الجمهورية اللبنانية - المركز التربوي للبحوث والإنماء

الجمهورية اللبنانية
وزارة التربية والتعليم العالي
المركز التربوي للبحوث والإنماء

دراسات

ساحل عاج المختبرات

في لبنان

إعداد : الدكتور أنطوان لطف الله البستاني

الجمهورية اللبنانية
وزارة التربية الوطنية والفنون الجميلة
المركز التربوي للبحوث والانماء

الجمهورية اللبنانية
مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

دراسة

الإدمان على المخدّرات في لبنان

اعداد : **الدكتور انطوان لطف الله البستاني**
بالتعاون مع
الاستاذ أمين أبي سلوم
السيد فؤاد البستاني
اشراف : مكتب البحوث التربوية
الدكتور جوزف انطون
الاستاذ عبدو القاعي

الكتاب التربوي ٨

المحتوى

- تصدير ——— ٣
- تمهيد ——— ٤
- الفصل الأول : **أهداف البحث وفرضياته ومنهجيته ومراحله** ——— ٥
- الفصل الثاني : **هوية المدمن** ——— ١٥
- الفصل الثالث : **المدمن والمخدر** ——— ٣٥
- الخلاصة ——— ٤٨

تصدير

يقدم المركز التربوي للبحوث والانماء دراسة حول الادمان على المخدرات ، تتناول تشخيص هذه الظاهرة المرضية من الناحيتين الفردية والجماعية ومدى انتشارها في بعض المناطق اللبنانية ، ويمكن اعتبار هذه الدراسة مقاربة أولى لا تطمح الى التحديد الاحصائي نظراً لصعوبة العمل في هذا الميدان كما هو معروف عالمياً .

ومن ميزات هذه الدراسة انها تربط بين هذه الظاهرة وعوامل عديدة أهمها : الأسباب العائلية والنفسية والاجتماعية وغيرها .

واننا اذ نشكر المسؤول عنها والفريق المعاون له ، على الجهود المبذولة في مثل هذا المجال الوعر وعلى الروح الجدية والانسانية والعلمية التي تحلوا بها ، نصدر هذا المؤلف الأول من نوعه في لبنان بكل اعتزاز وخصوصاً بمناسبة السنة العالمية للمعاقين ، رغم ما نعرف بأن المدمنين لا يدخلون مبدئياً في اطار المعاقين .

رئيس المركز التربوي للبحوث والانماء بالوكالة

جورج المرّ

تمهيد

نمرّ منذ مدة بفترة يتناقل فيها المواطنون قصة الادمان على المخدرات. منهم من أُصيب بها من خلال احد مقرّبيه او انسبائه او اصدقائه فذاق، ولو بواسطة غيره، مرارتها. منهم من شاهدها على وجوه فقدت نضارتها ومن خلال تصرفات جرَّدت من بعدها الانساني والاخلاقي فاشمأز او اخذته الشفقة او ساوره القلق. منهم من سمع بها فلم يأبه ولم يشعر بأنه معني لا من قريب ولا من بعيد. هناك قلة ترفض وجود المشكلة اما لاسباب شخصية، مرضية كانت أم سياسية أم غير ذلك واما خوفاً من مجابهتها.

نرفض شخصياً الدخول في جدل حول المشكلة أم عدم وجودها. فالنقاش صعب أو حتى مستحيل مع من لم يرها بعد ولم يشعر بها ولم يقتنع بوجودها. ومن يطلب ارقاماً واحصاآت كمية «للاقتناع» فليفتش عنها حتى يجدها. اما نحن فقد اخترنا الانتقال من مرحلة الكلام ولفت النظر والتنبيه الى مرحلة علمية تتبلور بدراسة ميدانية على المدمنين ذاتهم.

ما هو هدف هذه الدراسة؟

الادمان على المخدرات حدث اخذ في القرن العشرين طابعاً اجتماعياً عالمياً. وقد ظل اللبنانيون في مأمن نسبي منه الى ان وقعت الحرب سنة ١٩٧٥، فلحق مجتمعنا في ركاب المجتمعات الغربية. لكن لا حاجة للقول ان التكوين الاجتماعي للجماعات يختلف من شعب الى آخر فالسؤال الذي يطرح نفسه اذ ذاك هو: هل ان المسببات الاجتماعية الكامنة وراء الادمان هي ذاتها في مجتمعات مختلفة البنية والحضارة؟ هل هناك مميزات اجتماعية مرضية خاصة بالمجتمع اللبناني دفعت بعض أفراده الى تناول المخدرات، وما هي تلك الخصائص؟

ثم هناك الوجه العيادي اي بنية المدمن السيكولوجية. فالوقوع في الادمان له ثلاث مسببات، واحدة اجتماعية والثانية سيكولوجية والاخيرة – وهي احدثها وقد تقدمت الابحاث فيها شوطاً كبيراً – بيولوجية. ركّزنا في دراستنا التي تناولت خمسين مدمناً على الوجه الاجتماعي آخذين بعين الاعتبار نواحي اجتماعية عديدة تشكل عوامل تسهل الوقوع في الادمان. اما الوجه السيكولوجي فقد جرى درسه خلال لقاءات عيادية متكررة وسنتوسع في سرده في القسم الثاني من الدراسة الذي سيلي نشر هذا القسم.

أتقدم مع اعضاء الفريق السيد أمين أبي سلوم والسيد فؤاد البستاني بالشكر للمسؤولين في المركز التربوي للبحوث والانماء لشعورهم بضرورة القيام بدراسة كهذه وتمويل المركز إياها وللتفهم والمساعدة اللذين أبدوها اثناء عملنا الشاق في هذه الظروف الأمنية الحرجة، آملين متابعة التنسيق لاكمال الدراسة.

رئيس الفريق **الطبيب انطوان لطف الله البستاني**

الفصل الأوّل

١ – ١ – تحديد الموضوع
١ – ٢ – المشكلية
١ – ٣ – اهداف البحث:
١ – ٣ – ١ – الهدف العام
١ – ٣ – ٢ – الاهداف الخاصة
١ – ٤ – اهمية البحث
١ – ٥ – فرضيات البحث
١ – ٦ – منهجية البحث
١ – ٦ – ١ – العينة
١ – ٦ – ٢ – المقابلات
١ – ٦ – ٣ – كيفية تنفيذ الدراسة
١ – ٦ – ٤ – تحليل النتائج
١ – ٧ – حدود البحث وقيوده
١ – ٨ – مراحل البحث

أهداف البحث وفرضيّاته ومنهجيّته ومراحله

١ – ١ – تحديد الموضوع :

تبرز في لبنان حالياً ظاهرة : «**تفشّي الادمان على المخدرات بمختلف انواعها في صفوف الشباب اللبناني الذين تتراوح اعمارهم بين ١٨ و ٤٥ عاماً**».

ولا يخفى ما لهذه الظاهرة من انعكاسات سيئة على الصعيدين الفردي والوطني خاصة من النواحي التربوية والصحية والاجتماعية والاقتصادية، فالرأسمال الانساني هو أثمن ما للوطن من طاقات وامكانات.

١ – ٢ – المشكلية :

تطرح هذه الظاهرة مسائل عدة أبرزها النقاط التالية :

- **طبيعة العصر الذي نعيشه** : وما يستتبع ذلك من تعقيد وتشابك في ظروف الحياة وسبل العيش خاصة في مجتمع استهلاكي كمجتمعنا، اذ انه لم يعد من السهل ان نحيا في الربع الاخير من القرن العشرين حياة بعيدة عن اجواء الاحباط والقمع وعدم الاشباع (خلق حاجات جديدة).
- **الظروف الصعبة التي يعيشها لبنان** منذ حوالى اربع سنوات والناتجة عن الحرب، مع ما استتبع ذلك من مشكلات اقتصادية واجتماعية ونفسية... الخ.
- **تفشّي زراعة بعض انواع المخدرات** في بعض المناطق اللبنانية.
- **ضعف الرقابة وعدم التقيد بالقوانين والانظمة النافذة بشأن** :الاتجار وتعاطي المخدرات، مما يجعل من السهل الحصول على هذه المواد المضرّة.
- **انهيار بعض القيم** وضعف الضوابط الاخلاقية والروابط العائلية : مثلا ضعف سلطة الأب...

١ – ٣ – اهداف البحث :

١ – ٣ – ١ – **الهدف العام** : ان هدف هذه الدراسة هو التعرّف على مدى

انتشار ظاهرة الادمان على المخدرات في أوساط الشباب اللبناني وفقاً لانتماءاتهم الاجتماعية، مع تعليل اسباب تلك الظاهرة وصولاً الى اقتراح الاجراءات العلاجية او الوقائية المناسبة.

١ – ٣ – ٢ – **الاهداف الخاصة**: فيما يلي أبرزها:

- اعطاء صورة تقديرية عن حجم الظاهرة في توزعها الجغرافي
- تحديد اسباب هذه الظاهرة والظروف المؤدية الى ذلك
- تعيين انواع المخدرات المتفشّية
- تحديد الانتماءات الاجتماعية للمدمنين
- تصنيف المدمنين وفقاً لانواع المخدرات المتفشّية ولانتماءاتهم الاجتماعية
- اقتراح سبل العلاج الممكنة

١ – ٤ – اهمية البحث:

يعتبر هذا البحث خطوة اساسية وأولية من شأنها ان تفسح المجال لابحاث اعمق واشمل، بشكل يمكننا عبره التوصل الى حل تلك المعضلة باتخاذ الاجراءات العلاجية والوقائية الملائمة وذلك من خلال:

- تحديد الاطر العامة لمعالجة المشكلات النفسية والاجتماعية عند المدمن.
- ابراز الدور الذي يجب ان تلعبه المؤسسات العامة والخاصة في جميع المجالات الوقائية والعلاجية
- تحديد أبرز العوامل البيئية والاجتماعية والنفسية التي تؤدي الى الادمان على المخدرات والطرق الكفيلة بالحد من تأثير تلك العوامل.

ان اهمية هذا البحث تنبع من اهمية الشباب انفسهم لأن الرأسمال البشري هو أثمن ما يمتلكه الوطن من ثروات.

١ – ٥ – فرضيات البحث:

لا بد لنا من تحديد أهم الفرضيات التي يستند اليها هذا البحث بحيث تكون النتائج المتوخاة هي المؤشرات العلمية للدلالة على صحة هذه الفرضيات أو بطلانها. وعليه فقد اقتصر عدد الفرضيات المطروحة على خمس هي:

- ان الحرب في لبنان قد ساهمت الى حد كبير في تفاقم ظاهرة الادمان على المخدرات في أوساط الشباب.

- ان ضعف السلطات الابوية وتفكك العلاقات العائلية قد زاد من حجم هذه المشكلة.
- ان الفراغ النفسي والحرمان العاطفي هما من أبرز الاسباب التي تؤدي الى الادمان على المخدرات.
- ان العلاقة بين المدمن على المخدرات وبين عائلته هي علاقة سلبية في معظم الاحيان.
- ان تدني المستوى الثقافي هو من العوامل التي تسهل تعاطي المخدرات.

١ – ٦ – منهجية البحث:

انها دراسة عيادية تستند الى الدراسات المنشورة في البلدان الاجنبية والعربية والى البحوث المتعلقة بأنواع المخدرات وطرق مكافحتها ومعالجة المدمنين عليها كأساس نظري لها. كما تستند الى المقابلات العيادية التي يتم تطبيقها على عينة من المدمنين يتم اختيارها بشكل عمدي وفقاً لمتغيرات تعتبر اساسية لتحقيق اهداف هذا البحث.

١ – ٦ – ١ – **العينة**: ان عدم توفر احصاء دقيق وشامل للمدمنين على المخدرات في لبنان يدفعنا الى عدم الاعتماد على عينة ذات نسب تمثيلية بل اختيار عينة متساوية النسب (Echantillon Equiproportionnel) قسمت هذه العينة الى عدة فئات وفقاً لحالات الادمان التي تم تحديدها وتصنيفها نتيجة للاتصالات مع كافة المحيطات والمراكز التي تعتبر على علاقة مع المدمنين ولم يتعدَّ عدد الحالات المختارة ٥٠ حالة تتراوح اعمارهم بين سن ١٨ و ٤٥ سنة كما وأن عدد حالات المدمنين الذين بدأوا تعاطي المخدرات قبل الحرب كان ١٥ وعدد الحالات التي ظهرت بعد الحرب ٣٥.

١ – ٦ – ٢ – **المقابلات**: يعتمد هذا البحث على نوعين من المقابلات:

- مقابلات عيادية.
- مقابلات اجتماعية تعتمد الطريقة الحرة وغير الموجّهة في طرح الاسئلة

هذه المقابلات تساعد على توضيح المسائل المتعلقة بالمدمن والضرورية لهذا البحث.

من هذه المسائل نذكر:

- الاحداث الهامة التي تعرَّض لها الشخص.
- جو البيئة التي يعيش فيها، مع التركيز على شخصية كل من الأب والأم ومدى تأثير ذلك على شخصيته.
- خصائص شخصية المدمن.
- البيئة الاجتماعية للمدمن، الرفاق، الزمر.
- نوع المخدر الذي يتعاطاه.

– مهنة المدمن ودرجة ثقافته ومستواه الاقتصادي.

وذلك بهدف تكوين ملف كامل عن المدمن وعن أُسرته.

١ – ٦ – ٣ – **كيفية تنفيذ الدراسة**: قام بتنفيذ المقابلات طبيب واختصاصيون في علم الاجتماع وعلم النفس، وذلك في المستوصفات او دوائر مكافحة المخدرات او في عيادة الطبيب، وهذه المقابلات لم تقتصر على شخص المدمن بل تعدت ذلك الى الاتصال بمعارفه وأقاربه، مع الاطلاع على الملفات التي تخص المدمن، وصولاً الى تكوين صورة شاملة عن مختلف افراد العينة المختارة.

١ – ٦ – ٤ – **تحليل النتائج**: وهنا عمد الباحث الى طرائق تحليل المحتوى كمّاً وكيفياً.

١ – ٧ – **حدود البحث وقيوده**:

ان ضعف الامكانات المادية والظروف الامنية الصعبة التي يمرّ بها لبنان وضرورة التقيّد بالهدف الاساسي كبحث أولي كلها قيود فرضت على الباحث التقيّد بحدود معينة نذكر منها ما يلي:

– ان هذا البحث يقتصر على عينة مكونة من ٥٠ شخصاً تتراوح اعمارهم بين ١٨ و ٤٥ عاماً.

– ان المناطق الجغرافية التي شملها البحث هي: مدينة بيروت وضواحيها.

١ – ٨ – **مراحل البحث**:

١ – ٨ – ١ – **المرحلة الاولى**: لقد تم تنفيذ المهام التالية خلال هذه المرحلة.

١ – ٨ – ١ – ١ – **جولة استطلاعية**: قام فريق الدراسة بجولة على مستوصفات اختيرت في عدة احياء من العاصمة. كان لهذه الجولة هدفان:

– التعرف على المسؤولين والاستماع اليهم فيما يتعلق بالادمان في احيائهم ومدى تفشيه بين السكان ومدى اهتمامهم بهذا الموضوع (هل هو مشكلة بالنسبة اليهم أم لا؟) ومدى استعدادهم للتعاون معنا خلال اجراء الدراسة.

– الاتفاق على طريقة العمل من حيث اختيار المدمنين ومقابلاتهم. الاماكن التي زارها فريق العمل كانت على نوعين: مستوصفات اهلية ومراكز حزبية.

– مستوصف حي السريان.
– مستوصف مار يوسف – برج حمود.
– مستوصف عين الرمانة.
– مستوصف الاشرفية.
– مركز فرن الشباك.
– مركز عين الرمانة.
– مستوصف انطلياس.
– مستوصف سد البوشرية.

جميع المسؤولين مدركون حجم المشكلة ويعترفون انه لا سبيل لديهم لمواجهتها، وقد وضعوا امكانياتهم بتصرّف فريق الدراسة.

اتضح لنا ان مستوصف انطلياس لا يستقبل مرضى بل محتاجين الى مساعدات غذائية واجتماعية. لذا فقد شطب من اماكن عملنا. كذلك مستوصف البوشرية.

١ – ٨ – ١ – ٢ – **اختيار الحالات**:

طلبنا من المساعدة الاجتماعية في كل مستوصف ان تبني علاقة مهنية مع جماعات المدمنين على ان تقنع البعض منهم بزيارة الطبيب من أجل مساعدته، اذ ان العمل بالارغام مع المدمنين لا يعطي أية نتيجة جدية. ولم نتخذ حالة التبعية الجسدية مقياساً وحيداً للإدمان بسبب صعوبة العلاقة مع هذا النوع، في الظروف الامنية الحالية.

لقد توسعنا باختيارنا الى التبعية النفسية والاعتياد. اما الاعمار فتتراوح بين الخامسة عشرة والرابعة والاربعين، كما اننا قسمنا الحالات المدروسة بالنسبة الى عدد المراكز والمستوصفات التي جرى العمل فيها.

ان الصعوبات العملية التي واجهت فريق الدراسة كثيرة. منها ان العلاقة الاكلينيكية بين الطبيب والمريض من الصعب ان تكون صحيحة اذا لم يكن الفريق المعني اي المريض راغباً حقاً في بنائها من خلال وضع علاجي يطلبه. في الواقع، وحتى في وجود بنية طبية اجتماعية سوية وثابتة، فان نسبة هذا النوع من المدمنين قليلة جداً. كيف اذاً والعمل الطبي – الاجتماعي في لبنان هو على ما هو عليه؟ لذا فان معظم المدمنين الذين عايناهم وجرت الدراسة معهم حتى الآن (وعددهم عشرون مدمناً)

لم يأتوا إلا على طلب من المساعدة الاجتماعية او من رؤسائهم. على اننا نحاول في المقابلات العيادية المتكررة تسوية هذه النقطة.

تكمن الصعوبة الثانية في الوضع الأمني السائد حالياً في المناطق التي نعمل فيها. لقد لاحظنا ان المدمنين الكبار يعيشون داخل جماعات شبه مغلقة وفي بيئة يختلط فيها الادمان والاتجار والتهريب. فالوصول الى هذه الجماعات عملية خطيرة في الوقت الحاضر.

١ – ٨ – ٢ – **المرحلة الثانية**: تتّسم هذه المرحلة بعملين رئيسيين:

– مباشرة الدراسة العيادية
– وضع الاستمارات اللازمة للدراستين النفسية والاجتماعية

١ – ٨ – ٢ – ١ – **الدراسة العيادية**: باشرنا اللقاءات العيادية مع المدمنين مرتين في الاسبوع، في المستوصفات الآنفة الذكر. شدّدنا على النقطة المهمة التالية وهي ضرورة اقناع المدمن مقابلة الطبيب كي يتقدم اليه بملء خاطره فيجري اللقاء في جوّ سليم، لأن الارغام في هذه الحالات يجعل العلاقات خاطئة ومضطربة، فيحيد العمل عن الهدف الذي يبتغيه. هدفنا ليس تجميع المدمنين وايهام انفسنا وغيرنا اننا «نعمل» و «نبحث» ونصدر دراسات، بل الهدف هو الدخول الى عمق شخصية المدمن لدراسة تكوينها ومحاولة اكتشاف الاسباب الحقيقية الكامنة وراء ميله الادماني. كل هذا يتطلب تعاوناً صادقاً من قبل المدمن، دلتنا التجارب انه من الصعب الحصول عليه بسهولة ومنذ اللقاء الاول، وذلك رغم التطمينات التي تعطى له. لذا كان علينا اجراء عدة مقابلات مع كل حالة، تراوح عددها بين الاثنين والست مقابلات. وقد اضطررنا احياناً وقف الدراسة وشطب الحالة اذا اتضح لنا عدم الصدق في الكلام وعدم الجدية في التعاون.

عدد الحالات التي خضعت للدراسة في المرحلة الثانية هي خمس عشرة حالة، وهي تشكل ما بقي من اصل ثمانية عشر مدمناً خضعوا للدراسة فنكون اذاً قد شطبنا ثلاث حالات.

لقد اتبعنا في لقاءاتنا العيادية الطريقة غير الموجهة (Méthode non directive) وقد طبقناها كلما سمح لنا بذلك الوضع العيادي. كنا مستمعين ومحلّلين اكثر منا سائلين و «محققين» اقتناعاً منا ان المدمن هو بحاجة لمن يسمعه ويفهمه ويكرّس له بعضاً من الوقت للاهتمام بمشاكله الاجتماعية وأزماته

النفسية. فقد اعتاد على علاقات خاصة مع محيطه تدور حول محور الادمان وهي علاقات تبنى على اساس الوعظ او التوبيخ او التهديد الى ما هنالك من تصرفات تجعله يستجيب بانغلاق على ذاته، «بقطع العلاقات» مع الآخرين، السويّين، وبناء علاقات جديدة مع من هم بوضع مشابه لوضعه.

اثناء اللقاءات العيادية المتكررة، طلب معظم المدمنين المعالجة. لم يكن باستطاعتنا عدم طرق هذا الموضوع معهم كي لا نظهر تجاههم مجرد باحثين وهم مجرد حالات خاضعة للبحث ليس إلاّ. فبرأينا ان المدمن انسان مريض علينا قبل «دراسته»، مساعدته. لذا لم نتخلَّ عن البعد الانساني والطبي في دراستنا. وهذا لا يعني اننا كنا نستجيب مباشرة وبطريقة آنية لطلب المدمن العلاج. فمبررات هذا الطلب ودوافعه تختلف من مدمن الى آخر وهي ليست في جميع الاحوال صادقة.

اما البحث الاجتماعي فكان يجري حسب الظروف المؤاتية، خلال فترة الدراسة العيادية أو بعدها، وهو كناية عن لقاء كان يجرى مع الاهل او المحيط للاطلاع على البيئة التي عاش ويعيش فيها المدمن وعلى الظروف المعيشية والاقتصادية الى ما هنالك من عوامل بامكانها لعب دور ما في ظهور الادمان.

كان مع الباحث الاجتماعي محقق ميداني يقوم بالعمل المطلوب منه.

١ – ٨ – ٢ – ٢ – **وضع الاستمارات**: كنا قد بدأنا بوضع استمارتين إحداهنَّ نفسية واخرى للدراسة الاجتماعية. بعد فترة تجريبية ارتأينا انه من الأفضل دمجها باستمارة واحدة لتسهيل العمل من جهة وعدم ازعاج المدمنين بكثرة الاسئلة، حيث ان قسماً منها يتلاقى او يعاد طرحه لضرورة العمل.

١ – ٨ – ٣ – **المرحلة الثالثة**:

تابع الفريق خلال هذه المرحلة مقابلة المدمنين. ان الحالات التي توصلنا الى دراستها هي ست وثلاثون حالة. فيكون اذن مجموع الحالات التي جرى البحث عليها واحد وخمسون حالة. والعدد المطلوب للدراسة هو خمسون حالة.

الشيء الذي يستحق الملاحظة هو التالي: لقد كانت مقابلاتنا مع المدمنين في هذه المرحلة أقل صعوبة من الماضي والجوّ السائد كان أقل توتراً. ذلك ان المساعدات الاجتماعيات اللواتي كنَّ يحضِّرن لنا الحالات اصبحن اكثر تفهّماً للموضوع وأقل قلقاً امام المدمنين، مما كان له صدى ايجابياً لديهم فظهر جلياً خلال المقابلات الدراسية. هذا التغيير الايجابي عند المساعدات

الاجتماعيات مردّه لسببين : الاول بعض الارشادات والمعلومات الصحيحة عن الادمان والمدمنين وكيفية بنـاء علاقة معهم وفهم حالتهم المرضية وتبعيتهم ، واضطرارهم اللجـوء الى الاحتيـال والكذب الخ... الى ما هنالك من تصرفات مزعجة تصيب الحقل النرجسي عند الذين يريدون مساعدتهم فيضطر بدوره الى الاشمئزاز منهم ، مما يخلق لديهم استجابات انكماشية تجعل العلاقة خاطئة منذ البداية. هذا ما حاولنا اظهاره لهم. لا ندّعي اننا توصلنا الى غايتنا ، بـل استطعنا تقليل الاخطاء واحداث بداية تغيير ايجابي في العلاقة. والعامل الثاني لهذا التغيير هو عامل الخبرة اثناء عملهن حتى ولو كانت هذه الخبرة متواضعة.

الفصل الثاني

يتضمن هذا الفصل عرضاً لبعض ملامح المدمن وبخاصة تلك المتعلقة بوضعه العائلي والاجتماعي والاقتصادي.

اما المتغيرات التي سيشملها هذا العرض فهي :

٢ – ١ – مصادر توجيه المدمنين.
٢ – ٢ – جنس المدمنين.
٢ – ٣ – عمر المدمنين الحالي لدى بدء تعاطي المخدرات.
٢ – ٤ – المستوى التعليمي للمدمنين.
٢ – ٥ – الحالة الزواجية للمدمنين.
٢ – ٦ – النشاط المهني للمدمنين.
٢ – ٧ – بيئة المدمن الاجتماعية.
٢ – ٨ – المحيط الاسري للمدمن.
٢ – ٩ – وجود الأهل.
٢ – ١٠ – الوضع الوفاقي لأهل المدمن.
٢ – ١١ – عمر المدمن لدى حصول وفاة أُمه أو أبيه.
٢ – ١٢ – محل إقامة المدمن في سن الطفولة.
٢ – ١٣ – محل إقامة المدمن في سن المراهقة.
٢ – ١٤ – مرتبة المدمن ضمن مجموعة الاخوة.
٢ – ١٥ – الدخل الشهري للمدمن.
٢ – ١٦ – مصادر موارد المدمن.

٢ – ١ – مصادر توجيه المدمنين

– نلاحظ تنوع مصادر التوجيه. ان ظهور أعلى نسبة مئوية في المراكز الحزبية وهي ستة وثلاثون بالماية (٣٦٪) لا تعني برأينا ان اكبر عدد موجود ضمنها. انما مردُّ هذه النسبة الى المراقبة الشديدة التي تجري داخل المجموعة وبالتالي معرفة معظم الذين يتعاطون المخدرات. اذا زدنا على ذلك عامل الانضباط الذي هو اكثر فعالية داخل مجموعة منظمة منه داخل مجموعة لا تخضع لأي نظام، نفهم «التجاوب» لدى المدمنين في الخضوع للمعاينة. ورغم اننا شددنا كثيراً من أجل تفادي هذا الوضع الا اننا نعتقد انه كان له دور في وصول عدد من المدمنين الينا ليس بامكاننا تحديد نسبتهم. على انه، كما سبق القول، حاولنا خلال اللقاءات العيادية، اصلاح العلاقة بقدر الامكان. وقد ارتأينا في أربع حالات من الذين تمّ توجيههم من المراكز الحزبية، رفض إدخالهم في نطاق بحثنا.

– اما مستوصفات الاحياء فقد تمّ توجيه المدمنين عن طريقهم بأفضل الشروط نسبة للظروف الموجودة (الحالة الامنية المتردّية – التدريب البدائي لدى الجهاز المساعد في بناء علاقات سوية مع المدمنين – عدم وجود جهاز استقبال ومتابعة معهم)؛ رغم اتصال المساعدات الاجتماعيات بعدد من المدمنين يفوق بكثير عدد الذين جرى معهم البحث، فان معظمهم كان يتخلى عن مواعيده رغم تطمينات المساعدة يقابلها تظاهر المدمنين «بالاقتناع» والقبول بلقاء الطبيب او احد اعضاء الفريق. هذا ما لم يكن يحصل في المراكز الحزبية مثلاً. وهذا ما كان يؤثر على الحقل النرجسي عند الجهاز المساعد. لكن ما من شك ان العلاقة مع هذه المجموعة كانت جيدة والدراسة سليمة. نسبة الذين تمّ توجيههم من خلال مستوصفات الاحياء كانت اربع وعشرون بالماية (٢٤٪).

– لقد نشأت في لبنان مؤخراً جمعيات شبابية لمحاربة الادمان على المخدرات ميزتها العمل بتجرد واخلاص ودون اي مقابل مادي، في ميدان التوعية والوقاية وذلك رغم الوسائل القليلة التي بين يديها. وقد نجح اعضاؤها في الوصول الى مجموعات المدمنين وبناء علاقات لا بأس بها معهم. كما ان عملهم الوقائي امتدّ الى المدارس والمجموعات السكنية في بيروت وخارجها وهو لم يتخطَّ بعد المحاضرات والافلام والصور والقيام بحملات ناجحة اعلامياً. على ان حماسهم الزائد، وان كان يتماشى مع سنّهم، لا يتماشى مع واقع الادمان والنتائج المتوخاة.

ان المدمنين الذين اتوا من خلال لجان المكافحة تجاوبوا كلياً في المقابلات العيادية ومع المسؤولين عن الدراسات الاجتماعية ونسبتهم وصلت الى العشرين بالماية (٢٠٪).

- هناك نسبة اثني عشرة بالماية (١٢٪) من المدمنين تقدموا من تلقاء انفسهم بقصد العلاج وقبلوا الخضوع للدراسة المذكورة. جميعهم أتوا بدافع التخلص من الادمان، علماً ان ثلاثة منهم كان دافعهم الحقيقي التخلص من التبعية وكسر الاحتمال الذي لم يعد يطاق جسدياً ومادياً.
- اما المصادر الاخرى (اطباء – صيادلة) فان نسبة المدمنين الذين أتوا عن طريقها قليلة ثمانية بالماية (٨٪) وتجاوبهم مع الدراسة كان مقبولاً.

جدول رقم ١

مصادر توجيه المدمنين

	مراكز حزبية	لجان مكافحة المخدرات	مستوصفات الاحياء	من تلقاء ذاته	مصادر أخرى	المجموع
العـــدد	١٨	١٠	١٢	٦	٤	٥٠
النسبة المئوية	٣٦	٢٠	٢٤	١٢	٨	١٠٠٪

٢ – ٢ – جنس المدمنين

نسبة الذكور تفوق بكثير نسبة الاناث اذ هي ٨٠٪ (اربعون مدمناً) مقابل ٢٠٪ (عشر مدمنات). هذه النسبة عادية نجدها اجمالاً في معظم البلدان. انما ليس باستطاعتنا القول من خلال هذه الدراسة ان نسبة الاناث المدمنات زادت عما كانت عليه قبل الحرب، لسببين: ان عدد الحالات التي جرت عليها الدراسة لا يسمح باعطاءها بعداً احصائياً جدياً، ثم انه ليس هناك، على ما نعلم، احصاآت قبل الحرب تعطي نسبة في اجناس المدمنين. لكن بامكاننا الملاحظة بعد ان استطلعنا عدداً من الاطباء، اختصاصيين كانوا أم غير اختصاصيين، انه يمرّ في عداد مرضاهم مدمنات اكثر بكثير مما كانت عليه الحال قبل الحرب وهذا يتوافق مع ملاحظتنا شخصياً.

جدول رقم ٢

الـــجـــنس

	ذكـــور	انـــاث	المجمـــوع
العـــدد	٤٠	١٠	٥٠
النسبة المئوية	٨٠	٢٠	١٠٠٪

٢ – ٣ – عمر المدمنين الحالي، لدى بدء تعاطي المخدرات

لقد قسّمنا الاعمار لفئات، مجموع اعتمادنا منها خمس سنوات بادئين بسن الخامسة عشرة حتى سن الرابعة والاربعين. اما الخامسة عشرة فلأننا نعتبر ان نسبة الذين يبدأون الادمان قبل هذه السن قليلة جداً في لبنان. وهذه الظاهرة في حال حصولها تستحق دراسة خاصة لأهميتها وخطورتها. كذلك الوقوف عند سن الرابعة والاربعين تفسّره ضرورة وضع حدّ معين من العمر في الدراسة. هذه الفترة من العمر كافية لاعطاء نظرة عن مراحل الحياة ذات الخطورة للوقوع في الادمان.

يظهر جلياً ان اعلى نسبة من المدمنين الذين خضعوا للدراسة، وهي اثنان وخمسون بالماية (٥٢٪)، تتراوح اعمارهم بين عشرين وأربع وعشرين سنة. نلاحظ ان نسبة الذين يتعاطون المخدرات في هذه الفترة من العمر تزيد بكثير عن النسب المتعلقة بالفئات العمرية الاخرى، اذ ظهر ان ست عشرة بالماية (١٦٪) يتعاطون المخدرات بين سن الخامسة عشرة والتاسعة عشرة واثني عشرة بالماية (١٢٪) بين سن الخامسة والعشرين والتاسعة والعشرين، واربعة بالماية (٤٪) بين سن الثلاثين والاربع وثلاثين، واثني عشر بالماية (١٢٪) بين سن الخامسة والثلاثين والتاسعة والثلاثين، واثنين بالماية (٢٪) بين الاربعين والاربع واربعين.

لدى مقارنة الاعمار بين الذكور والإناث تتعادل نسب المدمنين والمدمنات في الفئة العمرية من ٢٠ الى ٢٤ سنة فتصل عند الجنسين الى اربعين بالماية (٤٠٪). اما الهبوط الذي يلي ذلك فهو أقوى لدى الذكور منه لدى الإناث.

من الصعب تفسير هذا الفرق لأن عدد المدمنين الذين جرت معهم الدراسة، وهم كما سبق القول خمسون مدمناً، ليس كافياً لاعطاء هذا الاحصاء معنى معيناً. ليس بامكاننا،

انطلاقاً من العامل الكمي في هذه الدراسة، اعطاء معنى ثابتاً للنتائج. جلّ ما نستطيع فعله هو ابراز هذا الفرق وتسجيل ملاحظتنا عنه.

بعد ترتيب نسب المدمنين حسب اعمارهم علينا معالجة نقطة ثانية. ذلك ان الاعمار التي سجلت اثناء القيام بالدراسة تعطي فكرة غير صحيحة عن مرحلة الخطورة الحقيقية للوقوع في الادمان. علينا اذاً ربط هذا السؤال (رقم ٣) بسؤال آخر (رقم ٢٠) وهو كالآتي: كم كان عمرك عندما ابتدأت تعاطي المخدرات لأول مرة؟

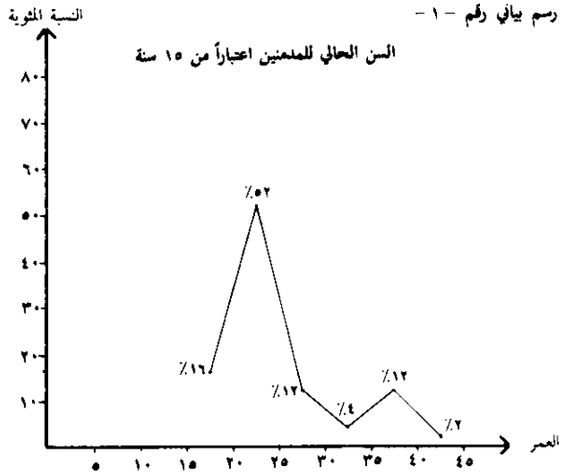
هنا يظهر تراجع في حقبة الخطورة اذ ان نسبة الذين وقعوا في الادمان قبل سن العشرين ترتفع الى اثنين وسبعين بالماية (٧٢٪)، يليها هبوط الى عشرين بالماية (٢٠٪) لدى الذين باشروا بين العشرين والأربع وعشرين، فهبوط آخر الى اربعة بالماية (٤٪) بين الخامسة والعشرين والتاسعة والعشرين وأخيراً اربعة بالماية (٤٪) بين الثلاثين والاربع وثلاثين سنة.

ان دلت هذه النتائج على شيء فعلى أمرين:

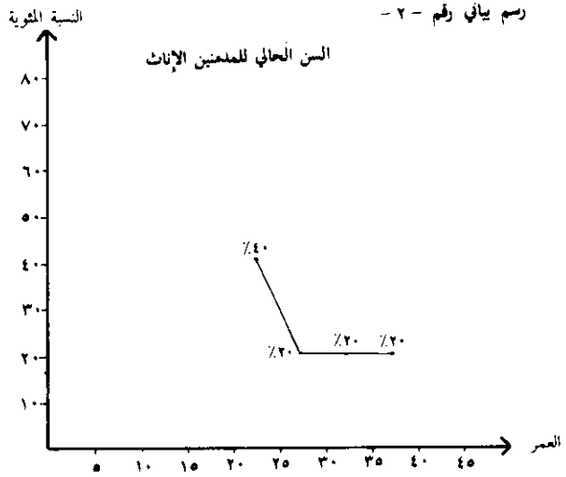
- من المعلوم ان فترة المراهقة تتميز بالاضطراب النفسي وعدم الاستقرار، بسبب التكوين الحضري للمجتمع اللبناني، وكما في معظم المجتمعات الحضرية، يميل الى المراهق التصدي ومعارضة الاكبر منه سناً. يرى نفسه مضطراً الى اعادة تكوين شخصيته من جراء التغييرات الفيزيولوجية في جسمه والعلائقية مع محيطه. هذا ما يسبب قلقاً يسهل الولوج الى المخدرات.
- تتوافق هذه النتيجة مع معظم النتائج التي تظهر عند الشعوب الاخرى، اكانت مجتمعاتها غربية أم شرقية.

هذا يعني ضرورة بدء العمل الوقائي في هذه الفترة من العمر التي تتوافق مع مرحلة الدراسة الثانوية.

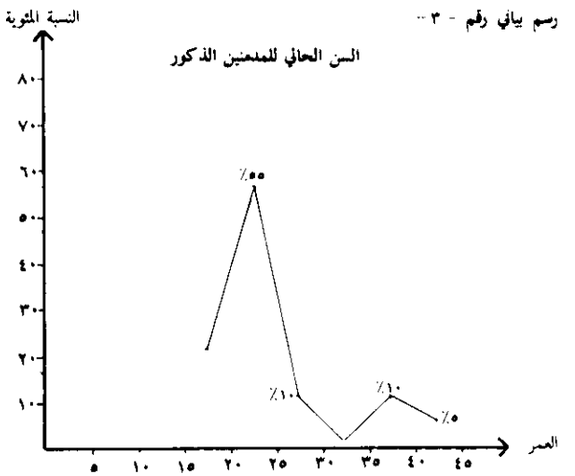
رسم بياني رقم - ١ -



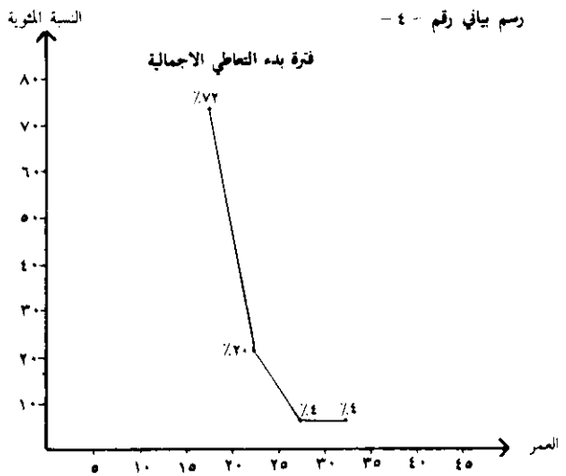
رسم بياني رقم - ٢ -



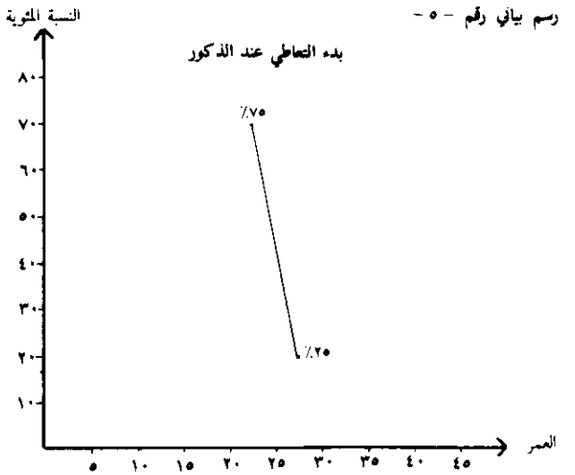
رسم بياني رقم - ٣ -



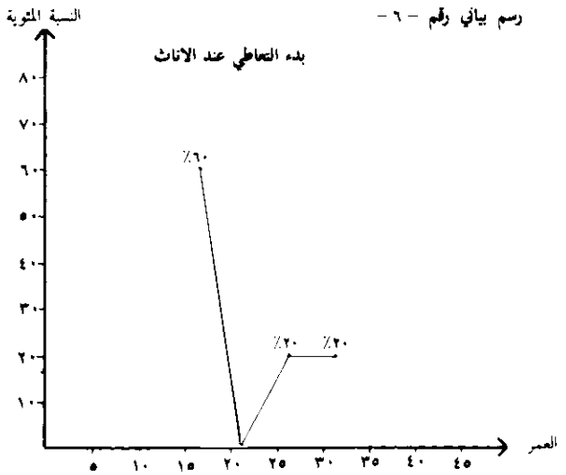
رسم بياني رقم - ٤ -



رسم بياني رقم - ٥ -



رسم بياني رقم - ٦ -



٢ – ٤ – المستوى التعليمي للمدمنين

ان نسبة الذين وصلوا الى المرحلة الثانوية او ينتسبون اليها حالياً تصل الى ٤٤٪ تليها نسبة ٢٤٪ للذين وصلوا الى المرحلة التكميلية. باستطاعتنا هنا ايجاد علاقة بين سن بدء التعاطي ومرحلة التعليم. ان مجموعة الذين وصلوا الى المرحلتين الآنفتي الذكر يوازي ٦٨٪ وهذه النسبة تقترب كثيراً من التي نجدها في السؤال حول فترة بدء التعاطي وهي ٧٢٪ بين سن الخامسة عشرة والتاسعة عشرة اذا اعتبرنا ان الدراسات الاحصائية دلت على ان التأخر الدراسي في لبنان وصل سنة ٧٢–٧٣ * في المرحلتين التكميلية والثانوية الى ٨٠,٦٧ و ٨٢,٥٣ يصير بامكاننا حصر هاتين المرحلتين بين الثالثة عشرة والعشرين وهي كما رأينا الفترة الاكثر خطورة في بدء الادمان على المخدرات.

ان نسب الاميين (٨٪) وذوي المستوى الابتدائي (١٢٪) لا تصل الا الى ٢٠٪ يمكن القول اذ ذاك ان حالة الامية ليست عاملاً هاماً في دفع الفرد الى تعاطي المخدرات وان عامل التوافق بين مرحلة الدراسة والعمر هو عامل نفساني يرجع الى تقلبات المراهقة اكثر منه الى مستوى الدراسة.

جدول رقم – ٤ –

المستوى التعليمي للمدمنين

	أمّي	ابتدائي	تكميلي	ثانوي	جامعي	المجموع
العـدد	٤	٦	١٢	٢٢	٦	٥٠
النسبة المئوية	٨	١٢	٢٤	٤٤	١٢	١٠٠٪

٢ – ٥ – الحالة الزواجية للمدمنين

ان ٦٨٪ من المدمنين هم عازبون و ١٦٪ منهم متأهلون علماً ان ٤٪ فقط بدأوا الادمان بعد الزواج و ١٢٪ قبله. ونسبة المطلقين توازي نسبة الذين يساكنون من غير زواج (٨٪).

ماذا تعني هذه النتائج؟

ان الفرق الشاسع بين نسبة المدمنين العازبين والمدمنين الآخرين يدفعنا الى التساؤل ما اذا كان للادمان على المخدرات دور في رفض الزواج او الهروب منه؟

* جوزف أنطون ، خليل أبو رجيلي ، «عائدات النظام التربوي في لبنان» للسنة الدراسية ١٩٧٢ – ١٩٧٣ ، الكتاب التربوي ١ – ٣ ، المركز التربوي للبحوث والانماء ص ١٠٢ .

المخدر يعني للمدمن في حالة التبعية (او حتى الاعتياد) كل شيء وأثمن شيء. هو الزوجة وهو الاولاد؛ هو الرفيق، وهو الصديقة (او الصديق) مصدر الشهوة واللذة وحتى الارتعاشات الجنسية. مسؤولية المدمن هي تأمين المخدر بانتظام وتفادي الانقطاع عنه. يرفض ان يتدخل الغير بشؤونه وبالعلاقة التي بينه وبين المخدر حتى ولو كانت احياناً على شكل عبودية مزعجة له. نفهم في وضع كهذا ان يستغني المدمن عن الزواج او يهرب منه. ونفهم ايضاً كيف ان جميع العلاقات الزوجية مضطربة عند الـ ١٦٪ من المتزوجين.

ان نسبة الذين يساكنون من غير زواج خفيفة. ولو عدنا بضعة عقود الى الوراء لربما كانت هذه النسبة أضعف. يعود ذلك الى بنية المجتمع اللبناني: برغم «الانفتاح» الذي حصل من جراء تغيير نمط العيش من قروي الى مديني وما تبعه من تفكك في أواصر العيلة وقلة اكتراث في التمسك بالتقاليد واتباع العادات السائدة، فان اللبناني ما زال يخشى المساكنة غير الشرعية. لأنه حتى لو لم يعد يرذل تماماً من بيئته الاجتماعية كما كان يحصل في ماضيه القروي القريب، فان المجتمع ما زال ينظر اليه، وبنوع خاص الى الأنثى، كفرد تخطى الحد الأدنى المسموح به في الحياة الاجتماعية او بكلام آخر تجاوز «الخط الاحمر» الاجتماعي.

جدول رقم – ٥ –

الحالة الزواجية للمدمنين

	متأهل	عازب	مطلق	مساكنة من غير زواج	أرمـل	المجموع
العـدد	٨	٣٤	٤	٤		٥٠
النسبة المئوية	١٦	٦٨	٨	٨		١٠٠٪

٢ – ٦ – النشاط المهني للمدمنين

لم نجد في أي من المهن المتعددة واحدة تتميز عن الاخرى بنسبة قوية من المدمنين، علماً ان اعلى نسبة نجدها لدى العاطلين عن العمل (٢٨٪) وهي قريبة من تلك التي تظهر عند المستخدمين (٢٤٪) وعند الطلاب (٢٤٪). ان نسبة العمال بين مجموعة المدمنين الذين تناولهم البحث لا تتعدى الـ (١٦٪). اما الذين يتعاطون التجارة فلا يتعدون الـ (٤٪) كذلك الذين يقومون بمهن اخرى (٤٪).

هل من علاقة بين المهنة والادمان على المخدرات؟

لا يسمح لنا تحليل هذه النتائج باعطاء رأي واضح حول هذا الموضوع، اذ ان عدد أفراد العيِّنة لم يتعدَّ الخمسين، وهو غير كاف من الوجهة الاحصائية. انما نرى ان البطالة تسهل الولوج الى الادمان اكثر مما اذا كان الفرد يعمل، لكنها ليست عاملاً حاسماً.

جدول رقم – ٦ –

النشاط المهني للمدمنين

	طالب	مستخدم	موظف	تاجر	عامل	عاطل عن العمل	غيره	المجموع
العدد	١٢	١٢		٢	٨	١٤	٢	٥٠
النسبة المئوية	٢٤	٢٤		٤	١٦	٢٨	٤	١٠٠٪

٢ – ٧ – بيئة المدمن الاجتماعية.

ان البيئة الانسانية التي فيها يعيش الانسان وينمو هي عامل مهم جداً في تكوين شخصيته وتفسير تصرفاته واستجاباته ونوعية علاقاته التي تبنى مع المحيط. ففي تكوين الجماعة عادات وتقاليد يقتبسها الفرد، فتدخل إطار الـ «انا الاعلى» «sur-moi» لتكوّن لجاماً لغرائزه وتشكل مجموعة الممنوعات والمحرمات التي تجعل منه عنصراً اجتماعياً. نقول هذا تمهيداً لتفسير السؤال رقم ٧ المتعلق بمكان الاقامة.

كان المقصود بسؤالنا عن تحديد مكان الاقامة المدينة او القرية، وليس من حاجة الى التوضيح بأن طريقة العيش في كل منهما مختلفة عن الاخرى. تماسك العيلة في القرية أقوى

منه في المدينة، ودور الأب اكثر تسلطاً، وصورته (بالمعنى التحليلي الفرويدي) اكثر وقعاً على افراد العيلة. هو الآمر والناهي. وما العيلة الصغيرة الا مدماك في العيلة الكبرى ذات التكوين العشائري التي لها عاداتها وتقاليدها الشبيهة بالقوانين. كما ان لا حاجة للكلام عن تأثير الدين في المجتمع القروي وعن وقع بُعده الاخلاقي على تصرفات الافراد. فهذا الوضع، برغم ما يفرضه من قيود وحجز للحريات، يؤمن نوعاً من الشعور بالطمأنينة والحماية، الامر الذي تفتقده المدينة بسبب ضعف العناصر الآنفة الذكر.

لا بد من التوضيح هنا ان البقعة التي تناولها العمل الميداني محصورة جغرافياً ببيروت الشرقية وضواحيها: المساحة – السكان – المهجرون – خريطة.

فالذين جرت معاينتهم يقيمون جميعاً في المدينة (١٠٠٪). وهذه نتيجة طبيعية اذ ان عملنا الميداني حصر في المدينة وضواحيها. وهي ليست بذات أهمية لأنها تدل فقط على مكان الاقامة الحالي.

بيد أن الأهمية تكمن في السؤال التالي المكمل للسابق وهو: منذ متى سكنت المدينة؟ وكانت النتيجة هنا ان المدمنين الخمسين وُلدوا كلهم في المدينة ونشأُوا في بيئتها، وليس لهم أي اتصال مع كل ما يمتّ الى القرية بصلة. البعض كان يعجب من سؤالنا له هل يفضل العيش في مجتمع قروي، وبدت على البعض الآخر علامات الانزعاج وكأن هذا السؤال يحط من قيمته الاجتماعية. لكن، برغم بعض الانتقادات التي وجّهها عدد من المدمنين الى مساوئ الحياة المدينية فاننا لم نجد بينهم واحداً مستعداً للتخلي عنها.

اما السؤال الثالث في ما يخص الاقامة: «أين كنت تسكن سابقاً؟» فلم يعد له مبرر.

جدول رقم – ٧ –

مكان اقامة المدمنين

	في المدينة	في القرية	المجموع
العدد	٥٠		٥٠
النسبة المئوية	١٠٠		١٠٠٪

جدول رقم – ٨ –

منذ متى سكنت المدينة؟

	أقل من خمس سنوات	بين خمس وعشر سنوات	بين عشر وخمسة عشر سنة	منذ الولادة	المجموع
العـــدد				٥٠	٥٠
النسبة المئوية				١٠٠	١٠٠٪

٢ – ٨ – المحيط الاسري للمدمن

لا تزال بنية العيلة اللبنانية متماسكة رغم انتقالها من بيئة جبلية ضيقة ومتمسكة بالتقاليد الى بيئة مدينية أوسع ، ورغم اختلاف نمط العيش بين البيئتين. يدفعنا الى هذا القول ما واقع كون ٨٨٪ من المدمنين ما زالوا يعيشون مع افراد عائلتهم علماً ان ٨٪ منهم تركوا المنزل العائلي ويعيشون بمفردهم و ٤٪ منهم يساكنون اصدقاء لهم.

هنا ، تتبادر الى ذهننا اسئلة عدة :

– هل ان هذا التماسك بين افراد العيلة فقد صلابته ولم يعد غير تماسك ظاهري وسطحي؟ هل انقلب هذا التماسك الى تواجد بين افراد تحت سقف واحد ، فقدوا الاتصال الفكري والتبادل العاطفي والشعور العائلي؟ هل العيلة هي في طور فقدان دورها كملجأ ومركز أمان وهل فقد الوالدان صورتهم كحماة؟ وهل تكون مرحلة التواجد داخل العيلة هي السابقة لمرحلة أخطر؟ اسئلة تثيرها نتائج دراسة أولية لا تزال غير كافية بعد لتحديد جواب واضح في هذا المجال. لكنها دلائل تقودنا نحو اتجاه معين في الابحاث.

جدول رقم – ٩ –

مع مَن تسكن؟

	مع عائلتك	لوحدك	مع اصدقائك	مع اقاربك	المجموع
العـــدد	٤٤	٤	٢		٥٠
النسبة المئوية	٨٨	٨	٤		١٠٠٪

٢ – ٩ – وجود الأهل

تظهر المعطيات الاحصائية ان ٦٨٪ من أهل المدمنين هم على قيد الحياة. بينما نجد لدى ٣٢٪ منهم انهم فقدوا احد الوالدين او الاثنين معاً. نلاحظ ان غياب الوالدين أو أحدهم لا يشكل عاملاً مهماً في الادمان على المخدرات. لكن هل ان للعلاقة بين الوالدين دور معين في ظهور الادمان لدى أحد الاولاد؟

جدول رقم – ١٠ –

وجود الأهـــل

	على قيد الحياة	متوفـون	أبوك متوفٍّ	أُمك متوفية	المجموع
العـــدد	٣٤	٦	٨	٢	٥٠
النسبة المئوية	٦٨	١٢	١٦	٤	١٠٠٪

٢ – ١٠ – الوضع الوفاقي لأهل المدمن

يكون كلّ من الوالدين صورة رمزية (Imago) يعتبرها الطفل والمراهق كمثل أعلى يتّبعه ويصبو الى ان يكون مثله. واضطراب احدى الصورتين أو كلتيهما لا يمرّ دون تأثير مباشر في تكوين شخصية الولد وهي في مراحل نموّها. عندما يبلغ الطفل او المراهق مرحلة الرشد والرجولة، تعاوده الاحداث والتجارب والاوضاع العلائقية والعائلية التي يكون قد مرَّ بها وذلك بطريقة لاشعورية. هذا ما يسميه فرويد «La compulsion de répétition» . نعطي مثلاً على ذلك حالة امرئ مرّ بتجارب قهر وعذاب، فيحاول فيما بعد ان يزج نفسه لاشعورياً في أوضاع تجلب له القهر والعذاب ليعيش مجدداً الشعور ذاته الذي مرَّ به سابقاً، حتى انه يلتذ به ويفتش عنه رغم كل الصعوبات التي مرَّ ويمرّ بها. نقول هذا تمهيداً لتحليل نتيجة السؤال المتعلق بعلاقة الوالدين فيما بينهما.

يتضمن السؤال حالتين: حالة الوالدين الذين لا يزالان على قيد الحياة، والوالدين اللذين توفيا او توفي احدهما.

- بين الذين ما زالوا على قيد الحياة، هناك ٧٠,٥٪ منهم على وفاق في ما بينهم. ونسبة الذين يعيشون في خلاف تتدنى الى ١٧,٦٪ بينما لا تتعدى نسبة المطلّقين ١١,٧٪ ولا نجد حالات انفصال على الاطلاق.
- اما اللذين توفوا او توفي شركاؤهم في الحياة الزوجية، فان نسبة اللذين عاشوا منهم في وفاق، تصل الى ١٧,٥٪. ونسبة اللذين تميزت حياتهم الزوجية بالخلاف هي ١٢,٥٪ بينما لم نجد اي طلاق او انفصال.

هذه النتائج تستأهل التوقف عندها.

صحيح ان الجوّ العلائقي المضطرب داخل العيلة يؤثر سلباً، في معظم الاحيان، على الحياة السلوكية او العاطفية او الاجتماعية عند الولد. لكن، لا يظهر ان الجو العلائقي السليم والصورة «الصالحة» التي يؤمنها الوالدان تشكل حاجزاً منيعاً لتفادي الوقوع في الادمان على المخدرات. ولا يجب أن يؤخذ تفسير هذه النتيجة على غير معناه، اذ لا نريد ابداً القول انه ليس من الضروري تأمين الوفاق بين الوالدين بما ان النتيجة لا تتبدّل في كلا الحالتين فكل ما نريد توضيحه هو ان علاقة الوالدين فيما بينهما، اكانت سليمة ام مضطربة، ليست عاملاً حاسماً، لا سلباً ولا ايجاباً، في الادمان على المخدرات. هذا ما يدفعنا للبحث عن عوامل اخرى اكثر اهمية.

جدول رقم – ١١ –

الوضع الوفاقي الحالي لأهل المدمن

	منفصلون	مطلّقون	على وفاق	على خلاف	المجموع
العـــدد		٤	٢٤	٦	٣٤
النسبة المئوية		١١,٧	٧٠,٥	١٧,٦	٪٩٩,٨

جدول رقم – ١٢ –

الوضع الوفاقي لأهل المدمن المتوفين، قبل وفاتهم

	منفصلون	مطلّقون	على وفاق	على خلاف	المجموع
العـــدد			١٤	٢	١٦
النسبة المئوية			٨٧,٥	١٢,٥	٪١٠٠

٢ – ١١ – عمر المدمن لدى حصول وفاة أمه أو أبيه

سنوات الحياة الاولى هي أهم مرحلة في تكوين شخصية الفرد. والاضطرابات النفسية والعلائقية التي تحصل في تلك المرحلة تتسبب في ظهور اعراض عصابية، وحتى ذهانية، يكمن خطرها في سببها المبكر. ومن المفروض ان يشكل الوالدان في السنوات الاولى من العمر عاملين اساسيين وايجابيين في بناء الشخصية. تظهر السلبية في حال بروز تصرف مَرَضي عند الأهل كحالة الأم المعدومة العطاء عاطفياً، او بالعكس، ذات العاطفة الخانقة، او تلك المصابة بأحد انواع العصاب، او كحالة الأب السكير او المعدوم الشخصية او المصاب بالبرانويا (Paranoia) الى ما هنالك من التصرفات المرضية المتعددة. ثم هناك غياب الوالدين او احدهما إما بالطلاق او الاهمال او الوفاة.

في مجموعة الخمسين مدمناً، هناك اربعة عشر شخصاً فقدوا والدهم وثمانية فقدوا والدتهم. ويظهر لنا التحويل النسبي ان ١٤,٣٪ فقدوا والدهم وهم دون سن الخامسة، وان ٢٨,٥٪ فقدوه بين سن العاشرة والخامسة عشرة و ٥٧,١٪ فقدوه بعد ان تجاوزوا الخامسة عشرة من العمر. اما لجهة الوالدة فان ٥٠٪ فقدوها قبل سن الخامسة و ٥٠٪ فوق سن الخامسة عشرة.

تدل هذه النتائج على ان غياب احد الوالدين، وما يمكن ان يشكل من اضطرابات نفسية، لا ينعكس بالضرورة في ما بعد على الولد المعني ليكوّن سبباً جدياً للادمان على المخدرات. نجد ان معظم المدمنين فقدوا احد الوالدين بعد سنة الخامسة عشرة، اي بعد تكوّن السمات الرئيسية لشخصيتهم.

جدول رقم – ١٣ –

عمر المدمن عند حصول وفاة الأب

	أقل من ٥ سنوات	٥ – ١٠ سنوات	١٠ – ١٥ سنة	اكثر من ١٥ سنة	المجموع
العـدد	٢		٤	٨	١٤
النسبة المئوية	١٤		٢	٥٧	١٠٠

جدول رقم – ١٤ –

عمر المدمن عند حصول وفاة الأمّ

	أقل من ٥ سنوات	٥ – ١٠ سنوات	١٠ – ١٥ سنة	اكثر من ١٥ سنة	المجموع
العـدد	٤			٤	٨
النسبة المئوية	٥٠			٥٠	٪١٠٠

٢ – ١٢ – محل الاقامة في سن الطفولة

ان ١٠٠٪ من المدمنين الذين خضعوا للدراسة قضوا طفولتهم في المدينة (وقد حددت هذه الفترة بين الولادة وسن العاشرة).

٢ – ١٣ – محل الاقامة في سن المراهقة

ان ١٠٠٪ من المدمنين الذين خضعوا للدراسة قضوا فترة المراهقة (بين احدى عشرة وثماني عشرة سنة) في المدينة.

يمكن استنتاج نوع من الارتباط الثابت بين الاقامة في المدينة في سني الطفولة والمراهقة وحصول ظاهرة الادمان.

جدول رقم – ١٥ –

محل الاقامة في سن الطفولة

	في المدينة	في القرية	المجموع
العـدد	٥٠		٥٠
النسبة المئوية	١٠٠		٪١٠٠

جدول رقم – ١٦ –

محل الاقامة في سن المراهقة

	في المدينة	في القرية	المجموع
العـدد	٥٠		٥٠
النسبة المئوية	١٠٠		٪١٠٠

٢ – ١٤ – مرتبة المدمن ضمن مجموعة الاخوة :

تشكل ولادة ذكر بكر في العيلة اللبنانية حدثاً على جانب من الاهمية بحيث يُحتفل به في معظم الاحيان. والذكر البكر هو «وليّ العهد» و «الوريث»، الذي باسمه يكنّى الأب والأم حيث تغلب الكنية لدى معظم الوالدين على اسميهما. بولادته يطمئن الأب الى استمرار سلالته وتفرح الأم وترتاح، اذ انها اعطت ما يطلبه منها الزوج والمحيط. وفي هذه الحال، من الطبيعي ان نرى ان القسم الاكبر من العاطفة والعطاء والاهتمام يوظف في شخص الذكر البكر. ثم ان علامات هذا التفضيل لا تكون بالضرورة ظاهرة الا لدى بعض الاهل ذوي الشخصية البدائية، والطبع الانفعالي، والنضوج العاطفي الضعيف. ففي معظم الاحيان، يكون هذا التفضيل لاشعورياً ويترجم، إن لم يظهر بطريقة واضحة، باعمال وتصرفات تنمّ عن ميل نحو البكر.

ما نقوله عن الذكر البكر ينطبق، ولو جزئياً، على الفتاة البكر لأن البكر، أياً كان جنسه، فاتحة بركة لأطفال سيلدون بعده.

مع تكاثر الاولاد تتزايد الهموم ويكبر القلق، مما يؤثر دون شك على العطاءات التربوية والعاطفية، ويقلّص الاهتمام الذي ينبغي ان يتوزع على مجموعة الاخوة والاخوات. لكننا نلاحظ ان العلاقة مع الاصغر سناً تتغير، خصوصاً بينه وبين أُمه، حيث تشتد الروابط العاطفية وتتميز عما هي مع غيره من الاخوة. فالاهتمام في «صغير الكل» وفي «حصة أُمه» شائع ومعروف. لكن هذا الاهتمام يأخذ بعداً مرضياً اذا ما طال، ويخشى ان يتحول الى تطفيل (Infantilisation) يؤثر على النمو العاطفي والاستجابات الانفعالية. ويرافق التطفيل ايضاً تجميد لنمو الشخصية خصوصاً في المرحلة الفموية (Stade oral) التي ترافق الانسان في هذه الحال طوال حياته.

ان احد وجوه التجميد الفموي هو الشراهة في الاكل والشرب والتدخين، والطمع، وارادة امتلاك كل شيء، والتنفيذ الآني لكل التمنيات. ترافق كل ذلك لذة أشبه باللذة التي كان يشعر بها الطفل اثناء الرضاعة، فكل ما يدخل الجسم هو لذيذ ومستحب.

تجرنا الى هذا العرض النتائج التي ظهرت في بحثنا عن مرتبة المدمن ضمن مجموعة الاخوة والاخوات. وقد اعتبرنا ان هناك اربع حالات :

اذا كان المدمن اكبر اخوته (البكر) – اذا كان اصغر إخوته – اذا كان دون إخوة (وحيداً) – اخيراً اذا كان واحداً ضمن مجموعة الاخوة والاخوات.

ان ثمانية بالماية (٨٪) من المدمنين هم اكبر اخوتهم سناً، وثمانية بالماية (٨٪) هم دون اخوة. وتقفز النسبة الى اربع واربعين بالماية (٤٤٪) لدى الذين هم اصغر اخوتهم سناً، تقابلها نسبة اربعين بالماية (٤٠٪) للحالة الاخيرة (معظمهم ما قبل الاخير في مجموعة الاخوة والاخوات) فهل يعني هذا ان لمرتبة الولد دوراً في ميله الادماني؟ هذا ما نلاحظه بصورة واضحة في الدراسة.

جدول رقم – ١٧ –

مرتبة المدمن ضمن مجموعة الاخوة

	اكبر الاخوة	اصغر الاخوة	دون اخوة	الباقي	المجموع
العدد	٤	٢٢	٤	٢٠	٥٠
النسبة المئوية	٨	٤٤	٨	٤٠	١٠٠٪

٢ – ١٥ – الدخل الشهري للمدمن

يتراوح الدخل الشهري لأربعين بالماية (٤٠٪) من المدمنين بين مايتين وخمسماية ليرة لبنانية، وهو دون الحد الادنى المعترف به. كما يتراوح دخل ٤٠٪ منهم بين خمسماية وألف ليرة لبنانية شهرياً. بينما تتوزع النسب الباقية على النحو التالي :

(١٢٪) بين الالف والالفين ليرة شهرياً.
– (٤ ٪) اكثر من الفين ليرة شهرياً.
– (٤ ٪) لا جواب.

جدول رقم – ١٨ –

الدخل الشهري للمدمن

	أقل من ٢٠٠ ل.ل.	بين ٢٠٠ ل.ل. – ٥٠٠ ل.ل.	بين ٥٠٠ ل.ل. – ١٠٠٠ ل.ل.	بين ١٠٠٠ ل.ل. – ٢٠٠٠ ل.ل.	اكثر من ٢٠٠٠ ل.ل.	لا جواب	المجموع
العدد	٢٠	٢٠	٦	٢	٢	٢	٥٠
النسبة المئوية		٤٠	٤٠	١٢	٤	٤	١٠٠٪

٢ – ١٦ – مصادر موارد المدمن

يشكل الأهل المورد المالي لأربعة وأربعين بالماية (٤٤٪) من المدمنين، وهذه نسبة عالية. فاذا ضفنا الى ذلك نسبة الذين يأتون بالمال من «مصادر أخرى» غير العمل، وهم يشكلون اربعة بالماية (٤٪)، ونسبة الذين لم يعطوا جواباً، وهم ايضاً اربعة بالماية (٤٪)، تكون النسبة الاجمالية للذين لا يشكل العمل مصدر مواردهم المالية هي اثنان وخمسون بالماية (٥٢٪).

هنا، لا بد من عودة الى البند ٢ – ٦ المتعلق بالمهنة: حيث نرى ان مجموع نسبة الطلاب (اربعة وعشرون بالماية : ٢٤٪) ونسبة العاطلين عن العمل (ثمانية وعشرون بالماية ٢٨٪) هو اثنان وخمسون بالماية (٥٢٪) مما يوازي النسبة الآنفة الذكر.

جدول رقم – ١٩ –

مصادر موارد المدمن

	من اهلك	من عملك	مصادر اخرى	لا جواب	المجموع
العـــدد	٢٢	٢٤	٢	٢	٥٠
النسبة المئوية	٤٤	٤٨	٤	٤	١٠٠٪

الفصل الثالث

يتضمن هذا الفصل تشخيصاً لواقع تعاطي المخدرات، عبر ابراز الملامح الاساسية لنوع العلاقة المبنية بين المدمن والمخدر وعمق هذه العلاقة. في سبيل ذلك، ركّزنا في دراستنا على متغيرات كمية ونوعية تسمح بالتعرف الى مسارات نشأة علاقة الادمان وتطورها.

هذه المتغيرات هي:

٣ – ١ – انواع المخدرات المتعاطاة
٣ – ٢ – أول مخدر لدى بدء التعاطي
٣ – ٣ – الانتقال الى مخدر آخر
٣ – ٤ – اسباب تعاطي المخدرات
٣ – ٥ – شراء المخدر
٣ – ٦ – كلفة المخدر شهرياً
٣ – ٧ – مصدر المبالغ اللازمة لشراء المخدر
٣ – ٨ – مع مَن يتم تعاطي المخدرات؟
٣ – ٩ – وسيلة الحصول على المخدر
٣ – ١٠ – شرب الكحول وتكرار هذا الشرب
٣ – ١١ – المزج بين المخدر والكحول
٣ – ١٢ – الرغبة في وضع حد لتعاطي المخدرات واسباب هذه الرغبة
٣ – ١٣ – المكان المرغوب فيه للمعالجة.

٣ – ١ – انواع المخدرات المتعاطاة :

وجدنا صعوبة في تحديد نوع المخدر لأن معظم المدمنين الذين عوينوا يتناولون عدة مواد مخدرة في آن. لكننا اعتبرنا ان المخدر الذي يطغي تعاطيه على باقي المواد المستعملة هو الذي ينتج عنه تبعية (مادة الهيروين : ٤٨٪).

وفي تحديدنا للادمان لم نحصره في التبعية الجسدية فقط بل اعتبرنا ان التبعية النفسية تدخل ايضاً في هذا الاطار. لذا قررنا اعتبار بعض متعاطي الحشيشة كمدمنين، لأن الكميات المستعملة كانت كبيرة، وتواترها يومي، والتفتيش عنها يشبه الى حدّ بعيد ما يحصل عند المصابين بتبعية جسدية. لن ندخل الآن بجدال حول ما اذا كانت الحشيشة تسبب تبعية جسدية أم لا. فلنا في هذا الموضوع رأي شخصي لا مجال هنا لعرضه.

كانت أعلى نسبة من الادمان مركزة على مادة الهيروين بالطرائق الثلاث لتناوله :

فالذين ينشقون الهيروين بلغت نسبتهم ستاً وثلاثين بالماية (٣٦٪) والذين يحقنونه بالعِرق بعد تذويبه ثمانٍ بالماية (٨٪) والذين يرشونه مع التبغ داخل السيجارة اربع بالماية (٤٪). فيكون مجموع نسبة المدمنين على الهيروين ثمانٍ واربعون بالماية (٤٨٪). (علماً ان مفعول هذا المخدر يختلف حسب الطريقة المستعملة).

يشكل مدمنو السوسيغون (Sosegon) عشرين بالماية (٢٠٪) وهي نسبة عالية، اذ تأتي مباشرة بعد الهيروين. ان ١٢٪ من مدمني هذا المخدر يتعاطونه بواسطة حقنة بالعضل، وقد رأينا بعضهم يصل الى استعمال كميات مميتة لولا عملية الاحتمال، اذ يتناولون ثلاثين أنبوباً في اليوم على عدة دفعات. اما الذين يتعاطونه بحقنة في العِرق فهم ثمانية بالماية (٨٪). ولاحظنا انه من السهل جداً شراء السوسيغون من معظم الصيدليات.

وهناك ثمانية بالماية (٨٪) من المدمنين يتناولون المورفين بواسطة حقنة بالعِرق.

اما تناول العقاقير غير البربيتورية (Motolon – Nubarenc – Mandrax) بالطريقة الفموية، فهو بنسبة اثنى عشر بالماية (١٢٪). هذه النسبة تمثل الذين يتعاطونها بطريقة رئيسية. لكن اذا اعتبرنا الذين يتناولونها بالاضافة الى مخدرهم الرئيسي، فان النسبة ترتفع الى ست وثلاثين بالماية (٣٦٪).

يبقى الادمان على العقاقير البربيتورية (Nembutal – Soneryl - Gardenal etc...) بالطريقة الفموية، وهو بنسبة اربعة بالماية (٤٪).

واخيراً المدمنون على الحشيشة كما حددناهم آنفاً وهم يشكلون ثمانية بالماية (٨٪) من مجموع افراد عينة البحث.

جدول رقم – ١٩ –

انواع المخدرات المتعاطاة

	هيروين تنشق	هيروين حقن العرق	هيروين تدخين	سوسيغون حقن في العضل	سوسيغون حقن في العرق	مورفين حقن في العرق	غير بريتورية بالفم	بريتورية بالفم	حشيشة تدخين	المجموع
العـــدد	١٨	٤	٢	٦	٤	٤	٦	٢	٤	٥٠
النسبة المئوية	٣٦	٨	٤	١٢	٨	٨	١٢	٤	٨	٪١٠٠
النسب المئوية		٪٤٨		٪٢٠		٪٨	٪١٢	٪٤	٪٨	٪١٠٠

٣ – ٢ – أول مخدر لدى بدء التعاطي:

كانت الحشيشة مادة العلاقة الاولى لثمانين بالماية (٨٠٪) من المدمنين. اما الباقون اي عشرون بالماية (٢٠٪) فقد ابتدأوا مباشرة بتعاطي السوسيغون. وما يلفت النظر هو ان ستة عشر بالماية (١٦٪) من المدمنين على السوسيغون لم يتعرَّقوا قط على الحشيشة. فقد باشروا إدمانهم على هذا المخدر ولم يتعاطوا اي واحد غيره. الا ان اربعة بالماية فقط تعاطوا الحشيشة مع تناولهم السوسيغون.

لا بد هنا من التكلم عن عامل «التسلق» (Escalade) اي الانتقال من تعاطي مخدر خفيف الى مخدر أقوى. فهناك نسبة من المدمنين شكلت الحشيشة لهم باباً لتعاطي المخدرات القوية والوقوع في الادمان الخطير. وتتفق الآراء على ان التسلق من الحشيشة الى مخدر أقوى ليس حتمياً، لكن هذه الخطوة سهلة لدى عدد من المتعاطين.

اذا كانت دراستنا قد اظهرت ان ثمانين بالماية (٨٠٪) من المدمنين الكبار دخلوا دنيا الادمان من خلال الحشيشة، فهذا لا يعني ابداً ان الثمانية بالماية الذين يتعاطونها حالياً ينتقلون الى مخدر أقوى. فتقدير نسبة التسلق لا يصح ابداً في دراستنا لأن اختيار افراد العينة جرى على اساس ان التسلق، في حال وجوده، قد حصل قبل خضوع المدمن للدراسة.

٣ – ٣ – الانتقال الى مخدر آخر:

تعددت الاجوبة في هذا الصدد وكثرت الاسباب، وهذه بعضها:

- الجوّ الذي كان سائداً اثناء الحرب.
- مدفوعاً من بعض الاصدقاء.
- لاحظت ان خلط المخدرات يعطي تأثيراً مختلفاً.
- لا أدري.
- كي لا يأخذني النعاس خلال المعارك.
- بدافع الفضولية.
- بعد التجربة شعرت براحة اكثر وقلق أخفّ.
- كي أطرد النعاس الذي يسببه لي شرب الكحول.
- شعرت بلذة اكبر بعد الانتقال الى المخدر الجديد.
- وجدتها طريقة للانتحار البطيء بعد صدمة نفسية قوية.

اما نسبة المدمنين الذين انتقلوا الى تناول مخدر آخر، فهي ٧٢٪ مقابل ٢٨٪ لم يستعملوا سوى مخدِّر واحد.

جدول رقم – ٢٠ –

الانتقال الى مخدر آخر

	نعم	لا	المجموع
العـــدد	٣٦	١٤	٥٠
النسبة المئوية	٧٢	٢٨	٪١٠٠

٣ – ٤ – أسباب تعاطي المخدرات:

عرضنا على المدمن عدة أسباب وجملة دوافع تكمن عادة وراء بداية تعاطي المخدرات. وكنا قبل سردهـا له نطلب منه جواباً، فاذا توافق مع احد الاسباب الموجودة في الاستمارة سجلناه، وسردنا الباقي علَّه وجد اكثر من دافع. والا ادخلنا الدافع في خانة «الاسباب الاخرى».

وهذه هي الدوافع الرئيسية التي وردت في الاستمارة:

- وصفة طبية
- عرضياً
- اشباعاً للفضولية
- متأثراً «بالموضة»
- مدفوعاً من بعض الاصدقاء الذين يتعاطون المخدرات
- رغبة في نسيان بعض المشاكل والهموم
- رغبة في مضاعفة النشاط الجنسي
- رغبة في مضاعفة النشاط الجسدي
- رغبة في تحسين النشاط الفكري
- رغبة في القضاء على الخوف
- رغبة في القضاء على القلق
- رغبة في زيادة الشهية للطعام
- رغبة في التمتع بنوم أفضل
- أسباب أخرى

وكان الدافع الاكثر تكراراً «الاصدقاء المدمنين»، اذ ظهر ان اربعة واربعين بالماية (٤٤٪) من المدمنين بدأوا الادمان مدفوعين من بعض الاصدقاء الذين يتعاطون المخدرات. ان التوقف عند هذه النتيجة يظهر لنا مدى أهمية المعاشرة وتأثير الشباب بعضهم على بعض، خاصة في نواحي السلوك السلبية. ان الانسان يميل بطبيعته الى تصرفاته الغريزية ويودّ القيام بأعمال تثير لديه حالة من اللذة الآنية. فالتصرفات الاجتماعية الموزونة والخلقية تتطلب جهداً وصعوبة اكثر مما يتطلبه الانجراف وراء الغريزة واللذة الآنية الناتجة عنها. والسور المانع لهذه التصرفات البدائية والطفولية هو «الانا الاعلى» المكتسب اثناء التربية البيتية والمدرسية. لكن الانا الاعلى ليس مجموع الموانع والنواهي والضوابط فقط، لأن هذه وحدها لا تعطي النتيجة المتوخاة اذا لم تغلّف بجو من العاطفة والتفهم كي تقود الولد الى النضوج النفساني والاتزان. ان اختيار الاصدقاء من افراد وجماعات، عمل هام في حياة المرء، وقد يستوجب مساعدة الاهل دون التدخل مباشرة وبطريقة آمرة.

ثم ان الجو الذي ساد مجتمعنا اثناء الحرب، وصعوبة مراقبة الأهل لأولادهم، والعلاقات الغريزية المشحونة، جعلت سيطرة بعض الشباب على بعضهم الآخر ذات فعالية سيئة.

هناك دافع ثانٍ يأتي بعد الدافع السابق من حيث الاهمية، وهو الفضولية. ان ستة وثلاثين بالماية (٣٦٪) من المدمنين بدأوا إدمانهم إشباعاً للفضولية. والفضولية حالة يمرّ بها كل انسان،

خاصة اذا كان مراهقاً او شاباً، اذ يشعر بحاجة لتجربة كل شيء بنفسه. مَن منّا لا يتذكر السيجارة الاولى التي دُخِّنت في الخفاء؟

لكن للفضولية حدود اذا تخطتها فقدت صفتها التجريبية، وصارت عادة او اعتياداً او... إدماناً. من هنا تظهر اهمية الاعلام الصحيح وتوعية الشباب والأهل والمربين. والتوعية تكون بإظهار الحقيقة لا بإخفائها والتغاضي عنها. كثيراً ما يرفض البعض التوعية والتنبيه على مخاطر المخدرات باعتبار ان هذا النوع من الاعلام يمكن ان يحرّك الاهتمام بالمخدرات وتجربتها لدى بعض الافراد. لذا يفضلون السكوت والتحفظ. نحن نعتقد ان التعرف على المخدرات لا تسببه محاضرة او نقاش، فاذا ما وجد متعاطون فانهم يتكفلون بذلك. ثم، حتى ولو كان الاعلام سبباً في يقظة الفضولية (وذلك لدى نسبة ضئيلة من الناس) فانه يشكل في الوقت ذاته عاملاً ايجابياً، اذ يقاوم الافكار الخاطئة والمعتقدات غير الصحيحة التي كثيراً ما تلعب دورها في متابعة التعاطي بعد مرحلة الفضولية (مضاعفة النشاط الجنسي او الجسدي او الفكري الخ...). اخيراً، اذا كان لدى الشخص «ميل ادماني» (سنتكلم عنه في ما بعد) فلا شيء يقف بوجهه. لا التوعية تحركه ولا السكوت يلجمه.

هناك فئة من المدمنين وصلت الى الادمان بسبب وصفة طبية. هذا ما يسمى: (Toxicomanie iatrogène) اي الادمان بسبب العقاقير العلاجية. نسبة هؤلاء اثني عشر بالماية (١٢٪) وجميعهم يتعاطون السوسيغون بحقنة في العضل. ان باب الوصفات الطبية دقيق وشائك ومسؤولية الطبيب كبيرة. اذ وجدنا بين هذه الفئة من المدمنين ثمانية بالماية (٨٪)، ابتدأوا بالادمان بعد عملية جراحية وصف خلالها هذا الدواء لتخفيف الآلام، وأربعة بالماية (٤٪) لمقاومة أوجاع الرأس الحادة (Migraine). يجب ألا ننسى ايضاً مسؤولية الصيدلي الذي يتهاون في بيع هذه العقاقير خصوصاً بعد ظهور عدد كبير من الصيدليات غير القانونية اثناء فوضى الحرب.

يبقى اخيراً ان ثمانية بالماية (٨٪) بدأوا بتعاطي المخدرات رغبة في نسيان بعض المشاكل والهموم الحياتية. فحين ينتهي المفعول الذي «اراحه» بعض الوقت، بينما والأزمات والصراعات لا تزال على ما هي عليه، يشعر المتعاطي مجدداً بحاجة نفسية لاعادة الكرّة، فيلجأ الى هذه الطريقة كلما اراد الهروب من وضع معقّد أو مقلق، وذلك حتى تنقلب الحاجة النفسية الى تبعية جسدية وادمان.

٣ - ٥ - شراء المخدر:

اذا كان ثمانية وستون بالماية (٦٨٪) من المدمنين يشترون مخدرهم، فان اثنين وثلاثين بالماية منهم (٣٢٪) ليسوا بحاجة لشرائه لأنهم يحصلون عليه مجاناً. ربما لأن المخدرات موجودة

بكميات وافرة، أو بسبب وجود بعض المدمنين في أوضاع تمكنهم، في ظروف الحرب التي نمرّ بها، من الوصول الى المخدرات دون أي مقابل.

قلما نجد في بلدٍ ما نسبة من المدمنين الذين يحصلون على مخدرهم دون اي مقابل مالي، كالتي نجدها في لبنان. وهذا يدل على الفلتان الامني الذي من جرّائه غرق السوق بالمواد المخدرة.

جدول رقم – ٢١ –

هل تشتري المخدر ؟

	نعم	لا	المجموع
العـــدد	٣٤	١٦	٥٠
النسبة المئوية	٦٨	٣٢	٪١٠٠

٣ – ٦ – كلفة المخدر شهرياً :

هناك اثنين وثلاثون بالماية (٣٢٪) من المدمنين لا يكلفهم المخدر شيئاً بينما ينقسم الباقون الى عدة اقسام :

– ثمانية بالماية (٨٪) يصرفون بين مايتين وخمسماية ليرة لبنانية شهرياً لشراء مخدراتهم.
– اربعون بالماية (٤٠٪) يصرفون بين خمسماية وألف ليرة لبنانية شهرياً
– ستة عشر بالماية (١٦٪) بين ألف وألفي ليرة لبنانية شهرياً.
– اربعة بالماية (٤٪) لا جواب

جدول رقم – ٢٢ –

كلفة المخدر شهرياً

	أقل من ٢٠٠	٢٠٠-٥٠٠ ل.ل.	٥٠٠-١٠٠٠ ل.ل.	١٠٠٠-٢٠٠٠ ل.ل.	اكثر من ٢٠٠٠	لا شيء	لا جواب	المجموع
العـــدد		٤	٢٠	٨		١٦	٢	٥٠
النسبة المئوية		٨	٤٠	١٦		٣٢	٤	٪١٠٠

٣ – ٧ – مصدر المبالغ اللازمة لشراء المخدر :

يبلغ مجموع الذين يشترون مخدرهم اربعة وثلاثين مدمناً من أصل خمسين، وتتوزع نسبهم المئوية كالتالي :

– خمسة وثلاثون ونصف بالماية (٣٥,٥٪) يحصلون على المال من أهلهم، دون ان يعرف معظم هؤلاء أين يذهب المال.
– تسعة وعشرون ونصف بالماية (٢٩,٥٪) يشترون المخدر من دخل عملهم.
– اثني عشر بالماية تقريباً (١٢٪) يحصلون على المال «بوسائل اخرى».
– ستة بالماية تقريباً (٦٪) لا جواب.
– ثمانية عشر بالماية تقريباً (١٨٪) يحتاجون، مع المال الذي يحصّلونه من عملهم، الى «وسائل اخرى».

والجدير بالملاحظة ان لا أحد يستدين كي يشتري المخدر.

جدول رقم – ٢٣ –

مصدر المبالغ اللازمة لشراء المخدر

	من أهلك	من عملك	تستدين	وسائل اخرى	لا جواب	من عملك مع وسائل أخرى	المجموع
العـدد	١٢	١٠		٤	٢	٦	٣٤
النسبة المئوية	٣٥,٥	٢٩,٥		١٢	٦	١٨	٪١٠٠

٣ – ٨ – مع مَن يتم تعاطي المخدرات؟

يشكل الذين لا يتعاطون المخدرات الاّ ضمن مجموعة أدنى نسبة بين المدمنين، وهي ستة عشر بالماية (١٦٪). بينما تصل نسبة الذين لا يتعاطونها الا لوحدهم الى اربعين بالماية (٤٠٪). لكن يظهر ان لا فرق عند معظم المدمنين، فيما لو تعاطوها لوحدهم او ضمن مجموعة. فنسبة هؤلاء اربع واربعون بالماية (٤٤٪).

جدول رقم – ٢٤ –

مع مَن يتم تعاطي المخدرات؟

	لوحدك	ضمن مجموعة	احياناً لوحدك واحياناً ضمن مجموعة	المجموع
العـدد	٢٠	٨	٢٢	٥٠
النسبة المئوية	٤٠	١٦	٤٤	٪١٠٠

٣ – ٩ – وسيلة الحصول على المخدر :

ان اثنين وسبعين بالماية (٧٢٪) من المدمنين يشترون المخدّر بأنفسهم وثمانٍ وعشرين بالماية (٢٨٪) يتلقّونه كتقدمة.

جدول رقم – ٢٥ –

وسيلة الحصول على المخدر

	يقدمونه لك	ترسل احداً لشرائه تشتريه بنفسك	المجموع
العـدد	١٤	٣٦	٥٠
النسبة المئوية	٢٨	٧٢	٪١٠٠

٣ – ١٠ – شرب الكحول وتكرار هذا الشرب :

هناك ست وسبعون بالماية (٧٦٪) من المدمنين يتعاطون المسكرات بينما نجد أن اربعة وعشرين بالماية (٢٤٪) منهم لا يشربون الكحول ابداً.

رغم ان نسبة المدمنين الذين يشربـون الكحول (٧٦٪) هي أقل من نسبة الذين يدخنون التبغ (٩٦٪)، فالنسبتان بنظرنا عاليتان. لكن تعاطي الكحول يختلف بين الادمان الكحولي والتواتر العالي والشرب في المناسبات. ان السؤال المتعلق بنسبة التكرار يظهر ان (٣٨,٦٪)

من الذين يتعاطون الكحول مع المخدرات، هم ايضاً مدمنون على الكحول، وان النسبة ذاتها تضم الذين يتناولون الكحول مرتين او ثلاث مرات في الاسبوع، بينما نجد ان (٢٦,٤٪) منهم لا يشربونها الاّ في المناسبات.

جدول رقم – ٢٧ –

شرب الكحـــول

	نعم	لا	المجموع
العـــدد	٣٨	١٢	٥٠
النسبة المئوية	٧٦	٢٤	٪١٠٠

جدول رقم – ٢٨ –

تكرار شرب الكحول

	يومياً	مرة في الاسبوع	مرتين أو ثلاث في الاسبوع	في المناسبات	المجموع
العـدد	١٤		١٤	١٠	٣٨
النسبة المئوية	٣٨,٦		٣٨,٦	٢٦,٤	٪١٠٠

٣ – ١١ – المزج بين المخدر والكحول :

معظم المدمنين يمزجون بين المخدر والكحول وهم بنسبة اثنين وخمسين وستة اعشار بالماية (٥٢,٦٪) بينما يتناول عدد قليل الاثنين معاً : (١٠,٥٪).

اما الذين يمزجون احياناً المادتين فنسبتهم ست وثلاثون وثمانية اعشار بالماية (٣٦,٨٪).

جدول رقم – ٢٩ –

هل تمزج بين المخدر والكحول؟

	نعم	لا	احياناً	المجموع
العـــدد	٤	٢٠	١٤	٣٨
النسبة المئوية	١٠,٥	٥٢,٦	٣٦,٨	٪١٠٠

٣ – ١٢ – الرغبة في وضع حد لتعاطي المخدرات واسباب هذه الرغبة:

ان اثنين وتسعين بالماية (٩٢٪) من المدمنين اجابوا بنعم على هذا السؤال، وأربع بالماية (٤٪) منهم لا يريدون وقف الادمان بينما لا يدري اربع بالماية (٤٪) اي قرار يتخذون.

اما عن الاسباب والدوافع، فقد تعددت ومنهم من اعطى اكثر من سبب واحد. لكن يمكننا اعطاء التوزع التالي للدوافع بالنسبة المئوية:

١) بسبب الضرر الذي يمكن ان يلحق بالصحة: اربع وستون بالماية (٦٤٪)
٢) بسبب العجز عن تأمين الاموال اللازمة لذلك: اثني عشر بالماية (١٢٪)
٣) بسبب الضغط الاجتماعي: عشرون بالماية (٢٠٪)
٤) بسبب توبيخ الضمير: اربع بالماية (٤٪)
٥) لانها تساهم في خراب مستقبلي: اربع بالماية (٤٪)
٦) لا أدري لماذا: اربع بالماية (٤٪)

جدول رقم – ٣٠ –

هل في نيتك وضع حد لتعاطي المخدر؟

	نعم	لا	لا أدري	المجموع
العـــدد	٤٦	٢	٢	٥٠
النسبة المئوية	٩٢	٤	٤	٪١٠٠

٣ – ١٣ – المكان المرغوب فيه للمعالجة:

ان معظم المدمنين، ونسبتهم ثمانٍ وسبعون وثلاثة أعشار بالماية (٧٨,٣٪)، يودّون ان تتم معالجتهم في مستشفى متخصص لمعالجة المدمنين، وهو ما يفتقر اليه لبنان حتى الآن. بينما يفضل واحد وعشرون وسبعة اعشار بالماية (٢١,٧٪) المعالجة في مستشفى عادي. لكن أياً من الخمسين مدمناً لم يختر مستشفى الامراض العقلية للمعالجة.

جدول رقم – ٣١ –

في أي مكان تتمنى أن يتمّ علاجك؟

	مستشفى أمراض عقلية	مستشفى عادي	مستشفى متخصص لمعالجة المدمنين	المجموع
العـــدد		١٠	٣٦	٤٦
النسبة المئوية		٢١,٧	٧٨,٣	٪١٠٠

الجمهورية اللبنانية
مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
الخلاصة ـ مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

لا ندّعي اننا أحطنا من خلال هذه الدراسة، بجميع أوجه مشكلة الادمان على المخدرات في لبنان. لكن، كما سبق لنا القول، يشكل هذا البحث مرحلة أولى من دراسة شاملة تتطلب وقتاً غير قصير، سنتناول فيها الوجه السيكولوجي ثم العيادي بعد ما حاولنا ان ندرس هنا البعد الاجتماعي للمشكلة في لبنان. ولا بد من التشديد على كلمة محاولة، اذ نعتبر ان عينة المدمنين الصغيرة وكيفية اختيارهم (التي توقفت على الظروف الامنية الراهنة والمحفوفة احياناً بالمخاطر) لا تشكلان اساساً صالحاً لاستنتاجات ثابتة وأكيدة. مع ذلك، يمكننا استخلاص بعض الخطوط العريضة التي تشكل اتجاهاً للتعمق في بحث مشكلة:

١) – ان اضطراب العلاقة بين أهل المدمن لا يشكل عاملاً سببياً مهماً لتعاطي المخدرات. كما وان الوفاق العلائقي بينهم لا يشكل مانعاً اساسياً للوقوع في الادمان.

٢) – ان جميع المدمنين الذي تناولهم البحث ولدوا ونشأوا في المجتمع المديني ولم يعد لهم أي اتصال مع المجتمع القروي. فهل ان الحياة الاجتماعية في المدينة هي عامل سببي في تعاطي المخدرات، وهل ان التكوين الاجتماعي القروي يشكل حاجزاً لهذا التعاطي؟ وما هو مدى صحة هذه التساؤلات؟

٣) – رفض جميع المدمنين دون استثناء المعالجة في مستشفيات الامراض العقلية، وتمنى القسم الاكبر منهم لو أُدخل مركزاً خاصاً لمعالجة المدمنين. هذا ما يجب ان يحثّ المسؤولين (الرسميين وغير الرسميين) على العمل في هذا الاتجاه.

بيروت في: ١٩٨٠/٦/٧

رئيس الفريق **الطبيب انطوان لطف الله البستاني**

طباعة: مطبعة المركز التربوي للبحوث والانماء ـ سن الفيل