

# מודל הקהילה הטיפולית בשב"ס

חנן נחמני\*

## רקע

מושג "הקהילה הטיפולית" במשמעותו, מתייחס לקיומה של גישה ייחודית המהווה מודל טיפולי עצמאי, השונה מהמודלים האחרים: החינוכי, השיקומי, הרפואי והמקצועי. המושג נוצר משילוב של עבודת קבוצת אלכוהוליסטים אנונימיים, אשר פעלה בגישת העזרה העצמית, ומעבודותיהם של מקסוול ג'ונס ואחרים בשנות ה-50 של המאה ה-20. בהתאם לגישה זו, מפתח הפרט בקבוצות לעזרה עצמית (SELF HELP GROUPS) את מעורבותו בקבוצה, דבר המשפיע על היווצרות תהליך טיפולי. הפרט נדרש לקבל את האידיאולוגיה המוחלטת של הקבוצה ואת אופן תפיסת בעיית ההתמכרות. במקביל, מפתחים מעורבותו השיטתית בתהליך הקבוצתי והקשר שנוצר בין "החדש" ל"וותיק" את הכוחות לויתור על האלכוהול או הסם. הקבוצה מהווה מקור לעזרה נפשית, חברתית וכלכלית עבור הפרט.

תהליך אינטראקטיבי זה הביא להיווסדותה של הקהילה הראשונה בשנת 1958, ה-SYNANON, אשר עסקה בטיפול בנפגעי סמים ואלכוהול בארה"ב. מאז ועד היום, הלכה ונתחדדה מטרות הטיפולית של הקהילה ומקובלת היום המטרה הרואה כמטרה המרכזית, יצירת שינוי כוללני באורח החיים ההתמכרותי של המכור על ידי צמיחה אישית. המושג הפך, אם כן, להיות ביטוי של תפישה שלמה ובעלת מאפיינים מובהקים ומובנים, הכוללים את הפרמטרים הבאים:

## תפקידי החברים

בקהילה מיגוון רחב של משימות, פעולות ותפקידים ברמות שונות, אשר מספקים לחברי הקהילה מילוי משימות בהתאם ליכולת, לשלבים, לציפיות ולאינטראקציות הטיפוליות המצופות, לרבות: מתאם, סגנים, ראשי צוותים, אחראי ל... חונך, "צל" ועוד.

## משוב בין החברים

רשת של תמיכה, הנחיות, משובים ותצפיות פועלת סביב הפרט במעגל הקבוצתי והקהילתי. הדבר יוצר מציאות דינמית של התרחשויות, ומתרחש במהלך מגוון העיסוקים, בהם "חייב" הפרט לבוא לידי ביטוי ולא "להסתתר" או לעבור בין הטיפות. באופן זה, מתפתחת דינמיקה של "הישאבות" לחיים הפנימיים של הקהילה.

## החברים כמודלים

דיירים ותיקים ומתקדמים יותר נדרשים להתנהג כ"דייר לדוגמה", וכך להוות מודל לחדשים ולצעירים יותר.

## יחסים בינאישיים

תהליכים אלו פועלים לאורך סדר היום כולו ומכוונים לפיתוח האמון, להבעת רגשות, ללמידת מיומנויות וכדו'.

## מסגרת כללית של למידה

סדר-יום כולל ובו מיגוון משימות חינוך, אימון, תרגול והתנסויות. אלה יוצרים תהליך למידה מתמדת והפנמה.

## תרבות ושפה

בקהילה נוצרת מסורת של שגרת חיים על

\*סגן גונדר חנן נחמני – ראש ענף טיפול בהתמכרויות, שב"ס, בעל תואר שני בקרימינולוגיה.

בסיס של אירועים, טקסים, אמונות, ערכים, זיכרון מצטבר, נורמות ועוד. כל אלה יוצרים מרקם תרבותי של הקהילה, אשר נלמד ומוטבע בזהות חבריה.

### המבנה והשיטה

הקהילה מתקיימת בהתאם לחוקיות ברורה ומוגדרת של המבנה הפנימי, כסגנון היררכי-התפתחותי, ובשיטות התנהלות היוצרות מארג של פיקוח פנימי. אלה מאפשרים קיום סדר וביטחון של הפרטים בקהילה לטובת תמיכה בתהליך השינוי שחווה הפרט.

### תקשורת פתוחה

הקהילה מאפשרת התנסות בתקשורת פתוחה ביחס לאוסף רחב של מצבים המתהווים בחיים הפנימיים של היידיים סביב חוקי הבית, הפרות כללים, אירועים, משברים וכו'.

### איזון בין פרט לקהילה הטיפולית

היחס בין הפרט לבין הקהילה הוא הדדי. הקהילה מאפשרת תפקוד על בסיס איזון הצרכים של כלל הגורמים והמרחבים בקהילה. איזון זה נוצר תוך מתן משוּב מתמיד, ביצוע בדיקה וביקורת עצמית של כלל מרכיבי הקהילה. כך יוכל הפרט לחוש אמון וביטחון.

### שני סגנונות עיקריים

סגנון הקהילה הטיפולית הנוקשה, וסגנון הקהילה הטיפולית הדמוקרטי. בסגנון הראשון – ההיררכי, התפקידי, הכלליים, הנורמות והגבולות מאורגנים מאוד, מתודרכים ומוקפדים באדיקות. הסטטוס של מדריכי הנגמלים נמצא במקום גבוה ומעורבותם בניהול הקהילה נמצאת בעדיפות גבוהה מאוד. בסגנון הדמוקרטי קיימת גמישות גבוהה יותר ומעורבות היידיים בקהילה רחבה יותר. הפרט בא לידי ביטוי בצורה משמעותית יותר. בצוות המפעיל, לגורמי הטיפול המקצועיים יש משקל רב יותר מאשר למדריכי הנגמלים.

דרך דינמיקות חיים אלו, מתאפשרת היווצרותו של תהליך השינוי בסגנון החיים ההתמכרותי-עברייני וההרסני של האדם המכור לכיוון של סגנון חיים מאוזן, עצמאי

וחברתי, המתמודד באמצעות כלים תפקודיים ואישיותיים בריאים ומועילים. הייחודיות של הגישה קשורה בכך, שבצוות המפעיל מועסקים גם מכורים נקיים אשר עברו את אותו תהליך טיפולי והם הופכים לחברי צוות מן המניין בתפקיד מדריכי נגמלים ו/או מדריכים חברתיים.

מאז שנות ה-60 של המאה ה-20 ועד היום, הוקמו במרבית ממדינות העולם, עשרות ומאות קהילות טיפוליות לשיקום נפגעי סמים ואלכוהול ולנפגעי תופעות התמכרות נוספות. גישה זו אומצה בשירותי בריאות הנפש לאוכלוסיות יעד נוספות. בארץ הוקמה הקהילה הראשונה באזור בית שמש בשנת 1987 – "בית אביבה", במסגרת עמותת "בית אור אביבה". מאז ועד היום, הוקמו בארץ קרוב ל-10 קהילות המפוקחות במסגרת מנגנוני הפיקוח על מסגרות הגמילה, בהתאם לחוק. ב"מלכישוע" הוקמה קהילה טיפולית ייחודית לבני נוער צרכני סמים, בנפרד מקהילות הבוגרים.

בקהילה הטיפולית "אילנות", הוקמה יחידה טיפולית לאימהות מכורות ולילדיהן. קהילה זו נמצאת בתנופת פיתוח ותהפוך לקהילה כפרויקט נפרד. בסוף 2002 הולכת ומוקמת ב"משמר לחיים", אשר באזור כרמיאל, קהילה למכורים הסובלים מתחלואה כפולה. קהילה טיפולית ייחודית הוקמה בקיבוץ גשר הזיו ועברה ל"נס עמים" בגליל המערבי, שם היא מופעלת בגישת "12 הצעדים" ודרך קבוצות לעזרה עצמית.

הפיקוח על הקהילות הטיפוליות מתבצע מכוח "חוק הפיקוח על מוסדות לטיפול במשתמשים בסמים", התשנ"ג-1993, ומכוח התקנות שתוקנו בעקבותיו – "תקנות הפיקוח על מוסדות לטיפול במשתמשים בסמים", התשנ"ד-1994. ועדת פיקוח משותפת של משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות והרשות למלחמה בסמים, מפעילה את מנגנוני הפיקוח בהתאם לתקנות אלו.

### קהילות טיפוליות בבתי הסוהר

תופעת ההתמכרות קשורה באופן ישיר

■ **תכניות להחזקה במתדון (MAINTENANCE)** – מתן תחליף סם המונע את הצורך לבצע פעילות אנטי סוציאלית.

■ **מערכות לטיפול בקהילה הפתוחה (OUTPATIENT DRUG-FREE SETTINGS)** – מגוון טיפולים: אינדיבידואלי, קבוצתי, טיפול באמנויות ועוד, וזאת במסגרת קהילה פתוחה.

■ **קהילות טיפוליות (THERAPEUTIC COMMUNITIES)** – מיועדות לשינוי סגנון החיים הכוללני.

## סוגי קהילות טיפוליות בעולם (גם במאסר)

שני טיפוסים קהילה התפתחו לטיפול במתמכרים: הקהילה הטיפולית המקצועית והקהילה הטיפולית לעזרה עצמית. עם השנים שילבו שתי הקהילות כלים, תכנים והפעלות זו מזו.

(Rosental, 1973; Bastiani, 1982; Harry, 1986; סנטו, 2001)

### א. קהילות אזרחיות -

כחלופה למאסר, הותאמו תקנות וחוקים שעל פיהם ניתן יהיה לדחות גזרי דין והחלטות למאסר בפועל, אם יפנה הנאשם המכור ויתקבל לתקופת טיפול בקהילה טיפולית אזרחית כחלופה למאסר.

(DAYTOP VILLAGE) – "דיי טופ" – יועדה לעבריינים מתמכרים שהועמדו במבחן, והופעלה בגישת "העזרה העצמית". סוג אחר של קהילות הוקם בסגנון "בית פניקס" – (PHOENIX HOUSE), בגישה המקצועית.

ב. הפניה לקהילה במהלך המאסר - קיומן של קהילות טיפוליות במהלך תקופת המאסר, כאשר חלק מתקופת הטיפול מתבצע במתקן הכליאה (כ-6 חודשים) וחלק כתכנית המשך בקהילת חוץ (כ-6 חודשים נוספים).

לפשיעה ולעבריינות, הן בשל התהוות סגנון החיים העברייני והן בשל ניהול החיים ההתמכרותיים, במקביל.

לאור זאת, במדינות רבות נתגבשה ההבנה שהעיסוק בסמים בין כותלי בית הסוהר משפיע באופן ישיר על יכולת ניהול המיתקנים באופן סדיר ומאורגן. האסירים המכורים ממשיכים בכלא את אורח חייהם העברייני וההתמכרותי ואף נוצרת החרפה במאפייני צריכת הסמים ו/או הדבקה של אחרים שלא צרכו סמים טרם כניסתם למאסר. בכך נגרם נזק רב יותר, בשל התהוות דפוסים עבריינים מובהקים ומשוכללים יותר. במחקר שנערך בשב"ס: "שימוש בסמים בבתי הסוהר: היקף, מאפיינים, עמדות" (ירושלמי, מרדכי ואחרים, 1994), נמצא כי השימוש בסמים נע בין ההערכה המחמירה ביותר של גורמי המודיעין – 68.2%, לבין ההערכה המינימליסטית של דיווח עצמי – 45%.

שיטות התמודדות בנגע הסמים באמצעות צמצום ההיצע, כמו מניעת הברחות, אכיפה, מודיעין וחיפושים, לא הצליחו למגר ו/או לצמצם את התופעה. מטעם זה הלך והתגבש הצורך בשילוב גישות לצמצום הביקוש, באמצעות שיטות טיפוליות שיקומיות בהתמודדות בנגע הסמים ובתופעת הפשיעה והעבריינות בקרב המכורים.

לצד הגישות הרפואיות בטיפול במכורים, התפתחה והתרחבה גישת "קהילה הטיפולית" ככלי מרכזי בטיפול באסירים מכורים במהלך תקופת המאסר.

## תכניות הטיפול בנפגעי הסמים בבתי הסוהר

נהוג למיין את תכניות הטיפול במכורים ל-4 סוגים (עמרם, 1996):

■ **תכניות להתנקות ראשונית (DETOXIFICATION)** – מיועדות לגמילה פיזית.

## התפתחות המודל בישראל עד שנת 1994

שב"ס החל לטפל באסירים מכורים לסמים לפני כ-20 שנה, עוד כאשר היה תחום זה בחיתוליו בישראל.

בשנת 1974 הוקצו 8 מיטות במחלקה הסגורה שבמחלקה לבריאות הנפש של שב"ס, לצורכי גמילה ולביצוע צווי גמילה מבתי המשפט. ההמשך היה הגדלת היחידה בבית מעצר ניצן, הקמת שתי מחלקות גמילה: מרכז גמילה מסמים – שב"ס – מג"ש/ניצן – מרכז רפואי שב"ס, ומרכז גמילה מסמים בבית סוהר אשל בבאר – שבע. בשנת 1987 הוחל בפיתוח פרויקטים יחידתיים לגמילה בשם "לב – להיגמל במאסר". תחילה פותח הפרויקט בבית מעצר ניצן, ואח"כ בבתי הסוהר השרון, כרמל, שטה, איילון וצלמון.

העבודה בפרויקטים ובמסגרות אלו אפשרה לצוותים להתמקצע, לרכוש מיומנויות, כלים ושיטות להפעלה בהיבטים ובתחומים שונים: דיירים; קהילה; תפקידים; עבודה קבוצתית; שילוב בין מרחבים; הגברת מוטיבציה והנעה; שיקום נגמלים; מסלולי שחרור לקהילה, ועוד.

## 1994-1998

בשנת 1984 הכריז הנציב דאז, רב גונדר אריה ביבי, על בית סוהר השרון כמרכז גמילה ארצי, בהיקף של כ-250 מקומות.

הרציונאל היה, שקיים צורך להקצות משאבים, מקומות ותנאים בהיקפים נרחבים יותר, על מנת לאפשר למספר אסירים מכורים רב יותר להגיע למסגרות גמילה. בית סוהר טיפולי מאפשר יצירת מרחבים טיפוליים רבים ומגוונים יותר, שילוב הנגמלים במספר רב של תפקידים ומשימות, ומאפשר שילוב עשיר ורחב של סוהרים וסגל כללי במשימות המקצועיות. בכך, מצליח ליצור מסגרת ואמצעים לתהליכים הטיפוליים של הפרויקט בצורה מקיפה וכוללנית.

## ג. קהילה טיפולית במאסר –

התכנית כולה מתבצעת במהלך המאסר עם מחויבות להמשך טיפול במסגרת קהילתית.

## ד. קהילה טיפולית מעורבת לאסירים –

קהילה טיפולית לגברים ולנשים הכוללת שלב שיקומי מחוץ לכותלי בתי הסוהר.

בחלק מהקהילות, שייך הצוות הטיפולי לצוות בית הסוהר ובחלק מהקהילות מופעל המערך הטיפולי על ידי גורם חוץ (מעין הפרטה או עמותה/מכון מקצועי). כמו כן, שונות הקהילות ביחסי הגומלין שבין מאפייני ניהול בית הסוהר לבין מאפייני ניהול הקהילה. המשותף לכולן הוא, שלקהילה מוענק מרחב אוטונומי לטובת יכולת ניהול חיים פנימיים עצמאיים בין כלל חלקיה, כאשר המערך הביטחוני והאבטחתי מעניק את צורכי הכליאה וההחזקה במשמורת.

הקהילה הטיפולית, בניסיונה לחדור לסביבה עוינת כמו בית סוהר, נתקלה בבעיות רבות שהקשו על תפקודה. חוקרים שונים הגיעו למסקנה שלקהילה הטיפולית בבתי הסוהר דרושים:

- סגל מסור ומנוסה המאפשר את עצמאות התכנית.
- הקהילה הטיפולית צריכה לפתח דפוסי צמיחה פנימיים ולהתבסס על עקרונות טיפוליים ועל עזרה עצמית.
- שיתוף פעולה עם סגל בית הסוהר ובניית מערכות יחסים תומכות עם הנהלת הכלא.
- קיומה של תכנית שיקום בכלא ומחוצה לו לאחר סיום השלב הטיפולי שבתוך הקהילה.
- השקעה גדולה של גמישות ושל משאבים אנושיים וכספיים, המאפשרים לשנות את הגישה המסורתית של הקהילה הטיפולית ולהתאימה לבית הסוהר.

**ב. שפה ותרבות** - שפת העבודה, מושגים וכלים טיפוליים, הלקוחים מעולם הקהילה הטיפולית, הפכו להיות שימושיים בעבודה, כגון: תיאום, היררכיה, מטלות, תוצאות, הקפדה ועוד.

**ג. כלים טיפוליים** - נלמדו והוטמעו השיטות והכלים היישומיים של הקהילה למסגרות שב"ס בדרך של סמינרים, סימולציות, מעקב, פיקוח, משוב וליווי שוטף בתהליך.

**ד. שלבים** - הובנתה מאוד עבודת השלבים, הגבולות ואופן המעבר בין השלבים, באופן שהדיירים והקהילה מעורבים בקיום שלבים אלו.

**ה. משמעת ופיקוח** - למידה ואימוץ הסגנון החדש נעשו באמצעות הפעלת מנגנון של לחץ קבוצתי, סדרי משמעת, שיטת מעקב ופיקוח הכוללת מרכיבים של דיווח, רישום, קיום דיון לבירור האירועים והטלת מטלות, תוצאות וסנקציות. חלק נכבד מהתהליך מתבצע ע"י הדיירים בליווי, הכוונה, הכשרה והנחיה יום יומית ע"י הצוות.

## השוואת בית סוהר חרמון לקהילות טיפוליות בחו"ל

ייחודיות גישת הקהילה הטיפולית כפי שמתהווה ומתפתחת בבית סוהר חרמון שונה מגישות הקהילות המופעלות בבתי הסוהר בחו"ל במאפיינים הבאים:

**א. אחריות מקצועית** - בארץ, האחריות היא בידי הארגון והצוות המגויס. במדינות רבות, שירותי הטיפול הקהילתי מופעלים על ידי שירות קנאי או בשילוב רחב יותר עם בעלי תפקידים שאינם מגויסים.

**ב. הומניות** - המודל בארץ מאופיין ברמת הומניות ואנושיות גבוהה יותר. המודל הנו פחות ענישתי ופחות נוקשה ומשפיל מאשר המודלים בחוץ לארץ.

**ג. הטרוגניות** - הדיירים בבית סוהר חרמון ובשאר מסגרות הגמילה שב"ס באים מארצות

בהמשך הוקמה מסגרת לטיפול באסירות מכורות, הפועלת כיום בבית סוהר נווה תרצה. בבית סוהר צלמון הוקמה ב-1997 מחלקה טיפולית לגמילה. בשנת 1999 הוקמה מחלקה טיפולית לאסירים מכורים טעוני הגנה בבית סוהר דמון, אשר הועברה לבית סוהר אשמורת עם המעבר של טעוני ההגנה מבית סוהר דמון לבית סוהר אשמורת.

התפתחות ניכרת זו התבססה על יישום העקרונות והכלים המקצועיים, כגישה עיקרית בתפעול ובתחזוקת מסגרות הגמילה, אמנם עם שילוב אלמנטים קהילתיים, אך לא ניתן לומר שנתהוו עד אז קהילות טיפוליות בשב"ס.

## משנת 1999

בית הסוהר החדש בצפון הארץ, חרמון, יועד להיות ברמת ביטחון מזערית ולשמש לכליאת אסירים בעלי יכולת התנהגות ותפקוד גבוהים, ובעלי יכולת לאמץ כללי התנהגות, משטר ומשמעת ותפקוד עצמאי ואחראי.

במהלך שנת 1998 נעשתה עבודת מטה בשב"ס לצורך קביעת אוכלוסיית האסירים אשר תתאים לאוכלוסיית בית סוהר זה. לאור המודל החיובי, ולאור התפקוד והתנהגות הנגמלים, כפי שנוצרו בבית סוהר השרון, נתקבלה החלטה שסגנון זה הוא הראוי לבית הסוהר החדש. מטעם זה הוחלט בפיקוד ספ"כ להעתיק את מרכז הגמילה הארצי מבית סוהר השרון לבית סוהר חרמון.

משנה זו ואילך, עם פתיחת בית סוהר חרמון כמרכז גמילה ארצי, ועם שילוב מכורים נקיים לשעבר בתפקידי מדריכי נגמלים, תוך שילובם בצוותים הטיפוליים במחלקות, קיבלה גישת "הקהילה הטיפולית" תנופה רחבה באופן יישומה במסגרות שב"ס.

## מוקדי השינוי

**א. קהילתיות** - הושם דגש ממוקד על פיתוח המרחב הקהילתי ככלי מרכזי ליצירת סביבה טיפולית מטפחת ומקדמת.

מדריך נגמלים ממלא בתפקידו את פונקציית הטמעת עקרונות הקהילה בחיי היום יום.

ממוצא שונות ומתרבויות מגוונות, וקיימת הטרוגניות בממדים שונים (יהודים, בני מיעוטים שונים, עולים ממדינות חבר העמים ועוד). תופעה זו מאפיינת יותר את ישראל מאשר מדינות אחרות, שם ההטרוגניות מצומצמת יותר.

**ד. שילוב בין מרחבים - המודל בארץ**  
משלב באופן אינטגרטיבי ומובהק מרכיבים של חינוך, השכלה ותעסוקה, וזאת בצורה רחבה ומקיפה, במסלול טיפולי-שיקומי יותר מאשר המודלים הקיימים במדינות העולם, שם הדגש מושם יותר על תחזוקה ועל התנהלות בחיי הקהילה ככלי המרכזי בשינוי.

**ה. מרכיב הזמן - המודל בארץ דינמי ומאפשר ניצול יתרות מאסר מגוונות להשתלבות במסלולי הטיפול, בעוד שהקהילות בחו"ל מכוונות שחרור ונותנות עדיפות ליתרות זמן קצרות טרם מועד השחרור הצפוי.**

**ו. יחסי גומלין ביטחון-טיפול - המודל המתפתח בארץ מוצא איזונים נכונים בין הצרכים המקצועיים של משימות הביטחון,**

האבטחה ונוהלי החזקת האסיר לבין צורכי ההפעלה המקצועית. במודלים בחו"ל קיימת נוקשות גבוהה יותר של מנגנוני הביטחון, ובשגרת בית הסוהר קיימות יותר נוקשות, משמעת וענישה.

**ז. אחריות פיקודית - המודל בארץ רואה במנהל בית הסוהר את הנושא באחריות הכוללת גם להפעלה המקצועית, דבר המאפשר את גיוס "כל הכוחות" לטובת צורכי הקהילה. לעומת זאת, במודלים בקהילות חו"ל, המנהל אינו "מחויב" לתכנית, אלא המערך המקצועי הממונה עליה.**

**תגובת הדיירים - על אף החששות ואי הודאות שאפיינו את הצוותים בשלבים הראשונים של השינוי, נוכחנו לראות שהדיירים בכל המסגרות גילו בפועל נכונות והסכמה למודל הקהילתי שבו נדרשו ליתר מעורבות, יתר אחריות, שקיפות, נוקשות גבוהה יותר ואינטראקציות בין אישיות טעונות ומורכבות יותר. הצוותים המקצועיים והסגל הכללי ביקרו בקהילות אזוריות, חלקם אף שהו מספר ימים בסימולציות, אחרים השתתפו בסדנאות.**

## סיכום

במהלך שלוש השנים האחרונות עוברות מסגרות הגמילה בשב"ס שינוי הדרגתי במודל ההפעלה לכיוון קהילתי, המעורב עם פרמטרים מובהקים הלקוחים מגישת הקהילה הטיפולית. האחריות להתנהלות השוטפת של הפרויקט אינה מוטלת רק על גורמי הטיפול, השיקום והחינוך, אלא גם על כתפי הדיירים המשתתפים בפועל בתהליך הטיפולי. מגמה זו תלך ותועמק ותתפוס מקום משמעותי בהפעלה השוטפת.

כבר כיום אנו רואים את יתרונות השינוי: מסגרות הגמילה מלאות, רשימת ההמתנה לטיפול בבית סוהר חרמון הולכת וגדלה, ובכל בית סוהר בו מועסק מדריך נגמלים, גוברת אצל אסירים רבים יותר המוטיבציה להגיע לגמילה ולטיפול. שילוב מדריכי נגמלים בצוותי הטיפול, יחד עם הבשלות המקצועית שנתפתחה במהלך השנים, הביאה להכרה בצורך בהעברת אחריות גבוהה יותר לדיירים בניהול החיים הפנימיים והקהילתיים. הדבר מצריך הכשרה שוטפת של דיירי הקהילה בכל הרמות, עקביות בהפעלה, אוריינטציה לסגל והנחיה מקצועית לצוות הטיפולי.

תהליך זה חשוב שיתבצע תוך שיקול דעת מתמיד, הסתכלות וניתוח התהליך וההתמודדות עם הגורמים המשפיעים עליו. בכל מקרה, התהליך מצריך התמקצעות, הכשרה והנחיה באופן רציף לכל הגורמים המעורבים.

## ביבליוגרפיה

סנטו, י. (2001). קהילות טיפוליות בכותלי בתי הסוהר בחינת הנעשה בעולם. בימת סמים 2001, שב"ס.

עמרם, י. (1996). מאפייני טיפול ותוצאות ביניים של התערבות טיפולית בקהילות טיפוליות למכורים לסמים (דוקטורט).

שמיד, ה., עמרם, י. (1995). הערכת הטיפול בנפגעי סמים, במסגרת מרכזי גמילה ושיקום של שב"ס. האוניברסיטה העברית, ירושלים.

Bastiny, R., Et Al. (1982). Performance summary. Emit D.A.U, Syva Company.

Harry, K., Wexler, PH.D & Ronald, W. (1986). The stay-in out therapeutic community prison treatment for substance abuse. Journal of Psychoactive Drug.

Rosental, M.S. (1973). Phoenix House: A therapeutic community for the treatment of drug abusers and drug addicts. In: Brill, L. & Harns, E. (eds), The Yearbook of Drug Abuse. NY: Behaviors Publications.