



תפ"ח 12090/03/14 - מדינת ישראל נגד מכאל וונטיק (עציר)

בית המשפט המחוזי בבאר שבע

בפני: תפ"ח 12090-03-14
16 ספטמבר 2019
כב' הנשיאה רויטל יפה-כ"ץ, אב"ד
כב' סגן הנשיאה השופט יורם צלקובניק
כב' השופטת גילת שלו

בעניין: מדינת ישראל - המאשימה
ע"י ב"כ עו"ד אליזבט אברהם, פמ"ד

נגד
מכאל וונטיק (עציר) - הנאשם
ע"י ב"כ עו"ד נועם בונדר

הכרעת דין

סגן הנשיאה השופט יורם צלקובניק:

כתב האישום

בכתב האישום שהוגש ביום 6.3.2014, מיוחסת לנאשם, יליד 1948, עבירת רצח לפי סעיף 300(א)(2) לחוק העונשין, תשל"ז-1977, בכך שביום 31.1.2014, בביתו, ברחוב שדרות ירושלים בבאר שבע, רצח את אשתו, רעיה, ילידת 1948, לה היה נשוי במשך כ- 42 שנים (להלן: המנוחה).

מעובדות כתב האישום עולה כי באותו יום, בשעות הערב, התגלע ויכוח מילולי בין הנאשם למנוחה, ולאחריו הלכה המנוחה לישון בחדר השינה. בשלב כלשהו, לפני הויכוח או לאחריו, גמלה בליבו של הנאשם החלטה להמית את המנוחה, והוא שכב במיטה לצידה עד שנרדמה. בשעה 22:00 לערך, נטל הנאשם פטיש ממרפסת הבית, והלם בראשה של המנוחה חמש פעמים; הנאשם יצא מחדר השינה ולגם מספר כוסות קוניאק, ולאחר שהבחין כי המנוחה נושמת עדיין, חתך באמצעות סכין יפנית את הורידים ברגליה של המנוחה, וכן גרם לה חתכים בצווארה ובלחיה השמאלית באמצעות הסכין או חפץ חד אחר; במהלך הדברים היכה הנאשם את המנוחה באופן שנגרמו לה דימומים תת עוריים בשכם השמאלית.



מותה של המנוחה נגרם עקב המכות שהיכה אותה הנאשם בראשה, אשר גרמו לה לפגיעה מוחית קשה.

גדר המחלוקת

ההגנה סבורה כי נוכח אבחנות רפואיות שונות שניתנו בקשר למצבו הקוגניטיבי של הנאשם לאחר מעצרו, יש מקום לקביעה כי הנאשם לוקה כיום ב"ירידה קוגניטיבית משמעותית", על רקע מחלת דמנציה, וכי בשל מצבו הקוגניטיבי הנאשם אינו כשיר לעמוד לדין, ויש להורות לפיכך, על הפסקת ההליכים נגדו (סיכומי ההגנה, עמודים 24-25). ונדגיש - ההגנה אינה טוענת כי הנאשם אינו נושא באחריות פלילית למעשה בשל מחלת נפש או ליקוי שכלי, בשעת ביצוע המעשה.

עוד טוענת ההגנה כי די בכך שהנאשם יעורר ספק סביר ביחס למסוגלותו לעמוד לדין, "וזאת להבדיל מהמבחן של מאזן ההסתברויות", הגם שלשיטת ההגנה, יש בראיות הרפואיות שהוצגו על ידי ההגנה כדי ליצור "עודף של ראיות ביחס לאלה שהציגה המדינה".

המאשימה סוברת מנגד, כי נוכח הראיות הרפואיות שהוצגו "לא רק שהנאשם לא עמד בנטל להוכיח את חוסר כשירותו על פי מאזן ההסתברויות, אלא שאף לא עלה בידו לעורר ספק, ולו קל, בדבר כשירותו הדיונית כיום...".

בעניין טענת המסוגלות הוגש חומר רפואי רב; מטעם התביעה נשמעה עדותו של הפסיכיאטר המומחה, ד"ר בוריס ראוכברגר, מנהל מחלקה פסיכיאטרית משפטית, בחטיבה לביטחון מירבי, במרכז לבריאות הנפש שער מנשה (להלן גם: **שער מנשה**), בו היה הנאשם מאושפז לצרכי הסתכלות בתקופות שונות בשנים 2014, 2016 ו-2017; ד"ר ראוכברגר היה שותף לעריכת מלוא חוות הדעת הפסיכיאטריות שניתנו לגבי הנאשם בשער מנשה.

מטעם ההגנה העידה ד"ר מדלן פלדשטיין, מומחית ברפואה פנימית וגריאטריה, שערכה שתי חוות דעת המתייחסות לבדיקותיו של הנאשם בשלוש הזדמנויות נפרדות, בשנים 2017 - 2018.

יצוין כי הנאשם, שלא העיד, נעזר במהלך הדיונים בשירותי תרגום מעברית לרוסית (הגם שמחומר הראיות עולה כי הוא שולט בשפה העברית, אם כי לא על בוריה). עוד יש להוסיף, כי הצדדים העלו עמדות מנוגדות בקשר להתנהגותו הקוגניטיבית של הנאשם באולם הדיון, ואולם אין מקום להידרש לכך, בהיעדר סמנים חד משמעיים לגבי ההתנהגות באולם, התומכים בעמדה זו או אחרת.

ההגנה אינה חולקת על קיומן של ראיות שיש בהן כדי לבסס את האישום בעבירת הרצח. בישיבת יום 5.7.2016 ציין הסניגור כי "ברמה העובדתית העובדות אינן שנויות במחלוקת...נאמר כבר שהנאשם הודה ושחזר ושב והודה...נקודת המחלוקת היחידה היא מצבו הנפשי באופן בלעדי...לא יהיה צורך...בשמיעת אזרחים או חוקרים..." (ע' 35 לפ'). עם זאת, בסיכומיו בכתב, טען ב"כ הנאשם כי מדובר בהסכמה "לצורך יעול ההליך, עמוד 2



שעוסק עתה בבחינת מסוגלותו של הנאשם לעמוד לדין, ואינה משקפת את עמדת הנאשם עצמו, אותה, כאמור, לפי מצבו דהיום, לא ניתן לקבל. (סיכומי ההגנה, ע' 3); ואולם, בסופם של דברים, בהשלמת הסיכומים בעל פה, הבהיר ב"כ הנאשם לשאלות בית המשפט, כי המחלוקת היחידה הינה לגבי הכשירות הדיונית, וכי אם לא תתקבל הטענה לגבי כשירותו של הנאשם, המשמעות היא כי ניתן להרשיע את הנאשם בעבירת רצח, כפי שיוחס לו, נוכח חומר הראיות שהוצג (ישיבה מיום 11.6.2019, ע' 177 לפ').

הראיות לביסוס עבירת הרצח

ראיות התביעה לביסוס כתב האישום (ת/1-42), הוגשו כמכלול, בהסכמה, ללא השגות כלשהן מטעמה של ההגנה לתוכן של הראיות, ובלא להעלות כל דרישה לחקירתם של עדים. ההגנה לא הציגה מטעמה כל ראיות לגופה של אשמה, ונמנעה מהעדתו של הנאשם, נוכח הטענה שהעלתה בדבר אי מסוגלותו לעמוד לדין.

להלן אסקור את חומר הראיות שהוגש.

עדויות בני המשפחה והשכן

על פי הודעתו של סיומה (שמעון) וונטיק, אחיו של הנאשם, המתגורר בתל אביב, התקשר אליו הנאשם ביום 31.1.2014, בשעה 22:17, והודיע לו "עשיתי משהו רע לרעיה, תזמין דחוף אמבולנס", הוא שאל אותי 'לעשות משהו רע לעצמו?', אני אמרתי לו בשום פנים ואופן לא. ותזמין מד"א". בהמשך דבריו אישר כי הנאשם אמר לו, "שהוא הרג את רעיה. הוא אמר את המילה 'אוביל'...אני חושב שכן. פרוש הוא 'הרגתי'." עוד ציין כי הנאשם נשמע "מבולבל" (הודעתו של האח, ת/7).

האח שמעון התקשר לבנו של הנאשם, בועז, ולאחותו, מרים, המתגוררים בבאר שבע, וביקש מהם להזעיק מד"א ומשטרה. יצוין, כי לבני הזוג בן נוסף, צבי, שנודע לו על האירוע הטרגי רק למחרת היום.

האחות מרים, מסרה בהודעתה כי האח, שמעון, התקשר אליה ואמר לה שהנאשם התקשר אליו, ואמר לו "שהוא הרג את רעיה שהיא קיללה את המשפחה והוא הרג אותה, הוא שמעון לא ידע להגיד לי פרטים ואמר לי להתקשר דחוף לבועז ולמגן דוד אם אפשר עוד להציל אותה את רעיה...". (ת/9).

בועז מסר בהודעתו כי התקשר למד"א וביקש שיזעיקו משטרה. לאחר מכן התקשר לביתו של הנאשם: "אבא שלי ענה ושאלתי אותו מה עשית לאמא? להזמין לה אמבולנס? הוא אמר "היא כבר מתה". שאלתי אותו "אבא האם שתית והיית שיכור?" והוא ענה "לא, לא הייתי שיכור". הוא נשמע לי אבל שיכור. ניתקתי את השיחה, התלבשתי... הגעתי לבית של ההורים. לא נכנסתי לדירה, לא נתנו לי להיכנס. בחוץ היתה התקהלות של אנשים ומשטרה...". לדברי בועז, הנאשם נשמע שתוי בשיחת הטלפון, אולם הוא "לא דיבר שטויות." (הודעתו של בועז, ת/5).



עוד עולה מעדויות בני המשפחה כי מערכת היחסים בין בני הזוג לא היתה תקינה, ושמעון ומרים הציעו לשניים להתגרש. השניים, וכן הבן, בועז, מסרו כי בשנת 2011 הגישה המנוחה תלונה נגד הנאשם בגין אלימות ואיומים, שהביאה למעצרו, אולם לאחר מכן טענה המנוחה כי הדברים אינם נכונים, והנאשם שוחרר מהמעצר ושהה בביתה של האחות כחודש ימים. בועז נשאל מדוע פגע הנאשם במנוחה, והשיב: **"לפי מה שהבנתי היא קיללה אותי, קיללה את המשפחה שלו. כשאמא היתה כועסת היא הייתה מקללת את המשפחה שלו"**.

יש לציין כי גם שכנם של בני הזוג, שמואל מרמלשטיין, מסר בחקירה כי היו **"ויכוחים וצעקות בין בני הזוג... אני יודע שבחודש האחרון בשעות הערב היו צעקות בין בני הזוג, אך אני לא יודע להגיד לך על מה"** (ת/16).

עדויות השוטרים שהוזעקו לדירה וקביעת המוות

בעקבות דיווחו של בועז למד"א, בוצעה שיחת ועידה באמצעות המוקד המשטרתי, בין בועז לנאשם, בה צעק הנאשם כי רצח את האם באמצעות פטיש (תמליל שיחות, ת/31). ניידות סיור הוזעקו לביתו של הנאשם, שהיה לבדו בדירה, ופתח את הדלת לשוטרים; על המיטה בחדר השינה, נתגלתה גופתה של המנוחה מכוסה בשמיכה, כשעל ראשה סימני דם. בחדר נמצאו כתמי דם; פטיש שעליו סימני דם, היה מוטל על הרצפה. על מכנסי הטריינינג שלבש הנאשם נראו סימני דם. השוטרים התרשמו כי הנאשם שתוי ונודף ממנו ריח של אלכוהול. הנאשם נעצר ונכבל (דוחות השוטרים סמיר אחדוב, ת/30; רוסלן קוצ'ר, ת/14; מאור כספי, ת/13; גיא גרמן ויינברג, ת/15; דוח מעצר, ת/29; ראד זיאדנה, ת/11).

ד"ר ח'דר סרוג'י, רופא נט"ן מד"א באר שבע, מסר בהודעתו כי הגיע לדירה עם השוטרים, שם נעצר הנאשם. המנוחה שכבה **"על צדה הימין עם הרבה חבלות בראשה ומסביב כתמי דם, גם על הקירות והרצפה. על הרצפה זיהיתי בנוסף פטיש ושרידי דם ומוח, ככל הנראה הבעל היכה את האישה בראשה באמצעות הפטיש, בבדיקה ראשונית ללא דופק וללא נשימה, שברים מרובים בגולגולת עם שרידי דם ומוח בגפה תחתונה שמאלית חתך עמוק..."**. מותה של המנוחה נקבע במקום. (ת/17, מיום 31.1.2014, וכן, דוח נט"ן, ת/19).

מהודעתו של השוטר המתנדב סמיר אחדוב שנמסרה ביום 1.2.2014, שעה 01:10, עלה כי בעת שליווה את הנאשם לניידת מחוץ לבית, שאל את הנאשם **"מה קרה בדירה"**, **"והוא ענה שנמאס לו ממנה ושהיא כל הזמן מציקה לו ושהיא כל הזמן מקטרת לו ובגלל זה הוא עשה את זה. לאחר מכן שאלתי אותו מה הוא עשה והאם הוא זוכר מה הוא עשה? הוא מסר לי בתגובה שהוא כן זוכר מה הוא עשה ושהוא עשה זאת באמצעות פטיש, מעבר לזה לא אמר כלום אלא רק קילל ברוסית, ואמר שאנחנו בני זונות ושגם היא בת זונה..."**

ראד זיאדנה, שוטר שח"ם בתחנת באר שבע, מסר בהודעתו (ת/11, מיום 1.2.2014), כי לאחר שהוביל את הנאשם למשרד תשאול נגב ונשאר איתו לבד בחדר, אמר לו הנאשם **"שהוא רוצה למות כי נמאס לו מהחיים והוא אמר לי 'רצחתי את אשתי', הוא הוסיף ואמר לי הוא נתן לה מכה בראש עם פטיש. הוא אמר לי שאשתו בלבלה לו את המוח, ואמרה לו 'למה עשית ככה ולמה עשית ככה'". ולכן הוא נתן לה מכה בראש. הוא אמר לי שהוא נתן לה מכה אחת בראש..."**



בדיקת הנאשם בבית החולים סורוקה

במכתב שחרור מבי"ח סורוקה, מיום 1.2.14, (שעה 07:36), ת/23 צוין כך:

בבדיקתו במיון:

"במצב כללי טוב. בהכרה מלאה, רושם כי מדבר לעניין. אישונים שווים ומרכזיים, ללא סימני צד. מדיף ריח אלכוהול... ללא ממצא אקוטי בבדיקתו למעט רמת אלכוהול בדם של 124 מג'/דל'. רמת סוכר בדם 81 mg לאחר שלדבריו נטל אינסולין בניסיון להתאבדות..."

בבדיקה שנערכה על ידי ד"ר אלקהנאני עואד, מומחה בפסיכיאטריה, צוין, כי הנאשם הסכים להיבדק; "לא מוכר לשירות הפסיכיאטרי, שולל תחלואה נפשית, מדווח על שימוש באלכוהול לעיתים רחוקות, ידוע כסובל מסכרת ומטופלת באופן קבוע. לדבריו מקבל טיפול בברוזק וקלונקס על ידי רופא המטפל מספר שנים, בעברו הוזמן ליעוץ פסיכיאטרי אך לא הגיע לביקורים. מדווח על ניסיונות בעברו לפגוע בעצמו, ולאחרונה אתמול ניסה להזריק לעצמו אינסולין במטרה לפגוע בעצמו. בבדיקה הפסיכיאטרית לא מגלה סימנים של פסיכופטולוגיה מג'ורית, עם המשך מחשבות לפגוע בעצמו, שולל תוכניות.

המלצות: להמשיך את הטיפול בברוזק וקלונקס. השגחה צמודה במעצר עד להחלטה של השופט. המשך בירור גופני במסגרת המיון בעקבות הזריקה באינסולין".

חוו"ד המעבדה הניידת ; חוות דעת ביולוגית

על פי חוות דעת מומחה שנערכה על ידי יאיר דלבר מהמעבדה הניידת - מז"פ (שלוחת ירושלים), (ת/18, מיום 3.3.2014), המתייחסת לממצאים בזירת האירוע (לחוות הדעת מצורפים תצלומים שצולמו בדירה), עולה, כי בחדר השינה הצפוני בבית, על המיטה, נמצאה גופתה של המנוחה, לבושה בחולצה ומכנסי אימונית, ומכוסה חלקית בשמיכה, ששכבה על צידה הימני. על צידו השמאלי של ראשה של המנוחה, נמצאו חבלות שונות, וכן שטף דם תת עורי בארובת עין שמאל, ופצע חתך על הלחי השמאלית. כן נתגלו פצעי חתך בצדו החיצוני של אזור קרסול שמאל, בצדה הפנימי התחתון של רגל ימין, ובצדה הפנימי של כף רגל ימין. בחדר נתגלו כתמי התזת דם במקומות שונים, וכן מעל ראשה של המנוחה. בכניסה לחדר, על הרצפה, נמצא פטיש ועליו כתמי חומר חשוד כדם (תצלומים 33,36, 5).

בבדיקת חדר השינה הדרומי נמצאה על הרצפה סכין חיתוך ("פנית"), ועליה כתמי חומר חשוד כדם;

כתמי דם נתגלו על קיר, וכן על מתג התאורה. בבדיקת חדר השירותים נמצאו כתמי חומר חשוד כדם, בתוך כיור;

בבדיקת המטבח נמצאו על שולחן האוכל, בקבוק משקה "MARTELL" ולידו כוס מלאה בחלקה.

מחוות דעת מומחה שנערכה על ידי לילך פרונט, מהמרכז הלאומי לרפואה משפטית, מיום 9.2.2014, ת/21, עולה כי אותר דם אדם על ראש הפטיש, להב סכין, המוצגים מעל מיטת המנוחה, הקיר הצפוני בחדר שינה צפוני, מתג התאורה,



וכיור האמבטיה. בנוסף נמצא דם אדם על שרוול ימני של חולצה שנלקחה מהנאשם (מוצג a 10), ודגימה מקבוק ימני שנלקחה מהנאשם (מוצג ai 11).

נקבע כי מקור הדנ"א מדגימה מראש הפטיש, מדגימת להב הסכין, מדגימות מעל מיטת המנוחה, מדגימה מקיר צפוני בחדר שינה צפוני, מדגימה מכיור אמבטיה, מדגימת שרוול ימין של החולצה (מוצג a10), ומדגימת גפת קבוק הימני (מוצג ai 11), משתייך למנוחה ברמה סטטיסטית של אחת ליותר ממיליארד.

מקור הדנ"א מדגימה ד' מעל מתג התאורה, משתייך לנאשם, ברמת סבירות סטטיסטית של אחת ליותר ממיליארד.

במסקנות חוות דעת מומחה המעבדה הניידת (סעיף 8) צוין, כי בהסתמך על מיקום הפציעות בראשה של המנוחה, מיקום כתמי התזת הדם, וחוות דעתה של הגב' לילך פרונט, יש להסיק "בסבירות גבוהה מאוד, כי חלק מתקיפת המנוחה בוצע כשגובהו של מקור הדימום, שיצר את התצורה, היה מקביל או נמוך מגובה 90 ס"מ לערך, מהרצפה".

דוח הנתיחה - ת/20

בנתיחת גופתה של המנוחה (שבוצעה על ידי ד"ר א' קריספין בפיקוח ד"ר זייצב), ביום 2.2.2014, נמצאו ריטוש של רקמת המוח הגדול משמאל; קרעים בקרום הקשה ודימומים בין קרומי המוח; שברים מרוסקים בעצמות כיפת ובסיס הגולגולת משמאל; שבעה פצעי קרע ודימומים מתלכדים בקרקפת משמאל; שני פצעי קרע באפרכסת השמאלית; חיורון באברים הפנימיים; נזל דמי בקנה הנשימה ובסימפונות הראשיים; סימני שאיפת דם בריאות.

לפחות שבעה פצעי חתך בלחי השמאלית ובצוואר משמאל; לפחות שלושים ושלושה פצעי חתך שטחיים בגפיים התחתונות; דימומים תת עוריים בשכם השמאלית.

בנוסף, עולה מחוות הדעת כי הועברו לבדיקה הפטיש והסכין שנמצאו בדירה; כי מבדיקה טוקסיקולוגית שנערכה בתאריך 2.2.2014, נקבע כי "בדמו של החשוד נמצאו **300% mg אלקוהול**". עוד הוצגה אמרת הנאשם מיום 1.2.2014, המפרט את נסיבות ביצוע הרצח.

על יסוד ממצאי הנתיחה ובדיקת המוצגים כמתואר לעיל, נקבע בחוות הדעת כי המוות נגרם "מנזק חמור לחציזור השמאלי של המוח. הנזקים נגרמו מלפחות 5 חבלות ישירות (מכות) באמצעות חפץ נוקשה בעל שטח פנים מוגבל, כגון פטיש, או חפץ אחר דומה, לצד השמאלי של הראש. בשל צורתן של החבלות, ובשל צפיפותן לא ניתן להעריך את מספר החבלות, או את צורת החפץ וממדיו; הפטיש שהועברה לבדיקתנו יכולה לגרום את הנזקים שנמצאו בראש.

נזק חמור למוח, במידה וגזע המוח לא ניזוק, הגם שגורם בדרך כלל לאיבוד הכרה מיידי, יכול לאפשר המשך תפקוד של הלב והריאות למשך זמן קצר. בנתיחה נמצאו סימני שאיפת דם בריאות, וחיורון באיברים פנימיים,



המתיישבים עם נשימה אגונית, וקיום לחץ דם (ודימום פעיל), בהתאמה, ומתיישבים עם עדותו של החשוד כי ראה את המנוחה נושמת, ועם הימצאותם של דימומים סביב פצעי החתך בגפיים התחתונים, בלחי ובצוואר משמאל.

דימומים תת עוריים בעפעפיים משמאל נגרמו, ככל הנראה מחבלה ישירה (מכה), אם כי לא ניתן לשלול בוודאות כי מקורם בזליגת דם מבסיס הגולגולת.

פצעי חתך בצוואר ובלחי השמאלית, ופצעי חתך בגפיים התחתונים, נגרמו באמצעות חפץ בעל לפחות שפה אחת מושחזת, וככל הנראה קצה מחודד, כגון להב סכין, או חפץ אחר דומה, סמוך למועד המוות. הסכין שהועברה לבדיקתנו יכלה לגרום פצעים אלה. מנגנון היווצרותם מתיישב עם גרסת החשוד.

דימומים תת עוריים בשכם השמאלית נגרמו מחבלות קלות, ככל הנראה ישירות (מכות), סמוך למועד המוות...

לא נמצאו פצעים העשויים להעיד על מאבק טרם מותה. בדמה של המנוחה לא נמצאו אלוהול, סמים או תרופה מרשימה..."

אמרות הנאשם בחקירה

האמרה הראשונה נגבתה מהנאשם ביום 1.2.2014, בשעה 04:25, (ת/1, תמליל ת/2); הנאשם ביקש לדבר לאט, שכן הוא מבין **"עברית פשוטה"**. הוסבר לנאשם כי יש לו זכות להיוועץ בעורך דין, והנאשם ציין כי **"יש לי אח יש לו עורך דין"** (תמליל, ע' 1 שורה 27). עוד הוסבר לנאשם כי אין מענה מהסניגוריה הציבורית, והוסבר לנאשם כי יוכל לשוחח עם עורך דין **"לפני הבית משפט"** (תמליל, ע' 2).

לשאלה האם הוא מבין במה הוא חשוד, השיב הנאשם: **"כן. אני יודע אני הרגתי אותה"**; בהמשך האמרה, הודה בכך שהיכה במכות פטיש בראשה של המנוחה לאחר שהלכה לישון, וכן בחיתוך ורידי רגלה באמצעות סכין יפנית. לשאלת החוקר השיב כי הפטיש היה מונח במרפסת, וכי מדובר בפטיש שהביאו מחו"ל לפני 35-40 שנה. הסכין היפנית מצויה ברשותו "מזמן", והוא נטל אותה מהמטבח.

הנאשם מסר כי התגלעו ויכוחים בינו לבין אשתו על רקע נטילת הלוואה מהבנק ומגורמים אחרים, לצורך מימון דרישות כספיות חוזרות ונשנות של בנם הצעיר, צבי, שהסתבך בהימורים. בעקבות הדרישות הכספיות אמר לאותו בן, מספר ימים לפני כן, כי הוא הולך להתאבד; עוד מסר כי אשתו המנוחה נהגה לקלל את הוריו המנוחים ואת אחותו, וטענה כי צבי מופלה לרעה ביחס לבני משפחתו של הנאשם, וכי הוריו העבירו כספים לאחותו ולילדיה, וקיפחו את ילדיו של הנאשם.

בהמשך השיב לשאלת החוקר מדוע פגע באשתו בפטיש ובסכין: **"בראש? למה? היא כל הזמן. אני אומר דוגרי...היא כל הזמן היתה מקללת את המשפחה שלי...יש לי אחות פה והיא אומרת שהיא שרמוטה וזה וככה וקצת היה כואב לי בלב אבל הייתי שותק. עד כמה הייתי יכול"** (שם, ע' 4-5).

באותו ערב פרץ פעם נוספת, ויכוח עם המנוחה, על רקע דומה (עמוד 5 שורות 22-23). הנאשם מוסר כי לאחר



שאשתו הלכה לישון: "לקחתי פטיש. היא היתה כבר יושנת. נתתי לה כמה פעמים מכות בראש אחר כך...אחרי זה אה פתחתי בר והוצאתי משם בקבוק קוניאק...התחלתי לשתות. שתיתי לא יודע כמה...". לשאלת החוקר הבהיר כי היכה בראשה של המנוחה "אולי ארבע חמש פעמים...אני מצטער שעשיתי את זה אבל זה מה יש. מגיע לי עונש. שיהרגו אותי". לשאלת החוקר אם עשה דבר מה נוסף, מלבד להכות את המנוחה בפטיש: "אה...עם סכין ברגליים אני אומר ככה דוגרי הכל איך שהיה. עשיתי לה כמה שריטות עם סכין יפני ברגל. כמה פעמים אני לא יודע". (תמליל, עמוד 4). לשאלת החוקר מדוע השתמש בסכין יפנית, השיב: "היה לה בעיות עם הורידים...אז חתכתי לה פעמיים אני חושב, כמה פעמים אני לא יודע". (תמליל, עמוד 5). בהמשך האמרה, הבהיר כי חתך את המנוחה "שלא תסבול הרבה כי היה לה ורידים פה ואי אפשר היה לעשות ניתוח שום דבר. אז עשיתי כמה פעמים שמה עם סכין בורידים. שלא תסבול הרבה" (עמוד 9, שורות 29-38). עוד מסר כי לאחר שהלך לבר ושתה שתיה חריפה "משהו טוב", הבחין כי המנוחה עדיין נושמת, ואז חתך לה את הורידים. לשאלה מדוע לא הזמין למנוחה אמבולנס אם ראה כי היא עדיין נושמת, השיב כי אינו יודע (ע' 10 שורה 23). לשאלת החוקר מדוע לא הרג את המנוחה בחניקה השיב כי אינו אדם חזק: "חולה ואין לי כוח...היא יכולה לתת לי ככה מכה ו...לא יצא מזה שום דבר". (עמוד 11).

לשאלת החוקר מדוע הרג את המנוחה באמצעות הפטיש בעת שישנה ולא כשהיתה ערה, השיב כי לא רצה שאשתו תנסה למנוע את המעשה: "...איך אפשר אם בן אדם לא יושן, איך אפשר לבוא לבן אדם היה עושה כל מיני טריקים בשביל להוציא..."; ובהמשך: "היא הלכה לישון. מתי אפשר לעשות דבר לא טוב? שכן אדם יושן..." (עמוד 11, שורה 34). לדבריו, שכב במיטה והמתין "שעתיים פלוס" עד שתירדם. לאחר שנרדמה "קמתי, ראיתי שהיא יושנת, אמרתי זהו, אני כבר ככה לא יכול. או פה או לפה. או שאני יהרוג אותה, או שאני יסבול עוד". (עמוד 9). עוד מסר כי המנוחה לא ניסתה לקום מהמיטה בעת שביצע בה מעשיו (עמוד 13, שורה 1-2).

לשאלות החוקר "מתי חשב לפגוע" במנוחה, השיב הנאשם: "הרבה אני רציתי לפגוע בה ולהתאבד גם". ובהמשך: "חשבתי לפני כמה חדשים, אתה מבין?" לשאלה מדוע החליט לפגוע במנוחה באותו יום, השיב: "עשה לי מוות. אתה יודע מה זה מוות? היה מקלל את אחותי שהיא גרושה שהיא שרמוטה ורק ילדים שלה. אם היה מישהו אחר היו עוזרים, אבל הבן שלנו אף אחד כאילו..." (עמוד 11-12).

לדברי הנאשם שקל לאחר המעשה להתאבד באמצעות כבל המנורה, אולם לא עשה זאת, ובמקום זאת, הזריק לעצמו אינסולין ("שמתי אינסולין עד הסוף") באמצעות מזרק ששימש את אשתו, ולקח עוד שני כדורים כנגד סכרת. הנאשם מסר כי לא התקשר לאחר מעשה לבנו, בועז, שכן זה אמר לו בהזדמנות אחרת, שיפתרו את בעיותיהם לבד. לשאלת החוקר מדוע לא התגרש מאשתו, השיב כי שקל לעשות זאת ולחלק את הדירה בין שניהם, לאחר שיצא לפנסיה, וכי בעוד חודש לערך ימלאו לו 66 שנים.

יצוין כי בעת שהחוקר עזב את חדר החקירות, אמר הנאשם בנוכחות המתורגמן איליה משייב: "מה אני אגיד לו שאני לא יודע בדיוק? על הזין שלי. יותר טוב למות וזהו." (עמוד 14, שורה 37).

בסוף החקירה הביע הנאשם צער על המעשה "הייתי איתה ארבעים פלוס שנה".



ביום 2.2.2014, בשעה 12:28, הביע הנאשם נכונות לצאת עם החוקרים לדירה לצורך שחזור. לשאלת הנאשם אם אינו רוצה ללכת לשחזור, הוסבר לו כי אינו חייב, והנאשם אמר בתגובה: **"אני רוצה ללכת. אני רוצה להחליף את ההלבשה התחתונה...לקחת שם"**. קודם לשחזור ניתנה לנאשם אפשרות להתייעץ עם עורך דין. הנאשם אישר כי ניתן לו לשוחח עם עורך דין, אולם טען כי אינו זוכר מילה אחת ממה שדיבר עם העורך דין (תמליל, ת/4, ע' 2).

עם כניסתו לדירה פרץ הנאשם בבכי, החל לרעוד והתיישב. הנאשם מסר כי הבן הקטן בא לביתו ואכל, ולאחר מכן החלה המנוחה לקלל את בני משפחתו בקללות חריפות. בעקבות כך מספר הנאשם: **"התעצבנתי. לא זוכר אני נתתי לה מכה"**. הנאשם הצביע על המיטה בה שכבה המנוחה, ואולם לא רצה להיכנס לחדר: **"לא אני פוחד. נתתי לה מכה ואני לא יודע איפה פטיש איפה שום דבר. לא לא לא ידוע שום דבר"**. לבקשת החוקרת כי ייכנס ויספר לה "שלב אחר שלב" מה היה, אמר לה הנאשם: **"חאלס...אבל אני לא זוכר הכל...זהו נתתי לה מכה...עם פטיש...שהבאתי לפני 34 שנים מחוץ לארץ עם מברגים וכל מיני..."** (ת/4 ע' 3-4).

גם בהמשך סירב להפצרות החוקרים להיכנס לחדר השינה, ואף בכה. לדבריו אשתו היתה **"פה במיטה"**, אבל אינו זוכר באיזה צד של המיטה שכבה. בהמשך ציין ששכבה **"ליד הדלת"**. ובהמשך: **"אין לי מה לספר (בוכה) אני בדיכאון. אני עצבני, שלוש כדורים לוקח"**. (עמוד 5, שורה 7).

גם בהמשך ציין כי נתן לה מכה עם פטיש ואולם לא זוכר מהיכן בבית לקח את הפטיש; **"הייתי משוגע על עצבים, דיכאון הזה הורג אותי. שמקללים הורים שלך שהם בקבר. התעצבנתי. הדיכאון הזה. לא יודע שום דבר. קרה מה שקרה"** (עמוד 5, שורות 25-27).

לנאשם ניתנה כוס מים, ולשאלות חוזרות מה עשה עם הפטיש השיב כי אינו זוכר, **"הייתי עצבני. לא זוכר. הראש. לא זוכר..."** (עמוד 5 שורות 38).

הנאשם התלונן כי לא קיבל את התרופות שלו כנגד **"עצבים ודיכאון"**: **"נתנו לי רק אחד אתמול בערב"**, לאחר שחזר מדיון **"אצל שופט"** (עמוד 6, שורה 27-30). עוד כיוון את החוקרים למקום שבו מונחות התרופות שלו בבית **"לקיבה" "דיכאון" ו"סוכרת"** (עמוד 7).

גם בהמשך לא התרצה הנאשם להיכנס לחדר השינה ולשחזר את המעשה: **"אני פוחד להיכנס"** (עמוד 8, שורה 3). עוד סירב להשיב מה עשה לאחר שהיכה את המנוחה בראשה: **"אבל זהו מה שאני זוכר אמרתי לכם. זהו לא יודע יותר כלום כלום. אני בדיכאון ומשוגע משוגע"** (עמוד 8, שורות 13-14).

לאחר מכן אישר הנאשם כי סרט השחזור שהוצג לו, משקף את השחזור שערך.

ביום 4.3.2014, שעה 09:56, נגבתה מהנאשם אמרה נוספת, ת/3. לשאלת החוקר אם הוא מבין על מה הוא נחקר ומה הזכויות שלו, השיב: **"קצת שאני מבין קצת לא מבין"**; החוקר הסביר שוב לנאשם את החשדות נגדו, את הזכויות שלו, גם בשפה הרוסית וגם בשפה העברית ואף התקשר, לבקשת הנאשם, לבא כוחו, (עו"ד דוק), והנאשם שוחח עמו.

הנאשם נשאל אם ברצונו להגיד משהו, והשיב: **"אבל אני לא עשיתי זה לא אני הייתי אני לא עשיתי שום דבר שום רצח זה לא אני באמת זה לא אני"**. כשהחוקרת הפנתה אותו לנאמר בחקירותיו הקודמות, אמר, תוך בכי: **"אני לא**



זוכר את זה אני לא זוכר בכלל כלום הראש מסתובב..."; הנאשם ממשיך להכחיש: "לא, אני לא עשיתי כלום, אני לא זוכר אני לא יכולתי לעשות דברים כאלה זה היה בן אדם אחר לא אני"; כשהופנה לחוות הדעת הפתולוגית ולחוות הדעת במז"פ, המשיך להכחיש בבכי: "אני לא זוכר זה אני, ...אני לא הייתי שם"; "... זה לא אני, להרוג בנאדם זה חטא"; "...אני לא יכול לעשות דברים כאלה תסתכלי על הידיים שלי" וכיו"ב. כך השמיע הכחשות דומות, לאחר שהוצג לו כי דמה של המנוחה נמצא על בגדיו; כי נמצא דם על המתג בחדר השינה; כי נמצאו חבלות וחתכים על גופתה של המנוחה: "אני לא יכול לעשות את זה, אני אומר לך את האמת, מכות איזה מכות, אני זבוב לא הורג";

כאשר הופנה לדבריו בחקירות קודמות, ולכך שהתקשר לאחיו, השיב: "אני לא יכול להסביר כי אני לא זוכר כלום. אני לא יכול להתקשר לאף אחד כי אני לא יודע שום מספרי טלפון"; "אני לא יכול להתקשר כי אין לי אח וכל הילדים נסעו לחו"ל, אין לי בישראל ילדים, אח בחו"ל הוא לא גר פה". לאחר שנאמר לו כי הוצא צו מחקר תקשורת ועל פי הפלטים ניתן לראות שאכן התקשר, השיב: "כולם בחו"ל אני לא יודע מספרי טלפון". לאחר שהופנה לכך שנמצאה בדמו כמות גדולה של אלכוהול, על פי חוו"ד מעבדה טוקסיקולוגית השיב: "אני לא זוכר, אלכוהול אני לא זוכר".

במזכר שנערך על ידי החוקרת אלה למן, מיום 4.3.14 (ת/34), נאמר כך: "היום בעת שהובא אלי לחקירה...שוחחתי עמו טרם החקירה שיחת חולין ואף חקרתי את החשוד וגם שוחחתי עמו בסיום החקירה שיחת חולין, מיכאל היה מדבר לעניין ולא התרשמתי כי מיכאל מוגבל שכלית או נפשית. לציין כי מיכאל ענה לי בחקירה ובשיחות לפניה ואחריה בצורה עניינית".

השתלשלות הדיונים וסקירת האשפוזים וחוות הדעת השונות

הנאשם הופנה להסתכלות במסגרת הליכי המעצר, בעקבות בדיקה פסיכיאטרית שנערכה על ידי ד"ר מ. דוברוסין, פסיכיאטר מחוזי מחוז דרום ביום 3.2.2014; הפסיכיאטר המחוזי מצייין כי הנאשם "בן 66, לוקה במחלת פרקינסון ודיכאון, בבדיקה כמעט ולא משתף פעולה, בוכה, מצב רוחו ירוד, בולטים הפרעות בזיכרון וריכוז. כמו כן ישנו רעד גס בגפיים, איטיות פסיכומטורית. בבדיקה לא הצלחתי להגיע למסקנה חד משמעית לגבי אחריותו ומסוגלותו לדין. לצורך חוו"ד פסיכיאטרית מקצועית אני ממליץ להורות על צו הסתכלות במח' סגורה בביה"ח פסיכיאטרי... (ת/22).

הנאשם אושפז במרכז לבריאות הנפש שער מנשה לצרכי הסתכלות החל מיום 16.2.2014.

בחוות דעת פסיכיאטרית מיום 24.4.2014, ת/36, שניתנה לאחר כשני חודשי הסתכלות, על ידי מנהל מחלקה לפסיכיאטריה משפטית, ד"ר ראובנברגר בוריס והרופאה הפסיכיאטרית ד"ר זברסקי אלנה, הומלץ על המשך אישפוזו של הנאשם, ונאמר בה בסיכום הדברים:

"הנ"ל אינו חולה נפש במובן המשפטי של המונח, אבל במהלך אשפוזו אנו רואים התפתחות



של תגובה דיכאונית ודיסוציאטיבית עם הסתמנות תמונה של פסאודו - דמנציה (מצב דמוי שיטיון). הפרעה זו היא בגדר הפרעה נוירוטית קשה, אך חולפת עם הזמן ועם הטיפול ולכן אין מדובר בהפרעה קוגניטיבית אמיתית ויציבה. במצבו הנפשי הנוכחי הוא אינו מבין את משמעות המעשים בהם הוא מואשם, אינו יכול להתקשר בצורה קונסטרוקטיבית עם עורך - דינו ועם שאר המשתתפים בדיוני בית המשפט, לא יכול לעקוב אחר ההליך המשפטי ולא יכול לעמוד לדין. להערכתנו, מצב זה הוא זמני ובחלוף הימים יכול להשתנות, להשתפר ולכן, בעתיד הוא צפוי להיות כשיר לעמוד לדין. בשלב הנוכחי, עקב מצבו הנפשי המתואר לעיל, לא ניתן לקבוע בוודאות מהי מידת האחריות שלו למעשים בהם הוא מואשם בתיק פלילי זה. המלצה: אנו ממליצים שבית המשפט יורה על אשפוזו של הנאשם לצורך טיפול, כאשר אנו מצפים שבמהלך הטיפול יחול שיפור במצבו וניתן יהיה לגבש את מסקנותינו לגבי כל הסוגיה המשפטית".

נוכח האמור בחוות הדעת ת/36, ועל פי בקשת המאשימה, ניתנה החלטה ביום 27.4.2014, על הפסקת ההליכים לפי סעיף 170 לחוק סדר הדין הפלילי (נוסח משולב) תשמ"ב-1982, ועל אשפוזו של הנאשם על פי הסמכות הנתונה בסעיף 15(א) לחוק טיפול בחולי נפש, תשנ"א-1991.

ביום 16.7.2014 - לאחר כ- 3 חדשי אשפוז והסתכלות נוספים בשער מנשה - הופנה הנאשם לוועדה הפסיכיאטרית המחוזית, לאחר שנקבע בחוות דעת פסיכיאטרית נוספת, ת/37, כי מצבו של הנאשם השתפר, וכי **"במצבו הנוכחי אינו זקוק לאשפוז אלא מומלץ להמשיך טיפול תרופתי במסגרת אמבולטורית. על החולה להשתחרר ולחזור לגורם חוקי."**

ביום 21.7.2014 אימצה הוועדה הפסיכיאטרית (בראשות משפטן, ובהשתתפות שני רופאים פסיכיאטרים), את ההמלצה ב- ת/37, וקבעה כי הנאשם מתפקד **"בכל המובנים, ללא תכנים פסיכוטיים, ללא אובדנות, אין מצב דיכאוני. עדיין קיים קושי להתמודד עם המעשה החמור... ותגובתו לעניין זה הינה הכחשה מוחלטת ונראית מאד מאד מגמתית עם אלמנטים היסטריים בהתנהגותו"**. על פי קביעת הוועדה ניתן לתת לנאשם טיפול פסיכיאטרי גם במסגרת שירות בתי הסוהר (פרוטוקול הוועדה הפסיכיאטרית, ת/38).

נוכח החלטת הוועדה הפסיכיאטרית, הגישה המאשימה ביום 12.8.2014 הודעה על הגשת כתב האישום מחדש, באישור היועץ המשפטי לממשלה (מכוח סעיף 21 לחוק טיפול בחולי נפש).

לאחר חידוש ההליכים ניתנה ביום 19.10.2014 חוות דעת פסיכיאטרית משלימה על ידי ד"ר ראובברג וד"ר זרבסקי (ת/39), לעניין מצבו הנפשי של הנאשם בעת ביצוע העבירה, שבה נקבע כי הנאשם "אינו חולה נפש", וכי **"בשעת המעשה בו הוא מואשם בתיק פלילי זה (רצח אשתו) לא היה שרוי במצב פסיכוטי ותפקד ברמה קוגניטיבית נורמטיבית. הוא היה יכול להבדיל בין טוב לרע ובין מותר לאסור והיה אחראי על מעשיו."**

ביום 4.8.2015 - לאחר מספר דחיות של הדיונים נוכח בקשת ההגנה להשלים את בדיקות הנאשם באמצעות מומחים מטעמה - נערכה חוות דעת פסיכיאטרית על ידי הפסיכיאטר המומחה, ד"ר פוקס מנדל, מטעם ההגנה, שבדק את הנאשם עוד ביום 1.4.2015. בסופם של דברים, ההגנה אינה מתייחסת לחוות דעתו של ד"ר פוקס בסיכומיה בכתב,



ועו"ד בונדר הבהיר גם בסיכומיו בעל פה, ביום 11.6.2019, בתשובה לשאלה מפורשת של בית המשפט, כי ההגנה אינה מבקשת להתבסס על חוות דעתו של ד"ר פוקס (ע' 178 לפ').

חרף הבהרת ההגנה בדבר אי ההסתמכות על חוות דעתו של ד"ר פוקס, ומאחר שחוות דעת זו היתה מצויה בחומר שעמד לנגד עיניהם של המומחים הפסיכיאטרים בשער מנשה, ושל ד"ר פלדשטיין מטעם ההגנה, ואזכרה בחוות הדעת השונות, ולמען הבהרת הרצף הכרונולוגי, יובא להלן עיקר אבחנתו של ד"ר פוקס כמופיע בחוות דעתו:

"...מתברר שבשנים האחרונות חלו שינויים במצבו. מתגלה תמונה קלינית של תסמינים דיכאוניים משנת 2012. נוירולוג שבדק את מיכאל התרשם אז מהפרעות בזיכרון - תופעות של מחלת פרקינסון.
לאחר רצח אשתו הנבדק עבר בדיקות פסיכיאטריות חוזרות שגילו תמונה קלינית של הכחשה או שכיחת האירוע המיוחס לו בכתב האישום... ניתן להסיק כי תופעות אלו מוסברות או ע"י הפרעה בזיכרון, אמנזיה עם נטיה למלא את החסר בזיכרון ע"י זכירה דמיונית כפי שקורה בירידה קוגניטיבית אורגנית או ע"י מצב דיסוציאטיבי.
במבחנים פסיכולוגיים שעבר, בעיקר במבחנים הנוירו פסיכולוגיים נמצאה ירידה קוגניטיבית ובמבחנים הנוירו פסיכולוגיים נמצאה ירידה בתפקודים הקוגניטיביים והתפקודיים המנטאליים ברמה של דמנציה ושיטיון בחומרה בינונית או חמורה יותר. כמו כן במבחנים הנוירופסיכולוגיים נשללה התחזות או המרה מכוונת של המציאות הפתולוגיים. גם בבדיקתי הקלינית נצפו הפרעות בזיכרון, הכחשה או אמנזיה של מעשה המיוחס לו בכתב האישום ותפקודים אינטלקטואליים ירודים.
לאור כל אלה הגעתי למסקנה שהנ"ל סובל מהפרעה של שיטיון שהתחיל באופן הדרגתי, ייתכן בשנת 2012 שלבש תמונה קלינית של תסמינים דיכאוניים והתנהגות אימפולסיבית הולכים וחוזרים - כפי שקורה בשיטיון התחלתי Dementia incipience..."

בעקבות פנייתו של הפסיכיאטר המחוזי, אליו הועברה חוות דעתו של ד"ר פוקס (ישיבת יום 17.9.2015), הורינו ביום 8.10.2015, בהסכמת הצדדים, על מתן צו הסתכלות נוסף בתנאי אישפוז.

הנאשם שהה תחילה בשער מנשה בין הימים 14.10.2015 עד 16.10.2015, אולם הוחזר לשב"ס ללא השלמת ההסתכלות, בשל התנגדותם של ד"ר ראובברגר והרופאים המטפלים בשער מנשה, לבצע את ההסתכלות בעת שהנאשם נמצא במחלקה תחת שמירה ואיזוק, וכבול למיטה בשעות הלילה. (בעניין זה, ראו ההתייחסות בחוות הדעת הפסיכיאטרית של ד"ר ראובברגר ת/41, ע' 2 - 3).

לאחר שהושגה הסכמה של גורמי הרפואה ושב"ס, על ביצוע ההסתכלות בנוכחות של אנשי שב"ס במחלקה, התקבל הנאשם להסתכלות ביום 19.1.2016 ושהה במחלקה הפסיכיאטרית המשפטית עד יום 4.5.2016.

בצו הסתכלות מיום 4.5.2016 (ת/40), וכן בחוות הדעת הפסיכיאטרית המפורטת מיום 23.5.2016 (ת/41) שניתנה על ידי ד"ר בוריס ראובברגר, והפסיכיאטרים המומחים, ד"ר אייזיק סולומיש וד"ר אלכסנדר ליסקר, נקבע כי לא נמצא מקום לשינוי האבחנות הקודמות (בת/37 ו- ת/39), וכי אין מקום לקבל את אבחנתו של ד"ר פוקס, לפיה הנאשם **"סובל משיטיון (דמנציה) מזה לפחות 4 שנים ולדעתו, בעת ביצוע מעשיו כבר היה חולה (ליקוי קוגניטיבי**



משמעותי) ולכן לא היה אחראי לביצוע המעשים בינואר 2014 ולא יכול לעמוד לדין היום."

בסיכום חוות הדעת בת/41, נאמר כי הנאשם "אינו לוקה בשיטיון (דמנציה), או בכל מחלה נפשית אחרת במובן המשפטי של המונח; במצבו הנוכחי יכול לעמוד לדין... בעת ביצוע מעשיו בינואר 2014 הוא לא היה שרוי במצב פסיכוטי ולא היה לוקה בשיטיון, לכן היה אחראי על מעשיו... הנ"ל ממשיך לסבול מתופעות של דיכאון הסתגלותי קל, ובגין הפרעה זו הוא זקוק למעקב ולטיפול פסיכיאטרי אמבולטורי במקום בו ימצא; אין צורך באשפוז פסיכיאטרי."

ביום 6.9.2016, ולנוכח בקשה מחודשת של ב"כ הנאשם, ניתנה חוות דעת משלימה על ידי ד"ר ראובברגר (ת/42), שבה צוין כי הועברה למחלקה הערכה נירופסיכולוגית שנערכה לנאשם ביום 12/07/15 (לצורך הכנת חוות דעתו של ד"ר פוקס), על ידי פסיכולוגית שיקומית, הגב' אלה הולצמן.

בחוות הדעת ת/42, בה קיימת התייחסות מפורטת להערכתה של הגב' הולצמן, נקבע כי אין מקום לשינוי המסקנה בחוות הדעת הקודמת לפיה הנאשם "אינו חולה במובן המשפטי של המונח והוא יכול לעמוד לדין".

בחוות דעת נוספת מטעם ההגנה, שנערכה על ידי ד"ר מדלן פלדשטיין ביום 11.5.2017 (נ/1), המתבססת על בדיקתו של הנאשם ביום 13.3.2017, במתקן הכליאה, נקבע כי "מצבו של מר וונטיק בזמן האירוע היה שילוב של METABOLIC ENCEPHALOPATHY DELIRIUM מצב דלרנטי תהליך של אנצפלופטיה חריפה על בסיס של קיהיון קבוע..."; עוד נקבע כי הנאשם לוקה בדמנציה מתקדמת "כתוצאה ממחלת פרקינסון משולבת עם מספר סיבות נוספות...", ה"מאופיינת בחוסר התמצאות, חוסר תובנה, חוסר שיפוט, בוחן מציאות לקוי..."; "בבקשר לכשירותו לעמוד לדין- הנבדק אינו מכיר ואינו מבין ולא יודע להבדיל בין ההליכים המשפטיים. אינו מסוגל מבחינה קוגניטיבית מנטלית לשתף פעולה עם עורך דינו... הנבדק אינו יכול להביע את דעתו בצלילות, אינו כשיר לעמוד בפני דין". (ההדגשות אינן במקור).

על יסוד חוות הדעת נ/1, ומסמכים רפואיים הנוגעים למעקב פסיכיאטרי על הנאשם בשב"ס, הופנה הנאשם להסתכלות נוספת, ואושפז במחלקה הפסיכיאטרית המשפטית בשער מנשה מיום 15.10.2017 ועד יום 25.10.2017.

בתום תקופת ההסתכלות, ניתנה ביום 7.11.2017 חוות דעת נוספת (ת/43), בה חזר ד"ר ראובברגר על אבחנתו כי הנאשם "אינו חולה נפש במובן המשפטי. במצבו הנוכחי יכול לעמוד לדין; הנ"ל אינו זקוק לאשפוז פסיכיאטרי אלא בהמשך המעקב והטיפול האמבולטורי במסגרת שב"ס".

ד"ר בוריס ראובברגר מסר את עדותו בדיון שנערך ביום 18.3.2018.

לאחר מספר דחיות שניתנו לבקשת ההגנה מטעמים שונים, נמסרה עדותה של ד"ר פלדשטיין ביום 22.10.18. בישיבה זו הוגשה חוות דעת נוספת מטעמה של העדה, נ/2 שנערכה ביום 27.6.2018, היינו, לאחר שכבר נמסרה עדותו של ד"ר ראובברגר; נ/2 מתבססת על שתי בדיקות נוספות של הנאשם בכלא בימים 28.12.2017 ו- 24.6.2018. בנ/2



חזרה ד"ר פלדשטיין על אבחנתה כי הנאשם לוקה "בדמנציה משולבת בדרגה בינונית עד קשה עם פרזנטציה מלאה...", וכי בשל מצבו זה "אינו מסוגל לעמוד לדין להבין את הנעשה בדיון את תפקידי הצדדים במשפט ולסייע לסנגורו בהגנתו".

בהחלטה שניתנה על ידינו ביום 22.10.2018 נקבע כי יש מקום לקבל את מכלול התרשומת הרפואית מתיקו הרפואי של הנאשם, המתייחסת למעקב הרפואי והסיעודי אחרי הנאשם במהלך תקופות ההסתכלות השונות במרכז הרפואי בשער מנשה ("הקרדקס"); יש לציין כי חומר זה עמד בבסיס חוות הדעת שניתנו, והמומחים נחקרו לגבי (התיק הרפואי - ת/44). ת/44 כולל גם את התיק הרפואי של הנאשם בקופת חולים, שעמד לנגד עיני הרופאים בשער מנשה, וכן בפני ד"ר פלדשטיין.

עוד יש לציין כי הסניגור ביקש תחילה לזמן לעדות רופאים שבדקו את הנאשם בשב"ס, אולם הבהיר בדיון שנערך ביום 24.10.2018, כי נוכח הסכמה להגשת תיעוד מתוך התיק הרפואי של הנאשם בשב"ס, תוותר ההגנה על העדת עדים נוספים.

חוות הדעת הפסיכיאטריות

נוכח המחלוקת בדבר המסוגלות לעמוד לדין, קיימת חשיבות, גם למען הנוחות, להבאת מלוא תוכן של חוות הדעת הפסיכיאטריות, כפוף להשמטת קטעים שאינם נדרשים להכרעה, או כאלה שיש בהם משום חזרה על הדברים.

תקופת ההסתכלות בין 16.2.2014 ל- 13.4.2014

בחוות הדעת ת/36, מיום 24.4.2016, שנערכה על ידי מנהל המחלקה לפסיכיאטריה משפטית במרכז לבריאות הנפש "שער מנשה" ד"ר בוריס ראובברגר, והפסיכיאטרית ד"ר אלנה זברסקי, נאמר כדלקמן:

"...הערכת הנבדק נעשתה במחלקה לפסיכיאטריה משפטית 4 בתאריכים: 16.02.14, 24.02.14 בהשתתפות צוות רב מקצועי: ד"ר רוני בנצור - קרימינולוגית קלינית, טלי לינדנבאום - פסיכולוגית קלינית, רים מסארווה - עובדת סוציאלית, יוליה שקירוב - מרפאה בעיסוק מוסמכת, אנשי צוות סיעודי.

בכתיבת חוות הדעת התבססנו על:

מסמכים רפואיים; מסמכים משפטיים; הסתכלות במחלקה; מידע שנתקבל מפי הנבדק; מידע שנתקבל מפי אחותו ומפי בנו של הנבדק (צבי); מידע טלפוני שנתקבל מפי אחיו של הנבדק.

המסמכים שעמדו לרשותנו לשם הכנת חוות הדעת הם:

מסמכים רפואיים וסוציאליים

תיק רפואי, שירותי בריאות כללית...; מכתב שחרור, חדר מיון, ביה"ח "סורוקה" בבאר שבע מתאריך

עמוד 14



01.02.14; מכתב מחלקה דחופה, חתום ע"י ד"ר אלקטנאני עואד, מומחה בפסיכיאטריה, מרכז רפואי "סורוקה" מתאריך 01.02.14; בדיקה פסיכיאטרית, חתומה ע"י ד"ר מ. דוברוסין, פסיכיאטר מחוז הדרום מתאריך 03.02.14; סיכום מידע רפואי, מבט - מערכת בריאות וטיפול, שירות בתי הסוהר מתאריך 16.02.14; תעודת חדר מיון, חתומה ע"י ד"ר יעקב נחמקין, פסיכיאטר מומחה, מנהל חדר המיון, המרכז לבריאות הנפש "שער מנשה" מתאריך 16.02.14; בדיקה במר"ש, חתומה ע"י ד"ר איגור נסטרוב, רופא כללי, שב"ס מתאריך 20.03.14; תוצאות בדיקת CT מוח, חתומה ע"י ד"ר י. אקרשטיין, מומחה לרדיולוגיה אבחנתית, סניף מור, בי"ח לניאדו מתאריך 28.03.14; מכתב מאת גלי סבן, עו"ס קשישים, אגף הרווחה, עיריית באר שבע מיום 30.03.14; תוצאות בדיקת E.E.G, מכון ממוגרף, סניף חדרה מתאריך 02.04.14.

מסמכים משפטיים

דו"ח על מעצר... דו"ח קצין ממונה/קצין משטרה...; צפייה ב- 3 דיסקים: חקירה מיום 01.02.14, שחזור הרצח מיום 02.02.14 (ותמליל שחזור הרצח); חקירה מיום 04.03.14; הודעת חשוד מיום 01.02.14; (בהמשך צוינה גם הודעת חשוד מיום 04.03.14). עדותו של בועז וולדימיר וונטיק מתאריך 01.02.14; עדותו של צבי וונטיק מתאריך 01.02.14; עדותו של סיומה וונטיק מתאריך 01.02.14; תמליל חקירה מיום 01.02.14...מכתב הפנייה להסתכלות בתנאי אשפוז במרכז לבריאות הנפש "שער מנשה" במסגרת החטיבה לביטחון מרבי מאת ד"ר מ. דוברוסין, פסיכיאטר מחוזי - דרום מתאריך 16.02.14. (בנוסף צוינו פרוטוקול דיוני מעצר בבית משפט השלום ובבית המשפט המחוזי).

הרינו מאשרים בזאת, שבדקנו את הנ"ל ומצאנו את הממצאים כדלקמן:

מדובר בגבר בן 66, אלמן, אב לשני בנים - בועז בן 46 וצבי בן 28. הנבדק אינו עובד, מתקיים מקצבת נכות של המוסד לביטוח הלאומי. אינו מוכר למערכת הפסיכיאטרית האשפוזית או האמבולטורית. עם זאת, במשך שנים רבות מטופל ע"י תרופות הרגעה ונגד דיכאון שניתנו לו ע"י רופא המשפחה. בתאריך 16.02.2014 הובא הנ"ל למוסדנו לשם הסתכלות בתנאי אשפוז, כחשוד ברצח אשתו. בהמשך, בתאריך 06.03.2014 הוגש כתב אישום בגין רצח.

תולדות חיים ומחלה

פרטי תולדות חייו של הנבדק כפי שנמסרו ע"י אחותו מרים, בנו צבי ואחיו סימיון.

הבכור בין 3 ילדים במשפחה. יליד מולדובה. ללא תורשת מחלות נפש, אם כי לדברי אחותו, אביו של הנבדק, בגיל מבוגר סבל מדיכאונות שחלפו מאליהם, ללא פנייה לעזרה פסיכיאטרית... האח סמיון צעיר מהנבדק ב- 6 שנים, רופא במקצועו, עובד ובעל משפחה.

התפתחותו של הנבדק הייתה תקינה. למד בבי"ס וכן במכללה בקישינב. לדברי אחותו, לא היה דברן במיוחד, שקט ומופנם באופיו. שירת בצבא הרוסי שירות מלא. במולדובה למד במכללה טכנאות בקרה ואיכות. עבד בתחום מקצועו בארץ מולדתו.

בשנת 1970 התחתן בקישינב ולבני הזוג נולדו 2 בנים. בשנת 1980 עלה ארצה עם משפחתו... לדברי אחותו



של הנבדק, אשתו הייתה הדומיננטית במשפחה ולא שבעת רצון מבעלה. הרבתה להעיר לו ובשנים האחרונות, בכל הזדמנות ניסתה "לעקוץ אותו ולהתגרות בו עד כדי קללות גסות כלפיו וכלפי קרובי משפחתו".

עם עלייתו לישראל עבד הנבדק בתחנת דלק כמתדלק. לא ניסה להתקדם ולא למד יותר.

בשנת 1998 פוטר מעבודתו במסגרת קיצוץ כ"א... מאז לא עבד והתקיים מקצבת הבטחת הכנסה. באותה שנה הגיע לרופא המשפחה פעמיים (ב- 11/05/98 וב- 3/08/98), סיפר לרופא על בעיותיו המשפחתיות (יחסיו עם אשתו ועם בנו). הרופא החל טיפול הרגעי ונוגד דיכאון (קלונקס ופריזמה). בביקור נוסף ב- 17/12/98: היה "כעסני על כל העולם, על אשתו ועל חמותו", טען ש"מכשפים" אותו, היה מפוחד, אך רופא המשפחה מציין: "אין באופן ברור מחשבות שווא". הומלץ להמשיך טיפול קודם. ב- 15/2/99 וב- 16/9/99 בביקוריו אצל רופא המשפחה הקרין סימני מצוקה נפשית, פחד שמרעילים אותו... התוודה שמשתמש במשקאות חריפים". הרופא המשיך לספק לו מרשמים לתרופות הנ"ל. לציין, שלא הופנה לפסיכיאטר או לקבלת עזרה נפשית אחרת.

לדברי אחותו של הנבדק, החיים המשותפים עם אשתו "לא היו טובים ורוויי סכסוכים".

אשתו תמיד שאפה להתגרש (עוד במולדובה). לא פעם הביע מיכאל כעסים כלפי אשתו, והשמיע באוזני אחותו טענות ש"מענים אותו במשפחה". גם לבנו של הנבדק היה ידוע על מריבות רבות בין בני הזוג במשך יותר מ- 20 שנה. לא פעם המליצו להם להתגרש, אך בני הזוג דחו את הרעיון בשל בעיות בחלוקת דירתם היחידה והצורך לתמוך זה בזה בגיל זקנה.

לדברי בנו של הנבדק, במהלך העשור האחרון התרגל לשתות משקאות חריפים. האלכוהול השפיע עליו לרעה וכאשר היה "שיכור" "דיבר שטויות" (בנו בועז בעדותו במשטרה) ו"מאבד את השפיות שלו" (בנו צבי בעדותו במשטרה) והופך להיות תוקפן ואף אלים כלפי אשתו. היא הרבתה להתלונן על שכרותו ונהגה להתקשר לאחותו ולבקש ממנה "לקחת אותו מהבית משום שהוא שיכור". כמו כן, פנתה לשירותי הרווחה בתלונות על אלימות של בן זוגה. בשנת 2006 התלוננה במשטרה והוא הורשע בגין עבירת אלימות.

לבני המשפחה לא זכורים פרטי המשפט והם אינם זוכרים גם כיצד הועגש.

ביום 11/07/06 בביקור אצל רופא המשפחה נכתב: "אין מצב רוח, ירידה בתאבון ונדודי שינה... לא נוטל טיפול תרופתי".

לדברי בנו ואחותו, לפני כ- 3 שנים (2011) הוזעקה משטרה לביתו - היה שתוי ותוקפן. הוא הורחק מהבית על פי צו ושהה בדירת אחותו חודש או חודשיים. לאחר מכן חזר לביתו ולסורו. אחותו שוב המליצה לבני הזוג להתגרש אך הם סירבו.

לאחרונה החל להתלונן על עצבנות, דכדוך, דיבר על כך שאשתו מקללת אותו ואת משפחתו והדבר מעיק עליו מאוד. לא פעם אמר ש"נמאס לו מהקללות שלה והוא מעדיף להתאבד ולמות" (עדותו של בנו). עם זאת, לאחותו אף פעם לא אמר דברים מוזרים והיא לא התרשמה מבעיות בזיכרון שלו.

מעיון בתיקו הרפואי בקופ"ח כללית, התברר שבמשך שנים הוא סובל מבעיות גופניות רבות כגון: יתר לחץ דם, סוכרת ודיסליפידמיה (שומנים בדם). בתאריך 30/06/09 כותב הרופא: "נמצא במצב דיכאוני עם מצב רוח ירוד, לדבריו, נמאס לו מהחיים. יש מלא בעיות במשפחה, בעיות בשינה. נוטל מזה 10 שנים פריזמה ללא



שינוי במצבו".

בתאריך 17/10/12 נבדק על ידי נוירולוג, אשר ציין: "ירידה בזיכרון לטווח הקצר (בלי לפרט) ורעד בידיים".
אובחן כלוקה במחלת פרקינסון ובהפרעת זיכרון ש"יכולים להיות קשורים למצב רוח ירוד" לדעת הרופא.

מבדיקה שלנו במחשבי משרד הבריאות ומפנייתנו למערכת בריאות הנפש באזור הדרום (באר שבע והסביבה)
התברר שהנ"ל לא מוכר למערכת הפסיכיאטרית האשפוזית ו/או האמבולטורית, אם כי במהלך שנת 2005
הוזמן 3 פעמים למרפאה לבריאות הנפש בבית חולים "סורוקה", אך לא הגיב ולא הגיע.

במהלך שנת 2013 לא נרשם ע"י רופא המשפחה אף ביקור בו הייתה התייחסות למצבו הנפשי ו/או
הקוגניטיבי של הנבדק. באופן קבוע המשיך לקבל מרשמים לתרופות הקבועות שלו כולל פריזמה וקלונקס.

יום לאחר המעצר, בעת שחזר יחד עם השוטרים לדירתו לשם שחזור נסיבות הרצח, הוציא שקית עם תרופות
והצביע באופן ברור על אריזת תרופה נגד דיכאון.

מעיון בחומר החקירה (עדות של בנו צבי ועדותו הראשונית של החשוד ביום 1/02/14 במשטרה) הסתמן,
שבנו צבי צבר חובות בתקופה האחרונה וגייס את הוריו לשם כיסוי חובותיו. בני הזוג נטלו מספר הלוואות
ונקלעו אף הם לחובות לבנקים. על רקע זה נוצרו חילוקי דעות חריפים בין הנבדק לבין אשתו, אשר ללא
הסכמתו מסרה כסף לבנו פעם אחר פעם. ביום 31/1/14 הגיע הבן לדירת הוריו לארוחת שבת והדבר עורר
את זעמו של הנבדק.

במהלך חילופי הדברים, אמר לבנו שנמאס לו מהחיים והוא מעדיף להתאבד ולא לסבול יותר. הבן לא לקח
את דבריו ברצינות, שהרי אין זו הפעם הראשונה שאביו מתבטא באופן דומה, ולכן עזב את הדירה וחזר לביתו.
לאחר שיצא התפתח ויכוח סוער בין בני הזוג שבמרכזו הבן וחובותיו. מאוחר יותר, בסביבות השעה 22:00,
כאשר פרשה אשתו לחדרה ונרדמה, לקח הנבדק פטיש ובאמצעותו הלם בראשה מספר פעמים. הוא יצא
מהחדר, שתה מספר כוסיות אלכוהול ושב לחדר, כאשר ראה שאשתו עדיין נושמת, נטל סכין יפנית וחתך
ורידים ברגליה. מיד התקשר לאחיו ומסר לו שרצח את רעייתו, לאחר מכן דיבר עם בנו (בועז) ולדברי הבן
נשמע לו "שיכור". הוא נעצר ובתחנת המשטרה נתן עדות ראשונה, שבמהלכה הודה ברצח אשתו. באותו יום,
01.02.14 נבדק ע"י רופא פנימאי בחדר מיון של ביה"ח "סורוקה" בבאר שבע בשעה 08:00 בבוקר. במכתב
השחרור צוינה רמה גבוהה של אלכוהול בדמו. כמו כן, נבדק במיון ביה"ח "סורוקה" ע"י פסיכיאטר אשר כתב:
"לא מגלה סימנים של פסיכופתולוגיה מז'ורית, עם המשך מחשבות לפגוע בעצמו, שולל תוכנית".

בתאריך 03.02.14 נבדק ע"י ד"ר דוברוסין, פסיכיאטר מחוז הדרום. בבדיקה: "כמעט ולא משתף פעולה,
בוכה, מצב רוחו ירוד, בולטות הפרעות בזיכרון ובריכוז... רעד גם בידיים, איטיות פסיכומטורית". הפסיכיאטר
המחוזי המליץ על המשך הסתכלותו בתנאי אשפוז.

ביום 16.02.14 הנ"ל הובא למוסדנו להסתכלות בתנאי אשפוז עפ"י צו בית משפט.

בדיקה פסיכיאטרית בחדר - מיון: ללא ביטויים של מתח, עצבנות, תוקפנות או אובדנות.



בדיקה גופנית בקבלה: רעד בידיים, בולט יותר ביד ימין.

מהלך ההסתכלות: בתחילת תקופת ההסתכלות שהה הנבדק במחלקה בהשגחת שוטרים. בהמשך נשמר ע"י 3 סוהרי שב"ס והיה כבול באזיקים.

הנבדק שהה במחלקה יותר מחודשיים, שבמהלכם עבר בדיקות רבגוניות. כבר מהיום הראשון לאשפוזו הפגין פערים ניכרים בין היכולת לשתף פעולה עם המראיינים אותו בחדרי הרופאים, הפסיכולוגים והמרפאה בעיסוק (באבחון), לבין התנהגותו המאורגנת יחסית מחוץ לחדרי הישיבות והבדיקות. מחוץ למסגרת שיחה ישירה ופרונטאלית עמו היה די מאורגן, התמצא במבנה המחלקה, ידע היכן חדר האוכל, היכן חדרו והיכן השירותים. ידע היטב למי לפנות ולבקש דברים הנחוצים לו. דאג להיגיינה אישית.

במחצית הראשונה של ההסתכלות נהג אף להיכנס לריפוי בעיסוק והשתתף בפעילויות השונות, הן קבוצתיות והן פרטניות באגף. צייר (ציורים פשוטים), שיחק במשחקי שולחן פשוטים. בהמשך במחצית השנייה של ההסתכלות הפסיק להיכנס לריפוי בעיסוק או ישב שם ללא מעשה, מרוחק ומנותק מאחרים. בימים הראשונים של האשפוז אף ניהל מספר שיחות טלפוניות עם אחותו בלבד. בהמשך, כאשר נעשה יותר עצוב ויותר מדוכדך הפסיק גם את זאת. לעומת התנהגותו המאורגנת יחסית במחלקה, בחדרי הישיבות הפגין במפתיע חוסר יכולת לתקשר בצורה קונסטרוקטיבית עם המראיינים אותו. נקט בעמדת הכחשה של דברים ברורים מאליהם, כגון: לא התמצא במקום, בזמן ובפרטים האישיים שלו.

למרות הסברים חוזרים סירב להכיר בעובדה שהוא מאושפז בבית חולים. אפילו לא חזר על המילים של הרופא, למשל, במקום להגיד בית חולים "שער מנשה" אמר "בית שער מנחם". לא הצליח לחבר שתי מילים לתיאור שמו ותוארו של הרופא. כעבור דקה אמר שהרופא הוא "הבוס הגדול". גם לאחרים "הדביק" תפקידים שונים. בכל זאת שמר על עקביות, למשל, מנהל המחלקה תמיד היה עבורו "הבוס הגדול", "בעל הבית הגדול", "מנהל המשרד", הרופא במחלקה הייתה "עובדת" אצלו או אשתו, מרפאה בעיסוק (צעירה) היא נכדתו של "הבוס", שאר אנשי הצוות היו "עובדים במפעל" וכדומה. שמר על גבולות ועל יחס של כבוד כלפי אנשי הצוות. באופן קבוע לא ענה נכון לרוב השאלות, אף לפשוטות ביותר, תשובותיו היו "ליד המטרה" אך תמיד בתחום (כאשר נשאל לגבי צבעים, ענה בתחום הצבעים, בעת שהתבקש לספור, ספר את אצבעות ידיו ובמקום 5 אמר 4, במקום 10 - 7 וכדומה). בסגנון זה המשיך לענות גם על שאלות אחרות. כך למשל, טען שיש לו 3 ילדים (למעשה 2), יש לו 3 אחים ואחיות (למעשה שניים), טען שהוא בן 46 (למעשה 66). לא היה מסוגל למסור את פרטי תולדות חיים ברצף והמציא דברים שלא היו ולא נבראו. טען שהוא יליד רומניה (למעשה מולדובה הסובייטית). לא זכר במה עבד ומהו מקצועו. טען שעבד מספר שנים כשומר (למעשה היה מתדלק בתחנת דלק). כאשר השיחה נגעה באשתו החל לבכות ולספר שהוא מאוד אוהב אותה, שהיא נסעה לחו"ל בכדי ללדת ילד נוסף וטרם חזרה. בשום פנים ואופן לא היה מסוגל להפנים את הסברי הרופאים שהוא רצח את אשתו. בבכי ויללות טען שהוא לא מסוגל להרוג זבוב. כמו כן, טען שהוא חי עם אשתו בשלווה וברוגע (למעשה חייהם היו רוויי סכסוכים). בהמשך האשפוז נטייה זו להכחשה התעצמה והוא טען שאין לו ילדים כלל, שבכלל אין לו אף אחד, לא אחים ולא אחיות, שהוא בן 30, שהוריו עדיין בחיים ברומניה, שאין לו דירה בישראל וזו שהייתה נהרסה כליל ("פרצו לי לבית, שרפו הכול בפנים ולא נשאר לי כלום"). גם לגבי אשתו טען שאין לו אישה כלל וגם לא הייתה. במצב זה לא ניתן היה להמשיך לנהל עמו שיחות משום שכל תשובותיו היו לא נכונות, אך בכל זאת בגדר תחום השאלה שנשאל. מצב רוחו היה ירוד בהתחלה ועם הזמן נעשה יותר דכאוני. בשבועיים האחרונים הוא שקוע בעולמו, יושב בפרוזדור המחלקה, מרוחק משאר המאושפזים, כבול באזיקים ולא מוחה על כך, בוהה באוויר. כאשר הרופא מגיע אליו, הוא פוגש אותו עם ביטוי של מבוכה על



פניו, לא מזהה אותו, לא זוכר את שמו ורק אומר שהרופא הוא "בעל הבית" ואין לו מושג מה הוא עושה כאן. לגבי הסוהרים הנמצאים לידו אומר שאלו "ילדים של העובדים" או "עובדים במפעל". אם בתחילת האשפוז ידע שהוא גר בישראל "בדימונה" (למעשה בבאר שבע), בימים האחרונים טען שאינו יודע היכן הוא גר ולא בטוח שזה בישראל. מבקש לעזוב אותו ולהניח לו לשבת בשקט. כאשר נשאל שאלות נוספות מתחיל לבכות וליילל שהוא לא זוכר כלום ואין לו כלום. שכח שמות של חפצים רבים, למשל, לא יודע לקרוא בשם של שעון, עט ואף לא יודע מה עושים עם עט. עם זאת, במחלקה הוא גם היום די מאורגן, אוכל בכמות סבירה, ישן ושומר על כללי היגיינה.

בתאריך 23.04.14 התלונן על קשיים בעת הטלת שתן, נשלח למיון ביה"ח "הלל יפה" בחדרה וחזר עם קטטר בשופכת השתן. אינו מסוגל להתייחס למתקן לצורך ניקוז השתן (שקית עם קטטר) ונותן הסבר תמוה שזה "מתנה שנתן לו חבר".

ללא ביקורת וללא תובנה. לא גילה מחשבות שווא. ללא התנהגות הלוצינטורית. שיפוטו פגום עקב הפרעות קוגניטיביות שנצפות כעת (חוסר התמצאות בזמן ובמקום, ליקוי בזיכרון לכל הטווחים, אגנוזיה).

לגבי המעשה בו הוא מואשם: אינו מסוגל להתייחס כלל למעשה בו הוא מואשם. טוען שאשתו עדיין בחיים, בהריון, נסעה ללדת אצל קרובי משפחה ברומניה, או כמו שבימים האחרונים, טוען שאין לו אישה כלל, אין לו ילדים ואין לו כלום. לא מפנים שום הסבר של הרופא ומסרב בתוקף לקבל את העובדה שרצח את אשתו במו ידיו.

בדיקות מעבדה: בדיקת שתן לגילוי סמים שנלקחה בתאריך 16.02.14 - שלילית.

בדיקה נוירולוגית: לא התגלו סימני פרקינסון. עלינו לציין שהרעד שנצפה בידיו בתחילת האשפוז דעך עם הזמן.

CT מוח מתאריך 28.03.14 - אטרופיה מוחית מרכזית והיקפית בהתאם לגיל. ללא ממצא מוקדי. ללא סימני דמום או בצקת.

בדיקת EEG מתאריך 02.04.14 - תקינה.

בדיקה פסיכודיאגנוסטית: טרם התקבלו תוצאות.

אבחון COGNISTAT (מבחן מצב נוירו התנהגותי קוגניטיבי) נערך בידי מרפאה בעיסוק מוסמכת: מדובר באדם עם יכולת קוגניטיבית ירודה, רגשי מצומצם, מרכיבים ביצועיים נמוכים.

דין וסיכום

מדובר בגבר מבוגר בן 66 שאינו מוכר למערכת הפסיכיאטרית האשפוזית או האמבולטורית עד כה. עם זאת, משנת 1998 מספר פעמים פנה לרופא המשפחה שלו עם תלונות בהן הוא מתאר תופעות של מצוקה נפשית (הסתגלותיות) על רקע משבר ביחסיו עם אשתו ובנו ופיטורין מעבודתו. הוא טופל באופן קבוע ע"י תרופות נגד דיכאון ותרופות הרגעה, שלדעת הרופא לא השפיעו עליו, אך הרופא המשיך לספק לו מרשמים.

בשנת 2012 עם הופעת תלונות על בעיות זיכרון ורעד בידים, הופנה לנוירולוג בקופ"ח שאבחן אותו כלוקה



בפרקינסון בדרגת חומרה קלה וכן בבעיות זיכרון שלדעת הרופא היו קשורות למצב רוחו הירוד (דיכאון).

לפי מידע שנמסר לנו ע"י בני המשפחה ומופיע בעדויותיהם במשטרה, הנ"ל הרבה להשתכר. במצבי שיכרות היה מאבד את העשתונות ומגלה תוקפנות ואלימות כלפי אשתו. בגין אלימות במשפחה נשפט פעמיים. בשנת 2006 ובשנת 2011. גם ביום מעצרו הנוכחי היה תחת השפעת אלכוהול, דבר שהוכח מעבדתית בעת ביקורו במיון ביה"ח "סורוקה" בבאר שבע.

מעיון בחומר החקירה, כולל צפיות בהקלטת העדויות הראשונות שלו במשטרה, מיד לאחר הרצח, התברר לנו שהוא הודה במעשיו, דיבר בצורה הגיונית, סיפר על השתלשלות הדברים שגרמו לו לרצוח את אשתו, הפגין יכולת קוגניטיבית טובה וזיכרון לגבי מה שעשה וכיצד עשה. בעיון זה ובצפייה לא ראינו שהוא סובל מהפרעה קוגניטיבית כלשהי.

גם בבדיקה הפסיכיאטרית ביום המעצר לא התרשם הרופא מקיומה של פסיכופתולוגיה מז'ורית. כעבור יומיים, ביום 03.02.14 בעת שנבדק ע"י הפסיכיאטר המחוזי, הרופא מציין שלנבדק יש הפרעות קוגניטיביות שונות.

בעת ההסתכלות במוסדנו ראינו התפתחות והסתמנות תופעות שונות של בעיות ריכוז, זיכרון, הבנה, שפה, התמצאות, תובנה כללית ויכולת הערכת סיטואציה, שהלכו והתעמקו עם הזמן, עד כדי הכחשה מוחלטת של המציאות ובניית מציאות מדומה (הפרעה דיסוציאטיבית), שבה אשתו עדיין בחיים או שכלל לא הייתה לו אישה, שאין לו ילדים ואין לו אף קרוב משפחה בחיים, פרט להורים, שהוא עצמו מאוד צעיר ואין לו בית.

לא ניתן היה לשכנעו ולהחזיר אותו לסיטואציה האמיתית העכשווית. הוא נוקט בעמדת הכחשה של הכול ולא מסוגל להפנים את הסברי הרופאים והפסיכולוגים לגבי המציאות האומללה שלו. מאותה נקודת הכחשה אינו מודע גם למצבו המשפטי. בחלוף הזמן התעמק גם מצבו הדיכאוני. שיפוטו פגום.

להערכתנו, כעת מדובר בהפרעה המכונה פסאודו - דמנציה (דמוי שיטיון) שהיא הפרעה הפיכה, חולפת עם הזמן וקשורה לתגובה דיכאונית ולתגובה היסטוריונית לסיטואציה המשפטית שלו (אישום ברצח). הפרעה זו דורשת טיפול משולב וממושך בתנאי בית חולים. אנו צופים שעם הזמן והטיפול הוא יחזור לעצמו ולרמת התפקודים הקוגניטיביים שהייתה לו ערב מעשה הרצח.

מסקנות

הנ"ל אינו חולה נפש במובן המשפטי של המונח, אבל במהלך אשפוזו אנו רואים התפתחות של תגובה דיכאונית ודיסוציאטיבית עם הסתמנות תמונה של פסאודו - דמנציה (מצב דמוי שיטיון). הפרעה זו היא בגדר הפרעה נוירוטית קשה, אך חולפת עם הזמן ועם הטיפול ולכן אין מדובר בהפרעה קוגניטיבית אמיתית ויציבה.

במצבו הנפשי הנוכחי הוא אינו מבין את משמעות המעשים בהם הוא מואשם, אינו יכול לתקשר בצורה קונסטרוקטיבית עם עורך - דינו ועם שאר המשתתפים בדיוני בית המשפט, לא יכול לעקוב אחר ההליך המשפטי ולא יכול לעמוד לדין.

להערכתנו, מצב זה הוא זמני ובחלוף הימים יכול להשתנות, להשתפר ולכן, בעתיד הוא צפוי להיות כשיר לעמוד לדין.

בשלב הנוכחי, עקב מצבו הנפשי המתואר לעיל, לא ניתן לקבוע בוודאות מהי מידת האחריות שלו למעשים



בהם הוא מואשם בתיק פלילי זה.

המלצה: אנו ממליצים שבית המשפט יורה על אשפוזו של הנאשם לצורך טיפול, כאשר אנו מצפים שבמהלך הטיפול יחול שיפור במצבו וניתן יהיה לגבש את מסקנותינו לגבי כל הסוגיה המשפטית.

המשך האשפוז וההפניה לועדה הפסיכיאטרית המחוזית

ביום 16.7.2014, לאחר תקופת הסתכלות נוספת בת שלושה חדשים, הופנה הנאשם לוועדה פסיכיאטרית על ידי ד"ר ראוכברגר;

בחוות הדעת המפנה, ת/37, צוין כדלקמן:

"במהלך כחודש האחרון מסתמן שיפור ממשי בכל מישורי תפקודו; התאזן רגשית, החל לעבוד בריפוי בעיסוק, לדאוג היטב לענייניו, מזהה את כל הסובבים. כבר אינו מפגין בעיות זיכרון, "זוכר היטב" מה שקרה לו פרט למוקד של אשתו. מתמצא בכל המובנים, שיפוטו תקין. ללא הפרעה קוגניטיבית כלשהי. במצב רוח טוב ויציב.

מצבו הנפשי כיום: "שקט, רגוע, מנומס, אדיב. מתמצא בכל המובנים. מעביר פרטי תולדות חיים ברצף ומדייק בתאריכים. מודע למה שקורה בסביבה. עוקב אחרי חדשות. עם זאת אינו מוכן לקבל ולהשלים עם העובדה שרצח את אשתו ושהיא כבר לא בחיים. מבקש לא לדבר בנושא משום שזה מכאיב לו. בוכה כאשר נוגעים "בנקודות תורפה". מודע למצבם של בניו, אחותו, היכן גרים ובמה עוסקים, שיפוטו שמור. ללא דיכאון. ללא חרדה. אוכל וישן טוב....".

עוד צוין כי לצורך הופעה בפני הועדה, "המטופל יודע על זכותו לבחור נציג מטעמו לועדה".

דין וסיכום- מדובר בגבר מבוגר בפעם הראשונה מאושפז בבית חולים פסיכיאטרי לאחר שרצח את אשתו במהלך סכסוך סוער עימה.

ברקע: שימוש מופרז באלכוהול, התחלת מחלת פרקינסון, תופעות דיכאון וחרדה ממושכות שבגינן טופל אמבולטורית עד יום הרצח. לאחר הרצח יומים שלושה היה צלול, שיתף פעולה עם חוקריו, שחזר את נסיבות האירוע, בוכה במהלך השחזור. בהמשך החל לפתח תגובה דיסוציאטיבית שבמסגרתה עמדת הכחשה...החל להפגין בעיות חמורות בקוגניציה...הציג קונפולציות רבות ושונות, תשובותיו כולן כרוּבן היו "על ידי המטרה" אבל תמוהות ולא ענייניות...בשלב זה אובחן במצב דמוי שיטיון והופנה לטיפול ואשפוז משום שזמנית לא יכול היה לעמוד לדין.

עם התחלת הטיפול במהלך כחודשיים החל להסתמן שיפור ממשי בכל מישורי תפקודו. היום צלול לגמרי, מתמצא בכל המובנים, זוכר טוב מה שקורה, מזהה נכון את הסובבים. מאוזן רגשית. עדיין בהכחשה של מעשה של הרצח, וטוען שלא היה מסוגל "להרוג אפילו זבוב". מבין היטב חומרת המעשה בו הוא מואשם ולא מוכן להשלים עם העובדה.

במצבו הנוכחי אינו זקוק לאשפוז אלא מומלץ להמשיך טיפול תרופתי במסגרת אמבולטורית. על החולה להשתחרר ולחזור לגורם חוקי.



הדין בפני הועדה הפסיכיאטרית - ת/38

הדין בפני הועדה הפסיכיאטרית המחוזית (בראשות משפטנית (עו"ד מרים גינזבורג) ובהשתתפות שני רופאים פסיכיאטרים - ד"ר שטיין צבי וד"ר קיטאין לודמילה), התקיים ביום 21.7.2014. הנאשם היה מיוצג בדיון על ידי ב"כ, עו"ד מסראווה. לדיון התייצבה גם הפסיכיאטרית דר' זברסקי, משער מנשה.

מפרוטוקול הועדה, ת/38, עולה כי הנאשם אישר כי הוא מדבר עברית - **"לא עברית טובה"**; אישר כי הוא מבין שבית החולים מבקש להחזיר אותו למעצר, וטען כי אינו יודע במה הוא מואשם: **"לא זוכר, אני בן אדם חולה"**. הנאשם אישר כי יש לו שני בנים המתגוררים בבאר שבע, ואף זכר את גילם. עוד ציין את שמו של "דר' בוריס" כמי שאחראי על המחלקה בה אושפז. לשאלה אם הכה את אשתו בראש עם פטיש וחתך אותה עם סכין, הגיב בבכי, ולא ענה. עוד הגיב בבכי לשאלה למה רצח אותה, וטען שאינו יודע. הנאשם אמר גם כי אשתו בחיים, ומבקרת אותו, וכי לא רצח אותה; כי מזג האוויר קר, ומדובר בסתיו, ועוד תשובות מעין אלה.

עורך דינו של הנאשם מסר לוועדה כי - **"לאחר התייעצות עם מרשי, הוא מבקש להשאירו בבית החולים, הדבר מסייע לו מבחינה נפשית..."**.

דר' זברסקי נשאלה על ידי הועדה לתגובתה, והסבירה כי אינה מופתעת מדברי הנאשם. בעת כתיבת חוות הדעת היתה התרשמות **"שכל התשובות לא היו קשורות למציאות, היו לנו התלבטויות. כשבן אדם אומר שיש לו 3 רגליים ובמקלחת, כשהציעו לו 3 גרביים הוא אמר שמספיק לו שניים, זה אומר משהו, יש המון דוגמאות כאלה"**. עוד הסבירה שאחותו של הנאשם הגיעה לבית החולים עם טפסי ארנונה, שהנאשם היה צריך לחתום עליהם, והוא דרש **"כמעט בכוח"** לחתום עליהם, לאחר שתחילה סברו שאינו כשיר לכך. להערכת הרופאה הנאשם מתמצא, יוכל לשתף פעולה עם בית המשפט, ו**"הוא שאל אתמול מי העורך דין שלי"**.

הועדה מסכמת כדלקמן:

"בבדיקה: אי שקט קל. מתבכיין. ההתמצאות בזמן לא היתה מדויקת. ענה שהיום 26.11.2012. מסר שסובל מהפרעות זיכרון...מסר שהוא נשוי ואוהב את אשתו, שמבקרת אותו בבית החולים...דאגה להביא לו דיסה...בזמן שדיבר על כך החל לבכות והתגבר הרעד בידיו...במהלך כל הבדיקה התרשמנו מהתנהגות מגמתית במטרה לשכנע את הועדה להשאירו בבית החולים. בתום הבדיקה שמעה הועדה את הרופאה המטפלת אשר הסבירה בצורה מפורטת יותר, הכוללת דוגמאות את הסיבה לבקשה לשחררו מבית החולים והעברתו להמשך ההליך המשפטי. תגובתו של המטופל לדברי הרופאה היתה כעס. הרושם היה שהוא מבין היטב מה היא אומרת וכי הוא מתנגד לדבריה, עד כדי כך שהטיח בה שהיא משקרת. תגובתו לסיטואציה היתה הולמת, נוכח התנגדותו להליך המשפטי."

הועדה החליטה לאמץ את ההמלצה בחוות הדעת הפסיכיאטרית, ת/37, והורתה על שחרורו של הנאשם ממתקן האשפוז בעוד כחודש ימים, כדי לאפשר את חידוש ההליכים המשפטיים. הועדה ציינה כי חוות הדעת שהונחה בפניה לאחר שהנאשם היה מאושפז 3 חדשים, הינה חוות דעת מנומקת המסבירה כי חלה רגיעה במצבו, וכי הנאשם מתפקד **"בכל המובנים, ללא תכנים פסיכוטיים, ללא אובדנות, אין מצב דיכאוני. עדיין קיים קושי להתמודד עם המעשה החמור...ותגובתו לעניין זה הינה הכחשה מוחלטת ונראית מאד מאד מגמתית עם אלמנטים היסטריים בהתנהגותו"**. הועדה לא ראתה מקום להמשך טיפול במסגרת אישפוז פסיכיאטרי, וקבעה כי ניתן לתת טיפול פסיכיאטרי גם במסגרת שירות בתי הסוהר, אם יידרש.



חוות הדעת הפסיכיאטרית המשלימה לעניין מצבו הנפשי של הנאשם בשעת ביצוע המעשה

בחוות הדעת, ת/39, שניתנה על ידי ד"ר בוריס ראוכברגר וד"ר אלנה זברסקי, ביום 19.10.2014, צוין כדלקמן:

"...בתאריך 02.09.14 בית המשפט המחוזי בבאר שבע פנה אלינו וציווה לתת חוות דעת נוספת בנושא אחריותו הפלילית בעת ביצוע המעשה בו הוא מואשם, יום הרצח, הלילה שבין 31.01.14 ו- 01.02.14.

לצורך כך, עיינו בחומר החקירה, לרבות הודעת החשוד מ- 01.02.14 וצפייה בקלטת שחזור הרצח בתאריך 02.02.14. ראינו שמר וונטיק מודה במעשיו, מתמצא היטב בזמנים, במקום ובפרטים האישיים שלו, מסביר בפרטי פרטים את המניעים והסיבות שגרמו לו לרצוח את אשתו. סיפר על סכסוכים רבים בינו לבין רעייתו, האשים אותה בכך, שבניגוד לעמדתו, נכנעה לבקשות בנו וניסתה לכסות את חובותיו. נקב בסכומים מדויקים של הלוואות שנלקחו לצורך זה. בקלטת השחזור נראה היה שהוא מתמצא היטב בדירה, הצביע נכון על חדרה של אשתו ועל המיטה שבה רצח אותה. מסר, שבנוסף למכות הפטיש, השתמש בסכין יפנית בכדי לחתוך לה את הוורידים. לאחר מכן ניגש אל השידה והוציא תרופות, הסביר לחוקרי המשטרה למה נועדו התכשירים והצביע על תרופה נגד דיכאון.

מתוך עיון בחומר זה הגענו למסקנה שמר וונטיק היה שמור לחלוטין מבחינה קוגניטיבית (התמצאות, ריכוז, קשב, זיכרון, חשיבה, יכולת הפשטה והבדלה), ולכן אנו סבורים שבשעת המעשה לא הייתה לו שום בעיה קוגניטיבית או פסיכוטית ובהסבריו לגבי מניעי הרצח לא נשמעו דברים ביזאריים. הוא דיבר באופן חופשי, האפקט היה בהתאם לסיטואציה שלו, בכה, הסביר שמאוד קשה לו והוא מצטער ("מצטער מאד") על מעשיו.

מסקנות

1. הנ"ל אינו חולה במובן המשפטי של המונח.
2. בשעת המעשה בו הוא מואשם בתיק פלילי זה (רצח אשתו) לא היה שרוי במצב פסיכוטית ותפקד ברמה קוגניטיבית נורמטיבית. הוא היה יכול להבדיל בין טוב לרע ובין מותר לאסור והיה אחראי על מעשיו..."

תקופת ההסתכלות 19.1.2016 - 4.5.2016

צו הסתכלות - ת/40

ב"צו הסתכלות", ת/40 מיום 4.5.2016 צוין, כי הנאשם עבר -

"במהלך האשפוז הארוך של כמעט 4 חודשים... בדיקות קליניות מקיפות, כולל שיחות וראיונות פסיכיאטריים בנוכחות צוות רב מקצועי, בדיקה פסיכודיאגנוסטית חוזרת ובדיקה קוגניטיבית ע"י מרפאה בעיסוק, בדיקה נוירולוגית ו- CT ראש, בדיקת רופא פנימאי ובדיקה פסיכוגריאטרית חוזרת.

כמו כן, נערכה השוואה בין תוצאות הבדיקות הפסיכיאטריות, הקוגניטיביות והפסיכולוגיות עם אשפוזו הקודם



לפני כשנתיים (פברואר - אפריל 2014).

מחברי חוות הדעת עיינו בדקדקנות במסמכים שהתווספו בין מתן חוות הדעת הקודמת שלהם לבין חוות הדעת של ד"ר פוקס (04.08.2015) - תיעוד פסיכיאטרי (ביקורים מרפאתיים) במב"ן - שב"ס.

בחוות הדעת הפרטית של ד"ר פוקס, הגיע הרופא למסקנה שהנבדק סובל משיטיון (דמנציה) מזה לפחות 4 שנים, ולדעתו, בעת ביצוע מעשיו כבר היה חולה (ליקוי קוגניטיבי משמעותי), ולכן לא היה אחראי לביצוע המעשים בינואר 2014 ולא יכול לעמוד לדין היום.

במהלך ההסתכלות הנוכחית התרשמנו שלא כך הדבר:

(א) הנ"ל מתמצא היטב בסביבה ובסיטואציה, מציג יכולת טובה לקלוט אינפורמציה חדשה (למשל, שמות בעלי תפקידים שונים במחלקה) ולהתייחס לאירועים שקורים לו בהווה. במחלקה הוא עצמאי מכל הבחינות, יודע תמהיל התרופות שלו, ואף הזהיר את הצוות בדבר רגישותו לתרופה מסוימת.

(ב) הרופא, הפסיכולוג והמרפאה בעיסוק, שבדקו אותו לפני כשנתיים לא התרשמו מהחמרה נוספת בתפקודים הקוגניטיביים השונים (זיכרון, התמצאות, חשיבה שפה), ואף ציינו שיפור מסוים בזיכרון לטווח הקצר.

(ג) הנ"ל ממשיך לנקוט בעמדה של הכחשה מוחלטת של אירוע רצח אשתו, דוחה בתוקף את כל ניסיונות הרופאים להעמידו מול העובדה שאשתו נרצחה ואינה בחיים. בכל הקשור לסיטואציה משפטית זו, יש לו לכאורה פגם בזיכרון, כאשר לגבי אירועים אחרים הוא מפגין יכולת טובה יחסית לקלוט אותם ולהתמודד עמם. כאן אנו רואים ליקוי בזיכרון המכונה "אמנזיה סלקטיבית".

(ד) הסתייגויות רבות יש לנו גם מאבחון של הנ"ל כלוקה בדמנציה וסובל ממנה כבר 4 שנים. לו היה סובל משיטיון 4 שנים, היינו מצפים לראות היום פגיעה משמעותית ואחידה לא רק בזיכרון לגבי פרטיו האישיים, אלא גם בזיכרון לטווח קצר וארוך יותר, בהתמצאות, בשפה וברמת התפקודים היומיומיים. בנוסף, שיטיון מתאפיין ע"י פגיעה משמעותית יותר של כל הזיכרונות מהתקופה האחרונה ולא דווקא סלקטיבי נקודתי, כפי שהדבר בא לידי ביטוי אצל הנבדק. בד בבד, הזיכרון לטווח הארוך שמור יותר בשיטיון מזיכרונות אחרונים.

להפתעתנו, מר וונטיק הפגין הן באשפוזו הקודם והן בתחילת אשפוזו הנוכחי היעדר זיכרונות מחיי האישיים - מתקופת ילדותו ומגיל צעיר (לא זכר כמה כיתות למד, מהו מקצועו ובמה עבד). ליקוי כל כך עמוק בזיכרון במקרה קלאסי של שיטיון חייב להיות מלווה בפגיעה בתפקודו הכללי, בחוסר יכולת להסתגל לסיטואציה חדשה, בוודאי ובוודאי באי יכולת לקלוט מידע חדש. כאמור, תפקודיו האחרים של הנבדק, כפי שצוינו לעיל, שמורים.

לאור כל האמור לעיל, אנו מגיעים למסקנה שלנ"ל יש ירידה מסוימת בקוגניציה, שאינה פוגעת ביכולתו להבין סיטואציה חדשה, להתמצא בה ולתפקד בחיים באופן שמאפשר לו להשתתף בדיוני בית המשפט ולעמוד לדין.

מפאת חוסר הזמן, אנו מגישים היום רק את מסקנות חוות הדעת, ומתחייבים בפני כבוד בית המשפט להעביר



את חוות הדעת במלואה בתוך שבועיים הקרובים.

ההסתכלות הסתיימה. אנו מאמצים את מסקנותינו בחוות הדעת הקודמת, דהיינו:

1. הנ"ל יכול לעמוד לדין היום.
 2. בעת ביצוע מעשיו בינואר 2014 לא היה שרוי במצב פסיכוטי ולא היה לוקה בשיטיון, לכן היה אחראי על מעשיו.
 3. הנ"ל ממשיך לסבול מתופעות של דיכאון הסתגלותי קל, ובגין הפרעה זו הוא זקוק למעקב ולטיפול פסיכיאטרי אמבולטורי במקום בו ימצא.
- אין צורך בהמשך אשפוז פסיכיאטרי והנבדק ישוחרר לגורמי החוק."

חוות הדעת - ת/41

ביום 23.5.2016 ניתנה חוות דעת פסיכיאטרית מפורטת, ת/41, על ידי הפסיכיאטרים ד"ר בוריס ראוכברגר, מנהל מחלקה; ד"ר אייזיק סולומש, מנהל מחלקה, וד"ר אלכסנדר ליסקר, המתייחסת לתקופת ההסתכלות שפורטה. בחוות הדעת נאמר כדלקמן:

"...אנמנזה: חוות דעת זאת היא השלישית והמשלימה לחוות דעת הקודמות שהוצגו לבית המשפט ביום 24.4.2014 וב- 19.10.2014..."

בתאריך 04.08.15 הוגשה לבית המשפט חוות דעת פרטית מד"ר פוקס, שם טוען הרופא שהנ"ל סובל מירידה קוגניטיבית מתמשכת ומתקדמת בצורה קבועה וזאת "ברמה של דמנציה (שטיון) בחומרה בינונית או חמורה יותר". הרופא לא הגיע למסקנה אבחנתית של סוג הדמנציה. להערכת הרופא הנ"ל לא כשיר לעמוד לדין מפאת מצבו הקוגניטיבי. לגבי אחריותו הפלילית כותב הרופא "לא ניתן לשלול ששינויים בהתנהגותו כגון אימפולסיביות, תופעות דיכאון ושימוש באלכוהול קשורים להליך של ירידה קוגניטיבית". עלינו להתייחס לנקודה זאת ולציין ששימוש באלכוהול ותופעות דיכאון הופיעו אצל הנבדק הרבה לפני שנת 2012 דהיינו, בסוף שנות ה-90 לכן, קשה לקשר אותם לתהליך שקרוי ע"י הרופא "שטיון" שתחילתו בשנת 2012 לפי אותו הרופא...

בתאריך 20.09.2015 ו- 06.12.2015 נבדק פעמיים באופן אמבולטורי ע"י ד"ר מנור, מנהל השרות הפסיכיאטרי אמבולטורי של שרות בתי הסוהר בשל תופעת דיכאון וירידה קוגניטיבית. הבדיקות לא מפורטות דיי אבל התרשמות הרופאה מירידה בזיכרון לטווח קצר והתמצאות, וגם מתופעות דכאון. הטיפול שנרשם הוא כנגד דיכאון. הרופאה מאבחנת אותו כלוקה בשיטיון מסוג אלצהיימר. לציין, שהנ"ל לא אושפז במחלקה פסיכיאטרית של שב"ס (מב"ן).

ב- 06.10.2015 נבדק אמבולטורית במוסדנו בצו בדיקה. בעת בדיקתו "לא משתף פעולה כלל, לא חוזר על מילותיו של הרופא ולא מבצע משימות. טוען שהוא מתגורר "כאן", לא זוכר את גילו ואת שם משפחתו. כמו



כן, טוען לגבי אשתו "היא בבית ומבשלת אוכל". מזהה את השוטרים המלווים בתור "חברים שלי". מיד "שוכח" שמדבר עם הרופא. הולך על בסיס "רחב" ותופס קירות, מתנדנד והכל באופן הפגנתי. במצבו הנוכחי לא ניתן להשלים את החו"ד".

הרופא המליץ על המשך הסתכלות בתנאי אשפוז. בית המשפט אימץ את המלצותיו של הרופא ושלח אותו להסתכלות במוסדנו.

היה מאושפז יומיים בלבד בין 14.10.2015 עד 16.10.2015, כאשר הוא היה שמור ע"י צוות ליווי צמוד של שב"ס רצוף וכבול באזיקים רוב שעות היממה וכבול למיטה בשעות הלילה. הרופאים הגיעו למסקנות שלא ניתן להשלים חוות הדעת בתנאי שמירה כל כך הדוקה ומגבילה את חופשיותו של הנבדק...

הוא שוחרר לגורם חוקי ולאחר דיונים רבים בבית המשפט והסדר לגבי תנאי שהותו במחלקה פסיכיאטרית, הוחזר למחלקתנו בתאריך 19.01.2015 (מדובר ב- 2016, י.צ) כאשר הוא שמור ע"י צוות ליווי של שב"ס בלי שימוש באזיקים.

אבחנות בקבלה:

סטטוס פסיכיאטרי: לקראת השחרור: מדבר חופשי, יוצר קשר עין, משתדל לענות בקצרה אך כאשר יש צורך יכול להרחיב ולספק מידע דרוש. עונה לרוב השאלות לעניין, עם רצון משתף פעולה ומוכן לדון בכל נושא פרט לנושא המרכזי של המשפט. כאן מעדיף להסתגר, להרכין ראש, להראות סימני מתח וחרדה, ואף להתבכיין כאשר רופא מזכיר לו שאשתו נפטרה והוא זה שרצח אותה. שוב להדגיש שבנושאים אחרים מנהל שיחה חופשית ועונה לעניין. מסביר שיש לו בעיית זיכרון וסובל ממחלות רבות, ושרועדות לו הרגליים והידיים. הפנה לרופא המטפל שלו בקופ"ח אצלו נמצא במעקב והזכיר את שמו.

התמצאות: מתמצא בסיטואציה, יודע שמדבר עם רופא פסיכיאטר, עם זאת "לא יודע" מי הפנה אותו ומסתפק באמירות כלליות כגון "לא יודע", מי שהיה צריך עשה זאת, אולי בית המשפט. כאשר נשאל אם יש לו בעיה נפשית אמר שלא יודע ומי שצריך לדעת הוא יודע. באופן כללי יודע שנמצא בבדיקה בהסתכלות אבל אין לו מושג לגבי המטרה. יודע שהוא בבית חולים "שער מנשה", מזהה את הרופא שטיפל בו באשפוזו הקודם ומי שמטפל בו כעת. למרות שהוזכר לו מספר פעמים שם המחלקה, לא הצליח לחזור על השם אפילו כעבור מספר שניות. עם זאת דברים אחרים זכר היטב, כולל שמות. התמצאות מעשית במחלקה טובה ומלאה. פורמלית לא התמצא בזמן וכאשר נאמר לו שם החודש הנוכחי השיב "מה שתגיד אני מסכים". הייתה לו התרשמות כללית שנמצא מספר חודשים באשפוז אך לא דיוק במספר. בשיחה פורמלית עמו נצפה פער בין תשובותיו הפורמליות ובידע שלו, שעליו היינו יכולים לדעת בעקיפין. למשל, העיר שהיה בבית משפט, שהדיון נדחה וכעבור זמן קצר אמר לרופא שבכלל לא יודע באיזה משפט מדובר ואם בכלל קיימת סיטואציה משפטית. לא היה מסוגל למסור לנו מידע אישי על עברו הרחוק כמו: השכלה, מקצוע, ולהבדיל מכך, ידע את מקצועו של אביו. לא זכר שיש לו אח אבל זכר שיש לו אחות ויש לו שני ילדים. הוא מודע למצבם ובמה הם עוסקים, והיכן גרים. לא זכר את כתובתו פרט לעיר מגוריו. לגבי אירועים אחרונים זכר אותם באופן כללי, לדוגמא: שאכל ושנסע לפני יום לבית חולים ולבית מעצר, ושעשו לו בדיקות. חלק מהדברים המציא למשל אמר, שהסוהרים ששומרים עליו "הם החברים של הבן שלי". עם זאת, ידע שתפקידם לשמור עליו ולמנוע ממנו תוקפנות (היה מקרה שאמר למרפאה בעיסוק שהם יכולים להישאר מחוץ לחדר הבדיקה כי הוא לא מסוכן). בשיחה עמו, תשובותיו היו הגיוניות ולא השמיע דברים מוזרים. לא היו עדויות למחשבות שווא או הזיות. מצב רוחו מעט ירוד, מדוכדך, אפקט היה לבילי, לרוב, כאשר נגעו בנושאים המכאיבים התחיל להזיל



דמעות ולרעוד יותר. כאשר נערכה בדיקה פורמלית קוגניטיבית החל לשקול את תשובותיו ולענות אחרי פאוזות או בכלל להתחמק מלענות.

אפילו לשאלות מאוד פשוטות סיפק תשובות "מטופשות" כגון, לא ידע צבע שמיים, לא כמה זה שתיים ועוד שתיים, וכאשר הרופא התעקש פתר עם בכי תרגיל של 3 ועוד 4, בין היתר, נשאל כמה אצבעות יש בידו השמאלית, ספר אותם אחת אחרי השניה ואחר כך לאחר כשהתבקש להגיד כמה אצבעות יש ביד השניה שוב התחיל לספור אצבעות. פעם ידע כמה רגליים יש לכלב ופעם לא. לאור התנהגות זאת, לא היה ניתן לאמוד באופן וודאי ולסכם בדיקה קוגניטיבית (MMSE). בימים מסוימים הציג תוצאות יחסית גבוהות (22/30), ובמקרים אחרים נמוכות בהרבה (17/30).

סירב לפרש פתגמים בטענה "זה לא קשור אלי, אני לא צריך את זה". שיפוטו החברתי שמור. לדוגמא, ידע מה לעשות עם הילד שהולך בלי השגחה על שפת הברכה, מה לעשות אם יהיה עשן בחדר וכדומה. ידע שגניבה היא בהחלט אסורה ומי שגונב מגיע לו עונש מאסר. כמו כן, ידע שרצח זה מעשה מאוד חמור ועל הרוצח לשבת שנים בכלא. כאשר במקום הזה הרופא שאל אותו "מה לגבי זה שרצחת את אשתך?" ענה בהתרגשות רבה "אז תרצחו אותי".

להלן ממצאי הבדיקה: במחלקה בהסתכלות של הצוות הסיעודי: "התאקלם טוב במחלקה, השתלב, הכיר את נוהלי המחלקה, עמד בסדר יום, הכיר את אנשי הצוות במשמרת, גילה עצמאות ב ADL.

(פעילות יומיומית - רחצה, הלבשה, אכילה), מתחילה יכול היה להבדיל בתפקידים, ידע לפנות לאנשי הצוות הנכונים למילוי צרכיו. מיד למד היכן חדרו, חדר אוכל, שירותים, מקלחת וכד' ולא נזקק להכוונה".

למרות שהיה יכול להבדיל ולהבחין בתפקידים של אנשי הצוות השונים של המחלקה אבל לא היה "מוכן" לקבל הסברינו לגבי צוות ליווי של שב"ס ובעקביות ובעקשנות טוען שאנשים אלו הם חברי בנו.

יחד עם זאת בשיחות עם הרופאים בתחילת ההסתכלות הנוכחית הציג את עצמו כלא מבין ולא יודע ולא מתמצא הן בזמן הן במקום והן בסיטואציה. עם הזמן היה "שיפור" ברמת שיתוף הפעולה בחדר הבדיקה, למד שמות של הרופאים וזיהה את הרופא שטיפל בו קודם ואף זכר את שמו.

בין היתר היה מודע לתמהיל התרופות וסוגי התרופות השונים, במקרה אחד הזהיר איש צוות לגבי קיום רגישות לאופטלגין, שם לב לשינוי בתרופות ובערכי הסוכר החריגים שנמדדו. דוגמא נוספת שבעת בדיקת מרפאה בעיסוק ממחלקה אחרת מיד הבחין שהיא לא שייכת לצוות המחלקה. זיכרון שלו לאירועים מהשגרה היה מספיק כדי לאפשר לו תפקוד יומיומי ברמה נורמטיבית. עם זאת היה אדיש, פאסיבי, לא שאל לגבי עתידו.

היה מוכן לדון חופשי בנושאים שלא היו קשורים לסיטואציה המשפטית שלו. ברגע שהיה מבחין ששאלות המראיינים יכולות להביאו לעניין המשפט ניסה לשנות את עמדתו לגבי שיתוף הפעולה, ולהתחיל להתחמק, להציג את עצמו כי הוא לא יודע, לא מבין כלום, "לא מעניין אותי". בשאלות ישירות לבדיקות היכולת שלו השמיע תשובות שבהן בלטה נטייה למגמתיות, למשל ידע שלו בדברים פשוטים (צבע שמיים, חשבון פשוט וכו') (גם כאן הפגין דבר פרדוקסלי: לכאורה לא היה מודע לסיטואציה משפטית והכריז שלא מעניין אותו המשפט ובאותו הזמן באחד הימים אמר לרופא שדין במשפטו נדחה.

בכל השיחות לגבי פרטים האישיים בתולדות חייו הפגין לכאורה חוסר ידע מוחלט לגבי עברו הרחוק, כולל



ילדות, למשל לא זכר כמה כיתות למד ואיפה למד, האם יש לו מקצוע או לא, שוב ושוב בצורה חוזרת על עצמה טען שיש לו 4 שנות לימוד (למעשה סיים בית ספר מקצועי), עבד כפועל או שומר (למעשה במולדובה עבד בתפקיד בקרה ובארץ כמתדלק), לאחר שאלות שכוונו לעברו הרחוק הסב את תשומת ליבו של הרופא שיש לו בעיה בזיכרון ומתסכל אותו שלא יכול לזכור את שמות של בני אחותו. נמנע מלהשתמש במילה "אחיינים" ברוסית ובעברית. ידע שהוא גר בבאר שבע, אבל לא זכר את שם הרחוב ומספר הבית, לא זכר מתי הוא התחתן ובמה עסקה אשתו, בצורה עקשנית חזר על אמירה שהיא בחיים, מחכה לו בבית ומבשלת לו דייסה. לא היה מוכן לקבל הסברי הרופא שאשתו נפטרה וזה הוא שרצח אותה, ברגעים אלו התחיל לכעוס או לפרוץ בבכי ולהתווכח "לא נכון, לא ייתכן".

מצב רוחו לאורך כל אשפוזו היה ירוד, אלא אם כן חל שיפור מסוים לקראת סוף הסתכלותו. הנבדק עצמו לא הזכיר בתלונותיו עצב, תסכול, ערך עצמי פגום או אשמה. בתצפית מהצד נראה מדוכדך, פסיבי, אדיש, בלי חיוך.

בהתחלה התלונן על נדודי שינה שחלפו מיד עם תחילת הטיפול נגד דיכאון. במחלקה נראה ממעט ביצירת קשרים עם המטופלים אך בד בבד ניהל שיחות ערות עם צוות הליווי ונצפה מנהל שיחות טלפון עם המשפחה ובאחת השיחות עם בנו אמר בשקט שלא יכול להרחיב עוד כי "בודקים אותי". לאורך אשפוזו התנהגותו הייתה תקינה, לא נראה הזייתי, מפוחד או בחרדה, אף פעם לא דיבר על רדיפה ולא גילה תכנים של מחשבות שווא, בשיחות איתו חשיבתו הייתה מאורגנת. היה קשוב וממוקד, עם זאת לשאלות רבות נתן תשובות בסגנון "על יד המטרה" או השיב בצורה פרדוקסלית לא מתאימה לרמת השכלתו, ידע כללי, יכולתו הטובה המעשית להתמצאות בכל המובנים במחלקה. נהג להתלונן בפני הרופא שהוא מתעייף ושקשה לו לנהל שיחה ארוכה וביקש לפטור אותו מביצוע משימות.

במהלך ההסתכלות נעשו טסטים פסיכולוגיים חוזרים ואבחון קוגניטיבי חוזר על ידי מרפאה בעיסוק.

התוצאות שיפורטו בהמשך לא הצביעו על שינוי או החמרה מהבדיקות הקודמות לפני שנתיים.

בסיכום של האבחון הפסיכולוגי: "לא ניתן למצוא סימנים של מצב פסיכוטי או של תסמינים העונים על הקריטריונים לאבחנת הפרעה פסיכוטית. בחלוף כשנתיים מהבדיקה הקודמת הפגין תפקוד בעל איכות מפותחת יותר, זאת ללא שקיבל, לפי המידע שבידי, טיפול אנטי פסיכוטי, יתכן והפערים בין הבדיקות מצביעים על רגיעה מסוימת במצבו הנפשי כי עברו שנתיים מאירוע הרצח".

המשך בסיכום האבחון הקוגניטיבי: "מדובר בנבדק עם ירידה ביכולת קוגניטיבית, חוסר ארגון ותכנון, ירידה בזיכרון, חשיבה מופשטת מוגבלת. קיים טווח ריכוז לצורך המשימה, גם קיימת יכולת למידה.

ביטחון עצמי וסף תסכול תקינים".

במסגרת בירור אורגני נבדק על ע"י נוירולוג שהתרשם מקיום מחלת פרקינסון והמליץ על המשך טיפול תרופתי קבוע. עבר CT ראש שפורש כתקין.

מספר פעמים נבדק ע"י רופאים פנימאים בבית חולים "הלל יפה" בשל מחלתו הלבבית הכרונית וטופל בהתאם.



גרסת הנבדק לאירוע: באופן כללי ומתמיד הכחיש את האירוע המיוחס לו וגם כאשר ניסו לשכנע אותו ולהסביר לו שהוא אכן רצח את אשתו צעק שזה לא ייתכן, בלתי אפשרי ושהוא לא מסוגל לעשות מעשה כזה חמור. לדבריו, אשתו בבית ומכינה לו דייסה.

דין: מדובר בגבר בן 68 עצור ומואשם ברצח אשתו בינואר 2014. סיבת ההסתכלות הינה בירור רמת הפגיעה הקוגניטיבית ותפקודו הכללי של הנבדק.

במהלך אשפוזו הארוך של כמעט 4 חודשים עבר בדיקות קליניות מקיפות, כולל שיחות וראיונות פסיכיאטרים בנוכחות צוות רב מקצועי, בדיקה נוירולוגית ו-CT ראש, בדיקת רופא פנימי ובדיקה פסיכוגריאטרית חוזרת.

כמו כן, נערכה השוואה בין תוצאות הבדיקות הפסיכיאטריות, הקוגניטיביות והפסיכולוגיות עם אשפוזו הקודם לפני כשנתיים (פברואר - אפריל 2014).

מחברי חוות הדעת עיינו בדקדקנות במסמכים שהתווספו בין מתן חוות הדעת הקודמת שלהם לבין חוות הדעת של ד"ר פוקס (04.08.2015) - תיעוד פסיכיאטרי (ביקורים מרפאתיים) במב"ן - שב"ס.

בחוות הדעת הפרטית של ד"ר פוקס, הגיע הרופא למסקנה, שהנבדק סובל משיטיון (דמנציה) מזה לפחות 4 שנים ולדעתו, בעת ביצוע מעשיו כבר היה חולה (ליקוי קוגניטיבי משמעותי) ולכן לא היה אחראי לביצוע המעשים בינואר 2014 ולא יכול לעמוד לדין היום.

במהלך ההסתכלות הנוכחית התרשמנו שלא כך הדבר:

א. הנ"ל מתמצא היטב בסביבה ובסיטואציה, מציג יכולת טובה לקלוט אינפורמציה חדשה (למשל, שמות בעלי תפקידים שונים במחלקה) ולהתייחס לאירועים שקורים לו בהווה. במחלקה הוא עצמאי מכל הבחינות, יודע את תמהיל התרופות שלו, ואף הזהיר את הצוות בדבר רגישותו לתרופה מסוימת.

ב. הרופא, הפסיכולוג והמרפאה בעיסוק, שבדקו אותו לפני כשנתיים לא התרשמו מהחמרה נוספת בתפקודים הקוגניטיביים השונים (זיכרון, התמצאות, חשיבה, שפה), ואף ציינו שיפור מסוים בזיכרון לטווח הקצר.

ג. הנ"ל ממשיך לנקוט בעמדה של הכחשה מוחלטת של אירוע רצח אשתו, דוחה בתוקף את כל ניסיונות הרופאים להעמידו מול העובדה שאשתו נרצחה ואיננה בחיים. בכל הקשור לסיטואציה משפטית זו, יש לו לכאורה פגם בזיכרון, כאשר לגבי אירועים אחרים הוא מפגין יכולת טובה יחסית לקלוט אותם ולהתמודד עמם. כאן אנו רואים ליקוי בזיכרון המכונה "אמנזיה סלקטיבית".

ד. הסתייגויות רבות יש לנו גם מאבחון של הנ"ל כלוקה בדמנציה וסובל ממנה כבר 4 שנים. לו היה סובל משיטיון 4 שנים, היינו מצפים לראות היום פגיעה משמעותית ואחידה לא רק בזיכרון לגבי פרטיו האישיים, אלא גם בזיכרון לטווח קצר וארוך יותר, בהתמצאות, בשפה וברמת התפקודים היומיומיים.

בנוסף, שטיון מתאפיין ע"י פגיעה משמעותית יותר של כל הזיכרונות מהתקופה האחרונה ולא דווקא סלקטיבי נקודתי, כפי שהדבר בא לידי ביטוי אצל הנבדק. בד בבד, הזיכרון לטווח הארוך שמור יותר בשיטיון מזיכרונות אחרונים.



להפתעתנו, מר וונטיק הפגין הן באשפוזו הקודם והן בתחילת האשפוז הנוכחי היעדר זיכרונות מחיי האישיים - מתקופת ילדותו ומגיל צעיר (לא זכר כמה כיתות למד, מהו מקצועו ובמה עבד). ליקוי כל כך עמוק בזיכרון במקרה קלאסי של שטיון חייב היה להיות מלווה בפגיעה בתפקודו הכללי, בחוסר יכולת להסתגל לסיטואציה חדשה, בוודאי ובוודאי באי יכולת לקלוט מידע חדש. כאמור, תפקודיו האחרים של הנבדק, כפי שצוינו לעיל, שמורים.

הנ"ל אינו לוקה בשיטיון, "התסמונת שמתאפיינת על ידי פגיעה בלתי הפיכה ביכולת האינטלקטואלית המלווה בירידה בכל תפקודי האישיות וביכולת התפקודית החברתית של החולה". (ע' 150 בפרקים הנבחרים בפסיכיאטריה, 2010).

לאור כל האמור לעיל, אנו מגיעים למסקנה שלנ"ל יש ירידה מסוימת בקוגניציה, שאינה פוגעת ביכולתו להבין סיטואציה חדשה, להתמצא בה ולתפקד בחיים באופן שמאפשר לו להשתתף בדיוני בית המשפט ולעמוד לדין.

סיכום:

הנ"ל אינו לוקה בשיטיון (דמנציה) או בכל מחלה נפשית אחרת במובן המשפטי של המונח.

במצבו הנוכחי יכול לעמוד לדין.

בעת ביצוע מעשיו בינואר 2014 הוא לא היה שרוי במצב פסיכוטי ולא היה לוקה בשיטיון, לכן היה אחראי על מעשיו.

הנ"ל ממשיך לסבול מתופעות של דיכאון הסתגלותי קל, ובגין הפרעה זו הוא זקוק למעקב ולטיפול פסיכיאטרי אמבולטורי במקום בו ימצא.

אין צורך בהמשך אשפוז פסיכיאטרי.

השלמה לחוות דעת ת/42

ביום 6.9.2016 ערך ד"ר ראובברגר השלמה לחוות הדעת, כדלקמן:

"בהתאם להחלטת בית המשפט המחוזי בב"ש מ-05/07/16 התבקשנו להשלים חוו"ד שלנו מתאריך 23/05/2016.

לידינו הועבר סיכום הערכה נירופסיכולוגית של מר וונטיק מיום 12/07/15 אשר חתומה על ידי פסיכולוגית שיקומית אלה הולצמן.

כבוד בית המשפט ביקש התייחסותנו לתוצאות הבדיקה ו"האם במסמכים האלה כדי לשנות את חוות הדעת". עלינו לציין ש:



1. חוות דעתנו מבוססת על ההסתכלות הממושכת (4 חודשים) במהלך אשפוזו של מר וונטיק במחלקה פסיכיאטרית משפטית הנועדת במיוחד למטרות האבחון המשפטי.
2. האשפוז שהיה בין התאריכים 19.1.2016 - 25.1.2016 (תאריך שגוי, י.צ), כלומר היה בשלב מאוחר יותר מבדיקת פסיכולוגית הנ"ל שהיא מיולי 2015. לכן, תיאור מצבו של הנבדק יותר מעודכן בחו"ד שלנו משנת 2016.
3. מסקנותינו בחו"ד הן מסכמות תהליך מורכב ומקיף הרבה יותר מבדיקה נירופסיכולוגית שבידי הפסיכולוגית. למר וונטיק נערכו סידרת בדיקות פסיכולוגיות, קוגניטיביות, תפקודיות הן בידי פסיכולוג מומחה העובד בתחום פסיכיאטריה משפטית והן בידי מרפאה בעיסוק מוסמכת. נוסף על כך, גם רופאים פסיכיאטרים ובין היתר פסיכיאטר מוסמך בפסיכיאטריה לגיל הזקנה ביצעו בדיקות קוגניטיביות תוך התאמתן להתרשמות קלינית ודיווחי הצוות ותצפיות על התנהגותו של הנבדק במחלקה.
4. כפי שצוין בחו"ד שלנו, תוצאות מבחנים קוגניטיביים שאותן העבירה גם הפסיכולוגית למר וונטיק (WAIS COGNISTAS MMES, שעון) היו כמעט זהים לציונים של הפסיכולוגית והצביעו על קיומו של הליקוי בתחומים קוגניטיביים השונים).
5. עם זאת, ראינו ששיתוף פעולה של מר וונטיק עם מבצעי הטסטים היה לא מלא, מגמתי ואפילו עם נטייה להתחמק ולסלף תשובות. הנבדק הפגין היעדר ידע בסיסי לגבי דברים מאד פשוטים (למשל לגבי צבע שמיים, מספר אצבעות על הידיים) או לגבי אינפורמציה אישית (גיל שלו, האם הוא נשוי או לא, מקצועו, השכלתו). דברים הללו במקרי שיטין טיפוסי וברמת MMSE שהתקבל בבדיקת הנבדק במבחנים שמורים אצל חולים. כלומר, חולה שיטיוני עם MMSE=18 עדיין יודע שיש לו 5 אצבעות. נוסף על כך, הנבדק הציג את עצמו כלא מתמצא במתרחש סביבו ולא מודע לתהליך המשפטי המתנהל ועם זאת במספר הזדמנויות שאל ודיבר על ישיבות בית משפט ואפילו על החלטות בעת הדיונים. כמו כן, הוא הפגין ידע לגבי התרופות ואפילו לגבי רגישות לתכשירים מסוימים. הוא גם התמצא היטב במחלקה, זכר שמות ותפקידי אנשי הצוות השונים, זכר היטב שם הרופא ואף ציין שהרופא בדק אותו במהלך אשפוזו הקודם במוסדנו. למרפאה בעיסוק שערכה לו טסטים העיר באקראי שהיא לא מהמחלקה בה הוא מאושפז והיא כנראה בתפקיד בכיר (שזה היה אמת). כלומר, התנהגותו ותגובות של מר וונטיק הצביעו על הפער העצום בין תשובותיו ותוצאות מבחנים קוגניטיביים במפגשים פרונטאליים עמו ותפקודו והתנהגותו במצבים ובסיטואציות הלא-פורמאליות.
- לכן, תוצאות הבדיקות המושגות בתשאול ישיר מוטלות בספק ובחוסר אמינות.
6. שיטיון מאופיין על ידי פגיעה אחידה וטוטאלית בכל מרכיבי אישיותו ותפקודו של החולה. במקרה שזיכרון לטווח הקצר והתמצאות בסיבה פגומים באופן ניכר באותה מידה נפגעים תפקידי ביצוע של היום יום (ADL). במילים אחרות, במקרה ו- MMSE מסתכם ב- 18 מתוך 30 החולה אינו מסוגל לקלוט מידע חדש ובטח ובטח לזכור שמות חדשים ותפקידי אנשי הצוות. עלינו לציין כאן, שמר וונטיק תיפקד היטב, נצמד לל"ז של המחלקה, ידע היכן ומתי אוכלים, מקבלים תרופות, עושה זאת ללא הכוונה של אנשי הצוות. הוא יודע להשתמש בטלפון ציבורי, שמר על הניקיון, התרחץ, התלבש באופן עצמאי לגמרי. דברים הנ"ל הצביעו על אי- התאמה בין תוצאות המבחנים והתנהגותו של הנבדק בשטח.
7. פגיעה בזיכרון במקרה טיפוסי של החולה השיטיוני היא בראש ובראשונה בתחום עכשווי ושל זמן האחרון, כאשר ידע לגבי אירועים בגיל הצעיר והילדות שמורים יחסית. מכאן, אמירה נפוצה לגבי חולי אלצהיימר שהם לכאורה חוזרים לילדות. מר וונטיק הפגין מצב הפוך, לכאורה הוא לא זוכר מה שקרה לו



לפני הרבה שנים (למשל, כמה כיתות למד, מה מקצועו, מצב משפחתי, שרות צבאי, נישואין, מספר ילדים וכד') ודווקא זוכר מה קרה לו אתמול. עצם "הפגיעה" בתחום הזיכרון של הנבדק הוא במידע האישי (PERSONAL INFORMATION) כולל מצב משפחתי, אשתו וילדיו. עלינו לציין, שבמהלך אשפוזו הקודם והנוכחי חלה "הטבה" כאן, הוא החל לכאורה לזכור פרטים אישיים רבים, פרט לתחום ממוקד שכולל ידע לגבי אשתו שלכאורה "נמחק" מזיכרונותיו באופן בררני.

8. תהליך שיטיוני הוא גם בלתי הפיך ומתקדם עם הזמן. כך מצופה שליקוי בזיכרון הולך ומתעמק משנה לשנה אצל חולים. מר וונטיק היה במעקב שלנו בשנת 2014 והייתה לנו הזדמנות להשוות את תוצאות המבחנים הקוגניטיביים דאז עם תוצאות של שנת 2016. להפתעתנו, התרשמנו מהשיפור. דבר שהוא בלתי-אפשרי על פי כל קנה מידה רפואי במקרה של הדמנציה.

9. כן, שיפור בתחום קוגניטיבי אפשרי כאשר מדובר במצב של פסאודו - דמנציה (דמוי שיטיון) אשר יכול להיות קשור לדיכאון וגם בקליניקה פסיכיאטרית משפטית אצל נבדקים המואשמים ברצח.

לכן, אחרי עיון בחוו"ד הפסיכולוגית שהועברה אלינו אנו עומדים ולא משנים את מסקנותינו בחוו"ד הקודמת שלפיה הנ"ל אינו חולה במובן המשפטי של המונח והוא יכול לעמוד לדין."

תקופת ההסתכלות בשער מנשה בין 15.10.2017 עד 25.10.2017

חוות הדעת הפסיכיאטרית לגבי תקופת הסתכלות זו, ת/43, נערכה על ידי ד"ר ראובברגר ביום 7.11.2017.

במסגרת חוות הדעת מפורט החומר הרפואי שעמד בפני ד"ר ראובברגר:

"מסמכים רפואיים: תיק רפואי, המרכז לבריאות הנפש "שער מנשה" מ- 4 אשפוזים להסתכלות בשנים: 2014-2017; בדיקה פסיכיאטרית במסגרת שירות בתי הסוהר, חתומה ע"י ד"ר נמרוד גריסרו, סגן מנהל המרכז לבריאות הנפש באר שבע מימים 16.8.16, 20.12.16, 25.4.17 ו- 11.7.17; סיכום ביקור במרפאה נוירולוגיה/עצבים, מרכז רפואי "סורוקה" חתומה ע"י ד"ר פרקש פטרו, מומחה בנוירולוגיה מיום 16.1.17 ומיום 20.3.17; בדיקה פסיכיאטרית במסגרת שירות בתי הסוהר, חתומה ע"י ד"ר אברהם אירנה, פסיכיאטרית, מיום 22.1.17; בדיקה פסיכיאטרית במסגרת שירות בתי הסוהר, חתומה ע"י ד"ר אברהם אירנה, פסיכיאטרית, מב"ן רמלה מיום 22.3.17; חוות דעת רפואית (גריאטרית) חתומה ע"י ד"ר מדלן פלדשטיין, מומחית ברפואה פנימית ובגריאטריה, מנהלת מרפאה פסיכוגריאטרית ומרפאה לאבחון נוירוקוגניטיבי מיום 11.5.17; בדיקה פסיכיאטרית במסגרת שירות בתי הסוהר, חתומה ע"י ד"ר אפלבאום ג'וליה, מומחית בפסיכיאטריה, מנהלת המחלקה לרפואה פסיכיאטרית דחופה, המרכז לבריאות הנפש באר שבע מיום 20.6.17; סיכום מידע רפואי, שירות בתי הסוהר, בימ"ר אוהלי קידר מיום 15.10.17.

מסמכים משפטיים....

אנמנזה

הנאשם אושפז במחלקתנו בתאריך 15.10.17 לצורך הסתכלות ומתן חוות דעת פסיכיאטרית משלימה ועדכנית. התבקשנו ע"י ביהמ"ש לבדוק את מצבו הנפשי והקוגניטיבי ולהתייחס לחוות דעתה של ד"ר מדלן



פלדשטיין, רופאה מומחית בגריאטריה וברפואה פנימית. חוות דעתה מיום 11.5.17 מבוססת על בדיקה שערכה ד"ר פלדשטיין (לנאשם) בתאריך 13.3.17 בבית המעצר. בעניין זה עלינו לציין כבר כאן, שלרופאה אין מומחיות בתחום הפסיכיאטריה ואין לה כל הסמכה בפסיכיאטריה משפטית.

ההסתכלות הנוכחית במוסדנו היא למעשה השלישית, ובעבר, בשנים 2014 ו- 2016 ניתנו שתי חוות דעת וכן חוות דעת משלימות, האחרונה בתאריך 6.9.16. כל חוות הדעת התבססו על אשפוזים ממושכים בבית חולים פסיכיאטרי של 4 ושל 6 חודשים ומעלה. בכל ההסתכלויות והאשפוזים רופאיו וכן מחבר חוות הדעת הנוכחית הגיעו למסקנות ש(הנאשם) אינו סובל מהפרעה נפשית, אשר עונה להגדרה של מחלת נפש במובן המשפטי של המונח.

אשפוז נוכחי

תולדות חיים: ראו חוות דעת קודמות

לאחר שחרורו האחרון ממוסדנו בשנת 2016 (5.5.16) הוחזר כעצור לכלא אוהלי קידר. מסיכום מידע רפואי של שב"ס עולה כי (הנאשם) המשיך לקחת טיפול נגד דיכאון, מחלת פרקינסון, יתר לחץ דם וסוכרת. הוא אובחן ע"י הרופאים כלוקה סוכרת, הפרעות בקצב הלב, יתר לחץ דם וסחרחורות. במהלך השנים 2015-2017 היה במעקב נוירולוגי, נבדק ב- 16.1.17 וב- 20.3.17, אובחן כסובל מ- SENILE TREMOR (תסמונת רעד אצל זקנים). לציין שלא אובחן כחולה פרקינסון ע"י מומחה בנוירולוגיה. ביום 20.12.16 במרפאת שב"ס הוצג בפני הפסיכיאטר ד"ר גריסרו, אשר מאבחן פגיעה קוגניטיבית חמורה, אך מעלה גם אפשרות של דמוי-שיטיון (פסאודו-דמנציה). הרופא ממליץ על המשך הטיפול נגד דיכאון. בביקורים נוספים (22.1.17, 22.3.17, 25.4.17, 10.6.17, 11.7.17) מאבחן אותו הפסיכיאטר כחולה שטיוני. בין היתר הרופא מציין שלא עולים תכנים דיכאוניים (למשל, במכתב מ- 22.3.17) ובכל זאת ממשיך טיפול אנטי-דיכאוני ואף מוסיף תכשיר נוסף (MIRO) נגד דיכאון.

אבחנות בקבלה...

סטטוס פסיכיאטרי: הסתכלות במחלקה

שהה במחלקה עשרה ימים. כאשר הגיע זיהה מיד חלק מאנשי הצוות ומאושפזים אותם הכיר באשפוזיו הקודמים. התאקלם והסתגל יפה. לאחר הסבר הבין היכן חדרו, מיטתו, חדר האוכל ומקומם של שאר מתקני המחלקה. לאורך כל אשפוזו התמצא היטב, שמר על היגיינה אישית וסביבתית, ידע את שעות חלוקת התרופות וזמני האוכל. ידע למי לפנות עם בקשות שונות. כמו כן, היה בקיא בהרכב התרופות שהוא נוטל וכאשר נוצר מחסור בתרופה קסטרל, שהינה תרופה לבעיות בבלוטת הערמונית, התריע מיד והתלונן בפני הרופא שללא תרופה זו יש לו הרגשת שריפה בעת הטלת שתן וצורך לגשת לשירותים לעיתים תכופות יותר. בשיחות עם הרופאים לגבי מצבו הגופני התברר שהוא מודע לפרטים השונים של הטיפול ושל אבחנותיו הגופניות, ידע את שם הרופא המטפל שלו בקופת החולים בסניף באר שבע ואף ביקש לפנות אליו, כאשר נוצרה בעיה עם התרופות. התלונן על רעד, בעיקר בידו השמאלית והסביר שבבית החולים דואגים לו טוב יותר לאוכל, לעזרה, למשל, קשה לו להכין לעצמו תה וכאן הוא מקבל תה מוכן. בבית החולים הוא מקבל אוכל מרוסק וחלבי יותר, שמקל עליו את הלעיסה.



בהשוואה לתנאי הכלא ציין שבית החולים מתאים לו יותר, אבל את ההחלטה סופית לגבי מקום הימצאותו השאיר בידי הרופא: "תחליטו שאני אשאר בבית חולים, אני אשאר פה במחלקה, ואם תשלחו אותי לכלא, אני אשאר בכלא- תעשו מה שאתם רוצים וחושבים לנכון".

לפי הסתכלות הצוות במחלקה היה אדיש, פסיבי, מעט מדוכדך, לא פיתח קשרים עם מאושפזים אחרים, צפה בטלוויזיה רק לעיתים רחוקות ולא גילה עניין רב במתרחש סביבו. ביצע את כל הוראות הצוות ללא דופי. הצוות הסיעודי סיכם את רמת תפקודיו בתחום הסיעודי כתקינים בהחלט: השכמה ומעבר משכיבה לעמידה - תקין ועצמאי, מתלבש בסדר הנכון באופן עצמאי מלא, מקלחות- עצמאי, אכילה- עצמאי. (הנאשם) התלונן מספר פעמים על "בריחת פיפי", כאשר לא הספיק להגיע לשירותים. במחלקה לא היה מחותל, השתמש בשירותים הצמודים לחדרו באופן עצמאי לחלוטין וידע לנקות את איבריו המוצנעים באופן עצמאי, ללא תזכורת של הצוות. שליטה בסוגרים - מלאה. הליכתו היא איטית על הבסיס המורחב של הרגליים, לא תמיד יציבה, משתמש במקל הליכה. התנייד במחלקה באופן חופשי וללא נפילות. נצפה רעד גס בידיים שעוצמתו עולה בעת ההתרגשות ובזמן מאמצים וביצוע משימות כולל טסטים קוגניטיביים. יש לציין שהנבדק הפגין מודעות וידע לגבי הטיפול ותמהיל התרופות אותן לוקח יום-יום. בתקופה שהייתה חסרה תרופה לטיפול בבעיות האורולוגיות שלו מספר פעמים ניגש לאנשי הצוות, פנה לרופאים ואף הזכיר לרופא: " עדיין לא מקבל את התרופה, לא ישן טוב, שורף לי ואני עושה הרבה פיפי בלילה".

להלן ממצאי הבדיקה:

בהשוואה לאשפוזיו הקודמים, רמת שיתוף הפעולה בעת הסתכלותו הנוכחית הייתה הרבה יותר טובה, עם זאת, היא לא הייתה אחידה, וברגעים מסוימים, בעיקר כאשר נושא הדיון, או השאלות נגעו לסיטואציה המשפטית, רמת שיתוף הפעולה ירדה עד כדי כך שסירב לענות והסתפק במתן תשובות סטראוטיפיות בנוסח: "אני לא יודע", "אל תשאלו אותי, אני לא יודע".

התמצאותו הייתה תקינה לחלוטין, ידע היטב את שם בית החולים, שם המחלקה ושמו של הרופא שבדק אותו באשפוזים הקודמים. ידע את התאריך. הזכיר שהגיע מהכלא ואף זכר את שמו של בית הכלא. עם זאת, לא ידע את הסיבה להסתכלות ומי שלח אותו. באופן כללי הסביר שאנו כאן אמורים להחליט היכן הוא ימשיך את שהותו. מבחינה זו לא אכפת לו והוא מסכים לכל מקום. הפעם העביר את פרטי תולדות חייו במלואם, זוכר באיזה גיל התחתן, היכן עבד, מתי עלה ארצה. בשיחה הראשונה אמר שאינו זוכר את אחיו ואת אחותו, בהמשך ציין את שמותיהם והדגיש שאינו רוצה לדעת על אחיו, מכיוון שכבר שנים יחסיו עמו במשבר. לגבי אחותו אמר שקודם לכן היא התעניינה בו רבות, אך היום מרוב עומס במשפחתה, היא כמעט ולא מבקרת אותו ולא יוצרת עמו קשר טלפוני.

זכר דברים רבים, אך סירב להתייחס לשאלות לגבי אשתו ולהכיר בעובדה שהיא נרצחה על ידו. דבק בגרסתו, אותה השמיע באשפוזיו הקודמים, שאשתו בחיים ומתארכת אצל קרובי משפחה במולדובה. לא הועילו הסברי הרופא לגבי הסיטואציה המשפטית שלו, סירב לקבל אותה, שוב ושוב חזר על טענתו שהוא אינו אדם אלים ולא מסוגל להרוג אפילו זבוב.

שלל הפרעות בתפיסה. פרט לנושא המשפטי, הסבריו בשאר התחומים היו הגיוניים, עקביים והוא לא השמיע דברים מוזרים, כגון תכני מחשבות שווא כלשהם. מצב רוחו היה מעט ירוד, נראה מדוכדך, היה פסיבי ולא יוזם במהלך השיחות.



בדיקה קוגניטיבית ע"י הרופא: התמצאות תקינה. שליטה בשפה הרוסית טובה. אוצר המילים והידע הכללי בהתאם להשכלתו (לימודי בי"ס תיכון במגמה מקצועית). חשיבתו לרוב קונקרטי, אך שמורה לו היכולת לחשיבה מופשטת. למעשה, רמתו השכלית המקורית היא בגדר הנמוך של הנורמה. פירש פתגמים פשוטים. מצא הבדלים במושגים מופשטים. לציין שכאשר נכשל בביצוע משימות מסוימות הביע אכזבה וסירב להתאמץ ולמצוא פתרון ראוי.

מתוך שלוש מילים זכר שתיים כעבור חמש דקות. תרגיל חיסור סריאלי לא השלים עקב סירובו כאשר נתקבל בטעות שנייה. ציור של שעון - הצליח למקם את המספרים בצורה מדויקת, צייר שני מחוגים בגדלים שונים בהתאם למקובל, אך מיקם אותם הפוך - לשעה 10:50 במקום 11:10. העתקה לקויה באופן קל. ביצע משימות פשוטות ומורכבות (לקחת דף, לקפל לשניים, לשים על הברכיים) - תקין אם כי איטי. מודע למצבו הגופני והנפשי. טוען שסובל מהיחלשות הזיכרון וקשה לו להבין מה מדברים סביבו. נוטה להגזים בתלונותיו. MMSE=21/30 (ציין נמוך מהצפוי בשל סירובו לסיים תרגיל חיסור סריאלי).

בעת השיחות נשאל לגבי בעלי תפקידים שונים והפגין ידע טוב ושלם לגבי רופאים, שוטרים, מהנדסים. למשל, סיפר שאחד מבניו עובד בתפקיד בכיר ב"בזק" ואחראי על תיקונים, אך לא מבצע אותם במו ידיו, אלא צופה בשרטוטים ומצביע על השרטוט לפועלים אחרים מה עליהם לעשות. באופן מפתיע לא יודע מיהו שופט ומה תפקידו, לא זוכר האם יש לו עו"ד ומה מתרחש בעולם המשפט. בד בבד בקיא בפרטי הטיפול, הרופאים המטפלים בו ולאיזה מטרות מקבל תרופות אלה ואחרות. יודע להבדיל בין בעלי תפקידים שונים בתוך המחלקה. מתברר שהוא יודע גם תוצאות של משחקי כדורגל, בעיקר לגבי קבוצה אותה הוא אוהד.

נראה לנו שזיכרונותיו פגומים באופן מאד סלקטיבי, כל מה שקשור לסיטואציה המשפטית, כאילו נמחק מזיכרונו לחלוטין.

בבדיקת השיפוט: ידע כיצד להתנהג בסיטואציות חברתיות כגון: הושטת יד לילד ההולך לבדו על שפת הבריכה, סגירת הברז הראשי בדירה בעת דליפת מים. ידע היטב מה עושים בעלי תפקידים שונים, למשל, רופאים מטפלים, מורים מלמדים וכדומה. עם זאת, לא ידע במפתיע מהו תפקידו של שופט ושל עו"ד. כעבור דקה "נזכר" ותרגם את המילה שופט לרומנית, אך אמר שאין לו מושג לגבי תפקידו. כמו כן, הוא "לא יודע מי יושב מאחורי סורג ובריו בבית כלא" הוסיף מיוזמתו, שבבית הסוהר הוצב על ההנהלה "עוזר" מאחד האסירים המסייע לו להכין תה או לקחת צלחת משום שקשה לו להתמודד עם הרעד בידים. זוכר את שמו של "העוזר". שוב, הנבדק לא יודע מה "העוזר" עושה בכלא.

כאשר נשאל לגבי מצב רוחו ענה שמצב הרוח "ככה - ככה". אין לו חשק ואין לו רצון. "מה שאתם אומרים אני אעשה". הוא לכאורה אדיש לגורלו ומוסיף: "מה שתחליטו שם אני אהיה - תחליטו שאשאר בבית החולים אני אשאר תחליטו לבית הכלא - אני אלך". כאשר נשאל האם הוא בריא או חולה ענה שהוא חולה, יש לו לחץ דם, סוכר, רועדות לו הידיים, חולשה ברגליים... "אני לא רואה טוב", והמשך בדיקה תפקודית וקוגניטיבית ע"י מרפאה בעיסוק נערך אבחון LOTCA.

הבודקת מציינת שלרוב שיתף פעולה, אך כאשר התקשה בביצוע משימות מסוימות סירב להמשיכן. הרבה להתלונן על עייפות והעלה תירוצים כדי להפסיק את ביצוע המבחנים. המאבחנת מציינת גם סף גירוי נמוך.

אין לו הגבלה מוטורית והוא ביצע כמעט את כל ההוראות. היו טעויות בביצוע משימות חיקוי מורכבות. מציינת גם ליקויים בתחום קלסיפיקציה וקטגוריזציה.



זיכרון וחשובים - תקין לחלוטין. ציור שעון - ליקוי קל.

בסיכום: המרפאה בעיסוק מציינת שתוצאות המבחנים העכשוויים שונות ממה שהיה באבחונים בעבר, למשל, יכולת ההתמצאות בעבר הייתה לקויה. על תוצאות הבדיקה השפיעה רמת שיתוף הפעולה המשתנה במהלך הביצוע, כאשר בשל רמת התסכול שלו הוא הפסיק ביצוע ולא התאמץ לאחר טעות ראשונה.

גרסת הנבדק לאירוע

מסרב להביע את דעתו בעניין רצח אשתו, לטענותיו עדיין בחיים ומתארכת אצל בני המשפחה במולדובה. מכחיש בתוקף את מעשיו כאשר הוסבר לו פעם אחרי פעם שהוא רצח את אשתו ואומר להגנתו שהוא "איש שקט ולא יכול להרוג אפילו זבוב".

דין:

מדובר בגבר כיום בן 69, אשר אושפז במוסדנו זו הפעם השלישית לצורך הסתכלות ומתן חו"ד. הנ"ל מואשם ברצח אשתו בינואר 2014. לא הייתה היסטוריה פסיכיאטרית קודמת, במשך שנים טופל אמבולטורית על ידי תרופות נגד דיכאון עקב תופעות ההסתגלות. כמו כן נהג להשתמש במשקאות חריפים כאמצעי להקלת מצוקתו הנפשית. מזה מספר שנים סובל ממחלת פרקינסון. מיד לאחר הרצח שחזר לעיני החוקרים כיצד רצח את רעייתו וסיפק הסברים הגיוניים לגבי המניע למעשה. כעבור 3-4 ימים חל שינוי דרסטי במצב הזיכרון שלו, הוא החל להפגין חוסר ידע מוחלט לגבי כל הסיטואציה המשפטית. בנוסף הפסיק להתמצא בסביבה, בזמן ובפרטים האישיים שלו עד כדי כך שענה שאינו יודע את גילו, לא זוכר היכן אשתו, מה שמות ילדיו, היכן הם גרים וכדומה. הדגים ליקוי בזיכרון לרוב הטווחים, כולל זיכרון מידי, למשל, לא היה מסוגל לחזור על שם הרופא שנאמר לו מספר פעמים. במחלקה, למרות הליקוי הכה "עמוק" בתפקודים קוגניטיביים רבים, ידע להסתדר היטב, בפועל התמצא בסביבה, זכר איפה חדרו והיכן חדר האוכל במחלקה, צפה בטלוויזיה וניהל שיחות טלפוניות. הפערים הנפוצים בין הכרזותיו וטענותיו לבין התנהגותו בפועל בהסתכלות הצוות, הובילו אותנו למסקנה שמדובר במצב דמוי-שיטין (הפרעה דיסוציאטיבית) על רקע אירוע טראומתי (רצח אשתו), אותו הוא ניסה להכחיש באופן מודע ולא מודע, ודיכאון ממושך ממנו סבל שנים. הגענו למסקנה שהנ"ל אינו סובל ממחלת נפש ובפרט משיטין והוא אחראי על מעשיו. עם זאת, בשל מצבו הדיכאוני והדיסוציאטיבי בעת ההסתכלות הראשונה, ראינו שזמנית הוא לא יכול לעמוד לדין וזקוק לטיפול בתנאי אשפוז בטרם יחזור לערכאות משפטיות. באוגוסט 2014 נבדק על ידי הועדה הפסיכיאטרית, אשר לאור השיפור במצבו החליטה לשחררו ולהחזירו לגורם חוקי. בשנת 2016 הופנה להסתכלות נוספת על ידי בית המשפט, וזאת לאחר שהוגשה חו"ד פרטית של ד"ר פוקס ביום 4/08/15, לפיה הנבדק לוקה שנים בשיטין מתקדם המונע ממנו יכולת לעמוד לדין ולשאת באחריות על הרצח.

במהלך הסתכלותו השנייה מ- 19.01.16 ועד 05.05.16 הגענו למסקנות זהות לאלו שבחו"ד הקודמת שלנו בשנת 2014.

בחודש מאי 2017 הוגשה לבית המשפט חו"ד פרטית נוספת של ד"ר פלדשטיין, רופאה מומחית בגריאטריה וברפואה פנימית וללא שום הכשרה בפסיכיאטריה משפטית, אשר על סמך בדיקתה החד פעמית בכלא הגיעה למסקנה שהנ"ל סובל מהפרעות קוגניטיביות רבות כולל שיטין, דליריום, אנצפלופתיה הקשורות לשימוש ממושך באלכוהול ותסמונת קורסקוב: האבחנות הנוספות שמציינת הרופאה הן: קיהין על רקע וסקולארי,



קיהיון על רקע פרקינסון, פסאודו - דמנציה, דיכאון, שינויים מטבוליים ו"טוקסיים". הדוקטור גם מכניסה אבחנות גופניות רבות לסיכום חווה"ד. הרופאה קובעת שבשל ליקויים קוגניטיביים חמורים הנבדק אינו מסוגל לעמוד לדין. היא גם קובעת שבעת ביצוע מעשיו היה במצב של דליריום וזאת על סמך שתייה מרובה של אלכוהול באותו יום. לאחר הגשת חווה"ד החליט בית המשפט ביום 13/8/17 על אשפוז והסתכלות נוספת.

התבקשו על ידי בית המשפט להתייחס לחווה"ד של ד"ר פלדשטיין ולתיעוד הרפואי של שב"ס המעיד על "החמרה במצבו הגופני והנפשי של הנבדק".

בעת שהותו בכלא נבדק מספר פעמים על ידי נוירולוג, אבחנת פרקינסון לא צוינה ואילו האבחנה היא רעד סנילי בלבד. למעשה החולה לא מטופל על ידי תכשירים המיועדים לטיפול בפרקינסון, הדבר חמק מעיניה של הגריאטרית ד"ר פלדשטיין. כמו כן, מר וונטיק נבדק מספר פעמים (מסוף דצמבר 2016) על ידי פסיכיאטרים, שתחילה התלבטו בין האבחנות של שיטין או דמוי-שיטין, ולבסוף הגיעו למסקנה שמדובר בפגיעה קוגניטיבית חמורה - דמנציה. עם זאת, הטיפול שנתנו הרופאים היה נגד דיכאון בלבד בלי לתאר תמונה של תסמונת דיכאונית.

יש לציין שבתאריך 22/2/16 בוצעה בדיקת CT מוח שלא הדגימה סימני אטרופיה מוחית כלשהי.

בעת ההסתכלות הנוכחית של הנבדק למשך כל ימי אשפוזו התנהגותו היתה לגמרי תקינה. התמצא היטב במחלקה, לא הפגין סימני "בלבול", ידע למי לפנות עם בקשות שלו, היה עצמאי בכל פעילויות כולל אלו שמוגדרות מתחת לכותרת ADL (השכמה, מעברים, לבוש, רחיצה אכילה), התמצא היטב בזמן ובמקום, אפילו ידע תאריך, למד שמות אנשי צוות וזיהה את הרופא אשר הכיר אותו מאשפוזים הקודמים. היה מודע למצבו הגופני ולטפולים, התריע בפני הרופא כאשר היה חוסר לו כדור אחד מן התרופות והסביר למה. אכל ושתה טוב. עם זאת נראה היה אדיש, פסיבי, לא מגלה יוזמה ולא מתעניין הרבה במה שקורה סביבו, מעדיף להיות בחדרו ולשכב במיטתו. בכל זאת בשעות יום שהה עם שאר המאושפזים בריפוי בעיסוק, בחדר קבוצות או בחצר המחלקה.

בשיחות עמו שנערכו באופן חופשי ולא מובנה שיתף פעולה בצורה סבירה, העביר פרטי תולדות חייו, ענה נכון לרוב השאלות, זכר.

סיכום:

1. הנ"ל אינו חולה נפש במובן המשפטי.

2. במצבו הנוכחי יכול לעמוד לדין.

הערות:

הנ"ל אינו זקוק לאשפוז פסיכיאטרי אלא בהמשך המעקב והטיפול האמבולטורי במסגרת שב"ס."

חוות הדעת שניתנו על ידי ד"ר פלדשטיין

חוות הדעת הראשונה מיום 11.5.2017 (נ/1).

בחוות הדעת מוגדרים פרטי השכלה וניסיון מקצועי של המומחית, כדלקמן:

יועצת ארצית "כללית מושלם"; רופאה מומחית מטעם בית המשפט בתחומי נזיקין ופלייל; פוסקת רפואית בוועדות עליונות לעררים בביטוח לאומי - נכות כללית, נפגעי עבודה, שר"מ - גריאטרי פסיכיאטרי; מומחית ברפואה פנימית; מומחית בגריאטריה; יועצת פסיכוגריאטרית יועצת ברפואה פנימית וגריאטריה מחוז תל אביב; מנהלת מרפאה פסיכוגריאטרי מחוז ת"א, מרפאה לאבחון נוירוקוגניטיבי.

זו לשון חוות הדעת:

"בהתאם להחלטת בית משפט השלום ובתוקף תפקידי בדקתי את (הנאשם) בתאריך 13.3.2017 ... הבדיקה נערכה משעה 13:00 ועד השעה 15:00

חוות דעתי מבוססת על בדיקה קלינית שביצעתי ועיון במסמכים הרפואיים כדלקמן:

בעניין זה פורטו הפרוטוקולים בבתי משפט השלום והמחוזי, ובכללם פרוטוקול מבית משפט השלום מיום 10.7.2012; כתב האישום שהוגש בבית המשפט המחוזי; דוח על מעצר ממשטרת ישראל מיום 31.1.2014; הודעת חשוד משטרת ישראל מיום 1.2.2014; דוח קצין ממונה/ קצין משטרה פקד ענת דמרי מיום 1.2.2014; פרוטוקול חקירה מיום 2.2.2014; הודעת חשוד משטרת ישראל מיום 4.3.2014; בקשה להסתכלות מד"ר מ. דוברוסין, פסיכיאטר מחוזי לבימ"ש השלום ב"ש מיום 3.2.2014; מכתב מד"ר מ. דוברוסין, פסיכיאטר מחוזי מחוז דרום לחדר מיון פסיכיאטרי 2 "שער מנשה" מיום 16.2.2014; קרקדס, המרכז לבריאות הנפש "שער מנשה" לתקופה 16.2.2014 - 17.8.2014; חו"ד מד"ר בוריס ראובברג וד"ר זברסקי אלנה המרכז לבריאות הנפש "שער מנשה", מיום 24.4.14; טופס הפניה לוועדה פסיכיאטרית מחוזית מד"ר ראובברג בוריס מיום 16.7.14; פרוטוקול וועדה פסיכיאטרית מחוזית המרכז לבריאות הנפש "שער מנשה" מיום 21.7.14; חוות דעת משלימה, המרכז לבריאות הנפש "שער מנשה" מד"ר ראובברג בוריס וד"ר זברסקי אלנה מיום 19.10.14; חו"ד פסיכיאטרית מד"ר פוקס מנדל פסיכיאטר מומחה מיום 4.8.15; חוות דעת פסיכיאטרית מד"ר בוריס ראובברג המרכז לבריאות הנפש "שער מנשה" מיום 23.5.16; השלמה לחוות דעת מד"ר בוריס ראובברג המרכז לבריאות הנפש "שער מנשה" מיום 6.9.16;

"נתבקשתי לחוות דעת לעניין אחריותו ומעשיו בעת ביצוע העבירות וכשירותו לעמוד בפני דין.

רקע:

בן 69, יליד ברית המועצות. משנת 1980 מתגורר בארץ, אב לשני ילדים. בעל השכלה של 12 שנות לימוד. עבד בתחנת דלק, דובר 3 שפות, שפת האם יידיש ורוסית. זכאי לנכות כללית בגין מחלת פרקינסון. שנים רבות, התקיים מהבטחת הכנסה מביטוח לאומי.



ברקע: קיהיון (שטיון), ירידה בשמיעה, יתר לחץ דם, מחלת פרקינסון, דיכאון, סכרת, בעיות אורתופדיות, סחרחורת כרונית, ירידה בראייה, עודף משקל, יתר שומנים בדם, שימוש במהלך שנים במשקאות חריפים.

בדיקה:

הביקור בוצע בכלא, הופעה מרושלת, מוזנח, נודף ריח שתן, איטי ומופנם, עונה לשאלות באופן חלקי ביותר, משתף פעולה באופן חלקי וירוד. כמעט לא ניתן לנהל שיחה קוהרנטית, נראה יותר מבוגר מגילו. דלדול שרירים בולט כללי, נראה כסובל. קשקשת, מפושטת על פני העור. רעד מאוד בולט בידיו, פנים של פרקינסון פייס, נייד עם אביזר עזר (מקל) הליכתו אינה יציבה, מהוססת. אינו מבין את מטרת הביקור שלי. אינו עונה לעניין, עונה לשאלות בצורה מאוד פורמלית ולאקונית, חוזר לאותו משפט "אני לא מבין". אפקט מצומצם ושטוח. אינו מבין את הסמכויות ואת ההאשמות נגדו. לשאלה: "כמה זמן אתה נמצא פה?" ענה: "נמצא פה חודשיים". לשאלה: "איפה אתה נמצא?" ענה: "נמצא בבית חולים". ברגע שאמרתי לו: "אתה נמצא בכלא ומה הסיבה שאתה נמצא בכלא?" טען שהסיבה שנמצא בבית חולים היא שבבית עושים שיפוצים". לשאלה "מה הסטטוס המשפחתי שלך?" ענה לי "אני נשוי לרעיה. היא נסעה לארה"ב לקרובי משפחה כי בבית עושים שיפוץ". כעבור שעה של הבדיקה שוב חזרתי לאותה שאלה: מה הסטטוס המשפחתי? איך קוראים לאשתו והיכן היא? ענה: שבגלל שהבית שלהם נשרף היא נמצאת עכשיו אצל קרובי משפחה. הוא ידע את רק שם של הילד הבכור. הוא לא זכר את שם הילד הנוסף. ולא ידע לומר גילאים ומועדי ימי הולדת במדויק של ילדיו.

בבדיקה קוגניטיבית:

ירידה בזיכרון לטווח קצר במידה רבה מאוד, זיכרון מושהה ובינוני לקוי מאוד.

קיימת התמצאות לקויה בזמן.

התמצאות במקום לקויה לגמרי: לא ידע שנמצא בכלא - "אני בבית חולים".

התמצאות לקויה בסיטואציה- לגמרי לא הבין מי אני ומה אני עושה אצלו. מספר פעמים הצגתי את עצמי ובתום הביקור, שארך שעתיים, לא ידע מי אני. כמו כן, לא זכר את שם העו"ד שמייצג אותו.

• טסט שעון לקוי 5/10

• ארגון חזותי ותפיסה מרחבית לקויים לגמרי

• כושר שיפוט ותובנה לקויים לגמרי

• הבנת מצבו הרפואי לקויה, אך חלק מהדברים ידע (למשל חלק מהתרופות). אך לא ידע מה ערכי הסוכר בשעות הבוקר ורשימה סדורה של הטיפול התרופתי שנוטל באופן קבוע.

• העתקה לקויה

• תפקודים מוחים גבוהים לקויים לגמרי: כגון פתרון בעיות, תכנון, יכולת לנהל משק בית וכספים.

שפה מאוד דלה, בונה משפטים מאוד קצרים ופשוטים, דיבורו לא מאורגן: הפקת מילים שלילית ומציאת מילים ירודים. עובר משפה רוסית לידיש בלי לשים לב. התנהגות עם איבוד ושינוי משמעותי באישיות ואיבוד



יכולות סוציאליות.

שינוי אישיותי מתבטא בפסיביות ואדישות מדי.

התנהגות בלתי מתאימה לסיטואציה. ללא הפעלת רגש. ללא מדולציות בקול. הבעת פנים מתאימה לפרקינסון מתקדם.

מובחנת ירידה ביוזמה, נטייה להסתגרות חברתית, רוב הזמן במיטה, כמעט כבר לא מסוגל ללכת בשל מצבו הרפואי וחלה ירידה מאוד חדה ביכולת הניידות. אפקט שטוח מאוד.

אינו מודע למעשיו ולמעשה מכחיש אותם באופן מוחלט.

התנהגות אינה הולמת (לא שומר על היגיינה אישית, נראה מוזנח מדיף, ריח שתן) לרוב החולה ממעט בדיבור כמעט ללא שיחה קוהרנטית, עובר משפה לשפה.

מפגין התנהגות בלתי מתאימה.

נוטה להזניח, מתלבש ברישול ואיבד את כל קשריו עם החברה, לא מזהה אנשים (לא ידע על קיומו של עו"ד שמייצג אותו) ולא זכר שנבדק על ידי כמה רופאים והיה מאושפז לצורך אבחון מקיף במהלך מס' חודשים), לא זכר גילאים של ילדיו ואחיו. מהתרופות שנוטל זכר רק שם של אחד מהם GLUCOPHAGE שאר התרופות לא ידע ולא זכר.

בבדיקה קוגניטיבית מקיפה חסרים תפקודים מוחיים גבוהים, תפקודים ניהוליים, תפקוד אקסקיוטיבי. קשב וריכוז לקוי לגמרי. תפקודי תכנון לקוי לגמרי.

תפקודים: IADL - זקוק לעזרת הזולת בכל פעולה בשל מצבו הרפואי והתפקודי.

ADL : הליכה מהססת, טסט קום ולך ביצע בקושי לקח כמעט 25 שניות (נורמה עד 10, מעיד על חוסר יכולת ללכת וחוסר יציבות), נעזר במקל הליכה ותמיכה. כמו כן זקוק לעזרה בקימה בשל סחרחורת כרונית, עיוורון ורעד כתוצאה מהפרקינסון.

הלבשה - זקוק לעזרת הזולת ודרבון.

רחצה - זקוק לדרבון, השגחה ועזרה פעילה בשל חוסר הבנה לשמור על טיפול אישי ומצב תפקודי ירוד.

אכילה - עצמאי, אך זקוק לעזרה בחימום והגשת אוכל, אזכור וסידור בנטילת טיפול בכדורים.

הפרשות - אי שליטה על סוגר השתן פונקציונלי מפני שלא מספיק להגיע לשירותים. נדף ריח שתן ממנו. היגיינה אישית אינה אפקטיבית,

תפקוד אקסקיוטיבי לקוי מאוד, ביצעתי שני מבחנים:

1. DIGIT SYMBOL TEST

2. FIST EDGE PALM TEST

עמוד 40



על המבחנים העידו

Inability to conceptualize all facets of an activity and translate that into appropriate and effective behavior

הפשטה ופתרון בעיות- פגומים.

תפקודי שפה ותפיסה לקויים- שליפת מילים ומציאת מילים לקויה. אינו במצב פסיכוטי, הינו בדיכאון מינורי ולא מג'ורי, ללא מחשבות על אובדנות.

חשבון- כמעט לקוי. טסט מינימנטל- 13/30. מבחן מוקה- 10/30.

כושר שיפוט לקוי לגמרי. לשאלה: "מה תעשה אם בבית פורצת שריפה?" לא ענה. לא ידע איך להגיב. לשאלה: "אם נגיד אתה רואה שילד בן חמש רוצה לחצות כביש מה תעשה?" ענה: "אני אלך אחריו כי אני לא הולך לבד".

לפירוש הפתגם: "אם אין אני לי מי לי" - לא ידע לפרש אותו בשום שפה.

לסיכום: לאחר בדיקה קלינית מקיפה שביצעתי, עיון בכל חוות הדעת הפסיכיאטריות ומסמכים מאשפוז התרשמתי כי מדובר בקיהין מסוג דמנציה כתוצאה ממחלת פרקינסון משולבת עם מספר סיבות נוספות כגון:

1. תהליך מטבולי טוקסי אטיליזם כתוצאה משתיית משקאות חריפים במהלך שנים רבות.

2. תהליך דמנטי וסקולרי.

3. תהליך דמנטי ראשוני נוירודגנרטיבי- אלצהיימר.

4. דיכוי תחושות כתוצאה מירידה בשמיעה וראייה.

5. תהליך דיכאוני (פסאודו דמנציה).

6. פגיעה מוטורית קשה שגם תורמת לירידה הקוגניטיבית (motor-cognitive index)

כתוצאה מכך פיתח תסמונת אורגנית מוחית. בנוסף סובל ממחלות כרוניות קשות אשר מקצרות ומקטינות את חייו כגון: סכרת, ל"ד, דסליפידמיה, עודף משקל ומחלת פרקינסון. כרגע מטופל תמיכתי בלבד לאור מצבו הרפואי, לא יעמוד לטיפול פולשני יותר.

על פי תוצאות של CT אטרופיה מוחית אורגנית אטרופיה מוחית מרכזית והיקפית.

הסיבה העיקרית למצבו היא הקיהין כתוצאה ממחלת פרקינסון אשר תומך בכך ממצאים הקוגניטיביים כגון ירידה בקשב וריכוז, פגיעה בתפקוד אקסקיזיטבי, פגיעה בארגון חזותי ותפיסה מרחבית ואגנוזיה (ירידה בזיכרון דרבלי) וגם ממצאים התנהגותיים שתומכים בפרקינסון כגון: אפטיה, שינויים במצב רוח, דיכאון, ישנוניות יתר (באופן קיצוני), ברדיקינזיה (קשיים ואיטיות בניידות ורעד). סובל ממחלת פרקינסון במהלך שנים רבות. המבחנים הקוגניטיביים יותר מתאימים לאבחון לחולה מסוג זה - זה ביצוע טסט מוקה. אך גם במבחן



קוגניטיב שמשקף יותר יכולת התבטאות שפה, Calculations , Construction reasoning נמצאו ליקויים בכל פרמטרים. יש לא ניתן להתבסס על מבחן מינימנטל כי זה מבחן סקר בלבד (כלומר הטסט נותן אינדיקציה שקיימים ליקויים קוגניטיביים בלבד). בחוות הדעת הפסיכיאטרי שעניתי מייחסים ערך רב למיני מנטל.

המטופל סובל מקהיון שמורכב ממספר סיבות. אינני מסכימה עם הערכה שנעשתה במהלך אשפוזו. היא לא מלאה ולא משקפת את המציאות. אין בחוות הדעת שום התייחסות למחלת פרקינסון. אין התייחסות למחלות כרוניות סומטיות כגון סכרת ל"ד ודיסליפידמיה שגם תורמות לחלק בהתפתחות דמנציה מסוג וסקולרית. אין התייחסות לדיכוי תחושותי אשר מר וונטיק סובל כגון ירידה בראייה וירידה בשמיעה שבהחלט משפיעות על היכולת הקוגניטיבית.

אין התייחסות לפגיעה מוטורית: BRADIKINESIA/TREMOR/GAIT DISTURBANCE- ON OFF אשר גם תורמות לקהיון. COGNITIVE MOTOR INDEX.

בעולם הרפואי המודרני הוכח חד משמעי על קשר הדוק בין ניידות לקוגניציה.

אין שום התייחסות לאטיליזם- שתיית משקאות חריפים במהלך שנים רבות שגם תורמים להתפתחות ירידה קוגניטיבית ותסמונת Korsakoff.

תסמונת Korsakoff- היא תסמונת שמפתחים אנשים השותים משקאות אלכוהולים במהלך שנים רבות. זה מתבטא בתסמינים הבאים: ירידה בזיכרון בכל הטווחים, Confabulation (המצאות דמיוניות לצמצום הפערים בזיכרון), מצב דילירנטי (אי שקט פסיכומטורי) איבוד הכרה וחוסר יכולת להיזכר בדבר וחוסר מודעות בביצועים בגלל FLUCTUATION (לבליות בהכרה on-off).

מצבו של מר וונטיק בזמן האירוע היה שילוב של METABOLIC ENCEPHALOPATHY DELIRIUM מצב דלירנטי תהליך של אנצפלופטיה חריפה על בסיס של קהיון קבוע.

גם הסיבות שמכבידות על ירידה קוגניטיבית: גיל - מעל גיל 60, משך השנים ומחלות סומטיות, טיפול תרופתי שקיבל במהלך השנים כמו סטטינים שבהחלט תורמות לירידה קוגניטיבית, חוסר יציבות ואף סכרת. תרופות נוגדי דיכאון וקלוניקס.

בחוות דעת של פסיכיאטרים מטעם הפרקליטות ומבית חולים שער מנשה יש התייחסות רק לדיכאון ובמהלך חודש וחצי של מעקב ההתרשמות שמדובר במצב פסאודו דימנציה. בחוות הדעת הפסיכיאטרי יש התייחסות רק לסיבה אחת של קהיון והתעלמות מוחלטת מהסיבות החשובות ביותר. אין התייחסות למחלות אחרות, שתיארתי לעיל.

אין התייחסות לתסמונת מטבולית טוקסית בשם תסמונת Korsakoff (יש ראיות לכך- תיעוד שתיית משקאות חריפים במהלך שנים וכמות מופרזת של אלכוהול בדם שהגיע למיון מיד לאחר הרצח וכן תסמינים קליניים: כמו אמנזיה, המצאות דמיוניות לצמצום הפערים בזיכרון). לכן הרושם שקיבלו הרופאים על שיפור ביכולות הקוגניטיביות והתפקודיות אינן מעידות על המצב הקוגניטיבי, הנפשי והתנהלותי האימיתי כי הביטוי של הופעה טוקסית על בסיס מחלת פרקינסון ואת כל הגורמים הנוספים שתורמים לירידה משמעותית בזיכרון גורמות לשינויים בהכרה, בהתנהגות (לביליות בהכרה) וגם יכולות תפקודיות. לכן לא יכול להיות שיפור אלה רק החמרה.



בעובדה שבמהלך שנה וחצי מאז שנכתב המכתב וציטוט "צפוי שיפור במצבו" - אין שום שיפור אלא ההפך חלה נסיגה והדרדרות נוספים בפן הקוגניטיבי, נפשי, התנהגותי ותפקודי. הטענות של פסיכיאטרים שלפרקים הנתבע נמצא בתקופות של הבנה, התנהגות ותפקוד טובים יותר אינה מעידה על יכולתו הקוגניטיבית במיוחד בזמן האירוע המדובר.

גרסתו להאשמות נגדו: לא הבין את ההאשמות נגדו, לא זוכר, לא ידע למסור פרטים על העבירות. לא מבין את הסמכויות, מה רוצים ממנו, למה הוא עצור, מה ההשלכות של המעשים שביצע.

סיכום ודיון: לאחר בדיקה פסיכוגריאטרית מעמיקה ומקיפה השתכנעתי כי מדובר בקשיש בן 69 עם מחלה מתקדמת קיהיון (שטיון). מחלת הקיהיון מאופיינת בחוסר התמצאות, חוסר תובנה, חוסר שיפוט, בוחן מציאות לקוי. מר וונטיק מיכאל אינו מבין את הסמכויות, למה עצרו אותו, מה המעשים שהוא ביצע, מה ההשלכות של ההתנהגות שלו בכל מקום, אינו משתף פעולה עם העורך דין, לא מבין שאלות של בית המשפט. כל זה נובע ממחלת הקיהיון (שטיון מתקדם) מסוג דמנציה כתוצאה ממחלת פרקינסון משולבת עם מספר סיבות נוספות כגון:

1. תהליך מטבולי טוקסי אטיליזם כתוצאה משתיית משקאות חריפים במהלך שנים רבות.

2. תהליך דמנטי וסקולרי.

3. תהליך דמנטי ראשוני נוירודגנרטיבי- אלצהיימר.

4. דיכוי תחושות כתוצאה מירידה בשמיעה וראייה.

5. תהליך דיכאוני (פסאודו דמנציה).

6. פגיעה מוטורית קשה שגם תורמת לירידה הקוגניטיבית (motor-cognitive index)

בקשר לכשירותו לעמוד לדין- הנבדק אינו מכיר ואינו מבין ולא יודע להבדיל בין ההליכים המשפטיים. אינו מסוגל מבחינה קוגניטיבית מנטלית לשתף פעולה עם עורך דינו. חוסר הכרת הצדדים בבית המשפט. בנוסף, חוסר מוטיבציה להגנה, חוסר יכולת לסייע לעורך דינו, חוסר יכולת לנבא את תוצאות ההליך המשפטי. בנוסף משפיעות על יכולות קוגניטיביות ומנטליות - מחלות סומטיות וכרוניות, שהנבדק סובל מהם. הנבדק אינו יכול להביע את דעתו בצלילות, אינו כשיר לעמוד בפני דין".

חוות הדעת השניה מיום 27.6.18, נ/2.

זו לשונה של חוות הדעת:

"ואלו פרטי השכלתי וניסיוני המקצועי:

יועצת כללית מושלם; מנהלת מרפאה לאבחון פסיכוגריאטרי וניירו קוגניטיבי; מומחית ברפואה פנימית מ.ר.מ.



21451; מומחית בגריאטריה מ.ר.מ. 20661; יועצת בתחום פסיכוגריאטריה מ.ר. 28436; פוסקת רפואית בוועדות עליונות לעררים בביטוח לאומי-נכות כללית, נפגעי עבודה, שר"מ וגריאטריה; רופאה מומחית מטעם בית המשפט בתחומים פלילים ונזיקין; פוסקת רפואית בוועדות עליונות לעררים בקרנות פנסיה...

בהתאם לבקשת משרד עורך דין בונדר ובתוקף תפקידי ערכתי, בהמשך לבדיקה הראשונה מיום 13.3.17, שתי בדיקות נוספות לנדון. הבדיקות נערכו על ידי, הבדיקה הראשונה בתאריך 28.12.2017 בכלא אוהלי קידר והבדיקה השנייה בתאריך 14.6.18 בכלא מר"ש. כמו כן, עיינתי בתיק רפואי מעודכן משב"ס, וכן, בעדותו של ד"ר ראובברגר בבית המשפט ביום 18.3.18.

הופנה אלי בשל הערכה תפקודית וקוגניטיבית.

הנדון נמצא בכלא, נאשם ברצח אשתו. המנוחה קיבלה חמש מכות ע"י פטיש בראשה ונחתכה ע"י סכין יפני בצוואר ובגפיים.

חוות דעתי המקצועית דלהלן מוגשת כראיה לבימ"ש והיריני מצהירה בזאת, כי ידוע לי היטב ולעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בביהמ"ש דין תעודה זו כשהיא חתומה כדין עדות בשבועה שנתתי בבימ"ש.

נתבקשתי לחוות דעת לעניין כשירותו של הנדון לעמוד לדין.

רקע: בן 70, יליד ברית המועצות. משנת 1980 מתגורר בארץ, אב לשני ילדים. בעל השכלה של 12 שנות לימוד. עבד בתחנת דלק, דובר 3 שפות, רומנית שפת האם, יידיש ורוסית. זכאי לנכות כללית בגין מחלת פרקינסון. שנים רבות התקיים מהבטחת הכנסה מביטוח לאומי.

ברקע: קיהיון (שטיון), ירידה בשמיעה, יתר לחץ דם, מחלת פרקינסון, דיכאון, סכרת, בעיות אורתופדיות, סחרחורת כרונית, ירידה בראיה, עודף משקל, יתר שומנים בדם, שימוש במהלך השנים במשקאות חריפים, ADULT FAILURE TO THRIVE- FRAILTY (כישלון בשגשוג - תשישות בשלב הסופי בקרב מבוגרים).

בדיקה ראשונה בתאריך 28.12.2017

הביקור בוצע בכלא, הופעה מרושלת, מוזנח, נודף ריח שתן, איטי ומופנם, עונה לשאלות באופן חלקי ביותר, משתף פעולה באופן חלקי וירוד. כמעט לא ניתן לנהל שיחה קוהרנטית, נראה יותר מבוגר מגילו. דלדול שרירים בולט כללי, נראה כסובל. קשקשת, מפושתת על פני העור. רעד מאוד בולט בידיו, פנים של פרקינסון פייס, נייד עם אביזר עזר (מקל) הליכתו אינה יציבה. מהוססת. נראה סיעודי וסובל, אינו מגולח.

הנבדק הגיע בהליכה מאוד איטית בעזרת מקל עם תמיכה והכוונה של המלווה לחדר נפרד.

השאלה הראשונה ששאלתי: האם אתה זוכר אותי? בדקתי אותך לפני מספר חודשים. ענה שלא. שאלתי האם מגיעים לבקר אותך? למשל עו"ד אמר שלא מכיר ועו"ד מעולם לא ביקר אותו פה. בהמשך הסתבר ששעה לפני היה ביקור של עו"ד. יש רישום על כך. לשאלה: "מה הטיפול שאתה מקבל היום?" זכר רק גלוגובץ. לא



זוכר אף טיפול. לשאלה: "כמה זמן אתה נמצא פה?" "לא זוכר". לשאלה: מי ראש הממשלה? לא זוכר. לשאלה: איך קוראים לרופא שלך לא זוכר. זכר שהיה מאושפז בבי"ח אך לא זכר לאיזה צורך ומתי. בשאלה איך קוראים לתומך שעוזר לך בכלא לא זכר את שמו. בשאלה עם מי אתה גר ענה שגר עם אשתו ושני בנים ביחד. ברגע ששאלתי הבנים שלך כבר גדולים איך יכול להיות שהם גרים איתך? ענה כעבור מספר דקות כן נכון אחד כבר נשוי והשני אוטוטו מתחתן. אני גר עם אשתי רעיה. שוב חזרתי לשאלה כמה זמן אתה בכלא. לא ידע לענות. לשאלה מה אתה עושה פה? גם לא ידע לענות. בשאלה איפה אתה נמצא? לא ידע לענות.

בבדיקה הקוגניטיבית

ירידה בזיכרון לטווח קצר במידה רבה מאוד, זיכרון מושהה ובינוני לקוי מאוד. קיימת התמצאות לקויה בזמן. התמצאות במקום לקויה לגמרי: לא ידע שנמצא בכלא.

התמצאות לקויה בסיטואציה- לגמרי לא הבין מי אני ומה אני עושה אצלו. מספר פעמים הצגתי את עצמי ובתום הביקור, שארך שעתיים, לא ידע מי אני. כמו כן, לא זכר את שם העו"ד שמייצג אותו - היה כך גם בביקור הקודם - מעיד בהחלט על ירידה בזיכרון בכל הטווחים.

טסט שעון לקוי 10/4. לפני כשנה היה 10/5.

ארגון חזותי ותפיסה מרחבית לקויים לגמרי. - ללא שינוי מהבדיקה הקודמת.

כושר שיפוט ותובנה לקויים לגמרי.

הבנת מצבו הרפואי לקויה.

העתקה לקויה.

תפקודים מוחים גבוהים לקויים לגמרי: כגון פתרון בעיות, תכנון, יכולת לנהל משק בית וכספים

שפה מאוד דלה, בונה משפטים מאוד קצרים ופשוטים, דיבורו לא מאורגן:

הפקת מילים שלילת מילים ומציאת מילים ירודים. עובר משפה רוסית לידיש ולרומנית בלי לשים לב. יש לציין צמצום בשפה לעומת בדיקה קודמת. התנהגות עם איבוד ושינוי משמעותי באישיות ואיבוד יכולות סוציאליות. מסתגר רוב הזמן בחדרו. רוב הזמן במיטה, אין התעניינות בסביבה. קיימת ירידה תפקודית מאוד בולטת לעומת הבדיקה הקודמת. שינוי אישיותי מתבטא בפסיביות ואדישות. התנהגות בלתי מתאימה לסיטואציה. ללא הפעלת רגש. ללא מודולציות בקול וללא הבעות פנים. הבעת פנים מתאימה לפרקינסון מתקדם.

מובחנת ירידה ביוזמה, נטייה להסתגרות חברתית, רוב הזמן במיטה, כמעט כבר לא מסוגל ללכת בשל מצבו הרפואי וחלה ירידה מאוד חדה ביכולת הניידות. אפקט שטוח מאוד.

אינו מודע למעשיו ולמעשה מכחיש אותם באופן מוחלט.

התנהגות אינה הולמת (לא שומר על הגיינה אישית, נראה מוזנח, מדיף ריח שתן, לא מגולח) לרוב החולה ממעט בדיבור כמעט ללא שיחה קוהרנטית, עובר משפה לשפה.



מפגין התנהגות בלתי מתאימה. נוטה להזניח, מתלבש ברישול ואיבד את כל קשריו עם החברה, לא מזהה אנשים (לא ידע על קיומו של עו"ד שמייצג אותו) ולא זכר שמות הרופאים והצוות התומך. בבדיקה קוגניטיבית מקיפה חסרים תפקודים מוחים גבוהים, תפקודים ניהוליים, תפקוד אקסקיוטיבי. קשב וריכוז לקוי לגמרי. תפקוד תכנון לקוי לגמרי.

תפקודים: IADL - זקוק לעזרת הזולת במידה רבה מאוד בכל פעולה בשל מצבו הרפואי והתפקודי. ADL: הליכה מהססת, טסט קום ולך ביצע בקושי לקח כמעט 24 שניות (נורמה עד 10, מעיד על חוסר יכולת ללכת וחוסר יציבות), נעזר במקל הליכה ותמיכה. כמו כן זקוק לעזרה בקימה בשל סחרחורת כרונית, עיוורון ורעד כתוצאה מפרקינסון.

הלבשה - חלה ירידה ניכרת לעומת הבדיקה הקודמת. זקוק לעזרה בהלבשת פריט עליון ותחתון בשל הגבלה רפואית.

רחצה - זקוק לדרבון, השגחה ועזרה פעילה בשל חוסר הבנה לשמור על טיפול אישי ומצב תפקודי ירוד חלה ירידה משמעותית לעומת הבדיקה הקודמת מתרחץ בישיבה. זקוק להשגחה, עזרה ברחצת כפות רגליים, גב. דרבון.

אכילה - יש לציין רעד בידיים כתוצאה ממחלה בסיסית. זקוק לעזרה בחימום והגשת אוכל, אזכור וסידור בנטילת טיפול בכדורים.

הפרשות - אי שליטה על סוגר השתן פונקציונאלי מפני שלא מספיק להגיע לשירותים. נדף ריח שתן ממנו. היגיינה אישית אינה אפקטיבית. זקוק לליווי לשירותים. קם בלילה מספר פעמים. תפקוד אקסקיוטיבי לקוי מאוד, ביצעתי שני מבחנים:

1. DIGIT SYMBOL TEST

2. FIST EDGE PALM TEST

המבנים העידו על Inability to conceptualize all facets of an activity and translate that into appropriate and effective behavior.

הפשטה ופתרון בעיות - פגומים.

תפקודי שפה ותפיסה לקויים - שליפת מילים ומציאת מילים לקויה. אינו במצב פסיכוטי, הינו בדיכאון מינורי ולא מג'ורי, ללא מחשבות על אובדנות.

חשבון - כמעט לקוי. טסט מיני מנטל - 12/30. מבחן מוקה - 10/30.

כושר שיפוטי לקוי לגמרי. לשאלה: "מה תעשה אם בבית פורצת שריפה?" ענה לא יודע. לשאלה: "אם נגיד אתה רואה שילד בן חמש רוצה לחצות כביש מה תעשה?" ענה: "אני אלך אחריו כי אני לא הולך לבד". לפירוש הפתגם: "אם אין אני לי מי לי" - לא ידע לפרש אותו בשום שפה.

גרסתו להאשמות נגדו: לא הבין את ההאשמות נגדו, לא זוכר, לא ידע למסור פרטים על העבירות. לא מבין את הסמכויות, מה רוצים ממנו, למה הוא עצור, מה ההשלכות של המעשים שביצע.



בדיקה שנייה בתאריך 14.6.2018:

הבדיקה בוצע במר"ש. המטופל הגיע בליווי סוהר למרפאה. המטופל בהכרה מלאה, לבוש מרושל, נקי, לא מסודר בהתאם לעונה, נראה מבוגר מגילו, אדיש אך נינוח, משתף פעולה לפי יכולתו, עונה לשאלות לפי יכולתו, יוצר קשר עין, עירני.

בבדיקה נוירולוגית:

הליכה אינה יציבה, נוטה ליפול, הליכה מהוססת, מתנייד עם מקל הליכה כל הזמן.

TEST UP AND GO22 שניות המעיד על סכנה לנפילות וחוסר יציבות. הטסט התקין - עד 10 שניות. **TEST PULL** לא יציב. רומברג - לא יציב. כל הטסטים מעידים על סכנה לנפילות, חוסר נייחות ואי יציבות. מצב תזונתי - דלדול שרירים ממושך, תשוש, תפוחות על פני עורו מסוג סבוריא. דיבור ספונטני עם דיסמטריה, ללא פראפאזיות וורבליות או ליטראליות. עצבים קראניאלים תקינים. כוח גס בידיים 4/5 ירוד. טונוס שרירים מוגבר מאוד, דיסמטריה ודיסדיאדוכוקינרזיה במידה בינונית. ללא הבדלים בתחושה שטחית בידיים.

בדיקה גופנית:

ראות - כניסת אויר דו צדדית ללא חרחורים או קרפיטציות

לב - קולות סדירים, מרוחקים. אוושה סיסטולית 2/6 בחוד הלב ללא הקרנה.

חיוורון - בטן ללא ממצא פתולוגי.

נראה מוזנח ומרושל, אינו מגולח, נודף ריח שתן.

באוזן ימין אינו שומע דבר ובאוזן שמאל שומע בקושי, ולמרות זאת אינו משתמש במכשיר שמיעה

סטטוס תפקודי (על פי סולם ברטל):

תפקוד אינסטרומנטלי: IADL - תלות מלאה בשל פגיעה בניידות וירידה בזיכרון. זקוק לעזרת הזולת ולליווי. אינו מסוגל להפעיל מכשירים למעט מענה לטלפון פשוט. הליכה אינה יציבה, לכן זקוק לאביזר עזר - מתהלך עם מקל. נופל בתדירות גבוהה.

הלבשה - זקוק לעזרת הזולת במידה רבה בחלק עליון וחלק תחתון, כפתור בשל רעד בידיים, אשר מפריע לביצוע תנועות מוטוריקה עדינות.

רחצה - זקוק לעזרה הזולת והשגחה צמודה.

אכילה - אוכל לבד, זקוק לחימום והגשת אוכל, דרבון והשגחה בנטילת טיפול תרופתי. הקשיש אינו זוכר תרופות אותן מקבל שנים רבות, לא הצליח להיזכר לאילו קבוצות שייכות התרופות אשר מקבל באופן קבוע, לכן זקוק להשגחה בנטילת טיפול תרופתי. יודע להגיד שהוא מקבל תרופה לסוכרת וללחץ דם למרות שהוא



מקבל תרופות נוספות, אינו יודע להגיד את שמותיהן.

הפרשות - אינו שולט על סוגר השתן, שולט על סוגר הצואה.

בדיקה קוגניטיבית:

ירידה בזיכרון לטווח מידי קצר, בינוני ואסוציאטיבי. זיכרון לטווח ארוך: ירוד אך במידה קלה יותר. התמצאות חלקית בזמן, מקום וסיטואציה. שיום 2/3, מושהה 0/3. חשבון לקוי חלקית - עם דרבון ועזרה שלי הצליח לבצע בצורה חלקית מאוד החסרה סדרתית של הספרה 7 מ 100. קשב וריכוז לקויים. שעון (על פי סולם פרידמן) אינו תקין, 1/10 פתולוגי המעיד על קיהיון בדרגה מתקדמת. ארגון חזותי, תפיסה מרחבית והעתקה לקויים. אגנוזיה לחפצים, הפרעה בזיהוי פנים סימולטאגנוזיה ואלקסיה.

הפרעה קוגניטיבית נוספת הינה פרזנטציה ניהולית: מדובר בהפרעה בולטת ביותר המתבטאת בהפרעה בחשיבה הגיונית, שיפוט ופתרון בעיות.

אפרקסיה מקצועית נלמדת (מיומנות נלמדת מקצועית לקויה לגמרי).

מבחן מיני מנטל 12/30 - הבדיקה משומשת כבדיקת סקרינינג בלבד (בדיקת סינון). בדיקת מיני מנטל היא בדיקת סינון ואין רגישות וסגולות גבוהה בקרב אנשים בעלי השכלה גבוהה מדי או נמוכה מדי.

שיפוט ותובנה לקויים, הבנת הסיטואציה לקויה, בוחן מציאות לקוי. הבנת מצבו הרפואי לקויה. תפקוד אקסיוטיבי לקוי מאוד בשל ירידה בזיכרון, דיכוי תחושת (ירידה בשמיעה, בראיה, ובעיות ניידות) ומחלת פרקינסון.

LETTER TEST לקוי. Trails test לקוי. דיכאון מינורי, ללא מחשבות על אובדנות או מחשבות שווא.

מבחן MOCA 10/30 המעיד על קיהיון בדרגה בינונית פלוס -קשה. מניקוד 10 מדובר בדמנציה קשה.

ירידה בהפשטה: בשאלה "איך אתה מפרש פתגם" אין הנחתום מעיד על עיסתו" - לא ידע לפרש. בשאלה "מה תעשה אם יש בבית שריפה?" השיב: "אני לא יודע". בשאלתי "מה משותף בין רכבת לאופניים (לדוגמא בננות, תפוז = פירות)?" השיב: "לא יודע". לא ידע לענות לשאלה "מה משותף בין שעון לסרגל?". ביקשתי לאיית מהסוף להתחלה את המילה "שולחן", אך הקשיש אינו הצליח במשימה. ביקשתי שהיבחר במילה הכי קצרה ברומנית, רוסית ואידיש ויאית אותה מהסוף להתחלה, אך גם את זה לא הצליח לבצע למרות דרבון מצדי.

הפקת מילים, מציאת מילים ושליפת מילים ירודות מאוד. בונה משפטים קצרים בשפה פשוטה מאוד. שואל אותן שאלות, אין תוכן לשיחה. דיבור עם מודולציות נמוכות ואיטיות. חוזר על אותם נושאים. אין מחשבה הגיונית. מתקשה בשיחה בשל ירידה חדה בזיכרון וחוסר ריכוז. ניתן לנהל שיחה קוהרנטית ברמה בסיסית ביותר ומטה, שאינו הולם לגילו והשכלתו.

יש לציין מודעות לקויה למחלותיו ויכולותיו, מכחיש את הפגיעה בתפקודו לחלוטין. לשאלתי "למה אתה נמצא בבית כלא?" השיב: "לא אמרו לי, והאמת לא מעניין אותי". לשאלתי: "איפה אשתך?" השיב: "אשתי גרה אצל אחותה" ולשאלתי "מתי ראית אותה בפעם האחרונה?" אמר שאינו זוכר מתי. לשאלה "האם אתה יודע שאתה נאשם במעשה חמור, הרגת את אשתך", השיב שאינו יודע על מה אני מדברת ושאשתו גרה בארה"ב.



לשאלתי: "האם אתה רוצה לחזור הביתה?", ענה: "אין לי כסף לאוטובוס". לשאלה "איך קוראים למקום שאתה נמצא בו כרגע ובאיזה עיר?" ענה שאינו יודע. נכון להיום הקשיש גר בחדר עם עוד שני אסירים, יש לו תומך. לשאלתי מה שמו של התומך השיב שאינו זוכר. הקשיש אינו יודע מה שם הסנגור שמייצג אותו.

בשיחה עם רופא מנהל מרפאה במר"ש, התרשמותו שמדובר בירידה בזיכרון מסוג דמנציה. הרופא סיפר לי שהקשיש קיבל טיפול בנוגדי דיכאון שהותחל באשפוז פסיכיאטרי וכתוצאה מכך פיתח היפונתרמיה (הפרעה באיזון אלקטרוליטרי) שהחמירה את מצבו הקוגניטיבי. בהגיעו לכלא היה עם נתרן 125 ולכן הטיפול הופסק. כיום, הנתרן עלה ל - 129 (הנתרן נמוך ולכן תורם לירידה הקוגניטיבית). על פי הדיווח של רופא מנהל המרפאה "הקשיש דמנטי, אדיש, לא יוזם פעילויות וזקוק לתמיכה מתמדת. נעשה ניסיון להעביר אותו לחדר לבד, ללא שותפים ותומך. לאחר ההעברה חלה מיד נסיגה וירידה בתפקוד היומיומי של הקשיש, לא הצליח באף מטרה, לא להתלבש ולא להתרחץ. גם נכנס לסטרס נפשי. לא יכול לקחת תרופות, לא זוכר שמות, לא יודע את שמי, לא יוזם שום דבר, לא יודע לפרש דברים, אי אפשר לנהל איתו שיחה".

שוחחתי גם עם האחות האחראית של המר"ש, האחות ביאטריס, אשר מטפלת כל יום בקשיש ויש ביניהם קשר הדוק. האחות מעידה על כך שהוא זקוק לעזרת הזולת בכל משימה ויש לו ירידה תפקודית. יש לציין שהקשיש זוכר אך ורק את שמה של האחות, הוא לא ידע את השם של הרופא מנהל המרפאה.

גם מהתיק הרפואי של שב"ס עולה כי מר וונטיק מאובחן כמי שסובל מתהליך דמנטי כתוצאה ממחלת אלצהיימר.

דין ומסקנות:

להערכתי המקצועית מדובר בדמנציה משולבת בדרגה בינונית עד קשה עם פרזנטציה מלאה, כגון: ירידה תפקודית, אפרקסיה, אגנוזיה, אנומיה, אלקסיה, ופגיעה בזיהוי פנים. על פי הרושם הראשוני יש לקשיש יכולות תקשורת בסיסית, אך במבחנים קוגניטיבים מורכבים ומתקדמים יותר ניתן לראות כי ישנה פגיעה ביכולת התקשורתית, אינו מסוגל להביע את עצמו בשפה רהוטה וברורה. בנוסף, ישנה הפרעה ביכולות חשיבה הגיוניות ופגיעה בביצוע מטלות מורכבות.

כפי שצינו קודם לכן, מדובר בקשיש בן 70 עם דמנציה מתקדמת כתוצאה מתהליך ראשוני ווסקולרי, דיכוי תחושת, מחלת פרקינסון ואטיליזם (שתיית משקאות חריפים במהלך שנים רבות). תהליך הדמנציה הינו הדרגתי שהופך בן אדם אוטונומי ועצמאי לחלוטין ביכולותיו לבן אדם הזקוק לסיוע בכל תפקודיו. בנוסף, הירידה הקוגניטיבית אצל הקשיש מתבטאת בפגיעה בתפקודים אינטלקטואליים גבוהים וכוללת: ליקוי ביכולת לנהל משק בית וכספים, פתרון בעיות, תכנון, שיפוט, הבנה ותובנה, פירוש סיטואציה, חוסר ודאות למצבו הרפואי והכלכלי, חוסר יוזמה.

התרשמתי כי מדובר בקהיון מסוג דמנציה משולבת עם מספר סיבות כגון:

1. תהליך דמנטי ווסקולרי ומחלת פרקינסון.
2. תהליך דמנטי ראשוני נזירי קוגניטיבי - אלצהיימר
3. דיכוי תחושת כתוצאה מירידה בשמיעה וראייה

4. תהליך דיכאוני (פסאודו דמנציה)

5. פגיעה מוטורית קשה שגם תורמת לירידה הקוגניטיבית (motor-cognitive index)

6. תהליך מטבולי טוקסי אטיליזם כתוצאה משתיית משקאות חריפים במהלך שנים רבות.

כתוצאה מכך פיתח תסמונת אורגנית מוחית. בנוסף סובל ממחלות כרוניות קשות אשר מקצרות ומקטינות את חייו כגון: סכרת, ל"ד, דסליפידמיה, עודף משקל ומחלת פרקינסון.

על פי תוצאות של CT אטרופיה מוחית אורגנית אטרופיה מוחית מרכזית והיקפית.

בשל מצבו הרפואי מר וונטיק אינו יכול להבין את ההליכים המתנהלים בבית המשפט, אינו מודע כלל לעבירה שביצע ואינו יכול לסייע לסנגורו בהגנתו, כאשר הוא אינו זוכר כלל את זהות הסנגור וודאי לא את תפקידו, כיוון שכך להערכתי המקצועית הנדון אינו כשיר לעמוד לדין.

התייחסות לחוות הדעת מטעם התביעה:

גם בחוות הדעת שערך ד"ר ראובברגר נמצא כי מר וונטיק הדגים סימפטומים חריפים של דמנציה במהלך אשפוזו הראשון בבית החולים שער מנשה (כחצי שנה במהלך 2014). בחוות הדעת שערך ד"ר ראובברגר בתאריך 24.4.14 חשב שבגלל מצבו זה מר וונטיק לא יכול לעמוד לדין, במועד חוות הדעת. אלא שד"ר ראובברגר חשב שהתסמינים של דמנציה הם תוצאה של פסאודו דמנציה שחלפה לאחר מספר חודשי אשפוז.

לפי הערכתי המקצועית האבחנה שערך ד"ר ראובברגר הינה מוטעית וזאת מכמה סיבות.

בניגוד לד"ר ראובברגר אני לא מצאתי שיפור במצבו של מר וונטיק אלא דווקא תהליך של החמרה בכל אחת מן הבדיקות אותן ערכתי.

תמיכה למסקנתי מצאתי במסמכים שנערכו על ידי מספר רופאים שבדקו את מר וונטיק. כך, ד"ר גריסר שבדק את הנאשם מספר פעמים לאורך השנים 2015-2017, קבע באופן עקבי כי מדובר באדם הסובל מפגיעה קוגניטיבית קשה, שהתמצאותו חלקית בלבד ואשר על רקע מצבו זקוק למוסד. לאותה מסקנה הגיעו גם ד"ר אברהם וד"ר אפלבוים.

כעת הנדון נמצא במר"ש, כלא טיפולי, כשמצבו הוסיף להידרדר והוא סיעודי ואינו יכול לתפקד עצמאית. מצבו הרפואי הכללי של מר וונטיק משתלב טוב יותר עם דמנציה וסקולרית מאשר עם פסאודו דמנציה בלבד. מר וונטיק סובל משורה ארוכה של מחלות וסימפטומים שגורמים לדמנציה ומושפעים ממנה. הסיבה העיקרית למצבו היא הקיהיון כתוצאה ממחלת פרקינסון אשר תומך בכך ממצאים הקוגניטיביים כגון ירידה בקשב וריכוז, פגיעה בתפקוד אקסקיוטיבי, פגיעה בארגון חזותי ותפיסה מרחבית ואגנוזיה (ירידה בזיכרון ורבלי) וגם ממצאים התנהגותיים שתומכים בפרקינסון כגון: אפטיה, שינויים במצב רוח, דיכאון, ישנוניות יתר (באופן



קיצוני), ברדיקניזיה (קשיים ואיטיות בניידות ורעד). סובל ממחלת פרקינסון במהלך שנים רבות. גם מחלות כרוניות סומטיות כגון סכרת לחץ דם ודיסלפידמיה תורמות לחלק בהתפתחות דמנציה מסוג וסקולרית. גם הדיכוי התחושי ממנו סובל מר וונטיק כגון ירידה בראייה וירידה בשמיעה בהחלט משפיעות על היכולת הקוגניטיבית.

הפגיעה המוטורית של: ON-OFF GAIT DISTURBANCE/TREMOR/BRADIKINESIA אשר גם תורמות לקהיון. COGNITIVE MOTOR INDEX.

בעולם הרפואי המודרני הוכח חד משמעי על קשר אדוק בין ניידות לקוגניציה.

גם אטיליזם - שתיית משקאות חריפים במהלך שנים רבות תורמים להתפתחות ירידה קוגניטיבית ותסמונת korsakoff.

גם הטיפול התרופתי שקיבל מר וונטיק במהלך השנים כמו סטטינים בהחלט תורמות לירידה קוגניטיבית. המבחנים הקוגניטיביים שנערכו למר וונטיק בבית חולים שער מנשה פחות מתאימים לאבחון לחולה מסוג זה. לא ניתן להתבסס באבחנה על מבחן מיני מנטל כי זה מבחן סקר בלבד (כלומר הטסט נותן אינדיקציה שקיימים ליקויים קוגניטיביים בלבד). המבחנים המתאימים יותר הם ביצוע טסט מוקה ומבחן קוגניטיבי שמשקף יותר יכולות התבטאות שפה construction, calculations, reasoning במבחנים שאני ערכתי נמצאו ליקויים בכל הפרמטרים. גם במבחנים למר וונטיק בבית חולים שער מנשה יש תיאור לליקויים קוגניטיביים אליהם ד"ר ראוכברגר לא מתייחס.

לסיכום:

מדובר בקשיש בן 70, עם דמנציה בדרגה בינונית פלוס, מוגדר כתשוש נפש, תלוי בזולת במידה רבה בתפקוד יומיומי.

מוגדר כדמנטי בפרזנטציה מלאה, מוגדר כסובל משיטיון על פי: NINCPS-ADRD DSM-5 NIA-AA ארבעה קריטריונים מתוך ארבעה.

לאחר בדיקה שלישית שעשיתי, ולהערכתי המקצועית, מדובר בתהליך דמנטי מתקדם כתוצאה ממגוון מחלות סומטיות, דיכוי תחושי. התרשמותי הולכת עם ההתרשמות של רופאים פסיכיאטריים נוספים כגון: ד"ר גריסרו, ד"ר אברהם רופא מנהל המר"ש ואחות מהמר"ש הנמצאת בקשר הדוק עם המטופל.

בשל מצבו של הנ"ל הוא אינו מסוגל לעמוד לדין להבין את הנעשה בדיון את תפקידי הצדדים במשפט ולסייע לסנגורו בהגנתו.



בדיקות המעקב הפסיכיאטרי בשב"ס

ההגנה מבקשת להתבסס על ממצאי בדיקות מעקב שבוצעו לנאשם בשב"ס על ידי מספר רופאים פסיכיאטרים, כדלקמן:

ד"ר נמרוד גריסר

ממצאי בדיקה מהימים:

1.9.2015 - "Alzheimer disease ללא מצב פסיכוטי. קיים פגם נוירוקוגניטיבי ברור עם חוסר התמצאות בזמן ובמקום ובאנשים פגם חמור בציר שעות, לא מזהה אנשים שפוגש מדי יום, לא יודע מה תפקיד בית המשפט, לדבריו לא היה שם, לא מבין מי בעלי התפקידים בבית המשפט, לא מגיב לעניין...סבור שאשתו שרצח...עושה ביביסטר לנכדה שלו...אין...כל תובנה או כל יכולת להבין היכן ולמה נמצא כאן....";

8.9.2015 - "אלצהיימר....חסר קשר למציאות עם הפרעות תגובה קוגניציה התמצאות קשה, במצבו אינו מסוגל להבין את מעשיו, להבדיל בין מותר לאסור....".

16.8.2016 - "כעת מחלות פרקינסון, דמנציה, אלצהיימר. נמצא במצב של דמנציה מתקדמת, ללא זיכרון לרצח. ללא התמצאות בזמן ובמקום באורך הזמן בכלא, משוכנע שאשתו בחיים שהוא כחודש בכלא. קיימת פגיעה קוגניטיבית קשה וספק אם הוא נחשב כשיר למעצר. מומלץ סידור רפואי לתשומת נפש...מירו מ"ג (30)...."

20.12.2016 - "אלצהיימר. דמנציה פרקינסון...severe cognition impair...למנציה אין תגובה לאף שאלה שנוגעת לזיכרון, יודע שנמצא בבאר שבע...התשובות מאד מעורפלות...לא מתאפשרת שיחה עניינית אפילו שטחית, לאקוני מאד ללא יכולת שליפת מידע מזיכרון...ללא פונקציות ניהוליות וללא יכולת תכנון משימות. לא ניתן לבצע הערכה פסיכיאטרית מעבר לזה....כדאי לשלול פסאודו דמנציה....";

25.4.2017 - "מדובר בקשיש בן 70 הסובל מ senile dementia ירידה קוגניטיבית קשה שלא השתפרה עם ssri שנשללה כנראה פסיאודו דמנציה....אין מידע או תובנה על רצח אשתו... להערכתי יש רעד פרקינסוני ולא פרקינסוניזם...."

11.7.2017 - "בן 70, דמנציה, שיחה ברומנית, מסביר מהיכן הגיע...אבל התמצאות חלקית, ללא תוכן חשיבה, ללא יכולת התמצאות טובה. חסר מודעות לסיבת הכליאה, אינו יודע מדוע המשפחה אינה בקשר, ולא יודע מדוע בכלא...ממליץ על בדיקה נוירופסיכולוגית, מרפאת זיכרון....".

14.11.2017 - "בן 70 חשוד ברצח אשתו. נמצא במצב של דמנציה לאחרונה אושפז בשער מנשה להסתכל(ות), וחווה דעת לא הגיעה לכאן. בשיחה איתו מאד פסימי, שולל דיכאון, מעוניין רק במיטה לשכב, לא מבין את משמעות ההפניה לשער מנשה את סוג הבדיקות שבוצעו, לא מבין את הנושא הפסיכיאטרי ונראה שלא מודע למות אשתו כנראה שהיא בבית עם הילדים, שלא מבקרים כי אין להם זמן. נראית פגיעה קוגניטיבית קשה, עם חוסר קשר לאירועים, חוסר עניין ירידה בהתמצאות....".

עמוד 52



ד"ר אירנה אברהם -

18.5.2016 - "מוכר למב"ן כלוקה בתהליך דנמציה מסוג אלצהיימר...אפקט דל ומצומצם. מספר על חוסר התעניינות, רוב הזמן ישן במיטתו גם ביום וגם בלילה חשיבתו קונקרטי, אין הפרעה ניכרת בקצב ובמהלך החשיבה, אין תכנים פסיכויטיים או דכאויטיים...זיכרון לטווח מיידי ארוך וקצר פגומים, חסר תובנה למצבו..."

22.1.2017 - "הופנה לבדיקה חוזרת לצורך מעקב, מוכר כחולה דנמציה ומחלת אלצהיימר, בנוסף מחלה גופנית...לדבריו לא מסוגל לתפקד ללא עזרה....שקט...מופנם, ומסוגל להביא פרטים בסיסיים בלבד על עצמו ומצבו. התמצאותו חלקית בכל המובנים, אפקט מצומצם, גוון דיספורי, חשיבתו דלה...קיימת ירידה קוגניטיבית משמעותית. שיפוט ותובנה לקויים..."

22.3.2017 - "...ידוע כלוקה בדנמציה ומחלת פרקינסון...נמצא במעקב פסיכיאטרי...בבדיקה נצפה רעד גס בידים...התמצאות חלקית במקום, באנשים וסיטואציה, לא מתמצא בזמנים....קיימת ירידה קוגניטיבית, זיכרון פגום לכל הטווחים, שיפוט ותובנה למצבו לקויים..."

סיכום: מדובר באדם מאובחן כלוקה בתהליך של דנמציה עם ירידה קוגניטיבית משמעותית...."

דר אפלבאום ג'וליה -

20.6.2017 - "נמצא במעקב טיפול פסיכיאטרי עקב dementiaהרושם מסימפטומים דיכאויטיים; כעת התמצאות חלקית בזמן ובמקום, מצב רוח מתואר כטוב ללא סימפטומים פסיכויטיים, שולל אובדנות, לא מבין שהוא בכלא... חושב שאשתו נסעה לעיר אחרת, כעת רושם מדנמציה, לכן זקוק להמשך השגחה, המשך טיפול ללא שינוי, מעקב פסיכיאטרי, הערכה של גריאטר."

בדיקות רפואיות אחרות בשב"ס

ההגנה מבקשת להתבסס בסיכומיה גם על בדיקות מעקב של רופאים כלליים שבדקו את הנאשם בשב"ס.

ממצאי הבדיקות יידונו בפרק ה"דיון" בהמשך הכרעת הדין.

עדותו של ד"ר ראובברגר

ד"ר ראובברגר מסר בעדותו כי עקב אחרי הנאשם במהלך 4 שנים בתקופות ההסתכלות השונות, והכירו מקרוב: "...אני צריך להדגיש שמאוד חשובה פה הדינמיקה, שאני עקבתי אחרי הנבדק, מר וונטיק במשך ארבע שנים. הייתה לי הכרות ממושכת איתו. אני אחד מהרופאים שראה אותו לאורך כל הדרך. עד היום". עוד ציין כי העדיף לא לשוחח עם הנאשם בשפה העברית שבה היתה לנאשם שליטה חלקית, אלא שוחח עימו בשפה הרוסית (ע' 69-70). העד הבהיר, כי יש לו ניסיון עשיר באבחון הפרעות קוגניטיביות ודנמציה (בעיסוקו כרופא מטעם חברות ביטוח), וכי



בחן למעלה מ- 400 מקרים, ואף פרסם מאמרים בתחום.

לשאלת הסניגור אם קיימת ירידה קוגניטיבית אצל הנאשם, השיב העד:

"להערכתנו, ירידה קוגניטיבית מהותית שיכולה לעניין את בית המשפט במובן המשפטי, אין. יש לו אמנם ירידה קוגניטיבית מסוימת שקשורה לגיל, קשורה לשימוש באלכוהול. אבל עוצמה ועומק הפגיעה הקוגניטיבית, הנובעת משתי סיבות אלו, לא בגדר מחלת נפש...לפי האבחון שלנו זה אומר ליקוי קוגניטיבי מזערי הקשור לגיל או קשור לשימוש באלכוהול." (ע' 71). יותר מכך, לדברי העד אף חל שיפור מסוים ביכולתו הקוגניטיבית של הנאשם במהלך האישפוז: **"... אני יכול להביא דוגמא. באשפוז הראשון הוא לא היה יכול לחזור על שתי מילים ברצף...ד"ר בוריס למשל, הוא היה "בוריס" או "ד"ר", באשפוז האחרון הוא דיבר חופשי, הוא ידע היטב שאני ד"ר, פסיכיאטר, מנהל מחלקה. אלו המילים שהוא יכול היה לומר לי ברצף, לכאורה היה שיפור מסוים ביכולתו הקוגניטיבית לתקשר אתנו...ואת זה ציינתי באחת מחוות הדעת" (ע' 72).**

העד מבהיר כי ליקוי קוגניטיבי אינו מוגדר כמחלת נפש:

"... זאת הפרעה נפשית... בית המשפט מתנהל על פי מושג מחלה נפשית כאשר יש פגיעה בשיפוט...להבדיל בין כל הפרעות הנפשיות שיש ב- dsm- 5 והן רבות, אני מדבר על הפרעה נפשית ולא מחלת נפש מבחינה משפטית." (ע' 73-74). עוד הסביר כי הפרעה קוגניטיבית קלה אינה נכנסת להגדרת "מחלה" שכן אינה מתפתחת כמו מחלה: **"אם היא מתמשכת ומתקדמת לדמנציה, היא מאבדת את ההגדרה שלה (כהפרעה קוגניטיבית) והופכת להיות דמנציה, הפרעה אחרת...מחלה, יש לה התפתחות. למשל יש לנו סרטן קטן, הוא מתפתח ומתפשט בכל הגוף. זאת מחלה..."** ההפרעה הקוגניטיבית **"היא סטטית, זאת קביעה סטטית נכון להיום. אין התפתחות נוספת. ואם יש, מדובר בהפרעה אחרת." (ע' 75).**

לדברי העד לא קיימת התמחות פסיכיאטרית עצמאית ב"פסיכוגריאטריה": **"...יש לנו מומחה פסיכיאטר ויש מומחה גריאטר. אני לא מכיר מומחה שמשלב את שני הסוגים האלה. וגם אם יש הוא לא יכול לקרוא לעצמו כך..."** (ע' 85). העד אישר כי בשער מנשה קיימת מחלקה העוסקת בפסיכיאטריה לגיל המבוגר; בדיקתו של הנאשם לא היתה יכולה להיעשות במחלקה זו, בשל היעדר אמצעי אבחנה, אולם מנהל המחלקה היה שותף לאחת מחוות הדעת הנוגעת לנאשם. עוד הבהיר כי הפסיכיאטר המחוזי, ד"ר שרף, ביקש בפנייתו מיום 14.12.2015 כי אשפוזו של הנאשם יהיה במחלקה המיועדת למבוגרים, אולם הסכים כי ההסתכלות תיעשה במחלקה המשפטית (ע' 82). לדבריו, המחלקה הפסיכוגריאטרית בשער מנשה לא נוהגת לטפל במקרים של דמנציה, אלא במצבים פסיכויים: **"הפרעות פסיכיאטריות ולא דמנציה בפני עצמה." (ע' 81-82).**

העד אישר כי העדיף שההסתכלות תתבצע ללא זקיפים: **"רצוי שההסתכלות תהיה עד כמה שיותר קרובה לחיים הרגילים... שהצוות שלי יוכל להעריך את מידת העצמאות של המטופל, הנבדק, במהלך ההסתכלות שלו בבית החולים" (ע' 87).** עם זאת ציין, כי ניתן היה לבצע את ההסתכלות כאשר הנאשם אינו אזוק גם אם תחת פיקוח של שומרים; הנאשם היה מלווה ב- 2-3 שומרי שב"ס, שניתנה להם הוראה שלא להוביל את הנאשם **"אלא להמתין עד שהוא יחליט מה הוא רוצה"**, והשומרים הלכו בעקבות הנאשם ולא הוא בעקבותיהם. עוד הובהר לסוהרים כי אסור לתת לנאשם הנחיות בזמן ההסתכלות, והשומרים הינם נטולי יוזמה כלשהי בכל הקשור לסדרי המחלקה, וכי ניתן היה



לוודא כי ההוראה תמומש (ע' 88, 90).

לשאלה חוזרת בדבר קיום תלות של הנאשם בשומריו, חזר והסביר: **"לא, לא מסכים...אני מסביר לך שאנחנו ראינו את זה והוא באופן עצמאי יזם את הליכתו לכיוון התרופות, לכיוון המקלחות, לא הובל על ידי השומרים או הזקיפים...ראיתי את זה"**. הסנגור: כמה פעמים ראית את זה? העד: **"אני לא יכול להגיד לך, אבל ראיתי אותו מספר רב פעמים שהוא יוצא והולך, איפה הוא, איפה השומרים שלו, ראיתי את זה"**. עוד ציין כי אף תיעד זאת (ע' 89-90).

לדברי העד חרף העובדה כי הזקיפים מהווים **"מטרד מסוים לביצוע העבודות של הצוות"**, לא פגם הדבר ביכולתו להעריך את יכולת ההתמצאות של הנאשם במחלקה, והתנהלותו של הנאשם היתה עצמאית: **"...אני מבקש מוונטיק, 'אנחנו סיימנו, אתה יכול לצאת' הוא יוצא ופונה לכיוון הנכון מהחדר שלי. את זה אני ראיתי. מהיציאה לחדר שלי הייתה אפשרות לפנות ימינה, שמאלה. אז הוא תמיד היה פונה ימינה ומבקש לצאת..."** (ע' 93). ובהמשך: **"לא לכיוון הזקיפים, הזקיפים היו בכיוון אחר. הם לא היו ליד הדלת יציאה מהפרוזדור. הם היו קצת אחורה. הם היו בכיוון אחר. הוא לא הלך אליהם, הוא חזר למחלקה. הזקיפים היו בכיוון אחר...אני שוב אסביר לך, הוא לא פנה לזקיפים, הוא פנה לדלת הנכונה"** (ע' 94).

לשאלת הסניגור אם הנאשם יצא לארוחות מיוזמתו, בעקבות כריזה במחלקה, השיב, כי אינו יודע פרטים אלה, אולם ראה שהנאשם **"קם בעצמו והולך לכיוון התחנה, בלי כריזה. הוא יכול להגיע לאח ולדבר איתו בלי כריזה, את זה אנחנו ראינו"**. ד"ר ראובברגר הבהיר עוד בעדותו, כי עמד מספר פעמים על כך שהנאשם גילה התמצאות במקום; ידע היכן מיטתו; היכן חדרו; חדר הטיפולים, וכיצד לצאת מחדרו של העד כדי להגיע לחדרו במחלקה (ע' 95, 97). לדברי העד אף זכור לו כי באשפוז השני, עשה הנאשם שימוש בטלפון ובעט.

עוד הצביע העד על כוח זכרוננו של הנאשם - להבדיל משאלת ההתמצאות במרחב - היודע לפנות לרופאים ולדרוש תרופות הנדרשות לו (ניתנה דוגמה לגבי פניית הנאשם לקבלת תרופה לטיפול בבעיות בערמונית, ע' 94)). לדברי העד גם אם ברישומים המתייחסים לאשפוז השלישי מצוין כי **"לא יוצר קשר, יושב מכונס"**, הרי שזכור לו כי הנאשם פנה אליו פעמיים (בהמשך עדותו ציין כי היה זה בחודש אוקטובר 2017), לצורך קבלת תרופה: **"כן. אני זוכר כי זה היה מאוד מעניין. אני שכחתי, ומר וונטיק הזכיר לי. אני זוכר את זה; תיעדתי שהוא הזכיר לי שחסרה לו התרופה. עוד פעם, אני לא תיעדתי את זה שהוא פנה אלי והזכיר שאתה הרופא שכחת. לא חשבתי שזה פרט מאוד חשוב לציין אותו פעמיים"** (ע' 102 - 103). לדברי העד המקרה זכור לו היטב, כי בעקבות דברי הנאשם פנה לצוות והוסבר לו כי התרופה מסופקת על ידי קופת חולים, וכי הרופא המטפל לא דאג להזמין את התרופה בזמן מבית המרקחת של קופת החולים. עוד ציין כי הנאשם מסר לו באשפוז האחרון, את שמו של הרופא שטיפל בו, וכי נתון זה היה נכון, שכן פנו למרפאה לבירור העניין. לשאלת הסניגור, הבהיר, כי מסירת שמו של הרופא, גם אם השם היה שגוי, אינה אופיינית לחולה הדמנטי: **"אני אסביר לך נקודה מאוד חשובה פה. חולה דמנטי לא טועה בשם. הוא בכלל לא זוכר שם. הוא לא נותן איזשהו שם שגוי, הוא בכלל לא זוכר שם. ואם הוא מציין איזשהו שם זה אומר שבעניין הזה הוא צודק... חולה דמנטי לא זוכר בכלל שמות...לא יכול לזכור...לא ממציא, החולים הדמנטיים לא ממציאם שמות"** (ע' 109). בנוסף הסביר, כי החולה הדמנטי יכול לעשות אומנם **"קונפוזולציה זאת העתקה, סיפור מזמן רחוק לזמן היום"**, אולם ללא שימוש בשמות או בפרטים מדויקים (עמוד 110).



לדברי העד "בסוגים מסוימים של הדמנציה יש תנודות, כן. יש רמת ערנות יותר גבוהה", וניתן להתרשם בצורה שגויה משיחה פרונטלית עם הנבדק, באשר להיותו דמנטי (ע' 110). עם זאת, בהמשך עדותו, ציין כי לא ראה כל סימן לתהליך הדרדרות אצל הנאשם המאפיין את ההליך הדמנטי, במשך כל ארבע השנים בהן ליווה את הנאשם (ע' 142).

ד"ר ראובברגר משיב לשאלת הסניגור, כי אינו יודע מדוע הנאשם הוערך כדמנטי בחוות דעת אחרות, אולם עמד על כך כי הדבר אפשרי לאחר שיחה פרונטלית, ללא הסתכלות: "...בהחלט אם בשיחה הפרונטלית, בשעה המסוימת, אפשר להתרשם שהוא דמנטי למשל...אני אסביר לך, אני יכול להדריך אותך ולערוך לך עכשיו בדיקה ואתה תצא, אתה תענה לי לעשר שאלות תוך עשר דקות בשורה שגויה ואני יכול לקבל אבחנה שגויה. זאת אחת הבעיות בפסיכיאטריה. כי בשיחה פרונטלית אפשר להתרשם מיד באיזושהי אבחנה, כאשר בדיעבד, אם ההסתכלות ממושכת, אפשר היה להפריך אותה..." (עמוד 110-111).

לדברי העד איש אינו חף מאבחון מוטעה ("אין לי אבחון מאה אחוז"), ואולם הוא סבור כי הבדיקות שנערכו לנאשם בשב"ס על ידי פסיכיאטרים שונים אינן ממצות:

"גם הפסיכיאטרים שבאים לשם ורואים אותו, תוך, אני לא יודע כמה זמן, עשר דקות, 15 דקות, עורכים לו שיחה פרונטלית, בשלב מסוים מסתפקים בכמה תשובות ועוזבים את החדר. אתה היית במעצר, אתה ראית את החדר של הרופא, או החובש, אני הייתי שם מספר רב פעמים. החדר הזה, אין לרופא רצון לשהות שם הרבה זמן. הוא מגיע לשם 15 דקות, מספיק לו...כאשר מגיע מר וונטיק ולא זוכר איפה הוא נמצא, לא יודע מה השעה, לא יודע מה (התאריך), לא יודע למה הוא כאן, זה מספיק לפסיכיאטר כדי להתרשם, על סמך תשובות אלו, שכן מדובר בחולה דמנטי, אבל העניין הוא לאמת את התשובות שלו. האם במציאות התשובות שלו נכונות? או תת ביצוע שלו, מתוך המצב שלו כרגע הוא לא מעוניין לענות, קל להגיד לו אני לא זוכר מה התאריך, אני לא זוכר איפה אני נמצא, אני לא יודע מי אתה, בבקשה, ואז אני רושם אחר כך את התשובות ומקבל את התשובה שהוא אדם דמנטי" (ע' 111-112).

העד שלל בתשובותיו כל אפשרות כי בעת ביצוע הרצח היה הנאשם במצב של דמנציה, וציין כי הדברים ניכרים בשחזור שערך הנאשם בחקירה המשטרתית, בה נראית התנהגותו הגיונית לחלוטין, וכי ההתלבטות שגילה הנאשם אם להיכנס לחדר בה רצח את המנוחה, קשורה בקושי שחש, שבא לידי ביטוי בבכי. עוד הפנה העד לכך שהנאשם הצביע בבית על מקום הימצאן של התרופות שהוא משתמש בהן. (ע' 116-117).

לשאלת הסניגור בדבר ממצאי צילומי סי. טי מוח שנערכו לנאשם, השיב כי בצילום אחד היה ממצא של אטרופיה מוחית ("הצטמקות התחום האפור של המוח"), שאינו מהווה ממצא יוצא דופן אצל מבוגרים מעל לגיל 60, אלא אם מדובר באטרופיה נרחבת שיכולה לאפיין דמנציה; צילום שני נמצא תקין. לדברי העד, היה מקום לבדיקה מעמיקה יותר של הצילומים, שלא נעשתה (ע' 118-119). לדברי העד קיימת אי בהירות מסוימת אם הנאשם סובל מפרקינסון כפי שנקבע בקופת חולים, שכן בבדיקה נוספת צוין כי הנוירולוג אינו בטוח שמדובר בפרקינסון; העד עצמו סבור כי אכן מדובר בפרקינסון, הגם שציין כי הנושא אינו מצוי בתחום מומחיותו. עוד אישר כי למחלת פרקינסון עלולה להתלוות עם הזמן דמנציה.



באשר לניידות של הנאשם, העיד כי התרשם לאורך השנים, כי הנאשם הלך בפסיעות קטנות, וחלה אצלו "ירידה קטנה... מתנדנד..." ;אם כי לא שינוי מהותי (ע' 122). העד אישר כי הנאשם הגיע משב"ס לבית החולים, כשהוא נעזר במקל, וציין בנוסף, כי הניידות עשויה להיות קשורה במצב הראיה של הנאשם. הנאשם סובל מרעידות ביד, אולם מסוגל להחזיק כוס ולשתות, וכי לא ראה שינויים בעוצמת הרעידה. העד מסכים כי עלול להיות קשר בין רמת הניידות לאינטליגנציה, אולם לא ניתן לקבוע כי לירידה מוטורית מתלווית ירידה קוגניטיבית, אלא לאחר שמתבצעת הסתכלות (ע' 122).

בחקירתו הופנה העד לרישום בקרדקס שנערך ביום 13.9.2017 לפיו "**בקבלה הסיעודית מצוין שהאיש אינו מתמצא בזמן ובמקום**", וכי לנאשם יש דמנציה; העד הבהיר כי בבדיקה שערך הוא עצמו מאוחר יותר, הנאשם גילה התמצאות; עוד ציין העד כי אח, מאנשי הצוות הסיעודי, הקולט מטופל אינו רשאי לערוך אבחנה לגבי מצבו, וכי ככל הנראה העתיק זאת ממסמכי הליווי. לשאלת הסניגור בדבר רישום שנערך על ידי ד"ר סבירידוב כי הנאשם מגלה התמצאות חלקית, השיב העד: "**זו הכוונה, כנראה הוא לא סיפק את התשובות לכל מגוון השאלות לגבי...למשל, מה התאריך, יום, חודש, שנה, מה בית החולים, איזה בית חולים, איפה הוא נמצא, איזו מחלקה, זאת הכוונה**" (ע' 124).

עוד הקשה הסניגור אם העד "ער" לרישום מיום 30.1.2016 (שעה 06:46), שנרשם על ידי האחות מרינה יוספוב, לפיו הנאשם "**במחלקה שקט ורגוע. דואג היטב לצרכיו. בארוחות אכל טוב, טיפול קיבל לפי הרשום. שוחח עם אחות בשיחה עמו לא מתמצא בזמן ובמקום ובסיטואציה. לא יודע איפה הוא נמצא, איפה הוא גר, אם יש לו נכדים, איפה עובדים בנים שלו. לפי דבריו אשתו בבית ומכינה לו אוכל...יחד עם זה לא התלונן על דבר ולא גילה התנהגות חריגה**". ד"ר ראוכברגר חזר על דבריו, כי אין ליתן משקל לאבחנה של הצוות הסיעודי, וכי הוא בודק את "**העניין במו ידיו, בדיקה שלי רפואית**"; עוד הפנה לרישום שנערך לאחר מכן בקרדקס, בו צוין, כי הנאשם "**עונה לעניין**" באופן שאינו מתיישב עם כך שהנאשם "**לא מתמצא**" (אכן, ברישום מיום 31.1.2016 שעה 06:38, צוין: "**נצפה שקט ומתון בהתנהגותו...יש לציין שהמטופל יודע מקום הימצאותו עונה לעניין לדבריו נמצא בבית החולים... - י.צ**). עוד מסביר העד כי ברישומי המעקב במחלקה "**... החלק החשוב הוא שהוא מאורגן, דואג לעצמו. לוקחים את כל החלקים ומה שאני רואה, מה שאני לוקח מזה זה שכן אדם ענה לה לא נכון לגבי ההתמצאות, שעשה גם לי מספר פעמים באשפוזים, אבל בכל זאת, במחלקה, מתנהג תקין, מה זה תקין? מתמצא. אם הוא לא תקין, הוא לא מתמצא במקום**" (ע' 131); וכך בהמשך, הוא מציין כי דברי הנאשם לאחות כי אינו יודע איפה הוא נמצא, ואם יש לו נכדים וכד', סותרים "**את מה שאני כותב למחרת היום, כשאנחנו בודקים אותו. כאשר הוא יודע איפה הוא נמצא.... האמת הוא גם אצלי הכחיש שאשתו מתה, עד היום הוא מכחיש את זה...**" (עמוד 132). בהמשך חקירתו חזר וציין כאשר נשאל לגבי רישום בקרדקס מיום 25.02.16, לפיו הנאשם מתמצא במחלקה, אך אינו זוכר יום ותאריך, אינו מתמצא בזמן, כי הנאשם משנה תשובותיו מעת לעת, וכי התנודות בתשובותיו של הנאשם יכולות להיות וולונטריות - "**הוא מביא תשובה או לא**", ואף מושפעות מרמת העירנות או הכושר הגופני (ע' 138).

העד חזר והדגיש כי אין מקום להסתפק בתשובות הפורמליות של הנאשם, היינו כי אינו יודע היכן הוא נמצא, מהו התאריך וכיו"ב - תשובות שכמותן נתן לאנשים רבים במחלקה - וקיים צורך בבדיקת אימות, שלא בוצעה על ידי הסגל הסיעודי. בעניין זה הביא לדוגמא את קביעתה של מרפאה בעיסוק (הכוונה לגב' יוליה שקירוב- י.צ), כי הנאשם הינו



דמנטי נוכח תשובותיו במבחן מינימנטל, לפיהן אינו יודע מהו התאריך, היכן הוא נמצא וכיו"ב, עד שבסיום הבדיקה בה נקבע ציון נמוך לנאשם, שאל אותה הנאשם אם היא אחראית על כל המרפאות בעיסוק, נוכח כך שאינה שייכת למחלקה, וברשותה מפתח כללי המתאים לכל הדלתות, מפתח מנהלים: **"...בהערה האחרונה שלו, כל המסקנות שלה בבת אחת, כאשר הוא ציין שהיא לא מהצוות שלו, שהיא כנראה אחראית, מנהלת, שהיא לא בתפקיד פשוט, זוטרי, שיש לה מפתח שפותח את כל הדלתות... מעלה חשד לגבי אמינות הבדיקה. זה מה שהיא כתבה..."** (ע' 134).

לשאלות הסניגור בדבר מהות הטסטים שנערכים לצורך אבחון (מוקד; אמ אמ סי; לוטקה), ציין העד כי אלה נערכו לנאשם, והם נועדים **"להתרשמות ראשונית... גם לביצוע הטסטים האלה צריך להיות שיתוף פעולה מלא. אם החולה לא מתכוון לשתף פעולה, לטסט הזה לא תהיה משמעות. הסברתי. זה 30 שאלות. שואלים ורושמים תגובה. הבודק לא עושה אמת או שקר. הוא כותב את התשובה פשוט",** וכי המרפאה בעיסוק כתבה כי **"הטסטים שלה יצאו לא אמינים סך הכל..."** (ע' 147).

העד אישר כי הייתה קיימת לפרקים התרשמות כי הנאשם שוקע בדיכאון, והוא טופל בתרופות נגד דיכאון: **"היו תקופות שהוא היה מכונס, היו תקופות שהוא יותר דיבר עם אנשים... באשפוז האחרון הוא היה יותר אדיש ממה שקודם... אבל בשיחה איתי הוא כן יזם וכן דיבר..."**. עוד ציין כי הנאשם לא ניהל שיחות טלפון באשפוז האחרון, והתרשמו כי מדובר בתגובה **"דיכאונית יותר"**. (ע' 135 - 136). לדברי העד מדובר בהפרעה נפרדת, ואישר כי דיכאון יכול לאפיין גם דמנציה בשלביה הראשונים של המחלה. עוד אישר כי **"באשפוז האחרון היה צורך לדרבן אותו לפעולות הגייניות. לא להכריח אותו, אבל לדרבן כן."** (עמוד 137).

לשאלת הסניגור מדוע בתיעוד הרפואי בשב"ס מצוינת שוב ושוב, ירידה בזיכרון ומצב של דמנציה, משיב העד:

"עוד פעם, כדי לא לערער את מהימנות הבדיקות האלה, אני יכול להגיד שמה שמכריע כאן זאת בדיקה שנערכה, בדיקות ארוכות שנערכו במסגרת בית החולים עצמו, במסגרת ההסתכלות. לזה נועדת ההסתכלות. היא צריכה לאמת את הבדיקות האמבולטוריות. יש לנו פערים, גם אצלי, גם נפילתי קורבן לזה. אני בודק באופן אמבולטורי, זה תמונה אחת והפוכה לגמרי בעת האשפוז. זה לא רק חולים דמנטיים זה גם סכיזופרניים. זה לא פעם אחת. אני כלפי עצמי, הבדיקות האמבולטוריות לוקות בחסר. קשה מאוד לאמת תשובות. קשה מאוד. התשובות נרשמות כאילו זה נכון. לרופא אין עניין משפטי לבדוק את זה לעומק מכל הזוויות. ד"ר גריסרו לא ערך בדיקה משפטית... אם אני לא עושה בדיקה משפטית מקיפה אני גם יכול להגיע למסקנה דומה..." (ע' 140).

עוד הבהיר כי ד"ר גריסרו עורך בדיקה של 20 דקות בכלא, בלא לאמת אותה - **"אני מסביר לך שהשאלות והתשובות באופן פרונטלי לא תמיד נותנות, בעיקר במישור המשפטי. מישור משפטי צריך אשפוז, בדיקה מקיפה ומעמיקה..."** (ע' 141).

לשאלת הסניגור כיצד מתיישב התיאור בשער מנשה כי הנאשם שומר על היגיינה, עם תיאורה של ד"ר פלדשטיין, כי הנאשם הגיע לבדיקות עם ריח של שתן, מציין העד כי בדיקת הנאשם העלתה, כי אין לו בעיית שליטה על צרכיו, וכי הוא



יודע ללכת לשירותים ולהחליף בגדים. עם זאת, הוא מאשר כי אצל חולי דמנציה תופעת הזנחה היא אפשרית, על רקע מצב של אדישות ואיכפתיות (ע' 146-147).

העד אינו סבור כי ניתן להגדיר את התנהגותו של הנאשם כהתחזות: **"...בשלבים שונים של האשפוזים היו לו בעיות דיסוציאטיביות... דיכאון עם סמן לדמנציה, ואני רשמתי את זה, זה דמוי דמנציה שזה קורה אצל מבוגרים, עם הדיכאון...".**

באשר ל"זיכרון הסלקטיבי" של הנאשם, מסביר העד:

"סלקטיבי זה שיש חלקים שמורים וחלקים לא שמורים...אני אסביר. יש לנו הפרעה דיסוציאטיבית שאנחנו, עדיין אף אחד לא קבע סופית, מה יותר שם, באופן וולונטרי או בלתי מודע... אצל נבדקים שעברו רצח, יש להם שכחה וולנטרית ולא וולנטרית, לא רצונית, של נסיבות הרצח. זה קורה וזה פורסם בספרות. זה נקרא הפרעה דיסוציאטיבית. עד כמה היא בהתחזות ועד כמה היא בלא מודע אף אחד לא יכול להגיד...ובספרות יש מחלוקת שלמה האם הפרעה דיסוציאטיבית היא כהתחזות או שזה בלא מודע משרת את העניין. אני חושב שזה באופן לא מודע משרת אותו להתרחק מעובדה שהוא רצח. הוא רוצה להתרחק ולדחות את זה, על ידי שכחה... זה קורה בכל אירוע טרגי. אישה שאיבדה את בנה כעת בעת התאונה, היא שוכחת, היא לא עושה את זה באופן רצוני, אנחנו פשוט יכולים לדחות באופן לא מודע את כל הזיכרון והחוויית מאוד קשות עד כדי כך ששוכחים. זאת הפרעה דיסוציאטיבית".

עם זאת, ציין כי מצבו של הנאשם אינו עקבי:

"... יש שיפור. ברגע, באשפוז הראשון כשהוא הגיע הוא לא זכר בכלל אם יש לו ילדים, אם יש לו אח, הוא הסביר שהוא לא יודע איפה הוא נולד, גדל ואם הוא שירת בצבא. באשפוז האחרון הוא כבר הביא את הפרטים מההיסטוריה שלו. ובספר שלי אני יכול לצטט שבהפרעה דיסוציאטיבית, אמנ'ה, ככה זה נקרא, נפגמת קודם כל אינפורמציה אישית. אינפורמציה של הזהות שלו. זה מה שקורה. ובדמנציה, האינפורמציה האישית נשארת עד הסוף. הוא יודע מי הוא, מה שם המשפחה, מה שם אשתו, עד הסוף. אחר כך זה נמחק. זה נקרא חוק ריבו. כמו שבבצל, קליפות ראשונות, הזיכרונות האחרונים נמחקים, אבל מה שבגרעין נשאר, מה שבגרעין, שאני נולדתי במולדובה ואבא שלי כך וכך, אני אזכור עד סוף החיים. כמובן שדמנציה מוחקת את זה וכאשר מגיע השלב הסופני הוא לא זוכר את השם וכמובן שאר הדברים" (ע' 144).

לדבריו קבע באשפוז הראשון, כי הנאשם אינו יכול לעמוד לדין **"בגלל עצמת התופעות הדיסוציאטיביות, וככה אני ביקשתי מבית המשפט לתת לנו פסק זמן לטיפול... היום, במצב הנוכחי, הוא יכול לעמוד לדין, ההפרעה שהייתה ברמה מאוד גבוהה בעבר, היום לא קיימת. עדיין יש לו חלקים של דיסוציאציה, אבל הדבר מאפשר לו לתקשר איתך, שאנחנו ראינו את זה...".** (ע' 145).



עוד ציין כי הנאשם במצבו היום, אמור לזכור את נסיבות הרצח: **"הוא צריך לזכור את זה. הוא צריך לזכור. זה שהוא לא נותן לנו תשובה, זה לא אומר שהוא לא זוכר"**.

הסנגור: אבל אתה בעצמך אומר שיש איזשהו בלוק שמונע ממנו לתת את זה,

העד: **"הבלוק הזה, אני שוב מסביר, חצי וולונטרי וחצי לא...לא, יש לו יכולת לזכור. יש לו יכולת שמורה לזכור"**. (ע' 146).

עדוּתה של ד"ר פלדשטיין

ד"ר פלדשטיין מאשרת בחקירתה כי אין לה כל מומחיות בפסיכיאטריה; עוד אישרה כי אין התמחות עצמאית בפסיכוגריאטריה, לפיכך, היא מגדירה עצמה כ"יועצת" ולא כ"מומחית". רוב המטופלים בדמנציה מטופלים על ידי רופאים גריאטריים, ובהכשרתה כרופאה פנימית וכרופאה גריאטרית עיקר עיסוקה הוא בטיפול באוכלוסיה קשישה הסובלת ממחלות פנימיות ודמנציה (ע' 164 - 165). בהמשך עדותה אישרה, כי למרות שצינה בחוות דעתה כי יש לה מומחיות בתחומים פליליים, לא עברה כל הכשרה בתחום הפלילי.

העדה סבורה כי בהכשרתה כרופאה גריאטרית, יש לה סמכות לקבוע אם הנאשם יכול לעמוד לדין או לא (ע' 208). אין היא חולקת על כך שהנאשם ביצע את המעשה. עם זאת, קבעה, כי הנאשם היה במצב **דלרנטי** בשעת ביצוע המעשה, ולפיכך אין לו אחריות לביצוע המעשה. העדה נימקה זאת בכך שעלה מהחומר שהוצג לה, כי הנאשם הגיע לחדר מיון עם **"כמויות של אלכוהול בדם שלו"**, וכי נכנס למצב הדלרנטי, בשל צריכת האלכוהול ועל רקע מחלת פרקינסון ממנה הוא סובל שנים רבות.

לשאלה מדוע היא סבורה כי מצב זה פוטר את הנאשם מאחריות פלילית, השיבה: **"כי בן אדם במצב דלרנטי במצב שמוגדר כאי שקט פסי(כומוטורי) ופגיעה בהכרה במצב הכרה שלו"**. (ע' 211).

ב"כ המאשימה: את יודעת מתי הוא שתה את האלכוהול הזה?

העדה: **"במהלך כל הביצוע"**.

ב"כ המאשימה: זהו שלא. אם היה לך את חומר חקירה את היית יודעת שרק אחרי שהוא סיים לרצוח אותה הוא שתה. כך שבמהלך האירוע לפניו לא היה לו אלכוהול בדם.

העדה: **"אין בעיה...אבל זה לא משנה...מה זה משנה? מבחינתי זה לא משנה"**. (ע' 209).

ובהמשך: **"...אני מסבירה מה אני התרשמתי. אני התרשמתי כרופאה שהבן אדם היה במצב דלרנטי זה מה שאני כתבתי...לא רק אלכוהול, אני כתבתי בגלל המחלה שלו שבמהלך שנים רבות מחלת הפרקינסון ועל רקע אלכוהול שהוא שתה בכמויות הוא נכנס למצב דלרנטי"**.

בית המשפט: ולכן הוא לא אחראי למעשיו?



העדה: "כן, בן אדם שהוא במצב דלרנטי בוודאי שלא". (ע' 210).

העדה מסכימה כי בדרך כלל הפגיעה הראשונה הנלווית לדמנציה היא פגיעה בזיכרון לטווח קצר, אולם ישנם סוגי דמנציה שונים שאז "הפרזנטציה הראשונה" מתבטאת בהזנחה, התנהגות מינית לא ראויה, פגיעה בשפה ושליפת מילים.

לדברי העדה, הנאשם סובל ממחלת פרקינסון משנת 1999 העלולה להוות מחולל של דמנציה, ויש על כך תיעוד בתיק הרפואי; הוא לוקה בסכרת המהווה סיבה עיקרית לדמנציה וסקולרית, ושותה משקאות חריפים. עוד ציינה כי "מגוון רחב של תרופות", שהנאשם קיבל עלול להשפיע על יכולתו הקוגניטיבית. לשאלת ב"כ המאשימה, טענה כי הנאשם החל את התהליך הדמנטי שלו לפני "שנים רבות", בשל גורמי המחלה שציינה (ע' 168-169). לשאלת ב"כ המאשימה מדוע לא אובחנה דמנציה אצל הנאשם במהלך השנים על ידי הרופאים שבדקו אותו, השיבה העדה כי קיימים אזכורים על ירידה בזיכרון עוד בשנת 2005, ורופא המשפחה, פרופ' שוורצמן, ציין כי קיימת ירידה קוגניטיבית (ע' 169). בהמשך ציינה כי ראתה "שיש אזכורים על ירידה בזיכרון משנת 2012 ו- 2010". (ע' 179).

לדברי העדה לא בחנה את דיסק השחזור בו השתתף הנאשם, אלא ראתה רק את אמרתיו בחקירה; לשאלה אם אינה סבורה כי השחזור היה מאפשר לה להתרשם כי אין מדובר באדם דמנטי, השיבה כי "מה שהתרשמתי באותו זמן שאני בדקתי" (ע' 176). עוד אישרה כי לא שוחחה עם איש מבני משפחתו של הנאשם כדי לבדוק את התנהגותו במהלך השנים: "לא. לא. תראי...אני רופאה ניטרלית לחלוטין, אין לי פה צד...". עוד הבהירה כי בעת שהיא נוהגת לערוך בדיקה פסיכוגריאטרית היא מבקשת מבני המשפחה "לעזוב את החדר כי זה מצב לא נעים, זה מצב מעליב...בן אדם שהוא לא תמיד הוא יודע..." עם זאת היא מאשרת, כי לצורך הכנת חוות הדעת השניה (נ/2) שוחחה עם רופא ואחות בשב"ס, ואילו לצורך הכנת חוות הדעת הראשונה (נ/1) שוחחה עם האסיר "התומך" שהביא את הנאשם אליה לבדיקה, אולם לא ציינה זאת בחוות דעתה (ע' 170).

לדברי העדה הבדיקה הפסיכוגריאטרית שערכה, נועדה לבדוק את "כל התפקודים האינטלקטואליים... התמצאות, שיפוט, הבנה, תובנה, פירוש סיטואציה"; הבדיקה נעשת בדרך של שאלות: "... ואז לפי התשובות שלו אנחנו מחליטים." השאלות מותאמות לרמת ההשכלה הבסיסית של הנבדק (ע' 174); לדבריה דיברה עם הנאשם בשפה הרוסית, אולם הוא ניסה לעבור משפה לשפה ("רומנית, אידיש, רוסית"). לשאלה מדוע כתבה בחוות דעתה כי הנאשם סובל "מעיוורון", הבהירה כי "יש לו ירידה בראייה...יש לו ליקוי ראייה..." עקב מחלת סכרת, וכי הדבר מצוין בתיקו הרפואי (ע' 173).

העדה מציינת כי הנאשם לא ידע שהגיעה לבדוק אותו מטעם ההגנה (ע' 211). עוד שללה אפשרות של התחזות מצד הנאשם, וציינה כי קיימת הלימה בין "הפרזנטציה הקלינית" של הנאשם, לבין התשובות שמסר לה, ולאחר בחינה של "תפקוד אינסטרומנטלי" (ע' 178, 196).

ד"ר פלדשטיין אינה מסכימה עם ההערכות הפסיכיאטריות שנעשו בשער מנשה, והסברה לכך הינו כי לא נעשו לנאשם בדיקות זמן או מיפוי מוח, כמתחייב לטענתה, לצורך איתור איזורים פגועים במוח שיצביעו על קיום פרקינסון או דמנציה. עם זאת אישרה, כי גם היא עצמה לא פעלה בהתאם "לפרוטוקול" המחייב בדיקות אלה, שכן הנאשם "לא היה באשפוז אצלי" "אני לא הרופאה שלו". עוד ציינה, כי למרות אי עריכת הבדיקות, "עדיין האבחון הוא 90



אחוז זה ניסיון של הרופא ובדיקה קלינית, וכי נוכח ניסיונה המקצועי, כרופאה גריאטרית, הבדיקה שערכה עדיפה על פני הבדיקות שנערכו בשער מנשה על ידי רופאים פסיכיאטרים. (ע' 181-182).

לטענת העדה לא נערכו לנאשם בשער מנשה, הטסטים המקובלים לאבחון קוגניטיבי, **"למעט מינימנטל שזה בדיקה סקרין בלבד"**, וכי היא עצמה ערכה בנוסף **"מבחן מוקה ו...עוד כמה טסטים"** (ע' 182). לאחר שהוצג לעדה כי נערך לנאשם אבחון מוקה (במסגרת ריפוי בעיסוק, במרץ 2016), בו קיבל הנאשם ניקוד של 10, מציינת העדה כי ניקוד כה נמוך (10 מתוך 30), משמעו **"...שמדובר בדמנציה סופנית לפי ההגדרה...אי אפשר להתחזות במוקה..."**, וכי הרופאים בשער מנשה התעלמו מכך (ע' 183). עם זאת, לדבריה, לא התרשמה כי הנאשם לוקה ב"דמנציה סופנית": **"זה מה שהם התרשמו...אני כתבתי דמנציה מתקדמת"**. עוד ציינה כי קיימת תופעה בדמנציה שבה המטופל **"עשוי לזכור את המשפחה, ומחר הוא לא זוכר. זה מה שתואר על ידי אלצהיימר"**. (ע' 184).

ב"כ המאשימה הפנתה את העדה לדיווח המופיע בקרדקס שנערך על ידי מרפאה בעיסוק (הגב' יוליה שקירוב, שכבר הוזכרה לעיל), לפיו היה הנאשם מודע לתפקידם של אנשי שב"ס בשמירה עליו, ולכך שהגב' שקירוב אינה שייכת למחלקה, באופן המלמד שאינו דמנטי, השיבה העדה, כי **"הרופאים הפסיכיאטרים הם לא רופאים גריאטריים שבדיקת יודעים לבחון את המצב ולראות את כל הקונסטלציה, גם האחות שעושה שם וגם התרשמה שיש עדיין זה לא גורם מקצועי..."** (עמוד 185). לשאלה מהי המשמעות לכך שהנאשם פתאום נזכר באנשים ומזהה אותם, השיבה העדה: **"זה יכול להיות, זה לא בן אדם שהוא מחוק לגמרי, הוא מטופל עם דמנציה מתקדמת אבל לא מחוק לגמרי..."** (ע' 186).

לדברי העדה הנאשם מסוגל לענות לשאלות המופנות אליו: **"יש דברים פרימיטיביים שכן הוא ידע לענות. אבל דברים מורכבים יותר הוא לא ידע לענות"** (ע' 204). וכן בהמשך: **"תלוי איזה שאלות. יש שאלות שכן הוא ידע... הוא ידע בביקור האחרון הוא ידע שמות הילדים, הוא ידע להגיד לי שהמקום הזה שהוא נמצא הוא יותר טוב בשבילו..."** (ע' 205).

התובעת: כי הוא נמצא במר"ש עכשיו.

העדה: **"יש כמה דברים שהוא ידע, בהחלט...אני לא מסבירה את זה כשיפור, אני מסבירה את זה שיש שאלות שהוא כן יודע"**. (ע' 203).

העדה סבורה כי לא ניתן להסיק על יכולתו הקוגניטיבית של הנאשם מכך שסיפק תשובות ענייניות בקשר לצרכיו, ותשובות דמיוניות בקשר לנסיבות הרצח: **"זה לא בדיוק, כי כל פעם הוא שינה את הגרסה, כל פעם אני שאלתי אותו איפה אתה נמצא ואיפה ילדים שלך, כל פעם הוא נתן לי גרסה אחרת לגמרי, זה מה שאני כתבתי"**. בהמשך טענה כי הנאשם אינו מנסה לבלבל אותה בתשובות לגבי נסיבות הימצאה של אשתו, וכיו"ב: **"זה לא בלבול זה מצב דיסוציאטיבי"**. (ע' 205).

לשאלות בית המשפט, העריכה כי הנאשם עשוי להיות מודע לכך שהוא נמצא באולם בית משפט, מבין את משמעות ההליך, ונעזר במתורגמנית **"צריך לשאול אותו"** (ע' 186). לשאלה לאילו תשובות יש לצפות מהנאשם, השיבה: **"יכול**



להיות תשובות שגויות ויכול להיות תשובות נכונות" (ע' 187). עם זאת טענה בהמשך, כי הנאשם יכול לענות רק על "שאלות פשוטות", וכי "מבחינת בוחן מציאות שלו שיפוט שלו הבנה ותובנה הוא לגמרי מחוק". עוד ציינה כי "התמצאות נמדדת בזמן ובמקום ובסיטואציה זה דברים די פשוטים. מה שהופך בן אדם לבן אדם עם האישיות שלו זה תפקודים מוחיים גבוהים ולא יכולת להבין שאני נמצא במקום איקס". לדברי העדה היא מסתייגת מאפשרות כי הנאשם מסוגל להבין את ההליך המשפטי: "... כמה פעמים שאני בדקתי אותו אני לא התרשמתי שהוא מבין מה ההליך המשפטי...אני לא התרשמתי מזה. אני שאלתי אותו כמה פעמים אם הוא מכיר את העו"ד שמייצג אותו הוא אמר לי שהוא לא יודע על מה אני מדברת" (ע' 189). לשאלת הסניגור בחקירה חוזרת, אם לדעתה הנאשם יוכל לשתף פעולה עם סניגור השיבה פעם נוספת: "הוא לא יודע מה זה סניגור" (ע' 211).

לשאלת ב"כ המאשימה, אישרה העדה כי תהליך דמנטי אין בו כדי לבטל אפשרות להבנת ההליכים המשפטיים: "זה תלוי באיזה סיטואציה אבל כן. תלוי מה החומרה של הדמנציה". עוד אישרה כי אינה מדברת על ניתוק מהמציאות: "אני מדברת על תהליך של דמנציה מתקדמת שהולכת שלב ושלב ומחמירה." (ע' 189).

לדברי העדה ד"ר ראובברגר התרשם תחילה, מקיום מצב של פסיאודמנציה, שהינו תהליך של דיכאון עמוק שבו המטופל משיב בשלילה על כל שאלה: "...אני לא זוכר, אני לא יודע, ואין פה כלי לבדוק. עכשיו, ברגע שמתחילים טיפול בנוגדי דיכאון זה אמור להשתפר, כי זה בעצם מה שגרם לירידה הקוגניטיבית זה הדיכאון...". לדברי העדה, בניגוד לצפי של ד"ר ראובברגר, מצבו של הנאשם לא השתפר: "...כי זה לא פסאודמנציה. פה זה מגוון של מחלות..." (עמוד 191). עם זאת מציינת העדה כי בחוות דעתה מנתה אפשרות של קיום פסיאודמנציה: "...זה הגורם החמישי אני חושבת ששמתי". (ע' 190). עוד קבעה כי ד"ר ראובברגר לא היה עקבי בעמדתו ואמר שמדובר "בדמנציה שקשורה בגיל, אין דמנציה שקשורה לגיל...", וכי הנאשם אינו נחשב למבוגר בהיבט זה (ע' 192).

העדה סבורה כי ההערכה שלה ביחס למצבו של הנאשם עדיפה על פני ההערכה הפסיכיאטרית שנעשתה בשער מנשה, לאחר הסתכלות, שכן לצורך חוות דעתה בחנה מספר פרמטרים, ובכללם, ה"היסטוריה הרפואית"; מצב התפקודי... היכולת של בן אדם לתפקד יום יום... זה יכולת ניידות... נטייה לנפילות, הלבשה, יכולת להתלבש, יכולת להתרחץ, יכולת לאכול".

עוד התרשמה כי עלה מהנאשם ריח של שתן, באופן המעיד כי אינו שולט בהפרשותיו.

העדה מאשרת לשאלת ב"כ המאשימה, כי ראתה את הרישומים בקרדקס שנערך בשער מנשה בחודש אוקטובר 2017, לפיהם הנאשם עצמאי בפעולותיו: "... מקלחות עצמאי, הלבשה עצמאי, שירותים עצמאי, סוגרים שולט, אכילה עצמאי...". העדה מביעה הסתייגות מתיאור זה: "זה בן אדם שלא שולט שנים רבות כבר ויש תיאור על זה ולכן, הוא לא שולט על הסוגרים... איך הם התרשמו שהוא שולט אני לא יודעת". (ע' 197). ובהמשך: "...אני לא יודעת מי עשה את ההערכה... הוא לא יכול להיות עצמאי, זה חולה שסובל שנים רבות ממחלת פרקינסון. מחלת פרקינסון הוא חלה משנת 1997 והיה מוכר בנכות כללית בביטוח לאומי והוא קיבל גם גמלה עבור מחלת הפרקינסון...זה אומר מחלת פרקינסון... שבדרך כלל יש פגיעה מוטורית..." (ע' 199); לשאלת התובעת, היכן ראתה תיעוד בו כתוב שהוא לא שולט על הסוגרים. השיבה: "ריח שתן פשוט" (ע' 198). בהמשך ציינה, כי אם



הנאשם שולט על סוגריו, אזי "מדובר ב"אי שליטה פונקציונלית זה בן אדם שהוא לא מספיק לשירותים יש לו פספוסים". לשאלה, מאיפה ניתן לדעת שלא הספיק, השיבה "אני שוחחתי אותו, אני שאלתי אותו, אני שאלתי את המדריכים, יש ריח של שתן..." (ע' 203). יוער, כי העדה אישרה כי באולם בית המשפט הנאשם נראה "יותר מצוחצח אני הייתי מגדירה אותו". (ע' 208).

דין

טענתה, היחידה למעשה, של ההגנה הינה, כי הנאשם אינו מסוגל לעמוד בדין בשל מחלת דמנציה בה הוא לוקה, ואי יכולתו, בגין המחלה, לעקוב אחרי הליכי הדיון, ולתרום להגנתו. ויודגש פעם נוספת, ההגנה אינה טוענת כי בשעת ביצוע המעשה היה הנאשם חסר יכולת להבין את אשר עשה או את הפסול במעשה, או להימנע מעשייתו, בשל מחלת נפש או בשל ליקוי בכושרו השכלי (סעיף 34 לחוק העונשין, תשל"ז - 1977); בנוסף, ההגנה אינה חולקת על כך כי אם תידחה הטענה לעניין אי מסוגלותו של הנאשם לעמוד לדין, הרי שהמאשימה יצאה ידי חובתה להוכיח את עבירת הרצח שיוחסה לנאשם בכתב האישום, על פי הראיות שפורטו.

בעניינו של מי שאינו מסוגל לעמוד לדין, בשל ליקוי נפשי (או שכלי), קובעת הוראת סעיף 170(א) לחוק סדר הדין הפלילי (נוסח חדש), תשמ"ב - 1982:

נאשם שאינו מסוגל לעמוד בדין

(א) קבע בית המשפט, לפי סעיף 6(א) לחוק לטיפול בחולי נפש, תשט"ו-1955, או לפי סעיף 19ב(1) לחוק הסעד (טיפול באנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית), תשכ"ט-1969, שנאשם אינו מסוגל לעמוד בדין, יפסיק את ההליכים נגדו; אולם אם ביקש הסניגור לברר את אשמתו של הנאשם, יברר בית המשפט את האשמה, ורשאי הוא לעשות כן אף מיזמתו מטעמים מיוחדים שיירשמו.

סעיף 15(א) לחוק טיפול בחולי נפש, תשנ"א - 1991, שהחליף את סעיף 6(א), קובע כך:

אשפוז או טיפול מרפאתי של נאשם על פי צו בית משפט -

(א) הועמד נאשם לדין פלילי ובית המשפט סבור, אם על פי ראיות שהובאו לפניו מטעם אחד מבעלי הדין ואם על פי ראיות שהובאו לפניו ביזמתו הוא, כי הנאשם אינו מסוגל לעמוד לדין מחמת היותו חולה, רשאי בית המשפט לצוות שהנאשם יאושפז בבית חולים או יקבל טיפול מרפאתי..."

על פי הוראת סעיף 15 (ג) לא יתן בית משפט צו לפי סעיפים קטנים (א) או (ב) - ס"ק (ב) עוסק במי שנקבע לגביו כי היה חולה בשעת מעשה - אלא לאחר קבלת חוות דעת פסיכיאטרית, "ולצורך כך יצווה כי הנאשם יובא לבדיקה פסיכיאטרית... הודיע הפסיכיאטר המחוזי לבית המשפט כי לא ניתן לערוך את הבדיקה הפסיכיאטרית אלא בתנאי אשפוז, רשאי בית המשפט לצוות על אשפוזו של הנאשם לשם עריכת בדיקה והסתכלות, לתקופה



שיקבע בצו.

על פי סעיף 15(א) יש צורך בקיומם של שני תנאים מצטברים לצורך הפסקת הליכים, האחד, אי מסוגלות לעמוד לדין, והשני, בשל היות הנאשם חולה במחלה נפשית:

"לעתים קיימת חפיפה בין שני התנאים הללו, ומבחנים זהים עשויים לשמש בערבוביה לצורך בחינתם. עם זאת מדובר בשני תנאים שכל אחד מהם עומד בפני עצמו, והתקיימותו של אחד מהם אינה מחייבת בהכרח את התקיימותו של האחר. ייתכן בהחלט מצב שבו נאשם יוגדר כחולה נפש ולמרות זאת ייקבע כי הוא מסוגל לעמוד לדין, כשם שייתכן מצב שבו נאשם לא יהיה מסוגל לעמוד לדין אולם מצבו הנפשי לא יגיע לכלל מחלת נפש ובשל כך לא יחול עליו סעיף 15(א) לחוק הנ"ל." (רע"פ 2111/93 יוסף אבנרי נ' מדינת ישראל, מח(5) 133).

באשר לטיבה של מחלת נפש, הובהר בפסיקה-

"כי נדרשת הוכחה לכך שהנאשם לוקה בסטיה חמורה מן הנורמה, כלומר בפגיעה קשה בכושר השיפוט או בתפיסת המציאות... אם עומד הנאשם במבחן זה, על בית המשפט לעבור ולבחון את השאלה האם גרמה מחלת הנפש לכך שהנאשם אינו מסוגל לעמוד לדין... הקביעה בעניין זה היא קביעה משפטית אשר בית המשפט מגיע אליה לאחר בחינת מכלול הראיות שבפניו, ובין היתר בהסתמך על חוות דעת פסיכיאטריות שמוגשות על ידי פסיכיאטר שבדק את הנאשם. הקביעה הסופית, עם זאת, הינה של בית המשפט ולא של הפסיכיאטר." (ע"פ 3193/07 פארס טבאגה נ' מדינת ישראל (02.04.2009)).

בפסיקה נקבעו מבחנים לעניין מהותה של מסוגלות לעמוד לדין, ובכללם יכולתו של נאשם לעקוב אחרי ההליכים באורח מושכל; להבין את האשמה והראיות; ליפות כוחו של עורך דין ולסייע לו בהגנתו. עם זאת צוין, כי **"העובדה שנאשם אינו מסכים לשתף פעולה עם סניגוריו ומוותר כליל, למעשה, על קו הגנה כלשהו, היא אמנם רלוונטית, ואף חשובה, לבחינת כשירותו הנפשית לעמוד לדין... ואולם, אך מובן הוא כי אין היא חזות הכול, אף לא ביחס לנאשם שהומלץ לו ליטול תרופות פסיכיאטריות... העובדה שנאשם אינו משתף פעולה עם סניגוריו ואינו מנהל קו הגנה, אין בה כדי להעיד בהכרח על חוסר יכולתו לעשות כן..." (ע"פ 1526/02 פלוני נ' מדינת ישראל, פסקה 24 (לא פורסם, 22.11.06));**

במקרה אחר הובהר כי: **"יש להדגיש, מסוגלותו של הנאשם להתמצא בהליך המשפטי אינה כוללת דרישה להיותו בעל רמת אינטליגנציה כזו שתאפשר לנהל את הגנתו באופן עצמאי או להבין את פרטי פרטיו של ההליך... רמת אינטליגנציה נמוכה לא בהכרח מאיינת את יכולתו של הנאשם להבין את ההליך המשפטי ולתקשר עם סניגוריו..." (ע"פ 3230/05 ליסן גולה נ' מדינת ישראל, פסקה 10, 22.01.2007).**

ב"כ המאשימה ביקשה בסיכומיה, לאמץ את האבחנות שנקבעו בחוות הדעת הפסיכיאטריות שניתנו במרכז לבריאות הנפש שער מנשה, בהן נקבע כי הנאשם אינו לוקה במחלה נפשית, וכי הוא מסוגל לעמוד לדין. ד"ר ראובברגר השותף



לעריכת מכלול חוות הדעת הפסיכיאטריות בשער מנשה, העיד כי לנאשם קיימת אומנם ירידה קוגניטיבית מסוימת ("ליקוי קוגניטיבי מזערי", כהגדרתו), שמקורה בגילו של הנאשם או בשימוש באלכוהול, ואשר אינה מגיעה לכדי מחלת נפש, ואין בה כדי לפגוע בכוח השיפוט של הנאשם, או למנוע ממנו לעמוד על טיבם של הליכי הדיון. ד"ר ראובברגר שולל כאמור, את טענת ההגנה כי הנאשם לוקה בדמנציה (שיטיון) העשויה בהתפתחותה, להיות מוגדרת כמחלת נפש.

מנגד טוען ב"כ הנאשם, כי חוות דעתה של ד"ר פלדשטיין, והקביעות של הרופאים הפסיכיאטרים בכלל, ואף של הרופאים האחרים שבדקו את הנאשם בשב"ס, מצביעות על ירידה קוגניטיבית משמעותית אצל הנאשם, ועל כך שהוא לוקה בדמנציה "מתקדמת". קביעות אלה עומדות, כנטען, "**בסתירה פרונטלית ובלתי ניתנת לגישור**" לחוות הדעת שניתנו בשער מנשה. עם זאת, נטען, כי גם בעת האשפוז בשער מנשה עלתה לעיתים, התרשמות מ"**חוסר התמצאות או טענות מוזרות**" שהשמיע הנאשם, לאו דווקא כאלה הנוגעות ישירות למצבה של אשתו.

יש להעיר, כי לא עולה כל טענה כי הנאשם לוקה בשכלו, וממילא אין כל אינדיקציה ראייתית לכך.

בטרם נכריע במחלוקת בין הצדדים, מן הראוי לדון בשתי טענות בעלות אופי כללי יותר, אותן מעלה ההגנה בסיכומיה.

ב"כ הנאשם רואה פגם בכך שההסתכלות על הנאשם בשער מנשה, התבצעה במחלקה פסיכיאטרית משפטית (בחטיבה לביטחון מירבי), ולא במחלקה הפסיכוגריאטרית, המותאמת לטיפול במחלות נפשיות של קשישים מעל לגיל 60. בעניין זה מסתמך הסניגור על פניותיו של הפסיכיאטר המחוזי מחוז דרום, ד"ר רוני שרף (מהימים 2.12.2015 ו - 14.12.2015), לפיהן על הבדיקות להיערך במחלקה הפסיכוגריאטרית.

אין לקבל טענה זו. כפי שצוין בת/36, הורה הפסיכיאטר המחוזי הקודם, ד"ר דוברוסין עוד ביום 16.2.2014, על אישפוזו של הנאשם במחלקה לביטחון מירבי, והנאשם שהה בה במהלך האשפוז בשנת 2014. ההוראה לבצע את ההסתכלות במחלקה הפסיכוגריאטרית ניתנה על ידי ד"ר שרף, לפני אישפוזו של הנאשם בשנת 2016, וככל הנראה נעלם מעיני ב"כ הנאשם, כי בעקבות ההתדיינות שתוארה, בין הגורמים הרפואיים לבין שב"ס בקשר לסדרי השמירה על הנאשם במהלך ההסתכלות, הורה ד"ר שרף ביום 14.1.2016, כחודש לאחר פניותיו הקודמות, כי "**ההסתכלות תיעשה במחלקה לביטחון מירבי בבי"ח שער מנשה**", וזאת בתיאום עם פרופ' גרנשפון מנהל המרכז הרפואי (הפניה מיום 14.1.2016 מצויה בקרדקס המסומן 3 ("270 דפים"); ד"ר ראובברגר עצמו אף התייחס להסכמת הפסיכיאטר המחוזי בעניין זה בעדותו (ע' 82 לפ'). הנאשם אכן אושפז במחלקה זו החל מיום 19.1.2016, וכן במהלך ההסתכלות בשנת 2017.

עוד יש להוסיף, כי על פי הבהרותיו של ד"ר ראובברגר, שלא נסתרו, קיימת אומנם בשער מנשה מחלקה פסיכוגריאטרית העוסקת בפסיכיאטריה לגיל המבוגר, אולם זו עוסקת בהפרעות נפשיות על רקע פסיכוטי, העשויות להתלוות לדמנציה, אולם לא בהפרעות החשודות כדמנציה בפני עצמה, ולא היתה כל מניעה מקצועית כי ההסתכלות תתבצע במחלקה הפסיכיאטרית המשפטית (נוכח צרכי האבטחה);



ד"ר ראובברגר אף עמד על ניסיונו העשיר באבחון דמנציה, וציין כי לחוות הדעת הפסיכיאטרית, ת/40, היה שותף גם מנהל המחלקה הפסיכוגריאטרית (הכוונה, לד"ר סולומש החתום על חוות הדעת - ע' 81 לפ'; ראו גם רישום בקרדקס מיום 26.4.2016 (שעה 10:32)); בחוות הדעת ת/40, פורט כי במסגרת הבדיקות המקיפות שנערכו לנאשם בעת ההסתכלות נעשתה גם "**...בדיקה פסיכוגריאטרית חוזרת**", ובת/42 צוין כי במכלול בדיקותיו של הנאשם נבדק גם על ידי "**פסיכיאטר מוסמך בפסיכיאטריה לגיל הזקנה**".

בנסיבות אלה אין לראות פגם הקשור במקצועיות ההסתכלות שנעשתה לאורך השנים, במחלקה הפסיכיאטרית המשפטית בשער מנשה.

טענה שניה אותה מעלה ב"כ הנאשם, מתייחסת לאפשרות להסתמך על הרישומים הנערכים על ידי אנשי הצוות הסיעודי והרפואי ב"קרדקס", ת/44, המשקפים את התנהלותו היום יומית של הנאשם במחלקה בתקופות האשפוז וההסתכלות השונות; נטען, כי אין להתבסס על רישומים אלה, ללא העדת עורכיהם, בהיותם עדות שמועה לגבי התנהגות הנאשם ואמירות שהשמיע במהלך ההסתכלות.

איני רואה מניעה להסתמך על הרישומים הרפואיים בקרדקס.

בחוות הדעת הפסיכיאטריות שניתנו על ידי ד"ר ראובברגר, שההגנה לא העלתה כל טענה לגבי קבילותן, קיימת ממילא, התייחסות נרחבת ומפורטת לגבי התנהלותו המתועדת של הנאשם במחלקה (בפרקי חוות הדעת, כגון: "הסתכלות במחלקה" או "מהלך ההסתכלות"), כפי שהדברים משתקפים גם ב"קרדקס". בעניין זה אזכיר "**כי הלכה היא כי חוות דעתו של מומחה המשמש כראש מחלקה ומעיד על פעולות שבוצעו על ידי אנשיה, קבילה כראיה...**", כאשר פעולות אלה בוצעו ודווחו במסגרת הנהלים שנקבעו מראש, ונמצאים תחת פיקוח ובקרה, כבעניינו (ע"פ 5928/99 גלדסון נ' מדינת ישראל, פסקה 11, 1.9.05; וכן ראו, ע"פ 4117/06 שניר מקייטן נ' מדינת ישראל, 20.2.2010; ע"א 245/63 רחמים נ' שמרלינג, פ"ד יז(4) 2278, 2281).

עוד יש לציין, כי במסגרת חקירתו הנגדית, ביקש ב"כ הנאשם לחלוק על המסקנות העולות מחוות הדעת הפסיכיאטריות, תוך הפניית העד המומחה לרישומים מתוך הקרדקס, המצביעים לדעת ההגנה, על כך שניתן להגיע למסקנות שונות מאלה שנקבעו בחוות הדעת, לגבי מצבו הקוגניטיבי של הנאשם; החקירה התמקדה אומנם ברישומים שונים שההגנה סברה כי יש בהם כדי לשרת את עניינו של הנאשם, ואולם ב"כ המאשימה טענה בצדק, כי בחירה סלקטיבית ומקוטעת של הדיווחים מתוך הקרדקס, לצורך חקירת מנהל המחלקה, אינה משקפת נאמנה את התיעוד הכולל הנוגע להסתכלות על הנאשם, באופן העלול להוציא דברים מהקשרם, ולהטעות, ולפיכך התקבלה בקשת המאשימה להגיש את התיעוד בשלמותו. יש להוסיף על כך, כי גם במסגרת סיכומי (ע' 15-17), התבסס ב"כ הנאשם על שורה של רישומים מתוך ה"קרדקס", באופן המצביע, גם מטעם זה, על חשיבות בחינת החומר הרפואי בשלמותו.

עוד ראוי לציין, כי ההחלטה בדבר קבילות התיעוד ב"קרדקס", לא היה בה כדי למנוע מההגנה לזמן כל עד שתחפוץ בו מבין אנשי הסגל הסיעודי והרפואי בשער מנשה, לצורך בחינת תוכנם של הרישומים, ואולם ההגנה בחרה להימנע מזימון עדים, באופן שאינו משרת את טיעונה.



ולבסוף, גם העדה המומחית מטעם ההגנה, ד"ר פלדשטיין, ציינה בחוות דעתה נ/1, כי עיינה בקרדקס (הנוגע לתקופת ההסתכלות בשנת 2014), בגדרי החומר הרפואי אותו בחנה (ע' 2 לחוות הדעת, פריט 15). המומחית גם אישרה בעדותה, כי עיינה בקרדקס הנוגע לתקופת ההסתכלות בשנת 2017 (ע' 196 - 197 לפ'); גם מטעם זה, היה מקום כי התיעוד בקרדקס בו עיינה המומחית, יובא בפני בית המשפט לצורך בחינת אבחנותיה של העדה.

משקלן של האבחנות הפסיכיאטריות שניתנו במרכז הרפואי שער מנשה

כפי שנפסק לא אחת: "למסגרת הבדיקה ותנאיה ישנה משמעות ממשית... לחוות דעת פסיכיאטרית שנערכה לאחר הסתכלות ממושכת בתנאי אשפוז יש "משקל כבד"... (ע"פ 2098/08 אוסאמה פרעוני נ' מדינת ישראל, פסקה 16 (28.12.11)).

אכן, לחוות הדעת הפסיכיאטריות שניתנו מטעמו של הפסיכיאטר המחוזי, במרכז לבריאות הנפש שער מנשה, יש ליתן משקל כבד, ואף מכריע, לטעמי.

לחוות הדעת הפסיכיאטריות שותפים מומחים פסיכיאטרים שונים, בהם שני מנהלי מחלקות (דר' ראוכברגר ודר' סולומש), והרופאים הפסיכיאטרים (ד"ר ליסקר וד"ר זברסקי); האבחנות הפסיכיאטריות נקבעו לאחר תקופות אשפוז והסתכלות ממושכות בשנים 2014-2017 (בין החדשים פברואר - יולי, בשנת 2014; בין החודשים ינואר - מאי בשנת 2016 (קדמה לכך תקופת אשפוז של ימים ספורים בשנת 2015); ולמשך כעשרה ימים, בין ה- 15.10.2017 ל- 25.10.2017; (כמו כן אושפז הנאשם בשער מנשה למשך מספר ימים, בין 5.9.2017 - 13.9.2017, ואף הגיע במסגרת אמבולטורית לימים נוספים, כפי שפורט בחוות הדעת)). עוד יש לציין, כי בועדה הפסיכיאטרית המחוזית, כיהנו שני פסיכיאטרים נוספים (ד"ר שטיין צבי וד"ר קיטאין לודמילה), וועדה זו קבעה אף היא, בדומה לחוות הדעת שניתנו בשער מנשה, כי הנאשם מסוגל לעמוד לדין וכי יש לחדש את ההליכים נגדו.

ניתן להתרשם מהיסודיות הרבה שבה נערכו הבדיקות בשער מנשה. נזכיר כי בת/40 צוין כי "במהלך האשפוז הארוך של כמעט 4 חודשים עבר בדיקות קליניות מקיפות, כולל שיחות וראיונות פסיכיאטריים בנוכחות צוות רב מקצועי, בדיקה פסיכודיאגנוסטית חוזרת ובדיקה קוגניטיבית ע"י מרפאה בעיסוק, בדיקה נוירולוגית ו- CT ראש, בדיקת רופא פנימאי ובדיקה פסיכוגריאטרית חוזרת...".

עוד עולה, כי נוכח התפרשות תקופות ההסתכלות, התאפשר למומחים הפסיכיאטריים להשוות בין הנתונים השונים שהתקבלו בבדיקות הנאשם לאורך השנים. בעניין זה צוין בחוות הדעת, ת/41, כי "נערכה השוואה בין תוצאות הבדיקות הפסיכיאטריות, הקוגניטיביות והפסיכולוגיות עם אשפוזו הקודם לפני כשנתיים (פברואר - אפריל 2014)..."; בחוות הדעת ת/43 המתייחסת לתקופת ההסתכלות ב- 2017, צוין, "כי בהשוואה לאשפוזו הקודמים, רמת שיתוף הפעולה בעת הסתכלותו הנוכחית הייתה הרבה יותר טובה, עם זאת, היא לא הייתה אחידה, וברגעים מסוימים, בעיקר כאשר נושא הדיון, או השאלות נגעו לסיטואציה המשפטית, רמת שיתוף הפעולה ירדה...".



ד"ר ראובברגר, מנהל מחלקה פסיכיאטרית משפטית בשער מנשה, ערך כאמור, את כל חוות הדעת הפסיכיאטריות, וההגנה לא ביקשה לזמן לחקירה מומחים אחרים שהיו שותפים לקביעת האבחנות בחוות הדעת השונות.

עדותיו של ד"ר ראובברגר, מומחה פסיכיאטרי עתיר ניסיון גם בתחום המחלות הדמנטיות, הרשימה במידת המקצועיות, הפתיחות והזהירות שבהן נקט העד בקביעת האבחנות הפסיכיאטריות. במסגרת תקופות ההסתכלות ניתנה בידי המומחה האפשרות המיטבית לעקוב בעצמו אחר התנהלותו של הנאשם לאורך השנים, ואחזור על דברי העד המומחה שעמד על כך: **"...אני צריך להדגיש שמאוד חשובה פה הדינמיקה, שאני עקבתי אחרי הנבדק, מר וונטיק במשך ארבע שנים. הייתה לי הכרות ממושכת איתו. אני אחד מהרופאים שראה אותו לאורך כל הדרך. עד היום."** (ע' 69-70). עוד הבהיר כי העדיף לשוחח עם הנאשם בשפה הרוסית, נוכח השליטה החלקית של הנאשם בשפה העברית.

הזהירות שבה נקט ד"ר ראובברגר בגיבוש חוות הדעת השונות, באה לידי ביטוי במספר מישורים:

יש לזכור, תחילה, כי ד"ר ראובברגר לא היה "נעול" על כל אבחנה רפואית הנוגעת לנאשם, בטרם ניתן יהיה לבססה. כפי שתואר, נקבע בחוות הדעת הראשונה, ת/36, לאחר תקופת הסתכלות בת כחודשיים ימים בשנת 2014, כי הנאשם אינו מסוגל לעמוד לדין בשל **"הפרעה נוירוטית קשה"**, המתבטאת ב**"תגובה דיכאונית ודיסוציאטיבית עם הסתמנות תמונה של פסאודו - דמנציה (מצב דמוי שיטיון)"**, ונדרש המשך אשפוז לצרכי הסתכלות. חוות דעת זו היא שהביאה באותה עת להפסקת ההליכים נגד הנאשם.

יצוין, כי האבחנה בת/36 נקבעה על אף שלא נעלמה מעיניו של ד"ר ראובברגר התנהגותו ה"דואלית" של הנאשם, כמפורט בחוות הדעת הפסיכיאטרית, היינו, **"כי כבר מהיום הראשון לאשפוזו הפגין פערים ניכרים בין היכולת לשתף פעולה עם המראיינים אותו בחדרי הרופאים, הפסיכולוגים והמרפאה בעיסוק (באבחון), לבין התנהגותו המאורגנת יחסית מחוץ לחדרי הישיבות והבדיקות."** פערים ניכרים אלה, החוזרים למעשה, לכל אורך תקופות ההסתכלות, נוצרו בעיקר נוכח הכחשותיו השיטתיות של הנאשם בפני הרופאים את ידיעתו לגבי נסיבות הירצחה של המנוחה ו"מעשיה" לעת הזאת, כאשר מנגד, הפגין התנהגות מאורגנת במחלקה.

בהקשר זה יש להוסיף, כי בפני ד"ר ראובברגר עמדו במהלך השנים אינדיקציות שונות המתבססות גם על התרשמות של רופאים פסיכיאטריים אחרים, כי תשובותיו הדמיוניות של הנאשם הסובבות את נסיבות מותה של המנוחה, הינן בגדר תשובות מגמתיות ומתחמקות. כך עולה מהתרשמותה של הועדה הפסיכיאטרית המחוזית, בת/38, כי לנאשם **"קיים קושי להתמודד עם המעשה החמור... ותגובתו לעניין זה הינה הכחשה מוחלטת ונראית מאד מאד מגמתית עם אלמנטים היסטריים בהתנהגותו"**; כך, צוין בחוות הדעת ת/41 (מיום 23.5.2016): **"...ברגע שהיה מבחין ששאלות המראיינים יכולות להביאו לעניין המשפט ניסה לשנות את עמדתו לגבי שיתוף הפעולה, ולהתחיל להתחמק, להציג את עצמו כי הוא לא יודע, לא מבין כלום, "לא מעניין אותי"..."**; התרשמות דומה מופיעה בקרדקס ביום 7.9.2017, בו צוין על ידי ד"ר זברסקי - **"...מכל תשובותיו מראה מצב קוגניטיבי שמור מלבד תשובות שנראה מגמתי לגבי אשתו. טען שהיא גרה בדירתו בבאר שבע..."**.

חרף האמור, ושוב לאחר נקיטת גישה זהירה - נדמה אף כי זהירה יתר על המידה - נמנע ד"ר ראובברגר מלקבוע כי מדובר בהתחזות במובהק, הגם שלא שלל אפשרות כי הנאשם אכן זוכר את האירועים הקשורים ברצח (**"יש לו יכולת**



שמורה לזכור". (ע' 145)).

בחוות הדעת ת/40 ציין ד"ר ראובברגר בענין זה, כי מדובר ב"אמנזיה סלקטיבית", הנוגעת למעשה הרצח, ובעדותו הסביר כי מדובר ב"שכחה וולנטרית ולא וולנטרית, לא רצונית, של נסיבות הרצח..."; "...איש מבוגר, שלא יכול להשלים עם העובדה שהוא רצח... (ע' 143-144). ובהמשך: "הבלוק הזה, אני שוב מסביר, חצי וולונטרי וחצי לא..." (ע' 145).

על מידת הקפדתו של ד"ר ראובברגר בקיום ההסתכלות כהלכתה, ניתן ללמוד גם מאי הנכונות לביצועה של ההסתכלות תחת שמירה ואיזוק גם בשעות הלילה, כפי שדרש השב"ס תחילה. בשל עמדה זו, שוחרר הנאשם משער מנשה, לאחר שני ימי אשפוז בלבד (בחודש אוקטובר 2015), עד שהושג הסדר אחר, שהניח את דעת הרופאים, והנאשם חזר למחלקה רק ביום 19.1.2016, עם נוכחות קבועה של אנשי שב"ס.

ב"כ הנאשם טוען למרות האמור, כי ההסתכלות נפגמה בשל סדרי השמירה, שכן הנאשם לא יכול היה לנוע עצמאית במחלקה, והלך בעקבות שומריו, שכיוונו את דרכו במחלקה, באופן המונע אפשרות לקבוע כי הנאשם גילה התמצאות במרחב.

אין מקום לקבלת הטענה, שאינה מבוססת על כל ראיה, ואינה מתיישבת עם עמדתו של ד"ר ראובברגר, להבטיח קיומם של תנאים שלא יסכלו את מטרת ההסתכלות. בעדותו, המהימנה עלינו, אף הבהיר ד"ר ראובברגר כי הקפיד לוודא, עם אנשי הסגל הסייעודי במחלקה, כי אנשי שב"ס אינם מעורבים בסדרי המחלקה ובהכוונת הנאשם, ואף היה עד, אישית, לתנועותיו והתנהלותו של הנאשם באורח עצמאי, במנותק משומריו. רישומים שונים בקרדקס מאשרים התנהלות זו. (בהקשר זה ראו למשל, התיעוד בקרדקס מיום 17.2.2016 שעות 06:06 ו- 13:07; מיום 18.2.2016 שעה 06:48; מיום 20.2.2016 שעה 06:03; 27.2.2016 שעה 12:46, ואחרים).

בספרם של פרופ' אליצור, פרופ' טיאנו, פרופ' חנן מוניץ ופרופ' נוימן, "פרקים נבחרים בפסיכיאטריה", בעריכת מוניץ (מהדורה שישית), אליו מפנה ב"כ הנאשם בסיכומיו, ואף ד"ר ראובברגר מאזכרו בחוות דעתו ת/41 (ע' 7), מוגדר שיטיון (דמנציה) כך:

"שיטיון הוא מצב של ירידה באינטלקט, בזיכרון ובאישיות, אך ללא הפרעה במודע, זה מצב שמתפתח ולא מופיע מלידה.

התסמונת הקלינית - מה שמאפיין את התסמונות השיטיוניות הוא ירידה, בדרך כלל בלתי הפיכה, ביכולת האינטלקטואלית המלווה בירידה בכל תפקודי האישיות וביכולת התפקודית החברתית של החולה. הליקוי הקבוע ביותר הוא הליקוי הקוגניטיבי. באופן טיפוסי, ניכרת הפרעה בזיכרון לטווח קצר, עם שימור יחסי של זיכרון לטווח ארוך, החולה מאבד את יכולתו לקלוט מידע חדש, הוא נוטה להתמקד בתכנים השאובים מעברו...באופן טיפוסי המודע צלול אצל חולים אלה, אך עם התגברות הליקוי מופיעה אי התמצאות, באופן טיפוסי, בתחילה, האי התמצאות היא בזמן, ובהדרגה מתפתחת גם אי התמצאות במרחב ובאישיות. הפרעה בשיפוט היא סימן חשוב לשיטיון. קשיי השיפוט יכולים לנבוע מההפרעה בחשיבה, ואז עיקר ההפרעה הוא בשיפוט האינטלקטואלי, אך יש גם הפרעות הנוגעות להתנהגות

עמוד 70



חברתית ולהתנהגות מינית. " (ע' 171).

חוות הדעת הפסיכיאטריות בשער מנשה, מתייחסות להיעדרן של תסמונות טיפוסיות לקיומה של מחלת דמנציה, באופן השולל אפשרות כי הנאשם חולה במחלה זו.

ראשית, צוין, כי אצל חולי דמנציה קיימת פגיעה ראשונית "בתחום עכשווי ושל זמן האחרון, כאשר ידע לגבי אירועים בגיל הצעיר והילדות שמורים יחסית." הנאשם לעומת זאת, "הפגין מצב הפוך, לכאורה הוא לא זוכר מה שקרה לו לפני הרבה שנים (למשל, כמה כיתות למד, מה מקצועו, מצב משפחתי, שרות צבאי, נישואין, מספר ילדים וכד') ודווקא זוכר מה קרה לו אתמול... עלינו לציין, שבמהלך אשפוזו הקודם והנוכחי חלה "הטבה" כאן, הוא החל לכאורה לזכור פרטים אישיים רבים, פרט לתחום ממוקד שכולל ידע לגבי אשתו שלכאורה "נמחק" מזיכרונותיו באופן בררני..." (ת/42); וכן עדותו של ד"ר ראובברגר, בע' 144 לפ');

שנית, עולה מחוות הדעת, כי בניגוד למהלך הרגיל של מחלת הדמנציה, הנאשם גילה התמצאות נאותה במחלקה וקלט פרטים חדשים: "הנ"ל מתמצא היטב בסביבה ובסיטואציה, מציג יכולת טובה לקלוט אינפורמציה חדשה (למשל, שמות בעלי תפקידים שונים במחלקה) ולהתייחס לאירועים שקורים לו בהווה. במחלקה הוא עצמאי מכל הבחינות, יודע את תמהיל התרופות שלו, ואף הזהיר את הצוות בדבר רגישותו לתרופה מסוימת...". (ת/41).

גם בחוות הדעת המפורטת ת/43, שניתנה לאחר ההסתכלות מחודש אוקטובר 2017, צוין, כי עם הגעת הנאשם למחלקה הוא "זיהה מיד חלק מאנשי הצוות ומאושפזים אותם הכיר באשפוזיו הקודמים. התאקלם והסתגל יפה. לאחר הסבר הבין היכן חדרו, מיטתו, חדר האוכל ומקומם של שאר מתקני המחלקה. לאורך כל אשפוזו התמצא היטב, שמר על היגיינה אישית וסביבתית, ידע את שעות חלוקת התרופות וזמני האוכל. ידע למי לפנות עם בקשות שונות...התריע מיד והתלונן בפני הרופא שללא תרופה זו (קסטרל) יש לו הרגשת שריפה בעת הטלת שתן וצורך לגשת לשירותים לעיתים תכופות יותר. בשיחות עם הרופאים לגבי מצבו הגופני התברר שהוא מודע לפרטים השונים של הטיפול ושל אבחנותיו הגופניות, ידע את שם הרופא המטפל שלו בקופת החולים בסניף באר שבע ואף ביקש לפנות אליו, כאשר נוצרה בעיה עם התרופות....".

בהקשר זה יש לציין, כי ב"כ הנאשם טען בסיכומיו כי אין לדעת אם הפרטים שמסר הנאשם לצוות המטפל הם נכונים "כך למשל, ביחס לטענת הנאשם... לפיה טופל בעבר על ידי פרופ' שוורצמן" (ע' 21 לסיכומים; יצוין כי איזכור שמו פרופ' שוורצמן על ידי הנאשם מופיע בדיווח בקרדקס מיום 21.2.2016 - שעה 10:16); ואולם לא זו בלבד, שבחומר הרפואי מקופת חולים שהוצג (ת/44 "232 דפים"), עולה, כי הנאשם אכן טופל בעבר במשך מספר שנים, על ידי פרופ' פסח שוורצמן, אלא שמעדותו של ד"ר ראובברגר עולה בנוסף, כי בעצם איזכור שמו של הרופא יש כדי לחזק את האבחנה כי הנאשם אינו דמנטי: "חולה דמנטי לא טועה בשם. הוא בכלל לא זוכר שם. הוא לא נותן איזשהו שם שגוי... לא יכול לזכור....לא ממציא, החולים הדמנטיים לא ממציאים שמות" (ע' 109).

ושלישית, ד"ר ראובברגר, עמד על כך כי ההכחשה המוחלטת של אירוע הרצח על ידי הנאשם "כאשר לגבי אירועים אחרים הוא מפגין יכולת טובה יחסית לקלוט אותם ולהתמודד עמם", הינה בבחינת ליקוי בזיכרון המכונה "אמנזיה



סלקטיבית". וכי גם בכך יש כדי לשלול טענה כי מדובר במצב של שיטיון המאופיין ב"פגיעה משמעותית יותר של כל הזיכרונות מהתקופה האחרונה ולאו דווקא סלקטיבי נקודתי, כפי שהדבר בא לידי ביטוי אצל הנבדק..." (ת/41).

ב"כ הנאשם לא חלק בסיכומיו (ע' 17), כי "...במהלך האשפוזים בשער מנשה, לרוב מתועדת פעילות תקינה יחסית של הנאשם...". עם זאת הפנה הסניגור בסיכומיו (ע' 15-17), לכך שגם ברישומת הרפואית בשער מנשה (בעיקר משנת 2016, וכן ברישומים בודדים מתקופות אחרות), מופיעות לעיתים, התייחסויות של אנשי הצוות הסייעודי (אחים ואחיות) ואף של רופאים כי הנאשם אינו מתמצא בזמן ומקום; עונה תשובות פורמליות, או משמיע אמירות מוזרות, באופן העשוי לתמוך בכך שהנאשם הינו דמנטי בדרגה מתקדמת.

בעניין זה, הפנה ב"כ הנאשם, לרישום ממנו עולה כי בעת הקבלה הנאשם עונה לא לעניין, וטוען כי הגיע עם חברים וכי נמצא בביקור אצל מכירים, וכי בני משפחתו נמצאים בבית; כי אנשי שב"ס "חברים שלו", ואינו יודע למה שומרים עליו, וכי אשתו בבית (21.1.2016; 24.1.2016); כי אינו יודע איפה הוא נמצא וכי אשתו בבית ומכירה לו אוכל (30.1.2016), וכן דיווחים נוספים דומים לפיהם הנאשם אומר שאשתו מחכה בבית; כי הסוהרים הם חבריו, כי היה ברוסיה גנרל; כי אינו מתמצא בזמן, כי שיתוף הפעולה "פורמלי" בלבד (דיווחים מהימים 3.2.2016; 7.2.2016; 9.2.2016; 14.2.2016; 23.2.2016; 11.3.2016; 20.4.16).

עוד הפנה הסניגור לדיווח של המרפאה בעיסוק, גב' יוליה שקירוב מיום 6.3.2016, שכבר הוזכר לעיל, כי במבחנים שערכה לנאשם מאובחנת ירידה קוגניטיבית, חוסר ארגון ותכנון, ירידה בזיכרון, וכן לשני דיווחים מהימים 14.10.2015 (ד"ר קופרמן) ו- 5.9.17 (ד"ר נחמקין) בהם צוינה התמצאות חלקית של הנאשם בזמן ושיתוף פעולה חלקי, "עונה לרוב השאלות" לא זוכר" או "לא חשוב עבורי"; ב"כ הנאשם הפנה בסיכומיו (ע' 17) גם לדיווח של ד"ר קיריל סבירידוב מיום 5.9.2017, לפיו בעת כניסתו למחלקה "הנאשם בהכרה מלאה, התמצאות חלקית בזמן ובסיטואציה, משתף פעולה באופן חלקי...".

הסכמת הסניגור כי ככלל, משקפים הרישומים בקרדקס "פעילות תקינה יחסית של הנאשם...", נאמנה למציאות. בבחינה של ה"קרדקס", בו מופיעים רישומי הצוות הסייעודי וביקורי הרופאים במחלקה, עולה תמונה ברורה לפיה המסה העיקרית של הדיווחים, המתייחסת לשגרת חייו של הנאשם במחלקה, משקפת היטב את הנאמר בחוות הדעת הפסיכיאטריות שניתנו בשער מנשה, בכל אחת מתקופות ההסתכלות השונות, היינו כי "הנאשם צלול לגמרי, מתמצא בכל המובנים, זוכר טוב מה שקורה, מזהה נכון את הסובבים. מאוזן רגשית.... על החולה להשתחרר ולחזור לגורם חוקי." (ת/37); הנאשם "מתמצא היטב בסביבה ובסיטואציה, מציג יכולת טובה לקלוט אינפורמציה חדשה (למשל, שמות בעלי תפקידים שונים במחלקה) ולהתייחס לאירועים שקורים לו בהווה... (ת/42). "בעת ההסתכלות הנוכחית של הנבדק למשך כל ימי אשפוזו התנהגותו היתה לגמרי תקינה. התמצא היטב במחלקה, לא הפגין סימני "בלבול", ידע למי לפנות עם בקשות שלו, היה עצמאי בכל פעילויות כולל אלו שמוגדרות מתחת לכותרת ADL (השכמה, מעברים, לבוש, רחיצה אכילה), התמצא היטב בזמן ובמקום, אפילו ידע תאריך, למד שמות אנשי צוות וזיהה את הרופא אשר הכיר אותו מאשפוזים הקודמים..." (ת/43).

לצורך המחשה, ראוי לציין גם דיווחים נוספים, בעלי אופי ייחודי יותר, המעידים על כך שהנאשם ער היטב למתרחש



סביבו: דיווח על הגעת הנאשם, מיוזמתו, בשעה המבוקשת, למדידת לחץ דם, "מבין ומתעניין בערכים של לחץ דם" (קרדקס, 6.2.2016, שעה 12:29) (האחות סבטלנה); דיווח על כך שהנאשם מוסר שהוא "אלרגי לאופטלגין", ושאל את הצוות אם זה מצוין "אצלנו"; כשנשאל איך הוא יודע על כך, השיב כי בעבר קיבל אופטלגין וחש "צמרמורת ופריחה" בגופו, והתעלף (14.2.2016 - שעה 06:09 - מרינה); דיווח על כך שהנאשם מסתובב לבד בלובי, מדבר עם מטופלים, ביקש ממטופל אחר להתקשר בטלפון ציבורי, דיבר בלחש ברוסית ואמר: "אני נמצא בשער מנשה, אני יודע מה אני עושה. בודקים אותי, תמסור דש, וסגר טלפון." (16.2.2016 - 13:44 - עומר ג'יהגאה); דיווח על כך שהנאשם נזכר שבתאריך 23.2 נפטרה אמו, ופרץ בבכי... (21.2.2016 - שעה 10:16 - עבד שרקיה); דיווח על כך שבזמן חלוקת תרופות התלונן הנאשם שחסרים לו שני כדורים (תרופה שאזלה) (5.3.2016 - 12:42 - מרינה); מרישום נוסף שנערך על ידי ד"ר זברסקי ביום 7.9.2017 (09:48), צוין כי "אני... ידע שהפועל באר שבע לקחה אליפות לכדורגל במדינה בשנתיים האחרונות..."; בהקשר זה יש לציין, כי על מידת הידע וההתמצאות של הנאשם בכדורגל, ניתן ללמוד גם מרישומי הקרדקס שנערכו בעת אשפוזו של הנאשם בשנת 2014, בעת שידור משחקי המונדיאל: "מסתכל בכדורגל, מעודכן בכל משחקי מונדיאל." (5.7.2014, שעה 13:00 - חוסאם מסארי); מתעניין בכדורגל, בתוצאות המשחקים בבתים השונים (20.6.14 - שעה 19:44 - אירנה).

ההפניה על ידי ב"כ הנאשם לרישום שנערך על ידי ד"ר נחמקין וד"ר סבירידוב (ביום 5.9.2017), ממחישה כיצד עיון חלקי ברישומי הקרדקס עלול להטעות, שכן מהרישום שנערך על ידי ד"ר קיריל סבירידוב עצמו ביום 5.9.2017 (שעה 17:37), עולה כי הנאשם "משתף פעולה, עונה לשאלות לעניין, הן ברוסית, הן בעברית הן ברומנית, מוסר פרטים אנמנסטיים בצורה נכונה על גילו, מקום מגוריו, אחותו, מוסר על בעיות גופניות. אינו יודע מדוע הופנה למחלקה. אשתו כעת בבית... עונה נכון לשאלות הקשורות בצבעים... עונה נכון לגבי תוצאות של אליפות ישראל בכדורגל... התרשמות משיפוט ובוחן מציאות תקינים";

ההפניה למבחנים שנערכו על ידי הגב' שקירוב הינה חלקית, ואינה חושפת את התמונה המלאה; בעניין זה, יש לחזור ולהזכיר, כי גב' שקירוב דיווחה באותו יום, כי לאחר שפנתה לשומרים המלווים את הנאשם וביקשה מהם לא להפריע בזמן פגישתה עם הנאשם, הנאשם הגיב ואמר: "הם יכולים ללכת, אני לא מסוכן, אני לא אעשה לך שום דבר", באופן המלמד, כי בניגוד לאמירותיו ה"סגרתיות" של הנאשם כי הסוהרים הם "חברים של בנו", הרי שהנאשם מודע היטב למעמדו ותפקידם של אנשי השב"ס בשמירה עליו.

עוד דיווחה הגב' שקירוב, כי הנאשם שם לב לכך שהיא פותחת את הדלתות במפתחות שברשותה, ושאל אותה: "את מנהלת? את לא מהמחלקה הזאת, אבל יש לך את כל המפתחות - זה ככה רק אצל ההנהלה?" מטבע הדברים שיש גם באמירות אלה כדי ללמד על כך שהנאשם מבדיל בין בעלי תפקיד שונים; כי יש לו את היכולת להבחין כי הגב' שקירוב אינה שייכת למחלקה; כי יש לו יכולת להקיש מסוג המפתחות שבידה, על האפשרות כי היא נמצאת בדרג ניהולי.

עוד הפנה הסניגור (ע' 15 לסיכומים), לרישום שנערך על ידי ד"ר קופרמן ביום 14.10.2015, לפיו "הנאשם מתמצא בזמן ובמקום באופן חלקי, כי שיתוף הפעולה שלו פורמלי..." וכי נתן תשובות מסולפות בקשר למצבה של אשתו, וטען כי היה בבית של חבר ולא במעצר; ואולם יש להזכיר, כי מדובר בדיווח המבוסס על אינטראקציה מצומצמת ונקודתית עם הנאשם, שכן הנאשם לא נקלט לתקופת הסתכלות באותו מועד בשל המחלוקת על סדרי השמירה, וחזר כלכל לאחר יומיים, ותקופת ההסתכלות החלה רק בחודש ינואר 2016.



העובדה כי הנאשם חוזר ומעלה טענות המכחישות ידיעה לגבי אירוע הרצח ומצבה של המנוחה, לא נעלמה מעיניהם של רופאי המחלקה הפסיכיאטרית. בעניין זה יש לציין את התרשמות הרופאים כי בתשובותיו בעניין זה נוקט הנאשם בקו "מגמתי" ו"סטראוטיפי": כך למשל, מציין ד"ר ליסקר, ברישום מיום 9.3.2016 (שעה 12:03), כי הנאשם "נינוח וקואופרטיבי" בנושאים נייטרליים, אך בנושאים הקשורים לאשפוזו והתהליך המשפטי, "היה נכנס למתח לחץ וסך בכי, הרבה לענות שלא זוכר או שלא צריך לדעת, או נתן תשובות "ליד", הכחיש שרצח את אשתו..."; ד"ר זרבסקי מציין ברישום שנערך ביום 7.9.2017, (09:48), כי "מכל תשובותיו מראה מצב קוגניטיבי שמור מלבד תשובות שנראה מגמתי לגבי אשתו. טען שהיא גרה בדירתו בבאר שבע..."; מנהל מחלקה, ד"ר פרקש, מציין במסגרת ביקור רופאים ביום 19.10.2017, כי "ברגע שנושא שיחה עובר לנושאים אישיים ומשפטיים שיתוף פעולה הופך להיות פורמלי ביותר, עם תשובות סטראוטיפיות כגון זה לא מעניין אותי, ואני לא יודע. תעשו מה רוצים לעשות...תגידו שרצחתי את אשתי אבל אני לא מסוגל להרוג אפילו זבוב."

בהקשר זה יש להוסיף, כי תשובותיו הדימוניות של הנאשם בדבר "מעשיה" של אשתו, או בדבר "מעמדם" של השומרים עליו כ"חבריו" וכיו"ב, קשורות בקשר ענייני לעצם התכחשותו של הנאשם למעשה הרצח, ואין לייחס להן משקל מעבר לכך.

משקלם של המעקבים הפסיכיאטריים במסגרת שב"ס

ד"ר ראובברגר אינו מתרשם כי יש בתשובות הפרונטליות והסתמיות שהשמיע הנאשם, מעת לעת, במהלך בדיקותיו, כדי להעיד על ירידה קוגניטיבית. המומחה הבהיר את הקושי לקבוע קיומה של דמנציה מתקדמת, על סמך תשובות "פורמליות", ללא בדיקה מאמתת במסגרת הסתכלות: "כאשר מגיע מר וונטיק ולא זוכר איפה הוא נמצא, לא יודע מה השעה, לא יודע מה התאריך, לא יודע למה הוא כאן, זה מספיק לפסיכיאטר כדי להתרשם, על סמך תשובות אלו, שכן מדובר בחולה דמנטי, אבל העניין הוא לאמת את התשובות שלו..." (ע' 111-112). עמדתו זו, של ד"ר ראובברגר, מתייחסת גם לבדיקות המעקב הקצרות, שנערכו על ידי הפסיכיאטרים במסגרת שב"ס; בעניין זה, ציין ד"ר ראובברגר כי אין די בבדיקות מעקב בכלל, האורכות כ- 15-20 דקות לקביעת דמנציה; קביעה כזו, ובמיוחד לצורך משפטי, צריכה להיות מבוססת על "בדיקה מקיפה ומעמיקה..." במסגרת אשפוז (ע' 140 - 141).

עמדה עקרונית זו ביחס לקביעות הפסיכיאטריות בכלא לגבי הנאשם, נכונה גם מטעמים נוספים; ראשית, יש לציין, כי קביעותיו של ד"ר גריסר שהיה מעורב במרבית הבדיקות המעקב הפסיכיאטרי של הנאשם בכלא, אינן בגדר חוות דעת פסיכיאטריות הניתנות לצרכי קביעה משפטית אם הנאשם יכול לעמוד לדין אם לאו, ונראה, על פניהן, כי נועדו ביסודן לקביעת טיפול תרופתי ותנאי כליאה, כפי שעולה מההמלצות הרפואיות הכלולות בהן.

שנית, גם אם ביקש הסיניגור ללמוד על מסוגלותו של הנאשם לעמוד לדין נוכח ממצאי בדיקות אלה - באחת הבדיקות שערך ד"ר גריסר ביום 8.9.2015, צוין על ידו כי הנאשם "במצבו אינו מסוגל להבין את מעשיו, להבדיל בין מותר לאסור...". הרי שנמצא כי ד"ר גריסר הגיע לקביעה זו בלא שבחן כלל את האבחנות בחוות הדעת הפסיכיאטריות בשער מנשה, שהתייחסו לשתי תקופות הסתכלות המשיקות למועדי הבדיקות שערך ד"ר גריסר לנאשם, בשנים 2016 ו-2017.



כך, ביום 16.8.2016 קובע ד"ר גריסרו (בהמשך לקביעותיו הקודמות): **"כעת מחלות פרקינסון, דמנציה, אלצהיימר. נמצא במצב של דמנציה מתקדמת, ללא זיכרון לרצח..."**; בקביעה זו נעלמה מעיני ד"ר גריסרו, או לפחות לא ניתן לכך ביטוי, האבחנה בחוות הדעת הפסיכיאטרית ת/41, שניתנה ביום 23.5.2016 - פחות משלושה חודשים קודם לקביעתו של ד"ר גריסרו - שבה נקבע, לאחר תקופת הסתכלות בת 4 חודשים, כי הנאשם אינו לוקה בשיטיון (דמנציה), והוסבר בה ארוכות, כי הנאשם **"היה מוכן לדון חופשי בנושאים שלא היו קשורים לסיטואציה המשפטית שלו. ברגע שהיה מבחין ששאלות המראיינים יכולות להביאו לעניין המשפט ניסה לשנות את עמדתו לגבי שיתוף הפעולה, ולהתחיל להתחמק, להציג את עצמו כי הוא לא יודע..."** וכן פרטים רבים נוספים המעידים על תפקוד תקין.

בבדיקה אחרת מיום 14.11.2017 - פחות משלושה שבועות, לאחר תקופת הסתכלות שהסתיימה ביום 25.10.2017 (ת/43) - נקבע על ידי ד"ר גריסרו, לאחר שציין מפורשות כי חוות הדעת שניתנה בשער מנשה לא עמדה לנגד עיניו - **"כי נראית פגיעה קוגניטיבית קשה, עם חוסר קשר לאירועים, חוסר עניין ירידה בהתמצאות..."**, וזאת בניגוד לחוות הדעת הפסיכיאטרית ת/43, בה צוין כי **"בהשוואה לאשפוזי הקודמים, רמת שיתוף הפעולה בעת הסתכלות הנוכחית הייתה הרבה יותר טובה"**, למעט כאשר נושא הדיון נגע **"לסיטואציה המשפטית"**, וכי **"התמצאותו הייתה תקינה לחלוטין..."**. קביעות אלה, כאמור, מעוגנות היטב בקרדקס ובהתרשמות הרופאים הפסיכיאטרים בשער מנשה.

עוד עולה, כי ד"ר גריסרו לא התייחס להחלטת הועדה הפסיכיאטרית מיום 21.7.2014, אשר קבעה כי הנאשם מתפקד **"בכל המובנים, ללא תכנים פסיכויטיים... אין מצב דיכאוני. עדיין קיים קושי להתמודד עם המעשה החמור...ותגובתו לעניין זה הינה הכחשה מוחלטת ונראית מאד מאד מגמתית עם אלמנטים היסטריים בהתנהגותו"**.

שלישית, כך נראה, עולה מקביעותיו של ד"ר גריסרו עצמו כי עמדתו ביחס למצבו הנפשי של הנאשם אינה מגובשת. בבדיקה מיום 20.12.2016, למעלה משנה לאחר שבדק את הנאשם לראשונה, מציין ד"ר גריסרו כי נוכח התשובות **"המאד מעורפלות"** של הנאשם, **"לא ניתן לבצע הערכה פסיכיאטרית מעבר לזה"**, וכי **"כדאי לשלול פסאודמנציה..."**; חוסר הבהירות בקשר למצבו של הנאשם, בא לידי ביטוי גם בבדיקה שערך ד"ר גריסרו ביום 25.4.2017 כאשר קבע, כי **"נשללה כנראה פסיאודו דמנציה"**, וכן בבדיקה שערך ביום 14.11.2017, בה מאשר ד"ר גריסרו כמתואר, כי לא בחן את מלוא החומר הנוגע לנאשם: **"נמצא במצב של דמנציה לאחרונה אושפז בשער מנשה להסתכלות(ות), וחוות דעת לא הגיעה לכאן... נראית פגיעה קוגניטיבית קשה, עם חוסר קשר לאירועים, חוסר עניין ירידה בהתמצאות..."**.

דברים אלה נכונים גם בקשר לבדיקות המעקב שנערכו על ידי ד"ר אירנה אברהם שבדקה את הנאשם 3 פעמים - בפעם הראשונה ביום 18.5.2016, פחות משבועיים לאחר שהנאשם סיים תקופת הסתכלות בת 4 חודשים בשער מנשה, ופעמיים נוספות בשנת 2017. לא זו בלבד שאין בבדיקותיה התייחסות כלשהי לממצאי ההסתכלות בשער מנשה, אלא שעולה בנוסף, כי עמדת ה**מוצא** שהנחתה את ד"ר אברהם בעת בדיקות הנאשם, היו קביעות קודמות (ככל הנראה שניתנו על ידי ד"ר גריסרו), לפיהן הנאשם **"מוכר למבין כלוקה בתהליך דמנציה מסוג אלצהיימר..."**; **"...ידוע כלוקה בדמנציה ומחלת פרקינסון..."**, וממילא שאין לייחס משקל כלשהו לאמירות אלה, ביחס לקביעת מצבו הנפשי



של הנאשם.

בבדיקה שנערכה ביום 20.6.2017, על ידי ד"ר אפלדאום, עולה הנחה דומה כי הנאשם **"נמצא במעקב טיפול פסיכיאטרי עקב dementia"**, ואולם בהמשך הדברים ננקטת גישה אבחנתית, זהירה יותר, וצוין

כי **"כעת רושם מדמנציה"**, וכי יש צורך בהערכה גריאטרית ומעקב פסיכיאטרי.

הבדיקות הרפואיות הכלליות בשב"ס

ב"כ הנאשם מפנה בנוסף (ע' 13-15 לסיכומים), לתיעוד רפואי בשב"ס, הנוגע לבדיקות כלליות שנערכו לנאשם מעת לעת, במתקן הכליאה באוהלי קידר ובמר"ש, על ידי רופאים שונים - לא צוינה בתיעוד הרפואי כל מומחיות בפסיכיאטריה. בדיקות אלה מתייחסות בין היתר, גם למצבו הקוגניטיבי הירוד של הנאשם, והסיוע שהוא נדרש לו עקב מחלות ומגבלות פיסיות שונות. ואולם, ככל שבבדיקות אלה נקבע כי הנאשם לוקה ב"דמנציה על רקע אלצהיימר", הרי שהן מסתמכות בדרך כלל, על בדיקות המעקב הפסיכיאטרי בכלא שכבר תוארו (ראו הקביעות בחלק מהבדיקות, על ידי ד"ר רפאלי; ד"ר רפליאנסקי; ד"ר יאסון; ד"ר כמין; ד"ר פרושקין, אליהן מפנה הסניגור בסיכומיו), ואין לראות בהן קביעות פסיכיאטריות עצמאיות שניתן להסיק מהן ממצאים שמשקלם ממשי, ואשר יש בכוחם להשליך על הסוגיה העומדת בפנינו לעניין מסוגלותו של הנאשם לעמוד לדין.

בעניין זה יש לציין, כי במסגרת סיכומיו, הפנה ב"כ הנאשם גם לתיעוד רפואי על בדיקות שעבר הנאשם במר"ש, לאחרונה, בשנת 2019 (בדיקות מ-4.4.2019; 21.3.2019; 30.1.2019; 24.1.2019), ונטען, כי האבחנות הפסיכיאטריות בשער מנשה - לאחרונה שבהן הינה משנת 2017, אין בהן כדי לשקף מצבו הנפשי של הנאשם דהיום, וכי מצטברות "אינדיקציות" שסותרות את חוות הדעת שניתנו בשער מנשה, **"כאשר ההנחה ההגיונית המנחה... היא כי מצבו של הנאשם עשוי להשתנות עם הזמן"**.

אין אני מוצא בחומר הרפואי ה"חדש" כל חידוש.

בבדיקות שנערכו בכלא בימים 24.1.2019 ו-21.3.2019 צוין באורח כללי, כי **"ידוע על דמנציה וטרמור סנילי"**, ואין בבדיקות אלה כדי להוות חוות דעת עצמאית לגבי מסוגלותו של הנאשם לעמוד לדין. באשר לבדיקות בשני המועדים האחרים, צוין **"שיתוף פעולה חלקי ופורמאלי בשל ירידה קוגניטיבית"**, אמירות הנעדרות נפקות לגבי הסוגיות העומדות בפנינו, כפי שהובהר על ידי ד"ר ראוכברגר, שאף מסכים כאמור, כי הנאשם אכן סובל מירידה קוגניטיבית קלה.

גם בטענה - הנכונה כשלעצמה לגבי כל בן אנוש - כי **"מצבו של הנאשם עשוי להשתנות עם הזמן"**, אין כדי לסייע לנאשם; יש לזכור כי מצבו של הנאשם נבחן כבר לאורך שנים אחדות וניתנו לגבי חוות דעת מפורטות בשער מנשה, השוללות קביעות נוגדות בדבר מצבו הנפשי של הנאשם; עוד יש להפנות בעניין זה לדבריו של כב' השופט א. לוי, שדחה טענה דומה באחד המקרים, וצוין על ידו כי **"...המועד הקובע לבחינת כושרו של נאשם לעמוד לדין הוא המועד בו**



מתנהל משפטו, ולא מאוחר לכך. הוראת סעיף 170(א)... נועדה למנוע את שפיטתו של מי שאינו מסוגל להתמצא בהליכים ועל כן גם לא מסוגל לנהל את הגנתו בצורה מושכלת. ההתמקדות היא אפוא במצב הנפשי הקיים במהלך ניהול הליכים לבירור האשמה..." (ע"פ 7747/08 פלוני נ' מדינת ישראל (05.08.2010), פסקה 12).

חוות הדעת שנערכו על ידי ד"ר פלדשטיין

ד"ר פלדשטיין בדקה את הנאשם 3 פעמים בכלא (בתאריכים 13.3.2017; 28.12.2017; 24.6.2018).

בחוות הדעת נ/1, שניתנה לאחר בדיקתו הראשונה של הנאשם במשך שעותיים, ביום 13.3.2017, צוין על ידי ד"ר פלדשטיין כי נתבקשה לחוות דעתה הן "לעניין אחריותו ומעשיו בעת ביצוע העבירות" והן לעניין "כשירותו לעמוד בפני דין".

באשר למצבו של הנאשם בעת עריכת הבדיקה, נקבע על ידי המומחית בנ/1, כי השתכנעה "לאחר בדיקה פסיכוגריאטרית מעמיקה ומקיפה...כי מדובר בקשיש בן 69 עם מחלה מתקדמת קיהיון (שטיון)...."; "מדובר בקיהיון מסוג דמנציה כתוצאה ממחלת פרקינסון משולבת עם מספר סיבות נוספות כגון: תהליך מטבולי טוקסי אטיליזם כתוצאה משתיית משקאות חריפים במהלך שנים רבות; תהליך דמנטי וסקולרי; תהליך דמנטי ראשוני נזירודגנרטיבי- אלצהיימר; דיכוי תחושות כתוצאה מירידה בשמיעה וראייה; תהליך דיכאוני (פסאודו דמנציה); פגיעה מוטורית קשה שגם תורמת לירידה הקוגניטיבית..."; המחלה "מאופיינת בחוסר התמצאות, חוסר תובנה, חוסר שיפוט, בוחן מציאות לקוי. מר וונטיק מיכאל אינו מבין את הסמכויות, למה עצרו אותו, מה המעשים שהוא ביצע, מה ההשלכות של ההתנהגות שלו בכל מקום, אינו משתף פעולה עם העורך דין, לא מבין שאלות של בית המשפט...".

בחוות הדעת, נ/2, המתייחסת לשתי הבדיקות הנוספות שנערכו על ידי ד"ר פלדשטיין, שמשכן לא צוין, קובעת המומחית כי המחלה הוחמרה, ומדובר ב"דמנציה משולבת בדרגה בינונית עד קשה עם פרזנטציה מלאה".

ב- 1/ נקבע בנוסף, כי הנאשם לא היה אחראי למעשיו בעת אירוע הרצח, בשל כך שהיה במצב של דליריום בשל "תסמונת מטבולית טוקסית בשם תסמונת Korsakoff", עקב שימוש באלכוהול במשך השנים, על רקע מחלת פרקינסון". הוסבר בחוות הדעת כי התסמונת האמורה מתבטאת בתסמינים אלה: "ירידה בזיכרון בכל הטווחים, Confabulation (המצאות דמיוניות) לצמצום הפערים בזיכרון), מצב דילירנטי (אי שקט פסיכומטורי) איבוד הכרה וחוסר יכולת להיזכר בדבר וחוסר מודעות בביצועים בגלל FLUCTUATION (בלביות בהכרה on-off)".

עוד מציינת המומחית כי קיימות בחומר שהוצג ראיות לקיומה של התסמונת: "תיעוד שתיית משקאות חריפים במהלך שנים וכמות מופרזת של אלכוהול בדם שהגיע למיון מיד לאחר הרצח, וכן תסמינים קליניים: כמו אמנזיה, המצאות דמיוניות לצמצום הפערים בזיכרון)..." עוד קבעה כי ההתרשמות בחוות הדעת הפסיכיאטריות כי חל שיפור במצבו של הנאשם, אינה מבוססת, וכי "הטענות של פסיכיאטרים שלפרקים הנתבע נמצא בתקופות של



הבנה, התנהגות ותפקוד טובים יותר אינה מעידה על יכולתו הקוגניטיבית במיוחד בזמן האירוע המדובר.
(ההדגשה אינה במקור).

כאמור, קבעה ד"ר פלדשטיין את אבחנתה בדבר היעדר אחריותו של הנאשם לביצוע המעשה, כבר לאחר בדיקה יחידה בכלא, במשך שתיים, למעלה משלוש שנים לאחר ביצוע הרצח. על פני הדברים די בטעם זה, כדי לבחון בזהירות רבה במיוחד את כלל מסקנותיה של ד"ר פלדשטיין, ואשתמש בפראפרזה מניסוחו של כב' השופט לוי בע"פ 7747/08 פלוני נ' מדינת ישראל (05.08.2010, פסקה 6), כי **"נדרשה סיבה מיוחדת"**, להעדיף את אבחנתה של מי שעורכת בדיקה קצרה לנאשם, בנסיבות אלה, על פני אבחנה הנערכת על ידי מומחים, **"שהתבססה על בדיקות יסודיות ומקיפות."**

קודם שאדון בקביעותיה של ד"ר פלדשטיין בעניין מצבו של הנאשם בעת ביצוע העבירה, יש להזכיר שתיים: ההגנה אינה מסתמכת כלל על חוות הדעת נ/1, ואינה טוענת כי לנאשם עומד פטור מאחריות לביצוע המעשה עקב חוסר תובנה או שיפוט, על רקע מצבו הנפשי בזמן ביצוע העבירה.

שנית, ד"ר פלדשטיין היא רופאה עם התמחות ברפואה פנימית ורפואה גריאטרית; היא נטולת הכשרה בתחום הפסיכיאטרי; העדה מגדירה עצמה כ"ועצת בתחום פסיכוגריאטרי", ואולם ד"ר ראובברגר הבהיר בעדותו - והדברים לא נסתרו גם בעדותה של ד"ר פלדשטיין - כי לא קיים תחום התמחות עצמאי של פסיכוגריאטריה. יש להניח כי העדה מטפלת בתופעות של דמנציה בקרב אוכלוסיה מזדקנת, במסגרת הטיפול המקצועי המרפאתי, אולם בהיעדר מומחיות פסיכיאטרית, נבצר מהעדה ליתן חוות דעת פסיכיאטריות בגדרי סעיף 15(א) ו-15(ב) לחוק טיפול בחולי נפש, נוכח הוראת סעיף 15(ג), הקובעת כי **"לא יתן בית משפט צו לפי סעיפים קטנים (א) או (ב) אלא לאחר קבלת חוות דעת פסיכיאטרית, ולצורך כך יצווה כי הנאשם יובא לבדיקה פסיכיאטרית..."**.

לא למותר להוסיף כי ד"ר פלדשטיין אישרה בעדותה, כי היא נטולת הכשרה גם בתחום הפלילי, ואולם במבוא לחוות דעתה מופיע הרישום **"רופאה מומחית מטעם בית המשפט בתחומי נזיקין ופלילים"**, העשוי לכאורה להעיד, ללא בסיס, על מומחיות גם בתחום הפלילי, ויש להצר על כך.

ד"ר פלדשטיין טענה כאמור, כי הנאשם היה במצב של דליריום בעת ביצוע הרצח. התסמונת הקלינית במצב של דליריום מתבטאת ב"**ערפול מודע**", וכן ב"**הפרעות קשות בהתמצאות בזמן ובמרחב. מבחינה תפיסתית, יש הפרעות נרחבות מסוג של אילוזיות פתולוגיות והלוצינציות...במהלך החשיבה בולטת הפרעת ארגון קשה בדרגות חומרה שונות. כמעט תמיד עלולות להופיע מחשבות שווא....פרנואידיות באופיין...**" ("פרקים נבחרים בפסיכיאטריה" (מהדורה ששית), עמוד 168).

בעדותה חזרה העדה וטענה, כי לנאשם עומד פטור מאחריות פלילית שכן היה **"...במצב דלירנטי במצב שמוגדר כאי שקט (פסיכומוטורי) ופגיעה בהכרה, במצב הכרה שלו"** (ע' 211), על רקע צריכת אלכוהול בזמן ביצוע העבירה, שנמצא בדמו בבדיקתו במיון, וכן **"בגלל המחלה שלו שבמהלך שנים רבות מחלת הפרקינסון ועל רקע אלכוהול שהוא שתי בכמויות הוא נכנס למצב דלירנטי"** (עמוד 210).



יש לדחות את קביעתה חסרת הביסוס של ד"ר פלדשטיין, בעניין מצבו של הנאשם בעת ביצוע העבירה. חומר הראיות בתיק, שהיה מטבע הדברים, גם בפניה של ד"ר פלדשטיין, שולל את מסקנתה של העדה כי הנאשם ביצע את הרצח במצב של ערפול חושים ופגיעה בהכרה. אכן, בדמו של הנאשם התגלה אלכוהול בריכוז של 300% mg, והנאשם הדיף ריח של אלכוהול בעת מעצרו. אולם במכתב השחרור מבית החולים (ת/23), צוין כי הנאשם היה **"במצב כללי טוב, בהכרה מלאה, רושם כי מדבר לעניין..."**. בבדיקה הפסיכיאטרית נקבע בנוסף, כי לא נראים **"סימנים של פסיכופטולוגיה מגורית"**, וכי הנאשם שלל כוונה לפגוע בעצמו.

תופעות של ערפול הכרה ומודע לא צלול, שמנעו מהנאשם להבין את טיב מעשיו בעת ביצוע הרצח, אינן מתיישבות בנוסף, עם הממצאים הראייתיים בתיק, העולים מאמרות הנאשם ומהשחזור שערך, המעידים על התנהגות מתוכננת ומאורגנת בשעת ביצוע המעשה. עוד עלה מהראיות כי הנאשם החל לשתות משקה אלכוהולי רק לאחר שכבר הלם בראשה של המנוחה.

ד"ר ראובברגר עמד על כך בחוות הדעת ת/39 - וההגנה אינה מערערת על מסקנתו - בה צוין: **"ראינו שמר וונטיק מודה במעשיו, מתמצא היטב בזמנים, במקום ובפרטים האישיים שלו, מסביר בפרטי פרטים את המניעים והסיבות שגרמו לו לרצוח את אשתו... סיפר על סכסוכים רבים בינו לבין רעייתו... בקלטת השחזור נראה היה שהוא מתמצא היטב בדירה..."**, וכיו"ב פרטים, המעידים על כך **"שבשעת המעשה לא הייתה לו שום בעיה קוגניטיבית או פסיכוטית ובהסבריו לגבי מניעי הרצח לא נשמעו דברים ביזאריים..."**.

1

נמצא אפוא, כי בקביעתה כי הנאשם פעל בעת הרצח במצב של בלבול וערפול חושים, מתעלמת ד"ר פלדשטיין מהקביעות במכתב השחרור מסורוקה, מהממצאים העובדתיים בתיק, ואף מחוות הדעת ת/39, שניתנה כשנתיים וחצי קודם לכן, ואשר עמדה לנגד עיניה. עוד אישרה כי לא צפתה בדיסק השחזור, על אף שהיה בה כדי להעיד על מצבו של הנאשם, והסבירה כי הסתמכה על **"מה שהתרשמתי באותו זמן שאני בדקתי"** (ע' 176). קביעתה של ד"ר פלדשטיין, לאחר בדיקה קצרה של הנאשם, בחלוף 3 שנים מיום האירוע, כי הנאשם לא היה אחראי למעשיו, בשל היותו **"במצב דלרנטי"**, הינה בלשון המעטה, קביעה בהחלט לא מבוססת, שיש לדחותה על הסף.

נוכח הליקויים והתמיהות שתוארו, המעמידים בספק רב את מומחיותה ואמינותה של העדה, מתעוררת השאלה אם ניתן לייחס משקל כלשהו גם לקביעתה האחרת של ד"ר פלדשטיין, בדבר אי מסוגלותו של הנאשם לעמוד לדין, קביעה שכאמור היא משוללת נפקות פסיכיאטרית. עם זאת, לצורך השלמת התמונה, אתייחס גם לקביעות האחרות העולות מחוות הדעת.

ד"ר פלדשטיין סבורה כי אין כל בסיס לקביעה כי חל שיפור במצבו של הנאשם במהלך תקופות ההסתכלות. בחוות הדעת נ/1, קבעה בעניין זה, כי **"הרושם שקיבלו הרופאים על שיפור ביכולות הקוגניטיביות והתפקודיות אינן מעידות על המצב הקוגניטיבי, הנפשי והתנהלותי (האמיתי) כי הביטוי של הופעה טוקסית על בסיס מחלת פרקינסון ואת כל הגורמים הנוספים שתורמים לירידה משמעותית בזיכרון גורמות לשינויים בהכרה, בהתנהגות (לביליות בהכרה) וגם יכולות תפקודיות. לכן לא יכול להיות שיפור אלה רק החמרה."**



בחוות הדעת נ/2, קובעת ד"ר פלדשטיין בדומה, כי מסקנתו של ד"ר ראובברגר ש"חשב שהתסמינים של דמנציה הם תוצאה של פסאודו דמנציה שחלפה לאחר מספר חודשי אשפוז...הינה מוטעית", וזאת לאחר שלא מצאה כי מצבו של הנאשם השתפר, אלא דווקא החמיר; עוד נקבע על ידה כי מצבו של הנאשם "משתלב טוב יותר עם דמנציה וסקולרית מאשר עם פסאודו דמנציה בלבד... הסיבה העיקרית למצבו היא הקהיין כתוצאה ממחלת פרקינסון", ממנה סובל הנאשם "במהלך שנים רבות". בעדותה הסבירה ד"ר פלדשטיין כי "מצב של פסאודו דמנציה...זה מצב בעצם שברגע שאתה נותן טיפול רפואי זה אמור להשתפר... זה לא קרה. כי זה לא פסאודו דמנציה. פה זה מגוון של מחלות...". (עמוד 191).

עוד מצאה תמיכה למסקנתה בבדיקות המעקב הפסיכיאטרי שנערכו בכלא.

ראוי להזכיר אגב אורחא, כבר בראשית הדברים, כי בניגוד לקביעתה ההחלטית של העדה, בדבר מסקנתו השגויה של ד"ר ראובברגר, קבעה ד"ר פלדשטיין עצמה, בחוות דעתה, בלא להסביר פשר סתירה זו, כי בין הגורמים האפשריים למצבו של הנאשם, מצוי גם "תהליך דיכאוני (פסאודו דמנציה)" היינו מצב דמוי שיטיון, שאינו מתיישב עם קיומה של דמנציה "אמיתית".

קביעתה של ד"ר פלדשטיין כי הנאשם לוקה בדמנציה ובפגיעה קוגניטיבית משמעותית, עקב תהליך ארוך שנים על רקע פרקינסון ומחלות נלוות, תופעה שהיתה אמורה לבלוט עובר למעצרו של הנאשם, עם ביצוע העבירה, אינה עולה בקנה אחד, כאמור, עם תפקודו ושליטתו המלאים של הנאשם בזמן ביצוע העבירה והתנהלותו של הנאשם במהלך החקירה והשחזור, וכן עם ממצאי הבדיקה הרפואית בסורוקה, המעידים כי הנאשם היה במצב של הכרה מלאה והגיב עניינית לשאלות שהופנו אליו.

גם מעדויות קרובי משפחתו של הנאשם לא עלה כי הנאשם סבל מליקויים קוגניטיביים כלשהם בתקופה שקדמה למעשה הרצח, והם עומדים בעדויותיהם רק על הרגלי השתיה של הנאשם.

יש לציין בעניין זה, כי ד"ר פלדשטיין - בניגוד לד"ר ראובברגר (ת/36) - לא שוחחה עם איש מבני משפחתו של הנאשם כדי לעמוד על התנהגותו במהלך השנים, ואף בתקופה שקדמה לביצוע הרצח, בהנמקה כי הינה "רופאה ניטרלית לחלוטין". נעיר, בעניין זה כי נעלמה מעיני העדה ההלכה המושרשת לפיה "אם ניתן לדלות אינפורמציה מבני משפחה או מאנשים קרובים היכולים לסייע ליתן תמונה מלאה לגבי החולה, על הרופא להשתדל להגיע למקורות אינפורמציה אלה" (עניין ברוכים, עמ' 740-741). (ע"פ 6570/16 אריה סופיצייב נ' מדינת ישראל, 18.12.2016). במיוחד אמורים הדברים, שעה שד"ר פלדשטיין קבעה מסמרות לעניין מצבו של הנאשם לפני אשפוזו, למעלה משלוש שנים לאחר האירוע.

יש גם לציין, כי ד"ר פלדשטיין הסתמכה במסקנותיה גם על חוות דעתו של ד"ר פוקס שסבר כי המהלך הדמנטי אצל הנאשם החל עוד בשנת 2012, אולם כפי שכבר צוין, ההגנה עצמה אינה מתבססת על חוות דעתו של ד"ר פוקס.

ניסיון ה"התרחקות" הראשון מאירוע הרצח, מתגלה אצל הנאשם, באופן חלקי, בעת השחזור ביום 2.2.2014; הנאשם אישר אומנם כי פגע בראשה של המנוחה בפטיש, אולם בהמשך הוא מתלונן על כך כי הוא בדיכאון, כי לא קיבל את תרופותיו, ואינו זוכר פרטים נוספים על האירוע: "אבל זהו מה שאני זוכר אמרתי לכם. זהו לא יודע יותר כלום



כלום. אני בדיכאון ומשוגע משוגע. עם זאת, לא נתגלו בתגובותיו של הנאשם כל סימנים של פגיעה קוגניטיבית ואי הבנת המתרחש סביבו, וניתן בהחלט לקבוע כי תגובותיו של הנאשם בעת השחזור, עת פרץ בבכי וסירב להיכנס לחדרה של המנוחה, נבעו גם מהכאה על חטא ותחושת אשמה, כפי שעמד על כך גם ד"ר ראובברגר בחוות דעתו.

אכן, באמרה נוספת שנגבתה כחודש לאחר מכן (ביום 4.3.2014) - באותה עת הנאשם נמצא כבר בתוך תקופת ההסתכלות הראשונה בשער מנשה אליה מתייחסת ת/36 - "מתנתק" הנאשם סופית מהאירוע. הנאשם טוען, בדומה לכל מה שהוא משמיע מאותו שלב ואילך באוזני רופאיו, כי אינו קשור לרצח: **"אני לא יכול לעשות את זה, אני אומר לך את האמת, מכות איזה מכות, אני זבוב לא הורג"; "איזה חדר שינה אני לא יודע על חדר שינה...";** וכיו"ב.

בד בבד, עלה מהמזכר המשטרתי, ת/34, עליו לא היה מחלוקת, כי לפני גביית האמרה ולאחריה, שוחח הנאשם עם חוקרת המשטרה בצורה עניינית לחלוטין, באופן שאינו מתיישב, גם בהיבט זה עם פגיעה קוגניטיבית מוחשית, כנטען על ידי ד"ר פלדשטיין. הפער בין ההכחשות חסרות השחר שהשמיע הנאשם בחקירה, לבין ניהול שיחה עניינית עם החוקרת מחוץ לחקירה, דומה במהותו לתיאור המופיע בחוות הדעת הפסיכיאטרית, ת/36, לעניין התנהלותו המאורגנת של הנאשם במחלקה, ככל שהשיחות עימו אינן סובבות את מעשה הרצח.

ה"מהפך" הפתאומי והחד, שחל אצל הנאשם, כמתואר, בימים שלאחר אירוע הרצח, עת עבר משלב של הודאה ושחזור המעשה, להתכחשות לעצם קרות האירוע ולכל הקשור ב"פריפריה" של האירוע, כאשר בד בבד, הנאשם מתנהג בצורה מאורגנת יחסית במחלקה, תומכים באבחנה הפסיכיאטרית בת/36, בדבר קיומה של **"הפרעה נוירוטית קשה"** אצל הנאשם, על רקע דיכאון ודיסוציאטיבי, ולא בקיומה של דמנציה מתקדמת, אמיתית ויציבה, על רקע מחלות שונות ואלכוהוליזם, כטענתה של ד"ר פלדשטיין.

ד"ר פלדשטיין מעלה כאמור, השגות לגבי האבחנות שנקבעו בשער מנשה, המתעלמות לטענתה, ממחלותיו של הנאשם, ובכללן פרקינסון ממנו סובל הנאשם "שנים ארוכות", אולם אין ממש בקביעה זו.

בחוות הדעת שניתנו בשער מנשה, קיימת סקירה ממצה ומפורטת של מחלות הרקע של הנאשם; מכלול הממצאים הרפואיים בקופת חולים, והבדיקות המפורטות אותן עבר הנאשם במהלך אשפוזו בשער מנשה. ד"ר ראובברגר אף התייחס למגבלותיו של הנאשם בתחום השמיעה, הראייה, והניידות. בהקשר זה יש להעיר, כי ד"ר פלדשטיין, קבעה ללא בסיס בחוות דעתה (במסגרת תפקודי ADL), כי הנאשם סובל גם מ"**עיוורון**" טענה שאין לה כל אחיזה במציאות. ד"ר פלדשטיין טענה בעדותה כי לנאשם יש "ירידה בראיה", עקב מחלת סכרת, ואולם קביעה זו - שאין בינה לבין "עיוורון" כל קשר - אינה נתמכת אף היא בראיות הרפואיות. עוד יש לציין, כי ד"ר ראובברגר היה נכון להניח בחוות דעתו, כי הנאשם לוקה בפרקינסון, למרות שציין שקביעה זו אינה מצויה בתחום מומחיותו, ואין לה ביסוס ממשי בחומר הרפואי, ואולם כאמור, לא ראה כי יש לכך השפעה על מצבו הקוגניטיבי של הנאשם.

יש להבהיר עם זאת, כי טענתה של העדה כי הנאשם סובל מפרקינסון **"שנים רבות"**, ולמעשה כבר משנת 1999 (או 1997), על פי רישומי קופת חולים, אינה נכונה. מהתרשומת הרפואית בקופת חולים, עולה, כי הנאשם התלונן בקופת חולים על כך שהוא בדיכאון על רקע הבעיות בבית, ואולם רק בתאריך 17/10/12 (כשנה ושלושה חודשים לפני מועד ביצוע העבירה), נקבע לראשונה, באופן לא החלטי, כי **"יש סימנים קליניים של מחלת פרקינסון - קלים... וכי יש**



להתחיל בטיפול...ישנם שינויים בזיכרון לטוח קצר...יכולים להיות קשורים למצב רוח ירוד - בעיית ריכוז אך גם למחלת פרקינסון - הופנה למרפאת זיכרון לאבחון נוסף". לא קיימים רישומים נוספים מעבר לכך. ד"ר ראובברגר אף עמד בחוות דעתו, ת/43, על כך שהנאשם "**למעשה...לא מטופל על ידי תכשירים המיועדים לטיפול בפרקינסון, הדבר חמק מעיניה של הגריאטרית ד"ר פלדשטיין...**";

ד"ר פלדשטיין טוענת בנוסף, כי בשער מנשה לא בוצעו כל האבחונים הנדרשים לקביעת תפקודיו הקוגניטיביים והתפקודיים של הנאשם, ואף לקביעה זו אין כל בסיס, נוכח הפרוט הרב המופיע בחוות הדעת הפסיכיאטריות לגבי האבחונים השונים אותם עבר הנאשם (ת/42, וכן עדותו של ד"ר ראובברגר בע' 147).

עוד יש לציין, כי לחוות דעתה של ד"ר פלדשטיין, המתבססת על הטסטים שערכה לנאשם בכלא, והתרשמותה מהתנהלותו של הנאשם ואופי תשובותיו, במהלך הראיון איתו, אין כל יתרון איכותי על חוות הדעת בשער מנשה, שניתנו לאחר הסתכלות ובחינה מדוקדקים. התוצאות הנמוכות שקיבל הנאשם בטסטים השונים לא נעלמו גם מעיני הפסיכיאטרים בשער מנשה; בחוות הדעת, ת/41, צוין כי באבחון הקוגניטיבי נקבע כי "**מדובר בנבדק עם ירידה ביכולת קוגניטיבית...**"; בחוות הדעת המשלימה, ת/42, מיום 23.5.2016, בה קיימת התייחסות להערכה נירופסיכולוגית מיום 12.7.2015 אשר נערכה על ידי הפסיכולוגית השיקומית הגב' אלה הולצמן, מציין ד"ר ראובברגר כי המבחנים שנערכו לנאשם בעת ההסתכלות - בין היתר מבחנים זהים לאלו שבוצעו על ידי גב' הולצמן - "**הצביעו על קיומו של הליקוי בתחומים קוגניטיביים השונים**". גם בת/43 קיימת התייחסות נרחבת למבחנים אלה.

עם זאת, הובהר בחוות הדעת הפסיכיאטרית ת/42, כי "**שיתוף פעולה של מר וונטיק עם מבצעי הטסטים היה לא מלא, מגמתי ואפילו עם נטייה להתחמק ולסלף תשובות...**". בעדותו הסביר ד"ר ראובברגר בעניין זה, כי "**לביצוע הטסטים האלה צריך להיות שיתוף פעולה מלא. אם החולה לא מתכוון לשיתוף פעולה, לטסט הזה לא תהיה משמעות. הסברתי. זה 30 שאלות. שואלים ורושמים תגובה. הבודק לא עושה אמת או שקר. הוא כותב את התשובה פשוט**". (ע' 147). עוד עמד ד"ר ראובברגר, על "הפער העצום", שבין התנהגותו ותגובותיו של הנאשם ל"בין תשובותיו ותוצאות מבחנים קוגניטיביים במפגשים פרונטאליים עמו ותפקודו והתנהגותו במצבים ובסיטואציות הלא-פורמאליות". (ת/42).

אין בכוחן של הבדיקות הקצרות בכלא שנערכו לנאשם על ידי ד"ר פלדשטיין, כדי להוות משקל נגד למעקב המדוקדק, מספר פעמים ביום, שנערך לנאשם בכל אחת מתקופות ההסתכלות, המעיד כפי שכבר צוין, כי הנאשם "**היה עצמאי בכל פעילויות כולל אלו שמוגדרות מתחת לכותרת ADL (השכמה, מעברים, לבוש, רחיצה אכילה), התמצא היטב בזמן ובמקום...**" (ת/43); בעדותה הטילה העדה ספק - באופן סתמי לחלוטין - בנכונות הרישומים בתקופות ההסתכלות המעידים כי הנאשם היה עצמאי בפעולותיו ודאג לצרכיו, ולא ניתן להסתמך על דבריה אלה.

גם להתרשמותה של ד"ר פלדשטיין, כי הנאשם אינו שולט על צרכיו, אין כל בסיס ברישומים בתיק הרפואי, הגם שיש להניח כי ריחו של שתן, הגיע לאפה של העדה.

בת/43 ניתנה מלוא הדעת לתפקודו הנאות של הנאשם בהקשר זה, למגבלותיו הרפואיות - לא הקוגניטיביות - של הנאשם, וצוין בחוות הדעת כי הנאשם "**התלונן מספר פעמים על 'בריחת פיפי', כאשר לא הספיק להגיע**



לשירותים. במחלקה לא היה מחותל, השתמש בשירותים הצמודים לחדרו באופן עצמאי לחלוטין וידע לנקות את איבריו המוצנעים באופן עצמאי, ללא תזכורת של הצוות. שליטה בסוגרים - מלאה."

עוד יש להזכיר בעניין זה, כי בעת החקירה הסכים הנאשם להגיע לשחזור בביתו בשל רצונו להחליף לבניו: **"אני רוצה ללכת. אני רוצה להחליף את ההלבשה התחתונה...לקחת שם"**. לא למותר לציין, כי העדה אישרה כי באולם הדיונים נראה לה הנאשם "מצוחצח".

כאמור, מבססת ד"ר פלדשטיין את קביעותיה בדבר התהליך הדמנטי המתקדם בו מצוי הנאשם, גם על בדיקות המעקב הפסיכיאטרי שנערכו בשב"ס (נ/2), ואולם כפי שפורט לעיל, לא ניתן לסמוך ממצא ממשי על בדיקות אלה, כאשר התמונה שנפרשה בפני הפסיכיאטרים שבדקו את הנאשם בכלא, היתה חלקית ביותר, וחווה הדעת הפסיכיאטריות המפורטות שניתנו בשער מנשה לאחר תקופות הסתכלות ממצות, לא הובאו כלל לידיעת הרופאים בכלא, ומכל מקום לא קיימת לממצאי ההסתכלות כל התייחסות במעקב הפסיכיאטרי בכלא.

ההגנה טוענת בנוסף כי נפל ליקוי בחוות הדעת הפסיכיאטריות שניתנו בשער מנשה, באשר ל"פרשנות" התנהלותו של הנאשם במהלך ההסתכלות.

בעניין זה נטען, כי בחוות הדעת הפסיכיאטריות **"עוברת התיזה לפיה המהלך הצפוי של השיטין הוא בדמות גרף הנע באופן מתמיד לכיוון ההחמרה בסימנים"**, על רקע מאפייני מחלת האלצהיימר, באופן המביא לאבחנה **"על רקע אי התקדמות ואי החמרה של התמונה הקלינית כי אין מדובר בדמנציה"**. נטען, כי בכך מתעלם ד"ר ראובברג מהספרות הרפואית הדנה במספר סוגים של שיטין השונים בהתפתחותם, **"כגון ובעיקר multi infarct disease בו מתמקדת ד"ר פלדשטיין, ואשר מאופין במהלך פלוקטואטיבי (ראה פרקים נבחרים בפסיכיאטריה" מהדורה שישית, עורך חנן מוניץ, ע' 172, dsm-5 ע' 590-665)**. (ע' 19 לסיכומי ההגנה).

לא ניתן לקבל תיזה זו, שהינה בבחינת אחיזת המקל בשני קצותיו. בחוות הדעת שניתנו על ידי ד"ר פלדשטיין, לא רואה המומחית כל הקלה או יציבות לכאורה, במצבו של הנאשם, נוכח מחלה על רקע ווסקולרי, ובחוות הדעת נ/2, צוין על ידה במפורש: **"בניגוד לד"ר ראובברג אני לא מצאתי שיפור במצבו של מר וונטיק אלא דווקא תהליך של החמרה בכל אחת מן הבדיקות אותן ערכתי"**.

עוד יש לציין, כי מחוות הדעת הפסיכיאטריות לא עולה תמונה של תנודתיות ברמה הקוגניטיבית שמפגין הנאשם. ד"ר ראובברג עמד על השיפור במצבו של הנאשם בהתייחס רק לתקופת האשפוז הראשונה בה אובחנה **"הפרעה נוירוטית קשה"**, על רקע **"תגובה דיכאונית ודיסוציאטיבית עם הסתמנות תמונה של פסאודו - דמנציה"**, כאשר בבד בבד, עמד על התנהגותו התקינה והיציבה למדי של הנאשם, באותה תקופת הסתכלות, בתחומים אחרים, שאינם נוגעים באירוע הרצח, וכך גם לאורך מעקב שנפרס על פני תקופה של שנים. עוד עמד ד"ר ראובברג על היעדרם של סמנים נוספים לדמנציה, נוכח יכולת ההתמצאות הנאותה שגילה הנאשם וקליטת פרטים חדשים; היעדר פגיעה בזיכרון עכשווי, ושכחה סלקטיבית, המתמקדת באירוע הרצח, ואשר אינה באה לידי ביטוי כאמור, בתחומים אחרים, כעולה מחוות הדעת הפסיכיאטריות.



נוכח נסיבות אלה, אין לקבל גם טענה זו של ההגנה.

התנהלותו הקוגניטיבית של הנאשם

הימנעותו של הנאשם מלהעיד, שוללת אפשרות לבחון בדרך בלתי אמצעית, את יכולתו של הנאשם להשתתף ולעקוב בדרך אפקטיבית אחר הליכי הדיון; ב"כ המאשימה גרסה בסיכומיה כי "**במהלך הדיונים הנאשם בדרך כלל מתנהג באופן מותאם לסיטואציה**" (ע' 28), ומנגד, טוען ב"כ הנאשם כי אינו מתרשם כך. כבר ציינו בראשית הדברים, כי אין אנו מתיימרים לקבוע מסמרות בעניין סממני התנהגותו החיצונית של הנאשם במהלך הדיונים, ואולם יש להעיר כי התרשמנו כי הנאשם גילה ערנות בעת שנעזר בשירותי התרגום שניתנו לו.

נציין עם זאת, כי הנאשם אינו משולל יכולת דיבור ומענה, חרף האלם שגזר על עצמו, וצפייה בהקלטות החקירה והשחזור שערך הנאשם מעלה יכולת וורבלית תקינה לגמרי. הנאשם התבטא בפני הרופאים והצוות הסיעודי בשער מנשה; ד"ר פלדשטיין העידה כי הנאשם מסוגל לענות על שאלות והוא עשוי להבין שהוא נמצא בבית המשפט ואת משמעות ההליך לגביו, לפחות ברמה בסיסית ("**צריך לשאול אותו**"); הנאשם התבטא בפני הוועדה הפסיכיאטרית כפי שעולה מת/37; הנאשם גם הביע כעס "ענייני" בפני הוועדה בתגובה לעמדת הרופאה הפסיכיאטרית לפיה יש מקום להעברתו מבית החולים הפסיכיאטרי חזרה לכלא, באופן המעיד על הבנת הנאמר בדיון בועדה. מהרישומים וחוות הדעת עולה התמצאותו של הנאשם במחלקה; מודעותו לתרופות הניתנות לו; הכרתו את רופאי המחלקה, ובעלי תפקידים אחרים; הפגנת ידיעה והתעניינות בתוצאות משחקי כדורגל.

הנאשם גילה מודעות לצרכי ייצוגו. באמרתו הראשונה, כאשר הוסבר לו כי יוכל להתייעץ עם עורך דין, הבהיר כי לאחיו יש עורך דין; הנאשם אף התייעץ עם עורך דין (דוק) לפני עריכת השחזור; מהדיון בפני הוועדה הפסיכיאטרית עולה, כי היתה תקשורת בין הנאשם לבא כוחו בוועדה, שאף דיבר בשמו של הנאשם, באופן המעיד כי הנאשם מודע לתפקידו של עורך הדין שייצגו; עוד עלה מהקרקס, כי הנאשם התעניין באפשרות ערעור על החלטת הוועדה (רישום מיום 30.7.2014 (12:24) - האחות אירנה).

הנאשם היה מודע לכך כי עורך דינו דובר רוסית, ושירותיו ניתנים לו חנם, ו"**שמזמן לא דיבר איתו**" (רישום שנערך על ידי ד"ר ליסקר, ב"ביקור", ביום 17.3.2016 (13:36)) - בעניין זה יוזכר כי עו"ד בונדר, מטעם הסניגוריה הציבורית שהינו דובר רוסית, החליף את ב"כ הקודם של הנאשם (עו"ד אסף דוק); עוד יש להפנות לדיווחה של הגב' יוליה שקירוב, עליו עמדנו לעיל, כי היה מודע לתפקידם של הסוהרים בשמירה עליו, בניגוד לטענתו ה"שגורה" כי אלה הם "חברים של בנו", ולכך שהגב' שקירוב אינה שייכת למחלקה, ונמצאת במעמד ניהולי.

ב"כ הנאשם העלה טענה נוספת, לפיה, גם אם לא ייקבע כי הנאשם לוקה בדמנציה חמורה, הרי שיש לבחון, נוכח קיומה של הפרעה דיסוציאטיבית, על פי חוות דעתו של ד"ר ראובברגר, אם הנאשם יכול ליטול חלק בהליך פלילי, בו מתברר אירוע שלמעשה, נמחק מזיכרונו.

יש לדחות גם טענה זו.



באחד מפסקי הדין בהם נדונה עבירת רצח של בת זוג, ונטענה טענת אי שפיות, טען הנאשם, בדומה לנאשם דנא: **"אני בכלל לא יודע למה אני בבית הסוהר. היא חיה הגב' לריסה (המנוחה...), היא בחדר שלי בבית הסוהר. למה אני בבית הסוהר".** לדברים אלה התייחס כב' השופט רובינשטיין, באומרו: **"אחד החששות הטבועים בכגון דא הוא גם התחזות או מניפולציה מצד נאשם, שבתחומי הנפש מצביעים עליה גם פסיכיאטרים לא אחת בדברם "ברוח משני" שמנסה הנאשם להפיק. ולנידון דידן, בלא שאחרוץ דעה, המקרה דנא הותיר אותנו בסימן שאלה - והדברים נאמרים בזהירות - שמא התחזות להיעדר כשירות לפנינו."** (ע"פ 7010/09 איבתור אבשלומוב נ' מדינת ישראל (05.07.2012), פסקה ז').

ה"חשש הטבוע" לניסיון להפקת "רוח משני" מעין זה, בדרך של העלאת טענות דמיוניות, אינו מבוטל גם בעניינו של הנאשם; עמדנו מספר פעמים על כך כי מתעוררת התרשמות, המקבלת ביטוי גם בחוות הדעת הפסיכיאטריות, כי בעת שהשאלות נסובות לעניין הרצח, מגלה הנאשם נטיה ל"התחמקות"; "מגמתיות"; "ניסיון סילוף"; "להציג את עצמו כי הוא לא יודע". התרשמות דומה עולה גם בעת עריכת המבחנים לבדיקת הכישורים הקוגניטיביים, ואף צוין, כי התוצאות הנמוכות אינן תואמות את התנהלותו והתמצאותו הרגילה של הנאשם.

עוד יש להזכיר, כי אפשרות ההתחזות, לא נשללה למעשה, במפורש, גם על ידי ד"ר ראובברגר עצמו, הגם שהוא נוטה לסבור אחרת: **"עד כמה היא בהתחזות ועד כמה היא בלא מודע אף אחד לא יכול להגיד... ובספרות יש מחלוקת שלמה האם הפרעה דיסוציאטיבית היא כהתחזות או שזה בלא מודע משרת את העניין. אני חושב שזה באופן לא מודע משרת אותו להתרחק מעובדה שהוא רצח..."** (ע' 144 לפ'). עוד יש לציין, כי ד"ר ראובברגר עצמו עמד על כך כי התרשם כי חומרתה של ההפרעה הדיסוציאטיבית שהנאשם לקה בה בתחילת הדרך, קהתה: **"ההפרעה שהייתה ברמה מאוד גבוהה בעבר, היום לא קיימת. עדיין יש לו חלקים של דיסוציאציה, אבל הדבר מאפשר לו לתקשר איתך....."**. יותר מכך, על פי ד"ר ראובברגר, הנאשם במצבו היום, אמור לזכור את נסיבות הרצח: **"הוא צריך לזכור את זה. הוא צריך לזכור. זה שהוא לא נותן לנו תשובה, זה לא אומר שהוא לא זוכר"**. עוד השיב כי ה"בלוק" המונע זיכרון של האירוע לכאורה, הוא **"חצי וולונטרי וחצי לא...לא, יש לו יכולת לזכור. יש לו יכולת שמורה לזכור"**.

ולבסוף אציין, כי גם אם היתה מתקבלת הטענה כי אירוע הרצח נמחק כליל מתודעתו של הנאשם, בשל הפרעה דיסוציאטיבית, לא היה בכך כדי לסייע להגנה. מחיקת זיכרון - טענה העולה למשל, לא אחת, בתיקי תאונה קשים - אינה מהווה עילה לקביעת אי מסוגלות לעמוד לדין, והמבחן הינו אם הנאשם יכול להבין מהותה של אשמה, לעקוב אחרי הליכי הדיון ולתקשר עם סניגורו, גם אם ברמה בסיסית.

עוד מן הראוי להזכיר בעניין זה, כי עדותו של הנאשם אינה חיונית לצרכי בירור הראיות בתיק, נוכח היעדר מחלוקת עובדתית, כפי שהובהר. הנאשם מסר אמרות מפורטות בחקירה, שחזר את הרצח וקיימות ראיות פורנזיות הקושרות אותו קשר הדוק מאד לביצוע המעשה. ההגנה אף לא הציגה כל תרחיש תיאורטי, שיש בו כדי לערער את דיות הראיות, או להביא לצורך לבחון מחדש את מצבו הנפשי של הנאשם בזמן האירוע.



סיכום של דברים

מרכז הכובד לבחינת שאלת קיומה של מחלת נפש שבגינה לא יכול הנאשם לעמוד לדין, מצויה בחוות הדעת הפסיכיאטריות שבפנינו. חוות הדעת הפסיכיאטריות, שניתנו לאחר תקופות ממושכות של הסתכלות בבית החולים שער מנשה, קובעות כי הנאשם סובל **"מתופעות של דיכאון הסתגלותי קל, ובגין הפרעה זו הוא זקוק למעקב ולטיפול פסיכיאטרי אמבולטורי במקום בו ימצא"**. עם זאת, נקבע כי הנאשם אינו לוקה בשיטיון או בכל מחלת נפש אחרת, היינו, כי לא קיימת אצל הנאשם פגיעה קשה בכושר השיפוט או בתפיסת המציאות, וכי הוא מסוגל לעמוד לדין. כאמור, די בכל אחת מקביעות אלה - אי קיומה של מחלת נפש או מסוגלות לעמוד לדין - כדי להביא לדחיית טענה ההגנה בדבר אי כשירותו של הנאשם לעמוד לדין.

משקלן של חוות הדעת הפסיכיאטריות הינו משמעותי ומכריע. האבחנות שנקבעו בהן ניתנו לאחר התבוננות ממושכת ומעמיקה בהתנהלותו של הנאשם לאורך השנים, וד"ר ראובברגר, שהיה שותף לכל חוות הדעת הפסיכיאטריות, ליווה את הנאשם מקרוב, לאורך כל תקופות האשפוז. האבחנות שנקבעו מתבססות בין היתר, על השוואת נתונים רבים שהצטברו במהלך השנים, ושותפים לאבחנות מומחים פסיכיאטרים נוספים בשער מנשה, וכן בוועדה הפסיכיאטרית שדנה בעניינו של הנאשם.

חוות הדעת הפסיכיאטריות נותנות ביטוי מלא לתפקודו היום יומי הסביר של הנאשם, תוך מתן מלוא הדעת להיסטוריה הרפואית של הנאשם, בעיותיו הרפואיות על רקע גילו המתקדם, ההתרשמות כי קיים אצל הנאשם ליקוי קוגניטיבי מסוים, תוך הנחה נוספת, גם אם לא הוכחה חד משמעית, כי הנאשם לוקה בפרקינסון והיה נתון בבעיות שתיה בעבר. עוד עומדות חוות הדעת על תגובותיו הענייניות של הנאשם בעניינים השוטפים, ככל שהדברים אינם נוגעים לאירוע הרצח, שהנאשם "מתרחק" ממנו ככל יכולתו, בתגובות מוזרות, הנתפסות לא אחת כמעושות. התבטאויותיו השונות של הנאשם, והתנהגותו בפני הוועדה הפסיכיאטרית, מעידות בנוסף, על הכרת בעלי תפקיד, היותו מיוצג, והבנה כי הוא נמצא בהליך משפטי.

מנגד, כפי שפורט לעיל, חוות הדעת מטעם ההגנה, שניתנו על ידי ד"ר פלדשטיין, שאינן מהוות חוות דעת פסיכיאטריות, ואשר ניתנו לאחר בדיקות קצרות של הנאשם - למעשה נקבעו האבחנות על ידי ד"ר פלדשטיין כבר לאחר בדיקה ראשונה בת שעתיים - אינן עשויות להוות משקל נגד לחוות הדעת הפסיכיאטריות שניתנו בשער מנשה, והן כוללות קביעות שונות נעדרות ביסוס ממשי, ובכללן לעניין מצבו הנפשי של הנאשם בזמן ביצוע העבירה.

כפי שהוסבר, אין גם בבדיקות המעקב הפסיכיאטרי הבלתי ממצות, שנערכו לנאשם בכלא, ואשר לא נועדו ממילא, לקבוע דבר בעניין מסוגלותו של הנאשם לעמוד לדין, או בבדיקות הכלליות השוטפות הנערכות לנאשם בכלא, כדי לערער את חוות הדעת הפסיכיאטריות שניתנו לאחר הסתכלות ממושכת.

כפי שעלה גם מטעמי הצדדים, נפסק כי **"השאלה מהי מידת ההוכחה המוטלת על הטוען להעדר כשירות לעמוד לדין טרם הוכרעה בפסיקת בית משפט זה והושארה בצריך עיון. האפשרויות בעניין זה הן מידת הוכחה במאזן הסתברויות או הוכחת קיומו של ספק סביר בדבר העדר כשירותו לעמוד לדין, כאשר ישנם שיקולים שונים**



שתומכים בכל אחת מהגישות (ראו ע"פ 1526/02 הנ"ל, פסקה 26). (ע"פ 3193/07 פארס טבאגה נ' מדינת ישראל (02.04.2009)).

בעניינו של הנאשם אין אנו נדרשים, לטעמי, להכרעה בדבר מידת ההוכחה, שכן אין בחוות הדעת מטעם ד"ר פלדשטיין או בבדיקות שנערכו לנאשם בכלא, כדי לערער, ולו במעט, את האבחנות שנקבעו במכלול חוות הדעת הפסיכיאטריות המבוססות על הסתכלות מעמיקה על הנאשם במהלך של שנים, ומשכך אין בהן כדי להביא אף ליצירת ספק סביר בדבר היעדר כשירות לעמוד לדין.

עבירת הרצח

ב"כ הנאשם אינו חולק כאמור, כי עבירת הרצח שיוחסה לנאשם לפי סעיף 300(א)(2) לחוק העונשין, תשל"ז-1977, הקובעת כי מי שגרם בכוונה תחילה למותו של אדם, **"נאשם ברצח ודינו - מאסר עולם ועונש זה בלבד"**, הוכחה כדבעי.

כוונתו המובהקת של הנאשם להמית את המנוחה, כנדרש על פי סעיף 301(א) לחוק העונשין, עולה ממכלול פרטים, ובכללם קיומו של מניע לביצוע המעשה, על רקע איבתו של הנאשם למנוחה, תכנון מוקדם של המעשה, והכנת הפטיש ששימש ככלי הרצח. הנאשם המתין להירדמה של המנוחה, ולאחר מכן הלם **מספר פעמים** בראשה של המנוחה הישנה במיטתה, וגרם לנזקים קטלניים במוחה. הנאשם הסביר כי בחר שלא לחנוק את המנוחה והמתין שתירדם כדי למנוע התנגדות אפשרית מצידה שתסכל את השלמת המעשה, ולאחר שנכח כי עדיין נשמה, ביצע חתכים רבים ברגליה באמצעות סכין יפנית, לצורך וידוא המתתה.

מהמתואר עולה, כי הנאשם פעל בקור רוח ובנחישות לצורך מימוש החלטתו לרצוח את המנוחה; הוא הודה בביצוע המעשה, ושחזרו. ההגנה לא העלתה כל טענה כי הנאשם לא היה אחראי למעשה בשל מחלת נפש, וטענה זו שעלתה רק בחוות דעתה של ד"ר פלדשטיין, נ/1, נדחתה.

ביום 10.7.2019 נכנס לתוקפו תיקון 137 לחוק העונשין במסגרת הרפורמה בעבירות ההמתה (להלן: יום התחילה); בהתאם להוראת סעיף 25(ב) בחוק המתקן, **"על עבירה שבוצעה לפני יום התחילה וטרם ניתן פסק דין חלוט בעניינה יחולו הוראות סעיף 5(א) לחוק העיקרי"**, שלפיו **"יחול על הענין החיקוק המקל עם העושה"**; עוד קובע סעיף 25(ב), כי **"...בבואו לקבוע מהו הדין המקל על העושה, יבחן בית המשפט את מלוא ההסדר הקבוע בחוק העיקרי כנוסחו בחוק זה לעומת ההסדר שהיה קבוע בחוק העיקרי לעניין גרימת מוות ערב יום התחילה..."**.

על פי תיקון 137 שונה נוסחו של סעיף 300 לחוק העונשין והסעיף הרלוונטי לענייננו לאחר התיקון מצוי בסעיף 301א(1), הקובע כדלקמן:

301א (א) הגורם בכוונה או באדישות למותו של אדם באחת מהנסיבות המפורטות להלן, דינו - מאסר עולם ועונש זה



בלבד:

(1) המעשה נעשה לאחר תכנון או לאחר הליך ממשי של שקילה וגיבוש החלטה להמית;

אין איפא, בשינוי הסעיף כדי להקל עם הנאשם ביחס לדין הישן, כאשר מתקיימות בעניינו של הנאשם הנסיבות המחמירות המפורטות בסעיף 301א(1) הנ"ל, היינו, ביצוע המתתה של המנוחה בכוונה לאחר "תכנון או לאחר הליך ממשי של שקילה וגיבוש ההחלטה להמית", כפי שתואר לעיל, באופן שהעונש על פי הדין הישן, מאסר עולם ועונש זה בלבד, נשאר ללא שינוי.

נוכח נסיבות אלה, אציע לחברותי, לקבוע כי הנאשם מסוגל לעמוד לדין, וכי יש להרשיעו בעבירת רצח, לפי סעיף 300א(2) לחוק העונשין, כפי שיוחס לו בכתב האישום.

יורם צלקובניק, שופט
סגן הנשיאה

הנשיאה רויטל יפה-כ"ץ - אב"ד:

אני מסכימה.

רויטל יפה-כ"ץ, נשיאה
אב"ד



השופטת גילת שלו:

אני מסכימה.

גילת שלו, שופטת

לפיכך, הוחלט כאמור בחוות דעתו של סגן הנשיאה, השופט יורם צלקובניק, להרשיע את הנאשם בביצוע עבירת רצח בכוונה תחילה, לפי סעיף 300(א)(2) לחוק העונשין, התשל"ז-1977.

ניתנה היום, ט"ז אלול תשע"ט, 16 ספטמבר 2019, במעמד הצדדים.

גילת שלו, שופטת

יורם צלקובניק, שופט
סגן הנשיאה

רויטל יפה-כ"ץ, נשיאה
אב"ד