

חלק ב': מדיניות הטיפול בנשים מכורות לחומרים פסיכו-אקטיביים

| איריס פלורנטין¹ | רקפת בן גיא | שלמה כהן | חנה קופפר |

מבוא

האגודה הפסיכולוגית האמריקאית (APA) מגדירה מתמכר לחומרים פסיכו-אקטיביים כאדם המשתמש בחומרים אלו לצורך ביצוע משימות משמעותיות, כמו תפקוד בבית, בעבודה ובמוסד לימודי, תוך קיומה של סכנה פיזית אשר נגרמת כתוצאה מפעילות זו. המתמכר, לפי הגדרה זו, ממשיך להשתמש בחומרים פסיכו-אקטיביים חרף המודעות לבעיות הקשות שנגרמות בתחום אחד או יותר בחייו. תסמינים נוספים המעידים על התמכרות כוללים חוסר יכולת לשלוט בדפוסי השימוש, שימוש כתחליף לפעילויות חשובות, שימוש הצורך זמן רב ורגרסיה פסיכולוגית כתוצאה מהתמכרות (Dass-Brailsford & Myrick, 2010). התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים קיימת בהיקפים נרחבים הן אצל גברים והן אצל נשים, אולם חיבור זה יתמקד בהיבטים הייחודיים של טיפול בנשים מכורות. ראשית נעסוק בסיבות לשימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב נשים, נתייחס גם לדפוסי השימוש הייחודיים להן, ונדון בהשלכות של השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים על היבטים שונים בחייהן. לאחר מכן נסקור את סוגיית הטיפול בנשים מכורות ואת מדיניות השירות לטיפול בהתמכרויות במשרד הרווחה והשירותים החברתיים. מדיניות זו משתקפת בתוכנית המופעלת על ידי השירות מזה מספר שנים, לצורך טיפול בנשים מכורות.

1 איריס פלורנטין היא מנהלת השירות לטיפול בהתמכרויות; רקפת בן גיא היא סגנית מנהלת השירות לטיפול בהתמכרויות; שלמה כהן הוא מדריך בשירות לטיפול בהתמכרויות. עריכה: חנה קופפר, האגף למחקר, תכנון והכשרה; ד"ר נרי הורוביץ, יו"ר חברת אגורא מדיניות.

1 השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב נשים

1.1 הסיבות לשימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים אצל נשים

התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים נגרמת, פעמים רבות, מהתמודדות עם מצבי לחץ ומצבים משבריים בחיים. מרבית המחקרים שבחנו אסטרטגיות התמודדות עם מצבי לחץ ומשבר התייחסו לאפליה על בסיס גזע או מוצא אתני כמשתנה רב חשיבות, ואילו משתנה המגדר קיבל מקום שולי. מגמה זו מפתיעה על רקע הנתונים לפיהם התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב נשים נפוצה מאד (Ro & Choi, 2009). למעשה, הספרות המחקרית התמקדה עד כה בהתמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב גברים ואילו נשים שימשו פחות מושא מחקר בתחום ההתמכרות. רק בשנים האחרונות החל המחקר לעסוק בתופעת ההתמכרות אצל נשים (Neale, 2004; 1998).

מחקרים העומדים על ההבדלים שבין הסיבות לשימוש בקרב גברים לבין הסיבות להתמכרות בקרב נשים מציינים, כי גברים משתמשים בסמים לצורך ריגושים והנאה, או כתגובה ללחץ חברתי. נשים, לעומת זאת, נוטות יותר לשתות אלכוהול או להשתמש בסמים לצורך הרגעת הכאב (self medication), אשר נגרם מאירועים של התעללות מינית או פיזית בעלי אופי טראומטי. הסמים משרתים את ההתמודדות עם התסמינים הפוסט-טראומטיים שמתפתחים כתוצאה מהאירועים הקשים הללו (Brailsford & Myrick, 2010; Schiff, 2010; Levit & Cohen-Moreno, 2010). שיעור ההישנות של טראומות מיניות בקרב מכורות לסמים במדינות מערביות מוערך ב-80%. רוב הנשים מייחסות את תחילת השימוש בסמים למאורע טראומטי ספציפי שאירע בחייהן, לרוב גילוי עריות או אונס (Schiff, Levit & Cohen-Moren, 2010). ממחקרים שונים עולה, כי נשים שעברו בילדותן התעללות מינית סובלות מנטייה מוקדמת (pre-disposition) להתמכרות, משום שהסמים מטשטשים את התחושות הקשות שנגרמו כתוצאה מההתעללות, ומהווים שכבה ראשונה של הגנה בתהליך ההתמודדות עם טראומה זו. במצב זה מצליחה האישה להתמודד עם הכעס והתוקפנות ובמקביל להימנע מהתמודדות עם הטראומה שנגרמה כתוצאה מההתעללות שחוותה (קידר, 1993; Goldberg, 1995; Neale, 2004).

בהקשר זה נמצא כי אצל גברים ונשים שחוו התעללות בילדותם יש לטראומה השלכות וביטויים שונים, בהתאמה לקודים חברתיים של סוציאליזציה על פי תפקידים מגדריים (gender role socialization). גברים נוטים להחצין ולבטא את הכעס והתסכול הנגרמים כתוצאה מההתעללות באמצעות פיתוח קווי אישיות אנטי סוציאליים ודפוסים של התנהגות אלימה. לעומת זאת, נשים נוטות להפנים את רגשותיהן ומבטאות אותם פעמים רבות באמצעות פיתוח

תחושות של דיכאון וחרדה, או שימוש בסמים ופגיעה עצמית (נבו, 2003). ההתמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים מסייעת אמנם בשיכוך התסמינים הפוסט-טראומטיים, אולם היא פוגעת גם ביכולתן של נשים לזהות את קיומן של נורות אזהרה מפני סכנה (Andrews et al., 2011; Neale, 2004). אירועים אחרים המובילים לשימוש בסמים קשורים במילוי תפקידים נשיים מקובלים בחברה. בנוסף ניתן לציין את ההשפעה של תקופות משבריות הייחודיות למחזור החיים הנשי, בתוכן עזיבת הילדים את הבית, הריון מחוץ לנישואין והתמודדות עם בעיות גניקולוגיות (נבו, 2003).

חוקרים בחנו את דפוסי הזוגיות של נשים מכורות ומצאו כי חשיפה לבן זוג מכור משמשת אף היא זרז לתחילת השימוש בסמים (Martin, 2010; Vaglum, 1987). למעשה, חלק מן הנשים מסבירות את התמכרותן כמהלך אסטרטגי לשימור הקשר עם הפרטנר המכור (דפוס C.D) או לחילופין כתגובה של הרס עצמי עקב זניחתן על ידי בן הזוג המכור. התבוננות על דפוסי זוגיות עם בן זוג מכור מלמדת, כי נשים נוטות לחיות לאורך זמן עם פרטנר אשר משתמש באופן קבוע ואילו גברים אינם מדווחים על חיים עם אישה שהשתמשה בסמים לפני הקשר ביניהם או במהלכו (לבבי, 1997; Neale, 2004). מספר מחקרים (Andrews et al., 2011; Stalans & Ritchie, 2007) הצביעו על שיעור גדול מבין הנשים המכורות לחומרים פסיכו-אקטיביים ובייחוד לסמים, אשר קיימו מערכות יחסים עם גברים מכורים ואלימים וחוו פגיעה פיזית או מינית בידי בן זוג.

גורם נוסף לשימוש בסמים בקרב נשים הקשור בתפקוד במסגרת התא המשפחתי כרוך בהתמודדות עם מצבי לחץ משפחתיים מוקדמים, כמו אובדן של אחד ההורים, מחלת נפש של דמות מרכזית במשפחה או שימוש של אחד מההורים בחומרים פסיכו-אקטיביים. בהתאם לכך נמצא, כי שיעור גבוה של נשים מכורות סבלו מילדות הרסנית, אובדן אחד ההורים בעקבות גירושין, נטישה או מוות, לחלק ניכר מהן אב מכור (בעיקר לאלכוהול) ואם חסרת ישע או יכולת למלא את תפקידה, בעיקר בשל בעיות רגשיות (Arteaga, Chen & Reynolds, 2010; Caballero et al., 2010; Sullivan et al., 2007).

הסיבות, אם כן, לתחילת שימוש ולהתמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים שונות ומגוונות, אולם רובן ככולן קשורות בתקופות משבריות או באירועים טראומטיים שהתמודדות עימם קשה. מגמה זו עשויה להיות מוסברת מתוך נטייתן של נשים, בניגוד לגברים, להפנים דפוסי התנהגות הרסניים.

1.2 דפוסי השימוש בסמים בקרב נשים

ההבדלים בדפוסי השימוש בקרב גברים ונשים נוגעים לתהליך ההתמכרות ולשימוש השוטף לאחר תקופת ההתמכרות. נשים מתארות את תהליך ההתמכרות כמהיר, פתאומי וכבד אל מול גברים המתארים תהליך התמכרות איטי והדרגתי (Neale, 2004). עבור גברים השימוש הוא פעילות חברתית ואילו נשים נוטות להשתמש בסמים בעיקר בגפן, תוך שהן מסתגרות ומבודדות את עצמן. הן תשתמשנה במקומות ציבוריים במקרים יוצאי דופן כיוון שיש להן מעט מאד, אם בכלל, מערכות חברתיות פעילות. במחקר נמצא גם, כי נשים צורכות יותר סמים חוקיים כמו אלכוהול ותרופות הרגעה, תוך שימוש יתר במרשמים של בתי מרקחת או רופאים (Neutel & Walop, 2005).

חרף ההתבודדות המאפיינת נשים, בהקשר של שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים נמצא, כי הן נוטות יותר מגברים להיות מעורבות בפעילויות מסכנות חיים דוגמת שיתוף מחטים וציוד הזרקה או קיום יחסי מין בלתי מוגנים בזמן השימוש או כתוצאה ממנו. התנהגויות אלו מוסברות על ידי הצורך של הנשים בתחושות הגנה, שייכות ויציבות, נוכח הנחיתות החברתית שממנה הן סובלות, אולם גם בהקשר הנטייה לפתח דפוס התנהגות של הרס עצמי, הקשור בטראומות שחוו ובתסמינים הפוסט-טראומטיים המתפתחים כתוצאה מכך. דפוס זה מעלה משמעותית את הסיכוי להידבקות במחלות שונות, בהן מחלות מין ו-HIV/AIDS ומתוך כך להגדיל את רמת הסיכונים הנלווים לשימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים (Martin, 2010; Neale, 2004). השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים מסייע אמנם בשיכון ובהרגעה, אך הוא גובה מחיר כבד בהיבט הנפשי, הפיזי, המקצועי והחברתי, בייחוד מנשים, הנדרשות להמשיך ולתפקד במסגרות חיים שונות.

1.3 השלכות השימוש בסמים אצל נשים

נשים מכורות סובלות לרוב מהערכה עצמית נמוכה ומרמות גבוהות של דיכאון וחרדה, ללא קשר למעמד סוציו-אקונומי, גזע, גיל ומיקום גיאוגרפי. כמו כן, הן מדווחות על תחושות חוסר אונים וחוסר יכולת לשנות את נסיבות חייהן. תפיסות אלו מועצמות נוכח המצב הנפשי והפיזי הקשה שבו הן נתונות (Wastergon, 1996). כך, הן סובלות תדיר מרגשות שליליים כמו אשמה ובושה, מהפרעות אפקטיביות כמו חרדה ודיכאון ומתחושות שליליות ביחס לגופן (French, Fang & Balsa, 2011).

ההשלכות השליליות של שימוש בסמים באות לידי ביטוי גם בהיבטים פיזיים. נשים מכורות מועדות לחלות מהר יותר מגברים, והן סובלות מרמות גבוהות של כבד שומני, יתר לחץ דם, אנמיה והפרעות במערכת העיכול. חלקן סובלות מבעיות פריון ומסיבוכים גניקולוגיים כתוצאה מההתמכרות לסמים, כמו זיהומים וגינאליים, הפלות חוזרות ולידה מוקדמת. בנוסף, נשים נאלצות להתאשפז פעמים רבות בבתי חולים עקב בעיות פיזיות שונות הנגרמות כתוצאה מהשימוש (French, Fang & Balsa, 2011).

בהיבט האישי והחברתי, לנשים מכורות ציפיות נמוכות יותר ביחס לחייהן מאשר לגברים מכורים. בחיי היום-יום הן עסוקות בעיקר בהישרדות ואינן מתפנות לפעילויות שעניינן קידום והתפתחות אישית (נבו, 2003). ההפרעות במהלך החיים התקין בעקבות השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים מתבטאות אצל גברים בעיקר בתחום העבודה, ואצל נשים - בתחום המשפחה. המחיר החברתי שגברים מכורים משלמים בשל ההתמכרותם ניכר בחוסר יכולתם לממש את תפקידם החברתי כמפרנסים. נשים מכורות, לעומת זאת, מסתכנות באיבוד ילדיהן, שכן הן אינן זוכות לתמיכה משפחתית או אחרת במהלך הטיפול ואף נתקלות פעמים רבות בהתנגדות מצד בני המשפחה. אלו תופסים את יציאתן לטיפול כאיום על יכולתן לטפל באחרים, או על תפקידן כממלאות צרכים של בני המשפחה האחרים, אם במסגרת האימהות והטיפול בקרובי משפחה ואם במסגרת ניצולן בזנות, שבצידה הכנסה כספית לתא המשפחתי (קידר, 1993).

מספר הנשים המשתמשות בחומרים פסיכו-אקטיביים הולך וגדל, ובד בבד גדל מספר המכורות. יש הפונות לטיפול גמילה, אך רבות עדיין מסוגרות בביתן, מתכחשות לבעיה וחוששות להתמודד עם הסטיגמה החברתית המהווה מכשול בתהליך איתור מקורות הסיוע. נוכח קשיים אלה, חלק מהמכורות מבקשות עזרה בהתמודדות עם בעיות פיזיות ונפשיות אחרות ולעתים אף מקשות את מעטה ההכחשה סביב בעיית ההתמכרות (Zlupko, Kuffman & Bove, 1995). כך נוצר מצב שבו מרבית הנשים המכורות אינן פונות לטיפול מיוזמתן, אם בשל קשיים כלכליים, ואם נוכח דימוי עצמי נמוך או תחושות של ייאוש וחוסר אמון ביכולתן לפרוץ את הסטיגמה הכפולה.

2 הטיפול בנשים מכורות

עבור מכורים, גמילה מחומרים פסיכו-אקטיביים משמעה אימוץ אורח חיים נורמטיבי, הכולל ביצוע פעילויות יומיומיות כחלק משגרת החיים ובהם יצירת קשרים מחודשים עם משפחה וחברים ושמירה על מקום עבודה (Nettleton, Neale & Pickering, 2010). יחד עם זאת, בשל השוני בסיבות להתמכרות

ובדפוס השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים, אצל גברים ונשים, עולה הצורך ביצירת מערכי שירותים נפרדים, המותאמים לצרכים ספציפיים על בסיס מגדרי (Neale, 2004).

2.1 פרופיל אוכלוסיית המטופלות

נשים הנעזרות בשירותי גמילה מהתמכרויות מאופיינות דמוגרפית כצעירות, כאמהות חד הוריות וכמובטלות. בשונה מגברים, הן אינן לוקחות חלק בפעילויות פליליות ולכן בדרך כלל אינן סובלות מהיתקלויות עם מערכת אכיפת החוק. נשים אף נעזרות יותר מגברים בשירותי הטיפול השונים הניתנים בתחום ההתמכרויות, ובהם גמילה מחומרים פסיכו-אקטיביים, ייעוץ לחיי המשפחה, סיוע כספי וסיוע בדיוור. כאשר הן מגיעות לטיפול, הן סובלות פעמים רבות ממצרף של בעיות הנלוות להתמכרות, בעיות נפשיות, בעיות במשפחה ובגידול הילדים ועוד (Andrews et al., 2011; Stoddard-Dare & Derigne, 2010; Neale, 2004).

2.2 עקרונות הטיפול בנשים מכורות

מחקרים אשר בדקו את הצורך במתן שירותים לנשים המכורות לחומרים פסיכו-אקטיביים גילו, כי לכינון מערך שירותים מגוונים ומקיפים חשיבות רבה בתהליך השיקום, בייחוד במקרים שבהם האישה מצויה או נמצאה בעברה במערכת יחסים מתעללת. ממצאים של מחקרים אחרים העלו את הצורך בגיבוש שירותים בעלי רגישות להקשר המגדרי. בהתאם לכך, ההליך הטיפולי צריך לכלול מענים בכמה רבדים:

צרכים בסיסיים - יש לספק לנשים מכורות סל מענים לצרכים בסיסיים, ובהם אוכל, ביגוד והסעות. אלה מהווים "רצפת שיקום" עבור אותן נשים.

בריאות והיגיינה - חינוך לשמירה על מצב בריאותי תקין חיוני בתהליך קבלת האחריות על הגוף וכאמצעי להעצמה של הנשים. חינוך לאוטונומיה מינית מאפשר לנשים לזהות ולבטא את הרצונות שלהן ולבדוק את העדפותיהן המיניות על מנת להתחיל בתהליך של החלמה מהטראומה שחוו. כחלק מהטיפול, יש לסייע לנשים לסגל דפוסי התנהגות חיוביים בתחום קיום יחסי המין כמו שימוש באמצעי מניעה לצורך הימנעות מהיריון ומהידבקות במחלות מין.

כוחות אגו - הטיפול צריך לעסוק בתכנים הקשורים להערכה עצמית, לדימוי גוף, למסוגלות (self efficacy ולדימוי עצמי. נוסף על כך, יש לעסוק בפיתוח מיומנויות, בניהול של מערכות יחסים, לרבות התייחסות לתכנים העוסקים

ביחסי הכוחות בקשר הזוגי, בתלות בבן הזוג, בכיוון תקשורת בריאה ובפיתוח אסרטיביות בקשר.

דפוסים פסיכו-פתולוגיים - הטיפול צריך לתת מענה לדפוסים פסיכו-פתולוגיים שונים שהתפתחו כתוצאה מטראומות עבר והווה, כמו גילוי עריות, אונס, חשיפה לאלימות פיזית קשה, מסירת ילדים לאימוץ מתוך כפייה או הכרח לעסוק בזנות. דפוסים אלה באים לידי ביטוי בהפרעות אכילה ובהפרעות אפקטיביות, כמו חרדה ודיכאון. ההחלמה מן הטראומה מתבססת על העצמה של האישה המכורה ואימוץ דרכי התמודדות יעילות יותר, לרבות יצירת קשרים חדשים המאפשרים ריפוי של הכישורים הנפשיים כתוצאה מהחוויה הטראומטית. כישורים אלו כוללים את היכולות לתת אמון בזולת, לפתח אוטונומיה, ליצור זהות נבדלת, ליזום ולפתח אינטימיות (הרמן, 1994; Schiff, Levit & Cohen-Moreno, 2010; Brown, Stout & Mueller, 1996).

מיומנויות הוריות - יש לפתח עם הנשים את הידע בתחום הטיפול במשפחה, הקשר הדיאדי וחינוך הילדים.

מחקר אשר בחן שביעות הרצון של גברים ונשים הסובלים מהתמכרות לחומרים מהשירותים המוענקים להם גילה, כי בקרב נשים קיימת רמת שביעות רצון נמוכה יותר משירותי הסיוע והטיפול בהתמכרויות. יחד עם זאת הן סברו שיש להמשיך ולהציע מגוון של שירותים למכורים. כמו כן, המחקר העלה כי מכורים תפסו את השירותים באופן חיובי ומועיל כאשר נותני השירותים היו בעלי הכשרה ספציפית בתחום ההתמכרויות; הציעו להם מגוון רחב של שירותים ברמת נגישות גבוהה; גיבשו עמדה חיובית כלפי מכורים. עמדה זו באה לידי ביטוי בעידוד של יצירת מרחב טיפולי פתוח המבוסס על כנות, הקשבה, תמיכה והבנה (Neale, 1998).

3 מדיניות המשרד בתחום הטיפול בנשים מכורות

מנתוני הסקר לשנת 2009 של הרשות למלחמה בסמים ובאלכוהול עולה, כי בשנים 2005-2009 חל גידול בצריכת סמים בקרב בני נוער. בנוסף, חלה עלייה משמעותית בצריכת משקאות אלכוהוליים, בין השנים הללו (בר-המבורגר ואחי, 2009). נתונים אלה מעידים על קיומה של מגמת עלייה ברמת הצריכה של חומרים פסיכו-אקטיביים, אולם הם אינם מספקים מידע לגבי גודל ואפיוני אוכלוסיית המכורים בישראל, ובתוכה אוכלוסיית הנשים המכורות. הנתונים המצויים בידי השירות לטיפול בהתמכרויות במשרד הרווחה והשירותים החברתיים עוסקים רק במכורים המטופלים על ידי השירות. בשנת 2009, הגיע מספרם ל-14,457, מתוכם כ-8% בלבד היו נשים. נתון זה עולה בקנה אחד עם

נטייתן של נשים להימנע מבקשת עזרה לצורך טיפול בבעיית התמכרות או על מנת לקבל סיוע בתחומי התפקוד השונים, המושפעים מההתמכרות.

3.1 המודל לטיפול בנשים מכורות בשירות לטיפול בהתמכרויות

במשך שנים רבות, תוכניות הטיפול בשירות לטיפול בהתמכרויות נבנו על פי מודל שהתאים בעיקר לאוכלוסייה גברית עברינית. מבדיקות שערך השירות בשנים אלו עלה, שנשים לא הגיעו כמעט לצורך קבלת טיפול בעטיים של חסמים ובתוכם החשש מפני חשיפת ההתמכרות, תחושת הבידוד והבידודות, התלות בגבר מכור, התמודדות עם קשיים כלכליים, הפחד מפני אובדן הילדים, מחסור בתמיכה משפחתית ועוד. המענים הטיפוליים לקו בחסר ולא ניתן מענה מספק לסוגיות הייחודיות לנשים כמו התמודדות עם היריון, המתנה של נשים לכניסה לטיפול ביחידות אשפוזיות ועוד. מסיבות אלו, שיעור הגברים שהשלימו טיפול בהצלחה היה גבוה לאין ערוך משיעור הנשים.

על מנת להתגבר על קשיים אלו, בנה השירות מודל חדש לטיפול בנשים. הטיפול המוענק לנשים מכורות במסגרת השירות נעשה בהתאם לאותו מודל הנשען על עקרונות טיפוליים ייחודיים, כמו גמישות במשך הטיפול וביצוע איתור ויישוג אינטנסיביים. המודל המשמש את השירות לצורך טיפול בנשים מכורות מוטמע כיום ב-15 יישובים בפריסה ארצית ומתוכנן להתרחב בעתיד. להלן עיקרי המודל:

איתור ויישוג - נוכח הקושי בהבאת נשים מכורות לטיפול, הוחלט להקים ביחידה מערך של איתור ויישוג, שמטרתו הבאת הנשים למסגרת הטיפולית ושימורן לאורך כל התהליך הטיפולי. המערך פועל בשני אפיקים: פנימי ובין-ארגוני לצד אפיק חיצוני. מטרת הפעילות באפיק הפנימי והבין-ארגוני לאתר נשים הצורכות שירותים ציבוריים שונים, תוך שהן סובלות מהתמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים. אפיק זה מופעל בתוך משרד הרווחה, במחלקות לשירותים חברתיים, ואל מול מערכות ממסדיות נוספות, כמו קופות החולים, בתי החולים, שירות המבחן, בתי המשפט ושירות בתי הסוהר. במסגרת פעילות זו, נוצרו שיתופי פעולה עם ארגוני סגור שעניינם טיפול בנשים לצורך איתור מכורות במסגרות שונות. אפיק האיתור החיצוני מופעל באמצעות צוותים של עובדות סוציאליות ומדריכות. צוותים אלה יוצאים לרחובות על מנת לאתר נשים ולהביאן לטיפול. אפיק זה פועל באופן תדיר ועקבי כחלק מתוכנית הטיפול בנשים מכורות. שני האפיקים גם יחד מספקים מענה מעמיק יותר לקשיים שחוות נשים מכורות בשלב קבלת ההחלטה לפנות לערוץ הטיפולי ובעת ההגעה לטיפול.

אבחון וקבלה - תהליך האבחון מבוצע באמצעות וועדת אבחון המתכנסת לפי הצורך, בהתאם להוראת תע"ס 11.3. בוועדה משולבים גורמים מומחים לטיפול בנשים, וכן גורמים ישירים ועקיפים שלהם ערך מוסף בתהליך הטיפול, כמו המשפחה, העו"ס המטפל בילדים או כל גורם נוסף העשוי לסייע בתהליך השיקומי. כאמור, התמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב נשים נובעת לרוב מפסיכו-פתולוגיה כלשהי. לפיכך, שלב האבחון מבוצע בהתאם לכמה עקרונות בסיסיים: א. קבלה לטיפול אינה מותנית בהפסקת השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים; ב. הגבולות שבין המטפל למטופלת גמישים ודינאמיים, ואינם נשמרים באדיקות כמו עם גברים מכורים; ג. תקופת החיזור אחר המטופלות הפוטנציאליות ארוכה במיוחד; ד. התהליך האבחוני, הכולל את ה-intake, מותאם למאפייני בעיית ההתמכרות אצל נשים ולצרכים הייחודיים להן, לרבות צרכים פיזיים ונפשיים; ה. תהליך האבחון כולל מפגש עם גורמי טיפול נוספים, כמו פסיכיאטר, רופא משפחה, אחות ועוד.

טיפול פרטני - הטיפול הפרטני מהותי ביצירת הברית הטיפולית בין המטפל והמטופלת, והוא ניתן לכל אורך תהליך הטיפול בהתמכרות. במהלך החודשים הראשונים מושם דגש מיוחד על הטיפול הפרטני, שכן הוא משמש לצורך אבחון מצבה של המכורה ובניית תוכנית טיפול מותאמת עבורה.

טיפול רפואי/פסיכיאטרי - מרבית הנשים המכורות פגועות מאד ברמה הפיזית. הבעיות הפיזיות מגוונות וכוללות הפרעות אכילה, מחלות מין, מחלות פה ושיניים ועוד. לצורך שיקומן של מכורות אלו מעורבים בטיפול הרפואי רופאי משפחה, פסיכיאטרים ואחיות.

טיפול קבוצתי - הטיפול הקבוצתי עם נשים מכורות מספק מרחב מעבר בטוח ותומך בתהליך הטיפול בהתמכרות. במרחב זה יכולות הנשים לדון בסוגיות מעולם התוכן שלהן. הקבוצה אף מספקת מודל חיובי ומסייעת בפיתוח יחסים בין-אישיים בין הנשים לאחר תקופה ארוכה של בידוד חברתי כתוצאה מההתמכרות. בקבוצה נבנות מערכות יחסים המספקות תמיכה, תחושה של שותפות גורל והזדהות, בניגוד למערכות היחסים המושתתות על שליטה וכפייה, אליהן היו מורגלות הנשים עם הסרסורים שלהן, בני הזוג המכורים או בני משפחה אחרים. בהקשר זה חשוב לציין כי לפי מדיניות השירות, במסגרות בהן קיימת אוכלוסייה מעורבת של גברים ונשים, נשמרת בטיפול הקבוצתי ההפרדה המגדרית. השילוב בטיפול בין המינים מתבצע רק לאחר ששת החודשים הראשונים במסגרת, ובכל מקרה, בקבוצה מעורבת יהיו משולבות לכל הפחות שלוש נשים.

עבודה קהילתית - על מנת לטפל בנשים מכורות, יש לערב את כל המערכות והמסגרות הרלוונטיות בקהילה. העבודה הקהילתית עם נשים אלו כוללת התייחסות להקשרי החיים שלהן וליצירת קשרים עם מרחבים משיקים או משלימים לטיפול בנשים עצמן. בין ההקשרים הללו ניתן למנות את המשפחה ובן הזוג, מעונות יום, צהרונים, מוסדות חינוך, קופות חולים, בתי חולים, מרפאות לבריאות הנפש, לשכות לשירותים חברתיים, מתנ"סים עירוניים ועוד. קשרים אלה מאפשרים לנשים להרחיב ולגוון את מערכי התמיכה שלהן, ובדרך זו יוצרים מצב של פניות לטיפול.

טיפולים אלטרנטיביים - בנוסף לטכניקות הטיפול הקונבנציונאליות, יש חשיבות רבה לטיפולים אלטרנטיביים בתהליך ההחלמה מהתמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים. שילוב הטיפולים האלטרנטיביים במערך הטיפולי חיוני לצורך התמודדות עם תסמינים של פוסט טראומה והזנחה גופנית ונפשית שלעתים קיים קושי בחשיפתם ברובד המילולי. על טיפולים מסוג זה נמנים פסיכודרמה, טיפול בתנועה ובמוסיקה, גינון טיפולי, טיפול בבעלי חיים, היגינה, טיפוח הגוף, ליצנות רפואית ועוד.

שיקום תעסוקתי - נשים מכורות סובלות לרוב מכושר השתכרות ירוד. הן משמשות פעמים רבות מפרנסות יחידות במשפחות חד-הוריות, אין להן השכלה גבוהה, הניסיון שלהן בעבודה נורמטיבית מצומצם ועומדים לרשותן משאבים כלכליים מועטים ביחס לגברים מכורים (נבו, 2003). כתוצאה מכך, הן גם מפתחות תלות גדולה בבני משפחה ובלשכות הרווחה העירוניות (נבו, 2003). לפיכך, קיימת חשיבות רבה לשילובן של נשים מכורות בעולם התעסוקה. השיקום התעסוקתי נקבע בהתאם ליכולות האישה ולמצבה הנפשי בשיתוף עם גורמים שונים בקהילה, כמו מרכזי שיקום תעסוקתי, תוכניות השיקום בביטוח הלאומי, שירות התעסוקה וכיו"ב.

כאמור, המודל לטיפול בנשים מכורות בשירות לטיפול בהתמכרויות נבנה לאחר עבודה מאומצת שנמשכה מספר שנים, במהלך השירות לטיפול בהתמכרויות הציב כיעד חשוב ומרכזי את פיתוח והרחבת תחום הטיפול בנשים מכורות. החל משנת 2003, החל השירות בהטמעת המדיניות ומודל העבודה, הן במסגרות האמבולטוריות והן במסגרות הפנימייתיות, כפי שיפורט להלן.

3.2 שירותי הטיפול בנשים מכורות

3.2.1 יחידות אמבולטוריות

לשירות לטיפול בהתמכרויות 85 יחידות אמבולטוריות לטיפול במכורים - גברים ונשים. ביחידות האמבולטוריות ניתן רצף רחב של שירותים, הכולל, בין

השאר, טיפול פרטני, טיפול קבוצתי ומרכז יום. אופי השירות משתנה בהתאם לגודל היחידה. כחלק מתהליך ההטמעה של המודל, נבחרו חמש עד שבע יחידות בכל מחוז ובהן הופעל המודל באופן שיטתי. בכל אחת מן היחידות מונה אחראי על תהליך ההטמעה אשר תחומי אחריותו כוללים ביצוע בקרה על העובדים, תיאום בין עבודת המטה ועבודת השטח, ועוד. כל העובדים המשתתפים בהטמעת המודל זוכים להדרכה ייעודית לתחום הטיפול בנשים מכורות, בליווי השירות לטיפול בהתמכרויות.

בעקבות הפעלת המדיניות לטיפול בנשים מכורות, נקבעת לאישה המגיעה ליחידות האמבולטוריות תוכנית. טיפול מתאימה. תכנית זו הולמת את הצרכים, היכולות והרצונות של האישה ומתחשבת בהערכת העו"ס המטפל. תוכנית הטיפול יכולה לכלול אחת משלוש אפשרויות עיקריות: א. טיפול ביחידה האמבולטורית במסגרת המחלקה לשירותים חברתיים; ב. טיפול ביחידה האמבולטורית בשילוב עם שהייה במרכז יום. ג. הפנייה לטיפול במסגרת חוץ-ביתית (פנימייתית), בה מתקיימת תוכנית התערבות ייחודית לנשים.

3.2.2 מסגרות פנימייתיות

הפנימיות הן מסגרות חוץ-ביתיות המופעלות על ידי עמותות הנבחרות באמצעות מכרז, ומפוקחות על ידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים. כיום, מוקצות בכל המסגרות הללו, בפריסה ארצית, 614 מכסות לאנשים מכורים. בפנימיות עוברים המכורים תהליך טיפולי הנמשך שנה וחצי. תקופה זו מחולקת לשני חלקים. החלק הראשון כולל שהייה של שנה במסגרת החוץ-ביתית. החלק השני העוקב כולל שהות בת חצי שנה בהוסטל בקהילה.

במסגרת השינוי אותו מוביל השירות בתחום הטיפול בנשים מכורות, עודכנו המגמות הטיפוליות במסגרות הפנימייתיות הפועלות באמצעות מכרזים שמוציא השירות מעת לעת. עד לשנת 2009, המשרד הפעיל מסגרות פנימייתיות מעורבות לגברים ולנשים שבהן הופעלו שתי תוכניות נפרדות לנשים. בשנתיים האחרונות החל השירות בהפעלה של מסגרות פנימייתיות לנשים בלבד, כדוגמת "מבט נשי", המהווה מסגרת ביתית לטיפול בנשים. כל מסגרת פנימייתית ששאפה להרחיב את מספר מטופליה התבקשה להציג תוכנית נפרדת לנשים, שבבסיסה העקרונית הטיפוליים שפורטו לעיל. התוכניות הטיפוליות שהוצעו על ידי המסגרות הפנימייתיות ומיושמות כיום פועלות כתוכניות נפרדות לנשים במסגרות מעורבות, או כתוכניות במסגרות המיועדות לנשים בלבד. המענים הניתנים במסגרות לנשים כוללים זמינות של צוות על טהרת הנשים וכוח אדם רפואי מתוגבר. בנוסף, תוכניות הטיפול המוצעות כוללות התייחסות לצרכים הבסיסיים של האישה, לבעיות הפיזיות

והנפשיות, למערכת היחסים עם המשפחה והילדים ולהיבטים נוספים, בהתאם למקרה הנדון.

מנתונים שנאספו על ידי השירות לטיפול בהתמכרויות עולה, כי נכון לסוף שנת 2010 טופלו ביחידות האמבולטוריות המשתתפות בהטמעת המודל 489 נשים. בנוסף, במסגרות הפנימייתיות הוקצו כ-15% מהמכסות באופן ייעודי לטובת טיפול בנשים מכורות. בפועל נוצלו כ-20% מכלל המכסות לצורך זה. המסגרות השונות אף מדווחות על הפחתת הנשירה מטיפול ועלייה ניכרת במספר הנשים האבסולוטי הנמצאות בטיפול. שיעור הנשים מקרב המטופלים ביחידות אלו נע בין 40% ביחידות הקטנות לבין-25% ביחידות הגדולות. נתון זה מהווה עלייה משמעותית ביחס לשיעור הנשים ביחידות השירות בשנים קודמות.

סיכום

התוכנית לטיפול בנשים מכורות של השירות לטיפול בהתמכרויות פועלת מספר שנים. במהלך תקופה זו התגבשה ההבנה שעל מנת להוציא נשים ממעגל ההתמכרויות יש לספק מענים ייחודיים לצרכיהן. עם זאת, התוכנית נמצאת בשלבים ראשוניים של יישום והטמעה ודורשת פיתוח נוסף לצורך הגדלת אוכלוסיית המטופלות והרחבת מגוון המענים. בתוך כך, יש לבנות סל שירותים לנשים הכולל תקציב הלנה, מזון, הסעות, טיפול ושמרטפות, תוך מתן מענה לצרכים טיפוליים ייחודיים בתחום הרפואי והנפשי. בנוסף, יש לתת מענה ביתי לנשים מכורות בהריון, לספק פיתרון אשפוזי לנשים מכורות הזקוקות לגמילה, בשיתוף משרד הבריאות. כמו כן יש להקים מערך איתור לנשים מכורות במצבי סיכון מידיים, ולהפעיל תוכניות לשיקום תעסוקתי לנשים, לצורך השלמת הרצף הטיפולי.

בהיבט של הכשרה והדרכה למטפלים בנשים מכורות, יש להמשיך את הפעלתם של קורסים להכשרה ולתקצב מערך הדרכה לצורך טיפול בתחום זה. לבסוף, נוכח היעדר מידע מחקרי וסטטיסטי באשר להיקף ומאפייני אוכלוסיית הנשים המכורות בישראל, יש לבצע מחקר שעניינו מיפוי אוכלוסיית הנשים המכורות, ובתוך כך להקים מערכת ממוחשבת המאפשרת איסוף סדור של נתונים על הנשים המטופלות בכל אחת ממסגרות השירות לטיפול בהתמכרויות.

רשימה ביבליוגרפית

- בר-המבורגר, ר., אזרחי, י., רוזינר, א. וניראל, ר. (2009). "דו"ח מחקר מסכם בנושא השימוש בחומרים פסיכואקטיביים בקרב תושבי מדינת ישראל". מחקר אפידמיולוגי מס' 7 - 2009.
- הרמן, ל.ג. (1994). *טראומה והחלמה*. ת"א: עם עובד.
- לבבי, י. (1997). *התנסותן של נשים קורבנות גילוי עריות*. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, אוניברסיטת ת"א.
- נבו, ר. (2003). *חוויה ועוצמת הדעת - תהליך העצמתן של אימהות מכורות ביחידת המשפחה בקהילה טיפולית לנפגעי סמים "אילנות"*. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, אוניברסיטת לסלי.
- קידר, ת. (1993). *אפיוניהן של נשים מכורות לאלכוהול וסמים*. - חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, אוניברסיטת תל אביב.

- Andrews, C.M., Cao, D., Marsh, J.C. & Shin, H. (2011). "The Impact of Comprehensive Services on Substance Abuse Treatment for Women with a History of Intimate Partner Violence". *Violence Against Women*, Vol. 17(5), pp. 550-567.
- Arteaga, I., Chen, C. & Reynolds, A.J. (2010). "Childhood Predictors of Adult Substance Abuse". *Children and Youth Services Review*, Vol. 32, pp.1108-1120.
- Brown, P.J., Stout, R.L. & Mueller, T. (1996). "Posttraumatic Stress Disorder and Substance Abuse Relapse Among Women: A Pilot Study". *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 10(2), pp. 124-128.
- Caballero, M.A., Ramos, L., Gonzales, C. & Saltijeral, M.T. (2010). "Family Violence and Risk of Substance Use Among Mexican Adolescents". *Child Abuse & Neglect*, Vol. 34, pp. 576-584.
- Dass-Brailsford, P. & Myrick, A.C. (2010). "Psychological Trauma and Substance Abuse: The Need for an Integrated Approach". *Trauma, Violence and Abuse*, Vol. 11(4), pp. 202-213.
- French, M.T., Fang, H. & Balsa, A.I. (2011). "Longitudinal Analysis of Changes in Illicit Drug Use and Health Services Utilization". *Health, Research and Educational Trust*, Vol. 46(3), pp.877-899.

- Goldberg, M.E. (1995). "Substance-Abusing Women: False Stereotypes and Real Needs". *Social Work*, Vol. 40(6), pp. 789-798.
- Martin, F.M. (2010). "Becoming Vulnerable: Young Women's Accounts of Initiation to Injecting Drug Use". *Addiction Research and Theory*, Vol. 18(5), pp. 511-527.
- Neale, J. (2004). "Gender and Illicit Drug Use". *British Journal of Social Work*, Vol. 34, pp. 851-870.
- Neale, J. (1998). "Drug Users' Views of Drug Service Providers". *Health and Social Care in the Community*, Vol. 6(5), pp. 308-317.
- Nettleton, S., Neale, J. & Pickering, L. (2010). "I Don't Think There's Much of a Rational Mind in a Drug Addict When They Are in the Thick of It': Towards an Embodied Analysis of Recovering Heroin Users". *Sociology of Health and Illness*, Vol. 33(3), pp. 341-355.
- Neutel, C.I. & Walop, W. (2005). "Drug Utilization by Men and Women: Why the Differences?". *Drug Information Journal*, Vol. 39(3), pp. 299-310.
- Ro, A. & Choi, K. (2010). "Effects of Gender Discrimination and Reported Stress on Drug Use Among Racially/Ethnically Diverse Women in Northern California". *Women's Health Issues*, Vol. 20, pp. 211-218.
- Schiff, M., Levit, S. & Cohen-Moreno, R. (2010). "Childhood Sexual Abuse, Post-Traumatic Stress Disorder, and Use of Heroin Among Female Clients in Israeli Methadone Maintenance Treatment Programs (MMTPs)". *Social Work in Health Care*, Vol. 49, pp. 799-813.
- Stalans, L.J. & Ritchie, J. (2008). "Relationship of Substance Use/Abuse with Psychological and Physical Intimate Partner Violence: Variations Across Living Situations". *Journal of Family Violence*, Vol. 23, pp. 9-24.
- Stoddard-Dare, P.A. & Derigne, L. (2010). "Denial in Alcohol and Other Drug Use Disorders: A Critique of Theory". *Addiction Research and Theory*, Vol. 18(2), pp. 181-193.

- Sullivan, T.N., Farrell, A.D., Kliewer, W., Vulin-Reynolds, M. & Valois, R.F. (2007). "Exposure to Violence in Early Adolescence: The Impact of Self-Restraint, Witnessing Violence, and Victimization on Aggression and Drug Use". *Journal of Early Adolescence*, Vol. 27(3), pp. 296-323.
- Vaglun, S.E. & Vaglun, P. (1987). "Partner Relations and the Development of Alcoholism in Female Psychiatric Patients". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 7, pp. 499-506.
- Wasterson, J. (1996). "Gender Divisions and Drinking Problems". In: Harrison, L. (ed.) *Alcohol Problems in the Community*. London: Routledge, pp. 170-199.
- Zlupko, L., Kauffman E. & Bove, M. (1995). "Gender Differences in Drug Addiction and Treatment: Implications for Social Work Intervention with Substance Abusing Women". *Social work*, Vol. 40(1), pp 45-51.

