

## משתני הרקע של מכורים לסמים אשר הצליחו לשרוד בתהליך הגמילה והשיקום

רחל נתן\* ויונתן אנסון\*\*

\* רחל נתן היא מדריכת עובדים סוציאליים ביחידה לטיפול בנפגעי סמים בבאר שבע. מסטרנטית במחלקה לעבודה

סוציאלית באוניברסיטת בן - גוריון.

\*\* ד"ר יונתן אנסון הוא ראש המחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן - גוריון.

נתקבל במערכת באוגוסט 1999, אושר לדפוס באוגוסט 1999.

מטרת המחקר היתה לבדוק את משתני הרקע המאפיינים מכורים אשר שרדו בתהליך הגמילה והשיקום במערך העירוני בבאר - שבע. המערך העירוני לטיפול בנ"ס (נפגעי סמים), קיים מזה עשר שנים, וטרם נבדק מיהי האוכלוסייה המתאימה לסוג טיפול זה. השערת המחקר היא שמשותני הרקע של המכורים אשר הצליחו לשרוד בטיפול הם: גיל, השכלה, שירות בצבא, עבודה, סטטוס נשוי, מגורים, משפחת מוצא, כתובת, גיל התחלת שימוש בסמים, שימוש בסמים "קשים", הזרקת סמים וגורם מפנה. אוכלוסיית המחקר כללה 200 מכורים לסמים אשר פנו אל היחידה לטיפול ושיקום ובקשו להיגמל. כלי המחקר כלל שאלון אשר נבנה על סמך גיליון טיפול המשמש את העובדים הסוציאליים ביחידה לטיפול ושיקום (טו"ש). מבחן הישרדות המכורים בשלבי הטיפול נעשה באמצעות כלי סטטיסטי "Survival" Analysis. השערת המחקר אוששה באופן חלקי. המשתנים אשר ניבאו הישרדות בטיפול הם: כתובת, שימוש בסמים "קשים" ועבודה. משתנה "גורם מפנה" ו"מבנה משפחת המוצא" נמצאו כמנבאים, אך בכיוון ההפוך מהמשוער. משתנים נוספים אשר מנבאים הישרדות בטיפול ולא הופיעו בהשערת המחקר: "עלייה", ו"עונה". בדיון, מובאות המלצות במטרה לסייע לכל הגורמים הקשורים בהתמודדות עם סוגיית ההתמכרות לסמים, ובפרק ההמלצות כתובות ההמלצות לעריכת מחקרים בעתיד.

**מילות מפתח:** "משתני רקע", "גמילה ושיקום", "מערך עירוני לטיפול ושיקום", "נפגעי סמים", "התמכרות" ו"מכורים".

### מבוא

שאל כל אזרח במדינת ישראל ויאמר לך כי השימוש בחומרים פסיכואקטיביים מוגדר כאחת הבעיות המרכזיות ביותר כיום במדינה. מצב זה אינו ייחודי לישראל. גם ארצות נאורות אחרות עתירות תקציבים ופתיחות לחדשנות, מתנסות בהתמודדות עם מצוקות הסמים. זוהי אחת הבעיות המרכזיות של החברה המודרנית במאה ה-20. בעיה זו מאופיינת במורכבות רבה, ובניסיונות ההתמודדות של גופים רבים עם התופעה (ברק, 1990). תופעת השימוש

לרעה בחומרים פסיכואקטיביים בישראל אינה חדשה. אך ההתייחסות אל תופעה זו כאל בעיה חברתית, בעלת השלכות חמורות התגברה בשנים האחרונות בשל השינויים אשר חלו בתחום.

עד שנות ה - 60 נחשב השימוש לרעה בחומרים פסיכואקטיביים כנחלת השכבות החברתיות הנמוכות, בעיקר שכונות עוני וקבוצות אשר שויכו לתת תרבות עבריינית. על פי תפיסת העובדים בשירותי הרווחה התרכז השימוש בסמים בעיקר בקהילות של יוצאי ארצות שבהן השימוש בסמים היה אנדמי. בשנות ה - 70 וה - 80, בדומה להתפשטות התופעה בארצות מערב אירופה ובארה"ב ובעקבות הפתיחות של החברה הישראלית לרעיונות ולחידושים מבחוץ, החלה להתפתח בישראל אידאולוגיה הדונסטית - אידאולוגיה של נהנתנות הקשורה לעתים בהרשאה חברתית לשימוש בחומרים פסיכואקטיביים שונים, חוקיים ושאינם חוקיים כגון: חשיש, אקסטזי, קוקאין וכיו"ב. בשלהי שנות ה - 90 הולכת ומתפתחת בחוגים מסוימים בחברה הישראלית לגיטימציה לשימוש בסמים ("קלים" על פי הגדרת הדוגלים בכך). התופעה מתבטאת בדרכים שונות כגון: התארגנות עמותות למען לגאליזציה של השימוש בקנאביס (חשיש ומריחואנה), הקמת מפלגה המצדדת בהתרת השימוש בסמים הזוכה לקולות רבים ובמסיבות ריקודים המקבלות גיבוי מאנשי ציבור ועוד (רהב, טייכמן 1998, גיא 1994).

נתונים עדכניים לשנת 1998, מסקר אשר ערכה הרשות למלחמה בסמים בקרב בני נוער ובוגרים, מצביעים על כך שבקרב בני נוער, תלמידי כיתות ז - י"ב, 10% עשו שימוש בלתי - חוקי בחומר פסיכואקטיבי כלשהוא; שיעור המדווחים על התנסות בסמים אופיאטיים למינהם (הירואין, אדולן וכד') עמד על 2.4%, קוקאין 2.5%, קראק 2.5%, אקסטזי 2.7% ו - P.C.P - 2%. בקרב האוכלוסייה הבוגרת בגילאים 18 - 41, כ - 8% דווחו על שימוש בלתי חוקי בחומר פסיכואקטיבי כלשהוא; 5.6% דווחו על שימוש בקנאביס, 1.3% דווחו על שימוש בסמים "קשים": הירואין וכיו"ב, 3.3% דווחו על שימוש בתרופות שלא לצורך רפואי, 65% מהנשאלים דווחו על צריכת אלכוהול בשנה האחרונה, וכ - 28% דווחו על צריכת אלכוהול בשבוע האחרון (רהב, טייכמן 1998).

אולי בשל כך, בשנים האחרונות פותחו בישראל שיטות שונות לטיפול בנפגעי סמים ובמקביל חל גידול בכמות השירותים המטפלים בהם ובנכונות החברה להקצות משאבים לתחום זה. לצד הקמתן של מרכזים שונים לטיפול בנפגעי סמים, פיתוח גישות תאורטיות לטיפול בהתמכרויות, הקמתן של ועדות ורשויות לטיפול במלחמה בסמים ופעולות שונות של משרדי הממשלה השונים, עדיין בפועל, ההתמודדות עם בעיית ההתמכרות לסמים מלווה

כשלונות חוזרים ונשנים. לעתים קרובות, דרוש יותר מנסיון אחד על מנת להפסיק לחלוטין והסבירות שמכורים ייחזרו לשמוש בסמים לאחר גמילה, הנה גבוהה ומוערכת ב - 80% (ישראלוביץ, דארווין וטאבו 1996). הערכה נוספת של טייכמן וקידר (1998) מצביעה על כך שמבין כל מאה אנשים הפונים לטיפול בבעיית ההתמכרות, יחזרו יותר ממחציתם בתוך שנה לאותו דפוס התנהגות, רובם תוך שלושת החודשים הראשונים מיום פנייתם לטיפול. תופעה נוספת אשר ממחישה את המורכבות הרבה ומיעוט הידע ביחס לטיפול בנפגעי סמים היא "הרמיסיה הספונטנית". הכוונה אל אותו פלח באוכלוסיית המתמכרים לסמים אשר נגמל מסמים באופן טבעי ועצמאי לחלוטין, ללא קבלת עזרה מקצועית כלשהיא. מדובר בתופעה, המכונה בספרות גם כ"סבילות נסוגה". תופעה זו מתבטאת בקרב מכורים בגילאים 35-40 ומאופיינת בהפחתת כמויות הסם אשר מחדיר אדם לגופו. נציין כי אין מדובר כאן במשתמשים מזדמנים, אלא דווקא במתמכרים אשר במשך שנים השתמשו בסמים באופן כפייתי וללא כל הסבר, מפחיתים באופן משמעותי את כמויות הסם ללא שום קשר לעוצמת ההתמכרות.

חוסר היכולת שלנו, העוסקים בדבר להסביר תופעות מסוג זה מחד ואחוז ההצלחה הנמוך מאידך, למרות התפתחותן של גישות רבות לטיפול בנפגעי סמים ועל אף הגידול בכמות המשאבים ובמספר המוסדות אשר עוסקים בסוגיה זו, מלמדים כי למעשה כי אין לנו מושג לגבי הדרך הנכונה (אם ישנה כזו), לטיפול בנפגעי סמים. חוקרים רבים מייחסים את אחוז ההצלחה הנמוך בטיפול בנפגעי סמים לאבחון לקוי. חוקרים אלו מדגישים שבבואנו לטפל במכורים יש לקחת בחשבון את כל האלמנטים הקשורים באישיות המכור: אלמנטים תרבותיים, התנהגותיים, ביולוגיים, נפשיים וכו', ומצדדים באבחון מוקדם (טייכמן וקידר 1998, Milkman 1991). אבחון הפרמטרים יסייע בהתאמת התכנית הטיפולית אל המטופל ויגדיל את סיכויי ההישרדות של הפרט בתהליך הגמילה. בספרות קיימים פרמטרים רבים לאבחון אך ההבדלים באוכלוסיות המכורים ובשיטות הטיפול בישראל ובארצות אחרות אינם מאפשרים השוואה פשוטה והשלכה על המערך העירוני הקיים בבאר - שבע. המחקר המתואר כאן בא לברר מהם משתני הרקע המנבאים הישרדות בטיפול במסגרת מערך עירוני זה.

### **רקע: מאפיינים המנבאים הישרדות בגמילה.**

עיון בספרות מלמד כי ישנם מאפייני רקע פרוגנוסטים אשר עשויים לנבא את סיכויי הפרט לשרוד בתהליך הגמילה. מאפייני הרקע הללו מתייחסים למכלול הממדים בחיי הפרט המכור. להלן תיאור מאפייני הרקע הקיימים

**משתנים דמוגרפיים**

1. גיל המטופל - ככל שגילו של המכור מבוגר יותר, כך גדלים הסיכויים לשמור על נקינות סמים. הסיכוי להגמל גדול יותר לאחר גיל 28 וככל שהגיל מבוגר יותר כך תקופות ההמנעות מסמים ארוכות יותר. מימצא זה עשוי להתקשר אל התופעה אשר תוארה קודם לכן המכונה "רמיסיה ספונטנית". מכורים לסמים עם התבגרותם, חווים לא אחת סבילות נסוגה, הפסקת שימוש בסמים ללא כוונה, החלטה או טיפול מקצועי. יתכן כי הגיל המבוגר כמנבא יכולת הישרדות ללא סמים קשור בתופעה לא מוסברת זו (שופמן 1991). כמו"כ, ניתן להניח, שככל שאדם מתבגר, הוא קשור למספר רב יותר של מעגלים ולכן בשימוש בסמים האבדן גדול יותר: אבדן משפחה, עבודה וכיו"ב. פעמים רבות שמעתי ממכורים כי דווקא האובדנים הללו היו קטליזטור לגמילה. מכאן נניח כי לצעירים, שאינם נשואים, אינם הורים לילדים ופטורים מדאגות פרנסה יש פחות חשש מאבדן ומוטיבציה נמוכה יותר להגמל.

2. השכלה - מדובר בהשכלה יסודית, תיכונית ואקדמאית. ההנחה היא שסיכויי ההצלחה גבוהים יותר ככל שההשכלה גבוהה יותר (שופמן 1991). ממצא זה מתאים להנחות המודל של באנדורה (Bandura, 1997). מטופל אשר מאמין ביכולתו ומעריך את עצמו באופן חיובי יצליח יותר בתהליך הגמילה מסמים. מטופלים בעלי השכלה, היו למעשה בעברם חלק ממסגרת נורמטיבית, הצליחו לסיים מטלה מתחילתה - סופה ויש להם בעבר "הצלחה" כלשהיא אשר יכולה לסייע להם בחיזוק הביטחון העצמי ובאמונה שלהם ביכולתם לשקם את חייהם מחדש.

3. סטטוס "עובד" - התנסות בעבודה לפני הטיפול או במהלך טיפול קשור בהצלחה בשמירת על תקופות נקיין ארוכות יותר (Westermeyer, 1989). התנסות בעבודה משמעה תרגול כישורים שונים, פתוח בסיס של משמעת עצמית, עמידה בל"ז וביצוע מטלות שונות. כל אלו עשויים לסייע למכור בפתוח גישה חיובית כלפי

עצמו ולעודד את האמון שלו ביכולתו להתמודד עם דרישות החיים. באנדורה (Bandura, 1997) מדגיש את החשיבות בפתוח דמוי עצמי חיובי ואמונה של הפרט ביכולתו במסגרת הטיפול במכורים כאמצעי לשמירה להצלחה בגמילה.

4. צבא - משתנה זה מתייחס אל קבלה או אי קבלה לצבא, שירות חלקי, או מלא וסוג השירות. כמובן, שאם מדובר במטופל אשר בעברו שירת שירות מלא ולא אופיין בבעיות משמעת הסיכוי כי יצליח בטיפול עולה. ההשתתפות במסגרת צבאית דורשת מיומנויות וכישורים דומים לאלו אשר צוינו בסעיף "העבודה": משמעת עצמית, נטילת אחריות, קבלת מרות, השהיית סיפוקים, ביצוע מטלות, יכולת לעבודה בצוות וכיו"ב. כל הכישורים הללו המסייעים לפרט בשירות בצבא או במסגרת עבודה עומדים לזכותו גם גם בתהליך הגמילה הקשה הדורש משמעת פנימית ברמה גבוהה (שופמן 1991).

5. סטטוס "נשוי" - הכוון החיובי מצביע על מטופל נשוי + ילדים. נדבך נוסף הנכלל כאן הנו יחסים תקינים עמם. הכוון השלילי מתייחס אל מכורים רווקים, בודדים או כאלה החיים בנפרד. ההתקשרות אל מוסד הנישואין וכן האחריות המלווה בגידול ילדים קשורה יותר עם הצלחה בטיפול ושיקום, מאשר מכורים בעלי סטטוס משפחתי רווק, פרוד או אלמן (Westermeyer, 1989) ממצא זה הולם את עיקרי הגישה המשפחתית לפיה החשיבות של המשפחה בתהליך הטיפול הנה מכרעת ויכולה לקדם/לחבל בהישגי המכור. קיומה של מסגרת משפחתית וגיוס נכון שלה לטובת התהליך הטיפולי, תוך נתינת מקום למאמצים הרבים הנדרשים מהמשפחה וכן למאוויים הלא מודעים שלהם סביב סוגיית ההתמכרות, עשויה לקדם את הטיפול של בן המשפחה המכור ולסייע לשני הצדדים ליצור קשר בריא. לעומת זאת מטופלים ללא משפחה סובלים בד"כ מתחושת בדידות ואינם זוכים להנות מהתמיכה של המשפחה. בדידות זו והידיעה כי אין בנמצא דמות מהמשפחה עליה נתן להישען במצבי משבר או עמה ניתן לחלוק במצבי אושר, מקשה על תהליך השיקום (ברנע, רהב וטייכמן 1987, שופמן 1991). בנוסף, פעמים רבות נתקלתי במכורים אשר "משקמים עצמם למען...", בד"כ למען גורם אחר: ילדים, הורים וכיו"ב. הקיום של "הגורם האחר" אשר למענו המטופל משקם עצמו מעניק למכור משמעות וכח רבים. גם אם אין המטופל עושה זאת למען עצמו אלא למען "אחר משמעותי", לעתים "שלא לשמה - בא לשמה".

6. מגורים - מגורים עם אנשים נוספים כגון : קרובי משפחה וחברים מסייעת בקידום הטיפול ושמירה על ניקיון מסמים (Westermeyer, 1989). הטענות בדבר הקשר בין מגורים משותפים לבין ניקיון מסמים קשורות אולי לעיקרי התאוריות הסוציולוגית והקוגניטיבית. השימוש בסמים אינו מתרחש בוואקום וכך גם הגמילה. ההשתייכות לקבוצה מסוימת, משפחתית, אתנית ו/או חברתית, עשויה להשפיע על החלטתו של הפרט לגבי שימוש/המנעות משימוש בסמים. כמו"כ, המגורים המשותפים גורמים לא אחת לרצון של הפרט לעמוד בצפיות החברה, לא לאכזב מקורבים ול"חוש שווה בין שווים". החברים והמשפחה עשויים להוות מקור לתמיכה המשמעותית מאוד בשלבים הראשונים של הגמילה (Kandel & Andrews, 1987).

7. רמה סוציאקונומית גבוהה - במספר מחקרים נמצא כי רמה סוציאקונומית גבוהה המתייחסת לרמת הכנסה אישית/משפחתית גבוהה ורכישת מקצוע קשורים להשגים טובים יותר בטיפול בהתמכרות (Westermeyer, 1989). כפי שצוין ביחס למשתנה עבודה, גם בפרמטר זה רמה סוציאקונומית גבוהה ורכישת מקצוע עשויים לשפר את תחושת הביטחון של הפרט בעצמו והאמון שלו ביכולתו להצליח בתהליך השיקום (באנדורה 1997).

### היסטוריית שימוש בסמים:

8. גיל התחלת שימוש - על פי מחקרי (DARP (joe, Chastain, March. & Simpson 1990) נמצא שככל שגיל התחלת השימוש בסמים צעיר יותר, כך יורדת ההסתברות להשתחרר מן הסם. יתכן שההסבר לכך הוא שאנשים אשר התחילו להשתמש בגיל צעיר מאוד פתחו אישיות מתמכרת (Geandru & Geandru, 1970) המאופיינת בדפוסי חשיבה, רגש והתנהגות נרקומנים. במשך השנים, הדפוסים הללו מוטמעים וקשה מאוד לשנותם ולעצבם מחדש. ביטוי לכך נוכל לקבל אפילו מדווחי המטופלים אשר התחילו להשתמש בסמים בגיל צעיר ונוטים לומר "מאז שנולדתי אני זוכר את עצמי כך..", "ז"א שלמכורים עם היסטורית התמכרות ארוכה אין "SELF" אחר מלבד ה"נרקומן" ולכן גם השנוי כרוך בקשיים רבים.

9. דפוס שימוש בסמים - כאן הכוונה לאופן השימוש בסמים (עישון, הרחה, בליעה או הזרקה), תדירות השימוש בסמים ומשך השימוש בסמים. יש לציין כי המעבר מעישון או הרחה להזרקת הסם מסמל הידרדרות. כמו כן שימוש במספר סוגי סמים יחד ("קוקטייל") מעיד על פרוגנוזה גרועה ביותר (שופמן 1991).

10. שימוש בסמים קשים - כגון: הרואין וכדומה, מנבא סיכוי נמוך יותר להצליח בתהליך הגמילה מאשר שימוש בסמים "קלים" (שופמן 1991).

#### רקע לגבי המשפחה חברה וסביבה:

11. סמים או אלכוהול במשפחה - קיומם של דפוסי שימוש במשפחת המוצא עלול לחבל בסיכויי השיקום. לעומת זאת, עמדות חד משמעיות השוללות שימוש בסמים עשויות לסייע לפרט בשינוי ההתנהגות השלילית ובשימור השנוי. ממצא זה מחזק את הנחות הגישה הקוגניטיבית ביחס לשימוש בסמים. כפי שתואר קודם, הורים המחזיקים בעמדות חיוביות כלפי שימוש בסמים עשויים להשפיע על ילדיהם באימוץ עמדות אלו, בכונות להתנסות בסמים ובשימוש בסמים (ברנע, רהב וטייכמן 1987, ברנע 1985). בעבודה עם מטופלים אני עדה לכך כי השימוש בסמים במקרים רבים מאוד הנו דפוס בנדורי. כמו"כ מטופלים רבים מתקשים מאוד לשמור על ניקיונם מסמים כשקיימים בני משפחה אחרים המשתמשים באופן פעיל בסמים. זו אחת הסיבות למעשה שמטופלים במצבים אלו מופנים אל מסגרות מחוץ לקהילה.

12. משפחת מוצא יציבה - במשתנה זה ההתייחסות היא אל מבנה המשפחה, גדילה לצד שני הורים, הנורמות המקובלות במשפחת המוצא ביחס לערכי העבודה וכיו"ב. שוב באות לידי ביטוי עיקרי הגישה הסוציולוגית בדבר חשיבות המשפחה כגורם מעצב בהתפתחות דפוסי שימוש בסמים (ברנע, רהב וטייכמן 1987, באנדורה 1997).

13. חברה - סוג החברים עמם מתרועע המכור הנו משתנה בעל משקל בניבוי ההצלחה או הכשלון. לפיכך גם הטיפול המקצועי וגם הקבוצות לעזרה עצמית ממליצים על המנעות משהייה בחברת אנשים הצורכת סמים. לדוגמא במסגרת ה - N.A נמצא המלצה להימנע מ"אנשים" וכאן הכוונה לשהייה במחיצת נרקומנים פעילים הצורכים סמים או סוחרי סמים. ממצא זה תואם כאמור את עיקר הגישה הסוציולוגית לפיה לקבוצת השווים ישנו משקל רב בעיצוב דפוסי השימוש בסמים של הפרט (Kandel & Andrews, 1987).

14. זמינות הסמים - על פי הספרות קיים קשר בין שמוש בסמים לבין זמינות הסם. נציין למשל את גישתו של סמארט (Smart, 1980) הטוען כי צעירים המוכנים להשתמש בסמים לא יגיעו לכך אלא אם כן יהיה הסם זמין עבורם. מחקרים אחרים (Robins, Helzer, Hesselbrock & Wish, 1980) אשר נעשו בקרב חיילי המשלוח של צבא ארה"ב מחזקים את הטענה ומדווחים כי שהייה בסביבה רווית הירואין, באיכות מעולה ובמחיר שווה לכל נפש גרמו לכך שרבים ישתמשו בסמים על מנת להקל על תחושותיהם ואילו מעבר אל סביבה פיסית שונה, בה מחיר ההירואין גבוה יותר ואיכותו נמוכה מאוד, גרם להפסקת השימוש בסמים.

### משתנים אישיותיים

15. מוטיבציה ויוזמה פנימית לנקיון מסמים - על פי טייכמן וקידר (1988), מתמכר אשר פונה לטיפול עקב לחצים של גורמים חיצוניים כגון: משפחה, מקום עבודה, או שלטון החוק וללא הכרה פנימית ומוטיבציה מצידו, סיכוייו להתמודד בהצלחה עם התלות וההתמכרות קלושים. הרעיון הגלום במוטיבציה הוא בעצם המבדיל בין התמכרות למחלה קלאסית כלשהיא. בהתמכרות לסמים למוטיבציה יש משקל גדול בשתי הקצוות של ההפרעה: מצד אחד, הכניסה לסמים והמשך השימוש בהם, ומצד שני: היציאה מהם. לעומת זאת במחלות האחרת הקלאסיות, לתחילתן ולסופן אין ממש קשר עם מוטיבציה. אם ניקח לדוגמא זיהום בקטרילי, מצד אחד המטופל לא בוחר את המחלה ומצד שני כדי להכחיד מחלה זו לא יעזור לו רצונו אלא סוג האנטיביוטיקה המתאימה אשר תינתן לו. הדגשת הגורם המוטיבציוני מאשש את הנחות הגישה הפסיכודינמית הגורסת כי למעשה הטיפול בנפגעי סמים הנו מורכב וכרוך במאמצים רבים. אחד מ"סודות ההצלחה" בטיפול הוא רצון



ומוטיבציה אישית של המכור לטפל בבעייתו. ללא הנעה פנימית זו יתקשה המטופל לעמוד בדרישות הטיפול (גרין 1995).

16. שקיעה ב"תחתית" - במסגרת העבודה עם מכורים מסתברת עובדה פרדוקסלית: ככל שהמתמכר צורך סמים תקופה ארוכה יותר, המוטיבציה להיגמל גבוהה יותר, וככל שתקופת השימוש קצרה יותר, המוטיבציה להיגמל נמוכה יותר. תופעה זו אושרה בספרות המקצועית ועומדת בסתירה למיתוס הקיים בציבור, לפיה ככל שהמשתמש בעל היטורייה ארוכה של שנות שימוש כך קטנים הסכומים שיפסיק להשתמש. הסבל מהתמכרות לסמים הוא גורם מרכזי ליצירת המוטיבציה. הוא מתבטא במישורים שונים: משפחתי - חברתי (אבדן מערכות יחסים, גירושין, מסירת ילדים לאימוץ), פסיכולוגי (דכאון, חרדה), כלכלי (אבדן הרכוש, צבירת חובות), מישור פלילי (מעצרים, בתי סוהר) ומישור רפואי - בריאותי (מחלות וכיו"ב). קבלה והבנת התופעה שהמוטיבציה לגמילה גדלה אצל מתמכר הצורך סמים תקופה ארוכה, היא חשובה ביותר ויכולה להוות פתח להבנת היווצרות המוטיבציה לסיום ההתמכרות ולהשפיע על תכנון ההתערבות הטיפולית. לסבל יש למעשה מימד תירפויטי. החסרון הוא בקושי לאמוד אותו בשל היותו סובייקטיבי (טייכמן וקידר 1988). ביסוס לטענה זו נמצא בדברי חז"ל: "אמרו ישראל לפני הקדוש ברוך הוא: רבוננו של עולם: אימתי אתה גואלנו? אמר להם: כשתרדו למדרגה התחתונה, אותה שעה אני גואלכם" (מדרש חז"ל). הסבר נוסף לממצא זה נוכל למצוא כאמור בספרות בנושא "תהליך השנוי". בהתאם לגישה הקוגניטיבית, ההחלטה להיגמל הנה תוצאה של "מאזן החלטה" אשר מבצע המכור טרם הגמילה. קיום של חסרונות, "מחירים" ואבדנים כבדים כתוצאה מהשימוש בסמים עשוי להביא את הפרט להחלטה להיגמל (דורון 1996).

17. חיפוש ריגושים - על פי מחקרים שונים (ברנע, רהב וטייכמן 1987, Sarben 1984), מבין מגוון תכונות האישיות, לתכונה "חיפוש ריגושים" יש קשר ישיר עם שימוש בסמים. יתכן כי ממצאים אלו ניתן לקשור עם התיאוריה של צוקרמן (Zuckerman, 1984). על פי תיאוריה זו למכורים מסמים ישנו צורך רב יותר בגרייה מאחרים. התערורות הצורך הזה עלולה להביא לא אחת לחיפוש ריגושים בעולם הפשע והסמים.

18. מעורבות בפלילים - על פי מחקרי DARP (Simpson, Joe, Chastain, March. & Simpson, 1990) מעורבות

נמוכה בפלילים נמצאה קשורה להצלחה רבה יותר להיגמל. ממצא זה מתקשר כאמור להנחות הגישה הסוציולוגית, הטוענת לכך שהפרט מושפע מסביבתו החברתית. שהייה במחיצת עבריינים העוסקים בפלילים מקשה על סיכויי הפרט להיגמל. כמו כן נוסף לכאן את ממצאיו של Smart (1980), לגבי קיומם של גורמים מצביים: עיסוק בפלילים, זמינות של כסף רב ושל סמים עלול להשפיע על החלטת הפרט להשתמש בסמים. העבודה עם מכורים מלמדת כי פעמים רבות מכורים נקיים מסמים ממשיכים לעסוק בפעילות עבריינית זו או אחרת לשם הריגוש. התנהגויות אלו מוסברות על ידי התיאוריות הפסיכולוגיות כצורך של הפרט בחיפוש ריגושים.

19. היסטוריה עבריינית - עבר פלילי עשיר, היסטורייה של מעשי עבריינות וישיבה בבתי כלא הנם מנבאים לכוון שלילי ביכולת הפרט לשרוד בתהליך הגמילה והשיקום. מכורים אשר למדו לשרוד בעולם העברייני ולהגן על עצמם במשך שנים של ישיבה בבתי כלא, פתחו לעצמם "אני עליון" הרסני ואישיות המאופיינת בערכים, נורמות ודפוסי חשיבה והתנהגות עברייניים מושרשים אשר קשה מאוד לשנותם (Wurmsser, 1984).

20. דמוי עצמי נמוך - במחקרים שונים נמצא כי ישנו קשר בין דמוי עצמי חיובי לבין הפסקת השימוש בחומרים פסיכואקטיביים. כאמור בתקופת מלחמת ויאטנם חיילים רבים מצבא ארה"ב השתמשו בסמים. עם שובם הביתה הפסיקו חיילים בעלי דמוי עצמי גבוה את השימוש לרעה בחומרים פסיכואקטיביים. לעומתם, חיילים אשר נמצאו בעלי דמוי עצמי נמוך המשיכו להשתמש בסמים (אפלבאום 1994). ממצא זה הולם את עיקרי המודלים אשר הובאו קודם: המודל של מארלט (Marlatt, 1982) לגבי חשיבות פתוח תחושת השליטה של הפרט על גורלו וכן המודל של באנדורה (Bandura, 1997) לגבי טיפוח הדמוי העצמי של המכור כמפתח להמנעות משימוש בסמים.

21. אמביוולנטיות - על פי מחקרו של בורגונסקי (1994) מכורים לאופאטים אובחנו כבעלי הפרעת אישיות ולכן אופיינו גם ברמת אמביוולנטיות גבוהה. החוקרים מניחים כי האמביוולנטיה משפיעה על ההחלטה לחזור חזרה לשימוש בסמים. ממצא זה מחזק את טענות הגישה הפסיכודינמית כי הטיפול בהתמכרויות תובעני ודורש

מוטיבציה ומשאבים נפשיים נוספים מהמטופל. מכורים אשר אינם בעלי הנעה פנימית והחלטה להיגמל יתקשו לשרוד בתהליך זה (גרין 1995).

22. חרדה ודכאון - מחקרים שונים (וביניהם מחקריהם של Khantzian, 1980, Marlatt, Robins, 1985, et al) 1982 מצביעים על כך כי קיים קשר בין רמות גבוהות של חרדה ודכאון, לבין שמוש בסמים בקרב צעירים ומבוגרים כאחד. הפחתת גורמי חרדה קשורה בהפחתה בשמוש בסמים ואף בהתנזרות מוחלטת. כאמור, ממצאים אלו תומכים בהנחות הגישה הפסיכולוגית. מצבים רגשיים כגון: חרדה, תסכול ודיכאון נמצאו כקשורים בהתנסות בשימוש בסמים (Khantzian, 1985, טייכמן 1989).

23. אימפולסיביות - לעוצמת האימפולסיביות יש משקל רב בפרוגנוזה של המטופל. לאמפולסביות יש קשר עם מידת הנפילות חזרה לסם ולתקופות ניקיון קצרות יותר יחסית למכורים ללא תכונה זו. ניתן אולי לקשור אימפולסיביות עם מידת המחשבה אשר מקדיש הפרט להחלטותיו. על פי התיאוריה הקוגניטיבית, ההחלטה להשתמש בסמים הנה החלטה מודעת (Fishbein, 1982). כחלק מתהליך קבלת ההחלטה מבצע הפרט מאזן החלטה בעד/נגד שימוש בסמים. נוכל לשער איפוא כי בקרב אנשים המאופיינים בהתנהגות אימפולסיבית תהליך קבלת ההחלטה הנו מהיר ואימפולסיבי.

24. מעורבות חברתית בפעילויות קהילתיות - השתתפות בפעילויות הקשורות בדת או בבית כנסת מגבירה את הסכוי להצליח בטיפול ושיקום (Westermeyer, 1989). מחקרם של Napier Bachtel & Carter, 1983 (מצביע על כך שצעירים המשתמשים בסמים, אפילו באופן מזדמן הם בעלי ערכים דתיים פחותים בהשוואה ללא משתמשים. ממצאים אלו מחזקים את הנחות התיאוריות הסוציולוגיות. ההשתייכות למסגרת דתית מעניקה לפרט אורח חיים מובנה, סיפוק לצרכים חברתיים, הקלה בתחושת האחריות הכבדה שעל כתפי הפרט משום שדברים נעשים על פי רצון הבורא וכן תחושת מחוייבות של הפרט למלא אחר נורמות החברה המקצה שימוש בסמים. כל אלה עשויים לסייע למכורים "מאמינים" לשמר את ניקיונם מסמים בהשוואה "ללא מאמינים" (גרין 1995).

### משתנים הקשורים לטיפול

25. תקופת הטיפול - על פי מחקרי DARP (Joe, Chastain, March. & Simpson, 1990) ומקורות נוספים (Westermeier, 1989, אפלבאום 1994) ככל שהפרט נמצא זמן רב יותר בטיפול כך גדל הסכוי שיישמר את הישגיו. ממצא זה מאשש את התפיסה כי בעיית ההיתמכרות מורכבת ממספר מימדים: פיסולוגים, נפשיים והרוחניים ("ספר האנ.איי - תל אביב") ולכן הטיפול כרוך בהתייחסות אל כל הממדים ולשלב את כל תהליכי הגמילה השונים: גמילה פיסולוגית, גמילה נפשית, שיקום משפחתי וכיו"ב, דבר הדורש שהייה ממושכת במסגרת הטיפול.

26. סוג הטיפול - מטופלים אשר השתתפו בתכנית טיפול הכוללת אשפוז, תרפייה קבוצתית, ייעוץ פרטני, הכשרה לתעסוקה ואימון לפתרון בעיות בעלי סיכוי רב יותר לשמור זמן רב על נקיון מסמים (1989). Westermeier, פרוגנוזה זו מתאימה לתפיסה של אנשי המקצוע את בעיית ההתמכרות כבעייה רב ממדית המחייבת טיפול אנטגרטיבי הכולל גמילה פיסולוגית, טיפול נפשי, שיקום משפחתי - חברתי, הכנה ליציאה לעבודה וכדומה. (טייכמן וקידר 1998).

27. התערבות בשעת משבר - פסיכותרפייה בשעת משבר תסייע למכורים להתמודד עם משברים ולשמור על נקינותם (Westermeier, 1989), ממצא זה נמצא מתאים למשתנים אשר תוארו לעיל המדגישים את חשיבות הטיפול ככלי לשימור הניקיון סמים. יחד עם זאת, הדגש כאן הוא גם על יכולת המכור לבקש עזרה במצבי משבר. טענה זו קשורה אל המודל אשר תיארונו קודם, המודל של מארלט (Marlatt, 1982) לפיו אחת המטרות בטיפול במכורים היא לסייע למכור ללמוד לזהות מצבי סיכון ולרכוש דרכי התמודדות פונקציונליות במצבים הללו. אחת עצות של מארלט היא פנייה בעתות משבר לבקשת עזרה מחברים מכורים (כנהוג בקל"ע A.A, N.A) וכן פנייה לעזרה מקצועית.

28. טיפול בכפייה/וולנטרי - מחקרים מראים כי ההנחה שמטופלים לא וולונטריים אשר הופנו לטיפול על ידי גורמים חיצוניים כגון: בית משפט, שרות בתי הסוהר וכיו"ב, הנם בעלי סיכוי נמוך להיגמל מסמים ביחס למטופלים וולנטריים - מופרכת. זאת אומרת שאין הבדל מובהק במצב הניקיון בין מטופלים אשר מגיעים אל הטיפול בכפייה לבין אלו אשר פונים לטיפול מיזמתם (יחזקאלי ושלדו Simpson & Friend, 1995), (1988).

29. טיפול בגבולות הקהילה - מסתבר כי מטופלים נוטים להשתתף ולשרוד יותר בטיפול לגמילה הניתן במסגרות במקום מגוריהם ופחות נוטים להישאר בטיפול במסגרות מחוץ לעיר מגוריהם (אברהמי, מילר וירמיהו), (1998).

### המתקן

אלו הם משתני הרקע המגדילים את ההסתברות של המתמכרים להישאר נקיים מסמים. במרבית הסוכנויות לטיפול בנפגעי סמים התכנית הטיפולית אינה מותאמת לאישיותו של המטופל, כשריו, בעיותיו הייחודיות וסביבתו החברתית אלא להיפך, המטופל נדרש להתאים עצמו לתכנית (לוונטל 1991). דוגמא מוחשית למצב המתואר לעיל נמצא במסגרת המערך העירוני בבאר-שבע בו פועלות מספר יחידות לטיפול במתמכרים. היחידות הללו קיימות מזה 10 שנים בקירוב. מידי יום נעשית עבודה אינטנסיבית אך בפועל, אין בידי העובדים המתווים את תכנית הטיפול עבור המטופלים המכורים כלים דיאגנוסטיים לאבחון והתאמת הטיפול אל המטופל. בהמשך אביא ראיון אשר ערכתי עם הגב. סוויפר (סוויפר, 1999) מרכזת הועדה לאבחון ומעקב ונראה כי למעשה למעט פרמטרים בריאותיים בד"כ אין מניעה שמכורים ישתתפו בתכנית הטיפול במערך. ז"א שהאבחון אינו אבחון "פסיכוסוציאלי" במובן המובהק של המילה, אלא יותר אבחון רפואי. כמו כן כל מטופל רשאי לבקש להכנס למסלול הטיפול מספר פעמים. בעבר היתה הגבלה על מספר הפעמים שבהם הורשה מטופל להיגמל באישפוזית. תקנה זו בוטלה ומטופלים יכולים להשתתף במסלול הטיפול באופן לא מוגבל (סוויפר 1999). להלן תיאור מסלולי הטיפול העומדים בפני

## המכורים

המעוניינים להיכנס אל מעגל הטיפול:

מטופלים אשר מעוניינים להיגמל מסמים מגיעים אל היחידה לטו"ש (טיפול ושיקום) ומבטאים את רצונם בגמילה. עו"ס מהיחידה, עורך "אינטייק" על מנת להכיר את המועמד לגמילה ולהמליץ על כווני גמילה המתאימים למועמד. בהמשך, המטופל נשלח לבצע בדיקות רפואיות על מנת לוודא את מצבו הבריאותי בטרם יכנס לגמילה פסיולוגית. עם קבלת תוצאות הבדיקות הרפואיות מוזמן המועמד לוועדת הכוון ומעקב לצורך התווית תכנית טיפולית. (סוויפר, 1999).

וועדת הכוון ומעקב מתכנסת מידי יום ג', על מנת לא לעכב מכורים המבקשים להיגמל. המשתתפים בוועדה: מרכזת (עו"ס), רופאה, נציג תחנת המתדון (עו"ס), נציג היחידה לטו"ש (עו"ס), הנוכח במקרים מסוימים. בד"כ מסתפקים בהמלצתו בדו"ח אשר מגיש לוועדה טרם התכנסותה) ונציג משרד הבריאות.

הקריטריונים להפניית מטופלים אל היחידות השונות מבוססים ברובם על שקולים רפואיים, לדוגמא, המופנים לאישפוזית חייבים לענות על הקריטריונים הבאים: גיל 18, דו"ח סוציאלי, בדיקות רפואיות, אישור ועדת הכוון ומעקב, תשלום דמי הוועדה (60 ש"ח) ודמי האישפוזית (1250 ש"ח). יתקבלו לאישפוזית מועמדים נשאי נגיף איידס, חולי צהבת, חולי שחפת פעילה ומועמדים בעלי הפרעת אישיות יתקבלו אך ורק עם אישור הפסיכיאטר המטפל. מנועים מלהתקבל לאישפוזית נשים בהריון וחולי נפש מאובחנים בסכיזופרניה או בפסיכוזה.

הכניסה אל האישפוזית אינה מוגבלת במספר ניסיונות, אך עדיין צוות האישפוזית שומר לעצמו את הזכות להחליט איזה מועמד יתקבל ואיזה לא ( בד"כ בשל התנהגויות אלימות בניסיונות הגמילה הקודמים).

הפנייה לגמילה אמבולטורית (גמילה בבית המטופל, הנעשית בלוויית רופא) נועדה למטופלים אשר מעוניינים לקצר את תהליך הגמילה הפיסיולוגית. התנאים לגמילה אמבולטורית הם לווי של קרוב אשר יהיה אחראי לטפל במכור בזמן הגמילה. הלווי כולל מתן תרופות להרגעה, משיחת שמנים, מקלחות וכיו"ב. הגמילה נועדה למטופלים אשר בעברם התנסו בגמילה פיסיולוגית עצמית ללא אשפוז מוסדי ולמטופלים אשר צורכים מינון של 3 - 4 מנות סם ליום (עד 0.22 גרם ביום).

המופנים לטיפול במתאדון חייבים לעמוד בקריטריונים הבאים: משתמשים בסמים מגיל 18 ומעלה ומועמדים אשר בצעו את הבדיקות הרפואיות. יתקבלו למתדון משתמשים בסמים אשר הנם חולי נפש מאובחנים בתנאי שיביאו חוות דעת המאשרת קבלתם + המשך יעוץ אצל הפסיכיאטר, חולי שחפת לא פעילה, נשים בהריון ואסירים

משוחררים אשר במהלך מאסרם טופלו בתחזוקת מתאדון. לא יתקבלו למתדון מטופלים (למעט חולי נפש) שזהו ניסיון הגמילה הראשון שלהם משום שיומליץ להם לנסות גמילה פיסיוולוגית בטרם יתנסו במתדון ומטופלים אשר נטלו סם מסוג קריסטל לא יתקבלו למתדון משום ששימוש בסם זה אינו גורם לתסמונת גמילה אלא מופיע דיכאון ונטילת מתאדון אינו משיגה את מטרותיה.

מסלול טיפולי נוסף אפשרי המוצע במסגרת הוועדה הוא גמילה פיסיוולוגית באישפוזית ויציאה לטיפול בקהילה מחוץ לעיר. מסלול זה נועד בד"כ למועמדים אשר אין להם מחסה קבוע והולם גמילה ולכן יש לדאוג כי מסלול הטיפול יהיה רציף, מה שמכונה מסלול טיפול "מדלת לדלת" (סוויפר, 1999).

מסלול הטיפול במרכזי יום אינו נדון במסגרת וועדת הכוון ומעקב. למרות זאת, למען קבלת תיאור שלם של המסלול אותו המטופל יעבור, להלן הקריטריונים לקבלה למרכז יום: מטופלים נפגעי סמים הנקיים מסמים, מגיל 18 ומעלה אשר הופנו על ידי גורם מקצועי כלשהוא, או מטופלים אשר הופנו בעצמם ונמצאים בקשר עם גורם מטפל. השהות במרכז היום הנה המשך ישיר של כל סוגי הגמילות: ביתית, אישפוזית, אמבולטורית עצמית. ייתכנו מספר כניסות אל מרכז היום על פי מספר הגמילות. כאמור אלו הקריטריונים המנחים את חברי הוועדה לאבחון ומעקב בהתוויית תכנית הטיפול למועמדים לגמילה ושיקום. מסלולי - הטיפול הפתוחים בפני המטופלים הם:

- א. הפנייה לגמילה פסיוולוגית באישפוזית + המשך טיפול פסיכו - סוציאלי במערך בב"ש.
- ב. הפנייה לגמילה פסיוולוגית באישפוזית + המשך טיפול בקהילה מחוץ לב"ש.
- ג. הפנייה לגמילה ביתית + המשך טיפול במערך העירוני בבאר - שבע.
- ד. הפנייה לטיפול בתחליף סם בתחנת המתאדון.

במחקר זה נתמקד במטופלים אשר הופנו לאופציה א', האורכת 9 חודשים במוצע. המסלול העומד בפני המטופלים המופנים לאופציה א' כולל את התחנות הבאות, לרבות התחנות הטיפוליות הקיימות לפני הזימון לוועדה: המכור לסמים מגיע אל היחידה לטיפול בנפגעי - סמים, אשר מהווה את "שער הכניסה" למעגל הטיפול ומבטא את רצונו בגמילה, לאחר מכן מתקבל לשיחות "אינטייק" על ידי עובד סוציאלי אשר בודק עימו את את הרקע האישי, הסטורית המטופל, ההחלטה להיגמל וכוונת הטיפול האפשריים עבורו. במהלך שיחות ה"אינטייק" מטופל מופנה לעריכת בדיקות רפואיות שונות, על מנת לוודא את מצבו הבריאותי בטרם יכנס לגמילה. עם הבאת המטופל

את תוצאות הבדיקות הרפואיות הוא מוזמן ל**וועדת הכוון ומעקב**. הוועדה מתווה **תכנית גמילה** עבור המכור. כאמור המסלול המתואר כאן הוא גמילה באישפוזית + המשך טיפול פסיכוסוציאלי. בשלב הגמילה הפיסית - המטופלים שוהים באישפוזית כ - 21 - 14 ימים לניקוי גופם מהסמים. במסגרת הטיפול נוטלים חלק בפעילות יומיומית קבועה על פי לוח זמנים מאורגן. בימי הגמילה הראשונים סובלים המטופלים ממכאובים פסיים ולכן הגישה כלפיהם מאפשרת מנוחה. כעבור מספר ימים כאשר מסיימים את השלב האקוטי בגמילה הפיסיולוגית מצטרפים לפעילות השוטפת באישפוזית, הכוללת קבוצות טיפוליות, שיחות פרטניות, ספורט ושיאצו. במקביל, המטופלים נוטלים חלק מרכזי בתחזוקת המקום ושותפים לנקיונות וכיו"ב. לקראת סיום האשפוז נעשית עבודת הכנה עם המטופלים ביחס להמשך הטיפול והשיקום.

עם סיום הגמילה הפיסיולוגית, המטופל מופנה לתקופת התאוששות במסגרת **מרכז - יום הקל"ט** בחסות משרד הבריאות. משך השהות בקל"ט עד 45 ימים. מרכז היום פועל חמישה ימים בשבוע. במהלך השבוע נלקחות דגימות שתן מהמטופלים המעידות על היותם נקיים מסמים. מטרת הטיפול בקל"ט היא להעניק למטופלים בתקופה המבלבלת והקשה שלאחר סיום הגמילה הפיסיולוגית, מסגרת תומכת ומאפשרת. המטופלים לומדים לבצע משימות יומיומיות קלות ובסיסיות כגון: הקפדה על הופעה נאותה, גילוח מידי יום, הגעה אל המרכז בזמן, התודעות ראשונית למישורי טיפול שונים כגון: קבוצות, שיחות, שמירה על ניקיון מסמים וכיו"ב. המטרה הנה להכשיר את המטופל לקראת המשך הטיפול הפסיכוסוציאלי. מטופלים המסיימים את שהותם בקל"ט מתקדמים לשלב הטיפול הפסיכוסוציאלי הניתן **במרכז היום ביחידה לטיפול בנפגעי-סמים**. משך הטיפול במרכז-היום הנו ששה חודשים. מכיוון שמרבית הטיפול נעשה ביחידה לטו"ש ועל רקע עבודתי ביחידה אפרט מעט על הנעשה במרכז היום. הקונספציה הטיפולית הקיימת ביחידה לטו"ש מבוססת על "מעבדה" שבה חוקים, משמעת, תפקידים, סמכות, אנשים, עבודה יצרנית, זכויות וחובות כנהוג בכל חברה. ההנחה היא כי מטופל אשר ילמד להשתלב במעבדה זו, הנוקשה בדרישותיה, יצליח בעתיד להשתלב בחיי החברה הנורמטיבית הנשענת אף היא על זכויות וחובות. מרכז היום פועל מידי יום משעות הבוקר ועד הצהריים. בניגוד לקהילה טיפולית שבה שוהה המטופל עשרים וארבע שעות ביממה, הרי שבמרכז היום, חוזר המטופל לביתו בשעות אחה"צ ועליו להתמודד "בזמן אמת" עם סביבתו הטבעית הכוללת משפחה, בת זוג, ילדים, תפקידים, מטלות פתוים ברחוב, חברים מהעבר הנרקומני ועוד. על המטופל להשתמש בכלים אותם רכש בטיפול ו/או להביא את הבעיות הנוצרות בסביבתו לדיון בקבוצות השונות. מרכז היום משמש כבמה עבור המטופל שבה הוא יכול "לשחק" תחת עינם הפקוחה של אנשי הצוות וללמוד את "כללי



המשחק" הדרושים לחזרה לחיים נורמטיביים, יצירתיים ואחראיים. על במה זו תהא זו אחריות המטופל להביא את קשייו ובעיותיו בפעילויות הטיפוליות ולבחון אלטרנטיבות שונות להתמודדות עמם. הגישה הטיפולית הנה אקלקטית וכוללת בתוכה את הגישות הקוגטיבית, הפסיכודינאמית, ההתנהגותית והמשפחתית-מערכתית. כל גישה באה לידי ביטוי בדרכים שונות בפעילות המרכז. לדוגמא הקבוצה הטיפולית מונחית ע"י מדריך ועו"ס ובד"כ משתתפים בה 10-15 מטופלים. המטרה בהנחה משותפת של איש ממסד (עו"ס) ומדריך מכור נקי מסמים הנה לסייע למטופלים לפתח יחסי גומלין עם דמויות שונות המייצגות ממסד. בקבוצה זו מעלים המטופלים בעיות הקשורות בחיי היום יום שלהם העולות הן בשעות הטיפול והן לאחר מכן עם שובם לביתם. בקבוצות בוחנים את דפוסי החשיבה הרגש וההתנהגות של המטופלים באינטראקציות היומיומית עם סביבתם הטבעית, בודקים מניעים לטנטיים להתנהגות ויתרונות והסרונות של דפוסים ועמדות ומסייעים בפתוח כישורי חיים. בקבוצה זו נדונה גם התנהגות המטופל במרכז היום, האינטראקציות בינו לבין חבריו בקבוצה ותגובותיו מול אנשי הצוות. נבחנת חשיבתו ותפיסת עולמו לגבי עצמו, קבוצתו, אנשי המקצוע והממסד. בקבוצות הטיפוליות במרכז היום נעשה שימוש בגישה הפסיכודינאמית לצורך זיהוי מנגנוני הגנה, הסרתם לצורך טיפול וזיהוי גורמים מעברו של המטופל אשר הביאוהו לשימוש בסמים. בנוסף נעשית עבודה רבה על שני עמדות, אמונות לא רציונליות ומחשבות אוטומטיות באמצעות טכניקות קוגניטיביות. כמו"כ קיימת מתכונת לפיה נהוג להסתייע בגישה הנרטיבית, להתמקד בסיפורי החיים של המטופלים ולסייע להם במהלך הטיפול בבניית נרטיב אחר. בולטות רבה יש לגישה ההתנהגותית, בעיקר בפעילות המטופל בתוך מרכז היום. במסגרת השהות היום המטופל נדרש לעמוד בדרישות המסגרת ולציית לחוקי המקום: הגעה בזמנים, קבלת סמכות, נתינת דגימות שתן 3 פעמים בשבוע להוכחת ניקיונו מסמים וכיו"ב. המטופל זוכה לחיזוקים חיוביים הן מחברי הצוות והן מחבריו לקבוצה על גלויי משמעת עצמית הבאים לידי ביטוי במשובים חיוביים מהצוות ומהחברים, בהעלאתו שלב בטיפול וכיו"ב. מאידך, הפרת כללי המשמעת תוביל לסנקציות טיפוליות כגון: השעיה מטיפול לצורך "עריכת חשבון נפש אישי" וכיו"ב. כחלק ממטרות המרכז לשקף מציאות חיים, ישנו דגש רב על פתוח מיומנויות עבודה. במסגרת הטיפול, המכורים נדרשים לעבוד בסדנאות תעסוקה. הם אחראים על "המוצר", על בצוע המשימה שנתנה להם מהתחלה ועד סיום. המטופלים נדרשים ללמוד לעבוד בצוות עבודה גדול: 20 מטופלים בממוצע, כאשר בידיהם מעט כלים. כמו כן, במסגרת הסדנאות המטופלים נדרשים ללמוד להשהות סיפוקים מיידיים: חל איסור לעשן, לאכול ולשתות בשעות העבודה ושאר פעולות מסוג זה. ניהול סדנת העבודה נתון בידי אישה וזאת בכונה תחילה על מנת לסייע למטופלים ללמוד

לעבוד עם מגוון דמויות סמכות: נשים, גברים, מכורים ו"נורמטיבים" (אנשים אשר לא היו מכורים לסמים בעברם).

מטופלים המסיימים את הטיפול במרכז יום ביחידה לטו"ש, מתקדמים אל השלב האחרון בטיפול, "טיפול בבוגרים". עם סיום הטיפול במרכז היום ביחידה לטו"ש רשאי המטופל, בהתאם לצרכיו, לבחור להמשיך את הטיפול ברמה פרטנית בלוי העו"ס המטפל, בד"כ לתקופת מעקב הנמשכת כשנה מיום סיום הטיפול. מטרת המעקב לאפשר לבוגרים תמיכה בהתמודדות עם דרישות החיים בשעה שיוצאים ממסגרת הטיפול, שלב בו הם עסוקים בחיפוש עבודה, חזרה לתפקודים שונים כהורים, בני - זוג, מפרנסים וכיו"ב.

אלו הם התחנות הטיפוליות הניצבות בפני מכור המעוניין להיכנס אל תהליך הגמילה והשיקום. כאמור, מסלול זה הנו אחד מני ארבעה מסלולים הפתוחים לרשות המכורים, ובאים לדיון חברי הוועדה. הוועדה פועלת מזה מספר שנים ותהליך קבלת ההחלטה ברוב המקרים הנו קצר וללא עיכובים רבים. מלבד הקריטריונים אשר תוארו לעיל, אשר מרביתם בעלי אופי "פיסיוולוגי - רפואי" אין לוועדה הערכות ייחודיות או כלים ספציפיים לאבחון מי מהמטופלים מתאים לאיזו שיטת טיפול וכאן למעשה נקודת הקישור למטרת המחקר.

**מטרת המחקר** הייתה לבדוק את משתני הרקע המאפיינים את המכורים אשר הצליחו לסיים את תהליך הגמילה במערך העירוני בבאר - שבע. חשיבות בדיקה זו מקבלת מישנה תוקף על רקע מגמות השינוי המתרחשות באופי האוכלוסייה המתמכרת לסמים. במסגרת עבודתי אני נוכחת לראות את שינוי פני האוכלוסייה המגיעה אלינו לטיפול: גיל השימוש יורד ויותר מכורים צעירים מגיעים אל יחידתנו. סוגי הסמים אשר בשמוש משתנים: אם בעבר עסקנו בטיפול במכורים להרואין, היום אנו מתמודדים עם התמכרויות לסמים חדשים כגון: אקסטאזי, "טריפים" וכיו"ב. נוסף לכך כניסת אוכלוסיות חדשות ליחידות הטיפול במתמכרים המביאות עמן צרכים ייחודיים אשר טרם למדנו לזהותם ומחייבת אותנו ליצור תכניות ומענים מתאימים עבורם.

בעיון בספרות נוכחתי לראות כי מחקרים רבים עסקו בניסיון לאפיין את המכורים אשר כן מצליחים לשרוד בתהליך השיקום והגמילה מסמים. אין מטרת מחקר זה "להמציא את הגלגל מחדש" או להוסיף עוד על מה שכבר קיים. החידוש היחידי, אך הבסיסי במחקר זה הוא שמדובר למעשה בבדיקת מערך ייחודי מסוגו בארץ מבחינת הקונספציה הטיפולית הקיימת בו, הפועל כמעט 10 שנים וטרם נבדק מחקרית. עריכת מחקר זה עשויה להניב שלושה תוצרים מרכזיים: איתור משתני הרקע של המטופלים אשר הצליחו לשרוד במסגרת התחנות הטיפוליות

במערך בבאר שבע, נתונים לגבי אחוזי הצלחה בכל יחידה במערך ואתור מוקדי נשירה במעברים בין היחידות. השערת המחקר נבנתה על סמך שני מקורות אינפורמציה עיקריים: איסוף אינפורמציה מהספרות לגבי גורמי הרקע השונים המגדילים את הסיכויים של המכורים לסמים לשמור על ניקיונם (טייכמן וקידר 1998, לוינסון, 1998, ברנע, טייכמן ורהב, 1987, נוינסקי, 1996, לוינסון, 1998, אפלבוואם, 1994). בנוסף, ראיון עם מנהל היחידה לטיפול בנפגעי סמים בבאר - שבע (בוטראשווילי, 1999) לגבי הערכתו את למשתני הרקע של מכורים אשר מצליחים לשרוד בכל תחנות המערך העירוני בבאר - שבע נקיים מסמים. בשיחה עם מנהל היחידה עלו מרבית המשתנים אשר צוינו קודם. מכיוון שהשאלונים אשר עמדו לרשותי לצורך איסוף הנתונים אודות אוכלוסיית המחקר אינם מתייחסים אל כל המשתנים אשר מצוינים בספרות, הוגדרה השערת מחקר אשר מתייחסת אל המשתנים הרלוונטיים המופיעים בשאלון המחקר.

**השערת המחקר:** משתני הרקע המאפיינים מכורים אשר הצליחו לשמור על ניקיון מסמים לאורך כל שלבי הגמילה והשיקום הם: גיל מבוגר, סטטוס נשוי + ילדים, מגורים משותפים, השכלה, התנסות בעבודה בעבר, שרות בצבא, מבנה משפחת המוצא, היסטוריה ארוכה של שמוש בסמים, שימוש בסמים קשים, אופן השימוש, הפנייה עצמית, טיפול במסגרת הקהילה.

**אוכלוסיית המחקר:** המחקר כלל 200 מכורים לסמים אשר פנו אל ה"ועדה להכוון ומעקב" וביקשו להיקלט במסלול גמילה באישפוזית + המשך טיפול פסיכוסוציאלי במסגרת היחידות במערך (קל"ט + טו"ש). הבדיקה הינה רטרופקטיבית מכיוון שמספר המועמדים לטיפול במערך העירוני בשנה הנו קטן יחסית למספר הנבדקים אשר לו אנו זקוקים על מנת לערוך מחקר אשר יאפשר גם הסקת מסקנות כלשהן. במחקר השתתפו מטופלים אשר פנו אל היחידה החל משנת 1995, בה הוקמה ועדת הכוון ומעקב ועד 6/98, תשעה חודשים לפני התחלת איסוף הנתונים 3/99), על מנת לאפשר למטופלים זמן לחוות את הטיפול במערך העירוני.

**איסוף הנתונים:** ברוב הסוכנויות החברתיות אוספים העובדים מידע על הפונה ועל מצבו ועורכים אבחנות מקצועיות, אולם פעילות זו אינה שיטתית ואינה עקבית (בנבנישתי 1993). מכיוון שתמונת מצב זו נכונה גם

ליחידה בטיפול בנ"ס בחרתי להשתמש בטופס הקיים ביחידה ויחסית לשאר הטפסים, ישנה הקפדה על כך שהמידע הנאסף בו יהיה עקבי ושיטתי. הטופס מלא בפרטים משמעותיים: פרטים דמוגרפיים, פרטים לגבי היסטוריית השימוש בסמים, תיאור הגמילות בעבר וכדומה. מדובר בגליונות טיפול של המועמדים לגמילה אותם ממלא העו"ס המטפל בקביעות ובאופן מלא מיד עם פנייתו הראשונה של המכור אל היחידה. גליון הטיפול מוגש לעיון ועדת "הכוון ומעקב". גליון זה תורגם לשאלון מקודד אשר שימש לצרכי עריכת המחקר. שאלון זה בדק פרטים דמוגרפיים, רקע משפחתי, שימוש בסמים והיסטוריה טיפולית. השאלון שימש כבסיס לניתוח משתני הרקע של המכורים אשר הצליחו לשרוד בתהליך הגמילה. כל המטפלים אשר מלאו את גליונות הטיפול ידעו על המחקר לפחות תשעה חודשים לאחר מילוי הגליון. לפיכך לא היתה אפשרות כלשהיא למאמץ מיוחד מצידם אשר ישפיע בדרך כלשהיא על התוצאות.

**כלי המחקר:** הנתונים עובדו ונותחו בעזרת תכנת **JMP** באמצעות כלי לנתוח סטטיסטי "Survival Analysis". כלי זה מתאים לבחינת מידע שבו המשתנים התלויים מתבססים על מרווחי - זמן שבין נקודת ההתחלה וסיום ספציפיים (Slonim - Nevo, Clark, Sall, Lehman, 1989). במחקר זה מדובר בתהליך טיפולי הנמשך תשעה חודשים במוצע עם נקודת התחלה ברורה: פניית המכור לסמים אל היחידה בבקשה להגמל ונקודת סיום מוגדרת: סיום טיפול במרכז היום ביחידה לטיפול בנפגעי סמים. במהלך תקופת הזמן תבחן "השרדות" המטופלים בשלבי הטיפול השונים אשר צוינו לעיל. כל נקודת התחלה או סיום בטיפול תחשב כתחנת זמן. תבוצענה הבדיקות הבאות:

א. ייבדקו משתנים דמוגרפיים ותערך השוואה ביניהם: שנת לידה, מין, ארץ מוצא, שנת עלייה, ארץ לידת האב והאם, אזור מגורים, שרות בצבא, עבר פסכיאטרי, הסטוריית שימוש בסמים, נסיונות גמילה בעבר וכיו"ב.

ב. ייבדקו מאפיינים של תהליך הגמילה:

- האם הגיעו לגמילה פסיולוגית באשפוזית וסיימו טיפול בה?

- האם הגיעו אל מרכז היום קל"ט וסיימו טיפול בו?

- האם הגיעו אל מרכז היום ביחידה לטיפול בנפגעי סמים וסיימו טיפול בו?

ג. ייבדקו מאפיינים של היחידות השונות במערך:

-אחוז המסיימים בהצלחה כל יחידה במערך העירוני.

-אחוז הנושרים מכל יחידה במערך העירוני.

- אחוז המטופלים הנושרים במעבר מיחידה אחת אל השנייה.

**מדדי התוצאות:** במחקר זה הוגדרה "הצלחה" כמי שהצליח לשרוד את כל תחנות הטיפול נקי מכל סם. היכולת לאמוד את ההצלחה היא באמצעות דגימות שתן אשר נלקחות מהמטופלים שלוש פעמים בשבוע. דגימות השתן נשלחות לבדיקה במעבדה בביה"ח תל-השומר. התוצאות מתקבלות ביחידה ובהן מעקב לגבי ניקיון/אי ניקיון מסמים של המטופלים. כמו"כ במקרים של שימוש בסמים אנו מקבלים דווח מדויק לגבי סוג הסם אשר בו נעשה שימוש.

## תוצאות

### אחוז המטופלים המגיעים לכל תחנה במערך העירוני לטיפול בנפגעי סמים:

תחנה	מספר מטופלים	אחוז מכלל אחוז מטופלים	אחוז המגיעים מהתחנה הקודמת
0 - הפניה	200	100%	-
1 - הגעה לאשפוזית	156	78%	78%
2 - סיום אשפוזית	83	41%	53%
3 - הגעה לקל"ט	59	29%	71%
4 - סיום קל"ט	51	25%	86%

92%	23%	47	5 - הגעה לטו"ש
51%	12%	24	6 - סיום טו"ש

### איתור מוקדי נשירה במערך העירוני לטיפול בנפגעי סמים

- תחנה 1 - הגעה אל האישפוזית - 156/200 מטופלים מגיעים. 22% נושרים.
- תחנה 2 - סיום אישפוזית (עד 21 ימים) - 83/156 מטופלים מסיימים. 48% נושרים.
- תחנה 3 - הגעה אל הקל"ט - 59/83 מטופלים מגיעים. 29% נושרים.
- תחנה 4 - סיום קל"ט (עד 45 ימים) - 51/59 מטופלים מסיימים. 13.5% נושרים.
- תחנה 5 - הגעה אל היחידה לטו"ש - 47/51 מטופלים מגיעים. 8% נושרים.
- תחנה 6 - סיום טו"ש (עד 6 חודשים) - 24/47 מטופלים מסיימים. 49% נושרים.

**תחנה 1: הגעה אל האישפוזית - בדיקת המשתנים החד מישתנית** - שני פרמטרים משפיעים על ההגעה אל האישפוזית: **כתובת מגורים ושימוש בסמים נרקוטיים**. מקרב 142 המטופלים שהם תושבי באר- שבע, 121 מטופלים הגיעו אל האישפוזית, לעומת 35/58 ממטופלי הפריפריה אשר הגיעו אל האישפוזית. דרגת המובהקות היא  $14.53 = \chi^2$ , יחס ההסתברות הנו 1.41. כמו"כ מתוך 171 מטופלים אשר דווחו על שימוש בסמים נרקוטיים 139 הגיעו לטיפול באישפוזית, לעומת 17/29 מקבוצת המטופלים אשר דווחו על שימוש בסמים אחרים לא נרקוטיים. רמת המובהקות  $7.78 = \chi^2$ , יחס ההסתברות 1.38.

**בדיקה הרב מישתנית** - סיכוי היסוד - (Intercept) להגיע אל האישפוזית הנו - 1.96. התוספת היחסית (Odds Ratio) של מטופלים המתגוררים בבאר שבע Odds Ratio - 4.16. של מטופלים המתגוררים בפריפריה Odds Ratio - 0.24. רמת המובהקות  $\chi^2$  קטן, ההסתברות שמטופל תושב באר - שבע יגיע אל האישפוזית גבוהה פי 4 מאשר מטופל המתגורר בפריפריה (לעומת יחס ההסתברות בבדיקה החד מישתנית 1.41). ביחס למשתנה "שימוש בנרקוטיים": סיכוי היסוד - (Intercept) להגיע אל האישפוזית הנו - 1.96. התוספת היחסית של מטופלים המשתמשים בסמים נרקוטים: Odds Ratio - 3.5. של מטופלים המשתמשים בסמים אחרים: Odds Ratio - 0.28. רמת המובהקות -  $\chi^2 = 7.78$  קטן, ההסתברות שמטופל המשתמש בסמים נרקוטיים יגיע

אל האישפוזית גבוהה פי 3.5 מאשר מטופל אשר משתמש בסמים אחרים לא נרקוטיים (לעומת יחס ההסתברות בבדיקה החד מישתנית 1.38). מבחן מובהקות Effect Likelihood Ratio Test : באר שבעיים - 14.7.  
"נרקוטיים" - 7.47.

**תחנה 2: סיום אישפוזית - בדיקה חד מישתנית** - המשתנים אשר קשורים בסיום טיפול באישפוזית הם: "עונה" - ("חורף"). הנתונים מראים כי מתוך 22 המטופלים אשר הגיעו בחודשי החורף (דצמבר - ינואר), 21 סיימו את תהליך הגמילה באישפוזית נקיים מסמים, לעומת 1 אשר לא סיים את התהליך ולפיכך גם לא היה נקי מסמים. מתוך 134 מטופלים אשר הגיעו בשאר העונות, 64 מטופלים סיימו את תהליך האשפוז נקיים מכל סם ו - 70 מטופלים לא סיימו את התהליך הטיפולי במסגרת האישפוזית. רמת המובהקות -  $Q = 21.3$ . יחס ההסתברות הנו 2.02 לטובת המתאשפזים בחודשי החורף.

**"עולים - מזרחיים"** - מתוך 119 מטופלים השייכים לקטגוריית "עולים-מזרחיים", 57 סיימו את הטיפול באישפוזית, לעומת 28/37 מקרב קבוצת "האחרים". רמת המובהקות  $Q = 9.19$ . יחס ההסתברות 0.62.  
**"יתום"** - מתוך 65 מטופלים אשר דווחו כיתומים 43 סיימו בהצלחה את הטיפול באישפוזית, לעומת 42 מטופלים אשר סיימו אישפוזית מתוך קבוצה של 91 מטופלים אשר דווחו כלא יתומים. דרגת מובהקות -  $Q = 6.18$ . יחס ההסתברות 1.39.

**"באר - שבע"** - מקרב 121 תושבי באר - שבע אשר הגיעו אל האישפוזית, 75 מטופלים סיימו טיפול באישפוזית, לעומת 10/35 בקרב המטופלים תושבי הפריפריה. רמת המובהקות  $Q = 12.4$ , יחס ההסתברות 2.17.

**"עבודה"** - מקרב 91 מטופלים אשר עבדו בעברם, 54 סיימו טיפול באישפוזית, לעומת 31/65 מטופלים אשר לא עבדו בעברם. דרגת המובהקות 2.07  $Q = 1.25$ . יחס ההסתברות 1.25.

**"גמילות בעבר 1-3"** - הממצאים מראים כי מתוך 101 מטופלים אשר בעברם 1-3 ניסיונות גמילה, 62 סיימו בהצלחה אישפוזית, לעומת 23/55 אשר סיימו מתוך קבוצת המכורים המדווחת על 0/4+ ניסיונות גמילה. דרגת המובהקות  $Q = 5.5$ . יחס ההסתברות 1.46.

**הבדיקה הרב מישתנית** - סיכוי היסוד לסיים אישפוזית הנו 3.13.

משתנה "חורף" - רמת המובהקות  $Q = 59.3$ . הסיכוי היחסי למאושפזים בעונת החורף הוא 33.3. כאמור, יחס

ההיסתברויות בבדיקה החד מישתנית 2.02.

מבחן מובהקות (-) E.L.R.Test (Effect Likelihood Ratio Test) = 18.93.

משתנה "עולים מזרחיים" - הסיכוי היחסי של העולים לסיים את האישפוזית 0.19 (לעומת 0.62



בבדיקה החד מישתנית). הסיכוי היחסי של המטופלים השייכים לקטגוריית "האחר" הנו 5.26. רמת המובהקות

$$E.L.R.Test = 11.12 \cdot 9.62 = \diamondsuit$$

משתנה **"באר - שבע"** - הסיכוי היחסי של מטופלים תושבי באר - שבע הנו 5.91 (לעומת הסיכוי היחסי אשר מצאנו בבדיקה החד מישתנית 2.17). הסיכוי היחסי של מטופלים תושבי הפריפריה הנו 0.16. רמת המובהקות

$$E.L.R.Test=14.16 \cdot \diamondsuit$$

משתנה **"עבודה"** - הסיכוי היחסי של המטופלים אשר התנסו בעבודה בעברם הוא 2.13 (לעומת סיכוי יחסי 1.25 אשר מצאנו בבדיקה חד מישתנית). הסיכוי היחסי של מטופלים אשר לא התנסו בעבודה בעברם הוא 0.46.

$$E.L.R.Test = 3.69 \cdot 3.6 \diamondsuit$$

משתנה **"יתום"** - הסיכוי היחסי של מטופלים יתומים הנו 2.32 (לעומת סיכוי יחסי 1.39 אשר מצאנו בבדיקה החד מישתנית). הסיכוי היחסי של מטופלים אשר אינם יתומים לסיים את האישפוזית הוא 0.43. רמת המובהקות

$$E.L.R.Test = 4.2 \cdot 4.1 = \diamondsuit$$

**ההגעה אל הקל"ט - בדיקת חד מישתנית** - משתנה אחד בלבד קשור בתחנה זו. התנסות בעבודה בעבר. הנתונים מראים כי מתוך 54 המטופלים אשר התנסו בעבודה בעבר, 41 מטופלים הגיעו אל הקל"ט לעומת 18 מטופלים מתוך 31 בקבוצת המטופלים אשר לא עבדה בעבר. רמת המובהקות  $\diamondsuit = 2.9$ . יחס ההסתברות 1.31. לאור הממצאים המעטים אשר קבלנו בבדיקה החד - מישתנית ומכיוון שלמעשה לא ניתן לנבא ההגעה אל הקלט אין משמעות לבדיקה רב מישתנית.

ביחס ל**סיום הקל"ט**, למעט משתנה **"עולים - מזרחיים"** לא ניתן היה לזהות משתנים אשר השפיעו על סיום המטופל את הטיפול בקל"ט. הנתונים מראים כי מתוך 39 מטופלים "עולים - מזרחיים" 31 הצליחו לסיים את הטיפול בקל"ט נקיים מסמים, לעומת 100% הצלחה בקרב ה"אחרים". רמת המובהקות  $\diamondsuit$  יחס ההסתברות 0.79. חשוב לציין כי מכיוון שמדובר במיעוט של מטופלים לא ניתן

להסיק מסקנות של ממש. לאור הממצאים בבדיקה החד מישתנית ובהעדר מספר משתנים מנבאים, אין משמעות לבדיקה רב מישתנית.

**הגעה לטו"ש - בדיקה חד מישתנית** - נראה כי הגורם **"הפניה עצמית"** קשור בהגעה אל היחידה לטו"ש. מקרב 47 מטופלים אשר הגיעו אל הטיפול 42 פנו מיזמתם, לעומת 5/7 מטופלים אשר הופנו על ידי גורם אחר (כאמור בית משפט, שרות מבחן, משפחה וכיו"ב). רמת המובהקות  $= 3.39 \diamondsuit$ . יחס ההסתברות הוא 1.33. מטופלים

אשר הופנו על ידי גורם אחר (כאמור בית משפט, שרות מבחן, משפחה וכיו"ב) רמת המובהקות = 3.39 ק  $\diamond$ . יחס ההסתברות הוא 1.33. המשתנה "עבודה" עשוי אולי לרמז על כוון כלשהוא: מקרב 32 מטופלים אשר הגיעו אל הטו"ש ודווחו על עבודה בעבר 19 סיימו טיפול ביחידה. לעומת 5 מטופלים אשר סיימו את הטיפול בטו"ש מקרב 15 מטופלים אשר לא עבדו בעבר. דרגת המובהקות - ק  $\diamond$  = 2.8. יחס ההסתברות - 1.78. יתכן כי נרמז כאן כוון מסוים אך שוב בשל מיעוט הנבדקים שנותרו בתחנה הסופית לא ניתן להסיק מסקנות אמיתיות. בהעדר מספר גורמים המנבאים את ההגעה אל הטו"ש, בדיקה רב מישתנית הנה חסרת משמעות.

**בדיקת מעקב** לאחר מילוי כל השאלונים פניתי אל העובדים ובקשתי שידווחו לי מה קורה לגבי כל אחד מהמקרים: האם המטופל נקי מסמים ואם לאו, על סמך ידיעתם. לגבי מקרים שלא היתה אינפורמציה לגביהם, נתבקשו לציין "לא ידוע". משתנה זה הוגדר כ"הערות". העובדים דיווחו על 199 מקרים. מתוך 24 הנבדקים אשר סיימו טיפול ביחידה לטו"ש, 20 נקיים מסמים, 1 לא נקי מסמים ו- 3 לא ידוע מה מצבם. מתוך קבוצת הנבדקים אשר לא סיימו את תהליך הטיפול ונשרו מהתחנות השונות (N=175) 10 נקיים מסמים, 118 אינם נקיים מסמים, לגבי 47 מקרים לא ידוע. עוד ביחס למעקב: מתוך קבוצת המטופלים אשר הגיעו לטיפול בשנת 1998 אבד הקשר עם 16%, בשנת 1997 אבד הקשר עם 37% מהמטופלים ובשנת 1995 אבד הקשר עם 12% מכלל המטופלים.

בהמשך לשאלת המחקר, קיימים שלושה משתני רקע המנבאים הישרדות המטופל בכל תהליך הגמילה:

א. "**באר שבע**" - 0 - תושבי פריפריה - ממוצע הישרדות = 2.18Mean - .

1 - תושבי באר - שבע - ממוצע הישרדות = 3.48Mean - .

דרגת מובהקות - ק  $\diamond$  = 18.18. ב = 0.001 > 0.05.

ב. "**עולים - מזרחיים**" - 0 - מטופלים מקבוצת "אחר" ממוצע הישרדות = 3.95Mean - .

1 - מטופלים מקבוצת "עולים - מזרחיים" ממוצע הישרדות = 2.86Mean - .

דרגת מובהקות - ק  $\diamond$  = 8.007. ב = 0.004 > 0.05.

ג. "**שימוש בסמים נרקוטיים**" -

1 - מטופלים המשתמשים בסמים נרקוטיים - ממוצע הישרדות = 3.22Mean - .

2 - מטופלים המשתמשים בסמים אחרים - ממוצע הישרדות = 2.48Mean - .

דרגת מובהקות - ק  $\diamond$  = 4.266. ב  $= 0.03 > 0.05$ .

דרגת הסיכון להישרדות (Survival) ביחס לכל תחנה (Time) במערך העירוני:

0 - הפניה אל האישפוזית - ממוצע ההישרדות - 0.81.

1 - הגעה אל האישפוזית - ממוצע ההישרדות - 0.51.

2 - סיום אישפוזית - ממוצע הישרדות - 0.36.

3 - הגעה אל הקל"ט - ממוצע הישרדות - 0.31.

4 - סיום קל"ט - ממוצע הישרדות - 0.28.

5 - הגעה אל הטו"ש - ממוצע הישרדות - 0.16.

6 - סיום טו"ש - ממוצע הישרדות - 0.05.

1. **Whole Model Test** - בחינת המודל בכללותו:

דרגת מובהקות - ק  $\diamond$  = 18.8

$> 0.0003 =$

ב

0.05

2. **Risk Ratio** - דרגת הסיכון להישרדות של כל אחת מהקבוצות:

א. "באר שבע" - דרגת הסיכון היחסי 0.76. פריפריה - דרגת הסיכון היחסי 1.31.

ב. "נרקוטים" - דרגת הסיכון היחסי 0.80. "אחרים" - דרגת הסיכון היחסי 1.25.

ג. "עולים - מזרחיים" - דרגת הסיכון היחסי 1.23. "אחרים" - דרגת הסיכון היחסי 0.81.

3. **Effect Likelihood Ratio Tests - L.R.ChiSquare** (בדיקת מובהקות):

א. "באר - שבע" - ק  $\diamond$  = 10.91.

ב. "נרקוטים" - ק  $\diamond$  = 4.03.

ג. "עולים - מזרחיים" - ק  $\diamond$  = 6.21.

## דיון

המחקר עסק באוכלוסיית נפגעי הסמים אשר פנו בבקשה לטיפול לגמילה מסמים במסגרת היחידות הטיפוליות במערך העירוני בבאר שבע. בטרם נפתח את הדיון, ברצוני לציין כי אחת הסכנות במחקרים מסוג זה היא לקבל את

הממצאים ולצייר פרופילים, פרופיל של אדם המועד להצלחה ופרופיל של אדם שייכשל בתהליך הגמילה. מטרת מחקר זה אינה לתאר מה גורם להצלחה או להביא רצפטים איך להיות "נקי מסמים לכל החיים" משום שלא קיים מושג כזה. מטרת המחקר היא להצביע אל "אותות" להתאמה או חוסר התאמה של המטופל אל מסלול הטיפול המסוים אשר נבדק. מתוך כל הממצאים אשר נתקבלו יש לזהות את הנושאים, אשר אנו העוסקים בטיפול בנפגעי סמים צריכים לתת את הדעת לגביהם. שאלות כגון: מדוע העולים - המזרחיים מתקשים יותר לשרוד בתהליך הגמילה?, מה ניתן לעשות למענם?, מדוע שימוש בסמים נרקוטיים מנבא הצלחה בתחילת תהליך הגמילה ולאחר מכן, עם ההתקדמות בשלבי הגמילה, אנו רואים כי סיכויי ההצלחה של המשתמשים בנרקוטיים אינו גבוה יחסית להתחלה? ועוד כהנה וכהנה שאלות המתעוררות לדיון בעקבות ממצאי המחקר. אך קודם נתחיל בהיכרות עם האוכלוסייה.


הנתונים מראים כי אחוז גדול מהמטופלים פנו לטיפול בשנת 98 - 97 (כ - 73%). ייתכן שההסבר לכך הוא ברמה של מדיניות הסוכנויות. בניגוד לעבר, בשנתיים האחרונות הן היחידה לטו"ש והן ועדת הכוון ומעקב ממוקמות תחת אותה קורת גג ("בית חוסן"). הנגישות בין העובדים והיכולת לעבודת צוות משותפת מגבירה את התיאום, המעקב והפקוח. כמו"כ ישנה הקפדה על כך שכל מטופל המעוניין בגמילה פיסולוגית יעבור דרך וועדת הכוון ומעקב. יתכן, כי עובדות אלו מסבירות את ריבוי ההפניות למסלול הטיפולי במערך בשנתיים האחרונות לעומת מספרם המצומצם בשנים שלפני. למען הדיוק, אוסיף כי ממש בימים אלה, מתוך שיקולים שונים שוב הל שינוי במיקום הוועדה. חברי - הוועדה מתכנסים מעתה בתחנת המתדון. לא ברור אילו מגמות יכתיב שינוי זה.


מרבית המטופלים (47%) פונים בבקשה לטיפול בחודש החורף, דצמבר - ינואר (☞☞☞). פחות מטופלים פונים בעונת המעבר ובעונת הקיץ. ממצא זה אינו מפתיע משום שעד כה ההנחה שלנו המטפלים היתה כי בעונת הקיץ יש פחות גמילות משום שמזג האוויר נח להיפוש סם, פריצות וכיו"ב, בהשוואה ללילות החורף שבהם קשה יותר לצאת בגשם ולהשיג סם.

אחוז המכורים המטופלים ממין זכר גבוה מאוד (92%, ☞☞☞) ביחס למכורות המטופלות (8%). ממצא זה אינו מפתיע ונמצא בהלימה עם הכתובים בספרות (ישראלוביץ, טליאס וטאבו 1996). משיחות אשר קיימתי במסגרת העבודה עם נשים מכורות עולה כי קיימות מספר סיבות לכך שהן פחות נוטות להיכנס לתהליך גמילה וטיפול. נשים שהן אימהות לילדים חוששות מאוד כי אם תכנסנה לטיפול ותצהרנה על התמכרותן ילדיהן יילקחו מהן לאומנה או לאימוץ על ידי שרותי הרווחה. הניסיון מלמד כי חשש זה אינו תלוש או מנותק מהמציאות. מעבר

לכך, תהליך השיקום של אישה מכורה קשה שבעתיים מזה של גבר מכור, משום שאישה נרקומנית נושאת על מצחה שתי אותות קיין: נרקומנית ופרוצה. גבר נושא אות קין של נרקומן. ה"תיוג הכפול" בא לידי ביטוי גם במהלך הטיפול עצמו. תהליך ההשתחררות מסטיגמה של זונה ונרקומנית אינו קל בעיר קטנה יחסית כמו ב"ש בה "הכול מכירים את כולם". גורם נוסף הוא שלגבר מכור ישנן אלטרנטיבות שונות לטיפול כולל שהות באשפוזית 21 ימים, יציאה לקהילה לתקופה של שנה וחצי וכיו"ב. לעומת זאת לאישה מכורה, אם לילדים, לא תמיד יש את האפשרות ל"היעלם" לחודש לצורך גמילה פיסיוולוגית או לשנה וחצי לצורך טיפול בקהילה. הצפייה מאם מכורה כי תטפל בילדיה ולא תנטוש אותם לטובת טיפול מעכבת לא אחת את תהליך הטיפול של נשים מכורות.

ממוצע גיל המטופלים אשר מגיעים לטיפול ביחידה הנו 33 (סטיית תקן 7). נתון זה משקף את תמונת המצב בפועל. ישנם מכורים צעירים מאוד בגילם (+20), המגיעים אלינו ומבקשים טיפול ולעומתם מכורים מבוגרים מאוד (+50). נזכיר כי על פי הספרות גיל מבוגר מנבא הצלחה בתהליך הגמילה והשיקום (שופמן 1991).

אוכלוסיית המטופלים הטרוגנית מאוד מבחינת **ארצות המוצא**. אנו רואים כי 62% מהמטופלים ילידי הארץ, 26% אחוז מהמטופלים ילידי ברה"מ לשעבר, וילידי שאר הארצות מראים אחוזים זניחים. ביחס לקטגוריה "עולים - מזרחיים": 77% הם ילדים להורים מחבר העמים אשר עלו ארצה לאחר 1991, או ילדים להורים יוצאי צפון אפריקה. ממצאים אלה מתאימים לתמורות והמגמות החדשות המתרחשות בחברה בכלל ובקרב אוכלוסיית נפגעי הסמים בפרט בעקבות גלי העלייה לארץ. כמו"כ, אנו עדים לכך שישנם מעט מאוד מטופלים **לא יהודיים**: ערבים, נוצרים, מוסלמים וכיו"ב (2%, ). בעיית ההתמכרות לא פסחה על האוכלוסיות הלא יהודיות, נהפוך הוא, ישנם דיווחים רבים לגבי התפשטות תופעת הסמים בקרב האוכלוסיות הלא יהודיות, אולם מספר הפניות לטיפול נמוך. משיחות אשר קיימתי עם מטופלים ערבים מסתבר כי החברה הערבית אינה מפרגנת להם על כך שפנו לטיפול, להיפך, נרקומן נחשב ל"גבר" בעיניהם ואלו מכור נקי או מטופל אינו "גבר". גורם נוסף שיש לקחת בחשבון הוא שלמעשה למטופלים הערבים אין אפשרות לקבל טיפול במקומות מגוריהם ועליהם לנסוע מידי יום על מנת להגיע אל מסגרות הטיפול. יתרה מכך, במסגרות אלו עליהם להתמודד לא רק עם הקושי בטיפול בבעיית ההתמכרות, אלא גם עם עובדת היותם "שונים" בלאום, בתרבות, באורח החיים ובנורמות החברתיות שלהם. לא אחת מטופלים אלו מתקשים ליישם את מה שלמדו בטיפול, בקבוצת המוצא שלהם, בשל הנורמות החברתיות השונות מאלו של החברה הישראלית. הבדלים תרבותיים אלו מקשים על המטופל משום שאינו מרגיש שייך לא לעולמם של הישראלים, משום שאינו ישראלי ולא לבני עדתו, משום שרכש כלים, הפנים עמדות ותפיסות ונחשף

לעולם חדש אשר אינו מאפשר לו לשוב אל חברת האם שלו ולקבל את ערכיה ונורמות ההתנהגות המצופות ממנו בחברה זו. ז"א שהמטופלים הערבים נותרים "תלושים" בין שני העולמות ומתקשים לחבור לאחד מהם. מרבית המטופלים הינם תושבי **באר-שבע** (71%, ) . נתון זה מתאים למגמות המדיניות אשר התרחשו בשנים האחרונות. בעבר, כמעט ולא היו יחידות לטיפול בנ"ס בפריפריה ולכן מטופלים רבים מדימונה, אופקים, אשקלון וכיו"ב הגיעו אל מרכזי היום בבאר - שבע. עם הקמתן של יחידות לטיפול בנ"ס בערים ובמועצות האזוריות הללו חל שנוי. יותר מטופלים הנם תושבי באר - שבע, ופחות תושבי הפריפריה. כמו כן ממצא זה מאשש את הכתובים בספרות. למכורים לסמים ישנה נטייה להגיע למוסדות טיפול הממוקמים בעירם ומרביתם אינם נוטים להשתתף בטיפול המתקיים מחוץ לגבולות עיר מגוריהם (אברהמי, מילר וירמיהו 1998).

**רמת ההשכלה** הממוצעת היא 9 שנות לימוד (ס"ת 3). ראינו קודם על סמך מחקרים שונים שככל שמספר שנות הלימוד נמוך יותר, כך קטן הסיכוי להיגמל מסמים (שופמן 1991). ביחס למשתנים "שירות בצבא" ו"עבודה" אשר מנבאים על פי המחקרים הצלחה בטיפול בגמילה (Westermeyer, 1989), אנו רואים על פי הממצאים כי מתוך האוכלוסייה אשר פנתה אלינו לטיפול (91%, 91%) התגייסו לצבא ו- 59% (91%, 91%) התנסו בעבודה בעברם. למרות הסטיגמה הרווחת לפיה מרבית המכורים לסמים סובלים מהפרעה נפשית כשלהיא, רק 3.5% מהמטופלים אשר פנו אלינו לטיפול דווחו על כך שהזדקקו לטיפול של פסיכיאטר בעבר. יחד עם זאת, חשוב להתייחס אל הדיווחים בעירבון מוגבל, משום שהם ניתנים על ידי המטופל, ללא אפשרות לוודא את מדת האמינות של הדיווחים הללו.

בחזינת הרקע המשפחתי מלמדת כי למעשה 42% מהמטופלים הנם **יתומים** מאב, אם או משני ההורים (91%, 91%). כאמור, על פי מחקרים שונים ישנה חשיבות רבה למבנה משפחתי וגדילה לצד שני הורים (ברנע, רהב וטייכמן 1987, Bandura, 1997). בהמשך לממד המישפחתי, 37.5% מהמכורים נשואים, אחוז דומה רווקים ו- 42% מהמכורים דווחו כי יש להם ילד אחד או יותר. שאר המטופלים גרושים או פרודים. נזכיר כי מחקרים רבים מדגישים את חשיבות הסטטוס המשפחתי כקטליזטור לגמילה (Westermeyer, 1989, ברנע, רהב וטייכמן 1987, שופמן 1991).

ביחס ל**דפוסי השימוש בסמים**, אנו רואים כי 51% מהמטופלים התחילו להשתמש לפני גיל 18. 2% מהם התחילו להשתמש לפני גיל 12. בספרות נמצא שככל שגיל התחלת השימוש בסמים צעיר יותר, כך יורדת ההסתברות להיגמל (joe, Chastain, March & Simpson, 1990).

הספרות מצביעה על כך שימוש בסמים קשים הנו מנבא שלילי להצלחה בגמילה (שופמן 1991) 86% מקרב אוכלוסיית המטופלים אשר פנתה אלינו לטיפול דווחו על שימוש בסמים נרקוטיים אשר נחשבים ל**סמים קשים**. 69% מהמטופלים דווחו כי עשו **ניסיון גמילה** כלשהוא בעבר. 125 מטופלים (62.5%) דווחו על 1-3 ניסיונות גמילה בעבר. 75 מטופלים (37.5%) דווחו על שלא ניסו להיגמל בעבר/התנסו בארבעה ניסיונות גמילה ומעלה בעברם. הממצאים ביחס לניסיונות הגמילה של המטופלים הראו כי ישנם מכנים משותפים בין מכורים ללא שום ניסיון גמילה לבין אלו אשר היו להם יחסית ניסיונות רבים (ארבעה ניסיונות גמילה כושלים בעבר ואף יותר מכך). יתכן כי ההסבר לכך הוא שלמעשה אלו הם "שתי קצוות הרצף" המעידים על אותו "מקום": העדר ניסיון להיגמל עלול לגורם לטראומה קשה מהגמילה הראשונה, לעומת זאת, ניסיונות רבים להיגמל בעבר, ללא הצלחה, עלולים

לגרום לחוסר תקווה וייאוש. שני המצבים הללו יכולים לגרום לכישלון בניסיון הגמילה, לעומת מטופלים אשר נמצאים בטווח: 1-3 ניסיונות גמילה בעבר.

מחקרים עדכניים מורים על כך שבטיפול בנפגעי סמים, אין הבדלים בין **מטופלים וולנטריים** לבין מטופלים המגיעים שלא מרצון (יחזקאלי ושלדו 1995, Simpson & Friend, 1988). הממצאים של המחקר מורים כי 83.5% (n=167) מהמכורים פנו לטיפול מתוך יוזמה אישית, לעומת 16.5% (n=31) אשר הופנו על ידי גורם חיצוני (בית משפט, שרות מבחן, וועדת שלישי בבית הסוהר, לשכה לשירותים חברתיים וכיו"ב).

ביחס לאחוז המטופלים המגיעים לכל תחנה במערך, ומוקדי הנשירה בין היחידות הטיפוליות, מתחוורת התמונה הבאה: 200 מטופלים הופנו אל האישפוזית על ידי וועדת הכוון ומעקב. מתוכם 156 מטופלים הגיעו אל האישפוזית. ז"א, שכבר בשלב ההפניה נשרו 22% אחוזים מהמטופלים. אנו למדים איפוא כי פונקציית המעקב בתהליך הפניה חלשה וחושב שניתן את הדעת על אבדן המטופלים כבר בראשית התהליך. מבין אלו אשר שורדים את תהליך ההפניה ומגיעים אל שלב הגמילה הפיסיוולוגית במסגרת האישפוזית קיימת נשירה גבוהה ביותר: כמעט 50% מהמטופלים לא הצליחו לסיים את הטיפול. נתון זה נמצא בהתאמה אולי עם ההנחה המקובלת נקודת המשבר הקריטית והשכיחה ביותר בתהליך השיקום היא בשלב הגמילה הפיסיוולוגית. למרות שמדובר כאן בימים קריטיים ולמרות המצוקה הכספית של עמותת סל"ע, האחראית על האישפוזית יש צורך להשקיע מחשבה בעיצוב שונה של המענים אשר מציעה מסגרת האישפוזית. אין זה סוד כי התנאים הפיסיים והמנטליים קשים. מכיוון שמדובר בשלב הראשון של הגמילה הכרוך בסבל פיסי ונפשי רב, יש מקום להשקיע מחשבה ביצירת תנאים אחרים אשר יתנו למטופל תחושה של "בית", עם אורה נינוחה של חמימות ותמיכה, כיאה למסגרת שיקומית ויאפשרו לו את המורטוריום בימי ה"קרייז" הקשים.

הנתונים מצביעים על כך שמתוך קבוצת הנבדקים אשר סיימה את הטיפול באישפוזית, 22% לא הגיעו אל הקל"ט ולא ברור למעשה מה עלה בגורלם. זאת אומרת, ששוב אנו רואים אבדן של מטופלים אשר היתה להם דריסת רגל בטיפול ונשרו במעבר בין היחידות. גם מתחנה זו נתן ללמוד על חשיבות בניית פונקציית מעקב אשר תדאג לפקח על מעבר המטופלים בין היחידות.

נתון מעודד נראה ביחס אל הקל"ט. מתוך 59 מטופלים 51 מסיימים טיפול נקיים מסמים. אחוז הנשירה יחסית נמוך - 13.5% אחוזים. ייתכן כי ההצלחה נעוצה בקונספציה הטיפולית. בקל"ט, בניגוד לגישה המקובלת באישפוזית וביחידה לטו"ש, מתייחסים אל תופעת ההשנות (מעידה בסמים) בצורה טולרנטית ביותר, כחלק מהתהליך הטבעי



של הטיפול ומההתפתחות של הפרט בתוך תהליך הגמילה. באישפוזית וביחידה לטו"ש המדיניות שונה. שימוש בסמים מוקצה ויכול לגרור אחריו סנקציות שונות כגון: השעיה מטיפול, הרחקה, סילוק מהאישפוזית וכדומה. השוני בתפיסות הללו יכול אולי להסביר את הפערים באחוזי הנשירה בין הקל"ט לבין האישפוזית והיחידה לטו"ש. מתוך 51 מטופלים אשר סיימו את הטיפול בקל"ט, 47 מטופלים מגיעים אל הטיפול ביחידה לטו"ש. 8% אחוזי נשירה. "יחסית" אל התחנות הקודמות, אין אבדן רב של מטופלים אלא נשירה אשר יכולה להתקבל כטבעית, מתוך החלטה של מטופל לצאת לעבודה בשוק החופשי וכיו"ב. כמו כן את הגעת מרבית המטופלים מהקל"ט אל היחידה לטו"ש ניתן לזקוף לזכות המעקב השיטתי והמסודר המתבצע ביחידה לטו"ש לבין צוות העובדים בקל"ט. בידי צוות היחידה קיים רישום מדויק של מועדי כניסת המטופלים אל הקל"ט ומועדי הסיום המשוער. ימים ספורים בטרם המטופלים מסיימים היחידה מקבלת דוחות מעובדי הקל"ט ובהם חוות דעת לגבי המטופלים אשר אמורים להגיע אליה. כמו"כ נעשים הסדרים הקשורים לקבלת המטופלים (תאריכי קבלה, דוחות סיכום, ציון בקשות מיוחדות וכיו"ב). המעקב השיטתי מסייע ככל הנראה בצמצום אבדן המטופלים במעבר בין שתי התחנות.

אחוז הנשירה מהיחידה לטו"ש גבוה מאוד: מתוך 47 מטופלים אשר הגיעו אל היחידה לטו"ש, רק 24 מטופלים סיימו נקיים מסמים. 49% אחוזי נשירה. אנו רואים איפוא כי קיימות שתי תחנות בולטות באחוזי ההצלחה הנמוכים: בשלב הגמילה הפיסולוגית באישפוזית מדובר ב - 53% אחוזי הצלחה, ובשלב הטיפול הפסיכוסוציאלי ביחידה לטו"ש אנו מדברים על 51% אחוזי הצלחה. התמונה בקל"ט מעודדת יותר: 86% אחוזי הצלחה. לפי מיטב ידיעתי בשנים הראשונות לפעילות המערך דווח על אחוזי הצלחה גבוהים מאוד. אומנם, יש להתייחס לדיווחים הללו בעירבון מוגבל משום שאינם מתבססים על מחקרים אמפיריים, אלא על דיווחים לא שיטתיים, יחד עם זאת, נוכל ללמוד מכך משהו על התהליכים שמתרחשים במסגרת המערך העירוני. את ירידה בשערי הצלחה ניתן ליחס למספר גורמים: ככל שהשנים חולפות, אנו עדים למגמות שינוי בתחום ההתמכרויות: סוגי הסמים משתנים, נכנסים ל"שוק" סמים חדשים כגון: אקסטזי, טריפים וכיו"ב. הפרופיל של המכור "המצוי" השתנה: כבר לא מדובר רק בעבריינים המתעסקים בפלילים ונמצאים בשולי - החברה, אלא בבני נוער ברמה סוציאקונומית גבוהה וגם במי שנחשב עד כה ל"אליטה" של החברה. כמו"כ, גיל השימוש הולך וקטן. הגבולות בין האוכלוסיות המשתמשות בסמים לבין אלו שלא היו נגועות בעבר בבעיה זו מיטשטשים. במחקר גישוש שערכנו במסגרת היחידה לטו"ש נמצא כי בקרב העדה האתיופית קיימת תופעה התמכרות לדבק מגע בקרב ילדים ובני נוער. נוסף לכך את העלייה מחבר העמים אשר הביאה עמה עולים רבים המכורים לסמים. זאת אומרת שתחום ההתמכרות

לסמים עבר תמורות רבות אך הקונספציה הטיפולית במערך נותרה בסה"כ הכללי בעינה. גורם נוסף נעוץ אולי בתנאים הפיסיים הקיימים ביחידות הטיפוליות במערך, הצפיפות, חוסר האמצעים, הדלות, המחסור בחדרים מתאימים לפעילויות הטיפול, כל אלה עלולים להשפיע על המוטיבציה של המטופל לשרוד בטיפול ארוך-טווח. לכן חשוב שלמרות המצוקה הכספית נתייחס גם אל הסביבה הפיסית, נקפיד ליצור אוירה חמה של בית, אשר תעודד את המטופל לשהות בו ותסייע לו לסיים את הגמילה הפיסיוולוגית בהצלחה.

בהתייחס אל מדיניות הטיפול הרי מדובר בקונספציה הנהוגה 10 שנים בקירוב וטרם נאמדה מידת האפקטיביות שלה. לא ברור האם מסלול המתחיל במסגרת נוקשה יחסית, האישפוזית, מתקדם אל מסגרת מאפשרת יותר, קל"ט ולבסוף מגיע שוב אל מסגרת "מכופתרת", היחידה לטו"ש הנו "נכון" למטופל, או שיש לבחון אלטרנטיבות אחרות. בנוסף, ייתכן, שאנו צריכים לבחון מחדש את הגישות הטיפוליות המקובלות אצלנו ולדון בשאלות שונות כגון: האם עלינו להתייחס אל מעידות המטופל בסמים בהוקעה מהמסגרת, או שלמעשה הגישה כלפי תופעת ההשנות צריכה להיות טולרנטית כפי שנהוג בקל"ט? האם

העמדות שלנו המטפלים, כלפי המסגרות ושיטות הטיפול השונות יוצרות סטיגמות בקרב אוכלוסיית המטופלים? ואם כן, מהן השלכות של הסטיגמות שלנו?. בין אם מדובר בגורמים טכניים ובין אם מדובר בגורמים הקשורים במדיניות טיפול, חשוב לדעתי שאנו העובדים ביחידות הטיפוליות במערך העירוני נקדיש מחשבה ונסה להתמודד עם השאלות העולות מהנתונים הללו.

נכון הוא כי הטיפול במכורים הנו מלאכה קשה ואם אנו "מצילים נפש אחת בישראל - כאילו הצלנו עולם שלם", אולם חשוב כי לא נסתפק בזאת ונמשיך לבחון את העשייה שלנו הן באמצעות מחקרים והן באמצעות פתוח ויישום של תכניות חדשות בשטח, בהתאם למגמות והתמורות בתחום נפגעי הסמים. אך עם זאת, חשוב גם ש"נשמור על פרופורציות". ראינו כי מדובר בסיום כל התהליך, ב - 12% אחוזי הצלחה: 24 מטופלים סיימו את כל תהליך הגמילה נקיים מסמים מתוך 200 מטופלים אשר הופנו לגמילה. 12% הצלחה, במסגרת אשר מטפלת במכורים פיסיוולוגית ונפשית לסמים קשים, מכורים אשר צעירים בגילם, מכורים אשר החלו להשתמש בגיל צעיר מאוד, מכורים אשר גדלו במשפחות בהן ההתמכרות הנה דפוס בינדורי, מכורים אשר בתקופת הטיפול ממשיכים לשהות בסביבה עבריינית, בסביבה צורכת סמים, בחיק משפחות שלא אחת מחזקות את השימוש בסמים, זאת אומרת, מכורים אשר מאופיינים בכל משתני הרקע המנבאים כישלון (על פי הכתובים שבספרות) ובכל זאת אנו מצליחים עם 12% אחוזים מהם. לפיכך, קיימת אפשרות "לקטול" את השיטה ואת יחידות המערך אך ישנה אפשרות

להתבונן על הנתונים מנקודת מבט שונה לחלוטין ולהכיר בהם כ"נתון הפתיחה", כבסיס שממנו עלינו להמשיך לבדוק את העשייה שלנו, לתקן את הדרוש תיקון ושוב להעריך כעבור פרק זמן מסוים האם חל שיפור בהישגים. בנוסף, חשוב לזכור שהמערך בבאר-שבע הנו מערך ייחודי ואין לו מקבילות בארץ. לפיכך התוקף החיצוני של המחקר אינו מגיע למסגרות/שיטות טיפול אחרות ואינו מאפשר השוואה עם מסגרות אחרות. זאת ועוד, מכיוון שמדובר בהסתברויות לסיים תחנות טיפול ומכיוון שמדובר בקבוצת מטופלים הכוללת 200 נבדקים וככל שהתקדמנו בתחנות הטיפול כמות המטופלים קטנה, יש להתייחס אל הממצאים בזהירות ואל המסקנות ככווני חשיבה בלבד.

ביחס ל**מוקדי הנשירה** במעברים בין היחידות הטיפוליות במערך העירוני, הנתונים מצביעים על קיומם של מוקדי נשירה. בשרשרת הטיפול קיים נתק בין מספר יחידות המוביל לאבדן מטופלים. לדעתי, על רקע המאמצים הרבים המושקעים בכל מטופל ועל רקע האנרגיות הרבות שהמטופלים מקדישים לטיפול, חשוב שנעשה את המקסימום על מנת להימנע מאבדן מטופלים שכבר נמצאים במעגל הטיפול ונושרים בשלבי המעבר. ניתן לחשוב לדוגמא על בניית פונקציות אשר תפקידן יהיה ללוות את המטופלים במעבר בין יחידה אחת לבאה אחריה במסלול הגמילה. באמצעות הקפדה על רישום מדויק של תאריכי סיום - טיפול של כל מטופל, לזו של המטופל אל המסגרת החדשה ביום הסיום, על ידי מדריכים - מכורים נקיים וכיו"ב. פעולות אלו ונוספות אינן דורשות משאבים רבים ועשויות לצמצם את נשירת המטופלים.

ביחס ל**בדיקת המעקב** אשר תוארה קודם לנו רואים איפוא כי קיימת קבוצה של 10 מטופלים אשר לא סיימו את המסלול הטיפולי ובכל זאת דווחו כנקיים מסמים. מכיוון שמחקר זה עוסק בשאלה ספציפית הנוגעת לאלו אשר כן הצליחו להיעזר בשירותי המערך לטיפול בנ"ס, לא מצאנו לנכון להתעכב ולברר את האפיונים של עשרת המטופלים אשר דווחו כנקיים מסמים גם ללא סיום כל המסלול הטיפולי. במידה וייעשו מחקרים נוספים בעתיד, יש מקום לדעתי, להרחיב את היריעה ולבדוק גם פלחים אלו באוכלוסיית המטופלים. הדבר הבולט מנתונים אלו הוא אבדן הקשר עם המטופלים אשר הוזכר קודם. אמנם יש להתייחס אל הנתונים בעירבון מוגבל משום שהינם סובייקטיביים ועל רקע אבדן הקשר עם כל כך הרבה מטופלים לא ברור עד כמה מדויקים הדיווחים, אך עדיין ממצאים אלה מורים על כך שפונקצית המעקב אחר מטופלים אשר סיימו את הטיפול חלשה, אינה רציפה ואינה שיטתית. לא ממש ידוע בוודאות מה עלה בגורלו של כל מטופל. הממצאים מתבססים על התשובות של העובדים אשר מקורן על פי רוב מאינפורמציה לא מוחלטת: שמועות, ביקורים של המטופלים במפגשי N.A והגעה לשיחות

בעת הצורך. רצוי מאוד ליישם ביחידות שלנו מעקב כפי שמקובל במסגרות טיפוליות אחרות כגון: מרפאות חוץ וכיו"ב, בהם למטופל ניתן "פנקס מעקב" ועליו להגיע לביקור לפחות פעם או מספר פעמים בשנה, על פי הצורך, כחלק מתכנית המעקב לגביו.

ביחס לשאלת המחקר, **משתני הרקע של מכורים לסמים, אשר הצליחו לשרוד בתהליך הגמילה והשיקום, השערת המחקר אוששה באופן חלקי. המשתנים אשר הופיעו הן בהשערת המחקר והן בממצאי**

המחקר הנוכחי כמבאים הישרדות בכל שלבי הטיפול הם: התנסות בעבודה בעבר וטיפול במסגרת הקהילה.

**התנסות בעבודה בעבר** - כפי שראינו במשתני הרקע התורמים לניקיון מסמים גם בממצאי המחקר עולה כי התנסות בעבודה קשורה בהצלחה בתהליך הגמילה. התנסות המטופל במקום עבודה עם הכנסה קבועה בעבר משמעה רכישת מיומנויות כגון: לקיחת אחריות, ביצוע מטלות, התמדה, הקפדה על לוח זמנים, קבלת מרות, פתוח יחסי גומלין עם אנשי צוות ופתוח משמעת עצמית. במסגרת האישפוזית נדרשת מהמטופלים משמעת קשה. המטופלים נוטלים חלק בסדר יום מובנה, בביצוע משימות הקשורות לתחזוקת המקום, משתתפים בפעילויות טיפוליות, נדרשים לקבל מרות מאנשי צוות וממטופלים המחזיקים בתפקידים שונים. לפיכך, מטופלים אשר התנסו בעברם בפתוח מיומנויות וכישורי עבודה שונים, משתלבים במערכת טיפולית זו ומצליחים לשרוד בתהליך הגמילה. ממצא זה מאשש את הכתובים בספרות וכן את השערת המחקר לפיה התנסות המכור בעבודה עשויה להגדיל את ההסתברות לשמירה על ניקיון מסמים (Westermeyer, 1989). ממצא זה מלמד דבר נוסף: למעשה, כישורי עבודה קשורים בניקיון מסמים. הבסיס של עבודה וניקיון מסמים הוא משמעת עצמית. יתכן שאנו יכולים לסייע למטופלים שלנו לפתח גרעין של משמעת עצמית ולשמור על הישגי הגמילה שלהם באמצעות שילוב של עבודה וטיפול. דוגמא למסגרת הפועלת במתכונת משולבת מסוג זה הוא ההוסטל "הפתוח" של הרשות לשיקום האסיר. בהוסטל זה מתגוררים אסירים משוחררים מכורים לסמים. בשעות היום תושבי ההוסטל עובדים, ובשעות הערב משתתפים בטיפול. למתכונת משולבת זו ישנם יתרונות רבים: הפחתת הלחץ הכלכלי, חשיפת המטופל לקונפליקטים ומצבי לחץ "בזמן אמת", פיתוח כישורים ומיומנויות חיים אשר יסייעו בסופו של דבר למכור לשמר גם את הניקיון מסמים כגון: אחריות אישית, ביצוע מטלות, פיתוח יכולת להשהות סיפוקים, התמודדות במצבי לחץ, בקשת עזרה וכיו"ב ושפור תחושת המסוגלות של הפרט, הגברת את האמון שלו בעצמו והאמון של האחרים בו.

**טיפול במסגרת הקהילה** - על פי הממצאים ניתן לראות שכשמדובר בהגעה לאישפוזית קיים אפקט "קלות ההגעה". תושבי באר שבע בעלי סיכוי טוב יותר לשרוד בטיפול ביחס למטופלים תושבי הפריפריה. ממצא זה

מאשש את הנחות הספרות הטוענות לכך שמכורים נוטים לשרוד בטיפול גמילה בעיר מגוריהם ומספר רב של מכורים נמנעים מקבלת טיפול במרכז הנמצא מחוץ לעירם וזאת כחלק מדפוסי ההתנהגות אשר עוצבו אצלם במהלך השימוש בסמים (אברהמי, מילר וירמיהו 1998). לפיכך, יש מקום לשתף את צוות הפיקוח במשרד העבודה והרווחה בנתונים הללו על מנת לבדוק את האופציה לבנות מערכת מענים עבור תושבי הפריפריה. למעשה מדיניות זו כבר מיושמת במספר ערים כגון: דימונה, קרית-גת, אך בהחלט חשוב להמשיך בפתוח מערכות אלו בשאר יישובי הפריפריה.

לאור המשאבים הרבים המוקצים לטיפול במכורים ועל רקע הממצאים הללו, יש לבחון גם אלטרנטיבה של הקמת הוסטל לתושבי הפריפריה לתקופת הטיפול. מגורי המטופלים בהוסטל עשויים לסייע כמה מישורים: התנתקות המטופל מסביבת מגורים הכוללת בד"כ עבריינים, נרקומנים פעילים וכיו"ב, התנתקות מסביבה משפחתית הכוללת לרוב בני משפחה נרקומנים, או ממשפחה המחבלת לא אחת במאמצי השיקום של המכור, מתן הזדמנות למטופל להיות חלק מהוויה חברתית עם שאר המטופלים. ההשתייכות לקבוצת השווים בפרט בשלבים המתקדמים של הטיפול עשויה להיות משמעותית ולחזק את המטופל. בנוסף, זמינות השירות תחסוך מהמטופלים את השחיקה הרבה הכרוכה בנסיעות יומיומיות ועשויה לדרבן אותם להישארות בטיפול ארוך טווח. ישנם משתני רקע אשר אוששו אך בכיוון הפוך מהמצופה:

**שימוש בסמים נרקוטיים** ניבא הצלחה הן בשלב ההפניה לטיפול והן בהישרדות המטופל בתחנות הטיפול הראשונות. בעיני צוות המנהלים והעובדים במערך, ממצא זה היה בחזקת שבירת מיתוס. ממצא זה מפריך את השערת המחקר, לפיה שימוש בסמים נרקוטיים מנבא סיכויי הישרדות נמוכים בגמילה וטיפול (שופמן) 1991. למרות הכתובים בספרות, ההסבר לכך הוא פשוט: שימוש בסמים נרקוטיים קשור בד"כ "בקריסת כל המערכות", ז"א, בתהליך הידרדרות של המכור בכל מעגלי החיים. לא בכדי המעבר לשימוש בסמים קשים מכונה בעגת המכורים: "נפילה לחומר". הידרדרות זו מביאה את המכור אל "התחתית" ובנקודה זו בד"כ מתעוררת המוטיבציה להיגמל. הירידה אל "התחתית" היא שעת הגאולה. לממצא זה משמעות נוספת: על פי הקונספציה הטיפולית הקיימת במערך השימוש בסמים הנו סימפטום לבעיה נפשית. לפיכך, בטיפול אין התייחסות לסוג הסם אותו המכור צורך. בגישה זו יתכן כי אנו מחמיצים מקור אינפורמציה וחוטאים בשלב האבחון משום שסוג הסמים שבשימוש עשוי להיות מקור מידע לא מבוטל למטופלים. ההתייחסות הטיפולית כלפיי נער בן 19 המכור לאקסטזי, אינה צריכה להיות זהה אל ההתייחסות הטיפולית כלפי גבר בן 45 המכור להרואין, או כלפי מטופל מכור לקריסטל.

לדעתי יש מקום לבחון פרמטר זה משום שעשוי לסייע לנו הן ככלי דיאגנוסטי והן בפרוגנוזה.

**מבנה משפחת המוצא** - משתנה נוסף אשר הסתבר בניתוח הממצאים כמנבא סיכוי לסיום הגמילה הפיסיולוגית הנו יתמות מהורה/ים. יתכן כי עובדת יתמות המטופל מהורה גורמת ללקיחת אחריות על חייו וזה אולי חלק מסממני ההתבגרות שהוא חווה ומ"תפקיד" שהמטופל לוקח על עצמו עם אבדן אביו/אמו לדאוג לאחאים וכיו"ב. הנתונים מלמדים על מקרים רבים שבהם האב נפטר ומעט מקרים בהם האם נפטרה וממצא זה, בצירוף הידיעה כי מדובר בגברים רבים בטיפול לעומת נשים, אולי מאשש את ההנחה כי המטופל לוקח אחריות ותפקיד לדאוג לחייו ואולי גם לחיי משפחתו בעקבות פטירת ההורה. ממצא זה מנוגד לממצאים הקיימים בספרות, המדגישים את החשיבות בגדילה של המכור לצד שני הורים (ברנע, רהב וטייכמן 1987, באנדורה 1997).

**הפניה עצמית** - נראה כי "אין דבר העומד בפני הרצון". הממצאים מלמדים כי לפניית המטופל מיזמתו לטיפול ישנה משמעות והיא קשורה בסיום הטיפול. פעמים רבות, בעבודה עם המטופלים אני עדה לקושי לטפל במטופלים שמגיעים לטיפול שלא - מרצונם אלא מתוקף צו בית משפט, המלצת שרות מבחן, ניכוי "שליש"- טיפול כחלופה למאסר ועוד. למרות האמרה שלעיתים "שלא לשמה - בא לשמה", עדיין הנתונים מראים כי למטופלים אשר בחרו לבוא לטיפול מיזמתם ישנם סיכויים טובים יותר לשרוד מאשר למטופלים שלא הגיעו אל הטיפול מרצון. במסגרת הטיפול ביחידות במערך העירוני, לפי מיטב ידיעתי, שתי קבוצות המטופלים הללו (וולנטריים ולא וולנטריים) זוכים לאותו הטיפול. למרות שעיון בספרות מלמד כי ההתייחסות אל שני סוגי המטופלים הללו צריכה להיות שונה (סלונים - נבו 1994). לדעתי, לאור הממצאים הללו, חשוב שאנו המטופלים נלמד גם גישות וטכניקות ייחודיות על מנת לסייע לאוכלוסיית המטופלים הפונים שלא מרצונם.

ישנם משתנים אשר לא הופיעו בהשערת המחקר אך נמצאו משמעותיים בהגעה אל כל תחנה בנפרד במסלול הטיפול ויתכן כי עשויים לתת לנו כווני חשיבה לעתיד:

**עונה** - מטופלים אשר מגיעים אל האישפוזית בחודשי החורף: דצמבר- ינואר, נוטים להישאר עד סיום הטיפול, בהשוואה למטופלים המגיעים בעונת הקיץ ועונת המעבר. ממצא זה מתאים מאוד לתפיסה הרווחת ב"שטח". מהיכרות עם האוכלוסייה, אנו מודעים לכך שבחורף, בלילות הקרים והגשומים, פחות נעים לצאת אל הרחוב ב"קריז", ולכן גם פחות נעים להשתמש בסמים לעומת לילות הקיץ. זו אולי הסיבה למספר רב יותר של נגמלים בעונת החורף.

בארץ רב תרבותית כישאל, גם אוכלוסיות המטופלים מורכבות מפסיפס של קבוצות אתניות שונות. המפגש בין

התרבויות עם ההיזדקקות לטיפול בשל בעייה זו או אחרת, בנוסף למשבר ההגירה, יוצרים התנגשות. בקרב המכורים השייכים לקטגוריה "עולים - מזרחיים", מסתמנת מצוקה. מסתבר כי לקבוצה זו קשה יותר להשתלב במסגרות הטיפול ונראה אחוז נשירה גבוה מאוד בקרבם. ניתן להסביר ממצאים אלה במספר גורמים: קשיי שפה: מרבית המטופלים העולים אינם שולטים בשפה העברית ומתקשים ליצור קשר עם מטופלים ואנשי צוות, כמו כן המטופלים - העולים ללא קשר לבעיית ההתמכרות, נמצאים בנקודת פתיחה רעועה. הם מגיעים אל הטיפול חלשים בשל היותם בשלב של משבר הגירה וקליטה אשר במרבית המקרים עדיין לא הסתיים. בנוסף, עבור מרבית המטופלים - העולים הכניסה אל האישפוזית הנה ניסיון גמילה ראשון. חוויה הגמילה הראשונה הנה קשה וכמעט טראומטית. המטופלים - העולים מחזיקים בתפיסות תרבותיות שונות אלו המקובלות בארץ בנושאים כגון: טיפול, שרותי רווחה וכיו"ב. מרביתם, אינם מבינים כלל מהו טיפול פסיכוסוציאלי לגמילה מסמים. הידע הקודם שלהם לגבי טיפול בהתמכרות מסתכם בד"כ במרשם לכדורים הניתן בטיפול פסיכיאטרי. פער רחב זה במושגי הטיפול גורם לכך שמטופלים אלו לא יבינו כלל מה נדרש מהם ולא אחת נושרים ממעגל הטיפול. ביחס לחלק הנוסף בקטגורייה זו, הנתונים ביחס לקבוצת המזרחיים מעוררים שאלות כואבות: מדוע מכור ממוצא "מזרחי", דור שני בארץ, נמצא באותו "מקום" כמו עלה חדש מברה"מ לשעבר אשר הגיע לארץ "רק אתמול"? מה המשמעות של ממצא ברמה של חברה, מדיניות ממשלה וכיו"ב? חשוב שקובעי המדיניות יתנו את הדעת לבעיותיהם של המכורים העולים. יש לתת את הדעת להכשרת עובדים בעלי גישה "רב תרבותית" על מנת שנוכל לפתח מענים מתאימים לאוכלוסיות ייחודיות כגון: עולים מחבר העמים, אתיופים, ערבים וכיו"ב. כמו"כ, יש מקום לשתף גורמים ממשלתיים כגון: משרד הקליטה, הסוכנות היהודית וכיו"ב בממצאים הללו על מנת לחדד את המודעות שלהם לצרכים ובעיות של העולים ולפתח תכניות משותפות בינם לבין היחידות לטיפול בנפגעי סמים.

**ההיסטוריה הטיפולית של המכור יכולה להיות כ"חבר פיפיות".** מחד, העדר ניסיונות גמילה מנבא כישלון כבר בשלב הגמילה הפיסיולוגית. מאידך, ריבוי ניסיונות גמילה כושלים יוצרים "אפקט מצטבר" של הכישלון המביא עמו כישלון נוסף. דווקא המטופלים אשר דווחו על 1-3 ניסיונות גמילה נמצאו כבעלי סיכוי טוב יותר לשרוד בתהליך הגמילה. בהקשר זה, חשוב לציין כי במסגרת הטיפול במערך העירוני במרבית המקרים המטופלים אינם מוגבלים במספר מחזורי הטיפול ביחידות היחידות הקיימות במערך. יתכן כי נורמה זו יוצרת תהליך של "זולות" הטיפול והמסגרת בעיני המטופלים. עלינו להקדיש מחשבה לשאלה הגבלת מחזורי הטיפול למרות שבפועל קשה לנו המטופלים לומר "לא" למטופל שרוצה להיגמל, ו"נשבע שהפעם זה יהיה שונה". איני טוענת לשלילת ההזדמנות

מהמכור לנסות להיגמל אלא לחשיבה על פתרון יצירתי אשר יגרום למטופל להבין כי ההשתלבות במסגרת אינה אוטומטית ואינה מובנת מאליה, כגון: קביעת טווח זמן מינימלי ממחזור טיפול אחד למשנהו וכיו"ב.

אלו הם משתני הרקע אשר קשורים בהגעה/סיום של המטופלים. התבוננות במשתני הרקע מחזירה אותנו אל שאלת המחקר. למעשה אפשר לומר שעד כה לא היתה לנו במסגרת המערך העירוני מדיניות ברורה לגבי דרכי האבחון. הקווים העיקריים אשר כוונו אותנו הם מצב בריאותו של המטופל, בדיקה האם ישנם בני משפחה משתמשים בסמים ומיהו הגורם המפנה. למעט המשתנים הללו, לא נעשו אבחנות משמעותיות והמוערב (המטופל) התאים את עצמו אל ההתערבות ולא להיפך. התבוננות במשתני הרקע אשר עשויים להשפיע על הישרדות בטיפול מעלה למודעות פרמטרים אשר לא יוחסה להם חשיבות עד כה ועשויים לתרום בתהליך האבחון. למרות שלא מדובר כאן במחקר עם מסקנות חד משמעיות ניתן לנו להיעזר בממצאים על מנת להגביר את המודעות והסבירות שהפעם המטופל יצליח, כמו למשל לבדוק אפשרות של מגורים בעיר וכיו"ב.

דבר נוסף אשר ניתן ללמוד מהתבוננות בממצאים הוא שמשתני הרקע מקבלים אופי שונה מתחנה לתחנה. אם בשלבים הראשונים ראינו מאפיינים בעלי אופי "דמוגרפי" יותר, כגון: שנת עלייה, כתובת וכיו"ב, הרי שככל שהתקדמנו בתחנות הטיפול היה קשה יותר להצביע על משתני רקע המנבאים הישרדות בטיפול. כאמור, המשתנים המועטים אשר כן ניבאו התקדמות בתחנות הסופיות היו הפניה מתוך יוזמה עצמית והתנסות במסגרת עבודה קבועה בעבר. ז"א, שעם ההתקדמות בשלבי הטיפול משתני הרקע המנבאים הישרדות בגמילה קבלו אופי יותר אישיותי כגון: עד כמה המטופל בחר בגמילה, מידת המוטיווציה שלו להגמל, היכולת שלו להשתלב במסגרות הדורשות משמעת עצמית, מידת החשיבות שמייחס להמשך הטיפול וכיו"ב. משתנים אלו לא נבדקו במחקר זה ולדעתי יש חשיבות לערוך מחקרים נוספים בעתיד ולהתייחס גם אל הפרמטרים הללו.

בבדיקה משתני הרקע המנבאים הישרדות לאורך כל תהליך הטיפול, נראה כי המשתנה "טיפול במסגרת הקהילה" משפיע. שוב מתחדד אלמנט "קלות ההגעה". בבדיקה אנו עדים לאשור השערת המחקר, לפיה סיכוייהם של מכורים תושבי המקום לשרוד בתהליך הגמילה גבוהים יותר מאשר מכורים תושבי הפריפריה. (אברהמי, מילר וירמיהו 1998). מכורים תושבי באר שבע נהנים ממספר יתרונות בהשוואה למכורים מתגוררים בפריפריה: טופלים תושבי באר - שבע חשים לוקאליות למקום, מכירים את המוסדות הפועלים, זוכים למימון חלקי של תשלום הגמילה מקרנות שונות פועלות בעיר. בנוסף, מגוריהם הקרובים פיסית ועצם העובדה שאינם זקוקים לנסיעות יומיומיות אל מחוץ לעיר מקלים על ההחלטה להשתתף בטיפול ארוך טווח. כמו"כ, ההיכרות ולעתים יחסי חברות



עם מטופלים אחרים העוברים אתם את מסלול הטיפול עשויים להיות משמעותים בעיקר בשלבים המתקדמים של הגמילה. ההשתתפות יחד בקבוצות לעזרה עצמית בשעות הערב המתאפשרת למטופלים תושבי באר - שבע, ופחות נוחה לתושבי הפריפריה מסייעת מאוד כמקור תמיכה אינטנסיבי. כל אלו יחד עשויים להסביר את השפעת משתנה זה על הישרדות המטופל בתהליך הגמילה.

**מכורים עולים** מברה"מ לשעבר, ועולים יוצאי צפון אפריקה בעלי סיכוי נמוך יותר לשרוד בכל תחנות השיקום. אין צורך להרחיב בתיאור העלייה כמשבר הכרוך באבדן וסבל אישי ומשפחתי רב. יתכן, שביחס למזרחיים משבר הקליטה נותן את אותותיו גם על הדור השני בארץ. בכל התחנות הטיפוליות קיימים הבדלים ברורים בין שתי הקבוצות והפערים נשמרים לאורך כל מסלול הגמילה.

משתנה נוסף המופיע כמשתנה המנבא הישרדות בכל תהליך הגמילה הנו **שימוש בסמים נרקוטיים**. התמכרות לסמים נרקוטיים נתפסת כשקיעת המטופל ל"תחתית - הבור". פעמים רבות, ההידרדרות לשימוש בסמים נרקוטיים המלווה בד"כ בזריקות נתפסת כ"תחתית" המעוררת מוטיבציה לגמילה. בשימוש בסמים אחרים הנתפסים כ"קלים יותר" ישנם בד"כ פחות "מחירים" ולכן גם מידת ההנעה לגמילה נמוכה יותר. לפיכך מטופלים אשר דווחו כמשתמשים בסמים נרקוטיים סיכוי הישרדותם בכל תהליך הגמילה היו גבוהים יותר. ממצא זה מפריך את השערת המחקר והנתונים הקיימים בספרות לפיהם מכורים המשתמשים בסמים הנחשבים כסמים "קשים", כגון: הרואין, בעלי סבירות נמוכה להצלחה בגמילה (שופמן 1991). יחד עם זאת, חשוב שנסתכל גם על הניואנס ינים בתוך שלבי הגמילה: השימוש בסמים נרקוטיים מנבא הצלחה בשלב ההפניה, בכניסה אל הגמילה הפיסיולוגית ובסיום תהליך הגמילה. אך נראה שככל שאנו מתקדמים בשלבי הטיפול מצטמצם היתרון של המשתמשים בנרקוטים וזהו נתון שחשוב להתייחס אליו. למעשה "אפקט הנרקוטיקה" מסייע למטופלים לשרוד בשלבים הראשונים, אשר נחשבים לשלבים הקריטיים של הגמילה ולא ברור מדוע מצטמצם היתרון של קבוצה זו ואנו "מאבדים" אותם דווקא בשלבים המתקדמים של הגמילה. למשתמשים בסמים הנרקוטיים יש פוטנציאל לא ממוצה וחשוב שניתן את הדעת כיצד ניתן לסייע לקבוצה זו לשמר את יתרונה ולשרוד גם בשאר התחנות הטיפוליות.

ביחס לדרגת הסיכון היחסי להישרדות בטיפול במערך העירוני (Proportional Hazards Fit), מצטיירת התמונה הבאה: בשלב ההפניה אל האישפוזית דרגת הסיכון היחסי להישרדות הנה (0.81). המטופלים בשלב קריטי לנשירה. בהמשך הגמילה אישפוזית. זוהי תקופה קשה התובעת מהמטופל כוחות רבים והתמודדות לא קלה. בעת השהות באישפוזית, הווה אומר בשבועיים הראשונים לניקיון מסמים, המטופל חווה את תסמונת הגמילה ומבחינה

פיסית ונפשית נתון במצב מאוד שביר. לכן, בד"כ תקופה זו נחשבת כתקופת סיכון שבה מטופלים רבים אינם מצליחים ונושרים מהטיפול. בהגעה אל האישפוזית דרגת הסיכון להישרדות הנה 0.51% ואילו בסיום האישפוזית דרגת הסיכון להישרדות הנה 0.36% במעבר אל הקל"ט דרגת הסיכון להישרדות 0.31% ובסיום הקל"ט 0.28%. לעומת זאת, בהגעה אל הטו"ש דרגת סיכון להישרדות 0.16% ובסיום הטו"ש 0.05. ברור לחלוטין כי דרגת הסיכון להישרדות במסגרת הטו"ש נמוכה ביותר. יתכן כי ממצאים אלו משקפים למעשה שני גורמים מרכזיים: עם סיום הקל"ט המטופל מגיע אל הטיפול ביחידה לטו"ש. על פי הערכה ממוצעת, הוא אמור להיות נקי מסמים כחודשיים וחצי בערך (שלושה שבועות שהות באישפוזית + 45 ימי שהות בקל"ט). עם ההגעה אל היחידה לטו"ש, בד"כ בנקודת זמן של שלושה חודשים בד"כ מתפוגג ה"ענן הוורוד" (אופוריה בעגת המכורים) שמאפיין את המכורים בתחילת דרכם והמכור מתחיל לחוות את המציאות כפי שהיא: חובות, עיקולים, בעיות עם בני המשפחה, קונפליקטים עם בן/בת הזוג, בעיות פרנסה, לחצים על יציאה לעבודה, הצפה של משקעים רגשיים מהעבר וכדומה. כל אלו, בנוסף לדרישות המשמעת הקשות ביחידה לטו"ש, עשויים להסביר סיכויי הישרדות נמוכים כפי שראינו קודם (הגעה 0.16, סיום טו"ש 0.05).

### המלצות לעתיד:

- יש לערוך מחקר אשר יכלול גם בחינת משתנים אישיותיים של המטופל כגון: מוטיבציה לטיפול, רמת מודעות לחשיבות המשך טיפול, אמביוולנטיות כלפי גמילה וכיו"ב.
- יש להרחיב את מושג "ההצלחה". במחקר זה בדקנו הישרדות המטופל בשלבי הגמילה נקי מכל סם. בעתיד רצוי לערוך מחקר אשר יבדוק את מצב המטופלים שנה מסיום הטיפול (או יותר) ויבחן גם משתנים נוספים מלבד ניקיון מסמים המעידים על הצלחה בתהליך השיקום כגון: השתלבות בעבודה, הימנעות מפלילים וכדומה.
- במחקר זה נבדקו כל המטופלים אשר פנו אל ועדת הכוון ומעקב בבקשה לגמילה פיסיוולוגית באישפוזית + המשך טיפול פסיכו-סוציאלי ביחידות הטיפוליות מערך העירוני. חשוב להרחיב את יריעת המחקר ולבדוק את המסלולים הנוספים אשר מציעה ועדת הכוון ומעקב.
- ברחבי הארץ פועלות תחנות לטיפול בנפגעי סמים בחסות משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות וכן מסגרות טיפול פרטיות. ההמלצה היא להרחיב את התוקף החיצוני של המחקר באמצעות בחינה של הנעשה במסגרות

אחרות על מנת לקבל מסגרת התייחסות לעשייה בתחום הטיפול בנפגעי סמים בארץ.  
 5. המלצה נוספת, היא לבדוק מסלולי גמילה אחרים, אשר אינם נכללים במסגרות הטיפול המקצועי, הממוסד. כאן  
 הכוונה לטיפול באמצעות קל"ע N.A, קהילות לעזרה עצמית וכיו"ב.

### ביבליוגרפיה

אברהמי ב., מילר י., ירמיהו א. (1998), קשיים ובעיות בהעסקת עובדים מכורים לשעבר כעובדים במרכזי גמילה  
 מסמים. "חברה ורווחה". רבעון לעבודה סוציאלית. כרך י"ח, 471-481.

אנ.איי קבוצת תל - אביב (ללא שנה).

אפלbaum רבקה (1994), "אמביוולנטיות של מכורים להירואין כלפי הירואין וגמילה", דיסרטציה, אוניברסיטת  
 תל - אביב, תל - אביב.

בוטראשווילי ב. (1999), ראיון מיום 24 במאי, התקיים ביחידה לטיפול ושיקום בבאר - שבע, בכתובים אצל  
 המחברים.

בורגנסקי איתי. (1994), "מיקוד שליטה, דמוי עצמי, נירוטיות ואקטורברטיות בקרב מתמכרים לסמים בישראל".  
 אוניברסיטת בר אילן, המחלקה לקרימינולוגיה.

בנבנישתי רמי. (1993), מערכות מידע בשרותי אנוש, פרסומי בתי הספר לעבודה סוציאלית בישראל, הוצאת  
 מגנס, האוניברסיטה העברית ירושלים.

ברנע צ. (1985), "סמים ואלכוהול בקרב מתבגרים: השפעות הגומלין בין גורמי אישיות תהליכים חברתיים.  
עמדות ויידע לבין השימוש בחומרים פסיכואקטיביים". עבודת דוקטוראט. תל - אביב, אוניברסיטת תל - אביב.

ברנע צ., טייכמן מ., רהב ג. (1987), "אלכוהול וסמים בקרב מתבגרים: השפעות הגומלין בין גורמים אישיותיים, קוגניטיביים וחברתיים לאורך זמן" (דו"ח מסכם), תל - אביב : אוניברסיטת תל - אביב.

ברנע צ., טייכמן מ., רהב ג. (1990), "השימוש בסמים ואלכוהול בקרב תושבי מדינת ישראל : מחקר אפידמיולוגי", תל - אביב, פור"י, מחקרי דעת קהל לישראל בע"מ.

ברק י. (1990), הסמים הנפוצים בישראל, הרשות למלחמה בסמים.

גיא א. (1994), "דפוסי קריירה עבריינית בקרב סוחרי סמים" עבודת - גמר. אוניברסיטת חיפה. בית הספר לעבודה סוציאלית.

גרין ד. (1995), סמים עובדות, שאלות ובעיות, משרד הביטחון - ההוצאה לאור.

דורון י. (1996), בדיקת המודל הטראנסטאורטי באוכלוסיית מכורים להירואין המטופלים באחזקת מתדון: שלבי השינוי, תהליכי השינוי ומאזני ההחלטה, המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת תל - אביב.

טייכמן, מ. (1989), לחיות בעולם אחר אלכוהול סמים והתנהגות אנושית. הוצאת רמות, אוניברסיטת תל - אביב.

טייכמן, מ., קידר, ת. (1998), הטיפול בהתמכרות לחומרים פסיכואקטיביים. מכון הנרייטה סאלד, המכון הארצי למחקר במדעי ההתנהגות.

יחזקאלי, פ., שלו, א. (1995), "השפעת החברות בקבוצת התמיכה העצמית אנ.איי (נרקומנים אנונימיים) על דפוסי פשיעה של עבריינים מכורים. באר - שבע.

ישראלוביץ, ר., תליאס, ד., טאבו, נ. (1996), "השרותים הקשורים במלחמה נגד סמים בנגב: בעיות וצרכים

ארגוניים, הכשרת כח אדם וסוגיות בטיפול" דו"ח מחקר, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן - גוריון בנגב, הרשות לפיתוח הנגב.

ליונטל, א. (1991), "טיפול ושיקום באמצעות מטאדון", כנס ארצי בנושא: גורמי הצלחה וכשלון בטיפול בנפגעי סמים, הרשות העירונית למלחמה בסמים, עריית תל - אביב- יפו.

ליונסון, ד. (1998), "גמילה בשלוש שיטות דטוקסיפיקציה ובדיקת תוצאות כעבור שנה", חברה ורווחה, רבעון לעבודה סוציאלית, משרד העבודה והרווחה, כרך י"ח, 1, 141-161.

סויפר, ס. (1999), ראיון מיום 12 באפריל, התקיים ביחידה לטיפול בנפגעי סמים בבאר -שבע, בכתובים אצל המחברים.

סלונים - נבו, ו. (1994), טיפול בפונים שלא מרצון: אפיונים מיוחדים, אצל: וזנר י, גולן מ, חובב מ, עבריינות ועבודה סוציאלית - ידע והתערבויות, הוצאת רמות, אוניברסיטת תל - אביב.

רהב, ג., טייכמן, מ. (1998), השימוש בחומרים פסיכואקטיביים בקרב תושבי מדינת ישראל 1998 מחקר אפידמיולוגי IV. הרשות למלחמה בסמים.

שופמן, א. (1991), כנס ארצי בנושא: גורמי הצלחה וכישלון בטיפול בנפגעי סמים. עיריית תל - אביב יפו, הרשות העירונית למלחמה בסמים. משרד החינוך והתרבות משרד ההסברה.

Bandura, A, 1997 Self - efficacy : The exercise of control. NY : Freeman.

Brown, S.A , 1985 Expectancies vs. background in the prediction of college drinking

patterns. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 53, 123-130.

Fishbein, M. (1982) "Social psychological analysis of smoking behavior". In: Eiser, J.R. (Ed), Social psychological and behavioral medicine. NY: Wiley.

Geandru, P.& Geandru, L. (1970) " The addiction prone personality: A study of canadian heroin addicts". Canadian Journal of Behavioral Science 2, 18 - 25.

Joe, G.W., Chastain, R.L., March., K.L., & Simpson, D.D. (1990) Relapse. In : D. D Simpson, & S.B Sells (Eds), "Opioid addiction and treatment : A 12 - year follow - up". Florida : Krieger Publishing Company.

Kandel, D.B., & Andrews, K(1987) Proceses of adolescent socialization by parents and peers. International Journal of the Addictions, 22, 319 - 342.

Khantzian, E.J. (1985) The self medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocain dependence. American Journal of Psychiatry, 131, 160 - 164.

Marlatt, G.A.(1982) Relapse prevention: A self - control program for the treatment of addictive behaviors. In R.B. Stuart (Ed.), Adherence, compliance and generalization in behavioral medicine. NY: Brunner/Mazel.

Milkman, H. (1991) "Remedies for alcoholisem and substance abuse: An Overview " Drug and Alcohol Review )10( 63-74.

Napier, T.L., Bachtel, D.C. & Carter, M.V. (1983) "Factors associated with illegal drug use in rural Georgia". Journal of Drug Education, 13, 119-140.

Nowinsky, J. (1996) "Facilitating 12 - step recovery from substance abuse and addiction". In F.Rogers, D.S, Keller, & J.Morgenstern )Eds.( "Treating Substance abuse : Theory and technique". NY: Guilford Press.

Robins, L.N., Helzer, J.E., Hesselbrock, M.& Wish, E.(1980) "Vietnam veterans three years after Vietnam: How our study change our view of heroin". In Brill L. & Winick, C.(Eds.), The tear book of substance use and abuse Vol 2. NY: Human Sciences Press.

.Sall, J., Lehman, A. (1996) JMP START STATISTIC. SAS Institute Inc.

Serban, G(1984). "Social stress and drug abuse": In; Surban G. (Ed.), The social and medical aspects of drug abuse. NY: Spectrum.

Simpson, D.D., Freind J. (1988) Legal status and long term outcomes for addicts in the DARP follow up project, In: Times F.M., Ludford J.P(Eds.). Drug Abuse Treatment Evaluation Strategies Process, and Prospects . NIDA Research Monograph, 51, Rockville MD: National Institute on Drug Abuse, pp.29-41.

Slonim - Nevo, V., Clark, V.A. (1989) "An illustration of survival analysis: Factors affecting contraceptive discontinuation among American teenagers", Social Work Research & Abstracts, 25 )2(, 7- 14.

Smart, R.G. (1980) An availability - proness theory of illicit drug abuse. In: O.J. Lettieri,

M.Sayers & H.W Pearson (Eds.), Theories on drug abuse : selected contemporary perspective. Research Monograph N o.30. Rockville, MD ; NIDA.

Wurmser, L. (1984) the role of super ego in substance abuse and their treatment. Internatiomnal Journal of Psychotherapy, 10, 227 - 240.

Westermeyer, J. (1989) Nontreatment factors affectung outcomes in substance abuse. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 15. 13-29.

Zuckerman, M. (1984) Sensation seeking: A Comperative approach to human trait. "The Behavioral & Brain Sciences", 7. 413 - 420.