שיחת פנים
רוני לינדר
ורותם שטרקמן

אתה בעד לגליזציה? הרכבת הזאת כבר יצאה מהתחנה. המלחמה בסמים נכשלה בכל העולם. בסמים לא נלחמים, אלא מנסים למנוע התמכרות

פרופ' שאולי לב־ארן

יו"ר החברה הישראלית לרפואה וטיפול בהתמכרויות, מייסד־שותף במרכז הישראלי להתמכרויות, סגן מנהל המרכז הרפואי לב השרון. בן 46, נשוי + 3, מתגורר בכרכור

פרופ' שאולי לב־ארן, לפעמים נראה שבולנו מבורים למשהו.

לא כולנו, אבל יש אוכלוסייה נורמטיבית הול־כת וגדלה של אנשים שסובלים מהתמכרויות. אנחנו רואים הרבה יותר שימוש בחומרים.

הנטייה שלנו היא לחבר התמכרויות לאנשי שוליים.

אנחנו נוטים לדמיין אדם מכור להרואין ומקבץ נדבות, אבל זה המקרה הנדיר. רוב האנשים שסוב־לים מהתמכרויות משתייכים לאוכלוסייה נורמטי־בית, כולל רופאים, עורכי דין ואנשי הי־טק. זה אחד השינויים שקרו במדינה ובעולם בעשורים האחרונים – יותר ויותר אנשים ממעמד סוציו־אקונומי גבוה.

אילו התמכרויות בעיקר?

כ־5% מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל סובלים מה־תמכרות לאלכוהול, סמים כמו קנאביס ותרופות מרשם כמו תרופות להפרעת קשב וריכוז. אם כוללים בהגדרה הזאת התנהגויות כמו הימורים ומשחקי מחשב – מגי־עים ל־10%.

מה לגבי פורנו?

הימורים היתה הקטגוריה ההתנהגותית הראשונה שצורפה להתמכרויות אחרי שהצטברו מספיק מחקרים שהראו שיש דמיון רב בין התמכרות להימורים להתמכ־רות לחומרים. זה פתח את השער לשיח על התמכרויות התנהגותיות, שאנחנו עדיין רחוקים מלדעת איך לת־חום אותו ואילו התמכרויות כלולות בו. גם פורנו בדרך לקבל הכרה כהתמכרות על ידי ארגון הבריאות העול־מי. גיל צריכת הפורנו הראשונה הולך ויורד, ובארה"ב הוא כבר חד־ספרתי.

כלומר לפני גיל 10?

כן. ויש לזה קשר גם לדחייה של גיל יחסי המין, כי המציאות לא יכולה להתקרב למודל.

איך יודעים שזאת התמכרות?

ראשית, זה גורם להפרשת דופמין במוח. ידוע לנו למשל שפורנו שמותאם להעדפות של האדם גורם בצורה משמעותית להפרשה רבה יותר של דופמין. אם קוקאין גורם להפרשת דופמין מוגברת אצל כל אדם שנחשף אליו, אז פורנו גורם להפרשה יתרה במערכת התגמול, אבל בעיקר כשסוג הפורנו תואם להעדפות.

אתה מטפל במכורים לפורנו?

אנחנו רואים בקליניקה הרבה מאוד אנשים שסו־בלים מזה, והתחלנו לראות יותר כשהתחלנו לשאול שאלות בצורה יותר ממוקדת בתשאול הבסיסי.

מה שואלים?

כדי לזהות התמכרות צריך לדעת איך לשאול: לא "האם אתה צופה בפורנו", אלא שאלות יותר נקור־תיות כמו האם אתה צופה במינונים הולכים וגדלים, האם התכנים שאתה צופה בהם הולכים ומוחרפים, האם יש תחושת חוסר רגיעה כשאתה מנסה להימנע, האם אתה חושב ועסוק בזה גם כשאתה לא מול המ־סך, האם אתה ממשיך לעשות את זה למרות נזקים כמו הליכה לישון בשלוש לפנות בוקר, פצעים באיבר המין, יחסים מעורערים עם בת הזוג.

זאת התמכרות של גברים בלבד?

לפי מה שידוע לנו כיום, כמעט כמו כל התמכרות אחרת, יש יותר גברים מכורים מנשים.

אבל עיקר ההתמכרויות היא לחומרים.

כן, ובשנים האחרונות הכוונה היא לא רק לסמים אלא להרבה תרופות מרשם, לדוגמה לטיפול בהפרעת קשב וריכוז ונגד כאבים.

האופיואידים — התרופות משכבות הכאבים?

ההתמכרות לאופיואידים היא מסימני התקופה.

תסביר.

LSD היה החומר הנפוץ של שנות ה־60. זה הלך עם זכויות האזרח ועם חופש, ואנחנו יודעים שמבחינה נוירולוגית LSD מגדיל חשיבה יצירתית ומופשטת. קוקאין שמשרה תחושה של מסוגלות ורצון לנטילת סיכונים כלכליים וכוח היה החומר של שנות ה־80. האופיואידים הם ההתמכרות של ימינו כי הם גורמים לטשטוש של תחושת בדידות.

אבל נותנים אותם נגד כאבים, לא?

המוח לא לגמרי מבחין בין כאב רגשי לכאב פיזי. ההבניה החברתית שלנו הרבה יותר סלחנית להתמכ־רות לאופיואידים אם האדם סובל מכאב פיזי והרבה פחות סלחנית כלפי אנשים שהתמכרו כי פגעו בהם או תקפו אותם. במקרה כזה, הם מתויגים כעבריינים או נטולי כוח רצון. אבל המוח לא מבחין ביניהם, ואנ־חנו חיים בחברה שבה רבים מנסים לטשטש כאב של בדידות והיעדר משמעות. בימינו, במדינות מפותחות המצוקה הנפשית עזה. בארה"ב 4.5% מכורים לאלכוהול ועוד 4% לסמים ותרופות.

התמכרות זה דבר בינארי — אפס או אחד?

בריאות גופנית ונפשית היא לא בינארית, וכלל האצבע הוא שבכל התנהגות מזיקה, כמה שפחות – זה יותר טוב. המטרה היא מידתיות.

ייתכן שאנחנו "מתוכנתים" להיות מכורים למשהו?

אנחנו "מתוכנתים" לחפש גמול והנאה ולהימנע מסבל, וזה בסופו של דבר מגדיל את הסיכוי להתמ־כרות. כל אחד מאתנו חי על הממשק בין מערכת דחף וגמול דומיננטית למערכת ויסות דומיננטית. אם תהיה רק מערכת ויסות וכל היום נחשוש מהשלכות של מע־שינו ולא ניקח שום סיכון – לא נהיה חברה בריאה יותר. העניין הוא ליצור איזון בין המערכות האלה.

בישראל יש דווקא פחות התמכרות למשכבי כאבים.

מצבנו היה אמור להיות רע יותר, כי אצלנו יש בעיות ביטחוניות וכלכליות שתורמות לסטרס, אבל בכל הקשור למשככי כאב המצב רחוק מזה שבארה"ב, למשל. ככל הנראה בגלל השבטיות, ארוחות השבת, המרחקים הגיאוגרפיים הקטנים בין קרובי משפחה – כל אלה תורמים לפחות בדידות.

אז מה הבי בולט אצלנו?

קודם כל גראס. זאת אחת הדרמות הכי הגדולות בתחום ההתמכרויות בתקופתנו.

מה כבר מסובן בקצת גראס?

כשלעצמו זה לא החומר הכי מסוכן מבין החומרים הממכרים, רחוק מזה, אבל בגלל השכיחות הגבוהה של השימוש בו, ההשפעה על בריאות הציבור והאוכלוסייה היא גדולה.

רגע, אבל כל הזמן אומרים לנו שלגליזציה זה טוב וקנאביס רפואי זה חשוב, ואתה אומר שזה מסוכן?

אנחנו אכן במקום מבלבל: מצד אחד יש עדויות שגראס מעלה את הסיכון לפסיכוזה, מצד שני גראס יכול להיות יעיל בטיפול בהפרעות נפשיות שונות.

יש באלה שפגיעים יותר לגראס?

יש אוכלוסיות שלגביהן צריך להיות זהירים במיוחד: אנשים שיש להם נטייה לפתח הפרעות פסי־כיאטריות ובמיוחד פסיכוזות, כולל אנשים עם קרובי משפחה מדרגה ראשונה עם הפרעות פסיכוטיות או דו־קוטביות, ואנשים עם גורמי סיכון אישיים לפתח התמכרות. בני נוער פגיעים במיוחד, וכמובן נהגים.

במה זמן לא נדאי לנהוג אחרי שעישנת קנאבים?

קשה להגיד. העניין הוא לא כמה עישנת, משום שההפרש בין שני זנים יכול להיות פי עשרה או פי 100 מבחינת ריכוז המרכיב הממסטל – כמו בין בירה לוויסקי ואפילו יותר.

יש הורים שמעשנים גראס ומרגישים שזה קצת צבוע להגיד לילד שלהם לא לעשן. ובכלל מה הבי דיל?

זה ביג דיל. ראשית, צריך לזכור שחלק גדול מההורים של היום התחילו לעשן בגיל מבוגר יותר – בדרך כלל אחרי הצבא. בגיל הזה המוח כבר בשל יותר והסיכוי לנזקים קטן יותר. כשההורה עושה גזי־רה שווה בינו לבין בן ה־15 – הוא טועה.

אז העצה שלך היא לא לעשן עם הילדים?

נכון.

ומה לגבי אלכוהול, לתת להם שלוק פה ושם מבוס יין, נניח בארוחה משפחתית?

מחקרים מראים שהשלוקים האגביים האלה עם ההורים מעלים את הסיכוי להפרעות ולהתמכרויות.

אז אם הורים לא יכולים להסתיר לאורך זמן מהילדים שהם מעשנים או שותים, ומצד שני אתה אומר שר־צוי לא לתת להם להתנסות – מה אפשר לעשות?

צריך להיות שיח עם בני הנוער. שהם בעצמם יוכלו להגיד לכם "שתיתי", "עישנתי", כי ההסתרה היא פתח להרבה בעיות. ובכל מקרה זה מורכב. צריך להעביר פה כמה מסרים. כשמעבירים מסר זהה לכל האוכלוסייה – "אל תיגעו בזה" – זה פספוס.

למה?

אם נער בן 14 רואה את אחיו שהשתחרר אחרי קצונה והיה בהודו והוא מעשן קצת גראס ואומר לע־צמו למה שאני לא אעשן – צריך להעביר לו מסר של "תדחה כמה שיותר", אבל ברור שאי אפשר להגיד לו "אתה לא תעשן לעולם".

"כשתגדל תובל לעשן"?

כאן צריך לבחור בין להיות צודקים או חכמים. המסרים הם שהתנסויות הן דבר טבעי ושהחשש הגדול שלנו זה שמה שמתחיל כהתנסות ייהפך להרגל. כולם יודעים שהדרך הנכונה למנוע כניסה להריון אינה לה־פסיק לקיים יחסי מין. על אותו משקל, הדרך היעילה ביותר למנוע התמכרות היא להימנע מכל שימוש, כולל מהתנסות, אך לרוב זה לא ריאלי. התנסויות תמיד יהיו, המטרה היא לנסות למנוע את השימוש הבעייתי והק־בוע. המסר צריך להיות – לעודד לשתף. בשנות ה־80 יצאה ננסי רייגן עם קמפיין Just Say No, כלומר שלילה מוחלטת של ההתנהגות המסוכנת. היום ברור שזה לא עבד, כל קמפיין הפחדה לא הוכח כאפקטיבי. יש לנו את המעבדה האנושית הגדולה ביותר, מעבר לים, ואפשר ללמוד ממנה.

מה למשל?

שהמלחמה בסמים בכל העולם נכשלה, ולמרות קמ־פיינים נגד סמים והשקעה של משאבים עצומים, אכי־פה ומאסרים – שכיחות השימוש בחומרים לא פחתה. זה אבסורד. במקום להשקיע באיתור, טיפול ומניעה, העולם הלך למסלול של רישומים פליליים שפוגעים בעתיד של אנשים, ועדיין לא עמד במשימה. כך שגם אם הלגליזציה של קנאביס לא מפחיתה את השימוש באופיואידים למשל – היא מורידה את הנזקים.

כלומר, אתה בעד לגליזציה?

כן, כי קודם כל כי זאת רכבת שכבר יצאה מהתחנה. הלגליזציה מתרחשת בשטח, והשאלה היא לא אם אני בעד, אלא מה צריך לעשות אחרת כדי שלא נתעורר למציאות של לגליזציה שלא בשליטתנו. חייבים שא־נשי מקצוע מתחומים כמו מניעה, נוער, תאונות דרכים ואחרים יהיו שותפים. מטריד שלמדינה אין שום תוכ־נית. להתמכרויות יש גם השלכות כלכליות אדירות.

מה עוד תומך בלגליזציה?

היתה לא מזמן מכה של שימוש בחומר שנקרא "נייס גיא" אצל חיילים, במקום קנאביס. למה? כי זה לא היה מתגלה בבדיקות שתן. במקרה כזה יש סיכוי שלגלי־זציה של קנאביס תקטין בצורה משמעותית שימוש בחומרים אחרים שמזיקים יותר. אגב, גם בלי לגליזציה

צילומים: עופר וקנין

ישראל היא מדינה "קרחניסטית".

וואלה?

המונים משתמשים בקנאביס באופן אינטנסיבי בטיול אחרי הצבא, רק שבניגוד לאירופאים, הישראלים ממשיכים לעתים קרובות לצרוך סמים בדפוס דומה גם לאחר החזרה הביתה.

יש גם דוגמאות טובות מהעולם?

יש הרבה דרכים יעילות להפחית נזקים. בפורטוגל עשו דה־קרמינליזציה גורפת על כל הסמים – וראו צמצום של הנזקים. בשוויץ מי שמכור להרואין יכול לקבל מרשם להרואין. כי ממה בסוף מתים? מחומר מעורבב, ממזרקים מזוהמים. מבחינתי, כל תנועה בכיוון הזה שמפחיתה מוות, מחלות ונזקים היא תנועה טובה. נכון שזה מורכב, אבל האנושות מורכבת. במהות צריך להבין שבסמים לא נלחמים, אלא מנסים למנוע שימוש לרעה והתמכרות. הלוואי שזה השיח שיתפתח ולא רק איך מעניש את אלה שאיבדו שליטה.

כלומר גישה חיובית ולא שלילית.

אם נפנים שהתמכרות היא הפרעה רפואית, ניגש לזה ביותר חמלה, מערכות הבריאות יתחילו להתייחס לזה כבעיה, וגם אנחנו מול ילדינו, בני זוגינו והורינו. חשובה ההבנה של הסבל שעומד בבסיס התמכרויות. לא מספיק לעורר במתמכרים מוטיבציה להילחם בהתמכרות, אלא צריך תחושת מסוגלות, כי שם מונחת הבעיה. שילוב של מוטיבציה גבוהה עם תחושת מסוגלות נמוכה זה מתכון לתסכול – כי מנסים ולא מצליחים, ואז התסכול רק מחריף את ההתמכרות. לכן אנחנו צריכים לעזור להם למצוא בתוכם איים של מסוגלות.

איך עושים את זה?

לכל אדם יש את הסיבות שלו לשנות התנהגות. במקום להגיד לאנשים "זה רע לך" צריך להגיד "איך עוזרים לך" ובעיקר "איך עזרת לעצמך בעבר". להתייחס לכל אדם כאל מומחה בעצמו. כל אחד מאתנו משנה את התנהגותו בהתאם לעולם הערכים והתסכולים האישיים שלו. צריך לברר את הדברים האלה ולא להניח שיש ערך עליון אחד שבשמו הממסד יגרום לאנשים להיגמל. זה נכון לגבי כל החומרים וכל הגילים, ואצל צעירים זה משמעותי אפילו יותר.

מה דעתך על מהפכת הקנאביס הרפואי שמוביל משרד הבריאות בשנים האחרונות?

יש לי ביקורת על האופן שבו זה נעשה לעומת לגליזציה, כי אין קשר מספיק טוב בין המצבים הרפואיים שמזכים בקנאביס רפואי בישראל לבין המחקר.

תסביר.

בקנדה ובמדינות ארה"ב שבהן יש קנאביס רפואי, מותר לרופא לרשום קנאביס בכל מצב שבו הוא מתרשם שם שאפשר כך להיטיב עם מצב המטופל. אצלנו יצרו רשימת אבחנות מצומצמת שעבורן ניתן לרשום קנאביס, ורבות אחרות מוחרגות מהרשימה, והדבר רחוק מלהיות מבוסס מספיק. בנוסף, הסבל האנושי הוא על פני ספקטרום. למה מטופל שהכאב שלו עלה לדרגה 7 מקבל רישיון לקנאביס, אבל מטופל שסובל מדיכאון ובדידות צריך להשיג את החומר דרך דילר ובמחיר גבוה? גוזרים על המערכת הרפואית פסאודו־מדיקליזיציה במקום להגיד שזאת יותר סוגיה חברתית מרפואית.

למה חברתית?

כי מאות אלפים בישראל צורכים קנאביס. מספר בעלי הרישיון לקנאביס רפואי עובר את ה־50 אלף וההערכה היא שקצב הזליגה של החומר הוא 1 ל־3.

זליגה לאנשים שלא אמורים לקבל?

כן, על כל אדם שמקבל רישיון לקנאביס רפואי שלושה אנשים "נהנים". גם המינונים שנקבעו גבוהים מאוד, וזה עוד פתח לזליגה. כך שלמעשה אנחנו מסבסדים קנאביס לכ־200 אלף איש.

מטורף.

השאלה היא איפה האיזונים והבלמים. בנושאים כמו גיל תחילת שימוש באלכוהול ועישון, או מיסוי של מוצרים מזיקים, רוב האנשים יסכימו שהמדינה צריכה להתערב כחלק מהאחריות שלה כלפי אזרחיה.

כל אחד יבול לידפך למכור למשהו?

תיאורטית כן, אך ישנם גורמי סיכון מובהקים ולא כולם מתחילים באותה סירה. יש אנשים שמנסים דברים לעומת כאלה שלא. לא כל ילד מסתובב במחשבה של בית הספר, ומבין אלה שכן יגיעו לשם לא כל אחד יעשן בסוף. גם בין אלה שיעשנו במחשבה – לא כולם ימשיכו לעשן בבגרותם. האוכלוסייה "המועדת לפורענות" הם אלה שמחפשים ריגושים, חידושים, שנוטים לקחת סיכונים ומתמודדים עם קשיים נפשיים כמו חרדה חברתית והפרעת קשב וריכוז. ובעיקר אנשים שסבלו מטראומות קשות בצעירותן.

יש גן של התמכרות?

לא גן בודד. כיום אפילו לא מתיימרים לחפש את הגן שגורם להתמכרות כי אין כזה. אבל יש שילובים גנטיים שמגדילים את הסיכוי לחיפוש ריגושים, לנטילת סיכונים ולקושי בוויסות רגשי. אבל ההשפעה הסביבתית קריטית. אם לוקחים גנטיקה עם פוטנציאל גבוה יותר להתמכרות ומוסיפים לכך טראומה מוקדמת – מקבלים סיכון הרבה יותר גבוה להיחשף לחומרים ולאיבוד שליטה. צריך להכיר בעובדה שלא לכל אחד קל להגיד לא. כשניגשים עם אמפתיה, לא עם קבלה של ההתנהגות אלא של האתגר שיש בלהגיד לא, אז קל יותר בהמשך לשים פוקוס על ההתנהגות עצמה.

יש התמכרות טובה, נניח כמו שאומרים על ספורט?

אין התמכרות טובה, יש התמכרויות פחות מזיקות. התמכרות היא אובדן שליטה וסבל – זאת הבעיה. אם אני מכור לספרים אבל מזניח את ילדיי – זאת התמכרות מזיקה. היא יותר אלגנטית, אבל מזיקה. להתמכרות להתנהגות חיובית לכאורה יכולים להיות נזקים בזירות האישיות והתעסוקתיות. הכניסה של התמכרות להימורים להגדרה של התמכרויות איתגרה אותנו בכך שלא ברור איפה לקבוע את הגבול של ההתמכרות.

חוץ ממין, פורנו, הימורים ומשחקי מחשב, יש עוד התמכרויות בקנה?

כרגע לא. אבל אולי בעתיד נדע יותר על התמכרות לקניות, למערכות יחסים הרסניות, לניתוחים פלסטיים. מצד שני אם נפריז ונתחיל לכלול כל דבר בהגדרה של התמכרות נעבור את ה"טיפינג פוינט". ברגע שיותר מ־50% מהאוכלוסייה תוכר כסובלת מהתמכרות כלשהי, זה יהפוך את הפתלוגי לנורמלי. הבעיה הגדולה בישראל היא במערכת הבריאות.

מהי הבעיה?

שהאחריות הביטוחית לטיפול בהתמכרויות היא לא תחת קופות החולים, אלא תחת משרד הבריאות. זה הכי בולט ובוטה בתרופות מרשם: המטופל מקבל דרך קופת החולים תרופות הרגעה, שינה, תרופות להפרעת קשב וריכוז כמו רטלין, אטנט ועוד, אבל כשמתחילה בעיה של התמכרות, הקופה לא מחויבת לטפל בו, כי ברפורמה לבריאות הנפש שכחו את הסובלים מהתמכרות מאחור.

למה שכחו אותם?

כי לא היה מי שיתעקש על זה. תרמה לכך גם התפישה השגויה שהתמכרות היא אשמתו של האדם שבחר בחירות לא נכונות. אם האדם סובל מהשמנת יתר ופיתח מחלות לב ונדרש לניתוחים וטיפולים – לא אומרים לו שזאת אשמתו. גם אם עישן סיגריות ונדרש לתרופות יקרות והשתלות מטפלים בו כמו בכולם. אבל כשזה מגיע לטיפול בהתמכרות שולפים את הענייין של אחריות הפרט, וזה דבר ציני ביותר ושגוי מיסודו, בעיקר במצבים שבהם מי שנותן את המרשמים לתרופות הממכרות האלה הן קופות החולים.

ואתה לא חושב שלאדם המכור יש אחריות אישית?

בסופו של דבר אנשים לא מפתחים התמכרות כי טוב להם, אלא כי רע להם. בסמים מסוימים זה בולט במיוחד: ל־85% מהנשים שמכורות לחומרים כמו הרואין וקוקאין יש טראומה מינית משמעותית, שהתרחשה בדרך כלל לפני גיל 12. במרבית המקרים לצד ההתמכרות יש הפרעה נלווית כמו פוסט־טראומה, דיכאון, הפרעת קשב וריכוז. כשיצאה הרפורמה בבריאות הנפש העבירו בצדק את האחריות הביטוחית לטיפול בהפרעות האלה לקופות, הבעיה שהטיפול בהתמכרויות נשאר תחת משרד הבריאות.

זה באמת אבסורד.

עכשיו שוו בנפשכם את אותה אישה שיש לה פוסט־טראומה וגם התמכרות ושולחים אותה לשתי כתובות. אבל היא אישה אחת, וכל המחקר מראה שהטיפול היעיל בה הוא אינטגרטיבי תחת קורת גג אחת. המערכת בנויה בצורה מנוגדת לכל היגיון קליני וכלכלי. ויש פה גם אבסורד כלכלי: טיפול מפוצל הוא לא יעיל וכרוך בבזבוז משאבים.

איך מטפלים במתמכרים ברמה הסביבתית?

מסייעים לאדם לחזור למעגלים החברתיים, לפעילות שנותנת לו סיפוק והנאה. הרי אף אחד לא אמר לעצמו בתור ילד "כשאגדל אני רוצה להיות מכור". החברה נוהגת בשיפוטיות גדולה כלפי אנשים שסובלים מהתמכרות, ולעתים קרובות הם השופטים הכי גדולים של עצמם. כשדוחקים אותם לפינה יש בזה משהו מבזה, אז הם מכחישים את הבעיה. כשדוחפים לאנשים משהו לגרון הרבה פעמים הם מקיאים. זה אחרת כששואלים ומזמינים לשיחה ומדברים על נזקים, בעיקר כאלה שנוגעים למערכת הערכים של האדם עצמו, ובסוף תמיד מחזירים את הכדור לבן אדם עצמו ושואלים מה עכשיו. תקשורת יעילה נמצאת בבסיס הטיפול בהתמכרויות.

מה עוד המדינה צריכה לעשות?

לפני הכל צריך לעודד יותר תוכניות מניעה שיביאו בחשבון גם מרכיבים של הגדלת מסוגלות חברתית ועמידה בלחץ חברתי אצל בני נוער, תפישת עצמי ומקומי בחברה, ומרכיבים נוספים כמו שיש במודל המפורסם שפותח באיסלנד – מרכיבים קהילתיים של חלופות לחומרים מסוכנים, וסיוע להורים לרכוש כלים תקשורתיים בסיסיים כדי שיהיו כמה שפחות הסתרות ושקרים, כך שהורים יוכלו להעביר את המסר המאוזן בין פתיחות להצבת גבולות.

באיסלנד הצליחו?

הם הצליחו בצורה שלא תתואר, זה עד היום המודל המוצלח ביותר למניעה. כבר בשנות ה־90 הם ראו ששיעור השימוש לדעה באלכוהול בקרב בני נוער מרקיע שחקים. בניגוד ל־Just Say No, הם הציבו את השאלה מה כן. בשורה התחתונה, יש שפע של כלים יעילים ותחום הטיפול בהתמכרויות פורח בעולם. לצערי הרב, הוא עדיין נמצא בפיגור משמעותי בישראל, ואת המציאות הזאת חייבים לשנות. ●

צילום: Jessica Hill/אי־פי

צילום: Cabezonication/iStockphoto via Getty Images IL

"מצבנו היה אמור להיות רע יותר, כי אצלנו יש בעיות ביטחוניות וכלכליות שתורמות לסטרס, אבל בכל הקשור למשככי כאב המצב רחוק מזה שבארה"ב. ככל הנראה בגלל השבטיות, ארוחות השבת, המרחקים הגיאוגרפיים הקטנים בין קרובי משפחה"

"כולם יודעים שהדרך הנכונה למנוע כניסה להריון אינה להפסיק לקיים יחסי מין. על אותו משקל, הדרך היעילה ביותר למנוע התמכרות היא להימנע מכל שימוש, אך לרוב זה לא ריאלי. התנסויות תמיד יהיו, המטרה היא למנוע את השימוש הבעייתי והקבוע"