

الفصل الثالث

المشكلات الاجتماعية الناتجة عن تعاطي

المخدرات بين الشباب المصري

- ١- مراحل الإدمان.
- ٢- المشكلات الناتجة عن إدمان المخدرات.
- ٣- الوقاية من الإدمان.
- ٤- علاج الإدمان ودور الخدمة الاجتماعية في العلاج.

الفصل الثالث

المشكلات الاجتماعية الناتجة عن تعاطي المخدرات بين الشباب المصري

أولاً: مراحل الإدمان:

يمر المدمن بمراحل ثلاث، وهى مرحلة التحمل، ومرحلة التعود ثم مرحلة الإدمان: ^(١)

١- مرحلة التحمل (Tolerance):-

إذا داوم شخص على استعمال عقار ما لفترة طويلة، فإن أنسجة الجسم لا تستجيب لجرعاته المعتادة بمرور الوقت، وفي هذه الحالة يلزم زيادة الجرعات، أى أنه يحدث نقص تدريجي في الاستجابة، وإذا توقف العقار لفترة، يمكن أن تعود الاستجابة إلى طبيعتها. وتفسر هذه المرحلة باتحاد العقار مع المستقبلات.

٢- مرحلة التعود (Habituation)

وفي هذه المرحلة يألف الشخص استمرار تعاطي العقار ويؤدي إيقاف العقار إلى حدوث بعض المضايقات ولكنها غير خطيرة كما في حالة التدخين، وفي هذه المرحلة يحدث اعتماد سيكولوجي فقط على العقار.

٣- مرحلة الإدمان (Addiction)

وهي حالة من الاعتماد السيكولوجي والفيسيولوجي على العقار، وقد كثر النقاش في الهيئات الدولية حول لفظي التعود والإدمان، وترى هذه الهيئات الاكتفاء بلفظ "الاعتماد" كمرادف "للإدمان" أى (Dependence).

وهناك رأى آخر يرى أن المدمن يمر بمرحلتين

المرحلة الأولى: هي الإدمان النفسي:-

وفيها لا يجد الشخص المتعاطي في هذه المرحلة نفسه ملزماً أو مجبراً على الاستمرار في تعاطي المخدرات.

(١) نازك عيسى عفيفي: العلاقة بين ممارسة طريقة العمل مع الجماعات والتأهيل الاجتماعي للمدمنين،

رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٣، ص ص ٦٠-٦١

المرحلة الثانية: الإدمان العضوي:-

وفيها خطورة كبيرة على الشخص المدمن حيث يجد هذا الشخص نفسه مضطراً لتعاطي المخدر مثل الكوكايين والهيروين والأفيون، وتتميز هذه المرحلة الخطيرة بشيئين خطيرين هما:

أولاً: التعود:-

نتيجة تكرار تعاطي المخدر - والذي يؤدي إلى تغييرات عضوية في جسم الإنسان ويصاحب ذلك زيادة الجرعة.

ثانياً: الأعراض الانسحابية:

وهي رد فعل فسيولوجي نتيجة مشروطة تطراً بتوقف المتعاطي للمخدر فجأة- وتختلف هذه الأعراض باختلاف نوع أو ضعف المخدر ودرجة الاعتماد عليه- وهذه الأعراض تتمثل في : فقدان الشهية، ضعف العضلات، الانفعال^(١).

ويبدأ عادة تعاطي المخدرات تقريباً قبل سن العشرين. ونظراً لعدم حدوث نتائج بدنية خطيرة في المراحل الأولى، يتأكد لدى المتعاطي الاعتقاد بأنه قادر على التحكم في التعاطي ويوصف التعاطي عادة بأنه يمر بأربع مراحل متعاقبة: التجربة، والتعاطي المقصود، والإدمان، وأخيراً مرحلة الاحتراق.

١ - مرحلة التجربة:-

يتعلم المتعاطي أن المخدر يجعل المرء يشعر بأنه في حالة طيبة، وقليلاً ما تحدث له آثار مزعجة. والمواد الأكثر استخداماً هنا هي التبغ وأنواع النشوق والخمور والماريجوانا، وهي يمكن أن تعطى بالمجان في البداية. والمعتاد أن يرفض الصبي المشاركة عدة مرات، والغالب أنه لا يشعر بالخدر في أول تجربة للخمور، أو لا يشعر "بالسلطنة" في بضع المرات الأولى من تجربة الماريجوانا، لأنه لم يتعلم بعد طريقة ابتلاع الدخان، وحتى يحترمه الأقران كثيراً ما يتظاهر بأنه "انسطل"، وفي هذه المرحلة المبكرة من التعاطي تكفي كميات صغيرة من المخدر لإحداث أثرها، لأن خاصة

(١) فؤاد سبوي: ظاهرة انتشار وإدمان المخدرات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، الطبعة الثانية، ١٩٨٨، ص ٢١

التحمل البدني لا تكون قد تكونت بعد. ولا يلجأ المتعاطي إلى الخمر أو المخدرات إلا عندما تكون الأوضاع مناسبة والمخدر متاحاً، وغالباً ما يكون ذلك في المناسبات الاجتماعية وفي عطلة نهاية الأسبوع.

٢- مرحلة التعاطي المقصود:-

في هذه المرحلة يشتري المخدر ويكون التعاطي مقصوداً، وتحدث الآثار المكثرة عند انتهاء النشوة، ويبدأ حدوث الاعتياد والتحمل البدني (تصبح هناك حاجة إلى جرعات أكبر لإحداث النشوة). وفي هذه المرحلة ربما تستخدم مخدرات جديدة مثل الحشيش أو زيت الحشيش، والمواد المحدثّة للنشوة بالتنشيط أو بالتهدئة، ويتطور الأمر من التعاطي في الإجازة الأسبوعية أساساً إلى التعاطي في الليل في أيام الأسبوع، ثم التعاطي في النهار، ويمكن أن يبدأ التعاطي المنفرد.

ويحافظ المتعاطي على المظهر الطبيعي في مواجهة الوالدين والمعلمين والأصدقاء غير المتعاطين، بينما يقدم صورة مختلفة تماماً للأصدقاء الذين يتعاطون المخدرات. وغالباً ما يقابل أصدقاء المخدرات خارج البيت. ورغم أن الابن قد يتمكن من إخفاء المخدرات بعناية فإنه يقيم مسافة عاطفية بينه وبين والديه وغيرهما من الكبار، ويستطيع كثير من الصغار المحافظة على مظهر طيب، والحصول على درجات جيدة في الدراسة، ويواصلون الألعاب الرياضية وغيرها من أشكال النشاط غير المدرسي لفترة طويلة من الزمن، كما أن هذه القدرة على الاستمرار في حياة مزدوجة، تخدع المتعاطي وتدعوه للاعتقاد بأن التحكم في التعاطي ممكن^(١).

٣- مرحلة الإدمان:-

تتركز حياة الشخص في هذه المرحلة على الوصول إلى النشوة. وقد ينتقل المدمن إلى تعاطي عقاقير الهلوسة أو الكوكايين أو تدخين الأفيون، ويتم التعاطي في المدرسة وفي مكان العمل، لأن المدمن يشعر بالضيق عندما لا يكون منتشياً، ولا يعد

(١) إبراهيم نافع: في بيتنا مدمن "كيف نمنع الكارثة؟"، مركز الأهرام، ص ص ٦٥-٦٦

تعاطى المخدر اختياراً بل يبيت ضرورة، وتزداد درجة الاعتياد والتحمل البدني وتفشل محاولات إنقاص الجرعة أو التوقف عن التعاطي.

ويشعر المدمن شعوراً شديداً بالذنب وبالإكتئاب، وتنتابه حالة من البارانونيا وينخفض اعتزازه بذاته، وتدفعه كراهيته لنفسه أحياناً إلى إلحاق الأذى بها، ولا يعود المخدر مصدراً للمتعة، لكن التظاهر أمام الأصدقاء المدمنين الآخرين بأن المخدر ما زال مصدراً للمتعة يجعل المدمن يشعر بأنه "مختلف"، ويصبح تبرير تعاطي المخدر فناً كاملاً. وقد تفسر أعراض هذه المرحلة بواسطة شخص مهني غير متمرس على اكتشاف حالات الإدمان، على أنها حالة اكتئاب.

٤- مرحلة الاحتراق:-

في هذه المرحلة نادراً ما يشعر المتعاطي بالنشوة من المخدرات، بل يكون التعاطي قسرياً وغير خاضع للسيطرة ومستمراً طوال اليوم، وقد يلجأ إلى الحقن التي تعطى في الوريد، ولا سيما بعقاقير مثل الكوكايين، والميثامفيتامينات. وتتكرر حالات الوهم، والبارانونيا، وتزداد فكرة الانتحار إلحاحاً، ويزداد الإفراط في التعاطي وتكثر حالات الإغماء، ويغدو المدمن في العادة معروفاً لدى الشرطة وتتدهور صحته البدنية، وكثيراً ما يوصف المتعاطي في هذه المرحلة بأنه "محروق" أو "جثة متحركة بفعل السحر"، وإذا لم يعالج هذا الشخص يكون مصيره الموت إما انتحاراً، أو بسبب زيادة الجرعة، أو بسبب حادث، أو بسبب مرض جسدي أو أى مسلك آخر كرية.

ثانياً: المشكلات الناتجة عن إدمان المخدرات:

للمخدرات من المضار والسلبيات ما يفوق فوائدها الموجبة والتي يمكن حصرها في الاستخدامات العلاجية الطبية (التخديرية والتسكينية بالذات) بأنواعها. أما المضار السالبة فيمكن أن تتعدد وتتشعب في مسارات كثيرة صحية واجتماعية واقتصادية.

١ - المشكلات الصحية:

والمضار الصحية كثيرة ومتعددة أيضاً ولكنها في عمومها تختلف باختلاف قوة المخدر وكميته من ناحية (حيث كلما زاد تركيز المخدر وقوته وكميته زادت آثار التخدير) ومتعاطيه- أو مدمنه من حيث تكوينه الجسماني وحالته الصحية وقدرته على التحمل (حيث تزداد آثار المخدر ونتائجه في حالة المرض والهزال والأعياء عنه في حالة الصحة) من ناحية أخرى.

أما الأضرار الصحية (للمخدرات) ذاتها فيمكن حصرها في تدهور الصحة العامة- أو عامة في ذلك التدهور الذي يمكن أن تبدو أعراضه في الآتي:

١ - فقدان الشهية للطعام ، والتي قد تؤدي بدورها إلى:

النفاسة والهزال والضعف العام، مصحوباً باصفرار الوجه أو إسوداده.

ب- التهيج الموضعي للأغشية المخاطية للشعب الهوائية- نتيجة تكون مواد كربونية تتكون وتترسب بالشعب الهوائية.

اضطراب الجهاز الهضمي، والذي ينتج عنه سوء الهضم وكثرة الغازات والشعور بالانتفاخ.

إتلاف الكبد، حيث يحل المخدر (وخاصة الأفيون) خلاياه ويحدث بها تليفاً وزيادة في نسبة السكر، الأمر الذي يؤثر على نشاطه ووظائفه^(١).

ويؤدي إدمان المخدرات إلى كثير من الأمراض مثل الضعف العام للجسم والهزال وضعف العقل والجلد والنظر وإصابة الشفة واللسان والأسنان وإصابة القلب والكبد والمعدة وقد تكون هناك أضرار أخرى مثل الرعشة في البدن والتشوه والشيخوخة المبكرة وارتفاع ضغط الدم وبعض أمراض الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والبولي وكذلك الضعف الجنسي وقد تؤثر المخدرات على مراكز المخ

(١) عبد المنعم محمد بدر: مشكلاتنا الاجتماعية (أسس نظرية ونماذج خليجية)، المكتب الجامعي الحديث،

الإسكندرية، ١٩٨٧، ص ص ١٩ - ٢٠

والمراكز العصبية. وقد تؤثر المخدرات على الجنين عندما تكون أمه مدمنة حيث ولد كثير من الأطفال المشوهين والمتخلفين عقلياً والمدمنين من أمهات مدمنات^(١).

لا ريب أن نفهم طريقة عمل المادة المخدرة وتأثيرها على العقل والجسد البشري يعد خطوة هامة عند التصدي للمشكلات والقضايا الناجمة عن إدمان هذه العقاقير المخدرة من الأهمية بمكان أيضاً أن نتعرف على الطبيعة الكيماوية الخاصة بهذه العقاقير وبالكيفية التي تحدث بها أثارها على الجسد والعقل البشري، ولكن نجد أن الكثير من الكتابات التي تناولت هذه القضايا لم تتناولها بالقدر الكافي من زاوية التأثيرات الفارماكولوجية على الجسم، وتحديداً تشير الدراسات الوافية التي تدرس مثلاً تأثيرات عقار الهيروين على أنه يؤثر بشدة على نفسية المريض أو المدمن من ناحية ويؤثر أيضاً على الجهاز العصبي المركزي للمدمن وتتفاوت تأثيرات هذه المواد على الجهاز العصبي المركزي للمدمن فنجد الأشد تأثيراً الأمفيتامينات يليها في التأثير عقار "LSD" بينما نجد عقارات أخرى مسببة للإدمان مثل التبغ والماريجوانا أقل تأثيراً بكثير على المدمن. أيضاً تشير الدراسات إلى أن تأثير العقار المخدر يزداد أو يقل مع عوامل واعتبارات أخرى مثل الحالة النفسية والعاطفية للمستخدم ولطريقة تناول العقار بالحقن أو بالفم مثلاً أو بحسب الجرعة أو الكمية التي يتناولها المدمن.

من ناحية أخرى نجد أن تأثيرات العقاقير المخدرة تؤثر على كيماويات المخ بحيث نجد أن اختلاف هذه الكيماويات هي ما ينتج التأثير المسبب للإدمان للمادة المخدرة^(٢).

٢ - المشكلات الاقتصادية:-

شهدت السنوات الأخيرة ارتفاعاً ملحوظاً في سعر الدولار وضياح حجم ضخ من العملات الحرة وإهدارها في تجارة السموم وتهريبها، وتحطيم القوى الشرائية للعملة

(١) سامي محمود أبو بيه: دراسات نفسية حول ظاهرة الإدمان، مكتبة الأملو المصرية، الطبعة الأولى،

١٩٩٠، ص ٢٧-٢٨

(٢) Hugh T. Wilson: Drugs, Society, And Behavior, Dushkin, McGraw - Hill, Guilford, thirteenth Edition, 1998- 1999, P. 40

الوطنية حيث يستخدم جزء كبير من عمليات تهريب الدولار للخارج لتمويل جلب المخدرات لمصر سعياً وراء ربحها الفاحش ويشارك في ذلك أصحاب مكاتب استيراد وتصدير، وسياحة، أو تجار، ومستوردون، ومهنيون، وعمال .. الخ.

فالمبالغ التي تنفق في تجارة المخدرات وتهريبها والتي تصرف في معالجة ما تسببه من كوارث وأمراض ناجمة عنها وفي مكافحتها وضبطها ، تعتبر إهداراً لأموال ضخمة لثروات قومية كان من الأولى أن تنفق على تحسين أوضاع المجتمع المادية والاجتماعية والاقتصادية.

ويشكل تعاطي المخدرات عبئاً اقتصادياً على الأسرة كثيراً ما تتوء بحمله وإمكانية تحمله لفترة طويلة خاصة إذا كان المتعاطي معيلاً رئيسياً في الأسرة كالأب مثلاً يحتاج لإنفاق مبالغ كبيرة لشراء المخدر وتعاطيه قد تساوى معظم دخله، وهذه المبالغ التي ينفقها تختلف حسب نوعية المادة وأسعارها^(١).

تؤثر المخدرات تأثيراً ضاراً على الإنتاج القومي نتيجة تدهور الكفاءة الإنتاجية في المجتمع بسبب تدهور إنتاجية المدمنين كما أن المخدرات تنقص القدرة على بذل الجهد وتضعف القدرة على البحث والإبداع والابتكار وأيضاً بجانب ذلك ما تنفقه الدولة من أموال لمكافحة تلك المشكلة مما يؤثر ذلك أيضاً على الدخل القومي للدولة وبجانب هذا يعتبر المدمن قوة معطلة للتنمية وتقدم ورقي المجتمع^(٢).

إن الإدمان على المخدرات له أضرار اقتصادية يتأثر بها المجتمع لأن الإدمان يقلل من كفاية المدمن الإنتاجية. كما يترتب عليه نقص الإنتاج العام لأي دولة مما يدعوها لإنفاق الملايين من الدولارات لمكافحته رغم حاجتها إلى هذه الأموال لمشروعاتها العمرانية وغيرها من المشاريع.

(١) أشرف عبده مريد: العمل مع جماعات الشباب الجامعي وتنمية مشاركتهم في برامج مواجهة

مشكلة تعاطي المخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان،

١٩٩٨، ص ص ٧٥-٧٦

(٢) منى طه محروس السيد: تقويم الجمعيات الأهلية لمكافحة المخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية

الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ٢٠٠١، ص ٧٣

وإذا انتشرت ظاهرة المخدرات بين أفراد المجتمع يصبح المجتمع مريضاً مصاباً بأخطر الآفات فيسوده الكساد والتخلف وتعمه الفوضى والانحلال ويصبح فريسة سهلة للأعداء للنيل منه.

ومما لاشك أن ضعف الإنتاج للفرد ينعكس بشدة على إنتاج المجتمع فيتأثر اقتصادياً بالإضافة إلى المبالغ الطائلة التي تتكبدها الدولة نتيجة أعمال المكافحة وإعاشة رعاية السجناء في قصايا المخدرات وهم أيدي عاطلة داخل السجون وتزيد على ذلك تلك المبالغ التي تذهب سدى من دخول الأفراد ثمناً للمخدرات.

كذلك نجد أن كل دولة من الدول تحاول أن تحافظ على كيانها الاقتصادي وتدعمه لكي تواصل التقدم، ومن أجل أن تحرز دولة ما هذا التقدم فإنه لابد من وجود قدر كبير من الجهد العقلي والعضلي معاً ليتحقق لها ولأبنائها الرخاء والرفاهية، ولما كان تعاطي المخدرات ينقص ذلك كله فإنه يسبب انتهاكاً لكيان الدولة الاقتصادي وذلك لعدم وجود الجهود العضلية والفكرية نتيجة لضياعتها عن طريق تعاطي المخدرات^(١). تؤثر المخدرات تأثيراً ضاراً على مستوى الدخل القومي نتيجة المبالغ الضخمة التي تهرب من الخارج (وبالعملة الصعبة غالباً) لاستجلاب هذه السموم (المخدرات) إلى داخل المجتمع، فتفتقر هذه السموم اقتصاد المجتمع وتخربه.

ويؤدي انتشار المخدرات بالمجتمع إلى زيادة أوجه الإنفاق والمصروفات في المجالات غير الإنتاجية سواء في علاج مرضى المخدرات، أو في النفقات المستنفذة في رعاية المدمنين في المستشفيات وحراستهم في السجون، وكذلك النفقات المهدرة في مطاردة المهربين وتجار المخدرات، وما يستتبعه ذلك من آثار سلبية على الاقتصاد القومي نتيجة انشغال أعداد كبيرة في مواجهة هذه الظاهرة وعلاج آثارها^(٢).

٣- المشكلات النفسية:

للمخدرات تأثير ضار على الناحية النفسية سواء في المراحل الأولى من تعاطيها أو في حالة الإدمان، فعندما يبدأ الشخص في تعاطي المخدرات يختلط عنده

(١) حلال الدين عبد الخالق: الجريمة والانحراف "الحدود والمعالجة"، الإسكندرية، ١٩٩٨، ص ص ٣١٧ - ٣١٨

(٢) محمد شفيق: الجريمة والمجتمع، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٧، ص ص ٨٩ - ٩٠

التفكير ولا يحسن التمييز ويكون سريع الانفعال. ثم تتبدل عواطفه وحواسه بعد ذلك وبتكرار التعاطي يصبح الشخص كسولاً قليل النشاط يضيع وقته في أحلام اليقظة، وكثير من الشباب الذين يتعاطون هذه المخدرات يسقطون صرعى بالأمراض العقلية فتظهر عليهم الهلوس السمعية والبصرية والحسية فتعاطى المخدرات يؤدي إلى اختلال واضطراب التفكير عند المتعاطي ، ويصبح غير قادر على الحكم على الأمور وتقديرها بصورة صحيحة^(١).

البعض يصنف المخدرات نتيجة لتأثيرها على من يتعاطاها فقد تصنف المخدرات المنشطة أو التي تعمل على تنشيط الحالة المزاجية والنفسية طبقاً لتأثيرها على الجهاز العصبي المركزي- المخ والحبل الشوكي- وفي هذه الحالة تصنف المخدرات على أنها مؤثر فوري وسريع جداً أو على أنها عقار مسكن أى مهدئ للحوية والنشاط وذلك نتيجة لتأثيرها الفوري على الجهاز المركزي ومثال ذلك أقراص النوم وغيرها أو يصنف على أنه نوع من المواد المنبهة وهو عقار يزيد أو يرفع من نشاط الجسم الوظيفي أو نشاط أى من أعضائه ومن أمثلتها الكوكايين والكافيين والأمفيتامين وهى كلها مخدرات أو عقاقير مخدرة تحدث نشوة انتفاضية للجهاز العصبي المركزي وتزيد من حالة تأهبه وانتباهه^(٢).

ويلاحظ أن بعض المدمنين- حسب نوع المخدر الذي يتعاطونه - قد يتصف بالبلادة أو العنف وحدة الطبع وبالتالي يتدهور مستواه المهني وتتدهور علاقاته الأسرية والاجتماعية ويفقد الطموح وينسحب من الواقع ولا يواجه مشاكله ولا يحاول حلها بالطرق الطبيعية بل يلجأ إلى المخدر أو المسكر لعله ينسيه واقعه وبالتالي يصبح المدمن مستسلماً غير طموح.

وليس لديه حماس بل يستسلم للفشل والكسل واللامبالاة وضعف الإرادة.

وقد تصل الأمور في حالة الإدمان الشديد إلى نوبات صرعية والتهاب السحايا (التهاب الدماغ) وكذلك أوضح "كوبرا وكوبر" من خلال دراسات قاما بها إلى أن تعاطى المخدرات يمكن أن يسبب الاضطرابات النفسية والعقلية التالية:

(١) أشرف عنده مريد: مرجع سبق ذكره، ص ٧٣

(٢) منى طه محروس السيد: مرجع سبق ذكره، ص ص ٧١-٧٢

-قلق.

-انهباط عقلي.

-ازدياد قوى الخيال.

-شعور مؤقت بالعظمة.

-إحساس بالازدواج.

-فقدان القدرة على ضبط النفس.

-عدم التأزر العضلى.

-هلاوس بصرية وسمعية.

-الغفلة.

-ضعف الذاكرة^(١).

ومن المتعارف عليه أن غالبية المخدرات التي تسبب الإدمان أو الاعتمادية هي مواد تعمل على تغيير المزاج النفسي للشخص المدمن مثل "الكوكايين والهيروين والحشيش" فهذه المواد عند تعاطيها للمرة الأولى تعمل على خلق شعور كبير من السرور لدى المتعاطي بطريقة لم يمر بها من قبل. فبعض من هذه المخدرات لا تسبب شعوراً قوياً بالسرور ويمكن استخدامها على صورة حبوب للتغلب على حالة القلق والخوف النفسي المرضى ولكن لا تقتصر أعراض هذه المواد المخدرة على تغيير المزاج النفسي للمدمن فلها أيضاً مخاطرها وآثارها السيئة الجانبية على عقل وجسم المدمن فمنها أنها تعمل على خلق حالة من الاعتمادية للمدمن للمادة المخدرة^(٢).

٤ - المشكلات الاجتماعية:-

نظراً لخطورة وتأثير المشكلات الاجتماعية على المدمنين الذين وقعوا في براثن الإدمان وما تسببه هذه المشكلات من سوء العلاقات الاجتماعية بين المدمن وأسرته

(١) سامي محمود أبو بيه: مرجع سبق ذكره، ص ص ٢٤ - ٢٥

(٢) James Ditzler and others: Coming off Drugs, PAPERMAC, London, First Publish, 1986, P.22

وبينه وبين أصدقائه وزملائه في العمل وبينه وبين جيرانه وأقاربه سوف يتم التركيز على هذه المشكلات لبيان مدى حدتها وتأثيرها على نفسية المدمن وحالته الإدمانية. ويمكن تصنيف المشكلات الاجتماعية الناتجة من إدمان المخدرات على النحو التالي.

الإدمان وحوادث الطريق.

الإدمان وسوء العلاقات الأسرية.

الإدمان وارتكاب الجرائم.

أ- الإدمان وحوادث الطريق:

تبين نتائج الدراسات والشواهد الواقعية على وجود علاقة قوية بين وقوع حوادث الطرق وكون الضحايا- سواء كانوا من السائقين أو من المشاة- واقعين تحت تأثير بعض المواد النفسية (وخاصة الكحول والحشيش). كما اتضح أيضاً وجود ارتباط إيجابي قوى بين شدة الإصابة ودرجة تركيز المادة النفسية المتعاطاة في السوائل البيولوجية في أجسام الضحايا.

وقد أجرت مؤسسة "بحوث حوادث الطريق" بكندا بحثاً لاستكشاف العوامل المختلفة المرتبطة بوقوع الحوادث، واستخدمت عينة قوامها ٢٢١٨ شخصاً من الذين تعرضوا أو تسببوا في حوادث الطريق. وبينت النتائج أن ٣٧% من العينة من ضحايا الفئة العمرية الشابة، أى (١٦-١٩) سنة حيث ارتفعت لديها نسبة الكحول في الدم بدرجة أكبر من المسموح به قانوناً، وأن ٤٧% من الفئة العمرية الواقعة بين (٢٠-٢٤) سنة ارتفعت أيضاً لديهم نسبة الكحول في الدم عن النسب المسموح بها قانوناً.

أما فيما يتعلق بإسهام المواد النفسية الأخرى في وقوع حوادث الطريق، فقد أجرت المؤسسة السابقة بحثاً على عينة قوامها ٤٨٤ حالة إصابة أدت إلى الوفاة (٤٠١ من قاندى السيارات، ٨٣ مشاة)، وبينت النتائج:

١. وجود الكحول فقط في ٤١% من الحالات.

٢. وجود الكحول مع مواد نفسية أخرى في ١٤% من الحالات

(أهمها الحشيش ١٢%).

٣. وجود مواد نفسية غير الكحول في ١٢% من الحالات.

٤. وجود ٣٣% فقط مصابين دون تعاطى مواد نفسية^(١).

وهناك بحوث تشير إلى أن حوادث الطريق تحدث للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات أكبر من الذين لا يتعاطون المخدرات، وهذا يشير إلى أن المخدرات لها من الخصائص الفارماكولوجية ما يحدث خللاً في الجانب العصبي والعقلي مما يتبعه خللاً في الجانب الجسمي مما يؤدي في النهاية إلى حدوث عدم اتزان على الطريق ينتج عنه حوادث وينتج عن هذا خسائر في الأرواح وفي العديد من الجوانب المادية الأخرى^(٢).

ب- الإدمان والتفكك الأسري:

تشير الدراسات العلمية إلى وجود علاقة إيجابية واضحة بين بعض العوامل وبين تعاطى المخدرات لعل أهمها:

ازدياد نسبة متعاطي المخدرات داخل الأسر التي يدمن عائلها أو أحد الوالدين أو الأقارب تعاطى المخدرات ، حيث تشير تلك الدراسات إلى أن إدمان الوالدين أو أحدهما أو أحد الأقارب من الدرجة الأولى أو حتى الثانية يؤثر بشكل أو بآخر على إدمان الأبناء وعادة ما يلجأ الأبناء إلى استعمال نفس العقاقير التي يستعملها آبائهم. عادة ما يؤثر تعرض الأفراد بما يمكن أن نطلق عليه اسم "ثقافة المخدرات" - أى مجموعة المعارف المتعلقة بظاهرة تعاطي المخدرات - تأثيراً على تناول أنواع معينة من العقار بغرض التعرف عليه، بحيث يكون المتعرضون لتلك الثقافة- سواء عن طريق السمع أو الرؤية- أكثر استعداداً لتعاطي المخدر عن غيرهم من الأفراد. وتشير الدراسات العلمية إلى وجود ارتباط وثيق بين الإقامة مع الأسرة والامتناع عن تعاطي المخدرات، فغير المتعاطين يغلب بينهم أن يكونوا مقيمين مع أسرهم، على حين يقترن التعاطي أحياناً بالإقامة بعيداً عن الأسرة.

(١) دليل الأخصائي النفسي في الوقاية والعلاج من الإدمان، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، القاهرة، ١٩٩٩، ص ٨

(٢) زبن العابدين محمد على رجب: الخدمة الاجتماعية والمخدرات "ثلاثية المواجهة"، مكتبة النهضة

المصرية، القاهرة، ٢٠٠٤، ص ١٤٦

الإهمال الأسرى، حيث يؤثر إهمال الآباء لأبنائهم، وعدم اهتمامهم بمشاكل أبنائهم أو مستقبلهم، وتركهم دون توجيه أو مساندة على الأولاد ونفسياتهم بشكل سلبي، خاصة مع عدم وجود من يلجأ إليه الأبناء عند الضرورة، بما يجعلهم يلجأون إلى المخدر كملاذ^(١).

وفيما يتعلق بآثار التعاطي والإدمان فقد أجريت دراسة عام ١٩٩٠ على المدمنين المترددين على المستشفيات وعيادات الإدمان بالإسكندرية ، وأخرى أجريت عام ١٩٩٣ على عينة من الشباب وقد انتهت الدراستان إلى مجموعة من النتائج أهمها: تصاب أسرة المدمن بالتفكك والانحيار وتسود بينها الخلافات والتوتر والقلق. يصبح المدمن إنساناً كسولاً، مهملأً ضعيف الإنتاجية غير مسئول وغير ملتزم بالقواعد الأخلاقية داخل الأسرة وخارجها.

يلجأ المدمن والمتعاطي للأعمال غير المشروعة للحصول على المال الذي يوفر له المخدر من أسرته أو من غيرها.

يصبح المدمن شخصاً منعزلاً عن أسرته والمجتمع المحيط به.

يشكل المدمن المتعاطي عبئاً مادياً ومعنوياً على أسرته وعلى المجتمع ككل^(٢).

التأثير السلبي على الوضع الاقتصادي للأسرة حيث يوجه الجزء الأكبر من دخلها إلى الإنفاق على المخدرات.

تزايد المشكلات والخلافات بين الزوجين نتيجة لفشل المتعاطي في القيام بمسؤولياته تجاه بقية أفراد الأسرة، مما يصل في بعض الحالات إلى الطلاق أو الانفصال فينتشر الأبناء ويتجهون إلى الانحراف أو الجريمة أو الإدمان^(٣).

وهو خطر على أسرته لأنه عبء على ميزانية الأسرة بما يهدره من نفقات على المخدرات كان من الممكن إنفاقها فيما يعود عليها بالنفع والخير. فالمتعاطي هنا -

(١) الدليل الإرشادي للدعاة "للتوعية بمخاطر الإدمان والمخدرات"، المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان،

صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، الطبعة الثانية، القاهرة، ٢٠٠١، ص ص ١٥-١٧

(٢) سيد محمد: مرجع سبق ذكره، ص ١٥٠

(٣) المخدرات "أوهام - أخطار - حقائق"، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي ، الطبعة التاسعة، ص ٣٢

فضلاً عن المدمن- قد يحرم أبناءه من التعليم وقد يمنع عنهم العلاج وقد يضمن عليهم بالغذاء والكساء وكل ما هو ضروري من أجل وصوله وحصوله على المخدر الذي أصبح عبداً له. وأمام تلك الظروف الحرمانية قد يجد بعض أفراد الأسرة أنفسهم سائرين في طريق الانحراف- والمحتاج قد يلجأ إلى التضحية ببعض كرامته وبعض شرفه من أجل الحياة^(١).

تعتبر الأسرة هي الخلية الأولى في المجتمع، والمخدرات تمثل عبئاً اقتصادياً شديداً على دخل الأسرة عندما ينفق رب الأسرة الجزء الأكبر من دخله عليها مما يشكل خطراً على مستوى المعيشة من الناحية السكنية والغذائية والصحية والتعليمية والأخلاقية. مما يدعو أفرادها لارتكاب الجرائم المختلفة كالتهريب والسرقة والدعارة لسد احتياجاتهم الضرورية.

كذلك من الآثار الاجتماعية المترتبة على الإدمان أنها تؤدي إلى ضعف اهتمام المدمن بأبنائه وزوجته وأسرته الأمر الذي يؤدي إلى تحطيم الأسرة وزيادة حالات الطلاق وانحراف الأبناء وتزايد احتمالات الجريمة بأنواعها^(٢).

ويؤدي تعاطي المخدرات إلى سيادة التفكك الأسري لما يسببه من مشكلات ينتج عنها الطلاق أو الهجر بالإضافة إلى تميز سلوك الآباء المتعاطين للمخدرات بعدم احترام زوجاتهم والاعتداء عليهن أمام الأطفال، كما يتسم سلوك متعاطي المخدرات بعدم الالتزام بالقيم الأخلاقية في المجتمع، وهذا ينعكس على بيوت المتعاطين في ظهور التفكك والانفصال، والتنازع بين الزوجين، وقد توصلت الدراسات المختلفة التي اهتمت بالأسرة وتماسكها، وكذلك بالعوامل المرتبطة بانحراف الأحداث إلى أن الأسر التي تفقد فيما بينها علاقات المودة والألفة والمحبة يتميز أبنائها بالعدوان واللامبالاة وعدم احترام مشاعر الآخرين وتعاطي المخدرات^(٣).

(١) عبد المنعم محمد بدر: مرجع سبق ذكره، ص ٢٤

(٢) حلال الدين عبد الحائف: مرجع سبق ذكره، ص ٣١٨

(٣) أبو الجا العمري: الانحراف الاجتماعي، دور ناصر، ١٩٩٦، ص ص ٣١٤ - ٣١٥

إن تعاطي المخدرات يخلق جواً من عدم الأمان في الأسرة بالإضافة إلى الشعور بعدم قدرة عائلها على الإنفاق عليها وكثيراً ما يؤدي هذا إلى تصدع الأسرة وتفككها ويؤثر ذلك على الكيان الاجتماعي للمجتمع.

ولا ننسى أخطر تأثير للمخدرات وهو على العلاقات الاجتماعية سواء كانت بين المتعاطي والآخرين وبين الأفراد بعضهم البعض وخصوصاً داخل الأسرة أي بين المتعاطي وأسرته فمثلاً لو كان المدمن هو الأب فيصبح هناك سوء علاقة بين الأب وبين أبنائه وبين زوجته وكذلك بينه وبين المحيطين به وأيضاً يجب أن نعلم أن التعاطي أو الإدمان يمكن أن يكون وسيلة للهروب من عواقب اجتماعية يواجهها الفرد بالتالي إذا حاول الفرد التغلب على هذه العواقب أو المشكلة الاجتماعية فيمكن أن يحاول التخلص من الإدمان ولكن لا يتم ذلك إلا بمساعدة الآخرين المحيطين بهذا الفرد^(١).

وكذلك يؤدي إدمان المخدرات إلى حدوث خلافات ونزاعات أسرية كثيرة قد تؤدي إلى الطلاق وتفكك الأسرة أو على الأقل تقدير عدم قيام المدمن بدوره كأب (أو كأم) مما يمكن أن يتسبب في ضياع الأولاد أو ضعف شخصياتهم، وقد يؤدي في بعض الحالات إلى لجوئهم إلى السلوك الإجرامي. وحتى لو لم يؤد إلى ذلك كله، فإن الطفل (وهو ينظر إلى والده كقدوة ونموذج يتعلم منه اجتماعياً) لن يجد أمامه سوى شخص محطم وقد يحاول تقليده وهنا مكن الخطورة^(٢).

ج- الإدمان وارتكاب الجرائم:-

هناك تجارب ودراسات علمية تثبت العلاقة الوثيقة بين المخدرات وارتكاب الجرائم. فقد قام المكتب الخاص بخدمات المجرمين في "أثينا" تحت رئاسة مديره الأستاذ (جارد مكاس) بدراسة ٣٧٩ حالة من حالات متعاطي المخدر ممن قبض عليهم أو حكم عليهم بالسجن بسبب تعاطيهم للمخدر لمعرفة أثر المخدر كسبب في إحداث الجرائم وانتهى المكتب من دراسته إلى الآتي:

(١) منى طه محروس السيد: مرجع سبق ذكره، ص ص ٧٢ - ٧٣

(٢) سامي محمود أبوبيه: مرجع سبق ذكره، ص ٢٦

"كذلك الإدمان المزمن على الحشيش يؤدي إلى ارتكاب الجرائم ويحول الفرد إلى شخص كسول غير مستقر مما يؤدي في النهاية إلى التشرد والسرقة، وكذلك يحول الفرد إلى إنسان مشاكس ، سريع التهيج، شكاك، خائف، جبان. وكنتيجة لهذا الخوف والجبن يحدث الهجوم والعدوان، ولهذا يقعون في جرائم الاعتداء"^(١).

وقد أوضح "محمد شوكت" أن الإنسان إذا تعاطى المخدرات واعتاد عليها سهل عليه ارتكاب المنكرات وهان عليه أمرها هنا يتزعزع الأمن والاستقرار في نفوس الأفراد وتكثر الخصومات والمنازعات بين السكارى ومن يخالطهم ولأدنى الأسباب وهذا يخلخل قاعدة المجتمع، ويفكك بنيته ويجعل أبنائه غير مترابطين وهنا تسود الفوضى وتعم البلوى، كما أن المدمن عندما لا يجد ما يسد حاجته ويشبع رغبته للمخدرات فقد يندفع إلى طريق الجريمة للحصول عليها وهنا لا يقتصر الضرر على الفرد المتعاطي وحده وإنما يشمل بقية أفراد المجتمع^(٢).

هذا وقد ظهر واضحاً جلياً أن هناك ارتباطاً بين تعاطى المخدرات والجريمة. فمتعاطي المخدرات قد يرتكب الجرائم للأسباب الآتية:

١- تعاطى المخدرات يمثل في حد ذاته جريمة يعاقب عليها القانون وهكذا فإن متعاطي المخدرات يدرك أنه يخالف القانون ويمكن أن يشجع الأغنياء على مخالفة أحد القوانين مخالفة غيره من القوانين.

٢- إذا ما صدر الحكم على المتعاطي بالسجن، وتم إيداعه مع غيره من المحكوم عليهم في جريمة سرقة أو قتل مثلاً فإنه يكون عرضة للتأثير واستمالتهم له لارتكاب جرائم أخرى وكثيراً ما تجد العصابات الخطيرة في المتعاطين صيداً سهلاً للعمل معهم في حقل نشاطهم الإجرامي كالدعارة أو الاتجار بالمخدرات أو غير ذلك من مجالات الجريمة.

(١) فرج زهران: مرجع سبق ذكره، ص ٢٣٢

(٢) سامي محمود أبوبيه: مرجع سبق ذكره، ص ٢٦

٣- تعاطى ذي الدخل المحدود وهو يمثل نسبة كبيرة من المتعاطين وغالبا ما يلجأ إلى سلوك غير مشروع مثل السرقة أو النصب أو الرشوة للحصول على النقود اللازمة لشراء المخدر.

٤- كثيراً ما يستغل مهربي المخدرات وتجارها المتعاطين ويستخدمونهم كمعاونين لهم في التهريب وبذا ينقلونهم من مرحلة التعاطي إلى مرحلة أشد خطورة^(١).

وترتفع معدلات الجريمة المقترنة بالمخدرات، فيكون لها تأثيرها السلبي على أمن المجتمع وسلامة المواطنين وإنتاجية الأفراد ورفاهية المجتمع مثل (تشرذم الأحداث، إدمان الخمر، القمار، الرشوة، الاختلاس، السرقة، البغاء، جرائم المرور الناجمة عن اختلال التقدير الذهني والمكاني للمدمن أثناء قيادته المركبة الخ)^(٢).

تؤدي حالة الإدمان إلى وجود تصور خاطئ للفرد المدمن عن نفسه وعن قدراته وقد تخيل له الحالة الإدمانية أنه قوى فيقومون بأعمال إجرامية كالعدوان على الآخرين والسرقة ويجدون في هذه الأفعال إشباعاً لرغباتهم وحاجاتهم - كما قد تدفعهم الرغبة في الحصول على المخدر مع ارتفاع ثمنه السرقة والاتجار في المخدرات للحصول على المال اللازم لشراء المخدر، وقد سمعنا كثيراً عن جرائم السرقة والاغتصاب تحت تأثير المخدر^(٣).

هناك ارتباط بين تعاطى المخدرات وزيادة معدلات الجريمة في المجتمع حيث أثبتت الدراسات والأبحاث ارتفاع معدلات الجرائم التي يرتكبها المدمنون في فترات إدمانهم عن فترات إقلاعهم عن الإدمان، كما أظهرت النتائج أن معظم سلوكيات الانحراف كالغش في الامتحان والشجار مع الوالدين وضرب أحد الزملاء والسرقة كان ورائها الإدمان على المخدرات^(٤).

(١) محمد عبد الحميد زكي: مرجع سبق ذكره، ص ٣٠

(٢) محمد شفيق: مرجع سبق ذكره، ص ٩٠

(٣) أحمد محمد السنهوري وآخرون: الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، ١٩٩٠، ص ١٢٩

(٤) اشرف عبده مريد: مرجع سبق ذكره، ص ٧٥

وكثيرا ما يؤدي تعاطي المخدرات إلى القيام بالجريمة إما لغياب الوعي وعدم تقدير الأمور في شكلها الصحيح أو للقيام بها بوعي تام للحصول على المال لإشباع رغبته في الحصول على المخدر أو قد يؤدي إلى تعرض المتعاطي لأحد حوادث الطريق.

فمن خلال بحث أجرى على عينة قوامها ٤% من جمهور طلاب وطالبات الجامعات المصرية، وإجراء التحليلات الإحصائية، أمكن الكشف عن وجود ارتباطات إيجابية قوية بين ارتكاب جميع سلوكيات الانحراف ، كالشجار مع أحد الزملاء والسرقة وبين تعاطي المخدرات الطبيعية وكذلك التعاطي غير الطبي للأدوية النفسية وشرب الكحوليات^(١).

إن الأسباب الحقيقية لتحقيق حالة الاعتمادية على المخدر غير معروفة حتى هذه اللحظة على وجه الدقة، فلا نعرف لماذا يقبل البعض من دون الآخرين من المتعاطين على دوام استمرارية تعاطي المخدر، كما لا يمكننا حتى الآن أن نتعرف على ميل بعض المدمنين للاعتماد أكثر وبمرور الوقت على هذا المخدر ولكن يحلو للبعض أن يربط بين الميل للاعتمادية وبين بعض الحالات أو المشكلات الاجتماعية مثل البطالة أو الفقر أو التفكك الأسري أو الجريمة والعنف، وبأنها حالات أو مواقف تدفع الفرد دوماً للهروب من واقعها لعالم أو لدنيا أخرى^(٢).

والخلاصة أن موضوع العلاقة بين تعاطي المخدرات وارتكاب الجرائم موضوع معقد، وقد أجريت فيه عدة بحوث ولا يزال في انتظار المزيد، ولكن في حدود ما أسفرت عنه البحوث المنشورة من نتائج يزداد التأكد يوماً بعد يوم من وجود ارتباط إيجابي منتظم بين التعاطي والجريمة، وتبقى بعد ذلك عدة أسئلة تحتاج إلى الإجابات الشافية: فهل المخدر هنا هو السبب في ارتكاب الجريمة بحكم ما له من تأثير فارماكولوجي؟

(١) سيد محمدين: مرجع سبق ذكره، ص ١٥١

(٢) Hamid Ghodse: Drugs and Addictive Behaviour "A Guide To Treatment", Blackwell Scientific Publications, London, First Published, 1989, P.16

أم أن ارتكاب الجريمة يأتي نتيجة غير مباشرة وذات طبيعة اجتماعية أكثر منها فارماكولوجية؟ على أساس أن تعاطي المخدرات، يورط المتعاطي في ضرورة الاتصال ببعض الأطراف في عالم الإجرام للحصول على المخدر ومن خلال سلسلة من الخطوات المتتابعة (وربما غير المتوقعة) يجرى اجتذاب المتعاطي إلى الإجرام.

وفي سبيل الإجابة عن السؤال الأول يصنف الدارسون الجرائم إلى نوعين:

جرائم عنف، وأخرى لا تقترب بالعنف، ويسود قدر من الاتفاق بين عدد كبير من الدارسين على أن جرائم العنف ترتبط بإدمان (لا بمجرد تعاطي) الكحوليات والأفيون ومشتقاته كالمورفين والهروين، والمواد المنشطة وعلى رأسها الأمفيتامينات والكوكايين، كما أنها قد تترتب على تعاطي المواد المحدثّة للهاوسة مثل عقار L.S.D. أما عن تعاطي الحشيش بانتظام لمدد طويلة فقد تقترب به الجرائم التي لا تنطوي على عنف كالتزوير والتزييف والسرقة.

وفي سبيل الإجابة عن السؤال نفسه والسؤال الذي يليه يلفت المختصون النظر إلى ضرورة التفرقة بين جرائم ترتكب تحت تأثير المخدر نفسه، وأخرى ترتكب تحت تأثير الحرمان من مخدر أدمنه الشخص، وذلك بدافع اللهفة للحصول على المخدر واستعادة آثاره النفسية والعضوية^(١).

ثالثاً: الوقاية من الإدمان:-

من المعروف أن الوقاية خير من العلاج، فدرهم وقاية خير من قنطار علاج ولذلك فإن وقاية المجتمع من أخطار الإدمان أجدى بكثير من محاولة علاجه بعد أن يظهر في المجتمع وإن كانت الوقاية لا تغني عن علاج من وقع في هذه الرذيلة. وعموماً فإن الوقاية من أخطار الوقوع في براثن الإدمان تتم من خلال:

لعل من أهم عوامل وقاية المجتمع من وقوع أفرادهم في مشكلة الإدمان يتعلق بتقوية الإيمان بالله ورفع مستوى التدين على مستوى المجتمع كله.

(١) مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع "نظرة تكاملية"، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب،

الكوب، ١٩٩٦، ص ص ١٦٨ - ١٦٩

١- ينبغي العمل على حل مشكلات أوقات الفراغ بالنسبة للشباب بصفة خاصة حيث إن فراغ الشاب وإحساسه بالملل والكآبة هما من الأسباب الأساسية للتفكير في تعاطي الخمر والمخدرات للحصول على البهجة والانشراح ولو بصورة كاذبة.

٢- ينبغي على الأسرة وعلى العاملين بالمدارس مراقبة أصدقاء الفرد، فيجب على الوالدين أن يساعدوا ابنهما (أو بنتهما) على اختيار القرناء الصالحين الذين يدلونه على الخير ويساعدونه عليه.

٣- ينبغي العمل على حل المشاكل الأسرية والاجتماعية قبل أن تستعمل حيث اتضح أن هذه المشاكل إحدى المسببات الأساسية لدفع الفرد إلى التعاطي وبعده عن الإدمان ويتم ذلك من خلال وجود مراكز لعلاج المشاكل والخلافات الزوجية وبعيداً عن الأطفال، كما يجب الاهتمام بالأطفال ومعاملتهم معاملة حسنة.

٤- ينبغي الحد من هجرة الآباء وتركهم لأبنائهم، كذلك الحد من سفر الشباب إلى الخارج بلا داع، فقد بينت بعض الدراسات أن الاحتكاك بالمجتمعات الأخرى وخاصة الغربية يدفع بكثير من شبابنا إلى الوقوع والانزلاق في أخطار المخدرات سواء عن طريق تعاطيها أو تهريبها^(١).

وفي منتصف القرن التاسع عشر، كان المدمنون أغلبهم من النساء اللاتي كن يخضعن لبرامج علاجية طويلة الأمد، وبمرور العقود من السنين ظهرت فئات أو أجيال أخرى من المدمنين الباحثين عن المتعة من خلال تعاطي مادة الأفيون، وتلى ذلك قيام نسبة لا بأس بها من الفقراء بالإقبال على تعاطي بعض المواد المخدرة مثل الكوكايين والهيروين مما دعا الحكومة الأمريكية فيما بعد للتحذير من أضرار إدمان مثل هذه المواد المخدرة واستصدارها لجملة من التشريعات التي تحرم أو تحظر استخدام أو تعاطي هذه المواد المخدرة، أيضاً نجد أن تلك الفترة شهدت أيضاً اهتماماً كبيراً بأساليب

(١) سامي محمود أبوبيه: مرجع سبق ذكره، ص ٢٩

العلاج أو التغلب على الآثار السلبية لهذه المواد المخدرة ومن ثم نجد أن هذه الفترة قد شهدت أيضاً مقدمات لبرامج علاجية متباينة^(١).

وإيماناً بصدق المقولة الشهيرة "الوقاية خير من العلاج" ولأهمية الوقاية بصفة عامة، وبصفة خاصة، مع المراهقين للحيلولة بينهم وبين الوقوع في براثن الإدمان. كان لابد من وضع برنامج قوى للوقاية من خطر الإدمان، ويحوى هذا البرنامج مجموعة من التوصيات والمقترحات التي من أهمها:

١- وضع سياسة عامة لمكافحة المخدرات تحدد بوضوح الخط الفاصل بين استخداماتها الضارة والنافعة.

٢- أن تتجه الوقاية والمكافحة أساساً إلى عدم مشروعية المخدرات سواء بالنسبة لإنتاجها أو جلبها وكذلك ترويجها.

٣- أن تتسم سياسة مكافحة المخدرات بالمرونة والقابلية للتعديل تبعاً للظروف والمتغيرات المحتملة للتقدم التكنولوجي والتطور الاجتماعي والاقتصادي.

٤- الاستفادة من وسائل الإعلام لنشر الوعي بخطورة العقاقير والمخدرات بدون مبالغة أو إثارة وبشكل علمي سليم.

٥- تدعيم أجهزة مكافحة المخدرات بكل الوسائل الممكنة.

٦- الاستعانة برجال الدين في النهي عن تعاطي كل ما يضر بالصحة والنفس والعقل مع التعريف بمشكلة الإدمان والمخدرات وتأثيرها البدني والنفسي.

٧- الاهتمام ببرامج الإرشاد الطلابي في مجال الإدمان وإقامة الندوات المتعددة في هذا المجال.

٨- لابد من التوعية في المدارس الثانوية والجامعات عن طريق دراسة المخدرات وأثرها على الفرد والمجتمع من خلال منهج دراسي موحد على أن يبين هذا المنهج آثار الإدمان وأخطاره على الناحية الجسمية والعقلية والنفسية.

٩- محاولة شغل أوقات فراغ الشباب بالرياضة والمعسكرات وتنمية هواياتهم المختلفة.

(١) Hugh T. Wilson: op. cit, P.15

- ١٠- الاهتمام بالتربية الأسرية الصالحة القائمة على التمسك بمبادئ الدين والأخلاق الفاضلة.
- ١١- عدم صرف عقاقير مخدرة من أى صيدلية إلا بتذكرة طبية مع سحب التذكرة من المريض كل مرة وإخبار مباحث المخدرات باسم المريض المتعاطي للمخدرات.
- ١٢- تشديد الرقابة الأمنية من قبل رجال الشرطة، وتضييق الخناق على الأماكن المشبوهة وذلك للحيلولة دون تسرب المخدرات لرواد تلك الأماكن^(١).
- ١٣- تنمية الدوافع الدينية لدى العامة والتربية الدينية السليمة لدى الشباب من مختلف الأعمار والترغيب في أداء الشعائر الدينية وعمل ندوات دينية في كل المؤسسات وفي المدارس وفي الجمعيات التطوعية ويقوم بالإشراف عليها والمحاضرة فيها أساتذة مدربون على سهولة توصيل العقائد والتعاليم الدينية للغالبية.
- ١٤- الاهتمام بما يمكنني أن أطلق عليه التربية للمخدرات ويقصد بها زيادة الوعي على المستوى الرسمي والشعبي بطبيعة المخدرات وأنواعها وأضرارها وعوامل الوقاية منها، أى أن نجعل من هذا المفهوم صياغة ميدانية يتلقاها جميع أبناء مصر من الطبقات العمرية المختلفة بالوسائل التربوية الرسمية وغير الرسمية في كيفية معاملة المدمنين ومساعدتهم في محنتهم وهذا يكون دوراً وقائياً يفوق الدور العلاجي الذي يضيف أعباء مادية ومعنوية على خطط التنمية.
- ١٥- محاولة الرقابة على وسائل الإعلام خاصة الأفلام الأجنبية والعربية التي تتعرض لعمليات الإدمان وتفجر المشكلات وتضخمها وتظهرها تحت التليسكوب على حد تعبير رجال الفن ويقتصر دورهم على ذلك بحجة أنه ليس من مسؤولياتهم أو دورهم تقديم العلاج أو الحلول لأي من المشكلات التي تتناولها مثل هذه الأفلام.
- ١٦- توجيه أموال تجار المخدرات المصادرة أو التي تحت الحراسة إلى صندوق نطلق عليه "تأهيل المدمن" بالإضافة إلى تبرع القادرين من أبناء الشعب والهيئات والمصالح والشركات^(٢).

(١) جلال الدين عبد الخالق: مرجع سبق ذكره، ص ٣٢١ - ٣٢٣

(٢) محمد يسري إبراهيم دعبس: مرجع سبق ذكره، ص ١٨٥ - ١٨٨ .

واكتشفت المجتمعات الإنسانية منذ وقت مبكر أن اللجوء إلى إجراءات الوقاية يعتبر خطوة بالغة الأهمية في مجال التصدي لكثير من المشكلات الاجتماعية، والاضطرابات الصحية النفسية والجسدية، وقد انعكس ذلك في كثير من الحكم الشعبية التي يصل بها الأمر إلى التوصية بتقديم العناية بالوقاية على العناية بالعلاج.

وتتفق منشورات منظمة الصحة العالمية وهيئة الأمم المتحدة على التفرقة بين ثلاثة مستويات لإجراءات الوقاية: وقاية من المستوى الأول، أو ما يسمونه بالوقاية الأولية، ثم وقاية من المستوى الثاني، ثم من المستوى الثالث، وهي تفرقة معقولة ومفيدة من الناحية العملية.

١- الوقاية الأولية:-

يقصد بالوقاية الأولية مجموعة الإجراءات التي تستهدف منع وقوع التعاطي أصلاً ويدخل في هذا الباب جميع أنواع التوعية التي تتحو هذا المنحى، وكذلك مجموعة الإجراءات التي تتخذ على مستوى الدولة (باسم مكافحة العرض) سواء كانت إجراءات أمنية أو تشريعية مادام الهدف الأخير منها هو منع توافر المخدر، ومن ثم منع وقوع التعاطي.

٢- الوقاية من الدرجة الثانية:-

يقصد بالوقاية من الدرجة الثانية التدخل العلاجي المبكر، بحيث يمكن وقف التماذي في التعاطي لكي لا يصل بالشخص إلى مرحلة الإدمان، وكل ما يترتب على مرحلة الإدمان من مضاعفات. أى أن هذا المستوى من الإجراءات الوقائية يقوم على أساس الاعتراف بأن الشخص أقدم فعلاً على التعاطي، ولكنه لا يزال في مراحله الأولى، ومن ثم نحاول إيقافه عن الاستمرار فيه.

٣- الوقاية من الدرجة الثالثة:-

المقصود بمصطلح الوقاية من الدرجة الثالثة وقاية المدمن من مزيد من التدهور الطبي أو الطبي- النفسي والسلوكي للحالة وينطوي هذا المفهوم على الاعتراف بأن

الأخصائي الإكلينيكي يلتقي أحياناً بحالات لا تستطيع أن تكف عن التعاطي، وإذا توقفت لفترات محدودة فهي لا تلبث أن تنتكس بالعودة إلى التعاطي مرة أخرى^(١).

ومن يستعرض الدراسات المتاحة حول المخدرات وهي كثيرة ومتنوعة، وعقدت من أجلها العديد من الندوات والمؤتمرات على المستويات المختلفة المحلية والدولية، يمكن التعرف على الحقائق التالية^(٢):

١- يرتبط انتشار المخدرات بقضايا الصراعات الدولية، حيث يمكن دعم قوى عظمى لأحد أطراف النزاع في بعض المناطق، وكثيراً ما يكون التغاضي عن زراعة المخدرات وصناعتها وتجارتها أحد وسائل هذا الدعم دون الأخذ بعين الاعتبار مخاطر انتشار هذه السموم بدول العالم بما في ذلك الدول التي تقدم الدعم.

٢- غدت المخدرات وسيلة من وسائل الحرب الباردة والجاسوسية بين الدول وأجهزة المخابرات، مما يشكل خطراً عظيماً، خاصة على تلك الدول التي تعاني من مشكلات الفقر المزمن .

٣- أظهرت الدراسات أن المخدرات صورة من صور الغزو الاستعماري وأن هناك ارتباطاً وثيقاً بين انتشار المخدرات في كثير من بلدان العالم الفقير، وبين الأساليب الاستعمارية أو الغزو الاستعماري، لذا فعلى الدول أن تعي أن الحرب ضد المخدرات هي شكل من أشكال الحرب ضد الاستعمار والاستغلال الخارجي، وذلك من خلال منع زراعة المخدرات في أراضيها.

٤- تؤكد كثير من الدراسات، حول طرق الوقاية والعلاج من المخدرات، على عوامل في معظمها ثقافية، فيري "ارنست شيد" في دراسته عن الطرق الحديثة للوقاية من المخدرات والمسكرات أن هناك عوامل أربعة للوقاية:

(١) مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع "نظرة تكاملية"، مرجع سبق ذكره، ص ص ١٩٥ - ١٩٦ ، ص ص ٢٠٩ - ٢١٦ .

(٢) أحمد مجدي حجازي: المخدرات "والواقع المصري المعاصر"، مرجع سبق ذكره، ص ص ٧٤ - ٧٧

أ-الحث والتحضر.

ب- التربية والثقافة

ج- التشريع وسن القوانين.

د- فرض القانون وتنفيذه.

٥- تشير معظم الدراسات التي أجريت عن الواقع العربي في مجال دراسة ظاهرة المخدرات أن الواقع العربي حالياً يختلف عنه قبل ثلاثين عاماً ، كما أنه يختلف عما كان عليه من قبل بضع سنوات، من حيث سعة الانتشار في مجالات الزراعة والاتجار وأيضاً التعاطي. فالمخدرات تنتشر بصورة واضحة لدى فئات الشباب وبخاصة طلاب المدارس والجامعات حتى بلغت نسبة المتعاطين بين هذه الفئات في بعض الدول (العربية) ٢٥%.

٦- تعتبر بعض الأقطار العربية من الدول التي تزرع فيها أنواع متعددة من المخدرات مثل الحشيش والأفيون والقات إلى الدرجة التي أصبح البعض يحول بعض المحاصيل الزراعية الأساسية في بلاده من زراعات تقليدية إلى زراعة المخدرات (مثل ما يحدث في اليمن) وفي مصر أيضاً أصبحت صحراء سيناء مصدراً رئيسياً للمخدرات، بعد القيود التي فرضتها لبنان على زراعة القنب والخشخاش.

٧- تعتبر مصر من الدول المستهلكة للمخدرات بأنواعها المختلفة، ويأتي معظمها عن طريق التهريب البحري (عبر سواحلها وموانئها المطلّة على البحر المتوسط والبحر الأحمر وخليج قناة السويس) والبري عبر حدودها الدولية شرقاً وغرباً وجنوباً، والجوى من خلال مطاراتها المختلفة. حيث يعد الموقع الجغرافي في قلب العالم، من أهم العوامل المساعدة على أن تكون مصر منطقة عبور ترانزيت للمخدرات المهربة من دول الإنتاج في جنوب شرقي وغربي آسيا إلى دول الاستهلاك في أفريقيا وأوروبا وأمريكا الشمالية، عبر قناة السويس ومطار القاهرة الدولي.

وفيما يلي طرح بعض التوصيات التي انتهت إليها الدراسات المصرية لتعاطي المخدرات والتي يمكن الاستفادة منها بترجمتها إلى سياسات تربوية وإرشادية وإعلامية وخطط وبرامج عمل اجتماعية بصفة عامة^(١):-

١- أن مشكلة تعاطي المخدرات إنما هي عرض لخلل يعوق المجتمع ككل وبالتالي لو اقتصر الأمر على مجرد دراسة وعلاج لهذا العرض في ذاته فقط، فلن يؤدي ذلك إلى مواجهة المشكلة مواجهة حقيقية تسعى إلى علاج أسباب المشكلة، فمشكلة تعاطي المخدرات هي بالقطع مشكلة مجتمعية قبل أن تكون مشكلة فردية أو شخصية.

٢- بالرغم من أن هناك عاملاً بعينه قد يلعب دوراً هاماً في دفع الفرد لتعاطي المخدرات إلا أن ذلك العامل لا يعد سبباً كافياً بمفرده إذا لم يجد من العوامل المجتمعية الأخرى تدعماً قوياً للتعاطي، فعلى سبيل المثال فإن وجود المخدر وانتشاره يمكن أن يمارس دوراً هاماً في عملية التعاطي لسهولة الحصول عليه ولكن ذلك يتطلب بالضرورة وجود استعداد وميل لدى الفرد للتعاطي وهذا الميل والاستعداد عادة ما يدعمه عوامل أخرى مثل وجوده بين أصدقاء متعاطين ، أو تعاطي الأب للمخدرات.

٣- أن فشل الأسرة وظيفياً في القيام بوظائفها المنوطة بها يعد عاملاً هاماً في تعاطي الأبناء للمخدرات، لذا يجب أن تلقى الأسرة اهتمام المجتمع ورعايته حتى تتمكن من القيام بدورها على أفضل صورة، ففي ظل ظروف اقتصادية صعبة قد يعجز رب الأسرة عن الوفاء بمستلزماتها الأساسية الأمر الذي قد يدفعه إلى البحث عن أكثر من عمل لمواجهة تكاليف الحياة مما يترتب عليه غياب الأب طوال النهار وربما جزءاً من الليل أيضاً، وهذا الغياب يؤثر بالضرورة في علاقته بزوجه من جهة وفي علاقته بأولاده من جهة أخرى.

(١) محمد محمود الجوهري، عدلي محمود السمري: الأسباب الاجتماعية لظاهرة انتشار المخدرات في

المجتمع المصري، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد الثاني، أبريل ١٩٩٧، ص ص

٤- أن تعاضد دور الرفاق والأصدقاء في دفع الفرد للتعاظم يتطلب اهتماماً بالغاً سواء من جانب الأسرة بصورة مباشرة، أو من جانب المجتمع ككل بصورة غير مباشرة بتوفير سبل سوية لقضاء وقت الفراغ بصورة تحد من انحراف دور الأصدقاء عما هو مطلوب منه.

٥- أن خط الدفاع الأول ضد مشكلة تعاظم المخدرات يكمن في الأسرة بصفة عامة وفي سلوك الأبوين على وجه الخصوص، فسلوك الأبوين بالدرجة الأولى هو النموذج المثالي المطروح أمام أعين الأبناء للاحتذاء به، وهنا يكمن الخطر إذا كان أحد الأبوين أو كليهما يتعاظم المخدر، أو يمارس أى نمط من أنماط السلوك المنحرفة، فليس هناك أعجب من تباكى أب مدمن على أبنه المتعاظم.

٦- أن الاهتمام بتنمية الوعي الديني لدى الأفراد خاصة موقف الدين من قضية تعاظم المخدرات والاتجار فيها يلعب دوراً وقائياً هاماً في مواجهة تلك المشكلة. هذا فضلاً عن الدور الذي يمكن للدين أن يلعبه خلال مراحل العلاج.

رابعاً: علاج الإدمان ودور الخدمة الاجتماعية في العلاج:-

"في الحقيقة لا يؤمن الناس بإمكانية تحرير المدمن من تأثير العقاقير المسببة للإدمان كلية" وطبقاً لروايات عديدة متواترة عن رجال الشرطة العاملين بمكافحة المخدرات، بأن سيارات الإسعاف دائماً ما تحضر سريعاً لحمل المصابين بالإفراط في تعاظم العقاقير كما أن أقسام الاستقبال والطوارئ بالمستشفيات أضحت تتعامل كثيراً مع مثل هذه الحالات بالمقارنة بالماضي، يرون أيضاً أن الظروف المعيشية التي يحياها المدمنون دائماً ما تدفعهم لزيادة الإقبال على تعاظم واستخدام هذه المواد.

ويرى هؤلاء وغيرهم كثر ممن يتعاملون مع مثل هذه الفئات بأن من يتعاظم المواد المخدرة سرعان ما يعود إليها حتى وإن شفى منها سابقاً، وهم في ذلك تغلب عليهم النزعة التشاؤمية حيال صور أو أشكال العلاج من الإدمان، من ذلك مثلاً يرسمون لنا صورة مرعبة بأن أكثر من ٩٠% بالمائة، ممن تماثلوا للشفاء من المواد المخدرة سرعان ما يعودون إليها، ولا ريب أن تلك الرؤية التشاؤمية لهؤلاء رؤيتها

أكثر بالشوارع حيث نملس كيف أن الغالبية ممن تماثلوا للشفاء من المدمنين قد عادوا للإدمان مرة أخرى.

وأنه في فترة تتراوح ما بين خمس إلى عشر سنوات فإن ما بين ٢٥% إلى ٤٠% من هؤلاء يمتنعون كلية عن الإدمان مرة أخرى وهي أيضاً نسبة قليلة للغاية تعكس فشلاً في برامج وسياسات العلاج من الإدمان.

من ناحية أخرى تجد أن المستجدات الناجمة عن الدراسات الحديثة لا تمثل استثناءات عما أشرنا إليه سابقاً بهذا الصدد، فمن خلال الملاحظة المباشرة لمجموعة سابعة من المدمنين بعد فترة تراوحت من سبع إلى ثماني سنوات، يتبين لنا أن حوالي ٣١% من العينة الخاضعة للدراسة تتمكن من الشفاء التام من الإدمان، ما يعنى أن معدلات التحرر من الإدمان في الأجل الطويل أكبر بكثير من نظيراتها بالأجل القصير^(١).

جاء في أول تقرير سنوي صادر عن المكتب المركزي المصري لمكافحة المخدرات، وكان ذلك في سنة ١٩٢٩ أن مشكلة إدمان المخدرات تحتاج إلى الدراسة المتأنية وقد اقترح التقرير في هذا الصدد عدداً من "الموضوعات لكي تتناولها مناقشات بالغة الجدية يتولاها رجال القانون والطب وعلم النفس" وفي سنة ١٩٦٠ ظهرت البوادر الأولى لما تبشر به هذه النظرة العلمية المستنيرة، فقد نص في القانون ٨٢ لسنة ١٩٦٠ على أن الدعوى الجنائية لا تقام ضد المدمنين الذين يتقدمون من تلقاء أنفسهم بطلب العلاج في إحدى مصحات الدولة، وجاء في القانون ، بالإضافة إلى ذلك، أنه في بعض الأحوال يجوز للمحكمة أن تحكم على المدمن الذي يحاكم جزاء على إدمانه ، بالعلاج الإجباري في إحدى مصحات الدولة بدلاً من أن تحكم عليه بالسجن (وفي هذه الأحوال لا يجوز للمدمن أن يغادر المصحة قبل مضي ستة شهور على إيداعه، ولا أن يبقى فيها مدة تزيد على سنتين، وذلك حسبما تقرر لجنة تشكل لهذا الغرض) ونتيجة لوجود هذا النص في القانون فقد أنشئ آنذاك عنبر خاص ملحق بمستشفى الخانكة

(١) Gerry V. Stimson and Edna Oppenheimer: Heroin Addiction "Treatment and Control in Britain", Tavistock Publications, USA, First Published, 1982, P.155-156

للأمراض النفسية، وذلك لعلاج حالات الإدمان. ولقد لقي هذا النص القانوني في 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 العلاجي لم يتضمن أى شئ مميز له، إذا كان يحتوى على جزئين أساسيين هما:

١- خطوة إزالة سموم المخدرات من البدن.

٢- برنامج للعلاج بالعمل.

وشيناً فشيناً انطفأ الحماس المبكر وتحول إلى شعور بخيبة الأمل. وفي الوقت الراهن ينظر إلى هذه الخبرة برمتها بقدر كبير من التحفظ^(١).

مثلاً إدمان أو تعاطى الهيروين يسبب جملة من الأعراض والمشكلات الصحية لمتعاطيه تستلزم ضرورة التدخل لمعالجتها ونجد أن الخطوة الأولى في تبنى سياسة علاجية مناسبة تتمثل في ضرورة تحفيز المدمن على التغيير وحينئذ يمكن للعلاج المتبع أن يؤتي ثماره بمعنى آخر لكى يمكن للعلاج أن يأتى بنتيجة إيجابية مع العميل أو المدمن فعلى هذا الأخير أن يتقبل فكرة ضرورة التغيير وأن يتم تحفيزه بالطريقة المناسبة لتبنى هذا التغيير، وتتم هذه الطريقة من خلال إثارة وعى العميل المدمن بخطورة إدمان الهيروين وتبصيره بالمضار والمخاطر الناشئة عن استمراره في الإدمان والعمل على ضمان مشاركة العميل المدمن في السياسة العلاجية المتبعة ، وبصفة عامة نجد أن الأسلوب العلاجي المتبع هنا يقوم على التعديل أو التغيير السلوكي للمدمن أو تحديداً على تغيير جملة الاتجاهات الثابتة بيقين وعقيدة المدمن والتي تدفعه دفعاً للتعاطي أو للإدمان فإذا ما تغيرت هذه الاتجاهات لدى الفرد المدمن أمكن وقتها اتباع أساليب علاجية للتخلص من تأثيرات الهيروين السامة على عقل وجسد المدمن بسهولة.

(١) مصطفى سويف: مشكلة تعاطى المخدرات (بطرة علمية) ، مرجع سبق ذكره، ص ص ١١٨ - ١١٩

من الأهمية بمكان أن يؤمن المدمن بأنه يعاني من مشكلات شخصية ناشئة بالأساس عن سلوكياته وتصرفاته هو، كما يجب على المعالج أن يرسخ بذهن المدمن بأنه وحده المسئول عن الحالة التي وصل لها بفعل إدمان الهيروين وألا يحب أن يلقي اللوم على طرف آخر وناحية أخرى ومن الضروري وجود علاقة مباشرة وقوية بين كل من المعالج والمدمن وأن يقف دور المعالج على مساعدة المدمن على اتخاذ القرارات التي تتعلق به كما يتعلق دوره أيضاً في زيادة ثقة العميل بذاته وبفدريته الشخصية على النهوض من هذه الحالة التي يمر بها.

الخلاصة أن على المعالج أن يهيئ المناخ أو الجو الملائم لتحفيز العميل على البدء باتخاذ قرار العلاج من الإدمان، وتتحقق هذه الحالة أو هذا المناخ فقط إذا وعى العميل بخطورة تأثير الإدمان على عقله وجسده ومن ثم على تصرفاته مع المجتمع المحيط به وفي نفس الوقت يكون على وعى بالاحتمالات الناتجة عن تبنيه لاستراتيجية التغيير^(١).

إن الهدف الأول لمعالجة المدمن الشاب هو جعله يمتنع عن التعاطي فالامتناع هو أساس الوقاية، وهو حجر الزاوية في عملية إعادة التأهيل.

ويعتبر التوقف عن استهلاك المخدر هو أول خطوة هامة من أجل إعادة التأهيل ، وينطوي هذا بالنسبة لبعض العقاقير ، وخصوصاً الهيروين والكوكايين ، على ظهور أعراض مؤلمة ومحرزنة واكتئابية،ويمكن التخفيف من هذه الأعراض عن طريق أدوية معينة يتم تعاطيها في داخل المستشفى^(٢).

فالهدف الأساسي لعلاج الإدمان هو مساعدة المدمنين على أن يعيشوا حياة سعيدة بمساعدتهم على البعد عن المخدر الذي يسبب لهم الإدمان مما يساعدهم على التغلب على كثير من المشكلات الراجعة للإدمان ويتطلب ذلك التشجيع الدائم ومحاولة تبني خطوات متدرجة تعمل على تثبيت أي تحسن يحدث لدى المدمن^(٣).

(١) Gerald Bennett: Treating Drug Abusers, Routledge, London, First Published, 1989, P 29-30

(٢) إبراهيم نافع: مرجع سبق ذكره، ص ٤١

(٣) سامي محمود أبوبيه: مرجع سبق ذكره، ص ٢٨

وفيما يلي عرض لبرنامج العلاج المتكامل:

أولاً: مرحلة ما قبل التغير Precontemplating Stage:

وهي المرحلة التي تمثلها مجموعة المتعاطين ذوي الدرجة العالية من الدافعية ولكن في اتجاه استمرارية سلوك التعاطي دون تغييره.

وفي ضوء ذلك تتحدد مجموعة التدخلات العلاجية التالية:

١- استراتيجية تنمية دافعية الفرد في اتجاه التوقف عن التعاطي.

وتتحدد أساليب المقابلة الدافعية في:

أ- قدرة المعالج على التكرار العاطفي والانفعالي لجمل وكلمات المريض المشحونة بالدافعية حيث يحاول المعالج أن ينتقى ويركز على مجموعة الجمل التي يعبر بها المريض عن الدافعية في اتجاه التغيير.

ب- قدرة المعالج على صياغة وإدخال مجموعة المعلومات المعطاة له من قبل

المريض في إطار بنائي ذي معنى، فقد يساعد المريض كثيراً أن يتم التعرف على

ج- مجموعات المعلومات التي يطرحها هو، ولكن في إطار بنائي ذي معنى يعطى

المريض فهماً أعمق لظروفه النفسية الاجتماعية الانفعالية الطبية^(١).

ثانياً: مرحلة العزم على التغير Contemplating Stage

وهي تلك المرحلة التي تمثلها مجموعة المتعاطين الذين يعانون صراعاً واضحاً

بين مجموعة النواتج الإيجابية والنواتج السلبية المترتبة على التعاطي، ولكنهم لم يقتنعوا

بعد بأن النواتج السلبية تفوق حدود النواتج الإيجابية، وأنهم لن يستطيعوا العيش بدون

التعاطي.

التدخلات العلاجية المقترحة لهذه المرحلة.

١- استخدام استراتيجيات تنمية الدافعية.

(١) دليل الأخصائي النفسي في الوقاية والعلاج من الإدمان: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي،

القاهرة، ١٩٩٩، ص ص ١٢٨ - ١٢٩

٢- العلاجات النفسية الجماعية الموجهة حيال موضوعات محددة : ومنها: هل مشكلاتنا سبب أم نتيجة للتعاطي.

٣- العلاج المعرفي المستخدم لإيجابيات وسلبيات التعاطي وعدم التعاطي.

٤- المحاضرات التنقيفية النفسية المتمركزة حول موضوعات الحيل الدفاعية والدفع العاطفي الأسري مقابل اللذة الناتجة عن التعاطي والاضطرابات الأسرية الناتجة عن التعاطي.

ثالثاً: مرحلة التغيير الفعلي The Action Stage

وتتمثل المرحلة التي يصل فيها المتعاطي إلى اتخاذ قرار التغيير لسلوك التعاطي وهو ما يدعو في هذه الحالة إلى تقرير مجموعة تدخلات التغيير السلوكي والبيئي . وفى ضوء ذلك تتحدد الأهداف الرئيسية لهذه المرحلة في تغيير السلوك الذي قد تم تعلمه جيداً كما هو في حالة السلوك الاعتمادي، وتتمثل بالتالي مجموعة التدخلات اللازمة خلال هذه المرحلة:

١ - على مستوى العلاجات الجماعية:

أ- نموذج بدوين:-

- تنمية القدرات على مراقبة الذات.
- تقييم الذات وتحديد ما يجب تعديله وما يجب الإبقاء عليه.
- برنامج تعديل السلوكيات التي تم الاتفاق عليها.

٢ - العلاج المعرفي:-

التدريب على الرصد ثم التحكم، فالتعديل للأفكار الميسرة للتعاطي، واستبدالها بالأفكار المثبطة للتعاطي.

رابعاً: مرحلة المحافظة على استمرارية حالة التغيير Maintenance Stage

وتشير إلى المرحلة التي يتم فيها تسجيل وتثبيت السلوك الذي تم تغييره، والتي من خلالها يخرج الفرد من دائرة التغيير إلى حياة خالية من المخدرات.

بهذه الصورة نجد أن أحد التدخلات الأساسية في هذا النطاق هو برنامج الوقاية من الانتكاس المتضمن تحديد المواقف الخطرة المنبئة بحدوث التعاطي في فئاتها الثلاث:

١- المواقف الخاصة بالضغط الاجتماعي.

٢- المواقف الخاصة بالمشكلات.

٣- حالات الاضطراب المزاجي الانفعالي.

ومن ثم أساليب المواجهة الخاصة بكل فئة من فئات المواقف الخطرة والتي تتمثل في:

أ- التدريب على مهارات تأكيد الذات لأولئك الذين يعانون تلك المواقف كمواقف منذرة بإحتمالية الانتكاس للتعاطي.

ب- مهارات حل المشكلات بالنسبة لأولئك الذين يعانون تلك المواقف.

ج- العلاج المعرفي لأخطاء التفكير، قائمة الأحداث السارة بعيداً عن التعاطي ، الاسترخاء العضلي العميق.

د- التدريب على تطبيق نموذج الإدمان الإيجابي وممارسته كبديل^(١).

وفيما يلي عرض لتقارير منظمة الصحة العالمية وبخاصة تقريرها الشهير عام

١٩٩٢ لتبين مدى صعوبة تغطية نظم العلاج الشامل لكافة أنواع علاج الإدمان^(٢):-

١- إن عدداً لا بأس به ممن يعالجون من الإدمان سرعان ما ينتكسون ويعودون مرة

أخرى للإدمان ما يعنى ضياع تلك التكاليف التي أنفقت على علاجهم، لذا يرى

البعض ضرورة التركيز على طبيعة المشكلات المتعلقة بالإدمان والاقتناع بها

كمشكلات صحية يجب التدخل بشأنها للتغلب عليها بطرق علمية ومن ثم يمكن

تبين طرق العلاج أو رسم سياسات صحية علاجية ناجحة لهذه المشكلات بما يعنى

(١) دليل الأخصائي النفسي في الوقاية والعلاج من الإدمان : مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٣١ - ١٣٤

(٢) Harald Klingemann, Geoffrey Hunt: **Drug Treatment Systems in an International Perspective** , Drugs, Demons and Delinquents", Sage Publications. London, 1998, p. 271-272

وجود مشكلة صحية مترتبة على الإدمان هو الخطوة الأولى للتوصل لطرق علاج ناجحة فعالة، من ناحية أخرى لا يجب أن نغفل الإجراءات أو التدابير الأخرى المصاحبة لبرامج أو سياسات العلاج هذه مثل الاستعانة بالخدمة الاجتماعية ومناهجها المختلفة في إعادة تأهيل هؤلاء الأشخاص الذين أمكنهم التغلب على مشكلات الإدمان ضماناً لعدم عودتهم للمادة المخدرة مرة أخرى .

٢ وحتى على فرض عدم وجود العنصر السابق فمن المؤكد أن التغطية الصحية العلاجية الشاملة لا يمكنها ضمان تمويل كافة تكاليف العلاج من الإدمان خاصة مع تنوع أو تعدد حالات الإدمان، فمع زيادة التوجه نحو نظم التأمين الصحي الشامل نجد ثمة زيادة موازية أيضاً في زيادة في التكاليف العلاجية الصحية خاصة في البلدان الصناعية الأوروبية وعلى الأخص في الفترة التي تلت نهاية الحرب العالمية الثانية، ولكن الممارسات الفعلية بنيت خلال تلك الفترة أن ثمة قصور إداري أو عجز الدول الغربية الأوروبية عن الوفاء بفكرة التغطية الشاملة الطبية ومن بينها تغطية بعض المشكلات الصحية وعلى رأسها مشكلة الإدمان.

٣- صعوبة الوصول العادل لهذه الخدمات العلاجية من الإدمان حتى ولو فرضنا وجود تغطية علاجية صحية شاملة.

٤- نتجاهل دائماً وجود شريحة من البشر المدمنين وهم السجناء وهؤلاء بمعزل دائم عن التمتع بهذه الخدمات العلاجية الصحية الشاملة إن وجدت.

ونظراً لأهمية الاعتبارات الاجتماعية والبيئية التي تقف وراء ظاهرة الإدمان نجد أن الخدمة الاجتماعية طوال تاريخها المهني قد اهتمت بهذه الاعتبارات عند تحليل ظاهرة الإدمان، خاصة وأنها كمهنة تعنى بشكل خاص بدراسة التغيرات التي تطرأ على السلوك الاجتماعي والمشكلات التي يتعرض لها العميل من جراء تعرضه لهذه التغيرات الاجتماعية المحيطة به، لذا نجد أن الخدمة الاجتماعية تهتم بشكل خاص بالسعي لتحسين الوظيفة الاجتماعية للفرد، من خلال تحليلها للعلاقات والأنشطة الاجتماعية التي يخوضها الفرد مع الآخرين

بالمجتمع ومن ثم تعنى الخدمة الاجتماعية بشكل خاص بدراسة أسباب الفشل الوظيفي الاجتماعي.

من ناحية أخرى تؤمن الخدمة الاجتماعية أن المجتمع يوفر منظوراً أو رؤية شاملة للعالم في نظر الفرد، أى أن الفرد يستطيع تكوين تصور شامل للعالم الذي يحيط به من خلال نوعية العلاقات الاجتماعية والخبرات المكتسبة من الوسط الاجتماعي الذي يحيا فيه، وإذا كانت البيولوجيا تمكننا من فهم طريقة عمل الأجهزة الداخلية في الكائن الحي وعلى رأسها الإنسان فإن المجتمع يمثل الوسيط الذي يحقق التوازن بين داخل وخارج الإنسان، وإذا كانت المواد المسببة للإدمان أو العقاقير المخدرة بصفة عامة تؤثر على مقدرة الفرد على رؤية العالم الخارجي بصورة صحيحة وإذا كانت تؤثر أيضاً على طبيعة العلاقات الاجتماعية التي يقيمها الفرد مع الآخرين أو المجتمع المحيط به. ولأن المخدرات تؤثر أيضاً على المقدرة الوظيفية للجسم والمخ البشري، فإن الخدمة الاجتماعية تهتم بشكل خاص بدراسة هذه الظاهرة محاولة منها لإعادة التوازن بين الناحية البيولوجية للفرد مع المحيط الاجتماعي له، وبالتالي نجد أن الخدمة الاجتماعية تهتم بدراسة المشكلات الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد من جراء خضوعه للمواد المسببة للإدمان.

ولكي يمكن فهم مشكلة إدمان العميل فإنه يجب علينا أولاً فهم السياق الاجتماعي المحيط به سواء من حيث علاقاته الاجتماعية بالأسرة أو بالجماعة التي ينتمي لها أو بالمجتمع الكبير أيضاً من الأهمية بمكان أن نفهم جيداً السياق الكبير الذي يحيا به الفرد والذي أحياناً كثيرة ما يؤثر على حياته مسبباً له مشكلات اجتماعية عديدة تدفعه للإدمان أو الهروب من هذه المشكلات^(١).

(١) James G.Barber: Social Work With Addictions, Palgrave Macmillam, New Your, Second edition, 2002, P.37- 40.

أما عن الدور العلاجي للخدمة الاجتماعية:

ويتمثل فيما يلي^(١):-

- ١- عندما يشترك الأخصائي الاجتماعي في الفريق المعالج للمدمنين فإنه يقوم ببحث حالة المدمن اجتماعياً وتقديم تقرير مفصل لأعضاء الفريق العلاجي ليكون على دراية بظروفه الاجتماعية والأسرية والاقتصادية والأسباب والظروف التي دفعته للإدمان.
- ٢- يقوم الأخصائي الاجتماعي بمساعدة المدمن على إدراك حقيقة ذاته ودوره الاجتماعي في الأسرة وفي المجتمع ومساعدته على التوافق الاجتماعي والنفسي.
- ٣- مساعدة المدمن على تغيير الظروف البيئية التي دفعته إلى الإدمان.
- ٤- تقديم مختلف الخدمات الاجتماعية التي يحتاجها المدمن فهو قد يكون انقطع عن العمل وبالتالي قل أو انعدم مصدر دخله إذا كان يعمل فهو في حاجة إلى مساعدة اقتصادية فيساعده الأخصائي الاجتماعي على ذلك ومساعدته على العودة للعمل أو للمدرسة.
- ٥- العمل على حل المشكلات المختلفة التي تواجه المدمن أو التي ترتبت على إدمانه للمخدرات كأسلوب يساعد في التخفيف من الضغوط النفسية والاجتماعية على المدمن مما يساهم في سرعة عودته للحياة الطبيعية.
- ٦- العمل مع الجماعات العلاجية للمدمنين وتولى دوره فيها ومساعدة الجماعة على وضع وتصميم برامجها وأنشطتها لتحقيق الأهداف العلاجية.
- ٧- تهيئة البيئة الأسرية لاستقبال المدمن العائد من العلاج وتوجيه أفراد الأسرة لكيفية معاملته وإعطائه الثقة في نفسه وتدعيم قيامه بدوره الاجتماعي في الأسرة.
- ٨- متابعة المدمن العائد من العلاج في بيئته الطبيعية حتى يتم التأكد من عدم عودته للإدمان مرة أخرى وتدعيم التغييرات الإيجابية التي حدثت في ذات المدمن وسلوكه

(١) أحمد محمد السنهوري وآخرون: مرجع سبق ذكره، ص ص ١٤٣ - ١٤٥

في الأسرة والعمل على مواجهة ما يظهر من مشكلات وصعاب قد يؤثر على إرادته في البعد عن الإدمان.

وتعتمد الخدمة الاجتماعية في تصديها بالعلاج لمشكلة إدمان المواد المخدرة على مناهج أو مداخل مستمدة من البحوث الطبية - البيولوجية ، وعلى العديد من المناهج البحثية الأخرى . فمن المؤكد أن المشكلات المرتبطة بالإدمان مثل الانسحاب ، الاعتمادية ، التعاطي للمواد المخدرة ، كلها أمور يصعب فهمها تماماً بعيداً عن البحوث الطبية - البيولوجية ، يعني أن الخدمة الاجتماعية المعاصرة في طريقها للتعامل مع مشكلات الإدمان لا يمكنها أن تعتمد فقط على البحوث والنظريات السلوكية لتفسير وفهم دوافع السلوك الإدماني للفرد.

نموذج الخدمة الاجتماعية لعلاج مشكلة إدمان المخدرات :

يمكن اللجوء لنظرية الخدمة الاجتماعية وطرق ممارستها للتعامل مع مشكلة الإدمان بطريقة إيجابية فمن المنظور النفسي - الاجتماعي ، يمكن ملاحظة أن الإدمان كمسكلة معقد ومتداخل للغاية ، فمن خلال النظرية النفسية الاجتماعية التعرف على كافة المشكلات والأعراض المصاحبة لمشكلة الإدمان وتحليلها تحليلًا صحيحًا يمكن أيضاً أن نتعرف على نقاط الضعف والقوة لدى العميل الخاضع للعلاج وبالتالي يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يتعامل جيداً مع هذه المشكلات أو الأعراض من خلال تعزيزاً أو تقوية نقاط الضعف⁽¹⁾

مراحل العلاج النفسي - الاجتماعي

الإعداد	الاستقراء	التفاوض	التدخل	التقييم
المعرفة	العلاقة	التقدير	العلاج	المتابعة
الاتجاهات	الدافعية	تحديد الأسلوب	الرعاية الأولية	الوقاية
الإشراف	المعلومات	تقديم المشورة	التعاون	الشراكة

(1) - Francis J. Turner : Psychopathology "A Social Work Perspective" , A Division of Macmillan, Inc, New York, 1984, p.452-453

ومن خلال التعرف على هذا النموذج نجد أن العلاقة بين طرفي العلاج الأخصائي الاجتماعي والعميل لدرجة التفاوض بشأن طبيعة ونوعيتها المنهج المستخدم للتدخل وإثارة دافعيته لتغيير السلوك المسبب للإدمان لديه، ولكن قبل الدخول في مرحلة تحفيز العميل

يجب على طرفي عملية العلاج الإجابة على الأسئلة التالية:

- هل من مشكلات مرتبطة بالإدمان فعلاً من وجهة نظر العميل؟
- إذا كانت الإجابة بنعم، يمكن للمعالج التدخل، وإذا كانت الإجابة بالنفي يجب الاستعانة هنا بأساليب التفاوض
- هل يرغب العميل فعلاً في التغيير؟
- إذا كانت الإجابة بنعم، يمكن للأخصائي الاجتماعي المعالج إتباع طريقة التدخل أو الخطة الموضوعية لهذا، وإذا كانت الإجابة بالنفي، عليه أن يستعين بالتفاوض.
- هل يمكن الوصول لاتفاق بين الطرفين حيال ما يرغبه العميل فعلاً من التغيير؟
- فمن المؤكد أن التوصل لاتفاق بشأن عملية التغيير مرهون بضرورة تعرف كلا من العميل والأخصائي الاجتماعي المعالج على وجهة نظر ثابتة ومحددة بشأن التغيير المطلوب الوصول إليه، وكيفية الوصول لهذا التغيير، وقتها يمكن إثارة دافعية العميل وتحفيزه على تغيير السلوك المسبب للإدمان واستبداله بسلوك آخر مقبول اجتماعياً⁽¹⁾

(¹) Francis J. Turner: op. Cit , p.453-454