

Shoshana Weiss

DZIECI W RODZINACH Z PROBLEMEM ALKOHOLOWYM W IZRAELU – PRZEGLĄD BADAŃ I PROGRAMÓW

Wprowadzenie

Naród żydowski od dawna znany był z obyczaju umiarkowanego picia oraz niskich wskaźników alkoholizmu [1-3]. Ankietowe badania epidemiologiczne przeprowadzone w populacji Żydów izraelskich w skali całego kraju, a także badania wybranych populacji w Izraelu [4-8] wykazały jednak, że Żydzi w Izraelu znacznie odbiegają od wzorca „żydowskiej trzeźwości”, oraz że picie nie związane z rytuałem religijnym szerzy się zarówno wśród młodzieży, jak i dorosłych. Liczba alkoholików w Izraelu w roku 1992 wynosiła 25.000, według oszacowań Ministerstwa Spraw Socjalnych [9]. Jeśli jednak uwzględnimy, że w ramach imigracji ze Związku Radzieckiego przybyła do Izraela potężna liczba alkoholików [10], którzy w okresie od lipca do września 1992 stanowili 32.2% pierwszorazowych pacjentów poradni odwykowych [11], oraz jeśli przyjmie się inny sposób obliczania liczby alkoholików (tzn. zamiast procentu osób, które same przyznają się do alkoholizmu przyjmie się inny wskaźnik: procent osób, które wiedzą, że w najbliższej rodzinie mają przynajmniej jednego alkoholika – czyli kogoś, kto nie jest w stanie funkcjonować bez codziennego picia alkoholu – pomnożony przez liczbę rodzin w Izraelu), wówczas owo oszacowanie liczby alkoholików wzrośnie do co najmniej 50.000. W Izraelu, którego ludność liczy około 5 milionów, jest tylko jeden całodobowy ośrodek leczenia odwykowego, jeden hostel prowadzony przez Izraelskie Towarzystwo Zapobiegania Alkoholizmowi, oraz osiem poradni odwykowych na terenie całego kraju, prowadzonych przez inną organizację – Efshar. Działa też kilka grup AA. [12].

Szacunkowe wskaźniki rozpowszechnienia dotyczące dzieci alkoholików (DA)

Alkoholikami w Izraelu są przeważnie ojcowie dużych rodzin, mający bezpośredni i silny wpływ na swoje dzieci. Jeśli nawet ulegli oni poważnej degradacji na skutek uzależnienia, w większości przypadków nadal pozostają w rodzinie, jak wynika z tabeli 1.

Tabela 1.
Stan cywilny izraelskich alkoholików
przechodzących leczenie odwykowe (procent)

Stan cywilny	Poradnie odwykowe					Imigranci rosyjscy 1.10.92-30.9.92	Ośrodek leczenia odwykowego			
	1980	1.4.85-31.3.86	1.4.91-31.3.92	1.4.92-31.6.92	1.7.92-30.9.92		1982	1.4.85-31.3.86	1.4.86-31.3.87	15.12.82-31.3.87
Wolny	9.4	14.2	13.1	14.0	16.3	21.1	12.0	10.8	10.9	10.5
Związek małżeński	79.5	65.2	59.7	56.7	60.5	48.0	76.0	64.9	66.4	67.6
Rozwód lub separacja	8.8	17.9	25.1	26.8	22.1	26.8	12.0	24.3	20.9	21.3
Wdowieństwo	2.3	-	2.1	2.5	1.1	4.1	-	-	1.8	0.6
Brak danych	-	2.7	-	-	-	-	-	-	-	-
Nr pozycji bibliograficznej	13	14	9	15	11	17	16	5	5	5

Stosunkowo duży procent osób pozostających w związku małżeńskim wśród przechodzących leczenie odwykowe alkoholików odzwierciedla izraelską tendencję do opiekowania się alkoholikiem w rodzinie. Alkoholik w Izraelu pozostaje w kręgu rodziny, powodując kryzysy rodzinne i wywierając niekorzystny wpływ na dzieci. Uzdrowienie życia rodzinnego poprzez leczenie ojca oznaczałoby więc zwiększenie szans na to, że dzieci będą prowadziły

normalne życie. Warto zauważyć, że wśród alkoholików przechodzących leczenie odwykowe jest więcej rozwiedzionych lub żyjących w separacji kobiet niż mężczyzn [6].

W pokazowym eksperymentalnym programie leczenia alkoholików pozostających w rodzinie i społeczności, który realizowano w 1974 roku w Bet-Shemesh, małej miejscowości w pobliżu Jerozolimy, 93% alkoholików miało współmałżonka [18]. Chociaż procent alkoholików pozostających w związku małżeńskim zmniejszył się w późniejszych latach, w porównaniu z innymi krajami jest on i tak stosunkowo wysoki.

Podczas gdy żydowska rodzina w Izraelu ma przeciętnie dwoje dzieci, średnia liczba dzieci wzrastających w cieniu alkoholizmu w owym programie z 1974 roku wynosiła 8.5. Globalny wskaźnik liczby dzieci w rodzinie nie zawsze daje trafny obraz tego, jak poważna jest sytuacja w domu. Dlatego też w omawianym programie eksperymentalnym przeprowadzono dodatkową kontrolę. Okazało się, że średnia liczba dzieci pozostających w domu wynosiła 6.9, przy czym górną granicą było 13 [18].

Ojcowie alkoholicy leczeni w poradniach odwykowych lub w ośrodku całodobowym na początku lat 80-tych mieli średnio po czworo dzieci. Niektóre wskaźniki procentowe przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2.
Liczba dzieci w rodzinach alkoholików na początku lat 80-tych.

Liczba dzieci w rodzinie	Poradnie odwykowe rok 1980	Ośrodek leczenia odwykowego rok 1982
0	5.2%	14.0%
1-3	48.5%	52.0%
4-6	29.2%	26.0%
7+	17.1%	8.0%
Numer pozycji bibliograficznej	13	16

Dane te sugerują, że co najmniej 200.000 młodzieży poniżej 18 roku życia codziennie przeżywa strach, niepewność i problemy wynikające z nadużywania alkoholu przez rodziców, zaś dorosłe dzieci alkoholików mogą długo jeszcze odczuwać negatywne skutki życia w rodzinie alkoholowej. Jest więc sprawą wielkiej wagi, aby społeczeństwo izraelskie dowiedziało się czegoś więcej o wpływie alkoholizmu rodziców na dzieci.

Metoda

Dokonano przeglądu 230 publikacji (wszystkich odnoszących się do Izraela artykułów i książek o tematyce alkoholowej, jakie ukazały się po hebrajsku i po angielsku w latach 1961-1992) i wybrano prace dotyczące badań nad dziećmi alkoholików (DA) oraz programów przeznaczonych dla DA. W tym okresie powstały tylko 3 publikacje na temat specjalnych programów interwencji dla DA oraz jedno badanie przeprowadzone wśród DA. Autorka dotarła również do opisów terapii rodzinnej z udziałem dzieci. Badania nad płodowym zespołem alkoholowym i nad dziećmi matek uzależnionych od alkoholu nie były jeszcze ukończone. Ponieważ jednak owe trzy programy interwencyjne i badanie nad DA mogą nasuwać pewne nowe pomysły w tej dziedzinie, przejdziemy do krótkiego omówienia ich treści.

Programy interwencji – propozycje rozwiązania problemów DA

Najczęstszym rozwiązaniem stosowanym dawniej w Izraelu [18, 19] było zabranie DA z domu, co umożliwiało pomoc finansowa udzielana przez opiekę społeczną. Większość dzieci mieszka jednak z rodzicami. Potrzebują one specjalnej pomocy [20], ponieważ mogą być zaniedbywane i odrzucane emocjonalnie, mogą doznawać agresji werbalnej lub fizycznej (przemocy), mogą być wykorzystywane seksualnie lub mieć problemy psychiatryczne, takie jak depresja, dolegliwości psychosomatyczne, próby samobójcze. W poradniach odwykowych i ośrodku leczenia odwykowego kładzie się nacisk na terapię rodzinną z udziałem dzieci [5], przy czym oddziaływania terapeutyczne ukierunkowane są na alkoholika i członków jego rodziny traktowanej jako całość [21]. W poradniach prowadzi się ponadto w miarę potrzeby indywidualne konsultacje dla DA [15].

Mimo dużej liczebności DA, dopiero w ciągu ostatnich kilku lat zaczęto zwracać uwagę na ich szczególne trudności i potrzeby. W gruncie rzeczy, badania nad tą bardzo obciążoną grupą zostały daleko w tyle za badaniami nad innymi problemami związanymi z alkoholizmem. Niewiele jest programów psychoterapii indywidualnej lub grupowej przeznaczonych konkretnie dla DA. W ciągu tych lat opracowano jednak kilka programów specjalnie dla nich.

Ośrodek Leczenia Odwykowego w Ashdod (miasto na południe od Tel-Awiwu) jako pierwszy zajął się DA w 1984 roku. Programem pilotażowym objęto dzieci z rodzin Żydów Orientalnych (pochodzących z Indii i krajów Dalekiego Wschodu). Ta grupa etniczna odznaczała się najwyższym w Izraelu poziomem alkoholizmu w latach 80., co ustalono przy pomocy pielęgniarek środowiskowych z poradni dla matek i dzieci. W ramach programu podzielono dzieci na dwie grupy wiekowe: od 4 do 8 i od 9 do 12 roku życia. We wszystkich przypadkach rodzice (lub jedno z nich) byli uzależnieni od alko-

holu. Celem programu było uzyskanie wstępnej orientacji w problemach dzieci oraz opracowanie strategii pomocy [22]. Zajęcia prowadzone były raz w tygodniu, przez cały rok, pod fachowym kierunkiem terapeutki. Część zajęć przeznaczono na aktywność ruchową (zabawa, gimnastyka, etc.), część zaś na okres wyciszenia, podczas którego zachęcano dzieci do wspólnego omawiania osobistych przeżyć, rysowania obrazków przedstawiających własną rodzinę i do odrabiania lekcji. Za pomocą psychodramy i przedstawień kukielkowych umożliwiano dzieciom odgrywanie scen rodzinnych. Głównym problemem tych dzieci była niezdolność do ujawniania własnych uczuć oraz brak umiejętności komunikowania się. Analiza rysunków wykazała opóźnienie rozwojowe, brak szacunku dla własnej osoby, oraz dezorientację co do ról rodzinnych. Na podstawie raportów pielęgniarek i nauczycieli stwierdzono, że wiele dzieci uczestniczących w programie poprawiło swoje wyniki w nauce, okazywało mniej lęku oraz że poprawiły się ich kontakty społeczne z rówieśnikami i dorosłymi. W roku 1985 program ów rozbudowano z nadzieją, że przyspieszy to rozwój dalszych placówek, które udzielałyby dzieciom alkoholików pomocy w innych dziedzinach [22]. Realizację programu w Ashdod jednak wkrótce zakończono ze względu na brak środków finansowych. Choć pewne formy działalności wśród DA prowadzono w pobliskim mieście, Ashkalon, nie pojawiła się w literaturze żadna publikacja na ten temat.

Program dla DA wznowiono w roku 1987. W 1992 [23] był to jedyny regularnie funkcjonujący program dla DA. Na cotygodniowym dwugodzinnym spotkaniu zbierała się grupa 8-12-letnich dziewcząt i chłopców, których ojcowie ukończyli leczenie odwykowe, byli w trakcie leczenia lub nie zgodzili się na nie. Dzieci uczestniczyły w spotkaniach za zgodą rodziców. Udział w programie był objęty tajemnicą, aby nie dopuścić do stygmatyzacji lub dyskryminacji. Zapewniano dojazd na zajęcia, co przyczyniło się do ich regularności. Program, realizowany pod kierunkiem trzech asystentek socjalnych, miał głównie na celu: wentylację, czyli zmniejszenie napięcia poprzez omówienie problemów jakie dziecko ma w domu; dostarczenie samotnemu dziecku oparcia w grupie rówieśników mających podobne problemy, również przeżywających poczucie winy i wstydu, oraz będących współnikami w sytuacji „strasznej tajemnicy”. Inne cele to: udzielanie informacji dotyczących alkoholizmu, ułatwianie dzieciom zrozumienia różnych sytuacji w domu, dodawanie im otuchy; stworzenie ciepłego klimatu emocjonalnego. Treścią spotkań było przede wszystkim przedstawienie się każdego z dzieci – opowiedzenie o sobie, swojej rodzinie i bolesnych zdarzeniach w domu, sposoby zwalczania wstydu, strachu i przemocy, oraz omawianie „tajemnicy rodzinnej” powodującej zaprzeczanie.

Ponieważ dzieci miały trudności z komunikacją werbalną, posłużono się technikami terapii sztuką, m.in. zabawą, malowaniem, rzeźbieniem, tworzeniem przy użyciu różnych materiałów – drewna czy plasteliny, oraz kukiełkami nakładanymi na dłoń. Na zajęciach pracowano także przy użyciu kart do gry [23].

W ośrodku ambulatoryjnym w Ramat Gan (niedaleko Tel-Awiwu) w roku 1991 uruchomiono dwa odrębne programy specjalne dla DA w wieku 13-16 lat, których ojcowie byli w trakcie leczenia lub już po kuracji w tym ośrodku. Ponieważ rodzice nie wyrazili zgody na udział młodzieży w spotkaniach podczas roku szkolnego, w czasie letnich wakacji odbyło się 10 sesji (2 razy w tygodniu) dla grupy dziewcząt i chłopców, oraz spotkanie grupy dziewcząt podczas dwu dni wolnych z okazji święta Paschy (w sumie 12 godzin). Były trudności z nakłonieniem młodzieży do udziału w programie. Rodzice nie byli zachwyceni, a młodzież obawiała się stygmatu i nie była świadoma swego prawa do uzyskania fachowej pomocy. Problem odległości geograficznej rozwiązano, a koszty dojazdu pokrywał ośrodek. Cele programu były następujące: zwiększenie wiary w swoje możliwości kierowania własnym losem, oraz zmiana sposobu spostrzegania siebie i swojego miejsca w rodzinie i społeczeństwie. W obu grupach omawiano poczucie odpowiedzialności dzieci za picie alkoholu przez ojca, własne poczucie winy, obraz własnej osoby i swoje relacje z innymi ludźmi. Udzielono uczestnikom informacji o alkoholizmie i ryzyku uzależnienia się od alkoholu (z czynnikami genetycznymi włącznie). Stworzono ciepłą atmosferę – ważne było nawet to, że uczestnicy dostawali jedzenie i coś ciepłego do picia. Zaobserwowano opór wobec technik niewerbalnych, który z czasem ustąpił. Ze względu na ograniczony czas trwania programu nie udało się omówić pewnych problemów, jak np. wykorzystywanie seksualne, skierowano więc uczestników do poradnictwa indywidualnego. Zdaniem prowadzących (dwóch asystentek socjalnych), grupa mieszana była lepsza niż jednorodna, a także lepiej jest zorganizować grupę, która spotykałaby się raz na tydzień przez cały rok, po to, by umożliwić młodzieży przeżywanie procesu zmiany. Postawiono następujące pytania badawcze: Czy jeśli zajęcia będą prowadzone przez mężczyzn, spowoduje to jakąś różnicę? Czy będzie jakaś różnica, jeśli uczestnikami tej samej grupy będą bracia i siostry? [24].

Ośrodek leczenia odwykowego w Jerozolimie rozpoczął niedawno pracę z DA, posługując się podręcznikiem dla DA „My father loves me. My father has an illness” („Ojciec mnie kocha. Mój ojciec jest chory”), którego autorem jest K. Black z USA [25]. Podręcznik ten przełożono na hebrajski w Ośrodku. W Tel-Awiwie działa ponadto grupa Al-Ateen, założona w 1989 roku. Dane na temat trzech głównych programów zrealizowanych w Izraelu podsumowano w tabeli 3.

Tabela 3.
Opis trzech głównych programów dla DA w Izraelu

Ośrodek	Okres (lata)	Wiek DA	Częstość spotkań	Cele	Metody	Problemy DA	Wyniki
Ashdod	1984-5	4-8, 9-12	raz na tydzień	Eksploracja problemów, wypracowanie strategii pomocy	Zabawy ruchowe, gimnastyka, psychodrama, kukiełki, wspólne omawianie zdarzeń z życia osobistego, rysowanie swojej rodziny, odrabianie lekcji.	Niezdolność wyrażania uczuć, brak umiejętności komunikowania się, opóźnienia rozwojowe, dezorientacja co do ról rodzinnych.	Lepsze wyniki w nauce, mniejszy poziom lęku, poprawa kontaktów społecznych.
Ashdod	1987 - do chwili obecnej	8-12	raz na tydzień	Wentylacja napięcia, wsparcie grupowe, zachęta, stworzenie ciepłego klimatu emocjonalnego, edukacja alkoholowa, ułatwienie zrozumienia sytuacji w domu.	Gry, malowanie, rzeźbienie, tworzenie w drewnie i plastelinie, omawianie „tajemnicy rodzinnej”, przedstawianie siebie, swojej rodziny i zdarzeń w domu, metody zwalczania strachu, wstydu i przemocy.	Uczucia wstydu i winy, napięcie, samotność, trudności z komunikacją werbalną.	-
Ramat-Gan	1991-2	13-16	10 sesji podczas wakacji lub 2 dni podczas święta Paschy	Zwiększenie wiary DA we własne siły i możliwość wpływania na własne życie, zmiana percepcji własnej osoby, swego miejsca w rodzinie i społeczeństwie, udzielenie informacji o alkoholizmie.	Omawianie z grupą swoich uczuć (poczucia winy), obrazu własnej osoby i relacji społecznych, oraz ryzyka wpadnięcia w alkoholizm (z czynnikami genetycznymi włącznie), ciepła atmosfera, z jedzeniem i ciepłymi napojami, techniki niewerbalne (terapia sztuką).	Poczucie winy, niska samoocena, samotność.	Pytania do dalszych badań.

Badania nad problemami dzieci w Izraelu związanymi z nadużywaniem alkoholu w rodzinie

Nadal brakuje w Izraelu badań nad DA. Problemy DA są zjawiskiem pomijanym w literaturze izraelskiej. Zagadnieniu temu poświęcono tylko jedno badanie.

Wiele dzieci, których rodzice są alkoholikami nie ma ani trudności z przystosowaniem społecznym, ani żadnej dającej się zauważyć psychopatologii. W latach 1980-tych wzrosła świadomość badaczy [26], że w populacji DA są podgrupy osób szczególnie zagrożonych. Jedną z takich grup wysokiego ryzyka była przedmiotem badania. W skład grupy wchodził zbliżający się do pełnoletności, dorastający synowie ojców alkoholików. Jak się wydawało, charakteryzowała ich silnie ambiwalentna postawa wobec ojca, bardziej wygórowany ideał ego, a także trudności z ujawnianiem własnej agresji. Cechy te, spotęgowane w otoczeniu bardzo autorytarnym, czyli podczas odbywania służby wojskowej, były przyczyną (krótkotrwałej, lecz głębokiej) dekompenсации psychicznej badanych.

Na przykładzie żołnierzy przechodzących kryzys na tle konfliktowej relacji z ojcem-alkoholikiem, badacze ukazali niektóre podstawowe psychodynamiczne aspekty tej podgrupy, oraz ich implikacje dla procesu psychoterapii.

Przejawy zewnętrzne dekompenсации były liczne i różnorodne, np. ostra depresja, zespoły paranoidalne, reakcje dysocjacyjne, itd. Ze względu na znaczne pogorszenie się funkcjonowania ojca na skutek alkoholizmu, synowie stopniowo przejmowali rolę przywódcy, którą uprzednio pełnił w rodzinie ojciec. Służba wojskowa była dla tych żołnierzy procesem szczególnie obciążającym, oznaczała bowiem dla nich rozłąkę z rodziną, w której pełnili rolę przywódcy, oraz konfrontację z przełożonymi w wojsku, którzy stanowili dla nich nowego typu postać ojcowską. W dodatku poddani byli długotrwałemu stresowi psychicznemu związanemu z wcieleniem do wojska.

Właściwa psychoterapia umożliwiawała tym żołnierzom uzyskanie wglądu w ich przeszłe i obecne relacje z innymi ludźmi, przede wszystkim z ojcem. Przeanalizowanie na nowo zinternalizowanych relacji z obiektem umożliwiło im rozwój osobowości oraz poprawę funkcjonowania w wojsku [26].

Wskazania do dalszych badań

Badaczy w Izraelu powinno zaniepokoić to, że zagadnienie DA było dotychczas kompletnie pomijane. DA przeważnie nie staną się alkoholikami, ani nie będą nadużywały substancji psychoaktywnych. Stanowią jednak grupę wysokiego ryzyka i wobec tego są właściwym przedmiotem badań oraz interwencji ukierunkowanych na zaspokojenie potrzeb przystosowawczych. Społeczeństwu potrzebne są dokładne informacje jako podstawa decyzji co do

rozdziału środków finansowych, rozwoju świadczeń, szkolenia i polityki społecznej. Luki w wiadomościach o tej populacji stanowią poważną przeszkodę dla planowania w skali społecznej. Populacja DA liczy tysiące osób, wiele z nich odczuwa negatywne somatyczne, psychiczne i emocjonalne konsekwencje alkoholizmu rodziców. Niewątpliwie istnieje w Izraelu potrzeba opracowania programów interwencji opartych na wynikach badań, a także przeprowadzenia:

- A) długoterminowych badań ewaluacyjnych nad skutecznością obecnie realizowanych programów. Trzeba się dowiedzieć czegoś więcej o względnej skuteczności różnych elementów programów interwencji. Nie dokonano jeszcze starannej oceny istniejących programów, chociaż istnieje potrzeba opracowania odpowiednich technik ewaluacji (zarówno programów rządowych, jak i programów samopomocy);
- B) badań nad barierami ochronnymi umożliwiającymi DA, mimo znacznych czynników ryzyka, pomyślne funkcjonowanie w dorosłym życiu. Jakie czynniki są predyktorami dobrego przystosowania społecznego DA w późniejszym życiu?
- C) kilkuletnich badań katamnestycznych nad DA. W jaki sposób i w jakim momencie można najskuteczniej dokonać interwencji? Czy znęcanie się nad dzieckiem (przemoc) predysponuje je do późniejszego alkoholizmu? Jaka jest dynamika znęcania się nad dzieckiem w rodzinie z problemem alkoholowym, w zależności od płci, wieku, głębokości i czasu trwania alkoholizmu? Jaki wpływ na dzieci ma zdrowienie jednego z rodziców? Czy wpływa to na ich role społeczne i strategie przystosowania się? Jak jest rozpowszechnienie specyficznych problemów w rodzinach z problemem alkoholowym (np. częstość występowania przemocy)? Czy czynniki etniczne mają jakiś wpływ na reakcje i rozwój DA? Jakie programy nadają się dla dorosłych DA?

Tłumaczenie: Barbara Mroziak

Shoshana Weiss

**Israeli children in families with alcohol problems – review of studies
and programmes**

Summary

Israeli alcohol research-prevention-treatment authorities, devote a modest amount of attention to children of alcoholics (COAS). However, the aim of the paper is to describe findings of Israeli studies concerning children problems related to alcohol abuse in family, to describe Israeli intervention projects, and to suggest new ideas for future research.

Piśmiennictwo

1. Gressard C.F., Bainwol S.: Jewish drinking practices: implications for prevention. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 33, pp. 67-75, 1988.

2. Glassner B., Berg B.: How Jews avoid alcohol problems. *American Sociological Review*, 45, pp. 647-664, 1980.

3. Zimberg S.: Sociopsychiatric perspectives on Jewish alcohol abuse: implication for the prevention of alcoholism. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 4, pp. 571-579, 1977.

4. Bar H., Eldar P., Weiss S.: Alcohol drinking habits and attitudes of the adult Jewish population in Israel 1987. *Drug and Alcohol Dependence*, 23, pp. 237-245, 1989.

5. Michaely N., Eldar P., Weiss S.: The Israeli Residential Center for Alcoholics 1982-1987. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, pp. 59-65, 1989.

6. Weiss S.: Adult women drinking in Israel: A review of the literature. *Alcohol and Alcoholism*, 26, pp. 277-283, 1991.

7. Weiss S., Moore M.: Nonritual alcohol drinking practices among high school students from the Kibbutz movement in Israel: Implications for prevention. *Journal of Drug Education*, 21, pp. 247-254, 1991.

8. Moore M., Weiss S.: Alcohol drinking among urban Jewish youth in Israel in 1990: alcohol as the main prevention target. *Psychology of Addictive Behaviors*, 6, pp. 196-199, 1992.

9. Michaely N.: Profile of the Israeli alcoholic. *Mifgash – for Educational Social Work*, 3, pp. 117-127, 1992 [Hebrew].

10. Bar-Am A.: Learning to be unafraid. *The Jerusalem Post Magazine*, pp. 12-13, November 22, 1991.

11. *Report of Sociodemographic Variables of Alcoholics Admitted to the Centers for Alcohol Dependency Treatment During July-September 1992*. Efshar, Ramat Gan, October 1992 [Hebrew].

12. Weiss S.: Characteristics of Alcoholics Anonymous Movement in Israel. *British Journal of Addiction*, 85, pp. 1351-1352, 1990.

13. Eldar P., Bauml R.: Alcoholism in Israel. *Medicine and Law*, 1, pp. 181-189, 1982.

14. Weiss S.: *Demographic Characteristics of Alcoholics in Outpatient Alcoholism Treatment Centers 1.4.85 - 30.9.86 – A Report*. Ministry of Labour and Social Affairs, Jerusalem, 1986 [Hebrew].

15. *Report of Sociodemographic Variables of Alcoholics Admitted to the Centers for Alcohol Dependency Treatment during April - June 1992*. Efshar, Ramat Gan, July 1992 [Hebrew].

16. Eldar P.: *Residential Treatment Center for Alcoholics – A Report*. Ministry of Labour and Social Affairs, Jerusalem, June 1983.

17. *Report of Sociodemographic Variables of Alcoholics New Comers from Russia Admitted to the Centers for Alcohol Dependency Treatment during October 1991 – September 1992*. Efshar, Ramat Gan, November 1992 [Hebrew].

18. Eldar P., Lavine A.: *An Israeli Experiment in the Treatment of Alcoholism*. Ministry of Social Welfare, Department of International Relations, Jerusalem, July 1976.

19. Bar-Giora Z.: Working in alcoholism rehabilitation center in Kiriath Gat. *Information of the Physician*, 20, pp. 54-56, 1979 [Hebrew].

20. Bar-Giora Z.: Alcoholism and its influence on the family. *Labour & Social Affairs and National Insurance*, 5-6, pp. 213, 239, 1987 [Hebrew].

21. Erkohen E.: *Group Intervention Model among Alcoholic Families in the Residential Center for Alcoholics in Ramat Gan*. Paper presented at the 2nd meeting on Social Work with Groups, Ben-Gurion University, Beer-Sheba, 17.6.1991 [Hebrew].

22. Toch E.: Exploring the problems of children of alcoholics in Israel. In: Yanai J. et al. (eds.), *Alcohol Dependency, the Family and the Community*, Freund Publishing House Ltd, England, pp. 161-162, 1988.

23. Barbash B.: Group therapy with children of alcoholics. *Mifgash – for Educational Social Work*, 3, pp. 104-109, 1992 [Hebrew].

24. Daskel H., Naor O.: Group therapy with adolescents. *Mifgash – for Educational Social Work*, 3, pp. 99-103, 1992 [Hebrew].

25. Black K.: *My Father Loves Me. My Father Has an Illness*, Workbook for COAS [Hebrew translation].

26. Mester R., Braun P., Dai N., Itzchaki S.: The alcoholic father and the soldier son. In: Yanai J., et al. (eds.), *Alcohol Dependency, the Family and the Community*, Freund Publishing House Ltd, England, pp. 163-164, 1988.