

# קהילות טיפוליות בישראל הלכה ומעשה.

נכתב ע"י: איתן סלע M.A.

<a href="#">מבוא</a>	<a href="#">אוכלוסיות מיוחדות בקהילות הטיפוליות</a>
<a href="#">מת, הגדרות ומבנה הקהילה</a>	<a href="#">תוצאות הטיפול בקהילות הטיפוליות</a>
<a href="#">התפתחות מושג הקהילה הטיפולית בעולם</a>	<a href="#">התפתחות הקהילות הטיפוליות בישראל</a>
<a href="#">התערבויות וכלים טיפוליים</a>	<a href="#">סיכום</a>
<a href="#">טכניקת העבודה בקבוצות מפגש</a>	<a href="#">ביבליוגרפיה</a>

## א' מבוא:

המידע המתקבל מהמועמדים לכניסה לקהילות הטיפוליות בישראל, מעיד על-כך כי הגיל השכיח לתחילת השימוש בסמים הנו גיל 13-15. תחילת השימוש בגיל צעיר כל-כך מובילה את הפרט לכך ששישורי חייו והמיומנויות החברתיות האינטלקטואליות והמקצועיות מצטמצמים ולמעשה אינם מתפתחים. במקביל, מסגרת חייו החברתיים של המכור, הולכת ומצטמצמת. מסגרתו החברתית סבה סביב מכורים אחרים. עובדה זו נובעת מהתלות הבין-אישית של תת קבוצה זו, תלות שהולכת ומעמיקה גם נוכח הדחייה החברתית של החברה הנורמטיבית.

רוב המכורים מתחילים לחפש סיוע גמילה ושיקום לאחר 10 עד 15 שנים של שימוש בסמים. פנייתם לטיפול נובעת מחווית הכישלון בכל תחומי החיים, היותם נרדפים על-ידי החוק, והעובדה שבני המשפחה אינם מוכנים לשתף עמם פעולה, לאחר שגם הם חשים מותשים הן רגשית והן כלכלית. המכור מגלה בשלב מסוים של חייו כמכור כי איש אינו מאמין יותר להבטחותיו, איש אינו מתרשם מניסיונותיו המניפולטיביים שנועדו כל כולם להשיג משאבים נוספים למימון הרגליו.

המכור חש רדוף ועזוב, עובדה שעשויה לקשור אותו באופן חזק יותר לחלופה היחידה - סביבת המכורים האחרים, כמו גם עשייה עבריינית הולכת וגוברת. מעגל קסמים זה עשוי להיפסק רק אם יחדל מהשימוש בסמים. אך גם בשעה שיעשה זאת יגלה כי הדרך לשיקום קשריו עם העולם הנורמטיבי אינה קלה ואינה ודאית.

המכור המשתקם יגלה מהר מאד כי עובדת היותו נקי מסמים לא רק שאינה משפרת את מצבו אלא לעיתים קרובות מחריפה את המצב. הסיבה לתחושה זו נובעת קודם לכל בגלל ציפיותיו הבלתי ריאליות שסביבתו תעריך את עובדת היותו נקי מסמים. המכור הנקי חש שהקריב קורבן חשוב ביותר ומצפה לתמורה מיידית. המציאות טופחת על פניו שכן מידת החשדנות של הסביבה הקרובה דווקא גוברת בתקופה זו, התנהגותו נבחנת תחת זכוכית מגדלת, וכל יציאה שלו מהבית נתפסת על-ידי הקרובים לו כהזדמנות לשימוש בסמים. מהסביבה הרחוקה יותר, חש המכור הנקי דחייה ותחושת תיוג שכן רבים מאמינים ש"פעם נרקומן - תמיד נרקומן". בנוסף לכך מגלה המכור כי אין לו מיומנויות וכישורים להתמודד עם מטלות היום יום. מטלות פשוטות ביותר נחוות על-ידו כמטלות בלתי אפשריות. סיבות אלה ואחרות גורמות לצמצום הזדמנויות החיים של המכור הנקי ובמקרים רבים גורמות לחזרתו המהירה לזרועות המכורים הפעילים שתמיד "ישמחו" לקלוט את ה"בן האובד" חזרה לחיקם. מצב זה מחזק אצל המכורים הפעילים את האמונה שכל ניסיונותיהם נדונו לכישלון ומרפה את ידיהם.

המכור הוא למעשה אדם בודד מאד, קשריו עם המכורים האחרים לא מהווים חלופה חברתית ולא משרתים בחירה מכוונת, אלה קשרים הנובעים מחוסר ברירה. בדידותו של המכור הופכת להיות בולטת יותר לאחר הגמילה, לאור העובדה שאוכלוסיית המכורים לא מהווה חלופה והתשלום שעל המכור לשלם על מנת להיות שייך לקבוצה זו היא שימוש בסמים. אחרת יחשב לגורם מאיים ומעורר חשד. האוכלוסייה הנורמטיבית דוחה אותו בגלל תחושת החשדנות וחוסר התואמות.

הקהילה הטיפולית לוקחת בחשבון היבטים אלו, נותנת מענה לתחום הרפואי כמו גם לתחום הפסיכולוגי חברתי, אף כי נקודת מוצא של גישה טיפולית זו שונה מהנחות היסוד לפיהן יש פגם גופני ו/או נפשי אצל המכור. הדגש המרכזי הוא בתחום החברתי/סוציולוגי של תופעת ההתמכרות וכן על תהליך הרי-סוציאליזציה ובניית קבוצת תמיכה. הקהילות הטיפוליות לנפגעי

סמים נועדו להתמודדות עם תחום השיקום הנפשי וכושרו התפקודי של נפגע הסמים, לאחר שנים רבות של חוסר תפקוד בהן חלה נסיגה כמו גם חוסר התפתחות מיומנויות וכישורי חיים. מתכונת החיים בקהילות הטיפוליות ומשך השהות הממושך, כל אלה נועדו לאפשר לדייריה לשנות את סגנון חייהם ולאפשר להם לחוש תחושת אחריות, כבוד עצמי ושליטה בחייהם.

הקהילה הטיפולית עונה על צורך מרכזי וחשוב בשעה שהיא נותנת מענה לצרכים החברתיים והצורך להשתייכות. הקהילה מאפשרת למכור לחיות בסביבה מקבלת ולא מתייגת בה חיים יחד אנשים הזקוקים האחד לשני. קבוצת המכורים הנקיים מהווה במהלך הטיפול בקהילה מקור תמיכה חשוב ביותר. קבוצה זו מהווה בסיס חברתי גם בהמשך הדרך, עם יציאתו של המכור מהקהילה. המעגל החברתי שנוצר בין חברי הקהילה הטיפולית ילווה את המכור הנקי שנים רבות לאחר סיום הטיפול בקהילה. ללא התמיכה החברתית והיכולת בפיתוח הקשרים הבין-אישיים הנוצרים במהלך החיים המשותפים בקהילה, קיימת סבירות גדולה שהישגי הטיפול לא ישמרו.

מאמר זה יעסוק בתיאור הקהילה הטיפולית, הגדרתה ומטרותיה. כמו-כן תתואר התפתחות הקהילות הטיפוליות בעולם ובארץ והכלים הטיפוליים השכיחים ושלבי הטיפול. בסקירה זו יסקרו גם המודלים השונים של קהילות טיפוליות והאוקולוסיות השונות המטופלות בקהילות הטיפוליות.

בסיכום המאמר יסקרו המחקרים המתייחסים לתוצאות הטיפול בקהילות.

### ב' קהילה טיפולית – מטרה, הגדרה, ומבנה:

מטרת הקהילה הטיפולית:

מטרתה העיקרית של הקהילה הטיפולית היא לאפשר גדילה והתפתחות אישית, ללא שימוש בחומרים ממכרים. מטרה זו מושגת על-ידי שינוי סגנון החיים באמצעות קהילה של אנשים חיים יחד בקומונה המעונינים לעזור לעצמם ולאחרים, תוך עזרה וסיוע הדדי. החיים במסגרת קומונה מאפשרים לחבריה לעמוד בקשיים העומדים בפניהם ללא העוינות והתיג שאפיינו את חייהם מחוץ למסגרת זו.

הקהילה הטיפולית מייצגת סביבה מובנת עם גבולות ברורים וכן דרישות וקריטריונים מוסריים. על מנת לשמר כללים אלה ההתערבויות בקהילה כוללות סנקציות קהילתיות והתערבויות משמעתיות, לכל דייר בקהילה ישנה היכולת להתקדם ו"להרוויח" מעמד וזכויות כחלק מתהליך ההחלמה והגדילה, גורם חשוב הוא העובדה שהקהילה מאפשרת גדילה באווירה חיובית.

הקהילה הטיפולית רואה בשימוש בסמים כהפרעה של האדם, בה השימוש בסמים משתלב עם גרימת נזק והחלשות של התפקוד הקוגניטיבי ובעיות התנהגותיות, כמו גם ביטוי של סגנון חיים אנטי חברתי. עזרה-עצמית ועזרה הדדית הן תנאים הכרחיים בדינמיקה של הקהילה הטיפולית ובתהליך הריפוי. הקהילה הטיפולית היא סביבה חברתית מתוכננת באופן מודע (במסגרת פנימייתית) אשר בהן המסגרת החברתית והתהליכים הקבוצתיים נרתמים לטובת כוונות תרפויטיות. בקהילה הטיפולית הקהילה היא כלי הטיפול העיקרי (Roberts 1997).

מוכרים שני מודלים עיקריים של קהילות טיפוליות; אחד הוא המודל הקונספטואלי/היררכי ומודל שני הוא המודל הדמוקרטי. בקהילה הטיפולית על-פי המודל הדמוקרטי שותפים חברי הקהילה בתחומים רבים ומגוונים של קבלת החלטות. מיון החברים ואישור כניסתם נעשה על-ידי דיירי הקהילה, דיירי הקהילה יכולים להיות מסולקים על-ידי חברי הקהילה בשל התנהגותם.

בדרך כלל קהילות טיפוליות המיועדות למכורים לסמים הן קהילות מסורתיות ממודל הקהילות הקונספטואליות/היררכיות שמתוארות במאמר זה.

### עקרונות בסיסיים בקהילה הטיפולית (Lowinson, J. et all. 1992)

- סביבה הנמצאת בפיקוח ונקייה מסמים.
- דגש על עזרה עצמית ועזרה הדדית תוך סיוע של צוות בעל הכשרה מיוחדת.
- מעורבות פעילה של דיירי הקהילה.
- הדיירים הותיקים והצוות משמשים כמודלים חיוביים לחיקוי.
- התנהגות החברים בקהילה הטיפולית מתאפיינת באחריות ומחויבות חברתית.
- האמונות הבסיסיות והערכים החברתיים מדגישים ומכוונים לחיברות (סוציאליזציה) מחדש.
- תמיכה בין אישית בין חברי הקהילה ומחויבות לסביבה הטיפולית.
- משוב ועימותים כלפי התנהגות וגישה של חשיפה עצמית.
- התמקדות בהתנהגות של "כאן ועכשיו" הכרה וחזוק של מוטיבציה ודגש על הגישה לפיה:  
"רק אתה לבדך יכול לעשות זאת, אך אינך יכול לעשות זאת לבד".

האנשים המתקבלים לקהילה הטיפולית הנם חברים כמו במתכונת של "משפחה" ולא מטופלים כמו במתכונת של מוסד. החברים בקהילה הטיפולית משמשים בתפקידים משמעותיים ביותר בניהול הקהילה הטיפולית ומשמשים כמודלים חיוביים לחברים האחרים ולחברים הצעירים. החברים, כמו גם הצוות, פועלים כמאפשרים ומסייעים להדגשת האחריות האישית של האדם על עצמו ועל חייו, כמו גם על התפתחותו האישית. היות האדם חבר בארגון שהוא יותר מהפרט עצמו הוא גורם המאפשר גדילה חיובית. החברים נתמכים על-ידי הצוות, כמו כן הם מקבלים שירות על-ידי הצוות ויש שותפות בעבודה משמעותית משותפת, תוך דגש על השקעה בחיי הקהילה; לעיתים אפילו לצורך הישרדותה וקיומה של הקהילה.

הלחץ הבין-אישי שמופעל בקהילה טיפולית, הוא לעיתים קרובות המאיץ ההופך ביקורת ומודעות פנימית לשינוי חיובי. צפיות גבוהות ומחויבות אישית גבוהה, נדרשת מסך כל החברים והצוות משמשים גם הם ככלים המסייעים בתהליך השינוי החיובי.

מודעותו של הפרט לבעיותיו מתרחשת באמצעות אינטראקציה קבוצתית ובין-אישית, למידה באמצעות התנסות, ניסוי וטעייה היא בעלת ההשפעה הרבה ביותר לצורך השגת שינוי משמעותי וקבוע. הקהילה הטיפולית מדגישה את האינטגרציה של הפרט בתוך חיי הקהילה. ההתפתחות נמדדת בתוך ההקשר של הקהילה מול הציפיות של הקהילה מהפרט. הקהילה יחד עם היחיד הם שמאפשרים את התהליך החיובי של השינוי אצל כל אחד מחברי הקהילה. המתח שנוצר בין הפרט לבין הקהילה הוא שפועל לטובת הפרט והשינוי הזה הוא המדד החשוב ביותר למידת הנכונות של הפרט להתקדם ולהשתלב בחברה הכללית.

בקהילה הטיפולית קיימת היררכיה תפקודית אנכית, כמו כן מתקיימים תהליכים אופקיים המסייעים בבניית התפישה של חלוקת אחריות ואחריות משותפת, המאפשרת השתתפות בקבלת החלטות כאשר זה בר ביצוע. עניין זה תואם את הפילוסופיה הרעיון והיעדים של הקהילה הטיפולית.

לעומת התפיסה הבהירה והתיאוריה הסדורה של הקהילות הטיפוליות בחר גולדפרב, א. (1996) לתאר את החיים בקהילה הטיפולית כמנגנון לשליטה חברתית במטופלים ומטופלים. על-פי תפישתו יש רושם כי התפיסה הטיפולית מהווה גישה קונספרטיבית. על פי פרשנותו התהליך פוגע בייחוד האנושי של הפרט וכי בתהליך יש "כוונה" להרוס את ה"אני" הקודם של הפציינט ולבנות "אני מוסדי" המתאים לאידיאולוגיה של הארגון. אין כל קשר בין תיאור סובייקטיבי זה לבין המציאות בקהילות בעולם כמו גם בישראל. עם זאת יש לציין כי לרבים מהמכורים יש ביטויים המעידים על "אני שיקרי" (Falls Self) הנובע מסגנון חייהם כמכורים. חיי היום יום בקהילה לא מאפשרים למכור להמשיך ו"להחזיק" בזהות שקרית זו שאפיינה את יחסם לחברה למשפחתם ולעצמם.

נושאים המצופים מהדייר במסגרת ההיררכיה בקהילה (מתוך: (De Leon, G. (2000).

הרגלים אישיים- התייחסות לנושאים כגון: דיוק, לבוש נאות, משמעת, יכולת להצבת מטרות ויכולת ניהול של חיי הפרט ושליטה על חייו וסביבתו.

**הרגלי עבודה-** התייחסות לנושאים כגון: אחריות, התמדה, כושר לפתרון בעיות, מניפולטיביות ונצלנות של אנשים ושל המערכת.

**יחסי עבודה-** התייחסות לנושאים כגון: מרדנות, בעיות עם סמכות, שיתוף פעולה ותחרות עם חבריו לעבודה ועם מנהליו. יכולת לקבל ולתת יעוץ, תישבחות כמו גם ביקורת בין אישית וכן מיומנויות תקשורת. יכולת לתקשורת אסרטיבית, תוקפנות ופאסיביות.

**ניהול עצמי-** התייחסות לנושאים כגון: סובלנות והתמודדות עם אי קבלה, אי הסכמה וביקורת. לא להיות מוערך על-ידי כפופים, התמודדות עם תסכול, דחיית סיפוקים, התמודדות עם בעיות הקשורות למצבי לחץ, מתח ודרישות גבוהות, התקדמות, הורדה בדרגה ושינויים חיצוניים.

**ערכי עבודה-** התייחסות לנושאים כגון: אתיקה בעבודה, אמינות אישית, מצוינות, גאווה, מחויבות בעבודה והשקעת מאמצים. בבואנו להגדיר ולאפיין את הקהילה הטיפולית יש צורך להדגיש מספר תחומים;

**עזרה עצמית ועזרה הדדית:** אחד התחומים החשובים ביותר הנו מושג העזרה-העצמית והעזרה ההדדית. מרבית המטופלים המתגוררים במוסדות הקיימים, הדרישה היחידה הנדרשת מהם היא שיהיו "מטופלים טובים" ויפעלו לפי הוראות הרופאים, האחיות או המטופלים. ההסתגלות הדיירים להתנהגות המצופה במוסד (Institutionalization) מתרחשת ביחס לאורך זמן שהייה, כאשר המטופלים או החברים לומדים להסתגל לצפיות האחיות ושאר אנשי הצוות על-ידי קבלת התרופה בנימוס, הגבה בצורה נאותה, לבישת בגדים בצורה מתאימה וכיו"ב.

הקהילה הטיפולית אינה מחוסנת בפני תהליך "התמסדות" זה, אך החדרת מושג העזרה העצמית והעזרה ההדדית מוסיפה ממד חדש לחלוטין. החברים אינם יכולים לסגת ואינם יכולים לצפות לכך שהרופא יעניק להם תרופות פלא או מרפא. הקהילה הטיפולית מצפה מכל חברה לעזור לעצמם ולזולת לקראת מטרות ספציפיות של צמיחה אישית.

בקהילה הטיפולית תימנע מהפרט התנהגותו הנסגנית, ההתנהגות היחידה המקובלת היא אימוץ גישה של סיוע לעצמם ולזולת. דאגה הדדית, ואוירה אוהבת גלויים לעין בקהילה הטיפולית יותר מאשר במסגרות אחרות ואלו מבדילים אותה מכל המוסדות המסורתיים בהם האווירה היא שקטה וזעפנית.

היבט נוסף של הקהילה הטיפולית, חשוב באותה מידה, הוא מושג של כללי ההתנהגות וזכויות החברים. בקהילה הטיפולית בשונה ממסגרות בהן יש מנהיגות של אדם מסוים (כמו בכתות מסוימות), קיימים גבולות מוסריים, אתיים או משפטיים המדריכים את החשיבה והעשייה של הצוות והחברים. בכת הכריזמטית המסורתית, כאשר למנהיג יש רעיון שאותו הוא רוצה להטיל על הקהילה, אין דבר היכול למנוע זאת ממנו. אין כללי התנהגות אין זכויות, אין מועצת מנהלים אובייקטיבית ואין תהליך של הגשת תלונות.

**אחריות אישית:** הקהילה הטיפולית חייבת להיות מובדלת מכתות רבות העשויות להידמות לה מבחינה חיצונית. הצלחה התקדמות והישגים הנם היבטים חשובים במידה הן בכת והן בקהילות טיפוליות. בעוד שנושא זכויות הפרט מחלחל למוסדות, מושג האחריות האישית לעיתים קרובות מוזנח ומזערי. הקהילה הטיפולית מדגישה את מושג האחריות האישית ויוצרת מבנה בו הפרטים יכולים להתקדם רק באמצעות הישגים שהושגו על-ידם. הישגים אלו זוכים להערכה רבה ביותר. חברים לומדים אודות היבטים קטנים של החיים אשר בעבר ראו בהם כדבר מובן מאליו. דוגמא טובה לכך היא האחריות שיש לחברים בנוגע להישרדות קהילתם וזה כולל את: סידור מיטותיהם, ניקיון חדריהם, אחזקת המקום, שימוש בכלי רכב, בישול ארוחותיהם, טיפול העניינים אדמיניסטרטיביים, טיפול בתיקים אישיים שלהם בהם כתוב חומר טיפולי וכיו"ב.

בשעה שחברי הקהילה הטיפולית מבצעים תפקידים בסיסיים אלה, בהפגנם דאגה איש לרעהו וכן צמיחה אישית, הם משיגים התקדמות בתוך מבנה הקהילה הטיפולית, בדרך כלל על-ידי רכישת מעמד מוכר כמו: תפקיד, אחריות על משימה או על חברים אחרים. דבר זה תורם רבות לשיפור ההערכה העצמית והביטחון האישי. שיפור עצמי וצמיחה עצמית הם תהליכים דינמיים של עזרה עצמית והדדית.

אנשי הקהילה הטיפולית נקראים "חברים" ולא "קליינטים" או "מטופלים". משמעות הלואי המסורתית של הפציינט או הקליינט היא של פרט המקבל עזרה ומשתפר בגלל אותה עזרה. לעומת זאת בקהילה הטיפולית, חברי הקהילה מחפשים אחר עזרה שתבוא מתוך עצמם ומהזולת. מרבית ההתפתחות בקהילה הטיפולית היא תוצאה של השפעת החברים זה על זה בנוסף לתפקיד שיש לאנשי הצוות תפקיד המקל על הצמיחה האישית.

**לחץ חברתי:** לחץ מצד חברים הנו דבר הקיים בכל מערכת מוסדית; בבתי כלא מתפתחת תת-תרבות של אסירים שעל פי כלליה אסור לעולם לבגוד באסירים אחרים ומותר להתנגד לסוהרים. לחץ שלילי זה מצד חברים בבתי הכלא גורם לעיתים קרובות לאסירים שעברו עבירות קלות להפוך לפושעים קשוחים. הקהילה הטיפולית משנה את אופיו של הלחץ החברתי הזה ויוצרת דינמיקה של לחץ חיובי מצד החברים. "עצות שליליות לא מתקבלות, לעומת זאת מעודדים במיוחד לחץ חיובי מצד החברים וידידים אישיים. החברים חייבים "לבגוד" באחרים על מנת שהקהילה הטיפולית תצליח בעבודתה זאת, ולו רק מהסיבה הפשוטה שלעולם לא יהיו מספיק אנשי צוות שיכולו לפקח על הקהילה 24 שעות ביממה ולהקשיב לכל הנזיפות או הדיונים השליליים או ההרסניים המתרחשים בה. תפקיד הקהילה הוא לא לדכא דיונים שכאלה אלא להראות שסך כל הדיונים שליליים ושל הלחץ השלילי מצד חברים היא חלק מתכניתה. כל אחד בקהילה מחויב להביא את הדברים האלה בפני הקבוצה כדי שהקהילה תישאר חיובית ותוכל להמשיך ולעודד צמיחה אישית.

הלחץ החברתי לוידי ול"בגידה" מתקיים על-מנת להתמודד עם נטייתו של המכור להתגונן ולשקר.

חברי הקהילה ואנשי הצוות פועלים בתפקיד ה"מאפשר" (Facilitator) המדגיש את האחריות האישית של האנשים לגבי שיפור עצמי ושיפור לזולת.

**מקומו של הצוות בקהילה:** בקהילה הטיפולית יש חוק בלתי כתוב לפיו אנשי הצוות וחברי הקהילה לא יעשו זה למען זה. לעומת זאת הם חייבים לעודד איש את רעהו לעשות למען עצמם. הדרכה, מלות תמיכה ועידוד ואפילו עימות חזק הנם חלק מתפקיד ה"מאפשר" (Facilitator) המוטל על אנשי הצוות. תפקיד זה שונה באורח דרמטי מתפקידי "העשייה למען" של רוב אנשי הצוות במרבית המוסדות האחרים, שם תפקידם הוא לחלק תרופות למטופלים, להגיש את מזונם, לנקות את חדריהם, או לצאת לטיול. חברי הקהילה הטיפולית מספקים את מזונם בעצמם, מנקים את חדריהם בעצמם, מתכננים את שעות הפנאי, את הסמינרים והפעילויות שלהם בעצמם ודואגים לטיפול שלהם ולצמיחתם האישית.

המושג העיקרי האופייני לקהילה הטיפולית הוא מושג הלמידה מתוך ניסיון. ללמידה מתוך ניסיון יש בדרך כלל השפעה ארוכת טווח. הקהילה הטיפולית מעודדת תהליך למידה נורמלי בו אנשים יכולים לטעות אך הם ילמדו משגיאותיהם. נראה שניסיון, כישלון והצלחה עוזרים לשינוי אורח חיים לטווח ארוך. אנשים מקבלים הזדמנות להצלחה אמיתית ולחיצוק חיובי הבונים בהתמדה ביטחון עצמי.

בקהילה הטיפולית יש תהליך דיאלקטי מתמשך בין צרכי הקבוצה לבין הצרכים האישיים. הקבוצה והקהילה מעניקים לחבריה את

התמיכה, המבנה והכבוד העצמי הנדרשים לשם הצלחה בעולם האמיתי. במהלך תהליך הלמידה והשינון של ערכי הקבוצה, מתחילים להתרחש אצל הפרט תופעות של מרדנות. רבים מאנשי הצוות בקבוצה הטיפולית אינם מבינים את הצורך במרדנות מהסוג הזה ולפיכך מטפלים בה באמצעות עימות קשה ואילוצים לצינות. אנשי צוות בקהילה הטיפולית שעברו הכשרה, מבינים את הצורך שיש לבני אדם להביע אינדיבידואליות כחלק מתהליך הצמיחה. בסופו של דבר אחדים מהערכים והנורמות של הקבוצה מופנמים על-ידי הפרט ומוסיפים לו עוצמה וביטחון.

במקום לחסל את הצרכים האינדיבידואלים יש להטות אותם לכיוון חיובי, כלומר, להכין תכניות להכשרה מקצועית או קריירה, להבין את הצרכים הפיזיים, הרפואיים או הפסיכולוגיים שיש לאדם אחד בשעה שאין אותם לאדם אחר. אנשי הצוות יודעים שהפרט הוא זה שיצליח בעולם הממשי ולא הקבוצה. הפרט חייב להפנים את הנורמות והערכים של הקבוצה בתוך בהקשר של האינדיבידואליות שלו.

בקהילה הטיפולית לא קיים המושג "אנחנו – הם", אין מקום ל"אני טוב יותר ממך", כמובן שיש פרטים בעלי ידע רב יותר על דברים מסוימים מאחרים, אך לכל אחד יש ידע משל עצמו שביכולתו לתרום לזולת ואיש אינו שם עצמו מעל הזולת. אנשי הצוות וחברי הקהילה עובדים יחד באותה רמה כדי לקדם את מושגי הצמיחה האישית והאידיאלים של הקהילה, אף כי אנשי הצוות מקבלים תשלום וחברי הקהילה לא. ההירארכיה בה שותפים כל חברי הקהילה, הנו מושג המיוחד לקהילה הטיפולית בייחוד בהשוואה לבתי חולים לחולי נפש, בקהילה הטיפולית אנשי הצוות וחברי הקהילה שותפים ביישום המטרות במסגרת ההירארכיה.

"Act as if" "לפעול כאילו": מושג נוסף המגדיר את הקהילה הטיפולית הוא המושג של "לפעול כאילו" (Act As If), במוסד או בית חולים לחולי נפש, התנהגות של החולה נתפשת כחלק מהפתולוגיה או מהבעיה של האדם. במילים אחרות, זוהי הסיבה שבעטייה האדם מאושפז שם. בקהילה הטיפולית, גישה זו עתה והתנהגות שלילית אינם נסבלים לאורך זמן. אם חבר בקהילה עצוב, מעודדים אותו לפעול כשמוח. אם חבר בקהילה כועס, מעודדים אותו להתנהג בשלווה. אם חבר בקהילה מתעקש ומסרב להכיר בהשקפה אחרת מזו של עצמו, מעודדים אותו להפגין הבנה כלפי רעיונות וערכי הזולת.

בקהילה הטיפולית מעודדים גישה זו של "לפעול כאילו" 24 שעות ביממה ולא רק במהלך מפגש הקבוצה. מפתיע לגלות שטכניקה זו פועלת ביעילות ובמאמץ קטן בלבד מצד חברי הקהילה. חברי הקהילה רואים ומזהים במהירות את בעייתו של הזולת ושמים לב לכך שהחבר "פעל כאילו". בעקבות כך קל יותר לאותו חבר לשנות את התנהגותו בהתאם להתנהגות של חבר אשר באמת יש לו סיבה טובה לחוש מדוכדך, אך אינו נותן להרגשה זו להשפיע כלל על גישתו והתנהגותו.

טכניקה זו מובילה למושג של "מודל לתפקיד". אם חברי הקהילה אינם מודלים לתפקידים חיוביים הקהילה הטיפולית לא תוכל להצליח. המושג "פועל כאילו" תומך במושג של "מודל התפקיד החיובי" ובהתנהגות של מודל חיובי. יש בכך השפעה חזקה על קידום השינוי לטווח ארוך וכן על צמיחה חיובית.

בכל קהילה טיפולית קיימת מערכת של אמונות הזוהה לנורמות החברתיות או לערכים קהילתיים. אמונות אלה חייבות לצמוח מתוך חברי הקהילה ואנשי הצוות ואין צורך לכפותם באמצעות תכנית שיטתית או מנהיג כריזמטי. בדרך זו הקהילה הטיפולית יכולה להשתנות ולהתפתח על מנת להגיע לנורמות המשתנות ולערכים של החברה הרחבה, כך שהמיקרוקוסמוס של הקהילה הטיפולית יתאים עצמו לסביבה ויכין בצורה טובה יותר את חברי הקהילה לקראת מילוי תפקידים בחברה הכללית.

הקהילה הטיפולית נוטה להציב ציפיות גבוהות לחבריה. צפיות אלה מטפחות גישות יותר חיוביות והישגים. באופן טבעי, צפיות אלה חייבות להתבסס על המציאות. במהלך השנים נמצא כי חברי הקהילות הטיפוליות עשויים להתפתח ולהתקדם יפה בצמיחתם האישית הרבה מעבר לצפיות הפסיכיאטריות המסורתיות. על פי הגישה הפסיכיאטרית או הגישה בפסיכותרפיה, לרקע של הפרט יש תפקיד חשוב בצפיות שיש מאותו אדם. בקהילה הטיפולית, בשעה שהרקע של האדם אמנם חשוב, ההתנהגות הנוכחית והגישה העכשווית מציאותנית חשובים יותר, וציפיות גבוהות לעתיד משמשות כמניעים להישגים גדולים יותר.

### הקהילה הטיפולית כמסגרת ערכית-חברתית (מתוך: De Leon, G. (2000))

**תפקידי החברים** - חיי היום יום בקהילה הטיפולית מספקים הזדמנויות למידה באמצעות התפקידים החברתיים השונים בהם משתתפים החברים, בחיי היום יום בקהילה. תפקידי החברים הנם שונים כגון: עמדות עבודה שונות, ניהול, ועבודה במחלקות השונות. כמו כן מתקיימת למידה מתוך היחסים הבין אישיים בין החברים, תפקידי מנהיגות שונים, ומתפקידי יעוץ שונים. תפקידים אלו דורשים שינוי התנהגותי ושינוי גישה, שליטה ברגשות והערכים ביחס לאחר.

**משוב בין חברים** - מקור ראשון של הנחיות ותמיכה הפועלים לשינוי הפרט הוא התצפיות הבין אישיות והתגובות האוטנטיות כלפי הפרט. מתן סוג זה של משוב היא באחריות כלל דיירי הקהילה. משוב שלילי ו/או משוב חיובי חייב להינתן תוך יחס אחראי ביותר (RESPONSIBLE CONCERN).

**החברים כמודלים** - כל דייר נדרש להתנהג כדייר לדוגמה אשר ישקף את תהליך השינוי. בהמשך למידת האחריות המצופה,

על הדייר לתת משוב לאחרים בנוסף לשינוי הנדרש מהם. על החברים לשמש דוגמה באשר ליכולתם להשתנות.

**יחסים בין אישיים** – היחסים הבין אישיים בקהילה הטיפולית משמשים להאיץ את תהליך ההחלמה והצמיחה האישית בדרכים שונות. הם מאפשרים מחויבות, מפתחים אמון, מעודדים לקיחת סיכון בביטוי רגשות ולמידה עצמית וכן לימוד של מיומנויות. היחסים המתפתחים בטיפול לעיתים קרובות הופכים לבסיס לרשת החברתית הדרושה להחלמה לאחר הטיפול בקהילה.

**מסגרת כללית של למידה** – ההתנסות מכוונת כולה להחלמה ולגדילה אישית דרך היחסים הבין אישיים ובמסגרות המאפשרות תהליך של חינוך ואימון. פעילות תרפויטית המתקיימת בקבוצות וכן תפקוד בעבודה ויצירה מאפשרים התנסויות בין-אישיות המאפשרות את תהליך הלמידה המיוחל. הפרט משתתף בתהליך השינוי בעזרת קבוצת השווים. המסגרות הקולקטיביות המוטמעות בקהילה באופן ניסיוני, מדגימות את כוחה של הקבוצה בתהליך של הלמידה והשינוי.

מסגרת של תרבות ושפה – הקהילה הטיפולית הנה תרבות של שינוי. האירועים, המסורות והריטואלים משמשים לחזק את הלכידות של הקהילה ועל ידי כך לחזק את ההתפתחות של הפרט. התפיסה המהותית, האמונות, הערכים הנורמות והפילוסופיה שמובילה את ההחלמה ודרך חיים חדשה ונכונה מובעת בשפה מיוחדת בקהילה הטיפולית. כל אלה נלמדים בקהילה הטיפולית ומוטבעים בתרבותה ובתהליך הגדילה ושינוי הזהות חבריה.

**המבנה והשיטה** – תפקוד בתפקידים השונים, מטלות ונהלים קבועים הם שמשמרים את התפעול היום יומי של הקהילה. פעילויות אלו מחזקים את הנושא של עזרה עצמית מלמדים ומאפשרים את התפתחות הפרט. למידה וגדילה קורים באמצעות הפרוצדורה והשיטה וכן דרך התנהגות חבר אחראי בקהילה שהאחרים תלויים בו. השיטה בה משתמשים בזכויות ובסנקציות שומרת על סדר וביטחון של הקהילה ומאפשרת לפרט להשתנות דרך למידה הקשורה למעשיו ותוצאותיהם.

**תקשורת פתוחה** – הטבע והאופי הציבורי של שותפות בחוויות ובהתנסות בקהילה הטיפולית משמשת כמטרה טיפולית עבור הפרט ועבור האחרים. החיים הפנימיים של הפרט הם בעלי חשיבות להחלמה ולתהליך השינוי לא רק לפרט אלא גם לחברים האחרים. נושאים פרטיים רגישים במיוחד (התעללות בילדות, העדפה מינית, פשעים שבוצעו בעבר, מצב בריאותי) ניתן לשתף בהם בהתחלה את קבוצת השווים הקרובה או מדריך המצוות שישמרו על סודיות אך יעודדו בסופו של דבר העלאת הנושא בקבוצות. לעומת זאת נושאים אישיים שהם משמעותיים לחוקי הבית המרכזיים והעיקריים (שימוש בסמים בהווה, גניבות, הלוואות כספיים, עבריינות, התנהגות מינית אסורה, הצתה, אלימות וכיו"ב) חייבת להיות גלויה ומטופלת באופן פתוח על מנת לשמר את תחושת הביטחון האמינות ובריאות הקהילה.

**איזון בין הפרט והקהילה** – המטרה של הקהילה הטיפולית היא לשרת את היחיד, אך היחס בין הפרט לבין הקהילה הוא הדדי. הצרכים של הקהילה ושל הפרט חייבים להיות מאוזנים כדי להנחיל ולחזק עבור חברי הקהילה תפיסה חיובית של הקהילה כמו גם את תחושת הביטחון האמינות והבריאות של הקהילה. זה מצריך שבקהילה יהיה מקום לביקורת עצמית באמצעות בדיקה עצמית מתמשכת של ההתנהגות ושל הגישה של הצוות, כמו גם של הדיירים.

## ג' התפתחות מושג הקהילה הטיפולית בעולם:

קהילה הטיפולית הוכחה כגישה טיפולית בעלת עוצמה רבה בהקשר לטיפול בנפגעי סמים ובעיות הקשורות לסגנון חיים. הקהילה הטיפולית בבסיסה הנה גישה של עזרה עצמית גישה זו נמצאת מחוץ לזרם של הפסיכיאטריה, הפסיכולוגיה והרפואה. (De Leon, G. (2000). הקהילה הטיפולית כגישה בסיסית מטפלת באדם כמכלול באמצעות השימוש בקהילת השווים. בקהילה הטיפולית המסורתית משך השהות הוא בין 12 ל- 18 חודשים. משך השהות שקוצר משהות של שנתיים עד שלוש שנים שהייתה נהוגה במקור (Cole & James, 1975).

רעיון הקהילה הטיפולית כפי שהתהווה במהלך שנות ההיסטוריה של הקהילה הטיפולית קיבל דגשים וכיוונים שונים. קהילות שעיקר מיקודם, לימוד; קהילות שמרפאות; קהילות שגישתן מופיעה בכתות דתיות וקומונות אוטופיות כמו גם בקומונות רוחניות ותנועות העוסקות בריפוי נפשי ובריאותי. סקציה אחת של מסגרות בעלות אפיון של קהילות טיפוליות פועלת בתחום הפסיכיאטריה החברתית / קהילתית. אלו עוסקים בטיפול פסיכולוגי, בסטייה חברתית ובפציינטים פסיכיאטריים במסגרת של בתי חולים לחולי נפש. סוג אחר של קהילות טיפוליות מבוסס על קהילה המכוונת לטיפול בדיירים מכורים לסמים ואלכוהול.

המושג קהילה טיפולית היה בשימוש בתחום הפסיכיאטרי בבריטניה במהלך שנות ה-40. חוץ מהשם "קהילה טיפולית", גם המושגים שהשתרשו במהלך שנות ה-40 בבריטניה השפיעו על הקהילה הטיפולית הראשונה למכורים שהוקמה בארה"ב בסוף שנות החמישים בסנטה מוניקה – קליפורניה קהילות טיפוליות בבתי חולים פסיכיאטריים פעלו על-ידי מקסוול ג'ונס שהיה חלוץ בתחום (Maxwell Jones) 1953. הפעלת הקהילה הטיפולית בתחום הפסיכיאטריה נקראה גם "המהפכה השלישית בתחום הפסיכיאטרי". המעבר מהטיפול האינדיבידואלי לגישה הפסיכיאטרית חברתית הדגישה את השימוש בקבוצה ואת המרחב הטיפולי (Milieu Therapy) כגישה ושיטה מרכזית.

שיטת הקהילה הטיפולית קשורה בתרומתה הגדולה לפיתוח בתי החולים הפסיכיאטריים המודרניים. ותרמה בעיקר לתחום הפדגוגי, ללימודי התרפיה ולרפואה הקהילתית. זרם טיפולי זה קשור גם לאירועים האנושיים שקרו בין שתי מלחמות העולם ובאו לביטוי בבית החולים Cassel וקליניקת Tavistock באנגליה. בבי"ח Cassel ובמכון Tavistock צפו בעלייה בצורך בפסיכותרפיה בפגועי טראומת קרב. נפגשו בצרכים של האוכלוסייה האזרחית. האומה הבריטית הייתה בטרומה לאחר שאיבדה מיליוני אנשים צעירים בקרבות ובמחלות, משפחות רבות נשאו מפרקות ושבורות ומצאו ניחומים מועטים בטכסים וריטואלים דתיים. לעיסוק ולהתמודדות עם הצער, עיבוד האבל, ההזדהות וההקרבה, הייתה השפעה חשובה על הרעיונות הפסיכודינמיים שפותחו על-ידי Ian Suttie בשנת 1936 במכון Tavistock ואחריו עבודתו של John Bowlby על עבריינים והרקע המשפחתי שלהם.

התפתחותה של הפסיכולוגיה החברתית, תחום ההתנהגות הארגונית ותיאוריות חדשות ביניהם התיאוריות החברתיות של Kurt Lewin, כל אלה תרמו להולדתה והתפתחות התנועה של הקהילה הטיפולית שצמחה בבי"ח Mill Hill ו-Northfield (Malcolm Pines 1999).

לפי דבריו של פינס (Pines 1999) היו מספר גורמים שאפשרו את התפתחות מודל הקהילה הטיפולית בבריטניה בשנות הארבעים:

1. לתחום הפסיכותרפיה הייתה השפעה רבה על שיטות הפסיכואנליזה, זאת בצירוף ההכרה בכוחות החברתיים שבאו לביטוי בהתפתחות של הפסיכולוגיה החברתית שהתפתחה באותה עת ואשר שאפיינה את בתי הספר לפסיכותרפיה באנגליה. דמויות המפתח היו Hugh Crichton - Miller ממכון Tavistock ו-T.A. Ross מבית החולים Cassel (בית החולים בו טופלו נפגעי הלם קרב).

2. האווירה הכללית והמבנה החברתי בלונדון היו שונים מאד מהאווירה ומהמבנה החברתי בינה (בה התפתחה הפסיכואנליזה). בלונדון הייתה אווירה של דמוקרטיה חסונה שעמדה בתקיפות מול פשיזם ומול הקומוניזם. אווירה זו נעה לכיוון דמוקרטיה עם גוון חברתי דומיננטי, אווירה זו חלחלה גם לתחום הרפואה החברתית.

3. הפסיכיאטריה הבריטית החלה לצאת מתוך גבולותיה הצרים וויתרה על הרעיונות הדטרמיניסטיים שהסבירו את מחלות הנפש כמי שנובעים מבסיס אורגני בלבד. בתי החולים החלו להיפתח לרוחות החדשות בעולם הפסיכותרפיה. בתי חולים מסוימים החלו לקלוט חולים שפנו לטיפול באופן וולונטרי והחלה השפעה חברתית דמוקרטית ששינתה את הסטטוס של הטיפול וחזרה לראות בחולה אדם שלם.

במקביל לתמורות בתחום הפסיכותרפיה בבריטניה, גם בארה"ב התפתחה תפיסת הקהילה הטיפולית בהקשר לבעיות התמכרות, גישה זו החלה לסלול דרך בסוף שנות החמישים, כאשר צ'רלס (צ'אק) דינרין ייסד בשנת 1958, בסנטה מוניקה - קליפורניה שבארה"ב את הקהילה הטיפולית הראשונה למכורים Synanon. בקומונה שהוקמה על-ידי צ'רלס דינרין, אלכוהוליסט שהחלים, עשה דינרין אינטגרציה של תכנים מתוך תכנית ה-A.A. כמו גם פילוסופיות אחרות. הקהילה הוקמה כדרך לסייע מכורים לסמים "קשים" לשים קץ להתנהגות של הרס-עצמי ולהפך לאנשים בעלי אחריות, חופשיים מתלות בחומרים ממכרים. המושג "למידה חברתית" הוצג כמהות הקהילה הטיפולית.

כאשר כסריאל ויבלונסקי (Casriel, 1966; Yablonsky, 1965, 1989) חקרו את הקומונה שהוקמה על-ידי מכורים נקיים "סיננון", הם זיהו תהליך של קהילה טיפולית וכינו אותו על-פי המודל הראשוני של ג'ונס. למרות שה"סיננון" התפתח בנפרד מעבודתו של מקסוול ג'ונס, לשני המושגים יש מחד זהויות ומאידך הבדלים דרמטיים (Yablonsky, 1968).

אף כי רוב הפסיכיאטרים ויתרו על כל ניסיון לעזור לאלכוהוליסטים או מתמכרים לסמים, מקסוול ג'ונס התמיד בעבודה דומה עם חולי נפש בבית חולים לחולי נפש דינגלטון שבאנגליה. ג'ונס הבין שיש לשנות את ההיררכיה של בתי החולים המסורתיים לחולי נפש וב-1940 ייסד את הקבוצה הטיפולית שהתבססה על פרטים שנטלו תפקיד מרכזי בעזרה עצמית ובסיוע לזולת. ג'ונס חש שהיה צורך ללמוד רבות מ"הסביבה הטיפולית" בנוסף למה שניתן ללמוד מהקבוצות הטיפוליות.

(Kennard 1998), בסקרו את נושא הקהילות הטיפוליות מציין כי במהלך שנות ה-80 קיומן של הקהילות הטיפוליות היה נתון בספק, בשעה שבתו חולים נסגרו ותקציבים קוצצו. הכיוון היה הפרטת הטיפול, כיוון שהלך בד בבד עם אידיאולוגיה פוליטית ונדרשו הוכחות ועדויות להצלחות הטיפול בקהילות הטיפוליות. הוא אומר שכיום יש עדויות כי הקהילות הטיפוליות לעומת גישות אחרות זולה יותר. המושגים החברתיים כגון: הקבוצה, הקהילה הטיפולית וכיו"ב חזרו להיות שיטות טיפוליות בולטות ומהווים צורך חברתי בתקופה של פיצול, אינדיבידואליזם קיצוני וניכור חברתי. הקהילות הטיפוליות של היום מגוונות יותר, עונות לצרכים המיוחדים של האוכלוסיות השונות. הקהילות הטיפוליות התאימו עצמן לתת שירות לתחומים כגון: הפרעות אישיות, שירותים בתחום שירות בתי הסוהר לעבריינים צעירים, כמו כן חדרה השיטה גם כמודל לעבודה עם חולים פסיכוסטיים כרוניים וגורמים מתחום בריאות הנפש. הוא רואה את הקהילה הטיפולית והתחומים אליהם חדרה כמיוגן גישות טיפוליות. על מנת לשמר את המודל יש לפתח סטנדרטים של הכשרה בנושא קהילה טיפולית, ולערך מחקרים מתוכננים היטב על מנת לאשש את יעילותם של הקהילות הטיפוליות.

במהלך שנות ה-80 נוצר איום על הקהילות הטיפוליות. איום אחד היה איום אידיאולוגי מבחינה אידיאולוגית המושג "החברתי" נסוג לטובת הגישה האינדיבידואלית. הגישה שהתמקדה ביחסי היחיד עם סביבתו החברתית נמוגה, לעומת זאת צמחו מושגים חדשים שהבליטו את השאלה מה הצרכים והכישורים להם זקוק היחיד על מנת להתמודד עם זכויותיו בעולם של אחרים הנמצאים עמו בתחרות. כה חד נעשה נושא לימוד המיומנויות והסיוע ליחיד לפתח אסטרטגיות חשיבתיות בעניינים של פיתוח האינדיבידואליות. קהילות טיפוליות רבות גוועו כאשר בתי החולים הגדולים לחולי נפש נעלמו לעומת פריחתם בשנות ה-60 וה-70. בתי החולים נסגרו ולעומתם נפתחו יחידות אישפוזיות קטנות לטיפול בחולי הנפש.

גם בקרב עמיתים באיטליה היו שינויים דומים כאשר בשנות ה-70 ניטען כי הקהילה הטיפולית אינה התשובה הנכונה משום שעצם קיומו של מוסד מכל סוג שהוא זה מהווה סתירה בין תרפיה לבין תחזוקת אנשים במוסד (Basaglia, 1981). מבחינות מסוימות ביקורת זו הייתה נכונה מאחר והקהילות הטיפוליות בתחום בריאות הנפש פעלו בשנות ה-50 וה-60 במסגרת בתי חולים, וקיבלו את המוסד כמובן מאליו. השאלה שנשאלה הייתה: כיצד להפוך את בתי החולים לסביבה תרפויטית ככל האפשר, אך לא שאלו מה צריכה להיות החלופה.

איום נוסף, או לפחות מה שנתפש כדבר מאיים לא פעם, הייתה האידיאולוגיה של פרקטיקה הזקוקה לעדויות באשר לתוצריה. אנשי הציבור ציפו לכך שימצאו עדויות לתוצאות החיוביות של הקהילה הטיפולית והמימון ייעשה בהתאם לכך ולא בהתאם למה שאנשי המקצוע אוהבים לעשות. לאנשי הקהילות הטיפוליות הייתה תחושה שלא ניתן להעריך את תוצאות עבודתם, מאחר וקיימים יותר מידי משתנים ויותר מידי תוצרים והם עלולים לעמוד ככלי ריק מול טכניקות העבודה ההתנהגותיות שנולדו באותן שנים. למעשה כל התחושות הללו לא היו נכונות. מה שנדרש זה מחקרים מתוכננים כיאות שיוכלו להעיד על תוצאות השיטה, לפי קריטריונים שיעמדו מול שיטות טיפול אחרות.

היה גם איום נוסף שהשפיע על כל שירותי הבריאות הלאומיים בשל קיצוץ מאסיבי במשאבים ותקציבים. קהילות טיפוליות שנתנו שירותי בריאות נפש ברמה לאומית נאלצו להתמודד מול בתי חולים קהילתיים.

ההתקפה האידיאולוגית, המלחמה מול בתי חולים מקומיים, הספקות באשר ליעילות הטיפול שלא תועדה כיאות במחקרים והקיצוץ התקציבי, כל אלה היו בעלי השפעה על המשך קיום הגישה. כיום אנו עדים לשינוי, לא רק שלא מדברים על חרדה קיומית, אלא שאנו עדים לצמיחה של הקהילות הטיפוליות. בשעה שבתו החולים הגדולים לחולי נפש נסגרו, האנשים להם הם דאגו, אלו עם הפרעות הנפש הכרוניות חזרו לחברה. הציבור הרחב הסתייג מכך וביטא יחס שלילי ביותר למדיניות זו באמצעות התקשורת (עיתונות וטלוויזיה). תוך התקפות על נציגי ציבור וכן על עובדים ומתנדבים. ביקורת זו נבעה מתוך כך שבתו החולים אשר היו בעבר תשובה לחולי נפש, נסגרו ובמקומם הוקמו פרויקטים כגון: מגורים עצמאיים, הוסטלים וכיו"ב אשר שוכנו בקהילה במסגרת שכונות. רבים מהחוסים במסגרות חלופיות אלה היו מסוגלים להשתלב בחברה, עובדה שהובילה אותם לעשייה עבריינית באזור מגוריהם ובעקבות כך נשלחו לכלא.

התוצאות של אירועים אלו היו שהשאלה שעמה התמודדו אנשי מקצוע שעבדו במוסדות בשנות ה-50 וה-60 הייתה; איך ליצור סביבה אנושית מעצימה לאנשים עם פגיעה נפשית גדולה וללמדם לדאוג לעצמם השאלה הזו התעוררה שוב מחדש אך בסביבה חדשה בשנות ה-80 וה-90. באופן מפתיע רבים מהם העלו מחדש את ראיון הקהילות הטיפוליות. כמה מהם אף העלו רעיונות שהזכירו את ימיה הראשונים של הקהילה הטיפולית. הועלו גם רעיונות שהציעו שילוב של אספקטים של בית חולים עם אספקטים של חיי קהילה עבור מטופלים שהוגדרו כמי שהם קשים להשמה.

יחד עם מסקנות הממשלה הפדרלית בארה"ב משנת 1994 מסקנות מחקרים מדווחות על תוצאות מבטיחות ביותר העולות בתוצאותיהם על כל שיטה אחרת בייחוד בטיפול באנשים בעלי אישיות והפרעות פסיכופתיות (Reed, 1994). ממצאים אלו באו בדיוק בזמן הנכון.

בארה"ב המודל ההיררכי של קהילות טיפוליות התפתח על-ידי Daytop ו-Phoenix House. מסגרות אחרות של מרכזים שיקומיים לטיפול במכורים אימצו מודל זה כמודל העדיף להתמודדות עם בעיות התמכרות לסמים גם בתוך מסגרות בתי סוהר בארה"ב. באנגליה התפתח המודל של הקהילות הטיפוליות/פסיכודינמיות שפותח על-ידי Maxwell Jones ואחרים. בשני המודלים נצפו תוצאות גבוהות של הצלחה. גם כאשר מודלים אלו הופעלו במסגרת בתי כלא בתנאי סביבה שאינם אידיאליים, ניכרו תוצאות חיוביות יותר מאשר בכל מודל אחר.

## ד' התערבויות וכלים טיפוליים בקהילה הטיפולית:

רוב ההתערבויות התרפויטיות בקהילה הטיפולית נעשית בקבוצות ובחיי היום יום בקהילה. למרות זאת יש מספר מסגרות אשר משתמשים גם במתודה של הפסיכותרפיה האינדיבידואלית (Kennard, 1998). החוקר מתייחס בעיקר לשני תחומים המהווים את עיקר העשייה בקהילה טיפולית:

1. **סיטואציה של חיים ולמידה** – למידה תוך התנסות מציאותית, עניין זה מתייחס לעובדה שכל מה שמתרחש בין חברי הקהילה הטיפולית, בהקשר לחיים משותפים ובעיקר למצבי משבר, הוא מנוף והזדמנות לימודית.
2. **"תרבות חוקרת"**, מושג המתייחס לעובדה שלא רק שיש מבנה חברתי אלא יש תרבות בסיסית

בין הצוות בקהילה תרבות של חיפוש אחר כנות ויש מאמץ מתמיד לזהות ולהתריס נגד

דוגמטיות או דעות מקובלות.

הקהילה הטיפולית מאפשרת ומעמידה מצבים "כמו אמיתיים", בהן מתנסה חבר הקהילה בתחומי היחסים בינו לבין הזולת. התנסות זו נותנת הזדמנות לחברי הקהילה לבחון וללמוד מתוך הקשיים שהתעוררו בהתנסויות החברתיות. על מנת שתתקיים למידה זו נדרשים מספר כללים הן מהצוות והן מן הדיירים.

## 1. הצוות בקהילה הטיפולית:

### א' תפקידים:

**השתתפות בחיי הקהילה כחבר קהילה:** הצוות בקהילה הטיפולית נדרש להשתתף בחיי הקהילה כמו כל חבר קהילה אחר. הצוות שותף במטלות היומיומיות יחד עם הדיירים ובמסגרת תפקידו עליו להגיב למצבים השונים המתפתחים בקהילה. על הצוות מוטלים תפקידים ואתגרים והם זוכים בגין כך לביקורת לגיטימית מהדיירים. באופן זה המסורת של "הם ואנחנו" והפיצול בין אנשי צוות לבין דיירים נעלמת. גישה זו מאפשרת התפתחות תחושות אמון ואינטימיות ומאפשרת לדייר לחוות ולהפנים יחסים בין-אישיים מגוונים ושונים בינם לבין סמכות ודמויות הוריות. גם דיירים ותיקים ומנוסים יותר יכולים לשמש בתפקידי "מודל" על-ידי היותם פתוחים וכנים. גישה זו עלולה לגרור מצב מסוכן של מעורבות יתר, לכן יש לשים דגש על אימון הצוות. מתן הדרכה ותחזוקת צוות באופנים שונים שיאפשרו את יכולתו לתפקד במסגרת הקהילה הטיפולית.

**שמירה על המבנה הקהילתי כבעל פוטנציאל תרפויטי:** המבנה הקהילתי הכולל תכנון זמן, מקום ומטרות של הפעילויות השונות, כמו כן האחריות הרובצת על מקבלי ההחלטות. מבנה ברור הנו חשוב במיוחד לאנשים בעלי רקע של שליטה עצמית נמוכה ורמת אימפולסיביות גבוהה. המבנה הברור הוכח כמי שיופנם בתוכם במהלך הזמן. ממצאים פשוטים מצביעים על כך שקהילות טיפוליות עוברות תנודות בין תקופות בהן המבנה מובחן היטב ומתקיים הלכה למעשה, לבין תקופות בהן יש התנהגויות הרסניות בשעה שקיום המבנה נמצא תחת איום חריף. בתקופה כזו על הצוות לקחת את ההובלה ולבנות מחדש את המבנה ואת הנורמות של הקהילה, ומאוחר יותר לאפשר לחברי הקהילה להשתתף באחריות מחדש.

**יצירת תנאים ללמידה התנסותית:** מטלות ואחריות בעלות טווח רחב ביותר יכולה להיות מוטלת על דיירי הקהילה הטיפולית. אחריות זו מתמקדת בתחומים של ארגון; הכנת ארוחות לכל חברי הקהילה, שמירה על איכות הסביבה ניקיון וארגון הקהילה, אירוח מבקרים וקבלת דיירים חדשים כמו גם תרומה להתפתחות האישית של האחר ותרומה לתהליך התרפויטי של הזולת. כל אלה מאפשרים פוטנציאל ללמידה בכמה רמות: בתחום הפרקטי של למידת מיומנויות, בתחום החברתי, בתחום הערך העצמי ובתחום ההתמודדות מול סמכות. התפקיד של הצוות הוא ל"מכסם" את ההזדמנויות ללמידה שכזו, יותר מאשר לדאוג לסיום מוצלח ולתוצאות של המטלה שהוטלה על הדייר. הצוות נדרש במקרים רבים לעמוד מנגד ולהימנע מהתערבות. גישה זו היא תנאי המאפשר ללמידה התנסותית.

**השימוש בהתערבויות טיפוליות בקבוצה:** מיומנות העבודה בקבוצות קטנות הנה רלוונטית ביותר בקהילות טיפוליות. שיטות העבודה הקבוצתית הן רבות ומגוונות; אנליזה קבוצתית, פסיכודרמה, ניתוח עסקות בין אישיות (מודל ה-T.A.), תרפיה התנהגותית קוגניטיבית. אלו כולם מיועדים ומציעים דרכים להבנה חדשה של הקשיים תוך שימוש באירועים הקודמים לקבוצה. הצוות יכול להציע אינטרפרטציה ומשמעות לקשיים אלו אך לעיתים קרובות יהיה זה יותר אפקטיבי אם הדיירים עצמם יעשו זאת האחד לשני, תוך שימוש בניסיונם האישי על מנת להציע פרשנות לחברם בקהילה והאופן שהם עצמם מצאו פתרונות למצבים וקשיים עמן התמודדו.

**ערנות לדינמיקה של הקהילה ולמעורבות האמוציונלית של הצוות:** חשוב לעמוד על המשמר מול הסיכונים של ראייה צרה אופקים ולשים לב לכך שחוויה קבוצתית אינטנסיבית יכולה לייצר ולהוביל את הקהילה הטיפולית בכללה להתכנסות לקשיים פנימיים. כמו למשל במצבים בהם דיירי הקהילה מתחילים להתנהג התנהגויות הרסניות, או כאשר המתח בין הצוות מוכחש או שביקורת חיצונית מוכחשת. במצבים אלו, על כל איש צוות לבחון את מידת מעורבותו בדינמיקה של הקהילה ולהשתמש בהזדמנויות של ישיבות הצוות לפעול באופן כנה וגלוי.

**שמירה על קשרים חיצוניים:** הצוות חייב להבטיח שתפקיד היחידות/המחלקות והדרישות השונות הובנו כהלכה על ידי הצרכנים ועל ידי העמיתים ואלו המנהלים מסגרות חיצוניות הקשורות לקהילה כמו הוסטלים ארגוני הורים וכיו"ב.

### ב' עקרונות עבודת הצוות בקהילה הטיפולית:

הארגונים השונים של הקהילות הטיפוליות בארה"ב ובאירופה, דאגו לפתח במהלך השנים מושגים ומדדים שונים המתייחסים לקהילה הטיפולית בכלל ולתפקיד המדריך בפרט. תפקידי המדריך מפורטים להלן:

1. הבנה ועידוד לעזרה עצמית ועזרה הדדית.
2. הבנה ותרגול של תפקוד כ"מודל חיובי".

3. הבנת ותרגול של המושג "למידה חברתית".
  4. הבנה ועידוד של הרעיון לפיו אין התפצלות של "אנחנו והם".
  5. הבנה העידוד של ניידות וקידום אנשים בהיררכיה ומערכת הפריבילגיות.
  6. הבנה ותרגול של המושג "לפעול כאילו".
  7. הבנת הקשר וההבדל בין שייכות מחד לבין אינדיבידואליות מאידך.
  8. הבנת הצורך במערכת אמונות וערכים בתוך הקהילה הטיפולית.
  9. יכולת לבצע רישום מדויק של תהליכים.
  10. הבנה ואפשרו של תהליכים קבוצתיים.
- "הפדרציה של הקהילות הטיפוליות בארה"ב" \* הגדירה וקבעה מהו הידע הבסיסי או תחומי המיומנות והקריטריונים הנדרשים ממדריך המוסמך לעבודה בקהילה הטיפולית. לצורך כך הוצא על ידה מדריך מפורט. למועצת המנהלים של הפדרציה העצמאות והרשות לאשר הכשרתו של מדריך, אישור זה תקף לשלוש שנים לאותם אנשי צוות שהשיגו את המומחיות המינימלית או את רמת המיומנות הנדרשת לעבודה בקהילות הטיפוליות.

תהליך האישור הוא תהליך הכולל חלקים שונים; המדריך נדרש לבחינות בכתב וכן לראיון בע"פ. קיימות שלוש רמות בתהליך אותן לא ניתן לעבור ללא הכשרה מקדימה של הפדרציה של הקהילות הטיפוליות. לאחר שהפרט השלים את הדרישות והוא מתקבל על-ידי מועצת המנהלים המאשרת, הוא מקבל אישור ברמה 1 לתקופה של שלוש שנים, כל עוד מעמד הייעוץ שלו נשאר זהה. אם המדריך רוצה לקדם את מעמד האישור שלו, עליו להמציא ראיות לכך שהוא השלים מספר מסוים של שעות הכשרה. במהלך שלוש שנים הראשונות על המדריך לצבור מינימום של 60 שעות הכשרה מודרכת בתחום ספציפי בו הוא פועל בקהילה הטיפולית על-מנת להשיג את האישור לרמה 2. הדרך להשגת אישור לרמה 3 פועלת בדרך דומה. תהליך זה אומץ על-ידי "הפדרציה העולמית של הקהילות הטיפוליות" ובדרך זו מוכשרים אנשי הצוות לקהילות הטיפוליות בארה"ב ובאירופה.

#### ג' התנהגות איש צוות אחד כלפי חברו:

1. דגש מיחד מושם על התנהגות איש צוות אחד כלפי חברו. לאף איש צוות אסור בתכלית האיסור להפחית בערך עבודתו של חברו ואין לחתור תחת הזולת. בקהילה חייבים להיות נהלים של טיפול בתלונות ותרעומות שונות, כמו גם טיפול בחילוקי דעות על מנת ליישבם בדרך תרבותית.
2. הצוות חייב להתנהג בנימוס ובמתינות בסיטואציות של קונפליקט.
3. הצוות חייב להראות מחויבות ולספק איכות גבוהה של דאגה והשגחה באמצעות מאמץ אישי תוך שימוש וניצול כל עזרה מקצועית אשר תועיל לחבר הקהילה.

#### ד' התנהגות של כבוד עצמי:

1. חבר הצוות יראה מחויבות לראות את מגבלותיו בתחומי דעותיו הקדומות, כוחותיו המקצועיים והאפקטיביות שלו/ה. איש הצוות יהיה פתוח למשוב באשר לתפקודו וכן לביקורת בונה.
  2. איש הצוות חייב להראות מחויבות לקחת אחריות אישית על המשך צמיחתו המקצועית באמצעות רכישת השכלה והשתלמויות.
  3. על איש הצוות להימנע מהתנהגות שתשפיע באופן רע על עצמו ועל תכניתו, כגון: התנהגות כגון השתכרות, שימוש בסמים אסורים או התנהגות לא חוקית.
- הפדרציה של הקהילות הטיפוליות הנו גוף המאחד בתוכו את כל הארגונים המפעילים קהילות טיפוליות

### סיכום נושא עבודת הצוות כסמכות (מתוך: De Leon, G. (2000))

צורך להתייחסות לתכונות הדיירים: לעיתים קרובות הדיירים מבטאים תחושות קיצוניות ומוגזמות של צורך בזכויות, כמו גם ביטוי תחושות של חוסר צדק ועוולות, ביטוי קיצוני לצורך בהכרת תודה והערכה בצורה מיידית של כאן ועכשיו. התנגדות דרך ייחוסים, נטייה לעשיית מניפולציות לדמויות סמכותיות. בכל המצבים הללו, בעת קבלת החלטות או מתן הסברים הצוות חייב להתייחס לנושאים אלו:

- להימנע מלספק התייחסות מיידית והסבר לגבי צעדי העונשין, הימנעות מהכרת תודה מיידית
- לדייר. כל אלו נועדו על-מנת ללמד את הדייר לקבל ולסבול חוסר צדק, מצבים מעורפלים וחוסר ודאות.

- ללמד את הדייר להתמודד תוך תגובות אמוציונליים סובלימטיביות כלפי סמכות בלי לפתח חוסר יציבות, מרדנות או ציניות. **שימוש הצוות בקהילה כמחולל שינוי:** החלטות הצוות חייבות לתת דגש על הכוח של קבוצת השווים בקהילה ולהפחית כמה שאפשר פיתוח סמכותיות ומעורבות של חבר צוות.

משמע: הסברי הצוות הנוגעים להחלטות מיועדים לאפשר לדיירים להשיג מספר מטרות:

- ללמד את הדייר לחפש ולהשיג מידע בקרב דיירי הקהילה, ההשפעה המלמדת של החלטות צוות הנעשות על-ידי הקהילה מוגברת כאשר קבוצת השווים מסבירה את כוונות ההחלטה לפרט. ויותר מכך, הסבר הניתן על-ידי הדיירים מגביר את חוזק המסר לדיירים עצמם וכמו כן מגביר ומעלה את התפיסה הכללית של הקהילה כמורה כמלמדת וכאוטוריטה.

- ללמידת נושא האמון – על הדייר לשאוב מידע מחבריו לקהילה, מידע שיאפשר לו תחושת אוריינטציה אשר תסייע לו להבין דרך קבוצת השווים את הסיבות לסנקציות שהוטלו על-ידי הצוות. פרוצדורה זו מחזקת פיתוח אמון בתוך קהילה ובונה סמכות הגיונית.

## 2. מקומם של הדיירים בקהילה בתהליך הטיפול

"מעורבות הדיירים" היא מילת המפתח בטיפול בקהילה הטיפולית. סוג האחריות ורמתה משתנים לפי צורכיהם ומסוגלותם של הדיירים והאילוצים של הארגון. יחידות אוטונומיות המשרתים אנשים בעלי הפרעות אישיות, וכן יחידות המשרתות מכורים נקיים וכולו, כאמור לעשות שימוש מקיף בתפקידים ובמתן אחריות.

הדיירים תורמים ומעורבים בתהליך התרפיה הבין אישית על-ידי מתן משוב כנה באשר להתנהגות האחר, וכן על-ידי תמיכה בזולת בתקופות של מצוקה וקושי, תמיכתם מבוססת על ניסיונם מהתמודדות במצבים דומים. המשוב הניתן על-ידי חברי הקהילה יכול לעיתים להיות יותר משכנע ואמין מאשר מידע המגיע מכיוון הצוות.

לדיירי הקהילה יש תפקיד משמעותי בתהליך קבלת חברים חדשים ותפקוד בין אישי מחוץ לקבוצות הפורמליות ובכל הקשור לחיים היום יומיים ולמצבים של למידה חברתית. בקהילה הטיפולית יש מעט מאד הזדמנויות לבדידות חברתית.

כל דיירי הקהילה מעורבים בחלק מתהליכי קבלת החלטות הנוגעות לדיירים אחרים ובענייני הקהילה באופן כללי. ההחלטות יכולות להיות בעניין קבלת מועמד, בעניין חבר קהילה שהתנהגותו הרסנית או התייחסות לרשלנות וחוסר סדר או חוסר אמצעים בקהילה על-ידי פנייה להנהלת הארגון.

דיירי הקהילות מוצבים או שהם יכולים להיבחר לטווח גדול של תפקידים בקהילה, תפקידים המספקים התנסות בסוגים שונים של אחריות; תפקידים בתחום הארגון, תחזוקה, כלכלת בית, ניקיון ותחזוקה, אחריות על ישיבות קהילה, הצגת הקהילה בפני מועמדים או אירוח והדרכה לאנשי מקצוע ומילוי תפקידים כנציגי הקהילה בקבוצות עבודה שונות.

## 3. שלבי הטיפול בקהילה ומטרותיהם

אחת הדרכים שמבטאות את התפתחותו של הפרט בקהילה היא המעבר של הדייר משלב לשלב.

במהלך שהותו בקהילה, הדייר עובר חמישה שלבים. מעבר משלב לשלב מצביע על בשלות נפשית וחברתית. ככל שהשלב גבוה יותר כך עולה גם רמת הציפיות והדרישות. אשר דייר חש שביצע ועמד במטרות השלב ומוכן לעבור לשלב הבא, הוא עובר ראיון קבלה שנערך על-ידי חברי הקהילה. עורכי הראיון בוחנים את מידת בשלותו של חברם ומחליטים על קבלתו/אי קבלתו לשלב הבא.

שלבי הטיפול בקהילה הן: 1. שלב מתקבלים. 2. שלב הטיפול העיקרי הכולל שני שלבי משנה.

4. שלבי ההכנה ליציאה והשתלבות בחברה הכולל שני שלבי משנה. משך כל שלב כשלושה חודשים.

### 1. שלב מתקבלים:

משך שלב זה נע בין חודשיים לשלושה חודשים. שלב זה הנו השלב הראשון בו נפגש הדייר עם חברי הקהילה הותיקים, עם מסורת הקהילה הנורמות הכללים והחוקים. בשלב זה עובר המתקבל ברוב המקרים גמילה פיזית. ציפיות חברי הקהילה הוותיקים מהמועמד החדש מתרכזות בדברים בסיסיים המתייחסים לצרכיו של הפרט כגון: שמירה על הגיינה, השלמת חסכים כגון: שינה, מזון וכיו"ב. בשלב המתקבלים, עניין הביטחון הבסיסי של הדייר החדש הנו נושא בעל חשיבות עליונה. על הדייר לחוש תחושת ביטחון שהוא הגיע למקום בו יוכל, באמת ובתמים להרגיש שאין הוא נרדף, אינו מתויג וכי הסביבה החדשה אליה הגיע, מבינה אותו, קשובה לצרכיו ויחד עם זאת מקנה לו מושגים חדשים, גבולות ברורים וסביבה אשר תגדיר לו באופן חד וברור כי בכוונתה לסייע בידו להתמודד עם ההתמכרות ממנה הוא סובל, כל זה ללא ויתורים וללא הנחות.

שלב זה מהווה שלב אוריינטציה. במהלך השלב ילמד המועמד את המדיניות והפרוצדורה של הקהילה הטיפולית, הפילוסופיה של התכנית ותכנית השלבים הכללית. בשלב זה יושם דגש על פיתוח יחסי אמון עם הצוות ועם קבוצת השווים. דגש נוסף יושם על הערכה של "האני", נסיבות וצרכים. בשלב זה יושם תודגש תשומת לב בנושא ההבנה וההכרה של טבע ההתמכרות והפרעותיה והדרישות להחלמה וכן נושא המחויבות האישית לתהליך ההחלמה והתחייבות להישאר ולעבור את החודש הראשון בתכנית.

## 2. שלב הטיפול העיקרי:

### שלב א':

משך שלב זה הוא כשלושה חודשים. הדגש העיקרי בשלב זה הוא היכולת לפתח מודעות עצמית. המטופלים בשלב זה, בוחנים את עצמם ואת יחסיהם עם אחרים, מזהים דפוסי התנהגות ותקשורת ששירתו אותם בעבר וכיום הם פוגעים בהם בשלב זה לומדים הדירים לאמץ לעצמם התנהגויות אחרות שהולמות חיים נורמטיביים ולא פוגעים בהם או באחרים.

בשלב זה הדיירים נמצאים בסטטוס של מתחילים. מידת החופש של הדייר בשלב זה הנה מוגבלת. אופי העסקתם בקהילה הנו בעל רמה וסטטוס נמוכים. בשלב זה מושם דגש על הזדהות הפרט כחבר קהילה וכן דגש על קבלה כניעה וציות לשיטת הקהילה הטיפולית. הדייר מצופה להשתתפות מלאה בפעילויות היום יום, ציות להוראות, דבקות בעיקר וציות לחוקי הבית וקבלת החוקים. הדייר מצופה לקבל אחריות על בעיית הסמים וההתמכרות שלו כמו גם על בעיות אחרות. הדייר מצופה לבטא נכונות להיפרד מתרבות הסמים, הרחוב ומשפת הרחוב. כמו-כן נדרש הדייר להשתתף באופן פעיל בקבוצות על מנת לפתח מיומנויות תקשורת ועבודה בקבוצה. הדייר מצופה לרכוש בשלב זה מיומנויות בין אישיות הן בקבוצות והן במפגשים בין אישיים.

### שלב ב':

משך שלב זה נע בין שלושה לשישה חודשים. בשלב זה מצופה מהדיירים לקחת אחריות על הנעשה בקהילה. למעשה חברי שלב זה מנהלים את הקהילה; הם ממלאים תפקידי סמכות, דואגים לחיי היום יום בקהילה ולוקחים אחריות על דיירים צעירים. בשלב ב' מתחילים הדיירים לבחון את הקשר עם העולם מחוץ לקהילה הטיפולית ומשתתפים בסדנת משפחות וזוגות.

מצופה מהדייר לשמש דוגמה אישית לדיירים אחרים ומשמש כמנהיג בקהילה. במהלך שלב זה יעלה הדייר בסטטוס בתוך המבנה החברתי, תוך כדי זה יקבל פריבילגיות ותפקידים. הדייר יהנה מחופש אישי רב יותר מאשר בשלבים המוקדמים יותר. הוא יוכל לעזוב את המסגרת ללא ליווי כאשר הוא יוצא למקומות מוגדרים מראש, לתקופות קצרות ולמטרות ברורות. בגישתו מצופה הדייר לבטא קבלה של התכנית ומחויבות להמשיך לעבוד על עצמו בתכנית כמו-כן לתרום ממרצו ויכולתו ולבטא ערכים כגון: כנות ואחריות, גדילה אישית בכל הקשור להסתגלות לשינויים בעבודה, קבלת הנחיות הצוות והאוטוריטה של הצוות וכן יכולת להכיל מחשבות ורגשות שליליים. בשלב זה ניתן יהיה לצפות בעלייה בתחושת הערכה עצמית המבוססת על סטטוס והתקדמות וכן מודעות עצמית שבאה לידי ביטוי בהזדהות עם דמויות חיוביות, קבלה של מלוא האחריות על התנהגותו, הבעיות והפתרונות. כמו-כן מצופה לבטא מיומנויות עבודה בקבוצות ונכונות לסייע בקבוצות מפגש ובתהליך הקבוצתי.

בשלב זה מתקדמים יותר של שלב זה מצופה הדייר לבטא אוטונומיה בתכנון זמן אישי ובתיכנון שבועי. כמו כן ישמש כמתאם של הקהילה. במקרים מיוחדים (בד"כ בקהילות טיפוליות בארה"ב) אם הצוות ער לפוטנציאל אישי, ישמש כעוזר לאיש צוות ויהווה חלק מהצוות המנהל במשרדים ובשירותים מיוחדים. יסייע לצוות בפיקוח על הקהילה כמו גם במשמרת לילה ובסופי שבוע. בשלב זה ישתתף בלימודים או בהכשרה מקצועית.

בשלב זה יבטא מעורבות חברתית עם הצוות ביתר ספונטניות ורגיעה, כמו גם בקשר עם חברים אחרים/קבוצת שווים חיובית במהלך פעילות של חוגים. בקבוצות יוכל לשקף הבנות הקשורות לשימוש בסמים ואחריות לקבל אחריות על עצמו ועל אנשים אחרים בקהילה. הדייר בשלב מתקדם זה ישתתף באופן קבוע בתהליך הקבוצה ולעיתים קרובות ישמש כמסייע למנחה. בתור שכזה מצופה לבטא רמה גבוהה של גילוי וחשיפה אישית בקבוצה וביחסים בין אישיים וכן שימוש תכוף בייעוץ מטעם הצוות.

## 3. שלבי היציאה מהקהילה והחזרה לחברה:

### שלב ג':

משך שלב זה כ- שלושה חודשים. שלב זה הנו שלב של הכנה לקראת יציאה לעצמאות מחוץ לקהילה הטיפולית. ההכנה מתבטאת בהשתתפות בסדנאות הכנה לעולם התעסוקה, חיפוש עבודה או השתלבות במסגרות להכשרה מקצועית. בשלב זה יגור הדייר בחדרים מיוחדים המיועדים לשלב זה בלבד. ישתתף בלימודים או בעבודה בשכר ויסייע בניהול המסגרת. ברמה האישית בשלב זה בד"כ עדיין עליונה בתחושת הערך העצמי, יכולת לבטא תובנות למצבים שונים עמם מתמודד, כמו כן מחפש מחויבויות חדשות ללא דחיפה חיצונית ובד"כ ניכר כי רמת החרדה שלו לגבי העתיד נמוכה.

### שלב ד':

משך שלב זה הוא בין שלושה חודשים לבין שישה חודשים. בשלב זה עוברים הדיירים לגור בדירת הוסטל מחוץ למסגרת הקהילה. התנאי למעבר הוא תפקוד נורמטיבי ועקבי במקום עבודה (עבודה במשרה מלאה או עבודה חלקית ולימודים) ומבחינה חברתית. בשלב זה הדיירים גרים בדירה באופן עצמאי, מתחלקים ביניהם במטלות ובחשבונות ומשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית.

בשלב זה מצופה הדייר להבין סיטואציות שעלולות לסכן אותו מתוך ניסיונו האישי בעבר ובהווה. מצופה ממנו שיפנה לחבריו ולאנשי צוות בכל מצב של ספק, דאגה, טעות, או פחד שחווה ואשר יכולים להזיק לו. יחפש סיוע כאשר זקוק לכך לצורך הבנה של מצבו ולצורך חיזוק יכולתו, כישוריו, קבלת החלטות ופתרון בעיות.

### **ה'. טכניקות העבודה הטיפולית בקבוצות מפגש:**

יבלונסקי חלוץ החוקרים של הקהילה הטיפולית (Yablonsky 1965), מספר בספרו כי משנת 1961 השתתף הן כמשתתף והן כמנחה באלפי קבוצות מפגש ופסיכודרמה בקהילות טיפוליות למכורים לסמים ואלכוהול. יבלונסקי מתאר מטרות ונושאים המופעלים בעבודה קבוצתית זו, כגון:

-המטרה והמשמעות של "התקפה מילולית" בקבוצות המפגש.

-התייחסות ל"רמאות העצמית" של המכור לסמים ואלכוהול.

-הקשר של קבוצות קטנות ומשחקי תפקידים למבנה חברתי רחב יותר בקהילה הטיפולית.

-נושאים אחרים הקשורים בהבנת המכור על-מנת לסייע לו להיגמל ולהתגבר על הבעיה הקריטית

עמה הוא מתמודד- ההרס העצמי.

**1. תהליכים בקבוצות מפגש:** ההוגאה העצמית של המכור בקשר לחייו הנה היסוד בתהליך ההרס העצמי המתבטא בשימוש בסמים. זה הוא הדבר שעושה את הבעיה למורכבת וקשה לטיפול.

השיטה הקבוצתית היא הבסיס לתהליך ההתמודדות עם המכורים ומופעלת בקהילות טיפוליות ונקראת "קבוצות מפגש". למרות שיש קהילות שבהן ישנן שיטות טיפול נוספות בקבוצות ואף טיפול פרטני, השיטה של "קבוצות מפגש" הנה הבסיס בכל הקהילות הטיפוליות כשיטה לטיפול. זוהי השיטה ההכרחית להצלחת הטיפול במכורים. התהליך הבסיסי כולל התקפה קבוצתית על האשליה העצמית המאפיינת מכורים זה. כולל את אלה החושבים שהם מתמודדים כראוי עם עולם פנימי מציאותי במקום המציאות האמיתית. חשוב להדגיש כי בחלק מן הקהילות יש שימוש בשיטות אחרות ונוספות של קבוצות המעניקות חום, תמיכה וחינוך פסיכולוגי-חברתי, כמו גם שימוש בגישות מסורתיות של טיפול אינדיבידואלי בתהליך הטיפול בקהילה.

הגישה של קבוצות-מפגש היא הכרחית לטיפול מכיוון שאישיות המכור אינה מגיבה לשיטות התמיכה האנליטיות, או לגישות "פרשניות" (איטרפרטיביות). קבוצות המפגש מכוונות את המכור לבוא במגע עם החלק הבעייתי של "ההוגאה העצמית" ומאפשרות לו לעבד חלקים אלו דרך החברים בקבוצה, במטרה לעזור לו לפגוש את המציאות הבסיסית הקשה בה הוא נמצא.

לעיתים קרובות קשה לעמת אדם המצוי בהכחשה למצבו ולהגיד לו "אתה סובל מבעיה של הרס עצמי ועליך להתמודד עם העובדה שאתה נרקומן או אלכוהוליסט". למרות זאת, הצעד הראשון של קבוצת המכורים המתמודדים עם בעיית ההתמכרות הוא המודעות הברורה למצבו, ההסכמה לכך שהם חסרי אונים מול הסם וחיייהם הפכו לחיים ללא שליטה. השליטה הטובה ביותר המועברת ונקלטת ביעילות רבה נובעת מן האמת הנשלחת הישר ובכנות, ומתייחסת להוגאה העצמית שנדמית כמציאות בחיי הנרקומן.

על אף שאדם הנכנס לקהילה טיפולית, הודה באופן ברור שאכן הוא מכור לסמים או לאלכוהול, עדיין יש נטייה מתמדת להוגאה עצמית ביחס לעובדה זו. קבוצות המפגש הנה הכרחית לאדם בעל נטייה להוגאה עצמית. כל סוג של אשליה בתחום זה יכול להחזיר אדם מכור לחיים המכורים לו מן העבר.

אחד הדברים הקשים ביותר למכור הוא לעמוד מול העובדה שלא יוכל יותר אף פעם להשתמש שוב. לרוב המכורים עובדה זו מעוררת רגשות דיכאון וייאוש. רוב המכורים הרוצים להפסיק להשתמש ממשיכים לטפח בסתר "קומבינה" עצמית שיום יבוא ויוכלו "לחגוג" את הגמילה בשימוש חד-פעמי ללא חזרה למצב של התמכרות. על הקבוצה לעמוד קשות שוב ושוב על-מנת להוציא רעיון זה אשר טומן בחובו הרס עצמי. התפיסה של ה"נרקומנים האנונימיים" הגורסת: ONE DAY AT A TIME יכולה לסייע במקרים מסוימים לנגמל.

נושא נוסף חשוב וחינוכי קשור לעובדה שמכורים רבים "מועדים" בנקודה זו או אחרת במהלך תהליך הגמילה. זה הנו מצב מסוים בפסיכו דינמיקה של מכורים אשר "עונש" והתקפה מילולית עשויים להרתיע תוך כדי התהליך בקבוצה. מכורים שמעודו, אמורים לדעת שאם השתמשו בסמים, הם יכולים לצפות להתקפה מילולית ברוטאלית וחזקה ביותר מחבריהם הנגמלים. לאדם שמעד החוויה בקבוצה כזו יכולה להיות משפילה ביותר ומאד לא נוחה. הפחד מהתקפה כזו מקבוצת התמיכה של המכור משמשת כוח

מרתיע כאשר עולה הפיתוי להשתמש.

בהקשר זה זכורה לי התייחסותו של דייר שחזר לקהילה הטיפולית מחופשה: "כשהייתי בחופשה הייתה לי הזדמנות לעשן סמים, אך כאשר שקלתי את העישון לעומת מה שתעשו לי כשאחזור, החלטתי שזה לא שווה לי". מעבר לעימות עצמו שמשמש גם כהתערבות בעלת ערך טיפולי אברסיבי (AVERSION), יש גם חשש לאבדן התמיכה של הקבוצה וחזרה למצב של דחייה ובדידות חברתית. לא פעם המכור נזכר בתרומתם של החומרים הממכרים כמי ששיכנו את כאביו הנפשיים, תשובת הקבוצה לעניין תחושת השייכות והרחקת הבדידות היא שחשוב למכור ללמוד לתקשר ולהשתייך לאנשים גם ללא סמים. במקרים רבים יש חרדה והתנגדות למכור לוותר על זהותו "כמכור" בגלל הפחד להשתייך לחברה חדשה ולא מוכרת ללא הגנת הסמים.

**2. ביצוע קבוצת המפגש:** אופן ומתכונת הביצוע של קבוצות המפגש הנה כמעט סטנדרטית ברוב הקהילות הטיפוליות. בסביבות 3-4 פעמים בשבוע נפגש דייר הקהילה עם 8-12 דיירים אחרים בקבוצה. הכניסה לקבוצה מותנית בכך שהדייר ידאג "להזמין" את עצמו לקבוצה על-ידי כתיבת "פתק מפגש". פתק המפגש הוא הדרך של הדייר לבטא את רגשותיו כלפי חבר/ה אחר/ת בקהילה. מאחר ובקהילה הטיפולית, אסור לאף חבר, לפתור קונפליקטים בין אישיים אלא במסגרת קבוצת המפגש. בנוסף לכך אין לחבר קהילה רשות לעמת את חברו על התנהגותו או על גישתו לאחרים, לעצמו ולטיפול, אלא במסגרת קבוצת המפגש. ההתכנסות הקבוצתית בקבוצות המפגש הנו אקראי מבחינת הנוכחים בקבוצה, ומתקיימת על בסיס פתקי המפגש שכתבו הדיירים אחד לשני. שיטה זו מאפשרת לכל דייר הזדמנות לפגוש כל חבר אחר בקהילה על בסיס אינטימי ואישי. יש לכך השפעה חיובית על מצבו הרגשי הפנימי הכללי בקהילה, שכן לכל אחד מגיע להכיר את רעהו ברמה אישית בקבוצות מפגש. הבחירה האקראית של נוכחות בקבוצה הנה גורם שעוזר לפתרון בעיית ה"חווה הטיפולי" שמופיע בקבוצות טיפוליות מקצועיות. כאשר אותם אנשים נפגשים תמיד באותה קבוצה יש חשש שתוצר באופן הכרתי ותת הכרתי מעין "ברית" בין הנוכחים הלומדים זה את זה על חולשותיהם, לעיתים נוצרת זהירות בין שני אנשים שלא לדרוך זה לזה על ה"יבלות". זהו חוזה לא כתוב ("קומבינה" בלשון העם) שיכול להתבטא בהסכמה חשאית ב"אם לא תדבר על מה שאתה יודע עלי, אני לא אפתח בקבוצה את מה שסיפרת לי..." סוג זה של חוזה סמוי עלול להפריע לגדילה של הפרט ולהתפתחות הקבוצה ויעילותה שכן הקבוצה הופכת להיות מוגבלת בחיפוש האמת. בקבוצות מפגש בקהילות טיפוליות בעיה זו בדרך-כלל נמנעת בעקבות האקראיות של בחירת האנשים.

במהלך הקבוצה בדרך-כלל ישנו אדם מסוים ב"כיסא החם" אשר אותו מעמיתים חברי הקבוצה ברוטציה. לעיתים עשוי דייר לבקש את עזרת הקבוצה בדיון על בעיה אישית ספציפית. במרבית המקרים האדם על ה"כיסא החם" נבחר על-ידי אדם אחר בקבוצה שראה ואיבחן בעיה דרך התנהגותו ובחר לעמת אותו בעניין.

למעמד גבוה או נמוך של דייר בקהילה (נושאי תפקידים שונים) אין מקום משמעותי בתוך הקבוצה. על-ידי כך נעשה התהליך הקבוצתי דמוקרטי יותר ומאפשר לאלה במעמד נמוך ובעלי כוח מועט בקהילה, לדבר על בעיות המטרידות אותם. זוהי הזדמנות יקרת ערך למכורים המסתגלים לעולם המציאות, ובאופן כללי ניתנת למכור הנגמל תחושת כוח שבדאי לא הייתה לו בעבר.

במסגרת קבוצות המפגש ניתן לשתף לא פעם דייר ותיק המשמש כ- ROLL MODEL. בדרך-כלל מדובר בדייר שהצליח להתקדם במסגרת ומהווה דוגמה אישית בתפקודו. הוא מהווה דוגמה לדייר החדש כמי שעשוי להגיע למקומו של הוטיק לאחר למידה, גדילה והתפתחות בקהילה. אדם יכול לשמש כ- ROLL MODEL אם הוא מכור לסמים או לאלכוהול לשעבר, אם עבר את משבר הרחוקת הסמים ממעגל חייו, אם פיתח מיומנות וכלים להישאר נקי מסמים ומסוגל לנהל אורח חיים אחראי. ניסיונו זה מועבר לדייר החדש תוך כדי התהליך הקבוצתי. דייר זה המשחק את תפקיד ה"דייר המחויב" אינו בהכרח מנהיג הקבוצה. מנהיגים צצים במצבים שונים תוך כדי הקבוצה. מנהיגות מופיעה באופן ספונטני גם כפועל יוצא של משך הזמן שהדייר נקי, ניסיונו הקודם בתהליכים קבוצתיים ומכשרון ויכולת לתרום לתהליך הקבוצתי.

דיירים המשמשים בתפקיד זה הנם בדרך-כלל ותיקים שעברו קבוצות מפגש רבות ורמת התחכום והיכולת להשתמש בתהליך הקבוצתי גבוהה יותר. בקבוצת מפגש של ותיקים התהליך הנו מהיר יותר עד לנגיעה בנושאים רגישים ויש פחות ניסיון לטשטש ולחפות על הרגשות הקיימים. המאבק המילולי בין ותיקים דומה יותר למכת סייף מאשר הכאה מתמשכת באלה. וכשמגיעים לנקודה כלשהי, לא נוברים ומתפלשים בה עד אין קץ אלא עוברים הלאה לאזורים אחרים. חשוב לצרף דייר ותיק אחד לפחות לכל קבוצת מפגש על מנת לאפשר אינטראקציה, קצב ויעילות הקבוצה.

בקבוצות המפגש נחוצה גם המודעות באשר למוכנות של כל חבר לקבל "הפגזה" של האמת הישירה בקשר לעצמו באותו זמן. אל הדייר החדש, ההתייחסות היא סלחנית יותר עד אשר יהיה מיומן בשיטה. לעומת הצעירים, הוטיקים נחשבים כמנוסים, על-כן בהיותם ב"כיסא החם" ההנחה היא שהניסיון חישל אותם, הם יכולים להגן על עצמם ביעילות ומסוגלים להתמודד עם ההתקפה הקבוצתית המתייחסת להתנהגותם גישתם ובעיותיהם האישיות.

כאשר דיירים חדשים דומיננטיים בקבוצה, השיחה מקבלת אופי קטרטי והתגובות הנן פראיות.

ככל שהפרט גדל ומתפתח במסגרת הקהילה, מתפתחת גם שליטתו העצמית ויכולת ההפנמה שלו.

ליתקיים יש נטייה להיות יותר אינטלקטואלים והם מסוגלים יותר כמאפשרים ליעילות באינטראקציה הקבוצתית ובמשחקי תפקידים. הם גם רגילים יותר לסכם ולהפנים את תוצאות התהליך שנעשה בקבוצה. לא פעם, הדייר הותיק, מתחלק עם העמיתים האחרים בקבוצה ברגשותיו ובתחושותיו. אפשרות זו מאפשרת לדייר החדש להזדהות עם אחר שחוה את אותו קונפליקט פנימי שקיים בו. ה- ROLE MODEL. נמצא במעמד שמקשיבים לו ומכבדים אותו בגלל שהוא דוגמה חיה להצלחה שאפשר להשיגה. הוא אינו בהכרח אדם "מקצועי" שלא חווה את העניין- "הוא היה שם". חשיפת רגשות וכי"ב על-ידי הדייר הותיק השותף להנחיית הקבוצה בקהילה, כמעט לא קיים בקבוצות טיפול מקצועיות. בקבוצות מקצועיות, רק לעיתים רחוקות, אם בכלל, מביא המטפל/מנחה את ניסיונו האישי לקבוצה ואף זה מנוגד לרוב השיטות הטיפוליות. לעומת זאת בקהילה הטיפולית יש מקום ל"דוקטור" לצאת מהתחפושת ולהזדהות עם המטופל ובעיותיו.

הפרוצדורה המתוארת לעיל תורמת מבחינה טיפולית לדייר החדש והן לדייר הותיק. כאשר מסביר הדייר הותיק לחדש מדוע אינו יכול לחזור לשימוש בסמים/אלכוהול, הוא מחזק את עמדתו ומסייע לעצמו להמשיך ולהישאר נקי. הדייר בתפקיד ה- ROLE MODEL. לא רק שמסייע לדייר החדש אלא ובעיקר עוזר לעצמו. מכיוון שרוב הדיירים, בזמן נתון משחקים בתפקידים שונים, הם עוזרים לעצמם תוך כדי התהליך לפתור את בעיותיהם.

**3. השימוש בטכניקות עימות בקבוצת המפגש:** השימוש ב"טכניקת העימות" מהווה כלי חשוב ומרכזי מבין שיטות העבודה המגוונות בקבוצות הנערכות בקהילה הטיפולית.

מנחי קבוצות בקהילות הטיפוליות מגלים כי רק מעטים מבין האלכוהוליסטים והמכורים לסמים נכנסים לטיפול מרצונם החופשי. כתוצאה מכך, כשמטופלים אלו מגיעים לטיפול, הם בדרך כלל נתונים תחת לחץ חיצוני כבד מצד בני המשפחה, המעסיק ו/או בית המשפט. לעיתים מונעים המטופלים על-ידי בעיות בריאות חמורות הקשורות לשימוש בסמים. אנו עדים לכך כי האלכוהוליסט והמכור לסמים לא יוותרו על השימוש אלא בשעה שהכאב שהם חשים יהיה גדול יותר מההנאה שבשימוש.

מנחה הקבוצה מגלה שהרבה מחברי הקבוצה נמצאים במצב רגשי קשה הכולל תחושות אשם, בושה ודיכאון. לעיתים הם חשים כעס על שהאחרים הכריחו אותם לציית לדרישות שבעיניהם נחשבות לא מוצדקות, לא הוגנות ועונשיות. אפ"י שהמכורים זקוקים לטיפול, הם בד"כ רוצים להשתמש בסמים ולשתות בדרך בטוחה ונורמאלית. המעורבות של המכורים בטיפול מונעת על-ידי חרטה והרצון למנוע הרשעה פלילית, יותר מאשר על-ידי הרצון ללמוד דרכים שיבטיחו טיפול מוצלח. כתוצאה מכך עומדת בפני המנחה משימה קשה של התמודדות עם התנגדות המטופלים בשתי רמות שונות, התנגדות אקטיבית והתנגדות פסיבית. אם חברי הקבוצה אינם מתמדרים ומתנגדים לטיפול באופן פעיל, הם בדרך כלל עובדים קשה בכדי ליצור רושם שהם מעורבים באופן פעיל בגמילה ובטיפול. זה מעמיד את המנחה בפני בעיה רגישה מכיוון שקל יותר לטפל במטופלים המחצינים את ההתנגדות מאשר באלה שנראים צייתנים פסיביים. יש לחשוף את המעטה של "הצייתנות המאולצת" כמניפולציה של התהליך הטיפולי.

אם המניפולציה לא תיחשף, תהליך ההחלמה יהיה מונע רק על-ידי רצון להיות חופשי מלחץ ומתח חיצוני. יש לעמת את המטופל בדרך כלל תוך 28 יום מיום תחילת שהותו בתכנית. אם המניפולציה לא תיחשף, המטופלים בתכנית לא יהיו מסוגלים לעשות את המעבר אל רמת האחריות האישית הנדרשת מהם על מנת להימנע משימוש.

אף על פי שפסיכותרפיה קבוצתית יכולה לעזור לקדם את הטיפול של המכור, מעט מהמטופלים באמת מוכנים לעשות כל מה שנדרש על-מנת להבטיח טיפול מוצלח. אלכוהוליסטים ומכורים לסמים הם בעלי רמות שונות של מוטיבציה להפסקת השימוש. הדבר נכון במיוחד בשלב ההתחלתי של הטיפול כשרמת האלכוהול והסם מביאה לירידה ברמה הקוגניטיבית ושלב שבו המטופלים חסרי גמישות ומוגבלים ביכולתם לבחון פתרונות אלטרנטיביים לבעיות הישנות. גם אם מכורים לסמים ואלכוהוליסטים נכנסים לטיפול מרצונם החופשי ויש להם רצון פנימי עז להפסיק את השימוש, לרבים מהם יש קושי לעשות את הדברים הנדרשים להבטיח את ההחלמה שלהם. הדבר נובע מהרמות השונות של הפתולוגיה. המצב נעשה חמור יותר בגלל השימוש בסמים (שנפסק זה מכבר) שבד"כ מותיר אותם חשדנים ותחבולנים.

האמנות של הטיפול בהתמכרות היא להתגבר על ההכחשה העמוקה וההתנגדות (פסיבית או אקטיבית) שקיימת אצל רוב המכורים. עימות – אם נעשה באופן מעניש מדי או אם הוא מונע על-ידי סוגיות של "העברה שכנגד" של המנחה, יכול לפגוע קשות בתהליך שיתוף הפעולה הטיפולי. מנחה הקבוצה, בעבודתו עם מכורים בקהילה אינו יכול להרשות לעצמו לעמוד מן הצד ולנקוט בעמדה טיפולית ניטרלית בגלל גורם הזמן, וחומרת מצבו של המטופל כמו גם חוסר המוטיבציה שלו המפריעה להתפתחות של תהליך הפסיכותרפיה. הטיפול במכור דורש מהמנחה שינוי דרמטי במיקוד הטיפול וכן נדרש לעשות שימוש בטכניקות שיכולות לגרום נזק אם השימוש בהם נעשה באופן לא נאות או ללא אבחנה. גישת טיפול זו שונה לחלוטין מרוב הגישות השונות של הפסיכותרפיה. הרבה מנחים מרגישים שלא בנוח להשתמש בה או שלא מבינים את השימוש הנכון בה. כתוצאה מכך, פעמים רבות משתמשים בשיטות הללו באופן לא נכון, נמנעים מהשימוש בשיטה או שעושים בהן שימוש יתר. לעיתים המנחה לא מבין שעבור חלק מהדיירים המשתתפים בקבוצה נדרשות שיטות אחרות. מנחי קבוצות שאינם מיומנים דיים בשיטה עלולים להשתמש בשיטת העימות ללא אבחנה, עם כל חברי הקבוצה, בעצמה שווה ללא מובחנות ואבחנה של הצורך

בשימוש בטכניקה, לעיתים הופכת הטכניקה למטרה בפני עצמה. עימות של המכור יכול להיות הרסני אם הוא נעשה מוקדם מידי בתהליך הטיפול או שלא נעשה בעיתוי הנכון. הפסיכולוג הידוע אברהם מסלו אמר פעם: "אם הכלי היחידי שיש לך הוא פטיש, הכל מתחיל להיראות כמו מסמר". חשוב שהמנחה ימנע מהגישה של "יורים בכל מה שזז" בשלב הראשוני של הטיפול יש להיצמד לעימותים הקשורים בשימוש בסמים, חשוב שהמנחה יטפל בהגנות של המטופלים החדשים באופן שונה מצורת העימות של מטופלים ותיקים.

חשוב לזכור שמנגנוני ההגנה הפסיכולוגיים לא פעם עוזרים לאדם לתפקד באופן נורמלי ויעיל וכן מסייעים גם על מנת למנוע חרדה. לכן כשמתמשים בטכניקות העימות בלבד בכדי לשבור את ההגנות הנוקשות של המכור יש סכנה שהחרדה תגבר ותביא לעליה בהימנעות והכחשה. טכניקות אלה עלולות להגביר את הנסיגה, ההכחשה וריצוי שעוללות לחזק את דפוסי החשיבה וההתנהגות הנוקשים ולהגביר את ההתנגדות לשינוי. כאשר משתמשים בעימות שאינו ישיר, הטיפול יכול להשתפר. התקפות ישירות מחזקות את הנטייה לצייתנות (הסכמה עם אנשי צוות בכדי למנוע את החרדה שבעימות) לכן העימות הבלתי ישיר יכול להקטין את ההתנגדות הפסיבית.

לפני שמנחה הקבוצה מחליט להשתמש בעימות כמנוף טיפולי, עליו להבין את המורכבות הקיימת בין מטרת ההגנות של המכור לבין טכניקות העימות הדרושות על-מנת לשנותן. ההגנות פעילות כחלק ממכניזם פסיכולוגי ונמצאות בשירות האגו, לכן אסור להורידן מהר מדי רק בגלל הצורך לעמת. בפסיכותרפיה קיימת אקסיומה לפיה אין לפרק את הגנות המטופל אלא לאחר שהבין את המטרות שלהן ובשירות מה הן פועלות ניתן לעשות זאת רק לאחר שיפתח כוחות "אני" ומקורות חדשים להגנה מפני מצבים רגישים וכואבים. עימות היא אחת השיטות בה המנחה יכול להשתמש כשהוא מתעסק עם מערכת ההגנה הנוקשה וההרסנית של המטופל, אולם חשוב קודם כל להבין את הפרמטרים והגבולות של העימות.

בניגוד להבהרה אמפטית ופרשנות המכוונים לדברים שהמטופל אומר ומציג בקבוצה, עימותים נוגעים בדברים שהמטופל לא מודע אליהם או מכחישם. עימותים נוטים להיות יעילים יותר כאשר הם מכוונים כלפי משהו שמטופל צריך לנגוע בו אך בוחר להימנע מלעשות זאת באופן מודע או בלתי מודע. עימותים יכולים לסייע למטופלים לצאת מהמצב בו הם נמצאים. לדוגמא, עימות יכול להיות יעיל במקרה שהמטופל מתאר אירוע אך לא מתאר את רגשותיו באותו אירוע. או כאשר אין התאמה בין המחשבות, הרגשות והפעילות שלו.

אם העימותים נעשים נכון, הם עשויים להעלות למודעות המטופל דברים חדשים. אולם אם העימותים נעשים באופן מעניש או תוקפני הם עלולים רק לחזק את ההגנות ולהגביר את ההתנגדות. במקרים מסוימים כמו במקרה בו מטופלים נוטים לצייתנות פסיבית, ישנו רווח מסוים בשיטה הזו שכן היא מעלה את ההתנגדות שבדרך כלל נשמרת חבויה ולהוציאה לאור. מרכיב חשוב בעימותים יעילים הוא הפיכת הדברים לגלויים וברורים. מנחה הקבוצה הנו יעיל יותר כשהוא מגביל את העימותים לאירועים שניתן לצפות בהם כך שכאשר מפנים את תשומת לב המטופל לאירוע מסוים הדברים ברורים לו. אם המנחה מציג בעימותים שלו עובדות שאינן נכונות, העימותים עלולים לאבד מן הפוטנציאל שלהם ומן ההשפעה שלהם. עימותים הנם חזקים יותר כאשר הם מוצגים כהצהרות המבוססות על עובדות ולא כהשערות בדבר המניעים של התנהגות המטופל.

עימותים ככלל צריכים להיעשות באופן לא מעניש ושלא מתוך כעס. יש להשתמש בעימות בנוסף לידע ומוימוניות אחרות. עימות לא חייב להיות חסר חום או אכפתיות. התערבות הכוללת גם התערבויות פרודוכסליות הכוללות שימוש במטאפורות, הומור, אירוניה יכולה להיות יעילה יותר מזו המוצגת בקשיחות ובאופן פרובוקטיבי. בכל מקרה, על-מנת שהעימות יהיה אמין, חייב המנחה להתרכז בעובדות שאפשר להוכיחן בבירור. עימותים עובדים רק כשהם מטבעם דוחפים לשינוי ומעוררים מוטיבציה. מנחה לא יכול לכפות על המכור להשתנות. במאבקי כוח שכאלה אף אחד לא מנצח. למכור יש תירוץ להמשיך ולהשתמש בסמים ומנחה הקבוצה רק נעשה מתוסכל.

מנחה קבוצה הרוצה לעזור למכור לפתח מודעות לגבי המניעים הבלתי מודעים שלו צריך שתהיה לו גישה בריאה ואינפורמטיבית ברורה בכל הקשור להתמכרות. מנחי קבוצה העובדים ביעילות עם מכורים הם אלה שיש להם היכולת לשתף ולתקשר עם אחרים תוך ביטוי תקווה. ישנם אנשים בעלי יכולת טבעית להתחבר לאנשים בעלי כאב רגשי ופיזי. אמפטיה יכולה להתפתח דרך מודעות אך אינה יכולה להירכש כמומונות או טכניקה.

#### 4. עקרונות בסיסיים בעבודה הקבוצתית באמצעות עימות

1. אל תבצע התערבויות לבדך. ההתערבויות צריכות להיערך בקבוצות טיפול קטנות יחד עם מנחה נוסף. מנחה הקבוצה יכול להשתמש בכוח של הלחץ החברתי כדרך להתערב. יעילות של המנחה תלויה ביכולת שלו להפעיל את חברי הקבוצה האחרים כמקור תמיכה בתהליך ההתערבות.
2. בסט מטרות ספציפיות לכל מפגש קבוצתי. אם מנחה הקבוצה אינו בונה את הקבוצה כך שכל מפגש הופך בהדרגה לבעל אופי של עימות ומתעסק יותר בהכחשה של המטופל, התהליך הקבוצתי יתדרדר לתחלופה של סיפורים, התפרצויות ותלונות וכחניות. מנחה הקבוצה צריך לזכור שהתערבות קבוצתית איננה תרפיה, מטרות המפגשים הללו הן לימוד, זיהוי והתערבות. אין זה רצוי להשתמש בשיטות קונבנציונליות לעריכת קבוצה או שאפשר

להשתמש בהן הזהירות מדי פעם.

3. התרכז באותם נתונים שהנם ברורים, קונקרטיים ושלא ניתנים לויכוח. זה הוא האלמנט החשוב ביותר בתהליך ההתערבות.

4. יצירת אוירה של דאגה ואכפתיות, הנה משימתו הראשונה של מנחה הקבוצה. יש להשתמש בעימותים בעדינות עד שנוצרת אוירה טיפולית. אם לא תתבסס אוירה כזו הקבוצה תתקע בוכחנות, התנגדות והגנתיות. לעיתים קרובות, הדבר היחיד שיפגיע ויתפוס את המכור ללא עמדת הגנה הוא התחושה שלמנחה, לצוות הטיפולי ולקבוצה אכפת ממנו. רוב המכורים פוחדים מעימות. הם שומרים על ההגנות שלהם מוכנות לפעולה. במשך זמן רב הם היו בשליטה בסיטואציות דומות ויודעים שהם יכולים לעמוד בפני מנחה, הקבוצה או המדריך.

5. פעל בתוך מבנה טיפולי ברור ומבוסס. אל תאפשר דרכים להימנעות. החלט על המטרות וצורת ההתערבות מראש, כמודל טנטטיבי.

6. במקרה בו המטופל מסרב לשתף פעולה, חייבות להינקט תגובות תואמות של הקהילה ו/או הצוות על מנת להחזירו לתפקוד תקין או לחילופין להרחיקו מהקהילה.

כשחברי הקבוצה נעשים מעורבים זה עם זה, מתפתחת קירבה. בשלב הזה יש להמעיט העימותים. שיתוף וחשיפה אישית בדרך-כלל מביאים להתעסקות עם רגשות עמוקים. כאשר מתפתחת דאגה אצל חברי הקבוצה, לגבי חבר אחר, אפשר לעודד את החברים לעמת זה את זה בעדינות, תוך שימוש בעיתוי נכון ועידוד. מנחה הקבוצה יכול להוביל את החברים להגיב זה לזה בצורה כנה ופתוחה. ניתן להגביר פתיחות על-ידי התמקדות באותם חברים בעלי פתיחות. יש להכניס את החברים ההגנתיים לאט לאט. יש להתנהג בזהירות עם אותם חברים אמביוולנטיים, שכן אם נותנים להם לדבר ראשוני, עלולה להתפתח נורמה של התגוננות. כשמתפתחת אינטראקציה קבוצתית, החברים הפתוחים יותר יכניסו פנימה את אלה שנראים הגנתיים.

מנחה הקבוצה צריך להיות מודע לכך שאינו יכול לשלוט בהתנהגותו של המכור. כמו כן אינו יכול להכתיב מה האדם חייב לעשות. הוא יכול לעמת, לאלץ, להתערב ולהשתמש בכל הכוח הטיפולי שבידו, אך הבחירה נתונה בידי האדם. למכור יש את האפשרות לבחור להפסיק את הטיפול, להיכנס לכלא, לשמור או לפרק את משפחתו. יש לו גם אפשרות לבחור בטיפול ולשתף פעולה.

## 1' אוכלוסיות מיוחדות בקהילות טיפוליות:

הקהילות הטיפוליות משרתות מגוון רחב ביותר של אוכלוסיות, האוכלוסייה העיקרית היא אוכלוסיות בעלי רקע עברייני, צרכני סמים ואוכלוסיות המאופיינות בהפרעות אישיות קשות. יעילות הטיפול נבחנה במהלך השנים. במהלך השנים נעשתה התאמה של מודל הקהילה הטיפולית לעבודה עם אוכלוסיות מגוונות: מכורים לאלכוהול ולסמים במסגרות וולונטריות. טיפול במכורים במסגרת בתי סוהר (נשים וגברים). קהילות טיפוליות שהותאמו לטיפול בנוער וצעירים וכמו כן קהילות שהתאימו עצמן לקליטת אמהות מכורות וילדיהן. מעבר לכך פותחו במסגרת הקהילות בעולם תכניות ספציפיות לעבודה עם משפחת המכור. חשוב לציין כי קהילות טיפוליות הוכחו כמי שיעילות גם הטיפול בקרב אוכלוסייה הסובלת מסכיזופרניה אקוטית נבחנה. קהילות טיפוליות רבות תוכננו עבור אנשים הסובלים ממחלות נפש סופניות כמו גם קהילות המתוכננות עבור מתבגרים וילדים. אוכלוסיות אלו היוו אוכלוסיות יעד למחקרי הערכה איכותיים.

## **הטיפול באוכלוסיית האסירים המכורים לסמים:**

במסגרת בתי הסוהר בארה"ב מאז שנות ה-80, הוקמו קהילות טיפוליות רבות הפועלות על-פי מהמודל ההיררכי-קונספטואלי, בנוסף לתכניות לטיפול המשכי שספקו תעסוקה ומגורים בסביבה נקייה מסמים. מחקרו של קנרד D. Kennard (David 1998) מצא באופן חד משמעי כי קבוצת הביקורת שלא עברה טיפול בקהילה טיפולית הייתה רמת מועדות גבוהה באופן משמעותי מהקבוצה שעברה טיפול בקהילה טיפולית במסגרת הכלא. כמו כן נצפה שרמת המועדות ירדה עוד יותר עקב השתתפות בהמשך טיפול במסגרת קהילה. המסקנה הכללית היא: שדיירים ששהו בתכנית הטיפולית זמן רב יותר השתמשו באופן משמעותי פחות בסמים וכן הצביעו התוצאות על ירידה משמעותית בהתנהגות עבריינית ואחוז גבוהה של תעסוקה מאשר אלו ששהו זמן קצר יותר בטיפול. החוקר סבור כי הקהילות הטיפוליות מצליחות עם אוכלוסייה בעלת מוטיבציה גבוהה לסיים את התכנית אך אוכלוסייה זו מהווה אחוז לא גבוה מכלל אוכלוסיית המשתמשים בסמים.

גם בקרב אוכלוסיית עבריינים (לא מכורים) נבדקו התוצאות ונצפה כי יש ירידה משמעותית בהתנהגות עבריינית בקרב אלו ששהו מעל 18 חודשים בטיפול. בעקבות כך ממשלת בריטניה, בסקירה של שירותי טיפול לעבריינים בעלי הפרעות אישיות, הגיעה למסקנה על בסיס מחקרים כי גישת הקהילה הטיפולית, הניבה את התוצאות הטובות ביותר מכל טיפול אחר (קהילות הטיפוליות שמו להם למטרה לשפר את איכות חייו של הפרט והרחיבו את מעגל השירותים הניתנים במסגרתם. בחלק מהקהילות הטיפוליות נקלטו נשאי נגיפי איידס, כמו גם נשאי מחלות זיהומיות אחרות.

## **עבודה טיפולית עם משפחות דיירי הקהילה:**

"תלות בין אישית" היא מושג האופייני לרוב משפחות המכורים. לא לשווא יש הסבורים שהתמכרות היא ראשית לכל, מחלה שמקורותיה משפחתיים (Stanton and Todd (1990). במחקרים שונים נימצא כי התמכרות בין-דורית היא תופעה נפוצה, המגיע לעיתים ל- 70% מכלל המקרים. מסיבה זו תופעת ההתמכרות היא למעשה תופעה נלמדת. גם אם אין עדות להתמכרות בין דורית, המשפחה מהווה מצע שעליו תופעת ההתמכרות יכולה לצמוח ולהעצים. מעורבות רגשית רבה מלווה את התייחסות ההורים למכור. לעיתים אנו מזהים דפוסי התנהגות דומים גם בין המכור לבין בת זוגתו (או בין המכורה לבין בן זוגה, אף כי תופעה זו נפוצה פחות).

העבודה עם משפחות הדיירים מהווה נידבך חשוב בתהליך הריפוי ומובילה לתוצאות חשובות הן בהורדת אחוזי הנשירה מהטיפול והן לביסוסה של תקשורת פתוחה ובריאה בין המכור לבין משפחתו. את המכור מלווה בד"כ תחושת אשמה כלפי בני משפחתו, תחושת אשמה זו מעוררת חרדה רבה שמא יידחה על-ידי בני המשפחה. החיים ללא סמים בקהילה הטיפולית מעוררים זיכרונות קשים הקשורים לאירועים שונים שאירעו במהלך שנות ההתמכרות. מבחינת המשפחה אנו עדים לתחושת בושה וחרדה. הבושה הובילה את המשפחה להסתגרות מפני הסביבה. הסתגרות הנובעת מהתחושה שאין איש בעולם שצליח להבין את המצב. חשש נוסף הוא החשש מפני התיג האפשרי של המשפחה או של ההורים. תחושת תיג אשר עלולה להוביל לדחיית המשפחה וחבריה על-ידי הסביבה. כל אלה הובילו את המשפחה למצב של בדידות קשה וחוסר יכולת לבקש או לקבל סיוע נאות.

במהלך השנים נוצרים יחסי תלות בין המכור למשפחתו, המשפחה מסתגלת למצב ומוכנה לקבל את המכור למרות הנזקים הכלכליים והנפשיים העיקר בגין התנהגותו המניפולטיבית של המכור.

הסדנאות הנערכות בקהילה למכור ולמשפחתו, נותנים למשפחה, אולי בפעם הראשונה תחושה שניתן לדבר על הבעיה בחופשיות. למשפחות ניתנת הזדמנות לשמוע על דרכי התמודדות אלטרנטיביים הן ממשפחות אחרות והן מהצוות המקצועי. במהלך הסדנא יש הזדמנות למשפחה על כל חבריה (כולל המכור שבקהילה) להציג את בעייתו בפני שאר המשתתפים. לצוות המנחים ניתנת הזדמנות ללמוד את דפוסי התקשורת במשפחה ולחשוף את "המשחק" המשפחתי. במהלך העבודה הטיפולית ניתן להציע חלופות אפקטיביות יותר לתקשורת הבין אישית. ניתן לסייע בסילוק הבלמים והמחסומים שמקורותיהם בתחושת החרדה, כעס, חוסר אמון וכיו"ב ולאפשר חוויה מתקנת ומאפשרת.

### **הטיפול באמהות מכורות וילדיהן:**

הרעיון בעניין תכניות טיפוליות לאמהות וילדיהן החל במקורו בשנות הששים כאשר בקהילה הטיפולית "סיננון" אפשרו לאנשי צוות ולדיירים להביא את משפחותיהן לקהילה הטיפולית בקליפורניה. ההנחה הייתה כי נשים, אמהות לילדים לא יכנסו לתכנית במידה ולא יוכלו להיכנס עם ילדיהן. למרות זאת לא הייתה התייחסות ספציפית ליחידת המשפחה כמי שצריכה תשומה מיוחדת.

Odyssey House בניו יורק היו הראשונים שהעריכו במחקר את ההשפעה של טיפול באמהות וילדים על השימוש בסמים אצל אותן אמהות. במחקר של Cuskey ואחרים, ב-1979, העריכו את תוצאות התכנית, ונמצא כי אמהות שהתקבלו לקהילה הטיפולית עם ילדיהן, נשים בהריון, או נשים בהריון עם ילדיהן, תוצאות הטיפול בהן היו טובות יותר מהמצופה. התוצאות התבטאו באי-שימוש בסמים, וירידה משמעותית בהתנהגות עבריינית. הייתה עלייה בהשתלבות בעולם העבודה, כמו כן ניכר שיפור בתפיסה עצמי וביחסי אם ילד ומיומנויות הוריות. בנוסף לכך הצביעו התוצאות על נטייה של אמהות עם ילדים להישאר יותר זמן בתכנית הטיפולית.

במחקר של Schumacher ואחרים (1996) מצביעים על כך כי בארצות הברית יש 34 מיליון נשים אמהות לילדים המוגדרות כמי שהשתמשו באלכוהול. יותר מ- 6 מיליון נשים מוגדרות כמי שהשתמשו בסמים. מתוכן, 44% משתמשות במריחואנה ו- 14% משתמשות בקוקאין. מתוך כלל הנשים שהשתמשו בסמים, בין 10% לבין 15% פיתחו בעיות הקשורות באופן ישיר לשימוש בסמים.

רוב הנשים שייכות לקבוצות מיעוטים עניים באוכלוסייה. השימוש בסמים אצל נשים נמצא בקשר עם מדדים של הערכה עצמית נמוכה, התעללות מינית, בעיות פסיכיאטריות, הריונות לא רצויים, חוסר השכלה, חוסר מיומנות תעסוקתית וכמו כן, אצל חלקן, עובדת היותן חסרות בית.

Berkowitz ו- Brindis (1996) מצביעים במחקרם על כך, כי נשים התלויות בחומרים כימיים קרובות מאד לאבד את ילדיהן אשר קרוב לודאי יילקחו לאימוץ. לנשים אלה הוצעה האפשרות להחלמה בתכנית שיקומית בקהילה טיפולית. זאת כאלטרנטיבה להוצאת הילדים מחזקתן. במהלך תכנית ניסוי (פילוט) שנערכה לנשים המכורות לאלכוהול כמו גם לנשים המכורות לסמים. נימצא כי נשים שחויבו להגיע לתכנית על-ידי בית המשפט, הראו יותר סיכויי הצלחה לסיים את התכנית מאשר נשים שהגיעו מרצונן.

מחקרים רבים מעידים על-כך כי הקהילה הטיפולית מהווה פרוצדורה טיפולית מבטיחה ביותר לנשים בהריון ולנשים וילדיהן. ביחידה שנחקרה, 65 נשים חלקן בהריון ו- 50 ילדים. החיים מתנהלים בחווה של 50 דונם בה חיים לתקופה של 18 חדשים (

Arbiter & Stevens 1997). מדווח על מחקר בו נבדקו 57 אמהות אך מספר זה הנו קטן מדי על מנת לעמוד על תוצאות מחקריו של ג'ורג' דה ליאון אשר טען, כי ככל שמשך הטיפול יהיה ארוך יותר כך נוכל לראות שנות ניקיון ארוכות יותר. על-פי המחקר מקרב 57 נבדקות נשרו מטיפול 44 לעומת 13 שסיימו את הטיפול.

בבי"ח הקריה (בעת ששימש כבית חולים לילודות) נולד ילד/ה עם תסמונת גמילה כל 250 לידות. מרבית הילדים נולדים לאמהות מכורות משכבות סוציו אקונומיות נמוכות, המתגוררות בשכונות מצוקה שונות בעיר בהן הסמים נפוצים וקלים להשגה. בעת שרצו עובדי הרווחה להוציא את הילדים מרשות האם היו אמהות שהגיבו בתוקפנות ובאלימות, ומנגד אמהות ששיתפו פעולה עם ההליך המשפטי כי הן רוצות להיגמל וזאת תהייה הזדמנות להוכיח לעצמן ולשופט כי הן נקיות מסמים. מסקירה של 4 שנים עולה כי מתוך אוכלוסייה של 54 תינוקות לאמהות משתמשות ש-36 מתוכן עברו תסמונת גמילה כשליש 33% מהילדים גרים עם האמהות. 57% מתוך הילדים חיים בקרב המשפחה המורחבת בפיקוח שירותי הרווחה (מוסל א. 1993).

אור-נוי (1995) במחקר העוסק במעקב אחר התפתחותם של ילדים אשר נולדו לאמהות או לאבות מכורים לסמים, מציין כי ילדים אלה סובלים מבעיות אורגניות ניורולוגיות, ילדים אלה שגדלו בסביבה בה סבלו מחסך סביבתי תפקדו באופן לקוי. כמו כן ניכרו בעיות התנהגות במיוחד אצל ילדים שנולדו לאמהות מכורות להראוין. לפי מחקרו של אור-נוי נולדים מדי שנה כ-100 ילדים לאמהות מכורות לסמים. פרופ' אור נוי מציין כי בקרב ילדים שנולדו לאמהות מכורות להראוין תהייה השפעה ניכרת לסביבה בה גדל הילד על התפתחותו. תנאים אלה נוצרים גם אם האם אינה משתמשת אך האב משתמש בסמים. במחקרו מציין החוקר כי מתוך 88 ילדים, 44 הועברו לאימוץ. 39 מהילדים שנולדו לאמהות מכורות גדלו בביתם הביולוגי. במרבית המקרים גודלו על-ידי בני המשפחה המורחבת.

בדין מציין החוקר כי לילדים אשר נולדו לאמהות מכורות להראוין, יש פוטנציאל התפתחותי תקין במידה ואינם סובלים מנזקים ניורולוגיים קשים. הסביבה בה גדל הילד היא בעלת ההשפעה המכרעת על התפתחותו ולא דווקא השימוש של האם בסמים במהלך ההריון. על מנת לתקף ממצא זה מצביע פרופ' אור-נוי על כך שילדים שנולדו לאבות מכורים להראוין, מתפקדים באופן לקוי. יש לציין כי עובדת השימוש בסמים על-ידי האבות משפיעה על הסביבה, לא פחות ממצב בו האם משתמשת בסמים.

#### **יחידת המשפחה בקהילה הטיפולית אילנות:**

יחידת המשפחה באילנות הוקמה בשנת 1994. היחידה מיועדת לתת סביבה מפקחת ומאפשרת עבור אמהות היחידה וילדיהן. ילדים אלה גדלו בסביבה של משתמשים פעילים ללא כל השגחה וברוב המקרים ללא נכונות לפנות לקבלת סיוע נפשי או סוציאלי בגין החרדה הנובעת מן האפשרות שילדם יילקח מהן למשפחת אמנה ו/או יוצא מרשותן לצורך אימוץ. היחידה מאפשרת סביבה תומכת ובטוחה הן מבחינה פיזית והן מבחינת התמיכה החברתית והנפשית הן לאמהות והן לילדיהן. מטרתה העיקרית של היחידה היא לאפשר גדילה והתפתחות ולמידה של מיומנויות הוריות בסיסיות.

מטרה נוספת היא אבחון המסוגלות ההורית של האמהות במקביל לפיתוח המסוגלות ההורית והמיומנויות ההוריות, לימוד מיומנויות של כלכלת בית, פיתוח מיומנויות תקשורת בונה וכיו"ב.

השהייה בקהילה הטיפולית מאפשרת לאמהות להשתלב בתהליך הטיפול והשיקום אותו עוברים כלל דיירי הקהילה (נשים וגברים). הסיטואציה בקהילה הטיפולית מדמה את המציאות ומכינה את האם לחיים בסביבה חברתית טבעית בעתיד. בשעות אחה"צ לאחר חזרת הילדים מגני הילדים, בתי ספר ומועדוניות, מושם דגש על תכניות ספציפיות ליחידה זו.

נתונים דמוגרפיים של המטופלות בתכנית: גיל תחילת השימוש: בקרב בוגרות התכנית נמצא כי גיל תחילת השימוש היה צעיר במידה משמעותית יותר מגיל המטופלות שלא סיימו את התכנית (נושרות). בקרב בוגרות ממוצע גיל תחילת השימוש היה 15.1 שנים לעומת ממוצע גיל תחילת השימוש בקרב הנושרות: 18.24.

משך שנות השימוש בסמים: בקרב בוגרות התכנית, נימצא שמשך שנות השימוש היה גבוה במידה רבה מאשר משך שנות השימוש בקרב נושרות. ממוצע משך שנות השימוש בקרב בוגרות הוא 15.2 לעומת 11.67 שנות שימוש בקרב נושרות. מספר טיפולים קודמים: בקרב בוגרות, נמצא כי מספר הטיפולים הממוצע טרם כניסתן לקהילה היה 2.1 טיפולים. לעומתן בקרב נושרות, נמצא כי בקרב הנושרות מהתכנית ממוצע טיפולים קודמים היה 0.86 טיפולים. ממוצע משך הטיפול בקרב בוגרות היה 18 חודשים, לעומת 7 חודשים בלבד בקרב נושרות. משך שנות לימוד: בקרב בוגרות, ממוצע שנות הלימוד הוא 11.2 שנים לעומת 9.52 שנים בקרב נושרות.

ניקיון מסמים: 92.3% מקרב הבוגרות נמצאו נקיות מסמים ומתפקדות כראוי בעבודה ובטיפול בילדן. לעומתן רק 18.18% מקרב הנושרות נמצאו נקיות מסמים.

תוצאה נוספת שנצפתה מצביעה על כך כי אמהות שבעברן הוצאו ילדים מחזקתם, תיפקדו באופן לקוי יותר מאמהות שילדם נישאר/ה בחזקתן. אמהות שנאלצו למסור בעברן ילד למשפחה אומנת חסויה ו/או לאימוץ ושהו בקהילה עם ילד שנולד לאחר פרוצדורה זו תפקודן התבטא בחרדה גבוהה ותחושת חוסר אמון במערכת המטפלת. סיכויי אמהות אלו לסיים ולהצליח בטיפול,

נמצאו נמוכים יותר מאשר אמהות שילדיהן נשארו בחזקתן.

מתוך הנתונים שנאספו ניתן לבנות פרופיל שעשוי לנבא הצלחה בטיפול ולפיו אנו עדים לקשר בין הצלחה בטיפול וניקיון מסמים לבין משתנים שונים, למשל, ככל שגיל השימוש מוקדם יותר וככל ששנות השימוש רבות יותר כך יש סבירות רבה יותר להצלחה בטיפול. יש להדגיש כי משתנה נוסף שנימצא בקורלציה להצלחה בטיפול הוא משך הטיפולים הקודמים לפני הכניסה לקהילה הטיפולית. הבוגרות התנסו ב- 60% יותר טיפולים מאשר הנושרות, מכאן שכל שהמטופלת עברה יותר טיפולים בעבר, כך גדלים סיכויי הצלחתה. המשתנה האחרון מתייחס לשנות לימוד, ככל שרמת השכלתה של המועמדת גבוהה יותר כך גדלים סיכוייה להצליח בתהליך הטיפול.

### **היחידה לטיפול בבני/בנות נוער בקהילת מלכישוע:**

(הנתונים נמסרו על-ידי מר בני פישר M.Ed. מנהל יחידת הנוער במלכישוע).

בקהילה הטיפולית במלכישוע הוקמה בשנת 1995 חידה לטיפול בבני נוער. ביחידה זו מטופלים כ- 40 בני/בנות נוער שהתמכרו לסמים, ובעקבות כך התדרדרו למצוקות קשות, פשיעה זנות וכדו'.

**עקרונות הפעולה בקהילת הנוער:** היחידה שמה דגש על קבוצת השווים הנער/ה הופכים להיות חלק מקבוצה שנלחמת יחד ב"מחלה" על מנת ליצור מסגרת זו יש כמה כללים: חברת נוער פעילה, חברה המפעילה את עצמה, לכל נער/ה יש תפקיד בקהילה. בנוסף לכך מושם דגש על למידת כללי אחריות, חברות, משמעת עצמית בניית אמון ושיתוף וכיו"ב. משך השיקום הנו כשנתיים מיום קליטת הנער/ה בקהילה עד למעבר למסגרת המשך.

**מטרת הטיפול:** שינוי סגנון חיים הכולל אי שימוש בחומרים ממכרים (סמים/אלכוהול וכיו"ב). שינוי התנהגות אנטי סוציאלית. פיתוח מיומנויות חברתיות ותפקודיות. פיתוח ערכים כגון כנות ואחריות שיאפשרו חיים מספקים ללא סמים. שינוי בדינמיקה המשפחתית. שינוי ביחסו של הנער/ה למסגרת הלימודים. פיתוח מודעות ואחריות לגוף ולבריאות.

**לשיטת הטיפול מספר עקרונות יסוד:** אי שימוש בסמים ובתחליפי סמים. החברים עוזרים לעצמם. השתתפות פעילה של החניכים. דוגמה אישית. תמיכה הדדית בין חברי הקהילה ומחויבות לסביבה. משוב ועימות של התנהגויות. התמקדות בכאן ועכשיו. פיתוח אחריות ומיומנויות עבודה.

### **הטיפול בבני הנוער מתמקד בחיזוק בני הנוער במספר תחומים:**

**התחום הנפשי:** טיפול נפשי שמכוון להקניה וחיזוק של הביטחון והדימוי עצמי וכן פיתוח מיומנויות חברתיות.

**התחום החינוכי:** השלמת חסכים בלימודים, הכשרה מקצועית, התנסות בתחום החקלאות והספורט. ביחידה ניתן להגיע לתעודה של סיום 12 שנות לימוד.

**פעילות הפגתית ובליו:** מושם דגש על פעילות חווייתית בתחומי האמנות, דרמה וטילים. פעילויות אלה מסייעות לבני הנוער למלא את הריקנות המאפיינת את אוכלוסייה זו בגילאים הקריטיים של האוכלוסייה המטופלת.

**אפיוני אוכלוסיית בני הנוער:** בני הנוער הפונים לטיפול מגיעים לאחר תקופות ממושכות של ניתוק ממסגרות חינוכיות ואחרות. האוכלוסייה מופנית למלכישוע על-ידי שרות המבחן וכן על-ידי לשכות רווחה מכל רחבי הארץ. מכלל בני הנוער, כ- 40% הנם עולים חדשים מחבר העמים וכ- 10% בני העדה האתיופית. חתך הגילאים נע בין 14 לבין 18 שנים, לאחרונה נעשו ניסיונות השמה של נערים בני 12 עד 14 שנים.

**הרקע המשפחתי:** המניע העיקרי להתדרדרות, מקורו במשפחת הנער/נערה. אצל חלק מהמשפחות קיימת התמכרות של אחד מההורים. אצל חלק מהמשפחות קיימת תופעה של הפרעות נפשיות אצל אחד ההורים. אלימות במשפחה, אצל חלק ממשפחות בני הנוער קיים דפוס של אלימות מילולית ו/או פיזית, לעיתים היה הנער/נערה עד לאלימות בין בני ההורים.

**מצבם הנפשי של בני הנוער בקהילה:** בדרך כלל מדובר באוכלוסייה שבעברה חוויות טראומטיות ואבדנים משמעותיים. אצל רובם הסמים היוו ניסיון לריפוי עצמי והתמודדות עם הכאב הנפשי ותחושת הריק הקיומי. רוב האוכלוסייה מדווחת על משאלות מוות (מחשבות אבדניות) חלקם עשו ניסיונות אבדניים בפועל. מרבית האוכלוסייה דיווחה על היותה קרוב לניצול מיני בתקופות הילדות.

**מאפייני השימוש בחומרים ממכרים:** מרבית האוכלוסייה מדווחת על התחלת עישון סיגריות בגיל 9. מעבר לשימוש ב"גרס" נעשה בגיל 12. בהמשך שימוש בחומרים מחוללי הזיות: גרס ל.ס.ד. ואקסטזי. לעיתים שימוש בחומרים אלה מלווה בשתיית משקאות אלכוהוליים. בשלבים מאוחרים יותר מדווחים רבים מהם על שימוש ב"קריסטל" ובהרואין חלק מהם פנו להזרקה כצורת השימוש המועדפת. דפוסי השימוש מעידים על אובססיות וקומפולסביות. דפוסי שימוש אלה מהווים הגנה כימית לאור היסטוריה של קורבנות ומצבים נפשיים האפיינים למצבים פוסט טראומטיים.

**תוצאות הטיפול:** מאז תחילת הפעילות בשנת 1995 ליחידת הנוער יש כ- 30 בוגרים. בתחילת הדרך היו נשירות רבות כיום יש שיפור רב וכ- 60% מקרב אלו שמתחילים את התכנית מצליחים לסיימה.

### ז' תוצאות הטיפול בקהילות הטיפוליות :

מחקרים רבים נערכו במטרה למדוד את האפקטיביות של הטיפול בקהילות הטיפוליות. המחקרים נועדו לבחון את השינוי שחל במצבם של המכורים לסמים במהלך הטיפול ולאחר תום שהותם בקהילה, בהשוואה למצבם לפני הטיפול. במחקרים שנערכו, נבדקו מדדים רבים שכללו שימוש / הימנעות משימוש בחומרים ממכרים, מעורבות בעבריינות, תעסוקה וכיו"ב. (Barr & Antes, 1981. Duval et al 1963. Chambers & Inciardi, 1974. Newman 1979. Sells, 1979. Sorenson, 1984. Holland, 1978, 1983. Wexler, Falkin & Lipton, 1990. Norris, 1988. Simpson & Sells, 1982. De Leon, 1984, 1985, 1990).

### **א' האפקטיביות של הטיפול בקהילות הטיפוליות:**

#### **1. הצלחה ושיפור בעקבות הטיפול; הימנעות משמוש בסמים ומהתנהגויות אנטיסוציאליות:**

למעלה מ- 70% מהאנשים שסיימו בקהילה טיפולית מבטאים שיפור מכסימאלי, חיים ללא פשיעה, וללא שימוש בכל חומר ממכר (Simpson and Sells, 1982; De Leon, 1985)

מחקר ראשון שנערך בישראל בקהילות טיפוליות על-ידי בנבנישתי ועמרם (1993), הציב מספר מטרות: לתאר ולהעריך שינויים במצבם של מטופלים בקהילות טיפוליות במהלך הטיפול. לתאר ולהעריך שינויים במצבם של מטופלים בקהילות לאחר סיום הטיפול (סיום מתוכנן כמו גם לאחר נשירה מטיפול). לזהות משתני רקע הקשורים סטטיסטית לתוצאות הטיפול. הערכת היבטים אירגוניים הקשורים לתפקוד הטיפולי של הקהילות.

במחקרם של בנבנישתי ועמרם (1993) נמצא כי אחוז הנקיים מסמים מקרב סך כל הדיירים ועברו בקהילות טיפוליות (מסיימים ונושרים גם יחד) אחוז הנקיים הגיע לכ- 42.2% (מכלל כל האוכלוסייה שנקלטה בקהילות שנבדקו (אילנות, הר-טוב ומלכישוע). במחקרם בדקו בנבנישתי ועמרם את התפלגות אחוז הנקיים/משתמשים נעשתה חלוקה בין מטופלים שסיימו טיפול לבין מטופלים שנשרו מטיפול, הממצאים מצביעים על התוצאות הבאות:

נשרו מטיפול	סיימו טיפול	סטטוס השימוש בסמים
35.1%	84.8%	נקיים מסמים
40.5%	1.3%	חזרו לשימוש
24.4%	13.9%	לא אותרו

במחקרים רבים דווח גם על שיפור משמעותי במדדים פסיכולוגיים שונים:

ברקת-אליאס ד. (1999). בדקה במחקרה את הקשר בין הטיפול בקהילה הטיפולית לבין תפקודי אגו והפחד ממוות. תפקודי האגו כללו פונקציות של חשיבה, הרגשה ופעולה, המוגדרות על בסיס פסיכולוגית האגו (Bellak, 1973). על-פי מודל זה ככל שרמת הפסיכופתולוגיה גבוהה יותר, רמת תפקודי האגו של האדם נמוכה יותר. במחקרה בדקה החוקרת שישה תפקודי אגו: בוחן מציאות, שיפוט, תחושת מציאות, יחסי אובייקט, שליטה וויסות של דחפים, רגשות ואימפולסים והגנות.

הממצאים מצביעים על שיפור משמעותי בכל ששת תפקודי האגו שנבדקו. נמצאה גם דיפרנציאציה גדולה יותר בין תפקודי האגו של המכורים בסוף טיפול יחסית למכורים בתחילת טיפול.

עצמת הפחד ממוות בקרב מכורים בסוף הטיפול בקהילה נמוכה מזו של מכורים בתחילת טיפול.

ממצאים דומים המעידים על ירידה משמעותית ברמת הפסיכופתולוגיה נמצאה גם במחקרם של (Sack & Levy 1979). נמצא כי ככל שמשך השהייה בטיפול ארוך יותר, כך פחתה רמת הפסיכופתולוגיה. במחקרם ציינו החוקרים את אפקטיביות הטיפול ביחס ליצירת שינוי ביחסים בינאישיים וחברתיים.

עלייה בתחושת הערך העצמי ובשביעות רצון מצאו (Brook & Whitehead 1980) בנוסף לכך ציינו החוקרים כי חלה ירידה בניידות הרגשית, עלייה ביכולת החשיבה הרציונלית ועלייה ביכולת להשתלב השתלבות חברתית.

(Hill & Mclellan, 1982) מצאו שיפור ביכולת המילולית ועלייה בתחושת הביטחון העצמי והחברתי.

(Burling, et al., 1989) דווח כי תחושת הביטחון ביכולת להתמודד מול פיתויי הסם גדלה במהלך הטיפול. ממצא זה קיבל משנה תוקף גם במחקרו של עמרם (1996) מחקר שנערך בקהילות בישראל. במחקרו מדווח עמרם גם על שינויים בתפיסת מיקוד השליטה (פנימי/חיצוני), שינויים המתבטאים בהתחזקות תחושת השליטה הפנימית במהלך הטיפול בקהילה הטיפולית.

## 2. משך השהייה בטיפול:

חשיבות משך השהייה בטיפול מוכחת במחקרים שנערכו במסגרת התכניות השונות והן במחקרים ארציים ופדראליים. כל המחקרים מצביעים על קשר חיובי בין תוצאות חיוביות של הטיפול לבין משך השהייה בטיפול (Barr and Antes, 1981, De Leon and Schwartz, 1984; Holland, 1983; Burt et al., 1979; Hubbard et al., 1984; Simpson and Sells, 1982) מחקרים אלו ליוו בוגרים (מסיימי התכניות) עד 7 שנים לאחר סיום התכנית הטיפולית. אחוז ההצלחה לפי מחקרים אלו הנו 75%. בקרב נושרים מהתכנית אחוז ההצלחה הנו 30%. אחוז ההצלחה קשור קשור ישיר למשך זמן השהות בטיפול. כ- 50% מאלה שנשארו שנה או יותר בטיפול מצליחים (וזאת בהתייחס לכל שנות המחקרים) בהשוואה ל- 25% מאלו ששהו פחות משנה (De Leon, 1984, 1986).

גם במחקרם של בנבנישתי ועמרם נבדק הקשר בין משך השהייה בטיפול לבין הימנעות משימוש בסמים ונמצאו התוצאות הבאות:

לא אותרו	אחוז החוזרים לשימוש	אחוז הנקיים מסמים	משך הזמן בטיפול
33.0%	46.4%	20.6%	עד שבועיים בטיפול
22.4%	40.3%	37.3%	משבועיים ועד שלושה שבועות
23.4%	34.0%	42.6%	4 עד 6 חודשים בטיפול
16.7%	36.7%	46.7%	7 עד 9 חודשים בטיפול
9.5%	33.3%	57.1%	10 עד 12 חודשים בטיפול
17.0%	1.9%	81.1%	בין שנה לשנה וחצי בטיפול
8.0%	-----	92%	יותר משנה וחצי בטיפול

## 3. ניבוי הצלחה:

רבות נשאלה השאלה אם תוצאות הטיפול קשורים לפקטורים שונים המתייחסים למכור. נושא זה נבדק במספר רב של מחקרים.

**משתנים אישיתיים:** על פי דיווחי חוקרים רבים לא נמצא כל קשר בין משתנים אישיתיים לבין סיכוי הפרט להתמכרות. משתנים אישיתיים נמדדו גם על מנת לבחון ולנבא הצלחה בטיפול, רמת התמכרות גבוהה לפי שאלון "רמת התמכרות" של גרין ופוקס (1990) נבדקה מול שאלון אישיות של קטל (1970) PF 16). פוקס ד. (1992). במחקר זה נמצא כי רמת ההתמכרות הגבוהה ביותר נמצאה בקרב צרכני הרואין. נבדקים בעלי רמת התמכרות גבוהה נמצאו כמי שמתאפיינים במשתנים אישיתיים כגון: חוסר בשלות רגשית, תחושת חסר ערך עצמי, רמת מוסר לא מגובשת, בעלי מנגנוני הגנה אקטיביים של השלכה, בעלי תפיסה אגוצנטרית ובעלי סף תסכול נמוך. הנבדקים נמצאו כמי שמתאפיינים ביחסיהם עם הסביבה כאנשים פסיביים, בעלי הערכה עצמית נמוכה, בעלי רמת חרדה גבוהה וחוסר בטחון המתקשים להכיל את חרדותיהם וכמי שהתנהגותם מושפעת מתנודות קיצוניות במצבי רוח.

**משתנים דמוגרפיים:** לא נמצא פרופיל טיפוסית אשר יכול היה לנבא הצלחה או כישלון בטפול בקהילות הטיפוליות (משתנה זה לא יכול היה לנבא הצלחה או כישלון גם בסוגי טיפול אחרים פרט לקהילות הטיפוליות). תוצאות חיוביות נצפו ללא קשר לגיל, גזע, ומין.

במהלך השנים מאז החלה לפעול בארץ הקהילה הטיפולית הראשונה (בית-אביבה) אנו עדים לשינוי הפרופיל הדמוגרפי של אוכלוסיית הדיירים בטיפול.

#### 4. סוג הסם:

הטיפול במכורים לסמים אופיאטיים הניב את התוצאות הטובות ביותר (De Leon, 1984; Burt et al., 1979; Holland 1978; Simpson and Sells, 1982) למרות זאת, גם בקרב משתמשים לרעה במריחואנה ובאלכוהול נצפתה ירידה משמעותית מקיפה בשימוש באותם סמים (De Leon, 1987; Simpson and Sells, 1982; Hubbard et al., 1984).

#### ב' נשירה מטיפול:

המנבא העקבי ביותר של תוצאות חיוביות של קהילות טיפוליות הנו משך השהייה בטיפול. הרבה מאד גופים כמו גם הרבה מחקרים התייחסו לשאלת הנשירה מטיפול. באשר לשאלה מהו אחוז הנשירה מטיפול, המחקרים מוצאים אינדיקציה לכך שדפוס הנשירה בקהילות טיפוליות הנו קבוע וצפוי מראש. הנתונים השנתיים של אחוזי הנשירה משתנים בין קהילה לקהילה אך צורת העקומה נשארת אחידה. הנשירה גבוהה בעיקר ב- 15 הימים הראשונים לאחר הקבלה לטיפול ויורדת באופן חד לאחר מכן באופן כזה שהסבירות לנשירה יורדת ככל שעולה משך השהות בקהילה.

נבדקה השאלה מהו הפרופיל של הנושרים אשר יוכל לנבא את משך השהייה בטיפול. עד כה המסקנות אישרו כי משתנים אישיותיים אינם בעלי כושר ניבוי גבוהה של סיכויי נשירה (Burt et al., 1979; Barr and Antes, 1981; De Leon, 1983; Holland, 1983; Wexler and De Leon, 1978; Sheffet et al., 1980; Simpson and Joe, 1997; Hubbard et al., 1984). אם כן נשאלה השאלה מדוע קיימת תופעת הנשירה מטיפול? מחקרים מצביעים על גורמים כמו מוטיבציה, מוכנות ותואמות לחיי קהילה שהם הגורמים הקריטיים הקשורים לנשירה (De Leon and Jainchill, 1986; Condelli, 1986, 1994; Washburn, 1979).

בתחילת שנות התשעים, החלו במסגרת ארגון הבריאות האמריקאי NIDA להתמודד עם השאלה האם ניתן לשנות את הנשירה המוקדמת מטיפול. התערבויות קליניות שונות נוסו במהלך 30 הימים הראשונים של הטיפול בקהילות טיפוליות. התוצאות מצביעות על ירידה משמעותית בשיעור הנשירה המוקדמת. עדויות מצביעות על כך ששמירת המטופל במסגרת הטיפול תיעשה באמצעות שיתוף המשפחה בטיפול ודגש על התערבויות מיוחדות בשלב הקליטה יסייעו בשילוב המכור בטיפול (De Leon and Jainchill, 1986; De Leon, 1988).

גם בנבנישתי ועמרם (1993) בחנו את אפשרות ניבוי הנשירה מטיפול בקהילות הטיפוליות. על-פי מסקנותיהם לא ניתן לנבא את סיכויי של הדייר בקהילה על-פי משתני רקע דמוגרפיים.

עם זאת נמצא כי דיירים שלהם אב עברין שורדים פחות זמן בקהילה. דיירים שתיארו את מצבם הכלכלי כקשה ביותר נשארו בממוצע זמן ארוך יותר בטיפול. ממצא נוסף מתאר קשר חיובי בין דיירים בעלי דימוי עצמי גבוה יותר לבין משך השהייה בטיפול; ככל שהדימוי העצמי גבוה יותר, משך השהייה בטיפול ארוך יותר. ממצא נוסף מצביע על הקשר בין מיקוד שליטה לבין משך שהותו של הפרט בטיפול, ככל שהפרט חש שיש לו השפעה גדולה יותר על גורלו כך סיכויי להישאר בטיפול גדלים. גם המדד של רמת העוונות נמצא בקורלציה למשך השהייה בטיפול; ככל שהדייר פחות עוין כך גדלים סיכויי לסיים טיפול.

במחקרם בדקו בנבנישתי ועמרם גם את תפישת המטופלים באשר לסיבות שעוזרות להם להישאר בקהילה ולהתקדם בטיפול. לפי הממצאים ניתן לראות כי הסיבות העיקריות להישארותם של הדיירים בטיפול בקהילה קשורים למוטיבציות פנימיות. הדיירים דיווחו שהם נשארים בקהילה משום שהם לומדים בה כיצד להתמודד באופן אפקטיבי עם החיים, מקבלים עזרה בהבנת עצמם ולומדים איך להתמודד עם פיתויי הסם. בנוסף לכך מצאו החוקרים קשר בין סיבות להישארותו של הפרט בטיפול לבין משך הזמן בטיפול במשתנים הבאים:

מדידה שנייה	מדידה ראשונה	אני נשאר בקהילה:
***50.	***44.	בגלל שיש לי חברים טובים
***26.	***32.	כי אני לומד להתמודד עם פיתויי הסם
*22.	07.	כי אני לומד להתמודד עם פיתויי הסם

כי אם אעזוב יהיו לי סיבוכים כלכליים	30.**	12.
כי המשפחה שלי לוחצת עלי שאשאר בקהילה	38.**	*24.
כי יש עלי לחץ מצד החוק	05.	12.
בגלל שטוב לי בקהילה	*23.	17.
כי אם אעזוב הבריאות שלי תדרדר	35.**	10.
בגלל שהצוות עוזר לי	02.	*20.

P < .001\*\*\*

\*P < .01\*\* P < .05

מחקר שסקר 270 דיירי קהילות טיפוליות בארה"ב על-ידי דה-ליאון (De Leon 1988), בחן את הסיבות לנשירה מוקדמת מטיפול ועל פי הדיווח נמצא קשר בין נשירה מוקדמת לבין המשתנים הבאים:

- ערך עצמי נמוך.
- תפיסה דלה ונמוכה של זהות עצמית.
- רמה נמוכה של קבלה עצמית.
- אדם המעריך את עצמו כבעל רמה נמוכה של כושר ויכולת בתחום ההתנהגותי.
- הערכה נמוכה של הכושר הפיסי, הבריאות והמיניות.
- הערכה נמוכה של מקומו האישי/קיומי ושל מידת התואמות החברתית.
- הערכה נמוכה בכל הקשור למקומו החברתי וליחסים בינו לבין משפחתו, חבריו וקבוצת השווים.
- רמה גבוהה של ביקורת עצמית וחוסר בהגנות תואמות. נטייה להדגשת יתר של תכונות ודברים שליליים.

דה-ליאון מציין במחקרו כי יש מספר משתנים היכולים להשפיע על שיתוף פעולה בטיפול ו/או סיום טיפול; משתני רקע כמו לחץ משפטי או לחץ של אחר משמעותי. משתני הטיפול כללו נתונים כמו עד כמה הטיפול נתפס כמהנהג, כמה חשיבות נתן הצוות לכך שהמטופל יישאר בתכנית, מספר החודשים שיששה בטיפול, נתונים הקשורים בטיפול הצביעו על כך שחשוב שהקהילה תגלה תמיכה רבה יותר בפרט ותיתן יחס אישי לפרט בחודשיים הראשונים בטיפול.

**לסיכום:** כמעט בכל המחקרים, אנו מדווחים, על שיפור משמעותי בטווח רחב מאד של משתנים, אישיותיים וחברתיים. שיפור זה הוא פועל יוצא של משך השהייה של הפרט בקהילה הטיפולית.

לעומת מחקרים אלו, מחקרים שעסקו בניסיון לנבא את סיכוייו של הפרט לסיים טיפול בקהילה הטיפולית, אינם מצביעים על ממצא אחיד. למרות ממצאים אלו חשוב לציין כי הקהילה כמשפחה, ככל שתהייה לה יכולת הכלה גבוהה יותר, ככל שיצליחו חברי הקהילה לראות את הטוב שבתכונות הזולת, ככל שהפרט בקהילה יחוש תחושת שייכות, ערך עצמי ובטחון, כך יגדלו סיכוייו לסיים טיפול ולהפיק את התועלת המצופה.

### ח' התפתחות הקהילות הטיפוליות בישראל:

הקמתה של הקהילה הטיפולית הראשונה בישראל החלה בשנת 1987 ביוזמת של הגב' אביבה נג'ר ז"ל אשר שמה לה למטרה לפעול למען הקמת הקהילה. היא רתמה את משרד העבודה והרווחה ואת משרד הבריאות, על מנת לפעול יחד בהקמת הקהילה הטיפולית. במקביל אירגנה קבוצת תורמים מארה"ב ומאירופה, שהתחייבה ללוות את שנות ההפעלה הראשונות בסיוע כספי, קרן שנקראה (I.A.D.F. International Anti Drug Foundation).

קודם להקמת הקהילה הטיפולית הראשונה הושקעו מאמצים רבים בחיפוש אחר מקום שיהווה אכסניה מתאימה לקהילה הטיפולית. בכל מקום בו נעשה ניסיון לבחון את הקמתה התעוררה התנגדות חזקה מצד תושבי האזור. התנגדות זו צמחה על רקע של חוסר ידע שעורר חרדה רבה וחשש לאיכות החיים של תושבי האזור. התדמית וההקשרים המיוחסים למכור והדימויים הקשורים להתמכרות היו לדימויים ומושגים מעולם הפשע והעבריינות. ההתמכרות לא הוכרה כתופעה חברתית ולא כבעיה תפקודית. מוקדם מאד הבינו כל השותפים להקמת הקהילה הטיפולית כי רק הקמת הקהילה, הפעלתה והיכרות בלתי אמצעית של אוכלוסיית המכורים הנקיים, עשויה להוביל לשינוי בתפיסה ונכונות לשינוף פעולה של תושבי האזור.

תופעות דומות נצפו גם במקומות אחרים בעולם. באירופה ובארה"ב חששו בעלי נכסים כי הקמת קהילות טיפוליות בסמוך לנכסיהם יוביל לירידת ערך הנכסים. התוצאות הראו כי תקופה קצרה לאחר הקמת קהילה טיפולית באזורים מאוכלסים לא ניפגע שווי הנכסים ולהפך, איכות החיים באותו אזור עלתה במרבית המקרים. יחידות אלו דוגלות בחיים ללא סמים ובדאגה לסביבה אקולוגית נקייה מסמים ומשתמשים אחרים, חברי הקהילות הטיפוליות קנאים מאד לדרך חיים זו דבר שהוביל לאיכות חיים טובה שהתבטאה בירידה בפשיעה כמו גם פעילות התנדבותית ותרומה לסביבה של חברי הקהילה הטיפולית – כחלק מדרך חיים ושינוי סגנון חיים.

הגב' נג'ר והתורמים (I.A.D.A.F. (International Anti Drug Abuse Foundation) פנו למר אלייקים רובינשטיין מי שהיה באותו זמן מזכיר הממשלה ולשני שרי הממשלה שרת הבריאות ושר הרווחה אשר נרתמו יחד על מנת להפעיל לחץ לקידום הקמת הקהילה הטיפולית. השרים הבינו כי כישלון הפרוייקט יביא לנתק מוחלט עם התורמים ויעמיד את ממשלת ישראל כחסרת יכולת להתמודד עם התנגדות תושבים מול הצורך בהקמת הקהילה. במקביל עלה נושא הסמים והמכורים לכותרות וחברי הממשלה ראו בפעילותם זו כמי שסללו את הדרך לקידום סיכויי הטיפול והשיקום של המכורים שעד אותו זמן לא עמדה עבודתם שום אופציה טיפולית נאותה בתנאי פנימייה (עד אותה תקופה הטיפול היחיד היה טיפול תחזוקתי באמצעות מטאדון בשלושה מרכזים בארץ עכו, חיפה ויפו).

מאמצי הגורמים הממלכתיים הניבו פרי, ולטובת הקהילה הטיפולית הועמד מבנה. הקהילה הטיפולית הראשונה הוקמה בהר-טוב, ליד העיר בית שמש במבנה ששכן באזור התעשייה. קהילה זו קיימת עד היום, בשטח הקהילה הוקמו מאוחר יותר בניינים נוספים היכולים להכיל כ- 80 דיירים. בשנים הראשונות לתפעול הקהילה שוכנו בה 20 איש בלבד. עם תחילת הפעלת הקהילה הטיפולית בהר-טוב החלו פעולות לאיתור מקום נוסף אשר ישמש אלטרנטיבה או שיוכל לאפשר הקמת קהילה נוספת לזו שהוקמה.

בעזרת גורמים ממלכתיים שונים אותר אתר אילנות באזור לב השרון. אתר אשר שימש בעבר הרחוק כחוות ניסיונות ואקלום של עצים. אתר אילנות אוכלס על-ידי ראשוני הדיירים בשנת 1989 והחל לפעול במתכונת קהילה טיפולית.

בשנת 1989 התחילה לפעול הרשות למלחמה בסמים אשר הבחינה בפוטנציאל הטמון במתכונת טיפולית זו והחליטה להרחיב אותה על-ידי הקמת קהילה טיפולית נוספת לקהילות הר-טוב ואילנות. למטרה זו הועידו את היאחזות הנח"ל הנטושה "מלכישוע" שבגלבוץ לטובת הקמת קהילה טיפולית שלישית. קהילת "מלכישוע" החלה לפעול בשנת 1990. כשלוש שנים מאוחר יותר ביוזמת מטה השכונות בירושלים הוקמה קהילה טיפולית נוספת רמות-יהודה (לשעבר "זוהרים"). בנוסף לכך הוקם מרכז למגזר הערבי הפועל במתכונת דומה לקהילות הטיפוליות במגזר היהודי תוך התאמה לתרבות ולנורמות החברתיות הנהוגות בקרב המגזר הערבי.

במסגרת הקהילות הטיפוליות הקיימות הוקמו תת מסגרות במגמה לתת מענה לקבוצות מיוחדות של אוכלוסיית המכורים; בקהילה הטיפולית "אילנות" הוקמה יחידה לאמהות מכורות וילדיהן. בימים אלו עומדת יחידה זו להתרחב ממספר מצומצם של 7 מקומות ליחידה שתוכל לקלוט 20 אמהות ועד 30 ילדים, סה"כ 50 מקומות נוספים. ב"מלכישוע" הוקמה יחידה נוספת לטיפול בנוער המכילה 36 מקומות.

נתוני הקהילות הטיפוליות בישראל עולה כי עד היום סיימו את הקהילות למעלה מ- 3,000 מכורים הנקיים מסמים ומנהלים אורח חיים אחראי ומועיל, לעצמם ולסביבה.

במהלך השנים קמו מרכזים נוספים ביוזמות פרטיות, מרכזים שבמתכונתם חיקו היבטים שונים וכללים שונים האופייניים לקהילות הטיפוליות, תוך שילוב של רעיונות נוספים השאובים ממסגרות ארגון ה-N.A. וגישת "שנים עשר הצעדים" (מודל מינסוטה). מודלים אלו שונים במהותם מהגישות הנהוגות בקהילות הטיפוליות שכן גישות אלו אינן פועלות ואינן שמות דגש על הטיפול ההתנסותי חווייתי תוך ניצול המציאות הקיומית בקהילה. מרכזים אלא אוחזים באמונה שההתמכרות היא מחלה וכי על המכור לקבלה תוך כניעה. לעומתן הקהילות הטיפוליות אינן רואות בהתמכרות מחלה ולא כל תפיסה דטרמיניסטית אחרת, אלא מייחסות את העיוות בסגנון החיים של המכור כפועל יוצא ישיר של השימוש בסמים סגנון חיים המתפתח כפועל יוצא של התנהגות נלמדת. ברגע שיפסיק השימוש יתחיל הרפוי. בתנאי שיהיה מלווה בלמידה חווייתית חברתית, בסביבה מטפחת, המאפשרת למידה זו.

הקהילות הטיפוליות בישראל הוקמו על בסיס המודל ההיררכי כדוגמת המודלים הפועלים בארה"ב ובאירופה. (O'Brien, 1992). W. מצייין כי המרחב החברתי של הקהילות הטיפוליות שימש באופן יעיל ביותר להשגת מטרות של הפיתוח החברתי, החינוך, החלמה בתחום בריאות הנפש, טיפול בחיילים שלקו בתגובות קרב לאחר מלחמת העולם השנייה.

מאז הקמתה של הקהילה הטיפולית הראשונה למכורים (Synanon) בקליפורניה ארה"ב בסוף שנות החמישים, מודל הקהילה הטיפולית התמסד והפך למודל חשוב ביותר. במהלך השנים היינו עדים לגמישותה וליעילותה של הקהילה הטיפולית בהסתגלותה לשינויים שחלו בפרופיל של המכור. הקהילה הטיפולית התפתחה במהלך השנים מ"תכנית" לסוכנויות רבות פנים תוך פיתוח שפה משותפת למושג החלמה.

תהליך העמקת שורשיה של הקהילה הטיפולית והפנמת השיטה בישראל, עבר ועדיין עובר תהפוכת רבים. כמי שמלווה מזה 20 שנה את התפתחות מגוון השירותים הטיפוליים לנפגעי סמים אני ער לכך כי מאז הקמת הקהילה הטיפולית הראשונה בישראל חלה התעוררות שהובילה לפיתוח שירותים רבים ומגוונים. כיום אין איש מקצוע מתחום הטיפול בנפגעי סמים שאינו מכיר ומוקיר את מושגי היסוד, יעילותה, ותרומתה של הקהילה הטיפולית להחלמתם של מכורים.

הקהילות הטיפוליות המתקצבות כיום על-ידי משרד העבודה והרווחה מהוות חלק חשוב ומרכזי ממכלול השירותים הקיימים. תהליך ההטמעה של הקהילות הטיפוליות במסגרת משרד העבודה והרווחה נעשה תוך כדי דיאלוג מתמיד עם הקהילות הטיפוליות. במסגרת הדיאלוג אנו עדים לא פעם לעובדה שתהליך ההמשגה של שיטת הקהילה הטיפולית כרעיון של קבוצה לעזרה עצמית ועזרה הדדית דורש הבהרות על מנת להימנע מנטייה לראות בקהילה הטיפולית עוד מוסד או עוד מסגרת מכלל המסגרות הקיימות.

שני נושאים עיקריים עמדו לדיון בקשר עם משרד הרווחה: משך הטיפול בקהילות הטיפוליות ואופי פרישת השירותים. מאז הקמתה של הקהילה הטיפולית הראשונה בישראל (בית אביבה שבהר – טוב) משך הטיפול הממוצע הגיע לכ- 18 חודשים. לקראת סוף שנת 1999, התקבלה החלטה מנהלית, לקצר את משך שהותו של דייר בקהילה הטיפולית עד לתקופה של 12 חודשים. אחת הטענות של צוותי הקהילות היא כי לא ניתן לקצוב ולהכתיב תהליכים נפשיים כך שיעמדו על תקופה של 12 חודשים. על-פי הניסיון המצטבר לעיתים תוספת של חודשיים (ולעיתים יותר) תועיל לדייר הקהילה ועשויה למנוע את חזרתו לשימוש בחומרים ממכרים לכל ימי חייו. לעומת זאת קטיעת תהליך הטיפול עלולה להוביל למצב בו אנו נפגוש באדם זה במערכות הטיפול השונות עוד שנים רבות ויותר מכל, עלולה להתפתח תחושת כישלון חריפה שתוביל את הפרט לייאוש וחוסר אונים. מתוך הרצון המובן לחסוך משאבים אנו עלולים לשלם עוד שנים רבות את הוצאות החזקתו של המכור הפעיל.

כתבה העוסקת בנושא שינויים בקהילות טיפוליות פורסמה בידיעון אוסטרלי על-ידי שרלוט ווד (Wood Charlotte. 2000). בכתבה זו מצוטטים מספר עובדי קהילות טיפוליות באוסטרליה המספרים על השינויים הקורים בשנים האחרונות במקום עבודתם. שינויים כמו קיצור תקופת הטיפול, ירידה בגיל המטופלים והרגלי צריכת סמים שונים המשתנים עם הזמן (הרגלים וסוגי הסמים). בכתבה הבלתי מדעית, לא מדווחים ההבדלים בתוצאות בעקבות שינויים אלו ואין כל התייחסות לתוצאות הקשות של קיצור תקופת הטיפול. לעומת כתבה סובייקטיבית זו, מתייחס לנושא זה \_\_\_\_\_

(Nemes. S (1999) המציין במחקרו בצורה חד משמעית על הקשר החד משמעי בין משך הטיפול לבין תוצאות הטיפול. המחקר משווה פרוצדורות טיפוליות שונות הן בגישה והן במשך זמן הטיפול. החוקר מצייין באופן חד משמעי על כך שהקהילות הטיפוליות נמצאו יעילות ביותר מול כל שיטת טיפול אחרת וכן כי משך זמן הטיפול הוא המשתנה החשוב ביותר וכי את התוצאות הטובות ביותר ניתן לראות רק לאחר מינימום של 12 חודשים בטיפול בתוך הקהילה הטיפולית.

גם תהליך ההטמעה של הקהילות הטיפוליות במערכת כמו גם שילוב הסוכנויות השונות מתוך כוונה ליצור סגנון עבודה משולב מעלה את הצורך לרה-ארגון. בעניין זה נכתב והוגש נייר עמדה (איתן סלע, 2000) לגורמים שונים במערכת. נייר העמדה מעלה רעיונות הנוגעים לאופן פרישת השירותים השונים והקשר בין המסגרות והשירותים השונים. אופי הקשר בין נותני השירותים והמבנה הארגוני דורש בדיקה מחודשת, על מנת ליצור מצב של ניצול יעיל ונכון של משאבים כלכליים ומשאבי כוח האדם.

נושא אחרון עליו יש לתת את הדעת, לאור התפתחות הקהילות הטיפוליות בישראל הוא בניית מערך הכשרה של כוח אדם לעבודה בקהילה הטיפולית. הידע הרחב שהצטבר ושיטות העבודה בקהילה הטיפולית לא גובשו לכדי חומר אשר ראוי שישמש בתהליך הכשרה של כל עובדי הקהילות הטיפוליות. האפשרות של הקמת פדרציה ישראלית של הקהילות הטיפוליות בה ייקחו חלק כל המרכזים העובדים לפי הפילוסופיה של הקהילה הטיפולית, יכולה לאפשר בנייתו של מרכז הכשרה, אשר יעסוק בהכשרה בסיסית והשתלמויות לעובדי הקהילות, כמו גם אפשרות להנחיל את הרעיונות של הקהילה הטיפולית לארגונים ומסגרות בתחום בריאות הנפש, החינוך וכיו"ב.

## י' ביבליוגרפיה:

- אור-נוי, א. (1995). מעקב אחר התפתחותם של ילדים אשר נולדו לאמהות או לאבות מכורים לסמים בגיל טרום בית ספר. דוח' מחקר מסכם. מרכז המידע של הרשות למלחמה בסמים. ירושלים.
- בנבנישתי, ועמרים. (1995). הערכה מעצבת של קהילות טיפוליות בישראל 1992-1994. דו"ח מחקר מסכם, הרשות למלחמה בסמים, ירושלים.
- ברקת - אליאס, דפנה. (1999). הקשר בין טיפול הגמילה בקהילה הטיפולית בקרב גברים מכורים לסמים נרקוטיים לבין תפקודי האגו שלהם והפחד שלהם ממוות. עבודת גמר לקראת תואר מוסמך (M.A.), אוני' בר-אילן
- גולדפרב, א. (1996). מיתוס הקהילה הטיפולית: הטיפול בהתמכרות לסמים כמנגנון לשליטה חברתית במטפלים ומטופלים. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה האוני' העברית-ירושלים.
- מוסל, א. (1993). דילמות טיפוליות בעבודת הלשכה לשירותי רווחה בעת טיפולן בתינוקות שנולדו עם תסמונת גמילה מסמים. דרכים ושיטות במניעה ובטיפול. הרשות העירונית למלחמה בסמים עריית תל-אביב.
- מן, ק. י. (1983). תוכנית אב להתמודדות כוללנית עם בעיות השימוש לרעה בסמים במדינת ישראל. דו"ח ועדת מן (1983) מדינת ישראל, ירושלים.
- סלע, א. (2000). נייר עמדה בנושא תפישה ארגונית של שירותי הטיפול במכורים. (לא פורסם).
- פוקס, ד. (1992). הקשר בין אישיות ורמת התמכרות לאופיאטים, אלכוהול, טבק, חשיש ואוכל. עבודת גמר לקראת תואר מוסמך (M.A.), אוני' תל-אביב.
- Barr, H. & Anetes, D. (1981) Factors Related to Recovery and Relapse in follow up: Final Report of Project Activities. Washington, D.C.: National Institute on Drug Abuse
- Basaglia, E. (1981). Breaking the circuit of control. In Critical Psychiatry edited by David Ingleby. Harmondsworth: Penguin
- Bellak, L. Hurvich, M., & Gediman, H. (1973). Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics and Normals. New York: John Willey and Sons
- Berkowitz, G. Brindis, C. Clayson, Z. & Peterson, S. (1996). Option for Recovery Promotion Success among Women Mandated to Treatment. Journal of Psychoactive Drugs. Vol. 28(1). January-March
- Brook, C.R., & Whitehead, C.P. (1980). Drug free Therapeutic Community (an Evaluation). N.Y.: Human Sciences press
- Burt, M. R., Pines, S., & Glynn, T. J. (1979). Drug abuse: its natural history and the effectiveness of current treatment. Cambridge, MA.: Schenkman
- Burling, T. A., Reilly, P.M., Moltzen, J. D., Ziff, D. C. (1989). Self-efficacy and relaps among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. Journal of studies on Alcohol, 50, 354-360
- Casriel, D. H. (1966) So fair a house: The story of Synanon. New York city: Prentice Hall
- Chambers, C.D., & Inciard, J.A. (1974). Three years after the split. In V.S. Shorty, & H. Alkane (Eds.), Developments in the field of Drug Abuse. Cambridge, Mass: Schenkman Pub
- Cole, S.G., & James, L.R. (1975). A revised treatment typology based on the DARP. American journal of Drug and Alcohol Abuse, 2, 37-49
- Condelli, W. S. (1986). Client evaluations of therapeutic communities and retention. In G. De Leon & J.T. Ziegenfuss (Eds.) Therapeutic Community for addictions: Readings in theory research and practice (pp. 131-139). Springfield, IL: Charles C. Thomas
- Condelli, W.S., & Hubbard, R.L. (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes /from therapeutic communities. Journal of Substance Abuse Treatment, 11, 25-33
- Cuskey, W.R.; Richardson, A.H.; and Berger, L.H. (1979) Specialized Therapeutic Community Program for female Addicts. National Institute on drug abuse services research report. DHEW. Pub. No. (ADM) 79-880

- .Washington, Dc. Supt. Of Docs., U.S. Govt. Print. Off. 1979/ 31. Pp
- De Leon, G. (1983). The Therapeutic Community: Predicting Retention and Follow-up status. Final report of project activities under national institute on Drug Abuse Grant 1 Rol DAO2741-01A1
- De Leon, G. (1984). Program-based evaluation research in therapeutic communities. In F.M. Tims, & J.P. Ludford (Eds.), Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects, Research Monograph 51, 69-87. Rockville, MD: NIDA
- De Leon, G., & Schwartz, S. (1984). Therapeutic Communities: What are the retention rate? American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 10, 267-284
- De Leon, G. (1985). The Therapeutic Community, Status and Evaluation. International Journal of Addiction, 20, 823-844
- De Leon, G. (1986). Therapeutic Community research: Overview and implications. In G. De Leon, & J.T.Ziegenfuss (Eds.), Therapeutic Communities for addiction: readings in theory": research and practice, 5-18. Illinois: Charles. C. Thomas Pub
- De Leon, G., Jainchill, N. (1986) Circumstances, motivation, readiness and suitability (CMRS) as correlates at treatment tenure. Journal of Psychoactive Drugs, 8, 203-208
- De Leon, G. (1987). Alcohol use among drug abusers: Treatment outcomes in Therapeutic Community. (Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 11 (5
- De Leon, G. (1988). Legal pressure in Therapeutic Communities. In C.G. Leukefeld & F. M. Tims (Eds.), Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice, NIDA Research Monograph 86 (DHHS Publication No. (Adm) 88-1578, pp. 160-177). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse
- De Leon, G. (1990). Aftercare in therapeutic community. The International journal of the addiction, 25, 1225-1237
- De Leon, G. (2000). The Therapeutic Community. Theory, model, and method. Springer publishing company
- Duval, H., Locke, B., & Brill, L. (1963). Follow-up study of narcotic drug addicts five years after hospitalization. Public Health Reports, 78, 19-24
- Hill, J.C., & McLellan, A.T. (1982). Verbal attention seeking responsens used by drug dependent veterans. Small Group Behavior, 13, 321-331
- Holland, S. (1978). Gateway houses: Effectiveness of treatment on criminal behavior. International Journal of Addiction, 13, 369-381
- Holland, S. (1983). Evaluating Community based Treatment programs: A model for strengthening inferences about effectiveness. International Journal of Therapeutic Community, 4(4), 285-306
- Hubbard, R. L., Rachal, J. V., Craddock, S. G., & Cavanaugh, E. R. (1984). Treatment outcome prospective study (TOPS): Client characteristics and behaviors before, during and after treatment. In F. Tims, & J. Ludford (Eds.), Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress and prospects, Research Monograph (series 51, U.S.A.: NIDA. (pp. 42-68
- Jones, M. (1953). The Therapeutic Community: A new treatment method in psychiatry. New York: Basic Books
- Kennard. D. (1998). Therapeutic Community are back – and there's something a little different about them. The international journal for therapeutic and supportive organizations. Vol. 19: Number 4
- Lowinson, H.J., , Ruiz, P., Millman B. R., , Lanrod, G. J., (1992) Substance Abuse A Comprehensive Textbook. Second Edition
- Nemes. S. et al. (1999) Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 17, No. 4. Pp. 339-347
- Newman, R. (1979). Detoxification treatment of narcotic addicts. In R. Dupont, A. Goldstein. & J. OwDonnell. Handbook on Drug Abuse 21-29. Rockvill. MD: NIDA

- Norris, M. (1988). A Follow-up study of drug abusers in therapeutic community during periods of change. International Journal of Therapeutic Community, 9, 249-261
- O'Brien William B. & Vincent Biase, Ph.D.(1992). Therapeutic Community (T.C): a Coming of age. In Substance Abuse A Comprehensive Textbook. Second addition
- Pines, M. (1999). Forgotten pioneers: The unwritten history of the therapeutic community movement. The international journal for therapeutic and supportive organizations. Vol. 20: Number 1
- Roberts, J. (1997) How to recognize a Therapeutic Community. Prison service journal 111, 4-7
- Reed, J. (1994). A Review of Services for Mentally Disordered Offenders and Others with Similar Needs: Report of the Sub-Committee on psychopathic Disorder. London HMSO
- Sacks, J.G. , & Levy, N. (1979). Objective personality changes in residents of a therapeutic community. American journal of psychiatry, 136, 796-799
- Schumacher, J. F. Sigel S.H. SOCOL C. J. Harkless, S. Freeman, K. (1996). Making Evaluation Work in a Substance Abuse Treatment Program for Women with Children: Olivia's House. Journal of Psychoactive Drugs. Vol. 28(1). January-March
- Sells, S. (1979). Treatment effectiveness: in Dupont, Goldstein, & J. O'donnel (Eds.) Handbook on Drug Abuse. 105-118. Rockenville. MD: NIDA
- Sheffet, A. M., Quinones, M. A., Doyle, K. M., Lavenhar, M. A., Nakah, A. E., & Louria, D. B. (1980). Assesment of Treatment Outcomes in a drug
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Brown, B. S. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). Psychology of Addiction Behaviors, 11, 294-307
- Stanton, M.D., & Todd, T.C. (1990). The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction. N.Y. Guilford Press
- Stevens, S.J., Arbiter, N. & McGrath, R. (1997). Women and children: Therapeutic Community substance abuse treatment. In G. De Leon (Ed.) Community as methhod: Therapeutic community for special population and special settings (pp. 129-142). Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc
- Simpson, D. & Sells, S. (1982) Effectiveness of Treatment For Drug abuse: An overview of the DARP Research program. Adv. Alcohol Substance Abuse 2. 7-29
- Sorensen, J.L., Betch, D.A., & Acampora, A. (1984). Treatment collaborataion of methadon programs and Therapeutic Communities. American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 10, 347-359
- Washburn, N. (1979). Dynamics of treatment in Therapeutic Communities. : U.S.A. NIDA
- Wexler, H.K., Falkin, G.P., & Lipton, D.S. (1990). Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment. Criminal Justice and Behavior. 17 (1), 71-92
- Wood, Charlotte. (2000) Connections April/May 2000\*21
- Yablonsky, L. (1965). The Tunnel back; Synanon. N.Y; Macmillan
- Yablonsky, L. (1989). The Therapeutic community: A Successful Approach for Treating Substance Abusers. New York, Gardner Press

כותב המאמר הנו מנכ"ל עמותת בית אור אביבה ומנהל הקהילות "אילנות" ו"הר-טוב".