

שילוב עזרה-עצמית למכורים לסמים כחלק מהערכות טיפוליות כוללת*

נתי רונאל

במאמר מוצגים קווי היסוד של תכנית האנ.איי., ואופן עבודת הצעדים בפועל. מתוארים ארבעה תפקידים עיקריים שהאנ.איי. יכול למלא בתוך המערך המקצועי: א. תכניות טיפול המתבססות על האידיאולוגיה של האנ.איי. והאיי.איי.; ב. תכניות טיפול המשלבות אידיאולוגייה זו עם תיאוריות ודרכי טיפול אחרות; ג. תכניות טיפול, המפנות מטופלים לאנ.איי. ותומכות בהם; ד. תכניות טיפול הפועלות במקביל לאנ.איי. הטיפול המקצועי מסייע למטופל לעבוד על-פי תכנית האנ.איי., ונעזר מהתקדמותו בעבודה זו. כמעט בכל המערכים המקצועיים בארץ נעשית כיום הפניה פסיבית, בצורות שונות, לאנ.איי. לסיכום, יש לבחון מחדש את המדיניות הקיימת ולהגביר את שיתוף הפעולה בין הגישה המקצועית לבין קבוצת העזרה העצמית ושיטותיה.

מבוא

בעשורים האחרונים קיימת בעולם עלייה תלולה במספר ארגוני העזרה העצמית, במגוון התופעות האישיות והחברתיות שהם מכסים וכמספר המשתתפים בהם (Katz, 1984; Moeller, 1983). עלייה זו מוסברת, על-פי רוב, בנתק הקיים בין נותני השירותים הרפואיים, הנפשיים, החברתיים והדתיים לבין מקבלי השירותים. נתק זה מתבטא, בין היתר, באי-יכולתם של בעלי מקצוע לענות באופן מוצלח על מגוון גדל והולך של הפרעות (רפואיות, נפשיות או חברתיות), ובהחלטת ה"צרכנים" להמציא לעצמם את הזכות להתמודד בעצמם ובשיטות לא-מקצועיות עם הפרעות אלו (Robinson & Henry, 1977).

הארגון הגדול והבולט ביותר בעולם לעזרה עצמית הוא 'האלכוהוליסטים האנונימיים' (AA), המשמש אב-טיפוס לגוף מרכזי בתנועת העזרה העצמית – קבוצות

*אמר זה מתבסס על מחקר שמומן באדיבותה של הרשות למלחמה בסמים.

"שנים-עשר הצעדים". קבוצות רבות, המתמודדות עם מגוון רחב של הפרעות, אימצו לעצמן את מודל האי.איי. המשלב תהליכי תמיכה הדדית ועזרה-עצמית עם אמונה דתית ("רוחניות" בלשון הקבוצות). במרכז המודל עומדים שנים-עשר "צעדים" לעבודה אישית (ראה מסגרת) ושתיים-עשרה "מסורות", המגדירות את מבנה הארגון. על-פי דגם זה הוקם גם ארגון עזרה עצמית למכורים לסמים — 'הנרקומנים האנונימיים' (NA) — שהוא ארגון העזרה העצמית העיקרי לנפגעי סמים ולרשותו סניפים במרבית מדינות העולם (Peyrot, 1985).

בקיץ 1984 הוקם הסניף הישראלי של האנ.איי. (NA), ומאו חלה עלייה מתמדת בהיקף פעילותו ובמספר החברים הפעילים בשורותיו. מספר החברים נאמד באלפים ספורים, והם נפגשים במאה קבוצות ויותר ברחבי הארץ (הערכה זו נשענת על אומדן גם בלבד ועל אמות מידה מעורפלות להגדרת החברות).

לנציגי האנ.איי. דריסת רגל במרבית מוסדות הטיפול הרשמיים בארץ, ובכך הם יכולים לפרסם את דבר קיום התכנית, את מקום הפגישות ואת מועדיהן. מוסדות אחדים מקיימים פגישות אנ.איי. בשיתוף פעולה עם נציגי האנ.איי. — כדוגמת מחלקת הסמים של שירות בתי-הסוהר. עם זאת, שיתוף הפעולה בין האנ.איי. לבין מוסדות הטיפול הרשמיים בארץ, העוסקים בבעיית צריכת הסמים הוא ראשוני בלבד. מטרת המאמר, להציע כיצד ניתן להרחיב את המדיניות הקיימת כיום בארץ, לתאר מספר צורות אפשריות לשיתוף פעולה בין הממסד המקצועי לאנ.איי. ולהציע דרכי ישום, שהן תוצר של מדיניות טיפול מתוכננת.

המאמר בנוי בעיקר על סקירת ספרות, המתבססת על שיטות תיאוריות, בדרך כלל, תיאור תכנית מסוימת וניתוח עקרונותיה. במידת האפשר שולבו במאמר גם מחקרים, המבססים את מסקנותיהם על בדיקה וניתוח כמותי, אך אלו מעטים. המאמר מסתייע גם בנתונים שנאספו במהלך מחקר פנומנולוגי מקיף על האנ.איי. בארץ (רונאל, 1993). שאלת שיתוף הפעולה בין הממסד המקצועי ובין האנ.איי. ותכנית הצעדים היתה משנית במחקר זה, ולכן הנתונים הרלבנטיים שנאספו מעטים יחסית ותורמתם לחיבור צנועה.

תכנית האנ.איי. — רקע כללי

כאמור, אב-טיפוס לתכניות "שנים-עשר הצעדים" ולאנ.איי. הוא ארגון האי.איי., שנוסד בארצות-הברית באמצע שנות השלושים. ההיסטוריה של הארגון מציגה מספר נקודות ציון, המלמדות על קו ההתפתחות שלו ועל כיוונו (Kurtz, 1988):
א. התפכחותו של ביל וילסון, המייסד השותף של האי.איי., בעקבות חוויה דתית

שחווה בקבוצת אוקספורד, קבוצה דתית פרוטסטנטית שפעלה באותן שנים בארצות-הברית ובאנגליה (Kessel, 1962). אירוע זה נחשב להולדת הגרעין העמוק של התכנית, שהוא היסוד הרוחני הדתי שלה. מתוך יסוד זה ועל-פי דרכה של קבוצת אוקספורד, צמחה תכנית הצעדים. התכנית עברה תהליך של עידון מטרת והכללת ההגדרות הדתיות, על מנת שתתאים לכל שתיין באשר הוא, ולא רק למחפש הדרך הדתי. הבנת היסוד הרוחני בתכנית האי.איי. מתבססת בין היתר על תפיסתו של גיימס (אלכוהוליסטים אנונימיים, 1989), שעיקרה אפשרות ליחס אישי בין אדם לבין קונו, יחס משוחרר מהדוגמטיות של מסורת, טקסטים וכדו'. ההכרה בחשיבותו של יסוד זה נובעת, חלקית לפחות, מהמלצתו של יונג, כפי שהביעה באוזני אחד ממטופליו, אלכוהוליסט שנכשל בכל טיפול שעבר עד שהתנסה בתעוררות דתית-רוחנית (שם, עמ' 22-24).

ב. הקמת האי.איי. הארגון נולד בפגישתם של וילסון וד"ר בוב סמית, המייסד השותף הנוסף. עבור וילסון היתה זו הדרך היחידה לשמור על פיכחוננו (שם). בהעברת המסר של החלמה בדרך רוחנית לסמית ובעזרה להפסקת שתיינותו, ביסס ביל את הימנעותו שלו משתייה. פגישה זו הכניסה לתכנית יסוד נוסף, והוא מעגל היחסים הבין-אישיים בין החברים. יחסים אלו מושפעים מהתכנית ומהאידיאולוגיה הדתית שלה וכולט בהם עקרון "תרפיית העוזר" (helper therapy) — מגיש העזרה נעזר בעצמו מעצם פעולת העזרה (Riessman, 1965).

ג. כאשר התמסדו היחסים הבין-אישיים והוקמו הקבוצות הראשונות, נוצר הארגון, החברותא. זוהי המסגרת החברתית המשמשת מעגל חיצוני לאי.איי. המסגרת הושפעה מהיחסים הבין-אישיים ומתכנית הצעדים, אך היתה זקוקה לתמיכה נוספת, וכך עלה הצורך בשתיים-עשרה המסורות.

ניתן לראות, שהאי.איי. מורכב משלושה מעגלים שהתפתחו בשלבים: השלב הראשון הוא המעגל הפנימי, היסוד הרוחני-דתי; השלב השני הוא המעגל האמצעי — היחסים הבין-אישיים; השלב האחרון בעיצוב האי.איי., המעגל החיצון, הוא התפתחות המסגרת החברתית והתהליכים החברתיים המאפיינים אותה.

שנים-עשר הצעדים, תכנית ה"טיפולית" של האי.איי., ממוקמים בין המעגל הפנימי לאמצעי. הם מתייחסים ליסוד הרוחני של התכנית וכן למערכת היחסים של החבר עם זולתו. למעשה, שנים-עשר הצעדים הם אמצעי הקישור בין שני המעגלים הללו — באמצעותם הופכים היחסים הבין-אישיים אמצעי ליישום היסוד הרוחני של התכנית. משום כך, ניתן לנתק את שנים-עשר הצעדים מהמסגרת החיצונית של ארגון האי.איי., וליישמן באופן דומה במסגרות חברתיות אחרות. מסגרות אלו יכולות להיות ארגונים מקבילים לעזרה-עצמית, או אף מסגרות טיפוליות אחרות. שנים רבות לאחר ההתפתחות שתוארה כאן, בשנות החמישים המוקדמות, שאל האנ.איי. מהאי.איי. את מבנה המסגרת החברתית ואת התכנית בשלמותה, למעט

שינוי קל המתאים את התכנית למכורים לסמים (Peyrot, 1985). גם באנ.איי. קיימים שלושת מעגלים שהוצגו, אך הם התקבלו כבת אחת ומן המוכן. במפגש בין המכור לקבוצת האנ.איי., מתרחש תהליך הפוך. המעגל הראשון שפוגש המכור הוא המעגל החיצון של המסגרת החברתית, ההשתתפות בפגישות הקבוצתיות ה'רשמיות'. גם במקרים שמכור חדש מגיע לאנ.איי. בעקבות חברים מהרשת החברתית שלו, עדיין מתחילה ההתחברות בהצטרפות למסגרת הרשמית. התחברות מוצלחת נתמכת במספר תהליכים חברתיים (רונאל, 1993): מתפתחת מחויבות לארגון ולחבריו, ובשלב מאוחר יותר אף לאידיאולוגיה שלו (התיאוריה של הפיקוח החברתי); מוסר התיג השלילי של הסוטה והוא מתויג מחדש כ'סוטה מקובל', בפועל אותו סטטוס ראשי (master status) – מכור, אך עם משמעות אחרת – מכור-נקי (התיאוריה של התיג); מעבר מתת-תרבות שוללנית של מכורים פעילים לתת-תרבות של חברי התכנית, עם שינוי מקביל בקוד ההתנהגות ובסולם הערכים (תאוריית התת-תרבות); לימוד התנהגות, עמדות ונורמות חברתיות המיוחסות להתחברות המבדלת עם מכורים נקיים מהאנ.איי. (תאוריית ההתקשרות הדיפרנציאלית).

התחברות מוצלחת מוליכה את החבר שלב אחד פנימה, אל השתתפות בפעילויות 'בלתי-רשמיות', ואל תהליכים בין-אישיים הנובעים מפעילויות אלו (רונאל, 1993). החבר מצטרף לרשת חברתית של מכורים חברי האנ.איי., האמורים לקבל אותו ככל תנאי ובכל עת וללמד אותו בדרך של דוגמה אישית לקבל את זולתו ואת עצמו. המאפיין הבולט של הרשת החברתית הוא העזרה ההדדית הנרחבת בין החברים. החבר נעזר במכורים אחרים ומקבל זכות להיות בעצמו עוזר. תפקיד זה מתגלה כתורם רבות לו עצמו, באופן שהוגדר כ'תרפיית העוזר'. כחלק מההתחברות מזדהה החבר עם חבריו החדשים, שסיפוריהם דומים לסיפורו, לומד מהתחלקויותיהם ומשלף אותם בהתחלקויותיו (sharing). ההתחלקות הופכת להיות עבורו אחד הכלים המקובלים לבידוק עצמית, לשחרור ממתח, ולעזרה לזולת בדרך של דוגמה אישית. נוסף לכך בונה החבר מערכת יחסים מיוחדת עם חונך ומלמד אותו את התכנית, גם זאת בדרך של התחלקות. מבחינת כיוון התפתחותם מקבילים תהליכים אלו לתהליכי המסגרת החברתית, שצוינו לעיל.

השלב האחרון במסעו של החבר פנימה, אל לב התכנית, הוא 'עבודת הצעדים'. עיקר העבודה עם החונך היא הנחייתו לעבודה עצמית על-פי דרך שנים-עשר הצעדים. צעדים אלו מוליכים אותו מהתמודדות ראשונית עם ההתמכרות, הנתפסת כמחלה, לשינוי צורת התייחסותו לעולם ולקבלת מערכת אמונות חדשה, שאפשר לכוונתה דתית. במקום שמרכז הכובד של ההתנסות יהיו החבר ושאיפתו להשיג סיפוק מייד, משנה החבר את התכוונותו ומתכוון אל הכוח העליון, אל אלוהים. השלכה זו אינה פסיבית, אלא תובעת פעילות של בדיקה ותיקון עצמי, מתוך שאיפה להתקרב עד כמה שניתן אל אלוהים ולעבור חוויה רוחנית. הבדיקה והתיקון העצמי

מקבילים לתהליכי המסגרת החברתית ולתהליכים הבין-אישיים שצוינו לעיל. ההגדרה הדתית עצמה – הבנת 'אלוהים', האמונה בו והדרך למלא את רצונו – גמישה, פתוחה ואישית, ויכולה להיות מותאמת לכל מכור מכל רקע תרבותי ודתי. ההגדרה והדרך הנפרשת ממנה הן כלליות מעצם הסתמכותן על חוויה כללית ועל תודעה דתית כללית.

עם בואו רואה המכור באנ.איי. אמצעי מילוט מהתמכרות שהיתה עבורו "סבל בלתי נסבל". לשם כך הוא נעזר במסגרת שחברים בה מכורים כמוהו ומהיחסים המיוחדים הנוצרים ביניהם. ברגע שהצליח, זמנית, לעצור את התמכרותו, הוא חווה שינוי במטרה ושינוי בדרך חייו. המטרה הסופית, ההחלמה, מורחבת ונתפסת כהשגת התעוררות רוחנית. אבל גם שלב זה אינו סוף הדרך, אלא התחלה מחודשת. לאחר השגת ההתעוררות הרוחנית, וכדי לשמר אותה, נקרא החבר לחלק את המסר שלו עם חברים אחרים. הוא פונה חזרה אל היחסים הבין-אישיים ואל המסגרת החברתית ו'מעניק' לחברים את מה שהשיג בתכנית. על-פי התכנית עבודה עצמית מוצלחת נתפסת כתנועה מתמדת בין ובתוך שלוש הרמות של המסגרת החברתית, היחסים הבין-אישיים והעבודה האישית-דתית. למעשה, מדובר על היבטים שונים של אותה פעילות עצמה.

עד כאן הצגנו את האידיאל שמציבה התכנית בפני החבר ושאליו מתכוונים מרבית החברים. ואולם, על-אף ההתכוונות רב המרחק בין האידיאל ובין מימוש, וקיימות דרגות שונות בתהליך ההתחברות לאנ.איי. החלוקה בין הדרגות לא תמיד ברורה, וקיימת חפיפה מסוימת בין דרגות סמוכות, וכן תנועה פנימית דו-כיוונית. החלוקה לדרגות לא תמיד מצביעה על הוותק בתכנית, אלא בעיקר על יישומה בנקודת זמן נתונה:

א. החבר החדש. אינו מבין בדיוק היכן הוא נמצא ולמה הוא כאן. בקבוצת החברים החדשים אחוז הנושרים הגדול ביותר, ומקצתם יחזרו לקבוצה לאחר פרק זמן נוסף של שימוש בסמים.

ב. מכור שהתחיל "לעלות על דרך". מופיע לפגישות לעתים קרובות (רצוי מדי יום), מתחבר בעיקר עם חברים מקבילים לו בשלב השיקום ועם מי שהכיר לפני בואו לקבוצה. לפעמים הוא מוצא תעסוקה באמצעות חברי האנ.איי. או יחד עמם.

ג. חבר שהתייצב בדרך. מעורה ברשת החברתית של האנ.איי., משתתף באופן סדיר בפעילויות השונות, ממלא תפקידים שונים, כמו חונכות וכדו'. בשלב זה נסכות מרבית ההתייחסויות והפעילויות החברתיות ולעתים גם היחסים הרומנטיים סביב הקבוצה.

ד. חבר ותיק. בשלב זה כשהוא מעורה היטב באנ.איי. ובעל השפעה בקבוצה, שוב אין לו צורך להופיע לפגישות ולפעילויות הרשמיות, והוא בונה לו מעגל תעסוקתי וחברתי שבו האנ.איי. הוא רק מרכיב אחד בצד מרכיבים נוספים.

אידיאולוגיית האנ.איי. הופכת להשקפת חיים ומשפיעה על אופן ארגונום, ועל מרכיבים שאינם מתייחסים ישירות לאנ.איי.

שנים-עשר הצעדים

גרעין התכנית הן-מבחינה אידיאולוגית והן מבחינת הדרך ליישום האידיאולוגיה הם שנים-עשר הצעדים. יש בצעדים הסבר על אופי התמכרותו של המכור ועל יעדי החלמתו, והם משמשים לו שלבים בדרך החתחתים מהכרת ההתמכרות וההודאה בה ועד להשגת יעדי ההחלמה. הצעדים נתפסים כ"עקרונות שעשו את החלמתנו אפשרית" (אנ.איי.), מהווים תמצית הגישה ה"תרפויטית" ומצהירים על האמונה הרוחנית הדתית של התכנית, ועל דרך חיים מותאמת לה.

את הצעדים עוברים בעזרת חונך, חבר ותיק בתכנית ובעל ניסיון אישי בצעדים הנחשב פוסק בסוגיות הקשורות לעבודה עצמית זו. הפגישות של החונך וחניכיו נקראות "פגישות צעדים", ובשל מספרם המצומצם של המשתתפים (לעתים חונך וחניך בלבד ולעתים מספר מצומצם של חניכים) מתרחשת בהן דינמיקה עמוקה יותר מאשר בפגישות אנ.איי. רגילות. במשך הזמן נוצרת בין החניכים והחונך קרבה ואחוזה והאווירה בפגישות נוחה ומאפשרת חשיפה אישית מעמיקה.

כשחבר עובד על צעד כלשהו, הוא מקבל מהחונך דף שאלות, שעניינם אותו הצעד. לכל צעד קיימים מספר נוסחים קרובים והחונך בוחר לו את הנוסח שנראה לו ולפעמים אף משנה את הנוסח לפי ניסיונו והבנתו.

החונך וחניכיו קוראים בספר האנ.איי. את הצעד שהם עובדים עליו, ולאחר מכן 'כותב' כל חבר בזמנו החופשי את הצעד, ועונה על השאלות הנוגעות לו. הכתיבה היא מעין יומן אישי, ומומלץ שתהיה יום-יומית. במחקר על משמעות כתיבת יומן עבור מכורים נמצא שהכתיבה היא אמצעי יעיל להגברת הבדיקה העצמית ולשיפור הפיקוח והשליטה העצמית (Neumann, 1985). כתיבת יומן היתה משימה קלה לנבדקים והם קיבלו אותה ברצון. היומן עודד אצלם את ההיבט של עזרה-עצמית ותרם ליכולתם להבחין אצלם בתכניות מסוימות.

ממצאי המחקר תואמים את ההתרשמות שנוצרה באנ.איי., לפיה הכתיבה היומית היא אמצעי חשוב להצלחת התכנית, ומשמשת גם כסיס לתהליך החונכות. בפגישות של החונך וחניכיו (פגישות הצעדים), דנים החניכים בדברים שנכתבו והחונך מתייחס לתוכנם. גם בשיחות המרובות בין החונך לכל אחד מחניכיו, דנים בצעדים ובשאלות, ודיונים כאלו מתרחשים אף בין חברים שלא במסגרת החונכות.

המטרה היא, שבמהלך הכתיבה והדיונים על הכתוב, ובמקביל להשתתפות בכל

פעילויות הקבוצה, יחול בחבר שינוי הכולל הפנמת אידיאולוגיה ונטישה מכוונת של דפוסי ההתנהגות הקשורים להתמכרות. בעבודת הצעדים, כמו בשאר פעילויות התכנית, בולט הפן הוולונטרי שלה: הקצב, עומק העבודה והאינטנסיביות נקבעים על ידי החבר בלבד.

האנ.איי. והמעריך המקצועי

"בחברה המאופיינת בחתירה תחרותית למעמד, להכרה, לכוח ולסמלים החומריים שלהם, יש לאיי.איי. (ובעקבותיה לאנ.איי. – נ.ר.) תכנית החלמה, המבוססת על ערכים נוגדים – על למירת דרך חיים לא־אנוכית. ... לאיי.איי. יש חיים משותפים – מסורות ומבנה – המתאימים ותומכים בתכנית ההחלמה הבסיסית... יש הרמוניה פנימית של תכנית, עקרונות ופרקטיקה, העומדת בניגוד בולט לתפעול של רוב המוסדות והסוכנויות בחברתנו" (Maxwell, 1984).

שילוב התכנית במסגרות מקצועיות וממסדיות מעלה שאלה של הבדלים אידיאולוגיים בין עזרה־עצמית בכלל ושנים־עשר הצעדים בפרט, לבין תפיסה מקצועית וממסדית. ניסיון להתמודד אמפירית עם שאלה זו מתארת קורץ (Kurtz-Farris, 1984). נקודת המוצא היתה, שיתגלו הבדלים בין שתי המסגרות. מצד אחד הרקע הדתי־רוחני של האי.איי. הגישה הלא־ביורוקרטית שלו, חסרת החוקים הרשמיים, הסמכות וההיררכיה, ומן הצד השני המבנה המשותף החילוני, המדעי והביורוקרטי שמציגות מרבית הגישות הטיפוליות המקצועיות. מסקנות המחקר, שעל־פי החוקרת היו מוגבלות בגלל ליקויים בלתי־נמנעים בשיטת המחקר, תומכות בהנחת היסוד, שקיימים הבדלים אידיאולוגיים בין המחנות, והן מצביעות על ההשפעה שיש להבדל זה על מידת שיתוף הפעולה בין הצדדים. הבדל מובהק בעמדות נמצא לגבי שאלת הצורך בהרחבה ארגונית של הטיפול באלכוהוליום (אנשי מקצוע – בעד), חשיבות הבסיס המדעי, מידת האובייקטיביות של המטפל וחשיבותה של ההשכלה כסמכות מקצועית. אבל, ההבדלים לא היו גבוהים כמצופה. מרבית אנשי המקצוע האמינו שהתכנית יכולה לעזור ואף העריכו, ששיטת האי.איי. יעילה יותר ממגוון שיטות מקצועיות אחרות. מצד שני חברי האי.איי. קיבלו הרבה טענות האופייניות לגישה המקצועית. מרבית הנבדקים (משני הצדדים) סברו, שמרכזי הטיפול וקבוצות האי.איי. המקומיות יכולים לשתף פעולה.

פיירסי (Piercy, 1991) מתאר התכתבות שלו, כמטפל מקצועי, עם מכור מחלים חבר אנ.איי., שטיפל בעצמו כמכורים. בתחילת ההתכתבות היתה ביניהם אי־הסכמה מוחלטת בשל החשיבות הרבה שייחס המחבר לטיפול המשפחתי המקצועי והתעלמותו

מהאיי.איי. ומה-אנ.איי. המטפל המחלים טען, לעומת זאת, שתכנית הצעדים היא האפשרות היחידה להחלמה. במהלך ההתכתבות בחנו שני הצדדים מחדש את עמדותיהם, ריכזו את טענותיהם, והגיעו למסקנה משותפת, שהתכנית מצביעה על יסודות אוניברסליים של עבודה פנימית, המצויים גם בדתות השונות וניתן לשלבם גם בטיפול משפחתי הדוגל באותו כיוון.

ספיקרד (Spickard, 1990) מציין טווח לשיתוף מודלים של עזרה-עצמית בתהליך הטיפולי המקצועי. בצד האחד של ספקטרום ההתערבות הטיפולית יכולה להיות תכנית טיפולית, המשתמשת במושגים ובגישות של עזרה-עצמית יחד עם אלמנטים פסיכותרפויטיים מסורתיים, שיספקו אנשי מקצוע מתאימים. ומן העבר האחר יעמדו תכניות טיפוליות שיפותחו באופן מוחלט על בסיס הפילוסופיה של שנים-עשר הצעדים ושתיים-עשרה המסורות של איי.איי. ואנ.איי., ושהן משמשים מכורים-מחלימים כחברי צוות ראשוניים. במקום אחר על-פני הרצף תימצא הגישה החושפת את המטופלים להתנסות לעזרה-עצמית בזמן אשפוזם. ההתנסות תעשה על-ידי השתתפות בקבוצות קיימות בקהילה (ניתן להסיע את המטופלים לקבוצות בקהילה, ואפילו לקבוצות שקרובות למקום המגורים, כדי שלאחר השחרור מהאשפוז יוכלו להתחבר איתם) או הקמת קבוצות לעזרה-עצמית ליד יחידת האשפוז או בתוכה. אם קאמצים גישה כזו חשוב להבטיח, שחברי הצוות יכירו היטב את הפילוסופיה ואת התהליכים של עזרה-עצמית, כדי שיוכלו לתמוך במטופליהם.

הפניית מכורים לקבוצות לעזרה-עצמית ללא תמיכה מספקת נחשבת התערבות מזערית ביותר. הפניה כזו, הנהוגה במקומות רבים בארץ, מעידה, אולי, שהמפנים מתייחסים לתכנית כאל 'קבוצת תמיכה' ותו לא. מן הראוי לזכור, שרק מקצת המופנים נקלטים בקבוצות האנ.איי., ויש באופי ההפניה ובמעקב אחרי התקדמותו של המופנה כדי להשפיע ולעזור.

שנים-עשר הצעדים כבסיס לשיטת טיפול

דרך ראשונה לשיתוף פעולה היא הדרך שבה היחידה הטיפולית מאמצת בשלמותה את דרך שנים-עשר הצעדים כשיטה טיפולית. בארצות-הברית קיימות עשרות יחידות לטיפול בהתמכרויות (אשפוז ואמבולטוריות), הנשענות לגמרי על הפילוסופיה של קבוצות שנים-עשר הצעדים (Alford, Koheler & Leonard, 1991), ובמיוחד על האיי.איי. והאנ.איי. שהן הדומיננטיות ביותר.

המודלים הללו תוארו במאמרים רבים (למשל: Edwards & Huston, 1988-9; Peyrot, 1982; Spickard, 1990), ומשותפת להם ההתבססות על מספר עקרונות

יסוד של התכנית: תפיסת ההתמכרות כמחלה; מטרת הטיפול — הימנעות מוחלטת משימוש בסמים כלשהם; השגת המטרה תעשה באמצעות התפתחות רוחנית והכרה ב'כוח עליון'; עבודה מודרכת של הצעדים הראשונים; השתתפות אינטנסיבית בפגישות אי.איי. ו-אנ.איי. בקהילה או ביחידה הטיפולית עצמה; שילוב של מכורים-מחלימים בצוות הטיפולי; השתלבות 'בוגרי היחידה' בקבוצות אי.איי. ו-אנ.איי. באזור מגוריהם. מרבית המודלים מתייחסים גם למשפחתו של המכור וכוללים ייעוץ משפחתי ברוח תכניות הצעדים עם הכוונה לקבוצות עזרה-עצמית מתאימות, כמו אל-אנון, אל-אטין (ילדי מכורים) וכדו'. מודלים אחרים אומצו גם במדינות אחרות, לדוגמה 'מודל מינסוטה'. זוהי תכנית גמילה באשפוז, המבוססת בעיקר על רעיונות האי.איי. והאנ.איי. ועל פיה הוקם לפני שנים ספורות מרכז הגמילה הישראלי 'גשר לחיים' (בבעלות פרטית). תיאור מפורט של מודל זה ניתן למצוא אצל קוק (Cook, 1988) וספיקרד (Spickard, 1990).

הערכה אמפירית של מודלים מהסוג שתואר לעיל היא נדירה אך קיימת. קורץ (Kurtz-Farris, 1981) עקבה אחר 158 מתוך 274 דיירים, שעברו במשך חמש שנים בבית מחצית-הדרך (half-way house). התכנית בבית מחצית-הדרך התרכזה בלימוד עקרונות האי.איי., מתוך מטרה לקשור את הדיירים לארגון. נמצא, שמשך השתייה במקום והמשך ההשתתפות במפגשי האי.איי. לאחר העזיבה, השפיעו על המשך ההימנעות מסמים.

אלפורד (Alford, 1980) מתאר מעקב בן שנתיים אחר אלוהוליסטים, שטופלו ביחידת גמילה באשפוז עם זיקה חזקה לאי.איי. (n=56). כל המטפלים היו חברי אי.איי., מכורים לשעבר "שעברו" בעצמם את הצעדים, התנקו מאלכוהול והוכשרו כמטפלים. תכנית הטיפול כללה שיחות אישיות וקבוצתיות ברוח תכנית האי.איי., התייחסות מיוחדת לשאלת הרוחניות והכוח העליון, כתיבת יומן אישי ומדיטציה יומית. הטיפול הסתיים כאשר המטופל סיים את הצעד החמישי, בחר לו חונך וקיבל עידוד להמשיך בפעילות באי.איי. ראיונות המעקב נערכו עם המטופלים, עם בני זוגם, עם המעסיק, עם החונך חבר האי.איי. ועם אנשים אחרים משמעותיים למטופל. כ-50 אחוזים מהמטופלים שהשלימו טיפול נשאו נקיים גם כעבור שנתיים, עבדו ובנו מערכת יחסים חברתית יציבה. עוד 6 אחוזים דיווחו על שתייה קלה בלבד. תפקודם החברתי של הנקיים לגמרי היה טוב יותר, אך גם הם וגם אנשי קבוצת השתייה הקלה תפקדו טוב בעבודה.

אלפורד ואחרים (Alford et al., 1991) בדקו את השפעת הטיפול ביחידת אשפוז דומה, שטיפלה במתבגרים מכורים לסמים (n=157). הטיפול כלל 45 יום ביחידת האשפוז ועוד 45 יום בבית מחצית הדרך. לאחר שישה חודשי מעקב היה הבדל מובהק בהימנעות מסמים בין מסיימי התכנית ביחידה ובין מי שנשרו ממנה — מבין הנערים הנושרים 37 אחוזים נמנעו מסמים מול 71 אחוז מהנערים שהשלימו טיפול; ובין הנערות נמנעו מהסם 30 אחוז מהנושרות לעומת 79 אחוז מהנערות שהשלימו טיפול.

עם הזמן התגלו מעידות אצל הנערים ולאחר שנתיים נמצא אצלם הבדל לא-מובהק בין מסיימי טיפול ובין הנושרים. אצל הנערות התוצאות נשארו יציבות. בכל אופן, המשתנה המשמעותי להימנעות משימוש בסמים היה המשך ההשתתפות במפגשי האי.איי. וה-אנ.איי. לאחר שנתיים 84 אחוזים מהנבדקים שהשתתפו בתדירות גבוהה במפגשים המשיכו להימנע מסמים, ואילו בקרב המשתתפים בתדירות נמוכה רק 50 אחוז נמנעו. בין הלא משתתפים בפגישות הגיע אחוז הנמנעים מסמים ל-31 אחוזים בלבד.

שילוב שנים-עשר הצעדים בטיפול מקצועי

לעומת תכניות, המתבססות אך ורק על פילוסופיית שנים-עשר הצעדים, ישנן תכניות רבות, המאמצות רק חלק מגישה זו, או משלבות בתוכן כמרכיב אחד מתוך רבים, קבוצות במתכונת שנים-עשר הצעדים. לדוגמה, קולינס ועמיתיו (Collins, Janesz, Byerly-Thrope & Manzeo, 1985) מתארים פרויקט שנועד למנוע מעידה אפשרית במעבר שבין טיפול באשפוז להשתתפות בקבוצות לעזרה-עצמית בקהילה. כשלב ביניים הקימה היחידה הטיפולית קבוצות לעזרה-עצמית שנשענו בעיקר על תפיסת שנים-עשר הצעדים. היחידה תמכה בקבוצות אך לא הגבילה אותן. ארליך ומקגיהן (Ehrlich & McGeehan, 1985) פיתחו קבוצות תמיכה לנגמלים מהתמכרות לקוקאין, שהתבססו על תפיסת שנים-עשר הצעדים בשילוב טכניקות טיפוליות באוריינטציית המציאות. מטרת התכנית בטווח הקצר היתה, להשיג הימנעות ולשמר אותה. והמטרה הסופית לפתח ממד רוחני.

בלקברי ובאומגרטן (Blackberry & Baumgarten, 1990) מתארים תכנית שיקום פוסט-אקוטית, שעוצבה במיוחד למטופלים עם דיאגנוזה כפולה של פגיעה מוחית טראומטית והתמכרות לסמים. כמרכיב מרכזי כללה התכנית קבוצות שנים-עשר צעדים, כשהצעדים מנוסחים מחדש בשפה המתחשבת במגבלותיהם של פגועי המוח.

מקפיק ועמיתיו (McPeake, Kennedy & Gordon, 1991) יוצאים מהנחה, שתכניות טיפול רגילות מקדישות מעט תשומת לב, אם בכלל, לנושא מצבי ההכרה המשתנים (Altered States of Consciousness — ASC). לטענתם, בתקופת ההתמכרות הפעילה משתמשים המכורים שימוש שלילי בשינוי מצב ההכרה. לעומת זאת, ההתעוררות הרוחנית של הצעד השנים-עשר היא שינוי חיובי במצב ההכרה, המוסיף ממד נוסף להחלמה. על כן מציעים המחברים תכנית טיפול, הנקראת תרפיית ASC, שמטרתה לחבור לתכנית שנים-עשר הצעדים ולעזור למטופלים בדרכים שונות להשיג את השינוי הנשאף במצב ההכרה, את ההתעוררות הרוחנית.

כתשובה לדחיית מטופלי המתדון בקבוצות האנ.איי. מציגים נורקו ועמיתיו (Nurco, Stephenson & Hanlon, 1991) מודל של קבוצות לעזרה-עצמית מונחות מקצועית ומשולבות במרפאת מתדון. הקבוצות הללו כוללות יסודות של עזרה-עצמית: וולונטריות, מוטיבציה ואחריות אישית, יצירת סביבה תומכת שאינה מבקרת, פיתוח יכולתם של המטופלים להכיר את צורכיהם ולפעול על פיהם. צוות המרפאה יוזם, אמנם, את הקבוצה, אך מוליך אותה לקראת תפקוד עצמאי.

מטאנו ויאלום (Matano & Yalom, 1991) מציגים חמישה עקרונות בעלי אוריינטציה אינטראקטיבית, המשמשים קווי הנחיה בטיפול קבוצתי למכורים. על-פי המחברים מקבילים עקרונות אלו לדרך האנ.איי.:

א. ריכוז המאמצים בתחילת הטיפול בהשגת ההימנעות. עקרון זה מופיע בשתיים-עשרה המסורות ומובן מתוך הצעד הראשון.

ב. הודאתו של המטופל בהתמכרותו – אופיינית לאנ.איי. וכוללת בכל מפגשי התכנית.

ג. ויסות רמת החרדה, כדי שלא תעלה על משאבי ההתמודדות – עקרון זה מושג באנ.איי. באמצעות התמיכה החברתית הרבה, פשטות עקרונות הפעולה והתמקדות בהחלמה "רק להיום".

ד. המטופלים אינם אחראים להתמכרותם אך אחראים להחלמתם. עקרון זה נובע מהעובדה שבאנ.איי. תופסים את ההתמכרות כמחלה, והוא מבטא דטרמיניזם רך של התכנית (אינם אחראים להתמכרות) וולונטריות (אחראים להחלמה).

ה. התאמת התהליכים הקבוצתיים לשפה ולמערכות האמונה של האי.איי.

המחברים מציעים פשרה בין תפיסות מנוגדות, כביכול, של עזרה-עצמית וטיפול מקצועי, ומראים שיש לגישות אלו יסוד משותף. הם אף מוסיפים ניתוח חופשי למדי של הצעדים, בהתאם לתפיסתם את חשיבות האינטראקציה הבין-אישית בקבוצה, כדי להדגים את ההתאמה הגבוהה בין הצעדים לפסיכותרפיה האינטראקטיבית. מטפל מקצועי יכול להשתמש בעבודתם, לשם לימוד אפשרות העבודה בצוותא עם התכנית.

הפניה אקטיבית לקבוצות שנים-עשר הצעדים

גישה נוספת היא הפניית המטופל אל הקבוצות לעזרה-עצמית לשם הבטחת השיקום. לדוגמה, בונהם ועמיתיו (Bonham, Hague, Abel, Cummings & Deutsch, 1990) מציגים פרויקט טיפול לאלכוהוליסטים ולמכורים חסרי בית, שהיסוד החיוני שלו היא הפניה נרחבת לקבוצות אי.איי. ו-אנ.איי. על בסיס של השתתפות עקבית ועזרה מעשית במציאת חונך בקבוצות המקומיות. קרייג (Craig, 1985) מציג מודל

של תכנית טיפולית למכורים, הכולל יסודות מהתפיסה של האי.איי. והאנ.איי. עם הפניית מטופלים לקבוצות המתאימות. למעשה, במרבית התכניות שתוארו לעיל, אחת המטרות העיקריות היא התחברות המטופלים לקבוצות העזרה העצמית המצויות בקהילה. משבעה סקרים שערך האי.איי. עולה, שיותר ויותר חברים מגיעים לתכנית באמצעות יועצים טיפוליים (פסיכולוגים, עובדים סוציאליים וכדומה) ופחות באמצעות חברים או רופאים (Kurtz, 1988). גם בארץ נפוצה צורת הפניה זו, וחברי אנ.איי. רבים שמעו בראשונה על התכנית ביחידות הטיפוליות השונות.

ריד (Read, 1990) מציג את תכנית שנים-עשר הצעדים מזווית ראייה של קצין מבחן. לדעתו, אחת ממטרותיו של קצין מבחן היא, לחשוף כל עברייני סמים לתכנית שנים-עשר הצעדים, מפני שהשתתפות פעילה בקבוצות אלו, היא גורם מרכזי בהימנעות מתמשכת משימוש. המחבר טוען, כי הפניה בלבד אינה מספקת וקציני מבחן חייבים להכיר היטב את התכנית, על מנת להכין את המטופלים לקראת המפגש עמה, לדבר איתם על סטריאוטיפים ותפיסות מוטעות לגביה, להמליץ על הספרות המתאימה, לעזור במציאת חונך ולהיות מסוגלים לדון עם מטופליהם בחוויות שהם חווים בתכנית. קצין מבחן חייב גם לערב את משפחת המכור ולעזור לה להיחשף לתכנית לעזרה-עצמית המתאימה לה (אל-אנון וכדומה). כדי לעזור במימוש דרישתו זו, מנתח ריד אחד לאחר את צעדי התכנית ומביא אפשרות ליישומם בפגישה בין קצין מבחן למטופליו.

שיתוף פעולה בין פעילויות מקבילות

קמפיסי וטוד (Campisi-Stefanik & Marion, 1987) וגם דייוויס (Davis, 1980) מציגים באמצעות תיאורי מקרים שיתוף פעולה מעשי בין טיפול מקצועי ותכניות הצעדים. משני המאמרים ניתן לראות, כיצד מטפל מקצועי, המכיר את רזי התכנית יכול להשתמש בה לקידום הטיפול המקצועי, ובאמצעות הטיפול לעזור למטופל להשיג את מטרות תכנית הצעדים. מהמאמרים עולה, כי הכרת התכנית מונעת עימות פוטנציאלי בינה לבין הטיפול המקצועי.

גם סוכנויות אכיפת החוק יכולות לשתף פעולה עם התכנית. ריד (Read, 1990) מצדד בהפניה כפויה של עברייני סמים לעזרה העצמית. לדעתו, על אף שיש כאן ניגוד לוולונטריזם של התכנית, קיים סיכוי טוב שלאחר מספר פגישות 'גיע' מסר התכנית גם אל מי שהופנו אליה בכפייה. מכורה ישראלית, שבית-משפט בארצות הברית כפה עליה להשתתף בתכנית, זוקפת לזכות הגישה את עובדת היותה נקייה לחלוטין מסמים זה שנים מספר. לדבריה היא אמנם הגיעה לפגישות

אך רק כדי להחתים את הטופס עבור בית-המשפט, אך לאחר מספר פגישות 'תפס' אותה החלק הרוחני של התכנית והיא המשיכה לבוא גם כשהשלימה את מכסת הפגישות שקצבו לה.

גם בכאר-שבע נעשה ניסיון ראשוני להפנות עצורים מכורים, ששחררו בערכות, לקבוצת האנ.איי. המקומית (יחזקאלי ושל, 1991). וגם כאן ההנחה היתה, שהכרות כפויה ראשונית עם הקבוצה תוליך להתחברות מוצלחת ולשינוי הרצוי. המודל הזה נסמך על הכרות קרובה של הנוגעים בדבר עם תכנית האנ.איי. ועם דמויות מפתח בקבוצה המקומית ומעורבות פעילה של מתנדבות המשמר האזרחי, המגיעות לפגישות פתוחות של האנ.איי. המקומי ועוקבות באופן אישי אחר המופנים. מודל זה נמצא עדיין בשלבי ניסוי וטרם הגיע לגיבוש סופי, אך לדעת עורכיו הוא נראה מבטיח.

דיון

על אף ההבדלים האידיאולוגיים הבולטים בין האנ.איי. כמתודה ובין הטיפול המקצועי (יש כמובן גם יוצאים מן הכלל), המטרה הסופית שלהם זהה – לעזור למכור להתגבר על התמכרותו ולהשתקם. האנ.איי. מתרחב בהתמדה וכוח ההשפעה שלו גדול הן על חבריו והן על מי שאינם חברים בו. בין חברי האנ.איי. וגם בין אנשי מקצוע רבים מקובלת ההנחה שהאנ.איי. מצליח במקרים רבים להניע מכורים משימוש בסמים תוך יצירת שינוי מהותי באורח חייהם, למרות שעובדה זו זכתה באישוש אמפירי מועט יחסית. לאור זאת, שיתוף פעולה הדוק בין המחנות נראה חיוני.

במאמר הוצגו מודלים שונים לשיתוף פעולה אפשרי. בקצה האחד של הספקטרום שנפרש נמצאת הפנייה פסיבית לאנ.איי. שמפנים אנשי מקצוע ובקצה האחר תכניות טיפול, המבוססות אך ורק על אידיאולוגיית האנ.איי. על ספקטרום זה צוינו בפירוט ארבע צורות אפשריות לשיתוף פעולה: א. שנים-עשר הצעדים כבסיס לשיטת הטיפול; ב. הטמעת שנים-עשר הצעדים בתוך תכנית מקצועית; ג. הפניה אקטיבית לקבוצות שנים-עשר צעדים בקהילה; ד. שיתוף פעולה ופעילויות מקבילות. כל צורות שיתוף הפעולה מחייבות הכרה מעמיקה של התכנית. הכרה כזו אפשרית כיום הודות לספרות המקצועית הרבה הדנה בתכנית הצעדים ולמספר מוסדות אקדמיים, המקיימים יחידות הכשרה המתייחסות לתכנית.

מכורים אחדים בארץ סיפרו על נתק בין תוויותיהם בקבוצת האנ.איי. ובין הטיפול המקצועי שקיבלו. נתק זה שימש מחסום בפני הטיפול המקצועי מחד

והפריע להשתתפותם בקבוצת האנ.איי. מאידך, משום שיצר אצלם בלבול ערכים. לעומתם, מכורים אחרים חברי האנ.איי. בארץ, שזכו לקבל טיפול אצל איש מקצוע הבקי בתכנית, טענו שהטיפול המקצועי עזר להם להבין את תכנית האנ.איי. ו'לעבד' אותה בצורה הטובה ביותר. לדעת המכורים, כמו לדעת מחברים רבים שצוטטו לעיל, שילוב נכון בין תכנית האנ.איי. ואנשי המקצוע, המכירים אותה ויודעים לעמוד על מעלותיה ולנצלן, אידיאלי להשגת המטרות הנכספות: הימנעות מסמים ושינוי משמעותי באורח החיים הכולל.

שיתוף פעולה בין הממסד המקצועי לאנ.איי. כארגון או לתכנית הצעדים כמתודה שיקומית הוא שאלה של מדיניות. לא תמיד הקריטריונים לקבלת מתודה טיפולית זו או אחרת ברורים או מסתמכים על יעילות אמפירית מוכחת. לעתים זוהי מדיניות מקומית של יחידה מסוימת ולעתים מדיניות ארצית — של הגופים המפקחים. מהמאמר עולה, שיש מקום לשיתוף פעולה נרחב ופורה בין הממסד המקצועי וקבוצות האנ.איי. שיתוף פעולה כזה נוסה בארצות-הברית ומיושם שם בהצלחה זה שנים רבות. מסקנות המאמר מכוונות אל קובעי המדיניות על רמותיהם השונות וכן אל המטפלים בשטח. יש לבחון את המדיניות הקיימת ואת עמדותיה מתוך הכרה בעקרון של הרחבת השירות לכיוון המכורים, לכיוון העזרה העצמית ובעיקר האנ.איי. כיוון זה מתאים לשימוש המקצועי הגובר והולך בעתודות של הקהילה עצמה ובמיוחד בקבוצות שונות לעזרה-עצמית, שהפכו לחלק בלתי נפרד ממערך הסיוע הנפשי והשיקומי בארץ ובעולם.

שנים-עשר הצעדים

(מתוך אנ.איי. – עמ' 16)

1. הודינו, שאנו חסרי אונים מול התמכרותנו ושאבדה לנו השליטה על חיינו.
2. הגענו לאמונה, שכוח גדול מאתנו יכול להחזיר אותנו לשפיות דעתנו.
3. הגענו להחלטה, למסור את רצוננו וחיינו להשגחתו של אלוהים כפי שאנו מבינים אותו.
4. ערכנו חשבון-נפש נוקב וחסר פחד.
5. התוודינו לפני אלוהים, עצמנו ואדם נוסף על טבעם המדויק של פגמינו.
6. היינו נכונים לחלוטין, שאלוהים ישחרר אותנו מפגמים אלה באופיינו.
7. ביקשנוהו בענוה, שישחרר אותנו מחסרונותינו.
8. ערכנו רשימת האנשים שבהם פגענו והיינו נכונים לכפר בפניהם.
9. כיפרנו במישרין בפני מי שאפשר, למעט שמעשה זה יפגע בהם או באחרים.
10. המשכנו בחשבון הנפש וכאשר שגינו הודינו בכך מיד.
11. ניסינו בדרך של תפילה והרהורים לשפר את הקשר ההכרתי עם אלוהים, כפי שאנו מבינים אותו, כשאנו מתפללים רק לדעת את רצונו עבורנו ומבקשים את הכוח לבצע זאת.
12. כשעברה עלינו התעוררות רוחנית כתוצאה מצעדים אלה, ניסינו להעביר בשורה זו למכורים ולנהוג על-פי עקרונות אלה בכל תחומי חיינו.

מקורות

- אלכוהוליסטים אנונימיים (1989). תל-אביב: עמותת אלכוהוליסטים אנונימיים בישראל.
אנ.איי., מכורים אנונימיים (תורגם והוצא באופן פרטי על-ידי החברותא – תאריך לא מצויין).
יחזקאלי, פ. ושלו, א. (1991). קבוצת התמיכה העצמית: N.A. משטרת ישראל: תחנת באר-שבע.
רונאל, ג. (1993). הנרקומנים האנונימיים בישראל: תהליכי עזרה-עצמית ואמונה דתית אצל מכורים לסמים. האוניברסיטה העברית: עבודת דוקטורט (הוגשה לסנאט – טרם אושרה או פורסמה).
Alford, G.S. (1980). "Alcoholics Anonymous: An empirical outcome study". *Addictive Behaviors*, 5, 359-370.
Alford, G.S., Koheler, R.A. and Leonard, J. (1991). "Alcoholics Anonymous-Narcotics Anonymous model inpatient treatment of chemically dependent adolescents: A 2-year outcome study". *Journal of Studies on Alcohol*, 52(2), 118-126.
Blackberry, W.F. and Baumgarten, A. (1990). "A model treatment program for the head-injured substance abuser: Preliminary findings". *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 5(3), 47-59.

- Bonham, G.S., Hauge, D.E., Abel, M.H., Cummings, P. and Deutsch, R.S. (1990). "Louisville's project connect for the homeless alcohol and drug abuser". *Alcoholism Treatment Quarterly*, 7(1), 51-78.
- Campisi-Stefanik, C. and Marion, R.T. (1987/8). "Case management and follow up of a chemical impaired nurse". *Perspectives in Psychiatric Care*, 24(3-4), 114-119.
- Collins, B.G., Janesz, W.J., Byerly-Thrope, J. and Manzeo, J. (1985). "Hospital-sponsored chemical dependency self help groups". *Hospital and Community Psychiatry*, 36(12), 1315-1317.
- Cook, C.C.H. (1988). "The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: Miracle, method or myth?" Part I. and Part II. *British Journal of Addiction*, 83, 625-634, 735-748.
- Craig, J.R. (1985). "Multimodal treatment package for substance abuse treatment program". *Professional Psychology: Research and Practice*, 16(2), 271-285.
- Davis, I.D. (1980). "Alcoholics Anonymous and family therapy". *Journal of Marital and Family Therapy*, 6(1), 65-73.
- Edwards, F. and Huston, L. (1988-9). "A self-help approach in a day care model". *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2(1), 183-204.
- Ehrlich, P. and McGeehan, M. (1985). "Cocaine recovery support groups and the language of recovery". *Journal of Psychoactive Drugs*, 17(1), 11-17.
- Katz, A.H. (1984). "Self-help groups: An international perspective". In A. Gartner and F. Riessman (eds.), *The self help revolution* (pp. 233-242). New York: Haman Sciences Press.
- Kessel, J. (1962). *The Road back*. New York: Alfred A. Knopf.
- Kurtz, E. (1988). *A.A.-The story*. San Francisco: Harper & Row.
- Kurtz-Farris, L. (1981). "Time in residential care and participation in Alcoholics Anonymous as predictors of continued sobriety". *Psychological Reports*, 48, 633-634.
- Kurtz-Farris, L. (1984). "Ideological differences between professionals and A.A. members". *Alcoholism Treatment Quarterly*, 1(2), 73-85.
- Matano, R.A. and Yalom, I.D. (1991). "Approaches to chemical dependency: Chemical dependency and interactive group therapy-A synthesis". *International Journal of Group Psychotherapy*, 41(3), 269-293.
- Maxwell, M.A. (1984). *The Alcoholics Anonymous experience*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- McPeake, J.D., Kennedy, B.P. and Gordon, S.M. (1991). "Altered states of consciousness therapy". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 75-82.
- Moeller, M.L. (1983). "Self-help and the medical practitioner". In S. Hatch and I. Kickbuck (eds.), *Self-help and Health in Europe* (pp. 68-76). Copenhagen: World Health Organization.
- Neumann, J.K. (1985). "Diary writing as a means to increased self-evaluation". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, 221-223.
- Nurco, D.N., Stephenson, P. and Hanlon, T.E. (1991). "Contemporary issues in drug abuse treatment linkage with self-help groups". In R.W. Pickens, C.G. Leukefeld and C.R. Scuster, *Improving drug abuse treatment* (pp. 338-348). Rockville, MD: NIDA Research Monograph 106.

- Peyrot, M.F. (1992). *The social organization of community based drug abuse treatment*. Ann Arbor, Michigan: UM Dissertation Services.
- Peyrot, M. (1985). "Narcotics Anonymous: Its history, structure and approach". *International Journal of the Addiction*, 20(10), 1509–1522.
- Piercy, F.P. (1991). "Ethnocentrism and beyond: Letters between a family therapist and an advocate of Alcoholics Anonymous". *Contemporary Family Therapy*, 13(5), 521–530.
- Read, E.M. (1990). "Twelve steps to sobriety: Probation officers 'working the program'". *Federal Probation*, 54(4), 34–42.
- Riessman, F. (1965). "The 'Helper Therapy' principle". *Social Work*, 10, 27–32.
- Robinson, D. and Henry, S. (1977). *Self help and health: Mutual aid for modern problems*. London: Martin Robertson.
- Spickard, A., Jr. (1990). "The utilization of self-help groups". In W.D. Lerner and M.A. Barr (eds.), *Handbook of hospital based substance abuse treatment* (pp. 169–183). NY: Pergamon Press.

