבוסס על המאמץ "לעשות את הדבר הנכון". בהתאם-לכך, נראה כי מקצוע הרפואה והעיסוק בו נשענים באופן מובהק על עמדה אתית. לו רק ניתן היה להסתכל על הנושא בפשטות שכזו. למעשה, חקר האתיקה מתמקד לרוב במורכבות המצב האנושי, אשר לפי הגדרה וניסיון, מורכב בדרך כלל מאזורים אפורים, סבוכים וחשוכים. לעיתים נדירות בלבד סוגיה אתית מעניקה ניגודיות ברורה בין שחור ללבן. זה מה שהופך את חקירתן של שאלות אתיות למעניינת.

פסיכיאטריה, יותר מכל התמחות אחרת ברפואה, מנסה להתמקד באופן שווה בגוף ובנפש (Slaveny, 1993). באופן אידיאלי, תחום התמחות זה עושה מאמצים לאחד את השניים, שכן תפקודם מתווך על ידי המוח. כך, נקודת המבט של תחום הפסיכיאטריה כוללת את התהליכים הקוגניטיביים, האפקטיביים, הבין-אישיים וההתנהגותיים של המטופל, כל זאת בהקשר של תפקוד משפחתי, חברתי, תרבותי, דתי, חינוכי ופוליטי. פסיכיאטריה של הילד, תת התמחות של פסיכיאטריה כללית, מתמקדת בבני אדם מגיל הילדות ועד ההתבגרות, כאשר רופאים רבים מאריכים את הטווח הזה לגילאי הבגרות המוקדמת. התפתחות הילד משמעותה גדילה והתבגרות במישורים שונים, ובהם הגוף, הקוגניציה, הרגשות, ההתנהגות ויכולות השיפוט. כל עוד ילדים לא הגיעו ליכולותיהם של מבוגרים בתחומים אלה, הם זקוקים להגנה וטיפוח של האפוטרופוסים. על פי רוב ההורים ממלאים תפקיד זה, אך לעיתים קרובי משפחה, גורמים ממשלתיים או פרטים אחרים מספקים את הסביבה והתנאים בהם יתבגר הצעיר. בניגוד לעמיתיהם המגבילים את עבודתם לטיפול במבוגרים, פסיכיאטרים של הילד לרוב מקדישים את מאמצייהם לא רק לצעירים, אלא גם למבוגרים המטפלים אשר מעניקים אינפורמציה אותה הילד לא יכול או לא מעוניין להעניק. אולם, עבודה עם שתי דורות, וכן האינטראקציה ביניהם, מעלות לעיתים קרובות קונפליקטים הדדיים, שבתורם מעוררים דילמות אתיות.

## אתיקה בהקשר כללי

”חושב אני שעלינו  
לשעשע את דעותינו  
עם מידה מסוימת של  
ספק. איני צריך  
לשאוף לכך שאנשים  
יאמינו באופן דוגמטי  
לכל פילוסופיה שהיא,  
אפילו לא לשלי”.

ברטרנד ראסל.



ברטרנד ראסל  
(1872-1970)

באופן תאורטי, פתרונות ללבטים אתיים נבדלים ממתן מענה לדילמות אחרות בשני היבטים: ראשית, הפתרונות ניתנים להכללה, כלומר, הם אינם תלויים בנסיבות בהן פתרונות אלה הוצעו ועל כן הם ברי יישום בכל הקשר. שנית, פתרונות אלו הינם אובייקטיביים ומוכללים ולכן יגברו על מניעים אישיים וקבוצתיים.

אולם, האם למעשה קביעות אלה הן בגדר אקסיומות? כדי להגיע לפתרון צודק ומנומק, בניגוד לפתרון נבון או זהיר, האם אכן ניתן באופן לגיטימי להתעלם מההקשר, בין אם פוליטי, כלכלי, תרבותי או דתי? מעשה כזה על-פניו נראה לא סביר. כאשר משווים, לדוגמא, סביבה של אזרחים במדינות דמוקרטיות בעלות טכנולוגיה מתקדמת, לעומת סביבה של אזרחים במדינות טוטליטריות, אוטוקרטיות, מוכות עוני ומלחמה, קשה לדמיין כיצד יישומם של אותם נימוקים אתיים יביא לפתרונות זהים. בכדי להוסיף לבלבול, ישנן מדינות בהן קיים עירוב של אלמנטים אלה. כלומר, מדינות שהינן מפותחות כלכלית במידה רבה יותר ממדינות מתועשות דמוקרטיות, אך המבנה הפוליטי שלהן הוא בעיקרו מדגם למעלה-למטה. דוגמאות בולטות לניגודים העומדים בפני פסיכיאטר ילדים מדגימות זאת היטב: הדילמה האתית האם לרשום תרופה מקורית או תרופה גנרית, נוכח לחץ מצד חברות הביטוח או אם קיימת רשימת תרופות המאושרת על ידי הממשל לרשום את האחרונה היא בגדר מותרות כשהיא עומדת מול הרצון של פסיכיאטר ילדים לרשום תרופה נוגדת דיכאון כלשהי, בארץ בה נעדרים צרכים בסיסיים רבים, לא כל שכן אספקה סבירה של תרופות פסיכורופיות; התנגדותם של ללחצים המתונים של משרד התובע להעביר מקרה של נער עבריין שנדון בבית המשפט לענייני משפחה לדיון בבית המשפט כתיק פלילי של בוגר, לעומת האיום מצד זרועות צבאיות של ממשל על מחייתו של פסיכיאטר הילדים או גרוע מכך, אם יסרב לאשפז בבית חולים פסיכיאטרי אדם בריא אשר הסתבך עם נציגי הממשל או המשטרה (LaFraniere & Levin, 2010); מתן טיפול לילד אבל בעל אמצעים כלכליים, המוקף בקרובים אשר אוהבים אותו לעומת מתן טיפול ליתומים החיים במקלט לאחר שהוריהם וקרוביהם נרצחו על ידי מליציות לוחמות (Stover et al, 2007; Williamson et al, 1987).

כתיבה בנושא אתיקה בתחום הפסיכיאטריה של הילד מנקודת מבט בינלאומית משמעותה התייחסות לטווח רחב מאוד של הקשרים פוליטיים, דתיים, תרבותיים, כלכליים ואדמיניסטרטיביים (Leckman & Leventhal, 2008). האם הבדלים בולטים אלה מצביעים על כך שיש לגשת באופן שונה לחשיבה האתית בהתאם להקשר? באופן תאורטי, התשובה היא לא. נראה כי יש להשתמש באותה מתודת ההנמקה בכל הקשר. יחד עם זאת, בהחלט יש להתייחס לתנאים הסביבתיים בניסיון להגיע לפתרונות היעילים ביותר, והתייחסות זו סביר להניח שתוליד החלטות מנוגדות במקרים שהם לכאורה דומים.

## היסטוריה של ילדות

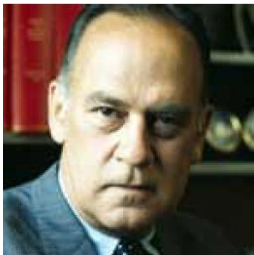
התפתחות אופטימלית של ילדים הכרחית בכל החברות, שכן הצאצאים הופכים לאחר-מכן למבוגרים אשר בתקווה ימשיכו את המסורות והערכים של

נראה שיש לעשות שימוש בשיטות הנמקה זהות בכל ההקשרים. יחד עם זאת, יש לקחת בחשבון את ההקשר בניסיון להגיע לפתרונות היעילים ביותר, ושיקולים מסוג זה יכולים בהחלט להביא להחלטות סופיות מנוגדות במקרים שהם לכאורה דומים.

חברות אלה. על-פי הדעות המובילות בהיסטוריה של החברה המערבית, במשך אלפי שנים היחס לילדים לאחר תקופת הינקות היה כאל מבוגרים קטנים (Aries, 1962; DeMause, 1974). בזמנו, נחשבו ילדים לקניין הוריהם, אשר בתמורה למקלט ואוכל היו זכאים להכנסות מעבודתם. רמזים לצורך בחינוך, מעבר לחניכה מקצועית, החלו להיות מורגשים במאה ה-17. לצד התפתחות זו, הילדות הומשגה לראשונה כשלב בהתפתחות האדם הנבדל מבגרות. במאה השנה האחרונות, חלה התקדמות מהירה בהתמקדות בילדות כשלב התפתחותי.. כחלק-מכך, נחקקו חוקים המחייבים נוכחות בבית הספר, מגנים מפני העסקת ילדים וכאלו המסייעים ותומכים בתפקוד המשפחה ובריאותה. כמו-כן הוקמו מערכות משפט לנוער עם גישה ייחודית להליכים משפטיים, ונקבעה חובת דיווח על התעללות ו/או הזנחה של ילד לגורמים ממשלתיים (Enzer, 1985; Graham, 1999). עם נטילת האחריות על רווחת הילדים על ידי המדינה, התפתחה גם ההתמקצעות הרפואית בתחום. רפואת ילדים הופיעה לראשונה כהתמחות בסוף המאה ה-19. פסיכיאטריית ילדים, כתת התמחות בפסיכיאטריה, החלה להופיע בשנות ה-40-30 של המאה העשרים (Musto, 2007). בארה"ב, האקדמיה האמריקאית לפסיכיאטריה של הילד הוקמה ב-1953. במהלך חצי המאה האחרונה הילדות עצמה חולקה לתתי-תקופות צרות יותר תוך כדי שהורחבו השלבים הנכללים בה, אשר כוללים כעת את הינקות, הגיל הרך, טרום-בי"ס, בית ספר והתבגרות (השלב האחרון מוחלק אף הוא להתבגרות המוקדמת, האמצעית והמאוחרת). כך המשגת הילדות התפתחה, ממקשה יחסית בלתי-מובחנת להמשגה הנוכחית בעלת מובחנות ניכרת המאופיינת בטווחי גיל קצרים וצרכים ויכולות שונים. בעוד שבכל השלבים קיים הצורך בטיפול המסופק על-ידי מבוגר, ההבדלים בין טווחי הגיל, כפי שיבואר בהמשך, משחקים לעיתים תפקיד חשוב בשיקולים אתיים.

"אתיקה משמעותה  
לדעת את ההבדל בין  
מה שיש לך הזכות  
לעשות, ומה נכון  
לעשות".

פוטר סטיוארט



פוטר סטיוארט  
(1915-1985) היה  
חבר בבית המשפט  
הגבוה לצדק של  
ארה"ב.

## מקצוענות וילדים

אתיקה רפואית מהווה נדבך חשוב במקצוענות רפואית. עקרון המקצוענות משתרע אל מעבר לנושאים המשפיעים ישירות על הטיפול, ומתייחס להתנהגותו הכללית של הרופא (Gabbard et al, 2011; Wynia et al.,1999). ככל שהתנהגותו של רופא משפיעה על הטיפול בחולה, אם לא באופן ישיר אזי באופן בלתי ישיר, כך גם הגבולות שבין אתיקה לבין מקצוענות יכולים להפוך למטושטשים. אם מסתכלים בצורה כוללת על אלה העוסקים בפסיכיאטריית ילדים, הרי שהם כנראה נמשכים לעבודתם זו כיוון שהם חשים בפגיעותם של צעירים, המזמנת את תשוקותיהם החבויות לטפח, להגן ולחנך. אין כל ספק שגורמים אלה הינם לטובת הצעיר, בכך שהם מאפשרים יצירת קשר מיטיב בין הרופא למטופל. יחד עם זאת, קיימות נקודות תורפה רבות בקשרים אלה. לדוגמא, רופאים עלולים למצוא עצמם נמשכים רגשית או פיזית לאפטרופוסים או למטופלים עצמם; הם יכולים להתענג על פנטזיות הצלה; הם חשים דחף להעניק טובות מיוחדות למטופלים מסוימים או משפחותיהם; או משתוקקים לשדל משפחות של מטופלים לממן פרויקטים ייעודיים. בעוד שאין עלינו להתייחס למחשבות ופנטזיות אלה המתלוות לעבודה כבלתי רגילות, הוצאתן לפעול באופן שעלול להיות מזיק למטופל תהיה בלתי-מקצועית. לעומת-זאת, בטחון הילד,

רווחתו וטובתו צריכים להיות תמיד בראש מעייניו של הרופא, וזהו העיקרון האתי הראשי של העיסוק ברפואה. עקרון זה מחייב שלא יתקיים כל מצב שהוא בו פסיכיאטר ילדים ינצל את הילד המטופל או את קרוביו עקב הפרת הגבולות המקצועיים. גבולות אלה, המובאים כפשט וכדרש, נוצרו למנוע התנהגויות אלה בדיוק (Gabbard & Nadelson, 1995; Schetky, 1995). במקום זאת, על הילד והאפוטרופוסים לצפות בבטחה, שפסיכיאטר הילדים ינהל את התמורות ההדדיות בכנות ובשקיפות, ביושרה ובנאמנות.

## קודי אתיקה

לאורך אלפי שנות הקיום, כל החברות האנושיות הגדירו אזרחים מסוימים כמרפאים. בעת האחרונה, קיבלו פרטים אלה את הכותרת רופאים. לאורך מאות רבות אלה, העוסקים ברפואה, אשר התמקמו בחברות שונות במדינות העולם, יצרו קודי אתיקה רבים מספור שינחו את התנהגותם המקצועית. מרביתם של קודים אלו, על-אף שנוצרו בחברות שונות מאוד מבחינה אתנית, דתית וגיאוגרפית, חולקים מוקדים ונושאים משותפים. כך, העקרונות הבאים מקבלים התייחסות במרבית הקודים:

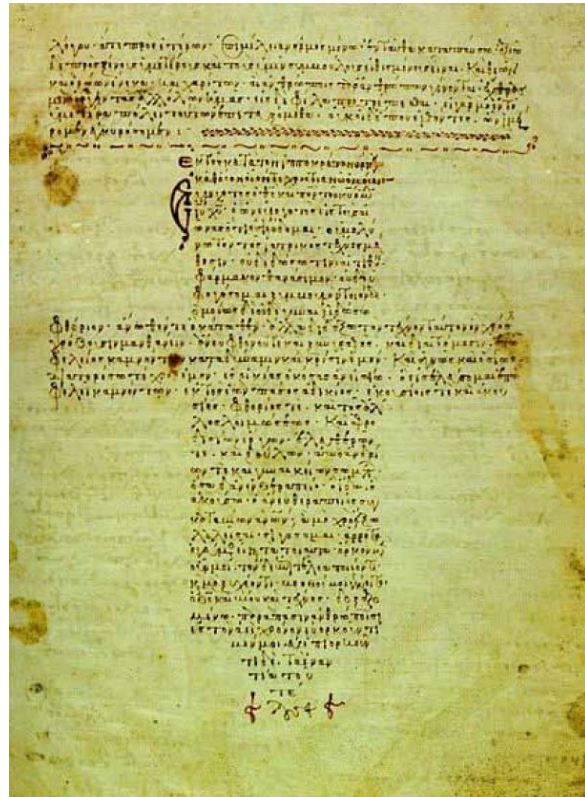
- כבוד לחיי האדם כערך עליון.
  - אחריות הרופא לרווחת המטופל.
  - התראה לעזור, או לפחות, שלא להזיק
  - דגש על טוהר מידות וחובת התפקיד.
- כמו כן ניתנת תשומת לב לנושאים ספציפיים אלה:
- שוויון בטיפול, ללא קשר למצבו הכלכלי של המטופל.
  - ציפיה שיקבע מחיר הולם לטיפול.
  - שימוש באמצעים לגיטימיים לקביעת אבחנה, כולל תצפית קלינית והפעלת שיקול דעת בריא.
  - לשקול האם, ומתי, להציע טיפול; אם אכן מוצע טיפול, יש לבצע שימוש בתרפיות לגיטימיות.
  - אופיו החסוי של הקשר שבין מטופל למטפל.
  - איסור על יחסים מיניים בין המטופל למטפל
  - הטלת עונשים או סנקציות עקב תפקוד טכני אשר אינו טוב דיו או הפרת הקוד.

קודים בינלאומיים שאומצו על ידי ארגונים רפואיים הופיעו לראשונה באופן פורמלי במהלך המאה ה-20. קוד האתיקה הרפואית הבינלאומי של ההסתדרות הרפואית העולמית (WMA), אשר נכתב לראשונה בשנת 1949 ועודכן לאחרונה בשנת 2006, מגדיר את החובות הכלליות של רופאים וכן מחויבויותיהם למטופלים ולעמיתיהם למקצוע (World Medical Association, 2006). דגש ניתן על הצורך בכשירות, כנות, מסירות, הימנעות מהטיה ו/או ניצול, מתן כבוד



לחסיון, שיתוף פעולה, ובאופן מעניין – חובת הרופאים לגשת לטיפול בעצמם במקרה של תחלואה פיזית או נפשית. חשיבה גלובלית דומה הובילה לייסודם של מספר קודים פסיכיאטרים והצהרות בקנה מידה רב-לאומי. הצהרת מדריד של

שבועת היפוקרטס היא שבועה אותה באופן היסטורי נדרו רופאים ואנשי מקצועות הבריאות, לעסוק ברפואה בצורה אתית. האמונה הרווחת היא ששבועה זו נכתבה על ידי היפוקרטס או על ידי אחד מתלמידיו. תמליל ביוזנטי של השבועה, המאה ה-12 (Wikimedia Commons).



הסתדרות הפסיכיאטריה העולמית (1996), התבססה על הצהרות הוואי (1977) ווינה (1983) וגיבשה הנחיות וסטנדרטים בינלאומיים לעיסוק בפסיכיאטריה (World Psychiatric Association, 1996). בנוסף לדיון על היסודות הבסיסיים כגון: אחריות הרופא כלפי המטופל, הצורך לשמור על ידע בנוגע להתפתחויות מדעיות עדכניות, הגנה על מטופלים במחקר, שמירת חסיון וכן שמירה על גבולות מקצועיים, ניתנה תשומת-לב מיוחדת לאיסור על השתתפותם בעינויים, עונשי מוות, בחירת מין ו/או תהליכי אפליה על בסיס אתני או תרבותי. בנוסף, הושם דגש על הימנעות מניגוד עניינים על בסיס פוליטי או תעשייתי, כמו-גם הדגשת הציפיה שטיפולים הולמים יתבססו על אבחנות תקפות ויינתנו רק לאחר שהמטופל קיבל את כל המידע הרלוונטי, ומתוך תנאי שהסכמתו לא ניתנה בכפייה.

בשנת 1989 נעזרה ועידת האו"ם בנושא זכויות הילד בכוחם הקולקטיבי של המדינות החברות בה, על-מנת לבסס את זכויותיהם של ילדים להישרדות, התפתחות, הגנה והשתתפות, וכן זכותם להביע את דעתם בצורה חופשית, לקבל כבוד הולם ולחיות עם משפחתם (United Nations, Centre for Human Rights, 1990) (ר' פרק 7.J). ועידת האו"ם בנושא זכויות בעלי מוגבלויות (2006) מדגישה שכל הסובלים ממוגבלויות, בכל הגילאים כולל ילדים, זכאים לכבוד והערכה. הגדרה זו חובקת, בין היתר, חולים פסיכיאטרים (United Nations, 2007; Stein et al, 2009). המסמך מדגיש את חובת אי-האפליה והזכות לגישה שוויונית לשירותי הבריאות, כמו-גם, את זכותם של כל הסובלים

ממגבלויות לשיתוף שוויוני בכל היבטי החיים ולחירויות הבסיסיות. על-אף ייחוסן המרשים של ההצהרות הללו, ברור שמידת היישום שלהן משתנה באופן עצום בין המדינות החתומות. בהתחשב בעובדה שמערכות הממשל במדינות האלו שונות במידה רבה, ניתן לצפות שזה יהיה המצב. לצד זאת, מאמצים גלובליים מתמשכים מביאים לחיזוק הצהרה זו, למיסוד פעילויות למען הגברת ההגנה על ילדים ובעלי מוגבלות ויצירת מודעות גוברת לכוחות אשר מקדמים או מסכלים את יישומה. בשנת 2006, האיגוד הבינלאומי לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר והמקצועות הנלווים (IACAPAP) התווה הנחיות ועקרונות לרופאים במסמך שכותרתו "אתיקה בבריאות הנפש של הילד והמתבגר". מסמך זה נגזר מהחלטת IACAPAP העוסקת ב"הבטחת בריאות נפשית לילדים", אשר הופצה בשנת 1992 ובהמשך עודכנה בשנים 1996 ו-2004 (IACAPAP, 2006). המסמך מפרט עקרונות אתיים בסיסיים; מתייחס לזכויות הן של ילדים והן של ההורים/האפוטרופוסים החוקיים שלהם; סוקר הסכמה ואשרור הסכמה; ומתייחס לנושאים כגון: חסיון, ניצול אפשרי, מפגשים מיניים, יושרה, טיפול בניגוד לרצון, מתנות ממטופלים או מתעשיית התרופות, פרסום מידע על מטופל במאמרים וכנסים מקצועיים, אתיקה של מחקר, שיתוף פעולה בין-תחומי, והנחיות האיגוד לקבלת תמיכה כלכלית.

המאמצים הראשוניים, וכן העדכונים שנעשו בהצהרות והנחיות אלה הינם פונקציה של תנאים והשפעות המשתנות עם הזמן. קוד האתיקה של האקדמיה האמריקאית לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר (AACAP) מהווה דוגמה לכך. קוד זה, אשר הופץ לראשונה בשנת 1980, עודכן במידה מועטה בשנת 2007 ולאחר מכן במידה רבה בשנת 2009. שינויים אלו, משקפים שינוי בידע הרפואי, באופני העבודה הקלינית, בתשלום עבור שירותים, בהבנה של דינמיקות פסיכולוגיות, ובהרגלי עבודה של חברות ייצור התרופות אשר התפתחו על פני 3 עשורים (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2009). העדכון האחרון מתייחס באופן ישיר ומעמיק לנושאים של השפעת צד-שלישי, ציפיות לפרסום תוצאות חיוביות ושליליות של כלל המחקרים ניגוד עניינים, תסבוכות רומנטיות ו/או מיניות עם מטופלים ומשפחותיהם, הסיכון במחקר על ילדים, האדרה עצמית של המטפל, וציפיות שהרופאים יהיו בעלי ידע בחוקים רווחים בתחומי השיפוט של המקצוע, כמו גם מתחים אשר עלולים להתקיים בין החוק לשיקולים אתיים. כפי ש-(Beauchamp 2009) מציין, "החוק אינו המשכן של אמות המוסר שלנו ושל ערכינו". לעומת זאת, קודי האתיקה הם הנחיות להתנהגות מקצועית, והם שונים מחוקים בכך שהם מעניקים יותר גמישות ואפשרויות פעולה. קודים אלו מגלמים אמות מידה של התנהגות מקצועית, וקוד ה-AACAP הנוכחי הוא דוגמה לקוד אשר באופן ברור, ולא מעורפל, מצביע על התנהגויות רצויות. רופא אשר לו תהיות לגבי מניעים, נטיות או התנהגויות שלו או של חברו למקצוע, יכול לראות בהתייעצות עם עמית ופניה להנחיות הקוד האתי את האופציות היעילות והמסייעות ביותר.

## **ילדים, אתיקה ועקרונות אתיים**

ילדים ומבוגרים שונים זה מזה בדרכים נוספות הניתנות להבחנה. ילדים הם לרוב קטנים יותר, הבנתם של אירועים היסטוריים או חיצוניים צרה יותר, הם

עסוקים ללא הרף בתהליך מהיר של התפתחות וגדילה, זקוקים להגנה וטיפול של אחרים. יחד עם זאת, ילדים אינם קבוצה אחידה – לדוגמא, ילד בגיל הרך ומתבגר בשלב המאוחר של ההתבגרות שונים מאוד זה מזה במרבית מהמישורים שצוינו מעלה, למרות ששניהם נכנסים תחת הקטגוריה הרחבה של "ילדים". אולם, עקב תלותם הקבועה במבוגרים, יתייחס החוקק על-פי רוב לכולם כקטינים. כך, החלטות חשובות כגון: היכן ועם מי יחיה הקטין, יכולתו לשוטט ולטייל, טבעם של לימודי הדת והחול, וכן גישה לטיפול רפואי, נותרים כולם תלויים, על-פי חוק, בידי ההורים/אפוטרופוסים. במדינות אשר ניחנו במערכות חוק יעילות, למדינה זכות חוקית להתערב בהחלטות אלה רק במקרים שבהם האפוטרופוסים מתרשלים במתן צרכים בסיסיים כמו הזנה, מקלט וחינוך לילדיהם, או במקרים בהם קיימת התעללות בצעיר/ה הנמצא תחת חסותם. חוקים אלה, אשר לכאורה הינם ברורים מאליהם ומוסכמים על הכלל, מתבססים מעשה על יישומם של הבנות יסוד אתיות המשולבות בתורן עם ידע מקיף על התפתחות הילד. בעוד שקיימות מספר גישות מוסריות המתחרות על הכתר (Bloch, 2007), ישנם מספר עקרונות בסיסיים המהווים תשתית לאתיקה של העבודה הנעשית עם ילדים. כך, מצופה מכל קלינאי לחתור לקראת תוצאות אשר ייטיבו עם הילד (עשיית הטוב), להימנע ממעשים שיכולים, בסבירות גבוהה, לגורם נזק לילד (אי-עשיית נזק), לתת כבוד להחלטות ולרצונות המטופל (אוטונומיה) ולטפל בכל המטופלים באופן הוגן, שוויוני ונאמן (צדק). מבנה אתי זה נכון גם לגבי יצירת גישות אדמיניסטרטיביות שמטרתן להעניק טיפול והגנה לקבוצות גדולות של ילדים (Sondheimer, 2010). לדוגמא, בעת נקיטת צעדים לשיפור המענה בתחום בריאות הנפש בבתי ספר (Bostic & Bagnell, 2001; Berner et al., 2007), בזמן טיפול בילדים שנמצאים בטראומה בעקבות מלחמה (Panter Brick et al, 2011; Betancourt, 2011) או בעת הפעלת תכניות חדשניות לפושעים צעירים (Holden et al, 2013), תהיה זו ציפייה סבירה שהרשויות יתכננו את מאמצייהם בדרכים שייטיבו עם הילדים, כך שהם לא ייפגעו, ירגישו שרוכשים להם כבוד ויקבלו עזרה והגנה באופן שווה.

תחושות וגישות אלה מהווים אידיאל, וישנם מצבים קליניים או אדמיניסטרטיביים בהם ניתן להבדיל על נקלה בין המעשה שנכון לעשותו ובין המעשה שאינו נכון. אולם, המציאות מציגה לרוב קונפליקטים בהם שולטים גווי האפור. אילוסטרציה ברורה לכך היא הסתכלות על ילדים לאורך רצף תהליך ההתבגרות. כך, מה שייטיב עם נער בן 16 (לדוגמא, מתן כבוד לזכותו לסרב לטיפול רפואי), אולי יהיה לא מועיל עבור ילד סרבן בן 7. ישנן דילמות נוספות בתחום האפור אשר עולות תדיר. לדוגמא, אם יש לילד ולהוריו השקפות מנוגדות, למי צריך פסיכיאטר הילדים להקשיב, מבלי להתעלם מדאגותיו של הצד השני? כאשר קבוצה (לדוגמא, משפחה) מעוניינת להתקדם לפי אג'נדה המקובלת על רוב חבריה, האם יש לתת כבוד לדעה האחרת של המיעוט (פעמים רבות היא של הילד המטופל) ואם כן – כיצד? אם מנקודת מבט של בריאות הציבור מתן תשומת לב לצרכי הקהילה תביא, בסופו של דבר, להטבה במצבם של מספר רב יותר של מטופלים, מתי צריך פסיכיאטר הילדים לתת את תשומת ליבו לצרכיו של המטופל הבודד במצב של מיעוט משאבים? עמים רבות עקרונות האתיקה בהם משתמשים לחיפוש אחר תשובות עבור שאלות קליניות ואדמיניסטרטיביות אלה

לעיתים קרובות, העקרונות האתיים בהם נעשה שימוש לענות על סוגיות קליניות או מנהליות נוגדים אחד את השני, ויש לעשות שימוש בגישה של הנמקה על מנת להגיע לפתרון הרצוי.



נמצאים בקונפליקט האחד עם השני, ויש להשתמש בגישה של הנמקה כדי להגיע לפתרון הרצוי. יש לציין, כי בתהליך שכזה אסור שיווצר הרושם שהתוצאה נתקבלה מבעוד מועד.

## הנמקה אתית

קלינאים בד"כ מבצעים את עבודתם עם המטופלים מבלי לעצור ולתהות על הבסיס האתי לפעולותיהם. זה הרי הגיוני בהחלט. פסיכיאטר הילדים הממוצע הוא בעל מצפון, קיבל הכשרה מתאימה, ועם הזמן רכש ניסיון קליני. אלה מקדמים מתן טיפול הולם על ידי פסיכיאטר הילדים באופן רוטיני. יחד עם-זאת, פסיכיאטר הילדים ניצב לעיתים אל מול מצבים מבלבלים או מטרידים, אשר מותירים אותו עם תחושת אי-נוחות וחוסר ודאות באשר לאופן בו עליו לפעול (Sondheimer, 2011). היסוסו או חוסר נוחותו של פסיכיאטר הילדים יכולים להיות לדוגמה: עקב דרישת ההורים לבצע בדיקת שתן לטוקסיקולוגיה עבור ילד מתבגר, והתנייתה בכך שהילד לא ידע את מטרת הבדיקה; אמירות דו משמעיות של ילד על פגיעה עצמית, אשר משאירים את פסיכיאטר הילדים באי וודאות לגבי בטחונו; או בקשה תמימה והולמת של מידע על הילד מצד הרשויות, אשר אם תענה בחיוב עלולה לפגועה במטופל. כאשר פסיכיאטר הילדים מתמקד באופן מודע באי הנוחות שלו ואינו מתעלם ממנה, הוא יכול להשתמש בה כאות המסייע לזהות את נוכחותה של דילמה אתית וצורך במחשבה נבונה ובהירה.

לתהליך ההנמקה האתית דפוס קבוע. כיוון שאתיקה היא "המערכת של התבוננות מסודרת על האינטואיציות והבחירות המוסריות" (Vetach, 1989), אולי הצעד החשוב ביותר בתהליך זה הוא הזיהוי הראשוני של קונפליקט אתי, וההבנה שיש להגיב אליו. באופן נפוץ, זיהוי זה מגיע באופן כמעט מידי לאחר תחושה רגשית של אי נוחות או פחד בקרב פסיכיאטר הילדים, אשר אחריה מגיעה תשוקה עזה לברוח מהבעיה או להעביר את האחריות על פתרונה לקולגה. תגובה זו מגיעה מיד אחרי ההבנה המציאותית שאף לא אחת מהאפשרויות השונות להתערבות בולטת בעליונותה על-פני האחרות, וכל הבחירות הפוטנציאליות חובות בתוכן בעיות. מיד עם חלוף התגובות "הלא בוגרות", מוטל על פסיכיאטר הילדים לבחון את הנושא באופן רציונלי. ישנן מספר גישות יעילות. למעט בסיטואציות קיצוניות בהן נדרשת פעולה מידית, פסיכיאטר הילדים צריך להימנע מלקבל החלטה, עליו לשאול שאלות, להשיג מידע ולדחות את ביצוע הבחירה, קלינית או אדמיניסטרטיבית. אנו מעודדים את הפסיכיאטר להרהר על הערכים האישיים שהוא או היא מסתמכים עליהם בתהליך ההנמקה. חקירה עצמית יכולה להוביל למודעות לגבי תפקידם של גידול, חינוך וחוויות לא-מקצועיות בחייו של פסיכיאטר הילדים, לטוב או לרע, ביישוב דילמה זו. שלישית, התייעצות עם קולגות היא לרוב מועילה. בעוד שהנושא הבעייתי אולי חדש לפסיכיאטר הילדים, כנראה שקולגות נתקלו בו בעבר, או שהוא נדון בספרות המקצועית. נוסף על כך, שיתוף המטופל וגורמים רלוונטיים אחרים בדיון על הקונפליקט האתי יכול לעזור אף הוא, בכך שיקנה לגורמים אלו חלק מהאחריות לתוצאה. לבסוף, לאחר שנעשה שימוש באסטרטגיות אלה, פסיכיאטר הילדים צריך לחשוב על האפשרויות הרלוונטיות והתוצאות האפשריות, ולבצע אנליזת סיכון/תועלת לכל אחת מהן. ארבעת עקרונות האתיקה שצוינו מעלה, וההנחיות אשר ניתנו בקודי האתיקה של האיגודים לפסיכיאטריה של הילד הארציים והבינלאומיים יכולים

לתהליך ההנמקה האתית דפוס קבוע... לעיתים קרובות ההחלטה היא לרוב זו שתגרום לנזק המועט ביותר, אך לא בהכרח תיראה כמיטיבה ביותר.

לעזור בקבלת ההחלטה הסופית. הפתרון הוא לרוב זה שגורם לנזק פחות, אך לא בהכרח זה שנראה אופטימלי.

### בטיחות

*Primum non nocere* – מעל לכל אל תזיקו – הוא עקרון בסיסי של עיסוק הולם ברפואה (Smith, 2005). בתרגום לשדה הטיפול הפסיכיאטרי, הרי שעקרון בסיסי זה מדגיש שהדאגה העיקרית של פסיכיאטר הילדים צריכה להיות בטיחות הילד (מטופל). לדוגמה, הטיפול ההולם ביותר לילד מדוכא שלאחרונה החל בהתנהגות אובדנית, ומחשבותיו על פגיעה עצמית ממשיכות ללא הפוגה, הוא במוסד פסיכיאטרי שמעניק פיקוח צמוד וקבוע, על-אף שהדבר כרוך בהפרה ממשית ומרומזת של זכויותיו של הצעיר לאוטונומיה וחופש תנועה. ילד אחר, מדוכא אך לא אובדני, ייתרם כנראה מטיפול מרפאתי בעוד שהוא ממשיך לחיות בבית עם משפחתו. בשני התרחישים הדאגה העיקרית היא לבטיחות הילד, אך האיזמים הפוטנציאליים על רווחתו שונים, מה שמוביל למתן טיפול במסגרות שונות. במאמר מוסגר, עיסוק אתי בפסיכיאטריה של הילד דורש שהפסיכיאטר יהיה מודע להגנות המשפטיות להן זכאי הילד בתחום עבודתו של הפסיכיאטר, כך שהפרת זכויות הילד יהיו מינימליות.

### הקשר – תרבותי, היסטורי, כלכלי

להקשר תפקיד חשוב בשיקולים אתיים, בשל השונות הקיימת בין תרבויות בהתייחסותן לאותה ההתנהגות. בארה"ב לדוגמה, אשה מבוגרת המתגוררת בפרבר ומשתייכת למעמד הביניים, אשר בעברה מספר אשפוזים במוסד פסיכיאטרי עקב דיבור מעוות ולא ברור, תאושפז כנראה שוב על-פי בקשת משפחתה אם תפתח אירוע דומה שוב; אישה אחרת בגיל דומה, הנמנית עם חבריה של כנסייה פונדמנטליסטית באזור כפרי, שתתנהג באותו האופן ותדבר בשפה לא מובנת, ככל הנראה תקבל תגובות להוטות ותומכות מחבריה המאמינים. באותו האופן, ילדה שחולקת על טענות פרובוקטיביות של מורה בבית ספר "מתקדם", אשר ממוקם בחברה מתועשת, כנראה תקבל תשואות על התנהגותה. לעומתה, סטודנטית החיה בסביבה שבטית מסורתית, ומאתגרת את זקני השבט בבקשות לחינוך אשר לרוב נשים לא מורשות לקבל, תיראה כצעקנית, בעלת בעיית משמעת, או בעלת הפרעה רוחנית (Robertson et al, 2004). דוגמאות אלה מצביעות על כך שזוהי חובתו האתית של פסיכיאטר הילדים להחזיק במודעות את ההקשר, או את ה"מיומנות התרבותית" (Bass et al, 2007; 2000; Kirmayer & Minas, 2005; DeJong & Van Ommeren, 2005). בשיקוליו הקליניים. באופן דומה, גם למשאבים הקיימים תפקיד משמעותי. לדוגמה, כאשר הם מועטים, יהיה זה נחשב נדיב להכניס צעירים בעלי פגיעה מוחית למוסד, על-אף שבו הם יקבלו טיפול בסיסי בלבד. סביבה אמידה, לעומת-זאת, תוכל להעניק מגוון של משאבים לימודיים, חווייתיים וכן גירויים בין-אישיים, תוך שהיא מאפשרת לילד לגור בביתו עם משפחתו. בשני המקרים ההתערבות שנבחרה היא האתית ביותר, אך ההבדל בנגישות למשאבים מחייב בחירות שונות.

ידע על ההיסטוריה של הפסיכיאטריה הוא נדבך חשוב נוסף בשיקולים האתיים. במהלך 100 השנים האחרונות ואך יותר, פעלו מספר תנועות פסיכיאטריות גדולות ובעלות השפעה. במהלך תקופה זו, התחרו על נראותם או עליונותם גישות ושיטות טיפול שונות כגון: התיאוריה הפסיכואנליטית, טיפולים סומטיים (כגון ECT, הלם אינסולין, פסיכו-כירורגיה), טיפולים פרמקולוגיים, פסיכיאטריה קהילתית, תאוריה מערכתית, הכנסה למוסדות, הוצאה ממוסדות וכן טיפולים פסיכותרפיים שכיחים וכאלה שהופיעו להרף עין (כגון טיפולים קבוצתיים, משפחתיים, טיפולים קוגניטיביים התנהגותיים, צווחה ראשונית, קהילה טיפולית). על-אף דעתם של הדובקים בשיטה אחת, נמצאבאופן תדיר כי שילובן במקביל של מספר אופנויות טיפול הינו היעיל ביותר (The MTA Cooperative Group, 1999; March et al, 2004), שינויים שארעו לאחרונה בהתפתחות המדעית של הפסיכיאטריה של הילד והמתבגר הובילו להתמקדות משמעותית בהשפעות מולקולריות ויחסי הגומלין שלהן עם הסביבה (Rutter, 2010). מערכות כלכליות לאומיות השתנו אף הן. מימון ציבורי ופרטי של טיפול, כולל ביטוח בריאות ותשלומים לקליניקות ולתכניות טיפול הניתנות על ידי שני סקטורים אלה, השתנו עם הזמן, בתוך המדינה ומחוץ לה. שינויים אלה משפיעים באופן מתמיד על המשאבים הקיימים עבור צרכיהם הפסיכיאטרים של ילדים, ועל כן הם משפיעים על שיקולים אתיים. שינויים כלכליים, מיידיים או הדרגתיים, אינם משנים את הגישות הבסיסיות להנמקה אתית, אך הם משפיעים על היקף ומגוון הבחירות הקליניות העומדות לרשות פסיכיאטר הילדים.

## אתיקה - הגלובלי והפרטיקולרי

דיונים על דילמות אתיות מתמקדים לרוב בסיטואציות בהן נתקל הקלינאי במהלך טיפול בילד יחיד ו/או במשפחתו. עבור הרופא, הדבר הקל ביותר הוא להתמקד ולהמשיג כל מקרה לכשעצמו. אולם, יישומה של מחשבה אתית חובה בתוכה גם חשיבה על הכלל, ולכן יש לבחון כל נושא מראשיתו מנקודת מבט גלובלית על ילדים. מחקרים אשר בוצעו במדינות שונות מצביעים על-כך ששכיחותן של מחלות פסיכיאטריות בקרב ילדים נעה בין 5% ל-20% (Giel et al, 2007; Malhotra, 1995; Patel et al, 1981; al, 1981). כמו-כן, ילדים רבים חיים כפליטים (Forbes, 1992), חסרי בית (Raffaelli & Larson, 1999), יתומים עקב מות הוריהם מ-AIDS (UNICEF, 2000), וכקורבנות לאלימות פיזית ומינית. מחקרים אפידמיולוגיים איכותיים מצביעים על-כך שרבים מילדים אלה סובלים מתסמינים של הפרעות דחק, הפרעות דכאוניות והפרעות חרדה. מרביתם חיים במדינות עניות, בהם קיים מספר מועט של עובדים שהוכשרו לעסוק בבריאות הנפש. מעבר למענה על הצורך של ילדים אלה באוכל ותנאי מחייה בסיסיים, הכשרתם של מחנכים ורופאים לצורך הענקת טיפול ראשוני בתחומי בריאות הנפש וכישורי חיים כמו גם מתן טיפול על-ידי צוות מקצועי מתחום הפסיכיאטריה של הילד, היא הגישה המיטיבה ביותר מזוית אתית לילדים ולאומותיהן, אשר לעתים רבות סובלות מדיכאון (Fombonne, 2005; Graham, 2008; Omigbodun, 2001; Lewis et al, 1999; Orley, 1999).

ללא צל של ספק, במדינות עניות ישנם צרכים רבים לכלל האוכלוסיה. פסיכיאטרים לילדים ברחבי העולם, לעומת זאת, נוטים להימצא בעיקר בסביבות

של שפע. הדילמות האתיות שבהן הם נתקלים עולות לרוב בהקשר של מתן טיפול לילד מסוים, על אף שהן למעשה אוניברסליות וחוצות גבולות. נושאים של הערכה, אבחנה וטיפול; אשרור הסכמה/הסכמה/התנגדות; קונפליקטים שבין הורה לילד; חסיון; יוזמה אישית; אחריות הרופא; גבולות; וייצוג הם מבין הנושאים שיש לבחון אותם.

## הערכה ואבחון

טרם הוצאת הגרסה השלישית של המדריך לאבחון וסטטיסטיקה של איגוד הפסיכיאטריה האמריקאי (DSM-3) בשנת 1980, אבחון פסיכיאטרי בארה"ב היה מבוסס לרוב על הרהורים פסיכואנליטיים שייחסו אטיולוגיות להפרעות, שלכאורה נבעו מתהליכים תוך נפשיים לא מודעים מופרעים. היות שאבחנות אלה נשענו על מבנים תאורטיים ולא על תופעות נצפות ברות הסכמה, היו סתירות רבות בין האבחנות אשר קיבל אדם מסוים על ידי רופאים שונים. נוסף על-כך, המונח "הפרעה" כשעצמו, בהיעדר מבחנים ביולוגים שיכולים לאשש את האבחנות (לעומת, לדוגמא, סוכר גבוה אשר קשור לסכרת; עליה בטרופון ובאנזימי לב וכן שינויים ספציפיים באק"ג המעידים על אוטם של שריר הלב), העלה את החשש שהאבחנה היא "בעיני המתבונן". לדוגמא, התנהגות מופרעת של ילד יכולה להתפרש כנמצאת בטווח הנורמלי, כסימפטום של הפרעה אופוזיציונלית או הפרעת התנהגות או כתגובה לדחק. אפילו בהינתן קריטריונים אבחנתיים ברורים, הרי זה סביר שיהיו אי הסכמות אבחנתיות בין רופאים מסורים, מה שמעלה שאלות לגבי יסודות התהליך האבחוני והגדרתן המדויקת של ה"מחלות" (Pies, 2007). אי-הוודאות לגבי אבחנות פסיכיאטריות, ורמה נמוכה של אחידות במתן אבחנות טרם שנות השמונים, לצד פחדים מהתיגו והסטיגמה הנלווים למחלות נפש הובילו לעלייתם של קולות רבים שתמכו בניהיליזם אבחנתי. בנוסף, הביקורת הנוקבת שהופנתה כלפי השימוש לרעה באבחנות פסיכיאטריות לצרכים פוליטיים (לדוגמא, בברה"מ לשעבר, שם נולדה האבחנה "סכיזופרניה של אדישות" על מנת לאשפז בכפיה יריבים פוליטיים של המשטר ולטפל בהם בניגוד לרצונם) הדגישה את הצורך במתן אבחנות קפדניות יותר ובעלות קונצנזוס בינלאומי (Wilkinson, 1986).

ב-30 השנים האחרונות, התרחבה ההסכמה בין חוקרים פסיכיאטרים על הצורך בגישות אבחנתיות קפדניות יותר, הנשענות על קיבוץ של תופעות נצפות. אלה הובילו בתורן להגדרה מדויקת יותר של קטגוריות אבחנתיות. שיתוף פעולה צמוד בין יועצים אשר גיבשו את המדריך הבינלאומי לסיווג מחלות (International Classification Of Diseases, ICD) ובין ספרי ה-DSM המאוחרים, הוביל להתאמה טובה בין שתי גרסאות "רשמיות" אלה של אבחנות פסיכיאטריות (Sartorius et al, 1993). כך, התהליך האבחוני עבר טרנספורמציה שאפשרה שיתוף פעולה מחקרי בינלאומי, שכן ניתן היה להניח שמשתתפים במחקר ממדינות שונות עונים על אותם קריטריוני הכללה והוצאה מהכלל. עם-זאת, זהירות עודנה ננקטת סביב רגישות לא מספקת להבדלים תלויי תרבות (Belfer & Eisenbruch, 2007; Van Ommeren, 2003).

קריטריונים אבחוניים קפדניים מאפשרים את פיתוחם של טיפולים המותאמים לאבחנות מסוימות. כאשר נעשה בהם שימוש באופן זה – לטובת

המטופל – התהליך האבחוני עונה על עיקרון אתי חשוב. אולם, תיוג וסטיגמה עדיין אפשריים, ועלולים לפגוע בילד (Pescosolido et al, 2007). למטפל שליטה או השפעה מועטה בלבד על האופן בו אנשים מחוץ למשפחה הקרובה יעשו שימוש לרעה במידע זה. בעידן זה של העברת מידע בצורה אלקטרונית בפרט, אבחנה יכולה באופן תאורטי לדבוק במטופל "לנצח". חברות שיחסית אינן מתוחכמות עלולות לפחד מילד הנושא אבחנה פסיכיאטרית, ולהמעיט בערכו. בסופו של דבר, זו אחריותו של פסיכיאטר הילדים לספק אבחנה מדויקת כדי להיטיב את מצבו של המטופל; לדבוק בהליכים המבטיחים חסיון של חומרים כתובים; ולתרום לחינוך קהילות מקומיות על שכיחותן של הפרעות נפשיות, דיוק פרוגנוסטי, יעילות הטיפול והצורך בתמיכה משפחתית וקהילתית (Rosen et al, 2001; Thara et al, 2000).

בשנים האחרונות, נרשמה בארה"ב עלייה דרמטית בהיארעות הפרעות אוטיסטיות והפרעות דו-קוטביות בילדים. נראה שהעלייה בשתי אבחנות אלה נבעה משילוב של בדיקה קפדנית יותר וכן הרחבה משמעותית של הגדרת מחלות אלה, אך היא גם משמשת כתזכורת לכך שקדמה מדעית אינה מתרחשת ללא מאבק, מחלוקות וטעויות (Angell, 2011; Carey 2007; Kim et al 2011; Moreno et al, 2007). בתהליך הצעת ועדכון ההגדרות, ילדים עלולים לקבל אבחנה שגויה, בעוד שאחרים דווקא ייהנו מהרחבת הקריטריונים. מודעות מוגברת לאבחנות ADHD והפרעות דו-קוטביות בילדים בזירה הבינלאומית

: כאשר רבקה ריילי נפטרה בדצמבר 2006, רופאי ילדים ופסיכיאטרים בארה"ב ובעולם כבר התדיינו האם ילדים בגילאי הגן, כמו ילדה זו בת ה-4, יכולים להיות מאובחנים כלוקים בהפרעה ביפולרית והפרעת קשב וריכוז (Lambert, 2010). בהסדר טיעון, המוסד הרפואי שנתבע הסכים לשלם 2.5 מיליון דולר לעזבונה של רבקה בת ה-4, שמתה ממנת יתר של תרופות שנרשמו על ידי הפסיכיאטר, וכן תרופות שניתנות ללא מרשם (Baker, 2011).



"ריילי.. היתה צעירה באופן חריג כאשר היא אובחנה [כלוקה בהפרעה ביפולרית], רק שנתיים וחצי". "רבקה קיבלה מרשם לתרופה אנטיפסיכוטית, תרופה בה נעשה שימוש לטיפול בהפרעות ביפולריות במבוגרים, וכן תרופה ללחץ דם שלעיתים משתמשים בה לעזור לילדים היפראקטיבים לישון". "המחלוקת בפסיכיאטריה היא לגבי האבחון ביתר של ילדים טרם גיל ההתבגרות. אין כלל מחקר מדעי על ילדים מתחת לגיל 6" (Goldberg, 2007).

יכולה להיות קשורה ללימוד מקצועי טוב יותר וברגישות גבוהה יותר של רופאים להפרעות הללו. הלימוד והרגישות מקודמים באופן חלקי על ידי חברות התרופות. מאמציהם יכולים להיות מונעים על ידי הרצון להיטיב עם מספר משמעותי של ילדים חולים, אשר לא זהו בעבר. העובדה שחברות ירוויחו משיווק תרופות רלוונטיות בשוק חדש ומתפתח מהווה גורם משמעותי אף היא. בסופו של דבר, מוטל על פסיכיאטר הילדים לבצע עבודה אבחנתית מדויקת ורגישה. עליהם להיות זהירים מהגורמים השונים אשר משפיעים על התהליך האבחוני, תוך מודעות לכך שמאמציהם ישפיעו באופן משמעותי על העתיד הקרוב וייתכן הרחוק של הילדים בהם הם מטפלים.



## טיפוליים: סומטיים וורבליים

טיפול בילד אינדיבידואלי צריך להינתן לאחר הליך אבחנתי הולם, ולפי אינדיקציה. אם נניח לרגע בצד מאמצים למניעה, הידע הפסיכיאטרי העדכני מוגבל לטיפולים סומטותרפיים, פסיכותרפיים או, באופן אידיאלי, שניהם. יחד עם-זאת, מתן הטיפול מוגבל לרוב על-ידי גורמים כגון: המקום, התרבות, המשאבים הקיימים, והידע של המטפל. על המטפלים להיות מודעים למשאבים הקיימים, למידת הגמישות או הנוקשות הפסיכולוגית של המטופלים, לסכנה העלולה לבוא על ילד אם לא יטופל, ולמגבלות הידע שלהם עצמם כמטפלים. עם האחרון ניתן להתמודד בהצלחה על ידי התייעצות ושיתוף פעולה עם עמיתים למקצוע.

רפואה מבוססת ראיות צריכה להיות הבסיס העיקרי למתן טיפול, אך עקב המחסור במחקרים גדולים אשר התמקדו בילדים השימוש בה מוגבל. מחקרים מצביעים על כך שקבוצות מסוימות של חומרים כימיים יכולות להועיל להפרעות ספציפיות – לדוגמה, סטימולנטים ל-ADHD; מייצבי מצב-רוח להפרעה ביפולרית; מעכבים סלקטיביים של ספיגה חוזרת של סרוטונין (SSRI) לדיכאון מז'ורי והפרעה טורדנית-כפייתית. זיווגים כאלה נכונים גם עבור גישות פסיכותרפוטיות כדוגמת טיפול קוגניטיבי-התנהגותי להפרעות פוביות; טיפול בסביבה פסיכיאטרית אשפוזית להתנהגויות או מחשבות אובדניות קשות. כיום מאומצת גישה אקלקטית בקרב רבים המטפלים בפסיכותרפיה. כמו כן, נראה שבמרבית המקרים טיפולים הם תלויי תרבות ומקום. מחקר עדכני על אבחנה וטיפול של ADHD בשלוש מדינות אמידות מהווה דוגמה טובה לכך. במחקר זה נמצאה שונות גדולה בין המדינות בהיארעות, חומרת המחלה והגישות לטיפול (Hinshaw et al, 2011). כמו-כן, מחקרים נוספים מצביעים באופן בולט העדיפות של טיפול תרופתי ופסיכולוגי הניתנים בזה אחר זה, על-פני טיפול המשתמש רק באחד מהם, אך היכולת לספק את השניים תלויה בקיומם של משאבים ואנשי צוות (The MTA Cooperative Group, 1999; March et al, 2004).

פעמים רבות, הגישה לסוגיות אתיות סביב טיפולים סומטיים וורבליים היא כאילו מדובר בדילמות שונות כאשר בעצם שיקולים דומים נכונים לשניהם. לשתייהן פוטנציאל לתועלת או לנזק; ניתוח נזק/תועלת צריך להקדים את הבחירה באחד מהם או בשניהם; הפוטנציאל להאדרה לא נחוצה של המטפל קיימת בכל אחד מהם; וטיפול לא מתאים בכל אחד מהם יכול להביא לנזק. תרופות פסיכותרפוטיות, טיפול אלקטרו-קונבולסיבי וטיפולים "טבעיים" או משלימים יכולים כולם להשפיע על מבנה המוח המתפתח, קומפלקסים צרברלים של רצפטורים ועל מערכות איברים אחרות. תופעות הלוואי המידיות מוכרות למדי, אך האפשרות לגרימת נזק לטווח ארוך אינה ידועה. באופן דומה, טיפול פסיכותרפוטני מועיל או מזיק יהיה ככל הנראה בעל השפעה ברורה בטווח המידי, חיובית או שלילית, אך קשה לקבוע את ההשפעה על התפקוד הפסיכולוגי בטווח הרחוק.

עקב מיעוט מחקרים רלוונטיים המבוססים על ילדים, מתן מרשם לתרופות שלא לפי התוויה הוא נפוץ בפסיכיאטריה של הילד (Baldwin & Kosky, 2007; Bucheler et al, 2002; Efron et al, 2003; Hugtenburg et al, 2005). מרשם שלא על פי התוויה לתועלת או נזק אינו ידוע.

שלא בהתוויה. מתן מרשם שלא בהתוויה פירושו מתן מרשם למצב רפואי או לקבוצת גיל, או שימוש בצורת מתן (פומי, תוך ורידי), מבלי שניתן אישור לכך על ידי הסוכנות המבקרת המתאימה (FDA, EMEA וכד'). אישור זה משתנה בין מדינה למדינה.

דוגמאות לכך כוללות תרופות אלפא אגוניסטיות כקו שני לטיפול ב-ADHD; נויורולפטיקה לטיפול בהתנהגות מופרעת קשה; שימוש בליתיום, נוגדי פרכוס ונוירולפטיקה לטיפול במספר העולה לאחרונה של מטופלים המאובחנים כסובלים מהפרעה דו קוטבית של הילדות. באופן דומה, דוגמאות למכשולים או גישות - פסיכותרפויטיות וסביבתיות אשר יכולות להיות בעלות השפעה שלילית על ילדים מסוימים, אך יחד עם זאת להועיל מאוד לאחרים הינן: שימוש בשיטת טיפול פסיכותרפויטית אחת למגוון רחב של הפרעות; קשיים במתן טיפולים פסיכותרפויטיים עקב דגש מועט שניתן להם בהכשרה (Tucker et al., 2009); מיקוד במטופל הבודד על חשבון המשפחה, או להיפך; ושימוש בשיטות של ריסון פיסי במקום בבידוד (גם אם הראשון מקובל מבחינה תרבותית) – חידושים ומחויבויות תורמים להתפתחות התחום על ידי הגדלת בסיס הידע, שכן הם מדגישים את הצורך בהכשרה טובה יותר ובהרחבת הארסנל הטיפולי. בד בבד הם מדגישים את מגבלות מומחיות המקצוע ואת הצורך לרסן בטחון עצמי מופרז סביב אבחנות וטיפולים.

בנוסף לטיפולים למחלות פסיכיאטריות מאובחנות, יש לתת את הדעת על גישות טיפוליות למניעה (Layne et al, 2008; Sanders, 2002; Silverman et al, 2008). בעוד שמספר רב של מחקרים מתארים טיפולים של ילדים פוסט-טראומטיים, אימונים לחיסון מלחץ [Stress Inoculation Training] מטרם למנוע הפרעת דחק בתר-חבלתית (PTSD) על ידי ביצועם לפני מצבים צפויים הגורמים לתחושות דחק. מחקרים מתארים התערבויות קבוצתיות שניתנו על ידי מורים, בהנחית פסיכיאטרים לילדים ואנשי מקצוע אחרים מבריאות הנפש, בהם ניתנו אימונים לחיסון מלחץ בדמות טיפוח עמידות וחוסן פסיכולוגי, לילדים אשר בעבר חוו טראומה כקבוצה (Wolmer et al, 2003). בעוד שמחקרים אלה מעלים סוגיה אתית – מניעת טיפול שיכול להיות יעיל מתלמידים שנמצאים בקבוצת הביקורת, הרי זה ברור שמעורבות פסיכיאטר הילדים באימון המחנכים הביא להטבה בקרב הצעירים שטופלו. סביר להניח שצעדי מניעה וטיפול פוטנציאלי אשר מתבצעים בצורה זו ייטיבו עם מספר רב יותר של ילדים לעומת מספר הילדים שיושפעו מטיפול פרטני לאחר האירוע. גישה זו נצמדת לעיקרון האתי של צדק חברתי, כלומר, הטבה עם רבים באופן שוויוני. היא גם מדגימה את הניגוד, בגזרת הטיפול בילדים, שבין המחשבה האתית העומדת מאחורי מודלים לטיפול של בריאות הציבור, לעומת הפסרספקטיבה המסורתית של מתן טיפול פרטני.

### **הסכמה, אשרור הסכמה, התנגדות ויוזמה אישית**

למעט מצבי חירום, צריכים הערכה, אבחון וטיפול להתבצע אך ורק לאחר הסכמת ההורה/אפוטרופוס ואשרור הסכמה על-ידי הילד. מערכות משפטיות במדינות רבות מבדילות בין יכולותיהם המנטליות של ילדים ומבוגרים, אם כי הגיל הכרונולוגי לפיו מתבצעת החלוקה בין שלב אחד לאחר משתנה בין תחומי שיפוט ומדינות שונות. מבוגרים מוגדרים כפרטים אשר מסוגלים לקבל החלטות לגבי עצמם ולגבי אלה שמצויים תחת משמורתם. עקב כך, הם בלבד רשאים לתת הסכמה לטיפול בילדים תחת אחריותם (Macbeth, 2002). ילדים, על-פי המוגדר בחוק, נתפשים כחסרי יכולת לתת הסכמה, אך הם בעלי יכולת פסיכולוגית להביע אשרור להסכמה או סירוב (United Nations Centre for Human Rights, )

**גיל ההסכמה מדעת:**  
במרבית המדינות, גיל הבגרות הוא 18 (אולם הוא נד בין 14 ל-21).  
גיל הבגרות הוא הגיל בו החוק מכיר בכך שהקטין מפסיק להיות בחזקת ילד (ובאחריות הוריו), ולוקח שליטה על אישיותו ומעשיו. אולם, במדינות מסוימות (כגון אוסטרליה ואנגליה), קטינים (אנשים מתחת לגיל 18), מסוגלים לתת הסכמה לטיפול ולהשתתפות במחקר החל מגיל 16 ואפילו לפני כן ("קטינים בוגרים"). ר' פרק J3.

1990), אם כי השאלה עד כמה ההסכמה הזו בעלת משמעות נותרת פתוחה (Koelsch & Fegert, 2010). כאשר הורים מעוניינים בטיפול לילדם, והאחרון מאשר את ההסכמה, הטיפול הפסיכיאטרי ניתן לרוב ללא מכשול. אולם, אין זה נדיר שקיימים קונפליקטים בין ההורה/אפוטרופוס לילד לגבי הצורך בטיפול, כשהורה לרוב מדגיש את הצורך בטיפול בעוד הילד מתנגד או מסרב באופן מוחלט. ככלל, ברור מאליו שאל מול בטיחות הילד מתגמדים כל השיקולים האחרים, וכך ניתן לתמוך בהחלטות מקצועיות אשר מבטלות את זכותו של הילד לאוטונומיה. תרחישים אופייניים כוללים אשפוז בכפיה של הצעיר האובדני או מתבגרת אשר סובלת מאנורקסיה ומוגבלת ועקב-כך מבחינה גופנית או שכלית.

פסיכיאטר הילדים נדרש לשקול את מידת התפתחותו הרגשית ובשלותו הקוגניטיבית של הילד במקרה הנדון. לדוגמא, ילד אפוזיציונלי בן 8, אשר מעורב באופן תדיר בתגרות אלימות בבית-ספרו יכול להגיע להערכה פסיכיאטרית בניגוד לרצונו. לעומת זאת, בת 17 אשר מרגיזה את הוריה בכך שהיא מסרבת להיות נוכחת בטקס דתי אינה זקוקה לשירות המקצועי על-פניו, ויש לכבד את סירובה להשתתף בבדיקה פסיכיאטרית. לסיכום, גילו הכרונולוגי של ילד, מידת בשלותו הקוגניטיבית והרגשית וכן מידת הדאגה לבטיחותו או בטיחותה דורשים הערכה כאשר נשקלת מידת הכבוד שתינתן ליכולתו של הצעיר לקבל החלטות באופן אוטונומי. שיקולים אלה תורמים בתורם למטרתו של פסיכיאטר הילדים לבחור את הגישה המיטיבה ביותר למצב קליני. בסוגריים נציין שאלה גם המחשבות הרווחות בנוגע לילדים המשתתפים כנסיינים במחקר פסיכיאטרי, נושא אשר נדון בחלק "מחקר" מטה.

פסיכיאטרים לילדים מתמודדים פעמים רבות עם בקשות או דרישות של מספר "שחקנים" להם עניין בתוצאה הקלינית. לדוגמא, פסיכיאטר אשר מטפל בעבריינים צעירים המתגוררים במשפחות אומנה טרם שיבוצם על ידי מערכת המשפט במוסד פסיכיאטרי, יאלץ להתמודד עם דרישות ובקשות מבתי המשפט המעורבים, מגורמי הרווחה, מבתי חולים ומוסדות טיפוליים, מהילדים העבריינים וממשפחותיהם הביולוגיות והמאמצות. פעמים רבות, לכל יישות יהיו מטרות שונות ולעיתים מנוגדות. יהיה זה סביר שהפסיכיאטר ירגיש מידה של מחויבות לכל אחד מגורמים אלה - ובמונחים אתיים, הפסיכיאטר עלול לחוות משבר של יוזמה אישית, כלומר, למי מישויות אלה עליו לשמור אמונים? בסופו של דבר, עקרון שמירת האמונים מכתוב שהאחריות המרכזית של פסיכיאטר הילדים היא השמעת צורכו של המטופל, ועליו לחתור לתוצאה הטובה ביותר או לזו הגורמת לנזק המועט ביותר לצעיר. במקרים רבים על-מנת להגיע לתוצאה זו נדרש פסיכיאטר הילדים לתווך בין הצדדים השונים, ואולי אף לגשר ביניהם. אולם, המחויבות האתית הראשית של פסיכיאטר הילדים היא להשמיע את טובתו ורצונו של המטופל.

הורים, ומדינות, נמצאים לתקופות בעמדות אותוריטריות. המחשה לכך ברמת המשפחה ניתן למצוא בהורים אשר מאשימים את ילדם בכך שהמשפחה אינה מתפקדת, מסרבים להשתתף בטיפול משפחתי ולאחר מכן "פותרים את הבעיה" ומנטרלים את המצב על-ידי שליחת הילד לפנימייה (Salinger, 1951). דוגמא ברמת המקרו היא עירייה אשר מסלקת מספר רב של תושבים, כולל חולי נפש "לא יציבים", אל מקומות לא ידועים, תוך תיאור אזרחים אלה כמסוכנים לבריאות הציבור (Spegele, 2011). בשני המקרים קיימת התעלמות מהזכות

לאוטונומיה של פרטים חסרי ישע. כמובן, כוחות גדולים מאלה שפסיכיאטר הילדים יכול לשלוט בהם קיימים, אבל פסיכיאטר הילדים, כשופר, יכול לתת טון מקצועי להתערבויות אלה, שיתכן ויעניק כבוד רב יותר לבחירה האישית ויביא לתוצאות קליניות טובות יותר לקבוצות גדולות וקטנות של מטופלים כאחד.

## חסיון

בדרך כלל, לפרט יש זכות לפרטיות, משמע, יש לו בעלות על המידע האישי שלו. כאשר חומר זה מועבר לרופאים במסגרת הערכה או טיפול, הרופא מחוייב מבחינה אתית (Winslade, 1978), וחוקית (Simon, 1987) להתייחס למידע כחסוי ולא לחשוף אותו לאיש ללא רשות של המטופל, כלומר הבעלים. התנהלות מקצועית זו מכבדת את האוטונומיה של המטופל, ומונעת את הפגיעה (אי-עשיית הנזק) שתבוא עקב חשיפה זו, למטופל באופן ישיר, ולקשר הטיפולי באופן בלתי ישיר.

יחד עם זאת, שמירה על חסיון בכל מצב אינה בהכרח טובה - דבקות נוקשה בעקרון זה יכולה להביא לפגיעה. ישנם מספר נושאים הדורשים התייחסות. ראשית, קיימים הבדלים בין יכולות קוגניטיביות של ילדים ומבוגרים, וההגעה לבשלות קוגניטיבית מתרחשת רק לאחר תהליך ההתבגרות. כך, ילדים נתפשים כחסרי הבנה עמוקה, אשר לכאורה עומדת לרשות מבוגרים - ובהקשר הנוכחי, הבנה ברורה של הזכויות לחסיון ומגבלותיהן. כתוצאה מכך, ועל סמך אותם הנימוקים, בדיוק כפי שילדים אינם יכולים מבחינה חוקית לתת הסכמה לטיפול, רק האפוטרופוס המבוגר שלהם יכול לתת הסכמה להעביר מידע חסוי עליהם לגורם שלישי. שנית, טיפולים במסגרת פסיכיאטריה של הילד הם לרוב יוזמה של הורים או אפוטרופוסים, וההנחה היא שכוונתם היא להיטיב עם הילד. ההורים מעוניינים לקבל משוב מהפסיכיאטר לגבי ילדיהם, לרוב מעורבים בעצמם באופן ישיר בטיפול יכולים להביע את זכותם לקבל מידע שעלול להיות חסוי על ילדיהם. שלישי, הבנה של חסיון, כדאיתו והתועלת שבו מתפתחת בהדרגה, יחד עם התפתחות תחושת האוטונומיה. ילדים בגילאי גן ושנות בית הספר המוקדמות יפתעו מאוד וכעסו אם המטפל לא העביר מידע רלוונטי להורה על בסיס רצונו להגן על חסיון המידע של הילד. רצון שכזה, עלול לגרום לכעס ואי-יציבות רגשית של המטופל. רק עם התבגרותו של הילד, יכול הפסיכיאטר לשמוע את המטופל מבקש שלא יחשוף מידע מסוים להוריו.

על-פי רוב, מאבקים מסוג זה בין הורים וילדים על שליטה במידע מופיעים במהלך גיל ההתבגרות. מתבגרים משתפים בתכנים הכוללים קונפליקט עם גישת ההורים או החברה ומנהגיה, ולעיתים מעלים שאלות בנושא בטיחות. כיצד פסיכיאטר הילדים אמור להתייחס לרצונו המוצהר של מטופל לפרוץ למערכת המחשבים של בית הספר; לקיים יחסי מין אסורים; להתנסות בסמים; לא לציית לשעות עוצר; לשוטט עם חבריו לאזורים מסוכנים; או לעסוק בפעילות פוליטית סמויה ולעיתים מסוכנת? מקרים מסוג זה בוחנים את יכולת העמידה של הפסיכיאטר עד כאב, והקונפליקט הפנימי בין מתן כבוד או הפרת זכותו של המטופל לחסיון ואוטונומיה פועם ובוטט.

ישנם מספר עקרונות שולטים. שיקולים בטחוניים קודמים לכל. אם פסיכיאטר מקבל את הרושם שקיימת סכנה מיידית למתבגר או לסובביו, יש להפר

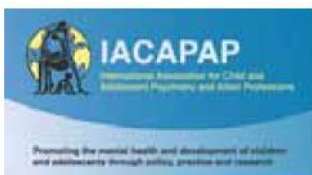
את החסיון וליידע את האפוטרופוסים או גורמים אחרים בכדי להבטיח שמירה על חיייו של המטופל ובטיחות הסביבה. מלבד ביטויים גלויים של אובדנות או כוונה לרצח, אזורים אפורים הנוגעים לפוטנציאל של פגיעה ברמה משתנה (Ponton, 1997) דורשים הערכה רגישה של הנסיבות, וההחלטה האם לשמור או להפר את הזכות לחסיון תהיה מלווה, במקרה הטוב, באי-וודאות.

בנוסף, הרופא יכול לעזור באופן מיטבי למטופליו אם הוא מצליח לחמוק מכליאה על-ידי חוקים נוקשים לגבי שמירה על הזכות לחסיון. במקום זאת, אימוץ גישה של טיפול במשפחה – לעומת טיפול באידיבידואל מלכתחילה, הכוללת "אמון הדדי" במקום מתן עצות פטרנליסטיות כבסיס לקשר התרפואטי, מעודדת שימוש בהגיון, שכנוע, טאקט ושיקול קליני. אלה יכתיבו את המידה בה מידע חסוי יועבר, אם בכלל, ועל-ידי מי. שיתוף פעולה דומה נדרש עבור ילדים והוריהם בנוגע לטבע ותוכן החומר הכתוב שאמור להיות מועבר לרשויות ולמטפלים אחרים. זהירות נדרשת לאור חששות לגבי שרידותו של חומר מסוג זה (Alessi, 2001), כמו גם העברתו באופן לא הולם לאחרים (כדוגמת Conn, 2001). יש לדון על שני נושאים אלה עם המטופל ואפוטרופוסו.

משפחות מסורתיות, החיות באזורים עניים או שעברו לאזורי מגורים עשירים, הינן שונות ממשפחות באזורים מפותחים בכך שהן נותנות תשומת לב פחותה לאוטונומיה של הילד, ומדגישות את הצורך של הצעיר להתמזג עם מטרות בוגרי המשפחה או השבט, ושאפיותיהם. במשפחות אלה, קיים אתגר משמעותי לעיקרון זכויות הילד לחסיון. לדוגמא: "כל מה שהילד שלי רוצה לומר יכול וחיובי להיאמר בנוכחותי. אין לנו מה להסתיר האחד מהשני". נסיון לשכנוע תוך עימות ישיר עם עמדה כזו, על-ידי הצהרה על הזכויות לפרטיות תסתיים כנראה בכשלון. במקום זאת, הכרה ברצון ההורים למידע רלוונטי, תוך הסבר על הפוטנציאל הגלום בכבוד לאוטונומיה של הפרט, במודל המדגיש את כל בני המשפחה, יביא כנראה לתוצאות הטובות ביותר והטיפול המיטבי לילד. בניגוד למשפחות שונות, מחקר אשר בדק את תגובות הפסיכיאטרים ב-3 מדינות שונות לתרחישים שונים הקשורים לנושא החסיון, גילה שאין הבדלים ביניהם (Lindenthal et al, 1985).

## מחקר

מכיוון שילדים לא יכולים לתת הסכמה בעצמם, מחקר הקשור לאנשים צעירים מציב אתגרים אתיים ייחודיים. באופן בולט, מתגברת ההערכה כיום שהוצאתם לפועל של מחקרים איכותיים היא לטובת הילדים עצמם. היעדר העדויות ליעילותם של טיפולים רבים בילדים כבר הודגשה בעבר, והסקת מסקנות על ילדים מתוך התוצאות ממחקרים על מבוגרים אינה בהכרח נכונה. כדי להתגבר על בעיה זו, כמה ממשלות (כדוגמת ארה"ב) מעניקות תמריצים כלכליים (כדוגמת הרחבת תקופת הפטנט על תרופה) אם מתבצע מחקר על ילדים. אף על-פי כן, מחקר באנשים צעירים צריך לדבוק בעקרונות האתיקה, עקב הסיכון לניצול. עקרונות אלה מפורטים במסמכים שונים, אשר נשענים על [קוד נירנברג](#) (אשר מפרט עקרונות אתיים למחקר על בני אדם, ונכתב בעקבות משפטי נירנברג לאחר מלחמת העולם השנייה) והצהרת הלסינקי של שנת 1974 (פרק J7 בספר מפרט



[לחץ כאן](#) על מנת להגיע להצהרת IACAPAP על עבודה אתית.



את ההשלכות של ועידת האו"ם לזכויות הילד על מחקר, ובמיוחד במדינות בעלות הכנסה נמוכה ובקהילות אשר נמצאות במלחמה או מלחמת אזרחים).

הצהרת ברלין של (2004) IACAPAP – עקרונות האתיקה בבריאות הנפש של הילד והמתבגר (עודכנה במלבורן, 2006) – קובעת ש"הסכמה מדעת להיות משתתף במחקר צריכה להתבסס על העקרונות הבאים:

- הכרחי שמחקר קליני הכולל בני אדם כנסיינים יוקדש לקידום הבריאות
- בריאותו ורווחתו של המשתתף במחקר עולים בחשיבותם על שאיפותיהם של המדע והחברה.

- ביצוע פרויקט מחקר הכולל בני אדם כנסיינים צריך להתבסס על הצעה כתובה וברורה, שמאושרת על ידי ועדה אתית בלתי-תלויה, ובה נציגי הורים ונציגים של החוק.

- ההשתתפות היא התנדבותית. כל משתתף רשאי לסרב או להפסיק את השתתפותו, ללא לחץ, עונשין או אובדן הטבה.

- ילדים ומתבגרים חסרים את היכולת לתת הסכמה מדעת להשתתף במחקר. אולם, יש לקבל את אשרורם להסכמה. באשרור זה יש לקחת בחשבון את גיל הילד, בגרותו ומצבו הפסיכולוגי. אם הילד לא מסוגל לאשרר את ההסכמה, נחוצה "הסכמה על-ידי שליח" של ההורה או האפוטרופוס.

- הסכמה מדעת דורשת הצהרה על-כך שמדובר בעבודת מחקר, וכן מידע לגבי מטרותיו, משכו והפרוצדורות הכרוכות בו. עליה לכלול תיאור של סיכונים צפויים ואי-נוחות הכרוכה בהשתתפות במחקר והיתרון הצפוי למשתתף בו. יש לדון על טיפולים אלטרנטיביים למצבו של המטופל.

- כיום, הרבה מהמרשמים לתרופות פסיכורופיות הן "Off Label". קיים צורך משמעותי למחקר פרמקולוגי בילדים. קיימת חובה אתית לחקור את התרופות ולבסס את יעילותן באופן אמפירי בילדים, לפני שנעשה בהם שימוש רחב. התוצאות של מחקרים קליניים צריכים להיות זמינים לציבור הרחב גם אם המחקר כושל בביסוס יעילות אמפירית. 'המחקר הקליני לא מסתיים עד שהנתונים הופכים לזמינים'.

מחקר על ילדים כמשתתפים צריך תמיד לקבל את האישור של ועדות אתיקה מוסדיות; זוהי דרישה לפרסום ברוב העיתונים המדעיים. בארה"ב, חוקים פדרליים קובעים את התנאים בהם מחקר בילדים יכול להיות מאושר; כלומר, אם המחקר:

- אינו כרוך ביותר מסיכון מינימלי
- כרוך ביותר מסיכון מינימלי, אך קיים צפי שהוא יניב תועלת למשתתפים עצמם. במצב זה הסיכון מוצדק על-ידי התועלת הצפויה, והיחס בין התועלת הצפויה לסיכון הוא לפחות במידה שווה לאלטרנטיבות הקיימות.

- כרוך ביותר מסיכון מינימלי, ולא קיים צפי שהוא יניב תועלת למשתתפים עצמם, אך ככל הנראה יופק ממנו ידע רב הניתן להכללה לגבי ההפרעה ממנה סובל המשתתף, אם:

- הסיכון מהווה רק עליה קטנה מעל הסיכון המינימלי
- ההתערבות כוללת חוויות הדומות במידה סבירה לחוויות נוכחיות, או אלו הצפויות למשתתף ושהינן אינהרנטיות למצבו הרפואי, פסיכולוגי, סוציאלי או לימודי.

- ההתערבות צפויה להניב ידע הניתן להכללה על הפרעתו של המשתתף, שהוא בעל חיוניות רבה להבנה או לטיפול במצבו של המשתתף.
- מחקר המאפשר הבנה, מניעה, או הקלה, בביעה רצינית המשפיעה על בריאותם או רווחתם של ילדים אם:
  - המחקר מכיל הזדמנות סבירה להרחיב את ההבנה, המניעה או ההקלה על בעיה משמעותית המשפיעה על בריאותם ורווחתם של ילדים, וכן
  - המחקר יתבצע בהתאם לעקרונות אתיים מבוססים.

השימוש בפלצבו שנוי יותר במחלקות עבור ילדים מאשר במבוגרים. מבלי לגרוע מנחיצותם של מחקרים בהם נעשה שימוש באינבו כביקורת, אין להשתמש בו אם קיים סיכון לפגיעה במשתתפים או כאשר קיים טיפול בטוח במידה שווה.

הורים מקבלים את מרבית ההחלטות עבור ילדיהם, כולל השתתפות במחקר. קבלת החלטות על-ידי ההורים היא מרכיב חשוב בחקר האתיקה על מחקר בילדים, על-אף ההכרה בכך שלעיתים להורים כמו גם לחוקרים, יהיה אינטרסים הנוגדים את טובת הילד. קיימת הכרה בתפקידו הלגיטימי של הילד בקבלת החלטות לגבי השתתפותו במחקר. העיקרון האתי של אשרור ההסכמה מקנה מסגרת שמסייעת לחוקרים ולהורים במאמץ לשלב את השקפת עולמם של הילדים שמגויסים למחקר. אפשר להשוות אשרור הסכמה להסכמה, במצבים שבהם המשתתפים הינם בעלי יכולת מוגבלת להבין את הנושא עליו הם מאשררים הסכמתם.



[לחץ כאן](#) התמונה כדי להגיע ל"הבנת הסכמה מדעת במחקר הכולל ילדים: סוגיות אתיות".

אשרור הסכמה: אשרור הסכמה משמעותה (הועדה לביואתיקה של האקדמיה האמריקאית לרפואת ילדים, 1995):

- לעזור לילדים להגיע להבנה על טבע מחלתם, בהתאם להתפתחותם.
- להסביר להם מה הם יכולים לצפות מהטיפול, לטוב ולרע.
- להעריך את המידה בה הילד מבין את המצב, וכן האם מופעל עליהם לחץ שאינו סביר.
- לבדוק האם הילד מבטא הסכמה לקבלת הטיפול.

במקרה של השתתפות במחקר, אם לילד אין אפשרות בחירה וסירובו או התנגדותו לא ילקחו בחשבון, אין להעמיד פנים שדרישה לאשרור הסכמה משמעותה הענקת אפשרות בחירה. ילדים צריכים לדעת אם יש או אין בידם אפשרות בחירה. הדרישה לאשרור ההסכמה מגנה על הילדים מפגיעה פסיכולוגית או פגיעה אחרת. ילדים מרוויחים מכך שהם יודעים מה עומד לקרות, מהיכולת להשמיע את דעתם ומההקשבה לה, גם אם אין בידיהם הסמכות לקבל את ההחלטה הסופית. בקשת אשרור ההסכמה מהילד מעניקה לו כבוד בהיותו אדם. הדבר מעניק גם אפשרויות לילד לפתח אוטונומיה. אולם, אשרור הסכמה לכשעצמה אינה מספיקה לאשר השתתפות במחקר.

התנגדות: משמעותה שהתנגדותיותו ומצוקתו של הילד נלקחות בחשבון, גם כאשר הילד אינו מסוגל לקחת חלק בדיון או בקבלת ההחלטות. במקרה של השתתפות במחקרים, להתנגדות קיים תפקיד לא רק בשלב הגיוס. התנגדות יכולה גם להיות לגבי רצון הילד לסגת מהמחקר.

בעוד שקיימת תמימות דעים על העקרונות הכלליים של הסכמה, ישנן וריאציות בין מדינות ומורכבות יתרה קיימת בסיטואציות מיוחדות. לדוגמא, באוסטרליה ובבריטניה, בתנאים מסוימים, קטינים יכולים לתת הסכמתם למחקר, ללא צורך בהסכמה של הורה נוסף, אם הילד "מספיק בוגר להבין". כאשר לאדם צעיר בגרות מפותחת, הסיכון הכרוך בהשתתפותו במחקר אינו מעבר לאי-נוחות, וישנן סיבות נוספות שלא לערב הורים (לדוגמא, מחקר אינטרנטי) וכן כאשר המטרה היא להיטיב עם אנשים צעירים, אזי גם קטינים יכולים לתת הסכמה. יתרה מכך, הסכמה של הורים לא תמיד דרושה, לדוגמא במקרים בהם בקשת הסכמה של הורים אינה ראויה (לדוגמא, כאשר ההורים מזניחים או מתעללים), או לא מקנה הגנה (אולם, ייתכן שתידרש הסכמה של מבוגר אחר, אם מבוגר זה אחראי על שלום הילד ורווחתו).

סוגיה נוספת היא האם מותר להציע כסף או טובות הנאה לילדים על השתתפותם במחקר, ואם כן, באילו תנאים (נושא זה רלוונטי רק כאשר כסף או תשורות שניתנות הן מעבר להחזרי הוצאות). המדיניות לגבי תמלוגים משתנה גם היא בין מדינות, אך יהיה זה לא אתי אם התמלוגים עלולים לגרום למשתתפים, או לאלה שמחליטים עבורם, להתעלם או להמעיט בערכם של סיכונים משמעותיים.

## דיון קצר על נושאים נוספים

מכיוון שהחשיבה האתית היא הבסיס למבנה ולעיסוק בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר ככלל, מגוון הנושאים בהם ניתן לדון הוא נרחב. הבולטים בהם נדונו מעלה, והנושאים מטה, בהם נדון בקצרה, פתוחים לחקירה רחבה.

### ניגוד אינטרסים:

השפעתו של גורם שלישי קיבלה לאחרונה תשומת-לב רבה במדיה. תשומת-לב זו נובעת בעיקר ממאמצייהם של חברות תרופות לקדם מכירות של מוצריהם, דרך סבסוד ישיר ועקיף וכן תמריצים אחרים לרופאים (Schowalter, 2008). נסיונות השפעה מסוג זה קיימים גם מצד ספקי ביטוח בריאות, אנשי מערכות החינוך, גורמי ממשל, אפוטרופסים, קולגות ומשקיעים. התנגשות פנימית בין נאמנויות שונות הנובעות ממאבקים בין-אישיים, מערכות יחסים ותשוקות אינטלקטואליות, יכולה להביא לשיקול שאינו אובייקטיבי (Walter et al, 2010). על-פי רוב, קונפליקטים אלה עולים בהקשר למחקר ופרסומים, וכן בהקשרים בין-אישיים. בכל המקרים, פסיכיאטר הילדים מחויב להעדיף את טובת המטופל על-פני האינטרסים האחרים. הדרך הטובה ביותר להתמודד עם הקונפליקט בין הדחפים הפנימיים של הפסיכיאטר לילדים היא על-ידי שקיפות, יושר, דיווח על הקונפליקט, הצהרה על ניגוד עניינים, בדיקה עצמית וביקורת עצמית. המבחן האולטימטיבי הוא לשים את עצמך בנעלי המטופל, ולבחון את הנושא מתוך השקפה זו (Brewin, 1993).

### הוראה, הכשרה ואכיפה:

מחברות הועדה הבינלאומית של עורכי העיתונים הרפואיים (2006) מסבירה כי מחברות צריכה להתבסס על כל הקריטריונים הבאים:

- תרומה משמעותית להתנעת המחקר ותכנונו, לתהליך איסוף המידע או ניתוחו ופירושו.
  - כתיבת המאמר או עריכתו באופן משמעותי, ו
  - אישור הטיוטה הסופית.
- "מחבר אורח", "מחבר של כבוד", או "מתן מחברות כמתנה" הם כולם נחשבים לא אתיים.
- מחבר אורח חתום על מאמר ביודעין במטרה שהדבר ישפיע על הסוקרים, למטרת רווח כזה או אחר, או כטובה מקצועית.

גופים המעניקים אישור לתכניות התמחות מחייבים שזו תכלול לימודי אתיקה (Dingle & Stuber, 2008). נושאים שלרוב כלולים בלימודים אלה הם ייצוג, הסכמה מדעת/אשורר הסכמה, יוזמה אישית, אוטונומיה, עיסוק במחקר, גבולות, חסיון, היחסים בין הרופאים לספקי הבריאות ולתעשייה, והיחסים וההבדלים בין אתיקה וחוק (Sondheimer, 1998). מומלץ ללמוד את הקוד האתי הארצי לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר. המשאבים העומדים לרשות הפסיכיאטר לילדים, כאשר הוא ניצב מול דילמות אתיות כוללים ועדות אתיקה, ועדת אתיקה מוסדית [Institutional Review Boards] גופי רישוי של המדינה ואנשים הידועים כמומחים באתיקה. מעת לעת תלונות בעלות אופי אתי מועלות כנגד רופאים על ידי משפחת המטופל, או באופן נדיר, על-ידי קולגות. תלונות מסוג זה צריכות להיות מועברות לאנשים וועדות בעלות מומחיות באתיקה, שיכולות לייעץ על האופן המיטבי בו יש לפעול בהמשך.

#### ניגוד אינטרסים

ניגוד אינטרסים הוא לעיתים בלתי נמנע עקב ריבוי תחומי האחריות והקשרים שהם חלק משמעותי מהעיסוק ברפואה. אולם, להיות במצב של ניגוד עניינים אינו בהכרח לא-אתי. שמירה על עבודה אתית תלויה באופן בו הרופא מתמודד עם ניגוד עניינים זה. ידע על סטנדרטים מקצועיים, זיהוי הפוטנציאל לניגוד עניין וכן הצהרה מתאימה על ניגוד עניינים הם כולם צעדים חשובים בשמירה על עבודה אתית.

מספרם של מחקרים אשר ממומנים על-ידי תעשיית התרופות המתפרסמים בעיתונים פסיכיאטרים עולה באופן מתמיד. יתרה מכך, תוצאות חיוביות מדווחות באופן תדיר יותר במחקרים ממומנים (78%), לעומת מחקרים שאינם ממומנים על ידי התעשייה (48%) או כאלה שממומנים על ידי חברות מתחרות (28%) (Kelly et al, 2006). כמובן שקיימת שאלה על המידה בה המימון על ידי התעשייה משפיע על הממצאים, וכן עד כמה ניתן לסמוך על עבודות מסוג זה.

ניגוד עניינים הוא לא נושא המוגבל למחקר על תרופות. לדוגמא, בשנת 1998 פורסם ב-Lancet מאמר הרומז לקשר בין אוטיזם לחיסון לחצבת, חזרת ואדמת (MMR). דיווח זה היכה גלים בכל העולם, וכן הפחיד הורים ועובדי בריאות. כתוצאה מכך, שיעורי חיסון ה-MMR באנגליה ירדו ב-10% לאורך 5 השנים שלאחר הפרסום. תוך כדי כך היארעות מקרי החצבת הוכפלה פי 4. מאוחר יותר, פרסם עיתונאי שהמחבר הראשי של המאמר לא הצהיר על-כך שהועדה לסיוע משפטי הטילה עליו את המשימה לקבוע האם קיימות ראיות מספיקות להגיש תביעה על-ידי הוריהם של ילדים שלכאורה ניזוקו מהחיסון, עבור סכום נכבד. ה-Lancet בהמשך משך את המאמר והמועצה הכללית לרפואה של בריטניה קבעה שהמחבר הראשי אינו כשיר לעסוק במקצועו. מחקרי המשך שללו באופן מכריע כל קשה בין החיסון לאוטיזם (Demicheli et al, 2005).

#### מנהל:

פסיכיאטרים של הילד והמתבגר מטפלים במטופלים יחידים. הם גם מנהלים יחידות אשפוז ומרפאות, בתי חולים ושירותי דיור מוגן; אחראים על יוזמות מחקר גדולות כקטנות; ומתכננים טיפול לאוכלוסיות בגדלים משתנים. בתפקידים אלה הם אחראים, גם אם באופן בלתי ישיר, לרווחתם ותנאי עבודתם

של המטופלים והצוות. ברמות משתנות, פסיכיאטרים אלה המשמשים כמנהלים, יהיו אחראים על תקציבים; החלטות על הצרכים לטיפולים שונים; מתן המלצות וחסיונות לעובדים; החלת תהליכי פיקוח חלקים עם הגדרת כפיפות ברורה; הבטחת תיעוד רפואי, או תיעוד מנהלי אחר, ברשומות; ופיקוח על כלל היבטי המחקר- כולל גיוס נבדקים, קבלת הסכמה מדעת, אבטחת החסיון, איסוף מידע וניתוחו, והפצת הממצאים (Sondheimer, 2010). בעיות אתיות עולות לרוב בתחומי פעילות אלה. כיצד לממן שירות קליני חדש, מה שעלול לפגוע בשירות קיים נוכח משאבים כלכליים מוסדיים או ממשלתיים מוגבלים? כיצד להתייחס לאנשי צוות אשר מידת הקפדתם על פרוטוקולים ארגוניים שונה מאוד? מהי הגישה הנכונה לוועדות אתיקה מוסדיות, אשר חלק מחבריה יהיו סלחנים יותר מאחרים להצעת מחקר מסוימת? תהליך ההנמקה האתי עוזר לעשות סדר בקונפליקטים אלה; באופן תדיר, התמקדות על העקרון הצדק (או חלוקה צודקת) עוזר לפתור את הקונפליקט כשעומד המנהל מול בחירות קשות (Sabin & Daniel, 1994).

## נושאים עדכניים

### גנומיקה:

בשני העשורים האחרונים התרבה מאוד הידע בגנטיקה, וכעת קיימת היכולת לפענח את רצף ה-DNA של כל ילד במלואו. מאמצים רבים הושקעו לקבוע את היחסים בין רצפים ספציפיים של גן למחלות פסיכיאטריות. על-אף שנכון להיום אין ממצאים עקביים, סביר להניח שהמשך מחקר יוביל לתוצאות ברורות שימוש בעתיד, אשר אולי יביאו לשינוי בנומנקלטורה האבחנתית, כמו גם לשימוש בתרפיות גנטיות. חסיון, הסכמה/אשרור הסכמה, הזכות לדעת או לא לדעת על קיומה של מחלה, סקר מאושר לעומת לא מאושר להפרעות, וניבוי של התפרצות מחלה – אלה הם רק חלק מהנושאים האתיים שטכנולוגיה חדשה זו עלולה להציף, והם דורשים בחינה מדוקדקת (Applebaum, 2004).

### פרודרום פסיכיאטרי:

באופן מקביל לפוטנציאל של גנומיקה לחזות התפתחות של מחלות פסיכיאטריות, כך גם בחינה של עצי משפחה לצד אבחנה קלינית הובילו למחקר על התערבויות טיפוליות במתבגרים הנמצאים בסיכון לפתח סכיזופרניה (McGorry et al, 2009). באופן דומה, הרחבת ההגדרות להפרעה ביפולרית הביאה לחשיפה של ילדים קטנים מאוד לתרופות מקבוצת מייצבי מצב הרוח, כפי שהודגש מעלה. בעוד שמאמצי מניעה אלה הם לכאורה ראויים להערצה, שכן באופן תאורטי יש להם את הפוטנציאל לעכב ואף למנוע התפתחותן של מחלות פסיכיאטריות קשות, קיימים מסביבם סימני שאלה בהתחשב בבורות היחסית הקיימת כעת במקצוע (Cornblatt et al, 2011). בעת הנוכחית לא קיימים אמצעים אמינים לניבוי התפתחות תחלואה, אין אפשרות לאמוד את יעילותם של טיפולים מונעים, התערבויות טיפוליות תרופתיות (בעיקר בתרופות נירולפטיות) עלולות לגרום ליותר נזק מתועלת (בעיקר אם הן ניתנות לאנשים שלא היו נזקקים להם מלכתחילה), וכן אנשים שאינם פסיכוסים עלולים לסבול מתיגים וסטיגמות (Frances, 2011).



## השבחה נוירולוגית:

אוגמנטציה פרמקולוגית של פעילות תקינה מעלה שאלות קשורות אך שונות. פסיכיאטרים לילדים מעניקים טיפול תרופתי באופן תדיר במצבי חולי או מצוקה (לדוגמא, נוגדי דיכאון לדיכאון, תרופות נוירולפטיות להפרעות קשות בחשיבה), וכך משפרים מצב רוח, קוגניציה וקשר. אמנם אבחנות מתבססות לרוב על התאמה לקריטריונים מוגדרים, אך לעיתים הן ניתנות על סמך סימנים המרמזים לנוכחותה של הפרעה. לדוגמא, הורים המבקשים להעניק לילד שלהם יתרון אקדמי יכולים לבקש טיפול – על סמך מצרף רופף של הפרעות בקשב – בסטימוולנטים, על-מנת לעזור לצעיר להיטיב להתמקד במטלותיו. האם הורים אלה מבקשים יתרון שאינו הוגן? האם מהלכים מסוג זה מפחיתים את ההערכה הנובעת מעבודה קשה ושיפור עצמי? האם הפסיכיאטר הילדים ישקול את הנזקים האפשריים- בצורת תופעות לוואי או קידומה של תלות בתרופות לעזרה? או לחילופין, האם ייתכן ששיפור ביצועיו של הילד ייטיבו עמו ועם החברה בכלל (Farah et al, 2004)? האם שיפור מצב הרוח והקוגניציה על-ידי תרופות הניתנות במרשם שונה משיפור התפקוד הנפשי והפיזי על-ידי ניתוח החלפת מפרק, זריקות בוטוקס, או כוס הקפה בבוקר (המכיל קפאין)? האם החברה מבחינה בין הגוף והנפש, ומרגישה נוח להשביח את הראשון, בעוד שהיא מרגישה אי נוחות לגבי השבחת השני (יש לזכור, לעומת זאת, שקיימת התנגדות נרחבת לשימוש בסטרואידים או להזרקת תאי גזע בתחרויות ספורט)? השבחה נוירולוגית מעלה שאלות לגבי זהות, "עצמי", רצון חופשי, ולגבי האחריות להם. שאלות אלה יצפו בתדירות הולכת ועולה בקרב הורים הדואגים לילדיהם (Cheung, 2010).

## אלקטרוניקה, מדיה חברתית ובריונות:

לאחר בהלה ראשונית, הפסיכיאטריה נמשחה בעולם האלקטרוניקה (Huang & Alessi, 1996). רופאים ומוסדות משתמשים במחשבים לניהול תיקים, מרשמים, חיובים, קביעת פגישות ותקשורת; המקצוע מגיב באופן אלקטרוני לסיקור במדיה; ורופאים מעצבים דפי אינטרנט אישיים, בלוגים ואף מתמודדים עם השימוש והשימוש לרעה במגוון אמצעים אלקטרוניים על-ידי מטופליהם. עולמות חדשים אלה של טכנולוגיה, יכולים להשפיע לחיוב או לשלילה על המשתמשים בהם. טוב יהיה לשפוט אותם על-פי כללי האתיקה הישנים והמסורתיים; הדילמות המועלות נוכח הטכנולוגיות החדשות נשארות דומות, הן פשוט עוטות את האופנה החדשה. בנוסף לשימוש ההיריסטי בטכנולוגיות אלה לניהול היומיום, לחינוך, למחקר ולעבודה קלינית, הן מציעות יתרונות ספציפיים לחולים. לדוגמא, הן מציעות לילדים הסובלים מהפרעה התפתחותית רחבת-היקף [Pervasive Developmental Disorder], שלרוב הם מיוחדים ומסורבלים מבחינה חברתית, לקיים קשרים חברתיים עם אחרים באופן אלקטרוני במקום פנים אל פנים (Panyan, 1984). לרבים מהם, תקשורת זו מעניקה תחושה נוחה יותר ביצירת קשר, ולחלקם היא יכולה להוביל בהמשך לפגישה אישית עם איש

קשר זה. באופן דומה, תוכנות מחשב רבות מעניקות סיוע לילדים עם הפרעות למידה ותקשורת.

יחד עם-זאת, טכנולוגיות אלה, כמו כל טכנולוגיה אחרת, ניתנות לשימוש לרעה. בריונות של ילדים על ידי עמיתיהם היא בעיה ישנה ונושנה, אך בעבר יוזם התנהגות זו היה ניתן לזיהוי בקלות. הופעתה של הטכנולוגיה העדכנית מאפשרת בריונות ממוחשבת [Cyberbullying] בה הטרדות של עמיתים תמימים ופגיעים יכולות להיעשות באופן אנונימי. אלה מובילים למצוקה רבה, על-פי רוב, ולעיתים אף לכותרות בעיתונים לאחר התאבדותו של צעיר שהיה קורבן להתעללות או לחרם (Boyd & Marwick, 2011). כתגובה לכך הוקמו התערבויות למניעה וכן התערבויות לאחר אירועי בריונות. אולם, בהתחשב בהבנה הלא-בוגרת של ילדים לגבי השתלשלות אירועים, והאנונימיות המתאפשרת בתקשורת אלקטרונית, התנהגויות נבזיות אלה ככל הנראה ימשיכו, בעולם בו יש 800 מיליון חברים בפייסבוק. אתיקה של הפסיכיאטריה דורשת שהעוסקים בפסיכיאטריה של הילד יהיו מודעים להתפתחויות אלה, הפוטנציאל של השימוש באלקטרוניקה לטוב ולרע, הצורך לייצג ולטפל באלה שסבלו, לחנך קהילות לגבי סכנות ותועלת אפשרית ולעזור להטמיע תכניות התערבותיות בית ספריות.

## מסקנות

העוסקים בבריאות הנפש של הילד והמתבגר, בין אם ממוקמים במדינות או אזורים עשירים, עניים או של מעמד הביניים, חולקים את אותם תחומי האחריות – לייצג ולהעניק טיפול לצעירים, שהם לרוב הקבוצה החשופה ביותר והפגיעה ביותר, ללא קשר למיקום. שיקולים ועקרונות אתיים, האופן בו ניגשים לסוגיות אתיות (קליניות מנהלתיות או מחקריות) הינו זהה ואינו תלוי במיקום. יחד עם-זאת, קיימת שונות בגישה למשאבים בין אזורים שונים, דבר המביא לעיתים למסקנות שונות בנוגע לאותן הסוגיות האתיות. המטרות האתיות הבסיסיות: אספקת הגנה והתערבויות מיטביות לילדים, אלה הן הציפיות העיקריות, החברתיות והמקצועיות, מפסיכיאטר הילדים. בתקווה שפרק זה, שהתמקד בנושאים בסיסיים כגון אשרור הסכמה, התנגדות, אבחנה, טיפול, חסיון ומחקר, לצד מבט על התפתחויות בתחום, העניק חומר למחשבה על נושאים אתיים בהם נתקלים העוסקים בבריאות הנפש של הילד והמתבגר, ללא קשר לארץ מוצאם.

## ביבליוגרפיה

- Alessi N (2001). Information technology and child and adolescent psychiatry. *Behavioral Health Trends*, 13:24-29.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2009). *Code of Ethics*.
- American Heritage New Dictionary of Cultural Literacy, 3<sup>rd</sup> edition (2005). New York: Houghton Mifflin.
- Angell M (2011). The illusions of psychiatry. *New York Review of Books*, 14 July.
- Appelbaum P (2004). Ethical issues in psychiatric genetics. *Journal of Psychiatric Practice*, 10:343-351.
- Aries P (1962). *Centuries of Childhood*. New York: Random House.
- Appelbaum P (2004). Ethical issues in psychiatric genetics. *Journal of Psychiatric Practice*, 10:343-351.
- Aries P (1962). *Centuries of Childhood*. New York: Random House.
- Baker E (2011). Rebecca Riley's estate receives \$2.5M. *Weymouth News*, January 25.
- Baldwin D, Kosky N (2007). Off-label prescribing in psychiatric practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13:414-422.
- Bass J, Bolton P, Murray L (2007). Do not forget culture when studying mental health. *Lancet*, 369:1302-1313.
- Beauchamp T (2009). The philosophical basis of psychiatric ethics. In S Bloch, S Green (eds) *Psychiatric Ethics*, 4<sup>th</sup> edition. Oxford: Oxford University Press, pp25-48.
- Belfer M, Eisenbruch M (2007). International child and adolescent mental health. In A Martin, F Volkmar (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp87-101.
- Betancourt T (2011). Attending to the mental health of war-affected children: the need for longitudinal and developmental research perspectives. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50:323-325.
- Bloch S (2007). Care ethics: what psychiatrists have been waiting for to make sound ethical decisions. *Psychiatric Annals*, 37:787-791.
- Bostic J, Bagnell A (2001). School psychiatric consultation: an organizing framework and empowering techniques. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10:1-12.
- Boyd D, Marwick A (2011). Bullying as true drama. *New York Times*, 23 September, pA35.
- Brener N, Weist M, Adelman H et al (2007). Mental health and social services: results from the school health policies and programs study. *Journal of School Health*, 77:486-499.
- Brewin T (1993). How much ethics is needed to make a good doctor? *Lancet*, 341:161-163.
- Bucheler R, Schwab M, Morike K et al (2002). Off label prescribing to children in primary care in Germany: retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 324:1311-1312.
- Carey B (2007). Bipolar illness soars as a diagnosis for the young. *New York Times*, 4 September.
- Cheung E (2010). Psychiatry in the era of neuroethics. *Psychiatric Times*, 37:35-38.
- Committee on Bioethics of the American Academy of Pediatrics (1995). Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics*, 95:314-317.
- Conn J (2001). Jackson Health reports inappropriate access of patient records. 14 June. <http://www.modernhealthcare.com/article/20110614/NEWS>
- Cornblatt B, Lencz T, Kane J (2001). Treatment of the schizophrenia prodrome: is it presently ethical? *Schizophrenia Research*, 51:31-38.
- DeJong J, Van Ommeren M (2005). Mental health services in a multicultural society: interculturalization and its quality surveillance. *Transcultural Psychiatry*, 42:437-456.
- DeMause L (1974). The evolution of childhood. In L. DeMause (ed) *The History of Childhood*. New York: Harper & Row.
- Demicheli V, Jefferson T, Rivetti A et al (2005). Vaccines for measles, mumps and rubella in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. DOI: 10.1002/14651858.CD004407.pub2
- Dingle A, Stuber M (2008). Ethics education. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17:187-207.
- Efron D, Hiscock H, Sewell J et al (2003). Prescribing of psychotropic medications for children by Australian paediatricians and child psychiatrists. *Pediatrics*, 111:372-375.
- Enzer N (1985). Ethics in child psychiatry – an overview. In D Schetky, E Benedek (eds) *Emerging Issues in Child Psychiatry and the Law*. New York: Brunner/Mazel.
- Farah M, Illes J, Cook-Deegan R, et al (2004). Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do? *Nature Reviews Neuroscience*, 5:421-425.
- Fombonne E (2005). Developing modern child psychiatry. *World Psychiatry*, 4:156.
- Forbes M (1992). *Refugee Women*. London: Zed Press.
- Frances A (2011). Australia's reckless experiment in early intervention. *Psychiatric Times*, June 8.
- Gabbard G, Nadelson C (1995). Professional boundaries in the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 273:1445-1449.
- Gabbard G, Weiss L, Roberts L et al (2011). *Professionalism in Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Giel R, Arango M, Clement C et al (1981). Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, 68:677-683.
- Goldberg C (2007). Bipolar labels for children stir concern. *Boston Globe*, February 15.



- Graham P (1999). Ethics and child psychiatry. In S Bloch, P Chodoff, S Green (eds) *Psychiatric Ethics*, 3<sup>rd</sup> edition. Oxford: Oxford University Press, pp301-315.
- Graham P, Orley J (1999). WHO's activities related to psychosocial aspects of health (including child and adolescent health and development). In G de Girolamo, N Sartorius (eds) *Promoting Mental Health Internationally*. London: Gaskell, pp117-131.
- Hinshaw S, Scheffler R, Fulton B et al (2011). International variation in treatment procedures for ADHD: social context and recent trends. *Psychiatric Services*, 62:459-464.
- Holden E, Santiago R, Manteuffel B et al (2003). Systems of care model demonstration projects: innovation, evaluation, and sustainability. In A Pumariega, N Winters (eds) *Handbook of Child and Adolescent Systems of Care: the New Community Psychiatry*. San Francisco: Jossey-Bass, pp432-459.
- Huang M, Alessi N (1996). The Internet and the future of psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 153:861-869.
- Hugtenburg J, Heerdink E, Tso Y (2005). Psychoactive drug prescribing by Dutch child and adolescent psychiatrists. *Acta Paediatrica*, 94:1484-1487.
- IACAPAP (2006). *Ethics in Child and Adolescent Mental Health*.
- Kelly R, Cohen L, Semple R et al (2006). Relationship between drug company funding and outcomes of clinical psychiatric research. *Psychological Medicine*, 36:1647-1656.
- Kim Y-S, Leventhal B, Koh Y-J et al (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry*, 168:904-912.
- Kirmayer L, Minas H (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45:438-446.
- Koelsch M, Fegert J (2010). Ethics in child and adolescent psychiatric care: an international perspective. *International Review of Psychiatry*, 22:258-266.
- LaFraniere S, Levin D (2010). Assertive Chinese held in mental wards. *New York Times*. November 11.
- Lambert L (2010). Rebecca Riley murder case puts focus on bipolar disorder and kids. *Patriot Ledger.com*. February 20.
- Layne C, Saltzman W, Poppleton L et al (2008). Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: a randomized control trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45:1048-1062.
- Leckman J, Leventhal B (2008). A global perspective on child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 49:221-225.
- Lewis O, Sargent J, Friedrich W et al (2001). The impact of social change on child mental health in Eastern Europe. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10:815-824.
- Lindenthal J, Thomas C, Ghali A (1985). A cross-cultural study of confidentiality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 20:140-144.
- Macbeth J (2002). Legal issues in the treatment of minors. In D Schetky, E Benedek (eds) *Principles and Practice of Child and Adolescent Forensic Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, pp309-323.
- Malhotra S (1995). *Study of Psychosocial Correlates of Developmental Psychopathology in School Children: Report to Indian Council for Medical Research*. New Delhi: Indian Council for Medical Research.
- March J, Silva S, Petrycki S et al (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized control trial. *Journal of the American Medical Association*, 292:807-827.
- McGorry P, Nelson B, Amminger G et al (2009). Intervention in individuals at ultra-high risk for psychosis: a review and future directions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70:1206-1212.
- Moreno C, Laje G, Blanco C et al (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, 64:1032-1039.
- Musto D (2007). Prevailing and shifting paradigms: a historical perspective. In: A Martin, F Volkmar (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp11-17.
- Omigbodun O (2008). Developing child mental health services in resource-poor countries. *International Review of Psychiatry*, 20:225-235.
- Panter-Brick C, Goodman A, Tol W et al (2011). Mental health and childhood adversities: a longitudinal study in Kabul, Afghanistan. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50:349-363.
- Panyan M (1984). Computer technology for autistic students. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 14:375-382.
- Patel V, Flisher A, Hetrick S et al (2007). Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet*, 369:1302-1313
- Pescosolido B, Perry B, Martin J et al (2007). Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatric Services*, 58:613-618.
- Pies R (2007). How "objective" are psychiatric diagnoses? *Psychiatry*, 4:18-22.
- Ponton L (1997). *The Romance of Risk: Why Teenagers Do The Things They Do*. New York: Basic Books.
- Raffaelli M, Larson R (1999). *Homeless and Working Youth Around the World – Exploring Developmental Issues*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Robertson B, Mandlhate C, Seif El Din A, et al (2004). Systems of care in Africa. In H Renschmidt, M Belfer, I Goodyer (eds) *Facilitating Pathways: Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health*. Berlin: Springer, pp71-78.
- Rosen A, Walter G, Casey D et al (2000). Combating psychiatric stigma: an overview of contemporary initiatives. *Australasian Psychiatry*, 8:19-26.



- Rutter M (2010). Child and adolescent psychiatry: past scientific achievements and challenges for the future. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19:689-703.
- Sabin J, Daniels N (1994). Determining medical necessity in mental health practice. *Hastings Centre Report*, 24:5-14.
- Salinger J (1951). *Catcher in the Rye*. Little, Brown & Co.
- Sanders M (2002). Parenting interventions and the prevention of serious mental health problems in children. *Medical Journal of Australia*, 177:S87-S92.
- Sartorius N, Kaelber C, Cooper J et al (1993). Progress towards achieving a common language in psychiatry. Results from the ICD-10 clinical field trial of mental and behavioural disorders. *Archives of General Psychiatry*, 50:115-124.
- Schetky D (1995). Boundaries in child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4:769-778.
- Schowalter J (2008). How to manage conflicts of interest with industry? *International Review of Psychiatry*, 20:127-133.
- Silverman W, Ortiz C, Viswesvaran C et al (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:156-183.
- Simon R (1987). *Clinical Psychiatry and the Law*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Slavney P (1993). The mind-brain problem, epistemology, and psychiatric education. *Academic Psychiatry*, 17:59-66.
- Smith C (2005). Origin and uses of *primum non nocere* – above all, do no harm! *Journal of Clinical Pharmacology*, 45:371-377.
- Sondheimer A (1998). Teaching ethics and forensic psychiatry: a national survey of child and adolescent psychiatry training programs. *Academic Psychiatry*, 22:240-252.
- Sondheimer A (2010). Ethics and risk management in administrative child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19:115-129.
- Sondheimer A (2011). Because something is happening here but you don't know what it is – do you, Mr. Jones? *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry News*, 42:129-130.
- Spegele B (2011). Shenzhen expels 80,000 mentally ill and other "threats". *Wall Street Journal*. 12 April.
- Spriggs M (2010). *Understanding Consent in Research Involving Children: The ethical Issues*. Melbourne: Children's Bioethics Centre.
- Stein M, Stein P, Weiss D et al (2009). Health care and the UN disability rights convention. *Lancet*, 374:1796-1798.
- Stover J, Bollinger L, Walker N et al (2007). Resource needs to support orphans and vulnerable children in sub-Saharan Africa. *Health Policy and Planning*, 22:21-27.
- Thara R, Srivanasan T, Sadana R et al (2001). Highlights from the CAR study in India, Cambodia and Nigeria. In T Ustun, S Chaterji et al (eds) *Disability and Culture, Universalism and Diversity*, ICIDH-2 series. Geneva: World Health Organization, chapters 4,13.
- The MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Archives of General Psychiatry*, 56:1073-1086.
- Tucker P, Garton T, Foote A et al (2009). In support of early psychotherapy training. *Psychiatric Times*, 1 December.
- UNICEF (2000). *The State of the World's Children*. New York: UNICEF
- United Nations (2007). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *European Journal of Health Law* 14:281-298.
- United Nations Centre for Human Rights (1990). *The Convention on the Rights of the Child*. London: UNICEF
- Van Ommeren M (2003). Validity issues in transcultural epidemiology. *British Journal of Psychiatry*, 182:376-378.
- Veatch R (1989). Medical ethics: an introduction. In R Veatch (ed) *Medical Ethics*. Boston: Jones and Bartlett, pp1-26.
- Walter G, Rey J, Thomas C et al (2010). Conflict of interest. In A Martin, L Scahill, C Kratochvil (eds) *Pediatric Psychopharmacology*. Oxford: Oxford University Press pp752-762.
- Wilkinson G (1986). Political dissent and "sluggish" schizophrenia in the Soviet Union. *British Medical Journal*, 293:641-642.
- Williamson J, Moser A, Ford Foundation, International Committee of the Red Cross, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees et al (1987). *Unaccompanied Children in Emergencies – A Field Guide for their Care and Protection*. Geneva: International Social Service.
- Winslade W (1978). Confidentiality. In W Reich (ed) *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Free Press, pp184-200.
- Wolmer L, Laor N, Yazgan Y (2003). School reactivation programs after disaster: could teachers serve as clinical mediators? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12:363-381.
- World Medical Association (2006). *WMA International Code of Medical Ethics*.
- World Psychiatric Association (1996). *Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice*. [http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=5&content\\_id=48](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48)