



דו"ח מחקר מסכם

הפרעות דיסוציאטיביות (ניתוק) בקרב נפגעי סמים

אחראית למחקר:
ד"ר רחל בר-המבורגר
מדענית ראשית
הרשות למלחמה בסמים

עורכי המחקר:
פרופ' אלי זומר, ד"ר ארז צורף, וד"ר אלי לונטל
אוניברסיטת חיפה

הפרעות דיסוציאטיביות (ניתוק) בקרב נפגעי סמים*
פרופ' אלי זומר^{1,2,3}, ד"ר ארז צורף^{2,4}, ד"ר אלי לונטל^{1,5}

¹ בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה
² מ.י.ט.ל – המכון הישראלי לטיפול ומחקר בלחץ פסיכולוגי
³ מרכז וולף לחקר לחץ פסיכולוגי
⁴ אוניברסיטת חיפה, החוג לגרונטולוגיה
⁵ המרכז לנפגעי סמים, בי"ח רמב"ם חיפה

הפרעות דיסוציאטיביות (ניתוק) בקרב נפגעי סמים

פרופ' אלי זומר, ד"ר אלי לונטל, ד"ר ארז צורף

תקציר

מחקר חלוץ זה מנסה להעריך את עומק התחלואה הדיסוציאטיבית בקרב 149 נבדקים, 102 נגמלים משימוש בהרואין ו- 47 מטופלי ביקורת שנדגמו במרפאות פסיכיאטריות המתמחות בטרואמה ולחץ פסיכולוגי. מחקר זה ביקש גם לבחון את מהימנותו של כלי חדש לאבחון הפרעות דיסוציאטיביות באוכלוסייה זו (- Multimodal Inventory of Dissociation (Hebrew version; H-MID). ה H-MID הדגים מהימנות גבוהה ביותר ונמצא כלי אבחוני אמין עבור אוכלוסיית המחקר. הממצאים מצביעים על כך שקבוצות נפגעי הסמים דיווחו על שיעורי טראומה והתעללות גבוהים יותר מקבוצת הביקורת וכן על תסמינים המעידים על רמת גבוהה יותר של תחלואה דיסוציאטיבית, הקשורה בטרואמות ילדות. נמצא גם כי מעל 60% מקרב אוכלוסיית נפגעי הסמים עונים על קריטריונים של אבחנה משוערת של PTSD. הקבוצה הפגועה ביותר מבין נפגעי הסמים היא דווקא זו המורכבת ממשיבים שהיו נקיים מסם יותר מחצי שנה. מתברר שללא התמיכה של תחליף הסם או של מערכת אישפוזית, מגיבים דווקא נגמלים מקבוצה זו בתסמיני מצוקה ותחלואה דיסוציאטיבית הגבוהים ביותר. המשמעויות לגבי מדיניות גמילה נידונות.

Dissociative Psychopathology and Opiate Use Disorder

Eli Somer, PhD, Erez Soref, PhD, Eli & Laental, PhD

This pilot study attempts to evaluate dissociative psychopathology among 149 patients, 102 were recovering opiate use disorder patients, 47 control patients sampled from two outpatient psychiatric clinics specializing stress and trauma. This research also attempted to examine the reliability of a new test for diagnosing dissociative disorders in this population (Multimodal Inventory of Dissociation - Hebrew version; H-MID). The H-MID demonstrated very high reliability and was, thus, seen as a quality tool for diagnosing dissociative disorders among recovering heroin users. Individuals recovering from drug use disorder reported higher trauma and abuse rates than a control group sampled from outpatient stress and trauma clinics. They also reported symptoms attesting more severe dissociative psychopathology. Over 60% of the rehabilitation/detoxification population met the criteria of a possible Posttraumatic Stress Disorder diagnosis. The most distressed respondents were those who were in early full remission, drug free for a period longer than 6 months. It seemed that without the sustaining supports of Methdone treatment or the in-patient detoxification unit, these individuals displayed the severest distress and dissociative psychopathology. The implication of this research for diagnosis and treatment policy in early stages of drug rehabilitation is discussed.

בעשורים האחרונים ניכרת עלייה במודעות לגבי המטופלים הרבים שסבלו מתחלואה כפולה – התמכרות לסמים והפרעות נפשיות - בקרב אוכלוסיית המתמכרים (Dunn, Ryan & Paolo, 1994). השימוש בסמים יכול להופיע באינטראקציה עם הפרעות פסיכיאטריות בכמה צורות:

1. הוא יכול לגרום לסימפטומים פסיכיאטרים
 2. הוא עלול להרע הפרעות פסיכיאטריות שכבר קיימות
 3. הוא עלול לכסות על הפרעות או סימפטומים פסיכיאטרים שכבר קיימים
 4. הוא עלול לגרום להפרעות פסיכיאטריות כתוצאה מהפסקת השימוש
 5. הפרעות פסיכיאטריות יכולות לחקות התנהגויות מתמכרות (Landry, 1994)
 6. הפרעות פסיכיאטריות עלולות ליצור דחף לשימוש בסמים
- ההפרעות הפסיכיאטריות היותר שכיחות שאובחנו בקרב אוכלוסיית המתמכרים הם: דיכאון, פוביות, הפרעות אובססיביות קומפולסיביות, חוסר תפקוד מיני, אישיות גבולית והפרעת אישיות אנטיסוציאלית (Helzer & Pryzbeck, 1988).

הפרעות ניתוק (דיסוציאציה). דיסוציאציה היא תהליך הגנתי במקורו שיוצר ניתוק בתפקודים האינטגרטיביים של המחשבות הרגשות ופעילויות האדם, כך שלפרק זמן מסוים, אינפורמציה מסוימת אינה מקושרת עם אינפורמציה אחרת כמו שהייתה צריכה להיות באופן נורמאלי והגיוני. הפרעות ניתוקיות מקורן בדרך כלל בהיסטוריה של טראומות ילדות קשות הדוחפות את הילד הפגוע להקהות את הכאב על ידי מידור הזיכרון, התחושה הגופנית או הרגש מן ההכרה המודעת. ברמות שונות של חומרה, יוצר תהליך זה, הפרעות קליניות והתנהגותיות שיש בהן שינויים בזיכרון ובזהות כאשר במקרים קיצוניים מגיעים שינויים אלה לרמה של פסיכופתולוגיה ניתוקית (הפרעה דיסוציאטיבית) כמו שיכחון ניתוקי, הפרעת דפרסונליזציה או הפרעת זהות ניתוקית. בתחום הפסיכיאטרי מקובלת ההגדרה הבאה: "המאפיין העיקרי של הפרעות ניתוק מתבטא בפגיעה באינטגרציה הרגילה של תפקודי המודעות, הזיכרון, הזהות או תפיסת הסביבה. ההפרעה יכולה להיות פתאומית או מתפתחת, זמנית או כרונית (American Psychiatric Association, 1994, pp. 477).

טראומטיזציה כרונית בילדות והפרעות ניתוק. כאמור, פסיכופתולוגיה ניתוקית היא

ברובה המכריע תוצאה של טראומטיזציה כרונית בילדות כמו, הזנחה רגשית קשה, התעללות פסיכולוגית, התעללות פיזית או מינית. תהליכי הניתוק משמשים בעיקר כמנגנוני הגנה והתמודדות עם הכאב המציף (Putnam, 1985; Schetky, 1990). התעללות בילדות מתבטאת לעיתים תכופות בנזקים נפשיים אשר מלוות את האדם במשך כל חייו. מה שהתחיל כמנגנון הגנה מבורך שנועד לסוכך על הילד מפני כאב בלתי נסבל, כדוגמת זה הנוצר בהתעללות שסופג ילד מידי הורה, יכול להפוך לבעיה נפשית המתאפיינת בחוסר שליטה ברגשות ובהתנהגות המנותקים (Hicks, 1985). ילד שנחשף לטראומטיזציה כרונית כמו גילוי עריות, בעיקר אם היא נגרמה על ידי בן משפחה קרוב, צריך להתמודד עם קונפליקט עצום בין הכאב שגורם המתעלל לבין ביטויי האהבה שבאים לעיתים מאותו אדם, בין הצורך להתגונן בפני הפגיעות לבין הצורך לשמור על קשרי זיקה והתקשרות (attachment) עם הדמות המטפלת. אלה שיש להם יכולת ביו-פסיכולוגית לחלימה בהקיץ וניתוק נפשי, עשויים לפתח מנגנון הגנה ניתוקי שבמשך השנים יכול להפוך גם להפרעה ניתוקית (Brown, 1990).

מחקרים שבדקו אנשים שסובלים מהפרעה ניתוקית קשה כמו הפרעת זהות ניתוקית - DID (Dissociative Identity Disorder) מצאו שכ- 95% מהם היו קורבנות להתעללות מינית ופיזית בילדותם, בדרך כלל, על ידי בן משפחה קרוב (Schultz, Brown & Kluft, 1986; Putnam, Guroff & Silberman, 1989). מחקרים אחרים מדברים על 72% - 98% מכלל הסובלים מקשת הפרעות הניתוק ככאלה שעברו טראומטיזציה כרונית בילדותם (Putnam et al, 1986).

טראומטיזציה כרונית בילדות והשימוש בסמים. גם בתחום השימוש בסמים נמצא

כי התעללות גופנית ומינית היא אחד מהגורמים היותר שכיחים לשימוש בסמים. הכאב הפיזי והנפשי והדימוי העצמי השלילי אצל אנשים אלה, מניעים אותם להשתמש בסמים כדרך להפחתת המצוקה הנפשית. צריכת הסם עוזרת להם לברוח מהכאב כצורה של "טיפול תרופתי עצמי" (self-medication) (Hussey & Singer, 1993; Dembo et al, 1987).

ישנם הטוענים כי קורבנות התעללות מינית ופיסית בילדותם מנסים לשלוט בחרדה ובמחשבות הטורדניות הקשורות לטראומה אך אין באפשרותם להשתמש במנגנוני ההגנה המקובלים מאחר ונחשפו בגיל מוקדם מדי לגירויים מיניים חזקים מדי לפני שעברו את שלב החביון. בעזרת סמים מצליחים חלק מהקורבנות ליצור סוג מסוים של הדחקה: מידור החוויה המאיימת מן ההכרה המודעת (Schetky, 1990). השימוש בסמים יכול להיות השלב השני באסטרטגית ההתמודדות עם חוויות טראומטיות בלתי נסבלות או זיכרונות בלתי נסבלים של התנסויות אלה, בגיל מאוחר יותר. יתכן שאסטרטגיות פסיכולוגיות מוקדמות של בריחה מלחץ דרך דיסוציאציה מהוות מועדות (פרדיספוזיציה) לשימוש בסמים מאוחר יותר (Hussy & Singer, 1993). קיימת הסכמה בקרב המומחים בתחום כי אלה המשתמשים בסמים כניסיון התמודדות עם ההשפעות, הזיכרונות והמחשבות שקשורות לטראומות בילדות, לא יצליחו להפסיק את השימוש בסמים ללא מציאת מנגנון התמודדות אלטרנטיבי עם אותן בעיות (Roesler & Dofler, 1993; Root, 1989). הקשר בין טראומות ילדות ושימוש בסמים בקרב מאושפזים באשפוז פסיכיאטרי דווח בעבר (Hussey & Singer, 1993). ספציפית יותר, מחקר אחר שנעשה על 597 מתבגרות באשפוז לגמילה מסמים מצא כי לפחות 35% מהן דווחו על התעללות מינית בילדותן (Edwall, Hoffman & Harrison, 1989).

מחקרים בנושא הפרעות ניתוק בקרב מכורים לסמים. מעט מאוד ידוע על תחלואה

דיסוציאטיבית בקרב מטופלים מכורים לסמים (Roesler & Dofler, 1993). המחקרים המועטים שנעשו בנושא התייחסו רק לשכיחות הימצאותן בכפיפה אחת. מחקרים שבדקו התמכרות לסמים ולאכזוהול אצל מטופלים הסובלים מהפרעת זהות דיסוציאטיבית מצאו בקרבם שיעור של שימוש בסמים ולאכזוהול במהלך החיים שנע בין 27% - 60% (Dunn, 1994). בשנת 1992 נעשה המחקר הראשון שבדק את שכיחות ההפרעות הדיסוציאטיביות באוכלוסיית מכורים לסמים ולאכזוהול. נמצא כי 39% מקרב המדגם המחקרי סבלו מהפרעות דיסוציאטיביות ו- 43% דווחו על התעללות מינית בילדות (Ross et al, 1992). מחקר מאוחר יותר סקר סימפטומים דיסוציאטיביים בקרב 265 יוצאי צבא, נשים

וגברים, ביחידת אשפוז לגמילה מסמים באמצעות שאלון הנקרא ה-DES (Dissociative Experiences Scale). הכלי נועד לאתר (screening) חוויות דיסוציאטיביות אך לא לאבחן הפרעות קליניות. נמצא כי 41.5% קיבלו ציון 15 ומעלה בשאלון לדיווח עצמי של הפרעות דיסוציאטיביות (הממוצע באוכלוסייה הרגילה הוא 3.4). (Dunn, Paolo, Ryan & Van Fleet, 1993). מחקר שניסה לשחזר את מחקרו של רוס (Ross et al, 1992) מצא כי "רק" 15% מתוך אוכלוסיית המכורים אובחנו ככאלה שסובלים מהפרעות דיסוציאטיביות (Dunn, Ryan, Paolo & Van Fleet, 1995). מחקר נוסף שבדק גברים שדווחו על התעללות מינית בילדותם או בנערוּתם מצא כי 60% מהם השתמשו באלכוהול, 30% השתמשו בסמים והציון שלהם ב-DES היה 11.5 בממוצע (Schulte, Dinwiddie, Pribor & Yutzy, 1995).

מחקר חלוץ שנערך לאחרונה בישראל (Sommer and Avni, 2003), השתמש בכלי האיתור הראשוני ה-DES וזיהה שלאוכלוסיית נגמלים משימוש בהרואין בישראל יש שיעורי היסטוריה של טראומות ילדות וחוויות ניתוק גבוהים יותר מאלה שנמדדו בקרב אוכלוסייה קלינית אמבולטורית בישראל. מחקר זה גם זיהה כי הנגמלים מבקשים להפיק מהסם פונקציות ניתוקיות כדי להקל על סבלם הנפשי. ממוצעי הציונים בסולמות הטרומה והניתוק שנמדדו באוכלוסייה זו היו זהים או גבוהים מאלה שנמדדו אצל מטופלים ישראלים שאובחנו כסובלים מהפרעות ניתוק ומהפרעות פוסט-טראומטיות. ממצא זה מאתר את אוכלוסיית המחלימים מהתמכרות להרואין בישראל כאוכלוסייה שיש לבדוק אותה באופן מדוקדק יותר בכל הנוגע להפרעות ניתוק. המחקר הנוכחי משתמש בכלי שנבנה ספציפית כדי למדוד תחלואה דיסוציאטיבית כאמור, ה-DES שהוא כלי מיון ראשוני בלבד, וכולל פריטים המודדים תופעות ניתוקיות נורמאליות. לאחרונה, פותח כלי אבחון חדש המביא בחשבון את כל מימדי התחלואה הניתוקית: שיכחון, דפרסונאליזציה, דראליזציה, בלבול בתחושת הזהות, והפרעות בתחושת הזהות. הכלי המכונה Multimodal Inventory of Dissociation (MID) (Sommer & Dell, In press).

נראה, כי קיימים קשרים מושגיים וגורמים משותפים בין הפרעות דיסוציאטיביות ושימוש בסמים. שתי הפרעות מושפעות מגורמים תרבותיים וחברתיים וההתייחסות אליהן קשורה

לנורמות חברתיות ותרבותיות. בבסיס שתי הפרעות אפשר למצוא היסטוריה של התעללות מינית ופיסית בילדות. בשתי הפרעות קיימים מרכיבים משמעותיים של שבושים בזיכרון וניתוק מהמציאות אשר מקשים על איסוף הנתונים וחקירתם. כמו כן, יש ראיות ראשוניות כי בבסיס שתי הפרעות עומדת מוטיבציה להקות כאב ולהתנתק (Sommer, In press).
זומר ואבני מסיקים ממצאיהם כי טיפול בהפרעות דיסוציאטיביות כתוצאה מטרומה במהלך טיפול הגמילה מסמים יכול לשפר משמעותית את סיכויי הגמילה (Sommer and Avni, 2003) ולכן, יש צורך במחקר מעמיק בתחום שיאפשר לגזור מתוכו השלכות משמעותיות על מדיניות הטיפול בנפגעי סמים.

מטרות המחקר

1. בדיקת שכיחות ועומק התחלואה הדיסוציאטיבית בקרב מכורים לסמים בישראל בהשוואה לקבוצת מטופלים במרפאות המתמחות בלחץ וטרומה.
2. בחינת הקשר בין תחלואה כפולה זו להיסטוריה טראומטית.
3. הערכת תחלואה פוסט-טראומטית בקרב נגמלים מהרואין.
4. בדיקת התכונות הפסיכומטריות של כלי אבחוני חדש להפרעות דיסוציאטיביות הנמצא בהליכי פיתוח, הנקרא – [Multimodal Inventory of Dissociation – Hebrew Version] - H-MID, התקווה היא שכלי זה יאפשר אבחון של הפרעות דיסוציאטיביות ללא צורך בראיון ארוך בידי מומחה להפרעות אלה.

שיטה

הליך

הנתונים נאספו במשך תקופה של שנתיים. מאמץ רב הושקע כדי לוודא שהנבדקים, שרבים מהם היו נתונים במצוקה נפשית רבה בעת איסוף הנתונים, יצליחו למלא את השאלון המחקרי התובעני בצורה מהימנה. במהלך תקופה זו עמדו המחקרים בקשר אישי ישיר עם מנהלי המרכזים, המחלקות, והאגפים השונים בהם נאספו הנתונים. הפניה נעשתה למטופלים שבדיקות השתן שלהם נמצאו נקיות משיירים של אופיאטים, קנביס, קוקאין, אמפטמינים ובנזודיאזפינים. רוב הנתונים נאספו ישירות על ידי המחקרים בפגישות קבוצתיות עם נגמלים במוסדות השונים. לקראת איסוף הנתונים בכל מוסד גמילה, נתבצעה פנייה לראש המוסד, אשר ריכז את האנשים המתאימים לפגישה עם המחקרים – נגמלים בגירים בעלי יכולת קרוא וכתוב בעברית של כיתה ט' ומעלה. בפגישה עם המחקרים הועברו השאלונים לנחקרים לאחר הסבר וחתימה על טופס הסכמה. שאר הנתונים נאספו על ידי עובדים סוציאליים ואחות פסיכיאטרית אשר עברו הכשרה ספציפית לגבי מטרות המחקר, כלי המחקר, ואוכלוסיית היעד בפגישה אישית בת כשעתיים עם המחקרים. איסוף הנתונים על ידי העובדים הסוציאליים והאחות הפסיכיאטרית היו בפקוח ישיר של המחקרים. תהליך זה נתבצע על מנת לוודא אחידות באיסוף הנתונים, ואיכותו מודגמת במהימנות הגבוהה של הנתונים אף באוכלוסייה לא פשוטה זו. בפנייה לנגמלים להשתתפות במחקר הוסברה מטרת המחקר וטבעו ההתנדבותי מצד הנגמלים, המשתתפים חתמו על טופס הסכמה מודעת להשתתפות במחקר. למעשה, הנבדקים היחידים אשר ביקשו להפסיק את השתתפותם היו מקבוצת המחקר של נגמלים שטופלו במתדון (Agonist Therapy) והיו ללא שימוש בסמים עד ששה חודשים, ואלו מנו ששה משתתפים. בסך הכול פנינו ל 155 נבדקים שבדיקות השתן שלהם היו נקיות משיירי סם, ו 149 מהם ניאותו להשתתף. שיעור ההיענות במחקר זה עמד, על כן, על 96%.

משתתפים

מאה ארבעים ותשע נחקרים המרכיבים ארבע קבוצות מחקר השתתפו במחקר זה. להלן הרכב הקבוצות וגודלן: 29 נחקרים היו בטיפול בתחליף הסם מתדון (Agonist Therapy) והיו נקיים מסמי רחוב שלושה עד ששה חודשים; 31 נחקרים לאחר גמילה אישפוזית, נקיים משימוש בסמים בתקופה של שלושה שבועות לפחות; 42 נחקרים בגמילה שאינם משתמשים בסמים יותר מששה חודשים; קבוצת ביקורת של 46 נחקרים שאינם מכורים בגמילה וללא היסטוריה של שימוש בסמים שנדגמו ממסגרות פסיכיאטריות מרפאתיות המתמחות בנפגעי טראומה. המעקב אחר הניקיון מסמים התבצע על ידי בדיקות שתן תקופתיות. טבלאות מספר 1 – 6 מפרטות את המאפיינים הדמוגרפיים של הנחקרים. למרות שאיכות שיתוף הפעולה, כפי שהשתקף מהמהימנות המעולה של הנתונים (כפי שתוצג להלן), משיבים רבים בחרו שלא להשיב על פרטים ספציפיים משאלון הפרטים האישיים. מסיבה זו, תשאנה חלק מהטבלאות שתוצגנה להלן, נתונים ממספר משתנה של משיבים. כאמור, נתונים אלה מייצגים ערכים חסרים, שחלק מהמשתתפים, העדיפו להצניע. מכיוון שבידינו היו, בכל אופן, נתונים ביוגרפיים רבים, ביקשנו לוודא שהקבוצות הן ברות השוואה כך שנוכל לייחס הבדלים במשתנים התלויים (אם ימצאו) להשתייכות לקבוצות המחקר (המשתנים התלויים) ולא למשתנים ביוגרפיים מתערבים.

טבלה מספר 1 : התפלגות המצב המשפחתי של הנחקרים בקבוצות הנגמלים (Detox) והביקורת (Control)

		Detox	Control
Marital status	Missing	1.9	4.3
	single	35.0	30.4
	married	35.9	45.7
	divorced	24.3	15.2
	widowed	1.0	4.3
	engaged	1.0	-
	separate	1.0	-

טבלה 1 אומדת את אחוז הנחקרים על פי מצבם המשפחתי בין הקבוצות. הממצאים מצביעים על כך כי לא היו הבדלים בין הקבוצות מבחינת המצב המשפחתי של הנבדקים. טבלה מספר 2 : התפלגות הגיל ושנות ההשכלה של הנחקרים בקבוצות הנגמלים (Detox) והביקורת (Control)

	Group	N	Mean	SD	Sig.
Age	Control	27	38.09	9.04	.507
	Detox	74	36.72	9.18	
Education	Control	38	12.54	3.36	.134
	Detox	81	11.59	3.14	

מבחן א-פרמטרי Mann-Whitney נערך על מנת להעריך הבדלי גיל והשכלה. כפי שמוצג בטבלה 2, נמצא כי לא היו הבדלי גיל והשכלה בין קבוצות המחקר. על מנת לבדוק הבדלים בקרב תת-הקבוצות מקרב הנגמלים מבחינת הנתונים הדמוגרפיים נערך מבחן א-פרמטרי Kruskal Wallis אשר הדגים כי הקבוצות הינן הומוגניות מבחינת גיל

והשכלה (טבלה 3 להלן). ממוצע הגילאים בקרב שתי הקבוצות הראשונות הינו 38 שנים בקירוב עם סטייה של 7 ואילו בקרב הקבוצה השלישית נמצא ממוצע 35 ± 11 שנים. השכלת הנחקרים בשתי קבוצות המחקר נמצאו דומות אף הן בקירוב ללא הבדלים מובהקים כאשר ממוצע מספר שנות ההשכלה בקרב קבוצת הביקורת הינו 12.5 ושל קבוצת המחקר 11.6 שנים.

כאשר נבחנו הבדלי ממוצעי מספר שנות ההשכלה בקרב תתי קבוצות המחקר לא נמצאו הבדלים מובהקים.

טבלה מספר 3 : הבדלים בין תת-הקבוצות של הנגמלים בממוצעי השכלה וגיל

	Group	N	Mean	SD	95% Confidence Interval	
					for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Age	On Agonist Therapy	18	38.00	7.38	34.33	41.67
	Early Full Remission (controlled Environment)	19	38.68	7.06	35.28	42.09
	Early Full Remission, drug free over 6 months	37	35.10	10.70	31.53	38.66
	Total	74	36.72	9.18	34.60	38.85
Education	On Agonist Therapy	24	11.42	1.77	10.67	12.16
	Early Full Remission (controlled Environment)	22	11.73	4.44	9.76	13.70
	Early Full Remission, drug free over 6 months	35	11.61	2.98	10.59	12.64
	Total	81	11.59	3.14	10.89	12.28

גם כאשר נבחנו ההבדלים שבין הקבוצות ביחס למגדר (ראה טבלה 4) לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המשתתפים במחקר. אחוז הנחקרים ממין זכר דומה בקירוב לאחוז הנחקרים ממין נקבה בשתי קבוצות המחקר (Detox/Control) ועומד על 63% ו- 74% בהתאמה.

טבלה מספר 4 : הבדלים בין קבוצת המחקר לקבוצת הביקורת ביחס בין המינים

Gender/Group	Detox	Control	Total
Female	77	29	106
	74.8%	63.0%	71.1%
Male	26	17	43
	25.2%	37.0%	28.9%
Total	103	46	149
	100.0%	100.0%	100.0%

בחינת ההבדלים בין קבוצות הנגמלים בהתייחס למין המשיבים (מבחן א-פרמטרי Mann-Whitney) הניבה ממצאים דומים לפיהם לא ניכרו הבדלים באחוז המשתתפים על מינם. אחוז הגברים נע בין 73% ל- 76% בשלוש הקבוצות (ראה טבלה 5).

טבלה מספר 5 : התפלגות המינים בין תת קבוצות הנגמלים (Detox)

Detox				
Gender	On Agonist Therapy	Early Full (controlled Environment)	Early Full Remission drug free over 6 months	Total
Female	22	21	34	77
	75.9%	72.4%	75.6%	74.8%
	21.4%	20.4%	33.0%	74.8%
Male	7	8	11	26
	24.1%	27.6%	24.4%	25.2%
	6.8%	7.8%	10.7%	25.2%
Total	29	29	45	103
	28.2%	28.2%	43.7%	100.0%

בטבלה 6 מוצגים ממצאי התפלגויות הנחקרים על פי מוצא האב בין הקבוצות. גם כאן

מבחינים פרמטרים (Chi-square) לא הניבו הבדלים בין הקבוצות.

טבלה מספר 6 : התפלגות מוצא האב של הנחקרים בקבוצות המחקר והביקורת

	Detox	Control
Father's birth place	%	%
No answer	4.9	6.5
Israel Born	25.2	32.6
Not Israel Born	69.9	60.9

לבדיקת הבדלי ממוצעי המשתנים : מספר גמילות, משך זמן ההתמכרות, בין נבדקי קבוצת

המחקר על פי חלוקתם לתתי הקבוצות נערכו מבחינים א-פרמטריים Kruskal Wallis .

הממצאים (ראה טבלה 7) מורים שאין הבדלים מובהקים בין קבוצות הנחקרים ביחס

לחומרת ההתמכרות שלהם כפי שנמדדה על ידי מספר הגמילות שעברו ועל ידי משך זמן

ההתמכרות. בקרב קבוצת המטופלים במתדון (On Agonist Therapy), ניכר ממוצע של 3.8 ± 3.8 פעמים ובשתי הקבוצות האחרות ניכרו ממוצעים של 3 ± 2.1 ו- 3.2 ± 3.0 בהתאמה.

טבלה מספר 7 : התפלגות מספר הגמילות בתת קבוצות הנגמלים

		95% Confidence Interval for Mean					
		Group	N	Mean	SD	Lower	Upper
מספר ניסיונות גמילה		On Agonist Therapy	25	3.7600	3.78902	2.1960	5.3240
		Early Full (controlled Environment)	26	2.9615	2.14440	2.0954	3.8277
		Early Full Remission drug free over 6 months	35	3.1714	2.99495	2.1426	4.2002
		Total	86	3.2791	3.01624	2.6324	3.9258
משך זמן ההתמכרות		On Agonist Therapy	29	18.313	8.34567	15.1358	21.4849
		Early Full (controlled Environment)	29	19.034	8.85794	15.6651	22.4039
		Early Full Remission drug free over 6 months	44	18.041	8.59452	15.4362	20.6621
		Total	102	18.403	8.52528	16.7290	20.0781

כלי המחקר

מידע דמוגרפי. כולל שאלות ביחס לגיל, מין, השכלה, מצב משפחתי, ארץ לידת האב,

מספר ניסיונות גמילה בעבר, תקופה שנחקר נקי, טיפולים אחרים שקיבלו במסגרות טיפול

הנפש, מספר שנים שהשתמשו בסמים, אבחנה פסיכיאטרית על צירים I + II.

H-MID - גרסה עברית של 6-Multidimensional Inventory of Dissociation. ה- MID הינו שאלון דיווח עצמי, רב מימדי בן 218 פריטים המודד דיסוציאיציה פתולוגית. ה- MID משתמש בסולם ליקרט בן 11 נקודות (0-10). לשאלון זה 21 תתי סולמות המודדים מימדים משמעותיים קלינית של דיסוציאיציה: הגנתיות/הסחה קוגניטיבית, סימפטומים נדירים, התנהגות מזויפת, סימפטומים להשגת תשומת לב, סימפטומים לא ספציפיים, זיכרון, דה-פרסונליזציה, דה-ריאליזציה, פלאש-בקים, ניתוק סומטופורמי, טרנס, בלבול זהות, קולות, חוויות הזרות לאגו, שינוי בחווית העצמי, שינוי במצבי עצמי, הפסקות בזמן, התנהגות לא-זכורה, סימפטומים שניידריאניים מדרגה ראשונה, ותת שאלון שנועד לאיתור מצבים פסיכטיים. ל- MID יש מהימנות מצוינת (עקביות פנימית, אלפא של קרונברך $\alpha = 0.99$) ויציבות זמנית (test-retest) של $\alpha = 0.97$ (מהימנות של מבחן חוזר לאחר 4-8 שבועות). העקביות הפנימית (אלפא של קרונברך) לגרסה העברית $\alpha = 0.97$ (Sommer & Dell, In press). במחקרנו נמצאה מהימנות אלפא של קרונברך של $\alpha = 0.99$ לקבוצת המחקר, $\alpha = 0.97$ לקבוצת הביקורת. ציוני ה- H-MID מוכפלים ב 10 כדי להקל על השוואת הציונים לכלי האיתור השכיח והמוכר יותר לקלינאי דיסוציאיציה: ה- Dissociative Experiences Scale (DES) שמציג את ציוניו בטווח 0-100.

H-IES-R - גרסה עברית של The Impact of Events Scale - Revised Version

ה- IES-R (Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt, and Forman, 1996; Weiss, 1995) הינו כלי שתוכנן להתאים לקריטריונים של הפרעת דחק פוסט טראומטית (PTSD) לפי ה- DSM-IV. השאלון מורכב מ- 22 פריטים הנמדדים על סולם ליקרט בן 4 נקודות, מ (1) "כלל לא" ועד (4) "במידה רבה מאד". ל- IES-R ישנם שלושה תתי סולמות: הימנעות (8 פריטים), חודרנות (7 פריטים), ועוררות יתר (7 פריטים). כלי זה הפגין תכונות פסיכומטריות גבוהות (Marmar et al., 1996; Weiss et al., 1995). תהליך העיבוד לעברית של כלי זה כלל תרגום ותרגום-חוזר על ידי השוואת גרסאותיהם של שני אנשי מקצוע השולטים בשתי השפות. הגרסה העברית במחקרנו

הוכחה מהימנות של $\alpha = 0.96$ לקבוצת המחקר ו- $\alpha = 0.94$ לקבוצת הביקורת הפסיכיאטרית (אלפא של קרונברך).

שאלון מצוקה פרי-טראומטית, גרסה עברית (H-Peritraumatic Distress)

(inventory - PDI) – זהו שאלון דיווח אישי בן 13 פריטים המודד מצוקה במשך ומיד לאחר אירוע טראומטי. הוא מצויין מ-0 (כלל לא) עד 4 (במידה רבה מאד). אלפא של קרונברך דוחה לשאלון זה $\alpha = 0.75$, ומהימנות מבחן חוזר של $\alpha = 0.74$ (Brunet et al, 2001). כן הודגמה תקפות כנגד כלים שונים (Brunet et al., 2001). במחקרנו הוכחה הגרסה העברית מהימנות טובה יותר מאשר דווח על ידי מפתחי הכלי, אלפא של קרונברך $\alpha = 0.91$ לקבוצת הביקורת והמחקר.

גרסה עברית ל- R-90-SCL (Symptom Checklist-90-Revised) – זהו שאלון

דווח עצמי בן 90 פריטים המיועד לסייע בזיהוי פסיכופתולוגיה עכשווית. כל פריט מתאר סמפטום ספציפי והנחקר מציין באיזו מידה הוטרד על ידי סמפטום זה בשבוע האחרון על סולם ליקרט בן 5 נקודות, מ-0 (כלל לא) ועד 4 (במידה רבה). לשאלון ישנם תשעה תתי סולמות עיקריים: סומטיזציה, טורדנות-כפייתיות, רגישות בין-אישית, דיכאון, חרדה, עוינות, חרדה פובית, חשיבה פרנואידיית, פסיכוטיסיזם). כן קיימים עבור השאלון שלושה אינדקסים המציינים מצוקה: אינדקס חומרה כללי, אינדקס תסמיני מצוקה פעילים, ואינדקס תסמינים חיוביים כללי. כלי זה תורגם למעל 24 שפות, והתפרסמו לגביו מחקרים רבים באוכלוסיות מגוונות. מהימנות (קרונברך) עבור כלי זה משתנה בין $0.77 - 0.90$ במדדי הסימפטומים השונים. הגרסה העברית במחקרנו הוכחה מהימנות של $\alpha = 0.98$ לקבוצת המחקר ו $\alpha = 0.97$ לקבוצת הביקורת הפסיכיאטרית (Derogtis and Savitz, 2000).

שאלון חוויות טראומטיות 2 - TEQ (Traumatic Experiences Questionnaire)

– ה-TEQ (Nijenhuis et al., 1996) הינו שאלון דווח עצמי שבו המשיב מתבקש לסמן באילו מתוך 25 אירועי חיים טראומטיים המוצגים בשאלון התנסה בחייו. השאלון המקורי בודק את הנחקרים לגבי מידת הקרבה של הפוגע (בני משפחה, קרובים, אחרים), משך

ותדירות הפגיעה, וכן לגבי השלב ההתפתחותי (למשל, גיל 0-6, 7-12, 13-18) בו התרחשה הפגיעה. המחקר הנוכחי השתמש בגרסה חלקית של ה-TEQ המקורי, ועסק רק במידת הקרבה של הפוגעים, וזאת בשל המורכבות הרבה של כלי המחקר באוכלוסייה מורכבת זו. הכלי המקורי הוכיח מהימנות (אלפא של קרונברך) טובה $\alpha = 0.90$, ומהימנות מבחן חוזר של $\alpha = 0.91$ (Nijenhuis, Van der Hart, & Vanderlinden, J. 1996;). (Nijenhuis, E.R., Van Der Hart, O. & Kruger, in press. השאלון תורגם ותורגם חזרה על ידי דוברי אנגלית כשפת אם, ההבדלים עובדו לגרסה העברית. מהימנות השאלון במחקר זה הייתה $\alpha = 0.81$ לקבוצת המחקר ו- $\alpha = 0.78$ לקבוצת הביקורת.

תוצאות

מהימנות הכלים. טבלה 8 מציגה את העקביות הפנימית של השאלון המרכזי להערכת פסיכופתולוגיה דיסוציאטיבית. להוציא תת-סולם אחד, בו רמת העקביות הפנימית הייתה נמוכה (Psychotic Screener), ואחר שבו היא הייתה מניחה את הדעת (Factitious Behavior) בכל שאר תת-הסולמות ובשאלון ככלל הייתה רמת המהימנות בדרך כלל טובה מאוד עד מעולה. בסך הכול הייתה המהימנות הכוללת של הכלי 0.99. עבור קבוצת הנגמלים ו 0.94. עבור קבוצת הביקורת.

טבלה 8 : עקביות פנימית (אלפא של קרונברך) של האינדקסים (MID) במחקר בקרב נחקרי קבוצת הנגמלים (N=103) וקבוצת הביקורת (N=45)

MID	N Items	Alpha	
		Detox	Control
Defensiveness/Cognitive Distraction	12	.9240	.8881
Rare Symptoms	12	.9166	.9624
Factitious Behavior	7	.7289	.8905
Attention-Seeking Symptoms	7	.8180	.6534
NS Symptoms	12	.8876	.8710
Memory	12	.8432	.9091
Depersonalization	12	.8577	.8963
Derealization	12	.8856	.9342
Flashbacks	12	.8856	.9076
Somatoform	12	.8580	.8481
Trance	12	.8915	.9478
Identity Confusion	12	.9036	.8866
Voices	12	.9258	.9419
Ego Alien Experiences	12	.8855	.8461
Self-Alteration	12	.8519	.9130
Self-States and Alters	12	.9034	.9120
Discontinuities of Time	12	.8841	.9356
Disremembered Behavior	12	.8760	.9323
Ancillary	12	.8444	.8610
Schneiderian First-Rank Symptoms	35	.9520	.9534

Psychotic Screener	4	.5899	.8611
MID dissociation	168	.9700	.9654
Total MID index	218	.9905	.9409

כדי לתקף את ה-MID חשבנו מתאמים בין הסולמות הקליניים של הכלי (ללא סולמות התיקוף) לבין אינדקסי המחקר האחרים. מתאמי פירסון מורים על קשרים מובהקות הכלי לבין כל אחד מקריטריוני התיקוף. ה-MID קשור למדדים של היסטוריה טראומטית, דיסוציאציה פרי-טראומטית תסמיני פתולוגיה פוסט-טראומטית ומצוקה פסיכופתולוגית כללית. יחד עם זאת, הכלי מסביר רק 19-44% מהשונות המוסברת של האינדקסים האחרים, עובדה המצביעה על כך שהוא מודד עולם תוכן ייחודי שאינו מכוסה על ידי השאלונים האחרים.

טבלה 9: מתאמי פירסון בין משתני המחקר

	TEQ	PDI	IES	SCL-90I
Mid-dissoc	.436(**)	.435(**)	.514(**)	.667(**)
TEQ	1	.552(**)	.313(**)	.457(**)
PDI		1	.610(**)	.537(**)
IES			1	.591(**)
SCL-90				1

Sig. <0.01**

כדי להעריך מי מהמשתנים התלויים המרכזיים של המחקר מבחין באופן מובהק בין קבוצת הנבדקים ממרפאות הלחץ והטראומה לבין קבוצת הנגמלים, בדקנו ראשית את ההבדלים בין הקבוצות ביחס לממצעים והסכומים של האינדקסים המרכזיים של מחקר זה (טבלה 10).

טבלה מספר 10 : הבדלים בממוצעי האינדקסים בין קבוצת המחקר והביקורת

המשתנה	קבוצה	N	ממוצע	סטית תקן	t(df)	Mean Difference
ממוצע הסולמות הקליניים של ה MID	ביקורת	46	13.32	14.924	-1.606(145)	-8.72456
	נגמלים	101	17.683	15.443	Equal variances	
היסטוריה טראומטית (סכום ה TEQ)	ביקורת	45	5.2889	3.99785	-2.372(137)*	-2.285
	נגמלים	94	7.5319	5.16336	Not Equal variances	
דיסוציזיה פרי- טראומטית (סכום ה PDI)	ביקורת	44	23.2727	14.09167	-.315(137)	-.79043
	נגמלים	95	24.0632	13.59506	Equal variances	
תסמינים פוסט- טראומטיים (סכום ה IES)	ביקורת	42	38.8810	27.25329	1.583(133)	7.88095
	נגמלים	93	31.0000	26.56616	Equal variances	
תסמינים פסיכופתולוגיים (סכום ה SCL)	ביקורת	45	195.4889	68.93001	1.556(135)	18.81860
	נגמלים	92	177.1196	65.79536	Equal variances	

Sig.<0.05*

בדיקת הבדלי שונויות בין הקבוצות נערך באמצעות מבחן Levene. הממצאים מורים על קיום הבדלים מובהקים בין קבוצת הביקורת לבין קבוצת הניסוי ביחס לאינדקס TEQ בלבד.

ממצאי מבחן t לבדיקת הבדלי ממוצעים בין מדגמים בלתי תלויים, מורים על ממוצע גבוה באופן מובהק בקרב נבדקי קבוצת המחקר בהפרש של 2.3 יחידות בקירוב. בדיקת הבדלי שוניות של שתי הקבוצות בהתייחס לאינדקס TEQ, באמצעות Levene's Test, מורה על שוניות דומות בקירוב בין הקבוצות ועל כן ההתייחסות אליהן כאל קבוצות הומוגניות.

בבחינת נורמאליות ההתפלגות של האינדקסים הכלליים ניכר כי שלושה אינדקסים אינם מפולגים נורמאלי, MID, IES, TEQ. מבחני המובהקות שהופעלו התחשבו בממצאים אלה.

המטרה העיקרית של המחקר הייתה בדיקת שכיחות ועומק התחלואה הדיסוציאטיבית בקרב מכורים לסמים בישראל בהשוואה לקבוצת ביקורת של נבדקים במרפאות המתמחות בטראומה. נמצא כי בקבוצת נגמלי הסמים הציון הממוצע של ה MID עמד על 17.7 (סטיות תקן 15.4) לעומת 13.3 (סטיות תקן 14.9) בקבוצת הביקורת. בדיקה מעמיקה יותר של ההבדלים בין הקבוצות מעלה כי 34% מכלל אוכלוסיית נפגעי הסמים מקבלים ציון גבוה מ-21 ב MID. זו נקודת חתך המומלצת על ידי מפתח הכלי לצורך איתור תחלואה דיסוציאטיבית. כ- 15% קיבלו ציון בין 15-20 ב MID, דבר המעיד על סבירות בינונית לתחלואה דיסוציאטיבית או פוסט-טראומטית. כלומר 49% מאוכלוסיית הנגמלים סבלו מרמה בינונית ומעלה של תסמיני תחלואה דיסוציאטיבית. המשתתפים בקבוצת הביקורת בה השתמשנו במחקר זה הורכבה ממטופלים שהגיעו לטיפול בגלל אירועי חיים קשים במרפאות המתמחות הסיוע לנפגעי טראומה. נמצא כי קבוצת הנגמלים מסמים מתאפיינת בחומרה של תחלואה דיסוציאטיבית הגבוהה משמעותית מזו שנמדדה בקרב נבדקים ממרפאות המתמחות בלחץ נפשי וטראומה. למעשה נמצא כי שליש מכלל אוכלוסיית הנגמלים סובלים כנראה מהפרעות דיסוציאטיביות בטווח הפתולוגי, לעומת 10% בקרב נבדקי הביקורת. נתונים אלא מוצגים בטבלה מספר 11 להלן.

טבלה מספר 11: צלווח קבוצות הנבדקים עם הציון הממוצע ב MID

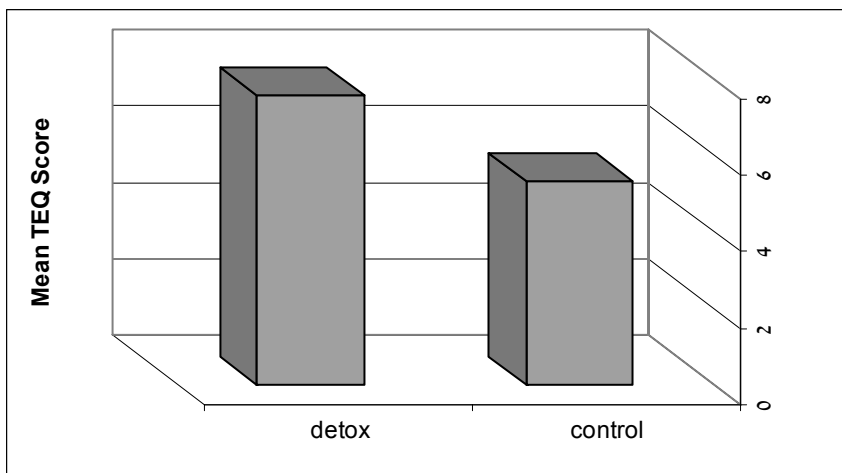
Mean Mid Score		Detox	Control	Total
0=<MID=<14	n	47	26	73
	%	52.2%	66.7%	56.6%
15=<MID=<20	n	13	9	22
	%	14.4%	23.1%	17.1%
21=<MID	n	30	4	34
	%	33.3%	10.3%	26.4%
Total	n	90	39	129
	%	69.8%	30.2%	100.0%

מטרת המחקר אחרת הייתה בחינה מחודשת של הקשר בין התחלואה דיסוציאטיבית להיסטוריה טראומטית. ממצאי המחקר שלנו מעלים מספר קשרים מובהקים. על אף שקבוצת הביקורת נדגמה ממרפאות המתמחות בלחץ טראומטי נמצאו כמה הבדלים מובהקים בין הקבוצות. למשל, נמצא קשר בין השתייכות הנבדקים לקבוצת הנגמלים לבין חוויית של הזנחה רגשית ע"י קרובי משפחה (לא ממשפחת הגרעין) ($\chi^2(1)=15.440;Sig.=0.000;2\text{-sided}$). בעוד ש- 42% מכלל המטופלים בקבוצת המחקר דיווחו על התנסות מעיין זו, רק 9% מכלל הנבדקים בקבוצת הביקורת דיווחו על חוויה דומה. נמצא גם קשר מובהק ($\chi^2(1)=6.481;Sig.=0.014;2\text{-sided}$) בין השתייכות הנבדק לקבוצת הנגמלים לבין התנסותו בפגיעה רגשית ע"י קרובי משפחה רחוקים יותר. בעוד ש- 28% מכלל נבדקי קבוצת המחקר דיווחו על התנסות מעיין זו, רק 9% בקירוב מכלל נבדקי קבוצת

הביקורת דיווחו על טראומה דומה. כמוכן, נמצא קשר מובהק בין השתייכות הנבדק לקבוצת הנגמלים לבין התנסותו בפגיעה גופנית ע"י אנשים שאינם קרובי משפחה (נמצא כי $\chi^2(1)=7.663; Sig.=0.006; 2-sided$). בעוד ש-30% מכלל נבדקי קבוצת המחקר דיווחו על התנסות מעיין זו, רק 7% בקירוב מכלל נבדקי קבוצת הביקורת דיווחו על טראומה דומה. הנתונים מוצגים בטבלה מספר 10.

כשבדקנו את ממוצעי האינדקסים המרכזיים במחקר והשווינו בין קבוצת הניסוי והביקורת נמצא כי בממוצע קבוצת הנגמלים לא הייתה שונה מקבוצת מטופלים פסיכיאטריים במרפאות לחץ וטראומה בכל הנוגע למצוקה נפשית, מצוקה פוסט-טראומטית ודיסוציזיה, אבל מבחן t לבדיקת הבדלי ממוצעים בין מדגמים בלתי תלויים הראה שלנגמלים מהרואין היה ציון טראומה (TEQ) משוקלל גבוה יותר. בדיקת הבדלי שוניות של שתי הקבוצות בהתייחס לאינדקס TEQ, באמצעות Levene's Test, מורה על שוניות דומות בקירוב בין הקבוצות ועל כן ההתייחסות אליהן כאל קבוצות הומוגניות. תרשים 1 וטבלה 12 מטילים אור נוסף על ההבדל בין הקבוצות ביחס להתנסויות טראומטיות.

תרשים 1 : התפלגות ממוצעי האינדקסים הכלליים במחקר בין נבדקי קבוצת הביקורת לבין נבדקי קבוצת הניסוי



טבלה 12 : צלוח של חוויות טראומטיות בילדות וקבוצות המחקר

<i>Item</i>	קבוצות המחקר	
	חוויות טראומטיות	Detox
		Control
הזנחה רגשית ע"י הורים, אחים	57.0%*	33.3%
הזנחה רגשית ע"י קרובים רחוקים יותר	41.9%**	8.9%
הזנחה רגשית ע"י מי שאינם קרובי משפחה	35.5%	26.7%
פגיעה רגשית ע"י הורים, אחים	59.1%	42.2%
פגיעה רגשית ע"י קרובה משפחה רחוקים יותר	28.0%*	8.9%
פגיעה רגשית ע"י אנשים שאינם קרובי משפחה	40.9%	26.7%
פגיעה גופנית ע"י הורים, אחים	39.8%	26.7%
פגיעה גופנית ע"י קרובי משפחה רחוקים יותר	11.8%	2.2%
פגיעה גופנית ע"י אנשים שאינם קרובי משפחה	26.9%**	6.7%
הטרדה מינית ע"י הורים, אחים	5.4%	6.7%
הטרדה מינית מצד קרובי משפחה רחוקים יותר	6.5%	2.2%
הטרדה מינית מצד אנשים שאינם קרובי משפחה	14.0%	17.8%
ניצול/התעללות מינית ע"י הורים, אחים	7.5%	8.9%
ניצול/התעללות מינית ע"י קרובי משפחה רחוקים יותר	5.4%	2.2%
ניצול/התעללות מינית ע"י אנשים שאינם קרובי משפחה	18.3%	8.9%

Sig.<0.05*

Sig.<0.01**

מטרת מחקר חשובה אחרת הייתה לאמוד שכיחות תחלואה פוסט-טראומטית בקרב

נגמלים מהרואין. נמצא כי כ- 61% מאוכלוסיית הנגמלים חשודים כסובלים מ PTSD.

הנתונים הושאו לנתוני PTSD של מטופלים במרפאות המתמחות בתוצאות טראומה ולהלן הנתונים.

הכלי בו השתמשנו לאמוד PTSD הוא ה- IES, המכיל 22 פריטים המדורגים בסולם בין 0 ל-

5 (0,1,3,5) המציינים את הרמות, בכלל לא, במידה מועטה, במידה מסוימת ובמידה רבה

מאוד בהתאמה. פריטים אשר הדירוג עליהם הינו 3 או 5 קודדו כ- 1, אחרת קודדו כ- 0.

(a) Avoidance subscale : סכום הפריטים 5,7,8,11-13,17,22. הציון נע בסקאלה שבין 0-8.

(b) Intrusion subscale : סכום הפריטים 1-3,6,9,12,20. הציון נע בסקאלה שבין 0-6.

(c) Hyperarousal subscale : סכום הפריטים 4,10,14,15,18,19,21. הציון נע בסקאלה שבין 0-7.

על פי אמות המידה האבחנתיות של ה DSM- IV, נחקר אשר עונה על הקריטריון הבא :

▪ a>=3

▪ b>=1

▪ c>=2

אובחן כ- Probable PTSD.

טבלה מספר 13 : צלווח של קבוצות המחקר ואבחון של חשד ל PTSD

PTSD	Experiment Group		Total (n)
	Detox	Control	
No PTSD	38.9%	28.7%	70% (42)
Probable PTSD	61.1%	71.3%	30% (98)
Total (n)	100% (18)	100% (122)	100% (140)

נערך מבחן Chi-Square אשר ממצאיו מורים ששיעור התחלואה הפוסט-טראומטית בקרב הנגמלים מהרואין אינו שונה באופן מובהק מזה הנמדד בקרב מטופלים במרפאות המתמחות בלחץ טראומטי (קב' הביקורת. $Sig>0.5$). 72% בקירוב מכלל נבדקי קבוצת הביקורת מזוהים כ- PTSD וכמו כן 61% מכלל נבדקי קבוצת הנגמלים.

טבלה מספר 14: צלווח קבוצות הנגמלים לבין PTSD

Group	On Agonist Therapy	Early Full Remission In a controlled Environment	Early Full Remission ; recovered over 6 months	Total
PTSD				
No PTSD	28.70%	29.90%	41.40%	100% (n=88)
Probable PTSD	18.20%	9.10%	72.70%	100% (n=11)

לבחינת ההבדלים בין קבוצות הנגמלים ביחס להפרעת לחץ פוסט-טראומטי מבחן א-פרמטרי Brown-Forsythe (מבחן לבדיקת הבדלי ממוצעים בין מדגמים בלתי תלויים). כן נעשה שימוש במבחן זה על מנת לבדוק אילו סולמות (תת-אינדקסים) מבחינים בין קבוצות הנגמלים. התוצאות מוצגות בטבלה מספר 15 להלן.

טבלה מספר 15 : הבדלי ממוצעי האינדקסים במחקר בין קבוצות הנחקרים על פי חלוקתם לקבוצות הנגמלים

Group	On Agonist Therapy	Early Full Remission In a controlled Environment	Early Full Remission, drug free over 6 months	Asymp. Sig.
סולמות MID				
Defensiveness/Cognitive Distraction	41.7143	39.5714	54.8	0004.0
Factitious Behavior	9.6071	4.0357	11.4222	0.0250
Memory	26.2857	23.1429	37	0.0360
Flashbacks	17.1429	13.6786	28.7778	0.0207
Somatoform	9.1071	9.8571	18.5	0.0470
Identity Confusion	29.1071	20.8571	37.9111	0.0218
Ego Alien Experiences	21.2857	19.2143	35.4222	0.0297
Self-Alteration	17.1786	13.8929	26.6222	0.0376
Self-States and Alters	16.3571	10.1071	24.5333	0.0308
Ancillary	17.6786	17.1429	30.3333	0.0105
Schneiderian First-Rank Symptoms	57	46	92.5556	0.0123
סולמות IES				
Avoidance Subscale	10.1364	8.5926	14.4545	0.0416
Intrusions Subscale	8	6.8519	12.7045	0.0192
Hyperarousal subscale	6.5	7.2222	12.1364	0.0336
Interpersonal sensitivity	15.5217	14.16	19.1364	0.0176
סולמות SCL-90				
Anxiety	17.2174	15.12	21.9545	0.0015
Hostility	10.4348	8.9200	13.0909	0.0153
Phobic Anxiety	10.2609	9.7200	13.6591	0.0207
Psychoticism	15.5652	14.28	20.6136	0.0067

מן הטבלה שלעיל עולה כי המצוקה הנפשית הגבוהה ביותר באופן עקבי מאותרת דווקא בקבוצת הנגמלים הנקיים מעל 6 חודשים. הקבוצה השנייה בעוצמת הפתולוגיה הנפשית

שנמדדה במחקר זה היא קבוצת הנגמלים המטופלים באמצעות מתדון, וזאת למעט שני סולמות: עירור-יתר (Hyperarousal) ותסמיני חרדה סומטופורמיים (Somatoform) בהם ניכר ממוצע בעל ערך נמוך מכל בקבוצה המטופלת באמצעות תחליף סינתטי המדמה את הפעולה המרגיעה של ההרואין.

דין

מחקר זה עשה שימוש בכלי אבחון חדש להפרעות ניתוקיות ה-MID. ה-MID ארוך יותר מה-DES, כלי האיתור הקיים, אבל מתייחס בהרחבה לסימנים פסיכיאטריים ניתוקיים ההכרחיים לזיהוי נכון של תחלואה דיסוציאטיבית. מהימנותו גם בקרב אוכלוסיית הנגמלים שנבדקה גבוהה ביותר. שיטת איסוף הנתונים הקפדנית, הסיוע האישי והתמיכה שהוגשו למשיבים בנוסף להמוטיבציה הכנה שלהם לסייע למחקר, תרמו רבות, ככל הנראה, לאיכות הנתונים שנאספו. הכלי תוקף תיקוף נוסף במחקר זה בכך שהראה מתאמים מובהקים עם מדדי טראומה ומצוקה נפשית נוספים שמולם לא תוקף במחקר קודם (Somer & Dell, In press). העובדה שה-MID מסביר רק 19-44% מהשונות של הכלים האחרים מראה את יחודו של עולם התוכן המיוצג במבחן בהשוואה למדדי הטרומה והמצוקה הנפשית בהם נעשה שימוש בפרויקט זה.

מחקר זה מוסיף על הידע הקיים בכל הנוגע לתחלואה כפולה של הפרעות דיסוציאטיביות ושימוש בסמים ומחזקת את המאגר הראיות בדבר הצורך לחפש תחלואה ניתוקית בקרב מכורים לסמים (Ross et al, 1992; Schulte, Dinwiddie, Pribor & Yutzy, 1995; Dunn, Ryan & Paolo, 1994). הנתונים המוצגים בדוח זה מצביעים על כך כי לנפגעי סמים יש הסתברות גבוהה יותר להיות גם פגועים מהפרעות ניתוקיות. נתונים ראשוניים מישראל שהוצגו במחקרם של זומר ואבני (Somer & Avni, 2003) הראו כי משתמשים בהרואין מחפשים דרכים ליצור "דיסוציאציה כימית" באמצעות הסם וכי כלי מיון ואיתור כמו ה-DES מסמן אפשרות כי אוכלוסיה זו מועדת יותר לתחלואה דיסוציאטיבית. המחקר הנוכחי עשה שימוש בכלי מורכב הרבה יותר שנועד מלכתחילה לאבחון ולא רק לאיתור תחלואה ניתוקית. הממצאים מספקים ראיות ברורות לכך כי בקרב אוכלוסיית

הנגמלים יש שיעורים יותר גבוהים של תחלואה ניתוקית בהשוואה לזו שנמצאה במדגם המטופל במרפאות בריאות נפש המתמחות הלחץ טראומטי.

ב 14 מתוך 15 הקטגוריות של היסטוריה טראומטית (TEQ), אוכלוסיית נפגעי הסמים שנחקרה על ידינו הראתה פגיעה גבוהה יותר מאשר קב' הביקורת. המדדים הבולטים בתחומי ההיסטוריה הטרומטית הינם: הזנחה רגשית על ידי המשפחה המיידית, הזנחה רגשית על ידי קרובים רחוקים יותר, פגיעה רגשית על ידי קרובי משפחה, ופגיעה גופנית על ידי אנשים שאינם קרובי משפחה. ממצאים אלה תומכים בראיות מחקריות מתחום הפסיכופתולוגיה ההתפתחותית המצביעים על כך שבעיות נפשיות של הורים המתבטאות בהזנחה ופגיעות נפשיות עלולות לפגוע בדפוסי ההתקשרות (attachment) של צאצאיהם ולתרום להיווצרותן של הפרעות התקשרותיות בלתי מאורגנות (Disorganized attachment). ראיות מחקריות עדכניות מצביעות על הפרעות התקשרות כאלה כעל גורם סיכון להתפתחות פסיכופתולוגיה דיסוציאטיבית (Liotti et al. 2000; Paquini et al. 2002; Miti & Ciaia, 2003).

כ- 31% נכלל נפגעי הסמים מדווחים על ניצול/התעללות מינית, לעומת כ- 20% בלבד מקב' הביקורת. חשוב להדגיש כי 18.3% מכלל המדווחים על ניצול והתעללות מינית בקרב נפגעי הסמים, מדווחים על סוג זה של פגיעה על ידי אנשים שאינם קרובי משפחה, וזאת לעומת 8.9% בקב' הביקורת. ניתן לומר כי מעבר לעובדה כי ההיסטוריה הטרומטית של נפגעי הסמים גבוהה יותר מזו של קבוצת הביקורת, בולטות הקטגוריות של פגיעות על ידי אנשים שאינם קרובי משפחה. כתוצאה של ההזנחה הרגשית וההתעללות הנפשית בבית שתועדה כאן, העדיפו רבים מהמשיבים בלות זמן רב בילדותם מחוץ לכותלי הבית והמשפחה (הסתובבות בשכונה, סביבה חברתית מדרדרת, מעצרים, וכו') מתוך תקווה שיהיו בטוחים יותר שם. הנתונים המוצגים במחקר זה מראים כי נפלו מן הפח אל הפחת. בנוסף, מורים הממצאים כי כ- 61% מקרב אוכלוסיית נפגעי הסמים עונים ככל הנראה גם על הקריטריונים של אבחנה משוערת של PTSD.

הבדלים בין שלוש תת הקבוצות בקרב אוכלוסיית נפגעי הסמים. ברוב סולמות ה MID, ב IES-, וב- SCL נמצא כי תת קבוצת נפגעי הסמים הנקיים יותר מחצי שנה (N=42 ומתוכם 32 מקהילה טיפולית) הראו תחלואה דיסוציאטיבית, מצוקה פוסט-טראומטית, ומצוקה פסיכיאטריות ברמות גבוהות יותר מאשר שתי תת הקבוצות האחרות באוכלוסייה זו. על המדדים האלה נמצא כי בקרב קבוצת הנקיים יותר מחצי שנה נמדדה מצוקה נפשית ברמה גבוהה יותר מזו שנמדדה בקרב משיבים מן הקבוצה שטופלה במתדון, אשר ממוצע מדדי המצוקה שלה היה גבוה יותר מזה שנמדד בקרב קבוצת הנגמלים שהיו בתחילת דרכם (לאחר כשלושה שבועות גמילה במחלקה אישפוזית). נראה כי מספר גורמים סייעו למטופלים בשתי הקבוצות המתחילות להתמודד טוב יותר עם בעיותיהן הנפשיות וכי בהיעדר משאבים אלה, הורע מצבם של הנגמלים בקבוצה השלישית. האופטימיות של המטופלים בתחילת דרכם לגמילה וניקיון מסמים מהווה, כנראה, גורם המעניק עידוד וכוח וממסך את הפתולוגיה הנפשית הבסיסית (או הקו-מורבידית). מטופלים הנמצאים בטיפול תחליפי (מתדון) זוכים במידה מסוימת להקלה בסימפטומים, כתוצאה בין היתר של התרופה הפסיכואקטיבית המחקק את פעולת ההרואין. מטופלים במסגרת אישפוזית זוכים להישען על הכוח המרסן של המערכת הטיפולית ועל תמיכה מקצועית וקולגיאית (מעמיתיהם הנגמלים) מאסיבית 24 שעות ביממה. לעומתם המטופלים הנקיים יותר מחצי שנה, עומדים חשופים לנוכח עתיד בלתי ידוע בו הם עשויים למצוא עצמם ללא טיפול נפשי-תמיכתי וללא תרופות פסיכואקטיביות מסייעות. דבר זה חושף, ככל הנראה, פסיכופתולוגיה בלתי פתורה, מגביר את מצוקתם ומעלה לפני השטח תסמינים פסיכיאטריים שונים, ובולטים בהם תסמיני תחלואה פוסט-טראומטית ותחלואה ניתוקית.

השלכות לטיפול ומחקר עתידי. מחקר זה מחזק את ההבנה כי שימוש בסמים, לפחות בחלקו, קשור לצרכים של המטופלים למסך הפרעות דיסוציאטיביות, פוסט-טראומטיות ופסיכיאטריות, ועולה בקנה אחד עם תיאורית הריפוי העצמי (self-medication) (Murphey & Khantazian, 1996). תיאוריה זו גורסת כי ההתמכרות לסמים הינה סוג מסוים של ניסיון לטפל במצוקה פסיכולוגית המתפתחת לפיתרון מאלאדפטיבי לבעיות פסיכולוגיות

מורכבות (יעקובי, לונטל, וסולימן, 1990). הממצאים שלנו זה מדגישים את הצורך להתייחס להפרעות אלה באופן ייחודי במהלך הטיפול בנפגעי הסמים, במסגרת ההבנה הרווחת (NIDA, 1999; Hovav Lawental, and Lawental, 2004) שהאספקטים הפסיכו-סוציאליים מהווים חלק חשוב מהבנת תופעת ההתמכרות ומדגישים את הצורך להעמיק את ההכשרה של צוות הטיפול בגמילה באיתור תחלואה פוסט-טראומטית וניתוקית לצורך הפניה לטיפול על ידי מומחים בתחום

1. כללית, נמצא כי שיעור ה PTSD באוכלוסיית הנגמלים היה 61%. במחקר זה נמצא

שאספקט בולט בקרב אוכלוסיית נפגעי הסמים הם פגיעות והתעללויות ממקורות שונים ולאורך שלבים התפתחותיים שונים. אורח החיים של נפגעי הסמים הופך אותם פגיעים יותר מקבוצת ביקורת של מטופלי לחץ וטראומה לאירועים טראומטיים המתרחשים **מחוץ** לבית ולמשפחה. הטיפול בנפגעי סמים צריך, על כן, לנסות לאתר מקורות רחבים לטראומטיזציה שכוללות לא רק התעללות והזנחה במשפחה אלא גם לפגיעות הקשורות באלימות ופשע. על המטפלים בנפגעי סמים להיות אמונים בגישות טיפוליות רב-מימדיות ורב-תיאורטיות הכוללות בנוסף לגופי ידע התפתחותיים ופסיכודימיים, גם על תיאוריות ומודלים התנהגותיים ופסיכו-סוציאליים המפנים תשומת לב גם לסביבה החברתית ולהשפעותיה הפוגעות באוכלוסיה זו.

2. במחקר זה נמצא כי הקבוצה הסובלת ביותר מהפרעות דיסוציאטיביות, טראומטיות

ופסיכיאטריות היא דווקא הקבוצה של הנגמלים הנקיים מסמים מעל חצי שנה (רובם עדיין במסגרת קהילה טיפולית). על המטפלים בנפגעי סמים להתייחס לעובדה זו, ולהבין כי ראוי להתייחס באופן אינטנסיבי ביותר לכך, דווקא בשלבים אלה של תהליכי ההחלמה, שהנגמלים עומדים חשופים, ללא "הגנת" הסם, ללא הגנת התחליף הסינתטי, וללא הגנת המסגרת האישפוזית האינטנסיבית. בשלב זה נמצאים הנגמלים על סף היציאה לחיים עצמאיים. שלב מעבר זה עלול להגביר משמעותית את הלחץ ולהחמיר את המצוקה הנפשית הפוסט-טראומטית והניתוקית. ללא

התייחסות מיומנת לתסמינים אלה בקרב "הקבוצה החזקה" יחסית של הנגמלים, עולה הסכנה למעידה וחזרה לשימוש בסם.

3. לאור האמור, נראה כי חלק משמעותי של הטיפול בנפגע הסמים, צריך להתבצע רק בשלבים המתקדמים של הטיפול, כאשר המטופל מגיע לבשלות להתייחסות לבעיות אלה. מצב זה במקרים מסוימים יכול לקרות גם לאחר שהמטופל נמצא גם לאחר שנה או שנתיים בטיפול (עיקרון 13, NIDA, 1999). נראה כי דווקא בשלבים המתקדמים של הטיפול בולט הצורך במטפלים מיומנים, האמונים על טיפול פסיכולוגי-נפשי-רגשי מעמיק יותר, זאת לעומת טיפול תמיכתי הדורש פחות מיומנות מקצועית פורמאלית המתאים לשלבי טיפול מוקדמים יותר (McLellan, 2003). נקודה זו גם היא עשויה להיות משמעותית בתכנון ההכשרה ואיוש תכניות הגמילה לנפגעי סמים על שלביהן השונים.

4. יתכן שמסגרות הגמילה הנוכחיות אינן מותאמות על מנת לתת מענה הולם לצרכים הטיפוליים של נגמלים רבים. תיקון של דפוסי התקשרות לקויים, עיבוד של טראומות טריות יחסית המסובכות על ידי היסטוריה של טראומטיזציה כרונית, ותחלואה פוסט-טראומטית ודיסוציאטיבית, הם משימות מורכבות הדורשות הכשרה עמוקה, מיומנויות טיפוליות ספציפיות, ניסיון רב או הדרכה אינטנסיבית, וחשוב מכל משאבים המאפשרים טיפול נפשי ארוך-טווח. בהיעדר מענים אלה, יש לשקול היטב את הצידוק שבתהליך הגמילה מחומרים שמעניקים למשתמשים פונקציה של self-medication.

5. לסיכום, מחקר זה מעלה אל פני השטח דילמה בטיפול גמילה בנפגעי הרואין.

מעצבי מדיניות טיפולית לאוכלוסיה זו צריכים לשקול בין שתי חלופות התערבות:

א. העמקת ההכשרה של המטפלים בנפגעי סמים תוך התמקדות על רכישת

מיומנות בדרכי הטיפול בהפרעות פוסט טראומטיות ובתוצאות של

טראומטיזציה כרונית בילדות, במיוחד זו המאופיינת בתחלואה

דיסוציאטיבית. הכשרת מטפלים בתחום צריכה להסב קשב לקבוצה שנחשבת כיום לקבוצה החזקה והבריאה ביותר מקרב הנגמלים מהרואין: אלה שנקיים מעל לחצי שנה. קבוצה זו נחשפה במחקר זה כקבוצה הסובלת ביותר.

ב. בשיחות שניהלנו עם המדענית הראשית במהלך איסוף הנתונים ולאחר סיום עיבודם, הועלתה חלופת התערבות בלתי שגרתית. מקובל לחשוב ברפואה ובפסיכולוגיה שאם התערבות טיפולית מסוימת יוצרת החמרה במצב, יש לשקול את הפסקתה ויש להימנע מלהציע אותה בעתיד. ההשלכה לנתונים שלפנינו היא שיתכן ויש לשקול שלא להציע טיפולי גמילה במקרים שבהם יש ראיות ראשוניות כי יתכן ובסיס ההתמכרות עומדים נזקים של טראומטיזציה כרונית. ממצאי מחקר זה מצביעים על כך, שמצבם הנפשי של מטופלים כאלה עלול להחמיר כתוצאה מטיפול הגמילה.

ג. יש לראות עבודה מחקרית כעבודה פרלימינרית. מספר הנבדקים, הקטן יחסית מצדיק המשך איסוף נתונים. מחקרי המשך צריכים לשכלל את אופנויות המיון כך שקבלת החלטות ביחס להפניה לגמילה תהיה מושגת על קבלת החלטות מושכלת. מחקרים השוואתיים יוכלו לבדוק טיפולי יעילות של טיפולים חלופיים לגמילה, או טיפולי הכנה לגמילה בקרב משתמשים שעבורם יש אינדיקציה לתחלואה פוסט-טראומטית וניתוקית.

רשימת סימוכין

יעקובי, צ., לונטל, א., וסולימן, פ. (1990). אספקטים פסיכופתולוגיים של נפגעי סמים
ישראליים, שיחות, 4 (3), 181-197.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of
mental disorder (Fourth Edition) Washington, DC: Author.

Brown B.G. (1990). Dissociative disorders as sequel to incest. In R.P. Kluff
(Ed), Incest - related syndromes of adult psychopathology. Washington,
DC: American Psychiatric Press, Inc.

Brunet, A., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Best, S. R., Neylan, T. C., Rogers, C.,
Fagan, J., Marmar, C. R. (2001) The Peritraumatic Distress Inventory: A
proposed measure of PTSD criterion A2. American Journal of
Psychiatry 158(9), 1480-1485.

Dell, P.F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity
disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 10-15.

Dembo, R., Dertke, M., La Voie, L., Borders, S., Washburn, M. & Shmiedler.
J. (1987). Physical abuse, sexual victimization and illicit drug use A
structural analysis among high-risk adolescent. Journal of Adolescent,
10, 13 - 33.

Derogtis, L., and Savitz.K. L.. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom
Inventory (BSI) in primary care. In: Maruish, Mark E. (Ed). Handbook of
psychological assessment in primary care settings. 297-334. Mahwah,
NJ,: Lawrence Erlbaum Associates

Dunn, G.E., Paolo, A.M., Rynn, J.J. & Van Fleet, J. (1993). Dissociative
symptoms in substance abuse population. American Journal of
Psychiatry, 150(7), 1043 – 1047.

- Dunn, G.E., Rynn, J.J. & Paolo, A.M. (1994). The need to screen of dissociative symptoms and disorders in- patients being treated for substance abuse. Psychotherapy in Private Practice, 13(1), 55 - 67.
- Dunn, G.E., Paolo, A.M., Rynn, J.J. & Van Fleet, J. (1995). Comorbidity of dissociative disorders among patients with substance use disorders. Psychiatric Services, 46(2), 153 - 156.
- Edwall, G.E., Hoffman, N.G. & Harrison, P.A. (1989). Psychological correlates of sexual abuse in adolescent girls in chemical dependency treatment. Adolescent, 24, 279 - 288.
- Helzer, J.E. & Pryzbeck, T.R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. Journal of Studies on Alcohol, 49, 219 - 224.
- Hicks, R.E. (1985). Dissociation: A clinical's perspective. In R.P. Kluft (Ed.). Childhood antecedents of multiple personality. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Hovav M., Lawental, E., and Lawental, M. (2004). Substance Abuse Treatment Services in Israel: Description and Evaluation. IN Shoham, S. G., (Ed). Israel Studies in Criminology. deSitter Publications.
- Hussy, D.L. & Singer, M. (1993). Psychological distress, behavior problems and family functioning of sexually abused adolescent inpatients. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32(5), 954 - 961.
- Landry, M.J. (1994). Understanding drugs of abuse. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Liotti, G., Pasquini, P. & The Italian Group for the Study of Dissociation (2000) Predictive factors for borderline personality disorder: Patients' early

traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: 282-289.

Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Ronfeldt, H. M., and Forman C. (1996) Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake interstate 880 freeway collapse and ביקורת traumatic incidents. Journal of Traumatic Stress, 9(1), 63-85

McLellan, A. T. (2003). The outcomes movement in addiction treatment: Comments and cautions. In: Sorensen, J L. and Rawson, R. A.; (Eds); Drug abuse treatment through collaboration: Practice and research partnerships that work. 157-179; Washington, DC, US : American Psychological Association

Miti, G., Chiaia, E. (2003) Patterns Of Attachment And The Etiology Of Dissociative Disorders And Borderline Personality Disorders, *Journal of Trauma Practice*, 2: 19-35.

Murphey, S. L. and Khantazian, E. J. (1996). Addiction as a "self-medication" disorder: Application of ego psychology to the treatment of substance abuse. In: Washton, Arnold M. (Ed); Psychotherapy and substance abuse: A practitioner's handbook. 161-175; New York, NY: Guilford Press

National Institute on Drug Abuse (1999). Principles of Drug Addiction Treatment: A research Based Guide. Washington: NIDA

Nijenhuis, E.R., Van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1996) Traumatic Experiences_Questionnaire_(TEQ) Unpublished manuscript.

Nijenhuis, E.R., Van Der Hart, O. & Kruger, K. (2000). Reported trauma correlated with somatoform dissociation over and above symptoms of posttraumatic stress and psychological dissociation. In Press

Pasquini, P., Liotti, G. & The Italian Group for the Study of Dissociation (2002) Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, 105: 110-116.

Putnam, F.W. (1985). Dissociation as a respond to extreme trauma. In R.P. Kluft (Ed.). Childhood antecedents of multiple personality. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Putnam, F.W., Guroff, J. & Silberman. E. (1986). The chemical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. Journal of clinical Psychiatry, 47, 285 - 293.

Roesler, T.A. & Dofler, C.E. (1993). Chemical dissociation in adult sexuality victimization as children: alcohol and drug use in adult survivor. Journal of substance abuse treatment, 10, 537 - 543.

Root, M. (1989). Treatment failures: The role of sexual victimization in women's addictive behavior. American Journal of Orthopsychiatry, 59, 542 - 549.

Ross, C.R. Kronson, J., Koensen, S., Barkman, K., Clark, P. & Rockman, G. (1992). dissociative comorbidity in 100 chemically dependent patient. Hospital and Community Psychiatry, 43(8), 840 - 842.

Schetky, D.H. (1990). A review of the literature on long term effect of childhood sexual abuse. In R.P. Kluft (Ed.). Incest related syndromes of adult psychopathology. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Schulte, J.G., Dinwiddie, S.H., Pribor, E.F. & Yutzy, S.H. (1995). Psychiatric diagnosis of adult male victims of childhood sexual abuse. Journal of Nervous and Mental Disease 182(2), 111 - 118.

Schultz, R., Brown, B.G. & Kluff, R.P. (1989). Multiple personality disorders: Phenomenology of selected variables in comparison to major depression. Dissociation, 2, 45 - 51.

Somer, E. (in press). Opiate Use Disorders and Dissociation. In P.F. Dell, & J. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*.

Somer, E., & Avni, R. (2003). Dissociative phenomena among recovering heroin users and their relationship to duration of abstinence. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 3(1), 25-38.

Somer, E., & Dell, P. F. (In press). The development and psychometric characteristics of the Hebrew version of the Multidimensional Inventory of Dissociation (H-MID): A valid and reliable measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*.

Weiss, D. S., Marmar D. R., Metzler, T. J., and Ronfeldt, H. M. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 63(3), 361-368.