

הערכת תוצאות התערבות בקהילות טיפוליות לנגמלים מסמים: השוואה בין ילידי ישראל לבין ילידי חבר העמים¹

רבקה רנץ² ורחל דקל³

קהילות טיפוליות הן אחד השירותים העיקריים לגמילה מסמים. מחקר זה ביקש להעריך את תרומתן לגמילה מסמים בשני מישורים: שיעור הנשירה מהקהילה; השפעת השהות בקהילה על תהליך השינוי בשניים ממשאבי המתמכרים: יכולתם להתמודד עם פיתויי הסם והתמיכה שהם זוכים לה מבני משפחתם ומחברייהם לקהילה. לנוכח שיעורם הגבוה של ילידי חבר העמים בקהילות (כ-40%) בעת עריכת המחקר ולנוכח הידע המצומצם על התאמתם ועל הסתגלותם לקהילה, נערכה השוואה בשני מישורי המחקר בין ישראלים ותיקים לבין ישראלים ילידי חבר העמים.

במחקר השתתפו 213 נפגעי סמים שטופלו בקהילות טיפוליות בישראל מינואר 2006 עד אוגוסט 2007: 110 מהם ילידי הארץ ו-103 מהם ילידי חבר העמים שהגיעו לישראל בשנות ה-90. הנתונים נאספו באמצעות שאלוני דיווח עצמי: שאלון תפיסת המסוגלות להתמודד עם פיתויי סם (Annis & Martin, 1985), שאלון תמיכה משפחתית (Procidano & Heller, 1983) ושאלון תמיכה חברתית בקהילה (Yalom, 1995). השאלונים מולאו עם הכניסה לקהילה, כעבור שלושה חודשים, כעבור חצי שנה ובסיום הטיפול.

ממצאי המחקר הראו שאחוזי הנשירה מהקהילה דומים למקובל בעולם (62%), ואפילו נמוכים מהם במעט, וששיעור הנשירה בקרב ילידי חבר העמים היה נמוך משל ילידי הארץ. במהלך השהות בקהילה חל תהליך דומה של העצמה במשאבי שתי הקבוצות, זאת אף שעם הכניסה לקהילה היתה רמת המשאבים של ילידי חבר העמים נמוכה מזו של ילידי הארץ. הדיון בממצאי המחקר נערך לנוכח

1 מחקר זה נערך בסיוע הרשות למלחמה בסמים ובאלכוהול.

2 המחלקה לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית ספיר.

3 בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש לואיס וגבי ויספלד, אוניברסיטת בר-אילן.

נתונים מהעולם ואל מול ההבדלים בתרבות ובתפיסת ההתמכרות בין שתי הקבוצות.

מבוא

קהילות טיפוליות הן מסגרות חוץ-ביתיות, הפועלות בתנאי פנימייה, ומטרתן ליצור סביבה בטוחה, הן כדי לנתק את המתמכר מהשפעתה השלילית של הסביבה או של המשפחה והן כדי להקנות לו מיומנויות שיקדמו בנייה של הגנות מסתגלות שיסייעו לו בגמילה מהסם (קלובסקי, 2000). כ-10% מהמתמכרים המוכרים למשרד הרווחה מגיעים לטיפול באחת הקהילות הטיפוליות המצויות כיום בארץ. כ-40% מכלל המטופלים בקהילות בעת המחקר היו ילידי חבר העמים (משרד הרווחה, 2007, דו"ח פנימי) שטופלו, על פי רוב, בכפיפה אחת עם ילידי הארץ. לשונות בין שתי האוכלוסיות היה ביטוי מצומצם בלבד, ששיקף את מדיניות המנהיגות בכל קהילה וקהילה. יתרה מזאת, לא רק שרוב המסגרות סיפקו מענה מצומצם בלבד לצרכים היחודיים של ילידי חבר העמים, אלא שבחלקן אף נאסרה עליהם השיחה בשפת אמם, והיה עליהם לדבר אך ורק עברית (משרד הרווחה, 2007).

קגן ושפר (Kagan & Shafer, 2001) שחקרו את הגישה הטיפולית להתמכרות לאלכוהול במדינות חבר העמים (השכיחה מהתמכרות לסם) מציינים שהטיפול בהתמכרות לסמים מתבסס על גישה דומה, ומתאפיין בנוקשות ובראיית ההתמכרות כמחלה. ניכר מחסור בידע ובהבנה פסיכולוגית וחברתית, במיוחד בכל הנוגע לדינמיקה משפחתית ולהשפעותיה על התמכרויות (Kagan & Shafer, 2001). אמנם עולי חבר העמים שעלו כילדים וכמתבגרים חונכו במסגרות חינוך ישראליות, אבל בשל הזמן הקצר יחסית שעבר מאז נפילת המשטר הקומוניסטי הנחנו שתפיסת העולם של רבים מהם בנוגע להתמכרות תהיה דומה לזו של הוריהם (סלונים-נבו, שרגה ועבדלגני, 1999) ועל כן שונה משל הישראלים הוותיקים.

מטרת המחקר היתה להעריך את תרומת הקהילה הטיפולית לגמילה מסמים בשני מישורים: שיעור הנשירה מהקהילה, כלומר עזיבת הטיפול בטרם הסתיים; תהליך השינוי במשאבי המתמכרים במהלך השהות בקהילה. העצמת המשאבים היא חלק ממטרות הקהילה, בהנחה שמשאבים אלה יסייעו למתמכרים בהתמודדות עם החיים ללא סם. במחקר נבדק תהליך השינוי שחל בהערכת המתמכר את יכולתו להתמודד עם פיתויי הסם, שהיא משאב פנימי, וברמת התמיכה המשפחתית והחברתית המוענקת למתמכר, שהיא משאב חיצוני. לנוכח השיעור הגבוה של ילידי חבר העמים בקהילות, ובהתחשב בהנחה

שיש הבדלים תרבותיים בינם לבין ילידי הארץ, השווינו את רמת המשאבים והנשירה בין שתי הקבוצות.

קהילות טיפוליות

הקהילה היא מבנה ארגוני סגור הפועל 24 שעות ביממה למשך מחזור טיפול בן 8-12 חודשים. זוהי מסגרת המנתקת את חבריה מכלל החברה (בשלב הטיפול הראשוני) ומספקת חלופה של חיי קהילה מתוכננים בקפידה ובה בעת תומכים ומגינים. מטרתה של הקהילה הטיפולית ליצור סביבה שבה ירגיש המתמכר בטוח בעצמו, כדי שיהיה מסוגל ללמוד מיומנויות ולבנות הגנות אדפטיביות המחליפות את השימוש בסם (קלובסקי, 2000). מלבד הפסקת השימוש בסם, מטרת הקהילה היא להקנות דפוסים חדשים של התנהגות, חשיבה וסגנון חיים, כדי להעניק לשוהים בה את הכלים להשתלב בחברה הנורמטיבית (בנבנישתי ועמרם, 1995; מיכאל, 2007).

לקהילה הטיפולית מבנה חברתי ייחודי. היא בנויה כמערכת ארגונית היררכית שבראשה עומד ה"מתאם". תחתיו בסולם נמצאים ראשי צוותים האחראים לתחומים שונים ומתחתיהם חברי הקהילה (הנגמלים). בחברי הקהילה תומכים מתמכרים נקיים ואנשי מקצוע המעניקים להם ייעוץ וטיפול. הקהילה מעודדת את המטופלים להתקדם בהיררכיה, ורואה בכך צמיחה אישית ולמידה חברתית, המאפשרות בבוא העת להשתלב בחברה הנורמטיבית (בנבנישתי ועמרם, 1995). התפקידים במערכת מוגדרים במדויק וכך גם כללי זרימת המידע כלפי מעלה וכללי העברת ההנחיות כלפי מטה. התנהגות המטופלים ותפקודם נמצאים תחת בקרה ופיקוח מחמירים בכל שעות היממה.

כיום הקהילות משרתות גם אוכלוסיות מיוחדות שלא נכללו בהן בעבר, דוגמת נערות מתבגרות בהיריון, אימהות עם ילדיהן, חסרי דיור, מטופלי מתדון או אוכלוסייה בעלת תחלואה כפולה (מתמכרים שהם גם חולי נפש). כמו כן התפתחו קהילות בבתי סוהר וקהילות למתבגרים הכוללות מסגרות לימודיות. לצד המסגרות הייחודיות התפתחה גם רגישות תרבותית למיעוטים השוהים בקהילות, כגון אינדיאנים והיספנים בארצות הברית או ערבים וחרדים בישראל. הצוותים הוכשרו להבין את תרבות המיעוטים, את דרכי החשיבה שלהם ואת התנהגותם, להתערב בהתאם, ובכך להתאים את התוכנית לצורכיהם הייחודיים (מיכאל, 2007; De Leon, 1995; O'Brien & Perfas, 2005).

דה-לאון (De Leon, 2000) מציין עקרונות אחדים הנגזרים ממבנה הקהילה:

1. תפקידים – החיים בקהילה מאפשרים לחבריה להתנסות הן בתפקידים מקצועיים בתחום העבודה (כגון עובד, מנהל, איש צוות), הן בתפקידים בין-אישיים (כגון ידיד,

- חבר קבוצה, מנהיג, תלמיד, יועץ וכו'). תפקידים אלה דורשים שינוי בהתנהגות, בגישה, בוויסות רגשות ובערכים.
2. משוב – משוב מחברי הקהילה הוא מקור מרכזי לשינוי ולצמיחה אישית. כך, למשל, חברי הקהילה נותנים משוב לחבר המתנהג לפי דפוסי עבר, הכוללים אלימות מילולית, מניפולציות, טקטיקות שליליות וכיוצא באלה, כדי לשקף לו את מצבו ולהביא להבנה ולשינוי הנדרש.
3. חברים כמודל חיובי לחיקוי – כל חבר שואף להיות מודל לחיקוי כחלק מתהליך השינוי. בד בבד עם האחריות לספק משוב לאחרים (ראו סעיף קודם), על החברים להיות דוגמה לשינוי.
4. מערכות יחסים – מערכות היחסים בקהילה מאפשרות החלמה וצמיחה אישית, פיתוח אמון הדדי ורכישת מיומנויות חברתיות. מערכת היחסים בקהילה היא בסיס לבניית רשת תמיכה לבוגרים היוצאים מהקהילה וממשיכים להיעזר בה.
5. למידה חברתית – החברים לומדים סגנון חיים חדש ומאמצים אותו על פני סגנון החיים הקודם. הקהילה משמשת כמורה וכמדריכה, והלמידה מתרחשת דרך עשייה ושותפות. האחריות נלמדת באמצעות משחקי תפקידים. את הנלמד ניתן לזהות בדרך שבה הפרט מתנהג בקהילה כלפי עצמו וכלפי אחרים תוך כדי תמיכה מהסביבה. תפיסת האדם את עצמו ואת מקומו בסביבה חייבת לקבל את אישורם של האחרים (ברקת-אליאס, 1999).
6. תרבות ושפה – התרבות והשפה הייחודיות של הקהילה באות לידי ביטוי בטקסים, במסורות, באמונות, בערכים ובנורמות, ומשקפות את תפיסת עולמה ואת חיי ההחלמה. תהליך זה של למידת תרבות ושפה חדשות הוא חלק מהחברות מחדש ומבניית זהות עצמית חדשה.
- הקושי בתהליך הגמילה מסם בכלל ומשך תהליך הגמילה בקהילות בפרט הופכים את ההישרדות בקהילה ואת מניעת הנשירה בעת התהליך לסוגיה מרכזית.

נשירה מטיפול

נשירה מטיפול היא עזיבת הטיפול בטרם הסתיים (בבנישתי ועמרם, 1995; Sansone, 1980). נשירה יכולה להיות מרצון, כשהמטופל עוזב מרצונו החופשי, או בכפייה, כשהקהילה מחייבת אותו לעזוב משום שאינו מתאים למסגרת. שני המצבים בעייתיים ומעידים על אי-הסתגלות.

משמעותה האופרטיבית של הנשירה היא הפסקת התמיכה וההכוונה שיקדמו את תהליך השיקום. מכאן שקטנים סיכוייו של מטופל, השווה בטיפול זמן קצר מהמתוכנן, להשיג את מטרות הטיפול ולהשתקם. ואכן במחקרי הערכה נמצא שמטופלים שסיימו את הטיפול הגיעו לתוצאות טובות מאלה שנשרו (Simpson, Joe, & Broekaert, 2006; Broome, 2002). לאחר תום השהות בקהילה נמצאה אצלם ירידה משמעותית בשימוש באופיאטים, עלייה ברמת התעסוקה, ירידה בעבריינות וירידה בהתנהגות אנטי-חברתית (Simpson et al., 2002). בשל כך הקהילות מעוניינות שמטופליהן, למעט אלה שאינם עומדים בדרישות המסגרת, יתמידו בטיפול.

חוקרים (De Leon, 1991, 2000; Sanson, 1980) מציינים שתי נקודות בזמן שבהן יש סכנה לנשירה מהקהילה: ב-90 הימים הראשונים (Broekaert, 2006; Sanson, 1980) וכחצי שנה לאחר תחילת הטיפול, נקודת זמן שהיא נקודת התייצבות בטיפול, מכיוון שמכאן ואילך ככל שמשך השהות בקהילה מתארך, כך הסבירות לנשירה פוחתת (סלע, De Leon, 1991, 2000; 2002). במהלך שלושת החודשים הראשונים הסיבות השכיחות לנשירה הן אישיות, ולאחר מכן הסיבות השכיחות הן תוצאה של תגובה לתוכנית הקהילה (Soyes, 2004).

מתוצאות מחקרים עולה ש-55%-50% מהמטופלים המבוגרים שהחלו טיפול ממשכיכים בו לאחר התקופה הקריטית של 90 הימים, ו-35%-8% מהמתמכרים המבוגרים נשארים בטיפול עד שנה (De Leon, 1995; Kooyman, 1993). מחקרים שנערכו בארץ מצביעים על תמונה טובה במעט: מנתוני 2006 של משרד העבודה והרווחה עולה, שמקרב 400 המתמכרים השהים בקהילות סיימו את הטיפול שהתחילו מעל לשליש (כ-40%), ואולם אין נתונים אלה מבחינים בין עולים לוותיקים (ישראל, משרד הרווחה, 2007).

העצמת משאבים במהלך השהות בקהילה

הגישה האקולוגית מציעה לבחון את התהליכים העוברים על הפרט בהתייחס לאינטראקציות שבינו לבין המערכות שבהן גדל – המערכת המשפחתית, המערכת החברתית והמערכת התרבותית (Bronfenbrenner, 1995, 1979). חוקרים שונים גם (Belsky, 1980; Garbarino, 1985) פיתחו רעיון זה והוסיפו שיש להתייחס גם למאפיינים האישיים, ובכך אפשרו ניתוח מפורט של מאפייני היחיד המשפיעים על הסתגלותו ועל התנהגותו. בהסתמכו על אלה בדק מחקר זה את תהליך השינוי, הן של המשאבים האישיים והן של המשאבים המשפחתיים והחברתיים, על רקע התרבות שבה גדל הנבדק.

תפיסת מסוגלות להתמודד עם פיתויי סם

אלברט בנדורה (Bandura, 1997), אבי התיאוריה החברתית הקוגניטיבית, רואה בהתנהגות האדם פעולת גומלין בין גורמים קוגניטיביים, התנהגותיים וסביבתיים. אחת מתכונות האישיות המרכזיות שהמשיג בנדורה היא מועילות עצמית (self-efficacy), תכונה המתייחסת להערכת האדם את יכולתו להוציא לפועל התנהגויות שונות בנסיבות מסוימות. הדגש הוא על הערכה קוגניטיבית, כלומר על האמונה של הפרט שיש ביכולתו לבצע משימות בתנאים שונים, ולא דווקא על יכולתו המעשית. מושג רלוונטי אחר, ציפיות למסוגלות (Bandura, 1981, 1997; efficacy expectation), מתייחס לקשר שבין ציפיות הפרט בנוגע למסוגלותו לבין דפוס ההתנהגות. בהקשר של טיפול בהתמכרויות לסם יש בציפיות למסוגלות כדי לנבא את יכולת ההתמודדות של המטופל עם פיתויי הסם בעתיד.

הקהילה רואה בהעצמת מסוגלות הנגמל להתמודד עם פיתויי הסם תוצאה רצויה של השהות בה, מכיוון שאחת ממטרותיה היא להקנות דפוסי חשיבה שיאפשרו להשתלב בחברה הנורמטיבית (בנבנשתי ועמרם, 1995; מיכאל, 2007). ואכן הממצאים מצביעים על משך השהות בקהילה כעל גורם מרכזי ביכולת להתמודד עם פיתויי הסם; ככל שהמתמכרים שוהים זמן רב יותר בקהילה, כך הם בוטחים יותר ביכולת ההתמודדות שלהם (בנבנשתי ועמרם, 1995).

תמיכה משפחתית

למשפחה תפקיד מרכזי בתהליך ההתמכרות, בשל היותה אחד ממשאבי החברות העיקריים של האדם, סביבה שבה הוא לומד נורמות והתנהגויות (Oetting, Donnermeyer, Trimble, & Beauvais, 1998). ההורים הם מודל לחיקוי, ולכן גם במשפחות שבהן רק אחד ההורים צורך סמים יש סיכוי גבוה שאחד או יותר מילדיהם יהפוך צרכן סמים (Kooyman 1993; Sanders, 2000; Whitney, Kelly, Myers, & Brown, 2002). גם חוויות טראומתיות הנחווות במשפחה (אלימות, התעללות מינית, התעללות נפשית, התאבדויות, אשפוזים פסיכיאטריים, מוות פתאומי של אחד מבני המשפחה) עלולות להגביר את הסיכון לשימוש בסם (Kooyman, 1993). במקרים מסוג זה ההתמכרות של אחד מבניה לסם מאפשרת למשפחה להתמקד במתמכר ולא להתמודד עם רגשות האשמה ועם הרגשות האחרים הנלווים לטראומה (Cancrini, Constantini, Mazzoni, Cingolani, & Compagnoni, 1985). המשפחה יכולה גם להשפיע לרעה על תהליך הגמילה מתוך הצורך לחבל בטיפול על מנת לשמר את האיזון המשפחתי (Cancrini et al., 1985).

עם זאת, לתמיכה המשפחתית משקל רב בהצלחת תהליך הגמילה, ומחקרים מצביעים על תרומתה לכל אורך התהליך. מכיוון שעל פי רוב המתמכר שווה במחיצת משפחתו לפני הטיפול ואחריו, החוקרים מסכימים ביניהם שהעזרה והתמיכה שהמשפחה מעניקה למתמכר עשויות לקדם את שיקומו (מיכאל, Ellis, Bernichon, Yu, Roberts, & ; 2007; Herrell, 2004; Kim & Crutchfield, 2004; Wells, Wyatt, & Hobfoll, 1991).

חשיבות התמיכה המשפחתית ניכרת בהיבטים מספר גם בזמן הטיפול, כשהמתמכר שווה בקהילה: (א) מתמכר הזוכה לתמיכת משפחתו יחוש ביטחון ויהיה פנוי להתמודד עם תהליך השיקום. ואכן ממצאי המחקרים מצביעים על כך שמעורבות משפחתית גבוהה תורמת להתמדה בטיפול ולנשירה נמוכה (Jainchill, 1997; Kooyma, 1993; Murphy, 2006; Bentall, 1999; Soyez, De Leon, Broekaert, & Rosseel, 2006). (ב) לעתים מקיימים בשלב הקליטה התערבויות מיוחדות המשלבות את המשפחה, ונמצא שהן מקדמות את הצלחת הטיפול (De Leon, 2001; De Leon & Jainchill, 1986). (ג) איכות הזוגיות היא וסת בין אירועי חיים לחוצים לבין חזרה לשימוש בסמים: ככל ששביעות הרצון מהזוגיות ומאיכותה גבוהה, כך מתעצמת תרומתה של הזוגיות כמשאב המסייע בהתמודדות עם אירועי החיים הלוחצים ובמניעת ההתדרדרות חזרה לסם (אלטוס, 2004). לאור חשיבות התמיכה הזוגית והמשפחתית, הקהילות מעודדות ביקורים של בני משפחה, עורכות סדנאות ופעילויות משפחתיות ורואות בכך משאב חיוני.

תמיכה חברתית

לצד התמיכה המשפחתית, המתמכר בקהילה מוקף במשך 24 שעות בדיירים שעוברים יחד איתו את תהליך השיקום ויכולים להיות עבורו עוד מעגל תמיכה המסייע לו במהלך השווה בקהילה. בקהילה שעקרונותיה הם למידה חברתית ומערכות יחסים בין חבריה (De Leon, 2000) רואים בתמיכה חברתית תוצאה רצויה ומעצימים אותה דרך הפעלת עקרונות הקהילה.

תמיכה חברתית מתייחסת למכלול הקשרים החברתיים שיש לפרט עם אנשים או עם קבוצות (Dean & Lin, 1997), המקדמים את תחושתו שהוא אהוב ומוערך ושהוא חבר ברשת של מחויבות הדדית (Cobb, 1976). הגדרה אחרת מתייחסת לתחושה שמעניקה התמיכה הפונקציונלית או הרגשית של הרשת החברתית, תמיכה המספקת את צרכיו הבסיסיים של הפרט (Thoits, 1982).

תמיכה חברתית היא אחת מאבני היסוד בתהליך הטיפולי המתרחש בקהילה, ובאמצעותה המתמכר עובר התפתחות וצמיחה אישית לקראת חיים נורמטיביים (Broekaert, Kooyman, & Ottenberg, 1998).

רבים מהמחקרים מציינים את חשיבות התמיכה החברתית לפני הטיפול בקהילה ואחריו, ואף מציינים שהיא סיבה מרכזית לכניסת מטופלים לקהילה (Majer, Jason, Ferrari, & Majer et al., 1997; Moos & King, 2002; North, 2002), מקדמת הישארות בקהילה (Majer et al., 2004; Soyes, 2004) ומונעת חזרה לשימוש בסם בתום הטיפול (Ellis et al., 2004; McAuliff & Ch'ien, 1986; McMohon, 2001). המחקרים הנ"ל התמקדו בתמיכה המקובלת בקהילות בחו"ל, כשהתומכים הם חברים "נקיים" מחוץ לקהילה, המבקרים בה ומשתתפים בקבוצות ובסדנאות. זהו סוג תמיכה שכמעט אינו קיים בארץ, שכן בקהילות רבות בארץ המגע עם חברים מחוץ לקהילה מצומצם מאוד, אם בכלל.

מטרת המחקר

מטרת המחקר הנוכחי היתה להעריך את תרומת הקהילה לגמילה מסמים בשני מישורים: שיעור הנשירה מהקהילה; תהליך השינוי במשאבי המתמכרים במהלך השנות בקהילה – היכולת להתמודד עם פיתוי סם והתמיכה שהם זוכים לה מבני המשפחה ומהחברים בקהילה.

אלה היו השערות המחקר:

1. תפיסת המסוגלות להתמודד עם פיתוי סם תתעצם לאורך השנות בקהילה בקרב שתי הקבוצות (ילידי הארץ וילידי חבר העמים).
2. תמיכת המשפחה תגבר לאורך זמן בקרב שתי הקבוצות.
3. במשך השנות בקהילה תועצם התמיכה החברתית בקרב שתי הקבוצות.

בשני המישורים נבדקו הנתונים בהשוואה בין ילידי הארץ לילידי חבר העמים. הספרות מציינת שנטייתם של ילידי חבר העמים לפנות לטיפול ממסדי נמוכה מהמקובל באפשרות לרכוש אסטרטגיות התמודדות. זאת ועוד, לעתים קשויי הקליטה מכבידים על חלק מההורים ופוגעים בתפקודם, ובתוך כך גם ביכולתם לתמוך בילדיהם (סלונים ומירסקי, 2002; Mirsky, Baron-Draiman, & Kedem, 2002). כמו כן, ילידי חבר העמים הם מיעוט תרבותי בקהילה, ועל כן הרשת החברתית שלהם עלולה להיות מצומצמת משל האחרים.

לנוכח ההבדלים בין שתי הקבוצות בתפיסות הטיפול ובמשאבי המשפחה ומכיוון שילידי חבר העמים הם מיעוט תרבותי בקהילה, העלינו את ההשערות האלה:

1. שיעור הנשירה של ילידי חבר העמים מהקהילה יהיה גבוה משל ילידי הארץ.

2. משאביהם של ילידי חבר העמים בעת הכניסה לקהילה יהיו מצומצמים מאלה של ילידי הארץ.
3. במהלך השנות בקהילה יהיה תהליך העצמת המשאבים של ילידי חבר העמים אינטנסיבי פחות משל ילידי הארץ.

שיטה

משתתפים

במחקר השתתפו 213 נפגעי סמים, שטופלו בקהילות טיפוליות בישראל: 110 מהם ילידי הארץ ו-103 ילידי חבר העמים שהגיעו לארץ בשנות ה-90. המשתתפים במחקר היו כ-70% מכלל המטופלים שנקלטו בכל הקהילות בישראל בין ינואר 2006 לאוגוסט 2007.

91 מטופלים לא השתתפו במחקר זה, כיוון שלא היו זמינים או מסוגלים לענות על השאלונים בשבוע הראשון לשהותם בקהילה מסיבות שונות (ראיונות קבלה, קבוצות טיפוליות, מצב נפשי לא מתאים, נשירה לאחר שעות אחדות ועוד). כמו כן לא השתתפו במחקר מטופלים שמוצאם אינו מישראל או מחבר העמים, אלכוהליסטים ובעלי תחלואה כפולה.

רוב נבדקי המחקר היו גברים ($n = 178$), ומיעוטם נשים ($n = 35$). מתוכם 18.3% נשואים ($n = 39$), 62.44% רווקים ($n = 133$), והשאר פרודים ($n = 41$). ל-40% בקירוב מהמשתתפים היו ילדים ($n = 87$). טווח הגילים היה 18-55; ממוצע הגיל היה 30 שנה. ממוצע שנות הלימוד של הנבדקים היה 10 שנים; הטווח נע בין 0 ל-25 שנות לימוד. מבחינת תעסוקה היו 53.77% ($n = 114$) מהמשתתפים חסרי מקצוע, ו-52.11% לא עבדו לפני הכניסה לקהילה ($n = 111$).

בניתוחי χ^2 לא נמצאו הבדלים מובהקים בין ילידי חבר העמים לילידי הארץ מבחינת מגדר, רכישת מקצוע ועבודה לפני הכניסה לקהילה. נמצאו הבדלים מובהקים במצבם המשפחתי (נשואים או לא, הורים או לא). על פי השכיחות נראה שמספר הנבדקים המוגדרים כפרודים בקרב ילידי הארץ גבוה מאשר בקרב ילידי חבר העמים, וכן מספר ההורים בקרב ילידי הארץ עולה על מספרם בקרב ילידי חבר העמים.

מבחני ה- t למדגמים בלתי תלויים מצביעים על הבדלים מובהקים בשני מאפיינים: גיל, שנות לימוד. נמצא שהגיל הממוצע של ילידי הארץ ($M = 34.4$) גבוה מזה של ילידי חבר

העמים ($M = 26.6$). עוד נמצא, שממוצע שנות הלימוד של ילידי הארץ ($M = 9.5$) נמוך מזה של ילידי חבר העמים ($M = 10.9$).

באשר לרקע ההתמכרות, 91.1% השתמשו בהרואין לפני כניסתם לקהילה ($n = 194$) ו-88.7% השתמשו בקוקאין ($n = 189$). 87.8% מהם השתמשו גם בקאנאביס ($n = 187$). כמחציתם ($n = 107$) הגיעו לקהילה לאחר שהופנו בידי בית המשפט. ל-81% ($n = 174$) מהם היו הרשעות קודמות, ול-77.5% ($n = 165$) היו תיקים פתוחים. באשר למצבם הרפואי נמצא שכמחצית הנבדקים, 53.5%, דיווחו על אשפוז בגלל בעיות פיסיות, ו-8.5% בלבד דיווחו על אשפוז פסיכיאטרי.

ניתוחי χ^2 מצביעים על הבדלים מובהקים בין הקבוצות בצריכת אלכוהול ($\chi^2 = 8.53$, $p = .01$) ובצריכת הרואין ($\chi^2 = 6.22$, $p = .01$). נמצא ששכיחות השימוש באלכוהול והרואין גבוהה יותר בקרב ילידי חבר העמים. בשאר סוגי הסמים לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות. לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות במצב הרפואי וברקע פלילי. משתנים אלה עברו בקרה במהלך ניתוח הנתונים.

כלי המחקר

1. שאלון תפיסת המסוגלות להתמודד עם פיתוי סם (Annis & Martin, 1985): השאלון בוחן את ציפיותיהם של מתמכרים בדבר יכולתם להתמודד עם פיתוי סם. השאלון הוא גרסה מקוצרת (Marlatt, 1985), הכוללת 30 פריטים הנחלקים לארבעה מצבים שכיחים שבעטיים חוזרים לסם: (א) רגשות לא נעימים, כגון דיכאון או תחושת אין מוצא; (ב) רגשות נעימים כגון אושר, ביטחון, רגיעה ומצבים של בילוי והנאה; (ג) מצבי קונפליקט עם אחרים, כגון מצבי מתח ודחייה; (ד) לחץ חברתי להשתמש בסם.

המשיב העריך את יכולתו להתמודד עם פיתוי הסם ביחס לכל פריט (לדוגמה: אני אוכל להתנגד לשימוש בסם, אפילו אם ישעמם לי) על סולם ליקרט בן שש דרגות: מ-0 (בטוח שלא אוכל לעמוד בפיתוי ואגרר לשימוש בסם) עד 5 (בטוח שאוכל לעמוד בפיתוי ולא אשתמש בסם). המתאמים שחושבו בין ארבעת המצבים היו גבוהים, ולכן חושב מדד כללי לכל השאלון על פי ממוצע הערכות של כל 30 הפריטים. התוצאה מלמדת על עקיבות פנימית גבוהה ($\alpha = .97$). השאלון תורגם מאנגלית לעברית בידי בנבנשתי ועמרם (1995), ונמצא שהוא כלי מהימן ועקיב ($\alpha = .90$).

2. שאלון תמיכה משפחתית (Procidano & Heller, 1983): במחקר הנוכחי נעשה שימוש בתת-השאלון הבודק את רמת התמיכה שהמתמכר חש שבני משפחתו מעניקים לו (Perceived Social Support from Family; PSS-FA). המשתתף התבקש לדרג כל אחד מ-20 הפריטים על סולם הנע מ-1 (בכלל לא) עד 5 (במידה רבה מאוד); לדוגמה:

משפחתי נהנית לשמוע על מה אני חושב. למשתתף ניתן ציון ממוצע של סך הפריטים בשאלון, וככל שהציון היה גבוה יותר, הוא שיקף את תחושתו שהתמיכה המשפחתית חזקה יותר. השאלון תורגם לעברית בשיטת "הלוך וחזור" בידי שלושה שופטים ישראלים (שיף, שיף ומינצר, 1995), ומשמש במחקר של אוכלוסיות ישראליות. המהימנות הפנימית של השאלון במחקר הנוכחי היתה גבוהה ($\alpha = .90$).

3. שאלון תמיכה חברתית בקהילה: כדי לבדוק את התמיכה החברתית בקהילה, נעשה שימוש בשאלון המודד את גורמי הטיפול בקבוצה (Yalom, 1995), שהותאם להקשר של הקהילה הטיפולית (בנבנשתי ועמרם, 1995). השאלון כלל שישה עולמות תוכן המונים 30 פריטים, המתייחסים לאלה: למידה שבה המטופל מדווח על הזדמנויות לסייע לאחרים; למידה שבה חברי הקבוצה מקבלים זה את זה; למידה שבה הקבוצה נותנת משוב לחבריה; למידה שבה חברי הקבוצה מנצלים את ההזדמנות ללמוד ולהתפתח מהמשוב של חבריהם; למידה שבה המטופל מרגיש נוח לבטא בטיפול את רגשותיו; למידה שבה המטופל מזדהה עם אחרים בקבוצה ומקבלם כמודל חיקוי.

הפריטים נמדדו על סולם ליקרט בן חמש דרגות (מ-1, לא מסכים, עד 5, בהחלט מסכים). למשתתפים ניתן ציון כללי על בסיס ממוצע תשובותיהם לכלל הפריטים. המהימנות במחקרו של עמרם (1995) היתה גבוהה ($\alpha = .90$), בדומה למהימנות שהתקבלה במחקר הנוכחי ($\alpha = .89$). כיוון שמשנתה זה לא היה רלוונטי בכניסה לקהילה, הוא נבדק מהמדידה השנייה, כלומר כעבור שלושה חודשים.

מהלך המחקר

תהליך איסוף הנתונים החל בינואר 2006 והסתיים באוגוסט 2007. השירות להתמכרויות של משרד הרווחה, המפקח על הקהילות הטיפוליות, אישר נגישות לאוכלוסיית המטופלים בהן. כמו כן הוקמה ועדת היגוי שחבריה היו מנהלת השירות, סגנית מנהלת השירות ונציגי מנהלי הקהילות, והם ליוו מחקר זה.

בזמן עריכת המחקר הנוכחי (2007-2008) פעלו בארץ עשר קהילות, והשתתפו בו שבע מהן: הרטוב (בית אור אביבה), אילנות, מלכישוע, רמות יהודה (זוהרים), קרן הדרך, משמר לחיים ורטורנו. קהילת משמר לחיים נסגרה במהלך המחקר (דצמבר 2006), והמטופלים עברו לקהילת מלכישוע, שם המשיך המעקב המחקרי. משך השהות בקהילות הוא 12 חודשים, מלבד רטורנו וקרן הדרך שהשהות בהן נמשכת שמונה חודשים. שלוש קהילות לא השתתפו במחקר, משום שרק עם תחילתן החלו קהילות אלה לקבל מכסות

ייחודיות של משרד הרווחה והתארגנו בהתאם. חשוב לציין שלמרות השוני בין הקהילות היתה התייחסותנו אליהן אחידה, מכיוון שכולן עובדות על פי מודל, מדיניות ונהלים של השירות לטיפול בהתמכרויות של משרד הרווחה.

הנתונים נאספו בארבע נקודות זמן: במהלך השבוע הראשון לכניסת המטופל לקהילה; כעבור שלושה חודשים; כעבור שישה חודשים; עם סיום הטיפול (כעבור 8 או 12 חודשים, על פי משך התוכנית). הרציונל לקביעת מועדים אלה היה שהנשירה העיקרית מתרחשת בשלושת החודשים הראשונים (De Leon, 1995), ונקודת ההתייבשות בטיפול היא כעבור חצי שנה (בנבנשתי ועמרים, 1995; Jainchill, 1997). רמת המשאבים נבדקה בכל ארבע נקודות הזמן, ורמת הנשירה נבדקה מנקודת הזמן השנייה ואילך. בכל המדידות נבחנו ההבדלים בין ילידי הארץ לבין ילידי חבר העמים בשיעור הנשירה, ברמת המשאבים ובעוצמת השינוי לאורך זמן. השאלונים חולקו בקהילות בידי עוזרי מחקר העובדים בקהילה (עובדים סוציאליים, מדריכים ואחות) שתודרכו בידי הכותבת הראשונה. אם עוזרי המחקר או אנשי צוות הקהילה התרשמו שתוך כדי מילוי השאלון התעורר קושי רגשי אצל המשתתף, הופסקה הפעולה, נערכה התערבות טיפולית, ונשקלה אפשרות להפסיק את השתתפותו של אותו נבדק במחקר. השאלונים נכתבו בשפה העברית ולא תורגמו לרוסית, וכל המשתתפים מילאו אותם באופן עצמאי.

כל משתתף חתם על טופס הסכמה להשתתף במחקר. הוא קיבל מספר קוד, והטופס עם שמו האמיתי נשאר בקהילה (לאחר סיום המחקר הושמד טופס זה). חשוב לציין שבמהלך איסוף הנתונים רק משתתף אחד לא היה מעוניין להמשיך במחקר, והשתתפותו הופסקה לאחר מילוי השאלון הראשון. טופסי המחקר לא הועברו לחברי צוות או לחברים בקהילה בשום שלב של התהליך המחקרי, ונשמרו במגירה נעולה בחדרו של איש המחקר.

ממצאים

בדיקת הנשירה לאורך תהליך הטיפול

הממצאים הצביעו על כך ש-38% מהמטופלים בקירוב שנכנסו לקהילה סיימו את תוכנית ההתערבות, ומכאן ש-62% נשרו במהלך הטיפול. לוח 1 מציג את שיעור הנושרים ואת שיעור השורדים במהלך השנות בקהילה בחלוקה לקבוצות מחקר וממצאי χ^2 להשוואה בין הקבוצות בשיעור הנשירה.

216 נבדקים החלו את התוכנית; לאחר 90 יום נשרו 79 מהם, ונותרו 137 (64.3%). כעבור חצי שנה נשרו 37, ונותרו 100 (52.6% מסך כל הנבדקים שהתחילו). בשלב האחרון נשרו 19 נבדקים, ונותרו 81 שהם 38% ממספר המשתתפים בתחילת המחקר.

לוח 1

התפלגות (%) הנושרים והשורדים בקרב שתי קבוצות המחקר
לאורך השהות בקהילה

χ^2	סה"כ		חבר העמים		ילידי הארץ		זמן מדידה
	%	N	%	N	%	N	
לאחר שלושה חודשים							
2.71	64.3	137	69.9	72	59.1	65	שורדים
35.7	76	30.1	31		40.9	45	נושרים
לאחר חצי שנה							
.98	73.2	101	76.7	56	69.2	45	שורדים
	26.8	37	23.3	17	30.8	20	נושרים
בסיום הטיפול							
2.41	80.2	81	85.7	48	73.3	33	שורדים
	19.8	19	14.3	7	26.7	12	נושרים
מהכניסה לקהילה ועד סיום הטיפול							
6.22*	38.0	81	42.4	48	30.0	33	שורדים
	62.0	132	57.6	55	70.0	77	נושרים

* p=.05

כפי שאפשר לראות בלוח 1, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות באחוזי הנשירה לאורך נקודות המדידה השונות, אף שהסתמנה מגמה של הישרדות גבוהה יותר בקרב ילידי חבר העמים. מגמה זו הפכה למובהקת סטטיסטית במדידה הכללית, כלומר במדידת אחוזי השורדים מתחילת הטיפול עד סופו, שבה שיעור ההישרדות של ילידי חבר העמים היה גבוה משיעור ההישרדות של ילידי ישראל.

משאבי המתמכר במדידה הראשונה

השערת המחקר היתה שבנקודת המדידה הראשונה יהיו משאבי המתמכרים ילידי הארץ גבוהים ממשאבי המתמכרים ילידי חבר העמים. מסוגלות המשתתפים להתמודד עם פיתויי הסם והתמיכה המשפחתית שזכו לה נבדקו עם הכניסה לקהילה (מדידה 1), והתמיכה שקיבלו מחברי הקהילה נבדקה בפעם הראשונה כשלושה חודשים לאחר הכניסה (מדידה 2). לוח 2 מציג את הממוצעים ואת סטיות התקן של המשתתפים בחלוקה לקבוצות מחקר וכן את תוצאות מבחני ניתוח השונות.

לוח 2

ממוצעים וסטיות תקן של תפיסת מסוגלות לעמוד בפיתוי סם,
של תמיכה משפחתית ושל תמיכה חברתית בקרב שתי קבוצות המחקר,
וממצאי ניתוחי שונות במדידה הראשונה

מדרים	ילידי הארץ (N = 110)		ילידי חבר העמים (N = 103)		F (1,211)	Eta ²
	SD	M	SD	M		
עם הכניסה לקהילה						
תפיסת מסוגלות לעמוד בפיתוי סם	1.45	2.19	1.31	1.73	6.04*	.03
תמיכה משפחתית	.88	3.05	.78	2.77	5.86*	.02
לאחר שלושה חודשים						
					F(1,135)	
תמיכה חברתית	.42	3.85	.40	3.62	10.22**	.07

* p < .05
** p < .01

כפי שאפשר לראות בלוח 2, הממצאים איששו את השערות המחקר, וילידי הארץ דיווחו עם הכניסה לקהילה על רמות גבוהות משל ילידי חבר העמים, הן בתפיסת המסוגלות להתמודד עם פיתוי הסם והן בתפיסת התמיכה המשפחתית בהם. כך עלה גם מהדיווחים לאחר שלושה חודשים בקהילה באשר לתמיכה החברתית שקיבלו הנבדקים מחבריהם לקהילה.

משאבי המתמכר לאורך זמן

חלק זה בדק את השינוי במשתני המחקר ממדידה למדידה והתייחס ל-81 מהמשתתפים שהיו בכל ארבע המדידות (מלבד התמיכה החברתית שנמדדה, כאמור לעיל, שלוש פעמים). השערת המחקר היתה שמשאבי המשתתפים יתעצמו במשך הזמן ושהשינוי אצל ילידי הארץ יהיה גדול מאשר אצל ילידי חבר העמים. תוצאות הניתוח של שלושת המשאבים דומות, והן מאששות את השערות המחקר באופן חלקי בלבד. בכל הניתוחים נמצא שהמשאבים מתעצמים לאורך זמן במידה דומה בשתי הקבוצות; כלומר: אפקט הזמן מובהק, ואילו אפקט האינטראקציה בין קבוצה לזמן אינו מובהק. בהתאם לכך לוח 3

מציג את הממוצעים ואת סטיות התקן של סך כל הנבדקים בכל אחת מהמדידות ואת תוצאות ניתוח השונות בנוגע לזמן.

לוח 3

ממוצעים וסטיות תקן של סך כל הנבדקים במדדי פיתויי סם,
תמיכה משפחתית וחברתית וממצאי ניתוחי שונות

זמן		מדידות				
Eta^2	F(3,234)	4	3	2	1	תפיסת מסוגלות
.51	*** 82.51	4.05	3.85	3.22	1.79	M
		.87	.89	1.17	1.40	SD
						תמיכה משפחתית
.13	** 11.09	3.28	3.11	3.01	2.87	M
		.69	.71	1.75	1.81	SD
Eta^2	F(2,156)	4	3	2	1	מדידות
						תמיכה חברתית
.11	*** 9.82	3.90	3.96	3.75		M
		.46	.41	.43		SD

P < .01 **
P < .001 ***

כדי לבדוק אם המאפיינים האישיים של מגדר, מצב משפחתי, סוג סם, דרך פנייה לקהילה, הרשעות קודמות, תיקים פתוחים ומצב רפואי קשורים לשינוי שחל במשאבים לאורך זמן, נעשו ניתוחי שונות (קבוצות \times מאפיינים אישיים \times מדידות) עם מדידות חוזרות בהתייחס לארבע או לשלוש המדידות ובהתייחס לכל אחד מהמשאבים: תפיסת המסוגלות להתמודד עם פיתויי סם, תפיסת התמיכה המשפחתית והתמיכה החברתית. בכל הניתוחים הללו לא נמצאו הבדלים מובהקים על פי מאפיינים אישיים ואף לא נמצאו אינטראקציות של מאפיינים אישיים עם קבוצות או עם זמן.

דיון

מטרת המחקר היתה להעריך את תרומת הקהילה הטיפולית לגמילה מסמים בשני מישורים: רמת הנשירה מהקהילה, כלומר עזיבת הטיפול בטרם הסתיים, ורמת השינוי

וההעצמה במשאבי המתמכרים במהלך השהות בקהילה. הערכה זו נעשתה על כלל אוכלוסיית הקהילה, תוך השוואה בין ילידי הארץ לילידי חבר העמים, שתי קבוצות מרכזיות באוכלוסיית הקהילות הטיפוליות.

שיעור הנשירה שנמצא במחקר הנוכחי אופטימי מעט מהנסקר בספרות המקצועית. הספרות מדווחת ש-55%-50% מהנבדקים המבוגרים שהחלו טיפול נשאים בו לאחר התקופה הקריטית של 90 הימים הראשונים, ורק 8%-35% נשארים עד שנה (De Leon, 2008; Miles, Wenzel, & Mandell, 1993; Kooyman, 1995). מחקר זה העלה שלאחר התקופה הקריטית של 90 הימים הראשונים נותרו כ-64.3% מהנבדקים המבוגרים שהחלו טיפול, לאחר חצי שנה נותרו 52.6%, ובסיום הטיפול נותרו 38%.

בניגוד להשערותנו, שאחוז הנשירה של ילידי חבר העמים יהיה גבוה מזה של ילידי הארץ, הראו הממצאים על רמת הישרדות גבוהה במיוחד בקרב ילידי חבר העמים. ממצאים אלה מעידים שמסגרת הקהילה נותנת מענה לאחוז גבוה של מתמכרים ילידי חבר העמים ומאפשרת להם לעבור תהליך טיפולי. ייתכן שהסיבה טמונה במבנה הקהילה הדומה לסביבה המשפחתית והסביבה החברתית שבה גדלו ילידי חבר העמים – הם חונכו בידי הוריהם, "בוגרי" המשטר הקומוניסטי הנוקשה (סלונים-נבו ועמיתים, 1999), שהשליטו סמכות הורית הבאה לידי ביטוי בגבולות נוקשים ובאיסורים שונים שחלו על הילד, ולעתים אף בבידודו ובהתעלמות מדרישותיו (Leipzig, 2006). יראת הסמכות הועתקה גם כלפי המטפל, הנתפס כאדם הנותן הוראות ברורות ואינו מערב את המטופל בהחלטותיו (סלע, 2002), מספק תשובות קונקרטיות, לא נכנס לרובד הרגשי ופועל באופן עקיב (Leipzig, 2006). המסגרת הקהילתית מובנית וברורה, והמדריכים (שחלקם מתמכרים נקיים) מקפידים על כללים וחוקים הנוגעים לתכנון זמן, למיקום הפעילויות השונות ולמטרותיהן (סלע, 2002).

המישור האחר שבו הערכנו את תרומת הקהילה לגמילה מסמים היה השינוי במשאבים. מטרת הקהילה להעצים את משאבי המתמכר ולאפשר לו להיות חיים עצמאיים ללא שימוש בסם. לצורך כך בדקנו את השינוי בשלושה משאבים. הממצאים העלו ששלושת המשאבים שנבדקו עברו תהליך של העצמה במהלך השהות בקהילה.

המשתנה הראשון שבדקנו היה הערכת היכולת להתמודד עם פיתויי הסם, ונראה שבמהלך השהות בקהילה התעצמה יכולת זו. בתהליך הטיפול יש ניסיון לנטרל את החוויה שחווי המתמכר, אשר מעריך בתהליך קוגניטיבי את התנהגויותיו במצבי סיכון דומים על סמך ניסיון העבר, מוצא את השימוש בסם כאסטרטגיה מועילה ולכן חוזר אליה. במהלך הטיפול המתמכר לומד לזהות את מצבי הסיכון, שבהם הוא מועד לבחור בסם כאסטרטגיה, ולהתמודד עם מצבים אלה בדרך מועילה ובריאה, ללא היזקקות לסם (Annis & Davis, 1988). שהות ארוכה בקהילה מאפשרת ללמוד אסטרטגיות חלופיות,

העשויות לסייע בהתמודדות עם מצבי הסיכון, ולרכוש ניסיון חיובי (מיכאל, 2007). בהתייחס לילידי חבר העמים, מכיוון שרבים מהם התחנכו במערכת שטיפחה שליטה עצמית, תפקוד קוגניטיבי והשכלה גבוהה (מירסקי, 1998), נראה שהם היו פתוחים לגישות טיפול קוגניטיביות התנהגותיות המופעלות בקהילות, וייתכן שפתיחות זו סייעה להם בשיפור היכולת להתמודד מול פיתויי הסם, וזו הגיעה לרמה דומה לזו של ילידי הארץ.

התמיכה המשפחתית התעצמה בשתי קבוצות המחקר לאורך זמן, וייתכן שהסיבה לכך היא שהקהילות אפשרו למשפחות להיות מעורבות באופן הדרגתי בחייהן. בשלבים הראשונים של הטיפול מתאפשרת מעורבות נמוכה וממוקדת, בעיקר מסירת דרישת שלום למתמכר (דרך הצוות, באמצעות הטלפון) ומשלוח מכתבים וחבילות. ככל שהזמן חולף והמתמכר מתחזק, המשפחות מוזמנות לביקורים. בשליש האחרון של הטיפול, לאחר שהמטופל עבר תהליך העצמה משמעותי ללא משפחתו, נערכות סדנאות משפחה שבמסגרתן המשפחות לומדות כיצד התנהגויות ונורמות במשפחה עלולות להיות הרסניות, לגרום להתמכרות ולשמר אותה. אפשר להניח שהתהליך ההדרגתי שבו המשפחה נחשפת לקהילה בכלל ולמתמכר בפרט, וההחלמה ההדרגתית שהמתמכרים חווים, מאפשרים למשפחות להתקרב למתמכרים ולהבין את העובר עליהם, וכך מתעצמת תחושת התמיכה המשפחתית.

בהתייחס לילידי חבר העמים, ייתכן שיש עוד סיבה לשינוי החל ברמת תמיכה לאורך השנות בקהילה והיא נוגעת לשני מאפיינים הרווחים אצל חלק גדול ממשפחותיהם – הדינמיקה המשפחתית ואי הסובלנות כלפי סטיות מהנורמות. בדינמיקה המשפחתית של רוב משפחות ילידי חבר העמים יש חשיבות רבה למשמעת בקרב ילדי המשפחה, הנדרשים לציית להוראות ולכללים הנהוגים בבית, אחרת יוטלו עליהם סנקציות ועונשים. היכולת במשפחות אלה להכיל התנהגויות החורגות מהכללים המקובלים ולקבל אותן נמוכה ביותר, והקושי לקבל התנהגויות תוקפניות אף גדול מכך (מירסקי ופראוור, 1992). ייתכן שהמשפחה אינה מסוגלת, על פי נורמות התרבות שלה, להיות מקור תמיכה, כל עוד אין המתמכר נגמל והתנהגותו אינה נורמטיבית. עם זאת, כשהמתמכרים נמצאים במסגרת הקהילה, המשפחה צופה בשינוי שחל בהם ומסוגלת להעניק להם תמיכה.

היבטים אחדים במבנה הקהילה מאפשרים את העצמת התמיכה החברתית: (א) מתייחסים אל הבוגרים ואל המדריכים בקהילה כאל מייצגי יעד שהמתמכר שואף להגיע אליו (אלק, 2003). הם מודל לחיקוי, והם מחזקים את ביטחונו של המתמכר בסיכויי להיחלץ ממעגל הסמים ולהתקדם הלאה (De Leon, 2001). (ב) מודגשת תחושת הקרבה לאנשים במצב דומה וההזדהות עמם (אלק, 2003 ; מיכאל, 2007). תחושה זו יוצרת לכידות קבוצתית שעשויה להפחית חרדה ולחזק תחושה של שייכות וקבלה (De Leon, 2001). (ג) מטופלים חדשים נתפסים לא רק כיעדי שיקום, אלא גם כאמצעי לחיזוק התקדמותם

של המטופלים הוותיקים (אלק, 2003). המטופלים החדשים הם תמונת ראי לוותיקים, הרואים בהם את מצבם בעבר הלא רחוק. ההזדמנות שיש למטופלים הוותיקים לסייע לחדשים מעצימה את תחושת הביטחון ואת הערך העצמי שלהם (חן, 2001; Sarson, & Pierce, 1990). (ד) רעיון התמיכה מיושם באמצעות הקבוצות הטיפוליות בקהילה. באווירה תומכת ומקבלת מעמתת הקבוצה את המטופל עם דפוסי התנהגות בעייתיים, מלמדת אותו דפוסיים חדשים ובכך משמשת סוכן לשינוי התנהגות (ברקת-אליאס, 1999; De Leon, 2001). ככל שהמטופל שווה יותר בקהילה, כך הוא נחשף לסיפורים דומים לשלו, ויכול לחלוק עם האחרים חוויות, כוחות ותקוות המשותפים לכולם (מיכאל, 2007), ולחוש שתמיכת החברים הולכת ומתעצמת.

עוד סיבה אפשרית להתעצמות התמיכה החברתית של ילידי חבר העמים טמונה בהבנת התרבות הסובייטית שבה ערך החברות גבוה מאוד, והציפייה למחויבות של חבר נפש ולגילוי התנהגות חברית היא טוטלית (Mirsky et al., 2002). במצב שכזה אך טבעי הוא שקבוצת ילידי חבר העמים תהפוך לרשת התמיכה החברתית העיקרית של חבריה (Mirsky et al., 2002). זאת ועוד, עם הזמן למדו ילידי חבר העמים את כללי ההתנהגות בקהילה, ולרשת החברתית שלהם הצטרפו ילידי הארץ שהרחיבו את התמיכה החברתית והעצימו אותה.

את ממצאי המחקר חשוב לבחון אל מול מגבלותיו. ראשית, התייחסותנו לכל הקהילות היתה אחידה, אף שבשתי קהילות הטיפול מסתיים לאחר שמונה חודשים ובאחרות לאחר שנה. מלבד זאת, לכל קהילה דגשים וייחודיות משלה, היכולים להשפיע על מהלך הטיפול ועל משתני המחקר. למרות מגבלות אלה, יש לציין שהתוקף החיצוני של המחקר גבוה, משם שהוא הקיף שבע מתוך עשר קהילות המצויות כיום בארץ.

זאת ועוד, אוכלוסיית חבר העמים מורכבת ממשותפים המגיעים מארצות שונות בעלות אפיונים, נורמות וערכים שונים מעט אלה מאלה, אך מחקר זה התייחס אליהם כמקשה אחת, וזאת בשל הקושי הסטטיסטי להתייחס לקבוצות כה קטנות. על כן ייתכנו הבדלים תרבותיים שנוותרו ללא התייחסות ובכל זאת השפיעו על המשתנים השונים. כמו כן שפת השאלונים היתה עברית, ואין זו שפת האם של ילידי חבר העמים. ההחלטה שלא לתרגם את השאלונים נבעה מהתרשמותם של עוזרי המחקר שרוב ילידי חבר העמים הנמצאים בקהילה עלו לארץ לפני שנים רבות, וקוראים עברית ללא קושי. עם זאת, ייתכן שלעתים השאלונים לא הובנו בצורה נכונה, ומכאן שאין תשובותיהם של המשתתפים משקפות במדויק את מחשבותיהם.

למרות מגבלות אלה, ממצאי המחקר מבססים את חשיבותה ואת מועילותה של הקהילה הטיפולית בהצביעם על רמת נשירה כללית בקהילות בארץ הנמוכה מזו שבעולם ועל התעצמות המשאבים הפנימיים והחיצוניים של המתמכרים במשך שהותם בקהילה. סוגיית

המועילות של הטיפול אקוטית מבחינה מעשית, משום שעלות הטיפול בקהילה היא מהגבוהות בין שיטות הטיפול, והטיפול ממומן מכספי ציבור. מחקר זה מצטרף למחקרים אחרים שנעשו ברחבי העולם, ותוצאותיהם תומכות בנחיצותה של השיטה וביתרונותיה (למשל Broekaert, 2006). כמו כן ממצאי המחקר מצביעים על כך שרמת הישרדותם של ילידי חבר העמים גבוהה משל ילידי הארץ, ומכאן שהקהילות הן מסגרת שיקומית המותאמת לאוכלוסייה זו.

בהתייחס למחקרים בעתיד, יש מקום לבחון תוצאות רצויות אחרות של הקהילות, כגון שמירה על ניקיון, השתלבות בעולם התעסוקה וירידה במעורבות העבריינית לאורך זמן לאחר תום השהות בקהילה.

מקורות

אלטוס, ד' (2004). יחסי גומלין בין המערכת הזוגית לבין התמכרות, גמילה וחזרה לסם: תפקידים של יחסי תמיכה בעיתות מצוקה. חיבור לשם קבלת התואר דוקטור לפילוסופיה. חיפה: אוניברסיטת חיפה.

אלק, מ' (2003). טיפול קצר מועד במסגרת הקהילה הטיפולית כאמצעי טיפול במכורים לסמים. רמת-גן: אוניברסיטת בר-אילן, הרשות למלחמה בסמים.

בנבנשתי, ר' ועמרם, י' (1995). הערכה מעצבת של הקהילות הטיפוליות בישראל. ירושלים: הרשות למלחמה בסמים.

ברקת-אליאס, ד' (1999). הקשר בין טיפול הגמילה בקהילה הטיפולית בקרב גברים מכורים לסמים נרקטיים לבין תפקודי האגו שלהם והפחד שלהם ממות. עבודת גמר לתואר מוסמך. רמת-גן: אוניברסיטת בר-אילן.

חן, ג' (2001). קשר בין תמיכה חברתית ותוכנית רוחנית לבין שינויים אישיותיים, רגשיים והתנהגותיים בקרב אסירים שנגמלו מחומרים פסיכואקטיביים. חיבור לשם קבלת התואר דוקטור לפילוסופיה. רמת-גן: אוניברסיטת בר-אילן.

ישראל, משרד הרווחה (2007). נתונים של משרד הרווחה 2006. סיכומי שנה של הקהילות הטיפוליות. ירושלים: משרד הרווחה, השירות לטיפול בהתמכרויות. ישראל (נתונים פנימיים).

- מיכאל, א' (2007). התמכרות והחלמה: סוגיות נבחרות בטיפול במתמכרים. קריית ביאליק: הוצאת אח.
- מירסקי, י' (1998). היבטים פסיכולוגיים בעלייה ובקליטה של עולי ברית-המועצות. בתוך מ' סיקרון וא' לשם (עורכים), דיוקנה של עלייה: תהליכי קליטתם של עולי ברית המועצות לשעבר 1990-1995 (עמ' 334-368). ירושלים: מאגנס.
- מירסקי, י' ופראוור, ל' (1992). לעלות כמתבגר, להתבגר כעולה: נוער עולה מכריה"מ (לשעבר) בישראל (דו"ח). ירושלים: מכון ון ליר.
- סלונים-נבו, ר', שרגה, י' ועבדלגני, ר' (1999). הסתגלות חברתית ופסיכולוגית של מתבגרים עולים וילידי ישראל ממוצא רוסי. חברה ורווחה, יט, 81-97.
- סלע, א' (2002). קהילות טיפוליות בישראל: הלכה ומעשה. בתוך מ' חובב (עורך), טיפול ושיקום של נפגעי סמים בישראל: התפתחות, תיאור מצב וסוגיות (עמ' 185-217). תל-אביב: צ'ריקובר.
- קלובסקי, ר' (2000). השפעת דפוס "התלות השיתופית" בקרב בנות הזוג של בוגרי קהילות טיפוליות על מידת ההתאמה הזוגית אחרי הטיפול. עבודת גמר לתואר מוסמך. חיפה: אוניברסיטת חיפה.
- שיף, א', שיף, ש' ומינצר, א' (1995). תרגום מילולי מאנגלית לעברית של שאלון PssFa. ירושלים: האוניברסיטה העברית (עותק לא מפורסם).
- Annis, H. M. & Martin, G. (1985). *Drug-taking confidence questionnaire*. Copyright Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H. M. & Davis, C. S. (1988). Assessment of expectancies. In D. M. Donovan & G. A. Marlatt (Eds.), *Assessment of addictive behaviors* (pp. 84-110). New York: Guilford.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1981). Self-referent thought: A developmental analysis of self-efficacy. In J. H. Flavell & L. Ross (Eds.), *Social cognitive development (Frontiers and possible futures)* (pp. 200-239). London: Cambridge University.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.

- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Broekaert, E. (2006). What future for the therapeutic community in the field of addiction? A view from Europe. *Addiction*, 101, 1677-1678.
- Broekaert, E., Kooyman, M., & Ottenberg, D. J. (1998). The "new" drug free therapeutic community. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 595-597.
- Bronfenbrenner, U. (1995). *The ecology of human development revised*. Cambridge: Harvard University.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiment by nature and design*. Cambridge: Harvard University.
- Cancrini, L., Constantini, D., Mazzoni, S., Cingolani, S., & Compagnoni, F. (1985). Juvenile drug addiction: A study on typology of addicts and their families. In *Proceeding of the 9th world conference of the therapeutic communities* (pp. 59-68). San-Francisco: Walden House.
- Cobb, S. (1976). Social support: A moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Dean, A. & Lin, N. (1997). The stress buffering role of social support: Problems and prospects for systematic investigation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 403-417.
- De Leon, G. (2001). Therapeutic communities for substance abuse: Development in North America. In B. Rawling & R. Yates (Eds.), *Therapeutic Communities for the treatment of drug users* (pp. 79-105). London: Jessica Kingsley.
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community*. New York: Springer.
- De Leon, G. (1995). Therapeutic communities for addictions: A theoretical framework. *International Journal of Addiction*, 30, 1603-1645.
- De Leon, G. (1991). Retention in drug free therapeutic communities. In R. W. Pichens, C. G. Leukefeld, & C. R. Schoster (Eds.), *Improving drug*

- treatment, NIDA research monograph 106* (pp. 218-244). Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G. & Jainchill, N. (1986). Circumstances, motivation, readiness, and suitability (CMRS) as correlates at treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs*, 8, 203-208.
- Ellis, B., Bernichon, T., Yu, P., Roberts, T., & Herrell, M. (2004). Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. *Evaluation and Program Planning*, 27, 213-221.
- Garbarino, J. (1985). *Adolescent development: An ecological approach*. Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- Jainchill, N. (1997). Therapeutic communities for adolescents: The same and not the same. In G. De Leon (Ed.), *Community as a method: Therapeutic communities for special populations and special setting* (pp. 161-177). Westport, CT: Praeger.
- Kagan, H. & Shafer, K. (2001). Russian speaking substance abusers in transition. In S. L. A. Straussner (Ed.), *Ethno cultural factors in substance abuse treatment* (pp. 250-269). New York: Guilford.
- Kim, S. & Crutchfield, D. (2004). An evaluation of substance abuse aftercare program for homeless women with children using confounding variable control design. *Journal Drug Education*, 34, 213-233.
- Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts: Intimacy, parent involvement and treatment success*. Berwyn, PA: Swets and Zeitlinger.
- Leipzig, C. (2006). When Russians come to therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 34, 219-242.
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rational and overview of the model. In G. A. Marlatt & R. J. Gordan (Eds), *Relapse Prevention*. New York: Guilford.
- Majer, J., Jason, L., Ferrari, J., & North, O. (2002). Comorbidity among Oxford House residents. *Addictive Behaviors*, 27, 837-845.

- McAuliff, W. E. & Ch'ien, J. M. N. (1986). Recovery training and self help: A relapse prevention program for treated opiate addicts. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3, 1-20.
- McMohon, R. (2001). Personality, stress, and social support in cocaine relapse prediction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 77-87.
- Miles, J. N., Wenzel, S., & Mandell, W. (2008). The relationship between the Dimensions of change instrument and retention in therapeutic community treatment: The moderating influence of time in treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34 (6), 667-672
- Mirsky, J., Baron-Draiman, Y., & Kedem, P. (2002). Social support and psychological distress among young immigrants from the former Soviet Union in Israel. *International Social Work*, 45, 83-97.
- Moos, R. & King, M. (1997). Participation in community residential treatment and substance abuse patients outcomes at discharge. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 71-80.
- Murphy, P. & Bentall, R. (1999). Opiate withdrawal outcome: The predictive ability of admission measures from the family assessment device (F.A.D.). *Substance Use & Misuse*, 34, 307-316.
- O'brien, W. B. & Perfas, F. B. (2005). The therapeutic community. In J. owinson, P. Ruiz, R. Millman, & G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (pp.609-616). Philadelphia: Lippincott.
- Oetting, E., Donnermeyer, J., Trimble, J., & Beauvais, F. (1998). Primary socialization theory: Culture, ethnicity, and cultural identification: The links between culture and substance use. *Substance Use & Misuse*, 33, 2075-2107.
- Procidano, M. E. & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and family: Three validations studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.
- Sanders, M. (2000). Community-based parenting and family support interventions and the prevention of drug abuse. *Addictive Behaviors*, 25, 929-942.

- Sansone, J. (1980). Retention patterns in a therapeutic community for the treatment of drug abuse. *The International Journal of the Addictions*, *15*, 711-736.
- Sarson, I. G., Sarson, B. R., & Pierce, G. R. (1990). Social support: The search for theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *1*, 113-147.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Broome, K. (2002). A national 5-year follow up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archive of General Psychiatry*, *59*, 538-544.
- Soyez, V. (2004). *The influence of social networks on retention in and success after therapeutic community treatment*. Ph.D. Thesis. Belgium: Ghent University.
- Soyez, V., De Leon, G., Broekaert, E., & Rosseel, Y. (2006). The impact of a social network intervention on retention in Belgian therapeutic communities: A quasi-experimental study. *Addiction*, *101*, 1027-1034.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *23*, 145-159.
- Wells, K., Wyatt, E., & Hobfoll, S. (1991). Factors associated with adaptation of youths discharged from residential treatment. *Children and Youth Services Review*, *13*, 199-216.
- Whitney, S., Kelly, J., Myers, M., & Brown, S. (2002). Parental substance use, family support and outcome following treatment for adolescent psychoactive substance use disorder. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, *11*, 67-81.
- Yalom, Y. (1995). The therapeutic factors: An Integration. *The theory and practice of group psychotherapy* (pp. 69-105). New York: Basic Books.