

مشكلة المخدرات

بنظرة علمية (*)

تعتبر مشكلة المخدرات من أعقد المشكلات التي تواجه المجتمعات في الوقت الحاضر. ولا يكاد يفلت منها أى مجتمع، سواء كان متقدماً أو نامياً. فهى فى الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وانجلترا لا تقل تعقدا عنها فى نيجيريا أو زائير أو تايلاند. وقد ترتبت على ذلك عدة نتائج، يأتى فى مقدمتها أنه لابد من تناول المشكلة بأسلوب علمى، حتى يمكن فهمها فهماً دقيقاً يساعد على التصدى لها بأكفا صورة ممكنة. كذلك ترتبت نتيجة أخرى هى: ضرورة استنهاض قدر عال من التعاون الدولى بحيث تستفيد الدول فى هذا المجال من خبرات بعضها البعض، كما يمكن التنسيق بينها على المستوى الدولى فى مكافحة التهريب والاتجار غير المشروع فى المواد المخدرة. وفى هذا الفصل نقدم للقارئ فكرة موجزة عن النظرة العلمية الحديثة إلى هذه المشكلة المؤرقة.

الأبعاد الثلاثة لمشكلة المخدرات:

تقتضى النظرة العلمية أول ما تقتضى أن نحلل المشكلة إلى أبعاد ثلاثة رئيسية، هى: العرض، والطلب، والنتائج الصحية والاجتماعية المترتبة على التعاطى.

ويقصد بالعرض حالة السوق غير المشروعة، من حيث أنواع وكميات المخدرات المتاحة فيها، ومدى انفتاح السوق فى مجتمع معين على أسواق بعينها فى مجتمعات أخرى. والمقصود بمدى الانفتاح هذا هو: تحديد موقع السوق المحلية (فى المجتمع) بالنسبة لخريطة طرق التهريب فى هذا الجزء من العالم الذى

(*) مجلة الأمن القومى (دبى) ١٩٩٣.

يقع فيه المجتمع الذى يعيننا. فإذا تحدثنا عن موضوع العرض فى إحدى الدول العربية، ولتكن - مصر - مثلاً، كان المقصود فى هذه الحال هو أنواع المخدرات المعروضة فى السوق غير المشروعة فيها، وكمياتها، وطرق التهريب المتصلة بهذه السوق، سواء كانت هذه الطرق تأتى إلى مصر لتصب فيها، أو لتعبرها. لا بد من الإلمام بهذه الجوانب جميعاً لكى نضمن إلى أننا على معرفة جيدة بحالة العرض فى هذا المجتمع، ومن أفضل المصادر لمعرفة أنواع المواد المعروضة وكمياتها فى السوق غير المشروعة فى بلد كمصر - التقارير السنوية التى تنشرها الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، أو ما يعادلها من إدارات أمنية فى أى بلد آخر، وهنا يقدر الخبراء أن ما يرد ذكره فى تقارير المضبوطات إنما يمثل جزءاً محدوداً من جملة المعروض، أى من جملة ما تسرب إلى المستهلك دون أن يمكن ضبطه ومصادرته، ويختلف الخبراء فيما بينهم بصدد تقدير حجم المضبوط إلى حجم المتسرب. فىرى البعض أن المضبوط يبلغ حوالى خمس المتسرب، ويرى آخرون أن المضبوط لا يزيد فى الواقع على عشر المتسرب. وبالتالي فلتقدير المتسرب علينا أن نضرب أحجام المضبوطات فى خمسة أو فى عشرة. ومع أن النتيجة هنا تقريبية فهى أفضل ما يمكن الوصول إليه فى هذا الصدد؛ إذ لا توجد أية طريقة أخرى لتقدير حجم المعروض أكثر دقة من هذه الطريقة، هذا عن أنواع المواد المعروضة وأحجامها. وتبقى نقطة أخيرة فيما يتعلق بموضوع العرض، هى مسألة انفتاح السوق المحلية على هذا السوق أو ذلك من أسواق شبكات التهريب فى العالم. وترجع أهمية هذه النقطة إلى أنها تحدد لنا مقدماً أى أنواع المخدرات الجديدة يمكن أن نتوقع ظهورها قريباً فى هذا المجتمع أو ذلك. فإذا كانت مادة (الكوكايين) مثلاً موجودة فى الجزء من شبكة التهريب الذى تفتح عليه السوق المحلية فى مصر فالراجح أن تظهر مادة (الكوكايين) فى مصر إذا لم تكن قد ظهرت بعد، أو الراجح أن تظهر بكميات وفيرة إذا لم تكن قد ظهرت بعد إلا بكميات ضئيلة (الإدارة العامة ١٩٩٠) وقل مثل هذا بالنسبة للسوق المحلية غير المشروعة فى أى مجتمع، فى أى بقعة من العالم. بعبارة أخرى إن معرفة هذه

النقطة الأخيرة تعين السلطات فى أى بلد على أن تكون مستعدة مقدما لظهور هذا المخدر أو ذلك من المخدرات الجديدة، بدلا من أن تؤخذ على غرة. وربما كان فى استعدادها المبكر ما يعين على الارتفاع بمستوى كفاءتها فى مكافحة المواد الواردة حديثا.

وننتقل الآن إلى موضوع الطلب: والمقصود بالطلب هو: كل ما يتعلق بالاستهلاك غير المشروع، يدخل فى ذلك تحديد النوعيات التى يقبل عليها المتعاطون، وتقدير كمياتها، وتوزيعها بين مختلف الشرائح الاجتماعية. ويفرق الخبراء المختصون فى هذا الصدد بين موضوعين فرعيين تحت موضوع الطلب، هما: طبيعة الطلب، ووظيفة الطلب. ويشمل موضوع طبيعة الطلب العناصر الآتية: أنواع المواد المخدرة كالحشيش (أو القنب)، والأفيون، والمورفين، والهيريون، والكوكايين، وبعض المواد الدوائية المؤثرة فى الأعصاب؛ كذلك طرق تعاطيها كأن يكون ذلك بالتدخين أو البلع أو الاستحلاب أو الاستنشاق أو الحقن، كذلك متوسط الجرعة التى يتعاطاها المتعاطى فى المرة الواحدة، ومتوسط عدد مرات التعاطى فى فترة زمنية بعينها (كأن تكون أسبوعا أو شهرا)، وبالتالي تقدير الحجم الكلى للمادة المتعاطاة على مستوى المجتمع فى الأسبوع، أو فى الشهر، أو فى السنة، كذلك يشمل إذا ما كان المتعاطى يتناول هذه المادة منفردة أم يتناولها مع مواد مخدرة أخرى، (وهو ما يعرف بالتعاطى الأحادى فى مقابل التعاطى المتعدد). ويشمل أيضا تحديد نوعية المتعاطى، من الذى يقبل على هذه المادة ومن يقبل على تلك، ذكور أم إناث شباب أم شيب، ومن أى الشرائح الاجتماعية والتصنيفات المهنية. هذه الموضوعات كلها تدخل تحت طبيعة الطلب (سيف ١٩٩٠م 1987 Cheetterjee).

أما وظيفة الطلب فيشار بها إلى مجموعة الدوافع التى تدفع بالمتعاطين إلى مطلب التعاطى، والأهداف التى يسعون إلى تحقيقها من هذا التعاطى. وتشير الدراسات الميدانية التى أجريت فى بعض أجزاء من الوطن العربى، وفى كثير من دول العالم إلى تعدد هذه الدوافع وتنوع الأهداف. ومن الدوافع التى ورد ذكرها

ضمن نتائج هذه البحوث ما يأتي: الدافع إلى التخفف من ضغط بعض التوترات النفسية، وخاصة مشاعر القلق والخوف من بعض المواقف الاجتماعية؛ كذلك الدافع إلى تصحيح النوم كأن يكون الشخص ممن يعانون من الأرق (وهو تعذر البدء في النوم) أو من النوم المتقطع. وأيضا الدافع إلى استمرار اليقظة والسهر لمدة طويلة وهو ما يغلب على التعاطى بين نسبة من الطلاب في فترات الامتحان، والدافع إلى مقاومة التعب لأطول فترة ممكنة، وهو ما يغلب على بعض العمال في أعمال بعينها، ثم هناك الدوافع إلى التغلب على أشكال مختلفة من الآلام الجسدية، والدوافع إلى التخلص من السمنة وتخفيض وزن الجسم، وهو ما يكثر وجوده عند بعض السيدات، ثم هناك أنواع من الدوافع الترويحية لا حصر لها ويكثر الربط بينها وبين تعاطى الحشيش، إلى آخر هذه الدوافع التي لا تكاد تقع تحت حصر.

كذلك هناك أنواع لا حصر لها من الأهداف يسعى المتعاطون لتحقيقها من تعاطيهم؛ من ذلك هدف الحصول على رضى الأقران والأصدقاء الذى يكون له وطأة شديدة فى حالة صغار الشباب، وقد يكون الهدف هو مجرد المغامرة إما لمعرفة شىء يعتبر جديدا بالنسبة للشباب المتعاطى أو المغامرة لمجرد الاستمتاع بالخبرة الخطرة، وهو هدف يسعى بالفعل إليه نوع بعينه من الشخصيات الشابة؛ ويكون الهدف أحيانا هو مجرد التحرر من بعض القيود النفسية التى تفرض نفسها على سلوكيات الشخص فى مواقف بعينها يريد هو أن يتحرر فيها لكنه لا يستطيع دون معونة من بعض المخدرات... الخ (Susman 1979).

هذه عينة من الدوافع والأهداف نذكرها على سبيل التمثيل لا الحصر، وذلك لكي يدرك القارئ مدى تعقد الموضوع، وضرورة أن يكون من يتصدى للحديث فى الجوانب السلوكية منه على علم بها حتى لا يقع فيما يقع الكثيرون فيه من تبسيط مخل لا يفيد القراء. وجدير بالذكر أن المعرفة الدقيقة بهذه الأمور جميعا هى الخطوة الأولى نحو أى تخطيط مجدٍ للبرامج الوقائية. بعبارة موجزة لا قيمة

لأى دعوة، أو برنامج وقائي يقوم على الكلام الخطابي الذى لا يستند إلى علم دقيق بطبيعة الطلب، ووظيفة الطلب، وما بينهما من تفاعلات، فما يصلح لمواجهة الشرائح التى يتعاطى أفرادها بدافع الترويح لا يصلح لمواجهة من يتعاطون بهدف التطيب الذاتى من آلام الجسد أو من بعض الاضطرابات النفسية. وما يفيد فى مخاطبة صغار الشباب ممن هم دون العشرين لا يفيد كثيرا فى مخاطبة الرجال ممن هم فوق الثلاثين. وما يجدى فى توجيه الجهود نحو شرائح الطلاب لا يجدى فى التوجه نحو فئات العمال، إلى آخر هذه الاعتبارات التى لا يجوز الاستخفاف بها لأنها فى حقيقة الأمر بالغة الأهمية فى تحديد العائد من الجهود الوقائية (سوف ١٩٩٢).

كذلك من بين المشكلات الهامة فيما يتعلق بالطلب مسألة تحديد حجم الطلب، ويتمثل تحديد حجم الطلب فى سؤالين فرعيين: الأول هو: تقدير عدد المتعاطين فى المجتمع. والثانى هو: تقدير حجم المواد المخدرة التى يستهلكونها فى الشهر أو فى السنة. ولا يمكن للسلطات المعنية فى أى بلد أن تستغنى عن البحث عن إجابة، حتى ولو كانت إجابة تقريبية، عن كل من هذين السؤالين. والمقصود بالسلطات المعنية فى هذا الموضوع سلطتان بوجه خاص، هما السلطة الأمنية والسلطة الطبية؛ فكل من هاتين السلطتين تحدد خطواتها المقبلة (فى حدود التخطيط قريب المدى) على أساس ما تتصور أنه إجابة تقريبية عن هذين السؤالين.

ولكل من السلطتين المذكورتين، فى أى دولة من دول العالم، أساليبها فى الوصول إلى تقدير إجمالى لعدد المتعاطين، وحجم المواد التى يستهلكونها فى الشهر أو فى السنة. ولهذه الأساليب مالها وما عليها.

ومن أفضل الأساليب العلمية الحديثة ما يعرف بأسلوب المسوح الميدانية، وهو أسلوب يقوم على الاستعانة بأدوات العلوم الاجتماعية الحديثة، بما فى ذلك الإحصاء، وقياس الظواهر الاجتماعية أو السلوكية موضوع الاهتمام، وتحليل

البيانات، ثم تفسير النتائج بما يكشف عن معناه فى إطار الحياة الاجتماعية المواكبة. وليس فى إجراء هذه المسوح الميدانية أى أغاز، ولكنها تحتاج فى إجراءاتها إلى باحثين اجتماعيين أو نفسيين متخصصين، تعلموا فى إطار تخصصاتهم كيف يجرون هذه المسوح بالدرجة الواجبة من الدقة والموضوعية بحيث يكون لنتائجها قيمة علمية حقيقية (سويف ١٩٩٠، Reid 1980).

ومن أوجب الواجبات فى تقدير حجم الطلب التفرقة بين مستويات المتعاطين، إذ تشير الدراسات الحديثة إلى ضرورة التمييز بين ثلاثة مستويات من التعاطى على أقل تقدير، هى: التعاطى «الاستشكافى» والتعاطى «بالمناسبة» والتعاطى «المنظم» أو «المتصل». ويقصد بالتعاطى الاستشكافى ما نلاحظه من إقبال بعض الشباب على المغامرة بتعاطى مخدر معين على سبيل التجريب أو الاستكشاف، يشجعهم على ذلك ما يعرفونه عن بعض أقوانهم، أو ما يزينه أمامهم هؤلاء الأقران، فيخوضون التجربة أو المغامرة ثم يخرجون منها وقد انقسموا إلى فريقين، أحدهما يسقط الموضوع من حسابه بعد ذلك فلا يعود إلى خوض مثل هذه التجربة مرة أخرى لسبب أو لآخر، والبعض تكون تجربته هذه فاتحة الطريق إلى علاقة بينه وبين المخدر لا تنقطع بعد ذلك. ويعنينا فى هذا الصدد الفريق الأول الذى تكفيه تجربته الأولى فتكون هى الأخيرة أيضا. هذه المجموعة هى: مجموعة «التعاطى الاستشكافى». ثم هناك المجموعة الثانية، مجموعة «التعاطى بالمناسبة»، وهؤلاء يستمرون فى تعاطى المادة المخدرة بعد تجاربهم الاستشكافية الأولى، إلا أن تعاطيهم يتميز بأنه متقطع تبعا لمناسبات معينة، قد تكون مناسبات ترويحية، كأن يكونوا مدعويين للمشاركة فى حفل معين، مما يشجعهم على التعاطى (الحشيش مثلا) تصورا منهم أن هذا التعاطى سيضاعف من قدرتهم على المشاركة، ومن استمتعهم بهذه المشاركة، ثم ينقضى بعد ذلك أسبوع وربما أسابيع دون أن تلوح فى أفقهم مثل هذه المناسبة، وبالتالي فهم لا يجدون ما يدفعهم إلى التعاطى، حتى إذا حانت مناسبة أخرى استعدوا لها بالتعاطى كما فعلوا فى المناسبة الماضية. هذه هى الفئة الثانية من المتعاطين. ثم هناك الفئة الثالثة، وهى «المتعاطون

بانتظام»، وهؤلاء يواظبون على التعاطى حسب إيقاع معين بغض النظر عما إذا كانت هناك مناسبة أم لا. وهذه الفئة الأخيرة هي أقرب الفئات إلى مفهوم «الإدمان» أو «الاعتماد» بالمعنى العلمى الدقيق. وفى تقدير حجم التعاطى فى المجتمع لا يجوز الخلط بين هذه الفئات الثلاث. لأن الصورة الإجمالية التى تتكون نتيجة لهذا الخلط لا تساعد على أى عمل اجتماعى له قيمة، سواء فى اتجاه الوقاية أو العلاج، خاصة وأن ذهن القارئ أو المتلقى لهذه المعلومة عن الحجم الكلى للتعاطى يتجه عادة إلى فئة الإدمان. فلنتصور مثلا أننى سئلت عن تقديرى للحجم الكلى لتعاطى الحشيش بين طلاب الجامعات فى مصر. وأجبت على ذلك بأنه يبلغ حوالى ٧٪ فالغالب أن يتجه ذهن المستمع إلى تصور أننى أقرر بأن ٧٪ من الطلاب الجامعيين الذكور «يدمنون الحشيش» وهذا غير صحيح، والصحيح أن هؤلاء الـ ٧٪ يضمون الفئات الثلاث من المتعاطين، فئة «الاستكشاف»، وفئة «التعاطى بالمناسبة»، وفئة «الانتظام فى التعاطى». والصحيح أيضا أن نسبة «المنتظمين المدمنين» أقل بكثير من نسبة المتعاطين بالمناسبة، وهؤلاء أقل بكثير من المتعاطين «المستكشفين». ويشير عدد من البحوث الميدانية الحديثة إلى أن النسب بين أحجام هذه الفئات الثلاث نسب ثابتة مستقرة إلى حد كبير فى المجتمع الواحد، وهى فى مصر على وجه التحديد ١: ٤: ١٦ (المدمنون: المتعاطون بالمناسبة: المتعاطون المستكشفون)، وقد أمكن تحديد ذلك بالنسبة لشباب الطلاب والعمال الذكور. وفى رأينا أنها قد تختلف عن ذلك قليلا فى الشرائح الاجتماعية الأخرى، ولكن المهم أن تكون هذه التفرقة واضحة فى حديث المتكلم وفى ذهن المستمع، وليس من الموضوعية العلمية ولا من الأمانة، أن نترك هذه الأمور مختلطة فى الأذهان. ولاجدال فى أن السلطات التى يعينها موضوع المخدرات فى المجتمع يهملها فى المقام الأول أن يكون لديها تصور أقرب إلى الواقع فى تقدير حجم الطلب سواء من حيث عدد المتعاطين بفئاتهم المختلفة، أو من حيث كميات المخدرات التى يستهلكها هؤلاء المتعاطون، لأن هذا يعنى فى نهاية الأمر اتخاذ قرارات أقرب إلى الكفاءة.

من هنا كان من حسن السياسة أن تبادر بلداننا العربية إلى إعداد الطواقم الوطنية المدربة تدريبا علميا مناسباً لإجراء المسوح الميدانية اللازمة لرسم صورة الواقع في هذا الشأن دون زيادة أو نقصان.

الاضطرابات الصحية والمشكلات الاجتماعية المترتبة على التعاطي:

تزرخ دوريات التخصص بالتناول المفصل أحيانا والمقتضب أحيانا أخرى للاضطرابات الصحية، والمشكلات الاجتماعية، المترتبة على تعاطي المواد المخدرة بجميع أنواعها. وفي محاولة من كاتب هذه السطور لحصر أهم أنواع هذه الاضطرابات والمشكلات (وكان ذلك بتكليف من هيئة الصحة العالمية، خطاب التكليف رقم MNH/MTP 04/02/01 بتاريخ يناير 1979). أمكن له حصر 26 اضطرابا صحيا بدنيا، و35 اضطرابا صحيا نفسيا، بالإضافة إلى 55 اضطرابا اجتماعيا. وفيما يلي بضعة أمثلة من هذه الأنواع الثلاثة من الاضطرابات: فقد ورد ضمن الاختلالات البدنية إصابات الجهاز التنفسي، واضطراب وظائف الكبد، والفشل الكلوي، واضطرابات الجهاز الدوري القلبي، والجهاز الدوري الدماغى، واحتمالات النزيف الدماغى، ونقصان وزن الجسم، وارتعاش الأطراف. وورد ضمن اضطرابات الصحة النفسية حالات الخلط الذهني التسمي، والتفكير الاضطهادى، والتدهور العقلى، والنوبات الذهانية الحادة، والاكتئاب والهلاوس، واضطراب النوم، والنوبات الشبيهة بالصرعية. كذلك جاء ضمن مجموعة مشكلات الحياة الاجتماعية الانزلاق نحو زيادة الإقبال على المخدرات، وكثرة النزاعات الشخصية، والانسحاب الاجتماعى، وتدهور الشعور بالمسئولية وسوء التوافق الاجتماعى، وتدهور مستوى الأداء فى العمل، وارتفاع احتمالات البطالة، وقصور الدافع إلى العمل، وتدهور الإنتاجية كما وكيفا، والتسرب الدراسى، والانهييار الاسرى، وارتفاع معدلات الهجرة، والطلاق، وارتفاع معدلات الجريمة، والعنف والشراسة، والسرقه، والتزوير، والاعتصاب، والقتل (Soueif 1992)

هذه مجرد عينة مما ورد فى مئات البحوث العلمية المنشورة فى دوريات

التخصص العالمية، ولا يزيد حجم هذه العينة عن قرابة ٢٥٪ من جملة ما استطعنا أن نقوم بحصره فى المصادر المشار إليها. ونحن نذكر هذه الحقائق لسبب رئيسى هو أن يكون فيها الرد الكافى على البعض ممن يحلو لهم أو لآخر أن يهونوا من أمر الأضرار المترتبة على تعاطى هذا المخدر أو ذلك، وسواء أكان هذا التهوين مستندا إلى الجهل أم كان وراءه بعض الأهواء الشخصية فقد آن الأوان لأن يخفى هؤلاء جهلهم وأن يتراجعوا عن أهوائهم فالمسألة أخطر كثيرا من أن تبقى مرتعا لعبث العابثين.

ومع ذلك فالسؤال المهم فى هذا المقام هو: كيف نستفيد من معرفتنا بوقوع هذه الاضطرابات الصحية، والمشكلات الاجتماعية؟ والجواب عن هذا السؤال ذو شقين: أولهما: أن نعرف كيف نتحقق من وجودها بين المتعاطين فى المجتمع الذى ننتمى إليه، والحجم الذى توجد به وثانيهما: أن نعرف ماذا نفعل بهذه المعرفة؟ والإجابة على الشقين معا تتلخص فى ضرورة ايجاد الخدمات الصحية اللازمة لعلاج الاضطرابات الصحية المترتبة على التعاطى والإدمان، وضرورة إقامة الخدمات الاجتماعية اللازمة لمواجهة المشكلات الاجتماعية المصاحبة. ولا يجوز التهاون فى هذه الأمور لأن أضرارها لا تتوقف عند حدود التعاطى أو المدمن، بل تمتد لتشمل المحيطين به فى الدوائر الاجتماعية القريبة والبعيدة. وعلى ذلك فحتى إذا جاز أن يوجه بعض السخط على هؤلاء المدمنين الذين سعوا إلى حتفهم بظلفهم، فلا يجوز التماذى فى هذا السخط لدرجة البخل عليهم بالعلاج لأن هذا البخل قد يؤدى إلى حتف الكثيرين من الأبرياء المحيطين بهم، بل إن فيه تهديدا لسلامة المجتمع بأسره إذا أدخلنا فى حسابنا الحجم الكلى لهذه الاضطرابات الصحية والاجتماعية على مستوى المجتمع ونمط توزيعها.

ولكن هذه الخدمات العلاجية يجب أن تقوم فى إطار خطة واضحة المعالم، ولا تقف عند حدود تقديم العلاجات اللازمة للحالات الفردية حسب ورودها على العيادات والمستشفيات، لأن وضع الخطة سوف يقتضى فى أحد أجزائه وضع برامج تدريبية للطواقم المختصة بالعلاج تساعدهم على مواجهة الجديد

الخاص بما يميز الاضطرابات الصحية والاجتماعية فى حالات الإدمان عنها فى حالات المواطنين غير المدمنين. فليست المسألة مجرد الامتداد بالخدمات القائمة لتشمل المدمنين بعد أن كانت وقفا على المواطنين العاديين غير المدمنين. هذه حقيقة تبدو بسيطة فى مظهرها، لكنها فى الواقع شديدة التركيب وبالغة الأهمية فى آن واحد. كذلك فإن وضع خطة لتوجيه الجهود العلاجية سوف يقتضى فى أحد أجزائه التنبه إلى أن علاج المدمنين من أمراضهم، ومشكلاتهم يتطلب أن يحتوى العلاج على جوانب طبية، ولكن هذا وحده لا يكفى، ولا بد من استكمال جوانب أخرى نفسية، ونفسية اجتماعية، وتعتبر هذه الجوانب الأخيرة على درجة من الأهمية لا تقل عن الجوانب الطبية إن لم تفقها أحيانا. وخير شاهد على ذلك كثرة الحديث بين جمهرة الأطباء عن كثرة الانتكاسات بين حالات المدمنين بعد تلقيهم العلاج الطبى اللازم، فالحقيقة أننا هنا لا نستطيع أن نتكلم عن انتكاسات، ولكن يجب أن نتكلم عن حالات لم تتلق سوى جزء من العلاج الواجب بدلا من كل العلاج (إذ ينقصها العلاجات النفسية والنفسية الاجتماعية)، والنتيجة المنطقية لذلك أن يعود المدمن إلى ممارساته عقب فراغه من العلاج الطبى، نقول هذا الكلام من باب الأمانة العلمية، وصدق تبليغ الرسالة لمن يعينهم الأمر، وما خلا ذلك فهو إهدار للمال والجهد بلا طائل، والعلاجات النفسية ليست مجرد الزجر والتأديب والتهديب التى يمكن لكل منا أن يجتهد فيها كيفما شاء، ولكنها علاجات قائمة على أصول علمية لا يمكن تجاهلها، وهى تحتاج إلى أن يخصص لها أعضاء فى فريق المعالجين، وأن يتلقوا فى سبيل ذلك من التدريب ما يلزم. وما نقوله عن العلاجات النفسية يصدق أيضا على ما يسمى بالعلاجات النفسية الاجتماعية التى تدخل فيما يعرف بالرعاية اللاحقة، كذلك فإن وضع خطة للجهود العلاجية سوف يتطلب كجزء لا يتجزأ من الجهد المبذول التفكير فى ضرورة وضع تقدير إجمالى لحجم الإصابات الإدمانية المحتاجة للعلاج على مستوى المجتمع، بحيث يمكن تدبير أن تسيير المشروعات التنفيذية فى الاتجاه إلى الوفاء باحتياجات هذا الحجم من الإصابات على أساس أن مالا يمكن

تحقيقه اليوم سوف يتيسر تحقيقه فى الغد، ولكن بشرط التبصر بهذا الغد والإعداد له. ومرة أخرى تبرز هنا قيمة المسوح الميدانية باعتبارها الطريق العلمى السديد إلى تقدير حجم الإصابات المحتاجة للعلاج (لجنة المستشارين ١٩٩٣).

وأخيرا وليس آخرا، فى هذا الحديث عن العلاج، وما تفرع إليه من نقاط متشابهة، أخيرا ينبغى لنا أن ندرك الدلالة الحقيقية للعناية بموضوع العلاج؛ فقد تكون هناك بعض الاعتبارات الإنسانية التى تملى هذه العناية، وقد تكون هناك اعتبارات عملية أخرى مثل: حماية المحيطين بالمدمن من الأضرار المترتبة على إدمانه، واعتبارات أخرى غير هذه وتلك، ولكن أهم ما فى هذه الدلالة هو: أن العناية بعلاج المدمنين جزء لا يتجزأ من السياسة القائلة بضرورة العمل على خفض الطلب على المخدرات. ويعتبر خفض الطلب هو الطريق الثانى من محاولات التصدى لمشكلة المخدرات، يأتى جنبا إلى جنب مع مكافحة العرض. ومن صياغة سياسة متوازنة بينهما تتكون السياسة الرشيدة فى أى مجتمع نحو مكافحة المخدرات، وبهذا تشير هيئة الصحة العالمية، والأمم المتحدة، فى نداءاتها ومؤتمراتها ومنشوراتها الحديثة.

تلخيص:

خلاصة القول أننا حاولنا أن نعرض فى هذا الحديث مشكلة المخدرات من المنظور العلمى السائد بين المختصين على الصعيد العالمى؛ فقدمنا بالكلام عن أن لها أبعادا رئيسية ثلاثة: هى العرض، والطلب، والاضطرابات الصحية والمشكلات الاجتماعية المترتبة عليها. ثم انتقلنا إلى شىء من تفصيل القول فى كل من الأبعاد الثلاثة، وانصرفت عنايتنا بوجه خاص إلى إبراز عدد من النقاط ذات القيمة العلمية فى مواجهة المشكلة، ومن أهم هذه النقاط تقدير حجم العرض وتقلباته، وتقدير حجم الطلب مع ضرورة التنبه إلى التفرقة بين طبيعة الطلب ووظيفة الطلب، وأخيرا أشرنا إلى مسألة الاضطرابات الصحية والمشكلات الاجتماعية المترتبة على التعاطى والإدمان وضرورة التصدى لها بالعلاج الطبى

النفسى، والنفسى الاجتماعى كجزء من التخطيط لخفض الطلب الذى هو جزء لا يتجزأ فى المنظور العلمى الحديث من المكافحة المتكاملة للمشكلة.

المراجع:

- Chatterjee, S. K. (1987) Can demand for illicit drugs be reduced? *Bull. Narcotics*, 39/2, 310.

- Reid, D. D. (1960) *Epidemiological methods in the study of mental disorders*, Geneva: WHO.

- Soueif, M.I. (1992) A tool for the assessment of social and public health problems associated with the abuse of psychoactive drugs, *The National Review of Social Sciences*, 29/1, 1 - 25.

Susman, R.M. (1979) Reduction of drug demand: general considerations, study on measures to reduce demand for drugs, preliminary report of a working group of experts, New york: UN 43 - 55.

- سويف (مصطفى) (١٩٩٠) الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات: خفض الطلب، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

- سويف (مصطفى) (١٩٩٠) تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب: دراسات ميدانية فى الواقع المصرى. المجلد الأول: مدخل تاريخى ومنهجى للدراسات الوبائية، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

- سويف (مصطفى) (١٩٩٢) تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب: دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد الرابع: تعاطى المخدرات الطبيعية. القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

- الإدارة العامة لمكافحة المخدرات (١٩٩٠) التقرير السنوى، القاهرة: وزارة الداخلية.

- لجنة المستشارين العلميين (١٩٩٣) استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان؛ التقرير النهائى . القاهرة: المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان.

