

الفصل الثالث

تطور النظرة المصرية لعقار الأفيون

أولا : نظرة تاريخية تشريعية : -

شغلت مشكلة إدمان المخدرات عموما بال المسئولين منذ زمن بعيد ، والدليل على ذلك أن أول تشريع كان سنة ١٨٧٩ وهو أمر عال يحرم فيه استيراد الحشيش كما ينص على مصادرة ما يرد منه ومنع زراعته (محمد نجيت الملاح ١٩٣٨) . .

ولكن مما يثير الدهشة أن المشرع المصرى لم يتدخل فى مسألة الأفيون إلا فى قانون سنة ١٩٢٦ وفى الفترة من سنة ١٩١٨ إلى سنة ١٩٢٠ ، ففى سنة ١٩١٨ صدر أول قانون يحرم زراعة الأفيون لأسباب اقتصادية إذ أريد تخصيص الأراضى لزراعة الحبوب أثناء الحرب ، وقد نص هذا القانون على رفع هذا الحظر بمجرد عدم الحاجة إليه ، وفعلا صدر قرار وزير الزراعة سنة ١٩٢٠ باباحة زراعة الأفيون كما كانت .

وتلا ذلك صدور قانون سنة ١٩٢٥ الذى نص فى المادة (٣٠) على وجوب الحصول على إذن من وزارة الداخلية لكل من يريد أن يشتري الأفيون وأن يقوم بتصديره للخارج .

ثم صدر قانون سنة ١٩٢٦ الذى منع زراعة الأفيون واعتبرها مخالفة عقوبتها الحبس بما لا يزيد عن سبعة أيام والغرامة إلى مائة قرش أو إحدى العقوبتين .

ثم صدر العديد من القوانين بعد ذلك وكلها تتجه نحو شيء واحد هو التشديد العقابي ، ففي عام ١٩٢٨ زادت العقوبة وأصبح الحكم بالحبس مع الشغل من سنة إلى خمس سنوات وبغرامة من ٢٠٠ جنيه إلى ١٠٠٠ جنيه بالنسبة للتجار ، وبالنسبة للمتعاطي أصبحت العقوبة من ستة شهور إلى ثلاث سنوات وبغرامة من ٣٠ جنيها إلى ٣٠٠ جنيه . كذلك اتجه قانون سنة ١٩٤٤ في نفس اتجاه التشديد العقابي .

وفي عام ١٩٥٢ صدر قانون رقم ٣٥١ الذي وصلت فيه العقوبة إلى الاشغال الشاقة المؤبدية مع رفع الغرامة من ٣٠٠٠ جنيه إلى عشرة آلاف جنيه بالنسبة للتاجر ، من ٥٠٠ جنيه إلى ٣٠٠٠ جنيه بالنسبة للمتعاطي مع السجن ستة أشهر كحد أدنى للعقوبة (تقرير وزارة الشئون) .

وفي عام ١٩٦٠ صدر القانون رقم ١٨٢ الذي عدلت بعض أحكامه بالقانون رقم ٤٠ لسنة ١٩٦٦ وارتفعت العقوبة إلى إعدام المهرب في حالة العودة وتجريم كل من يوجد في جلسة التعاطي فيما بعض الأقارب من الأصول بالنسبة لصاحب مكان التعاطي (سعد المغربي ١٩٦٢) .

والمتبع للمشروع المصري يجد أنه في تصاعد مستمر بالعقوبة فبدأت باعتبارها مخالفة وانتهت في آخر تشريع لها باعتبارها جناية ، والتصاعد بالعتاب قد يوهم البعض أنه كفيلا بالقضاء على الظاهرة موضع التشريع ، ولكن هذا غير صحيح ولا جدوى منه إذ يقول دكتور على راشد : « أنه لا جدوى من تصعيد العقاب على الاتجار في المخدرات أو تعاطيها والاعتقاد بأن ذلك يقضي على آفة المخدرات هو وهم كبير والدليل على ذلك ما تشير إليه الاحصاءات الجنائية من ازدياد مطرد في حجم جرائم الاتجار في المخدرات وتعاطيها .

كذلك فان تشديد العقوبة يؤدي إلى تخرج المحاكم عن تطبيق هذه

العقوبات الشديدة وتلمس أسباب البراءة والتخفيف على المتهمين ، وتعتمد المحاكم في كثير من الأحوال إلى نفي نية الاتجار عن المتهمين والاكتفاء بعقوبة التعاطى على الرغم من أن ظاهر الحال يخالف ذلك ، وأن نسبة كبيرة من نزلاء السجون المصرية حوالى الثلث من المحكوم عليهم بالاتجار أو تعاطى المخدرات وهذا بالطبع يلقي عبئا كبيرا على جهاز السجون دون فائدة تذكر ، وبالإضافة إلى ذلك فإن اعتبار التعاطى جناية خطيرة يمنح رجال الضبط سلطات واسعة في دخول المنازل وتفتيشها والقبض على الأفراد. وهذا انتهاك خطير للحريات . (على راشد ١٩٦٨) .

ويبدو أن المشرع لم يبذل أى محاولة جادة لفهم العوامل التى تؤدى إلى الاقبال على التعاطى ، كما أنه غير مقتنع بعدم جدوى العقوبات الصارمة فى مكافحة تعاطى المخدرات ، وذلك لأنه عند علمه بوجود تجارب عن استخدام مؤسسات خاصة لإيداع مدمنى المخدرات كبديل عن العقوبة السالبة للحرية ، أدخل تدبير الإيداع فى مصحة للمدمنى المخدرات كتدبير جوازى للقاضى إذا ثبت إدمان المتهم (مادة ٣٧-٣ من قانون المخدرات) .

كذلك فإن المشرع كان بعيدا تماما عن الواقع الاجتماعى إذ قرر إلى جانب عقوبة السجن للمتعاطى ، عقوبة الغرامة بحد أدنى ٥٠٠ جنيه وحد أقصى ٣٠٠٠ جنيه مع أن الغالبية العظمى منهم يملكون بالكاد قوت يومهم (سمير الجزورى ١٩٧١) .

ويبين الجدول التالى عدد المسجونين الموجودين بسجون مصر فى الفترة من ٦٨ - ١٩٧١ المحكوم عليهم فى قضايا اتجار أو تعاطى (تقارير مصلحة السجون ١٩٦٨ - ١٩٧١) .

جدول رقم (٢)

بين عدد المسجونين الموجودين في السجون في قضايا اأجار أو تعاطى

السنة	أأجار	تعاطى
١٩٦٨	٣٨٦	٢٣٥٣
١٩٦٩	٢٩٦	٢٣٩٤
١٩٧٠	١٩٤	١٧٧٣
١٩٧١	١٣٢	١٤٧١

ويشمل هذا البيان المحكوم عليهم طبقاً لأحكام القانون رقم ١٨٢ دون تفصيل لنوع المخدر ، فاذا قارنا أعداد المحكوم عليهم بالأأجار في هذه السنوات بالمتهمين في قضايا الأأجار لنفس هذه السنوات (تقارير مصلحة الأامن العام ١٩٦٨ - ١٩٧٢) كما يعرضه الجدول رقم (٣) ..

جدول رقم (٣)

بين عدد المتهمين في قضايا الأأجار بالمخدرات في السنوات من ١٩٦٨ - ١٩٧٢

السنة	عدد المتهمين
١٩٦٨	٥٤٧٥
١٩٦٩	٥٥٩٩
١٩٧٠	٤١٩١
١٩٧١	٣٢٤٤
١٩٧٢	٣٩٢٦

لوجدنا أن تشديد العقاب قد أدى إلى حرج المحاكم ومحاولة إيجاد أى منفذ

لتحويل الجريمة من ألتجار إلى تعاطى ، وإذا قيل أن أعداد المتهمين فى سنة ما لا يمكن مقارنتها بالمسجونين فى نفس السنة وذلك لإجراءات المحاكم فإننا نقول أننا لو قارنا المتهمين فى سنة ١٩٦٨ وعددهم ٥٤٧٥ بالموجودين سنة ١٩٧١ (باعتبار أن إجراءات المحاكم تأخذ ثلاث سنوات) لوجدنا أن المسجونين يشكلون نسبة ضئيلة جدا ٢,٤ ٪ . وهذا يؤكد فشل الألتجاه التشديدى فى العقوبة .

أن اهتمامنا بظاهرة الألتجار نابع من أن الألتاجر هو أول الطريق المؤدية للإدمان . فمع الإيمان بالأحقيقة القائلة أن الإدمان مشكلة سيكولوجية بالدرجة الأولى إلا أننا لا يمكن أن ننكر دور العديد من العوامل الأخرى وأولها الألتاجر الذى يستطيع أن يصطاد ضحاياه ويعلقهم بالعقار
(Hooked by the drug)

ذلك كان الألتجاه الألتاريخى التشريعى لإدمان الأفيون فى مصر ، ومما هو جدير بالذكر أن أقصى مدى لانتشار الألتدرات كان سنة ١٩٢٩ وكان معظمهم من الطبقات العاملة والفلاحين وكان معظمهم يقع فى فئة السن (٢٠ - ٤٠) . وكانوا يعالجون فى مستشفيات السجون أو مستشفيات الحكومة ، كما كان يرسل من أصيب منهم بمرض عقلى إلى المستشفيات الخاصة بذلك وقد علق «دوجن» (١٩٢٩) مدير مستشفى الأمراض العقلية بالعباسية على هذه الزيادة فى العدد بما يلى : « أستطيع القول أن متعاطى الألتدرات مصابون بلوثة عقلية ، وهم يتعاطون هذه المواد رغبة فى الشعور بالسعادة أو الألتخدير أو لأغراض أخرى خبيثة » ، وأيده فى ذلك « ميلر » (١٩٣٠) مدير مستشفى الألتانكة للأمراض العقلية الذى أسند اشتباه الألتدرات إلى نقص عقلى حتى أنه اعتبر وجود مثل هؤلاء المدمنين أمرا لا مفر منه طالما أنه لا مفر من وجود أشخاص ذوى نقص عقلى .

كذلك فإن وجود الألتيازات الألتجنبية فى مصر ساعد على تهريب الألتدرات إلى مصر ويكفى أن يعرف أن نسبة كبيرة من كبار الألتجار كانوا من رعايا الألتجترا أو فرنسا أو إيطاليا واليونان فى الفترة من ١٩٣١ - ١٩٣٥ إذ كانت تبلغ نسبتهم ٨٣ ٪ (محمد نخت الملاح ١٩٣٨) .

ثانياً: نظرة اجتماعية نفسية وعلاجية :-

على الرغم من أن مشكلة إدمان المخدرات بعامة وإدمان الأفيون بخاصة في مصر من المشكلات القديمة إلا أننا لم نصادف دراسات علمية عنيت بهذه المشكلة إلا ثلاث دراسات هي :

- ١- تعاطى الحشيش في الاقليم الجنوبي وقام بها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية سنة ١٩٦٤ .
- ٢- ظاهرة تعاطى الحشيش رسالة ماجستير سنة ١٩٦٥ .
- ٣- سيكولوجية تعاطى المخدرات ، رسالة دكتوراه سنة ١٩٦٦ .

وتتفق هذه الدراسات الثلاث فيما بينها على أن الملمنين يأتون من الطبقات الاجتماعية الدنيا وأن طبيعة أعمالهم عادة ما تكون يدوية غير فنية ، كما أن الأمية منتشرة بينهم بالإضافة إلى أنهم يعدون من ذوى الدخل المنخفض ، وهذا يعنى أن الطبقة الاجتماعية التى ينتمى إليها الملمن المصرى هى الطبقة الدنيا ، وطبقاً لبعض التقارير الإحصائية التى تعدها مصلحة السجون فإنها تؤكد ما قالت به هذه البحوث والدراسات .

وتنظر « مصر » إلى الملمن شأنها شأن معظم - إن لم يكن كل دول العالم - وأعنى بذلك نظرة مزدوجة ، بمعنى أن الملمن إذا قبض عليه متلبساً بتهمة التعاطى فانه يعاقب طبقاً لقوانين العقوبات ، وإذا قام بتسليم نفسه فإنه يعامل باعتباره مريضاً ويودع فى مصحة (للعلاج فترة ثلاثة شهور بقصد شفائه من الإدمان) .

وقد كان المتبع فى بداية الأمر أن يقوم الملمن بتسليم نفسه إلى قسم الشرطة التابع له طالباً إيداعه بمركز علاج الإدمان الموجود بمصحة الأمراض النفسية بالخازنكة ، ثم يقوم قسم الشرطة بتحويله إلى المركز . ولكن هذا

النظام عدل وأصبح من الممكن لأى مدمن أن يتقدم بنفسه إلى المصحة للدخول للعلاج .

ويعتمد العلاج الحالى للمدمنين فى مصحة الأمراض العقلية بالخانكة على عدم إعطائهم أية عقاقير عند الدخول ، بالإضافة إلى عدم صرف أية أدوية يكون من مكوناتها أية عقاقير ذات طبيعة إدمانية ، ويقضى المدمنون فترة ثلاثة شهور داخل العنبر المخصص لهم وغير مسموح لهم بالخروج فى هذه الفترة على الإطلاق ، ولكن المسموح به هو زيارة أقاربهم لهم ، كذلك لاحظنا عدم وجود أية خدمات نفسية من قبيل جلسات العلاج أو التوجيه النفسى ، كذلك لا يوجد أى نشاط مهنى أو رياضى يقومون به ، ولا يوجد أى نظام للمتابعة بعد إنهاء المدة ، كما لا توجد أية خدمات اجتماعية تؤدى لهم باستثناء إعطائهم كتابا يفيد وجودهم داخل المصحة فى الفترة التى قضوها بالمصحة ، ويشرف على هذا العنبر طبيب نفسى ، وهذا العنبر أيضاً مخصص لاستقبال حالات الأمراض العقلية .

وفى رأينا أن هذه الفترة التى يقضيها المدمن تعد فترة سجن فى مصحة للأمراض العقلية .

أما الجهة الثانية التى تقدم العلاج للمدمنين فهى الجمعية المركزية العامة لمكافحة الإدمان (جمال ماضى أبو العزائم ١٩٧١) التى افتتحت أول عيادة لها سنة ١٩٦٩ ، ويعمل بالعيادة طبيب نفسى وأخصائىون اجتماعيون ومرشدون وثلاثة مرضين .

وتتضمن خطة العمل بالعيادة لإجراء بحث اجتماعى للحالة ثم عرضه على الطبيب النفسى الذى يقوم بالفحص النفسى والجسدى ، ثم وضع خطة العلاج بحضور الإخصائى الاجتماعى والمرشد الدينى . وتقوم العيادة بصرف الأدوية المناسبة التى تخفف من أعراض الانسحاب أو تلك التى يحتاج إليها

المدمن كعلاج لبعض أمراض جسمية . وقد حضر للعيادة خلال سنة ١٩٧٠ (١٥٤٠ حالة) يشكل إدمان الأفيون منها ٩٥,٥ ٪ وقد تبين أن هؤلاء المدمنين يأتون عادة من وسط العمال الكادحين وأن ٨٠ ٪ حضروا التماسا للعلاج بعد خمس عشرة سنة من بدء التعاطي ، وأن نسبة ٢٢ ٪ منهم من فئة السن ٤٥ - ٥٠ ، وأن نسبة ٧١ ٪ ظلوا يترددون بانتظام على العيادة لمدة شهر ، وأن ٧٦ ٪ أتوا عن طريق مدمنين سابقين تم علاجهم بالعيادة ، وأن ٧٠ ٪ منهم متزوجون .

ويتميز العلاج بالعيادة بأن تكاليفه المالية أقل وأن المدمن يعود إلى عمله سريعا في مدى أيام ، كما أنه لا يشعر بأى قيد على حريته ، ويشترك في مجتمع علاجي فيه زملاؤه من المدمنين وفريق من المتخصصين ، بالإضافة إلى شعوره السريع بالتحسن الجسمي وتحسين الأوضاع الاجتماعية له عن طريق العون الاجتماعي الذي تقدمه العيادة .

هذان هما الاسلوبان المتبعان في علاج الإدمان في مصر ، الأسلوب الأول يعتمد على الإقامة الداخلية لفترة من الزمن داخل مصحة للأمراض العقلية ، والأسلوب الثاني يعتمد على التردد اليومي لعيادة خارجية تابعة للجمعية المركزية لمنع المسكرات ، كذلك فإن الأسلوب الأول يرفع شعار « لا عقاقير أو كياويات للعلاج » بينما يعطى الأسلوب الثاني العقاقير المساعدة على التخلص من الإدمان .

ومن الأسئلة التي تثار دائما : أين تكون أماكن علاج المدمنين؟ . إن هناك ثلاثة أماكن جربت جميعها في مختلف بلاد العالم وثبت بالتجربة أن هناك أوجه ضعف في كل منها ، وإن كان يبدو أن النوع الثالث منها هو أفضلها (يحي الرخاوى ١٩٧١) . والأنواع الثلاثة هي :

١ - قسم للمدمنين في مستشفى للأمراض العقلية : -

وهو قسم خاص بالمدمنين يقسم إلى وحدة ذات طابع إسعافي

العناية بالحالات الحادة التي يبدأ فيها تقليل العقار ومنعه ، ثم وحدات أخرى لها مستلزمات طبية أقل ولكن بها إمكانيات للعلاج بالعمل والعلاج النفسى الجمعى والعلاج الاجتماعى ، وكذا بها فرص لإعادة التأهيل . ويؤخذ على هذا النوع ارتباطه بمستشفى الأمراض العقلية الذى قد ينفر اسمها كثيرا من المدمنين ويصرفهم عن الالتحاق به .

٢ - قسم للإدمان ملحق بمستشفى عام :-

وهذا النظام ليس متداولاً إلا فى حدود ضيقة ، وفكرته الأساسية تعتمد على أن يشعر المدمن بأنه مازال جزءاً من المجتمع وليس كائناً يجب عزله تماماً . ويؤخذ على هذا النوع أن تواجد وسط المستشفى العام قد يسهل تسرب العقاقير إليه . وأنه إذا كان اختلاط المدمنين بمرضى الأمراض العقلية قد ثبت ضرره لكل من الفئتين ، فإن الأمر يكون أكثر سوءاً باختلاط المدمنين بالمرضى العاديين .

٣ - مستشفيات مستقلة للمدمنين :-

ومن المعتقد أن هذا هو اتجاه المستقبل بحيث يكون لكل نوع من الإدمان وحدات مستقلة حيث ثبت تشابه ظروف بعض المتعاطين لعقار معين واختلافهم كمجموعة عن متعاطى عقار آخر . فدمنو الكحول يختلفون عن مدمنى الأفيون . ولكن بالنسبة للتأهيل فإنهم يشتركون جميعاً فى النشاط الجماعى . وإذا كانت فكرة عزل المدمنين تبدو نقطة ضعف لأول وهلة ، إلا أنها من جانب آخر تحقق الحصول على عناية أكبر وضبط العلاج بصورة أكثر إحكاماً .

ويضاف إلى هذه الأماكن الثلاثة العيادة الخارجية التى أنشئت أساساً لمواجهة الانتشار الهائل الذى لا يتناسب مع إمكانيات المستشفى الداخلية . فالعيادة الخارجية تهيء الفرصة لمتابعة الخارجين من المستشفيات مدداً

طويلة وتساعدهم بالتالى على الاحتفاظ بالتقدم الذى أحرزوه أثناء وجودهم بالمستشفى ، ويمكن أيضاً من خلالها ضبط العود إلى الإدمان فى وقت مبكر وإدخالهم المستشفى قبل ظهور المضاعفات .

ولا تعد العيادة الخارجية بديلاً للمستشفيات ولكنها مكتملة لها فهى سابقة لها إذا كانت الإمكانيات المتاحة لا تسمح بإدخال كل من يحتاج الدخول إلى المستشفى ، فإذا نجح العلاج فإنها تكون قد حققت هدفاً من أهداف المستشفى ، وإذا لم ينجح العلاج فإن على المدمن أن يدخل المستشفى .

من العرض السابق يتبين أن النظام العلاجى الحالى يعد بعيداً إلى حد كبير عن الأنظمة المطلوبة لعلاج هذه الظاهرة الخطيرة ، فالقسم الداخلى موجود بمصحة للأمراض العقلية ، الأمر الذى ترتب عليه فى بعض الحالات أن يصاب بعض المدمنين بالأمراض العقلية بالإضافة إلى إدمانهم .

كذلك فإن العيادة الخارجية تعمل مستقلة تماماً وكأنها قادرة على علاج جميع حالات الإدمان بينما كان من المفترض أن تعمل العيادة كمقدمة لعلاج من تستطيع أن تعالجهم وتحويل الباقى إلى المستشفى ، ذلك لأن نجاح العلاج عن طريق العيادة لا يحدث إلا تحت شروط خمسة هى :

(يحيى الرخاوى ١٩٧١) .

١- أن يكون المريض راغباً فى العلاج وأن تكون المشكلة حديثة إلى درجة ما .

٢- أن يكون الأهل وزملاء العمل متعاونين لتتبع الحالة والتبليغ عن أى أعراض غير طبيعية فى أثناء فترة الامتناع أو عند الشك فى الرجوع إلى العقار .

٣- أن تكون شخصية المريض قبل التعاطى من النوع المتكامل التى تخلو

من السيكوباتية التي قد تدفعه إلى استعمال العلاج بالعيادة الخارجية
لأغراض أخرى غير الانقطاع عن المخدر .

٤- أن يكون العلاج بها خطوة مبدئية ، إذا ما فشلت فلا بد من اللجوء
إلى البديل وهو دخول المستشفى .

٥- أن يكون ارتباطها وثيقاً بالمستشفى حتى تتم المتابعة بعد الخروج ولفترة
لا تقل عن سنتين .

هذا ولم نجد أى محاولات لتطوير علاج الإدمان في مصر من أى من
الجهات المسؤولة عن ذلك ، سواء كانت وزارة الصحة أم الجامعات
أم الجمعية المركزية لمنع المسكرات ، فيما عدا ما وجدناه فيما تضمنته
الخطة العشرية (١٩٧٠ - ١٩٨٠) لوزارة الشؤون الاجتماعية من إنشاء
مجموعة من المؤسسات باسم مؤسسات تأهيل متعاطي المخدرات في مصر
للقيام بعملية التأهيل. لهم وتنقسم هذه المؤسسات المقترحة إلى سبعة أقسام
رئيسية هي :-

١- قسم الاستقبال والملاحظة .

٢- القسم الطبي :

(أ) فحص طبي عام .

(ب) فحوص طبية نوعية .

(ج) تحاليل طبية متخصصة .

(د) علاج طبي - لتحرر من أثر المخدر .

(هـ) فحص طبي نفسى .

(و) علاج طبي نفسى .

٣- القسم الاجتماعى :

(أ) خدمة فرد - بحث المشكلات الخاصة بالفرد وأسرته .

(ب) برامج جماعات .

(ج) برامج ترفيه .

(د) برامج التكيف الاجتماعى .

(هـ) مساعدات للأسرة والفرد .

٤ - القسم النفسى :

(أ) تقييم القدرات العامة والخاصة .

(ب) تقييم الشخصية والتكيف الشخصى .

(ج) دراسة المشكلات السلوكية .

(د) ارشاد نفسى .

(هـ) الاشتراك فى العلاج النفسى .

٥ - القسم المهنى .

(أ) التقييم المهنى .

(ب) التوجيه المهنى والمشورة المهنية .

(ج) التدريب المهنى - زراعى - صناعى - أعمال كتابية .

(د) التوظيف فى أعمال مناسبة .

٦ - قسم الرعاية الداخلية .

(أ) الإقامة الداخلية .

(ب) التغذية .

(ج) مختلف شئون الحياة اليومية (غسيل - كى ... إلخ) .

٧ - تتبع استقرار الفرد فى المجتمع .

يتبين مما سبق أن مصر قد عرفت الأفيون منذ وقت بعيد ، وأن مشكلة إدمان الأفيون من المشكلات التى نعانى منها فى مصر . وعلى الرغم من ذلك فإن الجهود العلاجية لهذه المشكلة تعد متخلفة تماما وتقوم الجهود الحالية بدون أساس علمى تستند إليه أو فاسفة تحاول تطبيقها ، وحتى المشروع الذى تقرحه وزارة الشئون الاجتماعية يطابق تماما مؤسسات رعاية الاحداث .

إن أى خطة للعلاج يجب أن تستند - من وجهة نظرنا - إلى حقيقة أساسية مؤداها أننا أمام مشكلة نفسية بالدرجة الأولى ، إننا أمام شخصية معتلة وأن التركيز يجب أن يكون على إعادة تكوين هذه الشخصية وتقويتها ، فالعقاقير عموماً والأفيون بخاصة موجود أساساً داخل شخصية المدمن وليس خارجها ، وعلى ذلك فالتركيز يجب أن يكون على الشخصية نفسها ، كما يجب الاستفادة من الخبرات العلاجية التي تمت في الخارج ومحاولة تطويرها لتلائم البيئة المصرية ، وليس من الضروري أبداً أن نخترع ما هو موجود بالفعل . .