

علاج الإدمان

الخبرة المصرية فى إطارها الحضارى (*)

مقدمة:

بغض النظر عن الجهود العلاجية التى يقوم بها عدد من المعالجين الأفراد فى عياداتهم أو فى مستشفياتهم الخاصة، فإن الجهود العلاجية للإدمان على المخدرات، التى قامت فى مصر خلال نصف القرن الأخير، والتى يمكن أن توصف بـكبير الحجم والانتظام فى إطار برنامج علمى محدد، جهود محدودة جدا. ولكى نقدم للقارئ صورة واضحة لهذه المحاولات، مع عناية خاصة ببيان كيفية الإفادة فيها من بعض العناصر المميزة لثقافة المجتمع المصرى ربما يكون من المفيد أن نبدأ هذا المقال بعرض موجز لمقومات موقف المخدرات فى مصر. فإذا انتقلنا بعد ذلك إلى الحديث عن الجهود العلاجية جاء حديثنا ذا معنى فى ضوء المقومات المشار إليها، والفلسفة الاجتماعية السائدة التى تحدد كيف ينظر المواطن المصرى العادى (من غير المتعاطين) إلى متعاطى المخدرات.

مقومات موقف المخدرات فى مصر

١ - ينتشر تعاطى المخدرات الطبيعية (القنب والأفيون بوجه خاص) فى مصر منذ مئات السنين. ويروى المؤرخون العرب المحدثون أن زراعة القنب عرفت فى مصر منذ منتصف القرن الثانى عشر الميلادى، أثناء حكم الدولة الأيوبية، وقد جاء ذلك مواكبا لتزوح كثير من أتباع الفرق الصوفية إلى مصر قادمة من سوريا فى أعقاب جيوش صلاح الدين الأيوبى. (Soueif 1972)، وعندما

(*) المجلة الاجتماعية القومية، ١٩٩٠.

جاء إدوارد لين E.Lane إلى مصر فى أوائل القرن التاسع عشر ليكتب مؤلفه الشهير «عادات المصريين المحدثين وتقاليدهم» وجد تعاطى القنب والأفيون منتشرًا بين المواطنين المصريين، إلا أن انتشار الأفيون كان أقل من انتشار القنب (Lane 1895) وجدير بالذكر أن قدرا ملحوظا من الأدب الشعبى المصرى يدور حول موضوعات مستمدة من عالم المخدرات. كما أن قواعد التعاطى المتعارف عليها بين المتعاطين محددة تحديدا لا لبس فيه (Soueif 1967). ومع ذلك فهذا لا يعنى أن تعاطى المخدرات مقبول داخل شرائح المجتمع المصرى جميعا، ولكنه يعنى فقط أنه قديم وراسخ.

٢ - ينتشر تعاطى المخدرات الطبيعية، بين الذكور المصريين وقلما نجده بين الإناث. كان هذا فى الماضى ولا يزال فى الحاضر رغم كثير من الشائعات التى لا تستند إلى أساس بحثى*. ففى دراسة ميدانية كبيرة أجريناها فى سنة ١٩٦٧ على جميع نزلاء السجون المصرية فى جميع أنحاء الجمهورية المحكوم عليهم بتهمة تعاطى الحشيش وجدنا ٨٥٠ رجلا فى مقابل ٣٠ امرأة فحسب هم مجموع من تلقوا هذه الأحكام (Soueif 1971). وتعنى هذه الحقيقة اختلافا كبيرا بين وضع المخدرات فى مصر ووضعها فى الغرب. ففى عدد من الدراسات الإبيديميولوجية التى أجريت فى الولايات المتحدة وكندا تبين أن نسبة الذكور المتعاطين للقنب إلى الإناث المتعاطيات كنسبة ٢:١.

٣ - يلاحظ أن تعاطى الأفيون أقل انتشاراً من تعاطى القنب. وفى أحد بحوثنا الميدانية المنشورة فى السبعينيات قدرنا هذه النسبة بين متعاطى الأفيون ومتعاطى القنب المنتظمين بما يقرب من ١:٣ وثمة دلائل تشير إلى أن هذه النسبة لانزال ثابتة على حالها فى أواخر الثمانينيات، وأنها أقل من ذلك بكثير فى حالة الشباب الذين لم يتخطوا بعد مرحلة تجريب تعاطى المخدرات الطبيعية (إذ لا تزيد النسبة بينهم عن ١:١٠).

٤ - الذين يتعاطون المورفين أقل كثيرا ممن يتعاطون الأفيون.

٥ - بدأ تعاطى الهيروين فى الظهور مع أوائل الثمانينيات، وبوجه خاص منذ سنة ١٩٨٤ حين بدأ يظهر بشكل متواتر فى التقرير السنوى الصادر عن الإدارة العامة لمكافحة المخدرات. غير أنه لا يزال محصورا فى شرائح محدودة جدا رغم ضخامة الضجة الإعلامية المثارة حوله. وربما كان مرجع هذا التفاوت إلى أن الشريحة التى تعرضت لصدمة الإصابة فى أبنائها أعلى صوتا من غيرها من شرائح المجتمع.

٦ - كذلك بدأ تعاطى الكوكايين فى الظهور فى وقت مقارب لظهور تعاطى الهيروين. إلا أن كثيرا من الدلائل تشير إلى أن هذا التعاطى محصور فى دائرة أضيق بكثير من دائرة تعاطى الهيروين. وربما كان العامل المشترك فى الحالىين هو الارتفاع الشديد فى ثمن كل من المخدرين بالنسبة للقدرات الشرائية المتعاملة فى سوق المخدرات فى مصر.

٧ - بدأ تعاطى المواد النفسية المخلقة (الأدوية المؤثرة فى الأعصاب، ومنها المنومات والمنشطات والملطفات الصغرى) يظهر بشكل ملحوظ فى أوائل السبعينيات (Soueif 1982a, 1982b). وتشير كثير من الدلائل إلى أن انتشار تعاطى هذه المواد لا يزال أقل بكثير من انتشار تعاطى القنب.

٨ - تشير دراساتنا الميدانية الحديثة إلى أن شرب الكحوليات فى طريقه إلى التزايد، وأنه حتى فى الوقت الراهن يفوق بكثير انتشار تعاطى المخدرات الطبيعية والمواد المخلقة على السواء، ('1988' '1987' '1982' Soueif et al. 1990) مما ينبىء، إذا سارت الأمور على ما هى عليه، بأن مصر ستعانى فى القريب مزيدا من مشكلات الصحة العامة والمشكلات الاجتماعية المرتبطة بتعاطى الكحوليات.

هنا، فى هذا الموضوع، يلزمنا أن نقدم تعقيا له دلالتة. فالعناصر التى ذكرناها كمقومات مميزة لموقف المخدرات فى مصر، تشير إلى أن هذا الموقف يختلف عن مشهد المخدرات فى الغرب. وهذا يتطلب الحذر الشديد عند التعقيب على نتائج

البحوث المصرية، خاصة إذا كان المعقب يحمل فى ذهنه نماذج مستمدة من مشاهد المخدرات فى المجتمعات الغربية. ولا يعنى ذلك أننا نبشر بدعاوى العزلة الثقافية الشديدة. إنما نحن نحذر من التعليقات التى إذا امتحنت عن قرب تبين أنها من وحي مسلمات حضارية غربية المنشأ. وعلاج هذا الخطر الذى يتهدد القيمة العلمية لأى نقاش فى هذا الصدد إنما يكون بالكشف عن هذه المسلمات صراحة حتى يتيسر مواجهتها بالحس النقدى اللازم.

الجهود العلاجية

جاء فى أول تقرير سنوى صادر عن المكتب المركزى المصرى لمكافحة المخدرات، وكان ذلك فى سنة ١٩٢٩ أن مشكلة إدمان المخدرات تحتاج إلى الدراسة المتأنية. وقد اقترح التقرير فى هذا الصدد عددا من «الموضوعات لكى تتناولها مناقشات بالغة الجدوية يتولاها رجال القانون والطب وعلم النفس» (Soueif 1967; CNIB 1929) وفى سنة ١٩٦٠ ظهرت البوادر الأولى لما تبشر به هذه النظرة العلمية المستنيرة، فقد نص فى القانون ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ على أن الدعوى الجنائية لا تقام ضد المدمنين الذين يتقدمون من تلقاء أنفسهم بطلب العلاج فى إحدى مصحات الدولة. وجاء فى القانون، بالإضافة إلى ذلك، أنه فى بعض الأحوال يجوز للمحكمة أن تحكم على المدمن الذى يحاكم جزاء على إدمانه، بالعلاج الإجبارى فى إحدى مصحات الدولة بدلا من أن تحكم عليه بالسجن (وفى هذه الأحوال لا يجوز للمدمن أن يغادر المصححة قبل مضى ستة شهور على إيداعه، ولا أن يبقى فيها مدة تزيد على سنتين، وذلك حسبما تقرر لجنة تشكل لهذا الغرض) ونتيجة لوجود هذا النص فى القانون فقد أنشئ آنذاك عنبر خاص ملحق بمستشفى الخانكة للأمراض النفسية، وذلك لعلاج حالات الإدمان. وقد لقى هذا النص القانونى فى بداية الأمر ترحيب الأخصائيين والمواطنين على حد سواء؛ فقد اعتبروه خطوة إلى الأمام، نحو المعالجة المتحضرة لمشكلة الإدمان. إلا أن هذا التفاؤل لم يلبث أن تراجع. فالبرنامج العلاجى لم يتضمن أى شىء مميز له، إذ كان يحتوى على جزئين أساسيين، هما:

١ - خطوة إزالة سموم المخدرات من البدن .

٢ - برنامج للعلاج بالعمل .

وشيئا فشيئا انطلقاً الحماس المبكر وتحول إلى شعور بخيبة الأمل . وفي الوقت الراهن ينظر إلى هذه الخبرة برمتها بقدر كبير من التحفظ . أما أسباب هذا التحفظ فمتعددة، ومن ثم فمن الممكن الخروج بعدد من الدروس النافعة إذا صح العزم على الانتفاع، وإذا ما أعدنا النظر في بعض تلك الأسباب:

فأولاً، كان المقر المادى لتلقى هذه الخدمة جزءا من مستشفى للأمراض النفسية ولصيغاً بها . وكان من شأن هذا الوضع وحده أن ييسر (في عقول الناس ووجداناتهم) الامتداد بوصمة المرض العقلى لتشمل الخدمة العلاجية الجديدة . وجدير بالذكر أن هذه الوصمة قائمة في نفوس قطاعات عريضة من المجتمع، أردنا ذلك نحن أهل الاختصاص أم لم نرد وأسفنا له أم لم نأسف . وهى متمكنة من النفوس ولاسيما حيث تشيع الأمية مقرونة بالفقر والتخلف .

وثانياً، تبقى أمامنا حقيقة كائنة مؤداها أن القرار الذى اتخذ بتخصيص هذا الموقع لهذه الخدمة صدر فى بداية الأمر على أساس أنه قرار مؤقت وذلك بهدف التعجيل بتقديم الخدمة للمحتاجين إليها . وكان هذا سببا كافيا لأن يؤجل كل من بيدهم الأمر اتخاذ أى خطوة حاسمة نحو وضع برامج تدريبية متخصصة لهيئة التطبيب والتمريض بكاملها . ولكن، لأسباب لا حصر لها، تحول الحل المؤقت إلى حل دائم . أما عن المضمون العلاجى للخدمة نفسها، فإذا نحينا جانبا إجراءات التخليص الفيزيولوجى للجسم من سموم المخدرات (وهو يأتى مؤسسا على ما يسمى بالتصور الطبى التقليدى للعلاج)، نقول إذا نحينا هذا الجزء جانبا، فلم يكن لدى أى من العاملين فى الميدان حيثذ أية فكرة عن إجراءات العلاج النفسى والتأهيل التى لا بد من توفرها فى هذه البرامج . وبالتالي فقد كان عدم توفر الخبرة العلمية اللازمة للأخصائيين العاملين فى المكان مصدرا رئيسيا لشعورهم وشعور المدمنين النزلاء أنفسهم بالإحباط . ولم يكن فى العلاج بالعمل

ما ينقذ الموقف. «فالعلاج بالعمل» كما يمارس في المكان فعلا إجراء غير محدد المعالم، وكان موجودا في المكان فعلا قبل إدخال هذه الخدمة الجديدة. كان موجودا كجزء من روتينيات العلاج التي يتلقاها بعض المرضى الذهانيين المزمنين، ولم يحدث أن أدخل عليه أى تعديل بما يجعله مناسباً لعلاج المدمنين، بل ولا أثير هذا السؤال بين أفراد الفريق العلاجي حينئذ.

وثالثا، كان هناك عنصر معين في إجراءات الدخول لتلقى هذه الخدمة، وكذلك في إجراءات الخروج، جعل الموقف كله ثقيلاً على نفوس المدمنين والمعالجين جميعاً. فتصريحات الدخول والخروج التي تعطى للمدمنين لتلقى العلاج وللانصراف عنه كانت الأوامر الإدارية تقضى بالتبليغ عنها للشرطة في كل حالة حتى في حالات المتطوعين الذين لم يقبض عليهم أصلاً ولا أقيمت الدعوى الجنائية ضدهم. علماً بأن هذا الإجراء لم ينص عليه صراحة في مواد القانون المشار إليه. وقد أشاع هذا الإجراء جواً مقبضاً خيم على الجميع، العاملين والمرضى على حد سواء؛ فأما أعضاء الهيئة الطبية فقد أحدث بينهم نوعاً من البلبلة الفكرية فيما يتعلق بالولاء لأخلاقيات المهنة وبالتالي فيما يتعلق بهويتهم المهنية وما قد تتعرض له من تلوث أو مهانة. وجدير بالذكر أن الحفاظ على سرية المعلومات الطبية التي يحصل عليها الطبيب من المريض تأتي على رأس قائمة التزاماته الأخلاقية وقد أقسم اليمين على صيانتها؛ هذا عن الأطباء. أما المدمنون المتطوعون فقد أشاع بينهم التوجس من عواقب هذا الإجراء على مستقبلهم.

ورابعا وأخيراً كان هناك عامل الاقتراب المكاني لعنبر المدمنين من عنابر المرضى النفسيين من غير المدمنين؛ فقد أتاح هذا الاقتراب نفسه فرصة النقل غير المشروع (أو التهريب) لأنواع كثيرة من المواد النفسية الدوائية إلى المدمنين فكان في ذلك إغراء لبعضهم أن يقدم على مغامرات جديدة في ميدان التعاطي مما خلق مشكلات جديدة كان الجميع في غنى عنها. وعلى سبيل المثال فقد تبين أن بعض المدمنين بدأوا يجربون تعاطي المليلريل عن طريق الشم.

تجربة جديدة

فى أوائل الثمانينيات شاركنا فى دراسة تجريبية كانت تهدف إلى إلقاء الضوء على دور العلاج النفسى الجماعى مقرونا بالوعظ الدينى فى علاج مدمنى الأفيون. وفى هذه الدراسة كان الدكتور جمال ماضى أبو العزائم هو الباحث الرئيسى، وكان الدكتور زين العابدين درويش هو المشرف على تنفيذ إجراءات البحث والمنسق بينها. وكان كاتب هذه السطور هو المستشار العلمى للبحث، وكانت التجربة نفسها يتم إجراؤها فى عيادتين نفسييتين بمدينة القاهرة، وهما عيادتان خارجيتان غير حكوميتين (إحدهما فى العتبة الخضراء والأخرى فى حى السيدة زينب). وكان التمويل يأتى من المعهد القومى لبحوث تعاطى المخدرات فى واشنطن، وكان المشروع كله تحت رعاية هيئة الصحة العالمية. وفيما يلى وصف ومناقشة لخطوات التجربة.

روعى فى تصميم التجربة أن يكون من النوع المعروف باسم «تصميم التعمية المزدوجة»، للمقارنة بين فاعلية مضادات الاكتئاب مع جرعة محدودة من الأنسولين إذا اقترنا بالعلاج الجماعى، فى مقابل إعطائهما بدون علاج جماعى، للعلاج من إدمان الأفيون. وقد اختيرت مضادات الاكتئاب والأنسولين بوحي من ملاحظات إكلينيكية (استطلاعية) جمعها الباحث الرئيسى على مرضاه من مدمنى الأفيون من أنهم غالبا ما كانوا يعانون من اضطرابات اكتئابية مصحوبة بالهزال ونقصان وزن الجسم. على أن الذى يعنينا هنا هو إدخال عنصر العلاج الجماعى والوعظ الدينى فى هذه التجربة. وقد صممت جلسات العلاج الجماعى بحيث تشمل الجلسة الواحدة ما بين ١٠ - ١٥ شخصا من المدمنين يجتمعون بصحبة الطبيب النفسى والإخصائى الاجتماعى وأحد رجال الدين الإسلامى. وتستمر الجلسة فى العادة ما يتراوح بين ٩٠ - ١٢٠ دقيقة. وكانت القاعدة المتبعة فى إدارة هذه الجلسات أن يتاح لكل عضو فيها فرصة للاشتراك فى المناقشات التى تدور حول المشكلات المرتبطة بتعاطى الأفيون؛ مثال ذلك مشكلات العلاقات الإنسانية عامة، والمشكلات الاجتماعية، والاقتصادية، والمهنية ومشكلات الحياة

الزوجية... الخ. وفيما يتعلق بقيادة الجلسة فقد انعقد اتفاق الفريق العلاجي على نوع من تقسيم العمل بين الطبيب والأخصائي الاجتماعي. أما رجل الدين فكانت مهمته محددة بطبيعتها، إذ كان دوره يتمثل في إبداء وجهة النظر الدينية في تعاطي المخدرات بوجه عام.

وجدير بالذكر أنه فيما يتعلق بالدين، وبتعاليم الدين الإسلامي بوجه خاص هناك عدد من المسلمات التي يستمسك بها رجال الدين وغالبية المواطنين المسلمين وفيما يلي بعض هذه المسلمات:

١ - أن الكحوليات محرمة قطعاً، وذلك بنص صريح وارد في القرآن الكريم (Dixon 1972) (سورة المائدة، الآية ٩٠).

٢ - يستند تبرير التحريم إلى الآثار النفسية العصبية للخمر، وهي الآثار التي تنتهي بالمرء إلى إفساد قدرته على الحكم.

٣- ولما كان تعاطي الأفيون إنما يتم طلباً لآثاره النفسية العصبية، فهو محرم بالضرورة، قياساً على الخمر.

٤ - لما كانت المشاعر الدينية قوية عند المسلمين، فالتصور الشائع هو أن ما يحتاج إليه مدمن الأفيون الذي يدين بالإسلام هو أن يعرف أن التعاطي إثم أو خطيئة. فهذا سوف يشنيه عن الاستمرار في التعاطي.

هذه مسلمات يبدأ منها (صراحة أحياناً وضمنياً أحياناً أخرى) كثير من رجال الدين والكتّاب والمواطنين المسلمين بوجه عام. وهي قد تدل على تمكن العقيدة الدينية من نفوسهم. ولكن هذا لا يعنى بالضرورة أن يصدق التنبؤ الذي تنطوي عليه المسلمة الرابعة.

وقد تم إجراء التجربة، وتبين في نهايتها أنه وجدت فروق ذات دلالة إحصائية على عدد من الاختبارات النفسية التي طبقت قبل العلاج وأثناء سير العلاج وبعد الانتهاء منه لقياس عدد من الوظائف النفسية التي ينتظر أن تتأثر بالعلاج. ولكن

كانت الفروق على عكس المتوقع، تشير إلى أن المجموعة التي تلقت العلاج الطبى دون العلاج النفسى الجماعى تفوقت فى تحسنها عن المجموعة التي تلقت العلاج الطبى مصحوبا بالعلاج الجماعى بما فى ذلك الإرشاد الدينى، وقد صدمت هذه النتيجة بعض الباحثين المشاركين فى التجربة وساد بينهم قدر كبير من الجدل حولها. وبالنظر فى تفصيلات الأمر تبين أن أفراد المجموعة الأولى (وكانوا يتلقون علاجهم فى عيادة العتبة الخضراء) كانوا يرتادون ناديا اجتماعيا كان يمارس نشاطه فى قسم آخر من العيادة نفسها رغم أنهم لم يشجعوا على ذلك. ويبدو أن النشاط العام فى هذا النادى كان بالنسبة لهم بمثابة علاج جماعى حر (أى غير مقيد بالقيود الشكلية التي كانت تقيد العلاج الجماعى الذى طبق على المجموعة الأخرى التي كانت تتلقى علاجها فى عيادة السيدة زينب). بعبارة موجزة، كنا دون أن ندري، نقارن بين مجموعتين تتلقى إحداهما علاجا طبييا مصحوبا بعلاج جماعى حر، والأخرى تتلقى العلاج الطبى مصحوبا بعلاج جماعى رسمى. وكانت النتيجة تفوق أثر العلاج فى حالة المجموعة الأولى عنه فى المجموعة الثانية (Soueif et al. 1985).

ولا بأس هنا من إلقاء مزيد من الضوء على العنصر الخاص باحتواء الفريق العلاجى على واحد من رجال الدين. ففى سياق مشروع بحثى كبير أجريناه فى أواخر الستينيات ونشرنا نتائجه فى أوائل السبعينيات على المتعاطين المزمين للحشيش من الذكور المصريين، حاولنا أن نحدد ما أسميناه «أيديولوجية القنب»، ونعنى بها مجموعة الآراء والمعتقدات التي يتمسك بها المتعاطون وغير المتعاطين نحو تعاطى الحشيش، وفى هذه الدراسة أدخلنا عشرة أسئلة تتعلق بهذه الآراء والمعتقدات ضمن استبار مقنن مستفيض طبقناه على ٨٥٠ متعاطيا (كمجموعة تجريبية) و٨٣٩ من غير المتعاطين (كمجموعة ضابطة) وتم التحقق من أن هذه الأسئلة جميعا على درجة عالية من الثبات.

وكان من بين النتائج النتيجة التالية وهى بالغة الدلالة: بين المتعاطين، نجد أن ١٢,٣% فقط هم الذين يعتقدون بأن تعاطى المخدرات محرم دينيا، وبالتالي

فالتعاطى خطيئة. بينما يعتقد ٤, ٦١٪ أن التعاطى معصية صغيرة، ويرى ٣, ٢٦٪ أن التعاطى لا هو معصية ولا هو خطيئة أو إثم، لكنه سلوك عادى شأنه شأن أنواع السلوك الأخرى. وفى مقابل ذلك وجدنا النسب الآتية بين أفراد المجموعة الضابطة من غير المتعاطين: ٨, ٣٥٪ يعتقدون أن التعاطى محرم وأنه خطيئة، ٤, ٥٧٪ يرون أنه معصية وبالتالي فهو مكروه، و٨, ٦٪ يرون أنه لا هذا ولا ذاك. وقد حسبنا كاي تريبع بين هذين التوزيعين فتبين أن النتيجة على درجة عالية من الدلالة الإحصائية (١٤٧, ٧٢ بدرجات حرية ٢) مما يشير إلى أن التوزيعين مستقلان تماما أحدهما عن الآخر (Soueif 1973) وفى رأينا أن هذه النتيجة تنطوى على درس بليغ. فالمتعاطون يتبنون منظورا للدين يختلف اختلافا جوهريا عن المنظور الذى يتبناه غير المتعاطين. وبالتالي فبينما يسود الاتجاه لدى غير المتعاطين بأن المتعاطين يقتربون الإثم بما يفعلون، نجد أن المتعاطين لا يرون أنفسهم كذلك، بل إنهم يرون أنفسهم على أنهم أشخاص عاديون، يعانون من بعض الضعف الذى يكشف عن نفسه من حين لآخر، والضعف على أى حال من سمات البشر! صحيح أن هذه النتيجة وصلنا إليها من خلال دراسة أجريناها على متعاطى الحشيش أساسا. ولكن جدير بالذكر أن ما يقرب من ثلث العينة كانوا يتعاطون الأفيون كذلك.

ومع ذلك، فإن هذا التعليق لا يجوز أن يؤخذ على أنه إشارة غير مباشرة بأنه لا فائدة من اللجوء إلى إثارة الوعى بالقيم الدينية كطريق إضافى لعلاج مدمنى المخدرات المسلمين (ونظرائهم المسيحيين بما يناسبهم). ولكن يجب أن يؤخذ تعليقنا على أنه يشير إلى أن اللجوء إلى الإرشاد الدينى فى هذا الصدد لن يكون بالأمر السهل الذى يغنى فيه الحماس عن المعرفة الفنية الدقيقة؛ بل إنه يحتاج لأن يقام على أساس متين من دراسات تمهيدية تكشف بقدر الإمكان عن نظام القيم لدى المتعاطين بوجه عام، ونظام قيمهم الدينية بوجه خاص. كما أنه يحتاج أولا وقبل كل شىء إلى تدريب متخصص للفريق المعالج بما فى ذلك رجل الدين، على أن يخطط لهذا التدريب على أسس علمية جادة.

تحليل المضمون لأقوال رجل الدين

لكى يكتمل فهمنا لنتيجة التجربة التى شاركنا فيها حول علاج متعاطى الأفيون قررنا أن نقوم بعمل تسجيلات لأقوال رجال الدين الذين شاركوا فى العلاج الجماعى المذكور، وذلك بهدف إجراء تحليل المضمون لما ورد فى هذه الأقوال. وقد أمكن لنا بالفعل تسجيل خمسة أحاديث لخمسة من الوعاظ، وتمت التسجيلات بعلمهم وقبولهم. ثم نقلت المادة المسجلة لتصبح مادة مكتوبة. وعلى هذه المادة المكتوبة أجرينا تحليلاتنا، وكانت تحليلات كيفية لأن حجم المادة لم يكن بالقدر الذى يسمح بتحليل كمى معقول. وفيما يلي خلاصة تحليلاتنا الكيفية:

١ - فى معظم الأحاديث كان المتحدث يؤكد النقاط الآتية:

أ - أن تعاطى أى مخدر فعل مؤثم، شأنه فى ذلك شأن شرب الخمر.

ب - وأن شرب الخمر خطيئة كبيرة.

ج - وأن تعاطى المخدرات يجعل المتعاطين أقرب ما يكونون إلى الكفار.

٢ - واحتوت بعض الأحاديث على وصف لسلوك المتعاطين. وفى هذا الوصف أكد المتحدث النقاط الآتية:

أ - انعدام الشعور بالمسئولية.

ب - نسيان الله وأوامره ونواهيه.

ج - نسيان الصلاة التى أمر الله بها، رغم اقتراب الموت منا.

د - فقدان الإنسان لكرامته.

هـ - احتمال الإقدام على ارتكاب الجرائم.

٣ - وردت النقاط الآتية فى أحد الأحاديث، وذلك على سبيل وصف سلوك المتعاطين:

أ - أنهم يتحدثون بكلمات لا رابط بينها.

ب - وأن حركاتهم ينقصها التأزر .

ج - ولا يفرقون بين المكان النظيف والمكان الملوث .

د - وأنهم يصبحون موضع سخرية الأطفال .

هـ - وأنهم يهملون فى نظافتهم ومظهرهم .

وفيما يلى تعليقنا على نتائج هذا التحليل :

أولاً: من الواضح أن المتحدثين ليس لديهم علم بالآثار السلوكية المختلفة التى تسببها المخدرات المتنوعة المنتشرة فى الوقت الحاضر . ولذلك فهم يتكلمون عنها كما لو كانت جميعاً مواد متجانسة فى تأثيرها . علماً بأنهم ذكروا المواد الآتية بأسمائها: الحشيش، والأفيون، والكوكايين والماكستون فورت . ولما كان جمهور المستمعين من المتعاطين على خبرة مباشرة بآثار هذه المواد فقد أصبح السؤال المطروح هو إلى أى مدى يحوز هذا النوع من الأحاديث على تقدير إيجابى لديهم . بعبارة أخرى: ما هى مصداقية أحاديث الوعظ لديهم؟

ثانياً: كذلك يبدو أن المتحدثين لم يكن لديهم أية فكرة عن الآراء والمعتقدات التى يتبناها المتعاطون نحو ما يتعاطونه من مخدرات، ولا نحو تصورهم لأنفسهم من حيث تدينهم . ولو أن هؤلاء الواعظين توفرت لديهم هذه المعرفة لكان من الأرجح أن تتغير أحاديثهم تغيراً ملحوظاً، ولاستطاعوا أن يلتقوا بالمدمنين حيث يقف المدمنون .

ثالثاً: كانت أحاديث الوعاظ تتذبذب بين قطبين متباعدين من حيث الأسلوب؛ فهم يتحدثون أحياناً بالفاظ وعبارات أرفع بكثير فى مستواها التعليمى من أن يدركها ويستوعبها المستمعون، وأحياناً أخرى يتحدثون بتبسيط يناسب مستمعين أطفالاً لا راشدين . كانوا يتحدثون فى المستوى الأول عندما يعرضون لتفسير بعض الآيات القرآنية؛ ويهبط حديثهم إلى المستوى الثانى عندما يستخدمون بعض القصص على سبيل التمثيل والشرح لبعض النقاط التى يهتمون بتأكيدھا (Soueif et al. 1984).

خلاصة وتعليق

ختاما، فيما يلي عدد من النقاط التي تستحق التأكيد في هذا البحث:

أولا: تندر في مصر المحاولات العلاجية الكبيرة فيما يتعلق بالإدمان. وربما كان من الأسباب المفسرة لهذه الندرة أنه في بلد نام مثل مصر يصعب أن نتوقع أن تحتل مشكلة تعاطي المخدرات أولوية مرتفعة على قائمة المشكلات المعقدة التي ينظر إليها على أنها بالغة الخطر قوميا وسياسيا (أنظر السيد ١٩٨٦). وسبب آخر قد يكون له وزن كذلك هو أن للمخدرات تاريخا طويلا في مصر، مما ساعد على ظهور فلسفة متكاملة حول هذه الظاهرة، مؤداها أننا هنا لسنا بصدد جريمة ولا مرض. ولكننا بصدد سلوك يشبه الجناح.

ثانيا: يلاحظ أن الخصائص الرئيسية لعالم المخدرات في مصر هي التي أملت مضمون التجارب المحدودة التي أجريت في ميدان العلاج؛ فقد اتجهت هذه التجارب أساسا إلى علاج إدمان المخدرات الطبيعية، لا إلى إدمان الكحوليات أو المخدرات الدوائية.

ثالثا: إذا تحقق لنا الفهم الشامل لعالم القيم الذي يحكم التعاطي، فربما كان في ذلك ما يمد المشتغلين المهتمين بحقل إعادة تأهيل المدمنين، بالكثير من الأفكار التي تجعل من جهودهم أداة فعالة في تحقيق رسالتهم.

المراجع:

Central Narcotic Information Bureau, Annual report, Cairo, 1929.

Dixon, W. H. (1972) Narcotic legislation and Islam in Egypt, *Bulletin on Narcotics*, 24/4, 11 - 18.

Lane, E. W. (1895) *Manners and customs of the modern Egyptians*, London: East - West Publications.

SouEIF, M. I. (1967) Hashish consumption in Egypt: With special refer-

- ence to psychosocial aspects, *Bulletin on Narcotics*, 19/2, 1 - 12.
- Soueif, M. I. (1971) The use of cannabis in Egypt: A behavioural study, *Bulletin on Narcotics*, 23/4, 17 - 28.
- Soueif, M. I. (1972) The social psychology of cannabis consumption: Myth, mystry and fact, *Bulletin on Narcotics*, 24/ 2, 1 - 10.
- Soueif, M. I. (1973) Cannabis ideology: A study of opinions and beliefs centering around cannabis consumption, *Bulletin on Narcotics*, 25/4, 33 - 38.
- Soueif, M. I., El - Sayed A. M., Darweesh, Z. A. & Hannourah, M. A (1982). The extent of nonmedical use of psychoactive substances among secondary school students in Greater Cario, *Drug & Alcohol Dependence* 9, 15 - 41.
- Soueif, M. I., Darweesh, Z. A., Hannourah, M. A. & El - Sayed, A. M. (1982b) The nonmedical use of psychoactive substabces by male technical school students in Greater Cairo: An epidemiological study, *Drug & Alcohol Dependence*, 10, 321 - 331.
- Soueif, M. I., Azayem, G.M. & Derweesh, Z.A. (1984) The clergyman as a member of The therapeutic team: A pilot content analysis of religious preaching to a group of Egyptian male drug users. (mimeographed).
- Soueif, M. I. Darweesh, Z.A. (1985) psychometric evaluation of some treatment modalities administered to male opium dependents in Egypt, (mimeographed).

SouEIF, M. I. Darweesh, Z.A. Hannourah, M.A., El - Sayed, F.A. & Taha, H. S. (1986) The extent of drug use among Egyptian male university students, *Drug & Alcohol Dependence*, 18, 389 - 403.

SouEIF, M. I., Hannourah. M.A., Darweesh, Z.A., El - Sayed, A.M., Yunis, F.A. & Taha, H.S. (1987) The use of psychoactive substances by female university students compared with their male colleagues on selected items, *Drug & Alcohol Dependence*, 19, 233 - 247.

SouEIF, M. I., Yunis, F. A., Youssuf, G.S., Moneim, H.A., Taha, H.S., Sree, O.A. & Badr, K. (1988) The use of psychoactive substabces among Egyptian males working in the manufacturing industries, *Drug & Alcohol Dependence*, 21, 217 - 299.

SouEIF, M. I., Youssuf, G.S., Taha, H.S., Moneim, H.A., Sree, O.A., Badr, K. & Salakawi, M. (1990) Use of psychoactive substances among male secondary school pupils in Egypt: A study on nationwide representative sample, *Drug & Alcohol Dependence*, (in press).

السيد (عبد الحليم محمود) (١٩٨٦) الترتيب القيمي لمشكلات المجتمع المصري، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٨٦.

سوييف (مصطفى)، رمزي (ناهد)، مجدى (صفية) والعامري (سلوى) (١٩٧٧) صورة المرأة كما تقدمها وسائل الإعلام، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.