

# "גרזן על הראש": ההשלכות של מדיניות הפללת הסמים על חוויותיהם של גברים עוברי חוק שהופנו לטיפול ממסדי בהתמכרויות

גלי אלפרשטיין<sup>1</sup>

מאמר זה בוחן את מדיניות הטיפול הנהוגה בישראל בגברים עוברי חוק המתמודדים עם התמכרות לסמים, ומתמקד בהשפעות שיש לתפיסות מגדריות, לתיוג חברתי ולמדיניות הפללת הסמים על תהליכי הטיפול ותוצאותיהם. באמצעות ראיונות עם גברים המתמודדים עם התמכרות לסמים ועם עובדות סוציאליות שמטפלות במסגרות ממסדיות לטיפול בהתמכרויות וניתוח מסמכי מדיניות רלוונטיים של משרד הרווחה, ובאמצעות שימוש בשיטת האתנוגרפיה המוסדית, המחקר מזהה שלוש תמות עיקריות: הסם כמענה לצרכים רגשיים; יחסי כוח ושליטה במסגרות הטיפול; מגדור הטיפול וההשפעות על חוויות המטופלים. הממצאים מראים כי מסגרות הטיפול, על אף כוונתן לסייע, עשויות לשמש מנגנון המקבע את מיקומם השולי של המטופלים. תפיסת המכורים כעבריינים חסרי שליטה משמשת להצדקת מנגנוני פיקוח מתמידים במסגרות הטיפול. בד בבד תפיסות מגדריות מסורתיות במסגרות הטיפול מקשות על הגברים לבטא פגיעות, לחשוף טראומות שחוו ולממש זהויות גבריות מגוונות החורגות מהנורמה. הניתוח המשולב של הראיונות ומסמכי המדיניות מדגיש את הדינמיקה והקשרים השונים בין המדיניות הרשמית לבין יישומה בפועל. המחקר מדגיש את הצורך בגישה הוליסטית המכירה בהשפעות המצטלבות של מעמד, מגדר, עבריינות וטראומה, וכן את החשיבות שביישום של מודל טיפולי רגיש-מגדר שיאפשר ביטוי למגוון צורות של גבריות.

<sup>1</sup> דוקטורנטית, התוכנית ללימודי מגדר, אוניברסיטת בר-אילן

**מילות מפתח:** מדיניות טיפול בהתמכרויות, שירותי רווחה, גבריות, מגדר ומדיניות חברתית, הפללת סמים, שיקום עוברי חוק

## תקציר לקהל הרחב

גברים שמתמודדים עם התמכרות לסמים ומסתבכים עם החוק נמצאים בדרך כלל בשולי החברה. הם נתפסים כ"עבריינים", ולא כאנשים שמתמודדים עם מצוקה, וכך גם נראה לא פעם יחסן של המערכות אליהם. מחקר זה בוחן איך נראית מדיניות הטיפול בגברים כאלה בישראל, ומה קורה להם בתוך מסגרות הטיפול. במסגרת המחקר ראינו גברים שמטופלים במסגרות שונות לטיפול בהתמכרות, והעובדות הסוציאליות שעובדות איתם יום-יום. עוד נערך ניתוח של מסמכי מדיניות שמתארים כיצד משרד הרווחה רואה ומארגן את הטיפול בגברים האלו. כך ניתן היה להתבונן גם במדיניות התאורטית וגם בדרכים שבהן היא באה לידי ביטוי בשטח. מן המחקר עולה כי עבור גברים אלו השימוש בסמים היה לעיתים קרובות דרך להתמודד עם כאב רגשי, טראומות ובדידות. בד בבד, מסגרות הטיפול נוקטות לא פעם חוקים נוקשים ופיקוח צמוד שמחזקים את התפיסה של אותם גברים כלא אמינים וככאלו שצריכים שליטה תמידית – תפיסה שמשאירה אותם בעמדה של חולשה ותלות. נוסף על כך, הציפיות החברתיות מגברים להיות "חזקים", "שולטים בעצמם" ולא להראות חולשה מקשות עליהם לשתף בכאב, לדבר על טראומות ולבקש עזרה. כך, במקום שהטיפול יפתח בפניהם אפשרויות חדשות הוא עלול לחזק את הסטיגמה ואת ההדרה הקיימות. המחקר מדגיש את הצורך בטיפול שרואה את האדם השלם – את הרקע החברתי, המשפטי והרגשי שלו – באופן שיאפשר לגברים לדבר על פגיעות בלי להתבייש, וגם לבנות לעצמם דרכים אחרות ובריאות יותר לחיות כגברים בחברה.

## מבוא

במאמר זה ביקשתי לבחון את מדיניות הטיפול בגברים המתמודדים עם התמכרות לסמים בישראל, ולהתייחס להשפעות שיש לתפיסות מגדריות, לתיוג חברתי של מכורים לסמים ולמדיניות הפללת הסמים על תהליכי הטיפול ותוצאותיהם. הטיפול הממסדי בהתמכרויות בישראל מופעל באמצעות ריבוי גופים, ובהם משרד הרווחה, הרשות למאבק באלימות בסמים ובאלכוהול ומשרד הבריאות. מדיניות הטיפול מתבססת על חוקים, תקנות ומסמכי מדיניות שקובעים את אופן הטיפול באוכלוסייה זו (קוך דבידוביץ', 2020). המחקר הנוכחי מתמקד בטיפול כפי שהוא ניתן על ידי משרד הרווחה. כמו כן, היות שאוכלוסיית המחקר היא גברים שהופנו לטיפול על ידי בית משפט, המדיניות כוללת גם חוקים, תקנות ומסמכי מדיניות שנוגעים להצטלבות שבין טיפול בהתמכרויות להליך פלילי.

התמכרות היא בעיה חברתית רב-ממדית (Mate, 2009; Olsen, 2022). העובדה שחומרים ממכרים רבים הם בלתי חוקיים מובילה לתיוג שלילי של מכורים כעבריינים וכאשמים הבלעדיים במצבם. בעת שמכורים לסמים מגיעים לטיפול הם מתמודדים עם תיוג פנימי ומבני הטומן בחובו השלכות על האופן שבו יקבלו את הטיפול (Greenwold, 2009; Stevens et al., 2019). נכון לשנת 2024 גברים הם 94.3% מכלל העומדים לדין בישראל (משטרת ישראל, 2024). גם בשירותים לטיפול בהתמכרויות יש רוב גברי מובהק, בניגוד לשאר שירותי הרווחה, שבהם יש רוב נשי. מציאות זו מצריכה התערבות טיפולית רגישת-מגדר, שנמצאה יעילה בטיפול בגברים (אפטר, 2015; 2002; Kosberg). על אף האמור, מחקרים מצביעים על כך שבמסגרות טיפול ואכיפת חוק שוררות תפיסות מהותניות כלפי תפקידים מגדריים, ואלה מקשות על היכולת לראותם כפגיעים (באום, 2006; בן-דוד, 2014; מזא"ה, 2014; Kosberg, 2002).

מטרת המחקר היתה לבחון באופן ביקורתי את האופן שבו מדיניות הפללת הסמים מתורגמת למדיניות הטיפול בגברים המתמודדים עם התמכרות, ואת ההשפעות של מדיניות זו על חוויית הטיפול ותוצאותיו. לאור זאת, שאלת המחקר שאנסה לענות עליה היא אם ובאילו אופנים מדיניות הפללת הסמים מתורגמת לפרקטיקות במסגרות טיפול ממסדיות, וכיצד תרגום זה מעצב את חוויותיהם של גברים שנמצאים בהליך טיפולי שהופנו אליו על ידי משפט.

תרומת המחקר הנוכחי היא בשלושה מישורים: תאורטי, אמפירי וחברתי. תרומתו התאורטית הייחודית של המחקר היא בשילוב של תאוריות פגיעות בשתי רמות – אלימות ופגיעות מבנית, ופגיעות רב-ממדית – ובחיבור ביניהן. ברמה האמפירית התרומה היא בשיטת המחקר – אתנוגרפיה מוסדית, שעד כה לא נעשה בה שימוש בהקשר של גברים שמתמודדים עם התמכרות לסמים, המהווים קבוצה שולית ומודרת בחברה הישראלית. ברמה החברתית המחקר מעלה תמונה מדאיגה של ההשפעות של הפללת הסמים על אופן הטיפול בגברים שסובלים מהתמכרות לסמים, וכן על חייהם לאחר סיום הטיפול.

## סקירת ספרות

### התמכרות לסמים ושוליות חברתית

ההגדרות של התמכרות והדרכים לטיפול בבעיה משתנות מתקופה לתקופה, ונכון להיום אין הגדרה אחידה המקובלת על המומחים בתחום (Fraser et al., 2017). התמכרות היא התנהגות המורכבת מממדים ביולוגיים, פסיכולוגיים, רפואיים, רגשיים, חברתיים, פוליטיים, סביבתיים ונפשיים, ולכן קשה להגדירה רק על פי ממד אחד (Mate, 2009). שימוש בסמים כדי לשנות מצב תודעתי, להקל על סבל רגשי או לשפר תפקוד חברתי היה קיים לאורך כל ההיסטוריה (Olsen, 2022). בקרב חלק מהאנשים השימוש הפך לדפוס חוזר שעשויות להיות לו השלכות הרסניות. טווח ההשלכות וחומרתן משתנים וקשורים בסוג הסם ובהקשר שהשימוש נעשה בו (Fraser et al., 2014).

ההצטלבות בין שימוש בסמים וקבוצות שוליים בחברה במדינות מערביות היא תופעה שעוצבה על ידי תפיסות מוסריות בנוגע לשימוש בסמים לאורך השנים (Ivins & Yake, 2020). תאוריית אלימות ופגיעות מבנית (Rhodes et al., 2011) והמושג **מחלת הדיכוי** שטבע סינגר (Singer, 2004) מציעים הסבר אפשרי לתופעה. תאוריית אלימות ופגיעות מבנית גורסת כי הפגיעות החברתית בקרב אוכלוסיות מוחלשות נוצרת ומשתמרת באמצעות מבנים של אי-שוויון בחברה. כך הפללת הסמים עשויה לייצר פגיעות מבנית דרך תפיסה חברתית שרואה במכורים לסמים אנשים הנוהגים בחוסר מוסריות ואשמים בלעדיים במצבם (Rhodes et al., 2011). המושג מחלת הדיכוי מתאר הפרעת לחץ שמקורה טמון בהפליה חברתית, בהפחתת ערך או באליונות מבנית שמתקיימות בעקיפין או במישרין. בסיומו של התהליך הדיכוי של קבוצה חברתית מועבר לפרקטיקות יום-יומיות (Friedman et al., 1998), ואלה עשויות להתבטא

בנזקים רגשיים ובהתנהגויות מסכנות דוגמת שימוש בסמים (Friedman et al., 2006); ראייה לכך היא הנתונים ולפיהם הפליה, גזענות וחוויות עוני מתמשך בילדות עשויות להוות טריגר לשימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בבגרות (Olsen, 2022). תאוריית אלימות ופגיעות מבנית ותאוריית מחלת הדיכוי מהדהדות את החשיבות שיש להסתכלות על התמכרות לסמים מפרספקטיבה חברתית-פוליטית המביאה בחשבון התפתחויות היסטוריות במדיניות הטיפול במשתמשים בסמים ובענישה שלהם, לרבות מדיניות הפללת הסמים.

## הפללת הסמים ותיוג

ההפלה של הסמים החלה בשנת 1909 בארצות הברית ובבריטניה, ובשנת 1961 התקיימה הוועידה הייחודית להוצאת הסמים אל מחוץ לחוק (Dollar, 2019). מטרתה של מדיניות זו היתה למגר את תופעת השימוש בסמים באמצעות מדיניות "מלחמה נגד הסמים" (Mena & Hobbs, 2009; Provine, 2011; Sinha, 2008). המדיניות רואה בכל אדם – החל במשתמשים בסמים לצריכה עצמית וכלה בסוחרי סמים כבדים – עבריין שיש לעצור (Dollar, 2019; Netherland & Hansen, 2017; Wood et al., 2009) מדיניות זו לעלייה ניכרת באוכלוסיית הנכלאים, ובקרבם יש ייצוג יתר לאזרחים אפרו-אמריקנים (Cook-Lynn, 2014; Duke, 2006; Mate, 2009; Netherland & Hensan, 2017; Provine, 2011; Quesada et al., 2011). בכך, המאבק הממוסד בסמים תרם תרומה ניכרת להעמקת אי-השוויון בחברה האמריקאית (Joyce et al., 2019; Sinha, 2008).

במהלך 20 השנים האחרונות חלה התפתחות במחקר ובאבחון של התמכרות. התפתחות זו הובילה לשינוי – מקרימינליזציה של התמכרות אל תפיסה של התמכרות כמצב רפואי. עם זאת נראה כי טרמינולוגיה והגדרות של התמכרות כעבירה על החוק ממשיכות למלא תפקיד בגישה כלפי המחלה, וכן בסטיגמות כלפי אנשים שמתמודדים עם התמכרות (Olsen, 2022). גופמן (Goffman, 1963) תיאר סטיגמה כהליך חברתי שבו זיהוי של מאפיין החורג מהנורמה אצל אדם מוביל לרידוד זהותו לכדי אותו מאפיין "סוטה" בלבד. סטיגמה היא בעיה חברתית מורכבת שפועלת ברמה פנימית ומבנית. ברמה הפנימית, אינדיבידואל שחווה הפליה מצד אחרים מפנים את הסטיגמה החברתית ועשוי לנהוג על פיה. תאוריה זו מתכתבת עם התאוריה של פוקו בנושא סטיגמה חברתית (Foucault, 1977). על פי פוקו, ברגע שאדם מתויג כעבריין סביר שיקבל יחס של אדם שאינו אמין. אותו אינדיבידואל יקבל על עצמו את התיוג שהוצמד אליו, וינהג בצורה שמגשימה את הציפיות ממנו (Becker, 1964; Crossman, 2018; Joyce et al., 2019).

ברמה המבנית, הסטיגמה מורכבת משילוב של תנאים חברתיים, נורמות תרבותיות ופרקטיקות ממסדיות שמעכבות הזדמנויות, משאבים ורווחה עבור אוכלוסיות מתווגות. סטיגמה שמגולמת במבנים חברתיים רחבים דוגמת חינוך, תעסוקה ורווחה יכולה להפחית את הנגישות של השיחותים ולהשפיע באופן שלילי גם על איכותם (Dyregrov & Selseng, 2022). אוכלוסיית המשתמשים בסמים סובלת מתיוג מבני העשוי להשפיע על המוכנות להגיע לטיפול בבעיה ובנדקים נלווים (Downs & Robertson, 1997; Dyregrov & Selseng, 2022). מחקרים מראים שהתפיסה החברתית הרווחת בנוגע להתמכרות רואה באדם המכור אחראי בלעדי לבעיה. זאת ועוד, אלו המתמודדים עם התמכרות אינם זוכים לאהדה (Dyregrov & Selseng, 2022). התיוג החברתי ותפיסות רווחות כלפי אנשים המתמודדים עם התמכרויות עשויים להשפיע גם על תפיסות הטיפול.

## תפיסות של טיפול במתמודדים עם התמכרות לסמים

בתי מאסר ומעצר הם סביבה מסכנת בשל שילוב של גורמים, ובהם סיכון לאלימות פיזית, סיכונים מוגברים לבריאות, השפעות שליליות ארוכות טווח, אובדן פרטיות וכבוד וחסמים ניכרים בפני שיקום אפקטיבי (Bourgeois, 2003; Davis et al., 2005; Friedman et al., 2006; Galea & Vlahov, 2002; Kerr et al., 2005; Lemelle, 2002; Miller et al., 2008; Werb et al., 2008; Shannon et al., 2003; Rhodes et al., 2008). לאור זאת, בארצות הברית נעשה ב-20 השנים האחרונות מעבר מענישה של המכורים לטיפול בהם. מדיניות זו נקראת מדיניות הסתת העונש, ומשמעה הוא שבתי המשפט מפנים את המכורים לטיפול במסגרות טיפול להתמכרויות כחלופה לענישה (Burns et al., 2003; Greif, 2019). על אף המעבר, מחקרים מראים שהטיפול עודנו משמר תפיסות הרואות במכורים בעלי שיקול דעת לקוי, ועל כן כאלו שיש להפעיל עליהם כוח וכפייה גם בתוך מסגרות הטיפול (Gowan & Whetstone, 2012; Hall et al., 2012; Tanguay et al., 2015; Wolfe & Saucier, 2010). תפיסות אלו מובילות לכך שהטיפול מתעצב לאור היחס של החברה לפשיעה, ולא בהכרח לאור צורכיהם של המכורים (Bronson, 2013; Donohue & Moore, 2009; Harvey-Vera et al., 2016; Wolfe & Saucier, 2010).

סיבה נפוצה לנשירה מטיפול בהתמכרויות היא חזרה לשימוש בחומרים. התפיסה הטיפולית הנשענת על מדיניות ההפלה מצפה מהמטופלים להיכרות מלאה משימוש בחומרים כתנאי לקבלת הטיפול, ולאורך כל חייהם (שבי, 2020; Kellogg, 2003; Fraser & Moore, 2006). גישה זו הובילה לכך שבמשך שנים מעידה (שימוש חד-פעמי) נתפסה בעיני

אנשי טיפול כאירוע שלילי המרמז על כישלון מוסרי (לב-אל, 2019). בשנים האחרונות עולים קולות שטוענים כי לצורך טיפול מעמיק נדרשות התערבויות שנוקטות גישה הוליסטית לנסיגה משימוש ולהחלמה (Olsen, 2022). דוגמה לכך היא גישת מזעור נזקים, המכוונת להפחתת הסיכונים שנגרמים עקב שימוש בסמים, ואינה מציבה דרישה להינזרות מלאה מצריכה. אף שנמצא כי הגישה יעילה בטיפול בקבוצות שוליות בחברה היא מעוררת דילמות אתיות בקרב קובעי מדיניות משום שהיא נוקטת תפיסה שאינה שיפוטית כלפי משתמשים בסמים, העשויים לייצר סיכון לעצמם או לסביבתם (לב-אל, 2019; Bonny-Noach, 2019).

כאמור, גברים הם רוב בקרב אוכלוסיית עוברי החוק (משטרת ישראל, 2024; Heiskanen & Lietonen, 2016) ובמסגרות טיפול בהתמכרויות שנבחנו במחקר זה, לכן הם מושפעים ביתר שאת מתפיסות טיפול שנשענות על מדיניות הפללת הסמים.

## גבריות, התמכרות לסמים וטיפול

קונל (Connell, 1995) הגדירה את המושג **גבריות הגמונית** כצורה הדומיננטית ביותר של גבריות, והיא כוללת סט אידיאליים ונורמות חברתיות המעצבים את התנהלות הגברים בחיי היום-יום (Connell & Messerschmidt, 2005; Dolan, 2011; Dolan, 2011; Connell, 1995; Connell & Messerschmidt, 2005; Dolan, 2011; Dolan, 2011; Strier & Perez-Vaisvidovsky, 2021). כחלק מהנורמות הללו גברים נדרשים להפגין היעדר פגיעות פיזית ורגשית, לדחות התנהגויות מקדמות בריאות ולהימנע מבקשת עזרה (Courtenay, 2000; Kilmartin, 2000; Seidler et al., 2016). התאוריה בדבר לחץ תפקידי מגדר שניסחו פלאק ותומפסון (Pleck & Thompson, 1986) וממשיכם אוניל (O'neil, 2008) מסבירה את האופן שבו הנוקשות המאפיינת את תפקידי המגדר הגבריים המסורתיים מובילה לכך שאי-עמידה בציפיות אלו גוררת השלכות חמורות על הרווחה הנפשית והגופנית, ובכך תורמת להגברת הסיכון למעורבות בשימוש בסמים (Cleary, 2012; Darcy, 2020; Whittington, 2007).

דוגמה לכך ניתן לראות בנתונים ולפיהם גברים נוטים להשתמש בסמים בשיעור גבוה פי שלושה מנשים, והם הרוב המכריע בקרב מקרי המוות הקשורים לסמים (Darcy, 2020). בד בבד, הסבירות שיפנו לקבלת סיוע משירותי בריאות הנפש נמוכה בהרבה מהסבירות שנשים יפנו לקבלת עזרה (Bryde Christensen et al., 2023). על אף האמור, מרבית המחקרים בתחום מגדר והתמכרויות התמקדו עד כה בנשים (Darcy, 2020; Ezzell, 2012; Wilton et al., 2014). לאורך השנים חל צמצום הדרגתי של הפער המגדרי בשימוש בסמים,

וגדל מספרן של נשים המתמודדות עם התמכרות לסמים. עובדה זו הובילה להתגברות הקריאות לפיתוח גישות קליניות מחקריות המתייחסות באופן מקיף לצרכים הייחודיים של נשים במסגרות הטיפול בהתמכרויות (Harris et al., 2022). המחקר הנוכחי מצביע על צורך בהתמקדות דומה גם בצורכיהם הייחודיים של גברים.

היעדר ההשתתפות של גברים בטיפול נפשי עורר ביקורת נרחבת לאורך השנים. גברים הוצגו לרוב כמנותקים רגשית, ומכאן כמטופלים "גרועים". הצגה מצמצמת זו של הגבריות הטילה את האחריות להסתגלות על הגברים עצמם, והתעלמה מהיבטים של חוסר התאמה במערכות בריאות הנפש ובקרב ספקי השירותים (Seidler et al., 2022). בשני העשורים האחרונים גוברת ההבנה שלטובת התאמת הטיפול והגברת יעילותו עבור גברים חשובה הבנה של המטופלים את הסוציאליזציה הגברית (Addis & Mahalik, 2003; O'neil, 2008, 2015; Pleck & Thompson, 1986; Seidler et al., 2022). תאוריית המגדור בטיפול שפיתחו ברגר ולוקמן (Berger & Luckmann, 1991) מתייחסת לאופן שבו תפיסות מגדר מסורתיות משפיעות על טיפול בגברים שסובלים מהתמכרות לסמים, בשל הנחות מבינות בקרב אנשי המקצוע באשר לדרך שבה אותם גברים "צריכים" להתנהג (Abrahamson & Heimdahl, 2010).

גברים מכורים לסמים מתמודדים עם אתגר כפול בהגעתם לטיפול. אתגר זה מקורו בסטיגמות בקרב מטופלים – הן על תפקידים גבריים מסורתיים הן על מכורים לסמים (Englar-Carlson, 2006; Seidler et al., 2022) – והוא מתעצם בעת שגבריות מצטלבת עם קטגוריות חברתיות אחרות, ובהן מעמד, גזע, מיניות ואתניות ועוד. נמצא כי קטגוריות חברתיות אלו עשויות להגביר את הסבירות לשימוש בסמים ולהקשות עוד על פנייה לעזרה בעת הצורך (Dolan, 2010; Dolan, 2011).

לסיכום סקירת הספרות, התמכרות היא בעיה חברתית רב-ממדית, ולכן קשה לתת לה הגדרה אחידה שתאפשר לטפל בה בצורה מיטיבה (Fraser et al., 2017). מדיניות הטיפול מושפעת ממדיניות "המלחמה נגד הסמים", שפגעה בצורה לא פרופורציונלית בקבוצות מיעוטים בארצות הברית ותרמה להגברת אי-השוויון (Joyce et al., 2019). למדיניות זו תרומה גם לכינון תפיסות וסטראוטיפים כלפי מכורים לסמים, הנתפסים כאשמים בלעדיים במצבם. תיוג זה משפיע גם בעת הגעתם למסגרות הטיפול.

גברים נוטים להתנהגויות סיכוניות בשל תפיסות מגדריות והמתח הנפשי שגורם הקושי להתנהג לפיהן (Giaccardi et al., 2017; O'neil, 2008). אותה נוקשות בתפקידי מגדר מסורתיים מתעצמת במפגש עם מערכות וגורמי טיפול המתקשים לראות את הפגיעות של גברים (באום, 2006; בן-דוד, 2016; מזא"ה, 2016; 2002; Kosberg, 2002). הצטלבות זו, בשילוב עם קטגוריות חברתיות נוספות דוגמת מעמד כלכלי או מוצא אתני, מעמיקה את הפגיעות בקרב אותם גברים באופן המשפיע על הכניסה להתמכרות ועל היכולת להיגמל ממנה (Mckim, 2014). לאור הסוגיות המורכבות שנסקרו לעיל, וכדי להעמיק את ההבנה של חוויות המטופלים במסגרות הטיפוליות, יש לבחון את המדיניות המעצבת אותן ומשפיעה על יישומן בשטח.

## סקירת מדיניות

המחקר הנוכחי מתמקד בחוויותיהם של גברים שמתמודדים עם התמכרות לסמים אשר הופנו על ידי בית משפט לטיפול ממסדי בהתמכרויות במשרד הרווחה בעודם נמצאים בהליך פלילי. לאור האמור, סקירת המדיניות כפי שתוצג להלן כוללת שלושה היבטים: (1) מדיניות הפללת הסמים; (2) מדיניות השיקום של עוברי חוק; (3) מדיניות הטיפול של משרד הרווחה בנוגע לגברים שמתמודדים עם התמכרות לסמים.

## מדיניות הפללת הסמים

פקודת הסמים המסוכנים [נוסח חדש], תשל"ג-1973 נחקקה לפני יותר מ-40 שנים ונועדה להוציא את השימוש והסחר בחומרים פסיכו-אקטיביים אל מחוץ לחוק בישראל. העונש בצד עבירת ההחזקה לשימוש עצמי הוא עד 3 שנות מאסר. גישת האכיפה הפלילית, שנובעת ממדיניות של הפללת הסמים, היא המחמירה ביותר. היא תופסת את הסם כמסוכן, ובהתאם דוגלת באכיפה במישור הפלילי גם נגד המשתמשים (פרנקל, 2017). נכון לשנת 2023 שיעורן של עבירות הסמים עמד על 4.4% מכלל העבירות. מנתוני המשטרה עולה כי בשנת 2024 94.3% מכלל העומדים לדין היו גברים, ומהם כ-47.3% לא יהודים, באופן שאינו תואם את שיעורם באוכלוסייה (משטרת ישראל, 2024). הפללת הסמים מובילה לכך שגברים שעומדים לדין מופנים לעיתים לטיפול בהתמכרויות באמצעות החלטת בית המשפט, ועל כן מושפעים ממדיניות השיקום של עוברי החוק בישראל.

## מדיניות השיקום של עוברי חוק

סעיף 40 לחוק העונשין (התשל"ז-1977) מעגן את סמכות בית המשפט לחרוג ממתחם העונש ההולם משיקולי שיקום, מתוך תפיסה תועלתנית שלעיתים שיקום העבריין יפחית את הסיכון לביצוע עבירות נוספות (למברגר, 2018). המודל המוביל במדיניות שיקום אסירים בישראל הוא מודל המסוכנות. מודל זה מוסיף ממד של אכיפה ופיקוח לגורמי השיקום, ויוצר מתח מובנה: מחד גיסא האסיר המשוחרר נתפס כאובייקט פסיבי שדורש פיקוח. מאידך גיסא הוא נתפס כמי שאחראי למזעור הנזקים הנשקפים ממנו. כך השיקום הופך מתכלית לאמצעי להפחתת המסוכנות (דגן ושער אפודי, 2021; Gough, 2012). על פי דביר (2007), המחויבות הכפולה של גורמי הטיפול – הן לטיפול בפונה הן לרשויות האכיפה – מייצרת מתח העלול לפגום בהצלחת הטיפול. ניתן לראות זאת במסמך שנכתב למרכז המחקר והמידע של הכנסת ומצוין בו כי חלק מתוכניות השיקום אינן יעילות, אין נתונים מחקריים על יעילותן, ולא נקבעו מזדים ברורים להצלחתן (יכימוביץ-כהן, 2020). היעדר יעילות נמצא גם בתוכניות טיפול בהתמכרויות דרך משרד הרווחה (שבי, 2020).

## מדיניות טיפול במשרד הרווחה

קשה לאמוד את מספר האנשים המתמודדים עם התמכרות בישראל, משום ששום גורם מגורמי הטיפול בהתמכרויות בישראל (משרד הרווחה, משרד הבריאות, הרשות לשיקום האסיר, הרשות למאבק באלימות בסמים ובאלכוהול) אינו מחזיק בנתונים על כלל האוכלוסייה הפוטנציאלית שזקוקה לשירות שהוא מעניק, ואין נתונים מלאים שמקורם בכלל הגורמים. יתרה מכך, גם הנתונים הקיימים לוקים בחסר. לפי נתוני משרד הרווחה, בשנת 2019 היו רשומים כ-20,000 איש עם בעיית התמכרות הזקוקים לטיפול, ואילו בפועל טופלו 13,808 איש. על פי הערכת המשרד יש לפחות עוד כ-100,000 איש המכורים לחומרים פסיכו-אקטיביים ואינם מקבלים טיפול, וכאמור גם זו הערכה חסרה (קוך דבדוביץ', 2021). יתרה מכך, גם בקרב המטופלים במשרד הרווחה נראה כי המענה אינו מספק. מנתונים שנמסרו על ידי משרד הרווחה עולה כי נכון להיום חסרות גם מסגרות לטיפול במבוגרים בקהילה (יחידות לטיפול בהתמכרויות) וגם מסגרות חוץ-ביתיות (קהילות טיפוליות) (מייזל, 2022).

חסרים עולים גם מדוח מבקר המדינה, ובו נמצא כי ביחידות לטיפול בהתמכרויות היו רשימות המתנה ארוכות, וכי חסרה הסתכלות הוליסטית על צורכי המטופל ועל הבעיות הנלוות להתמכרות שהוא מתמודד איתן (דוח מבקר המדינה, 2019). נראה אפוא שנכון להיום אין הלימה בין צרכיה של אוכלוסיית המתמודדים עם התמכרות לבין המענים הקיימים בשטח (קוק דבידוביץ', 2021). אוכלוסיית המכורים לסמים בישראל מאופיינת בקשיי תפקוד רבים, בניתוק ממסגרות ובקושי ביצירת קשרים חברתיים. מרבית המכורים מצויים בשוליות חברתית, המאופיינת במעורבות בפלילים ובהימצאות במעצרים ומאסרים (גוטרייך, 2017; שבי ואח', 2017). זאת ועוד, כמחצית מהמטופלים דיווחו כי חוו פגיעה מינית, פיזית ו/או נפשית אשר תרמה להתמכרות לסמים. עוד עלה כי בשנת 2020 רק 14% מתוך כלל המטופלים סיימו את הטיפול בהצלחה (שבי, 2020).

השיעור הנמוך של מטופלים שמסיימים בהצלחה טיפול במשרד הרווחה מעלה את החשיבות שיש לבחינת המסגרות והטיפול שניתן בהן. המחקר הנוכחי מתמקד בטיפול שניתן ביחידות לטיפול בהתמכרויות אשר מופעלות על ידי הרשויות המקומיות, ובקהילות טיפוליות שמפעילות עמותות הנתונות לפיקוחו של השירות להתמכרויות במשרד הרווחה. המסגרות משני הסוגים פועלות על פי חוק הפיקוח על מוסדות לטיפול במשתמשים לסמים-תשע"ט, ועל כן בית משפט עשוי להפנות אליהן נאשמים לטיפול.

## **יחידות לטיפול בהתמכרויות**

יחידות לטיפול בהתמכרויות משמשות מרכזי טיפול קהילתיים ומספקות שירותי שיקום למכורים מעל גיל 18 ולקרוביהם. היחידות פועלות במסגרת המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות, ומטפלות הן בהתמכרויות לחומרים פסיכו-אקטיביים כמו סמים ואלכוהול הן בהתמכרויות התנהגותיות כגון הימורים, קניות וגיימינג. הטיפול ניתן תמורת השתתפות עצמית בסכום חודשי סמלי. משך הטיפול מוגבל – שנתיים לגברים וארבע שנים לנשים (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2025).

## קהילות טיפוליות

קהילות טיפוליות הן מסגרות חוץ-ביתיות שמיועדות לבני 17 ומעלה הזקוקים לטיפול בהתמכרות ואינם יכולים לעבור את תהליך הטיפול והשיקום בביתם. הקהילה מנוהלת על ידי המטופלים במודל היררכי הכולל שילוב של המטופלים בתהליך הריפוי והשיקום של חברי הקבוצה, בהנחיית צוות מלווה ומפקח (זעירא, 2018; משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2025). משך הטיפול המלא בקהילות הטיפוליות עומד על בין שנה וחצי לשנתיים, ובמהלכן המכורים נדרשים להיעדר מבתיהם וממשפחותיהם. הטיפול בקהילות מתאפיין באינטנסיביות רבה ומתנהל במסגרת של חוקים וכללים נוקשים.

המחקר הנוכחי מנסה לבחון את ההצלבות בין התמכרות לסמים, גבריות ומדיניות הטיפול הממסדי בהתמכרויות, אשר מושפעת ממדיניות הפללת הסמים ומדיניות שיקום עוברי חוק. העובדה שגברים הם הרוב בטיפול הממסדי בהתמכרויות משמשת קרקע פורה לבחינת חוויותיהם בטיפול ובשיקום.

## המחקר

### שיטת המחקר

שיטת המחקר היא אתנוגרפיה מוסדית. זו מציעה דרך פמיניסטית-ביקורתית הבוחנת סובייקטיביות ויחסי כוח במוסדות, כפי שהם באים לידי ביטוי בפרקטיקות יום-יומיות (Earles & Crawley, 2020; Smith, 2005). השיטה מבוססת על כמה עקרונות מתודולוגיים מרכזיים: התחלה מהחוויה היום-יומית של האנשים הלוקחים חלק בשדה; איתור יחסי שליטה המארגנים את החוויות; וחיבור בין החוויה המקומית למדיניות רחבה יותר (Sinai-Glazer & Krane, 2021). במחקר זה השיטה אפשרה לבחון את האופן שבו מדיניות הטיפול בהתמכרויות ויחסי הכוח במסגרות מעצבים את חוויות המטופלים והמטפלים, וחשפה את האופן שבו פרקטיקות אלה משפיעות על תפיסות חברתיות רחבות בנוגע למכורים לסמים ומושפעות מהן. אתנוגרפיה מוסדית יכולה לתרום לבחינה של מדיניות שמייצרת אי-שוויון וחוסר נגישות למשאבים בכך שהיא חושפת גורמים בארגונים שתורמים להדרה של אוכלוסיות שוליות (Campbell & Ettorre 2011; DeVault, 2019; Rankin & Campbell, 2009).

## אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כוללת 8 גברים שהתמודדו או מתמודדים עם התמכרות לסמים, טופלו במהלך 5 השנים האחרונות במסגרת ממסדית לטיפול בהתמכרות והופנו לטיפול דרך בית משפט. אוכלוסייה זו מושפעת מטיפול כחלופה לענישה, ולכן ניתוח חוויותיהם של הגברים הללו מאפשר בחינה של היבטי הפללת הסמים במסגרות הטיפול כפי שהם חוו אותם.

**נתונים דמוגרפיים:** גיל הגברים שרואינו נע בין 32 ל-67 (גיל ממוצע: 48.4). כל המשתתפים משתייכים למעמד חברתי-כלכלי נמוך, והם ממוצא אתני מגוון: 4 יהודים מזרחים, 2 רוסים ו-2 ערבים. גיל השימוש הראשוני בסמים נע בין 10 ל-16 שנים (ממוצע: 13.5 שנים). המשתתפים התמודדו עם התמכרות לתקופות של 14-40 שנה (ממוצע: 27.5 שנות התמכרות). בעת ביצוע הראיונות תקופת הניקיון נעה בין שבועות אחדים ל-20 שנים. המשתתפים עברו בממוצע 3.5 ניסיונות טיפול קודמים, וכולם הופנו לטיפול האחרון על ידי בית משפט או שירות מבחן.

הבחירה לתת למרואיינים שמות בדויים התואמים את מוצאם האתני נבעה מכך שכולם משתייכים לקבוצות אוכלוסייה החוות הדרה בחברה הישראלית. לכן, ולאור סקירת הספרות שלעיל, הזהות האתנית היא רכיב מהותי בהבנת הממצאים והקשרם התרבותי. עם זאת השמות בדויים לחלוטין, ואין דרך לזהות את המרואיינים.

נוסף על ראיונות עם הגברים ראיין מדגם של 8 עובדות סוציאליות ממסגרות טיפול ממסדיות לטיפול בהתמכרות לסמים: 2 מקהילות טיפוליות ו-6 מיחידות לטיפול בהתמכרויות (בהתאם ליחס המספרי בין הקהילות הטיפוליות ליחידות לטיפול בהתמכרויות). ניתוח חוויותיהן של עובדות סוציאליות סייע להבין את הצורות שבהן תפיסות חברתיות על מכורים לסמים וסטראוטיפים מגדריים מעצבים את מהלך הטיפול. לצורך שמירה על האנונימיות השמות שמופיעים במאמר הם בדויים, ושמות הערים שהן מטפלות בהן נגזזו.

גודל המדגם הנוכחי – 16 משתתפים (8 עובדות סוציאליות ו-8 גברים) נקבע על בסיס שיקולים מתודולוגיים ואתיים. ראשית, גיוס אנשים המתמודדים עם התמכרות לסמים הוא אתגר גדול בשל טבעו הרגיש של הנושא והיותם אוכלוסייה קשה לאיתור. בניית ארון מספיק לקיום ריאיון מעמיק ואיכותי דורשת זמן והשקעה רבה בכל משתתף. שנית, המחקר התבצע במסגרת מגבלות מוסדיות, כולל דרישות פיקוח שהגבילו את היקף הגיוס. יש לציין כי

המחקר הנוכחי, בהיותו מחקר איכותני, אינו שואף להכללה סטטיסטית אלא להבנה מעמיקה של התופעה הנחקרת. הממצאים מהראיונות אינם ניתנים להכללה על כלל אוכלוסיית הגברים המטופלים, אך בשילוב עם ניתוח מסמכי המדיניות הם מספקים תובנות חשובות על התהליכים והדינמיקות המתרחשות במסגרת הטיפול במדגם הנחקר.

## כלי המחקר

כלי המחקר הם ריאיון מובנה למחצה וניתוח מסמכי מדיניות. ריאיון מובנה למחצה מקובל בספרות הפמיניסטית כדרך לחקור ולהעלות נושאים שאינם חלק מהשיח הציבורי. הוא מאפשר הצצה אל הרעיונות, המחשבות והחוויות של המרואיינים. ות, תוך שימוש במילים שלהם. ולא באופן שבו החוקרת מנסחת את הדברים (Reinharz, 1992). החלק המובנה בריאיון כלל הכנת מדריך ריאיון ובו שאלות ונושאים עיקריים שנבחרו מראש על בסיס ידע קודם (נספחים 1, 2) כדי להבטיח שיטתיות ואחידות באיסוף הנתונים. למרות קיומו של מבנה השתדלתי לשמור על גמישות ולאפשר שינוי בסדר השאלות, הוספת שאלות המשך והתאמה לדינמיקת השיחה, במטרה להגיע למידע מעמיק ואותנטי (Kallio et al., 2016). ניתוח מסמכי המדיניות התבסס על עקרונות האתנוגרפיה המוסדית, שבהם הדגש אינו רק על תוכני המסמכים אלא על תפקידם החברתי-פונקציונלי: כיצד הם מיושמים בעבודת היום-יום ומארגנים את הפעולות (Sinai-Glazer & Krane, 2021).

## אתיקה

המרואיינים נמצאו בסיוע קולגות לעבודה, וגם באמצעות המרואיינים. ות עצמם. נ, בשיטת כדור השלג. מיקומה המוחלש של אוכלוסיית המחקר הציב אותי בעמדת יתרון ביחסי הכוח מול הגברים המרואיינים במחקר זה. מרבית הגברים המרואיינים בחרו לקיים את הראיונות בביתם. השארת הבחירה בידיהם נעשתה כדי לאפשר להם להגיע לריאיון מעמדה של כוח (Schwalbe & Wolkomir, 2001). גם הראיונות עם העובדות הסוציאליות התקיימו בהתאם לבקשתן, לרוב בביתן, במטרה לסייע להן לדבר בחופשיות על נושאים מורכבים. ומדריך ריאיון אחד כלל את השאלות לגברים (נספח 1), ומדריך ריאיון אחר כלל את השאלות לעובדות הסוציאליות (נספח 2). בתחילת כל ריאיון הבהרתי למרואיינים כי יוכלו לעצור אותי בכל שלב.

השאלות העיקריות שנשאלו בראיונות עם הגברים התמקדו בחוויותיהם מההתמכרות וממסגרות הטיפול. השאלות בראיונות עם העובדות הסוציאליות עסקו בחוויותיהן בארגון שהן עובדות בו ובטיפול באוכלוסייה, תוך התמקדות בגברים המתמודדים עם התמכרות לסמים הנמצאים בהליך פלילי והופנו לטיפול על ידי בית משפט.

## מהלך המחקר

המחקר התבצע בשני שלבים עיקריים. תחילה קיימתי ראיונות עם גברים המתמודדים עם התמכרות ועם עובדות סוציאליות המטפלות בהם. הראיונות אפשרו להיחשף לחוויות הסובייקטיביות של המשתמשים והעובדים במערכת, להבין כיצד הם מפרשים את המגבלות המוסדיות והמדיניות ומגיבים להן. בהמשך, ובהתבסס על הנושאים שעלו בראיונות, נותחו מסמכי מדיניות רלוונטיים של משרד הרווחה, כולל הוראות 11.1 ו-11.3 לתע"ס (תקנון העבודה הסוציאלית) ומסמך המסדיר את הטיפול בקהילות טיפוליות.

## ניתוח

הניתוח בוצע בשיטת הניתוח התמטי, אשר מטרתה חלוקה, מיון וארגון של חלקי הראיונות שזוהו על פי יחידות המשמעות התואמות לנושא המחקר, וחיפוש אחר אמירות בעלות השפעה והשלכות רחבות על המחקר (שקדי, 2003; Sandelowski, ; Patton, 1990). 1995 זאת מתוך הישענות על דבריהם של לביא ויצחקוב (Lavee & Itzchakov, 2023), שטוענים שהקשבה טובה במחקר איכותני מאפשרת לחוקרת לקבל נתונים עשירים יותר. בחירת התמות נעשתה על פי זיהוי נושאים מרכזיים שהיוו רכיב מרכזי גם בריאיון וגם חזרו על עצמם בריור במרבית הראיונות. מסמכי המדיניות נותחו כאמצעי המעצב את פרקטיקות הטיפול במסגרות המוסדיות. התמקדתי בזיהוי האופנים שבהם מסמכי המדיניות מתורגמים לפעולות קונקרטיות, מגדירים את גבולות התפקיד ומשפיעים על יחסי הכוח בין מטפלים למטופלים. הניתוח המשולב של הראיונות ומסמכי המדיניות אפשר בחינה מעמיקה של הדינמיקה בין המדיניות לבין הפרקטיקה.

## ממצאים

מניתוח הראיונות ומסמכי המדיניות עלו שלוש תמות מרכזיות המשקפות את חוויית הטיפול בהתמכרויות ואת המורכבויות הטמונות בה כפי שעלו מדברי המראיינים. ות. אלה יוצגו להלן:

### תמה 1. ספירת הרגשות: סמים ו(לא) מרגישים - הסם כמענה לצרכים רגשיים

התמה הראשונה חושפת מבנה מורכב של צומת משולש בין טראומות ילדות, שימוש בסמים לשיכור כאבים רגשיים והכניסה למעגל עבריינות. צומת זה טרם נחקר באופן משולב דרך החוויות של הגברים שנמצאו בו. מחקרים קודמים תיעדו את הקשר בין טראומות ילדות להתמכרות לסמים (גור, 2008; פירני, 2010; Georgsdottir et al., 2014; Fraser et al., 2009; Sansone et al., 2021) ומחקרים אחרים דנו בקשר בין טראומות ילדות לעבריינות, בעיקר בקרב גברים (Leban & Gibson, 2020; Gajos et al., 2023), ואילו תמה זו חושפת את הדינמיקה המורכבת שבה שלושת הגורמים הללו פועלים יחד ויוצרים ספירלה.

ההצטלבות של ההתמכרות והעבריינות מייצרת מיקום מורכב שתורם לתפיסתם של מכורים לסמים כ"עבריינים" ולא כמי שזקוקים לעזרה על רקע מצוקה נפשית. השימוש במונח ספירלה מתייחס לכניסה של הגברים לאורח חיים התמכרותי ולהישארותם בו. ההתחלה, הנובעת מצורך בשיכור כאבים רגשיים ומרצון להשתייכות, מובילה להשתלבות בחברה עבריינית ולכניסות חוזרות ונשנות למעצרים ולמאסרים. אלה, בתורם, מחמירים עוד את מצבם הנפשי והרגשי הירוד ומובילים להמשך הצורך בשיכור כאבים רגשיים תוך הידרדרות להתמכרות פיזית קשה. מדובר במבנה ספירלי כיוון שככל שההתמכרות מעמיקה כך אפשרויות הבחירה של אותם גברים הולכות ומצטמצמות, מה שמוביל אותם למיקום שוליים שהיציאה ממנו סבוכה ומורכבת יותר ככל שחולף הזמן.

## הסם כמשכך כאבים רגשיים

הציטוטים שלהלן מלמדים על הקשר בין חוויות הילדות הטראומטיות של המרואיינים לבין השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים:

אה [שתיקה] זה מרגיע אותי זה משכיח לי את העבר שלי את הכאב שלי את הדברים הקשים ממש משכיח לי אותם לגמרי לוקח אותי מבועה לבועה אחרת ושם אותי במקום שאין לי צרות אין לי כלום כאילו אפילו שיש לי באמת הרבה הרבה צרות עם המשפחה, עם עצמי עם הבריאות שלי אה. זה לוקח אותי באמת למקום טוב. אני גדלתי עם משפחה של אבא ואימא, שלוש אחים ושתי אחיות. אני הכי קטן מהם. אה [שתיקה] בעוני אלימות, אלכוהול, הימורים זה האבא אה [שתיקה] עכשיו זה התחיל מהמכות מההתנהגות שלו. האלימות שספגנו ממנו (חמודי נאטור, מטופל ביחידה לטיפול בהתמכרויות, שלושה ניסיונות טיפול קודמים).

חויית הסבל על רקע אלימות בבית משפחת המוצא נתנה את אותותיה בקרב כל אחד מהמרואיינים. אצל מרביתם חוויה זו הובילה לעזיבת הבית בגיל מוקדם ותרמה לתחילת השימוש בסמים כדרך לשיכוך הכאב הרגשי. הכניסה לעולם העבריני גם היא עבור המרואיינים חויית חיים קשה הכרוכה בסבל, ומצריכה המשך שימוש לצורך ההתמודדות עימה. כך אפשר לראות בדבריו של גרגורי:

נפלטתי ממשפחה מגיל מאוד צעיר. וגם בתוך המשפחה אני חוויתי המון אלימות המון! אימא שלי התחתנה עם מישהו שהייתי בגיל 7 הוא היה אלכוהוליסט אלים [משתעל] סליחה. והייתי מגיל קטן בורח מהבית. ו... [שתיקה] הייתי סופג אלימות היה מרביץ גם לאימא גם לי אם אני מקבל ציונים נמוכים וזה ואני [שתיקה] גם מגיל 7 מגיל 8 אני התחלתי לברוח מהבית. נשאר ברחוב. בתוך תוכי אני לא רציתי לעשות אני לא עבריינות ולא שקרימינל או משתמש אני לא רציתי. אני הלכתי נגד הרצון שלי. אני ידעתי שזה עושה לא טוב שאני יכול [שתיקה] למות ממנת יתר. אני [שתיקה] הייתי חי וישן בפחד אה. שיעצרו אותי ושיהרגו אותי ואם זה למות סליחה על הביטוי כמו כלב מתחת לגדר ממנת יתר ככה זה היה החיים אפשר להגיד החיים גם נגיד שרטו אותי. לא ידעתי איך יסתיים היום. או שאני [שתיקה] אמצא את עצמי או בכלא או שלא יודע [...] זה היה כמו צונאמי הייתי חי בתוך צונאמי [שתיקה] שרדתי שם (גרגורי סימנקוב, מטופל ביחידה לטיפול בהתמכרויות, שני ניסיונות טיפול קודמים).

אוכלוסיית המשתמשים שמופנים לטיפול בעת הליך פלילי מגיעה פעמים רבות מקבוצות שוליים חברתיות. לצד חוויות הזנחה, התעללות, טראומות וחשיפה למצבי סיכון במשפחות המוצא או בהמשך חייהם הם מתמודדים גם עם תיוגם כעבריינים. אותו תיוג תורם גם הוא להגברת השימוש בסמים ובהמשך להתמכרות קשה לסמים. הם עושים זאת כדי להקל על הכאב הרגשי הנגרם עקב הכניסה לעולם העברייני, הכולל מעצרים, מאסרים ואי-ודאות רבה. העובדות הסוציאליות שנשאלו על הרקע שממנו מגיעה האוכלוסייה שהן מטפלות בה ציינו עוני, הדרה, אלימות, הזנחה ולעיתים כולם יחד:

ברור **שהרוב** מגיעים מבתיים קשים. **מבתיים שבורים** ברמה כזו או אחרת ממצב סוציו-אקונומי נמוך אה [שתיקה] הרוב חוו התעללות אה. מינית או פיזית או הזנחה קשה מאוד או הורים בעצמם מכורים או הכל ביחד. הרקעים ואה [שתיקה] הבתיים הקשים, החוסר תקשורת על ההורים, שאין שם תקשורת רגשית בכלל... לגדול בעוני קשה ולהגיע למקום של פשע מגיעים מגיל מאוד מאוד צעיר מתוך צורך כאילו. אה [שתיקה] ואז זה כבר מעגל כזה שאתה ברחוב ואתה כאילו נתפסת ואתה בכלא ואתה חווה שם **טראומות** ואז כאילו חייב כבר את **הסמים** איך שהוא **בשביל להתמודד** עם כל הדבר הזה (רוני לוי, עובדת סוציאלית ביחידה לטיפול בהתמכרויות).

## "הייתי מוכן לעשות הכל" - תחושת שייכות

מן הממצאים עלה כי גורם נוסף לכניסה להתמכרות היה קשור לתחושת חוסר השייכות. על פי אוניל (O'Neil, 2008), גברים מתמודדים עם מצבי קונפליקט על רקע הציפייה מהם לפעול בהתאם לקודים של גבריות מסורתית. חוויית הטראומה שחוו המרואיינים הציפה בקרבם תחושות של כאב וחוסר אונים – תחושות שלפי הציפיות המגדריות יש לדבאן. היכולת של אותם גברים לחוות תחושות של עוצמה וכוח התממשה באמצעות שייכות לקבוצות שוליים חברתיות שבהן נפוצות פרקטיקות של עבריינות ושימוש בסמים, כפי שעולה מן הציטוטים שלהלן.

[שתיקה] לא יודע זה, משהו שיותר אה, אני יכול להגיד כאילו הסמים באו כתוצאה מחברים שכאילו סוף סוף יש מישהו שרוצה להיות איתך ומקבל אותך ואתה איתו ואתה מקבל כאילו מצאנו איזה אנשים שיקבלו אחד את השני כי אף אחד לא רצה אותנו ואף אחד לא היה איתנו ואף אחד לא קיבל את ההתנהגות שלנו ושמה וואלה קיבלו. **דרך הסם הצלחנו להתחבר** (אילן דדון, סיים טיפול ביחידה לטיפול בהתמכרויות, עשרה ניסיונות טיפול קודמים).

הייתי בן 14, 15. יעני [שתיקה] מכות מכות השפלות מכות השפלות שהמשפחה באים אליי דוגמה הייתי צריך להיות בעונש עם הפנים לקיר כמו בבית ספר והאורחים אצלנו רואים אותי והייתי בוכה [שתיקה] אז לא יכולתי לסבול את זה [שתיקה] אז ככה זה התחיל התחלתי לברוח מהבית לא לחזור הבית ואת יודעת **בשביל להשתייך** ובשביל אה [שתיקה] להתחבר חבר או בן דוד שמקבל אותך אצלו בבית אז אה [שתיקה] אם הוא מעשן אז אתה תעשן. מה שהוא עושה תעשה תלך תגנוב לך תביא לי את הטייפ מהאוטו [...] אז אה [שתיקה] **הייתי מוכן לעשות הכל** בשביל לא להיות בבית [פאזזה] ככה זה המשיך עד גיל אה. 19 אה 18 (חמודי נאטור, מטופל ביחידה לטיפול בהתמכרויות, שלושה ניסיונות טיפול קודמים).

אנדרי סיפר כי התיק הפלילי הראשון שלו נפתח כאשר היה בתיכון. הוא בילה תקופה בת כשנתיים במעצר בית מלא ולא הלך לבית הספר. מדבריו עולה התרומה של המערכות להדרתו מחיים נורמטיביים, שהובילה לצורך שלו למצוא תחושת שייכות דרך קבוצת שוליים:

לא הולך לבית ספר אז מה יש לחפש איפה תמצא את עצמך? איפה תמצא את עצמך? [בכאב] אז השימוש עוד יותר לקח אותי את מבינה? שמה כבר התחילה הבעיה של יום יום יום יום יום [בכעס] סחר. שמה גם התחיל הסחר את מבינה? כאילו גם פעם היה לי פה סתם בחגים וואלה היינו מביאים כמות קצת יותר גדולה רוצים לחגוג מוכרים קצת בשביל להחזיר את הכסף את מבינה? אבל פה בעניין הזה שכבר נגמר לי הבית ספר **ונסגר לי הדלתות** וואלה זהו לא מצאתי את עצמי מה לעשות. **סחר!** את מבינה סחר (אנדרי פזין, מטופל ביחידה לטיפול בהתמכרויות, ללא ניסיונות טיפוליים קודמים).

אנדרי מתאר את חווייתו כילד שנמנע ממנו להגיע לבית הספר. הוא הרגיש שבית הספר סגר את דלתו בפניו, וכך העמיק את השתייכותו לעולם העברייני.

התמה מציגה את האופן שבו תהליך ההתמכרות מתחיל כמענה לכאב רגשי ומתחזק בשל צורך בתחושת שייכות שנמנעת מהגברים, הן במערכת המשפחתית הפוגענית הן במסגרות המדירות אותם. אלו יחד תורמים לכניסתם לקבוצה שולית שבה הם מקבלים הכרה. ההצטלבות בין היותם גברים, מכורים לסמים ועבריינים מרכיבה את מיקום הזהות שלהם בעת שהם מופנים לטיפול.

## תמה 2. שליטה ויחסי כוחות

מניתוח הראיונות ומסמכי המדיניות עלו סממנים רבים של שליטה, היררכיה ויחסי כוחות, החל בצוות הטיפול עצמו וכלה ביחס שמקבלים המטופלים בהתמכרויות בקהילות וביחידות. בעוד הממצאים מעלים בברור את מסירותן של העובדות הסוציאליות למטופליהן, בולטות גם התפיסות השגורות במסגרות הטיפול ורואות במתמודדים עם התמכרות לסמים מניפולטיביים וחסרי שליטה. תפיסה זו מצדיקה את השליטה והפיקוח במסגרות הטיפול. אלה באים לידי ביטוי במדיניות הכתובה, ביחס אל המטופלים, בהגדרת ההתמכרות וכן בבנייה וביישום של תוכנית הטיפול.

### "מכורים הם אנשים מאוד מניפולטיביים" - היחס אל המטופלים

הגברים שרואיינו במחקר הופנו לטיפול על ידי בית משפט, ועל כן היחס אליהם הושפע מהמעבר לטיפול כחלופה לענישה. צורת טיפול זו תופסת את ההתמכרות כפתולוגיה של האינדיבידואל, ובכך מוצדקת ההנחה שלצורך הטיפול בו נדרשים כוח וכפייה (Gowan & Whetstone, 2012). הנחה זו בולטת בטיפול שניתן במסגרת הקהילות הטיפוליות, כפי שעולה מדבריה של הילה:

אני כן יודעת להגיד שיש דברים אה. [שתיקה] שלא לגמרי [שתיקה] מתיישבים לי בהתחלה או התיישבו לי בהתחלה. [שתיקה] אבל באמת כאילו נגיד אפילו הדבר הזה של ההיררכיה [...] להגיד שזה משהו שמנוגד לערכים שלי זה אולי קצת אה זה אבל זה **משהו שהוא לא זורם לי** אבל אני כן מאוד יכולה להבין את הרציונל ולכן **אני גם מתיישרת לפיו**. אה [שתיקה] יש לנו הרבה פעמים חילוקי דעות בין העו"סים למדריכים כאילו שזה קשוח מדי זה לא קשוח מדי [שתיקה] ורוב הפעמים אנחנו מדברים על זה ומגיעים לאיזה שהיא הסכמה ו... [שתיקה] ואני לא חושבת שזה מתישהו היה ממש ברמת משהו שאני. זה לא. אני כן חושבת שפעם היו התערבויות [שתיקה] בקהילות בכלל וגם אצלנו [שתיקה] פעם כאילו לפני יותר מעשר שנים נגיד כמו למשל אנשים היו צריכים לנקות את הפח מבפנים כדי להתחבר לזה שהם היו פחי זבל. או אנשים היו צריכים לשבת בארגז חול כדי להתחבר לזה שהם ילדותיים או להסתובב עם כל מיני דברים עליהם שהיום לא קורים והרווחה לא מאשרת שהם יקרו ואפילו אף אחד כבר לא מעלה, יש לפעמים מדריכים שאומרים אה בקהילות של פעם היינו עושים לו ככה וככה וזה אבל זה אפילו לא ברמה של להציע לעשות את זה כאילו (הילה כץ, עובדת סוציאלית בקהילה טיפולית).

מדבריה של הילה ניתן להבין כי חלק מהמדריכים סבורים כי המטופלים ראויים לעונש על התנהגות כושלת. הילה מדברת על יכוחים רבים המתנהלים בין המדריכים למטופלים בנוגע לרמת הקשיחות שצריך לנקוט כלפי המטופלים, ותוהה אם הדרכים שנקטו עד היום תאמו את ערכיה או שמא היא "יישרה קו" כדי לפעול על פי הרציונל הכללי בקהילה.

התפיסה כי על המטופל להוכיח את עצמו תמיד בטיפול מופיעה גם במסמך מדיניות המסדיר את אופן הטיפול בקהילה טיפולית:

לאחר קבלתו המטופל עובר מספר שלבים ובכל שלב מתמקדת עבודת הטיפול ברבדים שונים. מעבר משלב לשלב תלוי בבשלות הרגשית והחברתית של המטופל ומתבסס על הערכה של הצוות וחברי הקהילה את יכולותיו בביצוע מטלות מורכבות. המעבר בין שלבים כולל ריאיון של חברי הקהילה עם המטופל והסכמה שהוא ראוי להתקדם לשלב הבא (מינהל סיוע לבתי משפט ואוכלוסיות קצה, 2019).

עוד על התפיסה והיחס כלפי מכורים לסמים במסגרות הטיפול ניתן ללמוד מן הציטוט הבא של העובדת הסוציאלית:

**מכורים הם אנשים מאוד מניפולטיביים.** הם אנשים שרגילים אה [שתיקה] שוב אני כאילו מכלילה ברור כן. אבל אה [שתיקה]. הם אנשים שרגילים לעשות הכל בשביל להשיג את מה שהם צריכים כאילו לשימוש שלהם. אה [שתיקה] תלוי באיזה שלב תפסת אותם, אבל אם זה כבר מכור של הרבה שנים, שסמים כאילו מאוד קשים ושבעצם זה משאבת כסף כאילו. אז אה [שתיקה] אז כן. אז הם מאוד מאוד מניפולטיביים וזה גם מה שהם יודעים. לוקח להם גם זמן לזהות את זה ולהבין את זה (רוני לוי, עובדת סוציאלית ביחידה לטיפול בהתמכרויות).

ראיית המטופלים כמניפולטיביים ולא אמינים משמרת את הכוח בידי הצוות המטפל. דוגמה לכך ניתן לראות בדבריה של הילה, שמסבירה על הדרישה מהמטופלים היוצאים מהקהילה באישור לדווח על כל פעולה שהם עושים, כולל קניית אוכל או שתייה לעצמם:

היה לנו מישוה שכמעט הורחק על זה שביציאה הוא הלך משך כסף מה... אין להם כרטיסי אשראי אבל מה... אה... מהבנק או לא זוכרת איפשהו הוא הציג תעודת זהות משך כסף. אה היה לו קצבת נכות אז נראה לי הוא פשוט משך ואז הוא קנה שווארמה לו ולמטופל שהוא ליווה. עכשיו כאילו הוא כמעט הורחק על זה. זה נשמע כאילו, הכי זה זה

כסף שלו הוא לא עשה משהו לא חוקי או משהו כזה אבל אין דבר כזה. כאילו אם אתה יוצא ללא משנה מה זה היה, אתה יוצא, עושה את מה שאתה צריך וחוזר. ואם אתה רוצה לשתות קפה אז אפילו אתה הולך לקצינת מבחן **והציעו לך קפה אתה צריך** להתקשר למדריך **ולבקש** על זה **אישור** (הילה כץ, עובדת סוציאלית ביחידה לטיפול בהתמכרויות).

מדבריה של הילה ניתן לראות כי היחס אל המטופלים בקהילה הוא כאל אנשים לא אמינים, מה שנותן לגיטימציה לפקח עליהם גם בזמנם הפרטי. הסטיגמה החברתית על מכורים רואה בהם עבריינים, חסרי שליטה ובעלי נטייה להתפרצויות אלימות שקשורות להתמכרות (Barry et al., 2014). הציטוטים שלעיל מראים כי סטיגמה זו קיימת גם במסגרות הטיפול שנבחנו, ובהן המכורים נתפסים כמי שאינם יכולים לשלוט בעצמם וזקוקים לגבולות נוקשים וברורים בכל היבט בחייהם. הסתכלות כזו רואה בהתמכרות פתולוגיה של האדם ומתעלמת מתרומתן של נסיבות החיים להתמכרות. נוסף על כך היא משאירה את הכוח בידי מסגרות הטיפול, ומטילה ספק ביכולת של המטופלים לשמור על עצמם.

## **"אני לא משאיר אותך כי הוא רוצה" - שליטת מסגרות הטיפול על הגדרת ההתמכרות ועל מהלך הטיפול**

היחס אל המטופלים משמר את הכוח והשליטה בידיהם של אנשי הצוות המטפל גם בנוגע להגדרה של האדם עצמו שהוא מכור. מהראיונות עלה שהגדרת ההתמכרות נעשית לעיתים בחוסר הלימה למקום שהמטופל נמצא בו, והצוות מנהל עימו משא ומתן על הגדרתו כמכור:

אז הנושאים שעולים זה גם להבין מה זה מכור מה זה התמכרות איפה אני על רצף ההתמכרויות. שזה כמו שאמרת זה די מובנה זאת אומרת זה תכנים שחייבים לעלות בהתחלה, אם הוא לא שם והוא לא הבין את זה זה חייב לעלות אה [שתיקה] אין מה להיכנס אה [שתיקה] לרקע ולטראומות ולכל מיני מקומות אם אתה בכלל לא מודה שיש בעיה ושאתה צריך עזרה. אה [שתיקה] יש את הסדר הקלאסי כזה כאילו לא התייחסתי לזה אפילו של להבין שאני מכור **להודות שאני מכור** מה זה התמכרות כאילו התוכן המדברים על ההתמכרות עצמה. אה [שתיקה] אם מישהו מגיע אלייך ולא מוכן ללכת לגמילה. ואומר שהוא משתמש פעם ב- והוא לא מצליח להגיע לפגישות באופן רציף וכאילו הוא אפילו לא מבין שהוא מכור מבחינתו. אז אה **יש שם בהתחלה הרבה מאבק** על המקום הזה. כאילו זה כמו משא ומתן כזה. אה [שתיקה] וכאילו כמו התמקחות כזה אה [שתיקה] הם נאבקים הם לא רוצים להודות כאילו שהם איבדו שליטה (רוני לוי, עובדת סוציאלית ביחידה לטיפול בהתמכרויות).

רוני מדברת על השלבים הראשונים בטיפול בהתמכרויות כפי שהוא ניתן ביחידה שהיא עובדת בה. לדבריה, השלב הראשון הוא הצורך להגדיר את מיקומו של המטופל על רצף ההתמכרויות. לשיטתה, אין טעם בניסיון להבין את הסיבות לתחילת ההתמכרות לפני שהאדם יעיד על עצמו שהוא מכור, דבר שלעיתים מוביל למאבק. מדבריה של רוני עולה כי המטופל נדרש קודם כל להודות ולהכיר בכך שהוא מכור, ורק לאחר מכן ניתן יהיה לגשת לטראומות ולמכאובי עבר. זאת על אף הקשר הברור בין טראומות להתמכרות (פירני, 2010), וללא התייחסות לכך שהודאה של האדם כי הוא מכור, בייחוד בתחילת התהליך הטיפולי, מלווה בבושה, ולכן הוא עשוי להתקשות לעשות זאת.

סיבה נפוצה לנשירה מטיפול בהתמכרויות היא חזרה לשימוש בחומרים. הגישה השכיחה בטיפול בהתמכרויות בישראל שואפת להינדרות מוחלטת. גישה זו הובילה לכך שבמשך שנים אנשי טיפול – ובעקבותיהם המכורים עצמם – תפסו מעידה כאירוע שלילי המרמז על כישלון מוסרי או היעדר כוח רצון (לב-אל, 2019). מממצאי המחקר עולה כי גישת ההינדרות המוחלטת שלטת במסגרות הטיפול שנבחנו, וכי אין בהן גישה של מזער נזקים להפחתת הנזקים כחלק מהמחויבויות של מסגרות הטיפול. נספח ב' לפרק 11.1 הוא תקנות לפיקוח על מוסדות לטיפול בנפגעי סמים (תנאי קבלה ושהייה של מטופלים במוסד משולב) התשנ"ד-1994. סעיף 2 לתקנות דן בדאגה למטופלים, ולפיו "המנהל מחויב לדאוג לרווחתם של המטופלים פיזית ונפשית, לסייע להם בהימנעות משימוש או בהפחתת נזקי השימוש, וכן לסייע בביצוע התוכניות הטיפוליות ביחס לכל מטופל וביצוע הערכות מחודשות לרלוונטיות של התוכניות בכל שלב" (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2013א). בדבריה של רוני ניכר הפער בין מדיניות התע"ס לבין המדיניות המתבצעת בפועל:

**הם אומרים שכן** יכול להיות מישהו שהמטרה שלו תהיה רק שהוא יפחית, כאילו הם כן יגידו משפטים כאלה, אבל אה [שתיקה] אני הרבה פעמים מרגישה שזה מהפה אל החוץ. שבמבחן המציאות הרבה פעמים יגידו לך אה תעיפי אותו יש כאלה שמחכים כאילו והוא מסתלבט עלייך. אבל בכל מיני ישיבות רשמיות מול גורמים זה יגידו את המשפטים האלה ושמבינים את זה [מגחכת].

מראיינת: כאילו בשטח משהו אחר ובתאוריה משהו אחר?

תשובה: אני לפעמים הרגשתי שכן. שאת יכולה לדבר על זה שיכול להיות שהמטרה שלנו תהיה רק שיפחית את זה אבל בתכל"ס שמטופל שלי כאילו רק הפחית את לא רואה את זה כהפחית את רואה את זה כהוא מנסה אותך והוא עדיין לא נקי ואין לנו זמן לזה... אני מאוד הייתי מאוד מאוד עצבנית מהדברים האלה [מגחכת] אני חושבת שבתע"ס

זה שלושה חודשים [מטופל שעדיין משתמש יכול להמשיך להגיע לטיפול] אצלנו הרבה פעמים גם זה היה פחות כי כשהבדיקות מלוכלכות יחד עם זה שאתה מגיע טיפול כן טיפול לא ואתה גם כאילו אתה תופס שעה ויש אנשים שמכחים אז אה [שתיקה] שוב לי היה קשה עם זה אבל אני גם מבינה את זה שיש מישהו שבאמת רוצה ובאמת במצוקה וכאילו אתה תופס מקום... (רוני לוי, עובדת סוציאלית ביחידה לטיפול בהתמכרויות).

נראה כי גם העובדות הסוציאליות כפופות לדרישות שההנהלה מכתובה להן. בעוד בישיבות רשמיות מדברים על מזעור נזקים, בפועל מטופל שנשאר מעבר לזמן המקובל ועדיין משתמש גורר ביקורת גם כלפי העובדת הסוציאלית עצמה. כך השליטה עוברת מההנהלה דרך העובדות הסוציאליות אל המטופלים עצמם, והם נדרשים להתיישר על פי צורכי המערכת. גם בדבריו של אחמד שלהלן על הקהילה הטיפולית שסיים בה הליך טיפולי ניכרת הגישה כלפי מעידות של חזרה לשימוש:

מראיינת: ואיך היה היחס כלפי מעידות כאילו בקהילה עצמה? איך ראו את זה?  
תשובה: אכזבה.

מראיינת: אכזבה ומה? יש השלכות למעידה?

תשובה: להעיף אותך. חד-משמעית אין פה מה לדבר (אחמד אסעייה, בוגר קהילה טיפולית ועתיד להשתלב בקהילה טיפולית נוספת).

דבריו של אחמד מתכתבים עם לב-אל (2019), המצביעה על כך שבמשך שנים מעידות חזרה לשימוש נתפסו כעדות לכשל מוסרי. אחמד מציין כי בעיני הצוות מעידה תיתפס בראש ובראשונה כאכזבה, וההשלכות המיידיות שלה הן סילוק מהקהילה הטיפולית. דברים אלו מצביעים על כך שהצוות אינו פועל לאור גישת מזעור הנזק.

כאמור, כל המרואיינים במחקר זה הופנו לטיפול על ידי בית משפט או שירות מבחן בהיותם בהליך פלילי. המשמעות עבורם היא שדיווחים מהמטפלים בנוגע לשיתוף הפעולה של האדם בטיפול עוברים לבית המשפט. אם המטופל אינו מסכים לתוכנית שנקבעת עבורו הוא לא יוכל להמשיך בטיפול במסגרת. עובדה זו חשובה בייחוד לאור העובדה שההשתתפות בטיפול עשויה להוביל להקלה בעונש הצפוי לו:

כשבונים תוכנית טיפול בונים תוכנית טיפול הכי טובה. לא רבע טובה או שליש טובה או בטח לא כי המטופל לא מסכים. או לא רוצה או לא מתאים. ואגב כמובן תמיד אנחנו גמישים... אם מטופל מתנגד בטירוף בטירוף לקהילה אני אתן לו צ'אנס במרכז יום.

מטופל אחר שנמצא במרכז יום והתנגד אני אתן לו צ'אנס ביחידה, זה לא יעבוד אחרי תקופה? יחזור למרכז יום הוא לא ירצה נסגר טיפול. אין לי מה להשאיר מישוה לתת לו להכתיב לי שהוא מתאים ליחידה והוא יטופל ביחידה. אני לא אשאיר אותו כי הוא רוצה. באמת חשוב לי להגיד את זה אנחנו באמת נותנים טיפול למי שרוצה טיפול ורוצה טיפול ונעזר. לא נעזר אני אפנה אותך למקום שכן יוכל לעזור לך. לא תרצה? לא צריך לא חייב אין חובת טיפול. מי שרוצה טיפול בשמחה נתאבד על כל רגע בטיפול שלו מי שלא רוצה לא חייב (שי כהן, עובד סוציאלי ביחידה לטיפול בהתמכרויות).

מדבריו של שי עולה הבחירה המצומצמת הניתנת למטופלים המגיעים בזמן שהם נמצאים בהליך פלילי. אמירתו של שי על כך ש"מי שלא רוצה לא חייב" אינה מתייחסת למורכבות שהמטופלים נתונים בה. הם נדרשים לעמוד בציפיות המערכת ואינם יכולים לקבל החלטות בדבר מהלך הטיפול שלהם. חוסר נכונות מצידם עשוי להוביל לענישה מחמירה לאור אי-עמידה בתוכנית הטיפול. אף שבמהלך השנים פותחו מדדים שנועדו לבחון את היעילות שבכפיית טיפול בהתמכרויות, אלו לא הביאו בחשבון את נקודת המבט של הלקוחות, ועל כן לא בחנו את מידת ההוגנות שיש בהליך קבלת ההחלטות בטיפול עצמו (Wild, 2006). הציטוט שלהלן מציג את חווייתו של גרגורי בטיפול כפוי:

מראיינת: איך זו החוויה הזאת? שבית משפט יודע שאתה יודע שהשופט יודע הכל? שקצין מבחן יודע? שיש את הדיווחים האלה?  
תשובה: לא קל. אני [שתיה] משהו עזר לי שאני התמסרתי לזה. אני יודע שיש עליי ביקורת שיש עליי גרן על הראש אם אני לא עושה אחד שתיים שלוש, באיזהשהו שלב גם מחכה לבית סוהר. עזבי בית סוהר מחכה לי מוות ושימוש, שימוש זה מוות אני אגדיר. כן? ואני לא רציתי בתת-מודע שאני לא רציתי ללכת לשם.  
מראיינת: גרן על הראש. ככה הרגשת?  
תשובה: ברור בטח! אם אני בוא נגיד לא יעשה כללים לא אלך לפי הכללים וזה היו שולחים אותי לבית סוהר (גרגורי סימנקוב, מטופל ביחידה לטיפול בהתמכרויות, שני ניסיונות טיפול קודמים).

לדברי גרגורי, העובדה שכל מה שקורה במהלך הטיפול מדווח גורמת למתח ולהצבת המטופל בעמדת חולשה אל מול מסגרת הטיפול. הידיעה שאם לא יפעל לפי הכללים "יישלח לבית סוהר" נוכחת כל הזמן, וייתכן שהיא פוגמת ביכולת להיפתח ולשתף בצורה מעמיקה. גם העובדות הסוציאליות דיברו בראיונות על הקשיים של המטופלים לשתף בצורה פתוחה בחדר הטיפולים, לאור הידיעה שהכל מדווח:

כאילו הרגשה מצד אחד אני אמורה להיות המטפלת המקום הבטוח המכיל ומצד שני **כל הזמן זה היה לו בראש** והוא גם העביר לי את זה ש[שתיקה] כאילו יש פה את שירות מבחן אני לא באמת יכול להיות פה ולהיות חופשי. כי את מדווחת הכל לשירות מבחן. אה [שתיקה] אני זה פחות היה לי במודעות רק שהוא העלה את זה זה פתאום הטריד אותי כי אני מבחינתי הרגשתי יותר לויאלית לו. זאת אומרת [מגחכת] לויאלית לו עם גבולות, זאת אומרת אם אתה עובר את הגבול אני מדווחת על זה זה חלק מהעניין, אבל אני פה בשבילך... ובינינו היינו מדברים על זה ובאמת בסופו של דבר לדווח אם מישהו לא הגיע וזה קרה זה היה לי לא נעים. אבל מכיוון שכן עשיתי שיח וכן דיברתי על זה, זה היה נסבל וזה היה בסדר. כלומר מצידו, מצידם אני חושבת אולי מצידו זה פחות היה [שתיקה] זה חטא קצת למטרה בוא נגיד את זה ככה (מירב כהן, עובדת סוציאלית ביחידה לטיפול בהתמכרויות).

התמה השנייה חושפת מבנה היררכי מורכב של שליטה ופיקוח השורר במסגרות הטיפול בהתמכרויות, ומתבסס על תפיסה פטרנליסטית הרואה במטופלים "מניפולטיביים וחסרי שליטה". שליטה זו מתבטאת בשלושה מישורים עיקריים: יחס המטפלים אל המטופלים כאנשים בעלי מוסר פגום הזקוקים לפיקוח מתמיד; שליטה על הגדרת ההתמכרות ומהלך הטיפול; דרישה מהמטופלים ל"הודות" בהתמכרותם ולקבל את מהלך הטיפול כפי שמוכתב להם. עוד מגלים הממצאים פער בין המדיניות המוצהרת למציאות בשטח. בעוד הרואות התע"ס עוסקות ב"הפחתת נזקים", בפועל שולטת גישת "היכרות מוחלטת", שרואה במעידה כישלון מוסרי שתוצאתו היא סילוק מהטיפול. זאת ועוד, הדיווחים ממסגרות הטיפול לשירות מבחן ולבית משפט משפיעים על חוויות המטופלים. הללו נתונים למנגנון פיקוח מתמיד שעשוי לפגום ביכולתם להיפתח ולשתף באופן אמיתי, ובכך מערער את יסודות הטיפול עצמו.

### **תמה 3. "נשים מצליחות להוציא ממך דברים שגברים פחות" - מגדור הטיפול**

נושא נוסף שעולה מניתוח הראיונות ומסמכי המדיניות הוא התייחסות של צוות הטיפול למטופלים באופן העולה בקנה אחד עם תפיסות מגדר מסורתיות. על אף שיעור הגברים הגבוה בקרב אוכלוסיית המטופלים בהתמכרויות, נראה כי עובדות סוציאליות מתקשות לעיתים בזהווי הפגיעות של גברים שמגיעים לטיפול. קושי זה עשוי להוביל למתן טיפול שונה לגברים ולנשים, טיפול שלא תמיד נובע מצורכיהם הסובייקטיביים של המטופלים. ניתן לראות זאת בנספח י"ב להוראה 11.3 אשר דן בדגשים ייחודיים בתהליך הטיפול ומתייחס

כולו ל"טיפול באישה המכורה". במסמך נכתב כך: "בתהליך הטיפול עם האישה יושקעו מאמצים לאיתורה וגיוסה לטיפול במסגרת המחלקה לש"ח וכן באמצעות שירותים נוספים". נוסף על כך, בסעיף שדן בהליך הטיפול הפרטני נכתב כי מטרתו הן "הדגשת יצירת קשר וברית טיפולית עם המטופלת, חיזור, העצמה, הדגשת זכויותיה של האישה, התחשבות יתרה בנושאים הייחודיים ובתכנון ובביצוע הטיפול, לימוד אסטרטגיות התמודדות חדשות ויעילות בדרך" (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2013ב).

עוד נכתב בנספח כי ביחס לנשים תהיה סובלנות בנוגע לדרישה לניקיון מוחלט בתחילת התהליך. בוועדת אבחון והערכה ישתתפו מומחה בטיפול בנשים, ותקופת הטיפול באישה המכורה תהיה עד 4 שנים (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2013א). ניתן לראות כי הנספח מנסה לתת מענה רגיש-מגדר ולהתאים את הטיפול לצרכיהן הייחודיים של נשים. מבחינת מסמכי המדיניות גברים הם "הכלל", ואינם זקוקים להתייחסות ייחודית ורגישת-מגדר. גישה זו עולה גם מדברי העובדות הסוציאליות:

**נשים מצליחות להוציא ממך דברים שגברים פחות** [צחקת] אה [שתיקה] הן כן ככה מבחינת המשאבים ומבחינת תשומת הלב וגם מבחינת המשאבים הרגשיים שלי כמטפלת מול אישה זה נדרש יותר, יוצא יותר אה [שתיקה] יותר תשומת לב, יותר קשר, יותר אנרגיה... [שתיקה] ויחד עם זאת, כאילו אם אני מסתכלת על מה הם צריכים, אני חושבת שגברים צריכים את זה באותה מידה. גברים שמקבלים את אותו יחס, כמו שנשים לפעמים באופן יותר טבעי מצליחות למשוך אותו זה ישיפע עליהם גם כן במובן החיובי, במובן הטוב (אסתר שי, עובדת סוציאלית ביחידה לטיפול בהתמכרויות).

העובדות הסוציאליות העלו פעמים רבות את ההבדל בין גברים לנשים בטיפול. אלה נובעים, בין היתר, מאופיים של הגברים והנשים ומהעמדות והיחס שלהן כלפיהם. בציטוט הבא אורטל מדברת בכנות על תחילת העבודה בקהילה טיפולית שמורכבת כולה ממטופלים גברים, רובם מבוגרים, אל מול עבודתה הקודמת עם נערות בסיכון:

בעבודה הקודמת שלי התחלתי מהדרכה של נערות בסיכון. וכל החודש חודשיים הראשונים שלי בקהילה היו [שתיקה] הלם תרבות. כאילו. זה היה ממש קשה להתחיל לעבוד עם גברים. גם יש משהו בנערות אה [שתיקה] לא יודעת ככה אני הרגשתי לפחות בנערות שלי, שהוא נעים, שהוא מגייס שהוא אמפתי שהוא נחמד שהוא [שתיקה] את אהבת אותן [...] יש משהו בגברים מבוגרים, כאילו הממוצע גילאים אצלנו הוא סביבות

הארבעים. אה [שתיקה] זה אחרת. זה אנשים שאת רואה את מה שהם עברו על הפנים שלהם. שהם הרבה פעמים ממש כאילו אפילו בכראות הפיזית עוד לפני שנכנסתי בכלל לעבודה משהו מאוד מוזנח. הרבה דרי רחוב הרבה כאילו, את יודעת, אנשים בלי שיניים אפילו כאילו [שתיקה] זה היה ממש הלם (אורטל כהן, עובדת סוציאלית בקהילה טיפולית).

אורטל מדברת על הקושי שלה כמטפלת ביצירת קשר קרוב עם הגברים בקהילה. לעומת זאת, בעבודתה הקודמת עם נערות היא הרגישה נוח לבטא רגש ולהתגייס לעבודה עם המטופלות. קושי זה של העובדות הסוציאליות מצטרף לקושי של הגברים בהבעת רגש, בפיתוח תלות ובהיעזרות בגורמים חיצוניים בשל התפיסה כי גבריות משמעה אי-פגיעות (O'neil, 2008; Pleck & Thompson, 1986). על כן, גברים ממעטים מראש לבקש עזרה נפשית מקצועית משירותים חברתיים שונים (אפטר, 2015; Addis & Mahalik, 2003). גם הגברים המרואיינים העריכו כי היות שנשים רגישות יותר הן מקבלות יותר הטבות ויחס שונה:

מראיינת: אתה חושב שיש הבדל בטיפול בנשים ובגברים בהתמכרויות?

תשובה: אולי להם יש יותר הטבות משלנו.

מראיינת: יותר הטבות. למה?

תשובה: יכול להיות אני אומר אני חושב במחשבה שלי ככה **בגלל שהן נשים**. וזה... **אז הן יותר רגישות יותר** (דוד כהן, מטופל ביחידה לטיפול בהתמכרויות, 5 ניסיונות טיפוליים קודמים).

גישתן של המטפלות משמרת ריחוק רגשי מהגברים ועשויה לאשש את התפקיד הגברי המסורתי של אי-פגיעות. דוגמה לכך ניתן לראות בדבריו של חמודי שלהלן. חמודי מספר על סיטואציה בטיפול קבוצתי שבה החליט לשתף אחרים בפגיעה המינית שחווה בילדותו. החשיפה נתפסה כמנוגדת לתפקיד הגברי המסורתי של אי-הפגנת פגיעות, וגררה הקנטות ועלבונות מצד חבריו לקהילה:

ושם באמת **התחלתי לדבר על** [שתיקה]. על מה שהיה לי בילדות דבר שלא [שתיקה] לא סיפרתי ולא פתחתי. **שניצלו אותי מינית**, גם שכן וגם אחד של המכולת בשכונה. ותשמעי אה [שתיקה] לא היה פשוט לספר על זה. בכיתי באותו רגע כי בדיוק משהו סיפר על משהו דומה והתחברתי ורציתי להרגיע אותו שזה בסדר אני עברתי דברים יותר קשים, זה בקבוצה של ארבעים מטופלים. יעני בשביל להרגיע אותו [...] עזבי **קיבלתי** את יודעת **לעג**. לא באותו רגע כן? הרבה תמכו וזה אבל הרבה לעגו. סתם

דוגמה סיפרתי שהיו מנצלים אותי בשביל שקית במבה אז התחילו לקרוא לי במבה ואת מבינה? זה היה קשה והייתי קופץ מזה (חמודי נאטור, בוגר קהילה טיפולית, מטופל ביחידה לטיפול בהתמכרויות).

חמודי מתאר סיטואציה מורכבת שבה במהלך אחת הפגישות בקבוצה טיפולית בקהילה חשף את הפגיעה המינית שחווה, והוקנט על כך. אותה חשיפה אמיצה של חמודי התנגשה בקשייהם של הגברים האחרים המטופלים בקהילה לקבל ביטוי לפגיעות בקרב גברים – פגיעות המנוגדת לתפיסות המסורתיות של גבריות, הדורשת מהם להיות "חזקים" ובעלי יכולת להגן על עצמם.

דוגמה נוספת עולה מדבריו של אחמד – היחיד מבין המרואיינים שהצהיר שהוא הומוסקסואל. במהלך הראיון איתו עלו התמודדויות רבות שחווה במסגרות שהיה בהן. הקושי של מרבית הגברים – ולעיתים אף של הצוות – להכיל את נטייתו המינית הביא אותו פעמים רבות להסתרה ובושה. בציטוט שלהלן הוא מדבר על תקיפה מינית שחווה ועל כך שלא הצליח לממש את תפקידו הגברי ולהגן על עצמו. חוויה זו הובילה אותו להסתיר מהצוות את התקיפה ולצאת מהקהילה הטיפולית, ובכך הוחמר מצבו:

הגעתי כמה פעמים לקהילות לא הצליח פעם אחרונה הצליח הייתי בקהילת שילוב אילנות אה הייתי שם שנתיים. שנה וחצי קהילה וחצי שנה הוסטל. ויצאתי משם אה [שתיקה] **מישהו תקף אותי מינית.** היה לי קשה עם זה.

מראיינת: שם בקהילה?

תשובה: אה לא מחוץ לקהילה יצאתי לחופשה. ולא יכלתי לספר לאף אחד **התביישתי** כי בגיל הזה כאילו גיל שלושים וחמש איך יכול שמישהו יכול לתקוף אותך מינית ועם הכוח שיש לך עם המודעות שיש לך אז התביישתי לספר את זה. וישר ברחתי לסם הכי שירגיע אותי ישכחי לי את ה... [פאזזה] את הנושא הזה. **ומשם הידרדרתי** יותר ויותר לסמים יותר כבדים (אחמד אסעייה, בוגר קהילה טיפולית ועתיד להשתלב בקהילה טיפולית נוספת).

הדוגמאות של אחמד וחמודי מציגות את החשיבות שיש לקיומו של טיפול רגיש מגדר והכלה של זהויות גבריות מגוונות, כך שמטופלים יוכלו לחשוף מידע שרלוונטי למהלך הטיפול בלי לחשוש להפרת תפקידי מגדר מסורתיים ולקבל חיזוקים והגנות מפני פגיעה נוספת בהם בתוך הקהילה. שני המרואיינים דיברו על כך שאי-עמידה בתפקידים הגבריים המסורתיים הובילה אותם לחוש בושה ואי-נעימות מול חבריהם לקהילה. שניהם הידרדרו בשנית להתמכרות קשה לסמים אחרי סיום הטיפול.

לסיכום, ממצאי המחקר מצביעים על השפעות שונות של המדיניות על היכולת לספק טיפול מיטיב עבור המטופלים במסגרות הייעודיות לטיפול בהתמכרויות שנבחנו. כשהמטופלים מגיעים לטיפול במסגרות הממסדיות מיקומם מושפע מסטראוטיפים על מכורים לסמים ועבריינים באופן שמשליך על היחס שננקט כלפיהם כמי שנדרשים להשגחה מתמדת. עוד עולה כי הטיפול עשוי לשמר תפקידי מגדר גבריים מסורתיים ולהקשות על גברים להפגין זהויות גבריות מגוונות. לכל אלו יש השפעה על היכולת שלהם לקבל מענה רגיש-מגדר ומותאם לשיפור רווחתם.

## דין וסיכום

הדין שלהלן מציג את החיבורים בין התאוריות לבין ממצאי המחקר, ומציע בחינה ביקורתית של השפעות המבנים החברתיים והמוסדיים על חוויית הטיפול. מטרתה של ביקורת זו היא שיפור המערכת הקיימת והפיכתה ליעילה יותר, תוך הכרה בכך שיש מקומות שבהם המערכת מצליחה לסייע למטופליה.

ממצאי המחקר הנוכחי מרחיבים את ההבנה התאורטית בדבר הקשר בין טראומות ילדות להתמכרות ולעבריינות. המחקר מציג את החשיבות שבהסתכלות על צומת משולש שבו טראומות ילדות, שימוש בסמים ועבריינות מתפתחים כתהליך ספירלי משולב ומתגבר. תאוריית הפגיעות המבנית (Rhodes et al., 2011) מסייעת להסביר כיצד המבנה הספירלי הזה נוצר: הטראומה הראשונית יוצרת צורך דחוף בשיכון כאבים רגשיים, וצורך זה מתמזג עם צורך בסיסי בשייכות חברתית. במקרה שהמשפחה והחברה הנורמטיבית כושלות במתן מענה לצרכים אלו הסם והעולם העברייני הופכים לפתרון משולב: הסם מספק שיכון רגשי והקבוצה העבריינית מספקת שייכות ולגיטימציה להמשך השימוש. בעת ההגעה לטיפול מיקומם החברתי של גברים אלו – הנגזר ממעמדם, היותם מכורים לסמים, זהותם המגדרית ורקעם העברייני – מעצב ומכונן את האופן שבו תהליך הטיפול מתנהל ואת האופן שבו הם נענים לו וחווים אותו.

עוד עלתה מניתוח הראיונות ההשפעה העמוקה של התיגו (Becker, 1964; Goffman, 1963) על העיצוב של גישות הטיפול ועל חוויית הטיפול. תיוגם של מכורים לסמים כעבריינים ו"כבעייתיים" משפיע לא רק על יחס החברה כלפיהם, אלא חוזר ומעוגן במסגרות הטיפוליות עצמן. בכך תאוריית הפגיעות המבנית מתחברת באופן מהותי לתאוריית התיגו: הפגיעות

המבנית יוצרת את התנאים לתיוג, והתיוג בתורו מעמיק ומקבע את הפגיעות החברתית. התיוג מתבטא בתפיסות הצוות הטיפולי, הרואה במטופלים "חסרי שליטה", "לא אמינים" ו"מניפולטיביים", ותפיסות אלה מצדיקות מנגנוני פיקוח ושליטה מתמידים לאורך כל תהליך הטיפול. כפי שטענו דאונס ורוברטסון (Downs & Robertson, 1997), תיוג זה הוא בעל השפעה קריטית בשלב שבו הם מנסים לצאת ממעגל ההתמכרות. התיוג מקבע מבנה היררכי שבו הצוות הטיפולי שומר על שליטה בהגדרת ההתמכרות, בתכנון מהלך הטיפול ובקבלת החלטות המרכזיות, ואילו המטופלים ממוקמים כפסיכיים וכחסרי יכולת לקבלת החלטות אוטונומיות. המחקר מתאר את האופן שבו מדיניות הפללת השימוש בסמים מעצימה את התיוג השלילי ומעצבת גישות טיפול פטרנליסטיות. תפיסת המכורים כאחראים בלעדיים למצבם משתקפת בבירור בדבריהן של העובדות הסוציאליות וניכר כי היא מעצבת את יחסי הכוח במסגרות הטיפול, שכן קבלת החלטות בהן מתבצעת ברובה על ידי הצוות הטיפולי ותוך הגבלת הסוכנות והאוטונומיה של המטופלים.

הדרישות שמציבות מסגרות הטיפול משקפות מנגנוני פיקוח ושליטה שמתכתבים עם תאוריית המשטור של פוקו (Foucault, 1977). פוקו משתמש במטאפורת הפן-אופטיקון לתיאור מערך ממשמע שבו הפרט נתון למעקב תמידי ומפנים את תחושת הביקורת המתמדת. במסגרות הטיפול שנחקרו מטאפורה זו מתממשת בצורות קונקרטיות מרובות: המטופלים שמופנים אליהן על ידי בית משפט חיים תחת "מבט מפקח" ומודעים תמיד לכך שכל פעולה, מילה או "חריגה" עלולות להיות מדווחות ובעלות השלכות. זאת להבדיל ממטופלים שהגיעו באופן עצמאי ויכולים לעזוב את הטיפול ללא השלכות משפטיות. נוסף על כך, "מעידה" חזרה לשימוש נתפסת לא כחלק טבעי מתהליך החלמה מורכב, אלא כאישור לתיוג הקיים של היותם "סוטים" וחסרי שליטה. מעגל הפיקוח הזה משמר ומעמיק את מעמדם של המטופלים כמי שנתונים למעקב מתמיד, ובכך מצמצם באופן מהותי את הסוכנות האישית שלהם, על אף ההבנה כי פיתוח אוטונומיה ואחריות עצמית הוא רכיב מרכזי בתהליך החלמה משמעותי (Kinsella, 2017).

ממד חשוב נוסף שעולה מהמחקר הוא ההשפעה שיש לתפיסות מגדריות על תהליך הטיפול. העובדות הסוציאליות ציינו כי הן חוות הבדלים בין טיפול בנשים לטיפול בגברים, ובהם הקושי לפתח אמפתיה כלפי האחרונים. אוטה ואח' (Oute et al., 2018) טענו כי הבנות מגדריות של אנשי מקצוע משקפות בינאריות אשר משמשת לסיווג מטופלים ולפרשנות מצבם הנפשי. בינאריות זו בעייתית במיוחד עבור גברים, היות שהם נדרשים לציית לקטגוריות מגדריות בעת שהם תלויים באנשי המקצוע (Glasdam & Oeye, 2014). הבעייתיות מקבלת משנה תוקף כאשר המטופלים נמצאים בהליך פלילי שבו אי-ציית עלול לגרור תוצאות חמורות.

ממצאי המחקר מדגישים את המחסור בטיפול רגיש-מגדר לגברים במסגרות הטיפול בהתמכרויות, אף שטיפול כזה יכול לסייע בהפחתת קונפליקטים הקשורים לתפקידי מגדר (Abrahamson & Heimdahl, 2010; Englar-Carlson, 2006). הדוגמאות שהביאו אחמד וחמודי לעיל מדגישות את הקושי של מסגרות הטיפול להכיל צורות שונות של גבריות. בשני המקרים, המטופלים התקשו לסיים את הטיפול וחזרו לשימוש פעיל וסיכוני בסמים. מכאן עולה החשיבות שיש לטיפול רגיש-מגדר לטובת ביטוי של מגוון צורות של גבריות והליך טיפולי המותאם לצורכי המטופלים.

לסיכום, הדיון מדגיש את החשיבות שיש בגישה הוליסטית לטיפול בגברים מכורים לסמים, המכירה בהשפעות המצטלבות של מעמד, מגדר, עבריינות וטראומה ומספקת מענה טיפולי מותאם שיאפשר שיקום בעל משמעות והשתלבות מחודשת בחברה.

## המלצות למדיניות

המחקר מצביע על ארבעה כיווני פעולה עיקריים אפשריים: פיתוח פרוטוקולים לטיפול רגיש-מגדר לגברים והכשרת צוותים להבנת ההצטלבות בין גבריות, התמכרות ועבריינות; מעבר ממדדי "ניקיון מוחלט" למדדי רווחה ותפקוד חברתי רחבים יותר; הקמת מנגנוני פיקוח חיצוניים הכוללים ועדות אתיקה עצמאיות, ומעורבות של בוגרי טיפול בתכנון של שירותים.

## מגבלות המחקר

המחקר מתאפיין בכמה מגבלות שיש להביא בחשבון בפרשנות הממצאים. ראשית, המחקר התבסס על מדגם מצומצם – 8 גברים מכורים לסמים ו-8 עובדות סוציאליות. שנית, על אף ניסיון ופניות חוזרות ונשנות לא הצלחתי לגייס מראיינים. ות שעובדות במרכז יום, שהוא חלק מהטיפול הממסדי שניתן דרך משרד הרווחה, ועל כן מחקר זה מתמקד רק ביחידות ובקהילות טיפוליות. שלישית, כל המראיינים הגברים במחקר הגיעו לטיפול באמצעות הפניה מבית משפט, מה שעשוי להשפיע על התמונה המתקבלת. ייתכן שחוויותיהם של גברים שמגיעים לטיפול באופן וולנטרי יהיו שונות בהרבה.

## מחקר עתידי

לאור הצמצום שחל בפער המגדרי בשימוש בסמים והתגברות הקריאות לגישות המתייחסות לצרכים הייחודיים של נשים (Harris et al., 2022), מחקרי המשך עתידיים יכולים להשוות בין הצרכים הייחודיים של גברים ושל נשים במסגרות הטיפול. נוסף על כך, מחקר שישווה בין חוויותיהם של מטופלים וולונטריים לבין אלה המופנים על ידי בית משפט יכול להעמיק את ההבנה בדבר השפעת ההקשר המשפטי על תהליך הטיפול.

לסיום, ברצוני לחדד שאין בכוונתי להצדיק את העובדה שהמרווינים ביצעו עבירות שפגעו באחרים וגרמו נזק. עם זאת, הבנה של הסיבות לכניסה להתמכרות, לחיי עבריינות ולהישארות בהם חשובה ליצירת תמונה מורכבת יותר ולהסתכלות על אנשים ממוקמים מוחלשים בחברה בצורה שתאפשר להם לחולל שינוי במצבם.

## מקורות

- אפטר, י' (2015). עזרת גברים: אשנב לטיפול רגיש מגדר. **פסיכולוגיה עברית**.  
<https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3308>
- באום, ו' (2006). המגדר הנאלם: התייחסות העבודה הסוציאלית אל הגבר כלקוח. **חברה ורווחה**, כו(2), 219–238.
- בן-דוד, ש' (2014). קורבנות גברים במשפחה: האם יש תופעה כזאת? בתוך א' וילצ'יק וי' מזא"ה (עורכים), **אלימות אילמת: גברים כקורבנות** (עמ' 13–34). אוניברסיטת אריאל בשומרון.
- גוטרייך, ר' (2017, 20 בפברואר). **הסיוע למכורים לסמים ולא לכוהול ממעמד חברתי כלכלי נמוך**. הכנסת – מרכז המחקר והמידע. <https://katzr.net/3eb5b8>
- גור, ע' (2008). נשים מכורות לסמים: מאפיינים ודרכי טיפול. בתוך מ' גולן, ח' מאיר וח' מהל (עורכים), **התמכרויות, אלימות ועבירות מין: טיפול לאור החוק** (עמ' 93–114). כרמל.
- דביר, ר' (2007). מסמכות מגבילה לסמכות מכילה. בתוך ע' הראל וא' שטורם (עורכות), **חוכמת המעשה** (עמ' 24–40). בית הספר המרכזי להכשרת עובדים לשירותי רווחה, רמת גן.
- דגן, נ' ושער אפודי, ר' (2021). תמיכה, פיקוח, מסוכנות: מגמות בשיקום אסירים משוחררים בישראל. **חברה ורווחה**, מא(1), 25–48.
- מבקר המדינה. (2019). **היבטים בטיפול המדינה בהתמכרויות למיניהן**. דוח שנתי 69, 1457–1499.  
<https://katzr.net/06115e>

זעירא, ג' (2018). **תעריפי התשלום לקהילות טיפוליות לטיפול בנפגעי התמכרויות. מוגש לוועדה המיוחדת למאבק בנגעי הסמים והאלכוהול. הכנסת – מרכז המחקר והמידע.**

<https://katrz.net/179507>

חוק העונשין, התשל"ז-1977.

חוק הפיקוח על מוסדות לטיפול במשתמשים בסמים, התשנ"ג-1993.

יכימוביץ-כהן, נ' (2020). **סוגיות בכליאה בישראל: צפיפות הכליאה, שינויים במדינות הענישה, היבטי שיקום בבתי הסוהר ובקהילה. הכנסת – מרכז המחקר והמידע.**

<https://katrz.net/a91181>

לב-אל, נ' (2019). **מין ומיניות בקרב מכורים לחומרים פסיכו-אקטיביים: תיאוריה, מודל להתערבות ותיאורי מקרה. חברה ורווחה, לט(3), 441–481.**

למברגר, י' (2018). **דוח צוות התביעה לבחינת יישום דוח דורנר. משרד המשפטים.**

<https://katrz.net/1d4ebf>

מזא"ה, י' (2014). **נשים הממיתות את בני זוגן: האם התעלמות המערכת המשפטית מהתופעה מלמדת על הפליה רחבה יותר באכיפת החוק? בתוך א' וילצ'יק וי' מזא"ה (עורכים), אלימות אילמת: גברים כקורבנות (עמ' 65–104).** אוניברסיטת אריאל בשומרון.

מייזל, י' (2022). **מרכזים לטיפול בהתמכרות בישראל: פריסה גאוגרפית והיקף המחסור. הכנסת – מרכז המחקר והמידע.**

<https://katrz.net/8f5e72>

מינהל סיוע לבתי משפט ואוכלוסיות קצה. (2019, נובמבר). **השירות לטיפול בנפגעי התמכרויות, מודלים טיפוליים בשירות לטיפול בהתמכרויות.**

משטרת ישראל. (2024). **השנתון הסטטיסטי של משטרת ישראל לשנת 2023.**

<https://share.google/tWyHhTx4AZ79vyFP>

משרד הרווחה והשירותים החברתיים. (2013א). **מדיניות הטיפול בנפגעי התמכרויות: הוראה 11.1 לתקנון העבודה הסוציאלית. -** [https://www.gov.il/BlobFolder/generalpage/molsa-taas11-attachments/he/TaasSocialRegulationsFiles\\_Taas11\\_11\\_1.pdf](https://www.gov.il/BlobFolder/generalpage/molsa-taas11-attachments/he/TaasSocialRegulationsFiles_Taas11_11_1.pdf)

משרד הרווחה והשירותים החברתיים. (2013ב). **הנחיות לטיפול בנפגעי התמכרויות בקהילה: הוראה 11.3 לתקנון העבודה הסוציאלית.** <https://did.li/ZMvmC>

משרד הרווחה והשירותים החברתיים. (2025). **טיפול בקהילה במבוגרים נפגעי התמכרויות.**

<https://did.li/5vkUY>

פירני, ע' (2010). **טראומה, התמכרות וטראומה: תיאור מעגל הסבל בהתמכרויות. מכללת עמק יזרעאל.**

פרנקל, ג' (2017). **הצוות לבחינת מדיניות האכיפה בנושא צמח הקנאביס: דוח מסכם. המשרד לביטחון פנים, לשכת המנהל הכללי.**

פקודת הסמים המסוכנים [נוסח חדש], תשל"ג-1973, סעיף 7.

קוך דבדוביץ', פ' (2020). **המידע הקיים על אוכלוסיית הסובלים מהתמכרות בישראל: סקירה. הכנסת – מרכז המחקר והמידע.**

<https://katrz.net/cc987c>

קוך דבדוביץ', פ' (2021). **סוגיית רצף הטיפול במערך הטיפול בהתמכרויות ובינו לבין מערך בריאות הנפש. הכנסת – מרכז המחקר והמידע.**

<https://katrz.net/b74520>

- שבי, א' (2020). **השירות לטיפול בהתמכרויות: דוח שנתי**. משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. <https://share.google/Teo11il5Zyw4TSo0x>
- שבי, א', ארשיד, ר', בן-שמחון, מ' וגורן, ה' (2017). אנשים על רצף השימוש בסמים, אלכוהול והימורים (חלק א). בתוך י' צבע (עורך), **סקירת השירותים החברתיים 2016** (עמ' 279–297). משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.
- שקדי, א' (2003). **מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תיאוריה ויישום**. רמות – אוניברסיטת תל-אביב.
- Abrahamson, M., & Heimdahl, K. (2010). Gendered discourse in Swedish national alcohol policy action plans 1965–2007: Invisible men and problematic women. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 63–85. <https://doi.org/10.1177/145507251002700105>
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.5>
- Barry, C. L., McGinty, E. E., Pescosolido, B. A., & Goldman, H. H. (2014). Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: Public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services*, 65(10), 1269–1272. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400140>
- Becker, H. S. (1964). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Free Press.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1991). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Penguin Books Ltd. <https://doi.org/10.4324/9781315775357>
- Bonny-Noach, H. (2019). Harm reduction drug policy in Israel: What has been accomplished and what still needs to be done? *Israeli Journal of Health Policy Research*, 8(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s13584-019-0341-5>
- Bourgeois, P. (2003). Crack and the political economy of social suffering. *Addiction Research and Theory*, 11(1), 31–37. <https://doi.org/10.1080/1606635021000021322>
- Bronson, J. (2013). Alcohol, drug and tobacco. In D. Brunnsma, K. Smith, & B. Gran (Eds.), *The handbook of sociology and human rights* (pp. 280–289). Paradigm Publishers. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.01.015>
- Bryde Christensen, A., Krohn, S., Høj, M., Poulsen, S., Reinholt, N., & Arnfred, S. (2023). Men are not raised to share feelings: Exploring male patients' discourses on participating in group cognitive-behavioral therapy. *The Journal of Men's Studies*, 31(1), 3–24. <https://doi.org/10.1177/10608265221077298>
- Burns, S. L. E. E., Peyrot, M., & College, L. (2003). Tough love: Nurturing and coercing responsibility and recovery in California drug courts. *Federal Probation*, 50(3), 416–438. <https://doi.org/10.1525/sp.2003.50.3.416>
- Campbell, M. L. (2016). Intersectionality, policy-oriented research and the social relations of knowing. *Gender, Work and Organization*, 23(3), 248–260. <https://doi.org/10.1111/gwao.12083>Digital Object Identifier

- Campbell, N. D., & Ettore, E. (2011). *Gendering addiction: The politics of drug treatment in a neurochemical world*. Palgrave Macmillan.  
<https://doi.org/10.1057/9780230314245>
- Cleary, A. (2012). Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Social Science & Medicine*, 74(4), 498–505.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.002>
- Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. University of California Press.
- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19(6), 829–859.  
<https://doi.org/10.1177/0891243205278639>
- Cook-Lynn, E. (2014). Mass incarceration Is the new racism [Review of *The New Jim Crow: Mass Incarceration in the Age of Colorblindness*, by Michelle Alexander]. *Wicazo Sa Review*, 29(2), 95–97. <https://doi.org/10.5749/wicazosareview.29.2.0095>
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401.  
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Crossman, A. (2018). An overview of labeling theory. *ThoughtCo*.  
<https://www.thoughtco.com/labeling-theory-3026627>
- Darcy, C. (2020). Men and the drug buzz: Masculinity and men's motivations for illicit recreational drug use. *Sociological Research Online*, 25(3), 421–437.  
<https://doi.org/10.1177/1360780419879940>
- Davis, C., Burris, S., Metzger, D., Becher, J., & Luch, K. (2005). Effects of an intensive street-level police intervention on syringe exchange program utilization. *American Journal of Public Health*, 95(2), 223–236. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2003.033563>
- DeVault, M. L. (2019). Institutional ethnography. In A. Marvasti & A. J. Treviño (Eds.), *Researching social problems* (pp. 83–101). Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9781315107882>
- Dolan, A. (2011). "You can't ask for a Dubonnet and lemonade!" Working class masculinity and men's health practices. *Sociology of Health & Illness*, 33(4), 586–601.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01300.x>
- Dolan, K. (2010). The impact of gender stereotyped evaluations on support for women candidates. *Political Behavior*, 32(1), 69–88.  
<https://doi.org/10.1007/s11109-009-9090-4>
- Dollar, C. (2019). Criminalization and drug wars or medicalization and health epidemics: How race, class, and neoliberal politics influence drug laws. *Critical Criminology: An International Journal*, 27(2), 305–327. <https://doi.org/10.1007/s10612-018-9398-7>
- Donohue, E., & Moore, D. (2009). When is an offender not an offender? *Howard Journal of Criminal Justice*, 11(3), 319–336. <https://doi.org/10.1177/1462474509334174>

- Downs, W. R., & Robertson, J. F. (1997). Control theory, labeling theory, and the delivery of services for drug abuse to adolescents. *Adolescence*, 32(125), 1–24.
- Duke, K. (2006). Out of crime and into treatment? The criminalization of contemporary drug policy since tackling drugs together. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13(5), 409–415. <https://doi.org/10.1080/09687630600613520>
- Dyregrov, K., & Selseng, L. B. (2022). Nothing to mourn, he was just a drug addict: Stigma towards people bereaved by drug-related death. *Addiction Research & Theory*, 30(1), 5–15. <https://doi.org/10.1080/16066359.2021.1912327>
- Earles, J., & Crawley, S. L. (2020). Institutional ethnography. In P. Atkinson, S. Delamont, A. Cernat, J. W. Sakshaug, & R. A. Williams (Eds.), *SAGE research methods foundation*. SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781526421036759274>
- Englar-Carlson, M. (2006). Masculine norms and the therapy process. In M. Englar-Carlson & M. A. Stevens (Eds.), *In the room with men: A casebook of therapeutic change* (pp. 13–47). American Psychological Association.
- Ezzell, M. B. (2012). I'm in control: Compensatory manhood in a therapeutic community. *Gender & Society*, 26(2), 190–215. <https://doi.org/10.1177/0891243211434611>
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: The birth of the prison*. Penguin.
- Fraser, S., & Moore, D. (2006). Putting at risk what we know: Reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3035–3047. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.067>
- Fraser, S., Moore, D., & Keane, H. (2014). *Habits: Remaking addiction*. Springer. <https://doi.org/10.1057/9781137316776>
- Fraser, S., Pienaar, K., Dilkes-Frayne, E., Moore, D., Kokanovic, R., Treloar, C., & Dunlop, A. (2017). Addiction stigma and the biopolitics of liberal modernity: A qualitative analysis. *International Journal of Drug Policy*, 44, 192–201. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.02.005>
- Friedman, S. R., Cooper, H. L. F., Tempalski, B., Keem, M., Friedman, R., & Flom, P. L. (2006). Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas. *AIDS (London, England)*, 20(1), 93–99. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000196176.65551.a3>
- Friedman, S. R., Jose, B., Stepherson, B., Neaigus, A., Goldstein, M., & Mota, P. (1998). Multiple racial/ethnic subordination and HIV among drug injectors. In M. Singer (Ed.), *The political economy of AIDS* (pp. 105–128). Baywood. <https://doi.org/10.4324/9781315223513>
- Gajos, J. M., Leban, L., Weymouth, B. B., & Cropsey, K. L. (2023). Sex differences in the relationship between early adverse childhood experiences, delinquency, and substance use initiation in high-risk adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(1–2), 311–335. <https://doi.org/10.1177/08862605221081927>

- Galea, S., & Vlahov, D. (2002). Social determinants and the health of drug users: Socioeconomic status, homelessness and incarceration. *Public Health Reports*, 117(Suppl. 1), 115–145.
- Georgsdottir, M. T., Sigurdardottir, S., & Gunnthorsdottir, H. (2021). “This is the result of something else”: Experiences of men that abused drugs and had experienced childhood trauma. *American Journal of Men’s Health*, 15(2).  
<https://doi.org/10.1177/15579883211009348>
- Giaccardi, S., Ward, L. M., Seabrook, R. C., Manago, A., & Lippman, J. R. (2017). Media use and men’s risk behaviors: Examining the role of masculinity ideology. *Sex Roles*, 77(9–10), 581–592. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0754-y>
- Glasdam, S., & Oeye, C. (2014). Alcohol abuse in cancer patients: A shadow side in the oncological field and research. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(3), 437–446. <https://doi.org/10.1007/s11019-013-9541-x>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Penguin.
- Gough, D. (2012). Risk and rehabilitation: A fusion of concepts. In A. Pycroft & S. Cliff (Eds.), *Risk and rehabilitation* (pp. 65–86). Policy Press.  
<https://doi.org/10.51952/9781447300229.ch004>
- Gowan, T., & Whetstone, S. (2012). Making the criminal addict: Subjectivity and social control in a strong-arm rehab. *Punishment & Society*, 14(1), 69–93.  
<https://doi.org/10.1177/1462474511424684>
- Greenwold, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies*. Cato Institute. <https://ssrn.com/abstract=1464837>
- Greif, A. (2019). Drug laws, ethics, and history. *Filozofia*, 74(2), 95–110.  
<https://doi.org/10.31577/filozofia.2019.74.2.2>
- Hall, W., Babor, T., Edwards, G., Laranjeira, R., Marsden, J., Miller, P., Obot, I., Petry, N., Thamarangsi, T., & West, R. (2012). Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction. *Addiction*, 107(11), 1891–1893. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03888.x>
- Harris, M. T., Laks, J., Stahl, N., Bagley, S. M., Saia, K., & Wechsberg, W. M. (2022). Gender dynamics in substance use and treatment: A women’s focused approach. *Medical Clinics of North America*, 106(1), 219–229.  
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.08.007>
- Harvey-Vera, A. Y., González-Zúñiga, P., Vargas-Ojeda, A. C., Medina-Mora, M. E., Magis-Rodríguez, C. L., Wagner, K., Strathdee, S. A., & Werb, D. (2016). Risk of violence in drug rehabilitation centers: Perceptions of people who inject drugs in Tijuana, Mexico. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 11(1), 5.  
<https://doi.org/10.1186/s13011-015-0044-z>
- Heiskanen, M., & Lietonen, A. (2016). *Crime and gender: A study on how men and women are represented in international crime statistics*. Universität Tübingen.  
<http://dx.doi.org/10.15496/publikation-24365>

- Ivsins, A., & Yake, K. (2020). Looking beyond harm: Meaning and purpose of substance use in the lives of marginalized people who use drugs. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 27(1), 27–36. <https://doi.org/10.1080/09687637.2018.1497145>
- Joyce, M., Sklenar, E., & Weatherby, G. A. (2019). Decriminalizing drug addiction: The effects of the label. *Forensic Research & Criminology International Journal*, 7(4), 154–162. <https://doi.org/10.15406/frcij.2019.07.0028>
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031> Digital Object Identifier
- Kellogg, S. H. (2003). On gradualism and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(4), 241–247. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00068-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00068-0)
- Kerr, T., Small, W., & Wood, E. (2005). The public health and social impacts of drug market enforcement: A review of the evidence. *International Journal of Drug Policy*, 16(4), 210–220. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2005.04.005>
- Kilmartin, C. T. (2000). *The masculine self* (2<sup>nd</sup> ed.). McGraw Hill.
- Kinsella, M. (2017). Fostering client autonomy in addiction rehabilitative practice: The role of therapeutic presence. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 37(2), 91–106. <https://doi.org/10.1037/teo0000056>
- Kosberg, J. I. (2002). Heterosexual men: A group forgotten by the profession of social work. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 24(3), 51–70.
- Lavee, E., & Itzchakov, G. (2023). Good listening: A key element in establishing quality in qualitative research. *Qualitative Research*, 23(3), 614–631. <https://doi.org/10.1177/146879412111039402>
- Leban, L., & Gibson, C. L. (2020). The role of gender in the relationship between adverse childhood experiences and delinquency and substance use in adolescence. *Journal of Criminal Justice*, 66, 101637. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2019.101637>
- Lemelle, A. J. (2002). Racialized social system and HIV infection: The case of African Americans. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 22(7), 133–158. <https://doi.org/10.1108/01443330210790049>
- Mate, G. (2009). *In the realm of hungry ghosts: Close encounters with addiction*. North Atlantic Books.
- McKim, A. (2014). Roxanne's dress: Governing gender and marginality through addiction treatment. *Signs*, 39(2), 433–458. <https://doi.org/10.1086/673089>
- Mena, F., & Hobbs, D. (2009). Narcophobia: Drugs prohibition and the generation of human rights abuses. *Trends in Organized Crime*, 13(1), 60–74. <https://doi.org/10.1007/s12117-009-9087-8>

- Miller, C., Firestone, M., Ramos, R., Burris, S., & Case, P. (2008). Injecting drug users' experiences of policing practices in two Mexican-U.S. border cities. *International Journal of Drug Policy*, 19(4), 324–331. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.06.002>
- Nelson, E. (2018). Police crackdowns, structural violence and impact on the well-being of street cannabis users in a Nigerian city. *International Journal of Drug Policy*, 54, 114–122. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.01.012>
- Netherland, J., & Hansen, H. (2017). White opioids: Pharmaceutical race and the war on drugs that wasn't. *BioSocieties*, 12(2), 217–238. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2015.46>
- Olsen, Y. (2022). What is addiction? History, terminology, and core concepts. *Medical Clinics of North America*, 106(1), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.08.001>
- O'Neil, J. M. (2008). Summarizing 25 years of research on men's gender role conflict using the Gender Role Conflict Scale: New research paradigms and clinical implications. *The Counseling Psychologist*, 36(3), 358–445. <https://doi.org/10.1177/0011000008317057>
- O'Neil, J. M. (2015). Men's gender role conflict: Psychological costs, consequences, and an agenda for change. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/14501-000>
- Oute, J., Tondora, J., & Glasdam, S. (2018). "Men just drink more than women. Women have friends to talk to": Gendered understandings of depression among healthcare professionals and their implications. *Nursing Inquiry*, 25(4), e12241. <https://doi.org/10.1111/nin.12241>
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57(1), 13–24. <https://doi.org/10.4324/9780203966105>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2<sup>nd</sup> ed.). SAGE Publications.
- Pleck, J. H., & Thompson, J. R. (1986). The structure of male role norms. *American Behavioral Scientist*, 29(5), 531–543. <https://doi.org/10.1177/000276486029005003>
- Provine, D. M. (2011). Race and inequality in the war on drugs. *Annual Review of Law and Social Science*, 7, 41–60. <https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-102510-105445>
- Quesada, J., Hart, L. K., & Bourgois, P. (2011). Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 30(4), 339–362. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>
- Rankin, J. M., & Campbell, M. (2009). Institutional Ethnography (IE), nursing work and hospital reform: IE's cautionary analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 10(2), Article 16. <https://doi.org/10.17169/fqs-10.2.1258>
- Reinharz, S. (1992). *Feminist methods in social research*. Oxford University Press.

- Rhodes, T., Mikhailova, L., Sarang, A., Lowndes, C., Rylkov, A., & Khutorskoy, M. (2003). Situational factors associated with drug injecting, risk reduction and syringe exchange practices in Togliatti city, Russian Federation: A qualitative study of micro risk environment. *Social Science & Medicine*, 57(1), 39–54. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00521-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00521-X)
- Rhodes, T., Singer, M., & Bourgois, P. (2005). The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science & Medicine*, 61(5), 1026–1044. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.024>
- Rhodes, T., Wagner, K., Strathdee, S. A., Shannon, K., Davidson, P., & Bourgois, P. (2011). Structural violence and structural vulnerability within the risk environment: Theoretical and methodological perspectives for a social epidemiology of HIV risk among injection drug users and sex workers. In P. O'Campo & J. R. Dunn (Eds.), *Rethinking social epidemiology* (pp. 205–230). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-2138-8\\_10](https://doi.org/10.1007/978-94-007-2138-8_10)
- Roe, G. (2005). Harm reduction as paradigm: Is better than bad good enough? The origins of harm reduction. *Drugs and Alcohol Today*, 5(3), 243–250. <https://doi.org/10.1080/09581590500372188>
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179–183. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180211> Digital Object Identifier
- Sansone, R. A., Whitecar, P., & Wiederman, M. W. (2009). The prevalence of childhood trauma among those seeking buprenorphine treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 28(1), 64–67. <https://doi.org/10.1080/10550880802545101>
- Schwalbe, M., & Wolkomir, M. (2001). The masculine self as problem and resource in interview studies of men. *Men & Masculinities*, 4(1), 90–103. <https://doi.org/10.1177/1097184X01004001005>
- Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., & Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 49(Suppl. C), 106–118. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>
- Seidler, Z. E., Wilson, M. J., Owen, J., Oliffe, J. L., Ogrodniczuk, J. S., Kealy, D., & Rice, S. M. (2022). Teaching gender competency with men in mind: Foundations of an online training program for mental health practitioners. *The Journal of Men's Studies*, 30(1), 111–131. <https://doi.org/10.1177/10608265211035941>
- Shannon, K., Kerr, T., Bright, V., Allinot, S., Shoveller, J., & Tyndall, M. W. (2008). Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Social Science & Medicine*, 66(4), 911–921. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.008>
- Sinai-Glazer, H., & Krane, J. (2021). Navigating helping relationships amidst heavy workloads: An institutional ethnography of social workers' accounts. *Journal of Social Work*, 21(4), 931–950. <https://doi.org/10.1177/1468017320949365>

- Singer, M. (2004). The social origins and expressions of illness. *British Medical Bulletin*, 69(1), 9–19. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldh016>
- Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 105–130. <https://doi.org/10.1196/annals.1441.030>
- Smith, D. (2005). *Institutional ethnography: A sociology for people*. AltaMira Press.
- Stevens, A., Hughes, C. E., Hulme, S., & Cassidy, R. (2019). Depenalization, diversion and decriminalization: A realist review and programme theory of alternatives to criminalization for simple drug possession. *European Journal of Criminology*, 16(4), 448–467. <https://doi.org/10.1177/1477370819887514>
- Strier, R., & Perez-Vaisvidovsky, N. (2021). Intersectionality and fatherhood: Theorizing non-hegemonic fatherhoods. *Journal of Family Theory & Review*, 13(4), 557–572. <https://doi.org/10.1111/jftr.12412> Digital Object Identifier
- Tanguay, P., Kamarulzaman, A., Aramrattana, A., Wodak, A., Thomson, N., & Ali, R. (2015). Facilitating a transition from compulsory detention of people who use drugs towards voluntary community-based drug dependence treatment and support services in Asia. *Harm Reduction Journal*, 12(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12954-015-0071-0>
- Virani, H. N., & Haines-Saah, R. J. (2020). Drug decriminalization: A matter of justice and equity, not just health. *American Journal of Preventive Medicine*, 58(1), 161–164. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.08.012>
- Werb, D., Wood, E., Small, W., Strathdee, S., Li, K., & Montaner, J. (2008). Effects of police confiscation of illicit drugs and syringes among injection drug users in Vancouver. *International Journal of Drug Policy*, 19(4), 332–338. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.08.004>
- Whittington, D. (2007). *Beaten into violence: Anger, masculinities, alcohol and narcotics*. AuthorHouse.
- Wild, T. C. (2006). Social control and coercion in addiction treatment: Towards evidence-based policy and practice. *Addiction*, 101(1), 40–49. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01268.x> Digital Object Identifier
- Wilton, R., DeVerteuil, G., & Evans, J. (2014). No more of this macho bullshit: Drug treatment, place and the reworking of masculinity. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 39(2), 291–303. <https://doi.org/10.1111/tran.12023> Digital Object Identifier
- Wolfe, D., & Saucier, R. (2010). In rehabilitation's name? Ending institutionalised cruelty and degrading treatment of people who use drugs. *International Journal of Drug Policy*, 12(3), 171–176. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.01.008>
- Wood, E., Werb, D., Marshall, B. D. L., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2009). The war on drugs: A devastating public-policy disaster. *The Lancet*, 373(9668), 989–990. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60455-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60455-4)

## נספח 1. מדריך ריאיון – גברים

1. אשמח אם תוכל לספר לי קצת פרטים כלליים לגביך: שם, גיל, מקצוע, כל מה שתבחר.
2. מה תוכל לספר לי על חוויית ההתמכרות שלך?
3. האם היו ניסיונות להגיע לטיפול לאורך השנים?
4. אם כן, איך היו החוויות מהטיפול?
5. אם לא, למה לא?
6. אתה כיום מטופל?
7. איך הגעת לטיפול הנוכחי?
8. איך זה היה בשבילך להגיע לטיפול?
9. כמה פעמים אתה מגיע למסגרת? מה כולל הטיפול?
10. איך החוויה מול קצינת המבחן שלך?
11. יש קשר בין העו"ס המטפלת לבין קצינת המבחן?
12. איך זה בשבילך?
13. איך היתה לך החוויה של הדיווחים לבימ"ש?
14. איך עבורך החוויה של מתן בדיקות שתן?
15. איך מתייחסים למעידות בטיפול?
16. מה לדעתך הדגש המרכזי בטיפול בהתמכרויות?
17. איך היחס של הצוות כלפיך במסגרת הטיפול?
18. הרגשת שיש גמישות במהלך הטיפול במסגרת?
19. אתה חושב שיש הבדל בין טיפול בהתמכרויות בנשים לבין טיפול בהתמכרויות בגברים?
20. איך היתה חוויית הריאיון עבורך? מה עשה אותה כזו?
21. האם יש עוד דברים שלא שאלתי לגביהם, שלא דיברנו עליהם, ותרצה להוסיף לפני סיום?

## נספח 2. מדריך ריאיון – א.נשי מקצוע

1. אשמח אם תוכלי להגיד לי פרטים כלליים על עצמך: שם, גיל, מקצוע, לימודים, כל דבר אחר.
2. תוכלי לספר לי קצת על העבודה שלך? איך החוויה שלך מעבודה עם מכורים לסמים שהופנו לטיפול על ידי בית משפט?
3. אילו מאפיינים מרכזיים יש לאוכלוסייה הזו?
4. מהם בתפיסתך הקווים המרכזיים בעבודה עם מכורים לסמים?
5. האם לדעתך יש הבדל בין עבודה עם גברים מכורים לבין עבודה עם נשים מכורות? אם כן – מאיפה לדעתך נובע ההבדל?
6. כיצד ההבדלים באים לידי ביטוי בטיפול?
7. איך החוויה שלך בתוך מקום העבודה? מול המנהלים, מול הצוות?
8. ספרי לי על פעולה שהיית צריכה לבצע בעבודה והיתה מנוגדת לציפיות, לערכים או לתפיסת העולם שלך?
9. באילו דרכים העובדה שסמים הם לא חוקיים משפיעה על העבודה שלך ביום-יום?
10. באילו דרכים העובדה שסמים הם לא חוקיים משפיעה על החיים של המטופלים שלך?
11. איך היתה חוויית הריאיון עבורך? מה עשה אותה כזו?
12. האם יש עוד דברים שלא שאלתי לגביהם, שלא דיברנו עליהם, ותרצי להוסיף לפני סיום?