

الجمهورية اللبنانية - المركز التربوي للبحوث والإنماء



ظاهرة تعاطي المخدرات في لبنان

إعداد: الدكتور محمد شهاب الدين
السيدة وداد سليمان الدكتور رفعت الضيقه

ظاهرة تعاطي المخدرات
في لبنان

الجمهورية اللبنانية
وزارة التربية الوطنية والفنون الجميلة
المركز التربوي للبحوث والانماء

ظاهرة تعاطي المخدرات في لبنان

قام بالدراسة :

الدكتور محمد شهاب الدين

السيدة وداد سليمان

الدكتور رفعت الضيقه

باشراف مكتب البحوث التربوية

جوزف أنطون : رئيس المكتب

عبدو القاعي : رئيس وحدة التخطيط

الكتاب التربوي ٧

المحتوى

٨	منهجية البحث
٨	١ - ١ - طرح قضية المنهجية
٩	١ - ٢ - المرحلة الاستطلاعية الأفقية
١٢	١ - ٣ - المرحلة الاستطلاعية الاستبارية
١٣	١ - ٤ - الأداة المنهجية التطبيقية للبحث
١٤	١ - ٥ - تصميم الاستبارة واختيار العينة
١٧	٢ - تحليل النتائج بصورة عامة
١٧	٢ - ١ - مدى انتشار التعاطي وأسباب الانتشار
١٩	٢ - ٢ - دوافع التعاطي ، أبعاده والعوامل المرتبطة به
١٩	٢ - ٣ - عرض حالات ثلاث
٢٠	٢ - ٤ - تحليل هذه الحالات
٢٥	٢ - ٥ - العوامل المباشرة لبدء التعاطي
٢٦	٢ - ٦ - دوافع الاستمرار في التعاطي أو الانقطاع عنه
٢٧	٢ - ٧ - نوع المخدر المتعاطي وتأثيره
٣١	٢ - ٨ - سمات المتعاطي الشخصية
٣٨	٢ - ٩ - الوسط الاجتماعي وصلته بالمتعاطي
٤٠	٢ - ١٠ - التعاطي والجريمة
٤١	٢ - ١١ - التعاطي وعدم الاستقرار العائلي
٤٢	٢ - ١٢ - التعاطي والوضع الزوجي
٤٣	٣ - تحليل النتائج لجهة الآثار النفسية - الاجتماعية المباشرة للتعاطي
٤٣	٣ - ١ - التعاطي وأثره على القدرات الخاصة بالمعرفة
٤٧	٣ - ٢ - التعاطي وأثره على الحياة الوجدانية
٤٧	٣ - ٣ - التعاطي وأثره على الوظائف ذات الجذور العضوية
٤٩	٣ - ٤ - التعاطي وأثره على النشاط الإنتاجي

٥٠	٤ - تحليل النتائج لجهة جَوّ التعاطي وخصائص الموقف المحيط به
٥٠	٤ - ١ - جلسات التعاطي الجماعية
٥١	٤ - ٢ - موقف المتعاطين من الحرب
٥٢	٤ - ٣ - التعاطي والأعراض الجسمية
٥٢	٤ - ٤ - التعاطي والأعراض النفسية - العصبية
٥٤	٥ - كلمة ختامية
٥٥	٦ - المراجع
٥٦	٧ - الملحق : الاستمارة

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 مقارنة 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

١ - ١ - طرح قضية المنهجية .

لا شك ان لظاهرة الادمان على المخدرات خصائص عامة ، لجهة المسببات المؤدية الى تعاطي المخدرات ولجهة النتائج الصادرة عن هذا التعاطي ، على المستويات النفسية والجسمية والاجتماعية . غير ان هذه الخصائص العامة تبقى بمثابة تعريفات مجردة قد تشكل مدخلاً لكل دراسة حول الموضوع ، ولكن لا يمكن لأي باحث ان يستنبط من هذه التعريفات المجردة قواعد عامة صالحة لتفسير ظاهرة الادمان في كل مجتمع وثقافة .

فقد تتشابه الظواهر من حيث اشكالها العامة لكنها تختلف من حيث الدوافع حسب المضمون النوعي الخاص الذي تتجسد فيه هذه الدوافع داخل ثقافة معينة ومجتمع معين في تاريخ معين . وهكذا فلا بد لكل دراسة من النوع الذي تقوم به ان تنطلق ، في هذا المجال ، من الظاهرة الواقعية نفسها لا من المفاهيم العامة ، ذلك انه حتى هذه المفاهيم العامة في الميدان الذي نحن فيه ليست هي في الحقيقة سوى تجريد مستمد من عدد من التجارب الملموسة للادمان في مجتمعات مختلفة ، لذلك فهي ان صلحت في ميدان الدراسات المقارنة فهي لا تصلح كمنطلقات علمية ثابتة صحيحة بالنسبة لكل مجتمع ولكل ظرف .

هذه الوجهة لا تمنعنا بالطبع من الاستفادة من التجارب البحثية الأخرى شرط ان نفيذ على أرض تجربتنا الخاصة دون انطلاقنا من الفراغ . أي انه لا يجوز ان نبدأ دراستنا عن ادمان المخدرات في لبنان وفي ذهننا اشكال تعاطي المخدرات في اميركا أو في السويد . ولكن بعد القيام بدراساتنا الميدانية في لبنان ، يحق لنا عندئذ مقارنتها بالدراسات المماثلة في المجتمعات الاخرى وسوف تكون بالتأكيد مقارنة غنية ونافعة . لكن ان ننطلق من نتائج اميركية او سويدية للبدء في دراستنا هذا يعني القضاء على الدراسة وأصالتها .

يبقى ان المشكلة الاساسية الاولى التي واجهتنا في دراستنا هذه حول تعاطي المخدرات في لبنان ، هي انعدام اية دراسة ميدانية سابقة تصلح ان تكون مركزاً لنا ومرجعاً ننطلق منه ونقيس عليه ، فكان لا بد لنا ، والحالة هذه ، من مواجهة كل صعوبات الدراسات الاستطلاعية الاولى مع ما تحمله من روح المحاولة المغامرة غير المؤكدة النتائج والتي لا بد من الاقدام عليها رغم كل الظروف الصعبة على الصعيدين النظري - المنهجي والعملية الميداني . تجلت الصعوبة على الصعيد الاول أي النظري - المنهجي بأنعدام الاساس المرجعي للدراسة كما اسلفنا ، فنحن لا ننطلق من تراث سابق مهد لنا طريق البحث وقنواته النظرية والمنهجية التطبيقية التي خبرت الواقع وحددت الاتجاهات السليمة للدراسات اللاحقة ، وازاء فقدان هذا التراث كان لا بد لنا من ان نواجه مسألة اختيار المنهج النظري - التطبيقي بكثير من الحيلة والدراية بحيث لا يأتي المنهج جامداً بل يكون قريباً قدر الامكان من الواقع الاجتماعي - النفسي المتحرك ضمن الظروف الحالية في لبنان .

انطلاقاً من هذه النقطة كان المطلوب منا تحديد اشكالية عامة للدراسة تجمع وتطابق بين المستويين الاساسيين للبحث ، المنهج والموضوع ، اي أشكال وأدوات البحث والظاهرة المدروسة . وقد توصلنا بعد نقاشات طويلة الى اعتماد الخطة المنهجية التالية :

١ - ٢ - المرحلة الاستطلاعية الافقية .

الهدف من هذه المرحلة هو التوصل الى استطلاع حجم امتداد ظاهرة تعاطي المخدرات على الخريطة الاجتماعية اللبنانية ورصد خطها البياني ، بالقياس الى فترة ما قبل الاحداث عن طريق :

- تصنيف المتعاطين حسب العمر ، الجنس ، المهنة ، الفئة الاجتماعية .
 - تصنيف المتعاطين حسب نوع المخدر : حشيش ، هيروين ، كوكايين ، مخدرات اخرى .
 - التعرف عن قرب الى رد الفعل الاجتماعي العام على ظاهرة تعاطي المخدرات .
 - رسم مخطط المرحلة التالية من البحث في ضوء معطيات المرحلة الاولى .
- هذا عن اهداف هذه المرحلة الاولى من البحث الميداني ، اما من ناحية المنهج فقد اتبعنا طريقة إجراء الاحاديث والمقابلات المفتوحة مع فئات مختلفة من المتعاطين في ثلاث مناطق : بيروت وضواحيها الجنوبية ، قضاء الشوف ، بعلبك ، وهي المناطق التي استطعنا التحرك داخلها ، بالإضافة الى جمع معلومات متنوعة من دوائر رسمية ، كمكتب مكافحة المخدرات في بيروت ودوائر غير رسمية ، كمكاتب بعض التنظيمات داخل الاحياء ، فضلاً عن أشخاص لهم صلة بالموضوع ، كبعض الاطباء العاملين في المستوصفات واشخاص آخرين من طلاب ومتقنين ومقاتلين .

في نهاية المرحلة الاستطلاعية الاولى تجمعت لدينا المؤشرات والمعطيات التالية :

١ - ٢ - ١ - تزايد نسبة متعاطي المخدرات خلال الاحداث أضعاف ما كانت عليه من قبل . وذلك بشهادة أكثر من شخص ودائرة ، كشهادة المسؤولين في مكتب مكافحة المخدرات التابع لوزارة الداخلية ، بالإضافة الى العديد من الشهادات الاخرى . علماً انه من الصعب الوصول الى رقم احصائي دقيق ضمن الظروف الحالية .

١ - ٢ - ٢ - اختراق التعاطي لقطاعات اجتماعية جديدة ، كانت قبل الاحداث محصنة في وجه هذه الظاهرة . ففي السابق كان التعاطي نسبياً عند أفراد هامشين أو منحرفين اما بعد الاحداث فقد تحول الى ظاهرة شبه مألوفة لدى قطاع واسع من الشباب ، ان داخل الجامعات أو في الأحياء الشعبية أو في أوساط المتقنين ، مع الإشارة الى تزايد العنصر النسائي المتعاطي بين أوساط الطلاب والمتقنين عموماً ، دون الاحياء الشعبية ، حيث ما زالت التقاليد تشكل حاجزاً أمام هذا الانحراف . ففي دراسة خاصة بإحدى جامعات بيروت قام بها جهاز احصائي خاص بهذه الجامعة وصلت نسبة متعاطي المخدرات بين صفوف الطلاب من الجنسين الى ٣٧٪ من مجموع الطلاب .

١-٢-٣- إختراق ظاهرة التعاطي للريف اللبناني ببلداته الصغيرة وقراه وبالتحديد لدى القطاع الشاب من مثقف وغير مثقف وهي ظاهرة جديدة كلياً لا يمكن تفسيرها الا من خلال ظروف الحرب في لبنان التي جعلت المدينة المهجرة تهجم على الريف وتأكل ما تبقى من ريفيته .

فلم يعد أمراً مستغرباً أن تجد في احدى القرى في «سهرة كيف» المثقف الجامعي مع ابن الوجيه أو المختار ، مع مدرّس القرية ، مع مسؤول التنظيم الحزبي وهؤلاء يمثلون ما يمكن ان نسميه بـ «النخبة الواعية» المضطّعة بأمور أساسية في المجتمع : التربية ، الفكر ، السياسة... ان هذا المؤشر يبعث الخوف الشديد في النفس فهذا المثل ليس مجازياً بل هو حقيقي وفعلي حتى حدود «البساطة» في اية قرية ومدينة . نستند في قولنا هذا الى شهادات ومشاهدات فعلية من خلال مشاركة بعض أعضاء الفريق الدراسي في مثل هذه «الجلسات» . لذلك فنحن لا نبالغ ولا نهول بوصفنا هذه الظاهرة بأنها تثير الخوف الشديد فأستناداً الى الشهادات العديدة والمشاهدات العينية كانت هذه الظاهرة شبه منعدمة في الريف اللبناني خلال فترة ما قبل الحرب ، أما الآن فان ظاهرة تعاطي الحشيش باتت شبه علنية و «مألوفة» الى حد يثير القلق ، خاصة وان لبنان منتج عالمي للمخدرات وسوق دولية لأنواعها المختلفة ، والخطر المائل هنا ان يتحول تعاطي المخدرات الى أمر «مألوف» كما هو مألوف أمر زراعتها وتسويقها . ولدينا مؤشر بالغ الدلالة في هذا الشأن ، فمنطقة بعلبك تزرع الحشيش منذ عشرات السنين دون ان تسبب هذه الزراعة في انتشار ظاهرة تعاطي الحشيش بينما نجد في الوقت الحاضر في هذه البلدة بالذات ، ظاهرة التعاطي منتشرة على نطاق واسع ومتزايد بين الأوساط الشابة والمثقفة عموماً وهو أمر يندر بسوء العواقب .

١-٢-٤- المؤشر الجديد البارز بالمقارنة مع فترة قبل الاحداث هو تحطي ظاهرة التعاطي لكثير من الحواجز الاجتماعية التقليدية الكابحة في الفترة السابقة وتغلغلها بين الأوساط الاجتماعية المختلفة بدرجات مختلفة . أي أن الظاهرة لم تعد محصورة ضمن فئات معينة وأماكن معينة بل أصبحت متغلغلة في النسيج الاجتماعي العام وكامنة فيه ، خصوصاً داخل القطاعات الحديثة المثقفة كالجامعات والمدارس الثانوية والتنظيمات العسكرية المقاتلة ، اضافة الى اماكن اللهو المتعددة ، فضلاً عن الاحياء الشعبية. كل هذا من مؤشرات «أزمة تخلخل» عامة في البنية الاجتماعية تتجسد في تفكك الاواصر الاجتماعية التقليدية بما تحمل من معايير قيمية ضابطة لسلوك الأفراد والجماعات . ذلك انه عندما تصبح مسألة تعاطي المخدرات أكبر من مسألة «أفراد جانحين» بل تطال قطاعاً اجتماعياً واسعاً في كل الأمكنة ، فأنها تطرح أزمة في عمق القيم السائدة وتنتقل من حيز الجنوح الفردي المحدود الى الجنوح الاجتماعي المتصاعد والمتفاقم . واذا كان الجنوح الفردي الى تعاطي المخدرات هو في أحد وجوهه الاساسية عملية تعويض يقوم بها الفرد الجانح لتأكيد ذاته عبر عالم التخدير الايهامي نتيجة لاجباطاته الواقعية ولعجزه عن الاندماج داخل علاقات اجتماعية سوية فان المسألة تصبح ذات دلالة أعمق اذا

بدأت عملية التعويض الايهامي هذه بتجتاح فئات اجتماعية واسعة بوتيرة متزايدة داخل المجتمع ، الامر الذي يدفع الباحث النفسي - الاجتماعي الى التدقيق في مسألة الدوافع الاجتماعية الكامنة وراء بروز ظاهرة تعاطي المخدرات واتخاذها هذا البعد «المافوق فردي» ان صح التعبير ولا يعني هذا انكار الخصائص والسمات النفسية الفردية التي قد تجعل هذا الفرد مستعدا بحكم هذه الخصائص والسمات للانحراف في تعاطي المخدرات اكثر من غيره ، بل ما نريد قوله هنا انه ، اذا ما تحول التعاطي الى مناخ اجتماعي سائد داخل قطاع اجتماعي ، فمسألة التعاطي لا تعود مرتبطة بمن لديه استعداد نفسي سابق بحكم تاريخ شخصيته بل ان هذا المناخ يخلق دوافع جديدة للتعاطي قد لا يكون لها أي أساس في عمق شخصية المتعاطي وظروف تربيته الاجتماعية والنفسية التي قد تكون سوية تماماً . نقول هذا ليس استناداً الى مشاهداتنا واستنتاجاتنا العامة فقط بل استناداً الى حالات عديدة اختبارناها خلال المقابلات الاستبائية على عينة البحث كما سيأتي ذكره عند تحليل هذه العينة .

١ - ٢ - ٥ - فيما يتعلق بتوزيع المتعاطين حسب نوع المخدر أفاد البحث الاستطلاعي الاولي أن المسألة تتعلق بعدد من المتغيرات والشروط التي لا يمكن حصرها على صعيد واحد . فمن الصعب اقامة حدود ثابتة لفئات المتعاطين حسب نوع ثابت من المخدرات . ولكن يمكن الكلام هنا عن اتجاه عام تتخذه عملية التنقل من تعاطي نوع من المخدرات الى نوع آخر وهو اتجاه تصاعدي كأن يبدأ المتعاطي بالحشيش ثم ينتقل الى الهيروين على سبيل المثال وهكذا ... رغم ذلك أظهرت الدراسة الاستطلاعية الاولي ان هذه المسألة تتعلق بما يمكن ان نسميه «نمط الادمان» هل هو جماعي أم فردي؟ هل هو نمط مضبوط أي ما يمكن أن نسميه بنمط الادمان التكراري ضمن حدود معينة ، كجلسات تعاطي الحشيش الجماعية في أوقات محدودة ، أو نمط ادمان متصاعد وفردي ومتفقت من أية قيود اجتماعية ؟

ان الحدود بين هذه الانماط ليست مغلقة اذ يمكن لأي متعاطي أن ينتقل من نمط الى آخر من نمط جماعي الى نمط فردي. تشير المعطيات الميدانية التي جمعناها في هذا المجال ، الى انه كلما سار المتعاطي باتجاه العزلة والانطواء كلما اشتدت حاجته الى انواع تحذيرية اكثر فعالية من سابقتها . ليس هناك ، من الناحية النظرية ، ما يكبح المتعاطي من الانتقال من حالة تعاطي الحشيش الى حالة تعاطي ال. اس. دي. فليس في عالم متعاطي المخدرات من حدود عاصمة بل لا بد هنا - وهي مسألة بالغة الأهمية - من دراسة العوامل المحيطة والدافعة بالمدمن الى هذا الاتجاه أو ذلك بالتلازم مع دراسة تكوينه النفسي وكيفية اندراجه واندماجه بمحيطه الاجتماعي . ان هذه المسألة التي ما نزال حتى الآن عند عتبة ظواهرها السطحية من شأنها ، اذا ما تمت دراستها بعمق وهي تحتاج الى جهود معمقة ، ان تضيء لنا الاواليات الميكانيزمات الداخلية Les mécanismes internes لتدرج حالة الادمان من البسيط الى المعقد ، من المدمن «المنضبط» ضمن حدود معينة الى المدمن المنطلق الى الاستغراق في عالم المخدرات بغير حدود ، الذي لا أمل في عودته عن هذا الطريق في أكثر الأحيان ، ومن شأنها أن تتيح لنا

بالتالي الامساك بخيوط العالم الداخلي للمدمن على المستويين النفسي والاجتماعي ولحالات تدرجه المتصاعد في عالم الادمان واستغراقه فيه . ان هذه الدراسة من شأنها أن توصلنا في النهاية الى اكتشاف الشخصية النمطية لمدمن المخدرات وتحولها الدينامي بدلالاتها النفسية - الاجتماعية العميقة . الأمر الذي يفيد كثيراً في صياغة طرق العلاج التي يجب أن تأتي موافقة لهذه الشخصية النمطية . ونعتقد ان طرق العلاج سوف تبقى سطحية وغير مجدية ، بدون الوصول الى اكتشاف الشخصية النمطية لمدمن المخدرات في مجتمعنا ، وسوف نعود الى هذه النقطة في سياق تحليل عينة البحث .

١ - ٣ - المرحلة الاستطلاعية الاستبارية : البعد العمقي لظاهرة تعاطي المخدرات .

كان هدفنا في المرحلة الاستطلاعية الاولى التعرف الى التوزيع الأفقي لظاهرة التعاطي لدى الفئات الاجتماعية المختلفة ، وقد اتبعنا منهج المقابلات الحرة المفتوحة مفسحين المجال للواقع كي يعبر عن نفسه بأدنى التدخلات من جانبنا عدا التوجيه العام للمقابلة بحيث نحصل على أكبر كمية ممكنة من المعطيات على ان يجري تركيزها في المرحلة التالية من الدراسة . تمهيداً لاختيار العينة الاستبارية التي هي الهدف النهائي لهذه المرحلة .

لقد رأينا أن عملية الانتقال من المستوى الظاهري الأفقي لتشابك العوامل الفاعلة لظاهرة تعاطي المخدرات الى المستوى العمودي العمقي تقتضي التركيز على السيرورة المرحلية لتعاطي المخدرات أي تاريخ تكوينه كمتعاط على المستويين الفردي والاجتماعي عبر محورين اساسيين :

- محور العوامل المسببة للتعاطي .

- محور النتائج المتأتية عن هذا التعاطي .

لذلك عمدنا الى تحديد هيكل الدراسة في هذه المرحلة كي تكشف لنا عن العوامل المتحكمة بتكوين ظاهرة الادمان من ضمن تركيبها الداخلي بوجهها الذاتي والموضوعي ، الفردي والاجتماعي ، كما تظهر في شخصية المدمن . واذا كنا قد اعتبرنا المرحلة الأولى من البحث استطلاعاً تمهيدياً أفقياً للتعرف على السمات العامة للتعاطي ، فان هذه المرحلة هي بدورها استطلاعية ولكن عبر مستوى آخر وهو النظر في تفاعل عوامل التعاطي داخل شخصية المتعاطي عبر تاريخه التكويني كمتعاط وهو مستوى يستند الى التفسير الداخلي لعالم المدمن لا مجرد رصد العوامل كما تبدو من الخارج كما كان هو الحال في المرحلة الأولى من الدراسة . من هنا حاولنا جمع أدلة الظاهرة ضمن اداة بحثية واحدة تجمع وجوهها المختلفة ، كي يتسنى لنا في النهاية تكوين صورة أولية متكاملة عن تاريخ المتعاطي عبر محركاته المختلفة وذلك عبر القنوات التالية :

- العوامل الكامنة في شخصية المتعاطي ، أي استعداده الأولي الناشئ عن تربيته وعلاقته بأهله ومحيطه الاجتماعي الأول .

- العوامل الدافعة للتعاطي ، الناتجة عن تفاعله مع محيطه الاجتماعي خلال مرحلة النضوج .

- العوامل الكابحة التي تحد من اندفاعه نحو الادمان وتضبط هذا الاندفاع .

- العوامل المشجعة له على الاستمرار في التعاطي والاستغراق فيه .
- نتائج تعاطي المخدرات كما تنعكس في شخصية المتعاطي وعلاقاته بالآخرين في البيت ، المدرسة ، العمل ... الخ .

١ - ٤ - الاداة المنهجية التطبيقية للبحث .

لما كانت الاداة المنهجية التطبيقية مرتبطة بأهداف البحث في أية دراسة نفسية - اجتماعية ومتلازمة مع المرحلة التي وصل اليها هذا البحث ، كان لا بد من التوقف بتمعن كاف أمام اختيار الاداة البحثية الملائمة . فهذه الاداة هي نافذتنا للاطلاع على الظاهرة المدروسة ، ولما كان بحثنا هذا في مرحلة الاستطلاع والاستقصاء ، لا بد اذا من أن تكون أداة البحث استفهامية لا تجريبية .

ان الاداة التجريبية تلائم الدراسات التي استوعبت المعطيات الاولية الاستطلاعية وبدأت تعمق اختباراتها ضمن نقاط محددة الملامح على نحو دقيق . وبتعبير آخر تصلح الادوات التجريبية عندما يتوصل الباحث الى مرحلة التحكم بعوامل الظاهرة في عملية تفاعلها المشترك وحصرها ضمن قنوات مضبوطة . بينما الحالة في دراستنا هذه اننا لا نملك بعد الاساس المرجعي الضابط لمثل هذه الاختبارات ، أي اننا لم نتوصل بعد الى اكتشاف الخصائص النمطية لشخصية متعاطي المخدرات في لبنان كي نمضي قدماً في استخدام الروايز النفسية المفصلة لدقائق هذه الشخصية ، بل ما نزال في مرحلة تجميع العناصر التكوينية الأولى لسماة هذه الشخصية ، وتطبيق الروايز النفسية كرايز «رورشاخ» وغيره في هذه المرحلة ، من شأنها أن تقودنا الى القياس في الفراغ لأنه ليست لدينا القاعدة المرجعية القياسية لتطبيق هذه الروايز والافادة منها . فاستخدام هذا النوع من الروايز يعني اننا توصلنا الى مرحلة متقدمة من فهم الظاهرة وتقنيها علمياً وهي مرحلة تمثل غاية طموحنا لكننا ما زلنا في بداية تلمسها . استناداً الى هذا الرأي عمد فريق العمل الى اختيار اداة الاستتبار الاستفهامي نصف المقنن أي القائم على توحيد الأسئلة بالنسبة لجميع أفراد العينة المختارة المكونة من ٥٠ متعاطياً وترك المجال بالمقابل لاحتمالات الأجوبة المتعددة وهذا ما يسمى بالاستتبار المقنن باتجاه الاجابات المفتوحة . وذلك بهدف الافادة من الخبرات المتنوعة للمتعاظين وفق خطة البحث القائمة على اكتشاف المراحل التكوينية المتزامنة أو المتعاقبة للظاهرة ضمن السياق الذي يبناه منذ قليل ، والذي جاء تعميم الاستتبار ليترجمه الى حوار لغوي بين الفاحص والمتعاطي حيث يقوم الفاحص بقيادة الحوار وتوجيهه والقيام بتسجيل اجابات المتعاطي ووصف مظهره وردود فعله أثناء الحوار .

ان السبب الاخر لاختيار هذا النوع من الادوات المنهجية يكمن في انها تجمع بين مزايا المقابلة العيادية المفتوحة والحد الأدنى المطلوب من تقنين الاسئلة الموحدة الهادفة الى رصد الاتجاهات الاساسية لدى المتعاظين بخصائصهم المتنوعة والبحث من خلال هذه الخصائص المتنوعة عن السماة المشتركة بينهم التي تكون في النهاية أساساً مشتركاً للجميع ... وعند بلوغ

هذا الحد يمكننا في دراسات لاحقة البدء بدراسات تجريبية وعيادية معمقة منطلقاً من هذا الأساس النمطي المشترك . بعد ذلك فقط يمكن التوصل الى صياغة أشكال وقائية - علاجية مستندة الى تجارب ميدانية - عيادية مركزة . فنحن الان لسنا في صدد صياغة هذه الاشكال بل في مرحلة تكوين الصورة النمطية للمتعاطي من خلال مسار تكوينها ، أي اننا نركز جهودنا للاجابة على هذه الاسئلة : كيف يصبح شخص ما مدمناً للمخدرات ؟

ماهي العوامل الاجتماعية والنفسية التي تدفعه بهذا الاتجاه ؟

ما هي العوامل التي تشجعه على الاستمرار ؟

ما هي العوامل التي تكبجه من الاستمرار ؟

كيف يتدرج في ادمانه من التعاطي النسبي المنضبط حيث تبقى امكانية الامتناع ممكنة ، الى التعاطي المتماذي حتى مرحلة اللاعودة ؟

بما ان الدراسة تتحقق داخل اطار المركز التربوي للبحوث والانماء ضمن أهداف تربوية ملحة وليس ضمن اطار اكاديمي صرف ، رأينا ان الدراسة يجب ان تركز على محور مسار تعاطي المخدرات بالذات بأسبابه المهيئة والدافعة والكابحة أي اسبابه القبلية «apriori» دون اهمال نتائجه وانعكاساته البعدية «a postériori» . ذلك ان فهم الاسباب القبلية من شأنه ان يفيد مباشرة في صياغة سياسة تربوية وقائية ، أما الانعكاسات البعدية فهي من شأن المصححات الاستشفائية والطب العقلي - العصبي وهو ما تتكفل به معاهد الطب ومراكز البحوث المختصة بالطب العقلي أي تلك التي يتركز اهتمامها على مسألة العلاج المباشر لحالات التعاطي . لذلك فقد تحدد الهدف من هذه الدراسة بالابعاد النفسية - الاجتماعية ضمن السياق الذي وضحناه من قبل ، انسجاماً مع الامكانيات المتاحة أمام الدراسة زمنياً ومادياً وتطابقاً مع الواقع البحثي المسحي - الاستطلاعي في هذا الميدان عندنا . آخذين في عين الاعتبار الظروف الخاصة التي يجري ضمنها البحث وهي ظروف الاحداث الحربية في لبنان وما انتجته من تخلخل عام في البنية الاجتماعية - الاخلاقية .

١ - ٥ - تصميم الاستبار واختيار العينة .

لقد روعي في تصميم الاستبار التوفيق بين عدة اعتبارات أهمها :

١ - ٥ - ١ - الكشف عن أكبر عدد ممكن من العلاقات بين التعاطي وبين المتغيرات التي تفترض انها مؤدية اليه (وهنا نعامل التعاطي كمتغير تابع) ، وبينه وبين الاثار المترتبة عليه (وهنا نعامل التعاطي كمتغير مستقل) . ولما كانت نتائج البحث الحاضر سوف تسهم ، كما نرجو ، في توجيه الجهود في أي بحث متعمق لاحق ، لذا وجب اتاحة الفرصة للكشف عما بينها (النتائج) من علاقات . وهذا يفرض ان نتجه الى انتخاب عينة كبيرة ، الا ان الامكانيات المحدودة جداً للدراسة على المستويات الثلاثة ، المادية والزمنية والفنية ، فرضت علينا اختيار عينة صغيرة نسبياً ، خمسون حالة ، وهي عينة لا يمكن وصفها بأي حال أنها عينة مسحية ،

اي أنها تمثل واقع التعاطي في لبنان تمثيلاً واقعياً بمستوياته المختلفة العمودية والأفقية . لذلك ارتأى فريق العمل الاعتماد على توسيع نطاق الاستبار ليشمل أكبر نسبة ممكنة من علاقات التعاطي كتعويض عن صغر العينة .

١ - ٥ - ٢ - الكشف عن مجرد وجود العلاقات ، دون محاولة تحديد حجمها بدقة . هذا بالضبط ما نسعى اليه في الدراسة الاستطلاعية ، وهنا يتضح أحد الجوانب التي تحتم علينا الا ننظر الى نتائج الدراسة الاستطلاعية على انها قاطعة بل نكتفي باعتبارها مثيرة للذهن وموجهة لاهتماماتنا العلمية نحو مسالك معينة . ولا بد هنا من الاشارة الى نقطة مهمة ، أي ان عينة صغيرة بهذا الحجم لا يمكننا أن نستخلص منها دلالات احصائية لها صفة التقنين العلمي . فالدراسة استطلاعية وليست مسحية . من هنا كان لا بد من التركيز على الاتجاهات العامة وعوامل الارتباط بين المتغيرات المختلفة لظاهرة التعاطي ، خصوصاً وان العينة المنتقاة لا تضم بحكم صغرها عناصر واقع الظاهرة على نحو شامل أفقياً وعمودياً . لذا يجب التعامل مع الاتجاهات الاحصائية هنا كخطوط أولية موجهة لاهتمام الباحث مثيرة لانتباهه أكثر مما هي اتجاهات موضوعية لها ثبات التقنين العلمي . فلا سبيل الى القول ، مثلاً ، أن هذه العينة تمثل تمثيلاً كميّاً ملائماً للفئات الاجتماعية المختلفة للمتعاطين ، عمال ، طلاب ، موظفون ، رجال أعمال ، أصحاب مهن حرة ، مزارعون ... الخ . وان وجدت نماذج مصغرة عن هذه الفئات ، لكنها ليست كافية للوصول الى نتائج موثوق بها . كذلك الأمر بالنسبة لمتغير الذكور والاناث حيث لم نتح لنا الظروف العملية والموضوعية للدراسة الوصول الى اكثر من خمس حالات من الاناث وهو عدد غير احصائي . أما من ناحية متغير السن فكان الامر أكثر وضوحاً بحيث قسمنا العينة الى مستويين رئيسيين : ٢٠ - ٣٥ سنة ، ٤٠ حالة

٣٥ - ٤٥ سنة ، ١٠ حالات

أما تقسيم العينة على أساس متغير : ما قبل الحرب - الحرب فقد تم على الشكل التالي :

ما قبل الحرب ١٥

الحرب ٣٥

١ - ٥ - ٣ - انطلاقاً من كون العينة ليست تمثيلية تمثيلاً كافياً على صعيد المتغيرات الكمية - الافقية راعينا في تصميم الاستبار وفي تحليل محتوياته التركيز على الناحية الكيفية من المتغيرات أي ناحية تكوين الشخصية النمطية للمتعاطين وبتعبير آخر على الخصائص المشتركة للمتعاطين وذلك انسجاماً مع نوعية العينة وظروف البحث الزمنية والعلمية . وذلك دون التغاضي عن الخصائص المميزة لانماط المتعاطين المختلفة ان على صعيد نوع المخدر المتعاطي أو على صعيد الدوافع المؤدية الى التعاطي والنتائج المترتبة عنه لدى كل نمط ضمن الاشكالية المحددة السالفة الذكر .

١ - ٥ - ٤ - كذلك راعينا في تصميم الاستبار ظروف الحرب الدائرة في لبنان فضمنناه عدة أسئلة عن رأي المتعاطي في الأحداث وانعكس اهتمامنا ، بهذه المسألة ، على العينة المختارة التي تضمنت ١٢ حالة شاركت في الاعمال القتالية خلال الحرب .

ولا بد لنا الآن من الإشارة الى الصعوبات العملية التي واجهتنا في دراستنا الميدانية والمتمثلة بانعدام الافادة تقريباً من التعاون مع الهيئات الصحية والاجتماعية والرسمية مما فرض علينا الاعتماد شبه الكلي على تعاون الافراد الأمر الذي جعل العمل غير منتظم ، رغم الجهود الشاقة المبذولة والناجحة عن تقلب ظروف المتعاونين معنا من الوسطاء والمتعاطين على السواء . ففي كثير من الاحيان كنا ننتظر اسبوعاً أو اسبوعين للظفر ببعض الحالات التي نعتبرها مثالية بالنسبة لمتطلبات البحث ولم يكن التوفيق حليفنا في كثير من المرات ، وهذا ما كان يدعونا الى البحث عن حالات أخرى والانتظار مجدداً . وقد انعكست هذه الظروف بعض الشيء على التركيب المثالي للعينة حيث أجبرتنا ظروف العمل أكثر من مرة على القبول بحالات لا تعتبر مثالية على النحو المراد في تصميمنا الأساسي كما نوهنا منذ قليل . في أي الأحوال تشكل هذه الصعوبات جزءاً من أية دراسة ميدانية ، حاولنا قدر الامكان معالجتها والتقليل من سلبياتها على نتائج الدراسة ولا يوجد هناك مخطط مثالي يطبق كلياً على أرض الواقع الميداني كما رسم على الورق بل لا بد من تسوية ، ان صح التعبير ، بين النموذج المثالي وبين ظروف الميدان وتعقيده ، خاصة في الظروف الحالية التي نعيشها هذه الأيام .

١ - ٥ - ٥ - العينة :

بناءً لما ذكر اعلاه توصلنا الى العينة على الوجه التالي :

جدول رقم ١ : توزيع العينة حسب المهنة/العمر .

المهنة/السن	٣٥ - ٢٥	٢٢ - ١٨	٣٠ - ٢٠
طلاب جامعيون			١٢
طلاب ثانويون		٨	
مثقفون	١٠		
عمال			١٠
آخرون			١٠
المجموع :	٥٠		

جدول رقم ٢ : التوزيع حسب متغير : متزوج أعزب :

متزوج	١٠
أعزب	٤٠

جدول رقم ٣ : التوزيع حسب الجنس

ذكور	٤٥
إناث	٥

جدول رقم ٤ : التوزيع حسب متغير : ما قبل الحرب - خلال الحرب وما بعدها

ما قبل الحرب	١٥
خلال الحرب وما بعدها	٣٥

جدول رقم ٥ : التوزيع حسب متغير : مقاتل - غير مقاتل

مقاتل	١٠
غير مقاتل	٤٠

٢ - تحليل النتائج بصورة عامة

٢ - ١ - مدى انتشار التعاطي وأسباب الانتشار :

أجمعت إجابات العينة كلها على زيادة تعاطي المخدرات وإنتشاره في لبنان خلال فترة الحرب . أما عن أسباب هذا الانتشار فقد تفاوتت أجوبتهم^(١) على الشكل التالي :

الفراغ : ١٥

القلق والخوف : ١٧

الضبياع : ١٠

المعاشرة السيئة : ٨

(١) جاءت هذه الأجوبة في استمارة أعدت لهذه الغاية نرفقها في الملحق .

ولا يخفى ان هذه العوامل مترابطة ببعضها البعض حيث انها تشير كلها الى الاختلال الاجتماعي والنفسي الذي أصاب جميع الفئات الاجتماعية خلال هذه المرحلة . هذا الاختلال الذي كسر حدود القيم الاجتماعية السائدة وجعلها عرضة لأخطار عديدة من التفكك الاجتماعي ، الذي يشكل تعاطي المخدرات وجهاً من وجوهه الرئيسية ، ويتصاعد خطر التعاطي مع تصاعد درجة القلق الاجتماعي - النفسي لدى الأشخاص الذين يهربون من الواقع الصعب الى عالم المخدرات .

وقد يخفى هذا الاحساس العميق بالقلق تحت وجوه وأقنعة شتى مثل المغالاة في البحث عن الأجواء السارة أو الميل الكبير الى النساء أو البحث المستمر عن أجواء التسلية . وكل هذه الأجواء انما هي أرض خصبة لبروز ظاهرة التعاطي وانتشارها .

أما عن مدى انتشار التعاطي بين الفئات الاجتماعية المختلفة فقد تبين لنا ان هناك فرقاً بارزاً بين رأي متعاطي ما قبل الأحداث وبين رأي متعاطي مرحلة الأحداث . ففي حين نلاحظ تصنيفاً محدداً لدى الفئة الأولى للفئات الأكثر تعاطياً : أغنياء/فقراء فإننا لحظنا أن متعاطي فترة الحرب يميلون في اجاباتهم الى التصميم على كل الفئات الاجتماعية وهذه دلالة واضحة على ظاهرة تغلغل التعاطي بين الفئات الاجتماعية المختلفة دون استثناء .

جدول رقم ٦ : السؤال : من هي الفئات الاجتماعية التي تكثر تعاطيها للمخدرات في رأيك ؟

الأغنياء	٨
الفقراء	٦
متوسطو الحال	٦
من جميع الفئات	٣٠

لا نرى في هذه الاجابات حقائق احصائية تعكس الواقع بأمانة بل ننظر الى هذه الاجابات كآراء تعكس مناخاً نفسياً معيناً أفرزته الحرب وهو المناخ الذي يرى كل شيء يتغير في واقعه ويتصدر ، ولتصدره هذا أساس واقعي وهو ان كل شيء بات بلا حدود ، الى حد أن تعاطي المخدرات بات ظاهرة اجتماعية عامة في رأي المتعاطي بل هي أمر طبيعي في تصوره . فواقع المجتمع والأحداث المعقدة كل ذلك يقدم للمتعاطي المبررات «المنطقية» كتي ينظر الى ادمانه كظاهرة طبيعية وواقعية وليست ظاهرة شاذة أو غير مألوفة . من ناحية أخرى أجمع أفراد العينة على أن التعاطي منتشر في المدن أكثر من الريف وان لاحظ بعضهم أن الانتشار في الريف زادت نسبته عما كانت عليه في الفترة السابقة للحرب . هذا هو رأي الجزء الريفي من عينة البحث البالغ عددهم ١٠ حالات .

٢ - ٢ - دوافع التعاطي ، أبعاده والعوامل المرتبطة به .

أظهرت التجربة العيادية انه لا بد من التمييز بين ثلاث قنوات متداخلة لدوافع التعاطي وهي : الدوافع الأصلية الكامنة في شخصية المدمن ، الدوافع المحيطة المباشرة المسببة لتناول المخدر للمرة الأولى ، الدوافع اللاحقة المشجعة على استمرار التعاطي . ففي النوع الأول تتمثل الأسس النفسية الداخلية ذات الاستعداد المهيأ سلفاً للاقدام على تعاطي المخدرات عندما تسنح الفرصة . أما النوع الثاني من الدوافع فله علاقة بالمحيط الاجتماعي وتهيئته السبل لتجنيد متعاطين جدد ممن يملكون الاستعداد السابق أو ممن لا يملكون هذا الاستعداد ويصبحون متعاطين بحكم الايحاء النفسي - الاجتماعي المحيط بهم أو بحكم مشاكل طارئة صدمتهم وأودت بهم الى هذا الطريق ، ولنا أن نفترض هنا ان هذا النمط من الأشخاص الأسوياء كان من الممكن الا يختار طريق المخدرات لو ان وسطه الاجتماعي كان مختلفاً ولم يهيئ له السبل مقدماً . والنوع الثالث من الدوافع يترتب على نتائج تعاطي المخدرات لا على مسبباتها . ولكل من هذه الدوافع عواملها ومتغيراتها المتعددة والمختلفة .

ان الدوافع الأصلية لا يمكن اكتشافها بشكل مباشر بل لا بد من الغوص في تاريخ الحالة والأحداث المؤثرة في تكوينها النفسي منذ مرحلة الطفولة الأولى حتى مرحلة البلوغ . لقد تسنى لنا في هذه الدراسة أن نتعمق في ثلاث حالات من هذا النوع تمحورت حول مشكلة إندعام الوفاق الحاد بين الأيوين ومعايشة هذا الوضع المتوتر منذ الطفولة حتى مرحلة الشباب . والجدير بالاشارة هنا ان الحالات الثلاث ذات تكوين ثقافي جامعي ومن عائلات غنية وهي أكثر الحالات تطرفاً في عينة البحث في تعاطيها كل أنواع المخدرات المتاحة من الحشيش الى الهيرويين الى حقن المورفين والحبوب المخدرة المختلفة .

٢ - ٣ - عرض حالات ثلاث .

الحالة الأولى : شاب في العقد الثالث من العمر (٢٩ سنة) ، لم يبق في جسده مكان لم تحترقه حقن المورفين ، يعيش الآن وحيداً في شقة في شارع الحمراء وهو ابن عائلة غنية من جديدة مرجعيون . دخل الجامعة الاميركية عام ١٩٧٢ لدراسة العلوم السياسية ثم ما لبث أن إنخرط في العمل السياسي فإنتهى الى احدى المجموعات اليسارية وبدأ يدخن الحشيش على سبيل «الموضة» بإسم التحرر وبعد فترة بدأ يذهب الى بلبك على سبيل «المغامرة» ويحضّر كميات من الحشيش ليوزعها على زملائه وزميلاته ثم مضى قدماً في الاتجار بهذه المادة الى أن اعتقل وسجن فترة قصيرة من الزمن . مع بداية الأحداث تعمقت رحلته مع المخدرات فبدأ يتعاطى الهيرويين والكوكايين لينتهي الى حقن المورفين التي يأخذها بشكل منتظم بالإضافة الى أنواع أخرى من المخدرات .

الحالة الثانية : فتاة في الثامنة والعشرين من العمر ذهبت في بداية السبعينات الى فرنسا لتدرس علم الاجتماع . إندمجت هناك في أجواء الشباب «الهيبي» فبدأت بتعاطي الحشيش ولكن

ليس على نحو منتظم . عادت الى لبنان عام ١٩٧٥ حيث ما لبثت أن غرقت في تعاطي المخدرات على أنواعها . تزوجت من الحالة الأولى عام ١٩٧٥ وقطعت كل علاقة لها بأهلها وعاشاً معاً وحيدين ، الا من بعض الأصدقاء المعدودين على الأصابع . توفيت منذ عدة أشهر بعد أن ظلت حبيسة الشقة لا تغادرها حوالي سنة كاملة حيث لم تكن تقوى على السير بعد أن تغير شكل وجهها من جراء تناول الهيرويين والمورفين . وقد إستقينا المعلومات عنها عن طريق زوجها الذي أجرينا معه مقابلة طويلة سرد لنا فيها معظم تفاصيل حياته منذ كان طفلاً بالإضافة الى المعلومات التي اعطانا اياها عن زوجته المتوفية منذ مدة قصيرة .

الحالة الثالثة : شاب في السادسة والعشرين من العمر يدرس الآن في إحدى جامعات بيروت ، نشأ في عائلة فاقدة الوفاق بين الأم والأب ، بدأ يتعاطى الحشيش منذ الثامنة عشرة ثم تدرج الى الهيرويين وأنواع المخدرات الأخرى . أدخل المستشفى أكثر من مرة دون نتيجة ايجابية وهو الآن مستمر في التعاطي .

٢ - ٤ - تحليل هذه الحالات .

نجمع ما بين هذه الحالات الثلاث خصائص مشتركة أهمها اختلال العلاقات الحاد ما بين الأم والأب ، وهو اختلال رافق الحالات الثلاث المذكورة منذ الطفولة حتى مرحلة البلوغ بسبب عدم انفصال الام والاب رغم الخلافات الحادة بينهما التي تحولت الى مناخ مهيم على العلاقات داخل اسرة كل منهم رافقهم في مراحل حياتهم المختلفة . لقد ترك هذا المناخ انعكاسه على شخصياتنا هذه فخلق لديهم ميلاً نفسياً داخلياً يدفعها الى البحث عن الاطمئنان والراحة خارج نطاق البيت الوالدي وهذا النزوع الى الخارج لتحقيق الامان المفقود داخلياً جعل سلوكها المستقبلي مرتبطاً بطبيعة العلاقات الاجتماعية المتأثرة بها في الخارج . هنا يدخل دور المحيط الاجتماعي الخارجي في توجيه السلوك سلباً أم إيجابياً . فهذه الشخصيات لا تعاني ، كما تبين ، من أمراض نفسية مستعصية في الأساس ، كالبارانويا أو الشيزوفرينيا أو غيرها من الامراض العقلية ، فهي من هذه الناحية شخصيات سوية ، الا انها تفتقد المرتكز النفسي المعنوي المتماسك أي انها تعاني أزمة افتقاد الامان الداخلي المرتبط بأصول نشأتها الاسرورية المضطربة ، من هنا اندفعت هذه الشخصيات بالبحث عن تجارب مفتوحة لتعويض هذا الامان المعنوي المفقود من خلال الاندراج داخل قيم جديدة في علاقات جديدة ، منقطعة عن علاقاتها الاسرورية . عند هذا الحد كان مصيرها يتوقف على طبيعة علاقاتها الجديدة ، فهي : اما ان تعدل إيجابياً الاتجاهات الأصلية لشخصيات ، وتنجح في إعادة تكييفها مع واقع اجتماعي بناء ، وهذا يتطلب وسطاً اجتماعياً ناضجاً قادراً على الاستيعاب الايجابي للافراد في المدرسة والجامعة ومركز العمل والتنظيم المهني أو السياسي .. الخ. وأما ان تنجرف ، بحكم لهفتها للانعتاق من علاقاتها القديمة واستعدادها للمغامرة والانفتاح على شتى العلاقات غير المألوفة ، للدخول في علاقات تمثل فيها البديل المعنوي - القيمي اجتماعياً أو سياسياً أو ثقافياً . ولكنها

عندما تكتشف ان العلاقات الجديدة ليست بأفضل من العلاقات القديمة فلا بد عندئذ من ان تواجه الاحباط واليأس من أية محاولة ايجابية وها هي ، بعد أن قطعت جذورها التقليدية وواجهت الخيبة في محاولة بناء قيم بديلة وعلاقات جديدة ، تقع فريسة الارتداد على الذات المختلة الاعماق فتفتتح أمامها أبواب جنة المخدرات السحرية . وما كان في البداية مجرد « لهُو بريء» في تدخين سيجارة حشيش من وقت لآخر ، يصبح عادات منتظمة لها تقاليدها وطقوسها ورموزها وقيمتها ويتحول التعاطي الى عالم كامل قائم بذاته منفصل عن عالم «الآخرين» وموازل له غير متقاطع معه . عند هذه الدرجة من الاستغراق في تعاطي المخدرات لا يعود التعاطي بنظر هؤلاء مشكلة بل هو فلسفة حياتية متكاملة الاركان الى درجة الانغلاق ، مقابل عالم الاخرين البعيد الذي فقد دلالاته بالنسبة لهم . هم الان في عالم آخر ، لقد بلغوا دروباً لا عودة منها دروباً محددة النهاية وهم لا يجهلون هذه النهاية بل يجدون السير لبلوغها متمتعين بغيوبتهم الكاملة . وعندما نقول غيبوبة فهي غيبوبة بالنسبة لنا وبمقاييسنا نحن اما بالنسبة للمتعاطي المستغرق في تعاطيه فما ندعوه غيبوبة يعتبره هو صحوته الكاملة وواقعه الحقيقي . وهكذا تنقلب مقاييس المتعاطي من النقيض الى النقيض بين دلالات عالمه ورموزه وقيمه ودلالات عالم «الآخرين» ورموزه وقيمه فاذا الواقع خيال والخيال واقع وإذا الصحو غياب والغياب صحو . قد يبدو كلامنا هذا ذا مسحة أدبية الا انه مستلهم من واقع الاحساسات الداخلية لهذا النوع من حالات التعاطي التي بلغت درجتها الادمانية القصوى كما عبرت عنه هذه الحالات في كلامها وواقع حياتها وسلوكها . من هنا ينطبق على وصفنا هذا صفته الميدانية - العيادية . فالوصف الميداني ليس محصوراً بالأوصاف الخارجية وعلى الخصوص في عالم المخدرات ذي الطابع المفرق في ذاتيته التي ينبغي التعبير عنها من داخلها لا الاكتفاء بوصف أطرها ومسالكتها الخارجية ، كمن يصف بناية بالاشارة الى جدرانها الخارجية ونوافذها دون ولوج غرفها الداخلية وممراتها وأثاثها فيبقى عند حدود السطح دون المضمون الداخلي الحقيقي . ولا بد هنا من التنبيه الى نقطة في غاية الأهمية لها نتائجها الخطيرة على صعيد تطبيق الأساليب العلاجية والوقائية على متعاطي المخدرات ، وهي كيف تتعامل مع المتعاطي ؟ هل تتعامل معه كحالة خارجية شاذة على نحو مقنن ونمطي ؟ أم تتعامل معه على أساس ان له كياناً خاصاً وعالملاً خاصاً يجب التوغل في حل رموزه وقيمه تمهيداً للوصول الى لغة مشتركة للتواصل معه ؟

لا شك ان الطريقة الأولى من شأنها أن تقيم جداراً سميكاً بين المعالج والمتعاطي بل هي تساهم من خلال هذا التعامل الجرد والجاف مع «الحالة» ، في زيادة تفاقم الموقف والاعتماد المتصاعد للمتعاطي على التشبث أكثر بتناول المخدرات وزيادة تعاطيه لها كما أو كيفا ، أي انها تخلق عنده دوافع جديدة اضافية للاستمرار في التعاطي وتصعيده . وهذا ما جرى فعلياً مع إحدى الحالات الثلاث الآتفة الذكر وهي الحالة الأولى . فعندما تم اعتقاله ثم نقله لاحقاً الى احد المصحات ، زاد تعاطيه الحشيش كذلك الفتاة التي تعرف عليها في هذا المصح والمعتقلة بدورها فقد زاد تعاطيها الحشيش وكانت ما تزال في بدايات التعاطي المقتصر ، حتى ذلك الحين ،

على الحشيش دون غيره . والمعروف عيادياً انه من السهل التوقف عن تعاطي الحشيش دون آثار قهرية جسدية اذا ما توفر الاقتناع والارادة لدى المتعاطي في ترك هذا المخدر . لأن معظم الدراسات العيادية أثبتت أن هذا المخدر لا يترك أثراً تبعياً قهرياً dependant لدى المدمن كما هو الحال مع الهيرويين وغيره من المخدرات المشابهة كالافيون مثلاً ...

لقد حللنا بشيء من الاسباب هذه الحالات الثلاث ، وبخاصة الأولى والثانية ، لانها تمثل في الواقع نماذج حية للمتعاطي الكامل في مراحل تعاطيه المختلفة وفي تدرجه من تدخين سيجارة الحشيش في «سهرة الاصحاب» وسط الأجواء المرححة الى استغراقه الكامل في عالم المخدرات وانفصاله الكلي عن محيطه الاجتماعي . فهي بهذا تشكل شخصية نمطية نموذجية وصورة متكاملة لمتعاطي المخدرات في مساره المتدرج تصاعدياً ، بالارتباط بالعوامل الكامنة في محيطه الاجتماعي الاسروي الأولي وصولاً الى العوامل الاجتماعية الثانوية خارج بيئته الصغيرة وتضافر هذه العوامل كلها مع الاختلال الاجتماعي العام كنتيجة لانفجار الأحداث الدامية في لبنان .

تقدم هذه النتائج الثلاث صورة للمدمن الذي تضافرت عليه الانواع الثلاثة من الدوافع التي ذكرناها في بداية هذا الفصل .

- دوافع أصلية كامنة (الاختلال العائلي) .
- دوافع محيطية (الوسط المدرسي والجامعي والسياسي - الحربي) .
- دوافع مشجعة على الاستمرار (تقلت من كل الضوابط الاجتماعية وإنعدام الوسط العلاجي - الوقائي السليم) .

فالأبواب كانت مشرعة بين هذه المخططات الثلاث من الدوافع لتتواصل بحيث ان الوسط المحيطي فشل في الحد من خطر الدافع الاصلي الكامن ولم يعدله أو يكفه بل كان بمثابة الأرض الخصبة لبذوره التي أثمرت ثمراً سيئاً وبعد أن قطع المدمن هذا الشوط من علاقاته التقليدية لم يجد أمامه الوسط الوقائي - العلاجي السليم كي يمنحه محاولة أخيرة للانقاذ فكانت النهاية المؤسفة التي شهدنا .

يمكن أن نطلق على هذا النوع النمطي من المدمنين اسم المدمن السلبي المطلق المتفلسف من كل القيود الاجتماعية والموانع النفسية الداخلية والذي أصبح عالم المخدرات منطلقه ومحور أفكاره وقيمه ودائرته الحياتية المغلقة . واذا جاز لنا استعمال تعابير اقتصادية اطلقنا عليه اسم المدمن الحدي marginal .

ولا بد لنا الان من طرح السؤال النظري التالي : هل يشكل مسار هذه الحالات تعبيراً عن حتمية نفسية أصلية لا سبيل الى الوقوف في وجهها وتعديلها ؟

لنترك عينة البحث توضح لنا هذا السؤال . من أصل ٢٠ حالة صرحت باختلال العلاقات بين الام والاب ، هناك ٥ حالات ، بما فيها الحالات الثلاث المذكورة ، وصلت الى حد الادمان

السلي المطلق ، كما أسميناه منذ قليل ، بينما بقيت الحالات الخمسة عشرة الاخرى ضمن حد معين من الادمان النسبي المنتظم وضمن حدود ثابتة نسبياً ، ١٢ حالة منها اكتفت بتعاطي الحشيش و ٣ بتعاطي الحشيش بشكل منتظم بالاضافة الى مخدرات أخرى على نحو غير منتظم .

اذا اعتبرنا الاختلال في العلاقات العائلية بين الام والاب هنا متغيراً مستقلاً والتعاطي متغيراً تابعاً فلا شك أن نسبة التعاطي المرتبطة بهذا المتغير المستقل عالية جداً على صعيد الدلالة الاحصائية حيث تبلغ نسبة ٤٠٪ من مجموع العينة . رغم ذلك يجب التعامل بحذر مع النسبة الاحصائية هنا . فهناك متغيرات أخرى مرتبطة بالوسط الاجتماعي وبالوضع الاقتصادي وهذه المتغيرات تعدل بدرجات مختلفة من فاعلية المتغير المستقل الأصلي . فالمسألة هنا أشبه بالبذرة التي تكمن فيها كل عناصر النمو الا ان نمط هذا النمو وحجمه يتوقفان على التربة التي توضع فيها هذه البذرة . واذا عدنا الى العشرين حالة المذكورة لكي نكتشف الفاعلية المختلفة عندها لعامل مستقل واحد نلاحظ ان الـ ١٢ حالة ، التي لم تتخط درجة معينة من التعاطي ، تنتمي الى وسط اجتماعي تقليدي من فئة اجتماعية وسطى بينما نجد الحالات الثلاث تنتمي الى وسط اجتماعي غني ومتفلة أكثر من القيود الاجتماعية التقليدية وحالتان تنتميان الى وسط اجتماعي فقير وهامشي - طفيلي ، على الصعيد الاجتماعي - الاقتصادي . نحن لا ندعي هنا اننا نتوصل الى استنتاج علمي مقنن فلا زلنا بعيدين عن حصر كل المتغيرات النفسية والاجتماعية والاقتصادية بشكل علمي مضبوط . الا ان هذه العينة تقدم لنا مؤشراً يثير الانتباه حول متغير مستقل أصلي وكيف أنه يؤثر بنسب ودرجات مختلفة في بيئات اجتماعية مختلفة . هذا ما يقودنا الى افتراض ان كل دافع كامن في الشخصية يشكل من حيث المبدأ اطاراً صالحاً للسير في طريق الادمان المطلق الا ان الوسط الاجتماعي قادر بالمقابل على التعديل النسبي أو الكف المطلق لفاعلية هذا الدافع الاصلي . هنا يأتي دور الأهمية البالغة لصياغة أساليب وقائية - علاجية قادرة على الاحاطة المبكرة بهذا الدافع ، أي بخلق الوسط الاجتماعي الذي يمتصه ويعدل من وجهته باتجاه ايجابي وبناء . فالمخدر هو بالنسبة للمتعاطي موضوع تعويض عن فقدان علاقة ما ، فشل الوسط الاجتماعي الأولي (العائلة) والثانوي (المجتمع العام) في توفيرها له . علينا البحث دائماً عن هذه العلاقة المفقودة المسببة للاختلال الخلقى لدى المتعاطي أو المرشح لأن يصبح متعاطياً . فقد تبين لدينا انه كلما ضعف الوسط الاجتماعي الضابط للسلوك كلما كانت احتمالات المضي في التعاطي أكبر وأكثر توغلاً .

اذا نظرنا من هذه الزاوية الى ظروف الحرب في لبنان وأثرها على مؤسسات الضبط الاجتماعي فلنسا بحاجة الى كثير من البراهين والوقائع لنبين مدى انهيار هذه المؤسسات على مختلف الدرجات والمستويات ، من الهرم حتى القاعدة أو العكس .

وعندما نقول انهيار المؤسسات لا نعني بالطبع المؤسسات المادية والأجهزة التقنية والموظفين وغير ذلك من لواحقها بل نعني انهيار الرموز القيمية - الاخلاقية لهذه المؤسسات وبتعبير آخر

انهيار السلطة الأبوية في المجتمع وموت رمز الاب المعنوي داخل الأجيال الجديدة ان في الاسرة أو المدرسة أو المؤسسة أو الدولة . في مجتمع مستقر تكون السلطة الأبوية اطاراً متسلسلاً ، انطلاقاً من سلطة الاب في المنزل أو الأخ الأكبر أو الأم مروراً بالمرابي في المدرسة ومدير العمل في المؤسسة والعائلة الكبيرة في الريف أو العشيرة ... الخ. فاذا ما ضعف دور احدى هذه الحلقات لسبب أو لآخر تحاول الحلقات الأخرى تعويض هذا الضعف ، فاذا ضعفت مثلاً سلطة الأب قد تعوض عنها سلطة الأم أو الأخ الأكبر أو العم أو الخال ، وإذا ما أفتقدت سلطة كل هؤلاء هناك المدرسة والمربون أو زملاء العمل أو مؤسسات الرعاية الاجتماعية التابعة للدولة أو غيرها . ما نريد قوله هنا هو ان المجتمع العام يلعب دور الأب الجماعي ، ان صحَّ التعبير ، فاذا افتقد الاب الفردي بسبب الوفاة أو الطلاق أو الضعف ، فان هذه السلطة الأبوية المتواصلة من الاسرة الى المجتمع العام تشكل الاطار الاجتماعي الضابط للسلك . وهذا الضبط ليس ضبطاً خارجياً بالطبع بل هو ضبط داخلي في ذاتية الفرد وقيمه وأخلاقه وهو يتحول الى ضبط خارجي في الحالات الاستثنائية الجانحة عندما تتدخل مؤسسات الدولة للحجز أو السجن . إن الذي حصل في ظروف الحرب اللبنانية هو موت هذا الأب الجماعي داخل الأجيال الجديدة وتفكك الحلقات الأبوية المتواصلة داخل المجتمع العام . وبموت هذا الأب الجماعي أصبح الأب الفردي جسداً بلا رمز في كثير من الأحيان لا حول له ولا قوة وتعددت السلطات الأبوية الجديدة بتعدد التنظيمات العسكرية والسياسية وزمر الاحياء .. الخ. انه مجتمع بلا أب حقيقي ، بلا سلطة أبوية داخلية . وسط هذا الوضع الاجتماعي المتخلخل بينته العامة ، يصبح من الصعب فرز الدوافع الكامنة في شخصية بعض الأفراد التي أدت بهم الى التعاطي ، من الدوافع المستجدة لدى البعض الآخر . فما أدرانا انه ، لو توفر الوسيط الاجتماعي الإيجابي لأولئك الذين يحملون في شخصياتهم اختلافاً قديماً ناشئاً عن سوء التربية البيئية ، لكانوا أصلحوا سلوكهم ولم يقعوا فريسة تعاطي المخدرات . ففي ظل هذا المناخ الاجتماعي المضطرب تختلط الدوافع الأصلية بالدوافع المستجدة لتكوّن ظاهرة نفسية - اجتماعية معقدة ، من الصعب فرز عناصرها القديمة عن عناصرها الجديدة ببسرة وسهولة .

من ناحية أخرى ، أن المناخ المذكور من شأنه أن يضعف القيم التي اكتسبها الفرد في أسرة سوية فيعمل على تنمية الميول الانحرافية القديمة لدى البعض وعلى أضعاف الميول الاجتماعية والاخلاقية الإيجابية لدى البعض الآخر .

لدينا في عينة البحث ٣٠ حالة ، ٢٥ منها بدأت الادمان في زمن الحرب ولم تصرح بوجود اختلال في تربيته العائلية الاسرورية بل هي كانت تحيا حياة عائلية طبيعية . رغم ذلك فان عوامل عديدة برزت خلال مرحلة الاحداث وجعلتها تأخذ اتجاه تعاطي المخدرات .

٢ - ٥ - العوامل المباشرة لبدء التعاطي .

رداً على السؤال رقم ٤ : ما هو السبب أو الدافع الذي جعلك تبدأ بتناول المخدرات ؟
جاءت اجابات العينة على الشكل التالي ، الجدول رقم ٨ :

١٥	- من أجل التخلص من حالات الانقباض
١٢	- على سبيل التقليد
١٤	- من أجل مجاراة الأصحاب
٥	- من أجل النساء
٤	- من أجل مشاكل الحياة

ان الفقرتين ٢ و ٣ تمثل في الواقع دافعاً واحداً فالتقليد ومجاراة الأصحاب يعدان أمراً متقارباً ان لم يكن واحداً . ويبدو واضحاً ان هذا الدافع يأتي في طليعة الدوافع المباشرة لبدء التعاطي في العينة المدروسة ، بتمثيله ٥٢٪ من مجموع العينة ، يليه دافع التخلص من حالات الانقباض ونسيان المشاكل (الفقرتان ١ و ٥) ٣٨٪ من مجموع العينة ويأتي دافع النساء في أسفل السلم ١٠٪ من مجموع العينة .

وعن السؤال رقم ٢ : ما هي المناسبة الأولى التي تعاطيت فيها المخدرات ؟ كانت الاجابات على الشكل التالي ، الجدول رقم ٩ :

٨	١ - زيارة بعض الأصدقاء
١٦	٢ - سهرة أصحاب
٥	٣ - مناسبة جنسية
٤	٤ - معركة عسكرية
٢	٥ - حفلة زواج
٣	٦ - في السجن
١٢	٧ - مناسبات اخرى

يبدو واضحاً من اجابات الجدول رقم ٩ ان الجو الزمري أو الجماعي يأتي في طليعة مناسبات التعاطي بينما تحتل المناسبات الجنسية درجة دنيا . وقد تبين معنا في سياق الأسئلة اللاحقة ان الدافع الأول لبدء التعاطي يزول في غالب الأحيان في مرحلة التعاطي اللاحقة . فالحالات الخمس التي ربطت تناولها المخدرات لأول مرة بالدافع الجنسي أجمعت كلها أنها لم تعد تربط بين التعاطي وبين النساء بل ان ٤ حالات منها صرحت بعدم رغبتها في ممارسة الجنس أثناء فترة التحقيق الاستباري معها وهذا دليل واضح على عدم ثبات الدوافع الأولى المؤدية الى التعاطي . ذلك أن رغبات المدمن تتركز بعد فترة على المخدر نفسه الذي يصبح غاية في حد ذاته ، ذلك ان الادمان يولد الادمان حتى لو زال تأثير الدوافع الأصلية الأولى . فقد صرحت

أحدى الحالات ، التي بدأت التعاطي على أساس ان تناول الهيروين يطيل العملية الجنسية ، بأنها اكتشفت فيما بعد انه لا يتغير في الأمر شيء الا انها بدأت تشعر باللذة الذاتية الخاصة بالهيروين نفسه وابتعدت عن ممارسة الجنس . هذا يؤدي بنا الى اعتبار الكثير من الدوافع المباشرة الواعية لبدء التعاطي انما هي دوافع حاجية أو مقنعة لدوافع أعمق كامنة في شخصية المتعاطي وما الدوافع المباشرة إلا وسيلة مموهة للاستعداد الخفي الكامن .

٢ - ٦ - دوافع الاستمرار في التعاطي أو الانقطاع عنه .

لقد حاولنا من خلال الأسئلة ٧٠ - ٨٤ فهم القوى التي تدفع بالفرد الى بدء سلوك التعاطي ثم فهم القوى التي تعمل فيما بعد على استمراره في التعاطي أو الانقطاع عنه ، وقد تبين لنا من خلال تحليل البيانات ان موقف التعاطي الأول هو موقف جماعي عند معظم المتعاطين . فقد جاءت الاجابات على السؤال رقم ٥ : هل بدأت بتعاطي المخدر بشكل منفرد أم مع شلة معينة ؟ لتؤكد ان ٨٠٪ من العينة بدأت التعاطي مع مجموعة معينة . اذ يبدو ان مجازاة الوسط الاجتماعي القريب هي القناة الرئيسية التي يسلك من خلالها الأفراد الى عتبة التعاطي ، مقابل نسبة قليلة بدأت التعاطي بشكل منفرد نتيجة لأزمة نفسية حادة أو على سبيل التجربة والاستطلاع الخجولين لـ «سحر» المخدر أو على سبيل شفاء الأمراض والتخلص من حالة السمنة (حالتان) وقد شكل هؤلاء ٢٠٪ من عينة البحث . إلا انه ليس من الثابت كما تبين لنا ان من يبدأ بالتعاطي المنفرد يحافظ على هذا الشكل ، أو ان من يبدأ بالتعاطي الجماعي يبقى على هذا الحال فمن يبدأ بالتعاطي المنفرد قد ينتمي بعد فترة معينة الى مجموعة والعكس صحيح .

وتدخل في تحويل هذين النمطين عوامل مختلفة ومعقدة مستقلة عن مناسبات التعاطي الأول فردياً كان أم جماعياً .

من جانب آخر ان خط التعاطي ليس دائماً خطاً مستمراً Linéaire متواصلاً مع بدايته ، بل هناك ، الى جانب هذا النموذج ، نموذج آخر أكثر خطورة وهو نموذج التعاطي ذو الخطوط الانقطاعية التي تنتهي في نقطة لتبدأ من نقطة أخرى جديدة . هذا النموذج الثاني يمثل نمط التعاطي المثالي أو الحدي الذي يمر في كل مراحل الادمان الانقطاعية - التصاعدية . من البسيط الى المركب من حبة الفاليوم Valium الى حقنة المورفين ، من سيجارة «المارلبورو» المحتوية على بعض الحشيش الى الهيروين المنتظم - المتصاعد . أما النموذج الأول الأمين لخط بدايته فيمثل نمط التعاطي النسبي ، المستقر على حالة واحدة منتظمة ضمن حدود محصورة لا تتعدها في أغلب الأحيان .

واذا حاولنا الربط بين شكل التعاطي الفردي أم الجماعي ونمط التعاطي ، كما حددناه في النموذجين المذكورين ، لاكتشفنا علاقة طردية بين الميل الى ترك الشكل الجماعي باتجاه التعاطي الفردي وبين إتجاه التعاطي للتحويل الى النمط الانقطاعي - التصاعدي الأكثر توغلاً واستغراقاً في عالم المخدرات . فمن أصل ٥٠ حالة ، التي شكلت مجموعة عينة البحث ،

هناك ٨ حالات اتجهت من الشكل الجماعي الى الشكل الفردي أو الثنائي وهي أكثر الحالات تطرفاً واستغراقاً داخل العينة المذكورة . هذا لا يعني بالطبع ان كل شيء جماعي هو شكل مستقر على مستوى واحد من التعاطي فهذا يتوقف على كثير من العوامل الأخرى ، كالوسط الجماعي الذي ينتمي اليه المتعاطون ، من ارتباط عائلي ومهني وسياسي وغيرها من العوامل المتعلقة بسماة شخصياتهم ... إذ ليس من المستبعد أن يتحول شكل جماعي بأسره من مخدر الى مخدر وإضافة مخدر جديد الى مخدر قديم . لكن يمكن القول بصورة عامة ، استناداً الى تجربة الاستبار ، ان الشكل الجماعي أميل الى الانتظام من الشكل الفردي والا هدد بالانفراط والتشقق تبعاً لميول كل متعاط ، إذ سوف يتجه في هذه الحالة الى التعاطي الفردي المستقل ، وهي بداية مطاف الانحلال الجماعي التام ، ليس على صعيد المجتمع العام فقط بل على صعيد «مجتمع المتعاطين» نفسه .

لقد رسمنا حتى الآن صورة ظواهرية للنماذج الشكلية لمسار المتعاطي ، مستخلصة من المقابلات الاستبارية التي قمنا بها . وعلينا الآن تقديم صورة أكثر تفصيلاً للعوامل المؤثرة الدافعة بهذا الاتجاه أو ذاك ، استناداً الى ثلاث متغيرات :

- نوع المخدر المتعاطي .
- شخصية المتعاطي .
- الوسط الاجتماعي .

٢ - ٧ - نوع المخدر المتعاطي وتأثيراته .

لقد أظهرت نتائج تحليل الاستبار ان هناك علاقة مؤثرة واضحة بين تعاطي نوع محدد من المخدرات وبين نمط التعاطي الفردي/الجماعي ، المستقر/المتصاعد . ان ٣٨ حالة ، ٧٦٪ من العينة ممن بدأوا بتعاطي الحشيش ، ولم يضيفوا اليه مخدرًا آخر ، استقروا على شكل منتظم من التعاطي (أنظر الجدول رقم ١٠) .

جدول رقم ١٠ : نوع المخدر وشكل التعاطي أثناء الفحص الاستباري

تعاطي متقلب	تعاطي جماعي	تعاطي فردي	حشيش
٤	٣٢	٢	٣٨
			هيرويين ومخدرات أخرى
٢	٤	٦	١٢

تجب الإشارة ، فيما يتعلق بالحالتين اللتين تتعاطيان الحشيش بشكل فردي ، الى ان هذين الشخصين كانا يتعاطيانه تحت وطأة أزمة شخصية طارئة بسبب تعلق كل منهما بحب امرأة متزوجة يريد الزواج منها ، لكن العوائق الاجتماعية تحول بينه وبين تحقيق هذا الهدف وقد استطاع أحدهما في النهاية الزواج من المرأة التي يحبها وأقلع نهائياً عن تعاطي الحشيش . أما الشخص الثاني فقد أقلع نسبياً عن التعاطي المنتظم بعد ان فقد الأمل نهائياً من الزواج بمن يحب واتجه وجهة إيجابية في حياته . والجدير بالذكر هنا ان الشخصين طالبان جامعيان . أما الحالات الأربع التي تعاطى الحشيش بشكل متقلب فهي لا تعاطى وفق زمن منتظم بل تبعاً للظروف .

تقدم لنا الحالتان الآتيتا الذكر صورة في غاية الأهمية عن المتعاطي الذي يبدأ بتناول المخدر (وهو الحشيش هنا) ، تحت وطأة مشكلة شخصية ضاغطة دون أن ينفصل خلال تعاطيه عن الدافع الأول للتعاطي . النقطة التي يجب التركيز عليها هنا هي ان هذا المتعاطي لم ينقطع عن دافعه الأولي ولم ير في المخدر موضوع تعويض عن الموضوع الحقيقي الواقعي ، أي ان دوافعه الداخلية لم تتمحور على المخدر ذاته وانما بقي وسيلة مؤقتة من أجل احتمال التوتر النفسي الناتج عن الموقف الضاغط . ان أية عملية استبدال Transfert ، عن الموضوع الأصلي باتجاه المخدر ، من شأنها أن تعرض هذه الحالة للاستغراق في عالم الادمان وفقدان الارتباط الواقعي بالمشكلة الأصلية ، الا ان ارتباطه المستمر بحل هذه المشكلة الأصلية شكل ضابطاً لسلكه وقيمه ولنا أن نفترض هنا انه لو لم يصل الى حل واقعي لكان إنحرف في تعاطي المخدرات مثل كثير من الأشخاص الذين يبدأون التعاطي « كحل مؤقت » ثم لا يلبث أن يصبح « الحل الدائم » .

نأتي الى بقية متعاطي الحشيش وعددهم ٣٢ متعاطياً ، ٦٤٪ من عينة البحث ، فهم يتعاطون بشكل منتظم ضمن مجموعات تتراوح بين ٤ و ٨ أشخاص في الجلسة الواحدة . ويأخذ هذا الانتظام شكل الانتظام الزمني وغالباً ما تكون الجلسة في فترة بعد الظهر أو في المساء بالاضافة الى الانتظام في كمية المخدر المتناول ، بحيث لا تزداد هذه الكمية تصاعدياً في كل مرة . وهناك فرق أساسي بين الحشيش والهرويين ، فاجابات معظم متعاطي الحشيش أظهرت على أن هؤلاء لا يميلون طردياً الى زيادة الكمية المتناولة على عكس ما هو الحال في الهرويين والأنواع المماثلة ، حيث يميل المتعاطي الى زيادة كمية المخدر بشكل تصاعدي وبصورة قهرية ، أي ان مفعول المخدر من هذا النوع لا يعود فعالاً إذا ثبت المتعاطي على مستوى واحد من الكمية المأخوذة ، ولكي يبلغ حالة التخدير إنه مرغم على زيادة هذه الكمية باطراد مستمر . لهذه النقطة دور في غاية الأهمية من ناحية القدرة على الاقلاع عن التعاطي لدى كل من متعاطي الحشيش ومتعاطي الهرويين أو الأفيون أو غيرها من المخدرات المشابهة . ويبدو هذا الفرق واضحاً في اجابات عينة البحث حول سبب استمرارهم في التعاطي (سؤال رقم ٨٤) حيث غلب على اجابات

متعاطي الحشيش بأن سبب استمرارهم في تعاطي الحشيش يعود الى «التعود» أو «اللذة» ، بينما ارجع معظم متعاطي الهيرويين استمرارهم الى «عدم القدرة» و «صعوبة تركه» . والفرق هنا نوعي بين هذين الشكلين من التعاطي ، اذ ان متعاطي الحشيش لا يحتاج الى علاج طبي كلي ليقلع عن التعاطي ، شرط الا يكون مزمناً ، بينما يحتاج متعاطي الهيرويين والمورفين الى هذا العلاج بشكل حتمي . ان هذا الفرق دعا بعض الدارسين كالفرنسي بوكيه Bouquet الى اخراج الحشيش من دائرة مفهوم الادمان وإدراجه تحت مفهوم «التعود» . والمعروف ان مفهوم الادمان أحد مفاهيم الطب العقلي وله معنى محدد في هذا الميدان يتلخص في المظاهر الأربعة الآتية كما حددتها لجنة الخبراء في بحوث المخدرات ، المتفرعة عن هيئة الصحة العالمية سنة ١٩٥٧ .

- رغبة غالبية ، أو حاجة قهريّة الى الاستمرار في تعاطي المخدر والحصول عليه بأية وسيلة .
- ميل الى زيادة الجرعة المتعاطاة .
- اعتماد نفسي وعضوي عام على آثار المخدر .
- تأثير ضار بالفرد والمجتمع .

واذا ما طبقنا هذا التعريف على الحشيش نجد انه لا ينطبق عليه حتماً من ناحيتين : الميل الى زيادة الجرعة المتعاطاة ، الحاجة القهريّة والحصول عليه بأية وسيلة . ذلك ان متعاطي الحشيش يستطيع إجمالاً الاقلاع عن التعاطي دون أن يتعرض لضغوط قاهرة على الصعيد العضوي وهو ليس مجبراً بصورة قهريّة لا إرادية على زيادة الجرعة المتعاطاة . هذه نتيجة أكدتها تجربتنا الاستبارية عندما أجاب ٢٦ حالة من متعاطي الحشيش انهم استطاعوا الانقطاع عن التعاطي فترات تتراوح بين الشهر والسنة وبشكل ارادي دون أي علاج ، بخلاف متعاطي الهيرويين الذين أجابوا بعجزهم عن الاقلاع الارادي دون علاج خاص .

كل هذا يشير الى ان احتمالات توقف متعاطي الحشيش عن الاستمرار في التعاطي هي احتمالات أسهل وأكبر من احتمالات توقف متعاطي المخدرات الأخرى ، التي ينطبق عليها تعريف الادمان المذكور أعلاه والتي من أهم خصائصها الزيادة المتصاعدة في الكمية المتعاطاة والسيطرة القهريّة الكيمايية على جهاز التعاطي العضوي .

أما من ناحية الترابط القائم بين شكل التعاطي الفردي/الجماعي ونوع المخدر ، ففي العينة ميل غالب بين تعاطي الهيرويين والمخدرات المشابهة وبين الاتجاه الى التعاطي الفردي حيث ان ٥٠٪ من متعاطي الهيرويين (الجدول رقم ١٠) في العينة يميلون الى التعاطي الفردي و ٣٠٪ يتأرجحون بين التعاطي الفردي والتعاطي الجماعي و ٢٠٪ يتعاطون جماعياً . ولا بد من الاشارة هنا الى ان متعاطي الهيرويين لديهم ميل عام يسير من الجماعي الى الفردي كلما توغل المدمن في التعاطي وزادت كمية المخدرات التي يتناولها ، كما برهن الاستبار ، حيث ان الحالات الست التي تعاطى فردياً هي أكثر الحالات استغراقاً وتطرفاً ، علماً انها بدأت التعاطي

بشكل جماعي ، بينما تشكل الحالات الأربع المتأرجحة نقطة وسط مع ميل الى التعاطي الفردي أما الحالتان اللتان تتعاطيان بشكل جماعي فهما الأقل إنتظاماً في التعاطي والأقل استغراقاً فيه .

أما بالنسبة لأولئك الذين انقطعوا فترة عن تعاطي الحشيش ثم عادوا اليه فاننا نلمس لديهم أسباباً جديدة للعودة الى التعاطي تختلف عن الأسباب القديمة ، حيث يأتي دافع «حكم العادة» في طليعة هذه الأسباب ٦٠٪ يليه «مشاكل الحياة» ٣٠٪ ثم أسباب أخرى ١٠٪ . ولا شك ان «حكم العادة» تعني هنا عدم قدرتهم على الاندماج في وسط اجتماعي يشعرون فيه بالرضى والاطمئنان فيصابون بالارتكاس والارتداد الى عاداتهم القديمة . كذلك أولئك الذين عادوا الى التعاطي تحت وطأة «مشاكل الحياة» ، لا بد وأنهم شعروا باليأس من حل مشاكلهم فعادوا الى المخدرات من جديد . وهناك حالة واحدة من العينة تتعاطى الهيروين ادعت انها انقطعت عن التعاطي مدة ثلاث سنوات بعد أن دخل السجن وأودع المصححات ثم عاد الى التعاطي اثر زيارة بعض أصدقائه القدامى من المتعاطين فعاد الى التعاطي ولم يزل مستمراً حتى الآن . اننا نتحفظ بالطبع على صحة هذه الاجابة لأن صاحبها ادعى في بداية المقابلة انه بقي مدة خمس سنوات يتناول الهيروين حتى شعر انه أصبح لا يستطيع التخلي عنه وهي مدة طويلة جداً بالنسبة لمدمن الهيروين المعروف بسرعة تملكه للجسم والسيطرة عليه . لذلك نحن نرجح ان اجابة هذه الحالة غير صادقة ولا تعكس الواقع بأمانة .

جدول رقم ١١ : أسباب الانقطاع عن التعاطي . (حشيش)

أسباب اجتماعية	١٦
أسباب مالية	٤
أسباب صحية	٤

جدول رقم ١٢ : أسباب العودة الى تعاطي الحشيش

بحكم العادة	١٤
مشاكل الحياة	٧
أسباب أخرى	٣

هناك ملاحظة لا بد من الاشارة اليها ، فيما يتعلق بقدرة متعاطي الحشيش على الاقلاع عنه بصورة أسهل من المخدرات الأخرى ، وهي ان تعاطي الحشيش لا يشكل بحد ذاته ضمناً للمتعاطي كي لا يتركه الى نوع آخر ففي معظم الحالات يبدأ المتعاطي بالحشيش ثم «يترقى» في سلم الأنواع الأخرى . فالسؤال لا تتعلق فقط بنوع المخدر . ذلك ان إختيار هذا النوع من المخدر أو ذاك أمر يعود الى عوامل مختلفة قد تكون اجتماعية أو نفسية أو متغيرات تساهم في تحديد إختيار المدمن لهذا النوع أو ذاك ، لهذه الطريقة أو تلك . تأتي الآن الى مسألة الرغبة في

الاقلاع عن التعاطي . تدل الاجابات ، التي حصلنا عليها من هذه الزاوية ، على ان معظم العينة غير مستقرة . فقد اجاب ٧٠٪ (٣٥ حالة) بأنهم يرغبون في التوقف عن التعاطي . إن الأسباب الاجتماعية تأتي في طليعة الأسباب المثيرة لهذه الرغبة لدى متعاطي الحشيش خاصة بالاضافة الى الأسباب الصحية والمالية لدى متعاطي الهيروين أما الـ ٣٠٪ الذين أبدوا رضی عن سلوك التعاطي فقد كان أوضح تبرير عندهم لهذا الرضى هو مجرد التعود وتلاه نسيان مشاكل الحياة .

وننتقل الآن الى مسألة الثبات على المخدر أو تغييره عبر فترة الإنقطاع . يتضح من البحث الاستباري أن ١٢٪ من مجموع العينة ، من الذين كانوا سابقاً يتعاطون الحشيش ثم انقطعوا عنه فترة من الزمن تتراوح بين شهرين وستة ، عادوا فأضافوا ، عند عودتهم الى تعاطي الحشيش ، مادة أخرى كالهيروين وغيره . هذه الحقيقة تدعو للنظر المتعمق في طبيعة فترة الانقطاع ، وما قد تنطوي عليه من توترات نفسية عنيفة . ذلك ان العودة بعد الانقطاع تشكل نكسة وخيبة في أعماق الذات لذلك فان احتمالات إضافة مخدر جديد الى المخدر القديم تكون واردة ، وكذلك وارد تناول كمية أكبر من المخدر الذي كان يتعاطاه المدمن قبل فترة انقطاعه .

٢ - ٨ - سمات المتعاطي الشخصية :

إن النتائج ، التي نذكرها فيما يلي ، تشير الى عدد من السمات ، بعضها يتسم بها المظهر الخارجي للمتعاطين ، كما لاحظنا في عينة البحث ، والبعض الآخر تتسم بها شخصياتهم في بعض جوانبها . فإما عن مظهره وهندامه فلم نلاحظ ما يلفت النظر (بنود الاستمارة رقم ٨٨) إذ ان الغالبية ٨٠٪ بدت عادية المظهر بينما بلغت نسبة المهتمين بمظهرهم «إهتماماً زائداً» ١٠٪ والذين يبدو عليهم «إهمال زائد» ١٠٪ . كما لوحظ ان نسبة من تبدو عندهم العينان محتقتين ٣٢٪ .

جدول رقم ١٣ : مظهر المدمن

مظهر عادي	٤٠
اهتمام زائد	٥
إهمال زائد	٥

جدول رقم ١٤ : إحتقان العينين

محتقنة	١٦
غير محتقنة	٣٤

كما لوحظ انهم يعانون من اضطراب النوم بصور مختلفة . ويعتبر الباحثون النفسيون اضطراب النوم أحد أعراض القلق ويبدو ذلك في عيّننا على النحو الآتي :

في أجوبة السؤال رقم ٩١ يتضح ان ٣٨٪ من العينة يعانون النوم المتقطع . في الاجابة على السؤال رقم ٩٢ (هل تارق كثيراً قبل النوم ؟) يعاني ٦٠٪ من العينة الأرق أول الليل ،

مقابل ٢٠٪ يعانون الأرق آخر الليل . ولكن علينا هنا بالحذر من أن نقفز من هذه الصورة الى القول بأن هذا الاضطراب أثر من الآثار التراكمية للتعاطي . فربما كانت هذه الصورة قائمة عند المتعاطين قبل ان يبدأوا التعاطي ، كأن تكون داخلة كعنصر في البناء الأساسي للشخصية بحيث تمثل درجة من الاستعداد للاصابة بالمرض النفسي . وربما كانت من بين العوامل التي دفعت بهم الى استعمال المخدر . المهم ان المعطيات التي بين يدينا في هذا الصدد تصنف حالة المتعاطي عند فحصه ولا نستطيع أن نستخلص منها فيما إذا كانت هذه الحال أثناء التعاطي أم من بين أسبابه . إلا ان لها في جميع الحالات قيمة تشخيصية لا يمكن إغفالها .

وقد وجعنا الى المتعاطين عدداً من الأسئلة يتناول بعضها خصائص الشخصية مثل الميل الى التحكم والسيطرة أو الى الخنوع والخضوع والميل الى التردد أو الإندفاع والتسرع ، والميل الى الغزلة أو عكسه ... الخ كما يتناول البعض الآخر عدداً من الوظائف البسيكولوجية كالتفكير والتذكر ، ويتناول البعض الثالث تقييمه لقدراته الإنتاجية .

المهم ان الحصيلة التي نسعى اليها من هذه العناصر جميعاً أن تبين رأي المتعاطي في نفسه ، أي الصورة التي ترتسم في ذهنه عن شخصه والتي يرتضي أن يعرفها الناس عنه . وقد تكون هذه الصورة مطابقة لحقيقته الموضوعية في بعض جوانبها ، وقد يكون هناك شيء من المبالغة بالتعظيم أو بالتحقير في جوانب أخرى ، المهم ان هذه الصورة هي ذات قيمة تشخيصية لا يمكن إغفالها .

ففيما يتعلق بالسمة الممتدة من التحكم الى الاستكانة (أنظر الجدولين رقم ١٥ ، ١٦) يبدو ان الميل الغالب هو التحكم ولكن ليست بصفة ثابتة بل يختلف الأمر بين الحالات العادية وحالات التخدير وحالة التلهف (الخرمان) .

الجدول رقم ١٥ : سمة الميل الى التحكم أو الاستكانة وعلاقتها بالتخدير

عادي	مستكين	متحكم	أسئلة رقم ١١٦ - ١١٧ - ١١٨
٧	١٥	٢٨	- الحالة العادية
٨	٢٦	١٦	- أثناء التخدير
١٨	٢٢	١٠	- ثاني يوم التخدير
٨	٦	٣٦	- أثناء حالة التلهف والخرمان

يبدو هنا واضحاً ان الميل الى التحكم هو الغالب في الحالة العادية وينخفض كثيراً أثناء فترة التخدير حتى يصل الى أخف درجاته ثاني يوم التخدير بينما يصل الى ذروته في حالة التلهف والخرمان . فيما يتعلق بالتردد والتسرع تميل شخصية المتعاطي الى التسرع ، ولا تعارض بين هذه الحقيقة وبين إرتفاع القلق لديهم . كما ان التسرع والميل الى التحكم يمكن أن يتمشيا معاً .

كما يتمشيان مع زيادة الميل الى التقلب بين التردد والتسرع وهو ما يبديه المتعاطون أيضاً في حياتهم العادية .

جدول رقم ١٦ : غلبة الميل الى التردد أو التسرع لدى المتعاطين .

سؤال رقم ١١٩	متردد	متسرع	لا متردد ولا متسرع
	١٦	١٤	٢٠

جدول رقم ١٧ : غلبة الميل الى التروي أو الى التقلب بين التردد والتسرع

سؤال رقم ١٢١	بعد تفكير	متقلب
	٣٧	١٣

جدول رقم ١٧ : غلبة الميل الى التردد والتسرع تحت تأثير المخدر

سؤال رقم ١٢٠	متردد	متسرع	لا متردد ولا متسرع
	٢٤	١٢	١٤

جدول رقم ١٨ : غلبة الميل الى التروي أو الى التقلب تحت تأثير المخدر .

	بعد تفكير	متقلب
	٣٦	١٤

جدول رقم ١٩ : غلبة الميل الى التردد والتسرع في اليوم التالي للتخدير .

متردد	متسرع	لا متردد ولا متسرع
١٤	١٢	٢٤

جدول رقم ٢٠ : غلبة الميل الى التروي أو الى التقلب في اليوم التالي للتخدير

متقلب	بعد تفكير
١٢	٣٨

جدول رقم ٢١ : غلبة الميل الى التردد أو التسرع عند الشعور بالتهلف

سؤال رقم ١٢٢	متردد	متسرع	لا متردد ولا متسرع
	١٢	٢٤	١٤

كما دلت النتائج أن نسبة الذين يشكون من ضعف الذاكرة بين المتعاطين هم ١٨٪ والذين يشعرون بقوة الذاكرة هم ٣٤٪ .

جدول رقم ٢٢ : حالة وظيفة التذكر وعلاقتها بالمخدر

الاسئلة رقم ١٢٤ - ١٢٥ - ١٢٦	ضعيف الذاكرة	قوي الذاكرة	عادي
في الوضع العادي	٩	١٧	٢٤
في حالة التخدير	١٩	١٤	١٧
في اليوم التالي	١٠	٦	٣٤

وهكذا نرى ان ضعف الذاكرة يصل الى حالته القصى في حالة التخدير أما في اليوم التالي للتخدير فتتخفف نسبة قوة الذاكرة باتجاه وسطي نحو الحالة العادية .
نأتي الآن الى مسألة الميل الى الاجتماع بالناس أم الى العزلة .

في الاجابات على الاسئلة رقم ١٣٢ ، ١٣٣ ، ١٣٤ ، تبين ان ٣٤٪ (١٧ حالة) يميلون الى الاجتماع بالناس ، و ٣٦٪ (١٨ حالة) لا يهتم هذا الأمر ، و ٣٠٪ لا يميلون الى مخالطة الآخرين من غير المتعاطين . ولكن الموضوع هنا يتطلب تحديداً أكثر . لأن الذين أجابوا بأنهم يميلون الى مخالطة الناس فانهم يفضلون بالطبع مخالطة المتعاطين منهم أكثر من غير المتعاطين والمسألة هنا لا تتعلق برغبة المتعاطين فقط بل بمدى قبول الناس الآخرين من غير المتعاطين بمخالطة هؤلاء المتعاطين .

ان كل ذلك يؤدي الى غلبة الميل لدى المتعاطين الى العزلة . والجدير بالاهتمام في هذه الصورة المعقدة هو ما يبديه المتعاطون من غلبة عدم الاكتراث للاجتماع بالآخرين . ان المسألة

ليست نفوراً من الناس بل عدم اكتراث . قد يعني ذلك ان المتعاطين لا يكثرثون بالفعل للاجتماع بالناس أو يعني اننا هنا بصدد نتيجة غير مباشرة لحالة من العجز النسبي عن المخالطة والاجتماع . نحن نميل الى الرأي الأخير لأن المتعاطين يظهرون حساً اجتماعياً عالياً بين بعضهم البعض يظهر في التعاون و «الاخوة» ، خاصة فيما يتعلق بتأمين المخدر لبعضهم البعض وهو أمر مفهوم جيداً بالنسبة لفئة من الناس منبوذة من المجتمع العام . من هنا يأتي ميلهم لعدم الاكتراث بالاجتماع بالآخرين كنتيجة غير مباشرة لتورطهم في صراع بين الحرص العميق على الاندماج في الآخرين وبين العجز عن تحقيق هذا الاندماج . وتزداد هذه الصورة معقولة اذا أدخلنا في حسابنا مستوى القلق المرتفع الموجود لديهم . فهم من هذا المنطلق لا يشكلون حالة إنطواء حقيقية بل انطواء مشوب بدرجة من الاضطراب العصائي . والملاحظ من دراستنا للمدمني الهيرويين والمخدرات الأخرى المشابهة ، انه كلما إزداد المتعاطي توغلاً في تناول كميات أكبر من هذه المخدرات ، كلما أصبح عاجزاً عن التواصل مع الناس الآخرين من غير المتعاطين عموماً . فهو قد لا يشعر في قرارة نفسه بنفور من الناس لكنه عاجز عن التواصل معهم . وقد تبين من الفحص الاستباري ان أقصى درجات الميل الى العزلة لدى المتعاطين ، هي عندما يكونون في حالة تلهف وخرمان فهذه الحالة المضطربة جداً تمثل أقصى درجات العجز في التواصل مع الناس .

جدول رقم ٢٣ : الميل الى المخالطة الاجتماعية ومدى تأثيره بالمخدر

أسئلة رقم : ١٣٢ - ١٣٣ - ١٣٤

لا يكثرث	يفضل المخالطة	يفضل العزلة	
١٨	١٧	١٥	في الوضع العادي
٨	٣٢	١٠	وهو مخدر
٣١	١٦	١٣	في اليوم التالي
١٠	١٤	٣٦	تحت تأثير الخمرمان والتلهف

إن الأمر المثير للاهتمام هنا هو ارتفاع الميل الى المخالطة أثناء حالة التخدير وهو مؤشر في غاية الأهمية لأنه يكشف بكل وضوح ان حالة التخدير هي المناخ النفسي الذي يشعر فيه المتعاطي بالتوازن والانسجام وهي الصفات التي يفقدها في حياته الواقعية مع الناس . لذلك فهو يعوض هذا الفقدان بتواصله معهم خلال حالة التخدير ، ان على مستوى إحساسه وتعامله مع رفاقه في الجلسة أو عن طريق الخيال ، إذ يرغب في الاندماج معهم ويبقى عاجزاً عن تحقيق هذا الاندماج في واقع حياته .

ننتقل الآن الى القابلية للايحاء ومدى تأثيرها بالمخدر .

جدول رقم ٢٤ : مدى التأثير برأي الآخرين ومخالفته
اسئلة رقم ١٣٥ - ١٣٦ - ١٣٧

يتأثر	يخالف	عادي	
١٧	٢٢	١١	في الوضع العادي
٣١	١٢	٧	وهو مخدر
١٨	٢٣	٩	اليوم التالي
١٢	٣٠	٨	وهو خرمان

الواضح من هذه الاجابات ان المتعاطين ، اثناء أوضاعهم العادية ، هم أميل الى مخالفة رأي الآخرين . قد يكون هذا الميل ناتجاً عندهم عن القلق الداخلي الذي يعانون منه . تتوضح هذه المسألة بجلاء أثناء حالة التخدير حيث يصل المتعاطي الى أقصى درجة في التأثير بآراء غيره وهو مؤشر يدل على اتجاه كامن نحو الاندماج بالآخرين لكنه لا يتحقق إلا في حالة التخدير . بينما يصل التأثير الى أدنى درجة في حالة التلهف والخرمان عندما يكون المتعاطي في أقصى حالات القلق والتوتر حيث يرتفع لديه الميل الى أقصى درجة في مخالفة رأي الآخرين ، وحالة الخرمان هي النقيض المعاكس تماماً لحالة التخدير فالتخدير يساوي الانسجام والتوازن والانفتاح أما الخرمان فيساوي القلق والتوتر والانغلاق .

والآن ماذا عن مقدار انتاج المتعاطي ومدى تأثيره بتعاطي المخدر .

جدول رقم ٢٥ : اسئلة رقم ١٢٧ - ١٢٨ - ١٢٩ - ١٣٠

انتاج قليل	انتاج كثير	انتاج عادي	
١٦	١٣	٢١	في الوضع العادي
٣٢	٨	١٠	وهو مخدر
١٤	٦	٣٠	اليوم التالي
٤٥	-	٥	وهو خرمان

يتضح من هذه الاجابات ان درجة انتاج المتعاطي تصل الى أدنى درجة في حالة التلهف والخرمان وهذا أمر طبيعي بالنسبة لحالة القلق الشديد التي يعاني منها في هذا الوضع ، كذلك تنخفض قدرته الانتاجية وهو في حالة التخدير (الا اذا كان شاعراً بالطبع) .

لننظر الآن الى نواح أخرى من سمات شخصية المتعاطي وهي تصرف المتعاطين حيال الوعود التي يبذلونها ، خاصة من حيث العمل واستعداده لمساعدة أصدقائه في الشدائد ويقظة الضمير .

جدول رقم ٢٦ : تصرف المتعاطين حيال الوعود التي يبذلونها الخاصة بالعمل .
سؤال رقم ١٥٢ : اذا اعطيت كلاماً بانتهاء عمل في وقت معين ثم اكتشفت بأن المدة لا تكفي فكيف تتصرف ؟

طلب مهلة	مضاعفة الجهود	الاستعانة بآخرين	عدم الاهتمام
٣١	١٥	٣	١

لا يبدو من هذه الاجابات أي اتجاه غير طبيعي في تصرف المتعاطي فطلب المهلة هو اتجاه واقعي في هذه الحالة ويأتي هنا في الطليعة ثم يليه مضاعفة الجهود وهو كذلك اتجاه طبيعي لدى معظم الناس العاديين .

جدول رقم ٢٧ : استعداد المتعاطي لمساعدة أصدقائه في الشدائد سؤال رقم ١٥٣

يساعد	لا يساعد
٣٦	١٤

يبدو ان المتعاطين يصبح لديهم نوع من «الغيرة الجماعية» تجاه بعضهم البعض وهو شعور كل احساس لدى الناس بأنهم «أقلية» وسط أكثرية المجتمع الذي لا يحفل بهم كثيراً . ان هذا الاندفاع لمساعدة الأصدقاء انما هو عملية تعويض واثبات السمو الذاتي وهو تعويض نفسي يمنح المتعاطي الاحساس بالتوازن الاجتماعي القيمي .

جدول رقم ٢٨ : يقظة الضمير عند المتعاطي

سؤال رقم ١٥٤ : اذا اخطأت مرة ونسب هذا الخطأ لغيرك ، فهل تذهب وتعتزف بأنك أنت الذي اخطأت أو تتجاهل الموضوع .

يعترف	لا يعترف
٣٧	١٣

هنا أيضاً نلاحظ ميلاً مرتفعاً لدى المتعاطين الى اظهار صفاتهم الخلقية السامية ويقظة ضميرهم في الا يحملوا الآخريين نتائج عمل هم قاموا به . وبغض النظر عن كون هذه الاجابات تتفق مع الواقع الموضوعي أم لا ، فهي تشير الى اتجاهات نفسية نحو قيم اجتماعية مجبذة . ويلعب هذا التصور عن الذات لدى المتعاطين دوراً في الحفاظ على توازنهم النفسي - الاجتماعي في انهم لم يفقدوا بعد جوهرهم الاجتماعي - القيمي الذي يربطهم بقيم المجتمع العامة . والجدير بالملاحظة هنا ان فقدان هذا الاحساس بالذات الاجتماعية يعد مؤشراً على تفاقم حالة المتعاطي

على مستوى تطرفه في عملية الادمان ، حينما يبدأ هذا النوع من المتعاطين بالشعور انه عالم قائم بذاته وأنه فقد صلته مع محيطه الاجتماعي ، بحيث لا يعود يراهن على أي حوار مع هذا المحيط باتجاه إيجابي ، ويتجه الى حل مشاكله وخلق قيمه اتجاهاً ذاتياً محضاً من خلال الأوهام والتصورات التي يلهمه إياها المخدر ، كما رأينا من خلال الحالات الثلاث التي تكلمنا عنها في بداية الدراسة .

٢ - ٩ - الوسط الاجتماعي وصلته بالمتعاطي .

كنا قد ألقينا سابقاً الى ان الوسط الاجتماعي يشكل مجموعة من الحلقات المتكاملة . اذا ضعفت إحدى هذه الحلقات تنبري الحلقات الأخرى لتقويم هذا الضعف ولتعويضه ان أمكن . وكنا قد ألقينا الى تفكك عرى هذه الحلقات داخل المجتمع اللبناني خلال فترة الحرب . وبما اننا نقوم بهذه الدراسة ضمن هذه الظروف بالذات فمن الطبيعي الا نتعامل من الناحية المنهجية مع متغير الوسط الاجتماعي وتأثيره على التعاطي ، تعاملنا مع وسط اجتماعي مستقر وعادي . ذلك ان العوامل الاجتماعية المؤثرة باتجاه دفع البعض الى التعاطي في ظروف عادية هي غيرها في ظروف اختلال اجتماعي عنيف . من هنا كان احتياطنا لهذه المسألة بتقسيمنا العينة الى قسمين على أساس متغير متعاطي ما قبل الحرب /متعاطي الحرب بغرض أن يتوفر لدينا الأساس المرجعي للمقارنة بين نوعية العوامل الاجتماعية المؤثرة في التعاطي في مرحلتين مختلفتين من الأوضاع الاجتماعية ، مرحلة مستقرة عادية ومرحلة غير مستقرة عنيفة . على هذا الأساس اخترنا ٣٠٪ من العينة (١٥ حالة) من فترة ما قبل الحرب و ٧٠٪ (٣٥ حالة) من فترة الحرب .

نبدأ تبيان الدوافع الأولى التي أدت الى التعاطي لدى كل من الفئتين . فالدوافع الغالبة لدى فئة ما قبل الحرب هي : (جدول رقم ٢٩) .

جدول رقم ٢٩ :

٤	- من أجل مشاكل الحياة
٤	- من أجل النساء
٢	- مجارة الأصحاب
٣	- على سبيل التقليد
٢	- من أجل حالات الانقباض

أما الدوافع لدى فئة الحرب فهي :

جدول رقم ٣٠ :

١٣	- التخلص من حالات الانقباض
١	- من أجل النساء
١٢	- مجارة الأصحاب

ان المقارنة بين الدوافع الغالبة لدى كل من الفئتين تظهر ان الدوافع الغالبة لدى فئة ما قبل الحرب هي «مشاكل الحياة» والنساء وتلك الغالبة لدى فئة الحرب . التلخص من حالات الانقباض مجازة الأصحاب «وعلى سبيل التقليد» والدافعان الأخيران يعدان دافعاً واحداً تقريباً .

فالفرق هنا واضح بين نوعية هذه الدوافع ، إذ ان الطابع الغالب لدوافع الفئة الأولى هو طابع فردي . ان «مشاكل الحياة» هنا ذات مضمون عائلي أو اقتصادي وباختصار ذات مضمون يغلب عليه الطابع الشخصي الذي قد يواجهه أي فرد في مجتمع عادي كذلك دافع النساء فهو ذو سمة شخصية واضحة . بينما يغلب على دوافع الفئة الثانية طابع أكثر عمومية ، فإذا أردنا تفسير «التلخص من حالات الانقباض» في ظروف الحرب اللبنانية فلا يسعنا الا أن نرى فيها تأثير مناخ الحرب بشكل أو بآخر . كذلك الأمر بالنسبة لدافعي «مجازة الأصحاب» و «على سبيل التقليد» فانهما يشيران في طبيتهما الى مناخ اجتماعي سائد يتخطى الحالات الفردية الاستثنائية كما هو الحال لدى فئة متعاطي ما قبل الحرب كما أشرنا اليه في مقدمة الدراسة . وهناك مؤشر آخر ذو دلالة يثير الانتباه فيما يتعلق بدافع «النساء» في حين نجد ان ٤ حالات من بين ١٥ حالة من فئة ما قبل الحرب كان دافعها ، للتعاطي ، النساء نجد حالة واحدة من بين ٣٥ حالة من فئة الحرب ذات دافع نسائي وهو فرق بالغ الدلالة من حيث اختلاف نوعية الدوافع بين الفئتين المتجهة من منحى فردي وشخصي الى منحى أكثر تعقيداً وعمومية . هذا لا يعني ان متعاطي الحرب لا ينطلقون من مشاكل شخصية متنوعة غير ان الاشكال التي تأخذها مواجهة هذه المشاكل تختلف باختلاف الاجواء الاجتماعية العامة السائدة التي تعطي هذه الأشكال طابعها الخاص .

نأتي الآن الى المقارنة بين الفئتين على أساس نموذج التعاطي وميله باتجاه الاعتدال أو التطرف . تتميز فئة ما قبل الحرب بميل غالب الى الاعتدال في التعاطي . فمن بين الـ ١٥ حالة التي اختبرناها هناك ١٣ يتعاطون الحشيش وبشكل معتدل ، ان من حيث كمية المخدر أو من حيث مرات التعاطي المنتظمة دون تكثيف . الى جانب حالتين تتعاطيان الهيرويين ، احدهما تضيف الى الهيرويين مخدرات أخرى . بالمقابل ، لدى فئة متعاطي الحرب ٢٥ حالة تتعاطي الحشيش الى جانب ١٠ حالات تتعاطي الهيرويين ومخدرات أخرى مشابهة . ونجد داخل هذه الفئة نماذج المتعاطين الأكثر تطرفاً ينطبق عليهم ما اطلقنا عليه اسم نمط المتعاطي الانقطاعي - التصاعدي الفردي المستغرق في أقصى درجات التعاطي . وبينما نجد ٨ حالات ممن يتعاطون الحشيش قبل الحرب ، يتعاطونه بشكل منتظم تقريباً مرة في اليوم عند المساء ، نجد ١٤ حالة من متعاطي الحشيش من فئة متعاطي الحرب ، يتعاطونه بشكل غير منتظم وأكثر من مرة في اليوم الواحد . وتشير هذه الظواهر الى نسبة إرتفاع القلق لدى فئة متعاطي الحرب الناتج عن

اختلال المحيط الاجتماعي من حولهم اختلالاً شاملاً . والشئ الآخر الجدير بالاشارة هو إنعدام وجود العنصر النسائي لفئة ما قبل الحرب بينما نجد أناث في فئة متعاطي الحرب من داخل الأوساط الجامعية والثقافية عامة .

ولا بد من الملاحظة هنا ان معظم متعاطي ما قبل الحرب ينتمون الى الفئات الاجتماعية الوسطى والفقيرة ، بينما ترتفع ، لدى فئة متعاطي الحرب ، نسبة المثقفين الجامعيين ومن بينهم الحالات الثلاث الأكثر استغراقاً في عالم المخدرات من مجموع العينة كلها . وهذا مؤشر بالغ الخطورة إذ ينعكس الاختلال الاجتماعي العام لدى المثقفين أكثر من غيرهم لكونهم الأكثر وعياً بطبيعة الأزمة الاجتماعية والأكثر تأثراً على الصعيد الوجداني بانعكاساتها النفسية - الاجتماعية . وإذا انتقلنا الى مقياس درجة ، تمثّل القيم الاجتماعية ، نجد أن مؤشر هذا التمثّل ينخفض نسبياً لدى فئة متعاطي الحرب . فمن بين ١٣ حالة من مجموع العينة ، أجابت انها لا تعترف بخطأ ارتكبتها وآتهم غيرها بارتكابها (أنظر الجدول رقم ٢٨) ، هناك حالة واحدة من فئة متعاطي ما قبل الحرب و ١٢ حالة من فئة متعاطي الحرب وهذا أيضاً مؤشراً على انخفاض أهمية تمثّل القيم الاجتماعية لدى هذه الفئة . وباختصار يمكن القول ان متعاطي الحرب اجمالاً أكثر ميلاً باتجاه الاختلال النفسي - الاجتماعي بينما نجد متعاطي ما قبل الحرب أكثر تواصلاً مع هذا الوسط وبالتالي أميل الى الاعتدال اجمالاً .

٢ - ١٠ - التعاطي والجريمة .

جاءت إجابات مجموع العينة على السؤال رقم ١٧ ، هل تعتقد أن المدمن يميل أكثر من غيره لارتكاب الجرائم ؟ على الشكل التالي :

جدول رقم ٣١ : رأي المتعاطي في ميل المتعاطين الى ارتكاب الجرائم رقم السؤال ١٧

لا	نعم
٣٨	١٢

نلاحظ هنا ان الاتجاه الغالب لدى العينة هو إنكار ميل المدمن لارتكاب الجرائم ويتوافق هذا الاتجاه مع النتائج التي أظهرتها الاجابات المتعلقة بالضمير المهني وبقظة الضمير والميل الى مساعدة الأصدقاء ، حيث يؤكد المتعاطي في كل ذلك على تمسكه بالقيم الاجتماعية . لا شك ان هذا التأكيد يساهم في تدعيم تصور المتعاطي عن ذاته ورضاه عنها مما يوفر له توازناً أخلاقياً داخلياً يعوض نظرة المجتمع الدونية اليه . رغم ذلك فان ١٢ حالة أجابت بميل المتعاطي الى ارتكاب الجرائم بينها ٨ حالات من متعاطي فترة الحرب و ٤ حالات من متعاطي ما قبلها . وإذا ما أخذنا بعين الاعتبار حجم كل فئة من مجموع العينة لا يحق لنا عندئذ الاستنتاج بأن فئة متعاطي الحرب تميل الى اعتبار المتعاطي أكثر ميلاً لارتكاب الجرائم مع ان هذا أقرب الى منطلق الأمور وواقع الظروف الاجتماعية السائدة في فترة الأحداث . نحن لا نميل هنا الى اعتبار اجابات المتعاطين

في هذا المجال تعبيراً عن واقع موضوعي . هذا الأمر يتطلب البحث عن ملفات تاريخهم السلوكي ، الأمر الغير متوفر بسهولة في الظروف الحالية . نأمل أن تجرى دراسات أخرى تتعمق في هذا الموضوع ميدانياً في المستقبل . فالجريمة لا تعد احدى النتائج المباشرة للتعاطي بحد ذاته ، انما هي نتيجة لتشابك عوامل شخصية ونفسية - اجتماعية معقدة والإقدام عليها يتطلب إرادة وتصميماً يفتقدها التعاطي من الناحية المبدئية . على كل حال ترتبط هذه المسألة بالوسط الاجتماعي للمتعاطي . فالتعاطي منتشر بين أوساط جماعات المجرمين ولكن لا يسعنا القول هنا بأن التعاطي سببه في تحول هؤلاء الى مجرمين بل ربما العكس هو الصحيح أي ان الاجرام هو السبب في التعاطي . وقد تأكدت لنا هذه المسألة من خلال إجابات بعض المتعاطين من المقاتلين الذين أكدوا انهم كانوا يتناولون المخدر قبل المعركة أو بعدها ، الأمر الذي يجعل من التعاطي هنا متغيراً تابعاً لا عاملاً مسبباً أي ان المعركة العسكرية كانت سبب التعاطي وليس التعاطي سبباً للمعركة . استناداً الى هذا المثل العيني يمكن أن تمثل طبيعة الدوافع النابعة من الوسط الاجتماعي المؤثرة في دفع الأفراد الى التعاطي وفق ظروف معينة .

٢ - ١١ - التعاطي وعدم الاستقرار العائلي .

نتنقل الآن الى الكلام عن متغير الاستقرار العائلي وعلاقته بالتعاطي . دلت اجابات المتعاطين على ان عدم الوفاق بين الأب والأم مع استمرارهما في العيش معاً داخل بيت واحد يشكل عاملاً أكثر تأثيراً على تخلخل شخصية الأولاد مما لو كانا منفصلين أو ان أحدهما أصيب بالوفاة . فمن بين الحالات الثمانية في العينة التي أجابت بإنعدام الوفاق بين الأم والأب واستمرارهما في العيش معاً (راجع جدول رقم ٣٢) هناك ثلاث حالات هي الأكثر تطرفاً على صعيد التعاطي .

جدول رقم ٣٢ : الاستقرار العائلي لدى المتعاطين

عدم وفاق والعيش معاً	طلاق	وفاة الأب	وفاة الأم
٨	٢	٤	١

والمقصود هنا بالتطرف تناول جميع أنواع المخدرات الممكنة والاتجاه نحو الذاتية المطلقة في التعاطي . أما المتعاطون ممن أجابوا بالطلاق أو وفاة أحد الوالدين فتعاطيهم يعد معتدلاً إذ ان معظمهم يتناول الحشيش فقط وبشكل معتدل . طبعاً نحن لا ندعي هنا ان هؤلاء يعطون صورة علمية شاملة عن أمثالهم في المجتمع . ولكنها نقطة أثارت انتباهنا ومن المفيد إيرادها إستناداً الى ان عدم الوفاق والعيش معاً يجعل مناخ العلاقات داخل الاسرة مناخاً متوتراً بصورة مستمرة وهو ما ينعكس على الأولاد بشكل عميق وطاغ ، الأمر الذي يقوي النزعة الهروبية عندهم والبحث عن الاطمئنان خارج علاقات الأسرة . ان أمثال هؤلاء لديهم استعداد مسبق للوقوع في حبال التعاطي اذا ما توفرت الفرص والظروف لذلك . بالمقابل قد يكون الطلاق

بين الأم والأب عامل تهدئة داخل الأسرة اذا لم تتدخل عوامل أخرى كزواج الأب أو الأم من جديد وإنعدام التوافق بين الزوج أو الزوجة الجديدة وبين الأولاد . أما اذا توفرت عوامل إيجابية فلا شك ان انفصال الأب والأم غير المتوافقين أكثر إيجابية بانعكاسه على شخصية الأبناء . لا شك ان ارتباط اختلال الأسرة بالتعاطي يبقى ارتباطاً مرهوناً بعدة عوامل أخرى عائدة لطبيعة الوسط الاجتماعي ولطبيعة الظروف التي يمر بها المجتمع فإذا ما حدث هذا الاختلال الاسروي في وسط غير محصن ببدائل اجتماعية موازية كالمدرسة والعشيرة السليمة فلا شك ان لهذا الاختلال نتائج سلبية جداً لا يمكن تلافيها . أما إذا توفر المناخ الايجابي البديل فسوف يخفف كثيراً من هذه النتائج السلبية . من هنا تأتي أهمية الصفة التكاملية للعلاقات الاجتماعية فالانسان لا يعيش في أسرته فقط بل في وسط اجتماعي متكامل الحلقات وقد أشرنا الى أهمية هذه المسألة في أكثر من مكان في هذه الدراسة وعلى الأخص فيما يتعلق بظروف الحرب في لبنان .

٢ - ١٢ - التعاطي والوضع الزوجي .

أما من ناحية متغير الزواج وعلاقته بالتعاطي ، فقد أظهرت اجابات الحالات العشر من المتزوجين ان الخلافات الزوجية من شأنها أن تزيد في زيادة أخذ المخدر ، بينما ينعكس الوفاق الزوجي إنعكاساً إيجابياً على التعاطي فيقل تعاطيه كما وكيفما وقد ينتهي بالاقلاع عن التعاطي في نهاية المطاف اذا ما أحيط بظروف اجتماعية مشجعة وإذا لم تتدخل عوامل أخرى خارجية عن هذا النطاق . هذا وقد مالت معظم العينة الى اعتبار التعاطي منتشرأً بين غير المتزوجين أكثر من انتشاره بين المتزوجين .

جدول رقم ٣٣ : الزواج وعلاقته بالتعاطي .

بين غير المتزوجين	بين المتزوجين
٣٩	١١

وإذا عدنا الى المتعاطين المتزوجين من عينتنا نجد ان ثمانية من أصل عشرة كانوا يتعاطون المخدرات قبل الزواج وإثنين بدأ التعاطي بعد الزواج . وقد صرح ثلاثة من أصل الثمانية بأن كمية المخدر التي كانوا يتعاطونها قبل الزواج نقصت بعد الزواج بينما صرح ثلاثة بأن الكمية المتعاطاة زادت بعد الزواج ولكن دون تغيير نوع المخدر الذي هو الحشيش ، في الوقت الذي صرح فيه الاثنان الآخرا بأن كمية المخدر زادت بعد الزواج مع تغيير نوع المخدر من الحشيش الى الهيروين .

جدول رقم ٣٤ : متغير الزواج وعلاقته بالتعاطي .
سؤال رقم ٦٧ : كمية المخدر بعد الزواج زادت أم نقصت أم بقيت على حالها .

زادت	نقصت	بقيت على حالها
٥	٣	--

لا بد من الإشارة هنا الى أن الحالات التي زادت كمية المخدر وأضافت له نوعاً جديداً صرحت بانعدام الوفاق الزوجي وبكثرة الخلافات مع الزوجة ، في حين صرحت الحالات الثلاث التي نقصت كمية المخدر عندها بعد الزواج بتوافق علاقاتها الزوجية .

٣- تحليل النتائج لجهة الآثار النفسية الاجتماعية المباشرة للتعاطي .

سوف نتناول في هذا الفصل الآثار التي يتركها التعاطي على الوظائف السيكولوجية الآتية :

- مجموعة القدرات الخاصة بالمعرفة cognitive : الإدراك ، التذكر ، التفكير .
- مجموعة مظاهر الحياة الوجدانية .
- الوظائف ذات الجذور العضوية .
- النشاط الانتاجي للفرد .

٣- ١- التعاطي وأثره على القدرات الخاصة بالمعرفة .

نبدأ بتحليل المعطيات الخاصة بوظائف المعرفة وهي تنقسم الى شقين : شق خاص بما قد يشعر به المتعاطي من تغير في هذه الوظائف عقب التعاطي وشق خاص بما قد يشعر به المتعاطي من تغير في هذه الوظائف نفسها بعد مرور ٢٤ ساعة على التعاطي .

٥٠٪ من المتعاطين يشعرون ببطء مرور الزمن أثناء وقوعهم تحت تأثير المخدر (الحشيش خاصة) وفي اليوم التالي تنخفض هذه النسبة الى ٢٤٪ وترتفع نسبة الشعور بأن سرعة مرور الزمن عادية ، الى ٦٨٪ وقد كانت ١٠٪ تحت التأثير المباشر للمخدر .

جدول رقم ٣٥ : إدراك الزمن أثناء التعاطي .

سؤال رقم ٩٤ - ٩٥	بسرعة	ببطء	عادي
أثناء التعاطي	٢٠	٢٥	٥
في اليوم التالي	٤	١٢	٣٤

تبدو المسافات تحت التأثير المباشر للمخدر أطول من المعتاد في ٨٠٪ من الحالات . ثم تنقلص هذه النسبة الى ١٠٪ في اليوم التالي في حين تبدو المسافة عادية في ٨٤٪ من الحالات .

جدول رقم ٣٦ : إدراك المسافات أثناء تعاطي المخدر وفي اليوم التالي .

سؤال رقم ٩٦ - ٩٧	طويلة	قصيرة	عادية
أثناء التعاطي	٤٠	٨	٢
في اليوم التالي	٥	٣	٤٢

يميل الحجم الظاهري للأشياء الى التضخم تحت تأثير المخدر ٤٤٪ لكنه يعود في اليوم التالي الى حجمه العادي ولا يبقى هذا التضخم إلا في ٤٪ من الحالات .

جدول رقم ٣٧ : إدراك الأحجام أثناء تعاطي المخدر وفي اليوم التالي .

رقم السؤال ٩٨ - ٩٩	كبير	صغير	عادي
أثناء التعاطي	٢٢	٦	٣٢
في اليوم التالي	٢	-	٤٨

إن الإدراك البصري للأشياء والأشخاص يتأثر كذلك . فمن حيث تميز معالم الأشياء نجد ان ٥٨٪ يرون الأشخاص والأشياء مائعة الحدود أو «مهزوزة» وتنخفض هذه النسبة في اليوم التالي للتخدير الى حوالي ٤٪ بينما تتحول الغالبية الى الرؤية العادية . (الجدول رقم ٣٨) .

جدول رقم ٣٨ : تميز حدود المدركات البصرية أثناء التعاطي وفي اليوم التالي .

سؤال رقم ١٠٠ -	أوضح من العادي	عادي	مهزوزة
أثناء التعاطي	١١	١٠	٢٩
في اليوم التالي	٤	٤٤	٢

من حيث نصوص الألوان نجد ان ٢٢٪ فقط لا يدركون أي تغير في درجة النصوص هذه . والباقي يوزعون بين ازدياد النصوص (الألوان مزهزجة) ٤٨٪ وانخفاض درجة النصوص (الألوان باهتة) ٣٠٪ . أما في اليوم التالي فتعود الأغلبية الى الإدراك العادي .

جدول رقم ٣٩ : ادراك الألوان أثناء التعاطي وفي اليوم التالي .

سؤال رقم ١٠٣ - ١٠٤	ناصعة أو فرحة	عادية	باهته
أثناء التعاطي	٢٤	١١	١٥
في اليوم التالي	-	٤٥	٥

إن الإدراك السمعي للصوت يتأثر كذلك . فمن حيث وضوح معالم الأصوات تتوزع الغالبية بين زيادة الوضوح ٣٦٪ وزيادة الابهام ٤٦٪ ولا يظل عند إدراكه العادي إلا ١٨٪ من العينة . أما في اليوم التالي فتعود الأغلبية ٦٠٪ إلى إدراكها الوسط بين الوضوح والابهام .

جدول رقم ٤٠ : إدراك وضوح الأصوات أثناء التعاطي وفي اليوم التالي .

سؤال رقم ١٠٥ - ١٠٦	واضحة	مبهمة	عادية
أثناء التعاطي	١٨	٢٣	٩
في اليوم التالي	١٤	١٦	٢٠

من حيث إرتفاع الصوت أو إنخفاضه تتوزع الغالبية على الوجه التالي : ٣٢٪ يدركون على انه مرتفع و ٣٨٪ على انه منخفض بينما يعود الادراك في اليوم التالي الى صورته العادية المتوسطة بين الارتفاع والانخفاض لدى ٩٠٪ من العينة .

جدول رقم ٤١ : إدراك ارتفاع الأصوات أثناء التعاطي وفي اليوم التالي .

سؤال رقم ١٠٧ - ١٠٨	عالية	منخفضة	عادية
أثناء التعاطي	١٦	١٩	١٥
في اليوم التالي	٢٢	٢٣	٥

الخلاصة : يختل ادراك الفترات الزمنية في اتجاه زيادة البطء ويختل ادراك المسافات المكانية في اتجاه زيادة الطول . يختل ادراك الأحجام في اتجاه التضخم ويختل ادراك الخطوط في اتجاه الابهام . فالاختلال في هذه الوظائف اذن وحيد الاتجاه غالباً . أما فيما يتعلق بإدراك الألوان والأصوات فيقع الاختلال أيضاً لكنه مزدوج الاتجاه سواء بالنسبة لنصوع الألوان ووضوح الأصوات وارتفاعها . تكون هذه الاختلالات جميعاً مؤقتة بحيث تزول غالبيتها في اليوم

التالي وهذا ينطبق خصوصاً على متعاطي الحشيش أما متعاطو الهيرويين والمخدرات المشابهة فيبدو ان هذه التأثيرات تدوم مدة أطول . تحتاج هذه الجوانب الى دراسة خاصة ودقيقة .

من جانب آخر كنا قد عرضنا في الفصل السابق لمسائل التذكر والميل الى الاستكانة أو المخالفة . تبقى بعد ذلك عمليات التفكير من بين الوظائف العقلية الخاصة بالمعرفة . فيما يتعلق بمدى مطابقة التفكير لمقتضى الموضوعات التي يتناولها (سؤال رقم ١٠٩) أفادت الأغلبية (٩٢٪) انها «تفكر تفكيراً صحيحاً» تحت تأثير المخدر . وليس ثمة اتجاه غالب على المتعاطين نحو التفكير في حل مشاكلهم الخاصة وهم تحت تأثير المخدر . فالبعض يهتمون بذلك ٤٤٪ والبعض لا يهتمون به أو لا يمارسونه ٥٦٪ غير ان الذين يهتمون به ويمارسونه يجزمون (٨٦٪) منهم بأن الحلول التي يتوصلون اليها وهم تحت تأثير المخدر تكون معقولة وليست وهمية . ويلاحظ ان هذه الصورة مبالغ بها الى حد كبير . فعمليات التفكير ، كما يبدو من شهادة المتعاطين ، لا تتأثر في كفاءتها بأي أثر من المخدر . إلا اننا لا نلبث أن نلاحظ ما يأتي : يشهد المتعاطون بأنهم ينتقلون في كلامهم وأفكارهم من موضوع الى موضوع بسرعة (٧٤٪ منهم) وهي ظاهرة أقرب الى ما يحدث في بعض حالات الهوس Mania . ولا بد هنا من التنبيه مجدداً الى الفرق بين الحشيش وغيره من المخدرات وعلى رأسها الهيرويين فهذا النوع الأخير ، كما يبدو ، يسبب اضطراباً في التفكير وفي الحالة العصبية - العقلية عموماً أكثر مما يسببه الحشيش . الا ان حالات الهيرويين القليلة نسبياً في العينة (٢٤٪ منها) لا تتيح لنا استنتاج مؤشرات ثابتة في هذا المجال . ولا بد هنا ، لكي تكون الدراسة علمية ، من الانتقال الى مستوى التجريب المباشر على هذه الوظائف وحسب أنواع المخدرات المختلفة نوعاً وهذا ما لا يجوز فعله .

جدول رقم ٤٢ : دقة التفكير أثناء التعاطي .

رقم السؤال	تفكير صحيح	غير صحيح
١٠٩	٣١	١٩

جدول رقم ٤٣ : اتجاه التفكير أثناء التعاطي الى حل المشكلات الخاصة .

رقم السؤال	نعم	لا
١١٠	٢٢	٢٨

جدول رقم ٤٤ : كفاءة الحلول التي يصل اليها المتعاطي عند التفكير
في مشكلاته الخاصة أثناء التعاطي

رقم السؤال ١١١	واقعية	وهمية
	١٩	٣

جدول رقم ٤٥ : سرعة انتقال التفكير والكلام بين موضوعات متعددة أثناء التعاطي .

رقم السؤال ٤٣	مواضيع متعددة	موضوع محدد
	٣٧	١٣

٣ - ٢ - التعاطي وأثره على الحياة الوجدانية .

نأتي الآن الى درجة إحساس المتعاطي بالفرح والسرور .

جدول رقم ٤٦

رقم السؤال ١١٢ - ١١٣ - ١١٤ - ١١٥ .	مرح	منقبض	عادي
في العادة	١٤	٢٤	١٢
وهو مخدر	٣٢	١٤	٤
في اليوم التالي	١٠	٢٦	١٤
وهو خرمان	٤	٤٢	٤

يبدو بوضوح هنا تزايد حالة المرح أثناء التخدير وهو الهدف الأساسي للمتعاظي من التخدير وتزايد حالة الانقباض في اليوم التالي ووصولها الى أقصاها في حالة الخرمان .

٣ - ٣ - التعاطي وأثره على الوظائف ذات الجذور العضوية .

نأتي الآن للوظائف ذات الجذور العضوية ونعني هنا الوظيفة الجنسية والشهية للطعام .

الوظيفة الجنسية : يقرر ٧٦٪ من المتعاطين بأنهم ، تحت التأثير المباشر للمخدر أثناء الاتصال الجنسي ، يستغرقون مدة أطول (قبل القذف) من المدة التي يستغرقونها بدون المخدر . كما يقرر ٨٠٪ منهم بأنهم يشعرون ، وهم في حالة التخدير ، برغبة في الاتصال الجنسي أقوى من المعتاد ، و ٦٠٪ يشعرون بالهياج الجنسي أسرع من المعتاد . يجب أن يفهم الهياج هنا بمعنى

الاندماج في الشعور بالرغبة الجنسية ولا يفهم بمعنى الاقتراب من مرحلة القذف والا تعارض مع البيان الأول الخاص بزيادة طول المدة التي يستغرقها الاتصال الجنسي .

جدول رقم ٤٧ : الشعور بطول مدة الاتصال الجنسي (قبل القذف)
تحت التأثير المباشر للتعاطي

رقم السؤال ١٤٦	أطول من المعتاد	أقصر من المعتاد	عادي
٣٨	١	١١	

جدول رقم ٤٨ : قوة الشعور بالرغبة الجنسية تحت التأثير المباشر للتعاطي

رقم السؤال ١٤٧	أقوى من المعتاد	أضعف من المعتاد	عادية
٤٠	٤	٦	

جدول رقم ٤٩ : قوة الاستجابة الجنسية لدى المرأة للرجل وهو تحت تأثير المخدر .

رقم السؤال ١٤٩	أقوى من المعتاد	أضعف من المعتاد	عادي
٤٠	٤	٦	

جدول رقم ٥٠ : ميل المتعاطي الى ملاحظة المرأة وهو تحت تأثير المخدر .

رقم السؤال ١٥٠	أقوى من المعتاد	أقل من المعتاد	عادي
٤٠	٤	٦	

قد تبدو هذه النتائج متعارضة مع ما عرفناه سابقاً عن مدى مساهمة الدافع الجنسي للبدء في التعاطي الذي لم يتعد ١٠٪ من العينة . لا نعتقد وجود تعارض بين هذه النتائج وبين المعطيات السابقة . فزيادة المتعة الجنسية تحت تأثير المخدر (متمثلة في زيادة طول مدة الاتصال الجنسي وفي شدة الرغبة الجنسية) ، لا تعني بالضرورة ان يتصدى الشخص الى تعاطي المخدر بدافع أساسي من الرغبة في هذه المتعة . بل قد يعني فقط ان زيادة المتعة تأتي نتيجة جانبية لحالة «الانسباط» التي يقر المتعاطي بأنه يسعى اليها . يقرر ٨٠٪ من المتعاطين بأن «تجاوب المرأة معهم في الاتصال الجنسي» يكون أقوى من المعتاد (جدول رقم ١٤٩) بعبارة أخرى ان اندماجها واثارتها الجنسية

تكون أقوى من المعتاد عندما يكونون هم تحت تأثير المخدر . هذه نقطة تستحق بعض التأمل فللمرأة نفسها لا تكون ، في الغالب ، تحت تأثير المخدر أي انها لم تتناول المخدر ، إن تغيراً معيناً في سلوكهم هم ، هو الذي أحدث في المرأة هذا التغير . واجابات السؤال رقم ١٥٠ تلي ضوءاً يساعد على توضيح هذه النقطة . إذ يقرر ٨٠٪ من المتعاطين بأن ميلهم الى «ملاحظة المرأة» يزداد وهم تحت تأثير الحشيش عما اعتادوا عليه بدون المخدر . هنا لا بد من الإشارة الى ان الدراسات النفسية العديدة أوضحت أهمية ملاحظة المرأة ، قبيل الاتصال الجنسي ، في مساعدتها على بلوغ قممها الجنسية ، وانخفاض درجة احتمال وصولها الى هذه القمة ، كلما ضاق الوقت المبذول في هذه الملاحظة . وتشير هذه الدراسات الى انه في العلاقات الزوجية يميل الرجال عادة الى تقصير الوقت المبذول على هذا النحو وتضييق نطاق التنوع . وهذا ما يقلل غالباً من جاذبية الاتصال الجنسي بين الزوجين . أمام هذه المعطيات نستطيع أن ندرك أهمية ازدياد المتعاطي الى «ملاحظة» المرأة . إذ انه غالباً ما يساعدها على التدرج في الاثارة الجنسية وبالتالي يزداد احتمال إندماجها في الموقف . هذا ما يبرر شهادة المتعاطين بشأن ازدياد «تجارب المرأة معهم» . لا شك ان هذه الاثارة سوف تكون مضاعفة اذا ما كان كل من المرأة والرجل تحت تأثير المخدر . ولا بد من الإشارة الا ان عدداً من الدراسات الغربية أظهرت ان الادمان الطويل ، خاصة للمخدرات من غير الحشيش ، يضيف من الرغبة الجنسية لدى المتعاطين على المدى الطويل .

الشهية للطعام : لا بد هنا من التمييز بين تأثير الحشيش على الشهية وبين تأثير المخدرات ذات النوعية الأقوى كالمهيرويين وغيره . ان ٩٠٪ من متعاطي الحشيش أجابوا بزيادة شهيتهم للطعام بعد تناول الحشيش بينما قرر متعاطو الهيرويين جميعهم بأن تناوله يخفف من شهيتهم على الطعام . وتوافق هذه النتيجة مع النظرة السائدة عن تأثير الحشيش في زيادة الشهية للطعام . طبعاً اذا لم يكن المتعاطي يعاني من حالات عضوية أو نفسية أخرى تحد من شهيته .

٣ - ٤ - التعاطي وأثره على النشاط الانتاجي .

اذا عدنا الآن للربط بين الآثار المباشرة للتعاطي على النشاط الانتاجي للفرد يتوضح لنا ان انتاج المتعاطين يتأثر كما وكيف ، بسبب الاختلالات العديدة التي يسببها المخدر على مختلف مستويات الادراك والوجدان والطاقة الجسمية كاضطراب ادراك الزمن واضطراب ادراك الأصوات والأحجام والمسافات . إن كل هذه الاختلالات تلعب دوراً بالغ السوء في اضعافها القدرة على القيام بأعمال منتظمة وإضعافها الكفاءة الذهنية اللازمة لجودة الانتاج وانتظامه . وعلى الأخص في حالة الخمران التي تسير باتجاه مضاد للتوافق الاجتماعي وتضعف القدرة على التكيف مع الآخرين والتعاون معهم .

٤ - تحليل النتائج لجهة جو التعاطي وخصائص الموقف المحيط به .

٤ - ١ - جلسات التعاطي الجماعية .

أشار عدد من المؤلفين مثل بوكيه Bouquet ومايرجروس W. Mayer-Gross الى ان موقف تعاطي الحشيش هو موقف جماعي بكل ما لهذه الكلمة من معنى وان متعاطي الحشيش له ميول قطعية grégarisme . وقد وصل الأمر ببعض المؤلفين مثل Bouquet الى اعتبار عادة تجمع الرجال في المقاهي من بين العوامل الهامة التي تساعد على انتشار الحشيش ويشير آخرون الى ان تعاطي الحشيش على انفراد يشير غالباً الى استعداد مرضي خطير . حتى في الولايات المتحدة الاميركية ، حيث يسود طراز حضاري مختلف عن حضارتنا يصف تومبكنز Tompkins موقف تعاطي الحشيش فيقول ان المتعاطين يجتمعون في جماعات صغيرة ويمرون السجارة فيما بينهم من شخص الى آخر ، كل منهم يتناول «نفساً» . وقد أكدت دراستنا هذا الاتجاه لدى متعاطي الحشيش ، كما تقدم معنا في الفصل الثاني ، حيث تبين ان ٣٢ متعاطٍ للحشيش من أصل ٣٨ يمارسون التعاطي ضمن جماعات واثان فقط يتعاطيانه بصورة فردية و ٤ حالات تتعاطاه بشكل غير منتظم ومتقلب بين الشكلين الفردي والجماعي . في الوقت الذي كان فيه الاتجاه الغالب لدى متعاطي الهيرويين والمخدرات الأخرى يدل على ميول التعاطي الفردي . هناك اتجاه عكسي بين هاتين الفئتين من المتعاطين . فقد يبدأ متعاطي الحشيش بالتعاطي الفردي ويتجه الى التعاطي الجماعي أما متعاطي المخدرات الأخرى فقد يبدأ بالشكل الجماعي لينتهي الى الشكل الفردي عموماً ، كما دلت عليه المؤشرات لدى متعاطي الهيرويين في هذه الدراسة . (راجع جدول رقم ١٠) .

تمتاز جلسات التعاطي الجماعية بأنها تجمع بين رجال من مهن ومستويات اجتماعية مختلفة وهنا تقرر غالبية العينة ان الجلسة يسودها تقارب اجتماعي «يرتفع التكليف بينهم» .

جدول رقم ٥١ : تنوع مهن الأفراد المتعاطين في جلسة تعاطي المخدر .

سؤال رقم ٤١	نعم	لا	غير مبين
	٣٤	٨	٨

جدول رقم ٥٢ : هل يسود التقارب بين المتعاطين في الجلسة .

سؤال رقم ٤٢	نعم	لا	غير مبين
	٣٢	٢	١٦

جدول رقم ٥٣ : الجو السائد في الجلسة .

سؤال رقم ٤٤	مرح	كآبة	عادي
	٣٤	١	--

ان جو المرح هو الجو الغالب على جلسة التعاطي . وقد تتخذ الجلسة شكلاً منظماً فيكون فيها من يشغل مكانة «الريس» الا ان هذا الوضع ليس هو الغالب في معظم الأحوال . فان وجد «الريس» فمن أهم صفاته انه «متواضع» «خفيف الدم» «طلق اللسان» «كريم» وليس هناك اتجاه غالب حول ما اذا كانت الجلسة تتسع لغير المتعاطي أم لا . من الثابت ان هناك أشخاصاً يكره أعضاء الجلسة أن يجدونهم بينهم وأهم صفة هؤلاء «ثقل الظل» «البخل» . أما أساليب التعامل التي تواجههم بها الجماعة فهي التجاهل أولاً ويليها المضايقة أو الاحراج مع الحرص على عدم الدعوة مستقبلاً . هذه هي أهم المعطيات التي توفرت لدينا عن طبيعة جلسات التعاطي وهي تثير كثيراً من المسائل التي لا يمكن إغفالها لأن الاجابة عليها قد تكون ذات قيمة في تشخيص الحالة النفسية - الاجتماعية للمتعاطي وربما كان من أهم هذه المسائل المسألة الآتية : هل هناك علاقة بين «شرط الاجتماع أثناء تعاطي المخدر» وتنفيذه على هذا الوجه ، من حيث صغر حجم الجماعة (٣ - ٧ أشخاص) وتغير عناصر معينة وبين الضالة الظاهرية للميل الى الاجتماع بالآخرين وارتفاع مستوى القلق لدى المتعاطي وانطلاق ميوله الاجتماعية أثناء التعاطي وتحقق حالة «السرور» عندئذ .

٤ - ٢ - موقف المتعاطين من الحرب .

أجمعت العينة كلها على ان ظروف الحرب المختلفة شجعت على دفع الأفراد الى التعاطي عن طريق الخوف ، والفراغ وضعف الضوابط الاجتماعية .

أما عن موقفهم الشخصي من الحرب في لبنان فقد كان على الوجه التالي : إدانة ٦٠٪ بدون جدوى ٢٠٪ «أسباب وجيهة» ١٠٪ لم يجذبها إلا ١٠٪ . وهذا دليل واضح على عدم ميل المتعاطين عموماً الى العنف والصراع بل إنهم يميلون الى تفضيل الهدوء و«السلام» .

من ناحية أخرى ، قررت ٦ حالات من المتعاطين المقاتلين بأنهم كانوا يتعاطون المخدرات من أجل التخلص من حالات الخوف والاندفاع الى المعركة بدون اكرتات ، بينما قررت ٤ حالات منهم بأنهم كانوا يتعاطون المخدرات لتزيد من عدوانيتهم في القتال . نحن نعتقد ان الموقفين متشابهان في جوهرهما وهو التخلص من حالات القلق والتوتر التي تضغط على المقاتل .

٤ - ٣ - التعاطي والأعراض الجسمية .

إن معظم المتعاطين يتعرضون لحالات مختلفة من الأعراض العضوية : إمساك ، إسهال ، دوخة ، سرعة دقات القلب .

جدول رقم ٥٤ : الاعراض الجسمية للمتعاطي .

رقم السؤال ١٦٤	إمساك	إسهال	تقيؤ	عرق اليدين
	٢٦	١٤	٢٦	١٤

جدول رقم ٥٥ : هل تشعر بـ : دوخة ، صداع ، ضعف في النشاط العام .
دقة قلب من دون سبب .

رقم السؤال ١٦٣	دوخة	صداع	ضعف في النشاط	سرعة دقة القلب
	١٦	٣٢	٤٦	١٤

تجدد الإشارة الى ارتفاع نسبة المجهين بالضعف في نشاطهم العام . والمعروف ان آثار الحشيش المباشرة هي استكائة الأعصاب ، على عكس الهيرويين والكوكايين إذ ان هذا الأخير بشكل خاص ، يعمل على تنبيه الأعصاب بحيث تكون الآثار المباشرة لتعاطيه الإحساس باليقظة ، غير انه يتلف الأعصاب على المدى الطويل . على عكس الحشيش الذي لم يؤكد الباحثون حتى الآن انه يترك آثاراً متلفة للأعصاب على المدى الطويل كما هو الحال مع الهيرويين مثلاً . أما فيما يخص مظاهر الإمساك والإسهال فالملاحظ أن نسبة الامساك ترتفع عند متعاطي الحشيش بينما ترتفع نسبة الاسهال عند متعاطي الهيرويين وهذا أمر يتفق مع الرأي الطبي في هذا الموضوع . كذلك يلاحظ نسبة ارتفاع المصابين بالصداع من المتعاطين .

على صعيد العلاج ، لم يجب من العينة سوى ٦ متعاطين إذ صرحوا بأنهم حاولوا الشفاء من إدمانهم . وكلهم من متعاطي الهيرويين والمخدرات المشابهة له . لكن محاولاتهم جميعها لم تؤد الى نتيجة إيجابية .

٤ - ٤ - التعاطي والأعراض النفسية - العصبية .

لم نعر في العينة على متعاطين مصابين بأمراض عقلية بل على حالات عصبية ، خاصة لدى متعاطي الهيرويين ، الأمر الذي يشير الى الحالات النفسية - الاجتماعية للتعاطي بشكل عام ، أكثر مما يشير الى اضطرابات مرضية عقلية في أساس الشخصية . فمن مظاهر القلق العصابي لدى المتعاطين النوم المتقطع الأحلام الكابوسية ، الاتجاه الى العزلة (بدرجات وأشكال مختلفة)

اضطراب الذاكرة الخ ... هذا ولم تؤكد حتى الآن الدراسات العديدة ، التي اهتمت بموضوع الأمراض العقلية وصلتها بالتعاطي ، وجود عوامل حتمية بين المرض العقلي وتعاطي الحشيش بينما ترجح هذه الدراسات وجود علاقة سببية بين تعاطي الهيروين والاضطرابات العقلية ولكن على المدى الطويل .

لا تدّعي هذه الدراسة بأنها غاصت عميقاً في قلب عالم المخدرات بل يمكن القول بأنها تلمّس أولي لظاهرة بالغة التعقيد تلتقي فيها العوامل الاجتماعية المختلفة بالعوامل النفسية المعقدة . لقد أظهرت مختلف الدراسات والوقائع ان الخطر الكبير في هذه الظاهرة كامن في الأسباب والعوامل التي تدفع الى ولوج عتبتها وان المجتمع الذي يريد أن يقي نفسه هذا الخطر لا بد له من الحد من هذه الأسباب . ففي أعماق كل واحد منا يكمن مدمن يظهر من عالم الامكان الى عالم الفعل إذا ما فتحت أمامه أبواب الادمان في محيطه الاجتماعي . فكيف اذا كنا في حالة كالتي يمر فيها المجتمع اللبناني الآن وهي حالة تخلخل عامة للعلاقات الاجتماعية والقيم الاجتماعية ، ففي مثل هذه الأوضاع تتشرع أبواب الادمان بكل سهولة حيث لا ضوابط اجتماعية داخلية ولا ضوابط قهرية قانونية . ولعل إنعدام الضوابط الأولى أشد خطراً من ضعف الضوابط الثانية .

ان نمط متعاطي الحرب ينتشر بسهولة وفي كل مكان بحيث انا وجدنا أنفسنا نواجه ظاهرة أصبحت شبه طبيعية بين أوساط اجتماعية مختلفة وعلى الأخص القطاع المثقف « المتحرر » مما يعكس ظواهر اجتماعية وخلقية عامة تتخذ أشكالاً خصوصية في هذا القطاع الاجتماعي أو ذاك . ان هذه الدراسة لم تحقق سوى تجميع عناصر صورة أولية لحركية التعاطي . فلا بد من دراسات لاحقة يغلب عليها الطابع التجريبي - الميداني من أجل تكوين صورة حية أكثر تفصيلاً وعمقاً بشأن هذه الظاهرة النفسية - الاجتماعية المعقدة .

واذا كان لا بد من كلمة عن « النموذج النمطي » لمدمن فترة الحرب فينبغي الإشارة الى ان هذا النموذج هو حالة معممة غير محكومة بالعوامل الاقتصادية أو الاجتماعية الخاصة بل بالمناخ الاجتماعي المضطرب العام ، حيث يلتقي ، داخل هذا النموذج النمطي ، الأغنياء والفقراء المثقفون وغير المثقفين ذوو التربية الأهلية (العائلية) السليمة وغير السليمة . انها صورة متشائمة لكنها واقعية .

كلمة أخيرة نكررها للتذكير بأن هذه الدراسة ليست احصائية مقننة بل هي أولية استطلاعية استخدمنا فيها المؤشرات الإحصائية مرفقة بالملاحظات العينية والمقابلات المفتوحة . كل هذا يشكل شروطاً مفروضة على كل دراسة استطلاعية أولية . فهي بهذا المعنى دراسة منهجية أكثر مما هي دراسة موضوعية .

٦ - المراجع .

سعد مغربي . ظاهرة تعاطي الحشيش . دار المعارف ١٩٦٣ . القاهرة .

- Brottaux. P., Hashish : *Herbe de Folie et de Rêve*. Vega Paris 1935.
Marcouity, E. and Myers H., *Marihuana Addit in the Army, War Medicine*, Chicago, 1944.
Bowlley : J, *Maternal care and Mental Health*, geneva : world Health organisation, 1952.
Andry. R. *Delinquency and parental pathology*. London 1960.
Champagne %Guy : *J'étais un drogué : tome 1*. Points actuels : %Paris 1973.
Après la drogue : tome 2. Points actuels : Paris 1973.
Lesage de la Haye. J. *Drogues Informations*. E.L.P. Editions.
Biron. A, Huerre P., Reymond : *Drogues : Toxicomanes*. Herman. Paris 1979.

٧ - الملحق : الاستمارة

- ١ - متى كانت المرة الأولى التي تعاطيت فيها المخدرات .
- ٢ - ما هي المناسبة التي تعاطيت فيها .
- ٣ - ماذا كان نوع المخدر .
- ٤ - ما هو السبب أو الدافع الذي جعلك تبدأ بتناول المخدرات .
 - (١) على سبيل التقليد
 - (٢) من أجل حل مشاكلك .
 - (٣) من أجل النساء
 - (٤) من أجل معالجة أمراضك الجسمية
 - (٥) من أجل مجازاة أصحابك
 - (٦) من باب البحث عن الفرح
 - (٧) من أجل التخلص من حالات الانقباض
 - (٨) بسبب الخوف من شيء أو حدث معين ، الحرب مثلاً
 - (٩) من أجل حل مشاكلك .
- ٥ - هل بدأت بتعاطي المخدر بشكل منفرد أم مع شلة معينة .
 - (١) بشكل منفرد
 - (٢) مع شلة
- ٦ - في البداية من كان يشجعك على الاستمرار في تعاطي المخدر .
- ٧ - كم مضى من الوقت تقريباً على تعاطيك المخدر ، عندما بدأت تشعر بأنه لم يعد باستطاعتك التوقف عن تعاطيه .
- ٨ - ما نوع المخدر الذي تتعاطاه في الغالب أحياناً .
 - حشيش (١) هيروين (٢) كوكايين (٣) أنواع أخرى (٤)
- ٩ - هل انت اعزب (١) او متزوج (٢) مطلق (٣) ارمل (٤) منفصل (٥)
- ١٠ - هل تفضّل الجلوس لوحدهك (١) أم مع الناس (٢) أم لا يهم (٣)

- ١١ - أنت ضعيف الذاكرة (١) قوي الذاكرة (٢) متوسط (٣)
- ١٢ - نشاطك في عملك أو دراستك هل هو جيد (١) ضعيف (٢) متوسط (٣)
- ١٣ - هل انت في اغلب الاحيان مرح (١) منقبض (٢) بين هذا أو ذاك (٣)
- ١٤ - كم هو عدد الاشخاص الذين تعولهم (١) ابناء (٢) زوجة (٣)
- زوج (٤) اقارب (٥) آخرون (٦)
- ١٥ - هل تحصل لك خلافات كثيرة (١) قليلة (٢) نادرة (٣)
- مع زوجتك (١) (٢) (٣)
- مع أولادك (١) (٢) (٣)
- مع مرؤوسيك (١) (٢) (٣)
- مع زملاءك وأصدقائك (١) (٢) (٣)
- مع رؤساءك (١) (٢) (٣)
- ١٦ - بالطبع يتعرض الانسان لبعض المشاكل مع الآخرين :

٦	٥	٤	٣	٢	١	
لا اذكر	تصرف تصرفات اخرى	تساهلت	قاطعته	شتمته	ضربته	
						<p>أ) يا ترى عندما (نرفذك) والدك ماذا فعلت؟</p> <p>ب) يا ترى لما رئيسك (زعلك) ماذا فعلت؟</p> <p>ج) لما زميلك أو صديقك (زعلك) ماذا فعلت؟</p> <p>د) عندما (نرفذك) شخص غريب لا تعرفه سابقاً ماذا فعلت؟</p>

١٧ - هل تعتقد ان الحشاش يميل اكثر من غيره لارتكاب الجرائم نعم (١) لا (٢) (إذا اجاب بنعم يوجه له السؤالان التاليان)

١٨ - هل يميل الحشاش لارتكاب الجرائم اكثر من غيره لأنه :

يضرب (١) يسرق (٢) يرشي أو يرشني (٣) يزور (٤) ينصب (٥)
يغتصب امرأة (٦) يغتصب ولداً (٧) يقتل (٨)

١٩ - هل تعتقد ان المخدرات كثر تعاطيها خلال الحرب في لبنان؟

نعم (١) لا (٢)

(إذا اجاب نعم)

٢٠ - ما هي بنظرك أسباب كثرة تعاطي المخدرات خلال الحرب؟

٢١ - من هي الفئات والاطراف الاجتماعية التي كثر تعاطي المخدرات عندها بنظرك وحسب خبرتك؟

٢٢ - هل ترى في تعاطي المخدرات بأنها مشكلة (١) نعم (٢) لا (٣) اذا كان الجواب نعم

٢٣ - ماذا تقترح لحل هذه المشكلة؟

٢٤ - هل تعتقد ان تعاطي المخدرات مكروه في الدين (١) أو محرّم (٢) أو لا هذا ولا هذا (٣)؟

٢٥ - (أ) كم تدفع أجرة السكن :
(ب) هل الايجار قديم (١) او جديد (٢)

٢٦ - كم غرفة في البيت ؟ (دون المطبخ والممرات والمدخل)

٢٧ - (أ) شهيتك للطعام كيف : زيادة عن العادي (١) أقل من العادي (٢) معتدلة (٣)

(ب) شريك للمادة : زيادة عن العادي (١) أقل من العادي (٢) معتدل (٣)
(ج) نشاطك : زيادة عن العادي (١) أقل من العادي (٢) معتدل (٣)

٢٨ - هل كان في عائلتك من يتعاطى المخدرات ؟ (١) نعم (٢) لا

٢٩ - مثل من مثلاً ؟ أبوك (١) أخوك (٢) آخرون من العائلة (٣)

٣٠ - كم هو دخلك من عملك الاساسي ؟ في اليوم () في الشهر ()

٣١ - هل تقوم بعمل اضافي نعم (١) مواعيده من الى (٢) لا

٣٢ - اذا كان لك اخت او بنت هل توافق على زواجها من واحد يتعاطى المخدرات نعم (١) لا (٢)

٣٣ - كيف تمضي اوقات فراغك اليومي للتعديل؟ الوقت الزمني : لعب ورق فليبر

٣٤ - انت تشرب قهوة (١) شاي (٢) سجائر (٣) مكيفات اخرى (٤)

٣٥ - هل تشرب الخمره نعم (١) لا (٢)

٣٦ - هل تشربها دائماً (١) أو في المناسبات (٢)

٣٧ - هل شاركت مرة في جلسة تحشيش نعم (١) لا (٢)

٣٨ - كم مرة؟

(اذا كان حضر اكثر من ٣ مرات توجّه له الاسئلة التالية :)

٣٩ - كم كان عدد افراد الجلسة في العادة؟

٤٠ - كم كان عمرهم تقريباً؟

٤١ - جلسة التحشيش هل تجمع اشخاص من أوساط مهنية واجتماعية مختلفة؟

مثل عمال مع موظفين مع تجار ... الخ نعم (١) لا (٢)

٤٢ - اذا وجد في الجلسة أناس مراكزهم عالية وأناس مراكزهم صغيرة كيف يرتفع التكليف بينهم؟

- كيف تتشكل العلاقة

- توزيع الادوار

٤٣ - ما هي المواضيع التي يتكلم فيها المشاركون في الجلسة؟

مواضيع اجتماعية (١) سياسية (٢) مشكلات شخصية (٣) مواضيع

دينية (٤) مواضيع جنسية (٥)

- ٤٤ - كيف يكون جو الجلسة غالباً نكت ومرح (١) جد (٢) سرور (٣) حزن وكآبة (٤) حالات اخرى
- ٤٥ - ما هي صفات ريس الجلسة ؟
- ٤٦ - ما هي الصفات المفضلة لدى ريس الجلسة حسب تجربتك ، هل يفضل بسبب كونه :
مقامه كبير (١) دمه خفيف (٢) كريم (٣) متواضع (٤) كبير في السن (٥) يرتب لوازم الجلسة (٦) صفات اخرى
- ٤٧ - هل تقبل الشلة احد الاشخاص ممن لا يتعاطون المخدرات نعم (١) لا (٢)
- ٤٨ - ما هو الصنف من الناس التي تكره الشلة وجوده معها ...
- ٤٩ - اذا وجدت الشلة شخصاً لا يعجبها من الموجودين معها كيف تتصرف اِزاءه ؟
من بين رفاقك هل المتزوجين اكثر او غير متزوجين (النسبة).
- ٥٠ - هل تعتقد ان تعاطي المخدرات منتشر اكثر بين المتزوجين أم بين غير المتزوجين :
المتزوجين (١) غير المتزوجين (٢)
- ٥١ - هل تعتقد ان انتشار التعاطي في المدن اكثر (١) أو في الريف (٢)
- ٥٢ - هل يحصل ان يمرّ عليك شهر دون ان تتعاطى المخدر نعم (١) لا (٢)
- ٥٣ - هل تتعاطى المخدر في أوقات محددة نعم (١) لا (٢)
- ٥٤ - ما هي هذه الاوقات ؟
- ٥٥ - كيف تأخذ المخدر مع الشاي او القهوة او الخمر او بطريقة ثانية
- ٥٦ - ما هو تأثير المخدر على شهيتك للطعام ؟

٥٧ - ما هي الطريقة التي تخدرك أكثر من غيرها؟

٥٨ - أنت الآن تتناول المخدر لوحده أو وسط مجموعة؟

على انفراد (١) وسط مجموعة (٢)

٥٩ - كم مرة تتعاطى المخدر في المتوسط : اليوم () الاسبوع () الشهر ()

٦٠ - كم تصرف على المخدرات في اليوم () ، في الشهر () في السنة ()

٦١ - أنت اعزب (١) متزوج (٢) مطلق (٣) أرملة (٤) منفصل (٥)

(من كان اعزب يسأل الاسئلة التالية من ٦٢ الى ٦٩)

٦٢ - قبل الزواج ، كنت تتعاطى مخدرات نعم (١) لا (٢)

٦٣ - (من يجيب بنعم) ما هي انواع هذه المخدرات؟

٦٤ - ما هي انواع المخدرات التي تعاطيتها بعد الزواج؟

٦٥ - اذا حصل هناك تغيير يسأل : ولما حصل هذا التغيير؟

٦٦ - كم مرة كنت تتعاطى المخدر قبل الزواج في اليوم () في الشهر () في السنة ()

٦٧ - هل زادت كمية المخدر التي تتعاطها بعد الزواج (١) أم نقصت (٢) أم

بقيت على حالها (٣)

٦٨ - قبل الزواج هل كنت تأخذ المخدر لوحده (١) أو وسط مجموعة (٢)

٦٩ - بعد الزواج كيف تتناول المخدر لوحده (١) وسط مجموعة (٢)

٧٠ - كم كان عمرك عندما بدأت التعاطي؟

٧١ - ما هي المناسبة التي شربت فيها المخدر لأول مرة؟

٧٢ - ما هو الدافع الذي جعلك تشرب المخدر لأول مرة؟

على سبيل المثال تقليد اصحابك (١) على سبيل التجربة (٢) من أجل أن تنسى مشاكلك (٣) من أجل النساء (٤) من باب الرجولية (٥) من أجل معالجة امراضك الجسمية (٦) من باب المرح (٧)

٧٣ - هل هناك اسباب اخرى جعلتك تتعاطى المخدرات؟ ما هي :

٧٤ - هل سبق لك أن انقطعت عن التعاطي؟ نعم (١) لا (٢)

٧٥ - كم من الوقت استمررت في الانقطاع؟

٧٦ - ما هي الأسباب التي جعلتك تنقطع؟

٧٧ - هل رجعت الى التعاطي من جديد؟ نعم (١) لا (٢)

٧٨ - ما هي الأسباب التي جعلتك تتعاطى من جديد؟

٧٩ - هل تفضل الآن نوعاً معيناً من المخدرات نعم (١) لا (٢)

٨٠ - ما هو؟

٨١ - لما تفضل هذا النوع وما هي ميزته على الأنواع الأخرى التي تعاطيتها في السابق؟

٨٢ - هل لديك رغبة الآن في التوقف عن تعاطي المخدرات نعم (١) لا (٢)

(من يرغب في الامتناع يسأل السؤال التالي)

٨٣ - لماذا تريد الامتناع؟

(من لا يرغب في الامتناع يسأل السؤال التالي)

٨٤ - لماذا تريد الاستمرار في التعاطي؟

٨٥ - ما هي الأوقات المفضلة لديك لتعاطي المخدر : في الصباح (١) (٢) الظهر (٣) العصر (٤) المساء

٨٦ - متى تحب تعاطي المخدر ، عندما تكون : متقبض النفس (١) تعبان (٢) حالات مرتاح (٣) مشغول البال (٤) غضبان (٥) أخرى ؟ (٦)

٨٧ - هل تحب تعاطي المخدر : في الأفراح (١) في الأعياد (٢) في الحفلات المختلطة رجالاً ونساء (٣) في جلسات تقتصر على الرجال (٤) وأنت منفرد تسمع الموسيقى أو أم كلثوم مثلاً (٥) مناسبات أخرى

(وصف الباحث للمجيب)

٨٨ - المجيب يبدو عليه اهمال زائد لمظهره (١)
المجيب يبدو عليه اهتمام زائد بمظهره (٢)
المجيب يبدو عادياً (٣)

٨٩ - العينان عاديتان (١) محتقنتان (٢)

٩٠ - نظرات العينين : مسترخية (١) يقظة (٢) عادية (٣)

(بعد هذه الملاحظات يسأل المجيب)

٩١ - نومك في الليل هل يستمر حتى الصباح (١) أم هو متقطع (٢)

٩٢ - هل تأرق كثيراً قبل النوم نعم (١) لا (٢)

٩٣ - كم كان عمرك لما بدأت التعاطي ؟ :

٩٤ - وأنت مخدر تشعر في الوقت يمر بسرعة (١) ببطء (٢) عادي (٣)

٩٥ - وفي اليوم الثاني كيف تشعر بمرور الوقت بسرعة (١) ببطء (٢) عادي (٣)

- ٩٦ - وأنت مخدر كيف تبدو لك المسافة طويلة (١) قصيرة (٢) عادية (٣)
- ٩٧ - في اليوم الثاني كيف تبدو لك المسافة طويلة (١) قصيرة (٢) عادية (٣)
- ٩٨ - وأنت مخدر كيف يبدو لك حجم الأشياء كبير (١) صغير (٢) عادي (٣)
- ٩٩ - في اليوم الثاني كيف يبدو لك حجم الأشياء كبير (١) صغير (٢) عادي (٣)
- ١٠٠ - وأنت مخدر كيف تبدو لك الأشياء والأشخاص : أوضح من العادي (١)
عادي (٢) مهزوزة (٣)
- ١٠١ - في اليوم الثاني كيف تبدو لك : أوضح من العادي (١) عادي (٢)
مهزوزة (٣)
- ١٠٢ - عندك رغبة في الامتناع عن المخدر نعم (١) لا (٢)
- ١٠٣ - وأنت مخدر تبدوا لك الألوان فرحة (١) عادية (٢) باهتة (٣)
- ١٠٤ - في اليوم التالي تبدوا لك الألوان فرحة (١) عادية (٢) باهتة (٣)
- ١٠٥ - وأنت مخدر تبدوا لك الأصوات واضحة (١) مبهتة (٢) عادية (٣)
- ١٠٦ - في اليوم التالي تبدوا لك الأصوات واضحة (١) عادية (٢) مبهمة (٣)
- ١٠٧ - وأنت مخدر تبدوا لك الأصوات منخفضة (١) عالية (٢) عادية (٣)
- ١٠٨ - في اليوم التالي تبدوا لك الأصوات منخفضة (١) عالية (٢) عادية (٣)
- ١٠٩ - وأنت مخدر هل تفكر تفكيراً صحيحاً نعم (١) لا (٢)
- ١١٠ - وأنت مخدر هل تحاول حل مشاكلك الخاصة ؟ نعم (١) لا (٢)

١١١ - والحلول التي تتوصل لها هل تكون معقولة واقعية (١) أو وهمية خيالية (٢)

والآن تريد أن تتعرف قليلاً عن طبائعك :

١١٢ - في حالتك العادية عندما لا تكون مخدراً هل تكون : مرح (١) منقبض (٢)
أولا هذا ولا هذا (٣)

١١٣ - وأنت مخدر هل تكون مرح (١) منقبض (٢) أولا هذا ولا هذا (٣)

١١٤ - في اليوم التالي تكون : مرح (١) منقبض (٢) أولا هذا ولا هذا (٣)

١١٥ - وأنت خرمان مرح (١) منقبض (٢) أولا هذا ولا هذا (٣)

١١٦ - وأنت في حالتك العادية هل تفرض رأيك على غيرك (١) أو تتنازل عن رأيك بسهولة (٢)
أولا هذا ولا هذا (٣)

١١٧ - وأنت مخدر هل تفرض رأيك على غيرك (١) أو تتنازل عن رأيك بسهولة (٢)
أولا هذا ولا هذا (٣)

١١٨ - وأنت خرمان هل تفرض رأيك على غيرك (١) أو تتنازل عنه بسهولة (٢)
أولا هذا ولا هذا (٣)

١١٩ - وأنت في حالتك العادية أي لست مخدراً تكون : متردد (١) متسرع (٢)
لا هذا ولا هذا (٣)

١٢٠ - وأنت مخدر هل تكون متردد (١) متسرع (٢) ساعة متردد وساعة
متسرع (٣)

١٢١ - في اليوم التالي هل تتصرف بعد تفكير (١) متسرع (٢) أولا هذا ولا هذا (٣)

١٢٢ - وأنت خرمان هل تتصرف بعد تفكير (١) متسرع (٢) لا هذا ولا هذا (٣)

- ١٢٣ - أنت في العادة : ضعيف الذاكرة (١) قوي الذاكرة (٢) متوسط (٣)
- ١٢٤ - وأنت مخدر هل تكون ذاكرتك أضعف من عادتك (١) أقوى (٢) مثل عادتك (٣)
- ١٢٥ - في اليوم التالي هل تكون ذاكرتك أضعف من عادتك (١) أقوى (٢) مثل عادتك (٣)
- ١٢٦ - وأنت خرمان هل تكون ذاكرتك أضعف من عادتك (١) أقوى (٢) مثل عادتك (٣)
- ١٢٧ - انتاجك في العمل عندما لا تكون مخدراً : قليل (١) كثير (٢) عادي (٣)
- ١٢٨ - وأنت مخدر انتاجك في العمل : قليل (١) كثير (٢) عادي (٣)
- ١٢٩ - في اليوم التالي : انتاجك في العمل : قليل (١) كثير (٢) عادي (٣)
- ١٣٠ - أنت في حالتك العادية انتاجك في العمل : جيد (١) سيء (٢) وسط (٣)
- ١٣١ - في اليوم التالي انتاجك في العمل : جيد (١) سيء (٢) وسط (٣)
- ١٣٢ - وأنت في حالتك العادية تفضل الجلوس لوحده (١) مع الناس (٢) لا يهم (٣)
- ١٣٣ - في اليوم التالي تفضل الجلوس لوحده (١) مع الناس (٢) لا يهم (٣)
- ١٣٤ - وأنت خرمان تفضل الجلوس لوحده (١) مع الناس (٢) لا يهم (٣)
- ١٣٥ - وأنت في حالتك العادية تتأثر برأي غيرك بسهولة (١) أو تخالف رأي غيرك (٢) أو لا هذا ولا هذا (٣)
- ١٣٦ - وأنت مخدر تتأثر برأي غيرك بسهولة (١) أو تخالف رأي غيرك (٢) أو لا هذا ولا هذا (٣)

١٣٧ - وأنت خرمان تتأثر برأي غيرك بسهولة (١) أم تخالف رأي غيرك (٢)
أو لا هذا ولا هذا (٣)

١٣٨ - هل أنت من الناس الذين لا يحملون همّ (١) أو يحملون همّ (٢) أو متوسط (٣)

١٣٩ - وأنت مخدر هل تحمل همّ (١) لا تحمل همّ (٢) متوسط (٣)

١٤٠ - في اليوم التالي تحمل همّ (١) لا تحمل همّ (٢) متوسط (٣)

١٤١ - (أ) في حالتك العادية (ب) وأنت مخدر (ج) وأنت خرمان

(أ)	(ب)	(ج)	
١ - زوجتك ()	١ - زوجتك ()	١ - زوجتك ()	تحصل خلافات كثيرة (١)
٢ - أولادك ()	٢ - أولادك ()	٢ - أولادك ()	بينك
٣ - مرؤوسيك ()	٣ - مرؤوسيك ()	٣ - مرؤوسيك ()	تحصل خلافات قليلة (٢)
٤ - زملاءك ()	٤ - زملاءك ()	٤ - زملاءك ()	وبين
٥ - رؤسائك ()	٥ - رؤسائك ()	٥ - رؤسائك ()	تحصل خلافات نادرة (٣)
٦ - أصدقائك ()	٦ - أصدقائك ()	٦ - أصدقائك ()	

١٤٢ - عندما اغضبك والدك مرة ماذا فعلت :

ضربته	شتمته	قاطعته	تساهلت	تصرفات اخرى	لست متذكراً	
١	٢	٣	٤	٥	٦	(أ) وأنت في حالتك العادية
١	٢	٣	٤	٥	٦	(ب) وأنت مخدر
١	٢	٣	٤	٥	٦	(ج) وأنت خرمان

١٤٣ - وعندما اغضبك رئيسك مرة ماذا فعلت؟

	ضربته	شتمته	قاطعته	تساهلت	تصرفات اخرى	لست متذكراً
أ) وأنت عادي	١	٢	٣	٤	٥	٦
ب) وأنت مخدّر	١	٢	٣	٤	٥	٦
ج) وأنت خرمان	١	٢	٣	٤	٥	٦

١٤٤ - ولما صديقك أو زميلك أغضبك مرّة ماذا فعلت؟

	ضربته	شتمته	قاطعته	تساهلت	تصرفات اخرى	لست متذكراً
أ) وأنت عادي	١	٢	٣	٤	٥	٦
ب) وأنت مخدّر	١	٢	٣	٤	٥	٦
ج) وأنت خرمان	١	٢	٣	٤	٥	٦

١٤٥ - ولما شخص غريب لا تعرفه أغضبك ماذا فعلت؟

	ضربته	شتمته	قاطعته	تساهلت	تصرفات اخرى	لست متذكراً
أ) وأنت عادي	١	٢	٣	٤	٥	٦
ب) وأنت مخدّر	١	٢	٣	٤	٥	٦
ج) وأنت خرمان	١	٢	٣	٤	٥	٦

١٤٦ - وأنت مخدّر هل تأخذ العملية الجنسية وقتاً أطول من المعتاد (١) أقصر (٢) عادي (٣)

١٤٧ - وأنت مخدّر هل تشعر برغبة للعملية الجنسية أقوى من المعتاد (١) أضعف (٢) عادية (٣)

١٤٨ - وأنت مخدّر هل تتهيج أسرع من عادتك (١) أبطأ من عادتك (٢) مثل عادتك (٣)

١٤٩ - عندما تكون مخدراً هل تلاحظ ان تجاوب المرأة في الجماع أقوى من المعتاد (١)
أضعف (٢) عادي (٣)

١٥٠ - عندما تكون مخدراً يكون ميلك للملاطفة المرأة مثل عادتك (١) أقل من عادتك (٢)
أكثر من عادتك (٣)

(ترك الآن مسائل الجنس والنساء لتتكلم قليلاً عن بعض الظروف والمواقف التي قد
يصادفها كل واحد منا)

١٥١ - اذا حصلت على مبلغ من المال لم يكن في حسابك كيف تتصرّف فيه؟

١٥٢ - اذا اعطيت كلاماً بأنك سوف تنهي عملاً في وقت معين (اسبوع مثلاً) ثم اكتشفت
ان هذه المدة لا تكفي لإنجاز العمل كيف تتصرّف؟:

١٥٣ - اذا وقع احد اصحابك في مشكلة وكان باستطاعتك مساعدته لحل مشكلته إلا أن
مساعدتك له قد تسبب لك بعض المضايقة فهل كنت تساعد (١) أو توفر
على نفسك المتاعب (٢)

١٥٤ - اذا اخطأت مرة ووُضع هذا الخطأ على شخص آخر هل تذهب وتعترف بأنك أنت
الذي أخطأت أو تتجاهل الموضوع. اعترف (١) لا أعترف (٢).

١٥٥ - هل حاولت مرة ان تتعالج كي تمتنع عن تعاطي المخدرات نعم (١) لا (٢)

١٥٦ - ماذا فعلت : ذهبت الى مستشفى (١) طبيب خصوصي (٢) جرّبت وصفة بلدية (٣)

١٥٧ - هل كنت تشعر بعوارض في جسمك لما بدأت بتعاطي المخدرات نعم (١) لا (٢)
(اذا كان الجواب نعم)

١٥٨ - ما هي هذه العوارض ...

١٥٩ - لديك عاهات جسمية نعم (١) لا (٢)

١٦٠ - لديك اضطرابات نفسية نعم (١) لا (٢)
(في حال نعم)

١٦١ - ما هو وصفها

١٦٢ - هل استشرت طبيب نفساني (١) أو غيره (٢) لم استشر (٣)

١٦٣ - هل يحصل معك أن تشعر ب : دوخة (١) صداع (٢) ان جسمك ضعيف النشاط دون أن تكون قد تعبت في العمل (٣) ان قلبك يدق بسرعة من غير سبب (٤)

١٦٤ - هل يحصل لك كثيراً : إمساك (١) اسهال (٢) ان تضايق وتتقيأ (٣)
كفوف يدك تعرق كثيراً (٤)

١٦٥ - هل تحلم كثيراً أحلاماً مزعجة (١) أو تتعرض للكوابيس (٢)؟

١٦٦ - هل نومك مريح مستمر (١) أم متقطع (٢)

١٦٧ - شهيتك للطعام هل هي عادية (١) أقل من عادية (٢) زائد عن العادية (٣)

١٦٨ - يتعرض البعض أحياناً لارتخاء في العملية الجنسية هل سبق لك وتعرضت لمثل هذه
الحالة نعم (١) لا (٢)
(في حال نعم)

١٦٩ - كم مرة تعرضت لهذه الحالة :

١٧٠ - هل طالت المدة معك وكم من الوقت

١٧١ - ما هو باعتقادك السبب

١٧٢ - هل حصل ذلك معك في ليلة الزواج الأولى نعم (١) لا (٢)

١٧٣ - وأنت خرمان هل تشعر بـ : صداع (١) تمثيل في الجسم (٢) بنفس منقبضة (٣)
بدوخة (٤) بدق القلب (٥) برعشة (٦) بضيق في الخلق (٧)
باسهال (٨) .

١٧٤ - والدك على قيد الحياة (١) نعم (١) لا (٢)
(في حالة وفاة الوالد)

١٧٥ - كم كان عمرك عند وفاة والدك :

١٧٦ - والدتك على قيد الحياة نعم (١) لا (٢)
(في حالة وفاة الوالدة)

١٧٧ - كم كان عمرك عند وفاة والدتك .

١٧٨ - يا ترى (والدك - والدتك) (تزوج - تزوجت) بعد وفاة (والدك - والدتك) نعم (١)
لا (٢)
(من يجيب بنعم)

١٧٩ - كم كان عمرك لما (والدك - والدتك) (تزوج - تزوجت) للمرة الثانية :

١٨٠ - يا ترى حصل بين والدك ووالدتك طلاق أو هجر؟ نعم (١) لا (٢)

١٨١ - هل كان والدك يهتم بشؤونك وأحوالك نعم (١) لا (٢)

١٨٢ - والدك ووالدتك كانوا على وفاق (١) أو كان بينهم خلافات كثيرة (٢)

١٨٣ - هل كان والدك يغيب عن البيت عادة : يوم في الاسبوع مثلاً أو عدة أيام في الشهر
نعم (١) لا (٢)

١٨٤ - كم من الوقت كان يغيب :

١٨٥ - هل كان هناك أحد يهتم بشؤونك أثناء غياب والدك نعم (١) لا (٢)

١٨٦ - هل كان والدك شديد معك (١) يدللك (٢) عادي (٣)

١٨٧ - هل أنت متزوج نعم (١) لا (٢)
(في حال نعم)

١٨٨ - علاقتك بزوجتك على وفاق (١) أو على خلافات كثيرة (٢)

١٨٩ - لديك أولاد نعم (١) لا (٢)

١٩٠ - أنت شديد معهم (١) تدللهم (٢) عادي (٣)
(توجه هذه الأسئلة للمقاتلين الذين شاركوا في المعارك خلال الأحداث)

١٩١ - هل شاركت في القتال مرة نعم (١) لا (٢)

١٩٢ - هل كنت تتناول المخدرات خلال المعارك نعم (١) لا (٢)

١٩٣ - كنت تتناول المخدرات قبل المعركة (١) أم بعدها (٢)
(إذا كان قبل المعركة)

١٩٤ - كيف كان احساسك وأنت مخدر خلال القتال هل كنت تشعر برغبة قوية في القتال (١)
برغبة عادية (٢) بعدم الرغبة (٣)

١٩٥ - هل كانت عدائيتك تزيد إزاء العدو (١) تنقص (٢) تبقى عادية (٣)
ما رأيك بالحرب :

معلومات عامة عن المجيب

أولاً - بيانات أولية

- ١ - كم سنة عمرك
- ٢ - ما هي جنسيتك
- ٣ - ما هي طائفتك
- ٤ - من أية منطقة أنت
- ٥ - أين نشأت

ملاحظات :

ثانياً - الحالة التعليمية :

نوع التعليم		الحالة التعليمية العامة							السن	
فني	عملي	نظري	عال	ثانوي	متوسط	ابتدائي	قراءة	أمي		
									المجيب	٦
									الوالد	٧
									الوالدة	٨
									الاحوة (أ)	٩
									(ب)	
									(ج)	
									(د)	
									(هـ)	
									الزوجة (أ)	١٠
									(ب)	
									الاولاد (أ)	١١
									(ب)	
									(ج)	
									(د)	

ثالثاً - الحالة المدنية

- ١٢ - أنت أعزب (١) متزوج (٢) عرني (أ) رسمي (ب)
مطلق (٣) أرمل (٤) منفصل (٥)

١٣ - أنت تزوجت كم مرة :

١٤ - وطلقت كم مرة :

١٥ - كم عدد زوجاتك الحاليات :

١٦ - كم كان عمرك وعمر زوجتك عند الزواج

عمر الزوجة :

عمر الزوج :

١٧ - أنت تعول كم شخص () أبناء - زوجة () زوج ()

أقارب ()

ملاحظات :

١٨ - ما هو عملك الأساسي :

١٩ - كم يبلغ دخلك الأساسي في اليوم () الاسبوع () الشهر ()

٢٠ - كم تصرف في الشهر :

٢١ - كم تصرف على الكيفيات في اليوم () في الاسبوع () في

الشهر ()

رابعاً : الحالة السكنية

٢٢ - في أي حي تسكن ؟ :

٢٣ - كم غرفة في البيت ؟ :

٢٤ - (أ) كم تدفع أجرة المسكن :

(٢) جديد

(١) قديم

(ب) ايجارك قديم أم جديد

٢٥ - كم شخص مقيم في البيت :

ملاحظات :

خامساً - الحالة الجسمية والنفسية والعقلية :

وصفها :

نعم (١)

٢٦ - لديك أمراض جسمية وما هو وصفها

لا (٢)

لا (٢)

نعم (١)

٢٧ - عندك عاهات وما هي

وصفها :

نعم (١)

٢٨ - عندك اضطرابات نفسية وما هو وصفها

لا (٢)

لا (٢)

٢٩- هل استشرت اخصائي نفسي أو عصبي نعم (١)

٣٠- مما كنت تشكو عندما ذهبت للاخصائي ؟

(تملاً البيانات الآتية من السجلات في حالة نزلاء المستشفيات العقلية)

٣١- أمراض نفسية

٣٢- أمراض عقلية

ملاحظات :

