

מהמחקר לפרקטיקה: שיפור יעילות שירותי הטיפול במסגרות המכוונות להינזרות מוחלטת מחומרים פסיכו-אקטיביים

אהרון שבי

רקע: היעילות הנמוכה של תוכניות ההתערבות עם אנשים מכורים באה לידי ביטוי בקשיים של המטופלים להתמיד בהינזרות מסמים ואלכוהול, הן בתקופת הטיפול והן לאחר תום הטיפול, ובנשירה גבוהה של המטופלים מהטיפול.

מטרת המאמר: לבחון באופן ביקורתי את מתווה ההתערבות הטיפולי הקיים כיום במסגרות טיפוליות סוציאליות המכוונות להינזרות מוחלטת מחומרים פסיכו-אקטיביים, ולהמליץ על התערבויות טיפוליות חלופיות המבוססות על הוכחות מחקריות ליעילותן.

שיטת המחקר: במאמר מובאים מחקרים, נתונים ומידע אודות מאפייני ההתערבות הטיפולית עם אנשים מכורים, ומוצגות תובנות ומסקנות על שיטות התערבות אפקטיביות יותר עם אנשים מכורים.

ממצאים: היעילות הנמוכה של התוכניות הטיפוליות במסגרות טיפוליות סוציאליות נובעת מהפעלת דפוסי התערבות אחידים, הפעלה מועטה של גישות ליישוג האוכלוסייה, למיצוי זכויות ולמזעור נזקים; הפעלת תוכניות טיפול המותאמות באופן חלקי לצורכי המטופלים, חוסר תכנון שיטתי והערכה שוטפת של תוכניות הטיפול, ומחסור במשאבים טיפוליים.

מסקנות: בעבודה טיפולית עם אנשים מכורים יש להפעיל התערבויות המבוססות על ידע שמועבר משדה המחקר לפרקטיקה ומשלב גישות קוגניטיביות-התנהגותיות ולמידה בין-אישית, כגון 'המודל הטיפולי הבין-אישי' המוצג במאמר זה, והמוכח כיעיל בטיפול באנשים מכורים.

השלכות לפרקטיקה ולמדיניות: מחקרים אשר יוכיחו את האפקטיביות של מודלים כגון 'הטיפול הבין-אישי' עשויים לאפשר עדכון של המדיניות הטיפולית במערכת הרווחה ומתן במה גדלה והולכת לתוכניות התערבות המבוססות על חדשנות, שיטתיות והערכה מתמדת.

מילות מפתח: אנשים מכורים, מודל טיפולי בין-אישי, מהמחקר לפרקטיקה

מבוא

בעשורים האחרונים חלה בעולם עלייה מתמדת בשכיחות השימוש וההתמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים. על פי ממצאי האו"ם, 3.5% עד 7% מאוכלוסיית העולם בגיל 15-64 השתמשו באופן לא חוקי בסמים בשנת 2012; וכ-18.2% מכלל האוכלוסייה הבוגרת עשו שימוש לרעה באלכוהול (ענבר, 2015). על פי דיווחי ארגון הבריאות העולמי אין התקדמות בהפחתת השימוש לרעה באלכוהול בקרב האוכלוסייה הכללית. מצב זה גורם לכך שממדינות רבות נדרשות לשאת בעלויות גבוהות בתחומי בריאות ורווחה בשל נזקי ההתמכרות לאלכוהול (WHO, 2016, 2018).

בישראל, כמו בעולם כולו, יש אוכלוסייה גדולה של בני נוער ומבוגרים המשתמשים באופן מזדמן וקבוע בחומרים פסיכו-אקטיביים. הרשות למאבק בסמים ובאלכוהול ערכה במשך השנים מחקרים אפידמיולוגיים וסקרים אודות מאפייני צריכת הסמים והאלכוהול בישראל. מחקר משנת 2009 שבחן את השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב תושבי מדינת ישראל מצא כי 11.4% מבני 18-40 השתמשו בסמים לעיתים או באופן קבוע (ענבר, 2015). בשנת 2016 ערכה הרשות מחקר אפידמיולוגי ארצי נוסף בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל ובו נמצא כי 27% מהמשתתפים דיווחו על שימוש בקנביס לפחות פעם אחת בתקופה שקדמה לביצוע המחקר, ו-23% דיווחו על שימוש לרעה באלכוהול (הראל-פיש, 2017). הממצאים על שימוש לרעה בחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב בני נוער בישראל גבוהים אף הם. על פי סקר הרשות למאבק בסמים ובאלכוהול משנת 2009, 5.9% מבני הנוער בגיל 15-18 השתמשו בקנביס ו-19.7% עשו שימוש לרעה באלכוהול (ענבר, 2015). בשנת 2012 ערכה הרשות מחקר בקרב בני נוער תלמידי בתי ספר שבחן את דפוסי השימוש בחומרים ממכרים בהשוואה בין-לאומית. הממצאים העלו כי 29% מתלמידי כיתות י"א השתמשו לרעה באלכוהול, 45% מהם היו יוצאי אתיופיה (רבינוביץ, 2012). ממצאי הרשות בשנת 2014 העלו כי 3.5% מהתלמידים דיווחו על שימוש בסמי פיצוציות ו-3.4% דיווחו כי השתמשו באופיאטים ובקוקאין (הראל-פיש, 2014).

הנתונים האפידמיולוגיים-מחקריים מהעולם ומישראל מצביעים על כך שתופעת השימוש לרעה וההתמכרות לחומרים פסיכו-אקטיביים אינה מצטמצמת וכי אוכלוסיות רבות חוות קשיים תפקודיים רבים בתחומי הרפואה, החברה והכלכלה בשל השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים.

לאנשים המכורים לחומרים פסיכו-אקטיביים בעולם מוצעים בדרך כלל טיפול רפואי והתערבות פסיכו-סוציאלית (NIDA, 2014). בין מטרות הטיפול הצפויות התמדה של המטופלים בהינזרות משימוש בסמים ואלכוהול והשתלבות תקינה

במסגרות המשפחה, התעסוקה והקהילה (Garner, Scott, Dennis, & Funk, 2014; McLellan, Lewis, O'Brien, & Kleber, 2000; Pasareanu, Opsal, Vederhaus, Kristenssen, & Clausen, 2015; Tracy et al., 2012; WHO, 2016). הטיפול באנשים מכורים לחומרים פסיכו-אקטיביים ניתן במסגרת יחידות אמבולטוריות, אשפוזיות, קהילות טיפוליות חוץ-ביתיות והוסטלים (American Psychiatric Association, Messina, Grella, Cartier, & Torres, 2010). על פי ממצאי מחקרים, תוכניות ההתערבות בטיפול באנשים מכורים אינן מוכיחות יעילות טיפולית רבה (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013; NIDA, 2012, 2014). רבים נושרים מהטיפול כבר לאחר זמן קצר, ומתקשים להתמיד בהינזרות מסמים ואלכוהול הן בתקופת הטיפול והן לאחר תומו (De Leon, 2015; WHO, 2016). בארצות-הברית נמצא ש-40%-60% מהמטופלים נושרים ממרכזי השיקום, ורובם חוזרים לאחר זמן קצר להשתמש בחומרים פסיכו-אקטיביים (NIDA, 2018). נשירה מטיפול נחוות במקרים רבים ככישלון, ועשויה ליצור אצל רבים מהמטופלים סטיגמה ותסכול (NIDA, 2012).

הנתונים והמידע המוצגים במאמר הנוכחי אינם עוסקים בשירותי הטיפול המופעלים בידי משרד הבריאות בישראל, הכוללים בין השאר מתן טיפול תרופתי ארוך-טווח לאנשים מכורים.

מאפייני הנשירה מטיפול והקושי בהתמדה בהינזרות מחומרים פסיכו-אקטיביים בשירותים המופעלים בידי משרד הרווחה בישראל מוצגים במחקרים וסקירות שונות, שנערכו בין השאר ביחידות אמבולטוריות ובמסגרות חוץ-ביתיות של משרד הרווחה. על פי ממצאי משרד העבודה והרווחה, כ-30% מהמטופלים נשרו מהטיפול שניתן ביחידות ובמסגרות חוץ-ביתיות המטפלות במכורים, אך רק 15% מהמטופלים הצליחו להשיג את יעדי הטיפול והשיקום שנקבעו עימם והשלימו בהצלחה את הטיפול (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017א). במחקר-אורך שנעשה ביחידה אמבולטורית המופעלת בידי משרד הרווחה נמצא שרק 39% מהמטופלים השלימו את מלוא תקופת הטיפול (כשנה וחצי), ולאחר תום הטיפול המשיכו חלקם להשתמש בחומרים פסיכו-אקטיביים בתקופות זמן שונות (לב-אל, ליכטנשטיט וטייכמן, 2013). במרכז יום טיפולי אמבולטורי בדרום הארץ נמצא כי 49% מהמטופלים נשרו מהטיפול לאחר זמן קצר, ורק 12% מהמטופלים מצאו את מסלול הטיפול שהוצע להם מתאים לצרכיהם (לויט ושיף, 2008).

חלק מהחוקרים אינם תולים במערכת הטיפול את הסיבה לקשיי השיקום של אנשים מכורים אלא במאפיינה הייחודיים של מחלת ההתמכרות (WHO, 2016). לדברי חוקרים אלו ההתמכרות לסמים ואלכוהול היא מחלה כרונית הכוללת תהליך ארוך של שימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים והפסקת השימוש לסירוגין (relapse),

בדומה למחלות כרוניות אחרות כגון סוכרת (NIDA, 2014). סיבות אישיות, גופניות ונפשיות, מקשות על המטופלים להתמיד לאורך זמן בהינזרות מסמים ואלכוהול (Ettner et al., 2006).

המאמר הנוכחי בוחן את הסיבות לאי-היעילות של תוכניות הטיפול באנשים מכורים במערכת הטיפולית-סוציאלית בישראל בשלושה תחומים: מאפייני תוכניות השיקום, דפוסי ההתערבות הטיפולית של העובדים הסוציאליים המטפלים באנשים מכורים, והערכת המשאבים המוקצים לנושא הטיפול באנשים מכורים. המאמר כולל סקירה של מחקרים ודוחות הבוחנים את הסיבות לאי-היעילות של תוכניות הטיפול ומענים אפשריים לאתגר זה.

נקודת המוצא לשינוי המצב הנוכחי היא פעולה טיפולית על פי EBP, קרי החלפת הפעילות הטיפולית הנוכחית בתוכניות טיפוליות שיטתיות ומתוכננות המוכחות מחקרית כיעילות בעבודה עם אנשים מכורים (Tober & Somerton, 2002). ברוח תפיסה זו מוצג 'המודל הטיפולי הבין-אישי', הממזג בתוכו גישות המוכחות מחקרית כיעילות, וביניהן הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית (Kiesler, 1996; Yalom & Leszcz, 2006). ההערכה היא שהפעלת מודלים טיפוליים המבוססים על העברת ידע מהמחקר לפרקטיקה, עשוי לשפר את תוצאות ההתערבות עם אנשים מכורים ולסייע בהחלמתם.

יעילותן הנמוכה של תוכניות הטיפול עם אנשים מכורים – רקע וסיבות

תוכניות השיקום בשירותים המופעלים בידי משרד הרווחה בישראל, שאת יעילותן ננסה לבדוק בפרק זה, כוללות מענים כגון אבחון של האדם המכור, ייעוץ, טיפול פרטני, התערבות קבוצתית וניטור של סמים ואלכוהול (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017; WHO, 2016; Zastrow, 2007). תחום ההתמכרויות מלווה לאורך השנים במחקרים רבים, אולם רק חלקם הקטן עוסקים בהערכת יעילות הטיפול באנשים מכורים ומשמעויותיה (NIDA, 2012). מטופלים ומטפלים, שדנו בסיבות לכך שיעדי הטיפול אינם מושגים, הציגו עמדות שונות לחלוטין. מטופלים טענו כי לא השיגו את יעדי הטיפול כי תוכניות הטיפול שהשתתפו בהן לא התאימו לצרכיהם, המטפלים לא הבינו את הבעיות שהם מתמודדים עימן, ושהיו פערים בין צרכיהם האישיים למענים הטיפולים הקיימים (Brorson et al., 2013; De Leon, 2000). מטופלים שנשרו מטיפול ציינו כי בהתערבות הטיפולית שניתנה להם לא היו כלל מענים אינטרומנטליים או סיוע בפתרון בעיות 'כאן ועכשיו', שהיו זקוקים להם ביותר.

מטופלים אשר נשרו מטיפול ביחידות אמבולטוריות המופעלות במערכת הרווחה בישראל ציינו כי הכלים הטיפולים וגישות ההתערבות שהפעילו המטופלים לא היו יעילות, וכי הגישה הטיפולית שחייבה הינזרות מוחלטת מחומרים פסיכו-אקטיביים בזמן הטיפול הקשתה מאוד על יכולתם להתמיד בו (לב-אל ועמיתים, 2013). מאידך גיסא, מטופלים באנשים מכורים ציינו כי הנשירה מטיפול נבעה ממוטיבציה נמוכה מלכתחילה של המטופלים להשתלב בטיפול. לרבים מהמטופלים היו קשיים במישור המשפחתי, הכלכלי והמשפטי, והדבר הקשה מאוד על הסתגלותם למסגרת הטיפולית (De Leon, 2000, 2015; Ettner et al., 2006).

איתור הסיבות המערכתיות לאי-יעילות של תוכניות הטיפול במערכת הרווחה בישראל מעלה כמה אפשרויות: במערכת הרווחה מופעלים לאורך שנים רבות דפוסי התערבות טיפוליים אחידים עם אנשים מכורים, ללא הבחנה בצרכים הייחודיים של מטופלים שונים (תקנון עבודה סוציאלית, 2013). מענה ייעודי כמו טיפול בטראומה והתערבות במשפחה, הנדרש עבור נשים ואוכלוסיות מיעוטים, מופעל מעט מאוד (Covington, 1998; EMCDDA, 2017; Ettner et al., 2006; Ramlow, White, Watson, & Leukefeld, 1997). בשדה הטיפולי עדיין קיימות גישות טיפוליות נוקשות המושתתות על עימות וענישה של המטופל (Miller & Rollnick, 2013). ההנחה הטיפולית העומדת בבסיס השימוש בגישות אלה היא שפעולות אלו עשויות לתרום להרחבת מודעותו של המטופל לרפואי התנהגותו הלא-מועילים וליצור שינוי, אולם אין במחקרים תמיכה כלשהי ליעילות גישות אלו (NIDA, 2012).

על פי הנהלים הקיימים במשרד הרווחה בישראל (תקנון עבודה סוציאלית, 2013) הטיפול הסוציאלי באדם שחזר להשתמש בסמים ואלכוהול מופסק מיד, והוא מופנה לגמילה פיזית. הפעילות הטיפולית בשדה הרווחה בישראל כיום אינה כוללת תוכנית למזעור נזקים (NIDA, 2012; WHO, 2016) כמענה למטופלים שחזרו להשתמש בחומרים פסיכו-אקטיביים. ההסבר לגישת "הניקיון המוחלט" הוא שטיפול סוציאלי לאדם הנמצא תחת השפעתה של חומר פסיכו-אקטיבי משנה תודעה איננו יעיל. גישת "הניקיון המוחלט", המופעלת במסגרות משרד הרווחה, אינה מאפשרת במקרים רבים החזקה של המטופלים ברמה הנדרשת, והדבר מגביר את הנשירה של מטופלים אלו. ברוב המקרים מטופלים אלו אינם משתלבים שוב בטיפול סוציאלי, ונמצאים בסיכון ובמצוקה רבה. סביבה טיפולית המכתיבה מראש את המטרות, את אופן הטיפול ואת הזמן הנדרש לכך, אינה מתאימה לרוב המטופלים הנמצאים על רצף ההתמכרות, ומקשה על היכולת ליצור מרחב טיפולי (לויט ושיף, 2008).

לנוכח הנשירה הגדולה מטיפול כדאי לבחון את יעילותה של גישת מזעור הנזקים, הכוללת ליווי של המטופל בתהליך הפחתת השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים, וקידום שיפור התפקוד האישי בטווח הקצר והארוך.

תפקידי העובדים הסוציאליים המטפלים באנשים מכורים כוללים מגוון פעולות טיפוליות קליניות וסוציאליות, כגון: אבחון וזיהוי פסיכו-סוציאלי של האוכלוסייה, בניית תוכנית התערבות טיפולית סוציאלית, ומתן מענים פרטניים קבוצתיים ומשפחתיים (Hepworth et al., 2010; Zastrow, 2007). מחקרים בחנו לאורך השנים את דפוסי ההתערבויות הטיפוליות הללו ומצאו את הממצאים הבאים: חלק מההתערבויות הנוכחיות מושתתות על ידע מקצועי חסר (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017; Steenrod, 2009); ושימת לב מעטה מדי לפעילות של מיצוי זכויות, סנגור ופתרון בעיות מעשיות בתחומי תעסוקה ודיור (NIDA, 2012; WHO, 2016).

נמצא כי העובדים הסוציאליים המטפלים באנשים מכורים במסגרת מערכת הרווחה בישראל ממעטים לבצע פעילות של יישוג ואיתור האוכלוסייה המכורה לחומרים פסיכו-אקטיביים בזירות הימצאותה בקהילה. יציאה שיטתית זו מהמסגרת הטיפולית נתפסת לעיתים כפעולה לא מקצועית המפרה את כללי ההתערבות הטיפולית הסוציאלית ומסכנת את האפשרות לקדם שינוי אצל המטופל (סער-הימן, קרומר-נבו ולביא-אג'אי, 2018). ההתערבות הטיפולית עם אנשים מכורים אינה אינטנסיבית דיה, ולעיתים הטיפול ניתן בזמנים לא קבועים או במסגרת קבוצתית בלבד (Ettner et al., 2006; Gofen, 2014). יש לציין כי תכני הטיפול הפרטני הקליני שמציעים העובדים המטפלים אינו כולל בחלק מהמקרים התנסות משמעותית בקשרים בין-אישיים רגשיים מידיים בין המטפל למטופל, העשויה להיות מהותית להנעת הטיפול קדימה (Yalom & Leszcz, 2006; Zastrow, 2007). כחלופה לקשר בין-אישי זה ניתן מקום רב לעיסוק בתובנות וטיפול בתסמינים. אפשר להעריך כי פעולות אלה אינן מאפשרות חוויה רגשית מתקנת והתמודדות יעילה עם ההשפעות הטראומטיות של פגיעות מיניות ופיזיות שהמטופל חווה וחווה, ואשר מובילות במקרים רבים להתמכרות (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017; EMCDDA, 2017; Kiesler, 1996).

ניכר כי חלק מהמטפלים במכורים הפועלים במסגרת מערכת הרווחה בישראל חסרים ידע מעשי בהפעלת התערבות עם אוכלוסיות ייחודיות כגון אוכלוסייה בתחלואה כפולה, אוכלוסיות עם התמכרות התנהגותית ואימהות מכורות; חלקם אינם בקיאים בסוגי הסמים החדשים בשוק ואופן ההתערבות הנדרש (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017). ככלל, על אף היעילות הנמוכה של תוכניות הטיפול הנוכחיות, עובדים סוציאליים רבים אינם משתמשים במתודות התערבות שהוכחו מחקרית כיעילות, והמוגדרות כפרקטיקה מוכחת-ראיות (EBP – evidence based practice). הסיבות לכך הן אי-היכרותם עם מתודות אלה ואי-הכוונה של המערכת הטיפולית (Steenrod, 2009; Straus, Richardson, Glasziou, & Haynes, 2005).

עובדים סוציאליים במערכת הרווחה בישראל עובדים במקרים רבים לבדם ותחת לחץ רב. במקרים רבים הם מטפלים באנשים מכורים רבים ללא משאבים טיפוליים מספקים, ומתקשים לספק למטופלים מענים אינסטרומנטליים מתאימים מלבד שיחות ייעוץ. ביחידות הטיפוליות האמבולטוריות ובמסגרות טיפוליות חוץ-ביתיות חסרים דרך קבע עובדים סוציאליים, רופאים נרקולוגים ומדריכים (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017א; De Leon, 2015). מצב זה מביא לעיתים להפעלת שיקול דעת עצמאי של המטפל בביצוע ההתערבות הטיפולית (Gofen, 2014; Lipsky, 2010), ולעיתים משמעותו חריגה מהתקנות ומהמדיניות הפורמלית בתחום ההתמכרויות, טיפול לאנשים ששבו להשתמש בסמים ואלכוהול על אף נהלים האוסרים זאת (תקנון עבודה סוציאלית, 2013), אי קיום ועדות אבחון לפונים חדשים, ביצוע מועט של בדיקות לניטור סמים ואלכוהול, ואי ביצוע של פעולות יישוג ואיתור של אוכלוסייה מכורה חדשה (שיינטוך, 2014). לעיתים מוסתרים דפוסי פעילויות עצמאיים אלו מצוותי הפיקוח, ואילו צוותי הפיקוח מתקשים לזהות דפוסי פעולה אלו בשל בקרה מועטה על עבודת העובדים הסוציאליים, חוסר בהערכה שוטפת של איכות העבודה הטיפולית והעדר בדיקה של תפוקות ותוצאות הטיפול (Gofen, 2014; Lipsky, 2010). דפוס פעולה עצמאי של העובד הסוציאלי מאפשר לו אומנם חופש פעולה (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017; Brorson et al., 2013), אולם עשוי להביא לפיזור העבודה הטיפולית ולהקשות על התמודדות עם האתגרים הרבים בתחום הטיפול באנשים מכורים.

אוכלוסיות רבות ברחבי העולם אינן מקבלות מענה לבעיית ההתמכרות, והדבר מחמיר את מצבן ומגדיל את אחוזי החולי והתמותה. מתוך 21.6 מיליון אנשים מכורים בארצות-הברית שהיו זקוקים לטיפול בבעיית ההתמכרות, 2.3 מיליון בלבד קיבלו מענה מתאים (NIDA, 2018). חלק מהסיבות למצב זה קשורות לפריסה הקטנה של תוכניות טיפול באנשים מכורים, ולכך שהתוכניות הטיפוליות הפועלות כיום אינן נגישות ואינן מותאמות לצורכי המטופלים.

הקצאת משאבי הטיפול לתחום הרווחה בישראל קטנה בכל התחומים, ובמיוחד בתחום הטיפול בהתמכרויות (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017ב). נמצא שעל אף קיומם של מגוון שירותים טיפוליים לאנשים מכורים מספרם בהחלט אינו מספק (אלטוס ולונטל, 2012). חסרות כיום מסגרות טיפוליות אמבולטוריות רבות, ורוב המסגרות הקיימות אינן זמינות ואינן נגישות. בנוסף חסרים מענים ייעודיים לצעירים, לאנשים בתחלואה כפולה, לנשים, לאימהות מכורות ולדרי רחוב מכורים. הדבר בא לידי ביטוי בכך שמתוך 120,000 בני נוער ומבוגרים בישראל הזקוקים לטיפול בהתמכרות רק 14,800 קיבלו טיפול סוציאלי מתאים (הראל-פיש, 2017; השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017א). אפשר להעריך כי העדר תוצאות חיוביות של תוכניות

הטיפול הנוכחיות אינו מדרכן את קובעי המדיניות להשקיע משאבים נוספים בהקמת שירותים חדשים לאוכלוסייה המכורה.

לסיכום פרק זה אפשר לומר, כי על אף הכוונות הטובות של העוסקים במלאכה טיפולית חשובה זו, תחום הטיפול באנשים מכורים המופעל בידי מערכת הרווחה בישראל אינו מתפתח במידה מספקת ואינו מצליח להתמודד עם האתגרים הרבים העומדים לפתחו. נראה, כפי שיוצג בהמשך, כי שיפור המצב הקיים מצריך פיתוח והפעלה של מודלים טיפוליים שונים מהקיימים, מודלים בהירים וברורים המבוססים על הוכחות מחקריות ליעילותם והמצליחים להתכתב עם האתגרים הרבים בתחום הטיפול בהתמכרויות.

מהמחקר לפרקטיקה – תוכניות אפקטיביות בטיפול באנשים מכורים

נציג עתה מענים העשויים להתמודד עם האתגרים הרבים בתחום הטיפול בהתמכרויות המופעל במערכת הרווחה בישראל. הבסיס לפעילות החדשה הוא פיתוח הבניה והפעלה של תוכניות טיפוליות שהוכחו מחקרית כיעילות (NIDA, 2012; Steenrod, 2016; WHO, 2016; Straus et al., 2005). יעדי הפעולה החדשים כוללים מעבר מפעילות טיפולית אד הוק לפעולה שיטתית ומתוכננת, תוך הגברה וביצוע של תוכניות הכוללות שיטתיות והערכה עצמית של התוצאות (Tober & Somerton, 2002). במסגרת ההתערבות הטיפולית העדכנית, על העובדים הסוציאליים במערכות הרווחה לרכז בידיהם מידע אחיד, עדכני ושיטתי אודות התערבויות שהוכחו כיעילות בטיפול באנשים מכורים, וליישמן במדויק. עליהם להגדיר כבר בשלב הראשון של הטיפול מהו מוקד ההתערבות, ולהשתמש בהמשך בכלים עדכניים מובנים ושיטתיים בתכנון הטיפול, בהפעלתו ובמעקב אחר התוצאות. עליהם לבחון בכל פרק זמן אם יש השפעה חיובית של התוכנית על מצב המטופלים הן מבחינה התנהגותית והן מבחינה קוגניטיבית.

המתודות הרלוונטיות בתחום הטיפול בהתמכרויות שיש להן תמיכה אמפירית ליעילותן, הן מתודות התערבות אינטנסיביות ומגוונות הכוללות פסיכותרפיה ופתרון בעיות מעשיות של המטופל (WHO, 2016; NIDA, 2014). יש להתאים את סביבת הטיפול ואת סוג הטיפול למאפייני המטופל ולבעיותיו תוך פיתוח אסטרטגיות התערבות המסייעות לו להתמודד עם משברים וקשיים אישיים (אלטוס ולונטל, 2012). המתודות הטיפוליות המוכחות מחקרית כיעילות בטיפול באנשים מכורים כוללות איתור ויישוג של אנשים מכורים בזירות בקהילה שבהן הם נמצאים, וביצוע עבודת רחוב. פעילות יישוג זו עשויה לאפשר יצירת קשר ראשוני משמעותי עם האוכלוסייה המכורה ושילובה

בטיפול בהמשך (שיינטוך, 2014). פעילות איתור ויישוג, המוגדרת גם כהתערבות בהקשר החיים הממשי, עשויה לאפשר יצירת יחסים טיפוליים עם האדם המכור, ולגייס אותו לשינוי מציאות חייו (סער-הימן ועמיתים, 2018). גישה נוספת שנמצאה יעילה בעבודה עם אנשים על רצף ההתמכרות היא הגישה המוטיבציונית. בשלבים הראשונים מסתייגים אנשים מכורים רבים מהשתלבות בטיפול, וגישה זו מסייעת להם להתמודד עם מחסומים אישיים וקשיים אובייקטיביים. בעזרת הגישה המוטיבציונית אפשר במקרים רבים ליצור קשר אותנטי עם המטופלים הפוטנציאליים ולהגביר את נכונותם להשתלב בהמשך בטיפול ארוך טווח (Miller & Rollnick, 2013; WHO, 2016). הגישה המוטיבציונית הכוללת מתן שוברים (שוברים המאפשרים למטופל לרכוש מוצרים שונים שהוא זקוק להם) למטופלים המתמידים בהינזרות מסמים ואלכוהול נמצאה בשנים האחרונות יעילה מאוד, במיוחד בעבודה עם אנשים המכורים לאופיאטים, לאלכוהול ולקנביס (NIDA, 2018).

טראומה המובילה להתמכרות נובעת במקרים רבים מפגיעה נפשית, מינית או פיזית בעבר או בהווה. טיפול יעיל בטראומה עשוי לסייע בבניית התקשרות בטוחה עם המטופל, להפחית חרדה ולהגביר את נכונות המטופל ליצור קשר ארוך טווח. הגישה ההתנהגותית-קוגניטיבית בשילוב טיפול תרופתי כגון מתדון וסובקסון נמצאה יעילה במיוחד בשיקום אנשים מכורים. הפעילות הטיפולית על פי גישה זו כוללת הסרת מחשבות והתנהגויות שאינן מסייעות והחלפתן במחשבות מקדמות (Joseph, Stancliff, & Langrod, 2000). 40% מהמטופלים המכורים לאופיאטים ואלכוהול חוו שיפור בתפקוד והתמדה בהינזרות מסמי רחוב בעקבות ההתערבות על פי גישה זו (Joseph et al., 2000; WHO, 2016).

הרחבת המיומנות והידע המקצועי של המטפלים הפועלים במערכת הרווחה עשויים להשפיע לטובה על איכות ההתערבות הטיפולית עם אנשים מכורים באופן מוסדר, רציף ושיטתי (Kadushin & Harkness, 2002); תכני הידע המקצועי החדש אמורים לסייע לעובדים בהפעלת חשיבה רפלקטיבית וביקורתית (NIDA, 2012) בנוסף להערכה מתמדת של העשייה הטיפולית (Steenrod, 2005).

תהליך ההכשרה של העובדים הסוציאליים הפועלים במסגרת מערכת הרווחה בישראל אמור לכלול הקניית מתודות טיפוליות עדכניות על פי מודלים לוגיים, והקניית כלים טיפוליים חדשניים בניסיון לקדם חתירה של העובדים למצוינות ומומחיות (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017). יש לתת לעובדים הדרכה מקצועית רציפה וממוקדת על פי דפוסי ההכשרה החדשים שיעוצבו. מומלץ להפעיל הדרכה אישית הכוללת עקרונות טיפוליים המתמקדים בחוויית 'ביחד', המאפשרים התבוננות רפלקטיבית ובחינה והערכה של הקשר הייחודי בין המדריך המקצועי והעובד הסוציאלי המטפל באנשים מכורים (ירושלמי, 2014).

יש פער בין המדיניות הטיפולית של מערכת הרווחה לבין הצרכים בשדה הטיפולי. אין דיאלוג בין הדרגים הממשלתיים והדרגים הטיפוליים על קביעת מדיניות זו, והדבר יוצר נתק ביניהם ותורם להפעלת דפוסי התערבות טיפוליים לא עדכניים ולא מותאמים. המדיניות הנוכחית בשדה ההתמכרויות אחראית להעדר משאבים טיפוליים (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017א), ולריבוי המטלות של העובדים הסוציאליים המטפלים. נהלים לא עדכניים ופעילות פיקוח מועטה על עבודת העובדים הסוציאליים תורמים להפעלת שיקול דעת עצמאי של העובדים הסוציאליים (Gofen, 2014; Lipsky, 2010), מצב היוצר אי סדר, פיזור של העשייה הטיפולית ואי-יעילות בטיפול.

עדכון המדיניות הטיפולית של משרד הרווחה בישראל עשוי לתת מענה לסוגיות אלו. קודם כול יש להנחות את המטפלים להפעיל מודלים טיפוליים המוכחים מחקרית כיעילים (WHO, 2016). המדיניות הטיפולית צריכה להיקבע תוך דיאלוג שוטף עם העובדים הסוציאליים הפועלים בשטח (Steenrod, 2005) ובהשגת הסכמה רחבה, משרדית, ארגונית ובין-ארגונית על השינויים המוצעים בדפוסי הפעילות הטיפולית. היעד המשותף של דרגי המטה והעובדים בשטח הוא ביצוע תוכניות טיפוליות בשדה ההתמכרויות שהן שיטתיות ומתוכננות (Tober & Somerton, 2002). יש להציג מפרט של תוכניות וכלי טיפול המוכחים כאפקטיביים, ומתוכו יבחרו העובדים הסוציאליים את התוכנית המתאימה ביותר לצורכי המטופל (NIDA, 2012).

מדיניות ההכשרה והדרכת הצוותים המטפלים באנשים מכורים במשרד הרווחה צריכה לעבור ביקורת. יש להגדיר את מאפייני הידע המקצועי הדרוש לעובדים הסוציאליים המטפלים באנשים מכורים, ואת תחומי הלמידה העדכנית הנדרשת בנושאים כגון: טיפול בטראומה, טיפול התנהגותי קוגניטיבי וגישה מוטיבציונית, ולהקצות את המשאבים הדרושים לקיום הכשרות אלה (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017ב).

דפוס פעולה שיהיה מבוסס על שותפות טובה בין המערכת הממשלתית לעובדים הסוציאליים המטפלים באנשים מכורים, עשוי לצמצם במידה רבה את שיקול הדעת העצמאי של העובדים הסוציאליים (Lipsky, 2010) ובמידת מה את אי-יעילות הטיפול. בקרה עצמית של העובד הסוציאלי על עבודתו ובקרה חיצונית באמצעות פיקוח, המתמקדת בבחינה מתמדת של איכות התפוקות הטיפוליות וסיוע בשיפור הביצועים המקצועיים של העובדים הסוציאליים (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017ב), עשויים לתרום אף הם ליעילות הטיפולית.

פיתוח המערכת הטיפולית-סוציאלית שמפעיל משרד הרווחה דורש הקצאה של משאבים חדשים: הקצאת כוח אדם, תוכניות טיפוליות חדשות ומסגרות טיפול נגישות, אמבולטוריות וחוף-ביתיות. הדבר עשוי להביא להשתלבותם של

בני נוער ומבוגרים רבים שאינם משתתפים כיום בטיפול. יש להקצות הרכה מסגרות אמבולטוריות, ובמיוחד מסגרות חוץ-ביתיות עבור בני נוער, צעירים, נשים מכורות, אימהות מכורות, מהמרים, אוכלוסייה בתחלואה כפולה ועם התמכרות התנהגותית (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017א; NIDA, 2014). יש להוסיף למערכת הטיפול כוח אדם של עובדים סוציאליים, מדריכים מאתרים, ורופאים נרקולוגים, וכמו כן להקצות סל מענים לאנשים מכורים בתחומי תעסוקה, הכשרה מקצועית (שוכרים להשתלבות בהכשרה מקצועית), דיור ושירותי בריאות (WHO, 2016). פיתוח המערכת הטיפולית בישראל עשוי לאפשר קליטת אוכלוסיות חדשות שאינן משתלבות כיום בטיפול.

מהמחקר לפרקטיקה – המודל הטיפולי הבין-אישי

ההתמודדות הראויה עם האתגרים בשדה הטיפולי עם אנשים מכורים אמורה להתבסס על הפעלת תוכניות המוכחות מחקרית כיעילות והמבוססות על EBP. בפרק זה מוצג המודל הטיפולי הבין-אישי המוצע להפעלה בשדה הטיפול עם אנשים מכורים והמהווה דוגמה להעברת מידע מהמחקר לפרקטיקה. מודל זה ממזג גישות המוכחות מחקרית כיעילות, וביניהן הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית והגישה הבין-אישית. המודל הטיפולי הבין-אישי מבוסס על גישות בין-תחומיות – סוציאליות ופסיכולוגיות, שיש בהן שיטתיות וראיות אמפיריות רבות ליעילותן (Herman, 2015; Steenrod, 2005; Zastrow, 2007).

עקרונות הגישה הבין-אישית הוצגו במסגרת הפרקטיקה ההומנית (Rogers, 1995) המציבה במרכז תהליכי הטיפול את הקשר הבין-אישי של המטפל עם המטופל, קשר האמור ליצור שינויים רגשיים והתנהגותיים אצל המטופל (Miller & Rollnick, 2013; Rogers, 1995). המודל מדגיש את הזיקה הרגשית הקרובה העשויה להתפתח בין המטפל לאדם המכור (Kiesler, 1996) והמבוססת על פעילות של למידה בין-אישית (Yalom & Leszcz, 2006). הפעילות הטיפולית במסגרת המודל כוללת עיבוד נושאים רגשיים בחיי המטופל וביניהם תלות ובידוד. התהליך הטיפולי והקשר הבין-אישי אמורים לסייע בתיקון ההשפעה הטראומטית של התנסויות שליליות קודמות, ולשנות דפוסי התקשרות מופנמים שהתקבעו בתקופה מוקדמת (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt, & Target, 1994). הלמידה הטיפולית נעשית "כאן ועכשיו" (Kiesler, 1996), וכוללת התבוננות פנימית של המטופל בקשייו הרגשיים ופיתוח מודעות. שתיהן מהוות צעד ראשון לקראת שינוי רגשי וקוגניטיבי. המודל הטיפולי הבין-אישי מאופיין בשיחות יעוץ פרטניות ובהסכמה משותפת של המטפל והמטופל לגבי תקופת הטיפול.

המודל הטיפולי הבין-אישי משלב בתוכו כמה מתודות פרקטיות, וביניהן מתודת הריאיון המוטיבציוני, והמתודה ההתנהגותית-קוגניטיבית. תהליך הקשר הבין-אישי אמור ליצור שפה של שינוי (Miller & Rollnick, 2013; Rogers, 1995) התנהגותי וקוגניטיבי (Beck, 1999; Kendall, 2006). מעורבות רבה של העובד הסוציאלי בחיי המטופל עשויה לסייע בפיתוח דרכי חשיבה חדשות, שינוי מחשבות לא מועילות, פיתוח יכולת לפתור בעיות ולהפחית תסמינים נפשיים (Joseph et al., 2000).

גישות התערבות המשולבות בטיפול הבין-אישי כוללות את מתודת היישוג, השמה דגש על יצירת קשר ראשוני לא פורמלי עם האדם המכור במקום שבו הוא נמצא (שיינטוך, 2014). פעילות היישוג כוללת אבחון ראשוני לאדם המכור בזירות הימצאותו בקהילה, ייעוץ וסיוע אינסטרומנטלי. פעילות זו היא בסיס לבנייה אפשרית של ברית טיפולית ועבודה על שפת השינוי (Rogers, 1995). הריאיון המוטיבציוני מדגיש את חיזוק הכוחות של האדם המכור, תוך חקירה אמפטית של רגשות וחוויות רגשיות לא פתורות (Miller & Rollnick, 2013). אנשים מכורים רבים התמכרו לסמים ולאכזרהול כריפוי עצמי בשל פגיעות מיניות או פיזיות שחוו בחייהם (Herman, 2015). הטיפול בטראומה במסגרת המודל הבין-אישי בנושא זה כולל פעילות של תמיכה והכלה רציפים של המטופל, עיבוד מעמיק של האירועים הטראומטיים, סיוע בפיתוח אוטונומיה עצמית, פיתוח היכולת החברתית, הגברת ההערכה העצמית, וטיפול בתסמינים גופניים ונפשיים.

המודל הבין-אישי (Rogers, 1995) מדגיש שיח של שינוי ופעילות מרפאת ולא משחזרת. יתרונות גישה זו, השמה את המטופל במרכז הבמה הטיפולית, הם בשילוב שבין פעילות טיפולית רגשית בין-אישית לפעילות טיפולית התנהגותית-קוגניטיבית (NIDA, 2014; WHO, 2016). ראיות אמפיריות עתידיות נוספות לייעילות ומועילות המודל הבין-אישי ומודלים טיפוליים דומים עשויים לשפוך אור על תוכניות התערבות יעילות עם אנשים מכורים.

סיכום

אתגרים רבים ישנם בתחום הטיפול באנשים מכורים במערכת הרווחה בישראל. המאמר סוקר את דפוסי הטיפול הקיימים עם אנשים מכורים לחומרים פסיכו-אקטיביים, את מאפייני ההתערבות הטיפולית שמבצעים מטפלים ועובדים סוציאליים בתחום ההתמכרויות, ואת המדיניות הטיפולית הקיימת בנושא זה. ההתערבויות הטיפוליות המופעלות כיום במערכת הרווחה עם אנשים מכורים אינן יעילות דיין. הדבר נובע מהפעלת גישות טיפוליות אחידות עם מטופלים שונים, ממדיניות ונהלים לא מעודכנים (תקנון עבודה סוציאלית, 2013), ממחסור בהפעלת

גישות למזעור נזקים, ומפעילות מועטה בתחומי מיצוי זכויות, סנגור, ליווי וסיוע אינסטרומנטלי (שיינטוך, 2014; WHO, 2016; NIDA, 2012). חלק מהעובדים הסוציאליים במערכת הרווחה בישראל חסרי מיומנות וידע בהפעלת גישות טיפוליות עדכניות, ורובם המכריע אינם משתמשים במתודות טיפוליות המבוססות על ראיות מחקריות ליעילותן (Straus et al., 2005; Steenrod, 2005; NIDA, 2014). הקצאה מועטה של משאבים בתחום הטיפול עם אנשים מכורים, נהלי טיפול לא מעודכנים, ומעמסה גדולה על העובדים הסוציאליים (השירות לטיפול בהתמכרויות, 2017א), תורמים לכך שחלק מהעובדים הסוציאליים מפעילים שיקול דעת עצמאי בעבודתם (Lipsky, 2010), והדבר פוגע בשירות שיטתי ומתוכנן, הדרוש כל כך בעבודה עם אנשים מכורים.

יש פתרונות אפשריים לאתגרים ולפערים הקיימים בשדה הטיפולי הסוציאלי עם אנשים מכורים. ההמלצה העיקרית היא להתמקד בתוכניות טיפול בעלות ראיות מחקריות, העשויות להוות חלופה לפעילות הטיפולית הקיימת כיום. דוגמה לפעילות טיפולית מבוססת מחקר המומלצת בתחום ההתערבות עם אנשים מכורים היא 'המודל הטיפולי הבין-אישי'. מודל זה הוא תוצר של העברת ידע מהמחקר לפרקטיקה, ומבוסס על ראיות אמפיריות ליעילותו (WHO, 2016; NIDA, 2012).

המודל הבין-אישי מבוסס על הגישה ההומנית המדגישה יצירת קשר בין-אישי רגשי בין המטפל והמטופל (Rogers, 1995) כבסיס להתערבות סוציאלית מועילה, העשויה לקדם שיח של שינוי. במסגרת המודל מופעלים תהליכים בין-אישיים כגון אמפתיה, חיזוק, הכלה והעצמה, תוך חוויה מתקנת כאן ועכשיו. המודל ממזג לתוכו גישות ההתנהגותיות-קוגניטיביות, יישוג, טיפול בטראומה וריאיון מוטיבציוני, גישות אשר הוכחו מחקרית כיעילות בעבודה עם אנשים מכורים. יכולתם של העובדים הסוציאליים להפעיל היטב את המודל 'הבין-אישי' מצריך את השתתפותם בתהליכי הכשרה מקיפים ולמידה של מאפייני המודל.

מחקרי אורך אשר יוכיחו כי המודל הטיפולי הבין-אישי ומודלים דומים אחרים אפקטיביים בטיפול באנשים מכורים עשויים לסייע בריענון המדיניות הטיפולית בתחום הרווחה, ובהפעלה גדלה והולכת של תוכניות טיפוליות בין-אישיות, מתוכננות, שיטתיות, המבוססות על ראיות מחקריות ליעילותן והמתכתבות עם האתגרים הרבים בתחום הטיפול בהתמכרויות.

נקודות מפתח



- דפוסי ההתערבות הטיפולית בתחום הטיפול בהתמכרויות במערכת הרווחה בישראל אינן בעלי יעילות מספקת.
- היעילות הנמוכה נובעת מהפעלה מעטה של גישות למזעור נזקים, למיצוי זכויות ויישוג, ממחסור במענים ייעודיים מגדריים ותרבותיים, ומהפעלת שיטות טיפול שאינן מותאמות דיין לצורכי המטופלים.
- חלק מהעובדים הסוציאליים המטפלים באנשים מכורים אינם מפעילים תוכניות טיפול המוכחות כיעילות, אינם מתכננים תכנון שיטתי ואינם מעריכים הערכה שוטפת את תוכניות הטיפול.
- העבודה הטיפולית עם אנשים מכורים צריכה להתעדכן על בסיס ידע המועבר משדה המחקר לפרקטיקה ולכלול התערבויות שיש ראיות אמפיריות ליעילותן, כדוגמת המודל הטיפולי הבין-אישי.

מקורות

- אלטוס, ל. ולונטל, א. (2012). סוגיות בטיפול בנפגעי סמים. בתוך: חובב, מ., לונטל, א. וקטן, י. (עורכים), עבודה סוציאלית בישראל (עמ' 654-682). תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד.
- הראל-פיש, י. (2014). צריכת סמים ואלכוהול בישראל (נתוני מפתח) לשנת 2013. מרכז הניטור הלאומי לסמים ואלכוהול – לשכת המדען הראשי. הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול.
- הראל-פיש, י. (2017). השימוש בחומרים פסיכו-אקטיביים בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל – המחקר האפידמיולוגי הארצי לשנת 2016. הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול.
- השירות לטיפול בהתמכרויות (2017א). חזון, מדיניות, פרקטיקה ונתונים. ירושלים: משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים.
- השירות לטיפול בהתמכרויות (2017ב). מתווה לנתיבי צמיחה בהדרכה והכשרה. ירושלים: משרד העבודה והרווחה.

- ירושלמי, ח. (2014). מפגשי הדרכה בין סובייקטיביים. חברה ורווחה, ל"ד, 9-26.
- לב-אל, נ. ליכטנרטי, ר. וטייכמן, מ. (2013). משמעות המעידה בקרב מכורים לסמים. חברה ורווחה, ל"ג, 469-500.
- לויט, ש. ושיף, מ. (2008). קשיים מובנים בטיפול במכורים לסמים בארץ. בתוך: מ., חובב, ח. מהל ומ. גולן (עורכים), התמכרויות, אלימות ועבירות מין (עמ' 79-92). ירושלים: כרמל.
- סער-הימן, י., לביא-אג'אי, מ. וקרומר-נבו, מ. (2018). התערבות בהקשר החיים הממשי: המרחב הטיפולי בעבודה סוציאלית מודעת-עוני. חברה ורווחה, ל"ח, 629-657.
- ענבר, ע. (2015). סמים ואלכוהול בישראל – נתוני רקע, חקיקה ופעילות גופי המדינה. מרכז המחקר של הכנסת (עמ' 5-6).
- רבינוביץ, מ. (2012). צריכת אלכוהול בקרב ילדים ובני נוער וישום התוכנית הלאומית לצמצום הצריכה המופרזת של האלכוהול. מרכז המחקר של הכנסת (עמ' 2-3).
- שיינטוך, ש. (2014). עבודת רחוב, קווים לדמותה – עבר הווה ועתיד. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- תקנון עבודה סוציאלית (2013). הנחיות לטיפול בנפגעי התמכרויות בקהילה. הוראה 11.3. משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, D.C.: Author.
- Beck, A. T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence*. New York, NY: Harper Collins.
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Dropout from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33, 1010-1024. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.007
- Covington, S. S. (1998). Women in prison: Approaches in the treatment of our most invisible population. *Women and Therapy*, 21, 141-155.
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model & method*. New York, NY: Springer.
- De Leon, G. (2015). Therapeutic communities. In M. Galanter, H. D. Kleber, & K. Brady (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of substance abuse treatment* (5th ed., pp. 511-530). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ettner, S. L., Huang, D., Evans, E., Ash, D. R., Hardy, M., Jourabchi, M., & Hser, Y. I. (2006). Benefit-cost in the California treatment outcome project: Does substance abuse treatment "pay for itself"? *Health Services Research*, 41, 192-213. doi:10.1111/j.1475-6773. 2005.00466.x

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA (2017). *Health and social responses to drug problems: A European guide*. Lisbon, Portugal: Author.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller memorial lecture 1992: The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 231-257. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb01160.x
- Garner, B. R., Scott, C. K., Dennis, M. L., & Funk, R. R. (2014). The relationship between recovery and health-related quality of life. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47, 293-298. doi: 10.1016/j.jsat.2014.05.006
- Gofen, A. (2014). Mind the gap: Dimensions and influence of street-level divergence. *Journal of Public Administration, Research and Theory*, 24, 473-493. doi: 10.1093/jopart/mut037
- Hepworth, D. H., Rooney, R. H., Dewberry Rooney, G., Storm-Gottfried, K., & Larsen, J. -A. (2010). *Direct social work practice: Theory and skills* (8th ed.). Belmont, CA: Brooks/ Cole.
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: Epilogue*. New York, NY: Basic Books.
- Joseph, H., Stancliff, S., & Langrod, J. (2000). Methadone maintenance treatment (MMT). *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 67, 347-364. doi: 11064485
- Kadushin, A., & Harkness, D. (2002). *Supervision in social work* (4th ed.). New York, NY: Columbia University Press.
- Kendall, P. C. (2006). *Child and adolescent therapy: Cognitive behavioral procedures* (3rd ed). New York, NY: Guilford.
- Kiesler, D. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research*. New York, NY: Wiley.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded ed., Kindle ed.). New York, NY: Russell Sage Foundation.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1689-1695. doi: 10.1001/jama.284.13.1689

- Messina, N., Grella, C. E., Cartier, J., & Torres, S. (2010). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*, 97-107. doi: 10.1016/j.jsat.2009.09.004
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd. ed.). New York, NY: Guilford.
- Munson, C. E. (2002). *Handbook of clinical social work supervision* (3rd ed.). Binghamton, NY: Haworth Press.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2012). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide*. (NIH Publication No. 12-4180). Rockville, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2014). *Principles of adolescent substance use disorder treatment: A research-based guide*. (NIH Publication No. 14-7953). Rockville, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). Rockville, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- Pasareanu, A. R., Opsal, A., Vederhus, J. K., Kristensen, Ø., & Clausen, T. (2015). Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. *Health and Quality of Life Outcomes, 13*: Article no. 35. doi: 10.1186/s12955-015-0231-7
- Ramlow, B. E., White, A. L., Watson, D. C., & Leukefeld, C. G. (1997). The need of women with substance use problem: An expanded vision for treatment. *Substance Use & Misuse, 32*, 1395-1404.
- Rogers, C. (1995). *On becoming a person*. New York, NY: Mariner Books.
- Steenrod, S. (2005). The relationship between managed care and evidence-based practices in outpatient substance abuse programs. *Best Practices in Mental Health: An International Journal, 1*, 31-46.
- Steenrod, S. (2009). A functional guide to the evidence-based practice movement in the substance abuse treatment field. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 9*, 353-365. doi: 10.1080/15332560903195808

- Straus, S. E., Richardson, W. S., Glasziou, P., & Haynes, R. B. (2005). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBP* (3rd ed.). New York, NY: Churchill Livingstone.
- Tober, G., & Somerton, J. (2002). The search for evidence-based addiction practice in the United Kingdom. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 2(2), 3-13.
- Tracy, E. M., Laudet, A. B., Min, M. O., Kim, H., Brown, S., Jun, M. K., & Singer, L. (2012). Prospective patterns and correlates of quality of life among women in substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 124, 242-249. doi: 10.1016/j.drugalc.2012.05.001
- WHO (2016). *International standards for the treatment of drug use disorders*. Vienna, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime.
- WHO (2018). *Status report on alcohol and health*. Vienna, Austria: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Yalom, D., & Leszcz, M. (2006). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Zastrow, C. (2007). *The practice of social work: A comprehensive work text*. Belmont, CA: Brooks/Cole.