

תפיסת ההתמכרות כמחלה – מטאפורה בשירות ההחלמה

נתי רונאל

מודל נפוץ להסבר ההתמכרות הוא מודל המחלה, המתבסס על תכנית שנים-עשר הצעדים של ארגוני עזרה-עצמית אלכוהוליסטים אנונימים ונרקומנים אנונימים. זוהי מחלה מטאפורית הפועלת בשלושה מישורים: במישור הגופני – תגובה גופנית כמראלרגית של המכור לחומר הפסיכואקטיבי, צורך גופני בעוד ועוד חומר לאחר החשיפה הראשונה; במישור הנפשי – התהליכים הנפשיים, המוליכים את המכור להשתמש בחומר הפסיכואקטיבי, בעיקר הכמיהה לשינוי במצב ההכרה; ובמישור הרוחני – אנוכיות קיצונית. אנוכיות זו גורמת למכור לחוש תחושת בדידות וריקנות פנימית, ולרצות לשנות את מצב הכרתו. יתרונותיו של המודל המטאפורי-פרגמטי הזה, שהוא מפשט עבור המכור את ההתמודדות עם ההתמכרות ומסיר ממנו רגשי אשם. חסרונותיו – הוא עלול להיות מעין נבואה המגשימה את עצמה, ולספק תירוץ להתנהגויות בלתי רצויות חברתית.

מבוא

סוגיה מרכזית בחקר ההתמכרויות לחומרים פסיכואקטיביים היא השאלה, מהי התמכרות וכיצד היא מתפתחת. האם התמכרות היא תוצר של גורמים ביולוגיים, של גורמים פנים-נפשיים התפתחותיים או אולי של הסביבה החברתית? (טייכמן, 1989). ואן ורמר (Van Wormer, 1995) מציגה ארבע גישות עיקריות המסבירות את ההתמכרות, ומהן נגזרות שיטות טיפול המקובלות בעבודה סוציאלית.

1. הגישה המוסרית-דתית הרואה את ההתמכרות כהתנהגות רצונית פטולה הנובעת מחולשה מוסרית.
2. הגישה הפסיכודינמית שעל-פיה ההתמכרות היא סימפטום נגלה, שהוא לעתים טיפול עצמי בהפרעות אישיות עמוקות, המקושרות להתפתחות המוקדמת של האדם.

3. הגישה ההתנהגותית-קוגניטיבית, הרואה בהתמכרות התנהגות נלמדת. במסגרת מודל זה נכללות, למעשה, כמה גישות קרובות – גישה המדגישה תהליכי חשיבה מוטעים אופייניים, המבוססים על אמונות אי-רציונליות וסבילות נמוכה לתסכול; גישה המדגישה את יחסי הגומלין בין היחיד לסביבה כמעצבים את ההתנהגות ההתמכרותית (למידה חברתית) ועוד.
4. גישת שנים-עשר הצעדים, המיוחסת לארגון האלכוהוליסטים האנונימיים (AA) ולארגון הנרקומנים האנונימיים (NA) ומודל המחלה הנגזר ממנה. על-פי ארגון הנרקומנים האנונימיים ההתמכרות היא מחלה, והמכורים חולים במחלת ההתמכרות (רונאל, 1993). מקור התפיסה הזו הוא ארגון האלכוהוליסטים האנונימיים שהתבסס על מודל רפואי להסבר האלכוהוליזם. תפיסה זו אומצה על-ידי גופים רבים העוסקים בהתמכרויות, אולם במקביל היא זכתה גם לביקורת נוקבת ממקורות שונים.

במאמר זה תוצג הגישה התופסת את ההתמכרות כמחלה, וייבחנו תרומתה וחסרונותיה. המאמר כולל דיון תיאורטי, המסתמך על ממצאי מחקר פנומנולוגי על ארגון הנרקומנים האנונימיים (רונאל, 1993), על עבודה קלינית בשיטת שנים-עשר הצעדים עם מכורים לסמים וגברים אלימים (רונאל, 1997), על הדרכת אנשי מקצוע בשיטת שנים-עשר הצעדים ועל סקירת הספרות הרלוונטית. מעצם טבעה הכוללני כוללת הגישה הנחות יסוד, המאפיינות מגוון גישות ומודלים שונים במהותם (Miller & Kurtz, 1994): מודל רפואי-ביולוגי, מודל פסיכולוגי, מודל מוסרי וגישה רוחנית. הואיל וכך, ינוע גם הדיון בין ההיבטים השונים הללו – מדיון כמו-פזיולוגי דרך היבט פסיכולוגי-קיומי ועד לדיון בשאלות רוחניות. במאמר שלושה חלקים עיקריים. בחלק הראשון והמרכזי תוצג הגישה התופסת את ההתמכרות כמחלה ויוצגו ממדיה העיקריים. החלק השני יוקדש לדיון ביתרונותיה האפשריים של גישה זו ואילו בחלק השלישי יוצגו הטענות העיקריים של מבקריה.

ההתמכרות כמחלה וממדיה

לפי תפיסת ארגון האלכוהוליסטים האנונימיים, האלכוהוליסטים מתאפיינים בתגובה אלרגית לאלכוהול (Anonymous, 1991). על-פי הנרקומנים האנונימיים, מכורים הם מי שבגופם יש אלרגיה לחומרים פסיכואקטיביים. למה הכוונה? במילון מוגדרת אלרגיה: "מצב של רגישות חולנית אצל אנשים מסוימים לגבי חומרים שונים, שאין להם כל השפעה מזיקה על אנשים אחרים בלתי רגישים להם" (אבן שושן, 1986, עמ' 84).

28). אצל אלכוהוליסט או מכור החומר שאליו רגישים הוא אלכוהול או כל חומר פסיכואקטיבי אחר. על-פי גישה זו, ברגע שחומר פסיכואקטיבי, "אלרגן", חודר לגופו של המכור, הגוף מפעיל את התגובה האלרגית המתאפיינת במשיכה בלתי ניתנת להתנגדות לאותו חומר. המשיכה הבלתי ניתנת להתנגדות נתפסת כתגובה אלרגית לחומר שאליו נמשכים. לאחר שהוחדר החומר לגוף האלרגי, אין לאדם יכולת לעצור את השתייה או את השימוש בחומר הפסיכואקטיבי. מדובר בתהליך גופני, שבו אין לאדם שיקול דעת. לאחר התחלת השתייה עלול האלכוהוליסט לשתות ללא שליטה, ומכור לאחר תקופה של ניקיון, עלול ליפול שוב להתמכרות פעילה בלתי נשלטת גם בעקבות שימוש בודד בלבד בחומר פסיכואקטיבי (Jellinek, 1960). ניתן לראות שהגדרת ההתמכרות כאלרגיה פיזיולוגית אינה מסתמכת על מדדים פיזיולוגיים, אלא על תיאור פנומנולוגי של ההתנהגות וכוונות ההתנהגות של המכור לאחר שנחשף שוב לחומר פסיכואקטיבי. כלומר, מדובר בהסבר מטאפורי, פיזיולוגי לכאורה (Shaffer, 1991), ולא בהסבר הנסמך על בדיקה אמפירית של הטענה הפיזיולוגית. "מחלת ההתמכרות" נתפסת בשלושה ממדים: גופני, נפשי ורוחני. האלרגיה היא הממד הגופני, שלפי טענת הגישה קיימת בפוטנציה עוד לפני השימוש הפעיל בסמים. הסימפטום העיקרי של המחלה הוא משיכה בלתי ניתנת להתנגדות או לעצירה לחומר פסיכואקטיבי המשנה את מצב ההכרה. ההתנהגות האנטי-חברתית וההרסנית האופיינית לאלכוהוליסטים ולמכורים לסמים מוסברת כביטוי חיצוני וכתוצר לוואי של המחלה. ביטוי חיצוני זה מופיע לעתים עוד בטרם התפרצה המחלה בצורתה הגלויה, קרי, כהתמכרות פעילה.

מחלת ההתמכרות מתוארת כמחלה כרונית, שאינה ניתנת לריפוי, אלא לעצירה זמנית בלבד. כלומר, היא קיימת ברקע במשך כל חיי המכור, גם אם אינו משתמש בפועל בחומר פסיכואקטיבי. לכן 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. כאשר מושגת הימנעות מלאה משימוש בחומר פסיכואקטיבי כלשהו, יורדת עצמת הכמיהה לשימוש בחומר פסיכואקטיבי ותדירותה. אבל, על-פי טענת "הנרקומנים האנונימיים" שימוש חוזר, אפילו לאחר פרק זמן ארוך של הימנעות, יעלה את הכמיהה למלוא עצמתה. לכן, שימוש מבוקר בחומר פסיכואקטיבי כלשהו אינו אפשרי וההחלמה היא תהליך הנמשך כל החיים (Ehrlich & McGeehan, 1985).

א. הממד הגופני. ממד זה מתבטא באלרגיה שתוארה לעיל, ושהמוטו שלה הוא: "פעם אחת זה יותר מדי ואלף פעם אינן מספיקות". כל עוד לא חדר החומר הפסיכואקטיבי לגוף, האלרגיה לא מופעלת, אבל הפעם הראשונה, האחת יותר מדי, פותחת פתח לאלרגיה, לתובענות של הגוף לעוד ועוד מאותו חומר, וגם אז אלף פעם

אינן מספקות. כמאמר חז"ל: "עם האוכל בא התיאבון". אלא שמדובר כאן בתיאבון בלתי נשלט, כפייתי, תיאבון המתחזק ככל שנכנס לגוף יותר חומר. היות שהתהליך גופני, הוא אינו ניתן לעצירה באמצעות הרצון. לפיכך רק הימנעות מוחלטת משימוש בחומר משנה את מצב הכרה. רק במצב של הימנעות מוחלטת נרגעת האלרגיה, ולא קיימת כמיהה גופנית לקבל חומר נוסף. מכאן שהחוויה של שתייה חברתית מבוקרת אינה אפשרית עבור אלכוהוליסט מחלים מפני שהיא עלולה לגוררו אל מעגל חדש של אלכוהוליזם פעיל.

על-פי תפיסה זו האלרגיה תוחמת קו מפריד ברור בין מכור לבין 'אדם נורמלי' (Anonymous, 1991). גופו של 'אדם נורמלי' הנחשף לחומר פסיכואקטיבי מגיב בשלב מסוים כאילו הורעל, והאדם עוצר את השימוש בחומר. גופו מאותת לו שאין לו צורך במנה נוספת. אין זה מעיד על כוח רצון חזק יותר אלא על תגובה גופנית שונה.

לעומת זאת, כאשר חודר חומר לגופו של מכור הוא מתחיל לחוש בטוב, מבחינתו, וככל שחודר יותר חומר, הוא חש טוב יותר. זהו הבדל עקרוני, שלא בלט בתחילת השימוש, אך עם השנים באופן מהיר או הדרגתי הוא הפך למובחן. מכור יודע שהוא מכניס "רעל" לגופו, אך בזאת בדיוק הוא חפץ. לאחר שהוכנס ה"רעל", הגוף האלרגי תובע עוד ועוד. זוהי תביעה גופנית, שאינה קשורה לכוח הרצון של המכור. ייתכן, שבנושאים אחרים יפגין המכור נחישות וכוח רצון, אך בנושא ההתמכרות כוח הרצון שלו אינו רלוונטי.

מבחינה פיזיולוגית התופעה אינה פשוטה. אין מדובר במערכת פיזיולוגית מסוימת שהחומר הממכר, לדוגמה אלכוהול או ניקוטין, פועל עליה ובה מתפתחת תגובה אבנורמלית, אלא בצירוף של כמה מערכות פיזיולוגיות. הגישה טוענת, כי אין זה משנה למכור איזה חומר פסיכואקטיבי חדר לגופו. כל חומר שהוא, ואפילו כזה הסותר את פעולתו של חומר אחר, אם הוא מביא לשינוי מצב הכרה, עלול להפעיל את האלרגיה. במקרה שבו החומר הנצרך אינו החומר המקובל על המכור בתקופת התמכרותו הפעילה, הרי שלאחר הפעלת האלרגיה יחזור המכור בהקדם לשימוש בחומר המועדף עליו. מכור סיפר שהרשה לעצמו לטעום מעט בירה, אם כי אף פעם לא היה זה החומר המועדף על ידו, אך ברגע שהבירה השפיעה עליו מצא עת עצמו במצב הכרה שונה מהרגיל, לא עוד פרכת, אך גם לא במצב שהיה רגיל אליו בזמן השימוש הפעיל. החל מרגע זה הופעלה האלרגיה הגופנית, וגופו תבע ממנו רק דבר אחד: תוספת "קוק פרסי". בשלב זה הפך הצורך הגופני לצורך בלתי ניתן לשליטה, והמכור מצא עצמו שוב במעגל של שימוש בלתי מבוקר בסמים (רונאל, 1993).

אמנם מדובר בחומרים המפעילים מערכות פיזיולוגיות שונות לחלוטין, אבל מרק (Mark, 1994) מציג גישה פיזיולוגית מבוססת אמפירית, הקושרת בין התופעות. גישה זו מתמקדת בתכונות החיזוק של חומרים פסיכואקטיביים ומסתמכת על מחקרים

בבעלי-חיים, שהוכיחו כי נטילת חומרים פסיכואקטיביים ממריצה נטילה מוגזמת של החומר שהמכור רגיל אליו. מרק טוען שקיים מנגנון חיזוק פיזיולוגי משותף לחומרים פסיכואקטיביים במוח ולמערכות החיזוק של ההתנהגויות הטבעיות. בני אדם, המשתמשים בחומרים פסיכואקטיביים, מרגישים, מבחינה פיזיולוגית, באותו חיזוק המופעל באופן טבעי בהתנהגויות של הישרדות ושימור האורגניזם. על-פי מרק זהו תהליך טבעי, המעיד על תכונת החומר ועל השפעתו על המוח. גישת המחלה טוענת, לעומת זאת, שקיים הבדל מהותי בתגובה הטבעית בין מכורים למי שאינם מכורים. רק אצל מכורים קיימת האלרגיה, והיא אינה נובעת מתכונת החומר, אלא ממבנה האדם עצמו. מבנה מיוחד זה נקרא כאן "התמכרות".

האלרגיה או הממד הגופני-התנהגותי של מחלת ההתמכרות מספקים הסבר לשאלה, מדוע ממשיך המכור בשימוש הרסני בחומר פסיכואקטיבי. אך ממד זה אינו מסביר, מדוע חוזר המכור להשתמש בחומר על-אף ניסיונו הכושל לשלוט על הכנסת החומר לגופו? מדוע הוא אינו לומד מניסיון העבר וחוזר על אותה טעות קריטית? ההסבר להתנהגות זו נערך בממד הנפשי של המחלה.

ב. הממד הנפשי. מילת המפתח של הממד הנפשי היא התאוה לשינוי מצב ההכרה. בלשון המכורים הישראלים מדובר על "דודא" – תולעת בערבית. זוהי תולעת "המנקרת" בהכרתו של המכור ו"לוחשת" לו שוב ושוב: "לך השתמש". גם אם המכור נקי לחלוטין והאלרגיה הגופנית נמצאת במצבה הרדום, עדיין קיימת בהכרתו כמיהה נפשית לשינוי מצב ההכרה. כמיהה כזו גוררת את האלכוהוליסט לפאב, "רק כדי לפגוש חברים", ומוליכה אותו לשימוש הראשון מתוך שכנוע עצמי ש"הפעם באמת אצליח לשתות רק כוסית קטנה". אלא, שעם הכוסית הראשונה מתעוררת האלרגיה הגופנית הבלתי נשלטת וההתמכרות הפעילה מתחדשת.

בניגוד לאלרגיה הפורצת לאחר השימוש הראשון בחומר, הכמיהה הנפשית קיימת עוד לפני השימוש הראשון (Anonymous, 1991), והיא זו שיוצרת אותו. אצל המכור קיים מצב של חוסר סיפוק ראשוני, של גירוי, של כעס או של תסכול, וקיימת אצלו אמונה, שאם ישתמש מעט יוטב לו. אמונה זו מופיעה כמחשבה כפייתית חוזרת ונשנית, מחשבה טורדנית, שאין הוא יכול להשתחרר ממנה, והיא נקראת בפי המכורים בארץ "אובססיה". האובססיה "מדברת" אליו ומנסה לשדלו בכל האמצעים להשתמש בחומר, כי כך יוטב לו. אין הוא מתכוון לשימוש רב ואינטנסיבי, אלא לשימוש קל ומועט, שבעזרתו ירגיש טוב, "נורמלי" (Denzin, 1987a). החומר הפסיכואקטיבי הוא עבורו פתרון מוכר להרגשה טובה, ואכן תוך פרק זמן קצר הוא מרגיש טוב יותר. אלא שבניגוד לכוונתו ולאמונתו שביכולתו לשלוט על הצריכה, מתעוררת אצלו האלרגיה הגופנית. כעת, כדי להרגיש טוב הוא חייב עוד ועוד חומר.

היות שהממד הנפשי מצוי "מתחת" לממד הגופני של ההתמכרות (Denzin, 1987b), ומבחינה כרונולוגית הוא קודם לאלרגיה, ברור לחלוטין, שהתייחסות גופנית בלבד על-פי גישת המחלה תהיה טיפול קוסמטי במחלה עמוקה. מוקד התייחסות חייב להיות בממד, המוליך את המכור לקראת השימוש הראשון. עליו לעבור שינוי נפשי מקיף, שיאפשר לו להרגיש טוב גם ללא החדרת חומר משנה מצב הכרה, שלא תהיה לו עילה או כמיהה לשימוש הראשון.

כלומר, המלכודת של המכור כפולה: מצד אחד אסור לו להשתמש בכל חומר משנה מצב ההכרה בגלל המחלה הגופנית, האלרגיה, ומצד שני הוא אינו יכול לעמוד באיסור זה בגלל הכרתו 'החולה'. על כן ניתן לקבוע שהמכור מוצא עצמו במצב של חוסר אונים בפני התמכרותו — חוסר אונים גופני ונפשי כאחד (Anonymous, 1991).

מה גורם למכור לחפש בכפייתיות שינוי במצב ההכרה? מדוע אין הוא מסופק במצבה הרגיל של ההכרה? מדוע הוא חסר אונים בפני התמכרותו? על-פי גישת המחלה של האלכוהוליסטים והנרקומנים האנונימיים הפתרון נמצא בממד הרוחני של האדם.

ג. הממד הרוחני ותכנית שנים-עשר הצעדים. ממד זה מונח ביסוד קיומו של האדם "מתחת" לממד הנפשי. בממד הרוחני נתפסת המחלה כ"שורש" של מחלת ההתמכרות. ממנה עולים ה"גזע" של המחלה הנפשית וה"ענפים" של המחלה הגופנית. גם כאשר הענפים שונים, כלומר, כאשר קיימים מופעים שונים להתמכרות, השורש הוא אותו שורש (אלכוהוליסטים אנונימיים, 1989). אל ממד זה מכוונת תכנית שנים-עשר הצעדים להתמודדות עם ההתמכרות.

תכנית זו מוגדרת כרוחנית בגלל זיקתה המוצהרת אל הכוח העליון "אלוהים כפי שאנחנו מבינים אותו". זוהי זיקה שאינה דתית במובן המוכר, כי היא אינה מתייחסת למסורות, לפולחנים או למנהגים מסוימים (Smith, 1994). התייחסות אל אלוהים פתוחה בהתאם לרקעו ולהבנתו של האדם עצמו. התכנית תופסת את האדם כפועל בממד הרוחני, כשואף אל הכוח העליון, שאינו מזוהה עם עולם התופעות החומרי, אך העולם החומרי תלוי בו. מעבר לממד הגופני הגלוי לעין ומעבר לממד הנפשי, שבו מתרחשים תהליכי הנפש המוכרים לנו, מניחה התכנית ממד נוסף בקיומו של האדם, הממד הרוחני. זהו ממד שאינו ניתן לתפיסה על-ידי החושים. הוא חורג מהעולם החומרי, אך עומד ביסודו. זהו שורש הווייתו של האדם. בממד זה מוצא האדם את משמעות קיומו ואת תכלית חייו, ובאמצעותו הוא יכול לשאוף ולהתקרב אל הכוח העליון, אל אלוהים כפי שהוא מובן באופן אוניברסלי. הפרעה בממד זה היא נתק בין האדם לבין הכוח העליון, חסימה בהתקרבותו או בשאיפתו אל הכוח

העליון, ותפיסת האדם את עצמו כעומד במרכז היקום (McCrary, 1994). חסימה זו גוררת ריקנות, חוסר משמעות וצורך עז בסיפוק, שימשם תחליף לאברן משמעות החיים העליונה.

על-פי יונג, מחלתו של המכור היא חוסר סיפוק רוחני, והוא מנסה לספק את עצמו על-ידי חומר משנה מצב הכרה (Leach & Norris, 1997). תכנית שנים-עשר הצעדים מרחיבה טענה זו, ומניחה ששורש מחלתו של המכור הוא ריכוז עצמי קיצוני או אנוכיות מוגזמת. כתוצאה מכך קיימת אצלו תובענות גדולה במיוחד לסיפוק מידי של תשוקותיו, דחפיו ומאווייו, וגם רצון עז לשלוט במאורעות, להיות "הבמאי" של הצגת חייו (Tiebout, 1954). הוא חי כאילו הוא הכוח העליון, אבל המציאות טופחת שוב ושוב על פניו ומבהירה לו שאין הוא יכול לשמש בתפקיד הכוח העליון. גם אמצעי הסיפוק שהוא בוחר בהם אינם יכולים לספק את תובענותו הקיצונית, שבאה לפצותו על נתק בסיסי בהווייתו, הנתק מאלוהים. בסופו של דבר החולה מנסה לספק את עצמו על-ידי שימוש בחומר או על-ידי התנהגות משנה מצב הכרה. שימוש כזה יוצר סיפוק זמני, ובינתיים מתפתחת האלרגיה הגופנית המולידה לשימוש כפייתי.

השורש, כאמור, הוא ריכוז עצמי קיצוני, אנוכיות, שנלווית אליה תחושה של "אני כל יכול" (אומניפוטנציה). כל אימת שתחושת הכל-יכול מעומתת עם המציאות, ומתברר לאדם שכאשר הוא 'הבמאי', 'ההצגה' אינה מצליחה ואפילו נכשלת, נוצר מתח בלתי נסבל, והאדם אינו מרגיש בנוח (Ronel & Humphreys, 1999–2000). מחוסר נוחות זו הוא בורח על-ידי שימוש בחומר פסיכואקטיבי או על-ידי התנהגות כלשהי, המצליחים להשכיח ממנו את אי-הנוחות. אז מתעוררת האלרגיה הגופנית לפעולה.

האנוכיות הקיצונית, המתבטאת בצורך כפייתי לסיפוק ולשליטה, גורמת למכור לראות בזולת, בדרך כלל, מושא אפשרי להשגת סיפוק או מושא לשליטה וניהול (Denzin, 1987a), וגם מושא שיכול לאיים על השגת הסיפוק. עם התפתחות ההתמכרות, רצונו מהזולת מתמקד יותר ויותר בהשגת סיפוק או בהסרת איום. זהו הביטוי השלם של ריכוז עצמי. קיימים רק סיפוקו שלו והאיום החיצוני על השגת סיפוק זה. מכאן ההתנהגות התובענית והמניפולטיבית, האופיינית למכורים שונים, שיעשו הכל כמעט, כדי לספק את התמכרותם הפעילה, ויגיבו בחשדנות יתר בשל תחושת איום מתמדת. מפני שהזולת הוא מושא, יכולתו של המכור לחוש את הזולת הולכת ופוחתת עד שאין הוא יכול יותר לחוות אותו כאדם חי ופועל עצמאית. הזולת הוא אמצעי בלבד ועליו להישאר כזה. כך, מוצא המכור את עצמו בודד לחלוטין בעולמו, ותחושת הבדידות גדלה עם ההתמכרות. ככל שמתפתחת ההתמכרות הוא חש יותר ויותר בודד ומנוכר (Denzin, 1987b). הבדידות הגדלה גוררת כמיהה לשינוי מצב ההכרה, וכך הממד הנפשי מחזיר את המכור לשימוש בחומר פסיכואקטיבי,

והשימוש בחומר מפעיל את האלרגיה הגופנית. זוהי מלכודת שלמה של התמכרות, המזינה את עצמה.

מכור נקי העיד על עצמו בשיחה אישית, שכאשר היה מחזיק את בנו, תינוק בן יומו, לא חש בתינוק, אלא כאילו החזיק חפץ. גם תחושתו כלפי ילדיו ורעייתו היתה דומה. חפצים, ותו לא. אפילו כשקיים יחסי מין עם רעייתו היא היתה חפץ בלבד, מושא לסיפוק תשוקתו, ולא אדם חי ומרגיש. כך חש בכל תקופת ההתמכרות הפעילה, וגם בתחילת תקופת הניקיון מסמים. במצב זה היתה סכנה ממשית למעידה בשל תחושת הברידות והתסכול. אבל, כשהתקדם בניקיונו, ואף שינה את התייחסותו לעולם, החל לחוש שבני משפחתו הם אנשים חיים. בתחילה התפתח היחס אל התינוק, ואחריו התרחב היחס אל שאר ילדיו ואף אל רעייתו. מהות היחס החדש היתה — העדר תובענות אליהם. כל עוד היה תובען — היה בו חלק "מת" ביחסו אליהם, משנחלשה התובענות — הפך יחסו ליחס "חי".

מצב זה, שבו היחיד חווה את קרוביו ועמיתיו כמושאים, ובעקבות זאת גם בדידות גדולה, מסתבך עוד יותר. לא רק הזולת הופך להיות מושא להשגת סיפוק אלא גם העצמי שלו הופך נטול חיים כביכול. התהליך של "הסרת יסוד החיים" מהזולת אינו פוסח אף על המכור עצמו. כיצד מתרחש הדבר? מפני שהעולם המקיף אותו הוא עולם של מושאים "נטולי חיים", העצמי שלו מטלטל בין מושאים אלו. כל מושא נתפס כמבטיח סיפוק מסוים (גם אם אינו מקיימו), והמכור נשלט לחלוטין על ידי רצון זה (קאלו, 1981א). הרצון הקיצוני והבלתי נשלט לזכות בסיפוק בכל מחיר, גורם לו להיות כמו-מושא, המגיב באופן מכני. הוא פועל כחפץ הנשלט על-ידי הבטחת הסיפוק החיצוני. כל הבטחת סיפוק חיצונית או נטילת סיפוק, משפיעה עליו ועל התכוונותו בעולם באופן מכני, נטול בחירה וכמו נטול חיים.

תהליך זה נחוה על-ידי כל אדם פעמים רבות מדי יום. יש איך-ספור דוגמאות מחיי היומיום, שבהן מרביתנו, כמעט ללא יוצא מן הכלל, מתוך רצון להשיג סיפוק, הופכים לנשלטים על-ידי הגירוי החיצוני, למנגנונים מכניים, נטולי חיים ורצון כביכול, הניתנים להפעלה חיצונית. אצל מכורים קיימת הקצנה של מנגנון זה, עד כדי מכניות כמעט שלמה. הקצנה זו יוצרת נתק הולך וגדל בין המכור לבין סביבתו החברתית ובינו לבין הוויתו האנושית, החורגת מהמערך הצר של גירוי-תגובה.

כאשר התהליך חוזר על עצמו בתדירות גבוהה ובקיצוניות, מהות ההווה האנושית של המכור ושל זולתו היא להיות מושא להשגת סיפוק בלבד. קיום שטחי, נטול משמעות וריקני זה הנחוה רוחנית ונפשית כמוות כמעט, הוא בלתי נסבל וגורר התחמקות מתמדת ממנו. הבריחה מהברידות ומהריקנות נעשית באמצעות השאיפה להשגת סיפוק נפשי (הממד הנפשי) המוליך לבסוף לניסיון ממשי להשגת הסיפוק, להתנהגות כפייתית (הממד הגופני-התנהגותי). זהו אותו מעגל של היזון חוזר, שבו

המצוקה הנפשית של המכור גדלה עם התפתחות ההתמכרות, וככל שהיא גדלה מתדרדר מצבו ההתנהגותי ומצוקתו גדלה.

העבודה העצמית על-פי תכנית שנים-עשר הצעדים, שנבנתה כתשובה למחלת ההתמכרות, היא ביסודה מלחמה בלתי פוסקת באנוכיות ובניצול הזולת, מאבק בהתייחסות אליו כאל מושא להשגת סיפוק ולשליטה (Khantzian & Mack, 1994). כך מצטרפת תכנית זו לשרשרת ארוכה של גישות מקבילות, שקיומו בזמנים ובמקומות שונים, ואשר הוגדרו כדרכים רוחניות, שבהן עיקר מאבקו של היחיד היה באנוכיותו (קאלו, 1981; Hanna, 1992). על-פי תכנית שנים-עשר הצעדים, המכור נלחם בעבור עצמו כדי להשתחרר מהסבל האישי שחווה. מלחמה זו, העבודה האישית הפנימית, מתרכזת בעיקר בהתפתחות הממד הרוחני, והיא מתבצעת כשארם חורג מעצמו (Denzin, 1987b), מהריכוז העצמי שלו, ממעגל המאוויים שלו, מרצונותיו ומצרכיו. הפנייה אל הזולת מאפשרת לו לחוות את הזולת, לחוש בכאבו ובאשורו ואף בקרבתו. התייחסות זו הופכת את הזולת ממושא להשגת סיפוק בלבד לאדם חי, להוויה בעלת עצמי. כלומר, באמצעות החריגה מההתמכרות בעצמו נושרת תחושת הבדידות. המכור מוצא את עצמו שווה בין שווים מעצם היותם אנושיים (Ronel & Humphreys, 1999–2000), ואז זוכה גם הוא בחוויה של הוויית עצמית-הוא. חריגה כזו של שווה בין שווים מתרחשת באופן מתמיד בקבוצת תמיכה הודית של עמיתים, קבוצה לעזרה עצמית, והיא הבסיס לעקרון "תרפיית העוזר" (Riesman, 1965), הקובע, כי בפעולה של מתן עזרה המסייע הוא זה שמרווית. על-ידי פעולה זו חורג העוזר מעצמו, הוא משתחרר הן מראיית הזולת כאובייקט נטול-חיים, לכאורה, והן מהתייחסות אל עצמו כאל אובייקט נטול חיים, כביכול, התלוי בסיפוק ששיג מהזולת.

אחד המאפיינים של מחלת ההתמכרות היא עצמתה. על-פי גישת האלכוהוליסטים והנרקומנים האנונימיים, המחלה נתפסת כחוקה יותר מן המכור, ועל כן המכור בעצמו אינו יכול להתנגד לה. זהו הבסיס לצעד הראשון של תכנית שנים-עשר הצעדים. ההודאה במחלה ובעצמתה ("הודינו שהיינו חסרי אונים בפני התמכרותנו ושאבדה לנו השליטה על חיינו"). עצמת המחלה היא הסיבה לכך, שחיי המכור הפכו "בלתי מנוהלים". מפני שאינו יכול להתנגד לה בכוחות עצמו, עליו להפסיק להילחם בה, להפסיק את ניסיונותיו העצמאיים, שמראש נועדו לכישלון, ולבקש עזרה מכוח עליון חזק ממנו ומהמחלה (Denzin, 1987a). חריגת האדם מעצמו אינה רק פנייה אל הזולת אלא מתכוונת בעיקרה אל האלוהים. בריכוז העצמי הקיצוני מציג המכור התנהגות שמשמעותה שהוא האלוהים של חייו. האני שלו עומד במרכז העולם, ואין מקום לאלוהים אחרים על פניו. קיים נתק יזום שלו מהכוח העליון, ועצמיותו הופכת למושא נטול בחירה חופשית, המושפע מגירויים חיצוניים ומופעל על ידם. כיוון שזה המצב האופייני למחלת ההתמכרות הוא מוגדר כממד הרוחני של המחלה

המאיימת על רוחו של האדם, על היסוד שבו, שאמור להתכוון אל הכוח העליון. ההחלמה מושגת על-ידי שינוי נפשי עמוק, כשהאדם נוטש את הריכוז העצמי ואת תפקיד האלוהים, ומניח לכוח העליון לעזור לו בחייו (McCrary, 1994). זוהי מעין "מהפכה קופרניקאית" שבה הציר המרכזי של חיי האדם, סיפוק תביעות האני שלו, מתחלף בזיקה אל הכוח העליון. במקום שיחפוס את עצמו כמרכז העולם הסובב אותו, חווה האדם מהפך שאחריו הוא נתפס כשווה בין שווים וכמתכוון אל הכוח העליון — אלוהים (Khantzian & Mack, 1994). הכוח העליון נתפס כציר האמיתי המניע את העולם. על-ידי שיפור הקשר ההכרתי עמו מוצא היחיד את רצונו החופשי, המתעלה על גירויים ותביעות חיצוניות, וזוכה לחופש יחסי. השחרור המלא מושג על כן באמצעות "חידוש הקשר ההכרתי עם אלוהים" (אלכוהוליסטים אנונימים, 1989). גם הסיוע לזולת תוך הזדהות עם סבלו, אמור להיעשות דרך "חיזוק הקשר ההכרתי עם אלוהים", והוא הדרך להשגת מודעות רוחנית זו.

התועלת בגישת המחלה

מהם היתרונות בגישה המחלה, הנסמכת על ניסיון אישי של מכורים, אך לא על מחקר מדעי? אמנם הבנת ההתמכרות כמחלה מצביעה גם על הפתרון (Shaffer, 1991), אך עבור מכור הנפגש בראשונה עם התכנית, הדבר עדיין רחוק, נשגב מבינתו ויכול אף לאיים עליו. אם כן מהו הרווח הישיר שהוא מפיק מגישה זו?

בבחינה ראשונית ניתן לראות כי תפיסת ההתמכרות כמחלה יכולה (Winegar, 1987):

1. לעזור למכור להבין את התנהגותו בעבר, כולל המעידות החוזרות ונשנות, על אף הנדרים שנדר שלא יחזור לשימוש בסם וההרס שגרם לחייו. התנהגויות אלו נחשבות תוצר "טבעי" של מחלת ההתמכרות, והמעידות החוזרות ונשנות מובנות כסימפטום של המחלה. הרעיון של מחלה או אלרגיה אינו מרפא את המכור, אבל מספק לו הקלה עצומה מרגשי האשם ומסיר מכתפיו נטל כבד — המכור אינו אחראי למחלתו (Lehman, 1990).
2. לספק נימוק הגיוני לצורך בהימנעות מוחלטת מכל חומר פסיכואקטיבי. ההימנעות, לפי גישה זו, היא תנאי חיוני וראשוני להחלמה, ובלעדיה ההחלמה אינה אפשרית.
3. להציע מדריך לניכוי סיכויי ההחלמה בעתיד. הגישה נוטעת תקווה, שעל-אף ניסיון העבר יכול המכור להגיע להימנעות מלאה ולהחלמה בשלושת ממדי הקיום. עם זאת, יש בה הסתייגות. אמנם ניתן לעצור את המחלה, אך אין החלמה

מלאה ממנה, וקיים סיכוי שהיא תתפרץ שנית. לכן מחויב המכור לשמור על כללים שיבטיחו שהמחלה תישאר עצורה.

4. לעזור למכור לקחת אחריות על החלמתו. הגישה מכירה במכשולים הנערמים על דרכו של מי שמנסה להתנתק מסגנון החיים ההדוניסטי, ומבטיחה לו סיכויי החלמה רבים. המכור אינו אחראי ואינו אשם במחלתו, אך ביכולתו להיות אחראי על החלמתו.

עבור החברים המחלה היא מעין ישות פנימית, כמעט עצמאית. המחלה מתבטאת בכל מחשבה המנוגדת למסר התכנית. קיימת החצנה של האחריות – המחלה 'מדברת', 'חושבת' או 'עושה' (רונאל, 1993). לפעמים מצליחים לזהות את המחלה 'בזמן אמת' כמניעה מחשבה מסוימת, ואולי אף להתנגד לה ולעתים לא. ההתייחסות אל המחלה מקיפה את כל עולמו הפנימי של המכור, ולא רק את התמכרותו לחומר המשנה את מצב ההכרה (Denzin, 1987b). לכן, ביטוייה נמצאים בכל התנהגות שלו. לדוגמה, חבר שבאמצע היום חש רצון לעזוב את עבודתו וללכת הביתה, סבור שזו המחלה, והיציאה מהעבודה נתפסת כמניעה למחלה (רונאל, 1993). המחלה כוללת בתוכה את כל סוגי ההתמכרויות. לדוגמה, באחת מפגישות קבוצת הנרקומנים האנונימיים סיפר חבר ותיק שמזה כחודש וחצי הוא "מועד": הוא אוכל ומשמין ולא יכול לעצור זאת. בהתייחסות כזו אל המחלה, ככוללת את כל הסממנים השליליים בחייו של האדם, יש מעין הפשטה מעשית (Shaffer, 1991). במקום שמלחמתו של האדם לשחרורו מכבלי עצמו תהיה נגד אישיות מסוכנת בעלת מגוון בלתי צפוי של תופעות ומרכיבים, היא מנוהלת נגד אויב ספציפי – המחלה. הפשטה זו מקלה על המאבק. כל התנהגות, מחשבה או הרגשה שלילית היא "המחלה" – לא האדם עצמו. כך מצליח הנגמל למקד את מאמציו בהשתחררות מהמחלה ומכבלי עצמו. המונח 'מחלה' מסייע לאדם להשתכנע ברצון לקבל עזרה (Vaillant, 1981). הגדרת התנהגות כביטוי של מחלה, המבוססת על מודל רפואי, קלה יותר מבחינת התדמית החברתית מהגדרת ההתנהגות כהפרעת אישיות, בגלל העדרו של פן האחריות האישית. המחלה נכפית על החולה, ואינה מעידה על חולשת אופי. קבלת המחלה על-ידי המכור מוליכה להפסקת המאמצים הלא-יעילים לשמור על שימוש מבוקר בסם או באלכוהול (Ehrlich & McGeehan, 1985), והמכור מבין שעליו לשמור את כוחותיו להחלמה. ידיעה זו מגבירה את נכונותו של המכור לפנות לעזרה ואף לקבל אותה.

חשוב להדגיש, שגישת המחלה אינה מנסה לספק הסבר מדעי או מקצועי להתמכרות. זו אינה מחלה במובן המקובל, אלא מודל מטאפורי. עבור חבר בקבוצת הנרקומנים האנונימיים ההסבר להתמכרות מעניין כל עוד יש בו יסוד שינוצל לתועלתו האישית, להחלמתו. הנקודה החשובה היא, ש"זה עובד", ואין עמידה עקרונית על

מציאת הסבר מדויק וממצה להתמכרות. הנושא העומד על הפרק, לפחות באופן מוצהר, הוא ההחלמה האישית של המכור. כל מה שנתפס כמוליך להחלמה כשיר, מבלי להתייחס לבסיס המדעי שהוא נשען עליו. לכן, גישת המתלה אינה הסבר להתמכרות אלא פתרונה המעשי.

גישת המתלה בעין הביקורת

מעצם היותה בלתי-נסמכת על ראיות מדעיות אלא על ניסיון פרגמטי מצטבר, עוררה הגישה ביקורת לא מעטה בקרב אנשי המקצוע. קיימים מחקרים, שהראו שכניסת אלכוהול למחזור הדם של נבדקים-אלכוהוליסטים לא עוררה כמיהה למשקה, לא התפתחה האלרגיה הגופנית, וגופם לא דרש עוד ועוד מהאלכוהול (Clarke, 1988). מחקרים אחרים מראים שהאלכוהוליסט אינו שותה בכל הזדמנות, וגם אינו צורך כמויות של אלכוהול ברגע שניתן לו. כלומר, ישנם אלכוהוליסטים שיכולים לעתים לשלוט על צריכת האלכוהול שלהם. כמו כן נמצא כי האלכוהוליסט אינו מאבד שליטה ברגע שהמשקה נמצא ברשותו אלא מתכנן את השתייה. זוהי לכאורה הוכחה נוספת ליכולתו לשלוט על השתייה. כל העובדות הללו מנוגדות להנחות של גישת המתלה.

ספרי היסוד של האלכוהוליסטים והנרקומנים האנונימיים, וכן סיפורים אישיים רבים של מכורים מתארים שלל דוגמאות הפוכות, המדגישות את ההתמכרות והשתיינות כאלרגיה או כמחלה. אלו דוגמאות לחוסר יכולת לשלוט על השתייה או על השימוש בחומר הפסיכואקטיבי. ייתכן שמדובר בסוגים שונים של אלכוהוליסטים או של התמכרות (Jellinek, 1960), או במצבים שונים בחייו של האדם. עמדת החברים בארגוני האלכוהוליסטים והנרקומנים האנונימיים היא שלמכור לא כדאי לקחת סיכון ולעמת את עמדת הגישה מול תוצאות המחקרים הללו. קבלת גישת המתלה וההימנעות המוחלטת הנובעת ממנה, משמשת למכורים אמצעי הגנה, אך אינה הוכחה לנכונות טענות היסוד של הגישה.

פיל (Peele, 1989), מהמתנגדים הבולטים לגישת המתלה, מצטט אף הוא מחקרים, שסתרו את טענות הגישה. לפי מסקנתו, הגורם המשפיע על מידת השתיינות הוא אמונת האלכוהוליסט ולא חשיפתו לאלכוהול. אם הוא מאמין באלכוהוליסטים כמחלה, הוא יתנהג בהתאם. כלומר, אם הוא מאמין שגופו אלרגי לאלכוהול אזי לאחר שימוש חד-פעמי הוא יגיב כאילו התפתחה אצלו אלרגיה. אבל לדעת פיל, אם הוא יאמין אחרת, הוא גם יגיב אחרת, כלומר, לא תתפתח אצלו אלרגיה. גם אוגבורן ובורנט (Ogborne & Bornet, 1982) מסיקים מתוך ניתוח חוזר של תוצאות מחקרים,

שחשיפה לטענה שאלכוהוליסט אינו יכול לעמוד בפני האלכוהול משמשת במקרים רבים כנבואה המגשימה את עצמה. אם אלכוהוליסט פיתח מועד מעידה קלה, לאור נבואה זו, הופכת מעידתו למעידה רצינית, המסתיימת באיבוד שליטה. ניתן להרחיב את הטענה של נבואה המגשימה את עצמה גם להתנהגויות אחרות של מכורים. נתקלנו במקרים רבים שהשימוש בגישת המחלה שימש תירוץ להתנהגות לא רצויה או לא-התנהגות רצויה. לדוגמה, מכורים רבים שלא מצאו עבודה קבועה והם נתמכים כלכלית על-ידי גורם כלשהו, מתרצים מצב זה במחלת ההתמכרות. כלומר, עצם היות האדם חולה במחלת ההתמכרות היא, לדעתו, תירוץ תקף לאי-השתלבותו בחיים ככל אדם. תירוץ זה פונה אל דחף ביולוגי – מחלה (Scott & Lyman, 1970). הסבר זה הפונה אל דחף ביולוגי מקל על קבלתו, מפני שחוקי הביולוגיה נתפסים כדטרמיניסטים ואין בהם מקום לבחירה ולאחריות אישית. אם כן העובדה שמכור מקבל את עצמו כחולה מנבאת השתלבות פחות מוצלחת בחברה, וגם תומכת בהגשמת נבואה זו.

סיכום

תפיסת ההתמכרות כמחלה כוללת בתוכה היבט ייחודי על טבע האדם ועל אופיין של הפרעות התנהגות. על-פי היבט זה, ניתן לתאר את טבע האדם כמורכב משלוש רמות או משלושה ממדים: ממד גופני/התנהגותי, ממד נפשי וממד רוחני. כל התנהגות או פעולה מתייחסת ב-רזומנית לשלושת הממדים, ומכאן, מן הראוי שהבנת הפרעות התנהגות שונות וגם הטיפול בהן יכיל את שלושת הממדים הללו. גישה זו אינה רחוקה ממשנת הלוגותרפיה (לוקאס, 1988; פראנקל, 1985; Holmes, 1991). גישת המחלה היא ביטוי פרדוקסלי של הזדהות עם הבעיה העומדת על הפרק. האדם ה"חולה" נתפס כבעל התכונות מסוימת, פיזית, נפשית ורוחנית, ההופכת אותו רגיש לדבר, לעניין או למצב מסוים, ובמילים אחרות "אלרגי" אליהם. על-פי גישה זו, האדם יכול לנתק את עצמו משלטון המחלה על-ידי התרחקות מהסימפטום העיקרי שלה, קרי, על-ידי הימנעות מוחלטת. ההזדהות הנמשכת עם המחלה היא הזדהות-בכוח, וניתן להשאירה במצב זה. כלומר, גישת המחלה מכוונת את האדם לעמוד על המשמר מפני נסיגה לדפוסי התנהגות קודמים, שעלולים להובילו להיות שוב נשלט על-ידי המחלה. מחד גיסא, יכול האדם לשנות את התנהגותו, את רגשותיו ואת מחשבותיו ולהרחיקם מן ההיבט הפעיל של המחלה, אך מאידך גיסא, מצבו נתפס תמיד כבעל יכולת להשתנות חזרה. האמור לעיל מתייחס אפוא לשאלת האחריות האישית להתנהגות. בעוד שהמישור

ההתנהגותי, המישור הגופני, נתפס כטרמיניסטי, האדם נשלט על-ידי האלרגיה הגופנית, הרי שבמישור הרוחני האדם נתפס כבעל חופש בחירה ובעל אחריות. האחריות מתבטאת בבחירת דרך חיים מסוימת, שתרחיק אותו מהטרמיניזם הגופני, בהימנעות מוחלטת מהגורמים שהוא רגיש אליהם. באופן פרדוקסלי האדם יוצא מתוך תפיסה דטרמיניסטית-פטלית ומתפתח לכיוון של אחריות גדלה וחופש בחירה. המייחד את גישת המחלה הוא הפרגמטיזם. חסידי הגישה אינם מעוניינים בבדיקה אמפירית של טענותיהם אלא מתמקדים במכור ובמה שיכול להועיל לו בהחלטתו. הגישה אינה מספקת הסבר סיבתי להבנת ההתמכרות, אלא תיאור פנומנולוגי של העצמי המכור, ובעיקר תיאור דרך החלמה אפשרית. ההצדקה לקיומה של הגישה היא באפשרות ההחלמה שהיא מציעה. אם כי בדיקה אמפירית של אמיתותה אמורה להתייחס לשאלת היכולת של הגישה לאפשר החלמה – האם הימנעות מוחלטת מקלה על השגת החלמה מלאה? הדעות בסוגיה זו חלוקות בין המצדדים בגישה (לדוגמה, Denzin בכתביו השונים שצוטטו כאן) לבין המתנגדים לה (לדוגמה, Peele 1989), המסתמכים על מחקרים שונים. ניסיון כותב המאמר באימרוץ הגישה כמתודה לייצור קליני (רונאל, 1997) העלה תוצאות מעודדות, שטרם נבדקו אמפירית, ומן הראוי לחוקרן.

לגבי טבע האדם והעצמי המכור, הנחות היסוד של גישת המחלה מבטאות עמדה קרובה ליסוד המשותף במסורות רוחניות אחרות (לדוגמה, קאלו, 1981; שנקרה, 1980). מכאן, שתכנית שנים-עשר הצעדים ותפיסתה את טבע האדם, כפי שהיא מתבטאת בגישת המחלה, משמשת יישום מודרני של מסורות רוחניות מתקופות שונות, מתרבויות וממקומות שונים, והיא מקבילה לגישות אחרות, לדוגמה, שיקום עבריניים באמצעות חזרה בתשובה (תימור, 1996). בכך פונה התכנית אל יסוד אנושי אוניברסלי, ומתאימה עצמה לאדם המודרני. עובדה זו נותנת הסבר אפשרי לקליטתה המרשימה של תכנית שנים-עשר הצעדים באוכלוסיות שונות בעלות מגוון הפרעות התנהגות, ובמדינות רבות בעולם.

מקורות

- אבן שושן, א. (1986). המילון העברי המרוכז. ירושלים: קרית ספר.
 אלכוהוליסטים אנונימים (1989). אלכוהוליסטים אנונימים. ארגון האלכוהוליסטים האנונימים בישראל.
 טייכמן, מ. (1989). להיות בעולם אחר. תל אביב: רמות.
 לוקאס, א. (1988). חיים משמעותיים. תל אביב: דביר.
 מכורים אנונימים (ללא תאריך). מכורים אנונימים. ארגון מכורים אנונימים בישראל.
 פראנקל, ו. (1985). השאיפה למשמעות. תל אביב: דביר.

- קאלו, ש. (1981א). עשוי לבלי חת. יפו: דע"ת.
- קאלו, ש. (1981ב). מפי בודהא. יפו: דע"ת.
- רונאל, נ. (1993). הנרקומנים האנונימיים בישראל: תהליכי עזרה-עצמית ואמונה דתית אצל מכורים לסמים. עבודת דוקטורט, האוניברסיטה העברית.
- רונאל, נ. (1997). גישת שנים-עשר הצעדים לטיפול באלימות במשפחה. בתוך נ. מיכאלי וא. נאור (עורכים), אלכוהול ואלימות. ירושלים: משרד העבודה והרווחה ועמותת אפש"ר.
- שנקרה (1980). חרות מוחלטת. יפו: דע"ת.
- תימור, א. (1996). התמודדות עם העבר העברייני בישיבות המשקמות עבריינים. מגמות, ל"ח (1), 30–47.
- Anonymous (1991). *A program for you*. Center City, MN: Hazelden.
- Clarke, C.J. (1988). *Alcoholism and problem drinking: Theories and treatment*. Sydney: Pergamon.
- Denzin, N. (1987a). *The alcoholic self*. Newbury Park, CA: Sage.
- Denzin, N. (1987b). *Treating alcoholism*. Newbury Park, CA: Sage.
- Ehrlich, P. & McGeehan, M. (1985). Cocaine recovery support groups and the language of recovery. *Journal of Psychoactive Drugs*, 17(1), 11–17.
- Hanna, F.J. (1992). Reframing spirituality: AA, the 12-steps and the mental health counselor. *Journal of Mental Health Counseling*, 14(2), 166–179.
- Holmes, R.M. (1991). Alcoholics Anonymous as group logotherapy. *International Forum for Logotherapy*, 14, 36–41.
- Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven, CT: Hillhouse Press.
- Khantzian, E.J. & Mack, J.E. (1994). How AA works and why it is important for clinicians to understand. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(2), 77–92.
- Leach, B. & Norris, J.L. (1977). Factors in the development of Alcoholics Anonymous. In B. Kissin & H. Begleiter (Eds.), *Treatment and rehabilitation of the chronic alcoholic*. New York: Plenum Press.
- Lehman, W. (1990). Alcoholism, freedom and moral responsibility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 13, 103–121.
- Mark, S.G. (1994). Neurobiology of addiction and recovery: The brain, the drive for the drug and the 12-step fellowship. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(2), 93–97.
- McCrary, B.S. (1994). Alcoholics Anonymous and behavior therapy: Can habits be treated as disease? Can diseases be treated as habits? *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 62(6), 1159–1166.
- Miller, W.R. & Kurtz, E. (1994). Models of alcoholism used in treatment: Contrasting AA and other perspectives with which it is often confused. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 159–166.
- Ogborne, A.C. & Bornet, A. (1982). Brief report: Abstinence and abusive drinking among affiliates of Alcoholics Anonymous: Are these the only alternative? *Addictive Behaviors*, 7, 199–202.
- Peele, S. (1989). *Diseasing of America*. Lexington MA: Lexington Books.
- Riessman, F. (1965). The 'Helper Therapy' principle. *Social Work*, 10, 27–32.
- Ronel, N. & Humphreys, K. (1999–2000). World view transformation of Narcotics Anonymous members in Israel. *International Journal of Self Help and Self Care*, 1(1), 107–121.

- Scott, B.M. & Lyman, S.M. (1970). Accounts, deviance and social order. In J.D. Douglas (Ed.), *Deviance and respectability*. New York: Basic Books.
- Shaffer, H.J. (1991). Toward an epistemology of 'addictive disease'. *Behavioral Science and Law*, 9, 269–286.
- Smith, D.E. (1994). AA recovery and spirituality: An addiction medicine perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(2), 111–112.
- Tiebout, H.M. (1954). The ego factors in surrender in alcoholism. *Quarterly Journal for Studies on Alcohol*, 15, 610–621.
- Vaillant, G.E. (1981). Dangers of psychotherapy in the treatment of alcoholism. In M.H. Bean & N.E. Zinberg (Eds.), *Dynamic approaches to the understanding and treatment of alcoholism*. NY: The Free Press.
- Vaillant, G.E. (1983). *The natural history of alcoholism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Van Wormer, K. (1995). *Alcoholism treatment*. Chicago: Nelson-Hall.
- Winegar, N., Stephens, T.A. & Varney, E.D. (1987). Alcoholics Anonymous and the alcoholic defence structure. *Social Casework*, 68(4), 223–228.