المخدرات وإشكالية الإدمان

الإدمان على المخدرات – نحو تصور جديد للتكفل بفئة المدمنين

أ. حديدي محمد
ب. آيت موهوب امحمد

المخدرات آفة اجتماعية تنخر جسد المجتمعات منذ القدم، من الحضارة الصينية مرورا بالهندية والفرعونية و اليونانية... إلى يومنا هذا، و هذا ما باستعمالها كعقار في العلاج لغرض طبي (المهدئ و المخدر) أو لما تحققه للفرد من نشوة و لذة عند تعاطيها. غير أن مكافحة المجتمعات للمخدرات لم يساير التطور الرهيب في تعاطيها، ذلك أن الحاجة إليها في العصور السابقة كعقار في العلاج، حيث كان لها دور كبير سواء في الحرب العالمية الأولى أو الثانية في علاج الجنود الذين تعرضوا لإصابات استدعت إجراء العمليات الجراحية، أو أولئك الذين تعرضوا لصدمات نفسية فكان بالنسبة لهم اللجوء إلى المخدرات بمثابة اللجوء إلى نوع من أنواع العلاج، لكن فيما بعد اعتبر أولئك من أوائل ضحايا المخدرات و أوائل المدمنين عليها. و من جهة أخرى لأن أول متعاطي المخدرات كانوا قلة، و في الغالب من غلبة القوم لما كانت تحققه لهم من نشوة و لذة عند التعاطي.

هدا و لم تكن آثارها الوخيمة على الأفراد بارزة بشكل ملفت للانتباه و لعل هذا ما أخر بروز هذا الموضوع و الاهتمام به كمشكلة عصيبة تحتل مكان الصدارة بين المشكلات الاجتماعية والصحية على الصعيد العالمي إلى الستينيات من القرن الماضي حسب **مصطفى سويف** –(1996)– .

تعاطي المخدرات مشكلة الفرد والمجتمع:

إن المخدرات اليوم أو ظاهرة تعاطي المخدرات انتشرت في جل المجتمعات البشرية على اختلاف أنظمتها السياسية و الاجتماعية و الاقتصادية، حتى أصبحت مشكلة ذات تأثير متعدد الأبعاد و الأوجه، بأشكالها المباشرة منها و غير المباشرة، ولم تقتصر في وقتنا الراهن على الفرد المتعاطي لها فحسب، بل و على المجتمع أفرادا

ومؤسسات، و لعل هذا ما جعلها الآفات الأكثر خطورة على المجتمع و الأكثر محاربة لها من طرف الدول و الحكومات، و من جملة ما تخلفه نذكر ما يلي:

1. خسائر على مستوى الجهد الفردي الذي يفترض استثماره في الإنماء الاقتصادي والاجتماعي.
2. خسارة على المستوى الاجتماعي بفقدان حلقة من حلقات التواصل الأسري وما ينتج عنها من تفكك وبروز لآفات اجتماعية تعتبر المخدرات المقوم الأساسي لها.
3. و لعل أهم خسارة ؛ التي تتجلى على مستوى جهد و طاقة المجتمع ومؤسساته المختلفة لأغراض الرعاية والوقاية و العلاج، و ما تكلفه من أعباء مادية ترهق كاهل المجتمعات، إذ أن الفائدة سوف تكون أفضل و أهم لو استثمرت هذه الطاقة في سبيل رعاية اجتماعية وصحية و تربوية لكل أفراد المجتمع مما يعود بالمنفعة على الجميع، بدلا من اقتصارها على فئة بعينها.

و لعل أن هذه الخسائر كانت من بين الأمور التي دفعت بالكثير من الدول والمنظمات والمسؤولين السياسيين و المعنيين فيها إلى الاهتمام بجوانبها المتعددة؛ طبيعتها، أنواعها، آثارها على النفس و الجسد و من ثمة تخصيص المزيد من الجهد والأموال اللازمة للتعامل معها بفعالية أكثر و بصيغ تحد من انتشارها و تقلل من آثارها المباشرة جهد الإمكان.

من التعاطي إلى الإدمان أو إشكالية الإدمان:

وقبل مناقشة إشكالية الإدمان، لابد من توضيح و لو بسيط لمصطلح المخدرات والمتعاطي للمخدرات، وذلك كي يسهل علينا فهم و تحديد إشكالية الإدمان، و ما مدى خطورتها؟ وأي أبعادها أخطر و أصعب: البعد الجسمي أم البعد النفسي؟

إن تعاطي المخدر في حد ذاته ليس هو المشكل الرئيسي، إذ أن كل فرد معرض لتناول هذه المخدرات إما بإرادة منه، و إما بغير إرادة منه مثل ما هو بالنسبة للحالات الصحية.

إن الضرورة المنهجية تفرض علينا قبل محاولة حل الإشكالية المطروحة، ثم وضح الحل محل التنفيذ أن نحدد أولا معنى المخدر، ومفهوم التعاطي ثم الإدمان.

فالمخدّر لغة:« **و هو بضم الميم و فتح الخاء و تشديد الدال المكسورة من الخدر – بكسر الخاء و سكون الدال –و هو الشر، يقال: المرأة خدرها أهلها، بمعنى: ستروها وصانوها عن الامتهان** » **لعبد اللطيف الفرابي: ص 520. 1999].**

و من هذا المعنى يتضح أكثر أن تناول مخدر ما قد يحدث بغرض تخدير العقل لحب أو لتجاوز حالة من الاضطراب، و هذا ما يذهب إليه Claude Rauillard 2005 في تعريفه العلمي للمخدر بقوله: " **المخدر مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم** ". [**كلود رويا رد: ص10 2005**]. و في هذا التعريف دلالة قاطعة على أن المخدر ما لم يتناول خفية و بصفة متكررة و بجرعات متكررة تأثيره يكون أقل، لأن جل العقاقير الطبية المسكنة للألم تحوي مادة مخدرة معدة في المخابر لكن بجرعات قليلة جدا، لهذا السبب نجد بعض المدمنين يدمنون على عقاقير طبية معينة منها ما هو مرتبط بالمخدر و منها ما هو مرتبط بالأثر النفسي الذي يحدثه العقار .

أما التعريف القانوني للمخدرات فهو خاص بكل دولة على حدى لكنه و حسب «**هنري شابرول 2001**» فإن القانونيين يتفقون على أنها « **مجموعة من المواد التي تتسبب في الإدمان و تسمم الجهاز العصبي ويحضر تناولها أو زراعتها أو تصنيعها إلا لأغراض يحددها القانون و لا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك و تشمل: العقاقير، المنشطات، الأفيون و مشتقاته، الكوكايين، والحشيش. باستثناء الخمور والمهدئات والمنومات على الرغم من قابليتها لإحداث الإدمان**» [**هنري شابرول: ص92 .2001**].

يتأكد من خلال هذا القول أن المشكلة الرئيسية في المخدرات هي الآثار التي تتركها على الشخص الذي يتناولها ، كما أن الباحث هنا لم يلغي استعمالها أو تناولها لكن بشروط، بيد أنه استثنى من جهة أخرى الخمور و المهدئات و المنومات مع العلم أنها ذات أثر صحي و اجتماعي لا يستهان به ، لكنها لم تصل إلى حد التأثير الذي وصلته المخدرات .

ومما سبق عرضه من تعاريف و آراء يتضح لنا و بصورة متجلية أن مشكلة المخدرات لا تكمن في تناولها لكن في الأثر الإدماني الذي تخلقه في الفرد وما يولده من تحول في طبيعة التناول من العلن الى السر، و من التناول الطبيعي إلى التعاطي، والذي يفسّر عند جمهور علماء اللغة بأنه تناول في السّر لشيء مرفوض اجتماعيا مما يدفع بصاحبه إلى التخفي أو التداري عن أعين الناس و المجتمع عند تناول تلك المواد. [**عادل الدمرداش 1982**].

و بدخول الفرد مجال التعاطي تصبح مشكلة المخدر أكثر تعقيدا من ذي قبل، إذ لا يمكن معرفة نوع المادة التي يتعاطاها و لا الكمية و لا الأسلوب الذي يتعاطى به و لا مصدرها، ما من شأنه أن يخلق في الفرد خضوعا تاما لتلك المادة، حيث يسلخ نفسه من كل حماية اجتماعية يمنكن أن تنقذه من الوقوع في عالم أخطر و هو الإدمان ، و الذي يعد أخطر مشكلة يمكن أن يقع فيها شخص متعاطي للمخدرات لأنه قد يعتبر نقطة التحول الرئيسية في حياة المتعاطي الذي يصبح في تبعية تامة للمادة التي يتعاطاها..

إشكالية الإدمان:

يعتبر الإدمان حالة جسمية و نفسية يعيشها الفرد المتعاطي لتلك المواد نتيجة تكرار التعاطي، لدرجة تكشف انشغال هذا الأخير الشديد بتلك المادة، كما يمكننا إدراك عجز الفرد الكلي أمامها، ما يولّد لديه رغبة في عدم الانقطاع أو التعديل في سلوك التعاطي، و يعود ذلك إلى طبيعة التأثير الذي يمارسه المخدر على المتعاطي، إذ تعرّفه المنظمة العالمية للصحة OMS أنه « **حالة نفسية و أحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار. ومن خصائصه استجابات و أنماط سلوك مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج من عدم توفره. و قد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة» [عادل الدمرداش ص20. 1982] .**

و الواضح من خلال هذا أن الإدمان آلية تنتج جراء تفاعل عضوي و نفسي؛ أي أن التفاعل العضوي هو سلوك التعاطي المتكرر و الذي يخلق السلوك التعودي الذي سرعان ما يمتد إلى النفس و التي تقع تحت وطأة المخدر، و ما يحدثه من لذة مع بقاء مدة التعاطي هي التي سوف تحدد فيما بعد درجة إدمان الشخص. أما **هنري شابرول يرى« أن الإدمان نمط لا توافقي من استخدام المواد يؤدي إلى ضغط أو إضراب دال إكلينيكيا يظهر في صورة ثلاث أعراض هي:**

1- **تزايد احتمالية الحاجة إلى المادة.**
2- **أعراض الانسحاب**
3- **تناول أكبر و لوقت أطول ما كان متوقعا » [هنري شابرول ص 29. 2001].**

إنه بهذا التعريف يؤكد فكرة الاضطراب الحاصل لدى الشخص نتيجة استخدام المواد و دليله في ذلك الآثار البارزة على المتعاطي من الحاجة الدائمة إلى المادة المخدرة،

وحالات الاضطراب و اللاتوافق تزداد كلما حاول الفرد التخلص من المادة، أو كلما شعر انه سوف يفقدها، و أخيرا طول مدة التناول و ارتفاع الكمية ... كل هذه تعد مؤشرات إدمان بالنسبة لـ «**هنري شابرول 2001**».

و الإدمان على المخدّرات يحصل نتيجة ترابط حتميات معقدة تتشابك فيما بينها، عوامل تخص العقار المتعاطى و عوامل نفسية، فعوامل العقار تتعلق بطبيعته، والجرعات، وإلى طول المدة المستهلكة كما سبق و أن أشرنا في تعريف « **هنري شابرول2001**»، أما العوامل النفسية فترتبط بالسياق الاجتماعي و الاقتصادي ، والقيمي و العلائقي، و الثقافي للفرد(وهذه العناصر هو ما سمّيناه بالحماية الاجتماعية التي من شأنها أن تحول بين الفرد والإدمان)، و اشتراك هذه العناصر يولد لدى الفرد حالة من التعود التي يصعب التخلص منها جرّاء ما تخلفه في الإنسان، إذ أنها تساهم بدورها في تعقيد مشكلة الإدمان- توليدها لما يعرف لدى المدمنين بحالة الاعتمادية أوالتبعية **La dépendance**. و التي تعدّ بمثابة المرحلة الأخيرة التي يصل إليها المتعاطي للمخدرات، وهي تولّد بدورها حالتين من الاعتمادية النفسية –Psychique- و الجسدية –Physique-

و الاعتمادية هي حالة يعتمد فيها الفرد على شيء خارجي لتحقيق استقرار نفسي أو عضوي، سواء كان هذا الشيء مادة أو سلوكا أو علاقة، حيث يشعر هذا الأخير بعجز في مقاومة الرغبات الجامحة في استعمال ذلك الشيء« Colette Keller-Didier 2004»، ويشير مصطفى سويف إلى أنها« **حالة نفسية، وأحيانا تكون عضوية كذلك، تنتج عن التفاعل بين كائن حي و مادة نفسية: و تتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوي دائما على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دوري (أي من حين لآخر)، و ذلك لكي يخبر الكائن آثارها النفسية، وأحيانا لكي يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها**». [**مصطفى سويف ص:14.1996**].

و يتضح لنا مفهوم الاعتمادية أكثر من خلال هذا التعريف الذي يصف الحالة التي تنمو من خلال العلاقة التفاعلية بين الكائن الحي و المادة، و التي تترجم في استجابات تتلخص آثارها في شعور الفرد باللذة المصحوبة بالرغبة في عدم الانقطاع أو الفقدان، ما يولد الرغبة في تكرار الحالة نفسها، و هنا يجد الفرد نفسه عاجزا تماما

عن مواجهة هذه الرغبة أو التخلص منها، كما أشار التعريف إلى أنه يمكن أن تكون الاعتمادية نفسية أو عضوية.

أما **الاعتمادية النفسية** فهي حسب مصطفى سويف « **موقف يوجد فيه الشعور بالرضى مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو الدوري لمادة نفسية بعينها أو الاستثارة المتعة أو لتحاشي المتاعب، وتعتبر هذه الحالة النفسية هي أقوى العوامل التي ينطوي عليها التسمم المزمن**»[**مصطفى سويف.ص14.1996**]

الاعتمادية العضوية:

هذه التبعية حسب عادل الدمرداش هي «**حالة تكيف و تعود الجسم على المادة بحيث تظهر على المتعاطي اضطرابات نفسية و عضوية شديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة و هذه الاضطرابات أو حالة الامتناع تظهر على صورة أنماط من الظواهر والأعراض النفسية و الجسمية الميزة لكل فئة المدمنين**» [**عادل الدمرداش ص21.1982**].

و بهذا يصل المدمن إلى حلقة أكثر تعقيدا في إدمانه إذ يتعدى ذلك ليصل حد الاعتمادية، و التي تعمل حسب « **David Mahoney1999** » وفق آلية التعزيز الإيجابي للسلوك، فبمجرد تعاطي الفرد للمخدر و شعوره باللذة تنمو لديه رغبة نفسية في تكرار ذلك السلوك، و الذي يحدث وجوده تعزيزا إيجابيا، و بمجرد غيابه يشعر صاحبه برغبة جامحة في إيجاده و تناوله من جديد، و بهذا يكون فقدان المادة (المخدر) هنا بمثابة التعزيز السلبي الذي يدفع صاحبه نحو البحث عن اللذة و البقاء فيها.

بينما تعمل في مقابل ذلك الاعتمادية العضوية على خلق مركب عضوي مثلما هوالحال بالنسبة لكل المواد الحيوية التي تحتوي على مكونات تدخل هذا الأخير في تركيب بنية الإنسان العضوية، مثل البروتينات و الفيتامينات ...، و يحدث نفس الشيء بالنسبة للمادة المخدّرة، إذ تصبح جزءا من البنية العضوية للمدمن لا يمكنه الاستغناء عنها، و كلما قل تركيزها في الدم كلما ظهرت ملامح التعب و الاضطراب عليه، ما يستدعي حتما إن أردنا تجنب تطور للحالة أو مشاكل أخرى توفير هذه المادة، أو ما يقابلها في الأثر. و يتفق كل من «**عادل الدمرداش** 1982 **Michel le moal**

1999، و **مصطفى سويف 1990**» على أن هناك أنواع معينة من المواد التي منها ما يسبب الاعتمادية النفسية، و منها ما يسبب الاعتمادية العضوية.

1- مسببات الاعتمادية النفسية: المنشطات، الكوكايين، القنب، عقاقير الهلوسة، القات، التبغ، القهوة، الشاي، المسكنات.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن أخطر هذه المواد هو القنب أو الحشيش (الكيف)، رغم أنه يصنف من المخدرات المهدئة (drogue douce)، و لكنه أقوى المخدرات تأثيرا، وذلك بخلق الاعتمادية النفسية في الفرد المتعاطي لها، **لذلك لابد من دق ناقوس الخطر بالنظر للاستهلاك الواسع لها بالمجتمع الجزائري.**

2- مسببات الاعتمادية العضوية: الخمر، المنومات، المهدئات، الأفيون ومشتقاته.

و يرى «**عادل الدمرداش 1982** » بأنه ليست هناك مسببات اعتمادية عضوية فقط بل في غالب الأحيان تكون مسبوقة باعتماد نفسي، كما يعد من جهة أخرى الاعتماد النفسي الأخطر والأصعب علاجه من الاعتماد العضوي. وهذا ما أشار إليه « Florent Farges 1993 **الاعتمادية العضوية التي تبدو في المقام الأول إلا أنها لا تمثل المشكل الرئيسي وعلاجها أسهل بكثير. في مقابل ذلك الاعتمادية النفسية هي أكثر قوة و تأثيرا و مجرد العلاج العضوي لها كان في كثير من الأحيان مآله الفشل** » [Florent Farges,264 . 1993]

ويشير « Cloud Rouilard 2004 » إلى وجود ثلاث نظريات حاولت تفسير الاعتمادية النفسية الأولي هي نظرية اللذة مفادها أن الاعتمادية هي حاصل اللذة المولدة من المخدر و إلى الآثار السلبية التي تنجم عن فقدانه لذلك يتكرر التعاطي حتى نحافظ دائما على اللذة. لكن دعاة نظرية الإجراءات المتعاكسة ترى أن الاعتمادية النفسية تنجم من التضاد الحاصل بين مبدئي اللذة الحاصل جراء التعاطي والألم الحاصل بسبب عد التعاطي، هذا ما يولد لدى الشخص الرغبة الكبيرة في تعاطي أكثر و بكمية أكبر لإطالة مدة اللذة و القضاء على الألم.

أما النظرية الثالثة فهي نظرية استثارة الدافعية، فحسب هذا الأخير لابد من التمييز بين الرغبة و الحب ذلك أنه كلما زادت الرغبة أدت إلى التغلب على حب التوقف عن الإدمان.

إن النظريات هذه تكاد تؤكد على أن تعاطي المخدر ليس مشكلة في حد ذاته، ذلك أن كل شخص معرض لذلك بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، لكن الإشكال الرئيسي هو الإدمان على التعاطي وأخطر ما في الإدمان هو الإدمان النفسي و الذي تكمن صعوبته في علاجه و في الآليات التي يولدها أو يؤثر عليها في الدماغ و منه في السلوك الإنساني، و إذا حاولنا التدقيق في النظريات الثلاث لتمكنا من استخراج عامل واحد مشترك بينها هو الأثر الانفعالي، و وهذا ما عبرت عنه عبارات مثل الدافعية، الرغبة، الحب، اللذة، الألم. كل هذه العبارات تشير إلى أن إدمان شيء ما بقدر ما يحقق لذة عضوية، فاللذة النفسية التي يحققها أكبر و أكثر عمقا ما نتصور و في هذا السياق يرى «Alan leshner 1999» أن تعاطي الناس للمخدرات أيا كان نوعها و وسيلتها غايته الأولى والأخيرة هي تغيير المزاج و الإدراك، و بصفة عامة التغيير في الحالة الشعورية، ومعنى ذلك نقل الفرد ليعيش وضعا على المستوى الشعوري غير الذي يعيشه في الواقع.

الخاتمة:

و في الختام و انطلاقا من كل ما سبق ذكره حول المخدرات و مشكلة الإدمان، يمكننا القول أن تناول المخدرات حالة تطورية تنمو و تتطور مع الشخص، إذ تبدأ من مجرد التناول للفضول أو العلاج إلى التعاطي المستمر و المتكرر و من العلن إلى السّر، ومنه إلى الإدمان لينتهي إلى حالة الاعتمادية عضوية كانت أم نفسية وهي الأخطر.

و بهذا يصبح الفرد رهين تلك المادة و الأخطر منه أن يصبح رهين مالكي ومروجي تلك المواد. و لعل أفضل إدمان يمكن للفرد أن يدمن عليه هو أن لا يدمن على شيء بل و يحيى الحياة كما هـي بحلوها و مرها .

قائمة المراجع:

1. السويف مصطفى: **المخدرات و المجتمع: نظرة تكاملية** . مجلس الثقافة والفنون و الآداب، الكويت، 1996.

2. الدمرداشي عادل: **الإدمان مظاهره و علاجه**. مجلس الثقافة و الفنون والآداب ، الكويت، 1982.

3. الفرابي عبد اللطيف و آخرون: **زاد الطلاب قاموس عربي عربي**. دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان،1999.

4. شابرول هنري: : **الإدمان في سن المراهقة**. تر: فؤاد شاهين، عويدات للنشر و الطباعة، بيروت، لبنان، ط1، 2001.

المجلاّت و الدوريات:

1. Alan leshner, David Mahoney, Michel le moal : « Dépendance », **EUROBRAIN.** Vol :1, n°2, juillet -août, 1999**.**

2. Colette Keller-Didier : Qu'est ce qu'une drogue ?. **ALS,** institut grand-ducal, Luxembourg, n°17, 2004.

3. Cloud Rouilard : **«** les déterminants biologiques de la dépendance », **c.r.n .** Université de Laval, France,n°50, 2005.

4. Florent Farges : **Adolescents mal de vivre, mal a vivre.** Ed : DUNOD, Paris, France, 1993.