

אוניברסיטת בר אילן

**הקשר בין תמיכה חברתית ונכונות לבקש עזרה לבין צמיחה פוסט-טראומטית בקרב
מכורים 'נקיים' מסמים ומאלכוהול**

אייל חרוש

עבודה זו מוגשת כחלק מהדרישות לשם קבלת תואר מוסמך
בביה"ס לעבודה סוציאלית של אוניברסיטת בר-אילן

עבודה זו נכתבה בהדרכתה של דר' שרה פרידמן, מבית-הספר לעבודה סוציאלית של אוניברסיטת בר-

אילן

מוקדש באהבה לאחי עופר, שעם מותו בקרב בלבנון,
עוצב מחדש מסלול חיי.

תודות

תודה מקרב לב לכל המשתתפים שהקדישו מזמנם וממרחם ונטלו חלק במחקר.

תודה לעובדים הסוציאליים ולמדריכים החברתיים ביחידות הטיפול שסייעו בהעברת השאלונים.

תודה מיוחדת לדר' שרה פרידמן על ההכוונה המקצועית והמרחב לחקור באופן עצמאי תוך צניעות וענווה ראויים לציון.

תודה לגב' עדה בארי על הערותיה והארותיה הבונות לאורך הכתיבה.

תודה למר דורון אור, מנהל הוסטל 'הצעד הנוסף' לשעבר, שחזק את אמונתי ביכולתם של המכורים לצמוח.

מחקר זה נעשה בסיוע הרשות למלחמה בסמים.

תוכן העניינים

עמוד

רשימת טבלאות ותרשימים.....	
א. תקציר.....	
1. מבוא – סקירת ספרות.....	1
1.1. צמיחה פוסט-טראומטית בקרב מכורים נקיים מסמים ומאלכוהול.....	1
1.1.1. התמכרות.....	1
1.1.2. טראומה.....	3
1.1.3. הקשר בין טראומה והתמכרות.....	4
1.1.4. תהליך ההחלמה.....	5
1.1.5. קבוצות לעזרה עצמית ותוכנית "12 הצעדים".....	6
1.1.6. צמיחה פוסט-טראומטית.....	8
1.1.7. צמיחה פוסט-טראומטית כתוצאה מההתמכרות והשלכותיה.....	12
1.1.8. מאפייניה הייחודיים של האוכלוסיה הנחקרת.....	13
1.2. בקשת עזרה ותמיכה חברתית.....	14
1.2.1. בקשת עזרה.....	14
1.2.2. בקשת עזרה על ידי מכורים לסמים ולאלכוהול.....	15
1.2.3. תמיכה חברתית.....	16
1.2.4. תמיכה חברתית למכורים נקיים כמשאב טיפולי.....	17
2. שיטת המחקר.....	21
2.1. אוכלוסית המחקר.....	21
2.2. כלי המחקר.....	25
2.3. מהלך המחקר.....	27
3. ממצאים.....	29
4. דיון.....	42
4.1. מגבלות המחקר.....	52
4.2. חשיבות הממצאים והמלצות למחקר עתידי.....	53
5. רשימת מקורות.....	56
6. נספחים.....	66
נספח א': דף פנייה לנחקרים.....	66
נספח ב': שאלון פרטים אישיים.....	67
נספח ג': שאלון נכונות לבקשת עזרה.....	69

71.....	נספח ד': שאלון תמיכה חברתית.....
72.....	נספח ה': שאלון צמיחה פוסט-טראומטית.....
73.....	נספח ו': אישור ועדת האתיקה לביצוע המחקר.....
74.....	נספח ז': אישור משרד הרווחה לביצוע המחקר.....
	נספח ח': השוואה בין ציוני צמיחה פוסט-טראומטית על פי ארוע כפי
75.....	שמדווחים בספרות.....
I.....	Abstract.....

רשימת טבלאות ותרשימים

עמוד

- תרשים 1 : מאפייני המחקר.....19
- לוח 1 א' : מאפייני ההתמכרות.....24
- לוח 1 ב' : מאפייני ההתמכרות – המשך.....24
- לוח 2 : ממוצעים, סטיות תקן, טווח וערכי אלפא של גורמי הצמיחה הפוסט-טראומטית.....27
- תרשים 2 : קשר בין תמיכה חברתית לצמיחה פוסט-טראומטית.....29
- לוח 3 : ערכי הצמיחה הפוסט-טראומטית על פי השתתפות בקבוצות N.A/A.A.....30
- תרשים 3 : קשר בין תדירות השתתפות בפגישות N.A/A.A לצמיחה פוסט-טראומטית.....31
- לוח 4 : ערכי הצמיחה הפוסט-טראומטית על פי עבודת תוכנית "12 הצעדים".....32
- לוח 5 : ערכי הצמיחה הפוסט-טראומטית, זמן ניקיון ותמיכה חברתית על פי שימוש כספונסר.....33
- תרשים 4 : קשר בין זמן ניקיון לצמיחה פוסט-טראומטית.....34
- לוח 6 : קשרים בין משתני המחקר.....36
- תרשים 5 : מודל המחקר.....37
- לוח 7 : מקדמי רגרסיה וערכי t למשתנים הבלתי תלויים.....38
- לוח 8 : תוצאות ניתוח הרגרסיות הלינאריות של גורמי הצמיחה הפוסט-טראומטית.....39
- לוח 9 : סיכום בדיקת ההשערות.....40

תקציר

תחושת התפתחות וצמיחה לאחר טראומה או בעקבות אירועי דחק מוכרת בספרות כצמיחה פוסט-

טראומטית (Post Traumatic Growth), תיאוריה שפותחה על ידי טדסקי וקלהון (Tedeschi & Calhoun, 1996).

צמיחה פוסט-טראומטית מוגדרת בספרות המקצועית כחוויה סובייקטיבית של שינויים

פסיכולוגיים חיוביים בתחומי חיים שונים, היכולים להתרחש לצד מצוקה נפשית. התהליך מתרחש כיוון

שהאדם חוזר ומהרהר בארוע שקרה, ומנסה שוב ושוב להבין אותו, להתמודד עימו ולתת לו משמעות. כאשר

נחשפת המשמעות לארוע הטראומטי נוצרת "מציאות חדשה" עבור השורד, שבה נבנית הטראומה בתוך

מסגרת קוגניטיבית מורכבת יותר.

הספרות המקצועית גורסת שבתהליך הגמילה וההחלמה מההתמכרות לסמים ולאכזוהול לומדים

המכורים הנקיים לבקש עזרה מקבוצת השווים, בזמן שהם נאלצים להתמודד עם רגשות וזיכרונות קשים, ללא

האפקט המקשה את הרגשות של הסם או האלכוהול. התמיכה החברתית לה הם זוכים במסגרות הטיפול

השונות ובקבוצות מכורים אנונימיים/ אלכוהוליסטים אנונימיים (N.A/A.A), לצד יכולתם לבקש עזרה

בהתמודדותם עם הכמיהה לחומרים משני מצב רוח, הם מוטיבים מרכזיים בתהליך הגמילה, ההחלמה

וההשתלבות בחברה. למרות שתהליכים אלו מורכבים ונמשכים זמן רב לאחר הגמילה הפיזית, מדווחים

מכורים נקיים על שינויים חיוביים שהתרחשו בחייהם בעקבות ההתמכרות, או אף הודות לה. הם משנים את

מערך אמונותיהם, מדווחים על שינויים משמעותיים בדרך בה הם רואים את העולם, מתוודעים לקשרים

הרגשיים שיש להם עם אחרים ולחוסנם הנפשי.

על בסיס תיאורית הצמיחה הפוסט-טראומטית, נבחנו במחקר זה תרומתם של מוטיבים מרכזיים

בתהליך הגמילה וההחלמה של מכורים נקיים לצמיחה פוסט-טראומטית מחווית ההתמכרות (Addiction

Related Growth). השערות המחקר היו, כי יימצא קשר חיובי בין תמיכה חברתית, בקשת עזרה, השתתפות

בקבוצות לעזרה עצמית (N.A/A.A), תדירות ההשתתפות בקבוצות, עבודת "12 הצעדים", תפקוד כספונסר

(חונך), זמן ניקיון משימוש ועוצמת הטראומה מחווית ההתמכרות לצמיחה הפוסט-טראומטית.

אוכלוסית המחקר כללה 104 מכורים נקיים לסמים ו/ או לאלכוהול, אשר שהו באחד ממסדות

הטיפול בהתמכרויות של משרד הרווחה ו/ או שהשתתפו בפעילות של ארגוני N.A/A.A. תהליך איסוף

הנתונים החל בפברואר 2012 והסתיים ביולי 2012. שאלוני המחקר כללו שאלון פרטים אישיים ומאפייני

ההתמכרות, שאלון נכונות לבקשת עזרה (Keith-Lucas, 1972), שאלון תמיכה חברתית נתפסת (Zimet, 1998) ושאולן צמיחה פוסט-טראומטית (Tedeschi & Calhoun, 1996).

ממצאי המחקר תומכים בהשערה שהתהליכים אותם עוברים מכורים בתהליך הגמילה, דומה

לתהליכים שעוברים ניצולי חוויות טראומטיות אחרות המדווחים על תחושת צמיחה בעקבות הארוע הטרומטי שחוו. הממצאים הצביעו על קשר חיובי חזק בין תמיכה חברתית לצמיחה פוסט-טראומטית מחווית ההתמכרות ועל קשר חיובי בינוני בין בקשת עזרה לצמיחה פוסט-טראומטית מחווית ההתמכרות. עוד נמצא כי לארבעת המשתנים של השתתפות בפעילות ארגוני N.A.A.A: השתתפות בקבוצות, תדירות ההשתתפות בקבוצות, עבודת "12 הצעדים" ושימוש כספונסר יש קשר חיובי עם צמיחה מחווית ההתמכרות. במחקר לא נמצא קשר בין מאפייני ההתמכרות זמן הניקיון ועוצמת חווית הטרומה מההתמכרות, לבין צמיחה מחווית ההתמכרות. בפרק הדיון מוצע הסבר להעדר קשרים אלה ולדיווחי הצמיחה הגבוהים בקרב מכורים נקיים שזמן ניקיונם חודשים ספורים בלבד.

מחקר זה הינו בין המעטים שעסקו בחקר הצמיחה הפוסט-טראומטית מחווית ההתמכרות ועשויה

להיות לו חשיבות פרקטית בהתערבות ובטיפול במכורים נקיים. התערבות טיפולית, העוסקת בחיפוש משמעות חיובית להתמכרות ולמאבק בכמיהה לחומרים ממכרים, תוכל לסייע להם בהתמודדותם עם קשיים שונים לאורך החיים, לתמוך בתהליכי שיקומם ולמנוע חזרתם לשימוש בסם.

1. מבוא – סקירת ספרות

1.1 צמיחה פוסט-טראומטית בקרב מכורים נקיים מסמים ומאלכוהול

1.1.1 התמכרות

בבואנו להגדיר התמכרות עלינו להציג את ההפרדה הקיימת בין מושג התלות (Drug dependence) לבין מושג ההתמכרות (Addiction), כפי שמוגדר במדריך ה-DSM של האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית (American Psychiatric Association, 2000). התלות בסם מתבטאת בשני מימדים עיקריים: תלות גופנית ותלות נפשית. התלות הגופנית מתייחסת לתופעת הסבילות לסם שהגוף מפתח ולקושי לתפקד ללא נוכחותו. הביטוי הדרמטי ביותר לכך הוא סינדרום הגמילה (קריז) שבא לביטוי בתופעות גופניות ורגשיות קשות, הנגרמות מעצם הפסקת השימוש המיידית בחומר, כמו כאבים עזים, התכווצויות, הזעה, הקאות, שלשולים, חרדות וכדומה. התלות הנפשית הינה הצורך לחוות את התופעה המצופה שמעניק הסם. כאשר נחלשת החוויה כתוצאה מהתפתחות הסבילות לסם, מונע האדם לעבר שימוש בכמויות גדולות יותר של חומר, במטרה לחזק את עוצמתה של החוויה הדועכת. ככל שעולה החרדה מאי נוחות ומכאב שיגרם עקב אי נטילת מנת סם נוספת, ימהר האדם להשתמש בסם באופן ה"מונע" את מצב החרדה. התלות הנפשית יוצרת דפוסי התנהגות כפייתיים והרגלים הנגרמים מהשימוש החוזר בסם, הנובעים מצורך כפייתי להשתמש בו, גם אם לא התפתחה תלות גופנית (חזן-לייבו, 2011). לעומת זאת, התמכרות היא שלב מתקדם בהתפתחות התלות, המתבטאת בתלות עמוקה, פסיכולוגית, ולעיתים קרובות אף פיזיולוגית, בחומר (פסיכו-אקטיבי או אחר), בהתנהגות או בפעילות הגורמת לפגיעה בתפקודיו, ברווחתו ובהתנהלותו של האדם. היא מייצגת מערכת יחסים פתולוגית ומושכת עם כל דבר המשנה מצב רוח או חוויה וגורמת לבעיות חיים (מיכאל, 2007). התמכרות לחומרים מבטאת מצב של 'הרעלה' כרונית של האדם כתוצאה משימוש חוזר ונשנה בסם ומאופיינת בדחף כפייתי להשיג את הסם ולהשתמש בו, למרות תוצאותיו הקשות למשתמש ולסביבתו. במחקרם של קסלר ועמיתיו (Kessler et al, 2005) נמצא כי שיעור אוכלוסית המשתמשים לרעה והמכורים לסמים לאלכוהול בקרב האוכלוסיה בארצות הברית הוא 14.6%.

קיימות הגדרות רבות ושונות לתופעת ההתמכרות, המשותף לכולן הוא, ההתייחסות להתמכרות כאל בעיה מורכבת, כרונית, רחבת מימדים וקשה לפתרון. חלק מגורמי הסיכון הפסיכוסוציאליים להתמכרות כוללים סטטוס דמוגרפי עירוני, השתייכות לשכבה סוציו-אקונומית נמוכה, חוסר שייכות תרבותית-דתית,

גישה קלת דעת לסמים ולאלכוהול, היסטוריה משפחתית של שימוש בסמים או אלכוהול, בעיות משפחתיות, הזדהות עם קבוצת השווים הלא נורמטיבית, תחושת ניכור ודחייה, בעיות במבנה האישיות וחוסר הפנמה של ערכים חברתיים נורמטיביים (Tarter, 1988). על פי הגישה הפסיכו-דינאמית ההתמכרות היא סימפטום נגלה, שהוא לעיתים ריפוי עצמי (Self Medication) בהפרעות אישיות עמוקות, המקושרות להתפתחות מוקדמת של האדם. תפקידה של ההתמכרות הוא לפצות את המכור על ליקויים בתפקודי האגו. הטענה העקרית של תיאורית הריפוי העצמי היא, שהשימוש בחומרים ממכרים מסייעים למכור להתמודד עם רגשות וחוויות קשות ועם סימפטומים של הפרעת דחק פוסט-טראומטית (PTSD), הפרעה פסיכיאטרית מתחום הפרעות החרדה המתפתחת לאחר חוויית אירוע טראומטי. הבחירה של המשתמש בסוג הסם או האלכוהול אינה מקרית אלא פונקציה של מצבו הנפשי והאישיותי. מכורים יבחרו את סוג הסם שהוא בעל הסבירות הגבוהה ביותר לסייע להם בהשגת ייצוב רגשי והפחתת הסבל. הבחירה של החומר הממכר נקבעת באמצעות התנסויות בהן האינטראקציה של ההשפעות העיקריות של החומר, הסערה הנפשית הפנימית של האדם ותכונות אישיות הבסיסיות, מייצרות את ההשפעות האופטימאליות עבור המשתמש. התיאוריה שהתייחסה בתחילה לשימוש בהרואין, הורחבה בשנים שלאחר מכן. תחילה להסבר הבחירה בקוקאין, בהמשך באלכוהול ולבסוף להסבר על שימוש בחומרים ממכרים בכלל (Khantzian, 1999). תיאוריה זו גורסת שאנשים הסובלים מקשיים בויסות תוקפנות וזעם יעדיפו חומרים אופיאטיים (למשל הרואין). אנשים בעלי קושי בקשרים בין אישיים או דיכאוניים יעדיפו שתיית אלכוהול ואנשים חסרי אנרגיה יפנו לסמים ממריצים (למשל קוקאין). על פי גישת "12 הצעדים", המיוחסת לקבוצות לעזרה עצמית (ארגון האלכוהוליסטים האנונימיים וארגון הנרקומנים האנונימיים) ההתמכרות היא מחלה, מחלה כרונית, שאינה ניתנת לריפוי. היא קיימת ברקע במשך כל חיי המכור, גם אם אינו משתמש בפועל בחומר פסיכו-אקטיבי. חברי ארגון "הנרקומנים האנונימיים" הנקיים מסמים אינם מציגים עצמם כ"מכורים לשעבר" אלא כ"מכורים נקיים" או כ"מכורים מחלימים" – כמי שנמצאים בתהליך החלמה שלא יסתיים לעולם, כי אין מזור מלא למחלה (רונאל, 2000).

השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים מתחיל בדרך כלל במהלך משבר חמור, שבו יכולות ההסתגלות הרגילות של היחיד לקויות והפגיעות הנרקסיסטיות שלו גוברת (קאופמן, 2004). אם המשתמש חווה תועלת הסתגלותית כתוצאה משימוש בחומרים אלו, התוצאה עלולה להיות המשך שימוש והתפתחות תלות בהם.

לדעת קנטאזיאן (בתוך קאופמן, 2004), על אף שההתמכרות מתפתחת בהקשר ביולוגי-גנטי, משפחתי, חברתי ותרבותי, בסופו של דבר היא מתחוללת בעיקר בהקשר האישי. האדם הוא זה שמפתח הפרעת התמכרות והופך תלוי בחומרים פסיכו-אקטיביים. המתמכר סובל משילוב של מערכת מנגנוני הגנה פסיכולוגיים נוקשים, שהבולט ביניהם הוא התכשיות למצבו. השפעת הסם גורמת לשינוי תפיסה, דיסוציאציה ומחסומי זיכרון. כתוצאה מכך מתנתק המכור בהדרגה מהמציאות ויכולת שיפוטו נפגעת על אף שהוא מנסה בכל כוחו להיראות מתפקד ורציונלי (מיכאל, 2007). עבור אנשים רבים, שימוש בסמים מוביל למעגל כרוני של הימנעות, חזרה לשימוש וטיפול, שיכול להמשיך במשך עשרות שנים (Scott, Foss & Dennis, 2005). במחקר שנערך באירן (Narimani & Sadeghieh, 2008) בקרב מכורים שסיימו טיפול בין השנים 2002-1997 נמצא שיעור חזרה לשימוש של 72%. הפקטורים שתורמו לחזרה לשימוש היו קונפליקטים עם בני המשפחה, העדר תמיכה מהמשפחה ומהחברה וכניעה לפיתוי, כאשר גישה לחומר הממכר הופכת לזמינה. מעבר לכך, החזרה לשימוש קשורה בשיעורים גבוהים של חרדה ודיכאון, ריכוז עצמי, הערכה עצמית נמוכה וחוסר אונים נרכש. במחקר אחר נמצא כי לחזרה לשימוש קורלציה עם עישון, משתמשים אחרים בסמים במשפחה, אבטלה, קשר עם מכורים אחרים ותקווה נמוכה להפסקת השימוש (Mohammadpoorasl et al, 2012). אחד הכיוונים המחקריים בו עוסק המחקר בתחום ההתמכרות הוא הקשר בין בעיית ההתמכרות הממושכת לבעיות קודמות של טראומה ופוסט-טראומה (פירני, 2010).

1.1.2 טראומה

מקורו של המונח 'טראומה' ביוונית. פירושו הוא קרע או חתך ברקמה. טראומה נפשית מצביעה על שבר בנפשו של האדם. מקורה של הטראומה הנפשית באירוע קשה אותו חווה הנפגע חסר הישע לנוכח כוח החזק ממנו. הוא חש בודד וחסר אונים מול איום חיצוני על חייו. תחושה זו יכולה להוביל לפגיעה משמעותית ב'אני' (self) ובכל המערכות הסובבות את הנפגע. מחקרים רבים מצביעים על כך ששיעור החשיפה לאירועים טראומטיים באוכלוסיה הוא מעל 50% (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1999; Najavits, 2007; Ouimette & Brown, 2003). ישנה קשת רחבה של אירועים טראומטיים, החל בהשפעותיו של אירוע מכריע יחיד (תאונת דרכים) וכלה בהשפעותיה המורכבות של התעללות חוזרת ומתמשכת. ההפרעה הנפשית השכיחה ביותר אצל אנשים שנחשפו לאירועים טראומטיים היא תסמונת פוסט-

טראומטית, הפרעה פסיכיאטרית מתחום הפרעות החרדה, שהוכרה כהפרעה על ידי האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית במדריך הרשמי שלה, בשנת 1980.

1.1.3 הקשר בין טראומה והתמכרות

התעללות גופנית ומינית בילדות היא אחד הגורמים היותר שכיחים לשימוש בסמים (זומר, צורף ולונטל, 2004). במחקרם של פרלי ואחרים (Farley, Golding, Young, Mulligan & Minkoff, 2004) נמצא כי 89% מהמכורים חוו לפחות אירוע טראומטי אחד בחייהם. האירועים הטראומטיים השכיחים ביותר היו תאונה חמורה, קורבנות לשוד, עדות למוות, פציעה חמורה של אדם או חוויה של אלימות. חשיפה לאירועים טראומטיים בכלל, וחשיפה לאירועים טראומטיים מסוגים שונים בפרט, מעלה את הסיכויים לפתח הפרעת התמכרות ומעלה את השכיחות לחזרה לשימוש בסם (relapse). אירועים טראומטיים ספציפיים הקשורים בחזרה לשימוש הם שוד, עדות למוות, פציעה רצינית ואונס. מחקרים אחרים מצאו ששכיחות היסטוריה טראומטית בקרב מכורים נעה בין 55%-ל-99% (Najavits et al, 1998). מכורים נקיים מתמודדים גם עם אירועים טראומטיים שהתרחשו במהלך התמכרותם הפעילה. High Risk Hypothesis הוא מושג שתבעו צ'ילקואט וברסלאו (Chilcoat & Breslau, 1998) ששיערו כי אורח החיים והחוויות אותן חווים מכורים פעילים מגדיל את הסיכון לחוות שורה נוספת של חוויות טראומטיות כמו מעורבות בתקריות אלימות, תאונות ועוד (Morgan, 2009).

על מנת לתאר את אוכלוסיית המכורים משתמש פירני (2010) בהגדרה 'נפגעי טראומה מכורים'. הגדרה זו מתמקדת בטראומה שקדמה להתמכרות. פירני ממשיג את ההתמכרות ואת המעגל המנציח אותה על ידי הבנה בסיסית של החוויה הטראומטית: "מוצא ההתמכרות מטראומה, וההתמכרות עצמה מובילה לעוד ועוד טראומות וסבל". שקיעתו של המכור בסם ובתת התרבות אליה הוא משתייך, יחד עם התעלמותו הרגשית מבני משפחתו מגבירה את בידודו ואת ניתוקו מהחברה הרחבה. במהלך השימוש נוטים מכורים להסתגר בינם לבין עצמם ברשתות חברתיות מצומצמות בהשוואה לאוכלוסיה הנורמאלית וליצור תת קבוצה הממוקדת אך ורק בפעילויות (חוקיות ולא חוקיות) הקשורות בהמשך שימוש בסמים (רונאל, 1995). על פי הערכות, שיעורי השימוש בחומרים פסיכואקטיביים שונים גבוהים יותר בקרב הנכנסים למאסר בהשוואה לשיעורם באוכלוסייה הכללית (ברנע, טייכמן, רהב, גיל ורוזנבלום, 1990).

אנשים המתמודדים עם ההתמכרות והשלכותיה נאבקים עם גורמים מעוררי דחק רבים כמו איבוד משרה, איבוד קשר עם בני משפחה ובני זוג, התמודדות עם גורמי אכיפה וחוק, תאונות, בעיות רפואיות ועוד (Washton, 2007). אחת מתוצאותיה הקשות של ההתמכרות הנגרמת לאחר שנות התמכרות רבות, היא התדרדרות ביכולות האישיות ובתפקודים עד למצב של דרות רחוב. ההסברים האישיים למצב זה מתמקדים בבעיות ובנתוני רקע, כגון בעיות נפשיות, שימוש בסמים ובאלכוהול, היסטוריה עבריינית, בעיות בבית – תא משפחתי מעורער, התעללות פיזית ומינית, היסטוריה של טיפול במסגרות רווחה ועוד. על פי מרכז המחקר והמידע של הכנסת, טיפל משרד הרווחה בשנת 2009 ב-2,052 דרי רחוב, 59% מהם מכורים לאלכוהול, 32% מכורים לסמים ו-4% מכורים לשניהם.

1.1.4 תהליך ההחלמה

מכורים פעילים נרדפים על-ידי החוק ואיש אינו מאמין יותר להבטחותיהם ולניסיונותיהם המניפולטיביים להשיג משאבים נוספים למימון הסם. המכור חש רדוף ועזוב ויקשור את חייו לחלופה היחידה - סביבת המכורים האחרים ועשייה עבריינית הולכת וגוברת. מעגל זה עשוי להיפסק רק אם יחדל משימוש. על פי רוב, מכורים לסמים ולאלכוהול פונים לטיפול כתוצאה מחווית כישלון בכל תחומי החיים (סלע, 2002). בני משפחתם אינם מוכנים לשתף עמם פעולה, לאחר שגם הם חשים מותשים, הן רגשית והן כלכלית. אך גם בשעה שיעשה זאת ויחל בתהליך הגמילה, יגלה המכור הנקי כי הדרך לשיקום אינה קלה ואינה ודאית. עובדת היותו נקי אינה משפרת את מצבו ולעיתים קרובות אף מחריפה אותו. במהרה יגלה כי אין לו מיומנויות וכישורים להתמודד עם מטלות היום יום. מטלות פשוטות ביותר נחוות על-ידו כבלתי אפשריות. הוא חש שהקריב קורבן חשוב ביותר ומצפה לתמורה מיידית, אולם המציאות טופחת על פניו שכן, מידת החשדנות של הסביבה דווקא גוברת. גם בדידותו של המכור הופכת להיות בולטת יותר לאחר הגמילה. הספרות העוסקת בהתמכרות לסמים מדגישה את הריקנות כחוויה קיומית מרכזית ואף כסיבה לשימוש בסמים. תנאי חשוב להצלחה בגמילה מסמים הוא התמודדות בונה עם תחושת הריקנות וחוסר המשמעות (פוגל ובוכבינדר, 2009). על מנת להתמיד בתהליך על הנגמל להתרחק משהייה במחיצת מכורים פעילים. משפחתו תבחן את צעדיו בקפידה. כל יציאה שלו מהבית עלולה להתפס על-ידי הקרובים לו כהזדמנות לשימוש (סלע, 2002).

תחילתו של תהליך הגמילה מהווה נקודת מפנה המורכבת מהמקום אליו הגיע האדם המכור וממוכנותו ובשלותו לשינוי. ככל הנראה, מוכנות זו מתעצבת ומושפעת בין היתר מניסיונות הגמילה והטיפול הקודמים בחייו. תהליך ההחלמה של המכורים לסמים ולאכזוהול מורכב מהחלמה פסיכולוגית, משפחתית ורוחנית, וכולל אימוץ ערכים ויחסים בעלי משמעות עם העולם, פיתוח זיקה אל "כוח עליון" ועזרה למכורים אחרים. במחקר איכותני (פוגל ובוכבינדר, 2009) תיארו מכורים נקיים ותיקים המשמשים כמדריכים חברתיים את הגמילה כ"אימת החור השחור" - חוויה מרכזית של ריקנות. בשלב מאוחר יותר, לאחר שינויים שחלו בחיי המכורים בהם הופנו משאבים פנימיים ממקום של הרס ומגננה למקומות של יצירה ולהגשמה עצמית דיווחו המרואיינים על שינויים בשני תחומים מרכזיים: התעסוקתי והבין-אישי. לאחר מספר שנות ניקיון תוארה הריקנות כ"נטועה בייקום", המסכמת הכרה שקיים בעולם חוסר שלעולם לא יוכל להתמלא.

לדעת רונאל (1995) טווח השינוי הנדרש ממכורים נקיים על מנת שיוכלו להשתלב בחברה ולהסתגל לערכיה המקובלים הוא גדול ביותר, מעבר להפסקה בלבד של התנהגויות הקשורות בנטילת הסם. המכור הנקי משתלב בעבודה ונאלץ להתמודד עם אחריות וסמכות. הוא נאלץ להתמודד עם חובות כספיים ובעיות משפטיות מהם התחמק בעבר. כמו כן, הוא מחדש קשרים עם בני משפחה או קרובים בהם פגע בזמן ההתמכרות. אחת הדרכים להתמודדות עם הקשיים בתהליכים אלו היא באמצעות התמדה בהשתתפות בקבוצות לעזרה עצמית של מכורים אנונימיים ועבודת "12 הצעדים". לאימוץ תפיסה רוחנית והגדלת האמונה ישנה משמעות רבה בתהליך הטיפול. מחקרה של ג'רוסיביץ' (Jarusiewicz, 2000) הוכיח שלמכורים נקיים שחוזרים לשימוש יש רמת אמונה ורוחניות נמוכה יותר מאשר לאלה שמתמידים בניקיון. מרכיב מרכזי בטיפול בהתמכרות הוא התמיכה החברתית, הבאה לידי ביטוי הן בקהילה הטיפולית והן בקבוצות לעזרה עצמית, מכורים אנונימיים ואלכוהוליסטים אנונימיים.

1.1.5 קבוצות לעזרה עצמית ותוכנית "12 הצעדים"

הקבוצות לעזרה עצמית שמפעילים ארגון הנרקומנים האנונימיים וארגון האלכוהוליסטים האנונימיים, כוללות גברים ונשים, המחלקים זה עם זה את ניסיונם, כוחם ותקוותם, כדי שיוכלו לפתור את בעיית ההתמכרות שלהם ולסייע לאחרים להחלים מהתמכרותם. הדרישה היחידה לחברות היא הרצון להפסיק לשתות או להפסיק להשתמש בסמים. הארגונים אינם מעורבים בפוליטיקה, דת או חברה ואינם קשורים לשום

ארגון או מוסד. מטרתם היא לסייע לחבריהם להישאר פיכחים ולעזור למשתמשים אחרים להגיע לפיכחון.

חלקה הניכר של כל פגישה מוקדש להתחלקות ושיתוף ברגשות ובחויות של המשתתפים. דרך זו מהווה

אמצעי מועדף לעזרה הדדית בדרך הקבוצתית.

הגרעין האידיאולוגי של תוכנית השינוי הוא עבודת "12 הצעדים", תוכנית רוחנית כללית להחלמה

מהתנהגות מתמכרת או כפייתית, שעיקריה הן: הודאה בחוסר אונים מול ההתמכרות, קבלת תמיכה חברתית,

בקשת עזרה, אימוץ דרך של חשבון נפש ותפילה. התוכנית מהווה שיטת טיפול ייחודית בהתמכרויות שפותחה

על ידי מכורים, בהתבסס על ניסיונם האישי בהתמכרות ובהחלמה. הניסיון המצטבר של מכורים רבים הביא

אותם לניסוח בצוותא של התוכנית והיא מהווה פרי מאמץ קולקטיבי של מכורים למען עצמם ולמען מכורים

אחרים. מכאן כוחה המרשים של התוכנית לפנות אל לבם של מכורים בכל העולם, הבאים מרקע אישי,

חברתי, תרבותי, לאומי ודתי שונה, אך בעלי מאפיין משותף, החזק מכל השונה – ההתמכרות. התוכנית מציעה

למכורים דרך חיים שאינה מסתיימת בסוף התהליך הטיפולי, אלא ממשיכה אל מגוון מישורי החיים של

המתנסים בה כדרך חיים. עבודת הצעדים מאפשרת שינוי עמוק באישיותו ובדרך המחשבה של המכור, שהוא

תנאי חיוני לחיים ללא סמים (רונאל, הופמן ויעקב, 2003).

"12 הצעדים" (מתוך N.A.):

1. הודינו שאנו חסרי אונים מול התמכרותנו, שחינו הפכו לבלתי ניתנים לניהול.
2. הגענו להאמין שכוח גדול מאתנו יכול להחזיר אותנו לשפיות.
3. החלטנו למסור את רצונותינו וחיינו להשגחת אלוהים כפי שאנחנו מבינים אותו.
4. ערכנו חשבון נפש מוסרי יסודי וחסר פחד של עצמנו.
5. התוודינו בפני אלוהים, עצמנו ואדם אחר על טבעם המדויק של פגמינו.
6. היינו מוכנים לחלוטין שאלוהים יסיר פגמים אלה באופיינו.
7. ביקשנוהו בענווה שיסיר מעלינו את חסרונותינו.
8. ערכנו רשימה של האנשים בהם פגענו והיינו נכונים לכפר בפניהם.
9. כיפרנו במישורין בפני אנשים אלה בכל עת שהדבר התאפשר, פרט למקרים שזה יפגע בהם או באחרים.
10. המשכנו בחשבון נפש אישי וכאשר שגינו הודינו בכך מיד.

11. ביקשנו בדרך של תפילה ומדיטציה לשפר את הקשר ההכרתי עם אלוהים, כפי שאנחנו מבינים אותו, כשאנו מתפללים רק לדעת את רצונו ועבורנו ולכוח לבצע זאת.
 12. לאחר שעברה עלינו התעוררות רוחנית כתוצאה מצעדים אלה, ניסינו לשאת בשורה זו למכורים וליישם עקרונות אלה בכל תחומי חיינו.
- העזרה ההדדית בפעילות הקבוצות נשענת על העובדה כי כל המשתתפים בעלי אותה בעיה וזקוקים לעזרה על מנת להתגבר עליה. בספרות של ארגון האלכוהוליסטים האנונימיים נטען כי הדרך הטובה ביותר לעשות את הצעדים האלה היא למצוא "שתיין בעייתי לשעבר אשר מצא את הפיתרון, ולפיכך מצויד היטב בעובדות לגבי עצמו, כדי שילווה את האחרים בדרך לפיכחון". זוהי עזרה הדדית 'בפן הפרטי' והיא מתבצעת על ידי מוסד החונכות (Sponsorship) בו נגמלים ותיקים חונכים נגמלים חדשים ומסייעים להם בשיקום וניהול חייהם (רונאל, 1995). לעזרה זו שני צדדים: מקבל העזרה ומגיש העזרה (ספונסר/ חונך), שגם הוא נהנה ממתן העזרה ומפיק ממנה למען ההתמודדות עם התמכרותו שלו. החונך הוא חבר ותיק, מעורב בתוכנית ובעל ניסיון בעבודת "12 הצעדים". הוא אמור לשמש כמורה דרך לצעדים ואילו יכול החניך לפנות בעניינים אישיים, אם יתקשה להעלותם בקבוצה. כאדם שמעולם לא למד כיצד לחיות נכון, יכול המכור החניך להיעזר בספונסר בכל תחומי חייו. חונכות זו נתפסת כנחוצה להצלחה בשיקום. טונגן ורייס (Tonigan & Rice, 2010) מצאו שהעבודה עם ספונסר מסייעת למכורים לאלכוהול, מריחואנה וקוקאין לשמור על ניקיונם בשנה הראשונה. ההחלטה על גמילה וניקיון והניסיונות המתמשכים התמודדות עם הכמיהה יכולים לעודד צמיחה אישית הנקראת בספרות Addiction Related Growth (Washton, 2007).

1.1.6 צמיחה פוסט-טראומטית

צמיחה פוסט-טראומטית (Post Traumatic Growth) מוגדרת כחוויה סובייקטיבית של שינויים פסיכולוגיים חיוביים, המתרחשים לאחר טראומה או אירועי דחק וכן, לאחר אירועים שליליים המהווים חלק מחיי האדם ויוצרים תחושות פיזיות בלתי נעימות כמו מתח ואי נוחות. בעת צמיחה מרגיש האדם כי נוסף לחייו מימד חיובי יותר, למרות כאב הטראומה או אפילו הודות לו (לאופר, 2009).

טדסקי וקלהון טבעו את המושג "צמיחה פוסט-טראומטית" במידה רבה כניגוד ל"תסמונת פוסט-טראומטית", אך הם אינם מבחינים בבירור בין טראומה לבין ארוע דחק שלילי. למעשה, רוב המחקר בתחום

הצמיחה מבוסס על בחינת אירועי דחק, ולא על בחינת אירועים המוגדרים טראומטיים (לאופר, 2009). בסקירת המחקרים שבוצעו בתחום מציינים קלהון וטדסקי (Tedeschi & Calhoun, 1996) שינויים חיוביים שחוו אנשים לאחר אסונות כמו אונס, ניצול, שכול וחולי (סרטן, איידס, מחלות לב). בין 30% ל-70% מניצולי אירועים טראומטיים שונים דיווחו על שינויים חיוביים שחלו בחייהם, בין אם כתוצאה ישירה של האירוע ובין אם כסוג של למידה שהתרחשה במהלך ניסיונותיהם להתמודד עם האירועים והשלכותיהם (Linley & Joseph, 2002). החוויות הטראומטיות היו עבורם מעין חיסון פסיכולוגי שהכין את הגוף לקראת 'המגיפה הבאה' (Janoff-Bulman, 2004). על מנת לצמוח, משימתו של שורד האירוע הטראומטי היא לבנות סכימות קוגניטיביות חדשות שיוכלו להכיל את משמעות האירוע שחוה ולסייע לו לבניית זהות חדשה. לדעת טדסקי וקלאהון (Tedeschi & Calhoun, 1996) תהליך זה מתרחש כיוון שהאדם חוזר ומהרהר באירוע שקרה ומנסה שוב ושוב להבין אותו, להתמודד עימו ולתת לו משמעות. כאשר נמצאת המשמעות לאירוע הטראומטי נוצרת למעשה "מציאות חדשה" עבור השורד בה, הטראומה נבנית בתוך מסגרת קוגניטיבית מורכבת יותר. אם קודם לתהליך הצמיחה תפס האדם את העולם כמקום מסוכן ואת עצמו כקורבן, לאחר התהליך יוכל להבחין במורכבותו: העולם הוא טוב, אבל לא תמיד והמציאות נשלטת רק בחלקה (לאופר, 2009).

צמיחה פוסט-טראומטית אינה מקבילה להתאוששות מהטראומה וחזרה לתפקוד (Recovery) כפי שהיה קודם לאירוע הדחק, כיוון שמצב מעין זה אינו מעודד התפתחות וצמיחה (Westphal & Bonanno, 2007). הצמיחה גורמת לשינוי פנימי המוביל להרחבה ולהתפתחות היכולת הקוגניטיבית-רגשית של הניצול, להבין את עצמו ואת העולם סביבו. אנשים אלה מתגברים על הטראומה על ידי שיפור בתפקוד הפסיכולוגי בתחומי חיים שונים ומגוונים (Zoellner & Maercker, 2006).

קלהון וטדסקי (Tedeschi & Calhoun, 1996) מגדירים שלוש קטגוריות לצמיחה פוסט-טראומטית:

שינויים נתפסים בעצמי: חוויות טראומטיות במהלך החיים מספקות לאדם מידע רב על חוסנו העצמי ומשפיעות על הערכת הכשירות והעמידות שלו במצבים שונים. אנשים ששרדו אירוע טראומטי יסיקו כי הם חזקים יותר ויחשוו ביטחון עצמי גבוה יותר, דבר שעשוי להשפיע על התמודדותם עם חוויות טראומטיות בעתיד.

תחושה שונה לגבי יחסים עם אחרים: התמודדות עם חוויות טראומטיות והשלכותיהן תוביל להגדלת

הצורך בשיתוף, להגדלת החשיפה העצמית ולא־מוץ התנהגויות שלא היו בעבר. ההכרה בכך שגם האחר פגיע יכולה להוביל להבעה רגשית גבוהה יותר, לרצון לקבל עזרה ולפיתוח רשת תמיכה חברתית שקודם לכן לא היתה קיימת.

שינוי בתפיסה הפילוסופית של החיים: המאבק להבין את הטראומה יכול להוביל רבים לחזק את אמונתם,

דבר שגורם לתחושה חזקה יותר של שליטה, אינטימיות ומשמעות. זיהוי משמעות בעיצומה של הטראומה ולאחריה עשוי לאפשר הקלה רגשית ולהוביל לא־מוץ פילוסופיית חיים שמשנה הנחות יסוד קיימות על החיים ועל משמעותם.

מתוך שלוש הקטגוריות שלעיל, הגדירו טדצקי וקלהון (Tedeschi & Calhoun, 1996) חמישה

מימדים, גורמי צמיחה, המהווים את הבסיס לשאלון הצמיחה הפוסט-טראומטית (Post Traumatic Growth Inventory) שפותח על ידם: (1) אנשים שחוו טראומה מגלים אפשרויות חדשות שלא היו מודעים אליהן קודם לכן. (2) הם מגלים שיש להם קשרים רגשיים עמוקים עם אנשים אחרים בעוצמה שלא חוו קודם ואלו הופכים להיות גורמים חיוביים בהמשך חייהם. (3) הם מרגישים חזקים יותר באופן כללי, בהתאם לביטוי "מה שלא הורג אותך, מחשל אותך". (4) הטראומה מבהירה לעיתים את חשיבות החיים ואת יופיים ומשמעותם גוברת. (5) לחייהם של השורדים נוסף מימד רוחני: נפגעי טראומה מפתחים מחויבות רוחנית ורגשית גבוהה יותר לחייהם, לעצמם ולסובבים אותם, מה שמביא לשינוי במערך אמונותיהם וערכיהם.

בספרות ניתן למצוא ממצאים שונים ואף סותרים לגבי הקשר בין מצוקה נפשית, PTSD, לבין PTG

(Nelson, 2011). בחלק מהמחקרים נמצא קשר חיובי, בחלק נמצא קשר שלילי ובאחרים לא נמצא כל קשר.

יש הטוענים כי הקשר בין צמיחה ומצוקה הוא קורוילינרי: ככל שהמצוקה גוברת כך עולה הצמיחה עד לרמה שמעבר לה הקשר ביניהם הוא שלילי (לאופר, 2009). קשרים לא ברורים אלו הובילו לטענה כי מצוקה

וצמיחה אינם תלויים זה בזה ויכולים לקיים ביניהם מיגוון של קשרים בהתאם למשתנים רלוונטים אחרים כמו

סוג הטראומה, עוצמת המצוקה, סוג האוכלוסיה, זמן שחלף מאז הטראומה ועוד (Linely & Joseph,)

(2002). קלהון וטדסקי (Tedeschi & Calhoun, 2004) מדגישים כי PTG ו-PTSD בלתי תלויים.

לדעתם, אין מדובר בשני קצוות של רצף ההסתגלות לחוויה הטראומטית ולכן הם יכולים להתקיים בעת

ובעונה אחת. לתחילת תהליך הצמיחה הכרחית רמת מצוקה גבוהה שכן, אם לא תתקיים לא יהיה מניע לבחינה

מחודשת של תפיסות המנחות את האדם בחייו. לכן, כאשר יסתיים תהליך הצמיחה, תסתיים גם המצוקה.

בנוסף, טוענים החוקרים (Tedeschi & Calhoun, 2004) כי הצמיחה אינה תלויה בסוג הטראומה אלא בשינוי שמתרחש בעקבותיה. לדעתם, הקשר בין מצוקה וצמיחה משתנה ותלוי בשלב בו נמצא האדם. אנשים שחוו טראומה יכולים לדווח על מצוקה ועל צמיחה באותה עת. המצוקה היא תנאי לתחילתו של תהליך צמיחה כיוון שהיא מחייבת בחינה מחודשת של תפיסות המנחות את האדם. ג'נוף בולמן (Janoff-Bulman, 2004) מרחיב ואומר שהשלכות השליליות של הטראומה כמו כאב וסבל, ההכרה בפגיעות והאובדן השרירותי מהווים קטליזטורים לתהליך הצמיחה: עוצמה דרך כאב, מוכנות פסיכולוגית והערכה מחדש כרוכים בעימות עם אתגרים מייסרים ומימושים כואבים.

הסבר נוסף לצמיחה שמתרחשת בעקבות מצוקה ניתנה על ידי טיילור (Taylor, 1983) הרואה את PTG כאשליה חיובית, משאלת לב שמקורה בהטיה קוגניטיבית המשקפת אמונות אופטימיות ולא ריאליסטיות, שנוצרו על מנת לתקן את חוסר האיזון והמצוקה בעקבות הטראומה.

במחקרים נמצא קשר בין צמיחה פוסט-טראומטית לבין מעמד חברתי כלכלי גבוה, השכלה גבוהה, גיל צעיר יותר, רגשות חיוביים, אופטימיות, החצנה, התמקדות בבעיה, יכולת קבלה ופרשנות חיובית להתמודדות (Linely & Joseph, 2004) וזמן שעבר מאז האירוע (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006). כמו כן נמצא קשר חיובי בין צמיחה פוסט-טראומטית לבין שיתוף ברגשות (Rimé, Paez, Basabe & Martinez, 2010) וחשיפה רגשית (Slavin-Spenny, Cohen, Oberleitner & Lumley, 2011).

סביבה חברתית תומכת וחשיפה יכולות לסייע בצמיחה פוסט טראומטית בכך שהן מציעות דרך לעיצוב נרטיבים של השינויים שחלו ובנייה מחדש של סכימות קוגניטיביות. כאשר משתפים בחוויות הטראומטיות ניצולים אחרים, נחשפים ההיבטים הרגשיים של האירועים ונוצרת קירבה ואינטימיות מפתיעה. טדסקי וקלהון מדגישים את תפקידה החשוב של התמיכה ההדדית בפרט כיוון שאמינותם של אלה ש"היו שם" יכולה להיות מכרעת בקביעת מידת הנכונות של ניצולי הטראומה לאמץ תפיסות עולם חדשות (Tedeschi & Calhoun, 1996). במספר מחקרים נבדק הקשר בין הזמן שחלף מאז הטראומה לבין צמיחה פוסט-טראומטית. עבודתם של טדסקי וקלהון (Tedeschi & Calhoun, 1995) מבהירה ש"צמיחה אורכת זמן", אולם הם לא מצאו קשר בין זמן שחלף מאז החוויה הטראומטית לשינויים חיוביים כתוצאה ממנה. במאמר מאוחר יותר מדגישים השניים (Tedeschi & Calhoun, 1996) כי מאפייני האישיות של הניצול והמצאות עימה הוא מתמודד

לאחר החוויה חשובים יותר בהשפעתם מאשר הזמן שחלף מאז החוויה. לעומת זאת, במטה אנליזה (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006) נמצא קשר חיובי בין הזמן שחלף מאז הטראומה ושינויים חיוביים כתוצאה ממנה: ככל שעבר זמן רב יותר מאז החוויה הטראומטית, כך גדלה הצמיחה הפוסט-טראומטית. קשר חיובי נמצא גם בין עוצמת החוויה הטראומטית לבין צמיחה פוסט טראומטית במחקרים בקרב לוחמים לשעבר. למשל, במחקר שנעשה בקרב חיילים אמריקאיים שנטלו חלק בקרבות בעיראק (Gallaway, Millikan & Bell, 2011) מצאו החוקרים שחיילים שחוו יותר חוויות של לחימה בשטח דיווחו על צמיחה פוסט-טראומטית גבוהה יותר. פיטרזק וחבריו (Pietrzak et al, 2010) מצאו קשר בין עוצמת המתח בקרב לבין צמיחה פוסט-טראומטית לאחריו.

במטה אנליזה של 103 מחקרים מצאו פראטי ופייטראנטוני (Prati & Pietrantonio, 2009) כי אופטימיות, תמיכה חברתית ואסטרטגיות התמודדות תרמו לצמיחה פוסט-טראומטית. התרומה הגבוהה ביותר הייתה לאסטרטגיית ההתמודדות הדתית ולאסטרטגיית ההתמודדות של קבלה חיובית. לתמיכה חברתית, חיפוש תמיכה חברתית, רוחניות ואופטימיות הייתה תרומה מתונה לצמיחת פוסט-טראומטית. לאסטרטגיית ההתמודדות קבלה (Acceptance) הייתה התרומה הנמוכה ביותר. כמו כן נמצא במחקר שלזמן שחלף מאז הטראומה ולמין אין השפעה ממתנת על מובהקות המשתנים.

1.1.7 צמיחה פוסט-טראומטית כתוצאה מההתמכרות והשלכותיה

במחקר איכותי שניתח תוצרי לוואי חיוביים של ההתמודדות עם ההתמכרות לסמים, חילקו החוקרים את השינויים עליהם דיווחו המשתתפים לשתי קטגוריות: שינויים עליהם דווח בספרות על ידי נפגעי טראומות מסוגים שונים ושינויים ייחודיים למכורים בעקבות חווית ההתמכרות (McMillen, Howard, Nower & Chung, 2001). בדומה לנפגעי טראומות אחרות, דיווחו המכורים הנקיים על קירבה לבני משפחה, תחושת חוזק ויעילות עצמית, תחושות של חמלה ואמפטיה לאחרים, תחושת רוחניות ושינוי סדרי העדיפות בחיים. הנשאלים דיווחו גם על שינויים חיוביים נוספים כתוצאה מחוויות ההתמכרות והשלכותיה. שינויים אלו שהיו ייחודיים לאוכלוסייה זו היו: ירידה בנאיביות, עלייה במודעות העצמית ופיתוח יכולת לזהות בעיות התמכרות אצל אחרים ולסייע להם.

צמיחה מחוויית ההתמכרות (Addiction Related Growth) היא מונח שטבעה וושטון (Washton,)

(2007) בעקבות מחקר כמותי על צמיחה פוסט-טראומטית של מכורים נקיים, במהלך התמודדותם עם חווית ההתמכרות והשלכותיה. ככל הידוע לחוקר, מחקרה של ווטשון הינו המחקר הכמותי היחיד שבחן את הצמיחה הפוסט-טראומטית בקרב מכורים נקיים. המחקר (N=86) שנערך בקרב מכורים שזמן הניקיון שלהם היה בין חודש ל- 72 חודשים במסגרות טיפול בניו יורק וניו ג'רסי, קבע כי מכורים נקיים חווים צמיחה בדומה לאנשים שחוו חוויות טראומטיות מסוגים שונים, עליהם דווח בספרות. מאפייני האישיות של המכורים הנקיים שניבאו צמיחה הם מוחצנות, מעורבות בתוכניות לעזרה עצמית ומוטיבציה. במחקר לא נמצא קשר בין זמן הניקיון ורמת המתח והלחץ מחוויית ההתמכרות לבין צמיחה פוסט-טראומטית. לכן, מסקנתה של החוקרת היתה שאין קשר בין השניים.

המחקר הנוכחי התבסס על המודל התיאורטי של ג'נוף בולמן (Janoff-Bulman, 2004) להבנת התמודדות עם טראומות וסבל. על פי המודל, חוויות טראומטיות שוברות סכימות קוגניטיביות (למשל: 'העולם הוא מקום לא בטוח'). המשימה שעומדת בפני ניצול האירוע הטראומטי היא לבנות סכימות קוגניטיביות חדשות שיוכלו להכיל את משמעויות האירוע הטראומטי ולסייע בבניית בסיס להמשך חיים וביצירת זהות חדשה. על פי טדסקי וקלהון, תהליך זה מתרחש בעקבות הרהורים (rumination), מחשבות חוזרות ונשנות על האירוע מתוך רצון להבין אותו, להתמודד עימו ולהעניק לו משמעות. הרהורים ומחשבות אלו הם אבן היסוד להיווצרותה של צמיחה.

השערת המחקר היא שימצא קשר בין זמן הניקיון מסמים/ אלכוהול לבין צמיחה פוסט-טראומטית.

ככל שיחלוף יותר זמן מאז השימוש האחרון, כך יוכל המכור הנקי לטפל בעצמו, לחדש קשרים חברתיים ומשפחתיים שהוזנחו ולחפש משמעות באירועים שחווה קודם להתמכרות ובמהלכה. כמו כן משוער שימצא קשר בין עוצמת הטראומה מחוויית ההתמכרות לבין צמיחה פוסט-טראומטית.

1.1.8 מאפייני הייחודיים של האוכלוסיה הנחקרת

לאוכלוסיית המכורים הנקיים מספר אפיונים ייחודיים. המתמכרים לסמים הם עבריינים מכוח היותם

צרכני חומר, אשר קנייתו וצריכתו בלבד הן עבירה על החוק (משרד הרווחה, 2009). בשל העלות הגבוהה

של החומר וההוצאה הכספית היומית הכרוכה בשימוש בו, ימצא המכור הפעיל את עצמו מהר מאוד במסלול

של גניבות ואלימות כדי לממן את כמות הסם שהוא צורך. כמו כן מאופיינת אוכלוסיה זו בתחלואה מרובה. יותר מ-40% מהמתמכרים הנמצאים בטיפול השירות לטיפול בהתמכרויות סובלים מההתמכרות וגם ממחלה (צהבת מסוג C) או בעיה נפשית. חלק ניכר סובל מהתמכרות ומבעיות גופניות נוספות (משרד הרווחה, 2009). הם החלו את השימוש בגיל ההתבגרות ועברו תהליכים של ניתוק ממסגרות חינוך ומשפחה שנים רבות לפני שהגיעו לטיפול. הפרופיל האישיותי של המכורים שונה משל לא-מכורים. מכורים להרואין יותר מופנמים, חרדתיים, אמוציונאליים, תלותיים ותועלתניים, בהשוואה ללא-מכורים (ג'ראיסי, 2011). מאז ילדותם הם מתוארים כמרדניים וכעסנים, בעלי מזג חם, מעורבים בהתנהגות אלימה וחסרת אחריות, עצלנים ובעלי רצון להשיג דברים במינימום מאמץ, וחיים על בסיס יום יומי ללא תכנון לעתיד (Maddux & Desmond, 1984). בשונה מאוכלוסיות אחרות שסבלו מאירועים טראומטיים פתאומיים וחד פעמיים ללא יכולת שליטה עליהם, הסבל הכרוך בהתמכרות מתמשך לאורך שנים וקשור במעורבותם הישירה של המכורים. ההתמכרות נבעה ממצוקה ומקשיים בהתמודדות, ונעשתה במודע או שלא במודע, כדי להפיג תחושות ורגשות קשים להתמודדות. רוב האוכלוסיות שחוו אירועים טראומטיים עליהם דווח בספרות, זכו לחמלה ולתמיכה מהסובבים אותם שראו בהם נפגעים חפים מפשע. לעומתם, מכורים נקיים מתמודדים עם סטיגמות חברתיות (Washton, 2007). המכור הנקי חש דחייה וחשדנות מהחברה הסובבת אותו שכן, רבים מאמינים ש"פעם נרקומן – תמיד נרקומן" (סלע, 2002). דחייה וחשדנות אלו עלולות להקשות על תהליכי צמיחה מחונית ההתמכרות.

בחלק הבא יוצגו יסודות חשובים בתהליך הגמילה והשיקום של מכורים נקיים: נכונות לבקשת עזרה ותמיכה חברתית. יוצע, כי משתנים אלו יכולים לסייע בתהליך הבנייה מחדש של הסכמות הקוגניטיביות הדרושות לתהליך הצמיחה, לאפשר למכור הנקי לאמץ גישה חיובית לחיים ולהשפיע על יכולתו להישאר נקי מחומרים ממכרים.

1.2 בקשת עזרה ותמיכה חברתית

1.2.1 בקשת עזרה

בקשת עזרה (Help Seeking) מוגדרת בספרות כפנייה אל האחר, שכוונתה קבלת תמיכה, עצה או עזרה בקשר לבעיה ובזמן מצוקה. היא כוללת דיון כללי על הבעיה ובקשה ספציפית לעזרה מחברים, קרובים, שכנים וגורמי עזרה מקצועיים (Gourash, 1978). קית'-לוקאס הגדיר תנאים מקדימים לבקשת עזרה: האדם

צריך להכיר בכך שיש לו בעיה עימה אינו יכול להתמודד בעצמו, הוא צריך להיות מוכן להחשף בפני אדם אחר ולאפשר לו מידה מסוימת של שליטה על חייו וכן, הוא חייב להיות מוכן להשתנות. למרות הסיכוי לשינוי או הקלה, רוב האנשים מעדיפים שלא לפנות לעזרה (Keith-Loucas, 1972). הפונה לעזרה מסתכן בפגיעה בדימוי העצמי, בתחושת נחיתות וחוסר אונים, בהודאה בכישלון ובחוסר יכולת להתמודד לבד עם בעייתו. תיאורית ההתקשרות שפותחה על ידי בולבי (Bowlby, 1980) נבחנה גם בהקשר של מערכות יחסים בבגרות ותרמה רבות להסבר דפוסי התמודדות עם מצוקה ונכונות לבקשת עזרה. על פי התיאוריה, באמצעות הקרבה לאם מפתח התינוק 'מודלים פנימיים' שמנחים אותו בעיתות מצוקה בהמשך חייו. אי זמינות, חוסר רגישות או חוסר עקביות של הדמות המטפלת יוצרת אצל התינוק חשש מקרבה, חוסר בטחון, בדידות וקושי בפנייה לעזרה כאשר עולה הצורך בויסות רגשי או בעת מצוקה.

1.2.2 בקשת עזרה על ידי מכורים לסמים ואלכוהול

הספרות מדגישה את הנכונות לבקשת עזרה כמשתנה חשוב ובסיסי במחויבות לטיפול ולשינוי אצל מכורים לסמים ו/או אלכוהול. נכונות לקבלת עזרה מעידה על מוטיבציה להשתלבות בטיפול ואילו הימנעות מפנייה לעזרה מתפרשת כעדות להכחשה או לחוסר מוטיבציה בשינוי. רונאל (1995) סבור כי הבסיס להחלמה מהתמכרות מעוגן ביכולתו של המכור לפנות לעזרה. בקשת העזרה מקבוצת המכורים הנקיים היא פרמטר חשוב בתהליך הגמילה, הן בטיפול בקהילות הטיפוליות והן בקבוצות מכורים אנונימיים, שיעילותם בשמירה על ניקיון מסמים ואלכוהול הוכחה במספר רב של מחקרים (Kelly, 2003). החשיבות בבקשת עזרה בתהליך ההחלמה ניכרת בצעד הראשון של תוכנית "12 הצעדים": "הודינו שאנו חסרי-אונים מול התמכרותנו, שחינו הפכו לבלתי ניתנים לניהול". המניעים המרכזיים המביאים את המכורים לבקשת עזרה והשתלבות בטיפול הם הצטברות של סדרת משברים וכישלונות בתחומים שונים והתעצמות של תחושות אשם ובושה (טייכמן, 2001). מניעים נוספים הם לחץ חיצוני, תחושה של הגעה לתחתית, חוויה של שינוי אורח חיים משמעותיים וחוויה של ארוע טראומטי (Cunningham, Sobell, Sobell & Gaskin, 1994). במחקר אפידמיולוגי על צריכת אלכוהול בארה"ב מצאו החוקרים (Oleski, Mota, Cox & Sareen, 2010) כי 81% מהאנשים שהוגדרו כבעלי הפרעת שימוש באלכוהול לא דיווחו על קבלת עזרה או על צורך לפנות לעזרה. אנשים אלה היו צעירים יותר, נשואים, בעלי השכלה והכנסה גבוהות יותר, שלא דיווחו על

בעיה רפואית כללית. אוכלוסיה זו נטתה פחות לבקש עזרה וכן, תפסה את עצמה פחות כזקוקה לעזרה באופן משמעותי. אלה שתפסו את השתייה שלהם כבעייתית, ולפיכך נטו יותר לבקש עזרה, היו גם בעלי הפרעה מציר ראשון או שני. גם בקהילות הטיפוליות שמים דגש על חשיבותן של העזרה העצמית והעזרה ההדדית בטיפול במכורים ובכך מוסיפים לחייהם מימד חדש לחלוטין. הצוות בקהילה מצפה מכל חברה לעזור לעצמם ולזולת לקראת מטרות ספציפיות של צמיחה אישית (סלע, 2002).

פרייר ואחרים (Freyer et al, 2005) מצאו קשר בין בקשת עזרה לבין חומרת שתיית אלכוהול. לטענתם, לעיתים קרובות, אנשים שמוכנים לשנות את דפוסי השתייה שלהם, מסרבים לבקש עזרה כי הם סבורים שיוכלו להפסיק לשתות בכוחות עצמם. המחקר שלהם מוכיח שיש הבדל בין נכונות לבקשת עזרה לבין מוכנות לעשות שינוי. במחקר שבדק בקשת עזרה של מכורים לסמים אפרו-אמריקאים (Longshore, 1999) נמצא כי 61% ביקשו עזרה (מחבר, שכן, קרוב משפחה, מעסיק, שירותי רווחה או איש דת, עו"ד, יועץ, איש רוח, שוטר, פסיכיאטר וכו') בשל בעיה הקשורה להתמכרות בשנתיים האחרונות. כ-30% ביקשו עזרה ממקור אחד בלבד. רק 15% ביקשו עזרה על מנת לקבל טיפול בבעיית ההתמכרות שלהם. בן שושן (2008) בחנה את הקשר בין בקשת עזרה, סגנונות התקשורת לבין לחץ בית המשפט על נשירה של מכורים נקיים מהטיפול בקהילות לנפגעי התמכרויות. ללחץ בית המשפט (שנמדד על ידי קיומם של תיקים פליליים) נמצא קשר שלילי לבקשת עזרה: על אף שלחץ בית המשפט יכול להיות גורם משפיע ומדרבן על כניסה לטיפול הוא אינו מנבא את הצלחתו. עוד נמצא כי נכונותם של ילידי חבר העמים לבקש עזרה הייתה גבוהה יותר מנכונותם של ילידי הארץ. מכורים נקיים שעשו שימוש בסמים נרקוטיים (הרואין/ מתאדון) וכן אלה שגיל תחילת השימוש שלהם היה גבוה יותר, נטו יותר לבקש עזרה. למיטב ידיעת הכותב, קשר בין נכונות לבקשת עזרה לבין צמיחה פוסט-טראומטית לא נחקר עד כה.

1.2.3 תמיכה חברתית

תמיכה חברתית (Social Support) היא מושג רחב, הזוכה בספרות המחקרית למספר הגדרות. קוב (Cobb, 1976) מגדיר תמיכה חברתית כמכלול הקשרים החבריים שיש לפרט עם המסגרת החברתית (אנשים או קבוצות) המקדמים את תחושתו שהוא אהוב ומוערך, ושהוא חבר ברשת של קשרים אנושיים ומחויבות הדדית. שיריי (Shirey, 2004) מגדירה מושג זה כעזרה והגנה מוחשית או לא מוחשית שניתנת לאחר, על

מנת לשמור עליו מפני לחצי החיים. התמיכה מתאפשרת ממגוון מקורות ביניהם בן/ בת זוג, קרובי משפחה, חברים, קולגות וממונים (House, 1981). אנשים מעוניינים ליצור קשרים חברתיים בעלי משמעות כמעט בכל תנאי. קיומם של קשרים חברתיים מאפשר את הבסיס להיווצרותה של תמיכה חברתית שהיא אחד המשאבים החשובים ביותר העומדים לרשות הפרט. הצורך להיות שייך הוא צורך עז ויסודי. משמעותו היא ליצור לכל הפחות כמות מינימלית של יחסים חיוביים, מתמשכים ומשמעותיים, המשפיעים על ההתנהגות, הרגש והמחשבות. לתחושת השייכות שנוצרת בעקבות קשרים חברתיים יש השפעות חזקות על תבניות הרגש והתהליכים הקוגניטיביים של הפרט, העדר קשרים חברתיים מתקשר למגוון השפעות שליליות כמו בריאות לקויה ופגיעה ברווחה (Baumeister & Leary, 1995). קיימים ארבעה סוגים עיקריים של תמיכה חברתית:

- (1) תמיכה רגשית - מתן אמון, אמפאטיה, הבנה, דאגה ותשומת לב. תמיכה מעין זו מפחיתה חרדה ודיכאון ומחזקת תחושות של ביטחון ושייכות. (2) תמיכה אינסטרומנטלית - מתן עזרה ישירה ופרקטית. (3) תמיכה אינפורמטיבית - מתן מידע שיכול לעזור לפרט להתמודד עם מצבים שונים. ו- (4) תמיכה הערכית - מתן משוב על תפקוד הפרט שיכול לשפר את הערכתו העצמית (House, 1981).

מאז שנות ה-70 של המאה הקודמת ישנה עלייה דרמטית ברצון להבין את השפעת התמיכה החברתית על בריאות ורווחת האדם. קיימות מספר רב של תוכניות טיפול והתערבות, העושות שימוש בתמיכה חברתית למטרות תרפויטיות לטובת החלמה ממחלות פיזיות ונפשיות (Cohen & Syme, 1985). ישנן שתי השערות דומיננטיות המסבירות את הקשר בין תמיכה חברתית ובריאות (Cohen & Wills, 1985). תיאורית החציצה (Buffering Hypothesis) הקובעת שתמיכה חברתית מועילה בעיקר בעיתות של מצוקה. הקשר החברתי והתמיכה יוצרים חיץ בין האדם לבין השפעותיהם הרעות של אירועי החיים. אנשים בעלי מערכת תמיכה חברתית חזקה יכולים להתמודד טוב יותר עם שינויי חיים בלתי רצוניים. לעומת זאת, תיאורית ההשפעה הישירה (Direct Effects Hypothesis) קובעת שתמיכה חברתית מועילה כל הזמן, באופן מוכלל, חיובי וישיר, בכך שהיא ממתנת את השפעתם של אירועי חיים לוחצים. אנשים עם קשרים חברתיים רבים הם בריאים יותר.

1.2.4 תמיכה חברתית למכורים נקיים כמשאב טיפולי

תמיכה חברתית גורמת לעלייה בתחושת הרווחה הנפשית ולהסתגלות של הפרט ומשפיעה גם על תהליכי החלמה מהתמכרות. מכורים לסמים אינם מקבלים תמיכה חברתית מהחברה הקונפורמית, ואף נידונים

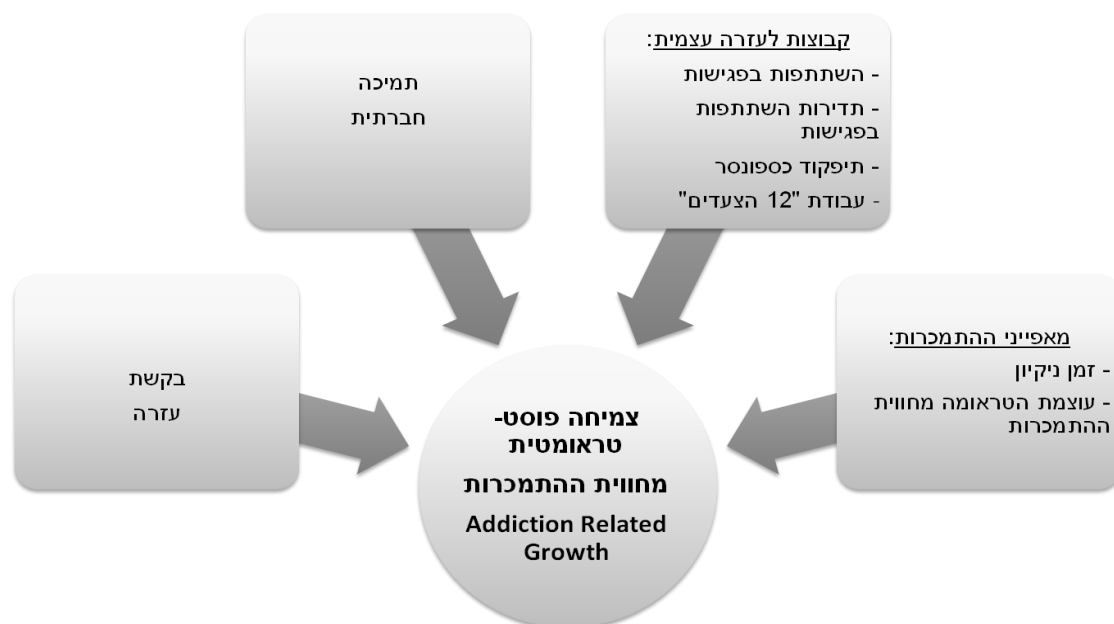
לבידוד. כתוצאה מכך מתחזקות אצלם תחושות של ניכור וזרות חברתית ונוצרת מעגליות המזינה ומחזקת את ההתמכרות (חן, 2001; רונאל, 1995). המכור מאבד התעניינות באחרים ומאבד את כישוריו ליחסים בינאישיים קרובים. בתוך כך הופך הסם להיות תחליף ליחסים אינטימיים (מיכאל, 2007). חלק מרכזי בעבודה הטיפולית בקהילה הטיפולית לנפגעי התמכרות נעשה דרך העבודה הקבוצתית. מיכאל (שם) מדגיש את חשיבות התמיכה החברתית בתהליך ההחלמה. חברים מעודדים אחד את השני, לומדים להתחלק ברגשותיהם ובחוויותיהם ומגלים שאינם מואשמים או שמתביישים בהם. דרך החוויה הקבוצתית מרגישים הנגמלים תחושת ערך עצמי ומבינים שמצבם ישתפר ככל שישו יותר במסגרת הטיפולית. החברים בקהילה מקבלים אחד את השני, לומדים לאהוב זה את זה ומפתחים בהדרגה אינטימיות ואמון בינאישית. בקהילה הטיפולית יש מעט מאוד הזדמנויות לבדידות חברתית (סלע, 2002). הדיירים תורמים ומעורבים בתהליך התרפיה הבין אישית על-ידי מתן משוב כנה באשר להתנהגות האחר, וכן על-ידי תמיכה בזולת בתקופות של מצוקה וקושי. המשוב הניתן על-ידי חברי הקהילה יכול לעיתים להיות משכנע ואמין יותר מאשר משוב המגיע מהצוות הטיפולי. הקהילה נותנת מענה לצרכים החברתיים ומכירה בצורך בהשתייכות. היא מאפשרת למכור לחיות בסביבה מקבלת ולא מתייגת, בה חיים יחד אנשים הזקוקים האחד לשני. היא מעניקה לחבריה את התמיכה, המבנה והכבוד העצמי הנדרשים לשם הצלחה בעולם האמיתי. במהלך הטיפול בקהילה מהווה קבוצת השווים מקור תמיכה חשוב ביותר. קבוצה זו מהווה בסיס חברתי גם בהמשך הדרך, עם יציאתו של המכור והשתלבותו בחברה ותלווה את המכור הנקי שנים רבות לאחר סיום הטיפול. ללא התמיכה החברתית והיכולת בפיתוח הקשרים הבין-אישיים הנוצרים במהלך החיים המשותפים בקהילה, קיימת סבירות גדולה שהישגי הטיפול לא ישמרו. הפחד מדחייה מקבוצת המכורים הנקיים, קבוצת התמיכה של המכור משמשת כוח מרתיע כאשר עולה הפיתוי להשתמש (סלע, 2002).

מחקרים מציינים את חשיבות התמיכה החברתית גם כמונעת נשירה מהקהילה הטיפולית (Majer, 2004; Jason, Ferrari & North, 2002). להשלמת התהליך הטיפולי בקהילה יש חשיבות רבה כיוון שהיא משפיעה ישירות על המשך החלמתו של המכור ועל סיכויי שיקומו בעתיד (Soyez, 2004). חשיבותה של התמיכה החברתית בהחלמה מההתמכרויות ניכרת גם בהצלחתן של התוכניות לעזרה עצמית בגמילה ובמניעת חזרה לשימוש. התוכנית של אלכוהוליסטים אנונימיים עובדת כיוון שהיא מספקת תמיכה מתמשכת. גם הקשר האנושי של הקשבה והשתתפות בסיפורים של אחרים מאפשר למשתתפים להבין את

המימד הרגשי של הסיפור שלהם עצמם (Khantzian & Mack, 1994). העבודה הרוחנית היא דרך להשגת שינוי אישיותי והתנהגותי באמצעות תוכנית, שעיקרה אמונה ב"כוח עליון". התמדה בהשתתפות בפעילות בקבוצות לעזרה עצמית מנבאת הפחתה בשתיית אלכוהול מסוכנת ושיפור בתמיכה חברתית (Humphreys & Toumbourou et al., 2002; Kelly & Yeterian, 2008; Moos, 2001). במחקר על מכורים נקיים שקיבלו תמיכה חברתית והשתתפו בתוכנית רוחנית לטיפול בהתמכרותם בשרות בתי הסוהר בישראל, מצאה חן (חן, 2000) שיפור הדרגתי בתחושת הקוהרנטיות, ירידה בעוצמת חרדה, ירידה בדיכאון ועוינות, ותחושה של משמעות חיים גבוהה יותר. בקרב משתתפים שקיבלו תמיכה חברתית בלבד, חלה ירידה מובהקת ברמת הדיכאון והעוינות. ממצאי המחקר מצביעים על החשיבות שבשילוב תוכנית רוחנית בתהליכי החלמה מהתמכרות לסמים.

מטרת המחקר הנוכחי היא לבדוק את הקשר בין תמיכה חברתית והנכונות לבקש עזרה לבין צמיחה פוסט-טראומטית בקרב מכורים נקיים מסמים ומאלכוהול. השערת המחקר היא שככל שזמן הניקיון ארוך יותר כך יגדל הסיכוי לצמיחה פוסט-טראומטית. מטרות נוספות של המחקר הן לבדוק את הקשר בין מאפייני ההתמכרות והשתתפות בפעילות של N.A/A.A על הצמיחה הפוסט-טראומטית. בתרשים 1 יוצגו המאפיינים השונים שיבדקו במחקר זה.

תרשים 1: מאפייני המחקר



השערות המחקר:

1. יימצא קשר חיובי בין תמיכה חברתית לבין PTG. ככל שהתמיכה החברתית גדולה יותר כך PTG יהיה גבוה יותר.
2. יימצא קשר חיובי בין נכונות לבקשת עזרה לבין PTG. ככל שהנכונות לבקשת עזרה גבוהה יותר כך PTG יהיה גבוה יותר.
3. השתתפות בקבוצות לעזרה עצמית N.A/A.A:
 - א. יימצא הבדל בצמיחה פוסט-טראומטית בין קבוצת המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית N.A/A.A לבין אלו שאינם משתתפים בהן. הצמיחה הפוסט-טראומטית בקרב המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית תהיה גבוהה יותר.
 - ב. יימצא קשר חיובי בין השתתפות בפעילות N.A/A.A לבין PTG. ככל שתדירות ההשתתפות בקבוצות N.A/A.A תהיה גבוהה יותר כך PTG יהיה גבוה יותר.
 - ג. מבין משתתפי הקבוצות לעזרה עצמית יימצא הבדל בצמיחה פוסט-טראומטית בין המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית N.A/A.A העובדים על-פי תוכנית "12 הצעדים" לבין משתתפי הקבוצות לעזרה עצמית N.A/A.A שאינם עובדים על-פי תוכנית זו. הצמיחה הפוסט-טראומטית בקרב העובדים על פי תוכנית "12 הצעדים" תהיה גבוהה יותר מאשר אצל אלה שאינם עובדים על פי תוכנית זו.
 - ד. יימצא הבדל בצמיחה פוסט-טראומטית בין מכורים נקיים המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית N.A/A.A ומשמישים כספונסרים, לבין מכורים נקיים המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית N.A/A.A ואינם משמישים כספונסרים. הצמיחה הפוסט-טראומטית בקרב המשמישים כספונסרים תהיה גבוהה יותר מאשר אצל אלה שאינם משמישים כספונסרים.
4. יימצא קשר חיובי בין זמן ניקיון לבין PTG: ככל שזמן הניקיון ארוך יותר כך PTG יהיה גבוה יותר.
5. יימצא קשר חיובי בין עוצמת טראומת ההתמכרות והשלכותיה לבין PTG. ככל שעוצמת הטראומה מחוויית ההתמכרות תהיה גבוהה יותר כך PTG יהיה גבוה יותר.

2. שיטת המחקר

2.1 אוכלוסית המחקר

במחקר השתתפו 104 נפגעי סמים ואלכוהול. הקריטריונים להכללה במחקר היו: (1) מכורים נקיים שהיו בעבר או נמצאים בעת עריכת המחקר במסגרת טיפולית ציבורית, תחת פיקוח השירות לטיפול בהתמכרויות של משרד הרווחה. (2) מכורים נקיים שהיו בעבר או נמצאו בעת עריכת המחקר במסגרת טיפולית ציבורית כלשהי כמדריכים חברתיים, שתפקידם לסייע למטופלים בהחלמתם. (3) מכורים נקיים המגיעים לפגישות של מכורים אנונימיים או אלכוהוליסטים אנונימיים. במחקר לא נטלו חלק מכורים נקיים שאובחנו כבעלי תחלואה כפולה השוהים במרכזי טיפול ייחודיים.

המחקר התקיים במספר מסגרות פורמאליות של השרות להתמכרויות של משרד הרווחה, המותאמים

לזמן הניקיון של המטופלים וכן במסגרת לא פורמאלית של ארגון המכורים האנונימיים:

1. קהילות טיפוליות 'צעדים' ו'הדרך': (זמן ניקיון: שבועיים עד שנה). קהילות טיפוליות הינן פנימיות המיועדות למתמכרים בשלב מוקדם וראשוני של תהליך הניקיון, שאינם יכולים לעבור את תהליך הטיפול והשיקום בביתם. מטרת הקהילה ליצור סביבה בטוחה שתנתק את המכור מהשפעתה השלילית של הסביבה או המשפחה, תקנה לו מיומנויות שתקדמנה בנייה של הגנות מסתגלות שתחלפנה בסופו של דבר את השימוש בסם (רנץ, 2008). הקהילה מספקת גבולות מוסריים ואתיים ומעמידה ציפיות להתפתחות אישית.

2. הוסטלים למכורים נקיים 'הצעד הנוסף', 'אילנות' ו'בית אור אביבה': (זמן ניקיון: חודשיים עד שנתיים). מסגרת פנימייתית חצי פתוחה המהווה טיפול המשך או טיפול חוזר למכורים שמעדו. בהוסטל מאמצים לעצמם המכורים הנקיים דרכי התמודדות והסתגלות לחיי יום-יום נורמטיביים תוך השתלבות בעבודה. מטרת הטיפול בהוסטל הינה לשקם את הדיירים לקראת חיים עצמאיים בחברה. הדיירים משתלבים בעבודה, מארגנים את חדריהם, מבשלים את מזונם, מכבסים, מטפלים במיצוי זכויותיהם כאזרחים וכל זאת בליווי של הגורמים המקצועיים הנמצאים בהוסטל.

3. יחידות לטיפול בנפגעי סמים מבוגרים ברשויות מקומיות: (זמן ניקיון: חודשיים עד שנתיים ועל פי החלטת מנהל). יחידות עירוניות הקרויות "מרכזי יום", המספקות שירותי טיפול ושיקום לטיפול במבוגרים המעוניינים לטפל בבעיית ההתמכרות. הטיפול ביחידות אלו נמשך עד שנה וחצי ונעשה

באמצעות שיחות פרטניות, טיפול קבוצתי והתערבות משפחתית. הטיפול במרכזי היום מתחיל לאחר שלב הגמילה הפיזית, במקביל לניהול אורח חיים נורמטיבי בקהילה הפתוחה. לרוב מדובר במסגרות של מרכזים בהם מושם דגש על קבלה, קביעת גבולות, סדר יום וכללי המסגרת (רנץ, 2008). במחקר השתתפו מכורים נקיים הנמצאים בטיפול היחידות בערים אור-יהודה ותל-אביב.

4. קבוצת מכורים אנונימיים באזור המרכז והדרום: (זמן ניקיון: ללא התניית ניקיון). כאמור, מכורים אנונימיים מהווים חברותא כלל עולמית של מכורים מחלימים. הפגישות פתוחות לכל מכור לסמים שרוצה להחלים, ללא קשר לגיל, גזע, זהות מינית, אני מאמין כלשהו, אמונה דתית או העדר אמונה. לב התכנית הוא דרך חיים המבוססת על עזרת מכור למכור ועל עקרונות הידועים כ"12 הצעדים". בארץ מתכנסות קבוצות המכורים האנונימיים במקומות שונים המוקצים על ידי הרשויות המקומיות.
5. משתתפי קורס מדריכים חברתיים של הרשות למלחמה בסמים: הקורס בן תשעה חודשים ומיועד להכשיר מכורים נקיים מעל שנתיים לתפקיד מדריכים בעבודה עם מכורים נקיים בשלבי הטיפול השונים.

משתתפים דמוגרפיים של משתתפי המחקר: במחקר השתתפו 104 נפגעי סמים ואלכוהול. 89 גברים (89%), 11 נשים (N=11) ו-4 לא ציינו את מינם. מתוכם 25% נשואים (N=26), 31.7% רווקים (N=33), 35.6% גרושים (N=37) ו-2.9% אלמנים או פרודים (N=3). טווח גילאי הנבדקים נע מגיל 21 עד גיל 62. הגיל הממוצע של הנבדקים הינו 40.24 שנים. 55 מהמשתתפים (55%) נולדו בישראל, 36 (36%) נולדו במדינות חבר העמים, 4 (4%) נולדו באירופה או אמריקה, 4 (4%) נולדו באסיה ואפריקה. ל-58 מהמשתתפים (58%) יש ילדים. מבחינת השכלה, ממוצע שנות הלימוד הוא 10.6 שנה. הטווח נע בין 0 ל-17 שנות לימוד. מבחינה תעסוקתית, 37.5% (N=39) מבין המשתתפים הגדירו את עצמם כחסרי מקצוע. 36 מהמשתתפים (36.4%) דיווחו שכיום הם סובלים מבעיות רפואיות המשפיעות על חייהם, 63 (63.6%) שללו קיומן של בעיות רפואיות המשפיעות על חייהם.

מאפייני ההתמכרות

בהתייחס לחומר הממכר תחולק אוכלוסית המחקר לשתי קבוצות: מכורים לסמים פסיכו-אקטיביים

ומכורים לאלכוהול.

67 מהמשתתפים (66.4%) צרכו אלכוהול. 75 (72.1%) מהמשתתפים צרכו קנביס ומתוכם 53 צרכו גם אלכוהול. 53 מהמשתתפים (51%) צרכו ל.ס.ד ו/או אקסטזי ומתוכם 40 צרכו גם אלכוהול. 41 משתתפים (39.4%) צרכו כדורי שינה ומתוכם 30 צרכו גם אלכוהול. 36 משתתפים (34.6%) צרכו אמפיטימינים ומתוכם 28 צרכו גם אלכוהול. 66 משתתפים (63.5%) צרכו הרואין, אופיום ו/או אדולן ומתוכם 37 צרכו גם אלכוהול. 60 משתתפים (57.7%) צרכו קוקאין ומתוכם 38 צרכו גם אלכוהול. 49 משתתפים (47.1%) השתמשו גם בחומרים אחרים ומתוכם 35 צרכו גם אלכוהול. בהתייחס לגיל תחילת השימוש, בקרב הנבדקים הגיל הממוצע של תחילת השימוש היה 16.2 שנים והטווח נע בין 7 שנים ל- 45 שנים.

בהתייחס לזמן הניקיון עליו הצהירו הנבדקים, זמן הניקיון הממוצע הוא 40.36 חודשים והטווח נע בין

חודש אחד ל- 300 חודשים (25 שנים). 2 משתתפים (2%) לא הגדירו את תקופת הניקיון הנוכחית

כמשמעותית. 59 משתתפים (59.6%) הגדירו את תקופת הניקיון הנוכחית כ"תקופת הניקיון המשמעותית

הראשונה" שלהם, 22 משתתפים (22.2%) הגדירו את תקופת הניקיון הנוכחית כ"תקופת הניקיון

המשמעותית השנייה" שלהם, 9 משתתפים (9.1%) הגדירו את תקופת הניקיון הנוכחית כ"תקופת הניקיון

המשמעותית השלישית" שלהם, 7 משתתפים (7.1%) הגדירו את תקופת הניקיון הנוכחית כ"תקופת הניקיון

המשמעותית הרביעית ויותר" שלהם.

85 מהנבדקים (81.7%) משתתפים בקבוצות לעזרה עצמית של N.A /A.A, מתוכם 8 (9.8%)

משתתפים בקבוצה אחת לחודש, 20 (24.4%) משתתפים בקבוצה אחת לשבועיים, 42 (51.2%) משתתפים

בקבוצה פעמיים-שלוש בשבוע ו-12 (14.6%) משתתפים בקבוצה כמעט כל יום (שלושה משתתפים לא

השיבו). 51 משתתפים (49%) עובדים את "12 הצעדים" ו- 22 משתתפים (21.2%) משמשים כספונסרים.

35 (33.7%) משתתפים לא עברו טיפול בקהילה טיפולית, 48 משתתפים (46.2%) עברו טיפול פעם אחת

בקהילה טיפולית, 10 משתתפים (9.6%) עברו פעמיים טיפול בקהילה טיפולית ו- 6 (5.8%) משתתפים

עברו שלוש פעמים טיפול בקהילה טיפולית. בלוחות 1 א' ו- 1 ב' מוצגים מאפייני ההתמכרות.

לוח 1 א': מאפייני ההתמכרות: גיל תחילת שימוש וזמן ניקיון

משתנה	N	SD	טווח	ממוצע
גיל תחילת שימוש	101	5.51	7-45	16.2
זמן ניקיון (חודשים)	102	58.8	1-300	40.36

לוח 1 ב': מאפייני ההתמכרות - המשך

משתנה	N	%
חומר ממכר	67	66.3%
	75	74.3%
	53	51%
	41	40.6%
	36	35.6%
	66	65.3%
	60	60.6%
	49	49.5%
	85	81.7%
השתתפות ב- N.A/A.A	19	18.3%
	8	9.8%
	20	24.4%
	42	51.2%
	12	14.6%
תדירות השתתפות בפגישת N.A/A.A	51	50%
	51	50%
	22	21.4%
עבודת "12 צעדים"	81	78.6%
	35	35.4%
	48	48.5%
שימוש כ"ספונסר"	10	10.1%
	6	6.1%
	2	2%
קהילה טיפולית בעבר	59	59.6%
	22	22.2%
	9	9.1%
תקופת ניקיון משמעותית	7	7.1%
	37	36.6%
	26	28.6%
סיבות לגמילה	27	27.6%
	35	35%
	70	69.3%
	66	66%
	34	33.7%
	6	5.9%

משתנה	N	%
עד כמה טראומטי היה עבורך המאבק בהתמכרות והשלכותיה?	2	2%
	4	4%
	14	14.1%
	20	20.2%
	59	59.6%
כלל לא		
במידה מסוימת		
במידה בינונית		
במידה רבה		
במידה רבה מאוד		

2.2 כלי המחקר

כלי המחקר הוא שאלון המורכב מחמישה חלקים שונים, כולם מבוססים על דיווח עצמי:

שאלון פרטים אישיים – שאלון המבוסס על שאלון אינטייק לנפגעי התמכרויות של משרד הרווחה. (משרד הרווחה, 2010). השאלון (ראה נספח ב') כולל 20 פריטים סוציודמוגרפיים הכוללים: גיל, מין, ארץ לידה, מצב משפחתי, מס' ילדים, שנות לימוד, מקצוע, בעיות רפואיות וכן פריטים הנוגעים להתמכרות: חומרים להם התמכרת, גיל תחילת שימוש, זמן ניקיון, ניסיונות גמילה, מס' ניקיונות בעבר, סיבות להחלטה לגמילה ומידת הקושי במאבק בהתמכרות והשלכותיה. לשאלון התווספו 5 שאלות (חן, 2001) לבדיקת רמת מעורבות בפעילות של מכורים אנונימיים/אלכוהוליסטים אנונימיים: "האם אתה משתתף/השתתפת בעבר בפעילות של N.A.A.A.", "מתי בפעם הראשונה היית בפגישת A.A/N.A.", "כמה פעמים בשבוע אתה הולך לפגישות?", "האם אתה עובד את תוכנית '12 הצעדים'?", "האם אתה משמש/שימשת בעבר כספונסר?". שאלון נכונות לבקשת עזרה – בן 30 פריטים (ראה נספח ג') של קית'-לואס (Keith-Lucas, 1972). השאלון מורכב משלושה חלקים:

- הכרה של האדם שקיימת בעיה שהוא אינו מסוגל להתמודד עימה לבד (פריטים 2, 3, 4, 7, 14, 19, 23 ו-24).
 - נכונות להיחשף בפני אדם אחר (פריטים 1, 3, 8, 10, 18, 21, 30 ו-31).
 - נכונות לאפשר לאדם אחר שליטה על חייו (פריטים 5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 24, 26, 27 ו-29).
- הציון לכל נבדק ניתן על ידי סכום התשובות של כל השאלות, לאחר קידוד מחדש של פריטים עם כיוון הפוך (1-5, 7, 10, 15, 18, 21, 25, 29). השאלון נבנה ותוקף על ידי צחר-רובין (1997). ציון המהימנות לשאלון במחקרה של בן שושן (2008) בקרב נפגעי התמכרות היה אלפא קרונבך של 0.75.
- המהימנות הפנימית שנמצאה לשאלון במחקר הנוכחי היא אלפא קרונבך של 0.749.

שאלון תמיכה חברתית נתפסת - בן 12 פריטים, הבוחן את תפיסת הנבדק את התמיכה החברתית שהוא מקבל

(ראה נספח ד'). סולם התשובות בנוי על פי סולם ליקרט הנע בין 1 – "מאד לא מסכים" ל- 7 – "מאד

מסכים" (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1998). השאלון כולל שלושה תתי סולמות המתייחסים

לשלושה מקורות תמיכה: משפחה, חברים ואחר משמעותי. בדיקת הכלי בשפה האנגלית, מצביעה על עקיבות

פנימית גבוהה ($\alpha=0.85$ עד $\alpha=0.91$) לשלושת תתי הסולמות. הכלי תורגם בעבר לעברית ונמצא בעל

מהימנות של אלפא קרונברך 0.93 (סטטמן, 1995).

במחקר הנוכחי המהימנות הפנימית שנמצאה לשאלון הינה אלפא קרונברך של 0.805.

שאלת עוצמת הטראומה מחווית ההתמכרות והשלכותיה: בדומה למחקרה של וושטון (Washton, 2007)

נמדדה מידת עוצמת הטראומה מחווית ההתמכרות והשלכותיה על ידי שאלה יחידה 'עד כמה טראומטי היה

עבורך המאבק בהתמכרות והשלכותיה?'. סולם התשובות בנוי על פי סולם ליקרט, הנע בין 1 – "כלל לא" ל-

6 – "במידה רבה מאד".

שאלון צמיחה פוסט-טראומטית - (PTGI) שבו נעשה שימוש במרבית המחקרים הבוחנים צמיחה כתוצאה

מטראומה (Tedeschi & Calhoun, 1996). השאלון (ראה נספח ה') כולל 21 פריטים המתייחסים לשינוי

שחווה אדם מאז הארוע הטראומטי ומחולקים לחמישה מימדים: הכרה באפשרויות חדשות ושינוי סדר עדיפות

(פריטים - 1,15,19,12,3,6 לדוגמא: "שיניתי את סדרי העדיפויות שלי לגבי מה חשוב לי בחיי"), שינוי

ביחסים עם אחרים (פריטים - 5,7,8,13,14,18,19, לדוגמא: "יש לי תחושה חזקה יותר של קירבה

לאחרים"), מתן משמעות לחוזה האישי של הגוף (פריטים - 4,9,11,17, לדוגמא, "גיליתי שאני חזק יותר

מאשר חשבתי"), התפתחות אישית ורוחנית (פריטים - 15,16, לדוגמא, "יש לי הבנה טובה יותר של עניינים

רוחניים") והערכה רבה יותר של החיים (פריטים - 2,21,10, לדוגמא, "למדתי להעריך כל יום מחדש").

בדומה למחקרה של וושטון (Washton, 2007), גם במחקר זה התייחס השאלון לשינויים שחלו כתוצאה

מחווית ההתמכרות והשלכותיה. סולם התשובות בנוי על פי סולם ליקרט, הנע בין 1 – "בכלל לא חל שינוי

בחי כתוצאה מחווית ההתמכרות והשלכותיה", ל- 6 – "חל שינוי במידה רבה מאד כתוצאה מחווית

ההתמכרות והשלכותיה". המהמנות הפנימית של הכלי שנמדדה על ידי מפתחיו הייתה $\alpha=0.90$, $r=0.71$.

במחקר זה המהימנות הפנימית של השאלון הינה אלפא קרונברך 0.92.

בלוח 2 מוצגים הממוצעים, סטיות התקן, טווח וערכי אלפא של גורמי הצמיחה הפוסט-טראומטית.

לוח 2: ממוצעים, סטיות תקן, טווח וערכי אלפא של גורמי הצמיחה הפוסט-טראומטית

גורם	ממוצע	סטיות תקן	מינימום	מקסימום	אלפא קרונברך
שינוי סדר עדיפויות	4.93	0.84	1	6	0.83
שינוי ביחסים עם אחרים	4.66	1	1	6	0.88
מתן משמעות לחוזק האישי של הגוף	4.88	1.14	1	6	0.74
התפתחות אישית ורוחנית	4.25	1.14	1	6	0.55
הערכה רבה יותר של החיים	4.66	1	1	6	0.77
ממוצע כללי	4.8	0.82	1.81	6	0.92

2.3 מהלך המחקר

המחקר אושר על ידי וועדת האתיקה של בית הספר לעבודה סוציאלית (ראה נספח ו') והאגף למחקר של משרד הרווחה (ראה נספח ז') ונערך בין החודשים פברואר – יולי, 2012. לאחר קבלת האישורים הדרושים נעשתה פנייה למנהלי מרכזי הטיפול והתקבל אישור לביצוע המחקר. ברוב המקרים נעזר החוקר במדריכים חברתיים או עובדים סוציאליים כאנשי קשר במרכזי הטיפול. אלו הודרכו על ידי החוקר ופנו אליו בעת הצורך. לשאלונים צורף דף מקדים ובו הסבר על המחקר וחשיבותו. מודגש בו נושא הסודיות ושמירת הנתונים. ככל שניתן היה, הועברו השאלונים במפגש ישיר עם הנחקרים על מנת לסייע במילויים במידת הצורך ולוודא שהם נענו במלואם. על פי רוב, הפנייה לנחקרים נעשתה במסגרת קבוצתית. למשתתפי הקבוצה הוצע למלא את השאלון, מי שבחר שלא להשתתף, פרש לעיסוקיו. להערכתנו, לא ניתן לאפיין את קבוצת הפורשים. מילוי השאלון הוצע לכ- 200 מכורים נקיים, מתוכם כ- 120 מילאו שאלונים. כ- 16 שאלונים נפסלו בשל תשובות לא ברורות או כיוון שהתקבל הרושם שהם מולאו כלאחר יד. בשלב הראשון של המחקר הוצע שאלון בעברית, עליו השיבו נשים וגברים דוברי השפה. רבים מהמכורים, ילידי חבר העמים, התקשו להשיב על השאלון כולו. לאחר כארבעה חודשים מתחילת ביצוע המחקר בשדה תורגם השאלון לרוסית על ידי שתי עובדות סוציאליות העוסקות בתחום ההתמכרות, ששפת אימן רוסית. השאלון נמצא תואם למקור

לאחר תרגום חזרה לשפה העברית על ידי עובדת סוציאלית נוספת מתחום ההתמכרות, ששפת אימה היא רוסית. בשלב זה הוצע למשתתפים שאלון בשתי שפות.

לנחקרים הובהר שהשתתפותם במחקר אינה חובה וכי אי השתתפותם בתהליך או הפסקתו לא תפגע בהם. טופסי המחקר לא הועברו לחברי הצוות הטיפולי בשום שלב של התהליך. לאחר איסופם נשמרו השאלונים בחדר נעול במשרדו של החוקר.

שיטת ניתוח הנתונים - הניתוח הסטטיסטי בוצע באמצעות תוכנת SPSS, בגירסה מס' 20, אשר כלל סטטיסטיקה תיאורית לתיאור אוכלוסית המחקר ומשתני המחקר וסטטיסטיקה הסקתית לבדיקת השערות המחקר. ההבדלים בין הקבוצות חושבו באמצעות מבחן t . לבדיקת הקשרים בין משתני המחקר חושבו ערכי מתאמי פירסון וספירמן. תרומתם היחסית של כל אחד מהמשתנים להסבר השונות של הצמיחה הפוסט-טראומטית ומודל המחקר נעשתה על ידי רגרסיה מרובה בשיטת ENTER.

שיקולים אתיים - השאלון היה אנונימי, הנבדקים יכלו להחליט באופן חופשי אם ברצונם לקחת חלק במחקר, לאחר שקבלו מידע כללי על מטרותיו. בדף הפנייה לנחקרים (ראה נספח א') היה הסבר שהנחה את הנבדקים אל מי לפנות אם יחשו מצוקה או הצפה רגשית בעקבות ההשתתפות במחקר (פנייה לעובד סוציאלי מטפל במקרה של מוסד פורמלי לטיפול בהתמכרות, לספונסר בפעילות של מכורים אנונימיים או לער"ן, מוקד מידע בנושאי מצוקה נפשית).

3. ממצאים

ממצאי המחקר יוצגו בשלושה שלבים. בשלב הראשון יוצגו הממצאים בהתאם להשערות המחקר, בשלב השני יוצגו הקשרים בין משתני המחקר ובשלב השלישי יוצג מודל המחקר.

שלב א':

1. השערה מספר 1, שגרסה כי יימצא קשר חיובי בין תמיכה חברתית לבין PTG, נבדקה באמצעות מבחן

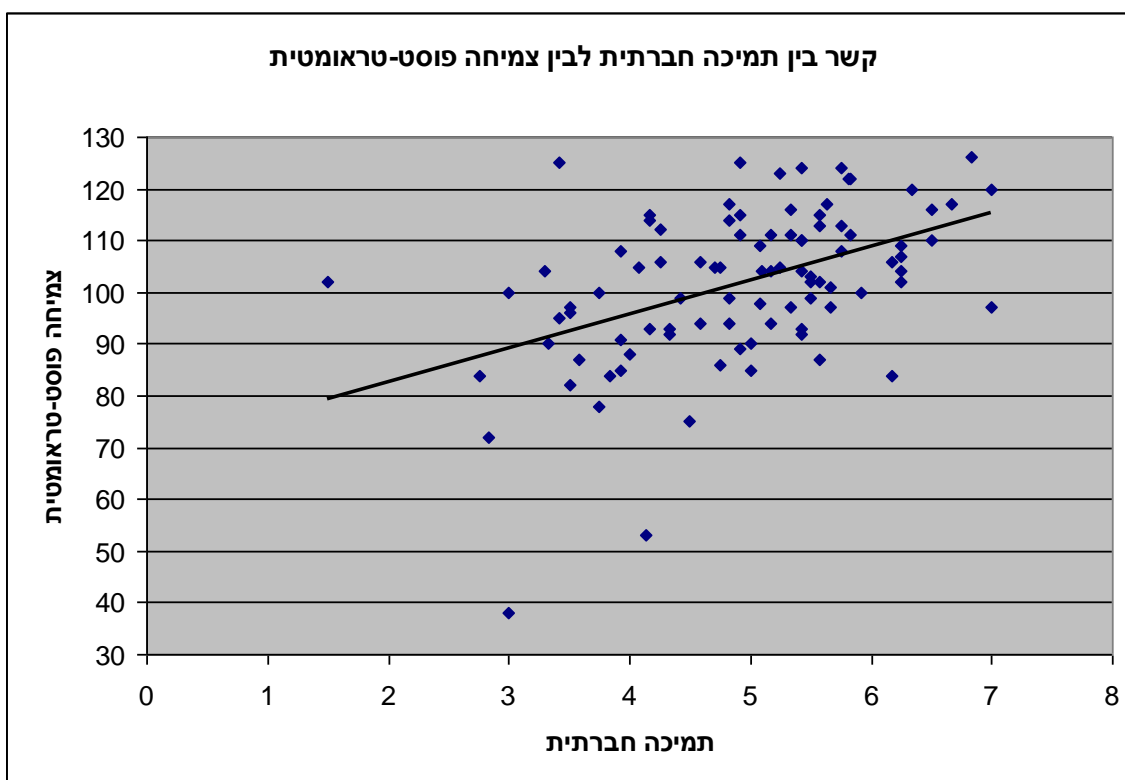
פירסון. ניתוח הממצאים העלה קשר חיובי מובהק, בינוני - גבוה בעוצמתו, בין המשתנים, לפיו ככל

שעולה התמיכה החברתית כך עולה הצמיחה הפוסט-טראומטית $r(93)=0.484, p<0.01$. בתרשים 2

מוצג הקשר בין הציון הממוצע של התמיכה החברתית לבין הציון הממוצע של הצמיחה הפוסט-

טראומטית.

תרשים 2: קשר בין תמיכה חברתית לבין צמיחה פוסט-טראומטית:



קשר חיובי מובהק נמצא גם בין התמיכה החברתית לבין גורמי הצמיחה הפוסט-טראומטית: שינוי סדר עדיפות

$\{r(93)=0.38, p<0.01\}$, חוזק של הגוף $\{r(93)=0.32, p<0.01\}$, התפתחות גופנית $\{r(93)=0.22,$

$\{p<0.02\}$, הערכה רבה יותר של החיים $\{r(93)=0.53, p<0.01\}$ ושינוי ביחס לאחרים $\{r(93)=0.53, p<0.01\}$.

2. השערה מספר 2, שגרסה כי ימצא קשר חיובי בין בקשת עזרה לבין PTG, נבדקה באמצעות מבחן פירסון. הניתוח העלה קשר חיובי מובהק, חלש בעוצמתו, בין המשתנים, לפיו ככל שעולה הנכונות לבקשת עזרה כך עולה הצמיחה הפוסט-טראומטית $r(97)=0.27, p<0.01$. קשר חיובי מובהק נמצא גם בין הנכונות לבקש עזרה לבין גורמי הצמיחה הפוסט-טראומטית: שינוי סדר עדיפות $\{r(96)=0.26, p<0.01\}$, חוזק של הגוף $\{r(96)=0.17, n.s\}$, התפתחות גופנית $\{r(96)=0.22, p<0.02\}$, הערכה רבה יותר של החיים $\{r(96)=0.28, p<0.01\}$ ושינוי ביחס לאחרים $\{r(96)=0.28, p<0.01\}$.

3. השתתפות בקבוצות לעזרה עצמית N.A/A.A:

א. השערה מספר 3 א', שגרסה כי צמיחה פוסט-טראומטית של מכורים נקיים מסמים ומאלכוהול המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית N.A/A.A, גבוהה מהצמיחה הפוסט-טראומטית בקרב מכורים נקיים שאינם משתתפים בהן, נבדקה באמצעות מבחן t למדגמים בלתי תלויים. המבחן העלה תוצאה מובהקת, $t(95)=-1.75, p<0.05$. בהתאם להשערה, צמיחה פוסט-טראומטית של מכורים נקיים מסמים ומאלכוהול המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית גבוהה $(M=4.88, SD=0.72)$ בהשוואה לקבוצת המכורים הנקיים שאינם משתתפים בקבוצות אלו $(M=4.38, SD=1.14)$. בלוח 3 מוצגים ערכי הצמיחה הפוסט-טראומטית בשתי הקבוצות שנבדקו.

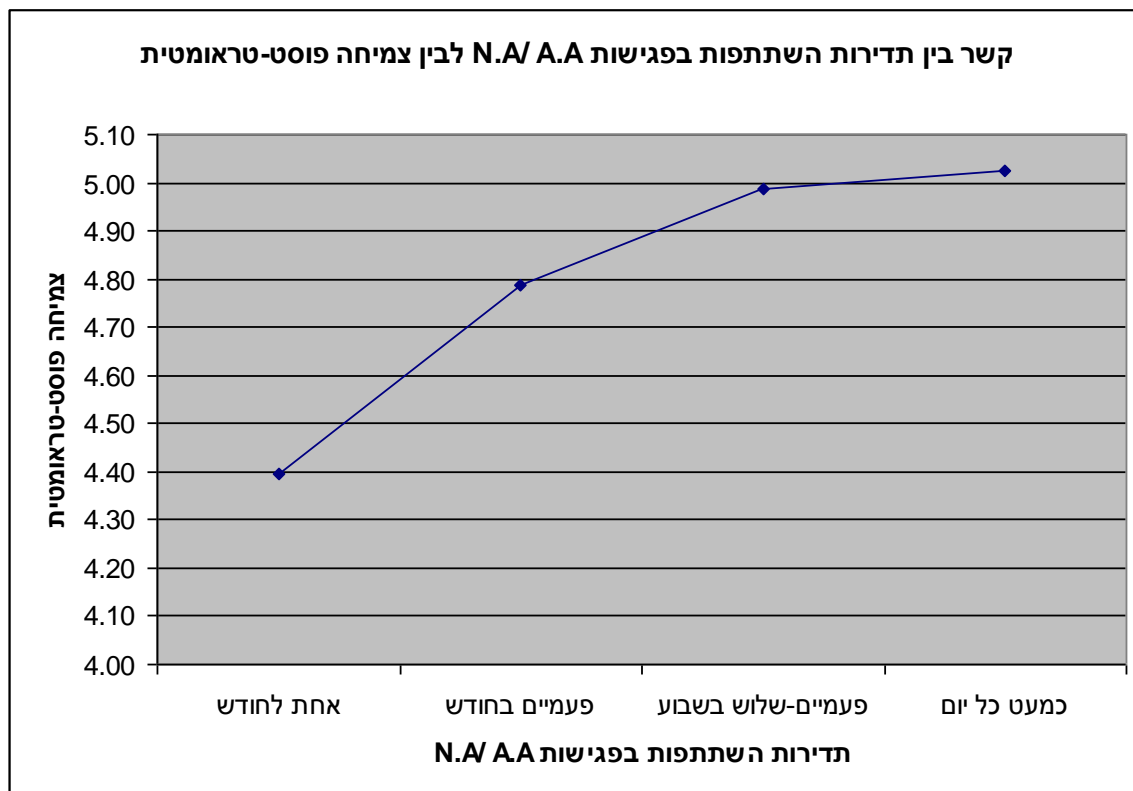
לוח 3: ערכי הצמיחה הפוסט-טראומטית על פי השתתפות בקבוצות N.A /A.A

משתנה	ערכים	משתתפים בקבוצות N.A /A.A (N=85)	אינם משתתפים בקבוצות N.A /A.A (N=22)	t(df)
צמיחה פוסט-טראומטית	ממוצע	4.88	4.38	$t(95)=-1.75$
	סטיית תקן	1.14	0.72	$P=0.025$
	מינימום	1.9	1.81	
	מקסימום	6	5.86	

הבדלים מובהקים בהבדל בין שתי הקבוצות נמצאו גם בגורמי הצמיחה הבאים: שינוי סדרי עדיפות $\{t(95) = -2.36, p < 0.05\}$, התפתחות רוחנית $\{t(95) = -2.21, p < 0.05\}$, הערכה רבה יותר של החיים $\{t(95) = -2.95, p < 0.01\}$ ושינוי ביחס לאחרים $\{t(95) = -2.95, p < 0.01\}$. עם זאת, חשוב לסייג ממצא זה: כיוון שבבדיקת ההשערה זו הסתמכנו על מדגם קטן של קבוצת הלא משתתפים בקבוצות לעזרה עצמית (N=22), נהציע שמדובר במגמה שמצריכה בדיקה נוספת.

ב. השערה מספר 3 ב', שגרסה כי ימצא קשר חיובי בין תדירות ההשתתפות בפגישות N.A/A.A לבין PTG, ככל שתדירות ההשתתפות בפגישות N.A/A.A תהיה גבוהה יותר כך PTG יהיה גבוה יותר, נבדקה באמצעות מבחן ספירמן. הניתוח העלה קשר חיובי מובהק, חלש בעוצמתו, בין המשתנים לפיו, ככל שעולה תדירות ההשתתפות בפגישות כך עולה הצמיחה הפוסט-טראומטית, $r(99) = 0.262$, $p < 0.05$. בתרשים 3 מוצג הקשר בין תדירות ההשתתפות בקבוצות לבין הציון הממוצע של הצמיחה הפוסט-טראומטית.

תרשים 3: קשר בין תדירות השתתפות בפגישות N.A/A.A לבין צמיחה פוסט-טראומטית



ג. קשר חיובי מובהק נמצא גם בין תדירות ההשתתפות בפגישות N.A/A.A לבין גורמי הצמיחה:

שינוי סדר עדיפות $\{r(92) = 0.21, p < 0.05\}$, הערכה רבה יותר של החיים $\{r(92) = 0.31, p < 0.05\}$.

$\{p < 0.05\}$ ושינוי ביחס לאחרים $\{r(92) = 0.31, p < 0.05\}$.

ד. השערה מספר 3 ג', שגרסה כי ימצא הבדל בצמיחה פוסט-טראומטית בין קבוצת העובדים על-פי

תוכנית "12 הצעדים" לבין אלו שאינם עובדים על פיה, נבדקה באמצעות מבחן t למדגמים בלתי

תלויים. המבחן העלה תוצאה מובהקת, $t(91) = -2.4, p < 0.05$. בהתאם להשערה, צמיחה פוסט-

טראומטית של מכורים נקיים מסמים ומאלכוהול העובדים על-פי תוכנית "12 הצעדים" היתה גבוהה

($M=4.99, SD=0.66$) בהשוואה לקבוצת המכורים הנקיים שאינם עובדים את התוכנית

($M=4.62, SD=0.93$). בלוח 4 מוצגים ערכי הצמיחה הפוסט-טראומטית בשתי הקבוצות שנבדקו.

לוח 4: ערכי הצמיחה הפוסט-טראומטית על פי עבודת תוכנית "12 הצעדים"

משתנה	ערכים	משתתפים בקבוצות N.A/A.A ועובדים את תוכנית "12 הצעדים" (N=51)	משתתפים בקבוצות N.A/A.A ואינם עובדים את תוכנית "12 הצעדים" (N=51)	t(df)
צמיחה	ממוצע	4.99	4.62	t(91) = -2.4
פוסט-	סטיית תקן	0.66	0.93	P=0.025
טראומטית	מינימום	3.12	1.81	
	מקסימום	6	5.95	

קשר מובהק נמצא גם בין עבודת 12 הצעדים לבין גורמי הצמיחה: שינוי סדר עדיפות $\{t(93) = -2.04, p < 0.05\}$, הערכה רבה יותר של החיים $\{t(93) = -2.04, p < 0.05\}$ ושינוי ביחס לאחרים $\{t(93) = -2.04, p < 0.05\}$.

ה. השערה מספר 3 ד', שגרסה כי צמיחה פוסט-טראומטית של מכורים נקיים מסמים ומאלכוהול,

המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית N.A/A.A ומשמשים כספונסרים, תהיה גבוהה מהצמיחה

הפוסט-טראומטית של מכורים נקיים מסמים ומאלכוהול שאינם משמשים כספונסרים, נבדקה

באמצעות מבחן t למדגמים בלתי תלויים. המבחן העלה תוצאה מובהקת, $t(78) = -2.05, p < 0.05$.

בהתאם להשערה, צמיחה פוסט-טראומטית של מכורים נקיים מסמים ומאלכוהול המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית ומשמשים כספונסרים, גבוהה באופן מובהק ($M=5.13$, $SD=0.42$) בהשוואה לקבוצת המכורים הנקיים שאינם משמשים כספונסרים ($M=4.79$, $SD=0.79$). הבדלים מובהקים בין הקבוצות נמצאו גם במשתנים זמן ניקיון ותמיכה חברתית. בלוח 5 מוצגים ערכי הצמיחה, זמן הניקיון ותמיכה חברתית בשתי הקבוצות שנבדקו.

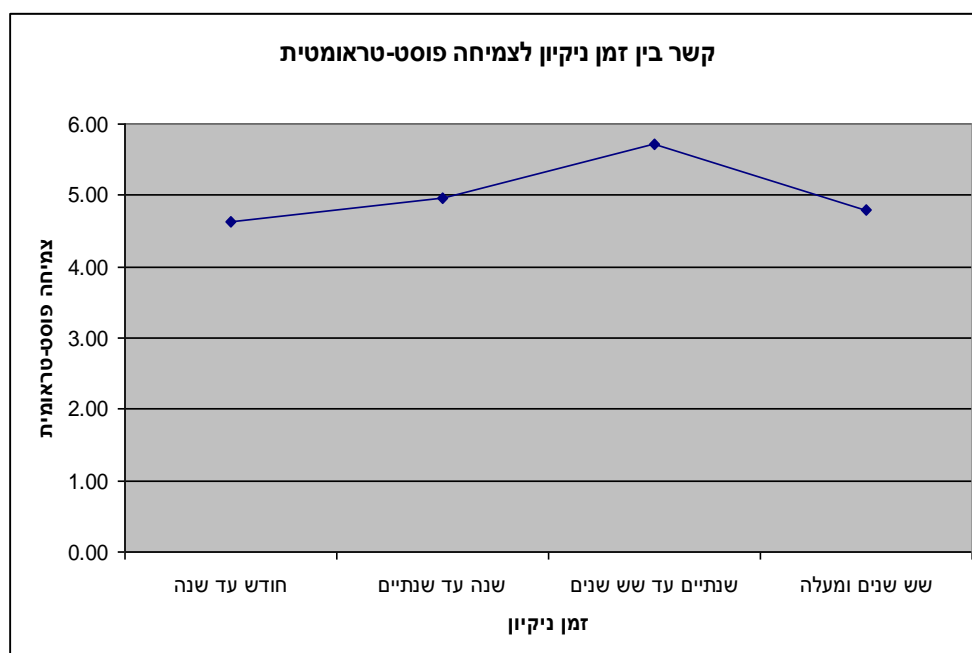
לוח 5: ערכי הצמיחה הפוסט-טראומטית, זמן ניקיון ותמיכה חברתית על פי שימוש כספונסר

משתנה	ערכים	משתתפים בקבוצות A.A./ N.A. ומשמשים כספונסרים	משתתפים בקבוצות N.A/A.A. ואינם משמשים כספונסרים	T(df)
צמיחה פוסט-טראומטית	נבדקים	N=22	N=58	t(78)= -2.05 P=0.01
	ממוצע	5.13	4.79	
	סטיית תקן	0.42	0.79	
	מינימום	4.48	1.81	
	מקסימום	5.95	6	
זמן ניקיון	נבדקים	N=20	N=63	t(81)= -4.15 p=0.00
	ממוצע	99.7	20.13	
	סטיית תקן	84.8	23.77	
	מינימום	2	1	
	מקסימום	300	101.5	
תמיכה חברתית	נבדקים	N=22	N=56	t(76)= -1.25 p=0.04
	ממוצע	5.14	4.86	
	סטיית תקן	0.78	1.14	
	מינימום	3.42	1.5	
	מקסימום	6.17	7	

הבדלים מובהקים בין שתי הקבוצות נמצאו בשלושת גורמי הצמיחה: שינוי סדר עדיפות $t(78) = -1.8$, $\{p < 0.01\}$, הערכה רבה יותר של החיים $\{t(78) = -2.49, p < 0.05\}$ ושינוי ביחס לאחרים $t(78) = -2.49, p < 0.05$.

4. השערה מספר 4, שגרסה כי ימצא קשר חיובי בין זמן ניקיון לבין PTG, ככל שזמן הניקיון ארוך יותר כך PTG יהיה גבוה יותר, נבדקה באמצעות מבחן פירסון. הניתוח לא העלה קשר מובהק בין המשתנים $r(93) = 0.14, n.s$. בנוסף למבחן זה, נערך ניתוח שונות חד כיווני לבחינת הבדלים בצמיחה פוסט-טראומטית. המשתנה התלוי היה צמיחה פוסט-טראומטית והמשתנה הבלתי תלוי היה זמן ניקיון בארבע קבוצות (ראה תרשים מס' 4). הקבוצה הראשונה ($N=35$) כללה מכורים נקיים שזמן הניקיון שלהם בין 1-12 חודשים, תקופה המאופינת בשהייה במסגרת טיפולית של קהילה טיפולית למכורים. הקבוצה השנייה ($N=26$) כללה מכורים נקיים שזמן הניקיון שלהם בין 13-24 חודשים, תקופה המאופינת בשהייה במסגרת הוסטלים המהווים המשך לטיפול בקהילה. הקבוצה השלישית ($N=16$) כללה מכורים נקיים שזמן הניקיון שלהם בין 25-72 חודשים והקבוצה הרביעית ($N=18$) כללה מכורים נקיים שזמן הניקיון שלהם 73 חודשים ומעלה. בניגוד להשערה, לא נמצאו הבדלים בצמיחה הפוסט-טראומטית גם בין קבוצות אלו. $F(3,91) = 2.4, p > 0.05$. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין זמן ניקיון לבין גורמי הצמיחה הפוסט-טראומטית.

תרשים 4: קשר בין זמן ניקיון לצמיחה פוסט-טראומטית



5. השערה מספר 5, שגרסה כי יימצא קשר חיובי בין עוצמת הטראומה מחווית ההתמכרות והשלכותיה לבין

PTG, נבדקה באמצעות מבחן ספירמן. הניתוח לא העלה קשר מובהק בין המשתנים $r(95)=0.03$, n.s.

כמו כן לא נמצאו הבדלים מובהקים בין עוצמת הטראומה הנובעת מחווית ההתמכרות והשלכותיה לבין

חמשת גורמי הצמיחה הפוסט-טראומטית.

שלב ב':

בלוח 6 מוצגים הקשרים בין משתני המחקר.

לוח 6: קשרים בין משתני המחקר

	בקשת עזרה	תמיכה חברתית	השתתפות ב- N.A/A.A	תפקוד "כ"ספונסר"	תדירות הפגשות	עבודת 12" הצעדים"	זמן ניקיון	עוצמת הטראומה	צמיחה פוסט-טראומטית
בקשת עזרה	1	.24*	.2*	.012	.17	.094	-0.6	.13	.27**
תמיכה חברתית	-	1	.055	.12	.23*	.27**	.035	.056	.48**
השתתפות בפגישות- N.A/A.A	-	-	1	.25*	.8**	.36**	.038	.17	.23*
תפקוד "כ"ספונסר"	-	-	-	1	.15	.43**	.5**	.03	.22*
תדירות הפגשות	-	-	-	-	1	.4**	-.00	.14	.31**
עבודת 12" הצעדים"	-	-	-	-	-	1	.27**	.07	.23*
זמן ניקיון	-	-	-	-	-	-	1	.1	.14
עוצמת טראומה	-	-	-	-	-	-	-	1	.05
צמיחה פוסט-טראומטית	-	-	-	-	-	-	-	-	1

*P<0.05, **P<0.001

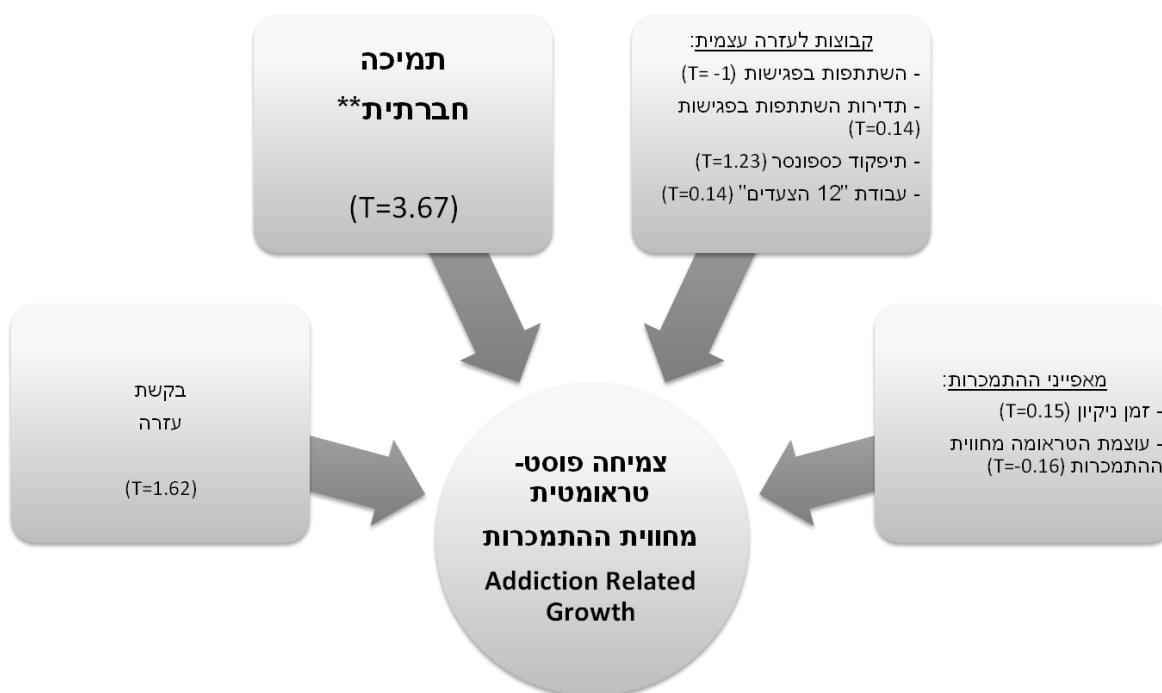
המשתנים שנמצאו מובהקים ובמתאם חיובי עם צמיחה פוסט-טראומטית הם: בקשת עזרה, תמיכה חברתית, השתתפות ב-N.A/A.A, תדירות ההשתתפות ב-N.A/A.A, שימוש כ"ספונסר" ועבודת "12 הצעדים". תמיכה חברתית נמצאה במתאם חיובי עם בקשת עזרה, תדירות ההשתתפות ב-N.A/A.A, צמיחה פוסט-טראומטית ועבודת "12 הצעדים". בקשת עזרה נמצאה במתאם חיובי עם תמיכה חברתית, השתתפות ב-N.A/A.A וצמיחה פוסט-טראומטית.

שלב ג':

לבדיקת מודל המחקר המוצע נערך ניתוח רגרסיה מרובה.

תרשים 5: מודל המחקר

הקשר בין משתני המחקר לצמיחה פוסט-טראומטית



על מנת לבחון את השערות המחקר לגבי תרומתם של משתני מאפייני ההתמכרות, השתתפות בפעילות N.A/A.A, תמיכה חברתית ובקשת עזרה לניבוי צמיחה פוסט-טראומטית, נערך ניתוח רגרסיה מרובה. שיטת הכללת המשתנים הבלתי תלויים הייתה שיטת ENTER (הכנסת כל המשתנים הבלתי תלויים

יחד). המשתנה התלוי היה צמיחה פוסט-טראומטית. המשתנים הבלתי תלויים היו זמן ניקיון, עוצמת הטראומה, שימוש כספונסר, תדירות השתתפות בקבוצות, עבודת "12 הצעדים", תמיכה חברתית ובקשת עזרה. למודל נמצאה תרומה מובהקת לניבוי רמת הצמיחה הפוסט-טראומטית, $F(8,75)=4.05$, $p<.001$, $\text{adjusted } R^2=.227$. לוח 7 מציג את מקדמי הרגרסיה הסטנדרטיים וערכי t לאפקטים של המשתנים הבלתי תלויים.

לוח 7: מקדמי רגרסיה וערכי t למשתנים הבלתי תלויים

צמיחה פוסט-טראומטית		משתנים בלתי תלויים
Beta (Standardized Coefficients)	T	
0.4*	3.67	תמיכה חברתית
0.17	1.62	בקשת עזרה
0.02	0.15	זמן ניקיון
-0.02	-0.16	עוצמת הטראומה מחוויות ההתמכרות
0.15	1.23	שימוש כספונסר
-0.17	-1.0	השתתפות בפגישות N.A/A.A
0.23	0.14	תדירות השתתפות בפגישות
-0.03	-0.27	עבודת "12 הצעדים"
* $p<0.001$		

מבין המשתנים הכלולים במודל המחקר, נמצאה התמיכה החברתית בלבד כקשורה ובעלת תרומה מובהקת להסבר השונות של צמיחה פוסט-טראומטית. על מנת לבחון את תרומתם של משתני מאפייני ההתמכרות, השתתפות בפעילות N.A/A.A, תמיכה חברתית ובקשת עזרה, לניבוי חמשת הגורמים של צמיחה פוסט-טראומטית, נערכו ניתוחי רגרסיה מרובה. שיטת הכללת המשתנים הבלתי תלויים הייתה שיטת ENTER. המשתנים התלויים היו שינוי סדר עדיפות,

חוזק של גוף, התפתחות רוחנית, הערכה רבה יותר של החיים ושינוי ביחס לאחרים. המשתנים הבלתי תלויים היו זמן ניקיון, עוצמת הטראומה מחווית ההתמכרות, שימוש כספונסר, השתתפות בפגישות N.A/A.A. תדירות השתתפות בפגישות, עבודת "12 הצעדים", תמיכה חברתית ובקשת עזרה. בלוח 8 מוצגים תוצאות ניתוח הרגרסיות.

לוח 8: תוצאות ניתוח הרגרסיות הלינאריות של גורמי הצמיחה הפוסט-טראומטית

	גורמי הצמיחה	Adjusted R ²	מובהקות המודל	מבחן הרגרסיה	משתנים בלתי תלויים מובהקים
1	שינוי סדר עדיפות	0.227	Sig=0.00	F(8,75)=4.05	תמיכה חברתית**
2	חוזק של גוף	0.1	Sig=0.04	F(8,75)=2.14	תמיכה חברתית*
3	התפתחות רוחנית	0.1	Sig=0.04	F(8,75)=2.20	תמיכה חברתית* שימוש כספונסר*
4	הערכה רבה יותר של החיים	0.33	Sig=0.00	F(8,75)=6	תמיכה חברתית** שימוש כספונסר*
5	שינוי ביחס לאחרים	0.227	Sig=0.00	F(8,75)=6	תמיכה חברתית** שימוש כספונסר*

*P<0.05, **P<0.001

המשתנה 'תמיכה חברתית' נמצא מובהק בניבוי חמשת גורמי הצמיחה הפוסט-טראומטית: שינוי סדר

עדיפות, חוזק של גוף, התפתחות רוחנית, הערכה רבה יותר של החיים ושינוי ביחס לאחרים. המשתנה

'שימוש כספונסר' נמצא מובהק לניבוי התפתחות רוחנית, הערכה רבה יותר של החיים ושינוי ביחס לאחרים.

לוח 9 מסכם את תוצאת בדיקת ההשערות על פי התחום הנחקר.

לוח 9: סיכום בדיקת ההשערות

התחום הנחקר	מס'	ההשערה	ממצאים
תמיכה חברתית	1	יימצא קשר חיובי בין תמיכה חברתית לבין צמיחה פוסט-טראומטית: ככל שהתמיכה החברתית גדולה יותר כך הצמיחה הפוסט-טראומטית יהיה גבוה יותר.	ההשערה אוששה
בקשת עזרה	2	יימצא קשר חיובי בין נכונות לבקשת עזרה לבין צמיחה פוסט-טראומטית: ככל שהנכונות לבקשת עזרה גבוהה יותר כך הצמיחה הפוסט-טראומטית יהיה גבוה יותר.	ההשערה אוששה
השתתפות בפעילות N.A/A.A	3 א'	יימצא הבדל בצמיחה פוסט-טראומטית בין קבוצת המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית N.A/A.A לבין אלו שאינם משתתפים בהן. הצמיחה הפוסט-טראומטית בקרב המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית תהיה גבוהה יותר.	ההשערה אוששה
	3 ב'	יימצא קשר חיובי בין השתתפות בקבוצות N.A/A.A לבין צמיחה פוסט-טראומטית: ככל שתדירות ההשתתפות בקבוצות תהיה גבוהה יותר כך הצמיחה הפוסט-טראומטית יהיה גבוה יותר.	ההשערה אוששה
	3 ג'	יימצא הבדל בצמיחה פוסט-טראומטית בין קבוצת המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית N.A/A.A העובדים על-פי תוכנית "12 הצעדים" לבין משתתפי הקבוצות לעזרה עצמית שאינם עובדים על-פי תוכנית זו. לעובדים על פי תוכנית "12 הצעדים" יהיה צמיחה פוסט-טראומטית גבוה יותר.	ההשערה אוששה
	3 ד'	יימצא הבדל בצמיחה פוסט-טראומטית בין מכורים נקיים המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית N.A/A.A ומשמישים כספונסרים, לבין מכורים נקיים המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית N.A/A.A ואינם משמישים כספונסרים. הצמיחה הפוסט-טראומטית בקרב המשמישים כספונסרים תהיה גבוהה יותר.	ההשערה אוששה

התחום הנחקר	מס'	ההשערה	ממצאים
מאפייני ההתמכרות	4	יימצא קשר חיובי בין זמן ניקיון לבין הצמיחה הפוסט-טראומטית: ככל שזמן הניקיון ארוך יותר כך הצמיחה הפוסט-טראומטית יהיה גבוה יותר.	ההשערה לא אושרה
	5	יימצא קשר חיובי בין עוצמת הטראומה מחווית ההתמכרות והשלכותיה לבין צמיחה פוסט-טראומטית. ככל שעוצמת הטראומה מחווית ההתמכרות והשלכותיה תהיה גבוהה יותר כך הצמיחה הפוסט-טראומטית יהיה גבוה יותר.	ההשערה לא אושרה

4. דיון

מטרת מחקר זה, המתבסס על המודל התיאורטי של צמיחה פוסט-טראומטית של טדצקי וקלהון (Tedeschi & Calhoun, 1996), הייתה לבדוק האם יש קשר בין תמיכה חברתית ונכונות לבקש עזרה לבין צמיחה פוסט-טראומטית בקרב מכורים נקיים מסמים ומאלכוהול. מטרת נוספת של המחקר היו לבדוק את הקשר בין מאפייני ההתמכרות (זמן ניקיון ועוצמת הטראומה מחווית ההתמכרות), ההשתתפות בפעילות של N.A.A.A (השתתפות בקבוצות, תדירות ההשתתפות ושימוש כספונסר) לבין הצמיחה הפוסט-טראומטית. מהשוואת הציון הכולל של שאלון הצמיחה הפוסט-טראומטית בין משתתפי המחקר הנוכחי לבין מחקרים אחרים (ראה נספח ח') שפורסמו בספרות (Linley & Josef, 2004; Tedeschi, Park & Calhoun, 1998) עולה כי ממוצע ציון הצמיחה בקרב אוכלוסית המכורים הנקיים במחקר זה (73.74), נמצא בטווח הציונים שפורסמו, ממצא המחזק את ההשערה כי ההתמכרות היא חוויה היכולה לעודד צמיחה פוסט-טראומטית. הממצאים מעידים כי ההתמודדות עם כמיהה לשימוש, מתן משמעות לחווית ההתמכרות, התגברות על המכשולים העומדים בפני המכור הנקי בדרך הניקיון וחזרה לחיים אפקטיביים בקהילה (כמו התמדה בעבודה, יצירת קשרים בינאישיים משמעותיים וקשר מחודש עם חברים ומשפחה) מהווים קטליזטור לתהליך צמיחה אישית.

ממצאי מחקר זה, יחד עם ממצאיה של וושטון (Washton, 2007) תומכים בהשערה שהתהליכים אותם עוברים מכורים בתהליך הגמילה דומה לתהליכים שעוברים ניצולי חוויות טראומטיות אחרות, על אף שהתמכרות אינה ארוע טראומטי יחיד, אלא תהליך הדרגתי ורב שלבי. בספרות המקצועית יש סימוכין לממצא זה: כתוצאה מתהליך הגמילה מדווחים מכורים נקיים על קירבה לבני משפחה, תחושת חוזק ויעילות עצמית, תחושות של חמלה ואמפטיה לאחרים, תחושת רוחניות, שינוי של סדרי העדיפות בחיים ועלייה במודעות העצמית (McMillen, Howard, Nower & Chung, 2001). ייתכן שצמיחה הכרחית לשמירה על ניקיון ולהינזרות מכל שימוש בחומר. לפיכך, מכור נקי שאינו צומח יתקשה להתמיד בתהליך הניקיון ויחזור לשימוש. במחקר הנוכחי נמצא כי הגיל הממוצע לתחילת השימוש הוא 16.2 שנים והגיל הממוצע של הנבדקים הוא 40.24 שנים. מכאן, שזמן השימוש הממוצע הוא כ-24 שנים. זוהי תקופה בה חשוף המכור לפגיעות, כשהוא חסר הגנה וללא סביבה תומכת. הפעילות הכרוכה בהשגת סמים לשימוש יומיומי מגדילה את חשיפת המכור לאירועים טראומטיים ונתפסת כחלק מאורח חיים מסוכן (High Risk Hypothesis),

ובעקיפין מגדילה את סיכוייו לתסמונת פוסט-טראומטית חוזרת (Chilcoat & Breslau, 1998). גם פירני (פירני, 2010), הטוען כי טראומה מובילה להתמכרות והתמכרות מובילה לטראומה נפשית נוספת, מחזק את הטענה שמדובר במעגל סבל שהטראומה משחקת בו תפקיד מרכזי.

ניתוח השערות המחקר:

השערה מס' 1: הקשר בין תמיכה חברתית וצמיחה פוסט-טראומטית

השערת המחקר כי ימצא קשר חיובי בין תמיכה חברתית לצמיחה פוסט-טראומטית אוששה במחקר הנוכחי. גם ניתוח תוצאות מבחן הרגרסיה מצביע על כך שתמיכה חברתית הינה בעלת תרומה מובהקת להסבר השונות של צמיחה פוסט-טראומטית. ממצאים אלה נתמכים במספר רב של מחקרים ובמגוון רחב של אוכלוסיות שחוו חוויות טראומטיות. סקירת הספרות מדגישה את הבידוד החברתי ממנו סובלים המכורים הנקיים מחד (חן, 2001; רונאל, 1995) ואת החשיבות של התמיכה החברתית לבריאות הנפשית באמצעות תיאוריית החציצה ותיאוריית ההשפעה הישירה מאידך (Cohen & Wills, 1985). להעדר קשרים חברתיים יש קשר עם בריאות לקויה ופגיעה ברווחה (Baumeister & Leary, 1995). תמיכה חברתית ממתנת את השפעתם של אירועי חיים לוחצים. אנשים הנהנים מתמיכה חברתית משמעותית, מתמודדים טוב יותר עם שינויי חיים בלתי רצוניים.

לתרומה של התמיכה החברתית לצמיחה פוסט-טראומטית נמצאו סימוכין במספר מחקרים בקרב אוכלוסיית חולי סרטן. ממצאים אלו מראים כי בתקופת אבחנת המחלה, קבלת תמיכה ממשפחה ומחברים המתאפיינת בהרגעה, ניחום וסיוע בפתרון בעיות, עשויה לסייע במציאת משמעות חיובית בחווית המחלה (Schroevers, Helgason, Sanderman & Ranchor, 2010). במחקר שנערך בקרב גברים שסבלו מסרטן הערמונית נמצא שתמיכה רגשית בחולים קשורה עם רמות גבוהות יותר של צמיחה פוסט-טראומטית שנה לאחר הניתוח (Thornton & Perez, 2006). תמיכה חברתית מחברים נמצאה כבעלת תרומה לצמיחה פוסט-טראומטית בקרב ניצולי שואה שהיו ילדים בזמן המלחמה (Lev-Wiesel & Amir, 2003). עם זאת, נראה כי הממצאים אינם אחידים. במדגם של 216 חולי סרטן, כ- 3 שנים במוצע לאחר אבחון המחלה, מצאו הארפר וחבריו (Harper et al, 2007) כי התמיכה החברתית לא הייתה קשורה לשינויים פסיכולוגיים חיוביים. דוגמאות נוספות להעדר קשר בין שני המשתנים נמצאו במחקרים בקרב נשים חולות סרטן השד.

סירס ועמיתיה (Sears et al, 2002) לא מצאו קשר מובהק בין תמיכה רגשית נתפסת וצמיחת פוסט-טראומטית, בשנה הראשונה לאחר אבחון המחלה. כמו כן לא נמצא קשר בין שני המשתנים גם במחקר בישראל (נומה, 2008) על צמיחה פוסט-טראומטית בקרב נשים שחלו בסרטן שד.

כפי הנראה, השימוש בהגדרות שונות לצמיחה פוסט-טראומטית ולתמיכה חברתית, כמו גם השימוש בכלי מדידה שונים ובנקודות זמן שונות, מקשים על הסקת מסקנות ברורות לגבי השפעתה של התמיכה החברתית על ההשלכות החיוביות של צמיחה מחווית המחלה. שרובס ועמיתיו (Schrovers et al, 2010) מבדילים בין שלושה סוגים של תמיכה רגשית: זמינות נתפסת של תמיכה רגשית, קבלת תמיכה רגשית בפועל ושביעות רצון מהתמיכה שהוגשה בפועל. בהתבסס על המסגרת התיאורטית של טדסקי וקלהון (Tedeschi & Calhoun, 1996) וחוסר האחידות בממצאים אודות הקשר בין תמיכה חברתית וצמיחה, יתכן כי רק קבלת אינטראקציות תומכות בפועל ממשפחה ומחברים תסייענה בעיבוד קוגניטיבי של האירועים והחוויית שמובילים למציאת משמעות חיובית ולצמיחה.

בתוכניות הטיפול המוצעות למכורים הנקיים יש דגש על תמיכה חברתית בתהליך הגמילה וההחלמה. המכורים לומדים כי "בדידות היא אויב", ובהדרגה מתרחש תהליך בו הם לומדים לוותר על האינטימיות עם הסם לטובת אינטימיות ביחסים ואמון בינאיש. המכורים הנקיים לומדים להתחלק בתחושותיהם ובקשיים עימם הם מתמודדים ביומיום. הם מגלים שאינם לבד וחבריהם לדרך הניקיון מתמודדים עם תחושות ובעיות דומות. התמיכה החברתית מסייעת להם בבניית תחושת ערך עצמי וקבלה עצמית, והם לומדים לאהוב את חבריהם ואת עצמם. תמיכה חברתית בראשית תהליך הגמילה בקהילה הטיפולית משמשת להאצת תהליך ההחלמה והצמיחה האישית בדרכים שונות (סלע, 2002). היא מאפשרת מחויבות, פיתוח אמון, עידוד ללקיחת סיכון בביטוי רגשות ולמידה עצמית וכן מאפשרת לימוד של מיומנויות. המכורים הנקיים בקהילה אינם יכולים לסגת ואינם יכולים לצפות לכך שהרופא יעניק להם תרופות פלא או מרפא. הקהילה הטיפולית מצפה מכל חברה לעזור לעצמם ולזולת לקראת מטרות ספציפיות של צמיחה אישית. סלע (2002) מדגיש כי מרבית ההתפתחות בקהילה הטיפולית היא תוצאה של השפעת החברים זה על זה, בנוסף לתפקידם של אנשי הצוות. הקהילה הטיפולית עונה על צורך מרכזי וחשוב בשעה שהיא נותנת מענה לצרכים החברתיים ולצורך בהשתייכות, היא מאפשרת למכור לחיות בסביבה מקבלת ולא מתייגת בה חיים יחד אנשים הזקוקים אחד לשני. במהלך הטיפול בקהילה מהווה קבוצת המכורים הנקיים מקור תמיכה חשוב ביותר, אך יתרה מכך.

קבוצה זו מהווה בסיס חברתי גם בהמשך הדרך, עם סיום הטיפול ובזמן ניסיונות ההשתלבות בחברה. המעגל החברתי שנוצר בין חברי הקהילה הטיפולית ילווה את המכור הנקי שנים רבות לאחר סיום הטיפול בה. ללא התמיכה החברתית והיכולת בפיתוח הקשרים הבין-אישיים הנוצרים במהלך החיים המשותפים בקהילה, קיימת סבירות גבוהה שהישגי הטיפול לא ישמרו. הדגש על התמיכה החברתית והעבודה הקבוצתית בתהליך הטיפולי עולה בקנה אחד עם תפיסתם של טדסקי וקלהון שקבעו כי אחד הפרמטרים לצמיחה פוסט-טראומטית הוא 'תחושה שונה לגבי יחסים עם אחרים' (Tedeschi & Calhoun, 1996). ההתמודדות עם חוויות טראומטיות והשלכותיהן יכולה להוביל להגדלת הצורך בשיתוף, להגדלת החשיפה העצמית ולפיתוח רשת תמיכה חברתית שקודם לכן לא היתה קיימת.

חשיבותה של התמיכה החברתית, בקשת העזרה ותרומתן לצמיחה אישית נתמכת גם בממצאי מחקר איכותני - נרטיבי של חזן לייבו (חזן-לייבו, 2011) שעסק בסיפורי הצלחה של בוגרי קהילה טיפולית לטיפול בנפגעי סמים ואלכוהול. הנבדקים במחקר חשפו קריירות חיים קשות וטראגיות, עברו תהליך של שינוי ומנהלים אורח חיים נורמטיבי ונקי מסמים ומצליחים בתחומים רבים. מרבית המשתתפים העלו את הנושא של 'השתלבות חברתית וחברים' בתוך הקהילה, כעניין חשוב ומשמעותי בטיפול שלהם, בייחוד בנושא בקשת העזרה, שנחשב חלק טיפולי דומיננטי בקהילה.

עם זאת, תוצאת המחקר סותרת את ממצאיה של חן (חן, 2001) אודות הקשר בין תמיכה חברתית

ותוכנית רוחנית לבין שינויים אישיותיים, רגשיים והתנהגותיים בקרב אסירים שנגמלו מחומרים פסיכואקטיביים. במחקרה מצאה חן כי תמיכה חברתית בלבד איננה מספקת על מנת ליצור שינויים אישיים. לדבריה, על מנת להשיג שינוי כזה דרושה גם התערבות בדרך של תוכנית רוחנית, כיוון שזו הדרך להשגת שינויים אישיותיים והתנהגותיים, התפתחות רוחנית ומשמעות חיים.

השערה מס' 2: הקשר בין בקשת עזרה וצמיחה פוסט-טראומטית

השערת המחקר על הקשר החיובי בין בקשת עזרה לבין צמיחה פוסט-טראומטית אוששה, אולם יש

להתייחס בזהירות מסויימת לממצא זה, לאור המתאם הנמוך יחסית שנמצא לגביו. אחת הסיבות לציפייה לקשר חזק בין המשתנים הייתה על רקע העובדה, שמכורים נקיים המחליטים להתחיל בתהליך הגמילה, עושים זאת מרצונם החופשי (חוק זכויות החולה אינו מאפשר כפייה של תהליך גמילה). לסיבות לפנייה

לטיפול בהתמכרויות, כפי שנמצאו במחקר (הרגשה ש'הגעתי לתחתית ורצון הפסקת הסבל', בעיות כלכליות, לחץ חיצוני של בית משפט, הצלחתם של אחרים בתהליך הגמילה, אולטימאטום של בן משפחה, השפעת אירוע טראומטי או אובדן ופנייה לשם שיקום בבית הכלא) יש סימוכין בסקירת הספרות (טייכמן, 2001; Cunningham, Sobell, Sobell & Gaskin, 1994). סיבה נוספת לציפייה לקשר חזק בין בקשת עזרה וצמיחה פוסט-טראומטית נובעת מכך שהנכונות לבקש עזרה נתפסת כמשתנה חשוב ובסיסי במחויבות לטיפול ולשינוי אצל מכורים. נכונות לקבלת עזרה מעידה על מוטיבציה להשתלבות בטיפול ואילו הימנעות מפנייה לעזרה מתפרשת כעדות להכחשת הבעיה או חוסר מוטיבציה בשינוי (רנץ, 2008). חשיבותה של בקשת העזרה ניכרת גם בצעד הראשון של תוכנית "12 הצעדים": "הודינו שאנו חסרי-אונים מול התמכרותנו, שחינו הפכו לבלתי ניתנים לניהול".

ניתן להסביר את הממצא אודות הקשר החלש בין בקשת עזרה וצמיחה פוסט-טראומטית במחקר זה בשלושה אופנים:

1. במחקר זה נעשה שימוש בשאלון בקשת עזרה בן 30 פריטים של קית'-לואס (Keith-Lucas, 1972). על אף שמהימנות השאלון הייתה גבוהה (אלפא קרונברך של 0.75), הנבדקים דיווחו על כך שהוא היה קשה למילוי. נבדקים רבים הזדקקו לעזרה בזמן שהשיבו עליו ואף נטו להפסיק את השתתפותם במחקר בשלב זה. ייתכן כי שאלון קריא וברור יותר היה מביא לממצאים אחרים.
2. על אף שמכורים נקיים פונים מרצונם בבקשת עזרה בגמילה מהתמכרותם, יתכן וחלק מהתנאים המקדימים ההכרחיים שמגדיר לוקאס (Keith-Loucas, 1972) לבקשת העזרה אינם מתקיימים: ההכרה של האדם שהוא אינו יכול להתמודד עם הבעיה בכוחות עצמו, שהוא צריך להיות מוכן להיחשף בפני אדם אחר ולאפשר לו מידה מסוימת של שליטה על חייו, וכן, שהוא חייב להיות מוכן לשינוי. יתכן כי מרבית המכורים הפונים לטיפול מבקשים אומנם עזרה אך אינם מוכנים לשינוי. הם פונים לטיפול כי אין להם ברירה וכי אין באפשרותם להמשיך להתנהל כפי שהתנהלו עד היום בשום דרך. הסבר זה נתמך במחקר של לונגשור (Longshore, 1999), שבחן בקשות עזרה מסוגים שונים בקרב מכורים. במחקרו הוכח שיש הבדל בין מוכנות לבקשת עזרה לבין מוכנות לעשות שינוי. כיוון שכך, יתכן וניתן יהיה למצוא קשר חזק יותר בין בקשת עזרה בפועל לבין צמיחה פוסט-טראומטית.

3. האפשרות השלישית להסבר הקשר החלש בין בקשת עזרה לצמיחה פוסט-טראומטית נובע מכך שבקשת עזרה היא פעולה נלמדת. למעשה, מכורים נקיים בתחילת הטיפול (אוכלוסיה בעלת ייצוג יתר במחקר זה) אינם מוכנים לבקש עזרה. בתהליך הגמילה, שמתחיל בקהילה הטיפולית, לומדים המכורים הנקיים לבקש עזרה בעיתות מצוקה. בקשת העזרה הדרושה ממכורים המעוניינים בגמילה מקיפה ומורכבת אף יותר. עליהם להיות מסוגלים לבקש עזרה ממשפחתם, על מנת שתלווה אותם בתהליך ותתמוך בו, מקבוצת המכורים המטופלים במוסד הטיפולי, על מנת לזכות בתמיכתם של חבריהם לתהליך (רונאל, 1995; מיכאלי, 2007; סלע, 2002) ומהצוות הטיפולי הפורמאלי: מדריכים חברתיים ועובדים סוציאליים.

השערה מס' 3: השתתפות בקבוצות לעזרה עצמית N.A/A.A:

א. השערת המחקר כי יימצא הבדל בצמיחה פוסט-טראומטית בין קבוצת המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית N.A/A.A לבין אלו שאינם משתתפים בהן, כך שהצמיחה הפוסט-טראומטית בקרב המשתתפים בקבוצות תהיה גבוהה יותר, אוששה במחקר הנוכחי. עם זאת, חשוב לסייג ממצא זה: כיוון שבבדיקת ההשערה זו הסתמכנו על מדגם קטן של קבוצת הלא משתתפים בקבוצות לעזרה עצמית ($N=22$), נציע שמדובר במגמה שמצריכה בדיקה נוספת. השתתפות בקבוצות לעזרה עצמית כוללת מספר תהליכים ומנגנוני פעולה שתומכים במכור הנקי בדרך לשמירה על ניקיון וצמיחה אישית. פן בסיסי של הקבוצות לעזרה עצמית הוא מתן השראה למשתתף להיות מה שהוא (רונאל, 1995). החברים אינם נשפטים על מה שהם או מי שהם, אלא זוכים לסימפטיה, הבנה ותמיכה. כמעט כל הפעילות של הקבוצות מכוונת לתמיכה במכור הנקי וקבלתו ללא תנאי: כל חבר חדש שמגיע לקבוצה זוכה ליחס חם, מחיאות כפיים וניסיונות התחברות מצד המכורים הנקיים הוותיקים. המסגרת הבטוחה של ההשתתפות בקבוצות מסייעת למכורים הנקיים בהתמודדות עם הריקנות הפנימית. במפגשים אלו הם נחשפים ל'עצמי האותנטי' שלהם ורוכשים כלים לזיהוי ולהתמודדות עם המרחש בעמקי נפשם (פוגל ובוכבינדר, 2009). מאפיין חשוב נוסף בפעילות בקבוצות הוא העזרה ההדדית. כיוון שכל המשתתפים בעלי אותה הפרעה וכולם זקוקים לעזרת הזולת על מנת להתגבר עליה, כולם מוגדרים כשווים בכל. לעזרה זו שני צדדים: מקבל עזרה ונותן עזרה, אולם מה שמייחד אותה הוא שנותן העזרה הופך להיות מקבלה ברגע אחר, ולהפך (רונאל, 1995). תימוכין לקשר בין בקשת עזרה וצמיחה פוסט-טראומטית נמצא גם במחקרה של חן (חן, 2002),

הטוענת כי כל קבוצה של "שווים" יכולה ליצור שינוי עמוק ומשמעותי בקרב החברים. לכל קבוצות העזרה העצמית יש השקפת עולם: אדיאולוגיה ייחודית של למידה וחוקי התנהגות וטקסים להתמודדות עם הבעיה המשותפת. אדיאולוגיה זו מסייעת בשינוי תפישת העולם ושינוי של מערכת האמונות והציפיות של הפרט.

ב. השערת המחקר לפיה יימצא קשר חיובי בין תדירות ההשתתפות בפעילות N.A/A.A לבין צמיחה פוסט-טראומטית, אוששה במחקר הנוכחי. ממצא זה נתמך במחקר מעקב על 900 מכורים לאחר אשפוז במרכזי גמילה (Hoffmann, Harison & Belille, 1983 בתוך רונאל, 1995) שבדק את הקורלציה בין השתתפות קבועה ב-A.A לבין שימוש לרעה בחומרים כימיים. ששה חודשים לאחר שיחרורם, 73% מהמשתתפים הקבועים בקבוצות נשארו נקיים, לעומת 37% מאלה שלא השתתפו. לאחר שישה חודשים, 69% מבין אלו שהגיעו לפגישות מספר פעמים בחודש נשארו נקיים, לעומת 45% מבין אלו שהגיעו לעיתים רחוקות. משמעות ממצא זה היא שתדירות גבוהה של פגישות מסייעת בשמירה על ניקיון. ממצא זה עולה בקנה אחד גם עם מחקרה של וושטון (Washton, 2007) שמצאה קשר בין מעורבות בפעילות N.A/A.A (הכוללת שימוש בספונסר, עבודת "12 הצעדים" ותדירות השתתפות בפגישות) לצמיחה פוסט-טראומטית בקרב מכורים נקיים. משמעות התדירות הגבוהה של פגישות היא פחות בדידות, יותר קשרים חברתיים ושיתוף ברגשות ומכאן סיכויי חזרה לשימוש נמוכים יותר.

ג. השערת המחקר, כי יימצא הבדל בצמיחה הפוסט-טראומטית בין משתתפי הקבוצות לעזרה עצמית העובדים על פי תוכנית "12 הצעדים" לבין משתתפי הקבוצות לעזרה עצמית שאינם עובדים על פי תוכנית זו, אוששה במחקר הנוכחי. בספרות המקצועית יש תימוכין לממצא זה. מוצע כי לאחר ארוע טראומטי עלול להיווצר איום בפירוק דרך ההתבוננות של הניצול את עצמו ואת העולם ולכן חיוני למצוא ולהבנות את משמעות האירוע. אחת הדרכים בהן ניתן למצוא ולהבנות משמעות היא באמצעות דת או רוחניות. תוכנית "12 הצעדים" מייצגת את היסוד הרוחני והאמונה שהחלמה מהתמכרות היא מסע רוחני. תוכנית "12 הצעדים" מבטאת את חשיבות הרוחניות בתהליך הגמילה מההתמכרות בשלושה צעדים עיקריים. הצעד השני מדגיש את חשיבות האמונה ב"כוח עליון" גדול מאיתנו, בצעד השלישי מוזכר אלוהים "כפי שאנו מבינים אותו" ובצעד האחד עשר מוצעת פרקטיקה של תפילה על מנת לחזק את הקשר עם אלוהים ועל מנת לבקש כוח לבצע את רצונותיו. ה"כוח העליון" הינו אחד מהמפתחות

העיקריים בהחלמה של תוכנית "12 הצעדים". בראשית הדרך יכולים הנגמלים לראות את ה"כוח עליון"

בעצם העובדה שהם מצליחים לשמור על ניקיון או בכך שהם משתתפים בקבוצות, אולם תפיסתם את אותו הכוח יכולה להשתנות בשלבי הניקיון השונים לאורך הזמן. תוכנית "12 הצעדים" מייחסת חשיבות

מרכזית גם לכניעה ולהתנסות בסבל ורואה בהן מפתח להחלמה. המכור הנקי מפסיק להיאבק בחיים ומקבל אותם. ההכרה בסבל האנושי היא אחת מבין המסרים החשובים בתוכנית ומסייעת בהחלמה. לסבל יש משמעות, אם הוא מחולל בסובל שינוי לטובה (פרנקל, 1981). חשוב לציין כי תוכנית "12 הצעדים" אינה תוכנית טיפולית, אלא דרך חיים חדשה ומתמשכת להחלמה, שעיקרה שינוי סגנון החיים, ההרגלים,

הערכים, וצמיחה רוחנית הדרגתית. וושטון (Washton, 2007) מצאה קשר בין מעורבות בפעילות N.A.A.A (הכוללת שימוש בספונסר, עבודת "12 הצעדים" ותדירות השתתפות בפגישות) לבין צמיחה פוסט-טראומטית. במחקר על מטפלים שאיבדו אדם יקר וחוו אבל, נמצא כי לרוחניות הייתה השפעה חיובית ישירה ומשמעותית על צמיחה פוסט-טראומטית (Cadell, Regehr & Hemsworth, 2003).

ד. השערת המחקר, כי הצמיחה הפוסט-טראומטית של מכורים נקיים מסמים ומאלכוהול המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית ומשמשים כספונסרים, תהיה גבוהה מהצמיחה הפוסט-טראומטית של מכורים נקיים מסמים ומאלכוהול המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית ואינם משמשים כספונסרים, אושה במחקר הנוכחי. למיטב ידיעת הכותב אין מחקרים שבדקו באופן ישיר את הקשר בין תפקיד הספונסר לבין צמיחה פוסט-טראומטית. מאחר שתפקיד הספונסר הוא התנדבותי, בו לוקח על עצמו המכור הנקי הוותיק אחריות ויוזמה לסייע למכור נקי בתחילת דרכו, ניתן לנתח את הממצא במחקר זה על ידי בחינת הקשרים בין התנדבות וצמיחה פוסט-טראומטית שנמצאו במחקרים אחרים. במחקר על הקשר בין התנדבות לצמיחה פוסט-טראומטית בקרב חולות סרטן השד לא נמצא כל קשר בין השניים (נומה, 2008). לעומת זאת, במחקר השוואתי בין ניצולי רעידת אדמה המתנדבים בארגון הצלה לבין ניצולים אחרים נמצא, שההתנדבות הייתה בעלת תרומה משמעותית לצמיחה פוסט-טראומטית (Karanci & Carturk, 2005). קשר המנגנון של תרפיית העוזר, שהועלה לראשונה על ידי פרנק ריזמן (Riessman, 1965) טוען, שבתהליך של סיוע בשירותי אנוש, מגיש העזרה מפיק אף הוא תועלת ממתן הסיוע ומצבו יכול להשתפר כתוצאה מכך. המנגנון של תרפיית העוזר יכול להוביל לשיפור הדימוי העצמי ולמחויבות להשגת המטרה (במקרה של אוכלוסיית המכורים: באמצעות שיכנוע אחרים, מסייע הספונסר לעצמו

בהתמודדותו עם הכמיהה לשימוש). על ידי ההדגמה לאחרים, רוכש הספונסר את המיומנויות, העמדות וההתנהגויות המתאימות. הוא רואה את עצמו פועל בדרך חדשה ויכול להפנים אותה (רונאל, 1993). ממצאים נוספים ממחקר זה, המצביעים על כך, שזמן הניקיון והתמיכה החברתית של מכורים נקיים המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית ומשמשים כספונסרים, גבוהים באופן מובהק בהשוואה למכורים נקיים המשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית ואינם משמשים כספונסרים, מחזקים את ההשערה אודות הקשרים החיוביים בין פעילות רוחנית, תמיכה חברתית והגשת עזרה לבין צמיחה פוסט-טראומטית.

השערה מס' 4: הקשר בין זמן ניקיון לבין צמיחה פוסט-טראומטית

על אף שבספרות המקצועית ניתן למצוא מספר מחקרים שמצאו קשר בין זמן שחלף מאז החוויה הטראומטית לבין צמיחה פוסט-טראומטית, השערת המחקר, כי ימצא קשר חיובי בין זמן ניקיון לבין צמיחה פוסט-טראומטית בקרב אוכלוסית המכורים הנקיים, לא אוששה. ממצא זה דומה לממצא של טדסקי וקלהון (Tedeschi & Calhoun, 1996), בו לא נמצא קשר בין זמן שחלף מאז הטראומה לבין צמיחה ממנה. האחרונים מבהירים ש"צמיחה אורכת זמן" ומשערים שמאפיינים אישיותיים, אמונות ומטרות, משמעותיים לצמיחה יותר ממאפייני החוויה הטראומטית או מהזמן שחלף מאז שהתרחשה (Tedeschi & Calhoun, 1995). גם במחקרה של וושטון (Washton, 2007) לא נמצא קשר בין זמן ניקיון וצמיחה פוסט-טראומטית, אולם כן נמצא קשר בין זמן ניקיון ומוטיבציה פנימית. וושטון משערת כי מוטיבציה פנימית הולכת וגדלה ככל שהתהליך הטיפולי נמשך, בזמן שהצמיחה נשארת קבועה על פני הזמן. העדר הקשר בין זמן ניקיון וצמיחה פוסט-טראומטית והממצא לפיו מכורים נקיים חדשים מדווחים על צמיחה גבוהה מצריך הסבר. כיצד נוכל איפוא להסביר את נטייתם של מכורים נקיים חדשים לדווח על צמיחה גבוהה?

להערכתנו, הסבר אפשרי לממצא זה הוצע על ידי טיילור (Taylor, 1983), הרואה בצמיחה פוסט-

טראומטית לא יותר מאשר אשליה חיובית שאין בה שינוי אמיתי. לדעתה, מטרתה של אותה אשליה היא לסייע בהתמודדות עם האיום. על פי הסבר זה, לאדם שחווה אירועים שליליים יש נטייה, במיוחד בטווח הקצר שלאחר הטראומה, להשתמש באשליות חיוביות או בהטיות קוגניטיביות כדי ליצוק משמעות לאירועים הקשים ובדרך זו לתת להם הצדקה או פשר (לאופר, 2009). בטווח הקצר, המרכיב האשלייתי הקיים בצמיחה חיובי

באופיו ומהווה את אחת הדרכים להתמודדות עם החוויה. תיאוריית ההסתגלות הקוגניטיבית של טיילור (Taylor, 1983), תומכת בהשקפה זו וגורסת כי הטיות בשירות העצמי בולמות איומים בדרך של הגדלת תחושת הערך העצמי, הגדלת האופטימיות ויצירת אשליה של שליטה. לפיכך מכור נקי חדש יעשה שימוש בהטיות מסוג זה על מנת להתמודד על הקשיים הכרוכים בתהליך הגמילה. הוא ידווח על שינויים חיוביים שהוא חש מאז שהחל בגמילה, אולם תהיה זו אשליה של צמיחה. אשליה זו תוכל לסייע למכורים הנקיים בהתמודדות ממושכת עם הכמיהה לשימוש בחומרים ממכרים בטווח הקצר בלבד. היא לא תאפשר התמדה בתהליך הניקיון, כיוון שהמציאות עימה מתמודדים הנגמלים קשה, מאיימת ולכאורה לא מתגמלת כלל ועיקר. מכורים אלו, שלא עברו שינוי פנימי עמוק ומשמעותי, לא שינו את השקפת עולמם ולא צמחו מחוויית ההתמכרות, נקראים בלשון המכורים ככאלה ה"עושים שריר". הם מאופינים בנוקשות חשיבתית רבה ואינם זוכים להערכה של חבריהם על התהליך שעברו. סיכויי חזרתם לשימוש גבוהים. על מנת להתמיד בתהליך הגמילה ועל מנת לשמור על הניקיון, חייבים המכורים הנקיים לעבור שינוי משמעותי בכל תחומי חייהם. מכורים ותיקים, הזוכים לתמיכה חברתית, השתלבו בשוק התעסוקה ומשתתפים בקבוצות לעזרה עצמית ובתוכנית "12 הצעדים", יכולים לחוות 'צמיחה אמיתית' שתשפר את התמודדותם עם הכמיהה הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך. 'צמיחה אמיתית' מסוג זה משקפת תהליך של שינוי חיובי בתפיסת המכור ובהשקפת עולמו, ושל החלפת סכמות קוגניטיביות לא יעילות בסכימות יעילות.

הסבר אפשרי נוסף להעדר הקשר בין זמן ניקיון לבין צמיחה פוסט-טראומטית הוא שהמשתנה 'זמן ניקיון', בו נעשה שימוש במחקר זה, אינו שווה למשתנה 'זמן שחלף מאז הטראומה' שנבדק במחקרים אחרים. כאמור, חייהם של מכורים רצופים אירועים טראומטיים, שהתרחשו לפני ההתמכרות ובמהלכה. יתכן ויש קשר בין 'זמן שחלף מאז ארוע טראומטי ספציפי' לבין צמיחה. קשר שלא נבדק במחקר זה.

השערה מס' 5: הקשר בין הטראומה הנובעת מהתמכרות והשלכותיה לבין צמיחה פוסט-טראומטית

על אף שבספרות ישנם מחקרים שמצאו קשר בין עוצמת החוויה הטראומטית לבין צמיחה פוסט-טראומטית, השערת המחקר, כי ימצא קשר חיובי ביניהם הופרכה במחקר זה. ההשערה אודות הקשר בין עוצמת החוויה הטראומטית לבין צמיחה נובעת מהקשר בין עוצמת החוויה הטראומטית ורמת המצוקה שעלולה לבוא בעקבותיה. רמת מצוקה גבוהה היא תנאי הכרחי לתחילתו של תהליך הצמיחה. באופן טבעי,

אנשים אינם בוחנים את התפיסות המנחות את חייהם, גם אם שינויים בתפיסות אלו יכולים להטיב עימם. צמיחה, המחייבת בחינה מחודשת של התפיסות המנחות את האדם, תתרחש רק אם תחושת המצוקה בעקבות הטראומה היא כה עזה עד שאינה מותירה לאדם ברירה אלא, לבחון את משמעויות חייו לאור הטראומה (לאופר, 2009). להעדר הקשר בין עוצמת הטראומה לבין צמיחה יש סימוכין במחקרה של וושטון, (Washton, 2007), שגם בו לא נמצא קשר בין השניים. מנגד, ממצא זה סותר את הממצאים של טדסקי וקלהון (Tedeschi & Calhoun, 1996) שמצאו, שאנשים שחוו טראומה חמורה קיבלו ציון גבוה יותר במדד הצמיחה הפוסט-טראומטית. הסבר אפשרי לממצא זה נמצא בבעיות שבמידת המשתנה עוצמת הטראומה והסקאלה ששימשה למדידתו במחקר זה. כאמור, משתנה זה נמדד על ידי שאלה בודדת: 'עד כמה טראומטי היה עבורך המאבק בהתמכרות והשלכותיה?'. על מנת לאמוד משתנה זה במחקרים הבאים ייתכן שנכון יותר יהיה להשתמש בשאלון חומרת ההתמכרות (Addiction Severity Index) של מקללן ועמיתיו (McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien, 1980), הבודק כמה אספקטים של חומרת בעיית ההתמכרות והשלכותיה על חיי המכור.

לסיכום, ממצאי המחקר מצביעים על כך שגמילה מהתמכרות ושמירה על ניקיון מעודדים צמיחה פוסט-טראומטית, הקרויה גם צמיחה מחויית ההתמכרות. בנוסף, מחזקים הממצאים את יעילותה ונחיצותה של התמיכה החברתית בתהליך הגמילה והניקיון מחומרים ממכרים. המודל שהוצע במחקר נמצא מובהק, אולם המשתנה היחיד שתורם להסברת השונות של צמיחה פוסט-טראומטית הוא תמיכה חברתית.

4.1 מגבלות המחקר

למחקר זה יש מספר מגבלות. מגבלה ראשונה היא כלי המחקר בהם נעשה שימוש. בהתייחס לשאלון נכונות לבקשת עזרה של קית'-לואס (Keith-Lucas, 1972), דיווחו הנבדקים על כך שהשאלון בן 30 הפרטים היה ארוך מדי ולא ברור. ייתכן ששאלון זה הקשה על הנבדקים ועל כן תוצאותיו מוטלות בספק. בנוסף, גם השימוש בשאלה 'עד כמה היה המאבק בהתמכרות והשלכותיה טראומטי עבורך?', אומדן עוצמת הטראומה מחויית ההתמכרות היה פשטני מדי. ייתכן כי נכון היה להעזר בשאלון מקיף ורלוונטי יותר לחווית ההתמכרות, כמו שאלון חומרת ההתמכרות (Addiction Severity Index) הכולל ששה סולמות רלוונטיים למצבו של המכור: מצב תעסוקתי, מצב פסיכולוגי, מצב היחסים במשפחה, מצב רפואי, מצב השימוש בסמים

ובאלוהול ומצב משפטי. גם במקרה זה ייתכן כי שימוש בכלי אחר היה מאפשר קבלת תמונה רחבה יותר אודות הקשר בין חומרת ההתמכרות לבין צמיחה פוסט-טראומטית.

מגבלה שנייה של המחקר קשורה בסוג האוכלוסייה שנבדקה. ראשית, המדגם במחקר זה אינו רנדומאלי, אלא מדגם נוחות. שנית, יש בו ייצוג של מכורים נקיים המשתתפים בפעילות של מכורים אנונימיים, וייצוג יתר של מכורים נקיים הנמצאים במסגרות טיפול ציבוריות בפיקוח משרד הרווחה המאופיינים ברקע פלילי עשיר (ג'ראיסי, 2011) ובזמן ניקיון שבין חודש אחד ל- 18 חודשים. שתי קבוצות אלה זוכות לתמיכה חברתית גבוהה. במחקר אין ייצוג של מכורים נקיים השומרים על ניקיונם ללא המסגרות שצוינו לעיל. בשל סיבה זו נדרשת זהירות בהכללת הממצאים לכלל אוכלוסיית המכורים הנקיים.

מגבלה שלישית קשורה למהימנות ממצאי המחקר. כמו מחקרים רבים אחרים על צמיחה-פוסט טראומטית (Zoellner & Maerker, 2006), מבוסס מחקר זה על שאלוני דיווח עצמי בלבד. פריזר ועמיתיה (Frazier et al, 2009) מצאו ששאלון צמיחה פוסט-טראומטית אינו באמת אומד את השינוי בין לפני הטראומה ולאחריה. גם במחקר זה יכלו הנבדקים לדווח על תחושת צמיחה גבוהה, על ניקיון מחומרים או על השתתפות בקבוצות לעזרה עצמית, על מנת לשאת חן ולעמוד בסטנדרטים החברתיים, בזמן שהתנהלותם ותחושותיהם במציאות הייתה אחרת. על מנת להסיר מגבלה זו יכולים מחקרים עתידיים בתחום לוודא ניקיון באמצעות בדיקות שתן ולהשתמש בחוות דעת הצוות המטפל על מנת לוודא השתתפות בפעילות מכורים אנונימיים.

4.2 חשיבות הממצאים והמלצות לעתיד

במרבית המחקרים שבחנו צמיחה פוסט-טראומטית עד כה, הייתה אוכלוסיית המחקר פאסיבית ביחס לטראומה. הטראומה קרתה להם, הם לא היו שותפים פעילים בהתרחשותה ובדינאמיקה שלה (למשל מקרי אונס, שוד, אסונות טבע וחולי). ייחודו של מחקר זה הוא בבדיקת צמיחה פוסט-טראומטית בקרב אוכלוסיה שותפה פעילה בהשתלשלות האירועים שגרמו להתרחשותה ולהחמרתה: אירועים טראומטיים שונים שהובילו לתלות בחומרים ממכרים שונים, להתמכרות אליהם ולחוויות טראומטיות נוספות כתוצאה מהחמרת השימוש בהם. המחקר הנוכחי מאפשר הצצה ראשונית לגורמים העשויים לתרום לחווית הצמיחה פוסט-טראומטית

בקרב גברים ונשים, מכורים נקיים מסמים ואלכוהול, הנמצאים בשלבים שונים של תהליך הגמילה. למיטב ידיעתנו, זהו המחקר הראשון שנעשה בארץ על צמיחה פוסט-טראומטית בקרב אוכלוסית המכורים הנקיים. ממצאי המחקר מצביעים על החשיבות של תמיכה חברתית, בקשת עזרה והשתתפות בפעילות של מכורים אנונימיים ואלכוהוליסטים אנונימיים לצמיחה. כמו כן מצביע המחקר על החשיבות של שילוב תוכנית רוחנית בתהליכי החלמה מתלות והתמכרות. לממצאים אלו יכולות להיות השלכות טיפוליות בשדה. חשיבותה של התמיכה החברתית בתהליך הצמיחה מחייבת גישה טיפולית רחבה הכוללת לא רק את המכור הנקי אלא גם את משפחתו וסביבתו הקרובה. התייחסות לחשיבות של התמיכה המשפחתית במכור מודגשת במחקרה של רנץ (רנץ, 2008), הטוענת כי "התמיכה הניתנת במהלך השלבים הראשונים לטיפול הינה מינורית ביותר ומסתכמת בשליחת דרישות שלום וחבילות". רנץ ממליצה להעביר לצוותים בקהילות הטיפוליות הכשרה מקיפה בגישה המשפחתית על מנת לסייע להם להבין את חשיבות המעורבות המשפחתית בתהליך ההתמכרות וההחלמה. גם עידוד מעסיקים לשלב מכורים נקיים במקומות עבודה יכול לסייע בשלבים הראשונים של תהליך הניקיון וההשתלבות בחברה ובקהילה. זאת בעיקר, כיוון שתמיכה חברתית חשובה לא רק בקבוצת השווים (קבוצת המכורים הנקיים) אלא מהחברה ה'נורמטיבית'.

כיוון שגם לנכונות לבקש עזרה יש השפעה על הצמיחה, מוטלת על כתפיהם של העובדים הסוציאליים החברים בוועדות הקבלה לתוכניות הטיפול בהתמכרויות המשימה, לאמוד את יכולתו ומסוגלותו של המכור לבקשת עזרה ולשינוי, מוטיבים חשובים בתהליך הצמיחה. מכור שאינו בשל לתהליך הגמילה ויתקבל לטיפול עלול לחזור למעגל השימוש. יתכן שהוא יעצים את תחושת הכישלון המלווה אותו ויתקשה לפנות לטיפול בעתיד. בנוסף, למחקר חשיבות פרקטית בהתערבות ובטיפול במכורים נקיים: התמקדות בחיפוש משמעות להתמכרות, הבנת חיי המכור הנקי לאחריה ודגש על מציאת משמעות חיובית להתמודדות עם הקושי יוכלו לסייע למכור הנקי בהתמודדותו עם קשיים שונים לאורך חייו ולמנוע חזרה לשימוש בעיתות מצוקה.

מחקר זה מזמין העמקת הידע הקיים והמשך חקירה אודות צמיחה מחווית ההתמכרות. על מנת להעשיר את הידע הקיים אודות הקשר בין תמיכה חברתית לצמיחה מחווית ההתמכרות, מומלץ לבדוק את תרומתם של תמיכה ממשפחה ותמיכה מקרובים אחרים לחווית הצמיחה. מומלץ לבדוק את הקשר בין בקשת עזרה בפועל, מעבר לנכונות לבקשת עזרה, משתנה שנבחן במחקר זה. כמו כן מוצע לבצע ניתוחי רגרסיה מורכבים יותר כמו SEM (Structural Equation Modeling) על מנת לקבל תמונה מעמיקה יותר של

הקשרים בין משתני המחקר כפי שנעשה במחקרם של קדל, רגר והמסוורת' (Cadell, Regehr &)

(Hemsworth, 2003).

בנוסף, מומלץ לבחון צמיחה על ידי נקיטת פעולות או מעשים ובאמצעות דיווחים של בני משפחה

וקרובים, להבדיל ממדידתה על ידי דיווח עצמי, השיטה המקובלת ברוב המחקרים בתחום (Zoellner &)

(Maercker, 2006). מומלץ לבחון האם יש קשר בין סוג החומר אליו מתפתחת התמכרות (אלכוהול, חשיש,

הרואין, קוקאין וכו') לבין צמיחה מחוויית ההתמכרות. בדיקה מעין זו עשויה לאשש את תיאורית הריפוי

העצמי הקובעת כי ישנם הבדלים אישיותיים בין מכורים לחומרים שונים.

לסיים, מומלץ לבצע מחקר פרוספקטיבי ולעקוב אחר המכורים הנקיים החל מהשלב הראשון של

הגמילה הפיזית לאורך כ-5 שנים. לבחינת השינויים בגורמי הצמיחה, בהופעתם של סימפטומים טראומטיים

ובתמיכה חברתית בפועל לאורך זמן עשויה להיות משמעות טיפולית בשיקום חייו של המכור הנקי. מידע

שכזה יוכל להתריע על ירידה בחוסן נפשי ולמנוע חזרה לשימוש.

רשימת מקורות :

בן שושן, מ. (2008). התקשרות, בקשת עזרה ונשירה מקהילות טיפוליות לנפגעי התמכרויות בישראל. חיבור

לשם קבלת תואר מוסמך. אוניברסיטת חיפה.

ברנע, צ., טייכמן, מ., רהב, ג., גיל, ר. ורוזנבלום, י. (1990). השימוש בסמים ובאלכוהול בקרב תושבי מדינת

ישראל: מחקר אפידמיולוגי. ירושלים: הרשות למלחמה בסמים.

ג'ראסי, ע. (2011). הפרופיל האישיותי וחומרת ההתמכרות בקרב אוכלוסיית מכורים להרואין ערבים ויהודים

הפונים לטיפול בבעיית ההתמכרות לסמים. חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה". תל אביב:

אוניברסיטת תל אביב.

זומר, א., צורף, א. ולונטל, א. (2004). הפרעות דיסוציאטיביות בקרב נפגעי סמים. אוניברסיטת חיפה.

חזן-לייבו, ה. (2011). משמעות הטיפול בקהילה הטיפולית לטיפול במכורים בעיני בוגרי הקהילה ומקומו

בחייהם. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך. ירושלים: האוניברסיטה העברית.

חן, ג. (2001). קשר בין תמיכה חברתית ותוכנית רוחנית לבין שינויים אישיותיים, רגשיים והתנהגותיים בקרב

אסירים שנגמלו מחומרים פסיכו אקטיביים. חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה". רמת גן:

אוניברסיטת בר אילן.

טייכמן, מ. (2001). מנקט האלים לכוס התרעלה; על אלכוהול ועל אלכוהוליזם - גורמים וסיבות, מניעה

וטיפול. הוצאת "רמות", אוניברסיטת תל-אביב.

לאופר, א. (2009). צמיחה פוסט-טראומטית: אשליה חיובית או דרך חדשה לבחינת התמודדות עם טראומה?.

חברה ורווחה, כט, 1. 63-84.

מיכאל, א. (2007). התמכרות והחלמה: סוגיות נבחרות בטיפול במכורים. תל-אביב: הוצאת אח.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2009). סקירת השירותים החברתיים. בגירים במצוקה קשה ובמצבי

משבר.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2010). הנחיות לטיפול בנפגעי התמכרויות בקהילה.

נומה, מ. (2008). צמיחה פוסט-טראומטית בקרב נשים שחלו בסרטן שד. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך.

אוניברסיטת חיפה.

- סטטמן, ר. (1995). הסולם הרב מימדי של תמיכה חברתית נתפסת (מבחן פסיכולוגי). תרגום, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
- סלע, א. (2002). קהילות טיפוליות בישראל: הלכה ומעשה. בתוך מ. חובב (עורך) טיפול ושיקום של נפגעי סמים בישראל (185-216). תל-אביב: צ'ריקובר.
- פוגל, ש. בוכבינדר, א. (2009). החור השחור: חווית הריקנות בקרב מכורים. חברה ורווחה, כט, 251-282.
- פרנקל, ו. (1981). האדם מחפש משמעות. ירושלים: הוצאת דביר.
- פירני, ע. (2010). טראומה, התמכרות וטראומה: תיאור מעגל הסבל בהתמכרות. הוצאת ספרים אקדמית יזראל.
- קאופמן, א. (2004). פסיכותרפיה של מתמכרים. קריית ביאליק: הוצאת אח.
- רונאל, נ. (1995). הנרקומנים האנונימיים בישראל: תהליכי עזרה עצמית ואמונה דתית אצל מכורים לסמים. מחקר לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה". ירושלים: האוניברסיטה העברית.
- רונאל, נ. (2000). תפיסת ההתמכרות כמחלה – מטאפורה בשירות ההחלמה. חברה ורווחה. כרך כ (1).
- רונאל, נ. הופמן, פ. יעקב, ב. (2003). מדריך לעבודת תוכנית 12 הצעדים במסגרות טיפוליות שיקומיות למכורים. קרן סאקט"א-רשי והרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול.
- רניץ, ר. (2008). מנבאי נשירה מטיפול בקרב מכורים בקהילות לנפגעי סמים. השוואה בין ילידי הארץ לילידי חבר העמים. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה". רמת גן: אוניברסיטת בר אילן.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: Author.
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Sadness & Depression*. New York: Basic Books.
- Cadell, S., Regehr, C. and Hemsworth, D. (2003). Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Proposed Structural Equation Model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 279-287.

- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 521-527.
- Chilcoat, H. D., & Breslau, N. (1998). Investigations of casual pathways between PTSD and drug use disorders. *Addictive Behaviours, 23*: 827-840.
- Cobb, S. (1976). Social support: A moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-314.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (1985). *Social Support and Health*. San Francisco: Academic Press.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology, 20*, 176-185.
- Cunningham, J. A. Sobell, L. C. Sobell, M. B. & Gaskin, J. (1994). Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addictive Behaviors, 19*, 691-696.
- Farley, M., Golding, J. M., Young, G., Mulligan, M., & Minkoff, J. R. (2004). Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*, 161-167.
- Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P. & Tashiro, T. (2009) Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change? *Psychological Science, 7*, 912-919.
- Freyer, J. Tonigan, J. S. Keller, S. Rumpf, H.-J. John, U. Hapke, U. (2005). Readiness for change and readiness for help-seeking: a composite assessment of client motivation. *Alcohol and Alcoholism, 40*, 540-544.

- Gallaway, M. Shayne, Millikan, Amy M. & Bell, Michael R. (2011). The association between deployment-related posttraumatic growth among U.S. army soldiers and negative behavioral health conditions. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 1151-1160.
- Gourash, N. (1978). Help-seeking: A review of the literature. *American Journal of Community Psychology*, 6, 413-423.
- Harper, F.W.K., Schmidt, J.E., Beacham, A.O., Salsman, J.M., Averill, A.J., Graves, K.D., & Andrykowski, M.A. (2007). The role of social cognitive processing theory and optimism in positive psychosocial and physical behavior change after cancer diagnosis and treatment. *Psycho-Oncology*, 16, 79–91.
- Helgeson, V. S., Reynolds., K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.
- Hoffmann, N.G., Harrison, P.A. & Belille, C.A. (1983). Alcoholics Anonymous after treatment: Attendance and abstinence. *The International Journal of Addictions*, 18, 311-318.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Humphreys, K., & Moos, R.H. (2001). Can encouraging substance abuse patients to participate in self-help groups reduce demand for health care? A quasiexperimental study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 25, 711–716.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic Growth: Three Explanatory Models. *Psychological Inquiry*, 15, 30-34.
- Jarusiewicz, B. (2000). Spirituality and addiction: Relationship to recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18, 99-110.

- Karanci, N. A., & Acarturk, C. (2005). Post-traumatic growth among Marmara earthquake survivors involved in disaster preparedness as volunteers. *Traumatology*, 11, 307–323.
- Keith-Lucas, A. (1972). *Giving and taking help*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina press.
- Kelly, J. F. (2003). Mutual-help for substance use disorders: History, effectiveness, knowledge gaps and research opportunities. *Clinical Psychology Review*, 23, 639–663.
- Kelly, J.F. & Yeterian, J.D., (2008). Mutual-help groups. In: O'Donohue, W., Cunningham, J.R. (Eds.), *Evidence-Based Adjunctive Treatments*. Elsevier, New York, 61–105.
- Khantzian, E.J. (1999). Treating addiction as a human process. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Khantzian, E. J. & Mack, J. E. (1994). How A.A works and why it's important for clinicians to understand. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 77-92.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1999). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R & Walters. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Lev-Wiesel, R. & Amir, M. (2003). Post-traumatic growth among Holocaust child survivors. *Journal of Loss and Trauma*, 8, 227-239.

- Linley, P. A. & Joseph, S. (2002). Positive change following trauma and adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 11–21.
- Longshore, D. (1999). Help-seeking by African American drug users. *Addictive Behaviors, 24*, 683-686.
- Maddux, J. F. Desmond, D. P. (1984). Heroin addicts and nonaddicted brothers. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 10*, 237-248.
- Majer, J. M. Jason, L. A. Ferrari, J. R. & North, C. S. (2002). Comorbidity among Oxford House residents: A preliminary outcome study. *Addictive Behaviors, 27*, 837-845.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 168*, 26-33.
- McMillen, C. Howard , M. O. Nower , L. Chung , S. (2001). Positive by-products of the struggle with chemical dependency. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*, 69-79.
- Mohammadpoorasl A, Fakhari A, Akbari H, Karimi F, Arshadi Bostanabad M, et al. (2012) Addiction Relapse and Its Predictors: A Prospective Study. *Journal of Addiction Research & Therapy, 3*, 122-124.
- Morgan, O. J. (2009). Thoughts on the interaction of trauma, addiction, and spirituality. *Journal of Addictions & Offender Counseling, 30*, 5-15.
- Najavits, L.M., Gastfriend, D.R., Barber, J.P., Reif, S., Muenz, L.R., Blaine, J. et al. (1998). Cocaine dependence with and without ptsd among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *American Journal of Psychiatry, 155*, 214–219.
- Najavits, L. M. (2007). Seeking Safety: An evidence-based model for substance abuse and trauma/ PTSD. In K. A. Witkiewitz & G. A. Marlatt (Eds.), *Therapist's guide to*

evidence based relapse prevention: Practical resources for the mental health professional (141-167). San Diego, CA: Elsevier.

Narimani, M. & Sadeghieh, S.A. (2008). The Effects of Demographic Factors and Cigarette Smoking Status on Drug Treatment Success Rate in Outpatient Treatment and Rehabilitation Centers. *Research journal of Biological Sciences*, 3, 258-264.

Nelson, S. D. (2011). The Posttraumatic Growth Path: An Emerging Model for Prevention and Treatment of Trauma-Related Behavioral Health Conditions. *Journal of Psychotherapy*, 21, 1–42.

Oleski, J. Mota, N. Cox, B. J. Sareen, J. (2010). Perceived need for care, help seeking, and perceived barriers to care for alcohol use disorders in a national sample. *Psychiatric Services*, 61, 1223-1231.

Quimette, P. & Brown, P. J. (Eds.). (2003). *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.

Pietrzak , R. H. Goldstein , M. B. Malley , J. C. Rivers , A. J. Johnson , D. C. Morgan , C. A. (2010). Posttraumatic growth in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Journal of Affective Disorders*, 126, 230-235.

Polatinsky, S. and Esprey, Y. (2000), An assessment of gender differences in the perception of benefit resulting from the loss of a child. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 709–718.

Prati, G. & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: a meta-analysis. *Journal of Loss Trauma*, 14, 364-388.

Riessman, F. (1965). The "helper" therapy principle. *Social Work*, 10, 27-32.

- Rimé, B., Paez, D., Basabe, N. & Martinez, F. (2010). Social sharing of emotion, post-traumatic growth, and emotional climate: Follow-up of Spanish citizens' response to the collective trauma of March 11th terrorist attacks in Madrid. *European Journal of Social Psychology*, 40, 1029-1045.
- Schroevers, M.J., Helgeson, V.S., Sanderman, R. & Ranchor, A.V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-oncology*. 19, 46-53.
- Scott, CK. Foss, MA. & Dennis, ML. (2005). Pathways in the relapse–treatment–recovery cycle over 3 years. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 73-82.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22, 487–497.
- Shirey, M. R. (2004). Social support in the workplace: *Nursing Economics*. 22, 313-319.
- Slavin-Spenney, O. M., Cohen, J. L., Oberleitner, L.M. & Lumley, M.A. (2011). The effects of different methods of emotional disclosure: Differentiating post-traumatic growth from stress symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 993-1007.
- Snape, M. C. (1997). Reactions to a traumatic event: The good, the bad and the ugly? *Psychology Health and Medicine*, 2, 237–242.
- Soyez, V. (2004). *The influence of social networks on retention in and success after therapeutic treatment*. Ph.D. Thesis. Belgium: Ghent University.
- Tarter, R.E. (1988). Are there inherited behavioural traits that predispose to substance abuse? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 189-196.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.

- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Target Article: Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Tedeschi, R.G., Park, C.L., & Calhoun L.G. (1998). Posttraumatic growth; Conceptual issues. In R.G. Tedeschi, C.L. Park, & L.G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 1-22). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Thornton, A.A & Perez, M.A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-oncology*, 15, 273–360.
- Tonigan, J.S & Rice, S.L (2010). Is it beneficial to have an alcoholics anonymous sponsor?. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24, 397-403.
- Toumbourou, J. W., Hamilton, M., U'Ren, A., Stevens-Jones, P., & Storey, G. (2002). Narcotics Anonymous participation and changes in substance use and social support. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 61-66.
- Washton, L.J. (2007). *The Silver lining in the clouds: factors influencing addiction related growth*. Fielding Graduate University. Dissertation for fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of Philosophy in Psychology.
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, 65-80.
- Westphal, M. & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology*, 56, 417-427.

- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology —A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.

נספח א': דף פנייה לנחקרים

משתתף יקר!

המחקר הנוכחי נערך במסגרת לימודי מ.א בעבודה סוציאלית באוניברסיטת בר אילן. מטרת המחקר היא הבנת הקשר בין טראומות נפשיות מן העבר לתופעת ההתמכרות, מישכה וחומרתה מחד, ותחושות חיוביות הקשורות לחווית הניקיון מאידך.

ממצאי המחקר יטופלו בסודיות מירבית ולא יועברו לאיש בשום שלב של תהליך המחקר.

חלק מהשאלות שתישאל נוגעות בנושאים רגישים ועלולות לעיתים לעורר הצפה רגשית. במקרה זה תוכל לפנות אלי (03-9192299), למטפל האישי שלך, לספונסר או לער"ן, מוקד מידע בנושא מצוקה נפשית, בחיג מקוצר 1201.

בברכה,

עו"ס אייל חרוש

עורך המחקר

נספח ב': שאלון פרטים אישיים

1. גיל: _____.
2. מין: א. זכר ב. נקבה
3. ארץ הלידה: _____.
3. מצב משפחתי: א. נשוי ב. רווק ג. גרוש ד. פרוד ה. אלמן
ו. מצב אחר _____.
4. האם יש לך ילדים? א. כן, מספר הילדים _____ ב. לא
5. מס' שנות לימוד: _____.
6. האם יש לך מקצוע? א. אין ב. יש
7. האם יש לך בעיות רפואיות ממושכות המשפיעות גם היום על מהלך חיך? א. לא ב. כן

1. מבין האפשרויות הבאות סמן את החומרים בהם נהגת להשתמש (סמן בעיגול כל מה שנכון):

אלכוהול ובירה	כן/ לא
חשיש ומריחואנה	כן/ לא
אל אס די ואקסטזי	כן/ לא
כדורי שינה	כן/ לא
כדורי מרץ ו/או אדולן	כן/ לא
הרואין, אופיום, קוק פרסי	כן/ לא
קוקאין וקראק	כן/ לא
תערובת סמים שונות/ אחר.	כן/ לא

9. באיזה גיל התחלת להשתמש בסמים מכל סוג או אלכוהול? _____.
10. כמה זמן אתה נקי משימוש? אני נקי משימוש: _____ שנים _____ חודשים ו- _____ שבועות.

11. האם אתה משתתף/ השתתפת בעבר בתוכנית N.A או A.A? א. כן ב. לא

אם בכלל לא השתתפת בתוכנית, עבור לשאלה 16)

12. מתי בפעם הראשונה היית בפגישה של N.A/ A.A? לפני _____ שנים.

13. כמה פעמים בשבוע אתה הולך/ הלכת לפגישות?

א. פעם בחודש ב. פעם בשבועיים ג. 2-3 בשבוע ד. כמעט כל יום

14. האם אתה עובד/ עבדת בעבר את הצעדים? א. כן ב. לא

15. האם אתה משמש/ שימשת בעבר כספונסר? א. כן ב. לא

16. במהלך התמכרותי עברתי את ניסיונות הגמילה והטיפול הבאים:

גמילה עצמית בבית	לא	כן, _____ פעמים
אשפוזית או מכון גמילה	לא	כן, _____ פעמים
קהילה טיפולית	לא	כן, _____ פעמים
מרכז יום לטיפול בהתמכרות	לא	כן, _____ פעמים
הוסטל למכורים נקיים	לא	כן, _____ פעמים

17. זוהי תקופת הניקיון המשמעותית ה _____ שלי.

א. ראשונה ב. שנייה ג. שלישית ד. רביעית ויותר.

19. מהן הסיבות בגללן החלטת להיגמל?

בעיות כלכליות קשות	כן/ לא
אירוע טראומטי או אובדן	כן/ לא
אולטימאטום של בן משפחה	כן/ לא
לחץ חיצוני של בית המשפט	כן/ לא
הרגשה שהגעתי לתחתית ואין לי ברירה	כן/ לא
מרצוני, רציתי להפסיק לסבול	כן/ לא
ראיתי שאחרים מצליחים להיגמל וחשבתי שגם אני יכול	כן/ לא
רציתי שיקום בכלא	כן/ לא

20. עד כמה טראומטי היה עבורך המאבק בהתמכרות והשלכותיה?

כלל לא	במידה מסוימת	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאד
1	2	3	4	5

נספח ג': שאלון נכונות לבקשת עזרה

שאלון זה עוסק בנכונות לבקש עזרה. החלק הראשון כולל 30 משפטים המבטאים עמדות, נא לסמן על ידי עיגול סביב המספר המתאים, את מידת ההזדהות שלך עם אותה עמדה. (עד כמה היא מאפיינת אותך).

מזדהה לחלוטין	מזדהה	לא מזדהה	לא מזדהה כלל	
3	2	1	0	לו הייתי פוחד מגבהים הייתי מנסה להסתיר זאת מחבריי.
3	2	1	0	גם אם יהיו לי בעיות קשות בנישואיי, לא אפנה לאיש מקצוע. נפתור בעצמנו את הבעיות בדרך זו או אחרת.
3	2	1	0	אם תהיה לי בעיה בתפקוד המיני, אצטרך לפתור אותה לבד או לחיות עמה כי לא אהיה מסוגל לדבר על זה.
3	2	1	0	אם מסיבה כלשהי הייתי נקלע למצב בו היו לי קשיים מתמשכים בהליכה, הייתי עושה כל מה שאפשר על מנת לא לבקש עזרה מאף אחד.
3	2	1	0	כשמתקלקל מכשיר או דבר מה בביתי אני נוהג לנסות לתקן אותו בעצמי גם אם קשה לי ומסתבר שאני מבזבז זמן וכסף.
3	2	1	0	כאשר אני עושה שגיאה - אני תמיד מוכן להודות בדבר.
3	2	1	0	אם פתאום הייתי חש פחד לצאת לבד לרחוב, אני מאמין שהייתי מסוגל להתגבר על זה ללא עזרה של אדם אחר.
3	2	1	0	אם תהיה לי בעיה חמורה עם בן/בת זוגי, אולי אפנה למומחה או לחבר או לבן משפחה, אבל בכל מקרה לא אשמור זאת לעצמי.
3	2	1	0	אם תהיה לי בעיה בתפקוד מיני אשתמש בשירותיו של מומחה לעניין.
3	2	1	0	אם יהיה לי פעם קושי בראיה, אנסה לארגן את חיי כך שאף אחד לא ירגיש בזה.
3	2	1	0	אם בן משפחה שלי היה מפתח מחלת נפש, הייתי רוצה להיפגש עם מומחה שיכול היה לייעץ לי כיצד לעזור לו.
3	2	1	0	לו גיליתי במפתיע שבן/בת זוגי מכה בהגזמה את הילד שלנו, הייתי מחפש/ת מישור שיכול להתערב במהירות האפשרית.
3	2	1	0	אם בן/בת זוגי יחשוב/תחשוב פעם שעלינו לגשת למטפל משפחתי, נדמה לי שאסכים ללכת עימה/עימו.
3	2	1	0	אני מאמין/ה שאבל על אדם אהוב הוא מסוג המצבים בהם אנשים אחרים היו נחוצים לי.
3	2	1	0	לו נפצעתי בתאונה ונשברו שתי רגליי, הייתי בוחר להישאר מספר

מזדהה לחלוטין	מזדהה	לא מזדהה	לא מזדהה כלל	
				חודשים בבית ולא להזדקק למי שידחוף אותי בכסא גלגלים.
3	2	1	0	יש בעיות שיוצרות מצוקה גדולה כל כך שאי אפשר להתמודד איתן לבד.
3	2	1	0	אילו פחדתי באופן בלתי רציונלי מפני החושך, וחששתי שמא פחד זה יעבור לילד שלי, הייתי מחפש איש מקצוע שיעזור לי להתגבר על הפחד שלי.
3	2	1	0	בלוויה של אדם אהוב, אעשה הכל להיראות חזק ולא להראות חולשה.
3	2	1	0	אם אחלה במחלה ממושכת כמו סוכרת, בנוסף לטיפול רפואי אחפש אנשים שיוכלו להדריך אותי.
3	2	1	0	לפעמים קשה לי להמשיך בעבודתי, אם אינני מקבל עידוד.
3	2	1	0	לו איבדתי שליטה ופגעתי בילד שלי ברגע של כעס, הייתי צריך להבטיח שהדבר לא ייוודע לאף אחד.
3	2	1	0	אם פעם אחשוב שיש לי בעיה של שתייה מופרזת, אוכל לספר זאת לאנשים שאולי יוכלו לעזור לי.
3	2	1	0	אני מודע לאפשרות שיהיו לי פעם בעיות בתפקוד המיני שלא אוכל לפתור בעצמי.
3	2	1	0	בתקופת אבל על אדם אהוב הייתי מרשה לבני משפחה וחברים לעשות במקומי דברים רבים שאני בדרך כלל אחראי עליהם.
3	2	1	0	לעיתים היו לי ספקות בדבר יכולתי להצליח בחיים.
3	2	1	0	התמכרות לסמים היא מסוג הבעיות שהיו בודאי מביאות אותי להפקיד את גורלי בידיים של מומחה.
3	2	1	0	אם בזמן קבלת טיפול רפואי עבור מחלה גופנית אתחיל לחוש חרדה, אבקש מהרופא לטפל גם בחרדה.
3	2	1	0	מבלי קשר עם מי אני מדבר -תמיד אני מקשיב לדברים הנאמרים לי.
3	2	1	0	אני יכול לזכור מיקרים בהם העמדתי פני חולה על מנת להתחמק מאיזה עניין.
3	2	1	0	אם אהיה בדיכאון, אחפש את האדם הנכון שאוכל לספר לו על זה.

נספח ד': שאלון בנושא תמיכה חברתית

אנא סמן ליד כל משפט את המספר המתאים ביותר לפי הסולם שלהלן:

מאד לא מסכים						מאד לא מסכים	באיזו מידה אתה מרגיש....
7	6	5	4	3	2	1	יש אדם מיוחד מאד שנמצא לידי כשאני זקוק לעזרה
7	6	5	4	3	2	1	יש אדם מיוחד שאיתו אני יכול לחלוק את שמחותי ואת צערי
7	6	5	4	3	2	1	משפחתי באמת מנסה לעזור לי
7	6	5	4	3	2	1	כל כך מדוכא עד ששום דבר לא שימח אותך
7	6	5	4	3	2	1	שכל דבר הוא מאמץ בשבילך
7	6	5	4	3	2	1	החברים שלי באמת מנסים לעזור לי
7	6	5	4	3	2	1	אני יכול לסמוך על החברים שלי כשמשוהו משתבש
7	6	5	4	3	2	1	אני יכול לדבר על בעיותיי עם בני משפחתי
7	6	5	4	3	2	1	יש לי חברים שאיתם אני יכול לחלוק את שמחותיי ואת צערי
7	6	5	4	3	2	1	יש אדם מיוחד בחיי שאכפת לו מרגשותיי
7	6	5	4	3	2	1	משפחתי רוצה לעזור לי לקבל החלטות
7	6	5	4	3	2	1	אני יכול לדבר על בעיותיי עם החברים שלי

נספח ה': שאלון שינויים כתוצאה מחוויות ההתמכרות

עבור כל אחת מההצהרות הבאות, ציין את המידה שבה שינוי זה התרחש בחייך כתוצאה מהתמודדותך עם ההתמכרות והשלכותיה. אם לא חל שינוי סמן 1, אם חל שינוי במידה רבה מאוד סמן 6.

כתוצאה מההתמודדות עם ההתמכרות והשלכותיה חוויתי שינוי זה:	בכלל לא	במידה מועטה מאד	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד
1. שיניתי את סדרי העדיפויות שלי לגבי מה חשוב לי בחיי	1	2	3	4	5	6
2. יש לי הערכה רבה יותר לגבי החשיבות והערך של חיי	1	2	3	4	5	6
3. פיתחתי תחומי עניין חדשים	1	2	3	4	5	6
4. יש לי תחושה חזקה יותר שאני יכול לסמוך על עצמי	1	2	3	4	5	6
5. נוכחתי שאני יכול לסמוך על אנשים אחרים בעתות מצוקה	1	2	3	4	5	6
6. עיצבתי מסלול חדש לחיי	1	2	3	4	5	6
7. יש לי תחושה חזקה יותר של קירבה לאחרים	1	2	3	4	5	6
8. אני מוכן יותר לבטא את רגשותיי	1	2	3	4	5	6
9. אני בטוח יותר שאני מסוגל להתמודד עם קשיים	1	2	3	4	5	6
10. אני מסוגל לעשות דברים טובים יותר עם חיי	1	2	3	4	5	6
11. אני מסוגל לקבל טוב יותר את האופן בו דברים מתנהלים בחיי	1	2	3	4	5	6
12. אני חש כי נפתחו בפני הזדמנויות חדשות שלא היו מתרחשות אחרת	1	2	3	4	5	6
13. יש לי אהדה גדולה יותר לאחרים	1	2	3	4	5	6
14. אני משקיע יותר ביחסים בין-אישיים	1	2	3	4	5	6
15. אני נוטה יותר לשנות דברים שצריך לשנותם	1	2	3	4	5	6
16. יש לי אמונה דתית חזקה יותר	1	2	3	4	5	6
17. גיליתי שאני חזק יותר מאשר חשבתי	1	2	3	4	5	6
18. גיליתי עד כמה אנשים יכולים להיות נהדרים	1	2	3	4	5	6
19. אני מקבל יותר את הצורך שלי באחרים	1	2	3	4	5	6
20. יש לי הבנה טובה יותר של עניינים רוחניים	1	2	3	4	5	6
21. למדתי להעריך כל יום מחדש	1	2	3	4	5	6

תודה רבה על השתתפותך במחקר,

אני מאחל לך יום נקי לכל החיים !!

נספח ו': אישור ועדת האתיקה של בית הספר לעבודה סוציאלית



Bar-Ilan University
אוניברסיטת בר-אילן

Faculty of Social Sciences
Louis and Gabi Weisfeld
School of Social Work

הפקולטה למדעי החברה
ביה"ס לעבודה סוציאלית
ע"ש לואיס וגבי וייספלד

החלטת ועדת אתיקה של ביה"ס לעבודה סוציאלית

שם הסטודנט/ית: איל חרל תואר: ע"י

שם המרצה/המנחה: ד"ר שרה פרידמן

שם חבר הסגל החוקר: _____

שם המחקר: פקטור פ"ן תמיכה חברתית והיכולת לבקש צורה לא מידת סוסט טראומטית

פקטור מכורים נק"ס

המחקר: ☒ אושר ☐ אושר בתנאי ☐ לא אושר

נימוק כאשר ניתן אישור בתנאי או כאשר הבקשה לא אושרת:

15-3-12

תאריך

איל חרל
פרופ' ליאת אילון

שרה פרידמן
ד"ר שרה פרידמן

ליאת אילון
פרופ' ליאת אילון



הלב פתוח לרווחה

20/02/2012

מדינת ישראל
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה



לכבוד

מר אייל חרוש

הנדון: הצעת מחקר בנושא: "הקשר בין תמיכה חברתית והיכולת לבקש עזרה לצמיחה פוסט-טראומטית בקרב מנורים נקיים"

א.ג.

שלום רב,

לאחר קבלת המסמכים הדרושים ע"י המשרד:

- הצעת המחקר.
- אישור לעריכת המחקר מטעם ועדת אתיקה של ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן.
- המלצה של גבי איריס פלורנטיין, מנהלת השירות להתמכרויות, משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- פירוט האמצעים לשמירת פרטיותם של הנבדקים.
- טופס הצהרת הסודיות החתום על ידך.
- הסכמתך על מסירת למשרד העתקים של המחקר והעלאת החומר לאתר אינטרנט של המשרד.

אין למשרד כל מניעה שתפנה לנופים הנחקרים לצורך ביצוע המחקר.

אני מאחל לך הצלחה בביצוע המחקר.

משרד הרווחה
האגף למחקר, תכנון והכשרה
המחלקה למחקר
רח' יוסף אהרונסון 11
ירושלים 91008
טל' 02-6752506, פקס' 02-5635042
ד"ר יוסף אהרונסון
מנהל תחום המחקר

העתק: גבי איריס פלורנטיין - מנהלת השירות להתמכרויות, משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

נספח ח': השוואה בין ציוני צמיחה פוסט-טראומטית על פי ארוע כפי שמדווחים בספרות

מחקר	N	מין	ארוע טראומטי	ממוצע ציון כולל של שאלון PTGI	סטיית תקן
Calhoun, Cann, Tedeschi, & McMillan (2000)	54	מעורב	אירועים שונים	76.5	22
Cordova, Cunningham, Carlson & Andrykowsky (2001)	70	נשים	סרטן שד	64.1	24.8
Weiss (2002)	41 41	נשים בעלים	סרטן שד	60.21 46.0	18.81 22.83
Polatinsky & Esprey (2000)	70 18	נשים גברים	אובדן בן	79.72 83.47	19.5 20.21
Snape (1997)	13 40	נשים גברים	תאונה/ תקיפה	52.15 55.43	25.59 18.14
Tedeschi & Calhoun (1996)#1	405 199	נשים גברים	אירועים שונים	52.15 67.77	21.24 22.07
Tedeschi & Calhoun (1996)#3	62 55	נשים גברים	אירועים שונים	81.6 70.25	21.09 21.87
Washton (2007)	84	מעורב	מכורים נקיים	72.18	18.26
המחקר הנוכחי	97	מעורב	מכורים נקיים	73.74	25.05

Abstract

A sense of development and growth experienced after a traumatic or stressful event is known in the literature as Post Traumatic Growth, and was developed by Calhoun and Tedeschi (Tedeschi & Calhoun, 1996). Post Traumatic Growth is defined as a subjective experience of positive psychological changes in different areas of life, that can occur along with psychological distress. The process occurs because the person thinks and ruminates about the event, trying repeatedly to understand it, deal with it and give it meaning. When the meaning of the event is exposed, a "new reality" is created by the survivor, in which the trauma is built into a more complex cognitive framework.

Studies suggest that during the process of drug and alcohol rehabilitation, recovering addicts learn to seek help from peers, while being forced to deal with difficult emotions and memories, without the numbing effect of drugs or alcohol. The social support they receive in treatment programs and in Narcotics Anonymous/ Alcoholics Anonymous (NA/AA) meetings, along with their ability to seek help while struggling with craving, are central themes in rehabilitation, when they recover from addiction and integrate into society. Although these processes are complex and continue long after the physical rehabilitation, recovering addicts report positive changes that have occurred in their lives following the addiction, or even due to it. They change their belief system, report significant changes in the way they see the world, learn about emotional connections with others and about their own emotional strength.

Based on the Post Traumatic Growth theory, this study examines the contribution of focal themes in the process of rehabilitation and recovery from addiction to Post Traumatic Growth related to the experience of addiction (Addiction Related Growth). It is hypothesized that there will be a positive direct connection between Post Traumatic Growth and social support, help seeking, participation in self-help meetings (NA/AA),

frequency of participation in the meetings, working the "12 Steps", function as sponsor (mentor), recovering period and the intensity of the trauma.

The research population included 104 recovering drugs and/ or alcohol addicts, who participated in one of the formal treatment programs offered by the Ministry of Welfare or participated in NA/AA activities. Data collection began in February 2012 and ended during July 2012. Questionnaires included a personal background questionnaire, addiction characteristics, willingness to seek help (Keith-Lucas, 1972), perceived social support (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1998) and a Post Traumatic Growth questionnaire (Tedeschi & Calhoun, 1996).

The findings support the hypothesis that recovering addicts go through the same processes as other trauma survivors who report growth experiences following traumatic events. Findings indicated that there is a strong positive correlation between social support and Addiction Related Growth and a moderate positive correlation between help seeking and Addiction Related Growth. In addition, the four variables related to participation in NA/AA organizations (participation in meetings, frequency of the participation in the meetings, working the "12 Steps" program and functioning as sponsor), are positively correlated with Addiction Related Growth. There was no evidence for correlations between the addiction characteristics, recovery period and intensity of the trauma to Addiction Related Growth. The discussion attempts to explain the lack of these correlations and the relatively high Addiction Related Growth rates among new recovering addicts.

The current study is novel, and will contribute to the few studies that have investigated the Addiction Related Growth phenomenon. The results presented here may have practical implementation in addiction intervention programs. Treatment programs that seek positive meaning of the addiction, and the struggle with craving, may help

recovering addicts deal better with various difficulties throughout life, and support the process of rehabilitation in keeping this population drug free.

BAR-ILAN UNIVERSITY

**The Relationship between Social Support and Willingness to Seek Help with Post
Traumatic Growth among Recovering Addicts**

Eyal Haroosh

Submitted in partial fulfillment of the requirements for the Master's
Degree in the Louis and Gabi Weisfeld School of Social Work, Bar-Ilan University

This work was carried out under the supervision of Dr. Sara Freedman, School of Social Work,
Bar-Ilan University.