

ירושלים | חשוון תשפ"א | אוקטובר 2020

סקירות ספרות

אוכלוסיות ייחודיות על רצף ההתמכרות: תחלואה כפולה והתמכרות התנהגותית

ד"ר שרון רבינוביץ שנקר

משרד העבודה הרווחה
והשירותים החברתיים

חוסן חברתי לישראל

מתווה – אגף בכיר | מינהל סיוע לבתי משפט ותקון
למחקר, תכנון והכשרה | שירות טיפול בהתמכרויות



משרד העבודה הרווחה
והשירותים החברתיים

חוסן חברתי לישראל



מתווה - אגף בכיר | מינהל סיוע לבתי משפט ותקון
למחקר, תכנון והכשרה | שירות טיפול בהתמכרויות

סקירות ספרות

אוכלוסיות ייחודיות על רצף ההתמכרות: תחלואה כפולה והתמכרות התנהגותית

ד"ר שרון רבינוביץ שנקר

בית הספר לקרימינולוגיה
והיחידה לחקר התמכרויות
במרכז לחקר השיקום
אוניברסיטת חיפה

ירושלים | חשוון תשפ"א | אוקטובר 2020

סדרת מסמכים בעריכת:
מיטל ויסמן צברי, מנהלת תחום ניהול הידע

מתו"ה – אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה
משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים

למסמכים נוספים ניתן לפנות לאתר המשרד <http://tinyurl.com/ybpbczul>
עריכת לשון: **טלי בלייכר**
הפקה: **המדפיס הממשלתי**
עיצוב והנגשה: **'דפוס צחור החבצלת'**
הבאה לדפוס: **לאה כהן**, מרכזת בכירה (פרסומים)

תוכן העניינים

5	תקציר, מסקנות והמלצות
10	הקדמה
12	1. תחלואה כפולה
12	1.1 מונחים והגדרות רלוונטיות לתחום התחלואה הכפולה
13	1.2 שכיחות ומאפיינים
18	1.3 בעיות קליניות ומחקריות באבחון תחלואה כפולה ובהבנתה
22	1.4 טיפול והיענות לטיפול בתחלואה כפולה
27	1.5 יעילות הטיפול בתחלואה כפולה
29	1.6 שיקום ארוך טווח של המתמודדים עם תחלואה כפולה ומזעור נזקים
31	1.7 פרמקותרפיה בתחלואה כפולה
33	1.8 פרקטיקה מבוססת ראיות בתחלואה כפולה בקרב עבריינים
38	2. התמכרויות התנהגותיות
40	2.1 הימורים
40	2.1.1 הגדרת ההפרעה וסיווגה כהתמכרות
42	2.1.2 כלי אבחון ומדידה של הפרעת הימורים
43	2.1.3 שכיחות
44	2.1.4 גורמי סיכון ומאפיינים
46	2.1.5 פתופיזיולוגיה בהפרעת הימורים
47	2.1.6 טיפול בהפרעת הימורים
47	א. שיעור המטופלים בהפרעת הימורים: מחסומים וקשיים
50	ב. שיטות טיפול מרכזיות במהמרים
50	« טיפול התנהגותי וקוגניטיבי
51	« התערבויות מוטיבציוניות
52	« אימון נירוקוגניטיבי (גישת טיפול חדשנית)
53	« גרייה מוחית (גישת טיפול חדשנית)
54	« התערבויות דיגטליות (גישת טיפול חדשנית)
55	« התערבויות מבוססות טכנולוגיית מציאות וירטואלית (גישת טיפול חדשנית)

55	« מיינדפלונס (גישת טיפול חדשנית)
56	« פרמקותרפיה (גישת טיפול חדשנית)
57	« בתי משפט קהילתיים (גישת טיפול חדשנית)
58	2.2 הפרעת גיימינג מקוון
58	2.2.1 הגדרת ההפרעה
60	2.2.2 כלים לאבחון ומדידה של הפרעת גיימינג מקוון
61	2.2.3 שכיחות ההפרעה, מאפיינים וגורמי סיכון להפרעה
63	2.2.4 השלכות שליליות של הפרעת גיימינג
65	2.2.5 גיימינג כהפרעת התמכרות
65	2.2.6 שיטות טיפול בהפרעת גיימינג
65	א. התערבויות פסיכו-חברתיות
67	ב. פרמקותרפיה
67	ג. גישות חדשניות לטיפול בהפרעת גיימינג
69	2.3 הפרעת התנהגות מינית כפייתית
69	2.3.1 הגדרת ההפרעה
71	2.3.2 כלים לאבחון ומדידה של הפרעת התנהגות מינית כפייתית
71	2.3.3 שכיחות הפרעת התנהגות מינית כפייתית
72	2.3.4 האם הפרעת התנהגות מינית כפייתית היא התמכרות?
74	2.3.5 שיטות טיפול בהפרעת התנהגות מינית כפייתית
74	א. מחסומים בפני טיפול
74	ב. טיפול תרופתי
74	ג. התערבויות פסיכו-חברתיות
78	מקורות
	רשימת פרסומים נבחרים של מתו"ה – אגף בכיר למחקר,
119	תכנון והכשרה

תקציר, מסקנות והמלצות

הסקירה שלפניכם מספקת מבט רחב ועם זאת מעמיק בשני נושאים המעוררים עניין רב בקרב קלינאים וחוקרים מתחום ההתמכרויות בעשור האחרון: תחלואה כפולה והתמכרויות התנהגותיות. הסקירה מתארת את המאפיינים העיקריים של האוכלוסיות המתמודדות עם תחלואה כפולה והתמכרויות התנהגותיות מסוג הפרעת הימורים, הפרעת גיימינג מקוון והפרעת התנהגות מינית כפייתית, וכן את המענים הטיפוליים להפרעות אלה, שבעניינם הצטבר די ידע מבוסס מחקר שיטתי ומבוקר (פרקטיקה מבוססת ראיות).

הסקירה מבוססת על מאמרים מדעיים שראו אור בכתבי עת שפיטים בין-לאומיים, ובכלל זה מחקרים אמפיריים, סקירות איכותיות, מטה-אנליזות וספרים מקצועיים. בכתובה שולבו תובנות שהופקו מסקירת אתרי אינטרנט של גופים מתווי מדיניות, ובהם מרכזי התערבות עיקריים וגופי הערכה, ומבחינת מסמכי מדיניות של משרדי ממשלה וסוכנויות העוסקות בתחום בארץ ובעולם. כרקע לאיסוף המקורות ולעיבודם בוצעו ראיונות עומק עם אנשי מפתח העוסקים בתחומים הנסקרים בארץ ובעולם, עם מטפלים וחוקרים ועם מתמודדים ובני משפחה של מתמודדים.

תחלואה כפולה

המונח "תחלואה כפולה" משמש בתחום בריאות הנפש כדי לתאר חולים המתמודדים עם שילוב של הפרעת שימוש בחומרים (פסיכואקטיביים, ובכלל זה סמים, אלכוהול ותרופות) או הפרעת התמכרות התנהגותית עם הפרעה נפשית אחרת. שתי ההפרעות עשויות להופיע בו-זמנית או זו אחר זו. ההגדרה מציינת קשר בין ההפרעות, שעשוי להעיד על גורמים מוחיים משותפים, וכן היא רומזת כי שתי הפסיכופתולוגיות מקיימות אינטראקציה המשפיעה על המהלך ועל הפרוגנוזה של שתי ההפרעות. האינטראקציה הזאת עשויה לכלול ממדים גנטיים, נוירוביולוגיים, נוירו-התפתחותיים, נפשיים, חברתיים, אתניים, סביבתיים ותרבותיים. תחלואה כפולה שכיחה באוכלוסייה הכללית, ובמיוחד היא שכיחה בקרב אנשים הפונים לקבלת טיפול בהפרעת התמכרות או בבעיות נפשיות.

על פי המודל של רפואה מדויקת מותאמת אישית, אבחון תחלואה כפולה צריך להיעשות באמצעות בחינה ארוכת טווח של ההיסטוריה ההתפתחותית והייחודית של החולה. את האבחון יש לערוך מוקדם ככל האפשר, בלי להמתין להתייצבות ההפרעה הפסיכיאטרית או להתנזרות מלאה של החולה מסמים, ובהתייחס למגוון ביטויים סימפטומטיים, גם אם הם מתחת לסף המאפשר אבחנה מלאה, שכן הם עלולים לפגוע באיכות החיים של החולה ובתוצאות הטיפול.

לעומת הטיפול במתמודדים עם הפרעה יחידה, בקרב המתמודדים עם תחלואה כפולה מתאפיין הטיפול בשיעורי היענות נמוכים וביעילות נמוכה, והוא משית נטל כלכלי משמעותי על שירותי הטיפול והשיקום. במחקרים רבים נמצא ה"טיפול המשולב" במתמודדים עם תחלואה כפולה כפרדיגמה יעילה יחסית בהפחתת אשפוזיהם הפסיכיאטריים, בהפחתת השימוש בחומרים פסיכואקטיביים ובשיפור תנאי חייהם ואיכות חייהם. הטיפול המשולב ארוך טווח ורב-תחומי. כדי לענות על צוריהם של המטופלים ושל האנשים שבקרבם, הוא כולל הן התערבויות פרמקולוגיות, פסיכולוגיות, חינוכיות וחברתיות, והן היבטים פרקטיים של שיקום, הנוגעים לדיור, תעסוקה, בריאות פיזית וסטטוס משפטי. בטיפול משולבים המטופל ומשפחתו באופן פעיל, והוא חותר לבניית שגרת פעילות משמעותית בחיי היום-יום בדרך להחלמה. מרכיבים שהגבירו את יעילות הטיפול המשולב הם ריאיון מוטיבציוני, התערבויות קוגניטיביות-התנהגותיות ספציפיות שהותאמו להפרעה הנפשית שהמטופל מתמודד עימה, תוכנית למניעת הישנות השימוש בסמים, contingency management (ניהול גמולים), פרמקותרפיה מותאמת והתערבויות משפחתיות. חשיבותם של שיקום תעסוקתי ושל פתרונות מגורים בטוחים ואיכותיים מודגשת בטיפול גם אם לא הושגה התנזרות מוחלטת מסמים וגם אם הושגה ולא נשמרה ברציפות.

הספרות מדגישה את חשיבות ההיערכות הארגונית להפעלה יעילה של פרקטיקות מבוססות ראיות בטיפול בתחלואה כפולה. ליישום מודל משולב של טיפול בתחלואה כפולה נדרש מימון הולם שיאפשר תשתית רחבה ומקיפה דיה של מענים, הכשרה ספציפית ונרחבת של אנשי מקצוע שיתמחו בטיפול בבעלי תחלואה כפולה וכן הערכה רציפה ושיטתית של העשייה הקלינית.

על הערכה כזאת להתבצע באמצעות כלים אובייקטיביים מתוקפים המותאמים לאוכלוסייה המגוונת והייחודית בישראל, ברגישות התרבותית המתחייבת. יש לפעול לבניית מערכי טיפול ושיקום משולבים, שיאפשרו להפעיל מנגנוני תמיכה אקוטיים מותאמים וכוללים – גם קצרי טווח וגם,

ובעיקר, ארוכי טווח – שייתנו מענה ראוי ורציף לצרכים הדינמיים, המורכבים והכרוניים של בעלי תחלואה כפולה, הן במסגרות אשפוזיות והן בקהילה. נחוצים מחקרים מבוקרים לבחינת יעילות התערבויות פסיכוסוציאליות, פסיכותרפויטיות ופרמקולוגיות בקרב בעלי תחלואה כפולה בישראל. בחינה שיטתית של מרכיבי התערבות שונים והתאמתם למאפיינים הייחודיים לישראל תעמוד על יעילות ההתערבויות הנהוגות כיום, תניע להטמעת התערבויות חדשניות תאפשר ניצול טוב יותר של המשאבים והתאמתם לצרכים של חולים ספציפיים.

התמכרויות התנהגותיות

התמכרות היא הפרעה כרונית בעלת מהלך התפתחות מתקדם (Progressive) התקפי-הפוגתי (Relapsing-remitting), שיש לה גורמים גנטיים, נירוביולוגיים, פסיכולוגיים, חברתיים וסביבתיים. התמכרות מוגדרת כדפוס חוזר של התנהגות המביאה למצוקה או לפגיעה ניכרת באדם. לעיתים תכופות נחווית התנהגות זו כבלתי נשלטת, והאדם נכשל שוב ושוב בניסיונותיו להפחית או להפסיק כליל. ההתנהגות נמשכת באופן כפייתי לשם השגת סיפוק מיידי, אף שהאדם מודע לכך שתפגע בו בטווח הארוך יותר. מחלוקת עזה מתנהלת בעשור האחרון בשאלה אם אפשר לסווג מעורבות מופרזת בהתנהגויות כהפרעה נפשית. מחד גיסא, זיהוי מערך תסמינים כהפרעה נפשית מאפשר אבחון וסיווג עקביים, דבר המקדם את חקר הסיבות לתופעה, את מניעתה ואת הטיפול בה. מאידך גיסא, ריבוי אבחנות נפשיות ממעיט בייחודם ובחוויותם של אנשים המתמודדים עם מחלות שנקשרו בליקוי משמעותי ובפגיעה ניכרת באיכות החיים, ומעלה חשש מפתולוגיזציה יתר של העדפות והרגלים. המהדורה האחרונה של ספר האבחון הפסיכיאטרי DSM-5 כוללת התמכרות התנהגותית אחת: הימורים, ובנספח המחקר מזכירה את הגיימינג המקוון כתופעה הדורשת מחקר נוסף בטרם תסווג כהפרעה. הסקירה הנוכחית דנה גם בהפרעת התנהגות מינית כפייתית, בשל הכללתה במהדורה החדשה של ספר האבחון ICD-11, שראתה אור בקיץ האחרון.

הפרעת הימורים

למרות שכיחותה של הפרעת הימורים במדינות המערב, בולט היעדר נתונים אפידמיולוגיים על היקף ההפרעה ועל מאפייני המתמודדים עימה בישראל. מחקרים שנערכו בעולם מצביעים על יעילות מסוימת, לפחות לטווח קצר, של התערבויות קוגניטיביות-התנהגותיות המשולבות במרכיבים מוטיבציוניים. שפע המחקר שהצטבר עד כה מצביע על חשיבות התאמת המענה הטיפולי למאפיינים הייחודיים של המתמודד עם ההפרעה ולשלב הספציפי של ההפרעה, כדי להפחית חסמים מפנייה לטיפול ונשירה ממנו

וכדי להביא להטבה ארוכת טווח. לשם כך מומלץ לבנות מנגנון אבחון שיטתי ומקצועי, לפתח מגוון מענים טיפוליים ולהפעילם, ולספק לצוותי הטיפול הכשרה ייעודית והדרכה שוטפת. הכללת שיטות טיפול חדשניות – כגון אימון נזירוקוגניטיבי, התערבויות דיגטליות, מיינדפולנס, שילוב פרמקותרפיה ובתי משפט קהילתיים במקרים של עבריינות נלווית – עשויה להתגבר על מגבלותיהן של שיטות ההתערבות השכיחות יותר ולאפשר התאמה מירבית לצרכים המגוונים של אוכלוסיית המהמרים, במיוחד אלה המתמודדים עם קשיי שפה ושונות תרבותיות. נחוץ מחקר שיטתי שיבחן את שכיחות ההפרעה ואת מאפייניהם של בעלי הפרעת ההימורים בישראל, שימפה את החסמים העיקריים המונעים פנייה לטיפול, את תהליך היישוג, האבחון והקליטה לטיפול ואת ההתערבויות הניתנות לבעלי הפרעת הימורים בארץ, ושיבחן את יעילותן.

הפרעת גיימינג מקוון

אף שבשנים האחרונות מתמקדים מחקרים רבים בדפוסים תכופים ומתמשכים של משחקים מקוונים (במחשב, בקונסולות או במכשירים ניידים) המובילים לפגיעה תפקודית או למצוקה קלינית משמעותית, עדיין קיימת הטרוגניות עצומה בהמשגת הפרעת גיימינג מקוון ובגישות למדידתה ולאבחונה. ברחבי העולם תועדו אלפי אנשים המתמודדים עם מצוקה בגין הפרעת גיימינג הזקוקים לטיפול, אך רק מעט מחקרים בחנו את יעילותן של השיטות הקיימות להתערבות ולטיפול בהפרעה זו. ניתוח שיטתי ביקורתי של מחקרים אלה מצביע על מגבלות הידע הקיים בנושא. טיפול קוגניטיבי-התנהגותי נמצא בעל הבסיס הראייתי הרחב ביותר ליעילות טיפולית בהשוואה להתערבויות אחרות, אך רוב המחקרים תיארו את הפרוטוקול הטיפולי הספציפי שננקט באופן עמום וכללי בלבד. הסקירה הנוכחית מתארת שיטות חדשניות להתערבות ואת הפוטנציאל הגלום בהטמעתן. לנוכח שוני רב בין מדינות ותרבויות בשכיחות ההפרעה ובמאפייניה, נדרש מחקר שיטתי לבחינת היקף ההפרעה וביטוייה בישראל, למיפוי הצורך במניעה והתערבות ולהתאמת מענים רלוונטיים למאפייני הלוקים בה כאן.

התנהגות מינית כפייתית

למרות עניין ציבורי גובר, הפרעת התנהגות מינית כפייתית נותרה בשולי המחקר המדעי השיטתי והסיווג הפסיכיאטרי. בהשוואה להפרעות ולהתנהגויות אחרות, הצטברו עד כה אך מעט עבודות תאורטיות, מחקרים ונתונים ראויים על התופעה. מן הצד האחד, המחלוקת בשאלה אם לסווג התנהגות מינית כפייתית כהפרעה נפשית ודלות המידע מנעו את הכללתה של הפרעת התנהגות מינית כפייתית או היפרסקסואליות במהדורה החמישית של מדריך

אבחון ההפרעות הנפשיות (DSM-5). מן הצד האחר, היעדר קריטריונים דיאגנוסטיים רשמיים ואחידים מקשה על חקירה שיטתית, על איסוף נתונים מקיף ועל מאמצי אבחון, טיפול, מניעה וחינוך. המהדורה העדכנית של ספר סיווג המחלות ICD-11, שראתה אור בקיץ האחרון (WHO, 2018), עוסקת לראשונה בהתנהגות מינית כפייתית ומסווגת אותה כהפרעת שליטה בדחפים – אם כי מודל ההתמכרות להפרעת התנהגות מינית כפייתית הוא הנרחב והמצוטט ביותר. הבדלים בהגדרת ההפרעה הובילו לפערים גדולים בהערכת שכיחותה באוכלוסייה הכללית ובהבנת המנגנונים שבבסיסה. כפועל יוצא, רק מחקרים מעטים בחנו את יעילותו של טיפול בהפרעה, רובם מעוטי משתתפים, לא השתמשו במערך מחקר הכולל הקצאה אקראית, קבוצת ביקורת או בקורות מספקות, ודגמו את תוצרי הטיפול באופן חד-פעמי, בהתבסס על דיווח עצמי של מדדי הצלחה מוגבלים, ללא עיסוק באיכות החיים הכוללת של המתמודדים, ביכולתם התפקודית הנרחבת או בתחלואה נלווית. מכיוון שלהיעדר טיפול בהפרעה השלכות שליליות רבות, יש לקוות כי הגברת המודעות בקרב אנשי המקצוע לאבחנה החדשה תגביר את עקביותם בבואם לאתר את ההפרעה ולטפל באנשים הלוקים בה, תסייע להבחין בין ההפרעה לבין ביטויים נורמטיביים של התנהגות מינית ותבהיר את הצרכים הקליניים של אנשים המבקשים טיפול, ובכך תסייע להפחתת אשמה ובושה, ותגביר פנייה של אנשים במצוקה לטיפול. בהיבט המחקרי, יש לקוות כי התפתחות זו תעודד מחקרים אפידמיולוגיים שישתמשו בכלי אבחון אחידים לבחינת מאפייני ההפרעה בתתי-אוכלוסיות בחברה הישראלית, מחקרים שיתארו גורמי סיכון וחוסן להתפתחותה, וכן מחקרים מבוקרים, שיבחנו את יעילותן של התערבויות בגילים שונים וברגישות תרבותית, ויאפשרו פיתוח פרוטוקולים מבוססי ראיות לסיוע ללוקים בהפרעה.

הקדמה

הסקירה שלפניכם מספקת מבט רחב ועם זאת מעמיק בשני נושאים המעוררים עניין רב בקרב קלינאים וחוקרים מתחום ההתמכרויות בעשור האחרון: תחלואה כפולה והתמכרויות התנהגותיות. הסקירה מתארת את המאפיינים העיקריים של האוכלוסיות המתמודדות עם תחלואה כפולה והתמכרויות התנהגותיות מסוג הפרעת הימורים, הפרעת גיימינג מקוון והפרעת התנהגות מינית כפייתית, וכן את המענים הטיפוליים להפרעות אלה, שבעניינם הצטבר די ידע מבוסס מחקר שיטתי ומבוקר (פרקטיקה מבוססת ראיות).

הסקירה אינה כוללת שיטות טיפול אחרות – גם אם הן מצויות בשימוש תכוף בישראל בשל מסורות שהשתרשו זה כבר או מסיבות אחרות ולא בוסס די ידע באשר ליעילותן לטווח הקצר או הארוך. מפאת קוצר היריעה ומשיקולי מיקוד ומקום, הסקירה הנוכחית אינה עוסקת באטיולוגיות של ההפרעות. ידע רב נצבר בשנים האחרונות באשר לתהליכים ומנגנונים דינמיים, נוירוביולוגיים, קוגניטיביים, רגשיים, התנהגותיים, חברתיים ומשפחתיים המעורבים בהתפתחות התמכרויות התנהגותיות ותחלואה כפולה ובשימורן. הקורא המעוניין להעמיק בתאוריות ובמודלים המסבירים את הגורמים להתפתחות ההפרעות הנידונות ומהלכן לאורך שלבי החיים מוזמן לפנות לחיבורים אחרים.

הסקירה הנוכחית מבוססת על מאמרים מדעיים שראו אור בכתבי עת שפיטים בין-לאומיים, ובכלל זה מחקרים אמפיריים, סקירות איכותיות, מטה-אנליזות וספרים מקצועיים. בכתביה שולבו תובנות שעלו מסקירת מידע שפורסם באתרי אינטרנט של גופים מתווי מדיניות, כמו גם מרכזי התערבות עיקריים וגופי הערכה, ומבחינת מסמכי מדיניות של משרדי ממשלה וסוכנויות העוסקות בתחום בארץ ובעולם. כרקע לאיסוף המקורות ולעיבודם בוצעו ראיונות ושיחות עומק עם אנשי מפתח העוסקים בתחומים הנסקרים בארץ ובעולם, עם מטפלים וחוקרים ועם מתמודדים ובני משפחה של מתמודדים.

אף שבתחום התחלואה הכפולה נערכו מחקרים רבים ונבחנו מגוון דרכי התערבות לסיוע למתמודדים עימה, הרי שהספרות העוסקת בהתמכרויות

התנהגותיות חדשה ומצומצמת. מחלוקת עזה עולה בעשור האחרון בשאלות אם אפשר לסווג מעורבות מופרזת בהתנהגויות כהפרעה נפשית, ואם אכן יש לראות בהתנהגות הימורים בעייתית, בהתנהגות גיימינג מופרזת ובהתנהגות מינית כפייתית התמכריות. המהדורה האחרונה של ספר האבחון הפסיכיאטרי DSM-5 כוללת התמכרות התנהגותית אחת: הימורים, ובנספח המחקר מזכירה את הגיימינג המקוון כתופעה הדורשת מחקר נוסף בטרם יוכלו לסווג כהפרעה. הסקירה הנוכחית דנה גם בהפרעת התנהגות מינית כפייתית, בשל הכללתה במהדורה החדשה של ספר האבחון ICD-11, שראתה אור בקיץ האחרון. כמו כן, למרות עושר המידע שהספרות המחקרית העולמית מציעה בנושאי הפרעת ההימורים, מאפייני המתמודדים עימה ויעילותן של דרכים שונות להתערבות ולטיפול בה, ידע מבוסס אמפירית על הפרעת הגיימינג המקוון מועט ומוגבל, וידע על התנהגות מינית כפייתית מוגבל עוד יותר. במיוחד בולט היעדר הידע על שיעור הפרעות אלה בישראל ועל המאפיינים הייחודיים של המתמודדים עימן כאן. עם זאת, בשנים האחרונות מדווחת עלייה משמעותית במבקשי הטיפול בהתמכרויות התנהגותיות אלה.

הסקירה הנוכחית מציגה תמונת מצב עדכנית ומקיפה של הידע העכשווי על מאפייני המתמודדים עם תחלואה כפולה, הפרעת הימורים, הפרעת גיימינג מקוון והפרעת מיניות כפייתית. כמו כן, נבחנים באופן שיטתי וביקורתי ההמשגות של כל אחת מהפרעות אלה, שיטות למדידה ואבחון וכן ממצאי מחקרים שתיארו התערבויות ומענים טיפוליים למתמודדים עימן. בשל ההטרוגניות הגדולה בהפרעות וההבדלים בבסיסי הידע של כל אחת, המחלוקות והמסקנות העולות מהממצאים בכל הפרעה מוצגות בנפרד. מן המידע שנאסף ונבדק בעולם ובישראל גובשו תובנות והמלצות טיפוליות ומחקריות, כבסיס שישמש את העוסקים בתחום ומעצבי המדיניות לקבלת החלטות.

1. תחלואה כפולה

תחלואה כפולה (Dual Disorders, Dual Diagnosis) מוגדרת כשילוב של הפרעת שימוש בחומרים פסיכואקטיביים (להלן: חומרים או חפ"א) או התמכרות התנהגותית עם הפרעה נפשית אחרת באותו אדם (WHO, 1994; UNODCCP, 2000; EMCDDA, 2004).

שימוש לרעה בחומרים פסיכואקטיביים, ובכלל זה סמים, אלוהול ותרופות מרשם, הוא ההפרעה השכיחה והמשמעותית ביותר הנלווית לתחלואה נפשית חמורה בקרב מבוגרים. תחלואה כפולה מגבירה באופן לא פרופורציונלי את נטל המחלה ואת שיעורי התמותה בהשוואה למחלות נפשיות יחידות אחרות. ואכן, רוב המתמודדים עם תחלואה כפולה הם בעלי בעיות מרובות, ובסיכון גבוה להשלכות קשות במגוון תחומי חיים (אישי, חברתי, משפטי, נפשי ופיזי) (Baingana et al., 2015).

1.1 מונחים והגדרות רלוונטיות לתחום התחלואה הכפולה

הפרעת שימוש לרעה בחומרים: זהו המונח המשמש במהדורה החמישית של DSM-5, ספר אבחון ההפרעות הנפשיות של איגוד הפסיכיאטריה האמריקני להתייחסות לשימוש חוזר ונשנה באלכוהול, טבק, או חומרים פסיכואקטיביים חוקיים ולא חוקיים הגורמים פגיעה קלינית ותפקודית משמעותית, בעיות בריאות, נכות וקושי למלא תפקידים עיקריים בעבודה, בלימודים או במעגלים חברתיים, משפחתיים ואחרים (APA, 2013). בהתאם לחומרת מצב המטופל, אפשר לסווג את ההפרעה כקלה, כבינונית או כחמורה. בסקירה שלהלן ישמשו לתיאור המונחים "שימוש לרעה בסמים", "הפרעת שימוש בחומרים פסיכואקטיביים" ו"התמכרות לסמים".

התמכרות: זהו השלב הכרוני החמור ביותר (פנוטיפית) של הפרעת שימוש בחומרים. בשלב זה יש אובדן משמעותי של שליטה או ויסות עצמי, הבא לידי ביטוי בלקיחת סם באופן כפייתי למרות הרצון להפסיק. ב-DSM-5 המונח "התמכרות" מקביל להפרעת שימוש בחומרים בדרגה חמורה (Volkow et al., 2016), ולעיתים הוא כולל תלות פיזיולוגית (סבילות וגמילה).

בספרות המדעית העכשווית המונח משמש גם להתייחסות להתמכרויות התנהגותיות שאינן מערבות חומרים דוגמת הימורים או גיימינג, ולעיתים גם להפרעות כפייתיות, דוגמת הפרעת התנהגות מינית כפייתית.

תחלואה כפולה: בתחום בריאות הנפש המונח מצביע על חולים המתמודדים עם הפרעת שימוש בחומרים או הפרעת התמכרות התנהגותית עם הפרעה נפשית אחרת. שתי ההפרעות עשויות להופיע סימולטנית, או זו אחר זו במהלך החיים (Mueser et al., 2003). ההגדרה מציינת כי בין ההפרעות קיים קשר שעשוי לשקף גורמים מוחיים המשותפים לשתייהן, וכן היא רומזת כי בין שתי הפסיכופתולוגיות יש אינטראקציה המשפיעה על המהלך והפרוגנוזה של שתי ההפרעות (Volkow, 2009a). אינטראקציה זו עשויה לכלול ממדים גנטיים, נוירוביולוגיים, נוירוהתפתחותיים, נפשיים, חברתיים, אתניים, סביבתיים ותרבותיים (Drake & Green, 2015). בסקירה שלהלן, המונחים "הפרעה נפשית" או "תחלואה נפשית" ישמשו לדיון בהפרעה פסיכיאטרית ממושכת. אף שרוב המחקרים שנקטו את המונח "תחלואה כפולה" עסקו בהפרעת שימוש בחומרים הנלווית לסכיזופרניה, דיכאון חמור, חרדה כללית או הפרעה דו-קוטבית, בספרות הטיפולית והמחקרית המונח משמש גם לאפיון אנשים המתמודדים עם התמכרות לצד הפרעות אישיות (אנטי-סוציאלית, גבולית וכדומה), הפרעה פוסט-טראומטית, הפרעת קשב / היפראקטיביות ועוד.

1.2 שכיחות ומאפיינים

תחלואה כפולה שכיחה באוכלוסייה הכללית, ובמיוחד בקרב אנשים הפונים לקבלת טיפול בהפרעת התמכרות או בבעיות נפשיות. במחקרים עדכניים נמצא בעקביות שיעור גבוה של תחלואה פסיכיאטרית בקרב המתמודדים עם הפרעת שימוש בחומרים במדינות שונות, למרות הבדלים גדולים בסוגי החומרים שהשתמשו בהם, בחומרת ההתמכרות להם ובאופן צריכתם (Reissner et al., 2012). מכיון שני, בקרב מטופלים בהפרעות נפשיות שונות נמצא שיעור גבוה של שימוש לרעה בסמים ואלכוהול (EMCDDA, 2013). נתונים מסקר התחלואה הכפולה הלאומי האמריקני (NCS, US National Comorbidity Survey) מראים כי כמחצית הלוקים מהפרעה פסיכיאטרית יפתחו הפרעת שימוש בחומרים במהלך חייהם (Kessler, 2004), וכי כ-15% מתוכם יעשו כן בתוך שנה מפרוץ ההפרעה הנפשית (Kessler et al., 1996). בהתאם, על פי סקר אפידמיולוגי רחב היקף (Regier et al., 1990), 47% מהמאובחנים בסכיזופרניה ו-56% מהמאובחנים בהפרעה דו-קוטבית מתמודדים עם תחלואה כפולה.

אנשים עם תחלואה נפשית כלשהי נמצאים בסיכון גבוה פי 4–5 לסבול מהפרעת שימוש בחומרים פסיכואקטיביים בהשוואה לשכיחות הפרעה זו באוכלוסייה הכללית (Wilens et al., 2011). זאת ועוד, בקרב הלוקים בהפרעה נפשית נמצא שיעור גבוה יותר של מעבר משימוש בחפ"א להפרעת שימוש בחפ"א ברוב סוגי החומרים שנבדקו (Lev-Ran et al., 2013). לפיכך, טיפול מוקדם בתחלואה פסיכיאטרית חשוב במיוחד לשם הפחתת הסיכון להתפתחות הפרעת שימוש בחפ"א (Stanis & Andersen, 2014). לדוגמה, הסיכוי של ילדים ונוער המתמודדים עם הפרעת קשב או היפראקטיביות לפתח הפרעת שימוש בחפ"א גבוה פי שלושה בהשוואה לילדים ונוער שאינם מתמודדים עם ההפרעה, אלא אם כן יקבלו טרם התבגרותם המינית טיפול תרופתי שעשוי להפחית את התפתחותה של ההפרעה וביטוייה (Wilens et al., 2008).

בהתאם למחקרים אפידמיולוגיים, תחלואה כפולה כה נפוצה עד שיש להתייחס אליה כתופעה קלינית שכיחה (Drake et al., 2001). בארצות הברית ב-2013, מתוך כל האנשים בני 12 ומעלה 24.6 מיליון (9.4%) השתמשו בחומרים לא חוקיים, 60.1 מיליון (22.9%) נהגו לצרוך אלכוהול באופן בולמוסי, ו-21.6 מיליון (8.2%) התמודדו עם הפרעת שימוש בחומרים בשנה שקדמה לעריכת המחקר (Lipari et al., 2014). כמו כן, מתוך כל האנשים בני 18 ומעלה בארצות הברית, ל-43.8 מיליון (42.2%) הייתה הפרעה נפשית כלשהי במהלך השנה שקדמה לעריכת המחקר, ול-10 מיליון (18.5%) הייתה הפרעה נפשית חמורה. ב-2013 התמודדו 3.2% מהמבוגרים (7.7 מיליון) עם הפרעת שימוש בחומרים וגם עם הפרעה נפשית כלשהי. בשנה זו התמודדו 1% מהמבוגרים (2.3 מיליון) עם תחלואה כפולה. בקרב מתבגרים אחוז זה היה גבוה יותר, והגיע לכלל 1.4% מהאוכלוסייה.

בדומה למדינות מפותחות אחרות, שיעור היארעות הפרעות נפשיות לאורך החיים בישראל הוא לפחות 25%, ושכיחויות הפרעות שימוש באלכוהול או בסמים והימורים בשנה האחרונה הן 1%, 2% ו-0.1% בהתאמה (Bar-Hamburger et al., 2009; Lev-Ran et al., 2014). למרות שיעורים נמוכים של הפרעת שימוש באלכוהול בישראל בהשוואה לצפון אמריקה ולאירופה, באחד המחקרים הוערך כי כ-100,000 אנשים בישראל מתמודדים עם תחלואה כפולה (Balhara et al., 2016). על פי הערכות איגוד הפסיכיאטריה בישראל ואילסם (ILSAM), החברה הישראלית לרפואה ולטיפול בהתמכרויות, אובחנו 125,000–150,000 איש כבעלי תחלואה כפולה בישראל. כמובן, מספר זה אינו כולל אנשים שלא אובחנו, והוא גם אינו כולל אנשים המתמודדים עם תחלואה כפולה שפנו לקבלת שירות במסגרות פרטיות או במסגרות לא

רפואיות, ולכן אינו משקף את מספר החולים במציאות. על פי הערכות משרד הבריאות, כ-40%-60% מקרב כלל המאושפזים במרכזי בריאות הנפש בישראל מתמודדים עם תחלואה כפולה (רושקה, ספיבק, גולדמן ואוסטין, 2018). כמו כן מדווח כי בשנים 2011-2015 נרשמה בישראל עלייה של כ-25% במספר המתאשפזים אשפוז פסיכיאטרי עם אבחנה של תחלואה כפולה (קור דבידוביץ', 2016). שיעור זה גבוה משמעותית מכפי שנמצא במחקר שהתבסס על רישומי אשפוז פסיכיאטרי לאורך החיים, מחקר שלפיו שכיחותם בישראל של בעלי תחלואה נפשית חמורה המשתמשים בסמים ירד מ-8.2% ב-1996 ל-6% ב-2010, למרות עלייה בשיעור הפרעת שימוש בחומרים פסיכואקטיביים באוכלוסייה הכללית בשנים אלה. עוד נמצא במחקר זה כי שיעור בעלי התחלואה הנפשית המשתמשים באלכוהול לרעה עלה מ-3% ל-4%, וגם שיעור בעלי התחלואה הנפשית המכורים לסמים או לאלכוהול עלה בשנים אלו, מ-2% ל-4% (Ponizovsky et al., 2015).

שישה בתי חולים בישראל מעניקים טיפול ייעודי לתחלואה כפולה המספק ייצוב נפשי באשפוז. לשם כך מוקצות 121 מיטות ברחבי הארץ, מתוכן 20 מיטות ייעודיות לגמילה וולונטרית לבעלי תחלואה נפשית המתמודדים גם עם התמכרות ("אשפוזית" ארצית לתחלואה כפולה). בישראל אין כל מחלקת אשפוז לנוער המתמודד עם תחלואה כפולה. ב-2017 הוקמה יחידת יום ושירות מרפאתי אינטגרטיבי לטיפול בנוער זה, ובאותה השנה הופעלה לראשונה – במרכז רפואי יחיד – תוכנית לטיפול בנשים המתמודדות עם תחלואה כפולה. שבעה מרכזים אמבולטוריים בישראל מספקים לבעלי תחלואה כפולה טיפול רפואי ופסיכוסוציאלי בקהילה, אך מאז הרפורמה בשירותי בריאות הנפש בישראל לא נכלל תחום ההתמכרויות בשירותים הניתנים בקופות החולים, ולכן נתקלים מרכזים אלה בקשיים (רושקה ועמיתים, 2018).

בשנת 2015 טופלו במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים 2,004 מתמודדים עם תחלואה כפולה, שיעור כמעט כפול מזה שדווח שנה קודם לכן. בישראל פועלות שתי קהילות טיפוליות לבעלי תחלואה כפולה, הכוללות 70 מיטות בפיקוח משולב של משרדי הרווחה והבריאות. על פי נתוני משרד הבריאות, בשנת 2015 ניתנו שירותי "סל שיקום" – שירותי שיקום בתחומי דיור, תעסוקה, השכלה חברה ופנאי, הניתנים לבעלי נכות נפשית ששיעורה גבוה מ-40% – ל-469 אנשים בעלי תחלואה כפולה. לא ידוע כמה אנשים פנו בבקשה לקבלת זכאות לשירות (קור דבידוביץ', 2016). כמו כן, אין כל מידע באשר לשיעור האנשים המתמודדים עם התמכרות לחפ"א או אלו המתמודדים עם התמכרות התנהגותית ותחלואה נפשית שאינם זכאים לסל שיקום, ולא פנו לקבלתו.

המתמודדים עם תחלואה כפולה נענים פחות לטיפול ומקפידים פחות על נטילת תרופות סדירה. משכך, שיעור האשפוזים החוזרים וההישנות באוכלוסייה זו גבוה יותר (Drake et al., 1996; Xie et al., 2005). עם זאת, גם בקרב אלה המקפידים על טיפול כראוי, שימוש בחומרים פסיכואקטיביים עלול להאיץ התפרצות של הפרעה נפשית או להחמיר את ביטוייה הפסיכיאטריים, להגביר את הסיכוי לנסיגה והישנות (relapse) ולהעלות את תכיפות האשפוזים ומשכך. מחקר שנערך בישראל לאחרונה הראה כי קורבנות תקיפה מינית בעלות סכיזופרניה שהשתמשו בסמים תוך כדי התקיפה או מעט לפני נזקקו לאשפוזים פסיכיאטריים רבים יותר בהשוואה לקורבנות שלא השתמשו בסמים. שימוש בסמים ניבא מהלך חריף יותר של המחלה בעקבות התקיפה המינית, ואילו מאפייני התקיפה (מספר התוקפים, אמצעי התקיפה, אופן החדירה, מידת האלימות שהופעלה בתקיפה ומידת הפגיעה הפיזית שנגרמה לקורבן) או מידיות הפנייה למרכז הטיפול בבית החולים לא נקשרו לאשפוזים פסיכיאטריים לאחר התקיפה (Rabinovitz et al., 2019). המחקרים הסיקו מכך כי יש לפתח אסטרטגיות מניעה ייעודיות ולכונן מאמצי טיפול ייחודיים ואינטנסיביים כלפי קורבנות תקיפה מינית בעלות תחלואה כפולה.

בהשוואה למתמודדים עם סכיזופרניה שאינם משתמשים באלכוהול או בסמים, גיל התפרצות ההפרעה הנפשית בבעלי תחלואה כפולה צעיר יותר, והם מתאפיינים באשפוזים תכופים וממושכים יותר, בתסמינים דיכאוניים ופסיכוטיים חמורים יותר (Haddock et al., 2013), באפיזודות אובדניות רבות יותר, בהתנהגות אלימה יותר (Latt et al., 2011), וכן בבעיות כלכליות ובעיות עם החוק רבות יותר (Maremmanni et al., 2014). כמו כן, ההסתברות של בעלי הפרעה דו-קוטבית המתמודדים עם הפרעת שימוש בסמים למעורבות בפשע אלים גבוהה פי 6.4 מאשר שיעור הסיכון של בעלי הפרעה דו-קוטבית בלבד (Fazel et al., 2010).

תחלואה כפולה היא גורם סיכון למחלות פיזיות ולבעיות בריאות שונות. בעלי תחלואה כפולה סובלים בשכיחות גבוהה מ-HIV וממחלות כבד, ונענים פחות לטיפול בריאות. קשה יותר לגייס אותם לטיפול, ושיעורי התחלואה והתמותה המוקדמת שלהם גבוהים (Chander et al., 2009). בשל השכיחות הגבוהה של בעיות בריאות באוכלוסייה זו, ישנם אף חוקרים שהחליפו את המונח "תחלואה כפולה" ב"תחלואה משולשת" (Dom & Moggi, 2015; Gallego et al., 2011).

לבעלי תחלואה כפולה סיכוי גבוה יותר להיות קורבנות של פשיעה בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, והם פגיעים במיוחד לעבירות אלימות ורכוש

(de Waal et al., 2018). במהלך השנה האחרונה דיווח שיעור גבוה (כ-60%) מבעלי התחלואה הכפולה כי נפל קורבן לאלימות (התעללות פיזית, התעללות מינית או איומים), ושיעור דומה דיווח כי נפל קורבן לעבירות רכוש (גניבה, שוד או פריצה). השיעורים בקרב צעירים ונשים אף גבוהים יותר, ובמיוחד בקרב נשים חסרות דיור קבע.

קורבנות למעשי אלימות בקרב בעלי תחלואה כפולה קשורה בעבריינות אלימה (de Waal et al., 2018). אין הדבר מפתיע, שכן במחקר ובקליניקה מוכרת חפיפה בין קורבנות לתוקפנות גם בקרב אוכלוסיות מכורים (Neale et al., 2007; Stevens et al., 2005) וגם בקרב בעלי הפרעות נפשיות חמורות (Johnson et al., 2016). מחקרים בודדים בחנו את יעילותן של שיטות המכוונות ישירות להגברת החוסן ולהפחתת הקורבנות של בעלי הפרעת שימוש בחומרים או של בעלי תחלואה נפשית, כגון שיטות המכוונות לשיפור מיומנויות כלליות (de Waal et al., 2017) או לשיפור מיומנויות ניהול קונפליקטים ומיומנויות להגברת הביטחון האישי (van der Stouwe et al., 2016).

בלא מעט מחקרים נמצא קשר בין מאפיינים דמוגרפיים (היות המשתתפים גברים או צעירים) וקליניים (אבחנה של פסיכזה, אשפוז כפוי, ריבוי אשפוזים פסיכיאטריים) לבין תחלואה כפולה (Mueser et al., 2000; WHO, 2014). פעמים רבות אשפוז כפוי הוא תוצאה של הזנחת מצב פסיכיאטרי, שימוש עקבי בסמים וסירוב לטיפול (Latt et al., 2011).

הגירה נחשבת זרז (טריגר) למצוקה רגשית המקדמת שימוש בסמים כדרך למתן את ההפרעה וחרדה (Walsh et al., 2014), אם כי כמה מחקרים יוצאי דופן מצאו דווקא ירידה בשימוש באלכוהול בתקופה שלאחר ההגירה (לדוגמה, De La Rosa et al., 2013). בניגוד לממצאים מרחבי העולם, במחקר רחב היקף שנערך בישראל נמצא קשר שלילי בין הגירה לשכיחות תחלואה כפולה המערבת התמכרות לסמים (Ponizovsky et al., 2015). המחקרים הסבירו את ייחוד הממצא הזה במאפיינים הייחודיים של העלייה לישראל, כגון הגשמת תקווה לגאולה ומחויבות אידאולוגית, המספקות חוסן (Ritsner & Ponizovsky, 1999), וכן סיוע כלכלי ואחר שהמדינה מעניקה לעולים כדי להקל עליהם את קשיי ההגירה. לעומת זאת, הגירה לישראל אכן נקשרה לתחלואה כפולה הכוללת התמכרות לאלכוהול. המחקרים הסבירו זאת במאפייני שתייה במדינות המוצא של רוב המהגרים (ברית המועצות לשעבר) ובזמינות גבוהה יותר של אלכוהול בהשוואה לסמים לא חוקיים.

בהשוואה ללא יהודים, יהודים נמצאו בסיכון גבוה יותר לתחלואה כפולה המערבת סמים ובסיכון נמוך יותר לתחלואה כפולה המערבת אלכוהול. עם זאת, הממצאים עשויים לנבוע משיעור נמוך יותר של אוכלוסיות לא יהודיות בישראל הנעזרות בשירותי האשפוז הפסיכיאטרי (Al-Krenawi, 2002). הסבר אחר לכך מזכיר את השיעור הנמוך של השימוש באלכוהול בקרב מוסלמים ילידי הארץ, מסיבות דתיות ואחרות (Ponizovsky et al., 2015).

1.3 בעיות קליניות ומחקריות באבחון תחלואה כפולה ובהבנתה

אומנם בעשורים האחרונים הצטבר ידע רב בדבר בסיס נוירופסיכולוגי משותף להפרעות נפשיות ולהתמכרויות לחומרים פסיכואקטיביים, אך נושא התחלואה הכפולה הוזנח במשך שנים. יותר משני שלישים מהמאמרים בכתבי עת מדעיים על התמכרויות, לרבות אלה העוסקים בתחלואה כפולה, נערכו בארצות הברית (Bramness et al., 2014), ולמרות האיכות הגבוהה – קלינית ומדעית – של רוב העבודות האמריקניות, יש לתהות אם אפשר ליישם בישראל את ממצאיהן, לאור הבדלים גדולים בהקשר, כגון מאפייני החולים (וסוגי הסמים שהם משתמשים בהם), מאפייני ארגוני הטיפול ודרכי ההכשרה של הצוותים המטפלים, דרכי מימון ההתערבויות ומערכי התמיכה בתעסוקה, בדיור ובמשפחות, עמדות כלפי המתמודדים עם התחלואה הכפולה ואפילו רמת הסטיגמה הציבורית כלפי המכורים או בעלי ההפרעות הנפשיות. במדינות אירופיות מפתחים במקביל מודלים אחרים, בהסתמך על מאפיינים תרבותיים ותנאים מקומיים (Krausz et al., 2015), ואילו בישראל נערכו רק מחקרים בודדים בתחום התחלואה הכפולה לאורך השנים. כדי לאפשר הבנה טובה יותר של מאפייני החולים בישראל ושל יעילות ההתערבויות המקומיות, נחוץ מימון למחקר מקומי שיטתי ומקיף.

עוד קושי בהבנת התחום עולה לנוכח מגוון עצום בספרות המחקרית במערכי המחקרים (תצפיתיים לעומת מבוקרים אקראיים), במדגמי החולים (לדוגמה, אבחנות ומאפיינים סוציודמוגרפיים, סוגי ההפרעות הנפשיות שנחקרו, סוגי הסמים שהשתמשו בהם), אסטרטגיות טיפול (לדוגמה, הערכות של מערכות טיפול, כגון ניהול מקרה, לעומת הערכות של התערבויות ספציפיות להפרעה, כגון מניעת הישנות), סביבת העברת הטיפול (לדוגמה, פנימייתי לעומת מרפאות חוץ), עוצמת הטיפול ומשכו (לדוגמה, התערבויות קצרות טווח לעומת ארוכות טווח), ותוצרי הטיפול (לדוגמה, התנזרות או הפחתת שימוש בחומרים, תסמינים פסיכולוגיים, תפקוד חברתי, רצף

תעסוקתי ואיכות חיים סובייקטיבית). הטרוגניות זו מקשה את השוואת התוצאות ואת הסקת המסקנות בכל הנוגע לאטיולוגיה, דיאגנוסטיקה וטיפול בבעלי תחלואה כפולה.

הסוגיה המרכזית המקשה את ההבנה המעמיקה של תחלואה כפולה ואת מציאת הטיפול המיטבי בה היא השאלה אם שתי הפרעות – הפרעת השימוש בחפ"א וההפרעה הנפשית – קשורות זו לזו אטיולוגית, ואם כן – כיצד. האם יש לראות בשתייהן הפרעות נפרדות בלתי תלויות, או שמא ריבוי של תסמינים המקיימים אינטראקציה זה עם זה ומבטאים הפרעה ייחודית, בבחינת מכלול העולה על סכום חלקיו בעל אטיולוגיה יחידה (Szerman et al., 2019). לדוגמה, ייתכן שתסמיני חרדה הם תוצאה של הרעלת סמים, של גמילה או של ירידה ברמת הסם בגוף, ולפיכך ייתכן שהחרדה היא ביטוי אקוטי שנוצר על רקע שימוש בסמים – ולטפל בה בהתאם, אבל ייתכן גם ששימוש בסמים תרם להתפרצות הפרעת חרדה יציבה וקבועה, או שהשימוש בסם החל כטיפול עצמי על רקע תסמינים לא מאובחנים ולא מטופלים של הפרעת חרדה. עוד אפשרות היא קיומה של הפרעה המתאפיינת בתסמיני התמכרות וחרדה, המאופיינת במהלך ייחודי השונה מהמהלך המוכר לכל אחת מההפרעות כשהן מופיעות בנפרד אצל אנשים שונים (Szerman et al., 2019).

דוגמה אחרת למורכבות האבחונית נוגעת לתחלואה כפולה בקרב בעלי הפרעות אישיות מסוימות. לנוכח שיעורה הגבוה מאוד של הפרעת שימוש בסמים בקרב בעלי הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית – שיעור העשוי להגיע לפי 30 לעומת האוכלוסייה הכללית (Regier et al., 1990) – היו שטענו כי אין לאבחן את בעלי הפרעת אישיות זו המכורים לסמים כמתמודדים עם תחלואה כפולה, אלא כבעלי הפרעת אישיות בלבד, ששימוש לרעה בסמים הוא אחד ממאפייניה.

בשל המורכבות הרבה קיים יותר ממודל אטיולוגי אחד לתחלואה כפולה, וכן כמה מודלים לשילובים ספציפיים של הפרעות נפשיות והפרעת שימוש בחומרים. הקורא המתעניין, כמובן, מוזמן להעמיק בנושא (Dom & Wojnar, 2015; Schäfer & Langeland, 2015).

לפני המבקש לאבחן תחלואה כפולה עומדים כמה וכמה אתגרים. עליו לבדוק אם מתקיימים מספיק תסמינים שחומרתם גבוהה דייה כדי לעמוד בקריטריונים הנדרשים לקביעת קיומה של כל אחת מההפרעות, וכן עליו לבחון אם התסמינים הנפשיים הם ביטוי לשימוש בסם או להיעדר השימוש

בו, או שאינם תלויים בהפרעת השימוש בחומרים. כמו כן, עליו להכריע אם יש תהליך אינטראקטיבי בין ההפרעות. מכיוון שלעיתים קרובות אי אפשר לצפות בחולה במצב פסיכיאטרי יציב כשהוא מתנזר מסם לזמן מספיק ממושך כדי להשיב על שאלות אלה, לרוב האבחנה טנטטיבית, ומכאן שהטיפול מועד לטעויות (Schäfer & Langeland, 2015; Szerman et al., 2019).

אתגר נוסף עולה מכך שלאותה קטגוריית אבחון פסיכיאטרית יש ביטויים רבים ושונים (Budney, 2006), וכן מכך שגם תסמינים שאינם מגיעים לרף האבחוני עלולים לפגוע בתפקוד ובאיכות החיים באופן ניכר. לאור זאת המליצו חוקרים לוותר על הגישה הדיכוטומית הקטגוריאלית (האם קיימת הפרעה או לא), ולאמץ גישה הבוחנת את רצף התסמינים (באיזו מידה ההפרעה מבוטאת), כדי להגביר את יכולתנו להבין את האדם שלפנינו, ולתכנן ולנהל התערבות מקיפה ומותאמת (Muthén, 2006). מודלים משולבים מאפשרים לשקלל את מגוון הממדים והתסמינים ולשמר את הטקסונומיה הקיימת (Helzer et al., 2006), וכן ליישם התערבויות מדויקות ומותאמות אישית יותר מאשר האבחונים הקטגוריאליים.

מכיוון שתסמינים תת-קליניים של תחלואה נפשית הם לעיתים פרה-דיספוזיציה לשימוש בסמים (כגון בשלב הפרודרומלי בסכיזופרניה), קביעת סדר התפרצות ההפרעות לעיתים אינה אפשרית. לפיכך, יש לבחון שלוש אפשרויות (Volkow, 2009a):

1. הסם מגביר תסמיני תחלואה נפשית, או שהוא טריגר להתפרצות בקרב משתמשים (Substance Induced Mental Disorders). קוקאין, קנביס ומתאמפטמינים הוצעו כדוגמאות שכיחות לטריגרים כאלה.
2. תחלואה נפשית מובילה לשימוש בסמים. בעלי הפרעות נפשיות משתמשים לעיתים בחפ"א כדרך לריפוי עצמי, כדי לשפר תסמינים פסיכיאטריים שהם מתמודדים איתם או כאמצעי להשגת ויסות נוירוביולוגי. דוגמה לכך היא שימוש לרעה בסטימולנטים בקרב בעלי הפרעת קשב והיפראקטיביות.
3. אינטראקציה בין גורמים חופפים כגון פגיעות גנטית, ליקויים מוחיים או חשיפה מוקדמת לטראומה או לחץ עלולים לגרום הן הפרעת התמכרות והן הפרעה נפשית.

על פי המודל של רפואה מדויקת מותאמת אישית, במיוחד בהפרעות הטרוגניות דוגמת תחלואה כפולה, יש לבחון מגוון של ביטויים סימפטומטיים, אפילו אם הם מתחת לסף המאפשר אבחנה מלאה, שכן הם עלולים לפגוע באיכות החיים ובתוצאות הטיפול (Fraguas et al., 2017). אבחון תחלואה

כפולה צריך להיעשות באופן אישי, בבחינה ארוכת טווח של ההיסטוריה ההתפתחותית האישית של החולה. יש לערוך את ההערכה מוקדם ככל האפשר, ולא להמתין להתייצבות ההפרעה הפסיכיאטרית או להתנזרות מלאה של המטופל מסמים (Drake et al., 2001).

במחקרים שבחנו תחלואה כפולה באוכלוסייה הכללית נעשה שימוש בכלי אבחון שונים. השכיחים ביותר הם ה-DDSI (Dual Diagnosis Screening Instrument) (Mestre-Pintó et al., 2014), הנגזר מן ה-PRISM (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders). כלי זה הראה רגישות גבוהה (מעל 80%) וספציפיות גבוהה (מעל 82%) לזיהוי דיכאון, הפרעה דו-קוטבית, פסיכוזה, פאניקה, פוביה חברתית ופוביות ספציפיות. משך ההעברה הופך את הריאיון המבוסס על כלי זה לאמצעי שימושי בפרקטיקה הקלינית היומיומית. ה-GAIN-SS (Global Appraisal of Individual Needs - Short Screener), לעומתו, תוכנן לזיהוי פסיכופתולוגיות בהבחנה בין "הפרעות מופנמות" ו"הפרעות מוחצנות". תת-הסולם של הפרעת שימוש בחומרים הראה רגישות ראויה (88%) וספציפיות נאותה (89%), אך תתי-הסולמות הפסיכיאטריים התגלו כיעילים פחות. לאור שכיחותה הגבוהה של הפרעת קשב והיפראקטיביות בקרב המתמודדים עם הפרעת שימוש בחומרים, ולאור חיוניות אבחנתה לצורך התאמת גישה טיפולית (McDonell et al., 2009), מומלץ לבצע הערכה קלינית מלאה ומקיפה, או לכל הפחות להשתמש בכלי אבחון משלימים כגון ה-AAQoL (Adult Attention-deficit/hyperactivity Disorder Quality of Life Scale), או לערוך ראיונות קליניים חצי מובנים דוגמת ה-CAADID (Adult 'Conners) ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (Crunelle et al., 2018).

1.4 טיפול והיענות לטיפול בתחלואה כפולה

לעומת הטיפול במתמודדים עם הפרעה יחידה, הטיפול במתמודדים עם תחלואה כפולה מתאפיין בשיעורי היענות נמוכים וביעילות נמוכה. אחת הסיבות לכך היא האופי הכרוני המתלקח של שילוב ההפרעות ומורכבותו. סיבה משמעותית לא פחות היא חוסר התאמת מאפייני הטיפולים לצרכים וליכולות של חולים אלה; ובלב הקושי – הפיצול המסורתי בין הטיפול בהתמכרויות והטיפול בהפרעות נפשיות (Van Wamel et al., 2015). אף שבעשורים האחרונים הולכת וגוברת ההסכמה כי הפרעות פסיכיאטריות והפרעות שימוש בחפ"א קשורות זו בזו ומחריפות זו את זו, הטיפול בכל אחת מהן ברוב המדינות בעולם לרוב מתוכנן ומבוצע בידי ארגונים נפרדים, ככל הנראה בהתבסס על אמונה במקור התרבותי, הסביבתי והסוציולוגי של הפרעות ההתמכרות (Volkow, 2009a). בהתאם לכך, המודלים הנפוצים ביותר לטיפול בתחלואה כפולה בעולם היו – ובמקומות רבים עודם – מודלים לטיפול סדרתי או מקביל (Krausz et al., 2015).

טיפול סדרתי מבוסס על מודל המניח קו-מורבידיות משנית (Mueser et al., 2003). המודל מניח כי הפסיכופתולוגיה היא תוצאת הפרעת השימוש בחפ"א, או להיפך. ישנן עדויות מסוימות כי השימוש בחומרים עשוי להיות טריגר להתפרצות תחלואה נפשית בקרב אנשים בעלי פגיעות ביולוגיות ונפשיות, שלולא השתמשו ייתכן שלא היו מפתחים את ההפרעה הפסיכיאטרית. ככל הנראה, מודל זה מתאים בשילובים ספציפיים, כגון שימוש אינטנסיבי ומוקדם בקנביס והתפרצות פסיכוזה (Hamilton, 2017). עם זאת, העדויות התומכות במודל זה אינן מסבירות את השיעור הגבוה של שילוב הפרעות אחרות עם שימוש לרעה בסמים. לפי הגישה הסדרתית, מטפלים ראשית במה שנתפס כהפרעה המרכזית, הראשונה, וכל עוד זו לא נפתרה – או לפחות יוצבה – לא יהא האדם זכאי לטיפול בהפרעה האחרת ולא לשירות במערכת טיפול אחרת (Mueser et al., 2003). לשיטה זו כמה חסרונות. לעיתים תכופות מדי אין הארגונים מסכימים באשר לזיהוי הבעיה המרכזית, שכן בהגיעם לטיפול, התמונה הקלינית של הפונים לרוב מורכבת מבעיות רבות. כמו כן, לא ברור מתי אפשר לקבוע שבעיה טופלה בהצלחה ואפשר להתחיל לטפל בבעיה השנייה, והחשוב מכול: במהלך הטיפול בהפרעה הראשונה ממשיכה ההפרעה הלא מטופלת להשפיע על ההפרעה המטופלת ועל הטיפול עצמו, ולכן מתקשות שתי המערכות לטפל בטווח המלא של הבעיות שמציגים בעלי התחלואה הכפולה, וקשה מאוד להשיג ייצוב כלשהו במצב המטופלים.

טיפול מקביל מכון לטיפול בבעיה הנפשית ובבעיית הסמים באותה העת, במערכות טיפול נפרדות שלרוב נמצאות בארגונים שונים. את הטיפול בתחלואה הנפשית מעניקים לרוב ספקי שירותי הבריאות בקהילה או באשפוז (קופות החולים, בתי חולים), בפיקוח משרד הבריאות, ואת הטיפול בהפרעת השימוש בחפ"א מעניק שירות לטיפול בהתמכרויות (בקהילה או בתנאי פנימייה), בפיקוח משרדים שאינם משרד בריאות, כגון משרד הרווחה. לחולים רבים התיאום בין אנשי המקצוע מסורבל, בשל קשיים מנהליים וארגוניים – קשיי תקשורת טכניים, חוסר ודאות בנוגע לתחומי האחריות והכיסוי הכלכלי, הבדלים בתפיסות המקצועיות, בהכשרה ובשיטות העבודה, היעדר תפיסה טיפולית ושיקומית משותפת, מסגרות עבודה שונות ושפות מקצועיות שונות (Mueser et al., 2003). נמצא כי הגישה המקבילה, שבה הטיפול בכל אחת מהפרעות מוענק במקביל, באמצעות שתי מערכות טיפול שונות, אינה יעילה (Torrey et al., 2001). לעיתים תכופות, בעלי תחלואה כפולה לא שולבו בטיפול בשתי המערכות או בכלל, ואם שולבו – התקשו להתמיד בו.

לעומת שתי הגישות שלעיל, **טיפול משולב** (IDDT, Integrated Dual Disorder Treatment) נועד להגברת יעילות הטיפול ולהפחתת הנטל המושת על המתמודד עם התחלואה הכפולה במאמציו לנווט במערכות נפרדות ומורכבות (Mueser et al., 2003). מטרתו לטפל בשתי ההפרעות בו-זמנית, באמצעות מטפל אחד או צוות של מטפלים שהוכשרו במיוחד לכך, והם בעלי ידע הן בתחום הפסיכיאטריה והן בתחום ההתמכרויות. הטיפול ניתן באופן עקבי בהתבסס על אותה תפיסה מנחה ואותה גישה טיפולית. הטיפול המשולב ארוך טווח ורב-תחומי, וכדי לענות על צורכי המטופלים והאנשים שסביבם הוא כולל התערבויות פרמקולוגיות, פסיכולוגיות, חינוכיות וחברתיות, וכן היבטים פרקטיים של שיקום הנוגעים לדיור, תעסוקה, בריאות פיזית וסטטוס משפטי. בטיפול זה משולבים המטופל ומשפחתו באופן פעיל, והוא חותר לבניית שגרת פעילות חיים יומיומית בעלת משמעות בדרך להחלמה.

הטיפול המשולב מבוסס על הנחת היסוד כי להתמכרות ולתחלואה הנפשית בסיס סוציו-ביופסיכולוגי משולב ומשותף. מגבלות המקום אינן מאפשרות בחינה מעמיקה של האטיולוגיות שהוצעו להסבר התחלואה הכפולה – פסיכולוגיות או נוירוביולוגיות – אך התפיסה הרווחת כיום בקרב ארגוני הבריאות בעולם ובקרב רוב המומחים בתחום היא כי ההתמכרות קשורה מהותית לתהליכים ותפקודים מוחיים ולליקויים ומנגנוני פעולה נפשיים המעורבים במחלות נפש שונות (Mueser et al., 1998). שימוש בסמים פוגע ביכולת לחוש גמול, ולכן פוגע במוטיבציה, ברגש ובתהליכים

הדוניים. מלבד זאת הוא פוגע בתשתית העצבית המעורבת בחשיבה לטווח ארוך, ביכולת קבלת החלטות, בקשב ובעכבת תגובה, וכן במעגלים עצביים אחרים המעורבים גם במחלות נפשיות כגון דיכאון, חרדה וסכיזופרניה. שינויים עצביים אלה עשויים להסביר את הקו-מורבידיות הרבה שבין שימוש לסמים ותחלואה פסיכיאטרית. לפיכך, אף שכל הנראה עוד לפני שהחלה צריכת החפ"א היו ליקויים מוחיים – מורכבים ונרכשים – החשיפה לסמים מחמירה עוד יותר את הליקוי המבני והתפקודי המוחי (Volkow, 2009b; Volkow et al., 2016) ומחמירה את מצבו של האדם. דמיון בגורמי סיכון וחוסן, כגון איכות יחסים מוקדמים והשפעת התעללות והזנחה בינקות, בילדות ובהתבגרות, מחזק אף הוא את הצורך לטפל בתחלואה כפולה באופן משולב (Mueser et al., 1998; Szerman et al., 2013).

הטיפול המשולב מבוסס על העקרונות שלהלן (Mueser et al., 2003):

1. **אינטגרציה** שילוב התערבויות המכוונות הן להתמכרות לחומרים והן להפרעה הנפשית. הטיפול ניתן על ידי איש מקצוע אחד או צוות מקצועי אחד, דבר המפחית פערים וקשיים העלולים להיגרם בשל כפילות מערכות טיפול, תפיסות שיקומיות שונות, נהלים שונים וכן הלאה (Graham, 2004).
2. **שירותים מקיפים** לעיתים תכופות בעלי התחלואה הכפולה מתמודדים עם קשיים במעגלי חיים שונים ומרובים. חלק ניכר מהטיפול המשולב מכוון להפחתת התחלואה הנפשית וההתמכרות ולייצובן, אך לשם שיקום מוצלח חשובים לא פחות גם העבודה על נושאים כגון דיור, חובות והתנהלות כלכלית, יחסים חברתיים ובין-אישיים, וגם פתרון בעיות הקשורות במערכות אכיפה וענישה ומציאת עיסוק ופעילויות בעלות משמעות. רבים מהקשיים שהמתמודדים עם תחלואה כפולה חווים במישורים אלה קשורים למצבם הנפשי ולשימוש בסם, ולכן הטיפול בהם – אפילו לפני הטיפול בתחלואה הנפשית ובהתמכרות עצמן – חיוני. טיפול בקשיים אלה יכול להגביר תחושות יציבות, שיפור, תקווה ואמון ששינוי חיובי אפשרי.
3. **יישוג אסרטיבי** בעלי תחלואה כפולה מתאפיינים ברמת מוטיבציה נמוכה לפנייה לקבלת טיפול ולהישארות בטיפול. הנשירה מטיפול שכיחה מסיבות שונות, ובכללן תחושה של הצפה, לחץ לטפל בשפע הבעיות במישורים השונים של חייהם מחוץ למסגרת הטיפולית, חוסר אמון כי שינוי אפשרי, קושי להתחייב לתהליך טיפולי משמעותי וליקויים קוגניטיביים ורגשיים. הנחת העבודה ביישוג האסרטיבי היא כי אין לצפות מהחולה לבקש סיוע בעצמו, וכי איש המקצוע צריך לחפשו בסביבתו – שלו באופן פעיל. יצירת קשר והצעת סיוע בבעיות פרקטיות נמצאה אסטרטגיה יעילה

בבניית אמון ויחסי עבודה טיפוליים. אומנם יישוג אסרטיבי נקשר בעיקר בשירותים אמבולטוריים, אבל אין להפרידו גם מההתנהלות במסגרות פנימייתיות (לדוגמה, כשמטופל מסרב לצאת מחדרו יש לפנות אליו ולשכנעו להשתתף בפעילויות קבוצתיות ואחרות) (Bond & Drake, 2015; Bond et al., 2001).

4. **פרספקטיבה ארוכת טווח** תהליך ההחלמה משתי הפרעות כרוניות הקשורות זו בזו מורכב וממושך. מחקרים הראו כי תוכניות התערבות קצרות טווח עשויות להיות יעילות בהפחתת שימוש בסמים ותוצרים אחרים, אך אינן משפיעות על חייהם של המתמודדים עם תחלואה כפולה באופן משמעותי ולטווח ארוך (Drake et al., 2008). החלמה, לפיכך, מושגת לאורך זמן וכוללת שינוי בתחומי חיים שונים. על החולים להשיב לעצמם מיומנויות שזנחו או שלא למדו כלל, שאנשים אחרים פיתחו במהלך ההתבגרות או הבגרות המוקדמת. חיוני אפוא שטיפול משולב הניתן לבעלי תחלואה כפולה יציע להם סיוע בלתי מוגבל לטווח ארוך.
5. **טיפול מבוסס מוטיבציה** מרכזי טיפול משולב משתמשים לעיתים תכופות במודל שלבי השינוי (Osher & Kofoed, 1989) ובמודל הטרנס-תאורטי הביופסיכולוגי של השינוי (Prochaska & DiClemente, 1986), הן כמסגרת קונספטואלית והן ככלי להתאמת ההתערבויות הניתנות לרמת המוטיבציה לשינוי ולטיפול של בעל התחלואה הכפולה. המודל הטרנס-תאורטי הוא מודל כולל ביופסיכולוגי הממשיג את תהליך השינוי ההתנהגותי המכוון ומאפיין. על פי המודל, שינוי התנהגותי מתרחש דרך סדרת שינויים קטנים יותר (שלבי שינוי): טרום הרהור, הרהור, הכנה, פעולה ושימור.

- א. **טרום הרהור**: בשלב זה אין האנשים חושבים על שינוי התנהגות בעייתית בעתיד הקרוב, ולעיתים אף אינם מוכנים לשקול שינוי.
- ב. **הרהור**: בשלב זה מתחילים האנשים לשקול שינוי, ועשויים לחשוב על יתרונות וחסרונות הגלומים בו. שלב זה מאופיין באמביוולנטיות, שכן רוב האנשים עדיין מקיימים בו את התנהגותם הלא בריאה.
- ג. **הכנה**: בשלב זה מוצאים האנשים כי התועלת בשינוי גוברת על ההסתייגויות ממנו, והם חושבים ברצינות על פעולה נדרשת. עם זאת, גם בשלב זה הם עדיין נרתעים מן השינוי עצמו.
- ד. **פעולה**: שלב הפעולה מציין את ראשיתו של שינוי התנהגות בפועל. לעיתים קרובות, בשלב זה מתרחשת הישנות (נסיגה).
- ה. **שימור**: כשהשינוי ההתנהגותי הושג ונשמר לפחות שישה חודשים, מצויים האנשים בשלב השימור. יש הטוענים שלאחר השגת ההתנזרות והתייצבותה השימור כרוך בפחות מאמץ.

התאמת אסטרטגיות הטיפול למאפייני המטופל, למוטיבציה שלו לטיפול ולשלב השינוי שבו הוא מצוי חיונית, שכן התערבויות שנמצאו יעילות בשלבים אחדים עלולות להיות לא יעילות – ואף מזיקות – אם יוענקו בשלבים מאוחרים או מוקדמים יותר (Osher & Kofoed, 1989).

חשוב לציין שהישנות – relapse, ובשפה עממית יותר: "נסיגה", "מעידה", "נפילה", שהיא ביטוי נשנה של תסמיני ההפרעה, ובכלל זה חזרה לשימוש בחפ"א – אינה כישלון. הישנות היא חלק טבעי משינוי התנהגות, ויש לצפות לה (NIDA, 2012a). לפיכך על אנשי המקצוע והמתמודדים עם ההפרעה להתכונן להישנות, ולהיות מסוגלים להתמודד עימה באופן ראוי ובונה תוך צמצום הנזקים הנלווים להופעתה וקיצור משכה.

6. **מזעור נזקים והפחתתם** בראשית תהליך הטיפול ייתכן שהמתמודד עם תחלואה כפולה לא יסכים לכך ששינוי שימוש בסמים הכרחי. בהיעדר מוטיבציה לשינוי אחת או שתיים מההפרעות, אפשר לבנות אמן ולהתחיל את קשרי העבודה באמצעות עבודה משותפת על צמצום ההשלכות השליליות של השימוש בחפ"א. בעיות כלכליות, היעדר תנאי דיור נאותים או פתרון דיור כלשהו, תזונה גרועה ואורח חיים מסתכן מגבירים את הסיכון לתחלואה פיזית ולהידבקות. התערבויות למזעור נזקים מכוונות לצמצום השפעותיו השליליות של השימוש בחפ"א. לדוגמה, פתרונות דיור מלאים או ליליים, פתרונות תזונתיים כגון חלוקת ארוחות, תוכניות להחלפת מחטים או מזרקים, חלוקת קונדומים, הנגשת משאפים לטיפול חרום במנת יתר ועוד. תמיכה במרכיב זה מגיעה מגוף הולך וגדל של מחקר המצביע על יעילות התערבויות פסיכופרמקולוגיות גם כשהשימוש הפעיל בחפ"א ממשיך להתקיים (Krausz et al., 2015). לאור זאת, יש הממליצים להימנע מהתניית שירותי אבחון וטיפול בתחלואה כפולה בתקופת התנזרות מינימלית ("ניקיון") (Minkoff, 2013).

בישראל נחלק הטיפול בבעלי תחלואה כפולה בין שלושה גורמים: משרד הבריאות, האמן על תהליך הגמילה הפיזית מחומרים ממכרים; קופות החולים, המופקדות על הטיפול הנפשי; והשירות להתמכרויות במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, המעניק טיפול נפשי ושיקומי בתחום ההתמכרויות בלבד, למכורים מאוזנים נפשית שאינם משתמשים בסמים ופונים לסיוע (קור דבידוביץ', 2016).

1.5 יעילות הטיפול בתחלואה כפולה

בשנת 2007 ציין SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, הגוף המרכזי בארצות הברית המתכלל שירותי טיפול בנפגעי תחלואה נפשית והתמכרויות ושיקומם) את הטיפול המשולב בבעלי תחלואה כפולה חמורה כפרקטיקה מבוססת ראיות, ופרסם מערך הדרכה ויישום של השיטה. בשנים שחלפו מאז עבר מערך זה עריכה ועדכונים (McHugo et al., 2007; Center for Mental Health Services, 2016). המערך מפרט 26 מרכיבים שעניינם עקרונות הטיפול ושיטת הטיפול, הכשרת צוותים רב-מקצועיים, היבטים ארגוניים, דרכי מדידת תוצאות הטיפול והיבטים אחרים של יישום השיטה והטמעתה.

טיפול משולב נקשר להפחתת אשפוזים, להפחתת השימוש בחפ"א ולשיפור בתנאי המחיה של המתמודדים עם תחלואה כפולה (Barrowclough et al., 2001; Chandler, 2011; Drake et al., 2008; Swain et al., 2010). אך בבואנו לבחון עדויות הנוגעות ליעילות ההתערבויות בקרב בעלי תחלואה כפולה בכלל וליעילות הטיפול המשולב בפרט, התמונה המסתמנת מורכבת ולא חד-משמעית.

מחקר שיטתי על יעילותו של טיפול פסיכוסוציאלי בבעלי תחלואה כפולה החל לפני כ-20 שנה. עד אז שיקום אנשים אלה נחשב בלתי אפשרי, בשל היעדר מחקר מבוקר מספק (Roberts et al., 1992). כיום הצטבר מידע לא מבוטל שמקורו במחקרים קליניים מבוקרים, המאפשר סקירות מקיפות ומטה-אנליזה על יעילותן של התערבויות בבעלי תחלואה כפולה, בעיקר בכאלה הלוקים בתחלואה נפשית חמורה, כגון סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית ודיכאון חריף (Moggi & Öjehagen, 2015; Chow et al., 2013; Drake et al., 2008), אך למרות גוף הידע הנרחב שהצטבר, "טיפול פסיכוסוציאלי יעיל בבעלי תחלואה כפולה עדיין נחשב משימה בלתי אפשרית" (Chow et al., 2013). בדומה, בסקירת קוקרן מעמיקה הסיקו האנט ועמיתים (Hunt et al., 2013) כי אין הוכחה גורפת לכך שהתערבות פסיכוסוציאלית מסוימת עדיפה על פני אחרת למניעת נשירת מטופלים מן הטיפול, להפחתת שימוש בחפ"א, או לשיפור מצב בריאותם של בעלי תחלואה כפולה הלוקים בהפרעה נפשית חמורה. עם זאת, רוב החוקרים תמימי דעים כי, ככל הנראה, הממצאים הלא עקביים נובעים לא מחוסר יעילות הטיפול המשולב, אלא בעיקר מההטרוגניות בין המחקרים במאפייני החולים (כגון חומרת ההתמכרות וסוג החפ"א שהשתמשו בהם, סוגי הפרעות הנפשיות וחומרתן) ובנסיבות שבהן המחקרים נערכו (כגון משך ההתערבויות, מרכיביהן, מיומנות הצוותים

המטפלים ותוצרי הטיפול (שנבדקו). מפאת הטרוגניות זו, כמעט בלתי אפשרי לאתר מחקרים ברי השוואה זה לזה. עם זאת, רוב ההתערבויות המשולבות הראו יעילות רבה יותר בהשוואה לטיפול רגיל (De Witte et al., 2010; Lubman et al., 2014).

מרכיבים שהגבירו את יעילות הטיפול המשולב הם ריאיון מוטיבציוני, התערבויות קוגניטיביות-התנהגותיות ספציפיות שהותאמו להפרעה הנפשית המסוימת, תוכנית למניעת הישנות שימוש בסמים, contingency management (ניהול גמולים) והתערבויות משפחתיות לטיפול בהתמכרות (Moggi & Öjehagen, 2015).

יש לציין כי רוב המחקרים נערכו בקרב מתמודדים שחומרת ההפרעה הנפשית שלהם גבוהה המטופלים בקהילה, במסגרת פנימייתית או בקהילה טיפולית מותאמת (Drake et al., 2008), וכי מעט מאוד מחקרים נערכו בקרב מתמודדים שחומרת ההפרעה הנפשית שלהם נמוכה או בינונית, כגון דיכאון מתון או חרדה בינונית (Kelly et al., 2012). זאת אף שלהתערבויות פסיכוסוציאליות ידועה השפעה מיטבית דווקא בקרב המתמודדים עם רמות נמוכות ובינוניות של אותן הפרעות. בשנים האחרונות מתרבים המחקרים הבוחנים צירופים של מרכיבי טיפול מסוימים לתחלואה כפולה ספציפית. לדוגמה, שימוש בסמים והפרעה פוסט-טראומטית (Schäfer & Langeland, 2015), דיכאון והפרעת שימוש באלכוהול (Baker et al., 2014) או סכיזופרניה והפרעת שימוש בסמים (Mueser et al., 2012). ייתכן אפוא שבעוד שנים בודדות תיזנח גישת הטיפול האחד בכל בעלי התחלואה הכפולה, ותוחלף בטיפול משולב ייעודי לתחלואה כפולה מסוימת. עם זאת, המחקרים המבוקרים על טיפול משולב בתחלואה כפולה בהפרעות ספציפיות כיום מעטים מכדי שיהיה אפשר להסיק מהם מסקנות ברורות. לסקירת מרכיבי התערבות שנמצא כי הם מגבירים את יעילות הטיפול בבעלי תחלואה כפולה בהתייחס להפרעות נפשיות ספציפיות, הקורא מוזמן לעיין בספרות רלוונטית (De Witte et al., 2014).

בספרות מודגשת חשיבותה של ההיערכות הארגונית להפעלת פרקטיקות מבוססות מחקר בטיפול בהתמכרויות ביעילות. הכשרת צוותים, תמיכה ארגונית, משאבים מספקים ותחושה שהעשייה מסייעת ללקוחות נמצאו חיוניים להעברה יעילה של הטיפול (Amodeo et al., 2013). הדבר נכון במיוחד בטיפול קהילתי אסרטיבי משולב (ACT). טיפול קהילתי אסרטיבי הוא אחד המודלים הנחקרים ביותר לטיפול משולב בקהילה למבוגרים המתמודדים עם תחלואה נפשית חמורה מסוג סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית או

דיכאון חמור (Dixon, 2000). המודל כולל צוות רב-תחומי ביחס מספרי גבוה ללקוחות (אידאלית, 10:1). צוות זה זמין 24 שעות ביממה, מספק את רוב הקשר הטיפולי בקהילה ולא במשרד, מעורב, ומקיים קשר ישיר עם צוותי הטיפול מתחום בריאות הנפש הפועלים בקהילה ובבתי החולים בעת אשפוז המטופל ובעת שחרורו. המודל נמצא מצמצם אשפוזים ומשפר יציבות בקרב מבוגרים המתמודדים עם תחלואה נפשית חמורה ומתגוררים בקהילה. התוצרים הטובים ביותר של הטיפול נמצאו קשורים להקפדה רבה יותר על אופן ביצוע התוכנית הטיפולית (Bond & Drake, 2015; Henwood et al., 2017; Teague et al., 1998).

1.6 שיקום ארוך טווח של המתמודדים עם תחלואה כפולה ומזעור נזקים

עד היום, רוב המחקרים שבחנו את יעילות הטיפולים בבעלי תחלואה כפולה השתמשו במדדי תוצאה מסורתיים, כגון התנזרות מסמים והפחתת חומרת תסמינים פסיכיאטריים. עם זאת, כיום ברור יותר ויותר כי על מדדי תוצאת הטיפול לשקף לא רק תסמינים נפשיים, במיוחד כאשר עסקין בהפרעות כרוניות מורכבות. בהינתן הכרוניות והסיכון המתמשך לנסיגות ולהישנות המובנות בהפרעות אלה, יועיל יותר למטופל אם ישיג הישגים בהיבטים שונים ומרובים של חייו, כגון דיור קבע ושיפור סביבת תעסוקה (או השגת תעסוקה). יתרה מכך, במדינות רבות משתמשי מערכת בריאות הנפש פיתחו התנגדות כלפי מערכות בריאות הנפש הקיימות, דבר שעשוי להעיד על כך שהמטרות הטיפוליות של אנשי המקצוע בעניין ייצוב סימפטומטי אינן תואמות לשאיפת המטופלים להחלמה (Drake & Latimer, 2012). החלמה לרוב קשורה להזדמנויות להשכלה, לתעסוקה, למגורים עצמאיים ולמעורבות בקהילה.

תעסוקה קבועה בקרב בעלי תחלואה כפולה נקשרה לשיפור בחומרת התסמינים הנפשיים, לירידה בשימוש ובחומרת ההתמכרות, לתחושת אוטונומיה ואיכות חיים טובות יותר ולירידה בשימוש בשירותי בריאות הנפש (McHugo et al., 2012). לפיכך, מרכיב חיוני בטיפול בתחלואה כפולה צריך להיות סיוע במציאת עבודה, אם כי יש לזכור שחלק מהחולים נזקקים לתוכנית מותאמת. תוכנית תעסוקתית מותאמת נקשרה ביעילות שיקומית טובה יותר בהשוואה לאפשרויות התעסוקה הרגילות, ולעלות נמוכה יותר לשירותי הרווחה ולשירותי הבריאות (Knapp et al., 2013).

מגורים איכותיים ובטוחים חיוניים לשימור השינוי בחיים. עם זאת, בהינתן העלות היקרה של דיור באירופה, בארצות הברית ובישראל, דיור בר-השגה לאנשים ממעמד סוציאקונומי נמוך, כמו רוב הלוקים בתחלואה כפולה, מוגבל ביותר. חוסר יציבות במגורים מוביל לאשפוזים רבים וממושכים יותר, ולעלייה בשיעור חסרי הבית. בשל העלות הגבוהה הכרוכה באשפוז קיים לחץ עצום להפחתת שיעור המטופלים השוהים בקהילות טיפוליות או מאושפזים בבתי חולים, ומדינות רבות מצמצמות משמעותית את שיעור המיטות הזמינות לשם כך. דיור בטוח הופך אפוא בעיה גדולה יותר ויותר. מתקני דיור מוגן ששירותי הטיפול מציעים דורשים לרוב התנזרות מוחלטת כתנאי מוקדם, ובכך מסננים החוצה את החולים הקשים ביותר, אלה שנדרשים לפתרונות דיור ממשלתיים יותר מכולם.

תוכניות "מגורים תחילה" לבעלי תחלואה כפולה מחוסרי בית באופן זמני או קבוע כוללות גישה מהירה למגורי קבע בקהילה, טיפול משולב, הכשרה תעסוקתית ושירותי שיקום ותמיכה, ובצפון אמריקה ובאירופה הן נפוצות יותר ויותר (Aubry et al., 2015; Stergiopoulos et al., 2015). תוכניות אלה מבוססות על עקרונות מזעור הנזקים, ועל ההבנה כי דרישות להתנזרות מוחלטת מסמים או להתקדמות בטיפול – או אף להשתתפות בטיפול – אינן אפשריות כתנאי מקדים לקבלת מגורים של קבע בקרב אנשים שתנאים בסיסיים לקיום פיזי אינם זמינים להם והם נאלצים להתמודד עם אתגרי חיים ותפקוד מורכבים. דיור יציב מכוון ליצור בסיס לשילוב חברתי ולהחלמה (Padgett et al., 2016).

ישנן עדויות מחקריות משכנעות כי תוכניות "דיור תחילה", המעניקות לבעלי התחלואה הכפולה דיור לפני הטיפול בהפרעותיהם, מפחיתות דרות רחוב בקרב בעלי תחלואה כפולה באופן משמעותי, לרוב בשיעור גבוה בהרבה מתוכניות טיפול אחרות, וכי הן גם משפרות את תפיסת איכות החיים שלהם, את ביטחונם ואת תפקודם בקהילה. לעומת זאת, הצלחת תוכניות אלה בהפחתת התמכרות או תחלואה נפשית פחות חד-משמעית, אם כי מחקר שהתפרסם לאחרונה הצביע על יעילות דומה של המודל בהעלאת איכות חיים, יכולת תפקודית ושיפור תסמינים פסיכיאטריים בקרב מחוסרי דיור מכורים ושאינם מכורים (Urbanoski et al., 2018). סקירה עדכנית הראתה שתוכנית "דיור תחילה" הפחיתה את מכלול העלויות לציבור הנלוות לטיפול ולהתמודדות עם חסרי בית, העלתה את איכות חייהם של המטופלים, והציעה כי תוכנית זו ממצה את המשאבים ביעילות רבה יותר מאשר שירותים מסורתיים יותר (Ly & Latimer, 2015).

מחקרים אחרים מצביעים אף הם על יתרונות שעשויים לנבוע מצעדים למזעור נזקים. מחקר רחב היקף משנת 2013 הראה כי הפצת משאפי נלוקסון בשילוב חינוך למזעור נזקים בקרב מכורים, צוותי טיפול, בני משפחה וחברים של מכורים הצליחה להפחית באופן ניכר מקרי מוות ממנת יתר בקרב מכורים להרואין (Walley et al., 2013). לטענת חוקרים שונים, בהתעקשות על התנזרות מוחלטת מסמים אצל מכורים ברמת חומרה גבוהה הנזק רב על התועלת, מפני שרבים מהם אינם מצליחים להתנזר, וכתוצאה מכך מאבדים את מקומות תעסוקתם, את בתיהם, ובסופו של דבר את חייהם (Dom & Moggi, 2015). לעומת זאת, טיפול במכורים להרואין בסביבה מבוקרת ומפוקחת הצליח להחזיר מטופלים לטיפול, וסייע להם לשפר את איכות חייהם (Fischer et al., 2007). על שימוש מבוקר באלכוהול או סמים בקרב בעלי תחלואה כפולה לא נערכו מחקרים, משום שמחקרים הכוללים מתן חומרים לא חוקיים לרוב פולטים מראש את המתמודדים עם הפרעות פסיכיאטריות. במשך זמן רב התנזרות מוחלטת מחפ"א הייתה המטרה היחידה והעיקרית של טיפול בהתמכרויות. היום, לעומת זאת, הפחתת כמות האלכוהול כדי להפחית שתייה בסיכון גבוהה היא מטרה קבילה טיפולית לגישתם של קלינאים רבים, וכן לגישתן של רוב סוכנויות הטיפול והמחקר המרכזיות בעולם המערבי, כגון ה-NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) בארצות הברית וה-EMA (European Medicine Agency) באירופה (Van Amsterdam & van den Brink, 2013).

1.7 פרמקותרפיה בתחלואה כפולה

מחקרים הראו כי שילוב טיפול תרופתי עם התערבויות פסיכוסוציאליות משפר את תוצרי הטיפול בתחלואה כפולה. לא ידוע על טיפול תרופתי שפותח לשם טיפול בתחלואה כפולה של סמים והפרעה נפשית, אך מחקרים מעטים בחנו את השפעתן של תרופות פסיכיאטריות שונות, כגון תרופות נוגדות דיכאון, ממתנות חרדה ונוגדות פסיכוזה, על בעלי תחלואה כפולה, וכן את השפעתן של תרופות ממתנות כמיהה. רוב המחקרים הללו כללו מעט משתתפים, ומעטים מאוד נערכו במתודולוגיה משביעת רצון (מחקרים קליניים מבוקרים בהקצאה אקראית), ולפיכך הבסיס האמפירי להמלצה על טיפול תרופתי מבוסס ראיות בבעלי תחלואה כפולה מצומצם יחסית (Soyka & Grunze, 2015).

פרמקותרפיה של בעלי תחלואה כפולה היא עניין מורכב. קיים קושי באבחון (בהכרעה אם מדובר בקו-מורבידיות אמיתית או בהפרעה פסיכיאטרית

שנגרמה בגלל החומרים), בקרב המתמודדים עם התמכרות יש מחלות פיזיות רבות (לדוגמה, כשל כלייתי או בעיות כבד, תחלואה לבבית ועוד), בין התרופות לסמי הרחוב אפשרויות אינטראקציות פרמקולוגיות רבות, יש תופעות לוואי לא מעטות לתרופות, ובחלק מתרופות המרשם יש פוטנציאל גבוה לשימוש לרעה. בעלי תחלואה כפולה אינם נכללים (ואפילו מוצאים כתנאי) ברוב המכריע של הניסויים הפסיכופרמקולוגיים, והיענותם לטיפול תרופתי נמוכה. חלק מהטיפולים התרופתיים היעילים יותר באוכלוסייה שאינה משתמשת בחפ"א יעילים פחות בקרב בעלי תחלואה כפולה. לדוגמה, במטה-אנליזה עדכנית נמצאה פסיכותרפיה יעילה ביותר בהפחתת דיכאון וחרדה בקרב משתמשים בהרואין, ותרופות טריציקליות, למרות ריבוי תופעות הלוואי, נמצאו יעילות יותר בהשוואה לתרופות מעכבות סרוטונין (Hassan et al., 2017).

רוב המחקר הקיים עוסק בטיפול תרופתי בהפרעות החמורות ביותר: יעילותו בקרב בעלי הפרעת שימוש בחומרים והפרעות חרדה, בקרב בעלי הפרעות אפקטיביות – בעיקר דיכאון חריף והפרעה דו-קוטבית, ובקרב בעלי סכיזופרניה ופסיכוזה (Soyka & Grunze, 2015). לאחרונה גובשו המלצות מבוססות מחקר על שילוב טיפול פסיכוסוציאלי עם טיפול תרופתי בקרב בעלי הפרעת קשב או היפראקטיביות והתמכרות לסמים, בהדגשת היעילות של מינון גבוה יחסית של אמפטמינים בשחרור מושהה למטופלים שאינם מגיבים למינונים הרגילים (Crunelle et al., 2018).

אף שתחום מחקר זה אינו מפותח מספיק, מהעבודות שנעשו עד כה עולה בבירור שאין טיפול תרופתי הנכון לכולם. בעת הטיפול בשתי ההפרעות שהחולה מתמודד עימן יש להביא בחשבון הן את מחלת הנפש הספציפית והסם העיקרי הספציפי, והן את האינטראקציות האפשריות – בין התרופות המיועדות להקלה על כל אחת מההפרעות ובין לבין סמים ותרופות שהחולה עשוי להשתמש בהם לרעה תוך כדי הטיפול (Mozayani & Raymon, 2012).

על סמך מחקרים בודדים שנערכו עד כה, אפשר להתרשם כי טיפול בתרופות מפחיתות כמיהה עשוי לסייע בהפחתת צריכת אלכוהול בקרב בעלי תחלואה כפולה המתמודדים עם הפרעות פסיכיאטריות מסוימות (לדוגמה, נלמפן או נלטרקסון מסייעים לבעלי הפרעה פוסט-טראומטית או סכיזופרניה, ולפוראט מסייע לבעלי הפרעה דו-קוטבית) (Di Nicola et al., 2015; Green, 2007; Soyka & Grunze, 2017), אולם הטיפול התרופתי צריך להינתן בשילוב התערבויות פסיכוסוציאליות מקיפות.

טיפול במתדון בקרב בעלי תחלואה כפולה המשתמשים בהרואין נמצא יעיל בשיפור תוצרי הטיפול כשניתן במינון גבוה יחסית (Maremmani et al., 2018), אך היו שהציעו טיפול במינון נמוך כדרך למזעור נזקים ולהנעת המטופל להשתתפות בטיפול מקיף יותר (Pacini & Maremmani, 2017). מחקר חלוץ הראה כי טיפול בסובוקסון הפחית הן את חומרת תסמיני ההתמכרות והן תסמינים של דיכאון חמור (Alim et al., 2017). למרות שיעור גבוה במיוחד (41%) של הפרעה פוסט-טראומטית בקרב משתמשים לרעה בהרואין (Mills et al., 2007), ולמרות היעילות הגבוהה יחסית של טיפול באגוניסטים אופיאטיים כגון מתדון, סובטקס או סובוקסון (buprenorphine and buprenorphine/), סקירה (naloxone) בטיפול בהתמכרות להרואין (Veilleux et al., 2010), סקירה עדכנית הצביעה על צורך בבדיקה יסודית של השפעת הטיפולים האלה על איכות החיים והתחלואה הנפשית של בעלי פוסט-טראומה המכורים לאופיאטיים, שכן חלקם אינם מגיבים היטב לטיפולים אלה (Ecker & Hundt, 2018).

1.8 פרקטיקה מבוססת ראיות בתחלואה כפולה בקרב עבריינים

תחלואה כפולה שכיחה במערכת אכיפת החוק הרבה יותר מאשר באוכלוסייה הכללית. בארצות הברית מאובחנים בין 17% ל-34% מהעבריינים כבעלי הפרעה נפשית חמורה (Steadman et al., 2009) ואילו באוכלוסייה הכללית שיעורם נע בין 4% ל-6% (Kessler, 2004). כמו כן, 70%-86% מהעבריינים בארצות הברית מתמודדים עם הפרעת שימוש בחומרים (Peters et al., 1998), ובין 26% ל-32% מודים כי פשעו כשהיו בהשפעת סמים או אלכוהול (Baillargeon et al., 2010). הערכות עדכניות מניחות כי במערכות הכליאה האמריקניות 24%-34% מהנשים ו-12%-15% מהגברים מתמודדים עם תחלואה כפולה (Baillargeon et al., 2010; Hiller et al., 1996; Peters et al., 1998). לשם ההשוואה, באוכלוסייה הכללית שיעור בעלי התחלואה הכפולה – הפרעות נפשיות חמורות והפרעת סמים או אלכוהול – מוערך בכ-1.3% (Conway et al., 2006).

לעבריינים בעלי תחלואה כפולה סיכוי גבוה יותר להיעצר, לרוב בגין עבירות לא אלימות (Balyakina et al., 2014), וכן סיכון גבוה יותר לנהוג באלימות, בשל שיעור גבוה של שימוש בסמים ושיעור גבוה של הפרעות אישיות עם מאפיינים אנטי-סוציאליים לצד מחלות נפש חמורות (McCabe et al., 2012). אנשי מערכת אכיפת החוק נוטים לשימוש רב יותר בכוח כלפי בעלי תחלואה כפולה, ולרוב הם אינם מוכשרים למניעת הסלמת תוקפנות

(Peters et al., 2015). בעלי תחלואה כפולה נידונים לתקופות מאסר ארוכות יותר. הם מתקשים יותר לווסת את התנהגותם בכלא ולכן שוהים זמן רב יותר בבידוד, דבר המונע מהם טיפול נפשי הולם ומוביל להחמרת מצבם הנפשי, לקשיי התנהגות נוספים ולעוד עבירות משמעת, וכתוצאה מכך – לאובדן פריווילגיות, להארכת תקופת המאסר או לאשפוז פורנזי (Shames, 2015). רק 7% מהאסירים מקבלים טיפול גם בהפרעה הנפשית וגם בהתמכרות (Hunt et al., 2015), אך לרוב אין הקפדה על רצף טיפולי עם שחרורם, רצף הטיפול התרופתי נקטע ועד מהרה חלה החמרה קיצונית בבריאותם הנפשית (Weisman et al., 2004). בעיות הסתגלות אחרות בחזרה לקהילה מהכלא נובעות מהיעדר דיור, תעסוקה ונגישות לטיפול תומך מותאם.

רוב שירותי השיקום בקהילה לבעלי תחלואה כפולה אינם עונים על גורמי הסיכון לרצידיביזם עברייני (Andrews & Bonta, 2014). כתוצאה, שיעורה של תופעת "הדלת המסתובבת" בקרב עבריינים בעלי תחלואה כפולה גבוה במיוחד; והם נעים תכופות בין שירותי החירום המטפלים בבריאות הנפש בקהילה לבין בתי המעצר ובתי הכלא. לעבריינים בעלי תחלואה כפולה סיכון גבוה יותר לרצידיביזם (Peters et al., 2015), רבים מעמיתיהם עבריינים, והם עצמם מתאפיינים בחשיבה עבריינית והתנהגויות אנטי-סוציאליות, ברמת השכלה נמוכה, בקשיי תעסוקה, וכמובן, בשימוש בסמים. כלומר, הם מתאפיינים ברמה גבוהה של גורמי סיכון קרימינוגניים (Morgan et al., 2010).

שתי מסגרות תאורטיות חשובות להמשגת טיפול באוכלוסייה עבריינית הן מודל הסיכון-צרכים-היענות לטיפול (RNR, Risk-Need-Responsivity Model) ומודל הלמידה החברתית (SLM, Social Learning Model). מודלים אלה מסייעים ביישום טיפולים מבוססי ראיות בעבריינים ככלל. בקרב עבריינים בעלי תחלואה כפולה, הטיפול העיקרי שנמצא יעיל הוא טיפול משולב IDDT, בדומה למה שנמצא באוכלוסייה שאיננה עוברת חוק (NIDA, 2012b). שיטה זו כוללת אבחון יסודי, המביא בחשבון את שתי ההפרעות וכן את מאפייני הסיכון לעבריינות (כדוגמת חשיבה עבריינית), ומתאים להם טיפול הולם. ישנן עדויות כי תוכניות טיפול משולב בתחלואה כפולה שהופעלו בבתי סוהר הפחיתו את שיעורי העבריינות החוזרת בקרב המשתתפים (Peters et al., 2017).

אף שבמערכות ענישה בעולם נעשה שימוש בתוכניות שונות לטיפול בעבריינים בעלי תחלואה כפולה, עדיין הטיפול באוכלוסייה זו לוקה בחסר. תוכניות התערבות בעבריינים בעלי תחלואה כפולה כוללות התערבות ממוקדת משבר, תוכניות שיקום לפני כליאה או אחריה ובתי משפט טיפוליים,

כגון בתי משפט לסמים ובתי משפט לבעלי תחלואה נפשית. תוכניות טיפול בתוך בתי סוהר בעיקר מייצבות תסמינים אקוטיים, מספקות טיפול תרופתי ומקשרות את המטופלים לשירותים בקהילה לקראת שחרורם. ישנם בתי סוהר הכוללים גם קהילות טיפוליות המותאמות לתחלואה כפולה (MTCs, Modified Therapeutic Communities). מסקירות עדכניות עולה כי למרות עדויות מחקריות על התערבויות מבוססות ראיות שיושמו במערכות ענישה בעולם, לא עושים בהן שימוש מספק כדי לענות על צורכי עבריינים בעלי תחלואה כפולה. תוכניות שיקום בקהילה לתמיכה בעבריינים משוחררים המתמודדים עם תחלואה כפולה נדירות עוד יותר (Bernacchio & Burker, 2017; Butler et al., 2011; Peters et al., 2016). בישראל עתיד להיפתח במהלך שנת 2019 פיילוט ייעודי לטיפול בבעלי תחלואה כפולה בשירות בתי הסוהר.

לסיכום, המונח "תחלואה כפולה" בתחום בריאות הנפש משמש להתייחסות לחולים המתמודדים עם הפרעת שימוש בחומרים פסיכואקטיביים (ובכלל זה סמים, אלכוהול ותרופות) או הפרעת התמכרות התנהגותית ועם הפרעה נפשית אחרת. שתי ההפרעות עשויות להופיע בו-זמנית, או זו אחר זו במהלך החיים. המונח רומז כי בין שתי הפסיכופתולוגיות קיימת אינטראקציה המשפיעה על מהלך ההפרעות ועל הפרוגנוזה שלהן, וכן כי קיימים להן גורמים משותפים – גנטיים, נוירוביולוגיים, נוירו-התפתחותיים, נפשיים, חברתיים, אתניים, סביבתיים ותרבותיים. תחלואה כפולה שכיחה באוכלוסייה הכללית, ובמיוחד בקרב אנשים הפונים לקבלת טיפול בהפרעת התמכרות או בבעיות נפשיות. על פי המודל של רפואה מדויקת מותאמת אישית, אבחון תחלואה כפולה צריך להיעשות באופן אישי, בהתייחסות התפתחותית ארוכת טווח להיסטוריה האישית של החולה. יש לערוך את האבחון מוקדם ככל האפשר, ולא להמתין להתייצבות ההפרעה הפסיכיאטרית או להתנזרות מלאה של המטופל מסמים. כמו כן יש להביא בחשבון את מגוון הביטויים הסימפטומטיים של ההפרעות, גם אם הם מתחת לסף המאפשר אבחנה מלאה, שכן הם עלולים לפגוע באיכות החיים של המטופל ובתוצאות הטיפול.

ככלל, הטיפול בבעלי תחלואה כפולה מתאפיין בשיעורי היענות נמוכים וביעילות נמוכה בהשוואה לטיפול בבעלי הפרעה יחידה, והוא משית נטל כלכלי משמעותי על שירותי הטיפול והשיקום. הפרוגנוזה של כל אחת מההפרעות כשלעצמה – על אחת כמה וכמה במקרה של תחלואה כפולה – נובעת מבסיס פסיכוביולוגי עמוק ונרחב, היוצר הפרעה כרונית בעלת מהלך התפתחות מתקדם (progressive) התקפי-הפוגתי (Relapsing-remitting), המוביל לליקוי תפקודי ניכר. הבנה זו מובילה בהכרח למסקנה כי קיים צורך דחוף

ביצירת מערכי טיפול ושיקום משולבים רב-ממדיים שיספקו מנגנוני תמיכה אקוטיים, קצרי טווח ובעיקר ארוכי טווח מותאמים, מתואמים וכוללים, שייתנו מענה ראוי ורציף לצרכים הדינמיים, המורכבים והכרוניים של בעלי תחלואה כפולה.

במחקרים רבים נמצא ה"טיפול המשולב" בבעלי תחלואה כפולה כפרדיגמה יעילה יחסית בהפחתת אשפוזיהם הפסיכיאטריים, בהפחתת שימושם בחומרים פסיכואקטיביים ובשיפור תנאי חייהם ואיכות חייהם. הטיפול המשולב ארוך טווח ורב-תחומי, וכדי לענות על צורכי המטופלים והאנשים שסביבם הוא כולל גם התערבויות פרמקולוגיות, פסיכולוגיות, חינוכיות וחברתיות, וגם היבטים פרקטיים של שיקום, הנוגעים לדיור, לתעסוקה, לבריאות פיזית ולסטטוס משפטי. בגישה זו משולבים בטיפול המטופל ובני משפחתו באופן פעיל, והיא חותרת לבניית שגרת פעילות יומיומית בעלת משמעות, בדרך להחלמה. מרכיבים שהגבירו את יעילות הטיפול המשולב הם ריאיון מוטיבציוני, התערבויות קוגניטיביות-התנהגותיות ספציפיות שהותאמו להפרעה הנפשית שהמטופל מתמודד עימה, תוכנית למניעת הישנות השימוש בסמים, contingency management, פרמקותרפיה מותאמת והתערבויות משפחתיות. חשיבותם של שיקום תעסוקתי ושל פתרונות מגורים בטוחים ואיכותיים מודגשת כחלק מהטיפול גם אם לא הושגה התנזרות מוחלטת מסמים, וגם אם הושגה ולא נשמרה ברציפות.

בספרות העוסקת בטיפול בתחלואה כפולה מודגשת חשיבות ההיערכות הארגונית להפעלת פרקטיקות מבוססות ראיות ביעילות. ליישום מודל משולב של טיפול בתחלואה כפולה נדרש מימון הולם, שיאפשר לבנות תשתית רחבה ומקיפה דיה של מענים, יאפשר להכשיר את אנשי המקצוע – הכשרה ממוקדת ונרחבת – לטיפול בבעלי תחלואה כפולה, ויאפשר הערכה של העשייה הקלינית באופן רציף ושיטתי. על הערכה כזאת להתבצע באמצעות כלים אובייקטיביים מתוקפים המותאמים לאוכלוסייה המגוונת והייחודית בישראל, ברגישות התרבותית המתחייבת. יש לפעול לבניית מערכי טיפול ושיקום משולבים, שיאפשרו להפעיל מנגנוני תמיכה אקוטיים מותאמים וכוללים – גם קצרי טווח וגם, ובעיקר, ארוכי טווח – שייתנו מענה ראוי ורציף לצרכים הדינמיים, המורכבים והכרוניים של בעלי תחלואה כפולה, הן במסגרות אשפוזיות והן בקהילה.

נחוצים ניסויים קליניים מבוקרים שיבחנו את יעילותן של התערבויות פסיכוסוציאליות, פסיכותרפויטיות ופרמקולוגיות בקרב בעלי תחלואה כפולה בישראל. בחינה שיטתית של מרכיבים אלה והתאמתם למאפיינים

אוכלוסיות ייחודיות על רצף ההתמכרות: תחלואה כפולה והתמכרות התנהגותית

הייחודיים לישראל תבהיר את מידת יעילות ההתערבויות הנהוגות כיום, תניע להטמעת התערבויות חדשניות, ותאפשר ניצול טוב יותר של משאבים והתאמתם לצורכי חולים ספציפיים.

2. התמכרויות התנהגותיות

חוקרים וקלינאים דנים זה זמן רב בשאלת קיומן של התמכרויות התנהגותיות. המונח "התמכרות" כשלעצמו, יש אומרים, טעון וסטיגמטי, ואילו אחרים טוענים כי הוא מתאר היטב את אופי התסמינים הקשורים בדפוסי התנהגות בעייתיים או בצריכה מופרזת של חומרים פסיכואקטיביים. מחלוקת עזה עוד יותר מתנהלת בסוגיה אם אפשר לסווג התנהגויות מופרזות כהפרעה נפשית. מחד, זיהוי מערך תסמינים כהפרעה נפשית מאפשר אבחון וסיווג עקביים, ולפיכך מקדם את חקר הסיבות לתופעה, את מניעתה ואת הטיפול בה. מאידך, ריבוי אבחנות נפשיות ממעיט בייחודם ובחוויתם של אנשים המתמודדים עם מחלות שנקשרו בליקוי משמעותי ועם פגיעה ניכרת באיכות החיים. האם התנהגות מופרזת היא רק העדפה או הרגל, או שיש לראות בה ביטוי של אבנורמליות עצבית (Petry et al., 2018)?

כדי לבחון הפרעות נפשיות חדשות שייכללו במהדורה החמישית של ה-DSM, הציע האיגוד הפסיכיאטרי האמריקני קווים מנחים להגדרת הפרעה נפשית (Stein et al., 2010). צוות מומחים בנושא הפרעות הקשורות לשימוש בחפ"א (התמכרויות לסמים ואלכוהול) והפרעות הקשורות אליהן (התמכרויות התנהגותיות) בחן את הספרות המדעית ואת דיווחיהם של קלינאים ברחבי העולם על התנהגויות התואמות את הקווים המנחים שהוגדרו, ובכלל זה הימורים, גיימינג מקוון, שימוש באינטרנט, אכילה, קניות, מין, פעילות גופנית ושיזוף. בתום דיונים והתייעצויות, הומלץ לבסוף לכלול רק אחת מבין ההתנהגויות האלה בצד הפרעות שימוש בחומרים: הפרעת הימורים. הפרעה זו מופיעה ב-DSM מאז 1980, ונתונים רבים נאספו באשר לדפוס התסמינים, המצוקה והליקויים התפקודיים הנגרמים בגינה, התשתית הנורוביולוגית שבבסיסה ודרכי טיפול בה (Petry, Blanco et al., 2014). באשר ליתר ההתנהגויות, המליצה ועדת המומחים לכלול רק את הגיימינג המקוון כתופעה הדורשת מחקר נוסף לפני שיהיה אפשר לסווגה כהפרעה, ובהתאם, הוא מופיע בחלק השלישי של המהדורה – הנספח המחקרי – ולא כהפרעה שבקונצנזוס (Petry et al., 2015). באשר ליתר ההתנהגויות מסקנת הוועדה הייתה כי נחוץ עוד מידע לפני שיהיה אפשר לבחון אותן כהפרעות.

התמכרות היא הפרעה כרונית בעלת מהלך מתלקח, שיש לה גורמים גנטיים, נורוביולוגיים, פסיכולוגיים, חברתיים וסביבתיים, והיא מוגדרת כדפוס

חוזר של התנהגות המביאה למצוקה או לפגיעה ניכרת באדם. התנהגות זו נחווית לעיתים תכופות כבלתי נשלטת, והאדם נכשל שוב ושוב בניסיונותיו להפחיתה או להפסיקה כליל. ההתנהגות נמשכת באופן כפייתי לטובת השגת סיפוק מידי, אף שהאדם מודע לכך שתפגע בו בטווח הארוך יותר. לפי מודל מרכיבי ההתמכרות, בצד המרכיבים הייחודיים לכל התמכרות (כגון רדיפה אחר הצלחות בהימורים) ישנם שישה מאפייני ליבה המשותפים להתמכרויות להתנהגויות ולחומרים (Griffiths, 2005). עם מרכיבים אלה נמנות סבילות וגמילה – שהודגמו היטב במחקרים הן בקרב משתמשים בסמים והן בקרב בעלי הפרעת הימורים (Griffiths & Smeaton, 2002; Rosenthal & Lesieur, 1992) ובבעלי הפרעת גיימינג (King et al., 2018) – וכן נמנים בולטות, שינוי במצב הרוח, קונפליקט והישנות. התעלמות ממאפייני ליבה אלה תוביל לכך שהתנהגויות פנאי רבות יאובחנו בטעות כהתמכרות (Griffiths, 2017).

בולטות היא מצב שבו ההתנהגות הופכת לפעילות החשובה ביותר בחייו של אדם ושולטת בחשיבתו (מחשבות טורדניות ועיוותי חשיבה), ברגשותיו (כמיהה) ובהתנהגותו (למשל פגיעה בהתנהגות חברתית). **שינוי במצב הרוח** הוא חוויה הסובייקטיבית המדווחת לאחר השתתפות בהתנהגות הרלוונטית (תחושת אופוריה, "היי", שלווה, קהות או ניתוק). **קונפליקט** הוא עימות בין-אישי או התנגשות בין המכור לסובביו או עימות פנימי, אינטרהפסיכי, הנוגע להתנהגות. בחירה מתמשכת בסיפוק או הקלה לטווח קצר המובילה להשלכות שליליות בטווח הארוך מובילה בסופו של דבר לצורך בהתנהגות מושא ההתמכרות כאסטרטגיית התמודדות. הקונפליקט בחיי המכור מוביל לפגיעה ביחסים בין-אישיים, בעבודה או בלימודים, בפעילויות חברתיות ובפעילות פנאי. הישנות היא חזרה שוב ושוב על דפוסי ההתנהגות הממכרת, בדרך כלל על ביטוייהם הקיצוניים, גם לאחר שנים רבות של שליטה והתנזרות (Griffiths, 2005).

חוקרים אחרים עסקו במאפיינים אטיולוגיים משותפים להפרעות שימוש בחומרים ולהתמכרויות התנהגותיות, ובכלל זה עיוותי חשיבה, מאפיינים התפתחותיים רגשיים ואישיותיים ומאפיינים נירוביולוגיים, כגון שינויים בדפוסי פעילות ברשתות עצביות הקשורות לגמול (הסטריאטום ובפרט גרעין האקומבנס), למוטיבציה (האנטריר סינגולייט קורטקס, הקורטקס האורביטו פרונטלי), לבקרה, לעכבה, לקשב ולקבלת החלטות (האנטריר סינגולייט גירוס, הקורטקס הדורסולטרלי), וכן שינויים בדפוסי פעילות במסלולים עצביים המעורבים בזיכרון, בלמידה ובפחד (האמיגדלה, ההיפוקמפוס והקורטקס הפרפרונטלי) (Banz et al., 2016; Robbins & Clark, 2015; Volkow et al., 2016).

למרות הקווים המשותפים בין התמכרויות לחומרים ולהתנהגויות, לא מעט חוקרים מבקרים את ההחלטה לראות בגיימינג התמכרות, והם ממליצים על זהירות מרבית מפני פתולוגיזציה יתר, לא רק של התנהגות מקוונת אלא של התנהגויות בכלל (Billieux, Schimmenti et al., 2015; Kardefelt-Winther et al., 2017).

2.1 הימורים

הפרעת הימורים היא התנהגות הימור מתמשכת ובעייתית המובילה לליקוי תפקודי משמעותי או למצוקה. ההפרעה מוכרת כבעיה משמעותית לבריאות הציבור, ומתאפיינת במחירים חברתיים ואישיים ניכרים, בקשיים כלכליים ותעסוקתיים, בתחלואה נפשית, בבריאות פיזית נמוכה ובשיעור התאבדויות גבוה (APA, 2013).

2.1.1 הגדרת ההפרעה וסיווגה כהתמכרות

אף שהפרעת הימורים מוכרת כהפרעה קלינית זה כ-40 שנה, מאז הכללתה במהדורה השלישית של ספר האבחנות הפסיכיאטרי (DSM-III) קיימים מחלוקת וחוסר עקביות במינוחים, בסיווג ובקריטריונים המשמשים לאבחונה. במהדורה הנוכחית של ספר האבחון הפסיכיאטרי ה-5 (APA, 2013) הושמטו המונחים "הימורים פתולוגיים" ו"מהמר פתולוגי", הנתפסים שיפוטניים וסטיגמטיים (Petry, 2010) והוחלפו ב"הפרעת הימורים". לשם אבחון ההפרעה ה-5 DSM-5 דורש כי האדם יענה במשך 12 חודשים לפחות על ארבעה מבין תשעת הקריטריונים שלהלן, וכי לא יוכלו לייחס את התנהגותו לאפיזודה מאנית בהפרעה דו-קוטבית או אחרת:

1. ירגיש צורך להמר על כמויות הולכות וגדלות של כסף כדי להשיג ריגוש ואופוריה.
2. יחוש אי-שקט או עצבנות כשינסה להפחית את תדירות ההימורים או להפסיקם.
3. ייכשל שוב ושוב בניסיונות חוזרים לא מוצלחים לשלוט בהימוריו, להפחיתם או להפסיקם.
4. יוטרד תכופות מעניינים הקשורים להימורים, וימצא עצמו חושב מחשבות חודרניות על הימורים במידה ניכרת (לדוגמה, מחשבות נשנות שבהן ישחזר חוויות הימורים קודמות, יתכנן את ההימור הבא, יחפש דרכים להשיג כסף לצורך הימורים או יחשוב על דרכים לזכות).
5. יהמר כשירגיש מצוקה (חוסר אונים, אשמה, חרדה או דיכאון).

6. יחזור להמר אחרי הפסד בניסיון להרוויח מחדש את הכסף שהפסיד.
7. ישקר או יסתיר את מידת מעורבותו בהימורים.
8. יסכן או יאבד קשרים משמעותיים, מקום עבודה או הזדמנויות קידום בקריירה או בלימודים בגלל ההימורים.
9. יסתמך על אחרים שיספקו כסף ויקלו על התמודדות עם מצבים כלכליים בעייתיים שנגרמו בגלל הימורים.

בין האבחנה המופיעה בגרסה הנוכחית של ה-DSM לזו שקדמה לה ניכרים שני הבדלים. ההבדל הראשון – השמטת התנאי הנוגע לביצוע פעולות לא חוקיות כגון התחזות, הונאה, גנבה, רמאות או מעילה כדי לממן את הימורים. הסרת הקריטריון הזה נעשתה לאור ממצאים שהראו כי רק מעטים מן המטופלים בבעיית הימורים אכן ענו על תנאי זה, וכי לרוב הם ענו גם על תנאים רבים אחרים, כך שהוא לא נמצא שימושי להבחנה בין בעלי הפרעה לכאלה שמהמרים באופן לא בעייתי (Petry, Blanco et al., 2014; Stinchfield et al., 2016).

יש שהתנגדו לגישה זו, וטענו שעבריינות היא מאפיין משמעותי ושכיח בקרב מהמרים במסגרות טיפול (Mitzner et al., 2011), ושהיא מעידה על חומרת הפרעה רבה יותר. יותר מ-40% מהמתמודדים עם הפרעת הימורים שאובחנה על פי הקריטריונים של ה-DSM-5 דיווחו על מעורבות בפעילות לא חוקית (Petry et al., 2013). יתרה מכך, מהמרים שנעצרו או נאסרו בעקבות עבריינות הקשורה להימורים מפגינים רמות גבוהות יותר של מאפייני הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית והפרעות שימוש בחומרים פסיכואקטיביים (Potenza et al., 2000), ולמהמרים המעורבים בפעילות עבריינית נדרש טיפול אינטנסיבי יותר בהשוואה לאלו שאינם עבריינים (Grant & Potenza, 2007). מסקירת 21 מחקרים שמיפו עבירות שביצעו מהמרים עולה כי עבירות הקשורות להימורים לרוב אינן אלימות, והן מיועדות בעיקר ליצירת הכנסה (Adolphe et al., 2018). כמו כן נטען כי נקיטת תהליכים שיקומיים בהסתמך על מודל המשפט הטיפולי במקרה של עבירה מינורית או עבירה ראשונה עשויה להפחית עבריינות חוזרת ולצמצם את עלותם של הימורים כרוניים בטווח הארוך לחברה, בניגוד לכליאתם של מהמרים שהם עבריינים חוזרים ושל כאלה שעברו עבירות חמורות (כגון הפרת אמון חמורה, אלימות חמורה או מעילה בהיקפים כספיים ניכרים) (Adolphe et al., 2018). לפיכך, טיפולוגיה של מהמרים עבריינים חיונית למניעה, לטיפול ולהגנה מיטבית על שלום הציבור והמשאבים הציבוריים. ממצאי מחקרים אלה עולה כי למרות השמטת תנאי העבריינות מהמאפיינים הנדרשים

לאבחנת הפרעת ההימורים, הקשר בין הימורים ועבריינות משמעותי ודורש התייחסות קלינית ומחקרית.

ההבדל השני בין הגרסאות האחרונות של ה-DSM בכל הקשור לאבחנת הפרעת הימורים נוגע לשייכות בפרק "שימוש בחומרים והפרעות נלוות". בפרק זה במהדורה החמישית הפרעת ההימורים היא היחידה המסווגת בקטגוריה חדשה הקשורה להתמכרויות התנהגותיות, המכונה "הפרעות שאינן קשורות לחומרים". את בחירתו הזאת נימק צוות המומחים האחראי על נושא ההימורים ב-DSM בהתבסס על מחקרים שהדגישו דמיון במאפיינים קליניים, נוירולוגיים, אפידמיולוגיים וגנטיים בין הפרעת הימורים להפרעת שימוש בחומרים פסיכואקטיביים (Petry, Blanco et al., 2014). ואכן, רבים מהחוקרים והמטפלים בתחום רואים בהפרעת הימורים דוגמה פרוטוטית להתמכרות התנהגותית. להפרעת שימוש בחומרים ולהפרעת הימורים מאפיינים אבחוניים דומים, כגון סבילות, אובדן שליטה, תסמיני גמילה והמשך ההתנהגות (הימור או שימוש בסם) למרות השלכותיה השליליות. המתמודדים עם הפרעת שימוש בחומרים וכן המתמודדים עם הפרעת הימורים מתאפיינים בליקויים קוגניטיביים ונוירוביולוגיים דומים, הבאים לידי ביטוי באימפולסיביות, כפייתיות, ליקוי בעיבוד גמול ועונש, תהליכי קבלת החלטות מוטוים ודפוסי חשיבה אופייניים (Fauth-Bühler et al., 2017; Rash et al., 2016). שתי ההפרעות חולקות גורמי סיכון משותפים, שיעור קו-מורבידיות גבוה ומאפיינים קליניים דומים, ובהם מועדות להפרעה, היענות ותגובה לטיפול ומהלך הפרעה אופייני של הישנות והקלה (Goudriaan et al., 2010; Grant et al., 2019).

2.1.2 כלי אבחון ומדידה של הפרעת הימורים

שיטות וכלים שונים לדיווח עצמי ולריאיון פותחו הן למען מהמרים בקהילה והן למען אוכלוסיות קליניות. כלי האיתור הנפוץ ביותר הוא ה-SOGS (South Oaks Gambling Screen), המבוסס על קריטריון שהוגדר ב-DSM-III (Lesieur & Blume, 1987). בכלי זה אפשר להשתמש הן בדיווח עצמי והן בריאיון. יש לו גרסה המתייחסת להימורים פתולוגיים לאורך החיים, אחרת המתייחסת לשנה האחרונה ואחרת המתייחסת לשלושת החודשים האחרונים (Wulfert et al., 2005), אך רגישותו האבחונית גבוהה מהספציפיות האבחונית, קרי הכלי מזהה לעיתים תכופות זיהוי שגוי (false positive) של ההפרעה. כלי אבחוני קצר יותר הוא ה-PGSI (Problem Gambling Severity Index), המאפשר לדרג את חומרת ההימורים לסיכון לפי רמה נמוכה, בינונית וגבוהה (Holtgraves, 2009). כלי נוסף, בן שלוש שאלות בלבד, המשמש תכופות בסקרי קהילה בארצות הברית הוא ה-BBGS (Brief Biosocial Gambling).

(Gebauer et al., 2010) (Screen) כלים אלה משמשים בעיקר להערכת חומרתה של הפרעת ההימורים בסקרים הבוחנים את שכיחותה ולמיון משתתפי מחקרים. כלים חדשים יותר מתמקדים בעיוותים קוגניטיביים כגון שליטה בדחף להמר, כמיהה להימורים ובמאפיינים אחרים המאיצים את התפתחותה של הפרעת הימורים או משמרים אותה, וכן הם מתמקדים במדידת מאפיינים הבוחנים את תוצרי הטיפול בהפרעה (Caler et al., 2016).

2.1.3 שכיחות

הימורים מצויים כמעט בכל תרבות ומתועדים כבר משנת 2000 לפנה"ס. הפרעת ההימורים מופיעה בכ-2.3% מהאוכלוסייה הבוגרת במוצע, והטווח המדווח במחקרים שונים נע בין 0.5%-ל-7.6% (Hodgins et al., 2011; Williams et al., 2012). שיעורי ההפרעה משתנים במדינות שונות. כך, בנורווגיה שיעור הפרעת ההימורים נמוך יחסית (0.2%), ובהונג קונג – גבוה (5.3%) (Cunningham-Williams et al., 1998; Hodgins et al., 2011). בארצות הברית, בסקר האפידמיולוגי המקיף ביותר דווחה שכיחות של 0.4% לאורך החיים, וצוין בו כי גברים לוקים בהפרעה בשיעור גבוה פי 2.5: שכיחות ההפרעה שנמצאו בו בקרב גברים ונשים הן 0.64%-ו-0.23%, בהתאמה (Petry et al., 2005). מטה-אנליזה גדולה של מחקרי שכיחות הפרעת הימורים שנעשו ברחבי העולם, דיווחה גם היא על שיעורים דומים. שם נמצא כי בין 0.2%-ל-2.1% מהאוכלוסייה מפתחים הפרעת הימורים (Stucki & Rihs, 2007), וכי שיעור נוסף (בין 0.5%-ל-4%) חווים קשיים הנובעים מהימורים, אבל לא בחומרה שדי בה כדי להיות מסווגת כהפרעת הימורים. בסטודנטים שיעורי ההפרעה גבוהים יחסית. כך, במטה-אנליזה המבוססת על סקרים שנערכו בקרב סטודנטים נמצא כי כ-10% מהם מתמודדים עם הפרעת הימורים (Nowak & Aloe, 2014).

במדינת ישראל טרם נערכו סקרים אפידמיולוגיים המאפשרים להעריך את שיעור בעלי הפרעת הימורים באוכלוסייה הכללית. מדיווחי משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים עולה כי בשנת 2015 טופלו במסגרותיו השונות 967 מהמרים, ובשנת 2016 – 1,079 מהמרים. מספרים אלה מייצגים את הפונים למשרד לטיפול, ולא את כל המתמודדים עם ההפרעה או את אלה הפונים לטיפול במסגרות פרטיות. להערכת המשרד, רק כחמישית מבעלי ההפרעה פונים אליו לקבלת סיוע. שיעור נמוך זה מיוחס להיעדר ייחודיות הטיפול במהמרים, הניתן במרכזי שירות למכורים לסמים ואלכוהול, ולאי-הכשרת הצוותים המטפלים באיתור ובטיפול ייעודי בהימורים (דוח הוועדה הבין-משרדית לטיפול במכורים להימורים, 2017). בשנת 2018, כדי לספק מענה מותאם

ברוח המלצות הדוח, פתח משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים שני מרכזים אמבולטוריים ייעודיים לטיפול במהמרים, בחיפה ובתל אביב.

לעיתים תכופות מתאר המונח "הפרעת הימורים" במחקרים השונים הן הימורים בעייתיים והן הימורים פתולוגיים. מכיוון שהימורים בעייתיים ופתולוגיים נתפסים פעמים רבות כמצויים על רצף (Strong & Kahler, 2007), הסקירה הנוכחית תעסוק בממצאיהם של מחקרים שנעשו הן בקרב בעלי הימורים בעייתיים, הן בקרב בעלי הימורים פתולוגיים והן בקרב בעלי הפרעת הימורים. לאורך הסקירה הנוכחית, המונחים "בעיית הימורים" ו"הפרעת הימורים" ישמשו לסירוגין, ויצביעו על הקבוצה ההטרופית של אנשים בעלי הפרעת הימורים, גם אם התסמינים אינם מגיעים לרף הנדרש לאבחון מלא של ההפרעה (Petry et al., 2017).

2.1.4 גורמי סיכון ומאפיינים

מחקרים רבים תיעדו מגוון רחב של גורמי סיכון להפרעת הימורים, ובהם מאפיינים סוציודמוגרפיים כגון מגדר (גבר), גיל (צעיר), אופי מקום המגורים (שכונות מצוקה), וסטטוס סוציאקונומי (נמוך) (Welte et al., 2004). חשיפה מוקדמת להימורים והתחלת ההשתתפות בהימורים בשלב מוקדם, זמינות ההימורים, קו-מורבידיות פסיכיאטרית כגון הפרעות שימוש בחומרים, מצוקה בילדות (טראומה, הזנחה, התעללות) והיסטוריה משפחתית של הפרעת הימורים או של הפרעת שימוש בחומרים נמצאו אף הם כגורמי סיכון להתפתחות הפרעת הימורים (Okuda et al., 2016; Petry & Steinberg, 2005). מעט מאוד מחקרים בחנו כיצד גורמי סיכון אלה קשורים זה לזה או מה תפקידם באטיולוגיית ההפרעה או בהתפתחותה.

קבוצות אתניות ספציפיות ככל הנראה פגיעות יותר להתחלה מוקדמת של הימורים ולהתפתחות הפרעת הימורים. בארצות הברית נמצאה שכיחות גבוהה יותר של הפרעת הימורים בקרב ילידים-אמריקנים, אסייתים ואפרו-אמריקנים בהשוואה ללבנים. ממצאים אלה דומים לאלו שנמצאו בהקשר של קבוצות מיעוט אתניות במדינות אחרות, כגון קנדה, אוסטרליה וגרינלנד (Raylu & Oei, 2004). באופן עקבי נמצא כי גורמי סיכון להפרעת הימורים, כגון הפרעות שימוש בחומרים, מצוקה סוציאקונומית ושכיחות גבוהה יותר של תחלואה פסיכיאטרית, נפוצים יותר בקבוצות מיעוט אתניות. אמונות, ערכים, זמינות ההימורים ומידת קבלתם בתרבות משתנים אף הם בחלקים שונים של העולם (Raylu & Oei, 2004). קשיים הנלווים להגירה כגון אבטלה, מחסומי שפה והדרה חברתית נמצאו קשורים גם הם בהשתתפות מוגברת בהימורים. כמו

כן נמצא שבתרבויות אחדות סטיגמה חזקה יותר כלפי פנייה לסיוע ולטיפול עלולה להאיץ את החמרתה של הפרעת ההימורים (Okuda et al., 2009).

היריעה המוקצית לסקירה הנוכחית אינה מאפשרת לדון כראוי במאפיינים החיצוניים התורמים לשכיחות ולחומרת הפרעת ההימורים כגון סביבת ההימורים, התייחסות ציבורית להימורים, נגישות, זמינות, חקיקה ואכיפה, ולא במאפייני ההימורים עצמם התורמים לכך, כגון דפוסי חיזוק וגמול, עיצוב, מידת האינטראקציה החברתית, מעצורים מכוונים להפסקת בולמוס הימורים, ייחוד הימורים מקוונים לעומת מכונות או בתי הימורים ועוד, אף שאלו נמצאו במחקרים שונים כמשפיעים על ההסתברות למעבר מהיר יותר מהימורים חברתיים ומבוקרים להימורים פתולוגיים בקרב בעלי מועדות לכך.

קו-מורבידיות: אחוז ניכר מבעלי הפרעת הימורים לוקה גם בהפרעה פסיכיאטרית אחרת באותה עת (Petry et al., 2005). הסקר האפידמיולוגי הגדול בארצות הברית מצא של-50% מבעלי הפרעת הימורים הייתה הפרעת מצב רוח לאורך החיים, ל-41% הפרעת חרדה, ול-61% הפרעת אישיות. ל-73% מבעלי הפרעת הימורים הייתה גם הפרעת שימוש באלכוהול לאורך החיים, ל-38% הפרעת שימוש בחומרים ול-60% הפרעת תלות בניקוטין (Petry et al., 2005).

אובדנות: בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, לבעלי הפרעת הימורים סיכון גבוה להתאבדות (Moghaddam et al., 2015). מחקרים שנערכו באוסטרליה ובארצות הברית תיארו מחשבות אובדניות וניסיונות אובדניים בקרב המתמודדים עם הפרעת הימורים בשיעורים הנעים בטווח רחב בין 17% ל-80% ובין 4% ל-23%, בהתאמה (Maccallum & Blaszczynski, 2003). באוכלוסיות הנמצאות בטיפול בהפרעת הימורים בארצות הברית נמצא כי 32% חוו מחשבות אובדניות ו-17% ביצעו לפחות ניסיון אובדני אחד (Petry & Kiluk, 2002).

הבדלי מגדר בשכיחות ההפרעה ובמהלכה: התפרצות הפרעת הימורים לפני גיל 25 מאפיינת גברים יותר מנשים (Verdura Vizcaino et al., 2014). אף שבקרב נשים הפרעת הימורים פורצת לרוב בגיל מאוחר יותר, הזמן החולף בין הגיל שבו יש מעורבות נורמטיבית בהימורים לגיל שבו הפרעת ההימורים מתפרצת (דהיינו משך החביון עד להתפרצות ההפרעה) בקרב נשים לרוב קצר יותר (Blanco et al., 2006). אף ששכיחות היארעות הפרעת הימורים במהלך החיים גבוהה יותר בגברים מאשר בנשים, כששכיחותה נבחנת לא באוכלוסייה הכללית אלא בקרב מדגם של אנשים מהמרים (חמש פעמים או יותר במהלך לפחות שנה אחת מחייהם), ההבדל בין גברים לנשים מצטמצם, כך

ש-1.92% מהגברים ו-1.05% מהנשים עונים על התנאי להימורים פתולוגיים, ו-20.4% מהגברים ו-15.1% מהנשים עונים על התנאים להימורים בעייתיים (Blanco et al., 2006). ייתכן אפוא שגורמים אחרים, לרבות חשיפה מוגברת להימורים, נורמות חברתיות המתנגדות להימורים בקרב נשים או נושאים הקשורים לטיפול, מסבירים חלק מההבדלים המגדריים שנמצאו בשכיחות ההפרעה באוכלוסייה הכללית. גם בדפוס ההימור נמצאו הבדלים בין גברים לנשים. הגברים מעורבים יותר בצורות הימורים אסטרטגיות ובהימורי "פנים אל פנים" (המתבצעים באינטראקציה עם אנשים אחרים, לדוגמה פוקר), הם מבצעים פעולות לא חוקיות רבות יותר בעקבות ההימורים ושיעור גבוה מהם מתמודד עם הפרעות שימוש בחומרים. לעומתם, הנשים מדווחות יותר על הימורים שאינם אסטרטגיים ועל צורות פחות בין-אישיות של הימורים (לדוגמה, מכונות מזל), ומשתמשות בהימורים כדי להתחמק מבעיות יותר מגברים (Odlaug et al., 2011; Potenza et al., 2001).

2.1.5 פתופיזיולוגיה בהפרעת הימורים

ככל הנראה, בפתופיזיולוגיה של הפרעת ההימורים מעורבים כמה פנוטיפים בסיסיים, ובכלל זה התנהגות אימפולסיבית מוגברת, קבלת החלטות מסתכנת, חיפוש ריגושים מוגבר, ריבוי עיוותים קוגניטיביים, כפייתיות מוגברת ורגישות בעייתית לגמול (Clark et al., 2018; Hodgins et al., 2011; Hunt) (& Blaszczynski, 2019).

קבלת החלטות: באופן עקבי נמצא כי קבלת ההחלטות הבעייתית של המתמודדים עם הפרעת הימורים אינה נובעת מליקוי בהערכת ההסתברויות לזכייה, שכן החלטות המהמרים נותרות בעינין גם כאשר ההסתברויות לזכייה והשלכות ההפסד מוצגות להם באופן גלוי ומפורש.

אימפולסיביות: בעלי הפרעת הימורים מתאפיינים בפעולה אימפולסיבית (מתקשים להתאפק מתגובה), בבחירה אימפולסיבית (מתקשים לעכב סיפוק ומעדיפים גמולים קטנים מידיים על פני גמולים גבוהים יותר במועד מאוחר יותר), וכן באימפולסיביות תכונתית גבוהה.

קומפולסיביות: בעלי הפרעת הימורים מתאפיינים בדפוס של שימור תגובה כפייתית גם כשהפעולה אינה מניבה גמול ואינה משיגה את המטרה שנועדה לשמה. בהשוואה למהמרים חברתיים, גמישותם הקוגניטיבית של מתמודדים עם הפרעת הימורים נמוכה. במשחק קלפים, לדוגמה, הם דבקים בדפוס תגובה אחד גם כשהאסטרטגיה המיטבית היא לשנותו או לשחק פחות.

חיפוש ריגושים: בקרב המתמודדים עם הפרעת הימורים תועדה רמה גבוהה של תכונת חיפוש ריגושים בהשוואה למתנדבים בריאים. בעלי רמה גבוהה של חיפוש ריגושים או חידושים נוטים לרדוף אחר מצבים והתנסויות שונים, מורכבים ואינטנסיביים, ומוכנים להסתכן לשם כך – פיזית, חברתית וכלכלית. חיפוש ריגושים וחידושים נקשר בעקביות גם להתנהגויות בעייתיות כגון שימוש בסמים והתנהגות מינית מסתכנת.

רגישות לגמול ועונש: בבעלי הפרעת הימורים תועדה רגישות מוגברת לרווח בהשוואה להפסד, תגובת יתר לציפייה לגמול בהשוואה לגמול עצמו ולרמזי הימורים בהשוואה לגמולים טבעיים.

עיוותים או הטיית קוגניטיביים: בקרב בעלי הפרעת הימורים זוהו כמה הטיית קוגניטיביות, ובהן תחושה סובייקטיבית של שליטה בתוצאות, ייחוס שגוי של סיבות לכישלונות, הצדקות ותירוצים להמשכת ההימור והערכות מוטות של מיומנות וכישורים שיש להם. לדוגמה, בעלי הפרעה זו מאמינים שאם יתמידו בהימור יוכלו לתקן הפסדים כספיים ("צמצום הפסדים"). לפיכך, מייד לאחר הפסד הם נוטים להחלטות מסתכנות יותר מאשר לאחר זכייה. אף שהטיית קוגניטיביות מצויות גם בקרב מהמרים בתכיפות לא גבוהה, הן חמורות יותר בקרב בעלי הפרעת הימורים ובקרב אנשים המהמרים לעיתים תכופות.

עוד הטיה קוגניטיבית באה לידי ביטוי בנטייתם של המתמודדים עם הפרעת הימורים לפרש מצבים של "כמעט זכייה" (לדוגמה, מצב שבו גלגלי מכונת המזל נעצרים בסידור קרוב מאוד לזכייה) כהוכחה לכך שהם שולטים במשחק, ומכאן לתחושה שהם כמעט זוכים באופן קבוע (ולא שהם מפסידים בעקביות). במצבי "כמעט זכייה" רמת המוטיבציה של בעלי ההפרעה להמר גבוהה יותר בהשוואה למצבי הפסד מוחלט; וככל שחומרת ההתמכרות גבוהה יותר, הפעילות המוחית האחראית למוטיבציה להמשיך בהימורים במצבים אלה עולה. המעוניינים להעמיק במאפייני חשיבה והטיית קוגניטיביות אחרים המאפיינים בעלי הפרעת הימורים מוזמנים לעיין בספרות הרלוונטית (Wagenaar, 2016).

2.1.6 טיפול בהפרעת הימורים

א. שיעור המטופלים בהפרעת הימורים: מחסומים וקשיים
למרות איכות חיים נמוכה, עלייה בתחלואה נפשית ופיזית, ולעיתים תכופות מהלך כרוני של ההפרעה, רק מעטים מבעלי הפרעת הימורים (כ-10%)

מדווחים על קבלת טיפול בהפרעה (Slutske et al., 2010), אם כי בקרב בעלי חומרה גבוהה יותר של ההפרעה שיעור מבקשי הטיפול גבוה מעט יותר (Petry et al., 2005), וכאשר כוללים השתתפות בטיפול מקצועי וגם בקבוצות לעזרה עצמית השיעור גבוה יותר (Slutske, 2006).

שיעורה הנמוך של ההשתתפות בטיפול קשור בחלקו לטיפול עצמו (זמינות נמוכה של שירותי טיפול בכלל ושל טיפולים יעילים בפרט), וכן לעלויות הישירות והנלוות (כגון היעדר כיסוי ביטוחי, אובדן ימי עבודה ותשלומים אחרים). עם המחסומים השכיחים האחרים בקבלת טיפול בהפרעת הימורים נמנים גם קושי בהכרה בקיום בעיית הימורים, היעדר מוטיבציה להפסיק להמר, רצון לטפל בבעיית הימורים באופן עצמי ולא להסתמך על אחרים, בושה, אשמה וסטיגמה, חשש מחשיפת נושאים אישיים, היעדר מודעות לאפשרויות הטיפול, דאגות הנוגעות לתוכני הטיפול ולאיכותו ונושאים הקשורים בהגעה לטיפול, בעלויות הנלוות לו ובזמן הנדרש לכך (Suurvali et al., 2009). כך, על גורמי טיפול בהפרעת הימורים להתמודד בראש ובראשונה עם קושי משמעותי ביישוג ובגיוס אנשים הסובלים מבעיות הימורים לטיפול.

למרות שיעורי ההשתתפות הנמוכים כל כך בטיפול, כ-50% מהאנשים שאובחנו כבעלי הפרעת הימורים בעת כלשהי במהלך חייהם אינם בעלי אבחנה עכשווית (דהיינו, אינם בעלי הפרעה פעילה), ממצא שאולי מעיד כי החלמה טבעית היא תופעה שכיחה, ומכאן שעל התערבויות יעילות בהימורים להתעלות מעל לשיעורי ההחלמה הטבעיים מההפרעה (Ginley et al., 2019).

מטה-אנליזות על טיפול בהפרעת הימורים פורסמו בעבר, וכן סקירת קוקרן, סקירות תאורטיות כלליות וסקירות מדעיות העוסקות בשיטות התערבות ספציפיות או באוכלוסיות ספציפיות, כגון טיפול בשיטת הריאיון המוטיבציוני במהמרים וטיפול בתחלואה כפולה במהמרים. באופן כללי, סקירות אלה מצאו עדות כלשהי ליעילותן של התערבויות קוגניטיביות-התנהגותיות ומוטיבציוניות, לפחות לטווח הקצר. שיעורי ההצלחה שנרשמו בקרב מסיימי הטיפול נעים בין 39% ל-89%, ושיעורי ההצלחה בתום מעקב בן 12 חודשים מהטיפול נעים בין 30% ל-71% (Petry et al., 2017).

את השונות הרבה הזו בשיעור ההצלחה בטיפול אפשר לייחס להבדלים בהגדרת תוצרי טיפול ובמידתם. מחקרים שונים הגדירו מגוון מדדים לדיווח עצמי (כגון היקף ההוצאה החודשית או היקף הזמן שבו המטופל חשב על הימורים) ומגוון מדדים קליניים להתנהגות הימורים, לחומרת תסמיני הפרעת

הימורים, לאבחנת הפרעת הימורים, להישנות או מעידה, לימי התנזרות מהימורים או להתנהגות הימור מבוקרת (Merkouris et al., 2016).

הבדלים בשיעורי הצלחה של התערבויות פסיכולוגיות בהפרעת הימורים אפשר לייחס גם להטרוגניות באוכלוסיית המהמרים הפתולוגיים. בקרב מהמרים נמצא שיעור גבוה של הפרעות נפשיות אחרות, כגון הפרעות שימוש בחומרים ובאלכוהול, הפרעות מצב רוח וחרדה, הפרעות שליטה בדחפים והפרעות אישיות. תחלואה נפשית נוספת על הפרעת הימורים קשורה לחומרה רבה יותר של הפרעת הימורים, לדחפים חזקים יותר ולקוגניציות מעוותות יותר. ישנם מהמרים בעלי רמה גבוהה יותר של אימפולסיביות, קשיי תפקוד וקשיים פסיכוסוציאליים אחרים, וישנם הנבדלים בבעיות כעס, בכמיהה או דחפים להמר, בנכונותם לשינוי, במוטיבציה שלהם להמר ובפעילות הימורים המועדפת עליהם. ההטרוגניות הזו גורמת לכך שהשפעת ההתערבויות על מהמרים שונים תהיה מגוונת. אם כן, בחינת מאפיינים אלה חיונית לשם הבנת המקרה והתאמת הטיפול ביעילות למאפיינים הספציפיים של המהמרים המטופלים (Ginley et al., 2019).

מסקירת עשרות מאפייני מהמרים, שתוארו ב-50 מחקרי טיפול בנפגעי הימורים שפורסמו בין 1990 ל-2016, עולה כי המנבאים העקביים לתוצאות טיפול מוצלחות – גם מייד לאחר תום הטיפול, וגם לטווח קצר, בינוני וארוך – הם מגדר גברי ורמת דיכאון נמוכה. במידה נמוכה יותר נקשרו להצלחה בטיפול גם גיל מבוגר יותר, חומרה נמוכה של תסמיני הפרעת הימורים ושל התנהגות הימורים, אי שימוש באלכוהול ושיעור השתתפות גבוה במפגשים הטיפולים. כמנבאי הצלחה נקודתית נמצאו תעסוקה, מוצא אתני, היעדר חובות, תכונות אישיות ונכונות לפעולה שתוביל לשינוי (Merkouris et al., 2016).

בבואנו לבחון את העדויות האמפיריות ליעילותן של שיטות התערבות פסיכולוגיות בהפרעת הימורים, עלינו לתת את הדעת לתכיפות הטיפול, לפורמט הטיפול (קבוצתי, פרטני, כזה הניתן על ידי איש מקצוע או מתורגל על ידי המטופל בלבד, האם מצריך השתתפות פיזית במפגשים או ניתן באופן מקוון), למתודולוגיה שבאמצעותה יעילותו נבחנה (האם הייתה השוואה בין קבוצות במחקר? האם הטיפול השווה לטיפול מקביל או רק לקבוצת המתנה? האם ההקצאה לקבוצות הייתה אקראית? האם היה מספר מספק של משתתפים בכל קבוצה?) ולמועד שבו היא נבחנה. דגש מיוחד יש לשים על **שיעור הנשירה מהטיפול**. הפסקת טיפול פסיכותרפי בקרב בעלי הפרעת הימורים שכיחה מאוד ועולה לעיתים קרובות על 50%, ושיעור

הנשירה החציוני הוא 38% (Melville et al., 2007). שיעור זה כמעט כפול משיעור הנשירה הממוצע הכללי מפסיכותרפיה (20%), הגבוה כשלעצמו (Swift & Greenberg, 2012). שיעור נשירה גבוה עלול להשפיע על הסקת המסקנות בנוגע ליעילות הטיפול, ויש לו השלכות קליניות משמעותיות, שכן מטפל אינו יכול לקבוע אם המטופלים אינם מוסיפים להגיע לטיפול משום שמצבם השתפר או מפני שהם חשים שאינם מפיקים תועלת מהטיפול (Ginley et al., 2019).

מאפיינים אחדים מנבאים נשירה מטיפול בהימורים: מטופלים מבוגרים יחסית, נעדרי תעסוקה מלאה, מטופלים שבעברם אירועי חיים טראומטיים, נעדרי תמיכה חברתית, מטופלים שהפרעת ההימורים שלהם התפרצה בגיל צעיר, מטופלים הסובלים מהפרעת ההימורים זמן ממושך, אלה המשקיעים בהימורים זמן רב, אלה שיש להם פחות חובות, מטופלים בעלי תחלואה נוספת של חרדה, הפרעת שימוש בסמים או באלכוהול ואימפולסיביות מוגברת (Melville et al., 2007).

ב. שיטות טיפול מרכזיות במהמרים

« טיפול התנהגותי וקוגניטיבי

טיפולים התנהגותיים מסייעים למטופל להשתנות באמצעות מיקוד בהפחתת התנהגויות לא רצויות והעלמתן, והחלפתן בפעולות רצויות יותר. טיפול קוגניטיבי תר אחר דפוס חשיבה שגויים והטיות קוגניטיביות ומנסה לשנותם. טיפול קוגניטיבי-התנהגותי משלב את שני ההיבטים הללו. הוא כרוך בזיהוי טריגרים חיצוניים להימורים, תרגול תגובות חלופיות להם וקידום חלופות להימורים.

טיפול קוגניטיבי, בין שהוא פרטני ובין שהוא קבוצתי בהנחיית איש מקצוע, נמצא מפחית תסמיני הפרעת הימורים בהשוואה לקבוצת המתנה לטיפול שלא טופלה כלל. אין עדות לכך שטיפול קוגניטיבי עדיף על טיפול חלופי, או אפילו על הפחתה טבעית בהימורים המתרחשת בחלוף הזמן. יתר על כן, נשירה מטיפול קוגניטיבי גבוהה יחסית (בין רבע למחצית המטופלים סירבו להשתתף בו או נשרו במהלכו), והמחקר על התערבויות בשיטה זו מוגבל מאוד (Ladouceur et al., 2001; Smith et al., 2015). היבטים לא מעטים של טיפול קוגניטיבי הוטמעו בטיפול משולב, כגון הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי, המשמש בשכיחות נרחבת יחסית אך נחקר באופן ראוי מעט בלבד.

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT, Cognitive Behavioral Therapy)
במשך שמונה שבועות בהנחיית אנשי מקצוע גרם לשינוי רב יותר בהתנהגות

הימורים בהשוואה לטיפול CBT עצמי שנעשה באמצעות חוברת עבודה בלבד או לווה בהשתתפות בקבוצה לעזרה עצמית (מהמרים אנונימיים) במשך פרק זמן זהה. שיעור מסיימי הטיפול הגבוה ביותר נמצא בקבוצה בהנחיית איש מקצוע בשיטת CBT (61%, לעומת 37% בקבוצת הטיפול העצמי) (Petry et al., 2006). גם במחקר אחר שהשווה בין טיפול CBT בהנחיית איש מקצוע ובין טיפול CBT עצמי נמצא הטיפול בהנחיית איש המקצוע יעיל בהפחתת חומרת הפרעת ההימורים מייד בסיומו ולאחר שישה חודשים, בהשוואה לקבוצת המתנה לטיפול (Oei et al., 2010).

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי עצמי למרות המתואר לעיל, כי פחות מטופלים השלימו את חוברת העבודה העצמית בשיטת ה-CBT בהשוואה למפגשים פרטניים עם מטפל מקצועי, מהמרים עם בעיות חמורות פחות עשויים להפיק תועלת מהתערבות עצמאית, שתחסוך מהם את הטרחה הנלווית לביקור שבועי אצל מטפל. התערבויות המבוססות על חוברת הדרכה עשויות להפחית מחסומים המונעים השתתפות בטיפול אחר, כגון עלויות וקשיי נסיעה והגעה. טיפול עצמי כרוך גם בפחות סטיגמה בהשוואה לקבלת עזרה מקצועית משירותי הרווחה או בריאות הנפש.

מחקרים שבחנו גרסאות של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי מבוסס חוברת עבודה או ממוחשב לבעלי הפרעת הימורים אומנם העלו כי טיפול CBT עצמי ככל הנראה מפחית הימורים ותסמיני הפרעת הימורים לאורך זמן, אך רובם לא נערכו באופן המאפשר בקרה מספקת לקביעת מועילותם. פחות ממחצית המטופלים בשיטה זו, לרבות אלה שהיו מעוניינים מאוד בטיפול, השלימו את חוברת ההדרכה. הוספת ליווי של מטפל, גם אם מינימלי מאוד, שיפרה את תוצאות הטיפול ואת שיעורי ההשתתפות וההתמדה בו, אך רק בקרב אלה המעוניינים בטיפול (Campos et al., 2016).

« התערבויות מוטיבציוניות

ריאיון מוטיבציוני (MI, Motivational Interviewing) וטיפול מוטיבציוני (MET, Motivational Enhancement Therapy) פותחו לשם הגברת המעורבות והיענות לטיפול בבעלי הפרעות שימוש בחומרים. שיטות אלה מבקשות להתגבר על חסמים המקשים את התחלת הטיפול, ולהגביר את מעורבות המטופל בטיפול באמצעות תמיכה במחויבותו לשינוי התנהגות בעייתית. ריאיון מוטיבציוני נעשה לרוב בהתערבות בת מפגש יחיד, הממוקד בפיתוח משותף של תוכנית מותאמת, ואילו טיפול מוטיבציוני נערך בכמה מפגשים, העוסקים בהנעה פנימית וכוללים משוב אישי בקשר להתנהגויות ספציפיות לשינוי (Miller, 1995). התערבויות מוטיבציוניות אומצו באופן נרחב

כהתערבות בבעלי הפרעת הימורים, ונבחנו כהתערבות העומדת לעצמה, בשילוב עם CBT או לפני התערבות CBT. התערבויות מוטיבציוניות קצרות מאוד, שכללו מפגש בודד ומשוב אישי בנקודת זמן מוגדרת, כדי לעודד את המטופל להישאר בטיפול ולהשלימו, הראו אף הן יעילות סבירה וטובה בהפחתת התנהגות הימורים (Petry et al., 2017).

לעומת זאת, מחקרים שבחנו את התועלת שבהוספת מרכיבים מוטיבציוניים לטיפול CBT המבוסס על עבודה עצמית עם חוברת הדרכה הראו תוצאות מעורבות. שילוב מרכיבים מוטיבציוניים בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי עצמי מבוסס חוברת הדרכה עשוי להועיל להיענות לטיפול ולהתמדה בו, אך ההשפעה שנמצאה על חומרת ההפרעה הכללית ותסמינים ספציפיים שונה ממחקר למחקר (Ginley et al., 2019).

« אימון נירוקוגניטיבי (גישת טיפול חדשנית) »

למרות ריבוי המחקרים על גישות טיפוליות שונות שנסקרו לעיל, העדויות באשר ליעילות המובחנת וארוכת הטווח שלהן מצומצמות (Cowlshaw et al., 2012). לפיכך קשה להצביע על סטנדרטים של טיפול מיטבי בהפרעת ההימורים כיום. זאת ועוד: בעשור האחרון הימורים מקוונים מהזירה הביתית הופכים להיות זמינים יותר ומקובלים בקבוצות אוכלוסייה חדשות. לצד תהליך הדרגתי של לגליזציה שירותי הימורים שונים בזירה הבין-לאומית הגלובלית, המאפשרת השתתפות בהימורים מרחוק, עולה הצורך לפתח יוזמות מניעה ותוכניות תמיכה מותאמות.

גישות חדשניות לטיפול בהימורים נעות על הרצף שבין התערבויות שעיקרן אימון תגובות ומיומנויות, על פי מודלים תאורטיים של למידה בהתמכרות, טכניקות של נירומודולציה ויישום טכנולוגיות דיגיטליות מתקדמות, ועד התערבויות מורכבות, הכוללות מגוון שיטות. התערבויות אלה מבקשות להתגבר על המחסומים והמגבלות של שיטות ההתערבות השכיחות יותר, באמצעות התאמה לצרכים ההטרופיים של אוכלוסיות הטיפול הספציפיות.

אחד המרכיבים הקריטיים בהתערבויות בהתמכרויות הוא סיוע לאנשים בפיתוח פרספקטיבה ארוכת טווח, הכוללת מטרות אישיות הסותרות את המשך ההתנהגות המתמכרת. לעיתים תכופות אין די במוטיבציה בלבד להצלחת גמילה והחלמה, ואפילו אין בה די לשינוי תהליכי בחירת התגובות, במיוחד בנסיבות המקדמות תגובה אימפולסיבית. לפיכך, גם אם המכור יודע ברמה כלשהי שהפסקת ההתנהגות המתמכרת טובה יותר להשגת מטרות ארוכות טווח, רמזים הקשורים להתמכרות עלולים ללכוד

את תשומת ליבו, לעורר בו אסוציאציות וזיכרונות, לאתחל מרוץ מחשבות הקשורות להמשך ההתנהגות ולהפעיל בו תגובות אוטומטיות הכלולות בדפוס ההתנהגות המתמכרת (Wiers et al., 2013). בשנים האחרונות פותחו כמה סוגים של אימון קוגניטיבי שנועדו לשנות דפוסי קבלת החלטות של מכורים. אימון קוגניטיבי לוויסות דחפים (Wiers et al., 2013), לדוגמה, מכוון לשינוי הטיית קוגניטיביות המופעלות באופן אוטומטי בעקבות גירוי הקשור להתמכרות. האימון יכול להתמקד בתהליכי קשב (אימון הטיית קשב) שנמצאו מוטים אצל מהמרים (Hønsi et al., 2013), בנטיית פעולה ותגובה (אימון מחדש של הטיית התקרבות) שנמצאו מוטות אצל מהמרים (Boffo et al., 2018) או בתהליכי זיכרון. אימונים כאלה נמצאו כתוספות יעילות לטיפול רגיל בהפרעות שימוש בחומרים, במיוחד כשנוספו לטיפול לא-פנימייתי באלכוהוליזם (Schoenmakers et al., 2010). אימון לשינוי הטיית התקרבות בן ארבעה מפגשים בבעלי הפרעת התמכרות לקנביס, שניתן בקהילה טיפולית בישראל, נמצא לאחרונה יעיל הן בהפחתת הטיית ההתקרבות עצמה והן בהתנהגות אימפולסיבית הקשורה לשימוש בקנביס (Rabinovitz & Nagar, in preparation). מחקר על התמכרות התנהגותית לגיימינג הראה שאימון יחיד לשינוי הטיית התקרבות הפחית הטיית התקרבות לרמזי גיימינג, דחפים סובייקטיבי לשחק וכוונה לשחק, וכן הפחית את התנהגות חיפוש מושא ההתמכרות (Rabinovitz & Nagar, 2015). נכון למועד כתיבת שורות אלה טרם פורסם מחקר שבחן השפעת אימון לשינוי הטיית התקרבות בבעלי הפרעת הימורים, אך מחקר כזה מתבצע בימים אלה בהולנד ובבלגיה (Boffo et al., 2017).

« גרייה מוחית (גישת טיפול חדשנית)

בעשור האחרון גבר העניין בהתערבויות לא חודרניות לוויסות פעילות עצבית לשם טיפול בטווח רחב של הפרעות נוירולוגיות ונפשיות, כגון דיכאון, חרדה והתמכרות. לוויסות עוררות קליפת המוח באופן שאינו חודרני משמשות שתי טכנולוגיות עיקריות: גרייה מגנטית חוזרת חוץ-גולגלתית (rTMS), גולגלתי (Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation) וגריית זרם ישיר חוץ-גולגלתי (tDCS, Transcranial Direct Current Stimulation). גרייה מוחית של אזורים פרה-פרונטליים ספציפיים משנה באופן זמני אימפולסיביות, קבלת החלטות ודחיית סיפוקים (Brevet-Aeby et al., 2016), גריית אזורים תת קורטיקליים כמו האינסולה וה-ACC נמצאה קשורה להפחתת כמיהה ושימור התנזרות (Ekhtiari et al., 2019) ומכיוון שהתפרצות ושימור הפרעת הימורים נקשרו בעקביות לפתוגנזה של מאפיינים אלו היו שהציעו לאמץ את הטכנולוגיה הזאת גם לטיפול בהפרעת הימורים.

בבעלי התמכרויות לחומרים, גרייה חוץ-גולגלתית הפחיתה כמיהה לאלכוהול, לקוקאין ולניקוטין, ושיפרה את תוצאותיו של טיפול קוגניטיבי בשתיינים כבדים (Jansen et al., 2013), אך ההשפעה חולפת, ולשימורה נדרשים טיפולים חוזרים. במהמרים, מחקר קטן היקף הראה שגריית TMS בתדר גבוה של קליפת המוח הקדם-מצחית המדיאלית מפחיתה מוטיבציה להמר ומחלישה את התגובה הפיזיולוגית שיוצרת מכונת מזל בגברים בעלי הפרעת הימורים (Zack et al., 2016). מחקר מוקדם יותר, קטן היקף עוד יותר, לא הצליח להראות השפעה לגריית TMS על התנהגות הימורים (Rosenberg et al., 2013). לפיכך, בהתבסס על הידע הקיים היום באשר למנגנונים הנירופיזיולוגיים המצויים בבסיסה של הפרעת ההימורים, ובהתבסס על הידע על מנגנוני הפעולה של טכנולוגיות לוויסות פעילות עצבית והידע שהצטבר במחקרים קליניים על אנשים בעלי הפרעות שימוש בחומרים, אפשר לצפות שטכנולוגיות אלו יזמנו טיפול חדשני מועיל בהפרעת הימורים, אך עד היום נערכו רק מעט מאוד מחקרים, התוצאות מבטיחות אך ראשוניות בלבד, והפרוטוקול היעיל טרם הוברר (Pederson, & Koo, 2019).

« התערבויות דיגיטליות (גישת טיפול חדשנית) »

התערבויות מבוססות טכנולוגיה דיגיטלית מאופיינות בנגישות ובזמינות גבוהה, גם למתגוררים ביישובים רחוקים ולבעלי הפרעה שאינם מגיעים לשירותי הטיפול המסורתיים מסיבות אחרות. הן מגבירות מיומנויות ניהול עצמי ומאפשרות להימנע מהסטיגמה הנלווית לצריכת שירותים מעמותות ומסוכנויות טיפול רשמיות, המצריכות נוכחות פיזית ועשויות לסייע באיתור ההפרעה בקרב כאלה שאינם מודעים לה ואינם מעוניינים בטיפול. הנכונות לקבל טיפול דיגיטלי עשויה להיות גבוהה יותר, הן בשל האנונימיות והאיכות הלא שיפוטית של התערבויות דיגיטליות והן בשל עלויות נלוות נמוכות יחסית, שיקול משמעותי בהתחשב במצוקה הסוציאקונומית השכיחה בקרב בעלי הפרעות הימורים.

רוב ההתערבויות הדיגיטליות המקוונות מבוססות על התערבות מוטיבציונית ופרוטוקולים של CBT המתוארים בספרי עזרה עצמית קיימים. מחקרים שבחנו פרוטוקולים שונים של התערבויות מקוונות הראו תוצאות מבטיחות אך לא חד-משמעיות לנוכח היעדר קבוצת השוואה ראויה (Carlbring & Smit, 2008; Castrén et al., 2013; van der Maas et al., 2019). מחקרים קליניים אקראיים אחדים מתנהלים בימים אלה לבחינת מגוון התערבויות מקוונות לאיתור הפרעת הימורים ולטיפול בה, ובכלל זה התערבויות מוטיבציוניות והתערבויות הכוללות אימון מקוון לשינוי הטיות התקרבות (Boffo et al., 2017; Hodgins et al., 2013). אין מחקרים רבים

שבחנו יעילות שימוש בטלפונים חכמים לשם טיפול בהפרעת הימורים, למרות התועלת הפוטנציאלית העצומה שבשימוש בהם לניטור ולתמיכה בשינוי ההתנהגותי הנדרש להחלמה ארוכת טווח. אפליקציות כאלה כבר קיימות, אך מחקר על יעילותן בקרב בעלי הפרעת הימורים חסר. ועם זאת, הצטברות מידע על שיפור לטווח קצר יחסית במצבם של מהמרים שאינם עונים על הקריטריון להפרעת הימורים מצביעה על תועלת פוטנציאלית לאפליקציות לאיתור ולטיפול בהימור פתולוגי (Giroux et al., 2017).

« התערבויות מבוססות טכנולוגיית מציאות וירטואלית (גישת טיפול חדשנית) »

מציאות וירטואלית מאפשרת למשתמש לנווט ולקיים אינטראקציה בזמן אמת בסביבה חלופית תלת-ממדית. הטיפול נעזר בקסדה המאפשרת חשיפה לגירויים תלת-ממדיים בשילוב גרייה שמיעתית, והתאמתם לנתונים המתקבלים מחיישן העוקב אחר תנועות גופו, ראשו ועיניו של המשתמש, להפחתת רגישותו לגירויים המוצגים ולשינוי דפוסי התגובה שלו אליהם. הטכנולוגיה מאפשרת חשיפה מודרגת, ונתמכת באימון למניעת הישנות בנסיבות שונות, כגון בר או קזינו. דמיון בין המציאות המוצגת בקסדה לנסיבות החיים מוסיף תוקף אקולוגי להתערבות, ואופייה המשחקי מפחית את ההתנגדות לקבלת סיוע. הוספת מרכיב של מציאות וירטואלית למפגש הראשון והאחרון בתוכנית בת 28 ימים הכוללת CBT בתנאי פנימייה יצרה תחושות חזקות ומציאותיות יותר בתרגול מניעת ההישנות, בהשוואה להתנסות בדמיון מודרך שבדרך כלל מתקיימת במפגשים אלה (Loranger et al., 2011). מחקר אחר הראה ירידה בתגובתיות לסביבות הימורים בעקבות חשיפה חוזרת אליהן במציאות וירטואלית (Park et al., 2015). גם כאן, ליקויים מתודולוגיים, ובעיקר היעדר קבוצות השוואה ראיות ומעקב ארוך טווח, אינם מאפשרים הסקת מסקנות באשר ליעילות השיטה, אך הכלי עשוי להיות מדיום מבטיח להעברת התערבויות הכוללות חשיפה הדרגתית בתנאים מבוקרים, בתמיכה ותווך הולמים ובלא חוסר הנוחות והסיכון שבחשיפה מלאה במציאות.

« מיינדפולנס (גישת טיפול חדשנית) »

גישות טיפוליות המשלבות טכניקות של CBT ועקרונות בודהיסטיים נכללות ב"גל השלישי" של התערבויות קוגניטיביות-התנהגותיות, המציעות התבוננות מחודשת בפסיכופתולוגיות. לעומת הגישות המסורתיות של CBT, המתמקדות בבקרה, בשליטה ובשינוי קוגניציות והתנהגויות, גישות הגל השלישי מתמקדות במנגנוני מודעות וקבלה בשילוב טכניקות של מדיטציה

(de Lisle et al., 2012). לפי גישות אלה, יש להתמקד לא בשינוי הקוגניציות אלא בשינוי יחסו של האדם כלפיהן. מיינדפולנס הוא תכונה ותהליך גם יחד, המוגדר כהתבוננות מכוונת בגוף ובנפש, שבה מאפשרים לחוויות להתרחש מרגע לרגע ומקבלים אותן כפי שהן (Griffiths et al., 2016). הימנעות מתחושות גופניות, מחשבות, זיכרונות ודחפים נתפסת כמנגנון מרכזי בהתפתחותן ובמהלכן של הפרעות נפשיות, ובכללן הימורים (Blaszczynski & Nower, 2002) טיפול בהימנעות באמצעות הרפיה, מודעות, קשיבות, דהסנסיטיזציה וטכניקות ויזואליזציה עשוי לסייע למהמר לבחור התנהגות מסתגלת יותר מהימנעות דרך הימור (Whiting & Dixon, 2013). השיטה כוללת טווח רחב של התערבויות, לרבות מניעת הישנות מבוססת מיינדפולנס, טיפול קוגניטיבי מבוסס מיינדפולנס, טיפול דיאלקטי-התנהגותי (DBT) ותרפיית קבלה ומחויבות (ACT, Acceptance and Commitment Therapy) (Hayes et al., 2004).

מטה-אנליזה שהתפרסמה לאחרונה (Maynard et al., 2018) בחנה מחקרים שפורסמו בין 1980 ל-2014, ובדקו את השפעת מיינדפולנס על תסמיני הפרעת הימורים, על הדחף להמר ועל השלכות כלכליות של הימורים. נמצאו 13 מחקרים ראויים מתודולוגית; שבעה מתוכם כוללים קבוצת ביקורת ומתאימים לשיטת הניתוח. ממחקרים אלה עולה כי למיינדפולנס השפעה משמעותית על התנהגות הימורים, על סימפטומים של הפרעת הימורים, על דחף להמר ועל היבטים כספיים, אך מיעוט המחקרים וההבדלים ביניהם באסטרטגיית ההתערבות הכוללת מיינדפולנס (ובכלל זה טיפול קוגניטיבי מבוסס מיינדפולנס – MBCT, טיפול דיאלקטי התנהגותי – DBT, דה-סנסיטיזציה בדמיון – Imaginal Desensitization, טיפול קבלה ומחויבות – ACT, וטיפול להפחתת סטרס מבוסס מיינדפולנס – MBSR) מגבילים את תוקף המסקנות ומדגישים את הצורך בעוד מחקרים בנושא.

« פרמקותרפיה (גישת טיפול חדשנית) »

נכון למועד כתיבת שורות אלה, שום תרופה להפרעת הימורים לא זכתה לאישור מנהל המזון והתרופות האמריקני. תרופות מקבוצות שונות נבחנו בניסויים קליניים מבוקרים, ובכלל זה נוגדי דיכאון, מייצבי מצב רוח (ליתיום וטופיראמאט), נוגדי פסיכוזה (אולנזפין) ואנטגוניסטים אופיואידים. מחקרים שבחנו תרופות מקבוצת ה-SSRIs (ובכלל זה סרטורלין, פלובוקסמין ופרוקסטין) הראו שיעור נשירה גבוה והשפעה רבה לטיפול דמה (Placebo), ולא הצליחו להראות את יעילות התרופות, וכמוהם גם מחקרים שבחנו תרופות אחרות נוגדות דיכאון. ליתיום נמצא מועיל כשניתן למהמרים שגם לוקים בהפרעה דו-קוטבית בהשוואה לתרופת דמה; טופירמט, תרופה

אנטי-עוויתית, לא הועילה יותר מתרופת הדמה וכך גם אולנזפין, תרופה מעכבת קולטני דופמין וסרוטונין.

תרופות אנטגוניסטיות לאופיואידים הראו את התוצאות המבטיחות ביותר. נלטרקסון ונלמפן, תרופות שנמצאו יעילות בהפחתת כמיהה לאלכוהול ושתיית אלכוהול בקרב בעלי הפרעת שימוש באלכוהול, נבחנו בחמישה מחקרים שנערכו בקרב בעלי הפרעת הימורים, ונמצאו בעלי ההשפעה מועילה קטנה אך מובהקת בהשוואה לתרופת דמה, אך גם במחקרים אלה שיעורי הנשירה מהטיפול היו גבוהים. פירוט המחקרים הרלוונטיים ופרוטוקולים פרמקותרפיים ספציפיים חורגים ממטרות הסקירה הנוכחית; הקורא הסקרן מוזמן להתעמק בסקירות רלוונטיות (Goslar et al., 2018; Medeiros & Grant, 2019).

« בתי משפט קהילתיים (גישת טיפול חדשנית) »

בתי משפט קהילתיים מתמקדים בשיתוף הפעולה בין בתי המשפט בערכאה הראשונה לבין גורמי מערכת האכיפה, הרווחה והקהילה, במטרה לצמצם פשיעה חוזרת וליצור פתרונות כוללים לבעיות המובילות לפשיעה. הנחת היסוד העומדת בבסיס בתי משפט אלה היא שחלק מהעבירות הפליליות מתבצעות על רקע בעיות חברתיות כלכליות, וכי כדי למנוע את הישנותן יש לשלב בטיפול המשפטי בעבירה ובעבריו גם טיפול בבעיות אלה. מדיניות הענישה בבתי המשפט הקהילתיים מכוונת למטרות העצמה ושיקום בצד גמול והרתעה. לפיכך, העונשים כוללים מרכיב של השבה לקהילה הנפגעת וחזיון אחריותם של העוברים על החוק כלפי הקהילה שהם חיים בה. ההשתלבות בטיפול ובשיקום, בחינוך ובתעסוקה בפיקוח בית המשפט ובאמצעות גורמים בקהילה היא לעיתים תחליף לעונשי מאסר. בצד השיקום המפוקח והמחייב המתקיים במסגרת ההליך הפלילי, יש גם ניסיון להפנות את העבריינים ובני משפחותיהם לשירותי שיקום וטיפול, תוך הנגשה ועידוד ממסדי להשתתף בהם (Nolan, 2017). נכון להיום, לא נצבר ידע מספק באשר ליעילות הפעלת בתי משפט קהילתיים במקרה של מהמרים עבריינים בארץ או בעולם.

לסיכום, למרות שכיחות הפרעת הימורים במדינות המערב, בולט היעדר נתונים אפידמיולוגיים על היקף ההפרעה ועל מאפייני המתמודדים עימה בישראל. מחקרים שנערכו בעולם מצביעים על יעילות כלשהי, גם אם לטווח קצר, של התערבויות קוגניטיביות-התנהגותיות המשולבות במרכיבים מוטיבציוניים. התמונה העולה משפע המחקר שהצטבר עד כה מצביעה על הטרוגניות רבה בקרב המתמודדים עם ההפרעה, ומכאן על החשיבות שבהתאמת המענה הטיפולי למאפייני הייחודיים של המתמודד ולשלב

ההפרעה שבו הוא מצוי, כדי להפחית חסמים מפנייה לטיפול ואת סיכוייו לנשור ממנו, וכדי להביא להטבה ארוכת טווח. לשם כך מומלץ לבנות מנגנון אבחון שיטתי ומעמיק, בצד פיתוח מגוון מענים טיפוליים והפעלתם באמצעות צוותים רב-מקצועיים שיוכשרו לכך במיוחד ויזכו להדרכה שוטפת. הכללת שיטות טיפול חדשניות, כגון אימון נירוקוגניטיבי, התערבויות דיגיטליות, מיינדפולנס, שילוב פרמקותרפיה ובתי משפט קהילתיים במקרים של עבריינות נלווית, עשויה להתגבר על המגבלות המצויות בשיטות ההתערבות השכיחות יותר, ולאפשר התאמה מרבית לצרכים השונים של אוכלוסיית המהמרים בכלל, ובפרט אלה המתמודדים עם קשיי שפה ושונות תרבותיות. נחוץ מחקר שיטתי שיבחן את שכיחותה של הפרעת ההימורים בישראל ואת מאפייניהם של המתמודדים עימה, שימפה את החסמים העיקריים בפנייה לטיפול ואת תהליך היישוג, האבחון והקליטה לטיפול, וכן את ההתערבויות הניתנות לבעלי הפרעת ההימורים בישראל ויבחן את יעילותן.

2.2 הפרעת גיימינג מקוון

דפוס מופרז ובעייתי של שימוש באינטרנט זוהה זה כבר כנושא בעל חשיבות לבריאות הציבור, בשל השלכות שליליות על תפקוד במגוון תחומים ובשל הקשר שלו לתחלואה נפשית ופיזית (King & Delfabbro, 2014; WHO, 2018). המונח הרחב "התמכרות לאינטרנט" משמש לעיתים קרובות להתייחסות למגוון פעילויות בעייתיות (כגון "גיימינג", Gaming, התמכרות לאתרי פורנוגרפיה והימורים או שימוש כפייתי ברשתות חברתיות), הנעשות באמצעות מכשירים המחוברים לאינטרנט, כגון מחשבים, טלפונים חכמים וקונסולות משחק. ביקורת הופנתה כלפי השימוש במונח זה, שכן כל אחת מהפעילויות הללו כוללת תסמינים שונים (Laconi et al., 2015), והמונח רחב מכדי להבחין בין הפעילות הבעייתית לבין המדיום שבו היא מתקיימת (King & Delfabbro, 2014).

2.2.1 הגדרת ההפרעה

כדי לבדל כל מרכיב מהמושג הכללי של התמכרות לאינטרנט (Király et al., 2015), וכדי לאפשר מיקוד בהתנהגות בעייתית ספציפית המתרחשת בפלטפורמה דיגיטלית, הוגדרה הפרעת הגיימינג המקוון כדפוס תכוף ומתמשך של משחק מקוון (במחשב, בקונסולות או במכשירים ניידים) המוביל לפגיעה תפקודית או למצוקה קלינית משמעותית.

המהדורה החמישית של ה-DSM התייחסה לראשונה לתחום ההתנהגויות הבעייתיות באינטרנט, בהגדירה את התנאים להפרעת גיימינג מקוון (APA, 2013). עם זאת, התופעה לא הוגדרה כהפרעה באופן רשמי, אלא נכללה בחלק השלישי של מדריך האבחנות הפסיכיאטריות, שבו מוצגות תופעות שיש להמשיך ולחקור לפני שיהיה אפשר להגדירן כהפרעה (Petry, Rehbein et al., 2014).

בהתבסס על התנאים להגדרת הפרעת שימוש בחומרים והפרעת הימורים, גובשו תשעה תנאים לאבחון. על גיימר למלא לפחות חמישה מהם במשך שנה כדי להיחשב בעל הפרעה, וככל שיענה על יותר קריטריונים כך תוגדר רמת ההפרעה שלו כחמורה יותר:

1. עיסוק יתר במשחקי אינטרנט.
2. הופעת תסמיני גמילה נפשיים דוגמת חוסר שקט, עצבנות או עצב כשהמשחק באינטרנט אינו אפשרי או כשהאדם מנסה להפחית במשחק או להימנע ממנו.
3. סבילות, המתבטאת בצורך לבלות זמן הולך וגדל במשחק כדי להשיג את רמת הריגוש הנדרשת.
4. ניסיונות כושלים ונשנים להפחית משך הזמן המוקדש למשחק או להפסקתו.
5. איבוד עניין בתחביבים קודמים ובעיסוקי פנאי אחרים מלבד משחקים מקוונים וכתוצאה ממשחקים מקוונים.
6. עיסוק מופרז ומתמשך בגיימינג מקוון, למרות בעיות פסיכוסוציאליות הקשורות בכך.
7. הסתרה או שקרים בדבר היקף המעורבות בגיימינג מפני בני משפחה, חברים, מטפלים או אחרים.
8. האדם משחק כדי להימנע ממצב רוח שלילי או כדי להקל עליו.
9. מצוקה נפשית או פגיעה משמעותית בתפקוד חברתי, כגון סיכון או אובדן יחסים משמעותיים, או פגיעה בעבודה, בלימודים או בהזדמנויות לכאלה בגלל השתתפות במשחקים מקוונים.

במהדורה החדשה של ספר המיון הבין-לאומי (The 11th version) ICD-11 (of the International Classification of Diseases) שפרסם ארגון הבריאות העולמי חודשים ספורים לפני כתיבת שורות אלה (WHO, 2018), הופיעה לראשונה הפרעת גיימינג – בהתבסס על סקירת הספרות המדעית בתחום, על תיאורי מקרה ועל דיווחים קליניים מ-25 מדינות, מטעמים של 66 מומחים בתחומי הפסיכיאטריה, הפסיכולוגיה, רפואה פנימית, רפואת משפחה, אפידמיולוגיה, נוירוביולוגיה ובריאות הציבור. למרות הדגש על גיימינג בספרי

האבחון הקנוניים, המונח "התמכרות לאינטרנט" נותר נפוץ בספרות בהקשר של שימוש מופרז במכשירים אלקטרוניים למטרות שונות, ובכלל זה גיימינג.

חרף ההגדרה המדויקת והקריטריונים הברורים, ואף שמחקר רב עוסק בתחום זה בשנים האחרונות, עדיין קיימת הטרוגניות עצומה בהמשגת ההפרעה ובגישות למדידתה ולאבחונה. הפרעת גיימינג נמצאת במוקד ויכוח ער בין אנשי מקצוע וחוקרים מומחים (Aarseth et al., 2017; Rumpf et al., 2018). ישנם הטוענים כי לא הוכחו די ליקויים תפקודיים הנגרמים כתוצאה מגיימינג, כי נכון יותר להתייחס לגיימינג מופרז כאל מנגנון התמודדות ולא כאל הפרעה ייחודית, כי מיסוד אבחנה שכזו עלול להוביל לסטיגמטיזציה של גיימרים שאינם בעייתיים, וכי כינונה של אבחנה כזו הוא תוצאה של פאניקה מוסרית.

רומפף ועמיתים (Rumpf et al., 2018) טענו כי רוב המתנגדים למיסודה של אבחנת הפרעת גיימינג מגיעים מתחומים שאינם קשורים בבריאות הציבור או המדעים הקליניים, אלא מתחומי התקשורת והפסיכולוגיה של התקשורת, חקר משחקי מחשב, פסיכולוגיה אקספרימנטלית, סוציולוגיה ותכנון משחקים (לדוגמה, Van Rooij et al., 2018). לעומת זאת, רוב המתדיינים והמומחים התומכים במיסודה של ההפרעה מגיעים מתחומי הרפואה ובריאות הנפש, כגון פסיכיאטריה של הילד והמבוגר, פסיכולוגיה קלינית, וטיפול ומניעה של התמכרויות. העיקרון המנחה את המצדדים בקיומה של הפרעת גיימינג הוא כי חוסר ודאות מדעי אינו צריך לדחות מאמצים למניעה, וכי המציאות הקלינית אינה תמיד תואמת את הידע המדעי, כשצורך ממשי בטיפול ייעודי בגיימינג הולך וגובר במדינות שונות במערב ובמדינות מזרח אסיה (Müller & Wölfling, 2017).

2.2.2 כלים לאבחון ומדידה של הפרעת גיימינג מקוון

חוסר העקביות בהמשגת ההפרעה וקושי באימוץ התנאים לאבחונה, גם לאחר שהוזכרה ב-DSM-5, הובילו לאימוץ קריטריונים וכלי מחקר ומדידה של הפרעות אחרות, כגון הימורים או הפרעת שימוש בחומרים, על יסוד הנחת דמיון או חפיפה ביניהן להפרעת גיימינג. כלים אלה לרוב חסרים מאפיינים פסיכומטריים ראויים, שכן לא נבחנו השלכות השינויים וההתאמות שנעשו בהם לצורך מדידת הגיימינג. כך לדוגמה, בסקירה שיטתית של 18 כלי הערכה ששימשו ב-63 מחקרים למדידת התנהגות גיימינג בעייתית, נמצא כי כל אחד מהכלים נבדל מן האחרים במיפוי המאפיינים הדיאגנוסטיים (King et al., 2013). הציפייה והתקווה העיקרית של חוקרים ומטפלים בתחום היא כי בחלוף השנים מאז פרסום התנאים האחידים להגדרת ההפרעה בספרי האבחון הקנוניים, ירבו המחקרים הנשענים על הגדרות אחידות וירבו כלי מחקר יעילים, מהימנים, תקפים ואחידים (Petry, Rehbein et al., 2014).

ואכן, בשנים האחרונות פותחו כמה כלים ייעודיים למדידת גיימינג, שהמידע על המאפיינים הפסיכומטריים שלהם עדיין מוגבל. הסולם IGD-20 (Internet Gaming Disorder Test-20) (Pontes et al., 2014) וגרסתו המקוצרת IGDS9-SF היו הראשונים שפותחו להערכת התנהגות גיימינג מקוונת ולא מקוונת. כלי אחר המבוסס על תשעת תנאי האבחון של ה-DSM-5 הוא IGD-10 (The Internet Gaming Disorder Test10) (Király et al., 2015), וכלי אחר הוא IGDS (Internet Gaming Disorder Scales) (Lemmens et al., 2015), שבגרסה אחת שלו 27 פריטים ובאחרת תשעה פריטים. חוקרים אחרים נעזרים בריאיון קליני המבוסס על ה-DSM-5 (Ko et al., 2014).

2.2.3 שכיחות ההפרעה, מאפיינים וגורמי סיכון להפרעה

ברחבי העולם נערכו יותר מ-60 מחקרים אפידמיולוגיים באוכלוסייה הכללית ובתתי-אוכלוסיות לבחינת שכיחותן של בעיות הקשורות לגיימינג מקוון בכלל ולסוגים מוגדרים של גיימינג בפרט. התמונה העולה מן הסקרים השונים אינה אחידה. טווח שכיחויות רחב, בין 0.7% ל-27.5% דווח במחקרים שונים. בארצות אירופה וצפון אמריקה שכיחות ההפרעה נמוכה יחסית (1%-10%), אם כי רוב המחקרים האפידמיולוגיים מצביעים על הטווח 1%-5%), אבל גם שם היא נפוצה. באופן עקבי, שכיחות ההפרעה גבוהה יותר בקרב גברים מאשר נשים, בקרב צעירים מאשר מבוגרים, ובמדינות מזרח אסיה מאשר במדינות המערב ומדינות דרום אמריקה ואפריקה (Achab et al., 2015). בשווייץ דיווח סקר ארצי שנערך בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הכללית כי ל-15% מבני הגילים 15-34 דפוסי גיימינג בעייתיים (Addiction Suisse, 2015).

כאמור, מחקרים מוקדמים על התופעה נערכו במדגמי נוחות והשתמשו בכלי אבחון המותאמים להגדרות הפרעת שימוש בחומרים (אולי מתוך נטייה לאשר הנחה מוקדמת על התמכרות). לעומתם, מחקרים מהשנים האחרונות נעשים בקרב מדגמים מייצגים מהאוכלוסייה הכללית, ומבוססים על שאלוני סקרים ייעודיים ומותאמים. מחקרים חדשים גם נקטו שיטות סטטיסטיות מורכבות לאיתור תתי-קבוצות בעלות דפוסי גיימינג בעייתיים מכלל האוכלוסייה, דהיינו בחרו בגישה אמפירית מבוססת דפוסי נתונים ולא הסתמכו על ציוני חתך של שאלונים או הנחות תאורטיות. גם בכך נמצאה תמיכה אמפירית לקיומה של ההפרעה ולהיקפה. על סמך סקרים רחבי היקף באוכלוסייה הכללית (ולא סקרים שהופצו באופן מקוון במדגמי נוחות של גיימרים), נמצא כי שיעור ההפרעה נע בין 0.3% ל-4.9%, ויותר ממחצית המחקרים דיווחו על שיעור הנמוך מ-2%. גם כאן, השיעורים השונים במחקרים מיוחסים להבדלים תרבותיים, להבדלים בכלי המדידה ובתנאים להגדרת

ואבחון הפרעה, ולפיכך מומלץ לשקול מספרים אלה במשנה זהירות (Feng et al., 2017; Petry et al., 2018).

רוב המחקרים מצאו שיעור גבוה יותר של ההפרעה בקרב גברים בהשוואה לנשים. משחקי פעולה או הרפתקה, כגון משחקי ירי מסוג "First Person Shooter" ומשחקי תפקידים מקוונים מרובי-משתתפים נקשרו – במיוחד בקרב גברים – לזמן משחק ארוך יותר ולהפרעת גיימינג, בהשוואה למשחקי חידות ואחרים וכן בהשוואה למשחקים שמשחקים לבד. משחקי תפקידים מקוונים מרובי-משתתפים כאלה נקשרו גם לשיעור גבוה של פסיכופתולוגיה ולרווחה נפשית נמוכה יותר. משחקים קצרים, פשוטים וחינמיים שאפשר לשחק לבד הפוכים באופיים למשחקים מרובי-משתתפים אלה, ובקרב נשים הם המועדפים (Laconi et al., 2017; Rehbein et al., 2010).

המניעים למשחק מקוון עלולים אף הם להיות גורם סיכון לפיתוח הפרעת גיימינג. הם משפיעים על סוג המשחק המועדף, ויש בהם כדי להסביר חלק מהבדלי המגדר בשכיחות הפרעת גיימינג: במשחקים עם משתתפים נוספים, נשים נוטות יותר לשחק כדי לבנות אינטימיות, ואילו גברים מעדיפים תחרות. בהתאמה, אצל נשים שצינו תחרותיות ותחושת שליטה כמוטיבציה לגיימינג נמצאו שיעורי הפרעת גיימינג גבוהים יותר בהשוואה לנשים שצינו מניעים אחרים למשחק (Laconi et al., 2017).

כשליש משחקני משחקי התפקידים מרובי-המשתתפים משחקים כדי להקל על סטרס ומצוקות בעולם האמיתי. אחרים מציינים מוטיבציות לקשר חברתי. הפרעת גיימינג צוינה כאסטרטגיית התמודדות להפחתת לחץ פסיכולוגי או תוקפנות, וכדרך להימלט מהמציאות ולשפר את מצב הרוח. אסקפיזם (הצורך להשתחרר בעולם הווירטואלי מהדאגות ומקשיי היום-יום) נמצא מנבא בעקביות הפרעת גיימינג, והוא גבוה יותר בקרב בעלי הפרעת גיימינג בהשוואה לשחקנים ללא ההפרעה (Laconi et al., 2017). מניעים של אסקפיזם ותחרותיות נקשרו לתסמינים פסיכיאטריים פסיכוסומטיים ודיכאוניים מלבד הגיימינג הבעייתי, ואילו מניעים של הנאה ובילוי ומניעים חברתיים נקשרו לסיכון נמוך יותר. הפרעות מצב רוח, ובמיוחד דיכאון, הפרעת קשב או היפראקטיביות והפרעה טורדנית-כפייתית נקשרו להפרעת גיימינג, אף שכיוון הסיבתיות אינו חד-משמעי. כמו כן נמצא קשר בין הפרעת גיימינג לרווחה נפשית נמוכה, לדימוי עצמי נמוך, לרמה נמוכה של סיפוק בחיים, לבדידות, לשימוש בסמים ואלכוהול ולקשיים רבים יותר בתחומים חברתיים, כלכליים ומקצועיים (Van Rooij et al., 2014).

עוד מניע לגיימינג הוא פנטזיה, דהיינו הנאה מיצירה והפעלת אוואטרים, המאפשרים יציאה מזהות קבועה, התנסות בזהויות חדשות בעולם דמיוני ושונה, והתנסות בדברים שאינם אפשריים בחיים האמיתיים (Laconi et al., 2017).

2.2.4 השלכות שליליות של הפרעת גיימינג

להפרעת גיימינג השלכות שליליות רבות, ובהן אלה:

1. בריאות פיזית לקויה, כגון תת-תזונה, או לחלופין, משקל עודף והשמנה חולנית הנובעים ממיעוט פעילות גופנית או היעדרה, הפרעות שינה וסיכון מוגבר לעוויתות. הספרות מתארת צעירים המשקיעים בגיימינג עשר שעות או יותר בכל יום, וחווים בעיות בשל חסך שינה, היפוך יום ולילה, התייבשות, תת-תזונה, עוויתות ופצעי לחץ (Achab et al., 2016; Mihara et al., 2006; Chuang, 2011). כמו כן מתוארים בספרות מקרי מוות בשל פקקת ורידים שנגרמה משיבה ממושכת במשך ימים רצופים של גיימינג (Lee, 2004). גיימינג מופרז נקשר גם לשינויים מוחיים, המתאפיינים בצמצום נפח החומר האפור, בשינויים בחומר הלבן ובחסך דופמינרגי (Weinstein, 2017).
2. תחלואה נפשית נלווית, לרבות תסמיני דיכאון ותסמינים סומטיים, חרדה חברתית, והפרעת קשב או היפראקטיביות (Kim et al., 2014; Van Rooij et al., 2017; McEvoy & Roberts, 2016; et al.).
3. בעיות התנהגות, ובכלל זה שימוש לרעה בחומרים פסיכואקטיביים, מעורבות בהימורים, נהיגה תוך כדי משחק, חשיבה אובדנית, תוקפנות, אלימות ועוונות (Grüsser et al., 2007; Kim et al., 2008).
4. אובדן יחסים בין-אישיים ותעסוקה, התעוררות בעיות חברתיות ולימודיות (Jackson et al., 2011), עלייה בביטויי עצבנות, חוסר שקט, תוקפנות ואלימות פיזית, פגיעה במצב הרוח ובתפקוד חברתי. יש לציין כי מסוגלות חברתית נמוכה ותחושה עמוקה של בדידות ניבאו גיימינג בשיעור רב יותר וסיכון גבוה לפתח הפרעת גיימינג.
5. קשיים כלכליים וחובות. ב-2009 הוערך בקוריאה ההפסד הכלכלי הנגרם מגיימינג מופרז בכ-1.5–4.5 מיליארד דולרים (Lee et al., 2011), והתמכרות לאינטרנט, המיוחסת ברובה לגיימינג, זוהתה כבעיית הבריאות העיקרית התוקפת אנשים צעירים (Ministry of Science et al., 2015). באירופה, אנשים המאובחנים בהפרעת גיימינג דיווחו על חוסר יכולת להשלים מטלות יומיומיות נורמליות במשך 5–7 ימים בשנה שקדמה למחקר (Rumpf et al., 2014; Rumpf, 2015; Zadra et al., 2016) – זאת בהשוואה ל-4.1 ימים בקרב מתמודדים עם הפרעת דיכאון, 7.5 ימים בשנה בקרב מתמודדים עם פוביה חברתית ו-7.2 ימים בקרב לוקים בתחלואה קרדיווסקולרית (Alonso et al., 2011).

בתגובה לנזק הנלווה להפרעת גיימינג, ההולך ורווח, מדינות רבות (כגון סין, הונג קונג, איראן, שווייץ) פיתחו תוכניות אסטרטגיות לטיפול בהשלכות הקליניות, האישיות והחברתיות של ההפרעה ולמניעתן (Király et al., 2017). הצעדים הננקטים לשם מניעה, צמצום וטיפול בהפרעת גיימינג נחלקים לשלושה סוגים: (א) צעדים לצמצום זמינות משחקי וידאו (סגירה, הגבלה גילית, בקרה הורית); (ב) צעדים למזעור נזקים (פרסום אזהרות והנחיות); (ג) צעדים לאספקת שירותי תמיכה לגיימרים ולטיפול בהם. עם זאת, החוקרים שבחנו את הצעדים הללו באופן שיטתי וביקורתי התרשמו כי רובם אינם יעילים, ככל הנראה משום שהם מכוונים לטפל בהיבטים ספציפיים של הבעיה ולא נוקטים בגישה כוללת, או שיעילותם כלל לא הוערכה אמפירית.

2.2.5 גיימינג כהפרעת התמכרות

קיימים כמה מודלים תאורטיים המציעים הסבר להפרעת גיימינג. המוכר והמבוסס מכולם הוא "מודל המרכיבים" (Components Model) (Griffiths, 2005; Kuss et al., 2014). על פי מודל זה, בדומה להפרעות שימוש בחומרים, הפרעת גיימינג היא תוצאה של תהליכים ביו-פסיכוסוציאליים, ולשני סוגי ההפרעות גורמי סיכון פסיכו-חברתיים וניורוביולוגיים דומים. ההפרעות דומות בהיסטוריה המתאפיינת בשכיחות גבוהה של אירועים התפתחותיים מלחיצים לאורך החיים, בשינויי מצב רוח הנגרמים בעקבות ההתנהגויות הממכרות, וכן במהלך התפתחות ההפרעה, באי-ספציפיות הטיפול ועוד. מקווי דמיון אלה עולה כי אפשר להבין הפרעת גיימינג באמצעות מודל ההתמכרויות (Shaffer et al., 2004).

הפרעת גיימינג מאופיינת בששת המרכיבים המרכזיים בהתמכרויות: סבילות, גמילה, בולטות, שינוי במצב הרוח, קונפליקט והישנות. מסקירה של 34 מחקרים שבחנו תסמיני גמילה בהפרעת גיימינג, עולה כי השכיחים שבתסמינים הם עצבנות ואי-שקט המופיעים בעקבות הפסקת פעילות גיימינג (Kaptsis et al., 2016). מודלים אחרים התבססו על תהליכים ניורוביולוגיים (Dong et al., 2015; Dong & Potenza, 2014) או נפשיים (King, 2014; Delfabbro & King, 2014). אך רוב המומחים בתחום טוענים כי התבוננות צרה כזו אינה מביאה בחשבון את ההטרוגניות הרבה של ההפרעה (Billieux, Thorens, et al., 2015). יש הטוענים, לחלופין, כי הפרעת גיימינג אינה התמכרות, אלא ביטוי של התמודדות לא יעילה באמצעות שימוש אסקפיסטי בגיימינג (Billieux, Schimmenti et al., 2015; Kuss et al., 2012) או מנגנון ניתוק (דיסוציאציה) שבו משתמשים לנוכח ארועי חיים שליליים או פסיכופתולוגיה קיימת (Kardefelt-Winther, 2014; Schimmenti & Caretti, 2010).

2.2.6 שיטות טיפול בהפרעת גיימינג

א. התערבויות פסיכו-חברתיות

מעטים המחקרים שבחנו שיטות להתערבות ולטיפול בהפרעת גיימינג. סקירות שיטתיות ביקורתיות מדגישות בעיקר את מיעוט המחקר הקיים ואת מגבלותיו, ואת הצורך במחקר נוסף (King et al., 2017; Zajac et al., 2017). בו-בזמן תועד צורך בטיפול באלפי אנשים ברחבי העולם המתמודדים עם מצוקה בשל גיימינג (Rumpf et al., 2018). טיפול בהפרעת גיימינג הפך שכיח יותר ויותר ברחבי העולם, במיוחד בדרום מזרח אסיה. הבלבול בהגדרת התחום (התמכרות לאינטרנט והתנהגות גלישה בעייתית לעומת הפרעת גיימינג מקוונת) וריבוי כלי המדידה מקשים על קלינאים, שכן אלו נזקקים לבסיס ידע מהימן כדי לגזור פרקטיקה מבוססת ראיות, כלים ושיטות לאיתור ההפרעה, לאבחונה ולהתערבות יעילה לטיפול בה.

מטה-אנליזה שנערכה ב-2013, שכללה 16 מחקרים מרחבי העולם שעסקו בהתמכרות לאינטרנט (ובכלל זה הפרעת גיימינג), ציינה כי להתערבויות הקיימות יעילות רבה בהפחתת תסמיני התמכרות לאינטרנט, זמן הגלישה ותחלואה נלווית של דיכאון וחרדה, וכי התוצאות החיוביות נשמרו גם לאחר תקופה כלשהי מתום הטיפול (Winkler et al., 2013). אך מסקנות אלה סותרות ממצאי סקירה שיטתית אחרת (King et al., 2011), שלפיה כמעט לא נערכות בדיקות מעקב בתום הטיפול בהפרעת התמכרות לאינטרנט, ורוב המחקרים בתחום כלל לא בחנו שינויים בתסמינים דיאגנוסטיים בתום הטיפול.

בסקירת עשרות מחקרים שבחנו ב-2007–2016 מגוון שיטות טיפול בהפרעת גיימינג נמתחה ביקורת משמעותית על המחקר בתחום. ביקורת זו דנה בחוסר העקביות שבהגדרת ההפרעה ובאבחונה וכן בבעייתיות שבמדידת דפוס ההתנהגות הגיימרי. כמו כן הודגשו בה היעדר החלוקה האקראית לקבוצות, היעדר כל קבוצת ביקורת או קבוצת השוואה נאותה והיעדר עיוורון הנסיינים והמטופלים לתנאי המחקר, גודלם הקטן של המדגמים, וכן חוסר הדיווח על אופן גיוס המשתתפים, על מאפייני המדגמים ועל גודלי האפקט. כמו כן הודגש בסקירה היעדר מדידות המעקב אחר יעילות הטיפול שנבדק במחקר לטווח בינוני וארוך (King et al., 2017; Zajac et al., 2017).

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי נמצא הבסיס הראייתי הרחב ביותר ליעילות טיפולית בהשוואה להתערבויות אחרות (King et al., 2017). מטה-אנליזה עדכנית, שנערכה על 12 מחקרים, מצאה יעילות גבוהה לטיפול זה לטווח קצר בהפחתת תסמיני הפרעת גיימינג ודיכאון נלווה, ויעילות בינונית בהפחתת

חרדה. לא ניתן היה לקבוע אם טיפול זה יעיל בהפחתת זמן המשחק, ולא נמצאה כל השפעה על מדדי תוצאה טיפוליים במעקב, אלא רק מייד בתום הטיפול (Stevens et al., 2018). רוב המחקרים שבחנו טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בהפרעת גיימינג תיארו את הפרוטוקול הטיפולי שננקט באופן עמום וכללי בלבד. בשל ההטרוגניות במערכי המחקר, הליקויים המתודולוגיים והדיווח החסר, קשה להסיק מהו משך הטיפול המיטבי (מה מספר המפגשים המומלץ), כמה זמן נמשכת ההטבה שהושגה בטיפול, מה הן המודולות התורמות ליעילותו ואם העברה פרטנית של הטיפול עדיפה על קבוצתית (King et al., 2017).

ב. פרמקותרפיה

מסקירה ביקורתית עולה כי תועלתו של הטיפול הקוגניטיבי-התנהגותי רבה יותר באופן משמעותי מזו של הטיפול התרופתי (Shames, 2015). הטיפול התרופתי הנחקר ביותר להפרעת גיימינג הוא בופרופיון (150–300 מ"ג), אך שום טיפול תרופתי לא נחקר ביותר משני מחקרים, ולכן אין להסיק מסקנות משמעותיות מהידע הקיים (King et al., 2017).

בסקירה ביקורתית אחרת מציינות המחקרות אף הן את מיעוט המחקרים הראויים שבחנו את יעילותו של טיפול תרופתי בהפרעת גיימינג, וכן את ההטרוגניות העצומה שבתחלואה הנפשית הנלווית להפרעת הגיימינג שבגינה טופלו משתתפי המחקרים. הפחתה בתסמינים של הפרעת גיימינג ובזמן המשחק דווחה לאחר טיפול בתרופות מעכבות ספיגה של סרוטונין (SSRIs), בתרופות מעכבות ספיגת נוראדרנלין-דופמין (בופרופיון או זיבאן), בבנזודיאזפינים, בתרופות נוגדות פסיכוזה ובתרופות לטיפול בהפרעת קשב / היפראקטיביות (כגון קונצרטה) (Kuss & Lopez-Fernandez, 2016).

עם זאת, מסקירת מגוון שיטות הטיפול בהפרעת גיימינג עד כה, עולה כי מאז 2007 איכות המחקרים לא השתפרה מאוד, דבר המעיד על צורך משמעותי בהאחדה ברורה של התחום. כדי לפתח מודל שיעמוד בבסיסו של טיפול מיטבי יש להשקיע מאמצים בין-לאומיים להבנת יסודות הפסיכופתולוגיה של הפרעת גיימינג. כמו כן, יש לבחון ביסודיות את מידת התאמתן של שיטות הטיפול השונות למאפיינים הייחודיים של האוכלוסייה הישראלית.

ג. גישות חדשניות לטיפול בהפרעת גיימינג

אומנם מחקרים חדשים מתמקדים בשיטות חדשות לטיפול בהפרעת גיימינג, אך רובם הקיפו עשרות בודדות של משתתפים. במחקר שנערך בהקצאה אקראית מבוקרת נמצא כי תרגול קבוצתי בן שמונה שבועות של מיינדפולנס

הפחית משמעותית את חומרת הפרעת הגיימינג. קבוצת הטיפול דיווחה על פחות סימפטומים של ההפרעה, על רמה נמוכה יותר של קוגניציות מעוותות הקשורות לגיימינג וכן על כמיהה נמוכה יותר לשחק, בהשוואה לקבוצת בקרה. השפעות חיוביות אלה נשמרו גם שלושה חודשים לאחר תום הטיפול (Li et al., 2017). שלושה מחקרי גישוש מעוטי משתתפים בחנו את יעילותן של התערבויות מקוונות בטיפול בהפרעת גיימינג והתמכרות לאינטרנט (Lam & Lam, 2016). אחד התמקד בתיאור מערכת ניטור בטלפון החכם, אחד הראה כי שימוש בטכנולוגיית מציאות וירטואלית השיג תוצאות דומות לתוצאותיו של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, ואחד לא הצליח להראות השפעה להתערבות מוטיבציונית מקוונת.

במחקר חדשני שבוצע בישראל נמצא כי שינוי הטיות קוגניטיביות אוטומטיות לא מודעות באמצעות אימון חד-פעמי ממוחשב להתרחקות מרמזים הקשורים למשחק המועדף על ידי גיימרים הפחית הטיות אלה, וכן הפחית את הדחף לשחק ואת התנהגות חיפוש משחק. בכך הדגים המחקר כי שימוש בטכנולוגיות מתקדמות, שנמצא יעיל בהפחתת הדחף להשתמש באלכוהול ובדחיית הישנות הפרעת שימוש באלכוהול, עשוי להיות יעיל גם בהפחתת התנהגות אימפולסיבית ודחפים שנקשרו בהפרעת גיימינג. מחקר זה הרחיב את התשתית האמפירית המצביעה על דמיון בין התמכרות לחומרים והתמכרויות התנהגותיות (Rabinovitz & Nagar, 2015).

יש שהצביעו על הצורך לבחון את התועלת שבהתערבויות מוקדמות – בגיל הגן ובית הספר – למניעת הפרעת גיימינג (Rumpf et al., 2018), אך אף לא אחד מהמחקרים שבחנו את שיטות ההתערבות החדשות לטיפול בהפרעת גיימינג העריך את היעילות ארוכת הטווח של ההתערבויות. כדי לקבוע מהי מידת יעילות ההתערבות לאחר הטיפול, יש לבחון לא רק את חומרת ההפרעה, אלא גם את מאפייני התפקוד בעבודה ובלימודים, את מידת העיסוק בפעילויות פנאי ובתחביבים וכן את איכות היחסים הבין-אישיים (Király et al., 2015). בדומה לכך, ראוי לעקוב אחר הסימפטומים של המטופל, כפי שאלה מופיעים לפני הטיפול, בזמן הטיפול, אחריו ובתקופת מעקב ארוכה דיה ממועד תום הטיפול. כמו כן, כדי להגביר את יעילות הטיפול בהפרעה, יש לחקור את גורמי הסיכון להישנות, את הקשיים הנחווים לאחר הטיפול ועוד.

לסיכום, הפרעת גיימינג מקוון תוארה לראשונה במהדורה האחרונה של ה-DSM כדפוס תכופ ומתמשך של משחק מקוון (במחשב, בקונסולות או במכשירים ניידים), המוביל לפגיעה תפקודית או למצוקה קלינית משמעותית. עם זאת, התופעה לא הוגדרה רשמית כהפרעה, אלא הוזכרה בחלק השלישי

של מדריך האבחנות הפסיכיאטריות, המציג תופעות שיש להמשיך ולחקור לפני שיהיה אפשר להגדירן כהפרעה. חרף ההגדרה והתנאים הברורים, ולמרות המחקר הרב העוסק בתחום זה בשנים האחרונות, עדיין יש הטרוגניות עצומה בהמשגת ההפרעה ובגישות למדידתה, לאבחונה ולטיפול בה, ומעטים המחקרים שבחנו את השיטות להתערבות ולטיפול בה. בחינה שיטתית ביקורתית מדגישה בעיקר את מיעוט הידע הקיים ואת מגבלותיו, וכן את הצורך בהעשרת המחקר.

בצד מגבלות אלה, ברחבי העולם תועדו אלפי אנשים המתמודדים עם מצוקה וזקוקים לטיפול בגין ההפרעה. לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי נמצא הבסיס הראייתי הרחב ביותר ליעילות טיפולית בהשוואה להתערבויות אחרות, אך רוב המחקרים תיארו את הפרוטוקול הטיפולי הספציפי שננקט באופן עמום וכללי בלבד, ולכן קשה להסיק מהם מהו משך הטיפול המיטבי, כמה זמן נמשכה ההטבה שהושגה בו ואילו מודולות תורמות ליעילותו. שיטות חדשניות להתערבות נושאות פוטנציאל מבטיח. לאור השוני הרב בשכיחות ההפרעה ובמאפייניה בין המדינות והתרבויות השונות, נדרש מחקר שיטתי לבחינת היקף התופעה בישראל וביטוייה, למיפוי הצורך במניעה ולהתאמת המענים למאפייני הלוקים בה כאן.

2.3 הפרעת התנהגות מינית כפייתית

בעידן שבו האינטרנט זמין בכל מכשיר טלפון, נדמה כי צריכת פורנוגרפיה, חיפוש אחר מין בתשלום ומפגשי מין אקראיים שכיחים יותר ויותר. בה בעת מתרבים דיווחים ממטפלים כי בקרב אנשים מסוימים הפכו צורות אלה של התנהגות מינית לבעייתיות, והן מניעות אותם לבקש עזרה וסיוע מקצועי (Gola et al., 2016). למרות העניין הציבורי הגובר בעשור האחרון, הפרעת התנהגות מינית כפייתית (Compulsive sexual behavior disorder) נותרה בשולי המחקר המדעי השיטתי והסיווג הפסיכיאטרי (Kafka, 2014; Kraus et al., 2016; Potenza et al., 2017).

עשורים של דיונים מדעיים וקליניים בנוגע להתנהגות מינית כפייתית, היפרסקסואליות והתמכרות למין הובילו לכמה תובנות, אך בהשוואה להפרעות ולהתנהגויות אחרות, הצטברו עד כה מעט עבודות תאורטיות, מחקרים ונתונים ראויים (Gola & Potenza, 2018). מצד אחד, דלות המידע על התנהגות מינית כפייתית או היפרסקסואליות והמחלוקת בשאלה אם יש לסווג כהפרעה נפשית מנעו את הכללתה ב-DSM5 (APA, 2013; Kafka,)

2010). מצד שני, היעדר תנאים רשמיים ואחידים לאבחון מקשה את החקירה השיטתית, את איסוף הנתונים המקיף ואת מאמצי הטיפול, המניעה והחינוך. אבחנה ברורה ואחידה של ההפרעה תאפשר למתמודד עצמו לזהות את ההפרעה שהוא סובל ממנה, והיא חיונית למטפלים שהמתמודד פונה אליהם לסיוע (Gola & Potenza, 2018).

2.3.1 הגדרת ההפרעה

ה-ICD-11, המהדורה העדכנית של ספר סיווג המחלות, עוסקת לראשונה גם בהתנהגות מינית כפייתית (WHO, 2018). ההפרעה מסווגת כהפרעת שליטה בדחפים, ומתאפיינת בדפוס עקבי הנמשך שישה חודשים לפחות, של קושי בשליטה על דחף או על חשק מיני חוזר וחזק. דחף זה בא לידי ביטוי בהתנהגות מינית חוזרת, הגורמת למטופל מצוקה ניכרת או פוגעת בו בתחומי תפקוד חשובים, כגון ביחסים בין-אישיים, בתחום החברתי, החינוכי, התעסוקתי, המשפחתי או האיש (Grant et al., 2014; Kafka, 2010). ההתנהגות המינית הכפייתית, המוכרת גם כהיפרסקסואליות או כהתמכרות למין, עשויה לבוא לידי ביטוי בעיסוק מוגבר בפנטזיות מיניות, צריכת פורנוגרפיה ואוננות מופרזת, בשימוש בשירותי מין בתשלום, בהתנהגויות מיניות מסתכנות או בעיסוק יתר אחר במין, המובילים להשלכות שליליות ולמצוקה עמוקה (Kraus et al., 2018).

התנאים לאבחון הפרעת התנהגות מינית כפייתית כוללים את המאפיינים שלהלן:

1. התנהגויות מיניות חוזרות ההופכות למוקד העיקרי בחיי האדם, עד לשלב שבו הוא מזניח את בריאותו, את הטיפול בעצמו או תחומי אחרות, תחומי עניין ופעילויות אחרות.
2. ניסיונות כושלים לשליטה או להפחתה ניכרת במידת ההתנהגות המינית החזרתית.
3. מעורבות נמשכת בהתנהגות מינית חזרתית למרות השלכות שליליות שהיא גורמת (כגון פגיעה חוזרת ביחסים בין-אישיים, השלכות תעסוקתיות והשלכות בריאותיות שליליות).
4. מעורבות נמשכת בהתנהגות מינית חוזרת גם ללא הפקת סיפוק או הפקת סיפוק מועט.

תנאים אלה לאבחון ההפרעה נוסחו בעקבות רצון להימנע מפתולוגיזציית יתר. הודגש כי בעלי רמה גבוהה של עניין מיני והתנהגות מינית תכופה (לדוגמה, בשל דחף מיני גבוה) שאינם מראים שליטה לקויה בהתנהגותם המינית, מצוקה או ליקוי תפקודי לא יאובחנו כבעלי הפרעת התנהגות

מינית כפייתית. גם מצוקה נפשית, בושה או אשמה עקב קושי מוסרי או הסתייגות מהתנהגויות מיניות אינה מצדיקה אבחנה של הפרעת התנהגות מינית כפייתית. את האבחון חשוב לערוך באופן מותאם גילית והתפתחותית. בהתאם, רמות גבוהות של עניין מיני והתנהגות מינית (כגון אוננות), השכיחות בקרב מתבגרים, אינן מעידות בהכרח על הפרעה, אלא כאשר הן מלוות במצוקה וביתר התנאים שתוארו לעיל (Kraus et al., 2018). יש להבחין גם בין ההפרעה לבין התנהגויות היפרסקסואליות הנלוות לעיתים קרובות להתקף מאני בהפרעה דו-קוטבית (Raymond et al., 2003). על ההתנהגויות המיניות להתמשך ולהיות בלתי תלויות באפיזודות המאניות או ההיפומאניות כדי שיהיה אפשר לבסס עליהן אבחנה של ההפרעה. בהתאם, אין לאבחן את ההפרעה אם אפשר לייחס את ההתנהגות המינית הכפייתית להשפעת תרופות (לדוגמה, תרופות נוגדות פרקינסון) (Weintraub et al., 2010) או סמים (לדוגמה, קוקאין) או לפראפיליות ספציפיות.

2.3.2 כלים לאבחון ומדידה של הפרעת התנהגות מינית כפייתית

כלים שונים שימשו במחקרים שונים לבחינת היפרסקסואליות, התנהגות מינית כפייתית ומושגים קרובים. ידועים יותר מ-24 כלים לדיווח עצמי המודדים הגדרות שונות של היפרסקסואליות (Womack et al., 2013). בהיעדר הגדרה אבחונית מוסכמת של ההפרעה, ברור המגוון הרחב מאוד של האופנים למדידתה (Moser, 2011). עם הכלים הרבים נמנים סולם העוררות המינית (Janssen et al., 2002; Walton et al., 2016) ושאלון ההתנהגות המינית ההיפרסקסואלית (Hypersexual Behavior Inventory) (Reid et al., 2011). הבוחן שימוש במין באופן בלתי מסתגל והשלכות של חוסר שליטה על מחשבות מיניות, דחפים והתנהגויות שעשויים להיות מופרזים. מחקרים אחרים השתמשו בתנאים שהציע קפקא להפרעה היפרסקסואלית (Kafka, 2010), הבוחנים גם את תכיפותם או שכיחותם של הדחפים, המחשבות וההתנהגויות המיניות, את החזרתיות והעוצמה שלהם, את תחושת היעדר השליטה ואת הזמן המוקדש להם.

2.3.3 שכיחות הפרעת התנהגות מינית כפייתית

בהיעדר הגדרות עקביות ונתונים אפידמיולוגיים המבוססים על האוכלוסייה הרחבה, קשה לקבוע את שכיחותה המדויקת של ההפרעה. יש שהעריכו את שיעור המתמודדים עם ההפרעה בין 3% ל-6% מהמבוגרים (Kraus et al., 2018), ואילו מחקר אחר הצביע על שיעור נמוך יותר, כ-1% עד 3% מהאוכלוסייה (Kuzma & Black, 2008). הפערים הרבים בשכיחות נובעים,

לפחות בחלקם, מהבדלים באופן בו ההפרעה הוגדרה ובכלים ששימשו למדידתה (Reid, 2013). עם זאת, מחקרים אלה לא התבססו על התנאים המחמירים המפורטים ב-ICD-11, ולכן סביר להניח שמחקרים עתידיים, שיבחנו את שכיחות ההפרעה באוכלוסייה לפיהם, יצביעו על שיעור נמוך עוד יותר.

שיעור הגברים הלוקים בהפרעה גבוה משל הנשים (היחס המשווער הוא 1:5–1:7) (Lewczuk et al., 2017), אך חסרים מחקרים רחבים ומבוססים מתודולוגית שבחנו הבדלים מגדריים באופן שיטתי. שיעורים גבוהים של ההפרעה נמצאו גם בקרב אנשים בעלי הפרעת שימוש בחומרים. חסרים מחקרים הבוחנים את שכיחות ההפרעה בקרב תתי-אוכלוסיות מוגדרות ואת השתנותה בהתאם למאפיינים סוציודמוגרפיים בקרב אנשים המבקשים טיפול ובקרב אלה שאינם מבקשים אותו.

2.3.4 האם הפרעת התנהגות מינית כפייתית היא התמכרות?

הסיווג הנוכחי של הפרעת התנהגות מינית כפייתית כהפרעת שליטה בדחפים שנוי במחלוקת, וחוקרים רבים סבורים כי יש לראות בה התמכרות התנהגותית (Kor et al., 2013). אף על פי כן, הסיווג הנוכחי הוא המשמש כיום, בעיקר בשל הגישה השמרנית המבוטאת ב-ICD-11, המכירה בכך שעדיין אין מידע חד-משמעי בשאלה אם התהליכים המעורבים בהתפתחות ההפרעה ובשימורה מקבילים לאלה הידועים בהפרעות שימוש בחומרים, הימורים וגיימינג (Kraus et al., 2016), אף שהתנאים לאבחון הפרעות אלה דומים מאוד לתנאים לאבחון הפרעת התנהגות מינית כפייתית. כאמור, הסיווג הנוכחי של ההפרעה כהפרעת שליטה בדחפים שנוי במחלוקת, בין היתר משום שבעלי הפרעת התנהגות מינית כפייתית המתבטאת בשימוש מופרז בפורנוגרפיה אינם נבדלים מהאוכלוסייה הכללית ברמת האימפולסיביות, ודווקא רמת החרדה שלהם גבוהה יחסית (Gola et al., 2015). בהתאם, טיפול תרופתי להפחתת חרדה נמצא מסייע גם בהפחתת תסמיני הפרעת ההתנהגות המינית הכפייתית (Gola & Potenza, 2016) ההנחה הרווחת היא כי הבנת הפרעת ההתנהגות המינית הכפייתית תתפתח ככל שיתפתח המחקר המבהיר את הפנומנולוגיה והנירוביולוגיה שבבסיסה.

בשנים האחרונות נעשים ניסיונות רבים לבחון מנגנונים ולהציע מודל תאורטי להבנת התנהגות מינית כפייתית או היפרסקסואליות. היריעה הנוכחית אינה מאפשרת בחינה יסודית של הגישות התאורטיות המרכזיות שהוצעו

(מודל הכפייתיות, מודל האימפולסיביות, מודל ההתמכרות ומודל הסחרור המיני); הקורא מוזמן לעיין בסקירה ביקורתית הבוחנת את המודלים האלה באופן שיטתי, תוך שקילת היתרונות והמגבלות של כל אחד מהם (Walton et al., 2017). מסקירה זו, וכן מבחינה שיטתית של הספרות המחקרית שהתפרסמה בנושא מאז ובכלל, עולה כי התפיסות התאורטיות באשר לאטיולוגיית הפרעה שונות זו מזו, וכי חסר גוף מחקרי מוצק מתודולוגי ונרחב דיו שיתמוך בהן. היו שאף טענו כי רוב הקלינאים המטפלים בבעלי הפרעת התנהגות מינית כפייתית יתקשו להבחין בהיבטים הייחודיים של המודלים השונים ולגזור מהם השלכות מעשיות (Reid & Grant, 2017). עם זאת, המודל הרואה בהפרעת התנהגות מינית כפייתית התמכרות הוא הנרחב והמצוטט ביותר (Hall, 2012).

ההקבלה בין מאפייני הפרעת שימוש בחומרים להפרעת מיניות כפייתית תוארו בהרחבה כבר לפני יותר מ-40 שנה (Orford, 1978), בהתייחס להתגברות מאפייני החשיבה, הדחפים וההתנהגויות המיניות עם התפתחות ההפרעה (סבילות), וכן להופעת תסמיני גמילה אופייניים, ובהם דיכאון, חרדה, בושא ואשמה, בעת הפחתה באינטנסיביות ההתנהגות האופיינית להפרעה. גם בעלי הפרעת שימוש בחומרים וגם בעלי הפרעת התנהגות מינית כפייתית משקיעים זמן ניכר בהתנהגויות ובמחשבות הקשורות במושא ההתמכרות (הסם או מין) על חשבון היבטים תפקודיים אחרים, גם כשהם מודעים להשלכות השליליות שיש לכך. מאפיינים אחרים של ההפרעה הדומים למאפייני התמכרויות לחומרים ולהתנהגויות כגון הימורים וגיימינג כוללים תגובתיות מוגברת של אזורי מוח הקשורים לגמול בתגובה לרמזי סם, רמזי הימורים ורמזים ארוטיים מעוררים מינית (Walton et al., 2017). נלטרקסון, תרופה המפחיתה כמיהה לסם ומקילה את תסמיני הפרעות השימוש באופיואידים ובאלכוהול, נמצאה מסייעת גם למתמודדים עם הפרעת התנהגות מינית כפייתית (Kraus et al., 2015).

בראשיתו, מודל ההתמכרות להפרעת התנהגות מינית כפייתית הניח שהיפרסקסואליות, כמו הפרעת שימוש בחומרים, נובעת מכאב רגשי עמוק הקשור להתעללות בילדות ולטראומה, לבעיות נפשיות אחרות או להיסטוריה משפחתית של התמכרות (Carnes, 2001). הלוקים בהפרעות אלה מתאפיינים בדפוס התקשרות פגוע, ליקוי שליטה בדחפים, קוגניציות בושא ואשמה נרחבות והפרעות מצב רוח (Riemersma & Sytsma, 2013). ההתמכרות כוללת חיפוש אימפולסיבי אחר עונג כחיזוק חיובי, בצד התנהגות כפייתית שמטרתה הפחתת רגשות דיספוריים, המספקים חיזוק שלילי. התמכרות, ובכלל זה גם התמכרות למין, מערבת פגיעה בשלוש מערכות

נוירוביולוגיות: מערכת גמול-מוטיבציה, המערכת המפקחת על ויסות רגש, והמערכת המפקחת על עכבת התנהגות. נטען כי ליקויים במערכות אלה מחזקים את המשך ההתנהגות המינית הכפייתית (Carnes, 2001). מחקרי הדמייה תומכים בהנחה כי בבסיס התנהגויות מיניות כפייתיות והתמכרויות אחרות עומדים אותם מנגנונים. ואכן, התנהגות מינית כפייתית נמצאה קשורה לתפקוד לקוי של רשתות עצביות המעורבות בסנסיטיזציה, הביטואציה, ירידה בשליטה בדחפים ועיבוד גמול. דפוס לקוי זה דומה לדפוסים שנמצאו בהפרעות הימורים, שימוש בחומרים וגיימינג בקליפת המוח הפרונטלית והטמפורלית, באמיגדלה ובסטריאטום, ובכלל זה בגרעין האקומבנס (Kowalewska et al., 2018).

בדומה להפרעות פסיכיאטריות אחרות, גם הפרעת התנהגות מינית כפייתית היא הטרוגנית, ויש לה מנגנונים מרובים וגורמי סיכון מורכבים. לפיכך, נטען כי ייתכן דפוס הפרעה אחד הקשור יותר לרמות גבוהות של אימפולסיביות וחיפוש ריגושים, שבו האדם משתתף בעיקר בהתנהגויות מיניות בין-אישיות (כגון מין מסתכן אקראי עם אנשים אחרים או קניית שירותי מין בתשלום), ודפוס הפרעה אחר, הקשור יותר לרמות גבוהות של חרדה, שבו ההתנהגויות המיניות מבוצעות ביחידות (כגון צריכה בולמוסית של פורנוגרפיה ואוננות) (Efrati & Mikulincer, 2018). ייתכן שלכל אחד מהדפוסים, ממש כפי שהוצע בנוגע להתנהגות שתיית אלכוהול, תשתית עצבית שונה (Gola et al., 2015). אך רעיון ראשוני זה זו דורש בדיקה מעמיקה ומחקר שיטתי.

2.3.5 שיטות טיפול בהפרעת התנהגות מינית כפייתית

א. מחסומים בפני טיפול

אנשים המתמודדים עם הפרעת התנהגות מינית כפייתית נתקלים במחסומים רבים כשהם מחפשים טיפול מתאים (Dhuffar & Griffiths, 2016). הם מדווחים כי מטפלים נמנעים מהנושא, כי מטפלים מצהירים כי בעיות כאלה אינן קיימות, או שהמטפלים טוענים כי על החולה להשלים עם הדחף המיני המוגבר במקום לטפל בו, אף שבחולים אלה ההתנהגות המינית הכפייתית היא אגו-דיסטונית ועלולה להוביל לתוצאות שליליות רבות. תנאים אחידים לאבחון ההפרעה והרחבת הידע בעניינה יאפשרו לפתח תוכניות הכשרה להערכתה, לאבחונה, למדידתה ולטיפול באנשים המתמודדים עם תסמיניה, ויפחיתו מחסומים בפנייה לטיפול.

ב. טיפול תרופתי

רוב המטפלים אינם נעזרים כיום בכל טיפול תרופתי, אף שכמה טיפולים תרופתיים – כגון תרופות מפחיתות עוויתות וטיפול הורמונלי להפחתת דחפים מיניים – נמצאו יעילים בהפחתת תסמיני ההפרעה במקרים מסוימים (Garcia & Thibaut, 2010). השפעה חיובית נמצאה גם לטיפול בחוסמים סלקטיביים של שאיבת סרוטונין (SSRIs) כגון קלומיפראמין ופרקוסט (Coleman et al., 2000). אחרים דיווחו על תועלת בנטילת נלטרקסון (Raymond et al., 2010).

ג. התערבויות פסיכו-חברתיות

בסקירה שיטתית של הספרות העוסקת בטיפול בהפרעת התנהגות מינית כפייתית עלו אך מעט מחקרים שבחנו את יעילות הטיפול או השלכותיו. רוב השיטות נבחנו במחקר בודד, שדגם תוצרי טיפול באופן חד-פעמי, על סמך דיווח עצמי בכלים שונים. ניכר חסרונם של מחקרים שנערכו במתודולוגיה טובה דיה וכללו מספר ראוי של משתתפים, ושנקטו הגדרה אחידה של ההפרעה ומערך מחקר הכולל הקצאה אקראית, קבוצת ביקורת או השוואה ובקרה מספקת (Derbyshire & Grant, 2015; Efrati & Gola, 2018b; Miles et al., 2016). יעילותן של רוב ההתערבויות נבחנה לטווח קצר, באמצעות תיאורי מקרה, והגדרת תוצריהן לרוב הייתה עמומה וצרה, ולא הביאה בחשבון את איכות החיים הכוללת של המתמודדים, את יכולתם התפקודית הנרחבת או תחלואה נלווית. שיטות הטיפול השונות נבדלות גם במטרות הטיפול. גישה קיצונית, המבוססת על עקרונות 12 הצעדים לטיפול בהתמכרויות (סקסוהוליסטים אנונימיים), מגדירה את מטרת הטיפול בהפרעה כהתנזרות מינית מלאה מלבד יחסי מין במסגרת נישואין (Efrati & Gola, 2018a). גישות אחרות מבקשות להפחית את ההשלכות השליליות, ומתמקדות בפיתוח אסטרטגיות לשימוש מבוקר בפורנוגרפיה ואוננות או אימוץ הרגלים בריאים ביחסי מין בין-אישיים (כגון שימוש בקונדום).

טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בהפרעת התנהגות מינית כפייתית מבקש להפסיק או להפחית את ההתנהגות הבעייתית ולחזק התנהגויות בריאות, כדי לשפר את איכות חייו של המטופל (Birchard, 2015). הטיפול כולל זיהוי טריגרים פנימיים וחיצוניים להתנהגות, מיפוי דפוסי חשיבה בלתי מסתגלים והטמעת שינוי באמצעות תרגול מובנה ושיטתי, תוך הבחנה בין התנהגויות מיניות המשרתות צרכים מיניים לבין כאלה המבטאות נטיות אימפולסיביות או משרתות צרכים אחרים, כגון ויסות מצב רוח, מתח או חרדה. במחקר ראשוני שבחן טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בקרב עשרה גברים הטיפול הפחית תסמינים היפרסקסואליים במהלך ההתערבות ומיד לאחריה (Hallberg et al., 2017).

במחקר אחר שנערך ב-2017 נמצא כי **פסיכותרפיה אנליטית** המשולבת בעקרונות קוגניטיביים (CAT, Cognitive Analytic Therapy) מפחיתה אובססיות מיניות ומשפרת את היחסים הבין-אישיים של המתמודדים עם ההפרעה (Kellett et al., 2017). במחקר אחר נמצא כי **מיינדפולנס** הפחית היפרסקסואליות, שיפר את ויסות הרגש ואת ההתמודדות עם לחץ והגביר את הסבילות לתשוקה להוציא לפועל דחפים מיניים בלתי מותאמים (Van Gordon et al., 2016). שישה מטפלים דיווחו כי **טיפול ממוקד דפוסי התקשרות** סייע גם הוא לבעלי הפרעת התנהגות מינית כפייתית (Benfield, 2018). **פסיכותרפיה פסיכודינמית הממוקדת בטראומה ובמשפחת המוצא** דווחה כבעלת השפעה אף היא, ופורסמו דיווחים אחרים על התערבויות קבוצתיות וזוגיות יעילות (Hook et al., 2014), אך המגבלות המתודולוגיות בכל השיטות מקשות על החוקרים להסיק ממצאים מעשיים ולהכלילם על אוכלוסייה רחבה.

ב-2018 בחן מחקר חלוץ את יעילותה של השתתפות **בקבוצות לעזרה עצמית הפועלות בגישת 12 הצעדים ו-12 המסורות**, הנעזרות במודל המחלה והמודל הרוחני להתמכרות כדי להתמודד עם ההפרעה. מחקר זה מצא כי ככל שהמטופל נמצא בשלב (צעד) מתקדם יותר של הטיפול, תחושת חוסר האונים שלו ביחסו למין נמוכה יותר, הוא חש שליטה רבה יותר, ההדחקה המינית שלו נמוכה יותר והוא נמנע פחות מפנייה לטיפול בהפרעה (Efrati & Gola, 2018a). יש לציין כי מחקר זה מבוסס על דיווח עצמי, ללא מעקב אורך וללא קבוצת השוואה לטיפול אחר או כזו שתבחן את השינויים בחלוף הזמן. כמו כן, המחקר לא הזכיר נשירה או סלקציה מקדימה, וכלל מדגם קטן יחסית, הטרוגני מאוד.

גישת 12 הצעדים רואה בהתמכרות מחלה כרונית שבה האדם אינו שולט עוד בחייו. ההתמכרות נתפסת חיצונית ובלתי ניתנת לריפוי, אך ניתנת לריסון באמצעות התנזרות מוחלטת ממושג ההתמכרות. נחוצים עוד מחקרים כדי לעמוד על יעילותה של שיטה זו ושל שיטות הטיפול האחרות בהפרעת התנהגות מינית כפייתית, וכדי לקבוע המלצות ברורות לקובעי מדיניות. לצד זאת, מודגש כי חשוב מאוד לטפל גם בהפרעות אחרות שעמן מתמודדים רבים מהלוקים בהפרעת התנהגות מינית כפייתית, כגון הפרעת שימוש בחומרים, הפרעות מצב רוח והפרעות חרדה (Potenza et al., 2017).

לסיכום, למרות עניין ציבורי, הפרעת התנהגות מינית כפייתית נותרה בשולי המחקר המדעי השיטתי והסיווג הפסיכיאטרי. בהשוואה להפרעות ולהתנהגויות אחרות, עד כה הצטברו אך מעט עבודות תאורטיות, מחקרים ונתונים ראויים על התופעה. מצד אחד, דלות המידע על התנהגות מינית

כפייתית או היפרסקסואליות והמחלוקת בשאלה אם יש לסווג כהפרעה נפשית מנעו את הכללתה במהדורה החמישית של מדריך אבחון ההפרעות הנפשיות, ה-DSM-5. מצד שני, היעדר קריטריונים דיאגנוסטיים רשמיים ואחידים מקשה את החקירה השיטתית, את איסוף הנתונים המקיף ואת מאמצי האבחון, הטיפול, המניעה והחינוך. המהדורה העדכנית של ספר סיווג המחלות ICD-11, שראתה אור בקיץ האחרון (WHO, 2018), עוסקת לראשונה בהתנהגות מינית כפייתית, ומסווגת אותה כהפרעת שליטה בדחפים – אם כי מודל ההתמכרות להפרעת התנהגות מינית כפייתית הוא הנרחב והמצוטט ביותר. הבדלים בהגדרת ההפרעה הובילו לפערים גדולים בהערכת שכיחותה באוכלוסייה הכללית ובהבנת המנגנונים שבבסיסה. כפועל יוצא מעטים המחקרים שבחנו את יעילותו של טיפול בהפרעה, ואלו שאכן בחנו זאת היו ברובם מעוטי משתתפים, לא השתמשו במערך מחקר הכולל הקצאה אקראית, קבוצת ביקורת או בקורות מספקות, ודגמו את תוצרי הטיפול באופן חד-פעמי, על סמך דיווח עצמי של מדדי הצלחה מוגבלים, וללא כל בחינה של איכות החיים הכוללת של המתמודדים, של יכולתם התפקודית הנרחבת או של תחלואה נלווית.

לאי-טיפול בהפרעה השלכות שליליות רבות. יש לקוות כי הגברת מודעותם של אנשי המקצוע לאבחנה החדשה תגביר את עקביותם בבואם לאתר את ההפרעה ולטפל באנשים הלוקים בה, תסייע להם להבחין בין ההפרעה לבין ביטויים נורמטיביים של התנהגות מינית, ותבהיר להם את הצרכים הקליניים של אנשים המבקשים טיפול. תוצאות אלו, יש בהן כדי לסייע בהפחתת רגשות אשמה ובושה, ולהגביר את פנייתם של אנשים המצויים במצוקה לטיפול. בהיבט המחקרי יש לקוות כי התפתחות זו תעודד חוקרים למחקרים אפידמיולוגיים, מחקרים שיבחנו בכלי אבחון אחידים את מאפייני ההפרעה בתתי-האוכלוסיות שבחברה הישראלית ואת גורמי הסיכון והחוסן להתפתחותה, ומחקרים מבוקרים שיבחנו את יעילותן של התערבויות שונות בגילים שונים וברגישות תרבותית, ויאפשרו לפתח פרוטוקולים מבוססי ראיות לסיוע ללוקים בהפרעה.

מקורות

- הוועדה הבין-משרדית לטיפול במכורים להימורים. (2017). [דוח]. כנסת ישראל.
- קור דבידוביץ', פ'. (2016). הטיפול בסובלים מתחלואה נפשית כפולה. כנסת ישראל, מרכז המחקר והמידע.
- רושקה, פ', ספיבק, פ', גולדמן, ק' ואוסטין, ע'. (2018). סיכום פעילות המחלקה טיפול בהתמכרויות במשרד הבריאות לשנת 2017. משרד הבריאות.
- Aarseth, E., Bean, A. M., Boonen, H., Colder Carras, M., Coulson, M., Das, D., Deleuze, D., Dunkels, E., Edman, J., Ferguson, C. J., Haagsma, M. C., Helmersson Bergmark, K., Hussain, Z., Jansz, J., Kardefelt-Winther, D., Kutner, L., Markey, P., Lundedal Nielsen, R. K., Prause, N., ... Van Rooij, A. J. (2017). Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 267–270.
- Achab, S., Meuli, V., Deluze, J., Thorens, G., Rothern, S., Khazaal, Y., Zullino, D., & Billieux, J. (2015). Challenges and trends of identification and treatment of disorders associated with problematic use of Internet. *In Public health implications of excessive use of the Internet, computers, smartphones and similar electronic devices*. World Health Organization, Switzerland.
- Achab, S., Nicolier, M., Mauny, F., Monnin, J., Trojak, B., Vandel, P., Sechter, D., Gorwood, P., & Haffen, E. (2011). Massively multiplayer online role-playing games: Comparing characteristics of addict vs. non-addict online recruited gamers in a French adult population. *BMC Psychiatry*, 11, 144. <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-144>

- Addiction Suisse. (2015). Monitoring of Internet use and problematic Internet use in Switzerland in 2015. <http://www.bag.admin.ch/jugendprogramme/10047/13303/>
- Adolphe, A., Khatib, L., Van Golde, C., Gainsbury, S., & Blaszczyński, A. (2018). Crime and gambling disorders: A systematic review. *Journal of Gambling Studies*, 35(2), 395–414.
- Al-Krenawi, A. (2002). Mental health service utilization among the Arabs in Israel. *Social Work in Health Care*, 35(1–2), 577–589.
- Alim, T., Kumari, S., Adams, L., Saint-Cyr, D. A., Tulin, S., Carpenter-Song, E., Hipolito, M., Peterson, L. D., & Lawson, W. B. (2017). Craving and depression in opiate dependent mentally ill African Americans receiving Buprenorphine/Naloxone and group CBT (Cognitive Behavioral Therapy). *Clinical Psychiatry*, 3(2), 11.
- Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Ustun, T. B., & Kessler, R. C. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular Psychiatry*, 16, 1234–1246.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Amodeo, M., Lundgren, L., Fernanda Beltrame, C., Chassler, D., Cohen, A., & D'Ippolito, M. (2013). Facilitating factors in implementing four evidence-based practices: Reports from addiction treatment staff. *Substance Use & Misuse*, 48(8), 600–611.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2014). *The psychology of criminal conduct*. New York: Routledge.
- Aubry, T., Tsemberis, S., Adair, C. E., Veldhuizen, S., Streiner, D., Latimer, E., Sareen, J., Patterson, M., McGarvey, K., Kopp, B., Hume, C., & Goering, P. (2015). One-year outcomes of a randomized controlled trial of housing first with ACT in five Canadian cities. *Psychiatric Services*, 66(5), 463–469.

- Baillargeon, J., Penn, J. V., Knight, K., Harzke, A. J., Baillargeon, G., & Becker, E. A. (2010). Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(4), 367–374.
- Baingana, F., Al'Absi, M., Becker, A. E., & Pringle, B. (2015). Global research challenges and opportunities for mental health and substance-use disorders. *Nature*, 527(7578), S172–S177.
- Baker, A. L., Kavanagh, D. J., Kay-Lambkin, F. J., Hunt, S. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., & McElduff, P. (2014). Randomized controlled trial of MICBT for co-existing alcohol misuse and depression: Outcomes to 36-months. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(3), 281–290.
- Balhara, Y. P. S., Lev-Ran, S., Martínez-Raga, J., Benyamina, A., Singh, S., Blecha, L., & Szerman, N. (2016). State of training, clinical services, and research on dual disorders across France, India, Israel, and Spain. *Journal of Dual Diagnosis*, 12(3–4), 252–260.
- Balyakina, E., Mann, C., Ellison, M., Sivernell, R., Fulda, K. G., Sarai, S. K., & Cardarelli, R. (2014). Risk of future offense among probationers with co-occurring substance use and mental health disorders. *Community Mental Health Journal*, 50(3), 288–295.
- Banz, B. C., Yip, S. W., Yau, Y. H., & Potenza, M. N. (2016). Behavioral addictions in addiction medicine: From mechanisms to practical considerations. In H. Ekhtiari & M. Paulus (Eds.), *Progress in brain research: Neuroscience for addiction medicine: From prevention to rehabilitation – constructs and drugs* (Vol. 223, pp. 311–328). Elsevier.
- Bar-Hamburger, R., Ezrahi, Y., Rosiner, I., & Nirel, R. (2009). *Illegal use of drugs and alcohol in Israel 2009: Seventh national epidemiological survey*. Israel Anti Drug Authority.

- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1706–1713.
- Benfield, J. (2018). Secure attachment: An antidote to sex addiction? A thematic analysis of therapists' experiences of utilizing attachment-informed treatment strategies to address sexual compulsivity. *Sexual Addiction & Compulsivity: Journal of Treatment and Prevention*, 25(1), 12–27.
- Bernacchio, C., & Burkner, E. J. (2016). Psychiatric rehabilitation of persons with co-occurring disorders and corrections involvement. *Rehabilitation Research, Policy, and Education*, 30(3), 230–242.
- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 119–123.
- Billieux, J., Thorens, G., Khazaal, Y., Zullino, D., Achab, S., & van der Linden, M. (2015). Problematic involvement in online games: A cluster analytic approach. *Computers in Human Behavior*, 43, 242–250.
- Birchard, T. (2015). *CBT for compulsive sexual behaviour: A guide for professionals*. Routledge.
- Blanco, C., Hasin, D. S., Petry, N., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychological Medicine*, 36(7), 943–953.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487–499.

- Boffo, M., Smits, R., Salmon, J. P., Cowie, M. E., de Jong, D. T., Salemink, E., Collins, P., Stewart, S. H., & Wiers, R. W. (2018). Luck, come here! Automatic approach tendencies toward gambling cues in moderate- to high-risk gamblers. *Addiction*, 113(2), 289–298.
- Boffo, M., Willemen, R., Pronk, T., Wiers, R. W., & Dom, G. (2017). Effectiveness of two web-based cognitive bias modification interventions targeting approach and attentional bias in gambling problems: Study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Trials*, 18(1), 452.
- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2015). The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry*, 14(2), 240–242.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., & Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(3), 141–159.
- Bramness, J. G., Henriksen, B., Person, O., & Mann, K. (2014). A bibliometric analysis of European versus USA research in the field of addiction: Research on alcohol, narcotics, prescription drug abuse, tobacco and steroids 2001–2011. *European Addiction Research*, 20(1), 16–22.
- Brevet-Aeby, C., Brunelin, J., Iceta, S., Padovan, C., & Poulet, E. (2016). Prefrontal cortex and impulsivity: Interest of noninvasive brain stimulation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 71, 112–134.
- Budney, A. J. (2006). Are specific dependence criteria necessary for different substances: How can research on cannabis inform this issue? *Addiction*, 101, 125–133.
- Butler, T., Indig, D., Allnutt, S., & Mamoon, H. (2011). Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners. *Drug and Alcohol Review*, 30(2), 188–194.

- Caler, K., Garcia, J. R. V., & Nower, L. (2016). Assessing problem gambling: A review of classic and specialized measures. *Current Addiction Reports*, 3(4), 437–444.
- Campos, M. D., Rosenthal, R. J., Chen, Q., Moghaddam, J., & Fong, T. W. (2016). A self-help manual for problem gamblers: The impact of minimal therapist guidance on outcome. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(4), 579–596.
- Carlbring, P., & Smit, F. (2008). Randomized trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1,090–1,094.
- Carnes, P. (2001). *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Hazelden Publishing.
- Castrén, S., Pankakoski, M., Tamminen, M., Lipsanen, J., Ladouceur, R., & Lahti, T. (2013). Internet-based CBT intervention for gamblers in Finland: Experiences from the field. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(3), 230–235.
- Center for Mental Health Services. (2016). *Evidence-based practices: Shaping mental health services toward recovery*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US Department of Health and Human Services.
- Chander, G., Himelhoch, S., Fleishman, J. A., Hellinger, J., Gaist, P., Moore, R. D., & Gebo, K. A. (2009). HAART receipt and viral suppression among HIV-infected patients with co-occurring mental illness and illicit drug use. *AIDS Care*, 21(5), 655–663.
- Chandler, D. W. (2011). Fidelity and outcomes in six integrated dual disorders treatment programs. *Community Mental Health Journal*, 47(1), 82–89.

- Chow, C. M., Wieman, D., Cichocki, B., Qvicklund, H., & Hiersteiner, D. (2013). Mission impossible: Treating serious mental illness and substance use co-occurring disorder with integrated treatment: A meta-analysis. *Mental Health and Substance Use*, 6(2), 150–168.
- Chuang, Y. C. (2006). Massively multiplayer online role-playing game-induced seizures: A neglected health problem in Internet addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 9, 451–456. <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/cpb.2006.9.451>
- Clark, L., Boileau, I., & Zack, M. (2018). Neuroimaging of reward mechanisms in gambling disorder: An integrative review. *Molecular Psychiatry*, 24(5), 674–693.
- Coleman, E., Gratzer, T., Nesvacil, L., & Raymond, N. C. (2000). Nefazodone and the treatment of nonparaphilic compulsive sexual behavior: A retrospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(4), 282–284.
- Conway, K. P., Compton, W., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(2), 247–257.
- Cowlshaw S., Merkouris S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11. Art. No.: CD008937. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008937.pub2/full>
- Crunelle, C. L., van den Brink, W., Moggi, F., Konstenius, M., Franck, J., Levin, F. R., van de Glind, G., Demetrovics, Z., Coetzee, C., Luderer, M., Schellekens, A., ICASA consensus group, & Matthys, F. (2018). International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. *European Addiction Research*, 24(1), 43–51.

- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton 3rd, W., & Spitznagel, E. L. (1998). Taking chances: Problem gamblers and mental health disorders--results from the St. Louis epidemiologic catchment area study. *American Journal of Public Health, 88*(7), 1,093–1,096.
- De La Rosa, M., Dillon, F. R., Sastre, F., & Babino, R. (2013). Alcohol use among recent Latino immigrants before and after immigration to the United States. *American Journal on Addictions, 22*(2), 162–168.
- de Lisle, S. M., Dowling, N. A., & Allen, J. S. (2012). Mindfulness and problem gambling: A review of the literature. *Journal of Gambling Studies, 28*(4), 719–739.
- de Waal, M. M., Christ, C., Dekker, J. J., Kikkert, M. J., Lommerse, N. M., van den Brink, W., & Goudriaan, A. E. (2018). Factors associated with victimization in dual diagnosis patients. *Journal of Substance Abuse Treatment, 84*, 68–77.
- de Waal, M. M., Dekker, J. J. M., & Goudriaan, A. E. (2017). Prevalence of victimization in patients with dual diagnosis. *Journal of Dual Diagnosis, 13*(2), 119–123.
- De Witte, N. A., Crunelle, C. L., Sabbe, B., Moggi, F., & Dom, G. (2014). Treatment for outpatients with comorbid schizophrenia and substance use disorders: A review. *European Addiction Research, 20*(3), 105–114.
- Derbyshire, K. L., & Grant, J. E. (2015). Compulsive sexual behavior: A review of the literature. *Journal of Behavioral Addictions, 4*(2), 37–43.
- Dhuffar, M. K., & Griffiths, M. D. (2016). Barriers to female sex addiction treatment in the UK. *Journal of Behavioral Addictions, 5*(4), 562–567.

- Di Nicola, M., De Filippis, S., Martinotti, G., De Risio, L., Pettorruso, M., De Persis, S., Icro Maremmani, A. G., Maremmani, I., di Giannantonio, M., & Janiri, L. (2017). Nalmefene in alcohol use disorder subjects with psychiatric comorbidity: A naturalistic study. *Advances in Therapy*, 34(7), 1,636–1,649.
- Dixon, L. (2000). Assertive community treatment: Twenty-five years of gold. *Psychiatric Services*, 51(6), 759–765.
- Dom, G., & Moggi, F. (2015). Toward a new model of care: Integrating mental health, substance use, and somatic care. In G. Dom, & F. Moggi (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders* (pp. 375–389). Springer.
- Dom, G., & Wojnar, M. (2015). The Pathogenesis of dual disorders: Neurobiological perspectives. In G. Dom, & F. Moggi (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders* (pp. 61–71). Springer.
- Dong, G., Lin, X., & Potenza, M. N. (2015). Decreased functional connectivity in an executive control network is related to impaired executive function in Internet gaming disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 57, 76-85.
- Dong, G., & Potenza, M. N. (2014). A cognitive-behavioral model of Internet gaming disorder: theoretical underpinnings and clinical implications. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 7-11.
- Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F. C., Clark, R. E., & Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52(4), 469–476.
- Drake, R. E., & Green, A. I. (2015). A call for creativity in dual diagnosis research. *Journal of Dual Diagnosis*, 11(2), 93–96.

- Drake, R. E., & Latimer, E. (2012). Lessons learned in developing community mental health care in North America. *World Psychiatry*, 11(1), 47–51.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Clark, R. E., & Wallach, M. A. (1996). The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 42–51.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 123–138.
- Ecker, A. H., & Hundt, N. (2018). Posttraumatic stress disorder in opioid agonist therapy: A review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(6), 636–642.
- Efrati, Y., & Gola, M. (2018a). Compulsive sexual behavior: A twelve-step therapeutic approach. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 445–453.
- Efrati, Y., & Gola, M. (2018b). Treating compulsive sexual behavior. *Current Sexual Health Reports*, 10(2), 57–64.
- Efrati, Y., & Mikulincer, M. (2018). Individual-based compulsive sexual behavior scale: Its development and importance in examining compulsive sexual behavior. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(2), 249–259.
- Ekhtiari, H., Tavakoli, H., Addolorato, G., Baeken, C., Bonci, A., Campanella, S., (2019). Transcranial electrical and magnetic stimulation (tES and TMS) for addiction medicine: A consensus paper on the present state of the science and the road ahead. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 104, 118–149

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013). *Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: A review of the data* (Report). http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/822/TDAU13002ENN_457231.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2004). 'Selected issue 3: Co-morbidity', pp. 94-102 in Annual Report 2004: The state of the drugs problem in the European Union and Norway. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fauth-Bühler, M., Mann, K., & Potenza, M. N. (2017). Pathological gambling: A review of the neurobiological evidence relevant for its classification as an addictive disorder. *Addiction Biology*, 22(4), 885-897.
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M., & Långström, N. (2010). Bipolar disorder and violent crime: New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 931-938.
- Feng, W., Ramo, D. E., Chan, S. R., & Bourgeois, J. A. (2017). Internet gaming disorder: Trends in prevalence 1998-2016. *Addictive Behaviors*, 75, 17-24.
- Fischer, B., Oviedo-Joekes, E., Blanken, P., Haasen, C., Rehm, J., Schechter, M. T., Strang, J., & van den Brink, W. (2007). Heroin-assisted treatment (HAT) a decade later: A brief update on science and politics. *Journal of Urban Health*, 84(4), 552-562.
- Fraguas, D., Díaz-Caneja, C., O'Donovan, M. C., Gur, R., & Arango, C. (2017). Mental disorders of known aetiology and precision medicine in psychiatry: A promising but neglected alliance. *Psychological Medicine*, 47(2), 193-197.

- Gallego, L., Barreiro, P., & Lopéz-Ibor, J. J. (2011). Diagnosis and clinical features of major neuropsychiatric disorders in HIV infection. *AIDS Review*, 13(3), 171–179.
- Garcia, F. D., & Thibaut, F. (2010). Sexual addictions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 254–260.
- Gebauer, L., LaBrie, R., & Shaffer, H. J. (2010). Optimizing DSM-IV-TR classification accuracy: A brief biosocial screen for detecting current gambling disorders among gamblers in the general household population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(2), 82–90.
- Ginley, M. K., Rash, C. J., & Petry, N. M. (2019). Psychological interventions in gambling disorder. In A. Heinz, N. Romanczuk-Seiferth, M. N. Potenza (Eds.), *Gambling disorder* (pp. 181–194). Springer.
- Giroux, I., Goulet, A., Mercier, J., Jacques, C., & Bouchard, S. (2017). Online and mobile interventions for problem gambling, alcohol, and drugs: a systematic review. *Frontiers in psychology*, 8, 954.
- Gola, M., Lewczuk, K., & Skorko, M. (2016). What matters: Quantity or quality of pornography use? Psychological and behavioral factors of seeking treatment for problematic pornography use. *Journal of Sexual Medicine*, 13(5), 815–824.
- Gola, M., Miyakoshi, M., & Sescousse, G. (2015). Sex, impulsivity, and anxiety: Interplay between ventral striatum and amygdala reactivity in sexual behaviors. *Journal of Neuroscience*, 35(46), 15,227–15,229.
- Gola, M., & Potenza, M. N. (2016). Paroxetine treatment of problematic pornography use: A case series. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(3), 529–532.

- Gola, M., & Potenza, M. N. (2018). Promoting educational, classification, treatment, and policy initiatives: Commentary on: Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11 (Kraus et al., 2018). *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 208–210.
- Goslar, M., Leibetseder, M., Muench, H. M., Hofmann, S. G., & Laireiter, A.-R. (2018). Pharmacological treatments for disordered gambling: A meta-analysis. *Journal of Gambling Studies*, 35(2), 412–445.
- Goudriaan, A. E., van den Brink, W., & Van Holst, R. J. (2019). Gambling disorder and substance-related disorders: Similarities and differences. In A. Heinz, N. Romanczuk-Seiferth, M. N. Potenza (Eds.), *Gambling disorder* (pp. 247–269). Springer.
- Graham, H. L. (2004). Cognitive-behavioural integrated treatment (C-BIT): *A treatment manual for substance misuse in people with severe mental health problems*. John Wiley & Sons.
- Grant, J. E., Atmaca, M., Fineberg, N. A., Fontenelle, L. F., Matsunaga, H., Janardhan Reddy, Y. C., Simpson, H. B., Thomsen, P. H., van den Heuvel, O. A., Veale, D., Woods, D. W., & Stein, D. J. (2014). Impulse control disorders and “behavioural addictions” in the ICD-11. *World Psychiatry*, 13(2), 125–127.
- Grant, J. E., & Potenza, M. N. (2007). Commentary: Illegal behavior and pathological gambling. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35(3), 302–305.
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233–241.
- Green, A. I. (2007). Pharmacotherapy for schizophrenia and co-occurring substance use disorders. *Neurotoxicity Research*, 11(1), 33–40.

- Griffiths, M. D. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance use*, 10(4), 191–197.
- Griffiths, M. D. (2017). Behavioural addiction and substance addiction should be defined by their similarities not their dissimilarities. *Addiction*, 112(10), 1,718–1,720.
- Griffiths, M. D., Shonin, E., & Van Gordon, W. (2016). Mindfulness as a treatment for gambling disorder: Current directions and issues. *Journal of Gambling and Commercial Gaming Research*, 1(1), 47–52.
- Griffiths, M. D., & Smeaton, M. (2002). Withdrawal in pathological gamblers: A small qualitative study. *Social Psychology Review*, 4(1), 4–13.
- Grüsser, S. M., Thalemann, R., & Griffiths, M. D. (2006). Excessive computer game playing: Evidence for addiction and aggression? *Cyberpsychology & behavior*, 10(2), 290–292
- Haddock, G., Eisner, E., Davies, G., Coupe, N., & Barrowclough, C. (2013). Psychotic symptoms, self-harm and violence in individuals with schizophrenia and substance misuse problems. *Schizophrenia Research*, 151(1–3), 215–220.
- Hall, P. (2012). *Understanding and treating sex addiction: A comprehensive guide for people who struggle with sex addiction and those who want to help them*. Routledge.
- Hallberg, J., Kaldo, V., Arver, S., Dhejne, C., & Öberg, K. G. (2017). A cognitive-behavioral therapy group intervention for hypersexual disorder: A feasibility study. *Journal of Sexual Medicine*, 14(7), 950–958.
- Hamilton, I. (2017). Cannabis, psychosis and schizophrenia: Unravelling a complex interaction. *Addiction*, 112(9), 1,653–1,657.

- Hassan, A. N., Howe, A. S., Samokhvalov, A. V., Le Foll, B., & George, T. P. (2017). Management of mood and anxiety disorders in patients receiving opioid agonist therapy: Review and meta-analysis. *American Journal on Addictions*, 26(6), 551–563.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (Eds.) (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
- Helzer, J. E., van den Brink, W., & Guth, S. E. (2006). Should there be both categorical and dimensional criteria for the substance use disorders in DSM-V? *Addiction*, 101, 17–22.
- Henwood, B. F., Siantz, E., Hrouda, D. R., Innes-Gomberg, D., & Gilmer, T. P. (2017). Integrated primary care in assertive community treatment. *Psychiatric Services*, 69(2), 133–135.
- Hiller, M. L., Knight, K., Broome, K. M., & Simpson, D. D. (1996). Compulsory community-based substance abuse treatment and the mentally ill criminal offender. *Prison Journal*, 76(2), 180–191.
- Hodgins, D. C., Fick, G. H., Murray, R., & Cunningham, J. A. (2013). Internet-based interventions for disordered gamblers: Study protocol for a randomized controlled trial of online self-directed cognitive-behavioural motivational therapy. *BMC Public Health*, 13(1), 10.
- Hodgins, D. C., Stea, J. N., & Grant, J. E. (2011). *Gambling disorders*. *Lancet*, 378(9806), 1,874–1,884.
- Holtgraves, T. (2009). Evaluating the problem gambling severity index. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 105–120.
- Hønsi, A., Mentzoni, R. A., Molde, H., & Pallesen, S. (2013). Attentional bias in problem gambling: A systematic review. *Journal of Gambling Studies*, 29(3), 359–375.

- Hook, J. N., Reid, R. C., Penberthy, J. K., Davis, D. E., & Jennings, D. J. (2014). Methodological review of treatments for nonparaphilic hypersexual behavior. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(4), 294–308.
- Hunt, C. J., & Blaszczynski, A. (2019). *Gambling disorder as a clinical phenomenon gambling disorder*. (pp. 15–27). Springer.
- Hunt, E., Peters, R. H., & Kremling, J. (2015). Behavioral health treatment history among persons in the justice system: Findings from the arrestee drug abuse monitoring II program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1), 7–15.
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., & Cleary, M. (2013). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 18–20.
- Jackson, L. A., Von Eye, A., Fitzgerald, H. E., Witt, E. A., & Zhao, Y. (2011). Internet use, videogame playing and cell phone use as predictors of children's body mass index (BMI), body weight, academic performance, and social and overall self-esteem. *Computers in Human Behavior*, 27(1), 599–604.
- Jansen, J. M., Daams, J. G., Koeter, M. W., Veltman, D. J., van den Brink, W., & Goudriaan, A. E. (2013). Effects of non-invasive neurostimulation on craving: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(10), 2,472–2,480.
- Janssen, E., Vorst, H., Finn, P., & Bancroft, J. (2002). The sexual inhibition (SIS) and sexual excitation (SES) scales: I. Measuring sexual inhibition and excitation proneness in men. *Journal of Sex Research*, 39(2), 114–126.
- Johnson, K. L., Desmarais, S. L., Tueller, S. J., Grimm, K. J., Swartz, M. S., & Van Dorn, R. A. (2016). A longitudinal analysis of the overlap between violence and victimization among adults with mental illnesses. *Psychiatry Research*, 246, 203–210.

- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377–400.
- Kafka, M. P. (2014). What happened to hypersexual disorder? *Archives of Sexual Behavior*, 43(7), 1,259–1,261.
- Kaptsis, D., King, D. L., Delfabbro, P. H., & Gradisar, M. (2016). Withdrawal symptoms in Internet gaming disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 58–66.
- Kardefelt-Winther, D. (2014). A conceptual and methodological critique of internet addiction research: Towards a model of compensatory internet use. *Computers in Human Behavior*, 31, 351–354.
- Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., Van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., Edman, J., Blaszczynski, A., Khazaal, Y., & Billieux, J. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? *Addiction*, 112(10), 1,709–1,715.
- Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., & Totterdell, P. (2017). Testing the effectiveness of cognitive analytic therapy for hypersexuality disorder: An intensive time-series evaluation. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(6), 501–516.
- Kelly, T. M., Daley, D. C., & Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 37(1), 11–24.
- Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56(10), 730–737.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 17–31.

- Kim, E. J., Namkoong, K., Ku, T., & Kim, S. J. (2008). The relationship between online game addiction and aggression, self-control and narcissistic personality traits. *European psychiatry*, 23(3), 212-218.
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2014). The cognitive psychology of Internet gaming disorder. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 298-308.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Griffiths, M. D., & Gradisar, M. (2011). Assessing clinical trials of Internet addiction treatment: A systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1,110-1,116.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Wu, A. M., Doh, Y. Y., Kuss, D. J., Pallesen, S., Mentzoni, R., Carragher, N., & Sakuma, H. (2017). Treatment of internet gaming disorder: An international systematic review and CONSORT evaluation. *Clinical Psychology Review*, 54, 123-133.
- King, D. L., Haagsma, M. C., Delfabbro, P. H., Gradisar, M., & Griffiths, M. D. (2013). Toward a consensus definition of pathological video-gaming: A systematic review of psychometric assessment tools. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 331-342.
- King, D. L., Herd, M. C., & Delfabbro, P. H. (2018). Motivational components of tolerance in Internet gaming disorder. *Computers in Human Behavior*, 78(C), 133-141.
- Király, O., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2015). Internet gaming disorder and the DSM-5: Conceptualization, debates, and controversies. *Current Addiction Reports*, 2(3), 254-262.
- Király, O., Griffiths, M. D., King, D. L., Lee, H. K., Lee, S. Y., Bányai, F., Zsila, Á., Takacs, Z. K., & Demetrovics, Z. (2017). Policy responses to problematic video game use: A systematic review of current measures and future possibilities. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 503-517.

- Knapp, M., Patel, A., Curran, C., Latimer, E., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Kilian, R., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., Van Busschbach, J., Comas-Herrera, A., White, S., Wiersma, D., & Burns, T. (2013). Supported employment: Cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry*, 12(1), 60–68.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, S. H., Wang, P. W., Chen, C. S., & Yen, C. F. (2014). Evaluation of the diagnostic criteria of Internet gaming disorder in the DSM-5 among young adults in Taiwan. *Journal of Psychiatric Research*, 53(1), 103–110.
- Kor, A., Fogel, Y. A., Reid, R. C., & Potenza, M. N. (2013). Should hypersexual disorder be classified as an addiction? *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(1–2), 27–47.
- Kowalewska, E., Grubbs, J. B., Potenza, M. N., Gola, M., Draps, M., & Kraus, S. W. (2018). Neurocognitive mechanisms in compulsive sexual behavior disorder. *Current Sexual Health Reports*, 10(4), 255–264.
- Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., Voon, V., Abdo, C. H. N., Grant, J. E., Atalla, E., & Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, 17(1), 109–110.
- Kraus, S. W., Meshberg-Cohen, S., Martino, S., Quinones, L. J., & Potenza, M. N. (2015). Treatment of compulsive pornography use with naltrexone: A case report. *American Journal of Psychiatry*, 172(12), 1,260–1,261.
- Kraus, S. W., Voon, V., & Potenza, M. N. (2016). Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? *Addiction*, 111(12), 2,097–2,106.

- Krausz, M., Vogel, M., & Ploesser, M. (2015). Care for patients with addiction and concurrent disorders in Europe, The United States of America, and Canada: Similarities and differences. In G. Dom, & F. Moggi (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders* (pp. 47–59). Springer.
- Kuss, D. J., & Lopez-Fernandez, O. (2016). Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 143–176.
- Kuss, D. J., Louws, J., & Wiers, R. W. (2012). Online gaming addiction? Motives predict addictive play behavior in massively multiplayer online role-playing games. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(9), 480–485.
- Kuss, D. J., Shorter, G. W., Van Rooij, A. J., Griffiths, M. D., & Schoenmakers, T. M. (2014). Assessing internet addiction using the parsimonious internet addiction components model—a preliminary study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(3), 351–366.
- Kuzma, J. M., & Black, D. W. (2008). Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 603–611.
- Laconi, S., Pires, S., & Chabrol, H. (2017). Internet gaming disorder, motives, game genres and psychopathology. *Computers in Human Behavior*, 75(C), 652–659.
- Laconi, S., Tricard, N., & Chabrol, H. (2015). Differences between specific and generalized problematic Internet uses according to gender, age, time spent online and psychopathological symptoms. *Computers in Human Behavior*, 48(C), 236–244.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., & Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(11), 774–780.

- Lam, L. T., & Lam, M. K. (2016). eHealth intervention for problematic internet use (PIU). *Current Psychiatry Reports*, 18(12), 107.
- Latt, N., Jurd, S., Tennant, C., Lewis, J., Macken, L., Joseph, A., Grochulski, A., & Long, L. (2011). Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: Changing patterns. *Australasian Psychiatry*, 19(4), 354–359.
- Lee, H. K., Kim, H. S., & Lee, T. J. (2011). *Cost-effect analysis on the introduction of online game shut down regulation*. Seoul, Republic of Korea: Ministry of Gender Equality and Family.
- Lemmens, J. S., Valkenburg, P. M., & Gentile, D. A. (2015). The Internet gaming disorder scale. *Psychological assessment*, 27(2), 567–582.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks gambling screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1,184–1,188.
- Lev-Ran, S., Florentin, I., Feingold, D., & Rehm, J. (2014). Individuals receiving specialized treatment for drug and alcohol dependence and gambling disorder in Israel--characteristics and implications for prevalence estimates. *Substance Abuse*, 35(3), 268–275.
- Lev-Ran, S., Imtiaz, S., Rehm, J., & Le Foll, B. (2013). Exploring the association between lifetime prevalence of mental illness and transition from substance use to substance use disorders: Results from the national epidemiologic survey of alcohol and related conditions (NESARC). *American Journal on Addictions*, 22(2), 93–98.
- Lewczuk, K., Szmyd, J., Skorko, M., & Gola, M. (2017). Treatment seeking for problematic pornography use among women. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(4), 445–456.

- Li, W., Garland, E. L., McGovern, P., O'brien, J. E., Tronnier, C., & Howard, M. O. (2017). Mindfulness-oriented recovery enhancement for internet gaming disorder in US adults: A stage I randomized controlled trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(4), 393–402.
- Lipari, R. N., Hedden, S. L., & Hughes, A. (2014). Substance use and mental health estimates from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Overview of findings. In Center for Behavioral Health Statistics and Quality, *The CBHSQ report*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- Loranger, C., Bouchard, S., Boulanger, J., & Robillard, G. (2011). Validation of two virtual environments for the prevention and treatment of pathological gambling. *Journal of CyberTherapy and Rehabilitation*, 4(2), 233–236.
- Lubman, D. I., King, J. A., & Castle, D. J. (2010). Treating comorbid substance use disorders in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 191–201.
- Ly, A., & Latimer, E. (2015). Housing first impact on costs and associated cost offsets: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(11), 475–487.
- Maccallum, F., & Blaszczyński, A. (2003). Pathological gambling and suicidality: An analysis of severity and lethality. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 33(1), 88–98.
- Maremmani, A. G., Pallucchini, A., Rovai, L., Bacciardi, S., Spera, V., Maiello, M., Perugi, G., & Maremmani, I. (2018). The long-term outcome of patients with heroin use disorder/dual disorder (chronic psychosis) after admission to enhanced methadone maintenance. *Annals of General Psychiatry*, 17, 14.

- Maremmani, A. G. I., Rugani, F., Bacciardi, S., Rovai, L., Pacini, M., Dell'Osso, L., & Maremmani, I. (2014). Does dual diagnosis affect violence and moderate/superficial self-harm in heroin addiction at treatment entry? *Journal of Addiction Medicine*, 8(2), 116–122.
- Maynard, B. R., Wilson, A. N., Labuzienski, E., & Whiting, S. W. (2018). Mindfulness-based approaches in the treatment of disordered gambling: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 28(3), 348–362.
- McCabe, P. J., Christopher, P. P., Druhn, N., Roy-Bujnowski, K. M., Grudzinskas, A. J., & Fisher, W. H. (2012). Arrest types and co-occurring disorders in persons with schizophrenia or related psychoses. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39(3), 271–284.
- McDonell, M. G., Comtois, K. A., Voss, W. D., Morgan, A. H., & Ries, R. K. (2009). Global appraisal of individual needs short screener (GSS): Psychometric properties and performance as a screening measure in adolescents. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(3), 157–160.
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Whitley, R., Bond, G. R., Campbell, K., Rapp, C. A., Goldman, H. H., Lutz, W. J., & Finnerty, M. T. (2007). Fidelity outcomes in the national implementing evidence-based practices project. *Psychiatric Services*, 58(10), 1,279–1,284.
- McHugo, G. J., Drake, R. E., Xie, H., & Bond, G. R. (2012). A 10-year study of steady employment and non-vocational outcomes among people with serious mental illness and co-occurring substance use disorders. *Schizophrenia Research*, 138(2–3), 233–239.
- Medeiros, G. C., & Grant, J. E. (2019). Pharmacological interventions in gambling disorder. In A. Heinz, N. Romanczuk-Seiferth, M. N. Potenza (Eds.), *Gambling disorder* (pp. 171–180). Springer.

- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 944–958.
- Merkouris, S., Thomas, S., Browning, C., & Dowling, N. (2016). Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 48, 7–31.
- Mestre-Pintó, J. I., Domingo-Salvany, A., Martín-Santos, R., & Torrens, M. (2014). Dual diagnosis screening interview to identify psychiatric comorbidity in substance users: Development and validation of a brief instrument. *European Addiction Research*, 20(1), 41–48.
- Mihara, S., Nakayama, H., Osaki, Y., & Higuchi, S. (2016). Report from Japan. Background paper prepared for the WHO Hong-Kong Meeting on Policy and Program Responses to Mental and Behavioral Disorders Associated with Excessive Use of the Internet and Other Communication and Gaming Platforms. Available through Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Switzerland.
- Miles, L. A., Cooper, R. L., Nugent, W. R., & Ellis, R. A. (2016). Sexual addiction: A literature review of treatment interventions. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 26(1), 89–99.
- Miller, W. R. (1995). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. DIANE Publishing.
- Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J., & Darke, S. (2007). The impact of post-traumatic stress disorder on treatment outcomes for heroin dependence. *Addiction*, 102(3), 447–454.
- Ministry of Science, ICT and Future Planning, and the National Information Society Agency. (2015). *The survey on Internet overdependence*. Seoul, South Korea: National Information Society Agency.

- Minkoff, K. (2013). Treating comorbid psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Times*, 30(4), 44–44.
- Mitzner, G. B., Whelan, J. P., & Meyers, A. W. (2011). Comments from the trenches: Proposed changes to the DSM-V classification of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 27(3), 517–521.
- Moggi, F., & Öjehagen, A. (2015). Evidence-supported psychosocial treatment for dual disorder patients. In G. Dom, & F. Moggi (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders* (pp. 261–277). Springer.
- Moghaddam, J. F., Yoon, G., Dickerson, D. L., Kim, S. W., & Westermeyer, J. (2015). Suicidal ideation and suicide attempts in five groups with different severities of gambling: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *American Journal on Addictions*, 24(4), 292–298.
- Morgan, R. D., Fisher, W. H., Duan, N., Mandracchia, J. T., & Murray, D. (2010). Prevalence of criminal thinking among state prison inmates with serious mental illness. *Law and Human Behavior*, 34(4), 324–336.
- Moser, C. (2011). Hypersexual disorder: Just more muddled thinking. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 227–229.
- Mozayani, A., & Raymon, L. (2012). *Handbook of drug interactions: A clinical and forensic guide*. Springer Science & Business Media.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717–734.
- Mueser, K. T., Glynn, S. M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Smith, L. F., Clark, R. E., Gottlieb, J. D., Wolfe, R., & Feldman, J. (2012). A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 39(3), 658–672.

- Mueser, K. T., Noordsy, D., Drake, R., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. Guilford Press.
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Rosenberg, S. D., Swett Jr, C., Miles, K. M., & Hill, D. (2000). Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: Prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 179–192.
- Müller, K. W., & Wölfling, K. (2017). Both sides of the story: Addiction is not a pastime activity. Commentary on: Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 gaming disorder proposal (Aarseth et al.). *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2), 118–120.
- Muthén, B. (2006). Should substance use disorders be considered as categorical or dimensional? *Addiction*, 101, 6–16.
- National Institute on Drug Abuse. (2012a). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (3rd ed.). NIH Publications.
- National Institute on Drug Abuse. (2012b). *Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations: A research-based guide*. National Institute on Drug Abuse.
- Neale, J., Bloor, M., & Weir, C. (2005). Problem drug users and assault. *International Journal of Drug Policy*, 16(6), 393–402.
- Nolan, J. (2017). *Drug courts: In theory and in practice*. Routledge.
- Nowak, D. E., & Aloe, A. M. (2014). The prevalence of pathological gambling among college students: A meta-analytic synthesis, 2005–2013. *Journal of Gambling Studies*, 30(4), 819–843.

- Odlaug, B. L., Marsh, P. J., Kim, S. W., & Grant, J. E. (2011). Strategic vs nonstrategic gambling: Characteristics of pathological gamblers based on gambling preference. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(2), 105–112.
- Oei, T. P., Raylu, N., & Casey, L. M. (2010). Effectiveness of group and individual formats of a combined motivational interviewing and cognitive behavioral treatment program for problem gambling: A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(2), 233–238.
- Okuda, M., Balán, I., Petry, N. M., Oquendo, M., & Blanco, C. (2009). Cognitive-behavioral therapy for pathological gambling: Cultural considerations. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1,325–1,330.
- Okuda, M., Liu, W., Cisewski, J. A., Segura, L., Storr, C. L., & Martins, S. S. (2016). Gambling disorder and minority populations: Prevalence and risk factors. *Current Addiction Reports*, 3(3), 280–292.
- Orford, J. (1978). Hypersexuality: Implications for a theory of dependence. *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs*, 73(3), 299–310.
- Osher, F. C., & Kofoed, L. L. (1989). Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Psychiatric Services*, 40(10), 1,025–1,030.
- Pacini, M., & Maremmani, I. (2017). What have we learned from the agonist opioid treatment of dual disorder heroin addicts? *Addictive Disorders & Their Treatment*, 16(4), 164–174.
- Pedersen, E., & Koo, M. (2019). The Treatment of Addiction by Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS): Current Data and Future recommendations. *Psychology and Psychiatry*, 8, 1136–1145.

- Padgett, D., Henwood, B. F., & Tsemberis, S. J. (2016). *Housing first: Ending homelessness, transforming systems, and changing lives*. Oxford University Press.
- Park, C.-B., Park, S. M., Gwak, A. R., Sohn, B. K., Lee, J.-Y., Jung, H. Y., Choi, S.-W., Kim, D. J., & Choi, J.-S. (2015). The effect of repeated exposure to virtual gambling cues on the urge to gamble. *Addictive Behaviors*, 41, 61–64.
- Percy, B. T., McEvoy, P. M., & Roberts, L. D. (2017). Internet gaming disorder explains unique variance in psychological distress and disability after controlling for comorbid depression, OCD, ADHD, and anxiety. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(2), 126–132.
- Peters, R. H., Greenbaum, P. E., Edens, J. F., Carter, C. R., & Ortiz, M. M. (1998). Prevalence of DSM-IV substance abuse and dependence disorders among prison inmates. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(4), 573–587.
- Peters, R. H., Wexler, H. K., & Lurigio, A. J. (2015). Co-occurring substance use and mental disorders in the criminal justice system: A new frontier of clinical practice and research. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1), 1–6.
- Peters, R. H., Young, M. S., Rojas, E. C., & Gorey, C. M. (2017). Evidence-based treatment and supervision practices for co-occurring mental and substance use disorders in the criminal justice system. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(4), 475–488.
- Petry, N. M. (2010). Pathological gambling and the DSM-V. *International Gambling Studies*, 10(2), 113–115.
- Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., Molina, C., & Steinberg, K. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 555.

- Petry, N. M., Blanco, C., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Crowley, T. J., Grant, B. F., Hasin, D. S., & O'Brien, C. (2014). An overview of and rationale for changes proposed for pathological gambling in DSM-5. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 493–502.
- Petry, N. M., Blanco, C., Stinchfield, R., & Volberg, R. (2013). An empirical evaluation of proposed changes for gambling diagnosis in the DSM-5. *Addiction*, 108(3), 575–581.
- Petry, N. M., Ginley, M. K., & Rash, C. J. (2017). A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 951.
- Petry, N. M., & Kiluk, B. D. (2002). Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(7), 462–469.
- Petry, N. M., Rehbein, F., Gentile, D. A., Lemmens, J. S., Rumpf, H.-J., Mößle, T., Bischof, G., Tao, R., Fung, D. S. S., Borges, G., Auriacombe, M., González Ibáñez, A., Tam, P., & O'Brien, C. P. (2014). An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach. *Addiction*, 109(9), 1,399–1,406.
- Petry, N. M., Rehbein, F., Ko, C.-H., & O'Brien, C. P. (2015). Internet gaming disorder in the DSM-5. *Current Psychiatry Reports*, 17(9), 72.
- Petry, N. M., & Steinberg, K. L. (2005). Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(2), 226.
- Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5), 564–574.

- Petry, N. M., Zajac, K., & Ginley, M. K. (2018). Behavioral addictions as mental disorders: To be or not to be? *Annual review of Clinical Psychology*, 14, 399–423.
- Ponizovsky, A. M., Rosca, P., Haklai, Z., & Goldberger, N. (2015). Trends in dual diagnosis of severe mental illness and substance use disorders, 1996–2010, Israel. *Drug and Alcohol Dependence*, 148, 203–208.
- Pontes, H. M., Király, O., Demetrovics, Z., & Griffiths, M. D. (2014). The conceptualisation and measurement of DSM-5 internet gaming disorder: The development of the IGD-20 test. *PLoS One*, 9(10), e110137.
- Potenza, M. N., Gola, M., Voon, V., Kor, A., & Kraus, S. W. (2017). Is excessive sexual behaviour an addictive disorder? *Lancet Psychiatry*, 4(9), 663–664.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2000). Illegal behaviors in problem gambling: Analysis of data from a gambling helpline. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28(4), 389–403.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1,500–1,505.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller, & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 3–27). Springer.
- Rabinovitz, S., Goldman, K., Rosca, P., Barda, J., & Levine, S. Z. (2019). The role of substance use and adult sexual assault severity in the course of schizophrenia: An epidemiological catchment study of sexual assault victims. *Schizophrenia Research*, 208, 406–413.

- Rabinovitz, S., & Nagar, M. (in preparation). Cognitive bias modification training in cannabis dependent inpatients.
- Rabinovitz, S., & Nagar, M. (2015). Possible end to an endless quest? Cognitive bias modification for excessive multiplayer online gamers. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(10), 581–587.
- Rash, C. J., Weinstock, J., & Van Patten, R. (2016). A review of gambling disorder and substance use disorders. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 7, 3–13.
- Raylu, N., & Oei, T. P. (2004). Role of culture in gambling and problem gambling. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1,087–1,114.
- Raymond, N. C., Coleman, E., & Miner, M. H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5), 370–380.
- Raymond, N. C., Grant, J. E., & Coleman, E. (2010). Augmentation with naltrexone to treat compulsive sexual behavior: A case series. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(1), 56–62.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA*, 264(19), 2,511–2,518.
- Rehbein, F., Psych, G., Kleimann, M., Mediasci, G., & Mößle, T. (2010). Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: Results of a German nationwide survey. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(3), 269–277.
- Reid, R. C. (2013). *Personal perspectives on hypersexual disorder*. Taylor & Francis.

- Reid, R. C., Garos, S., & Carpenter, B. N. (2011). Reliability, validity, and psychometric development of the hypersexual behavior inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18(1), 30-51.
- Reid, R. C., & Grant, J. E. (2017). In search of a parsimonious model to explain hypersexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2,275-2,277.
- Reissner, V., Kokkevi, A., Schifano, F., Room, R., Storbjörk, J., Stohler, R., DiFuria, L., Rehm, J., Geyer, M., Hölscher, F., & Scherbaum, N. (2012). Differences in drug consumption, comorbidity and health service use of opioid addicts across six European urban regions (TREAT-project). *European Psychiatry*, 27(6), 455-462.
- Riemersma, J., & Sytsma, M. (2013). A new generation of sexual addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(4), 306-322.
- Ritsner, M., & Ponizovsky, A. (1999). Psychological distress through immigration: The two-phase temporal pattern? *International Journal of Social Psychiatry*, 45(2), 125-139.
- Robbins, T. W., & Clark, L. (2015). Behavioral addictions. *Current opinion in neurobiology*, 30, 66-72.
- Roberts, L. J., Shaner, A., Eckman, T. A., Tucker, D. E., & Vaccaro, J. V. (1992). Effectively treating stimulant-abusing schizophrenics: Mission impossible? *New Directions for Mental Health Services*, 1992(53), 55-65.
- Rosenberg, O., Klein, L. D., & Dannon, P. N. (2013). Deep transcranial magnetic stimulation for the treatment of pathological gambling. *Psychiatry Research*, 206(1), 111-113.
- Rosenthal, R. J., & Lesieur, H. R. (1992). Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. *American Journal on Addictions*, 1(2), 150-154.

- Rumpf, H.J., Achab, S., Billieux, J., Bowden-Jones, H., Carragher, N., Demetrovics, Z., Higuchi, S., King, D. L., Mann, K., Potenza, M., Saunders, J. B., Abbott, M., Ambekar, A., Tolga Aricak, O., Assanangkornchai, S., Bahar, N., Borges, G., Brand, M., Mei-Lo Chan, E., ... Poznyak, V. (2018). Including gaming disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective: Commentary on: A weak scientific basis for gaming disorder. Let us err on the side of caution (van Rooij et al., 2018). *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 556–561.
- Rumpf, H. J. (2015). Analyses of survey data on behavioral disorders associated with excessive use of the Internet. Paper presented at the WHO–Republic of Korea Meeting on Behavioural Disorders Associated with Excessive Use of Internet, Computers, Smartphones and Similar Electronic Devices, August 2015, Catholic University of Korea, Seoul, Republic of Korea.
- Rumpf, H. J., Vermulst, A. A., Bischof, A., Kastirke, N., Gürtler, D., Bischof, G., & Meyer, C. (2014). Occurrence of Internet addiction in a general population sample: A latent class analysis. *European Addiction Research*, 20, 159–166.
- Schäfer, I., & Langeland, W. (2015). Posttraumatic stress disorders and addiction. In G. Dom, & F. Moggi (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders* (pp. 161–177). Springer.
- Schimmenti, A., & Caretti, V. (2010). Psychic retreats or psychic pits?: Unbearable states of mind and technological addiction. *Psychoanalytic Psychology*, 27(2), 115–132.
- Schoenmakers, T. M., de Bruin, M., Lux, I. F., Goertz, A. G., Van Kerkhof, D. H., & Wiers, R. W. (2010). Clinical effectiveness of attentional bias modification training in abstinent alcoholic patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 109(1–3), 30–36.

- Shaffer, H. J., LaPlante, D. A., LaBrie, R. A., Kidman, R. C., Donato, A. N., & Stanton, M. V. (2004). Toward a syndrome model of addiction: multiple expressions, common etiology. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 367–374.
- Shames, A. (2015). *Solitary confinement: Common misconceptions and emerging safe alternatives*. VERA. <https://www.vera.org/publications/solitary-confinement-common-misconceptions-and-emerging-safe-alternatives>
- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two US national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 163(2), 297–302.
- Slutske, W. S., Piasecki, T. M., Blaszczynski, A., & Martin, N. G. (2010). Pathological gambling recovery in the absence of abstinence. *Addiction*, 105(12), 2,169–2,175.
- Smith, D. P., Battersby, M. W., Harvey, P. W., Pols, R. G., & Ladouceur, R. (2015). Cognitive versus exposure therapy for problem gambling: Randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 69, 100–110.
- Soyka, M., & Grunze, H. (2015). Pharmacotherapy of dual disorders. In G. Dom, & F. Moggi (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders* (pp. 279–306). Springer.
- Stanis, J. J., & Andersen, S. L. (2014). Reducing substance use during adolescence: A translational framework for prevention. *Psychopharmacology*, 231(8), 1,437–1,453.
- Steadman, H. J., Osher, F. C., Robbins, P. C., Case, B., & Samuels, S. (2009). Prevalence of serious mental illness among jail inmates. *Psychiatric Services*, 60(6), 761–765.

- Stein, D. J., Phillips, K. A., Bolton, D., Fulford, K., Sadler, J. Z., & Kendler, K. S. (2010). What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological Medicine*, 40(11), 1,759–1,765.
- Stergiopoulos, V., Hwang, S. W., Gozdzik, A., Nisenbaum, R., Latimer, E., Rabouin, D., Adair, C. E., Bourque, J., Connelly, J., Frankish, J., Katz, L. Y., Mason, K., Misir, V., O'Brien, K., Sareen, J., Schütz, C. G., Singer, A., Streiner, D. L., Vasiliadis, H.-M. ... At Home/Chez Soi Investigators. (2015). Effect of scattered-site housing using rent supplements and intensive case management on housing stability among homeless adults with mental illness: a randomized trial. *Jama*, 313(9), 905–915.
- Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Kersch, V., McSweeney, T., Schaaf, S., Tartari, M., Turnbull, P., Trinkl, B., Uchtenhagen, A., Waidner, G., & Werdenich, W. (2007). The victimization of dependent drug users: Findings from a european study, UK. *European Journal of Criminology*, 4(4), 385–408.
- Stevens, M. W., King, D. L., Dorstyn, D., & Delfabbro, P. H. (2018). Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(2), 191–203.
- Stinchfield, R., McCreedy, J., Turner, N. E., Jimenez-Murcia, S., Petry, N. M., Grant, J., Welte, J., Chapman, H., & Winters, K. C. (2016). Reliability, validity, and classification accuracy of the DSM-5 diagnostic criteria for gambling disorder and comparison to DSM-IV. *Journal of Gambling Studies*, 32, 905–922.
- Strong, D. R., & Kahler, C. W. (2007). Evaluation of the continuum of gambling problems using the DSM-IV. *Addiction*, 102(5), 713–721.
- Stucki, S., & Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies*, 23(3), 245–257.

- Suurvali, H., Cordingley, J., Hodgins, D. C., & Cunningham, J. (2009). Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 25(3), 407–424.
- Swain, K., Whitley, R., McHugo, G. J., & Drake, R. E. (2010). The sustainability of evidence-based practices in routine mental health agencies. *Community Mental Health Journal*, 46(2), 119–129.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559.
- Szerman, N., Martinez-Raga, J., Peris, L., Roncero, C., Basurte, I., Vega, P., Ruiz, P., & Casas, M. (2013). Rethinking dual disorders/pathology. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 12(1), 1–10.
- Szerman, N., Parro-Torres, C., Didia-Attas, J., & El-Guebaly, N. (2019). Dual disorders: Addiction and other mental disorders. Integrating mental health. In A. Javed, & K. N. Fountoulakis (Eds.), *Advances in Psychiatry* (pp. 109–127). Springer.
- Teague, G. B., Bond, G. R., & Drake, R. E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 216–233.
- Torrey, W. C., Drake, R. E., Dixon, L., Burns, B. J., Flynn, L., Rush, A. J., Clark, R. E., & Klatzker, D. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(1), 45–50.
- UNODCCP. (2000). Demand reduction: a glossary of terms. ODCCP Studies on Drugs and Crime - Guidelines. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. http://www.undcp.org/pdf/report_2000-11-30_1.pdf

- Urbanoski, K., Veldhuizen, S., Krausz, M., Schutz, C., Somers, J. M., Kirst, M., Fleury, M.-J., Stergiopoulos, V., Patterson, M., Strehlau, V., & Goering, P. (2018). Effects of comorbid substance use disorders on outcomes in a housing first intervention for homeless people with mental illness. *Addiction*, 113(1), 137–145.
- Van Amsterdam, J., & van den Brink, W. (2013). Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *Journal of Psychopharmacology*, 27(11), 987–997.
- van der Maas M, Shi J, Elton-Marshall T, Hodgins DC, Sanchez S, Lobo DS, Hagopian S, Turner NE (2019). Internet-Based Interventions for Problem Gambling: Scoping Review. *JMIR Mental Health*;6(1):e65.
- van der Stouwe, E. C., de Vries, B., Aleman, A., Arends, J., Waarheid, C., Meerdink, A., van der Helm, E., Van Busschbach, J. T., & Pijnenborg, G. H. (2016). BEATVIC, a body-oriented resilience training with elements of kickboxing for individuals with a psychotic disorder: Study protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry*, 16, 227.
- Van Gordon, W., Shonin, E., & Griffiths, M. D. (2016). Meditation awareness training for the treatment of sex addiction: A case study. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 363–372.
- Van Rooij, A. J., Ferguson, C. J., Colder Carras, M., Kardefelt-Winther, D., Shi, J., Aarseth, E., Bean, A. M., Helmersson Bergmark, K., Brus, A., Coulson, M., Deleuze, J., Dullur, P., Dunkels, E., Edman, J., Elson, M., Etchells, P. J., Fiskaali, A., Granic, I., Jansz, J., ... Przybylski, A. K. (2018). A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution. *Journal of behavioral addictions*, 7(1), 1–9.
- Van Rooij, A. J., Kuss, D. J., Griffiths, M. D., Shorter, G. W., Schoenmakers, T. M., & van De Mheen, D. (2014). The (co-) occurrence of problematic video gaming, substance use, and psychosocial problems in adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(3), 157–165.

- Van Wamel, A., Van Rooijen, S., & Kroon, H. (2015). Integrated treatment: The model and European experiences. In G. Dom, & F. Moggi (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders* (pp. 27–45). Springer.
- Veilleux, J. C., Colvin, P. J., Anderson, J., York, C., & Heinz, A. J. (2010). A review of opioid dependence treatment: Pharmacological and psychosocial interventions to treat opioid addiction. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 155–166.
- Verdura Vizcaino, E. J., Fernández-Navarro, P., Petry, N., Rubio, G., & Blanco, C. (2014). Differences between early-onset pathological gambling and later-onset pathological gambling: Data from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *Addiction*, 109(5), 807–813.
- Volkow, N. D. (2009a). *Comorbidity: Addiction and other mental illnesses*. National Institute on Drug Abuse.
- Volkow, N. D. (2009b). Substance use disorders in schizophrenia—clinical implications of comorbidity. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 469–472.
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374, 363–371.
- Wagenaar, W. A. (2016). *Paradoxes of gambling behaviour*. Routledge.
- Walley, A. Y., Xuan, Z., Hackman, H. H., Quinn, E., Doe-Simkins, M., Sorensen-Alawad, A., Ruiz, S., & Ozonoff, A. (2013). Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: Interrupted time series analysis. *BMJ*, 346, f174.

- Walsh, S. D., Blass, D., Bensimon-Braverman, M., Barak, L. T., & Delayahu, Y. (2014). Characteristics of immigrant and non-immigrant patients in a dual-diagnosis psychiatric ward and treatment implications. *Journal of Immigrant and Minority Health, 16*(6), 1,045–1,054.
- Walton, M. T., Cantor, J. M., Bhullar, N., & Lykins, A. D. (2017). Hypersexuality: A critical review and introduction to the "sexhavior cycle". *Archives of Sexual Behavior, 46*(8), 2,231–2,251.
- Walton, M. T., Lykins, A. D., & Bhullar, N. (2016). Sexual arousal and sexual activity frequency: Implications for understanding hypersexuality. *Archives of Sexual Behavior, 45*(4), 777–782.
- Weinstein, A. M. (2017). An update overview on brain imaging studies of internet gaming disorder. *Frontiers in Psychiatry, 8*, 185.
- Weintraub, D., Koester, J., Potenza, M. N., Siderowf, A. D., Stacy, M., Voon, V., Whetteckey, J., Wunderlich, G. R., & Lang, A. E. (2010). Impulse control disorders in Parkinson disease: A cross-sectional study of 3090 patients. *Archives of Neurology, 67*(5), 589–595.
- Weisman, R. L., Lamberti, J., & Price, N. (2004). Integrating criminal justice, community healthcare, and support services for adults with severe mental disorders. *Psychiatric Quarterly, 75*(1), 71–85.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M.-C. O., & Parker, J. C. (2004). Risk factors for pathological gambling. *Addictive Behaviors, 29*(2), 323–335.
- Whiting, S. W., & Dixon, M. R. (2013). Effects of mental imagery on gambling behavior. *Journal of Gambling Studies, 29*(3), 525–534.

- Wiers, R. W., Gladwin, T. E., Hofmann, W., Salemink, E., & Ridderinkhof, K. R. (2013). Cognitive bias modification and cognitive control training in addiction and related psychopathology: Mechanisms, clinical perspectives, and ways forward. *Clinical Psychological Science*, 1(2), 192–212.
- Wilens, T. E., Adamson, J., Monuteaux, M. C., Faraone, S. V., Schillinger, M., Westerberg, D., & Biederman, J. (2008). Effect of prior stimulant treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder on subsequent risk for cigarette smoking and alcohol and drug use disorders in adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(10), 916–921.
- Wilens, T. E., Martelon, M., Joshi, G., Bateman, C., Fried, R., Petty, C., & Biederman, J. (2011). Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(6), 543–553.
- Williams, R. J., Volberg, R. A., & Stevens, R. M. (2012). *The population prevalence of problem gambling: Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends*. Report prepared for the Ontario problem gambling research centre & the Ontario ministry of health and long term care. [https://opus.uleth.ca/bitstream/handle/10133/3068/2012-PREVALENCE-OPGRC%20\(2\).pdf](https://opus.uleth.ca/bitstream/handle/10133/3068/2012-PREVALENCE-OPGRC%20(2).pdf)
- Winkler, A., Dörsing, B., Rief, W., Shen, Y., & Glombiewski, J. A. (2013). Treatment of internet addiction: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(2), 317–329.
- Womack, S. D., Hook, J. N., Ramos, M., Davis, D. E., & Penberthy, J. K. (2013). Measuring hypersexual behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(1–2), 65–78.

- World Health Organization [WHO]. (2018). International statistical classification of diseases and related health problems [ICD-11] (11th ed., text rev.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Management of Substance Abuse Unit. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.
- World Health Organization [WHO]. (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Switzerland: World Health Organization. http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- Wulfert, E., Hartley, J., Lee, M., Wang, N., Franco, C., & Sodano, R. (2005). Gambling screens: Does shortening the time frame affect their psychometric properties? *Journal of Gambling Studies*, 21(4), 521–536.
- Xie, H., McHugo, G. J., Fox, M. B., & Drake, R. E. (2005). Special section on relapse prevention: Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 56(10), 1,282–1,287.
- Zack, M., Cho, S. S., Parlee, J., Jacobs, M., Li, C., Boileau, I., & Strafella, A. (2016). Effects of high frequency repeated transcranial magnetic stimulation and continuous theta burst stimulation on gambling reinforcement, delay discounting, and stroop interference in men with pathological gambling. *Brain Stimulation*, 9(6), 867–875.
- Zadra, S., Bischof, G., Besser, B., Bischof, A., Meyer, C., John, U., & Rumpf, H. J. (2016). The association between Internet addiction and personality disorders in a general population based sample. *Journal of Behavioral Addictions*, 5, 691–699.
- Zajac, K., Ginley, M. K., Chang, R., & Petry, N. M. (2017). Treatments for Internet gaming disorder and Internet addiction: A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 979.

רשימת פרסומים נבחרים של מתו"ה – אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה:

« פרקים מסקירת העשור של השירותים החברתיים:
2009–2018. עורך ראשי הראל גורן:

- בן שמחון, מ., גורן, ה., ובן אליהו, מ., (בפרסום). מבחר נתונים על אוכלוסיות היעד של המשרד ועל תקציבו.
- ברלב, ל., חפץ, מ., גורן, ה., בן שמחון, מ., גדג', נ., ונמר-פורסטנברג, ה., (בפרסום). אנשים עם מוגבלויות פיזיות, לקות שמיעה, לקות למידה מורכבת.
- גילבר, א., גורן, ה., ותלי, ס., (בפרסום). מניעת אלימות בין בני זוג וטיפול בהם ובילדיהם, המגמות בעשור האחרון בשירותים שבאחריות השירות לרווחת הפרט והמשפחה.
- יעבץ, נ., קינן, ש., כוכבי סמסליק, א., גורן, ה., בן שמחון, מ., ושורק, י., (בפרסום). האוכלוסייה שבטיפול רשות חסות הנוער.
- מבורק, ג., בן שמחון, מ., גורן, ה., (בפרסום). אוכלוסיית האזרחים הוותיקים.
- נחשון גליק, צ., ואינס-קניג, א., (בפרסום). האוכלוסייה שבטיפול השירות לנוער, צעירות וצעירים.
- נמר-פורסטנברג, ה., ברלב, ל., עידו, נ., גורן, ה., ובן שמחון, מ., (בפרסום). אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.
- צור, ה., (בפרסום). חקירות ילדים וחקירות מיוחדות.
- שמה, א., שוגרמן, ב., ואביבי, א., (בפרסום). עבודה קהילתית.
- חנוך, ב., (2020). אוכלוסיות בטיפול של שירות המבחן לנוער.

אוכלוסיות ייחודיות על רצף ההתמכרות: תחלואה כפולה והתמכרות התנהגותית

- רימון-גרינשפן, ה., ברלב, ל., בן-חי, א., גורן, ה., ובן שמחון, מ., (2020). **אנשים עם אוטיזם.**
- שבי, א., ארשיד, ה., בן שמחון, מ., גורן, ה., ובוני-נח, ח., (2020). **אנשים על רצף השימוש, בסמים, באלכוהול ובהימורים.**
- שדה, א., גורן, ה., בן שמחון, מ., רזניקובסקי-קוראס, א., ארזי, ט., ובאייר טופילסקי, ט., (2020). **מבוגרים המעורבים בהליכים פליליים.**
- שרביט, ז., באייר טופילסקי, ט., אסף, י., לאופר, ח., ספיר בן-לולו, מ., שריף, א., וגורן, ה., (2020). **סיוע למשפחות במצבי פרידה וגירושין.**
- ארבל, י., לינקובסקי, א., בן שמחון, מ., וגורן, ה., (2019). **האוכלוסייה שבטיפול השירות לשיקום נוער.**
- גלייטמן, א., רימון-גרינשפן, ה., ברלב, ל., בן שמחון, מ., וגורן, ה., (2019). **אנשים עם עיוורון או עם לקות ראייה.**
- לב שדה, ד., גורן, ה., בן שמחון, מ., ובן רבי, ד., (2019). **ילדים מלידה עד גיל 18 הרשומים במחלקות לשירותים חברתיים.**
- מחט שמיר, מ., דוד, א., ופיצ'ו-פרלורנזוס, ש., (2019). **הסיוע הניתן למשפחות שכול פתאומי ואלים (תאונות דרכים, אובדנות ועבירות המתה).**
- סגל, א., בורלא, ט., ועצמון, ה., (2019). **ילדים מאומצים ומשפחות מאמצות.**
- שוורצמן, י., ופאר, א., (2019). **תחום התנדבות.**

« **סקירת השירותים החברתיים לשנים (2016), (2015), (2014), (2013), (2012), (2011), (2010), (2009). עורך ראשי יקותיאל צבע.**

« **2020:**

- מלכה, מ., (2020). **מודלים להתערבות עם קטינים שביצעו עבירת אלימות.**
- רבינוביץ שנקר, ש., (2020). **אוכלוסיות ייחודיות על רצף ההתמכרות: תחלואה כפולה והתמכרות התנהגותית.**
- שנור, י., איסחק, ל., (2020). **תחושת ביתיות ושביעות רצון של דיירים בבתי אבות, בשיתוף מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.**

« 2019:

- אייר-טופילסקי, ט., שורק, י., (2019), יישום חוק המהו"ת ביחידות הסיוע – מחקר ארצי, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- בר-און, ע., מזא"ה, י., (2019), ניכור הורי – סקירת ספרות.
- בר-חיים, א., זהבי, ע., גלעד-יצחקי, ס., כץ, נ., (2019), כלים לבדיקת איכות חיים של אנשים עם מוגבלויות.
- גרוס-מנוס, ד., כהן, א., (2019), התערבויות קהילתיות לילדים ובני נוער בסיכון.
- ניג'ם-אכתילאת, פ., שורק, י., (2019), רציפות בין אומנה לאימוץ: עקרונות הפרקטיקה הטובה ביותר לפי הספרות.
- פינצ'ובר, ש., עטר-שוורץ, ש., (2019), חוויית ילדים לאחר הוצאתם לטיפול במסגרת חוץ-ביתית.
- קאי צדוק, א., (2019), קידום בריאות מינית ומניעת פגיעות מיניות בקרב מתבגרים/ות וצעירים/ות.
- רונן, ז., גל, ט., (2019), השירות לתועלת הציבור (של"צ): סקירה השוואתית.
- שורק, י., ניג'ם-אכתילאת, פ., (2019), אימוץ פתוח – סקירת ספרות.

« 2018:

- אנדבלד, מ., (2018), המיזם הלאומי לביטחון תזונתי – מחקר הערכה.
- ביילי, ב., (2018), יעילותן של גישות ההתערבות באלימות בין בני-זוג.
- בן פורת, ע., דקל, ה., גילבר, א., (2018), חוויתם של גברים אלימים המקבלים סיוע במרכזים לטיפול ומניעת אלימות במשפחה בישראל: מה עוזר בעזרה?
- בן-שלמה, ש., באום, (2018), הערכת התערבות טיפולית בהורים הנוהגים באלימות כלפי ילדיהם במסגרת שירות המבחן למבוגרים.
- טליאס, מ., (2018), המעון הרב-תכליתי: מודל עבודה מכון תוצאות.
- יונס, ס., (2018), הכלה פיננסית עבור אנשים החיים בעוני, בהדרה ובחובות יתר.

אוכלוסיות ייחודיות על רצף ההתמכרות: תחלואה כפולה והתמכרות התנהגותית

- כהן, א., שנער-גולן, ו., לונטל, א., (2018), בחינת רמת האפקטיביות של הטיפול הקבוצתי בשירות המבחן למבוגרים.
- לביא, נ., ברום, ד., (2018), נפגעי עבירה: צרכים, מענים ואפיקים לפיתוח.
- לפ, י., אייל, י., ריבקין, ד., (2018), תוכנית "מע"ש תעשייתי": תעסוקה מוגנת קבוצתית של אנשים עם מוגבלות שכלית בשוק החופשי – הערכת התוכנית בשלביה המוקדמים.
- צבע, י., (2018), מסמך לדיון בנושא: תורת הפיקוח של המשרד על מערך השירותים החברתיים.
- קוראס רזניקובסקי, א., נבות, מ., פרנקוביץ אלנבוגן, ש., גרסימנקו, א., בן רבי, ד., (2018), מדרכי פנימיות לילדים בסיכון בישראל – תמונת מצב ואסטרטגיות להתמודדות עם אתגרי עבודתם, בשיתוף מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- ראובן, י., תורג'מן, ח., (2018), אוכלוסיית מתבגרים וצעירים על רצף ההתמכרות.
- רימרמן, א., גור, א., גרינשטיין וייס, מ., (2018), מיזם מחקר בתי אב בהם מתגורר ילד או בוגר עם מוגבלות שכלית.
- שדה, מ., בר-טל, ל., סיני גלזר, ח., ויסמן צברי, מ., (2018), מחוז חושב ומקדם תוצאות, מיזם התוצאות במחוז ת"א והמרכז, סיכום שלבים א'-ב' 2009-2014.

« 2017:

- אגף מחקר, תכנון והכשרה, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים ומחוז תל אביב והמרכז, (2017), מיזם התוצאות במחוז ת"א והמרכז, סיכום שלב ג', מפקחים מתכננים ומשיגים תוצאות.
- בבנישתי, ה., גילבר, א., דקל, ה., שיף, מ., (2017), תגובות רגשיות והתנהגותיות לאחר מלחמת צוק איתן של ילדים, משפחות ומנחות באומנה.
- בן-נון, ה., (2017), מיפוי עמותות נוער, צעירים וצעירות במצבי סיכון (גילאי 13-25).
- בן שלמה, ש., באום, נ., (2017), הערכת התערבות טיפולים בהורים הנוהגים באלימות כלפי ילדיהם במסגרת שירות המבחן למבוגרים.
- בר-טל, ל., (2017), תדריך לצוותים המלווים מחלקות במשבר.

- דורון, י., (2017), "אופקים" – תוכנית אב לאזרחים ותיקים בקהילה – ישראל 2025, מסמך תשתית לדיון.
- רימרמן, א., גור, א., גרינשטיין-וייס, מ., (2017), מיזם מחקר בתי אב בהם מתגורר ילד או בוגר עם מוגבלות שכלית.
- רפאלי, ת., (2017), מסגרות לטיפול חוץ ביתי לילדים ברמות סיכון שונות.
- שמעון, ש., (2017), התנהגות מאתגרת ואלימות קשה של אנשים על רצף האוטיזם כלפי עצמם וכלפי אחרים.
- שפרלינג, ד., רייטה, ש., יוספסברג בן-יהושע, ל., (2017), כלי הערכה ודרכי טיפול באנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית או עם תפקוד שכלי גבולי.

« 2016:

- אמינוב, נ., צמח-מרום, ת., בן שלמה, נ., (2016), פיקוח לפי שיטת הרף על מסגרות השירות לטיפול חוץ-ביתי באגף השיקום של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- ארזי, ט., שר, נ., ויסמן, מ., (2016), תכנון התערבות עם משפחות: סקירת ספרות, לקחים ותובנות, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- בן-סימון, ב., כאהן-סטרבצ'נסקי, פ., (2016), תכניות הכנה לעולם העבודה: לקחים מספרות המחקר ולמידה מתכנית "מית"ר הבית של סוזן", בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- ברלב, ל., ריבקין, ד., (2016), הסמכת מטפלים באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית במסגרות הדיור החוץ-ביתי: מחקר הערכה, מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- טופילסקי, ט., בלוק, ש., סבו-לאל, ה., (2016), המשפחות המקבלות טיפול ממושך במרכזי קשר הורים-ילדים, מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- יצחקי, ח., בן פורת, ע., (2016), מחקר מעקב אחר נשים נפגעות אלימות במשפחה בקהילה: פעימה שלישית.
- יקוביץ, א., (2016), להזדקן עם מוגבלות תפקודית.
- כרמלי, א., כרמלי, י., אברמוביץ, צ., (2016), התכנית הבין משרדית לטיפול בנשים ובצעירות במעגל הזנות: מחקר הערכה.

- לוי, ד., סבו-לאל, ה., (2016), הטמעת הנוהל לקיצור משך השעות של ילדים במרכזי החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- לוינגר, מ., אלאסד אלהוזייל, נ., (2016), רמת הלחץ, סגנון התמודדות ואיכות חיים בקרב הורים שומעים לילדים חירשים בדואים בנגב, מכללת ספיר.
- לפ, י., (2016), מעונות יום שיקומיים: סקר בקרב הורים לפעוטות, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה (2016), נזקקויות ומאפיינים בקובץ נתוני יסוד, רשימה ומקרא, מהדורה שניה.
- סנטו, י., כרמלי, א., (2016), הסקר הלאומי על תופעת הזנות בישראל.
- פרלמן, א., כהן, ה., לוב, א., רוזנר, י., (2016), בחינת האפקטיביות של שירות הדרכה שיקומית המיועדים לאנשים עם עיוורון או לקות ראייה, האגודה לבריאות הציבור.
- פרלמן, א., כהן, ה., רוזנר, י., (2016), מחקר הערכה לתכנית "בתים חמים" לצעירות וצעירים בסיכון, האגודה לבריאות הציבור.
- פרלמן, א., כהן, ה., רוזנר, י., (2016), מחקר להערכת אפקטיביות של חינוך ייעוץ וטיפול בתחום המיני-חברתי בקרב אוכלוסיית האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, האגודה לבריאות הציבור.
- קרן-אברהם, י., ריבקינ, ד., (2016), "עבודה נתמכת" – תוכנית תעסוקה בשוק החופשי לאנשים עם מוגבלויות של אגף השיקום במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, מחקר הערכה, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- שור, י., גורבטוב, ה., בוקק, י., (2016), סקרים שהתקיימו בבית הספר המרכזי להכשרת עובדים לשירותי הרווחה.
- שר, נ., ארזי, ט., (2016), "החשיבה התוצאתית" ברמת הארגון, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.

« 2015:

- אזרחי, י., רוזינה, א., חסידה, י., חן, ג., לבד, י., (2015), מחקר הערכה על תכנית קבוצות דיון משפחתיות (קד"ם) כהליך חלופי לנוער עובר חוק.

- איזיקוביץ, צ., וינשטוק, ז., (2015), מיפוי הידע, האמונות, הדילמות ושיטות ההתערבות של עובדים סוציאליים בתחום האלימות בין בני זוג בישראל, בשיתוף אוניברסיטת חיפה.
- באום, נ., (2015), סיוע חומרי ליחידים ולמשפחות כמרכיב בהתערבות העובד הסוציאלי במחלקה לשירותים חברתיים.
- באייר-טופילסקי, ט., מנוח, א., סבו-לאול, ה., (2015), יחידות הסיוע ליד בתי המשפט לענייני משפחה – מחקר הערכה ארצי, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- בן יוסף, ש., ברנדר, ב., רייסמן, א., טוב, ע., (2015), חוסן קהילתי במוסדות המעגל הראשון – סקירת ספרות.
- דביר, ק., לפליאן-עמיחי, נ., (2015), מחקר הערכת תכנית "נהיגה במבחן", בשיתוף אור ירוק.
- כאהן-סטרבצ'נסקי, פ., לוי, ד., בן סימון, ב., שר, נ., (2015), שירותים ותכניות לנוער וצעירים בסיכון גבוה – ניתוח אינטגרטיבי של מחקרים על פעילות האגף לנוער, צעירים ושירותי תקון במשרד הרווחה, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- כורזים, מ., ניר, ש., (2015), הידע המועבר ממטה משרד הרווחה אל השטח: מיפוי, התייחסות השטח וגיבוש מערכת מושגית, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- להד, מ., לייקין, ד., (2015), תחום ההתנדבות במשרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- לפי, י., ריבקין, ד., (2015), אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית שאינם במסגרת של משרד הרווחה: סקר במחוז חיפה והצפון, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- מרגולין, ת., בן אליעזר, ד., קדם, ע., פרוינד, ט., בנבנישתי, ה., (2015), 360° – התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון, הערכת התכנית, בשיתוף מט"ח.
- סנטו, י., ברגה, מ., (2015), סקירת הספרות המקצועית בנושא תופעת הזנות במאה העשרים.
- סנטו, י., פרידמן, א., (2015), סקר עמדות הציבור כלפי תופעת הזנות בישראל.
- פרלמן, א., כהן, ה., רוזנר, י., (2015), מחקר מעקב אחר מופנים לוועדות

השמה למסגרות חוץ-ביתיות וקליטתם בהן.

- קדרי, מ., שירי, ש., (2015), סקירת ספרות בנושא אבחון אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית: הגדרה, הליכי אבחון וכלי הערכה פסיכולוגיים, תהליכים וכלים לאבחון תחלואה כפולה.
- ראובן, י., תורג'מן, ח., (2015), טיפול בצעירים בסיכון ובמצוקה בקהילה.
- שולמן, ק., ניר שמיר, צ., (2015), הערכה פסיכולוגית לילדים ולמתבגרים עם עיוורון או עם לקויות ראייה: סקירת ספרות והצעות יישומיות.

« 2014:

- איזיקוביץ', צ., בירין, י., טנר, ד., (2014), פגיעה מינית של אימהות ונשים בילדים.
- גורבטוב, ה., שור, י., בוהק, י., (2014), הערכת צרכים בתחום הניהול למנהלים במטה משרד הרווחה והשירותים החברתיים ולמנהלים במחלקות לשירותים חברתיים.
- גנים, ה., (2014), הכוון תעסוקתי, הכשרה והשכלה לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית: מגמות, מודלים והצעה למדיניות וליישום מודלים בישראל.
- דורון, י.א., לזה, א., (2014), פיקוח על מסגרות דיור מוגן לזקנים.
- יצחקי, ח., דקל, ה., בן-פורת, ע., (2014), מחקר מעקב אחר נשים נפגעות אלימות במשפחה: במקלט ובחזרה לקהילה, בשיתוף אוניברסיטת בר-אילן.
- כאהן-סטרבצ'נסקי, פ., (2014), תכנית "מעטפת" לבני נוער המטופלים בשירות המבחן לנוער: מחקר הערכה, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- כהן-נבות, מ., פאס, ה., צדקה, ה., (2014), מרכזי קשר הורים-ילדים: מחקר הערכה ארצי, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- כורזים, מ., ניר, ש., (2014), שירות מטפח אישי לילד עם אוטיזם – מחקר הערכה, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- כורזים, מ., ניר, ש., (2014), תחלופת מדריכים חינוכיים במסגרות חוץ-ביתיות של רשות חסות הנוער: מאפיינים וסיבות, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- לב-און, א., (2014), קהילות ידע של משרד הרווחה – שימושים והשפעות, בשיתוף אוניברסיטת אריאל.

- לוי, ד., כאהן-סטרבצ'נסקי, פ., (2014), "מחסות לעצמאות" – ליווי בוגרי מעונות רשות חסות הנוער מחקר הערכה, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- מוניקנדם, מ., (2014), גבולות גזרה, תיעדוף וקיצוב שירותים במחלקות לשירותים חברתיים.
- משרד הרווחה והשירותים החברתיים, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה (2014), מסמך מדיניות משרד הרווחה והשירותים החברתיים לשנים 2014–2018.
- נוימן, ה., נוימן, א., נוימן, ה., גורדוני, י., שצברג, ד., ברקן, ש., (2014), מחקר לבדיקת איכות חייהם של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית המתגוררים ב"שלוחות" של מעון פנימייה.
- סבו-לאל, ה., בן-סימון, ב., קונסטנטינוב, ו., (2014), הילדים בגיל הרך במשפחות האומנה: מאפיינים ותהליכי התערבות, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- סנטו, י., ברג, מ., (2014), מיפוי דרי הרחוב בישראל.
- פרלמן, א., כהן, ה., רוזנר, י., (2014), מחקר לבדיקת דפוסי השימוש באביזרי עזר טכנולוגיים מסובסדים בקרב אנשים עם עיוורון או לקות ראייה.
- קינג, י., הדר, י., וולדה-צדיק, א., (2014), תעסוקה לרווחה – הערכת התכנית, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- קינג, י., וולדה-צדיק, א., הדר, י., (2014), מעקב אחרי המשתתפים במגוון תכניות תעסוקה של משרד הרווחה והשירותים החברתיים, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
- שורק, י., סבו-לאל, ה., בן-סימון, ב., (2014), שירותי האומנה בישראל: תהליכי שינוי ותמונת מצב, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.

« 2013:

- אלון, ג., (2013), שיתוף והתייעצות במהלכי שינוי חברתי: הזמנה לחשיבה אחרת.
- דורון, א.י., (2013), חובת הדיווח בישראל.
- כאהן-סטרבצ'ניקי, פ., בן-סימון, ב., קונסטנטינוב, צ., (2013), השירות לשיקום נוער: מאפיינים וצרכים של אוכלוסיית המפתנים והמית"רים, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.

משרד הרווחה והשירותים החברתיים, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה (2013), מיזם התוצאות, סיכום הפעילות בין השנים 2007–2012 בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.

שיינטוך, ש. (2013), עובדים בשטח, עבודת רחוב ויישוג של עובדים סוציאליים ושל אחרים.

שרון, א., ברודצקי, ג., באר, ש. (2013), מועדונים חברתיים לזקנים – תפרוסת ארצית, דפוסי פעילות ומאפייני המבקרים, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.

« 2012:

בר-און, א. (2012), בין מומחיות לכוללנות: ניהול התערבות בפרט ובמשפחה.

חובב, מ. (2012), הסדרה חוקית וארגונית של שירותי המבחן לישראל.

חובב, מ. (2012), הפעלת סמכות בטיפול בבני נוער ובמבוגרים עוברי חוק.

טליאס, מ. (2012), הפרטה משנית במחלקות לשירותים חברתיים.

להד, מ., רוגל, ה., לייקין, ד., כורזים, י. (2012), דרכים לזיהוי קהילות בסיכון.

מוניקנדס, מ. (2012), הרפורמה ועקרונות בארגון שירותי רווחה מקומיים באיחוד האירופאי.

מרגליות, נ. (2012), שיטות לקביעת עומסים ולתקינת כוח אדם בשירותי הרווחה.

פאס, ה., כהן-נבות, מ. (2012), עבודה עם משפחות בשירותי רווחה: הגדרת תוצאות, דרכי התערבות ותפקידי העובדים הסוציאליים, סקירת ספרות, בשיתוף מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.

שרעבי, ע., מרגלית, מ. (2012), תוכניות מעבר מבית הספר לעולם העבודה לבני נוער עם מוגבלויות.

עוד בנושא אוכלוסיות על רצף ההתמכרות בטיפול מינהל סיוע לבתי משפט ותקון
שירות טיפול בהתמכרויות
מפרסומי מתו"ה – אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה

- שבי, א., ארשיד, ה., בן שמחון, מ., גורן, ה., ובוני-נח, ח., (2020). אנשים על רצף השימוש, בסמים, באלכוהול ובהימורים, בתוך ה' גורן (עורך), סקירת העשור של השירותים החברתיים: 2018–2009
- ראובן, י., תורג'מן, ח., (2018), אוכלוסיית מתבגרים וצעירים על רצף ההתמכרות.

לפרסומים נוספים ראו את הרשימה המורחבת בעמודים הפנימיים ובאתר המשרד

סקירת העשור

עקבו אחר פרסום פרקים מתוך סקירת השירותים החברתיים 2018–2009 באתר המשרד