



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים
ירושלים, כסלו התש"ע, נובמבר 2009



מרכז יום לטיפול בעברייני מין בקהילה

ד"ר יעל אידיסיס, ד"ר מלי שחורי

מפעלים מיוחדים 138



המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים

מרכז יום לטיפול בעברייני מין בקהילה

ד"ר יעל אידיסיס, ד"ר מלי שחורי

מפעלים מיוחדים 138

ירושלים, כסלו התש"ע, נובמבר 2009

www.btl.gov.il

פתח דבר

אנו שמחים להגיש לעיונכם דוח מחקר המסכם את התוכנית "מרכז יום לטיפול בעברייני מין בקהילה".

המיזם הוא פרי של דיונים מקצועיים ממושכים ושל שיתוף פעולה בין צוות יזמים מעמותת קל"ת (קרימינולוגים לפעילות תקון) לשירות מבחן למבוגרים, שירות המבחן לנוער, רשות חסות הנוער במשרד והרווחה והרשות לשיקום האסיר. הקמת המרכז נבעה מתוך צורך חברתי חיוני למנוע עבריינות מין ומתוך הבנה שטיפול ושיקום של עברייני מין בקהילה אפשרי על ידי הקניית דפוסי התמודדות חלופיים. המרכז פעל במתכונת ניסיונית בין השנים 2005-2008 והוא היווה מרכז יחיד מסוגו בארץ שסיפק מענה לאוכלוסיית עברייני המין. את התוכנית מימנו הקרן למפעלים מיוחדים של ביטוח לאומי, משרד הרווחה והרשות לשיקום האסיר, הפעילה אותה עמותת קש"ת (קידום שירותי תקון), והיא לוותה בידי שני צוותים שהוקמו לצורך הפעלה ומעקב - ועדה מקצועית וועדת היגוי.

הדוח מציג את אופן ההתארגנות, מאפייני האוכלוסייה, בדיקות ההתאמה שהתבצעו לפני כניסתם של המטופלים למרכז, מרכיבי התוכניות השיקומיות, יעילות הטיפול, בירור תחושות המטופלים לפני הגעתם למרכז ובמהלך שהותם, הערכת אנשי הצוות, שיתוף הפעולה עם גורמים הקהילה ועוד. הדוח גם מסכם מערך של התערבויות שיקום בקהילה לעברייני מין מבוגרים ברמת סיכון בינונית בני 18 ומעלה: מי שהורשעו לצו מבחן ובהחלטה שיפוטית נקבע תנאי של טיפול למשך שנה אחת לפחות, מי שנשפטו ואפשר להתנות את הטיפול בהם למשך שנה אחת לפחות, ומי ששהו במאסר, בעלי התניה שיפוטית של ועדת שחרורים

המרכז הצליח ליישם ולפתח מערך של פעילויות המכוונות לחזרה למעגל החיים ועבודה הנורמטיביים תוך הקפדה על שמירת ביטחון בחברה. בהדרגה ותוך סיוע של המרכז, המטופלים גייסו כוחות ודרכי התמודדות יעילות עם קשיים ועם גורמי סיכון. התוכנית המדורגת הכינה את המטופלים להשתלבות בקהילה תוך מעקב וקשר רציף עם המרכז.

על המטופלים להוסיף ולקיים קשר עם המרכז כדי לשמר את ההישגים הטיפוליים לאורך זמן ולהמשיך להשתמש בו כעוגן וכמקור תמיכה להמשך ההתמודדות.

אנו תקווה שרשויות המעורבות בחקיקה יקדמו במהרה חקיקה של החוקים המשלבים בין ענישה לבין טיפול. כך אנו מקווים שעברייני מין היכולים להשתקם יזכו לשיקום, יתמידו בטיפול, יצליחו להתמודד עם הדחפים, הלחץ, המתח והחרדות, יגייסו כוחות ודרכי התמודדות יעילות ויפגינו ריסון עצמי ומודעות לגורמי סיכון – ושמגמה זו תישמר לאורך זמן.

אנו מלאי הערכה לצוות המרכז ולעומדת בראשו, גב' תמי עשת-סבג, על מעורבותם ותרומתם לשיקום המטופלים ולפיתוח הידע בתחום שיקום של עברייני מין.

אנו מודים לכל החברים שהיו המעורבים לאורך שנים בשלבי הגיבוש, ההקמה וההפעלה של המרכז ואשר השקיעו אין ספור שעות בהתלבטויות, בחשיבה ובדיונים מעמיקים תוך דאגה לחברה. תודתנו נתונה גם לטניה ליף שליוותה את המרכז מטעם הקרן למפעלים מיוחדים במסירות ובמקצועיות.

אנו מודים לד"ר יעל אידיסיס ולד"ר מלי שחורי על תרומתן הרבה בביצוע הליווי המחקרי, בחידוד נושאים במהלך הדיונים ובהבאת המלצות שסייעו רבות להפעלת המרכז.

אנו תקווה, כי המחקר יעלה את המודעות של שופטים בבתי המשפט לגבי האופציה הטיפולית הקיימת בעבור עברייני מין במרכז.

שרית ביץ-מוראי
מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים

ועדות מלוות

צוות יזמי הפרויקט

פרופ' שרה בן דוד, ראש צוות יזמים
גב' מאירה טלוסטי
גב' שרה סנדרוביץ'
גב' יפעת קלמרו
מר חוסה בבצ'יק

חברי ועדת היגוי

גב' רחל וינשטיין, יו"ר הוועדה
גב' תמי עשת-סבג, מנהלת המרכז
גב' תמר אלון, מנהלת אדמניסטרטיבית בעמותת קש"ת
פרופ', שרה בן דוד, ראש צוות יזמים
מר שלמה בקיש, מנכ"ל הראשות לשיקום האסיר
מר אפי ברוור, מפקח ארצי, שירות מבחן לנוער
מר זוהר חמו, מפקח ארצי על הטיפול בחסות הנוער
גבר סימה חבר, נציגת אגף הבטחת הכנסה, המוסד לביטוח לאומי
גב' טניה ליף, נציגת המוסד לביטוח לאומי, מפעלים מיוחדים

חברי ועדת מקצועית

פרופ' שרה בן דוד, יו"ר הוועדה וראש צוות יזמים
גב' תמי עשת-סבג, מנהלת המרכז
גב' מרב בוקשיצקי, נציגת מב"ן
מר אבי דיאמנט, מפקח ארצי, רשות לשיקום האסיר
גב' אורית אלדר, נציגת שירות מבחן לנוער
גב' טלי עדן, נציגת שירות מבחן למבוגרים

תמצית

דו"ח מחקר זה מסכם עבודת הערכה שליוותה את המרכז לטיפול בעברייני מין (להלן: המרכז) בין השנים 2005-2008 (תקופת הניסוי). המחקר נועד לסקור את תהליך ההקמה וההתארגנות של המרכז ואת יעילות התכנית הטיפולית המוצעת בו.

המרכז הנו פרויקט ניסיוני, הממומן ברובו על ידי המוסד לביטוח לאומי, באמצעות הקרן למפעלים מיוחדים ובשיתוף עם הרשות לשיקום האסיר ושירות מבחן לנוער ולמבוגרים. מדובר במרכז להתערבות מונעת, הראשון מסוגו בארץ, המוקם במסגרת הקהילה. הקמת המרכז הינה תולדה של שיתוף פעולה בין צוות יזמים מעמותת קל"ת ובין שירותי המבחן למבוגרים ולנוער, רשות חסות הנוער שבמשרד העבודה והרווחה והרשות לשיקום האסיר. הרציונל להקמת המרכז נבע מתוך הבנה כי טיפול בעברייני מין ומניעת עבריינות מין הנם צורך חברתי חיוני, וכי על מנת להגן על החברה ולהקנות לעבריין דפוסי התמודדות חלופיים, יש צורך בפתרון מוסדר בקהילה. המרכז נמצא במרכז הארץ ומיועד לתת מענה לאוכלוסייה של גברים מגיל 18 ומעלה, העומדים בקריטריונים מסוימים (והנם בעלי רמת מסוכנות נמוכה), אשר ביצעו עבירות מין או עבירות בעלות אופי של פגיעות מיניות.

המרכז פועל במסגרת תכנית בקר (שלב א'), במשך חמישה ימים בשבוע, בין השעות 8:00-16:00 ובמסגרת תכנית ערב (שלב ב'), במשך שלושה ימים בשבוע, בין השעות 17:00-20:00. המרכז מציע תכנית הכוללת טיפולים קבוצתיים (קבוצות פסיכו-חינוכיות וקבוצה ייעודית), טיפולים פרטניים, טיפולים זוגיים, טיפולים משפחתיים וחוגי העשרה. התפוסה המקסימאלית שאליה הגיע המרכז עמדה על 22 מטופלים (תפוסה מלאה – 30 מטופלים). נכון למועד כתיבת דו"ח המחקר, במרכז נמצאים 17 מטופלים, שבעה מהם נמצאים בתכנית הערב, 9 מטופלים נמצאים במעקב שוטף.

בחירת תהליך הקמת המפעל והפעלתו נעשתה באמצעות ניתוחי תוכן של תצפיות שנערכו במרכז, של מסמכים (פרוטוקלים של מפגשי הוועדות השונות, דו"חות פעילות של מנהלת המרכז ומסמכים רלוונטיים) ושל ראיונות אישיים של נציגי היזמים, חברי ועדת ההיגוי, חברי הוועדה המקצועית וחברי הצוות המקצועי. בחינת והערכת המידה בה הושגו המטרות הטיפוליות נעשתה באמצעות שימוש בדו"חות תקופתיים ובאמצעות מבחנים שונים וכלים שפותחו על ידי החוקרות.

ממצאים עיקריים – שלבי ההכנה להפעלת המרכז ותהליך ההקמה: השלבים הראשונים בביצוע התוכנית לוו בקשיים רבים, זאת בשל העדר דגם לחיקוי וחוסר ניסיון של חברי צוות המרכז בהקמת פרויקט מסוג זה. קושי רב התעורר במציאת מקום הולם למרכז, הן בשל מאפייני האוכלוסייה והן בשל מגבלות תקציביות. קושי נוסף היה בגיוס עובדים, הן בשל מאפייני האוכלוסייה והן בשל תנאי ההעסקה. התקנים אוישו, בסופו של דבר, באנשי טיפול, בחלקם צעירים, בעלי ניסיון מועט בתחום הטיפול בעברייני מין. התקציב שהועמד לצרכי הקמת והפעלת המרכז היה נמוך באופן משמעותי מזה שהוצע על ידי ועדת ההקמה והקצאתו למטרות השונות

לא תאמה את הדרישות בפועל. לאור זאת, נעשה שימוש ברזרבות כספיות ובכספי תרומות למימון צרכים, שההקצאה המקורית לא נתנה להם מענה. המפעל המיוחד התנסה בקושי לאכלס את המרכז אכלוס מלא, שכן, נדרש זמן רב להטמעתו כמקום טיפולי, בקרב הגורמים המפנים והגורמים המשפטיים. בעקבות מהלך שיווקי מאומץ, גורמים מטפלים ומשפטיים הטמיעו את קיום המרכז כאופציה טיפולית שיקומית. לאור הניסיון המצטבר של הגורמים המפנים, המטופלים המופנים מתאימים יותר.

ממצאים עיקריים – יעילות הטיפול

ממצאי המחקר מלמדים שתכנית הטיפול הינה יעילה בהפחתת מסוכנות של עברייני מין וביכולת ההשתלבות שלהם בקהילה באופן נורמטיבי. המרכז מספק מענה אישי לכל מטופל, זאת על אף ההטרונגניות הרבה המאפיינת את האוכלוסייה. בקרב מרבית המטופלים ניכרת מגמה של התקדמות מהירה, נסיגה וחזרה להתקדמות איטית. מגמה זו מוכרת בכל טיפול. היא תולדה של ציפיות ותקוות לא מציאותיות בנוגע לשינוי מהי. ציפיות הנתקלות בקשיי המציאות ומפנות מקומן לאכזבה שלאחריה מגיעה התפכחות. מרבית המטופלים מפיקים תועלת מהטיפול. מידת לקיחת האחריות עולה, קיימת הבנה טובה יותר לגבי חומרת המעשים ומידת המסוכנות האישית כמו גם לגבי גורמי סיכון. בהתייחס לעיוותי חשיבה המאפיינים אוכלוסייה זו, אצל מרבית המטופלים נמצאה מגמה של צמצום בשימוש בהם. אם כי במצבי מצוקה או בעת משבר, השימוש בהם חוזר. התכנית המדורגת מאפשרת למטופלים העומדים בקריטריונים לעבור מתכנית הבוקר האינטנסיבית לתכנית טיפולית במתכונת מצומצמת יותר בשעות אחר הצהריים - ערב. ניכר כי הפעילות במסגרת הבוקר, מכינה את המטופלים להשתלבות במסגרת הטיפולית המצומצמת יותר, בשעות אחר הצהריים. ממצאי המחקר מראים כי הישגים טיפוליים שהושגו בתכנית הבוקר נשמרים בקרב אלה שעברו לשלב הטיפול המתקדם. עם זאת, המגמה של נסיגה והתקדמות מתונה חוזרת על עצמה גם בקרב המטופלים הללו. ממצא זה מדגיש את הצורך בליווי מתמיד ועקבי של המטופל, לאורך זמן. הגם שבתכנית המקורית לא הייתה התייחסות לליווי ולמעקב, המפעל מציע מענה זה למטופלים שסיימו התכנית.

מסקנות והמלצות

לאור הניסיון המצטבר, יש חשיבות לתת מענה תקציבי הולם לצרכי ההפעלה והניהול השוטף של המרכז, להתערבויות שיקומיות וטיפוליות נלוות עבור המטופלים (כגון: יעוץ תעסוקתי, טיפולים זוגיים, משפחתיים, קבוצות הורים, בנות זוג), לשם טיפוח צוות העובדים על מנת למנוע שחיקה (במסגרת תכניות העשרה והדרכה, השתלמויות, ספרות מקצועית) ועוד. יש חשיבות להמשיך ולעורר את המודעות של פרקליטים ושופטים בבית המשפט, לגבי האופציה הטיפולית במרכז.

באשר למרכזים עתידיים, רצוי שתהליך השיווק יתחיל עוד בשלב התכנון של מרכז עתידי, טרם הפעלתו. זאת בסיוע הגורמים והארגונים המפנים, האחראים על אכלוס המרכז.

באשר ליעילות הטיפול, בניית תכנית טיפולית הדרגתית, החל במסגרת בוקר אינטנסיבית, עבור לתכנית ערב מצומצמת וכלה במעקב אחת לחודש, מהווה רצף טיפולי בתוך מסגרת אחת ומספקת מענה הולם בהפחתת המסוכנות של המטופלים, מטופלים שיש לשלבם באופן הדרגתי וזהיר בקהילה, תוך הבטחת שלומה של החברה.

לסיכום, ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על התועלת החברתית, המוסרית והכלכלית שיש לתכנית הטיפול במרכז. לדעתנו, יש מקום להמשיך בקיום הפרויקט ואנו קוראות לקובעי המדיניות ולמקבלי ההחלטות להמשיך ולהקצות משאבים לפיתוח הידע המקצועי של המעורבים ביישום התכנית ולהקצות ככל שצריך מסגרות טיפול דומות. זאת על מנת להבטיח את בטחון החברה ולמנוע, בעזרת טיפול הולם, את חזרתו של המטופל לבצוע עבירות מין בעתיד. המרכז שקיומו – יש מאין, יכול לשמש כאב טיפוס למרכזים עתידיים, הן לאוכלוסייה של עברייני מין והן לאוכלוסיות פורנזיות אחרות. בהיותו שכזה, המרכז אמור לשמש מרכז לידע ולמידה ומודל לחיקוי.

תוכן עניינים

עמוד

1	מבוא
3	סקירת ספרות
3	חקיקה, פיקוח, טיפול ושיקום
4	מסגרות לאבחון ולטיפול בישראל
5	עקרונות טיפוליים בעולם ובארץ
9	מטרות המחקר
10	מערך המחקר: הליך וכלים
10	הליך המחקר
10	כלי המחקר
13	ממצאים
13	ממצאי בחינת שלבי ההכנה להפעלת המרכז, תהליך ההקמה והתנהלות המרכז
13	הקמה התארגנות והצטיידות
14	שיווק התוכנית וגיוס מטופלים
17	בדיקות התאמה וקבלת מטופלים למרכז
18	גיוס עובדים
19	תכנון התקציב
20	פעילות הוועדות
20	סיכום והמלצות
22	הערכת פעילות המרכז למול המטרות המוצהרות
22	התנהלות המרכז
23	הערכת אנשי הצוות את פעילות המרכז
23	סיכום והמלצות
24	ממצאי הערכת הטיפול
25	כללי
25	תיאור האוכלוסייה
26	תחושות המטופלים טרם הגעתם למרכז ובמהלך שהותם
29	הערכת יעילות הטיפול בהפחתת מסוכנות מינית
32	הערכת יעילות הטיפול על פי דוחות פסיכיאטרים
33	הערכת הטיפול באמצעות מבחן MMPI
34	הערכת הטיפול בתוכנית שלב ב'
35	הערכת מעקב אחר מטופלים שסיימו את הטיפול
37	סיכום והמלצות
37	סיכום כללי ותוכניות לעתיד

40	רשימת מקורות
45	נספחים
	תקציר באנגלית

רשימת נספחים

עמוד

47	נספח א': דוח בדיקת התאמה למרכז
48	נספח ב': דו"ח תקופתי להערכת מסוכנות ולהערכת מדדים הסתגלותיים של המטופל
49	נספח ג': טופס סיכום בדיקה פסיכיאטרית
50	נספח ד': כלים שפותחו לבחינת ניהול העבודה השוטפת במרכז
50	1. טופס מיון מועמדות
51	2. שאלון למטופל במרכז יום
53	3. סיכום תלת חודשי של נוכחות במרכז, השתתפות בטיפולים ובפעילויות
54	4. תיעוד אירועים חריגים
55	5. דו"ח תצפית על פי לויז' פעילות יומית
56	6. טופס סיכום דיון תקופתי – וועדת הערכה (אחת לשלושה חודשים)
57	7. משוב לבחינת שביעות רצון של המטופלים
58	8. משוב לבחינת שביעות רצון של מנהלת המרכז
59	9. משוב לבחינת שביעות רצון של העובדים במרכז
60	10. משוב לבחינת שביעות רצון של חברי ועדת ההיגוי/ועדה מקצועית
61	11. טופס בדיקת מעקב (אחת לחודש)
63	נספח ה': התפלגות סיבות לאי בדיקה (N=33)
64	נספח ו': התפלגות משך הזמן מן ההפניה ועד הבדיקה (N=105)
65	נספח ז': התפלגות הזמן מן הבדיקה ועד הקבלה (N=47)
66	נספח ח': התפלגות המטופלים שהשלימו הטיפול על פי משך השהות במרכז
67	נספח ט': התפלגות המטופלים שלא השלימו הטיפול על פי משך השהות במרכז
68	נספח י': התפלגות סיבות לאי התאמה (N=28)
69	נספח י"א: התפלגות סיבות לאי קבלה (N=57)
70	נספח י"ב: בעלי התפקידים במרכז (נכון לחודש מאי 2008)
71	נספח י"ג: לויז' פעילויות במרכז
71	1. לויז' פעילות תכנית הבוקר במרכז
71	2. לויז' פעילות תכנית הערב במרכז
72	נספח י"ד: מדדים דמוגרפיים של מופנים שהתקבלו, מופנים שנדחו ומטופלים שסיימו טיפול
74	נספח ט"ו: סיכום ממצאי MMPI
76	נספח ט"ז: קריטריונים למעבר מתכנית בוקר לתכנית ערב

רשימת גרפים

עמוד

- 15 גרף 1. מספר ההפניות הכולל על פי שלישונים
- 15 גרף 2. כמות ההפניות בכל שלושה חודשים (שלישונים) ולפי הגורם המפנה
- 16 גרף 3. משך ההמתנה בין הפניה לבדיקה בקרב מי שהתקבלו ומי שלא התקבלו למרכז
- 17 גרף 4. משך הזמן בין הבדיקה לקבלה של הנבדקים לפי שלישונים
- 31 גרף 5. ממוצעי הערכות המטופלים במדדי התנהגות, קוגניציה ואפקט

רשימת לוחות

עמוד

- 11 לוח 1. רשימת הכלים שפותחו לבחינת ניהול העבודה השוטפת במרכז
- 26 לוח 2. ממוצעים וסטיות תקן של הערכות המטופלים את תחושותיהם לפני הגיעם לטיפול במרכז
- 27 לוח 3. ממוצעים וסטיות תקן של בחינת שביעות רצון של המטופלים
- 28 לוח 4. ממוצעים וסטיות תקן של בחינת שביעות רצון של המטופלים

מבוא

המרכז לטיפול בעברייני מין מבוגרים הנו פרויקט ניסיוני, הממומן ברובו על ידי המוסד לביטוח לאומי, באמצעות הקרן למפעלים מיוחדים ובשיתוף עם הרשות לשיקום האסיר ושירות המבחן לנוער ולמבוגרים. מדובר במרכז להתערבות מניעתית, הראשון מסוגו בארץ, במסגרת הקהילה. הרציונל להקמת המרכז נבע מתוך הבנה שטיפול בעברייני מין ומניעת עבריינות מין הנם צורך חברתי חיוני, וכי על מנת להגן על החברה ולהקנות לעברייני דפוסי התמודדות חלופיים, יש צורך בפתרון מוסדר בקהילה.

היוזמה להקמת המרכז הייתה של עמותת קל"ת (קרימינולוגים לפעילות תיקון), בראשותה של פרופ' שרה בן דוד ובהשתתפות גב' יפעת קלמרו, גב' מאירה טלוסטי, גב' שרה סנדרוביץ' ומר חוסה בבצ'יק. הפרויקט הוצג על ידי היזמים ביום עיון, אשר בעקבותיו חברו ליוזמה גב' חנה אטקס ז"ל – מנהלת שירות מבחן למבוגרים, מר אפי ברזור – מפקח ארצי, שירות מבחן לנוער, מר זוהר חמו – מפקח ארצי על הטיפול, חסות הנוער, גב' רבקה פרייברג – סגנית מנהל, שירות מבחן למבוגרים ומר אבי דיאמנט – מפקח ארצי, רשות לשיקום האסיר.

ועדת היגוי ותכנון (בשמה הקודם ועדת ההקמה) שהוקמה לקידום היוזמה על ידי היזמים ונציגי שירות המבחן למבוגרים, שירות המבחן לנוער, רשות חסות הנוער מאגף התיקון במשרד הרווחה והרשות לשיקום האסיר, ניסחה מסמך עקרונות הכולל בסיס תיאורטי ותוכנית עבודה. נדונו מטרות המרכז, עקרונות ההפעלה, הגדרת אוכלוסיית היעד, מספר המטופלים, משך הטיפול, עקרונות העבודה, תוכני הטיפול, המבנה הארגוני והתקציבי. לאחר כארבע שנות פעילות התגבש מסמך מוסכם (מתאריך 5 בפברואר 2004), והוגשה הצעה בנושא הקמת המרכז לקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי.

לאחר דין ודברים הוחלט על הקמת המרכז, כאמור, במימון עיקרי של הקרן, לתקופה של כשנה וחצי. המרכז מופעל על ידי עמותת קש"ת (קידום שירותי תיקון) ונמצא בפיקוח שירות המבחן למבוגרים.

הוחלט כי הפרויקט הניסיוני ילווה בהערכה מחקרית, אשר מטרתה לספק היזון חוזר במהלך ההפעלה הניסיונית, לזהות נקודות חוזק וחולשה בהקמה ובהפעלה, להציע רעיונות לשיפור ולהעריך את השגת מטרות התוכנית מבחינת תרומתן לשיפור השירותים לאוכלוסייה.

המרכז נמצא במרכז הארץ ומיועד לתת מענה לאוכלוסייה רחבה ככל האפשר, כדלקמן: גברים מגיל 18 ומעלה אשר ביצעו עברות מין או עברות בעלות אופי של פגיעות מיניות מתוכם:

1. עברייני מין מבוגרים שנשפטו לצו מבחן, ברמת סיכון בינונית, בפיקוח שירות המבחן למבוגרים, אשר בהחלטה השיפוטית לגביהם נקבע תנאי לטיפול למשך שנה אחת לפחות.
2. עברייני מין קטינים ברמת סיכון בינונית, שנשפטו לצו מבחן או למסגרת טיפולית חוץ ביתית באמצעות צו מבחן בתנאי מגורים או לצו מעון או מעון נעול ואשר במהלך תקופת

הצו מלאו להם 18 שנים, כך שיש אפשרות להתנות את הטיפול בהם למשך שנה אחת לפחות.

3. עברייני מין מבוגרים ברמת סיכון בינונית, לאחר ששהו במאסר, בעלי התניה שיפוטית.

הוחלט כי במרכז יטופלו בו זמנית עד 40 עברייני מין כשמשך הטיפול הוא עד 18 חודשים.

בטרם יוצגו מטרת המחקר וממצאי מחקר ההערכה, להלן רקע תיאורטי בנושא עברייני מין, שסייע בהתוויית הבסיס להקמת המרכז ולקביעת מטרות התוכנית.

סקירת ספרות

עברייני מין הם אנשים אשר ביצעו אחת או יותר ממגוון עברות המוגדרות בחוק כעברות מין. התגובות החברתיות לעברות מין ולעברייני מין הן מגוונות ובדרך כלל הן טעונות ורגישות במיוחד (שחורי, בן דוד ואידיסיס, 2008). אלו עברות שגורמות סבל קשה לקורבנות, למשפחותיהם, לסביבה הקרובה ואף לחברה הרחבה. קיימת ספרות ענפה המתארת את הפגיעות ארוכות הטווח בקורבנות של עברות מין ואת הצורך בטיפול בעבריינים על מנת להגן על החברה ולמנוע את הישנות העברות (ראו לדוגמה: חובב, 1997; טילמאן, 1995; בן דוד ושחורי, 2008; Webster, Marshall, Fernandez, ; 2008; Marshall, & Serran, 2005).

חקירה ובחינה של מאפייני עברייני המין וניסיונות טיפוליים בהם, הובילו להבנה שיש צורך בשילוב של ענישה, טיפול ומעקב אחר אלו שביצעו עברות מין (Doren, 2002; Edwards & Hensley, 2001). הגישה המשלבת ענישה וטיפול הוכחה כיעילה במחקרים רבים והיא יושמה במדינות מערביות רבות, שכן חוקים ועונשים לכשעצמם אינם מונעים מועדות ואינם מקטינים את שיעור החוזרים לעבור עברות (גרשוני, 2006; McGuire, 2000). הצורך בתגובה חברתית הולמת, המשלבת בין ענישה ובין טיפול הובילה מדינות מערביות רבות לקבוע הסדרים להתמודדות עם עברייני מין, לטיפול בהם, לליוויים ולהגנה על הציבור מפניהם. ההסדרים הללו מעוגנים בחוקים, בתקנות ובחוזרים שונים (הורוויץ, 2004; Frenken, 1999). בארצות שונות בעולם, הליך החקיקה נמשך כבר שנים רבות וחוקים רבים מתייחסים לתגובה החברתית לעברייני מין. לדוגמה, מדינות רבות בארצות הברית אימצו את הגישה של הגנה על הקהילה (community protection approach), וחוקקו חוקים המחייבים רישום של עברייני מין ויידוע הקהילה בדבר הימצאותם בקירבה (עדן, 2005; שחורי, בן דוד ואידיסיס, 2008; Schwartz, & Cellini, 1995, 1997). גישה זו מתבטאת בעיקר בפיקוח מוגבר על עברייני מין ובטיפול שמכוון למניעת מועדות (רצידיביזם).

חקיקה, פיקוח, טיפול ושיקום

במדינת ישראל אין עדיין חקיקה המשלבת בין ענישה לבין טיפול, אם כי מתקיימים כיום דיונים בוועדות שונות במשרד המשפטים בכיוון חקיקה כזו. על פי המצב הקיים, עברייני מין נשפטים למאסר, כשאורך המאסר לא משקף בהכרח את מידת המסוכנות שלהם. בתום תקופת המאסר, ללא תלות במסוכנות העבריין או בהשתתפותו בטיפול מניעתי, הוא משתחרר, ואין חוק המחייב אותו להמשיך טיפול בקהילה לאחר שחרורו. ככלל, אין בארץ גוף מחוץ לכלא שיטפל בו אלא אם כן הוא נשפט לפיקוח שירות המבחן לאחר תום המאסר. פרט למקרים בודדים אלה, עבריין מין משתחרר מהכלא שחרור מלא ללא המשך טיפול. יתר על כן, בישראל אין כיום מסגרת המרכזת את המידע לגבי כל עברייני המין, ומהווה מסגרת לטיפול בעברייני מין, לפיקוח ולמעקב אחריהם לאחר שחרורם ממאסר. זאת, למרות שידוע שעברייני מין לאחר שחרורם, במיוחד הסוטים מביניהם, חוזרים לבצע עברות מין, נאסרים שוב וחוזר חלילה, בדפוס שהמערכת מכנה "הדלת המסתובבת".

בארץ לא קיים חוק המחייב רישום ויידוע הציבור על שחרורו של עבריין מין מהכלא, אך קיימים חוקים הקובעים הגבלות שיש להפעיל כנגד עבריני מין משוחררים. במרץ 2003, נכנס לתוקף חוק למניעת העסקת עבריני מין במוסד המכוון למתן שירותים לקטינים. החוק קובע איסור העסקה ואיסור עיסוק במוסדות הנותנים שירותים לקטינים, לבגיר אשר הורשע בעברת מין כהגדרתה בחוק, ונדון עליה לפחות לשנת מאסר אחת בפועל. החוק אינו חל על קטין שביצע עברת מין, על בגיר שביצע עברת מין בהיותו קטין ועל נשים. החוק קובע מנגנון של מתן אישורי משטרה למעסיקים, מועמדים להעסקה ומועסקים במוסדות כאמור.

חוק נוסף אשר נכנס לתוקף בינואר 2005, קובע כי עבריני מין לא יורשו לגור או לעבוד בסמוך לנפגעים. החוק קובע כי בית המשפט יוסמך להטיל מגבלות על מקום מגוריו ומקום עבודתו של העבריין, אם שוכנע שלנפגע העברה עלול להיגרם נזק של ממש במידה והעבריין יתגורר או יעבוד בקרבת מקום מגוריו או מקום עבודתו.

באוקטובר 2006 נכנס לתוקפו חוק הגנה על הציבור מפני עבריני מין. החוק נועד להעריך את מידת המסוכנות של עבריני מין ולהציע דרכי פיקוח והגבלות לצורך הפחתת המסוכנות שלהם בחזרתם לקהילה. הוראות חוק זה מופעלות בהדרגה: בשלב הראשון (10.2006) הוחל החוק על עבריני מין המשתחררים שחרור מלא. בשלב השני (10.2007) הוחל החוק על כל עבריין מין שפגע בקטין. בשלב השלישי (10.2008) הוחל החוק על כל עבריין מין שנדון למאסר בפועל, ובשלב האחרון (10.2011) – על כלל עבריני המין.

מסגרות לאבחון ולטיפול בישראל

המסגרות העיקריות לאבחון ולטיפול בעבריני מין נחלקות לשני סוגים: מסגרות בקהילה ומסגרות טיפוליות בכלא. מסגרות בקהילה מיועדות ככלל לעברינים בשלב של טרום מאסר או כחלופה למאסר – עברינים המוערכים כבעלי רמת מסוכנות נמוכה וכבעלי פוטנציאל שיקומי. מסגרות כאלה קיימות בשירות המבחן למבוגרים ולנוער. למסגרות של שירות המבחן למבוגרים מופנים, באמצעות בתי המשפט, אנשים אשר חשודים בביצוע עברות מין ואשר הוגש כנגדם כתב אישום. הצטרפותם לקבוצה טיפולית נעשית טרם הרשעה או לאחר הרשעה ולפני מתן גזר דין. בנוגע לנערים (גילאי 12-18), אלה מופנים על ידי המשטרה לשירות המבחן לנוער. במידה שהם מודים בביצוע העברה, הם יכולים להיות מלווים בטיפול פרטני, עד למשפט. הצטרפותם לקבוצה טיפולית נעשית רק לאחר שנמצאו אשמים ועברו הערכת מסוכנות. לצד אלה קיימות בקהילה גם מסגרות המיועדות לילדים פוגעים מינית מתחת לגיל האחריות הפלילית (מתחת לגיל 12).

הסוג השני – מסגרות טיפוליות בכלא, המיועדות לעברינים שהורשעו ונשלחו למאסר. עד לאחרונה, הגוף היחיד שנתן מענה טיפולי ייעודי לעבריני מין מבוגרים שהורשעו ונשפטו למאסר, היה היחידה לפסיכיאטריה משפטית של בית חולים באר יעקב, הממוקמת בכלא מג"ן (מרכז גוף ונפש) שברמלה. הטיפול נעשה במסגרת קבוצות טיפוליות ייעודיות לעבריני מין בהנחיית קרימינולוגים קליניים מהיחידה. בשל המשאבים המוגבלים, טיפול שכזה יכול לתת מענה לחלק קטן מהאסירים בעוד עבריני מין רבים נמצאים ברשימת המתנה ללא כל מענה טיפולי. לאחרונה

הוחלט בשירות בתי הסוהר לרכז עברייני מין באגף ייחודי באחד מבתי הסוהר. סביבה כזו תאפשר הכשרה של כל אנשי הצוות, לרבות סוהרים, בהתאם לגישות המקובלות בעולם. המטרה היא להיערך לתוכניות טיפול ארוכות טווח ובשלבם, החל מתוכניות פסיכו-חינוכיות ועד קבוצות "מניעת הישנות" (relapse prevention). זאת ועוד, בחודשים האחרונים החלו לפעול במסגרת בתי הסוהר קבוצות פסיכו-חינוכיות לעברייני מין בהנחיית עובדים סוציאליים. הקבוצות עוסקות בנושאים כגון חינוך למיניות בריאה, תקשורת בין-אישית, כישורי חיים, מיומנויות אמפטיות ועוד. אלה נועדו להוות רצף טיפולי המקדים את הקבוצות הייעודיות במב"ן.

תנאי חיוני ולעתים הכרחי לשיקום עברייני מין והכנתם להשתלבות תקינה בחברה עם תום מאסרם, הוא טיפול המשכי בקהילה, שכן הישנות עברות לאחר השחרור מהכלא מתרחשת, בדרך כלל, בשל חשיפה מחדש למכלול גירויים פנימיים וחיצוניים ולנסיבות חברתיות וסביבתיות אשר לא התקיימו ולא באו לידי ביטוי בעת המאסר. על מנת לתת מענה לצורך זה, הוקם בישראל מרכז לטיפול בעברייני מין בקהילה, אשר אמור לספק טיפול כחלק מהרצף הטיפולי. טרם התייחסות למרכז הנדון יתוארו עקרונות הטיפול ודרכי הטיפול הייחודיות בעברייני מין ותוצג מסגרת טיפולית לעברייני מין הפועלת על בסיס עקרונות אלה.

עקרונות טיפוליים בעולם ובארץ

על אף שמחקרים רבים מצביעים על הטרוגניות בקרב אוכלוסיית עברייני המין והספרות משופעת בהסברים תיאורטיים ובמצאי מחקרים המנסים להסביר את מניעי העברייני (Ward, Polaschek & Beech, 2005) נמצאו מספר מאפיינים אישיותיים משותפים לכל עברייני המין, ללא קשר לסוג העברה שלהם: חוסר הערכה עצמית, היעדר ביטחון עצמי, רמות חרדה גבוהות, יחסים חברתיים לקויים, שליטה לקויה בתוקפנות, חוסר בשלות רגשית וזהות גברית לקויה. כל אלה חוברים למאפיינים נוספים חשובים כגון: היעדר לקיחת אחריות, הכחשה ומינימיזציה של הפגיעה בקורבנות, השלכה, רציונליזציה ועיוותי חשיבה המאפשרים להם לנטרל את מצפונם (ראו לדוגמה: כהן, 1998; שחורי ובן דוד, 2008; Sykes & Shechory & Ben David, 2005; Barbaree, 1991; Matza, 1957). לאור מאפיינים אלו קיימת הסכמה רחבה בקרב קלינאים ואנשי מחקר, כי הטיפול המתאים הנו טיפול שמותאם לאוכלוסייה זו ושלוך בחשבון את המאפיינים האישיותיים וההתנהגותיים שהוצגו לעיל.

טיפול בעברייני מין נועד ומכוון להפחית מסוכנות מינית ולמנוע עבריינות חוזרת. אנדרוס ועמיתיו (Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau & Cullen, 1990) טוענים כי על מנת להשיג מטרות אלה יש לקחת בחשבון את הקריטריונים הבאים:

1. **מסוכנות** – הצורך להתאים את מידת האינטנסיביות והשקעת המשאבים לרמת המסוכנות של העברייני.
2. **צורכי העברייני** – הצורך להתמקד בגורמים קרימינוגניים, המשפיעים על הפחתת הרצידיביזם (לדוגמה: התמכרות, סטייה מינית, אישיות אנטי סוציאלית וכו').

3. **ההיענות לטיפול או עקרון היכולת** – התועלת שניתן להפיק מטיפול המתאים לרמתו של המטופל, לכישוריו ולמאפייני אישיותו.

4. **השיקול המקצועי** – מתייחס לצורך בטיפול על ידי המומחה המתאים (ראו גם: Schwartz, 2002, 2005).

במחקרים נמצא כי טיפול אשר אינו עונה על הקריטריונים הללו לא רק שאינו מוריד את שיעור רצידיביזם אלא עלול אף להעלותו, שכן המטופל מסתובב בתחושה שמיצה את הטיפול ואינו מהווה עוד סיכון. זאת ועוד, הטיפול נמצא יעיל כאשר הוא נעשה בשילוב עם ענישה (Hall & Hall, 1991; Hirschman, 1991; Marshall et al., 1991; McGrath et al., 1998).

הספרות מצביעה על כך כי בהשוואה לשיטות טיפוליות אחרות, שיטות קוגניטיביות-התנהגותיות הן אלה המתאימות ביותר לטיפול בעברייני מין (Andrews et al., 1990; Hanson & Bussiere, 1998, Hanson et al., 2002; Marquis et al., 2005; Marshall, Anderson, & Fernandez, 2005; Marshall & Barbaree, 1990; Rosenberg et al., 2000a, 2000b; Schwartz & Cellini, 1995, 1997). שיטות קוגניטיביות-התנהגותיות יעילות בטיפול ובמניעת הישנות ההתנהגות הסוטה (Relapse Prevention), לאמור, בשימור של שינויי ההתנהגות ויכולת השליטה של העבריין על בעייתו לאורך זמן ועל פני מגוון מצבים. על פי הגישות הללו, משתנים קוגניטיביים, כמו אמונות ועיוותים קוגניטיביים, יחד עם הרגלים התנהגותיים, הם הגורמים העיקריים לסטיות המיניות. גישות אלה מדגישות את חלקה ותרומתה של הקוגניציה במעגל התקיפה של עברייני מין (ראו לדוגמה: Segal & Stermac, 1990) טרום התקיפה, במהלכה ולאחריה (Carich, 1999). הן מביאות בחשבון את סכמות החשיבה של עברייני מין ואת האופן בו הן מטות את תהליכי עיבוד המידע, מה שמאפשר לראות בפגיעה מינית התנהגות אפשרית (Mann & Shingler, 2006). השיטות הקוגניטיביות-התנהגותיות מתייחסות לדפוסים המיוחדים של עברייני המין ובעיקר להיעדר לקיחת אחריות דרך הכחשה, השלכה, מינימליזציה ורציונליזציה, לעיוותי חשיבה המאפשרים להם לנטרל את מצפונם (ראו לדוגמה: כהן, 1998; Barbaree, 1991; Finkelhor 1984; Murphy, 1990; Sykes & Matza, 1957) ולהאיץ את התנהגותם המינית העבריינית, להיעדר האמפטיה שלהם כלפי הקורבנות (Davis, 1983; Geer, et al., 2000; Johnson, 2007; Webster et al., 2005) ולמניפולציה שמאפיינת רבים מהם. גישות אלה מציעות דרכי התערבות קוגניטיביות (ראו לדוגמה: Beck, 1996; Padesky, 1994; Marquis et al., 2005; Young, 1990) והתנהגותיות (Fernandez, Shingler, & Marshall, 2006; Kohlenberg & Tsai, 1994; Laws & Marshall, 2003).

על פי התפיסה הקוגניטיבית טיפולית, אצל כל עבריין מין קיים מעגל תקיפה, לאמור, מחזור התנהגותי המופעל על ידי מאיצים (טריגרים) שונים. מעגל זה כולל שלושה שלבים עיקריים: שלב של טרום התקיפה המינית, שלב התקיפה עצמה, והשלב שלאחריה (Carich, 1999), והוא הולך

ומתעצם עם הזמן. המטרה הטיפולית היא לעזור לעבריין המין לזהות את מעגל התקיפה שלו, לזהות "תמרורי אזהרה" וכל מרכיב סיטואציונלי שיכול להפעילו מחדש, ולספק לו ידע וכלים על מנת שיוכל לשבור אותו מיד עם התעוררות המאיץ (הטריגר) המפעיל אותו.

במרבית המקרים הטיפול מתבצע בקבוצה, שכן במסגרת קבוצתית עבריין מין מתקשים להסתיר בעיות, קשיים, תפיסות וחוויות מאנשים הסובלים מבעיות הדומות לשלהם. בנוסף, עבודה בקבוצה מסייעת לעבריין להבין שיש עוד אנשים עם בעיה כשלו, מה שמסייע לאורך זמן בהפחתת מעטה הסודיות וההסתרה. זאת ועוד, במהלך הזמן, כל פרט בקבוצה הופך לתומך בהחלמת הפרטים האחרים, בדומה לקבוצות תמיכה של מכורים, דוגמת האלכוהוליסטים והנרקומנים האנונימיים.

כאמור לעיל, קיימות שתי מסגרות המעניקות טיפול קבוצתי יעודי לעבריין מין בוגרים: האחת, שירות המבחן למבוגרים, לשם מופנים תחת התניה שיפוטית עבריין מין, שככלל, עברות המין שביצעו פחות חמורות על פני הרצף. המסגרת השנייה – המרכז לבריאות הנפש שממוקם בכלא מגן, המעניק טיפול קבוצתי לעבריין מין שהורשעו ונשפטו למאסר.

לצד טיפול קבוצתי מוצע גם טיפול תרופתי המיועד לסוטים מבין עבריין המין שהם בעלי דחפים מיניים מוגברים, פנטזיות סוטות ודפוס התנהגות התמכרותי. הטיפול התרופתי המקובל הוא טיפול הורמונלי המכוון להפחתת רמת הטסטוסטרון, הסטרואיד החשוב ביותר במעגל הגרייה המינית בגבר. שלוש התרופות המקובלות הן: Cyproterone Acetate (אנדרוקור), Droxyprogesterone Acetate (Depot Provera) וה- Decapeptyl, תרופה שהוכנסה לאחרונה לסל התרופות. לטיפול זה השפעה מרגיעה הן על דחפים תוקפניים והן על דחפים מיניים. יתרונות הטיפול התרופתי כוללים הפחתת שיעור הרצידיביזם באופן משמעותי בעת השימוש בתרופה, השפעה מהירה יחסית (בטווח של 3 עד 4 שבועות) ויכולת לעקוב אחר הטיפול. חסרונות הטיפול הם בעיקר בתופעות הלוואי שלו כשהעיקרית שבהן היא איבוד הפוטנציה המינית, אך זאת רק בתקופה בה נוטלים את התרופה (ראו לדוגמה: Rosler & Witztum, 1998).

לאור האופי הכפייתי של הסטייה המינית, הוצעו גם טיפולים המכוונים לטיפול באובססיות, טיפולים המכוונים למערכת הסרטונין (ראו: Kafka & Prentky, 1992; Kafka, 1991), שנמצאו יעילים בהפחתת ובתכיפות פנטזיות מיניות סוטות (לדוגמה: Greenberg & Bradford, 1997; Perilstein, Lipper & Friedman, 1991; Stein, Hollander, Anthony, Schneider, Fallon, & Liebowitz, 1992), אולם זאת בקרב חולים בעלי מאפיינים אובססיביים שאינם סוטי מין. מתן טיפול תרופתי מותנה בבדיקה של רופא פסיכיאטר.

על מנת להשיג אפקטיביות מרבית מטיפול קבוצתי ייעודי לעבריין מין ולשמר הישגים טיפוליים, והיות שהשפעות הטיפול נשכחות עם הזמן, יש לשתף עבריין מין בתוכניות מניעה מתמשכות (relapse prevention), כדי להבטיח, ככל הניתן, את שילובם בחברה ושמירה על רמת מסוכנות מינימלית. יש לציין כי משך הטיפול מושפע מגורמים שונים, ביניהם מידת הפתולוגיה של העבריין,

מידת המסוכנות שלו, מידת היכולת שלו להפיק תועלת מטיפול, רמת המוטיבציה שלו ועוד. בנוסף חשוב לזכור כי דפוסי החשיבה וההתנהגות בקרב אנשים אלה מושרשים היטב, כך שלצורך שינוי דפוסיים אלה יש צורך לקחת זאת בחשבון.

מטרות המחקר

לשם בניית רצף טיפולי ולצורך במתן מענה להפחתת מסוכנותם של עברייני מין ושילובם בקהילה הוקם מרכז יום לטיפול בעברייני מין בקהילה.

היות שמדובר במרכז טיפולי ייחודי וחדשני שנבנה יש מאין, ללא מודל לחיקוי וללמידה, ואשר אמור להוות אבן בוחן למרכזים עתידיים, הוחלט על ליווי מחקרי במהלך השלב הניסיוני של המרכז מרגע הקמתו ועד לחודש מאי 2008. זאת, במטרה לבחון את התנהלות המרכז ברמה הארגונית-ניהולית ולבחון את יעילות הטיפול בהפחתת מסוכנות מינית.

במחקר שולבו שתי מטרות הערכה. האחת, לתת משוב לכל הנוגעים בדבר במהלך תקופת הניסיון, על מנת לשנות ולשפר את הפרויקט במהלך הפעלתו. המטרה השנייה הייתה לספק הערכה שתסייע למקבלי ההחלטות להכריע באם כדאי להמשיך ולתמוך בפרויקט בעתיד.

כיוון שכך, המחקר הנוכחי נועד לבחון שתי שאלות מרכזיות:

1. עד כמה שלבי ההכנה להפעלת המרכז ותהליך ההקמה התבצעו כמתוכנן ובאופן יעיל.
2. עד כמה פעילות המרכז מתבצעת למול המטרות המוצהרות ובאיזו מידה התוכנית המוצעת למטופלים השיגה את מטרותיה. כלומר, מהי מידת היעילות של התוכנית בהפחתת המסוכנות המינית של עברייני המין ובהקניית דפוסי התמודדות חלופיים.

ההערכה המחקרית מתייחסת לתקופה הכוללת את תהליך התכנון והקמת המרכז, מפברואר 2005 עד מאי 2008.

מעריך המחקר: הליך וכלים

הליך המחקר

במהלך כל תקופת ההערכה היו החוקרות בקשר רציף עם המנהלת ועם צוות העובדים במרכז. כמו כן נטלו החוקרות חלק בישיבות של הוועדות השונות. איסוף נתוני המחקר היה מורכב וכלל גם את מעורבותם של אנשי הצוות. חלק מהשאלונים, כמפורט בפרק הכלים, מולאו על ידי אנשי הצוות, מסיבות מקצועיות (כך למשל טופס מיון מועמדות של מטופל טרם קבלתו למרכז). איסוף הנתונים נעשה בתיאום עם מנהלת המרכז. הנתונים נאספו באמצעות כלים מובנים, אשר מרביתם נבנו לצורך המחקר הנוכחי. להלן פירוט הכלים, תוך התייחסות לאופן איסוף הנתונים לגבי כל כלי.

כלי המחקר

1. לבחינת שאלת המחקר הראשונה, המתמקדת בתהליך ההקמה וההפעלה של מרכז היום, בזיהוי נקודות חוזק וחולשה הקשורות בתהליך זה ובמטרה להציע רעיונות לשיפור, נותחו המסמכים הרלוונטיים לתהליך הקמת והפעלת המרכז בשלביו הראשוניים, כולל ניתוח מטרות המרכז כפי שהוצגו על ידי חברי ועדת ההיגוי בהצעה שהוגשה לקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי (מתאריך 5 פברואר 2004), דוחות פעילות של מנהלת המרכז ופרוטוקולים של מפגשי ועדת ההיגוי והוועדה המקצועית. בנוסף, רואיינו נציגי היזמים, חברי ועדת ההיגוי וחברי הצוות המקצועי, שהינם נציגי כל הגופים המעורבים בפרויקט. איסוף הנתונים בחלק זה של המחקר, כולל הראיונות, נעשה על ידי החוקרות.
2. לבחינת שאלת המחקר השנייה, המתמקדת בתהליכי ביצוע התוכנית ובבחינה והערכה של המידה בה הושגו המטרות הטיפוליות נעשה שימוש בכלים הבאים:
 - א. דוחות של בדיקות התאמה למרכז (ראו נספח א').
 - ב. דוחות תקופתיים להערכת מסוכנות ולהערכת מדדי הסתגלות של עברייני מין בהתאם לקריטריונים המקובלים במרכז לבריאות הנפש ובשירות המבחן למבוגרים (ראו נספח ב').
 - ג. מבחן MMPI הבודק פרופיל של פסיכופתולוגיה כללית באמצעות 300 שאלות וסולמות שונים. משתמשים בו כדי לבדוק אנטי-סוציאליות, שקר, הגנתיות יתר ועוד.
 - ד. דוח פסיכיאטרי לאבחנת מחלת נפש או פסיכופתולוגיה אחרת, להערכת מאפיינים אישיותיים, לבחינת קיומה של סטייה מינית וכן להערכת הצורך בטיפול תרופתי כלשהו (ראו נספח ג').

דוחות בדיקות ההתאמה והדוחות התקופתיים מולאו על ידי צוות המרכז. הדוח הפסיכיאטרי מולא על ידי פסיכיאטר שעבד במרכז. מבחן ה-MMPI מולא על ידי החוקרות או עוזרי מחקר.

כמו כן, פותחו כלים נוספים ששימשו לאיסוף הנתונים. לוח 1 מציג את רשימת הכלים שפותחו, ולצידם את אופן איסוף הנתונים. הכלים מוצגים במלואם בנספח ד' (1-11), על פי הסדר בו הם מופיעים בלוח.

לוח 1. רשימת הכלים שפותחו לבחינת ניהול העבודה השוטפת במרכז

	מטרת הכלי	כלי המחקר	
מועד המילוי ואופן ביצוע המילוי			
1.	תיעוד מאפייני רקע של המועמד (מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, כולל היסטוריה של עבר פלילי, של שימוש בסמים ואלכוהול וכדומה).	טופס מיון מועמדות	בריאיון המיון, לפני הקבלה לתוכנית. שאלון זה מולא על ידי הצוות במקצועי במרכז, כחלק מהליך קבלת המועמד.
2.	תיעוד פרטים לגבי הפניית המטופל, המוכנות שלו להגיע לטיפול במרכז ותחשותיו לגבי המרכז, בטרם הגיעו לתוכנית.	שאלון למטופל במרכז יום	עם קבלת המועמד לתוכנית. החוקרות היו בקשר רציף עם מנהלת המרכז. עם קבלת כל מטופל חדש, החוקרות או עוזרי מחקר מטעמן הגיעו למרכז וראיינו את המטופל.
3.	מעקב שוטף אחר נוכחות במרכז.	נוכחות מטופלים במרכז והשתתפות בפעילות	סיכום תלת חודשי (על פי רישום יומי). רישום הנוכחות נעשה על ידי עובדי המרכז.
4.	תיעוד ומעקב שוטף אחר הפרת כללי המרכז והתנהגות חריגה.	תיעוד אירועים חריגים	סיכום תלת חודשי (על בסיס רישום יומי). תיעוד האירועים נעשה על ידי עובדי המרכז.
5.	עריכת תצפית במשך שבוע ימים, כמעקב אחר פעילות המרכז.	דוח תצפית	אחת לארבעה חודשים שהו עוזרי מחקר במרכז במשך שבוע רצוף ותיעדו את הפעילות במקום.
6.	הערכת אנשי הצוות את מידת ההתקדמות של המטופל ומידת המסוכנות שלו תוך התייחסות לנוכחות, מידת שיתוף פעולה, מידת לקיחת אחריות, הכרת מעגל התקיפה, זיהוי תמרורי אזהרה, ביטויי אמפטיה, חרטה, בושה ואשמה.	סיכום דיון תקופתי – ועדת הערכה	אחת לשלושה חודשים מילאו אנשי הצוות דוח הערכה שנמסר לחוקרות.

7.	טופס לבחינת מידת שביעות רצון – מטופלים	אחת לארבעה חודשים רואיינו המטופלים על ידי החוקרות ועל ידי עוזרי מחקר.
8.	טופס לבחינת מידת שביעות רצון – מנהלת המרכז	אחת לארבעה חודשים רואיינה המנהלת על ידי החוקרות.
9.	טופס לבחינת מידת שביעות רצון – עובדים ומתנדבים	אחת לארבעה חודשים רואיינו העובדים על ידי החוקרות ועל ידי עוזרי מחקר.
10.	טופס לבחינת מידת שביעות רצון – ועדת היגוי וועדה מקצועית	פעם אחת, בשילוב עם ראיונות עומק. הראיונות נערכו על ידי החוקרות.
11.	טופס לבדיקת מעקב	מיועד למעקב אחר מטופלים המסיימים את ההליך הטיפולי במרכז.
		אחת לחודש מולא הטופס על ידי מנהלת המרכז או מי מטעמה.

ממצאים

ממצאי ההערכה מוצגים בארבעה פרקים עיקריים, בהתייחס לנושאים הבאים:

1. שלבי ההכנה להפעלת המרכז, תהליך ההקמה והתנהלות המרכז;
2. הערכת פעילות המרכז למול המטרות המוצהרות;
3. תיאור אוכלוסיית המטופלים וממצאי הערכת הטיפול בהם;
4. פרק מסכם בו מפורטות גם התוכניות לעתיד.

דוח זה נכתב לאחר מתן שני דוחות ביניים נוספים, בהם צוינו המלצות החוקרות. בדוח הנוכחי מצוינים השינויים שנעשו על פי דוחות הביניים במקומות הרלוונטיים. לפיכך, בחלק המסכם תינתן התייחסות כללית בלבד.

ממצאי בחינת שלבי ההכנה להפעלת המרכז, תהליך ההקמה והתנהלות המרכז

חלק זה של הדוח עוסק בתיאור שלבי ההכנה להפעלת המרכז – תהליך ההקמה וההתארגנות עד להגעת המטופלים.

על מנת לקבוע את מסקנות הדוח נעשה ניתוח תוכן וסיכום של המסמכים והראיונות. תחילה יוצגו סיכומי הדברים ולאחר מכן תוצגנה מסקנות הדוח.

מנהלת המרכז החלה את עבודתה בפברואר 2005. המטופלים הראשונים הגיעו למרכז ב- 31.10.2005. פרק הזמן שבין תחילת העסקת המנהלת ועד לפתיחת המרכז בפועל הוקדש להקמה והתארגנות, שכירת מבנה, גיוס עובדים, פיתוח מודעות אצל הגורמים המפנים ועידוד הפניית מטופלים.

השלבים הראשונים בביצוע התוכנית לוו בקשיים רבים, הקשורים בראש ובראשונה לסוג האוכלוסייה (עברייני מין), לגיוס מטופלים ולגיוס מטפלים. זאת, בשל היעדר דגם לחיקוי וחוסר הניסיון של חברי הצוות בהקמת פרויקט מסוג זה.

הקמה, התארגנות והצטיידות

האחריות להקמה ולהתארגנות הוטלה על מנהלת המרכז. המנהלת נדרשה לדאוג למציאת מבנה מתאים, לשכירתו, לשיפוצים ולהצטיידות. המנהלת ציינה כי אין צורך לעסוק בכך בהיקף של משרה מלאה ובתקופה זו הועסקה (לבקשתה וביוזמתה) בהיקף של חצי משרה.

התעורר קושי רב במציאת מקום הולם למרכז (למעלה משלושה חודשים) משני טעמים עיקריים:

1. בעלי נכסים לא היו מעוניינים להשכיר נכס לצורך שיקום אסירים/עבריינים.
2. התקציב היה נמוך יחסית ליוקר הנכסים שנמצאו מתאימים.

כל התהליך, כולל התאמת המבנה לצורכי המרכז, אך כחצי שנה. ראוי לציין כי הוקצה תקציב להצטיידות (בסך 65,000 ש"ח) כחלק מהתקציב להוצאות שוטפות (בסך 250,400 ש"ח). היות שלא הוקצה תקציב להתארגנות ולהקמה בנפרד מתקציב ההפעלה, חלק מהתקציב שהוקצה להפעלה נלקח לצרכים אלה.

שיווק התוכנית וגיוס מטופלים

על מנת לקדם את שיווק המרכז ולגייס מטופלים, התבצעו פניות רבות, בעיקר על ידי המנהלת, לגורמים המפנים (קציני מבחן למבוגרים, קציני מבחן לנוער, צוות חסות הנוער, עובדי הרשות לשיקום האסיר (רש"א), עובדי המרכז לבריאות הנפש (מב"ן) ואנשי תחום טיפול ושיקום בכלא (טו"ש) (להלן הגורמים המפנים). הפניות כללו הסבר על המרכז ומטרותיו, הצגת התוכנית הטיפולית, אוכלוסיית היעד, נוהלי הפניית מטופלים ועוד. בהמשך לכך, הועבר מידע על המרכז והפעילות שבו לגורמים משפטיים, על מנת להעלות את מודעותם לאפשרויות של שיקום עברייני מין במסגרת המרכז. לצד פעולות אלה, נציגי שירות המבחן לנוער ולמבוגרים בוועדות והקרימינולוגית הראשית של מב"ן פעלו להעלאת המודעות בקרב עובדיהם להפניית מטופלים פוטנציאליים למרכז.

כיום, בעקבות מהלך שיווקי מאומץ, גורמים מטופלים ומשפטיים הטמיעו את קיום המרכז כאופציה טיפולית שיקומית.

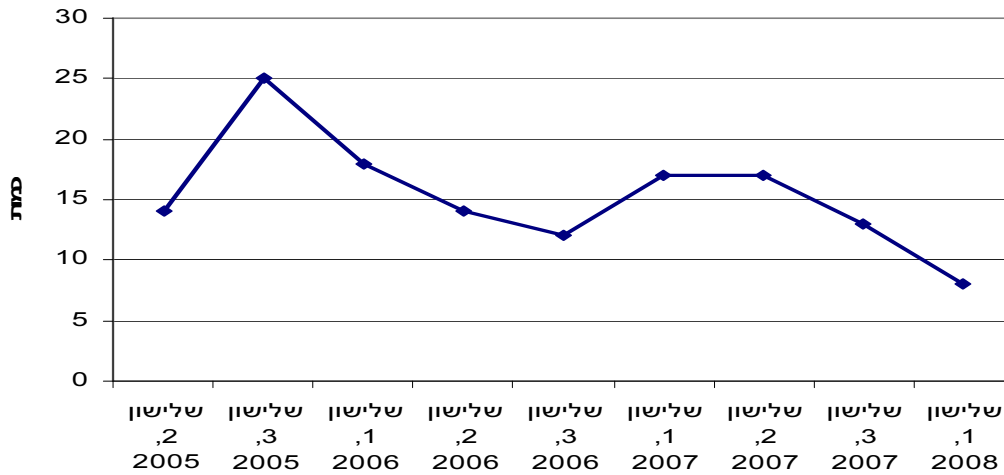
הפנית מטופלים:

1. חלק זה של הדוח כולל תיאור של כלל המקרים שהופנו למרכז, תוך ניתוח התפלגויות ההפניות על פי הגורם המפנה ועל פי משכי הזמנים ממועד הפניית המטופל עד לבדיקתו וקבלתו או אי קבלתו למרכז, כולל פירוט הסיבות לאי קבלה והסיבות לעזיבת מטופלים את המרכז, בטרם סיימו את ההליך הטיפולי.
2. הצעת התוכנית המקורית התייחסה לאכלוס של 40 מטופלים, היקף שמלכתחילה לא תאם למספר אנשי הצוות שהוקצה למרכז ולגודל המבנה שניתן היה לשכור בתקציב שהוקצה לכך. אי לכך הוחלט בהמשך, על ידי ועדת ההיגוי, על אכלוס המרכז ב-30 מטופלים.
3. מאז הקמת המרכז ועד מאי 2008 נתקבלו במרכז 138 פניות לגבי 130 אנשים (8 הופנו פעמיים). מתוך 138 ההפניות נבדקו 105 (76.1%) הפניות (שלושה אנשים נבדקו פעמיים). 33 מופנים לא נבדקו מסיבות שונות, שהעיקריות שבהן היו: אי מתן חופשות (30%), אי עמידה בקריטריונים לקבלה (21%), התנגדות של בית המשפט (18%) (פירוט התפלגויות הסיבות ראו בנספח ה').

התפלגות ההפניות על פי שנים ועל פי הגורם המפנה – ממוצע ההפניות בשנה הראשונה לפתיחת המרכז היה גבוה יותר (19.50 הפניות, 4.87 לחודש) בהשוואה לשנה השנייה (14.66 הפניות, 3.66 לחודש) והשלישית (15.66 הפניות, 3.91 לחודש). סביר להניח כי מספר ההפניות בשנה הראשונה היה גבוה יותר בשל העובדה שהופנו מטופלים שבחלקם לא התאימו לקריטריונים שנקבעו מראש. נראה כי עם הזמן ולאור הניסיון המצטבר של הגורמים המפנים, המיון הקפדני והפניית מטופלים מתאימים יותר – קטן מספר ההפניות.

בגרף 1 מוצג מספר ההפניות הכולל בכל שלושה חודשים (שלישונים).

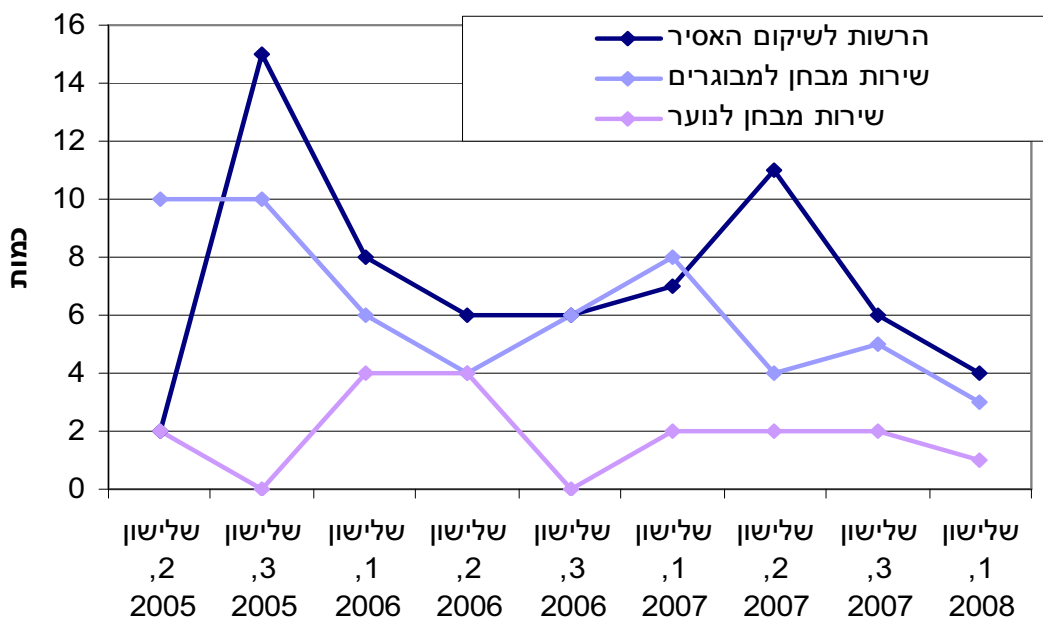
גרף 1. מספר ההפניות הכולל על פי שלישונים



שירותי המבחן למבוגרים ולנוער היפנו למרכז 56 (41%) ו-17 (12%) מטופלים, בהתאמה, ובסך הכול 73 מטופלים (53%). מהרשות לשיקום האסיר הופנו 65 מטופלים (47%).

בגרף 2 מוצגת כמות ההפניות בכל שלושה חודשים (שלישונים) ולפי הגורם המפנה.

גרף 2. כמות ההפניות בכל שלושה חודשים (שלישונים) ולפי הגורם המפנה



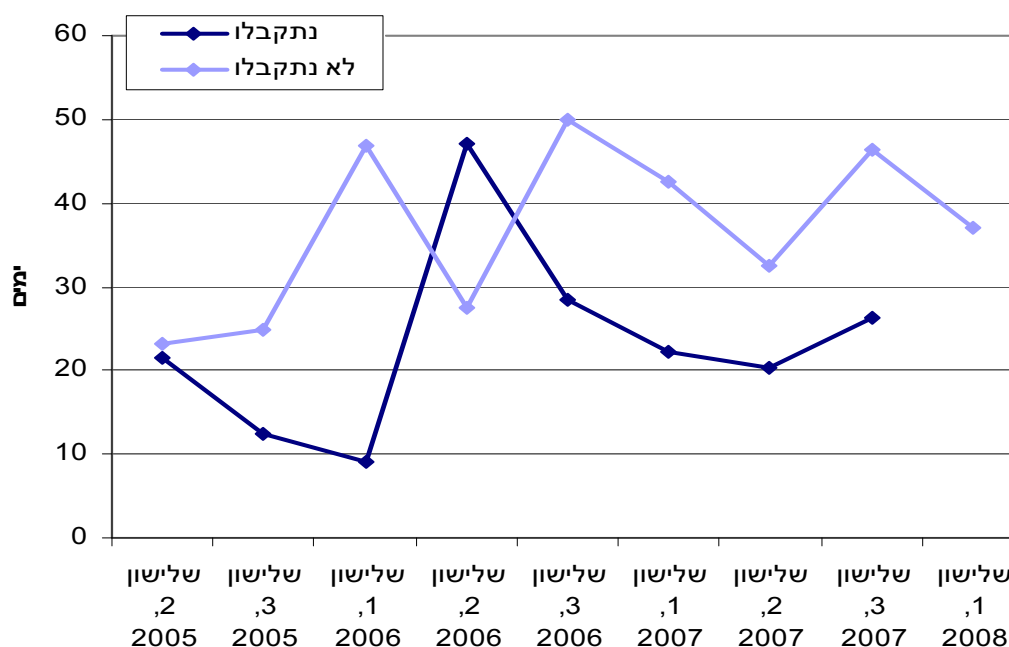
משך ההמתנה ממועד ההפניה ועד למועד הבדיקה – כללית, עבור כ-60% מן ההפניות שנבדקו נערכה הבדיקה בתוך כחודש ממועד ההפניה. 28% מהמופנים נבדקו בדרך כלל בחודש השני מיום ההפניה ויתר הבדיקות (12%) נערכו עד כחמישה חודשים ממועד ההפניה (נספח ו' מציג את התפלגות משך הזמן ממועד הפניית המטופל ועד למועד הבדיקה).

בחינת הנתונים הראתה כי פרק הזמן שעבר ממועד ההפניה למועד הבדיקה בקרב מי שהתקבלו היה קצר באופן משמעותי מזה של אלה שלא התקבלו [ממוצע 19.89 יום, ס.ת. 14.05, לעומת ממוצע 37.65 יום, ס.ת.=30.12; $t(82.47)=3.96, p<.001$; עבור שוניות לא שוות].

יכולים להיות לכך מספר הסברים. מדוחות המעקב אחר מי שהופנו למרכז עולה כי תנאי הסף של המופנים שנמצאו מתאימים אפשרו לזמן אותם מהר יותר למרכז (למשל, רמת מסוכנות של מופנה שמאפשרת יציאתו לחופשות בהשוואה למופנה בעל רמת מסוכנות גבוהה, שלא הומלץ על יציאתו לחופש והגעתו למרכז כרוכה בפרוצדורות משפטיות המאריכות את פרק הזמן עד הגעתו לבדיקה). זאת ועוד, ייתכן כי בקרב אלה שפרקי הזמן עד בדיקתם היו ארוכים יותר, ההתלהבות והמוטיבציה להשתלב במרכז פחתה ויש מביניהם כאלה שהביעו סירוב להשתלב גם אם נמצאו מתאימים.

גרף 3 מציג את משך ההמתנה בין הפניית המטופל לבדיקתו בקרב מי שהתקבלו ומי שלא התקבלו למרכז.

גרף 3. משך ההמתנה בין הפניית המטופל לבדיקתו בקרב מי שהתקבלו ומי שלא התקבלו למרכז



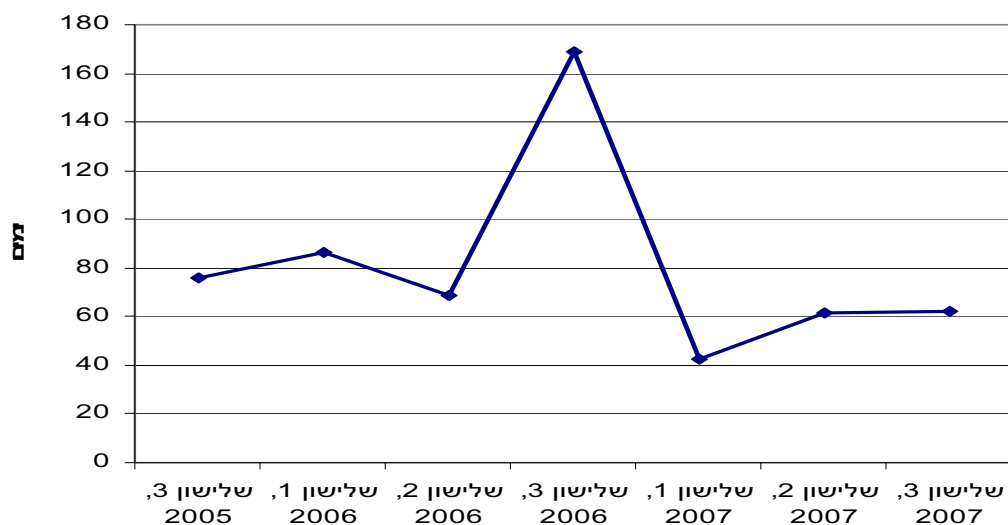
יש לציין כי תהליך הפניית המועמדים, לפחות האסירים מביניהם, מערב שלושה גופים, מה שמאריך את פרק הזמן מהרגע בו מוצעת לאסיר בדיקת התאמה במרכז על ידי הגורם המעריך בבית הסוהר

ועד לזמן בדיקתו. סיבה נוספת קשורה במועד חופשתם של האסירים. מאחר שאסיר יכול לצאת לחופש אחת לחודש, ישנם מקרים בהם האסיר נבדק רק כחודש לאחר הפנייתו למרכז. במידה שאסיר לא נמצא בסבב חופשות תיתכן המתנה של כשלושה חודשים עד למועד הבדיקה. באשר למופנים משירותי המבחן, חלקם מגיעים ממעצר, מה שדורש אישור של בית משפט לשחרור לשם בדיקת התאמה. ככלל, משך ההמתנה ממועד ההפניה ועד לבדיקת ההתאמה מושפע ותלוי בסופו של דבר בהחלטות הגורמים המשפטיים, שלוקחים בחשבון שיקולים נוספים לאלה השיקומיים-טיפוליים, מה שמעכב לא פעם את התהליך.

פרק הזמן ממועד הבדיקה ועד לקבלה – רוב המופנים שנמצאו כמתאימים להתקבל למרכז (81%) נתקבלו בתוך שלושה חודשים מיום הבדיקה. כרבע (23%) נתקבלו בתוך חודש מן הבדיקה, כשליש (34%) עד חודשיים מיום הבדיקה, וכרבע נוספים (23%) עד שלושה חודשים. יתר האנשים נתקבלו בדרך כלל בטווח של עד חצי שנה (15%) ורק שניים נתקבלו לאחר יותר מחצי שנה (לפירוט נוסף ראו נספח ז').

גרף 4 מציג את משך הזמן בין הבדיקה לקבלה של הנבדקים לפי שלישונים.

גרף 4. משך הזמן בין הבדיקה לקבלת הנבדקים לפי שלישונים



בדיקות התאמה וקבלת מטופלים למרכז

1. במהלך כל תקופת ההערכה (מיום פתיחת המרכז ועד מאי 2008) התקבלו למרכז 47 מטופלים, בהם 31 (66%) שנמצאו מתאימים לאחר בדיקה ו-16 (34%) שנמצאו מתאימים בהסתייגות בשל מגוון סיבות (כגון: התרשמות מרמת מסוכנות גבוהה לצד מודעות נמוכה ודלות קוגניטיבית, מגבלות שמיעה, מוטיבציה דלה, אפיונים אישיותיים אנטיסוציאליים ועוד). קבלתם של אלה שהייתה לגביהם הסתייגות נבעה בשל הצורך לאכלס את המרכז. מסיבה זו, כאמור, בשלבים הראשונים של הפעלת המרכז התקבלו מטופלים שחלקם לא התאימו להגדרות שנקבעו מלכתחילה.

מבין כלל המטופלים שהתקבלו למרכז, 14 מטופלים סיימו את הטיפול, 7 מטופלים הורחקו, 6 עזבו ו-5 הוחזרו למאסר/מעצר. נכון למועד כתיבת הדוח, מאי 2008, נמצאים במרכז 17 מטופלים (מתוכם 7 משתתפים בתוכנית המוצעת בשעות אחר הצהריים, כחלק מהתוכנית המדורגת).

יש לציין כי מי שהשלימו טיפול נבדקו בטווח של יום עד 51 ימים מן ההפניה (ממוצע של 17.50 ימים, ס.ת.=16.97), נתקבלו בטווח של 21 ימים עד 469 ימים מן הבדיקה (ממוצע של 104.67 ימים, אין סטיית תקן). רובם (83%) עזבו את המרכז בטווח של בין חצי שנה ועד שנתיים (ראו נספח ח'). לעומתם, מי שעזבו, הורחקו, נעצרו או נאסרו (N=18), נבדקו בטווח של שלושה ימים עד 44 ימים מיום ההפניה (ממוצע של 16.89 ימים, ס.ת.=12.81), ונתקבלו בטווח שבין 11 ימים עד 95 ימים מן הבדיקה (ממוצע של 53.44 ימים, ס.ת.=26.17). 12 (67%) מהם עזבו במהלך מחצית השנה הראשונה מיום קבלתם. מתוכם 5 (28%) עזבו כבר במהלך החודש הראשון. רק שניים מבין 6 הנותרים, עזבו אחרי יותר משנה (ראו נספח ט'). מבחן עבור שוניות לא שוות, לא העלה הבדל מובהק עבור הזמן בין ההפניה לבין הבדיקה ועבור הזמן בין הבדיקה לבין הקבלה [t(28)=0.11 ו-t(11.64)=1.39, בהתאמה].

2. ב- 43.8% (N=46) מבדיקות ההתאמה נמצאו הנבדקים מתאימים לטיפול במרכז.
- ב-29.5% (N=31) מבדיקות ההתאמה נמצאו הנבדקים מתאימים בהסתייגות. שאר הנבדקים (26.7%) נמצאו לא מתאימים להשתתף בתוכנית המוצעת במרכז. הסיבות העיקריות לחוסר ההתאמה היו רמת מסוכנות גבוהה (54%), חוסר מוטיבציה (18%) ורמת מסוכנות נמוכה (11%) (פירוט התפלגות הסיבות לאי התאמה ראו בנספח י').
3. הסיבות המרכזיות לאי קבלת 57 מהמטופלים שהופנו ונבדקו היו חוסר התאמה (35%), הפניה לטיפול אחר (23%) וסירוב של בית המשפט (14%) (לפירוט נוסף ראו נספח י"א).
4. לדברי מנהלת המרכז ולאור התיעוד על המטופלים נראה כי משך הזמן העובר עד לקליטת המטופל במרכז תלוי בגורמים האחרים: הגורמים המפנים או גורמים משפטיים. באשר לגורמים המפנים, הפניות משירות המבחן מתעכבות לעתים בשל שיקולים משפטיים שונים, ואלה מבית הסוהר מתעכבות לפי שתהליך ההפניה המערב שלושה גופים איטי. בהתייחס לגורמים משפטיים, אלה לוקחים בחשבון שיקולים נוספים על אלה הטיפוליים-שיקומיים. עולה אפוא כי מצבת כוח האדם תלויה בסופו של דבר בהחלטה של בית המשפט. כל עוד אין החלטה, גם מטופלים שנבדקו ונמצאו מתאימים לא ישתלבו במרכז.

גיוס עובדים

1. על פי מסמך של ועדת ההיגוי בנושא הצעה לבניית מרכז לטיפול בעברייני מין מבוגרים מתאריך 5.2.04 הוחלט על מספר בעלי תפקידים כדלקמן: מנהלת בעלת ניסיון טיפולי רלבנטי וכישורי ניהול, בהיקף של משרה מלאה, מטפלים בעלי ניסיון רלבנטי של שלוש שנים, בהיקף של 275% משרה, אב/אם בית (בהיקף של 75%) ומזכירה (75%).

2. בעלי תפקידים במרכז: למרכז נבחרה מנהלת העובדת בהיקף של משרה מלאה ואשר עומדת בדרישות התפקיד. כמו כן נבחר אב בית העומד בדרישות התפקיד אשר משרתו הועלתה להיקף מלא על חשבון התקן של מזכירה. באשר לאנשי טיפול, המפעל המיוחד התקשה לגייס עובדים שיעמדו בקריטריונים שהגדירה ועדת ההיגוי. מרבית הפונים נפסלו על הסף (לא עמדו בקריטריונים ראשוניים). אלה שנמצאו מתאימים, סירבו על רקע תנאי שכר. אמנם השכר שהוצע תואם את זה הניתן בשירות המדינה, אולם זאת ללא זכויות נלוות כמו גם דירוג או אופציה לקידום. מועמדים שנמצאו מתאימים באופן יחסי (בעלי ניסיון בתחומים שיש להם נגיעה לעבריינות מין) סירבו לעבוד עם אוכלוסיית היעד. בסופו של דבר, התקנים אוישו באנשי טיפול שחלקם צעירים ובעלי ניסיון מועט בתחום עבריינות מין. כיום נמצאים במרכז שישה מטפלים בהיקף של 310% משרה, שעם הזמן צברו ורכשו ידע וניסיון. בנוסף מועסקים ארבעה עובדים בשכר שעה, מנחת קבוצה, שלושה מדריכים-מטפלים ושני סטודנטים לתואר שני (פרקטיקנטים שהדרישות לגביהם מעוגנות באמצעות האוניברסיטה).

יש לציין כי בחודשים הראשונים לפעילות המרכז הועסקה מטפלת באמנות אחת לשבוע. עבודתה הופסקה בשל חוסר התאמה. בנוסף, שישה מתנדבים הפעילו חוגי העשרה. לאחר בחינה של יעילות ההתנדבות ובשל חוסר בכוח אדם שיוכל לתת הדרכה למתנדבים הוחלט להעסיק אנשי מקצוע בשכר. ככלל, לא נקבעו בוועדות קריטריונים פורמליים למתנדבים אולם הנושא נדון בוועדות שונות וכל מתנדב מרואיין על ידי מנהלת המרכז. נספח י"ב מציג את בעלי התפקידים במרכז (נכון לחודש מאי 2008).

תכנון התקציב

התקציב שהועמד לצורכי הקמת והפעלת המרכז היה נמוך באופן משמעותי מזה שהוצע על ידי ועדת ההקמה. הפירוט:

1. התקציב שהוקצה לשכר דירה היה נמוך מהנדרש בשוק למבנה בגודל הנדרש לאכלוס מלא של מטופלים.
2. השכר שהוצע למנהלת המרכז היה נמוך ולא תאם את דרישות התפקיד; השכר שהוצע לאב בית היה נמוך. כמו כן היקף משרה של 75% לא תאם את צורכי המקום. השכר שהוצע לעובדים תאם את זה המוצע במגזר הציבורי אולם ללא הזכויות המתלוות לשכר של עובדי מדינה, מה שהקשה על גיוס עובדים מקצועיים ומנוסים.
3. השעות שיועדו במסגרת התקציב להתערבויות משפחתיות היו מועטות ממה שנדרש בפועל. כמו כן לא הוקצו תקציבים להכשרת עובדים, להשתלמויות, לספרות מקצועית ולביטוח מקצועי לעובדים כנגד תביעות אישיות.

שינויים בתקציב במהלך תקופת ההערכה – שכר המנהלת הועלה על חשבון חלק מתקציב ההדרכה והעברת רבע משרת מטפל עם תחילת עבודתה. באשר לאב הבית, הגדלת ההיקף ל-100% וצורך להעלות את השכר חייבו ויתור על תקן של מזכירה. בעקבות ביקורות מדוחות מעקב קודמים, בפועל

נעשה שימוש ברזרבות כספיות למימון השתלמויות שונות לאנשי הצוות. בנוסף נעשה שימוש בכספי תרומות לרכישת ספרות מקצועית.

בהארכת הפרויקט הניסיוני, בתקציב החדש שאושר הוגדלה העלות של יחידת ההדרכה לצורכי הדרכת הצוות והוכנסו סעיפים של ימי עיון וסדנאות. כמו כן נעשו מספר שינויים בנוגע להוצאות השוטפות, על פי הפירוט הבא:

1. התקציב שהוקצה לשכר דירה הועלה.
2. נוסף סעיף תקציבי לביטוח.
3. נוסף סעיף לרכישת ציוד למרכז.
4. הועלה התקציב להוצאות חשמל, מים וטלפון.
5. הורד התקציב לניקיון, לאחזקה ולציוד מתכלה.
6. שאר סעיפי התקציב הותאמו להוצאות השוטפות.

פעילות הוועדות (ועדת ההיגוי והוועדה המקצועית)

את ההתנהלות והפעילות של המרכז מלוות שתי ועדות – ועדת ההיגוי, בראשות מנהלת שירות המבחן למבוגרים במשרד העבודה והרווחה, וועדה מקצועית, בראשות יו"ר צוות היזמים.

ועדת ההיגוי, ובשמה הקודם, ועדת ההקמה, פועלת מאז העלאת היוזמה להקמת המרכז ועד היום, ומתכנסת בהתאם לצרכים העומדים על הפרק. לאורך התנהלות המרכז, הוועדה דנה בסוגיית אכלוס המרכז ובהמשך ההפעלה שלו בגמר שלב הניסוי. הוועדה מתנהלת באופן ענייני ומקצועי, מקבלת עדכון שוטף ממנהלת המרכז ועוקבת אחר התנהלות ופעילות המרכז, כולל אחר השינויים המוצעים.

לצד ועדת ההיגוי פועלת הוועדה המקצועית, המתכנסת אחת לחודש. הוועדה מעניקה ליווי שוטף למרכז, מסייעת למנהלת המרכז ולצוות העובדים להוציא מהכוח אל הפועל את המדיניות המותווית על ידי ועדת ההיגוי, מעריכה את התשומות והתפוקות ודנה בסוגיות מקצועיות שונות הקשורות לטיפול ולמטופלים. לצד התנהלות עניינית ושוטפת של הוועדה, חבריה זמינים להתייעצויות מצד מנהלת המרכז במידת הצורך.

בין שתי הוועדות מתקיים ערוץ תקשורת פתוח וענייני, לצורך העברת המידע הנחוץ לפעילות השוטפת והיעילה של המרכז.

סיכום והמלצות

א. הפניית מטופלים

1. מטופלים עדיין לא מופנים בקצב הרצוי. משך הזמן החולף ממועד הפניית המטופל, בחינת התאמתו וקבלתו למרכז ארוך, וכל הליך הגיוס של המטופלים ואכלוס המרכז איטי. לא פעם מתעכבת הפניית מטופלים דרך שירות המבחן בשל גורמים משפטיים. כמו כן, מאז חקיקת

החוק להגנה על הציבור מפני עברייני מין, המחייב ביצוע הערכת מסוכנות לפני מתן גזר דין, קציני מבחן מחכים להערכת המסוכנות לפני שהם עורכים תסקיר. כיוון שכך, החלטות בדבר הפניה לטיפול מתעכבות. בנוסף, תהליך הפניית אסירים למרכז, המערב שלושה גופים (מב"ן, שב"ס ורש"א), מאריך את פרק הזמן עד לבדיקת ההתאמה ושילוב המטופל במרכז, במידה שנמצא מתאים. מצב זה עלול להוביל לנשירה של מועמדים המתקשים להתמין לאורך זמן, שכן מדובר באוכלוסייה של מטופלים שהמוטיבציה שלהם לטיפול לא גבוהה ובחלוף הזמן הם יכולים לחזור בהם מהנכונות להשתלב במרכז. זאת ועוד, היות שאימוץ ההמלצות לקבלת מועמד למרכז תלוי בגורמים משפטיים ששוקלים את החלטותיהם לא רק על פי שיקולים טיפוליים שיקומיים, יש חשיבות להמשיך ולעורר את המודעות של פרקליטים ושופטים בבתי המשפט לגבי האופציה הטיפולית במרכז.

- הואיל וקיימת תלות בין מספר עברייני המין העצורים והשפוטים לבין מספר ההפניות, יש מקום שכל הגורמים המפנים יחשבו את ממוצע ההפניות של עברייני מין בחודש מאז הקמת המרכז, יבדקו מהו אחוז המופנים ויבצעו פילוח בנוגע לאלו שלא הופנו והסיבות לכך. כך ניתן יהיה להעריך האם מספר ההפניות הפוטנציאלי תואם את מספר ההפניות בפועל.
2. חלק מהקשיים בגיוס מטופלים כרוך בנושא תעסוקה. יש מקום לשקול הכשרה מקצועית ו/או אפשרות לתעסוקה במסגרת המרכז.
 3. קושי נוסף כרוך במיקום המרכז (עבור מטופלים מצפון הארץ או מדרומה).

ב. תכנון התקציב

1. מהדוחות, מהפרטיכלים ומהראיונות עולה כי התקציב שהועמד לצורכי הקמת והפעלת המרכז היה נמוך באופן משמעותי מזה שהוצע על ידי ועדת ההקמה. זאת ועוד, הקצאת התקציב למטרות השונות לא תאמה את הדרישות בפועל.
 2. תחת ההוצאות השוטפות בתקציב המקורי, נכללו הוצאות שוטפות והוצאות על הצטיידות. מוצע לקבוע תקציב להתארגנות ולהקמה בנפרד מתקציב הפעלה.
 3. בהקצאת תקציב לשכר דירה לא נלקחו בחשבון הוצאות של דמי תיווך ושיפוצים. במרכז הנדון, המבנה שופץ בסופו של דבר על חשבון בעל הנכס, כתנאי לקבלת שכר דירה לשנה מראש. בתקציב החדש הוקצה תשלום גבוה יותר לשכירות. עם זאת הוחלט שכרגע המבנה מספק מענה לצורכי המרכז. אי לכך הוחלט שלא לעבור למבנה חלופי. בפרויקטים עתידיים מומלץ לתת את הדעת על כך.
 4. התקציב שהוקצה לשכר של מנהלת המרכז היה נמוך ובפועל היה צורך לשנות סעיפי תקציב שונים על מנת לתגמל את המנהלת בהתאם.
- שכר לאב בית והיקף המשרה לא תאמו את הנדרש. הגדלת ההיקף ל-100% וצורך להעלות את השכר חייבו ויתור על תקן של מזכירה.

שכר העובדים לא תוכנן כראוי בתחשיב הכללי של התקציב, וגרר קושי בגיוס עובדים מקצועיים ומנוסים בתחום (כפשרה, הוחלט בוועדת ההיגוי לנסות ולגייס אנשים על בסיס

- שכר דיפרנציאלי, אך הדבר לא הסתייע). בפועל, חלק מהעובדים שגויסו היו צעירים ובעלי ניסיון טיפולי מועט (אם בכלל) עם אוכלוסיית היעד. זאת ועוד, חלק מהעובדים ממומנים על חשבון תקציב החוגים. יש מקום לשקול מתן שכר דיפרנציאלי ולעגן זכויות שכר בדומה לעובדים בשירות המדינה. משא ומתן על שכר עובדים רצוי שינוהל על ידי הגורם האדמיניסטרטיבי הנבחר (במקרה זה, עמותת קשת, אליה פנו עם תקציב מוכן לפרויקט). נושא זה חשוב בעיקר כאשר מדובר בתחום מקצועי ספציפי, הדורש אנשי מקצוע מיומנים.
5. תשלום עבור ביטוח מקצועי לעובדים לא נלקח בחשבון בהקצאת התקציב. למותר לציין כי העובדים עלולים להיות חשופים לתביעות מצד הקהילה ו/או מצד המטופלים. בעקבות דרישת המנהלת, העובדים הוכרו כמבוטחים מעצם האחריות השילוחית של משרד הרווחה. כיום העובדים מבוטחים דרך העמותה. יש מקום להקצות תקציב לביטוח במסגרת התקציב של המרכז.
6. אבטחה: מדיווחי המנהלת עולה כי בתחילת ההפעלה של המרכז היו ביטויי אלימות כולל איומים סמויים וגלויים כלפיה, דבר שפגם בתחושת הביטחון האישי. עם זאת, המנהלת ציינה כי בהמשך הצוות לא נדרש להתמודד עם אירועים חריגים נוספים. לאור זאת, עד לתאריך כתיבת הדוח לחצן המצוקה המותקן במרכז לא היה בשימוש. ייתכן כי ממצא זה משקף את העובדה שעם הזמן המטופלים שהופנו למרכז ושולבו בו היו מתאימים יותר מבחינת המדדים האישיותיים וההתנהגותיים. יחד עם זאת, חשוב לזכור כי מדובר באוכלוסיית מטופלים בעלי רמת מסוכנות בינונית-גבוהה. אי לכך יש להקצות תקציב לאבטחת המקום, על העובדים והמטופלים בו, ברמה גבוהה יותר.
7. הכשרה והשתלמות לעובדים: עבודה טיפולית בכלל, ועם אוכלוסיית המרכז בפרט, מחייבת התעדכנות, הדרכות שוטפות, הכשרה והשתלמויות של עובדים. בהצעת התקציב החדשה נכלל סעיף להכשרות ולהשתלמויות של עובדים. בעקבות ביקורת מדוחות מעקב קודמים, בפועל, נעשה שימוש ברזרבות כספיות למימון השתלמויות שונות לאנשי הצוות.
8. ספרות מקצועית: מרכז ייחודי זה אמור להוות גם מרכז ידע. מן הראוי להקצות משאבים לרכישת ספרות מקצועית (רכישת ספרים וכתבי עת בתחום). בפועל, בעקבות ביקורת מדוחות מעקב קודמים, נעשה שימוש בכספי תרומות לקניית ספרות מקצועית.
9. יש לתת את הדעת על תקצוב מקרים חריגים של מטופלים, אשר לצורך שיקומם נדרש פרק זמן ארוך יותר מזה שהוקצה להם במסגרת ההתניה השיפוטית.
10. היות שהתקציב מחושב על פי מספר המטופלים בזמן נתון במרכז, והיות שמצבת המטופלים תלויה בסופו של דבר בהחלטות משפטיות, הקצאה תקציבית שכזו עלולה להוביל לקשיים כלכליים במרכז.

הערכת פעילות המרכז למול המטרות המוצהרות

התנהלות המרכז

1. המרכז פועל חמישה ימים בשבוע בין השעות 08:30-16:00 (לפירוט סדר היום והפעילויות ראו נספח י"ג 1). ממאי 2007 פועל המרכז גם בימים א' ג' ו-ד' בין השעות 17:00-20:00, במסגרת תוכנית ערב (ראו פירוט בנספח י"ג 2).

2. במהלך תקופת ההערכה נערכו תצפיות בהפרש של כארבעה חודשים בין האחת לשנייה. מטרתן הייתה לבחון את התנהלות המרכז, כולל התייחסות לשמירה על לוח זמני פעילות. ככלל, נמצא כי המרכז מתנהל בהתאם לסדר היום המוכתב. האווירה בין המטופלים שקטה והאווירה בין חברי הצוות טובה ומאפשרת למידה והתייעצות. במהלך היום יש עדכונים, דיווחים שוטפים ושיתוף. ניכר כי המטופלים מרגישים בנוח לפנות לרכז הבית, למנהלת ולמטפלים בעניינים שונים.
3. במהלך החודשים הראשונים להפעלת המרכז, התרחשו מספר אירועים חריגים שטופלו על ידי הצוות. ניכר כי עם הזמן מספר האירועים החריגים פחת מעצם שילובם של מטופלים מתאימים יותר מבחינה אישיותית.

הערכת אנשי הצוות את פעילות המרכז

1. הערכת אנשי הצוות את פעילות המרכז נבחנה במהלך תקופת ההערכה הראשונה (במהלך כשנה וחצי). בהערכה השתתפו עובדי המרכז, אנשי הטיפול וסטודנטים מתנדבים שפעלו במרכז במהלך שנת הפעילות הראשונה. הנתונים התייחסו לשלוש מדידות, כאשר בין מדידה למדידה חלף פרקי זמן של כארבעה חודשים. יש לציין כי במהלך תקופה זו, לאחר שתי מדידות, הוגש דו"ח ביניים שהצביע על הצורך בשינויים מסוימים (שיפורטו להלן). שינויים אלה התקבלו על ידי ועדת ההיגוי והנהלת המרכז ויושמו במלואם.
2. על מנת לבחון את מידת שביעות רצונם של אנשי הצוות ענו הנבדקים על שאלון שהתייחס לבחינה של מדדים שונים, בתחילת פעילותם, לאחר ארבעה חודשים ולאחר שמונה חודשים (ראו נספח ד' 8, 9). כמו כן, נתבקשו הנבדקים לכתוב באופן חופשי את הערותיהם ותחושותיהם לגבי המרכז. המדדים שנבחנו קשורים להיבטים מקצועיים כגון ליווי והדרכה של העובד, מדדים הקשורים לאופן התנהלות המרכז כמו מידת שיתוף הפעולה בין אנשי הצוות וביניהם לבין גורמי חוץ, מדדים הקשורים לאווירה במרכז ולתנאים הפיזיים של המקום (גודל המבנה), עבודת המתנדבים וכיוצא בזה. ככלל, נמצאה מידת שביעות רצון גבוהה בכל המדדים. עם זאת, מידת שביעות הרצון הנמוכה ביותר הייתה מהקשר עם הגורמים המפנים ומאוכלוסיית המטופלים המופנית למרכז, מבחינת התאמתם לתוכנית. ניתוח לא פרמטרי (Friedman test), לאור גודל המדגם (מיעוט נבדקים לא מאפשר להניח התפלגות נורמלית) והסקלה הדירוגית, הצביע על היעדר הבדלים מובהקים בין שלוש המדידות.
- ניתוח תוכן של התכנים הכתובים העלה בעיקר את הצורך של המטפלים בליווי, בהדרכה ובהכשרה, מעבר למוצע במרכז; צורך בתגמול גבוה יותר וצורך בהעמקת וביעול הקשר עם הגורמים המפנים.

סיכום והמלצות

המרכז מתנהל בהתאם לסדר היום המוכתב. במהלך כל תקופת ההפעלה נעשו שינויים בהתאם לצרכים שעלו, בעקבות דוחות ההערכה שהוגשו ותוך שיתוף פעולה והתייעצות עם הוועדות המלוות את המרכז:

1. לצד המשך הליווי של כל איש צוות במרכז בבדיקות ובכתיבת חוות דעת ולצד הדרכה פרטנית, ניתנת הדרכה קבוצתית והדרכה חיצונית בטיפול משפחתי, אחת לשבועיים.
2. מטפלים משתתפים בהכשרות במרכז (לדוגמה: קלפים טיפוליים) ובימי עיון חיצוניים.
3. קיימת ספרות עדכנית וזמינה לקריאה עצמית. התרשמות החוקרות היא כי ההדרכה והליווי המקצועי ניתנים במידה מספקת.
4. עבודת מתנדבים שאינם מקצועיים צומצמה וקיימת במתכונת של פרקטיקום לסטודנטים שהינם מקצועיים יותר ואשר העסקתם מעוגנת בחוזה עם המוסד האקדמי שהפנה אותם.
5. בהתייחס להתאמת מטופלים למרכז ושיפור הקשר עם הגורמים המפנים נעשו פעולות ברמה המערכתית למול הגורמים המפנים.
6. באשר לתנאים הפיזיים של העבודה, הוקצה תקציב גבוה יותר לשכירות אולם נכון להיום המבנה מתאים לצרכים הטיפוליים (גם מעצם ההחלטה לאכלס המרכז במספר מצומצם יותר של מטופלים).

נושא השכר נדון בוועדת ההיגוי והוחלט להשאירו כמות שהוא, שכן זה השכר המוצע במגזר הציבורי. להערכתנו, יש מקום להקצות תקציב גבוה יותר למשכורות לאנשי הצוות. שכן, אם בתחילת העבודה מרבית העובדים היו צעירים בניסיון ובהכשרה וחלק מהשכר שלהם היה בעצם הכשרתם, הרי שכיום רובם ככולם מנוסים ומיומנים ויש מקום לתגמל אותם בהתאם.

ממצאי הערכת הטיפול

בטרם יוצגו ממצאי המחקר ביחס להערכת הטיפול, יש לציין כי בחינה של יעילות טיפולית בקרב עבריינים בכלל ובקרב עברייני מין בפרט הנה מורכבת, שכן היא מחייבת הסכמה על קריטריון המהווה מדד להצלחה. מתוך הסכמה הרווחת בספרות כי הצלחה טיפולית משתקפת במניעת מועדות חוזרת (רצידיביזם), הבחינה הרלבנטית הינה בנוגע למדדים הקשורים להפחתת הסיכוי למועדות. מדדים אלה מתייחסים לשלושה היבטים: קוגניטיבי, רגשי והתנהגותי.

היבטים קוגניטיביים כוללים בין השאר: לקיחת אחריות מלאה על המעשים, הבנת החומרה שלהם וההשלכות שלהם על הקורבן.

היבטים רגשיים משתקפים בתחושות חרטה, בושה ואשמה ובביטויי אמפתיה כלפי הקורבן. היבטים התנהגותיים כוללים את היכולת לשמור על חוקים ונורמות, לעמוד בדרישות המסגרת ולרכוש דפוסי התמודדות חלופיים לאלה שהובילו לפגיעה מינית.

זאת ועוד, בחינת יעילות הטיפול קשורה גם למימד הזמן. בספרות מקובל לבחון הצלחה במניעת רצידיביזם תוך התייחסות לפרק זמן של כחמש שנים מיום סיום הטיפול. באשר לכך יש לציין כי הליווי המחקרי עקב אחר מטופלים מרגע הגעתם לבדיקת התאמה במרכז דרך קבלתם למרכז, לתוכנית מדורגת, מהשלב האינטנסיבי הטיפולי בשעות הבוקר לשלב הפחות אינטנסיבי בתוכנית הערב, ועד לעזיבתם את המרכז, תוך ליווי ומעקב של עד כשנה מיום העזיבה. הגם שלא מדובר במסגרת זמן של חמש שנים, עדיין, הליווי וההערכה מספקים אינדיקציה חשובה לגבי דרכי

ההתערבות המתאימות בתוך המסגרת הטיפולית ומחוצה לה ויש בהם כדי לשפוך אור על מידת היעילות של התוכנית עד כה.

כללי

1. מאז הקמת המרכז התקבלו אליו 47 מטופלים. עד לסיום תקופת ההערכה 14 מטופלים סיימו את הטיפול, 7 מטופלים הורחקו, 6 עזבו ו-5 הוחזרו למאסר/מעצר.
תאריך סיום הטיפול נגזר ממשך ההתניה השיפוטית, כדלקמן: עבור מטופלים שהינם אסירים ברישיון, סיום תקופת המאסר (עבור אסירים ברישיון) וסיום תקופת הצו עבור מטופלים לאחר הכרעת דין ולפני גזר דין, ובתנאי שמשך השהות במרכז לא יעלה על שנה וחצי.
2. בחינה של המשתתפים הדמוגרפים של נבדקים שהתקבלו למרכז בהשוואה לאלה שלא התקבלו העלתה כי אין הבדל משמעותי בין מי שהתקבלו למי שלא התקבלו למעט שני משתתפים: משתנה ראשון – מקום מגורים – 51.65% ממי שהתקבלו מתגוררים בגוש דן והשרון לעומת 31.3% ממי שלא התקבלו. בקרב אלה האחרונים, 61.9% מתגוררים באזורים המרוחקים מן המרכז. ייתכן כי נושא זה היווה קושי והפחית מוטיבציה בקרבם להיענות לטיפול במרכז. המשתנה השני – בקרב מי שהתקבלו רק אחד אובחן כבעל הפרעת אישיות בעוד שבקרב מי שלא התקבלו, 5 מאובחנים ככאלה. יש לציין כי מדדים נוספים הקשורים לרקע עברייני במשפחה ועברות אלימות קודמות גם כן התפלגו באופן שונה, אך מדובר בהבדלים קטנים. ככל הנראה גורמים אחרים כגון רמת מסוכנות ו/או החלטות משפטיות הם אלה שבסופו של דבר יצרו הבדלים בין אלה שהתקבלו לבין אלה שלא (לפירוט נוסף ראו נספח י"ד).
3. הניתוחים הסטטיסטיים שיובאו להלן מתייחסים למדגם של 33 מטופלים שענו על שאלוני המחקר. יש לציין כי 14 המטופלים שסיימו את הטיפול נכללים בין 33 המטופלים הללו. ההסבר לכך שלא כללנו את כל 47 המטופלים בניתוחים הינו בעיקר משום שנדרש פרק זמן סביר להערכת יעילות הטיפול ולהערכת שאר המדדים ומאחר שכל הממצאים מתבססים על לפחות שלוש מדידות לאורך זמן. לפיכך, חלק זה של הדוח מתייחס רק למטופלים שמשך שהותם במרכז איפשר ביצוע של שתי מדידות לפחות, שכן שהייה קצרה אם בשל הרחקה על רקע אי התאמה או בשל החלטה משפטית, לא איפשרה פרק זמן סביר לצורך הערכת יעילות הטיפול המוצע.

תיאור האוכלוסייה

במחקר השתתפו 33 מטופלים, בטווח גילים הנע מ-19 עד 61 (ממוצע 32.48 וס.ת. 12.07). מרביתם ילידי הארץ. כשני שלישים מהם רווקים וחילוניים. 17 מהם בעלי השכלה של 12 שנות לימוד. 16 מהם שירתו בצבא שירות מלא או חלקי. מחציתם מתגוררים באזור המרכז. אחד מכלל המטופלים אובחן כסובל ממחלת נפש ואחד נוסף כבעל הפרעת אישיות. מכלל ה-18 שהשיבו בנוגע לרקע פלילי, ל-16 זהו המאסר הראשון, 14 מתוכם בגין עברות מין. 8 השתמשו בסמים (שלושה מהם עברו גמילה) ו-7 בעלי רקע של שתיית אלכוהול (אחד מהם עבר גמילה מסודרת).

תחושות המטופלים טרם הגעתם למרכז ובמהלך שהותם

המטופלים שהתקבלו למרכז רואיינו בסמוך למועד כניסתם למרכז. הם נשאלו לגבי תהליך קליטתם במרכז ולגבי תחושותיהם האישיות, טרם הגיעם למרכז (ראו נספח ד' טופס 2).

המטופלים נתבקשו לדרג את מידת החששות שלהם טרם הגעתם לטיפול במרכז, על פני סולם שנע מ-1 (במידה מועטה ביותר) ועד 5 (במידה רבה מאוד). לוח 2 מציג את הממוצעים וסטיות התקן של תשובות כל המטופלים שהתקבלו למרכז (כולל אלה שעזבו או הורחקו).

לוח 2. ממוצעים וסטיות תקן של הערכות המטופלים את תחושותיהם לפני הגיעם לטיפול במרכז

המדדים מסודרים כפונקציה של מידת החשש בסדר עולה

מידת החשש מ :	ממוצע	סטיות תקן
חשש שהמשפחה שלי תדע שביצעתי עברות מין	1.34	1.04
חשש פיזי ממטופלים אחרים	1.48	.94
חשש שיחשפו עלי דברים שעלולים להוביל לתלונות נוספות או להחמרה בעונש	1.51	1.15
חשש שהטיפול לא יהיה יעיל עבורי (לא יפחית את המסוכנות שלי)	1.82	1.00
חשש שאנשי הטיפול במרכז יגלו עלי דברים שרציתי להסתיר	2.03	1.40
חשש מאנשי הצוות	2.07	1.29
חשש שהמתנדבים יגלו עלי דברים שרציתי להסתיר	2.14	1.55
חשש שמטופלים אחרים במרכז יגלו עלי דברים שרציתי להסתיר	2.20	1.29
חשש שחברים שלי ידעו שביצעתי עברות מין	2.37	1.76
חשש שפרק הזמן שאני צריך להישאר במרכז ארוך מדי	2.68	1.69
חשש שלא אעמוד בכללי המרכז	2.68	1.75
חשש שהתוכנית עמוסה	3.00	1.53
ממוצע כללי	3.42	2.12

מהלוח עולה כי ככלל, הנבדקים הביעו חשש במידה מועטה ביחס לכל המדדים. יחד עם זאת, נראה כי באופן יחסי הם ביטאו חשש גבוה יותר שהטיפול לא יהיה יעיל עבורם (לא יפחית את רמת המסוכנות), שהם לא יוכלו לעמוד בכללי המרכז וכן שחברים שלהם ידעו שביצעו עברות מין.

מידת שביעות הרצון של המטופלים – לאחר כחודש של שהות במרכז ענה כל נבדק על שאלון לבחינת מידת שביעות רצונו מהיחס והאווירה במרכז ומהפעילויות השונות (ראו נספח ד' טופס 7). השאלון כלל חלק סגור וחלק פתוח להתייחסויות חופשיות שלא ניתן להן ביטוי בשאלון הסגור, בנוגע למרכז.

נבדקים שעד למועד כתיבת הדוח שהו במרכז לפחות ארבעה חודשים ענו שוב על אותו שאלון, על מנת לבחון את הנתונים על פני נקודות זמן שונות.

מאחר שבמהלך תקופת ההערכה הוגשו דוחות ביניים והתקיימו דיונים הן בוועדת ההיגוי והן בוועדה המקצועית, חלק מהפעילויות במרכז שונן. בשל מידת שביעות רצון נמוכה של המטופלים, ולאחר שיקולים מקצועיים הופסקו הפעילויות הבאות: טיפול באמנות, חוג קולנוע, חוג מוזיקה וחוג פתוח. במקומם הוחל בפעילויות חדשות שכללו: פסיכודרמה, חוג יהדות, משחקי חשיבה, חוג להפעלה עצמית וקבוצה דינמית טיפולית.

לוח 3 מציג את תוצאות בחינת שביעות רצונם של המטופלים מהפעילויות החדשות.

לוח 3. ממוצעים וסטיות תקן של בחינת שביעות הרצון של המטופלים

מדידה שנייה	מדידה ראשונה	עד כמה אתה מרוצה מ:
4.38 (1.04)	3.77 (1.30)	פסיכודרמה
4.50 (1.00)	3.69 (1.31)	יהדות (ביני"ה)
4.53 (1.19)	4.44 (.72)	משחקי חשיבה
	3.75 (.96)	חוג הפעלה עצמית
	3.92 (.75)	קבוצה דינמית

ככלל, המטופלים הביעו שביעות רצון גבוהה מהפעילויות החדשות, שלושת החוגים החדשים (פסיכודרמה, יהדות ומשחקי חשיבה) ופחות מהחוג להפעלה עצמית ומהקבוצה הדינמית. לא נמצאו הבדלים בין המדידות.

לוח 4 מציג את תוצאות ההערכה של המדדים והפעילויות המתקיימות מאז הקמת המרכז ועד למועד כתיבת הדוח.

לוח 4. ממוצעים וסטיות תקן של בחינת שביעות רצון של המטופלים

עד כמה אתה מרוצה מ:	מדידה ראשונה	מדידה שנייה	מדידה שלישית	מדידה רביעית
התייחסות הצוות	4.55 (.61)	4.36 (.84)	4.70 (.48)	4.30 (.85)
האווירה במקום	4.16 (.98)	3.79 (1.12)	4.20 (.79)	4.00 (.91)
מיקום המרכז	3.55 (1.58)	3.71 (1.68)	3.20 (1.48)	3.07 (1.25)
הטיפול הקבוצתי הייעודי שאתה מקבל במרכז	4.50 (.70)	4.42 (.90)	4.80 (.42)	4.46 (.66)
קבוצת כישורי חיים	4.77 (.43)	3.85 (1.14)	4.89 (.33)	4.00 (.91)
"להיות בנעליים של האחר"	4.76 (.44)	4.50 (.65)	4.70 (.48)	4.30 (.63)
חינוך לבריאות מינית	4.50 (.62)	4.43 (.94)	4.89 (.33)	4.70 (.48)
התמודדות במצבי לחץ	4.67 (.77)	4.31 (.95)	4.63 (.74)	4.61 (.65)
חוג האכלה והכלה	4.33 (.84)	3.14 (1.46)	3.67 (1.22)	4.38 (1.19)
חוג טאי צ'י	4.00 (1.41)	4.29 (1.20)	3.78 (1.39)	3.23 (1.42)
בסך הכול עד כמה אתה מרוצה מהמרכז	4.61 (.61)	4.21 (.80)	4.50 (.53)	4.30 (.75)

בחינת ההבדלים בין המדידות עבור המשתנים נעשתה בעזרת ניתוח לא פרמטרי (Friedman test), לאור גודל המדגם (מיעוט נבדקים לא מאפשר להניח התפלגות נורמלית) והסקלה הדירוגית. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המדידות. על אף שההבדלים בין המדידות אינם מובהקים, ככלל, ניתן לראות כי המטופלים מביעים שביעות רצון גבוהה מהתייחסות אנשי הצוות, מהאווירה במרכז וממרבית הפעילויות המוצעות והמתקיימות כיום במרכז, למעט חוג טאי צ'י, שם ניתן לראות כי

שביעות הרצון הולכת ופוחתת. כמו כן, לאורך כל המדידות מביעים המטופלים שביעות רצון נמוכה ממיקום המרכז.

ניתוח תוכן של ראיונות המטופלים – ניתוח תוכן של המידע שהתקבל מראיונות המטופלים, בכל אחת מהמדידות, העלה כי בהתייחס להתערבויות הטיפוליות חל בהדרגה מעבר משביעות רצון חלקית שהתבטאה באמירות: "תכני הטיפול קשים להתמודדות", "הפעילות במרכז לא מתמקדת מספיק בעברה", או "יותר מדי מטופלים – יוצר לחץ בקבוצה, העבודה הטיפולית קשה", לשביעות רצון רבה ולתחושת סיפוק שהתבטאו באמירה כגון: "אני בדרך הנכונה", כביטוי אחד המטופלים. מגמה זו של עלייה בשביעות הרצון התבטאה גם בתחומים אחרים כגון גודל קבוצות הטיפול, אופי ותוכני הפעילות במרכז, אופן ניצול הזמן, איכות הטיפול ואנשי הצוות.

עלייה בשביעות הרצון של המטופלים קשורה הן להשקעה הרבה בכל מטופל ומטופל, דבר שהמטופל לומד לזהות ולהעריך עם הזמן, והן להקשבה להיזון החוזר מצד המטופלים ואימוץ המלצות הביניים בדבר הגבלת גודל הקבוצות הטיפוליות, בחינת פעילויות המרכז ותרומתן להשגת היעדים המוצהרים כמו גם בניית תוכנית לקידום השתלבות במעגל החיים כולל קידום נושא התעסוקה.

באופן כללי, לאור ממצאי ניתוחי התוכן יש לתת את הדעת לכך שחשיבות רבה נודעת לשיתוף המטופלים ברצינות של מבנה התוכנית הטיפולית ותכניה, על מנת לזכות בהיענות לטיפול. בעוד שקיימת הבנה מצד המטופלים לגבי הנחיצות של קבוצות פסיכו-חינוכיות והקבוצה הייעודית למניעת עבריינות חוזרת, הרי שפעילויות אחרות כגון חוגים, נחוות על ידיהם לא פעם כמיותרות וכלא רלבנטיות. הבנת התרומה הייחודית של כל הפעילות למעגל החיים שלהם, ליכולת לניהול זמן פנוי, ליכולת לחזק צדדים בריאים וכישורי חיים שיסייעו להם בהשתלבות בקהילה, תאפשר להם להתגייס לפעילויות אלה ולהיתרם מהן. הדבר נעשה על ידי מנהלת המרכז והמטופלים אולם יש לחזור ולעשות זאת מדי פעם בפעם.

הערכת יעילות הטיפול בהפחתת מסוכנות מינית

הערכת יעילות הטיפול התאפשרה רק לגבי 14 המטופלים שסיימו את הטיפול במרכז, נכון למועד כתיבת הדוח. להלן פרטים דמוגרפיים של 14 המטופלים: טווח הגילים שלהם נע מ-20 עד 61 (ממוצע 35.64 וס.ת. 12.45). רובם ילידי הארץ, רווקים וחילוניים, בעלי השכלה של 12 שנות לימוד. רובם בעלי מקצוע ועבדו בעברם. מקום המגורים של מחציתם רחוק מן המרכז. אחד מהם סובל ממחלת נפש, 6 מהם עברו טיפול בעברות מין בעבר, ל-4 מהם עברות נוספות, בעיקר (3 נבדקים) בתחום של עברות מין. ל-10 הנותרים זהו המאסר הראשון וההרשעה הייתה בגין עברות מין. שניים דיוחו על שימוש באלכוהול (ראו נספח י"ד).

הערכת יעילות הטיפול בהפחתת המסוכנות המינית התבצעה באמצעות דוחות ההערכה מילוליים (נספח ב') ומספריים-כמותיים (נספח ד' 6), שנכתבו ומולאו על כל מטופל אחת לשלושה חודשים. דוחות ההערכה המילוליים נותנים תמונה רחבה ומפורטת על אופן התפקוד של כל מטופל ומטופל

ועל מידת ההיתרמות שלו מהטיפול המוצע לו. מהדוחות נגזרו המדדים על בסיסם נבחנה יעילות הטיפול כדלקמן:

1. מידע על ההשתלבות במרכז
2. מידת המעורבות והמוטיבציה לטיפול
3. התייחסות לעברות, פנטזיות מיניות
4. מידת השימוש בעיוותי חשיבה
5. יכולת אמפטיה
6. זיהוי גורמי סיכון
7. הישגים טיפוליים במידה שהיו

ההערכה המספרית מהווה למעשה תרגום אופרציונלי לדוח המילולי ומאפשרת לזהות את מגמת ההתקדמות של כל מטופל מבחינה כמותית.

בהתייחס להערכה הכמותית, 13 הפריטים לגביהם נדרשו המטפלים להתייחס עבור כל מטופל ומטופל אוגדו לשלושה מרכיבים: התנהגותי, קוגניטיבי ואפקטיבי.

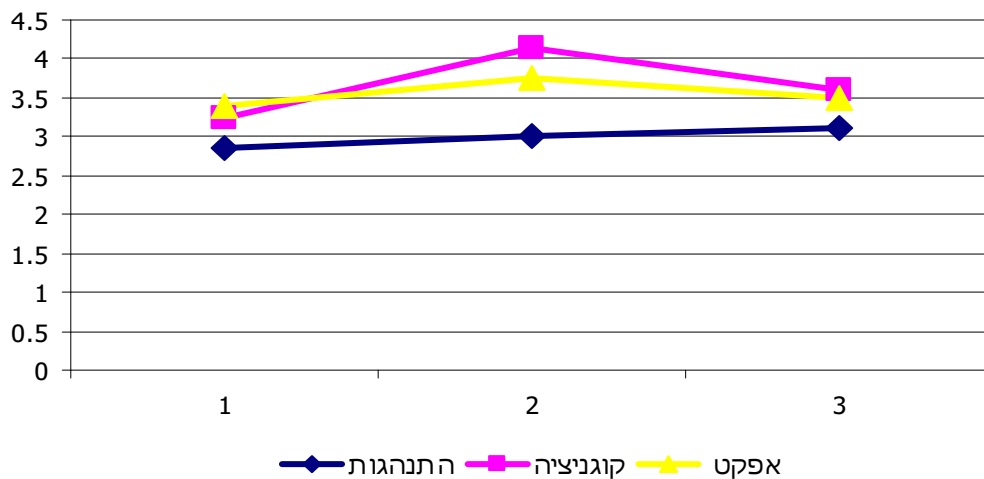
המרכיב ההתנהגותי מתייחס לנוכחות והשתתפות פעילה, התנהגות חריגה ומידת שיתוף הפעולה עם הצוות ועם המטופלים.

המרכיב הקוגניטיבי כולל: מידת לקיחת אחריות על העברות, תפיסת חומרתן, מידת השימוש בעיוותי חשיבה וביכולת לזהות את מעגל התקיפה, את גורמי הסיכון ואת תמרורי האזהרה.

המרכיב האפקטיבי (רגשי) מתייחס לביטויי חרטה, בושה ואשמה וליכולת להרגיש אמפטיה כלפי הקורבנות.

בגרף 5 מוצגים ממצאי שלוש מדידות של ממוצעי ההערכות של 14 מטופלים כפונקציה של שלוש המדדים שפורטו לעיל: התנהגותי, קוגניטיבי ואפקטיבי. היות שלא ניתן להתרשם ממגמות שינוי אלא לאורך זמן, הבדיקה נעשתה לגבי אותם מטופלים ששהו במרכז פרק זמן של שנה וחצי לפחות, מה שאפשר ביצוע של שלוש מדידות.

גרף 5. ממוצעי הערכות המטופלים במדדי התנהגות, קוגניציה ואפקט



המגמה הכללית העולה מהדוחות ומגרף 5 היא של שיפור מתון בהיבט ההתנהגותי, מה שמשקף הסתגלות והפנמה של כללי המסגרת.

באשר למרכיבים הקוגניטיבי והאפקטיבי ניכרת מגמה של התקדמות בשלבים הראשונים של הכניסה למרכז, נסיגה קלה בהמשך ולאחר תקופה נוספת התקדמות איטית. מגמה זו מוכרת בכל טיפול, גם באוכלוסיות בריאות, כל שכן באוכלוסיות כדוגמת המטופלים במרכז. הסיבה לכך נעוצה בציפייה מאוד גבוהה בתחילת הטיפול שהשינויים הנדרשים יתרחשו במהרה. ציפייה זו מלווה בתקווה שאינה מציאותית, לפי שהשתנות של דפוסי חשיבה, דפוסי חיים והרגלים דורשת עבודה קשה ומאומצת ומשך זמן ארוך. היות שכך מתעוררת אכזבה המובילה לירידה במוטיבציה ובאמונה שדברים עשויים להשתנות. רק לאחר מכן, כאשר המטופל מבין את הצורך בהתמדה, אורך רוח ועבודה מאומצת ומטמיע זאת, ניתן לזהות התקדמות בטיפול.

יש לציין כי לכל מטופל נקודת פתיחה שונה ופוטנציאל התקדמות שונה. לאמור, מלכתחילה הפרוגנוזה הטיפולית אינה אחידה עבור כולם. לכן יש לבחון את ההישגים הטיפוליים ביחס לכל מטופל בנפרד. עם זאת, על מנת לקבל תמונה כוללת בהתייחס ליעילות הטיפול, הניתוחים נעשו ביחס לכלל המדגם. יש לציין כי למרבית המטופלים מגוון רחב של בעיות בנוסף להתנהגות המינית העבריינית והסוטה, כגון הזנחה עצמית, היעדר כישורי חיים, היעדר תעסוקה, קשיים במערכת המשפחתית והזוגית, התמכרויות נוספות וכו', אותן יש לקחת בחשבון.

מהדוחות עולה כי המרכז מספק מענה אישי לכל מטופל. לצד התוכנית המשותפת לכלל המטופלים (קבוצות טיפוליות ופעילויות אחרות), יש התייחסות והתמקדות בבעיות נוספות ייחודיות למטופל כזה או אחר. לדוגמה, מטופל ללא הרגלי עבודה לומד כיצד לחפש עבודה המתאימה לכישוריו ואשר אינה מסכנת את סביבתו ומלווה בכל התהליך של חיפוש עבודה, קבלה לעבודה והתמודדות עם העבודה ביחד עם ההגעה למרכז. בדומה, מטופל עם בעיות בזוגיות, מקבל מענה באמצעות טיפול זוגי שהצלחתו תפחית את מידת המסוכנות שלו.

עוד עולה מהדוחות כי קיים שיתוף פעולה מלא בין הצוות הטיפולי במרכז לגורמי טיפול בקהילה ובמידת הצורך נעשית עבודה משותפת (לדוגמה, תכנון ההתערבות משפחתית אצל מטופל שביצע גילוי עריות בבתו). ניכר כי המרכז נותן מענה רחב לצרכיו המגוונים של כל מטופל.

למותר לציין כי תהליך השיקום במרכז מחייב את המטופלים לעבודה מאומצת. התוכנית אינטנסיבית, מחייבת הגעה יומיומית, שיתוף פעולה, פתיחות לגבי נושאים כואבים המלווים בתחושות קשות, הן מול הצוות והן מול מטופלים אחרים. למרות שהמטופלים במרכז מביעים רצון ונכונות להשתלב בו, אם מתוך רצון אמיתי וכן להפסיק את מעגל הפגיעות ואם מתוך רווחים משניים כדי להימנע ממאסר או להשתחרר ברישיון, עדיין קיים פער בין התפיסה של המטופל לגבי המרכז טרם כניסתו לבין החוויה בפועל.

לסיכום, על אף כל הקשיים, מרבית המטופלים מפיקים תועלת מהטיפול. מידת לקיחת האחריות עולה, קיימת הבנה טובה יותר לגבי חומרת המעשים ומידת המסוכנות האישית. קיימת הבנה לגבי גורמי סיכון. בנוגע לעיוותי החשיבה, אצל מרבית המטופלים יש צמצום בשימוש בהם אם כי במצבי מצוקה או משבר השימוש בהם חוזר. כך לדוגמה, אצל מטופל שתנאי מעצר הלילה שלו לא הוקלו, למרות ניסיונות צוות המרכז לשכנע את ועדת השחרורים בחשיבות העניין, נצפתה נסיגה בהישגים טיפוליים שרכש. לכן גם יש חשיבות לליווי צמוד לאורך זמן כדי שהמטופל יחווה את המרכז כמקור תמיכה וכעוגן, דבר שאנשי הצוות מקפידים לעשותו. בנספח י' מוצגים סיכומי ההערכות המילוליות והמספריות עבור כל מטופל.

הערכת יעילות הטיפול על פי דוחות פסיכיאטריים

אחת לשבוע, במשך שעותיים ניתן ייעוץ פסיכיאטרי למטופלים על ידי פסיכיאטר מהיחידה לפסיכיאטריה משפטית של בית החולים באר יעקב. מדיניות המרכז הייתה לקיים בדיקה פסיכיאטרית של כל מטופל המגיע למרכז. בפועל, לא כל המטופלים נבדקו. מהדוחות הפסיכיאטריים של מי שנבדקו, עלה כי אין פיסקה נפרדת המיועדת לאבחנה פסיכיאטרית ולהמלצות.

בעקבות המלצות קודמות של הליווי המחקרי, הוכן טופס לבדיקה פסיכיאטרית הכולל את המדדים הבאים: פרטים מזהים, סיבת הפנייה, תלונות המטופל, בדיקה גופנית, בדיקה פסיכיאטרית, אבחנות והמלצות (ראו נספח ג'). החל מחודש ספטמבר 2006 הבדיקות הפסיכיאטריות מולאו על גבי טופס זה. למרות זאת, ככלל, הדוחות הפסיכיאטריים היו תמציתיים מדי, עיקר ההתייחסות נגע לקיום או להיעדר פסיכופתולוגיה מאגזרית (מחלת נפש) ללא התייחסות למאפיינים אישיותיים בכלל ולעבריינות המין בפרט.

לאור הניסיון המצטבר הוחלט על ידי מנהלת המרכז והרופא הפסיכיאטר כי אין צורך לבדוק את כל המטופלים במרכז וכי הייעוץ הפסיכיאטרי יינתן למטופלים בעלי רקע פסיכיאטרי כגון חולי נפש, ולמטופלים המאובחנים כבעלי סטייה מינית ולא להא לה שיש מקום לשקול עבורם התערבות תרופתית

להפחתת הדחף המיני. לצד בדיקות אלה, הפסיכיאטר עושה מעקב על בדיקות רפואיות של מטופלים ונמצא בקשר עם גורמים רפואיים בקהילה, במידת הצורך.

חוות הדעת הפסיכיאטריות על המטופלים שבמעקב פסיכיאטרי כוללות אבחנות והמלצות והן ענייניות וממצות.

הערכת הטיפול באמצעות מבחן MMPI

על מנת לקבל הערכה אישיותית של המטופלים במרכז, ענו הנבדקים על מבחן MMPI.

הדוח המופק מתשובות הנבדקים מספק מידע על המדדים הבאים:

1. הערכת תקפות הפרופיל, לאמור, מידת שיתוף הפעולה של המטופל עם המבחן. (האם השיב באופן תקף? האם ביטא נטייה להמעיט בקשיים, להכחיש בעיות, או לחילופין נטה לדיווח יתר על סימפטומים במטרה להיראות מופרע יותר או במטרה להשיג רווח משני? האם נטה להצגה עצמית חיובית?)
2. רמת המצוקה שמבטא המטופל ורמת ההתנהגות הסימפטומטית.
3. מאפיינים אישיותיים.
4. יחסים בין אישיים.
5. עמדות כלפי הטיפול כולל רמת המודעות של הנבדק, מידת התובנה שלו לבעיות פסיכולוגיות, מידת ההיענות לטיפול ומידת הרצון לטפל בקשיים.
6. השערות דיאגנוסטיות (במידה שהיו).

ממצאים – מבין כלל המטופלים שהשתתפו במחקר וביצעו את מבחן ה-MMPI, נותחו 27 דוחות בלבד, שכן על מנת להפיק מידע ממבחן זה באשר לשינוי יש צורך בשתי מדידות לפחות. הממצאים המוצגים מתייחסים לדוחות של עשרה מטופלים שביצעו למעלה ממבחן אחד במשך שהותם במרכז בהפרש של חצי שנה ממדידה אחת לשנייה. מכלל 10 המטופלים שנבדקו, לארבעה נעשו שתי מדידות, לארבעה נוספים נעשו שלוש מדידות ולשניים הנותרים ארבע מדידות.

המבחן אפשר לזהות את העמדה של כל מטופל ומטופל למבחן בהתייחס לנכונות להשיב באופן כן ותקף על השאלון. נמצא כי שישה מטופלים השיבו באופן תקף על המבחן בכל המדידות שנעשו להם. ארבעת המטופלים הנותרים, השיבו באופן לא תקף, שניים – בכל שלוש המדידות ושניים השיבו לסירוגין באופן תקף ולא תקף.

באשר לדוחות התקפים, נמצא כי ארבעה מבין ששת המטופלים, שביטאו במדידה ראשונה מידת מצוקה בינונית, רמת מודעות נמוכה וחוסר תובנה לבעיות פסיכולוגיות, הפגינו במדידות הבאות תובנה ורצון לטפל בקושי, אולם ככלל, חיפשו מענה של טיפול רפואי על פני טיפול פסיכולוגי. כמצופה בנוגע לנבדקים שדוחות ה-MMPI שלהם נמצאו תקפים, בעקבות הטיפול נמצא שינוי בתובנות של המטופל לגבי בעיותיו ולגבי הבנת הצורך שלו בטיפול (סיכום הממצאים בנספח ט"ו).

מסקנות והמלצות – על אף מיעוט הנבדקים לגביהם ניתנה תמונה מקיפה של ניתוח דוחות ה-MMPI, הממצאים מצביעים על החשיבות שבשימוש בכלי הערכה זה.

מומלץ שהפסיכולוג במרכז ייפגש עם כל אחד מהמטופלים לגביהם נותחו ממצאי ה-MMPI, לצורך שיקוף של ממצאי הדוח.

ה-MMPI יכול לשמש כלי יעיל נוסף בשגרת העבודה עם המטופלים, בהערכת מידת שיתוף הפעולה של מטופלים במרכז ומידת ההגנתיות שהם מפעילים ובה הם משתמשים. זאת ועוד, המבחן מאפשר להתרשם ממידת התובנה של המטופל לבעיותיו וממידת הנכונות שלו להסתייע לצורך טיפול בהן.

חשיבות רבה נודעת לכל האמור לעיל בטיפול בכלל ובטיפול באוכלוסיות פורנויות, שמועדות לחוסר שיתוף פעולה, למניפולציות, להתחזות וכיוצא בזה בפרט.

הערכת תוכנית שלב ב'

הפעלת התוכנית של שלב ב' החלה בתאריך 27.05.07. והיא מתקיימת בימים א', ג' ו-ד' בין השעות 17:00 ל-20:00 (נספח י"ג 2). התוכנית מיועדת לאנשים שנמצאים בשלבים מתקדמים בטיפול בתוכנית הבוקר (לאחר שהיו פעילים בה חצי שנה לפחות) והיא נועדה לאפשר מעבר הדרגתי לקהילה בשילוב עם תעסוקה. טרם הפעלת התוכנית של שלב ב', היה צורך במתן מענה למי שהתאימו לעבור לתוכנית המדורגת. בהיעדר המסגרת, שני מטופלים שנמצאו מתאימים למעבר לשלב ב' של התוכנית, השתתפו בתוכנית המרכז במתכונת חלקית של יומיים בשבוע. לדברי מנהלת המרכז, תוכנית זו לא הוכיחה את עצמה, ולפיכך הוחלט להמתין עד לפתיחת תוכנית ערב במתכונת המומלצת. לאור המלצות בדבר קידום ההפעלה של המרכז בתוכנית ערב הועלו על ידי הוועדה המקצועית קריטריונים למעבר מתוכנית הבוקר לערב. ועדת ההיגוי והוועדה המקצועית דנו בקריטריונים הללו (ראו פירוט בנספח ט"ז), ובמקביל בחנו כיצד ניתן להיערך מבחינת כוח אדם ומבחינה תקציבית להפעלת המרכז גם בתוכנית הערב.

על מנת לעבור מתוכנית הבוקר לתוכנית הערב על המטופל לעמוד בקריטריונים שנקבעו, כאמור, על ידי ועדת ההיגוי והוועדה המקצועית והם כוללים את המרכיבים הבאים:

1. מידת שיתוף פעולה (כגון: עמידה בתנאי המרכז, נוכחות, השתתפות מלאה וכיוצא בזה)
2. רמת מסוכנות
3. רכישת הישגים טיפוליים (שיתוף בפרטי העברה, הפגנת אמפטיה וחרטה, מוכנות לשתף פעולה בהפחתת גורמי סיכון ועוד)
4. קיומה של תוכנית הגנה (סביבה מפקחת ופיקוח של שירות מבחן ורש"א)

קריטריון מרכזי במעבר מתוכנית בוקר לתוכנית ערב הינו היכולת של המטופל להשתלב בתעסוקה ואו בתוכנית לימודים בשעות הבוקר.

המשתתפים בתוכנית הערב נוטלים חלק בקבוצה ייעודית לעברייני מין ובשתי קבוצות פסיכו-חינוכיות, קבוצת אמפטיה וקבוצה להתמודדות עם מצבי לחץ. כמו כן הם משתתפים בשיחות פרטניות אחת לשבועיים.

נכון למועד כתיבת הדוח נמצאים בתוכנית הערב שבעה מטופלים. ניתוח דוחות ההערכה שלהם העלה מגמה דומה. אצל חלקם הייתה התקדמות בהישגים הטיפוליים. אצל האחרים, בתחילת ההשתלבות בתוכנית, חלה נסיגה קלה בהישגים הטיפוליים. בהמשך חלה התקדמות וזו נשמרה באופן יציב. סביר להניח כי המעבר מתוכנית אינטנסיבית לתוכנית חלקית מותר זמן פנוי ומזמן התמודדות עם משימות רבות כגון חיפוש עבודה, ניהול שעות פנאי וכיוצא בזה, מה שמגביר את גורמי הלחץ של המטופלים. עם הזמן, מטופלים מתחילים להסתגל להשתלבות בקהילה ומצליחים להשתמש בכלים ובדרכי ההתמודדות שרכשו במסגרת המרכז.

ככלל, השלמת הטיפול בשלב ב בקרב מרבית המטופלים (רק אחד הוחזר לתוכנית הבוקר לפי שלא עמד בתנאים), מעידה על יעילות הטיפול המוענק בתוכנית הבוקר ועל ההכנה הטובה לקראת השתלבות בקהילה.

הערכת מעקב אחר מטופלים שסיימו את הטיפול

התוכנית במרכז הינה במתכונת מדורגת, כאשר מרכז הכובד עובר בהדרגה משהות אינטנסיבית במרכז לשהות בקהילה. זאת, דרך מעבר מתוכנית בוקר לתוכנית ערב ולבסוף לליווי ולמעקב. המרכז מציע לכל מטופל ליווי ומעקב לפרק זמן של כשנה מיום סיום הטיפול ועזיבת המרכז.

ככלל, מתנהל מעקב בתדירות של אחת לחודש למטופלים שעזבו את המרכז. חלק מהמעקבים נעשים לצד צו מבחן שהוטל על המטופל וחלק תחת פיקוח של הרשות לשיקום האסיר, זאת לאחר תיאום עם נציג הרשות לשיקום האסיר, כחודש לפני עזיבת האסיר את המרכז. עם זאת, הגעה למעקב אינה מותנית מבחינה שיפוטית והיא נתונה לרצונו של המטופל. לצד מטופלים שמגיעים באופן קבוע לפגישה אישית עם המטפל שליווה אותם במרכז, יש כאלה שנמנעים מלהגיע ולא נענים לניסיונות המטפלים לשמור עמם על קשר.

ממצאים – עד לחודש מאי 2008 נמצאים תשעה מטופלים במעקב שוטף אחת לחודש. שני מטופלים סירבו להגיע לפגישות מעקב ולא נענו למעקב טלפוני. מטופל אחד סיים את המעקב לאחר כשנה ממועד עזיבת המרכז.

במפגשי המעקב נבחנות דרכי ההתמודדות של המטופל עם החיים היומיומיים בקהילה בתחומים הבאים:

1. מקום וסביבת המגורים של המטופל
2. קשרים בינאישיים ומקורות תמיכה קיימים ופוטנציאליים
3. תעסוקה בהתייחס למדדים של:

- א. מסוכנות פוטנציאלית במסגרת העבודה (מבחינת סוג העבודה, שעות העבודה, השותפים לעבודה וכיוצא בזה)
- ב. כישורי המטופל בתחום התעסוקה
- ג. כישוריו האישיים בהתמודדות עם מצבי לחץ צפויים במסגרת העבודה
4. פעילויות בשעות הפנאי
5. בחינת הישגים טיפוליים
- א. התייחסות לעברות
- ב. התמודדות עם פנטזיות סוטות
- ג. בחינת הפעילות המינית כולל פעילות מינית סוטה
- ד. מודעות לגורמי סיכון ולתמרורי אזהרה
6. פעילות פלילית

נכון למועד כתיבת חוות הדעת התקיימו עם תשעה המטופלים אחד עד שישה מפגשי מעקב. באשר למדדים דמוגרפיים, למעט מטופל אחד, שמונה מתגוררים במקום קבוע, וניכר כי המטופלים הצליחו לשמור על מקום עבודה קבוע. מחשבה על עזיבת מקום מגורים ו/או מקום תעסוקה נבעה אצל שניים מהמטופלים לאור הזדמנות להשתכרות טובה ולא בגין קושי להתמיד במסגרת כזו או אחרת. גם המצב המשפחתי נשאר בעינו, אם כי בקרב שלושה מטופלים (שני רווקים וגרוש), נעשו ניסיונות ליצירת קשר. שניים מהם צלחו (האחד נישא לגרושתו והשני מתמיד בקשר זוגי עם חברה).

בהתייחס למדדים הקשורים להפחתת מסוכנות מינית, מניתוח דוחות המעקב עולה מגמה דומה התואמת את המגמה במעבר מתוכנית הבוקר לתוכנית הערב כמוזכר לעיל: בשלבים הראשונים של המעקב מטופלים מדווחים על תחושות של מתח, לחץ וחרדה שמא לא יצליחו בהתמודדויות הנקרות בדרכם. בהדרגה ותוך סיוע של הגורם המטפל, הם מדווחים על גיוס כוחות ודרכי התמודדות יעילות עם קשיים ועם גורמי סיכון. מגמה זו נשמרת לאורך זמן.

יש לציין כי כל המטופלים שבמעקב ציינו כי יכולתם להתמודד עם פנטזיות סוטות עלתה וככל שהם פעילים ועסוקים מקום הפנטזיות המיניות הסוטות הולך ופוחת, כמו גם הפעילות המינית. ככל הידוע, אף אחד מהם לא ביצע פעילות מינית חריגה או פעילות פלילית כלשהי, וכולם מפגינים מודעות לגורמי סיכון ולתמרורי אזהרה ופועלים בהתייחס אליהם.

יש לציין כי חלק מדוחות המעקב מפורטים ונותנים תמונה מקיפה על המטופל ואילו חלק מהדוחות שטחיים ולא מספקים תמונה ברורה על המטופל בהשתלבותו בקהילה. פירוט המידע שניתן לעיל הינו הפירוט המקסימלי שאפשר היה להפיק מדוחות המעקב.

מסקנות – מהאמור לעיל ניכר כי התוכנית המדורגת במרכז מכינה את המטופל להשתלבות בקהילה. עם זאת יש מקום לבחון את הנושא לעומק לאורך זמן, שכן בעת כתיבת הדוח תוכנית המעקב היתה בחיתוליה.

לתוכנית המעקב חשיבות עצומה עבור המטופל הן להפחתת מסוכנות מינית והן לקיום קשר רציף ועקבי עם הגורם המטפל המשמש כעוגן וכמקור תמיכה בהתמודדויות הכרוכות בהשתלבות בקהילה. היכולת לשמר הישגים טיפוליים לאורך זמן הינה מוגבלת. פגישות המעקב מספקות מענה להפחתת הסיכוי להישנות העברות בשני מישורים: מניעה ושיקום. מניעה – דרך עיסוק חוזר ונשנה בתכנים הטיפוליים שנלמדו במרכז (זיהוי עיוותי חשיבה, התמודדות עם פנטזיות סוטות, זיהוי וחידוד תמרורי אזהרה וכיוצא בזה) ושיקום – דרך סיוע למטופל בהשתלבות בקהילה מבחינה תעסוקתית, חברתית ופעילות בשעות הפנאי. יש חשיבות להבהיר לאנשי הצוות את החשיבות שבכתיבת דוחות מעקב מפורטים המספקים תמונה מקיפה ומעמיקה על כל מטופל ומטופל.

סיכום והמלצות

ככלל ניתן לראות כי המטופלים מביעים שביעות רצון גבוהה מההתייחסות של אנשי הצוות, מהאווירה במרכז וממרבית הפעילויות המוצעות והמתקיימות כיום במרכז.

על אף הקשיים שתוארו לעיל, מרבית המטופלים מפיקים תועלת מהטיפול. מידת לקיחת האחריות עולה, קיימת הבנה טובה יותר לגבי המניעים לביצוע העברות ולגבי גורמי הסיכון. אצל מרבית המטופלים יש צמצום בשימוש בעיוותי חשיבה וניכר שיפור ביכולת אמפטיית כלפי הקורבנות. כל אלה, יש בהם כדי להפחית מסוכנות מינית עתידית.

יש חשיבות להמשיך בכתיבת דוחות הערכה תקופתיים לגבי כל מטופל (הערכת מסוכנות) ובניתוחם. בנוסף, מומלץ לאמץ את השימוש בכלי ההערכה MMPI כחלק מרוטינת העבודה במרכז, כך שכל מטופל שיתקבל למרכז יבצע את המבחן בפרקי זמן קצובים, החל ממועד כניסתו ועד לעזיבתו, על מנת להמשיך בצורה מבוקרת את בחינת יעילות הטיפול לגבי כל מטופל באופן אישי.

על מנת לשמר את הישגי הטיפול יש חשיבות לליווי צמוד לאורך זמן, כדי שהמטופל יחווה את המרכז כמקור תמיכה וכעוגן, דבר שאנשי הצוות מקפידים לעשותו. עם זאת, יש מקום לשקול ולקדם את הרעיון של התניה שיפוטית גם בנוגע לתקופת המעקב. יש לערב גורמי טיפול, גורמים משפטיים וגורמי פיקוח כדי לקדם עניין זה במסגרת חוקתית.

סיכום כללי ותוכניות לעתיד

דוח מחקר זה מסכם עבודת הערכה שליוותה את המרכז לטיפול בעברייני מין (להלן: המרכז) בין השנים 2005-2008 (תקופת הניסוי). המחקר נועד לסקור את תהליך ההקמה וההתארגנות של המרכז ואת יעילות התוכנית הטיפולית המוצעת בהפחתת המסוכנות המינית של המטופלים ובהקניית דפוסי התמודדות חלופיים. דגש הושם על תפקידו המעצב של הפרויקט כמרכז טיפולי לעברייני מין במסגרת הקהילה ועל ליווי תהליכי הביצוע שלו.

נחיצות הפרויקט

הפרויקט יועד לטפל בעברייני מין בקהילה מתוך רציונל והבנה שטיפול בעברייני מין ומניעת עבריינות מין הנם צורך חברתי חיוני, וכי על מנת להגן על החברה ולהקנות לעברייני דפוסי התמודדות חלופיים, יש צורך בפתרון מוסדר בקהילה. במרבית המקרים, השירותים הקיימים במסגרת הקהילה אינם נותנים מענה או שנותנים מענה חלקי בלבד לבעיות של אוכלוסייה זו. השהות במרכז מהווה שלב מקדים והכרחי לשיקום בקהילה.

בהיות המרכז חדש וראשוני, השלבים הראשונים בביצוע התוכנית לוו בקשיים רבים, הקשורים בראש ובראשונה לסוג האוכלוסייה (עברייני מין), לגיוס מטופלים ולגיוס מטפלים. זאת, בהיעדר דגם לחיקוי וחוסר הניסיון של חברי הצוות בהקמת פרויקט מסוג זה. תהליכי העבודה של הצוות גובשו במהלך תקופת ההערכה המחקרית.

ממצאי מחקר ההערכה מראים כי המרכז מספק מענה אישי לכל מטופל, על אף ההטרונגויות הרבה של האוכלוסייה. לצד התוכנית המשותפת לכלל המטופלים (קבוצות טיפוליות ופעילויות אחרות), ישנה התייחסות והתמקדות בבעיות נוספות, ייחודיות למטופל כזה או אחר. ממצאי המחקר מלמדים שתוכנית הטיפול הינה אפקטיבית בהפחתת מסוכנות של עברייני מין וביכולת ההשתלבות שלהם בקהילה באופן נורמטיבי.

המשכיות הפרויקט וכיווני פיתוח עתידיים

ליווי ומעקב בקהילה – התוכנית מהווה עבור מרבית המשתתפים בה שלב מקדים לשיקום במסגרת הקהילה. נושא מעקב בקהילה אחר אסירים שיסיימו את התוכנית נדון, אולם יש מקום לשקול ולקדם הרעיון של התניה שיפוטית גם בנוגע לתקופת המעקב. יש לערב גורמי טיפול, גורמים משפטיים וגורמי פיקוח כדי לקדם עניין זה במסגרת חוקתית.

מנקודת מבט כלכלית, יש לבחון את עלות ההשקעה במרכז (משאבים של כסף, זמן וכוח אדם) למול התועלת הן לטווח הקצר ובמיוחד לטווח הארוך. אנו סבורים כי על אף שבמרכז הושקעו משאבים רבים, הרי שהם עדיפים ונמוכים באופן משמעותי ביחס למשאבים חלופיים שעלולים להידרש בהיעדר טיפול בעבריינים הללו ובהיעדר מעקב אחריהם. שכן, כידוע, ללא טיפול ומעקב, אחוז המועדות עולה, וכפועל יוצא, אחוז הקורבנות גדל. מועדות חוזרת תוביל את העברייני בסופו של דבר למאסר, כשהעלות של אחזקתו במתקן ביטחוני עולה לאין שיעור על העלות בהשמתו במרכז כדוגמת המרכז הזה. בנוסף לכך, מועדות חוזרת תצריך הקצאת משאבים לטיפול ולשיקום של קורבנות ביצוע העברות. כל זאת בנוסף לפגיעה החברתית בכללותה.

יש חשיבות עליונה במתן טיפול לכלל עברייני המין המשתחררים מהכלא ולא להנמציאם תחת שירות מבחן על פי צו. בהיות מרכז זה יחיד מסוגו בכל הארץ, הוא אמור לספק מענה לאוכלוסייה גדולה, אולם בפועל, עיקר המענה ניתן למטופלים הגרים באזור המרכז. היעדר מענה לכאלה הגרים

רחוק מהמרכז ממחיש את הצורך בהקמת מרכזים נוספים באזורים פריפריאליים, כשהמרכז הנוכחי אמור לשמש מודל לחיקוי וללמידה.

שירותי הרווחה לקחו על עצמם להמשיך את הפרויקט לאחר תקופת הניסיון. על רקע החלטה זו התקיימו דיונים לעיצוב ולקביעת מדיניות להמשך פעילות המרכז, גם לאחר תקופת הניסיון.

לסיכום, מדובר במרכז ייחודי, חלוץ בתחומו, שמטביע חותמו הן ברמה האישית על המטופלים בו והן ברמה המערכתית-קהילתית. קיומו משקף למעשה תפיסה חברתית הדוגלת בשיקום ובמניעה ולא רק בהרחקה ובענישה. המרכז יכול לשמש כאב טיפוס למרכזים עתידיים, הן לאוכלוסייה של עברייני מין והן לאוכלוסיות פורנזיות אחרות. המרכז אמור לשמש מרכז לידע וללמידה ומודל לחיקוי. לאור הניסיון שהצטבר בליווי המרכז, יש מקום לשקול הקמת מרכזים נוספים שכאלה.

רשימת מקורות

- בן-דוד, ש' ושחורי, מ' (2008). התגובה החברתית לעברייני מין - ענישה, פקוח, טיפול ושיקום מונע. א.שוהם (עורכת). *עברייני מין בישראל- ענישה או טיפול?* (עמ' 183-197). תל אביב: הוצאת פרלשטיין-גינזור.
- הורוויץ, מ' (2004). רישום עברייני מין ויידוע הקהילה-חקיקה בארצות הברית, אנגליה ואירלנד ומה בישראל?, בתוך: ל' עדן, א' שדמי, י' קים (עורכים). *רודפי צדק- מחקרים בפשיעה ואכיפת חוק בישראל* (עמ' 67-75). תל אביב: צ'ריקובר.
- חובב, מ' (1997). (עורך). פגיעות מיניות בילדים: החוק החוקר ובית המשפט. תל אביב: צ'ריקובר.
- כהן, ד' (1996). השלכות פסיכולוגיות ומשפטיות של הכחשת ביצוע העבירה אצל עברייני מין. *רפואה ומשפט*, 14, מאי, 63-60.
- טילמאן, פ' (1995). *התעללות מינית בילדים - תיאוריה ודרכי טיפול*. קריית ביאליק: אח. עדן, ל' (2005). *הילד-מין ואלימות בחברה ובראי המשפט*. נתניה: אוצר המשפט.
- שחורי, מ' ובן דוד, ש' (2008). מאפיינים מבחינים בין אנסים ובין מתעללים מינית בילדים. בתוך: א.שוהם (עורכת). *עברייני מין בישראל- ענישה או טיפול?* (עמ' 91-112). תל אביב: הוצאת פרלשטיין-גינזור.
- שחורי, מ', בן דוד, ש' ואידיסיס י' . (2008). עברייני מין ועבירות מין בעולם ובישראל: חקיקה, פיקוח, טיפול ושיקום. ח' מהל, חובב, מ', ומ' גולן (עורכים), *טיפול לאור החוק: טיפול בהתמכרויות, אלימות ועבירות מין*. (עמ' 421-443). ירושלים: הוצאת כרמל.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3), 369-404
- Barbaree, H. E. (1991). Denial and minimization among sex offenders: Assessment and treatment outcome. *Forum on Corrections Research*, 3, 30-43.
- Beck, A.T. (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychopathology. In P.M. Salkovskis (ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp.1-25). New York: Guilford Press.
- Carich, M.S. (1999). In defense of the assault cycle: A commentary. *Journal of Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11,3, 249-251
- Davis, M.H., (1983). Measuring individual differences in empathy. Evidence for a Multi-dimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113- 126.

- Doren, M. D. (2002). *Evaluating sex offenders: A manual of civil and commitments and beyond*. London: Sage Publication.
- Edwards, W., & Hensley, C. (2001). Contextualizing sex offender management legislation and policy: The problem of latent consequences in community notification laws. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45, 83-101.
- Fernandez, Y.M., Shingler, J. & Marshall W.L. (2006). Putting "behavior" back into the cognitive-behavioral treatment of sexual offenders. In: W.L. Marshall, .M. Fernandez, L.E. Marshall & G.A.Serran (Eds.), *Sexual offender treatment, controversial issues* (pp. 211-224), England: John Wiley & Sons Ltd.
- Finkelhor, D.(1984). *Child sexual abuse. New theory and research*. New York: Free Press.
- Frenken, J. (1999). Sexual offender treatment in Europe: An impression of cross-cultural differences. *Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 87-93
- Geer, J.H., Estupinan, L.A. & Mnguno-Mire, G.M. (2000). Empathy, social skills, and other relevant cognitive processes in rapist and child molesters. *Aggression and Violent Behavior*, 5(1), 99-126.
- Greenberg, D.M. & Bradford, M.W. (1997). Treatment of the paraphilic disorders: A review of the role of the selective serotonin reuptake inhibitors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9(4), 349-360.
- Hall, G.C.N., and Hirschman R. (1991). Toward a theory of sexual aggression: a quadripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 662-669.
- Hall, G.C.N. (1991). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802-809.
- Hanson, K.R., & Bussiere, M.T. (1998). Predicting relapse: a meta analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hanson.K.R., Gordon, A., Harris A.J.R., Marques, J.K. Murphy, W., Quinsey, V.L., Seto, M.C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 169-194.

- Johnson, S.A. (2007). *Physical abusers and sexual offender: Forensic and clinical strategies*. Boca Raton: Taylor & Francis Group.
- Kafka, M.P.(1991). Successful treatment of paraphilic coercive disorder (a rapist) with fluoxetine hydrochloride. *British Journal of Psychiatry*, *158*, 844-847.
- Kafka, M.P. & Prentky, R. (1992). Fluoxetine treatment of non-paraphilic sexual addictions and paraphilias in men. *Journal of Clinical Psychiatry*, *53*, 351-358.
- Kohlenberg R.J., & Tsai, M. (1994). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Laws, D.R. & Marshall, W.L. (2003). A brief history of behavioral and cognitive-behaviorial approaches to sexual offender treatment: Part 1. Early development. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *15*, 75-92.
- Laws, D.R., Hudson, S. M., & Ward, T. (2000). *Remaking relapse prevention with sex offenders*. London: Sage Publication.
- Mann, R.E., & Shingler, J. (2006). Schema-driven cognition in sexual offenders: Theory, assessment and treatment. In: W.L. Marshall, Y.M. Fernandez, L.E. McGuire, J. (2000). Can the criminal law ever be therapeutic? *Behavioral Sciences and the Law*, *18*, 413-426
- Marquis, J. K.,Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C., & van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's sex offender treatment and evaluation project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *17*, 79-107.
- Marshall, W.L., Anderson, D., & Fernandez, Y. (2005). *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*. UK: John Wiley & Sons
- Marshall, W.L, Barbaree, H.E. (1990). Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment program. In: W.I. Marshall, D.R. Laws, and H.E. Barbaree (Eds.). *Handbook of sexual assault*. (pp. 365-385). N.Y.: Plenum Press.
- Marshall, W.L., Fernandez, Y. M., & Serran, G. A. (2005). *Sexual offenders treatment*. UK: John Wiley & Sons.
- Marshall, W.L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P. & Barbaree, H.E. (1991). Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review*, *11*, 465-485

- McGrath, R.J., Hoke, S.E., Vojtisek, J.E. (1998). Cognitive-behavioral treatment of sex offenders: A treatment comparison and long-term follow-up study. *Criminal Justice and Behavior*, 25, 203-225
- Murphy, W.D.(1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds.) *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offenders* (pp.331-342). New York: Plenum Press.
- Padeesky, C.A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 267-278.
- Perilstein, R.D., Lipper, S., & Friedman, L.J. (1991). Three cases of paraphilias responsive to fluoxetine treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(4), 169-170.
- Rosler, A., & Witztum, E. (1998). Treatment of men with paraphilia with a long acting analogue of gonadotropin releasing hormone. *New England Journal of Medicine*, 338(7), 416-422.
- Rosenberg, m. & Associates. (2000a). Theories of deviation.
<http://angelfire.com/mi/collateral/page2.html>
- Rosenberg, M. & Associates. (2000b). From the council on sex offender treatment: management of sexual offenders. <http://angelfire.com/mi/collateral/page2.html>
- Schwartz, B.K. (2002). *The sex offenders: Current treatment modalities and systems issues*. NJ: CRI.
- Schwartz, B.K. (2005). *The sex offenders: Issues in assessment, treatment, and supervision of adult and juvenile populations*. NJ: CRI.
- Schwartz, B.K. & Cellini, H.R. (1995). *The sex offender: Correctional, clinical and legal practices*.. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Schwartz, B.K. & Cellini, H.R. (1997) *The Sex offender: Correctional, clinical and legal practices*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Segal, Z.V. & Stermac, L.E. (1990). The role of cognition in sexual assault. In: W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree, (Eds.). *Handbook of sexual assault: issues, theories and treatment of the offender*. New-York: Plenum Press.
- Shechory, M., & Ben-David, S. (2005). Aggression and anxiety in rapists and child molesters. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(6), 652-661.

- Stein, D.J., Hollander, E., Anthony, D.T., Schneider, F.R., Fallon, B.A., & Liebowitz, M.R. (1992). Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addictions and paraphilias. *Journal of Clinical Psychiatry, 53*, 267-271.
- Sykes, G. & Matza, D. (1957). Techniques of neutralization: A theory of delinquency. *American Sociological Review, 22*, 664-670.
- Ward, T., Polaschek, D. L. L., & Beech, A. R. (2005). *Theories of sexual offending*. UK: John Wiley & Sons.
- Webster, S.A. (2005). Pathways to sexual offense recidivism following treatment: An examination of the Ward and Hudson self-regulation model of relapse. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 1175-1196.
- Webster, S.D.; Bowers, L.E.; Mann, R.E. & Marshall, W.L. (2005). Developing empathy in sexual offenders: The value of offence re-enactments. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 17*, 63-77.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

נספחים

נספח א': דו"ח בדיקת התאמה למרכז

הדו"ח כולל את המרכיבים הבאים:

1. שם הנבדק ומספר תעודת זהות.
2. החומר בו עיינו המעריכים (כתב אישום, גזר דין, חוות דעת פסיכיאטרית/רפואית, תסקיר קצין מבחן, חוות דעת מגורמים בקהילה וגורמים פרטיים).
3. פרטים מזהים (גיל, מקום לידה, מצב משפחתי, מקום מגורים, מקום עבודה, פרטי העבירה).
4. פרטים אנמנסטיים (קורות חיים).
5. בבדיקה (התנהגות בעת הבדיקה, מידת שיתוף הפעולה, תיאור עבירות המין, ההתייחסות לעבירות המין, מידת לקיחת אחריות, עיוותי חשיבה, התייחסות לקורבן, התייחסות למסוכנות עתידית, מידת המוטיבציה והנכונות לטיפול).
6. סיכום והתרשמות (אזכור העבירות, התרשמות מאישיות הנבדק, התרשמות מהתייחסותו לעבירות, אבחנה בנוגע לעבירות, יעדים טיפוליים, פרוגנוזה טיפולית, הערכת התאמתו למרכז).
7. במידה שנמצא מתאים, הבהרה לגבי התשלום ולגבי בדיקות רפואיות נדרשות טרם כניסתו למרכז.
8. שם המעריך, תפקידו וחתימתו.

נספח ב': דו"ח תקופתי להערכת מסוכנות ולהערכת מדדים הסתגלותיים של המטופל

הדו"ח כולל את המרכיבים הבאים:

1. תאריך הדוח
2. הפניה לגורם המפנה (קצין מבחן/הרשות לשיקום האסיר)
3. תאריך הגעה למרכז
4. מידת עמידה בכללים של המקום (היעדרויות/איחורים/תשלומים)
5. מידת שיתוף הפעולה
6. התנהלות בקבוצה הטיפולית הייעודית (שיתוף פעולה, הקשבה, עמודת כלפי העבירות, לקיחת אחריות, זיהוי עיוותי חשיבה ומעגל התקיפה זיהוי גורמי סיכון ועוד)
7. התנהלות בטיפול הפרטני (שיתוף פעולה, נושאים להתמקדות, התקדמות, תובנות)
8. התנהלות בקבוצות הטיפוליות
9. מידע לגבי כל התערבות טיפולית אחרת (טיפול זוגי/משפחתי)
10. מידע לגבי מעורבות גורמי טיפול בקהילה
11. סיכום והמלצות להמשך (תעסוקה, משפחה, זוגיות, מגורים, פיקוח ועוד).

נספח ג': טופס סיכום בדיקה פסיכיאטרית

שם המטופל	תעודת זהות	תאריך בדיקה

פרטים מזהים

סיבת הפנייה

תלונות המטופל

בדיקה גופנית / מחלות פיזיות

בדיקה

אבחנה

סכום והמלצות

נספח ד': כלים שפותחו לבחינת ניהול העבודה השוטפת במרכז

נספח ד' (1): טופס מיון מועמדות

רקע כללי: תאריך כניסה למרכז: _____ תאריך בדיקה: _____
שנת עליה: _____

שם: משפחה _____ פרטי: _____
שנת לידה: _____ ארץ לידה _____ שנת עליה _____ דת: _____
מוצא ההורים: אב _____ אם _____
מספר אחים/אחיות: _____ מה מקומך על פי סדר הלידה? _____
כתובת מגורים: _____
טלפונים: _____
כתובת אי-מייל: _____
מספר שנות לימוד _____
השכלה: 1. יסודית 2. תיכונית 3. על תיכונית
מקצוע: _____
מקומות עבודה (פרט משך תקופה, תפקיד וסיבת עזיבה)
מצב משפחתי: 1. נשוי 2. גרוש 3. פרוד 4. רווק 5. אלמן
ילדים: מספר הילדים: _____ גילאים: _____
שרות צבאי: 1. כן 2. לא
משך שרות (בחודשים): _____? סיבת שחרור: _____
שרות מילואים: 1. כן 2. לא סיבת שחרור ממילואים: _____
פירוט עבירות ללא מאסר: _____
תקופות מאסר (כולל עבודות שירות): _____
1. מחודש _____ שנה _____ לתקופה של _____ סיבת המאסר: _____ שחרור ברישיון: לא/כן הפרת תנאי שחרור: לא/כן
היסטוריה של שימוש בסמים ו/או אלכוהול: האים השתמשת בסמים ו/או אלכוהול? 1. כן 2. לא באילו חומרים השתמשת? באיזה גיל התחיל השימוש? במשך כמה שנים השתמשת? האם עברת תהליך גמילה מסודר? לא/כן היכן? _____ באיזו שנה _____
האם מישוהו מבני המשפחה מעורב/היה מעורב בפעילות עבריינית 1. כן 2. לא במידה שכן, פרט: _____
סטאטוס פסיכיאטרי: _____
תורשה פסיכיאטרית: _____
האם עברת טיפול ייעודי לעברייני מין? לא/כן היכן _____ משך _____
קריטריונים לקבלה: מעמד משפטי: שפוט/עצור מוטיבציה מידת לקיחת אחריות ידע בקריאה ובכתיבה בשפה העברית יכולת הגעה למרכז אפשרויות לפיקוח אחרי שעות הפעילות במרכז הבנת התקנון והסכמה לחתום עליו הסכמה לויתור סודיות

נספח ד' (2): שאלון למטופל במרכז יום

שם המראיין: _____

תאריך ראיון: _____

שם המטופל: _____ מקום מגורים: _____

הופנה על ידי: _____

תאריך הגעה למרכז: _____

1. ממי שמעת על המרכז בפעם הראשונה?

א. קצין/ת מבחן למבוגרים

ב. קצין/ת מבחן לנוער

ג. נציג מבי"ן בכלא;

ד. עו"ס בכלא

ה. עו"ס בקהילה

ו. נציג רש"א (רשות לשיקום האסיר)

ז. עורך דין

ח. שופט

ט. אחר: _____

2. מי הפנה אותך למרכז?

3. תאר את התהליך שעברת מהרגע שהיפנו אותך למרכז ועד הגעתך בפועל?

4. האם רצית להגיע למרכז? כן/ לא. מדוע?

5. מי הסביר לך על המרכז?

6. מה הסבירו לך על המרכז?

7. האם היו דברים שרצית לדעת ולא קיבלת עליהם תשובה?

8. האם התייעצת עם מישהו לגבי ההצעה להגיע למרכז? אם כן עם מי?

9. האם הגעת לראיון עם משהו? אם כן עם מי?

10. האם מצאת את המקום בקלות?

11. מי ראיין אותך?

12. איך הרגשת בראיון? האם נשאלת שאלות שלא חשבת שישאלו אותך? האם למדת משהו על עצמך מהראיון?

13. האם ההסברים של הגורם המפנה תאמו את ההסברים של מי שראיין אותך?

14. לכל אדם שאמור להגיע למקום טיפולי כזה או אחר יש חששות פחדים והסתייגויות. אילו מהדברים הבאים הרגשת ובאיזו מידה?

במידה רבה מאוד 5	4	3	2	במידה מועטה ביותר 1	
					חשש פיזי ממטופלים אחרים
					חשש שמטופלים אחרים במרכז יגלו עלי דברים שרציתי להסתיר
					חשש שאנשי הטיפול במרכז יגלו עלי דברים שרציתי להסתיר
					חשש שהמתנדבים יגלו עלי דברים שרציתי להסתיר
					חשש שהתכנית עמוסה
					חשש מאנשי הצוות
					חשש שהמשפחה שלי תדע שביצעתי עבירות מין
					חשש שחברים שלי ידעו שביצעתי עבירות מין
					חשש שלא אעמוד בכללי המרכז
					חשש שהטיפול לא יהיה יעיל עבורי (לא יפחית את המסוכנות שלי)
					חשש שפרק הזמן שאני צריך להישאר במרכז ארוך מידי
					חשש שיחשפו עלי דברים שעלולים להוביל לתלונות נוספות או להחמרה בעונש

איך אתה מרגיש כיום במרכז?

האם היית ממליץ לאנשים שכמותך להגיע למרכז? כן/לא, מדוע? (כיצד היית משכנע אותם?)

נספח ד' (3): סיכום תלת חודשי של נוכחות במרכז, השתתפות בטיפולים ובפעילויות

שם המטופל: _____
 סיכום של החודשים (תאריכים מדויקים) _____ שנה _____

במהלך התקופה היו _____ ימי פעילות במרכז ומתוכם המטופל :

1. הגיע בבוקר בזמן
2. הגיע באיחור עם סיבה מוצדקת _____ פעמים
3. הגיע באיחור ללא סיבה מוצדקת _____ פעמים
4. לא הגיע באותו יום מסיבה מוצדקת _____ פעמים
5. לא הגיע באותו יום, ללא סיבה מוצדקת _____ פעמים
- 6.

6. פירוט לגבי כל פעילות

סוג הפעילות	הגיע בבוקר בזמן	הגיע באיחור עם סיבה מוצדקת	הגיע באיחור ללא סיבה מוצדקת	לא הגיע מסיבה מוצדקת	לא הגיע ללא סיבה מוצדקת

טופס נוכחות אישית

שם המטופל: _____ מס' ת.ז. _____ חודש: _____ שנה: _____

יום בשבוע	שעת הגעה	שיחת בוקר	קב' מרכזית	חוג 1	חוג 2	ניקיון ואחזקה	שעת עזיבה	שיחת סיכום	התנהגות

קודים למילוי הטופס: במידה שמטופל לא הגיע / לא הגיע בזמן, לכל פעילות שהיא, יש לציין במשבצת המתאימה את המספר הרלוונטי, על פי המפתח הבא: 1. הגיע בבוקר בזמן; 2. הגיע באיחור מסיבה מוצדקת; 3. הגיע באיחור מסיבה לא מוצדקת; 4. לא הגיע מסיבה מוצדקת; 5. לא הגיע, ללא סיבה מוצדקת *הערה: יש לציין בטופס נלווה את הסיבות לאיחורים ולאי הגעה. קודים לפעילות הקבוצה המרכזית: 1. קבוצה יעודית 2. כישורי חיים 3. חינוך לבריאות מינית 4. בנעליים של האחר 5. התמודדות במצבי לחץ. 6. קב' דינאמית. קודים לפעילויות: 1. מוסיקה 2. טאי צ'י 3. האכלה והכלה 4. אומנות 5. פסיכודרמה 6. מערך 7. קולנוע

נספח ד' (4): תיעוד אירועים חריגים

חודש _____ שנה _____

תאריך	שם המטופל	קוד אירוע	פירוט

קודים למילוי הטופס :

1. שימוש בסמים
2. החדרת סם למרכז
3. גניבה
4. אלימות פיסית
5. אלימות מילולית
6. השחתת רכוש
7. מעורבות בפעילות מינית במרכז
8. שכרות
9. הפרת תנאים, לרבות תקנון המרכז
10. אחר

נספח ד' (5): דו"ח תצפית על פי לויז פעילות יומית

תאריך: _____

מבצע תצפית: _____

מספר מטופלים במרכז: _____

אופי הפעילות	שעות הפעילות (זמן רשמי)	זמן התחלה בפועל של הפעילות	שם מפעיל הפעילות	נוכחות המטופלים	

הנחיות למילוי דו"ח תצפית:

1. יש למלא בהתאם ליום התצפית את הפעילות המתאימה.
2. יש לתאר במילים בקצרה-ליד כל פעילות את האוירה הכללית, ההתנהלות ואופי הפעילות בזמן ההפסקות, כולל פעילויות הקשורות בניקיון ובארוחות.
3. הערות נוספות (במידת הצורך): _____

נספח ד' (6): טופס סיכום דיון תקופתי – וועדת הערכה (אחת לשלושה חודשים)

שם המטופל: _____ ת.ז. _____

שם המטפל: _____

תאריך מילוי הטופס: _____ לתקופה של: החל מ _____ עד _____

5 במידה רבה מאוד	4	3	2	1 במידה מועטה מאוד	
					נוכחות והשתתפות פעילה
					התנהגות חריגה
					מידת שיתוף הפעולה בין המטופל למטופלים אחרים
					מידת שיתוף הפעולה בין המטופל לאנשי הצוות
					מידת לקיחת אחריות בכל הקשור בעבירות שביצע
					תפיסת חומרת העבירות
					מידת השימוש בעיוותי חשיבה
					מידת האמפטיה לקורבן/קורבנות
					ביטויי חרטה
					ביטויי בושה
					ביטויי אשמה
					זיהוי מעגל תקיפה
					זיהוי תמרורי אזהרה

אנא פרטי/י לגבי המדדים השונים מידע שנראה לך חשוב (במידת הצורך המשך מעבר לדף)

נספח ד' (7): משוב לבחינת שביעות רצון של המטופלים

שם: _____

תאריך כניסה למרכז: _____

סמן בעיגול את התשובה המתאימה לשאלה: עד כמה אתה מרוצה?

לא מרוצה	מרוצה במידה מועטה	מרוצה במידה בינונית	מרוצה	מרוצה מאוד	
1	2	3	4	5	ההתייחסות של הצוות
1	2	3	4	5	האווירה במקום
1	2	3	4	5	המיקום של המרכז
1	2	3	4	5	הטיפול הקבוצתי הייעודי שאתה מקבל במרכז
1	2	3	4	5	קבוצת כישורי חיים
1	2	3	4	5	"להיות בנעליים של האחר"
1	2	3	4	5	חינוך לבריאות מינית
1	2	3	4	5	התמודדות במצבי לחץ
1	2	3	4	5	חוג
1	2	3	4	5	חוג
1	2	3	4	5	חוג
1	2	3	4	5	בסך הכל עד כמה אתה מרוצה מהמרכז

אנא ציין כל דבר שאתה מעלה בדעתך הקשור לשביעות רצונך או אי שביעות רצונך מהמרכז

נספח ד' (8): משוב לבחינת שביעות רצון של מנהלת המרכז

לא מרוצה	מרוצה במידה מועטה	מרוצה במידה בינונית	מרוצה	מרוצה מאוד	
1	2	3	4	5	שיתוף הפעולה בין אנשי הצוות
1	2	3	4	5	האווירה במקום
1	2	3	4	5	המיקום של המרכז
1	2	3	4	5	הליווי וההדרכה שאתה מקבלת
1	2	3	4	5	תחושת הביטחון האישי
1	2	3	4	5	שיתוף הפעולה בין הצוות המקצועי למנהלת המרכז
1	2	3	4	5	שיתוף הפעולה בין אנשי הצוות למתנדבים
1	2	3	4	5	קשר עם רש"א
1	2	3	4	5	קשר עם שרות מבחן למבוגרים
1	2	3	4	5	קשר עם שרות מבחן לנוער
1	2	3	4	5	מהמטופלים המגיעים למרכז (מבחינת התאמה)
1	2	3	4	5	בסך הכל עד כמה אתה מרוצה מהמרכז

אנא צייני כל דבר שאתה מעלה בדעתך הקשור לשביעות רצונך או אי שביעות רצונך מהמרכז

נספח ד' (9): משוב לבחינת שביעות רצון של העובדים במרכז

שם המראיין: _____

תאריך ראיון: _____

שם העובד: _____

תפקיד/סוג פעילות: _____

תאריך הגעה למרכז: _____

לא מרוצה	מרוצה במידה מועטה	מרוצה במידה בינונית	מרוצה	מרוצה מאוד	
1	2	3	4	5	שיתוף הפעולה בין אנשי הצוות
1	2	3	4	5	האווירה במקום
1	2	3	4	5	המיקום של המרכז
1	2	3	4	5	הליווי וההדרכה שאת/ה מקבלת
1	2	3	4	5	תחושת הביטחון האישי
1	2	3	4	5	שיתוף הפעולה בין הצוות המקצועי למנהלת המרכז
1	2	3	4	5	שיתוף הפעולה בין אנשי הצוות למתנדבים
1	2	3	4	5	קשר עם גורמים מפנים
1	2	3	4	5	מהמטופלים המגיעים למרכז (מבחינת התאמה)
1	2	3	4	5	בסך הכל עד כמה אתה מרוצה מהמרכז

אנא ציין/י כל דבר שאת/ה מעלה בדעתך הקשור לשביעות רצוןך או אי שביעות רצוןך מהמרכז

נספח ד' (10): משוב לבחינת שביעות רצון של חברי ועדת ההיגוי/ועדה מקצועית

אנא השבי/ עד כמה הנך שבע רצון מהנושאים הבאים על גבי הסולם (1-5)

לא מרוצה	מרוצה במידה מועטה	מרוצה במידה בינונית	מרוצה	מרוצה מאוד	
1	2	3	4	5	מידת שיתוף הפעולה בין חברי הוועדה
1	2	3	4	5	האווירה בדיוני הוועדה
1	2	3	4	5	תדירות המפגשים
1	2	3	4	5	מיקום המפגשים
1	2	3	4	5	התכנים המועלים בוועדה
1	2	3	4	5	אופן ניהול הישיבות
1	2	3	4	5	מידת שיתוף הפעולה בין חברי הוועדה למנהלת המרכז
1	2	3	4	5	מידת שיתוף הפעולה בין חברי הוועדה ליזמים
1	2	3	4	5	מספר הגופים המיוצגים בוועדה
1	2	3	4	5	אופן הגדרת המטרות של הוועדה
1	2	3	4	5	המידה בה הושגו המטרות
1	2	3	4	5	מידת ההשפעה שלך על חברי הוועדה ועל ההחלטות
1	2	3	4	5	בסך הכל עד כמה אתה מרוצה מהיותך חבר בוועדה
1	2	3	4	5	תקשורת והעברת מידע בין המפגשים

אנא ציין/י כל דבר שאתה מעלה בדעתך הקשור לשביעות רצונך או אי שביעות רצונך מהפעילות במסגרת הוועדה בה הנך חבר

נספח ד' (11): טופס בדיקת מעקב (אחת לחודש)

שם המטופל: _____ ת.ז. _____
שם מבצע המעקב: _____ מוסד מבצע: _____
אופן ביצוע המעקב: 1. ראיון אישי 2. ראיון טלפוני 3. אחר (פרט) _____
תאריך מילוי הטופס: _____ לתקופה של: החל מ _____ עד _____

בבדיקת המעקב יש להתייחס לשאלות הבאות:
פרטים אישיים – כללי:

1. מקום מגורים נוכחי _____
2. במידה שהמטופל החליף מקומות מגורים מיום סיום התוכנית, יש לפרט כתובות קודמות, תקופת מגורים וסיבות לעזיבה

מצב משפחתי:

1. סטטוס משפחתי: 1. רווק 2. נשוי 3. גרוש 4. פרוד 5. אלמן 6. אחר
 2. מספר ילדים _____
- במידה והסטטוס המשפחתי השתנה מיום סיום התוכנית, יש לציין זאת _____

עיסוק מקצועי:

1. מקום עבודה נוכחי _____
2. כתובת מקום העבודה וטלפון _____
3. שם המעסיק _____
4. תפקיד בעבודה _____
5. מספר ימי עבודה בשבוע ופירוט הימים _____
6. שעות עבודה _____
7. תאריך תחילת העבודה _____
8. במידה והמטופל החליף מספר מקומות עבודה, מאז סיום התוכנית, יש לפרט את שמות מקומות העבודה, כתובות, משך תקופת ההעסקה והסיבות לעזיבה

פעילות חברתית ובילוי שעות פנאי:

בחינת הישגים טיפוליים :

1. התייחסותו לעבירות שביצע (מידת לקיחת אחריות, קיום עיוותי חשיבה, יכולת אמפטית כלפי הקורבן, הפגנת חרטה, בושה ואשמה)
2. קיום פנטזיות סוטות
3. עליה בפעילות מינית
4. פעילות מינית חריגה
5. מודעות לגורמי סיכון ותמרורי אזהרה

פעילות פלילית :

1. במידה שהמטופל היה מעורב בפלילים מכל סוג שהוא, או הפר תנאים, יש לפרט : סוג העבירה, האים נפתח תיק פלילי, האים מתקיים או התקיים הליך פלילי, האם היתה הרשעה.
2. במידה שמדובר בעבירות מין יש לפרט כל מידע, כולל מידע על הקורבנות (גיל, מין, מספר וכדומה).

נספח ה: התפלגות סיבות לאי בדיקה (N=33)

ללא חופשות	N	%
ללא חופשות	10	30.3
לא בקריטריונים	7	21.2
התנגדות ביהמ"ש	6	18.2
סירוב להיבדק	4	12.1
סיבה אחרת	4	12.1
טרם נבדק	2	6.1

נספח ו': התפלגות משך הזמן מן ההפניה ועד הבדיקה (N=105)

%	N	
10.5	11	עד שבוע
20.0	21	שבוע עד שבועיים
14.3	15	שבועיים עד שלושה שבועות
17.1	18	שלושה שבועות עד חודש
19.0	20	חודש עד חודש וחצי
8.6	9	חודש וחצי עד חודשיים
5.7	6	חודשיים עד שלושה חודשים
2.9	3	שלושה עד ארבעה חודשים
1.9	2	ארבעה עד חמישה חודשים

נספח ז': התפלגות הזמן מן הבדיקה ועד הקבלה (N=47)

%	N	
23.4	11	עד חודש
34.0	16	חודש עד חודשיים
23.4	11	חודשיים עד שלושה חודשים
6.4	3	שלושה עד ארבעה חודשים
4.3	2	ארבעה עד חמישה חודשים
4.3	2	חמישה עד שישה חודשים
4.2	2	מעל שישה חודשים

נספח ח': התפלגות המטופלים שהשלימו הטיפול על פי משך השהות במרכז

סיימו טיפול	N=12	%
עד חצי שנה	1	8.3
חצי שנה עד שנה	3	25.0
שנה עד שנה וחצי	4	33.3
שנה וחצי עד שנתיים	3	25.0
שנתיים עד שלוש שנים	1	8.4

נספח ט': התפלגות המטופלים שלא השלימו הטיפול על פי משך השהות במרכז

עזבו, הורחקו, נעצרו / נאסרו	N=18	%
עד חודש	5	27.8
חודש עד ארבעה חודשים	3	16.7
ארבעה עד שישה חודשים	4	22.2
שישה עד תשעה חודשים	3	16.6
תשעה חודשים עד שנה	1	5.6
מעל שנה	2	11.1

נספח י': התפלגות סיבות לאי התאמה (N=28)

סיבות לאי התאמה	N	%
מסוכנות גבוהה	15	53.6
חוסר מוטיבציה	5	17.9
שונות	4	14.3
מסוכנות נמוכה	3	10.7
הכחשה	1	3.5

נספח י"א: התפלגות סיבות לאי קבלה (N=57)

%	N	
35.1	20	לא מתאים
22.8	13	הופנה לטיפול אחר
14.0	8	התנגדות ביהמ"ש
8.8	5	סירוב של המטופל
8.8	5	טרם התקבל
7.0	4	ללא תוכנית פיקוח
3.5	2	אחר

נספח י"ב: בעלי התפקידים במרכז (נכון לחודש מאי 2008)

בעל התפקיד	היקף משרה	מהות התפקיד	תאריך תחילת ההעסקה	תאריך עזיבה	סיבת עזיבה	הערות
מנהלת	100%	ניהול המרכז	02.05			
רכז בית	100%	מדריך-אחריות אדמיניסטרטיבית תחזוקת המרכז ומזכירות	10.05			
קרימינולוג	60%	מטפל	02.05			
קרימינולוגית	60%	מטפלת	05.05			
קרימינולוגית קלינית	30%	מטפלת	12.05	02.06	קושי בעבודה עם האוכלוסייה	
קרימינולוגית	25%	מטפלת	08.07			
קרימינולוגית קלינית	45%	מטפלת	06.07			
קרימינולוגית קלינית		מטפלת	01.06			
קרימינולוגית קלינית		מטפלת	11.05			מתקציב חוגים
עובדת סוציאלית	50%	מטפלת	11.05			
פסיכולוג	50%	מטפל	03.06			
פסיכולוג קליני	25%	מטפל ומדריך				
פסיכיאטר			04.06			
סטודנטית לקרימינולוגיה קלינית		פרקטיקנטית	10.07			
מתנדבת/פרקטיקנטית						

נספח י"ג : לו"ז הפעילויות במרכז

נספח י"ג (1) : לו"ז פעילות תכנית הבקר במרכז

שעות	יום א'	יום ב'	יום ג'	יום ד'	יום ה'
9:00-9:15	הפסקה	הפסקה	הפסקה	הפסקה	הפסקה
9:15-11:00	קבוצה טיפולית ייעודית	קבוצת למידה: כישורי חיים	פסיכודרמה 09:30-11:30	קבוצה: 'בנעליים של האחר' -	סדנא: התמודדות עם מצבי לחץ -
11:00-11:30	הפסקה	הפסקה	הפסקה	הפסקה	הפסקה + למידה עצמית
11:30-13:00	מערך בהפעלה עצמית	בישול - 'האכלה והכלה'	קבוצת למידה: מיניות בריאה 12:00-13:30	חוג מוסיקה-אסנת 12:00-13:00	/ פעילות פנאי / תורנויות
13:00-14:00	הפסקה	הפסקה + למידה עצמית / פעילות פנאי / תורנויות	הפסקת צהריים	הפסקת צהריים	הפסקת צהריים
14:00-15:30	טאי-צ'י	חוג אומנות	קולנוע- מערך שיעור 14:30-15:30	טאי-צ'י	קבוצה דינאמית + שיחת סכום 14:30-16:00
15:30-16:00	שיחת סכום	שיחת סיכום	שיחת סכום	שיחת סכום	

נספח י"ג (2) : לו"ז פעילות תכנית הערב במרכז

שעות	יום א'	יום ג'	יום ד'
17:00-17:45	הגעה ושיחת פתיחה	הגעה ושיחת פתיחה	הגעה ושיחת פתיחה
17:45-18:00	הפסקה	הפסקה	הפסקה
18:00-20:00	בנעליים של האחר	התמודדות עם מצבי לחץ	קבוצה טיפולית ייעודית

נספח י"ד: מדדים דמוגרפיים של מופנים שהתקבלו, מופנים שנדחו ומטופלים שסיימו טיפול

סיימו טיפול (N=14)		לא התקבלו (N=32)		התקבלו (N=33)			
20-61		18-55		19-61			טווח גילאים
%	N	%	N	%	N		
35.64 (12.45)		30.28 (10.45)		32.48 (12.07)		ממוצע וס"ת	גיל
71.4	10	71.9	23	66.7	22	רווק	מצב משפחתי
28.6	4	15.6	5	21.2	7	נשוי	
	0		4		4	גרוש	
	4	31.3	10	30.3	10		יש ילדים
	8	78.1	25	72.7	24	ישראל	ארץ לידה
	1		3		3	אתיופיה	
	1		1		3	אסיה-אפריקה	
	1		4		2	חבר העמים	
	1		2		3	אירופה-אמריקה	
	2		9		2	דתי	דת
64.3	9	50.0	16	63.6	14	חילוני	
	1		4		4	חרדי	
	0		2		1	מוסלמי	
	0		1		1	דרוזי	
	2	46.9	15	42.4	14	עד 11	השכלה
	10	40.6	13	51.5	17	12	
	2		1		2	מעל 12	
	12.28 (1.58)		11.21 (1.73)		11.21 (1.76)	ממוצע ש"ל וס"ת	
69.2	9	46.9	15	30.3	10		בעלי מקצוע
69.2	9	62.5	20	60.6	20		עבדו בעבר
		43.8	14	48.5	16	כן	שרות בצבא
			9		8	שרות צבאי מלא	
			5		8	שרות צבאי חלקי	
	6	31.3	10	51.6	16	גוש דן ושרון	מקום מגורים
	0		2		2	ירושלים והסביבה	
	2	21.9	7		4	חיפה צפונה	
	5	40.00	13	29.00	9	שפלה ודרום	

עבר רפואי ופילי

סיימו טיפול		לא התקבלו		התקבלו			
1		5		2			מחלות או הפרעות נפשיות
1				1			סכיזופרניה
		5		1			הפרעת אישיות
%	N	%	N	%	N		
	6	34.4	11	30.3	10	כן	טיפול ע"מ בעבר
	1		9		6	כן	עבריינות במשפחה
	4	31.3	10	33.3	11		מס' מטופלים עם רקע של עבירות נוספות
	3		4		5	מין	סוגי עבירות
	1		1		2	רכוש	
			4		1	אלימות	
			1		3	שילוב	
	10		12		16	מאסר 1	מס' מטופלים עם רקע של מאסרים קודמים
	0		4		1	שני מאסרים	
					1	חמישה מאסרים	
	10		16		18		מס' כולל של נבדקים שנגזר להם מאסר (* קיים חוסר דיווח)
							סוגי העבירות בגינן נשפטו למאסר
	10		14		14	מין	
	---		1		1	רכוש והונאה	
	---		1		3	אלימות וסמים	
						שילוב	
	0		3	24.2	8		שימוש בסמים
		15 (1.41)		15.16 (2.48)		ממוצע וס"ית	גיל תחילת שימוש
		2.00 (.00)		3.00 (2.96)		ממוצע וס"ית	משך שימוש
					3		עבר גמילה
	2		5	21.2	7		שימוש באלכוהול
		21.00 (7.00)		16.16 (2.56)		ממוצע וס"ית	גיל תחילת שימוש
	1.85 (.36)	1.50 (.70)		5.50 (2.88)		ממוצע וס"ית	משך שימוש
					1		עבר גמילה

נספח ט"ו: סיכום ממצאי MMPI

מס'	מדידה ראשונה יולי 2006	מדידה שנייה ינואר 2007	מדידה שלישית יולי 2007	מדידה רביעית דצמבר 2007	הערות התייחסות לטיפול
1	לא תקף	לא תקף	לא תקף (חזרה לשלב א)		
			ניסיון להצגה עצמית חיובית יתכן כמייצג כישלון ההגנות		
2	לא תקף	לא תקף	לא תקף (שלב ב)		
			נטייה לדיווח יתר על סימפטומים במטרה להראות מופרע יותר מאשר באמת		
3	תקף	לא תקף	לא תקף (שלב ב)		קושי ביצירת קשר טיפולי, פרוגנוזה לטיפול שלילית
	נטייה להצגה חיובית לא מבטא מצוקה	נטייה להצגה חיובית – אפשרות של כשלון ההגנות	דפוס תגובה של אי הסכמתיות במענה לפריטי השאלון		
4	תקף	תקף	תקף (כניסה לשלב ב)	תקף (שלב ב) נטייה להגנתיות	בארבע המדידות אין דיווח על מצוקה חסר תובנה לבעיות פסיכולוגיות (במדידה ראשונה ושלישית) מתקשה להתמודד עם בעיותיו (מדידה רביעית)
5	תקף	תקף			בשתי המדידות אין דיווח על מצוקה
6	תקף	תקף			בשתי המדידות אין דיווח על מצוקה

המשך: סיכום ממצאי MMPI

מס'	מדידה ראשונה יולי 2006	מדידה שנייה ינואר 2007	מדידה שלישית יולי 2007	מדידה רביעית דצמבר 2007	הערות התייחסות לטיפול
7	תקף חלקית	תקף עם סיכון להתחזות	תקף (שלב ב) נטייה לדווח יתר של סימפטומים	לא תקף (שלב ב) ניסיון להצגה עצמית חיובית יתכן כביטוי לכישלון ההגנות	פרוגנוזה חיובית לטיפול על רקע המצוקה (מדידה ראשונה) נטייה להכחשת בעיות (מדידה שנייה) נטייה לטיפול בשל המצוקה. עם חלוף המצב הקשה נטייה לעזוב טיפול (מדידה שלישית).
8	תקף	תקף			ללא דיווח על מצוקה (מדידה ראשונה) דיווח על מצוקה בינונית (מדידה שנייה) ניסיון לחפש מענה לבעיות באמצעות טיפול רפואי ולא נפשי (בשתי המדידות)
9		תקף	תקף (כניסה לשלב ב) נטייה לדיווח יתר על סימפטומים במטרה להשיג רווח משני		אינו מבטא מצוקה (במדידה ראשונה) מבטא מצוקה, התרסה כנגד טיפול, העדפת טיפול רפואי על פני פסיכולוגי (במדידה שנייה)
10	תקף	תקף			מבטא מצוקה ברמה בינונית, רמת מודעות נמוכה, חסר תובנה לבעיות פסיכולוגיות (מדידה ראשונה) בעל תובנה ורצון לטפל בקושי, אך ללא תובנה לבעיות פסיכולוגיות (מדידה שנייה)

נספח ט"ז: קריטריונים למעבר מתכנית בקר לתכנית ערב

1. עמידה בכל התנאים
 2. עמידה בלו"ז
 3. נוכחות
 4. השתתפות מלאה בכל הפעילויות
 5. הערכת סיכון
 6. תכנית הגנה: סביבה מפקחת, הגבלות ושיתוף פעולה של הסביבה
 7. תוכנית תעסוקה: יש לכלול הגבלות על סוגי תעסוקה ומיקום, פגיעה בטיפול (למשל משמרות, חסר ריכוז, עסק עצמאי הדורש זמינות וכו'), כולל ישיבות.
 8. המטופל יציג תכנית לשעות הפנאי
 9. עבר תהליך של שינוי (אמפטיה, חרטה).
 10. המטופל משתף בפרטי העבירה באופן המותאם לשלב בו הוא מצוי. כולל שיתוף בפרטים מעבר לכתב האישום (מתוך ציפייה כי תהייה תנועתיות וחשיפה הדרגתית לאור התקדמות הטיפול והאמון – דבר המראה פרוגנוזה טובה).
 11. המטופל מכיר בטריגרים הגורמים לו לפגוע (הבנה של מעגל התקיפה ע"ב הטיפול).
 12. אינטגרציה ברמת הפעולות השונות (טיפול קבוצתי, פרטני, חוגים תורנויות וכו').
 13. מוכנות מצד המטופל והמערכת לשתף פעולה בהורדת גורמי סיכון (מגורים, טיפול זוגי או משפחתי).
- שירות המבחן ורש"א יבקשו רישום פלילי עדכני ויעקבו אחרי מטופלים במרכז לקראת ועדות הערכה.

with the help of all referring parties and organizations, which are responsible for populating the center.

With regard to therapy effectiveness, the creation of a graded therapeutic program, from intensive morning activities to the move to the moderated evening program and a monthly follow-up for program graduates, constitutes a therapeutic continuum in a single framework and provides a fitting solution for lowering the patients' dangerousness level, and for the gradual and careful integration of the patients into the community while ensuring society safety.

In summary, the findings in the current study point to the social, ethical and economic benefits of the center's therapy program. In our opinion, the program should be continued, and we call upon policy and decision makers to continue allocating resources for the development of professional know-how for those involved in the program's implementation, as well as for meeting the needs of all similar therapy frameworks. This would ensure a safer society and prevent, through appropriate treatment, the patient from committing sex offences in the future. The center, which was established from scratch, may serve as a prototype for similar centers in the future for the sex offender population, as well as for other forensic populations. Accordingly, the center will serve as a knowledge and learning center and as a role model.

community. The center provides each patient with individual solutions, despite the high level of heterogeneity that characterizes the population. Most patients demonstrate a pattern of rapid progress and regression, followed by slower progress. This pattern is common to all types of therapy, and is the outcome of unrealistic hopes and expectations with regard to rapid change. When in conflict with the hardships of reality, expectation is replaced by disappointment, which is ultimately followed by awareness. Most patients benefit from the treatment. They take more self-responsibility and obtain a better understanding of the severity of their actions, the personal risks they entail, and the risk factors involved. Most patients showed a decrease in the use of the distorted and errors thinking patterns typical to this population, even though when distressed, or during a crisis, they tend to revert back to them. The graded program enables patients who meet certain criteria to transfer from the intensive morning program to the more modified afternoon-evening program. The activities conducted in the morning program prepare patients for participation in the less intense evening program. Study findings indicate that therapeutic benefits achieved in the morning program remain with those who proceed to the advanced treatment stage. Nevertheless, the tendency toward regression followed by more moderate progress is also present among these patients. This finding underscores the need for constant and consistent supervision over time. As there was no reference to supervision and follow-up in the original program, this project offers graduates of the program this solution.

Conclusions and recommendations

Accumulated experience indicates the importance of an appropriate budget allocation for the effective running of the center, for rehabilitative and therapeutic interventions for the patient (eg: occupational counseling, couples and family therapy, parents groups, wives/girlfriends, etc.), and for nurturing the team to prevent burn-out (professional enrichment and training programs, further education, professional literature), etc. It is important to continue raising the awareness of prosecutors and judges in the courts regarding the therapeutic option provided by the center.

With regard to additional centers in the future, it is recommended that the marketing process begin during their planning stages, prior to their operation. This is possible

Abstract

The current research report is a summary of assessments conducted in a therapy center for sex offenders 2005 to 2008 (the trial period). The purpose of the study is to review the center's establishment and organization process and the effectiveness of the therapeutic program it offers.

The center is located in the center of the country and is designed to cater to the needs of adult (18+) men who have committed sex offences, or offences associated with sexual harassment/abuse, and who meet certain criteria. The center runs a morning (stage 1) and an evening program (stage 2), which include group and individual therapy, couple and family therapy, and enrichment activities.

The process of the center's establishment and operation was examined by means of content analyses of observations, documents, and interviews with the center's team and members of the various committees. The extent to which the center's therapeutic goals were achieved was examined using periodic reports and various tests and tools developed by the researchers.

Main findings – preparation stages for the center's operations and its set-up process: The initial stages of the program's implementation entailed numerous difficulties, due to the lack of a role model and the inexperience of the center's staff in setting up this type of project. Finding a suitable location and enlisting staff was difficult due to budget restraints and the defining attributes of the population. The budget allocated for setting up and operating the center was inadequate for meeting the center's actual needs. Therefore use was made of financial reserves and donated funds to finance the center's requirements. Populating the center was also problematic, as time was required to establish it as a therapeutic center in the eyes of the referring and judicial authorities.

Main findings – therapy effectiveness

Study findings indicate that the therapy program is effective in lowering the sex offender's degree of risk, and enhances his chances of normative integration in the



NATIONAL INSURANCE INSTITUTE
Research & Planning Administration Division for Service Development

Day Therapy Center for Sex Offenders in the Community

by
Yael Idisis and Mally Shechory

Jerusalem, November 2009