

درباره‌ی اعتیاد زنان کار نکرده‌ایم!

● پژوهشی که

درباره‌ی زنان معتاد

زندان قصر صورت گرفت،

نشان می‌دهد که ۴۶ درصد

از زنان را همسرانشان معتاد کرده‌اند.

● عامل گرایش زنان به اعتیاد، ناراحتی‌های جسمانی، روانی و گریز از دردهای زندگی بوده است.

می‌یابد ۵۶۰ میلیارد دلار شده است.

ارزش مواد مخدری که در تیرماه سال ۷۷ (ژوئن ۱۹۹۸) به مناسبت روز جهانی مبارزه با مواد مخدر در ایران سوخت، معادل ۷۰۰ میلیون دلار بود که به گفته‌ی پنیوآلرکی معاون دبیر کل سازمان ملل و مدیر اجرایی UNDEP «این مقدار می‌توانست مصرف مواد مخدر یک سال کشورهای فرانسه، آلمان و انگلیس را تأمین کند».

زنان چه درصدی از معتادان را تشکیل می‌دهند؟ چه مقدار از قاچاق مواد مخدر توسط زنان انجام می‌گیرد؟ زنان روزانه چه مقدار مواد مخدر مصرف می‌کنند؟ آیا خودشان به سوی اعتیاد رفته‌اند یا به سمت آن کشیده شده‌اند؟ چه مقدار از ناسامانی‌های زنان در سایر ابعاد زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی منجر به گرایش آنان به سوی اعتیاد شده است و...

براساس آمار ستاد مبارزه با مواد مخدر، آمار زنان زندانی موجود تا آخر آبان ماه سال ۷۷، ۵۹۴ نفر بودند که از این میان ۱۲ نفر زیر ۱۸ سال سن داشته‌اند و صدا البته که این، آمار کل زنان معتاد موجود در جامعه نیست.

پژوهشی که^۳ درباره‌ی زنان معتاد زندان قصر صورت گرفت، نشان می‌دهد که ۴۶ درصد از زنان را همسرانشان معتاد کرده‌اند که از میان آن‌ها ۵۳ درصد از شوهران موافق اعتیاد همسرانشان بوده‌اند و تنها ۱۱ درصد از آن‌ها اظهار داشته‌اند که شوهرانشان نسبت به اعتیادشان بی‌تفاوت بوده‌اند. قابل توجه است که از این میان ۲۸ درصد زنان، شوهرانشان هم معتاد بوده‌اند.

در حالی که عامل بیکاری یکی از علل مهم گرایش مردان به سوی اعتیاد است، براساس آمار، علیرغم آن که ۵۳/۵ درصد زنان معتاد قبلاً بیکار بوده‌اند، بیکاری عامل گرایش زنان به اعتیاد نیست و عوامل اصلی و عواملی که در معتاد شدن زنان تأثیر بسزایی دارد، ناراحتی‌های جسمانی، روانی و گریز از دردهای زندگی بوده است. براساس این پژوهش ۸۰ درصد زنان معتاد، علت گرایش به اعتیاد را فرار از ناراحتی‌های جسمانی از قبیل ناراحتی‌های قلبی، استخوان درد، دردهای

اوضاع و وجود میلیون‌ها نفر معتاد در سطح دنیا، قاچاق مواد مخدر به یک فرهنگ زیرزمینی بدل شده است. بسا وجود گسترش مبارزه با مواد مخدر طی سال‌های اخیر در کشورمان و صرف وقت و سرمایه‌گذاری‌های قابل توجه مالی و جانی در این راه، فرهنگ مصرف مواد مخدر روز به روز رایج‌تر شده چرا که «مبارزه با مواد مخدر در واقع مبارزه با توزیع این مواد بوده ولی میزان رسوب مواد افیونی در کشور افزایش یافته است»^۱ طبق آمار موجود بیش از یک میلیون نفر معتاد در کشور وجود دارد که نه تنها سربار جامعه و فاقد بهره‌وری کافی هستند، بلکه جزء متقاضیان بالفعل بازار مواد قاچاق و افیونی هستند.

مرضیه صدیقی، نماینده‌ی مردم مشهد چندی پیش در حاشیه‌ی نخستین همایش علمی-راهبردی درمان اعتیاد، با استناد به آمارهای رسمی، میانگین سن اعتیاد را ۲۶ سال اعلام کرد، این در حالی است که پیش از این میانگین سن اعتیاد ۳۵ سال بوده است.

وی با اشاره به آمارهای رسمی مبنی بر وجود یک میلیون و دویست هزار معتاد و برآورد غیررسمی دایر بر وجود شش میلیون معتاد در کشور گفت: «حدود ۱۵ میلیون نفر از اعتیاد آسیب دیده‌اند»^۲

براساس آمار ارائه شده از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۶۰ درصد کل زندانیان (۹۵ هزار و ۹۴۶ نفر) را معتادان تشکیل می‌دهند و این در حالی است که می‌توانستیم این ظرفیت را به افراد شرور، سارقان مسلح، جیب‌برها و سارقان منازل اختصاص دهیم.

براساس آمار سال ۱۳۷۳، خسارت‌های ناشی از سوء مصرف دارو و قاچاق مواد مخدر در ایران سالیانه بالغ بر ۴۸۰ میلیارد تومان بوده که با توجه به افزایش نرخ تورم سالیانه، این رقم در حال حاضر معادل ۷۰۰ میلیارد تومان در سال تخمین زده می‌شود.

روپتر (۲ ژوئیه ۱۹۹۸) به نقل از مقامات ایرانی اعلام کرد: «مبارزه با قاچاق مواد مخدر به شهادت بیش از ۲۳۰۰ نفر از نیروهای ایرانی طی ۲۰ سال گذشته منجر شده است و هزینه‌ی مبارزه به انضمام درمان معتادان در سال گذشته ایرانی که در ماه مارس پایان

از قرن ۱۴ هجری کشت خشخاش در ایران مرسوم بوده اما کشیدن خشخاش بعد از نیمه‌ی دوم قرن ۱۹ از هندوستان به ایران راه یافت و بین مردم مرسوم شد، تا آن که پس از انقلاب مشروطیت در سال ۱۳۰۷ قانون انحصار تریاک و مجازات قاچاقچیان وضع شد و تا سال ۱۳۲۰ دولت با کشت خشخاش و فروش تریاک به کشورهای خارجی ارز تهیه می‌کند. بنا شروع جنگ جهانی دوم قاچاق مواد مخدر و اعتیاد رواج بیش‌تری پیدا کرد. در بهمن سال ۱۳۳۴ قانون منع کشت خشخاش و جلوگیری از مواد افیونی در مجلس تصویب و برای اولین بار وزارت بهداشتی مسئول بررسی مسئله‌ی معتادان شد ولی بنا به دلایلی این قانون سبب ریشه کن شدن اعتیاد نشد. در سال ۱۳۴۸ دولت مجدداً قانون منع کشت خشخاش را لغو و محدود کردن کشت خشخاش را تصویب کرده، این بار برای افراد معتاد سالمند و بیماران، تحت شرایطی کوپن سهمیه‌ای صادر شد و به این ترتیب برای اولین بار اعتیاد در کشور وجهه‌ی رسمی یافت.

مصرف هروئین از سال ۱۳۳۹ مثل سایر کشورها در ایران مرسوم شد و میزان تولید و مصرف آن سال به سال افزایش یافت تا جایی که در سال ۱۳۴۷ قانون مجازات مرتکبان قاچاق تصویب شد ولی باز بر طبق شرایط مملکتی و سیاست‌های خارجی، این مسئله ادامه پیدا کرد و به صورت حاد فعلی درآمد.

صاحب‌نظران معتقدند در حال حاضر بحران مواد مخدر در کنار سه بحران دیگر یعنی بحران نابودی محیط زیست، بحران تهدید اتمی و بحران فقر مسئله‌ی جهانی روز شده است.

اگر چه ریشه‌ی معضل اعتیاد با تکیه بر اسناد به زمانی که سومریان شیره‌ی تریاک را می‌گرفتند، باز می‌گردد ولی در حال حاضر با توجه به پیچیدگی‌های

زنانگی و سردرد عنوان کرده‌اند.

دکتر حسین فرجاد^۴ می‌نویسد: «بیکاری به عنوان یک مسئله‌ی اجتماعی زمینه‌ی مساعد برای انحرافات اجتماعی به ویژه اعتیاد است. افراد بیکار چون بیش‌ترین اوقات خود را در قهوه‌خانه‌ها و تریاها می‌گذرانند و این‌گونه اماکن بهترین و مناسب‌ترین جا برای فروش و مصرف مواد مخدر است، در نتیجه برای گرایش و کشش به طرف اعتیاد عامل مساعدی به شمار می‌آیند که در اصل از بیکاری مردم ناشی می‌شود.»

با توجه به آن که اغلب زنان بیکار بوده‌اند، پس از ابتلا به اعتیاد از چه راهی امرار معاش می‌کنند و هزینه‌ی تهیه مواد مخدر چه‌گونه و از چه راهی به‌دست می‌آید؟ براساس این پژوهش در سال ۱۳۶۷، میانگین تهیه‌ی مواد مخدر در بین زنان معتاد حدود ۲۳۵۰ ریال در روز بوده و به عبارت دیگر در هر ماه حدود ۷۰۰۰۰ ریال هزینه‌ی خرید مواد مخدر داشته‌اند!

□ اعتیاد چیست؟ معتاد کیست؟

کمیتته متخصصان تشخیص مواد اعتیاد آور که وابسته به سازمان کمیسیون بهداشت جهانی است، اعتیاد را چنین تعریف می‌کند: «اعتیاد به مواد مخدر مسمومیت حاد یا مزمنی است که مضر به حال شخص و اجتماع است و زاینده‌ی مصرف دارویی طبیعی یا صنعتی به شمار می‌رود. خصوصیات این حالت عبارتند از: اول، احساس نیاز و احتیاج به ادامه‌ی استعمال دارو و به

● همه‌ی افراد معتاد اعم از زن و مرد دچار شخصیت نابالغ هستند، از نظر عاطفی ضعیف و از نظر استدلال غیر منطقی و کم تحملند.

● اعتیاد در زن همان کیفیت

فیزیولوژیک و بیولوژیک را ایجاد می‌کند که در مرد به وجود می‌آورد، تنها تفاوت اعتیاد

زنان، تأثیر مستقیمی است که اعتیاد زن بر زندگی

جنینی نوزادش می‌گذارد.



● تحقیقات نشان داده زنان معتاد سه هدف را دنبال می‌کنند: رهایی از سرزنش خود به علت قصور در انجام وظایف، تمایل به محو ناکامی‌ها و ایجاد رابطه‌ی علت و معلول برای رفتاری که انجام داده‌اند.



دست آوردن آن به هر طریقی که ممکن باشد. دوم، علاقه شدید به ازدیاد میزان مصرف دارو که به نام فزون‌طلبی مشهور است. سوم، وابستگی روانی و جسمی به آثار داروهای اعتیادآور بدین نحو که وقتی دارو به معتاد نرسد اثرات روانی و جسمی که به آثار قطع دارو مرسوم است در وی ظاهر می‌شود.

سازمان بهداشت جهانی نیز اعتیاد را وابستگی به مواد افیونی دانسته که می‌تواند به صورت جسمی، روانی و یا ترکیبی از این دو باشد. مقصود از وابستگی آن است که فرد معتاد هم از بعد جسمی و هم از بعد روانی به مواد افیونی وابسته باشد و در صورت قطع مصرف مواد حالت بهنجاری خود را از دست داده و نشانه‌های مرضی زیر را نشان دهد: بیخوش‌های شدید عضلانی، دردهای استخوانی، اسهال شدید، انقباض‌های شکمی، آبریزش بینی، اشک ریزش، سیخ شدن موها، خمیازه، بالا رفتن فشار خون، تندى ضربان قلب، بی‌نظمی حرارت بدن، اضطراب، میل شدید برای مصرف مواد افیونی، بی‌اشتهایی، بی‌خوابی، پرخاشگری، عصبانیت، تحریک پذیری، پرحرفی و دیگر علائم مرضی. این نشانه‌ها از شخصی به شخص دیگر و از موادی به مواد دیگر فرق می‌کند و ممکن است صورت‌های خفیف، متوسط و شدید داشته باشد.

کمپته‌ی متخصصان تشخیص مواد اعتیادآور در تعریف معتاد می‌گوید: «معتاد عبارت است از شخصی که در نتیجه‌ی استعمال متمادی دارو، در بدن وی حالت مقاومت اکتسابی ایجاد شده به طوری که استعمال مکرر آن موجب گاسته شدن تدریجی اثرات آن می‌شود. بنابراین پس از مدتی شخص مقادیر بیش‌تری دارو را می‌تواند بدون بروز ناراحتی تحمل کند و در صورتی که دارو به بدن وی نرسد، اختلالات روانی و فیزیکی موسوم به سندروم محرومیت حاصل می‌شود.»

پرفسور جلیلی نیز در کتاب مبانی پانولوژی اعتیاد، معتاد را چنین معرفی می‌کند: «موجود معتاد بیماری است که مبتلا به یک عارضه روانی - درماتی است و از نظر بیولوژیکی، فیزیولوژیکی و روانی، آن موجود وابسته به یک ماده‌ی شیمیایی و یا کنش، منش و پندار ویژه‌ای است که هر زمان موجود معتاد، آن ماده‌ی شیمیایی را مصرف کند و یا آن کنش، منش

و پندار ویژه را اعمال کند، آرامش روحی و جسمی خود را باز یافته و دوباره می‌تواند برای یک مدت زمان معینی مثل یک موجود عادی و معمولی به زندگی خود ادامه دهد.»

□ برخی از علل اعتیاد

ظاهراً مواد افیونی در رفع اضطراب، درد و پریشانی‌های زندگی مؤثر است و بسیاری از افراد برای این خاصیت و به منظور کاهش فشارهای روانی خود از آن استفاده می‌کنند. تحقیقات روان‌شناختی نشان داده، هرچه احساس ایمنی و رضامندی عاطفی افراد کم‌تر باشد، احتمال این‌که فرد به استعمال مواد افیونی مبادرت ورزند زیادتر می‌شود. البته این به این معنا نیست که همه‌ی افرادی که در موقعیت‌های فشارزا هستند به استعمال مواد مخدر روی می‌آورند. پژوهش‌های روان‌شناختی در این باره نشان می‌دهند کسانی که اعتماد به نفس، استقلال کافی و بلوغ اجتماعی ندارند و آن‌گاه که در موقعیت‌های فشارزای زندگی قرار می‌گیرند بیش‌تر از کسانی که واجد چنین خصوصیتی نیستند، به استعمال مواد افیونی روی می‌آورند.

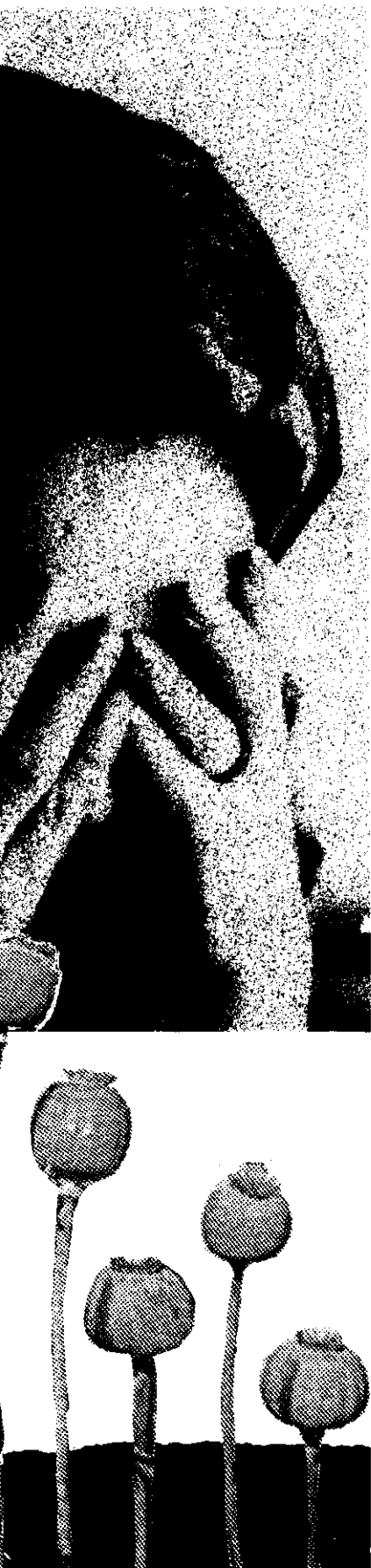
کارشناسان از ناکامی‌ها، حساسیت‌های روانی، استقلال‌طلبی، فشارهای روانی یا استرس‌ها، داغ‌دبگی و رنج ناشی از فقدان عزیزان، افسردگی، اختلال شخصیت، رفتارهای ضداجتماعی و عقده‌ی حقارت به عنوان برخی از علل روانی نام می‌برند. و در بیان علل و عوامل اجتماعی از در دسترس بودن دارو، نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی، بیکاری، جنگ و بحران اقتصادی یاد می‌کنند.

دکتر حسین فرجاد در کتاب آسیب‌شناسی اجتماعی^۵ می‌نویسد: «فقر یکی از عوامل افزایش اعتیاد است. طبق آمار بیش‌ترین معتادان را افراد فقیر هر جامعه تشکیل می‌دهند ولی نمی‌توان گفت بین فقر و اعتیاد رابطه‌ی مستقیم وجود دارد.»

از سوی دیگر دکتر فرجاد به رفاه اقتصادی توأم با بیکاری - یکی از عوامل مهم اعتیاد - که کم‌تر مورد توجه و بررسی قرار می‌گیرد اشاره می‌کند و می‌گوید: «رفاه اقتصادی، عدم قبول تعهدات و مسئولیت‌های اجتماعی اگر با بیکاری توأم گردد می‌تواند به خوبی یک عامل قوی برای ایجاد اعتیاد باشد. و دلیل آن عدم وجود روابط انسانی در اثر کثرت کار و سرگرمی است.

ضعف روابط انسانی که خود مهم‌ترین دلیل کشش به مواد مخدر است در جوامع غربی به نحو بارزی دیده می‌شود و در کشور ما افرادی با درآمد بیش‌تر چون هنرمندان و آن‌هایی که زندگی بورژوازی دارند، اغلب ارقام چشم‌گیری از معتادان را تشکیل می‌دهند.»

به اعتقاد کارشناسان جنگ، از دست دادن سرپرست خانواده، از دست دادن عزیزان، فقر و



● دکتر فخر: اعتیاد راه فراری است از واقعیت‌ها. معتاد نمی‌تواند وجود خودش و شرایط محیط را تحمل کند. برای فرار از واقعیت‌ها پشت دیوار اعتیاد مخفی می‌شود.

مشکلات ناشی از آن یکی از علل گرایش به اعتیاد است. براساس پژوهشی ۸۷ درصد زنان مورد بررسی در زندان قصر کم‌تر از ۱۰ سال داشته‌اند که معتاد شده‌اند و از آن جا که زمان مورد بررسی سال ۶۷ بوده، بنابراین بیش‌تر زنان مورد مطالعه بعد از وقوع انقلاب معتاد شده‌اند.

امیر محمد پیام کارشناس ارشد جمعیت مبارزه با اعتیاد با اشاره به این که تاکنون تحقیق جامع و قابل استنادی در این رابطه صورت نگرفته است، می‌گوید: «هر نوع بحران و آسیب اجتماعی اعم از بلایای طبیعی، جنگ، بیماری‌های همه‌گیر و... باعث به‌وجود آمدن پدیده‌ی اجتماعی خاصی می‌شود و متعاقب آن بزهکاری‌های اجتماعی بالا می‌رود. در پدیده‌ی جنگ وضعیت خانواده‌ها از جنبه‌های گوناگون تحت بحران قرار می‌گیرد. یکی از این بحران‌ها، بحران اقتصادی است. افراد برای تأمین معاش به اعمال فساد اداری، قاچاق مواد مخدر، قاچاق کالا، قاچاق دارو... متوسل می‌شوند. و قاچاق مواد مخدر یکی از رایج‌ترین آن‌ها، و به دلیل نزدیکی ایران به مراکز تولید، ترانزیت بودن ایران و پردرآمد بودن قاچاق مواد مخدر یکی از راحت‌ترین راه‌های تأمین اقتصاد خانواده است.

عامل دیگر می‌تواند وجود استرس باشد که در اثر تنش جمعی حاصل می‌شود. بر اثر فقر، جنگ، تبعیض (اجتماعی و اقتصادی) کل جامعه تحت تنش قرار می‌گیرد. افزایش استرس افراد را به سوی کاهیدن نوا می‌دارد که یکی از راه‌های کاهیدن استرس که به لفظ رایج شده است استعمال مواد مخدر است.»

در بررسی رابطه‌ی فشار روانی و اعتیاد، پژوهشگران اعتیاد را یک مسمومیت مزمن دانسته‌اند که برای شخص، خانواده‌اش و جامعه مضر است. به این معنی که وقتی انسان تحت شرایط ویژه‌ای قرار می‌گیرد، بعضی عوامل محیط زیستی انسان را در موقعیتی قرار می‌دهد که باعث می‌شود سیستم دفاعی بدن به‌هم بخورد و وقتی که سیستم به‌هم خوردگی، سیستم دفاعی واکنش طبیعی و مناسب را انجام می‌دهد. در این موقع انسان دچار استرس می‌شود و برای این که فشار وارده را کم کند، به سوی سیگار کشیدن و یا هر چیز دیگری می‌رود اما بر اثر مصرف مدام، بدن به آن عادت کرده و شخص مجبور می‌شود مقدار مصرف بالا ببرد تا با مصرف زیاد به همان حالت جسمی و روحی اولیه برسد.

□ چه چیزی باعث اعتیاد می‌شود

شخصیت فرد یا محیط زندگی؟

عده‌ای از متخصصان بر این باورند که شخصیت افراد معتاد در اعتیادشان دخیل است، چون وقتی دسترسی به مواد مخدر در جامعه‌ای به سهولت امکان‌پذیر است، همه‌ی افراد آن جامعه معتاد نمی‌شوند. برخی دیگر به نقش عوامل محیطی اشاره می‌کنند و براین باورند که شخصیت فرد معتاد تفاوت چندانی با بقیه آدم‌ها ندارد. این گروه نقش عوامل محیطی را در اعتیاد معتادان مهم می‌دانند.

محققان اروپایی در تحقیقات خود دریافتند که بسیاری از معتادان مورد مطالعه‌ی آن‌ها، نشانه‌های از خصیصه‌های نوروتیکی^۶ و پسیکوژیکی^۷ همراه با خصیصه سوسیویات^۸ (ضد اجتماعی) دارند. سایر تحقیقات نیز نشان داده‌اند که خصیصه‌های ضد اجتماعی در افراد معتاد بسیار بالاست و فقر جزو خصایص آن‌ها قرار گرفته است. می‌توان نتیجه گرفت که رابطه‌ی بین شخصیت و اعتیاد رابطه‌ی متقابل است، یعنی فرد به علت وضع خاص شخصیتی، نیازها، شکست‌ها، ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی‌های زندگی، عدم ثبات عاطفی و از همه مهم‌تر وابستگی هیجانی به اعتیاد روی می‌آورد.

اعتیاد نیز به توبه خود موجب می‌شود که شخص انسجام روانی و هیجانی خود را از دست بدهد. به این ترتیب بین اعتیاد و شخصیت دور باطلی ایجاد می‌شود که از بین بردن آن از یک سو مستلزم تغییر شرایط بیرونی است و از سوی دیگر مستلزم تغییر شرایط درونی یعنی ایجاد اراده‌ی محکم و آسیب‌ناپذیر در برابر مشکلات و ناملایمات زندگی و وجدانی آگاه و فعل‌ناپذیر.

تحقیقاتی که درباره‌ی زنان معتاد به عمل آمده، نشان می‌دهد که آنان از طریق توسل به مواد مخدر سه هدف زیر را جست‌وجو می‌کنند: ۱- رهایی از سرزنش خود به علت قصور در انجام وظایف.

۲- تمایل به محو ناکامی‌هایی که در زندگی واقعی دارند.

۳- ایجاد رابطه‌ی علت و معلول در زندگی خود برای رفتاری که انجام داده‌اند و از آن احساس گناه می‌کنند.

دکتر فخر روان‌پزشک درباره‌ی رابطه‌ی اعتیاد با شخصیت افراد می‌گوید: «قطعاً همین طور است که هر کس براساس شخصیتش عمل می‌کند، این یک واقعیت ملموس است به عبارتی هر کس دنیا را در آینه‌ی وجودش می‌بیند. ولیکن در عین حال ما تیپ شخصیت اعتیادپذیر نداریم که بگوییم افرادی که دارای این گونه شخصیت‌اند معتاد می‌شوند ولی به طور عموم شخصیت‌های نابالغ، افسرده، زودرنج و ضد اجتماعی بیش‌تر در معرض ابتلا به اعتیاد هستند. اما عموماً این گونه است که یک عامل محرک در زمان و

مکان متفاوت ممکن است واکنش متفاوت ایجاد کند. چه بسیار افرادی که به لحاظ معیارهای روان‌شناختی دارای شخصیت نامناسبی هستند ولی معتاد نیستند و چه بسیار افرادی که دارای شخصیت مناسبی هستند ولی معتادند. اصولاً اعتیاد راه فراری از واقعیت‌ها و پنهان شدن از مواجهه با جریان‌های عادی زندگی است و ممکن است به دلایل مختلف اتفاق بیفتد. اکثر افراد معتاد نمی‌توانند وجود خودشان و شرایط محیط را تحمل کنند و برای فرار از واقعیت پشت دیوار اعتیاد مخفی می‌شوند.»

□ زنان معتاد ساکن اوین چه می‌گویند:

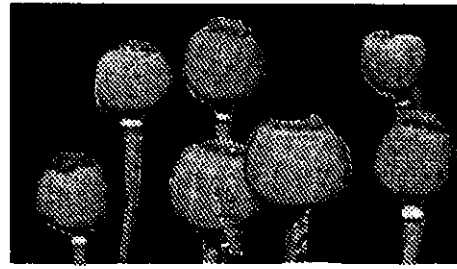
۲۴ ساله است و در ۲۱ سالگی ازدواج کرده، فرزندى ندارد و دو سالی می‌شود که هرورثین می‌کشد. به تلخی و تندى حرف می‌زند اما وقتی که از خودش و این که «هر کاری که می‌خواسته کرده و می‌کند» حرف می‌زند احساس رضایت در چهره‌اش نمایان می‌شود: «از کسی محبت ندیدم. خانواده‌ام خیلی مرا اذیت کرده‌اند. شوهرم مهربان است اما همان کسی که من می‌خواستم نیست. مرا به زور به او دادند. شوهرم معتاد نیست اما من معتاد شدم. وقتی فهمید مرا طلاق داد. یک ماهی می‌شود که این جا هستم. وقتی رقتم مواد بخرم دستگیرم کردند.»

وی که در خانواده‌ی کم جمعیتی بزرگ شده و دو برادر بیش‌تر ندارد، ادامه می‌دهد: «تا سوم راهنمایی بیش‌تر درس نخواندم. توی خانه‌ی ما فقط برادرم سیگار می‌کشید.

هیچ کس دیگری نه معتاد است و نه سیگار می‌کشد. اما من از کوچکی هر کاری خواستم کردم. به حرف هیچ کس هم گوش نکردم. اول یواشکی سیگارهای برادرم را برداشتم. یک روز دست دوستم هرورثین دیدم. با هم نشستیم و کشیدیم فکر کردم چه حال خوبی.»

از او می‌پرسم چه طوری هرورثین تهیه می‌کردی، می‌گوید: «خانه‌ی شوهرم که بودم از روی خرجی بر می‌داشتم. وقتی جدا شدم آمدم خانه‌ی مادرم. برادرم پولش را می‌داد اما کل خرجم را نمی‌داد فقط پول هرورثین را می‌داد. می‌گفت می‌ترسم بروی خراب بشوی!»

او هم ۲۴ ساله است اما چهره‌ی معصومی دارد. اگر در اوین، بند زنان معتاد ملاقاتش نمی‌کردم، هیچ‌گاه به فکرم نمی‌رسید که در دام اعتیاد اسیر است. ناآرام است، اخم کوچکی به پیشانی دارد، مدام لب می‌گزد و مثل گنجشک کوچکی که در قفسی اسیر است قلبش به شدت می‌تپد. به او اطمینان می‌دهم که به هر سوالی که نخواست می‌تواند جواب بدهد یا حتا مصاحبه نکند. سرش را به علامت نه تکان می‌دهد و با بفض و به آرامی



می‌گوید: «سر زایمان سوم بود که سزارین شدم. درد شدیدی داشتم که ساکت نمی‌شد. یکی از دوستانم گفت هروئین بکشی آرام می‌شود. من هم کشیدم ولی بعدش نتوانستم ترک کنم. شوهرم معتاد نیست حتی سیگار هم نمی‌کشد. تمام این سه سال را نمی‌دانست که من معتادم. وقتی فهمید خیلی ناراحت شد و دعوا کرد ولی طلاقم نداد. از خرجی خانه بر می‌داشتم و هروئین می‌خریدم. همان دوستم برایم می‌آورد. در خانه هم می‌کشیدم شوهرم از صبح تا شب سرکار بود. فهمیده بود که خرجی خانه تند تند تمام می‌شود ولی به رویم نمی‌آورد.»

از او می‌پرسم چه گونه دستگیر شدی، می‌گوید: «به خاطر اعتیادم نبود که دستگیر شدم. اختلاف خانوادگی داشتیم. یکی از اقوامم به من تهمت زد به زندان افتادم، اعتیادم هم معلوم شد. یک ماهی است که در زندانم. برایم قرار صادر شده. ان‌شاءالله به زودی آزاد می‌شوم.»

از سال ۱۳۵۴ معتاد بوده. ۴۳ سال دارد. محکوم به اعدام بوده که اخیراً به مناسبت ولادت حضرت رسول (ص) حکمش به حبس ابد تغییر کرده. حرف زدنش به تحصیل کرده‌ها می‌ماند. «لیسانس‌های ادبیات و زبان فرانسه هستم علاوه بر این که در یک شرکت تجاری کار می‌کردم، معلم خصوصی زبان فرانسه هم بودم.»

با آن که از گذشته‌اش پشیمان است و آن را از دست رفته می‌انگارد به آینده امیدوار است و شاکر خداوند که اعدام نشده و می‌تواند شاهد به سر و سامان رسیدن بچه‌هایش باشد. دخترش ازدواج کرده و نوهی کوچکی دارد و دو پسرش یکی در آستانه‌ی ورود به دانشگاه و دیگری در آستانه‌ی ازدواج است.

می‌گوید: «دوبار ازدواج کرده‌ام. شوهر اولم معتاد بود و هم او بود که مرا معتاد کرد. ثروت فراوانی داشت و کار نمی‌کرد. مدام در حال خوشگذرانی بود. من هم از خانواده‌ی مرفهی بودم. خانواده‌ام با این ازدواج مخالف بودند ولی من با او ازدواج کردم و البته می‌دانستم که معتاد است. دوستان بسیار بدی هم داشت که به خاطر پول بی‌حد و حسابش و این که به راحتی می‌تواند مواد تهیه کند رهایش نمی‌کردند. چند سالی با او زندگی کردم خانواده‌ام متوجه اعتیادم شدند، مرا به فرانسه فرستادند در آنجا ترک کردم و به ایران برگشتم. می‌خواستم از شوهرم جدا شوم. قول داد که ترک می‌کند. قبول کردم با او زندگی کردم و دوباره به اعتیاد گرفتار شدم. بالاخره پدر و مادرم توانستند ما را از هم جدا کنند. دوباره ترک کردم و پس از مدتی ازدواج

کردم. شوهر دوم خوب بود، معتاد هم نبود اما مشکلات دیگری داشتیم از او هم جدا شدم. دوباره معتاد شدم و به خاطر این که در محیط کارم کسی متوجه اعتیادم نشود از آن جا بیرون آمدم. برای گذران زندگی خودم و بچه‌هایم به کار قاچاق مواد مخدر روی آوردم. چون کارم قاچاق بود به اعدام محکوم شدم. که پس از مدتی مشمول عفو رهبری و حبس ابد شدم.»

۱۹ ساله است و از ۱۳ سالگی ازدواج کرده بچه ندارد. شوهرش دو سال از خودش بزرگ‌تر است. کشتی‌گیر است و بیگار. یک سالی می‌شود که هروئین می‌کشد. «شوهرم خیر نداشت هروئین می‌کشم. سر بچه اختلاف داشتیم. سرکار نمی‌رفت اما بچه می‌خواست. خرچمان را پدر و مادر او و پدر و مادر من می‌دادند. هم صافکاری بلد است و هم نقاشی ولی کار نمی‌کند.»

می‌پرسم چه طوری مواد تهیه می‌کردی و کجا می‌کشیدی، می‌گوید: «هر چند روز یک بار به مادرم می‌گفتم می‌خواهم بروم دکتر و از او پنج هزار تومان می‌گرفتم و هروئین می‌خریدم. یک زن و مرد موتور سواری برایم می‌آوردند. توی خانه‌ی برادرم می‌کشیدم. برادرم نمی‌دانست ولی زن برادرم می‌دانست. یک سال از من کوچک‌تر است. جرأت نداشت به کسی بگوید. یک روز که داشتم می‌کشیدم دستگیر کردند. اگر بدانم چه کسی مرا لو داده، دستش را هم می‌بوسم. از این جا که آزاد شوم می‌روم سر خانه و زندگیم. نه خیال کنی بر می‌گردم خانه‌ی شوهرم نه بابا اون بیرونم کرده ولی طلاقم نمی‌دهد. گفته آن قدر بماند که موهاش مثل دندوناش سفید بشه. رفته زن گرفته. بالاخره خسته می‌شه و منو طلاق می‌دهد.»

ادامه می‌دهد: «قبل از این که معتاد شوم چند بار خواستم طلاق بگیرم. اصلاً به فکر من نبود. همه‌اش کتکم می‌زد. فکر می‌کرد اونجا هم زمین کشتی است. کار نمی‌کرد. و بچه هم می‌خواست. خسته شده بودم. آن قدر اذیت کرد تا من هم معتاد شدم. دو سال و شش ماه زندانی دارم. اما همش را کشیدم. دو میلیون و نیم هم جریمه دارم. اگر بتوانند می‌دهند اگر نه باز هم زندانباش را می‌کشم ولی دیگر توی خانه‌ی او نمی‌روم.»

□ اعتیاد در زنان

دکتر فخر درباره‌ی اعتیاد در زنان و در مقایسه با اعتیاد مردان می‌گوید: «اعتیاد یا به عبارت علمی، وابستگی فیزیولوژیک به مصرف ماده‌ی شیمیایی یا دارویی به طوری که ایجاد نوعی رابطه‌ی متقابل بین دارو و موجود مصرف‌کننده ایجاد شود، پدیده‌ی زیستی روانی است و از لحاظ فیزیولوژیک بین زن و مرد تفاوتی وجود ندارد. اعتیاد در زن همان کیفیت فیزیولوژیک و بیولوژیک را دارد که در مرد هم وجود دارد. بنابراین از جهت تفاوتی نیست که به لحاظی هم تفاوت‌هایی وجود دارد. و آن تفاوت زنان و مردان به لحاظ بدنی و فیزیولوژیک است. زنان معتاد بر زندگی جنین تأثیر

مستقیم می‌گذارند در حالی که مردان معتاد تأثیری در زندگی جنینی کودک نمی‌گذارند.

زنان معتاد به الکل و مواد مخدر نوزادان خیلی سبکی به دنیا می‌آورند و احتمال وجود حالات غیرعادی فیزیکی در نوزادان آن‌ها بیشتر است. نوزادی که از مادر معتاد به دنیا می‌آید قطعاً دچار عوارض محرومیت می‌شود به طوری که وقتی نوزاد ارتباطش با مادر قطع می‌شود، دچار خماری می‌شود و این بالقوه وضعیت خطرناکی است و اگر به لحاظ مسائل قانونی که در پی دارد مادر نخواهد از طریق مراجعه به پزشکی مشکل را حل کند یا منجر به مرگ نوزاد می‌شود و یا مجبور می‌شود مواد مخدر را به نوزاد بخوراند که این خود دو پیامد نامطلوب دارد. یکی آن که بی‌تجربگی مادر و بی‌اندازه خوردن مواد موجب مسمومیت نوزاد می‌شود و یا آن که نوزاد اعتیاد پیدا می‌کند.

تفاوت دیگری که می‌توان ذکر کرد نحوه ارتباط مادران با فرزندان است. ارتباط عاطفی و روانی فرزندان خصوصاً خردسالان با مادر بسیار بیشتر از پدر است. برای مادری که معتاد است اولویت مصرف مواد مخدر خیلی بیشتر از اولویت نگهداری فرزندان و انجام وظایف مادرانه است. همین امر فرزندان مادران معتاد را بیشتر به سوی اعتیاد، بزهکاری و رفتارهای ضد اجتماعی سوق می‌دهد.»

وی در پاسخ به این سؤال که زنانی که معتاد می‌شوند چه ویژگی‌هایی دارند که به سوی اعتیاد می‌روند و پس از اعتیاد چه ویژگی‌های دیگری پدید می‌آیند، می‌گوید: «براساس تحقیقات انجام شده همه‌ی افراد معتاد اعم از زن و مرد دچار شخصیت نابالغ هستند، از نظر عاطفی ضعیف و از نظر استدلال غیر منطقی و کم تحمل. ما این افراد را در دوران پیش از اعتیاد نمی‌بینیم و پاسخ به این سؤال خیلی مشکل است که بگوییم این افراد چه شخصیتی داشته‌اند که به سوی اعتیاد کشیده شده‌اند اما آن چه که مسلم است، اعتیاد آن چنان را آن چنان‌تر می‌کند. این افراد قطعاً دچار اختلالات شخصیتی بوده‌اند و به علت اعتیاد و غفلت از فرآیند اعتیاد مشکلاتشان زیادتر شده و عمق بیش‌تری پیدا کرده است. گفته می‌شود اختلالات خلقی و اضطرابی در زنان معتاد بیش‌تر است و همین‌طور اختلالات شخصیتی و دیگر عوارض فکری و رفتاری در زنان معتاد در دراز مدت رسوب بیش‌تری می‌کند.»

پانویس:

۱. نشاط، ۱۲ تیر ۱۳۷۸.
۲. همان.
۳. بررسی ویژگی‌های روانی اجتماعی زنان معتاد به مواد مخدر/ بهنام حاجی عسگر سال ۶۷ - رشته روان‌شناسی تربیتی.
۴. آسیب‌شناسی اجتماعی و جامعه‌شناسی انحرافات، دکتر محمد حسین فرجاد، ص ۱۵۷.
۵. همان، ص ۱۵۵، ۱۵۶.
۶. نوروتیک: افراد نوروتیک با روان‌نژند از حقیقت می‌گریزند، کم‌تر خودشان را با واقعیت سازگار می‌کنند و

شماره‌ی اشتراک

نام:

نام خانوادگی:

سن: تحصیلات: شغل:

نشانی:

کد پستی:

یا صندوق پستی: تلفن:

به پیوست فیش بانکی به شماره‌ی مبلغ
ریال بابت بهای اشتراک یک ساله‌ی مجله‌ی حقوق زنان (برای ۱۲ شماره) فرستاده می‌شود.
خواهشمند است مجله را برای مدت یک سال از شماره‌ی به نشانی بالا بفرستید.

- برگ اشتراک را کامل و خوانا پر کرده و کد پستی را حتماً یادداشت کنید.
- بهای اشتراک را به حساب جاری شماره‌ی ۱۳۹۲۰ بانک ملی ایران شعبه‌ی امیرآباد کد ۱۲۸ به نام مجله‌ی حقوق زنان (قابل پرداخت در کلیه شعب بانک ملی ایران) واریز کرده و اصل فیش بانکی را همراه با برگ تکمیل شده‌ی اشتراک به آدرس: تهران - خیابان کارگر شمالی - خیابان فرصت شیرازی - پلاک ۱۴ - طبقه دوم غربی (واحد ۶) مجله‌ی حقوق زنان یا صندوق پستی ۱۳۱۴۵/۳۶۳ بفرستید.
- لطفاً کپی فیش بانکی را تا زمان دریافت نخستین شماره‌ی اشتراک نزد خود نگاه دارید.
- بهای اشتراک برای یک سال (۱۲ شماره) با پست عادی مبلغ ۳۱۸۰ تومان برای تهران و برای شهرستان ۳۲۴۰ تومان است. بهای اشتراک برای شش ماه (۶ شماره) نصف مبلغ بالا خواهد بود.
- در صورت هر گونه تغییر در نشانی، سریعاً دفتر مجله را آگاه کنید.

اگر چه از وجود خود، زمان و مکان تا حدودی آگاهی دارند اما هدفی در زندگی نمی‌یابند.

۷. پسیکو تیک یا روان پریش، شدیدترین نوع بیماری روانی است. عدم تعادل این بیماران به طوری است که نمی‌توانند آزادانه در جامعه و میان مردم زندگی کنند. این افراد دچار توهم هستند و به طور کامل رابطه‌ی خود را با واقعیت قطع می‌کنند.

۸. فرد سوسویات، الگویی فراگیر از بی‌اعتنایی و تجاوز و حقوق دیگران است. این خصیصه از دوران کودکی یا اوایل نوجوانی آغاز شده و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد.

قرار بسود این گزارش اواخر خرداد و در آستانه‌ی روز جهانی مبارزه با مواد مخدر (۵ تیر) چاپ شود!!

هدف از تهیه‌ی این گزارش بررسی علل اعتیاد زنان و تأثیر اعتیاد آنان به لحاظ فردی، اجتماعی، خانوادگی و فرهنگی بود. اما متأسفانه به علت نبود منابع تحقیقاتی کافی در این باره و تأسّف بارتر به علت عدم دسترسی به کارشناسانی که بتوانند در این مورد یاری کنند و شنیدن مکرر این پاسخ که «ما درباره‌ی اعتیاد زنان کار نکردیم» از سوی آسیب شناسان، جامعه شناسان و پژوهشگرانی که به آن‌ها رجوع کردم و باز تأسّف بارتر به علت کند کاری و حتماً عدم همکاری مراکز و سازمان‌های ذی‌ربط برای صدور مجوز ملاقات با زنان زندانی، عدم صدور مجوز از سوی سازمان زندان‌ها برای مصاحبه با روان‌شناسان زندان و فقط صدور اجازه مصاحبه با تعداد معدودی از زنان معتاد و خصوصاً عدم همکاری بخش روابط عمومی ستاد مبارزه با مواد مخدر که بیش از یک ماه و نیم مرا در انتظار گذاشت تا کارشناسی را برای انجام مصاحبه معرفی کند و نکرد*، این گزارش نتوانست به هدف اصلی خودش که بررسی ریشه‌های اعتیاد زنان و عواقب و پیامدهای آن بود آن چنان که بایسته و شایسته است نزدیک شود و باز اعتیاد زنان در دایره‌ی بزرگ‌تر اعتیاد به طور عام گم شد. چرا؟ چرا علل اعتیاد زنان بررسی نشده است؟ مگر نه این که اعتیاد از لحاظ فکری، روانی و فرهنگی روابط خانوادگی و اجتماعی بر فرد و زندگی او مؤثر است. مگر نه این که اعتیاد قدرت کارایی، تفکر و خلاقیت را از فرد می‌گیرد. آیا تعداد زنان معتاد در جامعه آن قدر کم است که بررسی علل اعتیاد آن‌ها قابل اغماض است! و یا تابو بودن این معضل - اعتیاد زنان - موجب پنهانکاری می‌شود؟ به هر حال علت هر چه که باشد، باز مسئولیت را از دوش محققان و پژوهشگران کم نمی‌کند و همچنان جای خالی تحقیقاتی در زمینه‌ی اعتیاد زنان در مراکز اطلاع رسانی و کتابخانه‌ها خالی است. گزارشگر

* در این جا لازم می‌دانم از بخش اطلاع رسانی ستاد مبارزه با مواد مخدر و کتابخانه‌ی آن ستاد به خاطر همکاری صمیمانه‌ی آن‌ها تشکر کنم.