



תפיסותיהם של מטופלים המתמודדים עם התמכרות כלפי טיפול בין-אישי ממוקד רגש

אהרון שבי

תקציר

המחקר הנוכחי ביקש לבדוק את תפיסותיהם של מטופלים עם התמכרות לחומרים פסיכואקטיביים כלפי טיפול בין-אישי ממוקד רגש שבו השתתפו ואת תרומת הטיפול לתהליך שיקומם ולהצלחתם להתמודד עם ההתמכרות. במחקר נעשה שימוש בפרדיגמה האיכותנית ובמסגרתו בוצעו 36 ראיונות עומק חצי מובנים עם מטופלים המתמודדים עם התמכרות בשבע קהילות טיפוליות. מניתוח הראיונות נמצאו שלוש תמות, המשקפות שלושה מרכיבים של הטיפול הבין-אישי רגשי: (א) הפעלת אמפתיה אקטיבית בקרב אנשים המתמודדים עם התמכרות; (ב) הפעלת יחס חיובי כלפי אנשים המתמודדים עם התמכרות; (ג) הפעלת כנות עם אנשים המתמודדים עם התמכרות. ממצאי המחקר מלמדים כי טיפול בין-אישי רגשי נתפס על ידי רוב המשתתפים כמהלך שתרם לתהליך שיקומם ועזר להם להמיר רגשות בוושה, ייאוש וחרדה ברגשות של שליטה עצמית וביטחון. המרואיינים דיווחו כי הטיפול תרם להתמדתם והסתגלותם לקהילה הטיפולית ולהתנזרות מסמים ואלכוהול.

מילות מפתח: טיפול בין-אישי ממוקד רגש, פסיכולוגיה הומניסטית, אמפתיה אקטיבית, כנות, יחס חיובי, התמכרות

* אהרון שבי, החוג לקרימינולוגיה קלינית, אוניברסיטת אריאל.

מבוא

התמכרות לחומרים פסיכואקטיביים מאופיינת בשימוש רב בחומרים ובפיתוח תלות פסיכולוגית או פיזיולוגית, המתבטאת בתסמינים כגון חרדות, פחדים, הזיות, בחילות וקשיי תנועה (American Psychiatric Association, 2013). הפרעת התמכרות מאובחנת אם מתקיימים אצל האדם לפחות שלושה מבין ששת הקריטריונים הבאים: תשוקה עזה או דחף כפייתי להשתמש בסם; קושי בשליטה על כמות הסם הנצרך וזמן הצריכה; תופעות גופניות כאשר לא משתמשים בסם; התפתחות של סבילות לסם; הזנחה של הנאות ותחומי עניין; והתמדה בשימוש בסם למרות מודעות לנזק הכרוך בכך (APA, 2013). אנשים הסובלים מהתמכרות לחומרים פסיכואקטיביים כמו קנאביס, חומרים ממריצים, אופיאטים, תרופות מרשם ואלכוהול מתמודדים עם קשיים תפקודיים רבים במישור החברתי, תעסוקתי, רגשי ונפשי (NIDA, 2018; United Nations Office on Drugs and Crime, 2022). התלות הפיזיולוגית, הפסיכולוגית והנפשית מקשה על תהליכי הפחתה או הפסקה של השימוש בחומרים (APA, 2013).

ההתמכרות לחומרים פסיכואקטיביים קשורה לגורמים גנטיים, נפשיים וסביבתיים. במקרים רבים השימוש האינטנסיבי בחומרים הללו נעשה כדרך של ריפוי עצמי מקשיים אישיים, פסיכולוגיים ותסמינים פוסט-טראומטיים (NIDA, 2018), אלא ש"ריפוי עצמי" זה מוגבל מאוד ויוצר בעיה חדשה – פיתוח הפרעת התמכרות כרונית עם מאפיינים ייחודיים שמקשים על תהליך ההחלמה (Ettner et al., 2006). בין המאפיינים אפשר למנות תלות גוברת והולכת בחומרים, מוטיבציה נמוכה, רמת מסוגלות עצמית נמוכה והיעדר רשתות תמיכה חברתית ומשפחתית (López-Goñi et al., 2012). נוסף על כך, התערבויות טיפוליות שאינן מתאימות לצורכי המטופל עשויות גם הן להפריע לתהליך ההחלמה (Che et al., 2010).

תוצאות הטיפול באוכלוסייה המתמודדת עם התמכרות לא תמיד נושאות פרי. מחקרים מלמדים כי יש מטופלים שמצליחים להיגמל ולהשתקם, אך רבים אחרים מפסיקים את תהליך הטיפול וחוזרים למעגל השימוש בחומרים פסיכואקטיביים (רנץ ודקל, 2011; שבי, 2020). יש לציין כי חזרה למעגל השימוש בסמים רווחת גם בקרב אלו שהשלימו את תקופת הטיפול במלואה (לויט ושיף, 2007; 2008; Cournoyer et al., 2007).

במחקר של דה לאון (De Leon, 2000) נמצא כי היעילות הטיפולית במסגרת קהילות טיפוליות הנותנות מענה חוץ-ביתי לנפגעי התמכרויות היא חלקית בלבד, אך הסיבות לכך לא תמיד מובנות (רנץ ודקל, 2011; שבי, 2020). גם במחקרו של דה לאון, שעוסק בהערכת הטיפול בקהילות, לא הוצגה נקודת מבטם הסובייקטיבית של המטופלים כלפי תוצאות ההתערבות בקהילה, לא פורטו הגורמים בקהילה שתרמו לשינוי וההתייחסות לסוגיית הנשירה מהטיפול הייתה מועטה (De Leon, 2015). מכאן שכדי שיותר מטופלים יסיימו את הטיפול בהצלחה וישתקמו יש צורך לאתר מתודות טיפוליות נוספות (Cournoyer et al., 2007). אחת מהן היא טיפול בין-אישי ממוקד רגש. המחקר הנוכחי בחן כיצד אנשים המתמודדים עם התמכרות לסמים ואלכוהול תופסים את הטיפול הבין-אישי ממוקד רגש שבו השתתפו ואת תרומתו להתמודדותם בהצלחה עם ההתמכרות.

הפסיכולוגיה ההומניסטית

טיפול בין-אישי ממוקד רגש מתבסס על הפסיכולוגיה ההומניסטית, המניחה כי סיוע למטופל יכלול התחברות לרגשותיו הפנימיים, הענקת הדרכה רגשית וסיוע ביצירת רגשות חדשים שיאפשרו למטופל לחוות תחושת ערך

וביטחון (Rogers, 1995; Wampold & Imel, 2015). בבסיס התאוריה ההומניסטית והפרקטיקה הבין-אישית רגשית הנובעת ממנה עומדת הטענה כי נוכחותו של המטפל בחייו של המטופל וויסות רגשות יתרמו להתפתחותה של חוויה רגשית מתקנת לחוויות עבר קשות. הפסיכולוגיה ההומניסטית מציינת את הצורך בפעולות מעשיות מצד המטפל כדי שהמטופל יוכל להשיג משמעות בחייו (Greenberg, 2015; Rogers, 1995). לדוגמה, תהליכי טיפול המבוססים על שותפות של המטפל והמטופל בקביעת יעדי הטיפול ובתהליך בניית הטיפול, פעילות לחיזוק המודעות של המטופל לחוויותיו הפנימיות, תמיכה של המטפל בחוויות הרגשיות של המטופל ויצירת רגשות חדשים (Rogers, 1995).

לעומת זאת, מתודת ההתערבות בקהילות הטיפוליות שמה לאורך שנים דגש בקידום אידאולוגיה קהילתית סמכותנית, שיעדה שינוי זהות האדם ואורח חייו כדרך לשינוי התנהגותי, הכולל התמדה בהפסקת השימוש בסמים (De leon, 2010, 2015). על כן, טיפול בין-אישי ממוקד רגש עם מטופלים השוהים בקהילות טיפוליות משקף מעבר מהתערבות סמכותנית לגישה הומניסטית ומכילה, השמה דגש על הפעלת אמפתיה, הכלה ותמיכה בלתי מותנית של המטפל במטופל כדרך להשגת יעדים של הפחתת נזקים, שינוי רגשות, התנהגות והחלמה.

טיפול בין-אישי ממוקד רגש

טיפול בין-אישי ממוקד רגש שם דגש על התחברות לרגשות פגיעים של המטופלים ועל הדרכה רגשית, סיוע ביצירת רגשות חדשים וקידום שינויים התנהגותיים. הטיפול מבוסס על הפסיכולוגיה ההומניסטית המציינת כי תהליכי טיפול המתמקדים בהכלה, בתמיכה ובשינוי רגשי עשויים לקדם אצל האדם הגשמה עצמית ושינוי אישי ותפקודי (Greenberg & Paivio, 1997). על פי הגישה הבין-אישית, אמפתיה ושיקוף רגשי מצד המטפל עשויים לסייע לאדם לקבל את עצמו טוב יותר ולקדם את נכונותו להתמודד עם רגשות קשים המפריעים להתפתחותו האישית (Greenberg & Geller, 2001). הפסיכולוגיה ההומניסטית רואה בקיומה של מערכת יחסים חיובית ואמפתית בין המטפל למטופל וביצירת סביבה טיפולית תומכת דרך המסייעת לאדם להתמודד עם תחושת חוסר ערך והאשמה עצמית. הגישה מציינת כי הסיוע למטופל בהסרת מנגנוני ההגנה הפוגעים בהתפתחותו ובחיזוק יכולתו לקבל את עצמו כפי שהוא, עשוי לקדם את תהליך השינוי האישי (Greenberg & Geller, 2001). אם כן, הגישה הבין-אישית רגשית שמה במוקד את נושא חקר הרגשות ותהליכי יצירת היחסים בין המטפל למטופל כדרך להבראה (Elliott et al., 2018).

תהליכים טיפוליים בין-אישיים ממוקדי רגש עם אוכלוסיות במצוקה נועדו להעלות את המודעות של המטופלים לסיבות למצבם ולסייע להם בשיפור עצמי. מרכיבי הקשר הבין-אישי רגשי שהמטפל משתמש בהם ואשר מוצגים במחקר זה הם אמפתיה אקטיבית, הכוללת פירוש של הרקע והסיבות לרגשות שחוה האדם והצגת הדרך לשינוי רגשות אלו; יחס חיובי, הכולל סולידריות, תמיכה ויכולת לקבל את המטופל ורגשותיו כפי שהם; וכנות, הכוללת שיקוף הוגן של מצבו של המטופל בזמן הטיפול, בד בבד עם מתן תמיכה, ליווי וסנגור (Greenberg & Geller, 2001).

אמפתיה אקטיבית ושינוי רגשי בקרב מטופלים

אחד המרכיבים המהותיים של הטיפול הבינאישי רגשי הוא אמפתיה אקטיבית. אמפתיה אקטיבית היא כלי פסיכולוגי המסייע למטפלים לחבור לרגשות פגיעים של המטופלים ולגלות את כוחותיהם המוסתרים (Jacobs, 2013). אמפתיה משמשת דרך טיפולית לניטור דפוסים רגשיים ולסיוע למטופל ביצירת רגשות חדשים (Oxley, 2011), תוך פירוש הרקע והסיבות לרגשות שהאדם חווה והצגת הדרך לשינוי רגשות אלו. חוקרים רואים באמפתיה אקטיבית פעולה העשויה לקדם שינויים רגשיים והתנהגותיים בקרב אוכלוסיות במצוקה (Oxley, 2011). הפסיכולוגיה ההומניסטית, כפי שהוצגה על ידי רוג'רס ועל ידי חוקרים אחרים, ראתה בפרשנות המוצגת במסגרת פעילות אמפתית דרך להרחבת מודעות המטופל לסיבות לקשייו, המעניקה לו הזדמנות לבחינה עצמית (Greenberg & Paivio, 1997; Maibom, 2012; Rogers, 1994). הביקורת הקיימת כלפי תהליכי פרשנות במסגרת אמפתיה מציינת כי פעילות זו עשויה להיות מנותקת מהחוויות של המטופל ולכן עשויה להוביל לחוסר קשב והסתייגות (Jacobs, 2013). לכן, יש לבדוק עם המטופל את האוטנטיות והרלוונטיות של הפירוש שהוצג בפניו בהתייחס לחוויות שחווה. דיאלוג מעין זה, לטענת גייקובס, עשוי לשקף את המציאות ולסייע בהסרת רגשות אשמה וכעס המופנה לעיתים כלפי "העצמי". אמפתיה אקטיבית היא כלי ייחודי העשוי לסייע בניטור דפוסים רגשיים ובהרחבת המודעות של המטופל לרגשותיו, תוך הקלה על תחושות עצב ובושה והחלפתם ברגשות חדשים של ערך וביטחון (Elliott et al., 2018).

יחס חיובי כלפי מטופלים

יחס חיובי של המטפל כלפי המטופל הוא אחד מהיסודות של הפסיכולוגיה ההומניסטית. יחס חיובי מוגדר כפעולה אקטיבית של המטפל כלפי המטופל, שבא לידי ביטוי בסולידריות, בתמיכה וביכולת לקבל את המטופל ורגשותיו כפי שהם, בלי לדחות אותם, להכחיש את קיומם או להחזירם למטופל (Rogers, 1957; Rozin et al., 1999). יחס חיובי מצד המטפל עשוי לתרום לבניית מוטיבציה לשינוי רגשות לא אדפטיביים ולהפחית את ההתנגדות של האדם להשתתפות בטיפול (Rogers, 1994). כמו כן הוא עשוי לעודד פתיחות גדולה יותר של המטופל כלפי הרעיון של השתתפות בטיפול, תוך זיהוי החסרונות של המצב הקיים והערכת היתרונות האפשריים בשינויו (Miller & Rollnick, 2013). נשאלת השאלה: כיצד אפשר לרקום מערכת יחסים חיובית עם מטופל המציב מחסומים בתהליך הטיפולי? לדעת גרינברג וגלר (Greenberg & Geller, 2001) התמקדות של המטפל בתמיכה ובהזדהות רציפה עם החוויות הרגשיות של המטופל, בכללן תחושות ייאוש ואכזבה עצמית, עשויה בהדרגה לסייע למטופל להסיר מחסומים שהוא מציב ליצירת קשר טיפולי. מחקרים בתחומי הפסיכולוגיה ההומניסטית מלמדים כי יחס חיובי השם דגש בקידום תחושת הביטחון של המטופלים עשוי להפחית חששות הנוגעים לתהליך הטיפולי וליצור לאורך זמן ברית איתנה בין המטפל למטופל (Rogers, 1994; Shaver et al., 2005). יחס חיובי צריך לכלול הערכה של השינויים שהמטופל מנסה לקדם בחייו ומהווה פעולה הפוכה לגישות טיפוליות נוקשות וסמכותיות השמות דגש על עימות ככלי לשינוי. מאפיינים נוספים של יחס חיובי הם האזנה והקשבה לדברי המטופל וחיזוקו על מאמציו להשתנות (Miller & Rollnick, 2013).

כנות ויחסים טיפוליים

הפסיכולוגיה ההומניסטית מדגישה את הצורך בביסוס יחסים טיפוליים המושתתים על כנות ויושרה, ללא התחזות או העמדת פנים מצד המטפל. יחסים אלו מסייעים למטופל להיפתח, לבטא את תחושותיו ולהימצא בקשר עם "העצמי" שלו (Tudor & Merry, 2006). כנות מצד המטפל מתבטאת בשיקוף הוגן של מצב המטופל, בד בבד עם הענקת תמיכה, ליווי וסנגור. כמו כן היא כוללת התייחסות אותנטית לתמונת המצב המשתקפת מהתנהגות המטופל, לצד בחינה של דפוסי חשיבה והתנהגות לא מסתגלים והצעת חלופות לדפוסים אלה (Meier et al., 2005). ממדים נוספים של הכנות הם יכולתו של המטפל שלא להגיב להתנגדות בהתנגדות וויתור מצידו על בחירת צד. יש להבהיר כי אין בהתייחסות מכילה הבעת תמיכה בהתנהגות שאינה מותאמת לצרכיו של המטופל, אלא התמקדות ביצירת הקשבה משקפת לתהליכים המורכבים שעומדים מאחורי המטופל מתמודד ולקשייו הסובייקטיביים, בד בבד עם הצגת המאמצים שהוא עושה כדי להשתנות וניסיון לסייע לו להרחיב את מודעתו למצבו ולהתחיל בתהליכי תיקון (Elliott et al., 2018; Miller & Rollnick, 2013). התנהגות כנה של המטפל כוללת גם מסירת מידע בנוגע להשפעותיהם של סוגי סמים חדשים על המטופל ולמשמעות השימוש בסמים אלו והצגת מצבי הסיכון שבהם המטופל נמצא ומשמעות השימוש המזדמן החוזר בסמים (relapse) לאחר תקופה של התנזרות. במקרים רבים ההתייחסות הכנה להשפעת השימוש החוזר בסמים מאפשרת למטופל לנתח את מצבו באופן אותנטי ולהתחיל לדבר את שפת השינוי (Cournoyer et al., 2007). נשאלת השאלה: כיצד מטפל יפעל בכנות כלפי מטופל המביע התנגדות גלויה או סמויה לפעולות השונות שהמטפל מציע לו? התשובה לכך טמונה ביכולתו של המטפל "לזרום" עם התנגדות המטופל ולנתח יחד עימו את הרקע לתחושותיו ואת הסיבות להתנגדותו למהלך הטיפול, תוך מציאת חלקים בדבריו של המטופל שניתן להסכים עימם. אלו עשויים לסייע בהפחתת ההתנגדות של המטופל ובהעלאת מחשבות ראשונות על שינוי (Miller & Rollnick, 2013). כנות בטיפול, המתייחסת למצבם ולהתנהגותם של מטופלים עם התמכרות ונעשית באופן אמפתי ומכיל, עשויה לאפשר חקירה ופתרון האמביוולנטיות של מטופלים אלו כלפי שינויים בחייהם (Greenberg, 2015).

מטרות המחקר ושאלותיו

מטרת המחקר הראשונה הייתה לבחון כיצד מטופלים המתמודדים עם התמכרות לסמים ולאכזריות תופסים את הטיפול הבין־אישי ממוקד הרגש שהשתתפו בו ואת תרומתו להסתגלותם לקהילה טיפולית. מטרת המחקר השנייה הייתה לבדוק באיזו מידה הטיפול הבין־אישי רגשי תורם להצלחת התמודדותם של המטופלים עם התמכרות (Greenberg, 2015). לאור מטרות מחקר אלו נוסחו שתי שאלות:

1. כיצד מטופלים המתמודדים עם התמכרות תופסים את תרומתו של הטיפול הבין־אישי רגשי שבו השתתפו להסתגלותם לקהילה הטיפולית?
2. כיצד מטופלים המתמודדים עם התמכרות תופסים את תרומתו של הטיפול הבין־אישי רגשי להצלחת התמודדותם עם ההתמכרות?

שיטת המחקר

המחקר מבוסס על הפרדיגמה האיכותנית לאיסוף וניתוח נתונים (שקדי, 2003), במסגרתו מוצגת תפיסתם והתייחסותם של מטופלים עם התמכרות עשהו בקהילות טיפוליות (Vanderplasschen et al., 2014) באשר לטיפול הבין-אישי רגשי שבו השתתפו. המתודה האיכותנית מאפשרת לתאר תופעה חברתית באופן מעמיק ולהבינה בהקשר שבו היא מתרחשת, וזאת על סמך תפיסותיהם של משתתפי המחקר והפרשנות שהם מעניקים לתהליך שהשתתפו בו (Stake, 2005).

אוכלוסיית המחקר

במחקר השתתפו 36 אנשים (31 גברים ו-5 נשים) משבע קהילות טיפוליות. כל המרואיינים במחקר השתתפו בזמן ביצוע המחקר בטיפול רגשי התנהגותי מכוון טראומה. תוכנית הטיפול הבין-אישית היא חלק מהטיפול הפרטני המופעל בקהילה הטיפולית ונערכה לאורך שמונה חודשים שבהם שהו המטופלים בקהילה הטיפולית. דגימת המרואיינים נעשתה בשיטה של דגימת נוחות: 76 מטופלים קיבלו פנייה להשתתף במחקר, ומהם 75 ענו בחיוב. שלושים ותשעה מטופלים נשרו לאחר כחודשיים מהקהילה הטיפולית, ולפיכך נותרו במחקר 36 משתתפים אשר השתתפו במחקר מתחילתו ועד סיומו.

טווח הגילים של משתתפי המחקר היה 22–55. שניים ממשתתפי המחקר היו נשואים, שלושה גרושים ו-31 רווקים. שמונה-עשר ממשתתפי המחקר היו מובטלים בטרם הצטרפותם לקהילה הטיפולית. המרואיינים השתמשו במגוון חומרים פסיכואקטיביים, ובהם קנאביס, אלכוהול, הרואין וקוקאין.

כלי המחקר

כלי המחקר היה ריאיון חצי מובנה שהתבסס על מדריך ריאיון. כלי זה מאפשר גמישות רבה ונותן מקום להתייחסות גומלין ספונטנית של המשתתפים, אך גם מגדיר באופן ברור את הסוגיות המרכזיות שהריאיון נועד לברר (Creswell, 2014; Patton, 2002; Ritchie & Lewis, 2003). באופן זה סיפרו המרואיינים על חוויותיהם בתהליך הטיפול הבין-אישי רגשי שבו השתתפו.

הריאיון התבסס על ספרות המחקר העוסקת במתווים טיפוליים עבור מטופלים עם התמכרות בקהילות טיפוליות ועל מחקרים העוסקים במתודות טיפוליות בין-אישיות רגשיות (De leon, 2010, 2015; Greenberg, 2001; Greenberg & Geller, 2015). הריאיון כלל שאלות כגון מהם מאפייני הקשר הבין-אישי שהתקיים עם העובדת הסוציאלית? מהי תרומתו של הקשר הבין-אישי לשינויים רגשיים והתנהגותיים שחווית? מהם מאפייני האמפתיה והתמיכה שניתנו על ידי העובדת הסוציאלית ושל הערכתך תרמו לשינוי במצבך? האם תשומת הלב שהעובדת הסוציאלית נתנה לך סייעה לך לאמץ שינויים התנהגותיים במהלך שהותך בקהילה הטיפולית?

הליך המחקר

המחקר נמשך שמונה חודשים, ובמהלכם כל משתתף רואיון פעמיים. הראיונות בוצעו לאחר שמשתתפי המחקר חתמו על טופס הסכמה מדעת ומילאו טופס נתונים דמוגרפי. בתחילת הריאיון נמסרו למשתתפים פרטים על

נושא המחקר, חשיבותו ומאפייניו. למרואיינים הובטח חיסיון ופרטיותם שונו כדי לשמור על אנונימיות מרבית. הראיונות נערכו על ידי עוזרי מחקר שרשמו את דברי המרואיינים. הראיונות נערכו בקהילות הטיפוליות בישראל וארכו 40 דקות בממוצע. הראיון הראשון התקיים ארבעה חודשים לאחר השתלבותם של משתתפי המחקר בקהילה הטיפולית והראיון השני לאחר ארבעה חודשים נוספים. הראיון החוזר אפשר להכיר לעומק ולאורך זמן את נקודת מבטם של המשתתפים בנוגע לתהליכים הבין־אישיים רגשיים שבהם השתתפו ולשינויים הרגשיים וההתנהגותיים שחוו בעקבות כך. המחקר קיבל אישור של משרד הרווחה ומנכ"ל הקהילות הטיפוליות לנפגעי התמכרויות בישראל, בה בוצע המחקר בפועל, והוא חלק ממחקר דוקטורט שבוצע באוניברסיטת יאש ברומניה.

ניתוח הנתונים

הראיונות נותחו בשיטת ניתוח תוכן המתבסס על דברי המשתתפים ומאפשר הבנה של החוויה האנושית (שקדי, 2003). הניתוח כלל סיווג של התכנים לשתי קטגוריות עיקריות (Maykut & Morehouse, 1994) – מאפייני ההסתגלות של משתתפי המחקר לקהילה הטיפולית ומאפייני התמודדות של משתתפי המחקר עם ההתמכרות. מניתוח הקטגוריות חולצו שלושה תמות (Strauss, 1987) – אמפתיה אקטיבית ושינוי רגשי; כנות ויחסים טיפוליים; יחס חיובי ושותפות טיפולית.

ממצאים

ממצאי המחקר יוצגו בהתאם לשלוש התמות שעלו בניתוח הראיונות: הפעלת אמפתיה אקטיבית ושינוי רגשי, הפעלת כנות ויחסים טיפוליים והפעלת יחס חיובי ושותפות טיפולית.

תמה ראשונה – הפעלת אמפתיה אקטיבית ושינוי רגשי

השימוש באמפתיה האקטיבית כלל פעילות פרשנית של הרקע לרגשות המטופלים המתמודדים עם התמכרות והצגת הדרך לשינוי רגשות אלו. המרואיינים ציינו כי הפעילות האמפתית האקטיבית סייעה להם להרחיב את מודעותם למחסומים רגשיים שהקשו עליהם ליצור קשרים עם אנשים אחרים ולהפסיק את השימוש בסמים. מרואיינים אחדים ראו בדפוס רגשי לא מסתגל זה פגם באישיותם, כפי שציין מטופל מס' 6 (מטופל המתמודד עם התמכרות להרואין): "היא [העובדת הסוציאלית] מלמדת אותי כיצד לפרק את עיוותי הרגש והחשיבה שלי, מתרגלת איתי דמיון מודרך, מנחה אותי כיצד להתמודד עם המחסומים שלי ועוזרת לי להכיר את הפגמים והדפוסים הלא טובים שלי".

השימוש באמפתיה אקטיבית אפשר למטופלים ולמטפלים לעבד יחדיו את הרקע והסיבות הרגשיות־פנימיות לקשיים של המטופלים ונתן להם הזדמנות להבעה רגשית כאן ועכשיו. כך תיאר זאת מטופל מס' 7 (מטופל עם התמכרות לאלכוהול): "העובדת הסוציאלית לימדה אותי להכיר ולהתמודד טוב יותר עם העולם הפנימי של הרגשות, התגובות והחשיבה הלא מותאמת שלי בגלל כל הטראומות מהעבר שהביאו למצב הזה. דרכה אני לומד להעריך מי אני".

המטופלים ציינו כי הפרשנות שהוצגה בפניהם לקשיים שחוו אפשרה להם להבין את הסיבות לתחושת חוסר האונים שליוותה אותם בהתמודדות עם השימוש בסמים. הפרשנות האמפתית נעשתה בדיאלוג ובבחינה משותפת עימם בניסיון להבין אם היא אכן תואמת את הרגשתם. הפרשנות הטיפולית כללה ניתוח של הרקע המשפחתי, הרפואי, האישי והסביבתי של המשתתפים ושל הקשרו לניהול חיים ללא חומרים פסיכואקטיביים. כך תיאר זאת מטופל מס' 14 (מטופל עם התמכרות לקנאביס): "העובדת הסוציאלית עוזרת לי בכך שהיא מקשיבה ונותנת פרשנות אחרת להסברים שנתתי לעצמי לגבי המצב שלי בתחום הסמים, זה שאני לבד ולא מצליח בכלום. היא נותנת לי כל מיני נקודות למחשבה בין המפגשים".

לעומתו, אחד המטופלים המתמודדים עם התמכרות לקוקאין (מטופל מס' 35) סבור כי התהליך הפרשני של המטפלת הקשה עליו להיות מעורב בטיפול. לדבריו, הוא קיבל את הרושם שהמטפלת רואה בו אחראי למצבו. מעבר לעמדה זו רוב משתתפי המחקר הביעו שביעות רצון מהתהליכים הבין-אישיים, שלדבריהם הרחיבו את מודעותם ואת הבנתם למקור ההתמכרות לחומרים פסיכואקטיביים. האמפתיה האקטיבית עודדה אותם לשתף את המטפלים ברגשותיהם ובקשיים שלהם, לדוגמה קשיים ביצירת קשר תקין עם בני משפחתם, בוויסות רגשות ובעינוי דרכי חשיבה מוטעות. כך למשל הסביר מטופל מס' 22 (מטופל עם התמכרות לקוקאין ואלכוהול): "בקשר שהיה לי עם העובדת הסוציאלית שלי הייתה לי הזדמנות ללמוד לשתף ברגש ובמחשבות סביב המשפחה ובכלל. לדבר על הפחדים ועל הסמים שניהלו אותי. זה עוזר שמישהו שם עליי עין ונותן לי ביטחון וכוח להמשיך". לטענת המשתתפים למידת כישורי השליטה ברגשות ועיבוד תחושות חוסר הביטחון היו חלק מהשפעתה המיטיבה של הפעילות האמפתית, והם אלו שהקנו להם גם את היכולת לחוות התקשרות בטוחה עם המטפלים. כך סיפרו שניים מהמטופלים: "הפגישות עם העובדת הסוציאלית היו המקום הבטוח עבורי. כאן הצלחתי להתחלק [לשתף] בדברים ולדון ברגשות שלי" (מטופל מס' 33, מתמודד עם התמכרות לקנאביס); "הרבה פעמים רציתי לעזוב את הקהילה הטיפולית, לא בטחתי באף אחד. המטפלת שיקפה לי את ההתנהגות שלי, נתנה לי פרשנות לסיבות להתנהגות הזו, עזרה לי לראות את הצדדים ההרסניים שלי שלא אפשרו לי לאורך שנים להתחבר לאף אחד. היא החזירה אותי לשפיות" (מטופל מס' 32, מטופל עם התמכרות לאלכוהול ולסמים סינתטיים).

רוב משתתפי המחקר ראו בתהליך האמפתי כלי המקדם את מודעותם העצמית ומסייע בשינוי רגשותיהם לרגשות בטוחים. הנוכחות הטיפולית הרציפה של העובדות הסוציאליות והמשוב שנתנו לחוויות המטופלים תרמה ליכולתם של המטופלים לרכוש תחושה של מסוגלות, כפי שציין מטופל מס' 2 (מטופל עם התמכרות לסמים סינתטיים ואלכוהול) בהתייחס לעובדת הסוציאלית שטיפלה בו: "לפני הטיפול לא ידעתי מי אני באמת. דרך המבט מהצד שלה קיבלתי תמונה כנה ואמיתית בנוגע למצב שלי. הרגשתי שאני יכול לסמוך עליה ושאני מקבל את הביטחון ותחושת ההגנה שאני זקוק לה".

תמה שנייה – הפעלת יחס חיובי ושותפות טיפולית

יחס חיובי של המטפלים כלל הפגנת סולידריות, תמיכה כאן ועכשיו ויכולת לקבל את רגשות המטופלים כפי שהם. יחס זה נתפס בעיני משתתפי המחקר כגורם חשוב בהסרת מחסומים בקשר עם המטפלים ובחיזוק היכולת ליצירת קשרים חברתיים בקהילה הטיפולית. מטופלת מס' 30 (אישה עם התמכרות לאלכוהול ותרופות מרשם) העידה כך: "כן, אני הרגשתי מצידה כבר מההתחלה הרבה אכפתיות ודאגה, היא חוותה אותי כפי שאני.

היא הייתה חיובית מאוד, שמחה בשמחתי והייתה עצובה איתי כשהיה רע לי". גם מטופל מס' 34 (המתמודד עם התמכרות להרואין) דיבר על היחס החיובי שקיבל מהמטפלת ועל תרומתו: "הגעתי מרוסק לקהילה. בעזרתה [המטפלת] רכשתי ביטחון עצמי, היא הציעה לי אוזן קשבת, לא שפטה אותי. אפשרה לי לגלות למה אני פועל איך שאני פועל, אפשרה לי להכיר את עצמי מבלי לפחד". מטרה נוספת שהושגה באמצעות היחס החיובי היא קבלה עצמית ופיתוח חשיבה על תהליך של שינוי אישי, כפי שניכר בדבריו של מטופל מס' 4 (אדם המטופל בשל התמכרות לקוקאין):

רוח הטיפול והשיחות ביננו היו מבחינתה לקבל את מי שאני ומצד שני להציג את הצורך שלי להשתנות. הניווט שלה והקצב עזרו לי להכיר ברגשות שלי. דרכה למדתי על האופן שבו אני חושב על הרגשות שמנהלים אותי. היא הראתה לי שזה לא כל כך נורא לקבל את עצמי.

תוצר נוסף של היחס החיובי היה בניית מוטיבציה לשינוי התנהגותי בכל הקשור לשימוש בסמים. מטופל מס' 10 (המתמודד עם התמכרויות לקנאביס) התייחס לתהליכי השינוי שחווה: "סוף סוף יש מישהי שמכירה אותי ומאמינה בי. היא אפשרה לי להאמין בעצמי להתחיל להשתנות ולעשות עבודה עצמאית בשטח בכל הקשור להתמכרות שלי". מטופל מס' 5 (מטופל עם התמכרות לתרופות מרשם) ציין את הקשר בין היחס החיובי בטיפול לבין שינויים רגשיים חיוביים שחווה: "היחס היה אמיתי, חיובי, הייתה תשומת לב, הבנה. האהבה שהיא נתנה ויש עוד הרבה דברים, עזרו לי לחשוב על איך להשתנות". לעומתו מטופל מס' 23 (אדם המטופל עם התמכרות להרואין) ציין שהיחס החיובי של המטפלת היה מותנה, ותלוי פעמים רבות ביכולתו לשלוט בהתנהגותו: "היחס החיובי של המטפלת לא היה משמעותי בעיניי... היא עבדה לפי הספר. הרגשתי יחס חיובי ותמיכה דווקא בקבוצה הטיפולית עם אנשים המתמודדים עם התמכרות שהיו כמוני".

רוב המטופלים ראו ביחס החיובי של המטפלים פעילות כנה שקידמה את מאמצי השינוי, כפי שציין מטופל מס' 26 (המתמודד עם התמכרות לקנאביס): "היחס החיובי של העובד הסוציאלי היה אמיתי, הרגשתי רגשות אחרים, תמיכה מלאה. כל זה אפשר לי להיות נקי (מסמים). היחס הזה עזר לי לראות כמה החיים נקיים ויפים". לסיכום, נראה כי יחס חיובי מצד המטפלים כלפי המטופלים יצר בסיס איתן לבנייה של שותפות טיפולית. הדיאלוג הפתוח, ההכלה והתמיכה מצד המטפלים אפשרו למטופלים רבים לרכוש את שפת השינוי, לקבל אחריות להתנהגותם במצבים שבהם התקשו להסתגל לקהילה הטיפולית ולהתמודד עם התהליך המורכב של התמדה בהתנזרות מסמים.

תמה שלישית – הפעלת כנות ויחסים טיפוליים

כנות של המטפלים כלפי המטופלים התבטאה בניסיון לשקף את מצבם באופן הוגן, להכיל רגשות לא מסתגלים ולתת משוב ישיר ואותנטי להתנהגותם, כפי שציין מטופל מס' 3 (אדם המתמודד עם התמכרות לסמי פיצוציות ואלכוהול):

כן, הגעתי אליה [למטפלת] לאחר עשר שנים שבהן הייתי ברוגז עם כולם וממשיך להשתמש בסמים. דרכה למדתי להבין מה לא בסדר איתי, למדתי לבטוח שוב באנשים ולהבין את ההתנהגות של אחרים וגם להבין כיצד ההתנהגות שלי מרחיקה אנשים ממני ולא מובנת לסביבה, במיוחד במצבים שבהם אני לא מבטא את הקשיים שלי.

הכנות של המטפלים באה לידי ביטוי בשיקוף דפוסים קוגניטיביים והתנהגותיים תוך בחינת הסיבות לקושי שלהם לשנות את דרכיהם. הבחירה של העובדים הסוציאליים שלא להגיב להתנגדות שהפעילו המטפלים במהלך הטיפול בהתנגדות חוזרת הייתה מבחינת המטפלים מהלך שחזק את הקשר הבין-אישי ותרם להם ליכולת להבין את הסיבות לקשיים שלהם לשתף פעולה בטיפול ובהחלפה. מטופל מס' 17 (מטופל עם התמכרות לאלכוהול) תיאר זאת כך: "המטפלת הייתה כנה איתי ודאגה להביא [להראות] לי נקודות מבט חדשות על מצבים שאני עובר. היא לא מתעמתת איתי בכלל, נותנת לי כל הזמן משימות כדי לפתוח דרכי חשיבה חדשות ולצאת מדרך החשיבה המקובעת שלי". מטופל מס' 27 (אדם המתמודד עם התמכרות לקנאביס) התייחס לנוכחות ולהקשבה של המטפלת ולניסיון שלה להבין באופן מעמיק את תחושותיו ולשקף לו זאת בחזרה: "היא מכירה אותי הכי טוב, מבינה אותי עד הסוף וכנה איתי עד הסוף. יודעת איך להרגיע אותי, כשהשיחות נהיות קשות היא באה עם כנות, יש בה חוכמה ורצון אמיתי לעזור לי".

לעומת תפיסות אלה, מטופל מס' 15 (מטופל עם התמכרות להרואין) ציין כי התקשה לראות בכנות שהמטפלת הפגינה מהלך מקדם: "לא בטוח שהכנות של המטפלת שהתייחסה כל הזמן למצב שלי ולאופן שבו אני מתנהג הועילה לי... אני העדפתי שהחברים שיש לי בקהילה הטיפולית יהיו כנים איתי לגבי המצב שלי. הם מבינים אותי כי הם באותו מצב". למרות זאת, הוא ציין כי עם הזמן חל שינוי בקשר הבין-אישי שפיתח עם המטפלת. לטענתו, השיקוף מצד המטפלת של שני צידיה של האמביוולנטיות שבה היה מצוי בכל הקשור לרצונו להשתנות סייע לו להתמיד בטיפול.

מטופל מס' 12 (אדם המתמודד עם התמכרות לאלכוהול) התייחס לחשיבות של הכנות מצד המטפלת ולתרומת הדבר לשינוי מצבו:

הכנות של המטפלת כלפי המצב שלי והתהליך שעברתי איתה עזרו לי לעבוד על הרגשות שלי [ו]נעל[ם] המחשבות שיש לי שלא תמיד אני מבין ובטוח בהם. אני חושב שאני בכיוון אחד, אבל מסתבר שאני בכיוון אחר. היא אפשרה לי לחזק את הביטחון העצמי שלי, להעלות את הערך האישי ולמצוא דרכים ופעילות שאני יכול לעשות כשאני במצבי מצוקה.

הכנות הטיפולית של המטפלים במסגרת הקשר הבין-אישי רגשי נתפסה על ידי משתתפי המחקר כגורם רב משמעות בהרחבת מודעותם למצבם, סייעה בעיבוד הפער בין המציאות לתחושותיהם הפנימיות, מיתנה התנהגויות לא מותאמות וסייעה בקידום הסתגלותם לקהילה הטיפולית.

דיון

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון כיצד אנשים המתמודדים עם התמכרות תופסים את תרומתו של טיפול בין-אישי ממוקד רגש לשינויים רגשיים והתנהגותיים שחוו במסגרת קהילה טיפולית. ממצאי המחקר מלמדים כי קשר טיפולי בין-אישי שמאופיין באמפתיה אקטיבית, ביחס חיובי ובכנות קידם את יכולתם של המטפלים לווסת את רגשותיהם ולשנות את התנהגותם. משתתפי המחקר חשו שיש להם בסיס בטוח ומסוגלות עצמית, שבאו לידי ביטוי בהתמדה בטיפול בקהילה הטיפולית, בהסתגלות טובה לקהילה ובהפסקת השימוש בסמים ואלכוהול.

בהתייחס לתמה הראשונה, וכפי שמופיע גם בספרות המחקר, ציינו משתתפי המחקר כי מרכיב האמפתיה במסגרת הקשר הבין-אישי סייע להם להרחיב את מודעותם לרקע להתמכרותם לסמים ולסיבות שתרמו לייאוש שאחז בהם לאורך השנים בשל הקושי להפסיק את ההתמכרות (Degnan et al., 2014). משתתפי המחקר ראו באמפתיה גורם שסייע להם לחוות שינויים רגשיים (Elliott et al., 2018), וכדוגמה נמצא מעבר של מטופלים רבים מתחושה של אכזבה עצמית לתחושת ערך וביטחון (Greenberg, 2015). מהממצאים עולה שגישת הפסיכולוגיה ההומניסטית תרמה לנכונותם של רבים מהמטופלים להשתתף בטיפול שיעדו שינוי רגשות. בזכות הפרשנות בטיפול שנעשתה תוך דיאלוג בונה הם הצליחו לזהות את המחסומים הרגשיים שהשרו עליהם לאורך השנים תחושת פסימיות בנוגע ליכולתם לשנות את חייהם (קניאל, 2013). ספרות המחקר מבהירה כי חקירה משותפת של חווית המטופלים, הפרשנות הניתנת להם במסגרת אמפתיה ומתן מרחב לעמדותיו של המטופל כלפי פרשנות זו, מאפשרים במקרים רבים עיבוד של הפערים והבנה טובה יותר מצד המטופל של מהות התהליך הפרשני (Shaver et al., 2005).

היחס החיובי של המטופלים כלפי המטופלים (תמה שנייה) היה מבחינת משתתפי המחקר גורם מכריע ביכולתם ליצור קשר בין-אישי מקדם עם המטופלים ועם אנשים אחרים ששהו בקהילה הטיפולית. היחס החיובי של המטופלים התבטא בפעולת תמיכה במשתתפי המחקר, תוך העברת מסר של אמון ביכולתם לשנות דפוסים לא נורמטיביים (Rozin et al., 1999). נראה כי יחס חיובי זה סייע בבניית המוטיבציה של המטופלים להשתתף בטיפולים ולהתמיד בהם. רבים מהמטופלים נחלו בעבר כישלונות רבים בהתמודדות עם מחלת ההתמכרות והיו פסימיים לגבי האופן שבו חייהם מתנהלים. היחס החיובי שקיבלו מהמטופלים הביא רבים מהם לחשוב בפעם הראשונה על אפשרות של שינוי. היחס החיובי מצד העובדים הסוציאליים בא לידי ביטוי בהכלה ובתמיכה רגשית, בניסיון להעניק למטופלים תחושת בסיס בטוח והצלחה, מהלך שדרבן את המטופלים להשתתף באופן אקטיבי בפעילות קהילתית וחברתית, שבה הרגישו שהם משמעותיים ותורמים (Meier et al., 2005).

היחס החיובי של המטופלים נשמר גם במצבים שבהם מטופלים התריסו כלפי החוקים של הקהילה הטיפולית. במקרים אלו המטופלים עיבדו את ההתנהגות הלא מותאמת של המטופלים וויתרו על עימות. פעולה זו תרמה לתחושתם של המטופלים כי המטופלים מבינים את המורכבות שבה הם נמצאים (Miller & Rollnick, 2013) והניעה אותם לחפש, בסיוע המטופלים, דרכים לשינוי התנהגותי. גרינברג ופאיוו (Greenberg & Paivio, 1997) ציינו את החשיבות שבמתן יחס חיובי אותנטי מצד המטפל למטופל גם במצבים שבהם המטופל פועל באופן לא אדפטיבי. ההתרשמות העולה מממצאי המחקר היא שרוב מכריע של המשתתפים החזיקו בתפיסות חיוביות כלפי מרכיב היחס החיובי. ניכר מדבריהם כי ההכלה, התמיכה וההזדהות של המטופלים קידמו אצלם שינויים רגשיים; העיקרי שבהם היה תחושת ביטחון ברעיון של השתתפות בטיפול ופיתוח אמון בדרך הטיפולית המוצעת להם.

התמה השלישית עוסקת במרכיב הכנות והיחסים הטיפולים. תמה זו מציבה מראה לאמביוולנטיות של משתתפי המחקר כלפי עצם הרעיון של השתתפות בטיפול והצורך בשינוי. התייחסות כנה של המטופלים למצבם של המטופלים נתפסה בסופו של דבר על ידי מרבית המטופלים כדרך שהרחיבה את מודעותם לפער בין האופן שבו הם תופסים את עצמם לבין המציאות. הכנות ושקוף דפוסי ההתנהגות הלא מקובלים לעיתים של המטופלים, כגון אלימות מילולית או הפרת כללי הקהילה, הובילו רבים מהם להבין מהו המחיר שהם משלמים לאורך שנים על התנהגות לא מסתגלת (Miller & Rollnick, 2013). המטופלים ניסו לעבד התנהגויות לא מותאמות

אלו ללא כל עימות עם המטופלים ותוך הבעת אמון במסוגלותם העצמית להשתנות. תהליכי למידה בין־אישית סייעו למטופלים רבים לראות בכנות הטיפולית כלי אפקטיבי המחזק קשרים חברתיים ומאפשר שינוי אישי. הכנות של המטופלים הקנתה למטופלים בסיס בטוח ואפשרה להם לצאת מגבולות "האני" ולחשוב על שינויים הנדרשים בחייהם, תוך הבנה טובה יותר של הרקע להתנהגותם הלא מותאמת וביצוע תיקון עצמי (Shaver et al., 2005; Yalom & Leszcz, 2019). הכנות של המטופלים באה לידי ביטוי בהקשבה ובתמיכה באמביוולנטיות של המטופלים כלפי תהליך של שינוי וגרמה לרבים מהמטופלים לצאת מהמצב הפסיבי שאפיין אותם בכל הקשור להתמודדות עם מחלת ההתמכרות (Miller & Rollnick, 2013). תהליכי התמיכה וההכלה מצד המטופלים סייעו בצמצום החשדנות כלפי טיבו של הטיפול הבין־אישית רגשי ותרמו לזיהוי משותף של הטריגרים שגורמים להתנהגויות לא אדפטיביות וללמידת דרכים לפתרון בעיות (Meier et al., 2005). התוצאה של התהליכים והמאמצים הללו הייתה בסופו של דבר הסתגלות של המטופלים לקהילה הטיפולית והתמדה בטיפול ובהתנזרות מסמים.

מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי מספר מגבלות שיש לתת עליהן את הדעת. כאמור, 36 המשתתפים המוצגים במחקר הם אלו שהתמידו בהשתתפותם לאורך כל שלבי המחקר. לעומת זאת, לא נשמע קולם של מטופלים אשר החלו את השתתפותם במחקר אולם נשרו מהקהילה הטיפולית לאחר זמן קצר בשל קשיי תפקוד וקשיי הסתגלות לקהילה. תפיסותיהם של מטופלים אלו היו עשויות להוסיף מידע על מידת האפקטיביות של הפרקטיקה הבין־אישית רגשית בתקופה שבה שהו בקהילה. מגבלה שנייה קשורה לכלי המחקר. כאמור, כל משתתף רואיין פעמיים והשאלות בדבר השפעת הטיפול הבין־אישית ומרכיביו היו זהות. ייתכן שהראיונות החוזרים גרמו למשתתפים להשיב באופן שנתפס על ידם כמקובל על המראיינים. מגבלה שלישית קשורה לאופי הטיפול. המחקר נערך בקהילות טיפוליות המופעלות בתנאי פנימייה, ולכן אי אפשר להסיק מהן על תוצאות של טיפול בין־אישית ביחידות אמבולטוריות בקהילה, שם המטופלים חשופים לקהילות שוליות המשתמשות בסמים. כמו כן, המדגם במחקר זה היה מדגם נוחות ומספר המשתתפים בו היה קטן, ומכאן שיש צורך להרחיב את המחקר על מנת שניתן יהיה להכליל את ממצאיו. לבסוף, בקהילות הטיפוליות מופעלות התערבויות חברתיות וחינוכיות נוספות, ולכן אין לדעת אם הגישה הבין־אישית שנחקרה תרמה לבדה לשינויים שעליהם דיווחו משתתפי המחקר.

סיכום והמלצות

המחקר מבקש להאיר זרקור על שיטת ההתערבות ההומנית הבין־אישית רגשית בטיפול עם אנשים המתמודדים עם התמכרות. התרומה התאורטית של המאמר היא בהצגת ההשפעה המיטיבה של מרכיבי קשר בין־אישית רגשי טיפולי – אמפתיה אקטיבית, יחס חיובי וכנות – על קידום שינויים רגשיים והתנהגותיים בקרב מטופלים. נראה כי מרכיבים אלו תרמו למודעותם של המטופלים לרגשות ולהתנהגויות לא מסתגלות שלהם וליכולת שלהם להמירם ברגשות חיוביים של ביטחון ומסוגלות עצמית (Greenberg, 2015). השינוי ההתנהגותי בא לידי ביטוי בהסתגלות לקהילה הטיפולית ובהתמדה בהתנזרות מסמים ואלכוהול לאורך שמונה חודשים. המחקר הנוכחי מוסיף ידע למחקרי הערכה שנערכו בשנים האחרונות בקהילות הטיפוליות על התערבויות שיעדן העצמת משאבי המטופלים (לויט ושיף, 2008; רנץ ודקל, 2011). הגישה ההומנית הבין־אישית ממוקדת רגש

המתבטאת בשנים האחרונות בעשייה הטיפולית של עובדים סוציאליים היא חדשנית ושמה דגש על השפעת תהליכים בין-אישיים כדרך לסיוע בשינוי רגשי והתנהגותי.

כדי לקבל תמונה רחבה יותר על ההשפעה של הגישה הבין-אישית רגשית על שינויים רגשיים והתנהגותיים בקרב אוכלוסיות המתמודדות עם התמכרות, מוצע לקיים מחקרים נוספים. מחקרים אלו יכולים לבחון את יעילות ההתערבות באוכלוסיות נוספות המצויות במצוקה והמתמודדות עם התמכרות. לאור הממצאים ניתן יהיה להמליץ על בניית תורה טיפולית, המשגה ובניית תוכני התערבות מעשיים של הגישה הבין-אישית רגשית. בשלב הבא יומלץ להטמיע בשטח את הגישה הבין-אישית, כדי שזו תהיה כלי עבודה יישומי בעבודה עם אוכלוסיות המתמודדות עם התמכרות.

רשימת מקורות

- לויט, ש' ושיף, מ' (2008). קשיים מובנים בטיפול במכורים לסמים בארץ. בתוך מ' חובב, ח' מהל ומ' גולן (עורכים), **התמכרויות, אלימות ועבירות מין** (עמ' 79–93). כרמל.
- קניאל, ש' (2013). **אמפתיה בחינוך: חינוך באהבה**. מכון מופ"ת.
- רנן, ר' ודקל, ר' (2011). הערכת תוצאות התערבות בקהילות טיפוליות לנגמלים מסמים: השוואה בין ילידי הארץ לילידי חבר העמים. **ביטחון סוציאלי**, 85, 119–142.
- שבי, א' (2020). **השירות לטיפול בהתמכרויות: דוח שנתי 2020**. משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים. https://fs.knesset.gov.il/24/Committees/24_cs_bg_606526.pdf
- שקדי, א' (2003). **מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תיאוריות ויישום**. רמות.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Che, Y., Assamangkornchai, S., Mcneil, E., Chongsuvivatwong, V., Li, J., Geater., & You, J. (2010). Predictors of early dropout in methadone maintenance treatment program in Yunnan province, China. *Drug and Alcohol Review*, 29, 263–270. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00157.x>
- Cournoyer, L. G., Brochu, S., Landry, M., & Bergeron, J. (2007). Therapeutic alliance, patient behaviour and dropout in a drug rehabilitation programme: The moderating effect of clinical subpopulations. *Addiction*, 102(12), 1960–1970. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02027.x>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design*. Sage.
- Degnan, A., Seymour-Hyde, Harris, A., & Berry, K. (2014). The role of therapist attachment in alliance and outcome: A systematic literature review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(1), 47–65. <https://doi.org/10.1002/cpp.1937>

- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model & method*. Springer.
- De Leon, G. (2010). The therapeutic community: A recovery oriented treatment pathway and the emergence of a recovery-oriented integrated system. In R. Yates & M. S. Malloch (Eds.), *Tackling addiction: Pathways to recovery* (pp. 70–83). Jessica Kingsley.
- 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). American Psychiatric Publishing.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Ettner, S. L., Huang, D., Evans, E., Rose Ash, D., 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(1), 192–213. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00466.x>
- Greenberg, L. (2015). *Emotion – focused therapy: Coaching client to work through their feeling* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Geller, S. M. 2001. Congruence and therapeutic presence. In G. Wyatt (Ed.), *Roger's therapeutic conditions: Evolution, theory and practice* (Vol. 1, pp. 131–149). PCCS Books.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. Guilford Press.
- Jacobs, T.J. (2013). *The possible profession*. Routledge.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Addiction treatment dropout: Exploring patients' characteristics. *The American Journal on Addictions*, 21(1), 78–85. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00188.x>
- Maibom, H. L. (2012). The many faces of empathy and their relation to prosocial action and aggression inhibition. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 3(2), 253–263. <https://doi.org/10.1002/wcs.1165>
- Maykut, P., & Marehous, R. (1994). *Beginning qualitative research: A philosophic and practical guide*. The Falmer Press.
- Meier, P. S., Donmall, M. C., Barrowclough, C., McElduff, P., & Heller, R. F. (2005). Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction*, 100(4), 500–511. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01031.x>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). The Guilford Press.

- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide*. (NIH Publication No. 12-4180). National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
- Oxley, J. C. (2011). *The moral dimensions of empathy: Limits and applications in ethical theory and practice*. Palgrave Macmillan.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (3rd ed.). Sage.
- Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. Sage.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. (1994). *Freedom to learn*. Pearson.
- Rogers, C. (1995). *On becoming a person*. Mariner Books.
- Rozin, P., Lowery, L., Imada, S., & Haidt, J. (1999). The CAD triad hypothesis: A mapping between three moral emotions (contempt, anger, disgust) and three moral codes (community, autonomy, divinity). *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(4), 574–586. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.4.574>
- Shaver, P. R., Schachner, D. A., & Mikulincer, M. (2005). Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(3), 343–359. <https://doi.org/10.1177/0146167204271709>
- Stake, R. E. (2005). Quantitative case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 443–466). Sage.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge University Press.
- Tudor, K., & Merry, T. (2006). *Dictionary of person centered psychology*. Pccs Books.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2022). *World drug report 2015*. United Nations publication.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Vanderplasschen, W., Broekaert, E., & Vandeveld, S. (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe*. European Monitoring Centre for drugs and drugs addiction.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2019). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). Basic Books.