

רפורמה בפתקית: מועד שילובם בטיפול של אסירים עברייני מין שמשוכנותם הוערכה כגבוהה

בעקבות רע"ב 4008/15 מ"י נ' ברברמן

חגית לרנאו* ועינת גייר**

מבוא: רפורמה בפתקית

ברע"ב 4008/15 **מדינת ישראל נ' אבינעם ברברמן** (4.4.2017) (להלן: **בעניין ברברמן**) אימץ בית המשפט העליון המלצה של ועדת מומחים לשלב אסירים עברייני מין, שמשוכנותם הוערכה כגבוהה, בטיפול ייעודי במב"ן, במועד אשר יותיר פרק זמן של שלוש שנים מהשלמת הטיפול עד לסיום ריצוי המאסר.¹ לפני פסק הדין נהגה בשירות בתי הסוהר ובמב"ן מדיניות לפיה אסירים אלו ישולבו בטיפול ייעודי רק בסמוך למועד השחרור המלא. המשמעות המעשית של המדיניות שקדמה להחלטה בעניין **ברברמן** הייתה, שאסירים שמשוכנותם המינית הוערכה כגבוהה לא יכלו לפעול באופן אפקטיבי להפחתת רמת המסוכנות לפני מועד השחרור המלא ולכן לא זכו לחופשות, להשתלבות באגפים מתקדמים או לשחרור על-תנאי ממאסר. החלטת בית המשפט בעניין **ברברמן** פותחת לראשונה צוהר עבור אסירים אלו, המשתתפים בתוכניות טיפול, להשתלב בסבב חופשות ואף להתמיד בטיפול באופן שיאפשר בניית תוכנית לשיקום לצורך שחרורם על-תנאי לקהילה, בהתאם להחלטת ועדת השחרורים.

להבנת המלצות הוועדה המקצועית ולהחלטת בית המשפט בעניין **ברברמן**. בחלק השני של המאמר נציג את ההליכים המשפטיים שהתנהלו במסגרת עתירת האסיר של מר ברברמן, שהוגשה לבית המשפט המחוזי מרכז ואת השיקולים שעמדו ביסוד החלטת בית המשפט המחוזי להורות על שינוי משמעותי במדיניות מב"ן. לאחר מכן נסקור את הטיעונים שהועלו במסגרת בקשת רשות הערעור שהוגשה על ידי המדינה ואת תגובת הסניגוריה הציבורית לבקשה. נחתום את המאמר בסיכום ההשלכות המעשיות והמשפטיות של החלטת בית המשפט.

טיפול בעברייני מין שמשוכנותם הוערכה כגבוהה

תחום הטיפול הייעודי בעברייני מין מוסדר כיום בחוק הגנה על הציבור מפני ביצוע עבירות מין, תשס"ו-2006 (להלן: **חוק ההגנה על הציבור**). החוק מושתת בעיקרו על שילובם של שלושה אדנים יחד - הערכת מסוכנות, פיקוח ומעקב ושיקום מונע - אשר מיועדים להפחית את הסיכון הנשקף לחברה מעברייני מין ולמנוע ביצוע עבירות מין נוספות.²

החוק עושה שימוש בהערכת מסוכנות ככלי מרכזי ליישום אמצעי הפיקוח והשיקום, וקובע חובה לקבל הערכה ביחס למסוכנות הנשקפת מעברייני המין במספר צמתים של ההליך הפלילי - החל מגזר הדין ועד לתום תקופת הפיקוח.³ הערכת המסוכנות הנעשית כיום בארץ מתבססת על סולם של שבע דרגות שנוע בין מסוכנות נמוכה, שאז לא מופעלות הסמכויות הקבועות בחוק הגנה על הציבור ובדרך כלל אין גם צורך בהתערבות טיפולית הממוקדת בעבריינות המין, למסוכנות נמוכה-בינונית, בינונית-נמוכה, בינונית, בינונית-גבוהה, גבוהה-בינונית וגבוהה. עם חקיקתו בשנת 2006, כלל החוק רק סמכויות פיקוח ומעקב על עברייני מין שמשוכנותם מוערכת כיותר מנמוכה. בשנת 2011, בעקבות ביקורת מקצועית לפיה פיקוח ללא טיפול הוא בעל יעילות נמוכה יחסית, אשר במקרים מסוימים

החלטה חשובה ומשמעותית זו ניתנה ללא דיון, ללא פירוט המסגרת העובדתית והמשפטית, ללא התייחסות לשיקולים המקצועיים שהובילו לשינוי מדיניות שירות בתי הסוהר - תוך שבית המשפט מאשר החלטותיה של ועדה מקצועית שהוקמה בהמלצתו, ומבלי לפרט אותן או את ההנמקות לאימוצן. על אף חשיבותו כולל פסק הדין שורה אחת ויחידה בה ניתן תוקף להחלטות הוועדה בישיבה שקיימה ביום 20.12.16.

במאמר זה נבקש להשלים עבור הקורא חלק מהחסר בהחלטת בית המשפט. בחלק הראשון של המאמר נסקור את השינויים המשמעותיים, המשפטיים והמערכתיים, שחלו בעשור האחרון ביחס לטיפול בעברייני מין שמשוכנותם הוערכה כגבוהה. סקירת המצב הקיים והצגת חלק מהביקורת המועלית על מצב זה, הם רקע חשוב

* המשנה לסניגור הציבורית הארצי, ד"ר לקרימינולוגיה, ייצגה בהליך לפני בית המשפט העליון בשיתוף עם עו"ד אושרה קצפולסקי.
** עו"ד, הסניגוריה הציבורית הארצית.

1 מב"ן הם ראשי תיבות למחלקת בריאות הנפש, הפועלת בשב"ס מטעם משרד הבריאות. המחלקה אחראית על אבחון וטיפול באסירים עם מוגבלות נפשית, על הערכת מסוכנות של עברייני מין בשב"ס ועל טיפול בעברייני שמשוכנותם מוגדרת כגבוהה או בינונית-גבוהה.
2 סעיף 1 לחוק הגנה על הציבור. להרחבה ראו חגית לרנאו **עבריינות ואכיפת חוק** 121-124 (2016).
3 סעיף 6 לחוק הגנה על הציבור.

בהקשר זה יוער כי לצד עמדה של גורמים מקצועיים בדבר חשיבות הערכת המסוכנות, ביקורת רבה נמתחה על השימוש בכלי זה ועל מידת אמינותו לגבי יכולת החיזוי של מסוכנות עתידית. לעניין זה ראו: מימי אייזנשטדט "האם המושג 'מסוכנות' מסוכן?" **ביטחון סוציאלי** 75, 65 (2007); משה סרוגוביץ "הערכת מסוכנות של עברייני מין בישראל בראייה ביקורתית" **טיפול בעברייני מין בישראל** 93 (מלי שחורי, שרה בן דוד ומאיר חובב עורכים, 2010); BERNARD E. HARCOURT, *AGAINST PREDICTION: PROFILING, POLICING AND PUNISHING IN AN ACTUARIAL AGE* (2005).

ונפשיות או עברייני מין מהמגזר החרדי.

סימן ב' לפרק השיקום המונע הטיל על שירות בתי הסוהר ועל מב"ן חובה להקים מערך בשירות בתי הסוהר שתפקידו לגבש תוכניות לשיקום מונע לאסירים עברייני מין כאשר הם עדיין בבית הסוהר. הנוהג כיום הוא ששילוב אסירים עברייני מין במסגרות טיפול במהלך המאסר נערך בהתאם לרמת המסוכנות שנקבעה לאסיר, הצרכים הטיפוליים הייחודיים של כל אסיר והערכת הגורמים המטפלים בדבר התאמתו לטיפול.⁹ על פי עקרונות אלו, ככל שרמת המסוכנות הנשקפת מהאסיר גבוהה יותר הוא יושלב בתוכנית טיפול ארוכה ואינטנסיבית יותר.¹⁰

בעבר הטיפול לאסירים עברייני מין ניתן במסגרת מב"ן בלבד, אך כחלק מההיערכות לחקיקת פרק השיקום המונע בשנת 2011, יצר שב"ס מענים טיפוליים שונים הכוללים מחלקות לטיפול בעברייני מין בהן מתקיימות קבוצות פסיכו-חינוכיות וניתן טיפול קבוצתי ייעודי. מחלקות אלו מיועדות לאסירים עברייני מין שהמסוכנות הנשקפת מהם אינה גבוהה.¹¹ על פי הסכם בין שב"ס למב"ן, אסירים בעלי מסוכנות גבוהה מופנים לקבוצות טיפול ייעודי במב"ן,¹² אף שחלקם יופנו קודם לכן להשתלב בקבוצות פסיכו-חינוכיות של שב"ס, בהתאם לצרכיהם, כשלב מקדים וכהכנה לטיפול הייעודי.¹³ במקרים חריגים משולבים אסירים שמסוכנותם הוערכה כגבוהה במחלקות לטיפול בעברייני מין בניהול שב"ס, וזאת בהתאם להמצאת הערכת המסוכנות או כשיתרת מאסרם קצרה ואינה מאפשרת שילוב בקבוצה ייעודית במב"ן.¹⁴ קבוצות פסיכו-חינוכיות מבוססות על מספר מועט יחסית של מפגשים קבוצתיים (בדרך כלל בין 12 ל-15 מפגשים) שנועדו להקנות ידע ומיומנות בנושאים כלליים של כישורי חיים כגון זוגיות, מיניות בריאה והתמודדות עם מצבי לחץ.¹⁵

מסגרת הטיפול המשמעותית והמרכזית ביותר המיועדת לעברייני מין ברמת מסוכנות גבוהה נותרה תוכנית הטיפול הייעודי במב"ן. טיפול

אף עלול להגדיל את רמת המסוכנות, נוסף לחוק פרק הקובע את חובת המדינה לפעול למען שיקום מונע לעברייני מין והוקצו לשם כך תקציבים לצורך הקמת מערכי שיקום.⁴

בסימן א' לפרק השיקום המונע הטיל המחוקק על משרד הרווחה ומשרד הבריאות חובה להקים מערך טיפול לעברייני מין בדרגות מסוכנות שונות, בין היתר באמצעות הקמת מרכזים לשיקום מונע בקהילה (הוסטל, מרכז יום וקבוצות טיפוליות) ומתן נגישות לטיפול תרופתי. מענים אלו מסייעים לעברייני מין שלא נשפטו לעונש מאסר ולעברייני מין המשתחררים ממאסר, להשתלב במסגרות ובקבוצות טיפוליות. אסירים משוחררים יכולים להשתלב בתוכניות שיקום בקהילה כחלק מתוכנית שיקום לשחרור על-תנאי ממאסר או, ככל שהם מסכימים לכך, כחלק מתנאי צו הפיקוח לפי חוק ההגנה על הציבור לאחר שחרור מלא.⁵ מסגרות אלו כוללות, בין השאר, מסגרת חוף ביתית סגורה (הוסטל) הנותנת מענה לעברייני מין ברמת מסוכנות בינונית-גבוהה וגבוהה, ומרכז יום בו פועלות קבוצות טיפול ברמות אינטנסיביות משתנות, הנותן מענה לעברייני מין ברמת מסוכנות בינונית.⁶ תוכנית השיקום בקהילה לעברייני מין שרמת המסוכנות שלהם הוערכה כגבוהה כוללת בדרך כלל מעבר הדרגתי משילוב בהוסטל, להשתתפות בקבוצות טיפוליות במרכז יום - תחילה בטיפול אינטנסיבי יומי ובהמשך בטיפול של שלוש פעמים בשבוע בשעות אחה"צ. בדרך כלל, כל אחד מהשלבנים השונים נמשך כשנה ותוכנית הטיפול בכללותה נמשכת בסביבות שלוש שנים.⁷ בנוסף, קיימים ברחבי הארץ מספר מרכזים לשיקום מונע כמו גם קבוצות שפועלות במסגרת שירות המבחן והרשות לשיקום האסיר.⁸ במרכזים אלו פועלות קבוצות לטיפול ייעודי לעברייני מין בהן המפגשים מתקיימים בתדירות פחותה ובמסגרתן ניתן טיפול ייעודי לעברייני מין שרמת מסוכנותם נמוכה יחסית. בנוסף ניתן בהן טיפול מעקב מתמשך עבור מי שסיים מסגרות טיפול אינטנסיביות יותר. בחלק מהמרכזים הללו מתאפשר גם טיפול פרטני או התמחות בטיפול באוכלוסיות ייחודיות כגון עברייני מין עם מוגבלויות שכליות

4 לפירוט אודות הליכי החקיקה ולהפניות לפרוטוקול הדיונים בוועדת החוקה, חוק ומשפט ראו חגית לרנאו ואיילת עוז "למה אסור להתאהב בחוק הגנה על הציבור מפני עברייני מין - מבט ביקורתי" הפרקליט נא 205 (תשע"א).
 5 סעיף 20 לחוק ההגנה על הציבור.
 6 פרוטוקול ישיבה מס' 131 של ועדת חוקה, חוק ומשפט, הכנסת ה-20, 13 (25.2.16).
 7 שם.
 8 שם, בעמ' 23.
 9 דויד א' כהן "הערכת סיכון כחלק מתהליך הטיפול בעברייני מין בוגרים" טיפול בעברייני מין בישראל 29 (מלי שחורי, שרה בן דוד ומאיר חובב עורכים, 2010). יש לציין כי ישנם אסירים עברייני מין שנמצאים לא מתאימים לשילוב במסגרת טיפולית. כך למשל, קיימת מחלוקת של הגורמים המקצועיים בדבר האפשרות לשילוב במסגרת טיפולית אסירים אשר מכחישים באופן מוחלט את ביצוע העבירה, וכן בדבר סיכויי השיקום של אסירים בעלי קווי אישיות פסיכופתיים. לעניין זה ראו: דויד א' כהן "פסיכופתיה ועבריינות מין" טיפול בעברייני מין בישראל 45 (מלי שחורי, שרה בן דוד ומאיר חובב עורכים, 2010).
 10 כהן, לעיל ה"ש 9.
 11 אתי אלישע, נתי רונאל ויעל אידיסיס "חומות של תקווה: קבלה חברתית ושינוי דרך החיים של עברייני מין כלואים" צוהר לבית סוהר 14, 29 (2011); מריה רבינוביץ "טיפול הרשויות בפדופילים ובבגירים שפגעו מינית בילדים" (הכנסת, מרכז מחקר ומידע, 2013).
 לביקורת על העדר טיפול בעברייני מין לפני שנת 2011 ראו דוחות הסניגוריה הציבורית לגבי תנאי המעצר והמאסר במתקני הכליאה של שירות בתי הסוהר ומשטרת ישראל, החל מהדוח לשנת 2007 אשר חשף כי רק 2.5% מהאסירים השפוטים בגין עבירות מין מקבלים טיפול בכלא ועד לדוח תנאי הכליאה לשנים 2010-2011. לעיון בדוחות הסניגוריה הציבורית ראו אתר משרד המשפטים <http://www.justice.gov.il/Units/SanegoriaZiborit/DohotRishmi/Pages/DohotRishmi.aspx>.
 לביקורת על קשיים במתן טיפול בשב"ס ראו מבקר המדינה "היבטים בשיקום אסירים" דוח שנתי 2014, 34 (2014).
 12 רבינוביץ, לעיל ה"ש 11, בעמ' 14.
 13 שם, בעמ' 12.
 14 מבוסס על דברים שמסרו נציגי שב"ס במסגרת הדיון בוועדת המומחים שהוקמה במהלך הדיונים ברע"ב ברבמן.
 15 רבינוביץ, לעיל ה"ש 11, בעמ' 12.

זה הוא טיפול קבוצתי המבוסס על שיטת הטיפול הקוגניטיבית- התנהגותית ובמסגרתו לומדים האסירים אסטרטגיות למניעת מעידות על ידי זיהוי מצבי סיכון.¹⁶ מנתונים שנמסרו במסגרת בקשת רשות הערעור בעניין **ברברמן** עולה כי מדי שנה נפתחות שתיים או שלוש קבוצות טיפול ייעודי במב"ן, ובכל אחת מהן משתתפים בין עשרה לחמישה עשר אסירים. כל קבוצה נמשכת כשנתיים וכוללת מפגשים שבועיים בני מספר שעות, כך שבכל זמן מטופלים במב"ן בין 20 ל-45 אסירים. נוכח מיעוט הקבוצות והמשתתפים, רשימות ההמתנה לטיפול הייעודי במב"ן הן ארוכות יחסית למספר הקבוצות ומונות בין 50 ל-70 אסירים, שנמצאו, על פי התרשמות ראשונית של גורמי האבחון במב"ן, מתאימים לשילוב בטיפול ייעודי. מבין המשתתפים בטיפול ייעודי של מב"ן בשנים האחרונות הופחתה רמת המסוכנות של כ-30% ביחידה אחת לפחות - ממסוכנות גבוהה למסוכנות בינונית-גבוהה או למסוכנות בינונית.¹⁷

לצד הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, מתאימים חלק מעברייני המין המאובחנים ברמת מסוכנות גבוהה והמעוניינים בכך גם לקבלת טיפול תרופתי להורדת הדחף המיני, אם במסגרת תכנית לשיקום מונע בקהילה ואם במסגרת המאסר.¹⁸ הטיפול התרופתי מיועד לעברייני מין המאובחנים כפראפילים (בעלי סטייה מינית) והוא נועד להפחית את הדחף המיני באמצעות הורדת רמת הסטטוסטרון בגוף.¹⁹ הטיפול התרופתי נמצא יעיל, ומחקרים מלמדים כי השימוש בתרופה, בנוסף לטיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי משלים, עשוי לשנות את התנהגותם המינית של עברייני המין בעלי סטייה מינית.²⁰ עם זאת, לשימוש בתרופה נלוות תופעות לוואי שונות והוא גם פוגע באפשרות לקיים יחסי מין תקינים.²¹ לפיכך מתן הטיפול מחייב הסכמה מודעת של עברייני המין.²²

קשיים במערך הטיפול הקיים בעברייני מין

די בפירוט הקצר שהובא עד כה כדי להתרשם עד כמה פותח מערך

הטיפול לעברייני מין בישראל, בבתי הסוהר ובקהילה, מאז חקיקת פרק השיקום המונע בחוק הגנה על הציבור. אך המערך שפותח אינו חף מבעיות ומקשיים, אשר שלושה מהם מקבלים ביטוי ברור בפרשת **ברברמן**: הימנעות ועדות השחרורים לשחרר על-תנאי עברייני מין למסגרות הטיפול בקהילה אף אם עברו טיפול בכלא; התייחסות אל השיקום המונע ככלי שהתכלית המרכזית שלו היא הפחתת מסוכנות; והעדר מחקר מלווה שיעניק תוקף ליעילות מערך הטיפול שהוקם.

הביקורת הראשונה נוגעת לקשיים מערכתיים ביצירת רצף טיפולי בין הטיפול שניתן לעברייני מין במהלך המאסר לבין שילובם במסגרות טיפוליות עם שחרורם מהכלא והשתלבותם המחודשת בקהילה. חוק שחרור על-תנאי ממאסר, תשס"א-2001 (להלן: **חוק שחרור על-תנאי**), הוא המסגרת הנורמטיבית המאפשרת לזעזעויות השחרורים לשחרר אסיר ממאסר לתוכנית שיקום בקהילה בחלוף שני שלישים מעונשו. נתונים ומחקרים רבים מלמדים על חשיבות השחרור המוקדם כחלק מיצירת רצף טיפולי בין מאמצי הטיפול שנעשים בכלא לבין השתלבות מחודשת בקהילה. במאמר שפורסם על ידי אנשי יחידת המחקר והאסטרטגיה של שב"ס נמצא כי ההסתברות שאסיר ששוחרר לאחר מאסר מלא יחזור ויבצע עבירות בטווח של חמש שנים מיום השחרור, היא כפולה מזו של אסיר עם מאפיינים דומים אשר שוחרר בשחרור מוקדם ממאסר.²³ יצירת רצף טיפולי מסייעת במידה ניכרת בהפחתת מסוכנות ומניעת עבריינות חוזרת תודות לשילוב טוב יותר של האסירים בקהילה.²⁴ במסגרת השחרור המוקדם ושילוב האסיר בטיפול בקהילה ניתן להמשיך את הטיפול בגורמי הסיכון בסביבה חברתית בה קיימים פיתויים לעבור על החוק, תוך פיקוח ויצירת מעבר הדרגתי אשר מאפשר לאסיר לפתח גבולות פנימיים שיסייעו בהפחתת הסיכון לסביבתו.²⁵ הטיפול בקהילה במסגרת שחרור על-תנאי ממאסר כפוף להתניה שיפוטית אשר מחייבת את האסירים ברישיון להשתלב במסגרות טיפול, חלקן

16 יהודית אבולעפיה, דינה להמן ומירב בוקשיצקי "טיפול קבוצתי בעברייני מין אסירים במרכז לבריאות הנפש (מב"ן)" **טיפול בעברייני מין בישראל** 117 (מלי שחורי, שרה בן דוד ומאיר חובב עורכים, 2010).

17 בדיווח של שב"ס לוועדת החוקה, חוק ומשפט של הכנסת מיום 17.3.13 צויין נתון אופטימי יותר ונאמר כי בשנת 2012 שיעור האסירים ברמת מסוכנות בינונית-גבוהה ונבחה שרמת מסוכנותם פחתה בעקבות השלמת טיפול ייעודי עמד על למעלה מ-40%, מתוכם כ-14% הם כאלו שרמת מסוכנותם פחתה בשתי רמות. לעניין זה ראו: רבינוביץ, לעיל ה"ש 11, בעמ' 15. הפערים בשיעורי הפחתת המסוכנות יכולים לנובע מגורמים שונים כמו כניסה של מטופלים קשים יותר לטיפול; שינויים באופי הטיפול שניתן ואף שינויים באופן המדידה של רמות הסיכון בתחילת הטיפול ובסופו.

18 נטע פת וחגית לרנאו "האם חלה תמורה במדיניות שב"ס לטיפול בעברייני מין פדופילים באמצעות טיפול תרופתי?" **הסניגור** 143, 4 (2009).

19 מלי שחורי, שרה בן דוד ויעל אידיסיס "עבריינות מין בעולם ובישראל: חקיקה, פיקוח, טיפול ושיקום" **התמכרויות, אלימות ועבירות מין** 421, 433 (חיים מהל, מאיר חובב ומרים גולן עורכים, 2008).

20 אורי תימור ומעין נגר "יושבים ומחכים: גורמים המעכבים שחרור מוקדם של אסירים" **צוהר לבית סוהר** 16, 26 (2014). Francis T. Cullen & Paul Gendreau, *From Nothing Works to What Works: Changing Professional Ideology in the 21st Century*, 81(3) PRISON J. 313 (2001); Gwenda M. Willis & Randolph C. Grace, *Assessment of Community Reintegration Planning for Sex Offenders: Poor Planning Predicts Recidivism*, 36(5) CRIM. J. BEHAV. 494 (2009).

21 שחורי, בן דוד ואידיסיס, לעיל ה"ש 19.

22 סעיף 220 לחוק ההגנה על הציבור.

23 אליאב ברמן ודרור ולק "רצידיביזם בישראל: מאפייני אסירים ומאסר והתמחות עבריינית" **צוהר לבית סוהר** 17, 79-81 (2015).

24 אורי תימור ומעין נגר "יושבים ומחכים: גורמים המעכבים שחרור מוקדם של אסירים" **צוהר לבית סוהר** 16, 26 (2014). Francis T. Cullen & Paul Gendreau, *From Nothing Works to What Works: Changing Professional Ideology in the 21st Century*, 81(3) PRISON J. 313 (2001); Gwenda M. Willis & Randolph C. Grace, *Assessment of Community Reintegration Planning for Sex Offenders: Poor Planning Predicts Recidivism*, 36(5) CRIM. J. BEHAV. 494 (2009).

25 תימור ונגר, לעיל ה"ש 24.

ביצועם של מעשים בעלי אופי מיני המהווים עבירה לפי כל דין או להפסקתם.³⁰ ועם זאת, המשגה כזו של תכלית ההתערבות הטיפולית כלפי עוברי חוק בכלל ועברייני מין בפרט, מעוררת קשיים ושאלות. ראשית, נדמה כי הצלחת ההתערבות הטיפולית ונכונותו של עבריין המין להמשיך ולהתמיד בטיפול לאורך זמן, תלויים ביכולת של הטיפול להיות בעל ערך מיטיב, קונקרטי וברור עבור המטופל. גישה המדגישה בעיקר אינטרסים חברתיים עלולה לטשטש את ההבנה שהליך טיפולי מוצלח צריך להקנות ערך ולתת מענה ראוי גם לאינטרסים האישיים של עבריין המין כולל תחושת כבוד והעצמה. שנית, הגדרת הטיפול באופן זה יוצרת התייחסות אינסטרומנטלית לעבריין המין כמושא הטיפול, באופן אשר עלול לפגוע בכבודו ואף לחטוא לאתיקה הטיפולית.³¹ ואחרון, ככל שמדובר בטיפול באסירים, ההזדמנות להשתלב בהליכי טיפול ושיקום היא פעמים רבות תנאי ליכולתו של אסיר לממש במהלך המאסר פעילויות אחרות, בתעסוקה ובפעילות פנאי, המאפשרות ביטוי עצמי ויצירת ערך חיובי, ועל כן קיימת הצדקה עצמאית, הנגזרת מחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו, לאפשר לאסיר להשתלב מוקדם ככל האפשר בטיפול ובהליכי שיקום.³²

ביקורת שלישית, שהיא, להבנתנו, המשמעותית ביותר ועשויה הייתה לתת בסיס אמפירי אשר היה מאפשר לבחון את שתי הביקורות שהצגנו עד כה היא, שלמעריך המורכב שהוקם לטיפול בעברייני מין בישראל, אין תיקוף מחקרי ממש. הערכת אנשי המקצוע בדבר יעילות מערך הטיפול שפותח בארץ, בין היתר על בסיס שיטות טיפוליות הנהוגות בעולם, מבוססת על אינטואיציות ועל תחושות של העוסקים במלאכת הטיפול - אך הצלחתה הממשית בצמצום עבריינות חוזרת לא נבחנה ולא אוששה אמפירית. דוגמא עכשווית ומטרידה לבעייתיות הנעוצה בהעדרו של תיקוף מחקרי לתוכניות טיפול, ניתן למצוא בדו"ח מחקר של משרד המשפטים באנגליה שפורסם בשנת 2017. הדו"ח, אשר עורר סערה גדולה בקרב גורמים מקצועיים העוסקים בטיפול בעברייני מין, בחן את מידת היעילות של תוכנית טיפול קבוצתי לעברייני מין אשר נחשבה בשני העשורים האחרונים כתוכנית הדגל של מערך הכליאה. בדומה לנהוג בשב"ס ובמב"ן התבססה התוכנית, שכונתה Core STOP (Sex Offender Treatment Programme), על טיפול קבוצתי, קוגניטיבי-

כוללניות, ולהתמיד בפעילות טיפול אינטנסיבית, שאם לא כן, יוחזרו להמשך ריצוי המאסר.²⁶ הסיכוי להשתחרר שחרור על-תנאי הוא בעל חשיבות רבה אף ככלי המסייע לרתימת האסיר להליך הטיפול בין כותלי הכלא, ומהווה תמריץ משמעותי להשתלבותו והתמדתו בטיפול.²⁷ גישות טיפוליות שונות רואות במוטיבציה חיצונית ואינסטרומנטלית לטיפול (התקווה להשתחרר שחרור על-תנאי) כלי חשוב בידיו של מטפל מיומן להתחיל ליצור שינוי בדפוסי החשיבה וההתנהגות, ומבקשות להשתמש במוטיבציה זו כדי לסייע ברתימתו של האסיר לטיפול מתמשך.²⁸ חשיבותו של השחרור על-תנאי, ככלי חברתי להפחתת מסוכנות עתידית, באה לידי ביטוי גם ברפורמה שנעשתה במסגרת פרק השיקום המונע בחוק הגנה על הציבור, אשר בעקבותיו, כאמור, הורחבו באופן ניכר מסגרות השיקום המונע בקהילה.

על אף האמור, במציאות המשפטית בישראל קיימים חסמים ארגוניים ומשפטיים רבים המונעים שילובם של אסירים עברייני מין בכלל, ואסירים עם הערכת מסוכנות בינונית או גבוהה בפרט, בתוכניות שיקום במסגרת חוק שחרור על-תנאי. אחד החסמים הבולטים היה במשך שנים העדר מסגרות טיפול מספיקות לעברייני מין בכלא ומסגרות לטיפול בעברייני מין בקהילה. אולם גם לאחר שהוקמו מסגרות בקהילה, הנציחה מדיניות מב"ן שעמדה לביקורת בהחלטה בעניין **ברברמן**, מצב לפיו עברייני מין עם מסוכנות גבוהה שולבו בטיפול רק לקראת שחרורם המלא מהכלא. חסמים נוספים מצויים גם בתפיסה המקצועית של הוועדות, אשר לא אחת נמנעות משחרור על-תנאי של אסירים גם במקרים בהם קיימת תכנית שחרור שנועדה לתת מענה למסוכנות הנשקפת מהם, וגם אם אלו הביעו נכונות לטיפול והוכיחו את יכולתם להשתלב בתוכניות טיפול ארוכות טווח.²⁹

ביקורת שנייה מתייחסת לנטייה לראות בטיפול בעברייני מין אך ורק אמצעי להשגת אינטרס ציבורי של הפחתת מסוכנות וצמצום פגיעות מיניות חוזרות - ולא תכלית טיפולית מיטיבה העומדת בפני עצמה. לא נחלוק על חשיבות האינטרס של מניעת פגיעה חוזרת או על כך שיש לו ביטוי ברור בחוק ובפסיקה. גישה זו משתקפת, כדוגמא, בסעיף 2 של חוק הגנה על הציבור, המגדיר טיפול ייעודי בעברייני מין כ"טיפול שכל תכליתו להביא למניעת

26 לעומת זאת, במסגרת צו פיקוח לפי חוק ההגנה על הציבור לא ניתן לחייב עבריין מין לקבל טיפול תלוי בהסכמתו ממנה הוא יכול לחזור בכל שלב על פי התנאים הקבועים בסעיף 20 לחוק.
 27 גדעון ביאלר ורונית פלד "פיקוח ותעסוקה - תרומתם של הפיקוח והתעסוקה לשיקום של אסירים משוחררים בישראל" **צוהר לבית סוהר** 14, 113 (2011).
 28 ראו לדוגמא: PEGGY BURKE & MICHAEL J. TONRY, *Parole and Prisoner Reentry in the United States*, 26 CRIME JUST. 479 (1999); Joan Petersilia, *Parole and Prisoner Reentry in the United States*, 26 CRIME JUST. 479 (1999); PEGGY BURKE & MICHAEL J. TONRY, *Successful Transition and Reentry for Safer Communities: A Call to Action for Parole* 30 (2006).
 29 ראו למשל: רע"ב 3306/16 **יונתן גזית נ' מ"י** (פורסם בנבו, 31.5.16); רע"ב 5289/15 **פלונני נ' מ"י** (פורסם בנבו, 14.2.16); רע"ב 5929/13 **פלונני נ' ועדת השחרורים** (פורסם בנבו, 22.10.13).
 30 ראו גם ע"פ 3345/07 **מ"י נ' פלונני** (פורסם בנבו, 14.1.08); ע"פ 2824/05 **פלונני נ' מ"י** (פורסם בנבו, 29.3.06).
 31 Astrid Birgden & Heather Cucolo, *The Treatment of Sex Offenders: Evidence, Ethics, and Human Right*, 23(3) SEX. ABUSE 295 (2011); 31 Mansfield Mela & A.G Ahmed, *Ethics and the Treatment of Sexual Offenders*, 37(2) PSYCHIATR. CLIN. NORTH AM. 239 (2014).
 32 לעניין זה ראו: ע"פ 9286/06 **פלונני נ' מ"י** (פורסם בנבו, 29.11.07); רע"ב 5419/09 **דניס פודלוב נ' שירות בתי הסוהר** (פורסם בנבו, 3.8.09); עת"א (ב"ש) 17381-02-10 **מחמוד מגאדבה נ' שירות בתי הסוהר** (פורסם בנבו, 23.3.11).

שאם לא כן תימנע ממנו האפשרות לפעול להפחתת רמת מסוכנותו לצורך שחרור בתום ריצוי שני שלישים מהמאסר. הוא צרף לעתירתו חוות דעת מומחה מטעמו אשר מצאה אותו בשל ומתאים להשתלב בטיפול ייעודי.³⁴ בית המשפט המחוזי קיים מספר דיונים במהלכם חזר והורה למב"ן לבחון את התאמתו של מר ברברמן לטיפול הייעודי כבר בשלב זה של המאסר.³⁵ אך המדינה סירבה לבצע את החלטת בית המשפט ועמדה על כך שלאור מדיניותו הכללית של מב"ן בעניין מועד השילוב בטיפול, אין מקום לבחון את עניינו הפרטני של העותר. המדינה טענה כי לשב"ס שיקול דעת בלעדי להחליט מהו מועד השילוב בתוכניות לשיקום מונע, וכי בנוסף לקריטריונים מקצועיים, כפופה החלטה זו אף לשיקולי כוח אדם ולמיקומו של האסיר ברשימת האסירים הממתנינים לשילוב בטיפול. ביום 19.5.15 חזרה כב' השופטת נגה אהד על החלטתה לפיה, מועד השילוב בטיפול צריך להיות מחושב באופן שיאפשר לאסיר להכין עצמו לקראת שחרור על-תנאי ממאסר, והוראתה כי: "מכאן ואילך, יש לחשב שילוב אסירים בטיפול ייעודי לעברייני מין, לפי מועד שני שלישי, ולתקופת הביניים אני מורה, כי לכל קבוצה שתיפתח תהא מורכבת, מחצית מאסירים על פי מועד שחרור מלא, והמחצית השנייה, על פי מועד שני שלישי שלהם".³⁶ בהתאמה קיבל בית המשפט את עתירתו של מר ברברמן והורה על שילובו בקבוצת הטיפול הייעודי שצפויה הייתה להיפתח סמוך למתן ההחלטה.

בעקבות ההחלטה שולב מר ברברמן בטיפול ייעודי בהתאם להוראת בית המשפט, אך על החלק הכללי של פסק הדין הגישה המדינה בקשת רשות ערעור. מאחר ומר ברברמן קיבל את הסעד בעניינו ובקשת רשות הערעור נסבה על חלקה הכללי והערעורני של החלטת בית המשפט, צורפה, לבקשת עורך דינו של העותר, הסניגוריה הציבורית כצד להליך.³⁷

עמדות הצדדים בבקשת רשות הערעור

בבקשת רשות הערעור חזרה המדינה על עמדתה כי מדיניות מב"ן מונחית על ידי קריטריונים מקצועיים אשר נועדו להביא ליעילות מיטבית של הטיפול, ועל כן לא היה מקום להתערב בשיקולים אלה. נטען כי מדיניות מב"ן מבוססת על מחקרים המצביעים על כך שהמועד האופטימלי להשגת השפעה מירבית של הטיפול הייעודי לעברייני מין הוא המועד הקרוב ככל הניתן לשחרורו של האסיר וחזרתו לקהילה.³⁸ זאת, מאחר והתנאים שבמאסר אינם משקפים את המציאות שמחוץ לכלא, וסיום הטיפול בשלב מוקדם יותר לא

התנהגותי, לאסירים שנשפטו בגין עבירות מין או שהורשעו בעבר בעבירות מין ונשפטו לעונש מאסר של למעלה משנה. על בסיס מעקב ארוך שנים והשוואה בין 2,562 אסירים שעברו את התוכנית הטיפולית הזו לבין אסירים, עברייני מין בעלי מאפיינים דומים (קבוצת הביקורת), שלא עברו אותה, נמצא כי לא רק שהתוכנית אינה מפחיתה מסוכנות מינית אלא היא אף עלולה להגבירה במידה מסוימת.³³ אין כוונתנו לטעון כי תוכניות הטיפול בעברייני מין הן בהכרח לא מועילות או לקבוע עמדה לגבי מידת היעילות של תוכניות טיפול הנעשות בארץ. אך חשוב להדגיש כי התרשמות אנשי המקצוע אינה מספיקה להערכת יעילותם הממשית של מאמצי טיפול ושיקום. מחקרים מלווים מאפשרים לבחון אינטואיציות והערכות של אנשי המקצוע הפועלים בשדה הטיפול, לבדוק איזה חלקים במערך הטיפול המונע הם יעילים במונחים של מניעת עבריינות חוזרת או תרומה לאיכות החיים של המטופלים, ואילו הנחות יסוד ועקרונות טיפוליים אינם יעילים מספיק. מחקרים מתמשכים מסוג זה ימנעו מצב שבו, בדומה לאנגליה, מתגלה חוסר יעילות של גישה טיפולית מסוימת לאחר שנים של דבקות בה.

פרשת ברברמן - מאבק לקבלת טיפול

מר ברברמן הורשע בשורה של עבירות מין בקטניות ונדון ל-12 שנות מאסר. בעתירה שהגיש לבית המשפט המחוזי בחלוף כארבע שנים למאסרו, ביקש מר ברברמן להורות לשירות בתי הסוהר לשלבו בטיפול ייעודי לעברייני מין וזאת לאחר שהשלים קבוצה פסיכו-חינוכית מקדימה. בתגובה לעתירה נמסר כי נוכח מסוכנותו של מר ברברמן, שהוערכה כגבוהה, הטיפול היחיד המתאים עבורו הוא במסגרת טיפול ייעודי של מב"ן. חוות דעת מטעם מב"ן, אשר צורפה לתגובת לעתירה, קבעה כי אסירים משולבים בטיפול הייעודי רק כשנתיים לפני תום ריצוי מלוא תקופת המאסר, במטרה שישלמו את הטיפול בסמוך לשחרורם לקהילה. הוסבר כי מדיניות מב"ן התבססה על הערכה שיעילות ההתערבות הטיפולית פוחתת עם הזמן, ולכן יש לשאוף להשלים את הטיפול סמוך לסיום תקופת המאסר המלא. לפיכך, נטען כי מאחר ולמר ברברמן נותרה יתרת מאסר ארוכה של כשמונה שנים, לא היה מקום, באותה עת, לשלבו בטיפול או לבדוק את התאמתו לטיפול.

מר ברברמן מצדו טען כי יש לבחון התאמתו להשתלב בטיפול ייעודי במב"ן בהתאם למועד הצפוי לשחרורו על-תנאי ממאסר,

33 כך, כדוגמה, 10% מכלל עברייני המין שהשתתפו בתוכנית ביצעו לפחות עבירת מין אחת במהלך תקופת המחקר לעומת 8% מקבוצת הביקורת. הדוח המלא מפורסם באתר משרד משפטים: PROGRAMME, MINISTRY OF JUSTICE, זמין ב: A. MEWS, L. DI BELLA & M. PURVER, IMPACT EVALUATION OF THE PRISON-BASED CORE SEX OFFENDER TREATMENT, 2017.

34 מר ברברמן יוצג בעתירה עו"ד בן ציון קבלר, וחוות הדעת ניתנה על ידי פרופ' פטר סילפן.

35 החלטת כב' השופטת מיכל ברנט מיום 9.12.14.

36 עת"א 20490-08-14 אבינועם ברברמן נ' שירות בתי הסוהר (פורסם בנוב, 19.5.15).

37 החלטת מיום 17.8.15.

38 עם זאת, לא נמצאו הפניות למחקרים ספציפיים עליהם מבוססת עמדה זו.

במסגרות טיפוליות כוללניות והמשכו במסגרות שיקום בקהילה. לבסוף, טענה הסניגוריה הציבורית כי עולה חשש שעמדת המדינה נובעת מכשל ביכולתו של מב"ן לפתח כלים מקצועיים מתאימים לשינויים המשמעותיים שהתרחשו בעשור האחרון בתחום הטיפול בעברייני מין.

בדיון ביום 11.1.16 בבקשת רשות הערעור העיר בית המשפט (כב' השופטים חיות, זילברטל וסולברג) שהשאלה המרכזית העומדת על הפרק היא שאלה מקצועית אשר דורשת ליבון על ידי מומחים, ועל כן הציע כי תוקם ועדה מקצועית בה יהיו נציגים אנשי טיפול מאסכולות שונות, שתבחן את הסוגיה העומדת בבסיס העתירה ותגיש את המלצותיה לבית המשפט. הצעת בית המשפט התקבלה על ידי הצדדים ועוגנה בהחלטה מאותו יום. חשוב לשים לב לכך שהקמת הצוות המקצועי העניקה עדיפות לשיקולים קליניים ובכך הסיטה את מרכז הדיון בשאלת מועד השילוב בטיפול הייעודי מהיבטים משפטיים, המתמקדים בפגיעה בזכויות האסירים, לעבר שיקולים מקצועיים-טיפוליים. הסטת מרכז הכובד של הדיון ומתן בכורה לשיקולים קליניים התעצמה, כאשר בית המשפט קיבל את עמדת הפרקליטות כי על הרכב הוועדה לכלול אנשי טיפול בלבד. אי לכך, כלל הרכב הוועדה אנשי מקצוע בכירים מהמסגרות השונות המעורבות בטיפול בעברייני מין, לכולם ותק רב וניסיון טיפולי בעברייני מין בשירות בתי הסוהר, מב"ן, שירות המבחן, הסניגוריה הציבורית, הרשות לשיקום האסיר או מנהלי מסגרות טיפול פרטיות.⁴⁰

הוועדה קיימה דיון אחד, ובסיומו ניסחה המלצה משותפת לכל חברי הוועדה, לפיה יש לשאוף לשלב בטיפול ייעודי עברייני מין עם מסוכנות גבוהה, אשר נשפטו למאסר ארוך, חמש שנים לפני מועד השחרור המלא (בניגוד למדיניות שנהגה במב"ן ששילבה בטיפול רק שנתיים לפני מועד השחרור המלא), באופן שיאפשר לאסירים אלו לסיים את תקופת הטיפול הייעודי במסגרת המאסר שלוש שנים לפני השחרור המלא ולהשלים את הטיפול בתוכנית טיפול בקהילה במסגרת חוק שחרור על-תנאי.⁴¹ דהיינו: תמונת המצב אותה ראתה לנגד עיניה הוועדה היא כי חמש שנים לפני תום המאסר המלא ישולב האסיר בתוכנית לטיפול ייעודי של שנתיים בכלא, שלאחריה

יאפשר לאסיר ליישם את הכלים שרכש במהלכו. לפי עמדת המדינה, ככל שחולף זמן רב יותר בין מועד סיום הטיפול למועד השחרור לקהילה, פוחתת השפעתו החיובית של הטיפול ויעילותו עשויה להיפגע ואף להיעלם כליל.

הסניגוריה הציבורית הצביעה בעמדתה על שני מישורים שונים המצדיקים שינוי במדיניות שהונהגה בשירות בתי הסוהר. ראשית, נטען כי מניעת האפשרות להשתלב בטיפול ייעודי במהלך המאסר פוגעת בשורה של זכויות חוקיות וחוקתיות של האסירים, ובראשן הזכות לחירות. זאת, לאור הקשר ההדוק בין השלמת מסלול הטיפול בבית הסוהר לבין האפשרות לשחרור על-תנאי ממאסר, במיוחד ביחס לאסירים שרמת המסוכנות שלהם מוגדרת כגבוהה.³⁹ כמו כן נטען כי מדיניות זו פוגעת בזכות האסירים לטיפול ולשיקום בכלא, בזכות להליך הוגן בפני ועדת השחרורים, ובזכות לשוויון מול אסירים אחרים, וביניהם אף עברייני מין שמסוכנותם פחותה והם מטופלים במערך השיקומי שהוקם ומופעל על ידי שב"ס, שיכולים להשתלב במחלקות הטיפוליות ובתוכניות שיקום מונע ארבע שנים לפני מועד השחרור המוקדם.⁴⁰ שנית, נטען כי לאור ספרות מקצועית התומכת בשילוב בטיפול בשלבים מוקדמים ככל הניתן של המאסר, מדיניות מב"ן אינה מוצדקת אף בהיבט המקצועי-קליני.⁴¹ התחלת הטיפול בשלב מוקדם ככל הניתן מאפשרת מתן מענה לצרכים הקרימינולוגיים המורכבים, המאפיינים עברייני מין ברמת מסוכנות גבוהה, תוך מתן אפשרות לשינוי האסטרטגיה הטיפולית והפעלת כלים טיפוליים נוספים בהתאם לצרכי המטופל.⁴² ומנגד, דחיית השילוב בטיפול לשלבים מאוחרים של המאסר עשויה להביא לשחיקה במוטיבציה הטיפולית של האסירים, לעוינות כלפי גורמי הטיפול בכלא ואף לוויתור מוחלט על השתתפותם בטיפול, באופן המנוגד לאינטרס הציבורי בשיקום והפחתת מסוכנות של עברייני מין.⁴³

עוד נטען כי מדיניות מב"ן אינה מאפשרת שחרור הדרגתי ומפוקח של האסיר לקהילה במסגרת המנגנונים הקבועים בחוק שחרור על-תנאי, ומתעלמת מחשיבות הכלים הללו להפחתת מסוכנות. נטען כי מדיניות שירות בתי הסוהר ומב"ן אינה עולה בקנה אחד עם הגישה שאומצה בחקיקת פרק השיקום המונע בחוק ההגנה על הציבור, לפיה ההליך הטיפולי מתקיים ברצף שתחילתו במאסר או

39 ראו למשל: רע"ב 1649/16 מרואן נאצר נ' מ"י (פורסם בנבו, 3.8.16); רע"ב 4612/16 פלוני נ' ועדת השחרורים (פורסם בנבו, 25.7.16).

40 הדברים הובהרו גם בדיוני ועדת המומחים מיום 20.12.16.

41 עמדת הסניגוריה הציבורית נתמכה בחוות דעת מומחים מטעם ד"ר נמרוד שני וגב' דנה קייזר המתמחים בתחום הטיפול בעבריינות מין.

42 WILLIAM. L. MARSHALL, REHABILITATING SEXUAL OFFENDERS: A STRENGTH-BASED APPROACH 49 (2011).

43 ראו לדוגמה: Yolanda M. Fernandez & W.L. Marshall, *Contextual Issues in Relapse Prevention Treatment*, in, REMAKING RELAPSE PREVENTION WITH SEX OFFENDERS 225, 229 (D. Richard Laws, Stephen M. Hudson & Tony Ward ed. 2000).

44 צוות המומחים כלל את המשתתפים הבאים: יו"ר הצוות - גב' תמי עשת סבג, קרימינולוגית קלינית, מערכת מסוכנות בהתאם לחוק ההגנה על הציבור, מטפלת ייעודית בקהילה ומנהלת מרכז לשיקום מונע בקהילה "מעגלים"; ד"ר משה בירגר, מנהל החטיבה לפסיכיאטריה משפטית, מב"ן; גב' מרב בוקשיצקי, קרימינולוגית קלינית ראשית במב"ן, מערכת מסוכנות ומטפלת ייעודית בהתאם לחוק ההגנה על הציבור; סגן גונדר רוברט אפשטיין, ראש ענף פסיכולוגיה בשב"ס; רב כלאי טלי גבע, רכזת עבירות מין ועבירות במשפחה, מחלקת חט"ש בשב"ס; גב' גליה ניב, ממונה על פרק השיקום בחוק ההגנה על הציבור בשירות המבחן למבוגרים, משרד הרווחה; גב' יפעת רוזיליו, ראש תחום עבריינות מין ברשות לשיקום האסיר; ד"ר נמרוד שני, פסיכולוג קליני, מטפל ייעודי ומנהל מרכז טיפול אמבולטורי מורשה לשיקום מונע בהתאם לחוק ההגנה על הציבור, מומחה חיצוני מטעם הסניגוריה הציבורית; גב' ענת משיח, קרימינולוגית חברתית שיקומית, ממונה על תחום עברייני המין בסניגוריה הציבורית הארצית.

45 על פי המלצות הוועדה, מדובר בתקופה מקסימלית, כאשר אורך תקופת השחרור המוקדם בפועל תיקבע בהתאם לתקופת המאסר של כל אסיר.

במסגרת שחרור על-תנאי מאסר. משכך, על פי המלצות הוועדה יוכלו אסירים השפטים לתקופת מאסר של עד עשר שנים להשתלב בתוכניות טיפוליות כבר בשלבים המוקדמים של המאסר כדי להכניס לקראת אפשרות השחרור על-תנאי במלאת שני שלישים למאסרם.

ניכר אם כן, כי הוועדה התוותה דרך ביניים בין העמדות המקצועיות השונות שהוצגו בהליכים בעניין **ברברמן**, תוך מתן בכורה לשיקולים מערכתיים. בהמלצות הוועדה ובאימוצן על ידי בית המשפט יש כדי להביא לשיפור משמעותי במצב הקיים ובמדיניות מב"ן לעניין שילוב בטיפול ייעודי של עברייני מין שרמת המסוכנות שנקבעה לגביהם היא גבוהה. עד לפרשת **ברברמן** לא הייתה לאסירים אלו כל אפשרות ממשית להשתחרר שחרור מוקדם, ומדיניות מב"ן גזרה עליהם להשתחרר מהמאסר לאחר ריצוי מלוא עונש המאסר וללא תוכנית שיקום בקהילה. חלקם אומנם עברו טיפול ייעודי במב"ן סמוך למועד השחרור המלא אך אחרים שוחררו בלי ששולבו כלל בטיפול הייעודי במהלך תקופת מאסרם או אחריה. כאמור, המלצות הוועדה מיטיבות מאד עם עברייני מין ברמת מסוכנות גבוהה אשר נשפטו לעונשי מאסר של עד עשר שנים. אסירים אלו יוכלו להשתלב בקבוצות טיפוליות ראשוניות סמוך לתחילת מאסרם, ולהמשיך ברצף טיפול הכולל קבוצות טיפול פסיכו-חינוכיות וטיפול ייעודי במב"ן. מהמלצות הוועדה ומאימוצן על ידי בית המשפט עולה גישה מקצועית לפיה יש מקום לשחרר עברייני מין בשחרור מוקדם, ככל שהם מוכנים להתמיד בתהליכי טיפול ושיקום, גם אם נשקפת מהם מסוכנות ברמה המוערכת כבינונית ואף למעלה מכך. זאת, מתוך הכרה בחשיבות שילובם במסגרות טיפול בקהילה כחלק מגישה טיפולית המבקשת להפחית מסוכנות עתידית. על אף היעדר דיון מצד בית המשפט בנושא, יש לקוות כי גורמי הטיפול במב"ן, בשב"ס וברשות לשיקום האסיר ישכילו לעשות שימוש באפשרות זו שנפתחה בפני האסירים כדי לרתום אותם לטיפול בשלבים מוקדמים של המאסר. ככל שוועדות השחרורים תאמצנה מדיניות התואמת את הרוח העולה מהחלטה בעניין **ברברמן**, תיפתח בפני אסירים אלו האפשרות להשתחרר בשחרור על-תנאי במהלך תקופת השליש, ולהתחיל תהליך הדרגתי של השתלבות מחדשת בחברה במסגרות טיפוליות בקהילה.

אך מבחינת זכויות חוקתיות ומשפטיות, המלצות הוועדה ואימוצן על ידי בית המשפט אינן מאפשרות לעברייני מין שנשפטו לתקופה העולה על עשר שנים מיצוי מיטבי ומלא של הליכי הטיפול במאסר. אף על פי שמשמעות החלטה היא קיצור תקופת ההמתנה לשילובם של אסירים אלו בטיפול, מדובר עדיין בתקופה שעשויה להימשך שנים רבות, במהלכה מצוי האסיר ללא מענה טיפולי וכתוצאה מכך גם ללא אפשרות להשתלב בסבב חופשות, לעבור לאגפים מתקדמים או ליהנות מתוכניות טיפול ושיקום אחרות

ישוחרר בשחרור על-תנאי במסגרתו ישולב בתוכנית תלת-שנתית בקהילה, אותה יסיים עם סיום תקופת המאסר המלאה. המלצות הוועדה משקפות גישה המכירה בחשיבות הקדמת מועד השילוב בטיפול ומתן אפשרות לשחרור מוקדם בהתאם, מתוך הבנה כי ללא טיפול מפקח בשלב היציאה מכליאה לקהילה, עלולות לרדת לטמיון התשומות הטיפוליות המושקעות במהלך המאסר.⁴⁶ גישה זו מדגישה כי ישנה חשיבות רבה ליצירת תנאים שיאפשרו שחרור של האסיר לתוכנית שיקום בהתאם לחוק שחרור על-תנאי, כחלק מיצירת רצף טיפולי וסיוע לאסיר במעבר המורכב מכליאה להשתלבות בקהילה, שתחילתה יכול להיות בפיקוח הדוק במסגרת הוסטל ורק לאחר מכן ביציאה למרכז יום ולקבוצות טיפוליות. נזכיר, כי מדובר בתוכנית טיפול אינטנסיבית אשר נותנת מענה לעברייני מין שמסוכנותם הוערכה כגבוהה, וכי הוועדה לא דנה במקרים בהם המסוכנות הנשקפת מהאסיר היא פחותה וממילא אינה מצריכה התערבות אינטנסיבית כל כך.

כמו כן המליצה הוועדה לשוב ולדון בנושא בחלוף חמש שנים, על מנת לבחון נתונים והתאמה של מסגרות הטיפול בעקבות יישום ההמלצות (נוסח המלצות הוועדה מצורף כנספח למאמר זה). לאחר שהוועדה הגישה לבית המשפט את המלצותיה, קיבל בית המשפט את הודעת הפרקליטות לפיה המלצות מוסכמות על כלל הגורמים המקצועיים, ואימץ אותן כאמור, ללא דיון, בהחלטה קצרה בה ניתן לה תוקף של פסק דין.⁴⁷

השלכות לעתיד: משמעות החלטת בית המשפט

כאמור, הוועדה התכנסה לשיבה אחת במהלכה גובשו המלצותיה. מפרוטוקול הוועדה עולה כי היא נמנעה מלהכריע בסוגיה התיאורטית ולגבש עמדה מקצועית בדבר המועד האופטימאלי לשילוב אסירים בטיפול ייעודי, אלא גיבשה את המלצותיה בהסתמך על המענים הטיפוליים הקיימים. כלומר, חלף דיון קליני בתנאים המיטיביים לטיפול, השלכותיו וקביעת סטנדרט מומלץ לטיפול מיטבי, שאליו יש לשאוף ולהתאים את המענים הטיפוליים הקיימים, בחרה הוועדה בנתיב שעסק במאמץ למצוא פתרון פרגמטי לשאלת מועד השילוב בטיפול, פתרון הנסמך כנקודת מוצא, על המענים הקיימים היום בישראל.

מפרוטוקול הוועדה עולה כי הטיפול בין כתלי הכלא, על כל מרכיביו, עשוי להימשך עד שש שנים (תלוי כמובן במאפייני האסיר וצרכיו), שתחילתן בקבוצות מקדימות בהתאם לצרכים הייחודיים של האסיר, והמשכן בקבוצות פסיכו-חינוכיות עד הכשרתו של האסיר לטיפול ייעודי לעברייני מין בכלא - אשר צפוי להימשך כשנתיים. על פי תפיסת הוועדה, הטיפול הייעודי בכלא עתיד להכשיר את האסיר להשתלב בטיפול ייעודי בקהילה לתקופה של עד שלוש שנים

46 אורי תימור "לשקם את השיקום, הפיכת בתי הסוהר בישראל למוסדות משקמים סגורים" **צוהר לבית סוהר** 14, 72 (2011); וראו גם דוח מבקר המדינה, לעיל ה"ש 11, בעמ' 502.
47 החלטה מיום 4.4.17.

את הגורמים המשפיעים על נכונותם להשתלב בטיפול ייעודי ולהתמיד בו, ואת המידה בה הטיפול מפחית מועדות לביצוע עבירות מין נוספות. מחקר מסוג זה יאפשר צמיחה של תחום הטיפול בעברייני מין בישראל משלב של אינטואיציות וכוונות חיוביות של הגורמים הטיפולים, לעבר שלב של ידע והבנה בנוגע לאפקטיביות של סוגי הטיפול הקיימים. בדומה למתרחש בימים אלו בבתי הכלא באנגליה, יכול מחקר מלווה לייצר מצע אמפירי לגיבוש מדיניות מבוססת נתונים, לסייע בשכלול תוכניות הטיפול ולאפשר לקובעי המדיניות ולבית המשפט, בסיס מושכל לדון בסוגיות כגון שאלת המועד המתאים לשלב עברייני מין בטיפול ייעודי.

סיכום והחלטות ועדת המומחים מיום 20.12.16:

סיכום והחלטות:

1. מוסכם על כל חברי הוועדה שקיימת מטרה משותפת לפיה שילוב עברייני מין בטיפול יעשה בהתאם לצרכים הטיפולים ולרמת המסוכנות שלהם.
2. טיפול בין כתלי בית הסוהר, על כל מרכיביו, יכול להימשך עד 6 שנים.
3. תקופת הטיפול במסגרת תוכנית לשיקום מונע בקהילה היא כ-3 שנים.
4. לאור האמור, העמדה המקצועית הבאה, הוסכמה פה אחד והייתה מקובלת **מקצועית על כל חברי הוועדה:** יש לשלב עברייני מין, ברמת מסוכנות גבוהה, השפטים למאסר ארוך, בטיפול, במועד אשר יותיר פרק זמן של 3 שנים מסיום הטיפול במסגרת המאסר ועד לתום המאסר המלא. כלומר: יתרה של 3 שנים בשחרור מוקדם. הדבר יאפשר רצף טיפולי בין הטיפול הניתן במסגרת המאסר לטיפול הניתן לאחר השחרור מהמאסר, זאת תחת התניה שיפוטית של ועדת השחרורים.
5. מכיוון שטיפול ייעודי במב"ן נמשך כשנתיים, יש לשלב עברייני מין בעלי רמת מסוכנות מינימלית גבוהה בטיפול זה 5 שנים לפני תום המאסר המלא.
6. מוסכם על חברי הוועדה שיש חשיבות **לתוכנית המשך** של שימור הטיפול. ברור שהחלטה על שחרורו המוקדם של אסיר הנה של ועדת שחרורים. לכן, במידה שאסיר לא ישתחרר שחרורו מוקדם (בתקופה של ה-3 שנים לתום מאסרו), נכון לשלב **בקבוצות שמטרתן שימור הטיפול** – maintenance groups. גורמי שב"ס וגורמי מב"ן שנכחו בדיון הסכימו לשתף פעולה לבחינת האפשרויות ולקידום הנושא.
7. הוסכם לשוב ולדון בנושא בעוד 5 שנים, על מנת שבתקופה זו ניתן יהיה ללמוד את יישום ההחלטות, על סמך נתונים שיאספו ועל סמך הניסיון שיצטבר.

בכבוד רב,

תמי עשת סג

קרימינולוגית קלינית

י"ר ועדת המומחים

המצויות בכלא. בהיותה ועדה מקצועית המורכבת מאנשי טיפול בלבד, לא שמה הוועדה לנגד עיניה היבטים משפטיים הקשורים לשיח זכויות האסירים שנשפטים לתקופות מאסר ארוכות, כמו גם להשלכות המלצותיה על אסירים אלו.

לטעמנו, ראוי היה כי היבטים אלו ייבחנו על ידי בית המשפט העליון, אשר תפקידו לאזן בין עמדתה המקצועית והפרגמטית של הוועדה לבין שיקולים משפטיים. אך בית המשפט חזר ומסגר את הסוגיה של שילוב בטיפול כשאלה מקצועית קלינית ונתן להמלצות הוועדה תוקף של פסק דין ללא דיון. לאחר פרסום ההחלטה בעניין **ברברמן** נעשה ניסיון להציף לפני בית המשפט העליון את הקשיים הנוגעים לאסירים המרצים תקופות מאסר ארוכות במסגרת רע"ב 3057/17.48 בפרשה זו תקף המבקש, עבריין מין שמשוכנותו נקבעה לגבוהה, המרצה תקופת מאסר של 30 שנים, את פסק הדין בעניין **ברברמן** וביקש להורות על שילובו בטיפול ייעודי במב"ן במועד מוקדם יותר מזה שהותווה בהמלצות הוועדה. בית המשפט העליון דחה את בקשת רשות הערעור וקבע כי סוגיה זו עמדה לנגד עיניו של בית המשפט כשאימץ את המלצות הצוות המקצועי, ואין מקום לשוב ולדון בשאלה שהוכרעה אך לא מכבר.

אך מעבר לבעייתיות שמקורה במתח בין שיקולים טיפוליים קליניים לשיקולים משפטיים, עולה מהמלצות הוועדה גם קושי מקצועי קליני. כפי שצינו, ההמלצות מהוות מעין פתרון ביניים בין שתי גישות מקצועיות, המושגות, יותר מכל דבר אחר, על היצע הטיפול הקיים. הוועדה לא דנה באיכות הגישות הטיפוליות המופעלות בשב"ס או בקהילה, ולא ביקשה לגבש פרוטוקול טיפול רצוי או לנסח המלצות מקצועיות לגבי שלב היציאה מכליאה ארוכת שנים חזרה לקהילה. חלף זאת, הוועדה בחנה את המסגרות הטיפוליות הקיימות בישראל, וקבעה כי הן יוכלו לתת מענה לצרכים של אסיר משוחרר במהלך שלוש שנים בלבד - והמלצותיה קיבעו מציאות זו.

נדמה כי הוועדה הייתה מודעת לקושי זה, ועל כן כללה בין המלצותיה גם המלצה המתייחסת לצורך לאסוף נתונים על השפעת הגישה הטיפולית, ולחזור ולדון בנושא, במסגרת ועדה מקצועית דומה, בחלוף חמש שנים ליישומן.⁴⁹ יש לקוות כי במהלך השנים הקרובות יפעלו מערכות הטיפול השונות לאיסוף נתונים ולעיבודם למחקר מקצועי ואמין. רק בדרך זו ניתן יהיה לחזור ולבחון בעתיד את מידת האפקטיביות של הטיפול הייעודי שניתן לעברייני מין,

48 רע"ב 3057/17 פאיז אבו קרינאת נ' שירות בתי הסוהר (פורסם בנבו, 19.6.17).

49 בעניין זה הולכת הוועדה במשעול אותו סימנה ועדת דורנר, אשר המליצה על הקמת יחידה לאיסוף מידע ולמחקר באמצעותה ניתן יהיה לעקוב אחר יעילותן של תוכניות ורפורמות בתחום אכיפת החוק. ראו, **דוח הוועדה הציבורית לבחינת מדיניות הטיפול בעבריינים דין וחשבון** (2015), ניתן לאיתור באתר הסניגוריה הציבורית:

<http://www.justice.gov.il/Units/SanegoriaZiborit/News/Documents/dorner%20report.pdf>