

חברה ורווחה

SOCIETY and WELFARE

דבעון לעבודה סוציאלית

חברת מיוחדת:
התמכרויות: היבטים תיאורטיים, מחקרניים וקליניים
עורכים אורחים: ד"ר מעין לונטל ופרופ' אלי לונטל



תשרי תש"פ // ספטמבר 2019 // כרך ל"ט חוברת 3

חברי המערכת:

פרופ' ליאת איילון
אוניברסיטת בר-אילן

ד"ר אלי בוכבינדר
אוניברסיטת חיפה

פרופ' אשר בן אריה
האוניברסיטה העברית

פרופ' יעל גירון
המכללה האקדמית צפת

ד"ר אורלי דביר
איגוד העובדים הסוציאליים

ד"ר הילה חיים-צוויג
משרד העבודה, הרווחה והשירותים
החברתיים

ד"ר יאירה חממה-רז
אוניברסיטת אריאל

גב' ענבל חרמוני
איגוד העובדים הסוציאליים

ד"ר אהרון יורק
האגודה לקידום העבודה הסוציאלית

ד"ר איילה כהן
המכללה האקדמית תל-חי

ד"ר כרמית כץ
אוניברסיטת תל-אביב

פרופ' אורית נוטמן-שורץ
המכללה האקדמית ספיר

פרופ' רד סלונים-נבו
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

ד"ר שלהבת עטר-שורץ
האוניברסיטה העברית

פרופ' עינת פלד
אוניברסיטת תל-אביב

מר יקותיאל צבע
משרד העבודה, הרווחה והשירותים
החברתיים

ד"ר אייל קלונובר
המכללה האקדמית אשקלון

ד"ר רונית ראובן אבן זהב
המרכז האקדמי רופין

פרופ' דיוד רועה
אוניברסיטת חיפה

כתב העת *חברה ורווחה*, המתפרסם אחת לרבעון, נועד להרחיב ולהעמיק את הידע התיאורטי, המחקרי והיישומי של עובדים סוציאליים בישראל ושל אנשי מקצועות רווחה אחרים, כגון, פסיכולוגים, סוציולוגים, קרימינולוגים ועובדי בריאות הציבור. כתב העת מפרסם מאמרים אמפיריים ועיוניים על פי אמות מידה אקדמיות, העוסקים בהיבטים שונים ומגוונים של רווחה ברמת הפרט, המשפחה, הקהילה והחברה ושיש להם השלכות על התפיסה וההבנה של סוגיות חברה ורווחה שונות, על דרכי התערבות, ועל מדיניות.

מערכת כתב העת *חברה ורווחה* תשקול את פרסומם של מאמרים שטרם פורסמו בלבד, המתאימים לתחומי העניין של כתב העת, כפי שתקבע מזמן לזמן מערכת כתב העת.

הכללים הנהוגים בכתב העת *חברה ורווחה* מבטיחים שהליכי ההערכה של המאמרים שנשלחים אליו יהיו אובייקטיביים, איכותיים ויעילים, ועולים בקנה אחד עם המדיניות של כתב העת. סוגי המאמרים כוללים: מחקרים אמפיריים בשיטה כמותנית או איכותנית (בהיקף של עד 9000 מלים); תיאור התערבות ייחודית - "חוכמת המעשה" (בהיקף של עד 6000 מלים); מאמרי סקירה וביקורת על גישה תיאורטית, התערבות או מדיניות (בהיקף של עד 6000 מלים); מאמרי פרספקטיבה - גישה חדשנית לטיפול בתופעה או סוגיה חברתית מהותית (בהיקף של עד 3000 מלים). כל המאמרים עוברים תהליך שיפוט מדעי לקבלת חוות הדעת על פי קריטריונים אחידים.

כתבי היד יישלחו לכתב העת *חברה ורווחה*, בגרסה עדכנית של תוכנת וורד, ברוח כפול, בגופנים (פונט) Times New Roman או David, גודל 12, בהתאם להנחיות הכנת מאמר המפורטות בעמוד *חברה ורווחה* באתר משרד הרווחה בכתובת להלן. יש לשלוח את כתב היד בארבעה קבצים נפרדים לכתובת הדואר האלקטרוני של המערכת (socwelf@gmail.com). כתבי יד אשר לא יוכנו לפי כל ההנחיות יוחזרו למחברים.

עמוד "חברה ורווחה" באתר משרד הרווחה:

http://www.molsa.gov.il/CommunityInfo/Magazine/Pages/RM_05_03.aspx

מען המערכת:

פרופ' ורדה סוסקולני, עורכת ראשית
ביה"ס לעבודה סוציאלית ע"ש לואיס וגבי וייספלד
אוניברסיטת בר-אילן
רמת גן 5290002
דוא"ל המערכת: socwelf@gmail.com

מען המנהלה, מחלקת המנויים ואינטרנט:

לאה כהן
האגף למחקר תכנון והכשרה
משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים
רח' קפלן 2, ירושלים 91008
טלפון: 02-6752507

דמי מנוי לכרך לשנה: 90 ש"ח
לסטודנט לשנה: 75 ש"ח
לגמלאי לשנה: 80 ש"ח
דמי מנוי לספרייה לשנה: 120 ש"ח

חברה ורוחה

רבעון

לעבודה סוציאלית

www.molsa.gov.il

עורכת ראשית:
פרופ' ורדה סוסקולני

עורך מדור
סוקרים ספרים:
ד"ר רוני אלפנדר

עורכת לשון:
אהובה סתיו

עורכת לשון באנגלית:
מימי שניידרמן

רכות המערכת:
הדר עיני

תשרי תש"פ
ספטמבר 2019

כרך ל"ט

3

יוצא לאור על ידי משרד
הרווחה והאגודה לקידום
העבודה הסוציאלית, בשיתוף
מועצת בתי הספר לעבודה
סוציאלית בישראל

ISSN 0334-4029

חוברת מיוחדת:
התמכרויות: היבטים תיאורטיים, מחקריים
וקליניים

תוכן העניינים

- 389 דבר העורכת הראשית
- 391 דבר העורכים-האורחים
- 397 מהמחקר לפרקטיקה: שיפור יעילות שירותי הטיפול במסגרות המכוונות להינרות מוחלטת מחומרים פסיכו-אקטיביים – אהרון שבי
- 415 קנביס: השפעות גופניות ונפשיות והטיפול בהתמכרות לסם – דניאל פיינגולד ואביב וינשטיין
- 441 מין ומיניות בקרב מכורים לחומרים פסיכו-אקטיביים: תיאוריה, מודל להתערבות ותיאורי מקרה – ניבה לב-אל
- 483 'סצינת הסמים הפתוחה' הגדולה ביותר בישראל: מחקר אתנוגרפי בתחנה המרכזית הישנה בתל-אביב – חגית בוני-נח ושרון טויס
- 513 חוכמת המעשה: צעדים ראשונים בדרך ליצירת "ידע ניתן להפעלה": פיתוח והקמה של מערך דיור שיקומי בקהילה לאוכלוסיית התחלואה הכפולה – לידור פימה, אלינה גריזמן ותומר צימרמן
- 531 נסיבות הפנייה לטיפול כמנבאות התמדה בתוכנית: כפייה פורמלית לעומת כניסה וולונטרית בקהילה הטיפולית הרטוב – משה וולף, נעם חביב, גל קפלן-הראל ומיכל שטרנפלד

סוקרים ספרים

- 557 עבודה סוציאלית במערכת הבריאות בישראל. אסופת מאמרים – אורית ברשטלינג, ורדה סוסקולני ומלכה פרגר (עורכות) (סוקרת: נירית פסח)
- 561 לא צדקה אלא צדק: פרקים בהתפתחות העבודה הסוציאלית בישראל – ג'וני גל ורוני הולר (עורכים) (סוקר: ברוך עובדיה)

חדש על המדף – סוקר: רוני אלפנדר

- 565 אמנות הזוגיות – דריה מעוז, עמי שקד ועמירם רביב
- 565 זיו נוצץ מדמע: סוגיית המזרחיות בהקשרים חינוכיים ותרבותיים – מימי חסקין וניסים אבישר
- 566 צדק דלים: עקרונות דיני הרווחה מן התורה לספרות חז"ל – בנימין פורת
- 566 זיגמונד פרויד: מכתבים – ערן רולניק (עורך, מתרגם ומבאר)
- 567 פרח גדל על הר של אבנים: על פגיעה באנשים זקנים ועל דרכי התמרדותם בספרות ובתרבות העכשווית – שרה הלפרין.

תקצירים באנגלית

דבר העורכת הראשית

החוכרת המיוחדת הנוכחית בנושא "התמכרויות: היבטים תיאורטיים, מחקרניים וקליניים", בעריכת ד"ר מעין לונטל ופרופ' אלי לונטל, באה לשקף את המחקר והפרקטיקה על התמכרויות בארץ, בהתמקדות על התמכרויות לחומרים פסיכו-אקטיביים. המאמרים המגוונים נסקרים במפורט בדבר העורכים-האורחים, וברצוני להודות להם על ההשקעתם ותרומתם החשובה לפרסום מאמרים עדכניים ברמה גבוהה התורמים לידע המדעי על הנעשה בארץ.

במסגרת זו לא היה אפשר לכלול פן אחר של התמכרויות – ההתמכרות לטבק וניקוטין. אני מבקשת לציין במיוחד את העירנות הנדרשת היום מאנשי מקצועות הבריאות והרווחה למעבר הגורף, במיוחד של צעירים רבים, לעישון סיגריות אלקטרוניות והתמכרות המהירה להן (Fadus, Smith, & Squeglia, 2019). אף על פי שהראיות אינן תמיד חד-משמעיות, מצטברים ממצאים על ההשלכות המזיקות של הסיגריות האלקטרוניות על הבריאות והתפקוד (האגודה למלחמה בסרטן, 2019; משרד הבריאות, 2019). מדיניות משרד הבריאות לא הייתה חד-משמעית נגד שיווק הסוגים השונים שלהן, למרות המלצות אנשי המקצוע במשרד. אך לאחרונה הסתמן שינוי: סיגריות אלקטרוניות נכללו בחוק למניעת עישון במקומות ציבוריים ומתוכננת העלאת המיסוי על סיגריות אלקטרוניות (לינדר, 2019). אולם המאמץ העיקרי נדרש מאנשי מקצועות הבריאות והרווחה, בדגש על מניעה וקידום הבריאות, וכאן הדרך עדיין ארוכה ביותר.

במדור 'סוקרים ספרים' שני ספרים חשובים על מקצוע העבודה הסוציאלית, שיצאו לאור לאחרונה. ברוך עובדיה סקר את הספר "לא צדקה אלא צדק: פרקים בהתפתחות העבודה הסוציאלית בישראל", בעריכתם של ג'וני גל ורוני הולר, על ההיסטוריה של העבודה סוציאלית בישראל. הספר בחן הן את הבסיס ליסודות הערכיים של המקצוע והן ההתפתחות בתחומים שונים של הפרקטיקה. נירית פסח סקרה את הספר "עבודה סוציאלית במערכת הבריאות בישראל, אסופת מאמרים" בעריכת אורית ברשטלינג, ורדה סוסקולני ומלכה פרגר (גילוי נאות: אני אחת מהעורכות). בספר מאמרים נבחרים המאירים את העשייה המקצועית והמחקרית המגוונת בתחום זה ותרומתם למערכת הבריאות. לבסוף, רוני אלפנדרי מציג סקירות קצרות על ספרים חדשים ב'חדש על המדף'.

פרופ' ורדה סוסקולני
עורכת ראשית

מקורות

- <https://www.cancer.org.il/template/default.aspx?pageid=7976>. נאגודה למלחמה בסרטן (2019). נייר עמדה בנושא סיגריות אלקטרוניות. נדלה מתוך: <https://www.cancer.org.il/template/default.aspx?pageid=7976>
- לינדר, ר. (2019). המלחמה בהתמכרות: המדינה מתכננת למסות את הסיגריות האלקטרוניות — ומחירן יוכפל. דה מרקר, הארץ. נדלה מתוך: <https://www.themarket.com/consumer/health/premium-1.7454121>
- משרד הבריאות (2018). סיגריה אלקטרונית ממכרת כמו סיגריה רגילה ומזיקה לבריאות. נדלה מתוך: <https://www.health.gov.il/LandingPages/Pages/electronic-cigarette.aspx>
- Fadus, M. C., Smith, T. T., & Squeglia, L. M. (2019). The rise of e-cigarettes, pod mod devices, and JUUL among youth: Factors influencing use, health implications, and downstream effects. *Drug and Alcohol Dependence*, 201, 85-93. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.04.01

דבר העורכים-האורחים

חוברת זו של כתב העת "חברה ורווחה" מוקדשת לטיפול בהתמכרויות בחומרים פסיכו-אקטיביים, ובה שישה מאמרים העוסקים בנושא מזוויות שונות. אנו מקווים כי תביא תועלת לעוסקים ולחוקרים בתחום זה ולעלייה במודעות לנושא באופן רחב יותר. העיסוק בנושא ההתמכרויות חשוב הן מבחינת הטיפול במכורים ובבני משפחותיהם והן מבחינה חברתית רחבה יותר. נזקי ההתמכרות הנגרמים לחברה הישראלית בגלל התמכרות לחומרים נאמדים במיליארדי שקלים בשנה: אוכדן ימי עבודה, ימי אשפוז בבתי חולים ומוסדות פסיכיאטריים, תאונות דרכים, הדבקה במחלות זיהומיות, עבריינות, מספר עצום של ימי מאסר הם רק חלק מהעלות החברתית של נושא זה.

תחום ההתמכרויות מורכב מאוד לעוסקים בו בתקופה הנוכחית. בשנים האחרונות חלו שינויים רבים באופי ההתמכרות בארץ ובעולם. בישראל כוללים שינויים אלו עלייה חדה במספר המשתמשים בסמים שונים, חלקם חדשים ומוכרים פחות, לצד התפתחות התחום של טיפול בהתמכרויות התנהגותיות (הימורים, מין, קניות, מסכים ועוד) שבהם לא נעסוק בחוברת זו. לדוגמה: אנו עדים לעלייה מתמשכת במספר המכורים לחומרים שבהם מערכת הטיפול הייתה רגילה לטפל בעבר, כגון אופיאטים (בעיקר הרואין) ואלכוהול, במקביל לעלייה חדה במספר המשתמשים לרעה בחשיש ובמריחואנה, בתרופות מרשם נרקוטיות, בקוקאין, ובסמי מסיבות שונים. על אף המאמצים הרבים שמשקיעים העוסקים בתחום בשנים האחרונות, מספר מקומות הטיפול והתוספת הנדרשת בכוח אדם ונגישות אינם הולמים את העלייה במספר המשתמשים או בתמורות שחלו בדפוסי השימוש. הסבר חלקי לפגיעה באיכות המענה ובאחוזי הנשירה הגבוהים אפשר למצוא בהפרטת התחום בעשור האחרון.

גם הירידה ההדרגתית במעמדה של הרשות למלחמה בסמים ואלכוהול, שהפכה מרשות עצמאית במשרד ראש הממשלה לתת-אגף במשרד לביטחון פנים, פוגעת קשות ביכולותיה להשפיע על המתחולל בתחום, וכך גם ההפחתה החדה של תקציבים למחקר ולמניעה. אגודת אל-סם, הניצבת מזה ארבעים שנה בחזית הטיפול והמניעה בקרב בני נוער, עומדת אף היא בפני סכנת סגירה¹, בינתיים ללא תחליף מספק.

¹ אגודת אל סם נסגרה בזמן הכנת החוברת.

אין השקעה מספקת בתחום פיתוח כוח אדם ראוי בשטח, וגם במוסדות להשכלה גבוהה לא עוסקים מספיק בטיפוח אנשי מקצועות הטיפול הנדרשים, ובכלל נדיר למצוא בארץ מקומות המכשירים חוקרים לעיסוק בתחום זה.

זאת ועוד, נראה כי מודעות הציבור לסוגיית ההתמכרויות למרבית החומרים ולבעיות הקשות הנלוות לכך הולכת ופוחתת. נראה כי לגליזציה של קנביס רפואי היא הסוגיה העיקרית הבולטת בתקשורת בשנים האחרונות. גם המערכת הפוליטית מתעלמת כמעט לחלוטין מסוגיות רחבות יותר, וההתייחסות הכמעט יחידה לנושא במערכת הבחירות האחרונה הייתה ההסכמה הרחבה לגליזציה של חשיש ומריחואנה. מובן שהתייחסויות האלה אינן תורמות להקטנת התופעה, ולמעשה, באופן בלתי מכוון, עלולות להוביל להחמרת מצב השימוש לרעה בחומרים פסיכו-אקטיביים. למותר לציין כי קיום תהליך לגליזציה, ראוי ככל שיהיה, מחייב היערכות כוללת של מערכות הבריאות והרווחה.

לנוכח התמורות שחלו בארץ בשנים האחרונות, אין זה מפתיע כי המחקר והפרקטיקה עוסקים בהיבטים שונים של ההתמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים. המאמרים בחוברת זו משקפים את מגוון תחומי העשייה בנושא, שופכים אור על סוגיות חשובות בתחום, ומדגישים את הצורך בשינוי מדיניות ובהרחבת השירותים מתוך ראייה הוליסטית של הפרט והחברה.

במאמר הראשון סוקר שבי אהרון את יעילות שירותי הטיפול במסגרות המכוונות להינזרות מוחלטת מחומרים פסיכו-אקטיביים במערכת הרווחה בישראל. הוא בודק כיצד אפשר לשפר את השירותים בתחום זה ולצמצם את אחוזי הנשירה הגבוהים האופייניים לו, ומציג שיטות התערבות משלימות וחלופיות, מבוססות ראיות מהשדה ומהמחקר.

דניאל פינגולד ואביב וינשטוק סוקרים את ההשפעות הגופניות והנפשיות של התמכרות לקנביס ואת הטיפול בה. כאמור, נושא זה עומד בראש סדר היום הציבורי בשנים האחרונות. החוקרים מדגישים את ההשלכות של צריכת קנביס על בריאות הציבור בארץ ובעולם ואת הסכנות לאוכלוסיות שונות, לצד החשיבות של שימוש מושכל בקנביס למטרות רפואיות.

ניבה לב-אל מציגה תיאוריה ומודל התערבות בהקשר של מין ומיניות בקרב מכורים לחומרים פסיכו-אקטיביים (להבדיל מהתמכרות למין, שהיא התנהגותית ולכן אינה נכללת בחוברת זו). במאמרה מדגישה הכותבת כי סוגיות אלו מעסיקות מאוד את הפרט במהלך הטיפול, ויש להתייחס אליהם באופן ראוי. במאמר נסקרים ארבעה מודלים חשובים לעיסוק בסוגיות של מין ומיניות בטיפול בהתמכרויות. הכותבת ממחישה את המודלים באמצעות תיאורי מקרה בתחום ההתמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים.

חגית בוני-נח ושרון טויס מתארות את 'סצינת הסמים הפתוחה' הגדולה ביותר בישראל במחקר אתנוגרפי מעמיק שנערך בתחנה המרכזית הישנה בתל-אביב. מחקר זה, שהוא הגדול מסוגו בארץ, כלל מעל 300 שעות של תצפית משתתפת ועשרות ראיונות איכותניים עם אוכלוסייה קשת יישוג (hard-to-reach population) קבועה וארעית במתחם. מאמר זה מעלה לסדר היום את החשיבות של מדיניות מתאימה למזעור נזקים לצד טיפול ואכיפה מוגברים, תוך התייחסות מיוחדת למכורים-מזריקים ולנשים.

לידור פימה, אלינה גריזמן ותומר צימרמן מוסיפים לגיליון נדבך חשוב בנושא אוכלוסיות תחלואה כפולה (התמכרויות ובריאות הנפש) בתארם פיתוח והקמה של מערך דיור שיקומי בקהילה לאוכלוסייה זו. השכיחות הגבוהה של אנשים עם תחלואה כפולה העלתה לסדר היום את החשיבות של פיתוח מסגרות משולבות הנותנות מענה הוליסטי לפרט. במאמר זה נדונים אתגרים המלווים את תהליך הפיתוח של שירותים חדשים לאוכלוסייה זו, וחוכמת המעשה המובילה את העשייה בתחום.

משה וולף, מיכל שטרנפלד, גל קפלן-הראל ונעם חביב חקרו במאמר האחרון בחוברת מוטיבציה פנימית לשינוי לעומת חלופת מאסר בטיפול במכורים לחומרים פסיכו-אקטיביים. באמצעות ניתוח נתונים שניוני של הקהילה הטיפולית הֶרְטוּב נבחנו מנבאים לנשירה מטיפול. החוקרים מצאו כי סיכויי הנשירה מטיפול של פונים המגיעים באופן וולונטרי גבוה יותר מזה של פונים המגיעים במסגרת חלופת מאסר. החוקרים הסיקו כי חשוב לחזק את המוטיבציות החיצוניות השונות בטיפול באוכלוסיות מכורים, ובכך הם מציגים נדבך חשוב נוסף להגברת יעילות הטיפול.

אנו מודים לכל אלו שעסקו בהבאת חוברת מיוחדת זו לדפוס. אנו חותמים בתקווה כי העבודה הרבה שהושקעה בה תעלה את המודעות לתחום ההתמכרויות בקרב קוראי "חברה ורווחה" ותסייע ולו במעט לחידוש תנופת העשייה והמחקר בתחום.

ד"ר מעין לונטל ופרופ' אלי לונטל

עורכים-אורחים

המשתתפים בחוברת

- ד"ר חגית בוני-נח, החוג לקרימינולוגיה, אוניברסיטת אריאל בשומרון
עו"ס אלינה גריזמן, דוקטורנטית בבית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב; מערך הדיור המוגן, קידום פרויקטים שיקומיים, ירושלים
עו"ס משה וולף, המרכז לטיפול בנפגעי אלכוהול והימורים, עמותת "אפשר", ירושלים; השירות לטיפול בהתמכרויות, משרד הרווחה, האגף לשירותים חברתיים
פרופ' אביב וינשטיין, המחלקה למדעי ההתנהגות, אוניברסיטת אריאל בשומרון
מר נעם חביב, דוקטורנט במכון לקרימינולוגיה, האוניברסיטה העברית בירושלים; המכללה האקדמית אשקלון
עו"ד ד"ר שרון טויס, החוג לקרימינולוגיה, המכללה האקדמית אשקלון
עו"ס ניבה לב-אל, היחידה לטיפול בהתמכרויות, מינהל השירותים החברתיים, אגף מזרח, עיריית תל-אביב-יפו
ד"ר ברוך עובדיה, האיגוד הישראלי לרווחה חברתית — אספנט ישראל; המרכז לקידום צדק חברתי; המועצה הלאומית לשלום הילד
ד"ר דניאל פיינגולד, המחלקה למדעי ההתנהגות, אוניברסיטת אריאל בשומרון
עו"ס לידור פימה, תחום תחלואה כפולה, קידום פרויקטים שיקומיים, ארצי
ד"ר נירית פסח, השירות הארצי לעבודה סוציאלית (בגמלאות), משרד הבריאות
מר תומר צימרמן, תחום תחלואה כפולה, קידום פרויקטים שיקומיים, ירושלים
עו"ד גל קפלן-הראל, דוקטורנט במכון לקרימינולוגיה, האוניברסיטה העברית בירושלים
עו"ס אהרון שבי, השירות לטיפול בהתמכרויות, משרד העבודה והרווחה, ירושלים
גב' מיכל שטרנפלד, המכון לקרימינולוגיה, האוניברסיטה העברית בירושלים

מהמחקר לפרקטיקה: שיפור יעילות שירותי הטיפול במסגרות המכוונות להינזרות מוחלטת מחומרים פסיכו-אקטיביים

אהרון שבי

רקע: היעילות הנמוכה של תוכניות ההתערבות עם אנשים מכורים באה לידי ביטוי בקשיים של המטופלים להתמיד בהינזרות מסמים ואלכוהול, הן בתקופת הטיפול והן לאחר תום הטיפול, ובנשירה גבוהה של המטופלים מהטיפול.

מטרת המאמר: לבחון באופן ביקורתי את מתווה ההתערבות הטיפולי הקיים כיום במסגרות טיפוליות סוציאליות המכוונות להינזרות מוחלטת מחומרים פסיכו-אקטיביים, ולהמליץ על התערבויות טיפוליות חלופיות המבוססות על הוכחות מחקריות ליעילותן.

שיטת המחקר: במאמר מובאים מחקרים, נתונים ומידע אודות מאפייני ההתערבות הטיפולית עם אנשים מכורים, ומוצגות תובנות ומסקנות על שיטות התערבות אפקטיביות יותר עם אנשים מכורים.

ממצאים: היעילות הנמוכה של התוכניות הטיפוליות במסגרות טיפוליות סוציאליות נובעת מהפעלת דפוסי התערבות אחידים, הפעלה מועטה של גישות ליישוג האוכלוסייה, למיצוי זכויות ולמזעור נזקים; הפעלת תוכניות טיפול המותאמות באופן חלקי לצורכי המטופלים, חוסר תכנון שיטתי והערכה שוטפת של תוכניות הטיפול, ומחסור במשאבים טיפוליים.

מסקנות: בעבודה טיפולית עם אנשים מכורים יש להפעיל התערבויות המבוססות על ידע שמועבר משדה המחקר לפרקטיקה ומשלב גישות קוגניטיביות-התנהגותיות ולמידה בין-אישית, כגון 'המודל הטיפולי הבין-אישי' המוצג במאמר זה, והמוכח כיעיל בטיפול באנשים מכורים.

השלכות לפרקטיקה ולמדיניות: מחקרים אשר יוכיחו את האפקטיביות של מודלים כגון 'הטיפול הבין-אישי' עשויים לאפשר עדכון של המדיניות הטיפולית במערכת הרווחה ומתן במה גדלה והולכת לתוכניות התערבות המבוססות על חדשנות, שיטתיות והערכה מתמדת.

מילות מפתח: אנשים מכורים, מודל טיפולי בין-אישי, מהמחקר לפרקטיקה

מבוא

בעשורים האחרונים חלה בעולם עלייה מתמדת בשכיחות השימוש וההתמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים. על פי ממצאי האו"ם, 3.5% עד 7% מאוכלוסיית העולם בגיל 15-64 השתמשו באופן לא חוקי בסמים בשנת 2012; וכ-18.2% מכלל האוכלוסייה הבוגרת עשו שימוש לרעה באלכוהול (ענבר, 2015). על פי דיווחי ארגון הבריאות העולמי אין התקדמות בהפחתת השימוש לרעה באלכוהול בקרב האוכלוסייה הכללית. מצב זה גורם לכך שממדינות רבות נדרשות לשאת בעלויות גבוהות בתחומי בריאות ורווחה בשל נזקי ההתמכרות לאלכוהול (WHO, 2016, 2018).

בישראל, כמו בעולם כולו, יש אוכלוסייה גדולה של בני נוער ומבוגרים המשתמשים באופן מזדמן וקבוע בחומרים פסיכו-אקטיביים. הרשות למאבק בסמים ובאלכוהול ערכה במשך השנים מחקרים אפידמיולוגיים וסקרים אודות מאפייני צריכת הסמים והאלכוהול בישראל. מחקר משנת 2009 שבחן את השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב תושבי מדינת ישראל מצא כי 11.4% מבני 18-40 השתמשו בסמים לעיתים או באופן קבוע (ענבר, 2015). בשנת 2016 ערכה הרשות מחקר אפידמיולוגי ארצי נוסף בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל ובו נמצא כי 27% מהמשתתפים דיווחו על שימוש בקנביס לפחות פעם אחת בתקופה שקדמה לביצוע המחקר, ו-23% דיווחו על שימוש לרעה באלכוהול (הראל-פיש, 2017). הממצאים על שימוש לרעה בחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב בני נוער בישראל גבוהים אף הם. על פי סקר הרשות למאבק בסמים ובאלכוהול משנת 2009, 5.9% מבני הנוער בגיל 15-18 השתמשו בקנביס ו-19.7% עשו שימוש לרעה באלכוהול (ענבר, 2015). בשנת 2012 ערכה הרשות מחקר בקרב בני נוער תלמידי בתי ספר שבחן את דפוסי השימוש בחומרים ממכרים בהשוואה בין-לאומית. הממצאים העלו כי 29% מתלמידי כיתות י"א השתמשו לרעה באלכוהול, 45% מהם היו יוצאי אתיופיה (רבינוביץ, 2012). ממצאי הרשות בשנת 2014 העלו כי 3.5% מהתלמידים דיווחו על שימוש בסמי פיצוציות ו-3.4% דיווחו כי השתמשו באופיאטים ובקוקאין (הראל-פיש, 2014).

הנתונים האפידמיולוגיים-מחקריים מהעולם ומישראל מצביעים על כך שתופעת השימוש לרעה וההתמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים אינה מצטמצמת וכי אוכלוסיות רבות חוות קשיים תפקודיים רבים בתחומי הרפואה, החברה והכלכלה בשל השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים.

לאנשים המכורים לחומרים פסיכו-אקטיביים בעולם מוצעים בדרך כלל טיפול רפואי והתערבות פסיכו-סוציאלית (NIDA, 2014). בין מטרות הטיפול הצפויות התמדה של המטופלים בהינזרות משימוש בסמים ואלכוהול והשתלבות תקינה

במסגרות המשפחה, התעסוקה והקהילה (Garner, Scott, Dennis, & Funk, 2014; McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000; Pasareanu, Opsal, Vederhaus, Kristenssen, & Clausen, 2015; Tracy et al., 2012; WHO, 2016). הטיפול באנשים מכורים לחומרים פסיכו-אקטיביים ניתן במסגרת יחידות אמבולטוריות, אשפוזיות, קהילות טיפוליות חוץ-ביתיות והוסטלים (American Psychiatric Association, Messina, Grella, Cartier, & Torres, 2010). על פי ממצאי מחקרים, תוכניות ההתערבות בטיפול באנשים מכורים אינן מוכיחות יעילות טיפולית רבה (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013; NIDA, 2012, 2014). רבים נושרים מהטיפול כבר לאחר זמן קצר, ומתקשים להתמיד בהינזרות מסמים ואלכוהול הן בתקופת הטיפול והן לאחר תומו (De Leon, 2015; WHO, 2016). בארצות-הברית נמצא ש-40%-60% מהמטופלים נושרים ממרכזי השיקום, ורובם חוזרים לאחר זמן קצר להשתמש בחומרים פסיכו-אקטיביים (NIDA, 2018). נשירה מטיפול נחוות במקרים רבים ככישלון, ועשויה ליצור אצל רבים מהמטופלים סטיגמה ותסכול (NIDA, 2012).

הנתונים והמידע המוצגים במאמר הנוכחי אינם עוסקים בשירותי הטיפול המופעלים בידי משרד הבריאות בישראל, הכוללים בין השאר מתן טיפול תרופתי ארוך-טווח לאנשים מכורים.

מאפייני הנשירה מטיפול והקושי בהתמדה בהינזרות מחומרים פסיכו-אקטיביים בשירותים המופעלים בידי משרד הרווחה בישראל מוצגים במחקרים וסקירות שונות, שנערכו בין השאר ביחידות אמבולטוריות ובמסגרות חוץ-ביתיות של משרד הרווחה. על פי ממצאי משרד העבודה והרווחה, כ-30% מהמטופלים נשרו מהטיפול שניתן ביחידות ובמסגרות חוץ-ביתיות המטפלות במכורים, אך רק 15% מהמטופלים הצליחו להשיג את יעדי הטיפול והשיקום שנקבעו עימם והשלימו בהצלחה את הטיפול (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017א). במחקר-אורך שנעשה ביחידה אמבולטורית המופעלת בידי משרד הרווחה נמצא שרק 39% מהמטופלים השלימו את מלוא תקופת הטיפול (כשנה וחצי), ולאחר תום הטיפול המשיכו חלקם להשתמש בחומרים פסיכו-אקטיביים בתקופות זמן שונות (לב-אל, ליכטנשטיט וטייכמן, 2013). במרכז יום טיפולי אמבולטורי בדרום הארץ נמצא כי 49% מהמטופלים נשרו מהטיפול לאחר זמן קצר, ורק 12% מהמטופלים מצאו את מסלול הטיפול שהוצע להם מתאים לצרכיהם (לויט ושיף, 2008).

חלק מהחוקרים אינם תולים במערכת הטיפול את הסיבה לקשיי השיקום של אנשים מכורים אלא במאפיינה הייחודיים של מחלת ההתמכרות (WHO, 2016). לדברי חוקרים אלו ההתמכרות לסמים ואלכוהול היא מחלה כרונית הכוללת תהליך ארוך של שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים והפסקת השימוש לסירוגין (relapse),

בדומה למחלות כרוניות אחרות כגון סוכרת (NIDA, 2014). סיבות אישיות, גופניות ונפשיות, מקשות על המטופלים להתמיד לאורך זמן בהינזרות מסמים ואלכוהול (Ettner et al., 2006).

המאמר הנוכחי בוחן את הסיבות לאי-היעילות של תוכניות הטיפול באנשים מכורים במערכת הטיפולית-סוציאלית בישראל בשלושה תחומים: מאפייני תוכניות השיקום, דפוסי ההתערבות הטיפולית של העובדים הסוציאליים המטפלים באנשים מכורים, והערכת המשאבים המוקצים לנושא הטיפול באנשים מכורים. המאמר כולל סקירה של מחקרים ודוחות הבוחנים את הסיבות לאי-היעילות של תוכניות הטיפול ומענים אפשריים לאתגר זה.

נקודת המוצא לשינוי המצב הנוכחי היא פעולה טיפולית על פי EBP, קרי החלפת הפעילות הטיפולית הנוכחית בתוכניות טיפוליות שיטתיות ומתוכננות המוכחות מחקרית כיעילות בעבודה עם אנשים מכורים (Tober & Somerton, 2002). ברוח תפיסה זו מוצג 'המודל הטיפולי הבין-אישי', הממזג בתוכו גישות המוכחות מחקרית כיעילות, וביניהן הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית (Kiesler, 1996; Yalom & Leszcz, 2006). ההערכה היא שהפעלת מודלים טיפוליים המבוססים על העברת ידע מהמחקר לפרקטיקה, עשוי לשפר את תוצאות ההתערבות עם אנשים מכורים ולסייע בהחלמתם.

יעילותן הנמוכה של תוכניות הטיפול עם אנשים מכורים – רקע וסיבות

תוכניות השיקום בשירותים המופעלים בידי משרד הרווחה בישראל, שאת יעילותן ננסה לבדוק בפרק זה, כוללות מענים כגון אבחון של האדם המכור, ייעוץ, טיפול פרטני, התערבות קבוצתית וניטור של סמים ואלכוהול (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017א; WHO, 2016; Zastrow, 2007). תחום ההתמכרויות מלווה לאורך השנים במחקרים רבים, אולם רק חלקם הקטן עוסקים בהערכת יעילות הטיפול באנשים מכורים ומשמעויותיה (NIDA, 2012). מטופלים ומטפלים, שדנו בסיבות לכך שיעדי הטיפול אינם מושגים, הציגו עמדות שונות לחלוטין. מטופלים טענו כי לא השיגו את יעדי הטיפול כי תוכניות הטיפול שהשתתפו בהן לא התאימו לצרכיהם, המטפלים לא הבינו את הבעיות שהם מתמודדים עימן, ושהיו פערים בין צרכיהם האישיים למענים הטיפוליים הקיימים (Brorson et al., 2013; De Leon, 2000). מטופלים שנשרו מטיפול ציינו כי בהתערבות הטיפולית שניתנה להם לא היו כלל מענים אינסטרומנטליים או סיוע בפתרון בעיות 'כאן ועכשיו', שהיו זקוקים להם ביותר.

מטופלים אשר נשרו מטיפול ביחידות אמבולטוריות המופעלות במערכת הרווחה בישראל ציינו כי הכלים הטיפולים וגישות ההתערבות שהפעילו המטופלים לא היו יעילות, וכי הגישה הטיפולית שחייבה הינזרות מוחלטת מחומרים פסיכו-אקטיביים בזמן הטיפול הקשתה מאוד על יכולתם להתמיד בו (לב-אל ועמיתים, 2013). מאידך גיסא, מטופלים באנשים מכורים ציינו כי הנשירה מטיפול נבעה ממוטיבציה נמוכה מלכתחילה של המטופלים להשתלב בטיפול. לרבים מהמטופלים היו קשיים במישור המשפחתי, הכלכלי והמשפטי, והדבר הקשה מאוד על הסתגלותם למסגרת הטיפולית (De Leon, 2000, 2015; Ettner et al., 2006).

איתור הסיבות המערכתיות לאי-יעילות של תוכניות הטיפול במערכת הרווחה בישראל מעלה כמה אפשרויות: במערכת הרווחה מופעלים לאורך שנים רבות דפוסי התערבות טיפוליים אחידים עם אנשים מכורים, ללא הבחנה בצרכים הייחודיים של מטופלים שונים (תקנון עבודה סוציאלית, 2013). מענה ייעודי כמו טיפול בטראומה והתערבות במשפחה, הנדרש עבור נשים ואוכלוסיות מיעוטים, מופעל מעט מאוד (Covington, 1998; EMCDDA, 2017; Ettner et al., 2006; Ramlow, White, Watson, & Leukefeld, 1997). בשדה הטיפולי עדיין קיימות גישות טיפוליות נוקשות המושתתות על עימות וענישה של המטופל (Miller & Rollnick, 2013). ההנחה הטיפולית העומדת בבסיס השימוש בגישות אלה היא שפעולות אלו עשויות לתרום להרחבת מודעותו של המטופל לרפואי התנהגותו הלא-מועילים וליצור שינוי, אולם אין במחקרים תמיכה כלשהי ליעילות גישות אלו (NIDA, 2012).

על פי הנהלים הקיימים במשרד הרווחה בישראל (תקנון עבודה סוציאלית, 2013) הטיפול הסוציאלי באדם שחזר להשתמש בסמים ואלכוהול מופסק מיד, והוא מופנה לגמילה פיזית. הפעילות הטיפולית בשדה הרווחה בישראל כיום אינה כוללת תוכנית למזעור נזקים (NIDA, 2012; WHO, 2016) כמענה למטופלים שחזרו להשתמש בחומרים פסיכו-אקטיביים. ההסבר לגישת "הניקיון המוחלט" הוא שטיפול סוציאלי לאדם הנמצא תחת השפעתה של חומר פסיכו-אקטיבי משנה תודעה איננו יעיל. גישת "הניקיון המוחלט", המופעלת במסגרות משרד הרווחה, אינה מאפשרת במקרים רבים החזקה של המטופלים ברמה הנדרשת, והדבר מגביר את הנשירה של מטופלים אלו. ברוב המקרים מטופלים אלו אינם משתלבים שוב בטיפול סוציאלי, ונמצאים בסיכון ובמצוקה רבה. סביבה טיפולית המכתיבה מראש את המטרות, את אופן הטיפול ואת הזמן הנדרש לכך, אינה מתאימה לרוב המטופלים הנמצאים על רצף ההתמכרות, ומקשה על היכולת ליצור מרחב טיפולי (לויט ושיף, 2008).

לנוכח הנשירה הגדולה מטיפול כדאי לבחון את יעילותה של גישת מזעור הנזקים, הכוללת ליווי של המטופל בתהליך הפחתת השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים, וקידום שיפור התפקוד האישי בטווח הקצר והארוך.

תפקידי העובדים הסוציאליים המטפלים באנשים מכורים כוללים מגוון פעולות טיפוליות קליניות וסוציאליות, כגון: אבחון וזיהוי פסיכו-סוציאלי של האוכלוסייה, בניית תוכנית התערבות טיפולית סוציאלית, ומתן מענים פרטניים קבוצתיים ומשפחתיים (Hepworth et al., 2010; Zastrow, 2007). מחקרים בחנו לאורך השנים את דפוסי ההתערבויות הטיפוליות הללו ומצאו את הממצאים הבאים: חלק מההתערבויות הנוכחיות מושתתות על ידע מקצועי חסר (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017; Steenrod, 2009); ושימת לב מעטה מדי לפעילות של מיצוי זכויות, סנגור ופתרון בעיות מעשיות בתחומי תעסוקה ודיור (NIDA, 2012; WHO, 2016).

נמצא כי העובדים הסוציאליים המטפלים באנשים מכורים במסגרת מערכת הרווחה בישראל ממעטים לבצע פעילות של יישוג ואיתור האוכלוסייה המכורה לחומרים פסיכו-אקטיביים בזירות הימצאותה בקהילה. יציאה שיטתית זו מהמסגרת הטיפולית נתפסת לעיתים כפעולה לא מקצועית המפרה את כללי ההתערבות הטיפולית הסוציאלית ומסכנת את האפשרות לקדם שינוי אצל המטופל (סער-הימן, קרומר-נבו ולביא-אג'אי, 2018). ההתערבות הטיפולית עם אנשים מכורים אינה אינטנסיבית דיה, ולעיתים הטיפול ניתן בזמנים לא קבועים או במסגרת קבוצתית בלבד (Ettner et al., 2006; Gofen, 2014). יש לציין כי תכני הטיפול הפרטני הקליני שמציעים העובדים המטפלים אינו כולל בחלק מהמקרים התנסות משמעותית בקשרים בין-אישיים רגשיים מידיים בין המטפל למטופל, העשויה להיות מהותית להנעת הטיפול קדימה (Yalom & Leszcz, 2006; Zastrow, 2007). כחלופה לקשר בין-אישי זה ניתן מקום רב לעיסוק בתובנות וטיפול בתסמינים. אפשר להעריך כי פעולות אלה אינן מאפשרות חוויה רגשית מתקנת והתמודדות יעילה עם ההשפעות הטראומטיות של פגיעות מיניות ופיזיות שהמטופל חווה וחווה, ואשר מובילות במקרים רבים להתמכרות (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017; EMCDDA, 2017; Kiesler, 1996).

ניכר כי חלק מהמטפלים במכורים הפועלים במסגרת מערכת הרווחה בישראל חסרים ידע מעשי בהפעלת התערבות עם אוכלוסיות ייחודיות כגון אוכלוסייה בתחלואה כפולה, אוכלוסיות עם התמכרות התנהגותית ואימהות מכורות; חלקם אינם בקיאים בסוגי הסמים החדשים בשוק ואופן ההתערבות הנדרש (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017). ככלל, על אף היעילות הנמוכה של תוכניות הטיפול הנוכחיות, עובדים סוציאליים רבים אינם משתמשים במתודות התערבות שהוכחו מחקרית כיעילות, והמוגדרות כפרקטיקה מוכחת-ראיות (EBP – evidence based practice). הסיבות לכך הן אי-היכרותם עם מתודות אלה ואי-הכוונה של המערכת הטיפולית (Steenrod, 2009; Straus, Richardson, Glasziou, & Haynes, 2005).

עובדים סוציאליים במערכת הרווחה בישראל עובדים במקרים רבים לבדם ותחת לחץ רב. במקרים רבים הם מטפלים באנשים מכורים רבים ללא משאבים טיפוליים מספקים, ומתקשים לספק למטופלים מענים אינסטרומנטליים מתאימים מלבד שיחות ייעוץ. ביחידות הטיפוליות האמבולטוריות ובמסגרות טיפוליות חוץ-ביתיות חסרים דרך קבע עובדים סוציאליים, רופאים נרקולוגים ומדריכים (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017א; De Leon, 2015). מצב זה מביא לעיתים להפעלת שיקול דעת עצמאי של המטפל בביצוע ההתערבות הטיפולית (Gofen, 2014; Lipsky, 2010), ולעיתים משמעותו חריגה מהתקנות ומהמדיניות הפורמלית בתחום ההתמכרויות, טיפול לאנשים ששבו להשתמש בסמים ואלכוהול על אף נהלים האוסרים זאת (תקנון עבודה סוציאלית, 2013), אי קיום ועדות אבחון לפונים חדשים, ביצוע מועט של בדיקות לניטור סמים ואלכוהול, ואי ביצוע של פעולות יישוג ואיתור של אוכלוסייה מכורה חדשה (שיינטוך, 2014). לעיתים מוסתרים דפוסי פעילויות עצמאיים אלו מצוותי הפיקוח, ואילו צוותי הפיקוח מתקשים לזהות דפוסי פעולה אלו בשל בקרה מועטה על עבודת העובדים הסוציאליים, חוסר בהערכה שוטפת של איכות העבודה הטיפולית והעדר בדיקה של תפוקות ותוצאות הטיפול (Gofen, 2014; Lipsky, 2010). דפוס פעולה עצמאי של העובד הסוציאלי מאפשר לו אומנם חופש פעולה (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017; Brorson et al., 2013), אולם עשוי להביא לפיזור העבודה הטיפולית ולהקשות על התמודדות עם האתגרים הרבים בתחום הטיפול באנשים מכורים.

אוכלוסיות רבות ברחבי העולם אינן מקבלות מענה לבעיית ההתמכרות, והדבר מחמיר את מצבן ומגדיל את אחוזי החולי והתמותה. מתוך 21.6 מיליון אנשים מכורים בארצות-הברית שהיו זקוקים לטיפול בבעיית ההתמכרות, 2.3 מיליון בלבד קיבלו מענה מתאים (NIDA, 2018). חלק מהסיבות למצב זה קשורות לפריסה הקטנה של תוכניות טיפול באנשים מכורים, ולכך שהתוכניות הטיפוליות הפועלות כיום אינן נגישות ואינן מותאמות לצורכי המטופלים.

הקצאת משאבי הטיפול לתחום הרווחה בישראל קטנה בכל התחומים, ובמיוחד בתחום הטיפול בהתמכרויות (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017ב). נמצא שעל אף קיומם של מגוון שירותים טיפוליים לאנשים מכורים מספרם בהחלט אינו מספק (אלטוס ולונטל, 2012). חסרות כיום מסגרות טיפוליות אמבולטוריות רבות, ורוב המסגרות הקיימות אינן זמינות ואינן נגישות. בנוסף חסרים מענים ייעודיים לצעירים, לאנשים בתחלואה כפולה, לנשים, לאימהות מכורות ולדרי רחוב מכורים. הדבר בא לידי ביטוי בכך שמתוך 120,000 בני נוער ומבוגרים בישראל הזקוקים לטיפול בהתמכרות רק 14,800 קיבלו טיפול סוציאלי מתאים (הראל-פיש, 2017; השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017א). אפשר להעריך כי העדר תוצאות חיוביות של תוכניות

הטיפול הנוכחיות אינו מדרכן את קובעי המדיניות להשקיע משאבים נוספים בהקמת שירותים חדשים לאוכלוסייה המכורה.

לסיכום פרק זה אפשר לומר, כי על אף הכוונות הטובות של העוסקים במלאכה טיפולית חשובה זו, תחום הטיפול באנשים מכורים המופעל בידי מערכת הרווחה בישראל אינו מתפתח במידה מספקת ואינו מצליח להתמודד עם האתגרים הרבים העומדים לפתחו. נראה, כפי שיוצג בהמשך, כי שיפור המצב הקיים מצריך פיתוח והפעלה של מודלים טיפוליים שונים מהקיימים, מודלים בהירים וברורים המבוססים על הוכחות מחקריות ליעילותם והמצליחים להתכתב עם האתגרים הרבים בתחום הטיפול בהתמכרויות.

מהמחקר לפרקטיקה – תוכניות אפקטיביות בטיפול באנשים מכורים

נציג עתה מענים העשויים להתמודד עם האתגרים הרבים בתחום הטיפול בהתמכרויות המופעל במערכת הרווחה בישראל. הבסיס לפעילות החדשה הוא פיתוח הבניה והפעלה של תוכניות טיפוליות שהוכחו מחקרית כיעילות (NIDA, 2012; Steenrod, 2016; WHO, 2016; Straus et al., 2005). יעדי הפעולה החדשים כוללים מעבר מפעילות טיפולית אד הוק לפעולה שיטתית ומתוכננת, תוך הגברה וביצוע של תוכניות הכוללות שיטתיות והערכה עצמית של התוצאות (Tober & Somerton, 2002). במסגרת ההתערבות הטיפולית העדכנית, על העובדים הסוציאליים במערכות הרווחה לרכז בידיהם מידע אחיד, עדכני ושיטתי אודות התערבויות שהוכחו כיעילות בטיפול באנשים מכורים, וליישמן במדויק. עליהם להגדיר כבר בשלב הראשון של הטיפול מהו מוקד ההתערבות, ולהשתמש בהמשך בכלים עדכניים מובנים ושיטתיים בתכנון הטיפול, בהפעלתו ובמעקב אחר התוצאות. עליהם לבחון בכל פרק זמן אם יש השפעה חיובית של התוכנית על מצב המטופלים הן מבחינה התנהגותית והן מבחינה קוגניטיבית.

המתודות הרלוונטיות בתחום הטיפול בהתמכרויות שיש להן תמיכה אמפירית ליעילותן, הן מתודות התערבות אינטנסיביות ומגוונות הכוללות פסיכותרפיה ופתרון בעיות מעשיות של המטופל (WHO, 2016; NIDA, 2014). יש להתאים את סביבת הטיפול ואת סוג הטיפול למאפייני המטופל ולבעיותיו תוך פיתוח אסטרטגיות התערבות המסייעות לו להתמודד עם משברים וקשיים אישיים (אלטוס ולונטל, 2012). המתודות הטיפוליות המוכחות מחקרית כיעילות בטיפול באנשים מכורים כוללות איתור ויישוג של אנשים מכורים בזירות בקהילה שבהן הם נמצאים, וביצוע עבודת רחוב. פעילות יישוג זו עשויה לאפשר יצירת קשר ראשוני משמעותי עם האוכלוסייה המכורה ושילובה

בטיפול בהמשך (שיינטוך, 2014). פעילות איתור ויישוג, המוגדרת גם כהתערבות בהקשר החיים הממשי, עשויה לאפשר יצירת יחסים טיפוליים עם האדם המכור, ולגייס אותו לשינוי מציאות חייו (סער-הימן ועמיתים, 2018). גישה נוספת שנמצאה יעילה בעבודה עם אנשים על רצף ההתמכרות היא הגישה המוטיבציונית. בשלבים הראשונים מסתייגים אנשים מכורים רבים מהשתלבות בטיפול, וגישה זו מסייעת להם להתמודד עם מחסומים אישיים וקשיים אובייקטיביים. בעזרת הגישה המוטיבציונית אפשר במקרים רבים ליצור קשר אותנטי עם המטופלים הפוטנציאליים ולהגביר את נכונותם להשתלב בהמשך בטיפול ארוך טווח (Miller & Rollnick, 2013; WHO, 2016). הגישה המוטיבציונית הכוללת מתן שוברים (שוברים המאפשרים למטופל לרכוש מוצרים שונים שהוא זקוק להם) למטופלים המתמידים בהינזרות מסמים ואלכוהול נמצאה בשנים האחרונות יעילה מאוד, במיוחד בעבודה עם אנשים המכורים לאופיאטים, לאלכוהול ולקנביס (NIDA, 2018).

טראומה המובילה להתמכרות נובעת במקרים רבים מפגיעה נפשית, מינית או פיזית בעבר או בהווה. טיפול יעיל בטראומה עשוי לסייע בבניית התקשרות בטוחה עם המטופל, להפחית חרדה ולהגביר את נכונות המטופל ליצור קשר ארוך טווח. הגישה ההתנהגותית-קוגניטיבית בשילוב טיפול תרופתי כגון מתדון וסובקסון נמצאה יעילה במיוחד בשיקום אנשים מכורים. הפעילות הטיפולית על פי גישה זו כוללת הסרת מחשבות והתנהגויות שאינן מסייעות והחלפתן במחשבות מקדמות (Joseph, Stancliff, & Langrod, 2000). 40% מהמטופלים המכורים לאופיאטים ואלכוהול חוו שיפור בתפקוד והתמדה בהינזרות מסמי רחוב בעקבות ההתערבות על פי גישה זו (Joseph et al., 2000; WHO, 2016).

הרחבת המיומנות והידע המקצועי של המטפלים הפועלים במערכת הרווחה עשויים להשפיע לטובה על איכות ההתערבות הטיפולית עם אנשים מכורים באופן מוסדר, רציף ושיטתי (Kadushin & Harkness, 2002); תכני הידע המקצועי החדש אמורים לסייע לעובדים בהפעלת חשיבה רפלקטיבית וביקורתית (NIDA, 2012) בנוסף להערכה מתמדת של העשייה הטיפולית (Steenrod, 2005).

תהליך ההכשרה של העובדים הסוציאליים הפועלים במסגרת מערכת הרווחה בישראל אמור לכלול הקניית מתודות טיפוליות עדכניות על פי מודלים לוגיים, והקניית כלים טיפוליים חדשניים בניסיון לקדם חתירה של העובדים למצוינות ומומחיות (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017). יש לתת לעובדים הדרכה מקצועית רציפה וממוקדת על פי דפוסי ההכשרה החדשים שיעוצבו. מומלץ להפעיל הדרכה אישית הכוללת עקרונות טיפוליים המתמקדים בחוויית 'ביחד', המאפשרים התבוננות רפלקטיבית ובחינה והערכה של הקשר הייחודי בין המדריך המקצועי והעובד הסוציאלי המטפל באנשים מכורים (ירושלמי, 2014).

יש פער בין המדיניות הטיפולית של מערכת הרווחה לבין הצרכים בשדה הטיפולי. אין דיאלוג בין הדרגים הממשלתיים והדרגים הטיפוליים על קביעת מדיניות זו, והדבר יוצר נתק ביניהם ותורם להפעלת דפוסי התערבות טיפוליים לא עדכניים ולא מותאמים. המדיניות הנוכחית בשדה ההתמכרויות אחראית להעדר משאבים טיפוליים (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017א), ולריבוי המטלות של העובדים הסוציאליים המטפלים. נהלים לא עדכניים ופעילות פיקוח מועטה על עבודת העובדים הסוציאליים תורמים להפעלת שיקול דעת עצמאי של העובדים הסוציאליים (Gofen, 2014; Lipsky, 2010), מצב היוצר אי סדר, פיזור של העשייה הטיפולית ואי-יעילות בטיפול.

עדכון המדיניות הטיפולית של משרד הרווחה בישראל עשוי לתת מענה לסוגיות אלו. קודם כול יש להנחות את המטפלים להפעיל מודלים טיפוליים המוכחים מחקרית כיעילים (WHO, 2016). המדיניות הטיפולית צריכה להיקבע תוך דיאלוג שוטף עם העובדים הסוציאליים הפועלים בשטח (Steenrod, 2005) ובהשגת הסכמה רחבה, משרדית, ארגונית ובין-ארגונית על השינויים המוצעים בדפוסי הפעילות הטיפולית. היעד המשותף של דרגי המטה והעובדים בשטח הוא ביצוע תוכניות טיפוליות בשדה ההתמכרויות שהן שיטתיות ומתוכננות (Tober & Somerton, 2002). יש להציג מפרט של תוכניות וכלי טיפול המוכחים כאפקטיביים, ומתוכו יבחרו העובדים הסוציאליים את התוכנית המתאימה ביותר לצורכי המטופל (NIDA, 2012).

מדיניות ההכשרה והדרכת הצוותים המטפלים באנשים מכורים במשרד הרווחה צריכה לעבור ביקורת. יש להגדיר את מאפייני הידע המקצועי הדרוש לעובדים הסוציאליים המטפלים באנשים מכורים, ואת תחומי הלמידה העדכנית הנדרשת בנושאים כגון: טיפול בטראומה, טיפול התנהגותי קוגניטיבי וגישה מוטיבציונית, ולהקצות את המשאבים הדרושים לקיום הכשרות אלה (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017ב).

דפוס פעולה שיהיה מבוסס על שותפות טובה בין המערכת הממשלתית לעובדים הסוציאליים המטפלים באנשים מכורים, עשוי לצמצם במידה רבה את שיקול הדעת העצמאי של העובדים הסוציאליים (Lipsky, 2010) ובמידת מה את אי-יעילות הטיפול. בקרה עצמית של העובד הסוציאלי על עבודתו ובקרה חיצונית באמצעות פיקוח, המתמקדת בבחינה מתמדת של איכות התפוקות הטיפוליות וסיוע בשיפור הביצועים המקצועיים של העובדים הסוציאליים (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017ב), עשויים לתרום אף הם ליעילות הטיפולית.

פיתוח המערכת הטיפולית-סוציאלית שמפעיל משרד הרווחה דורש הקצאה של משאבים חדשים: הקצאת כוח אדם, תוכניות טיפוליות חדשות ומסגרות טיפול נגישות, אמבולטוריות וחוף-ביתיות. הדבר עשוי להביא להשתלבותם של

בני נוער ומבוגרים רבים שאינם משתתפים כיום בטיפול. יש להקצות הרכה מסגרות אמבולטוריות, ובמיוחד מסגרות חוץ-ביתיות עבור בני נוער, צעירים, נשים מכורות, אימהות מכורות, מהמרים, אוכלוסייה בתחלואה כפולה ועם התמכרות התנהגותית (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017א; NIDA, 2014). יש להוסיף למערכת הטיפול כוח אדם של עובדים סוציאליים, מדריכים מאתרים, ורופאים נרקולוגים, וכמו כן להקצות סל מענים לאנשים מכורים בתחומי תעסוקה, הכשרה מקצועית (שוכרים להשתלבות בהכשרה מקצועית), דיור ושירותי בריאות (WHO, 2016). פיתוח המערכת הטיפולית בישראל עשוי לאפשר קליטת אוכלוסיות חדשות שאינן משתלבות כיום בטיפול.

מהמחקר לפרקטיקה – המודל הטיפולי הבין-אישי

ההתמודדות הראויה עם האתגרים בשדה הטיפולי עם אנשים מכורים אמורה להתבסס על הפעלת תוכניות המוכחות מחקרית כיעילות והמבוססות על EBP. בפרק זה מוצג המודל הטיפולי הבין-אישי המוצע להפעלה בשדה הטיפול עם אנשים מכורים והמהווה דוגמה להעברת מידע מהמחקר לפרקטיקה. מודל זה ממזג גישות המוכחות מחקרית כיעילות, וביניהן הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית והגישה הבין-אישית. המודל הטיפולי הבין-אישי מבוסס על גישות בין-תחומיות – סוציאליות ופסיכולוגיות, שיש בהן שיטתיות וראיות אמפיריות רבות ליעילותן (Herman, 2015; Steenrod, 2005; Zastrow, 2007).

עקרונות הגישה הבין-אישית הוצגו במסגרת הפרקטיקה ההומנית (Rogers, 1995) המציבה במרכז תהליכי הטיפול את הקשר הבין-אישי של המטפל עם המטופל, קשר האמור ליצור שינויים רגשיים והתנהגותיים אצל המטופל (Miller & Rollnick, 2013; Rogers, 1995). המודל מדגיש את הזיקה הרגשית הקרובה העשויה להתפתח בין המטפל לאדם המכור (Kiesler, 1996) והמבוססת על פעילות של למידה בין-אישית (Yalom & Leszcz, 2006). הפעילות הטיפולית במסגרת המודל כוללת עיבוד נושאים רגשיים בחיי המטופל וביניהם תלות ובידוד. התהליך הטיפולי והקשר הבין-אישי אמורים לסייע בתיקון ההשפעה הטראומטית של התנסויות שליליות קודמות, ולשנות דפוסי התקשרות מופנמים שהתקבעו בתקופה מוקדמת (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt, & Target, 1994). הלמידה הטיפולית נעשית "כאן ועכשיו" (Kiesler, 1996), וכוללת התבוננות פנימית של המטופל בקשייו הרגשיים ופיתוח מודעות. שתיהן מהוות צעד ראשון לקראת שינוי רגשי וקוגניטיבי. המודל הטיפולי הבין-אישי מאופיין בשיחות יעוץ פרטניות ובהסכמה משותפת של המטפל והמטופל לגבי תקופת הטיפול.

המודל הטיפולי הבין-אישי משלב בתוכו כמה מתודות פרקטיות, וביניהן מתודת הריאיון המוטיבציוני, והמתודה ההתנהגותית-קוגניטיבית. תהליך הקשר הבין-אישי אמור ליצור שפה של שינוי (Miller & Rollnick, 2013; Rogers, 1995) התנהגותי וקוגניטיבי (Beck, 1999; Kendall, 2006). מעורבות רבה של העובד הסוציאלי בחיי המטופל עשויה לסייע בפיתוח דרכי חשיבה חדשות, שינוי מחשבות לא מועילות, פיתוח יכולת לפתור בעיות ולהפחית תסמינים נפשיים (Joseph et al., 2000).

גישות התערבות המשולבות בטיפול הבין-אישי כוללות את מתודת היישוג, השמה דגש על יצירת קשר ראשוני לא פורמלי עם האדם המכור במקום שבו הוא נמצא (שיינטוך, 2014). פעילות היישוג כוללת אבחון ראשוני לאדם המכור בזירות הימצאותו בקהילה, ייעוץ וסיוע אינסטרומנטלי. פעילות זו היא בסיס לבנייה אפשרית של ברית טיפולית ועבודה על שפת השינוי (Rogers, 1995). הריאיון המוטיבציוני מדגיש את חיזוק הכוחות של האדם המכור, תוך חקירה אמפטית של רגשות וחוויות רגשיות לא פתורות (Miller & Rollnick, 2013). אנשים מכורים רבים התמכרו לסמים ולאכזריות כריפוי עצמי בשל פגיעות מיניות או פיזיות שחוו בחייהם (Herman, 2015). הטיפול בטראומה במסגרת המודל הבין-אישי בנושא זה כולל פעילות של תמיכה והכלה רציפים של המטופל, עיבוד מעמיק של האירועים הטראומטיים, סיוע בפיתוח אוטונומיה עצמית, פיתוח היכולת החברתית, הגברת ההערכה העצמית, וטיפול בתסמינים גופניים ונפשיים.

המודל הבין-אישי (Rogers, 1995) מדגיש שיח של שינוי ופעילות מרפאת ולא משחזרת. יתרונות גישה זו, השמה את המטופל במרכז הבמה הטיפולית, הם בשילוב שבין פעילות טיפולית רגשית בין-אישית לפעילות טיפולית התנהגותית-קוגניטיבית (NIDA, 2014; WHO, 2016). ראיות אמפיריות עתידיות נוספות לייעילות ומועילות המודל הבין-אישי ומודלים טיפוליים דומים עשויים לשפוך אור על תוכניות התערבות יעילות עם אנשים מכורים.

סיכום

אתגרים רבים ישנם בתחום הטיפול באנשים מכורים במערכת הרווחה בישראל. המאמר סוקר את דפוסי הטיפול הקיימים עם אנשים מכורים לחומרים פסיכו-אקטיביים, את מאפייני ההתערבות הטיפולית שמבצעים מטפלים ועובדים סוציאליים בתחום ההתמכרויות, ואת המדיניות הטיפולית הקיימת בנושא זה. ההתערבויות הטיפוליות המופעלות כיום במערכת הרווחה עם אנשים מכורים אינן יעילות דיין. הדבר נובע מהפעלת גישות טיפוליות אחידות עם מטופלים שונים, ממדיניות ונהלים לא מעודכנים (תקנון עבודה סוציאלית, 2013), ממחסור בהפעלת

גישות למזעור נזקים, ומפעילות מועטה בתחומי מיצוי זכויות, סנגור, ליווי וסיוע אינסטרומנטלי (שיינטוך, 2014; WHO, 2016; NIDA, 2012). חלק מהעובדים הסוציאליים במערכת הרווחה בישראל חסרי מיומנות וידע בהפעלת גישות טיפוליות עדכניות, ורובם המכריע אינם משתמשים במתודות טיפוליות המבוססות על ראיות מחקריות ליעילותן (Straus et al., 2005; Steenrod, 2005; NIDA, 2014). הקצאה מועטה של משאבים בתחום הטיפול עם אנשים מכורים, נהלי טיפול לא מעודכנים, ומעמסה גדולה על העובדים הסוציאליים (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017א), תורמים לכך שחלק מהעובדים הסוציאליים מפעילים שיקול דעת עצמאי בעבודתם (Lipsky, 2010), והדבר פוגע בשירות שיטתי ומתוכנן, הדרוש כל כך בעבודה עם אנשים מכורים.

יש פתרונות אפשריים לאתגרים ולפערים הקיימים בשדה הטיפולי הסוציאלי עם אנשים מכורים. ההמלצה העיקרית היא להתמקד בתוכניות טיפול בעלות ראיות מחקריות, העשויות להוות חלופה לפעילות הטיפולית הקיימת כיום. דוגמה לפעילות טיפולית מבוססת מחקר המומלצת בתחום ההתערבות עם אנשים מכורים היא 'המודל הטיפולי הבין-אישי'. מודל זה הוא תוצר של העברת ידע מהמחקר לפרקטיקה, ומבוסס על ראיות אמפיריות ליעילותו (WHO, 2016; NIDA, 2012).

המודל הבין-אישי מבוסס על הגישה ההומנית המדגישה יצירת קשר בין-אישי רגשי בין המטפל והמטופל (Rogers, 1995) כבסיס להתערבות סוציאלית מועילה, העשויה לקדם שיח של שינוי. במסגרת המודל מופעלים תהליכים בין-אישיים כגון אמפתיה, חיזוק, הכלה והעצמה, תוך חוויה מתקנת כאן ועכשיו. המודל ממזג לתוכו גישות ההתנהגותיות-קוגניטיביות, יישוג, טיפול בטראומה וריאיון מוטיבציוני, גישות אשר הוכחו מחקרית כיעילות בעבודה עם אנשים מכורים. יכולתם של העובדים הסוציאליים להפעיל היטב את המודל 'הבין-אישי' מצריך את השתתפותם בתהליכי הכשרה מקיפים ולמידה של מאפייני המודל.

מחקרי אורך אשר יוכיחו כי המודל הטיפולי הבין-אישי ומודלים דומים אחרים אפקטיביים בטיפול באנשים מכורים עשויים לסייע בריענון המדיניות הטיפולית בתחום הרווחה, ובהפעלה גדלה והולכת של תוכניות טיפוליות בין-אישיות, מתוכננות, שיטתיות, המבוססות על ראיות מחקריות ליעילותן והמתכתבות עם האתגרים הרבים בתחום הטיפול בהתמכרויות.

נקודות מפתח



- דפוסי ההתערבות הטיפולית בתחום הטיפול בהתמכרויות במערכת הרווחה בישראל אינן בעלי יעילות מספקת.
- היעילות הנמוכה נובעת מהפעלה מעטה של גישות למזעור נזקים, למיצוי זכויות ויישוג, ממחסור במענים ייעודיים מגדריים ותרבותיים, ומהפעלת שיטות טיפול שאינן מותאמות דיין לצורכי המטופלים.
- חלק מהעובדים הסוציאליים המטפלים באנשים מכורים אינם מפעילים תוכניות טיפול המוכחות כיעילות, אינם מתכננים תכנון שיטתי ואינם מעריכים הערכה שוטפת את תוכניות הטיפול.
- העבודה הטיפולית עם אנשים מכורים צריכה להתעדכן על בסיס ידע המועבר משדה המחקר לפרקטיקה ולכלול התערבויות שיש ראיות אמפיריות ליעילותן, כדוגמת המודל הטיפולי הבין-אישי.

מקורות

- אלטוס, ל. ולונטל, א. (2012). סוגיות בטיפול בנפגעי סמים. בתוך: חובב, מ., לונטל, א. וקטן, י. (עורכים), עבודה סוציאלית בישראל (עמ' 654-682). תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד.
- הראל-פיש, י. (2014). צריכת סמים ואלכוהול בישראל (נתוני מפתח) לשנת 2013. מרכז הניטור הלאומי לסמים ואלכוהול – לשכת המדען הראשי. הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול.
- הראל-פיש, י. (2017). השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל – המחקר האפידמיולוגי הארצי לשנת 2016. הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול.
- השירות לטיפול בהתמכרויות (2017א). חזון, מדיניות, פרקטיקה ונתונים. ירושלים: משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים.
- השירות לטיפול בהתמכרויות (2017ב). מתווה לנתיבי צמיחה בהדרכה והכשרה. ירושלים: משרד העבודה והרווחה.

- ירושלמי, ח. (2014). מפגשי הדרכה בין סובייקטיביים. חברה ורווחה, ל"ד, 9-26.
- לב-אל, נ. ליכטנרטי, ר. וטייכמן, מ. (2013). משמעות המעידה בקרב מכורים לסמים. חברה ורווחה, ל"ג, 469-500.
- לויט, ש. ושיף, מ. (2008). קשיים מובנים בטיפול במכורים לסמים בארץ. בתוך: מ., חובב, ח. מהל ומ. גולן (עורכים), התמכרויות, אלימות ועבירות מין (עמ' 79-92). ירושלים: כרמל.
- סער-הימן, י., לביא-אג'אי, מ. וקרומר-נבו, מ. (2018). התערבות בהקשר החיים הממשי: המרחב הטיפולי בעבודה סוציאלית מודעת-עוני. חברה ורווחה, ל"ח, 629-657.
- ענבר, ע. (2015). סמים ואלכוהול בישראל – נתוני רקע, חקיקה ופעילות גופי המדינה. מרכז המחקר של הכנסת (עמ' 5-6).
- רבינוביץ, מ. (2012). צריכת אלכוהול בקרב ילדים ובני נוער וישום התוכנית הלאומית לצמצום הצריכה המופרזת של האלכוהול. מרכז המחקר של הכנסת (עמ' 2-3).
- שיינטוך, ש. (2014). עבודת רחוב, קווים לדמותה – עבר הווה ועתיד. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- תקנון עבודה סוציאלית (2013). הנחיות לטיפול בנפגעי התמכרויות בקהילה. הוראה 11.3. משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, D.C.: Author.
- Beck, A. T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence*. New York, NY: Harper Collins.
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Dropout from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33, 1010-1024. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.007
- Covington, S. S. (1998). Women in prison: Approaches in the treatment of our most invisible population. *Women and Therapy*, 21, 141-155.
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model & method*. New York, NY: Springer.
- De Leon, G. (2015). Therapeutic communities. In M. Galanter, H. D. Kleber, & K. Brady (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of substance abuse treatment* (5th ed., pp. 511-530). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ettner, S. L., Huang, D., Evans, E., Ash, D. R., Hardy, M., Jourabchi, M., & Hser, Y. I. (2006). Benefit-cost in the California treatment outcome project: Does substance abuse treatment "pay for itself"? *Health Services Research*, 41, 192-213. doi:10.1111/j.1475-6773. 2005.00466.x

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA (2017). *Health and social responses to drug problems: A European guide*. Lisbon, Portugal: Author.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller memorial lecture 1992: The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *35*, 231-257. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb01160.x
- Garner, B. R., Scott, C. K., Dennis, M. L., & Funk, R. R. (2014). The relationship between recovery and health-related quality of life. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *47*, 293-298. doi: 10.1016/j.jsat.2014.05.006
- Gofen, A. (2014). Mind the gap: Dimensions and influence of street-level divergence. *Journal of Public Administration, Research and Theory*, *24*, 473-493. doi: 10.1093/jopart/mut037
- Hepworth, D. H., Rooney, R. H., Dewberry Rooney, G., Storm-Gottfried, K., & Larsen, J. -A. (2010). *Direct social work practice: Theory and skills* (8th ed.). Belmont, CA: Brooks/ Cole.
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: Epilogue*. New York, NY: Basic Books.
- Joseph, H., Stancliff, S., & Langrod, J. (2000). Methadone maintenance treatment (MMT). *The Mount Sinai Journal of Medicine*, *67*, 347-364. doi: 11064485
- Kadushin, A., & Harkness, D. (2002). *Supervision in social work* (4th ed.). New York, NY: Columbia University Press.
- Kendall, P. C. (2006). *Child and adolescent therapy: Cognitive behavioral procedures* (3rd ed). New York, NY: Guilford.
- Kiesler, D. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research*. New York, NY: Wiley.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded ed., Kindle ed.). New York, NY: Russell Sage Foundation.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, *284*, 1689-1695. doi: 10.1001/jama.284.13.1689

- Messina, N., Grella, C. E., Cartier, J., & Torres, S. (2010). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*, 97-107. doi: 10.1016/j.jsat.2009.09.004
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd. ed.). New York, NY: Guilford.
- Munson, C. E. (2002). *Handbook of clinical social work supervision* (3rd ed.). Binghamton, NY: Haworth Press.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2012). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide*. (NIH Publication No. 12-4180). Rockville, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2014). *Principles of adolescent substance use disorder treatment: A research-based guide*. (NIH Publication No. 14-7953). Rockville, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). Rockville, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- Pasareanu, A. R., Opsal, A., Vederhus, J. K., Kristensen, Ø., & Clausen, T. (2015). Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. *Health and Quality of Life Outcomes, 13*: Article no. 35. doi: 10.1186/s12955-015-0231-7
- Ramlow, B. E., White, A. L., Watson, D. C., & Leukefeld, C. G. (1997). The need of women with substance use problem: An expanded vision for treatment. *Substance Use & Misuse, 32*, 1395-1404.
- Rogers, C. (1995). *On becoming a person*. New York, NY: Mariner Books.
- Steenrod, S. (2005). The relationship between managed care and evidence-based practices in outpatient substance abuse programs. *Best Practices in Mental Health: An International Journal, 1*, 31-46.
- Steenrod, S. (2009). A functional guide to the evidence-based practice movement in the substance abuse treatment field. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 9*, 353-365. doi: 10.1080/15332560903195808

-
- Straus, S. E., Richardson, W. S., Glasziou, P., & Haynes, R. B. (2005). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBP* (3rd ed.). New York, NY: Churchill Livingstone.
- Tober, G., & Somerton, J. (2002). The search for evidence-based addiction practice in the United Kingdom. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2(2), 3-13.
- Tracy, E. M., Laudet, A. B., Min, M. O., Kim, H., Brown, S., Jun, M. K., & Singer, L. (2012). Prospective patterns and correlates of quality of life among women in substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 124, 242-249. doi: 10.1016/j.drugalc.2012.05.001
- WHO (2016). *International standards for the treatment of drug use disorders*. Vienna, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime.
- WHO (2018). *Status report on alcohol and health*. Vienna, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Yalom, D., & Leszcz, M. (2006). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Zastrow, C. (2007). *The practice of social work: A comprehensive work text*. Belmont, CA: Brooks/Cole.

קנביס: השפעות גופניות ונפשיות והטיפול בהתמכרות לסם

דניאל פיינגולד ואביב וינשטין

רקע: קנביס הוא הסם הפופולרי ביותר בעולם. צעירים רבים בעולם המערבי מתנסים בשימוש בקנביס, בעיקר בגיל ההתבגרות והבגרות הצעירה. כ-10% מהם יהפכו למשתמשים קבועים, וכ-20%-30% למשתמשים מזדמנים.

מטרת המאמר: לסקור מחקרים עכשוויים על השפעות גופניות ופסיכולוגיות של קנביס והטיפול בהתמכרות לסם.

שיטת המחקר: סקירת ספרות מ-20 השנים האחרונות באמצעות חיפוש במאגר המידע המדעי PubMed.

ממצאים: מחקרים הראו קשר בין שימוש קבוע ומתמשך בקנביס לבין פגיעה ומוות בתאונות דרכים, מחלות בדרכי הנשימה ומשקל נמוך של ילודים לאימהות שצרכו קנביס. כמו כן נמצאו עדויות לפגיעה קוגניטיבית ארוכת-טווח וסיכון מוגבר לפיתוח הפרעות נפשיות, וביניהן סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית, חרדה והתמכרות לקנביס. ישנם דיווחים על עלייה ניכרת בדרישה לטיפול בהתמכרות לקנביס. מרבית המשתמשים הקבועים בקנביס שיתחילו טיפול יתקשו להימנע מחזרה לשימוש בסם. לצד טיפול תרופתי בטיפול בהתמכרות לקנביס, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי נמצא יעיל ביותר בטיפול בהתמכרות לקנביס, והוא כולל שיטות לבירור המוטיבציה לשינוי והגברתה, לשינוי התנהגותי ומניעת חזרה לשימוש, לצד פיתוח אסטרטגיות התמודדות חלופיות. הסקירה כללה נושאים נוספים כגון קנביס סינתטי, שימושים רפואיים לקנביס וקנביס בישראל.

מסקנות והשלכות לפרקטיקה ולמדיניות: השימוש בקנביס צריך להישקל לנוכח הסכנות הטמונות בו למתבגרים ולמבוגרים צעירים, למרות התרומה החיובית של קנביס רפואי לטיפול בבעיות רפואיות.

מילות מפתח: קנביס, מחלות נפשיות, טיפול קוגניטיבי התנהגותי, טיפול תרופתי, קנביס סינתטי, קנביס רפואי

מבוא

קנביס הוא הסם הפופולרי ביותר בעולם. צעירים רבים בעולם המערבי מתנסים בשימוש בקנביס, בעיקר בגיל ההתבגרות והבגרות הצעירה, וחלקם יהפכו למשתמשים מזדמנים או קבועים. העניין בהשפעות קצרות-הטווח וארוכות-הטווח של השימוש בקנביס גבר עם העיסוק בסוגיית הליגליזציה של הסם. המאמר סוקר את הידע המחקרי על דרכי הצריכה של הסם, ההשפעות הגופניות, הנפשיות והתפקודיות על המשתמשים, דרכי הטיפול במתמכרים, והמצב בישראל.

הסם קנביס

קנביס הוא הסם הפופולרי ביותר בעולם בקרב מתבגרים ומבוגרים כאחד (Hall & Degenhardt, 2009; Volkow et al., 2016). על פי דוח של משרד האו"ם לסמים ופשע (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC, 2016), כ-4% מאוכלוסיית המבוגרים בעולם השתמשו בקנביס במהלך החיים. בארצות-הברית בלבד, 11% מהאוכלוסייה, שהם כ-36 מיליון מבוגרים, השתמשו בקנביס לפחות פעם אחת בעבר (UNODC, 2016).

קנביס כסם מיוצר מהצמח הנקבי של קנביס סטיבה. החומרים הפעילים בקנביס נקראים קנבינואידים. הקנבינואיד הפסיכו-אקטיבי (משנה תודעה) העיקרי בקנביס הוא Δ -9 tetra-hydro-cannabinol (THC). הוא מפעיל קולטנים מסוג CB_1 ו- CB_2 (Ashton, 2001; Gaoni & Machoulam, 1964; Pertwee, 2005). THC נמצא בריכוז גבוה בעלים, בעלים התחתונים, בגזע ובזרעים של הצמח. קנביס בריכוז עד 5% מיוצר מהעלים ומהתפרחת העליונה. חשיש הוא מיצוי מרוכז יותר ועשוי להכיל 2%-20% THC, ואילו שמן חשיש מכיל 15%-50% THC. סיגריה טיפוסית ("ג'וינט") מכילה 0.1-0.4 גרם קנביס (van der Pol et al., 2014). מנה בת 2-3 מיליגרם THC מספיקה לגרום לאופוריה במשתמשים מזדמנים, אולם מעשנים קבועים יזדקקו ל-5 מיליגרם או יותר להשגת אותה השפעה (NIDA, 2018). המשתמשים מתארים את הפסיכו-אקטיביות של קנביס כאופוריה, רגיעה ותחושה נעימה באופן כללי (Ashton, 2001; Hall & Degenhardt, 2009).

נוסף ל-THC יש בצמח הקנביס חומרים נוספים שאינם פסיכו-אקטיביים. הידוע בהם הוא Cannabidiol (CBD) (Huffman, Bushell, Miller, Wiley, & Martin, 1997; Pertwee, 2005; Rhee et al., 2002), הממתן את ההשפעות הפסיכו-אקטיביות של THC ונחשב מסייע בתהליכי הגנה והחלמה של הגוף; אך בדרך כלל נמצא בריכוז נמוך מאוד בקנביס לשימוש למטרות פנאי, לעומת ריכוז THC בחומר

זה (Lorenzetti, Solowij, & Yücel, 2016; Mechoulam, Peters, Murillo-) (Rodriguez, & Hanus, 2007).

קולטנים של קנביס במוח

הקנבינואידים פועלים על קולטנים מסוימים המפוזרים במוח וקשורים בתפקוד קוגניטיבי, זיכרון, תגמול, תפיסת כאב, קואורדינציה מוטורית וויסות התנהגויות אכילה. הקנבינואידים, ובעיקר THC, מפעילים קולטנים אלה בעוצמה ומשך גבוהים מהגיל, מכאן ההשפעה שיש לקנביס על תפיסה, כאב, תיאבון ועוד.

דפוסי הצריכה של קנביס

צעירים רבים בעולם המערבי מדווחים על שימוש בקנביס. רובם מדווחים על שימוש זמני, ומפסיקים עד אמצע שנות העשרים שלהם. מיעוטם ממשיכים להשתמש מעבר לשנים אלה. סקר משנת 2016 שנערך בארצות-הברית הראה שכ-6.5% מהמתבגרים בגיל 12 עד 17 השתמשו בקנביס באופן קבוע; בגיל 18 עד 25 כ-20.8% דיווחו על שימוש קבוע, ובגיל 26 ומעלה כ-7.2% דיווחו על שימוש קבוע (Substance Abuse and Mental Health Services Administration — SAMHSA, 2017). רוב המשתמשים הקבועים בקנביס הם גברים בעלי רמת השכלה תיכונית. שימוש באלכוהול, בטבק, בסמי מרץ, בחומרים מרגיעים ובאופיאטים שכיח בחלק מאוכלוסייה זו. כיוון שהמינון של THC בקנביס הנצרך אינו ידוע, מציב השימוש היומי בקנביס את המשתמשים בסיכון לבעיות בריאותיות ופסיכולוגיות.

השפעות קצרות-טווח של שימוש בקנביס

בטווח הקצר, שימוש בקנביס גורם לאופוריה ולרגיעה, לשינוי במצבי תפיסה, לתחושת זמן מעוותת ולהעצמה של התנסות חושית כמו אכילה, צפייה בסרטים והאזנה למוזיקה. כאשר משתמשים בו בהקשר חברתי הוא גורם לצחוק מדבק ולפטפטת. תחת השפעת קנביס נפגעים הזיכרון לטווח קצר, היכולת המוטורית, זמן התגובה ופעילות הדורשת מיומנות. תופעות לוואי שכיחות ביותר של שימוש מזדמן בקנביס הן חרדה והתקפי פניקה. על השפעות אלו מדווחים אנשים המשתמשים לראשונה בסם, והן גורם שכיח להפסקת השימוש. משתמשים קבועים עשויים לדווח על תופעה דומה כאשר הם מגדילים את תדירות השימוש או את ריכוז החומר הפעיל. עישון או צריכת קנביס בדרכי העיכול מגבירים את קצב הלב ב-20%-50% תוך כמה דקות, והאפקט עשוי להימשך עד 3 שעות. לתופעות אלו אין השלכות משמעותיות בקרב משתמשים צעירים, מכיוון שהם מפתחים סבילות. רעילות הקנביס היא נמוכה ואין מקרים מדווחים של מוות ממנת יתר; אך יש עדויות לכך שנהיגה תחת השפעה של קנביס מגבירה את הסיכון לפציעה ומוות בתאונת דרכים (Pope, Gruber, Hudson,).

(Huestis, & Yurgelun-Todd, 2001). במחקרי מעבדה נמצא כי קנביס גורם לפגיעה קצרת-טווח בכמה יכולות תפקודיות, כגון קואורדינציה מוטורית ותפקוד ביצועי, והשפעה זו גוברת עם עלייה במינון של CHT (Asmaro, Carolan, & Liotti, 2013; Gorelick et al., 2013; D'Souza et al., 2004). מחקר מטא-אנליזה עדכני הראה כי לא היו הבדלים מובהקים בין משתמשי קנביס לבין לא-משתמשים לאחר הינזרות של 72 שעות (Scott et al., 2018), מכאן שהפגיעה הקוגניטיבית הנובעת משימוש בקנביס היא ברובה חולפת. אולם במקרים מסוימים שימוש קצר-מועד או אפילו חד-פעמי בקנביס עשוי להוביל להתפרצותה של הפרעה פסיכוטית ולהחמרה של הפרעה דיכאונית עד לכדי אובדנות פעילה (Shufman & Witztum, 2000).

השפעות ארוכות-טווח של שימוש בקנביס

השפעת קנביס על פעילות קוגניטיבית והמוח

מחקרים הראו קשר בין שימוש קבוע ומתמשך בקנביס לבין פגיעה קוגניטיבית ארוכת-טווח (Bossong, Jager, Bhattacharyya, & Allen, 2014; Broyd, van Hell, Beale, Yücel, & Solowij, 2016; Solowij & Battisti, 2008; Volkow et al., 2016), עם זאת יש עדויות כי השפעה זו עשויה להיעלם עם הפסקת השימוש בקנביס (Pope et al., 2001). שימוש קבוע בקנביס עלול לגרום גם לפגיעה בלתי הפיכה ביכולות של קשב, זיכרון לטווח קצר ולמידה, במיוחד כאשר השימוש החל בגיל צעיר. צרכני קנביס שהתחילו להשתמש לפני גיל 17 הראו גם ירידה בגודל המוח ובאחוז התאים האפורים. מחקר העוסק בקשר בין שימוש בקנביס ליכולת קוגניטיבית של צעירים הוא חשוב, מכיוון שחלק מיכולות אלה, כמו סריקה חזותית וקבלת החלטות, ממשיכות להתפתח גם בגיל 12-15 והן רגישות לשימוש בקנביס. מחקר שנערך ב-1999 מצא כי גיל תחילת השימוש בקנביס ניבא במדויק פגיעה ביכולת של סריקה חזותית. במחקר נמצא כי תחילת השימוש לפני גיל 16, אולם לא אחרי גיל 16, ניבאה פגיעה ניכרת בזמן התגובה במטלה זו. על פי ממצאים אלה שימוש בקנביס לפני גיל 16 עלול להוליך לפגיעה ניכרת ביכולת הקשב, והיא תימשך בגיל מבוגר. כנראה מדובר בתקופה של בשילה מוחית שבמהלכה המוח חשוף יותר לשינויים בעקבות שימוש בקנביס (Ehrenreich et al., 1999).

השפעות ארוכות-טווח נוספות

נמצא קשר חזק בין שימוש בקנביס ובין עלייה בסיכון להפרעות בדרכי הנשימה. נמצא סיכון למשקל ירוד של ילודים לאימהות שהשתמשו בקנביס (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine, 2017). כמו כן נמצא קשר בין שימוש כבד בקנביס בבני נוער ומבוגרים צעירים לבין סיכון מוגבר לנשירה מלימודים

ואי-יציבות בעבודה. משתמשים קבועים בקנביס (בני 25) הראו תגובה מופחתת של המערכת הלימבית (אמיגדלה-אנטריוור סינגולייט) לפרצופים המראים שמחה וחרדה – ממצא המעיד על בעיות בעיבוד רגשות, וייתכן על בעיות בתקשורת רגשית. עם זאת האפקט נחלש אם מתחשבים בהישגים נמוכים לפני השימוש בקנביס (Gruber, Rogowska, & Yurgelun-Todd, 2009).

אומנם יש ראיות לקשר בין שימוש בקנביס ובין פגיעה ביכולת להקים משפחה, קשיים נפשיים ובעיות עם החוק, אך יש הטוענים כי תופעות אלו קשורות לגורמים אחרים, ללא קשר לקנביס. יש לשים לב אם בעיות אלה היו קיימות עוד לפני השימוש. יש גם ראיות שהשימוש בקנביס מוליך לשימוש בסמים קשים אחרים, אבל ממצאים אלו שנויים במחלוקת.

יש עדויות לכך ששימוש בקנביס גורם לסיכון מוגבר לפיתוח או להחמרה של הפרעות נפשיות, וביניהן חרדה (Crippa et al., 2009; Hill, 2017), הפרעה דו-קוטבית (Weinstock, Gaudiano, Wenze, Epstein-Lubow, & Miller, 2016), סכיזופרניה (Di Forti et al., 2015; Lorenzetti et al., 2016; Volkow et al., 2016) והתמכרות לקנביס. הממצאים על הקשר בין שימוש בקנביס ובין הסיכון לפתח דיכאון סותרים זה את זה (Degenhardt, Hall, & Lynskey, 2003; Feingold, 2015; Weiser, Rehm, & Lev-Ran, 2015).

קנביס ופסיכוזה

בטווח הקצר, מינון גבוה של THC עלול לגרום לבלבול, אמנזיה, הזיות, פרנויה, חרדה ואי-שקט. בדרך כלל נעלמות תופעות אלה עם חלוף ההשפעה של הסם. עם זאת, יש עדויות רבות ששימוש בקנביס מגביר את הסיכון להתפרצות הפרעות פסיכוטיות קצרות מועד, כגון Cannabis induced psychosis, הפרעה פסיכוטית קצרה, הפרעה סכיזו-פרניפורמית, פסיכוזה לא מוגדרת, ובמקרים חריפים אף התפרצות של מחלת סכיזופרניה (Shufman & Witztum, 2000). הפרעות אלה נמשכות גם לאחר שהשפעת הסם פגה. מחקרי חתך מצאו שיעור גבוה (40%-50%) של שימוש בקנביס אצל אנשים הלוקים בהפרעות פסיכוטיות. בקרב צעירים שכיחות השימוש עשויה להגיע ל-70% (Linszen & van Amelsvoort, 2007; Solowij & Michie, 2007). מחקרי אורך רבים הראו כי שימוש בקנביס מגדיל פי שניים את הסיכון ללקות בהפרעה פסיכוטית ובסכיזופרניה (Barkus, Stirling, Hopkins, & Lewis, 2006; Ferdinand et al., 2005; Henquet et al., 2005; Stefanis, Delespaul, Henquet, & Bakoula, 2004).

כמה מחקרים אפידמיולוגיים טוענים שקנביס אחראי לכ-10% מהמקרים של פסיכוזה, אך הקשר בין קנביס ופסיכוזה שנוי במחלוקת בשל בעיות מתודולוגיות

בפירוש המחקרים האפידמיולוגיים. לדוגמה: יש הטוענים כי העלייה המסיבית בשכיחות השימוש בקנביס בשנים האחרונות ללא עלייה מקבילה במספר האנשים הסובלים מסכיזופרניה מעידה על כך שקנביס אינו גורם להתפרצות של סכיזופרניה. הראיות לכך שהשימוש בקנביס הוא גורם סיכון להתפתחות סכיזופרניה עברו בדיקה מדוקדקת (Hall, Degenhardt, & Teeson, 2004; Smit, Bolier, & Cujpers, 2004), והוויכוח קיבל תהודה מוגברת בשנים האחרונות עם הדיון הציבורי בלגליזציה של קנביס והסיכונים הכרוכים בה (Fergusson, Poulton, Smith, & Boden, 2006; Hall, 2006; Henquet & Van Os, 2008; Macleod, Davey Smith, Hickman, & Egger, 2007). אחת המסקנות שעלו מדיון זה היא שיש צורך במחקרים ביולוגיים כדי להבהיר את הקשר בין קנביס לפסיכוזה.

קנביס סינתטי

קנביס סינתטי הוא בדרך כלל תערובות צמחיות ניטרליות המרוססות בקנבינואידים סינטטיים וניתנות לעישון. הן נמכרות בשמות שונים, כגון 'מיסטר נייס גיי' ו'ספייס' באירופה ובישראל מאז שנת 2006 (EMCDDA, 2017). אף שהן משוקות כקטורת ארומטית ולא לשימוש ישיר של בני אדם, משתמשים בקנביס סינתטי מדווחים על השפעה הדומה לקנביס, אך בעוצמה חזקה מזו של קנביס. לפיכך אפילו שימוש חד-פעמי או זמני בקנביס סינתטי יכול לגרום להתמכרות, לפסיכוזה ולתופעות כגון חוסר שינה (אינסומניה), פגיעה בזיכרון, כאבי ראש, חולשה ומחשבות שווא. קנבינואידים הם פיתוח חדש יחסית, ויש יותר מ-100 תרכובות ידועות וחומרים הפועלים על קולטן הקנביס. קנביס סינתטי נבדק באירופה ונמצא שהוא מכיל לפחות תשעה חומרים קנבינואידיים, ומתוכם שלושה קנבינואידים סינתטיים ידועים (JWH, CP, HU) וחומצה שומנית (oleamide) (Weinstein, Rosca, Fattore, & London, 2017).

מאמרים רבים נכתבו על ההשפעה הסובייקטיבית של החומרים הללו על בני אדם, על הדרכים לאתר שימוש בחומרים, על הפוטנציאל הממכר שלהם ועל האתגרים החוקיים שהם מעמידים (Baumann et al., 2014; Cottencin, Rolland, & Karila, 2014; Fantegrossi, Moran, Radominska-Pandya, & Prather, 2014; Spaderna, 2014; Addy, & D'Souza, 2013; Weinstein et al., 2017). מחקרים בבעלי חיים הראו שקנביס סינתטי גורם להשפעות התנהגותיות ופרמקולוגיות הדומות להשפעות קנביס רגיל, אולם מעט ידוע על דרכי הפעולה המוחיות (פרמקולוגיה), ועל מידת הרעילות והבטיחות בשימוש בחומרים הללו בבני אדם (EMCDDA, 2017). כאמור, קנביס קשור לפסיכוזה (Wilkinson, Radhakrishnan, & D'Souza, 2014), והקנבינואידים הסינתטיים מפעילים את הקולטנים הקנבינואידיים בעוצמה חזקה ביותר. בנוסף לכך,

קנביס רגיל מכיל CBD המפחית את השפעת THC, אך חומר זה אינו נמצא בקנביס הסינתטי. מכאן הפוטנציאל הגבוה של הקנביס הסינתטי לגרום להתפרצות פסיכוזה (Celofiga, Koprivsek, & Klavz, 2014; Weaver, Hopper, & Gunderson, 2015) במיוחד בקרב משתמשים צעירים שלא השתמשו בסם קודם לכן (van Amsterdam, Brunt, & van den Brink, 2015), וכן להתפרצות של פסיכוזה עם מחשבות אובדניות (Thomas, Bliss, & Malik, 2012) ומאניה (Ustundag, Ozhan, Ozhan, Ibis, Yucel, & Ozcan, 2015), בעיקר בקרב משתמשים צעירים. יש עדויות גם על קשר בין שימוש בקנבינואידים סינתטיים לבעיות בקצב הלב, אי-שקט, עצבנות, חולשה, הזיות, אשליות שווא, לחץ דם גבוה, בחילה, בלבול, ורטיגו וכאבים בחזה (Mills, Yepes, & Nugent, 2015). מחקר שבוצע לאחרונה על מטופלים שאושפזו בבית חולים פסיכיאטרי השווה מטופלים שהשתמשו בקנביס סינתטי לעומת מטופלים שהשתמשו בקנביס רגיל. מטופלים שהשתמשו בקנביס סינתטי היו צעירים יותר והראו תסמינים פסיכויטיים חמורים יותר, כפי שעולה מתשובותיהם על שאלון הבודק תסמינים חיוביים ושלייליים של סכיזופרניה. רבים מהם אושפזו בכפייה, בצו בית משפט, ונדרשו לטיפול ממושך יותר מאשר המשתמשים בקנביס רגיל (Shalit et al., 2016). מחקר מאוחר יותר הראה שמשתמשים בקנביס סינתטי ללא שימוש בקנביס רגיל לקו בתסמינים פסיכויטיים רבים יותר ממשתמשים בקנביס סינתטי וגם בקנביס רגיל, או ממשתמשים בקנביס רגיל ללא קנביס סינתטי. קבוצה זו הראתה רמה גבוהה יותר של תוקפנות ותנועתיות או אי-שקט, תופעות בעלות השלכות קליניות וטיפוליות ניכרות (Bassir-Nia, Medrano, Perkel, Galynker, & Hurd, 2016).

התמכרות לקנביס ותסמונת גמילה

קנביס הוא הסם הנפוץ ביותר בארצות-הברית ובאירופה (EMCDDA, 2017; SAMHSA, 2017). בארצות-הברית, מספר האנשים עם הפרעות הקשורות בשימוש בקנביס כפול ממספר המשתמשים בכל סם אחר, וההערכה היא שלמעלה מ-4 מיליון בני אדם סבלו מתלות בקנביס במהלך חייהם (Stinson, Ruan, Pickering, & Grant, 2006). בשנים האחרונות נצפתה עלייה ניכרת בדרישה לטיפול בהתמכרות לקנביס. רוב המשתמשים הקבועים בקנביס המתחילים בטיפול מתקשים להתמיד בהינזרות, ושיעור החזרה לשימוש בקנביס לאחר הטיפול דומה לזה הנצפה בסמים אחרים (Copeland, Swift, Roffman, & Stephens, 2001; Moore & Budney, 2003; Stephens, Roffman, & Curtin, 2000; Stephens, Roffman, & Simpson, 1994).

בציבור רווחת הדעה שקנביס הוא סם "קל". רבים מטילים ספק בכך שהשימוש בקנביס גורם לתלות פיזיולוגית או לתסמונת גמילה, ובכך שלתסמונת גמילה

מקנבים יש חשיבות קלינית (ראו מאמר סקירה: Budney, Hughes, Moore, & Vandrey, 2004). עם זאת, מדריך האבחון הפסיכיאטרי האמריקאי (DSM-5) מגדיר שימוש פתולוגי בקנבים כהפרעה פסיכיאטרית לכל דבר (American Psychiatric Association, 2013). כמה מחקרים חיזקו את התוקף והמהימנות של תסמונת הגמילה מקנבים ותיארו את מהלכה. תסמונת זו מופיעה בדרך כלל בשבוע הראשון להינורות, וכוללת תסמיני חרדה, עצבנות, אי-שקט, מצב רוח דכאוני, כעס ותוקפנות; ותסמינים פיזיים כגון בעיות בשינה, כאב בטן, הזעה, חלומות מוזרים וירידה בתיאבון המלווה בירידה במשקל. התסמינים חוזרים לרמה הבסיסית שלפני השימוש בקנבים בסוף השבוע השני להינורות (Budney et al., 2004; Kouri & Pope, 2000). מקרים קליניים הראו שהתסמונת שכיחה בקרב המבקשים טיפול בהתמכרות לקנבים (Budney & Hughes, 2006).

טיפול בהתמכרות לקנבים ותסמונת גמילה

לעת עתה יש מעט מחקרים על דרכי הטיפול בתסמונת הגמילה מקנבים בבני אדם. מחקרים אלו מוגבלים לבדיקה אחרי מנת תרופה חד-פעמית בלבד, נערכו על מעשני קנבים שלא התחייבו להיגמל, וממצאיהם שליליים ברובם. כמו כן, בניסוי קליני מבוקר לטיפול בתלות בקנבים ודיכאון בעזרת תרופה נוגדת דיכאון (פלואוקסטין), הראו התוצאות הראשוניות אחוזי הצלחה גבוהים, אולם לאורך חמש שנים ההשפעה קטנה באופן ניכר. זאת מכיוון שהתרופות לא היו יעילות לאורך זמן. תהליכים קוגניטיביים-התנהגותיים הם מרכיב חשוב בהתמכרות ובחזרה לשימוש בסמים כמו קנבים.

טיפול פסיכולוגי בהתמכרות לקנבים

רבים מהמשתמשים הקבועים בקנבים עושים זאת כדי לטפל בתסמיני חרדה ודיכאון כגון עצבנות, מצבי רוח שליליים, תסמינים גופניים ותיאבון מופחת (Feingold et al., 2015). למרות מגוון רחב של שיטות טיפול בהתמכרות לסמים, יש רק מעט התערבויות ייעודיות להתמכרות לקנבים (Budney, Radonovich, Higgins, & Wong, 1998), ורובן התערבויות לטיפול בהתמכרות לאלכוהול שעברו התאמה לקנבים (Miller & Gold, 1989; Zweben & O'Connell, 1992). שיטת 12 הצעדים, הנפוצה בקבוצות של אלכוהוליסטים אנונימיים (AA) ומכורים אנונימיים (NA), עברה התאמה לתוכנית ייעודית לעזרה עצמית עבור מכורים לקנבים, והיא נפוצה בעיקר בארצות-הברית. יש תיעוד על טיפול בהתמכרות לקנבים בעזרת aversion therapy – גמילה באמצעות יצירת קישור אסוציאטיבי בין השימוש לגירוי לא נעים, אך התוצאות לא היו מעודדות (Smith, Schmeling, & Knowles, 1988). טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בהתמכרויות כולל התערבויות שנמצאו יעילות

בשינוי התנהגותי (הפסקה או הפחתה של השימוש), מניעת הישנות השימוש ובניית אסטרטגיות התמודדות חלופיות עם מצוקה נפשית. מחקר הערכה של שיטות אלה מצא כי שיעור המתנזרים משימוש היה 15% לאחר תשעה חודשי מעקב (Marijuana Treatment Project Group — MTPRG, 2004). מחקרי הערכה אחרים הראו שיעורי הצלחה דומים לאורך זמן (Stephens et al., 2000). יש ראיות שתגמול כספי כגון תלושי קנייה למטופלים שהראו דגימות שתן נקיות מקנביס, שיפר את אחוזי ההצלחה בטיפול ל-27%-37% לאחר שנה של מעקב (Budney, Higgins, Radonovich, & Novy, 2000; Budney, Moore, Rocha, & Higgins, 2006; Kadden, Litt, & Petry, 2007). עם זאת, שיעורי ההישנות (חזרה מחדש לשימוש בקנביס) הגבוהים בקרב המשתתפים בתוכניות הללו מעידים על כך שמרבית המטופלים אינם עומדים במטרה הטיפולית ויש צורך לפתח ולהעריך שיטות טיפול יעילות יותר מהקיימות כיום. כמה מחקרים שילבו תגמול כספי למתנזרים משימוש יחד עם שיטות טיפול קוגניטיביות-התנהגותיות וטיפול בגישה המוטיבציונית, והראו שיפור: כמה נבדקים דבקו בטיפול ובהינזרות לאורך זמן (Budney et al., 2006). בכמה מדינות אירופיות הוקמו מסגרות ייעודיות לטיפול בהתמכרות לקנביס. בצרפת היו בשנת 2005 250 מרכזים ייעודיים. מיזמים טיפוליים רחבי היקף לטיפול בקנביס קיימים במדינות אירופיות נוספות, ביניהן בלגיה, גרמניה, הולנד ושוויץ (Rigter et al., 2010), ומיזם ייעודי לטיפול בבני נוער בשוודיה (EMCDDA, 2017).

טיפול תרופתי בהתמכרות לקנביס

כאמור, המשתמשים הקבועים בקנביס חווים תסמינים נלווים של הפרעות מצבי רוח, ובעיקר דיכאון, השכיחים בקרב 33.7%-50.1% מהמטופלים (Hasin et al., 2008; Petronis, Samuels, Moscicki, & Anthony, 1990; Rowe, Fleming, & Barry, 1995). מחקרים הראו כי משתמשים קבועים בקנביס עושים זאת כדי לטפל בדיכאון (Gruber, Pope, & Brown, 1996). עם זאת נראה כי השימוש בקנביס כטיפול עצמי בדיכאון אינו יעיל, מכיוון שתחת ההשפעה של קנביס אנשים חווים לעיתים קרובות יותר דיכאון, עצב, חרדה ופרנויה, ונוטים פחות לדווח על שמחה או אופוריה (Arendt et al., 2007; Feingold, Rehm, & Lev-Ran, 2017). גם רגשות שליליים עלולים להחמיר במהלך תסמונת הגמילה (Budney & Hughes, 2006). שכיחותם של חרדה ודיכאון באוכלוסייה זו, במיוחד במהלך תסמונת הגמילה, הובילה לניסיונות טיפול בעזרת תרופות נוגדות דיכאון כדי להקטין את התסמינים הרגשיים השליליים, ובכך לסייע להינזרות. אך רק

מחקרים מעטים חקרו את השימוש בתרופות נוגדות דיכאון לטיפול בתסמיני חרדה ודיכאון בעת תסמונת הגמילה מקנביס ומניעת חזרה לשימוש בו. יש מחקרים שהראו אי-יעילות של התרופות ואחרים הראו הצלחה (Hart, 2005; Vandrey & Haney, 2009). התרופות שנבדקו והוכחו כלא יעילות בטיפול בתסמונת הגמילה מקנביס הן: bupropion SR (Haney et al., 2001); divalproex and nefazodone (Haney, Hart, Ward, & Foltin, 2003); divalproex (Levin et al., 2004); nefazodone (Haney et al., 2003); lofexidine (Haney et al., 2008); nefazodone or bupropion-sustained release (Carpenter, McDowell, Brooks, Cheng, & Levin, 2009); baclofen or mirtazapine (Haney et al., 2010).

הטיפול היחיד שהראה יעילות יחסית בדיכוי תסמיני הגמילה מקנביס הוא מנת THC שניתנה דרך הפה. השפעתה חלשה וממושכת יותר מאשר THC הנצרך בעישון (Haney et al., 2004). שלושת הניסויים הקליניים המבוקרים לטיפול בהתמכרות לקנביס שנערכו עד עתה, לא הצליחו להראות יעילות (Carpenter et al., 2009; Cornelius et al., 2005; Levin et al., 2004; McRae, Brady, & Carter, 2006; McRae-Clark et al., 2009). שני מחקרים הראו תוצאות מעורבות בטיפול בעזרת בוספירון (Nordstrom & Levin, 2007; Vandrey & Haney, 2009; Weinstein & Gorelick, 2011).

במחקר קליני מבוקר כפול-סמיות שבוצע במימון הרשות למלחמה בסמים ואלכוהול במרכז הרפואי ע"ש סוראסקי בתל-אביב, נעשה שימוש בתרופה נוגדת דיכאון מסוג ציפרלקס יחד עם טיפול קבוצתי קוגניטיבי-התנהגותי. ציפרלקס לא הראה יעילות בהפחתת תסמיני חרדה ודיכאון או במידת ההצלחה בהינזרות (Weinstein et al., 2014). ממצאים אלו תואמים את ממצאיהם של קורנליוס ועמיתים (Cornelius et al., 2010), שלפיהם תרופה נוגדת דיכאון מסוג SSRI פלואוקסטיין אינה יעילה בהפחתת תסמיני דיכאון או תסמונת גמילה בצעירים המכורים לקנביס. אפשר להסביר את אי-ההצלחה של התרופות הללו ביעילות מוגבלת של התרופות, ביעילות מוגבלת של הטיפול הפסיכולוגי הנלווה או במספר המשתתפים הקטן. מחקר נוסף מצא שהתרופה נפזודון (תרופה נוגדת דיכאון) לא הוכחה כיעילה בטיפול בתסמונת הגמילה מקנביס (Carpenter et al., 2009). גריי ועמיתים (Gray, Watson, & LaRowe, 2010) הראו הפחתה בכמיהה לקנביס בעזרת שימוש ב-N-acetylcysteine בקרב משתמשים צעירים. ממצאים אלו מראים כי חשוב להמשיך ולנסות את יעילותן של תרופות חדשות לטיפול בגמילה ובהתמכרות לקנביס. לאחרונה התפרסם מחקר שעל פיו תרופה בשם נלטרקסון, שנמצאה בעבר כיעילה בטיפול בהתמכרות להרואין ואלכוהול, הוכחה כיעילה בטיפול במשתמשים קבועים בקנביס (Haney et al., 2015).

קנביס רפואי

בעשור האחרון נפוץ השימוש בקנביס רפואי במדינות המערב, אך בצד היישומים הרפואיים ההולכים ורבים יש חשש שהשימוש בקנביס רפואי ינוצל לשימוש אישי שאינו רפואי בשעות הפנאי לצורך הנאה.

קנבינואידיים, ובעיקר CBD, משמשים במגוון רחב של יישומים בטיפול בבעיות רפואיות, כגון כאב, גלאוקומה (ברקית) שהיא פגיעה בעצב הראייה, בחילה, הקאות, התכווצויות שרירים ומחלות עיכול (Iversen, 2003). ההשפעות העיקריות של הקנבינואידיים כוללות הגדלה והפעלה של התיאבון (Mechoulam & Fride, 2001), אלחוש, במיוחד בכאב נירופתי, ובחילה (McCarberg & Barkin, 2007). הפוטנציאל הרפואי של השימוש בקנבינואידיים לטיפול בכאבי התכווצויות שרירים ותסמינים של טרשת נפוצה נבדק ונמצא יעיל בניסויים קליניים מבוקרים (Smith, 2005; Zajicek et al., 2003). סטיבס, תרופה קנבינואידיית הניתנת בתרסיס לפה, אושרה באירופה ובקנדה לטיפול בכאב והראתה תוצאות ראשוניות מבטיחות שיכון כאב אצל מטופלים עם פגיעה טראומטית בעצבים או במקרים של טרשת נפוצה (Notcutt et al., 2004; Wade, Makela, Robson, House, & Bateman, 2004). ייחודה של תרופה זו בכך שהיא מכילה ריכוז גבוה של CBD ביחס לריכוזו בצמח הקנביס, ובכך שאין בה חומרים פעילים אחרים הקיימים בצמח הקנביס. תרופות המבוססות על הפעלה של המערכת הקנבינואידיית צפויות להציע יישומים רפואיים חדשניים ופורצי דרך (Borgelt, Franson, Nussbaum, & Wang, 2006; Pacher, Batkai, & Kunos, 2013). בשנים האחרונות נבדקת יעילותם של קנבינואידיים גם בטיפול בהפרעות נפשיות שונות, בעיקר PTSD, אך גם בהפרעות כגון אוטיזם ודיכאון (לדוגמה: Shbiro et al., 2018). עם זאת, לעת עתה אין די עדויות לכך שקנביס הוא טיפול יעיל להפרעות אלה (Turna, Patterson, & Van Ameringen, 2017). יתר על כן, מתרבות העדויות לכך שבטיפול בהפרעות גופניות ונפשיות, עולות הסכנות הכרוכות בשימוש בקנבינואידיים על התועלת המופקת מהם (Stockings et al., 2018).

קנביס – הזווית הישראלית

פרופ' רפאל משולם, כימאי מהאוניברסיטה העברית, הוא הראשון מבין המדענים בישראל שחקר רבות את הקנביס והשפעותיו. הוא סנתז THC לראשונה בשנת 1964.

מבחינה חוקית, קנביס נכלל בפקודת הסמים המסוכנים בישראל והשימוש בו אסור על פי חוק, אך בשנת 2018 הורה המשרד לביטחון פנים על החלת מדיניות

של אי-הפללה על החזקת קנבים שאינו רפואי לשימוש עצמי. בשנת 2008 הותר שימוש בקנבים לצרכים רפואיים בכמה מצבים רפואיים, כגון כאב כרוני, סרטן (טיפול בתופעות לוואי של טיפול כימותרפי) ומצבי חיים סופניים (Mechoulam, 2016). ישראל נחשבת כיום למעוז חדשנות בתחום הפיתוח של קנבים לצרכים רפואיים (Sohn, 2015).

לפי סקר הרשות הלאומית למלחמה בסמים, מספר בני 18-40 שהשתמשו בשנה האחרונה בקנבים היה יציב בעשור הראשון של שנות האלפיים, ועמד על שיעור של כ-8% בקירוב (בר-המבורגר, אזרחי, רוזינר ונירל, 2009). עם זאת, בסקר שערכה הרשות בשנת 2016 עלה כי שיעור המשתמשים זינק לכדי 27%, ונתון זה ממקם את ישראל בין המדינות שבהן שכיחות השימוש היא הגבוהה בעולם (הראל-פיש ואזרחי, 2017). לפי סקר זה שיעורי השימוש בקנבים בקרב גילאי 12 ומטה נמצאים בעלייה בשנים האחרונות — מ-3.4% ב-1995 עד 5.1% ב-1998, 5% ב-2001, 05.8% ב-2005, 5.68% ב-2009, 7-5.9% ב-2013 (הראל-פיש, וולש, ושטיינמץ, 2014). בהעדר נתונים אפידמיולוגיים מהימנים, חסר כיום מידע על שיעור האנשים בישראל הסובלים מתלות בקנבים. ההערכה היא כי בשנת 2014 כ-2% מהאוכלוסייה בישראל סבלו מתלות בסמים כלשהם (Lev-Ran, Florentin, Feingold, & Rehm, 2014), ומחקר שנערך במרפאה לרפואת התמכרויות במרכז הרפואי ע"ש שיבא בתל-השומר העלה כי 21% מהמטופלים שפנו לטיפול במרפאה דיווחו כי קנבים הוא החומר העיקרי שהם מכורים לו. רק אלכוהול ומשככי כאבים היו שכיחים יותר אצל הפונים לטיפול (Feingold & Lev-Ran, 2017). במחקר רחב היקף שבדק מטופלי כאב כרוני בישראל נמצא כי שכיחותו של שימוש בעייתי בקנבים רפואי (שימוש שלא בהתאם למרשם, פיתוח תלות פסיכולוגית בסם ועוד) בקרב מטופלים אלו הוא לפחות 10% (Feingold, Goor-Aryeh, Bril, Delayaho, & Lev-Ran, 2017).

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי קבוצתי למניעת הישנות שימוש בקנבים – תיאור מקרה

להלן דיווח על קבוצה טיפולית כחלק מתוכנית למניעת הישנות שימוש בקנבים. המשתתפים בתוכנית אובחנו בידי פסיכיאטר כסובלים מהפרעת דיכאון קלה או מזוירת בנוסף להתמכרות לקנבים. חלקם נטלו תרופות נוגדות דיכאון (Weinstein et al., 2010). הטיפול הקבוצתי בגישה הקוגניטיבית-התנהגותית כלל מתן כלים להימנעות ממצבי סיכון אישיים והתמודדות עם קונפליקטים רגשיים העלולים לגרום לחזרה לשימוש בסם. החברים בקבוצה למדו גם להתמודד עם הכמיהה לקנבים בעזרת טכניקות קוגניטיביות של הסחת הדעת, רגיעה ומדיטציה. הם גם

השתתפו בסדנאות פסיכו-דרמה האמורות לסייע להם להתמודד עם קונפליקטים בחיים הקשורים להתמכרות.

בקבוצה היו תשעה משתתפים. הם נפגשו במשך תשעה חודשים אחת לשבוע לפגישה שאורכה שעה וחצי. תוצאות בטיפול הקבוצתי היו מעורבות. המשתתפים חוו הצלחות בשינוי דפוסי השימוש בקנביס לצד קושי להתמיד בשינוי שעשו. התוצאות ממחישות את המורכבות שבטיפול בהתמכרות לקנביס. לדוגמה: שתי משתתפות הצליחו להינזר משימוש בקנביס ולהתמיד בכך במשך שישה חודשים, אחת מהן טופלה בתרופות נוגדות דיכאון, ולאחר שחוותה הטבה במצבה הנפשי הצליחה להינזר משימוש בקנביס, אולם לאחר זמן קצר חזרה לכך בשל תחושת ריקנות בחייה. משתתפת אחרת סבלה מדיכאון מזוירי וטופלה בתרופות נוגדות דיכאון. ולאחר שלושה חודשים הצליחה להיגמל משימוש בקנביס ולהימנע מחזרה לשימוש. היא נתקלה בתסמיני גמילה, כגון דיכאון, עצבנות ואי-יכולת להירדם, אך התמודדה איתם בהצלחה. משתתפת נוספת לא הצליחה להינזר משימוש ופרשה מהטיפול. אחד המשתתפים אובחן כסובל מהפרעה דו-קוטבית לפני הטיפול. הוא ניסה להיגמל באופן עצמאי משימוש בקנביס פעמים אחדות, אולם לא הצליח וסבל מדיכאון קשה. לאחר ביקור אצל פסיכיאטר הוחלפו התרופות שלו מליתיום לתרופות נוגדות דיכאון. אלה הועילו, הוא מצא עבודה ועשה ניסיון נוסף מוצלח להינזר משימוש בקנביס.

“עוצמת הרכות”: טיפול הוליסטי בנוסף לטיפול הקבוצתי

שישה חברים מקבוצות הגמילה השתתפו בסדנה שכללה טיפול שבועי בשיטת “עוצמת הרכות” (holistic pulsing). זו טכניקה שפיתחה טובי בראונינג, מטפלת הוליסטית (Browning, 1992). השיטה מבוססת על טלטול ונענוע קל של גוף המטופל, המביא לתחושות ולרגשות. כל טיפול ביצע מטפל אישי והוא נמשך 15-20 דקות. על פי בראונינג, הבסיס של עוצמת הרכות הוא שמחה, ההכרחית להבראה נפשית, יחד עם המודעות והמשיכה שלנו לכאב ולהתנגדות שלנו לחיים או הפחד מהאוויר. מודעות הנוצרת בתהליך הטיפולי של עוצמת הרכות פותחת בפנינו אפשרויות והתנסויות חדשות וחזקות על העצמי והעולם. המטפלים השתתפו בתוכנית אימון שבה טיפלו באנשים בחינם, וזה תרם לקהילה. החלטנו להוסיף את הטיפול לתוכנית הגמילה כדי להוסיף ממד גופני ורגשי לטיפול בכאב המלווה את ההחלמה מתסמונת הגמילה. ארבעה מתוך ששת חברי הקבוצה שהתחילו את הטיפול המשיכו בו במשך שלושה חודשים, וחוו יותר רווחה נפשית ופחות דיכאון ופחות אי-נוחות גופנית. אחד המטופלים דיווח שהטיפול שחרר אותו מן הצורך להשתמש בסם, אולם השפעה זו נמשכה ימים אחדים בלבד. מטופלת אחרת הרגישה מחוברת

לגופה ולרגשותיה וכן יכולת לקבל אהבה וחיבה מאנשים. כל הארבעה שנשארו בטיפול עד סופו נגמלו מעישון קנביס. השניים האחרים פרשו מהטיפול ההוליסטי והגמילה וחזרו להשתמש בקנביס. לדבריהם חסרה להם מוטיבציה להיגמל מקנביס. לדעתנו הטיפול ההוליסטי הוסיף לטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי ממד גופני ורגשי, וזה עזר למטופלים להימנע משימוש בסם.

סיכום ומסקנות

משתמשים רבים בעולם אינם סובלים מהשפעות שליליות של החומר, אולם מחקרים מראים בעקביות כי שימוש בתדירות גבוהה ולאורך זמן, בעיקר בקרב אוכלוסיות פגיעות, עלול לגרום לנזקים קוגניטיביים, נפשיים ותפקודיים ניכרים, ולגרום לפיתוח תלות בחומר. המחקר בתחום הקנביס בשנים האחרונות נמצא בתנופה, ומחקרים אפידמיולוגיים, נירולוגיים וקליניים עתידים בשנים הקרובות לסייע בזיהוי אוכלוסיות וגורמי סיכון לשימוש מזיק בקנביס. לכן חשוב כי השיח בנושא יתבסס על ראיות מחקריות, ובכך יאפשר לקובעי המדיניות ולגורמי הטיפול להתייחס לנושא באופן מושכל ומעמיק. למרות השימוש הנרחב שנעשה בקנביס לצרכים רפואיים בארץ ובעולם, השונות הרבה של מרכיבו הפעילים אינה מאפשרת עדיין להתייחס לחומר כאל תרופה ככל התרופות.

נקודות מפתח



- קנביס הוא הסם הפופולרי ביותר בעולם ויש לו השפעות מיידיות וארוכות-טווח על המשתמש.
- קנביס משפיע על התפתחות קוגניטיבית ורגשית, ועל התפתחות המוח במתבגרים.
- הטיפול העיקרי בהתמכרות לקנביס הוא טיפול קוגניטיבי-התנהגותי ותרופות העשויות להקל את תסמונת הגמילה.
- לאחרונה יש עניין רב בקנביס סינתטי, הידוע כרעיל במיוחד ומעורר דאגה בשלטונות הבריאות. מאידך, שימוש בקנביס רפואי עוזר בהפחתת תסמינים בכמה מחלות.
- מחקרים עדכניים יכולים לסייע לקובעי המדיניות ולמטופלים לזהות גורמי סיכון לשימוש מזיק.

מקורות

- בר-המבורגר, ר., אזרחי, י., רוזינר, א. ונירל, ר. (2009). דו"ח מחקר מסכם בנושא השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב תושבי מדינת ישראל. מחקר אפידמיולוגי מס' 7 — 2009. הרשות הלאומית למלחמה בסמים.
- הראל-פיש, י. ואזרחי, י. (2017). השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל: המחקר האפידמיולוגי הארצי לשנת 2016. הרשות הלאומית למלחמה בסמים.
- הראל-פיש, י., וולש, ס. ושטיינמץ, נ. (2014) נוער בישראל: דפוסי שימוש והתייחסות לחומרים ממכרים. סיכום ממצאי המחקר הארצי. בתוך: הסקר הרב-לאומי של ארגון הבריאות העולמי 2014 (WHO-HBSC).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D.C.: Author.
- Arendt, M., Rosenberg, R., Fjordback, L., Brandholdt, J., Foldager, L., Sher, L., & Munk-Jørgensen, P. (2007). Testing the self-medication hypothesis of depression and aggression in cannabis-dependent subjects. *Psychological Medicine*, 37, 935-945. doi: 10.1017/S0033291706009688.
- Ashton, C. H. (2001). Pharmacology and effects of cannabis: A brief review. *The British Journal of Psychiatry*, 178(2), 101-106.
- Asmaro, D., Carolan, P. L., & Liotti, M. (2014). Electrophysiological evidence of early attentional bias to drug-related pictures in chronic cannabis users. *Addictive Behaviors*, 39, 114-121. doi:10.1016/j.addbeh.2013.09.012.
- Barkus, E. J., Stirling, J., Hopkins, R. S., & Lewis, S. (2006). Cannabis-induced psychosis-like experiences are associated with high schizotypy. *Psychopathology*, 39(4), 175-178. doi: 10.1159/000092678
- Bassir Nia, A., Medrano, B., Perkel, C., Galynker, I., & Hurd, Y. L. (2016). Psychiatric comorbidity associated with synthetic cannabinoid use compared to cannabis. *Journal of Psychopharmacology*, 30, 1321-1330. doi: 10.1177/0269881116658990
- Baumann, M. H., Solis, E. Jr, Watterson, L. R., Marusich, J. A., Fantegrossi, W. E., & Wiley, J. L. (2014). Baths salts, spice, and related designer drugs: The science behind the headlines. *Journal of Neuroscience*, 34, 15150-15158. doi: 10.1177/0269881116658990
- Berman, J. S., Symonds, C., & Birch, R. (2004). Efficacy of two cannabis based medicinal extracts for relief of central neuropathic pain from brachial plexus avulsion: Results of a randomised controlled trial. *Pain*, 112, 299-306. doi:10.1016/j.pain.2004.09.013

- Borgelt, L. M., Franson, K. L., Nussbaum, A. M., & Wang, G. S. (2013). The pharmacologic and clinical effects of medical cannabis. *Pharmacotherapy*, 33(2), 195-209. doi:10.1002/phar.1187
- Bosson, M., Jager, G., Bhattacharyya, S., & Allen, P. (2014). Acute and non-acute effects of cannabis on human memory function: A critical review of neuroimaging studies. *Current Pharmaceutical Design*, 20, 2114-2125.
- Browning, T. (1992). *The power of softness – holistic pulsing: The new updated manuscript of holistic pulsing, approach, and technique*. Toronto, Canada: Inanna.
- Broyd, S. J., van Hell, H. H., Beale, C., Yücel, M., & Solowij, N. (2016). Acute and chronic effects of cannabinoids on human cognition: A systematic review. *Biological Psychiatry*, 79, 557-567. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.12.002
- Budney, A., Higgins, S. T., Radonovich, K. J., & Novy, P. L. (2000). Adding voucher based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcome during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1051-1061. doi: 10.1037//0022-006x.68.6.1051
- Budney, A. J., & Hughes, J. R. (2006). The cannabis withdrawal syndrome. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 233-238. doi:10.1097/01.yco.0000218592.00689.e5
- Budney, A. J., Hughes, J. R., Moore, B. A., & Vandrey, R. (2004). Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1967-1977. doi: 10.1176/appi.ajp.161.11.1967
- Budney, A., Moore, B., Rocha, H., & Higgins, S. (2006). Clinical trial of abstinence-based vouchers and cognitive-behavioral therapy for cannabis dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 307-316. doi:10.1037/0022-006x.74.2.307
- Budney, A. J., Radonovich, K. J., Higgins, S. T., & Wong, C. J. (1998). Adults seeking treatment for marijuana dependence: A comparison with cocaine dependent treatment seekers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 6, 419-426. doi: 10.1037/1064-1297.6.4.419
- Carpenter, K. M., McDowell, D., Brooks, D. J., Cheng, W. Y., & Levin, F. R. (2009). A preliminary trial: Double-blind comparison of nefazodone, bupropion-SR, and placebo in the treatment of cannabis dependence. *American Journal on Addictions*, 18, 53-64. doi: 10.1080/10550490802408936

- Celofiga, A., Koprivsek, J., & Klavz, J. (2014). Use of synthetic cannabinoids in patients with psychotic disorders: Case series. *Dual Diagnosis, 10*(3), 168-173.
- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R., & Stephens, R. S. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment, 21*, 55-64. doi: 10.1016/S0740-5472(01)00179-9
- Cornelius, J. R., Bukstein, O. G., Douaihy, A. B., Clark, D. B., Chung, T. A., Daley, D. C., Wood, D. S., & Brown, S. J. (2010). Double-blind fluoxetine trial in comorbid MDD-CUD youth and young adults. *Drug and Alcohol Dependence, 112*, 39-45. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.05.010
- Cornelius, J. R., Clark, D. B., Bukstein, O. G., Bimaher, B., Salloum, I. M., & Brown, S. A. (2005). Acute phase and five year follow-up study of fluoxetine in adolescents with major depression and comorbid substance abuse disorder: A review. *Addictive Behaviors, 30*, 1824-1833. doi: 10.1016/j.addbeh.2005.07.007
- Cottencin, O., Rolland, B., & Karila, L. (2014). New designer drugs (synthetic cannabinoids and synthetic cathinones): Review of literature. *Current Pharmaceutical Design, 20*, 4106-4111. doi: 10.2174/13816128113199990622
- Crippa, J. A., Zuardi, A. W., Martín-Santos, R., Bhattacharyya, S., Atakan, Z., McGuire, P., & Fusar-Poli, P. (2009). Cannabis and anxiety: A critical review of the evidence. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 24*, 515-523. doi: 10.1002/hup.1048
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2003). Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction, 98*, 1493-1504.
- Di Forti, M., Marconi, A., Carra, E., Fraiteta, S., Trotta, A., Bonomo, M., & Russo, M. (2015). Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: A case-control study. *The Lancet Psychiatry, 2*(3), 233-238. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00117-5
- D'Souza, D. C., Perry, E., MacDougall, L., Ammerman, Y., Cooper, T., Braley, G., & Krystal, J. H. (2004). The psychotomimetic effects of intravenous delta-9-tetrahydrocannabinol in healthy individuals: Implications for psychosis. *Neuropsychopharmacology, 29*, 1558-1572. doi:10.1038/sj.npp.1300496

- Ehrenreich, H., Rinn, T., Kunert, H. J., Moeller, M. R., Poser, W., Schilling, L., & Hoehe, M. R. (1999). Specific attentional dysfunction in adults following early start of cannabis use. *Psychopharmacology*, *142*, 295-301. doi: 10.1007/s002130050892
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2017). *European drug report: Trends and developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fantegrossi, W. E., Moran, J. H., Radomska-Pandya, A., & Prather, P. L. (2014). Distinct pharmacology and metabolism of K2 synthetic cannabinoids compared to Δ (9)-THC: Mechanism underlying greater toxicity? *Life Sciences*, *97*, 45-54. doi: 10.1016/j.lfs.2013.09.017
- Feingold, D., Goor-Aryeh, I., Bril, S., Delayahu, Y., & Lev-Ran, S. (2017). Problematic use of prescription opioids and medicinal cannabis among patients suffering from chronic pain. *Pain Medicine*, *18*, 294-306. doi: 10.1093/pm/pnw134
- Feingold, D., & Lev-Ran, S. (2017). Primary addictive substances used among patients treated in a hospital-based addiction medicine service. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *54*(2), 41-46.
- Feingold, D., Rehm, J., & Lev-Ran, S. (2017). Cannabis use and the course and outcome of major depressive disorder: A population based longitudinal study. *Psychiatry Research*, *251*, 225-234. doi: 10.1016/j.psychres.2017.02.027
- Feingold, D., Weiser, M., Rehm, J., & Lev-Ran, S. (2015). The association between cannabis use and mood disorders: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, *172*, 211-218. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.006
- Ferdinand, R. F., van der Ende, J., Bongers, I., Selten, J. P., Huizink, A., & Verhulst, F. C. (2005). Cannabis psychosis pathway independent of other types of psychopathology. *Schizophrenia Research*, *79*, 289-295. doi: 10.1016/j.schres.2005.07.027
- Fergusson, D. M., Poulton, R., Smith, P. F., & Boden, J. M. (2006). Cannabis and psychosis. *British Medical Journal*, *332*, 172-175. doi: 10.1136/bmj.332.7534.172
- Gaoni, Y., & Mechoulam, R. (1964). Isolation, structure and partial synthesis of an active constituent of hashish. *Journal of the American Chemistry Society*, *86*, 1646-1647.

- Gorelick, D. A., Goodwin, R. S., Schwilke, E., Schwoppe, D. M., Darwin, W. D., Kelly, D. L., & Bonnet, D. (2013). Tolerance to effects of high-dose oral $\Delta 9$ -tetrahydrocannabinol and plasma cannabinoid concentrations in male daily cannabis smokers. *Journal of Analytical Toxicology*, *37*, 11-16. doi: 10.1093/jat/bks081
- Gray, K. M., Watson, N. L., Carpenter, M. J., & LaRowe, S. D. (2010). N-Acetylcysteine (NAC) in young marijuana users: An open-label pilot study. *American Journal on Addictions*, *19*, 187-189. doi: 10.1111/j.1521-0391.2009.00027.x
- Gruber, A. J., Pope, H. G., & Brown, M. E. (1996). Do patients use marijuana as an antidepressant? *Depression*, *4*, 77-80. doi: 10.1002/(SICI)1522-7162(1996)4:2<77::AID-DEPR7>3.0.CO;2-C
- Gruber, S. A., Rogowska, J., & Yurgelun-Todd, D. A. (2009). Altered affective response in marijuana smokers: An FMRI study. *Drug and Alcohol Dependence*, *105*(1-2), 139-153. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.06.019
- Hall, W. (2006). Is cannabis use psychotogenic? *The Lancet*, *367*, 193-195. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68012-4
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *The Lancet*, *374*(9698), 1383-1391. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61037-0
- Hall, W., Degenhardt, L., & Teeson, M. (2004). Cannabis use and psychotic disorders: An update. *Drug and Alcohol Review*, *23*, 433-443. doi: 10.1080/09595230412331324554
- Haney, M., Hart, C. L., Vosburg, S. K., Comer, S. D., Collins, S., Reed, S. C., Cooper, Z., & Foltin, R. W. (2010). Effects of baclofen and mirtazapine on a laboratory model of marijuana withdrawal and relapse. *Psychopharmacology*, *211*, 233-244. doi: 10.1007/s00213-010-1888-6
- Haney, M., Hart, C. L., Vosburg, S. K., Comer, S. D., Reed, S. C., & Foltin, R. W. (2008). Effects of THC and lofexidine in a human laboratory model of marijuana withdrawal and relapse. *Psychopharmacology*, *197*, 157-168. doi: 10.1007/s00213-007-1020-8
- Haney, M., Hart, C. L., Vosburg, S. K., Nasser, J., Bennett, A., Zubaran, C., & Foltin, R. W. (2004). Marijuana withdrawal in humans: Effects of oral THC or divalproex. *Neuropsychopharmacology*, *29*, 158-170. doi:10.1038/sj.npp.1300310

- Haney, M., Hart, C. L., Ward, A. S., & Foltin, R. W. (2003). Nefazodone decreased anxiety during marijuana withdrawal in humans. *Psychopharmacology (Berl)*, *65*, 157-165. doi: 10.1007/s00213-002-1210-3
- Haney, M., Ramesh, D., Glass, A., Pavlicova, M., Bedi, G., & Cooper, Z. D. (2015). Naltrexone maintenance decreases cannabis self-administration and subjective effects in daily cannabis smokers. *Neuropsychopharmacology*, *40*, 2489-2498. doi: 10.1038/npp.2015.108
- Haney, M., Ward, A. S., Comer, S. D., Hart, C. L., Foltin, R. W., & Fischman, M. W. (2001). Bupropion SR worsens mood during marijuana withdrawal in humans. *Psychopharmacology*, *155*, 171-179. doi: 10.1007/s002130000657
- Hart, C. L. (2005). Increasing treatment options for cannabis dependence: A review of potential pharmacotherapies. *Drug and Alcohol Dependence*, *80*, 147-159. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.03.027
- Hasin, D. S., Keyes, K. M., Alderson, D., Wang, S., Aharonovich, E., & Grant, B. F. (2008). Cannabis withdrawal in the United States: Results from NESARC. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*, 1354-1363.
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., Kaplan, C., Lieb, R., Wittchen, H-U., & van Os, J. (2005). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *British Medical Journal*, *330*(7481), 11. doi: 10.1136/bmj.38267.664086.63
- Henquet, C., & Van Os, J. (2008). The coherence of the evidence linking cannabis with psychosis. *Psychological Medicine*, *38*, 461-462. doi: 10.1017/S0033291707002279
- Hill, K. P. (2017). Cannabis use and risk for substance use disorders and mood or anxiety disorders. *Journal of the American Medical Association*, *317*, 1070-1071. doi: 10.1001/jama.2016.19706
- Huffman, J. W., Bushell, S. M., Miller, J. R. A., Wiley, J. L., & Martin, B. R. (2002). 1-Methoxy-, 1-deoxy-11-hydroxy and 11-hydroxy-1-methoxy- Δ 8-tetrahydrocannabinols: New selective ligands for the CB 2 receptor. *Bioorganic & Medicinal Chemistry*, *10*, 4119-4129. doi: 10.1016/j.bmc.2010.09.061
- Iversen, L. (2003). Cannabis and the brain. *Brain*, *126*, 1252-1270. doi: 10.1196/annals.1316.036
- Kadden, R. K., Litt, M. D., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2007). Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addictive Behaviors*, *32*, 1220-1236. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.08.009

- Kouri, E. M., & Pope, H. G. (2000). Abstinence symptoms during withdrawal from chronic marijuana use. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 483-492. doi: 10.1037/1064-1297.8.4.483
- Lev-Ran, S., Florentin, I., Feingold, D., & Rehm, J. (2014). Individuals receiving specialized treatment for drug and alcohol dependence and gambling disorder in Israel: Characteristics and implications for prevalence estimates. *Substance Abuse*, 35(3), 268-275. doi: 10.1080/08897077.2014.907860
- Levin, F. R., McDowell, D., Evans, S. M., Nunes, E., Akerele, E., Donovan, S., & Vosburg, S. K. (2004). Pharmacotherapy for marijuana dependence: A double-blind, placebo-controlled pilot study of divalproex sodium. *The American Journal on Addiction*, 13, 21-32. doi: 10.1080/10550490490265280
- Linszen, D., & van Amelsvoort, T. (2007). Cannabis and psychosis: An update on course and biological plausible mechanisms. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 116-120. doi: 10.1097/YCO.0b013e32803577fb
- Lorenzetti, V., Solowij, N., & Yücel, M. (2016). The role of cannabinoids on neuroanatomical alterations in cannabis users. *Biological Psychiatry*, 79(7), 17-31. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.11.013
- Macleod, J., Davey Smith, G., Hickman, M., & Egger, M. (2007). Cannabis and psychosis. *Lancet*, 370 (9598), 1539-1540. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61651-1
- Marijuana Treatment Project Research Group [MTPRG] (2004). Brief treatments for cannabis dependence: Findings from randomized multisite trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 455-466. doi: 10.1037/0022-006X.72.3.455
- McCarberg, B. H., & Barkin, R. L. (2007). The future of cannabinoids as analgesic agents: A pharmacologic, pharmacokinetic, and pharmacodynamic overview. *American Journal of Therapeutics*, 14, 475-483. doi: 10.1097/MJT.0b013e3180a5e581
- McRae, A. L., Brady, K. T., & Carter, R. E. (2006). Bupirone for treatment of marijuana dependence: A pilot study. *The American Journal on Addictions*, 15, 404. doi: 10.1080/10550490600860635
- McRae-Clark, A. L., Carter, R. E., Killeen, T. K., Carpenter, M. J., Wahlquist, A. E., Simpson, S. A., & Brady, K. T. (2009). A placebo-controlled trial of bupirone for the treatment of marijuana dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 10, 132-138. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.06.022

- Mechoulam, R. (2016). Cannabis: The Israeli perspective. *Journal of Basic and Clinical Physiology and Pharmacology*, 27(3), 181-187. doi: 10.1515/jbcpp-2015-0091
- Mechoulam, R., & Fride, E. (2001). Physiology: A hunger for cannabinoids. *Nature*, 410, 763-765. doi: 10.1002/cbdv.200790147
- Mechoulam, R., Peters, M., Murillo-Rodriguez, E., & Hanus, L. O. (2007). Cannabidiol: Recent advances. *Chemistry & Biodiversity*, 4, 1678-1692. doi: 10.1002/cbdv.200790147
- Miller, N. S., & Gold, M. S. (1989). The diagnosis of marijuana (cannabis) dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 183-192. doi: 10.1016/0740-5472(89)90005-6
- Mills, B., Yepes, A., & Nugent, K. (2015). Synthetic cannabinoids. *The American Journal of the Medical Sciences*, 350, 59-62. doi: 10.1097/MAJ.0000000000000466
- Moore, B. A., & Budney, A. J. (2003). Relapse in outpatient treatment for marijuana dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 85-89. doi: 10.1016/S0740-5472(03)00083-7
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2017). *The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Nordstrom, B. R., & Levin, F. R. (2007). Treatment of cannabis use disorders: A review of the literature. *The American Journal on Addictions*, 16, 331-342. doi: 10.1080/10550490701525665
- NIDA (2018, February 9). Marijuana. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>
- Notcutt, W., Price, M., Miller, R., Newport, S., Phillips, C., Simmons, S., & Sansom, C. (2004). Initial experiences with medicinal extracts of cannabis for chronic pain: Results from 34 'N of 1' studies. *Anaesthesia*, 59, 440-452. doi: 10.1111/j.1365-2044.2004.03674.x
- Pacher, P., Batkai, S., & Kunos, G. (2006). The endocannabinoid system as an emerging target of pharmacotherapy. *Pharmacological Reviews*, 58, 389-462. doi: 10.1124/pr.58.3.2
- Perez, J., & Ribera, M. V. (2008). Managing neuropathic pain with Sativex: A review of its pros and cons. *Expert Opinion in Pharmacotherapy*, 9, 1189-1195. doi: 10.1517/14656566.9.7.1189

- Pertwee, R. G. (2005). Pharmacological actions of cannabinoids. In R. G. Pertwee (Ed.), *Handbook of experimental pharmacology* (Vol. 168, pp. 1-51). New York, NY: Springer.
- Petronis, K. R., Samuels, J. F., Moscicki, E. K., & Anthony, J. C. (1990). An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *25*, 193-199.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Hudson, J. I., Huestis, M. A., & Yurgelun-Todd, D. (2001). Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Archives of General Psychiatry*, *58*, 909-915. doi:10.1001/archpsyc.58.10.909
- Rhee, M.-H., Vogel, Z., Barg, J., Bayewitch, M., Levy, R., Hanuš, L., & Mechoulam, R. (1997). Cannabinol derivatives: Binding to cannabinoid receptors and inhibition of adenylyl cyclase. *Journal of Medicinal Chemistry*, *40*, 3228-3233. doi: 10.1021/jm970126f
- Rigter, H., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Grichting, E., Hendriks, V., & Rowe, C. (2010). INCANT: A transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry*, *10*: Article no. 28. doi: 10.1186/1471-244X-10-28
- Rowe, M. G., Fleming, M. F., Barry, K. L., Manwell, L. B., & Kropp, S. (1995). Correlates of depression in primary care. *Journal of Family Practice*, *41*, 551-558.
- Scott, J. C., Slomiak, S. T., Jones, J. D., Rosen, A. F., Moore, T. M., & Gur, R. C. (2018). Association of cannabis with cognitive functioning in adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *75*, 585-595. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0335
- Shalit, N., Barzilay, R., Shoval, G., Shlosberg, D., Mor, N., Zweigenhaft, N., Weizman, A., & Krivoy, A. (2016). Characteristics of synthetic cannabinoid and cannabis users admitted to a psychiatric hospital: A comparative study. *Journal of Clinical Psychiatry*, *77*, 989-995. doi: 10.4088/JCP.15m09938
- Shbiro, L., Hen-Shoval, D., Hazut, N., Rapps, K., Dar, S., Zalsman, G., & Shoval, G. (2018). Effects of cannabidiol in males and females in two different rat models of depression. *Physiology & Behavior*, *201*, 59-63. doi: 10.1016/j.physbeh.2018.12.019
- Shufman, E. & Witztum, E. (2000). Cannabis: A drug with dangerous implications in mental health. *Harefuah*, *138*, 410-413.

- Smit, F., Bolier, L., & Cujpers, P. (2004). Cannabis use and the risk of later schizophrenia: A review. *Addiction*, *99*, 425-430. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00683.x
- Smith, J. W., Schmeling, G., & Knowles, P. L. (1988). A marijuana cessation clinical trial utilizing THC-free marijuana, aversion therapy, and self-management counselling. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *5*, 89-98.
- Smith, P. F. (2005). The safety of cannabinoids for the treatment of multiple sclerosis. *Expert Opinion in Drug Safety*, *4*, 443-456. doi: 10.1517/14740338.4.3.443
- Sohn, E. (2015). Research without prejudice. *Nature*, *525*(7570), S12-S13.
- Solowij, N., & Battisti, R. (2008). The chronic effects of cannabis on memory in humans: A review. *Current Drug Abuse Reviews*, *1*, 81-98. doi: 10.2174/1874473710801010081
- Solowij, N., & Michie, P. T. (2007). Cannabis and cognitive dysfunction: Parallels with endophenotypes of schizophrenia? *Journal of Psychiatry Neuroscience*, *32*, 30-52.
- Spaderna, M., Addy, P. H., & D'Souza, D. C. (2013). Spicing things up: Synthetic cannabinoids. *Psychopharmacology (Berl)*, *228*, 525-540. doi: 10.1007/s00213-013-3188-4
- Stefanis, N. C., Delespaul, P., Henquet, C., & Bakoula, C. (2004). Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. *Addiction*, *99*, 1333-1341. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00806.x
- Stephens, R. S., Roffman, R. A., & Simpson, E. E. (1994). Treating adult marijuana dependence: A test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 92-99. doi: 10.1037//0022-006x.62.1.92
- Stephens, R. S., Roffman, R. A., & Curtin, L. (2000). Extended versus brief treatment for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 898-908. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03047.x
- Stinson, F. S., Ruan, W. J., Pickering, R., & Grant, B. F. (2006). Cannabis use disorders in the USA: Prevalence, correlates and comorbidity. *Psychological Medicine*, *36*, 1447-1460. doi: 10.1017/S0033291706008361
- Stockings, E., Campbell, G., Hall, W. D., Nielsen, S., Zagic, D., Rahman, R., & Degenhardt, L. (2018). Cannabis and cannabinoids for the treatment of people with chronic noncancer pain conditions: A systematic review

- and meta-analysis of controlled and observational studies. *Pain*, 159, 1932-1954. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001293
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2017). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 national survey on drug use and health (HHS Publication No. SMA 17-5044, NSDUH Series H-52). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/data/>
- Thomas, S., Bliss, S., & Malik, M. (2012). Suicidal ideation and self-harm following K2 use. *Journal of the Oklahoma State Medical Association*, 105, 430-433.
- Turna, J., Patterson, B., & Van Ameringen, M. (2017). Is cannabis treatment for anxiety, mood, and related disorders ready for prime time?. *Depression and Anxiety*, 34, 1006-1017. doi: 10.1002/da.22664
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2016). *World drug report 2016*. Vienna, Austria: Author.
- Ustundag, M. F., Ozhan Ibis, E., Yucel, A., & Ozcan, H. (2015). Synthetic cannabis-induced mania. *Case Reports in Psychiatry*, 310930. doi: 10.1155/2015/310930
- van Amsterdam, J., Brunt, T., & van den Brink, W. (2015). The adverse health effects of synthetic cannabinoids with emphasis on psychosis-like effects. *Journal of Psychopharmacology*, 29(3), 254-263. doi: 10.1177/0269881114565142
- van der Pol, P., Liebrechts, N., Brunt, T., van Amsterdam, J., de Graaf, R., Korf, D. J., & van Laar, M. (2014). Cross-sectional and prospective relation of cannabis potency, dosing and smoking behaviour with cannabis dependence: An ecological study. *Addiction*, 109, 1101-1109. doi: 10.1111/add.12508
- Vandrey, R., & Haney, M. (2009). Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we? *CNS Drugs*, 23, 543-553. doi: 10.2165/00023210-200923070-00001
- Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., DeLisi, L. E., Meier, M. H., Gonzalez, R., & Baler, R. (2016). Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: A review. *JAMA Psychiatry*, 73, 292-297. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.3278

- Wade, D. T., Makela, P., Robson, P., House, H., & Bateman, C. (2004). Do cannabis-based medicinal extracts have general or specific effects on symptoms in multiple sclerosis? A double-blind, randomized, placebo controlled study on 160 patients. *Multiple Sclerosis*, *10*, 434-441. doi: 10.1191/1352458504ms1082oa
- Weaver, M. F., Hopper, J. A., & Gunderson, E. W. (2015). Designer drugs 2015: Assessment and management. *Addiction Science and Clinical Practice*, *25*, 10: Article no. 8. doi: 10.1186/s13722-015-0024-7
- Weinstein, A., Rosca, P., Fattore, L., & London, E. (2017). Synthetic cathinone and cannabinoid designer drugs. *Frontiers in Psychiatry*, *8*: Article no. 156. doi: 10.3389/fpsyt.2017.00156.
- Weinstein, A. M., & Gorelick, D. A. (2011). Pharmacological treatment of cannabis dependence. *Current Pharmaceutical Design*, *17*, 1351-1358. doi: 10.2174/138161211796150846
- Weinstein, A., Miller, H., Tal, E., Ben Avi, I., Herman, I., Bar-Hamburger, R., & Bloch, M. (2010). Treatment of cannabis withdrawal syndrome using cognitive-behavior therapy and relapse prevention for cannabis dependence. *Journal of Groups in Addiction and Recovery*, *5*(3-4), 240-264. doi: 10.1080/1556035X.2010.523358
- Weinstein, A. M., Miller, H., Bluvstein, I., Tal, E., Rapaport, Y., Schreiber, S., Bar-Hamburger, R., & Bloch, M. (2014). Treatment of cannabis dependence using Escitalopram in combination with cognitive-behavior therapy: A double-blind placebo-controlled study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *40*, 16-22. doi: 10.3109/00952990.2013.819362.
- Weinstock, L. M., Gaudio, B. A., Wenzel, S. J., Epstein-Lubow, G., & Miller, I. W. (2016). Demographic and clinical characteristics associated with comorbid cannabis use disorders (CUDs) in hospitalized patients with bipolar I disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *65*, 57-62. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.10.003
- Wilkinson, S. T., Radhakrishnan, R., & D'Souza, D. C. (2014). Impact of cannabis use on the development of psychotic disorders. *Current Addiction Reports*, *1*, 115-128. doi: 10.1007/s40429-014-0018-7
- Zajicek, J., Fox, P., Sanders, H., Wright, D., Vickery, J., Nunn, A., Thompson, A., UK MS Research Group (2003). Cannabinoids for treatment of spasticity and other symptoms related to multiple sclerosis (CAMS study): Multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, *362*(9395), 1517-1526. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14738-1
- Zweben, J. E., & O'Connell, K. (1992). Strategies for breaking marijuana dependence. *Journal of Psychoactive Drugs*, *24*, 165-171. doi: 10.1080/02791072.1988.10524381

מין ומיניות בקרב מכורים לחומרים פסיכו-אקטיביים: תיאוריה, מודל להתערבות ותיאורי מקרה

ניבה לב-אל

המשקה... מעורר את התשוקה, אבל מקלקל את הביצוע. לכן אפשר להגיד שהרבה משקה מבלבל את החשק: הוא יוצר אותו, ועוצר אותו; הוא מדליק אותו, ומשתיק אותו; הוא משדל אותו ומדלדל אותו; עושה שהוא יעמוד דום ויעמוד נוח – בקיצור, מטשטש אותו לְחֵלוֹם, ואחרי שהוא מפיל אותו, מפקיר אותו (מקבת, שייקספיר, 1606)

תקציר

רקע: מטרת הטיפול באנשים עם רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצאים כעת בתקופת הינזרות (abstinence) היא לסייע לפרט לשמר את ניקיונו מחומרים פסיכו-אקטיביים, לסייע לו בתפקוד ובשילוב בחברה הנורמטיבית ולשפר את איכות חייו. סוגיות של מין ומיניות מעסיקות את המכור בהחלמה ואף עלולות להוביל למעידות. שימוש לרעה והתמכרות לחומרים מושפעים מהמיניות ומהתפקוד המיני וגם משפיעים עליהם.

מטרת המאמר: לחשוף את אנשי המקצוע בתחום ההתמכרויות למושגי יסוד במין ומיניות ולקשר ההדוק שבין מין ומיניות לבין השימוש בחומרים, כדי להעשיר את ארגו הכלים שעומו הם ניגשים לפרקטיקה, וליצור תשתית להכללת נושא זה בתוכניות הטיפול בהתמכרויות.

מודלים: המאמר מציג ארבעה מודלים החיוניים לעבודה בתחום זה: (1) המוטיבציות לשימוש בחומרים, הקשורות במין ומיניות; (2) הדינמיקות המקבילות בין מין, מיניות ושימוש בחומרים; (3) מודל PLISSIT לטיפול מיני שהותאם לשדה ההתמכרות לחומרים; (4) מטרות רלוונטיות לעבודה בסוגיות אלו.

תיאורי מקרה: כדי להמחיש את השימוש בידע זה מוצגים תיאורי מקרה וניתוח של התערבויות טיפוליות בסוגיות של מין ומיניות עם מכורים לחומרים במרחב הפרטני והקבוצתי.

השלכות לפרקטיקה: יש לעסוק בסוגיות של מין ומיניות במסגרת הטיפול בהתמכרויות כדי למנוע מעידה ונשירה הקשורות למין ולמיניות.

מילות מפתח: התמכרות, חומרים פסיכו-אקטיביים/סמים/אלכוהול, טיפול, מין, מיניות

מבוא ורקע תיאורטי

החלמה מהתמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים היא תהליך של שינוי שבאמצעותו משיג הפרט הינזרות מחומרים לצד בריאות, רווחה ואיכות חיים טובות יותר (CSAT, 2006). בהתאם, השירות לטיפול בהתמכרויות בישראל מגדיר את מטרת הטיפול כסיוע למכור הנקי לשמר את ניקיונו מסמים ומאלכוהול, לתפקד ולהשתלב בחברה הנורמטיבית, ולשפר את איכות חייו (משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, 2018; תקנון העבודה הסוציאלית, 2012). ברם, רק 24.82% ממטופלי שירות זה מסיימים טיפול בהצלחה (שבי, ארשיד, בן-שמחון וגורן, 2017). מחקרם של גורבטוב ואיגלשטיין (2008) הראה כי הסיבה העיקרית לנשירה מיחידות לטיפול בהתמכרויות במרכז הארץ הייתה חזרה לשימוש בחומרים. לטענתנו, חלק ניכר מגורמי הסיכון לחזרה לשימוש קשורים קשר הדוק לסוגיות של מין ומיניות (לב-אל, ליכטנטריט וטייכמן, 2013; Checcucci, 2002; Braun-Harvey, 2009, 2011). הנחה זו נשענת על ממצאים ממחקר קודם שבו נבחנה משמעות המעידה בקרב מכורים לסמים בישראל (לב-אל ועמיתים, 2013), מניסיונה המצטבר של הכותבת בטיפול במכורים לחומרים בעשור האחרון, ומניסיונם של בראון-הארווי (Braun-Harvey, 2009, 2011) במרכז טיפול פנימייתי בארצות-הברית, ושל קקוצ'י (Checcucci, 2002) בקהילה טיפולית באיטליה.

סוגיות של מין ומיניות מעסיקות את הפרט שיש לו רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים ונמצא בתקופת הינזרות. חלקן (כגון סוגיות של זהות מינית או מגדרית, הפרעות כאב בזמן קיום יחסי מין, בושה בגלל שפיכה מהירה) הובילו אותו לתחילת השימוש וההתמכרות לחומרים; אחרות התווספו לאורך השנים כתוצאה מהשפעת השימוש לרעה וההתמכרות על התפקוד המיני, ועל היווצרות דפוסים וקשיים ייחודיים בתחום המין והמיניות (כגון בעיות זיקפה, בעיות חשק, התמכרות לפורנו, קשיי זוגיות). סוגיות אלו פוגעות באיכות חייו וברווחתו של המכור בהחלמה, מסכנות את בריאותו ומהוות גורם סיכון משמעותי למעידות ולנפילות (לב-אל ועמיתים, 2013; Braun-Harvey, 2011).

הגישה השכיחה בטיפול בהתמכרויות לחומרים בארצות-הברית (Braun-Harvey, 2011) ובישראל (משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, 2018; תקנון העבודה הסוציאלית, 2013) היא הגישה השואפת להינזרות מחומרים. לפיכך, אנשים שבחרו להתמודד עם ההתמכרות שלהם נדרשים להסתגל ולשמר את ההינזרות במשך כל חייהם (Braun-Harvey, 2011). במשך שנים נתפסה מעידה בעיני מרבית אנשי הטיפול ובעיני המכורים עצמם כאירוע שלילי, המרמז על כישלון מוסרי, כשל רוחני, הכחשת המחלה, העדר כוח רצון, היות המכור מקרה אבוד, מעשה של

התנגדות, הרס עצמי או סתם טיפשות (Braun-Harvey, 2009). בשנים האחרונות עולים גם קולות אחרים הרואים במעידה חלק מתהליך ההחלמה, ואף מייחסים לה פונקציונליות. עם זאת, חשוב לציין כי קולות אלו הם שוליים וחתרניים ואינם מייצגים את השיח ההגמוני על המעידה (לב-אל ועמיתים, 2013).

מעידה לאחר התחייבות להינזרות והחלמה יכולה לגרום לנשירה מהטיפול, פגיעה עמוקה, סבל, בעיות חוקיות, אסון כלכלי, הידרדרות אישית, גירושין, ניכור מהמשפחה ומהחברים ומוות. השלכות כבדות משקל אלו מחייבות אותנו להעמיק ולחקור את הסיבות למעידה כדי לשפר את השירות לאנשים עם רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצאים בתקופת הינזרות, ולצמצם את מספר הנושרים מטיפול (לב-אל ועמיתים, 2013; Braun-Harvey, 2011). צמצום זה הוגדר כיעד של השירות לטיפול בהתמכרויות (שבי ועמיתיו, 2017).

בעבר תוכנו תוכניות הטיפול בהתמכרות לחומרים כהתערבות הממוקדת בנושא ההתמכרות בלבד, בהנחה שסוגיות אחרות יפתרו מעצמן או יטופלו בידי אנשי מקצוע אחרים (Covington, 2008). אך כדי לצמצם את אחוזי הנשירה מטיפול ואת החזרה לשימוש, יש להתייחס אל סוגיות של מין ומיניות במסגרת תוכניות למניעת מעידה (לב-אל ועמיתים, 2013; Braun-Harvey, 2011). המאמר הנוכחי מנגיש לאיש המקצוע בתחום ההתמכרויות את מושגי היסוד הקשורים למין ומיניות בקרב מכורים פסיכו-אקטיביים, ואת הקשרם לסיכון למעידה. לאחר הצגת המושגים מובאות דוגמאות מהפרקטיקה ודרכי ההתערבות שנקטו. זאת כדי ליצור תשתית להכללת נושא זה בתוכניות הטיפול בהתמכרויות.

מושגי יסוד והפרעות במיניות ובתפקוד מיני

בעיות במין ובמיניות נפוצות ומורכבות, ויש להן השלכות וביטויים גופניים, רגשיים, קוגניטיביים וחברתיים. במאמר אשתמש לסירוגין במילים מין (sex) ומיניות (sexuality): המונח "מין" יתייחס לאקט עצמו, ליחסי המין עצמם ולעובדות התפקודיות הקשורות בו, ואילו המונח "מיניות" יתייחס למרחב הפנימי והחיצוני הסובייקטיבי והאינטרסובייקטיבי הסובב את יחסי המין (ניר, 2007, 2016). להלן יוגדר המונח מיניות באופן רחב יותר, יוצג מעגל התגובה המינית המהווה מודל בסיסי בתחום, ויתוארו הקשיים וההפרעות המיניות בשלושה תחומים: הפרעות בתפקוד המיני; קשיים הקשורים למיניות התוך-אישית – להעדפה המינית, לזהות המגדרית, להשלכות טראומה מינית ולעכבות רגשיות; וקשיים במין ובמיניות הקשורים לזוגיות ובעיקר לאינטימיות הזוגית.

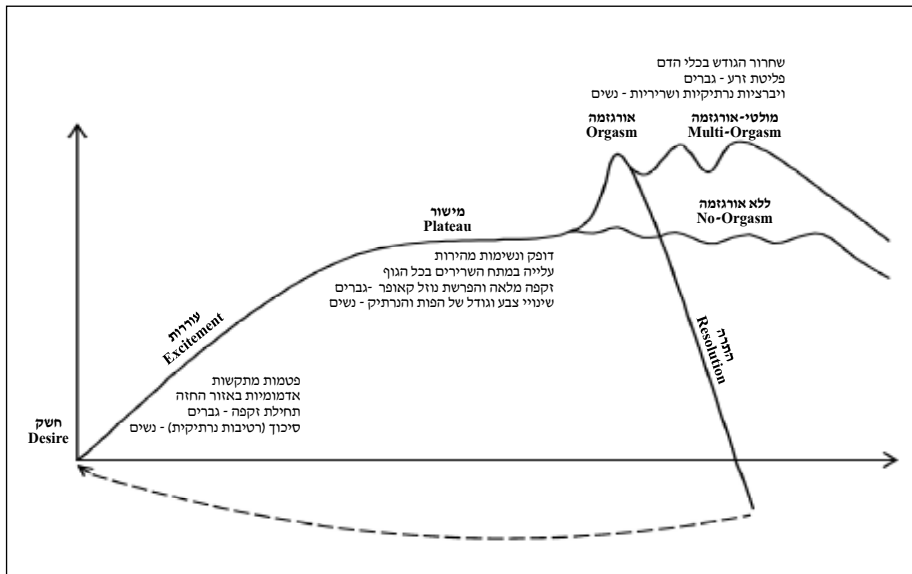
מיניות

ההגדרה המילונית של מיניות היא יכולת לחוש רגשות מיניים, העדפה מינית, ופעילות מינית (Oxford Dictionary, 2018). במילון אבן שושן היא מוגדרת כ"סקסואליות, יצר המין" (אבן שושן, 2000). לפי ארגון הבריאות העולמי מיניות היא היבט מרכזי של ההוויה האנושית במשך כל החיים. מיניות כוללת מין, זהויות ותפקידי מגדר, העדפה מינית, ארוטיקה, הנאה, אינטימיות ורבייה. המיניות נחווית ומתבטאת במחשבות, פנטזיות, תשוקות, אמונות, עמדות, ערכים, התנהגויות, פרקטיקות, תפקידים ויחסים. מיניות מושפעת מאינטראקציה בין גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים, חברתיים, כלכליים, פוליטיים, תרבותיים, אתיים, משפטיים, היסטוריים, דתיים ורוחניים (WHO, 2006).

המרכיב הפסיכולוגי כולל עניין מיני וסיפוק, איכות חיים נתפסת, הערכה עצמית, דימוי גוף ותחושות של משיכה בין-אישית (Kreuter, Sullivan, & Siösteen, 1996), צורך בקשר עם הזולת, באהבה ובאינטימיות (ברונר, 2001); המרכיב החברתי כולל את אופי היחסים האינטימיים, כגון קשר עם אחרים, חברות, נישואין, חיים משותפים; המרכיב ההתנהגותי כולל את החיים הארוטיים ויחסי המין עצמם (ברונר, 2001), כלומר הרפרטואר של הביטויים המיניים (Kreuter et al., 1996), כגון היגינה אישית, ריח גוף, לבוש, מחוות גופניות, הבעות חיבה או דיבור (חרותי ואלוני, 2007), והפעילויות המיניות המוגדרות כמגע או כל צורה של גירוי אזוריים גניטליים וארוגניים אחרים, עם שותף או ביחידות (Kreuter et al., 1996); המרכיב התרבותי-דתי-פוליטי כולל נושאים רבים מחיי היום-יום, כגון חינוך מיני, מחזור, אמצעי מניעה, היריון, מחלות מין, אוננות ועוד (חרותי ואלוני, 2007).

מעגל התגובה המינית

מאסטרס וג'ונסון (Masters & Johnson, 1966) המשיגו את התהליך הגופני והנפשי המתרחש בעת פעילות מינית במונח "מעגל התגובה המינית". קפלן (Kaplan, 1979) הרחיבה את המודל, ובסון (Basson, 2000) הציעה מודל המותאם לנשים (על אודותיו לא נרחיב מפאת קוצר היריעה). מעגל התגובה המינית של קפלן כולל חמישה שלבים: חשק, עוררות, מישור, אורגזמה/מולטי-אורגזמה/ללא-אורגזמה, והתרה/מנוחה. הביטויים הגופניים של כל שלב מוצגים בתרשים 1.



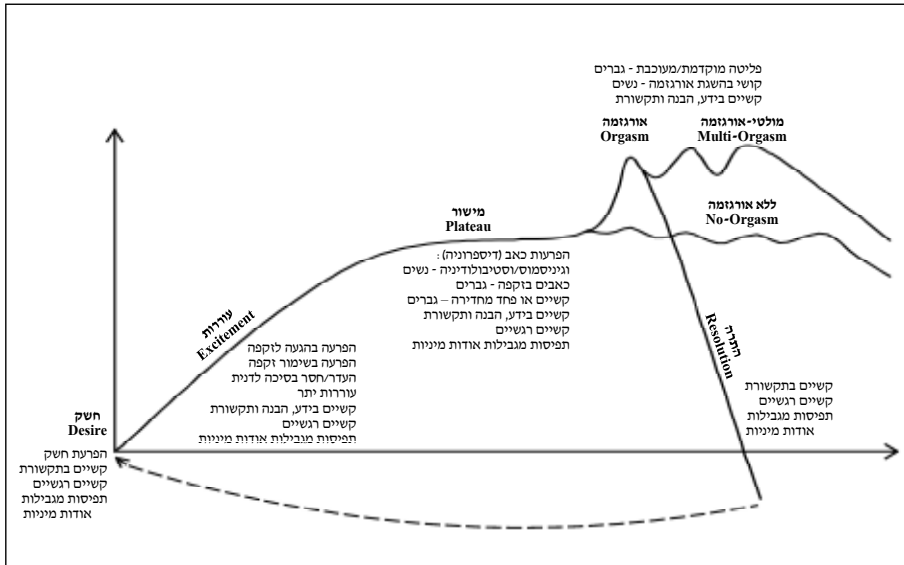
תרשים 1: הביטויים הגופניים של השלבים במעגל התגובה המינית של קפלן (Kaplan, 1979)

הפרעות בתפקוד המיני

הפרעות בתפקוד המיני הן הפרעות ביכולת לקיים יחסי מיין או להשלים את מעגל התגובה המינית. ההפרעות השונות כוללות: הפרעת חשק או עוררות נשית או גברית (העדר חשק, חשק נמוך או חשק מוגבר), הפרעות בזיקפה, הפרעת כאב (דיספרוניה, ווסטבולודיניה), קשיים בחדירה וגינאלית (וגיניסמוס) או אנאלית, שפיכה מוקדמת או מעוכבת, וקושי להשיג אורגזמה אצל נשים (דרבי, 2011; טיאנו, 2010; American Psychiatric Association, 2013). הפרעות אלו עשויות להיות תסמינים של קשיים פיזיולוגיים או פסיכולוגיים תוך-אישיים ובין-אישיים, והם יתוארו בהמשך. את ההפרעות השונות בתפקוד המיני אפשר למקם בשלבים השונים במעגל התגובה המינית (תרשים 2).

קשיים הקשורים למיניות התוך-אישית

תחת כותרת זו אפשר למנות ארבע קבוצות עיקריות של קשיים: קשיים הקשורים להעדרה המינית, קשיים הקשורים לזהות המגדרית, קשיים הנובעים מטראומה מינית, וקשיים ועכבות רגשיים שונים לגבי מיין ומיניות. מובן שקשיים אלו, אף שהם מוגדרים כתוך-אישיים, נובעים גם מהאינטרקציה של הפרט עם הסביבה, פגיעותיה, מסריה וערכיה.



תרשים 2: הפרעות בתפקוד המיני על רצף מעגל התגובה המינית של קפלן (Kaplan, 1979).
עיבוד לתרשים של וייס (2015)

העדפה מינית היא נטייה מתמשכת לאהוב, לקיים זוגיות, לחוות פנטזיות, להימשך מינית, ולרצות לעסוק בהתנהגויות מיניות עם בני זוג ממין מסוים. כשאנשים מסווגים את עצמם על בסיס כל אלו הם מבטאים בכך את זהותם המינית (כגון הומוסקסואלים, לסביות או הטרוסקסואלים) (Hines, 2011). למעשה, ההעדפה המינית בפני עצמה אינה מהווה קושי או הפרעה, אך המפגש עם הסביבה (החיצונית או המופנמת) יוצר קשיים רגשיים ובכללם הומופוביה מופנמת (שבה הפרט ההומוסקסואלי, הלסבי או הבי-סקסואלי מפנה את העמדות ההומופוביות של החברה כלפי פנים) (Newcomb & Mustanski, 2010). קשיים אלו עלולים להתבטא בהחמרת המצב הנפשי ובהתנהגויות סיכון: בקרב בעלי העדפה מינית לסבית, הומוסקסואלית ובי-סקסואלית (לה"ב) נמצאו פי 1.5 יותר דיכאון, חרדה והפרעות שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים (בהשוואה לאוכלוסייה הטרוסקסואלית) (King et al., 2008). בקרב נשים לסביות אף נמצאו שיעורים גבוהים פי שלושה של שימוש בחומרים לעומת נשים הטרוסקסואליות (Haas et al., 2010). השימוש המוגבר בקרב אוכלוסיית הלה"ב מוסבר בחשיפה לחוויות של אפליה ואלומות: נמצא כי הסיכוי להפרעת שימוש בחומרים בקרב לה"ב שחוו אפליה בשנה האחרונה גבוה פי ארבעה לעומת לה"ב שלא חוו אירועים אלו בשנה האחרונה (McCabe, Bostwick, Hughes, West, & Boyd, 2010).

זהות מגדרית היא התחושה העמוקה האינהרנטית של אדם שהוא ילד/גבר/זכר או ילדה/אישה/נקבה או מגדר אלטרנטיבי (קוויר, חסר מגדר ועוד). תחושה זו עשויה להיות תואמת או לא תואמת את המין שזוהה בלידה או את מאפייני המין הראשוניים או המשניים (American Psychological Association, 2015). דיספוריה מגדרית היא אחד הקשיים התוך-אישיים המשמעותיים הקשורים למיניות. דיספוריה מגדרית כוללת קונפליקט בין המגדר הפיזיולוגי של הפרט לבין המגדר שבו הוא מזהה את עצמו. בדרך כלל הקונפליקט מלווה בתחושת אי נוחות עם הגוף או אי נוחות עם תפקידי המגדר המצופים מהמגדר הפיזיולוגי, עד כדי מצוקה עזה, קשיי תפקוד והתנהגויות של פגיעה עצמית (American Psychiatric Association, 2013; WHO, 2018). שיעורים גבוהים של ניסיונות אובדניים ושימוש בחומרים נמצאו בקרב טרנסג'נדרים (אנשים שמזהים עצמם כבעלי זהות מגדרית שונה מהמין שזוהה בלידתם) (Haas et al., 2010).

קשיים תוך-אישיים נוספים בתפקוד המיני, במיניות ובאינטימיות, נובעים לעיתים מחוויות טראומטיות של התעללות מינית. בעיות אלו עלולות להיות כרוניות ולצוץ מיד לאחר הפגיעה או שנים לאחר מכן. הן עשויות לכלול פחד ממין שגורם להימנעות; התייחסות למין כאל מחויבות; חוויית רגשות שליליים בתגובה למגע; קשיי עוררות או חשק; ניתוק במהלך יחסי מין; מחשבות ודימויים מיניים חודרניים ומפריעים; התנהגויות מיניות קמפולסיביות או בלתי הולמות; קושי ביצירת מערכת יחסים אינטימית או שימורה; בעיות כאב או קשיי אורגזמה בקרב נשים; קשיים בזיקפה, בשפיקה או באורגזמה בקרב גברים (Maltz, 2002). אף שחלק מהבעיות שהוזכרו קיימות גם באוכלוסייה שלא חוותה טראומה מינית, הטיפול בבעיות בקרב שורדי ההתעללות חייב להיות מותאם למאפייניהם. גם בקרב אוכלוסייה זו נמצאו שיעורים גבוהים של ניסיונות אובדניים והתמכרות לחומרים (Yuodelis-Flores & Ries, 2015).

הקבוצה האחרונה של קשיים תוך-אישיים כוללת עכבות רגשיות, ועמדות, תפיסות וערכים שליליים אודות מיניות המשפיעים על המיניות האישית. אחד הרגשות העיקריים הנמצא בבסיס הקשיים המיניים הוא רגש הבושה. הוא קשור לתחושות של דימוי מיני עצמי נמוך ולעכבות במיניות. ליכטנברג (Lichtenberg, 2011) תיאר כיצד בושה משפיעה על המיניות. כמו כותבים רבים אחרים הוא תיאר את התהליך המתרחש באינטראקציה שבין ההורה לילד כבסיס למיניות הבוגרת. בבואו לתאר את מקורות הבושה, הבחין ליכטנברג בין "מיניות" ל"חושניות". את ההתנהגויות האסורות בעיני הסביבה בכלל וההורה בפרט הוא כינה בשם התנהגויות "מיניות" המעוררות בושה, זאת לעומת התנהגויות "חושניות", שעיקרן מגע, התזקה וליטוף, המתרחשות בין ילדים ומבוגרים ונחשבות למוותרות. לדבריו, קונסטלציה זו מהווה את

התשתית להתקשרות בטוחה ולקבלה פנימית של אינטראקציות גופניות אקספרסיביות עם ההתבגרות. ההנאה של הפרט מגופו ומוחו המיניים-מגדריים תלויה בתהליך זה. מזווית קצת אחרת טענה לוואיס (Lewis, in Balsam, 2009) שרגשות של חוסר ערך וגינוי עצמי שנצפו אצל נשים היו לעיתים קרובות גילויים של בושה נסתרת ביחס למיניותן, ותוצרי לוואי של התרבות הפאלוצנטרית השלטת. פרויד (2002), לעומתם, ראה בבושה, בגועל ובמוסר סוללת הגנה נגד "מיניות מופרות" שמקורה בעולם הילדות המוקדמת נטול הבושה.

קשיים הקשורים למיניות הבין-אישית

רבות מההפרעות שתוארו לעיל משפיעות ומושפעות מהסביבה בכלל ומהאינטראקציה עם בן-הזוג בפרט. הקשרים בין זוגיות למין ולמיניות רבים מספור. באופן טבעי, נמצא קשר חזק בין שביעות הרצון מהזוגיות לבין חשק מיני (Brezsnyak & Whisman, 2010) או שביעות הרצון מהמיניות (Call, Sprecher, & Schwartz, 1995). בחרתי להתמקד בקשר בין אינטימיות זוגית למין ומיניות, כי לדעתי הוא רלוונטי במיוחד לאוכלוסיית המכורים לחומרים ולמערכות הזוגיות שהם מקיימים. אינטימיות היא תהליך המורכב מקירבה, שיתוף וחשיפה אישית בתחום הרגשי, החברתי, המיני והאינטלקטואלי (Lobitz & Lobitz, 1996). לפי לויין (Levine, 1991), אינטימיות היא הדבק של מערכת היחסים הזוגית והמוטיבציה העיקרית לביטויים המיניים בין בני-הזוג. לוביץ ולוביץ (Lobitz & Lobitz, 1996), לעומת זאת, דנו בקשר שבין תשוקה ואינטימיות בזוגיות והציעו תמונה מורכבת יותר. הם תיארו מצב שנתפס פרדוקסלי, שבו התשוקה המינית פוחתת בעוד האינטימיות והקירבה הזוגית גוברות, ולעיתים דווקא מרחק, מסתוריות או הבדלי כוחות תורמים לתשוקה מינית. כדי להסביר תופעה זו הם הציעו מודל של התפתחות האינטימיות המינית הנעה בין הידלקות, מיזוג או היתוך, נפרדות ושילוב.

השלב הראשון, שלב ההידלקות, מאופיין בתשוקה בוערת שנידונה לכלות את עצמה. בני-הזוג נוקטים דרכים שונות לשימורה, כגון המרת התשוקה המינית לתשוקה לעימות, וערבוב וצימוד בין מין למריבות הדדיות. מעניין שאחת הדרכים ל"שימור הלהבה" שהזכירו לוביץ ולוביץ הייתה השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים (אם כי לא פורטו סוגי החומרים או כיצד הם תורמים ל"שימור הלהבה").

בשלב השני, שלב המיזוג, יש התעלמות מגבולות הפרט, ולפחות אחד מבני הזוג נבלע בידי זולתו. בשלב זה אפשר לראות בעיות בתפקוד המיני של אחד מבני-הזוג, הנתמכות ומתאפשרות על ידי בן-הזוג השני; לעיתים, במקום שלב המיזוג, מופיע שלב ההיתוך. שלב זה מאופיין בנוחות בין בני-הזוג, ומצב שבו זהויותיהם האישיים נעלמות והם הופכים יחידה אחת שבה הזוגיות היא הזהות שלהם. ברם

לאחדותיות כזו, הנראית אידיאלית לכאורה, יש מחיר: קיפאון האינדיווידואליות של כל אחד מבני-הזוג משפיע על התשוקה המינית ומקפיא גם אותה.

כשזוגות יוצאים ממאבק הכוחות שבשלב המיזוג או מהנוחות שבהיתוך, הם ניצבים מול המציאות שבנפרדותם ובהבדלים ביניהם. בשלב זה, שלב הנפרדות, לכל אחד מבני-הזוג זהות נפרדת ומחויבות לזוגיות, והוא מרכיב חיוני בהשגת ארוטיות מתמשכת ביחסים זוגיים ארוכי טווח. לעיתים אפשר לראות בשלב זה הימנעות מיחסי מין, הנובעת מהפחד מפני נסיגה לשלב ההיתוך או המיזוג ומפני היבלעות או היעלמות.

השלב האחרון, שלב האינטגרציה, שמור למעטים. הוא דורש מעבר דרך כל השלבים הקודמים ומחייב כבוד לזהות של בן-הזוג והתחברות עם ההבדלים, וזו בונה גשר לתשוקה המינית.

קקוצ'י (Checcucci, 2002) טוענת שאחת הבעיות השכיחות בין גברים מכורים לחומרים לבין בנות-זוגם היא בעיה במיניות. מחקרן של דיאלוסק ודקל (2015) עסק בסגנונות התקשורת ובשביעות רצון ממיניות של אנשים עם רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצאים כעת בתקופת הינזרות. במסגרת המחקר נבדקו 50 גברים מכורים לסמים הנמצאים בתקופת הינזרות ובנות-זוגם, וקבוצת ביקורת של 35 זוגות ללא רקע של שימוש בסמים. הן מצאו שסגנון ההתקשורת חרד או נמנע היה שכיח יותר בקרב המכורים מאשר בקבוצת הביקורת. עוד מצאו שגברים ונשים מקבוצת המחקר (המכורים) יותר שבעי רצון ממיניות עצמית מאשר מאינטראקציה מינית. לא נמצאו הבדלים במידת שביעות הרצון ממיניות. החוקרות מציינות כי הממצא האחרון יכול להיות מוסבר בשיעור אי-ההיענות להשתתף במחקר, שהיה גבוה למדי (25.37%), כלומר ייתכן שאותם 25% שלא שיתפו פעולה סבלו מבעיות ומקשיים במין ובמיניות, ולכן סירבו להשתתף.

השפעות השימוש בסמים על התפקוד המיני

מרבית המחקרים הקושרים בין מין לבין שימוש בחומרים, מתמקדים בהשפעת קשרים אלו על התנהגות מינית מסכנת והעברת מחלות מין. באופן כללי, המחקרים מראים שכיחויות שונות של התנהגות מינית מסכנת בקרב אוכלוסיית המכורים לחומרים (Rawson, Washton, Domier, & Reiber, 2002). עם זאת, בכמה סקירות ספרות (כגון: Peugh & Belenko, 2011; Zaazaa, Bella, & Shamloul, 2013) אפשר למצוא נתונים על היחסים שבין מין ומיניות לבין שימוש במגוון סמים, ועל האופן שבו כל סם משפיע על התפקוד המיני, ובכללו על החשק וההתנהגות המינית. אין מחקרים רבים העוסקים בהבדלים בין נשים לגברים הנוגעים לקשרים בין מין, מיניות ושימוש בחומרים. במחקר שנערך בקרב 464 גברים

ונשים שהשתמשו בסמים ובאלכוהול וטופלו בארצות-הברית נמצא, כי באופן כללי נשים אישרו פחות את הקשר בין מין וסמים מאשר גברים (Rawson et al., 2002). לעניות דעתי ומניסיוני בטיפול בנשים מכורות, אצל נשים עם רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצאות כעת בתקופת הינזרות, הקשר בין שימוש בחומרים לבין מין ומיניות כרוך בעיקר בסוגיות רגשיות הקשורות למיניות (אם כי יש גם מקרים של שימוש בחומרים בהקשר של תפקוד מיני לקוי, כגון בעיות כאב או חשק), ואילו אצל גברים ממלאים הסמים תפקיד גם במרכיבים הרגשיים הקשורים למיניות, אך גם, באופן ישיר ושכיח יותר, בתפקוד מיני.

חלק מהמחקרים אינם מבחינים בין סוגי הסמים השונים. לדוגמה: במחקר גדול שנעשה בספרד בקרב 925 גברים עם היסטוריה של שימוש בחומרים (קוקאין, הרואין, קנביס, אלכוהול, ממריצים ומדכאים – וגם שימוש בכמה סוגי סמים במקביל), וקבוצת ביקורת של 82 גברים ללא היסטוריה של שימוש לרעה בחומרים, נמצא של-36.69% מבעלי העבר ההתמכרותי יש תפקוד מיני לקוי של הזיקפה (לעומת 15.85% בלבד בקבוצת הביקורת). עוד נמצא שזמן ההינזרות משימוש בחומרים אינו עוזר לשפר את תפקוד הזיקפה (Del Río, Cabello, & Fernández, 2015). ההתייחסות הכוללנית לסמים כאל מקשה אחת מאפיינת לעיתים גם את שדה הטיפול. המסר הטיפולי הוא: "לא חשוב לאיזה סם התמכרת, אלא ההתמכרות עצמה". ברם, חומרים שונים משפיעים באופן שונה על התפקוד המיני (Zaaza et al., 2013). על כן, איש המקצוע המעוניין לסייע לפרט בשימור הינזרותו מחומרים פסיכו-אקטיביים צריך להבין את החוויה של אותו פרט וכיצד הוא תופס את הקשר בין שימוש בסמים לבין מין ומיניות, ולהכיר את הידע הקיים על היחסים בין סמים לתפקוד המיני ולחוויה המינית הנתפסת (Rawson et al., 2002). לפיכך, יוצגו להלן הסמים השונים והידע הקיים בספרות על השפעתם בתחומי המין והמיניות.

אלכוהול

באלכוהול השתמשו 53% ממטופלי השירות לטיפול בהתמכרויות בישראל (שבי ועמיתיו, 2017). אלכוהול הוא סם הפנאי (recreational) השכיח ביותר, ובאופן פופולרי נתפס כמרגיע ומשחרר עכבות מיניות. ברם, כמה מחקרים אישרו את ההשפעות הפוטנציאליות המזיקות שיש לשתייה כרונית של אלכוהול על התפקוד המיני של גברים ונשים (Zaaza et al., 2013). נמצא ששתיית אלכוהול מתונה או בינונית לא השפיעה לרעה על יכולת הזיקפה, אך שתייה כרונית של יותר משמונה מנות אלכוהול בשבוע הגדילה באופן ניכר את הסיכון להפרעות בזיקפה

(Cheng, Ng, Chen, & Ko, 2007). ממצא זה דומה לממצאי מחקר גדול שנערך בקרב 1,770 גברים באוסטרליה, אלא שבמחקר האוסטרלי היה הקו המבחין בין שתייה מתונה או בינונית לשתייה כרונית, הגורמת לסיכון מוגבר לבעיות זיקפה, 20 מנות אלכוהול שבועיות (Chew, Bremner, Stuckey, Earle, & Jamrozik, 2009). הבחנה זו מעניינת, כי היא עשויה להצביע על הבדלים תרבותיים או על ההשפעה של ההבניה, והתפיסה האישית על היווצרות בעיות בתפקוד המיני בעקבות שימוש באלכוהול. תוצאות דומות דווחו במחקרים אחרים. במחקר גדול נוסף שנערך בקרב 3,004 נבדקים בארצות-הברית נמצא כי אנשים שהשתמשו שימוש כבד באלכוהול דיווחו על יותר קשיים בהשגת אורגזמה מאשר האוכלוסייה הכללית (Johnson, Phelps, & Cottler, 2004). משתמשים לרעה באלכוהול נמצאים בסיכון גבוה יותר לבעיות בתפקוד המיני, כולל יכולת וחשק מופחתים (Arackal & Benegal, 2007; Sobczak, 2009). חלק מהמחקרים הראו שיפור של התפקוד המיני לאחר הגמילה (Gavaler, 1993) – בקרב נשים; (O'Farrel, Kleinke, & Cutter, 1998) בקרב גברים). למרבה הצער, מחקרים הבוחנים את האפקט של אלכוהול על תפקוד מיני נשי הם מעטים מאוד וממצאיהם אינם חד-משמעיים (Zaazaa, 2013).

קנביס

ארבעים ושלושה אחוזים ממטופלי השירות לטיפול בהתמכרויות בישראל השתמשו בקנביס כשימוש עיקרי (שבי ועמיתיו, 2017). גם קנביס נתפס בקרב רבים מהמשתמשים בו כמגביר חשק מיני, הנאה ועונג מיני, אולי דרך העצמה של המערכת החושית. אך במחקרים מוצגת מציאות מורכבת יותר: בחלקם נטען כי קנביס הוא אכן סם מעורר ומגביר חשק מיני, אך אחרים מציינים כי בקרב המשתמשים בקנביס בקביעות נצפו רמות סטוסטרון נמוכות יותר (הורמון האחראי, בין היתר, על החשק המיני) ואיכות זרע נמוכה יותר (Halikas, Weller, & Morse, 2011; Peugh & Belenko, 2012). במחקר נוסף נמצא קשר בין בעיות זיקפה לשימוש בקנביס בקרב צעירים (Aversa et al., 2008). סקר בקרב 1,203 גברים ו-1,801 נשים בארצות-הברית מצא שיעור גבוה יותר של הפרעות בהשגת אורגזמה והפרעות כאב בקיום יחסי מין בקרב משתמשי קנביס לעומת האוכלוסייה הכללית (Johnson et al., 2004).

אופיאטים

קבוצת הסמים האופיאטיים, הכוללת הרואין, מתאדון, מורפין, כדורים אופיאטיים כגון אוקסקודון, פרקוסט ועוד, נמצאה בשימוש עיקרי אצל 19% ממטופלי השירות לטיפול

בהתמכרויות בישראל (שבי ועמיתיו, 2017). בדומה לסמים האחרים, משתמשים בהרואין דיווחו שבמינונים נמוכים, האופוריה הנוצרת בעקבות השימוש בהרואין עשויה להעצים חשק ותפקוד מיני. זאת ועוד, אופוריה זו תוארה לעיתים כדומה לאופוריה המורגשת לאחר אורגזמה (Levin, 2014), ככל הנראה משום שהאזורים המופעלים במוח בעת שימוש בהרואין הם אותם אזורים המופעלים בעת אורגזמה (Holstege et al., 2003). ברם מחקרים הראו כי שימוש ממושך באופיאטים מאט את ההורמון המשחרר גונדוטורפינים, ובכך מביא לירידה בחשק המיני ובטסטוסטרון אצל גברים; וכי השפעה של אופיאטים על מערכת כלי הדם עלולה לפגוע ביכולת הזיקפה (Peugh & Belenko, 2011). פלייה ואסטביס (Palha & Esteves, 2008) סקרו מחקרים שמצאו 39%-48% הפרעות בזיקפה בקרב משתמשים קבועים באופיאטים, ומעל 50% שפיכה מעוכבת וחשק מופחת. אצל נשים שימוש ממושך באופיאטים מקשה על היכולת להגיע לאורגזמה, וגורם לעיתים להפסקת המחזור החודשי. סמית' ועמיתיו (Smith et al., 1982) הציעו שחומרים אופיאטיים, בשל מאפייניהם המאלחשים והמרגיעים, משמשים ריפוי עצמי (self medication) של בעיות שפיכה מהירה אצל גברים ובעיות כאב אצל נשים.

סמי פיצוציות

סמי פיצוציות (נייס גאי, חגיגת ואחרים) היו בשימוש אצל 12% מהמטופלים בשירות לטיפול בהתמכרויות בישראל (שבי ועמיתיו, 2017). סמים אלו מכונים בעולם designer drugs והרכבם משתנה מעת לעת. נייס גאי ודומיו הם קנבינואידים סינתטיים (משרד הבריאות, 2018), ונכנסו לשוק הסמים העולמי והמקומי רק בעשור האחרון. לפיכך אין מידע מדעי מהימן אודות השפעת סמי הפיצוציות על התפקוד המיני. כתבות בעיתונות המקוונת ובמרשתת מזכירות באופן כללי שהם פוגעים בתפקוד המיני (לדוגמה: איפרגן, 2014).

חגיגת ודומיו הם אמפיטמינים או תחליפים שלהם (משרד הבריאות, 2018). ייתכן שאפשר ללמוד על השפעתם מן המידע המצטבר אודות השפעות אמפיטמינים על התפקוד המיני. התפיסה הפופולרית היא שאמפיטמינים הם מעוררי חשק. ברם מחקרים חשפו מגוון של הפרעות בתפקוד המיני הקשורות לאמפיטמין. ההנחה היא כי כמו סמים אחרים, מינונים נמוכים יכולים להגביר הנאה ולהפחית עכבות, אך מינונים גבוהים גורמים לקושי להגיע לאורגזמה ולחשק מיני נמוך (Zaaza et al., 2013). במחקר שנערך בקרב 223 משתמשים באמפיטמינים בטיוואן הוצג שיעור דומה למדי של דיווח על העצמה וירידה של החשק המיני בעקבות השימוש באמפיטמינים (Bang-Ping, 2009). במחקר בסקוטלנד נמצא כי 27 מבין 29 גברים משתמשים התנסו בפעילות מינית תוך כדי שימוש באמפיטמין, ומתוכם 23 דיווחו

על התלהבות מינית רבה יותר תחת השפעת אמפיטמינים, 21 על אורגזמה עוצמתית יותר, ו-23 על הארכת משך החדירה (Käll, 1992). גברים הסובלים משפיכה מהירה עשויים להתפתות בשל כך להשתמש באמפיטמינים כדי לעכב את האורגזמה ואת השפיכה (Zaazaa et al., 2013).

קוקאין

רק 9% ממטופלי השירות לטיפול בהתמכרויות דיווחו שקוקאין הוא הסם העיקרי שלהם (שבי ועמיתיו, 2017). אך מניסיוני אני מעריכה שישנם עוד מטופלים רבים שהשתמשו בקוקאין כחלק מיחסי המין, גם אם אינם מגדירים אותו כסם העיקרי שלהם. קוקאין קושר הן להפרעות של חשק מוגבר והן להפרעות חשק ירוד. אצל גברים רבים המשתמשים בקוקאין יש קשר חזק בין עוררות מינית לשימוש בקוקאין, אם כי לעיתים קרובות עם ההתפתחות וההתגברות של ההתמכרות והשימוש, הם מתקשים לתפקד מינית בהשפעת קוקאין (Zaazaa et al., 2013). כך בדומה לסמים אחרים, צריכת קוקאין, ששימש בתחילה לשיפור התפקוד המיני של גברים, מתגלה בשימוש ממושך כמפחיתה את התשוקה, את התפקוד המיני ואת היכולת להשיג אורגזמה.

השימוש בקוקאין מלווה לעיתים קרובות בשימוש כבד באלכוהול ("כדי לרדת" – קרי, כדי לווסת או לבטל את ההשפעות האופוריות והממריצות מדי של הקוקאין על הגוף והנפש, או כדי להעצים את ההנאה שתיווצר משימוש נוסף). במחקר בארצות-הברית דיווחו 62% מהגברים המכורים לאלכוהול ולקוקאין על תשוקה מינית נמוכה, 52% דיווחו על תפקוד לקוי של זיקפה, ו-30% חוו שפיכה מעוכבת (Cocores, Miller, Pottash, & Gold, 1988).

הפרדוקסליות של השימוש בקוקאין מופיעה גם במחקרם של וות'רבי ועמיתיו (Weatherby et al., 2012): משתמשים בקראק (סוג מזוקק יותר של קוקאין הנפוץ בארצות-הברית) דיווחו על תשוקה נמוכה למין ויכולת מופחתת לקיים יחסי מין לאחר עישון קראק, לצד קישור הקראק לפעילות מינית מוגברת, מין עם פרטנרים מרובים ושימוש במין לקבלת כסף או סמים.

במחקר שבדק הבדלי מגדר בתפיסת הקשר בין מין לסמים, נמצאו ההבדלים הניכרים ביותר בין גברים לנשים בתפיסותיהם הסובייקטיביות את הקשר בין שימוש בקוקאין (ובמטא-אמפיטמיין) למין ומיניות. לדוגמה: 55.3% מהגברים המשתמשים בקוקאין לעומת 11.1% נשים הסכימו עם ההיגד שהדחף המיני שלהם מוגבר על ידי השימוש בסם זה; 44.7% מהגברים לעומת 11.1% מהנשים דיווחו על הנאה מינית מועצמת בהשפעת קוקאין; 57.9% מהגברים אמרו שיותר סביר שיתנסו במין מסוכן תחת השפעת סם זה לעומת 16.7% מהנשים (Rawson et al., 2002). מחקר

שנערך בקרב מאה נשים אפרו-אמריקאיות המשתמשות בקראק מצא שהן לא תפסו את הקראק כמעורר חשק מיני, ושהיו להן יותר הפרעות בתפקוד המיני מאשר לנשים המשתמשות באלכוהול (Henderson, Boyd, & Whitmarsh, 2009).

סמי chemsex

סמים אחרים שלא הוזכרו באיסוף הנתונים של השירות לטיפול בהתמכרויות הם סמים כגון מפדרון, קריסטל-מת', GHB, קטמין, ניטריט נדיף, MDMA (אקסטזי), ריטלין ואחרים (קראוס, 2016; McCall, Adams, & Willis, 2015). בסמים אלו נעשה שימוש הולך וגובר כסמים לשימוש מכוון במסגרת יחסי מין, בעיקר בקרב גברים המקיימים יחסי מין עם גברים. זו תופעה חדשה למדי והיא מכונה chemsex. במסגרת תופעה זו סמים אלו מאפשרים ומקלים את קיום יחסי המין הנמשכים לעיתים שעות או ימים עם פרטנרים מרובים (McCall et al., 2015). גם בישראל זוהתה תופעה זו (גלזר, 2017).

מפדרון וקריסטל-מת' הם ממריצים הגורמים לאופוריה ועוררות מינית. GHB (מכונה גם סם האונס או ג'י) משמש להסרת עכבות מיניות (הומופוביה מופנמת, ביטחון עצמי נמוך ועוד) ולא לחוש הכאב שגורמת החדירה. בנוסף הוא משמר את רמת העוררות ויוצר תחושת קירבה לשותף המיני (McCall et al., 2015). קטמין (גם הוא מכונה סם אונס או ספיישל קיי) מעורר ניתוק והזיות ומגביר עוררות מינית (קראוס, 2016). ניטריט נדיף, המוכר יותר בכינוי פופרס, מוגדר גם כסם פיצוציות, וגורם להרפיית שרירים, ובכללם שרירי פי הטבעת, ובכך מקל על החדירה האנאלית (משרד הבריאות, 2018) ולירידה בלחץ הדם הגורמת לתחושת אופוריה והעצמת האורגזמה (Levin, 2014). ה-MDMA הוא סם הזייתי ותיק יותר המעורר תחושת אופוריה ומכונה סם אהבה, וקושר להגברת העוררות המינית והסיפוק המיני (Rawson et al., 2002; Zemishlany, Aizenberg, & Weizman, 2001). במחקרם של זמישליני ועמיתיו (Zemishlany et al., 2001) היו המשתמשים חלוקים כאשר להשפעתו על הזיקפה: 40% מהם טענו להשפעה שלילית ו-40% להשפעה חיובית. MDMA תואר כמעכב את האורגזמה (אצל 80% מהגברים ו-40% מהנשים) אך גם מגביר את עוצמתה (85% מהגברים, 53% מהנשים).

התבוננות כוללת על הממצאים שהובאו בפרק זה מציגה תמונה רבת פנים, לעיתים פרדוקסלית, של השפעת השימוש בסמים על המיניות והתפקוד המיני – מחד גיסא השימוש משפר תפקוד מיני ומאידך גיסא משבש אותו. המורכבות יכולה להיות תוצר של ההבחנה שתוארה במחקרם של לב-אל ועמיתים (2013), שלפיה שימוש חד-פעמי או ראשוני שונה לעיתים קרובות בהשפעותיו על התפקוד המיני לעומת שימוש יום-יומי. בתחילת התהליך ההתמכרותי, חומרים פסיכו-אקטיביים

רבים משפרים את התפקוד המיני, במיוחד אצל אנשים שהיה להם רקע קודם של הפרעות בתפקוד המיני, אך השימוש הקבוע נוטה לדרדר את התפקודים המיניים (Palha & Esteves, 2008). לצד ההבדלים בהשפעת סגנון השימוש או משך השימוש, יש הבדלים גם בין החומרים ובין המשתמשים. לפיכך, חשוב בשדה הטיפול לראות בכל מטופל עולם שלם וייחודי ולהעמיק את ההבנה של אופן השפעת הסמים על תפקודו המיני של כל פרט ופרט.

הקשר בין סמים למין כפי שתופסים אותו מכורים בהינזרות

עד כה הראינו שבעיות מין ומיניות עלולות להוביל לתחילת השימוש בסם, שלסמים עצמם השפעה מורכבת על התפקוד המיני, ושהמשך השימוש בסם עלול לגרום להפרעות ובעיות בתחום המיני. אך יש להבחין בין אלו לבין תפיסת השימוש הסובייקטיבית של אדם בעל רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים, הנמצא כעת בתקופת הינזרות. תפיסה זו, שחלקה קשור למאפיינים הפרמקולוגיים של החומרים השונים, יוצרת לעיתים מוטיבציה לשימוש בסם הקשורה למין ולמיניות, מהווה גורם סיכון משמעותי למעידות ולנפילות, ומסכנת את בריאותו של האדם שמעד (לב-אל ועמיתים, 2013; Braun-Harvey, 2011).

הסיבות הקשורות למין ולמיניות שבגינן פונים לשימוש (כלומר, מועדים) אנשים בעלי רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצאים כעת בתקופת הינזרות יוצגו במודל המוצג בלוח 1. המודל הוא אינטגרציה בין ממצאי מחקר מ-2011 (לב-אל ועמיתים, 2013), ניסיוני המקצועי והנחותיו של בראון-הארווי (Braun-Harvey, 2009, 2011).

חשוב לציין כי הבעיות או הקשיים שאדם בעל רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים, הנמצא כעת בתקופת הינזרות, רוצה "לפתור" באמצעות שימוש בסמים — בחלק מהמקרים אינן בעיות ייחודיות לאוכלוסייה זו. קבוצה ניכרת של גברים 15%-63% מהגברים, (ראו לדוגמה: פרס, מנחם ושוורצמן, 2003; Arrington, Cofrancesco, & Wu, 2004; Gregoire, 1999) סובלת מקשיים בתפקוד המיני ומאי-שביעות רצון מיחסי מין. אך בעוד אנשים אחרים יישארו מתוסכלים או יפנו לדרכים אחרות כדי להתמודד עם הקושי — אנשים בעלי רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים רואים בסם דרך התמודדות המוכרת להם ולכן הם פונים אליה.

לוח 1: הפונקציות של השימוש בסם בהקשרים מיניים בקרב אנשים בעלי רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצאים בתקופת הינזרות

הפונקציה	דוגמאות ספציפיות
שיפור התפקוד המיני	הארכת משך הזיקפה או דחיית האורגזמה, הפחתת כאב, הגברת היכולת לחדור או להיחדר, הגברת עוצמת האורגזמה.
שינוי רמת העוררות או החשק המיני	דיכוי החשק המיני בהעדר שותף מיני, יצירת עוררות מינית בעקבות דרישה או ציפייה של שותף מיני.
הסרת עכבות בענייני מין ומיניות	הסרת עכבות בנוגע למימוש העדפה מינית, לקיום פעילויות "פטיש" ¹ מסוימות (כאב, הפרשות גוף ועוד), לקיום אקטים מיניים מסוימים (מין אנאלי, לא מוגן ועוד).
הדחקה או הרגעה של רגשות שליליים לאחר תסכול מיני או תפקוד מיני "לקוי"	הרגעת בושה שנגרמה משפיכה מהירה, עלבון מצד השותף המיני, או קיום יחסי מין הומוסקסואליים או עם אישה נשואה (כשאלו מתנגשים עם מערכת הערכים); הרגעת הבדידות לאחר שהשותף המיני הלך; הרגעת בהלה או כעס כשיחסי המין נחוו כרה-אקטיביזציה של טראומת עבר
שיפור דימוי גוף	שימוש בסם לצורך ירידה במשקל במקרים של השמנה בתקופת ההינזרות מחומרים פסיכו-אקטיביים ופגיעה בדימוי הגוף המובילה להימנעות או קושי במיניות.

היבט שני של הקשר בין מין, מיניות ושימוש הוא שדפוסים ודינמיקות המאפיינים את ההתמכרות לחומרים מקבילים לדפוסים ודינמיקות של מין ומיניות בחיי האדם בעל הרקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצא כעת בתקופת הינזרות. מניסיוני, אפשר לזהות ארבע דינמיקות מקבילות המוצגות להלן בלוח 2:

¹"פטיש" (fetish) הוא צורך או תלות בשימוש או צפייה באיבר גוף לא-מיני או בחפץ כלשהו כדי לחוש גירוי מיני או להגיע לפורקן.

לוח 2: דינמיקות מקבילות בין שימוש בסמים לסוגיות של מין ומיניות בקרב אנשים בעלי רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצאים בתקופת הינזרות

הדינמיקה	הסבר
הסתרה	הדינמיקה של הסתרת בעיות וקשיים בתחום המיני ושל הסתרת השימוש בחומרים דומה ונובעת ממסר חברתי שלפיו דיכור על התמכרות ועל קשיים מיניים הוא טאבו ואמור לעורר בושה ואשמה.
ציפייה לסיפוק או לשינוי מצב הרוח מגורם חיצוני	שימוש במין ובשותף המיני כאמצעי חיצוני לסיפוק רגשי או לשינוי מצב רוח, בדומה לשימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים כאמצעי חיצוני לשינוי ההרגשה או מצב הרוח המאפשר בריחה מרגשות שליליים אל תחושות שלווה, תשוקה, עונג או ריגוש. כפי שמצב הרוח "חוזר לסדרו" לאחר שפגה השפעת הסם, כך פגה השפעת יחסי המין על מצב הרוח זמן קצר לאחר הפעילות המינית. *בצריכה השכיחה של זנות על ידי אנשים בעלי רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים אפשר לראות הקבלה זו בתוספת שחזור האלמנט הכספי: כפי שהנאה, מיסוך רגשי או תחושת ביטחון "נקנו" בכסף בתקופת השימוש (באמצעות התשלום על הסם), כך אותם רגשות מושגים ו"נקנים" בכסף בתקופת ההינזרות, באמצעות התשלום על הזנות.
ציפייה לסיפוק מידי	הציפייה שיחסי מין אמורים לתת סיפוק מידי דומה לציפייה מהסם שיעורר הנאה, ריגוש, סיפוק או רגיעה מידיים ללא "השקעה" וסבלנות מצד האדם. ציפייה זו מתבטאת בדינמיקה של יחסי מין "מוכווני חדירה", תוך קיצור שלב העוררות והמישור, ללא השקעה וסבלנות לתהליך המעגל המיני.
נטילת סיכונים	קיום יחסי מין תוך נטילת סיכון דומה לשימוש בחומרים למרות הסכנות הטמונות בכך. לדוגמה: קיום יחסי מין ללא שימוש בקונדום, קיום יחסי מין עם שותף משתמש (תוך היחשפות לסם המהווה גורם סיכון למעידה), בגידה שעלולה להביא לפירוק הנישואין.

הרציונל להתערבות בתחום המין והמיניות עם אנשים הסובלים מהתמכרות לחומרים

ייתכן כי הקשרים המורכבים בין מין, מיניות ושימוש שהוצגו לעיל, והסיכון המוגבר לחזרה לשימוש הנגזר מקשרים אלו, הביאו לכך שההמלצה הטיפולית השכיחה בשדה הטיפול בהתמכרויות לחומרים, היא להימנע לחלוטין מקיום יחסי מין במשך תקופה ארוכה לאחר הגמילה הגופנית, תוך קישור יחסי המין למעידה וחזרה לשימוש (לב-אל, 2011; Braun-Harvey, 2009). המלצה זו נשענת על המסרים השכיחים בארגון AN (Narcotics Anonymous), שלפיהם אין לקיים "מעורבות רגשית" (הכינוי השכיח ב-NA ליחסים זוגיים או מיניים) בשנת ההינזרות הראשונה. למרות המלצות אלו, מחקרים מראים שבשנים הראשונות של ההינזרות ישנה דווקא עלייה בעוררות המינית ובפעילות המינית עצמה (Johnson et al., 2012). ארגון NIDA (National Institute on Drug Abuse, 2018) הציג ראיות להמשך התנהגויות מין מסכנות (כגון קיום יחסי מין ללא קונדום או ריבוי שותפים מיניים) בקרב אנשים בעלי רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים לאחר טיפול (Johnson, Hanson, Metzger, Brems, & Dewane, 2012).

אך בריאות מינית היא מושג הוליסטי המכיל בתוכו הרבה יותר ממניעה של זיהומים, מחלות או הריונות לא רצויים (Taylor & Davis, 2006). ארגון הבריאות העולמי (WHO) מגדיר בריאות מינית לא רק כהעדר מחלה או הפרעה בתפקוד, אלא גם כמצב של רווחה פיזית, רגשית, מנטלית וחברתית בהקשר של מיניות. לדידו, בריאות מינית דורשת גישה חיובית ומכבדת למיניות וליחסים מיניים, ואפשרות להתנסויות מיניות בטוחות ומענגות, נטולות כפייה, אפליה או אלימות (WHO, 2006). אחרים מדגישים כי בריאות מינית אינה מושג אובייקטיבי אלא סובייקטיבי, ושכל אדם יכול להגדיר לעצמו מהי בריאות מינית מספקת עבורו (Taylor & Davis, 2006). התבוננות רחבה זו מרמזת שבניגוד להתבוננות על העוררות והפעילות המינית של אדם בעל רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים, הנמצא בתקופת הינזרות ראשונית, כסממן לסיכון וכמקור לחשש, אפשר לראות בהן סממן להחלמה, בריאות, רווחה ותפקוד אישי טובים יותר (Johnson et al., 2012).

שביעות רצון ממיניות ומיחסי מין מגבירה את שביעות הרצון הכללית של האדם ממערכת היחסים הזוגית שלו ומחיו (Gregoire, 1999). לדוגמה, מעבר להשפעת ההפרעה בזיקפה על חיי המין של המטופל, היא פוגעת גם באיכות חייו וקשורה לדיכאון, חרדה ואובדן הערכה עצמית (Abolfotouh & Al Helali, 2001; Jonler et al., 1995). זאת ועוד, טיפול מוצלח בהפרעת הזיקפה משפר את הבריאות הנפשית ואת איכות החיים (Giuliano, Peña, Mishra, & Smith, 2001). חשוב לציין כי

טיפול מיני מוצלח יכול להסתיים גם בהשלמה עם הפגיעה בתפקוד המיני של העצמי או של בן-הזוג ומציאת דרכים חלופיות לביטוי המיניות (Kaplan, 2011). ארגון NA רואה בהתמכרות מחלה (רונאל, 2000), ו-DSM-V מגדיר אותה כהפרעה נפשית (American Psychiatric Association, 2013). מעניין להשוות בין ההמלצות להימנעות מוחלטת מיחסי מין שתוארו לעיל לבין סגנון ההנחיות המומלץ לחולים במחלות אחרות: לאחר טיפול רפואי, מעודדים בדרך כלל קיום יחסי מין (גם אם באופן הדרגתי) ונורמליזציה של הקשיים המיניים והקשיים הרגשיים הנלווים (ברונר, 2001), עידוד העולה בקנה אחד עם ההשקפה שהרצון לקיים יחסי מין הוא אוניברסלי (Strean, 1986).

מיניות היא אחד מממדי חייו החשובים של האדם וראוי שטיפול הוליסטי באדם מכור יעסוק גם בממד זה. ההחלמה אינה רק הכחדת השימוש בסם, אלא גם קשורה להפיכתו של האדם לשלם יותר. פיתוח בריאות מינית בהחלמה הוא חלק חיוני בהגשמת מטרה זו (Covington, 2009). מאמץ גדול מושקע בטיפול בגברים ובנשים הסובלים מהתמכרות לחומרים. אך המיניות שלהם, במיוחד כחלק מתהליך ההחלמה, נדחקת בדרך כלל לשוליים ואף הופכת לעיתים לבלתי נראית (Braun-Harvey, 2009). התייחסות טיפולית מוצלחת לתחום זה תהפוך את האדם המכור המתנזר משימוש וסובל לאדם בעל רקע של התמכרות לחומרים הנמצא בתהליך החלמה איכותי יותר ובכך תסייע לשימור ניקיונו.

מטרות ודרכי התערבות

לנוכח תפיסה זו החלו ניסיונות לשלב את נושא המין והמיניות באופן יזום או תגובתי במסגרת העבודה עם אנשים בעלי רקע של התמכרות לחומרים, ופותחה תוכנית התערבות הנותנת מענה פרטני וקבוצתי לסוגיות של מין, מיניות והחלמה מהתמכרות לחומרים. התוכנית היא פיתוח עצמאי שלי והיא נשענת על שלושה מקורות עיקריים: מודל PLISSIT מתחום הטיפול המיני (Annon, 1976); דרכי הטיפול בתחום המיניות שהציעה מאלץ (Maltz, 2001, 2002) לשורדי התעללות מינית; והמודל של בראון-הארווי (Braun-Harvey, 2009, 2011) ושל קקוצ'י (Checcucci, 2002) לטיפול קבוצתי לבריאות מינית באנשים בעלי רקע של התמכרות לחומרים. התוכנית מקדמת תהליך של החלמה מינית – תהליך מעצים המאפשר להתייחס לבעיות מיניות ולהתגבר עליהן באמצעות שינוי אקטיבי של עמדות והתנהגויות מיניות (Maltz, 2002) הקשורות לשימוש בחומרים או מסכנות את החלמה מההתמכרות לחומרים. להלן יתואר מודל PLISSIT והתאמתו לשדה ההתמכרות לחומרים, ויוצגו מטרות תוכנית ההתערבות.

מודל PLISSIT והתאמתו לשדה ההתמכרות לחומרים

כאמור, ההתערבות הטיפולית שפיתחתי בסוגיות של מין ומיניות משתמשת במודל PLISSIT שפיתח אנון (Annon, 1976), תוך התאמתו לאנשים הסובלים מהתמכרות לחומרים ולסוגיות הייחודיות להם. מודל PLISSIT נועד לסייע למטפלים לענות על צורכי מטופלים הנוגעים למין ולמיניות. ראשי התיבות מייצגים את ארבע הרמות של ההתערבות הטיפוליות: P — permission; LI — Limited Information; SS — Specific Suggestions; IT — Intensive Therapy. כלומר: הרשאה, מידע מצומצם, הצעות ספציפיות ומפורטות, ותרפיה אינטנסיבית. ארבע הרמות הללו מייצגות שלבי טיפול שונים, אך לעיתים קרובות יש חפיפה או תנועה אחורה וקדימה ביניהן במהלך הטיפול. בנוסף, ככל שמתקדמים ברמת ההתערבות נדרש המטפל ליותר ידע, ניסיון ומיומנות. בלוח 3 מוצג המודל המותאם ולאחריו יפורטו הרמות השונות תוך התאמתן לשדה ההתמכרות לחומרים.

הרשאה (P)

רמת ההרשאה (P) חשובה הן כבסיס לרמות הבאות, והן כרמת התערבות בפני עצמה. לעיתים, עצם הדיבור בפני הזולת על הבעיות מביא לפתרון חלקי ואף מלא של הבעיה. רמת התערבות זו אינה דורשת הכשרה רבה וניתנת ליישום בידי מטפלים בתחומים ובמסגרות שונות (Annon, 1976). המטפל באנשים עם התמכרות, בהיותו מאזין מכיל ולא שיפוטי, יכול באמצעות מתן ההרשאה לאפשר למטופל לדון בעניינים שעלולים להיות מביכים מדי לשיח פתוח. כמה מאפיינים של שדה ההתמכרות לחומרים והטיפול בה משפיעים ומעצימים את חשיבות ההרשאה כבסיס לטיפול: האיסור על קיום קשרים זוגיים בין מטופלים במסגרות השונות, הגבולות הברורים ולעיתים הסמכותניים במרחב הטיפולי, המורשת של ארגון NA ו-AA (Alcoholics Anonymous) לגבי מה שמכונה "מעורבות רגשית" וה"איסור" עליה בשנת ההינזרות הראשונה, החרדה מפני מחלות מין הנפוצות בשדה השימוש הפעיל ועוד.

מידע מצומצם (LI)

גם התערבות ברמת המידע המצומצם (LI) יכולה להתבצע בידי מטפלים רבים, אך בגלל הכמות העצומה של מידע זמין, על המטפל ללמוד ולהכיר את תחומי העניין הפוטנציאליים השונים של מטופליו (Annon, 1976). המידע הנמסר למטופל ברמת התערבות זו יכול לכלול הסבר על משך החדירה הממוצע עד לשפיכה, או הסבר על מעגל התגובה המינית והביטויים הפיזיולוגיים השונים האופייניים לכל שלב — כדי לסייע לאדם לתפוס את נטיותיו או את תפקודו המיני כנורמלי (כשזה אכן המצב) ולשנות מיתוסים ותפיסות שגויות שיש למכורים נקיים רבים אודות תפקוד מיני;

לוח 3: מודל (Annon, 1976) PLISSIT מותאם לשדה ההתמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים

רמת ההתערבות	הסבר
הרשאה P	מתן רשות למטופל ועידודו להרגיש בנוח עם נושא המין והמיניות והקשרו לשימוש בסמים, ולדבר על כך בטיפול. מתן רשות לקבל סיוע ולשנות את אורח החיים ואת הצימוד שנוצר בין מין, מיניות ושימוש.
מידע מצומצם LI	מתן מידע תמציתי ועובדתי הרלוונטי ישירות לנושא המיני המסוים הרלוונטי לאדם בעל רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצא בתקופת הינזרות. לצד מידע כללי אודות מין ומיניות, על המטפל להיות בעל ידע אודות השפעות הסמים השונים על התפקוד המיני, הפונקציות של השימוש בסם הקשורות במין ובמיניות, והדינמיקות המקבילות בין שימוש בחומרים לבין מין ומיניות אצל אנשים עם התמכרות לחומרים.
הצעות ספציפיות SS	מתן הצעות ספציפיות, יישומיות בדרך כלל, הקשורות למצב הייחודי לכל אדם בעל רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצא בתקופת הינזרות. בשדה הטיפול בהתמכרויות אפשר להגדיר שתי תת-רמות של התערבות בשלב זה: 1. הצעה לפנות לרופא או מטפל מומחה תוך מעקב על יישום ההצעה ופתרון הבעיה או הצעות הקשורות לבעיות בתחום המיניות הרחבה (שייכות, זוגיות, זהות, בושה ועוד) ולא בתחום התפקוד המיני. 2. הצעות ישירות והתנהגותיות בתחום התפקוד המיני עצמו (אוננות, זיקפה, כאב ועוד).
טיפול אינטנסיבי IT	טיפול המסייע לאדם בעל רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצא בתקופת הינזרות להתמודד עם הנושאים העמוקים והיסודיים יותר הטמונים בבסיס בעיותיו המיניות. בשדה הטיפול בהתמכרויות אפשר להגדיר שני תחומים עיקריים של התערבות בשלב זה: ● תחום רפואי-פיזיולוגי: בעיות של תפקוד מיני שמקורן פיזיולוגי בעיקרו או מקורן ישירות לתפקוד מיני ודורשות טיפול תרופתי או התנהגותי אצל מומחה. ● תחום נפשי-רגשי: הטיפול הפרטני הממושך ביחידות להתמכרויות מהווה טיפול נפשי אינטנסיבי ויכול לסייע לפתרון בעיות הקשורות במיניות שמקורן נפשי-רגשי. ברם, ישנן בעיות במיניות שידרשו הפניה לטיפול ממוקד במיניות על ידי מטפל מומחה.

הסבר תמציתי אודות הגורמים השונים לבעיות זיקפה ואופני הבדיקה והטיפול בהם – כדי להפחית אי ודאות וחרדה מפנייה לרופא מומחה ולתת תקווה שטיפול יכול לסייע בפתרון הבעיה; או הסבר על אופן ההשפעה של סמים שונים על התפקוד המיני – כדי להעלות למודעות ולהמשיג את חוויית השימוש של המטופל. כאשר מדובר במטופלים שחוו טראומה מינית, יש לתת תשומת לב מיוחדת למידע הנמסר להם מתוך הבנה שלעיתים הבעיות בתפקוד המיני (כגון העדר חשק, בעיות כאב או זיקפה) הן מנגנון המסייע ומגן עליהם מפני רגשות שליליים, פלאשבקים וזכרונות של האירועים הטראומטיים (Maltz, 2002). לכן המטפלים באוכלוסייה זו צריכים למסור מידע מצומצם המתמקד בהשפעות האפשריות של הטראומה על המיניות והתפקוד המיני, כדי להפחית בושה ואשמה ולהמשיג את התגובות כתגובות נורמליות לחוויות שעברו (Covington, 2008). רמת התערבות זו עשויה לפתור חלק נוסף של בעיות או קשיים שלא הצליחו להגיע אל פתרונם בעזרת האוון הקשבת ברמת ההרשאה, ודורשת מהמטפל למידה בסיסית של ידע ועובדות בלבד (Annon, 1976). המאמר הנוכחי מרכז את המידע הנחוץ הקשור באופן ייחודי לתפר שבין תחום המין והמיניות לתחום השימוש וההתמכרות לחומרים. מידע כללי נוסף בתחום המין והמיניות הדרוש כהכשרה בסיסית למטפלים באנשים בעלי רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצאים כעת בתקופת הינזרות צריך לכלול את מעגל התגובה המינית, הגדרות של תפקוד מיני תקין ובעייתי, דינמיקות של זוגיות ותשוקה, ומענים טיפוליים ציבוריים רלוונטיים. עם זאת, בעיות שלא נפתרו באמצעות שתי הרמות הראשונות, זקוקות להתערבות ברמות גבוהות יותר, הדורשות מומחיות רבה יותר, ולכן במקרים רבים יש להפנות את המטופל לאיש מקצוע אחר.

הצעות ספציפיות (SS)

מתן ההצעות הספציפיות (SS) ברמה השלישית יכול להתבצע רק לאחר בירור ההיסטוריה של הבעיה המינית ורק בידי איש מקצוע בעל ידע מהימן בתחום (Annon, 1976). לפיכך, בשדה הטיפול בהתמכרויות, ההצעות של המטפל ה"רגיל" הן מוגבלות, ויכולות לכלול למשל המלצה לפנות לאורולוג או לגניקולוג לבדיקת הסיבות לבעיות הזיקפה או הכאב, או הצעה לשוחח עם השותף המיני על החששות והשינוי לאור הגמילה מסמים. כשהמטפל מיומן יותר, ההצעות יכולות לכלול הצעה לשנות את דרכי האוננות (לדוגמה: הדרכה לשימוש בפנטזיות במקום פורנו) או את תהליך יחסי המין (לדוגמה: הדרכה להארכת שלב העוררות והמישור או המלצה להימנע זמנית מחדירה).

הצעות נוספות יכולות לכלול הזמנה לעצירת התנהגויות מיניות שליליות או למידה של מיומנויות התמודדות עם תגובות לא נעימות למגע, שיסייעו לחוות מגע ושיתוף במיניות בדרך בטוחה ומחזקת (Maltz, 2002). לדוגמה: למידת טכניקות

קשיבות (מיינדפולנס) המאפשרות למטופל להיות נוכח בעת המגע המיני ומספקות אפקט מקרקע המסייע בהפחתת פלאשבקים (Wohl & Kirschen, 2018). בנושא מימוש האפשרויות שהוצעו לעיל חשוב להקפיד הקפדה יתרה על מתן חופש בחירה למטופל שחוה טראומה מינית (Covington, 2008).

ההצעות עשויות להיות פשוטות או להצריך תרגול ואימון ממושכים, או כאמור לכלול הפניה לאיש מקצוע מומחה במין ומיניות. בכל מקרה, על המטפל לשדר תקווה שאפשר לפתור את הבעיות (אם אכן זה המצב).

בניגוד לשתי הרמות הקודמות, שלא דרשו מהמטופל צעדים אקטיביים לצורך יצירת שינוי, ברמה זו יש ניסיון ישיר לסייע למטופל לפעול לשינוי מצבו ולעיתים קרובות די בטיפול הממוקד ההתנהגותי הזה כדי להביא לפתרון בעיות רבות בתחום המיני (Annon, 1976).

טיפול אינטנסיבי (IT)

הרמה הרביעית והאחרונה היא **טיפול אינטנסיבי (IT)**, המתקיים אם שלושת השלבים הקודמים לא הביאו לפתרון הבעיה (Annon, 1976). במובן מסוים, הטיפול הפרטני הממושך ביחידות לטיפול בהתמכרויות הוא סוג של טיפול נפשי אינטנסיבי. מניסיוני אפשר לראות קשר בין ריפוי פגיעות התקשורת (attachment) המתרחש בתהליך הטיפולי לבין פתרון בעיות מיניות הנובעות מבעיות התקשורת, או בין חיזוק הביטחון העצמי הכללי המתרחש בטיפול לבין שיפור בעיות בתפקוד המיני הנובעות מדימוי עצמי נמוך.

אצל שורדי טראומה מינית רמת טיפול זו חשובה במיוחד, ולעיתים יש לגשת לרמות ההתערבות הקודמות (LI ו-SS) רק לאחר שנוצרת סביבה בטוחה במרחב חייהן של המטופלות ובמרחב של הקשר הטיפולי, סביבה שהיא תנאי לתחילת תהליך של החלמה מינית (Covington, 2008). הטיפול כולל השגת הבנה עמוקה יותר של מה שקרה וכיצד הטראומה משפיעה על מיניות, שינוי עמדות מיניות לכיוון של מיניות בריאה, ופיתוח תפיסה עצמית מינית חיובית. בנוסף לכך, מוקדש זמן לטיפול בבעיות מיוחדות שחווים לעתים קרובות נפגעי טראומה מינית, כגון פנטזיות מיניות לא רצויות, בלבול בהעדפה המינית, דחייה ממין או כפייתיות כלפי מין (Maltz, 2002), וגם טיפול בקשר שבין השימוש בסמים לטראומה המינית ובחינת האופנים שבהם צריכת הסם שימשה מנגנון הגנה מפני תסמיני הטראומה המינית.

מטרות טיפוליות בסוגיות של מין, מיניות והחלמה

מודל PLISSIT שהוצג לעיל נותן מסגרת של סגנונות התערבות, אך בבואנו להתחיל תהליך טיפולי בסוגיות של מין ומיניות בקרב אנשים בעלי רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצאים בתקופת הינזרות חשוב להתבונן לא רק על האופן אלא גם

על המטרות העומדות בפנינו, המהוות מצפן אשר מתווה את ההתערבות הטיפולית. בלוח 4 מוצגות מטרות טיפוליות להתערבות, ומתוכן יוכל איש המקצוע לבחור את המתאימות למטופל ולבעייתו, למטפל והכשרתו, ולסטינג (setting) הטיפולי. מלבד המטרה הראשונה והאחרונה, שהן בסיס להמשך ההתערבות ולכל מטרה בפני עצמה, אין סדר כרונולוגי למטרות.

לוח 4: מטרות טיפוליות בסוגיות של מין ומיניות עבור אנשים בעלי רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצאים בתקופת הינזרות

1	הגדלת ההרשאה (permission) להרגיש, לחשוב ולדבר עם עצמם, בטיפול ועם השותפים הזוגיים והמיניים שלהם, על רגשות, מחשבות והתנהגויות הקשורות במין ובמיניות, עם ובלי סמים. עידוד פיתוח מיומנות שאילת שאלות וביסוס תקשורת פתוחה בענייני מין ומיניות.
2	הפחתת תחושת חריגות, בושה ופחד הקשורים לקשיים מיניים בתחילת ההינזרות בפרט ובחיים הנקיים בכלל. אוניברסליזציה ונרמול של מצבים הנדמים לקשיים ולבעיות ולמעשה הם מצב נורמטיבי, בקרב אנשים בעלי רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצאים בתקופת הינזרות, או שורדי טראומה מינית, או בקרב כל הגברים והנשים.
3	זיהוי המקומות בחיי המטופלים שבהם סוגיות הקשורות במין הובילו לשימוש בסמים או הושפעו ממנו. פיתוח מודעות למקומות אלו כ"גורמי סיכון" לשימוש ולימוד כלים למניעת מעידה.
4	שבירת מיתוסים הקשורים במין ומיניות בנושאים פורנו, אוננות, העדפות מיניות, ציפיות מגדריות ועוד.
5	שינוי עמדות בקשר ליחסי מין: עידוד תפיסה הרואה את מגוון הפרקטיקות המיניות כיחסי מין (שינוי התפיסה הצרה שלפיה רק חדירה היא יחסי מין); בחינת הקשרים שבין מין לרגש וליחסים בין-אישיים.
6	הגברת המודעות לקשר האפשרי בין קשיים ובלבול בסוגיות של מין ומיניות, ובכללן סוגיות של זהות מגדרית והעדפה מינית, לבין תחילת השימוש וההתמכרות ולמעידות ולנפילות. חינוך לתפיסה רחבה שלזהות מגדרית, העדפה מינית ותפקידי מגדר.
7	הגברת המודעות לקשר האפשרי בין טראומה מינית לתחילת ההתמכרות ולחזרות לשימוש.
8	הקניית מידע אמין על מין ומיניות: מעגל התגובה המינית, תפקוד מיני "נורמלי", מחלות מין ומניעתן, השפעות חומרים פסיכו-אקטיביים או תרופות (במיוחד פסיכיאטריות) על התפקוד המיני.
9	הגברת התקווה והמוטיבציה לשינוי ומתן מידע על מרפאות ציבוריות לטיפול מיני.

תיאורי המקרה

ההתערבות הטיפולית בסוגיות של מין ומיניות יכולה להתקיים הן במרחב הפרטני והן במרחב הקבוצתי. בתחילה יובא תיאור של עבודה פרטנית עם מטופל ביחידה עירונית לטיפול בהתמכרויות. לאחר מכן יוצגו תיאורים של עבודה קבוצתית במרחב קבוצתי נשי בתוך היחידה העירונית ובמרחב קבוצתי גברי במסגרת סדנת 'מין, מיניות והחלמה' במרכז יום.

ההתערבויות הפרטניות והקבוצתיות יוצגו תוך המשגתן לפי מודל PLISSIT, ובעזרת המוטיבציות לשימוש והדינמיקות המקבילות שהוזכרו לעיל. בשל קוצר היריעה, ההתערבויות בפרק זה מתוארות בקיצור וברצף, אף שבמציאות הן היו מפוזרות על פני מפגשים טיפוליים רבים שכללו גם נושאים אחרים החשובים לתהליך ההחלמה והשיקום מהתמכרות לחומרים. מטעמים אתיים שונו השמות ופרטים מזהים אחרים.

התערבויות במרחב הפרטני

שמוליק, בן 56, גרוש כ-6 שנים. אב לבן ובת (בן 17 ובת 26). הרביעי מבין שישה ילדים. גדל בשכונת מצוקה, ומילדותו המוקדמת נחשף לעבריינות ולשימוש בסמים. בגיל צעיר החל לעבוד לפרנסת המשפחה. בגיל 16 החל להשתמש בסמים, בעיקר קוקאין ואלכוהול. למרות השימוש, ב-35 השנים האחרונות ניהל שמוליק עסק לממכר מזון וגלגל מיליוני שקלים. כמעט כל הכסף ירד לטימיון בשימוש בקוקאין ובאורח החיים הראוותני הנלווה לו: מכוניות יקריות, צריכת זנות, הימורים ובזבזנות כללית. לשמוליק כמה ניסיונות גמילה וטיפול בשנים האחרונות שלא עלו יפה, בהם לאחר כחודש-חודשיים היה חוזר לשימוש ונושר מהטיפול. מבחינה אישיותית שמוליק חייכן ובעל קסם אישי. בשיחות ובקבוצות ביחידה הטיפולית הוא מדבר, מבטא את עצמו ואת רגשותיו, משקף בהומור ובביטחון לחבריו לקבוצה. הולך יום-יום לפגישות NA ומחובר חברתית למכורים נקיים אחרים, אך ב-NA אינו מצליח לבטא את עצמו בחופשיות.

מבחינה חיצונית שמוליק חיוור ושמנמן. בתקופת השימוש האחרונה שלו, שלווה בשימוש מסיבי באלכוהול, שקל מעל 140 ק"ג. אף שהוריד ממשקלו יותר מ-50 ק"ג הוא מספר כי אינו שבע רצון מהמראה החיצוני שלו. מסתכל על עצמו במראה ולא אוהב את מה שהוא רואה, אין לו ביטחון לגבי מראהו ועדיין מרגיש שמן.

כבר באינטייקי, שכלל מתן הרשאה (P) לדבר על מין ומיניות, ושאלות מוכוונות כגון: "מתי לאחרונה קיימת יחסי מין? מתי לאחרונה קיימת יחסי מין שלא תחת השפעת סמים?" ועוד, עלה שמוזה שנים לא קיים יחסי מין שלא תחת השפעת

סמים, ושהחזרה האחרונה שלו לשימוש, כשנה לפני תחילת תהליך ההחלמה הנוכחי, החלה בקיום יחסי מין עם אישה מכורה.

לעיתים, כשאני חשה את המבוכה של המטופל לשאלות שהוזכרו לעיל, אני מוסיפה משפט כגון: "אני שואלת כי אנחנו יודעים היום שמין ומיניות הם חלק חשוב בחיים ובהחלמה, ושהרבה נפילות קשורות לקשרים המורכבים שיש לפעמים בין מין, מיניות וסמים".

שיחה מעמיקה יותר אודות עברו של שמוליק וניסיונותיו הכושלים החוזרים ונשנים להיגמל מסמים ולשמור על הינזרותו חשפה ניסיון כואב של נפילות שהחלו כמעט תמיד בקיום יחסי מין (עם נשים מכורות פעילות, או שנמצאות בתקופת הינזרות, או עם נשים ללא רקע התמכרותי). עצם השיח הפתוח הזה הוליד אצל שמוליק תובנה שענייני המין והמיניות מהווים גורם סיכון משמעותי למעידה ונפילה עברו. שמוליק סיפר כי בתקופת הטיפול הקודמת שלו ביחידה ניסה להתנזר ממין, כפי שממליץ ארגון NA, אך לא עמד בכך, ולאחר זמן קצר קיים יחסי מין ומעד אך הסתיר זאת, כי חשש מתגובת הצוות הטיפולי וחבריו ל-NA.

בטיפול ניסינו לברר את הסיבות לקיום יחסי המין על אף הסיכון הפוטנציאלי הטמון בהם, תוך הבעת עמדה הרואה במין דבר חיובי וחיוני, ובכמיהה למין התנהגות טבעית המצביעה על בריאות נפשית (P).

שמוליק שיתף בתחושות של עוררות מינית, שעמום ובודדות. בתחילה, חשבנו יחד על הצעות יישומיות (SS) שיענו על הצרכים הטבעיים הללו באופנים פחות מסכנים. למשל, באמצעות אוננות, ספורט, פעילויות פנאי אחרות ויזום מפגשים חברתיים עם חברים גם מחוץ לשעות הטיפול או מפגשי NA. (בניגוד לאנשים רבים אחרים בעלי רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצאים בתקופת הינזרות, שמוליק לא הביע עמדות השוללות את האוננות ואף דיווח על אוננות ללא שימוש בפורנו, ולפיכך לא היה צורך בהתערבות בעניין זה). בחודשים הבאים היו לשמוליק עוד שלוש מעידות, והוא דיווח עליהן ביוזמתו. שלושתן כללו מעורבות ביחסי מין אך הסתיימו לאחר שימוש חד-פעמי או יומי, והובאו כאמור לחדר הטיפול באופן כן ופתוח. הגבתי למעידות בעצב ודאגה לצד הערכת הכנות וראיית אירוע המעידה כהזדמנות לחקור ולהעמיק את ההבנה של הצימוד בין מין לשימוש בסמים אצל שמוליק. דיברתי על מסע לגילוי עצמי, שהוא חלק מתהליך ההחלמה, והעברתי מסר מורכב בדבר השאיפה לערוך מסע זה ללא הינזרות ממיניות אך תוך הינזרות מלאה מסמים, לצד אי-שיפוטיות כלפי הקושי של שמוליק לעשות כן.

במסגרת המסע הזמנתי את שמוליק לתהליך מעמיק של בירור הסיבות לשימוש בסמים בהקשר של פעילות מינית עם בת-זוג. שמוליק העלה חששות משפחה מהירה בקיום יחסי מין ללא השפעת הקוקאין. הוא סיפר כי באחת הפעמים שקיים יחסי מין עם אישה "גמר" מהר, חש בושה בלתי נסבלת (מבחינתו) ולאחר מכן פנה לשימוש. בפעם אחרת כבר השתמש בקוקאין בתחילת המפגש המיני וכך הצליח לקיים חדירה ממושכת. בירור העלה כי באוננות (ללא סמים) אינו חווה שפיכה מהירה, והסברתי לשמוליק (LI) שהדבר מצביע על כך שהבעיה של שפיכה מהירה, אם אכן קיימת אצלו, היא ככל הנראה רגשית ולא פיזיולוגית. הסבר פשוט והגינתי זה הרגיע את שמוליק מאוד. המשגנו את המעידות הללו כמונעות משילוב של שתיים מהמוטיבציות שתוארו לעיל: (1) שיפור התפקוד המיני; (4) הדחקה או הרגעה של רגשות שליליים לאחר תפקוד מיני "לקוי" או תסכול מיני. העמקנו בהבנת התסכול המיני שחש שמוליק ועיבדנו את רגשות הבושה שנלוו לשפיכה, ששמוליק תפס כמהירה.

בנוסף, לימדתי את שמוליק על מעגל התגובה המינית, ולאחר בחינת המיתוסים שהאמין בהם (לשאלתי "מה נראה לך משך החדירה הממוצע של גבר?" ענה: "אני מבין שזה לא הרבה, בערך 10-12 דקות"), סיפרתי לו שמשך החדירה הממוצע הוא דקות ספורות, ו-75% מהגברים מגיעים לאורגזמה תוך 3 דקות (LI). שמוליק היה המום ושאל שוב ושוב אם הנתונים הללו "אמיניים". צפינו יחד בסרטון *pornsex vs realsex* (Kbcreativelab, 2013) בטלפון הנייד שלו (כדי שיוכל לראות את הסרטון שוב כשירצה).

דיברנו על הצימוד שיש אצלו בין מין ושימוש, בעיקר עם נשים הנמצאות תחת השפעת סמים. הדפסתי והשמעתי לו את השיר "פאם פאטאל" (ריד, 1991) (שוב, בטלפון הנייד שלו), והעמקנו בשיח על הדיאלוג עם "המחלה" וכיצד להתמודד ו"לענות לה". דיברנו על כך שמוליק "פאם פאטאל" אין סיכוי. שאסור להתקרב ולהתפתות לה. שמוליק מאוד הזדהה והתחבר, וזיהינו "בשמות" את ה"פאם פאטאליות" בחייו. שמוליק שיתף בקושי שלו לנתק קשר או לא להיענות להצעות של אחת ה"פאם פאטאליות" בחייו, ואני הצעתי לו להיעזר בספונסר שלו ולשלוח לאותה אישה הודעה ובה יבקש שלא תפנה אליו יותר כדי שלא לסכן את ניקיונו. לאחר מעידה נוספת הצליח שמוליק לעשות זאת.

כחודשיים לאחר מכן סיפר על מפגש מיני נוסף, הפעם עם אישה ללא רקע התמכרותי. גם הפעם היה המפגש מכוון ליחסי מין (ללא מפגש מקדים הכולל שיחה או בילוי משותף). שמוליק שיתף שהפעם לא צרך קוקאין ולא אלוהול. לשאלתי סיפר כי לא נהנה מהמפגש המיני ודווקא חווה שפיכה מעוכבת. הוא הרגיש שבת-הזוג הייתה אגרסיבית והרגיש גועל. לשאלתי, סיפר שלאחר המפגש הפתיע את עצמו: שהפעם לא הייתה לו דודא (כמיהה עזה לשימוש בחומרים) והוא הלך למקלחת ושטף את עצמו, היטהר (באופן שהזכיר לי

נפגעות תקיפה מינית), אכל, דיבר אל עצמו והרגיע את עצמו. לשאלתי, אמר שגם אונן וכן הגיע לשפיכה. התרגשתי מאוד ושיתפתי אותו בכך תוך אמירה שזה נשמע שהתמודד מאוד יפה עם הדברים.

דיברנו על המשמעויות האפשריות של אי השפיכה באותו מקרה: "איתות" של אבר המין שלו לגבי מה נכון לו בחיים? סימון לשמוליק שאין לו בעיה של שפיכה מהירה ללא סמים כפי שחשש מאוד לפני מספר חודשים? שוב דיברנו על כך שזה מסע של החלמה, מסע הכולל גם שביל לגילוי המיניות, לגילוי הרצונות של שמוליק בזוגיות ובמין, ואיזה סוג של מין הוא מחפש. שמוליק התחבר. אמר ש"מבין שלא רוצה סטוצים, לא רוצה סתם זיונים. שמחפש קשר אבל מרגיש שלא מוכן לזה עדיין". אמרתי שבמסע אנחנו לפעמים מתנסים בדברים שאנחנו מבינים בעקבותיהם שזה לא מה שאנחנו רוצים, שזה חלק טבעי ממסע כזה, ואני לא חוששת מהתנסויות "לא מוצלחות" כאלה. אבל מהם הקווים האדומים שלו במסע? שמוליק לא ידע להגיד לי. אולי לא הבין את השאלה. אמרתי שהייתי רוצה שיענה שהקו האדום שלו זה לא לקיים יחסי מין עם משתמשות. שמוליק אמר בכנות שהיה רוצה להתחייב שלא יקיים עוד יחסי מין מְסֻפְּנים אבל אינו יכול להבטיח.

שמוליק סיים את הטיפול לאחר כשנתיים וחצי, במצב של הינזרות מוחלטת מחומרים פסיכו-אקטיביים במשך יותר משנה ורבע. בתקופת אמצע הטיפול אחד מהדברים שהיה נוהג לעשות ברגעי סיכון היה להקשיב לשרי פאם פאטאל'. הוא נעזר באוננות לפריקת המתח המיני ומדי כמה חודשים קיים יחסי מין מזדמנים, ללא שימוש, עם נשים שעמך יצא לביילוי חד-פעמי. בשנה האחרונה בטיפול עסקנו ברבדים העמוקים יותר של בניית יכולת לקשר בין-אישי הכולל אינטימיות, שיתוף והנאה, לצד רגעים סוערים ויכולת להתגבר ולהתפשר. עבודה זו נעשתה הן במסגרת יחסי ההעברה בחדר והן בשיח וניתוח של מערכות היחסים השונות בחייו של שמוליק. בחצי השנה האחרונה לטיפול יצר קשר זוגי. נכון לכתיבת שורות אלה הוא נמצא עדיין באותה זוגיות ועדיין שומר על ניקיון טוטלי.

התערבויות במרחב הקבוצתי

במרחב הקבוצתי מתאפשרת עבודה בגוון שונה. רגשות של בושה ותחושת חריגות נמצאות בגרעין של מרבית המוטיבציות לשימוש בסם בהקשר של מין ומיניות. בושה היא חוויה רגשית של שבר בקשר עם האחר. לכן, אף שטיפול קבוצתי עלול להיחווה כמאיים על אנשים שמרגישים בושה עמוקה, הקבוצה הטיפולית היא מרחב אידיאלי ובעל פוטנציאל גדול לריפוי וטיפול בסוגיות הכרוכות בבושה (הדר, 2008). בהנחה נכונה יכולה דווקא קבוצה, בעזרת הגורמים התרפויטיים (יאלום ולשץ, 2006), להוות זרז לתהליכים מרפאים. לדוגמה: האוניברסליות, השיקוף, המשוב

והלכידות הקבוצתית יסייעו בהפחתת בושה וחריגות; החיקוי והלמידה הבין-אישית יסייעו בלמידת התנהגויות מניעת מעידה שהיו אפקטיביות לאחרים; הפחת התקווה תסייע לחברים שחוו כישלונות חוזרים ונשנים להאמין כי אפשר לנתק את הקשר שבין מין, מיניות ושימוש בסמים.

קבוצת הנשים ביחידה פועלת מזה כשמונה שנים במודל של קבוצה מתמשכת (on-going) בעלת סטינג (setting) קבוע, המלווה את כל משך הטיפול של המטופלת ביחידה. בקבוצה נפגשות שמונה עד עשר נשים בעלות רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים, הנמצאות בתקופת הינזרות בשלבים שונים על רצף ההחלמה. הקבוצה מתנהלת כקבוצה לא מובנית ומשמשת גם רשת תמיכה חברתית. בשנים האחרונות, עקב הגדלת ההרשאה (P), עולים בקבוצה באופן ספונטני יותר ויותר תכנים הקשורים למין ולמיניות.

רבקה, בת 59, מתנזרת מחומרים פסיכו-אקטיביים יותר מ-14 שנה, חזרה לטיפול ביחידה עקב משבר אישי לפני כשלוש שנים. בשל ניקינה הממושך, לאחר כחצי שנה של טיפול פרטני, הוחלט על טיפול במסגרת קבוצתית בלבד. בעברה השתמשה בהרואין ובסמים אחרים כמעט 30 שנה, הייתה בזנות "אקסקלוסיבית" במשך כשנתיים ולאחר מכן סחרה בסמים. בקבוצה סיפרה רבקה על רצון עז להשתמש בסמים עקב סדרת מפגשים מיניים שהתרחשו בחודשים האחרונים ויצרו אכזבה ותסכול. לדבריה, מאז הגמילה לפני כ-14 שנה, נמנעה מקשרים עם גברים במשך שנים ארוכות. היא שיתפה את הקבוצה בכך שבארבע השנים האחרונות לא הצליחה להגיע לאורגזמה באוננות (אף שבעברה נהנתה מאוננות והצליחה להגיע לאורגזמה באמצעותה). בחודשים האחרונים החלה לצאת למועדונים כדי לפגוש גברים ולקיים איתם יחסי מין. הקשרים שיצרה היו ממוקדי מין, ואף שנהנתה מעצם האקט המיני ואפילו הצליחה להגיע לאורגזמה, היא נפגעה שוב ושוב לאחר שהגברים ניתקו איתה קשר, סחטו ממנה כספים או פגעו בה מילולית. בחלק מהפעמים אף מצאה את עצמה קונה בקבוק אלכוהול לגבר שעימו קיימה יחסי מין, לבקשתו. האירוע שזעזע אותה יותר מכול אירע כאשר בסוף שבוע הגיעו לביתה של רבקה חברתה ובן-הזוג של החברה, ורבקה מצאה את עצמה מקיימת יחסי מין עם בן-הזוג של החברה, וחשה גועל מעצמה ובושה. בכל האירועים הללו הצליחה רבקה באורח פלא לשמור על הינזרות מסמים ומאלכוהול, אך שיתפה בכנות שלאחר סוף השבוע האחרון התקשרה למכרה וביקשה מנת סם. ברגע האחרון, בדרכה לשם, טלפנה אליה במקרה חברה מהקבוצה להזמין אותה לקפה, והיא "ניצלה" משימוש.

חברות הקבוצה הזדהו עם הדחף המיני של רבקה ונתנו לו לגיטימציה. הן השתתפו בצער האובדן של האורגזמה לפני ארבע שנים. חלקן שיתפו בחוויה דומה. אחת מהן שיתפה בכך שמעולם לא חוותה אורגזמה. לינה (בת 45,

מכורה לאלכוהול) סיפרה כי כמה מהמעידות האחרונות שלה נגרמו מכך שלא הצליחה להגיע לסיפוק מיני ושנתה אלכוהול כדי לאפשר לעצמה להירגע ולהשתחרר ולהגיע לאורגזמה.

כך, באמצעות תהליכים של השוואה חברתית (Festinger, 1954; Wills, 1981) רבקה חשה נורמלית, ואף הבינה שמצבה "לא כל כך נורא", ולינה שיתפה לראשונה את הרקע למעידותיה האחרונות. אפשר לראות כי המדיום הקבוצתי זירז את שבירת מחסום הבושה ותחושת החריגות וסייע לשינוי דפוס ההסתרה שאפיין את מעידותיה של לינה.

כמנחה, נוסף לאפשרור התהליך וקידומו, סייעתי לזהות ולהמשיג את הרגשות והדחפים שבהם שיתפו החברות ואת המצבים השונים שהן תיארו כגורמי סיכון לשימוש. לימדתי את הקבוצה על מבנה איבר המין הנשי, על חשיבות הדגדגן, ועל השינויים הפיזיולוגיים שעובר הפות עם ההתבגרות וגיל המעבר (LI). בהמשך נתנו החברות זו לזו "טיפים" על דרכי אוננות שונים ועל הדרך להגיע למצב רגשי ונפשי שיאפשר הגעה לאורגזמה ללא שימוש בחומרים – באמצעות מוויקה, אווירה נכונה בחדר, כיבוי הטלפון וכדומה (SS).

במרכזי היום ובמסגרות פנימייתיות לטיפול באנשים בעלי רקע של התמכרות לחומרים מתאפשרת עבודה פסיכו-חינוכית ממוקדת בהחלמה מינית, בשל האפשרות לטפל בתחומים האחרים בקבוצות השונות. בניגוד לקבוצת הנשים שתוארה לעיל, שהיא קבוצה מתמשכת (on-going) ולכן נוצרת בה אינטימיות וקירבה בין החברות, במסגרות האחרות סדנה זו היא פסיכו-חינוכית, בת כעשרה מפגשים בני שעה וחצי, ובמהלכם עוברים המטופלים תהליך חינוכי וטיפולי ממוקד.

תחושות של אי-נוחות ואי-קבלה עצמית בנושא הזהות המינית או המגדרית, ובכללן הומופוביה מופנמת, עלולות להביא להתפתחות התמכרות או להוות גורם סיכון לחזרה לשימוש. המלמן (Hammelmann, 1993) מצא כי צעירים וצעירות משתמשים בסמים ובאלכוהול כדי להתמודד עם בעיות הקשורות להעדפתם המינית ההומוסקסואלית. מחקר איכותני בקרב גברים שקיימו יחסי מין עם גברים תוך שימוש בקריסטל מת' מצא שבושה לגבי ההעדפה, הזהות וההתנהגות ההומוסקסואלית של אותם גברים היא המפתח להבנת פנייתם לשימוש בסם (Wohlsifer, in Braun-Harvey, 2009). לעניות דעתי, שכיחות היתר של השימוש בקרב אוכלוסיות אלו נובעת מהפונקציה ה"מרפאה" של הסמים, ואפשר להסבירה באמצעות השערת הריפוי העצמי (self medication) של קאנטציאן (Khantzian, 2003), שלפיה ההתמכרות לחומרים משמשת אמצעי שדרכו מנסה האדם לווסת רגשות מעיקים. בראון-האררוי (Braun-Harvey, 2009), אשר עבד במרכז גמילה ש-75% ממטופליו היו מאוכלוסיית הלהט"ב, מדגיש את חשיבות העבודה הטיפולית בסוגיות אלו לניתוק הקשר בין

רגשות שליליים לגבי העדפות מיניות או זהויות מגדריות, לבין שימוש בסמים. באחד המפגשים בסדנה במרכז היום נלמדים מושגים מתחום ההעדפה המינית, וזהות המגדרית ותפקידי המגדר. מושגים אלו מוצגים על רצף שכולו נורמטיבי, ונערך דיון על המסרים החברתיים הנוגעים למושגים אלו והשפעתם על הפרט בילדותו ובגרותו, ועל הפנייה לשימוש ותחילת ההתמכרות. תכנים אלו מעוררים בדרך כלל אווירה סוערת בקבוצה, בשל דעות קדומות וסטריאוטיפים. כמנחה עליי לפסוע בזהירות בשביל צר כדי לאפשר שינוי בעמדות ולהפחית דעות קדומות ללא התנגדויות מצד חלק מהחברים וללא פגיעה בחברים אחרים. אחד המשתתפים בסדנה היה נקי מחומרים מזה כחצי שנה. בתחילת הסדנה, ובעיקר בשיחה אישית עם המטפלת הפרטנית שלו, ביטא תחושות קשות של חוסר קבלה עצמית וגועל מעצמו בגלל היותו – בעיני עצמו ובעיני סביבתו – "לא מספיק גבר", ובעקבות משיכתו ללבוש והתנהגויות "נשיות". במפגש הפרידה של הסדנה אמר:

אני שמח על הסקאלות של המין ומגדר וכו'. אני מבין על עצמי שאני יכול לקבל את זה. זה לא שחור ולבן, שזה סקאלות. רצף. רצף בחיים. שאני ממש נורמלי! הייתי רוצה להמשיך לטפל בתסכול המיני. זה משהו שאני מבין היום שהייתי 'משתמש עלי' [כלומר, בגללן].

דיון והמלצות למחקר עתידי

ההשפעה הניכרת של הקשיים, השאיפות, הציפיות וההתנסויות המיניות על היווצרות המעידה היא סיבה טובה לעיסוק בתחום המין והמיניות במסגרות הטיפוליות באנשים הסובלים מהתמכרות. בעיות בתחום המין והמיניות משפיעות מאוד על כל החיים, ולכן על מקצוע העבודה הסוציאלית לעסוק בתחום המיניות (Dunk, 2007). זאת במיוחד משום שאחת הסיבות שמטופלים עוזבים את מטפליהם היא אי התייחסות לסוגיית המין והמיניות (Strean, 1986).

למרות האמור לעיל, סוגיות של מין ומיניות אינן עולות באופן טבעי ופשוט בחדר הטיפולים מכיוון שהנושאים הללו נתפסים כטאבו, כפרטיים, או כסיבה לבושה (ברונר, 2001). גם העובדה כי פעמים רבות המטפלים הן נשים משפיעה על השיח – יש הטוענים כי היא מעכבת את העלאת הנושא (ברונר, 2001); ואילו אחרים (הדוגלים בגישה דינמית יותר) טוענים כי דווקא היות המטפלת אישה מאפשר את השיח ואולי מעורר אותו (גמליאל, 2007). גם המטפלים והמטפלות נרתעים לעיתים מיצירת שיח אודות המיניות ומעידודו בשל מבוכה או בושה, חששות מפני כניסה לתחום שאינם מכירים או העדר הכשרה הולמת לכך, חשש להיתפס כחטטן או כמציצן, פחד מפני יצירת אוירה אינטימית מדי (במיוחד עם מטופל בן המין השני),

אמונה שמין רלוונטי רק לאנשים צעירים ובריאים (ברונר, 2001), תפיסה שדיבור על מין ומיניות דורש אומץ ואפשרי רק לאחר ביסוס הקשר הטיפולי (ניר, 2007), ועוד מגוון גורמים (ראו לדוגמה רשימה ארוכה של סיבות אפשריות אצל ברונר, 2001; גמליאל, 2007; Dunk, 2007) המשקפים העדר הרשאה פנימית לעסוק בכך (Annon, 1976). בשל עניינים הקשורים ביחס של תרבות למין ומיניות ובהכשרה החסרה של אנשי המקצוע בסוגיות אלו נוטים מטפלים ומטופלים להתעלם מהן ולהימנע משיח פתוח עליהן, למרות חשיבותן לאיכות החיים בכלל ולשמירה על ההינזרות מחומרים בפרט. כדי לאפשר למטפלים בתחום ההתמכרויות לעסוק בנושא, חשוב לקיים את המלצותיה של דאנק (Dunk, 2007) ולשלב את נושא המיניות והמין בתוכנית ההכשרה והלימודים של עובדים סוציאליים בכלל ושל העוסקים בתחום ההתמכרויות לחומרים בפרט. למרות ההתמחות הנדרשת לטיפול בסוגיות המורכבות של מין ומיניות, חשוב לזכור את גישתו של אנון (Annon, 1976) שלפיה רבות מהבעיות יכולות להיפתר כבר ברמת ההרשאה בידי אנשי מקצוע, שגם אם אינם מומחים בתחום יש להם גישה פתוחה ונטולת שיפוטיות כלפי העיסוק בהן.

סוגיה נוספת שראוי לתת עליה את הדעת היא תופעת ה-chemsex שהוזכרה לעיל. כאמור, כך מכנים בדרך כלל תופעה הנפוצה דווקא בקרב אוכלוסיית המשתמשים לרעה, ולא בקרב אוכלוסיית האנשים שאובחנו כמכורים. מקקאל ועמיתים (McCall et al., 2015) מסבירים שמחסומים רבים מונעים ממשתמשי chemsex לגשת לטיפול, ובהם בושה וסטיגמה או חוסר ידע על מקומות טיפול אפשריים. הם מציינים שמרבית השירותים הציבוריים באנגליה מיועדים למכורים להרואין, קוקאין ואלכוהול, ולכן גם המשתמשים בסמי chemsex וגם אנשי המקצוע מאמינים שהפנייתם לשירותים הקיימים אינה הולמת. רשימת הסמים הנפוצים בקרב מטופלי השירות לטיפול בהתמכרויות בישראל מרמזת כי מלבד הקבוצה החלוצית שהקים רובינשטיין בחסות הוועד למלחמה באידס (גלזר, 2017), גם השירותים בישראל אינם ערוכים לטפל בתופעה זו.

בחירתי לעסוק בתחום זה נולדה מתוך הפער שבין השיח ביחידה לטיפול בהתמכרויות, שבה עבדתי בעת עריכת מחקרי הקודם (לב-אל ועמיתים, 2013; ובאופן רחב יותר – לב-אל, 2011) לבין הממצאים שעלו בראיונות האיכותניים. בהמשך דרכי המקצועית, עם הרחבת ההרשאה הפנימית שלי לראות את הדברים כמות שהם, גיליתי בכאב שיותר מדי אנשים בעלי רקע של התמכרות לחומרים הנמצאים בתקופת הינזרות, חוזרים לשימוש בגלל סוגיות של מין ומיניות. בשנים האחרונות, שבהן גם גדלה ההרשאה המילולית והלא-מילולית שלי מול המטופלים להעלות סוגיות של מין ומיניות והקשרן לשימוש בסמים ולמעידות, ושבהן גם רכשתי כלים ומיומנויות המאפשרים לי לתת למטופלי מענה לסוגיות אלו – נראה כי פחתו הנשירה והנפילה

עקב סוגיות אלו. בימים אלו אני שוקדת על תכנון מחקר הערכה שילווה את הפעלת התוכנית להחלמה מינית של אנשים בעלי רקע של התמכרות לחומרים הנמצאים בתקופת הינזרות, כדי לבחון את ההתרשמות הקלינית בכלים אמפיריים. מחקר הערכה ממושך שנערך במרכז הטיפולי הפנימייתי Stepping Stone בארצות-הברית, שבו הכניסו תוכנית קבוצתית לבריאות מינית לאנשים עם התמכרות לחומרים כחלק מתוכנית הטיפול הקבועה, מצא הפחתה של 50% בשיעורי הנשירה מטיפול בהשוואה לשיעורי הנשירה מטיפול שלוש שנים לפני יישום התוכנית (Braun-Harvey, 2009). נתונים אלו מחזקים את הצורך לקדם תוכניות אלו גם בישראל.

נקודות מפתח



- סוגיות של מין ומיניות מעסיקות את האדם בעל רקע של התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים הנמצא בתקופת הינזרות וקשורות קשר הדוק לסיכון למעידה ולחזרה לשימוש.
- על איש המקצוע בתחום ההתמכרויות להכיר את מושגי היסוד הקשורים למין ולמיניות ואת הקשר שבין מין, מיניות ושימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים.
- התייחסות טיפולית לסוגיות של מין ומיניות עשויה להקטין את הסיכון למעידה ולנשירה מטיפול ולשפר את שיעורי ההצלחה בטיפול.

מקורות

- אבן שושן, א. (עורך) (2000). המילון החדש. ירושלים: המילון החדש.
- איפרגן, ש. (2014, 29 במאי). הנרקומנים של הנייס גאי. נדלה מתוך מגזין mako: <https://www.mako.co.il/weekend-articles/Article-8d65d7b52b74641006.htm>
- ברונר, ג. (2001). נגיעה בבריאות המינית — דגם התערבות אינדוקטיבי. הרפואה, 140, 76-72.
- גורבטוב, ר. ואיגלשטיין, א. ש. (2008). טיפול בנפגעי סמים במחלקות לשירותים חברתיים במחוז תל-אביב והמרכז. מידעו"ס, 48, 11-15.

- גלזר, ה. (2017, 17 במאי). הסקס לא מתרומם בלי סמים? אולי יש לכם בעיה. הארץ, נדלה מתוך: <https://www.haaretz.co.il/magazine/premium-MAGAZINE/1.4104176>
- גמליאל, מ. (2007). העברה ארוטית, והעברה-נגדית ארוטית כשאלה מטפלת בגבר. שיחות, כ"ב, 1, 57-51.
- דיאלוסק, נ. ודקל, ר. (2015). סגנונות התקשרות ושביעות רצון ממיניות של מכורים נקיים ובנות זוגם, מידעו"ס, 76, 31-26.
- דרכי, ד. (2011). הפרעות מיניות. בתוך: צ. מרום, א. גלבוע-שכטמן, נ. מור וי. מאירס (עורכים). טיפול קוגניטיבי-התנהגותי במבוגרים – עקרונות טיפוליים (עמ' 235-256). תל-אביב: הוצאת דיונון.
- הדר, ב. (2008). השפעת הבושה על הנוכחות הגופנית של מטפלים ומטופלים במפגש הטיפולי הדיאדי והקבוצתי. שיחות, כ"ב, 220-232.
- וייס, ג. (2015). מעגל התגובה המינית: דגשים להבנה ולהתערבות בטיפול המיני והזוגי בקרב אנשים עם נכויות התפתחותיות. נדלה מתוך אתר פסיכולוגיה עברית: <https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3321>
- חרותי, ר. ואלוני, ר. (2007). שיקום מיני – הזכות לחירות מינית. נדלה מתוך אתר פסיכולוגיה עברית: <https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=1363>
- טיאנו, ש. (2010). הפרעות מיניות. בתוך: ח. מוניץ (עורך). פרקים נבחרים בפסיכיאטריה (עמ' 417-438). תל-אביב: הוצאת דיונון.
- יאלום, א. ולשץ, מ. (2006). טיפול קבוצתי: תיאוריה ומעשה. אור-יהודה: כנרת, מאגנס הוצאות לאור.
- לב-אל, נ. (2011). משמעות השימוש בסם במהלך תקופת ניקיון (מעידה) בקרב מכורים לסמים. עבודת מוסמך, אוניברסיטת תל-אביב, לא פורסמה.
- לב-אל, נ., ליכטנרטי, ר. וטייכמן, מ. (2013). משמעות המעידה בקרב מכורים לסמים. חברה ורווחה, ל"ג(3), 469-500.
- משרד הבריאות (2018). סמי פיצוציות וחומרים מסכנים. נדלה מתוך אתר משרד הבריאות: https://www.health.gov.il/Subjects/PharmAndCosmetics/pharm_crime/Pages/piz.aspx
- משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (2018). נפגעי התמכרויות – התמכרות לסמים. נדלה מתוך אתר משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים: http://www.molsa.gov.il/Populations/Distress/Addictions/Drugs/Pages/TM_02_05_01_Drugs.aspx
- ניר, מ. (2007). פסיכותרפיה מינית. שיחות, כ"ב, 1, 43-50.
- ניר, מ. (2016). 'עוד זה מדבר וזה בא' – מיניות אינטימית לאחר שכול. מארג: כתב עת ישראלי לפסיכואנליזה, ז', 131-146.
- פרויד, ז. (2002). מיניות ואהבה. תל-אביב: עם עובד.

- פרס, י., מנחם, ש. ושוורצמן, פ. (2003). הפרעות בתפקוד המיני — מהו תפקיד רופא המשפחה?. הרפואה, 142, 662-665.
- קראוס, ש. (2016, 8 בדצמבר). הכירו את הקטמין — סם המועדונים המוביל בעולם, וגם בישראל. הארץ. נדלה מתוך: <https://www.haaretz.co.il/gallery/lifestyle/EXT-premium-EXT-MAGAZINE-1.3144899>
- רונאל, נ. (2000). תפיסת ההתמכרות כמחלה — מטאפורה בשירות ההחלמה. חברה ורווחה, כ, 83-98.
- ריד, ל. (1991). פאם פאטאל [ביצוע: אורלי זילברשץ]. מתוך: הקברט של מירנדה [CD]. ישראל: NMC. תרגום: יובל בנאי.
- שבי, א., ארשיד, ר., בן-שמחון, מ. וגורן, ה. (2017). אנשים על רצף השימוש בסמים, אלוהול והימורים (חלק א'). בתוך: י. צבע (עורך). סקירת השירותים החברתיים 2016 (עמ' 279-297). ירושלים: משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.
- שייקספיר, ו. (1606). מקבת. תרגום: דורי פרנס. נדלה מתוך: <https://www.shakespeare.co.il/play.php?play=macbeth&text=0>
- תקנון העבודה הסוציאלית (2012). מדיניות הטיפול בנפגעי התמכרויות. סעיף 11.1.
- תקנון העבודה הסוציאלית (2013). הנחיות לטיפול בנפגעי התמכרויות בקהילה. סעיף 11.3.
- Abolfotouh, M., & Al Helali, N. (2001). Effect of erectile dysfunction on quality of life. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7, 510-518.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70, 832-864. doi: 10.1037/a0039906
- Annon, J. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2, 1-15. doi: 10.1080/01614576.1976.11074483
- Arackal, B., & Benegal, V. (2007). Prevalence of sexual dysfunction in male subjects with alcohol dependence. *Indian Journal of Psychiatry*, 49, 109-112. doi: 10.4103/0019-5545.33257
- Arrington, R., Cofrancesco, J., & Wu, A. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of Life Research*, 13, 1643-1658. doi: 10.1007/s11136-004-7625-z

- Aversa, A., Rossi, F., Francomano, D., Bruzziches, R., Bertone, C., Santemma, V., & Spera, G. (2008). Early endothelial dysfunction as a marker of vasculogenic erectile dysfunction in young habitual cannabis users. *International Journal of Impotence Research, 20*, 566-573. doi:10.1038/ijir.2008.43
- Balsam, R. (2009). Reviews of *Sexuality and shame: Sensuality and sexuality across the divide of shame* by J. Lichtenberg, and *Shame and sexuality: Psychoanalysis and visual culture*, C. Pajaczkowska & I. Ward (Eds.). *Journal of the American Psychoanalytic Association, 57*, 723-739. doi: 10.1177/0003065109337563
- Bang-Ping, J. (2009). Sexual dysfunction in men who abuse illicit drugs: A preliminary report. *The Journal of Sexual Medicine, 6*, 1072-1080. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00707.x
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy, 26*, 51-65. doi: 10.1080/009262300278641
- Braun-Harvey, D. (2009). *Sexual health in drug and alcohol treatment: Group facilitator's manual*. New York, NY: Springer.
- Braun-Harvey, D. (2011). *Sexual health in recovery: A professional counselor's manual*. New York, NY: Springer.
- Brezsnyak, M., & Whisman, M. (2010). Sexual desire and relationship functioning: The effects of marital satisfaction and power. *Journal of Sex & Marital Therapy, 30*, 199-217. doi: 10.1080/00926230490262393
- Call, V., Sprecher, S., & Schwartz, P. (1995). The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and Family, 57*, 639-652. doi: 10.2307/353919
- Checucci, G. (2002). Sexuality and drug addiction: A tailored intervention during a rehabilitation program in a therapeutic community. *Italian Journal of Drug Addiction and Alcohol, 24*, 1-5.
- Cheng, J., Ng, E., Chen, R., & Ko, J. (2007). Alcohol consumption and erectile dysfunction: Meta-analysis of population-based studies. *International Journal of Impotence Research, 19*, 343-352. doi: 10.1038/sj.ijir.3901556
- Chew, K., Bremner, A., Stuckey, B., Earle, C., & Jamrozik, K. (2009). Alcohol consumption and male erectile dysfunction: An unfounded reputation for risk? *Journal of Sexual Medicine, 6*, 1386-1394. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01115.x

- Cocores, J., Miller, N., Pottash, A., & Gold, M. (1988). Sexual dysfunction in abusers of cocaine and alcohol. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 14*, 169-173. doi: 10.3109/00952999809001544
- Covington, S. (2008). Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of Psychoactive Drugs, 40*, 377-385. doi: 10.1080/02791072.2008.10400665
- Covington, S. (2009). Foreword. In D. Braun-Harvey. *Sexual health in drug and alcohol treatment: Group facilitator's manual*. New York, NY: Springer.
- CSAT (Center for Substance Abuse Treatment) (2006). *National summit on recovery: conference report*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from https://www.samhsa.gov/sites/default/files/partnersforrecovery/docs/Summit_Rpt_1.pdf
- Del Río, F., Cabello, F., & Fernández, I. (2015). Influence of substance use on the erectile response in a sample of drug users. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 15*, 37-43. doi: 10.1016/j.ijchp.2014.10.002
- Dunk, P. (2007). Everyday sexuality and social work: Locating sexuality in professional practice and education. *Social Work and Society, 5*, 135-142.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations, 7*, 117-140. doi: 10.1177/001872675400700202
- Gavaler, J., Rizzo, A., Rossaro, L., Van Thiel, D., Brezza, E., & Deal, S. (1993). Sexuality of alcoholic women with menstrual cycle function: Effects of duration of alcohol abstinence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 17*, 778-781. doi: 0145-6008/93/1704-0778
- Giuliano, F., Peña, B., Mishra, A., & Smith, M. (2001). Efficacy results and quality-of-life measures in men receiving sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction. *Quality of Life Research, 10*, 359-369. doi: 10.1023/A:1012270220064
- Gregoire, A. (1999). ABC of sexual health: Male sexual problems. *British Medical Journal, 318*, 245-247. doi: 10.1136/bmj.318.7178.245
- Haas, A., Eliason, M., Mays, V., Mathy, R., Cochran, S., D'Augelli, A., Silverman, M., ..., & Russell, S. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality, 58*, 10-51. doi: 10.1080/00918369.2011.534038
- Halikas, J., Weller, R., & Morse, C. (2012). Effects of regular marijuana use on sexual performance. *Journal of Psychoactive Drugs, 14*, 59-70. doi: 10.1080/02791072.1982.10471911

- Hammelmann, T. (1993). Gay and lesbian youth: Contributing factors to serious attempts or considerations of suicide. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy*, 2, 77-89. doi: 10.1300/J236v02n01_06
- Henderson, D., Boyd, C., & Whitmarsh, J. (2009). Women and illicit drugs: Sexuality and crack cocaine. *Health Care for Women International*, 16, 113-124. doi: 10.1080/07399339509516163
- Hines, M. (2011). Prenatal endocrine influences on sexual orientation and on sexually differentiated childhood behavior. *Front Neuroendocrinology*, 32, 170-182. doi: 10.1080/07399339509516163
- Holstege, G., Georgiadis, J., Paans, A., Meiners, L., van der Graaf, F., & Reinders, A. (2003). Brain activation during human male ejaculation. *Journal of Neuroscience*, 23, 9185-9193. doi: 10.1523/JNEUROSCI.23-27-09185.2003
- Johnson, M., Hanson, B., Metzger, J., Brems, C., & Dewane, S. (2012). Changes in sexual activity following substance dependence treatment. *Journal of Substance Use*, 17, 340-347. doi: 10.3109/14659891.2011.587093
- Johnson, S., Phelps, D., & Cottler, L. (2004). The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 55-63. doi: 10.1023/B:ASEB.0000007462.97961.5a
- Jonler, M., Moon, T., Brannan, W., Stone, N., Heisey, D., & Bruskewitz, R. (1995). The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life. *British Journal of Urology*, 75, 651-655. doi: 10.1111/j.1464-410X.1995.tb07426.x
- Ka'ill, K. (1992). Effects of amphetamine on sexual behavior of male i.v. drug users in Stockholm: A pilot study. *AIDS Education and Prevention*, 4, 6-17.
- Kaplan, H. (1979). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3, 3-9. doi: 10.1080/00926237708405343
- Kaplan, H. (2011). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. New York, NY: Routledge.
- Kbcreativelab, (2013). Pornsex vs realsex. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=q64hTNEj6KQ>
- Khantzian, E. (2003). Understanding addictive vulnerability: An evolving psychodynamic perspective. *Neuro-Psychoanalysis*, 5, 5-21. doi: 10.1080/15294145.2003.10773403

- King, M., Semlyen, J., Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, *8*, 70-87. doi: 10.1186/1471-244X-8-70
- Kreuter, M., Sullivan, M., & Siösteen, A. (1996). Sexual adjustment and quality of relationships in spinal paraplegia: A controlled study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *77*, 541-548. doi: 10.1016/S0003-9993(96)90292-0
- Levin, R. (2014). The pharmacology of the human female orgasm: Its biological and physiological backgrounds. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, *121*, 62-70. doi: 10.1016/j.pbb.2014.02.010
- Levine, S. (1991). Psychological intimacy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *17*(4), 259-267. doi: 10.1080/00926239108404350
- Lichtenberg, J. (2011). *Sensuality and sexuality across the divide of shame*. New York, NY: The Analytic Press.
- Lobitz, W., & Lobitz, G. (1996). Resolving the sexual intimacy paradox: A developmental model for the treatment of sexual desire disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *22*(2), 71-84. doi: 10.1080/00926239608404911
- Maltz, W. (2001). *The sexual healing journey: A guide for survivors of sexual abuse*. New York, NY: Quill.
- Maltz, W. (2002). Treating the sexual intimacy concerns of sexual abusesurvivors. *Sexual and Relationship Therapy*, *17*, 321-327. doi: 10.1080/1468199021000017173
- Masters, W., & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston, MA: Little-Brown.
- McCabe, S., Bostwick, W., Hughes, T., West, B., & Boyd, C. (2010). The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, *100*, 1946-1952. doi: 10.2105/AJPH.2009.163147
- McCall, H., Adams, N., & Willis, J. (2015). What is chemsex and why does it matter?. *BMJ*, *351*, h5790. doi: 10.1136/bmj.h5790
- Newcomb, M., & Mustanski, B. (2010). Internalized homophobia and internalizing mental health problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 1019-1029. doi: 10.1016/j.cpr.2010.07.003

- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (3rd ed.)*. Retrieved from <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/675-principles-of-drug-addiction-treatment-a-research-based-guide-third-edition.pdf>
- O'Farrel, T., Kleinke, C., & Cutter, H. (1998). Sexual adjustment of male alcoholics: Changes from before to after receiving alcoholism counseling with and without marital therapy. *Addictive Behaviors, 23*, 419-425. doi: 10.1016/S0306-4603(97)00076-2
- Oxford Dictionary (2018). Sexuality. In *Oxford dictionary*. Retrieved from <https://en.oxforddictionaries.com/definition/sexuality>
- Palha, A., & Esteves, M. (2008). Drugs of abuse and sexual functioning. *Advances in Psychosomatic Medicine, 29*, 131-149. doi: 10.1159/000126628
- Peugh, J., & Belenko, S. (2011). Alcohol, drugs and sexual function: A review. *Journal of Psychoactive Drugs, 33*, 223-232. doi: 10.1080/02791072.2001.10400569
- Rawson, R., Washton, A., Domier, C., & Reiber, C. (2002). Drugs and sexual effects: Role of drug type and gender. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*, 103-108. doi: 10.1016/S0740-5472(01)00215-X
- Smith, D., Moser, C., Wesson, D., Apter, M., Buxton, M., Davison, J., Orgel, M., & Buffum, J. (1982). A clinical guide to the diagnosis and treatment of heroin-related sexual dysfunction. *Journal of Psychoactive Drugs, 14*, 91-99. doi: 10.1080/02791072.1982.10471916
- Sobczak, J. (2009). Alcohol use and sexual function in women: A literature review. *Journal of Addictions Nursing, 20*, 71-85. doi: 10.1080/10884600902850095
- Strean, H. (1986). Why therapists lose clients. *Journal of Independent Social Work, 1*, 7-17. doi: 10.1300/J283v01n01_02
- Taylor, M., & Davis, S. (2006). Using the Extended PLISSIT model to address sexual health care needs. *Nursing Standard, 21*(11), 35-40.
- Weatherby, N., Shultz, J., Chitwood, D., McCoy, V., McCoy, C., Ludwig, D., & Edlin, B. (2012). Crack cocaine use and sexual activity in Miami, Florida. *Journal of Psychoactive Drugs, 24*, 373-380. doi: 10.1080/02791072.1992.10471661
- WHO (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- WHO (2018). *What is gender dysphoria?*. Retrieved from <https://www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/what-is-gender-dysphoria>
- Wills, T. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, *90*, 245-271. doi: 10.1037/0033-2909.90.2.245
- Wohl, A., & Kirschen, G. (2018). Betrayal of the body: Group approaches to hypo-sexuality for adult female sufferers of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *27*, 154-160. doi: 10.1080/10538712.2018.1435597
- Yuodelis-Flores, C., & Ries, R. (2015). Addiction and suicide: A review. *The American Journal on Addictions*, *24*, 98-104. doi: 10.1111/ajad.12185
- Zaazaa, A., Bella, A., & Shamloul, R. (2013). Drug addiction and sexual dysfunction. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, *42*, 585-592. doi: 10.1016/j.ecl.2013.06.003
- Zemishlany, Z., Aizenberg, D., & Weizman, A. (2001). Subjective effects of MDMA ("ecstasy") on human sexual function. *European Psychiatry*, *16*, 127-130. doi: 10.1016/S0924-9338(01)00550-8

סצינת הסמים הפתוחה' הגדולה ביותר בישראל: מחקר אתנוגרפי בתחנה המרכזית הישנה בתל-אביב

חגיית בוני-נח ושרון טויס

רקע: מעט ידוע אודות 'סצינת הסמים הפתוחה' הגדולה בישראל השוכנת במתחם הרחובות סביב התחנה המרכזית הישנה בתל-אביב, ואודות האוכלוסייה קשת היישוג הפוקדת מתחם זה, הכוללת אנשים עם התמכרות המזריקים סמים, דרי רחוב, סוחרי סמים, אנשים העוסקים בזנות ועוד.

מטרת המחקר: לתאר ולהבין את עולמם ולהשמיע את קולם של האנשים קשי היישוג הפוקדים את המתחם, הסובלים ממגוון בעיות בריאותיות, פיזיות, נפשיות, רגשיות, חברתיות, חוקיות וכלכליות, והמציבים אתגר בנוגע לטיפול, לאיסוף מידע ולמחקר.

שיטת המחקר: המחקר נערך בשיטה איכותנית-אתנוגרפית וכלל קרוב ל-400 שעות של תצפית משתתפת בשעות הלילה והיום. בנוסף נערכו 62 ראיונות 'פורמליים למחצה' עם דמויות קבועות וארעיות במתחם.

ממצאים: התימות העיקריות בנושא ההתמכרויות: (1) "המקום הנמוך ביותר בישראל": מתחם גיאוגרפי סוטה ומובחן המאכלס באנשי שוליים ואנשים הנמצאים בקצה רצף ההתמכרות; (2) מדרג חברתי ויחסי כוח: נשים עם התמכרות לחומרים נמצאות בתחתית ההיררכיה החברתית במתחם; (3) פונקציונליות המתחם עבור אנשי השוליים ואנשים המזריקים סמים; (4) במתחם מתקיימת 'סצינה של התמכרויות מרובות' לחומרים ולהתנהגויות.

מסקנות: תהליך העילות (גיטרופיקציה) המתרחש בעת האחרונה במתחם פוסח ואף מפלה לרעה את האוכלוסייה קשת היישוג. ראוי כי מדינת ישראל תאמץ מדיניות מסודרת כלפי אוכלוסייה זו שתכלול מודל משולב של מועור נזקים רדיקלי, טיפול ואכיפה, כפי שנעשה בהצלחה בערים אחרות בעולם, תוך דגש ייחודי על נשים ואנשים המזריקים סמים, ועל טיפול משולב מולטי-התמכרותי לחומרים והתנהגויות.

מילות מפתח: אתנוגרפיה, התמכרויות, סמים, זנות, התחנה המרכזית הישנה בתל-אביב, מועור נזקים

מבוא

אנשים המזריקים סמים (PWID — People who inject drugs) נמצאים לרוב בתחתית ההיררכיה של אנשים עם התמכרות לסמים, ומוגדרים כ'אוכלוסייה קשה יישוג' (hard to reach populations) שאינה נגישה בדרך כלל לטיפול, ומציבה אתגר קשה באיסוף מידע ומחקר (Faugier & Sargeant, 1997; UNODC, 2014). אי-היישוג שלהם נובע ממגוון בעיות בריאותיות פיזיות, נפשיות, רגשיות, חברתיות, חוקיות וכלכליות. לחלקם מחלות מדבקות כגון איידס, צהבת ושחפת. לחלקם תחלואה כפולה, דיכאון, טראומה ופוסט-טראומה. רובם חווים סטיגמה ודחייה חברתית ומעורבים בהתנהגויות המוגדרות סוטות ועברייניות (Bender, Brown, Thompson, Ferguson, & Langenderfer, 2015; Bonny-Noach & Ronel, 2018; UNODC, 2016).

אנשים המזריקים סמים מתגודדים בדרך כלל במתחמים, ברחובות או בפארקים ליד תחנות רכבת מרכזיות בערים גדולות בעולם, שבהם אפשר להשיג סמים ולהזריק באין מפריע. במתחמים אלו מתקיימת 'סצינת סמים פתוחה' (open drug scene) — מונח המתאר נקודת מפגש של אנשים עם התמכרות לסמים וסוחרי סמים, המשתמשים וסוחרים בסמים בגלוי (Bless, Korf, & Freeman, 1995). 'סצינות סמים פתוחות' מוכרות כבר יותר משלושה עשורים בערים שונות באירופה, בצפון אמריקה ובאוסטרליה. 'סצינות פתוחות' אלו מושכות אליהן גם אנשים העוסקים בזנות ודרי רחוב; התושבים שעדיין מתגוררים באזורים אלו הם בדרך כלל ממעמד חברתי-כלכלי בינוני-נמוך, ורובם ותיקים וקשישים (Nafstad, 2011; Waal, Clausen, Gjersing, & Gossop, 2014).

חלק מ'סצינות הסמים הפתוחות' שהתנהלו בשנות ה-80 וה-90 בציריך, פרנקפורט, אמסטרדם וליסבון ועוד, נסגרו הודות לפעילות משולבת של יישום מודל 'מזעור נזקים' (harm reduction) רדיקלי, טיפול ואכיפה בחסות מדיניות מתאימה של רשויות וארגונים שונים (Nafstad, 2011; Waal et al., 2014). אסכולת 'מזעור הנזקים' נחשבת מנוגדת לאסכולת הגמילה המוחלטת, ומתייחסת להתמכרות כמחלה כרונית מתקדמת, ומטרתה העיקרית אינה לגמול אדם משימוש בסמים, אלא לצמצם את הנזק שגורמים הסמים למשתמש, למשפחתו ולחברה הרחבה (שם טוב, לויט, מהל, מרגוליס, לוי ולבנטל, 2008). תוכניות טיפול יישומיות על פי אסכולה זו מיועדות בעיקר לאנשים עם התמכרות לחומרים אופיאטיים, והן כוללות טיפול תרופתי ממושך כמו מתדון ובופרנורפין, חלוקת ציוד להזרקה בטוחה (כגון מזרקים חדשים ומחטים סטריליות); ותוכניות הנחשבות רדיקליות יותר, כמו חלוקת האנטגוניסט נלוקסון למכורים לשימוש במקרה חירום של הרעלת אופיאטים, חדרי

הזרקה מוסדרים (DCRs – drug consumption rooms) ותוכניות העוסקות במתן הרואין באופן מוסדר (HAT – heroin-assisted treatment programs), כמו שנעשה בקנדה, בשווייץ, בגרמניה ועוד (Farrell & Hall, 2015; Uchtenhagen, 2010). מודל מזעור הנזקים שנקט בחלק מהערים שהייתה בהן ‘סצינת סמים פתוחה’ הוביל למניעת הפצתן של מחלות מדבקות כתוצאה מהשימוש בסמים ומהעיסוק בזנות, למניעת מקרי מוות ממחלות ואלומות, למניעת עבריינות וסטייה גלויה שהתנהלה באין מפריע ברחובות, ולהצמקת הקשר עם השוהים במתחמים אלו עד כדי הסכמתם לטיפול (Nafstad, 2011; Waal et al., 2014).

‘סצינת הסמים הפתוחה’ הגדולה ביותר בישראל

בישראל יש בערך 15,000-25,000 אנשים עם התמכרות לסמים (הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול, 2018; Harel-Fisch, Hizi, Yogev, & Zadok, 2014). רוב האנשים המזריקים סמים מביניהם פוקדים את ‘סצינת הסמים הפתוחה’ הגדולה ביותר בישראל, הנמצאת ברחובות שסביב מתחם תחנת האוטובוסים המרכזית הישנה של תל-אביב. היא נחשבת חדשה יחסית לסצינות דומות בעולם, והחלה להיווצר רק באמצע שנות האלפיים (בוני-נח וטויס, 2014; מהל, לוי, לויט ושם טוב, 2008). תחנת האוטובוסים המרכזית הישנה של תל-אביב והרחובות הסמוכים לה היו במשך שנים רבות מתחם תחבורה פעיל ומרכז מסחרי שוקק וזול. התחזוקה הירודה, הצפיפות וההזנחה ומוקדי הזנות והפשעה באזור הובילו לסגירת המתחם ולפתיחת התחנה החדשה ברחוב לוינסקי הסמוך בשנת 1993. בשנת 2009 הועברו כל הרציפים האחרונים שעוד נותרו במתחם הישן אל התחנה החדשה (שחורי, 2012). במהלך השנים הידרדר אזור הרחובות סביב התחנה הישנה, והפך למה שכינו בתקשורת הישראלית “החצר האחורית של העיר תל-אביב” (קשתי, 2013). רחובות מתחם התחנה הישנה הפכו לאזור שבו מתגודדים אנשים עם התמכרות לסמים, סוחרי סמים, אנשים העוסקים בזנות ובמכירת סחורות גנובות, דרי רחוב, עובדים זרים, מהגרי עבודה ופליטים; והאזור הפך לאחת ה‘נקודות החמות’ (hot spots) של פשיעה (ראו לדוגמה: Eck & Weisburd, 1995; Weisburd & Braga, 2010) – אזור שבו מתרחשת הרבה מהפשעה בעיר תל-אביב. אפיון הפשיעה בנקודות חמות’ הוא יציב וקבוע לאורך זמן, ומחזק את ההיגיון שבבסיס אסטרטגיות מניעה מבוססות-מקום (Weisburd, Groff, & Yang, 2012).

בעקבות היווצרות ‘סצינת הסמים הפתוחה’ החלו גורמים ממלכתיים, ובראשם משרד הבריאות, הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול והמשרד לביטחון פנים ועיריית תל-אביב – יפו בשיתוף עם משרד הרווחה והשירותים החברתיים, ליישם באזור תוכניות של ‘מזעור הנזקים’ (Bonny-Noach, 2019; Bonny-Noach & Ronel, 2018), זאת אף על פי שמודל מזעור הנזקים נחשב בישראל עדיין

נושא המעורר מחלוקת (Lev-Ran, Nitzan, & Fennig, 2014). בשנת 2002 הקימה לשכת הבריאות המחוזית תל-אביב את 'מרפאת לוינסקי' בתחנה המרכזית החדשה בתל-אביב, כמרפאה קהילתית לאיתור ולטיפול במחלות מין (מור, גור, בואנו דה-מסקיטה ושוחט, 2010). תוכנית החלוץ בישראל לחלוקת מזרקים לאנשים המזריקים סמים, שהחלה בשנת 2003 בירושלים, הורחבה בשנת 2004 גם לתל-אביב. הרשות הלאומית למלחמה בסמים הקימה בשנת 2006 ברחוב גולומב מרכז 'צעד ראשון', שנועד לאתר אנשים עם התמכרות המעוניינים להיגמל, ולבצע יישוג לאוכלוסיית זו באזור (Ezra, 2018). שנה לאחר מכן, עם פתיחת תוכנית 'יזרה' (אשר במסגרתה מתבצעת חלוקת מזרקים נקיים וציוד נלווה להזרקה) ביוזמת משרד הבריאות, הרשות הלאומית למלחמה בסמים ואלכוהול והוועד למלחמה באידס, החלו במרכז 'צעד ראשון' לחלק גם ציוד הזרקה בטוח ועזרים נוספים (מזרקים, מחטים וקונדומים) לאנשים המזריקים סמים, ולאפשר להם גם להתקלח במקום ולאכול ארוחה קלה (מהל ועמיתים, 2008). בשנת 2008 פתחו משרד הרווחה ועיריית תל-אביב – יפו את דירת החירום 'סלעית' בקרבת התחנה החדשה (ברחוב לבנדה), שהיא בית חם ומקלט לנשים עם התמכרות העוסקות בזנות. בסוף שנת 2010 הוקמה תחנת משטרה קטנה בסמוך לגינת לוינסקי (בסוף שנת 2018 הועברה התחנה לרחוב סלומון). כמו כן יש באזור מקומות סיוע נוספים לאוכלוסייה קשת היישוג במתחם, חלקם שייכים לעמותות או לאנשים פרטיים – כמו מקלט 'הדלת לתקווה' (הוקם ב-2007 ונסגר אחרי כשש שנות פעילות ושימש בית בשעות היום לנשים העוסקות בזנות), מסעדה ומעון לדרי רחוב של 'עמותת לשובע', מרכז 'חוט אדום' ועוד.

חשיבותו של מחקר אתנוגרפי במתחמי 'סצינות סמים פתוחות'

מעט מחקרים שנערכו ב'סצינות הסמים הפתוחות' ברחבי העולם בשנים האחרונות נעשו בשיטה אתנוגרפית, וכיניהם האתנוגרפיות שנערכו בוונקובר (Boyd et al., 2018), בלוס-אנג'לס (Hunt-Howard, 2017) ובאחת הערים הבינוניות בגודלן בנורווגיה (Gronnestad & Lalander, 2015). רוב המחקרים בעשור האחרון התמקדו באוכלוסיית אנשים עם התמכרות המגיעים לקבלת טיפול במרכזים שבהם ניתנים שירותי מזעור נזקים במתחמי 'סצינות הסמים הפתוחות' (לדוגמה: Small, Rhodes, 2011; Wood, & Kerr, 2007; Small et al., 2011). אך ראיונות עומק פתוחים הנערכים לאנשים עם התמכרות במוסדות טיפול ומזעור נזקים אינם יכולים לתפוס את מקומה של תצפית אתנוגרפית בסביבה טבעית שאינה בשליטת החוקרים (Carlson, Singer, 2009; Stephens, & Sterk, 2009). חוקרים אתנוגרפיים משתדלים להציג תיאור מפורט של אורח חייהם של אנשים המשתמשים בסמים, איך הם רואים את השימוש

בסמים ואת ההתנהגויות הקשורות אליהם. מחקרים וחוקרים אתנוגרפיים יכולים לשמש מנגנון גילוי מוקדם והערכה של שינויים אפידמיולוגיים במגמות של שימוש בסמים, ולמלא תפקיד חיוני ביידוע מומחים לשינויים כאלה. הבנה כזו יכולה לסייע בגיבוש אסטרטגיות להנעת שינוי התנהגותי, כולל מניעת שימוש בסמים והפחתת סיכונים, וגיבוש מדיניות ציבורית הנוגעת לבריאות הציבור, לטיפול בסמים ולשירותים חברתיים (Carlson et al., 2009; Singer, 2005). בעולם התפתחו כמה מגמות מחקר אתנוגרפי בנושא הסמים, לדוגמה: המונוגרפיה שפרסם NIDA (National Institute on Drug Abuse) בארצות-הברית ניתחה נתונים אתנוגרפיים מ'אוכלוסיות נסחרות' (Lambert, 1990); קבוצת העבודה העוסקת באפידמיולוגיה הקהילתית של NIDA, המתמקדת בעיקר באינדיקטורים אפידמיולוגיים, החלה לכלול גם מחקרים אתנוגרפיים (Carlson et al., 2009).

מטרת מחקר הנוכחי הייתה לערוך בפעם הראשונה אתנוגרפיה ב'סצינת הסמים הפתוחה' הגדולה ביותר בישראל; ללמוד ולהבין את ההתרחשויות ואת מגוון הדמויות הפוקדות את מתחם התחנה המרכזית הישנה בתל-אביב; "להפוך את הזר למוכר" (Spindler, 1987); להיחשף למאפייני חיי היום-יום של האוכלוסייה קשת היישוב במתחם ולהכיר אותה; וכן להשמיע את קולם של האנשים השקופים, הנוכחים-נפקדים, שקולם כמעט לא נשמע בשיח הציבורי.

שיטת המחקר

המחקר הנוכחי נערך בשיטה אתנוגרפית, כהליך, ובחלקו גם כתוצר (ראו לדוגמה: שלסקי ואלפרט, 2007). ביקשנו לחתור לידע מקומי ולחקור את ההתנהגויות והאינטראקציות המתרחשות ב'סצינת הסמים הפתוחה', להבין את האוכלוסייה קשת היישוב ואת האנשים עם ההתמכרות במקומם הטבעי, ולפרש את ההתנהגויות והאינטראקציות במתחם במונחים שהאנשים השוכנים במקום משתמשים בהם (Denzin & Lincoln, 2000). המחקר הנוכחי נערך על 'אוכלוסייה רגישה' ובחן 'נושאים רגישים', חלקם לא חוקיים, שיש בעיסוק בהם איום על הנחקרים, אך גם על החוקרים (Lee & Renzetti, 1990). העיסוק בנושאים ובדמויות אלו הוא משמעותי בשל היותם מאתגרים את הסדר החברתי (יסעור-בורוכוביץ, 2011). כל שלבי המחקר הנוכחי אופיינו ברגישות ובסבלנות רבה, החל בכניסה לשדה המחקר, במשך כל השתייה בשדה, וכלה בגיבוש התימות והמסקנות. המחקר האתנוגרפי הוא מצע טוב לביצוע מחקר בנושאים רגישים אלו, ואפשר לנו לערוך הכרות בלתי אמצעית ולהתקרב ככל האפשר לאוכלוסיית המחקר, שנוטה לאי-אמון ולחשדנות.

האתנוגרפיה נערכה במשך כשלוש שנים – מסוף שנת 2010 ועד שנת 2013. הביקורים בשדה המחקר התחילו בביקורי גישוש ראשוניים בשעות היום והלילה. לאחר מכן, במשך כחודשיים רצופים, קוימו הביקורים בשדה המחקר פעמיים-שלוש בשבוע, בעיקר בסופי השבוע, וארכו שעתיים עד שש שעות. בהמשך קוימו הביקורים כפעם בשבוע בלילות, ולסירוגין גם בשעות היום. בחודשי המחקר האחרונים הלכו הביקורים והתמעטו.

בתום שנת 2013 החלטנו להפסיק לאסוף נתונים, ולהציב נקודת רוויה מלאכותית (saturation) (Bowen, 2008) למחקר. נקודת הרוויה היא השלב שבו החוקר כבר אסף מספיק מידע, ושדה המחקר כבר אינו מחדש, כך שכל יום שעובר דומה לקודמו. הפסקנו את המחקר בהבנה שכנראה המתחם לא נועד לספק לנו "נקודת רוויה טבעית". 'סצינת הסמים הפתוחה' בישראל התגלתה כשדה מחקר דינמי, אשר השתנה כל העת מבחינת הסביבה הפיזית, החומרים הפסיכו-אקטיביים, הדמויות והאינטראקציות במתחם. בנוסף, מאז שהמשרה הגדירה את האזור כ'נקודה חמה', החלו גורמי האכיפה ב'מניעה סביבתית של פשיעה', והדבר תרם להשתנות מהירה למדי של שדה המחקר. מניעה סביבתית זו כללה, לדוגמה, סילוק ספסלים שנותרו במתחם הרציפים, שעליהם היו נחים דרי רחוב; הצבת פנסי תאורה חזקים שהאירו את הפינות החשוכות, שאליהן היו מגיעות הנשים והטרנסג'נדריות העוסקות בזנות. כך, אף על פי שהמתחם המשיך להשתנות כל העת מול עינינו, ואף על פי שלא הגענו לנקודת הרוויה המתבקשת, החלטנו להציג את נקודת הרוויה במחקר באופן מלאכותי, ולהתחיל לעבוד, לפרש ולכתוב את הממצאים שנאספו עד אז באתנוגרפיה. למרות זאת, עד תום שנת 2016 המשכנו להגיע לעיתים למתחם, וגם בשנת 2017 עדיין פקדנו את המתחם מעת לעת, והמשכנו לבחון ולתעד את השינויים הרבים שהתחוללו בו.

כדי להגדיר את גבולות המחקר, גובשו תחילה שאלות מחקר כלליות, העוסקות בכלל האוכלוסייה ב'סצינת הסמים הפתוחה', כמו: מהם מאפייני האוכלוסייה ב'סצינת הסמים הפתוחה'? כיצד הם מפרשים ומבינים את המציאות שבה הם חיים? מדוע הם מגיעים ושוהים במתחם? מה משמעות המתחם עבורם? מהם יחסי הכוח במתחם? עם הזמן, לאחר שהגדרנו טיפולוגיות ראשוניות להבנת המרקם החברתי והאינטראקציות במתחם, התמקדנו בשאלות מחקר ספציפיות יותר, בקשר להתמכרויות ככלל, ולאנשים עם התמכרות המזריקים סמים בפרט, כגון: אלו התמכרויות קיימות במתחם התחנה? כיצד אנשים עם התמכרות מתמודדים עם חיי היום-יום במתחם? כיצד הם מפרשים את נושא ההתמכרות? אילו אינטראקציות מתקיימות בקרב אנשים עם התמכרויות? כיצד הם חווים ומתארים את גורמי האכיפה והטיפול סביבם?

כלי המחקר

לצורך המחקר ערכנו 'תצפית משתתפת' (participant observation) וניהלנו יומני שדה, ובהם תיעדנו את אשר קלטנו בשדה המחקר, בתצפיות, בחושים ובאינטואיציות. ניסינו לבצע 'השתקעות עמוקה' (deep hanging out) (Geertz, 1998) המכוונת לכלל החוויות שעברנו כחוקרים, ולהעניק 'תיאור גדוש' (thick description) (גירץ, 1990), ככל האפשר. ערכנו קרוב ל-400 שעות של תצפיות, ובמהלכן קיימנו מאות שיחות לא פורמליות עם דמויות ארעיות וקבועות במתחם, וזאת כדי להכיר את אוכלוסיית המתחם ולבחון את תפיסת עולמם.

ניהלנו גם יומני חוקרים רפלקטיביים (Patton, 2002), ובהם תיעדנו רישומים רפלקטיביים על התחושות, המחשבות, הרגשות וההתרשמויות שעלו בנו בקשר לנוכחותנו ולמעורבותנו בשדה המחקר. היה ברור לנו, שכחוקרים אנו מהווים כלי עיקרי, וחלק בלתי נפרד מתהליך המחקר ומתוצריו (שקדי, 2003).

בנוסף, ערכנו 62 ראיונות לא פורמליים (informal interviews), שכינינו פורמליים למחצה, עם דמויות קבועות וארעיות במתחם. ראיונות פורמליים למחצה אלו אופיינו בחוסר מבניות או במבניות חלקית, ובאי-שליטה של המראיין על מהלך הריאיון (Bernard, 1988). ראיונות לא פורמליים אלו היו כלי גמיש למדי, שאינו מצריך הכנות מרובות, והחוקרים מתאימים את עצמם לסטינג של הריאיון ולהשתלשלותו. ראיונות פורמליים למחצה אלו היו חיוניים במחקר הנוכחי, שנערך במתחם פתוח, ולא בדרך המאפיינת מערך ריאיון מחקרי קלסי. השיחות והראיונות התקיימו על בסיס אמון שנרקם בשדה המחקר ללא תמורה.

שדה המחקר

שדה המחקר כלל את מתחם התחנה המרכזית הישנה בתל-אביב ואת הרחובות הקטנים סביב המתחם, כמו: רחוב סלומון, פין, ארלינגר, הנגב, הגליל, השרון, שדרות הר ציון, לוינסקי וגן לוינסקי, נווה שאנן, יסוד המעלה והגדוד העברי.

רחוב סלומון – הגובל בצפון עם רחוב הרכבת, ולמעשה ממשיך את שדרות הר ציון מדרום – היה הציר הראשי העיקרי שבו שהינו במהלך התצפיות. ברחוב זה, שהוא קצר למדי, נמצא המתחם הנטוש של רציפי האוטובוסים של התחנה הישנה, ובו שכנו סוחרי סמים ותחנות סמים מאולתרות החצובות בתוך חומת הרציפים הרחבה. בהמשך רחוב סלומון, מצפון למתחם הרציפים, היו ארבע חנויות מין ופורנוגרפיה, פיצוציות (קיוסקים), חנות נוחות הפתוחה 24 שעות ביממה, ובסוף הרחוב, בפינת רחוב הרכבת מימין, נמצא מרכז 'צור-אביב' המשמש מרכז אמבולטורי וטיפול במתדון ובפרנורפין למכורים לחומרים אופיאטיים, המגיעים למרכז בשעות היום גם מערים קרובות אחרות. בקרנות הרחובות המתפצלים מרחוב

סלומון, כמו פיין וארלנג'ר, ניצבו סוחרי הסמים הזוטרים, רובם אנשים עם התמכרות לסמים, אשר היו כפופים בדרך כלל לסוחר וספק הסמים "האמיתי", וקרנות הרחוב שימשו להם מקום אסטרטגי לבריחה אם המשטרה או אנשים מאיימים אחרים היו מגיעים. הנשים העוסקות בזנות הסתובבו בשעות הלילה לאורך כל רחוב סלומון, חלקן צמודות לחנויות המין והפורנוגרפיה, או עומדות בפתח החדרים הקטנים שלאורך הרחוב ממול מתחם הרציפים. בשעות היום היו חלק מהנשים מנסות למצוא מקום לישון ברחובות המתחם או בקרבתו, וחלקן המשיכו לעסוק בזנות ובצריכת סמים ברחבי המתחם. הטרנסג'נדריות והגברים הצעירים העוסקים בזנות הגיעו למתחם בעיקר בלילות, והם התרכזו לאורך שדרות הר ציון וברחוב הגליל, וחלקם בקרבת חנויות המין והפורנוגרפיה.



מתחם הרחובות סביב התחנה המרכזית הישנה — תיחום שדה המחקר (צילום מתוך: Google.co.il/maps).

אוכלוסיית המחקר

במהלך המחקר פגשנו יותר מ-800 אנשים מזדמנים וקבועים במתחם התחנה. עם רבים מהם שוחחנו שיחות לא פורמליות במהלך התצפיות. ראיונות פורמליים למחצה התקיימו רק עם 57 מהם, ועם עוד חמישה אנשי מקצוע ומתנדבים העובדים בסביבת המתחם. הגיל הממוצע של המרואיינים היה 35 (19-52). בסך הכול רואיינו ראיונות פורמליים למחצה 23 אנשים שעסקו בזנות (10 נשים, 5 גברים צעירים ו-8 טרנסג'נדריות), 11 דרי רחוב (9 גברים ו-2 נשים), 9 אנשים שהגדרנו כ"משוטטים" (6 גברים ו-3 נשים), 8 "סמי-נורמטיביים" העובדים במתחם (6 גברים ו-2 נשים), 4 "אורחים נורמטיביים" (3 נשים וגבר אחד), סוחר סמים אחד, פליט או מהגר עבודה אחד, סרטור אחד, ו-5 אנשי מקצוע ומתנדבים במתחם.

לכל הנשים העוסקות בזנות שרואיינו הייתה התמכרות לסמים (הן השתמשו בעיקר בסמים מסוג הרואין, קריסטל וחגיגת), רובן דרות רחוב. הן נראו מוזנחות מבחינה חיצונית והסתובבו במתחם בשעות הלילה והיום. גם הטרנסג'נדריות שעסקו בזנות השתמשו בחומרים פסיכו-אקטיביים, אולם בעיקר בחומרים ממריצים ואלכוהול, כמו הגברים הצעירים שעסקו בזנות. הטרנסג'נדריות היו מטופחות מבחינה חיצונית, רובן התגוררו בבתים שכורים בקרבת מתחם התחנה והיו מגיעות למתחם בעיקר בשעות הלילה.

לכל דרי הרחוב שרואיינו הייתה התמכרות לסמים. העיסוק העיקרי של דרי הרחוב במתחם התחנה הוא לנבור באשפה כדי למצוא חפצי ערך, אוכל ובגדים. חלקם אספו חומרי מחזור, כמו אלומיניום וברזל, ועבורם היו מקבלים תשלום סמלי. חלקם עסקו בגניבות או במכירת חפצים גנובים, כמו טלפונים ניידים ואופניים. חלקם התגוררו במתחם וחלקם במבנים נטושים בקרבת מקום.

הקבוצה שכינינו "המשוטטים" היו אנשים ששוטטו והסתובבו במשך שעות בתחנה, לרוב בשעות הלילה. חלקם התגוררו בהוסטלים, או שהו במרכזי יום. חלקם היו מטופלים במרפאות אחזקתיות שבהן קיבלו מתדון ובופרנורפין. עבורם היה המתחם כעין "סלון חברתי" – מקום שבו נפגשו עם אנשים הדומים להם, מקום שבו ציינו שהם מחפשים "אקשן" ו"כיף", כמו מין וסמים.

המרואיינים שכינינו "סמי-נורמטיביים" עבדו במתחם התחנה בעיקר בלילות. אף על פי שרובם עסקו בעיסוק נורמטיבי, הם שהו בלילות במתחם. את המקום הגדרנו "מתחם סוטה", ולכן דימוי המקום דבק גם בהם. "לכל אחד שעובד כאן יש סיפור" – אמר לנו אחד מהם. חלקם שיתפו אותנו במסלולי חייהם המורכבים והקשים. בין האנשים שהוגדרו "סמי-נורמטיביים" – צעירות שעבדו בלילות בחנות הנוחות ופגשו את האנשים עם ההתמכרות ואת העוסקים בזנות, ודיברו בסלנג של

האנשים קשיי היישוג במתחם; עובדים ב'פיצוציות' הפתוחות בשעות הערב והלילה; נהגי מונית שעבדו בלילה "בהמראות" – הסעה של מכורים לעיר לוד לקנייה מרוכזת של סמים זולים (מנהג שנפסק בשנים האחרונות, כיוון שסמים זולים הגיעו למתחם); מנהל מקלט סיוע לנשים עם התמכרות העוסקות בזנות; מנהל חנות מין; מחלק עלונים של מכוני ליווי ועוד.

וראינו גם אנשים שכינינו "אורחים נורמטיביים". חלקם הגיעו למתחם בזמן 'מחאת האוהלים' ב-2011, ודרו באוהל שהוקם בגינת לוינסקי. חלק מהפוקדים את אוהל המחאה היו דרי רחוב מהאזור. האוהלים היוו עבורם סוג של בית זמני, ובו מצאו אוכל וחברותא.

הליך המחקר

הכניסה לשדה המחקר הייתה מלווה בחששות ובהתרגשות רבה מבחינתנו. אחד האתגרים היה להתקבל וליצור אמון בלב אוכלוסיית המחקר. האתגר הראשון היה ללמוד כיצד ליצור קשר ראשוני וכיצד לפנות אל אוכלוסיית המחקר ולדבר עימה. החשש היה, שהאנשים שנמצאים במתחם יסרכו לחשוף את עולמם, ויהיה קשה לקבל את הסכמתם להתראיין. יצירת יחסי אמון עם אוכלוסיית המחקר הייתה כלי מחקרי חיוני עבורנו. בסופו של דבר, אל רוב האנשים שהסכימו להתראיין הגענו בשיטת "כדור השלג" (snowball sampling) (Lambert, 1990), שהחל בכמה אנשים אשר הצלחנו לרכוש את אמונם.

אחת הדילמות האתיות שנדונה בתחילת המחקר הייתה כיצד אנו אמורים להגיב כשנצפה בהתנהגויות שאינן חוקיות. החלטנו לנקוט גישה לא-שיפוטית לגבי אירועים והתרחשויות, ולנסות להיות 'זכוב על הקיר'. במהלך התצפיות והראיונות נמנענו משיפוט ערכי של אוכלוסיית המחקר והתנהגותם, ומהבעת זעזוע, תדהמה וסלידה מדבריהם וממעשיהם (Spradley, 1979).

בימים הראשונים של המחקר נתקלנו בחשדנות, ולעיתים אף בעוינות קלה. לפיכך השיחות והראיונות הראשונים שערכנו היו עם אנשים קבועים ולא מאיימים, שכינינו "סמי-נורמטיביים". אחד מהם, עובד באחת מחנויות המין, הפך לימודיע מפתח (gatekeeper) וסייע לנו להכיר את המתחם ואת הדמויות בו. פריצת הדרך המשמעותית מבחינתנו הגיעה ביום התשיעי של התצפיות בלילה: שוטרים ערכו חיפוש על החוקר הגבר ששהה בשדה המחקר לבדו. בעקבות זאת, אחד מסוחרי הסמים, שנחשב דמות מאיימת במתחם, ניגש לשוחח עם החוקר. לאחר תקרית זו התפוגג הפחד הראשוני שלנו מאנשי המקום, והתחלנו לשוחח עם אנשים נוספים: העוסקים בזנות במתחם (נשים, גברים צעירים וטרנסג'נדריות), דרי רחוב ועוד.

כל שיחה או ריאיון החלו בהצגת עצמנו כאנשי אקדמיה העורכים מחקר באזור התחנה המרכזית. הובהר למרואיינים כי הריאיון הוא אנונימי. דברי רוב המרואיינים סוכמו בעת הריאיון עצמו, ובחלק קטן יותר של הראיונות סוכמו דברי המרואיין לאחר הריאיון בפניה שקטה במתחם. כינינו ראיונות אלו 'פורמליים למחצה', בשל אופן עריכת הריאיון: בשדה המחקר הפתוח, בישיבה על ספסלים, על שפת המדרכה או על מדרגות בקרבת הרחוב. לעיתים הופסקו הראיונות בעיצומם בשל הצורך של המרואיינים להתפנות לעיסוקם במתחם, והחוקרים חזרו לריאיון אותם לאחר מכן. לעיתים נמשך הריאיון באופן ספונטני לאורך כמה ימים. אחרי הריאיון רשמנו את התרשמותנו ביומן השדה, והתייחסנו לתובנות ולנקודות מפתח שעלו במהלך הריאיון, עם התבוננות רפלקסיבית על רגשותינו, אמונותינו ומה שחוונו כחוקרים במהלך המפגש. הראיונות נמשכו חצי שעה עד שעה וחצי.

בתחילה הגענו למתחם, שני החוקרים יחד, גבר ואישה, בשעות הלילה. לאחר שלב הגיגוש הראשוני התפצלנו: החוקר הגבר המשיך את התצפיות במתחם בשעות הלילה, והחוקרת האישה הגיעה למתחם בשלב מאוחר יותר בשעות היום. התפצלות זאת נעשתה, בין היתר, כדי למזער חסמי תקשורת פוטנציאליים בין החוקרים לבין המרואיינים (Spradley, 1979). כלומר, בשעות הלילה הייתה נוכחות האישה החוקרת חסם תקשורת פוטנציאלי, כיוון שהגעת גבר למתחם בלילה נתפסת כ"מובנת מאליה", כמו "לקוחות" (זנאים) גברים הפוקדים את המתחם בלילה; ואילו אישה שאינה עוסקת בזנות היא חריגה בשטח. עמדת החוקרים כ-*outsider* או *insider* ביחס לקהילה הנחקרת אינה קבועה, והחוקרים עשויים להימצא בשתי העמדות הללו בו-זמנית (Naples, 1996). בלילה אופיין המתחם כמתחם גברי. החוקרת האישה הרגישה לעיתים זרה בשדה המחקר בלילות מול הסצינה הדומיננטית של הזנות. כששהתה לבדה במתחם (לדוגמה בהמתנה לחוקר הגבר), היו מכוניות עוצרות, כיוון שחשבו שהיא עוסקת בזנות. גם בשעות היום, בעוד החוקרת האישה עומדת ליד חנויות הפורנוגרפיה במתחם או בתוכן, ניגשו גברים ופנו אליה כי חשבו שהיא עוסקת בזנות. החוקר הגבר הרגיש בשעות הלילה *insider*, כיוון שלגביו לא הייתה תהייה מה הוא עושה במתחם, ואף ניגשו אליו בהצעות לקיום יחסי מין. לכן החוקר הגבר התמקד בחיי הלילה במתחם התחנה, בעיקר בעוסקים בזנות, והחוקרת האישה התמקדה במתרחש בשעות היום, באנשים עם התמכרות המזריקים סמים.

לסיכום: ביצוע האתנוגרפיה בקרב אוכלוסייה קשת יישוג, חשדנית, אנטי-ממסדית, עתירת בעיות חברתיות, בריאותיות וכלכליות, הציב בפנינו אתגרים ומורכבות ייחודית, והצריך גמישות מחקרית, פיזית, מחשבתית ואישית.

ממצאים

מתוך ממצאי המחקר בחרנו להתמקד במאמר הנוכחי בנושא ההתמכרויות. ארבע תימות עיקריות עלו במהלך המחקר: (1) "המקום הנמוך ביותר בישראל": מתחם גיאוגרפי סוטה ומובחן המאכלס אנשי שוליים ואנשים הנמצאים בקצה רצף ההתמכרות; (2) מדרג חברתי ויחסי כוח: נשים עם התמכרות לסמים נמצאות בתחתית ההיררכיה החברתית במתחם; (3) פונקציונליות המתחם עבור אנשי השוליים ואנשים המזריקים סמים; (4) 'סצינה של התמכרויות מרובות': התמכרות לחומרים והתמכרות להתנהגויות.

1. "המקום הנמוך ביותר בישראל": מתחם גיאוגרפי מובחן המאכלס אנשי שוליים ואנשים הנמצאים בקצה רצף ההתמכרות

'סצינת הסמים הפתוחה' בתל-אביב היא מתחם גיאוגרפי מובחן המאכלס אנשים הנמצאים בשוליים החברתיים, אנשים המוגדרים "אחרים", שהתנהגותם נחשבת התנהגות סוטה. ההרואין, הסם השולט במתחם, נתפס בעיני הציבור כשלילי באופן קיצוני, וההתמכרות אליו נחשבת לסוג הסוטה והחמור ביותר של שימוש בסמים (גוד, 2001). גם אופן צריכת הסם – בהזרקה – אופן המקובל במתחם – נחשב לאופן הצריכה החמור והסוטה ביותר, לעומת עישון או הסנפה. זנות הרחוב, שהיא הנפוצה במתחם, נחשבת אף היא תחתית המדרגה בהיררכיה של העוסקים בזנות. נשים העוסקות בזנות רחוב הן בעלות מעמד חברתי נמוך, בדרך כלל עניות ומבוגרות שלא הצליחו לעבוד בכל מקום אחר (גייגר, 2016).

אוכלוסייה מתייגת זו של מכורים להרואין ועוסקים בזנות רחוב המתרכזת במתחם, משפיעה על תיוג המתחם כולו כ"מתחם שולי וסוטה" בחברה הישראלית. במהלך השיחות והראיונות נוכחנו לדעת, כי אנשי המתחם מודעים לתיוג השלילי. הם כינו את המקום בשלל דימויים שליליים, כמו: "המקום הכי נמוך בחברה הישראלית", "המזבלה של החברה הישראלית", "גיהינום", "פח זבל", "המקום של סוף הדרך", "צחנה מרכזית" ו"אלימות כל יום". לדוגמה, דבריו של יובל (בן 30), הומוסקסואל שעובד בזנות במתחם התחנה:

זה המקום הכי חרא שיש במדינה. זה המקום הכי נמוך עם האוכלוסייה הכי בתחתית שאתה רק יכול לחשוב עליה.

גדעון, דר-רחוב (בן 29), מתאר כך את מתחם התחנה:

גיהינום. מה יש כאן...? שותים, בורחים מהצרות. גם אם אין כסף לאוכל, עדיף לקנות אלוהול כדי לשכוח.

המתחם שונה מבחינה פיזית, בריאותית, חברתית ומוסרית משאר האזורים "המהוגנים" ו"הנורמטיביים" בעיר תל-אביב.

המתחם מובחן מבחינה חברתית-טריטוריאלית פיזית. המתחם אינו מופרד בגדר או בגבול מלאכותי אחר, אולם יש סימני טריטוריה מוחשיים הבאים לידי ביטוי בזוהמה, לכלוך ואשפה זרוקה ברחובות, הזנחה סביבתית, גרפיטי, ריח עז של שתן וביוב ואנשים מוזנחים למראה. כל אלה מעידים על כניסה למתחם השונה מסביבתו. יש גם התנהגויות לא נורמטיביות בפרהסיה, כמו הזרקת סמים, התערטלות, עשיית צרכים וקיום יחסי מין. גם מראות בולטים אלה מגדירים את המתחם ומבדילים אותו משאר הרחובות התל-אביביים “הנקיים” ו”המהוגנים”.

המתחם מובחן מבחינה חברתית-בריאותית. המתחם נחשב סכנה לבריאות הציבור. הרחובות במתחם מלוכלכים ומוזנחים. חולדות ותיקנים מתרוצצים בהם באין מפריע. ציוד משומש שנלווה להזרקת סמים, כמו מזרקים, מחטים, ספונג'טות וגם קונדומים משומשים, זרוקים כמעט בכל פינה. גם האנשים במתחם נחשבים סכנה בריאותית וכדאי להימנע ממגע עימם, כמו נשים המזריקות סמים ועוסקות בזנות, החשודות כחולות במחלות זיהומיות מדבקות. על מובחנות בריאותית זו אפשר ללמוד מדבריו של אביגדור, בעל פיצוצייה העובד במתחם בלילות, בדברו על נשים העוסקות בזנות במתחם:

....כאן יש ברה, זבל, מכורות להרואין כולן. מי רוצה כאלה?

שאלנו את אילנה, טרנסג'נדרית העוסקת בזנות במתחם, היכן טוב יותר לעבוד: בתל ברוך או במתחם התחנה? כך השיבה:

ברור ששם! למה מה יש פה?... שם יש אוכלוסייה יותר איכותית... כאן זה המיץ של הזבלה.

מובחנות חברתית-מוסרית למתחם. מובחנות זו נהירה הן לאנשי המתחם והן לאנשים שמחוצה לו. אזרחים תמימים נמנעים מלהגיע למתחם, בעיקר בשעות הלילה. לא אחת אמרו לנו אנשים מהמתחם:

לאדם נורמטיבי אין מה לעשות כאן.

דר-רחוב בן 21 המתגורר במתחם תיאר אותו כך:

כאן על הפנים. יש מילה יותר חזקה מעל הפנים? קטסטרופה, גרוע מאוד מאוד. יש כאן סמים, זנות, דקירות, רציחות, מה שאתה רוצה. זה האזור הכי מסוכן בארץ.

על היות המתחם מובחן מבחינה מוסרית מעידות גם שלל התנהגויות הנעשות בו בפרהסיה, כמו: התערטלות, עשיית צרכים, קיום יחסי מין בחניונים ובפינות חשוכות, הזרקת סמים בפומבי. גם צורת הלבוש של אנשי המתחם מעיד על מקום בעל כללי מוסר אחרים.



שלט זרוק בגינת לוינסקי ועליו כתוב: "צחנה מרכזית – סכנה אנושית". השלט נמצא בזמן 'מחאת האוהלים' ב-2011. האנלוגיה: "צחנה מרכזית=תחנה מרכזית" (צילום: החוקרים, בשעות הלילה)

לסיכום: 'סצינת הסמים הפתוחה' בתל-אביב התגלתה כמתחם גיאוגרפי מובחן מבחינה פיזית, בריאותית, חברתית ומוסרית מהאזורים הנורמטיביים בתל-אביב. זהו מתחם סוטה ועברייני, ומקבל את הצביון של האנשים המאכלסים אותו – אנשים הנמצאים בקצה הרצף החברתי.

2. מדרג חברתי ויחסי כוח: נשים עם התמכרות לסמים נמצאות בתחתית ההיררכיה החברתית במתחם

במתחם מתקיימים יחסי כוח והיררכיה חברתית בנושא הסמים. בעלי הכוח והמשאבים השולטים במתחם הם גברים סוחרי סמים, חלקם ערבים וכדואים, ויש ביניהם גם פליטים ומהגרי עבודה המוכרים בעיקר 'נייס גאי' (סמי פיצוציות). אחריהם במדרג נמצאים אנשים עם התמכרות לסמים המשמשים סוחרי סמים זוטרים, העובדים עבור הסוחרים "האמיתיים", ורובם מקבלים את משכורתם במנות סמים. גברים עם

התמכרות לסמים אחרים משמשים “בני זוג” או סרסורים לנשים מכורות העוסקות גם בזנות. הקבוצה השולית ביותר היא גברים ונשים המזריקים סמים, רובם דרי רחוב או חסרי דיור קבוע, המתגוררים במתחם או בקרבת מקום. הנשים המזריקות סמים נמצאות בתחתית ההיררכיה החברתית במתחם.

מצבם הפיזי והנפשי של האנשים המזריקים סמים הנמצאים בקצה רצף המכורים ירוד מאוד. הם מזריקים בכל מקום בגופם שבו אפשר עדיין להזריק: בידיים, בצוואר, במפשעות, בחזה ובפי הטבעת. הסצינה הגלויה והחשופה של ההזרקות במתחם דומיננטית במיוחד בשעות היום, ואז מתגלה האזור בשיא עליבותו: אנשים המזריקים סמים יושבים שעות על גבי שעות ונוברים בעור ובבשר בניסיון למצוא וריד מתאים להזרקה.

נשים עם התמכרות לסמים נמצאות בתחתית ההיררכיה החברתית בתחנה. רובן עוסקות בזנות, חלקן מקבצות נדבות וחלקן עוסקות בגניבות פעוטות. הן נחשבות לאוכלוסייה הקורבנית והפגיעה ביותר במתחם. רבות מהרציחות במתחם שעליהן שמענו בזמן המחקר היו של נשים עם התמכרות העוסקות בזנות. חלקן הסתככו בחובות שלא החזירו לסוחרי הסמים במתחם. ככלל, נשים עם התמכרות סבלו מהאלימות הרבה ביותר במתחם, ובכללה אלימות מינית, מילולית ופיזית, מצד ה“זונים” (הלקוחות), הסרסורים, סוחרי הסמים, העובדים הזרים והפליטים; ולעיתים גם מצד גורמי האכיפה ומצד נשים אחרות במתחם (בעיקר אלימות מילולית). כך סיפרה שרית (40), הסובלת מהתמכרות ועובדת בזנות במתחם:

כאן, אם אני לא אמות ממנת יתר, יהרגו אותי הסוחרים הערבים. [ב]שבוע שעבר הם הרגו את אחת המכורות כאן, אולי ראית אותה. הם הרביצו לה בקרש עם מסמרים. הכלא יציל לי את החיים.

אורנה (37) סיפרה שהיא מכורה לשעבר העוסקת בזנות ואמרה:

הלכתי הרבה מכות בחיים שלי, ובגלל זה נפלתי לי כל השיניים. הלכתי מכות עם ערבים... הם ניסו לאנוס אותי, אבל אני לא פראיירית – החזרתי.

נוסף להיררכיה בתחום הסמים, יש היררכיה גם בתחום הזנות. בראש ההיררכיה של העוסקים בזנות במתחם נמצאות הטרנסג'נדריות, אחריהן גברים צעירים, ובתחתית נשים עם התמכרות לסמים. כמעט כל הנשים העוסקות בזנות הן דרות רחוב הלנות במתחם או בסביבתו ב“זולות” ובכתים נטושים, לעיתים עם גברים עם התמכרות המתחלקים עימן בסמים ובכספן בתמורה ל“הגנה” שהם מספקים להן. הן חיות בתנאי היגיינה ירודים, המאפיינים דרי רחוב באופן כללי. הן מסתובבות ועובדות כבודדות, ופעמים רבות אין מי שיבוא לעזרתן ברגעי אלימות קשים. הטרנסג'נדריות, לעומתן, מסתובבות במתחם בחבורות, ולא אחת ראינו אותן מתנפלות כגוף אחד

על מי שהעז לפגוע באחת או אף לקלל. שכרן של הנשים העוסקות בזנות הוא הנמוך ביותר במתחם: 20-100 ש"ח תמורת אקט מיני. הן פועלות בעיקר בלילות, אבל גם בימים (בעיקר בחנויות הפורנוגרפיה והסקס). מצבן של הנשים העוסקות בזנות תואר בזמן אמת ביומן השדה, ביום העשירי בשהייה בשדה בלילה:

הנשים העוסקות בזנות, כמעט כולן מכורות להרואין... הן נראות מלוכלכות מאוד, בתנאי היגיינה ירודים, כאילו לא התקלחו זמן ממושך. כל מי שפגשנו גרות במתחם התחנה, ואין להן בית משלהן. לעיתים בתום הלילה הן מחפשות מקום ללכת אליו, כמו מקלט "דלת לתקווה" ששם יוכלו "לשים את הראש" ולישון כמה שעות. הן נראות מבוגרות יותר מהטרנסג'נדריות ומהגברים הצעירים העוסקים בזנות.

משה הוא נהג מונית במתחם, שנהג להמתין לנשים עם התמכרות ליד מתחם הרציפים הישן ל"המראות", כלומר לנסיעה ללוד לקניית סמים זולים בלילה. כך תיאר את הנשים העוסקות בזנות:

פעם היו כאן זונות רוסיות, שהגיעו דרך הברחה מרוסיה. הן הגיעו מבלי שידעו שהולכים לעשות בהן שימוש בזנות. הזונות שיש היום [...] מכורות ומכוערות. פעם, כשהן הגיעו, היית מסתכל עליהן, הן היו יפות. כנראה הסמים הרסו אותן.

לסיכום: במתחם התגלתה היררכיה חברתית מלווה ביחסי כוח ושליטה. המתחם מאופיין כמתחם גברי. סוחריו הסמים עומדים בראש ההיררכיה ושולטים בכוח ובאלימות. הם שולטים על המשאבים – סמים, כסף, כוח וביטחון. חסרי המשאבים – האנשים המזריקים סמים – תלויים בחסדי בעלי המשאבים ונמצאים בתחתית ההיררכיה. נשים עם התמכרות הן הקבוצה הקורבנית והפגיעה ביותר במתחם.

3. פונקציונליות המתחם עבור אנשי השוליים ועבור אנשים המזריקים סמים

התימה הקודמת עסקה ביחסי הכוח במתחם המלווים באלימות יום-יומית, עימותים, לחצים והתמודדויות מורכבות שמטרתן הישרדות בחיי הרחוב. אך במהלך התצפיות והשיחות התברר, כי המתחם הוא גם מקום פונקציונלי-הישרדותי, כעין אזור מקלט אשר מתנהלת בו שותפות ואחווה קיומית הישרדותית, ובמיוחד עבור אנשים עם התמכרויות. אל המתחם מגיעים אנשים מכל רחבי הארץ והוא פתוח לכול, ללא אפליה על רקע גזע, דת, גיל, מין ומוצא. תושבי המקום תופסים את המתחם כשונה ממתחמי זנות פתוחים אחרים, כמו מתחם הבורסה ומתחם תל-ברוך או דירות אירוח, שם לא כל אחד יכול להתקבל. כך אפשר להתרשם מדבריה של אתי (37), העוסקת בזנות:

הזונות של התחנה יותר נמוכות מהזונות של תל ברוך או של הבורסה. כאן זונה יכולה לקחת גם 20-30 שקל, שם [בתל ברוך או הבורסה] לא. כאן זה הכי נמוך. אני לא הייתי מוכנה לקחת אף פעם סכומים כאלה.

רבים מהאנשים עם התמכרויות במתחם הם דרי רחוב, חסרי עבודה וחסרי עורף משפחתי. מתחם התחנה מהווה עבורם תחליף לבית ולמקום עבודה, ומבחינתם מאפשר להם לשרוד. המתחם הוא מפלט לכל מי שאין לו מקום אחר ללכת אליו, לאלו שלא רוצים אותם בבית, ולאלו שהשתחררו מבית הכלא. במהלך השהייה בשדה המחקר פגשנו שלושה אנשים, שיום קודם השתחררו מבית הכלא והגיעו מיד למתחם התחנה, כיוון שלא היה להם מקום אחר ללכת אליו. פגשנו אנשים שנפלטו מה'גגון' – המקלט הציבורי לדרי רחוב, כיוון ששם לדבריהם לא מקבלים אנשים עם התמכרות פעילה. התברר לנו, שהמתחם מהווה מקום פונקציונלי עבור האנשים הנמצאים בקצה הרצף, ובו הם מוצאים צורכי חיים בסיסיים: מקום ללון, אוכל, שתייה, סמים ותעסוקה; מקום שבו הם יכולים לקבל עזרה, מגע חברתי וחום אנושי.

כאמור, אחד הצרכים הבסיסיים היום-יומיים במתחם הוא הצורך בסמים. רבים מהמכורים מגיעים למתחם תכופות, כיוון שיש בו תחנות הסמים ומקורות להשגת סמים זולים וזמינים. סיפר יוסי (40), הומוסקסואל, מכור לשעבר:

קלונקס בתחנה זה סוג של הרואין. בחוץ אתה מקבל את זה רק עם מרשם. כאן בתחנה רוב הנרקומנים משתמשים בקלונקס. הסוחרים מוכרים כאן קלונקס בשני שקל כל כדור.

במתחם אפשר להשיג בקלות גם ציוד הנלווה להזרקת סמים. ב'צעד ראשון' מחלקים מזרקים ומחטים לאנשים עם התמכרות; ויש פיצוציות שמוכרות מזרקים. לעיתים הם סיפרו כי את המזרקים החדשים שקיבלו ב'צעד ראשון' הם מוכרים כדי לקנות מנת סם, לעיתים הם גונבים זה לזה את המזרקים, ולעיתים משתפים עם אחרים את ציוד ההזרקה שלהם.

אחת מתלונותיהם היא המחסור במים במתחם. כמעט כל אדם המזריק סמים שהסתובב במתחם היה מצויד בבקבוק מים מפלסטיק. הם זקוקים למים כדי "לבשל" את ההרואין, המגיע בדרך כלל באבקה, או להמיס את ה'חגיגת' המגיע גם בטבליות, כדי שיוכלו להזריק אותם. חלקם סיפרו כי הם אוספים מי גשמים משוללות במתחם כדי לערבב אותו בתהליך "בישול" ההרואין.

הפונקציונליות של החברותא בקרב אנשים עם התמכרות במתחם באה לידי ביטוי בהדדיות ובכוננות לחלוק מוצרים וצרכים בסיסיים, כמו מנת סם, וציוד נלווה להזרקה; ובסיוע בהזרקות במקומות קשים כמו בצוואר. סיפר גיל (בן 28),



מזרקים משומשים הפזורים במתחם, לצד כוס עם מים שנועדו לערכוב ההרואין לצורך "בישול" והכנת החומר להזרקה (צילום: החוקרת-האישה, בשעות הלילה)

דר רחוב מזה ארבע שנים המתגורר במתחם:

אם אחד אחר, נניח, גנב אופניים ומכר את זה, אז הכסף לא נשאר אצלו בכיס, הוא משתף בזה את החברים, אז קונים עם זה אלכוהול. פלאפון כמו שיש לך עכשיו יכול להכניס נניח 1,500 שקל, אז יושבים ושותים, אבל הוא נותן את זה לכולם. יש כאן הרבה נתינה. רובם לא עובדים, והתוצאה היא ש-90% יוצאים מסטולים בסוף הערב.

המתחם הוא תחליף לבית ומקום שאפשר ללון בו. רויט, בת 51, דרת רחוב, שלדבריה נגמלה לפני חודשיים ושבע, סיפרה כי מתחם התחנה משמש לה בית הרבה מאוד שנים. כך היא מתארת את מסלול חייה:

אני 35 שנים גרה בתחנה המרכזית כאן. כל החיים שלי הודיתי עם מה שקורה כאן. מגיל 16 אני בלי בית. בגיל 15 אח שלי ושני גיסים שלי התעללו בי מינית על בסיס יומי, וכמה חודשים לאחר מכן נכנסתי להיריון מאחי. גיליתי את ההיריון רק בחודש חמישי. אחרי שילדתי את הילד שלי, מיד מסרתי אותו לאימוץ. מאז לא ראיתי אותו יותר. הוא צריך להיות היום

בן 35. אחרי הלידה עזבתי את הבית. זו הייתה ההתעללות הראשונה. ההתעללות השנייה הייתה שאף אחד לא האמין לי. הכניסו אותי למוסדות: לצופיה ומסילה. לא התגייסתי לצבא. בגיל 17 הסמים נכנסו לחיי. התחלתי עם חשיש, אבל מהר מאוד עברתי להרואין, שזה התלבש עליי כמו כפפה, כי זה עזר לי לשכוח ולהדחיק דברים, ואז נשאבתי ונשאבתי.

המתחם משמש גם סלון חברתי – מקום מפגש עם "קבוצת השווים", מקום של ריגוש ו"אקשן", וגם מקור תעסוקה ופרנסה. רוב האנשים עם התמכרות אינם עובדים, ובמתחם הם עוסקים בהתנהגויות המאפשרות להם להתקיים וגם לקנות סמים, כמו נבירה בפחי אשפה, איסוף אלומיניום וברזל, עיסוק בזנות, מכירת סחורות גנובות ועוד.

4. סצינה של התמכרויות מרובות: התמכרות לחומרים והתמכרויות התנהגותיות

התמכרות לחומרים היא ההתמכרות הדומיננטית במתחם התחנה, והיא גלויה ונוכחת מאוד במיוחד בשעות היום. אפשר להשיג כמעט את כל סוגי החומרים אצל סוחרי הסמים במתחם, הרואין, חגיגת, קלונקס, ריטלין ותרופות מרשם אופיאטיות. החומר שנחשב למסוכן ול"משוגע" ביותר במתחם הוא חגיגת, המכיל חומרים ממריצים שונים, כנראה מסוג האמפטמינים והקטינונים. חגיגת הפך נפוץ יותר ויותר במתחם בשנים האחרונות, בעיקר בגלל מחירו הנמוך ממחיר הרואין. מצבם הפיזי והמנטלי של רוב האנשים עם התמכרות לסמים במתחם ירוד מאוד. בשעותנו בשדה לעיתים צפינו בהידרדרות פיזית לנגד עינינו. אחדים מהאנשים במתחם מתו בזמן המחקר, רובם בגלל זיהומים, מחלות וגם רציחות על רקע חובות לסוחרי הסמים. התמכרות נפוצה אחרת במתחם היא התמכרות לאלכוהול. חלק מדרי הרחוב במתחם היו עם התמכרות לאלכוהול. אלעזר (בן 41) סיפר לנו:

אחרי שאבא שלי מת, אחותי נשארה לגור בדירה והיא רבה איתי בגלל שהייתי שותה. גם אחי הקטן התחיל לשתות. שנינו עזבנו את הבית בחדרה ועברנו לגור בתחנה המרכזית... אני לא עובד מאז, ומתקיים מביטוח לאומי 1,400 שקל. אבל עם הכסף הזה אני קונה אלכוהול. אני כמעט לא אוכל, רק שותה, כדי לשכוח מהכול.

כאמור, ראינו גם התמכרויות התנהגותיות. חוקרים חלוקים בדעתם אילו התנהגויות אפשר להגדיר כהפרעת התמכרות, ואילו להפרעות שליטה בדחפים (Grant, Potenza, Weinstein, & Gorelick, 2010). במתחם יש אנשים שאמרו שיש להם התמכרות להימורים, ויש שהעידו על עצמם שיש להם התמכרות ל"אקשן

ברחובות" (Bergen-Cico, Haygood-El, Jennings-Bey,) (action of the streets) & Lane, 2014). חלקם דיברו על התמכרות לאורח החיים של עיסוק בזנות, לנבירה בזבל, ולחיים ברחובות. תיארה טניה, טרנסקסואלית בת 19 העוסקת בזנות בתחנה מגיל 17:

הכביש ממכר. פעם הייתי מגיעה לפה בשעה 9 (בערב), היום אני כבר מגיעה ב-6. אני אוהבת את הרחוב, אפילו כשיש לי קליינטים בבית. היום עשיתי 1,200 שקל.

יש האומרים על עצמם שיש להם התמכרות ל"אקשן ברחובות". אתי, בת 37, סיפרה כי הייתה לה בעברה התמכרות לאלכוהול, ואילו עתה היא מחפשת "אקשן במתחם":

את האמת, אני מתגעגעת לאקשן הזה, מתגעגעת לצחוקים, לשתייה, לסיבוב. זה חסר לי הכי הרבה בחיים. עכשיו אני יותר רגועה, יותר שקטה, כבר הרבה זמן שלא הלכתי מכות, זה חסר לי הרבה.

יוסי, הומוסקסואל, בן 40 בערך, שבעבר הייתה לו התמכרות להרואין, הגיע בעבר למקום כדי לרכוש סמים. לדבריו יש לו כנראה היום התמכרות "לאקשן" במתחם:

פעם הייתי מגיע לכאן לחפש סמים, אבל מאז שנגמלתי אני ממשיך להגיע כדי לחפש אקשן.

דיון

ביקשנו להכיר ולהבין את ההתרחשויות היום-יומיות ואת מגוון הדמויות הפוקדות את 'סצינת הסמים הפתוחה' הגדולה ביותר בישראל.

מצאנו שהאזור הוא מתחם גיאוגרפי סוטה ומובחן מבחינה פיזית, חברתית ומוסרית, ומאכלס אנשי שוליים ואנשים עם התמכרות הנמצאים בקצה הרצף החברתי. האנתרופולוגית מרי דגלס (2004 [1966]) טוענת, כי אנו תופסים את העולם לפי קטגוריות תרבותיות, וכל מה שמפר את הסדר או מסכן את הקטגוריות נחשב "מאיים", "טמא", "מזוהם", "מלוכלך" ו"סכנה חברתית". אך לדידה "לכלוך הוא חומר שאינו נמצא במקומו", כלומר לכלוך אינו אלא תוצר לוואי של סידור ומיון חברתיים. כך נתפס מתחם התחנה הישנה בעיני החברה הכללית כמאיים, טמא ומלוכלך, אזור של סכנה חברתית, שהנמצאים בו מפריים את הסדר החברתי.

נראה, כי אנשי המתחם חשים שמובחנות זו של המתחם נוחה ומתאימה להם. המתחם יוחד "כמקום של סכנה" (דגלס, 2004 [1966]), שהאנשים "הנורמטיביים", לדבריהם, נמנעים מלהגיע אליו. מובחנות המתחם אפשרה לאנשי המתחם לנכס

את המרחב לצרכיהם, להתנהג במתחם בפרטיות, ממש כמו בבית. במקום זה הם מרגישים שייכות, שווים בין שווים, "חיים את חיי היום-יום". המקום מאפשר להם להתנהל ללא בושה וללא פיקוח של החברה הכללית. מובחנות המתחם אפשרה להם להתנהג בפרהסיה במגוון התנהגויות שמקום אחר נחשבות סוטרות ועברייניות, להנכיח את עצמם, ללא חשש מתיוג וסטיגמה, ממבטי גועל ומרתיעה ממגע עימם ומנוכחותם, ללא חשש מנידוי וניכור. תיחום המרחב והפיכתו למרחב כבוש, שולי וסוטר, העניקו לאנשי המתחם תחושת כוח וביטחון. התכנסותם יחד הצניעה את נוכחותם המובחנת, וטשטשה את היותם "אחרים" ואת מעשיהם הלא חוקיים. גוד (2001) טוען, כי דימויה הסוטר והעברייני של פעילות מסוימת הוא עניין דינמי ויחסי, העשוי להשתנות עם שינויים בנוף החברתי, הפוליטי והכלכלי. נראה כי הנוף החברתי במתחם מאפשר התנהגויות המוגדרות בחברה הרחבה סטייה ועבריינות. המתחם העניק להם תחושת שייכות, רצייה ומקובלות, ואת החופש לעשות את כל העולה בדעתם.

נראה, כי גם לגורמי האכיפה והטיפול היה נוח ומתאים עם מובחנות זו של האזור. כל עוד התנהגויות סוטרות ועברייניות אלו התרכזו במקום אחד, היה נוח להם, כביכול, "לשלוט" על המתחם, ואף להתעלם ולהתכחש לחלק מהמתרחש שם. למרות נוכחות הולכת וגוברת של המשטרה לאורך שנות המחקר, היא לא התאמצה ממש למגר את הסחר בסמים, התעלמה ברוב המקרים מהזרקות הסמים הפומביות, מהחזקת חצרים לזנות וממכירת סחורות גנובות. גם בהיבט הטיפולי ומזעור הנזקים נראה שגורמי הטיפול העדיפו שהאוכלוסייה תהיה מרוכזת במקום אחד, במקום ציבורי ולא בקרבת מגורים, כך שלא יהוו מטרד ציבורי לאזרחים, וגם קרוב למרכזים 'צעד ראשון' ו'סלעית', כך שהיישוג קל יותר.

במתחם התגלו יחסי כוחות והיררכיה חברתית: אנשים עם התמכרות המזריקים סמים עומדים בתחתית המדרג החברתי. בהתאם ל'תיאוריית המתח' (strain theory) של מרטון (Merton, 1968), אפשר לשייך את האנשים המזריקים סמים במתחם לדפוס ה'נסגנים' (retreatism), "אנשי הכישלון הכפול", אלו שנכשלו גם בעולם הנורמטיבי וגם בעולם העבריינות הקלסי. אלו אנשים שנפלטו מהחברה, שוללים את המטרות החברתיות ואת האמצעים החברתיים, עוסקים בגניבות ובזנות, עובדים אצל סוחרי סמים כסוחרי רחוב משניים, לא מתוך רצון להרוויח כסף כאמצעי להגשים מטרה חברתית כמו הצלחה כספית וחומרית, אלא כאמצעי לספק את התמכרותם.

מבין קבוצת האנשים עם ההתמכרות, נשים נמצאות בתחתית ההיררכיה כקבוצה הקורבנית ביותר. נתון זה אינו מפתיע. מחקרים עסקו בפגיעות ובחולשה של נשים עם התמכרות, ובצורך במובחנות טיפולית לנשים עם התמכרות (Bawor et al., 2015);

(Schiff, Levit, & Cohen-Moreno, 2010). זו הייתה הסיבה להקמת דירת החירום 'סלעית', המשמשת מקלט לנשים במצבי מצוקה קשים, ומספקת להן פינה חמה והגנה עוד לפני שיצאו ממעגל הזנות והסמים. נוכחנו לדעת שגם גברים המזריקים סמים נמצאים בתחתית ההיררכיה החברתית במתחם, מצוקתם רבה, וגם הם זקוקים למקום לינה ומקלט שיקבלם ללא תנאים.

קבוצה נוספת הזקוקה לדעתנו להתייחסות מובחנת מבחינת הטיפול והמחקר היא קבוצת הטרנסג'נדריות. אף על פי שקבוצה זו דורגה גבוה יותר יחסית לאנשים עם התמכרות, גם הן חוות מצוקות ורובן עוסקות בזנות ומשתמשות בעיקר באלכוהול ובסמים ממריצים.

המתחם התגלה כמקום פונקציונלי עבור אנשיו מבחינות רבות. אך על פי שבמתחם יש אלימות, עימותים ורדיפה אחר צורכי קיום הישרדותיים בסיסיים, המתחם מאפשר לאנשים אלה לקבל צרכים בסיסיים רבים, הן צרכים פיזיים, כמו סמים זמינים וזולים, אוכל ושתייה, ומקום לינה "בטוח"; והן צרכים חברתיים-פסיכולוגיים, כמו שייכות, הדדיות, מגע חברתי וחום, אחווה אנושית וחברותא. מחקר המשך של בוני-נח ורונאל (Bonny-Noach & Ronel, 2018), שכלל ראיונות עומק עם דרי רחוב מזריקי סמים, המגיעים לקבל מזרקים נקיים ב'צעד ראשון', טבע את המונח החדש "חסור ביטחון תרופתי" (substance insecurity), כלומר מצב שבו לאדם אין יכולת לספק לעצמו תרופה או סם או תחליפי סם בכמות ובאיכות מתאימים ומספקים, כולל ציוד נלווה להזרקה בטיחותי ואיכותי, באופן יום-יומי ובדרכים מקובלות חברתית (וגם כאלה שלא).

בוני-נח ורונאל הגיעו למסקנה, כי הצורך הבסיסי, האקוטי והיום-יומי, המניע מכורים-מזריקים, הוא הצורך בתרופות או בסמים, והוא כל כך חזק עד שהוא מפיל על צרכים בסיסיים אחרים, כמו הצורך במזון ובשינה. רק כאשר יסופק "הביטחון התרופתי" לאנשים המזריקים סמים, רק כאשר יקבלו סמים או תחליפי סם באופן מסודר ושגרת, רק אז הם יהיו רגועים מבחינה פיזית ונפשית, ותיווצר אפשרות לטיפול בהם ולשינוי אורח חייהם. מבחינה זו, המתחם הוא פונקציונלי מאוד לאנשים המזריקים סמים, כי בו הם יכולים להשיג סמים, ציוד להזרקה, וחברים שיכולים לסייע להם בהזרקה הסמים. המתחם מאפשר להם "לעבוד" או "להשיג" כסף לסמים, ולהזריק באופן רגוע למדי.

המתחם מציע לאנשי השוליים מענים שאינם יכולים לקבל מן החברה. נראה כי אם היו מאפשרים לאנשים אלה לעבוד בעבודה "נורמטיבית", אם החברה הרחבה הייתה נמנעת מסטיגמה ולא נרתעת מהם, אם היו נותנים להם תחליפי סם ללא תנאים ובאופן קבוע, ואם היו מקימים חדרי הזרקה מסודרים, אולי הם לא היו זקוקים למתחם מעין זה.

סוונסון (Svensson, 1996; בתוך: Gronnestad & Lalander, 2015) מצייין, כי 'סצינות סמים' מציעות למשתמשים בסמים זהות, כבוד, ערך עצמי, התמחות ומיומנות. אנשים אלה לא היו יכולים לקבל ערכים אלה לולא השתמשו בסמים, כיוון שאז הם היו נחשבים עניים ומובטלים, וחשים בודדים ומיותרים. זאת ועוד, במתחמים מעין אלו נחשפים האנשים לצד האטרקטיבי של החיים עם סמים: החיים מהירים, ויש תחושה שמהו תמיד מתרחש ושהכול יהיה בסדר, וגם מקבלים מידת-מה של תחושת חופש.

המתחם פונקציונלי ומשמעותי לא רק לתושבי תל-אביב. זהו מקלט לכל אדם נצרך, ללא הבדל גזע, גיל, מין ומוצא. אבן שואבת לאנשים השקופים, הנוכחים-נפקדים, אלו שלא רוצים אותם בביתם, שהשתחררו מבתי הכלא ואין להם לאן ללכת, ושמוסדות פורמליים אינם מתאימים להם. על קובעי המדיניות להבין את המשמעויות הפונקציונליות של המתחם לאנשים אלה, ולנסות לספק להם באופן מסודר את אותם צרכים שעכשיו מספקת 'סצינת הסמים הפתוחה'.

כאמור ראינו שיש במתחם התמכרויות מרובות (multi-addictions). ההתמכרות הבולטת ביותר היא לסמים, ובעיקר להרואין, ובהתאם לכך, מדיניות מזעור הנזקים והטיפול הנלווה הדומיננטי עוסקים בעיקר בהתמכרות לסם זה; אך יש לתת את הדעת גם להתמכרויות אחרות, כמו עישון קריסטל, וגם שימוש בחגיגת, נייס גאי ועוד. במרכזי 'מזעור נזקים' בעולם מספקים גם ציוד נלווה לחומרים אלו. בנוסף, צריך לספק מענים נוספים לאוכלוסייה עם התמכרות לאופיאטים, כגון: ראוי לכלול בערכות ההזרקה למכורים מכלים קטנים של מים סטריליים הנחוצים לבישול ההרואין, כמקובל בארצות אחרות (Bonny-Noach, 2019).

נוכחנו כי אנשים רבים במתחם סובלים מהתמכרויות מרובות – הן לחומרים והן להתנהגויות, אולם כמעט אין טיפול בהתמכרויות התנהגותיות במתחם. אנו ממליצים על טיפול מולטי-התמכרותי, המשלב טיפול בהתמכרות לאורח החיים סביב העיסוק בזנות, וטיפול בהתמכרות ל"אקשן" ולרחוב (Bergen-Cico et al., 2014).

ניכר לעין שאנשי המתחם מתמודדים עם מצוקות נפשיות וטראומות, גם מהעבר ומהילדות וגם בעקבות החיים ברחובות בצל ההתמכרות. ייתכן שחלקם יכולים להיכלל בקטגוריה של תחלואה כפולה ואולי אף משולשת, והדבר מעצים את הרב-ממדיות של הטיפול הנחוץ להם.

בשנה האחרונה המתחם עובר תהליך של עילות (ג'נטריפיקציה), הכולל התחדשות פני הרחובות במתחם, שיפוץ והריסה של בתים וחילופי עסקים באזור. מתחם הרציפים נמחק ובמקומו הוקם גן ציבורי וחנייה. הנוכחות המשטרית והאכיפתית גברה מאוד, תחנת המשטרה הועתקה ממקומה ליד גינת לוינסקי אל מרכז רחוב סלומון, ונראה כי המשטרה מנסה לפזר עתה את ריכוז האנשים עם

התמכרות במתחם, סוגרת את תחנות הסמים באזור ואת חנויות המין. אך תהליך העילות (ג'נטריפיקציה) פוסח ואף מפלה לרעה את אנשי המתחם. על קובעי המדיניות להבין, כי גירושם מהמתחם הפונקציונלי, שסיפק להם מענים שהחברה הרחבה אינה מספקת, אינו פותר את הבעיה, אלא רק מקשה עליהם יותר. ראוי כי מדינת ישראל תאמץ מדיניות רחבה וברורה לגבי המשך הטיפול בהם.

נראה כי כבר בעבר עלה הצורך לספק פתרון ראוי לטווח ארוך לאוכלוסייה קשת היישוג במתחם. ב-15 בינואר 2008, בעקבות כתבת תחקיר של אילנה דיין ב'עובדה', התכנסה ועדת הסמים של הכנסת לדיון בנושא הבית ברחוב פינ 1 במתחם התחנה המרכזית הישנה. במהלך הוועדה אמר סנ"צ דני לוי, קצין אג"מ במרחב יפתח, במשרד לביטחון פנים (ועדת הסמים של הכנסת, 2008):

מניסיון העבר כפי שציינתי, כל פעם שהוצאנו אותם ממבנה מסוים, הם פלשו ונכנסו או למבנה אחר או למעשה נכנסו לחצרות של בתים, ובשיחות אינטנסיביות עם ועדים, באו בטענות, שלכאורה אותם נרקומנים שהוצאנו מאותו מבנה, פלשו לתוך החצרות שלהם. אז למעשה יצרנו בעיה רחבה יותר של מבנים של אנשים נורמטיביים שגרים שם, ונרקומנים שאין להם לאן ללכת נכנסים פנימה. אכן, לכאורה אני אומר, יש פה איזושהי בעיה, אתה מוציא אותם מתוך המבנה הזה, בלי טיפול ממושך ומערכתי, אתה יוצר בעיה על כלל האזור. לכאורה, אזרחים שלא הרגישו אותם במבנים שהם גרים כרגע, הם סופגים אותם. אם אנחנו הולכים להוציא אותם מהמבנה הזה, צריך לחשוב לטווח ארוך מה עושים עם אותם אנשים, כי אם הוצאת אותם עכשיו לרחוב, הם יישארו ברחוב. ובמזג האוויר הקר שיש, כל אחד ייכנס למקלט, לחצר, לכל מקום שאפשר. עבירות הרכוש לטעמי יצמחו באותם אזורים שהם הסתובבו, לכן צריכים לחשוב מה עושים. משטרת תל-אביב לא רואה את המבנה הזה כאיזשהו מקום שטוב לשים אותם. אבל צריך לחשוב מערכתית מה לעשות כאשר מוציאים אותם משם. אנחנו מוכנים וערוכים לכל דבר שצריך לעשות, אבל צריך לחשוב לטווח ארוך, כמובן עם גורמים נוספים, רווחה, עיריית תל-אביב וכל השאר.

אנו מציעים לאמץ את המודל המשולב של מזעור הנזקים, טיפול ואכיפה תחת מדיניות מתאימה, כפי שנעשה בציריך, פרנקפורט וליסבון (Nafstad, 2011; Waal et al., 2014). נוסף לתוכניות מזעור הנזקים הקיימות כיום, אנו מציעים לאמץ תוכניות הנחשבות רדיקליות יותר, כמו חדרי הזרקה וניידת הזרקה, וחלוקת מתדון ובופרנורפין ללא מגבלות וללא תנאים (Bonny-Noach, 2019; Bonny-Noach & Ronel, 2018). אם נתייחס לצרכים ולבקשות של אוכלוסיית היעד, כפי שבאו לידי ביטוי גם במחקר השדה, יועמק הקשר עם האנשים השוהים במתחמים אלו עד כדי אפשרות שיסכימו לקבל טיפול של ממש.

זאת ועוד, מדובר באנשים רבים במצב גופני ונפשי קשה מאוד, כולל תחלואה כפולה ופוסט-טראומה, ורובם מבוגרים למדי. זו אוכלוסייה מאתגרת ביותר לטיפול ושיקום, וסביר להניח שהתהליך הטיפולי יהיה ארוך ומייגע. ייתכן שהמצב כבר כל כך קשה עד שאי אפשר לגמול את כולם מההתמכרויות. מכאן שצריך להיצמד ביתר שאת למודל ‘מזעור הנזקים הרדיקלי’, לחזר אחריהם וליצור איתם קשרי אמון, להציע להם סיוע בלתי מותנה 24 שעות ביממה, ולהתייחס אליהם כאל בני אדם הזקוקים לסיוע ועזרה אף על פי שהם ממשיכים להשתמש בחומרים בגלל מחלת ההתמכרות.

המחקר הנוכחי היה עבורנו החוקרים מחקר מכונן, והוא השפיע עלינו ועל תפיסת עולמנו האקדמית, המקצועית והאישית. בתחילת המחקר חשבנו לנקוט גישה לא-שיפוטית ולהיות ‘זבובים על הקיר’; אך ככל שנקף זמן שהותנו במתחם, מצאנו כי קשה לנו יותר ויותר להיצמד לגישה זו לנוכח העולות החברתיות, הקורבנות וחוסר הישע שראינו. בתום המחקר הפכנו לחוקרים האוחזים בגישה סובייקטיבית, המעוניינים לבצע שינוי חברתי, להשמיע את קולם של האנשים השקופים, הנוכחים-נפקדים, ולהמשיך להעלות את הנושא על סדר היום הציבורי, עד שקובעי המדיניות בישראל ישיגו פתרון ראוי, חברתי והומני לאוכלוסייה זו.

נקודות מפתח



- ‘סצינת הסמים הפתוחה’ באזור התחנה המרכזית הישנה בתל-אביב היא מתחם גיאוגרפי מובחן של סטייה, אך פונקציונלי לאנשי השוליים ולאנשים עם התמכרות שבקצה הרצף החברתי.
- במתחם מתקיים מדרג חברתי ויחסי כוחות. בתחתיתו נמצאות נשים מכורות לסמים.
- במתחם מתקיימת סצינה של התמכרויות מרובות: התמכרות לחומרים והתמכרויות התנהגותיות.
- אנו מציעים לאמץ מדיניות מסודרת לאוכלוסייה קשת היישוג במתחם, הכוללת מודל משולב של מזעור נזקים רדיקלי, טיפול ואכיפה, בדגש על הנשים והאנשים המזריקים סמים.

מקורות

- בוני-נח, ח. וטוים, ש. (2014). אנשי הכישלון. בטאון המשרד לביטחון פנים, 7, 22-23, 47. גוד, א. (2001). על הסטייה. האוניברסיטה הפתוחה.
- גייגר, ב. (2016). זונות רחוב מזרחיות: ממדי עצמה ומסוגלות אישית במצבי סיכון. קרימינולוגיה ישראלית, ה', 101-125.
- גירץ, ק. (1990). פרשנויות של תרבויות. תל-אביב: כתר.
- דגלס, מ. (2004 [1966]). טוהר וסכנה: ניתוח של המושגים זיהום וטאבו. תל-אביב: רסלינג.
- הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול (2018). נדלה מתוך: <http://www.antidrugs.org.il/english/template/default.aspx?catid=248>
- ועדת הסמים של הכנסת (2008, 15 בינואר). פרוטוקול. דיון בנושא: "הצורך באשפוז כפוי – הבית ברח' פין 1 בת"א".
- יסעור-בורוכוביץ, ד. (2011). "רק אם יש לה ציצים גדולים": אוטו-אתנוגרפיה על יחסי חוקרת-אישה ונחקרים-גברים. המשפט, 16 (2-1), 239-257.
- מהל, ח. לוי, א. לויט, ש. ושם טוב, ד. (2008). "לא משאירים פצועים בשטח": התמודדות מערכתית עם מכורים חסרי בית. בתוך: ח. מהל, מ. חובב ומ. גולן (עורכים). התמכרויות, אלימות ועבירות מין – טיפול לאור החוק. ירושלים: כרמל. עמ' 165-173.
- מור, ז., גור, י., בואנו דה-מסקיטה, ש. ושוחט, ת. (2010). המרפאה למחלות מין לוינסקי בתל-אביב: שירות כוללני לצמצום מחלות מין בקהילה. הרפואה 149(8): 503-507.
- קשתי, א. (2013). תת רובע 81: המקום הכי נמוך בתל-אביב. הארץ און לייף. <https://www.haaretz.co.il/magazine/1.1900247>
- שחורי, א. (2012). "מדינה של מציאות בהמתנה": קורות התחנה המרכזית של תל-אביב. עיתון לתולדות ארץ ישראל ועם ישראל, 226, 12-14.
- שלסקי, ש. ואלפרט, ב. (2007). דרכים בכתיבת מחקר איכותני – מפירוק המציאות להבנייתה כטקסט. תל-אביב: מופת.
- שם טוב, ד. לויט, ש. מהל, ח. מרגוליס, א. לוי, א. ולבנטל, א. (2008). "להזריק נקי או להפסיק?" – הניסיון הבינלאומי והישראלי להחלפת מזרקים בקרב צורכי סמים בהזרקה. הרפואה 147 (7), 634-638.
- שקדי, א. (2003). מילים המנסות לגעת. מחקר איכותני – תיאוריה ויישום. תל-אביב: רמות.
- Bawor, M., Dennis, B. B., Varenbut, M., Daiter, J., Marsh, D. C., Plater, C., ... & Desai, D. (2015). Sex differences in substance use, health, and social functioning among opioid users receiving methadone treatment: A multicenter cohort study. *Biology of Sex Differences*, 6, Article no. 21. doi: 10.1186/s13293-015-0038-6

- Bender, K., Brown, S. M., Thompson, S. J., Ferguson, K. M., & Langenderfer, L. (2015). Multiple victimizations before and after leaving home associated with PTSD, depression, and substance use disorder among homeless youth. *Child Maltreatment, 20*(2), 115-124.
- Bergen-Cico, D. K., Haygood-El, A., Jennings-Bey, T. N., & Lane, S. D. (2014). Street addiction: A proposed theoretical model for understanding the draw of street life and gang activity. *Addiction Research & Theory, 22*, 15-26. doi: 10.3109/16066359.2012.759942
- Bernard, H. R. (1988). *Research methods in cultural anthropology*. London, England: Sage.
- Bless, R., Korf, D. J., & Freeman, M. (1995). Open drug scenes: A cross-national comparison of concepts and urban strategies. *European Addiction Research, 1*(3), 128-138. doi: 10.1159/000259053
- Bonny-Noach, H. (2019). Harm reduction drug policy in Israel: What has been accomplished and what still needs to be done? *Israel Journal of Health Policy Research, 8*, 1-9.
- Bonny-Noach, H., & Ronel, N. (2018). Everyday substance insecurity among homeless injection drug users in Israel's largest open drug scene. *Journal of Drug Issues, 48*, 645-656. doi: 10.1177/0022042618791261
- Bowen, G. A. (2008). Naturalistic inquiry and the saturation concept: A research note. *Qualitative Research, 8*, 137-152. doi: 10.1177/1468794107085301
- Boyd, J., Collins, A. B., Mayer, S., Maher, L., Kerr, T., & McNeil, R. (2018). Gendered violence and overdose prevention sites: A rapid ethnographic study during an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Addiction, 113*, 2261-2270.
- Carlson, R. G., Singer, M., Stephens, R. C., & Sterk, C. E. (2009). Reflections on 40 years of ethnographic drug abuse research: Implications for the future. *Journal of Drug Issues, 39*, 57-70. doi: 10.1177/002204260903900106
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eck, J. E., & Weisburd, D. (1995). Crime places in crime theory. In J. Eck & D. Weisburd (Eds.), *Crime and place. Crime prevention studies, vol. 4* (pp. 1-34). Monsey, NY: Criminal Justice Press.
- Ezra, S. B. (2018). S09-1: "A thousand-mile journey begins with one step": A "first step" for drug and alcohol addicts. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems, 20*, p. 42

- Farrell, M., & Hall, W. (2015). Heroin-assisted treatment: Has a controversial treatment come of age?. *The British Journal of Psychiatry*, 207, 3-4. doi: 10.1192/bjp.bp.114.160986
- Faugier, J., & Sargeant, M. (1997). Sampling hard to reach populations. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 790-797. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.00371.x
- Geertz, C. (1998). Deep hanging out. *The New York Review of Books*, 45(16), 69-72.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233-241.
- Gronnestad, T. E., & Lalander, P. (2015). The bench: An open drug scene and its people. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(2), 165-182. doi: 10.1515/nsad-2015-0018
- Harel-Fisch, Y., Hizi, S., Yogev, I., & Zadok, Y. (2014). *Israel-drug situation and policy*. Strasbourg, France: Pompidou Group of the Council of Europe, 21.
- Hunt-Howard, K. E. (2017). An exploration of factors associated with methamphetamine injection among street-involved drug users and dealers in Los Angeles: An ethnographic study. *Journal of Drug Issues*, 47, 4-24. doi: 10.1177/0022042616678608
- Lambert, E. Y. (Ed.). (1990). *The collection and interpretation of data from hidden populations* (Vol. 90). Washington, D.C.: US Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute on Drug Abuse.
- Lee, R. M., & Renzetti, C. M. (1990). The problems of researching sensitive topics: An overview and introduction. *American Behavioral Scientist*, 33, 510-528. doi: 10.1177/0002764290033005002
- Lev-Ran, S., Nitzan, U., & Fennig, S. (2014). Examining the ethical boundaries of harm reduction: From addictions to general psychiatry. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51(3), 175-180.
- Merton, R. K. (1968). *Social theory and social structure*. New York, NY: Free Press.
- Nafstad, I. (2011). Changing control of the open drug scenes in Oslo: Crime, welfare, immigration control, or a combination? *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 12(2), 128-152.

- Naples, N. A. (1996). A feminist revisiting of the insider/outsider debate: The "outsider phenomenon" in rural Iowa. *Qualitative Sociology*, 19, 83-106.
- Patton, M. Q. (2002). Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective. *Qualitative Social Work*, 1(3), 261-283. doi: 10.1177/1473325002001003636
- Schiff, M., Levit, S., & Cohen-Moreno, R. (2010). Childhood sexual abuse, post-traumatic stress disorder, and use of heroin among female clients in Israeli methadone maintenance treatment programs (MMTPS). *Social Work in Health Care*, 49, 799-813. doi: 10.1080/00981381003745103
- Singer, M. (2005). *Something dangerous: Emergent and changing illicit drug use and community health*. Long Grove, IL: Waveland Press.
- Small, W., Rhodes, T., Wood, E., & Kerr, T. (2007). Public injection settings in Vancouver: Physical environment, social context and risk. *International Journal of Drug Policy*, 18, 27-36. doi: 10.1016/j.drugpo.2006.11.019
- Small, W., Shoveller, J., Moore, D., Tyndall, M., Wood, E., & Kerr, T. (2011). Injection drug users' access to a supervised injection facility in Vancouver, Canada: The influence of operating policies and local drug culture. *Qualitative Health Research*, 21, 743-756.
- Spindler, G. D. (1987). *Education and cultural process: Anthropological approaches*. Long Grove, IL: Waveland Press.
- Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.
- Uchtenhagen, A. (2010). Heroin-assisted treatment in Switzerland: A case study in policy change. *Addiction*, 105, 29-37. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02741.x
- UNODC (2014). *World drug report*. Vienna, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime. Retrieved from http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf
- UNODC (2016). *World drug report*. Vienna, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime. Retrieved from http://www.unodc.org/doc/wdr2016/World_Drug_Report_2016_web.pdf
- Waal, H., Clausen, T., Gjersing, L., & Gossop, M. (2014). Open drug scenes: responses of five European cities. *BMC Public Health*, 14, Article number 853. doi: 10.1186/1471-2458-14-853

- Weisburd, D., & Braga, A. (2010). *Policing problem places: Crime hot spots and effective prevention*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Weisburd, D., Groff, E. R., & Yang, S. M. (2012). *The criminology of place: Street segments and our understanding of the crime problem*. Oxford, England: Oxford University Press.

חוכמת המעשה

צעדים ראשונים בדרך ליצירת "ידע ניתן להפעלה": פיתוח והקמה של מערך דיור שיקומי בקהילה לאוכלוסיית התחלואה הכפולה

לידור פימה, אלינה גריזמן ותומר צימרמן

רקע: בשנת 2000 נחקק בישראל "חוק שיקום נכי נפש בקהילה", שמטרתו שילוב מרבי של המשתקם בקהילה. התחלואה הכפולה (התמכרויות ובריאות הנפש) מקבלת חשיפה הולכת וגוברת, עקב ההכרה בשכיחותה הגבוהה והצורך לטפל בנפגעים. אנשים אלו זקוקים למסגרות גמילה ושיקום מיוחדות, שבלעדיהן הם נדחקים לשולי החברה ושבים להשתמש בסמים.

מטרת המאמר: המאמר סוקר את התמורות שהתרחשו בשנים האחרונות בהכרה באוכלוסיית התחלואה הכפולה. מטרתו לבחון ולהדגים תהליך של הקמת שירותי דיור שיקומי בקהילה ושל פיתוח התערבויות מותאמות לאוכלוסייה זו, שלווה בהערכה ביקורתית של יישומו ובחשיבה מתמדת על יעילותו.

ממצאים: במאמר נדונים האתגרים המלווים את חברת "קידום פרויקטים שיקומיים" מתחילת דרכה בפיתוח שירותים מותאמים למתמודדים עם תחלואה כפולה, ומפורטים הצעדים הראשונים בדרך ליצירת "ידע ניתן להפעלה". ערכי גישת ההחלמה, שעליהם נשען פיתוח ההתערבויות המותאמות, תהליך הלמידה "מהשטח" והבחינה המדוקדקת של המתודה השיקומית שפותחה, תרמו רבות להצלחת התהליך. הצלחה זו מתבטאת בהרחבת השירותים, בתהליכי שיקום משמעותיים של מתמודדים שבעבר לא היו זכאים ל"סל שיקום", וכן בקידום של שינוי מדיניות.

מסקנות והשלכות לפרקטיקה ולמדיניות: ההכרה באוכלוסיית התחלואה הכפולה ובמציאות המשתנה דורשת שינוי מדיניות במשרד הבריאות ושינויים מהותיים בעבודת השיקום. הניסיון המצטבר ו"חוכמת המעשה" משפרים את הטיפול באוכלוסייה זו ואת שיקומה ותורמים להטמעת התערבויות מתאימות ולשינוי מדיניות, המסייעים למקבלי השירות במסע החלמתם.

מילות מפתח: תחלואה כפולה, ידע ניתן להפעלה (Actionable Knowledge), סל שיקום, נכות נפשית, התמכרויות

התקבל במערכת: 5.2018; אושר לפרסום: 4.2019; נוסח סופי: 4.2019

מבוא

משחר ההיסטוריה סבלו נכי הנפש מהתייחסות שלילית ונדחקו לשולי החברה (Hinshaw & Cicchetti, 2000). בסוף שנות ה-50 ותחילת שנות ה-60 של המאה ה-20, עם התפתחות מדיניות האל-מיסוד (deinstitutionalization), חל שינוי מהפכני בהתייחסות אל אנשים עם נכויות, שמגמתו הברורה הייתה העברת מוקד הטיפול מבתי החולים אל מסגרות חלופיות בקהילה (לכמן והדס-לידור, 2006). חזון ההחלמה בבריאות הנפש היה למרכיב מרכזי במדיניות ובפרקטיקה של מדינות רבות בעולם מאז שנות ה-80 של המאה ה-20. בתחום בריאות הנפש זוכה בשנים האחרונות התחלואה הכפולה לחשיפה הולכת וגוברת, עקב ההכרה בשכיחותה הגבוהה והצורך לטפל בנפגעה (מהל וקמינר, 2002). "תחלואה כפולה" היא מצב שבו מתקיימות בר-זמן שתי הפרעות – הפרעה נפשית מזוירית לצד הפרעה של התמכרות לאלכוהול או לחומרים פסיכו-אקטיביים אחרים. קארה, ברטולי, קלריצי ואל-גבאלי (Carrà, Bartoli, Clerici, & El-Guebalay, 2015) הסבירו כי תחלואה כפולה היא תופעה הטרוגנית ורחבה, שכן היא כוללת מגוון אבחנות פסיכיאטריות, שימוש במגוון חומרים פסיכו-אקטיביים ואינטראקציות מורכבות ביניהם. לפיכך יש חשיבות עליונה בבניית תוכניות טיפול מותאמות, שתתייחסנה לתחלואה כפולה כאל מכלול ולא כאל שתי הפרעות נפרדות, שכן לעיתים השלם גדול מסך חלקיו.

חברת "קידום פרויקטים שיקומיים" מספקת שירותי דיוור במסגרת סל שיקום. במאמר הנוכחי נדונים האתגרים שליוו ומלווים את החברה מאז החלה בפיתוח, בהקמה ובתכנון של שירותים ייחודיים המותאמים לאוכלוסייה המתמודדת עם תחלואה כפולה. באמצעות תהליכי העבודה שיישמה החברה מוצגים השלבים המדויקים של הקמת מסגרות מותאמות לאוכלוסייה המתמודדת עם תחלואה כפולה. תהליך השינוי וההסתגלות לצרכים החדשים של האוכלוסייה הנדונה הוא תוצר של למידה משותפת ושל הרהור בצוותא של אנשי מקצוע, בני משפחה, מקבלי שירות, גורמים במשרד הבריאות וביחידות להתמכרויות וגורמים נוספים בקהילה. מחברי המאמר הם בעלי תפקידים בחברת "קידום פרויקטים שיקומיים", והם הובילו וקידמו יחד עם עמיתיהם למקצוע את תהליך השינוי ותחילת הטמעתו. במאמר אנו מרחיבים את היריעה ומציעים התבוננות רפלקטיבית על תהליך השינוי שהחברה עברה. לשם כך נעזרנו במאמרו של רוזנפלד (1997) "למידה מהצלחות". המבט הרפלקטיבי מסייע לחדד את הבנת התהליך ולדייק בתיאור הצעדים הראשונים שנעשו בחברה בדרך ליצירת "ידע ניתן להפעלה" (actionable knowledge). ידע זה נועד לבסס שירות "טוב דיו" עבור אוכלוסיית התחלואה הכפולה, ובעזרתו אפשר להמציא התערבויות חדשות וליצור אסטרטגיות פעולה עבור אוכלוסיות שלא זכו לשירות הולם בעבר (רוזנפלד, 1997).

הפרעות נפשיות וחוק שיקום נכי נפש בקהילה – רקע היסטורי

אדם אחד מכל חמישה באוכלוסייה הכללית מתמודד עם בעיות פסיכיאטריות (Steel et al., 2014). משחר ההיסטוריה זכו נכי הנפש להתייחסות שלילית ונדחקו לשולי החברה. מחלות הנפש עוררו אסוציאציות של דיבוק וכישוף וזכו ליחס משפיל ומדכא מצד אנשי המקצוע והציבור הרחב (Hinshaw & Cicchetti, 2000). כאמור, גישה זו החלה להשתנות באמצע המאה ה-20, עברה תמורות רבות לאורך השנים, וכיום הגישה המובילה את השיקום בבריאות הנפש מתמקדת בתהליכי החלמה.

מחקרים רבים נכתבו על גישת ההחלמה ועל החזון לסייע לאנשים עם הפרעות פסיכיאטריות לחיות חיים מלאי סיפוק והגשמה עצמית לצד המוגבלות (רועה, חסון-אוחיון וקרביץ, 2007; Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002). גם במדינת ישראל ניכרת הטמעה הדרגתית של החזון, במיוחד במערך השיקומי בבריאות הנפש (לכמן והדס-לידור, 2006). בשנת 2000 נחקק חוק שיקום נכי נפש בקהילה התש"ס – 2000. החוק קובע כי זכות האדם לשיקום היא חובתה של המדינה (לכמן והדס-לידור, 2007) ומטרתו שילוב מרבי של המשתתפים בקהילה ובמערכות החיים הנורמטיביות (שרשבסקי, 2006). וזו לשון החוק: "מטרתו של חוק זה לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נכי הנפש כדי לאפשר להם להשיג דרגה מרבית אפשרית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק-יסוד: כבוד האדם וחירותו, התשנ"ב – 1992. בשנת 2001 יושם החוק והוגדר סל שירותי השיקום שאנשים עם מגבלות נפשיות זכאים לו (אבירם, 2013; Lerner, Hornik- & Zilber, 2012). החוק קובע כי השירותים יינתנו על פי חוות דעת מקצועית ובהתאם לסל השירותים שנקבע בחוק ובתקנות (שרשבסקי, 2006).

פיתוח שירותים במסגרת חוק שיקום נכי נפש בקהילה

חברות ועמותות שמות להן למטרה לקדם את שיקום נכי הנפש בקהילה ואת העבודה עם כל מתמודד על מטרותיו השיקומיות, תוך שימת דגש על צרכיו האישיים. לשם כך מוקמות מסגרות דיור מוגנות במגוון רמות. מסגרות דיור אלה הן מרכיב בסל שירותי השיקום של משרד הבריאות, כפי שנקבע בחוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס – 2000.

תחלואה כפולה – הפרעות נפשיות והתמכרות: הגדרה, קשיים במתן טיפול שיקום הולם ומודלים ייחודיים לטיפול

על פי הגדרתו של נתן (2010) תחלואה כפולה היא מצב שבו החולה מתמודד ב-בזמן עם שתי מחלות – עם התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים ועם הפרעה פסיכיאטרית. בשנים האחרונות זוכה התחלואה הכפולה לחשיפה הולכת וגוברת, עקב ההכרה בשכיחותה הגבוהה של התופעה והצורך לטפל בנפגעה (מהל וקמינר, 2002). המודעות לתופעה הובילה גם להכרה בצרכיה המיוחדים של אוכלוסייה זו (בר-המבורגר ועמיתים, 2006; ורצברג, 2003; מיכאל, 2007; נתן, 2010; Petrakis, Gonzalez, ; 2010; Rosenheck, & Krystal, 2002).

לפי זומר, צורף ולונטל (2004), פעולת הגומלין בין שימוש בסמים לבין הפרעות פסיכיאטריות יכולה לבוא לידי ביטוי במגוון אופנים: היא עלולה לגרום לתסמינים פסיכיאטריים, להחמיר הפרעות פסיכיאטריות שכבר קיימות, לכסות על הפרעות או תסמינים פסיכיאטריים שכבר קיימים ולגרום להפרעות פסיכיאטריות בעקבות הפסקת השימוש בסמים. כמו כן, הפרעות פסיכיאטריות יכולות לחקות התנהגויות ממכרות ועלולות ליצור דחף לשימוש בסמים. מכיוון שמרבית החומרים הפסיכו-אקטיביים עלולים לגרום למגוון רחב של הפרעות פסיכיאטריות, אבחון ההפרעות הוא אתגר קליני בעל חשיבות מרובה.

חשוב להבין ולהכיר את סוגי הקשר האפשריים בין שני מרכיבי התחלואה הכפולה ואת ההטרונגיות של המטופלים המאובחנים בה, שכן יש קשת רחבה של מחלות פסיכיאטריות במידות חומרה שונות, מגבילות פחות (הפרעת חרדה) או מגבילות יותר (סכיזופרניה בשלב מתקדם), ושל מידת השימוש במגוון סוגי החומרים הממכרים (מגנס, 2008; Drake & Wallach, 2000). לשם טיפול בשתי המחלות זקוקים אנשים אלו למסגרות גמילה ושיקום מיוחדות, שבלעדיהן הם נדחקים לשולי החברה ושבים במהרה להשתמש בסמים (נתן, 2010).

הטיפול באוכלוסייה המתמודדת עם תחלואה כפולה הוא מורכב ומאתגר את המטפלים, מכיוון שהוא מצריך התמודדות טיפולית עם שתי תחלואות במקביל. ברוב המקרים שתי התחלואות מתקיימות זו לצד זו לאורך זמן ומשפיעות לרעה זו על זו. לכן הן מחייבות מודל טיפולי אינטגרטיבי ורב-מקצועי, שאותו מוביל צוות בריאות נפש והתמכרויות שהתמקצע באבחון של שתיהן ובטיפול בשתיהן (רושקה וגולדמן, 2016). למרות זאת, יש מחסור בתקצוב, במסגרות מותאמות ובמתן טיפול למתמודדים עם תחלואה כפולה (נתן, 2010).

ההנחה היא שקשה מאוד לטפל במתמודדים עם תחלואה כפולה, משום שהם

נוטים להיכנע לסיכונים שבסביבה החברתית ובתרבות שבהן הם חיים, נוטים לעבור על החוק ונוטים לדה-הוספטליזציה, למגורי רחוב, לפשע ולעוני (אלוני, 2009). ידוע כי בעבר, על אף חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס—2000, ועדות השיקום האזוריות לא דנו בזכאותו של מועמד לקבל את סל השיקום כל עוד הוא לא נמנע משימוש בסמים או באלכוהול במשך חצי שנה לפחות. מסיבה זו מרבית המתמודדים עם תחלואה כפולה, שעברו את שלב הגמילה הפיזית וקיבלו טיפול שיקום ראשוני, אינם משולבים במסגרת כלשהי ונתונים בסכנה מתמדת להידרדרות מחדשת לשימוש בסמים (נתן, 2010). לתת-אוכלוסייה זו צרכים מורכבים, ועל כן נדרשים איגום משאבים תקציביים, הרחבת ידע ובניית רצף שירותים, מאבחון וזיהוי מוקדם ועד לשיקום. בזמן יש לגייס אנשי מקצוע ממגוון תחומי דעת כדי לתכלל את הידע הנצבר ולספק מענה מיטבי לאוכלוסייה מודרת זו (רושקה וגולדמן, 2016).

מודלים לטיפול בתחלואה כפולה

במאמרם אומרים מהל וקמינר (2002) כי הטיפול במתמודדים עם תחלואה כפולה מתנהל בדרך כלל על פי אחד משלושת המודלים הטיפוליים הבאים:

רצף טיפולי (sequential): מתחיל מטיפול בבעיה האקוטית ביותר ורק אחריו טיפול בבעיה השנייה. המגרעת של תוכנית זו נובעת מעצם הגדרתה, כלומר מכך שפעולת הגומלין בין שתי ההפרעות אינה מטופלת במידה הראויה.

טיפולים מקבילים (parallel): התערבות בו-זמנית בשתי מערכות טיפוליות שונות — ביחידה לטיפול בנפגעי סמים או באלכוהול ובמרפאה לבריאות הנפש. תוכניות טיפוליות אלו מאוישות בדרך כלל על ידי מטפלים המומחים באחד מסוגי ההתערבות בלבד. כשמדובר בבריאות הנפש ובתחום ההתמכרויות, גישות טיפוליות שונות עלולות לבלבל את המטופל, מכיוון שהוא מקבל מסרים שונים ואולי אף סותרים ממטפלים הנוקטים פילוסופיות טיפול שונות בתכלית.

טיפול אינטגרטיבי (integrated): מעניק למטופל מגוון התערבויות תחת אותה קורת גג ומידי אותו צוות טיפולי, הן עבור השימוש לרעה בסמים והן עבור ההפרעה הפסיכיאטרית. איזון השימוש במשאבים וההתייחסות למכלול הבעיות בשני המישורים הוא הבסיס הטיפולי. נוסף על כך, בטיפול אינטגרטיבי מומלץ שילוב בין תרופות לבין פסיכותרפיה. התרופות מאזנות מצבי חרדה, דיכאון או מאניה ומאפשרות למטופל ליהנות מפסיכותרפיה ולהגיב להמלצות הטיפוליות הניתנות לו הכוללות, בין השאר, הנחיה לשתף פעולה עם המטפל בתרופות.

שתי הגישות הטיפוליות הראשונות — הרצף הטיפולי והטיפול המקביל — כשלו בשל העדר תכלול ופעולת גומלין בין שתי המערכות, וגרמו למטופלים "ליפול בין

הכיסאות". רוב המתמודדים עם תחלואה כפולה נדחו או הוצאו מהמסגרות השונות בגלל הקו-מורבידיות בין שתי המחלות. הם מתבקשים לשוב לטיפול באחת המערכות רק כאשר המחלה השנייה טופלה במערכת השנייה והיא מאוזנת ובשליטה (אלוני, 2009).

למתמכרים המתמודדים עם בעיות פסיכיאטריות יש צרכים מיוחדים, שיש לטפל בהם נוסף על הטיפול בהתמכרות עצמה. המומחים בתחום מסכימים כי המשתמשים בסמים כדי להתמודד עם ההשפעות של טראומות ועם הזיכרונות והמחשבות עליהן, לא יצליחו להפסיק את השימוש בסמים בלי שיימצא עבורם מנגנון התמודדות חלופי עם אותן בעיות (זומר ועמיתים, 2004).

תמיכה נוספת לצורך בטיפול אינטגרטיבי עבור אוכלוסיית התחלואה הכפולה אפשר למצוא במסמך של הכנסת העוסק ברפורמה הצפויה במשרד הבריאות (קוך-דבידוביץ', 2014). במסמך זה מוזכר סעיף מס' 1.1 לנוהל מס' 40.005 של משרד הבריאות בנושא סטנדרטים ונהלים לטיפול במתמודדים עם תחלואה כפולה ולשיקומם, הקובע כי "בשל ההשלכות של תחלואה אחת על השנייה, נזקקים מטופלים אלו להתייחסות משולבת ובר-זמנית למחלותיהם, הן במהלך הטיפול והן במהלך תהליך שיקומם".

לפי אלוני (2009), אף שבמשך שנים תמך המחקר ביעילות ובאפקטיביות של הטיפול האינטגרטיבי בחולי התחלואה הכפולה, המודלים לטיפול זה נדירים. לצד יתרונותיו הרבים של המודל, נושא התחלואה הכפולה מורכב מאוד ודורש התייחסות שונה וגישת טיפול ייחודית, וכיום אנו נמצאים בעיצומה של הדרך לבניית מסגרות שיקום מוגנות עבור אוכלוסיית יעד זו.

ניצנים ראשונים – תכנון, פיתוח והקמה של מסגרות שיקום מוגנות עבור אוכלוסיית התחלואה הכפולה בחברת "קידום פרויקטים שיקומיים" במסגרת שירותי סל שיקום

לאחר שנים של תהליך עבודה עם משרד הבריאות (סל שיקום), עם משרד הרווחה ועם גורמים נוספים, נראה כי גוברת המודעות לתת-אוכלוסייה זו של המתמודדים עם תחלואה כפולה וכי מתחיל שינוי בתפיסה בנוגע לשינוי המדיניות הנדרש אצל מקבלי ההחלטות. נראה שיש פתיחות רבה יותר לתמוך במקצת מהמתמודדים ולממש את זכותם לשירותי סל שיקום, באמצעות שילובם בתוכניות שיקום מיוחדות ומתאמות, שפיתחו החברות והעמותות המספקות את השירותים. ההכרה באוכלוסייה ובמציאות המשתנה דורשת לא רק שינוי מדיניות ארצי, אלא גם שינוי ארגוני פנימי במשרד הבריאות ובחברות המספקות את השירותים.

חברת "קידום פרויקטים שיקומיים" מספקת שירותים לאוכלוסיית נכי הנפש, לצורך הרחבת השירות והתאמתו לאוכלוסיית התחלואה הכפולה, וכבר כמה שנים מובילה תהליך של קידום שינוי מדיניות בתחום התחלואה הכפולה ושל התאמת מסגרות השיקום, כדי לספק שירות "טוב דיו" והולם לצורכי האוכלוסייה.

שלבי התאמתן של המסגרות הקיימות והקמתן של מסגרות חדשות

כדי להדגים את התהליך של יצירת מסגרות חדשות והתאמתן של מסגרות קיימות למתן שירות הולם לאוכלוסיית התחלואה הכפולה, נתאר להלן שינוי שהתרחש בחברת "קידום פרויקטים שיקומיים", המספקת מזה שנים שירותי סל שיקום בכל רחבי הארץ, ולאנשיה יש ידע, מיומנות וכלים הנדרשים לעבודה עם אוכלוסיית נכי הנפש. מחברי המאמר שותפים לתהליך היצירה וההקמה של המסגרות החדשות.

המפגש עם המתמודדים עם תחלואה כפולה דרש התאמות מיוחדות ושינוי תפיסת העבודה גם בתוך החברה עצמה. השינוי בחברה החל בהוסטל בדרום הארץ, שסיפק שירותים למתמודדים במסגרת סל שיקום והחל לקלוט מועמדים המתמודדים עם תחלואה כפולה. בהמשך קמו בתים קבוצתיים בערים שונות בארץ, הנותנים מענה ייחודי לאוכלוסיית יעד זו.

לויין (Lewin, 1951) פיתח מודל להחדרת שינוי בארגוני השירות, החוקר בעיקר את הדינמיקה ואת תהליכי השינוי הארגוני המתרחשים ואת תוצאותיהם (ברק ובר-גל, 2002; פופר 1998). המודל שהציג לויין (Lewin, 1951) לתהליך של שינוי בארגון כולל שלושה שלבים. להלן תיאור של שלושת השלבים והדגמתם באמצעות השינוי הארגוני שעברה חברת "קידום פרויקטים שיקומיים" בתהליך התאמת השירותים לאוכלוסיית התחלואה הכפולה.

השלב הראשון הוא שלב ההפשרה, שבו מתגבשת ההבנה שנדרש שינוי, והוא השלב המקדים לשינוי. בשלב זה יוצרים הנעה ורצון לשינוי, כדי להכין את המערכת לקראת תהליך השינוי. לחץ פנימי או חיצוני מאיץ לרוב את תהליכי ההפשרה ואת מוכנותה של המערכת לקלוט תהליך של שינוי. בתהליך השינוי שעברה חברת "קידום פרויקטים שיקומיים" שלב ההפשרה הוא השלב שבו זוהתה האוכלוסייה המתמודדת עם תחלואה כפולה, אשר הופנתה שוב ושוב להוסטל בדרום הארץ. המציאות הצביעה על צורך בשינוי השירות הניתן בהוסטל ובהתאמתו על ידי פיתוח מענים אחרים לצרכים הייחודיים של המתמודדים עם תחלואה כפולה. בשלב זה עסקה הנהלת ההוסטל רבות, הן עם הנהלת החברה והן עם משרד הבריאות והגורמים השונים, בחידוד הצורך וביצירת לחץ לשינוי סף קבלת הזכאות בוועדות סל שיקום וסף הקבלה להוסטל.

השלב השני הוא שלב של מעבר למצב חדש. ברמת הארגון מתפתחות התנהגויות חדשות ומשתנות דרכי החשיבה, דרכי התקשורת ודרכי הפעולה במערכת. שלב זה כולל למידה של התחום, תכנון, הדרכות, שינוי מבנה העבודה, הערכות מצב ויישום ההתאמות הנדרשות לשינוי. בתהליך השינוי שהתחולל בהוסטל בדרום הארץ היה שלב זה משמעותי מאוד והתבצעו בו פעולות רבות. ברמת הארגון חלו שינויים רבים, ובהוסטל נוצרה והתחדדה ההבנה, כאמור, כי המענים צריכים להיות שונים מאלה שסיפק ההוסטל עד כה. הצעד הראשון היה הקמת בית מיוחד בתוך ההוסטל, שבו נקלטו רק מתמודדים עם תחלואה כפולה, ויועד צוות מיוחד שילווה את המתמודדים בבית זה. הנהלת ההוסטל ארגנה קבוצות הדרכה מיוחדות לצוותים הייעודיים, כל חברי הצוות נשלחו להכשרות חיצוניות בתחום ההתמכרויות, גויסו לצוות מדריכים מכורים נקיים (שעד אז לא שימשו בתפקיד ייחודי בתוך המערך ולא ניתן דגש על העסקתם) ונוסחו חוזה ותקנון מחודשים, הכוללים עקרונות עבודה חדשים, כגון עריכת בדיקות שתן בהוסטל וחיפוש בחדרים – פעולות אשר מעולם לא נעשו במסגרות הדיור הרגילות של החברה.

השינויים המתוארים לעיל התרחשו לאורך זמן רב והיו תוצר של למידה מהשטח ושל עבודה משותפת של הצוות. את השינויים הובילו מנהלת ההוסטל ונהלת החברה, והם נעשו בשיתוף משרד הבריאות. כל השינויים המתוארים ושינויים נוספים שהתרחשו עם הזמן דרשו שינוי של התפיסה ושל הגישה הטיפולית. לשם כך הוקמו ועדות היגוי, שבהן השתתפו כל הגורמים הרלוונטיים שחברו יחד ללמידה ולחשיבה על התחום החדש. כמו כן התנהל שיח על מדיניות משרד הבריאות בנוגע למתן זכאות לסל שיקום עבור אנשים אלו ולהגמשת הסטנדרטים שהמסגרת מחויבת אליהם (לדוגמה – הוספת תקנים ושינוי דרכי עבודה). לאורך הזמן התגבשה ההבנה כי כל התהליכים כרוכים זה בזה.

השלב השלישי והאחרון במודל של לויין (Lewin, 1951) הוא שלב ההקפאה. בשלב זה מייצבים את הארגון לאחר יישום השינוי, מאזנים בין הכוחות המניעים לכוחות המעכבים ומקפאים את המערכת באיזונה החדש. כדי ליישם שלב זה יש לקבוע דפוסים חדשים ולמסד אותם בעזרת מנגנונים פורמליים ובלתי פורמליים. בתהליך של קידום המדיניות בנוגע למתמודדים עם תחלואה כפולה והתאמת השירות עבורם נראה כי כיום, לאחר שנים שבהן חברת "קידום פרויקטים שיקומיים" עוסקת בתחום, השלב הזה מתרחש במקביל לשלב השני של החלת השינוי. להערכתנו, התהליך טרם הסתיים ונדרשת עוד עבודה רבה. במבט לאחור נראה כי נעשו שינויים רבים ומשמעותיים וכי זכויותיהם של המתמודדים עם תחלואה כפולה הובאו לקדמת הבמה. עם זאת אנו רחוקים מלהחיל את כל השינויים הכלולים בחזון החברה. בחברת "קידום פרויקטים שיקומיים" החלה כתיבה של נוהלי עבודה מסודרים

ומתקיימות קבוצות הדרכה קבועות, לשם בניית מתודה טיפולית חדשה. ספקי השירותים שותפים בדיונים עם משרד הבריאות על ניסוח מדיניות, מוזמנים לערוך הדרכות לרכזי השיקום הארציים ומשתתפים בישיבות היגוי ארציות. אפשר, אם כך, להצביע על הכוחות המניעים את התהליך: גורמי טיפול שהבינו את הצרכים ומטפלים באוכלוסייה, הן ברמה הציבורית והן ברמה הפרטית. החברות שמספקות את השירותים פועלות עם גורמים נוספים שדרושים לקידום המטרה, כמו "אילסם" ו"הרשות למאבק באלומות, בסמים ובאלכוהול".

בהמשך להתאמת ההוסטל בדרום הארץ לאוכלוסיית התחלואה הכפולה, ולאור ההתרשמות הטובה של משרד הבריאות ושל הגורמים המלווים והמפקחים מעבודתנו, פיתחה החברה באישור מיוחד הוסטל נוסף לתחלואה כפולה במרכז הארץ. שני הוסטלים האלה הם היום היחידים בארץ המותאמים לטיפול בתחלואה כפולה. במקביל התחילה החברה להקים בתים קבוצתיים לאוכלוסיית יעד זו בערים שונות בפריסה ארצית. הבתים הקבוצתיים נועדו לספק מסגרת שיקום מותאמת, המיישמת נוהלי עבודה חדשים ומותאמים לאוכלוסייה המסוימת. נציין כי פיתוח מערך הדיור הקבוצתי ברחבי הארץ נשען לא רק על הלמידה הרבה שנעשתה בחברה ועל שילוב ההתאמות הפנים-ארגוניות, אלא גם על עבודה רבה של "הכנת השטח" ויצירת מערך תמיכה קהילתי. טרם פתיחת הדיירות הקבוצתיות פעלנו רבות כדי לגייס את הגורמים השונים להיות שותפים לתהליך. מאמץ זה התבסס על אמנתנו כי אחד היסודות לטיפול משמעותי ומותאם לאוכלוסיית התחלואה הכפולה הוא שיתוף פעולה מערכתי, עקבי ואחיד. שיתוף פעולה זה נועד לעטוף את המתמודד ובא לידי ביטוי בפגישות עבודה מקדימות עם יחידות להתמכרויות, עם מרפאות ועם מסגרות תעסוקה, ביצירת ועדות היגוי אזוריות ולעיתים אף בהדרכת המסגרות השותפות.

במקביל להקמת הדיירות הקבוצתיות נעשו שינויים גם בשירות "דיור מוגן" למתמודדים עם תחלואה כפולה הגרים בבתיים או עם משפחתם. לצוותים המלווים את המתמודדים האלה יש הבנה מעמיקה יותר של מורכבות ההתמודדות הכפולה, יש בידיהם כלים מתאימים יותר, כגון גישה טיפולית מותאמת ושיח מכוון ומותאם, וכן יכולת לנצל בצורה מיטבית את התמיכה הקהילתית, כגון שילוב היחידה להתמכרויות בתוכנית השיקום. את המתמודדים עם תחלואה כפולה מלווים גם מדריכים מכורים נקיים, המחזקים במידה ניכרת את תהליך השיקום.

כפיר (1997) סבר כי בכדי ליצור שינוי משמעותי בארגון יש צורך באנשים, ברעיונות, במוטיבציה ובמשאבים. את הרעיונות יש לתרגם לתפיסה ואת העקרונות המנחים יש להפוך למעשיים ולהוביל את האנשים לאורם. כדי שתהליך כזה יישאר ויישמר, חייב השינוי להפוך ולהיות חלק מהשפה והמסורת הארגונית, כך שלא ינבע מהאנשים בלבד, אלא ייטמע ברוחו של הארגון ויהיה חלק מההזדהות עימו,

מהשייכות אליו ומתפיסת המטרה שלו. לאור כל המפורט לעיל מאמינים מחברי המאמר כי החלה הטמעתו של השינוי וכי גברה המודעות אצל כל המעורבים לצורך, להזדמנות ולשינוי הנדרש.

הערכים, התפיסות והשליחות של מקצוע העבודה סוציאלית הם הבסיס להשראה ולחזון של הקמת השירותים הייחודיים לאוכלוסיית התחלואה הכפולה. במקביל לתהליך הארוך, ההדרגתי והמאתגר במיוחד, של פיתוח, הקמה והתאמה של מסגרות טיפול ושיקום לאוכלוסיית התחלואה הכפולה, החלו מחברי המאמר ועמיתיהם לעבודה לגבש ידע מקצועי על דרכי טיפול ושיקום יעילות עבור אוכלוסיית היעד.

התפיסות והערכים שעליהם מושתת מקצוע העבודה הסוציאלית ליוו את מחברי המאמר ואת עמיתיהם בחברה בדרכם המאתגרת ליצירת השירותים הייחודיים. במאמרו "למידה מהצלחות" טען רוזנפלד (1997) כי לעבודה הסוציאלית פנים רבות, אך בכל זמן ומקום היא מיטיבה להגשים את עצמה כאשר היא משרתת את אותם האנשים שמערכות אחרות בחברה – פורמליות או בלתי פורמליות – לא הצליחו לשרת. מכל מקצועות שירותי האנוש היא היחידה המחויבת לשרת אוכלוסיות 'מובסות'. לפי רוזנפלד (1997) יש עובדים סוציאליים שבנפש חפצה ובהתלהבות ממשיכים במאמציהם לחדור לפלח שוק מיוחד זה של העבודה הסוציאלית, ושבזכות דבקתם במטרה מזכירים לנו כי ההתייחסות לבעיותיהם של המנוודים ביותר בחברה היא גולת הכותרת של המקצוע. מתפיסה זו נובע כי לב ליבה של העבודה הסוציאלית בנוי מיחסי גומלין הדוקים בין שני שותפים: ספקי השירותים ומקבליהם. כאשר השירותים אינם הולמים נקלעים שני הצדדים למבוי סתום, וכל צד הוא בעת ובעונה אחת הדחוי, המסורב והמובס וגם הרוחה, המסרב והמביס. יחסי גומלין לקויים כאלו אינם מאפשרים לספקים לסייע למקבלי השירותים לצאת מן הבידוד שהחיים בשולי החברה כופים עליהם. רוזנפלד (1997) הוסיף כי האתגר המרכזי העומד בפני העבודה הסוציאלית הוא למצוא דרכים לגשר בין נותני השירותים למקבליהם ולעצב מחדש את הקשרים ביניהם, כדי להבטיח שירות "טוב דיו" לאוכלוסיות המנוודות. גישה זו משמשת נקודת מוצא לחדשנות ולפיתוח מומחיות מקצועית. דברים אלו היו מקור להשראה בעיצוב החזון למחברי המאמר ולעמיתיהם והפיחו תחושת התלהבות לקראת יצירת מסגרות מותאמות עבור אוכלוסיית התחלואה הכפולה.

"ידע ניתן להפעלה" – "Actionable Knowledge"

רוזנפלד (1997) טען כי המשותף לאוכלוסיות המנוודות הוא הכישלון לעזור להן. מכיוון שבלי עזרה זו נגזר עליהן לחיות בשולי החברה, חייבת העבודה הסוציאלית ליצור ידע ניתן להפעלה, הווה אומר – ידע שהעובדים בשדה יכולים לפעול לפיו. על ידע זה להיות שימושי לעובדים, להיות מנוסח בשפה שאפשר בקלות להבינה בהקשר

של עבודת השדה, ולסייע בהמצאת התערבויות, כלומר ביצירת אסטרטגיה לפעולה. מכיוון שתופעות ואנשים הרחוקים מן העין נחקרים לעיתים נדירות בלבד, הידע הנוגע להם הוא מטבע הדברים מועט, והעובדים הסוציאליים הניצבים לפני מציאות זו מרגישים כזרים בארץ לא נודעת. במקרה הגרוע הם פועלים בצורה אינטואיטיבית, או משתמשים בכלים ששירתו אותם בעבודתם עם אוכלוסיות מוכרות יותר. במקרה הטוב הם מכירים בכורותם ומתנהגים כמי שאינם יודעים, וכדי להתגבר על פערי הידע הם מתחילים בתהליך של חיפוש ויצירה. לכן אחד מתחומי מומחיותה של העבודה הסוציאלית הוא "המצאת התערבויות", ויש שלושה מקורות שונים ללמידה, הנובעים מקשרים שסייעו לאוכלוסיות מנודות (רוזנפלד, 1997). המשותף לשלושת המקורות הוא שכל אחד מהם יוצר ופורש ידע ניתן להפעלה העשוי לתרום לאוכלוסיות שלא זכו לשירות הולם, ובשל כך הן נוטות להימצא בשולי החברה. להלן תיאור קצר של שלושת המקורות בהקשר של פיתוח מסגרות מותאמות לאוכלוסיית התחלואה הכפולה.

מקור ראשון – אנשי מקצוע "מהרהרים" על עבודתם

המקור הראשון ליצירת ידע ניתן להפעלה הם אנשי מקצוע המיישמים את הרעיון של "הרהורים במשך העבודה" ומתעמקים בחשיבה על המקרים שבהם הצליחו לתרום ליציאה ממצב של נידוי. המטרה היא ללמוד, לזהות ולהסביר מהו הדבר שהניב תוצאות חיוביות (רוזנפלד, 1997).

ההרהור בצוותא על העבודה שהתבצעה בהוסטל בדרום הארץ ובכל אחד מהבתים הקבוצתיים של תחלואה כפולה ברחבי הארץ הניב כמה קווים משותפים המאפיינים את השירות "הטוב דיו", ואלו הם:

1. מחויבות נטולת סייגים לאנשים המתמודדים עם תחלואה כפולה, המבוססת על קשר בין מקבלי השירות לאנשי המקצוע ועל הקשבה פעילה למתמודדים ולצרכיהם במסגרות הדיור.
2. הכרה מלאה בתרומתו המשמעותית של מדריך מכור נקי במסגרות הדיור. הבנה והערכה של הידע הייחודי המבוסס על הניסיון שהמדריך המכור הנקי מעניק למסגרות השיקום.
3. שילוב של מדריך מכור נקי ומדריך שיקום בכל אחד מהבתים הקבוצתיים, כדי לשלב ידע חשוב ומשמעותי משתי האסכולות גם יחד (בריאות הנפש והתמכרויות).
4. חתירה לשילוב בין כלים והתערבויות טיפוליות משתי האסכולות.
5. שילוב של עבודה ברוח תוכנית 12 הצעדים עם ערכי גישת ההחלמה, תחת ההתאמות הנדרשות.

6. הכרה מלאה בהבדלים בין עקרונות העבודה עם אנשים בעלי נכות נפשית לבין עקרונות העבודה עם אנשים בעלי התמכרות, ודיון פתוח וגלוי בין אנשי הצוות עליהם, המוביל לחיפוש מתמיד אחר הגישה הנכונה והיעילה ביותר עבור האוכלוסייה המתמודדת עם תחלואה כפולה.
7. הכרה של אנשי המקצוע העובדים בבתים הקבוצתיים ובהוסטלים לתחלואה כפולה במה שאינם יודעים, ומוכנותם להודות בכך ולחפש אחר ידע חדש ומתאים.
8. כל בית קבוצתי חדש שעתיד להיפתח מסתייע בהיערכות ארגונית מקדימה, הכוללת ועדות היגוי וחשיבה משותפת של אנשי המקצוע השותפים לפתיחתו.
9. דגש על שיתוף פעולה בין מרפאות בריאות הנפש, בתי החולים הפסיכיאטריים, היחידות להתמכרויות והמסגרת התעסוקתית של המתמודדים. ככל שהקשר הדוק ופורה יותר כך סיכויי ההצלחה של המסגרת גדולים יותר.
10. תכנון ימי עיון, הכשרות לצוותים, הדרכות פרטניות וקבוצתיות וסיורים קבועים בכל אחת מהמסגרות, כדי לשאוב השראה ורעיונות חדשים מהשותפים לדרך.
11. תשומת לב יתרה למשוב המגיע מהמתמודדים הגרים בבתים הקבוצתיים, והתאמת השירות בהתאם.

גיבוש העקרונות הללו הוא תוצר של למידה באמצעות חקר והרהור משותף של קבוצת האנשים העוסקים בהקמת מסגרות הדיור למתמודדים עם תחלואה כפולה. כאן המקום לציין כי קבוצת אנשים זו היא הטרוגנית וכוללת אנשי מקצוע, מתמודדים, מדריכי שיקום, מדריכים מכורים נקיים ועוד. בזכות ההטרוגניות של הקבוצה הצליחו מחברי המאמר ועמיתיהם לנסח עקרונות פעולה חשובים, המובילים לביסוסו של שירות המיועד לאוכלוסיית יעד מסוימת זו. שהרי כבר כתב ורזינסקי (Wersinsky, בתוך רוזנפלד, 1997) כי "מקור הכול הם החיים בצוותא ולא תיאוריה, אשר היא, במיטבה, ביטויים הנאות".

מקור שני – למידה מן "העמידים"

המקור השני המסייע ליצירת ידע הניתן להפעלה הוא מידע מאנשים ששרדו, כלומר מאנשים שהצליחו לצאת ממצבי מועדות בלי להיפגע באופן חמור, וכן מאנשים שמילאו תפקיד בתהליך כזה (רוזנפלד, 1997). בתהליך הקמת מסגרות דיור עבור אוכלוסיית התחלואה הכפולה נעשה ניסיון להבין במדויק את עקרונות העבודה עם אנשים המתמודדים עם נכות נפשית שהוכח כי סייעו בתהליך החלמתם. במקביל נעשה ניסיון דומה להבין במדויק את עקרונות העבודה עם אנשים המתמודדים עם התמכרויות שהוכח כי סייעו בטיפול בהם ובשיקומם.

עיקרון מנחה לעובדים ולמתמודדים בתחום מחלות הנפש מדגיש כי כדי להגיע

להחלמה יש להתמקד בסיפור החיים השלם, על מרכיביו השונים, ולא דווקא במחלה. עיקרון מנחה לעובדים המטפלים באוכלוסיית היעד בתחום ההתמכרויות מדגיש את החשיבות הרבה של אי-יותור על התערבויות ישירות עם המכור, כדי שיקיר במחלתו ויתמודד עימה. אם כן, הטיפול באוכלוסייה המתמודדת עם תחלואה כפולה משלב עקרונות מעולם הטיפול בבריאות הנפש ומעולם הטיפול בהתמכרויות. אלא שאין מדובר בצירוף פשוט של כללים משני התחומים, אלא בכוונן וכיול עדין של העקרונות, כך שיתאימו למטופלים המתמודדים עם שתי התחלואות גם יחד. כוונן עדין זה בא לידי ביטוי בכך שהעקרונות מיושמים בעוצמות ובהיקפים שונים מאופן יישומם בטיפול של כל תחלואה בפני עצמה. נעשתה התאמה המביאה בחשבון את הצירוף הייחודי שאדם המתמודד עם שתי התחלואות זקוק לו. כך למשל, בעבודה עם מכורים שמים דגש רב על התערבויות טיפוליות המתייחסות להכחשה ולהתנגדות של המטופל, ומאמינים כי מיומנות העימות חשובה מאוד בעבודה הטיפולית, כדי שהמכור יכיר במחלתו. לעומת זאת, בעבודה עם אנשים המתמודדים עם נכות נפשית חשוב לזכור כי מנגנוני ההגנה שומרים על האדם ועל איזון וייצוב מצבו הנפשי. טכניקות אלה עלולות לעורר חרדה, להגביר דפוסי חשיבה פתולוגיים וליצור חוסר איזון נפשי. דוגמה נוספת ובולטת במיוחד נוגעת לשלילת זכויות מהמטופלים – סנקציה מוכרת בטיפול במכורים בקהילות. לעומת זאת, בתחום בריאות הנפש מרכיב הבחירה והענקת דרגות חופש מרביות ככל האפשר הוא חשוב ביותר ונמנה עם אבני היסוד של תורת השיקום וההחלמה. קיומם של המתחים בין השיטות השונות לטיפול בשתי התחלואות בא לידי ביטוי בחשיבה מתמדת על הגבולות הנכונים ליישום במסגרות המיועדות לתחלואה כפולה.

שימוש בעקרונות שהוכיחו את יעילותם בטיפול באוכלוסיות ספציפיות ובשיקומן מחייב התאמה לאוכלוסייה המתמודדת עם תחלואה כפולה. ההתאמה של העקרונות מהווה אתגר משמעותי בתהליך יצירת ידע ניתן להפעלה. המחקרים מצביעים על כך שהגישה השיקומית הטובה ביותר לתחלואה כפולה היא גישה אינטגרטיבית ורב-מקצועית, המטפלת הן בהתמכרות והן במחלת הנפש ומשיגה כך המשכיות ואחידות בטיפול (מגנס, 2008).

מקור שלישי – חקר שותפויות מועילות

המקור השלישי ללמידה מתבסס על ניסיונם המצטבר ועל עדותם של הנעזרים והעוזרים. זהו ניסיון ליצור דגמי התערבות באמצעות חקירה פעילה ושיתוף מקבלי שירות, כדי לבחון יחדיו מה הוכיח עצמו בעבר ויכול לשמש בסיס לזיהוי של מה שעשוי לסייע בעתיד (רוזנפלד, 1997).

בתהליך הקמת המסגרות הייחודיות לאנשים המתמודדים עם תחלואה כפולה

פעלו ופועלים מחברי המאמר ועמיתיהם מעמדה של אידיעה, המחפשת אחר ידע חדש ומתאים לאוכלוסייה. הם למדו ולומדים מהמטופלים עצמם על צרכיהם ועל המענים החסרים שהם זקוקים להם. ללא ספק, אתגר משמעותי הוא להצליח ביצירת דגמי התערבות עבור אוכלוסיית היעד על בסיס הלמידה והניסיון של מקבלי השירות עצמם.

בתהליך העבודה הקפדנו לתת מקום רב לייצוג של המתמודדים עצמם, לשמיעת קולם ודעותיהם וכן למעורבותם בנושאים השונים. הענקנו חשיבות עליונה לשילובם של המתמודדים בתהליך הלמידה והתאמת המענים. יזמנו את שילובם בוועדות ההיגוי ובישיבות צוותים שנועדו לדיון ביצירת דרכי עבודה (כגון עבודה משותפת של הצוותים והמתמודדים ביצירת תקנון וחווה חדש ומותאם למסגרת הייחודית לתחלואה כפולה), והעסקנו בצוותים מתמודדים (בריאות הנפש ותחלואה כפולה) ומדריכים מכורים נקיים, שתרמו מהידע מניסיון שלהם.

רוזנפלד (1997) טען כי בכל שלושת המקורות תהליך יצירת הידע דומה ומתאפיין בארבעה מאפיינים משותפים: הוא שיתופי, הוא מתחיל בזיהוי הצלחה, הוא מלווה בתהליך של הרהור ודיון; והתוצרים של דיונים אלה הם מילים, מושגים ורעיונות, המספקים כיווני פעולה אפשריים. המשותף לכל המקורות הללו היווה עבור מחברי המאמר בסיס לתחילת עבודה ולחשיבה על מאפייני המסגרת המותאמים לאוכלוסיית היעד.

הצעד הבא – מחשבות להמשך

מטרתו של המאמר הנוכחי לתאר את הצעדים הראשונים שצעדה חברת "קידום פרויקטים שיקומיים" בדרך לפיתוח ידע ניתן להפעלה, כדי לבסס שירות "טוב דיו" עבור אוכלוסייה המתמודדת עם תחלואה כפולה. התפיסות והערכים שעליהם מושתת מקצוע העבודה הסוציאלית ליוו את העוסקים במלאכה בדרכם המאתגרת ליצירת השירותים הייחודיים.

לצד ייחודיותה של ההתערבות המותאמת לאוכלוסיית התחלואה הכפולה, חשוב לציין כי המחויבות להתמודד עם האתגר שמציב מקצוע העבודה סוציאלית – לשרת אוכלוסיות מובסות ומגודות – נמצאת ברבדים השונים, הן ברמת השירותים והן ברמת המדיניות.

המתודה הטיפולית החדשה שיצרנו בעבודתנו, המותאמת לתת-אוכלוסייה אשר שנים רבות "נפלה בין הכיסאות", הובילה לשיח משמעותי בין נותני השירותים השונים לבין קובעי המדיניות. נושא פיתוח שירותים עבור אוכלוסיית התחלואה הכפולה זוכה להכרה הולכת וגוברת ונדון בקבוצות השונות העוסקות בתחום השיקום בבריאות הנפש

ובהתמכרויות, כגון אנשי מקצוע, מתמודדים ובני משפחה. הובלת פיתוח השירותים וקידום מתודה טיפולית "פורצות דרך" לאוכלוסייה זו מיושמת כיום בשירותי שיקום נוספים. נוסף על הרחבת השירות שלנו, הממשיך לגדול ולהתפתח, החלו מפעילים נוספים לתת שירות ייעודי מותאם לתחלואה כפולה, וכך גדל מספר נותני השירות בארץ. בעקבות זאת ניתן שירות ליותר מתמודדים הזקוקים למסגרות אלו.

להערכתנו, כדי לבדוק את יעילות השירותים שקמו עבור אוכלוסיית התחלואה הכפולה – חשוב להיות קשובים לקולם רב-הערוך של מקבלי השירות, לערוך מחקרים כדי לבסס ידע תיאורטי וכדי לבדוק יעילות ותקפות של המסגרות, ולשאוף לצבירת ידע נוסף. ממצאים ראשוניים במסגרות שכבר פועלות מצביעים על החשיבות הרבה לייעוד מסגרות המותאמות בהתערבותן ובאופי הטיפול הניתן בהן לאוכלוסייה המסוימת, כדי שזו לא "תיפול בין הכיסאות".

בעקבות ההדים החיוביים וההתעניינות הרבה שעוררו הבתים הקבוצתיים לתחלואה הכפולה וההוסטלים המיועדים לאוכלוסייה זו, ממשיכים העוסקים במלאכה לפתח הכשרות ייעודיות וימי עיון עבור אנשי מקצוע, מדריכים, מתמודדים ומשפחות בקהילה.

האתגר העומד לפנינו הוא להמשיך ולפתח מסגרות מותאמות לאוכלוסיית יעד זו, תוך חשיבה על מגוון האוכלוסיות, וביניהן נשים המתמודדות עם תחלואה כפולה, דרי רחוב ועוד.

הניסיון ההולך ומצטבר, בעקבות פתיחת שערי המסגרות בסל שיקום לאוכלוסייה המתוארת במאמר זה, יוביל בוודאי לשיפור הטיפול באוכלוסייה זו ושיקומה, וגם להמשך הטמעת התערבויות מתאימות ולפיתוחן ולהקמתן של מסגרות נוספות. כל אלה יסייעו למקבלי השירות במסע החלמתם ושיקומם.

מקורות

אבירם, א. (2013). חוק שיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים. בתוך: ד. בן-דוד (עורך), דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות, 347-365. ירושלים: מרכז טאוב.

אלוני, ת. (2009). הטיפול בחולי תחלואה כפולה – המודל האינטגרטיבי. הכל על אלכוהול, 63, 7-8.

בר-המבורגר, ר., אזרחי, י., שבתאי, מ., רוזינר, א., יבלברג, י., עובדיה, נ. וכהן, ד. (2006). מחקר הערכה לכפר איזון – 2006. ירושלים: הרשות הלאומית למלחמה בסמים ואלכוהול.

ברק, ד. וברגל, ד. (2002). ניתוח שדה כוחות – כלי להחדרת שינוי בארגוני שירות. חברה ורווחה, כ"ב (1), 7-33.

נקודות מפתח



- למתמודדים עם תחלואה כפולה (נכות נפשית והתמכרות) יש צרכים מיוחדים שלא קיבלו מענה הולם במשך שנים.
- יש צורך בהמצאת התערבויות ובפיתוח שירותים בקהילה עבור תת-אוכלוסייה זו, תוך הערכה ביקורתית וחשיבה מתמדת על יעילותם.
- לאור האתגרים בפיתוח ובהקמת שירותים ייחודיים המותאמים למתמודדים עם תחלואה כפולה, מפורטים הצעדים הראשונים בדרך ליצירת ידע ניתן להפעלה, כדי לבסס שירות "טוב דיו".
- חוכמת המעשה והניסיון הנצבר בשטח מקדמים בפועל את המענים הניתנים בשיקום ותורמים לקידום שינוי מדיניות, לניסוח עקרונות מנחים למתודה טיפולית-שיקומית ולהטמעת התערבויות מתאימות.

ורצברג, ר. (2003). תחלואה כפולה: חולי נפש המשתמשים בסמים. ירושלים: מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

זומר, א., צורף, א. ולונטל, א. (2004). דו"ח מחקר מסכם: הפרעות דיסוציאטיביות (ניתוק) בקרב נפגעי סמים. ירושלים: הרשות הלאומית למלחמה בסמים ואלכוהול.

כפיר, א. (1997). ארגון וניהול — עיצוב ושינוי. תל-אביב: צ'ריקובר.

לכמן, מ. והדס-לידור, נ. (2006). בדרך אל ההחלמה: יישום חוק שיקום נכי נפש בקהילה. רבעון בנושא פסיכיאטריה, ספטמבר-נובמבר (1), 42-45.

לכמן, מ. והדס-לידור, נ. (2007). בדרך אל ההחלמה: שיקום ושילוב אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה. בתוך: נ. הדס-לידור ומ. לכמן (עורכים), שיקום והחלמה בבריאות הנפש: קריאה מנקודות מבט שונות; פרקטיקה, מדיניות ומחקר (עמ' 117-130). כפר-יונה: ליתם.

מגנס, ה. (2008). הקשיים הייחודיים של חולי תחלואה כפולה בהתמודדות עם תהליכים ראשוניים בגמילה פיזית ונפשית. עבודת סיום קורס בסיסי לטיפול בנפגעי התמכרויות. רמת-גן: בית הספר המרכזי להכשרת עובדים לשירותי הרווחה.

מהל, ח. וקמינר, י. (2002). אבחנה כפולה: שימוש לרעה בסמים המלווה בהפרעה פסיכיאטרית. בתוך: מ. חובב (עורך), טיפול ושיקום של נפגעי סמים בישראל: התפתחות, תיאור מצב וסוגיות (עמ' 273-278). תל-אביב: צ'ריקובר.

מיכאל, א. (2007). התמכרות והחלמה: סוגיות נבחרות בטיפול במתמכרים. קריית-ביאליק: אח.

נתן, ג. (2010). הטיפול במכורים לסמים בעלי תחלואה כפולה נפשית. ירושלים: מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

פופר, מ. (1998). תהליכי שינוי מערכתי בארגונים לא עסקיים. מערכות, 358, 7-12.

קן-דבידוביץ', פ. (2014). הטיפול במכורים לסמים הסובלים ממחלת נפש לאחר העברת שירותי בריאות הנפש מאחריות משרד הבריאות לאחריות קופות-החולים. ירושלים: מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

רוזנפלד, י. מ. (1997). למידה מהצלחות — כיצד לעצב עבודה סוציאלית ההולמת את מיועדיה. חברה ורווחה, י"ז, 361-377.

רועה, ד., חסון-אוחיון, א. וקרביץ, ש. (2007). חשיבותן של התערבויות המבוססות על ראיות בשיקום פסיכיאטרי. בתוך: נ. הדס-לידור ומ. לכמן (עורכים), שיקום והחלמה בבריאות הנפש: קריאה מנקודות מבט שונות. פרקטיקה מדיניות ומחקר (עמ' 319-331). כפר-יונה: ליתם.

רושקה, פ. וגולדמן, ק. (2016). תחלואה כפולה נפשית: התפתחות התחום ואתגרים בצל הרפורמה בבריאות הנפש. מדיניות ציבורית: כתב עת לחידושי מדיניות בישראל, 16, 20-21.

שרשבסקי, י. (2006). שיקום נכי נפש בקהילה בישראל: תהליכים ואתגרים. בתוך א. אבירם וי. גינת (עורכים), שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות (עמ' 357-387). תל-אביב: צ'ריקובר.

Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation* (2nd ed.). Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Carrà, G., Bartoli, F., Clerici, M., & El-Guebaly, N. (2015). Psychopathology of dual diagnosis: New trumpets and old uncertainties. *Journal of Psychopathology*, 21, 390-399. Retrieved from http://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/12/13_Art_ORIGINALE_Carra1.pdf

Drake, R. E., & Wallach, M. A. (2000). Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, 51, 1126-1129. doi: 10.1176/appi.ps.51.9.1126.

Hinshaw, P., & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, 12, 555-598. doi: 10.1017/s0954579400004028.

- Lerner, Y., Hornik-Lurie, T., & Zilber, N. (2012). The effect of the implementation of the rehabilitation of the mentally disabled in the community law in Israel on the pattern of psychiatric hospitalizations. *International Journal of Mental Health, 41*(3), 45-59. doi: 10.2753/IMH0020-7411410303.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers*. Oxford, England: Harpers.
- Petrakis, I. L., Gonzalez, G., Rosenheck, R., & Krystal, J. H. (2002). Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorders: An overview. *Alcohol Research, 26*(2), 81-89. Retrieved from <https://69.32.208.13/library/journal/1P3-256271321/comorbidity-of-alcoholism-and-psychiatric-disorders>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology, 43*(2), 476-493. doi: 10.1093/ije/dyu038.

נסיבות הפנייה לטיפול כמנבאות התמדה בתוכנית: כפייה פורמלית לעומת כניסה וולונטרית בקהילה הטיפולית הרטוב

משה וולף, נעם חביב, גל קפלן-הראל ומיכל שטרנפלד

רקע: הספרות מבחינה בין שתי דרכי הצטרפות לקהילה טיפולית, והן עשויות לנבא התמדה או נשירה ממנה: כניסה מתוקף כפייה פורמלית או כניסה וולונטרית.

מטרת המחקר: השוואת משך ההתמדה בתוכנית בין מטופלים המגיעים לקהילה טיפולית במסגרת חלופת מעצר, כלומר מתוקף כפייה פורמלית, לבין מטופלים המגיעים באופן וולונטרי, מתוקף כפייה בלתי פורמלית. כמו כן נבדק אם יש מנבאים נוספים הקשורים להתמדה או לנשירה.

שיטת המחקר: ניתוח סטטיסטי שניוני של נתונים קיימים על כל המטופלים בקהילה הטיפולית הרטוב בשנים 2010-2015 (N=339), באמצעות רגרסיה לוגיסטית וניתוח הישרדות.

ממצאים: נמצא כי הזמן החציוני להתמדה בתוכנית הטיפול בקרב כלל המטופלים הוא 6.27 חודשים. מניתוח ההבדלים לפי סוג ההפניה לתוכנית נמצא כי הסיכוי שמטופלים, אשר הגיעו לטיפול במסגרת חלופת מעצר, יסיימו את התוכנית לעומת הסיכוי שינשרו ממנה, גדול פי 4.67 בהשוואה למטופלים, שהגיעו לתוכנית באופן וולונטרי. בכל עת, למטופלים שהגיעו באופן וולונטרי סיכון גדול פי 2.434 לנשור מהטיפול בהשוואה לאלו שהגיעו במסגרת חלופת מעצר. נמצא גם כי השכלה וסוג הסם מנבאים התמדה בתוכנית.

מסקנות והשלכות: כפייה פורמלית, כלומר כניסה לטיפול במסגרת חלופת מעצר, עשויה לנבא התמדה בטיפול. המחקר עשוי לסייע למטופלים ולכוונם כיצד לנהוג במטופלים אשר מגיעים לטיפול באופן וולונטרי, כדי להאריך את ההתמדה בטיפול ואף להביא להשלמתו.

מילות מפתח: קהילה טיפולית, התמכרויות, מנבאי נשירה, חלופת מעצר, כפייה פורמלית, ובלתי פורמלית,

כל ארבעת הכותבים תרמו תרומה שווה.
המחברים מבקשים להודות לד"ר סימון פרי על הליווי בכתיבת מאמר זה ועל ההערות וההארות שסייעו רבות, וכן לשופטים האנונימיים שהערותיהם הובילו להשלמת המאמר.

התקבל במערכת: 7.2018; אושר לפרסום: 7.2019; נוסח סופי: 7.2019

מבוא

להתמכרות לסמים השלכות שליליות רבות, הן על המכור והן על החברה, ולכן מדינות רבות, וביניהן ישראל, מציעות מגוון תוכניות שיקום וגמילה למכורים. בשל מורכבות בעיית ההתמכרות, קשה לשקם את המכורים. ואכן, מרבית הערכות יעילות התוכניות (לרוב בהפחתת רצידיביזם או הימנעות מסמים) מצאו אפקט מתון בלבד, אם בכלל. עם זאת, התוכניות שונות ביעילותן, ותוכנית המבוססת על קהילה טיפולית נחשבת בין המוצלחות שבהן (חסיסי, וייסבורד, שהם, חביב וזליג, 2017). מפעילי תוכניות השיקום וספרות המחקר מזהים את בעיית הנשירה הגבוהה מתוכניות אלו כבעיה מרכזית, ופעמים רבות מייחסים את האפקט המתון של תוכניות אלה לבעיה זו (Evans, Li, & Hser, 2009; Fernández-Hermida, Secades-Villa, Fernández-) (Ludeña, & Marina-González, 2002; Stark, 1992). בשל מרכזיות בעיית הנשירה מנסים חוקרי אקדמיה, מטפלים ואנשי שטח לבדוק מהן הדרכים המתאימות להתמודד עם הבעיה ולזהות את המאפיינים האישיותיים או הסוציו-דמוגרפיים שעשויים לנבא נשירה או התמדה (Battjes, Onken, & Delany, 1999; Brorson, Ajo Arnevik,) (Chen, Elisha, Timor, & Ronel, 2016; Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013; Harris, 1998; Zemore & Ajzen, 2014).

ספרות המחקר על תוכניות שיקום מכורים בישראל ובעולם בוחנת אם התוכניות יעילות בהשגת יעדיהן (וייסבורד, שהם, ברק, מנספיזור וגדעון, 2005; חסיסי ועמיתים, 2017; לונטל ויעקובי, 1999). עם זאת, מעט מאוד מחקרים בישראל בחנו את מנבאי הנשירה או ההתמדה בתוכניות אלו, והספרות חסרה מחקר אמפירי בנושא, בעיקר על קהילות טיפוליות (רנץ ודקל, 2011; רנץ שינדלר, 2009).

המחקר הנוכחי הוא מחקר רטרוספקטיבי המתמקד במכורים לסמים שעברו טיפול גמילה במסגרת הקהילה הטיפולית הרטוב בשנים 2010-2015. התוכנית בקהילה זו כוללת מגוון רחב של שיטות טיפול, וביניהן טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, טיפול פסיכו-דינמי, קבוצות שיקוף (קונפרונטציה) ועוד (חסיסי ועמיתים, 2017). התוכנית אורכת כשנים-עשר חודשים, מאכלסת מטופלים בני 17 ומעלה, וכוללת תהליכים טיפוליים, קבוצתיים ופרטניים.

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון אם יש הבדלים במשך ההתמדה של מכורים בקהילה הטיפולית הרטוב בין מטופלים אשר הגיעו לתוכנית במסגרת חלופת מעצר לבין מטופלים שהגיעו אליה באופן וולונטרי. המחקר בחן גם משתנים נוספים העשויים לנבא נשירה מתוכנית הטיפול.

ההתמכרות, השלכותיה ודרכי ההתמודדות עימה

ההתמכרות נחשבת לתופעה קשה ויש לה השלכות רבות הן על הפרט והן על החברה. המכור עלול לסבול מתופעות שליליות בריאותיות, התנהגותיות ופסיכולוגיות רבות (Bouchery, Harwood, Sacks, Simon, & Brewer, 2011; Klostermann & Fals-Stewart, 2006; Weinbaum, Sabin, & Santibanez, 2005). בנוסף, מחקרים מעידים כי בקרב מכורים שיעורי הפשיעה גבוהים במידה ניכרת משיעורי הפשיעה בקרב פרטים שאינם מכורים. שיעורי פשיעה גבוהים פוגעים בתחושת הביטחון של הציבור ובאיכות חייו, מה שהופך את בעיית ההתמכרות לבעיה חברתית (Chandler, Fletcher, & Volkow, 2009; Jensen & Kane, 2012).

בשל השלכות אלו, הפכה סוגיית ההתמכרות מוקד מחקר מרכזי, והעסיקה גורמי אכיפה וטיפול בניסיון להתמודד עם התופעה כחלק מגישה טיפולית ושיקומית (Gordon, Kinlock, Schwartz, & O'Grady, 2003; Mitchell, Wilson, Eggers, & MacKenzie, 2012; Prendergast & Wexler, 2004; Turley, Thornton, Johnson, & Azzolino, 2004).

ואכן, מערכות אכיפת החוק מציעות מגוון רחב של תוכניות שיקום למכורים לסמים, שתכליתן, בראש ובראשונה, גמילה וניתוק התלות בחומרים פסיכו-אקטיביים, הפחתת מעורבות עתידית בפשיעה, הטמעת נורמות התנהגותיות פרו-חברתיות, הקניית יכולת התמודדות עם לחצים ועוד (Friedmann, Taxman, & Henderson, 2007). בשל מורכבות בעיית ההתמכרות, רוב תוכניות השיקום המכוונות לטיפול במכורים יעילות במידה מעטה, אם בכלל. עם זאת, תוכניות המבוססות על קהילה טיפולית נחשבות יעילות יותר (De Leon, 2010).

הקהילה טיפולית

הרעיון לטיפול ולשקם בדרך של קהילה טיפולית (TC — therapeutic community) עלה לראשונה בבריטניה בשנות ה-40 של המאה ה-20 בבתי חולים לחולי נפש. הטיפול התבסס על הרעיון של מעבר מטיפול אינדיווידואלי — מטפל-מטופל — לטיפול בקבוצה. הקבוצה, כמרחב חברתי, שימשה מרחב טיפולי-שיקומי שבו יש למטופלים תפקיד מרכזי בעזרה עצמית ובסיוע לשיקומם של מטופלים אחרים בקבוצה. תפיסה זו השפיעה על עיצובן של הקהילות הטיפוליות לטיפול במכורים לאלכוהול ולסמים שהחלו לקום כעשור לאחר מכן (סלע, 2002).

הפילוסופיה העיקרית אשר עומדת מאחורי מסגרת הקהילה הטיפולית היא כי ההתמכרות נובעת מלכתחילה מדיס-פונקציונליות חברתית ואישיותית של האדם המכור, ולכן הטיפול בו מתמקד בהפרעות שמעבר להתמכרות עצמה (De Leon, 2000). כנגזרת מתפיסה זו, שיטת הטיפול הנהוגה בקהילה טיפולית מכוונת לכך

שהמכור יערוך שינוי בכל מישורי אישיותו: החברתי, הרגשי, ההתנהגותי והתפקודי. ואלה עקרונות שיטת הטיפול בקהילה טיפולית: ניהול עצמי ואחריות אישית, היררכיה וקבלת סמכות. היחסים החברתיים בקהילה הטיפולית מהווים ראי לבעיה של המטופל וכלי שנועד לחולל שינוי.

כחלק מהגישה הטיפולית יש לנתק בשלב הראשון את המטופל מהסביבה החברתית הדיס-פונקציונלית שהגיע ממנה (De Leon, 2000). לשם כך מתנהלת הקהילה הטיפולית כמסגרת סגורה בעלת מאפיינים של מוסד טוטלי (מיכאל, 2007). מסגרת זו מזכירה במידה רבה תנאי כליאה, בעיקר בשלבים הראשונים של הטיפול (De Leon, 2000). במסגרת הקהילה מנותקים המטופלים מהסביבה החיצונית, והקהילה מקיפה ושולטת על רוב תחומי החיים של המשתתפים בה (מיכאל, 2007), פרטיותם נפגעת, חופש התנועה שלהם מוגבל, והם נדרשים לציית להנחיות בעלי הסמכות ולחוקי המקום. לאחר החודשים הראשונים בקהילה, אם המטופל מראה מחויבות ושיפור במצבו, הופכים התנאים נוקשים פחות ומוענק לו חופש רב יותר (De Leon, 2000).

נוסף לשאיפה לנתק את המטופלים מסביבתם החיצונית המזיקה, מכוונת הקהילה הטיפולית לחיזוק תחושת המחויבות של המטופלים בתוך הקהילה. באופן זה, השמירה על גבולות ברורים ונוקשים הקובעים את הנורמות ואת טווח ההתנהגויות המותרות, מאפשרת למטופלים מרחב בטוח דיו כדי לחולל בו שינוי. כמו כן, חברי הקהילה הטיפולית שותפים בתחומים רבים בחיי הקהילה, בין היתר במיון מטופלים חדשים וקבלתם, בהרחקת מטופלים בשל התנהגות שאינה ראויה, בגיבוש סדר היום, בהטלת סנקציות טיפוליות ועוד (Stark, 1992).

הקהילה הטיפולית הֶרְטוּב

הקהילה הטיפולית הרטוב הוקמה בשנת 1987 והייתה הקהילה הטיפולית הראשונה בישראל. הקהילה נותנת מענה למכורים לסמים – גברים בגירים בני 17 ומעלה, ומשך הטיפול בה נע בין 9 חודשים לשנה. משך תוכנית הטיפול תלויה בחומרת מצבם של המכורים, ביכולתם לתפקד כראוי, במידת ההפנמה של דפוסי התנהגות אנטי-סוציאליים, במידת העצמאות ושילובם בחברה. כ-60%-65% ממטופלי הקהילה שוהים בה במסגרת חלופת מעצר מתוקף החלטת בית משפט, והיתר שוהים בה באופן וולונטרי.

צוות הקהילה מורכב מכמה צוותים: צוות מקצועי, ובו עובדים סוציאליים, מדריכים חברתיים (מכורים נקיים בוגרי קהילות טיפוליות), מטפלים ייחודיים, ומורים לפעילויות העשרה; צוות רפואי, ובו רופא, אחות, ופסיכיאטר ליעוץ והכוונה במקרה הצורך; צוות מנהלתי, ובו מזכירה ואב בית; וצוות ניהולי, ובו מנהלת, רכזת טיפול ורכז מדריכים.

כחלק מהתהליך הטיפולי בקהילה, המטופלים אחראים לתחזוקה השוטפת של המסגרת, לניקיון, לתחזוקת המבנים והמרחב החברתי, למטבח ולהפעלתו ועוד. במסגרת התוכנית עובר המטופל תהליך של התאקלמות והסתגלות למסגרת, מתוודע לכללים ולתהליכים הטיפוליים, רוכש מודעות לדפוסי ההתנהגות המעכבים ולנסיבות שהובילו להתמכרות, ולומד חלופות התנהגותיות מקדמות ויכולות ניהול ושליטה עצמית. יש ציפייה שהמטופל יבטא בהתנהלותו אוטונומיזציה, ישתתף בניהול הקהילה ויציג דוגמה אישית למטופלים צעירים ממנו. לקראת סיום התוכנית, כדי שתהליך החזרה לחברה יהיה פשוט יותר למטופל, ניתן דגש מיוחד על חידוש הקשרים עם המשפחה ועל שילוב במסגרת תעסוקתית.

הקבוצה הטיפולית היא כלי טיפולי עיקרי בקהילה הטיפולית. דוגמה לכך היא הקבוצה הדינמית בקהילה, אשר תכליתה לסייע למטופלים לווסת את רגשותיהם לכדי התנהגות מקדמת בעזרת שיום רגשות, וליצור הזדהות ושייכות בין מטופלי הקבוצה. דוגמה אחרת היא קבוצת הקונפרונטציה (עימות) אשר נועדה להיות מסגרת בטוחה שתאפשר שיקוף ומשוב בין המטופלים, בעיקר בנושא התנהגויות המתרחשות בחי היום-יום בקהילה, וכן להעלות נקודות לשיפור ונקודות לשימור.

מלבד הקבוצות, כל מטופל בקהילה הטיפולית נפגש פגישה פרטנית אחת לשבוע עם עובד סוציאלי המלווה אותו מהשבוע הראשון להשתלבותו. מטרת הפגישה הפרטנית לאפשר מרחב אינטימי, קטן ובטוח יותר לעיבוד התהליכים העוברים על המטופל. במקרה הצורך משולבת התערבות טיפולית משפחתית.

בעיית הנשירה

אחת הבעיות העיקריות שאיתן מתמודדים מפעילי תוכניות הגמילה והמטופלים, היא הנשירה הרבה (Evans et al., 2009; Fernández-Hermida et al., 2002). לדעת חוקרים, שיעור הנשירה הגבוה הוא אשר מוביל ליעילות המתונה של התוכניות. יתרה מכך, נמצא כי מכורים אשר מצליחים לסיים או להישאר זמן רב יותר בתוכנית מצליחים יותר בהשגת היעדים שהוגדרו בתוכנית, ומכורים ששוהים בטיפול פחות משלושה חודשים, אינם מפיקים ממנו תועלת (סלע, 2002; Gerstein & Lewin, 1990), ולעיתים הנשירה אף מובילה להרעה במצבם (Alterman, McKay, Mulvaney, & McLellan, 1996). אולם הספרות מראה כי דווקא בחודשים קריטיים אלה מתרחשת הנשירה הרבה ביותר (רונאל, חן, תימור ואלישע, 2011).

בשל הנשירה הרבה מתוכניות אלו ובשל החשיבות הגדולה של ההתמדה בתוכנית למדדי ההצלחה, עוסקים מחקרים רבים במרכיבים האישיותיים והסוציו-דמוגרפיים אשר עשויים לנבא נשירה מהתוכנית או התמדה בה (Claus & Kindleberger, 2002; López-Goñi, Montalvo, Illescas, Landa, & Lorea, 2008; Schaub et al., 2011).

מנבאי נשירה או התמדה בתוכניות הגמילה

ספרות המחקר התמקדה בכמה מאפיינים אשר עשויים לנבא התמדה, סיום או נשירה, וביניהם מאפיינים סוציו-דמוגרפיים (López-Goñi et al., 2008), מאפיינים הקשורים להתמכרות (Claus & Kindleberger, 2002; Schaub et al., 2011) ומאפיינים הקשורים לטיפול עצמו ולמקור ההגעה אליו (De-Leon & Jainchill, 1986; Knight, Hiller, Broome, & Simpson, 2000).

אומנם בספרות יש עדיין חילוקי דעות על המנבאים הסוציו-דמוגרפיים, אך אפשר לומר שגברים בעלי השכלה נמוכה והיסטוריה פלילית ענפה, שכבר היו בעבר בתוכנית גמילה, הם בעלי סיכון גבוה יותר לנשור מהתוכנית הטיפולית (רנץ שינדלר, 2009; López-Goñi et al., 2008). בישראל בחנה רנץ שינדלר (2009) את מנבאי הנשירה מקהילה טיפולית תוך השוואה בין ילידי הארץ לילידי חבר העמים. היא מצאה כי אחוזי הנשירה בקהילות הטיפוליות בישראל דומים, ואף נמוכים מעט מאשר קהילות טיפוליות בעולם, וכי ילידי חבר העמים נושרים פחות מילידי הארץ (רנץ שינדלר, 2009). אשר לגיל המטופל, על פי מרבית המחקרים לצעירים יש נטייה גדולה יותר לנשירה, אולם מחקרים אחרים (לדוגמה: רנץ שינדלר, 2009) מצאו דווקא קשר שלילי בין שני המשתנים.

בנוגע למנבאי נשירה הקשורים להתמכרות מציעה הספרות כי פרטים בעלי התמכרות כפולה (Agosti, Nunes, & Ocepeck-Welikson, 1996) או הסובלים מפסיכופתולוגיות (תחלואה כפולה) (Claus & Kindleberger, 2002) נתונים בסיכון גבוה יותר לנשירה אף הם. מנבאים מוכרים נוספים לנשירה קשורים לסוג הסם ולעוצמת ההתמכרות. למכורים לקוקאין, הרואין או קראק קשה יותר להישאר במסגרת הטיפולית (Hiller, Knight, & Simpson, 1999; Schaub et al., 2011). כמו כן ידוע כי ככל שההתמכרות חזקה יותר ומשך השימוש בסם ארוך יותר, כך תלותו של המכור במושא ההתמכרות מתעצמת, הפגיעה נעשית קשה יותר והסיכוי לנשירה גדל (McKellar, Kelly, Harris, & Moos, 2006).

מבחינת מנבאי הנשירה הקשורים לטיפול ולמקור ההגעה אליו, מחקרים עוסקים בלחצים שמפעילה הסביבה על המטופלים להגיע לטיפול ולהתמיד בו, ומציינים גם את האיום של מערכת אכיפת החוק (De-Leon & Jainchill, 1986; Knight et al., 2000). בהקשר זה יש הבחנה בין הגעה לטיפול במסגרת חלופת מעצר, כטיפול הניתן בכפייה חוקית (legal coercion), לבין הגעה לטיפול מתוקף כפייה בלתי פורמלית או וולונטרית (informal coercion). כפייה בלתי פורמלית כוללת לחצים שמפעילים גורמים בסביבתו של המטופל, כגון משפחה, חברים, מקום עבודה ועוד (Klag, O'Callaghan, & Creed, 2005). הלחץ החיצוני, פורמלי או בלתי פורמלי,

יכול להתבטא ברמות שונות, ומחקרים מצאו כי ככל שהלחץ החיצוני חזק יותר כך הסיכוי להתמיד בטיפול גבוה יותר (Brecht, Anglin, & Wang, 1993; Schaub et al., 2011).

כפייה חוקית יכולה לבוא לידי ביטוי בכמה נסיבות: כחלופת מאסר, דרישה של קצין המבחן לטיפול לצורך כתיבת חוות דעת חיובית, בדיקות שתן לגילוי סמים, קבלת טיפול במהלך הליך משפטי לצורך הקלה בעונש, וכדומה. סעיפים 82 ו-83 לחוק העונשין, התשל"ז – 1977, הם דוגמה לכך, בקובעם:

בית המשפט רשאי, בהתאם להמלצת שירות מבחן, להורות על טיפול ושיקום בקהילה עבור עזור מכור לסמים, כאשר הוגש כנגדו כתב אישום ואף אם עומד כנגדו עונש מאסר על תנאי.

על אף העיסוק הרב בספרות בהשפעת כפייה חוקית על התמדה בתוכנית הטיפול, הממצאים על השפעת הטיפול הכפוי על שיעורי הנשירה, בהשוואה לכניסה וולונטרית, או כתוצאה מכפייה בלתי פורמלית, אינם עקביים. יש מחקרים שמצאו כי אין קשר בין כפייה חוקית להתמדה בטיפול, ומחקרים מעטים אף מצאו קשר הפוך ביניהם, אך רוב המחקרים העלו כי כפייה חוקית, כמו איום מאסר, משפיעה לטובה על משך השהות בטיפול. רנץ שינדלר (2009) בדקה במחקרה נשירה של מכורים שהגיעו לתוכנית באופן וולונטרי או במסגרת חלופת מעצר. אחרי שלושה חודשים היה מספר הנושרים שהגיעו באופן וולונטרי גבוה כמעט פי 2, וההבדל נמצא מובהק. בנקודות הזמן האחרות שנבחנו, אחרי חצי שנה ובסיום הטיפול לאחר שנה, לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין הקבוצות (רנץ שינדלר, 2009). גם רונאל ועמיתים (2011), אשר חקרו את הקהילה הטיפולית "רטורנו", מצאו כי השלבים הראשונים בתהליך הטיפול הם הקריטיים ביותר, ובהם נרשמים אחוזי הנשירה הגבוהים ביותר. נתון זה אינו מפתיע לנוכח הקשיים העולים בשלבי הטיפול הראשונים. בחודשים אלו חווים המטופלים בקהילה הטיפולית סביבה נוקשה המגבילה את חופש התנועה והבחירה שלהם (De Leon, 2000).

לסיכום, נוסף לאי-עקביות בממצאים הקשורים למנבאי הנשירה מטיפול בהתמכרויות (רנץ שינדלר, 2009), יש בעיות מתודולוגיות אחרות במחקרים שנעשו עד כה, וביניהן העדר קבוצת ביקורת מתאימה, העדר פיקוח על סוג הסם שאליו מכור המטופל, ומעקב קצר מדי של שלושה עד שישה חודשים (Klag et al., 2005; Schaub et al., 2011). על כן יש צורך במחקר עדכני אשר יבחן מהם אותם משתני סיכון אשר מנבאים נשירה או התמדה תוך פיקוח על סוגי ההתמכרות של המטופלים, משתנים סוציו-דמוגרפים, ההיסטוריה הפלילית של המכור ועוד (Klag et al., 2005).

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבדוק את הסיכוי של המכור להתמיד בקהילה הטיפולית ולערוך השוואה בין מטופלים אשר הגיעו לתוכנית במסגרת חלופת מעצר לבין מטופלים שהגיעו בעקבות כפייה בלתי פורמלית או באופן וולונטרי. מטרה נוספת הייתה לבחון מהם מנבאי הנשירה מתוכנית הקהילה הטיפולית. המחקר התמקד במכורים לסמים שעברו טיפול גמילה במסגרת הקהילה הטיפולית הרטוב בשנים 2010-2015.

שיטת המחקר

אוכלוסיית המחקר

נבדקו כל המטופלים הגברים ששהו בקהילה הטיפולית הרטוב בתוכנית טיפול שאורכה 12 חודשים, בשנים 2010-2015. נכללו בסך הכול 339 מטופלים, מתוכם 193 (57%) הגיעו במסגרת חלופת מעצר ו-146 (43%) באופן וולונטרי.

איסוף הנתונים

המחקר התבסס על ניתוח שניוני של נתונים הלקוחים מתיקי המטופלים. אלו נתונים ממוחשבים וידיניים שתועדו בידי הצוות הטיפולי בקהילת הרטוב, ונשלפו מארכיון הקהילה. הנתונים על משתני רקע, היסטוריה פלילית ושימוש בסמים (סוגים, תדירות, אופן השימוש) בעת הקבלה לטיפול נשלפו מריאיון הקבלה של המטופלים בכניסתם לקהילה הטיפולית. הנתונים על התמדה בקהילה לאורך תהליך הטיפול נלקחו מדיווחים לגורמי חוץ ולוועדות הערכה פנימיות ומסיכום הטיפול שערך הצוות הטיפולי.

הנתונים נאספו תוך שמירה על חסיון זהותם של המטופלים. הנתונים שהתקבלו כללו פרטים כלליים בלבד אודות המטופלים, ואינם מאפשרים את זיהויים. הנתונים נמסרו באישור משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

מערך המחקר

המחקר הנוכחי בדק את הקשר בין הנסיבות להגעת המטופל לקהילה הטיפולית – חלופת מעצר או וולונטרי – לבין סיכויי המטופל לסיים את תוכנית הטיפול במלואה או לנשור ממנה. במסגרת המחקר הוגדרו משתנים חדשים בשלוש קבוצות משתנים: משתנים הקשורים לשהייה בקהילה הטיפולית, משתנים הקשורים לנסיבות ההגעה, ומשתני רקע.

המשתנים הקשורים בטיפול קודדו כך:
נשירה מטיפול (נשר-0, לא נשר-1).

משך ההתמדה בטיפול נמדד בחודשים (סיום תוכנית ללא נשירה הוגדר כ-12 חודשים).

המשתנה הקשור לנסיבות הגעת המטופל לקהילה הטיפולית קודד כך: הגעה וולונטרית (=1), חלופת מעצר (=0).

משתני הרקע קודדו כך:

המשתנה סוג הסם העיקרי בשימוש נאסף במקור כמשתנה בן שש קטגוריות: אלכוהול, אופיאטים, קוקאין, MDMA, "סמי פיצוציות" (קנבינואידים סינתטיים) וקנביס. כיוון שבחלק מהקטגוריות היו מטופלים מעטים מאוד, הן קובצו לצורך הניתוח לארבע קטגוריות: אלכוהול, אופיאטים, קוקאין ו"סמי פיצוציות". בקטגוריה "סמי פיצוציות" נכללו גם MDMA וקנביס. הרציונל מאחורי איחוד כזה הוא באופיים הדומה של המשתמשים בסמים אלה ונסיבות השימוש הרווחות בהם. כל אחת מהקטגוריות הללו נבנתה כמשתנה דמה המקודד כך: 1 – משתייכים לקטגוריה, 0 – אינם משתייכים. קבוצת ההתייחסות שנבחרה הייתה "אופיאטים".

המשתנה מצב משפחתי נאסף במקור כמשתנה בן שש קטגוריות – רווק, ידוע בציבור, נשוי, אלמן, פרוד וגרוש. כיוון שבחלק מהקטגוריות היו מטופלים מעטים מאוד, הן קובצו לצורך הניתוח לשלוש קטגוריות – רווק, נשוי ונשוי לשעבר. בקטגוריה "נשוי לשעבר" נכללו גרושים, אלמנים ופרודים, ובקטגוריה "נשוי" נכללו גם ידועים בציבור. הרציונל מאחורי איחוד כזה הוא הדמיון בלחצים החיצוניים שתת-קבוצות אלה עשויות להפעיל על המטופל. כל אחת מהקטגוריות הללו נבנתה כמשתנה דמה המקודד כך: 1 – למשתייכים לקטגוריה, 0 – לאלו שאינם משתייכים. קבוצת ההתייחסות שנבחרה הייתה "רווק".

המשתנה לאום נאסף כמשתנה בן 5 קטגוריות – יהודי יליד ישראל, יהודי עולה מברית-המועצות, יהודי עולה מאתיופיה, ערבי יליד ישראל ומוצא אחר. כל אחת מהקטגוריות הללו נבנתה כמשתנה דמה המקודד כך: 1 – למשתייכים לקטגוריה, 0 – לאלו שאינם משתייכים. קבוצת ההתייחסות שנבחרה הייתה "יהודי יליד ישראל".

קודדו גם המשתנים גיל הנבדק (בשנים), מספר שנות לימוד, מספר ילדים, מספר השהויות הקודמות בקהילות טיפוליות לפני השהות הנבחנת במחקר הנוכחי, מספר חודשי מאסר מצטבר ומשך השימוש בסם (בשנים).

עיבוד נתונים

עיבוד הנתונים נעשה באמצעות תוכנת SPSS, גרסה 23.0 (IBM, 2015). בשלב הראשון נבחנו באופן תיאורי שכיחויות וממוצעים במדגם.

הנתונים נותחו בשני סוגי ניתוחים: עבור השאלה הראשונה, הבוחנת את הקשר בין סיבת ההגעה לקהילה הטיפולית (וולונטרי או חלופת מעצר) ומשתני

הרקע על סיום התוכנית או נשירה ממנה, נעשה שימוש במודל רגרסיה לוגיסטית. המשתנה התלוי במודל הוא משתנה בינומי שהוגדר "סיים את התוכנית" ($=1$) או "נשר מהתוכנית" ($=0$). לאחר השמטת תצפיות הכוללות ערכים חסרים, כלל הניתוח 322 מטופלים.

השאלה השנייה, הבוחנת את ההבדלים בסיכון לנשור מהתוכנית (לאורך תקופת המעקב במחקר) בין מטופלים שהגיעו לתוכנית במסגרת חלופת מעצר לבין מטופלים שהגיעו לתוכנית באופן וולונטרי, נבחנה באמצעות שני ניתוחי הישרדות. בשלב הראשון חושבה הסתברות ההישארות בתוכנית (survival probability) בשיטת Kaplan-Meier ושימוש במדד χ^2 Log-Rank, תוך הפרדה בין עקומות ההישרדות של שתי הקבוצות. בשלב השני, לצורך בדיקת הקשר בין סיבת כניסת המטופל לקהילה הטיפולית (חלופת מעצר או וולונטרי) ומשתני הרקע לבין הסיכון לנשירה מהתוכנית, נעשה שימוש במודל Cox Proportional-Hazards. שיטה זו מאפשרת להעריך מהם הגורמים המשפיעים על יחס הסיכונים (hazard ratio) לנשירה מהתוכנית. לפני הרצת המודל נבדקה השערת הסיכון הפרופורציונלי, והמודל נמצא מתאים לשימוש ($\chi^2(16)=22.22, p>.1$).

עבור שני ניתוחי הישרדות אלה, זמן המעקב אחר משך ההתמדה בתוכנית החל ברגע כניסת המטופל לקהילה הטיפולית ונמדד בחודשים. המעקב אחר המטופלים נמשך עד נשירה מהתוכנית ($=1$) או קטימה ($\text{censoring}=0$). קטימה במחקר הנוכחי משמעה סיום של התוכנית, כלומר זמן מעקב מקסימלי של 12 חודשים. לאחר השמטת תצפיות שהיו בהן ערכים חסרים, כלל הניתוח 322 מטופלים.

ממצאים

סטטיסטיקה תיאורית

בלוח 1 מוצגים נתוני סטטיסטיקה תיאורית עבור משתני הרקע של המטופלים במחקר: מצב משפחתי, לאום, סוג הסם שבו השתמש לפני כניסתו לקהילה הטיפולית, גיל, מספר ילדים, מספר שנות לימוד, תקופת השימוש בסמים בשנים, מספר חודשי מאסר מצטבר בעברו ומספר הפעמים שבהם שהה בקהילה טיפולית בעברו. לא נמצאו הבדלים במשתני הרקע בין מטופלים שנכנסו לתוכנית באופן וולונטרי לעומת אלו שנכנסו במסגרת חלופת מעצר (הנתונים אינם מוצגים בלוח).

מתוך כלל המטופלים שהתחילו את תוכנית הטיפול, 203 (60%) לא סיימו את התוכנית. הזמן החציוני להתמדה בתוכנית בקרב כלל המטופלים הוא 6.27 חודשים, כלומר, אחרי קצת יותר מחצי שנה (נקודת האמצע של התוכנית) נושרים 50% מהמטופלים. בחלוקה לפי נסיבות הכניסה לקהילה הטיפולית, מבין 146 המטופלים

שהגיעו באופן וולונטרי נשרו במהלך התוכנית 109 (74.6%), ומבין 193 המטופלים שהגיעו במסגרת חלופת מעצר נשרו במהלך התוכנית 94 (48.7%).
 בחלוקה לפי כניסה וולונטרית לקהילה הטיפולית לעומת כניסה במסגרת חלופת מעצר נמצא כי תקופת השהות הממוצעת בקהילה הטיפולית של מטופלים שהגיעו באופן וולונטרי היא 5.54 חודשים, ואילו תקופת השהות הממוצעת של מטופלים שהגיעו במסגרת חלופת מעצר היא 8.18 חודשים.

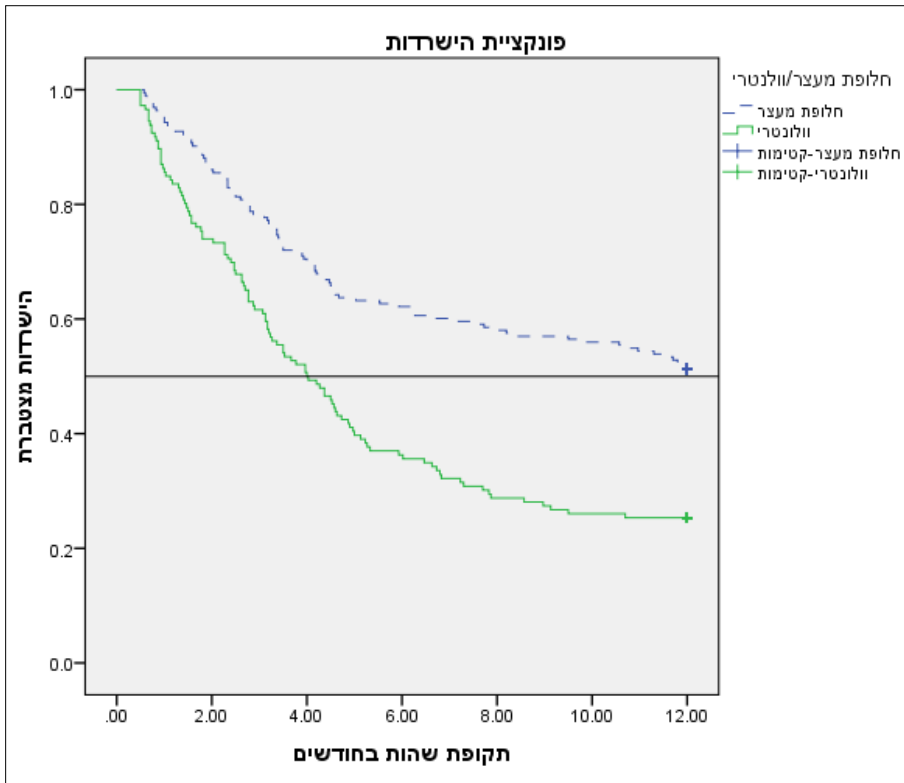
לוח 1:
 סטטיסטיקה תיאורית – משתני רקע

סטטיית תקן	ממוצע	%	N	
8.33	34.03			גיל (בשנים)
1.21	0.75			מספר ילדים
2.20	10.35			מספר שנות לימוד
7.28	12.89			תקופת השימוש בסם (בשנים)
64.38	39.06			מאסר מצטבר (בחודשים)
0.77	0.44			מספר שהיות קודמות בקהילה טיפולית
				מצב משפחתי
		59	201	רווק
		17	57	נשוי
		24	81	נשוי לשעבר
				לאום
		41	138	יהודי יליד ישראל
		37	124	יהודי עולה מברית-המועצות לשעבר
		6	21	יהודי עולה מאתיופיה
		13	44	ערבי יליד ישראל
		3	12	מוצא אחר
				הסם העיקרי לפני הכניסה לקהילה
		59	199	אופיאטים
		24	74	אלכוהול
		8	26	קוקאין
		2	6	MDMA
		6	20	"סמי פיצוציות"
		4	13	קנביס

כדי לבחון את הקשר בין אופן ההגעה לקהילה הטיפולית (וולונטרי או חלופת מעצר) על סיכויי של המטופל לנשור מתוכנית הטיפול, תוך פיקוח על משתני הרקע (מוצא, גיל, מצב משפחתי, מספר ילדים, מספר שנות לימוד, תקופת שימוש בסמים, סוג הסם, מספר שהיות קודמות בקהילות טיפוליות, מספר חודשי מאסר בעבר) בוצעה רגרסיה לוגיסטית (לוח 2). מודל הרגרסיה נמצא מובהק סטטיסטית ($\chi^2(16)=61.16$, $p<.001$). המודל הסביר 17.3% ($\text{Cox \& Snell } R^2$) מהשונות במשתנה הנשירה מטיפול. נמצא כי בפיקוח על שאר המשתנים במודל, הסיכוי של מטופלים שהגיעו לטיפול במסגרת חלופת מעצר, לסיים את התוכנית לעומת הסיכוי שינשרו ממנה גדול פי 4.67 לעומת מטופלים שהגיעו לתוכנית באופן וולונטרי ($p<.001$). מבין משתני

תרשים 1:

ניתוח הישרדות (קפלן מאייר) לבחינת הבדלי סיכויי ההתמדה בתוכנית בין מטופלים בחלופת מעצר למטופלים וולונטריים



לוח 2 :
רגרסיה לוגיסטית לבחינת השפעת גורמי הסיכון על סיום התוכנית

Exp(B)	Wald	S.E.	B	
0.214***	29.663	0.283	-1.543***	וולנטרי (חלופת מעצר=0)
0.997	0.016	0.026	-0.003	גיל
1.187	1.461	0.142	0.172	מספר ילדים
1.163*	4.316	0.073	0.151*	מספר שנות לימוד
0.978	0.600	0.029	-0.022	תקופת השימוש בסם (בשנים)
0.998	0.509	0.003	-0.002	מאסר מצטבר (בחודשים)
0.934	0.136	0.184	-0.068	מספר השהיות בעבר בקהילה טיפולית
0.946	0.017	0.428	-0.055	נשוי (רווק=0)
1.119	0.069	0.428	0.112	נשוי לשעבר (רווק=0)
1.202	0.294	0.338	0.184	יהודי עולה מברית-המועצות לשעבר (יהודי יליד ישראל =0)
1.855	1.050	0.063	0.618	יהודי עולה מאתיופיה (יהודי יליד ישראל =0)
0.649	0.987	0.43	-0.432	ערבי יליד ישראל (יהודי יליד ישראל =0)
2.261	1.311	0.71	0.816	מוצא אחר (יהודי יליד ישראל =0)
0.79	0.418	0.36	-0.236	אלכוהול (אופיאטים=0)
0.513	1.763	0.50	-0.667	קוקאין (אופיאטים=0)
0.175**	9.053	0.58	-1.744**	"סמי פיצוציות" (אופיאטים=0)

*p<.05,** p<.01 ***p<.001

הפיקוח נמצא כי על כל שנת לימוד נוספת, הסיכוי שהמטופל יסיים את התוכנית לעומת הסיכוי שינשור ממנה גדול פי 1.163 ($p<.05$). כמו כן נמצא כי מטופלים שלפני הכניסה לקהילה הטיפולית השתמשו ב"סמי פיצוציות", הסיכוי שיסיימו את התוכנית לעומת הסיכוי שינשורו קטן פי 0.175 לעומת מטופלים שהשתמשו לפני הכניסה באופיאטים ($p<.01$). שאר משתני הרקע לא היו קשורים באופן מובהק לנשירה או להתמדה.

כדי לבחון את ההבדל בסיכויי ההתמדה בתוכנית בין מטופלים שהגיעו לקהילה הטיפולית במסגרת חלופת מעצר לבין מטופלים שהגיעו באופן וולונטרי, נערך מבחן Kaplan-Meier. תרשים 1 מציג את הסתברויות הקבוצות השונות להתמיד במשך כל הטיפול (12 חודשים), וכן את הפרטים ש"נקטמו" מהמחקר (censored), המסומנים על העקומות בתרשים באמצעות הסימן (+). פרטים "קטומים" אלו מייצגים מטופלים אשר נפסק המעקב אחריהם במהלך תקופת הטיפול אך לא בשל נשירה מהתוכנית, או מטופלים אשר לא נשרו מהטיפול לאורך כל תקופת המעקב. במחקר הנוכחי לא נצפו מטופלים שאבדו עקבותיהם לפני סיום תקופת המעקב (מסיבות שאינן קשורות לנשירה מהתוכנית), אולם נצפו מטופלים שלא נשרו עד תום תקופת המעקב (משך התוכנית – 12 חודשים). על כן סומנו המקרים ה"קטומים" בקצה העקומה, בנקודת סיום תוכנית הטיפול, בלבד. תרשים זה מעלה כי קצב הנשירה בשתי הקבוצות בחודשי השהייה הראשונים בקהילה הטיפולית מהיר יותר, ונוטה להתמתן לקראת אמצע התוכנית. התמתנות קצב הנשירה של מטופלים שהגיעו במסגרת חלופת מעצר מתרחשת לאחר כ-5 חודשים, ושל מטופלים וולונטריים – לאחר כ-5.5 חודשים.

נמצא כי הזמן החציוני עבור קבוצת המטופלים שהגיעו לקהילה הטיפולית באופן וולונטרי הוא ארבעה חודשים, כלומר: אחרי ארבעה חודשים נשרו מהתוכנית 50% מהם. חשוב לציין שעבור קבוצת המטופלים שהגיעו לקהילה הטיפולית במסגרת חלופת מעצר לא חושב ערך חציוני, כי פחות מ-50% מהקבוצה נשרו במהלך 12 חודשי הטיפול. בהשוואה לערך החציוני שהתקבל עבור הקבוצה הוולונטרית, הסיכוי של קבוצת חלופת המעצר להישאר בתוכנית יותר מ-4 חודשים הוא 69.9%. ההבדל בין שתי הקבוצות נמצא מובהק סטטיסטית ($\chi^2=27.556$, $p<.001$). (Log-Rank)

כדי לבדוק את הקשר בין נסיבות הכניסה לקהילה הטיפולית (חלופת מעצר או וולונטרי) ומשתני הרקע לבין הסיכון לנשירה מהתוכנית נעשה שימוש במודל Cox Proportional-Hazards (לוח 3).

מודל הרגרסיה נמצא מובהק סטטיסטית ($\chi^2(16)=65.075$, $p<.001$). נמצא כי בפיקוח על שאר המשתנים במודל, עבור מטופלים שהגיעו לקהילה הטיפולית באופן וולונטרי הסיכון לנשור מהתוכנית גדול פי 2.434 בהשוואה למטופלים שהגיעו לתוכנית במסגרת חלופת מעצר ($p<.001$). כמו כן, מבין משתני הפיקוח, נמצא כי עבור מטופלים שהשתמשו טרם כניסתם לטיפול ב"סמי פיצוציות", יש סיכון גדול פי 2.518 לנשור מהתוכנית בהשוואה למטופלים שהגיעו לתוכנית לאחר שימוש באופיאטים ($p<.01$). לא נמצאו קשרים מובהקים בין שאר משתני הרקע לבין סיכויי הנשירה מהתוכנית בנייתוח זה.

לוח 3 :

מודל קוקס — בחינת יחס הסיכונים לנשירה לאורך תקופת התוכנית (12 חודשים)

Exp(B)	Wald	S.E.	B	
2.434***	32.91	0.16	0.889***	וולנטרי (חלופת מעצר=0)
1.00	0.00	0.02	-0.001	גיל
0.92	1.13	0.08	-0.086	מספר ילדים
0.97	0.79	0.04	-0.033	מספר שנות לימוד
1.02	1.30	0.02	0.019	תקופת השימוש בסם (בשנים)
1.00	0.14	0.00	0.001	מאסר מצטבר (בחודשים)
1.05	0.24	0.10	0.049	מספר השהיות בעבר בקהילה טיפולית
1.21	0.49	0.27	0.191	נשוי (רווק=0)
0.95	0.04	0.24	-0.047	נשוי לשעבר (רווק=0)
0.84	0.74	0.20	-0.174	יהודי עולה בברית-המועצות לשעבר (יהודי יליד ישראל =0)
0.86	0.17	0.36	-0.152	יהודי עולה מאתיופיה (יהודי יליד ישראל =0)
1.34	1.59	0.23	0.294	ערבי יליד ישראל (יהודי יליד ישראל =0)
0.54	1.62	0.48	-0.611	מוצא אחר (יהודי יליד ישראל =0)
1.18	0.50	0.24	0.167	אלכוהול (אופיאטים=0)
1.72	3.46	0.29	0.543	קוקאין (אופיאטים=0)
2.52**	12.03	0.27	0.924**	"סמי פיצוציות" (אופיאטים=0)

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

דיון

המחקר הנוכחי בחן את הסתברות ההישארות או הנשירה מהתוכנית והשווה בין מטופלים אשר הגיעו לקהילה הטיפולית הרטוב במסגרת חלופת מעצר לבין מטופלים אשר הגיעו באופן וולונטרי. לצורך מחקר זה, חולקו המטופלים בקהילה הטיפולית הרטוב לשתי קבוצות על פי נסיבות הגעתם לתוכנית.

אחת מהבעיות העיקריות שמטפלים מתמודדים בנסותם לשקם מכורים היא בעיית הנשירה מתוכניות הטיפול (Evans et al., 2009; Fernández-Hermida et al., 2002; Stark, 1992). חוקרים מנסים למצוא את המאפיינים שעלולים להוביל לנשירה. בין מאפיינים אלה זוהו מגדר, השכלה, גיל, מוצא אתני, מצב משפחתי, מצב נפשי, סוג הסם, התמכרות כפולה, תעסוקה קודמת והיסטוריה פלילית (Agosti et al., 1996; Claus & Kindleberger, 2002; Hiller et al., 1999; McKellar et al., 2006; Schaub et al., 2011).

נסיבות ההגעה לתוכנית הטיפול יכולות לנבא התמדה או נשירה (רנץ שינדלר, 2009; Stark, 1992; Hiller, Knight, Broome, & Simpson, 1998). הספרות מבחינה בין הגעה לטיפול בכפייה פורמלית לבין כניסה וולונטרית לטיפול. כפייה פורמלית מוגדרת לרוב כלחץ כבד שמפעיל גורם סמכות או גורם חוק על המכור להתחיל ולהתמיד בתהליך טיפולי. כניסה וולונטרית לטיפול עשויה אומנם לכלול רצון פנימי לשינוי, אולם לעיתים קרובות גם בה יש מרכיב של כפייה חיצונית בלתי פורמלית, המגיעה מקשרים משפחתיים, תעסוקתיים וחברתיים המהווים "גורמי לחץ" חיצוניים על המטופל (Klag et al., 2005; Knight et al., 2000).

הספרות מציעה כי שני גורמי הכפייה, פורמלי ובלתי פורמלי, מנבאים את סיכויי ההתמדה בתוכנית הטיפול. אומנם יש מחקרים אשר מצאו כי אין קשר בין כפייה חוקית להתמדה בטיפול, או שזו אף מקטינה את סיכויי ההתמדה, אך מרבית המחקרים מצאו כי כפייה חוקית, כגון איום מאסר, מגדילה את סיכויי ההתמדה (Klag et al., 2005; Schaub et al., 2011).

שני מקורות הכפייה המתוארים לעיל – הפורמלי והבלתי פורמלי, וכן רצון לשיקום המגיע מהמטופל עצמו – מקושרים לעיתים קרובות למושג מוטיבציה (Klag et al., 2005). כלומר, גם כפייה פורמלית וגם בלתי פורמלית גורמות למוטיבציה חיצונית של המטופל, ואילו רצון אמיתי לשינוי, אשר לעיתים קרובות הוא בעצמו פועל יוצא של לחצים סביבתיים, מקושר למוטיבציה פנימית. יתרה מכך, מוטיבציה חיצונית שמקורה בכפייה פורמלית כמו חלופת מעצר, עשויה להפוך בהמשך למוטיבציה פנימית (רונאל ועמיתים, 2011; Simpson & Joe, 1994). לעומת זאת, מכורים שמגיעים לטיפול מיוזמתם, או מכפייה בלתי פורמלית, מתחילים את הטיפול במוטיבציה פנימית גדולה, אך היא הולכת ונחלשת עם התמשכות הטיפול. לרוב, מטופלים שמגיעים לקהילה הטיפולית מציגים את שני סוגי המוטיבציות, אך הפרופורציות שלהן שונות אצל מטופלים שהגיעו במסגרת חלופת מעצר ואצל מטופלים וולונטריים (רונאל ועמיתים, 2011).

המוטיבציה החיצונית המגיעה מכפייה פורמלית מתווספת על כל מוטיבציה חיצונית המשפיעה על המטופל, שמקורה מכפייה בלתי פורמלית (משפחה, תעסוקה

וכדומה). ההנחה היא כי אותן מוטיבציות חיצוניות שאינן תלויות ב"איום מאסר" המרחף ברקע, מתפלגות באופן דומה בין שתי אוכלוסיות המטופלים – אלו שהגיעו במסגרת חלופת מעצר ואלו שהגיעו באופן וולונטרי. בחינת המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של המטופלים במחקר הנוכחי מראה ששתי הקבוצות אכן דומות מאוד בהתפלגות המצב המשפחתי ומספר הילדים. שני גורמים אלה מייצגים את השפעת המשפחה על המטופל, העשויה להשפיע על המוטיבציה החיצונית (Brorson et al., 1994; Simpson & Joe, 2013). נצפה הבדל אחד בקרב מטופלים נשואים – בין אלה שהגיעו לטיפול במסגרת חלופת מעצר יש פי 2 יותר נשואים מאשר בין אלה שהגיעו באופן וולונטרי. יתרון מספרי ניכר זה של נשואים שהגיעו במסגרת חלופת מעצר מחזק עוד יותר את השערה שמרכיב המוטיבציה החיצונית של מטופלים אלו גדול יותר.

לגבי מוטיבציות פנימיות לשינוי אפשר לשער, כי אצל מטופלים אשר הגיעו לטיפול באופן וולונטרי יש מרכיב משמעותי של מוטיבציה פנימית כלשהי שהוביל אותם להיכנס לתוכנית הטיפול, אולם אי אפשר להעלות השערות באותה קלות בנוגע למוטיבציה הפנימית של מטופל שהגיע לקהילה הטיפולית במסגרת חלופת מעצר. אם כן, מה שמבחין בין שתי קבוצות אלה באופן ודאי, הוא המוטיבציה החיצונית של הכפייה הפורמלית.

על פי הספרות, שני סוגי המוטיבציות משפיעים על הנטייה להתמיד בתוכנית באופן בלתי תלוי. עם זאת, בדומה לממצאי המחקר הנוכחי לגבי כפייה פורמלית, הספרות מלמדת כי מטופלים שהמוטיבציה שלהם חיצונית נוטים להתמיד זמן ארוך יותר בתוכנית (Knight et al., 2000; Zemore & Ajzen, 2014), וכי השפעה זו חזקה מהשפעת המוטיבציה הפנימית (Schaub et al., 2011).

ואכן, על פי ממצאי המחקר הנוכחי, הסיכוי של מטופלים שהגיעו לקהילה הטיפולית באופן וולונטרי לנשור מהתוכנית, לעומת הסיכוי לסיים אותה, גבוה בהשוואה למטופלים שהגיעו במסגרת חלופת מעצר. כמו כן, גם כאשר לוקחים בחשבון את משך ההתמדה עד לנשירה, נמצא הבדל מובהק בין מטופלים שהגיעו במסגרת חלופת מעצר למטופלים שהגיעו באופן וולונטרי: אלו שהגיעו באופן וולונטרי הם בעלי סיכוי גבוה פי 2.434 לנשור מתוכנית הטיפול מאלו שהגיעו במסגרת חלופת מעצר. הזמן החיצוני מדגים אף הוא את ההבדלים בין הקבוצות: 50% מהמטופלים שהגיעו באופן וולונטרי נושרים לאחר ארבעה חודשים, ואילו לגבי מטופלים שהגיעו במסגרת חלופת מעצר, יש הסתברות של 69.9% שיתמידו בתוכנית גם אחרי ארבעה חודשים. ממצא זה מחזק את הממצאים העולים מהספרות בעולם (Claus & Kindleberger, 2002; Knight et al., 2000) ובישראל (רנץ שינדלר, 2009), שלפיהם מטופלים שהגיעו לקהילות הטיפוליות דרך צו בית משפט, הסיכוי שלהם לנשור מהתוכנית נמוך יותר.

על פי תיאוריית הבחירה הרציונלית, בני אדם, וביניהם גם עבריינים, מונעים משיקולים של רווח והפסד, ומטרתם למזער את הנזק ולמקסם את הרווח. אם כן, לפי גישה זו, מונעים גם עבריינים משיקולים אלו, ותכליתם להרוויח כמה שיותר מהפשע מחד גיסא, ולא להיתפס ולהיענש מאידך גיסא (Cornish & Clarke, 1986). אפשר להניח שגם המטופלים המכורים לוקחים בחשבון את התועלות והנזקים העתידיים בבואם להחליט אם להמשיך ולהשתמש בסם או להיגמל, וכן אם להתמיד בתוכנית או לנשור ממנה. שיקולים אלו עשויים להיות מושפעים הן מנסיבות הכניסה לטיפול, והן ממאפייני הטיפול עצמו. גורמים אלו, לעיתים קרובות, שלובים בחוזה זה בזה. לפני כל מכור הנכנס לטיפול עומדת בכל רגע אפשרות הבחירה לעזוב אותו. ההבדל בין הנכנסים לטיפול במסגרת חלופת מעצר לבין הנכנסים לטיפול באופן וולונטרי נעוץ בעיקר באלטרנטיבה המצפה להם בחוץ. מכורים השוהים בקהילה הטיפולית במסגרת חלופת מעצר, אם ינשרו – יעצרו או ייאסרו, ובכך תישלל מהם החירות היחסית שהרוויחו בעצם שהותם בקהילה הטיפולית. לעומתם, מכורים המגיעים לטיפול באופן וולונטרי או עקב כפייה חיצונית בלתי פורמלית, אם ינשרו – יוכלו לשוב אל הקהילה, ואם ירצו – יוכלו לחזור לשימוש חופשי בסם. אומנם, גם מכורים אלו הנושרים מהטיפול עלולים לשאת הפסדים (אובדן התמיכה המשפחתית, חובות כספיים לגורמים המסכנים אותם בחוץ, אובדן המשאבים החומריים ועוד), אך אינם מסתכנים בשלילת חירותם מיד.

אם כן, מנקודת המבט של תיאוריית הבחירה הרציונלית, שיקולי הרווח וההפסד של שתי הקבוצות שונים מאוד. שתי הקבוצות, כאמור, נתקלות בקהילה הטיפולית באווירה שעשויה להיות קשה ומגבילה מאוד, בעיקר בשלבי הטיפול הראשונים (רונאל ועמיתים, 2011), אולם "דרך המילוט" של כל אחת מהקבוצות מובילה למקום אחר – למתקן כליאה, שהתנאים בו עשויים להיות קשים בהרבה, או לקהילה, שבה יוכלו להתנהל כרצונם. אם כן, אפשר להבין מדוע למכורים המגיעים לטיפול באופן וולונטרי קל יותר לנשור מהתוכנית.

הסבר נוסף לפערים באחוזי הנשירה בין מטופלים ששוהים בקהילה במסגרת חלופת מעצר למטופלים שהגיעו באופן וולונטרי, עשוי להיות קשור להבדל המספרי בין שתי הקבוצות. 193 מטופלים (57% מכלל המטופלים) שהו בקהילה הטיפולית במסגרת חלופת מעצר, לעומת 146 (43% מכלל המטופלים) שהגיעו לקהילה באופן וולונטרי. יתרונם המספרי של המטופלים שהגיעו במסגרת חלופת מעצר, עשוי ליצור אווירה המדמה מתקן כליאה בקהילה הטיפולית. אוירה זו עשויה לגרום למטופלים שהגיעו באופן וולונטרי לתחושת אי-שייכות, ולהוות זרז לנשירתם (רונאל ועמיתים, 2011).

חשוב לציין כי אף שמטופלים שהגיעו לתוכנית באופן וולונטרי מציגים קצב

נשירה מהיר יותר מאשר מטופלים שהגיעו במסגרת חלופת מעצר, אחוזי הנשירה הגבוהים של כל המטופלים ממחישים היטב את הקושי שלהם להסתגל לתנאים בקהילה הטיפולית, במיוחד בשלבים הראשונים של התוכנית. מתרשים 1 עולה כי קצב הנשירה בשתי הקבוצות בחודשי השהיה הראשונים בקהילה הטיפולית מהיר יותר, ונוטה להתמתן רק לקראת אמצע התוכנית (חלופת מעצר – התמתנות לאחר 5 חודשים; וולונטרי – לאחר 5.5 חודשים).

בשל אחוזי הנשירה הגבוהים בשלבי הטיפול הראשונים, וכיוון שממצאי המחקר מדגישים את השפעת הכפייה הפורמלית על התמדה בתוכנית, ראוי שמטפלים המפעילים תוכניות טיפול מסוג זה יבצעו התאמות בשיטות הנהוגות כיום, באופן שיטה את מאזן שיקולי הרווח וההפסד של המטופלים לכיוון התמדה בתוכנית. ייתכן שהפרדה בין מטופלים המגיעים באופן וולונטרי למטופלים המגיעים במסגרת חלופת מעצר, תוך הגמשת התנאים הנוקשים עבור הקבוצה הראשונה, עשויה לפתור חלק מהבעיה.

נוסף לבחינת ההבדלים בסיכויי ההתמדה בתוכנית בין מטופלים שהגיעו לתוכנית במסגרת חלופת מעצר למטופלים שהגיעו באופן וולונטרי, בחן המחקר הנוכחי מנבאים נוספים לנשירה או להתמדה. עבור שני משתנים שנבחנו נמצא קשר מובהק לנשירה מתוכנית הטיפול – השכלה וסוג הסם. נמצא כי ככל שהשכלת המטופל גבוהה יותר, כך סיכוייו לסיים את התוכנית לעומת סיכוייו לנשור ממנה גבוהים יותר. ממצא זה תואם את הספרות בתחום (Butzin, Saum, & Scarpitti, 2001; Knight, Logan, & Simpson, 2002). עם זאת, כאשר בוחנים משתנה זה באופן שלוקח בחשבון את משך ההתמדה, הממצא איננו מובהק. במילים אחרות, הסיכוי לנשור מהתוכנית אינו מושפע מהשכלת המטופל. ההבדל עשוי לנבוע מכך שמודל הרגרסיה הלוגיסטית, בניגוד לניתוח ההישרדות, בחישובו את סיכויי הסיום והנשירה מהטיפול, אינו לוקח בחשבון את זמני הנשירה האינדיבידואליים של כל מטופל, אלא רק את היותו מסיים של התוכנית אם לאו. על פי הספרות, השכלה וחינוך מסייעים למטופלים לקבל החלטות ערכיות יותר, ומקנים כישורים חיוניים אשר מפתחים תחושת מסוגלות ויכולת לחיות חיים נורמטיביים. כישורים אלו, יחד עם ערכים הומניים, מסייעים להתרחק מהתנהגויות שאינן נורמטיביות (MacKenzie, 2008; Ubah & Robinson, 2003). לפיכך אפשר לשער כי מטופלים משכילים יותר מאמינים יותר ביכולותיהם, ביעדי הטיפול ובחשיבותו, ולכן הם נוטים יותר לסיים את התוכנית.

אשר לסוג הסם, נמצא כי סיכויי הנשירה לעומת סיכויי ההתמדה של מטופלים שהגיעו לטיפול לאחר שימוש ב"סמי פיצוציות" כסם עיקרי, גבוהים בהשוואה למטופלים שהשתמשו באופיאטים. כמו כן נמצא כי גם כאשר לוקחים בחשבון

את משך ההתמדה, המשתמשים ב"סמי פיצוציות" מציגים סיכון גבוה פי 2.518 לנשור מהתוכנית בכל עת בהשוואה למשתמשים באופיאטים. מחקרו של דה לאון (De Leon, 1991) הראה כי כאשר המטופל תופס את בעיית ההתמכרות שלו כחמורה פחות, עולים סיכוייו לנשור בשלב מוקדם יותר (De Leon, 1991). נתון זה עשוי להסביר את סיכויי הנשירה הגבוהים של המשתמשים ב"סמי פיצוציות" בהשוואה למשתמשים באופיאטים, מאחר שאפשר לשער כי התמכרות לסם ממכר פחות נתפסת גם בעיני המשתמש כעניין "פחות רציני". יתרה מכך, לדברי רונאל ועמיתים (2011), השתתפות והתמדה בטיפול דורשות מהמטופל להתייחס ברצינות, באחריות ובכגרות לתהליך הטיפולי, דבר שאינו מתיישב עם המאפיינים הרווחים של המשתמשים ב"סמי פיצוציות", שהם לרוב צעירים ובני נוער (רונאל ועמיתים, 2011). משתנים אחרים, המוכרים מהספרות כמנבאים נשירה או התמדה, לא נמצאו מובהקים במחקר הנוכחי. יש לציין, כי גם בספרות ממצאים אלו אינם עקביים.

מגבלות המחקר

אחת המגבלות העיקריות של המחקר הנוכחי נובעת מכך שהמטופלים משתי הקבוצות שנבחנו הגיעו לתוכנית ממניעים שונים. לפיכך, ייתכן שלמטופלים אשר הגיעו במסגרת חלופת מעצר מאפיינים ייחודיים, השונים ממאפייני המטופלים שהגיעו באופן וולונטרי, מאפיינים אשר הביאו לכך שהוגש נגדם כתב אישום מלכתחילה. מגבלה נוספת היא שהמחקר מתבסס על נתונים שניוניים, ולכן מידע על משתנים מסוימים, כדוגמת מוטיבציה, מוכנות לשינוי ועוד, לא היה זמין. ראוי שמחקרים עתידיים יבחנו סוגים שונים ועוצמות שונות של מוטיבציות פנימיות וחיצוניות ויעריכו את השפעתן על משך ההתמדה בקהילה הטיפולית. בהקשר זה ראוי לציין כי הספרות חסרה בחינה איכותנית של מנבאי נשירה בכלל ושל השפעת הכפייה הפורמלית והבלתי פורמלית על ההתמדה של הפרט. כמו כן, אומנם ההתמדה חשובה ביותר ליעילות תוכנית הטיפול, אך ראוי שמחקרים עתידיים ימשיכו לבחון את ההשפעה ארוכת הטווח של נסיבות ההפניה לתוכנית על מדדי תוצאה נוספים. בנוסף, כדאי להשוות את השפעת הכפייה הפורמלית והבלתי פורמלית על התמדה בקהילות טיפוליות שונות, כדי לבודד את השפעת מאפייני התוכנית עצמה.

מקורות

וייסבורד, ד., שהם, א., ברק, א., מנספיזר, מ. וגדעון, ל. (2005). מחקר מעקב בקרב אסירים משוחררים בוגרי מרכז השחרור הארצי בכלא השרון בין השנים 1997-1999. מגמות, מ"ז(2), 253-236.

נקודות מפתח



- השוואת משך ההתמדה בתוכנית לפי סוג ההפניה הראתה כי מטופלים אשר הגיעו לקהילה הטיפולית הרטוב במסגרת חלופת מעצר שוהים יותר זמן בקהילה ממטופלים אשר הגיעו באופן וולונטרי.
- הסיכון של מטופלים שהגיעו באופן וולונטרי לנשור מהתוכנית גדול פי 2.434 ממטופלים שהגיעו במסגרת חלופת מעצר.
- מנבאים נוספים הקשורים לנשירה מהתוכנית היו שימוש לפני כניסתם לטיפול ב"סמי פיצוציות" לעומת שימוש באופיאטים, והשכלה נמוכה יותר.

חסיסי, ב., וייסבורד, ד., שהם, א., חביב, נ. וזליג, ע. (2017). סלעו של סזיפוס: טיפול במכורים בכלא בישראל. מגמות, נ"ב(2), 259-300.

לונטל, א. ויעקובי, צ. (1999). הטיפול בנפגעי סמים ואלכוהול יוצאי מדינות חבר העמים. הוצג ביום עיון: הטיפול בנפגעי סמים ואלכוהול יוצאי מדינות חבר העמים, חיפה.

מיכאל, א. (2007). התמכרות והחלמה – סוגיות נבחרות בטיפול במתמכרים. קריית-ביאליק: אח.

סלע, א. (2002). קהילות טיפוליות בישראל: הלכה למעשה. בתוך: מ. חובב (עורך), טיפול ושיקום נפגעי סמים בישראל: התפתחות, תיאור מצב וסוגיות. תל-אביב: צ'ריקובר, עמ' 185-217.

רונאל, נ., חן, ג., תימור, א. ואלישע, א. (2011). רטרנו: קהילה טיפולית יהודית לטיפול בהתמכרויות. רמת-גן: אוניברסיטת בר-אילן.

רנץ, ר. ודקל, ר. (2011). הערכת תוצאות התערבות בקהילות טיפוליות לנגמלים מסמים: השוואה בין ילידי ישראל לבין ילידי חבר העמים. ביטחון סוציאלי, 85, 119-142.

רנץ שינדלר, ר. (2009). מנבאי נשירה מטיפול בקרב מכורים בקהילות לנפגעי סמים: ילידי הארץ לעומת ילידי חבר העמים. רמת-גן: אוניברסיטת בר-אילן. נדלה מתוך:

<http://social-work.biu.ac.il/node/1172>

- Agosti, V., Nunes, E., & Ocepeck-Welikson, K. (1996). Patient factors related to early attrition from an outpatient cocaine research clinic. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22, 29-39. doi: 10.3109/00952999609001643
- Alterman, A. I., McKay, J. R., Mulvaney, F. D., & McLellan, A. T. (1996). Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine-dependent men. *Drug & Alcohol Dependence*, 40(3), 227-233. doi: 10.1016/0376-8716(95)01212-5
- Battjes, R. J., Onken, L. S., & Delany, P. J. (1999). Drug abuse treatment entry and engagement: Report of a meeting on treatment readiness. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 643-657. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199905)55:5<643::AID-JCLP11>3.0.CO;2-S
- Bouchery, E. E., Harwood, H. J., Sacks, J. J., Simon, C. J., & Brewer, R. D. (2011). Economic costs of excessive alcohol consumption in the U.S., 2006. *American Journal of Preventive Medicine*, 41, 516-524. doi: 10.1016/j.amepre.2011.06.045
- Brecht, M. L., Anglin, M. D., & Wang, J. C. (1993). Treatment effectiveness for legally coerced versus voluntary methadone maintenance clients. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19, 89-106. doi: 10.3109/00952999309002668
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33, 1010-1024. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.007
- Butzin, C. A., Saum, C. A., & Scarpitti, F. R. (2002). Factors associated with completion of a drug treatment court diversion program. *Substance Use & Misuse*, 37, 1615-1633. doi: 10.1081/JA-120014424.
- Chandler, R. K., Fletcher, B. W., & Volkow, N. D. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety. *Journal of the American Medical Association*, 301, 183-190. doi: 10.1001/jama.2008.976.
- Chen, G., Elisha, E., Timor, U., & Ronel, N. (2016). Why do adolescents drop out of a therapeutic community for people with drug addiction? *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 25, 65-77. doi: 10.1080/1067828X.2014.918002
- Claus, R. E., & Kindleberger, L. R. (2002). Engaging substance abusers after centralized assessment: Predictors of treatment entry and dropout. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34, 25-31. doi: 10.1080/02791072.2002.10399933

- Cornish, D. B., & Clarke, R. (1986). *The reasoning criminal: Rational choice perspectives on offending*. New York, NY: Springer.
- De Leon, G. (1991). Retention in drug-free therapeutic communities. *NIDA Research Monograph*, 106, 218-244.
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. New York, NY: Springer.
- De Leon, G. (2010). Is the therapeutic community an evidence-based treatment? What the evidence says. *Therapeutic Communities*, 31, 104-128.
- De Leon, G., & Jainchill, N. (1986). Circumstances, motivation, readiness and suitability (CMRS) as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18, 203-208.
- Evans, E., Li, L., & Hser, Y. I. (2009). Client and program factors associated with dropout from court mandated drug treatment. *Evaluation and Program Planning*, 32(3), 204-212. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2008.12.003
- Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Fernández-Ludeña, J. J., & Marina-González, P. A. (2002). Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: A long-term follow-up study. *European Addiction Research*, 8, 22-29. doi: 10.1159/000049484
- Friedmann, P. D., Taxman, F. S., & Henderson, C. E. (2007). Evidence-based treatment practices for drug-involved adults in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(3), 267-277. doi: 10.1016/j.jsat.2006.12.020
- Gerstein, D. R., & Lewin, L. S. (1990). Treating drug problems. *New England Journal of Medicine*, 323, 844-848. doi: 10.1056/NEJM199009203231230
- Gordon, M. S., Kinlock, T. W., Schwartz, R. P., & O'Grady, K. E. (2003). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: Findings at 6 months post-release. *Addiction*, 103, 1333-1342. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.002238.x
- Harris, P. M. (1998). Attrition revisited. *American Journal of Evaluation*, 19, 293-305. doi: 10.1177/109821409801900303
- Hiller, M. L., Knight, K., Broome, K. M., & Simpson, D. D. (1998). Legal pressure and treatment retention in a national sample of long-term residential programs. *Criminal Justice and Behavior*, 25, 463-481.
- Hiller, M. L., Knight, K. E., & Simpson, D. D. (1999). Risk factors that predict dropout from corrections-based treatment for drug abuse. *The Prison Journal*, 79, 411-430. doi: 10.1177/0032885599079004004

- IBM (2015). *IBM SPSS statistics for windows (Version 23.0)*. Armonk, NY: Author.
- Jensen, E. L., & Kane, S. L. (2012). The effects of therapeutic community on recidivism up to four years after release from prison: A multisite study. *Criminal Justice and Behavior*, *39*, 1075-1087. doi: 10.1177/0093854812442331
- Klag, S., O'Callaghan, F., & Creed, P. (2005). The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: An overview and critical analysis of thirty years of research. *Substance Use & Misuse*, *40*, 1777-1795. doi: 10.1080/10826080500260891
- Klostermann, K. C., & Fals-Stewart, W. (2006). Intimate partner violence and alcohol use: Exploring the role of drinking in partner violence and its implications for intervention. *Aggression and Violent Behavior*, *11*, 587-597. doi: 10.1016/j.avb.2005.08.008
- Knight, D. K., Logan, S. M., & Simpson, D. D. (2001). Predictors of program completion for women in residential substance abuse treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *27*, 1-18. doi: 10.1081/ADA-100103116
- Knight, K., Hiller, M. L., Broome, K. M., & Simpson, D. D. (2000). Legal pressure, treatment readiness, and engagement in long-term residential programs. *Journal of Offender Rehabilitation*, *31*(1-2), 101-115. doi: 10.1300/J076v31n01_07
- López-Goñi, J. J., Montalvo, J. F., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2008). Determining socio-demographic predictors of treatment dropout: Results in a therapeutic community. *International Journal of Social Welfare*, *17*(4), 374-378. doi: 10.1111/j.1468-2397.2008.00584.x
- MacKenzie, D. L. (2008). Structure and components of successful educational programs. In *Reentry roundtable on education*. New York, NY: John Jay College of Criminal Justice.
- McKellar, J., Kelly, J., Harris, A., & Moos, R. (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, *31*, 450-460. doi: 10.1016/j.addbeh.2005.05.024
- Mitchell, O., Wilson, D. B., Eggers, A., & MacKenzie, D. L. (2012). Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: A meta-analytic review of traditional and non-traditional drug courts. *Journal of Criminal Justice*, *40*, 60-71. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2011.11.009

- Prendergast, M. L., & Wexler, H. K. (2004). Correctional substance abuse treatment programs in California: A historical perspective. *The Prison Journal*, 84, 8-35. doi: 10.1177/0032885503262453
- Schaub, M., Stevens, A., Haug, S., Berto, D., Hunt, N., Kerschl, V., McSweeney, T., Oeuvray, K., ..., & Uchtenhagen, A., (2011). Predictors of retention in the "voluntary" and "quasi-compulsory" treatment of substance dependence in Europe. *European Addiction Research*, 17(2), 97-105. doi: 10.1159/000322574
- Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1994). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(2), 357-368. doi: 10.1037/0033-3204.30.2.357
- Stark, M. J. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review*, 12, 93-116. doi: 10.1016/0272-7358(92)90092-M
- Turley, A., Thornton, T., Johnson, C., & Azzolino, S. (2004). Jail drug and alcohol treatment program reduces recidivism in nonviolent offenders: A longitudinal study of Monroe County, New York's, jail treatment drug and alcohol program. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48, 721-728. doi: 10.1177/0306624X04265088
- Ubah, C. B. A., & Robinson, R. L. (2003). A grounded look at the debate over prison-based education: Optimistic theory versus pessimistic worldview. *The Prison Journal*, 83, 115-129. doi: 10.1177/0032885503083002001
- Weinbaum, C. M., Sabin, K. M., & Santibanez, S. S. (2005). Hepatitis B, hepatitis C, and HIV in correctional populations: A review of epidemiology and prevention. *AIDS*, 19, S41-S46. doi: 10.1097/01.aids.0000192069.95819.aa
- Zemore, S. E., & Ajzen, I. (2014). Predicting substance abuse treatment completion using a new scale based on the theory of planned behavior. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46, 174-182. doi: 10.1016/j.jsat.2013.06.011

סוקרים ספרים

עבודה סוציאלית במערכת הבריאות בישראל

אסופת מאמרים

אורית ברשטלינג, ורדה סוסקולני ומלכה פרגר (עורכות)
ירושלים: הוצאת בנא"ם – משרד הבריאות, השירות הארצי לעבודה סוציאלית, 2018.
353 עמודים.

עבודה סוציאלית במערכת הבריאות היא תחום ההתמחות השני בגודלו בעבודה הסוציאלית בארץ, ומועסקים בו עובדים סוציאליים רבים במסגרות בריאות כללית, בריאות הנפש, גריאטריה ושיקום, באשפוז ובקהילה. לכן, יש לברך על שיתוף הפעולה בין האקדמיה לשדה שהניב אסופת מאמרים חשובה ומקיפה על תחום זה. לעריכת האסופה חברו ד"ר אורית ברשטלינג, מנהלת המחלקה לעבודה סוציאלית ברפואה הכללית במשרד הבריאות וחוקרת ומרצה באוניברסיטת חיפה, אוניברסיטת תל-אביב ומכללת הדסה; פרופ' (בגמלאות) ורדה סוסקולני, מבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בר-אילן, עורכת ראשית של כתב העת 'חברה ורווחה', מרצה וחוקרת מובילה בתחום העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות; ועו"ס מומחית מלכה פרגר, מנהלת השירות הארצי לעבודה סוציאלית במשרד הבריאות.

באסופה 19 מאמרים. מרביתם הוצגו בכנס הארצי של העבודה הסוציאלית בבריאות, 2014, אשר עסק ב"הישגים, החזון והאתגרים לעתיד". המאמרים באסופה מציעים מודלים תיאורטיים וכלים יישומיים לפרקטיקה, משלבים מחקר במסגרת פרקטיקה מבוססת ראיות, ומציגים תובנות תיאורטיות לתופעות השונות, וגם דילמות מקצועיות ואתיות המתעוררות וקשורות אליהן. העורכות ביקשו להציג את תרומת העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות לקידום רווחת הפרט, המשפחה והקהילה, במצבי בריאות וחולי.

רוב המחברים הם עובדים סוציאליים מובילים בתחומם מהאקדמיה ומהשדה, ומיעוטם עמיתים מתחומי הרפואה והסיעוד. המאמרים משקפים את מאפייני העבודה במערכת הבריאות המושתתת על צוותים רב-מקצועיים.

שמונת השערים של האסופה מדגימים את הטווח הרחב של תחום זה. השער הראשון – "התערבויות עם חולים כרוניים" – נפתח במאמרו של פיגין, דרורי, דורי, קרוליק, מילנר-כהן וקידר, אשר מציג מודל אינטגרטיבי תיאורטי חדש

לעבודה עם חולים ומשפחות המתמודדים עם מחלה כרונית; המאמר השני בשער זה, מאמרו של אברבנאל-כנעני וסוקולני, מוסיף נדבך לידע המדעי על גורמים הקשורים להיענות לטיפול של חולי סוכרת סוג 2.

השער השני – "התערבויות עם ילדים ומשפחותיהם" – מציג שני מאמרים על רצף המניעה והטיפול בילדים. מאמרו של וולפר וניר עוסק בתאונות בית, ומצביע על תפקידה של העבודה הסוציאלית בבית חולים בזיהוי גורמי סיכון וקידום תוכניות מניעה; מאמרו של מסאלחה ואוסלנדר עוסק בדפוסי התמודדות של הורים לילדים עם פגיעה מוחית חמורה, ומצביע על דרכי התערבות מותאמות תרבות ומגדר.

השער השלישי – "התערבויות עם בני משפחה" – הן בבני המשפחה המתמודדים עם חולי ממושך של יקירם. מאמרו של שליו וישראל מציג את הקמתם של מרכזי תמיכה וייעוץ לבני משפחה של המתמודדים עם חולי נפשי, ומדגים את מעורבותם של העובדים הסוציאליים בפיתוח מענים חסרים וקידום מדיניות. המאמר של גאגין, שנאן-אלטמן ובר-סלע, מתאר את הסוגיות הרגשיות העיקריות המעסיקות את בני המשפחה בעת הטיפול ביקירם הנוטה למות, ומצביע על חשיבות ההתערבות הפסיכו-סוציאלית המותאמת להשלכות הרגשיות של האובדן הקרב.

השער הרביעי – "היריון ולידה" – מאיר את ההיבטים הסובייקטיביים והתרבותיים המעורבים בחוויית ההיריון והלידה. מאמרו של פרייס, גוזלן-נתיב, שמיר-כספי ובנימיני, עוסק בקשר בין ציפיות, אמונות ועמדות של נשים כלפי לידה, אופן הלידה המתוכנן, הלידה בפועל, וסוגיית זכותה של היולדת לבחור, ומצביע על הצורך בהרחבת תפקידה של העבודה הסוציאלית בצומת זו; מאמרו של קסטלר-פלג, אורלין וגניזבורג, מרחיב את היריעה ובוחר את החוויה הסובייקטיבית של אימהות מיניקות, וקורא להעלות את המודעות של העובדים הסוציאליים המטפלים לציוויים ולמיתוסים חברתיים על "אימהות מיטיבה" בעיצוב החוויה האישית.

השער החמישי עוסק ב"סוף החיים" ובו שלושה מאמרים המדגימים את התפקיד הייחודי של העובדים הסוציאליים בטיפול פליאטיבי ובהתמודדות עם המוות הקרב. מאמרה של שלומית פרי מתאר את מעורבותם בוועדות האתיקה לחוק החולה הנוטה למות ומאיר את מושג "המצוקה המוסרית" של הצוות המטפל; יגיל וגלר מציגים את המשמעויות הטיפוליות הנגזרות מתיאוריית ניהול האימה; מאמרו של סמסון ושוורצמן עוסק בתקשורת של הצוות הפליאטיבי עם החולה הנוטה למות, ומצביע על הניגודים והמתח המתמיד הקיים בשיח עם החולה והמשפחה, בין הרצון לדבר על המוות המתקרב לרצון לשמר תקווה.

בשער השישי – "תוכניות התערבות ייחודיות" – מוצגות שלוש יוזמות בתחומים שונים. קוצ'ין מתארת את שילוב תהליך מינוי מיופה כוח לעניינים רפואיים בשגרת העבודה של העובד הסוציאלי במחלקות להשתלת מוח עצם; שטנגר, בר-ניר,

כך וצימליכמן, מציגים תוכנית להתאמה תרבותית של השירותים השונים בבית החולים; כהן ואלון מדווחות במאמרן על פיתוח כלי סינון תלת-ממדי ובו שלושה חלקים (תשאול ישיר, זיהוי סימני התעללות בפועל וזיהוי גורמי סיכון) לאיתור זקנים בסיכון להתעללות והזנחה והדרכים להטמעתו בצוותים המטפלים במערכת הבריאות.

השער השביעי – "השלכות הטיפול על העובדים הסוציאליים ודילמות אתיות" – מציב את העובד הסוציאלי במרכז. שני המאמרים בשער זה מדגימים את הדילמות והאתגרים שבמפגש עם אוכלוסיות במצוקה. דפנה-תקוע והלוי-שריקי מציגות את תופעת הטראומה המשנית בקרב עובדות סוציאליות החשופות לנפגעי טראומה בעבודתן היום-יומית בבתי החולים הכלליים; לב ואילון בוחנות את המקום הדואלי של העובד הסוציאלי במוסדות סיעודיים ואת הדילמות העולות מריבוי המחויבויות – למטופל, למשפחה ולהנהלת המוסד.

השער השמיני – "התמקצעות ומחקר" – מאיר את הצורך בפיתוח ידע מבוסס ראיות ויישומו בפרקטיקה השוטפת בעבודה הסוציאלית במערכת הבריאות. קנבל-גראוברט ופרגר מתארות ומנתחות את התהליך שהוביל השירות הארצי לעבודה סוציאלית במשרד הבריאות לגיבוש הנחיות קליניות בתחומים שונים של העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות; רוזן, אוסלנדר, רובינשטיין ושמש, מתארות במאמרן את תהליך ההקמה ואת הפעילות של קבוצת מחקר משותפת לאקדמיה ולשדה בבית החולים הדסה; סוסקולני ואוסלנדר סוגרות את האסופה בסקירת ספרות המחקר הערכנית בארץ ובעולם הדנה בתפקידי העבודה הסוציאלית בתכנון שחרור של חולה מבית החולים, ומציעות דרכי התערבות למניעת אשפוזים חוזרים.

ניכר כי עריכת האסופה מדגישה את קידומה של פרקטיקה מבוססת ראיות, דהיינו, התערבות טיפולית המתבססת על שימוש מושכל ושיפוטי בראייה המחקרית האמפירית הזמינה הטובה ביותר, המעידה על שיטת הטיפול שנמצאה מועילה ביותר, בשילוב עם הניסיון הקליני של המטפל. העמקת גישה זו והרחבתה בעבודה הסוציאלית במערכת הבריאות (ובתחומים אחרים של העבודה הסוציאלית) הוא יעד חשוב ומאתגר, ויש לברך על כך.

המודלים התיאורטיים תורמים לידע הקיים והם בעלי השלכות יישומיות לשיטות ההתערבות עם פרטים ומשפחות במצבי חולי ונכות. בכך הם מרחיבים את ארגז הכלים היישומיים של העובדים הסוציאליים, הפוגשים מטופלים אלה הן במסגרות הבריאות והן במסגרות רווחה אחרות.

לצד הידע והכלים, מחדדת האסופה את הדיון על מקומה ותפקידה של העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות, ומצביעה על תפקידו של העובד הסוציאלי כמוביל תוכניות ותהליכי שינוי חברתיים בהתמודדות עם מצבי חולי.

המאמרים והאסופה בכללותה תורמים תרומה חשובה לעובדים סוציאליים

במערכת הבריאות, אך גם לעובדים סוציאליים בשירותים אחרים ולאנשי מקצוע אחרים שמטפלים בפרטים ובמשפחות המתמודדות עם חולי ונכות. יש מקום להמשיך מפעל מבורך זה בעתיד ולהציג תחומים חשובים נוספים של פעילות העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות, אשר לא באו לידי ביטוי בספר זה.

סוקרת: נירית פסח

לא צדקה אלא צדק: פרקים בהתפתחות העבודה הסוציאלית בישראל

ג'וני גל ורוני הולר (עורכים)

קריית שדה-בוקר: מכון בן-גוריון לחקר ישראל והציונות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב (2019). 419 עמודים.

ספרם של גל והולר הוא ראשון מסוגו, וייחודו בכך שהוא מתאר את תהליך עלייתו של מקצוע העבודה הסוציאלית עם חלוציו לארץ, כמרכיב בתחייה הלאומית היהודית עם הופעת הציונות והעלייה לארץ ישראל, ואת התפתחותו מאז. הפרקים בספר נבנו כמחקרים היסטוריים בנושאים מגוונים. הספר מתאר את השקפת עולמם של חלוצי המקצוע בארץ ואת הרקע החברתי והאידיאולוגי שבו המקצוע צמח והתפתח. כמו כן הוא מתאר כיצד תפקיד המקצוע עוצב עיצוב ראשוני, וכיצד תפסו חלוצי המקצוע את העולים האחרים שבאו מסביבות חברתיות ותרבותיות אחרות. ניסיונם של החלוצים להכיר את עולמם של העולים האחרים זורע את הזרעים הראשונים של ראיית השונות, המחלחלים עמוק בתודעה החברתית מאז ועד היום, ומהווים את הבסיס להתפתחות העתידית של המקצוע ומושאי בישראל.

לפני תהליך המודרניזציה של העם היהודי במאה ה-19 והקמתה של החברה היהודית החדשה בארץ ישראל, על בסיס תפיסות שצמחו והתפתחו באירופה ובמיוחד בגרמניה, בוטאה הערבות ההדדית של יהודים באשר הם באמצעות צדקה. לעומת זאת, עם עלייתם של אנשי מקצוע יהודים מגרמניה לישראל לפני קום המדינה, יובאו רעיונות על מדינת רווחה וביטחון סוציאלי כפי שהתפתחו בימי הקנצלר ביסמרק. רעיונות אלו זרעו זרעים ראשונים של תפיסת צדק שביסוד הסולידריות החברתית במרכז אירופה ובצפונה. החשיבה הרציונלית השיטתית של עושיה חייבה היכרות מעמיקה עם הלקוחות ופיתוח שיטות סיוע המבוססות על ידע פסיכולוגי-חברתי ומיומנויות התערבות מועילה; "העזרה הסוציאלית" הפילנתרופית מראשית הדרך הפכה ל"עבודה סוציאלית" מקצועית ששיטות העבודה שלה מבוססות על ידע ושיטות התערבות עדכניות.

בפרק המבוא בספר מציגים רוני הולר וג'וני גל מחקר היסטורי על התפתחות המקצוע לצד התפתחות שירותי הרווחה בישראל. הפרק חשוב בעצם ההתייחסות לחקר ההיסטוריה וההתפתחות של משלח היד. לדוגמה, ראוי לציין במיוחד תיאור המפנה בתפקידי העובדים הסוציאליים, כאשר חוק הבטחת הכנסה (1982) שבוצע

באמצעות המוסד לביטוח לאומי אפשר להם להתרכז בטיפול פסיכוסוציאלי. פרק זה נוגע במקומו של המשרד הממשלתי האחראי מטעם המדינה להתמודדות עם סוגיות אלו כמעסיק החשוב ביותר של העובדים במקצוע, המארגן את פעילותם ומשפיע על תפקודם.

שאר פרקי הספר מאוגדים בשלושה חלקים:

בחלק הראשון – "ראשית המקצוע" – ארבעה פרקים המציגים היבטים שונים. יהודית אבני וג'וני גל סוקרים את "בתי ההתיישבות" כצורת סיוע ראשוני לאוכלוסיות חלשות בארץ ישראל במחצית הראשונה של המאה ה-20 בעקבות דפוסי פעולה דומים באירופה ובארצות-הברית.

בפרק שעניינו "עובדות סוציאליות ביישוב העברי בתקופת המנדט", חושפת עיינה הלפרן את "מקומן של נשים ומסורות נשכחות בתולדות המקצוע". עם הקמת המוסדות הלאומיים של היישוב היהודי בארץ ישראל, הוקמה מחלקה מיוחדת לעבודה סוציאלית בידי הנרייטה סאלד, שהייתה מוכרת מפעילותה מטעם הדסה. מינוי זה הטמיע את התפיסה של ארגוני הסיוע היהודיים בגרמניה, שמנהיגותיהם עלו אז לארץ ישראל, הביאו איתן את המסורות שלהן, ועסקו כבר בארץ מוצאן באופן שיטתי בהכשרה למקצוע ובהנחת יסודות של ידע ושיטות המתבקשים לסיוע, לטיפול ולשיקום אישי וחברתי. בכך מוסדה ואורגנה הפעילות היזומה של ארגוני נשים בתחום החברתי כדי להבטיח שמתן שירותים חברתיים לנזקקים יהיה חלק מתפיסת העולם של המדינה שבדרך. רבות אחרות, בעלות שיעור קומה ענק, המשיכו ועיצבו את פני המקצוע לאחר קום המדינה.

מאמרם של ג'וני גל וסטפן קונטר על "ברלין בירושלים: בית הספר הראשון לעבודה סוציאלית בפלשתינה-א"י" מתאר את התפתחות ההכשרה למקצוע ומבליט את פועלה של סידי וורונסקי, מקימת בית הספר לעבודה סוציאלית בירושלים ברוח המסורות שפורטו לעיל.

מאמרן של ענת הרבסט-דבי וסלביה פוגל-ביזאוי, "כונות מרחבי טיפול, חמלה והתמערבות: מטרנליזם וכינון פרופסיית העבודה הסוציאלית ביישוב היהודי בארץ ישראל 1912-1948", מציג את המטרנליזם על מרכיביו ואופיו כ"די.אן.איי" של העבודה הסוציאלית. הפרק עוסק במקומן של האישה והאימהות בבסיס התפיסה ובדחף שהובילו להפיכת הסולידריות הנשית והאימהית לעשייה מאורגנת למען הזולת הנתון במצוקה.

בחלק השני – "התפתחות מוסדית ורעיונית" – ארבעה פרקים. גדי ניסים כותב על פערי הדורות באיגוד העובדים הסוציאליים ועל התפתחותו, המשקף נאמנה את התהליכים הנובעים מכניסת בוגרי בתי הספר האוניברסיטאיים לעבודה בשטח

ולחברות באיגוד. המאמר מדגיש את הצורך להבטיח את שלמות האיגוד שבו חברים כל העובדים הסוציאליים.

בפרקים חשובים אחרים, שקצרה היריעה מלתארם בפירוט המגיע להם, פותחת הראייה הרחבה של עורכי הספר אשנבים מיוחדים להתפתחות ההיסטורית של המקצוע ולמקומו כיום בתחומים שונים: אלישבע סדן סוקרת את העבודה הקהילתית; איברהים מחאג'נה מתאר את התפתחות המקצוע בחברה הערבית מימי המנדט עד תום הממשל הצבאי; ורדה סוסקולני, גייל אוסלנדר ואילנה בן-שחר מתמקדות בהתפתחות עבודה סוציאלית במערכת הבריאות והאתגרים העומדים לפניה; מימי אייזנשטדט סוקרת את המדיניות כלפי עבדיניות הנוער לאורך השנים.

החלק השלישי עוסק בזיקתה של העבודה הסוציאלית לצדק חברתי. העבודה הסוציאלית מופקדת על מימוש רעיון הצדק החברתי ברמת הפרט, הקהילה והחברה כולה, ולכן באה לידי ביטוי ביכולת אנשי המקצוע להתמודד עם תהליך קבלת ההחלטות הלאומיות על הקצאת משאבים להבטחת המענה על צרכי האוכלוסייה הנוזקת, כדי לקיים את רעיון הצדק החברתי. קיום רעיון זה מביא עימו את הצורך והיכולת לשאת באחריות לעשייה המקצועית תוך התבוננות פנימה, יכולת לקיים בקרה עצמית על העשייה ועל ותפוקותיה ולהתאימן לנדרש. אלו באים לביטוי בפרק שכתבו מימי אייזנשטדט וג'וני גל על עבודה סוציאלית ודימויים של עוני ועניים בתקופת היישוב.

הפרקים הבאים מאירים תחומים נוספים, שבהם המחויבות לצדק רלוונטית וחיונית כמרכיב בעשייה שיטתית מעוגנת בחשיבה ובמחקר, כמו "עבודה סוציאלית ואנשים עם מוגבלויות" שכתב רוני הולר; "פעילות ייחודית של עבודה סוציאלית לטיפול בחסרי בית" שכתב שמוליק שיינטוך; והפרק שכתב רוני קאופמן על התמיכה בפעילות קהילתית המעודדת את לקוחות המקצוע לקחת את גורלם בידם, ועל עובדים סוציאליים קהילתיים שבאו לפעול בעצמם, להשתתף בתנועות מחאה ולהיאבק כדי לחולל מפנה בתהליך קבלת ההחלטות הלאומיות. בפרק החותם חלק זה דן אברהם דורון בסוגיות מרכזיות הנוגעות לעקרונות היסוד של תפקידי העבודה הסוציאלית בישראל.

הספר מקיים גרעין של חשיבה היסטורית עמוקה ונדירה. הוא מתחיל את המסע בסביבה שבה הגו מרקס ואנגלס את המהפכה החשובה בחשיבה החברתית של סוף המאה ה-19 עם הנחת היסודות למה שהתפתח כסוציאליזם וכינון הרעיון של מדינת הרווחה בידי ביסמרק. הוא מסתיים בכינון מדינת הרווחה לאחר מלחמת העולם השנייה ובארץ עם המעבר מצדקה לדרישה לצדק חברתי, באמצעות חלוקת המשאבים הלאומיים באופן המאפשר חיים בכבוד לכולם.

מעבר לחשיפה היסטורית חשובה של תהליכי ההתפתחות של החשיבה החברתית שביסוד העבודה הסוציאלית, הספר מתאר איך צמחה בארץ תחושת הנחיתות והאפליה של שכבות חברתיות שאינן "חלשות" אלא "מוחלשות". הספר מבקר גם את הגישה הכלכלית הניאו-ליברלית שהעצימה את התחושה של אי-צדק חברתי. בנוסף מתוארת התפתחות תפיסת המדיניות של המקצוע, החותרת להנכחת עקרונותיו לא רק בקרב פרטים, אלא בחברה כולה.

הספר הוא מקור חשוב לחוקרי התפתחותה של העבודה הסוציאלית כמקצוע ובמיוחד בזיקתה לצדק חברתי בישראל.

ברוך עובדיה

חדש על המדף

במדור הפעם נסקרים ספרים שהגיעו אל המערכת בחודשי האביב והקיץ של שנת 2019. ביניהם ספר העוסק בזוגיות (מעוז, שקד ורביב), ספרים העוסקים בסוגיות חברתיות (חסקין ואבישר; פורת), ספר המאגד את מכתבי פרויד (רולניק), וספר העוסק בהתעללות באנשים זקנים (הלפריין).

דריה מעוז, עמי שקד ועמירם רביב (2019). אמנות הזוגיות. מודיעין: כנרת, זמורה, ביתן. 268 עמודים.

ספר זה, שכתבו במשותף שני פסיכולוגים (שקד ורביב) וסוציולוגית (מעוז), הוא מסע החוקר את החיבורים המתקיימים, או הנפרמים, בתוך מערכות זוגיות ארוכות טווח. המחקר שהשלושה מתארים הוא מחקר איכותני המבוסס על כמאתיים ראיונות עומק שהתקיימו במקומות שונים בישראל עם זוגות הנמצאים בקשר ארוך טווח. הראיונות נערכו בדגש על הסיבות המונעות מזוגות להיפרד, וניסיון "לפצח" את סוד הזוגיות ארוכת הטווח. מלבד ראיונות מרתקים אלו עם חתך מסוים של האוכלוסייה היהודית בישראל (הספר מציג רק זוגות שבהם הקשר הוא הטרוסקסואלי), יש בספר גם סקירה יפה של ספרות מחקרית ותיאורטית רלוונטית ופרשנותם של שלושת העורכים. הספר כתוב בשפה בהירה ואינטליגנטית ומיועד לקהל הרחב, אך אין ספק כי מקריאתו ישכילו כל אנשי המקצוע העובדים עם זוגות.

רוני אלפנדרי

מימי חסקין וניסים אבישר (2019). זיו נוצץ מדמע: סוגיית המזרחיות בהקשרים חינוכיים ותרבותיים. תל-אביב: הוצאת רסלינג. 432 עמודים.

אסופת מאמרים זו מבוססת על קבוצת מחקר שפעלה במכללת סמינר הקיבוצים בהנחיית חסקין ואבישר בשנת 2013. האסופה מציגה מבט רחב על האופן שבו סוגיית המזרחיות מופיעה בשדה החינוך והתרבות בישראל של המאה ה-21. בספר שני שערים, האחד מוקדש לחינוך והשני לתרבות. בין נושאי הספר אפשר למצוא דיון בקשר שבין שיח מזרחי לתהליכי שינוי בחברה, כולל התבוננות בתופעות של גזענות; מקומם של תלמידים מהפריפריה בבתי ספר ובמוסדות להשכלה גבוהה; והיחס שבין שפה תקנית

לשפת רחוב. בספר יש גם סקירות של תופעות תרבותיות כגון שימור מסורות מוזיקליות מזרחיות, ייצוגן של קבוצות אתניות בספרות העברית, ועבודתם של אנשי תרבות כמו שמעון אדף ומאור זגורי. הספר מיועד לכל מי שנושא הקיטוב החברתי על רקע עדתי קרוב לליבו.

רוני אלפנדרי

בנימין פורת (2019). צדק דלים: עקרונות דיני הרווחה מן התורה לספרות חז"ל. ירושלים: האוניברסיטה העברית, המכון הישראלי לדמוקרטיה ונבו הוצאה לאור. 286 עמודים.

ספרו החדש של פורת, ראש המכון לחקר המשפט העברי באוניברסיטה העברית, מציג מחקר תיאורטי מעמיק וחשוב על מקורותיהם של דיני הרווחה כפי שהם מופיעים בחומשי התורה ובספרות חז"ל. פורת מתחם את חקירתו לשתי תקופות אלו, ובשפה בהירה, אינטליגנטית ועשירה מראה את השונה והדומה בין ניסוחם של דיני הרווחה בתקופות אלו. מבלי לגלוש להחלה אנכרוניסטית של העת הנוכחית על העבר, מראה פורת כיצד תפיסות עכשוויות של רווחה וצדק חברתי מהוות הן רצף והן תמורה של תפיסות שהתקיימו בתקופות קדומות. הספר עוקב אחר האופן שבו התפתחו המצוות החברתיות-כלכליות שהותוו במקרא (תוך שימור חלקי אך גם תוך כדי שינוי) לדיני צדקה שהגו חז"ל בתקופת המשנה והתלמוד. כך לדוגמה מראה פורת כיצד התפתח מושג העוני בתקופות אלו וכיצד השתנה מושא האחריות על קיום צדק חברתי. בתקופת המקרא היה קיום הצדק בידי השכבה העשירה של הקהילה, ואילו בתקופת המשנה הוא הוטל על מנגנוני צדקה יעודיים. הספר יעניין ויעשיר רבות את מי שנושא הצדק והאחריות החברתית קרוב לליבו.

רוני אלפנדרי

ערן רולניק (עורך, מתרגם ומבאר) (2019). זיגמונד פרויד: מכתבים. בן-שמן: מון, פסיכה: ספרייה פסיכולוגית. 357 עמודים.

ספר זה הוא הראשון מסוגו בעברית ובו נאגדו יחד 151 מכתבים מתוך אוסף המכתבים המפואר שהשאיר אחריו פרויד, המונה אלפים רבים. המכתבים תורגמו, נערכו והוארו בידי הפסיכואנליטיקאי ערן רולניק, והם מהווים מעין סקירה כרונולוגית של מהלך חייו של האדם שהשפיע — אולי יותר מכל אחד אחר — על עיצובה של תקופתנו. חלק ניכר מהמכתבים כבר הופיע באוספים קודמים באנגלית, אולם

מהדורה זו מנגישה לקורא העברי פכים מרתקים בחייו, באישיותו ובמערכות היחסים הענפות של פרויד. הספר מומלץ ביותר לכל מי שהתיאוריות הפסיכואנליטיות קרובות לליבו, ומציג מבט מרתק על פרק חשוב בהיסטוריה המערבית.

רוני אלפנדרי

שרה הלפרין (2019). פרח גדל על הר של אבנים: על פגיעה באנשים זקנים ועל דרכי התמרדותם בספרות ובתרבות העכשווית. ירושלים: ג'וינט ישראל ואשל. 167 עמודים.

ספרה של שרה הלפרין מצטרף למגמה החיובית של כתיבה ומחקר עדכניים אודות הזיקנה. זה אינו ספר מחקר אולם יש בו מידע ונקודות מבט חשובות מאין כמותן. בהסתמכה על ניסיונה רב-השנים בתחום, בוחנת הלפרין תופעות של גילנות, פגיעה והתעללות באנשים זקנים מצד אחד, אך גם מפליאה להדגים דרכי התמודדות, הישרדות ושיקום של אנשים זקנים במצבים קשים. בספר שלושה חלקים: בראשון מתואר כיצד תפיסות גילניות המושרשות בחברה מובילות לעיתים אף לרצח של אנשים זקנים. החלק השני מציג מנעד רחב ומכאיב של תופעות שונות של פגיעות, החל מהתעללות בהורים זקנים בידי ילדיהם ועד אלימות בבתי אבות. בחלק השלישי, האופטימי בספר, מתארת הלפרין כיצד אנשים זקנים מתמרדים נגד דיכויים ומצליחים לשמר חוויית אוטונומיה ופוטנציה. הספר אינו מבוסס על תיאורי מקרים אמיתיים אלא על ניתוח יפה של יצירות ספרות מגוונות כגון החטא ועונשו, עמי ותמי, מיס הארייט ועוד הרבה. הספר מומלץ ביותר לכל מי שעוסק בטיפול באנשים זקנים, אך גם מתאים לקריאה מהנה ומשכלת לכל אדם באשר הוא.

רוני אלפנדרי

THE SOURCE OF REFERRAL TO TREATMENT AS A PREDICTOR OF RETENTION IN THE PROGRAM: FORMAL COERCION VERSUS VOLUNTARY ENTRY INTO THE HARTUV THERAPEUTIC COMMUNITY

Moshe Wolff, Noam Haviv, Gal Kaplan-Harel and Michal Sternfeld

Background: The literature distinguishes between two sources of referral to a therapeutic community (TC) for drug addicts: through formal legal coercion, or by non-formal coercion. Taken together, these sources may predict attrition from the TC.

Aims: This study compared the retention period for patients who joined the Hartuv therapeutic community as an alternative to imprisonment, and patients who joined the community voluntarily. The effect of additional predictors related to retention was also examined.

Methods: Survival analysis as well as logistic regression were used in this study, based on a secondary database that included all patients of the Hartuv therapeutic community between 2010 and 2015 ($N = 339$).

Main findings: The median time for retention in the therapeutic community among all patients was 6.27 months. Participants who entered the program as an alternative to imprisonment were 4.67 times more likely to complete the treatment program than those who entered voluntarily. At any given moment, participants who entered the program voluntarily were 2.43 times more likely to drop out of treatment than those who joined it as an alternative to imprisonment. The findings also revealed that education and type of drug used can predict retention in the program.

Conclusions and implications: Entering the TC through formal legal coercion as an alternative to incarceration may influence retention. The current study findings may help caregivers prolong retention in the program, both for patients in general and for patients who entered the TC voluntarily in particular.

Key words: Therapeutic community, substance abuse, attrition predictors, alternative to imprisonment, voluntary, formal and informal coercion, survival analysis

FIRST STEPS ON THE WAY TO CREATING "ACTIONABLE KNOWLEDGE"
- DEVELOPING AND ESTABLISHING REHABILITATIVE HABITATION
FRAMEWORKS IN THE COMMUNITY FOR A DUAL DIAGNOSIS
POPULATION

Fima Lidor, Alina Grayzman and Tomer Zimmermann

Background: Many people suffer from dual diagnosis (mental illness and addiction). The article describes the many challenges in developing, designing, and establishing special services for this target population as part of a "rehabilitation basket" of services.

Aims: The article reviews the changes that have occurred in recent years in the recognition of dual diagnosis populations. It aims to examine and demonstrate the process of establishing rehabilitative habitation services in the community and developing interventions adapted to this "sub-population", while critically evaluating and constantly examining the efficiency of these interventions.

Main findings: The article discusses the challenges that accompany the development and establishment of services suitable for dual diagnosis. It also describes the first steps on the way to creating "actionable knowledge" in order to establish "good enough" services for this population. Our sensitive work in developing suitable services for dual diagnosis has proven that the services are appropriate. The success of this process is reflected in the expansion of services as well as in the significant rehabilitation processes of those who were previously not entitled to a rehabilitation basket, and in the progress of policy change.

Conclusions and implications for practice and policy: Recognition of the dual diagnosis population and changing of reality requires a change in the policy of the Ministry of Health and significant changes in rehabilitation work. Accumulated experience and "practice wisdom" promote improved rehabilitation services for this population, and contribute to the assimilation of appropriate interventions and policy changes that will assist the recipients of these services in their journey toward recovery.

Key words: Dual diagnosis, actionable knowledge, rehabilitation basket, mental illness, addiction

ISRAEL'S LARGEST OPEN DRUG SCENE: AN ETHNOGRAPHIC STUDY IN THE OLD CENTRAL BUS STATION IN TEL-AVIV

Hagit Bonny-Noach and Sharon Toys

Background: Little is known about the largest "open drug scene" in Israel, which exists at the compound surrounding the old central bus station in Tel-Aviv, where a hard-to-reach population lives, including drug addicts/injectors, homeless people, drug dealers, and prostitutes.

Aim: To describe and understand the voices of this hard-to-reach population with regard to the health, physical, mental, emotional, social, economic and legal problems they face, which pose a challenge for treatment, information gathering, and research.

Method: The study used a qualitative-ethnographic methodology, which included more than 300 hours of participatory observations during the day and night. In addition, 62 "semi-formal" interviews were conducted with both permanent and temporary individuals in the compound.

Findings: The main themes that emerged concerning the topic of addiction were: 1. "The lowest place in Israel": a distinct and deviant geographical compound populating marginal individuals and drug addicts at the extreme end of the spectrum; 2. social hierarchy and power relations: women addicts are at the bottom of the social hierarchy in the compound; 3. the functionality of the compound for these marginal people and drug addicts/injectors; 4. the compound has a "multiple addictions scene" of substances and behaviors.

Conclusions: The recent gentrification process is passing over and discriminating against this hard-to-reach population. The government of Israel should adopt an organized policy towards this population, incorporating an integrated model of radical harm reduction, treatment, and enforcement as has been successfully done in other cities around the world, with special emphasis on women and drug addicts/injectors as well as on integrated treatment for multiple addictions and behaviors.

Key words: Ethnography, open drug scene, addictions, drugs, prostitution, old central bus station in Tel-Aviv, harm reduction

SEX AND SEXUALITY AMONG SUBSTANCE ADDICTS: THEORY, INTERVENTION MODEL AND CASE STUDIES

Niva Lev-el

Background: The goal of treating recovered addicts is to help them maintain abstinence from psychoactive substances, to enable them to function and integrate into normative society, and to improve their quality of life. Issues of sex and sexuality preoccupy recovered addicts, and may lead to a lapse or a relapse. Substance abuse and addiction are influenced by and affect sexual function and sexuality.

Aims: The aim of the article is to expose professionals in the field of addiction to basic concepts of sex and sexuality as well as to the close connection between sex, sexuality, and substance use in order to enrich the tools at their disposal for practice, and to create an infrastructure for including these issues in addiction treatment programs.

Models: The article will present four models that are essential to practice in this field: 1. The motivations for substance use related to sex and sexuality; 2. the parallel dynamics between sex, sexuality and substance use; 3. a PLISSIT model for sexual therapy adapted to the field of substance addiction; 4. a list of relevant treatment goals.

Case studies: In order to illustrate the use of this knowledge, case studies and analysis of therapeutic interventions for issues of sex and sexuality with addicts in both individual and group level.

Implications for practice: Sex and sexuality issues should be addressed in the treatment of addiction in order to prevent lapses and dropout from treatment due to those issues.

Key words: Addiction, psychoactive substances/drugs/alcohol, lapse, relapse treatment, sexual therapy, sex, sexuality

CANNABIS: PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL EFFECTS

Daniel Feingold and Aviv Weinstein

Background: Cannabis is the most popular illicit drug in the world. Many young people have tried to use cannabis for recreational purposes until their mid-twenties. Only 10% become regular users, and 20-30% are recreational users over the weekend.

Aims: To review current evidence on the physical and psychological effects as well as treatment of cannabis use.

Methods: A review of the literature on the topic over the past 20 years using the PubMed database.

Main findings: Research has shown that regular use of cannabis is associated with increased risk for motor vehicle injury and death, as well as risk for lung disease and decreased birth weight. Furthermore, findings indicate that cannabis use is associated with long-term cognitive impairment and increased risk for developing mental disorders such as anxiety, bipolar disorder, and schizophrenia. There is a growing demand for treatment of cannabis use disorder. Most of those who participate in treatment find it difficult to avoid relapse of drug use. Relapse rates of treatment for cannabis use disorder are similar to other drugs. Cognitive-behavioral treatment for cannabis use disorder includes methods of avoiding a return to drug use, behavioral coping mechanisms, and motivation enhancement techniques. There is evidence for the effectiveness of cognitive treatment, as few medications have been proven effective for treatment for cannabis use disorder. Evidence concerning synthetic cannabis and medical marijuana is also addressed in the article.

Conclusions and implications for practice/policy: Cannabis has major implications for public health, psychological, and pharmacological treatment as well as for mental health policy. Both the harmful effects of chronic cannabis use and the positive contribution of medical cannabis should be weighed against its potential dangers to youth.

Key words: Cannabis, mental disorders, cognitive-behavior therapy, medications, synthetic cannabinoids, medical cannabis

Abstracts

FROM RESEARCH TO PRACTICE: IMPROVING SERVICES IN ABSTINENCE-ONLY SUBSTANCE USE TREATMENT SETTINGS

Aharon Shabi

Background: The low efficacy of intervention programs with drug users in abstinence-only substance use treatment settings is reflected in the difficulties that patients have with maintaining abstinence during and after treatment, as well as in high dropout rates.

Aim: This paper aims to examine current practices, and recommend alternative patterns of treatment.

Method: The article presents studies, data, and information about the characteristics of current practices and policies in Israel.

Findings: The low efficacy of abstinence-only substance use treatment programs can be attributed to uniform treatment intervention patterns, rigid therapeutic approaches, and incompatibility of treatment plans. There is a lack of systematic planning, ongoing evaluation of treatment programs, and therapeutic resources.

Conclusion: Evidence and research-based practices for persons with substance use disorders must be considered in all settings. Treatment should combine pharmacological, behavioral, cognitive, and interpersonal approaches.

Key words: Substance use disorders, treatment, evidence-based practices, abstinence, Israel

SOCIETY AND WELFARE

**quarterly for
social work**

www.molsa.gov.il

Prof. Varda Soskolne
Editor in Chief

Dr. Rony Alfandary
Book Review Editor

Ahuva Stav
Hebrew Editor

Mimi Schneiderman
English Editor

Hadar Eini
Administrative Coordinator

September 2019

Vol. 39

3

**Published by the Ministry
of Social Affairs and the
Association for the
Promotion of Social Work,
in collaboration with
the Israeli Association of
Schools of Social Work**

0334-4029 ISSN

Special Issue

Addictions: Theory, Research, and Clinical Aspects

CONTENTS

- 389 From the Editor-in-Chief
- 391 From the Guest Editors
- 397 From Research to Practice: Improving Services in
Abstinence-Only Substance Use Treatment Settings –
Aharon Shabi
- 415 Cannabis: Physical and Psychological Effects –
Daniel Feingold and Aviv Weinstein
- 441 Sex And Sexuality Among Substance Addicts:
Theory, Intervention Model and Case Studies – Niva
Lev-el
- 483 Israel's Largest Open Drug Scene: An Ethnographic
Study in the Old Central Bus Station in Tel-Aviv –
Hagit Bonny-Noach and Sharon Toys
- 513 Practice Wisdom: First Steps on the Way to
Creating "Actionable Knowledge": Developing and
Establishing Rehabilitative Habitation Frameworks
in the Community for a Dual Diagnosis Population –
Fima Lidor, Alina Grayzman and Tomer Zimmermann
- 531 The Source of Referral to Treatment as a Predictor
of Retention in the Program: Formal Coercion
Versus Voluntary Entry Into the Hartuv Therapeutic
Community – Moshe Wolff, Noam Haviv, Gal
Kaplan-Harel and Michal Sternfeld
- 557 Book Reviews
- 565 New on the Shelf

Hevra Urevaha (Society and Welfare) is a quarterly journal, which aims to broaden and enhance the theoretical, empirical, and practical knowledge of social workers as well as other helping professionals in Israel. The journal publishes articles that deal with a broad range of aspects relating to social work practice, research, theory and education, that enhance understanding of various social and welfare issues and may contribute to interventions and policy. The editorial board of *Society and Welfare* will only consider original articles that meet academic criteria, that have not been published previously, and that deal with the journal's fields of interest as determined by the board from time to time. All manuscripts are subject to peer-review.

The following types of articles are included in the journal: empirical research (quantitative or qualitative – up to 9,000 words); descriptions of unique interventions (“practice wisdom” – up to 6,000 words); review articles and critiques of a theoretical approach or policy (up to 6,000 words); “perspective” articles describing an innovative approach to dealing with a substantive social or welfare issue (up to 3,000 words). Manuscripts should be submitted in an updated version of Microsoft Word, double spaced using 12-point Times Roman or David font, and should be prepared in accordance with the detailed guidelines for authors. Manuscripts should be submitted to the editorial office at the following e-mail address: **socwelf@gmail.com**

For more details, see the guidelines for authors published on the Society and Welfare page of the Ministry of Social Affairs and Social Services website.
http://www.molsa.gov.il/CommunityInfo/Magazine/Pages/RM_05_03.aspx

Editorial Office:
Prof. Varda Soskolne
Louis and Gabi Weisfeld School of Social Work
Bar-Ilan University
Ramat Gan 5290002
E-Mail: socwelf@gmail.com

Business office, distribution and internet:
Lea Cohen
Division of Planning Research and Training
Ministry of Labor, Welfare, and Social Training
2 Kaplan St., Jerusalem 91008
Tel. 01-6752513

Annual subscription rate: \$45
Price for a single issue: \$20

Shalhevet Attar-Schwartz
Hebrew University

Liat Ayalon
Bar-Ilan University

Asher Ben-Arieh
Hebrew University

Eli Buchbinder
Haifa University

Ayala Cohen
Tel-Hai Academic College

Orly Dvir
Association of Social Workers

Yael Giron
Zefat Academic College

Hillah Haim-Zweig
Ministry of Social Affairs

Yaira Hamama-Raz
Ariel University

Inbal Hermoni
*The Association for the
Promotion of Social Work*

Carmit Katz
Tel-Aviv University

Eyal Klonover
Ashkelon Academic College

Orit Nuttman-Shwartz
Sapir Academic College

Einat Peled
Tel-Aviv University

Ronit Reuven-Even Zahav
Ruppin Academic Center

David Roe
Haifa University

Yekutieli Sabah
Ministry of Social Affairs

Vered Slonim-Nevo
Ben-Gurion University

Alan York
*The Association for the
Promotion of Social Work*

חברה ורווחה

SOCIETY and WELFARE

Quarterly for Social Work



Special Issue:
Addictions: Theory, Research, and Clinical Aspects

Guest Editors: Dr. Maayan Lawental and Prof. Eli Lawental

